

Ο ρόλος της ψηφιακής αφήγησης στην ενδυνάμωση της επικοινωνιακής σχέσης ιατρού-ασθενή

Έφη Γιάννου

Υποψήφια Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Νέων Τεχνολογιών στην Επικοινωνία, την Εκπαίδευση και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 16121, Αθήνα

Έφη Γιάννου, Δρ. Ψηφιακής Επικοινωνίας, Μέσων και Πολυμέσων ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Νέων Τεχνολογιών στην Επικοινωνία,

την Εκπαίδευση και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, ΕΚΠΑ

Αλληλογραφία: Σοφοκλέους 1, 10559, Αθήνα

Email: efgiannou@gmail.com – Τηλ.: 6945861251

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των ιατρών και των ασθενών για το είδος της προσέγγισης στη σχέση ιατρού-ασθενή (ανθρωποκεντρική vs ιατροκεντρική προσέγγιση), αλλά και η καταγραφή των δεξιοτήτων επικοινωνίας στις οποίες έχουν εκπαιδευτεί οι πρώτοι, ως παράγοντας ο οποίος επιδρά καταλυτικά στις αντιλήψεις τους για τη σχέση με τις/τους ασθενείς. Εν συνεχεία, επιχειρείται η διερεύνηση του ρόλου της ψηφιακής αφήγησης στην ενδυνάμωση και αυτοέκφραση ιατρών-ασθενών, στη βελτίωση της σχέσης τους και στον τρόπο με τον οποίο συμβάλλει, ως καλή πρακτική, στον ανθρωποκεντρικό τύπο προσέγγισης στο πλαίσιο της αφηγηματικής ιατρικής. Στη σύγχρονη ιατρική προσέγγιση το ζήτημα της επικοινωνίας και των σχέσεων στον χώρο της υγείας δεν αφορά μόνο, τουλάχιστον πλέον, το επιστημονικό πεδίο της ιατρικής, νοσηλευτικής, ψυχολογίας ή άλλων ειδικοτήτων σχετιζόμενων με επαγγέλματα υγείας, αλλά τείνει να απασχολεί διάφορα επιστημονικά πεδία, όπως είναι ο χώρος της επικοινωνίας και των νέων τεχνολογιών. Συνεπώς, βάσει του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου κρίνεται αναγκαία η ολιστική και διεπιστημονική πλαισίωση του ζητήματος της επικοινωνίας, καθώς η ασθένεια δεν είναι δυνατόν να προσεγγίζεται αμγώς από τη βιολογική της διάσταση, αλλά λαμβάνονται υπόψη και επιπλέον παράγοντες, όπως τα ατομικά χαρακτηριστικά, συναισθηματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές παράμετροι, όπως και το πολιτισμικό πλαίσιο.

Λέξεις-κλειδιά: ψηφιακή αφήγηση, αφηγηματική ιατρική, θεραπευτική αφήγηση, σχέση ιατρού-ασθενή, δεξιότητες επικοινωνίας

1. Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας –προερχόμενης από ποικίλα επιστημονικά πεδία– αναφορικά με τις σχέσεις και την επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τις/τους ασθενείς. Όπως αναφέρει ο Κριτωτάκης, τελευταία, υπό την επίδραση πληθώρας κοινωνικών παραγόντων, παρατηρείται αμείωτο ενδιαφέρον στο να γίνουν οι υπηρεσίες υγείας περισσότερο φιλικές και προσιτές στους χρήστες τους, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στις εμπειρίες τους [1]. Αυτό συμβαίνει διότι η ποιότητα της επικοινωνίας κατά την ιατρική πράξη, σύμφωνα με τον Μειμάρη, δρα καταλυτικά στη διαχείριση σοβαρών ζητημάτων υγείας του ασθενή καθώς και σε πολλές πτυχές που σχετίζονται με κάθε συμμετέχοντα σε αυτή: ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό υγειονομικό προσωπικό, καθώς και ασθενείς αλλά και φροντιστές των ασθενών. Επομένως, κρίνεται αναγκαία η βελτίωση της επικοινωνίας όλων των παραπάνω εμπλεκόμενων. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρόταση του Μειμάρη για τη βελτίωση της επικοινωνίας στην υγεία μέσω των κοινών τόπων των επιστημονικών πεδίων της

επικοινωνίας και της υγείας αντίστοιχα [2]. Κατά τα λεχθέντα, γίνεται φανερό ότι το ζήτημα της επικοινωνίας και των σχέσεων στον χώρο της υγείας δεν αφορά μόνο, τουλάχιστον πλέον, το επιστημονικό πεδίο της ιατρικής, της νοσηλευτικής, της ψυχολογίας ή άλλων ειδικοτήτων σχετιζόμενων με επαγγέλματα υγείας, αλλά τείνει να απασχολεί διάφορα επιστημονικά πεδία, όπως είναι ο χώρος της επικοινωνίας και των νέων τεχνολογιών, της πληροφορικής κ.λπ.

