

Η επικοινωνία του οδοντίατρου με τον ηλικιωμένο ασθενή

Βασιλική Ρήγα¹, Αναστασία Ε. Κοσιώνη²

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες αποτελούν σημαντικό στοιχείο της αλληλεπιδραστικής σχέσης του οδοντίατρου με τον ασθενή του. Οι οδοντίατροι που επικοινωνούν αποτελεσματικότερα με τους ασθενείς τους επιτυγχάνουν υψηλότερου βαθμού συνεργασία μαζί τους. Η επικοινωνία διακρίνεται στη λεκτική και στη μη λεκτική, αλλά είναι σημαντικό να τονιστεί ότι και οι δύο μορφές επικοινωνίας είναι αλληλένδετες και στην πράξη δεν μπορούν να διαχωριστούν. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στην σχέση μας με τους ηλικιωμένους ασθενείς. Στους ασθενείς αυτούς συχνά καταγράφονται αισθητηριακές ελλείψεις στην ακοή και την όραση, διαταραχές στην πρόσφατη μνήμη και έκπτωση της ικανότητας μάθησης και προσαρμογής σε καινούργιες καταστάσεις. Ο οδοντίατρος θα πρέπει να αξιοποιήσει μια σειρά τεχνικών για να επιτύχει καλύτερη επικοινωνία με τον ηλικιωμένο ασθενή, όπως να αφιερώνει περισσότερο χρόνο για να τον «ακούσει» και για να περιγράψει τις παρατηρήσεις και τις οδηγίες του, να παραθέτει τις πληροφορίες του με πολλαπλούς τρόπους (γραπτά και προφορικά), να λαμβάνει την κατάλληλη θέση σώματος ως προς τον ασθενή του, να διατηρεί βλεμματική επαφή μαζί του, να δείχνει σωματική ανταπόκριση στη συζήτηση, να αποφεύγει τη χρήση μάσκας όταν μιλάει, να φροντίζει για τον καλό φωτισμό του χώρου και για την απουσία θορύβων περιβάλλοντος.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 4: 23-28, 2011

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επικοινωνία του οδοντίατρου με τον ασθενή αποτελεί ένα σημαντικό κεφάλαιο στην άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος. Μέχρι πρόσφατα οι επικοινωνιακές δεξιότητες «μαθαίνονταν στην πράξη» μέσα από την επαγγελματική ενασχόληση και εμπειρία του οδοντίατρου και δεν διδάσκονταν σε ολοκληρωμένη μορφή στα προγράμματα προπτυχιακών σπουδών.

Οι οδοντίατροι αλληλεπιδρούν λεκτικά με τους ασθενείς

Λέξεις κλειδιά: επικοινωνία, σωματική έκφραση, ηλικιωμένος, οδοντίατρος

¹ Λέκτορας ΤΕΕΑΠΗ, Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πατρών

² Επίκουρη Καθηγήτρια Κινητής Προσθετικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Ιδρύματα προέλευσης:

Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πατρών και Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

τους μέσα στα λίγα λεπτά του αρχικού χαιρετισμού, της λήψης ιστορικού, της συζήτησης πάνω στο σχέδιο θεραπείας και της χορήγησης οδηγιών. Το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους με τον ασθενή εξελίσσεται «σιωπηλά» κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όπου μεγάλη σημασία παίζουν οι με λεκτικές μορφές επικοινωνίας (μάτια, κίνηση χεριών του ασθενή κλπ). Επιπλέον συναισθήματα άγχους, συχνά και από τις δύο πλευρές, συνοδεύουν τη διαδικασία. Είναι συνεπώς αναγκαίο ο οδοντίατρος να διαθέτει τις δεξιότητες αυτές που θα του επιτρέψουν την καλύτερη προσέγγιση των ασθενών του και κυρίως εκείνων που πάσχουν από οδοντιατρικό άγχος ή παρουσιάζουν δυσκολίες επικοινωνίας (πχ. μικρά παιδιά, ηλικιωμένοι, αλλοδαποί, άτομα με ψυχική νόσο, ανοϊκοί ασθενείς, άτομα με προβλήματα ακοής, όρασης κλπ.).

