



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

“Η ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ”

ΜΕΣΙΝΗ ΕΥΔΟΞΙΑ – Α.Μ. 1085
ΝΑΛΜΠΙΑΝΤΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ – Α.Μ. 1108

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΠΑΣΧΟΥ ΑΘΗΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή-ασθενή έχει πολύ σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική θεραπεία του ασθενούς. Η αποτελεσματική επικοινωνία στον χώρο της νοσηλευτικής έχει θετικές επιπτώσεις στους ασθενείς συμπεριλαμβανομένων βελτιωμένων ζωτικών σημείων, μειωμένου πόνου και άγχους, αυξημένης ικανοποίησης, ενισχυμένης συμμετοχής σε θεραπευτικά προγράμματα και βελτιωμένων αποτελεσμάτων θεραπείας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της μη λεκτικής επικοινωνίας στο χώρο της υγείας, ειδικότερα στον τομέα της νοσηλευτικής και η ανάδειξη της σημαντικότητας σε ειδικές ομάδες ασθενών περιλαμβάνοντας τα είδη παθήσεων.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	9
2. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	13
3. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ: ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ.....	15
4. ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΙΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
5. ΟΡΙΣΜΟΣ, ΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ	18
6. ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ	20
7. ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	23
8. ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ : ΤΥΠΟΙ : ΑΡΧΕΣ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ.....	25
9. ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.....	27
10. ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ- ΑΣΘΕΝΟΥΣ	29
11. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ	33
12. ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	37
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	44

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επικοινωνία είναι συνηθισμένη και φαινομενικά αυτονόητη, ώστε να μην φαίνεται προβληματική. Η επικοινωνία έχει υψηλό επίπεδο εάν θέλει να πετύχει και μπορεί να πάει στραβά, ακόμη και να προκαλέσει ζημιά αν αποτύχει. Η διεπιστημονική συνεργασία π.χ. Β. προσφέρει την ευκαιρία να ανταποκριθεί καλύτερα στις συγκεκριμένες ανάγκες του ασθενούς. Ωστόσο, οι διεπιστημονικές συντονισμένες προσφορές διάγνωσης και θεραπείας απαιτούν επίσης υψηλό βαθμό δεξιοτήτων επικοινωνίας και συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων κλάδων. Η ανοιχτή, διαφανής, διεπαγγελματική επικοινωνία είναι απαραίτητη σε αυτό το σημείο. Παρέχει τη βάση για την επιτυχή υλοποίηση του έργου. Η φήμη που απολαμβάνει μια κλινική στην αγορά δεν καθορίζεται μόνο από την ποιότητα και τις ιατρικές υπηρεσίες της, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο η διοίκηση και οι εργαζόμενοι της κλινικής αντιμετωπίζουν το περιβάλλον και τους σχετικούς παράγοντες.

Για την ολοκλήρωση της μελέτης, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις πλατφόρμες pubmed και ncbi, με τη χρήση λέξεων που παρατίθενται παρακάτω. Το χρονικό εύρος των μελετών ξεκινάει από το 2012 και τελειώνει στο 2020.

Λέξεις – κλειδιά: επικοινωνία, ασθενείς, μη λεκτική, ανάγκες, θεραπεία, παθήσεις

ABSTRACT

The communication is ordinary and seemingly self-evident, so it does not seem problematic. Communication has a high level if it wants to succeed and can go wrong and even cause damage if it fails. Interdisciplinary collaboration e.g. B. offers the opportunity to better meet the specific needs of the patient. However, multidisciplinary coordinated offers of diagnosis and treatment also require a high degree of communication and collaboration skills of all disciplines involved. Open, transparent, inter-professional communication is essential at this point. It provides the basis for successful project implementation. The reputation that a clinic enjoys in the market is not only determined by its quality and medical services, but also by the way the clinic's management and employees deal with the environment and relevant factors.

To complete the study, a search was conducted on the pubmed and ncbi platforms, using the words listed below. The time range of the studies starts from 2012 and ends in 2020.

Key words: communication, patients, non-verbal, nonverbal, needs, treatment, conditions

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι σημαντικό να σημειωθεί η σημασία της μη λεκτικής επικοινωνίας. Συγκεκριμένα οι Schmid Mast (2007) και Chan (2013) κατέληξαν στα αντίστοιχα άρθρα τους στο συμπέρασμα ότι οι υψηλότερες μη λεκτικές δεξιότητες του ιατρού και των επαγγελματιών υγείας σχετίζονται με την υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών καθώς και με την προσήλωσή τους για την τήρηση των ραντεβού (Schroyen & Missotten, 2018).

Οι Henry, Fuhrel-Forbis, Rogers και Eggly (2011) σημειώνουν περαιτέρω στην ανασκόπησή τους, ότι ενώ οι αλληλεπιδράσεις του ιατρού είναι σημαντικές, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών είναι εξίσου σημαντικές κατά την αξιολόγηση της ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας των ασθενών. Το άρθρο που έγινε από τον Robinson (2006) αναφέρει επίσης ότι οι ασθενείς αξιολογούν τους γιατρούς με βάση τις ιατρικο-τεχνικές τους ικανότητες, δηλαδή τις επαγγελματικές δεξιότητες, καθώς και τη συναισθηματική-σχεσιακή επικοινωνία. Η τελευταία βρέθηκε ότι είναι πιο σημαντική για τους ασθενείς και επηρεάζεται από τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία (Marler & Ditton, 2021).

Η επικοινωνία απαιτεί τον αποστολέα, το μήνυμα και τον παραλήπτη. Η επικοινωνία είναι η μεταφορά μηνυμάτων μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Μπορεί να έχει πολλαπλούς σκοπούς, όπως, μεταξύ άλλων, η ανταλλαγή πληροφοριών, η ανατροφοδότηση ή η ψυχαγωγία. Δεν αρκεί μόνο ότι το μήνυμα έχει σταλεί από τον αποστολέα για τον παραλήπτη, αλλά αντίθετα έχει μεγάλη σημασία ο παραλήπτης να κατανοήσει αυτό το μήνυμα. Η επανάληψη βοηθάει στην κατανόηση, ενώ ο θόρυβος ή άλλη ενόχληση μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας παρεμπόδισης. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον οι ασθενείς συχνά θεωρούν την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και γιατρού ως ενοχλητική, επειδή δεν καταλαβαίνουν τη γλώσσα που χρησιμοποιεί το προσωπικό του νοσοκομείου (Vijayakumar & Deborah, 2017).

Η ιδέα για τη μη λεκτική επικοινωνία είναι ότι δεν αρκεί να επικοινωνούμε τα πάντα με λέξεις, αλλά ότι ο παραλήπτης μπορεί να μεταφράσει τις λέξεις και τις χειρονομίες μας διαφορετικά ή ενδεχομένως και καθόλου. Η γλώσσα του σώματος και η ερμηνεία της συμβαίνει υποσυνείδητα. Η πρώτη εντύπωση συμβαίνει συνήθως ήδη σε τρία δευτερόλεπτα αφότου δούμε το άτομο για πρώτη φορά. Κατά τη διάρκεια

αυτού του χρόνου το υποσυνείδητο ξεπερνά το συνειδητό μυαλό. Η συμπάθεια, η αηδία, η εμπιστοσύνη, η αγάπη και ο πόθος μπορεί να προκύψουν σε μία μόνο στιγμή. Τα περισσότερα από αυτά τα γεγονότα βασίζονται στην πραγματικότητα στην αντίληψή σας για το πώς μοιάζει αυτό το νέο πρόσωπο. Η θέαση σας θυμίζει παλιές εμπειρίες και συναισθήματα, πάνω στα οποία βασίζουμε τις αντιλήψεις μας όταν συναντάμε ανθρώπους που στέλνουν παρόμοια μηνύματα (Schroyen & Missotten, 2018).

Ο εγκέφαλός μας περνάει μέσα σε δευτερόλεπτα από διάφορες προκαταλήψεις που βασίζονται σε στερεότυπα (Marler & Ditton, 2021).

Η μη λεκτική επικοινωνία είναι η επικοινωνία χωρίς να μιλάμε. Είναι η επικοινωνία που παράγεται με κάποιο άλλο μέσο, όπως η οπτική επαφή, η γλώσσα του σώματος ή τα φωνητικά συνθήματα. Είναι ένα μέσο μέσω του οποίου οι άνθρωποι προσδιορίζουν την ειλικρίνεια και επιτυγχάνουν την πλήρη κατανόηση οποιασδήποτε ανταλλαγής επικοινωνίας. Χωρίς μη λεκτική επικοινωνία, η επικοινωνία δεν είναι ποτέ πραγματικά αποτελεσματική ή πλήρης (Omura & Levett-Jones, 2019).

Η μη λεκτική επικοινωνία προηγείται της εφεύρεσης της προφορικής επικοινωνίας. Ο Schmitz (2012), αποκάλυψε ότι αρκετά χρόνια πριν από την ανάπτυξη της ικανότητας επικοινωνίας με λέξεις, οι άνθρωποι βασίζονταν στη μη λεκτική επικοινωνία. Για την ακρίβεια, οι μη λεκτικές ενδείξεις φέρουν περίπου τα δύο τρίτα της επικοινωνιακής αξίας ενός μηνύματος. Αυτό το γεγονός υπογραμμίζει το γεγονός ότι η μη λεκτική επικοινωνία έχει όγκο ακόμη και όταν δεν συνοδεύεται από λέξεις (Omura & Levett-Jones, 2019). Όταν χρησιμοποιείται στη διαπροσωπική επικοινωνία, η μη λεκτική επικοινωνία αποκαλύπτει την ψυχική κατάσταση των εμπλεκόμενων, συμπεριλαμβανομένων των προσδοκιών τους καθώς και της αίσθησης του εαυτού τους. Με άλλα λόγια, είναι ένα ισχυρό εργαλείο για την κατανόηση του εαυτού μας και των άλλων. Επιβεβαιώνοντας περαιτέρω τη σημασία της μη λεκτικής επικοινωνίας, σημείωσε ότι χειρονομίες όπως η στάση του σώματος, ο τόνος της φωνής, η οπτική επαφή, μεταφέρουν ισχυρά μηνύματα που μπορούν να φέρουν τους ανθρώπους σε άνεση, να οικοδομήσουν εμπιστοσύνη και να προσελκύσουν τους ανθρώπους ο ένας στον άλλο (Rose & Perz, 2017).

Ως μη λεκτική επικοινωνία ορίζονται οι ενέργειες ή τα χαρακτηριστικά των ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένης της εμφάνισης, της χρήσης αντικειμένων, του ήχου, του χρόνου, της οσμής και του χώρου, που έχουν κοινωνικά κοινή σημασία και διεγείρουν το νόημα στους άλλους. Είναι ως μια διαδικασία δημιουργίας νοήματος χρησιμοποιώντας συμπεριφορά διαφορετική από τις λέξεις (Rose & Perz, 2017).

Η σημασία της χρήσης μη λεκτικών ενδείξεων μεταξύ φροντιστών και ασθενών δεν μπορεί να τονιστεί υπερβολικά, δεδομένου ότι οι ασθενείς μπορεί να μην αισθάνονται άνετα να συζητούν τις προσωπικές τους πληροφορίες (Omura & Levett-Jones, 2019). Ενώ είναι αλήθεια ότι η σχέση γιατρού-ασθενούς είναι μοναδική, καθώς τα άτομα αναμένεται να μοιραστούν προσωπικές λεπτομέρειες με κάποιον που μπορεί να μην γνωρίζουν καλά, οι ασθενείς συχνά αισθάνονται νευρικοί όταν μοιράζονται τα συναισθήματά τους (Prip & Danielsen, 2018).

Ορισμένες φορές, μπορεί να ντρέπονται πολύ να μοιραστούν τα συναισθήματά τους, οπότε μόνο ένας καλός επαγγελματίας υγείας είναι σε θέση να συλλέξει πρόσθετες πληροφορίες μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας των ασθενών. Μόνο τότε μπορεί να γίνει σωστή διάγνωση και οι ασθενείς να μείνουν ικανοποιημένοι. Όταν αυτές οι ενδείξεις χάνονται ενδεχομένως λόγω της απροσεξίας του φροντιστή, η ευημερία και η ικανοποίηση του ασθενούς μπορεί να είναι δύσκολο να επιτευχθούν (Prip & Danielsen, 2018).

Εν τω μεταξύ, μελέτες έχουν δείξει ότι η οπτική επαφή και το κοινωνικό άγγιγμα (μια χειραψία ή ένα χτύπημα στην πλάτη) έκαναν τους ασθενείς να βλέπουν τους επαγγελματίες υγείας ως πιο συμπονετικούς, όπως και η κατάλληλη οπτική επαφή ενίσχυσε τις αξιολογήσεις των ασθενών για τη σχέση (Omura & Levett-Jones, 2019).

Ο Rogers (2002) σημείωσε επίσης ότι οι γιατροί που έχουν κατακτήσει τη μη λεκτική επικοινωνία αισθάνονται πιο άνετα με τους ασθενείς τους και το αντίστροφο. Συνεπώς, η μελέτη εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο οι φροντιστές χρησιμοποιούν μη λεκτικές ενδείξεις για να ενισχύσουν την ευημερία και την ικανοποίηση των ασθενών (Rose & Perz, 2017).

1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Δύο θεωρίες αποτέλεσαν το θεωρητικό υπόβαθρο για την παρούσα μελέτη. Αυτές είναι η θεωρία της προσαρμογής στην αλληλεπίδραση και η θεωρία του Replau. Η θεωρία της προσαρμογής στην αλληλεπίδραση υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι τείνουν να τροποποιούν τη συμπεριφορά τους ως απάντηση στη συμπεριφορά ενός άλλου ατόμου στις συνομιλίες (Prip & Danielsen, 2018).