Κατά τον ίδιο τρόπο, η ψηφιακή αφήγηση μπορεί να συμβάλει στην οικοδόμηση κοινότητας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί στην κοινή διαδικασία και τον κύκλο της αφήγησης (story-circle) στη διαδικασία της ψηφιακής αφήγησης. Η κοινή διαδικασία βασίζεται στην εμπιστοσύνη που είναι γεμάτη συναισθήματα, στις (αρχικές) ανησυχίες, στα εμπόδια που υπερπηδούνται και στην αίσθηση κατορθώματος όταν αυτά εξουδετερώνονται. Μερικές φορές είναι απογοητευτική, μερικές φορές ανέμελη, αστεία ή διασκεδαστική, αλλά σχεδόν πάντα πετυχημένη: στο τέλος δημιουργείται μια προσωπική μικρή ταινία και είναι έτοιμη να προβληθεί. Οι συναισθηματικές επιδράσεις που βιώνονται

νται από κοινού και η αμοιβαία εμπιστοσύνη καταλήγει σε μια συλλογική εμπειρία που έχει μια ξεχωριστή δύναμη στη συνοχή της ομάδας [3, 4]. Γεγονός το οποίο αποδεικνύεται μέσα από διάφορες εφαρμογές της ψηφιακής αφήγησης στην υγεία από την Pip Hardy στην Αγγλία με το πρόγραμμα «patient voices», όπου ασθενείς με χρόνιες ασθένειες χρησιμοποιούν την ψηφιακή αφήγηση για να εκφραστούν [5, 6].

Η ψηφιακή αφήγηση για τη συγκεκριμένη μελέτη εστιάζει στις δυνατότητες αυτοέκφρασης και αισθήματος «ανήκειν» (sharing), καθώς και στην ενδυνάμωση της κοινωνικο-ψυχολογικής ανθεκτικότητας ασθενών-ιατρών. Η ψηφιακή αφήγηση ως «καλή πρακτική» είναι δυνατόν να αποτελέσει τη συνδυαστική γέφυρα επικοινωνίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς σε μια διαφορετική αλληλεπίδραση, προσφέροντας μια νέα δυναμική στον χώρο της υγείας.

2. Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα ακολούθησε τη μεϊκή προσέγγιση, αξιοποιώντας την ποσοτική μεθοδολογία με τη χρήση ερωτηματολογίου (σταθμισμένης κλίμακας) καθώς και την ποιοτική μεθοδολογία με εργαλείο συλλογής δεδομένων την ψηφιακή αφήγηση. Όσον αφορά την ποσοτική έρευνα, η μέθοδος συλλογής δεδομένων ήταν Το Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή (Patient Physician Orientation Scale – PPOS), με δημιουργούς τους Krupat, Yeager και Putnam και την Τσίμτσιου, η οποία το στάθμισε στην ελληνική γλώσσα. Για τη χρήση και αξιοποίηση του ερωτηματολογίου δόθηκε γραπτή άδεια, τόσο από τους δημιουργούς όσο και από την ερευνήτρια που το στάθμισε και το προσαρμοσε στην ελληνική γλώσσα. Το PPOS είναι μια κλίμακα αντιλήψεων για τη σχέση ιατρού-ασθενή όπως την αντιλαμβάνονται και οι δύο άμεσα εμπλεκόμενοι σε αυτή. Αποτελείται από 18 προτάσεις-αντιλήψεις, οι οποίες απαντώνται σε μια εξαβάθμια κλίμακα Likert. Οι ερωτήσεις PPOS9, PPOS13 και PPOS17 αντιστρέφονται κατά τη βαθμολόγησή τους. Η βαθμολόγηση γίνεται από αριστερά προς τα δεξιά, από το διαφωνώ απόλυτα με βαθμό 6 έως το συμφωνώ απόλυτα με βαθμό 1. Συνεπώς, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από την/τον ασθενή στο επίκεντρο (patient-centered) έως την/τον ιατρό ή την ασθένεια στο επίκεντρο (doctor or disease-centered). Τα υψηλότερα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε περισσότερο ανθρωποκεντρική συμπεριφορά. Το PPOS αποτελείται από δύο επιμέρους υποκλίμακες και καθεμία από αυτές αποτελείται από εννέα θέσεις. Όσον αφορά το εύρος της συνολικής βαθμολογίας, κυμαίνεται από 18 έως 108 μονάδες στο σύνολό του, ενώ για τις δύο υποκλίμακες κυμαίνεται από 9 έως 54 μονάδες. Ο Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή προκύπτει από τη μέση βαθμολογία των απαντήσεων, η οποία κυμαίνεται από 1 έως 6. Όσο υψηλότερη η βαθμολογία, τόσο πιο ανθρωποκεντρικός είναι ο προσανατολισμός και όσο πιο χαμηλή, τόσο πιο ιατροκεντρικός και «κλινικός».

