



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

***Η Ενεργητική Ακρόαση στην Ψυχιατρική Συνέντευξη:
Εκπαιδεύοντας Προπτυχιακούς Φοιτητές Ιατρικής***

Θεσσαλονίκη 2020

***Αναστάσιος Στεφάνου
Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής***

***Επιβλέπων Καθηγητής:
Στέργιος Καπρίνης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ.***

***Διπλωματική Εργασία
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Κριτική Σκέψη και Ήπιες Δεξιότητες (Soft Skills) στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»***

Πίνακας Περιεχομένων

Πίνακας Περιεχομένων	2
Πρόλογος	3
Περίληψη	5
Ορισμοί	6
Βιβλιογραφία Ορισμών	8
Ευρετήριο Πινάκων	10
Θεωρητικό Μέρος - Εισαγωγή	11
Η Ψυχιατρική Συνέντευξη	11
Επικοινωνία	11
Επικοινωνιακά Εμπόδια στην Ψυχιατρική Συνέντευξη	12
Ενεργητική Ακρόαση	14
Τι είναι η Ενεργητική Ακρόαση	14
Γιατί να ακούει κανείς ενεργητικά	15
Νευροβιολογικό και συμπεριφορικό πλαίσιο	16
Πώς ακούει κανείς ενεργητικά	18
Σύνδεση της Ενεργητικής Ακρόασης με την Ενσυναίσθηση	19
Ανάπτυξη της Ενεργητικής Ακρόασης ως δεξιότητας - Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας στην Ενεργητική Ακρόαση	20
Διατύπωση Ερευνητικού Ερωτήματος	21
Ερευνητικό Μέρος	23
Μεθοδολογία	23
Δόμηση της Εκπαιδευτικής Παρέμβασης “Η Ενεργητική Ακρόαση στην Ψυχιατρική Συνέντευξη”	23
Δόμηση Ερωτηματολογίου “Αυτοαξιολόγησης στην Αντιμέτωπιση Επικοινωνιακών Εμποδίων στην Ψυχιατρική Συνέντευξη”	26
Διεξαγωγή Πειράματος - Συντονισμός συνεντεύξεων, ερωτηματολογίου και πραγματοποίηση εκπαιδευτικής παρέμβασης	29
Στρατηγική Ανάλυσης των στατιστικών δεδομένων	31
Ζητήματα Ηθικής	31
Αποτελέσματα	33
Συζήτηση	36
Συμπεράσματα	36
Περιορισμοί	40
Το επόμενο βήμα στην έρευνα και την ιατρική εκπαίδευση	42
Βιβλιογραφία	45
Παράρτημα	53

Πρόλογος

Για να προλογίσω την παρούσα διπλωματική εργασία, οφείλω εκ των προτέρων, να μιλήσω για την αξία που έχουν για μένα οι ήπιες δεξιότητες, μια και η ενεργητική ακρόαση αποτελεί μία εξ αυτών.

Όταν προκηρύχθηκε το Δ.Π.Μ.Σ. “Κριτική Σκέψη και Ήπιες Δεξιότητες (Soft Skills) στις Βιοϊατρικές Επιστήμες”, κατάλαβα αμέσως ότι έπρεπε να το παρακολουθήσω. Για μένα και τις κλίσεις που είχα μέσα στην ιατρική επιστήμη, ήταν το επόμενο λογικό βήμα μετά τη λήψη του πτυχίου μου, προκειμένου να θεμελιώσω την υπόστασή μου ως επιστήμονα.

Η ευρύτητα της θεματολογίας, η πληθώρα των εφαρμογών της, η σύνδεση των δεξιοτήτων με στοιχεία του χαρακτήρα των ανθρώπων, καθώς και η βιβλιογραφία που αποτελεί χαρτογράφηση αφηρημένων εννοιών, είναι μερικά από τα στοιχεία ιδιαίτερα ελκυστικά στις ήπιες δεξιότητες και στη σχέση τους με την ιατρική επιστήμη. Επικοινωνία, κριτική σκέψη, διαχείριση, ηθική, ενσυναίσθηση, υπευθυνότητα. Έννοιες συνυφασμένες με προσωπικές μας ιστορίες, οι οποίες όταν ενσωματώνονται στις βιοϊατρικές επιστήμες, καταφέρουν να προσδώσουν στις τελευταίες αυτό που συχνά λέμε “ανθρώπινο στοιχείο”.

Ήδη από τη δομή του μεταπτυχιακού προγράμματος, γεγονός που επιβεβαιώθηκε κατά τη διάρκεια του προγράμματος σπουδών, με γοήτευσε η διατομεακή προσέγγιση, με τη σύντηξη των τριών αξόνων: βιοϊατρικές επιστήμες, ήπιες δεξιότητες και εκπαίδευση.

Αυτό ακριβώς το “πάντρεμα” των θεματικών αποτέλεσε αφορμή για την παρούσα διπλωματική εργασία, με το σχεδιασμό, την πραγματοποίηση και την αξιολόγηση εκπαιδευτικής παρέμβασης για ήπιες δεξιότητες, όπως είναι η ενεργητική ακρόαση και η διαχείριση επικοινωνιακών εμποδίων, σε επαγγελματίες υγείας - στο ψυχιατρικό πλαίσιο.

Ύστερα από την επιλογή της θεματικής, πρωταρχικής σημασίας ήταν για μένα να στραφώ στους κατάλληλους συνεργάτες, καθώς στα πρώτα ερευνητικά βήματα, η κατάλληλη καθοδήγηση είναι απαραίτητη. Αυτό που δεν μπορούσα όμως να φανταστώ ήταν η διαθεσιμότητα, η καλή διάθεση, η επιστημονική ακεραιότητα, η ευγένεια και η προσέγγιση ίσου προς ίσο που έλαβα από αυτούς ακριβώς τους συνεργάτες.

Για αυτό, είναι μεγάλη μου ανάγκη να ευχαριστήσω θερμα τον αναπληρωτή καθηγητή Ψυχιατρικής Α.Π.Θ., κύριο Στέργιο Καπρίνη, επιβλέποντα της παρούσας διπλωματικής και πρόσωπο αναφοράς μου από τη χρονική στιγμή μηδέν. Μου έδωσε τη δυνατότητα να δημιουργήσω, δείχνοντας μεγάλη εμπιστοσύνη στο εγχείρημά μου έμπρακτα. Στάθηκε όλο αυτό το διάστημα με παραδειγματική αμεσότητα, αλλά και καθοδηγητικά προς εμένα ως χαρακτήρα, με έναν τρόπο που σπάνια περιγράφουν μεταπτυχιακοί φοιτητές για τους επιβλέποντές τους.

Ακόμη, θέλω να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον κύριο Βασίλη Κιοσσέ, μέλος της τριμελούς μου επιτροπής, ο οποίος, πέραν του καθοριστικού ρόλου που είχε στο να γνωρίσω από προπτυχιακός φοιτητής την προσωποκεντρικότητα και την ενσυναίσθηση, αποτέλεσε για μένα έναν πολύτιμο συνεργάτη καθόλη τη διάρκεια δημιουργίας της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω τον καθηγητή Αστέριο Καραγιάννη, πρόεδρο της Ιατρικής Α.Π.Θ., διευθυντή του μεταπτυχιακού προγράμματος και μέλος της τριμελούς μου επιτροπής, ο οποίος με βοήθησε σε οτιδήποτε χρειάστηκε, δείχνοντας, επίσης, εμπιστοσύνη στην ερευνητική μου ιδέα.

Επιπλέον, δεν θέλω να παραλείψω να ευχαριστήσω την καθηγήτρια Αικατερίνη Δημητριάδου, διευθύντρια του μεταπτυχιακού προγράμματος από το Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας, η οποία ενέκρινε την ιδέα για τη διπλωματική μου δείχνοντας εμπιστοσύνη στο εγχείρημά μου, αλλά και την αναπληρώτρια καθηγήτρια Ψυχιατρικής Α.Π.Θ., κυρία Ελένη Παρλαπάνη, η οποία έμπρακτα μού έκανε ξεκάθαρο ότι επιστήμονας και δάσκαλος σημαίνει σε μεγάλο βαθμό να βοηθάς νέους συναδέλφους σου σε ειλικρινείς τους προσπάθειες.

Δεν θα μπορούσα, φυσικά, παρά να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους εκτοετείς φοιτητές Ιατρικής, οι οποίοι, ασκούμενοι στις Α' και Β' Πανεπιστημιακές Κλινικές, συμμετείχαν με μεγάλη ζέση και ενθουσιασμό στην έρευνα. Τίποτα δεν θα είχε πραγματοποιηθεί χωρίς αυτούς.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, τους ανθρώπους που δεν παύουν ποτέ να με στηρίζουν.

Στις επόμενες σελίδες, ο αναγνώστης θα βρει τη διπλωματική μου εργασία, μία προσπάθεια που ελπίζω να πάει τον τομέα των ήπιων δεξιοτήτων και της ιατρικής εκπαίδευσης ένα μικρό βήμα παραπέρα. Άλλωστε, αυτό μπορούμε να ελπίζουμε όταν δοκιμάζουμε να ερευνήσουμε: να μάθουμε να ρωτάμε “Γιατί”!

Αναστάσης Στεφάνου
Πευκοχώρι Χαλκιδικής
Αύγουστος 2020

Περίληψη

Εισαγωγή

Η Ψυχιατρική Συνέντευξη αποτελεί μία πυρηνική διαδικασία για την άσκηση της ψυχιατρικής ειδικότητας, ταυτόχρονα, όμως, επηρεάζεται από την ύπαρξη επικοινωνιακών εμποδίων. Η ενεργητική ακρόαση φαίνεται να συμβάλλει στη διαχείριση των τελευταίων, καθώς και στην αποτελεσματική επικοινωνία του ασθενή με τον ιατρό του. Παρ' όλα αυτά, η εκπαίδευση για την ενεργητική ακρόαση στην Ελλάδα δεν φαίνεται να είναι συστηματοποιημένη στα περισσότερα τμήματα Ιατρικής. Ακόμη, δεν καταφέραμε να βρούμε κάποια ποσοτική συσχέτιση ανάμεσα στην εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στην ενεργητική ακρόαση και τη δεξιότητά τους να διαχειρίζονται επικοινωνιακά εμπόδια στην ψυχιατρική συνέντευξη.

Μεθοδολογία

Η μελέτη μας συμπεριέλαβε το σχεδιασμό και την πραγματοποίηση βιωματικής εκπαίδευσης σε προπτυχιακούς φοιτητές Ιατρικής για την ενεργητική ακρόαση και τα επικοινωνιακά εμπόδια, στα πλαίσια της κλινικής τους άσκησης στην Ψυχιατρική. Η παρέμβαση είχε διάρκεια 6 ωρών και συμπεριέλαβε ποικίλες ασκήσεις, όπως ζωγραφική και παιχνίδια που βασίζονται σε θεατρικές ικανότητες, πάντα με συνακόλουθες συζητήσεις. Πριν και μετά την εκπαίδευση, οι συμμετέχοντες, έπρεπε να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια, για να αξιολογηθεί η δεξιότητά τους να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν επικοινωνιακά εμπόδια στην ψυχιατρική συνέντευξη. Τα ερωτηματολόγια ήταν ποσοτικά, με τη μορφή της αυτοαξιολόγησης. Συμπληρώθηκαν από τους φοιτητές έπειτα από την επιτηρούμενη πραγματοποίηση ψυχιατρικών συνεντεύξεων σε τουλάχιστον έναν ασθενή πριν και έναν ασθενή μετά την εκπαίδευση. Η ανάλυσή των ερωτηματολογίων έγινε με τη χρήση περιγραφικής στατιστικής και των δοκιμασιών Wilcoxon (για τις επί μέρους προτάσεις του ερωτηματολογίου) και t-test για ζευγαρωτές παρατηρήσεις (για τα αθροίσματα).

Αποτελέσματα

Συνολικά, το πείραμα περιελάμβανε 16 συμμετέχοντες (2 ομάδες των 8), με αναλογία φύλου 1:1 και διάμεση ηλικία τα 24 έτη. Όλοι οι φοιτητές παρακολούθησαν την εκπαίδευση των 6 ωρών και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. έδειξε πως η διαφοροποίηση των μετρήσεων μετά την εκπαίδευση σε σχέση με πριν ήταν στατιστικά σημαντική, με σημαντικό αντίκτυπο, όπως φαίνεται από τα μεγέθη επίδρασης.

Συμπεράσματα

Καταλήγοντας, φαίνεται πως η επικοινωνία με τον ψυχιατρικό ασθενή ενέχει προκλήσεις, στη διαχείριση των οποίων συμβάλλει η ενεργητική ακρόαση. Το πείραμά μας δείχνει πως η εκπαίδευση για αυτές τις δεξιότητες έχει αξιοσημείωτο αντίκτυπο, γεγονός που αφήνει περιθώρια για μελλοντική έρευνα, αλλά και δράση στα πλαίσια της ιατρικής εκπαίδευσης.

Ορισμοί

[Οι παραπομπές στη βιβλιογραφία από όπου αναφέρονται οι παρακάτω ορισμοί παρατίθενται αμέσως μετά από αυτούς]

Βιωματική Μάθηση (experiential learning): Βιωματική μάθηση υφίσταται όταν ένας προσωπικά υπεύθυνος συμμετέχοντας επεξεργάζεται γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά γνώση, δεξιότητες ή/και στάσεις σε μία συνθήκη μάθησης που χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο ενεργούς συμμετοχής. (1)

Ενεργητική Ακρόαση (Active Listening): Σύμφωνα με τον Carl Rogers, η ενεργητική ακρόαση περιλαμβάνει την προσεκτική ακοή για το συνολικό νόημα (“listening for total meaning” - περιεχόμενο αλλά και συναίσθημα του μηνύματος), την ανταπόκριση στα συναισθηματικά στοιχεία και την προσοχή τόσο στα λεκτικά όσο και στα εξωλεκτικά στοιχεία της επικοινωνίας. Παράλληλα, ο ακροατής πρέπει να ελέγχει ότι έχει κατανοήσει σωστά όσα λέγονται. (2)

Επικοινωνία (Communication): Επικοινωνία είναι η διαδικασία κατά την οποία γίνεται ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ ατόμων (ή ομάδων), μέσω ενός κοινού συστήματος συμβόλων, σημείων ή συμπεριφορών. (3)

Ενσυναίσθηση (Empathy): Η δεξιότητα να αντιλαμβάνεται κανείς το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του άλλου με ακρίβεια και μαζί με τα συναισθηματικά στοιχεία και τα νοήματα που εμπεριέχονται σε αυτό, σαν να ήταν ο άλλος, αλλά χωρίς ποτέ να χάνεται η “σαν να” συνθήκη. (4)

Ήπιες Δεξιότητες (Soft Skills): Σειρά από ικανότητες, συμπεριφορές, στάσεις και προσωπικές ποιότητες που δίνουν στους ανθρώπους τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά το περιβάλλον τους, να συνεργαστούν καλά με τους άλλους, να αποδώσουν και να επιτύχουν τους στόχους τους. Έχουν ευρεία εφαρμογή και συμπληρώνουν δεξιότητες όπως οι τεχνικές ή ακαδημαϊκές. (5)

Θετική Ενίσχυση Συμπεριφοράς (Positive Empowerment): Η αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης μίας συμπεριφοράς, λόγω της επίδρασης που ασκεί στο υποκείμενο το αποτέλεσμα της συμπεριφοράς (θετικός ενισχυτής). (6)

Προσωποκεντρική Φροντίδα (Person-centered care): Σημαίνει ότι οι αξίες και οι προτιμήσεις των ατόμων εκμαιοούνται και, όταν εκφράζονται, καθοδηγούν όλες τις πλευρές της φροντίδας υγείας, υποστηρίζοντας τους στόχους των ατόμων αυτών για τη ζωή και την υγεία. Η προσωποκεντρική φροντίδα επιτυγχάνεται μέσα από τη δυναμική σχέση ανάμεσα στα άτομα, τους οικείους τους και όλους τους παρόχους υγείας. (7)

Στοχοθέτηση SMART: Μοντέλο στοχοθέτησης για μία δραστηριότητα, σύμφωνα με το οποίο οι στόχοι οφείλουν να είναι συγκεκριμένοι (Specific), μετρήσιμοι (Measurable), εφικτοί (Attainable - με τη χρήση των διαθέσιμων πόρων), ρεαλιστικοί (Realistic - με ξεκάθαρα βήματα για την πραγματοποίησή τους) και χρονοκαθορισμένοι (Timebound - σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα / σε συγκεκριμένη χρονική συνθήκη). (8)

Συστηματικό σφάλμα (Systematic Error – Bias): Η απουσία εσωτερικής εγκυρότητας ή η λανθασμένη εκτίμηση της σχέσης ανάμεσα σε μία έκθεση / παρέμβαση (exposure) και στην επίδραση που αυτή έχει στον πληθυσμό μελέτης. (9) Μπορεί να αφορά το σχεδιασμό της μελέτης, στη συλλογή ή την ανάλυση των δεδομένων, καθώς και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και την εξαγωγή συμπερασμάτων. Το συστηματικό σφάλμα μπορεί να συμβάλει στην υποτίμηση ή την υπερτίμηση των αποτελεσμάτων. (10)

Περιγραφική Στατιστική (Descriptive Statistics): Τομέας της στατιστικής που δίνει μια περίληψη για το υπό μελέτη δείγμα, χωρίς να εξάγει συμπεράσματα. Μιλάμε για περιγραφική στατιστική όταν περιγράφουμε τον πληθυσμό χρησιμοποιώντας πίνακες συχνοτήτων, ποσοστά, μέτρα κανονικής κατανομής, όπως η μέση τιμή κ.ά. (11)

Επαγωγική Στατιστική (Inferential Statistics): Τομέας της στατιστικής που εξάγει συμπεράσματα με τη χρήση στατιστικών δοκιμασιών που συγκρίνουν μέσες τιμές και το εκφράζουν με όρους στατιστικής σημαντικότητας. (11)

Μέγεθος Επίδρασης (Effect Size): Μια στατιστική τιμή που εκτιμά την έκταση - τη σημασία (magnitude) που έχει ένα φαινόμενο. Αριθμητικά μετράται με τη χρήση δεικτών όπως ο δείκτης r ή Cohen's d . (12) Ο Kiosses στη διδακτορική του διατριβή, συμπεριλαμβάνει τον ορισμό των Dimoliatis, Galanis και Papanikolaou για το μέγεθος επίδρασης, σύμφωνα με τους οποίους είναι “η διαφορά της έκβασης μεταξύ των πληθυσμών παρέμβασης και ελέγχου, διαιρεμένη από κάποιο μέτρο μεταβλητότητας (π.χ. τυπική απόκλιση).” (13)

Ψυχιατρική Συνέντευξη (Psychiatric Interview): Είναι το βασικότερο εργαλείο κλινικής αξιολόγησης ενός ασθενή της ψυχιατρικής και αποσκοπεί στα εξής:

- στη διάγνωση μίας ασθένειας,
- στην κατανόηση του πλαισίου της διάγνωσης και
- στη θεμελίωση της θεραπευτικής σχέσης. (14)

Βιβλιογραφία Οριμών:

- (1) Hoover JD, Whitehead CJ. An experiential-cognitive methodology in the first course in management: some preliminary results. *Simulation Games and Experiential Learning in Action* [Internet]. 1975 [η παραπομπή έγινε στις 18 Αυγ 2020]. 2(1): σ.25-30 Αναρτημένο στην Ιστοσελίδα: <https://journals.tdl.org/absel/index.php/absel/issue/view/2>
- (2) Rogers CR, Farson RE. *Active Listening*. Mansfield Center CT: Martino; 2015. σ.1-20
- (3) Merriam-Webster Dictionary [Dictionary]. Springfield (MA):Merriam Webster Incorporated. c2020. Communication. [η παραπομπή έγινε στις 26 Μαΐ. 2020];[περίπου μία οθόνη]. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/communication>
- (4) [15] Rogers CR. An empathic way of being. Κεφάλαιο στο: Rogers CR. *A way of being*. 2nd edition. New York, New York: Houghton Mifflin Company. 1995. σ. 136-61
- (5) Lippman LH, Ryberg R, Carney R, Moore KA. Workforce connections: key "soft skills" that foster youth workforce success: toward a consensus across fields. Bethesda: Child Trends, Inc. 2015. 56 σελίδες. Αριθμός 24
- (6) Black DW, Andreasen NC. Συμπεριφορικές, γνωστικές και ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες. Κεφάλαιο στο: Black DW, Andreasen NC. *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*. 5η έκδοση. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Nimatoudis I, Iakovidis A.. Μεταμόρφωση Αττικής; 2015. σ. 503-26
- (7) The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-centered care: a definition and essential elements. *JAGS* [Internet]. 2016 [η παραπομπή έγινε στις 18 Αυγ 2020]. 64(1):σ.15-8 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jgs.13866> DOI: 10.1111/jgs.13866
- (8) Ogbeiwi O. Why written objectives need to be really SMART. *British Journal of Healthcare Management* [Internet]. 2017 [η παραπομπή έγινε στις 8 Αυγ. 2020]. 23(7): σ.324–36 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: https://www.researchgate.net/publication/318390296_Why_written_objectives_need_to_be_really_SMART doi:10.12968/bjhc.2017.23.7.324
- (9) Delgado-Rodriguez M, Llorca J. Bias. *J Epidemiol Community Health* [Internet] 2004 [η παραπομπή έγινε στις 16 Αυγ. 2020]. 58: σ.635-41 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://jech.bmj.com/content/58/8/635> DOI: 10.1136/jech.2003.008466
- (10) Almashi Hashiani A, Hasanzadeh J, Eshrati B, Khedmati Morasae E. An introduction to common systematic errors in medical research. *Zahedan Journal of*

Research in Medical Sciences [Internet]. 2012 [η παραπομπή έγινε στις 16 Αυγ. 2020]. 14(3): σ.10-6 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.researchgate.net/publication/235977073> An Introduction to Common Systematic Errors in Medical Research

(11) Kaliyadan F, Kulkarni V. Types of variables, descriptive statistics and sample size. Indian Dermatol Online J. [Internet]. Φεβ 2019 [παραπομπή έγινε στις 20 Αυγ 2020].10(1):σ.82–6 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6362742/>

(12) Kelley K, Preacher KJ. On effect size. Psychological Methods [Internet]. 2012 [η παραπομπή έγινε στις 20 Αυγ. 2020]. 17(2): σ.137–52. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0028086> DOI:10.1037/a0028086

(13) Kiosses VN. Η ενσυναίσθηση στη σχέση γιατρού - ασθενή: ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος "Έλα στη θέση μου, γιατρέ!" [διδακτορική διατριβή στο Internet]. Ιωάννινα, Ελλάδα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. 2017 [η παραπομπή έγινε στις 25 Μαρ 2020] Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: [<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/44781#page/1/mode/2up>]

(14) Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. Assessment. Κεφάλαιο στό: Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. 7th ed. Oxford Clarendon Str, Oxford, OX2 6DP, UK: Oxford University Press; 2018. σ.35-69

Ευρετήριο Πινάκων

<i>Πίνακας 1.</i> Σύγκριση των ερωτημάτων της ομάδας Dis πριν και μετά την παρέμβαση	Σελ. 33
<i>Πίνακας 2.</i> Σύγκριση των ερωτημάτων της ομάδας Per πριν και μετά την παρέμβαση	Σελ. 34
<i>Πίνακας 3.</i> Σύγκριση των ερωτημάτων της ομάδας Sk πριν και μετά την παρέμβαση	Σελ. 34

Θεωρητικό Μέρος

Εισαγωγή

“Πολύ νωρίς στη δουλειά μου ως ψυχοθεραπευτή, ανακάλυψα ότι απλώς ακούγοντας τον πελάτη μου πολύ προσεκτικά, ήταν ένας σημαντικός τρόπος να βοηθήσω. Οπότε όταν αμφέβαλλα ως προς το τι να κάνω, με έναν ενεργό τρόπο, απλώς άκουγα.” C. Rogers [1]

Η Ψυχιατρική Συνέντευξη

Η Ψυχιατρική είναι ο κλάδος της Ιατρικής που ασχολείται με τη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών νόσων, των διαταραχών συμπεριφοράς και συναισθήματος.