Η Ένωση για την Οδοντιατρική Εκπαίδευση στην Ευρώπη (Association for Dental Education in Europe / ADEE) την οποία απαρτίζει η πλειοψηφία των Οδοντιατρικών Σχολών της ηπείρου και η οποία κατευθύνει το σχεδιασμό και τη σύγκλιση των προγραμμάτων σπουδών, στο κείμενο της σχετικά με τις αναγκαίες δεξιότητες του ο-

δοντιάτρου που αποφοιτά από τις Οδοντιατρικές Σχολές τονίζει τη σημασία της ικανότητας της επικοινωνίας με τους ασθενείς, τις οικογένειές τους, τους φροντιστές, τους συγγενείς και τους άλλους επαγγελματίες της υγείας¹. Στις ικανότητες αυτές συμπεριλαμβάνονται η ικανότητα καταγραφής της υποκειμενικής ανάγκης και των προσδοκίων του ασθενή σχετικά με την οδοντιατρική του θεραπεία και η αντιμετώπιση του άγχους του. Μία κατηγορία ασθενών με ιδιαίτερες ανάγκες στην επικοινωνιακή προσέγγιση είναι οι ηλικιωμένοι. Το φυσιολογικό γήρας συνοδεύεται από τη μείωση της λειτουργικής επάρκειας οργάνων και συστημάτων. Συχνά καταγράφονται αισθητηριακές ελλείψεις στην ακοή (πχ. πρεσβυακουσία) και την όραση (πχ. καταρράκτης, πρεσβυωπία), οι οποίες αποτελούν εμπόδιο στην επικοινωνία με τον οδοντίατρο, διαταραχές στην πρόσφατη μνήμη, βραδύτητα σκέψης, ελάττωση της έκφρασης ενθουσιασμού, περιορισμένο ενδιαφέρον για συγκράτηση πληροφοριών, ενώ ελαττώνονται η ικανότητα μάθησης και προσαρμογής σε καινούργιες καταστάσεις²⁻⁶. Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να ορίσει την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του επαγγελματία της υγείας και του ασθενή, να τονίσει τη σημασία της στην άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος, να καταγράψει τα σημαντικότερα προβλήματα που παρουσιάζονται στην επικοινωνία οδοντιάτρου και ηλικιωμένου ασθενή και να προτείνει τρόπους αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Ένα απλός ορισμός της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή περιλαμβάνει την ανταλλαγή πληροφοριών μέσω λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων, η οποία οδηγεί στην ενεργή συμμετοχή των ασθενών, στην πιστή εφαρμογή της προγραμματισμένης θεραπείας και στην αμοιβαία ικανοποίηση⁷.

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία η δεξιότητα στην επικοινωνία ορίζεται από δύο συνιστώσες: τη λεκτική και τη μη λεκτική επικοινωνία⁸. Υπάρχει όμως αρκετή σύγχυση στο τί περιλαμβάνει η κάθε μία συνιστώσα και στο ποια μορφή επικοινωνίας είναι η πιο αποτελεσματική. Πέραν από αυτόν τον κλασικό διαχωρισμό άρχισε να καταγράφεται και να αναλύεται και μια άλλη έννοια πιο ολιστική, αυτή της σωματικής έκφρασης.

Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η λεκτική επικοινωνία αναφέρεται συχνά στις λέξεις που χρησιμοποιούμε για να επικοινωνήσουμε και περιορίζεται στον προφορικό και γραπτό λόγο. Μία αποτελεσματική λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει δεξιότητες στην ομιλία και την ακρόαση και πιο συγκεκριμένα δεξιότητες στους παρακάτω τομείς⁹:

(1) στη χρήση των κωδικών επικοινωνίας (πχ. αποτελεσματική ακρόαση και κατανόηση του προφορικού λόγου, κατάλληλη χρήση των λέξεων, της προφοράς, του συντακτικού και της γραμματικής, αποτελεσματική χρήση της φωνής),

(2) στην αξιολόγηση του προφορικού μηνύματος (πχ. προσδιορισμός της βασικής ιδέας του μηνύματος, διαχωρισμός των γεγονότων από τις απόψεις, αναγνώριση τότε κάποιος δεν καταλαβαίνει το μήνυμά σου),

(3) στις βασικές μορφές προφορικής επικοινωνίας (συνοπτική και με σαφήνεια έκφραση ιδεών, τεκμηριωμένη υποστήριξη της άποψης, οργάνωση μηνυμάτων ώστε να γίνουν αντιληπτά από τους άλλους, σύνταξη ερωτήσεων για λήψη πληροφορίας, αποτελεσματική απάντηση ερωτήσεων, παροχή συνοπτικών και ακριβών οδηγιών, σύνοψη μηνυμάτων),

(4) στις ανθρώπινες σχέσεις (περιγραφή της άποψης του άλλου, περιγραφή διαφορών στις απόψεις, έκφραση συναισθημάτων, εκτέλεση κοινωνικών τελετουργικών).