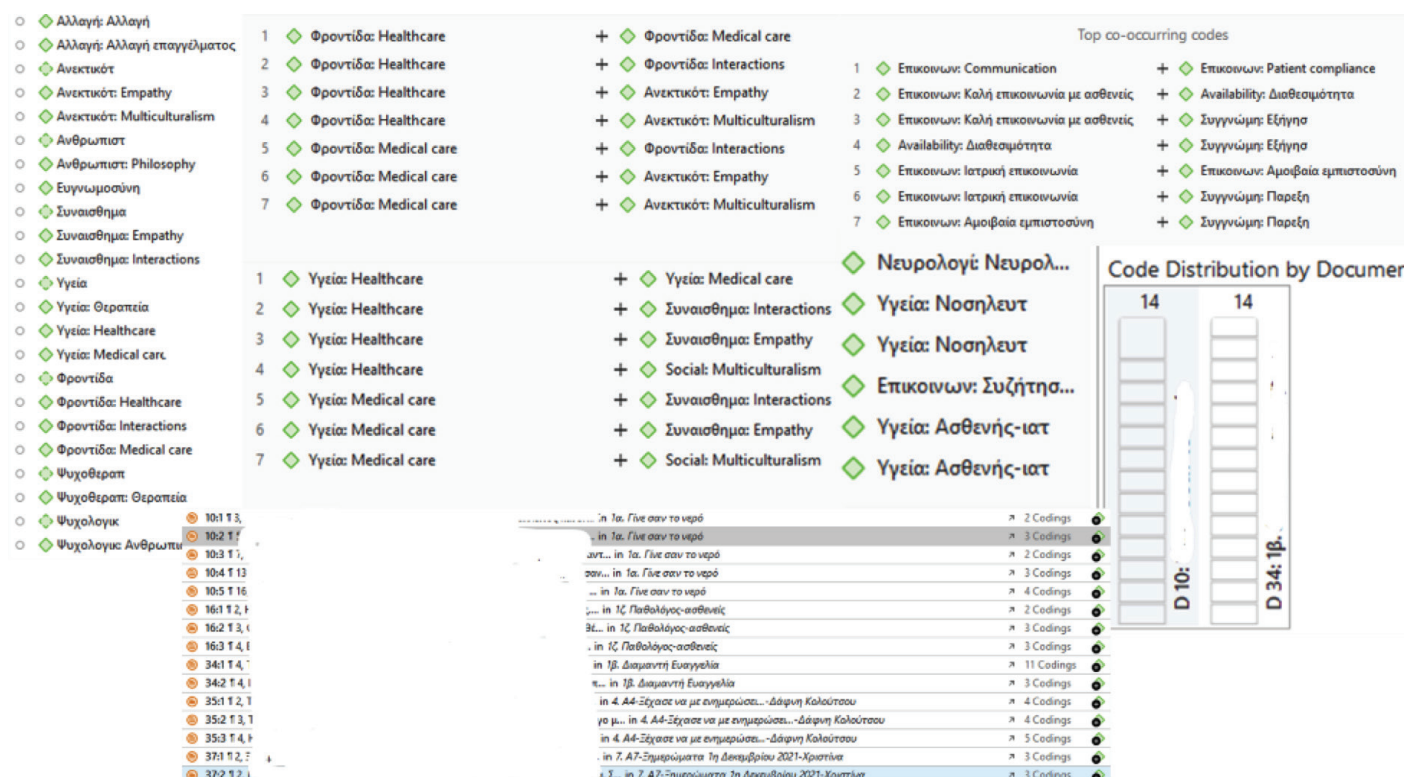
Με την ολοκλήρωση της συλλογής των ερωτηματολογίων ακολούθησαν έλεγχοι μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS 20. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες έλαβαν χώρα αφότου προηγήθηκε ο έλεγχος καταλληλότητας των δεδομένων (KMO) και της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (EFA). Η εγκυρότητα [εγκυρότητα όψης (face validity), εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (factorial validity) μέσω της συγκλίνουσας (convergent validity) και της διακρίνουσας εγκυρότητας (discriminant validity)] που

προέκυψε από την παραγοντική ανάλυση του ψυχομετρικού εργαλείου που αξιοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη κρίθηκε ιδιαίτερα ικανοποιητική. Ακολούθησε ο έλεγχος αξιοπιστίας με τη μέθοδο υπολογισμού του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας alpha Cronbach's (reliability coefficient) και στη συνέχεια ο έλεγχος της τήρησης κανονικής κατανομής με δύο τρόπους, ο πρώτος αφορούσε τις τιμές της λοξότητας και της κύρωσης, ενώ ο δεύτερος τον έλεγχο της μέσης τιμής και της διαμέσου της κλίμακας. Η κατανομή βρέθηκε κανονική για την κλίμακα. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5% ($p > .05$). Τέλος, έπονται η περιγραφική στατιστική και τα μοντέλα γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης (Multiple Linear Regression).

Το δείγμα της ποσοτικής έρευνας αποτελούνταν από 96 υποκείμενα (61 ιατρούς και 35 ασθενείς). Από τις/τους ιατρούς οι 39 ήταν γυναίκες, οι 20 άνδρες και 2 δήλωσαν «άλλο» φύλο. Η μέση ηλικία ήταν τα 39 έτη, η κοινωνικο-οικονομική προέλευση για το 69% του δείγματος ήταν η μεσαία κοινωνική τάξη. Το 41% ασκούσε 6 έως 10 έτη το επάγγελμα, ενώ η ειδικότητα με τη μεγαλύτερη συμμετοχή (49%) ήταν η χειρουργική, ακολουθούσε η παθολογική, η καρδιολογία και η μαιευτική και γυναικολογία. Από το σύνολο των 61 ιατρών οι 22 (36%) είχαν λάβει εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας, με πηγή εκπαίδευσης κάποιο σεμινάριο ή μεταπτυχιακές σπουδές, ενώ οι 39 (64%) δεν είχαν λάβει καμία εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς. Όσον αφορά τις/τους ασθενείς, οι 31 ήταν γυναίκες και οι 4 άνδρες, η μέση ηλικία ήταν τα 42 έτη, οι 18 προέρχονταν από τη μεσαία κοινωνική τάξη, ενώ οι 27 ήταν απόφοιτες/απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τα χρόνια νοσήματα ήταν ο καρκίνος και τα αυτοάνοσα.

