

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Αντιληπτή σχέση ασθενούς - ιατρού και στάσεις των
ασθενών προς τη χρήση της τεχνητής νοημοσύνης στην
ιατρική.**

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΑΝΤΡΗ

A.M. 154114

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ/ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ:

ΣΟΦΙΑ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ

ΜΑΙΟΣ, 2026

© Copyright

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΑΝΤΡΗ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Ευαγγελίας Καντρή που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Αντιληπτή σχέση ασθενούς - ιατρού και στάσεις των
ασθενών προς τη χρήση της τεχνητής νοημοσύνης
στην ιατρική.**

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΑΝΤΡΗ

A.M. 154114

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Δρ.

Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΦΩΤΙΟΣ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Δρ.

Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ ΣΟΦΙΑ

ΜΑΙΟΣ, 2026

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εξετάζει τη σχέση μεταξύ του προσανατολισμού της σχέσης ασθενούς και ιατρού, της εμπιστοσύνης των ασθενών προς τον ιατρό και των στάσεων τους απέναντι στη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική. Σε ένα περιβάλλον όπου το ΑΙ ενσωματώνεται ολοένα και περισσότερο στις υπηρεσίες υγείας, καθιστώντας σημαντική την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τόσο τη θεραπευτική σχέση όσο και τις τεχνολογικές καινοτομίες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ποσοτική μεθοδολογία και τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε την κλίμακα PPOS για τη μέτρηση του ασθενοκεντρικού προσανατολισμού, την κλίμακα εμπιστοσύνης στον ιατρό και ερωτήσεις σχετικά με τις στάσεις απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη. Το δείγμα αποτέλεσαν 200 συμμετέχοντες, ενώ η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS, μέσω περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του προσανατολισμού της σχέσης ασθενούς–ιατρού, της εμπιστοσύνης και των στάσεων απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη. Αυτό το γεγονός υποδηλώνει ότι οι μεταβλητές αυτές ενδέχεται να επηρεάζονται από άλλους παράγοντες. Συμπερασματικά, η μελέτη αναδεικνύει την πολυπλοκότητα της αποδοχής της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική και τη σημασία της διατήρησης της εμπιστοσύνης και της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στη θεραπευτική σχέση.

Λέξεις κλειδιά: εμπιστοσύνη, TN, ασθενείς, ιατροί, επικοινωνία

ABSTRACT

This master's thesis examines the relationship between the patient–physician relationship orientation, patients' trust in their physician, and their attitudes toward the use of Artificial Intelligence (AI) in medicine. In an environment where AI is increasingly integrated into healthcare services, it becomes essential to understand how patients perceive both the therapeutic relationship and technological innovations. The study was conducted using a quantitative methodology and a structured questionnaire, which included the Patient–Practitioner Orientation Scale (PPOS) to measure patient-centeredness, the Trust in Physician Scale, and questions assessing attitudes toward AI. The sample consisted of 200 participants, and data analysis was performed using SPSS through descriptive and inferential statistical methods. The results indicated that there are no statistically significant correlations between the patient–physician relationship orientation, trust in the physician, and attitudes toward AI, suggesting that these variables may be influenced by other factors. In conclusion, the study highlights the complexity of AI acceptance in healthcare and underscores the importance of maintaining trust and a human-centered approach within the therapeutic relationship.

Keywords: trust, AI, patients, physicians, communication

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ραγδαία ανάπτυξη της Τεχνητής Νοημοσύνης τα τελευταία χρόνια έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές σε πολλούς τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, με τον χώρο της υγείας να αποτελεί έναν από τους πλέον δυναμικούς και ταχέως εξελισσόμενους. Η ενσωμάτωση της στην ιατρική μετασχηματίζει τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιείται η διάγνωση, η λήψη αποφάσεων και η παροχή φροντίδας, δημιουργώντας νέες δυνατότητες αλλά και προκλήσεις.

Παρά τα σημαντικά οφέλη που συνδέονται με τη χρήση προηγμένων τεχνολογιών. Σε αυτά συγκαταλέγεται η βελτίωση της ακρίβειας των διαγνώσεων και η υποστήριξη της κλινικής απόφασης. Η εφαρμογή της δεν αποτελεί μόνο τεχνολογικό ζήτημα, αλλά επηρεάζει βαθιά και τη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς.

Μια σχέση που αποτελεί διαχρονικά τον πυρήνα της ιατρικής και βασικό παράγοντα για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας. Στη σύγχρονη προσέγγιση της ιατρικής, η έμφαση μετατοπίζεται από το παραδοσιακό ιατροκεντρικό μοντέλο προς ένα περισσότερο ασθενοκεντρικό πλαίσιο, όπου ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων και η επικοινωνία με τον ιατρό αποκτά κεντρικό ρόλο. Η ποιότητα αυτής της σχέσης επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την εμπιστοσύνη των ασθενών, τη συμμόρφωσή τους στις θεραπευτικές οδηγίες και τελικά τα αποτελέσματα της υγείας τους. Στο πλαίσιο αυτό, η εισαγωγή της ΤΝ δημιουργεί νέα δεδομένα, καθώς επαναπροσδιορίζει τον ρόλο του ιατρού και τη δυναμική της αλληλεπίδρασης με τον ασθενή.

Η εμπιστοσύνη στον ιατρό αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία της θεραπευτικής σχέσης. Ωστόσο, σε ένα περιβάλλον όπου οι κλινικές αποφάσεις υποστηρίζονται από αλγοριθμικά συστήματα, η έννοια της εμπιστοσύνης αποκτά πολυδιάστατο χαρακτήρα, καθώς οι ασθενείς καλούνται να εμπιστευτούν όχι μόνο τον ιατρό, αλλά και την τεχνολογία που χρησιμοποιείται. Η αποδοχή της ΤΝ εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη λειτουργία της, καθώς και από το επίπεδο εμπιστοσύνης που έχουν στον επαγγελματία υγείας που τη χρησιμοποιεί. Επομένως, η κατανόηση της σχέσης μεταξύ εμπιστοσύνης και τεχνολογικής αποδοχής καθίσταται κρίσιμη για την ομαλή ενσωμάτωση της.

Οι στάσεις των ασθενών απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη διαμορφώνονται από ένα σύνολο παραγόντων, που περιλαμβάνουν τόσο γνωστικά όσο και συναισθηματικά στοιχεία. Από τη μία πλευρά, η ΤΝ μπορεί να προκαλεί θετικές προσδοκίες λόγω της ακρίβειας και της αποτελεσματικότητάς της, ενώ από την άλλη πλευρά ενδέχεται να δημιουργεί ανησυχίες σχετικά με την απώλεια της ανθρώπινης διάστασης της φροντίδας, την προστασία των προσωπικών δεδομένων και τη διαφάνεια των αποφάσεων. Οι αντιλήψεις αυτές επηρεάζουν άμεσα τον βαθμό αποδοχής της τεχνολογίας και καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αλληλεπιδρούν με τα συστήματα υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα μελέτη επιχειρεί να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ του προσανατολισμού της σχέσης ασθενούς–ιατρού, της εμπιστοσύνης προς τον ιατρό και των στάσεων των ασθενών απέναντι στη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική. Η σημασία της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι συνδυάζει τρεις κρίσιμες διαστάσεις της σύγχρονης υγειονομικής πραγματικότητας, οι οποίες μέχρι σήμερα έχουν μελετηθεί κυρίως αποσπασματικά. Ιδιαίτερα στον ελληνικό χώρο, η διερεύνηση των παραπάνω σχέσεων παραμένει περιορισμένη, γεγονός που καθιστά τη συμβολή της παρούσας μελέτης σημαντική τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο.

Σκοπός της έρευνας είναι η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αποδοχή της ΤΝ από τους ασθενείς, με έμφαση στον ρόλο της θεραπευτικής σχέσης και της εμπιστοσύνης. Πιο συγκεκριμένα, επιδιώκεται η διερεύνηση του βαθμού ασθενοκεντρικού προσανατολισμού, η μέτρηση της εμπιστοσύνης προς τον ιατρό, καθώς και η αποτύπωση των στάσεων απέναντι στην ΤΝ. Παράλληλα, εξετάζεται η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών αυτών, καθώς και η επίδραση κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών. Μέσω της ανάλυσης αυτών των παραμέτρων, η μελέτη φιλοδοξεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ ανθρώπινων και τεχνολογικών παραγόντων στον χώρο της υγείας.

Η παρούσα εργασία επιδιώκει να αναδείξει τον τρόπο με τον οποίο η Τεχνητή Νοημοσύνη επηρεάζει όχι μόνο την ιατρική πρακτική, αλλά και την ίδια τη φύση της σχέσης ασθενούς και ιατρού. Η κατανόηση των στάσεων των ασθενών και των παραγόντων που τις διαμορφώνουν αποτελεί κρίσιμο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση.

Θεωρητικό Μέρος

Η θεωρητική θεμελίωση κάθε επιστημονικής εργασίας αποτελεί κρίσιμο βήμα για την κατανόηση του ερευνητικού προβλήματος και τη μεθοδολογικά τεκμηριωμένη προσέγγισή του. Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται η συστηματική παρουσίαση των βασικών εννοιών, θεωριών και ερευνητικών κατευθύνσεων που συνδέονται με τον διττό άξονα της εργασίας. Αφενός η σχέση ασθενούς-ιατρού και αφετέρου η είσοδος της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική και τις στάσεις των ασθενών απέναντί της.

Η ανάλυση ξεκινά με τη μελέτη της σχέσης ασθενή-ιατρού η οποία αποτελεί τον θεμέλιο λίθο της ιατρικής πράξης. Γίνεται αναφορά στους τρόπους με τους οποίους ορίζεται αυτή η σχέση, στις διαστάσεις που τη συγκροτούν όπως η εμπιστοσύνη, η επικοινωνία και η ενσυναίσθηση, καθώς και σε θεωρητικά μοντέλα που έχουν επιχειρήσει να την αποτυπώσουν, όπως αυτά των Parsons (1951) και των Emanuel & Emanuel (1992). Παράλληλα, αναδεικνύεται η σημασία της σχέσης αυτής για την έκβαση της θεραπείας και τη συνολική εμπειρία του ασθενή στο σύστημα υγείας.

Στη συνέχεια, το ενδιαφέρον στρέφεται στην Τεχνητή Νοημοσύνη και στις σύγχρονες εφαρμογές της στον χώρο της υγείας. Γίνεται αναφορά στον ορισμό και στις τεχνολογικές δυνατότητες της όπως για παράδειγμα η υποβοήθηση στη διάγνωση, η ανάλυση ιατρικών εικόνων, η χρήση έξυπνων αλγορίθμων για την υποστήριξη κλινικών αποφάσεων και η ανάπτυξη διαδραστικών εργαλείων όπως τα chatbots υγείας. Παράλληλα, αναλύονται τα πλεονεκτήματα που αναγνωρίζονται στη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης, αλλά και οι προκλήσεις που αυτή θέτει σε πρακτικό, ηθικό και νομικό επίπεδο.

Τέλος, εξετάζονται οι στάσεις των ασθενών απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη. Διερευνώνται συναισθηματικές και γνωστικές αντιδράσεις όπως ο φόβος, η αποδοχή και η δυσπιστία,. Ακόμη αναλύονται παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν τη στάση του ασθενούς όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η εμπειρία από το σύστημα υγείας και ο βαθμός εξοικείωσης με την τεχνολογία. Η κατανόηση αυτών των μεταβλητών κρίνεται καθοριστική αφού η εφαρμογή της Τεχνητής Νοημοσύνης δεν μπορεί να αξιολογείται μόνο με τεχνικά κριτήρια, αλλά απαιτεί την ενσωμάτωση της εμπειρίας, των προσδοκιών και των αναγκών του τελικού αποδέκτη της που είναι ο ασθενής.

Με αυτόν τον τρόπο, το παρόν κεφάλαιο φιλοδοξεί να προσφέρει το θεωρητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εντάσσεται η εμπειρική διερεύνηση που θα ακολουθήσει, προσδιορίζοντας τα βασικά σημεία αναφοράς και τις εννοιολογικές παραμέτρους της μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Σχέση Ασθενή – Ιατρού

1.1 Πλαίσιο, ορισμοί και θεωρίες

Η σχέση ασθενή και ιατρού αποτελεί ένα από τα πιο ουσιώδη χαρακτηριστικά της εφαρμογής της ιατρικής. Δεν συνιστά απλά μια επαγγελματική αλληλεπίδραση μεταξύ ενός ειδικού και ενός λήπτη υπηρεσιών υγείας, αλλά είναι μια πολυδιάστατη ανθρώπινη σχέση που περιέχει κοινωνικές, ηθικές, συναισθηματικές και γνωστικές παράμετροι. Από την αρχαιότητα ακόμη η ιατρική δεν θεωρήθηκε μόνο τεχνική αλλά και ηθική πρακτική όπου η εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον ιατρό αποτελούσε προϋπόθεση κάθε θεραπευτικής προσπάθειας (Jonsen, 2000). Στον πυρήνα αυτής της σχέσης βρίσκεται η ανάγκη του ασθενή για ασφάλεια, κατανόηση και η υποχρέωση του ιατρού να ανταποκριθεί με επιστημονική επάρκεια, ενσυναίσθηση και ακεραιότητα.

Η σύγχρονη προσέγγιση αναγνωρίζει ότι η σχέση ασθενή-ιατρού δεν είναι μια ουδέτερη ή συμμετρική συναλλαγή. Αντίθετα, χαρακτηρίζεται από ανισότητα ρόλων και εξουσίας, αφού ο ιατρός διαθέτει την επιστημονική γνώση και την εξουσία λήψης αποφάσεων ενώ ο ασθενής βρίσκεται συχνά σε κατάσταση ευαλωτότητας και αβεβαιότητας (Mechanic και Meyer, 2000). Αυτή η ανισορροπία καθιστά την εμπιστοσύνη κρίσιμη διότι χωρίς αυτήν ο ασθενής δεν μπορεί να παραχωρήσει τον έλεγχο της φροντίδας του ούτε να αποκαλύψει προσωπικά και ευαίσθητα δεδομένα. Η εμπιστοσύνη λειτουργεί ως ηθικός δεσμός που επιτρέπει τη μετάβαση από τη βιολογική διάγνωση στην ανθρώπινη θεραπευτική σχέση. Εκτός από την εμπιστοσύνη πρέπει να υπάρχει και επικοινωνία η οποία ίσως είναι ο πιο καθοριστικός παράγοντας για την ποιότητα αυτής της σχέσης. Η αποτελεσματική επικοινωνία αφορά την μετάδοση πληροφοριών, εμπεριέχει την ικανότητα του ιατρού να ακούει ενεργητικά, να κατανοεί τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του ασθενούς και να του παρέχει υποστήριξη. Η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, ο τόνος της φωνής, η στάση του σώματος και η διαθεσιμότητα του ιατρού να εξηγήσει με σαφήνεια κάθε βήμα της διαδικασίας συντελούν στη δημιουργία ενός κλίματος κατανόησης και ασφάλειας. Έχει αποδειχθεί ότι η επικοινωνιακή επάρκεια του ιατρού συνδέεται άμεσα με τη βελτίωση της συμμόρφωσης του ασθενούς στη θεραπεία, τη μείωση των ιατρικών λαθών και την ενίσχυση της ικανοποίησής του από τη περίθαλψη (Riedl και Schüßler, 2017).

Εξίσου σημαντική είναι η ενσυναίσθηση, δηλαδή η ικανότητα του ιατρού να κατανοεί τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή και να ανταποκρίνεται με σεβασμό και ευαισθησία. Η ενσυναίσθηση δεν ταυτίζεται με τη συμπάθεια. Είναι μια ενεργητική διαδικασία κατανόησης του βιώματος του άλλου χωρίς απώλεια επαγγελματικής αντικειμενικότητας (Halpern, 2001). Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ενσυναίσθηση ως ισχυρό δείκτη επαγγελματισμού και την συνδέουν με την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης. Έτσι ο ενσυναισθητικός ιατρός δεν είναι μόνο εκείνος που δείχνει ενδιαφέρον αλλά εκείνος που επιτρέπει στον ασθενή να νιώσει ότι κατανοείται ως άτομο.

1.2 Ιστορική εξέλιξη

Η θεωρητική αποτύπωση της σχέσης ασθενή–ιατρού έχει απασχολήσει την κοινωνιολογία της υγείας ήδη από τα μέσα του 20ού αιώνα. Ο Talcott Parsons (1951) παρουσίασε το μοντέλο του "sick role" (ο ρόλος του ασθενή) το οποίο περιγράφει τη ρυθμισμένη κοινωνική θέση του ατόμου που ασθενεί. Ο ασθενής θεωρείται ότι έχει το δικαίωμα να απαλλάσσεται από τις κοινωνικές του υποχρεώσεις αλλά και την υποχρέωση να αναζητήσει ιατρική βοήθεια και να επιδιώξει την ανάρρωση. Ο ιατρός από την πλευρά του έχει την ευθύνη να καθοδηγεί τον ασθενή προς την αποκατάσταση της υγείας του, διατηρώντας μια στάση αμερόληπτη, αντικειμενική και βασισμένη στην επιστημονική γνώση. Παρά την καινοτομία του, το μοντέλο του Parsons έχει επικριθεί για την πατερναλιστική του δομή, καθώς δίνει έμφαση στην εξουσία του ιατρού και στην παθητική θέση του ασθενούς (Pilnick και Dingwall, 2011). Αργότερα, στη δεκαετία του '90, οι Emanuel & Emanuel (1992) επανεξέτασαν τη σχέση ασθενούς–ιατρού, προτείνοντας ένα πλαίσιο που αντανάκλα τις εξελισσόμενες αντιλήψεις για την ιατρική ηθική και την αυτονομία του ασθενούς. Διακρίνουν τέσσερα μοντέλα, το πατερναλιστικό, το ενημερωτικό, το ερμηνευτικό και το διαβουλευτικό/συλλογιστικό (deliberative). Στο πατερναλιστικό μοντέλο (The Paternalistic Model) ο ιατρός καθορίζει το θεραπευτικό πλάνο, θεωρώντας ότι γνωρίζει καλύτερα το συμφέρον του ασθενούς. Στο ενημερωτικό μοντέλο (The Informative Model), ο γιατρός παρέχει στον ασθενή όλες τις πληροφορίες, αλλά η τελική απόφαση ανήκει στον ίδιο τον ασθενή. Το ερμηνευτικό μοντέλο (The Interpretive Model) προχωρά ένα βήμα παραπέρα, αναγνωρίζοντας ότι ο ιατρός βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει τις αξίες και τις προτιμήσεις του ώστε να λάβει τη σωστότερη απόφαση. Τέλος, το συλλογιστικό μοντέλο (The Deliberative Model) προάγει μια συνεργατική σχέση, όπου γιατρός και

ασθενής ανταλλάσσουν επιχειρήματα και αξιολογούν από κοινού τις επιλογές, με γνώμονα την ηθική και το κοινό καλό (Emanuel & Emanuel, 1992). Η σύγχρονη ιατρική θεωρία και πράξη τείνει να ενστερνίζεται στοιχεία από το τελευταίο αυτό μοντέλο το οποίο συνάδει με την έννοια της προσωποκεντρικής φροντίδας και της συμμετοχικής λήψης αποφάσεων.

Η σχέση ασθενή–ιατρού έχει επίσης προσεγγιστεί μέσα από το πρίσμα της βιοϊατρικής δεοντολογίας, με βάση τέσσερις αρχές, σεβασμός της αυτονομίας, αποφυγή της πρόκλησης βλάβης, ευεργεσία και δικαιοσύνη (Beauchamp και Childress, 1994). Η αρχή της αυτονομίας επιτάσσει τον σεβασμό των επιλογών και των αξιών του ασθενούς, η ευεργεσία προάγει τη δράση προς όφελος του, ενώ η αρχή της μη βλάβης επιβάλλει την αποφυγή ενεργειών που θα μπορούσαν να προκαλέσουν σωματική ή ψυχική βλάβη. Η ηθική αυτή διάσταση της σχέσης είναι καθοριστική, καθώς υπενθυμίζει ότι η ιατρική φροντίδα δεν μπορεί να εξαντλείται σε τεχνικές δεξιότητες, αλλά οφείλει να εδράζεται σε σεβασμό προς το πρόσωπο του ασθενούς. Τέλος η δικαιοσύνη περιλαμβάνει μια ομάδα κανόνων για τη δίκαιη κατανομή των οφελών, των κινδύνων και του κόστους. Η ποιότητα αυτής της σχέσης έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει ουσιαστικά την έκβαση της θεραπείας. Έρευνες δείχνουν ότι ασθενείς που αντιλαμβάνονται τη σχέση τους με τον γιατρό ως συνεργατική εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, μεγαλύτερη προσήλωση στη θεραπευτική αγωγή και καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή στην ασθένεια (Beach κ.α, 2006). Αντίθετα, όταν η σχέση χαρακτηρίζεται από απόσταση, αδιαφορία ή έλλειψη εμπιστοσύνης, οι ασθενείς εμφανίζουν αυξημένο άγχος, μειωμένη συμμόρφωση και τάση αμφισβήτησης των οδηγιών. Συνεπώς η θεραπευτική αποτελεσματικότητα δεν εξαρτάται μόνο από την επιστημονική ακρίβεια της διάγνωσης, αλλά και από την ποιότητα της ανθρώπινης επικοινωνίας που τη συνοδεύει.

1.3 Προσδοκίες των ασθενών από τη σχέση με τον ιατρό

Τα τελευταία χρόνια, η σχέση ασθενούς–ιατρού βρίσκεται σε διαδικασία μετασχηματισμού, καθώς επηρεάζεται από κοινωνικές, πολιτισμικές και τεχνολογικές εξελίξεις. Αυτό μεταβάλλει και τις προσδοκίες των ασθενών από τη σχέση με τον ιατρό. Η αυξανόμενη πρόσβαση του κοινού σε ιατρικές πληροφορίες μέσω του διαδικτύου, η άνοδος της συμμετοχικής ιατρικής και η χρήση ψηφιακών εφαρμογών υγείας έχουν μετατοπίσει εν μέρει το επίκεντρο της εξουσίας από τον ιατρό στον ασθενή (Broom,

2005). Ο σύγχρονος ασθενής δεν είναι πλέον παθητικός αποδέκτης οδηγιών, είναι ενεργός συνομιλητής που επιδιώκει να κατανοήσει και να συνδιαμορφώσει τη φροντίδα του. Αυτό το φαινόμενο έχει οδηγήσει σε νέες μορφές συνεργασίας και σε προκλήσεις καθώς οι γιατροί καλούνται να διαχειριστούν αυξημένες προσδοκίες και υπερπληροφόρηση από πλευράς ασθενών.

1.4 Εμπιστοσύνη στον ιατρό

Το ζήτημα της εμπιστοσύνης παραμένει κεντρικό και ίσως πιο πολύπλοκο από ποτέ. Η εμπιστοσύνη αφορά τόσο το πρόσωπο του ιατρού όσο και το σύστημα υγείας στο οποίο αυτός εντάσσεται. Σε εποχές αυξημένης τεχνολογικής διαμεσολάβησης και θεσμικής αβεβαιότητας, οι ασθενείς συχνά αναζητούν εγγυήσεις αξιοπιστίας και διαφάνειας. Η ενίσχυση της εμπιστοσύνης απαιτεί συνεχή επικοινωνία, ειλικρίνεια, συνέπεια και ηθική ευθύνη από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας. Όπως υποστηρίζουν οι Mechanic και Meyer (2000), η εμπιστοσύνη συνιστά έναν κοινωνικό μηχανισμό αντιμετώπισης της ευαλωτότητας που καθιστά δυνατή τη συνεργασία σε συνθήκες αβεβαιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Τεχνητή Νοημοσύνη (ΑΙ) στην Υγεία

2.1 Ορισμός και τεχνολογίες

Η Τεχνητή Νοημοσύνη αποτελεί μια από τις πλέον επαναστατικές τεχνολογικές εξελίξεις του 21ου αιώνα έχοντας ήδη αρχίσει να αναδιαμορφώνει το τοπίο της ιατρικής επιστήμης και της υγειονομικής φροντίδας. Παρότι η έννοια της τεχνητής νοημοσύνης πρωτοεμφανίστηκε τη δεκαετία του 1950 (Norvig και Russell, 1995), μόλις τα τελευταία χρόνια χάρη στη ραγδαία αύξηση της υπολογιστικής ισχύος και στη διαθεσιμότητα μεγάλων ποσοτήτων δεδομένων (big data) έχει καταστεί εφικτή η εφαρμογή της. Συγκεκριμένα στην ιατρική αναδεικνύεται σε ένα πολυεργαλείο που μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση όπως και στη διοικητική λειτουργία των συστημάτων υγείας.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου¹, η Τεχνητή Νοημοσύνη περιλαμβάνει «συστήματα που επιδεικνύουν ευφυή συμπεριφορά, αναλύοντας το περιβάλλον τους και λαμβάνοντας αποφάσεις με έναν βαθμό αυτονομίας, ώστε να επιτυγχάνουν συγκεκριμένους στόχους». Εντός του πλαισίου της υγειονομικής περίθαλψης, ο όρος περιγράφει ένα σύνολο αλγοριθμικών μεθόδων που επιτρέπουν στους υπολογιστές να «μαθαίνουν» από δεδομένα και να εκτελούν καθήκοντα που έως πρόσφατα απαιτούσαν ανθρώπινη κρίση. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται η αναγνώριση εικόνων, η ανάλυση φυσικής γλώσσας και η πρόβλεψη ιατρικών εκβάσεων (Topol, 2019).

2.2 Περιοχές εφαρμογής

Η πιο διαδεδομένη κατηγορία εφαρμογών στην ιατρική βασίζεται στη μηχανική μάθηση (machine learning) και πιο ειδικά στη βαθιά μάθηση (deep learning), η οποία χρησιμοποιεί νευρωνικά δίκτυα πολλαπλών επιπέδων για να εντοπίζει πολύπλοκα πρότυπα στα δεδομένα. Μέσω αυτών των τεχνικών, η Τεχνητή Νοημοσύνη μπορεί να αναλύει ιατρικές εικόνες, όπως ακτινογραφίες, μαγνητικές τομογραφίες, υπερηχογραφήματα, να προβλέπει την πιθανότητα εμφάνισης ασθενειών, να

1

<https://www.europarl.europa.eu/topics/el/article/20200827STO85804/ti-einai-i-techniti-noimosuni-kai-pos-chrisimopoieitai>

υποστηρίζει την επιλογή της βέλτιστης θεραπείας και να αυτοματοποιεί επαναλαμβανόμενες διαδικασίες (Jiang κ.α., 2017).

2.2.1 Εφαρμογές της Τεχνητής Νοημοσύνης στην Ιατρική Πράξη

Οι εφαρμογές της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική είναι ήδη πολυάριθμες και καλύπτουν ευρύ φάσμα ειδικοτήτων. Στον τομέα της απεικονιστικής ιατρικής, τα αλγοριθμικά συστήματα χρησιμοποιούνται για την αυτόματη ανίχνευση παθολογικών ευρημάτων, όπως όγκων ή αλλοιώσεων, με ακρίβεια που σε ορισμένες περιπτώσεις ισοδυναμεί ή και υπερβαίνει αυτή των έμπειρων ακτινολόγων. Αντίστοιχα, στην καρδιολογία, αλγόριθμοι ανάλυσης ηλεκτροκαρδιογραφημάτων έχουν τη δυνατότητα να προβλέπουν καρδιακά επεισόδια, ενώ στη ογκολογία, τα συστήματα Τεχνητής Νοημοσύνης υποστηρίζουν την επιλογή εξατομικευμένων σχημάτων θεραπείας βάσει γενετικών προφίλ.

Επιπλέον, η Τεχνητή Νοημοσύνη έχει διεισδύσει και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, μέσω της ανάπτυξης ψηφιακών βοηθών και chatbots που παρέχουν πληροφορίες, καθοδηγούν τον ασθενή στη λήψη αποφάσεων και βοηθούν στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων (Bates κ.α., 2020). Εφαρμογές όπως το Babylon Health ή το Ada Health χρησιμοποιούν αλγοριθμικές εκτιμήσεις για την πρόβλεψη πιθανών διαγνώσεων βάσει των συμπτωμάτων που καταγράφει ο χρήστης. Παρότι τέτοιες εφαρμογές δεν υποκαθιστούν τον ιατρό, προσφέρουν μια νέα μορφή πρόσβασης σε πληροφορίες υγείας, ιδιαίτερα σε περιοχές ή ομάδες πληθυσμού με περιορισμένη ιατρική κάλυψη.

Στο επίπεδο της διοίκησης και διαχείρισης των συστημάτων υγείας, η Τεχνητή Νοημοσύνη χρησιμοποιείται για τη βελτιστοποίηση των πόρων, την πρόβλεψη της ζήτησης υπηρεσιών, την αποδοτική διαχείριση αποθεμάτων φαρμάκων και υλικών, καθώς και την ανάλυση επιδημιολογικών δεδομένων για τον έγκαιρο εντοπισμό υγειονομικών κρίσεων (Yu κ.α., 2018). Έτσι, η Τεχνητή Νοημοσύνη δεν περιορίζεται πλέον σε ερευνητικά ή εργαστηριακά πλαίσια, αλλά αποτελεί δομικό εργαλείο της καθημερινής λειτουργίας του συστήματος υγείας.

2.2.2 Πλεονεκτήματα της Τεχνητής Νοημοσύνης στην Υγειονομική Φροντίδα

Τα οφέλη από την ενσωμάτωση της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική είναι πολλαπλά. Πρώτον, προσφέρει αυξημένη ακρίβεια στη διάγνωση, στη θεραπεία, αξιοποιώντας την ικανότητα των αλγορίθμων να εντοπίζουν σχέσεις και μοτίβα που διαφεύγουν της ανθρώπινης παρατήρησης. Δεύτερον, συμβάλλει στη μείωση του φόρτου εργασίας των επαγγελματιών υγείας, απελευθερώνοντας τους από επαναλαμβανόμενες εργασίες και επιτρέποντάς τους να επικεντρωθούν περισσότερο στην επικοινωνία και στη φροντίδα του ασθενούς. Τρίτον, ενισχύει τη διαγνωστική ταχύτητα και την αποτελεσματικότητα στη λήψη αποφάσεων, κάτι που έχει ιδιαίτερη σημασία σε περιβάλλοντα με υψηλή πίεση χρόνου, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας (Topol, 2019).

Επιπλέον, η Τεχνητή Νοημοσύνη προάγει την εξατομίκευση της ιατρικής φροντίδας (precision medicine), επιτρέποντας την προσαρμογή των θεραπευτικών επιλογών στα γενετικά, βιολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς (Obermeyer και Emanuel, 2016). Με αυτόν τον τρόπο, ενισχύεται η ακρίβεια της φροντίδας και μειώνονται οι πιθανότητες ανεπιθύμητων ενεργειών. Εξίσου σημαντικό είναι ότι η Τεχνητή Νοημοσύνη μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη ασθενειών, αναλύοντας προγνωστικούς παράγοντες και παρέχοντας έγκαιρες ειδοποιήσεις για κινδύνους υγείας (Rajkomar κ.α, 2019).

2.2.3 Προκλήσεις και Περιορισμοί

Παρά τα σημαντικά πλεονεκτήματα της Τεχνητής Νοημοσύνης, η ενσωμάτωση της στην ιατρική εφαρμογή δεν είναι απαλλαγμένη από προκλήσεις. Μια από τις σημαντικότερες είναι η έλλειψη διαφάνειας στους αλγοριθμικούς μηχανισμούς, γνωστή ως “black box problem” (Amann κ.σ., 2020). Οι περισσότεροι αλγόριθμοι βαθιάς μάθησης λειτουργούν με τρόπο μη αναγώγιμο στην ανθρώπινη λογική, γεγονός που καθιστά δύσκολη την επαλήθευση και την ερμηνεία των αποφάσεών τους. Επιπλέον, τα δεδομένα που τροφοδοτούν τους αλγορίθμους ενδέχεται να ενσωματώνουν μεροληψίες (bias), είτε λόγω ανεπαρκούς αντιπροσωπευτικότητας των δειγμάτων είτε λόγω κοινωνικών ανισοτήτων που αντανακλώνται στα δεδομένα (Obermeyer κ.α., 2019). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε άνισες ή άδικες αποφάσεις εις βάρος συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού, αναπαράγοντας στερεότυπα και προκαταλήψεις. Παράλληλα, εγείρονται ανησυχίες για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και τη διασφάλιση της ιδιωτικότητας των ασθενών, ειδικά σε

περιβάλλοντα όπου η διακίνηση πληροφοριών γίνεται μέσω διασυνδεδεμένων ψηφιακών πλατφορμών.

Ένα ακόμη κρίσιμο ζήτημα αφορά τον ανθρωπιστικό χαρακτήρα της ιατρικής. Η αυξανόμενη εξάρτηση από την τεχνολογία δημιουργεί τον κίνδυνο αποπροσωποποίησης της φροντίδας, καθώς η ανθρώπινη επαφή αντικαθίσταται από τη διαμεσολάβηση ψηφιακών εργαλείων. Η εμπιστοσύνη του ασθενή, η επικοινωνία και η συναισθηματική υποστήριξη δεν μπορούν να μεταφραστούν σε αλγοριθμικά δεδομένα. Έτσι, ενώ η Τεχνητή Νοημοσύνη μπορεί να βελτιώσει τη διαγνωστική ακρίβεια, ενδέχεται ταυτόχρονα να αποδυναμώσει τον δεσμό μεταξύ ασθενή και ιατρού, μεταβάλλοντας τη θεμελιώδη φύση της θεραπευτικής σχέσης.

2.3 Ηθικά και Νομικά Ζητήματα

Η χρήση ΑΙ στην υγεία θέτει μια σειρά από ηθικά και νομικά διλήμματα. Πρώτον, τίθεται το ερώτημα της ευθύνης του ποιός ευθύνεται όταν το ΑΙ κάνει ένα σφάλμα διάγνωσης. Ο προγραμματιστής, ο πάροχος υπηρεσιών υγείας ή ο ιατρός που το χρησιμοποίησε; Το ζήτημα της λογοδοσίας συνδέεται με την ανάγκη ανάπτυξης ρυθμιστικών πλαισίων που να εξασφαλίζουν τόσο τη διαφάνεια όσο και την ασφάλεια στη χρήση της τεχνολογίας (Morley κ.α., 2020).

Δεύτερον, η αρχή της αυτονομίας του ασθενή αποκτά νέο περιεχόμενο. Όταν οι ιατρικές αποφάσεις προτείνονται από αλγοριθμικά συστήματα, ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει αν η σύσταση προέρχεται από άνθρωπο ή ΑΙ και να έχει τη δυνατότητα να απορρίψει ή να ζητήσει ανθρώπινη αξιολόγηση. Εξίσου σημαντική είναι η συγκατάθεση, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει ενημέρωση σχετικά με τη χρήση Τεχνητής Νοημοσύνης και τις πιθανές επιπτώσεις της.

Τρίτον, αναδύεται η ανάγκη για διατήρηση της εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και συστήματος υγείας. Η εμπιστοσύνη δεν αφορά μόνο τον ιατρό, αλλά και τα τεχνολογικά εργαλεία που χρησιμοποιεί. Οι ασθενείς θα πρέπει να αισθάνονται ότι τα δεδομένα τους προστατεύονται και ότι οι αποφάσεις που λαμβάνονται είναι δίκαιες και βασισμένες σε αξιόπιστα επιστημονικά κριτήρια (Stahl και Coeckelbergh, 2016).

Τέλος, τίθεται και το ζήτημα της αντικατάστασης του ιατρού. Παρά τις ανησυχίες αυτές, η πλειονότητα της βιβλιογραφίας υποστηρίζει ότι ο στόχος δεν είναι η

αντικατάσταση του ανθρώπου αλλά η ενίσχυσή του. Όπως επισημαίνει ο Topol (2019), το μέλλον της ιατρικής δεν είναι λιγότερο ανθρώπινο, αλλά περισσότερο, εφόσον η Τεχνητή Νοημοσύνη αναλάβει τις τεχνικές και υπολογιστικές λειτουργίες, επιτρέποντας στους ιατρούς να επικεντρωθούν στην ενσυναίσθηση, την επικοινωνία και τη φροντίδα.