Η ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η μη λεκτική επικοινωνία αναφέρεται στην ανθρώπινη επικοινωνία που παράγεται με οποιοδήποτε τρόπο εκτός από τις λέξεις⁸ και υπερβαίνει τον προφορικό και γραπτό λόγο. Το μη λεκτικό κομμάτι της συμπεριφοράς θεωρείται από πολλούς ερευνητές ότι αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος μιας επικοινωνιακής πράξης¹⁰⁻¹². Έρευνες γνωστών θεωρητικών της μη λεκτικής επικοινωνίας^{8,10,13-21} αναδεικνύουν πολλές διαστάσεις της μη λεκτικής συμπεριφοράς τις οποίες συνοψίζουμε σε δύο βασικές κατηγορίες:

(1) στην αυτοπαρουσίαση του ατόμου, δηλαδή:

- στην έκφραση των ματιών
- στις εκφράσεις του προσώπου
- στη φυσική εμφάνιση του ατόμου
- στη στάση του σώματος
- στις θέσεις/ κατευθύνσεις που παίρνει το σώμα στο χώρο
- στην ένδυση
- στις κινήσεις των κάτω άκρων και στις θέσεις που παίρνουν τα πόδια
- στις χειρονομίες και στη χρήση της χειραψίας, του χαιρετισμού
- στο άγγιγμα (απτική επικοινωνία)
- στη χρήση του χρόνου και του χώρου
- στην εγγύτητα κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας
- στο χειρισμό αντικειμένων

και

(2) στη συνοδεία και υποστήριξη της ομιλίας με μη λεκτικά στοιχεία (η παραγλωσσική επικοινωνία), δηλαδή:

- στις κινήσεις του κεφαλιού
- στο ποσοστό του λόγου
- στη διάρκεια του χρόνου ομιλίας
- στο πλήθος και τη συχνότητα των παύσεων στο λόγο και στη σιωπή
- στο ρυθμό της αναπνοής
- στις διαταραχές της ομιλίας, τους δισταγμούς και τις παρεμβολές
- στις λεκτικές νύξεις αμεσότητας και στη χρήση ήχων, όπως «μμμ», «ααα»,
- στην ποιότητα της φωνής (ο τόνος, η χροιά, η ένταση, ο ρυθμός)
- στην προφορά, τη διάλεκτο

Η ισχύουσα διάκριση στη βιβλιογραφία σε λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία παρουσιάζει κάποια προβλήματα. Πολλοί πιστεύουν ότι η μη λεκτική επικοινωνία διαφοροποιείται από τη λεκτική λόγω έλλειψης προφορικού λόγου. Όμως το λεκτικό και μη λεκτικό σύστημα λειτουργεί μαζί ως μέρος της διαδικασίας της επικοινωνίας. Είναι ωστόσο αδύνατο να διαχωρίσουμε τη λεκτική συμπεριφορά από τη μη λεκτική. Για παράδειγμα οι κινήσεις των χεριών στους κωφάλαλους αφορούν χειρονομίες που περνούν λεκτικά μηνύματα, ενώ όλες οι φωνητικές εκφράσεις δεν είναι προφορικός λόγος (όπως το μουρμουρητό) και μπορεί να κρύβουν θέσεις και συναισθήματα. Ταυτόχρονα, οι μη λεκτικές εκδηλώσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς μπορούν να ερμηνευθούν μέσω λεκτικών συμβόλων. Ο διαχωρισμός της επικοινωνίας σε δύο συνιστώσες ή η έμφαση στη μία συνιστώσα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της επικοινωνίας αφήνουν απ έξω και άλλες σημαντικές διαστάσεις¹⁰, όπως:

(1) τις σχέσεις των παραπάνω (λεκτικών και μη λεκτικών) χαρακτηριστικών μεταξύ τους,

(2) τις σχέσεις της όλης συμπεριφοράς των ατόμων που επικοινωνούν με τα συναισθήματα και την προσωπικότητά τους,

(3) το περιβάλλον και τις ιδιότητες των καταστάσεων όπου η επικοινωνία πραγματοποιείται.

Χρησιμοποιώντας ένα σύστημα ταξινόμησης που χωρίζει τα πράγματα σε δύο διακριτές κατηγορίες (λεκτικό/μη λεκτικό) δεν λαμβάνουμε υπόψη παράγοντες που δεν φαίνεται να εντάσσονται σε κάποια από τις δύο. Κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης επικοινωνίας ολόκληρο το σώμα παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και σηματοδοτεί τις προθέσεις του²². Οι πληροφορίες αυτές δίνονται τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά. Όλο το ανθρώπινο σώμα συλλαμβάνει και αποκωδικοποιεί πληροφορίες από το περιβάλλον και στη συνέχεια γεννά λεκτικές και μη λεκτικές απαντήσεις. Ως εκ τούτου η έκφραση του σώματος αποκάλυπτε μια πιο στενή σχέση μεταξύ συναισθημάτων και συμπεριφοράς.