Όσον αφορά την ποιοτική έρευνα, συμμετείχαν 13 άτομα (6 ασθενείς και 7 ιατροί). Η έρευνα έλαβε χώρα για τις/τους ασθενείς από τον Ιανουάριο έως τον Απρίλιο του 2021, ενώ λόγω των αντικειμενικών συνθηκών που ίσχυαν στη χώρα λόγω της πανδημίας, οι ιατροί έλαβαν μέρος την άνοιξη του 2022. Οι ψηφιακές αφηγήσεις αναλύθηκαν σε κατηγορίες βάσει της θεματολογίας τους και αξιοποιήθηκαν σε αυτή τα κειμενικά στοιχεία, καθώς και η χρήση οπτικοακουστικού υλικού με εργαλείο ανάλυσής τους το λογισμικό atlas.ti. Στο λογισμικό εισήχθησαν τόσο οι αφηγήσεις ως σενάρια (κείμενα) όσο και οι ψηφιακές αφηγήσεις (βίντεο) και στη συνέχεια ορίστηκαν κριτήρια ανάλυσης βάσει της συχνότητας μιας λέξης, της θεματολογίας σεναρίου και του τρόπου παρουσίασης των προσωπικών ιστοριών των συμμετεχόντων. Στη συνέχεια, με λέξεις-κλειδιά (επικοινωνία, σχέση ιατρού-ασθενή, νοσοκομείο, υγεία κ.λπ.) και καθορισμό περιορισμένων κριτηρίων, οι κατηγορίες περιορίστηκαν σημαντικά. Το επόμενο βήμα ήταν η ανάλυση ακολουθούμενη από τα υπάρχοντα ευρήματα για τη δημιουργία του τελικού μοντέλου, αποτελούμενου από τρεις κατηγορίες (βλ. Εικόνα 1).

Οι 6 ασθενείς ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία τα 44 έτη και προέλευση από τη μεσαία κοινωνική τάξη. Οι 4 ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και οι 2 δευτεροβάθμιας. Από αυτές, 2 έπασχαν από καρκίνο, 3 από νευρολογικές ασθένειες και 1 από ερυθρελάτη λύκο. Όσον αφορά τους ιατρούς, οι 4 ήταν γυναίκες και οι 3 άνδρες, με μέση ηλικία τα 44 έτη. Οι 4 προέρχονταν από τη μεσαία κοινωνική τάξη και οι 3 από τη μεγαλοαστική. Οι 2 ήταν παθολόγοι, 1 ενδοδοντολόγος, 1 γενικός ιατρός, 1 παιδίατρος, 1 πνευμονολόγος και 1 ψυχίατρος.



Εικόνα 1. Στιγμιότυπο ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων με το λογισμικό atlas.ti

3. Ευρήματα

Η μέση συνολική βαθμολογία της Κλίμακας PPOS (βλ. Πίνακα 1) για τις/τους ιατρούς βρέθηκε 4 (υποκλίμακα φροντίδας 4,09 και υποκλίμακα συμμετοχής 3,90). Ενώ για τις/τους ασθενείς βρέθηκε 5 (4,96 υποκλίμακα φροντίδας και 5 υποκλίμακα συμμετοχής). Αναφορικά με τη συσχέτιση της κλίμακας PPOS με δημογραφικά, επαγγελματικά και μορφωτικά στοιχεία των ιατρών (βλ. Πίνακα 2), βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < .01$) στο μοντέλο που περιλάμβανε ως ανεξάρτητες μεταβλητές την προέλευση από τη μεσαία τάξη έναντι της εργατικής, την επιπλέον εκπαίδευση των ιατρών σε σύγκριση με την απουσία της, την εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας έναντι της έλλειψης εκπαίδευσης, την ιδιότητα των επιμελητριών/τών ιατρών σε σύγκριση με τις/τους ειδικευόμενες/νους ιατρούς, την ειδικότητα της παθολογίας έναντι της χειρουργικής και, τέλος, την ύπαρξη καλής επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς συγκριτικά με την κακή επικοινωνία.