Συνοψίζοντας τα πλεονεκτήματα, η Τεχνητή Νοημοσύνη αποτελεί έναν ισχυρό καταλύτη αλλαγών στην ιατρική επιστήμη. Η επιτυχής ενσωμάτωσή της προϋποθέτει συνδυασμό τεχνικής επάρκειας, ηθικής ευαισθησίας και κοινωνική αποδοχή. Η πρόκληση δεν έγκειται απλώς στη βελτίωση των αλγορίθμων αλλά στη διαμόρφωση ενός ανθρωποκεντρικού πλαισίου εφαρμογής. Σε αυτό το πλαίσιο η τεχνολογία θα λειτουργεί ως εργαλείο ενδυνάμωσης και όχι υποκατάστασης του ιατρού. Η σχέση ασθενούς–ιατρού καλείται να εξελιχθεί, διατηρώντας τον πυρήνα της ανθρώπινης επαφής μέσα σε ένα περιβάλλον όλο και πιο ψηφιακό και αλγοριθμικά καθοδηγούμενο.

2.4 Στάσεις των Ασθενών απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη

Η εισαγωγή της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική δεν συνιστά απλώς τεχνολογική καινοτομία, αλλά και βαθιά κοινωνική και ψυχολογική μεταβολή στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τη φροντίδα της υγείας τους. Οι στάσεις των ασθενών απέναντι της αποτελούν κρίσιμο παράγοντα για την αποδοχή/απόρριψη των σχετικών εφαρμογών και επηρεάζουν άμεσα την επιτυχία ή αποτυχία της ενσωμάτωσής τους στα συστήματα υγείας (Longoni κ.α, 2019). Η τεχνολογία, όσο προηγμένη και αν είναι, δεν μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά αν δεν συνοδεύεται από κοινωνική νομιμοποίηση και αίσθημα εμπιστοσύνης εκ μέρους των χρηστών της.

Οι στάσεις των ασθενών απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη είναι πολυπαραγοντικές και διαμορφώνονται μέσα από την αλληλεπίδραση γνωστικών, συναισθηματικών και κοινωνικών μεταβλητών. Από τη μία πλευρά, υπάρχει ενθουσιασμός και αποδοχή για τις δυνατότητες που παρέχει όπως ταχύτητα, ακρίβεια, εξατομίκευση, πρόσβαση στη γνώση κ.α. Από την άλλη, διατυπώνονται ανησυχίες, φόβοι και επιφυλάξεις που σχετίζονται με την απώλεια του ανθρώπινου στοιχείου, την ασφάλεια των δεδομένων, τη διαφάνεια των αποφάσεων και την ηθική διάσταση της τεχνολογίας (Nadarzynski κ.α., 2019). Έτσι, η Τεχνητή Νοημοσύνη στην ιατρική συχνά αντιμετωπίζεται ως

δίκολο μαχαίρι αφού από την μια η τεχνολογία μπορεί να σώσει ζωές αλλά και να προκαλέσει ανασφάλεια και αποξένωση.

2.4.1 Αποδοχή και Ενθουσιασμός

Πολλοί ασθενείς αναγνωρίζουν τις προοπτικές βελτίωσης της ιατρικής μέσω της Τεχνητής Νοημοσύνης. Η δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης, η μείωση του ανθρώπινου λάθους και η ταχύτερη εξυπηρέτηση αποτελούν ισχυρά επιχειρήματα υπέρ της αποδοχής της τεχνολογίας. Σε μελέτες έχει φανεί ότι οι ασθενείς εκτιμούν τη χρήση Τεχνητής Νοημοσύνης όταν αυτή λειτουργεί συμπληρωματικά προς τον γιατρό, χωρίς να υποκαθιστά την ανθρώπινη κρίση (Castelvecchi, 2016). Το στοιχείο αυτό είναι κρίσιμο καθώς οι άνθρωποι τείνουν να αποδέχονται περισσότερο συστήματα που συνεργάζονται με τον ιατρό και όχι εκείνα που λειτουργούν αυτόνομα.

Η αποδοχή της Τεχνητής Νοημοσύνης συνδέεται επίσης με την αντίληψη της χρησιμότητας και της αξιοπιστίας των συστημάτων. Σύμφωνα με το μοντέλο Technology Acceptance Model (TAM), που διατύπωσαν οι Davis (1989) και επεκτάθηκε για εφαρμογές υγείας από τους Holden και Karsh (2010), η αποδοχή μιας τεχνολογίας εξαρτάται κυρίως από δύο παράγοντες. Ο πρώτος είναι η αντιλαμβανόμενη χρησιμότητα (perceived usefulness) και δεύτερον η αντιλαμβανόμενη ευκολία χρήσης (perceived ease of use). Όταν οι ασθενείς θεωρούν ότι η χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης διευκολύνει την πρόσβαση στη φροντίδα ή βελτιώνει την ποιότητά της, είναι πιθανότερο να την αποδεχθούν.

Η εμπιστοσύνη (trust) αποτελεί επίσης καθοριστικό παράγοντα. Οι ασθενείς είναι πιο πιθανό να εμπιστευτούν ένα σύστημα Τεχνητής Νοημοσύνης όταν αντιλαμβάνονται ότι έχει ελεγχθεί, ότι είναι διαφανές στις αποφάσεις του και ότι τελεί υπό την εποπτεία ανθρώπινου επαγγελματία. Η αίσθηση ότι ο ιατρός έχει τον έλεγχο μειώνει τον φόβο για την απώλεια αυτονομίας και ενισχύει την αποδοχή.

2.4.2 Φόβος και Δυσπιστία

Παρά τα πλεονεκτήματα η Τεχνητή Νοημοσύνη συχνά προκαλεί φόβο και επιφυλακτικότητα στους ασθενείς. Ένας από τους συχνότερους λόγους είναι η αποπροσωποποίηση της φροντίδας. Οι ασθενείς φοβούνται ότι η τεχνολογία θα αντικαταστήσει τη ζεστασιά, την κατανόηση και την ανθρώπινη επαφή που συνδέουν

με τη θεραπευτική εμπειρία (Laï κ.α., 2020). Η σχέση με τον ιατρό που βασίζεται στην ενσυναίσθηση και στην επικοινωνία δεν μπορεί εύκολα να αντικατασταθεί από έναν αλγόριθμο, όσο ακριβής κι αν είναι.

Ένας δεύτερος λόγος δυσπιστίας σχετίζεται με τη διαφάνεια των αποφάσεων. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν κατανοούν πώς λειτουργεί ένας αλγόριθμος ή πώς εξάγει μια διάγνωση. Το λεγόμενο “*black box problem*” δημιουργεί αίσθημα ανασφάλειας και αδυναμία ελέγχου (Amann κ.α., 2020). Οι άνθρωποι τείνουν να εμπιστεύονται περισσότερο διαδικασίες που μπορούν να εξηγήσουν, παρά εκείνες που απλώς υπόσχονται ακρίβεια.

Εξίσου σημαντικός είναι ο φόβος απώλειας του ιατρικού ρόλου. Πολλοί ασθενείς νιώθουν ότι η ιατρική πράξη είναι μια σχέση εμπιστοσύνης που απαιτεί ανθρώπινη κρίση, ηθική ευθύνη και συναισθηματική κατανόηση. Όταν η απόφαση προέρχεται από μια μηχανή, η θεραπεία ενδέχεται να βιώνεται ως απρόσωπη (Blease κ.α., 2019). Αυτό το φαινόμενο είναι γνωστό και ως “*algorithmic aversion*”, περιγράφει την τάση των ανθρώπων να απορρίπτουν συστήματα λήψης αποφάσεων που δεν κατανοούν ακόμη κι όταν αυτά αποδεικνύονται πιο ακριβή από τους ανθρώπους (Dietvorst κ.α., 2015).

Τέλος, οι ασθενείς εκφράζουν ανησυχίες για τη διαχείριση των προσωπικών τους δεδομένων. Σε μια εποχή όπου τα δεδομένα υγείας συλλέγονται, αποθηκεύονται και αναλύονται σε τεράστιες βάσεις, η εμπιστοσύνη καθίσταται πρωταρχικό ζήτημα. Η πιθανότητα διαρροής και κατάχρησης πληροφοριών μπορεί να υπονομεύσει την εμπιστοσύνη προς το σύστημα υγείας συνολικά. Αυτή η διάσταση συνδέεται άμεσα με τη θεμελιώδη αρχή της ιατρικής δεοντολογίας περί απορρήτου η οποία επαναπροσδιορίζεται υπό το φως της ψηφιακής εποχής.

2.4.3 Παράγοντες που Επηρεάζουν τις Στάσεις των Ασθενών

Οι στάσεις απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη δεν είναι ομοιογενείς. Έρευνες έχουν δείξει ότι επηρεάζονται από δημογραφικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Ο παράγοντας ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο καθώς οι νεότεροι ασθενείς, εξοικειωμένοι με τις ψηφιακές τεχνολογίες, τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αποδοχής σε σχέση με τους μεγαλύτερους, οι οποίοι συχνά νιώθουν ανασφάλεια ή έλλειψη ελέγχου. Η εκπαίδευση και η τεχνολογική παιδεία επίσης συμβάλλουν θετικά στη στάση αποδοχής, καθώς ενισχύουν την κατανόηση και τη διαφάνεια της

τεχνολογίας. Ακόμη, η προηγούμενη εμπειρία με το σύστημα υγείας αποτελεί επίσης καθοριστικό παράγοντα. Ασθενείς που έχουν βιώσει θετικές, εμπιστοσύνης σχέσεις με τους ιατρούς τους είναι πιθανότερο να εμπιστευτούν τη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης, ιδίως αν αυτή παρουσιάζεται ως εργαλείο υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας. Αντίθετα, όσοι έχουν βιώσει αρνητικές εμπειρίες ή έλλειψη επικοινωνίας, μπορεί να εκλάβουν την Τεχνητή Νοημοσύνη ως απειλή.

Ένας επιπλέον παράγοντας είναι το πολιτισμικό υπόβαθρο. Σε κοινωνίες με υψηλό βαθμό εμπιστοσύνης στους θεσμούς, η αποδοχή της Τεχνητής Νοημοσύνης είναι μεγαλύτερη, ενώ σε κοινωνίες με χαμηλό επίπεδο θεσμικής εμπιστοσύνης, η δυσπιστία μεταφέρεται και προς την τεχνολογία (Lupton, 2017). Επίσης, οι αξίες που σχετίζονται με την ανθρώπινη αυτονομία και την ηθική ευθύνη διαμορφώνουν διαφορετικές στάσεις απέναντι στη χρήση έξυπνων συστημάτων λήψης αποφάσεων στην υγεία.

2.3.4 Η Εμπιστοσύνη ως Κεντρικός Άξονας Αποδοχής

Η έννοια της εμπιστοσύνης (trust) αποτελεί τη γέφυρα μεταξύ της τεχνολογίας και της ανθρώπινης διάστασης της φροντίδας. Όπως επισημαίνουν οι Gille κ.α. (2020), η εμπιστοσύνη στην τεχνητή νοημοσύνη δεν είναι ίδια με την εμπιστοσύνη στον άνθρωπο καθώς δεν μπορεί να βασίζεται στη συναισθηματική ενσυναίσθηση. Βασίζεται στην αξιοπιστία, τη διαφάνεια και τη δικαιοσύνη των αλγοριθμικών αποφάσεων, η δημιουργία των οποίων προϋποθέτει σαφείς κανόνες λογοδοσίας, επαληθεύσιμα δεδομένα και δυνατότητα ανθρώπινης εποπτείας.

Σε αυτή την προοπτική, η συνύπαρξη ανθρώπου και μηχανής στην ιατρική πράξη μπορεί να νοηθεί όχι ως απειλή αλλά ως συμπληρωματική συνεργασία. Ο ιατρός διατηρεί τον ρόλο του διαμεσολαβητή, ο οποίος εξηγεί, καθοδηγεί και συναισθάνεται ενώ η Τεχνητή Νοημοσύνη λειτουργεί ως ενισχυτικό εργαλείο που βελτιώνει την ακρίβεια και τη λήψη αποφάσεων. Όπως σημειώνει ο Topol (2019), το μέλλον της ιατρικής δεν είναι η απομάκρυνση του ανθρώπου, αλλά η αναβάθμιση της ανθρώπινης επαφής μέσω της τεχνολογίας.

Συνολικά οι στάσεις των ασθενών απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη αποτελούν σύνθετο και πολυεπίπεδο φαινόμενο. Κυμαίνονται από τον ενθουσιασμό έως την ανησυχία και εξαρτώνται από γνωστικούς, συναισθηματικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Παρότι οι ασθενείς αναγνωρίζουν τις δυνατότητες της για

βελτίωση της ιατρικής, επιθυμούν να διατηρηθεί ο ανθρώπινος πυρήνας της θεραπευτικής σχέσης και να διασφαλιστεί η διαφάνεια, η ηθική και η προστασία της ιδιωτικότητας. Επομένως, η επιτυχής ενσωμάτωση της Τεχνητής Νοημοσύνης δεν είναι μόνο τεχνολογικό αλλά κυρίως ανθρωπολογικό και κοινωνικό εγχείρημα. Η κατανόηση των στάσεων των ασθενών είναι καθοριστική για τη διαμόρφωση πολιτικών υγείας που να προάγουν την ισορροπία μεταξύ καινοτομίας και εμπιστοσύνης. Η πρόκληση της επόμενης δεκαετίας δεν είναι να πείσουμε τους ανθρώπους να εμπιστευτούν τις μηχανές, αλλά να διασφαλίσουμε ότι οι μηχανές θα υπηρετούν τις ανθρώπινες αξίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ρόλος του ιατρού στην εποχή της Τεχνητής Νοημοσύνης

3.1 Μέρος Α: Μετασχηματισμός του ρόλου του ιατρού

Η ραγδαία εξέλιξη της Τεχνητής Νοημοσύνης στην υγεία επιφέρει σημαντικές αλλαγές στον παραδοσιακό ρόλο του ιατρού. Τον μετατοπίζει από το πρότυπο της απόλυτης αυθεντίας προς ένα περισσότερο συνεργατικό και ασθενοκεντρικό μοντέλο φροντίδας. Στο παραδοσιακό ιατροκεντρικό μοντέλο, ο ιατρός αποτελεί τον κύριο φορέα γνώσης και λάμβανε αποφάσεις με περιορισμένη συμμετοχή του ασθενούς. Η σύγχρονη προσέγγιση της ιατρικής, σε συνδυασμό με την ενσωμάτωση της ΤΝ, αναδεικνύει τον ιατρό ως συντονιστή της φροντίδας και συνεργάτη του ασθενούς, ενισχύοντας τη συμμετοχική λήψη αποφάσεων (Topol, 2019).

Η μετάβαση αυτή συνδέεται άμεσα με την έννοια της ασθενοκεντρικής φροντίδας (patient-centered care), η οποία δίνει έμφαση στην ενεργό συμμετοχή του ασθενούς, στην κατανόηση των αναγκών και των προτιμήσεών του και στη διαμόρφωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης και συνεργασίας. Στο πλαίσιο αυτό, η ΤΝ δεν αντικαθιστά τον ιατρό, αλλά λειτουργεί ως υποστηρικτικό εργαλείο στη λήψη κλινικών αποφάσεων, παρέχοντας αναλύσεις δεδομένων, προβλέψεις και διαγνωστικές προτάσεις (Jiang κ.α., 2017). Η επίδραση της στη διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς μεταβάλλει τη δυναμική της ιατρικής πρακτικής. Οι αλγόριθμοι μπορούν να επεξεργάζονται μεγάλους όγκους δεδομένων με ταχύτητα και ακρίβεια, ενισχύοντας τη διαγνωστική ικανότητα και μειώνοντας τα σφάλματα. Ωστόσο, η εξάρτηση από τέτοια συστήματα εγείρει ζητήματα σχετικά με την αυτονομία του ιατρού, τη διαφάνεια των αποφάσεων και την ευθύνη σε περίπτωση σφάλματος (Char κ.α., 2018).

Η συνύπαρξη ανθρώπου και αλγορίθμου στην ιατρική πρακτική δημιουργεί ένα νέο υβριδικό μοντέλο φροντίδας, όπου η τεχνολογία και η ανθρώπινη διάσταση συνυπάρχουν και αλληλοσυμπληρώνονται. Παρά τα πλεονεκτήματα της ΤΝ, η ανθρώπινη παρουσία παραμένει αναντικατάστατη, ιδιαίτερα σε τομείς όπως η επικοινωνία, η ενσυναίσθηση και η ηθική κρίση (Topol, 2019).

Ο μετασχηματισμός αυτός συνδέεται άμεσα με την κλίμακα PPOS (Patient–Practitioner Orientation Scale), η οποία μετρά τον βαθμό ασθενοκεντρικού προσανατολισμού στη σχέση ιατρού–ασθενούς. Η ενσωμάτωση της μπορεί να

ενισχύσει την ασθενοκεντρική προσέγγιση, εφόσον χρησιμοποιηθεί για την ενδυνάμωση του ασθενούς και τη βελτίωση της επικοινωνίας. Αντίθετα, υπάρχει ο κίνδυνος ενίσχυσης ενός τεχνοκρατικού μοντέλου, εάν η τεχνολογία υποκαταστήσει την ανθρώπινη αλληλεπίδραση. Επομένως, η ισορροπία μεταξύ τεχνολογίας και ανθρωποκεντρικής φροντίδας αποτελεί κρίσιμο ζήτημα για το μέλλον της ιατρικής.

3.2 Η αλληλεπίδραση ιατρού–ασθενούς στην ψηφιακή εποχή

Η είσοδος της ψηφιακής τεχνολογίας και της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική πρακτική έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνεται και εξελίσσεται αυτή η σχέση, μεταβάλλοντας τόσο τη φύση της επικοινωνίας όσο και τον ρόλο των εμπλεκόμενων μερών (Topol, 2019).

Καταρχάς, η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς μετασχηματίζεται μέσω της χρήσης ψηφιακών εργαλείων, όπως ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας, πλατφόρμες τηλεϊατρικής και εφαρμογές υγείας. Τα εργαλεία αυτά διευκολύνουν την πρόσβαση σε πληροφορίες, ενισχύουν τη συνέχεια της φροντίδας και επιτρέπουν την αλληλεπίδραση πέρα από τα στενά χρονικά και χωρικά όρια της παραδοσιακής επίσκεψης (Ventres & Frankel, 2010). Παράλληλα, η χρήση της μπορεί να προσφέρει εξατομικευμένες πληροφορίες και συστάσεις, ενισχύοντας την κατανόηση της κατάστασης υγείας από τον ασθενή και διευκολύνοντας τη συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων. Ωστόσο, η διαμεσολάβηση της επικοινωνίας μέσω τεχνολογίας ενδέχεται να μειώσει τη μη λεκτική διάσταση της αλληλεπίδρασης, η οποία είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη εμπιστοσύνης και ενσυναίσθησης.

Ο ρόλος της τεχνολογίας στη σχέση ιατρού–ασθενούς είναι διττός. Από τη μία πλευρά, η τεχνολογία μπορεί να λειτουργήσει ως εργαλείο ενδυνάμωσης του ασθενούς, παρέχοντας πρόσβαση σε πληροφορίες και ενισχύοντας τη διαφάνεια της ιατρικής διαδικασίας. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει ο κίνδυνος η υπερβολική εξάρτηση από τεχνολογικά συστήματα να περιορίσει την άμεση ανθρώπινη επαφή, οδηγώντας σε μια περισσότερο απρόσωπη μορφή φροντίδας (Shanafelt κ.α., 2016). Η χρήση ηλεκτρονικών συστημάτων κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης, για παράδειγμα, μπορεί να αποσπά την προσοχή του ιατρού από τον ασθενή, μειώνοντας την ποιότητα της επικοινωνίας και την αντιλαμβανόμενη ενσυναίσθηση.

Ιδιαίτερη σημασία έχει ο κίνδυνος της αποπροσωποποίησης της φροντίδας υγείας, ο οποίος αναδεικνύεται ως μία από τις βασικές προκλήσεις της ψηφιακής εποχής. Η αυξανόμενη χρήση αλγοριθμικών συστημάτων και αυτοματοποιημένων διαδικασιών ενδέχεται να οδηγήσει σε απομάκρυνση από την εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενούς, υποβαθμίζοντας τη σημασία της ανθρώπινης σχέσης. Η έλλειψη προσωπικής επαφής μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εμπιστοσύνη του ασθενούς, καθώς η εμπιστοσύνη δεν βασίζεται μόνο στην τεχνική επάρκεια, αλλά και στην αντιλαμβανόμενη φροντίδα, κατανόηση και ενδιαφέρον του ιατρού (Gille κ.α., 2020).

Ωστόσο, η τεχνολογία δεν οδηγεί αναγκαστικά σε αποπροσωποποίηση, εφόσον χρησιμοποιείται με τρόπο που ενισχύει την ανθρώπινη διάσταση της φροντίδας. Ο ιατρός διατηρεί καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της σχέσης, καθώς καλείται να ενσωματώσει την τεχνολογία χωρίς να υποβαθμίσει την επικοινωνία και την ενσυναίσθηση.

3.3 Εμπιστοσύνη στον ιατρό σε περιβάλλον Τεχνητής Νοημοσύνης

Η εμπιστοσύνη είναι θεμελιώδης παράγοντας της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς, επηρεάζοντας την αποδοχή της θεραπείας, τη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες και τα συνολικά αποτελέσματα υγείας. Στο σύγχρονο ψηφιακό περιβάλλον, όπου η Τεχνητή Νοημοσύνη (TN) ενσωματώνεται ολοένα και περισσότερο στην ιατρική πρακτική, η έννοια της εμπιστοσύνης αποκτά νέα διάσταση. Δεν αφορά πλέον αποκλειστικά τον ιατρό, αλλά επεκτείνεται και στα τεχνολογικά συστήματα που υποστηρίζουν τη λήψη αποφάσεων (Gille κ.α., 2020).

Μία βασική διάκριση που αναδύεται στη σύγχρονη βιβλιογραφία είναι αυτή μεταξύ εμπιστοσύνης στον ιατρό και εμπιστοσύνης στην Τεχνητή Νοημοσύνη. Η εμπιστοσύνη στον ιατρό βασίζεται σε στοιχεία όπως η επιστημονική επάρκεια, η εμπειρία, η ενσυναίσθηση και η ηθική ακεραιότητα.

Αντίθετα, η εμπιστοσύνη στην TN σχετίζεται περισσότερο με την αντιλαμβανόμενη ακρίβεια, αξιοπιστία και διαφάνεια των αλγορίθμων (Nadarzynski κ.α., 2019). Οι ασθενείς τείνουν να αξιολογούν διαφορετικά τις δύο αυτές μορφές εμπιστοσύνης, καθώς η ανθρώπινη διάσταση της ιατρικής δεν μπορεί εύκολα να αντικατασταθεί από τεχνολογικά συστήματα. Παράλληλα, η περιορισμένη κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της TN ενδέχεται να δημιουργεί επιφυλάξεις και αβεβαιότητα στους

ασθενείς. Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έννοια του trust transfer, σύμφωνα με την οποία η εμπιστοσύνη που έχει ένας ασθενής στον ιατρό μπορεί να επηρεάσει την αποδοχή και την εμπιστοσύνη προς τα τεχνολογικά εργαλεία που αυτός χρησιμοποιεί (Lee και See, 2004). Όταν ο ιατρός θεωρείται αξιόπιστος, οι ασθενείς είναι πιο πιθανό να αποδεχτούν τις προτάσεις που βασίζονται σε συστήματα TN, ακόμη και αν δεν κατανοούν πλήρως τον τρόπο λειτουργίας τους. Αντίθετα, χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης στον ιατρό μπορεί να οδηγήσουν σε αμφισβήτηση τόσο των κλινικών αποφάσεων όσο και των τεχνολογικών μέσων που χρησιμοποιούνται.

Η αντίληψη των ασθενών για τη χρήση της TN στην ιατρική επηρεάζεται σημαντικά από το επίπεδο εμπιστοσύνης τους, τόσο προς τον ιατρό όσο και προς το ίδιο το σύστημα. Οι Longoni κ.α. (2019) έχουν δείξει ότι οι ασθενείς εμφανίζουν μεγαλύτερη αποδοχή της TN όταν αυτή χρησιμοποιείται υποστηρικτικά και όχι ως υποκατάστατο της ιατρικής κρίσης. Επιπλέον, η διαφάνεια σχετικά με τον ρόλο της TN, καθώς και η σαφής επικοινωνία από τον ιατρό, ενισχύουν την εμπιστοσύνη και μειώνουν την αβεβαιότητα. Αντίθετα, η αίσθηση ότι οι αποφάσεις λαμβάνονται αποκλειστικά από «μαύρα κουτιά» αλγορίθμων μπορεί να οδηγήσει σε δυσπιστία και αρνητικές στάσεις.

3.4 Ηθικές και επαγγελματικές προκλήσεις για τον ιατρό

Ένα από τα βασικότερα ζητήματα αφορά την κατανομή της ευθύνης μεταξύ ιατρού και συστημάτων TN. Σε περιπτώσεις όπου η κλινική απόφαση βασίζεται ή υποστηρίζεται από αλγοριθμικά μοντέλα, ανακύπτει το ερώτημα σχετικά με το ποιος φέρει την ευθύνη σε περίπτωση σφάλματος. Ο ιατρός που λαμβάνει την τελική απόφαση ή το σύστημα που παρείχε την πρόταση (Char κ.α., 2018). Παρά το γεγονός ότι η TN λειτουργεί ως εργαλείο υποστήριξης, η τελική ευθύνη παραμένει στον ιατρό, γεγονός που ενισχύει τον ρόλο του ως τελικού κριτή και εγγυητή της ποιότητας της φροντίδας.

Στενά συνδεδεμένο με το ζήτημα της ευθύνης είναι το θέμα της διαφάνειας των αλγοριθμικών αποφάσεων. Πολλά συστήματα TN λειτουργούν ως μαύρα κουτιά (black boxes), όπου η διαδικασία λήψης απόφασης δεν είναι εύκολα κατανοητή ούτε από τον ιατρό ούτε από τον ασθενή (Topol, 2019). Η έλλειψη διαφάνειας μπορεί να υπονομεύσει την εμπιστοσύνη, καθώς οι ασθενείς ενδέχεται να δυσπιστούν απέναντι σε αποφάσεις που δεν μπορούν να εξηγηθούν με σαφήνεια. Για τον λόγο αυτό, η ανάγκη για εξηγήσιμη τεχνητή νοημοσύνη (explainable AI) καθίσταται ιδιαίτερα

σημαντική, ώστε οι ιατροί να μπορούν να αιτιολογούν τις επιλογές τους και να διατηρούν τον έλεγχο της κλινικής διαδικασίας.

Παράλληλα, η χρήση της TN εγείρει ζητήματα που άπτονται της ιατρικής δεοντολογίας και της επαγγελματικής πρακτικής. Αρχές όπως η αυτονομία του ασθενούς, η ευεργεσία, η μη βλάβη και η δικαιοσύνη καλούνται να επαναπροσδιοριστούν σε ένα περιβάλλον όπου οι αποφάσεις υποστηρίζονται από αλγορίθμους (Floridi κ.α., 2018). Για παράδειγμα, η χρήση δεδομένων για την εκπαίδευση συστημάτων TN εγείρει ζητήματα προστασίας προσωπικών δεδομένων και ιδιωτικότητας, ενώ η πιθανότητα αλγοριθμικών προκαταλήψεων (bias) μπορεί να οδηγήσει σε ανισότητες στην παροχή φροντίδας. Επιπλέον, ο ιατρός καλείται να διαχειριστεί την ισορροπία μεταξύ τεχνολογικής αξιοποίησης και ανθρωποκεντρικής προσέγγισης. Η υπερβολική εξάρτηση από την TN ενδέχεται να μειώσει τον ρόλο της κλινικής κρίσης και να περιορίσει την προσωπική ευθύνη, ενώ η πλήρης απόρριψη της τεχνολογίας μπορεί να στερήσει από τον ασθενή τα οφέλη της καινοτομίας.

Συνεπώς, απαιτείται μια κριτική και υπεύθυνη ενσωμάτωση της TN, όπου ο ιατρός διατηρεί τον κεντρικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τα τεχνολογικά δεδομένα όσο και τις αξίες και τις ανάγκες του ασθενούς.

3.5 Νέες δεξιότητες και εκπαίδευση ιατρών

Η ενσωμάτωση της Τεχνητής Νοημοσύνης (TN) και των ψηφιακών τεχνολογιών στην υγειονομική περίθαλψη επιβάλλει την αναδιαμόρφωση του προφίλ του σύγχρονου ιατρού, καθώς απαιτείται η ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων που υπερβαίνουν το παραδοσιακό βιοϊατρικό μοντέλο. Η αποτελεσματική αξιοποίηση των τεχνολογικών εργαλείων προϋποθέτει όχι μόνο επιστημονική κατάρτιση, αλλά και επάρκεια σε ψηφιακές δεξιότητες, κατανόηση των αλγοριθμικών συστημάτων και ικανότητα επικοινωνίας σε ένα ολοένα πιο τεχνολογικά διαμεσολαβημένο περιβάλλον (Topol, 2019).

Οι ψηφιακές δεξιότητες αποτελούν βασική προϋπόθεση για την άσκηση της σύγχρονης ιατρικής. Οι ιατροί καλούνται να διαχειρίζονται ηλεκτρονικούς φακέλους υγείας, να αξιοποιούν πλατφόρμες τηλεϊατρικής και να αλληλεπιδρούν με συστήματα ανάλυσης δεδομένων. Η εξοικείωση με τέτοιες τεχνολογίες συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας, της ακρίβειας των διαγνώσεων και της αποδοτικότητας των

υπηρεσιών υγείας (Mesko και Györffy, 2019). Παράλληλα, η ανάπτυξη ψηφιακού εγγραμματισμού (digital literacy) επιτρέπει στους ιατρούς να αξιολογούν την αξιοπιστία των πληροφοριών και να προστατεύουν τα προσωπικά δεδομένα των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Σκοπός και Μεθοδολογία Έρευνας

4.1 Σκοπός, σημασία και στόχοι της έρευνας

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του προσανατολισμού της σχέσης ασθενούς–ιατρού, της εμπιστοσύνης των ασθενών προς τον ιατρό και των στάσεων τους απέναντι στη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική. Στο σύγχρονο περιβάλλον η ΤΝ ενσωματώνεται ολοένα και περισσότερο στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τόσο τη θεραπευτική σχέση όσο και τις τεχνολογικές καινοτομίες που τη συνοδεύουν. Η σημασία της παρούσας έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι η εισαγωγή της ΤΝ στην ιατρική δεν αποτελεί μόνο τεχνολογική εξέλιξη, αλλά και κοινωνική και ανθρωποκεντρική πρόκληση, καθώς η αποδοχή ή η απόρριψή της επηρεάζεται από παράγοντες όπως η εμπιστοσύνη στον ιατρό, η ποιότητα της επικοινωνίας και ο βαθμός συμμετοχής των ασθενών στη λήψη αποφάσεων. Επιπλέον, η μελέτη αποκτά ιδιαίτερη αξία, καθώς συνδυάζει τρεις βασικές διαστάσεις. Αυτές είναι η σχέση ασθενούς και ιατρού, η εμπιστοσύνη και οι στάσεις απέναντι στην ΤΝ. Αυτές οι τρεις διαστάσεις αν και έχουν μελετηθεί ξεχωριστά, δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς σε συνδυασμό, ιδιαίτερα στον ελληνικό πληθυσμό. Στο πλαίσιο αυτό, η έρευνα στοχεύει στην αποτύπωση του βαθμού ασθενοκεντρικού προσανατολισμού στη σχέση ασθενούς και ιατρού, στη μέτρηση του επιπέδου εμπιστοσύνης προς τον ιατρό, στη διερεύνηση των στάσεων απέναντι στη χρήση της ΤΝ στην ιατρική και στην ανάλυση των μεταξύ τους συσχετίσεων και της επίδρασης κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υπό μελέτη μεταβλητές. Συνολικά, η μελέτη φιλοδοξεί να συμβάλει στην κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ ανθρώπινων και τεχνολογικών παραγόντων στον χώρο της υγείας, αναδεικνύοντας τον καθοριστικό ρόλο της εμπιστοσύνης και της θεραπευτικής σχέσης στην αποδοχή της Τεχνητής Νοημοσύνης.

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Στην παρούσα έρευνα, διατυπώθηκαν συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα για να κατανοήσουμε την σχέση ασθενούς και ιατρού απέναντι στη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική. Συγκεκριμένα, εξετάζονται τα ακόλουθα ερωτήματα. Πρώτων, κατά πόσο ο προσανατολισμός της σχέσης ασθενούς και ιατρού σχετίζεται

με το επίπεδο εμπιστοσύνης των ασθενών προς τον ιατρό, καθώς και αν ο ίδιος προσανατολισμός σχετίζεται με τις στάσεις των ασθενών απέναντι στη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική. Επιπλέον, διερευνάται η σχέση μεταξύ της εμπιστοσύνης στον ιατρό και των στάσεων απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη, καθώς και η σχέση της εμπιστοσύνης με τη γενική εντύπωση των ασθενών για τη χρήση της ΤΝ. Τέλος, εξετάζεται κατά πόσο τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως το φύλο, η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, σχετίζονται με τον προσανατολισμό της σχέσης ασθενούς-ιατρού, την εμπιστοσύνη προς τον ιατρό και τις στάσεις απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη.

4.3. Μεθοδολογία της έρευνας

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται στο πλαίσιο της ποσοτικής ερευνητικής προσέγγισης, με στόχο τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ του προσανατολισμού της σχέσης ασθενούς και ιατρού, της εμπιστοσύνης προς τον ιατρό και των στάσεων απέναντι στη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική. Η επιλογή της ποσοτικής μεθοδολογίας κρίθηκε κατάλληλη αφού επιτρέπει τη συλλογή και ανάλυση δεδομένων από μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων, τη μέτρηση στάσεων και αντιλήψεων μέσω τυποποιημένων εργαλείων και τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών με τη χρήση στατιστικών τεχνικών (Creswell, 2017). Στο πλαίσιο αυτό, χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο διανεμήθηκε σε δείγμα ενηλίκων, με σκοπό τη συλλογή πρωτογενών δεδομένων.

4.3.1 Σχεδιασμός και διαδικασία έρευνας

Η έρευνα ακολούθησε τον σχεδιασμό της διατομεακής (cross-sectional) μελέτης, κατά την οποία τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε μία χρονική στιγμή από ένα συγκεκριμένο πληθυσμό στόχο. Ο συγκεκριμένος σχεδιασμός είναι ευρέως χρησιμοποιούμενος στις κοινωνικές και υγειονομικές επιστήμες αφού επιτρέπει την αποτύπωση στάσεων, αντιλήψεων, συμπεριφορών και τη διερεύνηση σχέσεων μεταξύ μεταβλητών σε δεδομένη χρονική περίοδο.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της χρήσης δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο διανεμήθηκε είτε σε έντυπη είτε σε ηλεκτρονική μορφή (αν θες το προσαρμόζουμε ανάλογα με το τι έκανες). Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και κλήθηκαν να απαντήσουν εθελοντικά στις ερωτήσεις,

χωρίς χρονικό περιορισμό. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη, διασφαλίζοντας την ειλικρίνεια των απαντήσεων και τη μείωση πιθανών μεροληψιών. Η διαδικασία συλλογής δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα 20 Οκτωβρίου έως 28 Νοεμβρίου 2025, ενώ η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling), δεδομένων των περιορισμών πρόσβασης στον πληθυσμό στόχο. Παρά τους περιορισμούς της συγκεκριμένης μεθόδου, θεωρείται κατάλληλη για διερευνητικές μελέτες, όπως η παρούσα.

Μετά τη συλλογή των δεδομένων, τα ερωτηματολόγια καταχωρήθηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS και πραγματοποιήθηκε η ανάλυση των δεδομένων. Πριν την ανάλυση, πραγματοποιήθηκε έλεγχος για τυχόν ελλιπή ή λανθασμένα δεδομένα, προκειμένου να διασφαλιστεί η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

4.3.2 Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 200 συμμετέχοντες, οι οποίοι επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling). Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου κρίθηκε κατάλληλη, δεδομένων των περιορισμών πρόσβασης στον πληθυσμό στόχο και του διερευνητικού χαρακτήρα της μελέτης. Οι συμμετέχοντες ήταν ενήλικα άτομα που είχαν εμπειρία επαφής με υπηρεσίες υγείας, προκειμένου να είναι σε θέση να αξιολογήσουν τη σχέση με τον ιατρό και να διαμορφώσουν στάσεις απέναντι στη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική.