Ακρογωνιαίο λίθο στην καθημερινή άσκηση της ψυχιατρικής αποτελεί η Ψυχιατρική Συνέντευξη. Είναι το βασικότερο εργαλείο κλινικής αξιολόγησης ενός ασθενή και, κατά το Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής της Oxford, αποσκοπεί στα εξής:

- στη διάγνωση, η οποία απαιτεί την καταγραφή των συμπτωμάτων και τη διερεύνηση της διαγνωστικής τους αξίας.
- στην κατανόηση του πλαισίου της διάγνωσης: ο ψυχίατρος πρέπει να έχει πληροφορίες για τη ζωή του ασθενή, τις παρούσες συνθήκες και την προσωπικότητά του.
- στη θεμελίωση της θεραπευτικής σχέσης. Ο ψυχίατρος πρέπει να διασφαλίσει ότι ο ασθενής αισθάνεται ικανός και πρόθυμος να δώσει ακριβές και πλήρες ιστορικό. [2]

Η σχέση ιατρού ασθενή, βέβαια, αποτελεί και τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας του ασθενή, καθώς είναι απαραίτητη προκειμένου ο ασθενής να κατανοήσει και να τηρήσει θεραπευτικές οδηγίες, αλλά και να απευθύνεται τακτικά στο γιατρό του βάσει των αναγκών.

Επομένως, ήδη από τον ορισμό της, βλέπουμε πως η ψυχιατρική συνέντευξη, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την επικοινωνία.

Επικοινωνία

Επικοινωνία είναι η διαδικασία κατά την οποία γίνεται ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ ατόμων (ή ομάδων), μέσω ενός κοινού συστήματος συμβόλων, σημείων ή συμπεριφορών. [3]

Ο Van Ruler [4], στην βιβλιογραφική του ανασκόπηση για θεωρίες επικοινωνίας, αναφέρει πως το ρήμα επικοινωνώ, στη λατινική του ρίζα (“communicare”), σημαίνει μοιράζομαι, κάνω (κάτι) προσβάσιμο, συζητώ.

Ενδιαφέρον για την παρούσα εργασία παρουσιάζει η διττή φύση της επικοινωνίας με τα λεκτικά και τα εξωλεκτικά της στοιχεία. Όπως είναι γνωστό, η επικοινωνία, περιλαμβάνει τόσο το λόγο, όσο και όλα τα στοιχεία εκτός αυτού, δηλαδή τις χειρονομίες, τις εκφράσεις του προσώπου, τη στάση του σώματος, την απόσταση μεταξύ των συνομιλητών. [5]

Σύμφωνα με τον Van Ruler [4], η μελέτη της επικοινωνίας, ως προς την ροή της, μπορεί να εξεταστεί με τρεις παραλλαγές. Πρώτον, την επικοινωνία ως μονόδρομη διαδικασία (“one-way process”) από πομπό σε δέκτη, δεύτερον, ως αμφίδρομη διαδικασία (“two-way process”) και, τρίτον, ως πανκαντευθυντική διαχρονική διαδικασία (“omnidirectional diachronic process”) - η τελευταία, για παράδειγμα, εμφανίζεται σε περιπτώσεις διαχρονικών κοινωνικών διαλόγων, όπου οι πομποί τοποθετούνται με διάφορα μέσα, ακόμη και χρησιμοποιώντας μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Στην ψυχιατρική συνέντευξη, κατά βάση, έχουμε τη δεύτερη περίπτωση επικοινωνίας, στην οποία ιατρός και ασθενής συζητούν με τρόπο άλλοτε περισσότερο ελεύθερο (π.χ. ερωτήσεις ανοιχτού τύπου) και άλλοτε πιο συγκεκριμένα (π.χ. ερωτήσεις κλειστού τύπου, ανακοίνωση διάγνωσης [6]). Ακόμη και σε σημεία που η διαδικασία θυμίζει μονόδρομη (π.χ. όταν ο ασθενής εξιστορεί στον ιατρό την ποιότητα της διάθεσής του τις τελευταίες ημέρες), δεν πρέπει να ξεχνάμε στοιχεία της μη λεκτικής επικοινωνίας του ιατρού - ακροατή (στάση σώματος του ιατρού, βλεμματική επαφή κ.ά.), που τον καθιστούν ενεργό συμμετέχοντα στη διαδικασία.

Ως εκ τούτου, και δεδομένης αυτής της ποιότητας της επικοινωνίας στην ψυχιατρική συνέντευξη, συχνά, προκύπτουν **επικοινωνιακά εμπόδια**, δηλαδή οτιδήποτε δυσκολεύει το δέκτη να κατανοήσει τα μηνύματα που χρησιμοποιεί ο πομπός για να μεταδώσει πληροφορίες, σκέψεις ή ιδέες [7].

Επικοινωνιακά Εμπόδια στην ψυχιατρική

Σε μία ιατρική ειδικότητα, όπως είναι η ψυχιατρική, τα επικοινωνιακά εμπόδια μας ενδιαφέρουν, καθώς αν δεν αναγνωριστούν και αντιμετωπιστούν, μπορούν να έχουν επιπτώσεις στη διάγνωση, στην επιλογή θεραπείας, καθώς και τη θεραπευτική σχέση γιατρού και ασθενούς.

Σύμφωνα με τον Quill [8], κάποια εμπόδια μπορεί να είναι προφανή, κάποια άλλα, όμως, μπορεί να μην γίνονται διακριτά, παρά μόνο με κάποια ενδεικτικά σημεία, τα οποία ο γιατρός καλείται να ανιχνεύσει. Τέτοια σημεία, μπορεί να είναι η δυσφορία που νιώθει ο ίδιος ο γιατρός, οι αντιφατικές δηλώσεις ενός ασθενή, η μη τήρηση θεραπευτικών οδηγιών από τον ασθενή, καθώς και μία απροσδόκητη αντίσταση από την πλευρά του τελευταίου, απέναντι στις προσπάθειες του γιατρού να τον προσεγγίσει.

Κάποια επικοινωνιακά εμπόδια μπορούν να αφορούν το εξωτερικό περιβάλλον (π.χ. η ύπαρξη ή μη ιδιωτικότητας, τυχόν θόρυβοι, ακόμη και το γεγονός ότι ο γιατρός καλείται να καταγράψει πληροφορίες κατά τη διάρκεια της συνέντευξης). [8] Κάποια άλλα όμως, αφορούν τους εμπλεκόμενους στη συνέντευξη (τόσο τον ασθενή όσο και το γιατρό) και μπορεί να είναι:

- θέματα γλώσσας και ορολογίας
- σωματικά (πόνος ή κάποια άλλη σωματική δυσφορία, κάποιο πρόβλημα στην ακοή ή την όραση, παθολογία του ασθενή που δυσχεραίνει την ικανότητά του για επικοινωνία)
- ψυχολογικά
 - συναισθήματα θυμού, φόβου ή άγχους,
 - άρνηση του ασθενούς να συνεργαστεί
 - γνωστικά (κατανόηση όσων λέγονται ή της σοβαρότητας της κατάστασης)
 - προσωπικότητα του ασθενούς ή του ιατρού και
 - επιπτώσεις που έχει η ψυχοπαθολογία του ασθενούς στη δυνατότητά του να επικοινωνήσει
- κοινωνικά (η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η πιθανή εμπλοκή του, η πολιτιστική ερμηνεία που δίνεται από τον ασθενή για την ψυχική ασθένεια)
- οικονομικά (η κατάσταση ασφάλισης του ασθενούς)
- η σχέση ιατρού ασθενούς (η οποία, με την πάροδο του χρόνου, μπορεί η ίδια να αποτελέσει ή να επιλύσει εμπόδιο στην επικοινωνία). [8]

Συγκεκριμένα όσον αφορά στον ψυχιατρικό ασθενή, οφείλουμε να καταγράψουμε και να λάβουμε υπόψη κάποια περαιτέρω εμπόδια που προκύπτουν στην επικοινωνία.

Αφενός, όπως γνωρίζουμε, ο λόγος είναι από τις βασικές λειτουργίες που παραβλάπτονται σε μία ψυχιατρική κατάσταση, με διαταραχές που περιλαμβάνουν εκτροχιασμό του ειρμού, λόγο εκτός θέματος, πενία λόγου κ.ά.. [9] Ακόμη, πολύ συχνά, διαταράσσονται και στοιχεία της εξωλεκτικής επικοινωνίας του ασθενή, όπως συμβαίνει όταν υπάρχει απρόσφορο ή επιπεδωμένο συναίσθημα, ψυχοκινητική επιβράδυνση κ.ά. [9], γεγονός που δυσχεραίνει περαιτέρω την επικοινωνία. Επίσης, η απουσία εναισθησίας για την ασθένεια, γεγονός που παρατηρείται σε καταστάσεις όπως είναι η ψύχωση [9], καθιστά δύσκολη την προσπάθεια του ιατρού να εξηγήσει στον ασθενή την κατάστασή του, ενώ συχνά απαιτείται μεγάλη προσπάθεια να πειστεί ο ασθενής να ακολουθήσει μια φαρμακευτική αγωγή. Τέλος, όπως καταγράφεται στη βιβλιογραφία [10][11], σημαντική είναι η επίδραση του στίγματος που συνοδεύει συχνά τις ψυχιατρικές καταστάσεις, στην επικοινωνία του ασθενούς με τον ιατρό του δεδομένου ότι μπορεί να οδηγήσει τον πρώτο να αποκρύψει πληροφορίες, σκέψεις ή συναισθήματα, καθώς και να συνεργαστεί γενικότερα με τον ιατρό. [12]

Σε κάθε περίπτωση, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τέτοια επικοινωνιακά εμπόδια, απαραίτητη είναι η αναγνώρισή τους. [8] Για αυτήν, ο γιατρός μπορεί να χρειαστεί να επιστρατεύσει διάφορους τρόπους. Πολύ συχνά, μπορεί μόνος του να σχηματίσει μία

υπόθεση για την ταυτότητα και προέλευση του επικοινωνιακού εμποδίου (να σκεφτεί αν προέρχεται κατά βάση από τον ίδιο, τον ασθενή ή τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση). Ωστόσο, είναι απαραίτητο, προκειμένου να ταυτοποιηθεί το εμπόδιο, να διερευνηθεί αυτή του την υπόθεση με τον ασθενή. Είτε με μια ανοιχτού τύπου ερώτηση είτε συγκεκριμένα, θέτοντας ανοιχτά στον ασθενή το πρόβλημα επικοινωνίας, προκειμένου να τον εμπλέξει σε μία από κοινού προσπάθεια να επιλυθεί αυτό.

Σε όλα αυτά τα εμπόδια, αλλά και την επικοινωνία ασθενούς - ιατρού γενικότερα, σημαντικό ρόλο μπορεί να παίζει η ενεργητική ακρόαση.

Ενεργητική Ακρόαση (Active Listening)

Θα ακολουθήσει η εννοιολόγηση της ενεργητικής ακρόασης (στο εξής ΕΑ), με την ανάλυση των εξής: τι είναι η ΕΑ, γιατί να ακούει κανείς ενεργητικά (ποια είναι τα πλεονεκτήματα), πώς ακούει κανείς ενεργητικά, η ανάπτυξη της ΕΑ ως δεξιότητας στο άτομο και, τέλος, η σύνδεση της ΕΑ με την ενσυναίσθηση.

α. Τι είναι η ενεργητική ακρόαση

Η ΕΑ αποτελεί μια πολυδιάστατη επικοινωνιακή δεξιότητα. Κατά την εφαρμογή της, ο ακροατής ακούει τον ομιλητή με αμέριστη προσοχή, χωρίς διακοπές και προσπαθεί να συλλάβει το συνολικό νόημα όσων λέγονται: τα στοιχεία τόσο της λεκτικής όσο και της μη λεκτικής επικοινωνίας του ομιλητή. Οι απαντήσεις του ακροατή δεν συνιστούν παρουσίαση λύσεων, δεν υποτιμούν ή αποφεύγουν τους προβληματισμούς του ομιλητή. Αντίθετα, απλώς εξωτερικεύουν την προσοχή και κατανόηση του ακροατή, ενώ πολύ συχνά, στόχο έχουν τη διασφάλιση ότι ο ακροατής έχει καταλάβει ορθά όσα λέγονται. Όλα αυτά, σε ένα κλίμα αποδοχής και όχι κριτικής ή αξιολόγησης.

Για να στοιχειοθετήσει και να κατανοήσει κανείς την έννοια της ενεργητικής ακρόασης, οφείλει να αναφερθεί στον ψυχολόγο Carl Rogers, ο οποίος σε μία σειρά βιβλίων του μιλά για έναν ιδιαίτερο τρόπο ακρόασης προς το συνομιλητή.

Για τον Rogers [13], η ενεργητική ακρόαση συμπεριλαμβάνει την προσπάθεια να ακούσουμε και να συλλάβουμε τόσο τα γεγονότα όσο και τα συναισθήματα που εξωτερικεύονται από τον ομιλητή. Περιγράφεται ως ένας τρόπος προσέγγισης που στηρίζεται σε βασικές ιδέες του ακροατή, δεν είναι δηλαδή μία κενή συμπεριφορά.

“Για αυτό, πρέπει ως ακροατής να αποβάλω απειλητικά μου στοιχεία. (...) Να δημιουργήσω ένα κλίμα που δεν είναι επικριτικό, κλίμα αξιολόγησης ή ηθικοπλαστικό. Πρέπει να είναι μια ατμόσφαιρα ισότητας και ελευθερίας, ανοχής και κατανόησης, θερμής αποδοχής. (...)” [13]

Η ενεργητική ακρόαση, για τον Rogers [13], περιλαμβάνει την ακρόαση για το συνολικό νόημα (“listening for total meaning” - περιεχόμενο αλλά και συναίσθημα του

μηνύματος), την ανταπόκριση στα συναισθηματικά στοιχεία και την προσοχή τόσο στα λεκτικά όσο και στα εξωλεκτικά στοιχεία της επικοινωνίας. Παράλληλα, ο ακροατής πρέπει να ελέγχει ότι έχει κατανοήσει σωστά όσα λέγονται, με τεχνικές που θα αναλυθούν παρακάτω.

Αναλύοντας αυτή τη δεξιότητα, οι Jahromi, Tbatbaee, Abdar και Rajabi [14] καταγράφουν τρεις παραμέτρους που σχετίζονται με την ενεργητική ακρόαση: τη στάση του ακροατή, τη δεξιότητά του για ακρόαση και την ευκαιρία που δίνει για συζήτηση. Αυτές υποδιαιρούνται στα εξής: αποφυγή της διακοπής, διατήρηση του ενδιαφέροντος για τα λεγόμενα του συνομιλητή, η αποφυγή / αναβολή της αξιολόγησης, η οργάνωση της πληροφορίας και η εξωτερίκευση του ενδιαφέροντος πίσω στο συνομιλητή.

Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν την ενεργητική ακρόαση σαν το ανώτατο επίπεδο μίας κλίμακας, όπου “ένας ακροατής μπορεί α. να μην ακούει (...), β. να ακούει “οριακά” - στο ελάχιστο (...), γ. να ακούει αξιολογώντας / κρίνοντας(...) ή δ. να ακούει ενεργητικά (...)” [14].

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως η ενεργητική ακρόαση, σύμφωνα με τα λεγόμενα του Rogers στο βιβλίο του “A Way of Being” [15], είναι συνυφασμένη με την ενσυναισθητική κατανόηση (empathic understanding), όπως θα αναλυθεί παρακάτω.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί ότι η εξέταση αυτών των εννοιών, γίνεται κυρίως, υπό το πρίσμα της προσωποκεντρικής φροντίδας (person centered approach). Πρόκειται για την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που καθιερώθηκε από τον Carl Rogers και φέρει ως βασική παραδοχή ότι ο άνθρωπος διαθέτει αυτοδύναμα την ικανότητα να κατανοεί και να αλλάζει τον εαυτό του, αρκεί το εσωτερικό του απόθεμα να απελευθερωθεί και να ενδυναμωθεί στα πλαίσια μιας ψυχοθεραπευτικής σχέσης, με οδηγό τον ίδιο το θεραπευόμενο. [16]

Η προσωποκεντρικότητα, βέβαια, έχει θέση ως προσέγγιση στην Ιατρική, γενικότερα, και για να την κατανοήσουμε, αρκεί να αναλογιστούμε τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Υγεία. Υγεία, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. [17]

β. Γιατί να ακούει κανείς ενεργητικά;

Η ενεργητική ακρόαση μοιάζει απαιτητική και αξίζει να αναρωτηθούμε τι είναι αυτό που μπορεί να προσφέρει στην επικοινωνία μας.

Η ενεργητική ακρόαση έχει ποικίλα οφέλη. [18] Αποτελεί βασικό παράγοντα αποφυγής παρεξηγήσεων, συμβάλλει στο να ξεπεράσει ο ομιλητής ενοχλητικά για αυτόν συναισθήματα, αυξάνει την εμπιστοσύνη, αλλά και στην αποκάλυψη της πηγής του

προβλήματος. Ενισχύει το αίσθημα ευθύνης (αφού προωθεί τη σκέψη του ίδιου του ομιλητή για το πρόβλημά του, χωρίς να δίνει έτοιμες λύσεις) και, τέλος, συμβάλλει στην προσωπική ανάπτυξη.

Η έρευνα των Jahromi, Tatabaee, Abdar και Rajabi [14] για τη δεξιότητα της ΕΑ σε διοικητές νοσοκομείου, έδειξε πως η δεξιότητα αυτή ωφελεί τόσο το προσωπικό ενός νοσοκομείου, “ενθουσιάζει τους εργαζόμενους, αποκαλύπτει ιδέες ή προβλήματα σχετικά με τη δουλειά τους”, ενώ βελτιώνει την εμπειρία και των ασθενών που νοσηλεύονται.

Οι Kawamichi et al. [19] ισχυρίζονται ότι η ενεργητική ακρόαση φαίνεται να βελτιώνει την εντύπωση που έχει ο ομιλητής για την εμπειρία του με τον ακροατή (πώς νιώθει ο ομιλητής για το πώς εισακούεται αυτο που εξωτερικεύει), τόσο σε επίπεδο διαπροσωπικής σχέσης, όσο και σε ένα ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο.

Αναφορικά με τον ψυχιατρικό ασθενή, οι Fradelos και Staikos [20], στη συστηματική βιβλιογραφική τους ανασκόπηση για “τη συνεισφορά της ενεργητικής ακρόασης στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας”, τονίζουν πως η ενεργητική ακρόαση, από την πλευρά του νοσηλευτή, εξασφαλίζει ένα κλίμα ασφάλειας και κατανόησης προς τον ασθενή, μια συνθήκη απαραίτητη για την ανοικοδόμηση της θεραπευτικής σχέσης.