Πίνακας 1. Στατιστικοί δείκτες της μέσης βαθμολογίας της κλίμακας PPOS

	PPOS	Υποκλίμακα Φροντίδας	Υποκλίμακα Συμμετοχής
Ιατροί	Μέση τιμή	4,00	4,09
	Τυπική απόκλιση	,98	,97
	Διάμεσος	4,28	4,33
	Ελάχιστο	1,56	1,67
	Μέγιστο	5,22	5,33
	N	61	61
Ασθενείς	Μέση τιμή	5,01	4,96
	Τυπική απόκλιση	,15	,20
	Διάμεσος	5,03	4,89
	Ελάχιστο	4,72	4,67
	Μέγιστο	5,22	5,44
	N	35	35

Όσον αφορά τις/τους ασθενείς (βλ. Πίνακα 2), η συσχέτιση της κλίμακας PPOS με δημογραφικά, εκπαιδευτικά και επαγγελματικά στοιχεία βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p < .01$), με στατιστικά σημαντικές τις ανεξάρτητες μεταβλητές της μεσαίας κοινωνικο-οικονομικής προέλευσης σε σύγκριση με την εργατική τάξη, της ηλικίας (41 και άνω έναντι μικρότερες ηλικίες) και, τέλος, της ενημέρωσης για θέματα υγείας από εξειδικευμένους/νους σε αντίθεση με την ενημέρωση από το διαδίκτυο (βλ. Πίνακα 3).

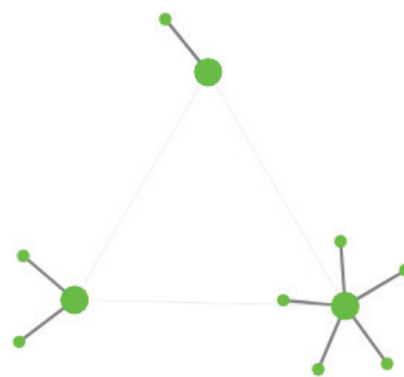
Πίνακας 2. Συσχέτιση κλίμακας PPOS με δημογραφικά, μορφωτικά και επαγγελματικά στοιχεία των ιατρών (πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση)

Μοντέλο	Beta	p-value
PPOS (N = 61) $R^2 = 0,62$, $F(21, 39) = 4,98$, $p < 0,01$		
Κοινωνικο-οικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-,40	<.01
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs Όχι)	,10	.44
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	,64	<.01
Ιδιότητα (Ειδικευμένοι/νοι ιατροί vs Επμελήτριες/τές ιατροί)	-,35	<.01
Ειδικότητα (Χειρουργική vs Άλλη)	-,17	.01
Επικοινωνία με τις/τους ασθενείς (Καλή vs Κακή)	,58	<.01

Πίνακας 3. Συσχέτιση κλίμακας PPOS με δημογραφικά, μορφωτικά και επαγγελματικά στοιχεία των ασθενών (πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση)

Μοντέλο	Beta	p-value
PPOS (N = 35) $R^2 = 0,38$, $F(12,22) = 3,19$, $p < 0,001$		
Κοινωνικο-οικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-,25	.37
Ηλικία (41+ vs Άλλο)	,29	.12
Πηγή ενημέρωσης για θέματα υγείας (Ειδικός vs Διαδίκτυο)	,56	<.27

Όσον αφορά τις ψηφιακές αφηγήσεις, βάσει της ανάλυσης που ακολούθησε, ταξινομήθηκαν σε 3 κατηγορίες: (α) επεξηγηματική επικοινωνία, (β) διεκπεραιωτική επικοινωνία, και (γ) επικοινωνία της αυθεντίας (βλ. Εικόνα 2). Στις Εικόνες 3 και 4 παρουσιάζονται στιγμιότυπα από τις ψηφιακές αφηγήσεις των υγειονομικών και στις Εικόνες 5 και 6 στιγμιότυπα από τις ψηφιακές αφηγήσεις ασθενών. Στην πρώτη κατηγορία τοποθετήθηκαν 2 ψηφιακές αφηγήσεις ασθενών και 3 ιατρών, στη δεύτερη κατηγορία 2 αφηγήσεις ασθενών και 2 ιατρών, και στην τρίτη κατηγορία επίσης 2 ψηφιακές αφηγήσεις ασθενών και 2 ιατρών. Ενώ στον τρόπο κατά τον οποίο οι ασθενείς ορίζουν ικανοποιητική την επικοινωνία με τις/τους ιατρούς και τα χαρακτηριστικά των ιατρών, βάσει των ασθενών, που δείχνουν την οικοδόμηση μιας «καλής» και ισχυρής θεραπευτικής σχέσης είναι η ανθρωπιά, η διαθεσιμότητα, το χιούμορ και η καλή ακρόαση.



Εικόνα 2. Τύποι επικοινωνίας ασθενή-ιατρού

Σημ. Όπως προέκυψαν από την ανάλυση των ψηφιακών αφηγήσεων με το λογισμικό atlas.ti

Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι στις 4/6 αφηγήσεις αναφέρεται το στοιχείο του να είναι η/ο ιατρός «άνθρωπος», το οποίο όπως περιγράφεται στις συγκεκριμένες ψηφιακές αφηγήσεις σημαίνει να έχει ενσυναίσθηση. Επίσης, στις 5/6 ψηφιακές αφηγήσεις τίθεται το ζήτημα της διαθεσιμότητας των ιατρών (τηλεφωνικά ή ως φυσικές παρουσίες), το οποίο σημαίνει ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Επιπλέον, δύο αφηγήσεις αναφέρονται σε χαρακτηριστικά που αφορούν το χιούμορ, το οποίο ως χαρακτηριστικό παραπέμπει στην ενσυναίσθηση και την εμπιστοσύνη και, τέλος, έξι αφηγήσεις αναφέρονται στη δεξιότητα της «καλής» ακρόασης, στην ανάγκη να ακούνε οι ιατροί τις ανησυχίες, τις ιδέες και τα αιτήματα των ασθενών τους, το οποίο σημαίνει ενσυναίσθηση, χτίσιμο εμπιστοσύνης, ασφάλειας και φροντίδας.