Η σωματική έκφραση δεν είναι ένα μεμονωμένο φαινόμενο, αλλά μια ολιστική οπτική της συνολικής επικοινωνιακής διεργασίας μέσω της οποίας οι αλληλεπιδρώντες μπορούν να ερμηνεύσουν, να κατασκευάσουν και να μεταδώσουν νοήματα με αποτελεσματικότητα. Στην πραγματικότητα για να ερμηνεύσουμε ένα μήνυμα λαμβάνουμε υπόψη την όλη τη συμπεριφορά του ατόμου, χωρίς να κάνουμε συνειδητή διάκριση ότι αυτό το μήνυμα προέρχεται από τη λεκτική και όχι από τη μη λεκτική συμπεριφορά, εφόσον αντιλαμβανόμαστε το άτομο ως σύνολο και όχι ως συλλογή χαρακτηριστικών. Για παράδειγμα, όταν ένα λεκτικό μήνυμα είναι ασαφές αναζητούμε ασυνείδητα μη λεκτικά μηνύματα για να ερμηνεύσουμε το τι ειπώθηκε. Κατά τη διάρκεια συνομιλίας στο τηλέφωνο δίνουμε περισσότερη προσοχή στα παραγλωσσικά στοιχεία, όπως στην προσωδία (επιτονισμός, χροιά της φωνής, ένταση, δύναμη, ρυθμός, παύσεις κλπ.), γιατί τα κινήματα στοιχεία του λόγου απουσιάζουν (οι κινήσεις του προσώπου και των χεριών, οι θέσεις του σώματος κ.λπ.).

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ

Πέρα από τις κλινικές δεξιότητες των οδοντιάτρων, η ικανότητα να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς και να αποκωδικοποιούν τα συναισθήματά τους, να συγκεντρώνουν σύντομα τις σωστές πληροφορίες, να δείχνουν ενσυναίσθηση και επαγγελματισμό θεωρείται πλέον ζωτικής σημασίας²³. Έρευνες αναφέρουν ότι η αποτελεσματική διαπροσωπική επικοινωνία αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών^{24,25}, βοηθάει στη συμμόρφωσή τους ως προς τη θεραπεία, μειώνει το άγχος τους^{26,27} και τον κίνδυνο καταγγελιών λόγω κακής πρακτικής^{28,29}. Όπως αναφέρουν οι Young, Meterko και Desai³⁰ η ικανοποίηση των ασθενών είναι πλέον ένα βασικό κριτήριο με το οποίο αξιολογείται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, λόγω των δημογραφικών και κοινωνικών αλλαγών, ο σύγχρονος οδοντίατρος θα πρέπει να είναι σε θέση να μπορεί να επικοινωνεί αποτελεσματικά με ασθενείς που προέρχονται από διάφορα φυλετικά, εθνικά, γλωσσικά, κοινωνικοοικονομικά και πολιτισμικά υπόβαθρα. Οι δεξιότητες αυτές είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στη φροντίδα της στοματικής υγείας³¹.

Βέβαια η ικανότητα του να επικοινωνεί αποτελεσματικά με τον ασθενή δεν είναι πάντα δυνατή επειδή οι στόχοι μας μπορεί να διαφέρουν από αυτούς των ασθενών ή ο καθένας να αντιλαμβάνεται διαφορετικά την επικοινωνιακή σχέση που δημιουργείται. Επιπλέον, η επικοινωνιακή ικανότητα του οδοντιάτρου επηρεάζεται από τα στερεότυπα που έχει σχετικά με τους ασθενείς που ανήκουν σε ορισμένες ομάδες (πχ. ηλικιωμένοι, παιδιά), από τις πρώτες εντυπώσεις για τον ασθενή (σχολαστικός, επικριτικός, συνεργάσιμος, μη συνεργάσιμος κλπ) οι οποίες καθορίζουν και τις μεταγενέστερες αντιλήψεις και είναι ανθεκτικές στην αλλαγή, από την επιλεκτική αντίληψη σύμφωνα με την οποία δίνουμε προσοχή στα πράγματα που είναι συνεπή με τις δικές μας εμπειρίες και ανησυχίες κ.λπ.

Το ζητούμενο είναι οι οδοντίατροι, ενώ είναι προσανατολισμένοι προς τον ασθενή, την ίδια στιγμή να διατηρούν την ικανότητα να ολοκληρώνουν τους δικούς τους στόχους, όπως πρέπει να συμβαίνει στην ανθρώπινη επικοινωνία και συμπεριφορά³². Ο προσανατολισμός προς τον άλλο αποδεικνύεται δείχνοντας ενσυναίσθηση, υποστήριξη και χαλαρότητα κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης, προσαρμόζοντας ταυτόχρονα τη συμπεριφορά αναλόγως των περιστάσεων. Αυτό είναι το αποτέλεσμα μιας αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ οδοντιάτρου και ασθενή.

ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Οι κανόνες επικοινωνίας ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τον πολιτισμό ή τις διαφορετικές αντιλήψεις που επικρατούν μεταξύ των γενεών³³.