Καταφεύγοντας στο εγχειρίδιο ψυχιατρικής της Oxford [21], παρατηρούμε πως τονίζεται η διττή δεξιότητα που απαιτείται από την πλευρά του ψυχιάτρου, όταν αυτός προσεγγίζει έναν ασθενή: αφενός, η ικανότητα να συγκεντρώνει και να αξιολογεί κλινικά δεδομένα και, αφετέρου, η κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή ως μονάδα, προσεγγίζοντάς τον ολιστικά. Κι ενώ στη μία περίπτωση απαιτείται καλή ακαδημαϊκή γνώση κι ενημέρωση για την τρέχουσα άποψη, για τη δεύτερη περίπτωση, οι συγγραφείς του εγχειριδίου τονίζουν τα εξής: “(εδώ) ο ψυχίατρος καταφεύγει στη γνώση της ανθρώπινης φύσης και της εμπειρίας του από προηγούμενους ασθενείς για να κατανοήσει τον ασθενή που έχει απέναντί του. Και οι δύο ικανότητες αναπτύσσονται ακούγοντας τους ασθενείς και μαθαίνοντας από πιο έμπειρους ψυχιάτρους.”

γ. Νευροβιολογικό και Συμπεριφορικό Πλαίσιο επίδρασης της ΕΑ.

Για να εκτιμήσουμε την επίδραση που έχει η Ενεργητική Ακρόαση στην επικοινωνία ασθενούς και ιατρού, θα στραφούμε σε βασικές αξίες της συμπεριφορικής σχολής.

Η σχολή αυτή στηρίζεται στα πειράματα του Pavlov και αναφέρεται στη συμπεριφορά ως “αντικειμενικά παρατηρήσιμα φαινόμενα (...), στα οποία περιλαμβάνονται δραστηριότητες όπως (...) η διαμόρφωση συνθηθειών και προτύπων για τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. [22]”

Για να εξετάσουμε πώς η ενεργητική ακρόαση επιδρά στην επικοινωνία, πρέπει να γίνει λόγος για τη “συντελεστική μάθηση”: να εξετάσουμε δηλαδή τον έλεγχο που μπορεί να ασκηθεί σε μία συμπεριφορά από τις συνέπειές της. [22]

Στην περίπτωση της ενεργητικής ακρόασης, έχουμε το εξής. Ο ασθενής επικοινωνεί με τον ιατρό: μοιράζεται πληροφορίες για τη σκέψη και τα συναισθήματά του, εμπλέκεται σε μία αμφίδρομη διαδικασία αφήγησης, ερωταπαντήσεων κ.τ.λ.. Αν υποθέσουμε ότι αυτή η συμπεριφορά, συναντά ως αποτέλεσμα την ενεργητική ακρόαση, θέλουμε να εξετάσουμε πώς επιδρά αυτό το αποτέλεσμα στην αρχική συμπεριφορά του ασθενή - αν ανατροφοδοτεί θετικά ή αρνητικά την επικοινωνία του ασθενή με το γιατρό του.

Στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του ομιλητή (του ασθενή), η επίδραση αυτή της ενεργητικής ακρόασης φαίνεται να διενεργείται μέσω ενεργοποίησης του συστήματος επιβράβευσης (ενεργοποίηση του προμετωπιαίου φλοιού, του κοιλιακού ραβδωτού σώματος και του πρόσθιου τμήματος της νήσου του Reil), όπως παρουσιάζουν οι Kawamichi et al, στο πείραμά τους με χρήση λειτουργικής μαγνητικής τομογραφίας (fMRI). [19]

Η πληροφορία αυτή αποτελεί μια ισχυρή ένδειξη της οργανικής βάσης της σημασίας της ενεργητικής ακρόασης, δεδομένου ότι εμπλέκει συγκεκριμένα κέντρα στον εγκέφαλο με συγκεκριμένη λειτουργία. Όπως περιγράφεται στο σύγγραμμα “Ιατρική Φυσιολογία” των Guyton & Hall [23], αν ένα ερέθισμα ενεργοποιεί το σύστημα της επιβράβευσης ή της τιμωρίας, η φλοιϊκή απάντηση του εγκεφάλου γίνεται σταδιακά όλο και πιο έντονη με την επανάληψη του ερεθίσματος και η απάντηση ενισχύεται.

Λαμβάνοντας όλα αυτά υπόψη, γίνεται ξεκάθαρο ότι **η ενεργητική ακρόαση αποτελεί έναν θετικό ενισχυτή προς τη συμπεριφορά του ασθενή να επικοινωνήσει με τον ιατρό του** (παρόμοια με τον έπαινο του δασκάλου στη συμπεριφορά ενός μαθητή ή με τη συμπεριφορά ενός ζώου, το οποίο θα συνεχίσει μια κίνηση, όταν αυτή ακολουθείται από προσφορά φαγητού). Τονίζεται δε από τους Black & Adreasen ότι “η θετική ενίσχυση είναι αποτελεσματικότερη στη διατήρηση ή παγίωση μιας συμπεριφοράς απ’ ό,τι η αρνητική ενίσχυση (...). [21]”

Βέβαια, οι διαπιστώσεις αυτές πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω, με μεγάλη προσοχή, σε μεγαλύτερα δείγματα και σε ποικίλλες περιπτώσεις ασθενών της ψυχιατρικής. Η βεβιασμένη γενίκευση για την επίδραση της ενεργητικής ακρόασης στο μεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου πρέπει να αποφευχθεί, δεδομένου ότι είναι από τα βασικότερα συστήματα που πλήττονται στην ψυχιατρική πάθηση, όπως έχει αποδειχθεί για την ψύχωση, την αγχώδη διαταραχή και άλλες μείζονες κατηγορίες παθήσεων.[24] [25]

δ. Πώς ακούει κανείς ενεργητικά

Παρακάτω θα αναλύσουμε τις τεχνικές, τις επι μέρους δεξιότητες που συμπεριλαμβάνει η ενεργητική ακρόαση.

Αφενός, απαιτεί τη συγκέντρωση και την αμέριστη προσοχή προς τον ακροατή [26] [27]. Η προσοχή αποτελεί μια ανώτερη γνωστική λειτουργία, και περιλαμβάνει την πράξη ή την κατάσταση, κατά την οποία κάποιος εστιάζει το “μυαλό” του, τη σκέψη του, σε κάτι συγκεκριμένο [28]. Για τον ακροατή, λοιπόν, η εστίαση της προσοχής συνίσταται σε μία κατάσταση εγρήγορσης, στην οποία αγνοούνται άλλες πληροφορίες ή ερεθίσματα από το περιβάλλον, πέρα από όσα εξωτερικεύονται από τον πομπό.

Ακόμη, η ΕΑ συμπεριλαμβάνει κάποιες τεχνικές ανατροφοδότησης προς τον ομιλητή (feedback), προκειμένου ο ακροατής να βεβαιώνεται ότι έχει καταλάβει σωστά το μήνυμα και να εξωτερικεύει στον ομιλητή την ακρόαση και κατανόηση των λεγομένων.

Οι τεχνικές αυτής της ανατροφοδότησης που εκφράζονται λεκτικά είναι οι εξής [18]: Καταρχάς η απλή ερώτηση και η διευκρίνιση. Ακόμη, βασικές τεχνικές είναι η παράφραση (αναδιατύπωση των λεγομένων του συνομιλητή) και η σύνοψη (ανασκόπηση των βασικών σημείων, προκειμένου να συνεχιστεί η συζήτηση). Τέλος, ο ακροατής ενθαρρύνει το συνομιλητή (π.χ. ‘αυτό που λες με ενδιαφέρει’), ενώ μπορεί να λεκτικοποιεί τα συναισθήματα που συλλαμβάνει από τα μη λεκτικά στοιχεία της επικοινωνίας (π.χ. μου φαίνεσαι χαρούμενος).

Μεταξύ άλλων, ο ακροατής είναι σημαντικό να επιστρατεύει και ο ίδιος στοιχεία της μη λεκτικής επικοινωνίας για να ανατροφοδοτήσει το συνομιλητή του για το γεγονός ότι τον ακούει, όπως η ενθαρρυντική στάση του σώματος, οι εκφράσεις του προσώπου, η βλεμματική επαφή, η κατ’ ελάχιστον λεκτική απάντηση στα λεγόμενα κ.ά. [14]

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθούν ποιες είναι οι προϋποθέσεις αλλά και οι δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσει κανείς στην προσπάθειά του να ακούει ενεργητικά.

Η ΕΑ τροχοπεδείται από την άσκηση κριτικής, την παρουσίαση προτάσεων / λύσεων για το πρόβλημα του ομιλητή, την αποφυγή των προβληματισμών του. [26]

Για τον Robertson [26], στο χώρο της υγείας, η **κριτική** μπορεί να εμφανίζεται μέσα από χαρακτηρισμούς πράξεων ή και του ίδιου του ασθενή, μέσα από κατάχρηση της διαγνωστικής ‘ταμπέλας’ ή ακόμη και από έναν έπαινο. Από την άλλη, η **πρόταση λύσεων** μπορεί να έρθει απλώς με μία συμβουλή, αλλά και με την προτροπή, τον ηθικοπλαστικό λόγο ή και την απειλή. Τέλος, η **αποφυγή των προβληματισμών** του ασθενή μπορεί να προβληθεί ως αλλαγή θέματος, ως διαβεβαίωση ή και ως παρουσίαση επιχειρημάτων. Είναι σημαντικό, επομένως, να έχουμε υπόψη μας πώς μπορεί ο ασθενής να μεταφράσει συμπεριφορές του ιατρού.

Επιπλέον, στην ιατρική, είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι η ενεργητική ακρόαση δεν είναι δυνατή κάθε στιγμή. Αυτό, ωστόσο, είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται και να επισημαίνεται στον ασθενή. Έτσι, υπενθυμίζεται σε αυτόν ότι η πρόθεση υπάρχει, ακόμη κι αν οι περιστάσεις δεν το επιτρέπουν, γεγονός που εκείνος αναγνωρίζει και εκτιμά θετικά. [26]

ε. Σύνδεση της ενεργητικής ακρόασης με την ενσυναίσθηση.

Η ενεργητική ακρόαση, πέρα από μία επικοινωνιακή δεξιότητα - κατάλληλη για τη φάρετρα ενός ιατρού, και ειδικά του ψυχιάτρου, τόσο εννοιολογικά, όσο και πρακτικά, μας παραπέμπει σε κάτι ευρύτερο, σε μία από τις πολύ βασικές αρχές της προσωποκεντρικότητας: την ενσυναίσθηση.

Θεωρήσαμε σημαντικό να αναδείξουμε τη σύνδεση ενεργητικής ακρόασης και ενσυναίσθησης, αναλογιζόμενοι τη σημασία της τελευταίας για την άσκηση μιας ιατρικής ειδικότητας (όπως είναι και η ψυχιατρική). Άλλωστε, η ενσυναίσθηση έχει καταδειχθεί για τη σημασία της στη σχέση γιατρού ασθενούς, στην ακριβέστερη διάγνωση και αποτελεσματικότερη θεραπεία, καθώς και για τα οφέλη που έχει για τον ίδιο το γιατρό. [16]

Στο σημείο αυτό, αξίζει να γίνει λόγος για την ενσυναίσθηση, η οποία σύμφωνα με το θεμελιωτή της προσωποκεντρικής θεραπείας, Carl Rogers [15], ορίζεται ως “το να αντιλαμβάνεται κανείς το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του άλλου με ακρίβεια και μαζί με τα συναισθηματικά στοιχεία και τα νοήματα που εμπεριέχονται σε αυτό, σαν να ήταν ο άλλος, αλλά χωρίς ποτέ να χάνεται η “σαν να” συνθήκη.” Με άλλα λόγια, ενσυναισθάνομαι, σημαίνει κατανοώ, γνωστικά και συναισθηματικά, συνεπάγεται ότι βιώνω μαζί με τον άλλον την πραγματικότητα, όπως εκείνος την βιώνει. Ταυτόχρονα όμως, δεν ταυτίζομαι με τον άλλον, δεν χάνω τη δική μου ταυτότητα.

Ο ίδιος ο Carl Rogers, καταγράφει τα λόγια του Barrett - Lennard [15], για την ενσυναισθητική κατανόηση, ως μια “ενεργητική διαδικασία για πλήρη κατανόηση (...) όσων εξωτερικεύονται από έναν ομιλητή, διαθεσιμότητα για επικοινωνία και μετάφραση των λέξεων και σημείων του σε νόημα που να ταιριάζει στις πλευρές που είναι πιο σημαντικές για εκείνον εκείνη τη στιγμή”. Γίνεται λοιπόν ξεκάθαρο, ότι η ενσυναίσθηση συμπεριλαμβάνει την ενεργητική ακρόαση, ως βασική συνιστώσα, για να μπορέσει κάποιος (στο δικό μας πλαίσιο: ο γιατρός) να κατανοήσει τα λεγόμενα του συνομιλητή του και να βιώσει την πραγματικότητα υπό το πρίσμα του τελευταίου.

στ. Ανάπτυξη της ενεργητικής ακρόασης ως δεξιότητας

Παράγοντες που επηρεάζουν τη δεξιότητα του AL είναι το μορφωτικό επίπεδο (όσο χαμηλότερο είναι αυτό, τόσο βελτιωμένη είναι αυτή η δεξιότητα), η βαθμίδα στη διοίκηση (όσο χαμηλότερη, τόσο βελτιωμένη δεξιότητα), ο χρόνος υπηρεσίας (παλαιότεροι διοικητές δείχνουν να έχουν βελτιωμένες δεξιότητες), αλλά και το φύλο

(οι γυναίκες φαίνονται να ακροάζονται ενεργητικά περισσότερο, εξωτερικεύοντας πιο αποτελεσματικά στο συνομιλητή τους ότι τον ακούν). [14] Οφείλουμε βέβαια να αναστοχαστούμε για το ρόλο που μπορεί να έχει η εκπαίδευση στο να αναπτυχθεί η δεξιότητα της ενεργητικής ακρόασης.

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην ενεργητική ακρόαση

Αναφορικά με το τελευταίο, διακρίνουμε τις παρακάτω αναφορές:

- Σε δημοσίευση του General Medical Council του Ηνωμένου Βασιλείου το 2018, μεταξύ των δεξιοτήτων απαραίτητων για ένα γιατρό, τονίζεται η δεξιότητα να επικοινωνεί ξεκάθαρα και αποτελεσματικά, λεκτικά και εξωλεκτικά, να ακούει και να ανταποκρίνεται κατάλληλα, δείχνοντας **ενσυναίσθηση**, καθώς και να τροποποιεί τον τρόπο επικοινωνίας του, αν οι συνθήκες το απαιτούν. [29]
- Οι Van Staden et al, στο Πανεπιστήμιο της Pretoria στη Νότια Αφρική, μελέτησαν τον αντίκτυπο που είχε η αναμόρφωση του προγράμματος σπουδών Ιατρικής στην κατανόηση και εφαρμογή ήπιων δεξιοτήτων. [30] Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε με ποιοτικές μεθόδους (π.χ. συνεντεύξεις, ομάδες επικέντρωσης κ.τ.λ.), πως οι φοιτητές που είχαν ολοκληρώσει το ανανεωμένο πρόγραμμα σπουδών, συγκριτικά με εκείνους που είχαν ολοκληρώσει το κλασσικό πρόγραμμα, είχαν βελτιωμένη ικανότητα να εφαρμόσουν στην πράξη τις ήπιες δεξιότητες: να διαχειριστούν δύσκολες κλινικές καταστάσεις με ασθενείς, να συνεργαστούν με συναδέλφους τους, ακόμη και **να διαχειριστούν επικοινωνιακά εμπόδια** (π.χ. διαχείριση επιθετικού ασθενή ή ασθενή απρόθυμου να μιλήσει στο γιατρό) και να δείξουν **ενσυναίσθηση**. Στη μελέτη, τονίζεται η σημασία της ενσωμάτωσης της εκπαίδευσης για ήπιες δεξιότητες “οριζόντια” μέσα στο πρόγραμμα σπουδών - κατά τη διάρκεια όλων των ετών σπουδών.

Στην Ελλάδα...

Μελετώντας τους οδηγούς σπουδών των Τμημάτων Ιατρικής της Ελλάδας, δεν εντοπίσαμε κάποιο συστηματικό τρόπο εκπαίδευσης των φοιτητών στην επικοινωνία με τον ασθενή (σε δεξιότητες όπως είναι η ενεργητική ακρόαση ή η διαχείριση επικοινωνιακών εμποδίων) και, ιδιαίτερα με τον ψυχιατρικό ασθενή (θεωρώντας ως “συστηματικό τρόπο” είτε ένα μάθημα υποχρεωτικής παρακολούθησης είτε την ενσωμάτωση ενός διακριτού προγράμματος εκπαίδευσης στην κλινική άσκηση των φοιτητών).

Παρ’ όλα αυτά, αξίζει να γίνει αναφορά σε συγκεκριμένες εξαιρέσεις που προσεγγίζουν σημαντικά την ανάγκη για αυτό το ζήτημα ιατρικής εκπαίδευσης.

- Ιατρική Πανεπιστημίου Κρήτης - πρώτο εξάμηνο φοίτησης: Επιλεγόμενο Μάθημα, με τίτλο «Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα». [31]

Στους μαθησιακούς στόχους, μεταξύ άλλων, συμπεριλαμβάνεται ρητά για τους συμμετέχοντες «Να αναγνωρίσουν τις δεξιότητες που απαιτούνται για την αποτελεσματική επικοινωνία με τον ασθενή και να ασκηθούν μέσα από υπόδυση ρόλων για την απόκτηση τους.»

Μεθοδολογία: Διαλέξεις και δύο (2) φροντιστηριακές ασκήσεις

- Ιατρική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης - πέμπτο εξάμηνο φοίτησης: Επιλεγόμενο Μάθημα με τίτλο «Τεχνικές Επικοινωνίας και Εκπαίδευσης». [32]

Στους μαθησιακούς στόχους, μεταξύ άλλων, συμπεριλαμβάνεται ρητά για τους συμμετέχοντες «Η εκπαίδευση των ιατρών σε βασικές δεξιότητες επικοινωνίας ([...], ενεργητική ακρόαση, [...], ανάπτυξη ενσυναίσθησης-empathy)»

Μεθοδολογία: Διαλέξεις

- Ιατρική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων - έβδομο εξάμηνο φοίτησης: Επιλεγόμενο Μάθημα με τίτλο «Η Ενσυναίσθηση στη σχέση Ιατρού - Ασθενούς» [33]

Στους μαθησιακούς στόχους, μεταξύ άλλων, συμπεριλαμβάνεται ρητά για τους συμμετέχοντες: «να αναπτύξουν δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης, να ανιχνεύουν τη μη λεκτική επικοινωνία, να αναπτύξουν την ενσυναίσθητη κατανόηση προς τους/τις ασθενείς τους, τους/τις συγγενείς, τους/τις συνεργάτες/ιδες αλλά και προς τον ίδιο τον εαυτό τους».

Μεθοδολογία: Βιωματικό Σεμινάριο (Ομάδες συνάντησης, βιωματικές ασκήσεις προσωπικής ανάπτυξης, μελέτες περιπτώσεων, ομάδες μελέτης, παιχνίδια ρόλων σε ομάδες των τριών)

Διατύπωση Ερευνητικού Ερωτήματος

Αναφερόμενοι στην Ενεργητική Ακρόαση, μιλάμε για μία ήπια δεξιότητα (soft skill) - συγκεκριμένα μία επικοινωνιακή δεξιότητα, και την εφαρμογή της στην ιατρική πράξη, στον κλάδο της ψυχιατρικής.

Για το λόγο αυτό, θεωρήσαμε σημαντικό, η δεξιότητα αυτή, καθώς και η διαχείριση των επικοινωνιακών εμποδίων, να διερευνηθούν στο πλαίσιο της ιατρικής εκπαίδευσης. Αφενός, η εξέταση αυτών των μεταβλητών στο «εδώ και τώρα», με την άμεση παρέμβαση στους φοιτητές, έμοιαζε πιο ουσιαστική και πρωτότυπη από μία θεωρητική προσέγγιση - ειδικά δεδομένου ότι στη βιβλιογραφία συναντώνται ήδη καταγραφές για την προσωπική εμπειρία ενός γιατρού και ενός ασθενή από την ενεργητική ακρόαση του γιατρού. [30] Αφετέρου, όπως είδαμε παραπάνω, από τον

GMC έχει τονιστεί η σημασία για εκπαίδευση των φοιτητών Ιατρικής σε δεξιότητες επικοινωνίας. [29]

Ωστόσο, ύστερα από ενδελεχή αναζήτηση, δεν έχουμε καταφέρει να βρούμε μία έκθεση για την ποσοτική συσχέτιση ανάμεσα στην εκπαίδευση για ενεργητική ακρόαση και την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν επικοινωνιακά εμπόδια κατά τη συνέντευξη με έναν ψυχιατρικό ασθενή. Έτσι, λοιπόν καταλήγουμε στο εξής ερευνητικό ερώτημα:

“Η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στην ενεργητική ακρόαση έχει στατιστικά σημαντικό αντίκτυπο στην ικανότητά τους να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν επικοινωνιακά εμπόδια που ανακύπτουν κατά την ψυχιατρική συνέντευξη με έναν ασθενή;”

Για την προσέγγιση του ερευνητικού μας ερωτήματος, θέτουμε μία μηδενική (H_0) και μία εναλλακτική (H_a) υπόθεση:

H_0 : Η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στην ενεργητική ακρόαση δεν έχει στατιστικά σημαντικό αντίκτυπο στην ικανότητά τους να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν επικοινωνιακά εμπόδια που ανακύπτουν κατά την ψυχιατρική συνέντευξη με έναν ασθενή.

H_a : Η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στην ενεργητική ακρόαση έχει στατιστικά σημαντικό αντίκτυπο στην ικανότητά τους να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν επικοινωνιακά εμπόδια που ανακύπτουν κατά την ψυχιατρική συνέντευξη με έναν ασθενή.