Από την ανάλυση των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών προκύπτει ότι το δείγμα δεν είναι πλήρως ισορροπημένο ως προς το φύλο, καθώς η πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι γυναίκες, γεγονός που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, παρουσιάζονται αναλυτικά στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων.

Η χρήση μη τυχαίας δειγματοληψίας περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων στο σύνολο του πληθυσμού, ωστόσο παρέχει χρήσιμες ενδείξεις για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών. Επιπλέον, το μέγεθος του δείγματος κρίνεται επαρκές για την εφαρμογή των στατιστικών αναλύσεων που πραγματοποιήθηκαν, όπως η περιγραφική στατιστική και η ανάλυση συσχετίσεων.

Συνολικά, το δείγμα της έρευνας θεωρείται κατάλληλο για την επίτευξη των στόχων της μελέτης, ενώ τα χαρακτηριστικά του λαμβάνονται υπόψη κατά τη συζήτηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

4.3.3 Ερωτηματολόγιο

Για τη συλλογή δεδομένων στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και περιλάμβανε τυποποιημένες και σταθμισμένες κλίμακες, καθώς και ερωτήσεις που κατασκευάστηκαν για τις ανάγκες της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από τέσσερα βασικά μέρη, τα οποία αποσκοπούσαν στη μέτρηση των υπό διερεύνηση μεταβλητών.

Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονταν ερωτήσεις που αφορούσαν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως το φύλο, η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, με στόχο τη σκιαγράφηση του προφίλ του δείγματος και τη διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων μεταξύ ομάδων. Το δεύτερο μέρος βασίστηκε στην κλίμακα Patient–Practitioner Orientation Scale (PPOS), η οποία χρησιμοποιείται ευρέως για τη μέτρηση του βαθμού ασθενοκεντρικού προσανατολισμού στη σχέση ιατρού–ασθενούς. Η κλίμακα αποτελείται από 18 ερωτήσεις και αξιολογεί διαστάσεις όπως η συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων και η σημασία της διαπροσωπικής σχέσης. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε κλίμακα Likert και για την ανάλυση δημιουργήθηκε συνολική μεταβλητή (PPOS_mean), η οποία προέκυψε από τον μέσο όρο των επιμέρους ερωτήσεων, μετά από την κατάλληλη αντιστροφή (reverse coding) όπου απαιτούνταν. Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε τη μέτρηση της εμπιστοσύνης των ασθενών προς τον ιατρό, μέσω της κλίμακας Trust in Physician Scale. Η κλίμακα περιλαμβάνει 11 ερωτήσεις που αποτυπώνουν τον βαθμό στον οποίο οι ασθενείς θεωρούν τον ιατρό αξιόπιστο, ειλικρινή και ικανό. Και σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert, ενώ για τις ανάγκες της ανάλυσης δημιουργήθηκε η συνολική μεταβλητή Trust_mean, ως ο μέσος όρος των επιμέρους απαντήσεων. Το τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τις στάσεις των ασθενών απέναντι στη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική. Το σύνολο των ερωτήσεων αποσκοπούσε στην αποτύπωση της αποδοχής, των ανησυχιών και των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τη χρήση της ΤΝ. Για τη

συνολική αποτίμηση των στάσεων δημιουργήθηκε η μεταβλητή AI_mean, η οποία προέκυψε από τον μέσο όρο των σχετικών ερωτήσεων.

4.3.4 Ζητήματα δεοντολογίας

Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας τηρήθηκαν όλες οι βασικές αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας. Συγκεκριμένα, η συμμετοχή των ατόμων στην έρευνα ήταν εθελοντική, ενώ πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό και τη φύση της μελέτης. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε ανώνυμα, χωρίς τη συλλογή προσωπικών στοιχείων που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην ταυτοποίηση των συμμετεχόντων, διασφαλίζοντας έτσι την προστασία της ιδιωτικότητας και των προσωπικών δεδομένων.

Επιπλέον, δόθηκε συγκατάθεση στην αρχή του ερωτηματολογίου για τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των δεδομένων, καθώς τα στοιχεία που συλλέχθηκαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και δεν κοινοποιήθηκαν σε τρίτους. Οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν από τη διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούσαν, χωρίς καμία συνέπεια. Τέλος, η έρευνα διεξήχθη σύμφωνα με τις αρχές του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της αυτονομίας και της προστασίας των δικαιωμάτων των συμμετεχόντων, όπως αυτές αποτυπώνονται στη διεθνή ερευνητική πρακτική.

4.3.5 Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν στο πρόγραμμα. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε έλεγχος για τυχόν ελλιπή ή λανθασμένα δεδομένα, με στόχο τη διασφάλιση της εγκυρότητας της ανάλυσης.

Σε πρώτο στάδιο εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση, προκειμένου να παρουσιαστούν τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος και των μεταβλητών της έρευνας. Συγκεκριμένα, υπολογίστηκαν μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, ελάχιστες και μέγιστες τιμές, ενώ τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν και με τη χρήση γραφημάτων, προκειμένου να αποτυπωθεί η κατανομή των βασικών μεταβλητών, όπως ο

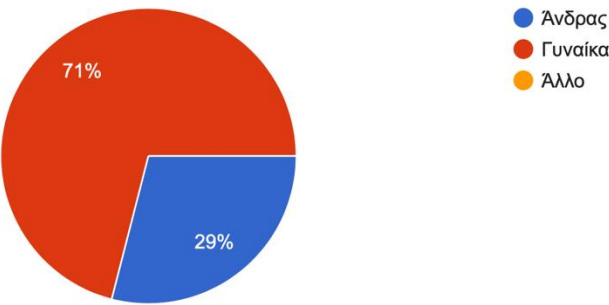
προσανατολισμός της σχέσης ασθενούς–ιατρού (PPOS_mean), η εμπιστοσύνη στον ιατρό (Trust_mean) και οι στάσεις απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη (AI_mean). Σε επόμενο στάδιο πραγματοποιήθηκε επαγωγική στατιστική ανάλυση. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στο επόμενο κεφάλαιο, όπου γίνεται αναλυτική ερμηνεία των ευρημάτων σε σχέση με τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Αποτελέσματα

5.1 Μέρος Α: Κοινωνικά - Δημογραφικά Στοιχεία

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 200 άτομα με ποικίλα χαρακτηριστικά ως προς το φύλο, την ηλικία και την εκπαίδευση. Η πλειοψηφία είναι γυναίκες (71%) και η ηλικιακή κατανομή παρουσιάζει μια σχετική συγκέντρωση μεταξύ 30 και 40 ετών, υποδηλώνοντας ένα δείγμα εργασιακά ενεργό και πιθανόν εξοικειωμένο με την τεχνολογία, ενώ δεν λείπει και η παρουσία μεγαλύτερων ηλικιών, στοιχείο που προσδίδει ετερογένεια στην ανάλυση.

Φύλο:
200 απαντήσεις



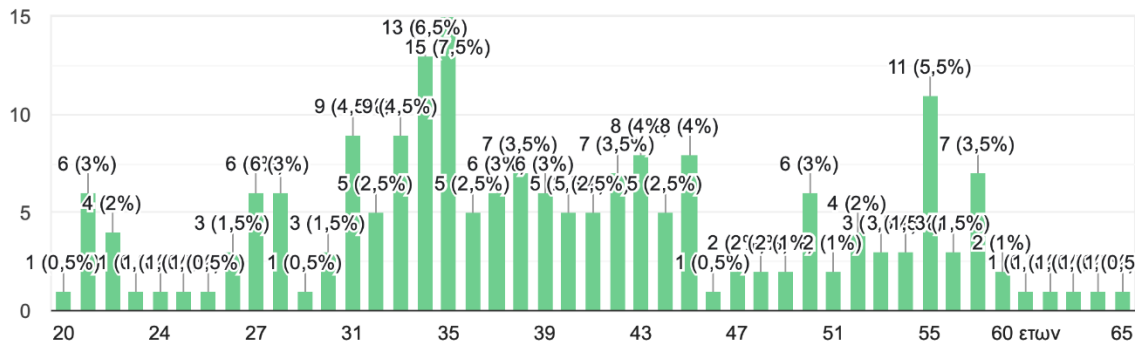
Σχήμα Α 1

		Φύλο:			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	58	29.0	29.0	29.0
	Γυναίκα	142	71.0	71.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Πίνακας Α 1

Ηλικία

200 απαντήσεις



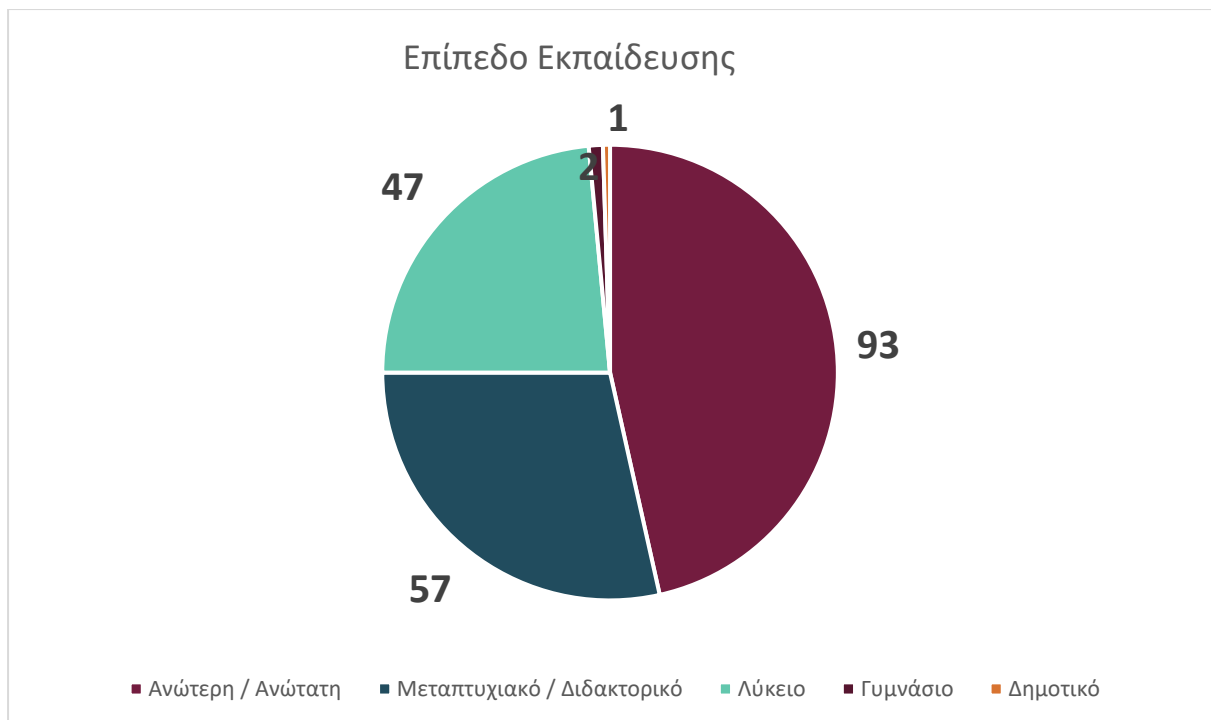
Σχήμα Α 2

		Ηλικία			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20.0	1	.5	.5	.5
	21.0	6	3.0	3.0	3.5
	22.0	4	2.0	2.0	5.5
	23.0	1	.5	.5	6.0
	24.0	1	.5	.5	6.5
	25.0	1	.5	.5	7.0
	26.0	3	1.5	1.5	8.5
	27.0	6	3.0	3.0	11.5
	28.0	6	3.0	3.0	14.5
	29.0	1	.5	.5	15.0
	30.0	3	1.5	1.5	16.5
	31.0	10	5.0	5.0	21.5
	32.0	5	2.5	2.5	24.0
	33.0	9	4.5	4.5	28.5
	34.0	13	6.5	6.5	35.0
	35.0	15	7.5	7.5	42.5
	36.0	5	2.5	2.5	45.0
	37.0	6	3.0	3.0	48.0
	38.0	7	3.5	3.5	51.5
	39.0	6	3.0	3.0	54.5
	40.0	5	2.5	2.5	57.0
	41.0	5	2.5	2.5	59.5
	42.0	7	3.5	3.5	63.0
	43.0	8	4.0	4.0	67.0

44.0	5	2.5	2.5	69.5
45.0	8	4.0	4.0	73.5
46.5	1	.5	.5	74.0
47.0	2	1.0	1.0	75.0
48.0	2	1.0	1.0	76.0
49.0	2	1.0	1.0	77.0
50.0	6	3.0	3.0	80.0
51.0	2	1.0	1.0	81.0
52.0	4	2.0	2.0	83.0
53.0	3	1.5	1.5	84.5
54.0	3	1.5	1.5	86.0
55.0	11	5.5	5.5	91.5
56.0	3	1.5	1.5	93.0
58.0	7	3.5	3.5	96.5
59.0	2	1.0	1.0	97.5
60.0	1	.5	.5	98.0
61.0	1	.5	.5	98.5
62.0	1	.5	.5	99.0
64.0	1	.5	.5	99.5
65.0	1	.5	.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Πίνακας Α 2

Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης παρατηρείται υψηλό μορφωτικό υπόβαθρο με το 46,5% του δείγματος να έχει ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση και το 28,5% μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές. Αυτό το μορφωτικό προφίλ είναι σημαντικό καθώς έχει διαπιστωθεί πως η υψηλότερη εκπαίδευση συνδέεται θετικά με την αποδοχή της τεχνολογίας και ειδικότερα της Τεχνητής Νοημοσύνης (Schepman και Rodway, 2020). Τα παραπάνω χαρακτηριστικά διαμορφώνουν ένα δείγμα με πιθανή ικανότητα κριτικής προσέγγισης της καινοτομίας και αυξημένο γνωστικό υπόβαθρο για να εκτιμήσει τις εφαρμογές της ΤΝ στην υγεία.



Σχήμα Α 3

Επίπεδο εκπαίδευσης:

		Freque ncy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανώτερη/Ανώτατη	93	46.5	46.5	46.5
	Γυμνάσιο	2	1.0	1.0	47.5
	Δημοτικό	1	.5	.5	48.0
	Λύκειο	47	23.5	23.5	71.5
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	57	28.5	28.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Πίνακας Α 3

Η κατανομή των επαγγελμάτων δείχνει μια έντονη εκπροσώπηση εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα (47 άτομα) και στον τομέα της υγείας (40 άτομα). Η παρουσία επαγγελματιών υγείας προσδίδει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην αποδοχή τεχνολογιών Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική καθώς οι ίδιοι αποτελούν πιθανούς χρήστες των εν λόγω συστημάτων. Επίσης ένας σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων προέρχεται από τον δημόσιο τομέα και την εκπαίδευση. Αυτή η σύνθεση μπορεί να επηρεάζει θετικά την εξοικείωση με την τεχνολογία, δεδομένης της αυξημένης έκθεσης αυτών των επαγγελματιών ομάδων σε ψηφιακά εργαλεία και συστήματα.



Σχήμα Α 4

Το ακόλουθο γράφημα δείχνει ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι (118 άτομα), ενώ ακολουθούν οι άγαμοι (68 άτομα). Μικρότερα ποσοστά καταγράφονται για διαζευγμένους (10), χήρους (3) και άλλες καταστάσεις (1). Η υπεροχή των εγγάμων ενδέχεται να συνδέεται με μεγαλύτερη ηλικιακή κατανομή του δείγματος και πιθανή αυξημένη αίσθηση ευθύνης απέναντι σε θέματα υγείας και οικογενειακής φροντίδας. Οι έγγαμοι συχνά εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης προς συστήματα υγειονομικής τεχνολογίας ιδίως όταν αυτά σχετίζονται με τη φροντίδα των αγαπημένων τους (Venkatesh κ.α., 2012).



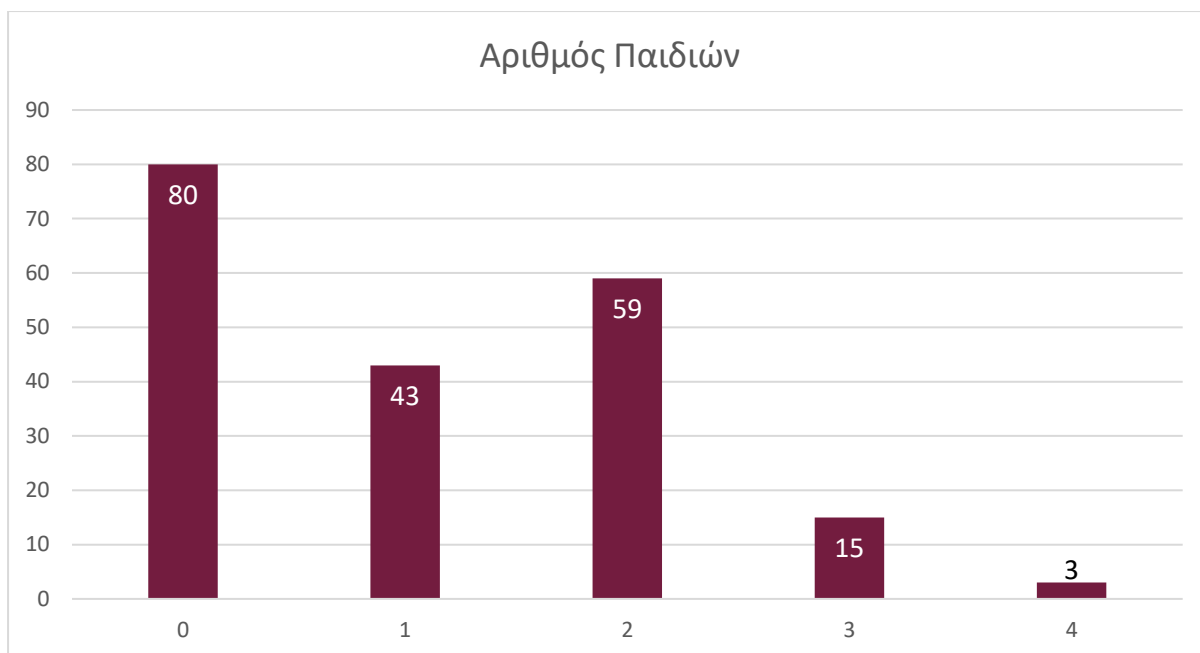
Σχήμα Α 5

Οικογενειακή κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άγαμος/η	68	34.0	34.0	34.0
	Άλλο	1	.5	.5	34.5
	Διαζευγμένος/η	10	5.0	5.0	39.5
	Έγγαμος/η	118	59.0	59.0	98.5
	Χήρος/α	3	1.5	1.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Πίνακας Α 4

Όπως φαίνεται στο ακόλουθο γράφημα, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (40%) δεν έχει παιδιά, ενώ σημαντικό ποσοστό έχει ένα (21,5%) ή δύο παιδιά (29,5%). Η κατανομή αυτή υποδηλώνει ότι το δείγμα περιλαμβάνει σε μεγάλο βαθμό άτομα σε νεότερη ηλικία ή άτομα που δεν έχουν ακόμη οικογενειακές υποχρεώσεις, κάτι που συνάδει και με την ηλικιακή κατανομή που παρουσιάστηκε προηγουμένως. Η απουσία παιδιών ή ο μικρός αριθμός παιδιών ενδέχεται να συσχετίζεται με διαφορετικές στάσεις απέναντι στην τεχνολογία κυρίως όταν πρόκειται για ζητήματα εμπιστοσύνης και χρήσης τεχνολογιών υγείας (Charness & Boot, 2009). Άτομα χωρίς οικογενειακές ευθύνες μπορεί να επιδεικνύουν μεγαλύτερη προθυμία να πειραματιστούν με καινοτόμες λύσεις όπως η Τεχνητή Νοημοσύνη.



Σχήμα Α 6

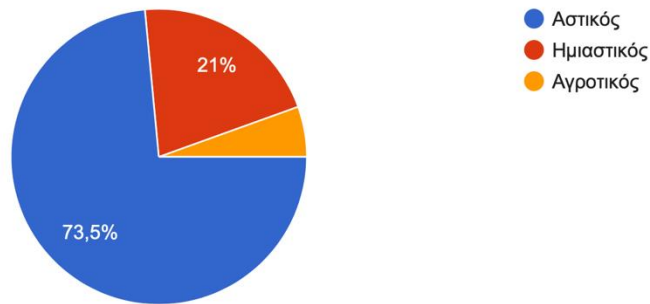
Αριθμός παιδιών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	80	40.0	40.0	40.0
	1	43	21.5	21.5	61.5
	2	59	29.5	29.5	91.0
	3	15	7.5	7.5	98.5
	4	3	1.5	1.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Πίνακας Α 5

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (73,5%) διαμένει σε αστικό περιβάλλον, ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφονται για τους κατοίκους ημιαστικών (21%) και αγροτικών περιοχών (5,5%). Οι κάτοικοι των πόλεων έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση σε τεχνολογικές υποδομές και υπηρεσίες υγείας, γεγονός που επηρεάζει θετικά την εξοικείωσή τους με την Τεχνητή Νοημοσύνη στην ιατρική.

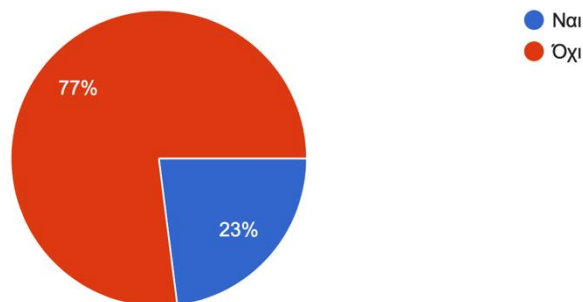
Τόπος διαμονής
200 απαντήσεις



Σχήμα Α 7

Μόλις το 23% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα, ενώ η πλειονότητα (77%) ανέφερε ότι δεν αντιμετωπίζει τέτοιο πρόβλημα υγείας. Η ύπαρξη χρόνιας πάθησης σχετίζεται συχνά με αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια με μεγαλύτερη πιθανότητα αλληλεπίδρασης με τεχνολογικές λύσεις όπως εφαρμογές παρακολούθησης υγείας ή συστήματα Τεχνητής Νοημοσύνης².

Έχετε κάποιο χρόνιο νόσημα;
200 απαντήσεις



Σχήμα Α 8

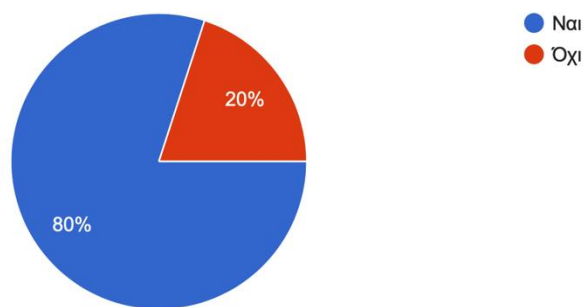
Έχετε κάποιο χρόνιο νόσημα;

² <https://www.who.int/docs/default-source/documents/g54dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	46	23.0	23.0	23.0
	Όχι	154	77.0	77.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Το 80% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι επισκέφθηκαν γιατρό τους τελευταίους έξι μήνες, ένδειξη υψηλής συχνότητας επαφής με το σύστημα υγείας. Αυτό το στοιχείο αποκαλύπτει μια πληθυσμιακή ομάδα με ενεργή σχέση με την ιατρική φροντίδα, γεγονός που ενισχύει τη σημασία των τεχνολογικών λύσεων στη βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών.

Έχετε επισκεφτεί γιατρό το τελευταίο 6μηνο;
200 απαντήσεις



Σχήμα Α 9

Έχετε επισκεφτεί γιατρό το τελευταίο 6μηνο;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	160	80.0	80.0	80.0
	Όχι	40	20.0	20.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Πίνακας Α 6

Το 49% των συμμετεχόντων δεν έχει χρησιμοποιήσει ποτέ κάποια ψηφιακή εφαρμογή υγείας, ενώ μόλις το 22% δηλώνει πως τις έχει χρησιμοποιήσει πολλές φορές. Αυτό δείχνει πως παρά την ευρεία υιοθέτηση τεχνολογίας σε άλλους τομείς της ζωής, η

αξιοποίηση ψηφιακών εργαλείων στον χώρο της υγείας παραμένει περιορισμένη. Οι λόγοι μπορεί να σχετίζονται με έλλειψη ενημέρωσης, δυσπιστία ή ελλιπή εξοικείωση με τις υπηρεσίες αυτές.

Έχετε ποτέ χρησιμοποιήσει κάποια ψηφιακή εφαρμογή υγείας (π.χ. εφαρμογή MyHealth, τηλεϊατρική κ.λπ.);

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάποιες φορές	49	24.5	24.5	24.5
	Μία φορά	9	4.5	4.5	29.0
	Πολλές φορές	44	22.0	22.0	51.0
	Ποτέ	98	49.0	49.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Πίνακας Α 7

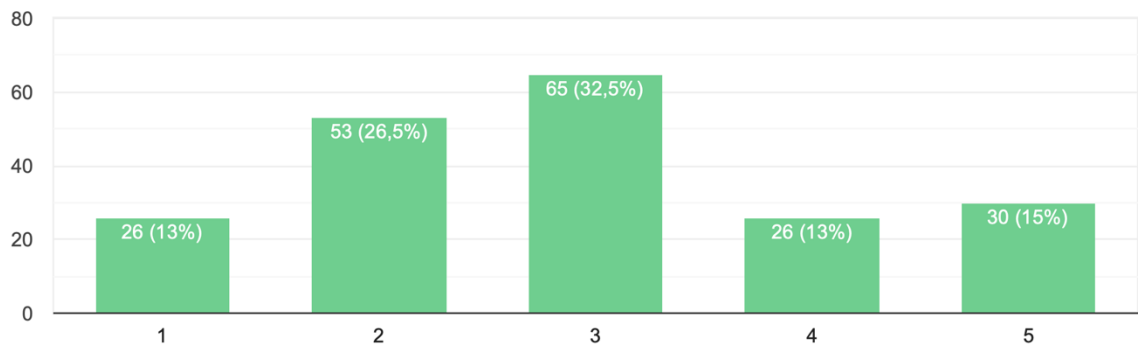
5.2 Μέρος Β: Κλίμακα Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού - Ασθενούς (PPOS)

Η πρώτη ερώτηση της κλίμακας PPOS (Patient-Practitioner Orientation Scale) αφορά το κατά πόσο ο γιατρός θα πρέπει να είναι αποκλειστικά υπεύθυνος στο να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης. Η διατύπωση της ερώτησης αντικατοπτρίζει μια ιατροκεντρική αντίληψη, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός διατηρεί τον έλεγχο της επικοινωνίας και της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, χωρίς την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς. Στην κλίμακα PPOS, μια χαμηλή συμφωνία με τέτοιου τύπου δηλώσεις συνδέεται με πιο ανθρωποκεντρικές αντιλήψεις, όπου ο ασθενής επιθυμεί να συμμετέχει ενεργά στον διάλογο και στις αποφάσεις για την υγεία του. Όλα τα αποτελέσματα της κλίμακας PPOS παρουσιάζονται στον Πίνακα Β1 του παραρτήματος.

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα του διαγράμματος (Σχήμα 1Β) βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (32,5%) επέλεξε την ουδέτερη απάντηση (βαθμός 3), κάτι που υποδηλώνει ότι μεγάλο μέρος του δείγματος δεν παίρνει ξεκάθαρη θέση. Αυτό ίσως φανερώνει μια μεταβατική στάση: οι ασθενείς αναγνωρίζουν μεν την αξία της ιατρικής αυθεντίας, αλλά ταυτόχρονα δείχνουν ανοιχτοί στο να έχουν μεγαλύτερη συμμετοχή. Σχεδόν 4 στους 10 συμμετέχοντες (39,5%) διαφωνούν με την πρόταση (βαθμοί 1 και 2), γεγονός που υποδηλώνει ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών δεν επιθυμεί ο γιατρός να έχει τον αποκλειστικό έλεγχο της συζήτησης. Από την άλλη πλευρά, ένα 28% των συμμετεχόντων (βαθμοί 4 και 5) φαίνεται να συμφωνεί με την πρόταση, κάτι που υποδηλώνει ότι παραμένει ισχυρή σε μερίδα του πληθυσμού με την παραδοσιακή άποψη ότι ο γιατρός γνωρίζει καλύτερα και είναι εκείνος που πρέπει να καθοδηγεί πλήρως την επίσκεψη.

1. Ο γιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης.

200 απαντήσεις

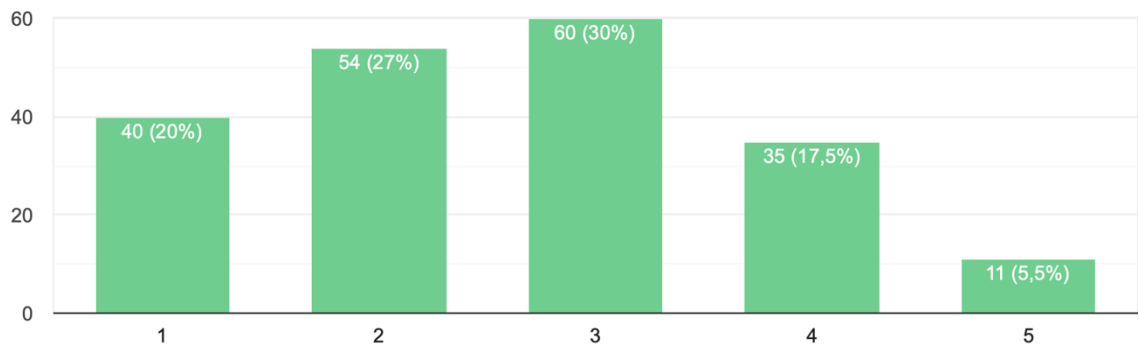


Σχήμα Β 1

Η δεύτερη δήλωση επικεντρώνεται στη σημασία της προσωπικής σχέσης γιατρού-ασθενή, σε σχέση με τις τεχνολογικές προόδους της ιατρικής. Οι απαντήσεις δείχνουν ξεκάθαρα ότι σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (47%) διαφωνούν με αυτή την αντίληψη. Δηλαδή, θεωρούν ότι η προσωπική σχέση με τον γιατρό εξακολουθεί να έχει ουσιαστικό ρόλο στην εμπειρία φροντίδας, ανεξάρτητα από την πρόοδο της τεχνολογίας. Το 30% των συμμετεχόντων επέλεξε ουδέτερη απάντηση, κάτι που δείχνει μια πιο επιφυλακτική στάση, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό (περίπου 23%) συμφώνησε, θεωρώντας ίσως ότι η αποτελεσματικότητα είναι πιο σημαντική από την προσωπική επαφή. Το γράφημα υπογραμμίζει ότι, για την πλειοψηφία των ασθενών, η επιστήμη δεν μπορεί να υποκαταστήσει τη σχέση. Η τεχνολογία μπορεί να εξελιχθεί, αλλά η ανάγκη του ανθρώπου για σύνδεση, επικοινωνία και εμπιστοσύνη με τον γιατρό του παραμένει σταθερή.

2. Αν και στην ιατρική φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση γιατρού-ασθενή, αυτό έχει μικρή σημασία σε σχέση με τα επιτεύγματα της Ιατρικής.

200 απαντήσεις



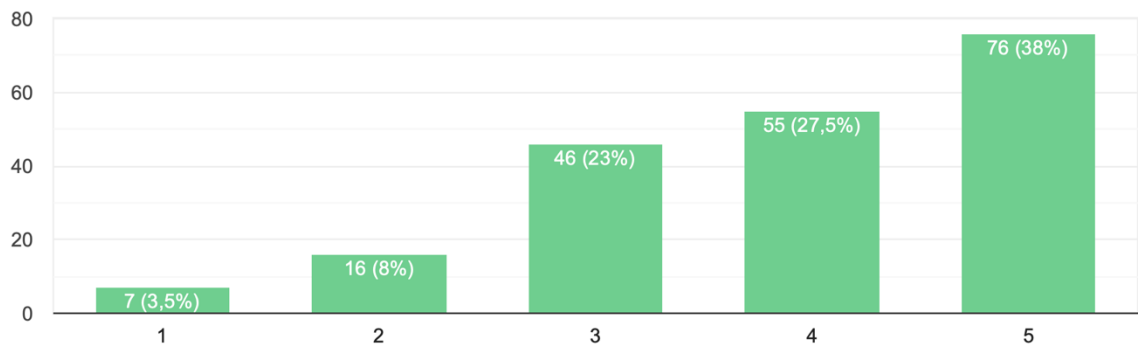
Σχήμα Β 2

Η τρίτη πρόταση της κλίμακας αφορά τη φυσική εξέταση. Σύμφωνα με τη διατύπωση, ζητείται από τον συμμετέχοντα να αξιολογήσει κατά πόσο θεωρεί ότι η φυσική εξέταση αποτελεί το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης. Η φράση αυτή αξιολογεί έμμεσα το κατά πόσο κάποιος αποδίδει μεγαλύτερη αξία στην τεχνική-διαγνωστική πλευρά της ιατρικής, συγκριτικά με τη συζήτηση και την ακρόαση. Αναλύοντας το Σχήμα 3B, προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων συμφωνεί με τη δήλωση. Συγκεκριμένα το 27,5% επέλεξε "4" και το 38% "5", δηλαδή πάνω από το 65% θεωρεί τη φυσική εξέταση ως τον πιο σημαντικό πυλώνα της επίσκεψης. Μόλις το 11,5% (βαθμοί 1 και 2) διαφωνεί. Αυτό δείχνει ότι, παρά τις εξελίξεις στον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας, οι ασθενείς εξακολουθούν να αποδίδουν μεγάλη σημασία στην παρουσία και επαφή του ιατρού με το σώμα τους.

Το εύρημα αυτό συνάδει με μελέτες που τονίζουν τη διαχρονική αξία της φυσικής εξέτασης για τους ασθενείς, όχι μόνο ως διαγνωστικό εργαλείο, αλλά και ως μορφή σωματικής επιβεβαίωσης ότι ο γιατρός τους προσέχει πραγματικά. Όπως υπογραμμίζουν οι Verghese κ.α. (2015), η φυσική εξέταση δεν είναι απλώς τεχνική πράξη, αλλά ενισχύει τη σχέση και την εμπιστοσύνη ασθενούς-ιατρού. Παράλληλα, μελέτες έχουν δείξει ότι η απουσία φυσικής εξέτασης μπορεί να συνδεθεί με μειωμένη ικανοποίηση του ασθενούς, ακόμα και αν παρέχεται επαρκής πληροφόρηση (Peabody κ.α., 2000).

3. Το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση.

200 απαντήσεις

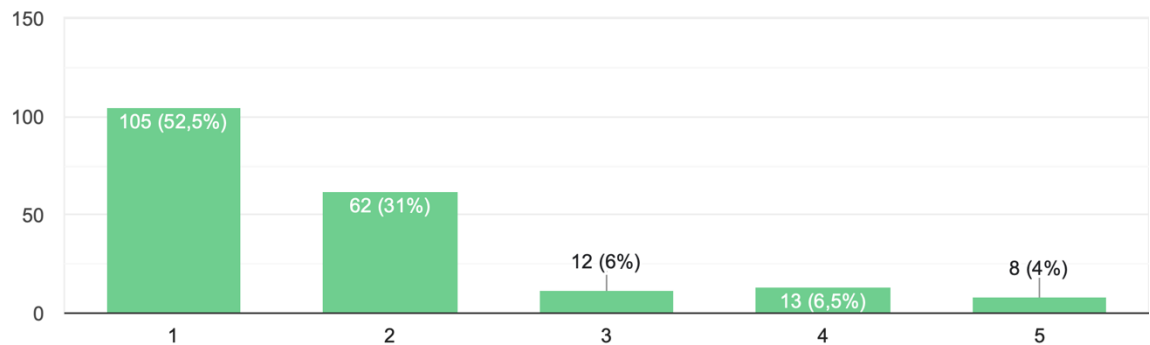


Σχήμα Β 3

Η επόμενη ερώτηση αγγίζει μια από τις πιο βασικές παραμέτρους της ιατρικής σχετικά με την επικοινωνία και τη διαφάνεια μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Το σχήμα Β4 δείχνει μια ξεκάθαρη στάση υπέρ της ενημέρωσης καθώς πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (52,5%) διαφωνούν έντονα με τη δήλωση, ενώ άλλο ένα 31% διαφωνεί με ηπιότερο τρόπο. Συνολικά το 83,5% του δείγματος απορρίπτει την ιδέα ότι οι ασθενείς πρέπει να προστατεύονται από την πλήρη αλήθεια. Αντίθετα, μόνο το 10,5% συμφωνεί (βαθμοί 4 και 5), γεγονός που δείχνει ότι τέτοιες αντιλήψεις έχουν πια περιορισμένη απήχηση. Αυτό το αποτέλεσμα είναι εξαιρετικά ενθαρρυντικό και συμβαδίζει με τις σύγχρονες διεθνείς τάσεις στην ιατρική, οι οποίες προωθούν τη διαφάνεια, την ενημερωμένη συγκατάθεση και τη λήψη αποφάσεων από κοινού. Οι ασθενείς που κατανοούν την κατάστασή τους έχουν καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία και λιγότερο άγχος (Epstein και Street, 2007). Η ενημέρωση αποτελεί όχι μόνο ηθική υποχρέωση του γιατρού, αλλά και βασικό στοιχείο ενδυνάμωσης του ασθενούς. Επιπλέον, σε μια εποχή όπου η τεχνητή νοημοσύνη εισέρχεται δυναμικά στην ιατρική, το ζήτημα της επικοινωνίας γίνεται ακόμη πιο κρίσιμο.

4. Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους.

200 απαντήσεις

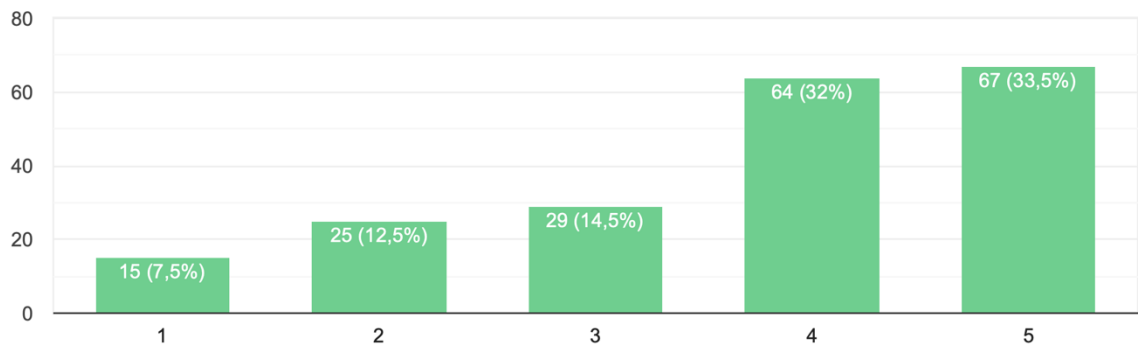


Σχήμα Β 4

Η πέμπτη δήλωση του ερωτηματολογίου εξετάζει τη στάση των ασθενών απέναντι στη γνώση των γιατρών και το κατά πόσο οι ίδιοι αισθάνονται την ανάγκη να αναζητούν συμπληρωματικές πληροφορίες για την κατάστασή τους. Το ακόλουθο σχήμα αποτυπώνει ότι ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (65,5%) συμφωνεί με τη δήλωση (βαθμοί 4 και 5), δηλαδή πιστεύει πως οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τη γνώση των γιατρών και να μη βασίζονται στη δική τους αναζήτηση. Μόλις ένα 20% εκφράζει αντίθετη άποψη, ενώ ένα 14,5% παραμένει ουδέτερο. Παρόλο που οι συμμετέχοντες στη γενική τους στάση υποστηρίζουν τη συμμετοχικότητα και την ενημέρωση (όπως φάνηκε στο προηγούμενο ερώτημα), εδώ φαίνεται ότι διατηρούν υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης στην αυθεντία του γιατρού. Αυτό δεν είναι απαραίτητα αντιφατικό καθώς είναι δυνατό ένας ασθενής να θέλει να είναι ενημερωμένος, αλλά ταυτόχρονα να αναγνωρίζει και να σέβεται την εξειδίκευση και την εμπειρία του ιατρού ως την πιο αξιόπιστη πηγή. Οι συμμετέχοντες φαίνεται να εκτιμούν την τεχνογνωσία των γιατρών και δεν θεωρούν αναγκαίο να κάνουν ανεξάρτητη έρευνα. Όμως, σε συνδυασμό με τα προηγούμενα ευρήματα, η στάση τους μοιάζει περισσότερο με εμπιστοσύνη με επίγνωση παρά με παθητική αποδοχή.

5. Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τη γνώση των γιατρών τους και να μην ψάχνουν μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάστασή τους.

200 απαντήσεις

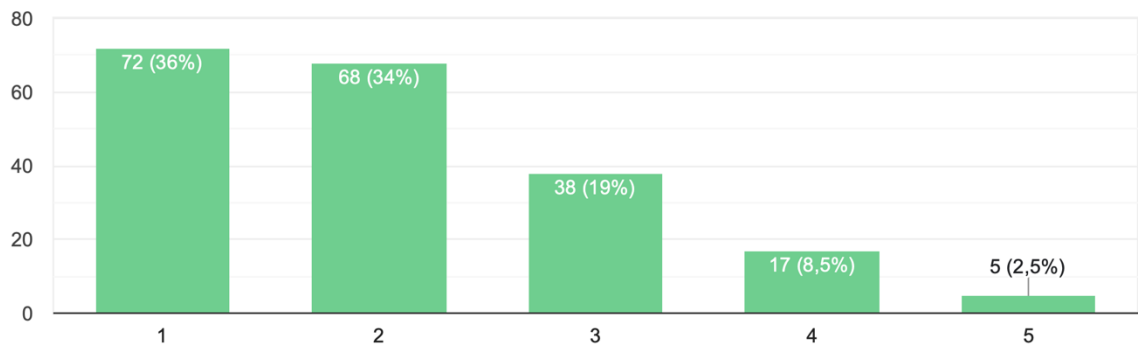


Σχήμα Β 5

Έπειτα, εξετάζεται η άποψη των ασθενών σχετικά με την προσωπική φύση των ερωτήσεων που θέτουν οι γιατροί και κατά πόσο αυτές ενδέχεται να παραβιάζουν την ιδιωτική τους ζωή. Η πλειοψηφία διαφωνεί με τη δήλωση (36% στην επιλογή 1 και 34% στην 2) δηλώνοντας ξεκάθαρα ότι δεν θεωρεί προσβλητικό το να τους γίνονται προσωπικές ερωτήσεις. Αυτό υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται αυτές τις ερωτήσεις ως μέρος μιας ολοκληρωμένης ποιοτικής ιατρικής φροντίδας και όχι ως αδιακρισία. Μόλις το 11% συμφωνεί σε κάποιο βαθμό με τη δήλωση. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά και δείχνουν πως το δείγμα είναι δεκτικό στη δημιουργία ουσιαστικής σχέσης με τον γιατρό, αναγνωρίζοντας ότι η διερεύνηση της προσωπικής ζωής έχει κλινική σημασία. Όπως έχει δείξει η βιβλιογραφία, οι προσωπικές ερωτήσεις βοηθούν στην κατανόηση του ασθενούς ως ατόμου και συμβάλλουν στην καλύτερη προσαρμογή της φροντίδας στις ανάγκες του (Suchman κ.α., 1997).

6. Όταν οι γιατροί κάνουν πολλές προσωπικές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως παραβιάζουν την προσωπική ζωή του.

200 απαντήσεις

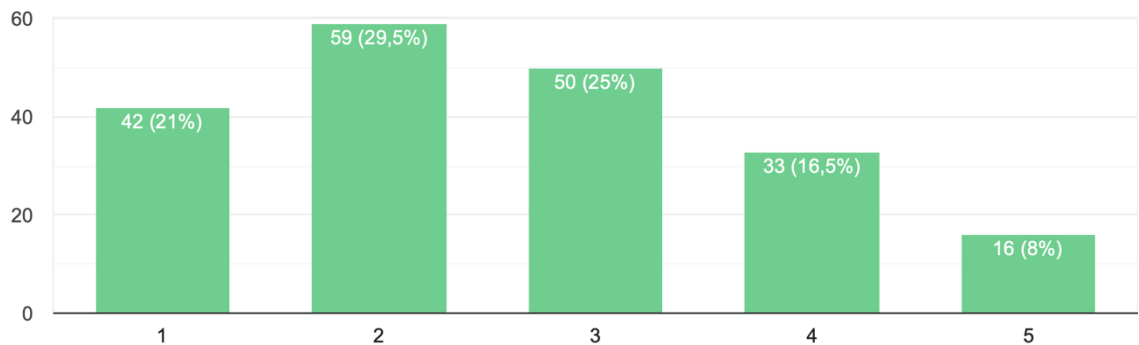


Σχήμα Β 6

Η έβδομη δήλωση αξιολογεί μια κλασική σύγκρουση στην ιατρική, την τεχνική επάρκεια (διάγνωση και θεραπεία) έναντι της ποιοτικής σχέσης με τον ασθενή. Το 50,5% των συμμετεχόντων (απαντήσεις 1 και 2) διαφωνεί με τη δήλωση, δείχνοντας πως δεν θεωρούν τη σχέση λιγότερο σημαντική από τις τεχνικές ικανότητες του γιατρού. Αντίθετα, μόνο το 24,5% συμφωνεί σε κάποιο βαθμό (βαθμοί 4 και 5). Το 25% επέλεξε ουδέτερη στάση, ίσως αντανακλώντας προβληματισμό ή την αίσθηση ότι οι δύο πλευρές είναι εξίσου σημαντικές. Η στάση αυτή επιβεβαιώνει τη διευρυμένη αναγνώριση της σημασίας της επικοινωνίας και της σχέσης εμπιστοσύνης στην ιατρική φροντίδα. Οι Roter κ.α. (2006) αναφέρουν ότι η καλή σχέση γιατρού-ασθενούς συνδέεται με καλύτερη κατανόηση, λιγότερα λάθη, αυξημένη συμμόρφωση στη θεραπεία και συνολικά καλύτερα αποτελέσματα υγείας.

7. Εάν οι γιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία, δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς.

200 απαντήσεις

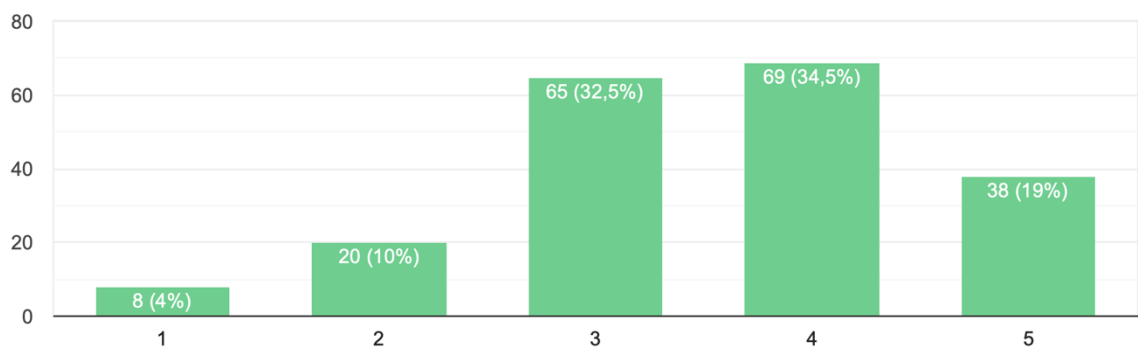


Σχήμα Β 7

Η όγδοη δήλωση της κλίμακας PPOS επικεντρώνεται στο κατά πόσο οι ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στον γιατρό τους, ακόμα και αν δεν προσδοκούν νέα πληροφορία. Αυτό υποδηλώνει την ανάγκη για επανάληψη, επιβεβαίωση και συναισθηματική στήριξη. Τα αποτελέσματα που συλλέξαμε δείχνουν πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν ή τείνουν προς τη συμφωνία (34,5% στην επιλογή 4 και 19% στην 5), με ένα επιπλέον 32,5% να δηλώνει ουδέτερο. Μια μικρή μειοψηφία (14%) που διαφωνεί δείχνει ότι οι περισσότεροι ασθενείς αναγνωρίζουν πως η επανάληψη ή η ανάγκη για περισσότερη επικοινωνία είναι αναπόσπαστο μέρος της ιατρικής επαφής.

8. Πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στο γιατρό τους ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο.

200 απαντήσεις

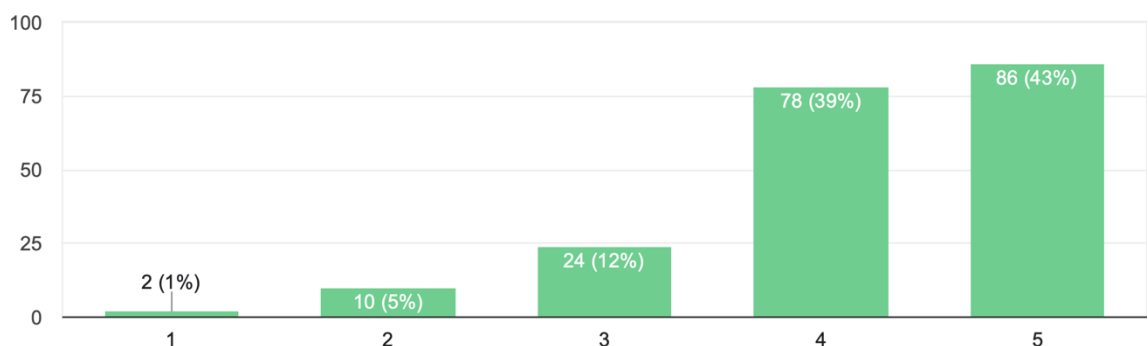


Σχήμα Β 8

Η επόμενη δήλωση της κλίμακας PPOS αναφέρεται άμεσα στην ισότιμη συνεργασία μεταξύ γιατρού και ασθενούς, τοποθετώντας την έννοια της συμμετοχικής φροντίδας στο επίκεντρο. Η διατύπωση υποστηρίζει μια σχέση βασισμένη σε αμοιβαίο σεβασμό και κοινή λήψη αποφάσεων, η οποία συνδέεται άμεσα με τη διάσταση “sharing” της κλίμακας. Τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα καθαρά και ενθαρρυντικά. Το 82% των συμμετεχόντων (απαντήσεις 4 και 5) συμφωνεί με την ανάγκη για ισότιμη σχέση επιβεβαιώνοντας έτσι μια ισχυρή προτίμηση προς τη συνεργατική ιατρική πρακτική. Η χαμηλή διαφωνία (μόλις 6%) και το περιορισμένο ποσοστό ουδέτερης στάσης (12%) δείχνουν ότι η ιδέα της αυθεντίας έχει ξεπεραστεί σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνική πραγματικότητα. Η τάση αυτή ευθυγραμμίζεται με το μοντέλο της patient-centered care και τις διεθνείς συστάσεις που προωθούν την ενδυνάμωση των ασθενών και τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων (Coulter και Collins, 2011). Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει τη σημασία του διαλόγου, της ανοιχτής επικοινωνίας και της αλληλοκατανόησης στη σύγχρονη ιατρική πρακτική.

9. Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, μέσα σε μία ισότιμη σε ισχύ σχέση.

200 απαντήσεις



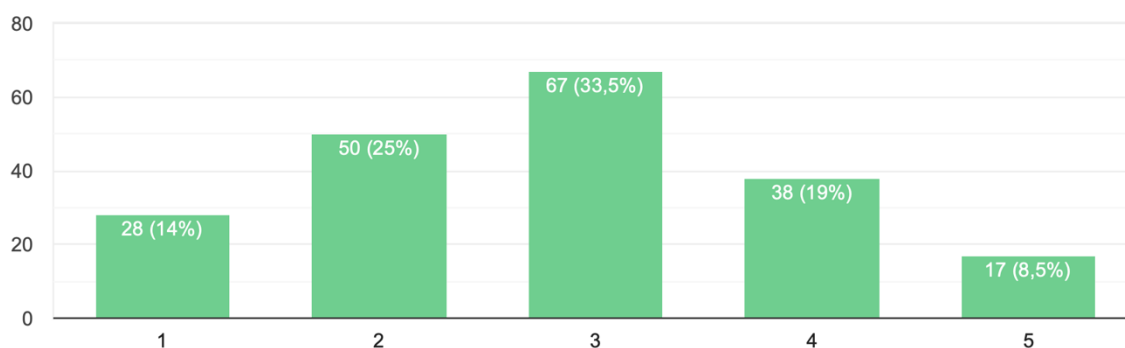
Σχήμα Β 9

Στη συνέχεια εξετάζεται κατά πόσο οι ασθενείς προτιμούν να αισθάνονται καθησυχασμένοι παρά να λαμβάνουν λεπτομερείς πληροφορίες για την υγεία τους. Τα αποτελέσματα δείχνουν μια μετριοπαθή αλλά σαφή τάση προς την ανάγκη πληροφόρησης. Αν και ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων (33,5%) απάντησε ουδέτερα, το 39% (απαντήσεις 1 και 2) διαφωνεί με τη δήλωση, δηλώνοντας έμμεσα ότι θεωρεί εξίσου ή και περισσότερο σημαντική την ενημέρωση. Αντίθετα, μόλις το 27,5% (απαντήσεις 4 και 5) συμφωνεί ότι ο καθησυχασμός είναι πιο σημαντικός από

την πληροφόρηση. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ένα σημαντικό σημείο ισορροπίας στη σχέση γιατρού-ασθενούς. Οι συμμετέχοντες δεν απορρίπτουν τη σημασία του συναισθηματικού τόνου, αλλά δείχνουν ότι δεν επιθυμούν να αντικαταστήσει την ουσιαστική επικοινωνία και κατανόηση. Αυτό ευθυγραμμίζεται με τις αρχές της προσωποκεντρικής φροντίδας, σύμφωνα με τις οποίες η ενημέρωση και η συναισθηματική στήριξη είναι αλληλένδετες και δεν πρέπει να τίθενται σε αντιπαράβολή (Epstein και Street, 2007).

10. Οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθησυχασμό παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.

200 απαντήσεις



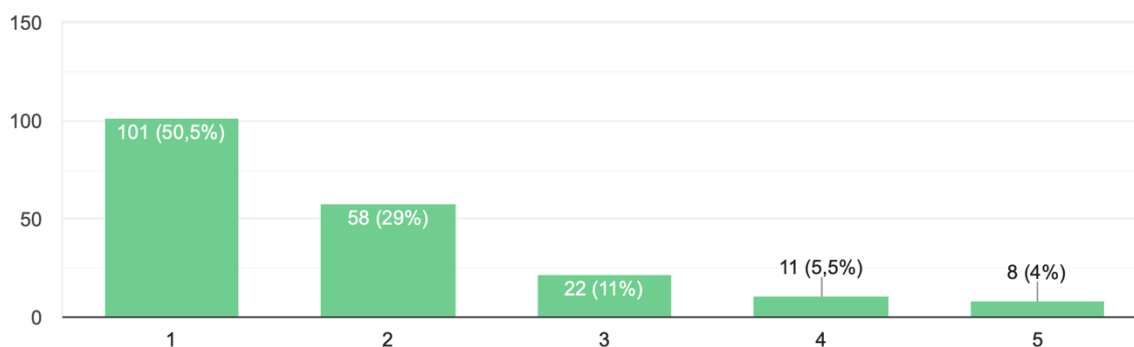
Σχήμα Β 10

Η δήλωση που παρουσιάζεται στο σχήμα Β 11 έρχεται να εξετασεί την αντίληψη περί επαγγελματικής επιτυχίας στην ιατρική, θέτοντας σε αντιδιαστολή την τεχνική κατάρτιση με τις ανθρώπινες δεξιότητες, όπως η ζεστασιά και η ανοιχτότητα προς τους ασθενείς. Πρόκειται για μια κρίσιμη πτυχή της διάστασης “caring”, καθώς αφορά την αξία που αποδίδει η κοινωνία σε έναν ιατρό με έμφαση στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ξεκάθαρα με το 79,5% των συμμετεχόντων να διαφωνεί (απαντήσεις 1 και 2) με τη δήλωση ότι ένας θερμός και ανοιχτός γιατρός δεν μπορεί να γίνει επιτυχημένος. Μόνο το 9,5% συμφωνεί σε κάποιο βαθμό, ενώ το 11% επιλέγει ουδέτερη στάση. Αυτό φανερώνει πως το κοινό δεν συνδέει την επιτυχία με ψυχρότητα ή απόσταση. Αντίθετα θεωρεί ότι η εν συναίσθηση, η επικοινωνία και η ανθρώπινη προσέγγιση αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά ενός επιτυχημένου επαγγελματία υγείας. Η συναισθηματική νοημοσύνη και η ικανότητα δημιουργίας σχέσης εμπιστοσύνης είναι θεμελιώδη στοιχεία για την ποιότητα της φροντίδας και την επιτυχία στην κλινική πράξη (Shapiro, 2018). Επιπλέον, τα χαρακτηριστικά αυτά

σχετίζονται με την ικανοποίηση του ασθενούς, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και τη μείωση των ιατρικών λαθών.

11. Εάν τα βασικά χαρακτηριστικά του γιατρού είναι το να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του, τότε δεν θα γίνει ποτέ ιδιαίτερα επιτυχημένος.

200 απαντήσεις



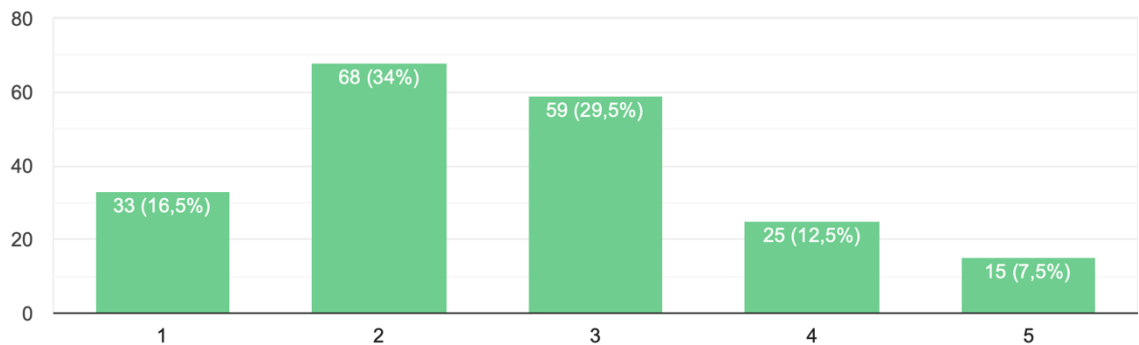
Σχήμα Β 11

Σχετικά με την διαφωνία μεταξύ ασθενούς - ιατρού και συγκεκριμένα το αν αυτή ερμηνεύεται ως έλλειψη εμπιστοσύνης ή σεβασμού, βλέπουμε πως η πλειονότητα των συμμετεχόντων διαφωνεί με την άποψη ότι η διαφωνία σημαίνει έλλειψη εμπιστοσύνης (34% στην επιλογή 2 και 16,5% στην επιλογή 1). Αντίστοιχα, μόλις 20% περίπου του δείγματος φαίνεται να αποδέχεται αυτή την άποψη (επιλογές 4 και 5). Το 29,5% παραμένει ουδέτερο, κάτι που μπορεί να αντανακλά αμφιθυμία ή έλλειψη εμπειρίας από τέτοιες καταστάσεις.

Το εύρημα αυτό είναι θετικό, καθώς υποδηλώνει αυξανόμενη αποδοχή της έννοιας της επικοινωνιακής διαφωνίας μέσα στην ιατρική σχέση. Η σύγχρονη προσέγγιση στην προσωποκεντρική φροντίδα ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει ενεργά και να εκφράζει τις σκέψεις του, χωρίς αυτό να ερμηνεύεται ως προσβολή της αυθεντίας του γιατρού (Charles et al., 1997).

12. Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με το γιατρό τους, αυτό αποτελεί δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται.

200 απαντήσεις

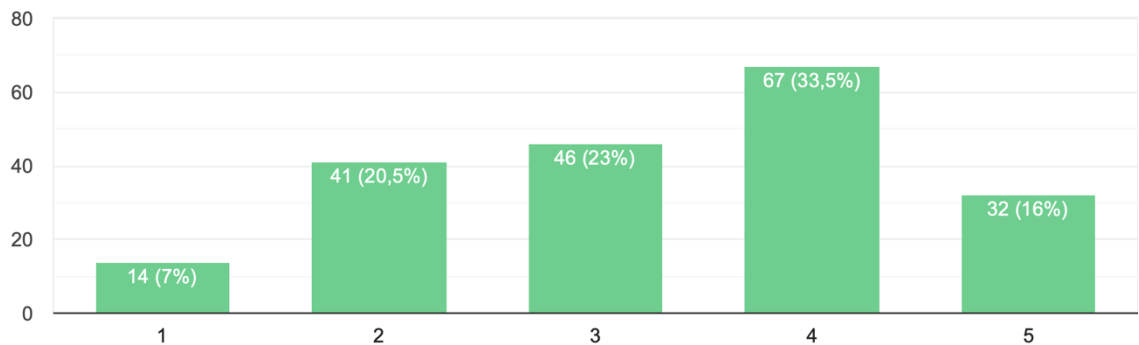


Σχήμα Β 12

Στην συνέχεια ασχολούμαστε σε μία από τις πιο θεμελιώδεις αρχές της προσωποκεντρικής ιατρικής το ότι η αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας εξαρτάται από την προσαρμογή της στον τρόπο ζωής και στις αξίες του ασθενούς. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος φαίνεται να συμφωνεί με αυτή τη θεώρηση. Συγκεκριμένα το 49,5% επέλεξε τις τιμές 4 και 5, δηλώνοντας ότι θεωρεί κρίσιμη την ευθυγράμμιση της θεραπείας με τις αξίες και την καθημερινότητα του ασθενούς. Μόνο το 27,5% διαφωνεί (τιμές 1 και 2), ενώ ένα ουσιαστικό 23% παραμένει ουδέτερο. Όπως τονίζει ο Mead & Bower (2000), η αναγνώριση της μοναδικότητας του ασθενούς και η ενσωμάτωση των προσωπικών του προτιμήσεων και αξιών στη θεραπεία είναι βασικά συστατικά της προσωποκεντρικής προσέγγισης και σχετίζονται άμεσα με την ικανοποίηση, την ποιότητα φροντίδας και την έκβαση της θεραπείας.

13. Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική αν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή.

200 απαντήσεις



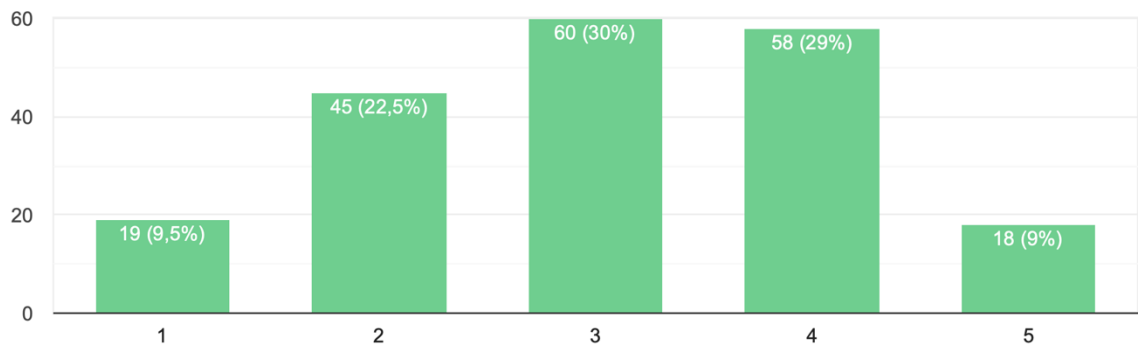
Σχήμα Β 13

Η δέκατη τέταρτη δήλωση διερευνά μια συχνή πεποίθηση στον χώρο της υγείας, ότι οι ασθενείς επιθυμούν να ολοκληρώνεται η επίσκεψή τους όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, πιθανώς εις βάρος της ποιότητας της επικοινωνίας και της σχέσης με τον γιατρό. Πρόκειται για δήλωση που σχετίζεται έμμεσα και με τις δύο διαστάσεις της κλίμακας PPOS (sharing και caring), καθώς θίγει τον χρόνο, τη διάθεση και τη σημασία της ανθρώπινης επαφής στην ιατρική πράξη.

Το ακόλουθο σχήμα δείχνει ότι οι συμμετέχοντες δεν υιοθετούν μαζικά αυτή την άποψη. Μόλις το 9% συμφωνεί απόλυτα, ενώ η πλειοψηφία κινείται προς τις ουδέτερες ή αρνητικές απαντήσεις καθώς το 30% επιλέγει την ουδέτερη τιμή 3 και 32% (συνολικά) τις τιμές 1 και 2. Το 29% εμφανίζεται να τείνει προς τη συμφωνία (επιλογή 4), κάτι που ίσως αντικατοπτρίζει μια επιθυμία για λειτουργική εξυπηρέτηση, χωρίς όμως να ακυρώνει την ανάγκη για ουσιαστική αλληλεπίδραση. Αυτό το μοτίβο επιβεβαιώνει ότι οι ασθενείς δεν επιδιώκουν απλώς την ταχύτητα στην επίσκεψη, αλλά επιζητούν ισορροπία μεταξύ αποδοτικότητας και επικοινωνίας.

14. Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στο γιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται.

200 απαντήσεις

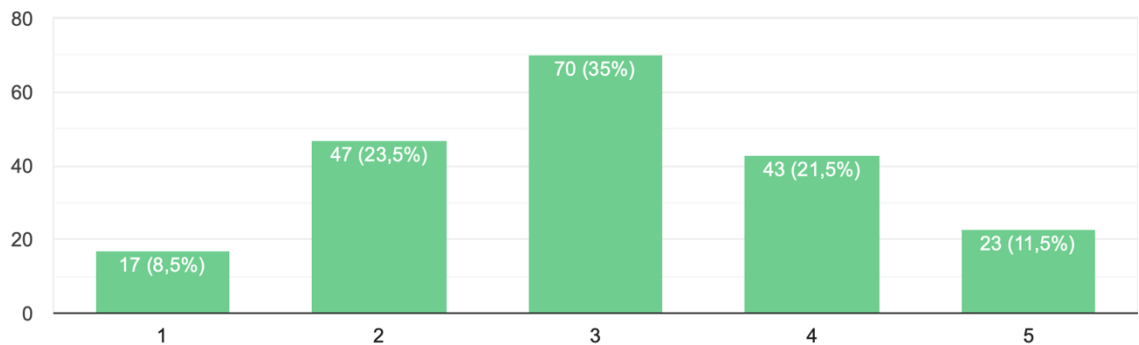


Σχήμα Β 14

Η δέκατη πέμπτη δήλωση εξετάζει αν οι ασθενείς θεωρούν ότι την πλήρη ευθύνη για τη φροντίδα και τις αποφάσεις την έχει ο γιατρός. Πρόκειται για μια στάση πιο παραδοσιακή όπου ο γιατρός είναι ο αυθεντικός γνώστης και ο ασθενής απλά ακολουθεί. Η δήλωση σχετίζεται με τη διάσταση “sharing” της κλίμακας PPOS, καθώς δείχνει πόσο ο ασθενής εμπλέκεται στη θεραπευτική διαδικασία. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι οι απόψεις των συμμετεχόντων είναι μοιρασμένες. Η ουδέτερη επιλογή (3) συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό (35%), κάτι που δείχνει πως αρκετοί δεν έχουν ξεκάθαρη άποψη. Ωστόσο, βλέπουμε ότι περισσότεροι από το 30% συμφωνούν (επιλογές 4 και 5), ενώ περίπου 32% διαφωνούν (επιλογές 1 και 2). Αυτό σημαίνει ότι πολλοί ασθενείς ίσως πιστεύουν ακόμα σε ένα ρόλο πιο παθητικό, όπου ο γιατρός αναλαμβάνει την ευθύνη και τις αποφάσεις. Παρ’ όλα αυτά, υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό που δείχνει πως θέλει να μοιράζεται την ευθύνη και να συμμετέχει στις ιατρικές επιλογές.

15. Ο ασθενής θα πρέπει πάντα να έχει στο μυαλό του πως ο γιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη.

200 απαντήσεις

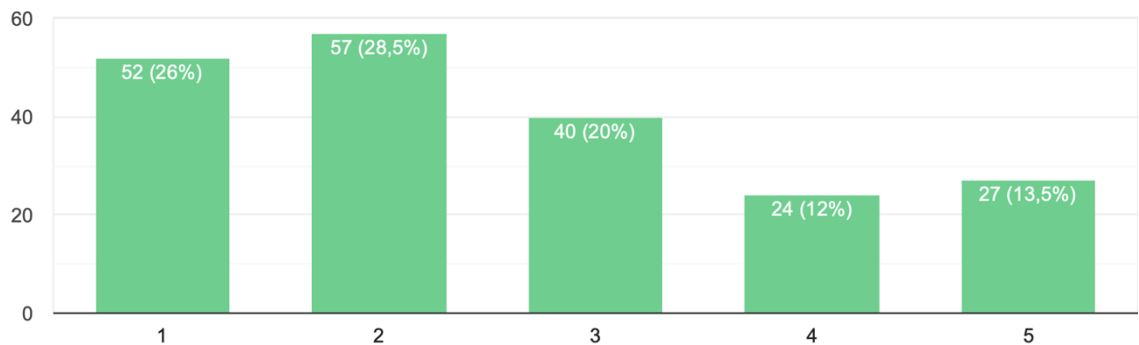


Σχήμα Β 15

Η επόμενη δήλωση αναφέρεται στο κατά πόσο είναι απαραίτητο για τον γιατρό να γνωρίζει την καταγωγή και τις ιδιαίτερες συνθήκες ζωής του ασθενούς ώστε να μπορέσει να τον θεραπεύσει σωστά. Αυτή η δήλωση συνδέεται με τη διάσταση “caring” της PPOS, καθώς σχετίζεται με την κατανόηση και το ενδιαφέρον για το άτομο πέρα από τη νόσο. Τα αποτελέσματα όπως βλέπουμε στο σχήμα Β16 δείχνουν πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων διαφωνεί με τη δήλωση (το 54,5% επέλεξαν τις τιμές 1 και 2) δηλώνοντας ότι θεωρούν σημαντικό ο γιατρός να λαμβάνει υπόψη τέτοιους παράγοντες. Αντίθετα, μόνο το 25,5% (επιλογές 4 και 5) φαίνεται να συμφωνεί ότι αυτά τα στοιχεία δεν είναι απαραίτητα για τη θεραπεία. Αυτό υποδηλώνει ότι αρκετοί ασθενείς αναγνωρίζουν την αξία της κατανόησης του κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου μέσα στο οποίο ζουν. Η προσέγγιση αυτή είναι θεμελιώδης στην προσωποκεντρική φροντίδα, όπου ο γιατρός δεν βλέπει μόνο τη διάγνωση, αλλά προσπαθεί να κατανοήσει το άτομο ως σύνολο (Beach κ.α., 2006). Με λίγα λόγια, οι συμμετέχοντες δείχνουν να επιθυμούν ιατρική φροντίδα που προσαρμόζεται στον άνθρωπο, όχι απλώς στη νόσο.

16. Η γνώση της καταγωγής και των ιδιαιτεροτήτων του τρόπου ζωής ενός ασθενή δεν είναι απαραίτητη, προκειμένου να θεραπευθεί η ασθένειά του.

200 απαντήσεις

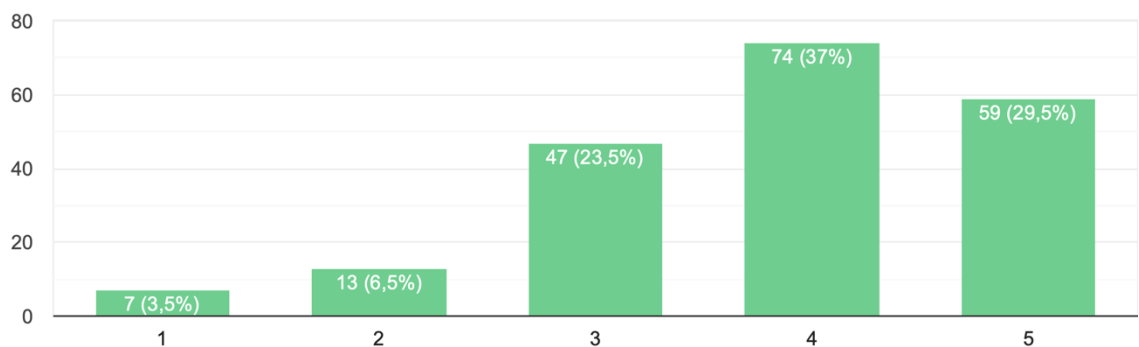


Σχήμα B 16

Στο σχήμα B 17 παρουσιάζεται αν οι ασθενείς βλέπουν το χιούμορ του γιατρού ως κάτι θετικό κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης. Ανήκει στη διάσταση “caring” της PPOS, καθώς σχετίζεται με την ανθρώπινη πλευρά της επικοινωνίας και την ενσυναίσθηση του επαγγελματία υγείας. Στο σχήμα φαίνεται ξεκάθαρα πως η μεγάλη πλειοψηφία συμφωνεί καθώς σχεδόν τα δύο τρίτα των συμμετεχόντων (66,5%) πιστεύουν ότι το χιούμορ μπορεί να έχει θετικό ρόλο. Αντίθετα, μόλις 10% διαφωνούν, ενώ το 23,5% δηλώνει ουδέτερο. Αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς εκτιμούν τη θετικότητα, τη ζεστασιά και την ανθρώπινη προσέγγιση στην επικοινωνία με τον γιατρό τους. Το χιούμορ, όταν χρησιμοποιείται με σεβασμό και κατάλληλο τρόπο, μπορεί να μειώσει το άγχος, να χτίσει εμπιστοσύνη και να ενισχύσει τη σχέση.