Η φυσιολογική γήρανση και κυρίως η νόσος που συχνά συνοδεύει το γήρας επηρεάζουν τον τρόπο και την απο-

τελεστικότητα της επικοινωνίας του ηλικιωμένου με το περιβάλλον του. Υπάρχουν ωστόσο κάποιες πρακτικές που διευκολύνουν αυτή την επικοινωνία^{3,5,6} (Πίν. 1).

Αν και οι ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, η μεγάλη βιολογική μεταβλητότητα, δηλαδή οι σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων ατόμων, δεν θα πρέπει να μας παρασύρει σε στερεότυπα.

Από την πρώτη επαφή θα πρέπει να αντιληφθούμε τη

διανοητική κατάσταση του ασθενή, αν και δεν είναι πάντα εύκολο να καταγράψει κανείς την πιθανή ελαφρά σύγχυση. Συχνά στη συζήτηση παρεμβαίνουν οι φροντιστές (πχ συγγενείς) οι οποίοι απαντούν αντί για τον ίδιο τον ασθενή και χρειάζονται σχετικό επικοινωνιακό χειρισμό από τον οδοντίατρο.

Από την αρχική συζήτηση πρέπει επίσης να γίνει αντιληπτό κάποιο πιθανό πρόβλημα στην ακοή, που συχνά εκλαμβάνεται ως διανοητικό πρόβλημα. Αν ο ηλικιωμένος δεν μας ακούει και δεν μας απαντά, αυτό περιπλέκει την κλινική του εικόνα. Ο ηλικιωμένος παρουσιάζει συχνά αδυναμία να αντιληφθεί υψηλές συχνότητες, δυσκολεύεται να αντιληφθεί τη φυσιολογική ομιλία και επακόλουθα τις ερωτήσεις ή τις απαντήσεις και οδηγίες του οδοντίατρου^{3,5,6}. Αντίθετα ενισχύεται ο θόρυβος από το περιβάλλον. Προτάσεις για ικανοποιητική επικοινωνία με τον ασθενή με προβλήματα ακοής καταγράφονται στον Πίνακα 2^{3,5,6}.

Ο ηλικιωμένος συνήθως δεν βλέπει καλά. Σκόπιμο είναι να ζητάμε να φορέσει τα γυαλιά του και να επιδιώκουμε να είναι καλός ο φωτισμός του περιβάλλοντος. Οι ενέργειες αυτές θα τον βοηθήσουν να βλέπει καλύτερα τις κινήσεις των χειλέων μας και τις εκφράσεις του προσώπου μας, ιδιαίτερα αν πάσχει και από βαρηκοΐα. Οι γραπτές οδηγίες που θα δώσουμε θα πρέπει να περιλαμβάνουν μεγάλο μέγεθος γραμματοσειρά σε έντονη αντίθεση με το φόντο⁶. Είναι επίσης πιθανόν να μην μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τον καθρέφτη για να δει ο ασθενής τις καινούργιες του οδοντοστοιχίες ή κάποια επίδειξη στοματικής υγιεινής στο στόμα του, εφόσον δεν μπορεί να διακρίνει λεπτομέρειες.

Με ευαισθησία είναι σκόπιμο να ρωτάμε -αν δεν το έχουμε ήδη αντιληφθεί από τη γενικότερη επικοινωνιακή συμπεριφορά του- αν ο ασθενής γνωρίζει ανάγνωση

Πίνακας 1

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ελέγχουμε αν ο ασθενής ακούει και βλέπει καλά
Ελέγχουμε τη διανοητική κατάσταση του ασθενή
Διαθέτουμε περισσότερο χρόνο για τη συζήτηση
Φροντίζουμε για καλό φωτισμό ώστε να βλέπει καθαρά το πρόσωπό μας
Περιορίζουμε τους θορύβους του περιβάλλοντος (πχ. μουσική, τροχός)
Στεκόμαστε παράλληλα με το σώμα του ασθενή
Επιδιώκουμε άμεση οπτική επαφή και εστιάζουμε το βλέμμα μας στον ασθενή
Αποφεύγουμε τη συζήτηση φορώντας οδοντιατρική μάσκα ή μένοντας μακριά από τον ασθενή
Χρησιμοποιούμε θετικές εκφράσεις προσώπου (χαμόγελο, ανύψωση φρυδιών) και κίνηση της κεφαλής δείχνοντας ενδιαφέρον και συμφωνία
Χρησιμοποιούμε απλή και κατανοητή γλώσσα
Επαναλαμβάνουμε αρκετές φορές τις πληροφορίες και ελέγχουμε αν έγιναν κατανοητές
Κάνουμε ερωτήσεις και ζητούμε διευκρινήσεις
Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συνεχίσει να μιλάει χωρίς να τον διακόπτουμε. Αν παρασυρθεί σε εκτός θέματος πληροφορίες, ευγενικά επαναφέρουμε τη συζήτηση στο θέμα
Υποστηρίζουμε τη συζήτηση αλλάζοντας τον ρυθμό και τον τόνο της φωνής και χρησιμοποιούμε υποστηρικτικές εκφράσεις (πχ. «μμμ» «οοο»)
Δίνουμε τις πληροφορίες με πολλούς τρόπους (γραπτά, προφορικά)
Οι γραπτές οδηγίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν μεγάλο μέγεθος γράμματα σε έντονη χρωματική αντίθεση με το φόντο
Δίνουμε τις πληροφορίες ή τις οδηγίες σταδιακά και σε διαδοχικές συνεδρίες, αν είναι πολλές σε όγκο
Δίνουμε τις οδηγίες με βάση τη χρονική σειρά εξέλιξης τους
Ελέγχουμε την προηγούμενη εμπειρία του από τον οδοντίατρο και αξιολογούμε πώς επηρεάζει τη σημαντική του στάση και συμπεριφορά