Ερευνητικό Μέρος

Μεθοδολογία

Στα πλαίσια της έρευνάς μας, πραγματοποιήσαμε πειραματική παρέμβαση σε προπτυχιακούς φοιτητές Ιατρικής (στο έκτο έτος φοίτησης): πραγματοποίηση εκπαίδευσης με θέμα “Ενεργητική Ακρόαση στην Ψυχιατρική Συνέντευξη”. Το εκπαιδευτικό αυτό σεμινάριο, πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της κλινικής άσκησης των φοιτητών στην ψυχιατρική. Αξιολογήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου που δημιουργήσαμε εμείς και που συμπληρώθηκε από τους φοιτητές μία φορά πριν και μία φορά μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση. Έτσι, παρατηρώντας τη διαφοροποίηση των απαντήσεων των συμμετεχόντων πριν και μετά, επιχειρήσαμε να απαντήσουμε στο ερευνητικό μας ερώτημα.

Παρακάτω θα αναλυθούν i) η δόμηση της εκπαιδευτικής μας παρέμβασης, ii) η δόμηση του ερωτηματολογίου, iii) η διεξαγωγή της πειραματικής παρέμβασης, iv) η μέθοδος στατιστικής ανάλυσης που ακολουθήθηκε και v) ζητήματα βιοηθικής.

i) Δόμηση Εκπαιδευτικής Παρέμβασης:

Ο σχεδιασμός της εκπαίδευσής μας αφορούσε στους παρακάτω άξονες:

- α. Ομάδα-Στόχος
- β. Περιεχόμενο

Ο σχεδιασμός και η διεξαγωγή του εκπαιδευτικού σεμιναρίου έγινε από τον Αναστάση Στεφάνου (συγγραφέα της παρούσας διπλωματικής και εκπαιδευτή ομοτίμων στις Ήπιες Δεξιότητες) σε διαρκή συνεργασία με τον Βασίλη Κιοσσέ (ψυχολόγο, ψυχοθεραπευτή και διδάκτορα ιατρικής εκπαίδευσης στην ενσυναίσθηση). Η συνεργασία αυτή στόχευσε στη διασφάλιση της ποιότητας της εκπαιδευτικής μας παρέμβασης.

α. Ομάδα-Στόχος

Η ομάδα στόχος (target group) αποτελέστηκε από φοιτητές έκτου έτους στην Ιατρική του Α.Π.Θ., κατά τη διάρκεια της τριβδομαδιαίας άσκησης τους στην Ψυχιατρική.

Λογική για την επιλογή της ομάδας στόχου: Οι προπτυχιακοί φοιτητές Ιατρικής, ασκούμενοι στην ψυχιατρική, δεδομένου ότι καλούνται να παρευρίσκονται στην κλινική με συνέπεια και για συγκεκριμένο χρόνο, αλλά και με διαθεσιμότητα για απερίσπαστη συμμετοχή σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα, κρίθηκαν ως καταλληλότερο δείγμα μελλοντικών επαγγελματιών υγείας.

Αναφορικά με των αριθμό των συμμετεχόντων, θέσαμε ως ελάχιστο τους 8 φοιτητές, προκειμένου να λειτουργήσει η εκπαιδευτική παρέμβασή μας και να αποδοθεί το περιεχόμενό της επιτυχημένα, αξιοποιώντας βιωματικές μεθόδους (που θα αναλυθούν παρακάτω).

Λόγω του περιορισμένου αριθμού φοιτητών ανά τριβδόμαδο ανά κλινική άσκησης τους (μέγιστο: 5 φοιτητές) επιλέχθηκαν οι Α' και Β' πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές. Οι φοιτητές, μόνο κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής παρέμβασης, θα βρίσκονταν σε κοινό τόπο (τη Β' Πανεπιστημιακή Κλινική).

β. Περιεχόμενο

Η εκπαίδευση αφορούσε στην “Ενεργητική Ακρόαση στην Ψυχιατρική Συνέντευξη”. Για τη δόμηση του περιεχομένου, έγινε αρχική στοχοθέτηση, επιλέχθηκαν οι κατάλληλες μέθοδοι (π.χ. οι ασκήσεις) για την επίτευξη κάθε στόχου και, τέλος, δημιουργήθηκε η ατζέντα του σεμιναρίου, λαμβάνοντας υπόψη τους απαιτούμενους χρόνους για κάθε υποθεματική..

Στοχοθέτηση

Λαμβάνοντας υπόψη τις λέξεις κλειδιά της θεματικής, το κοινό - στόχο και τη διάρκεια του σεμιναρίου, προσπαθήσαμε να θέσουμε στόχους, σύμφωνα με το μοντέλο SMART. [34] Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο στοχοθέτησης, οι στόχοι οφείλουν να είναι συγκεκριμένοι (**S**pecific), μετρήσιμοι (**M**eaurable), εφικτοί (**A**ttainable - με τη χρήση των διαθέσιμων πόρων), ρεαλιστικοί (**R**ealistic - με ξεκάθαρα βήματα για την πραγματοποίησή τους) και χρονοκαθορισμένοι (**T**imebound - σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα / σε συγκεκριμένη χρονική συνθήκη).

Ακόμη λάβαμε υπόψη το εκπαιδευτικό μοντέλο “4MAT” [35], σύμφωνα με το οποίο, το περιεχόμενο του σεμιναρίου μας, θα απαντούσε σε τέσσερις (4) ερωτήσεις γύρω από τη θεματική μας:

- a. “Τι; - What?” (Τί είναι η ενεργητική ακρόαση;)
- b. “Γιατί; - Why?” (Γιατί συζητάμε για την ενεργητική ακρόαση - σε σχέση με την ψυχιατρική συνέντευξη)
- c. “Πώς; - How?” (Πώς μπορεί κάποιος να ακούει ενεργητικά;)
- d. “Και αν... τότε τι; - What if?” (Κι αν εφαρμόσουμε την ενεργητική ακρόαση στην ψυχιατρική συνέντευξη, τι μπορούμε να καταφέρουμε;) - Εδώ έγινε αναφορά στην ενσυναίσθηση.

Έτσι, καταλήξαμε στους εξής στόχους για τους φοιτητές Ιατρικής που θα το παρακολουθούσαν:

- A. Παρουσίαση των **όρων** Ήπιες Δεξιότητες (Soft Skills), Ενεργητική Ακρόαση (Active Listening) και Επικοινωνιακό Εμπόδιο, με τρόπο κατανοητό από τους φοιτητές.

- B. Κατανόηση από τους φοιτητές της **σημασίας της δεξιότητας** της ενεργητικής ακρόασης στην ψυχιατρική συνέντευξη
- C. **Βιωματική Έκθεση** στους **τρόπους** έκφρασης της ενεργητικής ακρόασης
- D. Εστιασμός στο **γνωστικό αντικείμενο της Ψυχιατρικής** (π.χ. σε σενάρια / σε παχνίδια ρόλων)
- E. Παρουσίαση της **ενσυναίσθησης** ως στάσης η οποία συμπεριλαμβάνει την ενεργητική ακρόαση ως πυρηνική δεξιότητα.
- F. Μεγαλύτερη **εμπλοκή των φοιτητών στη διαδικασία εκπαίδευσης** στην ψυχιατρική κλινική
- G. Δημιουργία/Ενίσχυση κλίματος ομάδας μεταξύ των φοιτητών που θα παρακολουθήσουν την παρέμβαση
- H. Αναστοχασμός των φοιτητών εν τω βάθει για το **ρόλο του ιατρού** κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής συνέντευξης

Μέθοδοι

Για την επιλογή των μεθόδων, έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Έρευνες από εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής [16], κοινωνιολόγων [36] αλλά και φοιτητών διοίκησης επιχειρήσεων [37], δείχνουν ότι η εκπαίδευση σε δεξιότητες όπως η ενεργητική ακρόαση (και συναφείς αυτών, όπως η ενσυναίσθηση) είναι στατιστικά πιο αποδοτική όταν περιλαμβάνει βιωματικές μεθόδους και όχι μόνο διάλεξη και συζήτηση.

Σε κάθε περίπτωση, σημασία δόθηκε στη συζήτηση απολογισμού (debriefing) που ακολουθούσε κάθε μέθοδο (άσκηση ή διάλεξη).

Τελική Ατζέντα

Με βάση τα παραπάνω, η τελική ατζέντα περιελάμβανε:

I) Διαλέξεις με τη χρήση:

- α. powerpoint, για την παρουσίαση βασικών όρων και
- β. video κινουμένων σχεδίων [38]

II) Βιωματικές Ασκήσεις όπως η ζωγραφική σε ομάδες και η χρήση τεχνικών που βασίζονται σε θεατρικές ικανότητες (theatre based techniques). Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν:

- α. να ζωγραφίσουν πώς αντιλαμβάνονται τα επικοινωνιακά εμπόδια και, ξεχωριστά, τον καλό ακροατή,
- β. να αναπαραστήσουν εικονικά σενάρια ψυχιατρικής συνέντευξης στα οποία προκύπτει κάποιο εμπόδιο και

γ. να συμμετάσχουν σε διαδραστικά παιχνίδια (αντιστοίχιση, παιχνίδι “bingo”) για την κατανόηση, αφενός, των επικοινωνιακών εμποδίων και του τρόπου διαχείρισής τους και, αφετέρου, της ενσυναίσθησης.

Κάθε διάλεξη ή άσκηση, θα ακολουθούνταν από συζήτηση απολογισμοί (debriefing). Με ανοιχτού τύπου ερωτήσεις, οι συμμετέχοντες θα είχαν τη δυνατότητα να εκφράσουν απορίες, να συζητήσουν την εμπειρία τους και ποιο ήταν το συμπέρασμα που κρατούσαν από κάθε άσκηση ή διάλεξη. Ακόμη, με κλειστού τύπου ερωτήσεις, οι συμμετέχοντες θα διερωτούνταν για την κατανόηση βασικών εννοιών. Στόχος της συζήτησης αυτής ήταν, με κατάλληλες παρεμβάσεις από τους εκπαιδευτές, να διασφαλιστεί η επίτευξη των στόχων που τέθηκαν κατά το σχεδιασμό της παρέμβασης, αλλά και να δοθεί το ερέθισμα στους συμμετέχοντες για περαιτέρω αναζήτηση και σκέψη.

Περισσότερα για τη συζήτηση απολογισμού των ασκήσεων θα αναλυθεί στην παράγραφο *iii) Διεξαγωγή της Πειραματικής Παρέμβασης - Πραγματοποίηση εκπαιδευτικού σεμιναρίου.*

Η τελική ατζέντα παρουσιάζεται στο Παράρτημα.

ii) Δόμηση Ερωτηματολογίου

Ακολουθεί περιγραφή της διαδικασίας που ακολουθήσαμε για να κατασκευάσουμε αλλά και για να επικυρώσουμε το “Ερωτηματολόγιο Αυτοαξιολόγησης στην Αντιμετώπιση Επικοινωνιακών Εμποδίων στην Ψυχιατρική Συνέντευξη” ως εργαλείο μέτρησης αντικτύπου της εκπαιδευτικής παρέμβασης “Η Ενεργητική Ακρόαση στην Ψυχιατρική Συνέντευξη”.

Για την κατασκευή και επικύρωση του ερωτηματολογίου, συμβουλευτήκαμε τον οδηγό “Developing Questionnaires for Educational Research: AMEE Guide No. 87”. [39]

Κατασκευή Ερωτηματολογίου

Για να αξιολογηθεί η εκπαιδευτική παρέμβαση και να μετρηθεί ο αντίκτυπός της στους φοιτητές, οι τελευταίοι θα συμπλήρωναν ένα ερωτηματολόγιο δύο φορές: το ίδιο ερωτηματολόγιο μία φορά πριν την εκπαιδευτική παρέμβαση και μία φορά μετά. Στη συνέχεια, θα γινόταν σύζευξη των δύο απαντημένων ερωτηματολογίων για κάθε συμμετέχοντα, με χρήση κωδικού ονόματος (καθώς τα ερωτηματολόγια έπρεπε να παραμείνουν ανώνυμα).

Το ερωτηματολόγιο, μέσω αυτοαξιολόγησης των φοιτητών, θα μας έδινε στοιχεία για τη δεξιότητά τους να διαχειριστούν επικοινωνιακά εμπόδια κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής συνέντευξης. Με τη στατιστική ανάλυση της διαφοροποίησης των μετρήσεων των ερωτηματολογίων, όπως τα συμπλήρωσαν οι φοιτητές πριν και μετά

την εκπαίδευσή τους στην ενεργητική ακρόαση, στόχος ήταν να ελεγχθεί κατά πόσο η τελευταία θα είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη δεξιότητα των φοιτητών να αναγνωρίσουν και αντιμετωπίσουν τα επικοινωνιακά εμπόδια που προκύπτουν στην ψυχιατρική συνέντευξη.

Σε πρώτη φάση, έγινε **βιβλιογραφική ανασκόπηση** για την εύρεση κατάλληλου ερωτηματολογίου και συζήτηση των ευρημάτων τους καθηγητές των δύο Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Κλινικών στις οποίες θα διεξαγόταν το πείραμα.

Για να μπορέσουμε να κρίνουμε την καταλληλότητα των ερωτηματολογίων, θέσαμε δύο προϋποθέσεις:

1. οι απαντήσεις των συμμετεχόντων να είναι σε αριθμητικά σύνολα, προκειμένου να προκύψουν ποσοτικές μεταβλητές και
2. το ερωτηματολόγιο να εστιάζει στη διαχείριση από το γιατρό επικοινωνιακών εμποδίων που προκύπτουν στη σχέση ιατρού - ασθενή, εντός του πλαισίου της ψυχιατρικής συνέντευξης.

Μετά την ολοκλήρωση της ανασκόπησης, δεν καταφέραμε να βρούμε κάποιο ερωτηματολόγιο που να πληροί και τις δύο προϋποθέσεις.

Βρέθηκαν, ωστόσο, άρθρα με ερωτηματολόγια όπως το Active Listening Assessment Scale (ALAS) [40], αλλά και άρθρα σχετικά με την αναγνώριση και τη διαχείριση επικοινωνιακών εμποδίων σε ιατρικό [6] και, πιο συγκεκριμένα, σε ψυχιατρικό πλαίσιο [8].

Όσον αφορά το ALAS, αποτελεί ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης για τις γνώσεις και στάσεις του υποκειμένου σχετικά με την ενεργητική ακρόαση υπό το πρίσμα της προσωποκεντρικής φροντίδας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 47 τοποθετήσεις που αφορούν σε τρεις άξονες: Στάση Ακροατή (Listening Attitude), Δεξιότητα Ακροατή (Listening Skill) και Παροχή Ευκαιριών για συζήτηση (Conversation Opportunity). Το ερωτηματολόγιο έχει δοκιμαστεί και από εκπαιδευτικούς στην Ελλάδα [41]. Παρ' όλα αυτά, το ALAS δεν περιλαμβάνει ξεκάθαρες τοποθετήσεις για τη διαχείριση επικοινωνιακών εμποδίων, κι έτσι δεν μπορούσε να χρησιμοποιηθεί αυτούσιο στην έρευνά μας.

Έτσι, και με βάση τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής μας ανασκόπησης, **προχωρήσαμε στη δόμηση ενός ερωτηματολογίου.**

Το ερωτηματολόγιο που θα δομούσαμε θα είχε χαρακτήρα αυτοαξιολόγησης (τοποθετήσεις σε α' ενικό), πεπερασμένο αριθμό τοποθετήσεων και οι πιθανές απαντήσεις θα ήταν ποσοτικές: κάθε τοποθέτηση θα βαθμολογούνταν με αριθμούς, σύμφωνα με το μοντέλο της συμμετρικής κλίμακας Likert [42], συμβολίζοντας το επίπεδο σύμφωνης ή ασύμφωνης γνώμης του συμμετέχοντα με κάθε τοποθέτηση.

Πιο συγκεκριμένα, κάθε τοποθέτηση θα βαθμολογούνταν με 1 (Διαφωνώ Απόλυτα), 2 (Διαφωνώ), 3 (Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ), 4 (Συμφωνώ) ή 5 (Συμφωνώ Απόλυτα).

Για τη δόμηση του περιεχομένου του ερωτηματολογίου, σκεφτήκαμε πρώτα κάποιους νοητικούς άξονες (βλ. “Τελική Μορφή Ερωτηματολογίου”). Στη συνέχεια, καταγράψαμε μια σειρά από προτάσεις σχετικά με τη διαχείριση των επικοινωνιακών εμποδίων, με βάση σχετικά άρθρα. Έτσι, καταλήξαμε στη δημιουργία ενός πρώτου πρωτολείου (draft).

Διαδικασία Επικύρωσης Ερωτηματολογίου

Ακολουθώντας τις επιταγές του οδηγού της AMEE [39], **το ερωτηματολόγιο τέθηκε σε επεξεργασία**, ύστερα από τις ακόλουθες ενέργειες:

1. **Συμπλήρωση από ειδικούς:** δύο καθηγητές ψυχιατρικής, έναν ειδικευόμενο ψυχιατρικής, δύο εκπαιδευτές ήπιων δεξιοτήτων (soft skills trainers) και 2 ιατρούς άνευ ειδικότητας.
2. **Διορθώσεις**, με βάση τα σχόλια των παραπάνω.
3. **Συμπλήρωση από ομοτίμους:** 6 φοιτητές έκτου έτους που βρίσκονταν εν μέσω ή μετά την κλινική άσκησή τους στην Ψυχιατρικής, από τα Πανεπιστήμια Πατρών και Κρήτης. Εδώ αξίζει να αναφερθεί, ότι οι φοιτητές αυτοί ήταν ομοτίμοι των φοιτητών του πειράματός μας, αλλά από διαφορετικά πανεπιστήμια.

Μετά από αυτή τη διαδικασία, έγιναν όλες οι απαραίτητες διορθώσεις, ώστε το ερωτηματολόγιο να βελτιωθεί ως προς την αποτελεσματικότητά του, την απλότητα του λόγου (για τα δεδομένα του κοινού στόχου), καθώς και την πληρότητα των τοποθετήσεων.

Τελική Μορφή Ερωτηματολογίου

Τελικά, καταλήξαμε σε ένα ερωτηματολόγιο 16 τοποθετήσεων, με πιθανές απαντήσεις για κάθε ερώτηση να είναι βαθμολογία από το 1 ως το 5.

Οι τοποθετήσεις αντιστοιχούσαν σε 3 υποκατηγορίες:

- α. διάθεση - προθυμία για διαχείριση επικοινωνιακών εμποδίων,
- β. γνώση και ικανότητα αναγνώρισης επικοινωνιακών εμποδίων και
- γ. ικανότητα αντιμετώπισης επικοινωνιακών εμποδίων (αξιοποίηση στρατηγικών).

Επιπλέον, οι φοιτητές θα συμπλήρωναν την ηλικία, το φύλο (sex) τους και το έτος φοίτησής τους, ως δημογραφικά στοιχεία.

Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα.

iii) Διεξαγωγή Πειραματικής Παρέμβασης

Το πείραμά μας είχε τρεις φάσεις, οι οποίες θα περιγραφούν παρακάτω.

1η Φάση: Συντονισμός φοιτητών για την πραγματοποίηση ψυχιατρικών συνεντεύξεων και συμπλήρωση ερωτηματολογίων πριν την εκπαιδευτική παρέμβαση

2η Φάση: Πραγματοποίηση Εκπαιδευτικής παρέμβασης

3η Φάση: Συντονισμός φοιτητών για την πραγματοποίηση ψυχιατρικών συνεντεύξεων και συμπλήρωση ερωτηματολογίων μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση

Συντονισμός των φοιτητών (1η και 3η φάση)

A' και B' Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές

- για την πραγματοποίηση ψυχιατρικών συνεντεύξεων

Έχοντας παρακολουθήσει μαθήματα Ψυχιατρικής με θεωρητικό χαρακτήρα, κατά το τέταρτο έτος φοίτησής τους, οι φοιτητές είχαν ήδη διδαχτεί τις βασικές αρχές της ψυχιατρικής συνέντευξης και της προσέγγισης του ψυχιατρικού ασθενή. Αυτή τη φορά, στην κλινική άσκηση του έκτου έτους, είχαν τη δυνατότητα, με την κατάλληλη επίβλεψη, να πραγματοποιήσουν ψυχιατρικές συνεντεύξεις πριν και μετά τη δική μας εκπαιδευτική παρέμβαση.

Με βάση το οργανόγραμμα κάθε κλινικής, οι φοιτητές πραγματοποίησαν συνεντεύξεις είτε σε νοσηλεύομενους ασθενείς (B' Πανεπιστημιακή Κλινική Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης - υπό το συντονισμό του αναπληρωτή καθηγητή Στέργιου Καπρίνη) είτε σε εξωτερικούς (Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία A' Πανεπιστημιακής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης "Παπαγεωργίου" - υπό το συντονισμό της επίκουρης καθηγήτριας Ελένης Παρλαπάνη). Θεωρήσαμε ότι έπρεπε κάθε φοιτητής να πραγματοποιήσει τουλάχιστον μία συνέντευξη πριν και μία μετά την παρέμβαση.

Οι ασθενείς που συνεντευξιάστηκαν από τους φοιτητές, επιλέχθηκαν από τον επιτηρητή των φοιτητών, προκειμένου να υπάρχει μια κατ' ελάχιστο δυνατότητα επικοινωνίας (χωρίς κλινικά σημαντική αποδιοργάνωση λόγου, επιθετική ή βίαιη συμπεριφορά).

Το περιεχόμενο της συνέντευξης περιελάμβανε ερωτήσεις για την εκτίμηση της διάθεσης του ασθενή, της καθημερινής δραστηριότητάς του, της ποιότητας του ύπνου, καθώς και ανοιχτού τύπου ερωτήσεις για περαιτέρω προβληματισμούς.

- για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων

Οι φοιτητές, μετά την ολοκλήρωση των ψυχιατρικών συνεντεύξεων, τόσο πριν όσο και μετά την εκπαιδευτική μας παρέμβαση, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο που τους

δόθηκε είτε σε ηλεκτρονική είτε σε έντυπη μορφή (η αναλογία ηλεκτρονικών προς έντυπες απαντήσεις ήταν 1:1).