17. Το χιούμορ στο γιατρό είναι πολύτιμο εργαλείο, όταν προσεγγίζει έναν ασθενή θεραπευτικά.

200 απαντήσεις

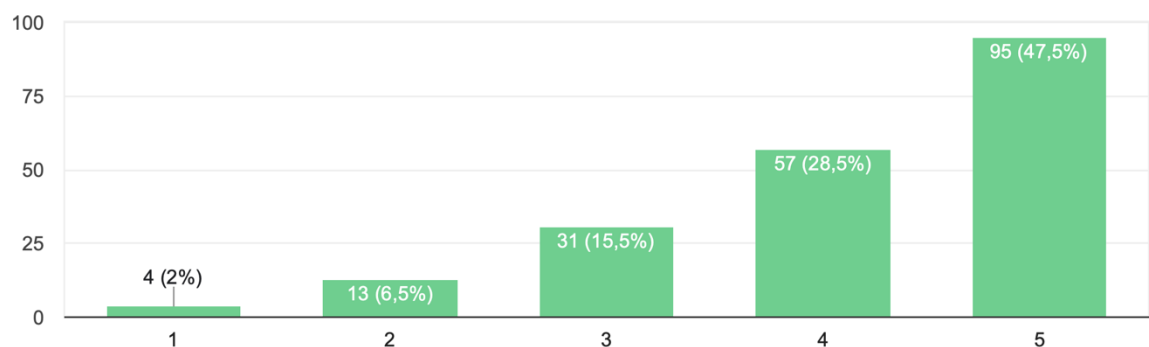


Σχήμα B 17

Η τελευταία δήλωση του μέρους Β αφορά μια σύγχρονη πρόκληση στην ιατρική, την αναζήτηση πληροφοριών από τους ίδιους τους ασθενείς, κυρίως μέσω διαδικτύου. Εξετάζεται κατά πόσο οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι αυτή η πρακτική τελικά μπερδεύει περισσότερο τον ασθενή παρά τον βοηθά. Το 76% (επιλογές 4 και 5) συμφωνεί ότι η αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών από τους ίδιους τους ασθενείς μπορεί να προκαλέσει σύγχυση και μόλις το 8,5% διαφωνεί με αυτή τη θέση. Αυτό δείχνει ότι οι συμμετέχοντες έχουν συνείδηση των κινδύνων που σχετίζονται με την υπερπληροφόρηση, τα αντικρουόμενα δεδομένα και τη δυσκολία αξιολόγησης της αξιοπιστίας των πηγών. Πράγματι, η ιατρική του διαδικτύου έχει απασχολήσει την ερευνητική κοινότητα, καθώς μπορεί να ενισχύσει το άγχος, να οδηγήσει σε λάθος συμπεράσματα ή ακόμα και να επηρεάσει την εμπιστοσύνη στον γιατρό (Tan και Goonawardene, 2017).

18. Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει.

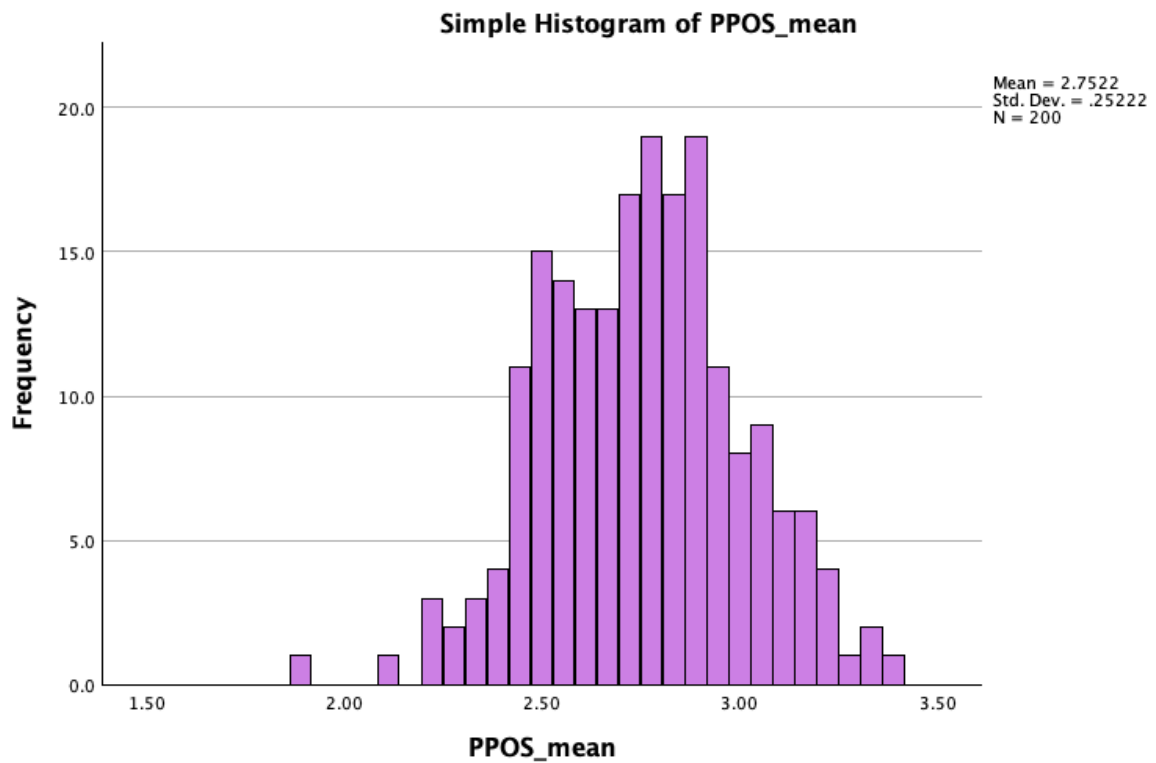
200 απαντήσεις



Σχήμα Β 18

Για να μέτρηση του βαθμού προσανατολισμού της σχέσης ασθενούς–ιατρού χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Patient–Practitioner Orientation Scale (PPOS), η οποία αποτελείται από 18 επιμέρους ερωτήσεις. Προκειμένου να αποτυπωθεί συνολικά η στάση των συμμετεχόντων ως προς τη σχέση ασθενούς–ιατρού, δημιουργήσα στο SPSS μια σύνθετη μεταβλητή με την ονομασία PPOS_mean. Η μεταβλητή αυτή προέκυψε από τον υπολογισμό του μέσου όρου των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις 18 ερωτήσεις της κλίμακας PPOS και μετά την αντιστροφή (reverse coding) των ερωτήσεων που ήταν διατυπωμένες σε αντίθετη κατεύθυνση. Αφού πραγματοποιήθηκε

η αναστροφή τότε υπολογίσα τον μέσο όρο των επιλεγμένων μεταβλητών για κάθε συμμετέχοντα. Με τον τρόπο αυτό προέκυψε μια συνολική μεταβλητή που εκφράζει το επίπεδο ασθενοκεντρικού ή ιατροκεντρικού προσανατολισμού στη σχέση ασθενούς–ιατρού και χρησιμοποιήθηκε στις επόμενες στατιστικές αναλύσεις της έρευνας.



Σχήμα Β 19

Το ιστόγραμμα του σχήματος Β 19 παρουσιάζει την κατανομή των τιμών της μεταβλητής PPOS_mean που παρουσιάζει την σχέση ασθενούς–ιατρού στο δείγμα της έρευνας. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, ο μέσος όρος της μεταβλητής είναι 2,75 ενώ οι τιμές της μεταβλητής κυμαίνονται από 1,89 έως 3,39.

Η κατανομή των τιμών εμφανίζεται σχετικά συμμετρική και προσεγγίζει την κανονική κατανομή, καθώς οι περισσότερες παρατηρήσεις συγκεντρώνονται γύρω από τον μέσο όρο, κυρίως στο εύρος περίπου 2,5 έως 3,0. Η συγκέντρωση αυτή υποδηλώνει ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων παρουσιάζει μέτριο επίπεδο ασθενοκεντρικού προσανατολισμού στη σχέση με τον ιατρό.

Δεδομένου ότι υψηλότερες τιμές στην κλίμακα PPOS συνδέονται με περισσότερο ασθενοκεντρική προσέγγιση, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες τείνουν να αντιλαμβάνονται τη σχέση με τον ιατρό ως σχετικά

ισορροπημένη, με στοιχεία συνεργασίας και συμμετοχής του ασθενούς στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, χωρίς όμως να παρατηρείται ιδιαίτερα υψηλός βαθμός ασθενοκεντρικής αντίληψης.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PPOS_mean	200	1.89	3.39	2.7522	.25222
Valid N (listwise)	200				

Πίνακας Β 1

5.3 Μέρος Γ: Εμπιστοσύνη στον Ιατρό

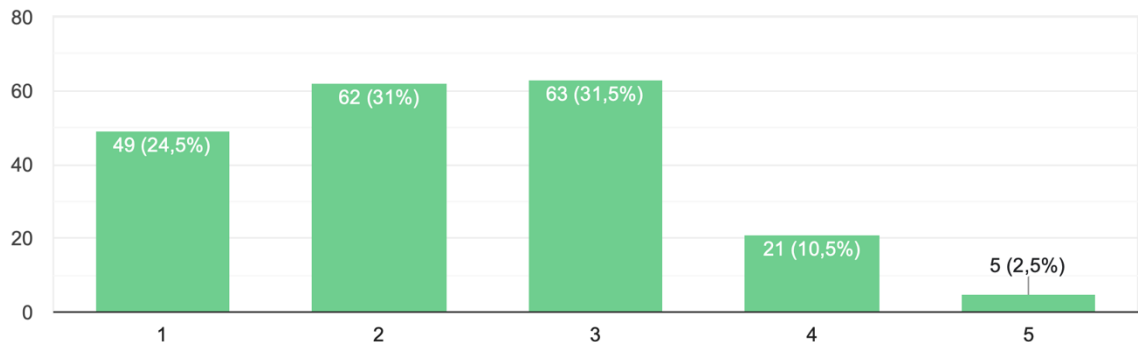
Η εμπιστοσύνη των ασθενών προς τον ιατρό αποτελεί βασικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης και επηρεάζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της ιατρικής φροντίδας. Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, η εμπιστοσύνη των ασθενών αξιολογήθηκε μέσα από 11 ερωτήσεις που αποτυπώνουν τον βαθμό στον οποίο οι ασθενείς θεωρούν τον ιατρό αξιόπιστο, ικανό και ειλικρινή κατά τη διαδικασία παροχής φροντίδας υγείας. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν τον βαθμό συμφωνίας τους με κάθε δήλωση σε κλίμακα τύπου Likert. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των επιμέρους ερωτήσεων παρουσιάζονται στον Πίνακα Β1 του Παραρτήματος, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζονται τα συνολικά αποτελέσματα της κλίμακας εμπιστοσύνης.

Η πρώτη ερώτηση του Μέρους Γ του ερωτηματολογίου εξετάζει την εμπιστοσύνη του ασθενούς προς το πρόσωπο του γιατρού, και συγκεκριμένα το κατά πόσο πιστεύει ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για τον ίδιο ως άνθρωπο και όχι απλώς ως περιστατικό. Αυτή η διάσταση αποτελεί θεμελιώδη πτυχή της προσωποκεντρικής φροντίδας και σχετίζεται άμεσα με την καλλιέργεια εμπιστοσύνης στην ιατρική σχέση. Τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέροντα με το 55,5% των ερωτώμενων να διαφωνούν (επιλογές 1 και 2) δηλώνοντας πως δεν αμφιβάλλουν για το ενδιαφέρον του γιατρού. Ένα 31,5% κρατά ουδέτερη στάση (επιλογή 3) που υποδηλώνει πιθανή αμφιβολία ή ελλιπή εμπειρία και μόνο το 13% φαίνεται να αμφιβάλλει (επιλογές 4 και 5). Η γενική εικόνα είναι θετική, αφού η πλειοψηφία εμπιστεύεται ότι ο γιατρός τους ενδιαφέρεται πραγματικά. Αυτό ευθυγραμμίζεται με την αντίληψη ότι η ανθρώπινη

επαφή και η ενσυναίσθηση αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά ενός ικανού ιατρού (Thom κ.α., 2004). Παρόλα αυτά, το ποσοστό της ουδετερότητας δεν είναι αμελητέο και ίσως υποδηλώνει ανάγκη για περισσότερη επικοινωνία και προσωπική σύνδεση στις ιατρικές επαφές.

19. Αμφιβάλλω αν ο γιατρός μου νοιάζεται πραγματικά για για μένα ως άτομο.

200 απαντήσεις

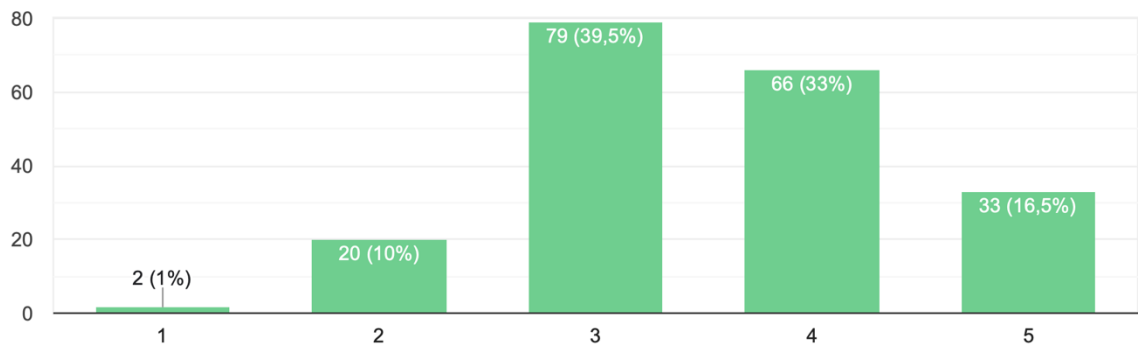


Σχήμα Γ 1

Η δεύτερη ερώτηση του Μέρους Γ εστιάζει στο κατά πόσο οι ασθενείς αισθάνονται ότι ο γιατρός τους δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον και δίνει προτεραιότητα στις ανάγκες τους. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι μισοί (49,5% επιλογές 4 και 5) θεωρούν πως ο γιατρός τους ευαισθητοποιείται απέναντι στις ανάγκες τους. Το 39,5% επιλέγει το ουδέτερο 3, που ίσως σημαίνει ότι δεν έχει σχηματίσει πλήρη εικόνα ή οι εμπειρίες του είναι ανάμεικτες και μόνο ένα 11% διαφωνεί με τη δήλωση. Είναι σημαντικό όμως να σημειωθεί ότι σχεδόν 4 στους 10 συμμετέχοντες κρατούν ουδέτερη στάση. Αυτό το εύρημα ίσως αποκαλύπτει ένα πεδίο βελτίωσης στην ενσυναίσθηση και προσαρμογή της φροντίδας στις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς.

20. Ο γιατρός μου είναι συνήθως ευαισθητοποιημένος στις ανάγκες μου και τις θέτει σε προτεραιότητα.

200 απαντήσεις

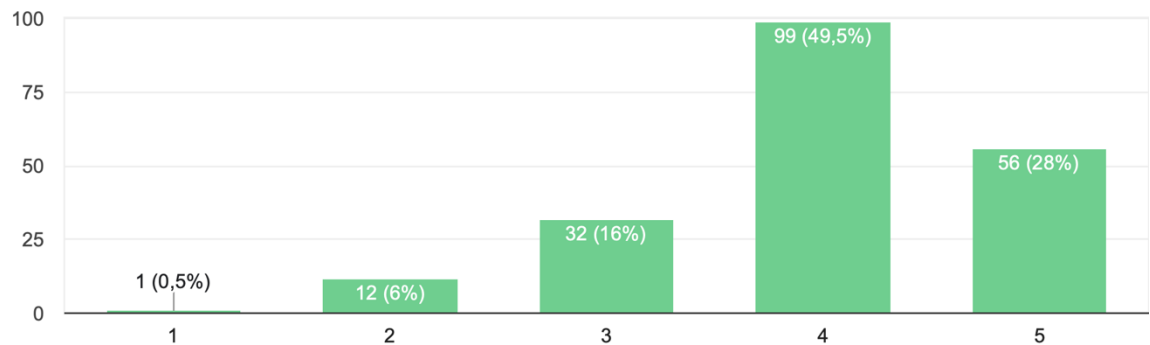


Σχήμα Γ 2

Η τρίτη ερώτηση του Μέρους Γ περιγράφει την εμπιστοσύνη του ασθενούς προς τον γιατρό, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την προθυμία να ακολουθήσει τις συμβουλές του. Η εμπιστοσύνη δεν είναι απλώς συναισθηματική αλλά αποτελεί βασικό μοχλό συμμόρφωσης στη θεραπεία, πρόληψης και βελτιωμένων κλινικών αποτελεσμάτων. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που λάβαμε η πλειονότητα των συμμετεχόντων (77,5%) συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα ότι ακολουθεί τις οδηγίες του γιατρού λόγω εμπιστοσύνης (49,5% στην επιλογή 4 και 28% στην επιλογή 5). Μόνο 6,5% δηλώνει ουσιαστική αμφιβολία (επιλογές 1 και 2). Αυτό είναι ένα πολύ ενθαρρυντικό αποτέλεσμα, που δείχνει πως οι περισσότεροι ασθενείς δεν βλέπουν τον γιατρό τους ως μια απρόσωπη αυθεντία, αλλά ως κάποιον στον οποίο μπορούν να βασιστούν. Η εικόνα αυτή ενισχύει την άποψη ότι η εμπιστοσύνη είναι θεμέλιο της αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης και επιβεβαιώνει τη σχετική βιβλιογραφία που συνδέει την εμπιστοσύνη με τη βελτίωση της υγείας και της ικανοποίησης του ασθενούς (Goold και Lipkin, 1999).

21. Εμπιστεύομαι τόσο πολύ τον γιατρό μου που πάντα προσπαθώ να ακολουθώ τις συμβουλές του/της.

200 απαντήσεις

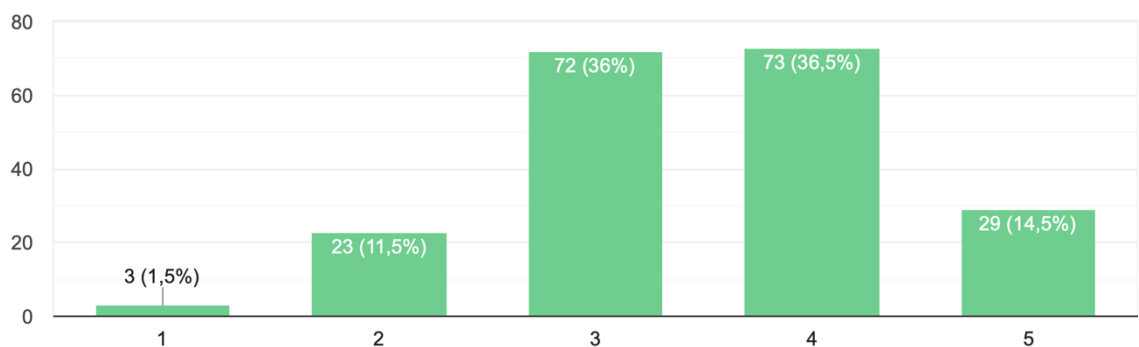


Σχήμα Γ 3

Στη συνέχεια αξιολογείτε ο βαθμός στον οποίο οι ασθενείς θεωρούν αξιόπιστο τον λόγο του γιατρού τους. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εμφανίζεται να συμφωνεί ή να τείνει προς τη συμφωνία (51% στις επιλογές 4 και 5) ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (36%) κρατά ουδέτερη στάση. Η εμπιστοσύνη στην αξιοπιστία της πληροφορίας που δίνει ο γιατρός αποτελεί βασικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης και σχετίζεται με τη διαφάνεια και την ειλικρίνεια στην επικοινωνία.

22. Αν ο γιατρός μου μου λέει ότι κάτι είναι αλήθεια, τότε πρέπει να είναι αλήθεια.

200 απαντήσεις



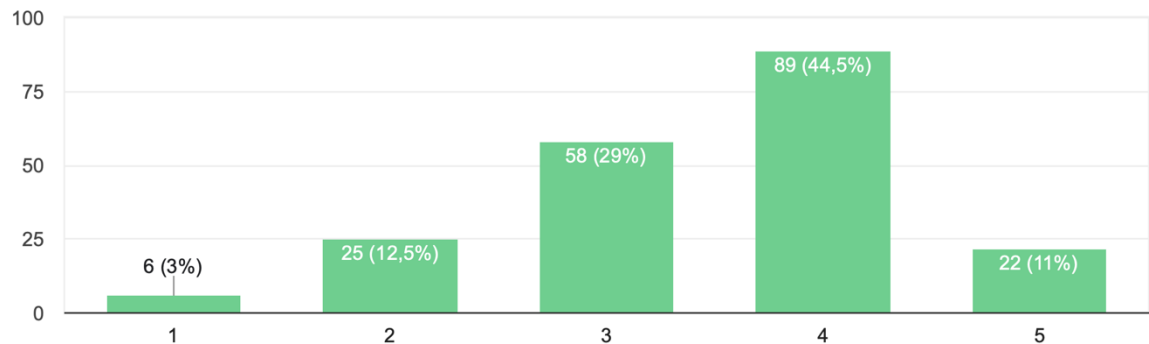
Σχήμα Γ 4

Η δήλωση 23 εξετάζει μια πιο ρεαλιστική διάσταση της εμπιστοσύνης, την ανάγκη για δεύτερη γνώμη. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (44,5% στο 4 και 29% στο 3) εκφράζει κάποια αμφιβολία απέναντι στη γνώμη του γιατρού και δηλώνει ότι θα ήθελε

μια δεύτερη άποψη. Αυτό δεν συνεπάγεται απαραίτητα έλλειψη εμπιστοσύνης αλλά αντανακλά έναν πιο ενεργό και ενημερωμένο ρόλο του ασθενούς. Επίσης οι ασθενείς γνωρίζουν ότι ο γιατρός είναι άνθρωπος και υπάρχει πάντα η πιθανότητα λάθους. Οπότε ζητούν δεύτερη γνώμη για να μετριάσουν αυτή την πιθανότητα.

23. Μερικές φορές δεν εμπιστεύομαι τη γνώμη του γιατρού μου και θα ήθελα μια δεύτερη γνώμη.

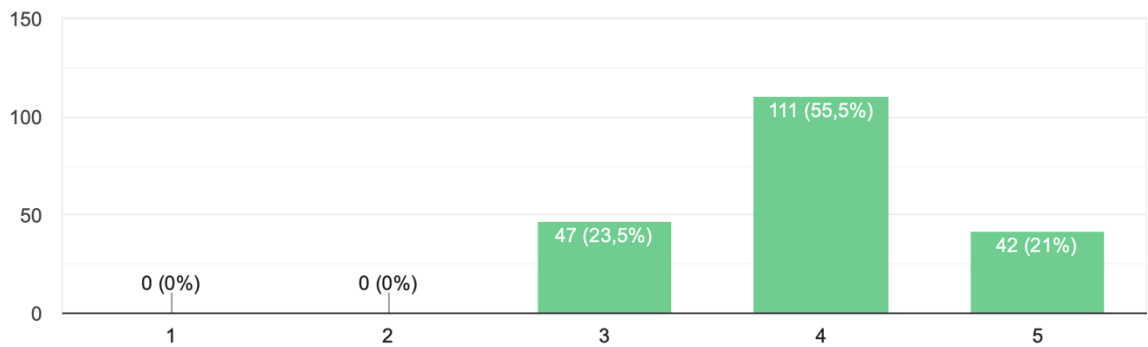
200 απαντήσεις



Σχήμα Γ 5

Στη συνέχεια εξετάζεται η εμπιστοσύνη των ασθενών στις ιατρικές αποφάσεις του γιατρού τους, με τα αποτελέσματα να είναι εντυπωσιακά θετικά. Πάνω από το 76% των συμμετεχόντων συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα με τη δήλωση, ενώ κανείς δεν διαφωνεί. Αυτό υποδηλώνει έναν ισχυρό πυρήνα εμπιστοσύνης προς την κρίση των γιατρών που αποτελεί θεμέλιο για μια σταθερή θεραπευτική σχέση. Η εμπιστοσύνη στις αποφάσεις ενισχύει τη συμμόρφωση με τη θεραπεία και μειώνει το άγχος των ασθενών, όπως επιβεβαιώνουν και παλαιότερες έρευνες στον τομέα της ιατρικής εμπιστοσύνης (Bar-Shalom και Cook-Deegan 2002).

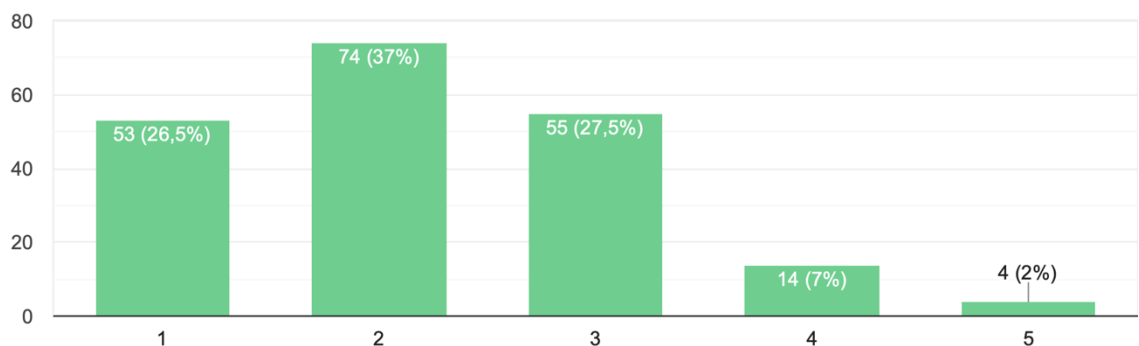
24. Εμπιστεύομαι τις αποφάσεις του γιατρού μου σχετικά με την ιατρική μου περίθαλψη.
200 απαντήσεις



Σχήμα Γ 6

Στο Σχήμα Γ 7 οι περισσότεροι συμμετέχοντες φαίνεται να διαφωνούν με την ιδέα ότι ο γιατρός τους δεν κάνει όσα πρέπει για την ιατρική τους περίθαλψη. Συγκεκριμένα, το 63,5% τοποθετείται στις χαμηλές τιμές (1 και 2), δείχνοντας εμπιστοσύνη στην επάρκεια και την επαγγελματική αφοσίωση του γιατρού. Το χαμηλό ποσοστό συμφωνίας (μόλις 2% απάντησε «5») επιβεβαιώνει ότι η πλειοψηφία των ασθενών δεν αμφισβητεί την προσπάθεια του γιατρού για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Αυτό το εύρημα ευθυγραμμίζεται με προηγούμενες μελέτες που αναδεικνύουν τη σημασία της επαγγελματικής αξιοπιστίας στη διατήρηση της εμπιστοσύνης στη σχέση γιατρού-ασθενή (Bar-Shalom και Cook-Deegan 2002).

25. Νιώθω ότι ο γιατρός μου δεν κάνει όλα όσα πρέπει για την ιατρική μου περίθαλψη.
200 απαντήσεις

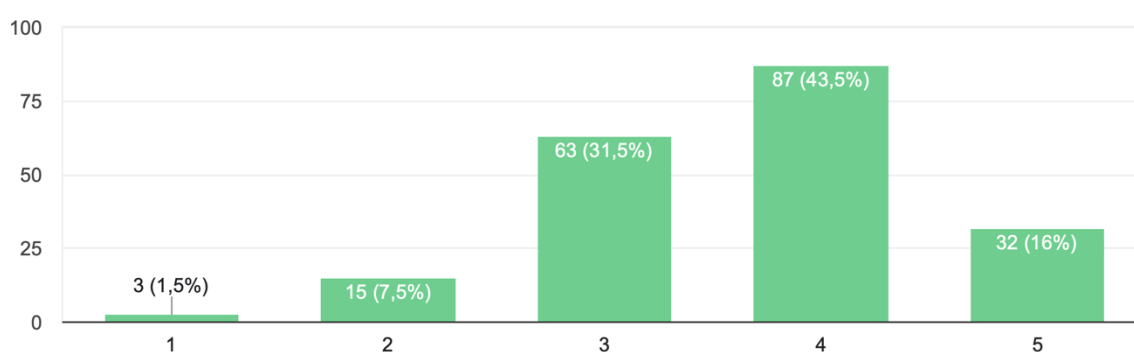


Σχήμα Γ 7

Η δήλωση 26 αναδεικνύει υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης των ασθενών προς τον γιατρό τους, καθώς η πλειοψηφία (59,5% στις επιλογές 4 και 5) συμφωνεί ότι ο γιατρός τους θέτει τις ιατρικές ανάγκες τους ως προτεραιότητα. Αυτή η πεποίθηση αντικατοπτρίζει έναν δεσμό, βασισμένο στην αίσθηση ότι ο γιατρός ενεργεί με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή. Η αντίληψη αυτή ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας που είναι κρίσιμο για τη συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες και τη γενικότερη αποτελεσματικότητα της περίθαλψης (Mechanic και Meyer, 2000).

26. Εμπιστεύομαι τον γιατρό μου ότι θα θέσει τις ιατρικές μου ανάγκες πάνω από κάθε άλλη σκέψη κατά τη θεραπεία των ιατρικών μου προβλημάτων.

200 απαντήσεις

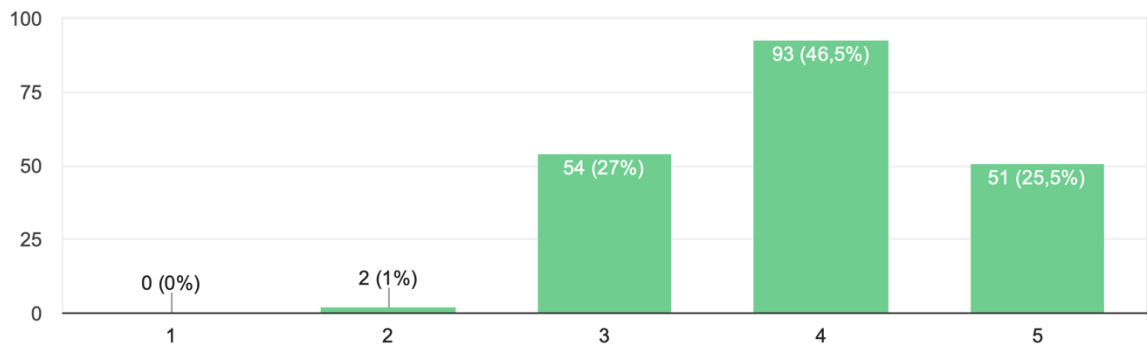


Σχήμα Γ 8

Το ακόλουθο σχήμα δείχνει ξεκάθαρα ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν υψηλό βαθμό εμπιστοσύνης στην ιατρική επάρκεια του γιατρού τους. Συγκεκριμένα το 46,5% (93 άτομα) συμφωνεί και το 25,5% (51 άτομα) συμφωνεί απόλυτα ότι ο γιατρός τους είναι ο πλέον ειδικός στη φροντίδα προβλημάτων όπως το δικό τους. Αυτό σημαίνει πως συνολικά το 72% των ερωτηθέντων έχει θετική αντίληψη για την επιστημονική ικανότητα του γιατρού του ενώ μηδενικό ποσοστό εξέφρασε πλήρη διαφωνία. Η εμπιστοσύνη στην επαγγελματική κατάρτιση του γιατρού είναι θεμελιώδης για τη θεραπευτική σχέση και επηρεάζει θετικά τόσο τη συμμόρφωση του ασθενούς όσο και την έκβαση της θεραπείας.

27. Ο γιατρός μου είναι πραγματικός ειδικός στη φροντίδα ιατρικών προβλημάτων όπως το δικό μου.

200 απαντήσεις

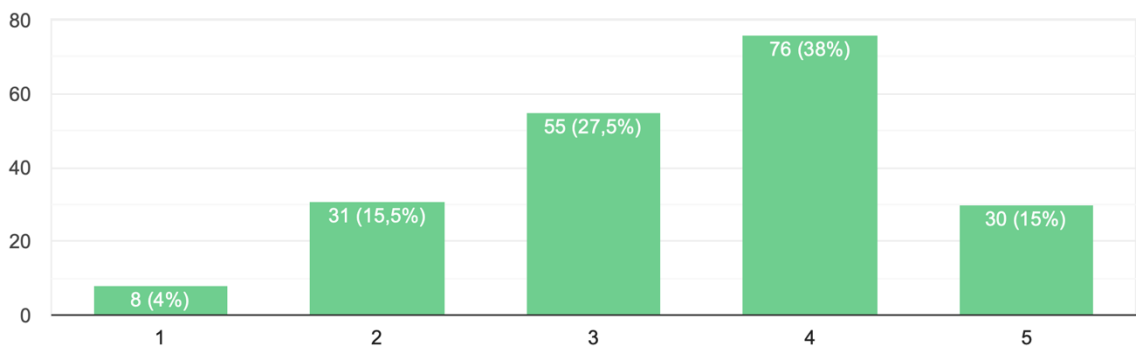


Σχήμα Γ 9

Το γράφημα της πρότασης 28 δείχνει ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (38% «συμφωνώ» και 15% «συμφωνώ απόλυτα») εμπιστεύεται πως ο γιατρός θα τους ενημερώσει εάν προκύψει κάποιο λάθος στη θεραπεία τους. Αυτό αντανακλά υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης στη διαφάνεια και την ειλικρίνεια του γιατρού, δυο βασικά στοιχεία για μια ανοιχτή και υγιή θεραπευτική σχέση. Αν και το 27,5% διατηρεί ουδέτερη στάση, ένα μικρό μόνο ποσοστό φαίνεται να αμφιβάλλει για την ειλικρίνεια του γιατρού (19,5% συνολικά στις χαμηλές βαθμολογίες), στοιχείο που μπορεί να σχετίζεται με προσωπικές εμπειρίες ή μια γενικότερη δυσπιστία απέναντι στο σύστημα υγείας.

28. Εμπιστεύομαι τον γιατρό μου ότι θα μου πει αν έγινε κάποιο λάθος στη θεραπεία μου.

200 απαντήσεις

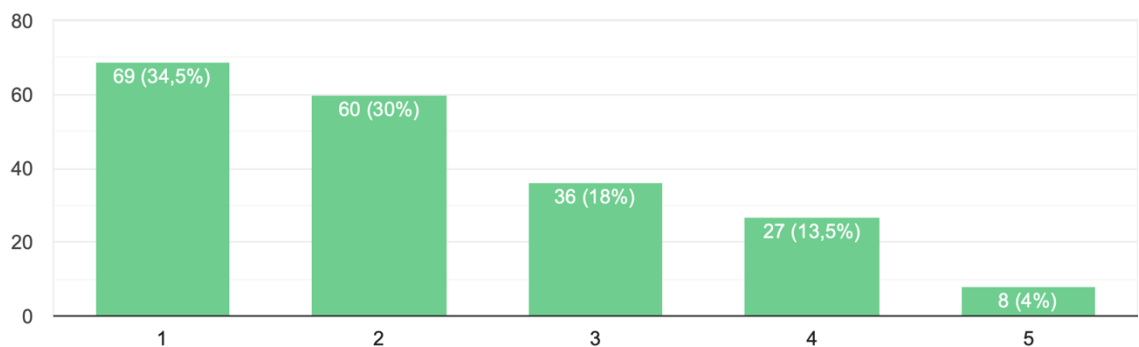


Σχήμα Γ 10

Τέλος, εξετάζουμε την εμπιστοσύνη των ασθενών στη διαχείριση των εμπιστευτικών πληροφοριών τους από τον γιατρό. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν ανησυχεί για αυτό καθώς το 34,5% απάντησε «διαφωνώ απόλυτα» και το 30% «διαφωνώ», δείχνοντας ισχυρή εμπιστοσύνη στη διακριτικότητα του γιατρού. Ένα 18% κράτησε ουδέτερη στάση, ενώ μικρότερα ποσοστά (13,5% και 4%) εξέφρασαν ανησυχία. Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι το ζήτημα της εμπιστευτικότητας παραμένει σημαντικό για μερίδα ασθενών αν και η γενική εικόνα υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι θεωρούν τον γιατρό αξιόπιστο φύλακα των προσωπικών τους δεδομένων.