Πίνακας 2

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΗΚΟΪΑ

Υψώνουμε ελαφρά την ένταση της φωνής χωρίς όμως να φωνάζουμε
Μιλάμε αργά και καθαρά
Το πρόσωπό μας πρέπει να είναι στο ίδιο επίπεδο και να αντικρίζει το πρόσωπο του ασθενή
Δεν πρέπει να κρύβεται το στόμα μας (πχ. με μάσκα)
Φροντίζουμε για καλό φωτισμό του χώρου
Μένουμε σε απόσταση μέχρι 1 μέτρο από τον ασθενή
Κατευθύνουμε την ομιλία μας προς το αυτί που ακούει καλύτερα
Καταργούμε τους θορύβους περιβάλλοντος (πχ. μουσική, τηλεόραση, τροχός κ.λπ.)
Αν ο ασθενής φορά ακουστικό βαρηκοΐας βεβαιωνόμαστε ότι κατά τη συζήτηση είναι ενεργοποιημένο
Δίνουμε τις οδηγίες και γραπτά

γιατί ακόμα και σήμερα πολλοί ηλικιωμένοι και, κυρίως γυναίκες, δεν γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση. Πρέπει να διαθέτει κάποιος αρκετό χρόνο κατά τη συνεδρία με έναν ηλικιωμένο, τόσο για να τον ακούσει όσο και για να εξηγήσει το σχέδιο θεραπείας, να δώσει οδηγίες και να απαντήσει σε ερωτήσεις που συχνά επαναλαμβάνονται. Οι ηλικιωμένοι αρέσκονται να μιλούν για το παρελθόν και να διηγούνται θέματα άσχετα με το λόγο για τον οποίο προσήλθαν στο ιατρείο (πχ. για τα παιδιά τους ή για παλαιότερες εμπειρίες τους). Χρειάζεται ιδιαίτερη ευαισθησία και προσοχή για να τους διακόψει κανείς και να επιστρέψει στο θέμα της συζήτησης χωρίς να τους προσβάλλει.

Η σωματική έκφραση, όπως προσδιορίστηκε προηγούμενα, αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τον ηλικιωμένο που μεγάλωσε σε εποχές και σε περιβάλλοντα όπου η έκφραση συναισθημάτων δεν ήταν κοινωνικά επιτρεπτή⁶ και έτσι δυσκολεύεται να επικοινωνήσει λεκτικά το άγχος, το φόβο, την αγωνία ή τα οικονομικά του προβλήματα. Επίσης, η σωματική έκφραση βοηθά να αντιληφθούμε πιθανά προβλήματα υγείας ή την ψυχική ένταση του ασθενή. Για παράδειγμα, πολλές φορές η πρώτη χειραψία υποδηλώνει την κατάσταση του ασθενή. Μια χειραψία που είναι «σθεναρή» και κρατά πολύ, συχνά υποδηλώνει έναν φοβισμένο ασθενή, ενώ η άρνηση της χειραψίας δηλώνει πιθανά έναν ασθενή σε σύγχυση ή με άνοια⁹. Αντίστοιχα, οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι μπορεί να αποφεύγουν τη βλεμματική επαφή⁹.

Οι διαταραχές στην πρόσφατη μνήμη και στην ικανότητα μάθησης και προσαρμογής σε καινούργιες καταστάσεις απαιτούν επίσης ιδιαίτερη αντιμετώπιση. Είναι πολύ σημαντικός ο τρόπος που δίνονται οι πληροφορίες και οι οδηγίες προφορικά ή γραπτά (Πίν. 1). Οι οδηγίες πρέπει να είναι απλές και σύντομες και να δίνονται με τη χρονολογική τους σειρά⁶. Επίσης, πρέπει να επαναλαμβάνονται συχνά. Αν θα πρέπει να δοθούν οδηγίες σε πολλά επίπεδα, καλό είναι να δίνονται σε διαδοχικές συνεδρίες⁶: Για παράδειγμα, στην πρώτη συνεδρία δίνουμε οδηγίες για την υγιεινή των δοντιών, στη δεύτερη για την υγιεινή των οδοντοστοιχιών και στην τρίτη για τις επανεξετάσεις.