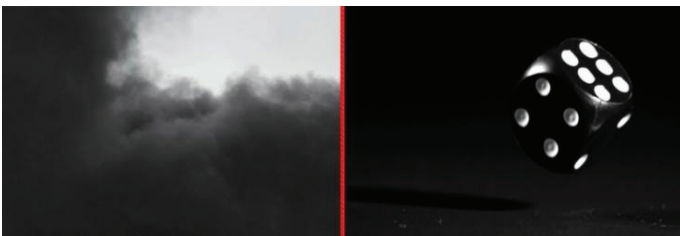
Τα παραπάνω προέκυψαν έπειτα από ποιοτικές αναλύσεις με το πρόγραμμα atlas, ώστε να διασφαλισθεί η αξιοπιστία και η αντικειμενικότητα των ευρημάτων, διότι οι αναλύσεις και τα μοντέλα που εξάγονται, από τα ομαδοποιημένα στοιχεία προς ανάλυση, στηρίζονται σε συχνότερες εμφάνισης και στη κυρίαρχη θεματολογία που προκύπτει.



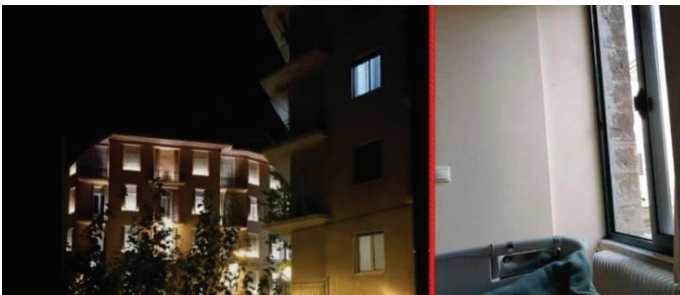
Εικόνα 3. Στιγμιότυπο ψηφιακής αφήγησης ιατρού



Εικόνα 4. Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση υγειονομικού



Εικόνα 5. Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση ασθενή



Εικόνα 6. Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση ασθενή

4. Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε να υιοθετείται σε ικανοποιητικά επίπεδα η ανθρωποκεντρική προσέγγιση, καθώς και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο από τις/τους ιατρούς σε σύγκριση με το αμγώς ιατροκεντρικό και βιοϊατρικό. Οι μέσες τιμές ήταν μέτριες ως προς τα μοντέλα που θέτουν στο επίκεντρο τις/τους ασθενείς. Στις/στους ασθενείς η προσέγγιση υιοθέτησης στη σχέση ιατρού-ασθενή ήταν υψηλή αναφορικά με το ανθρωποκεντρικό μοντέλο. Ενώ, όσον αφορά τις υποκλίμακες, ήταν ιδιαίτερα υψηλή η βαθμολογία που αφορούσε τη συμμετοχή τους σε ζητήματα της υγείας τους, την αυτονομία, την ενημέρωση και την πληροφόρηση για θέματα που προκύπτουν και χαμηλότερες αναφορικά με την υποκλίμακα της φροντίδας. Εύρημα το οποίο ήταν αντίστροφο στις/στους ιατρούς, όπου έδειξαν ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό σε θέματα φροντίδας, αλλά ιατροκεντρική προσέγγιση σε ζητήματα που αφορούν τη συμμετοχή των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία, τη λήψη αποφάσεων, την ενημέρωση κ.λπ.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον εύρημα αναφορικά με τους παράγοντες οι οποίοι βρέθηκε να επιδρούν στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση ήταν η πρότερη εκπαίδευση των ιατρών σε δεξιότητες επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς ως ένας ισχυρός παράγοντας επίδρασης. Οι ιατροί που έχουν λάβει εκπαίδευ-

ση, σε σύγκριση με όσες/όσους δεν έχουν λάβει, υιοθετούν την ανθρωποκεντρική προσέγγιση και λιγότερο την ιατροκεντρική. Αυτό αναδεικνύει την αναγκαιότητα εισαγωγής μαθημάτων που αφορούν τις δεξιότητες επικοινωνίας από τα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών.

Εν ολίγοις, από τα ευρήματα της ποιοτικής ανάλυσης προκύπτει ότι η ψηφιακή αφήγηση ως διαδικασία αυτοέκφρασης συμβάλλει στην προσωπική ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας καθώς δίνει έμφαση στην αυτοφροντίδα. Αποτελεί μια καλή πρακτική για μοίρασμα εμπειριών, διαχείριση του εργασιακού άγχους και των καθημερινών εργασιακών προκλήσεων των ιατρών και νοσηλευτριών/νοσηλευτών ενδυναμώνοντας τις συναδελφικές σχέσεις.