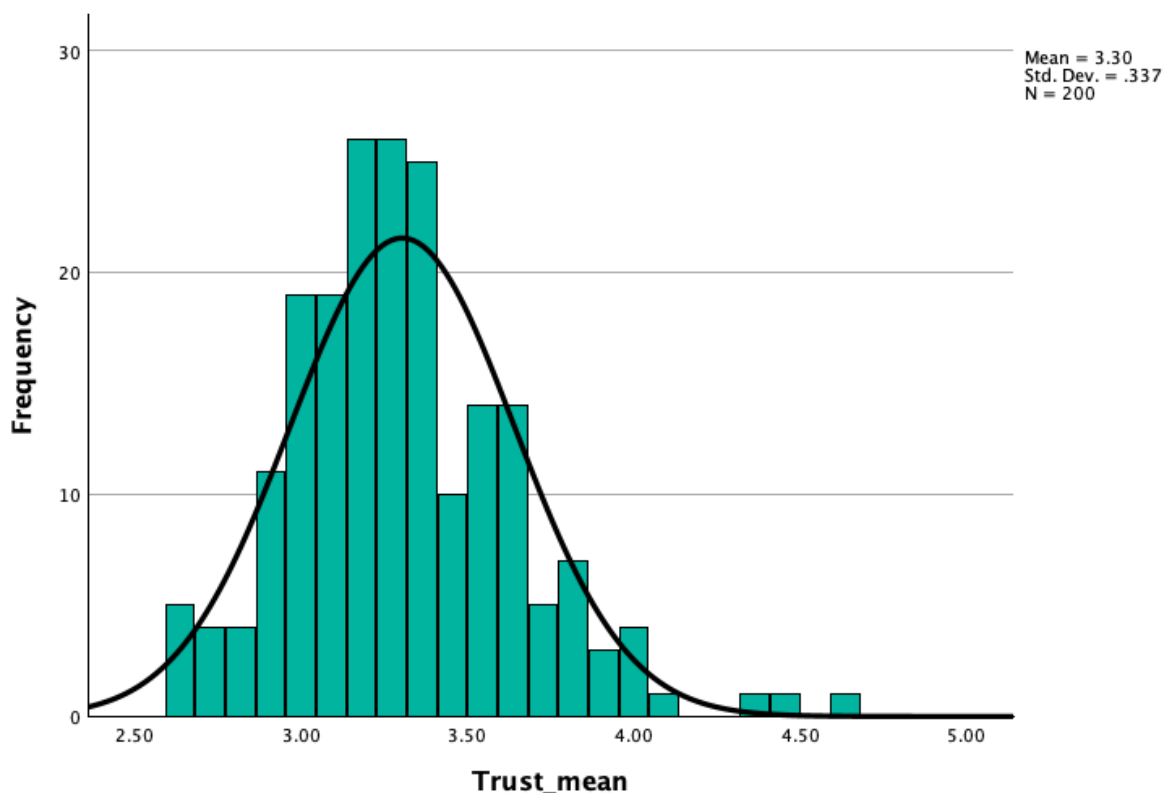
29. Μερικές φορές ανησυχώ ότι ο γιατρός μου μπορεί να μην διατηρήσει απόλυτα εμπιστευτικές τις πληροφορίες που συζητάμε.

200 απαντήσεις



Σχήμα Γ 11

Για τη μέτρηση του βαθμού εμπιστοσύνης των ασθενών προς τον ιατρό δημιουργήθηκε η μεταβλητή Trust_mean που προέκυψε από τον υπολογισμό του μέσου όρου των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις 11 ερωτήσεις της κλίμακας εμπιστοσύνης στον ιατρό (Trust in Physician Scale). Με τον τρόπο αυτό δημιουργήθηκε μία συνολική μεταβλητή που αποτυπώνει το επίπεδο εμπιστοσύνης των ασθενών προς τον ιατρό και χρησιμοποιήθηκε στις επόμενες στατιστικές αναλύσεις της έρευνας.



Σχήμα Γ 12

Το Σχήμα Γ 12 παρουσιάζει την κατανομή των τιμών της εμπιστοσύνης των συμμετεχόντων προς τον ιατρό. Όπως φαίνεται στο σχήμα, ο μέσος όρος της μεταβλητής είναι 3,30 υποδηλώνοντας ότι οι συμμετέχοντες εμφανίζουν μέτριο έως σχετικά υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης προς τους ιατρούς. Αυτό το γεγονός δείχνει πως οι ασθενείς τείνουν να θεωρούν τους ιατρούς αξιόπιστους ως προς τη διάγνωση, τη θεραπευτική καθοδήγηση και τη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία τους.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Trust_mean	200	2.64	4.64	3.3036	.33665
Valid N (listwise)	200				

Πίνακας Γ 1

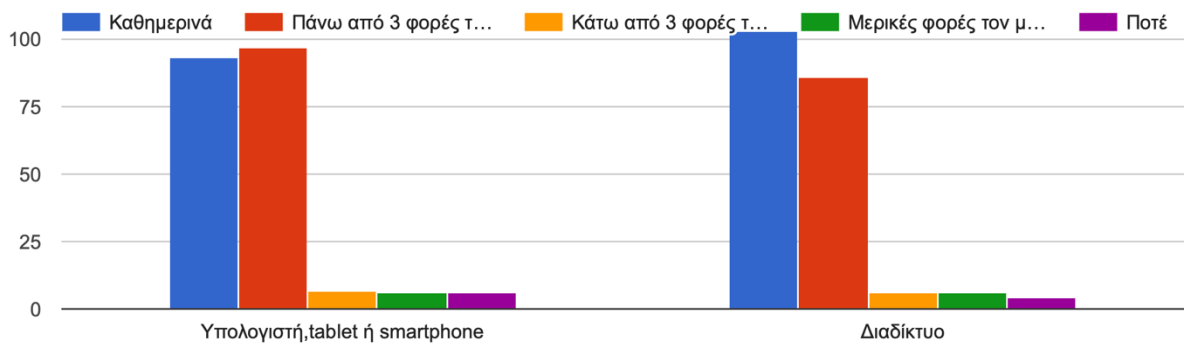
5.4 Μέρος Δ: Στάσεις απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη (TN) στην Ιατρική

5.4.1 Μέρος Δι: Χρήση Τεχνολογίας

Η ενσωμάτωση της τεχνολογίας στην καθημερινή ζωή όλων αποτελεί πλέον πραγματικότητα. Η τεχνολογική εξοικείωση, η πρόσβαση σε ψηφιακά μέσα και η χρήση εργαλείων που σχετίζονται με την υγεία αντικατοπτρίζουν τη στάση απέναντι σε καινοτομίες όπως η Τεχνητή Νοημοσύνη (TN) στον τομέα της υγείας. Μέσα από τις απαντήσεις των λάβαμε αποτυπώνεται ένα χρήσιμο κοινωνικό και τεχνολογικό προφίλ.

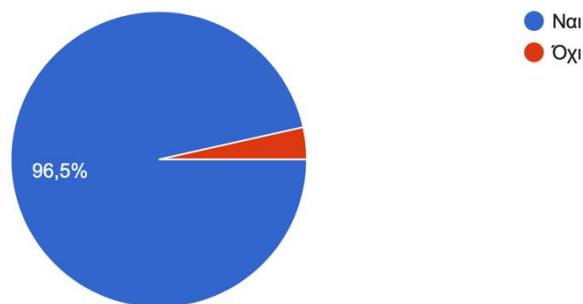
Από τις απαντήσεις διαφαίνεται πως η πρόσβαση στην τεχνολογία είναι καθολική. Το 96,5% των συμμετεχόντων διαθέτει smartphone ή tablet (βλ Σχήμα Δι 2), ενώ η καθημερινή χρήση τόσο συσκευών όσο και διαδικτύου είναι σχεδόν καθολική (βλ Σχήμα Δι 1). Το εύρημα αυτό συνάδει με τη γενική ψηφιακή εξοικείωση των νεότερων ηλικιακών ομάδων και την ευρεία διάδοση των "έξυπνων" συσκευών στην Ευρώπη³.

Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε τους παρακάτω τύπους τεχνολογίας;



Σχήμα Δι 1

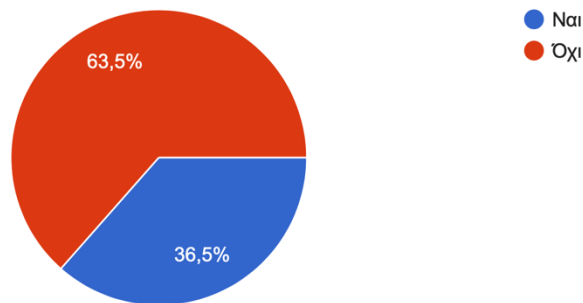
Έχετε smartphone ή tablet;
200 απαντήσεις



Σχήμα Δι 2

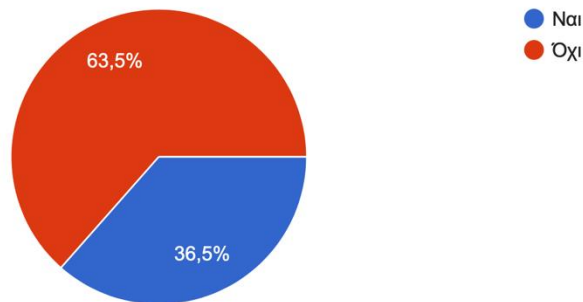
Ωστόσο παρά την υψηλή εξοικείωση με την τεχνολογία η χρήση εφαρμογών που σχετίζονται με την υγεία ή των wearables παραμένει μειοψηφική (περίπου 36,5%) όπως φαίνεται στα Σχήματα Δι3 και Δι4. Αυτό υποδηλώνει ότι αν και είναι τεχνολογικά ενεργοί, η τεχνολογία στον τομέα της προσωπικής υγειονομικής φροντίδας δεν είναι ακόμη ιδιαίτερα διαδεδομένη. Η τάση αυτή είναι σύμφωνη με ευρήματα προηγούμενων ερευνών (Carter-Harris κ.α, 2020), όπου καταγράφεται έλλειψη κινήτρου για χρήση ψηφιακών εργαλείων υγείας, κυρίως λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης ή πληροφόρησης.

Χρησιμοποιείτε εφαρμογές ή προγράμματα σχετιζόμενα με την υγεία (π.χ. ημερολόγιο φαρμάκων, μέτρηση σακχάρου, ημερολόγιο πόνου);
200 απαντήσεις



Σχήμα Δι 3

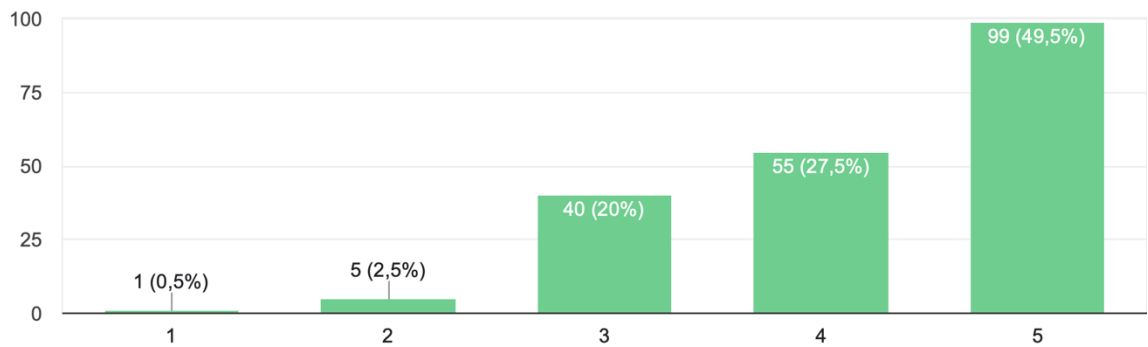
Χρησιμοποιείτε wearables (π.χ. Apple Watch, Fitbit κλπ.);
200 απαντήσεις



Σχήμα Δι 4

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων δηλώνει ότι αισθάνεται ιδιαίτερα άνετα με τη χρήση τεχνολογίας, καθώς το 77% επέλεξε τις ανώτερες τιμές της κλίμακας (4 και 5). Το εύρημα αυτό ενισχύει την εικόνα ενός τεχνολογικά εξοικειωμένου δείγματος, το οποίο δεν αντιμετωπίζει δυσκολίες στον χειρισμό ψηφιακών συσκευών. Η αυξημένη αυτοπεποίθηση στις τεχνολογικές δεξιότητες είναι κρίσιμη καθώς έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται θετικά με την πρόθεση υιοθέτησης νέων ψηφιακών εργαλείων ακόμη και στον τομέα της υγείας (Venkatesh κ.α., 2003). Επιπλέον, η εξοικείωση αυτή δημιουργεί γόνιμο έδαφος για την εισαγωγή πιο σύνθετων τεχνολογιών όπως η Τεχνητή Νοημοσύνη.

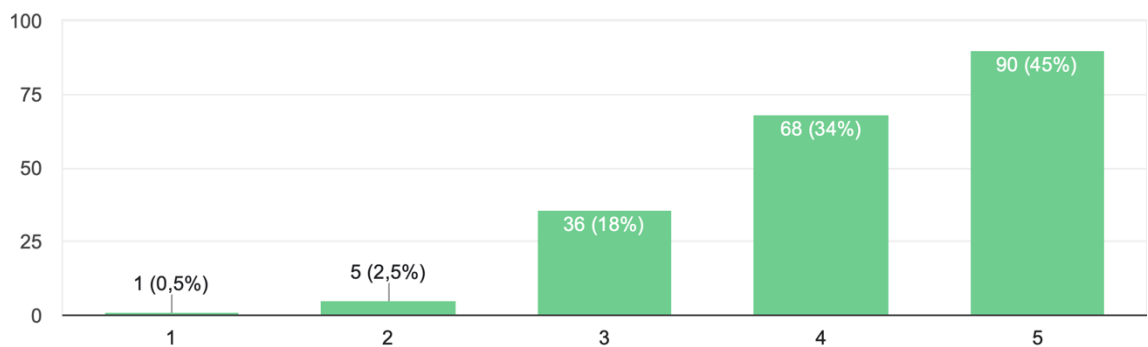
Αξιολόγηση δεξιοτήτων και άνεσης Πόσο άνετα νιώθετε με την τεχνολογία (PC, κινητά κλπ.);
200 απαντήσεις



Σχήμα Δι 5

Σε επίπεδο δεξιοτήτων υψηλό είναι και το ποσοστό όσων απολαμβάνουν τη χρήση της. Παράλληλα, η πλειοψηφία θεωρεί ότι μπορεί να μάθει νέα τεχνολογικά συστήματα χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία, στοιχείο που ευνοεί την ένταξη ψηφιακών εργαλείων στη μελλοντική τους επαγγελματική πρακτική (Torraz και Pruinelli, 2017).

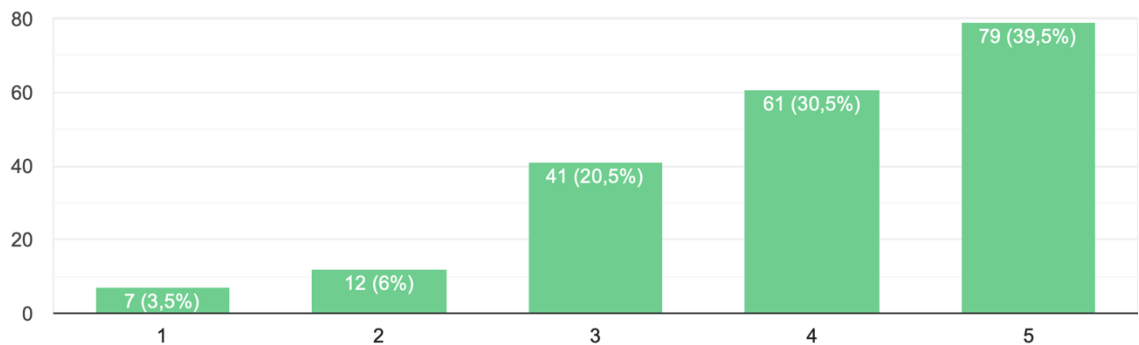
Πόσο σας αρέσει να χρησιμοποιείτε τεχνολογία;
200 απαντήσεις



Σχήμα Δι 6

Συλλήβδην η πλειονότητα των ερωτώμενων (70% περίπου) θεωρεί σχετικά εύκολο να μάθει νέα συστήματα ή λειτουργίες. Αυτό δείχνει υψηλή προσαρμοστικότητα σε τεχνολογικές αλλαγές, στοιχείο ιδιαίτερα σημαντικό σε έναν ιατρικό κόσμο που εξελίσσεται συνεχώς. Η ευκολία στην εκμάθηση νέων τεχνολογιών αποτελεί βασικό παράγοντα για την αποτελεσματική ενσωμάτωση της τεχνητής νοημοσύνης και άλλων ψηφιακών εργαλείων στην υγειονομική περίθαλψη.

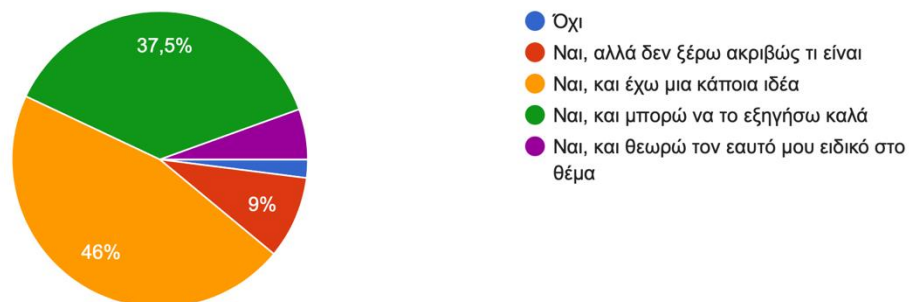
Πόσο δύσκολο σας είναι να μάθετε νέα συστήματα ή λειτουργίες;
200 απαντήσεις



Σχήμα Δι 7

Παρατηρείται ότι σχεδόν όλοι (πάνω από 95%) έχουν τουλάχιστον ακουστά την ΤΝ, με το 46% να δηλώνει πως έχει κάποια ιδέα και ένα επιπλέον 37,5% να αισθάνεται ικανό να την εξηγήσει. Το γεγονός ότι υπάρχει αυτό το επίπεδο κατανόησης, έστω και βασικό, επιβεβαιώνει την ευρύτερη διείσδυση της ΤΝ στον δημόσιο λόγο και την καθημερινότητα.

Έχετε ακούσει ή διαβάσει για την Τεχνητή Νοημοσύνη;
200 απαντήσεις



Σχήμα Δι 8

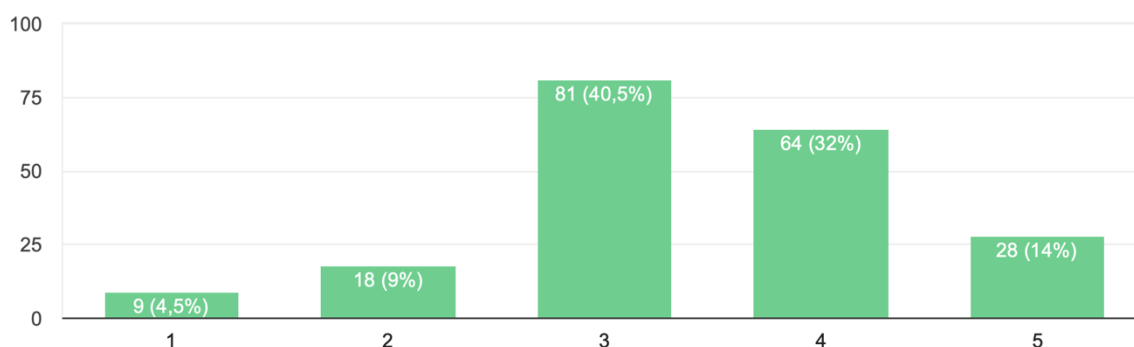
Σε γενικές γραμμές, το δείγμα μας εμφανίζει υψηλό βαθμό τεχνολογικής πρόσβασης και εξοικείωσης, ωστόσο η υιοθέτηση εργαλείων ψηφιακής υγείας παραμένει περιορισμένη. Αυτό δείχνει ένα έδαφος κατάλληλο για μελλοντική ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση γύρω από την τεχνολογία στον χώρο της υγείας.

5.4.2 Μέρος Δii: Απόψεις για την Τεχνητή Νοημοσύνη στην Ιατρική

Η πρώτη δήλωση του Μέρους Δii εξετάζει κατά πόσο οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης είναι προς όφελος του ασθενή. Δύο στους πέντε ερωτηθέντες φαίνεται να διατηρεί μια ουδέτερη στάση (40,5% απάντησε 3), ενώ άλλοι τόσοι δείχνουν θετική στάση με το 32% να δηλώνει 4 και το 14% να δηλώνει 5. Αντίθετα, μόνο ένα μικρό ποσοστό διαφωνεί (9% και 4,5%). Βλέπουμε και στο σχήμα Δii 1 ότι ενώ δεν υπάρχει απόλυτη αποδοχή, η γενική στάση απέναντι στη χρήση της τεχνητής νοημοσύνης στην ιατρική φαίνεται να είναι θετική ή τουλάχιστον ανοιχτή σε περαιτέρω αξιολόγηση των ωφελειών της.

1. Πιστεύω ότι η χρήση της TN φέρνει οφέλη για τον ασθενή.

200 απαντήσεις

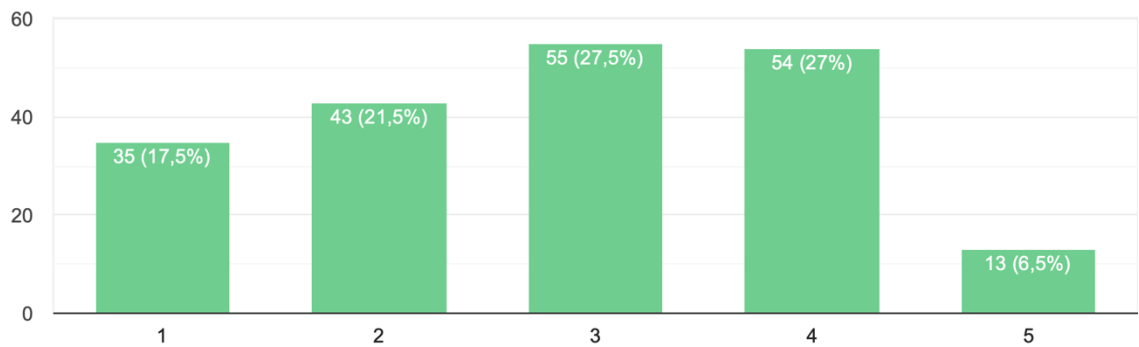


Σχήμα Δii 1

Η ακόλουθη δήλωση διερευνά αν οι ερωτηθέντες πιστεύουν πως οι γιατροί θα έχουν μικρότερο ρόλο στη θεραπεία των ασθενών στο μέλλον. Οι απαντήσεις είναι αρκετά μοιρασμένες, με τις περισσότερες να συγκεντρώνονται στην ουδέτερη ή ελαφρώς συμφωνούσα στάση καθώς το 27,5% επέλεξε «3», το 27% «4» και μόλις το 6,5% «5», δηλαδή συνολικά περίπου το 61% τείνει να συμφωνεί ή να μην έχει σαφή άποψη. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό (17,5% και 21,5%) διαφωνεί, υποδεικνύοντας ότι πολλοί θεωρούν πως οι γιατροί θα συνεχίσουν να έχουν σημαντικό ρόλο και στο μέλλον. Συνολικά, υπάρχει επιφυλακτικότητα αλλά και αναγνώριση πιθανών αλλαγών στον ρόλο του γιατρού λόγω της εξέλιξης της τεχνολογίας.

2. Οι γιατροί θα έχουν μικρότερο ρόλο στη θεραπεία των ασθενών στο μέλλον.

200 απαντήσεις

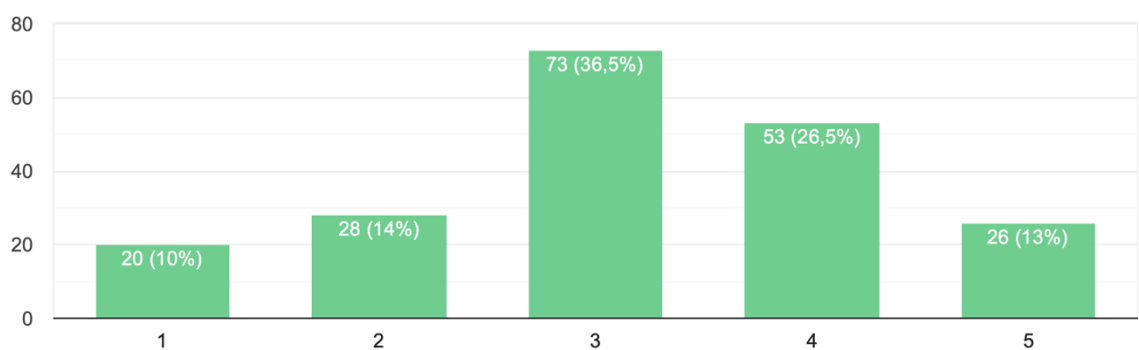


Σχήμα Δii 2

Στην συνέχεια οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να εκφράσουν τη γνώμη τους για το αν η Τεχνητή Νοημοσύνη θα μειώσει τα ιατρικά λάθη στο μέλλον. Η πλειοψηφία κινείται προς τη θετική κατεύθυνση με το 36,5% να επιλέγει το ουδέτερο «3», το 26,5% συμφώνησε (4) και το 13% συμφώνησε απόλυτα (5). Αντίθετα, ένα μικρότερο ποσοστό διαφωνεί (10% και 14%). Συνολικά, φαίνεται πως αρκετοί αναγνωρίζουν τη δυνατότητα της TN να βελτιώσει την ακρίβεια στην ιατρική, αν και κάποιοι παραμένουν επιφυλακτικοί.

3. Η χρήση TN θα μειώσει τα ιατρικά λάθη στο μέλλον.

200 απαντήσεις



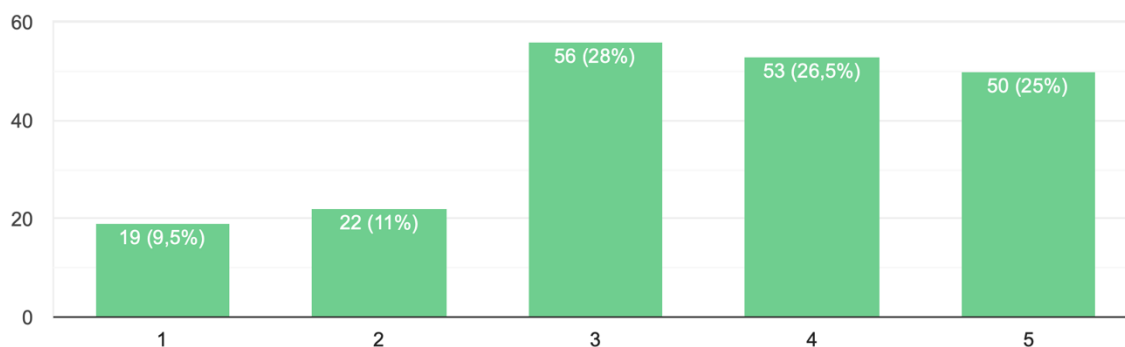
Σχήμα Δii 3

Αυτό συνδέεται και με το εαν η Τεχνητή Νοημοσύνη (TN) δεν πρέπει να χρησιμοποιείται στην ιατρική ως αρχή. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων φαίνεται να διαφωνεί καθώς ένα 26,5% απάντησαν «4» και 25% «5». Ένα 28% κράτησε

ουδέτερη στάση, ενώ μόνο ένα μικρότερο ποσοστό υποστήριξε τη δήλωση (9,5% «1» και 11% «2»). Συνολικά, προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι θετικοί στην αξιοποίηση της TN ως εργαλείο στην ιατρική πρακτική.

4. Η TN δεν πρέπει να χρησιμοποιείται στην ιατρική ως αρχή.

200 απαντήσεις

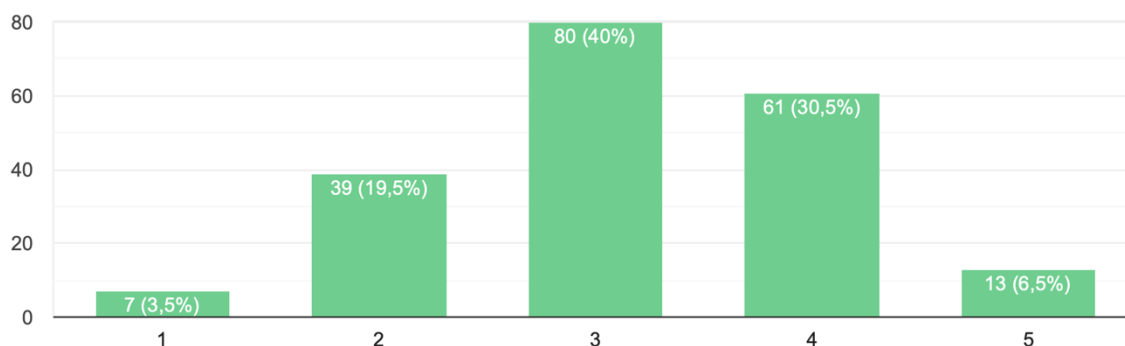


Σχήμα Δii 4

Ακολουθώς εξετάζεται η άποψη ότι οι γιατροί εξαρτώνται υπερβολικά από τα υπολογιστικά συστήματα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες φάνηκαν ουδέτεροι ή μέτρια σύμφωνοι. Συγκεκριμένα, το 40% επέλεξε τη μέση τιμή «3», ενώ 30,5% συμφώνησαν περισσότερο («4»). Αντίθετα, μόνο 6,5% εξέφρασαν έντονη συμφωνία («5») και μόλις 3,5% έντονη διαφωνία («1»). Το αποτέλεσμα δείχνει έναν συγκρατημένο προβληματισμό, με κάποιους να θεωρούν ότι υπάρχει εξάρτηση, χωρίς ωστόσο να το βλέπουν ως σοβαρό πρόβλημα.

5. Οι γιατροί εξαρτώνται υπερβολικά από τα υπολογιστικά συστήματα.

200 απαντήσεις

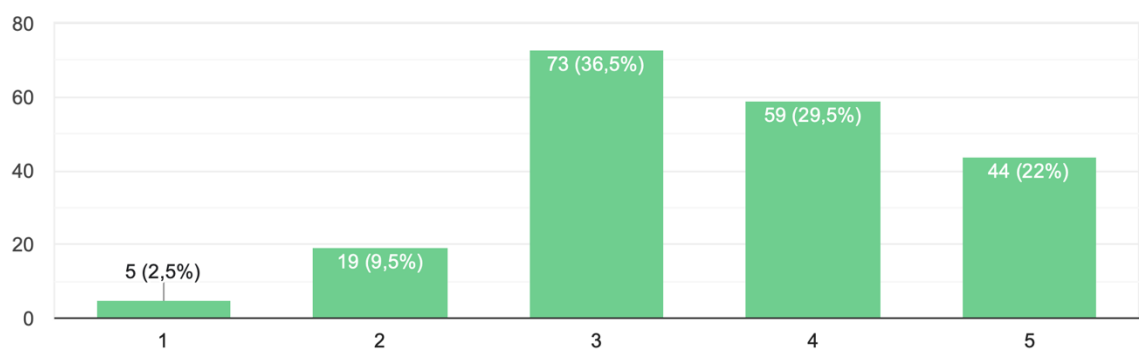


Σχήμα Δii 5

Στο Σχήμα Δii 6 παρατηρούμε πως η πλειονότητα των ερωτηθέντων φαίνεται να συμφωνεί με την ανάγκη αξιολόγησης της Τεχνητής Νοημοσύνης από ανεξάρτητο φορέα πριν τη χρήση της σε ασθενείς. Το 36,5% τοποθετήθηκε στη μέση της κλίμακας, ενώ 29,5% επέλεξαν το «4» και 22% το «5», δείχνοντας αυξημένη συμφωνία. Μόνο ένα μικρό ποσοστό (2,5%) διαφώνησε πλήρως. Αυτό δείχνει πως υπάρχει γενική αποδοχή της ιδέας για θεσμική εποπτεία στη χρήση της TN στην ιατρική.

6. Η αξιολόγηση της TN πριν τη χρήση σε ασθενείς θα πρέπει να γίνεται από ανεξάρτητο φορέα (π.χ. Αρχή ή ΕΟΦ).

200 απαντήσεις

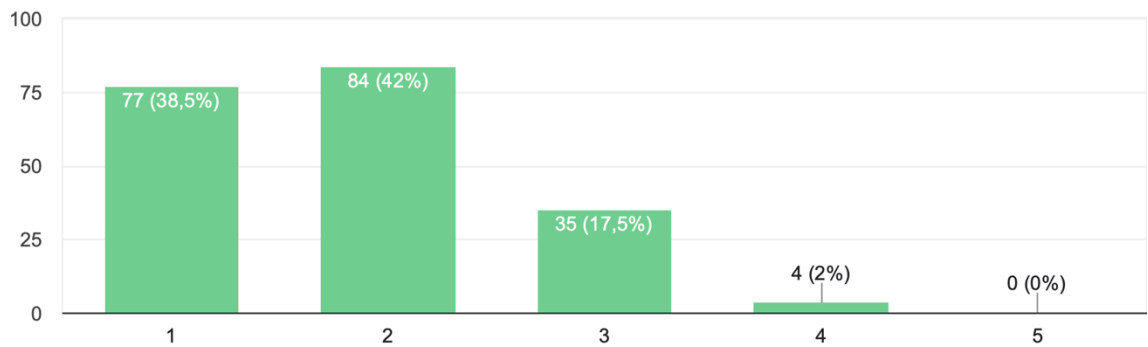


Σχήμα Δii 6

Η έβδομη δήλωση δείχνει ξεκάθαρη δυσπιστία απέναντι στην ιδέα ότι η εκτίμηση της Τεχνητής Νοημοσύνης είναι πιο αξιόπιστη από αυτή ενός γιατρού. Το 42% απάντησε «2» και το 38,5% «1», δηλαδή διαφωνούν σε μεγάλο βαθμό. Αντίθετα, μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό φαίνεται να συμφωνεί. Αυτό φανερώνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες εξακολουθούν να εμπιστεύονται περισσότερο την ανθρώπινη κρίση ενός γιατρού, παρά τις δυνατότητες της TN.

7. Θα εμπιστευόμουν την εκτίμηση της ΤΝ περισσότερο από αυτήν ενός γιατρού.

200 απαντήσεις

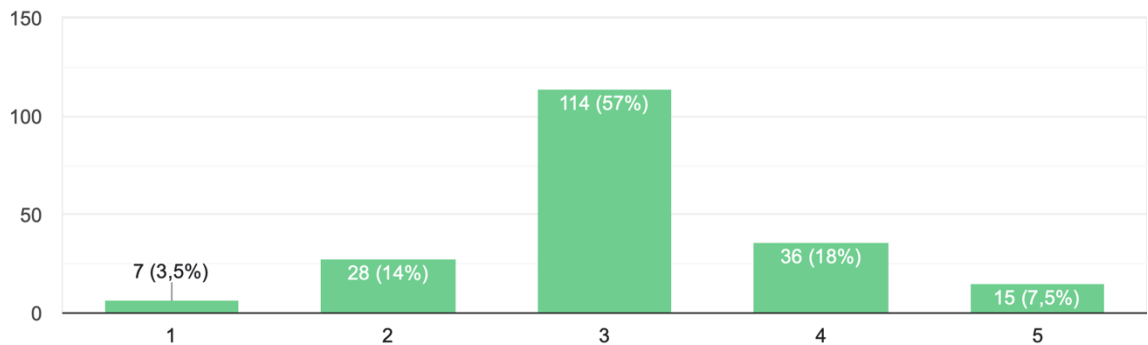


Σχήμα Δii 7

Αρκετά συγκρατημένοι δείχνουν οι περισσότεροι συμμετέχοντες σχετικά με το αν οι γιατροί γνωρίζουν αρκετά για την Τεχνητή Νοημοσύνη. Το 57% επέλεξε «3», ενώ μικρότερα ποσοστά συμφωνούν (18% στο «4» και 7,5% στο «5») ή διαφωνούν (14% στο «2» και 3,5% στο «1»). Αυτό δείχνει μια αβεβαιότητα ή ίσως έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τις γνώσεις των γιατρών πάνω στην ΤΝ.