Αυτό μπορεί να παρομοιαστεί με την αλληλεπίδραση μεταξύ του φροντιστή και του ασθενούς στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης. Εξυπακούεται ότι η συμπεριφορά του φροντιστή καθώς και του ασθενούς είναι σημαντική, καθώς αυτό θα καθορίσει τον τρόπο με τον οποίο ο καθένας θα προσαρμοστεί στη διαδικασία της επικοινωνίας. Μακροπρόθεσμα, θα επηρεαστεί και το αποτέλεσμα (Kroshus & Rivara, 2017).

Από την άλλη πλευρά, η θεωρία του Replau είναι ένας από τους πρώτους θεωρητικούς στη νοσηλευτική που περιγράφεται ως θεωρία ορόσημο στη νοσηλευτική που δίνει σημασία στην αμοιβαιότητα στη διαπροσωπική σχέση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών. Αν και, δεν είναι μια νέα θεωρία, είναι σχετική με τις ιατρικές πρακτικές υπό την έννοια ότι αναγνωρίζει το γεγονός ότι η ιδέα των διαπροσωπικών σχέσεων προσφέρει ένα πλαίσιο για την κατανόηση πολλών από τις προκλήσεις, οι οποίες βρίσκονται εντός του ιατρικού επαγγέλματος (Omura & Levett-Jones, 2019). Η θεωρία προκαλεί τη λογική σκέψη των φροντιστών από το "τι κάνουν οι φροντιστές στους ασθενείς" στο "τι κάνουν οι φροντιστές με τους ασθενείς". Με άλλα λόγια, υποστηρίζει τη φροντίδα με γνώμονα τον ασθενή, η οποία μπορεί να προέλθει μόνο με πλήρη γνώση της κατάστασης του ασθενούς (Prip & Danielsen, 2018).

Οι Khan, Hanif, Tabassum, Qidwai και Nanji (2014) διεξήγαγαν μια μελέτη σχετικά με τη στάση των ασθενών απέναντι στις μη λεκτικές συμπεριφορές των ιατρών κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής σε ένα κοινοτικό κέντρο υγείας (κλινική οικογενειακής πρακτικής), στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Aga Khan, Καράτσι, Πακιστάν (Akuh). Από τους 120 ασθενείς που ερωτήθηκαν, το 75,8% δήλωσαν ότι μπορούν να τους αγγίξουν στον ώμο, το 38,3% στο πάνω μέρος της πλάτης, το 14,2% στα χέρια, ενώ το 59,1% δεν θέλει να τους αγγίξουν ούτε στο γόνατο. Το 38,5% αν τους χτυπήσουν στον ώμο, θα το εκλάβουν ως χειρονομία

παρηγοριάς, το 24,1% θα το εκλάβουν ως σεβασμό, το 21,6% ως θεραπεία και το 19,1% ως τρόπο αύξησης της αμοιβαίας κατανόησης (Madula & Kaminga, 2018).

Οι Banaser, Stoddart και Cunningham (2017) διαπίστωσαν από μια ποιοτική μελέτη σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών σε περιβάλλον ογκολογικών θαλάμων στη Σαουδική Αραβία, ότι τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών ήταν υποδηλωτικά προκατειλημμένα από τις διαπροσωπικές πτυχές της φροντίδας (Omura & Levett-Jones, 2019). Οι σχέσεις γιατρού-ασθενούς και νοσηλευτή-ασθενούς θεωρήθηκαν κεντρικές για τις εμπειρίες των ασθενών, ενώ οι προσωποκεντρικές, διαπροσωπικές δεξιότητες ήταν ιδιαίτερα σημαντικές. Επιπλέον, κοινωνικοπολιτισμικά ζητήματα, όπως τα γλωσσικά εμπόδια και η μη αποκάλυψη, επηρέασαν αρνητικά τα επίπεδα ικανοποίησης. Ως εκ τούτου, η μελέτη συνιστά την προσοχή σε αυτούς τους παράγοντες ως απαραίτητους για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης σε ογκολογικούς θαλάμους (Gonçalves-Bradley & Shepperd, 2020).

Η McCabe (2003) διερεύνησε την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών σχετικά με τις εμπειρίες των ασθενών. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν μέσω μη δομημένων συναντήσεων, μετά από τις οποίες προέκυψαν τέσσερα θέματα. Αυτά ήταν, "απουσία αλληλογραφίας", "επισκέψεις", "συμπάθεια" και "ευχάριστοι ιατρικοί συνοδοί" (Omura & Levett-Jones, 2019). Τα πορίσματα αυτής της έρευνας δείχνουν ότι, σε αντίθεση με την προηγούμενη υπόθεση που προτείνει ότι οι συνοδοί είναι κακοί στο να μιλούν με τους ασθενείς, οι ιατρικοί φροντιστές μπορούν να συζητούν καλά με τους ασθενείς όταν χρησιμοποιούν μια μεθοδολογία εστιασμένη στον ασθενή. Παρ' όλα αυτά, οι ενώσεις ιατρικών υπηρεσιών δεν φαίνεται να εκτιμούν ή να αντιλαμβάνονται τη σημασία του να χρησιμοποιούν οι φροντιστές μια μεθοδολογία εστιασμένη στον ασθενή όταν μιλούν με τους ασθενείς για να εγγραφούν τη μεταφορά της κατανόησης της αξίας (Mamlin & Tierney, 2016).

Προκειμένου να κατανοήσουν τη σύνδεση μεταξύ των μη λεκτικών πρακτικών αλληλογραφίας (σύνδεση με τα μάτια και κοινωνικό άγγιγμα) με τις ανεκτικές εκτιμήσεις του κλινικού ιατρού (συμπόνια, σύνδεση και αγάπη), οι Montague et al. (2013) διεξήγαγαν μια μελέτη σχετικά με τις μη λεκτικές διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις στις κλινικές συναντήσεις και τις αντιλήψεις των ασθενών για την ενσυναίσθηση. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η διάρκεια της συνεδρίασης και η οπτική επαφή μεταξύ κλινικού και ασθενούς ταυτίζονταν αποφασιστικά με την

αξιολόγηση του ασθενούς για τη συμπόνια του κλινικού. Η οπτική επαφή ταυτίστηκε συνολικά με την εντύπωση του ασθενούς για τα χαρακτηριστικά του κλινικού ιατρού, για παράδειγμα, τη συνδεσιμότητα και την αγάπη (Mamlin & Tierney, 2016).

Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων με στόχο τη γνώση της επιρροής της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών στην έκβαση των ασθενών σε νοσοκομειακό περιβάλλον, οι Hakami και Hamdi (2013) ανακάλυψαν ότι η αλληλογραφία μεταξύ των προμηθευτών ανθρώπινων υπηρεσιών αντιμετωπίζει διαφορετικά εμπόδια εξαιτίας μερικών παραγόντων, όπως οι ρυθμίσεις, η ποικιλία του ελέγχου, ο χώρος εργασίας και η ικανότητα του γιατρού από ό,τι διαφορετικοί εμπειρογνώμονες στην κοινωνική ασφάλιση (Omura & Levett-Jones, 2019). Επιπλέον, η θετική αλληλογραφία μεταξύ των συνοδών και των γιατρών μπορεί να βελτιώσει την εκπλήρωση της απασχόλησης, το αποτέλεσμα της κατανόησης και τη μείωση των θεραπευτικών λαθών (Mamlin & Tierney, 2016).

Ο Mast (2017) διεξήγαγε μια μελέτη σχετικά με τη σημασία της μη λεκτικής επικοινωνίας στην αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενούς. Ο στόχος της μελέτης ήταν να καταδείξει ότι οι μη λεκτικές προοπτικές στην ήσυχη ένωση γιατρών αναλαμβάνουν ένα κρίσιμο έργο. Η έρευνα αυτή προϋποθέτει ότι ο τρόπος με τον οποίο ο γιατρός ενεργεί μη λεκτικά επηρεάζει τα επίμονα αποτελέσματα, για παράδειγμα την ανεκτική εκπλήρωση. Η συνεργατική μη λεκτική συμπεριφορά (π.χ. βλέμμα και γειτνίαση) του γιατρού ταυτίζεται με υψηλότερη ικανοποίηση του ασθενούς (Gonçalves-Bradley & Shepperd, 2020).

Οι Carrard κ.ά., (2016) υπέθεσαν ότι η προσαρμοστικότητα της συμπεριφοράς του γιατρού στις προτιμήσεις των ασθενών τους θα οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς και η διαπροσωπική ακρίβεια του γιατρού σχετίζεται θετικά με την προσαρμοστικότητα της συμπεριφοράς. Το αποτέλεσμα επιβεβαίωσε εν μέρει την υπόθεση ότι οι γυναίκες γιατροί που προσάρμοζαν τη μη λεκτική συμπεριφορά τους είχαν ασθενείς που ανέφεραν πιο θετικά αποτελέσματα. Επιπλέον, η μελέτη εξέτασε τις διαφορές στο φύλο και ανακάλυψε ότι όσο περισσότερο οι γυναίκες γιατροί ήταν διαπροσωπικά ακριβείς, τόσο περισσότερο έδειχναν λεκτική και μη λεκτική προσαρμοστικότητα συμπεριφοράς. Όσον αφορά τους άνδρες γιατρούς, η μελέτη διαπίστωσε ότι η μεγαλύτερη διαπροσωπική ακρίβεια συνδεόταν με μικρότερη μη λεκτική προσαρμοστικότητα. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει τις

παραδοχές της θεωρίας της προσαρμογής στην αλληλεπίδραση, μιας από τις θεωρίες στις οποίες στηρίζεται η μελέτη (Mamlin & Tierney, 2016).

2. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η επικοινωνία είναι ένα πολυδιάστατο, πολυπαραγοντικό φαινόμενο και μια δυναμική, σύνθετη διαδικασία, στενά συνδεδεμένη με το περιβάλλον στο οποίο μοιράζονται οι εμπειρίες ενός ατόμου. Ανεξάρτητα από την ηλικία, χωρίς επικοινωνία, οι άνθρωποι δεν θα μπορούσαν να γνωστοποιήσουν τις ανησυχίες τους ή να κατανοήσουν τι τους συμβαίνει. Η επικοινωνία συνδέει κάθε άτομο με το περιβάλλον του και αποτελεί ουσιαστική πτυχή της ζωής των ανθρώπων. Στα πλαίσια της υγειονομικής περίθαλψης, η επικοινωνία είναι απαραίτητη για την εγκαθίδρυση σχέσεων μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, οι οποίες συμβάλλουν στην ουσιαστική δέσμευση με τους ασθενείς και στην ικανοποίηση των αναγκών φροντίδας και των κοινωνικών αναγκών τους (Rose & Perz, 2017).

Η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί κρίσιμη πτυχή της νοσηλευτικής φροντίδας και των σχέσεων νοσηλευτή-ασθενή. Στις συναντήσεις υγειονομικής περίθαλψης με ηλικιωμένους, η επικοινωνία είναι σημαντική, ιδίως για την κατανόηση των αναγκών του κάθε ατόμου και για την υποστήριξη της υγείας και της ευημερίας. Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι ενήλικες μπορεί να παρουσιάζουν ελλείμματα ακοής, αλλαγές στην προσοχή και την κωδικοποίηση των πληροφοριών και αυτές οι επικοινωνιακές αναπηρίες μπορεί να περιορίζουν την αλληλεπίδραση, τη συμμετοχή και την αποτελεσματική επικοινωνία τους (Ratna, 2019).

Η επικοινωνία πραγματοποιείται μέσω λεκτικών ή μη λεκτικών τρόπων. Η μη λεκτική επικοινωνία (NVC) ορίζεται ως μια ποικιλία επικοινωνιακών συμπεριφορών που δεν φέρουν γλωσσικό περιεχόμενο και είναι τα μηνύματα που μεταδίδονται χωρίς τη χρήση λέξεων (Sloan & Knowles, 2019).

Η NVC μπορεί να λειτουργήσει ως αντίμετρο ή συμπλήρωμα των λεκτικών μηνυμάτων, δεδομένου ότι είναι πιο αξιόπιστη εάν υπάρχει ασυνέπεια μεταξύ λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να υπάρχει σύμπτωση μεταξύ μη λεκτικών και λεκτικών μηνυμάτων, ενώ έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στις μη λεκτικές συμπεριφορές των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών, ιδίως όταν είναι ανήσυχοι και αισθάνονται αβέβαιοι (Omura & Levett-Jones, 2019).

Παρά την αξία της επικοινωνίας, έχει αποδειχθεί ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αφιέρωναν πολύ λίγο χρόνο στην επικοινωνία με ασθενείς που δεν ήταν ικανοποιημένοι από τις πληροφορίες που λάμβαναν και τον τρόπο με τον οποίο αυτές επικοινωνούνταν. Παρόλο που οι συμπεριφορές λεκτικής επικοινωνίας των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης έχουν μελετηθεί εκτενώς, οι συμπεριφορές NVC τους έχουν λάβει λιγότερη προσοχή (Foronda & McArthur, 2016).

Οι μελετητές έχουν ποικίλλει στις εκτιμήσεις τους για το ποσοστό της NVC στην επικοινωνία, με εκτιμήσεις που φτάνουν το 93%, ενώ άλλες εκτιμήσεις κυμαίνονται από 60 έως 90%. Επιπλέον, οι μελετητές έχουν περιγράψει διαφορετικούς τρόπους NVC, συμπεριλαμβανομένων των artefacts (παρουσία φυσικών και περιβαλλοντικών αντικειμένων), των chronemics (χρήση και αντίληψη του χρόνου), των haptics (χρήση της αφής), των kinesics (μορφή κίνησης του σώματος), της φυσικής εμφάνισης (τύπος σώματος και ένδυση), των proxemics (χρήση του χώρου και της απόστασης), των vocalics (πτυχές της φωνής) και των σιωπών (Howick & Onakpoya, 2018).

3. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ : ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η επικοινωνία μπορεί να ταξινομηθεί σε προφορική ή λεκτική επικοινωνία, μη λεκτική επικοινωνία. Ενώ η λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει την επικοινωνία με τη χρήση λέξεων ή γραπτού λόγου, η μη λεκτική επικοινωνία είναι ένα είδος επικοινωνίας που υιοθετείται συνειδητά και υποσυνείδητα, χωρίς τη χρήση λέξεων ή γραπτού λόγου. Περιλαμβάνει εκφράσεις του προσώπου (όπως χαμόγελο, συνοφρύωμα) εικονογραφικές απεικονίσεις, σύμβολα, χειρονομίες, γλώσσα του σώματος, στάση του σώματος, στυλ ένδυσης, τόνο φωνής κ.λπ. Με άλλα λόγια, πρόκειται για τη γλώσσα του σώματος του ομιλητή (Omura & Levett-Jones, 2019). Με την πάροδο του χρόνου, οι μελετητές έχουν διαφωνήσει σχετικά με το ποια μορφή επικοινωνίας είναι πιο σημαντική και υπό ποιες συνθήκες η μία είναι πιο σημαντική από την άλλη. Το γεγονός ωστόσο είναι ότι και οι δύο μορφές επικοινωνίας έχουν τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία τους. Ως εκ τούτου, ο καλύτερος τρόπος προσέγγισης της χρήσης τους είναι με συμπληρωματικό τρόπο. Συνεπώς, η παρούσα μελέτη δεν αποσκοπεί στην υποβάθμιση της σημασίας της λεκτικής επικοινωνίας, αλλά μάλλον ενισχύει τη δύναμή της, ιδίως όταν χρησιμοποιείται μαζί με τη μη λεκτική επικοινωνία κατά τη διάρκεια των ιατρικών διαβουλεύσεων, ιδίως όταν πρόκειται για την ευημερία και την ικανοποίηση των ασθενών (Rubinelli & Davis, 2020).

Οι μελετητές έχουν εντοπίσει διαφορετικούς τύπους μη λεκτικής επικοινωνίας. Σε αυτά περιλαμβάνονται οι εκφράσεις του προσώπου που επικοινωνούν τη στάση, τα συναισθήματα, τις προθέσεις κ.ο.κ. του ομιλητή. Το πρόσωπο είναι η κύρια πηγή αντιδράσεων σε αυτή την περίπτωση. Το βλέμμα των ματιών είναι ένας άλλος τύπος που περιλαμβάνει τη χρήση των ματιών για να κοιτάζουν, να κοιτάζουν και να ανοιγοκλείσουν τα μάτια, έτσι ώστε όταν οι άνθρωποι συναντούν ανθρώπους ή πράγματα που τους αρέσουν, ο ρυθμός των ανοιγοκλείσεων των ματιών εκτοξεύεται και οι κόρες των ματιών μεγαλώνουν. Το κοίταγμα ενός άλλου ατόμου μπορεί να προκαλέσει ποικίλα συναισθήματα, όπως εχθρότητα, ενδιαφέρον και έλξη. Οι χειρονομίες του σώματος είναι η τρίτη και είναι απλώς μια κίνηση που γίνεται με ένα άκρο, ιδίως με τα χέρια, για να εκφράσει, να επιβεβαιώσει, να τονίσει ή να υποστηρίξει τη στάση ή την πρόθεση του ομιλητή. Η στάση του σώματος είναι μια άλλη μορφή μη λεκτικής επικοινωνίας η οποία είναι μια περισσότερο ή λιγότερο σταθερή κατάσταση που διακρίνεται και τεκμαίρεται για

έναν ειδικό σκοπό ή αντίστοιχα με τις κανονικές δυνατότητες στην προοπτική μιας συγκεκριμένης κατάστασης. Αυτό συμβαίνει όταν κάποιος είναι ξαπλωμένος, καθιστός ή όρθιος (Sloan & Knowles, 2019).

Η παραγλωσσική είναι μια άλλη μορφή που αναφέρεται στην προφορική επικοινωνία ξεχωριστά από την πραγματική γλώσσα και περιλαμβάνει παράγοντες όπως ο τόνος της φωνής, η ένταση, η κλίση και το ύψος της φωνής (Clochesy & Gittner, 2019).

Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη ή από σχιζοφρένεια παρουσιάζουν συνήθως μειωμένη συναισθηματική εκφραστικότητα (π.χ. μη εκφραστικές εκδηλώσεις του προσώπου, αποστροφή του βλέμματος, σπανιότητα χειρονομιών, μονότονος τόνος φωνής). Ομοίως, οι ασθενείς αυτοί έχουν φτωχότερη ικανότητα να κατανοούν σωστά τη συναισθηματική κατάσταση των άλλων με βάση τη μη λεκτική συμπεριφορά των άλλων (δηλ. λιγότερη μη λεκτική ευαισθησία) που σχετίζεται με υγιή άτομα. Επιπλέον, η μη λεκτική συμπεριφορά των ασθενών παρέχει επίσης πληροφορίες για τον ασθενή στον θεραπευτή τις οποίες ο ασθενής δεν είναι πρόθυμος ή ικανός να δώσει λεκτικά (π.χ. αγωνία, εξαπάτηση) (Omura & Levett-Jones, 2019). Τέλος, η μη λεκτική εκπαίδευση μπορεί να αποτελεί μέρος της θεραπείας, για παράδειγμα όταν ασθενείς με μη λεκτικές αποκλίσεις (π.χ. αυτιστικοί ασθενείς που συνήθως δυσκολεύονται να κατανοήσουν τα συναισθήματα των άλλων) εκπαιδεύονται να κωδικοποιούν και να αποκωδικοποιούν τη μη λεκτική συμπεριφορά προκειμένου να βελτιώσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες (Aceto & Pescapé, 2018).

4. ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΙΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η μη λεκτική επικοινωνία είναι η επικοινωνία χωρίς λόγια. Αν και το ενδιαφέρον για τη μη λεκτική επικοινωνία μεταξύ φροντιστών και ασθενών είναι σχετικά νέο, οι μελέτες για τη μη λεκτική συμπεριφορά στο πεδίο των αλληλεπιδράσεων μεταξύ φροντιστών και ασθενών έχουν δώσει πολλά ενδιαφέροντα αποτελέσματα κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών (Clochesy & Gittner, 2019).

Πρώτα σε συσχετιστικά σχέδια και στη συνέχεια σε πειραματικά, οι ερευνητές έδειξαν ότι η μη λεκτική επικοινωνία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης προβλέπει διάφορα σημαντικά αποτελέσματα για τους ασθενείς. Για παράδειγμα, γνωρίζουμε ότι οι συνεργατικές μη λεκτικές συμπεριφορές, όπως το χαμόγελο, το νεύμα ή η κλίση προς τα εμπρός, αυξάνουν την ικανοποίηση των ασθενών, την εμπιστοσύνη και την προσκόλληση. Επιπλέον, αρχίζουμε να κατανοούμε πώς τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών διαμορφώνουν τις αντιδράσεις τους στο συγκεκριμένο στυλ επικοινωνίας του φροντιστή (Rose & Perz, 2017).

Οι ερευνητές δεν έχουν διερευνήσει μόνο τη μη λεκτική συμπεριφορά των φροντιστών, αλλά έχουν εξετάσει και τη μη λεκτική συμπεριφορά των ασθενών. Στο ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, ειδικότερα, η μη λεκτική συμπεριφορά των ασθενών μπορεί να περιέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νόσο του ασθενούς (π.χ. καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια, αυτιστικά προβλήματα) (Clochesy & Gittner, 2019).

Επίσης, η ενίσχυση των μη λεκτικών δεξιοτήτων των ασθενών -που ορίζονται ως η σωστή ανάγνωση και ερμηνεία της μη λεκτικής συμπεριφοράς των άλλων, καθώς και η μη λεκτική έκφραση του εαυτού με τρόπο που να συνάδει με τους επικοινωνιακούς στόχους του- μπορεί να αποτελέσει μέρος της θεραπείας. Καθώς ο τομέας της επικοινωνίας μεταξύ φροντιστών και ασθενών αναπτύχθηκε, τόσο θεωρητικά όσο και εμπειρικά, αποκτήσαμε περισσότερες γνώσεις σχετικά με το πώς οι γιατροί, οι νοσηλεύτες, οι θεραπευτές και άλλοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να επικοινωνούν καλύτερα με τους ασθενείς τους, να ερμηνεύουν τη μη λεκτική συμπεριφορά των ασθενών τους και να προσαρμόζονται στη μη λεκτική συμπεριφορά των ασθενών τους, προκειμένου να εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα (Howick & Onakpoya, 2018).

5. ΟΡΙΣΜΟΣ, ΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Η μη λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει ενδείξεις του προσώπου, της στάσης, της χειρονομίας και της φωνής (παραγλωσσικές). Οι μη λεκτικές ενδείξεις εξυπηρετούν διαφορετικούς σκοπούς, όπως η σηματοδότηση προσωπικών χαρακτηριστικών (π.χ. εξωστρέφεια, νοημοσύνη) και διαπροσωπικών προσανατολισμών και στόχων (π.χ. ενδιαφέρον, προσοχή, αντιπάθεια, οικειότητα ή κατάσταση), ο συντονισμός του λεκτικού λόγου ή/και η έκφραση συναισθημάτων. Οι ενδείξεις του προσώπου περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, το κοίταγμα, το χαμόγελο, το συνοφρύωμα, το ανέβασμα των φρυδιών και τη γενική εκφραστικότητα του προσώπου (Omura & Levett-Jones, 2019). Οι ενδείξεις στάσης είναι, για παράδειγμα, οι θέσεις και οι κινήσεις των χεριών και των ποδιών, ο προσανατολισμός του σώματος και η διαπροσωπική απόσταση. Οι χειρονομίες μπορεί να είναι εμβληματικές όταν έχουν καθορισμένο γλωσσικό περιεχόμενο (π.χ. λέγοντας όχι κάνοντας επαναλαμβανόμενες κινήσεις του δείκτη αριστερά-δεξιά), επεξηγηματικές όταν εκφράζουν χειρονομιακά μια έννοια ή ένα αντικείμενο (π.χ. δείχνοντας το μέγεθος ενός κουτιού με τα χέρια), ρυθμιστικές όταν διευκολύνουν τις λεκτικές ανταλλαγές (π.χ. υποδεικνύοντας με μια κίνηση του χεριού ότι ο συνομιλητής πρέπει να συνεχίσει να μιλάει), προσαρμοστικές όταν ανταποκρίνονται σε μια προσωπική ανάγκη (π.χ. ξύνοντας το κεφάλι που τον τρώει), ή συναισθηματικές όταν μεταδίδουν ένα συναίσθημα (π.χ. σφίγγοντας τη γροθιά του όταν αισθάνεται εκνευρισμένος). Οι φωνητικές ενδείξεις περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, την ένταση της φωνής, το ύψος της φωνής, τον ρυθμό ομιλίας και τις διακυμάνσεις του τόνου της φωνής (Ratna, 2019).

Η μη λεκτική επικοινωνία μπορεί να συμπληρώνει, να επαναλαμβάνει, να ενισχύει, να υποκαθιστά, να ρυθμίζει ή να έρχεται σε αντίθεση με τη λεκτική επικοινωνία. Όταν υπάρχει αντίφαση μεταξύ των δύο επικοινωνιακών καναλιών, φαίνεται ότι οι άνθρωποι βασίζονται περισσότερο στις μη λεκτικές ενδείξεις παρά στις λεκτικές ενδείξεις όταν προσπαθούν να συμπεράνουν το νόημα της επικοινωνίας. Για παράδειγμα, όταν κάποιος λέει "Μου αρέσεις" με μια πετροβολημένη έκφραση που μεταφέρει το αντίθετο μήνυμα, οι άνθρωποι συνήθως σχηματίζουν την κρίση τους για το αν ο άλλος τους αρέσει στηριζόμενοι στα στοιχεία του προσώπου και συμπεραίνουν ότι το άτομο δεν είναι σοβαρό ή ειλικρινές όταν λέει ότι του αρέσει (Omura & Levett-Jones, 2019). Μια συνήθης εξήγηση για την προτίμηση που δίνεται

στα μη λεκτικά στοιχεία κατά την αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων των άλλων είναι ότι οι μη λεκτικές συμπεριφορές τελούν υπό λιγότερο συνειδητό έλεγχο από ό,τι οι λεκτικές συμπεριφορές. Κατά συνέπεια, οι άνθρωποι τείνουν να θεωρούν ότι τα μη λεκτικά στοιχεία είναι πιο δύσκολο να πλαστογραφηθούν και, συνεπώς, ότι είναι πιο ενδεικτικά των πραγματικών προθέσεων ή/και καταστάσεων των εταίρων τους στην αλληλεπίδραση (Chichirez & Purcărea, 2018) .

6. ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Στη σχέση φροντιστή-ασθενούς, δύο πτυχές της μη λεκτικής συμπεριφοράς μελετώνται συνήθως: οι συμπεριφορές σύνδεσης και οι συμπεριφορές ελέγχου. Οι συνδετικές μη λεκτικές συμπεριφορές περιλαμβάνουν όλες τις μη λεκτικές συμπεριφορές που αποσκοπούν στη δημιουργία μιας θετικής σχέσης μεταξύ του φροντιστή και του ασθενούς με την επικοινωνία προσοχής, ενδιαφέροντος, ενσυναίσθησης ή/και φιλικότητας (Omura & Levett-Jones, 2019). Περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, ενισχυτικές συμπεριφορές όπως το χαμόγελο και το νεύμα, καθώς και σημάδια συμμετοχής όπως η εκφραστικότητα του προσώπου, η στάση του σώματος που κοιτάζει προς τα εμπρός και η κλίση προς τα εμπρός. Οι ελεγκτικές μη λεκτικές συμπεριφορές είναι όλες οι μη λεκτικές συμπεριφορές που αποσκοπούν στην απόκτηση ή τη διατήρηση του ελέγχου επί του συντρόφου αλληλεπίδρασης. Περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, την ομιλία με δυνατή φωνή ή την υιοθέτηση μιας επεκτατικής στάσης του σώματος (δηλαδή την κατάληψη του μέγιστου χώρου) (Howick & Onakpoya, 2018).

Έχει αποδειχθεί ότι οι συνεργατικές μη λεκτικές συμπεριφορές των φροντιστών επηρεάζουν θετικά τα αποτελέσματα των ασθενών. Πειραματικές μελέτες υποδεικνύουν ότι όταν οι φροντιστές υιοθετούν συνεργατικές μη λεκτικές συμπεριφορές, όπως η μέτρια έως υψηλή οπτική επαφή με τον ασθενή, η σπάνια εξέταση του διαγράμματος του ασθενούς, η χρήση ανησυχούντων εκφράσεων του προσώπου, το συχνό χαμόγελο, η κλίση προς τα εμπρός και το κάθισμα σχετικά κοντά (δύο μέτρα) στους ασθενείς, οι ασθενείς είναι πιο ικανοποιημένοι με τους φροντιστές τους, τους εμπιστεύονται περισσότερο και ανακαλούν περισσότερες ιατρικές πληροφορίες από ό,τι όταν οι φροντιστές υιοθετούν λιγότερο συνεργατικές συμπεριφορές (π.χ. μικρή οπτική επαφή, συχνή ματιά στο διάγραμμα, ουδέτερη έκφραση προσώπου, κλίση προς τα πίσω και κάθισμα σε απόσταση ενός μέτρου από τον ασθενή). Κατά τον ίδιο τρόπο, όταν οι γιατροί αγγίζουν απαλά τους ασθενείς τους στο αντιβράχιο για ένα έως δύο δευτερόλεπτα στο τέλος της επίσκεψης, τονίζοντας παράλληλα τη σημασία της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής, οι ασθενείς είχαν περισσότερες πιθανότητες να πάρουν όντως τα φάρμακά τους σύμφωνα με τη συνταγή (δηλαδή, έδειξαν μεγαλύτερη προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή) από ό,τι όταν ο γιατρός τόνιζε τη σημασία της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής χωρίς να αγγίζει τους ασθενείς (Vijayakumar & Deborah, 2017).

Η έρευνα συσχέτισης έχει αποκαλύψει πολλές συσχετίσεις μεταξύ των συγγενικών συμπεριφορών των φροντιστών, όπως εκφράζονται μη λεκτικά, που αναπαράγουν τα αποτελέσματα πειραματικών μελετών σε πραγματικές ιατρικές συνθήκες. Για παράδειγμα, τα αποτελέσματα μετα-αναλύσεων δείχνουν ότι η συνεργατικότητα (ζεστασιά) των ιατρών και των νοσηλευτών και η ακρόαση του ασθενούς συνδέονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών. Οι συσχετιστικές έρευνες υποδεικνύουν επίσης συσχετίσεις μεταξύ της μη λεκτικής προσφιλικότητας των φροντιστών και των αποτελεσμάτων των ασθενών που δεν έχουν (ακόμη) αποδειχθεί από πειραματικές έρευνες (Omura & Levett-Jones, 2019). Για παράδειγμα, το κοίταγμα του φροντιστή προς τον ασθενή έχει συσχετιστεί με την επιτυχέστερη αναγνώριση της ψυχολογικής του δυσφορίας. Η εκφραστικότητα των φροντιστών (η οποία τίθεται σε λειτουργία με διαφορετικό τρόπο στις διάφορες μελέτες, π.χ. μέσω περισσότερων νεύσεων, περισσότερου χαμόγελου, περισσότερου συνοφρυώματος, περισσότερων χειρονομιών ή/και περισσότερων διαφοροποιήσεων στον τόνο της φωνής) σχετίζεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών σε ασθενείς διαφορετικών ηλικιών, καθώς και με καλύτερη σωματική και γνωστική λειτουργία σε ηλικιωμένους ασθενείς (Howick & Onakroya, 2018).

Οι έρευνες σχετικά με τις ελεγχόμενες μη λεκτικές συμπεριφορές των φροντιστών (π.χ. οπτική κυριαρχία μέσω του να κοιτάζουν τον ασθενή ενώ του μιλούν και να μην τον κοιτάζουν ενώ τον ακούνε, εκφραστικότητα, στενή διαπροσωπική απόσταση, δυνατός τόνος φωνής, εκτατικότητα στάσης) είναι συγκριτικά λίγες και κυρίως συσχετιστικές, αλλά δείχνουν ότι οι συμπεριφορές αυτές σχετίζονται γενικά με μικρότερη ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης, οι χειρουργοί των οποίων ο τόνος της φωνής είναι πιο κυρίαρχος έχουν περισσότερες αξιώσεις για ατασθαλίες. Ειδικότερα, οι ασθενείς φαίνεται να αντιπαθούν τις ελεγκτικές μη λεκτικές συμπεριφορές όταν αυτές οι συμπεριφορές εκφράζονται από γυναίκες φροντιστές - πιθανότατα επειδή οι ελεγκτικές συμπεριφορές έρχονται σε αντίθεση με τα στερεότυπα του ρόλου του γυναικείου φύλου. Αντίθετα, οι ασθενείς φαίνεται να δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση όταν οι άνδρες γιατροί επιδεικνύουν περισσότερες ελεγκτικές συμπεριφορές, όπως το να μιλούν με πιο δυνατή φωνή και να δείχνουν εκτατικότητα της στάσης, πιθανώς επειδή οι ελεγκτικές συμπεριφορές είναι σύμφωνες με τα στερεότυπα του ανδρικού ρόλου του φύλου (Anderson & Low, 2019).

Παρά το γεγονός ότι τα προαναφερθέντα ευρήματα ισχύουν κατά μέσο όρο, θα πρέπει να δοθεί μια πιο λεπτομερής εικόνα του είδους και της έντασης της μη λεκτικής συμπεριφοράς του φροντιστή - καθώς και των χαρακτηριστικών του φροντιστή και του ασθενούς. Η επίδραση της μη λεκτικής συμπεριφοράς των φροντιστών στην έκβαση του ασθενούς εξαρτάται μερικές φορές από την ακριβή μορφή της συγκεκριμένης μη λεκτικής συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, το απαλό άγγιγμα αυξάνει την προσκόλληση του ασθενούς, ενώ το άγγιγμα που γίνεται αντιληπτό ως κυρίαρχο ή ελεγκτικό φαίνεται να έχει αρνητική επίδραση στην έκβαση του ασθενούς- η επίδραση του αγγίγματος του ιατρού εξαρτάται επομένως πιθανώς από το είδος του αγγίγματος (ελαφρά απτική επαφή έναντι απότομης ή επεμβατικής επαφής) (Omura & Levett-Jones, 2019). Επιπλέον, ο κανόνας "όσο περισσότερο τόσο το καλύτερο" δεν μπορεί να εφαρμοστεί συστηματικά στις μη λεκτικές συμπεριφορές του ιατρού που φαίνεται να μοιράζονται θετικές συσχετίσεις με τα αποτελέσματα των ασθενών. Για πολλές συμπεριφορές, το μέτρο φαίνεται καλύτερο από τις ακρότητες. Για παράδειγμα, το υπερβολικό ή το υπερβολικά λίγο κοίταγμα του γιατρού φαίνεται εξίσου επιζήμιο για την ικανοποίηση των ασθενών, ενώ τα μέτρια επίπεδα κοίταγμα σχετίζονται με τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης. Και, τα ατομικά χαρακτηριστικά των φροντιστών και των ασθενών (π.χ. προσωπικότητα, στάση, φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο) μπορεί να μετριάσουν τις αντιδράσεις τους στον βαθμό προσκόλλησης και ελέγχου των φροντιστών. Για παράδειγμα, οι ασθενείς που είναι αγχωμένοι (όπως κρίνονται από τη φωνή τους από ανεξάρτητους βαθμολογητές) είναι πιο ανεκτικοί ή ακόμη και προτιμούν τους γιατρούς που ακούγονται θυμωμένοι από ό,τι ασθενείς που είναι λιγότερο αγχωμένοι (Rose & Perz, 2017).

Επίσης, η μη λεκτική συμπεριφορά μπορεί να έχει διαφορετικές επιπτώσεις στα αποτελέσματα των ασθενών ανάλογα με τον τύπο του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης που την εκφράζει. Τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης δείχνουν, για παράδειγμα, ότι η αρνητικότητα των ιατρών (π.χ. εκφρασμένος θυμός ή εχθρότητα) δεν σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, ενώ η αρνητικότητα των νοσηλευτών σχετίζεται. Ακόμη και αν δεν έχουμε, σε αυτό το στάδιο, σαφείς εξηγήσεις για τέτοιες διαφορές στην επίδραση της μη λεκτικής επικοινωνίας των φροντιστών στα αποτελέσματα των ασθενών ανάλογα με τους φροντιστές και τους ασθενείς, οι επιπτώσεις αυτές είναι τεκμηριωμένες και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη (Anderson & Low, 2019).

7. ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η μη λεκτική συμπεριφορά των ασθενών επηρεάζεται από τη μη λεκτική συμπεριφορά των ιατρών (Howick & Onakroya, 2018).

Οι έρευνες δείχνουν, για παράδειγμα, ότι οι ασθενείς τείνουν να αντανακλούν τις συμπεριφορές συνάφειας του γιατρού (π.χ. βλέμμα, προσανατολισμός προς το πρόσωπο) και ότι ο αλληλεπιδραστικός συγχρονισμός μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς όσον αφορά τη μη λεκτική συμπεριφορά (δηλαδή, όταν ο γιατρός και οι ασθενείς επιδεικνύουν παρόμοια συμπεριφορά ταυτόχρονα) συνδέεται με μεγαλύτερη αλληλεπιδραστική άνεση (δηλαδή, οι ασθενείς και οι γιατροί αισθάνονται πιο άνετα). Και στον ψυχοθεραπευτικό τομέα, οι θεραπευτές γίνονται πιο θετικά αντιληπτοί από τους ασθενείς όταν οι θεραπευτές και οι ασθενείς αντανακλούν ο ένας την κίνηση και τη στάση του σώματος του άλλου από ό,τι όταν δεν το κάνουν. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι ο καθρεφτισμός συνδέεται με μεγαλύτερη αντιληπτή σχέση και συμπάθεια μεταξύ των εταίρων αλληλεπίδρασης (Schroyen & Missotten, 2018).

Η μη λεκτική ευαισθησία (που ορίζεται ως η σωστή εξαγωγή συμπερασμάτων για τα χαρακτηριστικά και τις καταστάσεις των άλλων με βάση τη μη λεκτική συμπεριφορά τους) είναι μια σημαντική δεξιότητα που πρέπει να κατέχουν οι γιατροί. Οι γιατροί ενδέχεται να στερούνται μη λεκτικής ευαισθησίας όταν πρόκειται για την αναγνώριση συναισθηματικών καταστάσεων στους ασθενείς τους ή για την αξιολόγηση της ικανοποίησης και της συμπάθειας των ασθενών για τον γιατρό. Οι γυναίκες φοιτητές ιατρικής παρουσιάζουν μεγαλύτερη μη λεκτική ευαισθησία από τους άνδρες φοιτητές ιατρικής. Η έλλειψη μη λεκτικής ευαισθησίας στους γιατρούς αποτελεί ενδεχομένως πρόβλημα, ιδίως επειδή η δεξιότητα αυτή συνδέεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών και καλύτερη τήρηση των ραντεβού στους ασθενείς (Vijayakumar & Deborah, 2017).

Η μη λεκτική ευαισθησία είναι σημαντική και στον ψυχοθεραπευτικό τομέα. Οι μη λεκτικές συμπεριφορές των ασθενών μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διάγνωση από τους θεραπευτές, επειδή τα μη λεκτικά χαρακτηριστικά συνοδεύουν τις περισσότερες ψυχοπαθολογίες (π.χ. διαταραχές της διάθεσης, σχιζοφρένεια, αυτισμός, εξάρτηση από ουσίες). Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη ή από σχιζοφρένεια παρουσιάζουν συνήθως μειωμένη συναισθηματική εκφραστικότητα

(π.χ. μη εκφραστικές εκδηλώσεις του προσώπου, αποστροφή του βλέμματος, σπανιότητα χειρονομιών, μονότονος τόνος φωνής). Επίσης, οι ασθενείς αυτοί έχουν φτωχότερη ικανότητα να συμπεραίνουν σωστά την κατάσταση των άλλων (π.χ. συναισθήματα) με βάση τη μη λεκτική συμπεριφορά των άλλων (δηλ. λιγότερη μη λεκτική ευαισθησία) σε σύγκριση με τα υγιή άτομα. Επιπλέον, η μη λεκτική συμπεριφορά των ασθενών μπορεί να παρέχει πληροφορίες για τον ασθενή στον θεραπευτή τις οποίες ο ασθενής δεν είναι πρόθυμος ή ικανός να δώσει προφορικά (π.χ. αγωνία, εξαπάτηση). Τέλος, η μη λεκτική εκπαίδευση μπορεί να αποτελεί μέρος της θεραπείας, για παράδειγμα όταν ασθενείς με μη λεκτικά ελλείμματα (π.χ. αυτιστικοί ασθενείς που συνήθως δυσκολεύονται να κατανοήσουν τα συναισθήματα των άλλων) εκπαιδεύονται να κωδικοποιούν και να αποκωδικοποιούν τη μη λεκτική συμπεριφορά προκειμένου να βελτιώσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες (Howick & Onakpoya, 2018).

8. ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ : ΤΥΠΟΙ : ΑΡΧΕΣ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ

Ιστορικά, η χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας προηγείται της λεκτικής επικοινωνίας, διαδραματίζοντας έναν πρώιμο και σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της λεκτικής επικοινωνίας (Omura & Levett-Jones, 2019). Ως εκ τούτου, και οι δύο εξυπηρετούν διαφορετικές επικοινωνιακές λειτουργίες ενόψει του γεγονότος ότι ενώ η μη λεκτική επικοινωνία βασίζεται κυρίως βιολογικά και διεκπεραιώνεται από ένα παλαιότερο τμήμα του ανθρώπινου εγκεφάλου, η λεκτική επικοινωνία βασίζεται συνήθως παραδοσιακά. Η άποψη αυτή ενισχύεται περαιτέρω από το γεγονός ότι ορισμένη μη λεκτική επικοινωνία έχει το ίδιο νόημα σε όλους τους πολιτισμούς, ενώ κανένα σύστημα λεκτικής επικοινωνίας δεν έχει την ίδια καθολική ομοιότητα (Vijayakumar & Deborah, 2017).

Η μη λεκτική επικοινωνία προσθέτει μια αίσθηση ζεστασιάς, ενσυναίσθησης, φροντίδας, καθησυχασμού και υποστήριξης στη διαπροσωπική επικοινωνία. Από την άλλη πλευρά, μπορεί επίσης να αποκαλύψει αδιαφορία, πλήξη, θυμό, εκνευρισμό ή δυσπιστία. Μη λεκτική ειπωμένη με επιφυλακτικό τόνο φωνής, μπορεί να εκφράσει δυσaráσκεια και έλλειψη ενδιαφέροντος. Η εγγύτητα ασχολείται με την ανάγκη για "προσωπικό χώρο", η οποία είναι ομοίως ένα σημαντικό είδος μη λεκτικής επικοινωνίας. Η απτική έχει να κάνει με την επικοινωνία μέσω της αφής, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επικοινωνήσει στοργή, οικειότητα, συμπάθεια και άλλα συναισθήματα (Anderson & Low, 2019).

Η εμφάνιση είναι μια άλλη μορφή μη λεκτικής επικοινωνίας που έχει να κάνει με την επιλογή του χρώματος, της ένδυσης, των χτενισμάτων και άλλων. Η έρευνα σχετικά με τη δεκτικότητα των χρωμάτων έχει διαπιστώσει ότι τα μεταβαλλόμενα χρώματα μπορούν να υποδηλώνουν διαφορετικές διαθέσεις. Η εμφάνιση μπορεί επίσης να τροποποιήσει τις σωματικές αντιδράσεις, τις κρίσεις και τις ερμηνείες (Omura & Levett-Jones, 2019). Τέλος, υπάρχουν τα σήματα ή εμβλήματα που περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις χειρονομίες που αντικαθιστούν τις λέξεις, τους αριθμούς και τα σημεία στίξης. Μπορεί να ποικίλλουν από τη μονολεκτική χειρονομία μέχρι πιο σύνθετα συστήματα όπως η Αμερικανική Νοηματική Γλώσσα για τους κωφούς, όπου τα μη λεκτικά σήματα έχουν άμεση λεκτική μετάφραση. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι τα σημεία και τα εμβλήματα είναι ειδικά για κάθε

πολιτισμό. Η χειρονομία του αντίχειρα και του δείκτη που χρησιμοποιείται για να δηλώσει το "εντάξει" στις Ηνωμένες Πολιτείες παίρνει μια υποτιμητική και προσβλητική ερμηνεία σε ορισμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής" (Omura & Levett-Jones, 2019).

9. ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Οι περισσότερες έρευνες στον τομέα της επικοινωνίας μεταξύ φροντιστών και ασθενών είναι συσχετιστικές. Αυτό συνήθως εξασφαλίζει υψηλή εξωτερική εγκυρότητα (καλή δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων), αλλά δεν επιτρέπει αιτιώδη συμπεράσματα και μερικές φορές δημιουργεί προβλήματα ερμηνείας όσον αφορά την κατεύθυνση της ανακαλυφθείσας σχέσης (Omura & Levett-Jones, 2019). Για παράδειγμα, μια συσχέτιση μεταξύ της μη λεκτικής εκφραστικότητας του ιατρού και των θετικών αποτελεσμάτων για την υγεία του ασθενούς μπορεί να ερμηνευτεί με διαφορετικούς τρόπους: ή 2) οι γιατροί μπορεί να ήταν πιο εκφραστικοί με ασθενείς που είχαν καλύτερη υγεία ή 3) μια τρίτη μεταβλητή (π.χ. ο καιρός) μπορεί να επηρέασε τόσο την εκφραστικότητα των γιατρών όσο και την κατάσταση της υγείας των ασθενών. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο άλλοι ερευνητές έχουν κατασκευάσει πειραματικό σχεδιασμό. Αυτοί οι σχεδιασμοί, χειραγωγώντας τη μη λεκτική συμπεριφορά των ιατρών και διατηρώντας υψηλό επίπεδο ελέγχου των πιθανών συγχυτικών μεταβλητών, επέτρεψαν στους ερευνητές να διαπιστώσουν αιτιώδη συσχέτιση (π.χ. μεταξύ του νεύματος των ιατρών και της ικανοποίησης των ασθενών). Ωστόσο, οι πειραματικοί σχεδιασμοί στον τομέα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ φροντιστών και ασθενών έχουν συχνά βασιστεί σε λεγόμενους αναλογικούς ασθενείς (υγιείς συμμετέχοντες που καλούνται να μπουν στη θέση πραγματικών ιατρικών ασθενών) και/ή σε ηθοποιούς που παίζουν το ρόλο των ιατρών (δηλαδή προσομοιωμένους ασθενείς) και είναι πιο πιθανό να πάσχουν από χαμηλή εξωτερική εγκυρότητα (περιορισμένη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων) (Omura & Levett-Jones, 2019). Ορισμένοι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να υπερβούν τους αντίστοιχους περιορισμούς των συσχετιστικών μελετών πεδίου και των πειραματικών αναλογικών μελετών με τη διενέργεια πειραματικών μελετών πεδίου (δηλ. μελέτες που χρησιμοποιούν πειραματικούς σχεδιασμούς αλλά σε πραγματικές ιατρικές συνθήκες). Ωστόσο, οι προσπάθειες αυτές εξακολουθούν να είναι σπάνιες και θα πρέπει να αναπτυχθούν στο μέλλον (Howick & Onakroya, 2018).

Οι ερευνητές στον τομέα της επικοινωνίας μεταξύ φροντιστών και ασθενών στερούνται μερικές φορές συναίνεσης όσον αφορά την ορολογία. Οι πολύ παρόμοιες αλλά όχι πλήρως επικαλυπτόμενες δομές (π.χ. *affiliativeness*, *warmth*, *communion*, *friendliness*, *immediacy*) χρησιμοποιούνται συνήθως με εναλλάξιμο τρόπο, γεγονός που καθιστά τις συγκρίσεις μεταξύ των μελετών δύσκολες. Επίσης, οι ίδιες δομές δεν

λειτουργούν πάντα με τον ίδιο τρόπο από διαφορετικούς ερευνητές. Έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες να μπει τάξη στο πεδίο, όπως η πρόταση να εφαρμοστεί η αρχή της διαπροσωπικής θεωρίας στο πεδίο της αλληλεπίδρασης φροντιστή-ασθενούς και να οργανωθούν οι προηγούμενες έρευνες κατά μήκος δύο κύριων διαστάσεων (Omura & Levett-Jones, 2019): της διάστασης της σύνδεσης (η οποία περιλαμβάνει όλες τις λεκτικές και μη λεκτικές συμπεριφορές που κυμαίνονται από εξαιρετικά εχθρικές έως εξαιρετικά φιλικές) και της διάστασης του ελέγχου (η οποία περιλαμβάνει όλες τις λεκτικές και μη λεκτικές συμπεριφορές που κυμαίνονται από εξαιρετικά υποτακτικές έως εξαιρετικά κυρίαρχες). Το μέλλον θα μας δείξει αν ένα τέτοιο οργανωτικό πλαίσιο και μια τέτοια ορολογία θα υιοθετηθούν πράγματι από τους ερευνητές του πεδίου (Chichirez & Purcărea, 2018).

Ο τομέας της επικοινωνίας μεταξύ φροντιστών και ασθενών επικρίνεται μερικές φορές ότι δεν βασίζεται αρκετά στη θεωρία. Οι εμπνευστές της κριτικής επισημαίνουν ότι υπάρχουν λίγες θεωρίες στο πεδίο, και μάλιστα - με λίγες εξαιρέσεις, όπως η τυπολογία των σχέσεων γιατρού-ασθενή ή το μοντέλο E4 για την επικοινωνία γιατρού-ασθενή - υπάρχουν πολύ λίγες θεωρίες που χτίστηκαν στο πεδίο και επικεντρώνονται αποκλειστικά στις αλληλεπιδράσεις φροντιστή-ασθενή (Omura & Levett-Jones, 2019). Πολλές θεωρίες υπάρχουν στον ευρύτερο τομέα της επικοινωνίας (π.χ. το μοντέλο παράλληλης διαδικασίας της μη λεκτικής επικοινωνίας, η θεωρία της ισορροπίας, η θεωρία της διέγερσης από ασυμφωνία, η θεωρία της προσαρμογής στην αλληλεπίδραση), αλλά μερικές φορές είναι πολύ γενικές για να κάνουν προβλέψεις στο συγκεκριμένο πλαίσιο των αλληλεπιδράσεων φροντιστή-ασθενούς (Vijayakumar & Deborah, 2017).

Παρά αυτούς τους σημερινούς περιορισμούς, η μελέτη της μη λεκτικής επικοινωνίας σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης έχει εμπλουτίσει σημαντικά τον τομέα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ φροντιστών και ασθενών. Έχουμε πλέον αποδείξεις ότι η μη λεκτική συμπεριφορά διαδραματίζει βασικό ρόλο κατά τη διάρκεια ιατρικών και ψυχοθεραπευτικών συνεντεύξεων. Όπως δείχνουν οι έρευνες, η ενίσχυση της μη λεκτικής επικοινωνίας των φροντιστών και η απόκτηση γνώσεων σχετικά με τα μη λεκτικά συνθήματα τόσο των φροντιστών όσο και των ασθενών μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας στο σύνολό της (Vermeir Et al , 2015).

10. ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Σύμφωνα με τους Manuson & Patterson (Eds.), υπάρχουν δύο πτυχές των μη λεκτικών συμπεριφορών που συνήθως μελετώνται όταν πρόκειται για τη σχέση φροντιστή-ασθενή. Αυτές είναι οι συγγενικές συμπεριφορές και οι ελεγκτικές συμπεριφορές. Οι συνδετικές μη λεκτικές συμπεριφορές είναι όλες οι μη λεκτικές συμπεριφορές που αποσκοπούν στη δημιουργία μιας θετικής σχέσης μεταξύ του φροντιστή και του ασθενούς με την προσοχή, την εκδήλωση ενδιαφέροντος, την ενσυναίσθηση με τον ασθενή, καθώς και τη φιλικότητα (Omura & Levett-Jones, 2019). Συγκεκριμένα, συμπεριφορές όπως το χαμόγελο και το νεύμα, σημάδια συμμετοχής όπως η εκφραστικότητα του προσώπου, η στάση του σώματος και η κλίση προς τα εμπρός. Από την άλλη πλευρά, οι ελεγκτικές μη λεκτικές συμπεριφορές περιλαμβάνουν όλες τις μη λεκτικές συμπεριφορές που αποσκοπούν στην απόκτηση ή τη διατήρηση του ελέγχου επί του επικοινωνιακού εταίρου. Περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, την ομιλία με δυνατή φωνή ή την υιοθέτηση εκτεταμένης στάσης του σώματος (δηλαδή την κατάληψη του μέγιστου δυνατού χώρου) (Anderson & Low, 2019).

Μεταξύ αυτών των δύο τύπων μη λεκτικών συμπεριφορών που απαντώνται μεταξύ των φροντιστών, οι συνεργατικές μη λεκτικές συμπεριφορές έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν απόλυτα τα αποτελέσματα των ασθενών. Το αποτέλεσμα μιας πειραματικής μελέτης αποκάλυψε ότι όταν οι φροντιστές υιοθετούν συνεργατικές μη λεκτικές συμπεριφορές, όπως η οπτική επαφή με τον ασθενή, το να κοιτάζουν ελάχιστα το διάγραμμα του ασθενούς, η χρήση μη ανησυχητικών εκφράσεων του προσώπου, το να χαμογελούν τακτικά, το να σκύβουν προς τα εμπρός και το να κάθονται μέτρια κοντά (δύο μέτρα) στους ασθενείς, αυτοί είναι πιο ευχαριστημένοι με τους φροντιστές τους, τους εμπιστεύονται περισσότερο και θυμούνται περισσότερες ιατρικές πληροφορίες από ό,τι όταν οι φροντιστές υιοθετούν λιγότερο συνεργατικές συμπεριφορές (π.χ. μικρή οπτική επαφή, συχνή ματιά στο διάγραμμα, ουδέτερες εκφράσεις προσώπου, κλίση προς τα πίσω και κάθισμα σε απόσταση ενός μέτρου από τον ασθενή) (Omura & Levett-Jones, 2019). Κατά τον ίδιο τρόπο, όταν οι γιατροί αγγίζουν απαλά τους ασθενείς τους στο αντιβράχιο για ένα έως δύο δευτερόλεπτα στο τέλος της επίσκεψης, τονίζοντας παράλληλα τη σημασία της παρακολούθησης της φαρμακευτικής αγωγής, οι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να πάρουν

ουσιαστικά τα φάρμακά τους σύμφωνα με τη συνταγή (δηλαδή, έδειξαν μεγαλύτερη προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή) από ό,τι όταν ο γιατρός τόνιζε τη σημασία της παρακολούθησης της φαρμακευτικής αγωγής χωρίς να αγγίζει τους ασθενείς (Omura & Levett-Jones, 2019).