Ταυτόχρονα διαφαίνεται ότι ενδυναμώνει τη σχέση ιατρού-ασθενή, νοσηλεύτριας/ή-ασθενή μέσω της ουσιαστικής αλληλεπίδρασης και του αναστοχασμού που προσφέρει η δημιουργία και η θέαση ενός ψηφιακού έργου. Ενώ, τέλος, τονώνει τις επικοινωνιακές δεξιότητες, δεξιότητες που αφορούν τεχνολογικά και ψηφιακά μέσα και παράγει «ιατρική γνώση» για τη σχέση με τις/τους ασθενείς μέσω του αναστοχασμού και της ανατροφοδότησης.

Ποικίλες έρευνες και εφαρμογές της ψηφιακής αφήγησης αναδεικνύουν τη σπουδαιότητά της σε συναισθηματικό και ψυχικό επίπεδο [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16], στηριζόμενες στο μοντέλο ψηφιακής αφήγησης που προτείνει το StoryCenter στο Μπέρκλεϊ (βήματα δημιουργίας ψηφιακής αφήγησης, 7 σημεία ψηφιακής αφήγησης, διαδικασία).

Συνοψίζοντας, προτείνεται η κατηγοριοποίηση των οφελών της ψηφιακής αφήγησης στην υγεία σε τρεις κατηγορίες, όπως προκύπτουν στην παρούσα μελέτη, αλλά και σε προϋπάρχουσες με πιο αφηρημένες αναφορές, οι οποίες εμπίπτουν σε κάποια από τις προτεινόμενες κατηγορίες. Αναλυτικότερα, η αξιοποίηση της ψηφιακής αφήγησης ως διαδικασίας συνδιαλλαγής του ασθενή με την ασθένειά του και διαμοιρασμού της εμπειρίας του στην παγκόσμια κοινότητα λειτουργεί σε τρία επίπεδα: Συναισθηματικό, Γνωστικό και Οικουμενικό. Στο συναισθηματικό περιλαμβάνονται τα βιωμένα συναισθήματα για την ίδια την εμπειρία, τα συναισθήματα που ανακύπτουν κατά τη διάρκεια όλης της διαδικασίας της ψηφιακής αφήγησης (και σε αυτό συμβάλλει σημαντικά ο κύκλος της αφήγησης [για την έκφραση των συναισθημάτων σε ένα ασφαλές και «οριοθετημένο» πλαίσιο]), καθώς και τα συναισθήματα μετά το πέρας της διαδικασίας κατά τον διαμοιρασμό του τελικού προϊόντος στο διαδίκτυο. Το συναισθηματικό επίπεδο αφορά τα συναισθήματα, τον ανακουφιστικό στόχο της ψηφιακής αφήγησης στα άτομα με χρόνιες ή και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, και την «κάθαρση» με την ολοκλήρωση της διαδικασίας και τη «λύση» τού προς διαπραγμάτευση ζητήματος που αφού παρουσιάστηκε, κορυφώθηκε και, στο τέλος, αναζητά επίλυση. Στο γνωστικό, το οποίο έχει να κάνει με τη διασπορά της βιωμένης γνώσης για ένα ζήτημα που αφορά και άλλες/ους εμπλεκόμενες/ους, όπως είναι η ασθένεια. Περιλαμβάνει την ανταλλαγή πληροφοριών για ένα ιατρικό ζήτημα, όπως το βίωσε το άτομο ξεχωριστά, την κατάθεση πληροφοριών και την οπτική του ατόμου προς τη διαδικασία που βίωσε. Τέλος, το οικουμενικό αποτελεί τον πυλώνα της αξίας της ψηφιακής αφήγησης. Οι ιστορίες των ατόμων προέρχονται από τον εαυτό και απευθύνονται στον εαυτό του κάθε ατόμου που μετέχει στη διαδικασία της ψηφιακής αφήγησης.

Η ψηφιακή αφήγηση λειτουργεί σε δύο επίπεδα για την κοινωνικότητα. Το πρώτο επίπεδο αποτελεί τον κυρίαρχο στόχο της ψηφιακής αφήγησης και είναι η απεύθυνση του εαυτού στον ίδιο τον εαυτό και σε δεύτερο επίπεδο στην «ανθρωπότητα». Τα ζητήματα που πραγματεύονται τα άτομα είναι ζητήματα με παγκόσμιο χαρακτήρα και το ενδιαφέρον εστιάζεται στην οπτική του εκάστοτε ατόμου μέσω της υποκειμενικής του ματιάς.

Τα παραπάνω λειτουργούν ως ελιξίριο ενάντια στη λήθη και τη φθορά του χρόνου. Η ενσυναίσθηση και η παρηγοριά που προσφέρεται από τις υποκειμενικές εμπειρίες λειτουργούν ενάντια στον φόβο του θανάτου και της λησμονιάς σε ασυνείδητο επίπεδο και ανήκει πια στη σφαίρα της κοινωνικότητας, γιατί τα άτομα διαφέρουν, με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά (ιδιοσυγκρασιακά, γονιδιακά κ.λπ.), την κουλτούρα, κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές καταβολές και επικρατούσες συνθήκες, αλλά ταυτόχρονα μοιάζουν, διότι αντιμετωπίζουν κοινά ζητήματα τα οποία «ξεπερνούν» το σύνολο, των συνειδητών διεργασιών που βασίζονται σε κοινές πολιτισμικές παραστάσεις, που αντιπροσωπεύει η κοινωνία.