8. Οι γιατροί γνωρίζουν πολύ λίγα για την ΤΝ για να τη χρησιμοποιούν στους ασθενείς.

200 απαντήσεις



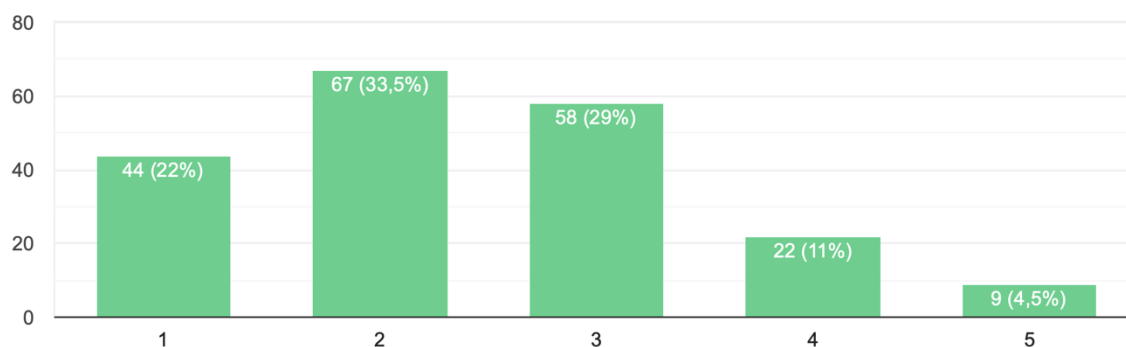
Σχήμα Δii 8

Ακόμη η πλειοψηφία των συμμετεχόντων διαφωνεί με την άποψη ότι ο γιατρός πρέπει να ευθύνεται αν δεν ακολουθήσει τις συστάσεις της Τεχνητής Νοημοσύνης και προκληθεί βλάβη σε ασθενή. Συγκεκριμένα, το 22% επέλεξε «1» και το 33,5% «2», δείχνοντας ισχυρή διαφωνία. Αντίθετα, μόλις το 4,5% συμφωνεί πλήρως («5»), ενώ

ένα 29% παρέμεινε ουδέτερο. Οι απαντήσεις δείχνουν ότι πολλοί θεωρούν πως η ευθύνη του γιατρού δεν μπορεί να βασίζεται αποκλειστικά στις αποφάσεις της ΤΝ.

9. Αν ένας ασθενής υποστεί βλάβη, ο γιατρός θα πρέπει να ευθύνεται αν δεν ακολούθησε τις συστάσεις της ΤΝ.

200 απαντήσεις

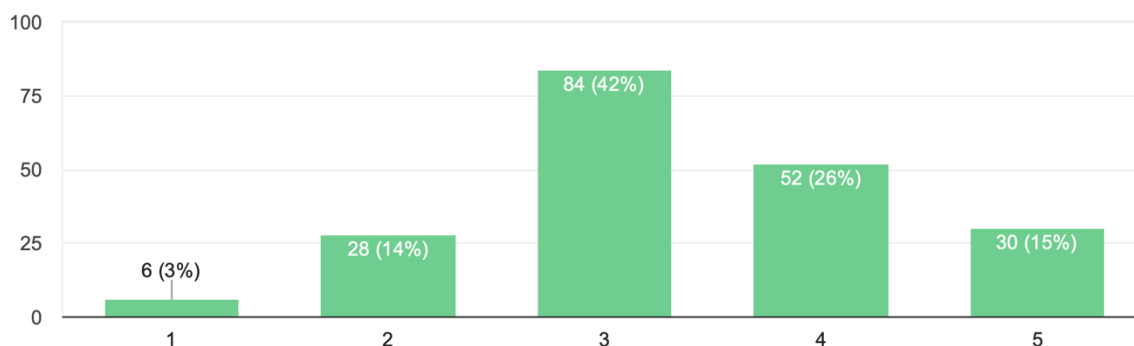


Σχήμα Δii 9

Σχετικά με το αν η επίδραση της Τεχνητής Νοημοσύνης στη θεραπεία προκαλεί φόβο, οι περισσότεροι συμμετέχοντες εμφανίζονται επιφυλακτικοί. Το 42% δήλωσε ουδέτερο (βαθμός 3), ενώ το 26% και το 15% έδειξαν μέτρια ή έντονη ανησυχία (βαθμοί 4 και 5 αντίστοιχα). Από την άλλη, ένα μικρό ποσοστό (3% και 14%) φαίνεται να μην ανησυχεί καθόλου (βαθμοί 1 και 2). Γενικά, το κοινό φαίνεται να είναι διχασμένο, με αρκετούς να εκφράζουν φόβο, αλλά και πολλούς να κρατούν επιφυλάξεις χωρίς ξεκάθαρη θέση.

10. Η επίδραση της ΤΝ στη θεραπεία με φοβίζει.

200 απαντήσεις

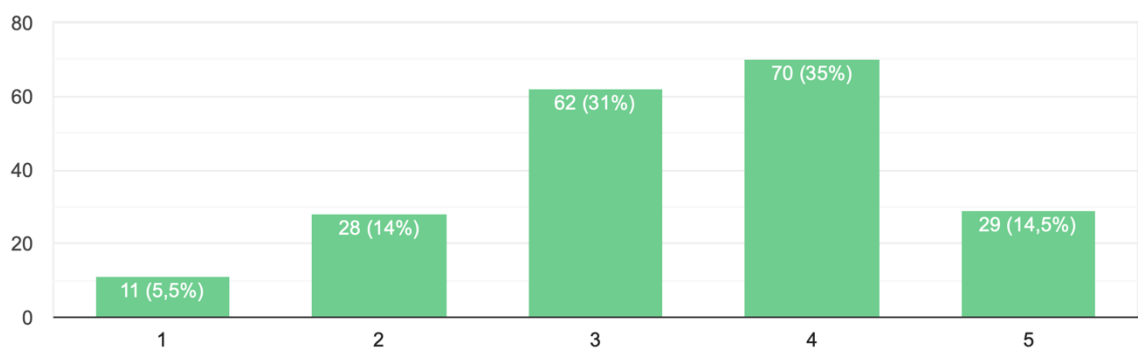


Σχήμα Δii 10

Αναφορικά με το εάν η χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης εμποδίζει τους γιατρούς να αναπτύξουν κρίση, οι απόψεις των συμμετεχόντων τείνουν να συμφωνούν με αυτήν την άποψη. Το 35% συμφωνεί (βαθμός 4) και το 14,5% συμφωνεί έντονα (βαθμός 5), ενώ το 31% είναι ουδέτερο. Αντίθετα, μόλις το 5,5% διαφωνεί πλήρως και το 14% διαφωνεί (βαθμοί 1 και 2 αντίστοιχα). Η γενική εικόνα δείχνει μια σαφή τάση ανησυχίας για πιθανή εξάρτηση των γιατρών από την ΤΝ εις βάρος της κριτικής τους ικανότητας.

11. Η χρήση ΤΝ εμποδίζει τους γιατρούς να αναπτύξουν κρίση.

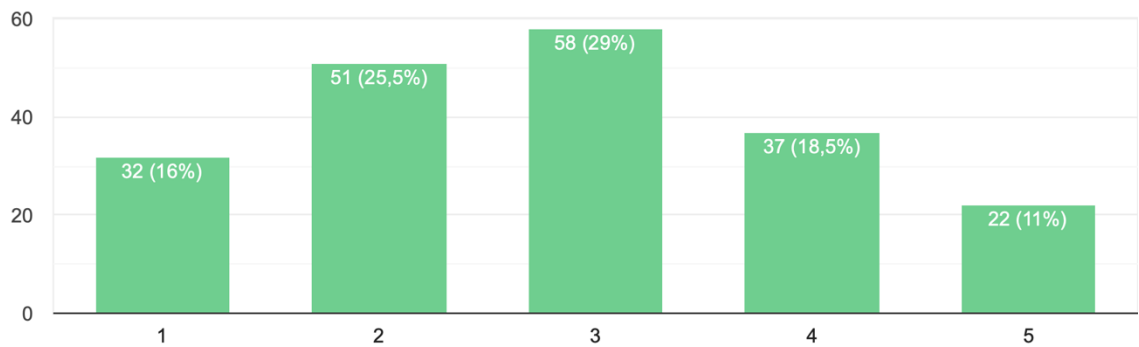
200 απαντήσεις



Σχήμα Δii 11

Διχασμένοι φάνηκαν οι ερωτώμενοι για το εάν ότι οι γιατροί μπορεί να προσπαθούν λιγότερο όταν η Τεχνητή Νοημοσύνη προβλέπει χαμηλές πιθανότητες επιβίωσης. Περίπου το 41,5% διαφωνεί με αυτή τη δήλωση (βαθμοί 1 και 2), ενώ το 29% είναι ουδέτεροι. Από την άλλη πλευρά, το 29,5% (βαθμοί 4 και 5) φαίνεται να συμμερίζεται αυτή την ανησυχία. Συνολικά, οι συμμετέχοντες δείχνουν να έχουν διαφορετικές απόψεις, με ελαφρά τάση να πιστεύουν ότι οι γιατροί θα συνεχίσουν να προσπαθούν, ανεξαρτήτως προβλέψεων από την ΤΝ.

12. Αν η TN προβλέπει χαμηλές πιθανότητες επιβίωσης, οι γιατροί δεν θα προσπαθούν όσο πριν.
200 απαντήσεις



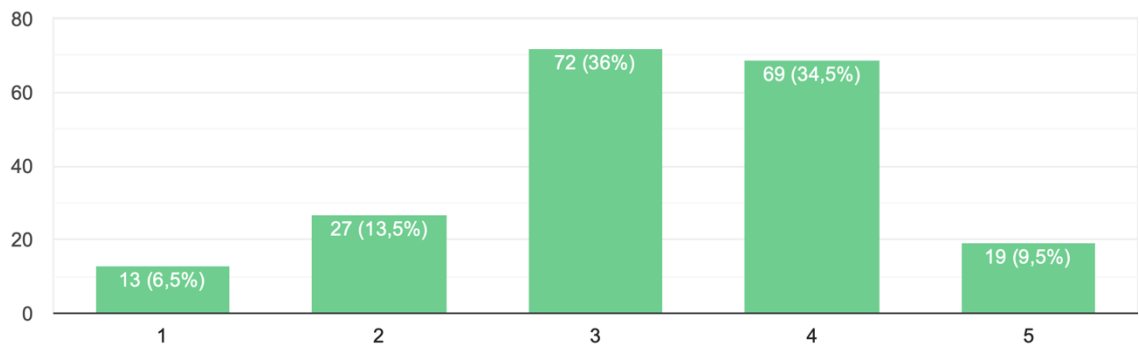
Σχήμα Δii 12

Το σχήμα Δii 13 δείχνει πως ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (70,5%) πιστεύει ότι η χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης (TN) αλλάζει τις απαιτήσεις από την ιατρική ως επάγγελμα, κάτι που πιθανώς αντανάκλα την επίγνωση των τεχνολογικών εξελίξεων και της ανάγκης για νέες δεξιότητες. Παράλληλα, όμως, το σχήμα 14 αποκαλύπτει ότι οι περισσότεροι δεν είναι ιδιαίτερα θετικοί στο ενδεχόμενο η δική τους θεραπεία να υποστηρίζεται από TN, αφού σχεδόν οι μισοί (48,5%) δίνουν ουδέτερη απάντηση και τα χαμηλότερα σκορ (1 και 2) συγκεντρώνουν συνολικά 39,5%. Αυτό δείχνει έναν δισταγμό και μια επιφυλακτικότητα στην προσωπική εφαρμογή της TN, παρά την αναγνώριση του ότι επηρεάζει την ιατρική.

Από τα δύο γραφήματα φαίνεται πως το κοινό αναγνωρίζει τη δυναμική της TN, αλλά δεν είναι ακόμη έτοιμο να την εμπιστευτεί πλήρως σε ό,τι αφορά τη δική του υγεία.

13. Η χρήση TN αλλάζει τις απαιτήσεις από την ιατρική ως επάγγελμα.

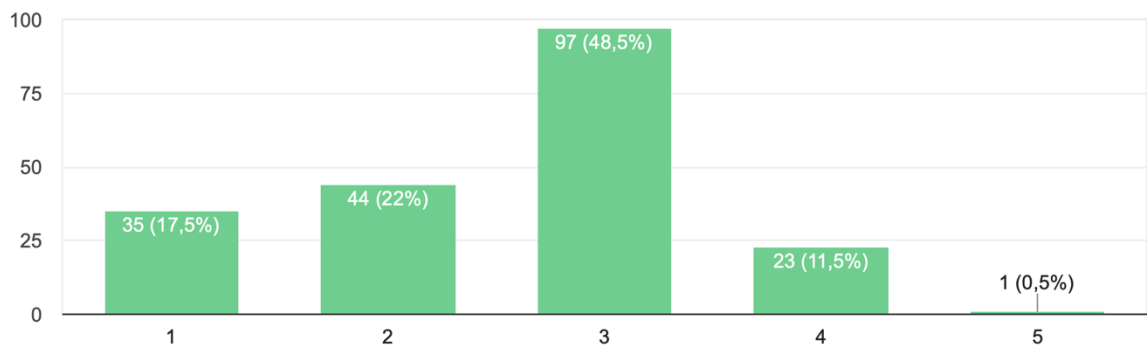
200 απαντήσεις



Σχήμα Δii 13

14. Θα ήθελα η θεραπεία μου να υποστηρίζεται από TN.

200 απαντήσεις

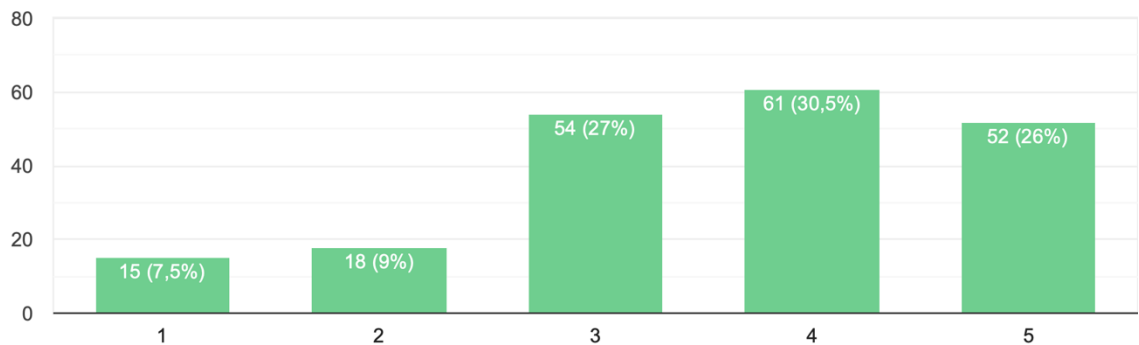


Σχήμα Δii 14

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων δείχνει θετική στάση ως προς τη συμβολή τους στην πρόοδο της ιατρικής μέσω της Τεχνητής Νοημοσύνης, με το 56,5% (απαντήσεις 4 και 5) να δηλώνει πρόθυμο να προσφέρει ανώνυμα ιατρικά δεδομένα για μη εμπορική έρευνα. Παρά το γεγονός ότι σε προηγούμενες ερωτήσεις φάνηκε να υπάρχει επιφυλακτικότητα ως προς την άμεση εφαρμογή της TN στη θεραπεία τους, εδώ οι συμμετέχοντες φαίνεται να αναγνωρίζουν τη σημασία της συλλογικής προσφοράς για το κοινό καλό. Η διαφορά έγκειται στο ότι η ερώτηση αυτή αφορά μια πιο έμμεση και ανώνυμη εμπλοκή, χωρίς άμεση επίπτωση στη δική τους φροντίδα γεγονός που καθιστά την αποδοχή ευκολότερη.

15. Θα έδινα τα ανώνυμα ιατρικά δεδομένα μου για μη εμπορική έρευνα αν αυτό βοηθούσε τη μελλοντική φροντίδα ασθενών.

200 απαντήσεις

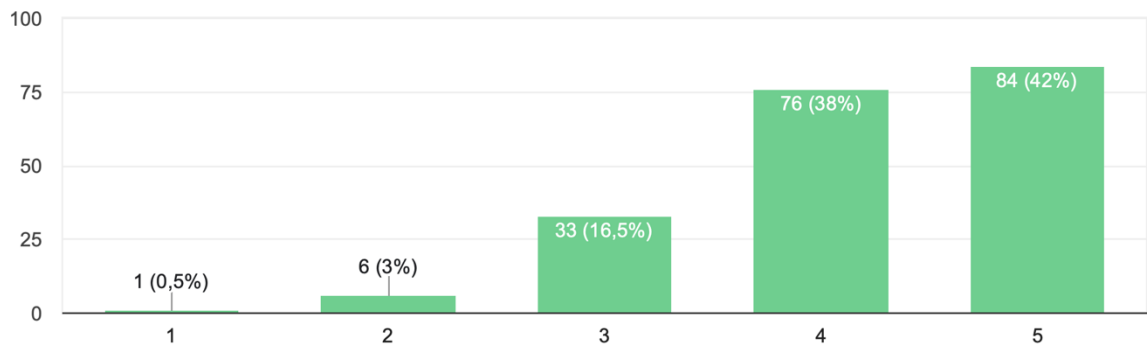


Σχήμα Δii 15

Η ανάλυση των δύο ακόλουθων δηλώσεων αναδεικνύει μια στάση επιφυλακτικής αποδοχής απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη (TN) στην ιατρική. Συγκεκριμένα, στη δήλωση 16, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (80%) θεωρεί πως η TN θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο εφόσον έχει αποδειχθεί επιστημονικά η χρησιμότητά της. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι ασθενείς δεν απορρίπτουν τη χρήση της τεχνολογίας αλλά θέτουν ως βασική προϋπόθεση την επιστημονική τεκμηρίωση και αξιοπιστία της. Παράλληλα, στη δήλωση 17 περίπου οι μισοί συμμετέχοντες (47%) δήλωσαν ότι φοβούνται περισσότερο μια τεχνική δυσλειτουργία της TN παρά ένα ανθρώπινο ιατρικό λάθος. Ένα σημαντικό ποσοστό (43%) παρέμεινε ουδέτερο. Αυτό δείχνει ότι υπάρχει μια υπαρκτή ανησυχία σχετικά με την απρόβλεπτη φύση της τεχνολογίας, σε αντίθεση με τα ανθρώπινα σφάλματα που θεωρούνται ίσως πιο αναμενόμενα. Συνολικά, το κοινό φαίνεται να αναγνωρίζει τη δυναμική της TN αλλά απαιτεί διαφάνεια, αυστηρή αξιολόγηση και εμπιστοσύνη στις εφαρμογές της, αποφεύγοντας την άκριτη υιοθέτηση συστημάτων που ενδέχεται να αποτύχουν ή να μην είναι πλήρως κατανοητά.

16. Η ΤΝ θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο εφόσον έχει αποδειχθεί επιστημονικά η χρησιμότητά της.

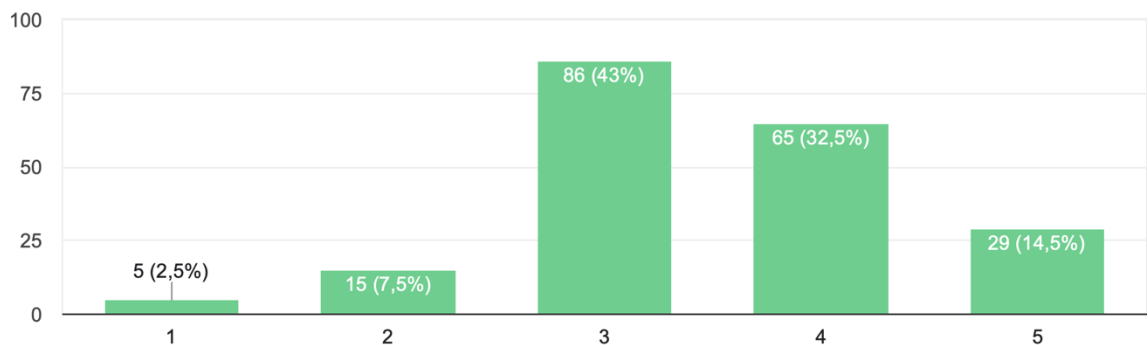
200 απαντήσεις



Σχήμα Δii 16

17. Φοβάμαι περισσότερο μια τεχνική δυσλειτουργία ΤΝ παρά ένα ανθρώπινο ιατρικό λάθος.

200 απαντήσεις



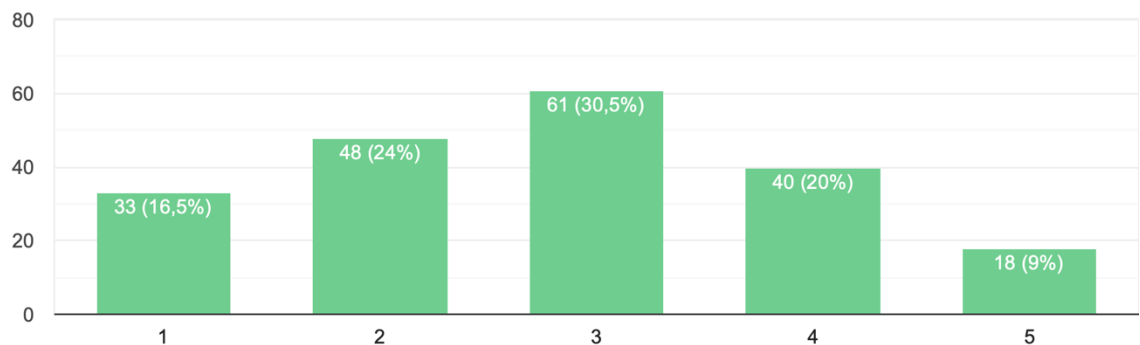
Σχήμα Δii 17

Οι απαντήσεις στις δηλώσεις 15 και 18 είναι αντικρουόμενες όσον αφορά τη στάση των συμμετεχόντων απέναντι στην προστασία των προσωπικών τους ιατρικών δεδομένων. Στη δήλωση 15 είχαμε αναφέρει ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων (56,5%) συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα ότι θα ήταν πρόθυμοι να δώσουν ανώνυμα τα ιατρικά τους δεδομένα για να βοηθήσουν στη μελλοντική φροντίδα ασθενών. Αυτό καταδεικνύει μια προδιάθεση προς κοινωνική συνεισφορά και αποδοχή της χρήσης της ΤΝ για το συλλογικό όφελος. Αντίθετα, στη δήλωση 18, μόνο το 9% δηλώνει ότι δεν ανησυχεί καθόλου για την ασφάλεια των δεδομένων του, ενώ η πλειοψηφία τοποθετείται σε πιο επιφυλακτικές έως και ανήσυχες θέσεις, με περίπου το 40,5% να εκφράζει μέτρια έως έντονη ανησυχία. Αυτό φανερώνει ότι παρόλο που υπάρχει

προθυμία να συνεισφέρουν στην πρόοδο της έρευνας μέσω της διάθεσης των δεδομένων τους, ταυτόχρονα διατηρούν σοβαρές επιφυλάξεις για την ασφάλεια και την ιδιωτικότητα αυτών των πληροφοριών. Η αντίφαση αυτή αναδεικνύει την ανάγκη για διαφανείς και αυστηρά ελεγχόμενους μηχανισμούς διαχείρισης των ιατρικών δεδομένων ώστε να διατηρηθεί η εμπιστοσύνη των χρηστών στην τεχνολογία και στις εφαρμογές της στην υγειονομική περίθαλψη.

18. Δεν ανησυχώ για την ασφάλεια των δεδομένων μου.

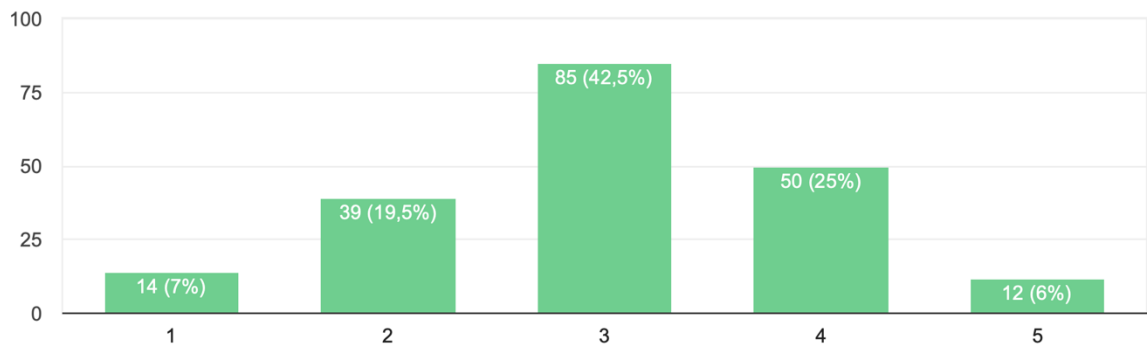
200 απαντήσεις



Σχήμα Δii 18

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (42,5%) τοποθετείται ουδέτερα ως προς την άποψη ότι η χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης θα επιτρέψει στους γιατρούς να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στους ασθενείς, ενώ μόνο το 31% συμφωνεί ή συμφωνεί έντονα με αυτή τη δήλωση. Αυτό υποδηλώνει μια αβεβαιότητα σχετικά με το αν η ΤΝ πράγματι θα ελαφρύνει το φόρτο εργασίας των ιατρών προς όφελος της ανθρώπινης επικοινωνίας ή αν τελικά θα εισάγει νέα καθήκοντα και διαδικασίες που μπορεί να περιορίσουν τον χρόνο αυτό.

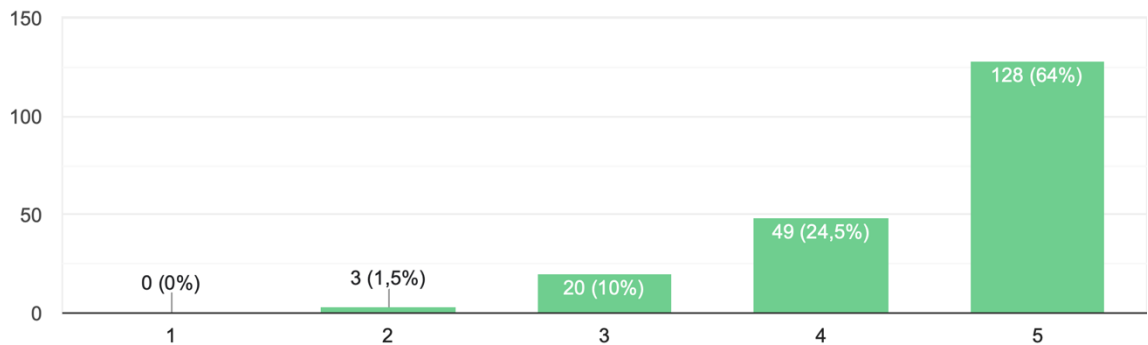
19. Η χρήση ΤΝ θα επιτρέψει στους γιατρούς να έχουν περισσότερο χρόνο για τους ασθενείς.
200 απαντήσεις



Σχήμα Δii 19

Η συντριπτική πλειοψηφία (88,5%) συμφωνεί ότι ο γιατρός πρέπει να έχει τον τελικό έλεγχο στη διάγνωση και θεραπεία ενώ κανείς δεν διαφωνεί έντονα. Αυτό δείχνει την ισχυρή πίστη των ερωτηθέντων στον καθοριστικό ρόλο του ανθρώπινου παράγοντα στην ιατρική ακόμα και με την ενσωμάτωση της Τεχνητής Νοημοσύνης. Η τεχνολογία μπορεί να υποστηρίξει αλλά η τελική ευθύνη παραμένει στον επαγγελματία υγείας.

20. Ο γιατρός πρέπει να έχει τον τελικό έλεγχο στη διάγνωση και θεραπεία.
200 απαντήσεις

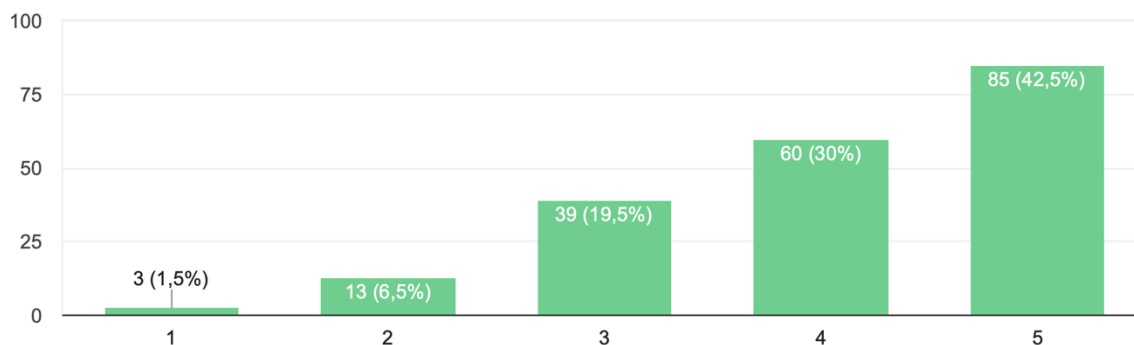


Σχήμα Δii 20

Τρεις στους τέσσερις (72,5%) εκφράζει έντονη ανησυχία σχετικά με την πιθανότητα εξωτερικής χειραγώγησης της Τεχνητής Νοημοσύνης. Αυτό μπορεί να συμβεί είτε από χάκερς είτε από κακόβουλους παράγοντες όπως τρομοκράτες. Το εύρημα αυτό καταδεικνύει ένα σημαντικό εμπόδιο εμπιστοσύνης απέναντι στην ψηφιακή ασφάλεια και την ανθεκτικότητα των συστημάτων ΤΝ στον τομέα της υγείας. Η ανησυχία αυτή

αναδεικνύει την ανάγκη για αυστηρά πρωτόκολλα κυβερνοασφάλειας και ρυθμιστική εποπτεία πριν από τη μαζική ενσωμάτωση τέτοιων τεχνολογιών στην ιατρική πράξη.

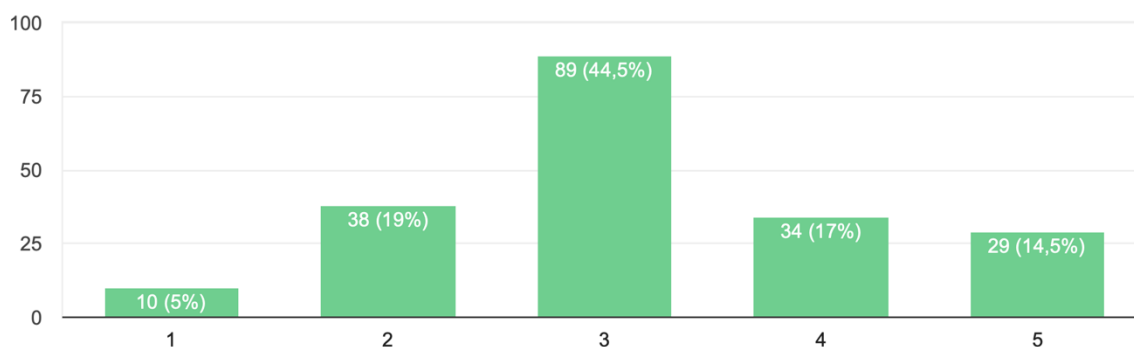
21. Με ανησυχία ότι η ΤΝ μπορεί να χειραγωγηθεί εξωτερικά (π.χ. από χάκερς, τρομοκράτες).
200 απαντήσεις



Σχήμα Δii 21

Το σχήμα Δii 22 υποδεικνύει ότι ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (44,5%) υιοθετεί ουδέτερη στάση ως προς την άποψη ότι η Τεχνητή Νοημοσύνη (ΤΝ) βλάπτει τη σχέση ιατρού-ασθενούς, ενώ μικρότερο ποσοστό (31,5%) συμφωνεί με αυτή τη δήλωση. Αντίθετα, το 24% των ερωτηθέντων διαφωνεί ή διαφωνεί έντονα, δείχνοντας εμπιστοσύνη στη συμβατότητα της ΤΝ με τις διαπροσωπικές σχέσεις στην υγειονομική φροντίδα. Η κατανομή αυτή αναδεικνύει τις ανησυχίες ενός σημαντικού μέρους του πληθυσμού για την αποπροσωποποίηση της φροντίδας αλλά και την ύπαρξη ευρύτερου προβληματισμού χωρίς να προκύπτει σαφής ομοφωνία.

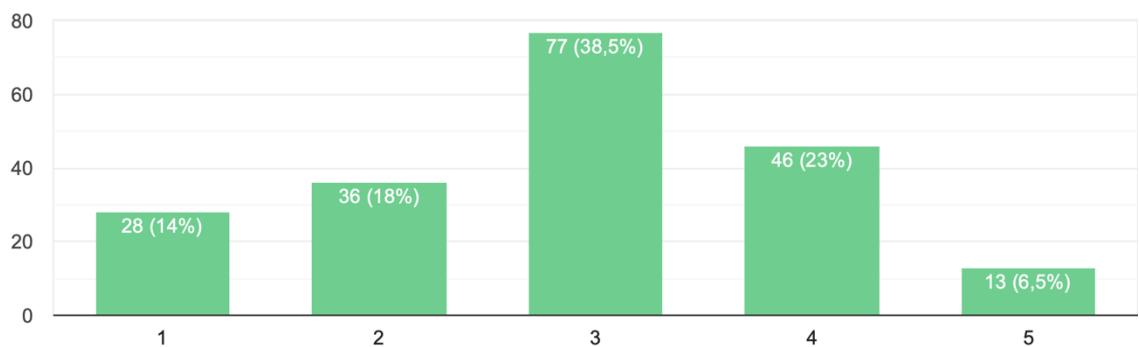
22. Η ΤΝ βλάπτει τη σχέση ιατρού-ασθενούς.
200 απαντήσεις



Σχήμα Δii 22

Οι απαντήσεις στο παρακάτω γράφημα δείχνουν ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν έχουν ξεκάθαρη άποψη για το αν η Τεχνητή Νοημοσύνη μπορεί να λειτουργήσει ως λύση στην υπερφόρτωση και την έλλειψη ιατρικού προσωπικού. Συγκεκριμένα το 38,5% δηλώνει ουδέτερο και περίπου το 29,5% των ερωτηθέντων εκφράζει κάποια συμφωνία με τη δήλωση φανερώνοντας μια μέτρια αισιοδοξία. Αντίθετα το 32% διαφωνεί ή διαφωνεί έντονα, εκφράζοντας επιφυλάξεις και σκεπτικισμό για τον ρόλο της ΤΝ σε αυτό το επίπεδο. Η εικόνα αποτυπώνει μια κοινωνία που προσπαθεί να ισορροπήσει ανάμεσα στις δυνατότητες της τεχνολογίας και την ανθρώπινη επάρκεια στη φροντίδα υγείας.