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε σε ώρες που οι φοιτητές βρίσκονταν στην κλινική τους άσκηση. Σημειώνεται πως δεν δίνονταν διευκρινιστικές ερωτήσεις από τους επιτηρητές κατά τη συμπλήρωση, με στόχο, όλοι οι φοιτητές να έχουν τις αυτούσιες οδηγίες και πληροφορίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

- *πραγματοποίηση Εκπαιδευτικού Σεμιναρίου*

Η εκπαιδευτική παρέμβαση πραγματοποιήθηκε στο χώρο της Β' Πανεπιστημιακής Κλινικής του Α.Π.Θ., στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, δύο φορές (δύο ομάδες των 8 φοιτητών που ασκούσαν τριβδομαδιαία στην ψυχιατρική).

Κάθε παρέμβαση αποτελείτο από τρεις δίωρες συναντήσεις με τους φοιτητές (σύνολο έξι ώρες).

Κάθε συνάντηση είχε μία θεματική υποενότητα:

1η ημέρα: Γνωριμία και Εισαγωγή στην έννοια “Ενεργητική Ακρόαση”

2η ημέρα: Η Ενεργητική Ακρόαση στην Ψυχιατρική

3η ημέρα: Ενσυναίσθηση

Σε κάθε συνάντηση, συμπεριλαμβάνονταν ασκήσεις ή διαδραστικές διαλέξεις, σύμφωνα με την προσχεδιασμένη ατζέντα, οι οποίες ακολουθούσαν πάντα από συνοπτική συζήτηση απολογισμού (debriefing).

Η συζήτηση απολογισμού γινόταν σύμφωνα με τις προτάσεις των Fanning και Gaba [43] και ακολουθήθηκαν κάποιες βασικές αρχές:

Ήδη από την έναρξη του σεμιναρίου έγινε ξεκάθαρος ο βιωματικός χαρακτήρας του, καθώς και η σημασία συμμετοχής από όλους στη συζήτηση. Οι εκπαιδευτές τόνισαν στους συμμετέχοντες ότι κανένα στάδιο της διαδικασίας δεν σχετιζόταν με την επιτυχία τους ή όχι σε εξετάσεις ή την ολοκλήρωση της κλινικής άσκησης, προκειμένου να μην υπάρχει σύγχυση ή φόβος κριτικής ή αξιολόγησης κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.

Στη συνέχεια, κατά τις συζητήσεις αυτές, οι εκπαιδευτές έλαβαν υπόψη τους τόσο το προφίλ των εκπαιδευόμενων, (learning styles - οπτικών, ακουστικών ή κιναισθητικών τύπων [44]), όσο και τους στόχους που τέθηκαν για την εκπαιδευτική παρέμβαση. Έτσι, έγινε προσαρμογή της στάσης των εκπαιδευτών ως προς το πόσο και με ποιον τρόπο παρενέβησαν, άλλοτε σχολιάζοντας και διορθώνοντας και άλλοτε παρεμβαίνοντας στο ελάχιστο, μόνο επεξηγηματικά.

iv) Στρατηγική Στατιστικής Ανάλυσης

Για την ανάλυση των εμπειρικών δεδομένων, όπως αυτά συλλέγησαν από το ερωτηματολόγιο, αρχικά, χρησιμοποιήθηκε η **περιγραφική στατιστική**. Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση συνεχών μεταβλητών, εργαλεία μας ήταν η μέση τιμή και τυπική απόκλιση και, στην περίπτωση κατηγορικών, οι συχνότητες και τα ποσοστά που αυτές εμφάνισαν.

Η μελέτη της διαφοροποίησης των μετρήσεων πριν και μετά την παρέμβαση στηρίχθηκε στην **επαγωγική στατιστική**.

Πιο αναλυτικά, στην περίπτωση **μη συνεχών μεταβλητών** (π.χ. ιεραρχικών μεταβλητών) επιλέχθηκε η **μη-παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon** για ζευγαρωτές παρατηρήσεις. Επειδή το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά περιορισμένο αξιοποιήθηκε η διαδικασία του Exact test που είναι ενσωματωμένη στο IBM SPSS και προσφέρει πιο αξιόπιστα επίπεδα σημαντικότητας. [45] Εκτός από τη στατιστική σημαντικότητα υπολογίστηκε και το μέγεθος επίδρασης (effect size) με σκοπό την πληρέστερη κατανόηση των διαφορών. [46] Ο προτεινόμενης δείκτης του μεγέθους της επίδρασης είναι ο r . Τιμές του r .1, .3 και πάνω από .5 θεωρούνται ως χαμηλή, μέτρια και υψηλή επίδραση αντίστοιχα. [47][48]

Στην περίπτωση **συνεχών μεταβλητών** επιλέχθηκε η **παραμετρική διαδικασία t -test** για ζευγαρωτές παρατηρήσεις. Πριν την εκτέλεση της ανάλυσης εξετάστηκε η προϋπόθεση της κανονικής κατανομής για τη διαφορά της αρχικής με την τελική μέτρηση. Επειδή το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά περιορισμένο αξιοποιήθηκε η διαδικασία της αναδειγματοληψίας (bootstrapping) που είναι ενσωματωμένη στο IBM SPSS και προσφέρει πιο αξιόπιστα επίπεδα σημαντικότητας. [49] Όπως και παραπάνω, εκτός από τη στατιστική σημαντικότητα, εκτιμήθηκε και το μέγεθος της επίδρασης με το δείκτη Cohen's d . Τιμές του δείκτη .20, .50 και μεγαλύτερες του .80 θεωρούνται ως χαμηλή, μέτρια και υψηλή επίδραση αντίστοιχα. [48]

v) Ζητήματα Βιοηθικής

Τα ζητήματα ηθικής που προέκυψαν κατά το σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της ερευνητικής μας παρέμβασης, αφορούσαν, αφενός, στη συμμετοχή των φοιτητών στην εκπαιδευτική παρέμβαση πέραν της καθιερωμένης από το πανεπιστήμιο και, αφετέρου, στη συμμετοχή τους στην έρευνα με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Όσον αφορά τη συμμετοχή των φοιτητών στην εκπαιδευτική παρέμβαση, το θέμα συζητήθηκε σε συνέλευση του τομέα Νευροεπιστημών του τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας, και έγινε ξεκάθαρο ότι η πραγματοποίηση της εν λόγω εκπαίδευσης ήταν σύντονη με το πρόγραμμα σπουδών των φοιτητών, δεδομένου ότι αυτή γινόταν στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας για Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών του Α.Π.Θ..

Όσον αφορά τη συμμετοχή των φοιτητών στην έρευνα με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, αυτοί ενημερώθηκαν για όλη τη διαδικασία κατά την έναρξη της κλινικής τους άσκησης στην ψυχιατρική από τον συγγραφέα της παρούσας διπλωματικής και τους υπεύθυνους καθηγητές τους και συναίνεσαν προφορικά στη συλλογή των δεδομένων που ζητούνταν μέσω του ερωτηματολογίου. Υπενθυμίζεται ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα: η σύζευξη των ερωτηματολογίων πριν και μετά την εκπαιδευτική μας παρέμβαση, έγινε με τη χρήση κωδικού ονόματος της επιλογής των συμμετεχόντων.

Σύνοψη

Συνοψίζοντας, το πείραμά μας, αποτελέστηκε από το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού σεμιναρίου για τελειόφοιτους φοιτητές Ιατρικής, με θέμα “Η Ενεργητική Ακρόαση στην Ψυχιατρική Συνέντευξη”, καθώς και από την αξιολόγησή του με τη χρήση νεόδμητου ερωτηματολογίου αυτοαξιολόγησης στην αναγνώριση και αντιμετώπιση επικοινωνιακών εμποδίων στην ψυχιατρική συνέντευξη. Το πείραμα πραγματοποιήθηκε ως μέρος της κλινικής άσκησης των φοιτητών στην Ψυχιατρική.

Αποτελέσματα

Στην παρέμβασή μας συμμετείχαν 17 φοιτητές, εκ των οποίων οι 16 ολοκλήρωσαν όλες τις φάσεις, οπότε και λαμβάνονται υπόψη στη μελέτη.

Η αναλογία φύλου ήταν 8 Άνδρες : 8 Γυναίκες.

Η διάμεση ηλικία ήταν τα 24 έτη.

Όλοι οι συμμετέχοντες βρίσκονταν στο έκτο έτος φοίτησης.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη στατιστική μας ανάλυση.

Αρχικά, καταγράφονται οι διαφοροποιήσεις των μετρήσεων, για κάθεμιά από τις 16 ερωτήσεις, πριν και μετά την παρέμβασή μας. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται σε τρεις ξεχωριστούς πίνακες, έναν για κάθεμιά υποομάδα ερωτήσεων του ερωτηματολογίου μας: υποομάδα DIS (disposition - διάθεση), υποομάδα PER (perception - αντίληψη) και SK (skill - δεξιότητα).

Σημειώνεται ότι, παρά την ομαδοποίηση των ερωτήσεων κατά την κατασκευή του ερωτηματολογίου, δεν παρουσιάζονται επί μέρους αθροίσματα, καθώς η εσωτερική συνοχή των υποομάδων αποδείχτηκε ανεπαρκής (σύμφωνα με τη δοκιμασία Cronbach α, που μετρά την εσωτερική συνοχή [50], η υποομάδα SK είχε τιμή <0.7). Παρ' όλα αυτά, οι πίνακες παρουσιάζονται με την εν λόγω ομαδοποίηση για διευκόλυνση του παρατηρητή.

Επίσης, σε κάθε πίνακα, καταγράφονται για κάθε πρόταση του ερωτηματολογίου:

- οι μέσοι όροι των αρχικών απαντήσεων (Αρχική) και σε παρένθεση η τυπική απόκλιση
- οι μέσοι όροι των τελικών απαντήσεων (Τελική) και σε παρένθεση η τυπική απόκλιση
- z-τιμή
- η τιμή p και
- το μέγεθος επίδρασης (effect size)

Στον **πίνακα 1** παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά και τα αποτελέσματα της σύγκρισης μεταξύ αρχικής και τελικής μέτρησης για τις ερωτήσεις που αφορούν το DIS. Παρά το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες στην αρχική μέτρηση δήλωσαν υψηλές τιμές μετά το τέλος της παρέμβασης οι τιμές αυξήθηκαν στατιστικά σημαντικά. Από τις τιμές του μεγέθους της επίδρασης εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι οι διαφορές εκτός από στατιστικά σημαντικές ήταν και ουσιαστικές. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις ερωτήσεις Dis1, Dis11 και Dis15 όλοι οι συμμετέχοντες δηλώσαν τη μέγιστη τιμή της κλίμακας.

Πίνακας 1. Σύγκριση των ερωτημάτων της ομάδας Dis πριν και μετά την παρέμβαση

	Αρχική	Τελική	z-τιμή	Exact p-τιμή	Effect size
Dis1	4.50 (.52)	5.00 (.00)	-2.83	.008	.50
Dis8	4.50 (.63)	4.88 (.34)	-2.45	.031	.43
Dis11	4.62 (.50)	5.00 (.00)	-2.45	.031	.43

Dis13	4.50 (.62)	4.94 (.25)	-2.64	.016	.46
Dis15	4.69 (.48)	5.00 (.00)	-2.24	.063	.40
Dis16	3.69 (1.2)	4.63 (.72)	-2.68	.007	.47

Στον **πίνακα 2** παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά και τα αποτελέσματα της σύγκρισης μεταξύ αρχικής και τελικής μέτρησης για τις ερωτήσεις που αφορούν το PER. Από τα αποτελέσματα της εφαρμογής της μη-παραμετρικής δοκιμασίας φάνηκε ότι μετά το τέλος της παρέμβασης οι τιμές αυξήθηκαν στατιστικά σημαντικά για τις περισσότερες μεταβλητές. *Εξάιρεση αποτέλεσε η ερώτηση Per5 για την οποία δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση. Από τις τιμές του μεγέθους της επίδρασης εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι οι διαφορές εκτός από στατιστικά σημαντικές ήταν και ουσιαστικές.*

Πίνακας 2. Σύγκριση των ερωτημάτων της ομάδας Per πριν και μετά την παρέμβαση

	Αρχική	Τελική	z-τιμή	Exact p-τιμή	Effect size
Per2	3.56 (.96)	4.56 (.51)	-3.18	<.001	.56
Per3	3.50 (1.1)	4.25 (.86)	-2.65	.010	.47
Per4	3.69 (.79)	4.37 (.72)	-2.65	.010	.47
Per5	4.06 (.68)	4.44 (.73)	-1.26	.283	.22
Per6	4.00 (.89)	4.63 (.62)	-2.89	.006	.51
Per7	3.94 (1.2)	4.75 (.45)	-2.75	.004	.49

Στον **πίνακα 3** παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά και τα αποτελέσματα της σύγκρισης μεταξύ αρχικής και τελικής μέτρησης για τις ερωτήσεις που αφορούν το SK. Από τα αποτελέσματα της εφαρμογής της μη-παραμετρικής δοκιμασίας Wilcoxon φάνηκε ότι μετά το τέλος της παρέμβασης οι τιμές αυξήθηκαν στατιστικά σημαντικά για τις περισσότερες μεταβλητές. *Εξάιρεση αποτέλεσε η ερώτηση Sk10 για την οποία δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση. Από τις τιμές του μεγέθους της επίδρασης εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι οι διαφορές εκτός από στατιστικά σημαντικές ήταν και ουσιαστικές.*

Πίνακας 3. Σύγκριση των ερωτημάτων της ομάδας SK πριν και μετά την παρέμβαση

	Αρχική	Τελική	z-τιμή	Exact p-τιμή	Effect size
Sk9	3.94 (.85)	4.69 (.48)	-2.76	.004	.49
Sk10	3.44 (1.1)	4.00 (.82)	-1.73	.109	.31
Sk12	4.38 (.72)	4.88 (.34)	-2.53	.016	.45
Sk14	4.25 (.78)	4.75 (.45)	-2.83	.008	.50

Για την εξέταση της εσωτερικής συνοχής των ερωτημάτων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής α του Cronbach. Τιμές του α μεγαλύτερες από .70 θεωρούνται αποδεκτές.

Η τιμή του α για το σύνολο - άθροισμα των 16 ερωτημάτων ήταν αρκετά ικανοποιητική με τιμή .75.

Με βάση τα αποτελέσματα αυτά δημιουργήθηκαν δύο νέες μεταβλητές που παρίσταναν τη μέση τιμή όλων των ερωτημάτων στη συνολική κλίμακα πριν και μετά την παρέμβαση. Επειδή οι νέες αυτές μεταβλητές μπορούν να λάβουν οποιαδήποτε τιμή στο διάστημα 1 με 5, θεωρήθηκαν ως συνεχείς και εφαρμόστηκε το t -test για ζευγαρωτές παρατηρήσεις. Πριν την ανάλυση, εξετάστηκε η κατανομή της διαφοράς των δύο μετρήσεων και βρέθηκε ότι δεν αποκλίνει της κανονικής κατανομής (Shapiro-Wilks test, $p = .480$). Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης προέκυψε ότι η μέση τιμή μετά την παρέμβαση ($MT = 4.67$, $TA = .22$) αυξήθηκε στατιστικά σημαντικά σε σχέση με τη μέση τιμή της αρχικής μέτρησης ($MT = 4.08$, $TA = .39$), $t_{14} = -7.15$, $p < .001$, Cohen's $d = 1.79$. Η τιμή Cohen's d δηλώνει ένα υψηλό μέγεθος επίδρασης και συνηγορεί υπέρ της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης.

Συνοπτικά, φαίνεται πως η παρακολούθηση εκπαιδευτικής παρέμβασης για την Ενεργητική Ακρόαση στην Ψυχιατρική Συνέντευξη έχει θετικό αντίκτυπο στη διαχείριση των επικοινωνιακών εμποδίων που υπεισέρχονται στην τελευταία.

Επομένως, ισχύει η εναλλακτική διατύπωση του ερευνητικού ερωτήματός μας, H_a : Η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στην ενεργητική ακρόαση έχει στατιστικά σημαντικό αντίκτυπο στην ικανότητά τους να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν επικοινωνιακά εμπόδια που ανακύπτουν κατά την ψυχιατρική συνέντευξη με έναν ασθενή.

Συζήτηση

Στα πλαίσια της παρούσας διπλωματικής, αναρωτηθήκαμε πώς μπορεί ένας γιατρός να διαχειριστεί επικοινωνιακά εμπόδια που προκύπτουν στην ψυχιατρική συνέντευξη, μίας διαδικασίας άρρηκτα συνδεδεμένης με την άσκηση της συγκεκριμένης ειδικότητας. Στραφήκαμε στο να διερευνήσουμε, υπό το πρίσμα της προσωποκεντρικότητας, ***πώς η ενεργητική ακρόαση από την πλευρά του ψυχιάτρου μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση αυτών των εμποδίων.***

Συγκεκριμένα, κινηθήκαμε ανάμεσα στους πυλώνες της ιατρικής, των ήπιων δεξιοτήτων και της εκπαίδευσης. Έτσι, αναζητήσαμε τη σύνδεση μεταξύ τους, πώς δηλαδή η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να βελτιώνει αυτές τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες (στο πλαίσιο της ψυχιατρικής). Ωστόσο, μελετώντας διεξοδικά τη βιβλιογραφία, δεν καταφέραμε να βρούμε μία ποσοτική σύνδεση ανάμεσα στην εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας για την ενεργητική ακρόαση και στη δεξιότητά τους για διαχείριση επικοινωνιακών εμποδίων.

Προκειμένου να προσεγγίσουμε αυτό το ερώτημα που μας δημιουργήθηκε, σχεδιάσαμε και διεξήγαμε πειραματική παρέμβαση σε φοιτητές Ιατρικής, στο πλαίσιο της κλινικής τους άσκησης στην Ψυχιατρική. Η παρέμβαση περιελάμβανε βιωματική εκπαίδευση των συμμετεχόντων με θέμα “Ενεργητική Ακρόαση στην Ψυχιατρική Συνέντευξη” και αξιολόγηση αυτής της εκπαίδευσης με τη χρήση νεόδμητου ερωτηματολογίου. Το τελευταίο αποτέλεσε εργαλείο αυτοαξιολόγησης για τη διάθεση (disposition), την αντίληψη (perception) και την ικανότητα (skill) των συμμετεχόντων να διαχειριστούν επικοινωνιακά εμπόδια κατά τη διάρκεια συνεντεύξεων που πραγματοποιούσαν πριν και μετά την εκπαίδευσή μας.

Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, φάνηκε πως ισχύει η εναλλακτική πρόταση του ερευνητικού μας ερωτήματος, ότι δηλαδή ***η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στην ενεργητική ακρόαση έχει θετικό αντίκτυπο στην ικανότητά τους να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν επικοινωνιακά εμπόδια που ανακύπτουν κατά την ψυχιατρική συνέντευξη με έναν ασθενή.***

Παρακάτω θα αναλυθούν i) τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγουμε, ii) οι περιορισμοί που δυσχεραίνουν τις γενικεύσεις στην παρούσα εργασία και iii) μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες και δράσεις.

i) Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματά μας θα παρουσιαστούν με βάση τους άξονες που συνδέει η παρούσα διπλωματική εργασία: α) την Ψυχιατρική, β) τη δεξιότητα της Ενεργητικής Ακρόασης και γ) την Ιατρική Εκπαίδευση.

α) Ψυχιατρική

Όσον αφορά την άσκηση της ψυχιατρικής, σημειώνεται η θέση που έχει η επικοινωνία στην καθημερινότητα της ειδικότητας. Πρώτα πρώτα, η επικοινωνία, σε αυτή την ιατρική ειδικότητα, αποτελεί το μοναδικό μέσο κλινικής εξέτασης: οι ψυχονοητικές λειτουργίες (σκέψη, βούληση, ψυχοκινητικότητα, κρίση, εναισθησία κ.ά.) και η συμπτωματολογία του ασθενούς, μπορούν να διερευνηθούν κατά κύριο λόγο μέσα από τη διαδικασία της ψυχιατρικής συνέντευξης, παρατηρώντας τα λεκτικά και τα εξωλεκτικά στοιχεία της επικοινωνίας τους ασθενούς.

Αυτά μπορεί να σχετίζονται με τη σκέψη και την εκφορά του λόγου από την πλευρά του ασθενή, καθώς και σε εξωλεκτικά στοιχεία της επικοινωνίας του (εκφραστικότητα προσώπου, κινήσεις με τα χέρια, στάση σώματος), δεδομένου ότι αυτές οι λειτουργίες μπορεί να πλήττονται στα πλαίσια ενός ψυχιατρικού νοσήματος. [9] Επίσης, οφείλουμε να λάβουμε υπόψη μας το στίγμα εις βάρος του ψυχιατρικού ασθενή από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, ενίοτε και από τους επαγγελματίες υγείας. Όπως αναφέρθηκε στην Εισαγωγή, αυτό έχει συνέπεια στην προθυμία του ασθενή να συνεργαστεί και να εξωτερικεύσει σκέψεις και συναισθήματά του. [12]

Ακόμη, η επικοινωνία αποτελεί πυρηνικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό, η οποία φαίνεται πως αποτελεί απαραίτητη συνθήκη για την τήρηση θεραπευτικών οδηγιών, τη συνέπεια στην παρακολούθηση του ασθενούς από τον ιατρό, αλλά και τη θετική έκβαση της ασθένειας. [16]

Έτσι, γίνεται σαφές πως ο ασθενής στην ψυχιατρική έχει επιπλέον ανάγκες στην επικοινωνία.