Η επίδραση πιθανής νόσου (άνοια, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, κατάθλιψη κ.ά.) επιβαρύνει περαιτέρω την επικοινωνία αλλά καθώς αυτό αποτελεί ένα ειδικό και μεγάλο κεφάλαιο δεν θα αναλυθεί στην παρούσα εργασία. Στις περιπτώσεις αυτές σημαντικό ρόλο παίζει η επικοινωνιακή μας σχέση με τους φροντιστές (συγγενείς, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό).

Η διάκριση ανάμεσα στην αντικειμενική ανάγκη θεραπείας, όπως την καταγράφει ο οδοντίατρος, και στην υποκειμενική ανάγκη και προσδοκία του ασθενή προκαλεί εμπόδια στην επικοινωνία. Ο οδοντίατρος μπορεί να θεωρεί ότι θα πρέπει να κατασκευαστεί καινούργια οδοντοστοιχία στον ηλικιωμένο, εκείνος όμως να είναι απόλυτα ευχαριστημένος με την παλιά και να μην θέλει να την αλλάξει. Ο οδοντίατρος θα πρέπει να αξιοποιήσει κατάλληλες τεχνικές, κλινικές και επικοινωνιακές, για να συγκεράσει τις καταστάσεις.

Τελειώνοντας, θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί ότι

οι επικοινωνιακές δεξιότητες και η κριτική σκέψη δεν μεταβάλλονται στον υγιή ηλικιωμένο, αλλά ενίοτε βελτιώνονται² και πολλές φορές η συζήτηση μαζί τους προσφέρει μεγάλη ικανοποίηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες είναι αναγκαίες για την αποτελεσματική αλληλεπίδραση του οδοντίατρου με τον ασθενή του. Αποκτούν ιδιαίτερη σημασία όταν αναφερόμαστε σε ηλικιωμένους ασθενείς που παρουσιάζουν αισθητηριακή αποστέρωση και διαταραχές στη μνήμη. Ο οδοντίατρος καλό είναι να γνωρίζει και να αξιοποιεί κατάλληλες επικοινωνιακές τεχνικές που βασίζονται στην κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση της λεκτικής επικοινωνίας και της σωματικής έκφρασης τόσο της δικής του όσο και του ασθενή.

SUMMARY

Communication between the dentist and the older dental patient

Riga V., Kossioni A.

hellenic hospital dentistry 4: 23-28, 2011

Communication skills are important for the social, personal and professional success. Communication is currently divided into verbal and nonverbal. Verbal behaviour is related to spoken or written speech, while non verbal behaviour refers to all acts apart from speech. However those two forms of communication often coexist and interrelate and cannot be separately viewed. Communication skills are necessary for the dental professional, as they are related to increased patient satisfaction, reduced anxiety and better compliance. According to the document on the profile and competences for the graduating European dentist approved by the Association for Dental Education in Europe in 2009, the dentist must be competent to communicate effectively with patients, carers and with other health professionals involved in their care, irrespective of age, social and cultural background. The dentist must have specific skills to communicate with the older patient. Age affects visual and auditory function, while forgetfulness is more common than in younger ages. It takes more time to interview and examine the older patient and more time to provide the necessary instructions. Any information should better be provided in multiple ways, orally and written. The instructions must be short and clear. It is often necessary to repeat the instructions more than once. During the interview the dentist should stay close to the patient in parallel body position establishing direct eye contact. Any written instructions must be provided in large print to accommodate people with poor vision. When the older patient suffers from deafness the dentist should speak slowly and clear and raise the voice without shouting. The lighting must be adequate and the patient

able to see the lip movement of the dentist. Background noises should be eliminated. The dentist must be able to decode the patients desires and expectations through verbal and non verbal cues and appropriately adapt the treatment planning.