23. Η ΤΝ είναι αποτελεσματικό εργαλείο κατά της υπερφόρτωσης και έλλειψης γιατρών.
200 απαντήσεις

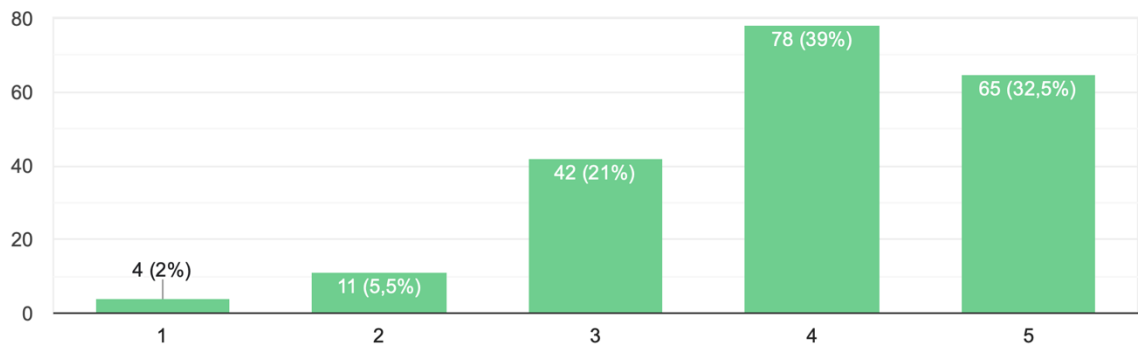


Σχήμα Δii 23

Αναδεικνύει μια ξεκάθαρη προτίμηση των συμμετεχόντων υπέρ της ανθρώπινης κρίσης έναντι των προτάσεων της Τεχνητής Νοημοσύνης. Συγκεκριμένα το 71,5% (39% + 32,5%) δηλώνει ότι θα ήθελε ο γιατρός τους να αμφισβητήσει τις συστάσεις της ΤΝ, αν η εμπειρία του δείχνει κάτι διαφορετικό. Η στάση αυτή υπογραμμίζει την εμπιστοσύνη των πολιτών στην ιατρική εμπειρία και τη διαπροσωπική σχέση με τον γιατρό δείχνοντας ότι παρά την πρόοδο της τεχνολογίας η ανθρώπινη κρίση παραμένει απαραίτητη στη λήψη αποφάσεων για την υγεία.

24. Θα ήθελα ο γιατρός μου να αμφισβητήσει τις συστάσεις της TN αν η εμπειρία του τον οδηγεί αλλού.

200 απαντήσεις

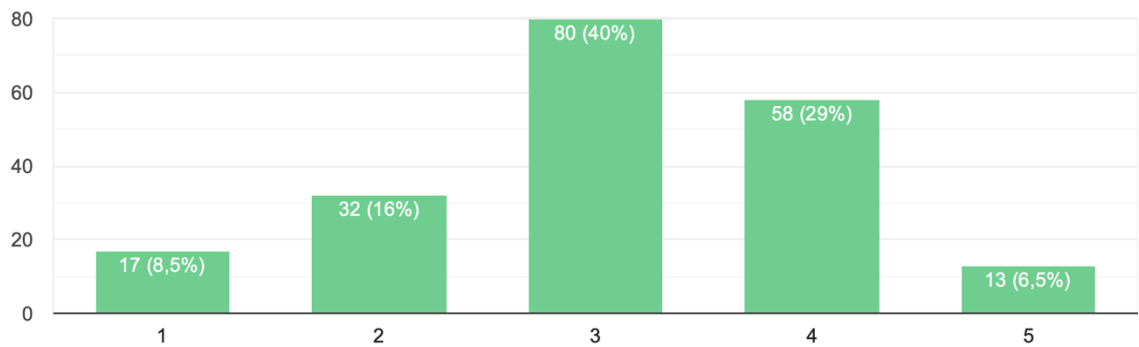


Σχήμα Δii 24

Το Σχήμα Δii 25 δείχνει ότι ένα σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων τοποθετείται στη μεσαία κλίμακα (40%) ή τείνει ελαφρώς προς τη συμφωνία (29%). Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό επιλέγει τη μεσαία τιμή υποδηλώνει κυρίως ουδετερότητα και επιφυλακτικότητα απέναντι στη συγκεκριμένη προοπτική. Δηλαδή ενώ ένα μέρος των ερωτηθέντων φαίνεται να αναγνωρίζει ότι η TN μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του φόρτου δεν εκφράζεται ισχυρή αισιοδοξία (μόλις 6,5% επιλέγουν το 5). Αντίθετα, ένα όχι αμελητέο ποσοστό (24,5%) κινείται προς τη διαφωνία (επιλογές 1 και 2), δείχνοντας ότι υπάρχουν και αμφιβολίες. Συνολικά, η στάση είναι περισσότερο διστακτική παρά θετική, κάτι που μπορεί να αντικατοπτρίζει είτε αβεβαιότητα για τις πραγματικές εφαρμογές της TN στην καθημερινή ιατρική εργασία, είτε την ανάγκη για περισσότερες αποδείξεις ή εμπειρία με τέτοια συστήματα.

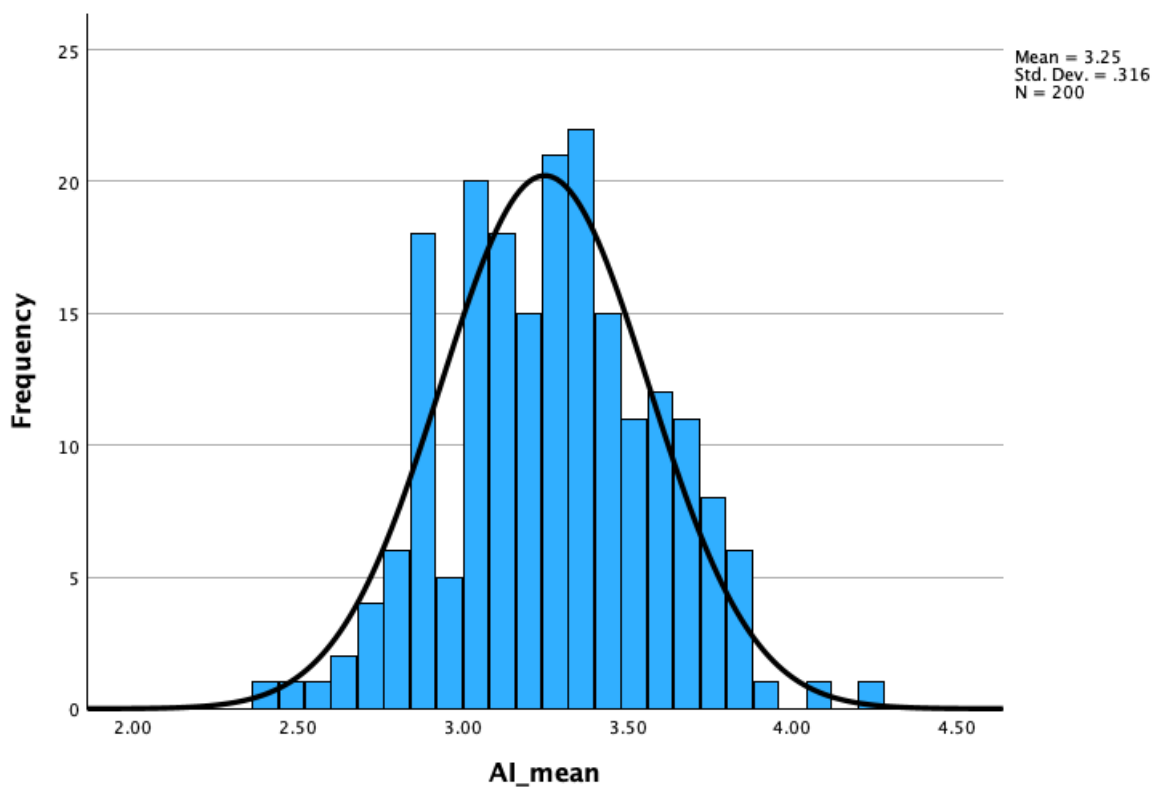
25. Η χρήση ΤΝ θα μειώσει τον φόρτο εργασίας των γιατρών.

200 απαντήσεις



Σχήμα Δii 25

Για να διερευνήσω την συνολική στάση των συμμετεχόντων απέναντι στη χρήση Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική, δημιούργησα μια σύνθετη μεταβλητή με την ονομασία AI_mean. Η μεταβλητή αυτή προέκυψε από τον υπολογισμό του μέσου όρου των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις 25 ερωτήσεις που παρουσιάσαμε σε αυτή την υποενότητα Δii και αξιολογούν διάφορες διαστάσεις των αντιλήψεων και στάσεων των ασθενών απέναντι στη χρήση συστημάτων τεχνητής νοημοσύνης στην ιατρική. Έτσι δημιουργήθηκε μια συνολική μεταβλητή που αποτυπώνει τη γενική στάση των συμμετεχόντων απέναντι στην εφαρμογή της τεχνητής νοημοσύνης στον τομέα της υγείας και χρησιμοποιήθηκε στις επόμενες στατιστικές αναλύσεις της έρευνας.



Σχήμα Δii 1

Το ιστόγραμμα παρουσιάζει την κατανομή των στάσεων των συμμετεχόντων απέναντι στην τεχνητή νοημοσύνη στην ιατρική. Όπως φαίνεται στο σχήμα, ο μέσος όρος της μεταβλητής είναι 3,25. Η κατανομή των τιμών εμφανίζεται σχετικά συμμετρική και προσεγγίζει την κανονική κατανομή, καθώς οι περισσότερες παρατηρήσεις συγκεντρώνονται γύρω από τις τιμές 3,0–3,5. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν μέτρια έως σχετικά θετική στάση απέναντι στη χρήση τεχνητής νοημοσύνης στην ιατρική, γεγονός που δείχνει ότι οι ασθενείς φαίνεται να αναγνωρίζουν τα πιθανά οφέλη της τεχνολογίας αυτής στην παροχή υπηρεσιών υγείας, διατηρώντας παράλληλα μια ισορροπημένη στάση απέναντι στην ενσωμάτωσή της στην κλινική πρακτική.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
AI_mean	200	2.40	4.20	3.2486	.31554
Valid N (listwise)	200				

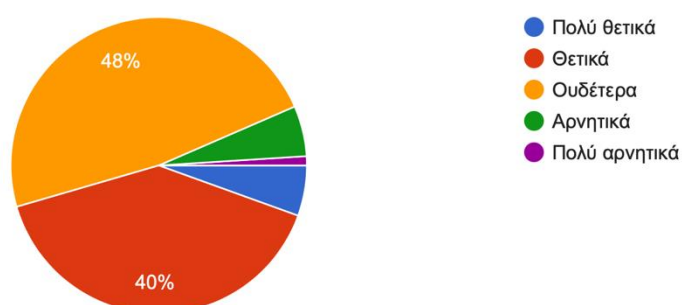
Πίνακας Δii 1

5.4.3 Μέρος Διί: Γενική Εντύπωση

Το τελευταίο ερώτημα αποτυπώνει τη συνολική εντύπωση των συμμετεχόντων για τη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης (TN) στην ιατρική. Η πλειοψηφία (48%) διατηρεί ουδέτερη στάση, ενώ το 40% αξιολογεί θετικά ή πολύ θετικά την εφαρμογή της. Μόλις ένα μικρό ποσοστό εμφανίζεται αρνητικά διακείμενο. Αυτή η κατανομή υποδηλώνει μια γενικότερη διάθεση προσεκτικής αποδοχής και αναμονής. Φαίνεται οι ερωτώμενοι να αναγνωρίζουν τις δυνατότητες της TN, αλλά ταυτόχρονα ενδεχομένως προβληματίζονται για τις ηθικές, λειτουργικές ή πρακτικές της επιπτώσεις.

Συνολικά, πώς αξιολογείτε τη χρήση της TN στην ιατρική;

200 απαντήσεις



Αυτή η στάση επιβεβαιώνει ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, σύμφωνα με τα οποία οι ερωτώμενοι διατηρούν μια επιφυλακτική αισιοδοξία απέναντι στην TN στην ιατρική, αναμένοντας επαρκείς αποδείξεις για την αξιοπιστία, την ασφάλεια και την ηθική της χρήση (Nestor κ.α., 2020). Η ουδετερότητα δεν προδίδει αδιαφορία, αλλά μάλλον υποδηλώνει την ανάγκη για περισσότερη πληροφόρηση και κατανόηση πριν σχηματιστεί μια θετική ή αρνητική στάση.

Correlations

		PPOS_mean	Trust_mean
PPOS_mean	Pearson Correlation	1	-.128
	Sig. (2-tailed)		.072
	N	200	200
Trust_mean	Pearson Correlation	-.128	1
	Sig. (2-tailed)	.072	
	N	200	200

Για την σχέση μεταξύ του προσανατολισμού της σχέσης ασθενούς–ιατρού και της εμπιστοσύνης προς τον ιατρό πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης Pearson. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει αρνητική αλλά μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών ($r = -0.128$, $p = 0.072$). Συγκεκριμένα, η τιμή του συντελεστή συσχέτισης υποδηλώνει μια πολύ ασθενή αρνητική σχέση, σύμφωνα με την οποία η αύξηση του ασθενοκεντρικού προσανατολισμού φαίνεται να συνδέεται με ελαφρώς χαμηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης, ωστόσο το αποτέλεσμα αυτό δεν είναι στατιστικά σημαντικό, καθώς η τιμή p είναι μεγαλύτερη από το επίπεδο σημαντικότητας 0.05. Επομένως, δεν μπορεί να υποστηριχθεί η ύπαρξη ουσιαστικής συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών στο συγκεκριμένο δείγμα.

Correlations

		PPOS_mean	AI_mean
PPOS_mean	Pearson Correlation	1	-.126
	Sig. (2-tailed)		.075
	N	200	200
AI_mean	Pearson Correlation	-.126	1
	Sig. (2-tailed)	.075	
	N	200	200

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει πολύ ασθενής αρνητική συσχέτιση μεταξύ του προσανατολισμού της σχέσης ασθενούς–ιατρού και των στάσεων απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη ($r = -0.126$), η οποία όμως δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0.075 > 0.05$). Επομένως, δεν τεκμηριώνεται ύπαρξη ουσιαστικής σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών στο συγκεκριμένο δείγμα.

Group Statistics

	Gender	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PPOS_mean	1.00	0 ^a	.	.	.
	2.00	142	2.7500	.26148	.02194
Trust_mean	1.00	0 ^a	.	.	.
	2.00	142	3.2907	.31793	.02668

AI_mean	1.00	0 ^a	.	.	.
	2.00	142	3.2555	.29993	.02517

Από τον πίνακα περιγραφικών στατιστικών προκύπτει ότι το σύνολο των συμμετεχόντων που συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση ανήκει στην κατηγορία των γυναικών (N = 142), ενώ δεν καταγράφηκαν παρατηρήσεις για την κατηγορία των ανδρών (N = 0). Ως εκ τούτου, δεν κατέστη δυνατή η εφαρμογή του ελέγχου Independent Samples t-test, καθώς η συγκεκριμένη στατιστική μέθοδος προϋποθέτει την ύπαρξη τουλάχιστον δύο ομάδων με διαθέσιμα δεδομένα.

Κατά συνέπεια, δεν μπορεί να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τον προσανατολισμό της σχέσης ασθενούς–ιατρού (PPOS_mean), την εμπιστοσύνη στον ιατρό (Trust_mean) και τις στάσεις απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη (AI_mean).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Ανάλυση ευρημάτων και απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα έρευνα είχε βασικό στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του προσανατολισμού της σχέσης ασθενούς και ιατρού, της εμπιστοσύνης προς τον ιατρό και των στάσεων των ασθενών απέναντι στη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης στην ιατρική. Τα ευρήματα της μελέτης δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των βασικών μεταβλητών, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι σχέσεις αυτές είναι πιο σύνθετες από ό,τι αρχικά αναμενόταν.

Συγκεκριμένα, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του ασθενοκεντρικού προσανατολισμού της σχέσης ιατρού, ασθενούς και της εμπιστοσύνης προς τον ιατρό. Αυτό το γεγονός υποδηλώνει ότι η αντίληψη των ασθενών για τη συμμετοχή τους στη θεραπευτική διαδικασία δεν συνδέεται απαραίτητα με το επίπεδο εμπιστοσύνης τους. Αντίστοιχα, δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του προσανατολισμού της σχέσης και των στάσεων απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη, γεγονός που δείχνει ότι η αποδοχή της δεν επηρεάζεται άμεσα από τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη σχέση με τον ιατρό.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εμπιστοσύνης στον ιατρό και των στάσεων απέναντι στην ΤΝ. Συνολικά, τα ευρήματα της έρευνας υποδεικνύουν ότι οι στάσεις των ασθενών απέναντι στην ΤΝ ενδέχεται να επηρεάζονται περισσότερο από άλλους παράγοντες, όπως η εξοικείωση με την τεχνολογία, οι προσωπικές πεποιθήσεις και οι κοινωνικοπολιτισμικές αντιλήψεις.

6.2 Συζήτηση και σύνδεση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης παρουσιάζουν ενδιαφέρον σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς σε αρκετές περιπτώσεις δεν επιβεβαιώνουν τις θεωρητικές υποθέσεις που έχουν διατυπωθεί. Συγκεκριμένα, η έλλειψη σημαντικής συσχέτισης μεταξύ εμπιστοσύνης και αποδοχής της διαφοροποιείται από μελέτες που υποστηρίζουν ότι η εμπιστοσύνη στον ιατρό μπορεί να επηρεάσει θετικά την αποδοχή τεχνολογικών συστημάτων.

Η απόκλιση αυτή μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η εμπιστοσύνη στην TN αποτελεί ένα ανεξάρτητο και πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τη σχέση με τον ιατρό. Επιπλέον, η περιορισμένη εξοικείωση των ασθενών με την TN και η αβεβαιότητα σχετικά με τη λειτουργία της ενδέχεται να μειώνουν την επίδραση της εμπιστοσύνης στον ιατρό.

Παράλληλα, η μη ύπαρξη σχέσης μεταξύ ασθενοκεντρικού προσανατολισμού και εμπιστοσύνης μπορεί να υποδηλώνει ότι η εμπιστοσύνη βασίζεται περισσότερο σε προσωπικά χαρακτηριστικά του ιατρού, όπως η επικοινωνία και η επαγγελματική επάρκεια, παρά στη δομή της σχέσης. Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν την πολυπλοκότητα της θεραπευτικής σχέσης και επιβεβαιώνουν την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν.

6.3 Προτάσεις για επαγγελματίες υγείας, πολιτεία και ανάπτυξη

Με βάση τα ευρήματα της έρευνας, διατυπώνονται ορισμένες σημαντικές προτάσεις για την πρακτική εφαρμογή και την πολιτική υγείας. Αρχικά, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να διατηρήσουν και να ενισχύσουν την ανθρωποκεντρική διάσταση της φροντίδας, ακόμη και σε περιβάλλοντα όπου χρησιμοποιούνται τεχνολογικά εργαλεία. Η αποτελεσματική επικοινωνία με τον ασθενή και η σαφής εξήγηση του ρόλου της TN μπορούν να συμβάλουν στην αύξηση της αποδοχής της. Σε επίπεδο πολιτείας, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη σαφών κανονιστικών πλαισίων που θα διασφαλίζουν τη διαφάνεια, την ασφάλεια και την ηθική χρήση της TN στην υγεία. Παράλληλα, η ενίσχυση της εκπαίδευσης τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και του κοινού σχετικά με τις δυνατότητες και τους περιορισμούς της TN κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Όσον αφορά την ανάπτυξη συστημάτων TN, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στη δημιουργία εργαλείων που είναι κατανοητά, διαφανή και προσανατολισμένα στον χρήστη. Η ενσωμάτωση της ανθρώπινης διάστασης στον σχεδιασμό των τεχνολογιών μπορεί να ενισχύσει την εμπιστοσύνη και να διευκολύνει την αποδοχή τους από τους ασθενείς.

6.4 Κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι ανοίγουν δρόμους για μελλοντική έρευνα. Συγκεκριμένα, η χρήση δειγματοληψίας ευκολίας και η μη ισορροπημένη κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο περιορίζουν τη δυνατότητα

γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, η έρευνα βασίστηκε σε αυτοαναφερόμενα δεδομένα, τα οποία ενδέχεται να επηρεάζονται από υποκειμενικούς παράγοντες.

Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να διερευνήσουν σε μεγαλύτερα και πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα τη σχέση μεταξύ εμπιστοσύνης και αποδοχής της ΤΝ, καθώς και να εξετάσουν επιπλέον παράγοντες, όπως το επίπεδο ψηφιακού εγγραμματισμού, η εμπειρία με τεχνολογίες υγείας και οι πολιτισμικές επιρροές. Επιπλέον, η χρήση ποιοτικών μεθόδων, όπως συνεντεύξεις ή ομάδες εστίασης, θα μπορούσε να προσφέρει βαθύτερη κατανόηση των στάσεων των ασθενών. Συνολικά, η περαιτέρω διερεύνηση του ρόλου της Τεχνητής Νοημοσύνης στη σχέση ασθενούς–ιατρού αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό πεδίο έρευνας, το οποίο αναμένεται να αποκτήσει ακόμη μεγαλύτερη σημασία στο μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Amann, J., Blasimme, A., Vayena, E., Frey, D., Madai, V. I., & Precise4Q Consortium. (2020). Explainability for artificial intelligence in healthcare: a multidisciplinary perspective. *BMC medical informatics and decision making*, 20(1), 310.
- Bar-Shalom, A., & Cook-Deegan, R. (2002). Patents and innovation in cancer therapeutics: Lessons from CellPro. *The Milbank Quarterly*, 80(4), 637-676.
- Beach, M. C., Inui, T., & Relationship-Centered Care Research Network. (2006). Relationship-centered care: A constructive reframing. *Journal of general internal medicine*, 21(Suppl 1), 3-8.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. Edicoes Loyola.
- Blease, C., Kaptchuk, T. J., Bernstein, M. H., Mandl, K. D., Halamka, J. D., & DesRoches, C. M. (2019). Artificial intelligence and the future of primary care: exploratory qualitative study of UK general practitioners' views. *Journal of medical Internet research*, 21(3), e12802.
- Broom, A. (2005). Medical specialists' accounts of the impact of the Internet on the doctor/patient relationship. *Health*, 9(3), 319-338.
- Carter-Harris, L., Comer, R. S., Slaven II, J. E., Monahan, P. O., Vode, E., Hanna, N. H., ... & Rawl, S. M. (2020). Computer-tailored decision support tool for lung cancer screening: community-based pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), e17050.
- Castelvecchi, D. (2016). Can we open the black box of AI? *Nature*, 538(7623), 20–23.
- Char, D. S., Shah, N. H., & Magnus, D. (2018). Implementing machine learning in health care—addressing ethical challenges. *The New England journal of medicine*, 378(11), 981.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, 44(5), 681-692.

Coulter, A., & Collins, A. (2011). Making shared decision-making a reality. London: King's Fund, 621.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Sage publications.

Davis, F. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use and User Acceptance of Information Technology. *MIS quarterly*.

Dietvorst, B. J., Simmons, J. P., & Massey, C. (2015). Algorithm aversion: people erroneously avoid algorithms after seeing them err. *Journal of experimental psychology: General*, 144(1), 114.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Jama*, 267(16), 2221-2226.

Epstein, R. M., & Street Jr, R. L. (2007). Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering.

Floridi, L., Cowls, J., Beltrametti, M., Chatila, R., Chazerand, P., Dignum, V., ... & Vayena, E. (2018). AI4People—An ethical framework for a good AI society: Opportunities, risks, principles, and recommendations. *Minds and machines*, 28(4), 689-707.

Gao, S., He, L., Chen, Y., Li, D., & Lai, K. (2020). Public perception of artificial intelligence in medical care: content analysis of social media. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e16649.

Gille, F., Jobin, A., & Ienca, M. (2020). What we talk about when we talk about trust: theory of trust for AI in healthcare. *Intelligence-Based Medicine*, 1, 100001.

Goold, S. D., & Lipkin Jr, M. (1999). The doctor–patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. *Journal of general internal medicine*, 14(Suppl 1), S26.

Holden, R. J., & Karsh, B. T. (2010). The technology acceptance model: Its past and its future in health care. *Journal of Biomedical Informatics*, 43(1), 159–172.

Jiang, F., Jiang, Y., Zhi, H., Dong, Y., Li, H., Ma, S., ... & Wang, Y. (2017). Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *Stroke and vascular neurology*, 2(4).

- Jonsen, A. R. (2000). *A short history of medical ethics*. Oxford University Press.
- Lai, M. C., Brian, M., & Mamzer, M. F. (2020). Perceptions of artificial intelligence in healthcare: findings from a qualitative survey study among actors in France. *Journal of translational medicine*, 18(1), 14.
- Lee, J. D., & See, K. A. (2004). Trust in automation: Designing for appropriate reliance. *Human factors*, 46(1), 50-80.
- Longoni, C., Bonezzi, A., & Morewedge, C. K. (2019). Resistance to medical artificial intelligence. *Journal of consumer research*, 46(4), 629-650.
- Lupton, D. (2017). *Digital health: Critical and cross-disciplinary perspectives*. Routledge.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087-1110.
- Mechanic, D., & Meyer, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social science & medicine*, 51(5), 657-668.
- Mechanic, D., & Meyer, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social science & medicine*, 51(5), 657-668.
- Morley, J., Machado, C. C. V., Burr, C., Cowls, J., Joshi, I., Taddeo, M., & Floridi, L. (2020). The ethics of AI in health care: A mapping review. *Social Science & Medicine*, 260, 113172.
- Nadarzynski, T., Miles, O., Cowie, A., & Ridge, D. (2019). Acceptability of artificial intelligence (AI)-led chatbot services in healthcare: A mixed-methods study. *Digital health*, 5, 2055207619871808.
- Norvig, P., & Russell, S. J. (1995). *Artificial intelligence a modern approach*.
- Obermeyer, Z., & Emanuel, E. J. (2016). Predicting the future — Big data, machine learning, and clinical medicine. *New England Journal of Medicine*, 375(13), 1216–1219.

- Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C., & Mullainathan, S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science*, 366(6464), 447-453.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: The Free Press. Parsons, T., Shils, EA, Allport, W., Kluckhohn, C., Murray, hA, Sears, RR, Sheldon, RC.
- Peabody, J. W., Luck, J., Glassman, P., Dresselhaus, T. R., & Lee, M. (2000). Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *Jama*, 283(13), 1715-1722.
- Pilnick, A., & Dingwall, R. (2011). On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review. *Social science & medicine*, 72(8), 1374-1382.
- Rajkomar, A., Dean, J., & Kohane, I. (2019). Machine learning in medicine. *New England Journal of Medicine*, 380(14), 1347-1358.
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *Jama*, 288(6), 756-764.
- Schepman, A., & Rodway, P. (2020). Initial validation of the general attitudes towards Artificial Intelligence Scale. *Computers in human behavior reports*, 1, 100014.
- Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Hasan, O., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2016, July). Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction. In *Mayo clinic proceedings* (Vol. 91, No. 7, pp. 836-848). Elsevier.
- Shapiro, J. (2018). *The inner world of medical students: Listening to their voices in poetry*. CRC Press.
- Stahl, B. C., & Coeckelbergh, M. (2016). Ethics of healthcare robotics: Towards responsible research and innovation. *Robotics and Autonomous Systems*, 86, 152-161.
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B., & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *Jama*, 277(8), 678-682.

Tan, S. S. L., & Goonawardene, N. (2017). Internet health information seeking and the patient-physician relationship: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 19(1), e9.

Thom, D. H., Hall, M. A., & Pawlson, L. G. (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health affairs*, 23(4), 124-132.

Topaz, M., & Pruinelli, L. (2017). Big data and nursing: implications for the future. In *Forecasting Informatics Competencies for Nurses in the Future of Connected Health* (pp. 165-171). IOS Press.

Topol, E. (2019). *Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again*. Hachette UK.

Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS quarterly*, 425-478.

Ventres, W. B., & Frankel, R. M. (2010). Patient-centered care and electronic health records: it's still about the relationship. *Fam Med*, 42(5), 364-6.

Verghese, A., Charlton, B., Kassirer, J. P., Ramsey, M., & Ioannidis, J. P. (2015). Inadequacies of physical examination as a cause of medical errors and adverse events: a collection of vignettes. *The American journal of medicine*, 128(12), 1322-1324.

Yu, K. H., Beam, A. L., & Kohane, I. S. (2018). Artificial intelligence in healthcare. *Nature biomedical engineering*, 2(10), 719-731.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακες

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1. Ο γιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης.	200	1	5	2.91	1.230
2. Αν και στην ιατρική φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση γιατρού-ασθενή, αυτό έχει μικρή σημασία σε σχέση με τα επιτεύγματα της Ιατρικής.	200	1	5	2.61	1.150
3. Το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση.	200	1	5	3.89	1.113
4. Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους.	200	1	5	1.79	1.079
5. Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τη γνώση των γιατρών τους και να μην ψάχνουν μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάστασή τους.	200	1	5	3.72	1.258

6. Όταν οι γιατροί κάνουν πολλές προσωπικές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως παραβιάζουν την προσωπική ζωή του.	200	1	5	2.07	1.056
7. Εάν οι γιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία, δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς.	200	1	5	2.61	1.215
8. Πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στο γιατρό τους ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο.	200	1	5	3.54	1.036
9. Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, μέσα σε μία ισότιμη σε ισχύ σχέση.	200	1	5	4.18	.901
10. Οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθησυχασμό παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.	200	1	5	2.83	1.148
11. Εάν τα βασικά χαρακτηριστικά του γιατρού είναι το να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του, τότε δεν θα γίνει ποτέ ιδιαίτερα επιτυχημένος.	200	1	5	1.83	1.083

12. Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με το γιατρό τους, αυτό αποτελεί δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται.	200	1	5	2.61	1.129
13. Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική αν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή.	200	1	5	3.31	1.171
14. Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στο γιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται.	200	1	5	3.05	1.122
15. Ο ασθενής θα πρέπει πάντα να έχει στο μυαλό του πως ο γιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη.	200	1	5	3.04	1.120
16. Η γνώση της καταγωγής και των ιδιοτεροτήτων του τρόπου ζωής ενός ασθενή δεν είναι απαραίτητη, προκειμένου να θεραπευθεί η ασθένειά του.	200	1	5	2.59	1.350
17. Το χιούμορ στο γιατρό είναι πολύτιμο εργαλείο, όταν προσεγγίζει έναν ασθενή θεραπευτικά.	200	1	5	3.82	1.039

18. Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει.	200	1	5	4.13	1.029
19. Αμφιβάλλω αν ο γιατρός μου νοιάζεται πραγματικά για για μένα ως άτομο.	200	1	5	2.36	1.041
20. Ο γιατρός μου είναι συνήθως ευαισθητοποιημένος στις ανάγκες μου και τις θέτει σε προτεραιότητα.	200	1	5	3.54	.918
21. Εμπιστεύομαι τόσο πολύ τον γιατρό μου που πάντα προσπαθώ να ακολουθώ τις συμβουλές του/της.	200	1	5	3.98	.853
22. Αν ο γιατρός μου μου λέει ότι κάτι είναι αλήθεια, τότε πρέπει να είναι αλήθεια.	200	1	5	3.51	.930
23. Μερικές φορές δεν εμπιστεύομαι τη γνώμη του γιατρού μου και θα ήθελα μια δεύτερη γνώμη.	200	1	5	3.48	.951
24. Εμπιστεύομαι τις αποφάσεις του γιατρού μου σχετικά με την ιατρική μου περίθαλψη.	200	3	5	3.98	.668
25. Νιώθω ότι ο γιατρός μου δεν κάνει όλα όσα πρέπει για την ιατρική μου περίθαλψη.	200	1	5	2.21	.980

26. Εμπιστεύομαι τον γιατρό μου ότι θα θέσει τις ιατρικές μου ανάγκες πάνω από κάθε άλλη σκέψη κατά τη θεραπεία των ιατρικών μου προβλημάτων.	200	1	5	3.65	.890
27. Ο γιατρός μου είναι πραγματικός ειδικός στη φροντίδα ιατρικών προβλημάτων όπως το δικό μου.	200	2	5	3.96	.753
28. Εμπιστεύομαι τον γιατρό μου ότι θα μου πει αν έγινε κάποιο λάθος στη θεραπεία μου.	200	1	5	3.45	1.050
29. Μερικές φορές ανησυχώ ότι ο γιατρός μου μπορεί να μην διατηρήσει απόλυτα εμπιστευτικές τις πληροφορίες που συζητάμε.	200	1	5	2.23	1.175
Valid N (listwise)	200				

Πίνακας Β 2

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Αξιολόγηση δεξιοτήτων και άνεσης	200	1	5	4.23	.889
Πόσο άνετα νιώθετε με την τεχνολογία (PC, κινητά κλπ.);					
Πόσο σας αρέσει να χρησιμοποιείτε τεχνολογία;	200	1	5	4.20	.858

Πόσο δύσκολο σας είναι να μάθετε νέα συστήματα ή λειτουργίες;	200	1	5	3.97	1.077
Valid N (listwise)	200				

Πίνακας Γ 3

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1. Πιστεύω ότι η χρήση της TN φέρνει οφέλη για τον ασθενή.	200	1	5	3.42	.989
2. Οι γιατροί θα έχουν μικρότερο ρόλο στη θεραπεία των ασθενών στο μέλλον.	200	1	5	2.83	1.194
3. Η χρήση TN θα μειώσει τα ιατρικά λάθη στο μέλλον.	200	1	5	3.19	1.139
4. Η TN δεν πρέπει να χρησιμοποιείται στην ιατρική ως αρχή.	200	1	5	3.47	1.244
5. Οι γιατροί εξαρτώνται υπερβολικά από τα υπολογιστικά συστήματα.	200	1	5	3.17	.936
6. Η αξιολόγηση της TN πριν τη χρήση σε ασθενείς θα πρέπει να γίνεται από ανεξάρτητο φορέα (π.χ. Αρχή ή ΕΟΦ).	200	1	5	3.59	1.013
7. Θα εμπιστευόμουν την εκτίμηση της TN περισσότερο από αυτήν ενός γιατρού.	200	1	4	1.83	.784

8. Οι γιατροί γνωρίζουν πολύ λίγα για την TN για να τη χρησιμοποιούν στους ασθενείς.	200	1	5	3.12	.866
9. Αν ένας ασθενής υποστεί βλάβη, ο γιατρός θα πρέπει να ευθύνεται αν δεν ακολούθησε τις συστάσεις της TN.	200	1	5	2.43	1.086
10. Η επίδραση της TN στη θεραπεία με φοβίζει.	200	1	5	3.36	.998
11. Η χρήση TN εμποδίζει τους γιατρούς να αναπτύξουν κρίση.	200	1	5	3.39	1.069
12. Αν η TN προβλέπει χαμηλές πιθανότητες επιβίωσης, οι γιατροί δεν θα προσπαθούν όσο πριν.	200	1	5	2.83	1.224
13. Η χρήση TN αλλάζει τις απαιτήσεις από την ιατρική ως επάγγελμα.	200	1	5	3.27	1.026
14. Θα ήθελα η θεραπεία μου να υποστηρίζεται από TN.	200	1	5	2.56	.928
15. Θα έδινα τα ανώνυμα ιατρικά δεδομένα μου για μη εμπορική έρευνα αν αυτό βοηθούσε τη μελλοντική φροντίδα ασθενών.	200	1	5	3.58	1.183

16. Η ΤΝ θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο εφόσον έχει αποδειχθεί επιστημονικά η χρησιμότητά της.	200	1	5	4.18	.849
17. Φοβάμαι περισσότερο μια τεχνική δυσλειτουργία ΤΝ παρά ένα ανθρώπινο ιατρικό λάθος.	200	1	5	3.49	.919
18. Δεν ανησυχώ για την ασφάλεια των δεδομένων μου.	200	1	5	2.81	1.196
19. Η χρήση ΤΝ θα επιτρέψει στους γιατρούς να έχουν περισσότερο χρόνο για τους ασθενείς.	200	1	5	3.03	.984
20. Ο γιατρός πρέπει να έχει τον τελικό έλεγχο στη διάγνωση και θεραπεία.	200	2	5	4.51	.737
21. Με ανησυχεί ότι η ΤΝ μπορεί να χειραγωγηθεί εξωτερικά (π.χ. από χάκερς, τρομοκράτες).	200	1	5	4.06	1.008
22. Η ΤΝ βλάπτει τη σχέση ιατρού-ασθενούς.	200	1	5	3.17	1.057
23. Η ΤΝ είναι αποτελεσματικό εργαλείο κατά της υπερφόρτωσης και έλλειψης γιατρών.	200	1	5	2.90	1.107

24. Θα ήθελα ο γιατρός μου να αμφισβητήσει τις συστάσεις της TN αν η εμπειρία του τον οδηγεί αλλού.	200	1	5	3.95	.968
25. Η χρήση TN θα μειώσει τον φόρτο εργασίας των γιατρών.	200	1	5	3.09	1.023
Valid N (listwise)	200				

Πίνακας Δ 4

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PPOS_mean	200	1.89	3.39	2.7522	.25222
Trust_mean	200	2.64	4.64	3.3036	.33665
AI_mean	200	2.40	4.20	3.2486	.31554
Valid N (listwise)	200				