β) Ενεργητική Ακρόαση

Η ενεργητική ακρόαση, όπως την περιέγραψε ο Rogers [13], αποτελεί μια δεξιότητα επικοινωνίας που δίνει έμφαση σε όλα όσα εξωτερικεύει ο πομπός, τόσο λεκτικά όσο και εξωλεκτικά, επιτρέποντάς του να εισακουστεί με τις λιγότερες δυνατές παρερμηνείες. Ελαχιστοποιεί την αίσθηση του πομπού ότι η αυτοεικόνα του απειλείται και δημιουργεί κλίμα αποδοχής, συμβάλλοντας έτσι στην προσπάθεια πομπού και δέκτη να επικοινωνήσουν, και εξασφαλίζοντας για τον πομπό τη δυνατότητα για αλλαγή. Τελικά, η ενεργητική ακρόαση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ενσυναισθητικής κατανόησης, επιτρέποντας στον ακροατή να σχετιστεί ουσιαστικά με το συνομιλητή του.

Στις βιοϊατρικές επιστήμες, η ενεργητική ακρόαση δίνει τη δυνατότητα για τη θεμελίωση της σχέσης του ασθενούς με τον επαγγελματία υγείας: Σε ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, σε πλαίσιο νοσηλείας, ακόμη και όσον αφορά τις σχέσεις των επαγγελματιών υγείας μεταξύ τους και με τους διοικητικούς τους διευθυντές.

Από την έρευνά μας, διαπιστώνουμε ότι **η ενεργητική ακρόαση** αποτελεί δεξιότητα πυρηνικής σημασίας για την ψυχιατρική, καθώς **αποτελεί εργαλείο στην προσπάθεια του συνεντευξιάζοντα να διαχειριστεί επικοινωνιακά εμπόδια που προκύπτουν**: να τα αναγνωρίσει, να τα διερευνήσει και να τα αντιμετωπίσει. Πρώτα πρώτα, ακούγοντας την ιστορία του ασθενή απερίσπαστα, χωρίς διακοπές και επιβεβαιώνοντας σε κομβικά σημεία αν έχει καταλάβει, ο συνεντευξιάζων αποφεύγει τις παρανοήσεις και διασφαλίζει την ορθή κατανόηση των λεγομένων του ασθενή. Παρατηρώντας τα στοιχεία της εξωλεκτικής επικοινωνίας, αντιλαμβάνεται αν ο ασθενής νιώθει άνετα να μοιραστεί πληροφορίες από το ιστορικό του και διερευνά τη συναισθηματική του κατάσταση. Ελαχιστοποιώντας την αξιολόγηση όσων λέγονται ως θετικά ή αρνητικά, περιορίζει το αίσθημα ντροπής του ασθενή. Διατηρώντας μία ενθαρρυντική στάση σώματος και εξωτερικεύοντας το ενδιαφέρον του, ο ψυχίατρος ωθεί τον ασθενή να συνεχίσει, παρά τις δυσκολίες που ίσως αντιμετωπίζει (κοινωνικές, ψυχολογικές, ακόμη και σωματικές - όπως περιγράψαμε και στην Εισαγωγή). Τέλος, ελέγχοντας αν και οι δύο έχουν καταλάβει καλά τα όσα λέγονται, ο ιατρός έχει την ευκαιρία να εντοπίσει τυχόν παρανοήσεις από την πλευρά του ασθενή και να τις διορθώσει επί τόπου.

Παράλληλα, η ίδια η ενεργητική ακρόαση μπορεί να αξιοποιηθεί στην προσπάθεια του ιατρού να διερευνήσει ένα επικοινωνιακό εμπόδιο, συζητώντας την ύπαρξή του με τον ασθενή, όπως άλλωστε προτείνει ο Quill. [8] Θέτοντάς το ανοιχτά στον ασθενή, ο ιατρός που υποψιάζεται την ύπαρξη ενός επικοινωνιακού εμποδίου, μπορεί να ακούσει την οπτική του ασθενή και, μαζί, να διερευνήσουν την φύση του, την αιτία του και, ενδεχομένως, να το ξεπεράσουν.

γ) Ιατρική Εκπαίδευση στις Ήπιες Δεξιότητες

Οι ήπιες δεξιότητες οφείλουν να ενσωματώνονται στα προγράμματα σπουδών των βιοιατρικών επιστημών, όπως υποστηρίζει η βιβλιογραφία. [30] Παρ' όλα αυτά, στην Ελλάδα, αυτό δεν έχει ακόμη συστηματοποιηθεί, ενώ οφείλουμε να αναλογιστούμε το ενδεχόμενο εφαρμογής της βιωματικής μεθόδου εκπαίδευσης. Από την εργασία μας προκύπτουν δύο συμπεράσματα, σχετικά με αυτό.

Πρώτον, η εκπαίδευση για ήπιες δεξιότητες, είναι σημαντικό να γίνονται σε συγκεκριμένο πλαίσιο, τη λεγομένη “οριζόντια κατανομή” τους εντός του προγράμματος σπουδών [30]: έχει νόημα η ενσωμάτωση της εκπαίδευσης σε κλινικές ασκήσεις (π.χ. εκπαίδευση για επικοινωνία, εντός του πλαισίου της ψυχιατρικής ή εκπαίδευση στη διαχείριση κρίσεων εντός του πλαισίου εκπαίδευσης σε τμήμα επειγόντων περιστατικών) . Έτσι, καθίσταται δυνατή η σύνδεση της εκάστοτε δεξιότητας με ιατρικές γνώσεις που αποκτώνται ή προκλήσεις που αντιμετωπίζονται στην πράξη. Αυτό, ενδεχομένως να αποδειχτεί πιο αποδοτικό και ουσιαστικό από ένα ξεχωριστό μάθημα για ήπιες δεξιότητες.

Δεύτερον, η βιωματική εκπαίδευση προτείνεται εμπειριστατωμένα στη βιβλιογραφία, για αυτό και έχει νόημα να επιστρατευθεί στη δόμηση νεότερων προγραμμάτων σπουδών βιοϊατρικών επιστημών. [16] Ωστόσο, δεν παύει να διατηρεί ένα ύφος που απομακρύνεται από τα καθιερωμένα ακαδημαϊκά πρότυπα, και οφείλουμε να προβληματιστούμε για αυτό.

Αξίζει, λοιπόν, να σταθούμε σε πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου, έναντι της κλασικής διάλεξης, προκειμένου να εντοπίσουμε τις δυνατότητες που μπορούν να αξιοποιηθούν, αλλά και τους κινδύνους που πρέπει να λάβουμε υπόψη.

Πλεονεκτήματα της βιωματικής μεθόδου εκπαίδευσης

Πρώτα πρώτα, όπως είναι προφανές, ο εκπαιδευόμενος εμπλέκεται άμεσα και ενεργά στη διαδικασία. Αυτό τον παρακινεί να ακούσει νέες πληροφορίες, να αλληλεπιδράσει με την ομάδα εκπαίδευσης, να ρωτήσει για να καταλάβει σε βάθος και, εν τέλει, να θέσει ερωτηματικά και, τελικά, να νοηματοδοτεί την κεκτημένη γνώση σε προσωπικό και συναισθηματικό επίπεδο. [51] Δεύτερον, τόσο εκπαιδευτής και εκπαιδευόμενος όσο και εκπαιδευόμενοι μεταξύ τους, γνωρίζουν ο ένας τον άλλον και αλληλεπιδρούν προσωπικά (αντίθετα με τις διαλέξεις όπου ο διδάσκων μπορεί να απευθύνεται σε ένα μεγάλο κοινό, αλληλεπιδρώντας σαφώς λιγότερο). Έτσι, δημιουργείται ένα κλίμα που ενθαρρύνει τη συμμετοχή, την έκφραση της προσωπικής άποψης, αλλά και τυχόν αποριών που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης. [51] Τρίτον, η μέθοδος αυτή, επιτρέπει την εμπλοκή των εκπαιδευόμενων σε ενεργείς διαδικασίες, όπως θεατρικές ασκήσεις, ζωγραφική ή παιχνίδια (βλ. Μεθοδολογία), προσεγγίζοντας έτσι πιο ολιστικά τα είδη εκπαιδευόμενων (learners), όπως είναι οι οπτικοί, οι ακουστικοί και οι κιναισθητικοί, έναντι της κλασικής μεθόδου διάλεξης, που προσεγγίζει μόνο τους οπτικούς και λιγότερο τους ακουστικούς. [44]

Προκλήσεις της βιωματικής μεθόδου εκπαίδευσης

Παρ' όλα τα παραπάνω, πριν σπεύσουμε να εξάγουμε συμπεράσματα για τη βιωματική μέθοδο εκπαίδευσης, δεν πρέπει να αγνοήσουμε ότι είναι μία ιδιαίτερη πρόκληση για τον εκπαιδευτή. Η διαχείριση μίας ομάδας εκπαιδευόμενων, ειδικά στο συγκεκριμένο πλαίσιο, ενέχει ορισμένες δυσκολίες που ο εκπαιδευτής οφείλει να λαμβάνει υπόψη του: οι Jakubkaite και Kociunas [51] κάνουν λόγο για προβλήματα που προκύπτουν από “τον ανταγωνισμό μεταξύ των συμμετεχόντων, την διάθεση να καυχηθούν, καθώς και ενίοτε μια αμυντική στάση που τους ωθεί στη μη ενεργό συμμετοχή”.

Απαιτείται, λοιπόν, ο εκπαιδευτής που χρησιμοποιεί διαδραστικές / βιωματικές μεθόδους μάθησης, να είναι κατάλληλα καταρτισμένος στη διαδικασία, προκειμένου να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες που ίσως προκύψουν, έτσι ώστε να μην ανατρέπεται το επιθυμητό εκπαιδευτικό αποτέλεσμα. Με λίγα λόγια, σημειώνεται η σημασία για προσαρμοστικότητα στις δυναμικές της ομάδας. [51]

Τέλος, δεδομένης της ανάγκης για μικρές ομάδες συμμετεχόντων, η μέθοδος αυτή απαιτεί την πραγματοποίηση της εκπαίδευσης πολλές φορές για την προσέγγιση του ίδιου πληθυσμού εκπαιδευόμενων που μία διάλεξη θα κάλυπτε μόνο με μία φορά. Για το λόγο αυτό, η μέθοδος αυτή, δεν εξυπηρετεί ως αντικατάσταση άλλων, κλασικών μεθόδων, αλλά έχει νόημα ως εμπλουτισμός του τρόπου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

ii) Περιορισμοί

Αναφορικά με τους περιορισμούς, θα αναλυθούν συστηματικά σφάλματα που υπεισέρχονται αναφορικά με α. την ομάδα-στόχο και β. το δείγμα μας και γ. συστηματικά σφάλματα της έρευνάς μας.

α. Περιορισμοί σχετικά με την ομάδα-στόχο

Όσον αφορά την ομάδα - στόχο της παρέμβασης, εξ αρχής βρεθήκαμε προ του διλήμματος να πραγματοποιήσουμε εκπαίδευση προς φοιτητές Ιατρικής ή προς ειδικευόμενους ψυχιάτρους. Τελικά, όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο της Μεθοδολογίας, επιλέγησαν φοιτητές ως πληθυσμός παρέμβασης και μελέτης, ως μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας. Αυτό συνέβη, καθώς ήταν η ομάδα άσκησης στην ψυχιατρική κλινική με τη μεγαλύτερη ομοιογένεια (κατά κανόνα, έχουν όλοι την ίδια εμπειρία στην ψυχιατρική και παρόμοια εξοικείωση σε ζητήματα επικοινωνίας που πραγματευόμαστε), έναντι ειδικών ή ειδικευόμενων ψυχιάτρων (διάφορα έτη εργασιακής εμπειρίας ο καθένας). Ταυτόχρονα, η διαθεσιμότητα των φοιτητών για σταθερή παρουσία στην εκπαιδευτική μας παρέμβαση θα έλειπε στην περίπτωση των ιατρών της κλινικής, λόγω φόρτου εργασίας. Παρ' όλα αυτά, αξίζει να σημειωθούν οι περιορισμοί που προκύπτουν λόγω της επιλογής των φοιτητών στο δείγμα μας. Οι φοιτητές δεν έχουν επιλέξει να ειδικευτούν στην ψυχιατρική και δεν έχουν εμπειρία από την ψυχιατρική συνέντευξη. Επομένως, χρειάζεται προσοχή στη γενίκευση του συμπεράσματός μας στην άσκηση της ψυχιατρικής συνέντευξης από ειδικευόμενους και ειδικούς ιατρούς, οι οποίοι αναπτύσσουν δεξιότητες επικοινωνίας ήδη από την καθημερινή κλινική πράξη. Ωστόσο, δεν πρέπει η παρατήρηση αυτή να μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η οργανωμένη, συστηματική εκπαίδευση, για δεξιότητες όπως η ενεργητική ακρόαση, μπορεί να αντικατασταθεί από την κλινική εμπειρία. Αντίθετα, η εκπαίδευση και η εμπειρία αλληλοσυμπληρώνονται και αυτό που χρειάζεται είναι η εκπαίδευση των ιατρών να προσαρμόζεται κάθε φορά στο επίπεδο γνώσεων.

β. Περιορισμοί σχετικά με το δείγμα μας

Όπως αναφέραμε και στο κεφάλαιο “Αποτελέσματα”, το δείγμα μας ήταν σχετικά περιορισμένο (16 φοιτητές). Δεδομένου ότι απαιτούνταν μικρές ομάδες φοιτητών, προκειμένου να έχουμε ένα σαφώς μεγαλύτερο δείγμα, έπρεπε η παρέμβαση να πραγματοποιηθεί με πολλές επαναλήψεις, πράγμα αδύνατον στο χρονικό πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας ενός Π.Μ.Σ. Ωστόσο, λαμβάνουμε υπόψη τον

περιορισμό που δημιουργεί το μικρό μέγεθος του δείγματος μας. Τονίζουμε τη σημασία για μελλοντική έρευνα πάνω στη θεματική, με μεγαλύτερα δείγματα, χωρίς όμως να χάνονται όσα διασφαλίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης.

γ. Συστηματικά σφάλματα της έρευνάς μας

Καταρχάς, όπως αναλύθηκε στη διαδικασία κατασκευής του ερωτηματολογίου, πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης της δεξιότητας των συμμετεχόντων για διαχείριση επικοινωνιακών εμποδίων στην ψυχιατρική συνέντευξη. Ως εκ τούτου, και λόγω του ότι συμπληρώθηκε από φοιτητές άπειρους σε αυτά τα θέματα, πολύ πιθανό να υπεισέρχονται τα κάτωθι συστηματικά σφάλματα:

Συστηματικό Σφάλμα “Κατά Σωκράτη Μεροληψία” (Socrates Bias) ή αλλιώς φαινόμενο “Δεν ξέρουν ότι δεν ξέρουν” [52]: Οι φοιτητές, μέσω του ερωτηματολογίου μας, αυτοαξιολογήθηκαν σε δεξιότητες, άλλες περισσότερο και άλλες λιγότερο κατανοητές. Σε κάθε περίπτωση, οι φοιτητές συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιό μας για τα επικοινωνιακά εμπόδια στην ψυχιατρική συνέντευξη, χωρίς ωστόσο να έχουν εκτεθεί επαρκώς στην τελευταία, επομένως, χωρίς να γνωρίζουν πράγματι πώς διαχειρίζονται τα επικοινωνιακά εμπόδια. Ως εκ τούτου, είναι πιθανό ότι οι φοιτητές “δεν ξέρουν ότι δεν ξέρουν”, όπως σημειώνουν οι Kiosses, Burbure και Dimoliatis. Το φαινόμενο αυτό προκύπτει σε ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης, λόγω του ότι συχνά οι άνθρωποι που δεν έχουν μία δεξιότητα, δεν το γνωρίζουν. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι συγγραφείς αυτοί, το φαινόμενο αυτό παρατηρείται σε περιπτώσεις όπου φοιτητές Ιατρικής αυτοαξιολογούνται σε δεξιότητες που βασίζονται στην επικοινωνία. Στην παρούσα έρευνα, αυτό θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα οι βαθμολογίες που σημείωσαν οι συμμετέχοντες πριν την εκπαίδευση να είναι αυξημένοι ψευδώς, δίνοντας την εικόνα ότι η παρέμβασή μας είχε μικρότερη επίδραση από ότι είχε στην πραγματικότητα.

Συστηματικό Σφάλμα Ανάκλησης (Recall Bias) [53]: Η μέτρησή μας δεν πραγματοποιείται ταυτόχρονα με την ψυχιατρική συνέντευξη, για την οποία και αυτοαξιολογούνται οι συμμετέχοντες. Αντίθετα, αυτοί ανατρέχουν στην εμπειρία τους ετεροχρονισμένα, γεγονός που θέτει το ενδεχόμενο η εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους και τη διαδικασία να αλλοιώνεται. Πιο αναλυτικά, η ανάκληση που απαιτείται για τη συμπλήρωση μίας αναδρομικής έρευνας, όπως η δική μας, συμπεριλαμβάνει περίπλοκες νοητικές διεργασίες. Μελετώντας την έρευνα των Bradburn, Rips και Shevell σχετικά, διαπιστώνουμε τα εξής: Από τη μία πλευρά, υπάρχουν αποδείξεις ότι οι επανειλημμένες προσπάθειες να θυμηθεί κανείς μπορεί πράγματι να φέρουν στην επιφάνεια υλικό που οι πρώτες προσπάθειες απέτυχαν να ανασύρουν, γεγονός που απαιτεί χρόνο. Ο χρόνος αυτός συνήθως δεν υπάρχει στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων, έτσι και στο δικό μας. Από την άλλη πλευρά, οι άνθρωποι ξεχνούν λεπτομέρειες που αφορούν σε συγκεκριμένα συμβάντα, και, ως εκ τούτου, οι καταγραφές που δίνουν δεν ταυτίζονται με αυτό που όντως ισχύει. Παραδείγματος χάριν, η συναισθηματική ένταση που προκαλεί μία ανάμνηση στον απαντητή, μπορεί

να τον κάνει να πιστεύει ότι αυτή ανάμνηση έχει συμβεί επανειλημμένα, πιο συχνά από ότι όντως συνέβη. Ακόμη, χαρακτηριστικό είναι το ότι η λεπτομέρειες που λείπουν από μία ανάμνηση, πολύ συχνά συντίθενται με τη χρήση λογικών συνειρμών. Αυτό, ως ανακριβές, πολύ συχνά αλλοιώνει την εντύπωση της πραγματικότητας και, κατ' επέκταση, της απάντησης που καταγράφεται.

Αυτά τα σφάλματα μπορούν να ξεπεραστούν με τη χρήση άλλων εργαλείων μέτρησης, όπως αξιολόγηση από παρατηρητή ή μαγνητοσκόπηση της συνέντευξης και αυτοαξιολόγηση με βάση την παρατήρηση του εαυτού. Με βάση τις δυνατότητες που υπάρχουν στην εκάστοτε έρευνα, επιλέγεται το κατάλληλο εργαλείο.

Δεύτερον, στην επιλογή του δείγματός μας, υπεισέρχεται το εξής συστηματικό σφάλμα:

Συστηματικό Σφάλμα Αυτοεπιλογής (Self Selection Bias) [54]: Οι φοιτητές δεν δηλώνουν συμμετοχή στην εκπαίδευση, αντίθετα, την παρακολουθούν ως μέρος της υποχρεωτικής τριβδομαδιαίας άσκησης τους στην ψυχιατρική. Ωστόσο, οι φοιτητές Ιατρικής του ΑΠΘ, κατά τη διάρκεια των κλινικών ασκήσεων στο έκτος έτος σπουδών, επιλέγουν για την τριβδομαδιαία άσκησης τους ανάμεσα στην Ψυχιατρική και τη Νευρολογία. Η επιλογή των φοιτητών του δείγματος να ασκηθούν στην ψυχιατρική, πολύ πιθανόν να υποδηλώνει ένα ενδιαφέρον για την ειδικότητα αυτή. Ως εκ τούτου, η ανταπόκριση στην εκπαιδευτική μας παρέμβαση και η ενεργός συμμετοχή σε ασκήσεις και συζητήσεις, πιθανόν ενισχύθηκε από το ενδιαφέρον τους αυτό. Έτσι, πολύ πιθανόν οι διαφοροποιήσεις στις μετρήσεις πριν και μετά να επηρεάζονται από το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες έχουν αυξημένο ενδιαφέρον για τη θεματική.

Αυτό το συστηματικό σφάλμα μπορεί να ξεπεραστεί πραγματοποιώντας την πειραματική μας παρέμβαση σε τυχαία δείγματα φοιτητών ιατρικής, προσέχοντας όμως για την εμπλοκή τους ολοκληρωτικά στη διαδικασία.

iii) Μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες και δράσεις

Έχοντας διερευνήσει την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης σε επικοινωνιακές δεξιότητες σε φοιτητές Ιατρικής, ίσως έχει νόημα να αναρωτηθούμε για τον αντίκτυπο που έχει η εκπαίδευση ειδικευομένων της ψυχιατρικής. Όπως καταγράφουν και η Ditton Phare [55] και η ομάδα της, συγκεκριμένα προγράμματα εκπαίδευσης ειδικευομένων ψυχιατρικής, δείχνουν θετική επίδραση στην ενσυναισθητική προσέγγιση και την επικοινωνία κατά την ψυχιατρική συνέντευξη. Ωστόσο, η ανασκόπηση αυτή αποκαλύπτει την ανάγκη για μελέτη περισσότερων προγραμμάτων, και τη δόμηση προγραμμάτων που στοχεύουν στην αλλαγή στάσης, όχι μόνο στην απόκτηση γνώσης.