Από την άλλη πλευρά, η έρευνα συσχέτισης ανακάλυψε πολλές σχέσεις μεταξύ των συμπεριφορών προσκόλλησης των φροντιστών, όπως αυτές εκφράζονται μη λεκτικά, οι οποίες αναπαράγουν τα αποτελέσματα των πειραματικών μελετών σε πραγματικές ιατρικές συνθήκες. Για παράδειγμα, τα αποτελέσματα μετα-αναλύσεων δείχνουν ότι η affiliativeness (ζεστασιά) των ιατρών και των νοσηλευτών και η ακρόαση του ασθενούς συνδέονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών. Σημειώνοντας ότι ακόμη και στη σιωπή, τα μηνύματα μεταδίδονται σκόπιμα ή τυχαία, ο Ali, εξήγησε ότι μια νοσοκόμα που στέκεται όρθια όταν ένας ασθενής εισέρχεται σε ένα δωμάτιο και προχωράει μπροστά με ένα φιλόξενο χαμόγελο, έρχεται σε πλήρη αντίθεση με εκείνη που παραμένει πίσω από ένα γραφείο κοιτάζοντας το σημείωμα του ασθενούς (Omura & Levett-Jones, 2019). Οι συσχετιστικές έρευνες συνιστούν επίσης συσχετίσεις μεταξύ της μη λεκτικής συγγένειας των φροντιστών και των αποτελεσμάτων των ασθενών που δεν έχουν (ακόμη) αποδειχθεί από πειραματικές έρευνες. Για παράδειγμα, το κοίταγμα του φροντιστή προς τον ασθενή έχει συσχετιστεί με θετικότερο προσδιορισμό της ψυχολογικής του ταλαιπωρίας. Το συναίσθημα των φροντιστών (που λειτουργικοποιείται στρεβλά σε όλες τις μελέτες, π.χ. μέσω νεύματος, χαμόγελου, συνοφρύωσης, χειρονομιών και διαφοροποιήσεων στον τόνο της φωνής) συσχετίζεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών σε ασθενείς διαφορετικών ηλικιών, καθώς και με καλύτερη βελτίωση της σωματικής και γνωστικής λειτουργίας σε ηλικιωμένους ασθενείς (Rose & Perz, 2017).

Η αποτελεσματική προφορική επικοινωνία αποτελεί το θεμέλιο λίθο της υψηλής ποιότητας και της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αναμφίβολα γνωρίζουν τη συνεχή έμφαση και σημασία που δίνεται στη λεκτική επικοινωνία μέσω διαφόρων μέτρων και προτύπων ποιότητας. Ωστόσο, η καλή μη λεκτική επικοινωνία - εκφράσεις του προσώπου, χειρονομίες, οπτική επαφή, στάση του σώματος και τόνος της φωνής - είναι επίσης απαραίτητη. Οι έρευνες δείχνουν ότι η πλειονότητα της καθημερινής επικοινωνίας είναι μη λεκτική,

γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία που διαδραματίζει αυτή η πτυχή της επικοινωνίας στις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις (Vijayakumar & Deborah, 2017).

Η ικανότητα κατανόησης και χρήσης της μη λεκτικής επικοινωνίας ή της γλώσσας του σώματος είναι ένα ισχυρό εργαλείο που μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να συνδεθούν με θετικό τρόπο με τους ασθενείς και να ενισχύσουν την αμοιβαία κατανόηση και τον σεβασμό (Howick & Onakroya, 2018).

Οι πάροχοι πρέπει να έχουν επίγνωση της κατάστασης της μη λεκτικής επικοινωνίας τους, ώστε να μπορούν να αναγνωρίζουν την ενδεχομένως προβληματική γλώσσα του σώματος και να την αλλάζουν συνειδητά (Omura & Levett-Jones, 2019). Για παράδειγμα, ορισμένες καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν αρνητικές μη λεκτικές αντιδράσεις, όπως η θέαση ενός δύσκολου ασθενούς, η διαχείριση ενός παραπόνου ασθενούς ή η αντιμετώπιση του στρες. Ορισμένες στρατηγικές μπορούν να βοηθήσουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να βελτιώσουν συνειδητά τη μη λεκτική επικοινωνία. Για παράδειγμα (Anderson & Low, 2019):

- Χαμογελάστε και διατηρήστε την κατάλληλη οπτική επαφή, αλλά μην κοιτάτε επίμονα.
- Δείξτε ενδιαφέρον για όσα λέει ο ασθενής και αποφύγετε να χτυπάτε τα δάχτυλά σας, να κοιτάτε έξω από το παράθυρο, να κοιτάτε το ρολόι, να χασμουριέστε και άλλες μη λεκτικές ενέργειες που μπορεί να δείχνουν ότι βαριέστε ή βιάζεστε.
- Καθίστε όταν μπορείτε και σκύψτε προς τα εμπρός για να δείξετε ότι ασχολείστε. Μην στέκεστε κοιτάζοντας τον ασθενή με πατερναλιστική στάση.
- Κουνήστε το κεφάλι σας για να δείξετε ότι ακούτε.
- Διατηρήστε μια ανοιχτή και χαλαρή στάση και αποφύγετε να σταυρώνετε τα χέρια σας ή άλλες χειρονομίες που μπορεί να υποδηλώνουν απροθυμία να ακούσετε, αποδοκιμασία ή επικριτική στάση.
- Ενθαρρύνετε τον ασθενή να μοιραστεί σχετικές και πλήρεις πληροφορίες.

Η χρήση της τεχνολογίας μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μη λεκτικές ενδείξεις που μπορεί να απογοητεύσουν ή να αποξενώσουν τους ασθενείς (Omura & Levett-Jones, 2019). Οι πάροχοι θα πρέπει να φροντίζουν να αποφεύγουν συνήθειες που

σχετίζονται με τους ηλεκτρονικούς φακέλους υγείας (ΗΦΥ) και δημιουργούν εμπόδια στη συμμετοχή των ασθενών, όπως το να γυρίζετε την πλάτη στον ασθενή ενώ πληκτρολογείτε πληροφορίες, να κοιτάτε τον υπολογιστή κατά τη διάρκεια ευαίσθητων συζητήσεων ή να μην εξηγείτε στον ασθενή τι συμπεριλαμβάνετε στον φάκελο. Ορισμένες στρατηγικές που θα μπορούσαν να βοηθήσουν περιλαμβάνουν την εξήγηση του ΗΦΥ και ορισμένων από τα οφέλη του στον ασθενή, την παραμερισμό του υπολογιστή κατά τη διάρκεια των συζητήσεων με τον ασθενή ή τη χρήση γραφέα για την καταγραφή της κλινικής συνάντησης (Foronda & McArthur, 2016).

11. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Οι αλλαγές στην κοινωνία καθώς και στην ιατρική πρακτική έχουν ενθαρρύνει την προσδοκία μεγαλύτερης συμμετοχής των ασθενών στις διαβουλεύσεις. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να κάνουν ερωτήσεις και αναμένουν να συμμετέχουν περισσότερο στη λήψη αποφάσεων (Omura & Levett-Jones, 2019) . Θα περίμενε κανείς ότι αυτό θα οδηγούσε σε βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Ωστόσο, τα αποτελέσματα των προσπαθειών να μελετηθεί ο αντίκτυπος της αυξημένης συμμετοχής των ασθενών στις διαβουλεύσεις είναι σε μεγάλο βαθμό απογοητευτικά και υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι οι γιατροί ανταποκρίνονται στην αυξημένη συμμετοχή των ασθενών με μη λεκτικές συμπεριφορές αποκλεισμού (Brooks & Bloomer, 2019).

Μια δεύτερη πρόκληση για τους γενικούς ιατρούς είναι ότι χρησιμοποιούν πλέον εκτενώς υπολογιστές στις διαβουλεύσεις τους. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες η βρετανική γενική πρακτική έχει γίνει σχεδόν εξ ολοκλήρου ηλεκτρονική. Επιπλέον, οι υπολογιστές είναι πιθανό να έχουν αυξημένο ρόλο μετά την καθιέρωση οικονομικών ανταμοιβών για τους γενικούς ιατρούς για την καταγραφή πολλαπλών στοιχείων δεδομένων για τους ασθενείς τους (Omura & Levett-Jones, 2019). Οι Bensing et al παρατήρησαν ότι η επικοινωνία μεταξύ των Ολλανδών γενικών γιατρών κατά την περίοδο 1986-2002 είχε γίνει περισσότερο προσανατολισμένη στα καθήκοντα, με τους γιατρούς να έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμπλακούν στην οικοδόμηση συνεργασιών με τους ασθενείς τους, λιγότερες πιθανότητες να εκφράσουν ενδιαφέρον για τους ασθενείς τους και λιγότερες πιθανότητες να δώσουν δομή στη διαβούλευση. Τα ευρήματα αυτά θα πρέπει να προκαλούν έκπληξη, δεδομένης της έμφασης στην ασθενοκεντρική ιατρική και της εστίασης στις επικοινωνιακές δεξιότητες στην προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση. Ωστόσο, τα ευρήματα υποστηρίζονται από τα στοιχεία που δείχνουν ότι οι ασθενείς εξακολουθούν να αναφέρουν μικρή ενθάρρυνση από τους γιατρούς να διαχειρίζονται οι ίδιοι τις μακροχρόνιες παθήσεις τους. Οι Bensing et al θεώρησαν ότι μια πιθανή αιτία της επιδείνωσης της επικοινωνίας που παρατηρήθηκε στη μελέτη τους ήταν αποτέλεσμα της ολοένα και μεγαλύτερης χρήσης ηλεκτρονικών υπολογιστών από τους γενικούς ιατρούς (Omura & Levett-Jones, 2019).

Αντίθετα, και ίσως πιο ελπιδοφόρα, ο Chan και οι συνεργάτες του σε μια μικρή μελέτη από την Ιρλανδία διαπίστωσαν ότι οι γενικοί ιατροί ήταν σε θέση να διαφοροποιούν τη χρήση του υπολογιστή ανάλογα με το παράπονο που παρουσίαζε ο ασθενής. Για μη ψυχολογικά προβλήματα ο υπολογιστής χρησιμοποιούνταν 10-32% του χρόνου, αλλά αν το πρόβλημα χαρακτηριζόταν ως ψυχολογικό, το ποσοστό αυτό μειωνόταν σε 6-16%(Omura & Levett-Jones, 2019). Ωστόσο, ο σχεδιασμός της μελέτης ήταν τέτοιος που δεν γνωρίζουμε αν οι ασθενείς με προφανώς μη ψυχολογικά προβλήματα θα ανέφεραν πρόσθετα ψυχολογικά προβλήματα αν τους δινόταν η ευκαιρία. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για να διευκρινιστούν αυτά τα ζητήματα, αλλά η ανησυχία είναι ότι όσο περισσότερο χρησιμοποιούμε τον υπολογιστή, τόσο λιγότερο κοιτάμε τους ασθενείς μας, τόσο λιγότερο λέμε στους ασθενείς μας και, ιδίως, τόσο λιγότερο ρωτάμε για τις ψυχοκοινωνικές πτυχές της ασθένειας και ανταποκρινόμαστε στις συναισθηματικές πτυχές της φροντίδας τους (Anderson & Low, 2019).

Αυτό θα ταίριαζε με τις υπάρχουσες γνώσεις μας σχετικά με την επίδραση της απώλειας της οπτικής επαφής με τον ασθενή από την εξέταση των αρχείων, είτε σε χαρτί είτε στον υπολογιστή. Γνωρίζουμε ότι αυτή η συμπεριφορά μειώνει την αποτελεσματικότητα της διαβούλευσης, καθώς μειώνει την ευχέρεια του ασθενούς και αυξάνει την πιθανότητα οι γιατροί να χάσουν ή να ξεχάσουν πληροφορίες(Omura & Levett-Jones, 2019). Η Ruusunen έχει δείξει τη σημασία της θέσης του σώματος του γιατρού στην αρχή της διαβούλευσης στην επίδραση της ευχέρειας του ασθενούς, με την αρχική θέση του κάτω μέρους του σώματος που κοιτάζει τον υπολογιστή και όχι τον ασθενή να έχει αρνητική επίδραση, ακόμη και αν ο γιατρός παρέχει οπτική επαφή με το βλέμμα γυρίζοντας κατά διαστήματα το πάνω μέρος του σώματός του για να κοιτάζει τον ασθενή (Vijayakumar & Deborah, 2017).

Η αποτελεσματική διαπροσωπική επικοινωνία (IPC) μεταξύ του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης και του πελάτη είναι ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία για τη βελτίωση της ικανοποίησης του πελάτη, της συμμόρφωσης και των αποτελεσμάτων υγείας. Οι ασθενείς που κατανοούν τη φύση της ασθένειάς τους και τη θεραπεία της και που πιστεύουν ότι ο πάροχος ενδιαφέρεται για την ευημερία τους, δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη φροντίδα που λαμβάνουν και είναι πιο πιθανό να συμμορφωθούν με τα θεραπευτικά σχήματα. Παρά την ευρεία

αναγνώριση της σημασίας της διαπροσωπικής επικοινωνίας, το θέμα δεν τονίζεται με όλους τους τρόπους στην ιατρική εκπαίδευση (Schroyen & Missotten, 2018).