The role of digital storytelling in enhancing doctor-patient communication

Efi Giannou

PhD in Digital Communication, Media, and Multimedia-National and Kapodistrian University of Athens, Laboratory of New Technologies in Communication, Education and Mass Media, UoA

Correspondence: Sophocleous 1, 10559 Athens

Email: efigiannou@gmail.com – Tel.: +30 6945861251

Abstract

The purpose of this research is to explore the perceptions of physicians and patients regarding the type of approach in the physician-patient relationship (patient-centered vs physician-centered approach), as well as to record the communication skills that physicians have been trained in, as a factor that has a catalytic effect on their perceptions of the relationship with patients. Furthermore, the role of digital storytelling is investigated in empowering and self-expression of physicians and patients, in improving their relationship and how it contributes, as good practice, to the patient-centered approach in the context of narrative medicine. In modern medical approach, the issue of communication and relationships in the health field concerns not only, at least nowadays, the scientific field of medicine, nursing, psychology or other health-related professions, but tends to occupy various scientific fields, such as the Communication and New Technologies area. Therefore, based on the biopsychosocial model, a holistic and interdisciplinary framework is necessary to address the issue of communication, as disease cannot be approached purely from its biological dimension but also takes into account additional factors, such as individual characteristics, emotional, social and psychological parameters are taken into account. as well as the cultural context.

Keywords: Digital storytelling, narrative medicine, therapeutic storytelling, doctor-patient relationship, communication skills

Βιβλιογραφία

- [1] Κριτωτάκης Γ. Συσχέτιση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την Ικανοποίηση των Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας από τις Υπηρεσίες Υγείας. *Νέα Υγεία*. 2013; 82: 7.
- [2] Μειμάρης Μ. Η Επικοινωνία στην ιατρική πράξη (Health Communication). Ερευνητικές ομάδες του Εργαστηρίου Νέων Τεχνολογιών στην Επικοινωνία, την Εκπαίδευση και τα ΜΜΕ. 2016; 3-4.
- [3] Szemán D, Szabó M. A digitális történetmesélés (DST) technikájának alkalmazási lehetőségei a modernkori rabszolgaság következtében traumát szenvedett túlélőkkel folytatott segítői munka keretein belül. *Alkalmazott Pszichológia*. 2017; 17(3): 59-84.
- [4] Bán D, Nagy B. Η Ψηφιακή Αφήγηση στην Πράξη. Μτφρ. Πίτελ Γ, Κόλλια Ε, Δαλμυρά Α. i-DIGital Stories-Stories, 2016.
- [5] Giannou E. Dealing with social isolation during traffic ban measures in Greece: Digital Storytelling and COVID-19. *Bruxelles: Les défis de la transition numérique. XVI Conférence Internationale-EUTIC 2020. Réseau de recherche international et pluridisciplinaire sur les enjeux et usages des TIC*. 2021.
- [6] Harland N. Increasing Empathy: Digital storytelling in professional development. In Hardy P., Sumner T. editors: *Cultivating Compassion. How digital storytelling is transforming healthcare*. UK: Palgrave Macmillan, 2018.
- [7] Haigh C, Miller E. What really matters to patients? Digital storytelling as qualitative research. In Hardy P, Sumner T. editors: *Cultivating Compassion. How digital storytelling is transforming healthcare*. UK: Palgrave Macmillan, 2018.
- [8] Stanton P. Towards compassionate government: The impact of Patient Voices on NHS leadership. In Hardy P, Sumner T. editors: *Cultivating Compassion. How digital storytelling is transforming healthcare*. UK: Palgrave Macmillan, 2018.
- [9] Τσιμίτσιου Ζ. Σχέση και επικοινωνία ιατρού-ασθενή: Καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών σε δείγμα ιατρών και ασθενών. [Διδακτορική Διατριβή]. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης; 2008.
- [10] Γιαχούδη Χ. Σχέση και επικοινωνία ιατρού ασθενή-Καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών γιατρών και ασθενών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας περιοχής Χανίων. [Διπλωματική Εργασία]. Χανιά: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 2020.
- [11] Judson TJ, Detsky AS, Press MJ. Encouraging patients to ask questions: How to overcome “white-coat silence”. *Journal of the American Medical Association*. 2013; 309(22): 2325-2326.
- [12] Longtin Y et al. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010; 85(1): 53-62.
- [13] Weis SB. Health literacy and patient safety: Help patients understand. *Manual for clinicians*. Chicago: AMA Foundation, 2007; 28-34.
- [14] H-Com. Framework for health communication needs and training methodologies: Focus Group Findings Report. *Health Communication Training for Health Professionals*. 2017.
- [15] Hardy P. An investigation into the application of the Patient Voices digital stories in healthcare education: quality of learning, policy impact and practice-based value. Belfast: University of Ulster, 2007.
- [16] Hardy P, Sumner T. Humanizing healthcare: A conversation with Pip Hardy and Tony Sumner, Pilgrim Projects/Patient Voices. In Lambert J editor: *Digital Storytelling: Capturing Lives, Creating Community*. 4rd. New York: Routledge, 2013; 1-14.