Key words: *Communication; bodily expression; aged; dentist*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley, AD: Profile and Competences for the Graduating European Dentist - update 2009. Eur J Dent Educ: Official Journal of the Association for Dental Education in Europe 2010; 14(4): 193-202.
2. Δοντάς ΑΣ: Γηριατρική - Γενικά στοιχεία. Σε: Καρκαζής ΗΧ, Πολύζωης ΓΛ., εκδ. Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσωπική Προσθετική. Αθήνα. Μπονισέλ. 1988:19-26.
3. Bennet GCJ, Ebrahim S: The Essentials of Healthcare on Old Age. 2nd ed. London. Edward Arnold. 1995.
4. Χατζηαντωνίου Ι: Η ψυχοκινητική, ψυχολογική και ψυχοπαθολογική εικόνα του γήρατος. Σε: Χριστοδούλου ΓΝ, Κοτταξάκης ΒΠ. Η τρίτη ηλικία. Αθήνα. Βήτα. 2000:179-194.
5. Barnes I, Seymour R, Smith D, Walls A: Management of the Old Patient. In: Barnes I, Walls A. Gerodontology. Oxford. Wright. 1994:51-55.
6. Kiyak HA: Communication in the Practitioner-Aged Patient Relationship. In: Holm-Pedersen P, Loe H, eds. Textbook of Geriatric Dentistry. 2nd ed. Copenhagen. Munksgaard. 1996:150-161.
7. Skeff KM, Stratos GA, Berman J: Educational Theory and Teaching Medical Interviewing. In: Lipkin M, Putman SM, Lazare A, eds. The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research. New York: Springer-Verlag. 1995:379-387.
8. Knapp ML, Hall JA: Nonverbal Communication in Human Interaction. 7th ed. Crawfordsville, IN. Thomson Learning. 2002.
9. Rubin RB: Assessing Speaking and Listening Competence at the College Level: The Communication Competency Assessment Instrument. Commun Educ 1982; 31(1):9-32.
10. Mehrabian A: Nonverbal Communication. Chicago. Aldine Atherton. 1972.
11. Knapp ML: Nonverbal Communication in Human Interaction. New York. Holt, Rinehart & Winston. 1972.
12. Birdwhistell RL: Kinesics and Context. Essays on Body Motion Communication. Philadelphia. University of Pennsylvania Press. 1970.
13. Argyle M: Bodily Communication. 2nd ed. London. Methuen. 1988.
14. Argyle M: Social Interaction. London. Methuen. 1969.
15. Mehrabian A, Ksionzky S: Some Determinants of Social Interaction. Sociometry 1972; 35(4):588-609.
16. Rosenfeld HM: The Experimental Analysis of Interpersonal Influence Processes. J Commun 1972; 22:424-442.
17. Argyle M, Dean J: Eye Contact, Distance and Affiliation. Sociometry 1965; 28(3):289-304.
18. Hall ET: The Hidden Dimension. Garden City, NY. Doubleday. 1966.
19. Kasl, SV, Mahl, GF: The Relationship of Disturbances and Hesitations in Spontaneous Speech to Anxiety. J Pers Soc Psychol 1965; 1:425-433.
20. Wiemann JM, Knapp ML: Turn-taking in Conversations. J Commun 1975; 25(2):75-92.
21. Wiener M, Mehrabian A: Language Within Language. New York. Appleton-Century-Croft. 1968.
22. Van den Stock J, Ruthger R, De Gelder B: Body Expressions Influence Recognition of Emotions in the Face and Voice. Emotion 2007; 7(3):487-494.
23. Hannah A, Millichamp, CJ, Ayers KMS: A Communication Skills Course for Undergraduate Dental Students. J Dent Educ 2004; 68(9):970-977.
24. Kulich KR, Beggren U, Hallberg LR: Model of the Dentist-Patient Consultation in a Clinic Specializing in the Treatment of Dental Phobic Patients: a Qualitative Study. Acta Odontol Scand 2000; 58:63-71.
25. Brattstrom V, Ingelsson M, Aberg E: Treatment Cooperation in Orthodontic Patients. Br J Orthod 1991; 18:37-42.
26. Van der Molen HT, Klaver AA, Duyx MP: Effectiveness of a Communication Skills Training Programme for the Management of Dental Anxiety. Br Dent J 2004; 196(2):101-107.
27. Yoshida T, Milgrom P, Coldwell S: How do U.S. and Canadian Dental Schools Teach Interpersonal Communication Skills? J Dent Educ 2002; 66(11):1281-1288.
28. Huntington B, Kuhn N: Communication Gaffes: A Root Cause of Malpractice Claims. BUMC Proceedings 2003; 16:157-161.
29. Mellor AC, Milgrom P: Dentists' Attitudes towards Frustrating Patients' Visits: Relationship to Satisfaction and Malpractice Complaints. J Public Health Dent 1996; 56:6-11.
30. Young GJ, Meterko M, Desai KR: Patient Satisfaction with Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics. Med Care 2000; 38(3):325-334.
31. Wagner J, Arteaga S, D'Ambrosio J, et al: A Patient-Instructor Program to Promote Dental Students' Communication Skills with Diverse Patients. J Dent Educ 2007; 71(12):1554-1560.
32. Wiemann JM: Explication and Test of a Model of Communication Competence. Hum Commun Res 1977; 3(3):195-213.
33. Berko RM, Wolvin AD, Wolvin DR: Communicating: A Social and Career Focus. 3rd ed. Boston. Houghton Mifflin. 1985.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Αναστασία Κοσιώνη,
Εργαστήριο Προσθετικής,
Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,
Θηβών 2 Γουδή, Αθήνα 11527,
τηλ. 2107461212,
email: akossion@dent.uoa.gr