Τα τελευταία 30 χρόνια έχουν γίνει σημαντικές επενδύσεις για τη βελτίωση της πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ωστόσο, υπήρξαν σχετικά λίγες μελέτες που διερευνούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ακόμη λιγότερες που μελετούν την ποιότητα της διαπροσωπικής επικοινωνίας (Omura & Levett-Jones, 2019). Οι έρευνες για την ποιότητα της περίθαλψης που έχουν γίνει δείχνουν ότι η συμβουλευτική υγείας και η επικοινωνία μεταξύ παρόχων και πελατών είναι σταθερά αδύναμη σε όλες τις χώρες, τις περιφέρειες και τις υπηρεσίες υγείας. Ακόμα και όταν οι πάροχοι γνωρίζουν ποια μηνύματα πρέπει να επικοινωνήσουν, δεν διαθέτουν τις διαπροσωπικές δεξιότητες για να τα επικοινωνήσουν πιο αποτελεσματικά. Συχνά δεν γνωρίζουν πώς να επικοινωνούν με τους ασθενείς τους. Παρά την ευρεία αναγνώριση της κρίσιμης σημασίας της πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνίας μεταξύ πελάτη και παρόχου, υπάρχουν λίγες αυστηρές μελέτες για την επικοινωνία στον τομέα της υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες (Brooks & Bloomer, 2019).

Τα στοιχεία για τα θετικά αποτελέσματα της υγείας που συνδέονται με την αποτελεσματική επικοινωνία από τις αναπτυσσόμενες χώρες είναι ισχυρά. Η ικανοποίηση των ασθενών, η ανάκληση των πληροφοριών, η συμμόρφωση με τα θεραπευτικά σχήματα και η τήρηση των ραντεβού, καθώς και η βελτίωση των φυσιολογικών δεικτών, όπως η αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, και οι μετρήσεις της λειτουργικής κατάστασης έχουν συνδεθεί με την επικοινωνία μεταξύ παρόχου και πελάτη (Omura & Levett-Jones, 2019). Έτσι, η εμπειρία στον ανεπτυγμένο κόσμο έχει δείξει ότι οι πάροχοι μπορούν να βελτιώσουν τις διαπροσωπικές τους δεξιότητες, οδηγώντας σε καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία. Η έρευνα που περιγράφεται εδώ διερευνά κατά πόσον τα ευρήματα αυτά ισχύουν και μπορούν να επαναληφθούν στις αναπτυσσόμενες χώρες (Gharaveis & Pati, 2018).

Δυστυχώς, η αποτελεσματική επικοινωνία δεν εμφανίζεται πάντα φυσικά, ούτε απαιτείται εύκολα. Ακόμη και όταν ο πελάτης και ο πάροχος προέρχονται από την ίδια γεωγραφική περιοχή και μιλούν την ίδια γλώσσα, συχνά έχουν διαφορετικό εκπαιδευτικό, κοινωνικοοικονομικό και πολιτισμικό υπόβαθρο. Επιπλέον, οι προσδοκίες τους σχετικά με τη συνάντηση υγείας μπορεί να είναι διαφορετικές, ή

μπορεί να αντιμετωπίζουν άλλα προβλήματα, όπως η έλλειψη ιδιωτικότητας κατά τη διάρκεια της συνάντησης, ή οι χρονικοί περιορισμοί λόγω μεγάλου φόρτου ασθενών (Vijayakumar & Deborah, 2017).

Η καλύτερη επικοινωνία οδηγεί σε εκτεταμένο διάλογο, ο οποίος επιτρέπει στους ασθενείς να αποκαλύπτουν κρίσιμες πληροφορίες για τα προβλήματα υγείας τους και στους παρόχους να κάνουν ακριβέστερες διαγνώσεις. Η καλή επικοινωνία ενισχύει την εκπαίδευση και τη συμβουλευτική για την υγειονομική περίθαλψη, με αποτέλεσμα πιο κατάλληλα θεραπευτικά σχήματα και καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών (Omura & Levett-Jones, 2019). Η αποτελεσματική διαπροσωπική επικοινωνία ωφελεί επίσης το σύστημα υγείας στο σύνολό του, καθιστώντας το πιο αποδοτικό και οικονομικό. Έτσι, οι πελάτες, οι πάροχοι, οι διοικητικοί υπάλληλοι και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής έχουν όλοι συμφέρον από τη βελτίωση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ παρόχων και πελατών (Anderson & Low, 2019).

12. ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η παρατηρούμενη επιρροή της οπτικής επαφής στην εμπιστοσύνη επιβεβαιώνει τη σημασία της για την οικοδόμηση σχέσης. Η έκταση της οπτικής επαφής χειραγωγήθηκε ανεξάρτητα από άλλες λεκτικές και μη λεκτικές συμπεριφορές, διασφαλίζοντας ότι ένα αποτέλεσμα δεν θα μπορούσε να αποδοθεί σε άλλους παράγοντες. Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να επωφελούνται ειδικά από τη συνεπή οπτική επαφή του ογκολόγου, ενώ οι ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο όχι. Τα αποτελέσματα αυτά παρέχουν χρήσιμες υποδείξεις στους ογκολόγους σχετικά με το πώς να βελτιώσουν τη μη λεκτική επικοινωνία τους, ιδίως με ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, οι οποίες είναι συνολικά πιο ευάλωτες. Η βελτίωση της μη λεκτικής επικοινωνίας θα συμβάλει στην αμοιβαία εμπιστοσύνη. Η διατήρηση συχνής οπτικής επαφής παρεμποδίζεται από τον ολοένα και πιο κυρίαρχο ρόλο του υπολογιστή και τη χρήση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας στην αίθουσα συμβουλευτικής. Σε μια πρόσφατη μελέτη, ένα σημαντικό υποσύνολο ιατρών που χρησιμοποιούσαν ηλεκτρονικό φάκελο υγείας κοίταζε τον υπολογιστή κατά τη διάρκεια του 50 % της διαβούλευσης. Οι γιατροί που ξοδεύουν λιγότερο χρόνο κοιτάζοντας τον υπολογιστή έχουν πιο ενεργή αλληλεπίδραση με τον ασθενή τους και είναι πιο ασθενοκεντρικοί. Η διδασκαλία των ογκολόγων να διαχειρίζονται τα καθήκοντα του υπολογιστή και ταυτόχρονα να διατηρούν επαφή με τους ασθενείς είναι απαραίτητη για τη διατήρηση καλών σχέσεων θεραπείας. Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει την ανάπτυξη στρατηγικών για τη διατήρηση της ροής της συζήτησης κατά τη χρήση του υπολογιστή και την αποφυγή περιόδων παρατεταμένου βλέμματος στον υπολογιστή και παρατεταμένης σιωπής. Από την άλλη πλευρά, τα πλεονεκτήματα του υπολογιστή μπορούν να μεγιστοποιηθούν, για παράδειγμα, με την ενεργό ανταλλαγή πληροφοριών με τον ασθενή. Πιο συνεχείς ή δραστικές αλλαγές στη στάση του γιατρού ενδέχεται να επηρεάσουν την αντίληψη των ασθενών ότι ο ογκολόγος είναι απόμακρος ή βιαστικός και, κατά συνέπεια, να μειώσουν την εμπιστοσύνη τους. Σε προηγούμενες έρευνες, για παράδειγμα, ένας όρθιος ογκολόγος έγινε αντιληπτός ως πολύ λιγότερο συμπονετικός και ήρεμος από κάποιον που καθόταν. Η στάση επηρέασε ακόμη και την αντίληψη των ασθενών για τον χρόνο: ένας καθιστός γιατρός θεωρήθηκε ότι αφιερώνει περισσότερο χρόνο στον ασθενή, ακόμη και όταν η διαβούλευση ήταν μικρότερη από εκείνη ενός ογκολόγου που στεκόταν όρθιος. Στα

περισσότερα ολλανδικά ογκολογικά εξωτερικά ιατρεία, ο ογκολόγος κάθεται πίσω από ένα τραπέζι απέναντι από τον ασθενή. Η παρουσία αυτού του τραπεζιού επιτρέπει λιγότερες διακυμάνσεις στη στάση του σώματος του ογκολόγου. Παρ' όλα αυτά, η σωματική εγγύτητα και η προσοχή, που εκφράζονται με το σκύψιμο προς τα εμπρός πάνω από το τραπέζι και τον προσανατολισμό προς τον ασθενή, έχουν συνδεθεί σταθερά με τις θετικές αντιλήψεις των ασθενών για τους γιατρούς. Έτσι, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να ρίξει περισσότερο φως στον τρόπο με τον οποίο οι γιατροί μπορούν να μεταδώσουν μια βέλτιστη αίσθηση συμμετοχής μέσω της στάσης του σώματός τους πίσω από το τραπέζι και πώς αυτό σχετίζεται με την εμπιστοσύνη (Omura & Levett-Jones, 2019).

Σκοπός μιας μελέτης (Doboszynska, 2012) ήταν να διαπιστωθεί ποιες μέθοδοι επικοινωνίας χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων με ασθενείς με HIV που πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους, με ιδιαίτερη έμφαση στη μη λεκτική επικοινωνία. Ένα ερωτηματολόγιο που περιείχε 24 ερωτήσεις συμπληρώθηκε από 95 νοσηλευτές που εργάζονταν σε έναν από τους πέντε ξενώνες της Πολωνίας. Συνολικά το 48% του δείγματος ανέφερε ότι χρησιμοποιεί συχνά τη μη λεκτική επικοινωνία συνειδητά και με συγκεκριμένο στόχο, ενώ άλλοι 37 (39%) ανέφεραν ότι τη χρησιμοποιούν μερικές φορές. Οι απαντήσεις του δείγματος δείχνουν ότι για τους ασθενείς με HIV η καλύτερη μορφή αφής είναι το κράτημα του χεριού. Επιπλέον, το 63% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι έχει εκπαιδευτεί στην επικοινωνία με ασθενείς με ανακουφιστική φροντίδα, αλλά μόνο το 56% θεώρησε ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητες επικοινωνίας των νοσηλευτών ήταν ικανοποιητικές και το 50% θα ήθελε να εκπαιδευτεί σε δεξιότητες επικοινωνίας ειδικά για την ανακουφιστική φροντίδα. Οι περισσότεροι νοσηλευτές γνωρίζουν τη σημασία της μη λεκτικής επικοινωνίας στις αλληλεπιδράσεις τους με τους ασθενείς με ανακουφιστική φροντίδα, αλλά ένα σημαντικό ποσοστό πιστεύει ότι πρέπει να εκπαιδευτούν καλύτερα σε θεωρητικές και πρακτικές πτυχές της επικοινωνίας.

Εάν ένα άτομο βρίσκει οποιοδήποτε είδος συνομιλίας πολύ δύσκολο, μπορεί να χρησιμοποιήσει μη λεκτική επικοινωνία. Καθώς η άνοια εξελίσσεται, αυτός μπορεί να γίνει ο κύριος τρόπος επικοινωνίας του ατόμου. Στο περιοδικό Μείωση των επιπτώσεων της άνοιας στην Αμερική: A Decadal Survey of Behavioral and Social Sciences, η κόρη ενός 82χρονου πατέρα με νόσο Αλτσχάιμερ σε προχωρημένο στάδιο μιλάει για σοβαρές ανησυχίες ποιότητας και ασφάλειας που σχετίζονται με τις

μεταβάσεις φροντίδας και την επικοινωνία του πόνου κατά τη διάρκεια της γνωστικής παρακμής του πατέρα της. Ο πατέρας επέστρεψε στον όροφο φροντίδας μνήμης μετά από νοσηλεία. Ενώ κανονίσαμε συνεχή 24ωρη φροντίδα, κατά τη διάρκεια μιας εκδρομής με έναν λαϊκό φροντιστή, ο εν λόγω φροντιστής ανησυχούσε ότι ο μπαμπάς θα έπεφτε ενώ χρησιμοποιούσε την τουαλέτα, οπότε ασχολήθηκε με τον μπαμπά σωματικά. Ο μπαμπάς έπεσε πάνω στον νιπτήρα του μπάνιου και έσπασε δύο πλευρά. Ο μπαμπάς δεν ήταν σε θέση να εκφράσει λεκτικά τον πόνο του και δεν διαγνώστηκε αμέσως. Τελικά ο μπαμπάς επέστρεψε στο νοσοκομείο, όπου παρουσίασε παραλήρημα και έλαβε αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή (αφηρημένη για λόγους συντομίας). Οι ασθενείς με προχωρημένη άνοια μπορεί να είναι ακόμη σε θέση να λένε λέξεις ή φράσεις, αλλά μπορεί να αντιμετωπίζουν αυξημένη δυσκολία στη λεκτική επικοινωνία του πόνου. οι φροντιστές θα μπορούσαν να ενθαρρύνουν τη μη λεκτική επικοινωνία (π.χ. ζητώντας από τους ασθενείς να δείχνουν και να χρησιμοποιούν την αφή, τις εικόνες ή τους ήχους). Ακόμα, υπάρχουν διαθέσιμοι πόροι για να βοηθήσουν τους φροντιστές να ερμηνεύσουν τη γλώσσα του σώματος, τις εκφράσεις του προσώπου ή τις αρνητικές φωνές αυτών των ασθενών; Ναι, αν και οι ερμηνείες εξακολουθούν να αναπτύσσονται (Gharaveis & Pati, 2018).