Εφαρμογή των αποκτημένων γνώσεων στο πρόγραμμα σπουδών των βιοϊατρικών επιστημών:

Όλοι αυτοί οι προβληματισμοί οφείλουν να λαμβάνονται υπόψη από επιτροπές προγραμμάτων σπουδών των βιοϊατρικών επιστημών. Οι επιτροπές αυτές μπορούν να τροποποιούν την ατζέντα εκπαίδευσης των μελλοντικών ιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας, με τρόπο που να μην εκπίπτει η ποιότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης.

Μιλώντας για τροποποίηση των σπουδών, για ενσωμάτωση νέων μεθόδων, αξίζει να γίνει μια σημαντική αναφορά: Πέρα από βιβλιογραφική τεκμηρίωση, αξίζει να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη των άμεσα ενδιαφερόμενων, που δεν είναι άλλοι από τους ίδιους τους φοιτητές.

Μία τέτοια αξιοσημείωτη προσπάθεια στην Ελλάδα έχει γίνει από τον κ. Δημολιάτη Ι. με την εφαρμογή του ερωτηματολογίου αξιολόγησης του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος του Πανεπιστημίου του Dundee (Dundee Ready Education Environment Measure - DREEM). [56] Ο κύριος Δημολιάτης καθιστά σαφές πως οι φοιτητές εντοπίζουν μία “μάλλον δασκαλοκεντρική διδασκαλία που δίνει έμφαση στη μάθηση δεδομένων (factual learning) αντί στη μάθηση αρχών / εννοιών / μηχανισμών και στο “μαθαίνω να μαθαίνω” (deep learning)”.

Ταυτόχρονα, για την εμπειρία φοιτητών Ιατρικής σε βιωματικού τύπου εκπαίδευση, ενδιαφέρον παρουσιάζει η ποιοτική ανάλυση των ημιδομημένων συνεντεύξεων που πραγματοποίησε ο Κιοσσές Β. και η ομάδα του, ύστερα από την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης “Έλα στη θέση μου, γιατρέ!” [16]. Εκεί καταγράφονται οι καταγράφεται από τους φοιτητές ότι η βιωματική εκπαίδευση τους έδωσε τη δυνατότητα να έρθουν σε επαφή με τον εαυτό τους, να τον κατανοήσουν και να τον αποδεχτούν, καθώς και να μπορέσουν να σχετιστούν καλύτερα με τους ασθενείς τους, δεδομένης της πρώτης αλλαγής.

Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση:

Κλείνοντας, θα κάνουμε λόγο για τη θέση που μπορεί να έχει η ενεργητική ακρόαση και οι επικοινωνιακές δεξιότητες στη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση.

Σύμφωνα με το Συμβούλιο Διαπίστευσης της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (Accreditation Council for Continuing Medical Education - ACCME), αυτή περιλαμβάνει “τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες που συμβάλλουν να διατηρήσουν, να αναπτύξουν ή να αυξήσουν τη γνώση, τις δεξιότητες και την επαγγελματική επίδοση και τις σχέσεις που επιστρατεύει ένας επαγγελματίας υγείας για να παρέχει υπηρεσίες σε ασθενείς, στο κοινό ή το επάγγελμα. [57]”

Σύμφωνα με τους Davis, Davis και Bloch [58], για πολλές από τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, συχνά προκύπτει το “κενό στην κλινική φροντίδα (clinical care gap)”, κατά το οποίο, δεν τηρούνται οι οδηγίες / οι επιστημονικές αποδείξεις που προτείνουν μία συγκεκριμένη πρακτική. Για αυτό, συνιστάται η καταγραφή των

αναγκών των επαγγελματιών για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, προκειμένου αυτές να καλύπτονται πολύπλευρα, με διάφορες μεθόδους.

Τέτοιες μέθοδοι μπορεί να είναι η αυτομόρφωση (με αναζήτηση βιβλιογραφίας, συμμετοχή σε συνέδρια κ.τ.λ.), αλλά και η ύπαρξη οργανωμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για ενήλικες, τα οποία θα καλύπτουν τις ανάλογες θεματικές και δεξιότητες.

Στην περίπτωση της θεματικής μας, αξίζει να καταγράφεται η δεξιότητα των ειδικευόμενων και ειδικών ψυχιάτρων για επικοινωνία (ενεργητική ακρόαση, διαχείριση επικοινωνιακών εμποδίων κ.τ.λ.), τόσο όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι (με ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις ή και “ημερολόγια εργασίας”), όσο και αντικειμενικά (με καταγραφές από συναδέλφους, ασθενείς και βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις). Έτσι, μπορεί να διαπιστώνεται η ανάγκη των ψυχιάτρων για συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και, τελικά, αυτή να πραγματώνεται στο χώρο εργασίας, σε συνέδρια ή από φορείς εκπαίδευσης. [58]

Βιβλιογραφία

[1] Rogers CR. Carl Rogers on empathy [DVD]. New York (NY): Insight Media. 2005. 1 DVD: sound, color, 4 3/4 in

[2] Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. Assessment. Κεφάλαιο στό: Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. 7th ed. Oxford Clarendon Str, Oxford, OX2 6DP, UK: Oxford University Press. 2018. σ.35-69

[3] Merriam-Webster Dictionary [Dictionary]. Springfield (MA):Merriam Webster Incorporated. c2020. Communication. [η παραπομπή έγινε στις 26 Μαΐ. 2020]. [περίπου μία οθόνη]. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/communication>

[4] Van Ruler B. Communication theory: an underrated pillar on which strategic communication rests. ISGC [Internet]. 2018 [η παραπομπή έγινε στις 28 Μαΐ. 2020]. 12(4): σ.367-81. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: https://www.researchgate.net/publication/327002696_Communication_Theory_An_Underrated_Pillar_on_Which_Strategic_Communication_Rests DOI:10.1080/1553118X.2018.1452240

[5] Krauss RM, Chen Y, Chawla P. Nonverbal behavior and nonverbal communication: what do conversational hand gestures tell us? Adv Exp Soc Psychol [Internet]. 1996 [η παραπομπή έγινε στις 7 Αυγ. 2020]. 28(1):σ.389-450 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0065260108602415> DOI: [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60241-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60241-5)

[6] Milton AC, Mullan B, MacCann C, Hunt C. An evaluation of communication barriers and facilitators at the time of a mental health diagnosis: a survey of health professional practices. Epidemiol Psychiatr Sci [Internet]. 2017 [η παραπομπή έγινε στις 30 Μαρ. 2020]. 27(4):σ. 357-68. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28115031> DOI [10.1017/S2045796016001153](https://doi.org/10.1017/S2045796016001153)

[7] Usha Rani K. Communication barriers. JOELL [Internet]. 2016 [η παραπομπή έγινε στις 7 Αυγ. 2020]. 3(2): σ.74-6 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: https://www.researchgate.net/publication/304038097_COMMUNICATION_BARRIERS

[8] Quill TE. Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. Ann Intern Med. 1989 [η παραπομπή έγινε στις 21 Μαρ. 2020]. 111(1): σ.51-7 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2660647>

- [9] Black DW, Andreasen NC. Η διαδικασία της ψυχιατρικής συνέντευξης και εκτίμησης. Κεφάλαιο στο: Black DW, Andreasen NC. Εισαγωγή στην ψυχιατρική. 5η έκδοση. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Nimatoudis I, Iakovidis A.. Μεταμόρφωση Αττικής; 2015. σ. 17-58
- [10] Lai YM, Hong CPH, Chee CYI. Stigma of mental illness. Singapore Med J [Internet]. 2001 [η παραπομπή έγινε στις 14 Αυγ. 2020]. 42(3): σ.111-4. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <http://www.smj.org.sg/sites/default/files/4203/4203a4.pdf>
- [11] McCarthy J, Prettyman R, Friedman R. The stigma of psychiatric in-patient care. Psychiatric Bulletin [Internet]. 1995 [η παραπομπή έγινε στις 2020]. 19(06): σ.349–51. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: https://www.researchgate.net/publication/265021637_The_stigma_of_psychiatric_in-patient_care DOI:10.1192/pb.19.6.349
- [12] Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare. Healthc Manage Forum [Internet]. Μαρ. 2017 [η παραπομπή έγινε στις 14 Αυγ. 2020]. 30(2): σ.111–6. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5347358/> DOI: 10.1177/0840470416679413
- [13] Rogers CR, Farson RE. Active Listening. Mansfield Center CT: Martino; 2015. σ.1-20
- [14] Jahromi VK, Tatabaee SS, Abdar ZE, Rajabi M. Active listening: the key to successful communication in hospital managers. Electron Physician [Internet]. 2016 Mar [cited 2020 Mar 21];8(3):2123–28p. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4844478/> DOI: 10.19082/2123
- [15] Rogers CR. An empathic way of being. Κεφάλαιο στο: Rogers CR. A way of being. 2nd edition. New York, New York: Houghton Mifflin Company. 1995. σ. 136-61
- [16] Kiosses VN. Η ενσυναίσθηση στη σχέση γιατρού - ασθενή: ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος "Έλα στη θέση μου, γιατρέ!" [διδακτορική διατριβή στο Internet]. Ιωάννινα, Ελλάδα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. 2017 [η παραπομπή έγινε στις 25 Μαρ 2020] Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: [<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/44781#page/1/mode/2up>]
- [17] Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946. Υπογράφηκε στις 22 Ιουλίου 1946

από τους εκπροσώπους 61 πολιτειών (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) και τέθηκε σε ισχύ στις 7 Απριλίου 1948.

[18] Bauer C, Figl K, Motschnig-Pitrik R. Introducing active listening to instant messaging and e-mail: benefits and limitations. IADIS International [Internet]. 2009 [η παραπομπή έγινε στις 22 Μαρ. 2020]. 7(2): σ.1-17 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: [https://www.researchgate.net/publication/229424196_Introducing_'Active_Listening'_to_Instant_Messaging_and_E-mail_Benefits_and_Limitations]

[19] Kawamichi H, Yoshihara K, Sasaki AT, Sugawara SK, Tanabe HC, Shinohara R et al. Perceiving active listening activates the reward system and improves the impression of relevant experiences. Soc Neurosci [Internet]. 2015 [η παραπομπή έγινε στις 22 Μαρ. 2020]. 10(1): σ.16-26. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25188354> DOI: 10.1080/17470919.2014.954732

[20] Fradelos E, Staikos C. The contribution of active listening in developing therapeutic relationship in mental health nursing. Επιστημονικά Χρονικά [Internet] 2013 [η παραπομπή έγινε στις 22 Μαρ. 2020]. 18(4): σ.213-9 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: https://www.researchgate.net/publication/262182387_The_contribution_of_active_listening_in_developing_therapeutic_relationship_in_mental_health_nursing

[21] Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. Signs and symptoms of psychiatric disorders. Κεφάλαιο στο: Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. 7th ed. Oxford Clarendon Str, Oxford, OX2 6DP, UK: Oxford University Press. 2018. σ. 1-20

[22] Black DW, Andreasen NC. Συμπεριφορικές, γνωστικές και ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες. Κεφάλαιο στο: Black DW, Andreasen NC. Εισαγωγή στην ψυχιατρική. 5η έκδοση. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Nimatoudis I, Iakovidis A.. Μεταμόρφωση Αττικής: 2015. σ. 503-26

[23] Guyton AC, Hall JE. Οι μηχανισμοί συμπεριφοράς και κινήτρων του εγκεφάλου - το μεταίχμιακό σύστημα και ο υποθάλαμος. Κεφάλαιο στο: Guyton AC, Hall JE. Ιατρική Φυσιολογία. 11η έκδοση. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Anogeiannakis G, Evangelou AM. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.. 2008. σ. 833-42

[24] Pujara M, Koenigs M. Mechanisms of reward circuit dysfunction in psychiatric illness: prefrontal-striatal interactions. Neuroscientist [Internet]. Φεβ. 2014 [η παραπομπή έγινε στις 7 Αυγ. 2020]. 20(1): σ.82-95. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035048/> DOI: 10.1177/1073858413499407

[25] Black DW, Andreasen NC. Η νευροβιολογία και γενετική των ψυχικών παθήσεων. Κεφάλαιο στο: Black DW, Andreasen NC. Εισαγωγή στην ψυχιατρική. 5η έκδοση. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Nimatoudis I, Iakovidis A.. Μεταμόρφωση Αττικής; 2015. σ. 59-90

[26] Robertson K. Active listening: more than just paying attention. AFP [Internet]. Δεκ. 2005 [η παραπομπή έγινε στις 20 Μαρ. 2020]. 34(12): σ. 1053-5. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.racgp.org.au/afpbackissues/2005/200512/200512robinson.pdf>

[27] Hunsaker PL, Alessandra T, Alessandra AJ. The new art of managing people, updated and revised: Person-to-person skills, guidelines, and techniques every manager needs to guide, Direct, and Motivate the Team. Simon and Schuster Inc; New York NY, USA: 2008.

[28] Merriam-Webster Dictionary [Dictionary]. Springfield (MA):Merriam Webster Incorporated;c2020.Attention. [η παραπομπή έγινε στις 26 Μαΐου 2020]. [περίπου μία οθόνη]. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/attention>

[29] General Medical Council [Internet]. UK: GMC. 2020. Mapping 2009 to 2017 and generic professional skills. 2018 [η παραπομπή έγινε στις 16 Αυγ. 2020] Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/copy-of-mapping-2009-to-2017-and-gpc-final_xlsx-78069381.xlsx

[30] Van Staden CW, Joubert PM, Pickworth GE, Roos JL, Bergh AM, Krüger C, et al. The conceptualisation of "soft skills" among medical students before and after curriculum reform. S Afr Psychiatry Rev [Internet]. Ιουν. 2006 Jun [η παραπομπή έγινε στις 24 Ιουν. 2020]. 9(1): σ.33-7. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.ajol.info/index.php/ajpsy/article/view/30205> DOI: 10.4314/ajpsy.v9i1.30205

[31] Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Οδηγός Σπουδών 2019-2020. Διαθέσιμο από: <http://www.med.uoc.gr/sites/all/arxeia/proptyxiaka/odigos-spoudon-2019-2020.pdf>

[32] Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ - ΜοΔιΠ, Ηλεκτρονικός Οδηγός Σπουδών 2019-2020. Διαθέσιμο από: <https://qa.auth.gr/el/class/1/600150165>

[33] Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Οδηγός Σπουδών 2019-2020. Διαθέσιμο από: https://med.uoi.gr/images/documents/odigos-spoudon_19-20.pdf

[34] Ogbeiwi O. Why written objectives need to be really SMART. British Journal of Healthcare Management [Internet]. 2017 [η παραπομπή έγινε στις 8 Αυγ. 2020]. 23(7): σ.324–36 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.researchgate.net/publication/318390296> Why written objectives need to be really SMART doi:10.12968/bjhc.2017.23.7.324

[35] McCarthy B. A tale of four learners: 4MAT's learning styles. EL [Internet] Μαρ. 1997 [η παραπομπή έγινε στις 17 Μαΐου 2020]. 54(6): σ.46-51 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <http://www.ascd.org/publications/educational-leadership/mar97/vol54/num06/A-Tale-of-Four-Learners@-4MAT%27s-Learning-Styles.aspx>

[36] Huerta-Wong JE, Schoech R. Experiential learning and learning environments: the case of active listening skills. The Journal of Social Work Education [Internet]. Δεκ. 2010 [η παραπομπή έγινε στις 24 Μαρ. 2020]. 46(1): σ. 85-101 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.researchgate.net/publication/250396244> Experiential learning and learning environments The case of active listening skills DOI: 10.5175/JSWE.2010.200800105

[37] Spataro SE, Bloch J. "Can you repeat that?": teaching active listening in management education. JME [Internet] Απρ. 2018 [η παραπομπή έγινε στις 25 Μαρ. 2020]. 42(2): σ.168-98 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://eric.ed.gov/?id=EJ1170710> DOI: 10.1177/1052562917748696

[38] The RSA. Brenè Brown on Empathy [αρχείο βίντεο]. 2013 Δεκ. [η παραπομπή έγινε στις 2020 Αυγ. 19]. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.youtube.com/watch?v=1Evwgu369Jw>

[39] Artino AR, La Rochelle JS, Dezee KJ, Gelbach H. Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87. Med Teach [Internet]. Μαρ. 2014 [η παραπομπή έγινε στις 24 Μαρ. 2020]. 36(6): σ.463–74 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4059192/> DOI: 10.3109/0142159X.2014.889814

[40] Mishima N, Kubota S, Nagata S. The development of a questionnaire to assess the attitude of active listening. J Occup Health [Internet]. Μαΐ. 2000 May [η παραπομπή έγινε στις 30 Μαρ. 2020]. 42(3): σ.111–8. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.researchgate.net/publication/245779379> The Development of a Questionnaire to Assess the Attitude of Active Listening] DOI: 10.1539/joh.42.111

[41] Kourmousi N, Amanaki E, Tzavara C, Koutras V. Active listening attitude scale (ALAS): reliability and validity in a nationwide sample of greek educators. Soc Sci

[Internet]. Μαρ. 2017 [η παραπομπή έγινε στις 8 Αυγ. 2020]. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.researchgate.net/publication/314977359> Active Listening Attitude Scale ALAS Reliability and Validity in a Nationwide Sample of Greek Educators DOI: 10.3390/socsci6010028

[42] Joshi A, Kale S, Chandel S, Pal DK. Likert scale: explored and explained. BJAST [Internet]. 2015 [η παραπομπή έγινε στις 8 Αυγ. 2020]. 7(4): σ.396-403. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.researchgate.net/publication/276394797> Likert Scale Explored and Explained DOI: 10.9734/BJAST/2015/14975

[43] Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation based learning. Simul Healthc [Internet]. 2007 [η παραπομπή έγινε στις 31 Μαρ. 2020]. 2(2): σ.115-25 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19088616> DOI: 10.1097/SIH.0b013e3180315539

[44] Kolb AY, Kolb DA, Passarelli A, Sharma G. On Becoming an Experiential Educator. Simulation & Gaming [Internet]. 2014 [η παραπομπή έγινε στις 8 Αυγ. 2020]. 45(2): σ.204–34. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://www.researchgate.net/publication/270671768> On Becoming an Experiential Educator The Educator Role Profile doi:10.1177/1046878114534383

[45] Mehta CR, Patel NR. IBM SPSS exact tests. Armonk, NY:IBM Corporation; 2011

[46] Olejnik S, Algina J. Measures of effect size for comparative studies: Applications, interpretations, and limitations. Contemporary educational psychology [Internet]. 2000 [η παραπομπή έγινε στις 12 Αυγ. 2020]. 25(3): σ.241-86. Αναρτημένο από: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.468.4332&rep=rep1&type=pdf> DOI:10.1006/ceps.2000.1040

[47] Rosenthal R. Parametric measures of effect size. Κεφάλαιο στο: Cooper H, Hedges LV. The handbook of research synthesis. New York: Russell Sage Foundation. 1994. σ. 231-44.

[48] Cohen J. Statistical power analysis for the behavioural sciences. 2nd edition. New York: Academic Press. 1988.

[49] Norušis, M. IBM SPSS Bootstrapping 19. Armonk, NY; IBM Corporation: 2010

[50] Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. IJME [Internet]. 2011 [η παραπομπή έγινε στις 14 Αυγ. 2020]. 2(1): σ.53-5 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: https://www.researchgate.net/publication/270820426_Making_Sense_of_Cronbach's_Alpha DOI: 0.5116/ijme.4dfb.8dfd

[51] Jakubkaitė B, Kočiūnas RA. Experiential groups in groups counselors training: a view through the multiplicity of contexts. Problems of Psychology in the 21st century [Internet]. 2013 [η παραπομπή έγινε στις 9 Αυγ. 2020]. 5(1): σ.12-22 Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: http://www.scientiasocialis.lt/ppc/files/pdf/Jakubkaite_Vol.5.pdf

[52] Kiosses V, De Burbure C, Dimoliatis IDK. "They do not know that they don't know": revealing and quantifying the Socrates bias. IERJ [Internet]. Ιαν. 2017 [η παραπομπή έγινε στις 10 Αυγ. 2020]. 3(6): 333-7p. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <http://ierj.in/journal/index.php/ierj/article/view/1233/1186>

[53] Bradburn NM, Rips LJ, Shevell SK. Answering autobiographical questions: the impact of memory and inference on surveys. Science [Internet]. 1987 [η παραπομπή έγινε στις 10 Αυγ. 2020]. 236(157): 208-16p. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3563494/> DOI: 10.1126/science.3563494

[54] Keeble C, Richard GL, Barber S, Baxter PD. Choosing a method to reduce selection bias: a tool for researchers. SciRes [Internet]. 2015 [η παραπομπή έγινε στις 10 Αυγ. 2020]. 5(1): σ. 155-62. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: https://file.scirp.org/pdf/OJEpi_2015070913284831.pdf DOI: <http://dx.doi.org/10.4236/ojepi.2015.53020>

[55] Ditton-Phare P, Loughland C, Duvivier R, Kelly B. Communication skills in the training of psychiatrists: A systematic review of current approaches. Aust N Z J Psychiatry [Internet]. 2017 [η παραπομπή έγινε στις 12 Αυγ. 2020]. 51(7): σ.675-92. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867417707820> DOI: <https://doi.org/10.1177/0004867417707820>

[56] Dimoliatis IDK. Το όργανο μέτρησης εκπαιδευτικού περιβάλλοντος σχολών υγείας DREEM (Dundee Ready Education Environment Measure) στα ελληνικά: Πώς χρησιμοποιείται καθώς και προκαταρκτικά αποτελέσματα για το ελληνικό ιατρικό εκπαιδευτικό περιβάλλον. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής [Internet]. 2010 [η παραπομπή έγινε στις 10 Αυγ. 2020]. 27(3): σ. 509-21. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <http://www.mednet.gr/archives/2010-3/pdf/509.pdf>

[57] Accreditation Council for Continuing Medical Education [Internet]. Chicago, Illinois: ACCME; c2019. CME content: definition and examples; c2019 [η

παραπομπή έγινε στις 16 Αυγ. 2020]; [περίπου μία οθόνη]. Available from: <https://www.accme.org/>

[58] Davis N, Davis D, Bloch R. Continuing medical education: AMEE education guide No 35. Medical Teacher [Internet]. 2008 [η παραπομπή έγινε στις 16 Αυγ. 16]. 30(7): σ. 652-66. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01421590802108323> DOI: 10.1080/01421590802108323

Παράρτημα

Παράρτημα 1. Τελική Ατζέντα Εκπαίδευσης «Ενεργητική Ακρόαση στην Ψυχιατρική Συνέντευξη»

1η Ημέρα - Ενεργητική Ακρόαση

Συνολική Διάρκεια: 1 ώρα και 30 λεπτά

Γνωριμία & Εισαγωγή

- Στόχος:** 1. Εισαγωγή στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα
2. Πρωταρχική γνωριμία μεταξύ των συμμετεχόντων.