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν σοβαρές διαταραχές στη μη λεκτική επικοινωνία, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής αντίληψης και της παραγωγής χειρονομιών. Ωστόσο, ο αντίκτυπος της μη λεκτικής κοινωνικής αντίληψης στη χειρονομιακή συμπεριφορά παραμένει άγνωστος, όπως και η συμβολή των αρνητικών συμπτωμάτων, της μνήμης εργασίας και της μη φυσιολογικής κινητικής συμπεριφοράς. Η επιτυχής μη λεκτική επικοινωνία βασίζεται τόσο στη σωστή αντίληψη όσο και στην έκφραση των πληροφοριών. Ο τρόπος με τον οποίο η μη λεκτική αντίληψη και η έκφραση επηρεάζουν η μία την άλλη στη σχιζοφρένεια είναι ελάχιστα κατανοητός, όπως και οι συσχετίσεις με τα κλινικά φαινόμενα. Οι χειρονομίες είναι ετερογενείς, σύνθετες εκφραστικές συμπεριφορές που μπορεί να συνοδεύουν την ομιλία και περιλαμβάνουν κινήσεις των δακτύλων, των χεριών και των βραχιόνων. Μπορούν να υποκαταστήσουν ή να βοηθήσουν την κατανόηση της γλώσσας και να παράσχουν ενδείξεις σχετικά με τη γνωστική αναπαράσταση της δράσης. Εδώ, αναφερόμαστε σε χειρονομίες χεριών και δακτύλων που σχετίζονται με μεταβατικές και ενδοβατικές συμβολικές πληροφορίες. Οι μεταβατικές χειρονομίες σχετίζονται με εργαλεία και απαιτούν την προσομοίωση της

συγκεκριμένης ενέργειας απουσία του αντικειμένου (π.χ., σηματοδοτώντας τη χρήση μιας χτένας ή ενός σφυριού). Οι ενδογενείς χειρονομίες μεταφέρουν ιδιαίτερα υπερεκμαθημένες, εμβληματικές πληροφορίες (π.χ. σηματοδοτούν το σταμάτημα ή χαιρετούν). Τόσο οι μεταβατικές όσο και οι ενδοβατικές χειρονομίες αποτελούν σημαντικά στοιχεία της καθημερινής μη λεκτικής επικοινωνίας. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια χρησιμοποιούν αυθόρμητες χειρονομίες λιγότερο συχνά από τα υγιή άτομα. Σε εργασίες μίμησης χειρών, οι ασθενείς έχουν λιγότερο ακριβείς επιδόσεις από τους μάρτυρες. Οι πρώτες μελέτες αναφέρουν σαφή ελλείμματα χειρονομιών σε ποσοστό έως και 67% των ασθενών με σχιζοφρένεια. Αυτά τα ελλείμματα χειρονομιών περιλαμβάνουν χωρικά και χρονικά σφάλματα καθώς και σφάλματα που αφορούν το μέρος του σώματος ως αντικείμενο (π.χ. χρήση του δείκτη όταν ζητείται να δείξουν πώς χρησιμοποιείται η οδοντόβουρτσα). Τα ελλείμματα χειρονομιών στη σχιζοφρένεια έχουν συνδεθεί με αρνητικά συμπτώματα, κινητικές ανωμαλίες (π.χ. παρκινσονισμός και κατατονία), δυσλειτουργία του μετωπιαίου λοβού και διαταραχές της μνήμης εργασίας (Anderson & Low, 2019).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προφορική επικοινωνία στις ιατρικές διαβουλεύσεις αναγνωρίζεται ως σημαντική για την παροχή ιατρικής φροντίδας και είναι συνήθως εύκολο να ερμηνευθεί και να αναλυθεί. Είναι διακριτή με σαφή σημεία τερματισμού, λαμβάνει χώρα με έναν μόνο τρόπο, βρίσκεται ως επί το πλείστον υπό εκούσιο έλεγχο και επικοινωνεί περισσότερο τις γνωστικές μας σκέψεις παρά τα συναισθήματά μας (Omura & Levett-Jones, 2019). Αντίθετα, η μη λεκτική επικοινωνία είναι λιγότερο εύκολο να ερμηνευτεί: είναι συνεχής ακόμη και στη σιωπή, μπορεί να εμφανιστεί με πολλούς τρόπους ταυτόχρονα, λειτουργεί σε λιγότερο συνειδητό επίπεδο, διαρρέει αυθόρμητες ενδείξεις και είναι ο διάυλος που είναι περισσότερο υπεύθυνος για την επικοινωνία στάσεων, συναισθημάτων και συναισθημάτων. Δεν πρέπει να μας εκπλήσσει, επομένως, το γεγονός ότι η μη λεκτική επικοινωνία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο καθ' όλη τη διάρκεια της ιατρικής συνέντευξης και αποτελεί σημαντική μεταβλητή στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Η μη λεκτική επικοινωνία συμβάλλει στην οικοδόμηση της σχέσης, παρέχει ενδείξεις για υποκείμενες ανομολόγητες ανησυχίες και συναισθήματα και βοηθά στην ενίσχυση ή την αντίφαση των λεκτικών μας σχολίων (Omura & Levett-Jones, 2019).

Η μη λεκτική επικοινωνία έχει τη μεγαλύτερη σημασία της στην ιατρική συνέντευξη εάν έρχεται σε αντίθεση με το μήνυμα της λεκτικής επικοινωνίας. Όταν οι δύο είναι ασυνεπείς ή αντιφατικές, τα μη λεκτικά μηνύματα τείνουν να υπερισχύουν των λεκτικών μηνυμάτων. Αυτό εξηγεί γιατί μια κλειστή ερώτηση που συνοδεύεται από αποτελεσματική μη λεκτική επικοινωνία θα οδηγήσει συχνά σε μια ανοιχτή απάντηση και γιατί οι ασθενείς δεν πιστεύουν απαραίτητα ένα καθησυχαστικό λεκτικό σχόλιο αν συνοδεύεται από αντιφατικές εκφράσεις του προσώπου και φωνητικό δισταγμό (Gharaveis & Pati, 2018).

Δύο στενά συνδεδεμένες πτυχές της μη λεκτικής επικοινωνίας στη συνέντευξη απαιτούν εξέταση: η μη λεκτική συμπεριφορά των ασθενών και η μη λεκτική συμπεριφορά των γιατρών. Ως γιατροί, πρέπει να αναγνωρίζουμε και να διερευνούμε τις μη λεκτικές ενδείξεις των ασθενών στα πρότυπα ομιλίας, στις εκφράσεις του προσώπου και στη στάση του σώματος. Αλλά πρέπει να έχουμε εξίσου επίγνωση της δικής μας μη λεκτικής συμπεριφοράς: πώς η χρήση της οπτικής επαφής, η θέση και η στάση του σώματος, η κίνηση, η έκφραση του προσώπου και η χρήση της φωνής του

γιατρού μπορούν να επηρεάσουν την επιτυχία της διαβούλευσης (Brooks & Bloomer, 2019).

Το άρθρο των Marcinowicz et al μας υπενθυμίζει ότι οι ασθενείς παρατηρούν προσεκτικά τους γιατρούς τους στις διαβουλεύσεις και λαμβάνουν μια σειρά από μη λεκτικές ενδείξεις. Σε αυτή τη μελέτη παρατήρησης από την Πολωνία, ο τόνος της φωνής των γιατρών και ο βαθμός της οπτικής επαφής συσχετίστηκαν ιδιαίτερα με τους ασθενείς που συνέλαβαν ενδείξεις ότι οι γιατροί τους έδειχναν να μην ενδιαφέρονται γι' αυτούς. Οι νεότεροι και πιο μορφωμένοι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να σχολιάσουν τις συμπεριφορές των γιατρών, είτε επειδή τις αντιλαμβάνονταν καλύτερα είτε επειδή αισθάνονταν πιο άνετα να τις αναφέρουν στους ερευνητές. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι ασθενείς θεωρούσαν ορισμένους γιατρούς πιο προσιτούς από άλλους και δήλωναν εθελοντικά διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικούς γιατρούς (Omura & Levett-Jones, 2019). Πριν από τριάντα χρόνια, οι Byrne και Heath, Βρετανοί πρωτοπόροι στη μελέτη της διαβούλευσης, διεξήγαγαν λεπτομερή μελέτη των επιπτώσεων της μη λεκτικής συμπεριφοράς των γιατρών στους ασθενείς τους και έκαναν παρόμοιες παρατηρήσεις. διαπίστωσαν ότι η οπτική επαφή και η στάση του γιατρού είχαν επιρροή στον καθορισμό του τι αποκάλυπτε ο ασθενής κατά τη διαβούλευση. Διαπίστωσαν επίσης ότι ο τρόπος με τον οποίο ο γιατρός χρησιμοποιούσε τους ιατρικούς φακέλους (που εκείνη την εποχή δεν ήταν μηχανογραφημένοι) ήταν πολύ σημαντικός για τον επηρεασμό των ανησυχιών που εξέφραζαν οι ασθενείς (Vijayakumar & Deborah, 2017).

Η μη λεκτική συμπεριφορά των ίδιων των γιατρών παραβλέπεται εύκολα στην έρευνα για την επικοινωνία. Πολλά εργαλεία για τη μέτρηση ιδιοτήτων όπως η εστίαση στον ασθενή έχουν σχεδιαστεί για να εφαρμόζονται σε ηχητικές και όχι σε βιντεοκασέτες, και τα ερωτηματολόγια για τους ασθενείς μπορεί να μην είναι επαρκώς λεπτομερή για να αναζητηθούν οι απόψεις τους σε αυτόν τον τομέα (Omura & Levett-Jones, 2019). Ωστόσο, ένας αυξανόμενος όγκος εργασιών τα τελευταία 20 χρόνια έχει καταδείξει τη σχέση μεταξύ της μη λεκτικής επικοινωνίας των γιατρών (με τη μορφή οπτικής επαφής, νεύματος του κεφαλιού και χειρονομιών, θέσης και τόνου της φωνής) με τα ακόλουθα αποτελέσματα: ικανοποίηση των ασθενών, κατανόηση των ασθενών, ανίχνευση συναισθηματικής δυσφορίας από τους γιατρούς και ιστορικό αξιώσεων για ιατρικά σφάλματα. Αν και χρειάζεται να γίνει περισσότερη δουλειά, υπάρχουν πλέον σημαντικές ενδείξεις ότι οι γιατροί πρέπει να

δίνουν μεγάλη προσοχή στη δική τους μη λεκτική συμπεριφορά (Anderson & Low, 2019).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aceto, G., & Pescapé, A. (2018). The role of Information and Communication Technologies in healthcare: taxonomies, perspectives, and challenges. *Journal of Network and Computer Applications*, 107, 125-154.
2. Anderson, R. J., & Low, J. T. (2019). Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: a systematic review of qualitative evidence. *Palliative medicine*, 33(8), 926-941.
3. Brooks, L. A., & Bloomer, M. J. (2019). Culturally sensitive communication in healthcare: A concept analysis. *Collegian*, 26(3), 383-391.
4. Chichirez, C. M., & Purcărea, V. L. (2018). Interpersonal communication in healthcare. *Journal of medicine and life*, 11(2), 119.
5. Clochesy, J. M., & Gittner, L. S. (2019). Enhancing communication between patients and healthcare providers: SBAR3. *Journal of health and human services administration*, 237-252.
6. Doboszyńska, A. (2012). Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(1), 40-46.
7. Foronda, C., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse education in practice*, 19, 36-40.
8. Gharaveis, A., & Pati, D. (2018). The impact of environmental design on teamwork and communication in healthcare facilities: a systematic literature review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 11(1), 119-137.
9. Gonçalves-Bradley, D. C., & Shepperd, S. (2020). Mobile technologies to support healthcare provider to healthcare provider communication and management of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
10. Howick, J., & Onakpoya, I. J. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), 240-252.
11. Kroshus, E., & Rivara, F. P. (2017). Parent beliefs about chronic traumatic encephalopathy: implications for ethical communication by healthcare providers. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(3), 421-430.

12. Madula, P., & Kaminga, A. C. (2018). Healthcare provider-patient communication: a qualitative study of women's perceptions during childbirth. *Reproductive health*, 15(1), 1-10.
13. Mamlin, B. W., & Tierney, W. M. (2016). The promise of information and communication technology in healthcare: extracting value from the chaos. *The American journal of the medical sciences*, 351(1), 59-68.
14. Marler, H., & Ditton, A. (2021). "I'm smiling back at you": exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. *International journal of language & communication disorders*, 56(1), 205-214.
15. Omura, M., & Levett-Jones, T. (2019). Exploring Japanese nurses' perceptions of the relevance and use of assertive communication in healthcare: a qualitative study informed by the theory of planned behaviour. *Nurse education today*, 67, 100-107.
16. Prip, A., & Danielsen, A. K. (2018). The patient–healthcare professional relationship and communication in the oncology outpatient setting: a systematic review. *Cancer Nursing*, 41(5), E11.
17. Ratna, H. (2019). The importance of effective communication in healthcare practice. *Harvard Public Health Review*, 23, 1-6.
18. Rose, D., & Perz, J. (2017). Let's talk about gay sex: gay and bisexual men's sexual communication with healthcare professionals after prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 26(1), e12469.
19. Rubinelli, S., & Davis, D. (2020). Implications of the current COVID-19 pandemic for communication in healthcare. *Patient Education and Counseling*, 103(6), 1067.
20. Schroyen, S., & Missotten, P. (2018). Communication of healthcare professionals: Is there ageism?. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12780.
21. Sloan, A. G., & Knowles, A. (2019). Improving communication between healthcare providers and cancer patients: A pilot study. *Journal of Communication in Healthcare*, 6(4), 208-215.
22. Vermeir, P. Et al (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International journal of clinical practice*, 69(11), 1257-1267.

23. Vijayakumar, P., & Deborah, L. J. (2017). An efficient secure communication for healthcare system using wearable devices. *Computers & Electrical Engineering*, 63, 232-245.