Διάρκεια: 20 λεπτά

Περιγραφή: Καθισμένοι στο κυκλικό τραπέζι, λέμε το όνομα, τον τόπο καταγωγής μας και έναν ονειρικό μας προορισμό.

Ακολουθεί σύντομη Παρουσίαση του πλαισίου της εκπαίδευσης, τι είναι τα Soft Skills, Τι είναι η ενεργητική ακρόαση και τα επικοινωνιακά εμπόδια, Τι περιλαμβάνει ατζέντα μας
Δίνεται λίγος χρόνος για ερωτήσεις.

Άσκηση για «σπάσιμο πάγου» (Ice breaker)

- Στόχος:** 1. Γνωριμία μεταξύ των Συμμετεχόντων
2. Τοποθέτηση των συμμετεχόντων σε πλαίσιο συζήτησης

Διάρκεια: 20 λεπτά

Περιγραφή: Συζήτηση μεταξύ των φοιτητών για την Ιδανική Καριέρα που θα ακολουθούσαν αν δεν σπούδαζαν Ιατρική.

Επανερχόμενοι στον κύκλο, ρωτάμε πώς τους φάνηκε αυτή η ένας προς έναν συζήτηση για ένα εναλλακτικό σχέδιο ζωής τους. Αν ακούστηκαν - αν άκουσαν το συνομιλητή τους, αν ρώτησαν περισσότερα.

Επικοινωνιακά Εμπόδια & Ενεργητική Ακρόαση

Στόχος: Εξοικείωση των συμμετεχόντων με τους όρους, εμπλοκή τους στη στοιχειοθέτηση των εννοιών. (What & Why για την ενεργητική ακρόαση)

Διάρκεια: 40 λεπτά

Περιγραφή: Ξεκινάμε λέγοντάς τους τον ορισμό της επικοινωνίας.

Χωρίζουμε τους συμμετέχοντες σε δύο ομάδες και τους δίνουμε 10 λεπτά.

Η 1η ομάδα καλείται, σε ένα flip chart όπου έχουμε σχεδιάσει έναν πομπό και έναν δέκτη, να απεικονίσει διάφορα επικοινωνιακά εμπόδια, όπως τα αντιλαμβάνεται.

Η 2η ομάδα, σε ένα flip chart όπου έχουμε σχεδιάσει έναν άνθρωπο, να απεικονίσει τα στοιχεία του καλού ακροατή.

Παρουσιάζει η 1η ομάδα τη δουλειά της, και κάνουμε αναφορά στο ότι τα εμπόδια αφορούν στοιχεία της λεκτικής ή μη λεκτικής επικοινωνίας, αλλά και σε στοιχεία που αφορούν το εξωτερικό περιβάλλον.

Παρουσιάζει η 2η ομάδα τη δουλειά της, συζητάμε και παρουσιάζουμε εμείς ένα επιπλέον flip chart με αναλυτικά τον ορισμό και τα συστατικά στοιχεία της ενεργητικής ακρόασης.

Δίνεται σύντομος χρόνος για ερωτήσεις.

Ανακεφαλαίωση

2η Ημέρα - Επικοινωνία στην Ψυχιατρική Συνέντευξη

Συνολική Διάρκεια: 1 ώρα και 30 λεπτά

Εισαγωγή στη 2η ημέρα

Στόχος: Εισαγωγή στην υποενότητα της δεύτερης ημέρας, σύνδεση με την προηγούμενη ημέρα.

Διάρκεια: 10 λεπτά

Περιγραφή: Σύντομη περιγραφή της 2ης ημέρας. Τονίζουμε ότι σήμερα θα σταθούμε στο πλαίσιο της ψυχιατρικής, καθώς και ότι οι συμμετέχοντες θα εμπλακούν πιο ενεργά στη διαδικασία.

Επικοινωνιακά Εμπόδια στην Ψυχιατρική Συνέντευξη

Στόχος: Στοιχειοθέτηση των εμποδίων κατά τη διάρκεια της Ψυχιατρικής Συνέντευξης.

Διάρκεια: 20 λεπτά

Περιγραφή: Αντιστοίχιση για α. Ποια είναι τα σημεία που θέτουν την υποψία επικοινωνιακού εμποδίου, β. Πώς ο γιατρός μπορεί να τα ταυτοποιήσει και να εξωτερικεύσει όλο αυτό στον ασθενή

Παιχνίδι Ρόλων - Η Ψυχιατρική Συνέντευξη

Στόχος: Βιωματική έκθεση των φοιτητών σε σενάρια ψυχιατρικής συνέντευξης, για κατανόηση τουόρου, της χρησιμότητας και του τρόπου άσκησης της ενεργητικής ακρόασης

Διάρκεια: 50 λεπτά

Περιγραφή: Χρειαζόμαστε 4 εθελοντές - 2 φανταστικά σενάρια ψυχιατρικής συνέντευξης. Τους ζητούμε να προετοιμαστούν για αυτά, να τα παρουσιάσουν στο 'κοινό' και στη συνέχεια, αυτά θα συζητηθούν.

1ο σενάριο: Άνδρας, ασθενής 57 χρονών πηγαίνει εκούσια στο ψυχιατρικό τμήμα επειγόντων, καθώς το περιβάλλον του παρατηρεί έντονο βραδυψυχισμό, ενώ ο ίδιος έχει για πολύ καιρό καταθλιπτικό συναίσθημα και δεν βρίσκει ενδιαφέρον στις καθημερινές του ασχολίες. Δυσκολεύεται να συγκεντρώσει τις σκέψεις του και να τις εκφράσει. Η γιατρός, τον βλέπει για πρώτη φορά και προσπαθεί να καταλάβει το λόγο που ήρθε στο νοσοκομείο.

2ο σενάριο: Γυναίκα ασθενής 31 ετών, προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία. Αναφέρει πως εδώ και 2 χρόνια ταλαιπωρείται από επεισόδια οπισθοστερνικού άλγους και αίσθησης επικείμενου θανάτου, για τα οποία έχει ολοκληρώσει εξονυχιστικούς παθολογικούς και καρδιολογικούς ελέγχους, χωρίς διαγνωστικό αποτέλεσμα. Ο γενικός της ιατρός της προτείνει να επισκεφτεί ψυχίατρο, εκείνη όμως ενίσταται λέγοντας ότι «δεν είναι τρελή». Στόχος του γιατρού είναι να κατανοήσει τις ανησυχίες της και να της το επικοινωνήσει (feedback).

Μετά από κάθε σενάριο, γίνεται συζήτηση. Τίθενται ερωτήσεις προς τους συμμετέχοντες.

Μόνο για το σενάριο 1

- Έγιναν αρχικά ανοικτές ερωτήσεις;
- Συλλέχθηκαν οι απαραίτητες ιατρικές πληροφορίες κατά τη λήψη ιστορικού;

Και για τα δυο σενάρια

- Ρωτήθηκε ο ασθενής για το εάν υπάρχει κάτι που τον ανησυχεί;
- Εάν ναι, έδειξε κατανόηση στις ανησυχίες του ασθενή;
- Δόθηκαν αρκετές πληροφορίες στον ασθενή για την πάθηση και τη θεραπεία της;
- Ρωτήθηκε ο ασθενής για το εάν θέλει να ρωτήσει/διευκρινήσει κάτι;

3η Ημέρα - Ενσυναίσθηση

Μαζί με τον Δρ. Βασίλη Κιοσσέ

Συνολική Διάρκεια: 2 ώρες

Εισαγωγή

Εξηγούμε ότι το Active Listening είναι μια πολύ σημαντική δεξιότητα προκειμένου να ξεπεραστούν επικοινωνιακά εμπόδια και να έχουμε μια αποτελεσματική ψυχιατρική συνέντευξη. Αποτελεί όμως, κατά βάση, μια δεξιότητα, πυρηνική για κάτι ευρύτερο - μία στάση ύπαρξης και σχετίζεσθαι, της ενσυναίσθησης.

Τι είναι Ενσυναίσθηση

Στόχος: Εξήγηση του όρου, αποσαφήνιση των συστατικών του στοιχείων, αναφορά στη σημασία του στην ιατρική.

Διάρκεια: 20 λεπτά.

Περιγραφή: Video “Brené Brown on Empathy”

Συζήτηση πάνω στο Βίντεο.

Bingo Game

Στόχος: Εν τω βάθει κατανόηση της ενσυναίσθησης. Τι δεν είναι η Ενσυναίσθηση

Διάρκεια: 40 λεπτά

Περιγραφή: Στους συμμετέχοντες μοιράζονται απαντητικά φύλλα με τη μορφή πίνακα 4x3, όπου καταγράφονται κατηγορίες υποθετικών αποκρίσεων προς έναν συνομιλητή όταν εκείνος αφηγείται ένα πρόβλημά του (π.χ. συμπάθεια, ενσυναίσθηση, διευκρινιστική ερώτηση κ.τ.λ.).

Οι συντονιστές πραγματοποιούν σύντομους διαλόγους, με βάση προσχεδιασμένα σενάρια. Ο Α αφηγείται ένα πρόβλημά του και ο Β αποκρίνεται σε αυτό, κάθε φορά με διαφορετικό τρόπο. Οι συμμετέχοντες, ακούγοντας τον κάθε διάλογο, αντιστοιχούν τον αριθμό του σε μία κατηγορία απόκρισης από το απαντητικό φύλλο, όπως το αντιλαμβάνονται.

Ακολουθεί συζήτηση και διευκρινιστικές ερωτήσεις.

Ενσυναίσθηση στην Ψυχιατρική

Στόχος: Προβληματισμός για τη θέση της ενσυναίσθησης της ιατρικής

Διάρκεια: 20 λεπτά.

Περιγραφή: Ανοιχτή συζήτηση με τους συμμετέχοντες

Ανακεφαλαίωση

Παράρτημα 2. Τελική Μορφή Ερωτηματολογίου

Ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση Πριν την Εκπαιδευτική Παρέμβαση



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Ερωτηματολόγιο Αυτοαξιολόγησης στην Αντιμετώπιση Επικοινωνιακών Εμποδίων στην Ψυχιατρική Συνέντευξη

“Επικοινωνιακά εμπόδια είναι τα προβλήματα που προκύπτουν σε κάθε στάδιο της επικοινωνίας μεταξύ ενός πομπού και ενός δέκτη και είναι δυνατό να δημιουργήσουν παρερμηνεία του μηνύματος.” (Louise Boone, 1996)

Παρακάτω, ακολουθεί ένα Ερωτηματολόγιο Αυτοαξιολόγησης για την αντιμετώπιση επικοινωνιακών εμποδίων στην ψυχιατρική συνέντευξη.

Παρακαλώ, επέλεξε ένα κωδικό όνομα, το οποίο όμως να μην αποκαλύπτει την ταυτότητά σου. Αποθήκευσέ το στο κινητό σου. Το όνομα αυτό, θα το συμπληρώσεις τόσο στο παρόν ερωτηματολόγιο, όσο και σε αυτό που θα συμπληρώσεις μετά την εκπαίδευσή σου στην Ενεργητική Ακρόαση.

Για καθεμία από τις τοποθετήσεις παρακάτω σημείωσε την απάντησή σου, κυκλώνοντας ανάμεσα στα

- 1 (Διαφωνώ Απόλυτα),
- 2 (Διαφωνώ),
- 3 (Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ), 4 (Συμφωνώ) ή 5 (Συμφωνώ Απόλυτα).

Σημείωση:

Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση, ούτε θα αξιολογηθείς με κάποιον τρόπο. Σημασία έχει μόνο **να είναι η ειλικρινής απάντηση!**

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή!

*Παρακάτω, οι όροι ‘Συνέντευξη’ και ‘Ασθενής’ νοούνται στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής.

1. Με ενδιαφέρει αν στην συνέντευξη με έναν ασθενή υπαισέρονται επικοινωνιακά εμπόδια

1 2 3 4 5
2. Μπορώ να εντοπίσω τυχόν ασυμφωνίες ανάμεσα στα στοιχεία της λεκτικής και της μη λεκτικής επικοινωνίας του ασθενή.

1 2 3 4 5
3. Μπορώ να εντοπίσω τυχόν αντιφάσεις στα λόγια του ασθενή (π.χ. αν έχει βιώσει κάποια πρόσφατη απώλεια αλλά δηλώνει πως δεν έχει αντιμετωπίσει κάποιο stress το τελευταίο διάστημα)

1 2 3 4 5
4. Μπορώ να εντοπίσω τυχόν στοιχεία απροσδόκτης αμυντικής στάσης του ασθενούς, όταν εξωτερικεύω την ερμηνεία μου για το πρόβλημά του.

1 2 3 4 5
5. Μπορώ να εντοπίσω τυχόν δικά μου συναισθήματα δυσφορίας κατά τη διάρκεια της συνέντευξης

1 2 3 4 5
6. Μπορώ να αντιληφθώ την ενδεχόμενη έλλειψη υπομονής από την πλευρά μου κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1 2 3 4 5
7. Μπορώ να αντιληφθώ εξωτερικούς παράγοντες που υπαισέρονται στην επικοινωνία μου με τον ασθενή κατά τη διάρκεια της συνέντευξης (π.χ. Θόρυβος από το διάδρομο, αφιλόξενο κλίμα προς τον ασθενή)

1 2 3 4 5
8. Όταν υποψιάζομαι ότι υπάρχει κάποιο επικοινωνιακό εμπόδιο στη συνέντευξη, με ενδιαφέρει να συνεργαστώ με τον ασθενή για να ξεκαθαριστεί ποιο είναι και πού οφείλεται.

1 2 3 4 5
9. Όταν υποψιάζομαι ότι υπάρχει κάποιο επικοινωνιακό εμπόδιο στη συνέντευξη, κάνω ανοιχτού τύπου ερωτήσεις για να το διευκρινίσω.

1 2 3 4 5

10. Όταν υποψιάζομαι ότι υπάρχει κάποιο επικοινωνιακό εμπόδιο στη συνέντευξη αλλά δεν μπορώ να το ορίσω επακριβώς, το θέτω ανοιχτά στον ασθενή.

1 2 3 4 5

11. Όταν αναγνωρίζω κάποιο επικοινωνιακό εμπόδιο στη συνέντευξη, με ενδιαφέρει να βρω τρόπους να το ξεπεράσω.

1 2 3 4 5

12. Ακούω ενεργητικά κι ενσυναισθητικά τον ασθενή.

1 2 3 4 5

13. Με ενδιαφέρει η κατανόηση του προβλήματος του ασθενή συνολικά, ακόμη και η επίδρασή που έχει στα συναισθήματα του ασθενή.

1 2 3 4 5

14. Διατηρώ βλεμματική επαφή με τον ασθενή.

1 2 3 4 5

15. Με ενδιαφέρουν όσα υπονοούν η στάση του σώματος και ο τόνος της φωνής του ασθενή.

1 2 3 4 5

16. Όταν κατανοώ το πρόβλημα του ασθενή, με νοιάζει να εξωτερικεύσω στον ασθενή αυτή την κατανόηση.

1 2 3 4 5

Κωδικό Όνομα:

Φύλο: Αρσενικό Θηλυκό Άλλο

Ηλικία:

Έτος Φοίτησης:

Ημερομηνία: / / 2020

ΒΕΒΑΙΩΣΟΥ ΟΤΙ ΕΧΕΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ **ΟΛΕΣ** ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΤΙ ΕΧΕΙΣ ΔΩΣΕΙ **ΜΙΑ** ΜΟΝΟ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ

Ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση Μετά την Εκπαιδευτική Παρέμβαση



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Ερωτηματολόγιο Αυτοαξιολόγησης στην Αντιμετώπιση Επικοινωνιακών Εμποδίων στην Ψυχιατρική Συνέντευξη

“Επικοινωνιακά εμπόδια είναι τα προβλήματα που προκύπτουν σε κάθε στάδιο της επικοινωνίας μεταξύ ενός πομπού και ενός δέκτη και είναι δυνατό να δημιουργήσουν παρερμηνεία του μηνύματος.” (Louise Boone, 1996)

Παρακάτω, ακολουθεί ένα Ερωτηματολόγιο Αυτοαξιολόγησης για την αντιμετώπιση επικοινωνιακών εμποδίων στην ψυχιατρική συνέντευξη.

Παρακαλώ, συμπλήρωσε στο τέλος του ερωτηματολογίου το κωδικό όνομα που χρησιμοποιήσες και στο ερωτηματολόγιο πριν την εκπαίδευση.

Για καθεμία από τις τοποθετήσεις παρακάτω σημείωσε την απάντησή σου, κυκλώνοντας ανάμεσα στα

- 1 (Διαφωνώ Απόλυτα),
- 2 (Διαφωνώ),
- 3 (Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ), 4 (Συμφωνώ) ή 5 (Συμφωνώ Απόλυτα).

Σημείωση:

Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση, ούτε θα αξιολογηθείς με κάποιον τρόπο. Σημασία έχει μόνο **να είναι η ειλικρινής απάντηση!**

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή!

*Παρακάτω, οι όροι ‘Συνέντευξη’ και ‘Ασθενής’ νοούνται στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής.

1. Με ενδιαφέρει αν στην συνέντευξη με έναν ασθενή υπαισέρχονται επικοινωνιακά εμπόδια

1 2 3 4 5
2. Μπορώ να εντοπίσω τυχόν ασυμφωνίες ανάμεσα στα στοιχεία της λεκτικής και της μη λεκτικής επικοινωνίας του ασθενή.

1 2 3 4 5
3. Μπορώ να εντοπίσω τυχόν αντιφάσεις στα λόγια του ασθενή (π.χ. αν έχει βιώσει κάποια πρόσφατη απώλεια αλλά δηλώνει πως δεν έχει αντιμετωπίσει κάποιο stress το τελευταίο διάστημα)

1 2 3 4 5
4. Μπορώ να εντοπίσω τυχόν στοιχεία απροσδόκτης αμυντικής στάσης του ασθενούς, όταν εξωτερικεύω την ερμηνεία μου για το πρόβλημά του.

1 2 3 4 5
5. Μπορώ να εντοπίσω τυχόν δικά μου συναισθήματα δυσφορίας κατά τη διάρκεια της συνέντευξης

1 2 3 4 5
6. Μπορώ να αντιληφθώ την ενδεχόμενη έλλειψη υπομονής από την πλευρά μου κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1 2 3 4 5
7. Μπορώ να αντιληφθώ εξωτερικούς παράγοντες που υπαισέρχονται στην επικοινωνία μου με τον ασθενή κατά τη διάρκεια της συνέντευξης (π.χ. Θόρυβος από το διάδρομο, αφιλόξενο κλίμα προς τον ασθενή)

1 2 3 4 5
8. Όταν υποψιάζομαι ότι υπάρχει κάποιο επικοινωνιακό εμπόδιο στη συνέντευξη, με ενδιαφέρει να συνεργαστώ με τον ασθενή για να ξεκαθαριστεί ποιο είναι και πού οφείλεται.

1 2 3 4 5
9. Όταν υποψιάζομαι ότι υπάρχει κάποιο επικοινωνιακό εμπόδιο στη συνέντευξη, κάνω ανοιχτού τύπου ερωτήσεις για να το διευκρινίσω.

1 2 3 4 5

10. Όταν υποψιάζομαι ότι υπάρχει κάποιο επικοινωνιακό εμπόδιο στη συνέντευξη αλλά δεν μπορώ να το ορίσω επακριβώς, το θέτω ανοιχτά στον ασθενή.

1 2 3 4 5

11. Όταν αναγνωρίζω κάποιο επικοινωνιακό εμπόδιο στη συνέντευξη, με ενδιαφέρει να βρω τρόπους να το ξεπεράσω.

1 2 3 4 5

12. Ακούω ενεργητικά κι ενσυναισθητικά τον ασθενή.

1 2 3 4 5

13. Με ενδιαφέρει η κατανόηση του προβλήματος του ασθενή συνολικά, ακόμη και η επίδρασή που έχει στα συναισθήματα του ασθενή.

1 2 3 4 5

14. Διατηρώ βλεμματική επαφή με τον ασθενή.

1 2 3 4 5

15. Με ενδιαφέρουν όσα υπονοούν η στάση του σώματος και ο τόνος της φωνής του ασθενή.

1 2 3 4 5

16. Όταν κατανοώ το πρόβλημα του ασθενή, με νοιάζει να εξωτερικεύσω στον ασθενή αυτή την κατανόηση.

1 2 3 4 5

Κωδικό Όνομα:

Φύλο: Αρσενικό Θηλυκό Άλλο

Ηλικία:

Έτος Φοίτησης:

Ημερομηνία: / / 2020

ΒΕΒΑΙΩΣΟΥ ΟΤΙ ΕΧΕΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ **ΟΛΕΣ** ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΤΙ ΕΧΕΙΣ ΔΩΣΕΙ **ΜΙΑ** ΜΟΝΟ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ

