



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς κατά τη διάρκεια μίας ιατρικής
επίσκεψης από την πλευρά του ασθενούς»**

**ΓΚΟΛΟΜΑΖΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ
(Α.Μ. 146073)**

**Α' Επιβλέπων Καθηγητής: Φλωρά Κατερίνα
Β' Επιβλέπων Καθηγητής: Τριανταφυλλίδου Σοφία**

**ΑΡΤΑ
ΜΑΙΟΣ 2024**

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας ΓΚΟΛΟΜΑΖΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑΣ που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η 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 οποιοδήποτε 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.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς αποτελεί εδώ και πολλά χρόνια αναπόσπαστο κομμάτι στην ευρύτερη έννοια της περίθαλψης. Πρόκειται για μία αμοιβαία αλληλεπίδραση που συμβάλει στη δημιουργία ιατρικής μέριμνας, υψηλής αξίας και διάρκειας για κάθε ασθενή, με στόχο τη μέγιστη και βέλτιστη παροχή υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να αναλυθούν οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις των ασθενών, μέσα από τυχαίο δείγμα, σχετικά με το μοντέλο επικοινωνίας που επιλέγει να κάνει χρήση ο ιατρός τους κατά τη διάρκεια μίας ιατρικής επίσκεψης και κατά πόσο ικανοποιούνται με τη τελική προσέγγιση που θα εφαρμόσει ο επαγγελματίας υγείας αφού επηρεάζει τη στάση και τη συμπεριφορά του απέναντί τους.

Στη μελέτη πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου που περιείχε στο πρώτο μέρος δημογραφικά και γενικά ερωτήματα και στο δεύτερο μέρος το ερευνητικό εργαλείο PPOS ή αλλιώς Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενούς (Patient-Physician Orientation Scale) του κ. Edwart Krupat. Συμμετείχαν συνολικά 75 ασθενείς, μόνιμοι κάτοικοι του Νομού Άρτας, που επισκέφτηκαν έναν ιδιώτη ιατρό, οποιασδήποτε ειδικότητας, εντός του τελευταίου τριμήνου. Η περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 24, ενώ για τον έλεγχο των στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των διαφορετικών ομάδων εφαρμόστηκε η ανάλυση διακύμανσης ANOVA και το t-Test. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση συσχέτισης Pearson, ένα ειδικό εργαλείο που μετράει το βαθμό συσχέτισης διαφόρων μεταβλητών.

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι το 72% του δείγματος αναφέρει την ποιότητα της επικοινωνίας με τον ιατρό από καλή έως πολύ καλή, με το 46% να έχει εκλάβει μία θετική και πολύ καλή συμπεριφορά από τον θεραπευτή κατά τη διάρκεια της επίσκεψης. Επίσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επικοινωνία με τον ιατρό με βάση την οικογενειακή κατάσταση ενώ προέκυψε ότι η μόνιμη κατοικία, το επίπεδο σπουδών και η επαγγελματική κατάσταση δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις πεποιθήσεις των ατόμων σε θέματα ιατρικής φροντίδας.

Σαν συμπέρασμα διαπιστώνεται ότι η οικογενειακή κατάσταση ενός ατόμου παίζει καθοριστικό ρόλο στην επικοινωνία ιατρού και ασθενούς με τους έγγαμους να δηλώνουν αποτελεσματικότερη αλληλεπίδραση και καλύτερη φροντίδα. Η ηλικία των ασθενών, παρότι δεν αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη σχέση με τον επαγγελματία υγείας, έχει σημαντικό

ρόλο στις αντιλήψεις για την υγεία αφού τα νεότερα άτομα είναι πιο υγιή σε σχέση με τους ηλικιωμένους άρα έχουν λιγότερες επισκέψεις σε ιδιωτικά ιατρεία. Τα δύο φύλα βιώνουν παρόμοιες εμπειρίες στις περισσότερες μετρήσεις υγείας με εξαίρεση τη συμπεριφορά των ιατρών στο γυναικείο φύλο που αξιολογήθηκε χαμηλά λόγω ύπαρξης πιθανών ανισοτήτων. Οι υπόλοιποι δημογραφικοί παράγοντες ενώ συμβάλλουν ουσιαστικά στις ατομικές συμπεριφορές υγείας, έχουν περιορισμένο αντίκτυπο στην επικοινωνία ιατρού-ασθενούς.

Λέξεις-κλειδιά: σχέση ιατρού-ασθενούς, βιοιατρικό μοντέλο, ιατρική επίσκεψη, ασθενοκεντρική προσέγγιση, επικοινωνία, ενσυναίσθηση

ABSTRACT

Communication between doctor and patient has been an integral part of the broader concept of care for many years. It is a mutual interaction that contributes to the creation of medical care, of high value and duration for each patient, with the aim of the maximum and optimal provision of health services.

The purpose of this research work is to analyze the perceptions and beliefs of patients, through a random sample, regarding the communication model that their doctor chooses to use during a medical visit and whether they are satisfied with the final approach that the health professional will apply, since it affects his attitude and behavior towards them.

In this study, a quantitative research was carried out using a questionnaire, containing in the first part demographic and general questions and in the second part the research tool PPOS or Patient-Physician Orientation Scale by Mr. Edward Krupat. A total of 75 patients, permanent residents of the Prefecture of Arta, who visited a private physician, of any specialty, within the last quarter, participated. The descriptive statistical analysis of the data was accomplished with the use of the statistical program IBM SPSS Statistics 24, while ANOVA analysis of variance and the t-Test were applied to check the statistically significant differences between the different groups. In addition, Pearson correlation analysis was used, a special tool that measures the degree of correlation of various variables.

The results of the study show that 72% of the sample reports the quality of communication with the doctor as good to very good, with 46% having received a positive and very good behavior from the therapist during the visit. Also, a statistically significant difference was found in the communication with the doctor based on the family status, while it emerged that the permanent residence, the level of education and the professional status do not affect individual's beliefs about medical care.

As a conclusion, it is found that a person's family status plays a decisive role in doctor-patient communication, with married people reporting more effective interaction and better care. The age of the patients, although it is not a determining factor in the relationship with the health professional, has an important role in the perceptions of health since younger people are healthier than older people and therefore have less visits. The two sexes have similar experiences in most health measures with the exception of the behavior of physicians toward the female gender which was rated low due to the existence of possible inequalities. The

remaining demographic factors, while contributing substantially to individual health behaviors, have a limited impact on doctor-patient communication.

Keywords: doctor-patient relationship, biomedical model, medical visit, patient-centered approach, communication, empathy

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση αυτής της έρευνας, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Πρωτίστως θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Φλωρά Κατερίνα για τη συμβολή της στην πραγματοποίηση της εργασίας.

Επίσης, θερμότατες ευχαριστίες στον κ. Edwart Krupat και στην κ. Ζωή Τσίμτσιου για την άμεση ανταπόκρισή τους και τη συγκατάθεσή τους στη χρήση του ερευνητικού εργαλείου PPOS ή αλλιώς Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-ασθενή (Patient Physician Orientation Scale).

Πολλά ευχαριστώ σε όλους τους ανώνυμους ασθενείς που συμμετείχαν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου καθώς αφιέρωσαν χρόνο για να παραθέσουν τις απόψεις τους πάνω στο συγκεκριμένο θέμα συμβάλλοντας στη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στο σύζυγό μου και στο γιό μου που με στήριζαν δίνοντας μου χώρο και χρόνο για την αποπεράτωση αυτής της προσπάθειας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η σχέση ιατρού-ασθενούς.....	12
1.1 Η σχέση ιατρού-ασθενούς: Ορισμός και παράγοντες που την επηρεάζουν.....	12
1.2 Η εξέλιξη της σχέσης ιατρού-ασθενή στο χρόνο.....	14
1.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις της σχέσης ιατρού-ασθενούς.....	15
1.4 Η επιρροή του βιοατρικού και του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στη σχέση ιατρού-ασθενούς.....	18
1.5 Ασθενοκεντρική προσέγγιση.....	19
1.6 Η διαδικασία παροχής ιατρικής φροντίδας μέσω της ιατρικής επίσκεψης.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η επικοινωνία ιατρού-ασθενή.....	23
2.1 Ο ορισμός και η διαδικασία της επικοινωνίας.....	23
2.2 Η σημασία της μη λεκτικής επικοινωνίας.....	24
2.3 Σύστημα PREPARED.....	26
2.4 Οφέλη αποτελεσματικής επικοινωνίας.....	27
2.5 Προβλήματα στην ανάπτυξη επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς.....	28
2.6 Επικοινωνία και ιατρικά λάθη.....	30
2.7 Χαρακτηριστικά ενός καλού ιατρού που συμβάλουν στη καλύτερη επικοινωνία.....	30
2.8 Στρατηγικές βελτίωσης της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς.....	31
2.9 Ο ρόλος της εν συναίσθησης.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Μεθοδολογία έρευνας.....	39
3.1 Σχεδιασμός της έρευνας.....	39
3.2 Επιλογή δείγματος.....	40
3.3 Ερευνητικό εργαλείο.....	41
3.4 Ανάλυση δεδομένων.....	42
3.5 Ηθικά και Δεοντολογικά Ζητήματα.....	45
3.6 Περιορισμοί της έρευνας.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Αποτελέσματα.....	47
4.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	47
4.2 Περιγραφική στατιστική.....	53
4.3 Επαγωγική στατιστική ανάλυση.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συζήτηση.....	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	89
7. Βιβλιογραφία.....	91
8. Παραρτήματα.....	95

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς αποτελεί εδώ και πολλά χρόνια μείζον ζήτημα για κάθε χώρα αφού η αποτελεσματική περίθαλψη οδηγεί σε καλύτερη πορεία υγείας, όπου σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχει οριστεί ως «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και σωματικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».

Σε αυτή τη προσπάθεια για αποτελεσματική περίθαλψη έχει συμβάλει σημαντικά η επικοινωνιακή σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Ο επαγγελματίας υγείας, ασκώντας το ιατρικό του λειτούργημα με σεβασμό στον άνθρωπο και έχοντας όλες τις απαραίτητες εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις, δημιουργεί μία αμοιβαία αλληλεπίδραση με τον ασθενή που κάποιες φορές έχει θετική εξέλιξη και άλλες αρνητική, αναλόγως το μοντέλο επικοινωνίας που επιλέγει να ακολουθήσει.

Τα τελευταία χρόνια, η ανθρωποκεντρική προσέγγιση επικοινωνίας κατακτά σημαντική θέση στα συστήματα υγείας αφού έχει οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών και σε πιο αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις σε σχέση με το πατερναλιστικό ή αλλιώς βιοϊατρικό μοντέλο. Η ενεργός συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και η συνεργασία με τον ιατρό, ο οποίος τους παρέχει όλες τις βασικές πληροφορίες με τεκμηριωμένο τρόπο, μπορεί να αποφέρει μόνο πλεονεκτήματα στη βελτίωση της υγείας τους και ειδικά σε άτομα με χρόνια νοσήματα (Καδδά, 2021).

Για να μπορέσει ο επαγγελματίας υγείας να αφιερωθεί στη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή χτίζοντας μία επιτυχημένη θεραπευτική σχέση μαζί του, απαιτούνται κάποια βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα όπως η εν συναίσθηση, μία ειδική δεξιότητα που βοηθά την κατανόηση του ασθενούς τόσο σε συναισθηματικό όσο και ψυχολογικό επίπεδο αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του (DiMatteo & Martin, 2002).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εκτιμηθεί από την πλευρά των ασθενών ο βαθμός και η ποιότητα επικοινωνίας που δημιουργείται με τον ιατρό τους κατά τη διάρκεια μίας ιατρικής επίσκεψης, αν ακολουθείται ή όχι η ανθρωποκεντρική προσέγγιση και κατά πόσο επηρεάζει την οικοδόμηση μίας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ τους σε σύγκριση με βασικά δημογραφικά στοιχεία των ασθενών όπως φύλο, ηλικία, επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών και μόνιμη κατοικία. Πρώτον, στη βιβλιογραφική ανασκόπηση θα γίνει μία αρχική αναφορά στη σχέση ιατρού και ασθενούς, στην εξέλιξή της στο χρόνο και στις θεωρητικές προσεγγίσεις που αναπτύχθηκαν για να την αναλύσουν. Έπειτα θα εξεταστεί

λεπτομερώς η επικοινωνία μεταξύ τους, τα οφέλη μίας αποτελεσματικής επικοινωνίας, τα προβλήματα που προκύπτουν και οι στρατηγικές βελτίωσης καθώς και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ιατρών που συμβάλουν στην αλληλοκατανόηση και την ικανοποίηση. Δεύτερον, θα αναπτυχθεί η μεθοδολογία της έρευνας, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και οι περιορισμοί και τέλος θα γίνει ανάλυση όλων των αποτελεσμάτων και συζήτηση των πορισμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η σχέση ιατρού-ασθενούς

1.1 Η σχέση ιατρού-ασθενούς: Ορισμός και παράγοντες που την επηρεάζουν

Μία από τις πιο αληθινές και θεμελιώδεις σχέσεις που μπορεί να αναπτύξει ο άνθρωπος κατά τη διάρκεια της ζωής του είναι αυτή που δημιουργεί με τον ιατρό του. Η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς έχει χαρακτηριστεί ως «μία συναινετική σχέση στην οποία ο ασθενής εν γνώσει του ζητά τη βοήθεια του ιατρού και στην οποία ο ιατρός εν γνώσει του αποδέχεται το άτομο ως ασθενή». Αυτός είναι ένας τυπικός ορισμός που δεν μπορεί να εκφράσει τη βαθιά φύση αυτής της σχέσης και συγκεκριμένα την εμπιστοσύνη που γεννιέται ανάμεσα σε επαγγελματία υγείας και ασθενή αφού πολλές φορές ο ασθενής αποκαλύπτει φόβους, ανησυχίες ή μυστικά στον ιατρό του χωρίς να τα γνωρίζουν οικογένεια και φίλοι (Chipidza et al, 2015).

Η σχέση ιατρού-ασθενούς αποτελεί μία εξειδικευμένη μορφή ανθρώπινης σχέσης με σημαντική επίδραση στην υγειονομική περίθαλψη και ιδιαίτερα στη πρωτοβάθμια και βασίζεται στην επικοινωνία, στις διαπροσωπικές ικανότητες του ιατρού, στην εμπιστοσύνη και στη συνέχεια της φροντίδας του ασθενούς. Υπάρχουν κάποιες βασικές διαδικασίες που βοηθούν στην ανάπτυξη και διατήρηση αυτής της σχέσης όπως η διαχρονική φροντίδα, δηλαδή η συνεχής θετική διαβούλευση, σε συνδυασμό με την ποιότητα της ιατρικής επίσκεψης στον επαγγελματία υγείας που ο ασθενής επιθυμεί και διαλέγει, η διάρκεια μίας επίσκεψης αφού ο ασθενής επιδιώκει μία ανθρώπινη επικοινωνία με τον θεραπευτή χωρίς όρια, οι συμβουλευτικές δεξιότητες του ιατρού, το ενδιαφέρον που πρέπει να έχει ο ίδιος για τα προβλήματα του ασθενούς αλλά και η προσπάθεια για συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων καθώς και οι απόψεις τρίτων που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά ή θετικά την πορεία της επικοινωνίας τους (Ridd et al, 2009).

Ως αποτέλεσμα αυτών των ενεργητικών διαδικασιών δημιουργείται μία βαθιά σχέση που στηρίζεται σε τέσσερα σημαντικά στοιχεία τα οποία αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξή της:

α) την εμπιστοσύνη του ιατρού απέναντι στον ασθενή του σχετικά με την αναφορά των συμπτωμάτων αλλά και των πεποιθήσεών του και την εμπιστοσύνη του ασθενή απέναντι στις ικανότητες και γνώσεις του ιατρού που βοηθούν στην φροντίδα του και η οποία μπορεί να χαθεί λόγω κακής εμπειρίας, περιορισμένων εξειδικευμένων γνώσεων και ανειλικρίνειας του επαγγελματία υγείας, β) τη πίστη, τη δέσμευση και την αφοσίωση του ιατρού στον ασθενή του αλλά και τη πίστη του ασθενούς για τις αποφάσεις του συγκεκριμένου θεραπευτή τον οποίο

και προτιμάει λόγω της μέγιστης φροντίδας που του προσφέρει παρά τα μικροπροβλήματα που ενδέχεται να προκύψουν στην πορεία της σχέσης τους όπως είναι η απόσταση του ιατροείου ή η καθυστέρηση του ιατρού στο ραντεβού, γ) το αίσθημα σεβασμού και εκτίμησης του ιατρού στα προβλήματα του ασθενούς και δ) την αμοιβαία γνώση για τον χαρακτήρα, τις προσδοκίες και τους στόχους των δύο εμπλεκόμενων κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας τους, όπου ο ασθενής αναζητάει την εξοικείωση με τον ιατρό του και την αποκάλυψη της προσωπικότητάς του ενώ ο ιατρός μέσω του ιατρικού ιστορικού συσσωρεύει κάθε γνώση σε προσωπικό και ψυχολογικό επίπεδο κατανοώντας τους σκοπούς του κάθε ατόμου ξεχωριστά (Chipidza et al, 2015, Ridd et al, 2009). Συμπερασματικά, προκύπτει ότι η διαχρονική φροντίδα σε συνδυασμό με την διαπροσωπική φροντίδα (εμπειρία συμβουλευτικής) μπορούν να οδηγήσουν σε μία βαθιά ριζωμένη σχέση (Ridd et al, 2009).

Επίσης υπάρχουν τέσσερα χαρακτηριστικά της σχέσης ιατρού-ασθενούς που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση του δεύτερου: α) η εμπιστοσύνη και η αξιοπιστία στον ιατρό λόγω των γνώσεων του, β) η συμμετοχή του ασθενούς κατά τη διάρκεια της επίσκεψης που βοηθά τον επαγγελματία υγείας στην άντληση πληροφοριών, γ) η εν συναίσθηση του ιατρού μέσω της ψυχολογικής και συναισθηματικής υποστήριξης και δ) η αφοσίωση του ιατρού (Chipidza et al, 2015).

Η σχέση ιατρού-ασθενούς αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη δημιουργία υψηλής ποιότητας ιατρική φροντίδα. Η εμπιστοσύνη του ασθενούς για τον ιατρό του, κατέχει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη της σχέσης τους αφού προσδοκία των ασθενών είναι η μέγιστη ικανοποίησή τους και αυξάνεται όταν η παροχή φροντίδας γίνεται σύμφωνα με τις ανάγκες τους. Η αποκάλυψη πληροφοριών για την κατάσταση του ασθενούς, η συμμόρφωσή του στις αποφάσεις του ιατρού και η αληθινή στάση του θεραπευτή οδηγούν σε θετικά αποτελέσματα υγείας. Η εν συναίσθηση αποτελεί ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του ιατρού και ανήκει στις δεξιότητες επικοινωνίας που πρέπει να κατέχει αφού χρήζει ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη εμπιστοσύνης ανάμεσά τους. Ορίζεται ως η ικανότητα του επαγγελματία υγείας να κατανοεί πλήρως την συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς. Έχει ωφέλιμη δράση στην οικοδόμηση μίας καλής σχέσης μεταξύ τους όσον αφορά την επικοινωνία τους αλλά και τη θεραπευτική τους επαφή με θετική επίδραση στην πορεία της υγείας του. Κατά τη διάρκεια της ιατρικής τους εκπαίδευσης, είναι πολύ σημαντικό και αναγκαίο οι ιατροί να παρακολουθήσουν προγράμματα εν συναίσθησης όπως χρήση μη λεκτικής επικοινωνίας, ενεργητική ακρόαση και χρήση φιλικού τρόπου, τεχνικές που βοηθούν στη βελτίωση της επικοινωνίας και στη σωστή διαμόρφωση της σχέσης τους (Qing et al, 2021).

1.2 Η εξέλιξη της σχέσης ιατρού-ασθενή στο χρόνο

Ο όρος «σχέση» ιατρού-ασθενούς αναφέρεται στην αλληλεπίδραση και αμοιβαία συμμετοχή δύο ατόμων που νιώθουν οικειότητα μεταξύ τους δημιουργώντας μελλοντικά ένα ασφαλές και ωφέλιμο περιβάλλον για την πορεία της υγείας του ασθενούς. Η εξέλιξη της σχέσης αυτής διακρίνεται από την πορεία που διαδραμάτισε από την άγνοια της κατά τα αρχαία χρόνια μέχρι και σήμερα αναλόγως τις κοινωνικές συνθήκες, δηλαδή το κοινωνικό και πολιτικό κλίμα, και την ιατρική πρακτική της κάθε εποχής.

Ιστορικό πλαίσιο

Αρχαία Αίγυπτος: σε αυτή την περίοδο (4000-1000 π.Χ.) επικρατούσε κάτι παρόμοιο με το μοντέλο ενεργητικότητας-παθητικότητας αφού οι ιατροί είχαν το ρόλο του θεραπευτή, του ιερέα αλλά και την ιδεολογία του γονέα που χειραγωγεί τις καταστάσεις για χάρη του ασθενούς. Βασιζόταν σε εξωτερικά ζητήματα υγείας ενώ σε θέματα ψυχιατρικής φύσεως αντιμετώπιζαν δυσκολίες προσέγγισης μέσω των τότε ιατρικών δεδομένων.

Ελληνικός Διαφωτισμός (5^{ος} αιώνας π.Χ.): σε αυτή την εποχή η ιατρική στηρίχτηκε στην εμπειρική προσέγγιση και την ορθολογική σημασία της έννοιας «θεραπεία» ενώ επικράτησε η συνεργασία και η καθοδήγηση στη σχέση ιατρού-ασθενούς. Αποτελεί μία περίοδο σταθμό για την άσκηση της ιατρικής αφού καθιερώθηκε ο όρκος του Ιπποκράτη για τους ιατρούς που περιέχει κανόνες ηθικής και συμπεριφοράς για τη στάση του ιατρού απέναντι στον ασθενή του, αφήνοντας στο περιθώριο συμφέροντα της κοινωνικής θέσης και τάξης.

Μεσαιωνική Ευρώπη (1200 έως 1600 μ.Χ.): εδώ βιώνεται η εξασθένηση και η υποχώρηση της σχέσης ιατρού-ασθενούς επιστρέφοντας στη λογική της Αρχαίας Αιγύπτου όπου ο ιατρός έχει κυρίαρχη και εξουσιαστική θέση στην κοινωνία ενώ ο ασθενής αποτελεί ένα αβοήθητο πλάσμα (μοντέλο δραστηριότητας-παθητικότητας).

Γαλλική Επανάσταση (18^{ος} αιώνας μ.Χ.): αποτελεί μία εποχή όπου επικρατεί η ανάγκη του ανθρώπου για ισότητα, ελευθερία και αξιοπρέπεια καταλήγοντας σε ένα μοντέλο καθοδήγησης-συνεργασίας.

Περίοδος 1700 μ.Χ. έως σήμερα: αρχικά αναπτύχθηκε ένα μοντέλο βασιζόμενο στην ερμηνεία των συμπτωμάτων των ασθενών κατοχυρώνοντας την κυριαρχία του ασθενή. Ο ιατρός δεν εξέταζε τον ασθενή, αρκούσαν στις εμπειρίες και τις ανάγκες του. Μετέπειτα, ιδρύθηκαν τα νοσοκομεία ως ειδικοί χώροι θεραπείας και αποτέλεσαν το θεμέλιο της υγειονομικής περίθαλψης απέναντι σε αρρώστους που πραγματικά είχαν ανάγκη για φροντίδα.

Εδώ αναπτύχθηκε το πατερναλιστικό μοντέλο ή αλλιώς βιοιατρικό ,όπου απαιτούσε την εξονυχιστική εξέταση του ασθενούς σε συνδυασμό με τις εξειδικευμένες γνώσεις του ιατρού καταλήγοντας σε έναν ενεργό και κυρίαρχο επαγγελματία υγείας που έχει ως στόχο το ιατρικό συμφέρον του αρρώστου και σε έναν ασθενή παθητικό και εξαρτημένο από τα κλινικά αποτελέσματα. Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα αναπτύχθηκαν ψυχοκοινωνικές θεωρίες που πρότειναν το θεραπευτικό μοντέλο ή αλλιώς το μοντέλο της αμοιβαίας συμμετοχής όπου έχει ως επίκεντρο τον ασθενή. Ο ασθενής αποκτά ενεργό ρόλο κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας με τον ιατρό του ενώ ο ιατρός λαμβάνει υπόψιν του την προσωπικότητα του ασθενούς και δεν τον αντιμετωπίζει πια ως ένα αντικείμενο (Kaba & Sooriakumaran, 2017).

1.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις της σχέσης ιατρού-ασθενούς

Η σχέση ιατρού-ασθενούς δεν αποτελεί μόνο μία ανταλλαγή πληροφοριών αλλά μία επαφή με έντονο το στοιχείο της αλληλεπίδρασης. Αυτή η σχέση αναλύεται μέσα από την οπτική δύο πρωταρχικών προσεγγίσεων: τη μακρο-θεωρητική προσέγγιση που αξιολογεί την επικοινωνία στο πλαίσιο της κοινωνικής δομής και οργάνωσης (θεωρίες κοινωνικής συναίνεσης και συγκρούσεων) και τη μικρο-θεωρητική προσέγγιση που εστιάζει στη δυναμική της συνάντησης (σχέση διαπραγμάτευσης) (Τσουνής & Σαράφης, 2014).

Μία από τις πιο σημαντικές θεωρίες της κοινωνικής συναίνεσης προτάθηκε το 1956 από τους Szasz and Hollender οι οποίοι υπέδειξαν τρία βασικά μοντέλα για τη σχέση ιατρού-ασθενούς: α) το μοντέλο ενεργητικότητας-παθητικότητας ή πατερναλιστικό μοντέλο όπου ο ιατρός βρίσκεται σε κυρίαρχη θέση και λόγω των γνώσεων του προσφέρει βοήθεια στον ασθενή που βρίσκεται σε δεινή θέση και δεν μπορεί να συνεισφέρει λόγω του άμεσου κινδύνου που ελλοχεύει για την υγεία του δηλαδή ο ασθενής είναι ανήμπορος λόγω της ιατρικής του κατάστασης και δεν μπορεί να συμμετέχει σε αποφάσεις για την πρόοδο της υγείας του και ο ενεργός ρόλος ανατίθεται στον ιατρό του που έχει και την πλήρη ευθύνη της φροντίδας του. Ο ιατρός έχει τον απόλυτο έλεγχο της κατάστασης βιώνοντας αισθήματα ανωτερότητας, β) το μοντέλο καθοδήγησης-συνεργασίας όπου ο ασθενής, συναισθηματικά ευάλωτος και ανήσυχος για την κατάσταση της υγείας του, τοποθετεί τον ιατρό σε θέση εξουσίας αφού επιθυμεί τη βοήθεια των εξειδικευμένων γνώσεων του και δηλώνει έτοιμος για συνεργασία και υπακοή στις εντολές του. Ο επαγγελματίας υγείας αναλαμβάνει αυτή τη θέση ισχύος προσφέροντας τη συνδρομή του στη διάγνωση και θεραπεία ενώ ο ασθενής καλείται να συμμορφωθεί με τις τελικές του αποφάσεις (συνήθως αφορά οξείες καταστάσεις) και γ) το μοντέλο αμοιβαίας συμμετοχής που βασίζεται στην ισότητα των δύο εμπλεκόμενων ατόμων, στην απόλυτη

συνεργασία μεταξύ τους, στην αλληλεξάρτηση και την ισοδυναμία των στόχων τους με χρήση σε χρόνιες περιπτώσεις. Πρόκειται για μία σχέση εμπιστοσύνης όπου ο ασθενής έχει το μεγαλύτερο βαθμό ευθύνης στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία του, ο ιατρός διακατέχεται από χαρακτηριστικά εν συναίσθησης υπολογίζοντας ταυτόχρονα τις απόψεις και τις εμπειρίες του ασθενούς και ως αποτέλεσμα κυριαρχεί η σύμπραξη, η φιλία, η ικανοποίηση καθώς και το αίσθημα προσφοράς στην ανθρωπότητα, με τελικό στόχο τη θετική συμβολή στην φροντίδα του (Chipidza et al, 2015, Kaba & Sooriakumaran, 2017).

Πίνακας 1: Τα τρία βασικά μοντέλα της σχέσης ιατρού-ασθενούς (προσαρμογή από τους Szasz and Hollender το 1956)

Μοντέλο	Ρόλος Ιατρού	Ρόλος Ασθενούς	Κλινική εφαρμογή του μοντέλου	Πρωτότυπο μοντέλο
Ενεργητικότητας-παθητικότητας	Κυρίαρχη Στάση (απόλυτος έλεγχος)	Παθητική στάση (ανίκανος να αντιδράσει)	Αναισθησία, κώμα, ΜΕΘ	Σχέση γονέα-βρέφους
Καθοδήγησης-συνεργασίας	Συνεργατική στάση (καθοδηγεί τον ασθενή)	Συνεργατική στάση (υπακούει τον ιατρό)	Οξείες ασθένειες (λοιμώξεις, μολύνσεις)	Σχέση γονέα-έφηβου ή ανήλικου παιδιού
Αμοιβαίας συμμετοχής	Εν συναίσθηση, βοηθάει τον ασθενή να βοηθήσει τον εαυτό του	Συμμετέχει στην επικοινωνία (συνεργατική συμμετοχή)	Χρόνιες ασθένειες, ψυχανάλυση	Σχέση ενήλικα με ενήλικα

Το 1964 ο Balint υποστήριξε ότι ο ασθενής, και όχι η ασθένειά του, θα πρέπει να είναι ο βασικός στόχος της ιατρικής και παρουσίασε την ασθένεια ως ένα φαινόμενο σωματικό αλλά και ψυχοκοινωνικό προσπαθώντας να συνδυάσει την επιστήμη της ιατρικής με αυτή της ψυχολογίας. Πρότεινε ότι η δυναμική της σχέσης ιατρού-ασθενούς οφείλεται στην αμοιβαία συμμετοχή και την αμοιβαία σύνδεση που προκύπτει μεταξύ τους με την πάροδο του χρόνου μέσω των συχνών διαβουλεύσεων. Ο ιατρός επικεντρώνεται και στη ξεχωριστή προσωπικότητα που χαρακτηρίζει τον κάθε ασθενή εκτός των ιατρικών συμπτωμάτων, αναπτύσσοντας έτσι μία μοναδική επικοινωνιακή σχέση μαζί του που βασίζεται στην εμπιστοσύνη, συστατικό που εξελίσσει θετικά την θεραπευτική τους σχέση (Kaba & Sooriakumaran, 2017).

Το 1997 οι Roter et Hall ανέπτυξαν 5 τύπους επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς ως παραλλαγές των τριών βασικών μοντέλων των Szasz and Hollender: α) το στενά βιοιατρικό ή πατερναλιστικό μοντέλο βασισμένο στην ιατρική ορολογία του ιατρού, όπου ο επαγγελματίας υγείας έχει τον πλήρη έλεγχο της επικοινωνίας χρησιμοποιώντας ερωτήσεις κλειστού τύπου ενώ ο ασθενής έχει μειωμένες δυνατότητες παρέμβασης στη φροντίδα του. Ο ιατρός κατέχει εξουσιαστική θέση στη μεταξύ τους σχέση αφού θεωρεί ότι οι εξειδικευμένες γνώσεις του είναι αρκετές για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων χωρίς να εμπλέκει τον ασθενή, β) το διευρυμένο βιοιατρικό στο οποίο γίνεται μια μικρή αναφορά σε θέματα ψυχοκοινωνικής φύσεως του ασθενή χωρίς όμως να ξεφεύγει από το πατερναλιστικό μοντέλο, γ) το βιοψυχοκοινωνικό τύπο όπου υπάρχει ισόποσος χρόνος για τα ιατρικά και ψυχοκοινωνικά ζητήματα που απασχολούν τον ασθενή δίνοντας προσοχή και σημασία στην οπτική του. Σχετίζεται με το μοντέλο που επικεντρώνεται στις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενή, δ) το ψυχοκοινωνικό όπου η αλληλεπίδραση είναι ψυχοκοινωνικής φύσεως με τον ασθενή να έχει πρωταρχικό ρόλο στο διάλογο ενώ ο ιατρός μετατρέπεται σε φίλο ή θεραπευτή και δημιουργείται μία ολοκληρωτική επικοινωνία και ε) το καταναλωτικό με τον ασθενή να υπαγορεύει απορίες και ερωτήσεις και ο ιατρός να τις απαντά, ενισχύοντας μία σχέση συναλλαγής αναμεσά τους (Πετρέλης, 2022).

Τα τελευταία 20 χρόνια, γίνεται προσπάθεια να επικρατήσει η ιατρική με επίκεντρο τον ασθενή η οποία εκφράζεται μέσω 5 σημαντικών διαστάσεων: α) ιατρική και ψυχοκοινωνική προσέγγιση του ασθενούς, β) κατανόηση του ασθενούς ως μοναδική οντότητα, γ) δημιουργία ισότιμης σχέσης ιατρού-ασθενούς με αμοιβαία ευθύνη και κοινή εξουσία, δ) ανάπτυξη μίας θεραπευτικής σχέσης με κοινούς στόχους και δράσεις για την υγεία του ασθενούς και ε) μη διαχωρισμός ιατρού και ασθενούς. Υπάρχουν πολλοί συντελεστές που επηρεάζουν το μοντέλο της επικέντρωσης στον ασθενή όπως παράγοντες από την πλευρά του ιατρού (φύλο, προσωπικότητα, γνώσεις, στάση και συμπεριφορά), παράγοντες από την πλευρά του ασθενούς (φύλο, ηλικία, προσωπικότητα, γνώσεις, προσδοκίες, φύση προβλήματος), διάφοροι κοινωνικοί, πολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες, η εκπαίδευση και η εμπειρία ιατρών καθώς και παράγοντες σε επίπεδο διαβούλευσης (επικοινωνιακά εμπόδια, περιορισμός χρόνου, πίεση εργασίας) (Kaba & Sooriakumaran, 2017).

1.4 Η επιρροή του βιοιατρικού και του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στη σχέση ιατρού-ασθενούς

Βιοιατρικό μοντέλο

Το βιοιατρικό μοντέλο βασίζεται σε θεωρίες που διαχωρίζουν το σώμα από την ψυχή και ερμηνεύουν το σώμα ως ένα μηχανισμό που χρειάζεται επιδιόρθωση από τον επαγγελματία υγείας. Δεν μπορεί να περιγράψει ικανοποιητικά την πραγματικότητα της ασθένειας αφού δεν υπολογίζει την ανθρώπινη εμπειρία. Η ασθένεια αποτελεί σωματική διεργασία, ο ιατρός έχοντας το ρόλο του μηχανικού επισκευάζει τυχόν βλάβη που έχει προκύψει και ο ασθενής ακολουθεί πιστά τις διαδικασίες ανάρρωσης. Συγκεκριμένα στο μοντέλο αυτό, ο ιατρός απομονώνει τη νόσο και τα συμπτώματά της επικεντρώνοντας την προσοχή του στη βιολογική λειτουργία του οργανισμού και παραβλέπει τους κοινωνικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες της ασθένειας. Σαν συμπέρασμα, ο ασθενής μένει παθητικός και εξαρτημένος, χωρίς συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και ο ιατρός τον αντιμετωπίζει σαν ένα άβουλο ον χωρίς συναισθήματα, που χρειάζεται τον επαγγελματία υγείας για τη βελτίωση της υγείας του λόγω των εξειδικευμένων γνώσεων που διαθέτει. Το βιοιατρικό μοντέλο προκαλεί μία άνιση σχέση μεταξύ του ιατρού που κατέχει εξουσιαστικό ρόλο και του ασθενή με παθητικό ρόλο που όμως είναι κοινωνικά λειτουργική και αρμονική όπως αναλύει το μοντέλο Parsons: δημιουργείται μεταξύ τους μια σχέση συναινετική όπου η αντικειμενικότητα, η αμεροληψία και οι ιατρικές γνώσεις του επαγγελματία υγείας βοηθούν τον ασθενή στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει και αναπληρώνουν την αδύναμη θέση του (Di Matteo & Martin, 2002, Σαραντοπούλου, 2017). Είναι ένα μοντέλο, που αποτελούσε για πολλά χρόνια σημαντικό στοιχείο της Ιατρικής και όπως προαναφέρθηκε, ασχολείται μόνο με την ασθένεια και όχι με την αναβάθμιση της υγείας. Ο ιατρός μελετάει τη νόσο, τα συμπτώματα και τους τρόπους αντιμετώπισής της χωρίς να λαμβάνει υπόψιν του τη γνώμη του ασθενούς γεγονός που αυξάνει τη δυσαρέσκειά του. Η θεραπεία ακολουθεί μονή κατεύθυνση αφού ο επαγγελματίας υγείας διακατέχεται από συναισθηματική αποστασιοποίηση και καθοδηγεί τη συζήτηση. Ο ασθενής δεν είναι στο επίκεντρο της συνάντησης και δε μπορεί να εκφράσει την εμπειρία της νόσου καταλήγοντας σε μία σχέση με αρνητικές επιδράσεις (Ανδριοπούλου και συν., 2020). Η ασυμμετρία της πληροφόρησης και η υψηλή καταξίωση του ιατρικού επαγγέλματος στην κοινωνία οδηγούν σε έναν ιατρό που υπερέχει και έναν ασθενή που τον ακολουθεί πιστά και συμμορφώνεται με τις οδηγίες του. Στόχος του ασθενή είναι η θεραπεία του και στόχος του επαγγελματία υγείας η αποκατάσταση της υγείας του άρρωστου ατόμου (Βενιού & Τεντολούρης, 2013).

Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο κάνει την έναρξη του τον 20^ο αιώνα όπου το κράτος πρόνοιας θέτει τα πρώτα δικαιώματα του ασθενούς για την υγεία του. Σε αντίθεση με το βιοιατρικό μοντέλο, δε διακρίνει νου και σώμα, ο ανθρώπινος οργανισμός ερευνάται σαν μία ολότητα και η υγεία δεν υφίσταται μόνο λόγω απουσίας της νόσου αλλά μέσω της ύπαρξης πλήρους ευεξίας. Η κάθε αρρώστια δεν έχει μόνο μία αιτία αλλά βασίζεται σε πολλούς παράγοντες που αλληλεξαρτώνται επηρεάζοντας το περιβάλλον του ατόμου, κοινωνικό και φυσικό (Ανδριοπούλου και συν., 2020). Στηρίζεται στην ισορροπία ανάμεσα σε σώμα και πνεύμα δηλαδή στην αλληλεπίδραση της σωματικής και συναισθηματικής υπόστασης του ανθρώπου μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον. Ιατρός και ασθενής έχουν ισότιμη και συνεργατική σχέση αφού για την κατανόηση των αιτιών της αρρώστιας συμπεριλαμβάνονται όλοι οι παράγοντες που συνηγορούν στην ανάπτυξη της όπως βιολογικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί. Ο ασθενής, με τη βοήθεια του επαγγελματία υγείας, αποκτά ενεργητικό ρόλο στις θεραπευτικές λύσεις επιφέροντας αλλαγές στην υγεία του (Σαραντοπούλου, 2017). Είναι μία διαδικασία που θέτει τον ασθενή στο επίκεντρο αφού του δίνεται η ευκαιρία να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα και τις απόψεις του και να εκφράσει απορίες που αφορούν στη νόσο ή στη θεραπεία του καταλήγοντας στη μέγιστη ικανοποίησή του. Αυτή η αμφίδρομη επικοινωνία στοχεύει στη σωστή ενημέρωση του ασθενούς που οδηγεί στην κατάλληλη θεραπεία για την υγεία του (Ανδριοπούλου και συν., 2020). Για να θεωρηθεί αποτελεσματική αυτή η προσέγγιση πρέπει ο ιατρός να διαθέτει δεξιότητες επικοινωνίας, γνώσεις ψυχολογίας, πέρα από τις ιατρικές, και στοιχεία εν συναισθήσης ώστε να σταθεί αντάξιος των αναγκών του ασθενούς, κοινωνικών και συναισθηματικών, δημιουργώντας μια σωστή θεραπευτική σχέση (Σαραντοπούλου, 2017). Αυτός ο μηχανισμός δράσης συνυπολογίζει τις επιθυμίες και τις ανάγκες του ατόμου, τις αντιδράσεις του στα συμπτώματα, την κατανόηση της κατάστασής του, τις προσδοκίες για την ασθένειά του, την ψυχολογική του θέση καθώς και τις κοινωνικές συνθήκες (Di Matteo & Martin, 2002).

1.5 Ασθενοκεντρική προσέγγιση

Η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος αποτελεί λειτούργημα με στόχο τη διαφύλαξη, τη βελτίωση και την αποκατάσταση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας ενός ασθενούς. Ο ιατρός, με απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια, έχει σκοπό την παροχή ιατρικής φροντίδας στους ασθενείς που την χρειάζονται δημιουργώντας έτσι μία ιδιαίτερη σχέση μεταξύ τους (Ι.Σ.Α).

Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της υψηλής ποιότητας περίθαλψης και βασίζεται στην από κοινού λήψη των ιατρικών αποφάσεων. Συγκαταλέγεται ανάμεσα από το βιοιατρικό ή αλλιώς πατερναλιστικό μοντέλο και το καταναλωτικό με στοιχεία αμοιβαίας ανταλλαγής πληροφοριών και αλληλεπίδρασης ιατρού-ασθενή. Οι επαγγελματίες υγείας, με γνώμονα τη δημιουργία εξατομικευμένης φροντίδας, ενημερώνουν επαρκώς τον ασθενή για τα ιατρικά δεδομένα και τις παρεμβάσεις που ενδέχεται να χρησιμοποιήσουν υπολογίζοντας τις δικές του μοναδικές ανάγκες και προτεραιότητες, ενισχύοντας την αποτελεσματική επικοινωνία και τον αποδοτικό διάλογο. Για τη διευκόλυνση της εφαρμογής του ασθενοκεντρικού μοντέλου και της εισαγωγής της κοινής λήψης αποφάσεων, υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία διάφορα προτεινόμενα πρότυπα όπως για παράδειγμα αυτό των Stiggelbout et al, 2015 που διαθέτει τα παρακάτω τέσσερα βήματα: α) ο ιατρός πληροφορεί τον ασθενή για μία κοινή λήψη απόφασης που θα είναι καθοριστική για την πορεία της υγείας του, β) ο ιατρός επεξηγεί στον ασθενή με απλό και κατανοητό τρόπο τις προτεινόμενες θεραπευτικές επιλογές με τα μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα τους, γ) συζήτηση πάνω στις προτιμήσεις του ασθενούς και υποστήριξη των θέσεων του, αποσαφηνίζοντας τυχόν προβληματισμούς και δ) διαλεύκανση της διαδικασίας που οδηγεί στην πιο ολοκληρωμένη επιλογή, λήψη της απόφασης και πρόταση για επανεξέταση της κατάστασης σε μία επαναληπτική συνάντηση. Επίσης οι Kane et al 2014 διαμόρφωσαν ένα πρότυπο λήψης αποφάσεων που αποτελείται από έξι στάδια: α) συνάντηση και πρόσκληση του ασθενούς για συμμετοχή, β) αναφορά στις προτεινόμενες επιλογές, γ) ενημέρωση για τους κινδύνους και τα οφέλη, δ) αξιολόγηση των επιλογών και παροχή βοήθειας στους προβληματισμούς του ασθενούς, ε) διάθεση επαρκούς χρονικού περιθωρίου για εκτίμηση των επιλογών και στ) λήψη απόφασης (Πετρέλης, 2022).

Όταν ασκείται η ιατρική με επίκεντρο τον ασθενή τα αποτελέσματα υγείας είναι ενθαρρυντικά και αισιόδοξα και για αυτό το λόγο αποτελεί αναγκαίο συστατικό για αύξηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Η δράση αυτού του μοντέλου συνδέεται με θετική επίδραση στο τομέα της υγείας όπως σωστή επικοινωνία ιατρού-ασθενούς, ισχυρή θεραπευτική σχέση, αυξημένη πρόσβαση ασθενών στη φροντίδα, κατανόηση μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς, επιτυχημένη διαχείριση της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς, ενδυνάμωση ασθενούς. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που καθορίζουν τη στάση των ασθενών κατά τη χρήση αυτού του μοντέλου ως προς τις προσδοκίες που έχουν για την αναζήτηση πληροφοριών, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και την υποστήριξη που αποζητούν από τον ιατρό. Πρώτον, άτομα με έντονες θρησκευτικές αντιλήψεις και πνευματική

πίστη θεωρούν ότι οι τελικές αποφάσεις λαμβάνονται από τον θεραπευτή και ότι ο Θεός ενεργεί μέσω των επαγγελματιών υγείας. Δεύτερον, οι ηλικιωμένοι ζητούν περισσότερο την ενδυνάμωση από τον ιατρό τους παρά την αναλυτική πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους ενώ άτομα υψηλής μόρφωσης επιθυμούν έντονα την ανταλλαγή πληροφοριών, την φροντίδα και την ενδυνάμωση. Τέλος, ασθενείς με χαμηλή κοινωνική υποστήριξη πιστεύουν ότι η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού-ασθενούς είναι προβληματική και δεν καταλήγει σε ποιοτικά αποτελέσματα υγείας, ενώ βρέθηκε ότι το φύλο δε σχετίζεται με συμπεριφορές υγείας (Tsimtsiou et al, 2014).

Όσον αφορά τη στάση των ιατρών απέναντι στο μοντέλο με ασθενοκεντρική προσέγγιση, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορεί να την επηρεάζουν. Έχει αποδειχθεί ότι ο τρόπος εκπαίδευσης των ιατρών έχει μεγάλο αντίκτυπο στις επικοινωνιακές δεξιότητες που θα αποκτήσουν καθώς και στη στάση τους απέναντι στον ασθενή (Tsimtsiou et al, 2012). Συγκεκριμένα έχει αναφερθεί ότι οι φοιτητές ιατρικής καταλήγουν στο πέρας των σπουδών τους να αναπτύσσουν περισσότερες ιατροκεντρικές αντιλήψεις στη σχέση τους με τον ασθενή, που υπερισχύουν των υπάρχουσών ιδεολογισμών και γνώσεων για ύπαρξη κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων σε μία ασθένεια. Αυτό προκύπτει, πιθανώς, από την ανάγκη των ιατρών για κυρίαρχη και εξουσιαστική θέση στην σχέση τους, υπερτερώντας σε ισχύ, αφαιρώντας το δικαίωμα του ασθενούς για συμμετοχή και μειώνοντας τη διάθεση συνεργασίας αφού κάθε άποψη από πλευράς του ασθενούς θεωρείται ασέβεια. Αυτή η πατερναλιστική νοοτροπία οφείλεται στο ίδιο το πρόγραμμα σπουδών που δεν έχει ενσωματωμένη την έννοια της φροντίδας (προγράμματα επικοινωνίας) αλλά και στις εμπειρίες που προκύπτουν από το χώρο της περίθαλψης που διαμορφώνουν έναν πιο ιατροκεντρικό χαρακτήρα. Παρόλα αυτά η επικέντρωση στον ασθενή, στη μεταξύ τους επικοινωνία, παραμένει σε επίπεδο φροντίδας αφού αποτελεί ισχυρό κίνητρο ενασχόλησης του φοιτητή με την επιστήμη της ιατρικής. Ενώ δεν έχουν πρόθεση για επικοινωνία με τον ασθενή στο τελευταίο έτος, έχει αποδειχτεί ότι αντιλαμβάνονται τη μοναδικότητα του κάθε ασθενούς ορίζοντας το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα ανάλογα των αξιών και του τρόπου ζωής του και κατανοούν καλύτερα τις προσδοκίες των ασθενών όσον αφορά το χρόνο της κοινής τους διαβούλευσης (Tsimtsiou et al, 2007). Οι επαγγελματίες υγείας όμως που έχουν εκπαιδευτεί σε ικανότητες μετάδοσης απόψεων και συναισθημάτων, εφαρμόζουν μοντέλα με επίκεντρο τον ασθενή, βασισμένα στην ανταλλαγή πληροφοριών και τη φροντίδα των κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων τους, σε αντίθεση με όσους ακολούθησαν προγράμματα σπουδών με έλλειψη δομημένης επικοινωνιακής επάρκειας και αρκούνται στην ιατροκεντρική στάση. Αυτοί οι ιατροί

στοχεύουν στην ικανοποίηση των ασθενών μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας και στην προσαρμογή μίας συζήτησης στις ανάγκες των ασθενών. Επίσης, το εργασιακό περιβάλλον και ιδιαίτερα η επαγγελματική εξουθένωση έχει συσχετιστεί με χαμηλή ικανοποίηση των ιατρών άρα μπορεί να αποτελέσει παράγοντα που επηρεάζει την πρόθεση τους για παροχή υγειονομικής περίθαλψης και ασθενοκεντρικής φροντίδας. Το εξαντλητικό ωράριο, οι συνεχείς ευθύνες, η έλλειψη οικονομικής επιβράβευσης και αναγνώρισης της προσπάθειας συντελούν σε μειωμένη φροντίδα του ασθενούς. Τρίτον, δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία και το φύλο, κοινωνικοί-οικονομικοί παράγοντες και θρησκευτικές πεποιθήσεις παίζουν ρόλο στη στάση του ιατρού απέναντι σε άτομα που τον έχουν ανάγκη. Μεγαλύτερης ηλικίας επαγγελματίες υγείας και προερχόμενοι από ανώτερη κοινωνική τάξη αποκτούν πιο έντονα στάση βασιζόμενη στο βιοιατρικό μοντέλο, υιοθετώντας μία αυταρχική προσέγγιση επικοινωνίας ενώ ιατροί με ισχυρές θρησκευτικές αντιλήψεις προσανατολίζονται πιο εύκολα προς την συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς αφού πιστεύουν στην αξία της ζωής του κάθε ανθρώπου. Τέλος, η ιατρική ειδικότητα και το εργασιακό status φαίνεται ότι σχετίζεται σε μικρό βαθμό αφού διαπιστώθηκε ότι οι γενικοί ιατροί είναι πιο κοντά στον ασθενή σε σχέση με τους ειδικούς χωρίς να αποτελούν ωστόσο σημαντικούς παράγοντες (Tsimtsiou et al, 2012).

1.6 Η διαδικασία παροχής ιατρικής φροντίδας μέσω της ιατρικής επίσκεψης

Η σχέση ιατρού-ασθενούς συνεχίζει μέχρι και σήμερα να συνιστά το θεμέλιο της φροντίδας υγείας αφού συμπεριλαμβάνει τη συλλογή δεδομένων, την ενεργητική ακρόαση, την κατανόηση του ασθενούς, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Για την ανάπτυξη αυτής της σχέσης επιβάλλεται αρχικά μία ιατρική επίσκεψη όπου το μεγαλύτερο μέρος της απαρτίζεται από την ιατρική συνέντευξη ή αλλιώς τη συζήτηση μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς (Goold & Lipkin, 1999). Πιο συγκεκριμένα, η επίσκεψη στον επαγγελματία υγείας χωρίζεται σε τρία στάδια. Πρώτον, τη λήψη του ιατρικού ιστορικού όπου γίνεται η συγκέντρωση όλων των πληροφοριών μέσω ερωτήσεων κλειστού ή ανοιχτού τύπου και ερωτήσεων εστιασμένων που είναι πιο περιοριστικές από τις ανοικτού τύπου αλλά πιο ευρείες από τις κλειστού. Οι ερωτήσεις χωρίς ιατρική ορολογία, που υποβάλλονται διαδοχικά και με περιεκτικό και σύντομο τρόπο, δίδουν να επηρεάζουν τις απαντήσεις του ασθενούς και όχι με τη μορφή μομφής ή ανάκρισης, αποτελούν τη βάση για μία βέλτιστη ποιότητα συνέντευξης (DiMatteo & Martin, 2002). Κάθε συνέντευξη αποτελείται από τρεις λειτουργίες, τη συλλογή πληροφοριών για τη φύση του προβλήματος, τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης και την προσπάθεια διαφύλαξής της και την επικοινωνία που περιλαμβάνει εκπαίδευση των ασθενών και εφαρμογή θεραπευτικών στόχων. Πρόκειται για μία άρρηκτα συνδεδεμένη σχέση μεταξύ των τριών λειτουργιών με τη σχέση να αναπτύσσεται

θετικά μόνο όταν οι πληροφορίες κατανοούνται και από τις δύο πλευρές, αφού σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής δε θα καταφέρει να νιώσει εμπιστοσύνη για τον ιατρό του, δε θα μπορέσει να αποκαλύψει ποτέ ολοκληρωμένα τα γεγονότα σε αυτόν ούτε ο ίδιος θα αντιληφθεί σωστά τα λεγόμενα και τους σκοπούς του επαγγελματία υγείας. Αυτή η διαδικασία επηρεάζει την ικανοποίηση ιατρών και ασθενών και έχει αποδειχθεί ότι όσοι ασθενείς έχουν ενεργητικό ρόλο κατά τη διάρκεια μίας ιατρικής επίσκεψης θα βιώσουν καλύτερη ποιότητα ζωής (Goold & Lipkin, 1999). Επίσης μέσω της ενεργητικής ακρόασης, ο ιατρός έχει στραμμένη την προσοχή του αποκλειστικά στον ασθενή και προσπαθεί να τον ανατροφοδοτεί συνεχώς, δείχνοντας έγνοια και ενδιαφέρον υψηλού βαθμού (DiMatteo & Martin, 2002). Εκτός των λειτουργιών, μία συνέντευξη διαθέτει 14 δομικά στοιχεία: τη προετοιμασία του περιβάλλοντος, τη προετοιμασία του ιατρού, τη πρώτη παρατήρηση του ασθενούς, τον χαιρετισμό του ασθενούς, την αρχή της συνέντευξης, την ανίχνευση εμποδίων κατά την επικοινωνία, την επισκόπηση τυχόν προβλημάτων, τον εντοπισμό των προτεραιοτήτων, την ανάπτυξη αφήγησης του ασθενούς, τον καθορισμό του πλαισίου ζωής του ασθενούς, τη δημιουργία ασφάλειας, την παρουσίαση επιλογών, τη διαπραγμάτευση των σχεδίων και το τέλος της συνέντευξης. Η επαρκής αξιοποίηση αυτών των στοιχείων κατά την μεταξύ τους συνομιλία αυξάνει την ικανοποίηση και τη συμμόρφωση επηρεάζοντας θετικά τη θεραπευτική τους σχέση. Ο ενεργητικός ρόλος του ασθενούς επιτρέπει την παροχή των σωστών πληροφοριών εκατέρωθεν, τη συμμετοχή του στο σχέδιο θεραπείας αλλά και την έκφραση όλων των συναισθημάτων (Goold & Lipkin, 1999). Δεύτερον, είναι η σωματική εξέταση όπου ο ιατρός έχει τον έλεγχο της κατάστασης δημιουργώντας τις περισσότερες φορές μία αμήχανη και δυσάρεστη εμπειρία για τον ασθενή. Και τρίτον, οι ιατρικές συστάσεις ή αλλιώς τα συμπεράσματα που πρέπει να διατυπώνονται με τέτοιο τρόπο που να καταλήγει στην ευχαρίστηση του ασθενούς και στη προσαρμογή του στη θεραπευτική λύση (DiMatteo & Martin, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς

2.1 Ο ορισμός και η διαδικασία της επικοινωνίας

Η επικοινωνία ορίζεται ως μία αμφίδρομη διαδικασία ανταλλαγής και κατανόησης μηνυμάτων και πληροφοριών μεταξύ αποστολέα και παραλήπτη. Για να θεωρηθεί ολοκληρωμένη αυτή η διαδικασία, θα πρέπει να περιέχει τρία βασικά στοιχεία: α) τη πηγή του μηνύματος, η οποία κωδικοποιεί τις πληροφορίες που θέλει να μεταδώσει και τις τροποποιεί σε μήνυμα, β) το μήνυμα, που αποτελείται από προφορικές ή γραπτές λέξεις, στάσεις ή κινήσεις του σώματος,

διάφορα σύμβολα και γ) το στόχο-δέκτη που αποκωδικοποιεί το μήνυμα και δέχεται τις πληροφορίες. Πιο συγκεκριμένα, η πηγή παίζει το πιο σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας αφού σε αυτή βασίζεται η αποτυχία ή η επιτυχία αυτή της διεργασίας. Για να θεωρηθεί αποτελεσματική η επικοινωνία θα πρέπει η πηγή να κατέχει κάποια καίρια χαρακτηριστικά όπως αξιοπιστία, γνώσεις και εμπειρίες και ο παραλήπτης να εκφράζει τόσο εμπιστοσύνη όσο και προτίμηση προς τη πηγή. Από την άλλη πλευρά, ο δέκτης μπορεί να επηρεάσει την αποκωδικοποίηση και ερμηνεία των πληροφοριών εξαιτίας της προσωπικότητάς του, των αντιλήψεών του, των ευρύτερων κοινωνικών ή οικογενειακών συνθηκών ή της διάθεσης του απέναντι στη πηγή (εχθρική, φιλική ή αδιάφορη). Τέλος το μήνυμα ή αλλιώς η πληροφορία διαμορφώνεται αναλόγως τη σειρά και τον τρόπο παράθεσης των επιχειρημάτων, τη στάση του δέκτη, τις προθέσεις της πηγής και τη συχνότητα εκπομπής δεδομένων (Δίκαιος και συν., 1999)

2.2 Η σημασία της μη λεκτικής επικοινωνίας

Η επικοινωνία έχει πολλές μορφές έκφρασης κατά τη διάρκεια των ανθρώπινων κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, με πιο σημαντική τη λεκτική και τη μη λεκτική επικοινωνία. Η λεκτική χρησιμοποιεί λεκτικά σύμβολα και χωρίζεται σε γραπτή ή προφορική ενώ η μη λεκτική απαιτεί χρήση μη λεκτικών σημάτων όπως η στάση του σώματος, οι εκφράσεις του προσώπου, ο τόνος της φωνής ή το βλέμμα (DiMatteo & Martin, 2002) Κατά τη διάρκεια μίας ιατρικής επίσκεψης, έχει αποδειχθεί ότι η λεκτική επικοινωνία είναι πολύ σημαντική καθώς είναι περισσότερο εύκολη στην ανάλυση και την ερμηνεία σε αντίθεση με τη μη λεκτική που δημιουργεί δυσκολίες στην επεξήγηση της. Παρόλα αυτά, η μη λεκτική επικοινωνία βοηθά στη δημιουργία σχέσεων και ενισχύει τη δράση της λεκτικής οδού αφού δρα συμπληρωματικά (Silverman & Kinnnersley, 2010). Αποτελεί βασική πτυχή της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης και καταφέρνει να διευκρινίσει τα λεκτικά μηνύματα, να διευθετήσει τη πορεία της αλληλεπίδρασης μεταξύ ιατρού και ασθενούς και να μεταφέρει συναισθήματα όπως ενδιαφέρον, συμπάθεια, υποστήριξη. Συνδέεται με την εμπιστοσύνη, τη συμμόρφωση, την αλληλεγγύη, την ικανοποίηση, την εν συναίσθηση, έννοιες πολύ σημαντικές στη διαπροσωπική επικοινωνία του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή του (Prusti et al, 2022).

Μη λεκτικές ενδείξεις

Η μη λεκτική επικοινωνία αναφέρεται στην επικοινωνία που δεν περιέχει γλωσσικό περιεχόμενο και κατηγοριοποιείται σε διάφορες παραμέτρους.

Εκφράσεις προσώπου: Αποκαλύπτουν τη συναισθηματική και σωματική κατάσταση ιατρού και ασθενούς και βοηθούν τον επαγγελματία υγείας να μεταδώσει με ευκολία τη πληροφορία. Μπορούν εύκολα όμως να τεθούν υπό έλεγχο και να δυσχεραίνουν την αποκωδικοποίησή τους. Μία αρνητική έκφραση του ιατρού όπως αδιαφορία, κούραση ή εκνευρισμός μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε εκδήλωση αισθημάτων ανησυχίας ενώ οι θετικές εκφράσεις όπως το χαμόγελο, δείχνουν μία στοργική στάση απέναντι στον ασθενή με άμεση ανταπόκριση στις απαιτήσεις του, αυξάνοντας την εμπιστοσύνη του και δημιουργώντας μία επιτυχημένη επικοινωνία.

Βλεμματική επαφή: Αποτελεί μία πολύ ισχυρή μη λεκτική επικοινωνία που η ύπαρξή της εντείνει τα συναισθήματα που αναδύονται κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης, αφού μέσω της οπτικής επαφής δηλώνεται η προσοχή του ιατρού στα λεγόμενα του ασθενούς βοηθώντας στη συλλογή δεδομένων και οδηγώντας σε μία γόνιμη αλληλεπίδραση. Όταν ο επαγγελματίας υγείας εστιάζει το βλέμμα του στον ασθενή, μπορεί να αντιληφθεί καλύτερα το επίπεδο ανησυχίας, άγχους ή δυσφορίας που ενδέχεται να αισθάνεται. Ο διάλογος καταλήγει να είναι αποδοτικός με στόχο την προαγωγή της ευεξίας του άρρωστου ατόμου. Όμως τις περισσότερες φορές στο χώρο της υγείας, οι θεραπευτές αδυνατούν να κρατήσουν βλεμματική επαφή μεγάλης διάρκειας με τους ασθενείς τους.

Γλώσσα του σώματος: Εδώ ανήκουν κινήσεις και στάσεις του σώματος όπως οι χειρονομίες, η στάση του σώματος με προσανατολισμό προς τον ασθενή, η ανοικτή ή κλειστή θέση των χεριών. Αυτή κατηγορία ανήκει στους λιγότερο ελεγχόμενους τρόπους έκφρασης αποκαλύπτοντας πολλά στοιχεία για τη συναισθηματική κατάσταση ασθενούς και ιατρού.

Παραγλωσσικοί παράγοντες: Αυτός ο τύπος μη λεκτικής επικοινωνίας περιλαμβάνει ενδείξεις που αφορούν στο τόνο της φωνής όπως τονικότητα, μεταβολές στη χροιά, παύσεις, τραυλίσματα, ένταση, ρυθμός ομιλίας και μπορεί να επηρεάσει τα συναισθήματα του ασθενούς από το ενδιαφέρον ή την αδιαφορία που δηλώνει ο ιατρός, αφού γίνεται άμεσα αντιληπτή. Έχει βρεθεί θετική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης του ασθενούς και του θετικού τόνου φωνής διότι ο βαθμός επιθετικότητας και ο θυμός που μπορεί να εκφράσει ο επαγγελματίας υγείας μέσω της φωνής του, φαίνεται ότι δημιουργεί δυσφορία και αρνητικό κλίμα στην επικοινωνία τους.

Σωματική επαφή και άγγιγμα: Η σωματική επαφή μπορεί να αποτελέσει τόσο ένδειξη φροντίδας και ενδιαφέροντος ως προς τον ασθενή όσο και ένδειξη ισχύος και επιβολής του ιατρού. Για να μη δημιουργηθεί αυτή η δυσανασχέτηση και η αμηχανία που συνήθως προκαλεί

το άγγιγμα σε μια επίσκεψη, θα πρέπει ο ιατρός να έχει καταφέρει να εδραιώσει μία στενή συναισθηματική σχέση με τον ασθενή του με κατάρρευση όλων των φραγμών (DiMatteo & Martin, 2002, Prusti et al, 2022).

2.3 Σύστημα PREPARED

Για να θεωρηθεί αποτελεσματική και επιτυχημένη η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς απαιτούνται κάποιες ικανότητες κατά τη λεκτική ή τη μη λεκτική αλληλεπίδραση των δύο ατόμων όπως η δημιουργία μίας στενής συναισθηματικής και διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ τους με επίκεντρο τον ασθενή. Σε αυτή την περίπτωση, αυξάνεται η ικανοποίηση και η εμπιστοσύνη του ασθενούς για τον ιατρό του βελτιώνοντας την πορεία της έκβασης της υγείας του. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή στοχεύει σε μία διαβούλευση ιατρού-ασθενούς όπου ο ιατρός συμμερίζεται τις ανάγκες, τις ανησυχίες και τη ψυχική κατάσταση του ασθενούς και βοηθά στην ενίσχυση του ενεργητικού ρόλου του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων μέσω της ευαισθησίας και της υποστήριξης που του παρέχει. Η ιατρική εμπειρία, οι δεξιότητες ακρόασης του ιατρού αλλά και οι ικανότητες αφήγησης των γεγονότων από τον ασθενή, η εν συναισθήση, ο μη χρονικός περιορισμός της μεταξύ τους συνάντησης, το ήρεμο και γαλήνιο περιβάλλον που έχει δημιουργήσει ο ιατρός, αποτελούν ενεργά συστατικά μίας αποδοτικής επικοινωνίας (Swastika & Masoud, 2021).

Για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς, η ύπαρξη ενός δομημένου πλαισίου μπορεί να βοηθήσει στην ενεργή εμπλοκή του ασθενούς στην ιατρική συζήτηση και τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αυτό το σύστημα οικοδόμησης της συνεργασίας μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς ονομάζεται PREPARED, ένα διάγραμμα ροής στη λήψη αποφάσεων όπου ο ασθενής καταφέρνει να συγκεντρώσει πληροφορίες, να αξιολογήσει τις διαθέσιμες επιλογές και να διαλέξει τη σωστή θεραπευτική λύση σε σύμπραξη με τον ιατρό του. Περιλαμβάνει συγκεκριμένα βήματα βασισμένα στα αρχικά γράμματα της λέξης, με το p να αντιστοιχεί στη λέξη procedure που σημαίνει διαδικασία ή prescription που σημαίνει συνταγή όπου ο ιατρός προτείνει τη τρέχουσα θεραπευτική λύση, το r που αντιστοιχεί στη λέξη reason (λόγος) όπου ασθενής και επαγγελματία υγείας συζητούν τους λόγους που παρουσιάστηκε η συγκεκριμένη θεραπεία, το e που αναφέρεται στις προσδοκίες (expectations) και τους στόχους που αναμένονται από αυτή τη θεραπεία, το p που αφορά στην πιθανότητα (probability) και γίνεται αποτίμηση της πιθανότητας εκπλήρωσης των αναμενόμενων αποτελεσμάτων, το a που αντιστοιχεί στη λέξη alternatives δηλαδή στις εναλλακτικές θεραπείες που υπάρχουν για τη λύση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας, το r που

αναφέρεται στους κινδύνους (risks) που συνδέονται με την προτεινόμενη θεραπεία και έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, το *e* που αφορά έξοδα και δαπάνες (expenses) που θα προκύψουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τέλος το *d* που αντιστοιχεί στη λέξη απόφαση (decision) όπου επιλέγεται η τελική θεραπευτική λύση (Σαραντοπούλου, 2017).

2.4 Οφέλη αποτελεσματικής επικοινωνίας

Η σχέση ιατρού-ασθενούς αναπτύσσεται μέσω της επικοινωνίας τους, μίας διαδικασίας που εμπεριέχει την αναγνώριση των συμπτωμάτων του ασθενούς, τη παροχή σωστής διάγνωσης και τη σύσταση αποτελεσματικής θεραπείας. Το κυρίαρχο μοντέλο επικοινωνίας, με ευρεία χρήση στην ιατρική, είναι η επικέντρωση στον ασθενή που εστιάζει σε όλες τις πτυχές μίας ασθένειας, σωματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές και όχι μόνο στην παρουσία της νόσου. Υπάρχουν ενδείξεις ότι με αυτό το μοντέλο ενισχύεται η ικανοποίηση των ασθενών και η διαχείριση της ασθένειας αφού επιτυγχάνεται κοινή κατανόηση μεταξύ τους σχετικά με τη φύση του προβλήματος και τη θεραπεία (Mc Cabe & Healey, 2018).

Για να θεωρηθεί ουσιώδης η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς πρέπει να στηρίζεται στη καλή διαπροσωπική επαφή μεταξύ τους, την ανταλλαγή πληροφοριών και στη λήψη αποφάσεων από κοινού όπως ορίζει η ασθενοκεντρική προσέγγιση. Αυτοί οι τρεις στόχοι αποτελούν απαραίτητα κριτήρια μίας αποτελεσματικής επικοινωνίας. Πρώτον, η ανάπτυξη καλής διαπροσωπικής σχέσης βοηθάει τον επαγγελματία υγείας να αντιληφθεί εγκαίρως τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς επιτρέποντας του τη διαπίστωση των προσδοκιών και των αναγκών του πιο έγκαιρα ενώ από την πλευρά του ο ασθενής κατανοεί ευκολότερα τις ιατρικές πληροφορίες που του παρέχει ο ιατρός. Δεύτερον, ο ασθενής, όταν βιώσει το αίσθημα της ικανοποίησης κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας, αισθάνεται πιο άνετα να μοιραστεί πληροφορίες και προσωπικά δεδομένα που θα βοηθήσουν στη διάγνωση του προβλήματος και δέχεται χωρίς αμφιβολίες τις συμβουλές που του προτείνει ο ιατρός για τη θεραπεία και τη φροντίδα του (Ναούμ, 2018). Η εμπιστοσύνη του ασθενούς στον επαγγελματία υγείας, μέσω της αποκάλυψης μυστικών και ανησυχιών που ενδέχεται να μη γνωρίζουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογενείας του, παίζει σημαντικό ρόλο στη καλή επικοινωνία αφού η έλλειψη της οδηγεί σε καταστροφικές συνέπειες για τη θεραπεία του. Επίσης, η διαγνωστική ικανότητα του ιατρού να αναγνωρίζει και να κατανοεί την πάθηση του ασθενούς, χαρακτηριστικό όσων θεραπειών έχουν εκπαιδευτεί στις επικοινωνιακές δεξιότητες, περιλαμβάνει την ενεργητική ακρόαση και τη μετάδοση πληροφοριών με αποτέλεσμα να ανταποκρίνεται άμεσα στις ανάγκες του (Firdous & Hiba, 2019). Τρίτον, η κοινή αλληλεπίδραση ιατρού και ασθενούς σχετικά με τη

θεραπευτική του αγωγή έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην εξέλιξη της πορείας της υγείας του τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική κατάστασή του (Ναούμ, 2018).

2.5 Προβλήματα στην ανάπτυξη επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς

Η συμπεριφορά και τα συναισθήματα του ασθενούς επηρεάζονται από τα λόγια, τις πράξεις και τις αντιδράσεις του ιατρού κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης. Αυτή η αλληλεπίδραση είναι η βάση της μεταξύ τους επικοινωνίας που άλλες φορές είναι αποτελεσματική ενώ άλλες καταστροφική. Σημαντικός παράγοντας που οδηγεί στο σωστό θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι η εναρμόνιση των προσδοκιών του ασθενούς με τις ιατρικές οδηγίες, παράμετρος που παίζει καθοριστικό ρόλο στην αμοιβαία διάδραση ιατρού-ασθενούς. Κατά τη διάρκεια αυτής της συνύπαρξης μπορεί να προκύψουν πολλά προβλήματα που δημιουργούν εμπόδια στην ανάπτυξη της θεραπευτικής τους σχέσης.

Έλλειψη δεξιοτήτων επικοινωνίας του ιατρού: έχει παρατηρηθεί ότι οι φοιτητές της ιατρικής με την πάροδο του χρόνου, κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης τους, δεν επικεντρώνονται στην ολιστική φροντίδα των ασθενών αλλά παγιδεύονται στη χρήση του βιοιατρικού μοντέλου λόγω της εξαντλητικής πίεσης που δέχονται τόσο σε σωματικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Ως αποτέλεσμα, οι ιατροί αποφεύγουν συζητήσεις που αφορούν στις κοινωνικές και συναισθηματικές πτυχές του ασθενούς οδηγώντας έτσι στη μη αποκάλυψη βασικών δεδομένων που μπορεί να βοηθήσουν στην ανάκαμψη της υγείας του.

Έλλειψη σωστής πληροφόρησης του ασθενούς: η μη κατανόηση, από την πλευρά του ασθενούς, στοιχείων που αφορούν στην πορεία της υγείας του, επηρεάζουν την εξέλιξη της ασθένειάς του αφού δυσκολεύεται να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα του αλλά και να αφομοιώσει την θεραπευτική του αγωγή. Πολλές φορές ο ιατρός, βασιζόμενος στη διαφορά των ιατρικών γνώσεων αλλά και του κοινωνικού και μορφωτικού επιπέδου που αναπτύσσεται με τον ασθενή, δεν παρέχει την κατάλληλη ενημέρωση και ακολουθεί έναν τρόπο συνέντευξης χωρίς διάλογο με το άτομο, δίνοντας έτσι μεγάλη έμφαση στον εξουσιαστικό του ρόλο και εντείνοντας την ανάγκη του για έλεγχο της επικοινωνίας, χαρακτηριστικά που καταλήγουν στη μείωση της ικανοποίησης του ασθενούς. Η υπονόμηση της συνεργατικής σχέσης από πλευράς του επαγγελματία υγείας, έχει αρνητική επίδραση και στη ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς αφού δεν καταφέρνει να εξωτερικεύσει τις ανησυχίες για την αρρώστια του καθώς και τις προσδοκίες για το τελικό αποτέλεσμα (Fong Ha & Longnecker, 2010, Ναούμ, 2018).

Χρήση ιατρικής ορολογίας: η δυσκολία απόδοσης της ιατρικής διαλέκτου από τον ιατρό αλλά και η ανικανότητα του ασθενούς να καταλάβει τη σημασία των εξειδικευμένων ιατρικών όρων, ιδιαίτερα όσων ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικά εισοδήματα με μειωμένη εκπαίδευση, ελαττώνει τη δυνατότητα επικοινωνίας. Αυτή η κατάσταση προκαλεί έντονα σημάδια σύγχυσης του ασθενούς αφού μπορεί να παρανοήσει τα λεγόμενα του ιατρού και σαν κατάληξη να επικρατήσει ο φόβος και η ανησυχία. Μία άλλη σοβαρή συνέπεια είναι η μη σωστή αντίληψη των θετικών και αρνητικών επιπτώσεων της θεραπευτικής λύσης που προτείνει ο επαγγελματίας υγείας με αποτέλεσμα να οδηγείται ο ασθενής σε βιαστικές αποφάσεις που δεν συμπίπτουν με τις προσδοκίες του. Σαν αποτέλεσμα, καταλήγει σε παραλήψεις στη τήρηση και συμμόρφωση των ιατρικών οδηγιών δημιουργώντας το συναίσθημα της δυσαρέσκειας, αλλάζοντας συνεχώς ιατρική αντιμετώπιση, επαναλαμβάνοντας εξετάσεις με αρνητικό αντίκτυπο στην σωματική και ψυχολογική του υγεία χάνοντας ταυτόχρονα κάθε εμπιστοσύνη στο ιατρικό σύστημα (Πετρέλης, 2022).

Ο χρονικός περιορισμός μίας ιατρικής επίσκεψης: οφείλεται στο μεγάλο φόρτο εργασίας των ιατρών που δεν τους επιτρέπει να ασχοληθούν επαρκώς με τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Ιεραρχούν τη σημαντικότητα των περιστατικών, γεγονός που αυξάνει την απογοήτευση του ασθενούς αφού έχει την υποκειμενική αίσθηση ότι ο ιατρός δεν αφιέρωσε τον χρόνο που απαιτείται ούτε αναγνώρισε τις πραγματικές του ανάγκες (DiMatteo & Martin, 2002) Ο ασθενής θέλει να νιώθει ασφαλής κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στον ιατρό, όμως τις περισσότερες φορές δε συμβαίνει αφού ο επαγγελματίας υγείας είτε βιώνει επαγγελματική εξουθένωση λόγω της πολύωρης εργασίας είτε βιώνει χρονικούς περιορισμούς λόγω του μεγάλου αριθμού των ασθενών που πρέπει να εξετάσει (Firdous & Hiba, 2019).

Τα υψηλά επίπεδα άγχους του ασθενή: η ανησυχία που βιώνει ο άρρωστος κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης εξαιτίας της σοβαρότητας των συμπτωμάτων ή της ασθένειας του, επηρεάζει αρνητικά την επικοινωνία αφού τις περισσότερες φορές δεν μπορεί να κατανοήσει ή να συγκρατήσει τις ιατρικές οδηγίες λόγω της έλλειψης σωστής ενημέρωσης και προετοιμασίας εκ των προτέρων.

Τέλος, η διαφορετική εκτίμηση των προτεραιοτήτων και της κρισιμότητας μίας κατάστασης αλλά και η διαφορετική προσέγγιση των θεραπευτικών επιλογών μίας ασθένειας μπορεί να οδηγήσουν σε ρήξη μεταξύ ιατρού και ασθενούς (DiMatteo & Martin, 2002) ενώ και ο γλωσσικός φραγμός αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στη σχέση τους ειδικά στη περίπτωση που

δε μιλούν την ίδια γλώσσα με αποτέλεσμα η επικοινωνία τους να καταλήγει σε αποτυχία (Firdous & Hiba, 2019).

2.6 Επικοινωνία και ιατρικά λάθη

Όταν ο επαγγελματίας υγείας δεν επιτυγχάνει να δημιουργήσει μία αποτελεσματική επικοινωνία με τον ασθενή του, τις περισσότερες φορές καταλήγει σε μία προβληματική σχέση λόγω της μη ικανοποίησης του ασθενούς και οφείλεται στην ανεπαρκή πληροφόρηση για τις αληθινές διαστάσεις της κατάστασής του με αναφορά σε πιθανές επιπλοκές και προσδοκώμενα οφέλη μίας θεραπευτικής αγωγής, στη μη συνεισφορά του ασθενούς στη λήψη της τελικής απόφασης έχοντας επίγνωση των αναγκών του και στην έλλειψη προσοχής και μειωμένου χρονικού περιθωρίου της ιατρικής επίσκεψης, με αποτέλεσμα την αυξημένη πιθανότητα αντιδικιών και καταγγελίας ιατρικών λαθών. Αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο όπου οι ασθενείς καταλογίζουν ευθύνες στον θεραπευτή τους για οποιοδήποτε μη επιθυμητό αποτέλεσμα προκύψει κατά τη διάρκεια της φροντίδας τους. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι μία συγκεκριμένη συμπεριφορά του ιατρού που περιλαμβάνει ζεστή και φιλική επικοινωνία μέσω του χιούμορ, ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς και πλήρης ενημέρωση για τα ζητήματα που τον απασχολούν, αποτρέπει τον ασθενή να καταλήξει σε μηνύσεις. Αυτή η ανθρωποκεντρική προσέγγιση έχει ως στόχο την ενδυνάμωση του ρόλου του ασθενούς κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας του με τον ιατρό, με τη δημιουργία εξατομικευμένων δράσεων αναλόγως τις προσδοκίες και τις ανάγκες του κάθε ατόμου, μειώνοντας έτσι την παθητική τους στάση και ενεργοποιώντας την εμπλοκή του στη τελική κρίση. Σαν αποτέλεσμα, επικρατεί ο διάλογος μεταξύ των εμπλεκόμενων με σκοπό την οικοδόμηση μίας θεραπευτικής σχέσης που δύσκολα θα αποτύχει (Τσίμτσιου & Κάλτσος, 2011).

2.7 Χαρακτηριστικά ενός καλού ιατρού που συμβάλουν στη καλύτερη επικοινωνία

Προσωπικά γνωρίσματα: η ιατρική είναι ένα επάγγελμα που χρειάζεται διαπροσωπική επαφή κατά τη διάρκεια μίας ιατρικής επίσκεψης. Ο ασθενής, επηρεασμένος από το πόνο και την αρρώστια που βιώνει, θεωρεί πως η επαφή με έναν ιατρό είναι μία αρνητική εμπειρία με συναισθήματα αβεβαιότητας. Ο ιατρός που είναι φιλικός και ευγενικός, με στοιχεία χιούμορ και εν συναισθήσης όπως συμπόνοια, εξυπηρέτηση, ευγένεια και ηρεμία, με θετική άποψη για τη ζωή μπορεί να αλλάξει γνώμη στις πεποιθήσεις του ασθενούς. Επίσης, χαρακτηριστικά όπως η ηθική, η εχεμύθεια, η ακεραιότητα και η αξιοπιστία αποτελούν βασικό υπόβαθρο για τη δημιουργία μίας σχέσης με εμπιστοσύνη και ειλικρίνεια.

Σωστή επικοινωνία με συμμετοχή του ασθενούς: επειδή η σχέση ιατρού-ασθενούς χτίζεται μέσα σε ένα περιβάλλον αγχωτικό, ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να προσφέρει ασφάλεια στον ασθενή μέσω της ενεργητικής ακρόασης και της λεπτομερούς εξήγησης των πληροφοριών. Συγκεκριμένα, πρέπει να αποσαφηνίζει κάθε δύσκολη ερμηνεία των ιατρικών δεδομένων ώστε να γίνει πλήρως κατανοητό το νόημα της κατάστασης και να αφιερώνει όσο χρόνο χρειαστεί ώστε ο ασθενής να νιώσει εμπιστοσύνη και να μιλήσει για τις ανάγκες και τις ανησυχίες του. Αυτή η επίδειξη συνεργατικής προσπάθειας και η θετική ανατροφοδότηση κατά τη διάρκεια του διαλόγου μεταξύ τους, βοηθά τον ασθενή να μην κρατά παθητική στάση και να συμμετέχει στη λήψη της τελικής απόφασης.

Ιατρικές γνώσεις: ένας ιατρός ασκεί σωστά την ιατρική όταν κατέχει όλη την απαραίτητη εξειδικευμένη μόρφωση και εμπειρία που απαιτείται για τη λήψη του ιστορικού και την εύρεση της κατάλληλης διάγνωσης και θεραπείας.

Εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων: η έρευνα και η συνεχή εκπαίδευση των ιατρών παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών (Steiner-Hofbauer et al, 2018).

2.8 Στρατηγικές βελτίωσης της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς

Υπάρχουν πολλές στρατηγικές που βοηθούν στην ανάπτυξη μίας σωστής και αποτελεσματικής επικοινωνίας.

Δεξιότητες επικοινωνίας: αυτές οι ικανότητες αφορούν στη προσπάθεια του ιατρού για ανάπτυξη μίας επικοινωνιακής σχέσης με τον ασθενή του. Η εν συναίσθηση, η προσεκτική ακρόαση και η χρήση ερωτήσεων ανοιχτού τύπου αποτελούν κάποιες από τις δράσεις που στοχεύουν σε μία αποτελεσματική ανταλλαγή απόψεων και συναισθημάτων. Ειδικά η εν συναίσθηση θεωρείται από τις πιο σημαντικές πτυχές του χαρακτήρα του επαγγελματία υγείας αφού καταφέρνει να τον μετατρέψει σε πηγή ψυχολογικής υποστήριξης για τον άρρωστο με ελπιδοφόρες επιδράσεις στην υγεία του. Η έλλειψη επικοινωνίας καταλήγει σε μειωμένη ικανοποίηση του ασθενούς δεδομένου ότι κάτω από αυτές τις συνθήκες δεν κατανοεί σωστά την ιατρική πληροφορία και δεν παρεμβαίνει στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία δημιουργώντας προβλήματα στην τελική προσαρμογή του ενώ η οικοδόμηση σχέσεων βοηθά να διατηρηθούν οι προσδοκίες ακόμη και όταν ανακοινώνεται ένα δυσάρεστο γεγονός (Ναούμ, 2018).

Ιατρική εκπαίδευση: Αναπόσπαστο κομμάτι της αποτελεσματικής επικοινωνίας, με ανεκτίμητη αξία στην υγεία του ατόμου, είναι η κατάλληλη εξάσκηση και εκπαίδευση των ιατρών αλλά

και η συνεχής ανατροφοδότησή τους, με τη μορφή επιμορφωτικών σεμιναρίων, ώστε να αποκτήσουν τις απαραίτητες τεχνικές για τη βελτίωση της σχέσης με τον ασθενή. Η εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού χρειάζεται να περιλαμβάνει δύο στάδια, πρώτον την ενεργητική ακρόαση, την ικανότητα ελέγχου της συζήτησης και την ανάδραση πληροφοριών όπου περιλαμβάνονται η χρήση απλής και κατανοητής γλώσσας στη μετάδοση ιατρικών πληροφοριών και η ενθάρρυνση για ερωτήσεις και δεύτερον την δεξιότητα λήψης ιστορικού κατά την εξέταση και την ικανότητα δημιουργίας συνεργατικής σχέσης. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να ξεκινούν κατά τη διάρκεια της φοίτησης της ιατρικής επιστήμης μέσω θεωρητικών προσεγγίσεων και να συνεχίζονται στην πρακτική εφαρμογή αφού η κλινική πραγματικότητα προσφέρει περισσότερη εμπειρία (Ναούμ, 2018, Τσούνης & Σαράφης, 2014).

Συνεργατική επικοινωνία: Η αμφίδρομη ανταλλαγή πληροφοριών αποτελεί την ιδανική προσέγγιση για αποτελεσματική επικοινωνία κατά την οποία ο ιατρός συνεργάζεται με τον ασθενή συζητώντας διεξοδικά τις θεραπευτικές επιλογές μαζί του, μοιράζοντας έτσι τον έλεγχο και την ευθύνη των τελικών αποφάσεων. Πολλές φορές οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν μόνοι τους τις οριστικές εκτιμήσεις για τη φροντίδα του ασθενούς λόγω των εξειδικευμένων ιατρικών γνώσεων που κατέχουν, θεωρώντας ότι ο άρρωστος δεν μπορεί να ανταπεξέλθει σε αυτή την δυσκολία. Όμως έχει αποδειχτεί ότι μέσα από αυτή τη διαδικασία ερευνώνται καλύτερα οι ανησυχίες, οι φόβοι, οι προσδοκίες, οι προτιμήσεις των ασθενών και αναλύονται με εκτενή τρόπο όλες οι πληροφορίες που αφορούν στα κόστη, τα οφέλη και τους κινδύνους των επιλογών μίας θεραπείας καταλήγοντας στη λήψη κοινών αποφάσεων. Ο ιατρός προσαρμόζει κάθε θεραπευτική λύση στις ανάγκες του ασθενή αποτιμώντας την κατάσταση του τη δεδομένη στιγμή, διευκολύνοντας έτσι τη ομαλή διεξαγωγή της συζήτησης αντί να βασίζεται στα ιατρικά πρωτόκολλα και διασφαλίζοντας δύο βασικούς στόχους: την αφοσίωση του ασθενούς στην οριστική θεραπεία και τη δημιουργία ενός δυναμικού αποτελέσματος στη φροντίδα υγείας.

Διαχείριση συγκρούσεων: Η επιτυχημένη επικοινωνία ιατρού-ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει αλληλοκατανόηση ώστε η συζήτηση να γίνει αποδοτικότερη, μειώνοντας πιθανές συγκρούσεις ή διαμάχες που προκαλούν συναισθήματα απογοήτευσης, θυμού, αμφισβήτησης, αποτυχίας και στεναχώριας, τάση φυγής και απομάκρυνσης με συνέπεια ο ασθενής να μην εκφράζει τις απόψεις και τις ανησυχίες του. Για αυτό το λόγο ο ιατρός χρειάζεται να διαθέτει δεξιότητες εξακρίβωσης και ανάγνωσης τέτοιων χαρακτηριστικών από πλευράς του ασθενή αλλά και του εαυτού του ώστε να εντοπίζει άμεσα τις αιτίες αυτών των αντιδράσεων και συμπεριφορών και να επαναφέρει τη σχέση σε επίπεδο εμπιστοσύνης.

Πεποιθήσεις για την υγεία: Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς είναι μία διαδικασία αντίληψης των αναγκών και των εμπειριών του κάθε ασθενούς ξεχωριστά. Μέσω της συνεργασίας, ο επαγγελματίας υγείας σέβεται και αφουγκράζεται τα δικαιώματα, τις επιλογές και τις αποφάσεις του αρρώστου μεγιστοποιώντας τη τήρηση των απαραίτητων ιατρικών οδηγιών. Πολλές φορές το χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και η διαφορετική κουλτούρα κάποιων ασθενών δημιουργούν προβλήματα στην επικοινωνία και επηρεάζουν την τελική αφοσίωση στη θεραπεία. Το αίσθημα της δυσπιστίας και τα κοινωνικά στερεότυπα επιδρούν αρνητικά στην περίθαλψη και φροντίδα του ασθενούς και μία τέτοια αποκλίνουσα στάση μπορεί να έχει συνέπειες στην τελική έκβαση. Πρέπει ο ιατρός να καταλάβει τη συμπεριφορά, τον τρόπο σκέψης και έκφρασης του ασθενή, να μεταφέρει απλά και αναλυτικά όλες τις ιατρικές πληροφορίες που αφορούν στην ασθένειά του και να δώσει τον αναγκαίο χρόνο για να γίνει σωστή η κατανόηση αλλά και η λύση τυχόν αποριών που θα προκύψουν. Αυτός ο μηχανισμός δράσης είναι αποτελεσματικός διότι ο ιατρός αξιολογεί κάθε περίπτωση ξεχωριστά και μοναδικά καταλήγοντας σε υψηλά επίπεδα φροντίδας (Ναούμ, 2018).

Υποβοήθηση της ανάκλησης των πληροφοριών: Η εφαρμογή του μοντέλου με επίκεντρο τον ασθενή που βασίζεται στη λήψη αποφάσεων από κοινού, βοηθά στη μετάδοση της πληροφορίας με τρόπο απλό, σαφή και δομημένο τόσο μέσω της λεκτικής επικοινωνίας όσο και με άλλες μεθόδους όπως οι γραπτές οδηγίες, η χρήση οπτικών βοηθημάτων, η παροχή ειδικών εντύπων, ενεργοποιώντας τον ασθενή κατά τη διάρκεια της συνάντησης. Επίσης, πολύ λειτουργικό στάδιο είναι η παρουσία συγγενικού προσώπου του ασθενούς στην ιατρική επίσκεψη ειδικά σε περιπτώσεις χρόνιων ή απειλητικών για τη ζωή παθήσεων αυξάνοντας τα ενδεχόμενα για απομνημόνευση περισσότερων δεδομένων (Πετρέλης, 2022).

2.9 Ο ρόλος της εν συναίσθησης

Η εν συναίσθηση αποτελεί βασική παράμετρο στη σχέση ιατρού-ασθενούς αφού ανήκει στις επικοινωνιακές ικανότητες που πρέπει να έχει ένας επαγγελματίας υγείας για να κατακτήσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς, οδηγώντας έτσι σε μία αποτελεσματική επικοινωνία. Ορίζεται ως «μία διαδικασία που περιλαμβάνει την έκφραση ευαισθησίας στα συναισθήματα ενός άλλου ατόμου τα οποία υπόκεινται σε αλλαγή αλλά και τη συναισθηματική σύνδεση με αυτό το άτομο» (DiMatteo & Martin, 2002). Αυτή η δεξιότητα του ιατρού να κατανοεί την κατάσταση του ασθενούς, σε ψυχολογικό και συναισθηματικό επίπεδο, είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη μίας θεραπευτικής σχέσης επιλύοντας τυχόν προβλήματα και προλαμβάνοντας τυχόν

συγκρούσεις, αλλά και για τη σωστή άσκηση της επιστήμης της Ιατρικής (Eby, 2018, Ανδριοπούλου και συν., 2020). Ο ασθενής εκτιμάει την ύπαρξη επιλογών θεραπευτικών λύσεων αναλόγως τις ανάγκες και τον τρόπο ζωής του, αναλογίζοντας τις επιθυμίες και τις πεποιθήσεις και δίνοντας ταυτόχρονα αξία στις προσδοκίες και τις δυνατότητές του (Eby, 2018).

Η ανταλλαγή απόψεων και σκέψεων, η αναγνώριση των αναγκών του ασθενούς και η παρουσία της ενεργητικής ακρόασης αποτελούν μερικά από τα στοιχεία αυτού του επιτυχημένου μηχανισμού δράσης που καταλήγει σε αύξηση της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης. Στόχοι της εν συναίσθησης είναι η ενδυνάμωση του ασθενούς απέναντι στα προβλήματα της αρρώστιας του, η δημιουργία μίας επικοινωνίας που να βασίζεται στην ενίσχυση και κατανόηση μίας ψυχολογικής κατάστασης και η επίλυση των προβλημάτων υγείας (Ανδριοπούλου και συν., 2020).

Η προσέγγιση αυτή αναπτύχθηκε για πρώτη φορά μέσω της ψυχοθεραπείας ως μία στρατηγική που προσφέρει υποστήριξη σε ασθενείς με έντονες διαβαθμίσεις στα συναισθήματά τους. Δε μπορεί να ταυτιστεί με τη συμπάθεια αφού η έννοια της εν συναίσθησης βασίζεται στην κατανόηση των συναισθημάτων ενώ ο συμπονετικός άνθρωπος νιώθει συναισθήματα για ένα άλλο άτομο με την έννοια του οίκτου, της λύπης ή της στοργής χωρίς να καταλαβαίνει απαραίτητα τι βιώνει (Lussier & Richard, 2007, Τσούνης & Σαράφης, 2014). Η συμπόνοια ενδέχεται να προκαλέσει συναισθηματική κόπωση του ιατρού καθώς και έλλειψη αντικειμενικότητας αφού συμμερίζεται τον πόνο του ασθενούς στον υπέρτατο βαθμό ενώ η εν συναίσθηση έχει θετική διάδραση στη σχέση ιατρού-ασθενούς (Stepien & Baernstein, 2006).

Κατά τη διάρκεια μίας ιατρικής επίσκεψης είναι δύσκολο να επιτευχθεί «αληθινή κατανόηση» εκτός και αν υπάρχει χρόνια διαβούλευση μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς. Παρόλο που ένα τέτοιο επίπεδο κατανόησης είναι ακατόρθωτο να συμβεί στην καθημερινότητα της κλινικής πρακτικής της ιατρικής, το εργαλείο του αντικατοπτρισμού ή αλλιώς της αντανάκλασης βοηθά τον ιατρό να τιθασεύσει τις συναισθηματικές εκρήξεις του ασθενούς και να τον ηρεμήσει, διευκρινίζοντας του με σαφή τρόπο όλα τα δεδομένα που του προκαλούν ανασφάλεια. Με την κατάλληλη χρήση αυτής της διαδικασίας ο επαγγελματίας υγείας αποκτά την ικανότητα της εν συναίσθησης που χρήζει μείζονος σημασίας για την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς. Σαν συμπέρασμα, ο ιατρός λειτουργεί με εν συναίσθηση όταν γνωρίζει πώς να ελέγχει τα συναισθήματα του άρρωστου ατόμου, όταν τον υποστηρίζει αφιερώνοντάς του πολύτιμο χρόνο για ακρόαση και όταν κατανοεί τη ψυχική και σωματική κατάστασή του. Από

την άλλη πλευρά, ο ασθενής βιώνει την εν συναίσθηση όταν νιώθει παρηγοριά και κατανόηση από τον ιατρό του αλλά όταν καταφέρει να συνειδητοποιήσει τις εξάρσεις της ψυχολογίας του και να τις ρυθμίσει (Lussier & Richard, 2007).

Αναπτύσσοντας την εν συναίσθηση

Η εν συναίσθηση χαρακτηρίζεται από τέσσερις βασικές συνιστώσες μέσω των οποίων στηρίζεται ο πολύπλοκος ορισμός της. Για την απόκτηση εν συναίσθησης, όπου οι ιατροί οφείλουν να την αναπτύξουν για τη σωστή φροντίδα των ασθενών τους, απαιτείται η πειθαρχία σε αυτές τις τρεις διαστάσεις: α) τη συναισθηματική διάσταση που αφορά την ευαισθησία απέναντι σε όσα αισθάνεται ή εκφράζει ο ασθενής μέσω της ακρόασης, β) την ηθική διάσταση που περιγράφει το εσωτερικό ερέθισμα ή την προθυμία του ιατρού να προσεγγίζει τα αισθήματα των άλλων, γ) τη γνωστική διάσταση που στηρίζεται στην ικανότητα του ατόμου να κατανοεί νοητικά και πνευματικά τι βιώνει ο άλλος, να παρατηρεί τις συμπεριφορές και τις ψυχολογικές επιπτώσεις της κατάστασης και δ) τη συμπεριφορική ή επικοινωνιακή διάσταση σύμφωνα με την οποία ο επαγγελματίας υγείας δείχνει στο ασθενή ότι αντιλαμβάνεται όσα βιώνει και γενικότερα όλη τη συναισθηματική του εμπειρία δηλαδή μεταβιβάζει το αίσθημα της κατανόησης (DiMatteo & Martin, 2002, Lussier & Richard, 2007, Ανδριοπούλου και συν., 2020). Η ηθική και η συναισθηματική συνιστώσα αποτυπώνεται μέσα από τη στάση του ιατρού που στηρίζεται στην ανθρώπινη ανάπτυξή του, στην εκπαίδευση και την κοινωνικοποίησή του, τις εμπειρίες του, το σεβασμό και το ενδιαφέρον για τον ασθενή, στην αμεροληψία του δημιουργώντας ένα ιδανικό πρότυπο θεραπευτή. Η γνωστική συνιστώσα δηλώνει τον τρόπο προσέγγισης του ασθενούς από τον ιατρό, αποσπώντας του σημαντικές πληροφορίες μέσω της ακρόασης για να γίνει αναγνώριση του προβλήματος υγείας και αναλογίζοντας τις σκέψεις, τις προσδοκίες και τις ανάγκες του δημιουργώντας μία μακροχρόνια σχέση βασισμένη στην εμπιστοσύνη. Τέλος, η συμπεριφορική συνιστώσα αποτελείται από το γνωστικό μέρος που περιλαμβάνει λεκτικές και μη λεκτικές ικανότητες και το συναισθηματικό μέρος που ενσωματώνει την ταύτιση του ιατρού με τον ασθενή που υποφέρει και την κοινοποίηση αυτής της αναγνώρισης στον ίδιο τον ασθενή (Derksen et al, 2013). Απαιτείται η συνεργασία όλων των διαστάσεων για να οδηγηθούν οι ιατροί σε αποτελεσματική εν συναίσθηση και να ωφεληθούν οι ασθενείς (Stepien & Baernstein, 2006).

Προβλήματα κατά την ανάπτυξη της εν συναίσθησης

Η εν συναίσθηση χαρακτηρίζεται ως μία πράξη καθημερινής εξισορρόπησης του ιατρού στην κλινική πρακτική που όμως μπορεί να υπονομεύσει τη σχέση του με τον ασθενή. Πρώτον, είναι μία ιδιότητα με μεταβλητό χαρακτήρα στη πάροδο του χρόνου και στις διαφορετικές καταστάσεις αλλά και μία δύσκολη διεργασία που απαιτεί μεγάλη προσπάθεια αφενός για να διατηρηθεί αναλλοίωτη και αφετέρου για να αναπτυχθεί σωστή συνεννόηση με τον ασθενή. Επηρεάζεται από την λεκτική επικοινωνία αφού περιλαμβάνει την υποβολή ερωτήσεων ως μέσο ακρόασης και αφήγησης του ασθενούς ενώ κάθε άρνηση απάντησης αποτελεί εμπόδιο στην επικοινωνία με τον επαγγελματία υγείας. Από την άλλη πλευρά όμως, και η μη λεκτική επικοινωνία, μέσω της γλώσσας του σώματος ή του τόνου της φωνής, παίζει σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση της εν συναίσθησης αναλόγως την προσωπικότητα και την κατάσταση του κάθε ατόμου, παίρνοντας έτσι μία «σιωπηλή» μορφή. Σε αυτή την περίπτωση, η έλλειψη εκπαίδευσης των ιατρών ευθύνεται για τη δυσκολία προσέγγισης της έννοιας της εν συναίσθησης με συνέπειες στην επαγγελματική τους εξέλιξη και στην ευημερία του εργασιακού περιβάλλοντος. Δεύτερον, αυτή η εξισορρόπηση μεταξύ του αριθμού των ασθενών που χρειάζονται ωφέλιμη διαβούλευση καθημερινά και της ποιότητας της κάθε συνάντησης ξεχωριστά που πρέπει να καταλήξει σε βέλτιστα αποτελέσματα, κατανέμοντας σε κάθε μεμονωμένο άτομο τους κατάλληλους πόρους, αποτελεί περίπλοκο έργο των επαγγελματιών υγείας δεδομένου ότι χρειάζεται χρόνος για να οικοδομηθεί σωστά η βάση για μία σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή αλλά και ένα λειτουργικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με πρότυπες συνθήκες εργασίας. Τρίτον, δημιουργείται μία σύγκρουση μεταξύ των προσωπικών πεποιθήσεων του ιατρού σε σχέση με μία κατάσταση υγείας και της τυποποιημένης ιατρικής κουλτούρας που επικεντρώνεται στις ιατρικές γνώσεις και όχι στη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, καταναλώνοντας ενέργεια και πολύτιμο χρόνο και δημιουργώντας στρες και άγχος λόγω συνειδησιακών κρίσεων. Πάντως ο θεραπευτής με εν συναίσθηση προκειμένου να ρυθμίσει τις ανάγκες του ατόμου στην κατάλληλη θεραπεία, θα αλλάξει πορεία και θα παρεκκλίνει από κατευθυντήριες οδηγίες που δε θεωρεί ωφέλιμες για τον ασθενή του (Knorrting et al, 2022).

Υπάρχουν πολλές καθημερινές προκλήσεις που ενδέχεται να διαμορφώσουν με αρνητικό τρόπο την προσέγγιση της εν συναίσθησης. Οι ανασταλτικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ύπαρξή της χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: α) τα οργανωτικά εμπόδια που θέτουν σε κίνδυνο την ικανότητα του ιατρού να παρέχει εν συναίσθηση ειδικά σε ετοιμοθάνατους ασθενείς όπως η έλλειψη οργανωτικής κάλυψης που αφορά στη μειωμένη υποστήριξη από τη διοίκηση, τη

δυσκολία έγκρισης μίας συναισθηματικής σχέσης με τον ασθενή και την ανεπάρκεια πόρων στο εργατικό δυναμικό, ο αυξημένος φόρτος εργασίας που δημιουργεί απαιτητικό ρυθμό δουλειάς με σύντομες διαβουλεύσεις υπό την πίεση του χρόνου, η επαγγελματική εξουθένωση που οδηγεί σε σωματική και ψυχολογική εξάντληση των ιατρών, αποπροσωποποίηση και χαμηλή ολοκλήρωση προσωπικών στόχων. Για να εξαλειφθούν αυτοί οι περιορισμοί χρειάζεται συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας με επιμορφωτικά σεμινάρια και εφαρμογή στρατηγικών για σωστή οργανωτική στήριξη από την ηγεσία με σκοπό τη μόνιμη παρακολούθηση των συνεπειών της υπερκόπωσης. β) οι προσωπικοί φραγμοί όπως η συμπεριφορά των ασθενών και πιο συγκεκριμένα το αίσθημα της δυσπιστίας ή του θυμού που ενδέχεται να εκφράσουν ή η ύπαρξη μίας απαιτητικής, δύσκολης, κακοπροαίρετης ή εχθρικής αντίδρασης απέναντι στον επαγγελματία υγείας μπορεί να δημιουργήσει μειωμένη εν συναίσθηση αφού αυτή η δεξιότητα στηρίζεται στην αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενούς αλλά και το αρνητικό επαγγελματικό κλίμα που βασίζεται σε χαρακτηριστικά όπως η έλλειψη υπευθυνότητας, η έλλειψη εξυπηρέτησης, η παρουσία εγωισμού και ιδιοτέλειας τα οποία καθιστούν δύσκολο το επίπεδο επικοινωνίας με τον άρρωστο. Τρόποι για να αντιμετωπιστούν αυτά τα διαπροσωπικά εμπόδια είναι η βιωματική μάθηση και εμπειρία των ιατρών απέναντι στην πραγματική κατάσταση που ζουν οι ασθενείς δημιουργώντας ένα βαθύτερο επίπεδο εν συναίσθησης μέσω αυτής της ενσάρκωσης, η ενημερωτική μάθηση μέσω εκπαίδευσης και η διοικητική εστίαση στην ανάπτυξη ενός εργασιακού περιβάλλοντος με κουλτούρα ομαδικών και συλλογικών σχέσεων. Η υποστήριξη από συναδέλφους θεωρείται σημαντική σε δύσκολες περιπτώσεις υγείας με έντονες αντιδράσεις ασθενών. γ) οι δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με το φύλο, την ειδικότητα και την εμπειρία αφού μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι γυναίκες ιατροί, οι επαγγελματίες υγείας με υψηλό επίπεδο εμπειρίας στην εξάσκηση κλινικής ιατρικής και όσοι ιατροί έχουν προσανατολιστεί στο τομέα της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής και της γενικής παθολογίας εμφανίζουν περισσότερο τις επικοινωνιακές δεξιότητες της εν συναίσθησης. Οπότε σε περιπτώσεις ασθενών που χρειάζονται περισσότερη φροντίδα και συναισθηματική κάλυψη θα πρέπει να αξιοποιείται αυτό το πλεονέκτημα του γυναικείου φύλου και των εκπαιδευμένων και ειδικευμένων ιατρών για παροχή μέγιστης υγειονομικής περίθαλψης (Elayyan et al, 2018).

Αποτελέσματα εν συναίσθησης

Η χρήση της εν συναίσθησης παρέχει πολλά οφέλη στη σχέση και την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς που ασκούν ευεργετική επίδραση στη θεραπεία και στη γενικότερη φροντίδα του δεύτερου. Πρώτον, ο επαγγελματίας υγείας καταλήγει σε μία πιο έγκυρη και σαφή διάγνωση

έχοντας συναίσθηση της βιολογικής και ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς. Δεύτερον, βελτιώνεται η διαδικασία της ιατρικής θεραπείας αφού ο ιατρός κατανοεί εύκολα τον ασθενή του και καταφέρνει να ανταποκριθεί στις προτιμήσεις και τις απαιτήσεις του. Τρίτον, μέσω της προσέγγισης της αλληλοκατανόησης, δημιουργείται λιγότερη δυσφορία από τον άρρωστο, μεγαλύτερη ικανοποίηση και προσαρμογή στις θεραπευτικές οδηγίες του ιατρού προκαλώντας την καθυσύχασή του στα ιατρικά του ζητήματα. Τέταρτον, όταν ο ασθενής νιώθει συναισθήματα ευχαρίστησης από την αντιμετώπιση του θεραπευτή, δεν καταφεύγει σε αντιδικία ή μηνύσεις εναντίον του ακόμη και αν τα αποτελέσματα της θεραπείας δεν είναι τα αναμενόμενα. Τέλος, ο ιατρός βιώνει μείωση των συμπτωμάτων που οδηγούν σε επαγγελματική κόπωση και εξουθένωση και αύξηση της ευημερίας στη ζωή του ενώ ο ασθενής βιώνει περιορισμό του άγχους και της κατάθλιψης που οφείλονται στη σωματική του νόσο και βελτίωση της ποιότητας της ζωής του σε σωματικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο (DiMatteo & Martin, 2002, Ανδριοπούλου και συν., 2020, Σαραντοπούλου, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Σχεδιασμός της έρευνας

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι να διερευνηθεί η σχέση και η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς κατά τη διάρκεια μίας ιατρικής επίσκεψης με βάση το μοντέλο επικοινωνίας που επιλέγει να χρησιμοποιήσει ο επαγγελματίας υγείας. Πρόκειται για μία έρευνα ποσοτική και πρωτογενής. Ο τρόπος με τον οποίο ο ιατρός επικοινωνεί με τον ασθενή επηρεάζει την κατανόηση των ιατρικών οδηγιών, τη συμμόρφωση με τη θεραπεία, καθώς και την αντίδραση του ασθενούς έναντι της νόσου και των θεραπευτικών προτάσεων. Από αυτή την άποψη, η αξιολόγηση της επικοινωνιακής δυναμικής μεταξύ ιατρού και ασθενούς αποτελεί ουσιώδες κομμάτι για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που θα αναλυθούν μέσω της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων είναι:

1. Πώς σχετίζονται τα δημογραφικά στοιχεία ενός ασθενούς όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική κατάσταση, η μόνιμη κατοικία και το επίπεδο σπουδών με την ικανοποίησή του κατά την επικοινωνία του με τον ιατρό;
2. Αποτελεί η προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή στρατηγική διαχείρισης του ασθενούς με μέγιστο σκοπό την ικανοποίησή του;

Για να αντιληφθούμε καλύτερα αυτή την επικοινωνιακή δυναμική, ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται είναι η κλίμακα προσανατολισμού ιατρού-ασθενή (PPOS). Αυτή η κλίμακα αναπτύχθηκε για να μετρήσει τον βαθμό στον οποίο ιατροί και ασθενείς επικεντρώνονται στη συνεργατική ή επαγγελματική σχέση κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας. Με αυτόν τον τρόπο, μπορούμε να μετρήσουμε τις προτιμήσεις τους όσον αφορά τον ρόλο τους στην επικοινωνία, είτε προτιμούν μια συνεργατική προσέγγιση είτε μια πιο αυταρχική και πατερνλιστική.

Η επιλογή της ποσοτικής έρευνας για τη μελέτη αυτή είναι σημαντική για πολλούς λόγους. Καταρχάς, η ποσοτική προσέγγιση μας επιτρέπει να συλλέξουμε έναν μεγάλο όγκο δεδομένων από διάφορους ιατρούς και ασθενείς, επιτρέποντας τη γενίκευση των ευρημάτων. Δεύτερον, η ποσοτική ανάλυση μας επιτρέπει να αξιολογήσουμε αντικειμενικά τα δεδομένα και να τα συγκρίνουμε με προηγούμενες μελέτες (Mohajan, 2020). Τέλος, η ποσοτική προσέγγιση μας παρέχει στατιστικά στοιχεία για τη σύνδεση μεταξύ του προσανατολισμού ιατρού-ασθενούς και της επικοινωνιακής απόδοσης.

Κατά συνέπεια, η επιλογή της ποσοτικής έρευνας σε συνδυασμό με τη χρήση της κλίμακας PPOS εξυπηρετεί τους στόχους της μελέτης. Επιτρέπει τη συστηματική και αντικειμενική αξιολόγηση του προσανατολισμού ιατρού-ασθενή προς την επικοινωνία, καθώς και τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με προηγούμενες μελέτες για μια πλήρη κατανόηση του θέματος. Έτσι, μπορούμε να κατανοήσουμε καλύτερα πώς η επικοινωνία ανάμεσα σε ιατρούς και ασθενείς επηρεάζει την ποιότητα της φροντίδας υγείας και να αναπτύξουμε βέλτιστες πρακτικές για τη βελτίωσή της.

3.2 Επιλογή δείγματος

Η μελέτη αφορά σε ένα δείγμα 75 ενηλίκων ασθενών από το Νομό Άρτας, οι οποίοι επισκέφθηκαν μια ιδιωτική ιατρική πρακτική, ανεξαρτήτως ειδικότητας, τουλάχιστον μία φορά εντός του τελευταίου τριμήνου για άμεση αντιμετώπιση ιατρικού προβλήματος. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε επικεντρώνεται στην επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και του ιατρού κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης. Συγκεκριμένα, δίνει έμφαση στις απόψεις των ασθενών σχετικά με την επιθυμητή φύση της σχέσης με τον θεραπευτή, ερωτώντας εάν προτιμούν μια προσέγγιση εστιασμένη στον ιατρό ή στον ασθενή. Επιπλέον, εξετάζει το επίπεδο εμπιστοσύνης των ασθενών προς τον επαγγελματία υγείας και εάν κάποια χαρακτηριστικά του ιατρού επηρεάζουν την επικοινωνία μεταξύ τους.

Η προσέγγιση αυτής της έρευνας αντιπροσωπεύει μια προσπάθεια να κατανοήσουμε πώς αντιλαμβάνονται οι ασθενείς τη σχέση με τον ιατρό τους και ποιες είναι οι προτιμήσεις τους ως προς τη φύση αυτής της σχέσης. Αναδεικνύει τη σημασία της επικοινωνίας και της εμπιστοσύνης στη σχέση ιατρού-ασθενούς και προσφέρει πολύτιμα δεδομένα για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας αναμένεται να προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών κατά την επίσκεψη σε έναν ιατρό, παρέχοντας στους επαγγελματίες της υγείας σημαντικά εργαλεία για τη βελτίωση της επικοινωνίας και της σχέσης με τους ασθενείς τους.

Το ποσοστό κατανομής ανά ηλικιακή ομάδα είναι: 18-30 ετών (18,6%), 30-40 ετών (22,7%), 40-50 ετών (18,6%), 50-60 ετών (6,7%), 60-70 ετών (13,3%), και άνω των 70 ετών (20%). Σε σχέση με το φύλο, οι άνδρες αντιπροσωπεύουν το 40% και οι γυναίκες το 60%. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, οι έγγαμοι αποτελούν το 61.7% και οι άγαμοι το 26%, ενώ οι διαζευγμένοι και οι χήροι αποτελούν το υπόλοιπο. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων κατοικεί

σε αστικά κέντρα (46.7%), ενώ το 25.3% στην επαρχία και το 28% σε χωριά. Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης, το μεγαλύτερο ποσοστό έχει λυκειακή εκπαίδευση (30.3%) και το 26.3% έχει αποφοιτήσει από πανεπιστήμιο (ΑΕΙ). Περίπου το 55,4% είναι εργαζόμενοι, ενώ το 29,6% είναι συνταξιούχοι. Σχεδόν το 66.6% ανταποκρίνεται θετικά στη συμπεριφορά του γιατρού τους, κατατάσσοντάς την ως πολύ καλή ή άριστη. Όσον αφορά στην κατάσταση της υγείας, η πλειονότητα αναφέρει πολύ καλή κατάσταση υγείας (48%). Τέλος, η πλειονότητα επισκέφθηκε τον γιατρό τους εντός τριών μηνών (48%).

Λαμβάνοντας υπόψη την ευρεία κάλυψη των χαρακτηριστικών του πληθυσμού και την ποικιλομορφία των συμμετεχόντων, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό για τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε. Πρώτον, παρουσιάζει μια ευρεία γκάμα ηλικιών, καλύπτοντας τόσο τους νέους ενήλικες όσο και τους ηλικιωμένους, με ποσοστά που αντιστοιχούν στη γενική πληθυσμιακή κατανομή. Δεύτερον, παρουσιάζει αναλογική εκπροσώπηση των δύο φύλων, επιτρέποντας τη σύγκριση και ανάλυση των διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών. Τρίτον, περιλαμβάνει διαφορετικές οικογενειακές καταστάσεις και τόπους κατοικίας, προσφέροντας μια ποικιλόμορφη εικόνα του πληθυσμού. Τέλος, η συμμετοχή ατόμων με διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάστασης ενισχύει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος σε διάφορες κοινωνικές ομάδες.

3.3 Ερευνητικό εργαλείο

Η Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού–Ασθενούς (Patient-Physician Orientation Scale - PPOS) αποτελεί ένα εργαλείο που επιτρέπει τη μέτρηση των προσανατολισμών των ασθενών και των ιατρών σε σχέση με την επικοινωνία και τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία. Αυτή η κλίμακα αναπτύχθηκε από τους Krupat, Rosenkranz και Yeager το 1999. Αρχικά, αποτελούνταν από δύο υποκλίμακες: το Sharing και το Carin (Ardenghi et al., 2020).

Η κλίμακα PPOS αποτελείται από 18 ερωτήσεις, οι οποίες απευθύνονται τόσο στους ιατρούς όσο και στους ασθενείς, και μπορούν να απαντηθούν χωρίς καμία τροποποίηση των ερωτήσεων ή των οδηγιών. Οι απαντήσεις καταγράφονται σε μια κλίμακα Likert με 6 βαθμούς (από "Διαφωνώ απόλυτα" έως "Συμφωνώ απόλυτα").

Το PPOS έχει εξελιχθεί σε μια έκδοση που περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις σε δύο διαστάσεις, το Caring και το Sharing. Η υποκλίμακα Caring αντικατοπτρίζει τον βαθμό που οι ιατροί φροντίζουν για την παροχή ζεστασιάς και συναισθηματικής υποστήριξης και αντιλαμβάνονται

τον ασθενή ως έναν ολοκληρωμένο άνθρωπο. Η υποκλίμακα Sharing αντικατοπτρίζει τον βαθμό που οι ιατροί πιστεύουν ότι θα πρέπει να μοιράζονται πληροφορίες και εξουσία λήψης αποφάσεων με τους ασθενείς.

Οι ερωτήσεις αξιολογούνται σε μια εξαβάθμια κλίμακα Likert με αντίστοιχες αξίες από 1 έως 6, εκτός από τις ερωτήσεις 9, 13 και 17 όπου η αξιολόγηση είναι αντίστροφη.

Το PPOS αποτελείται από δύο υποκλίμακες, η καθεμία από τις οποίες περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις. Στην πρώτη υποκλίμακα (Sharing) περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις με αριθμούς 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15 και 18, οι οποίες εστιάζουν στην ενημέρωση του ασθενή, τον έλεγχο στη σχέση και την δραστηριοποίηση της συμμετοχής του ασθενή στη διαχείριση της υγείας του. Στη δεύτερη υποκλίμακα (Caring) περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις με αριθμούς 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16 και 17, οι οποίες εστιάζουν στη φροντίδα του ασθενή και συγκεκριμένα στη συνειδητή βούληση του ιατρού να μάθει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις προσδοκίες, τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς του ασθενή, ενώ ταυτόχρονα εκφράζει ανθρωπιά και συμπάραση.

Η κλίμακα χρησιμοποιείται ως βασικό εργαλείο στην έρευνα για να διερευνηθούν οι αντιλήψεις σχετικά με τη σχέση ιατρού-ασθενούς. Στην Ελλάδα, η μετάφραση και η στάθμιση του PPOS έγινε από την Ιατρό Ζωή Τσίμτσιου και τους συνεργάτες της, ενώ η μεταφορά του στον ελληνικό πληθυσμό χαρακτηρίζεται από επαρκή εσωτερική συνέχεια και δομική εγκυρότητα (Τσίμτσιου και συν., 2005).

Οι απαντήσεις των ερωτήσεων αθροίζονται για κάθε υποκλίμακα, παράγοντας μια συνολική βαθμολογία που υποδεικνύει την τάση προς έναν ασθενοκεντρικό ή ανθρωποκεντρικό τρόπο επικοινωνίας και λήψης αποφάσεων στην κλινική πρακτική.

3.4 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με διάφορες μεθόδους και τεχνικές χρησιμοποιώντας τόσο το Excel για τη δημιουργία κυκλικών διαγραμμάτων περιγραφής των δημογραφικών στοιχείων, όσο και το IBM SPSS Statistics 24 για την περιγραφική στατιστική και τη στατιστική ανάλυση σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλίμακα μέτρησης "Κλίμακας Επικοινωνίας Ιατρού-Ασθενή (PPOS)".

Αρχικά, μέσω του Excel, δημιουργήθηκαν οι πίτες περιγραφής που αναπαριστούν τη διανομή των συμμετεχόντων σε διάφορες ηλικιακές ομάδες, φύλο, οικογενειακές καταστάσεις, τόπους

κατοικίας και επίπεδο εκπαίδευσης. Αυτό παρείχε μια εύληπτη εικόνα της κατανομής των συμμετεχόντων σε σχέση με αυτά τα χαρακτηριστικά. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται για την απλή παρουσίαση των δεδομένων και την αναγνώριση ενδεχόμενων προτύπων, χωρίς να απαιτείται στατιστική ανάλυση.

Στη συνέχεια, με τη χρήση του IBM SPSS Statistics 24, πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλίμακα μέτρησης PPOS. Αυτή η ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για να εξεταστεί η κατανομή και η μέση τιμή των μεταβλητών, καθώς και η διασπορά των δεδομένων σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Για να εξεταστεί η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών μεταξύ διαφορετικών ομάδων, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) και το t-Test. Η ANOVA χρησιμοποιείται όταν υπάρχουν τρεις ή περισσότερες ομάδες και εξετάζεται εάν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Αντίθετα, το t-Test χρησιμοποιείται όταν υπάρχουν δύο ομάδες και ελέγχεται αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους. Αυτά τα εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν για να εξεταστούν οι διαφορές στην αντίληψη των ασθενών για την επικοινωνία με τους ιατρούς τους σε σχέση με διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Field, 2024).

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) και του t-Test προϋποθέτει την αξιολόγηση των στατιστικών σημαντικοτήτων και των τιμών p , καθώς και των μέσων τιμών και των διακυμάνσεων των διαφορετικών ομάδων.

Αν η τιμή p είναι μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας που έχει οριστεί (συνήθως 0,05), τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων που συγκρίνονται. Εάν η τιμή p είναι μεγαλύτερη από το καθορισμένο επίπεδο σημαντικότητας, τότε δεν υπάρχει αρκετή στατιστική απόδειξη για να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, δηλαδή ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων (Field, 2024).

Οι προϋποθέσεις για τη χρήση του t-Test και της ANOVA περιλαμβάνουν την κανονική κατανομή των δεδομένων και την ομοιογένεια των διακυμάνσεων. Επίσης, η ANOVA προϋποθέτει την ανεξαρτησία των δειγμάτων, δηλαδή ότι τα δείγματα προέρχονται από ανεξάρτητες ομάδες. Αν κάποια από αυτές τις προϋποθέσεις δεν ικανοποιούνται, η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων μπορεί να μειωθεί (Field, 2024).

Βασιζόμενοι στην ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, φαίνεται ότι τα δεδομένα μας πληρούν τις προϋποθέσεις για τη χρήση του t-Test και της ANOVA. Καταρχάς, παρατηρούμε ότι οι τιμές των δημογραφικών στοιχείων, όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση και η εργασιακή κατάσταση, καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα, παρέχοντας εκπροσώπηση σε διάφορες ομάδες του πληθυσμού. Επιπλέον, οι παρατηρήσεις μας δείχνουν ότι τα δεδομένα ακολουθούν κανονική κατανομή, ενώ οι διακυμάνσεις μεταξύ των ομάδων φαίνεται να είναι ομοιόμορφες.

Επιπλέον, η ανεξαρτησία των δειγμάτων επιβεβαιώνεται από τη διαφορετική κατανομή των συμμετεχόντων στις διάφορες ομάδες, καθώς και από την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων του κάθε ατόμου στο δείγμα. Με βάση αυτά τα στοιχεία, μπορούμε να εκτιμήσουμε ότι οι προϋποθέσεις για τη χρήση του t-Test και της ANOVA πληρούνται, ενισχύοντας την εγκυρότητα των στατιστικών αναλύσεων που πραγματοποιήθηκαν στο δείγμα μας.

Όλα τα παραπάνω ελέγχθηκαν με το Levene's test για το t-Test και τον έλεγχο της ομοιογένειας των διασπορών, πάλι μέσω του Levene's test, για την ANOVA (Field, 2024).

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε η συσχέτιση Pearson για να αναλυθεί η σχέση μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών, όπως η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση και η αξιολόγηση της επικοινωνίας με τον γιατρό. Το σκορ του ερωτηματολογίου αναλύθηκε προσεκτικά για να αξιολογηθεί η γενική απόκριση των συμμετεχόντων σε σχέση με την επικοινωνία τους με τον ιατρό τους και να αναδειχθούν τυχόν πρότυπα ή τάσεις. Όλες οι αναλύσεις βασίζονταν στην υπόθεση της κανονικής κατανομής των δεδομένων και της ομοιογένειας των διακυμάνσεων (Field, 2024).

Η συσχέτιση Pearson είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για να μετρήσει τον βαθμό συσχέτισης μεταξύ δύο μεταβλητών που έχουν συνεχή κατανομή. Κατά την ερμηνεία της συσχέτισης Pearson, ο βαθμός της συσχέτισης κυμαίνεται από -1 έως +1 (Field, 2024).

Αν η τιμή της συσχέτισης είναι προς το 1, αυτό υποδηλώνει μια θετική συσχέτιση, δηλαδή όταν η μία μεταβλητή αυξάνεται, η άλλη μεταβλητή αυξάνεται επίσης. Αν η τιμή πλησιάζει στο +1, η σχέση μεταξύ των μεταβλητών είναι πιο ισχυρή. Αν η τιμή της συσχέτισης είναι προς το -1, υπάρχει αρνητική συσχέτιση, δηλαδή όταν η μία μεταβλητή αυξάνεται, η άλλη μεταβλητή μειώνεται. Αν η τιμή πλησιάζει στο -1, η αντίστοιχη αντίστροφη συσχέτιση είναι πιο ισχυρή. Αν η τιμή της συσχέτισης είναι κοντά στο 0, αυτό υποδηλώνει απουσία συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών (Field, 2024).

Κατά την ερμηνεία της συσχέτισης Pearson, είναι επίσης σημαντικό να ληφθεί υπόψη η σημασία της συγκεκριμένης τιμής του συντελεστή συσχέτισης στο πλαίσιο της ερευνητικής εργασίας και του προβλήματος που εξετάζεται. Επίσης, είναι σημαντικό να εξετάσετε τη σημαντικότητα της συσχέτισης χρησιμοποιώντας ανάλυση p-value. Αν το p-value είναι μικρότερο από ένα προκαθορισμένο επίπεδο σημαντικότητας (συνήθως 0,05), τότε η συσχέτιση θεωρείται στατιστικά σημαντική (Field, 2024).

3.5 Ηθικά και Δεοντολογικά Ζητήματα

Η ηθική διάσταση σε κάθε έρευνα αποτελεί βασικό πυλώνα προστασίας των συμμετεχόντων και εγγύησης της αξιοπιστίας της ίδιας της μελέτης. Στην περίπτωση αυτή, η διαδικασία που ακολουθήθηκε αποδεικνύει τη σοβαρότητα και την ευαισθησία των ερευνητών έναντι της ηθικής πτυχής.

Η ύπαρξη του εντύπου συγκατάθεσης λειτούργησε ως μηχανισμός ενημέρωσης και προστασίας των δικαιωμάτων των συμμετεχόντων. Το εν λόγω έγγραφο περιέγραφε αναλυτικά τον σκοπό και τις προϋποθέσεις της μελέτης, ενώ τονίζονταν οι αρχές της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών που θα συλλεχθούν. Μέσω αυτού του διαδικαστικού βήματος, οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να ενημερωθούν πλήρως για τις πτυχές της έρευνας και να δώσουν τη συγκατάθεσή τους εάν το επιθυμούσαν, εξασφαλίζοντας έτσι την εθελοντική συμμετοχή τους.

Επιπλέον, η ανάγκη διατήρησης της ιδιωτικότητας και του απορρήτου των πληροφοριών που συλλέγονται σε μια έρευνα είναι ζωτικής σημασίας. Αυτό δίνει στους συμμετέχοντες την αίσθηση της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης ότι οι προσωπικές τους πληροφορίες δεν θα διαρρεύσουν ή δεν θα χρησιμοποιηθούν για οποιονδήποτε άλλο σκοπό πέραν της έρευνας. Η εγγύηση της ανωνυμίας αποτελεί θεμέλιο πλεονέκτημα που ενισχύει τον βαθμό εμπιστοσύνης που εκφράζουν οι συμμετέχοντες και ενθαρρύνει την ενεργή συμμετοχή τους στην έρευνα.

Τέλος, η ηθική συμμόρφωση στις αρχές της ερευνητικής διαδικασίας είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της νομιμότητας και της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων. Με την εφαρμογή αυτών των ηθικών αρχών, η έρευνα επιτυγχάνει υψηλότερο επίπεδο διαφάνειας, αξιοπιστίας και κοινωνικής αποδοχής, ενισχύοντας την επιστημονική και κοινωνική της αξία.

3.6 Περιορισμοί της έρευνας

Παρακάτω παρουσιάζονται οι περιορισμοί που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην παραπάνω έρευνα.

Αρχικά η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Το δείγμα πρέπει να αντιπροσωπεύει τη γενική πληθυσμιακή ομάδα των ενηλίκων ασθενών του Νομού Άρτας που επισκέπτονται ιδιωτικές ιατρικές πρακτικές. Αυτό περιλαμβάνει παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, η οικονομική κατάσταση και άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά. Επιπλέον, η έρευνα περιορίζεται σε ένα δείγμα ασθενών που έχουν επισκεφθεί ιδιωτική ιατρική πρακτική μόνο εντός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος. Αυτός ο χρονικός περιορισμός μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα, καθώς δεν λαμβάνονται υπόψη οι πιθανές αλλαγές στις προτιμήσεις επικοινωνίας με τον ιατρό με την πάροδο του χρόνου.

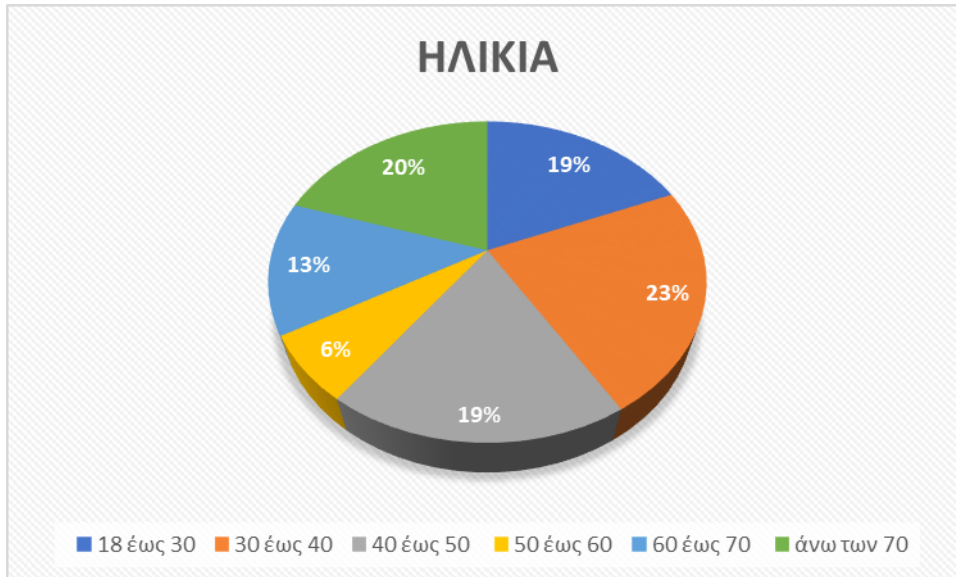
Επίσης, ενδέχεται να υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις στην επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Ωστόσο, πρέπει να διασφαλιστεί ότι η μελέτη εστιάζει στις επιλογές που παρουσιάζονται στο ερωτηματολόγιο και ότι οι ερωτήσεις είναι σαφείς και κατανοητές για τους συμμετέχοντες.

Ταυτόχρονα, πρέπει να εξεταστούν οι πιθανοί εξωτερικοί παράγοντες, όπως οικονομική κατάσταση, πολιτισμικές διαφορές και κοινωνικό περιβάλλον, καθώς μπορεί να επηρεάσουν την επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Αυτοί οι παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ανάλυση και την ερμηνεία των δεδομένων.

Τέλος, οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο μπορεί να επηρεαστούν από προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες ή προηγούμενες σχέσεις με ιατρούς. Είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη αυτοί οι παράγοντες κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Το περιβάλλον όπου διεξάγεται η ιατρική επίσκεψη μπορεί να επηρεάσει την επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Παράγοντες όπως ο εξοπλισμός του ιατρείου, η επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό και η ατμόσφαιρα μπορεί να επηρεάσουν την εμπιστοσύνη και την άνεση των ασθενών.

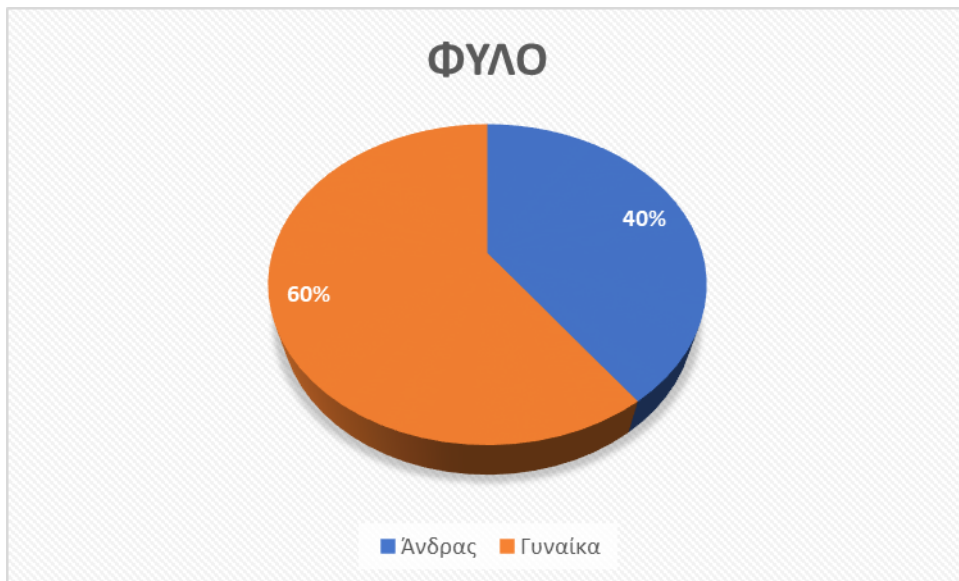
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικά στοιχεία



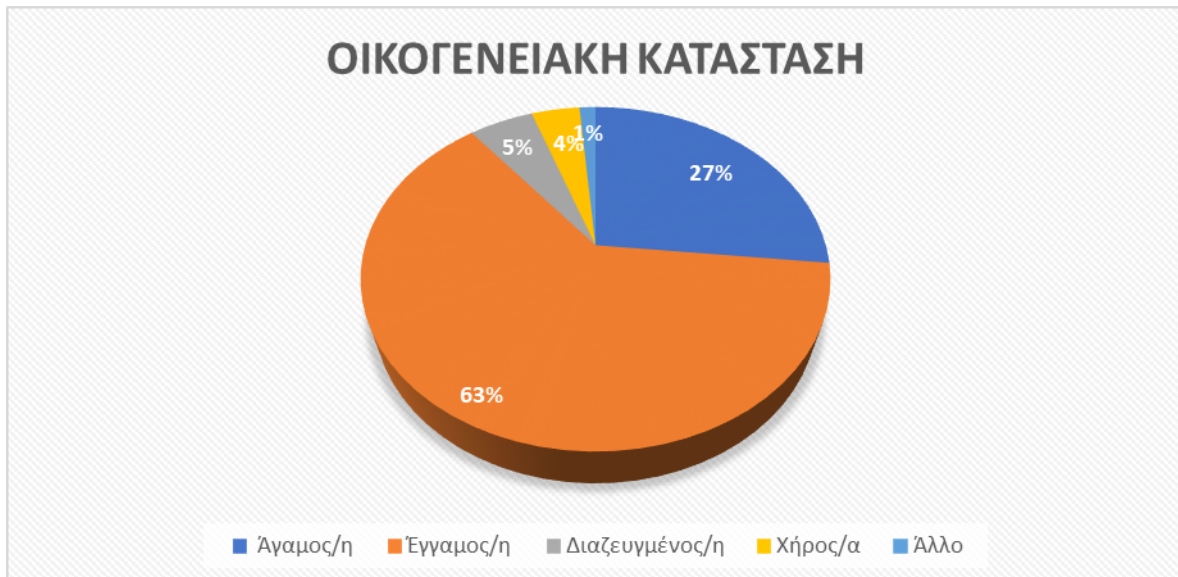
Εικόνα 1: Απεικόνιση σε πίτα της ηλικίας των συμμετεχόντων.

Όπως φαίνεται στην εικόνα 1, το δείγμα συμμετεχόντων καλύπτει ένα εύρος ηλικιών, με τα ποσοστά κατανομής ως εξής: 18 έως 30 ετών (14, 18,66%), 30 έως 40 ετών (17, 22,66%), 40 έως 50 ετών (14, 18,66%), 50 έως 60 ετών (5, 6,66%), 60 έως 70 ετών (10, 13,33%), και άνω των 70 ετών (15, 20%). Παρατηρούμε μια ποικιλία στις ηλικίες των συμμετεχόντων, με τη μεγαλύτερη συμμετοχή να παρατηρείται στις ηλικιακές ομάδες 30 έως 40 ετών και άνω των 70 ετών.



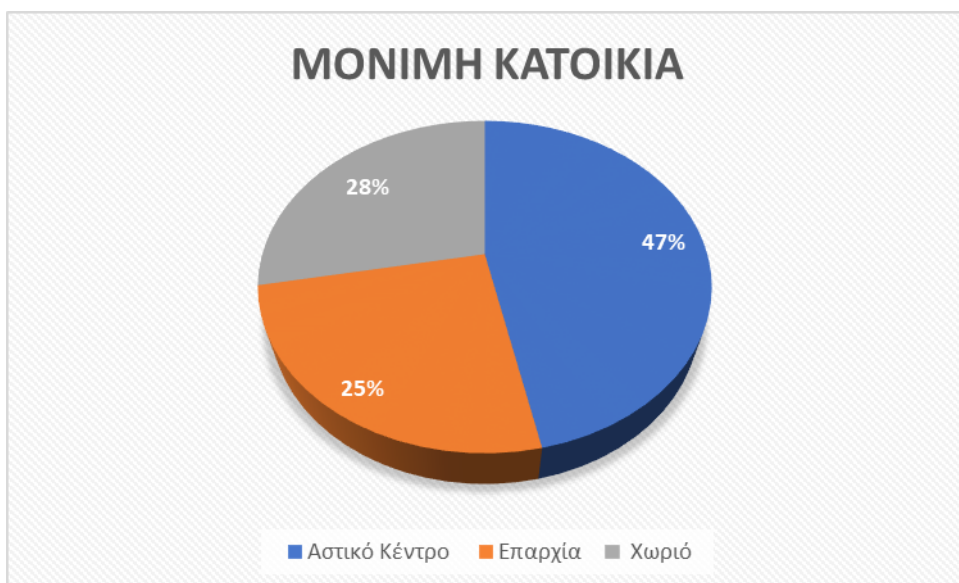
Εικόνα 2: Απεικόνιση σε πίτα του φύλου των συμμετεχόντων.

Όπως φαίνεται στην εικόνα 2, στο δεδομένο δείγμα συμμετεχόντων παρατηρούμε την αναλογία μεταξύ των φύλων, με τους άνδρες να αντιπροσωπεύουν το 40.0% και τις γυναίκες το 60.0%.



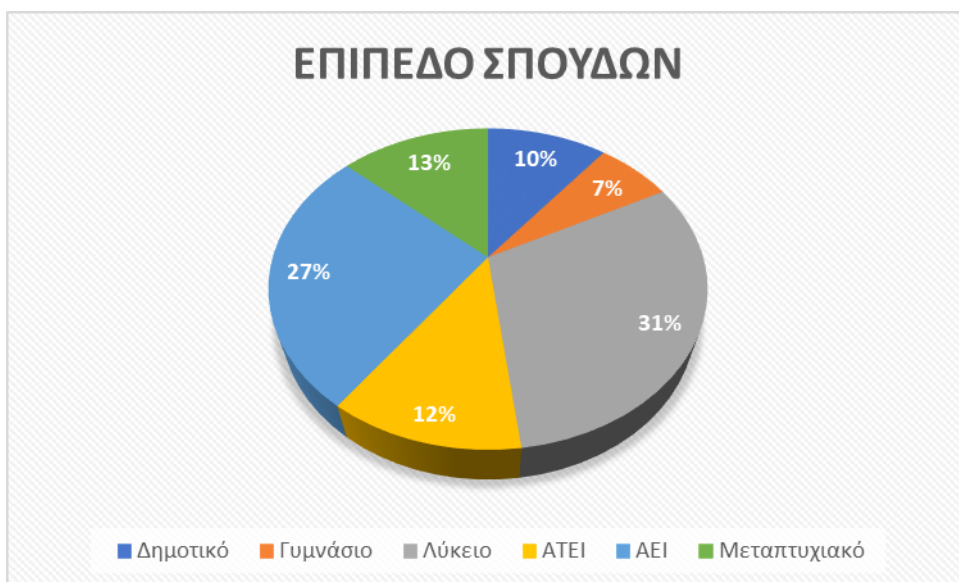
Εικόνα 3: Απεικόνιση σε πίτα της οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων.

Όπως φαίνεται στην εικόνα 3, σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι έγγαμοι και οι άγαμοι αποτελούν τη μεγαλύτερη μερίδα, αντιστοίχως το 61.7% και το 26.0%. Ακολουθούν οι διαζευγμένοι και οι χήροι με το 5.2% και το 3.9% αντίστοιχα.



Εικόνα 4: Απεικόνιση σε πίτα της μόνιμης κατοικίας των συμμετεχόντων.

Όπως φαίνεται στην εικόνα 4, οι περισσότεροι συμμετέχοντες φαίνεται να κατοικούν σε αστικά κέντρα (46.7%), ενώ το 25.3% διαμένει στην επαρχία και το 28.0% σε χωριά.



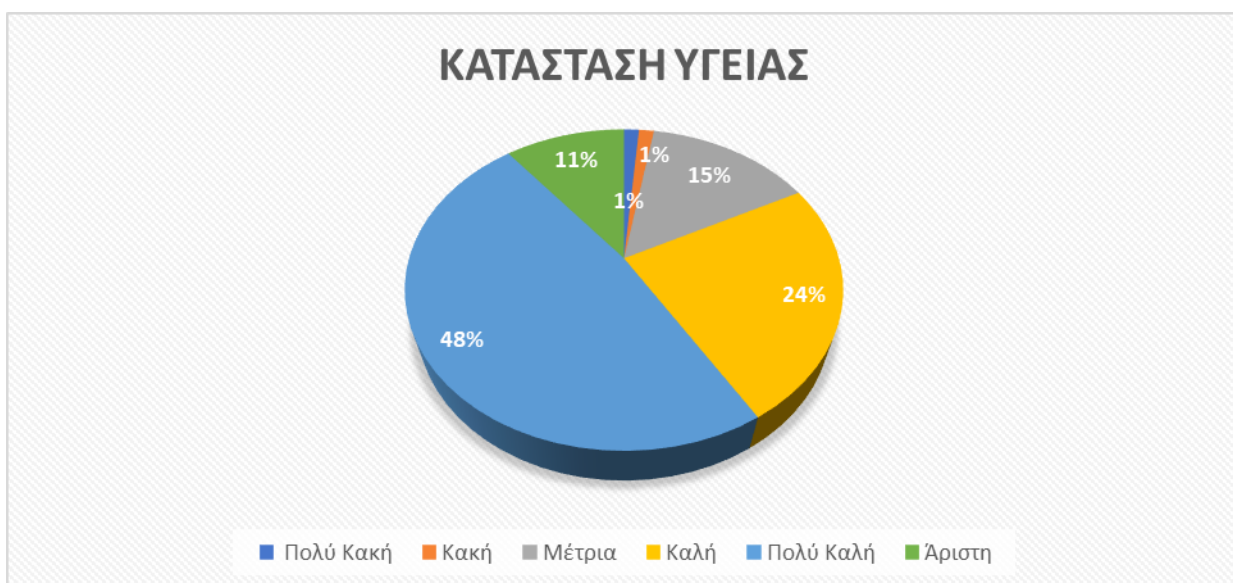
Εικόνα 5: Απεικόνιση σε πίτα του επιπέδου σπουδών των συμμετεχόντων.

Όπως φαίνεται στην εικόνα 5, όσον αφορά στο επίπεδο σπουδών, το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων έχει λυκειακή εκπαίδευση (30.3%), ενώ το 26.3% έχει αποφοιτήσει από πανεπιστήμιο (ΑΕΙ).



Εικόνα 6: Απεικόνιση σε πίτα της επαγγελματικής κατάστασης των συμμετεχόντων.

Όπως φαίνεται στην εικόνα 6, ως προς την επαγγελματική κατάσταση, το 55,4% είναι εργαζόμενοι, ενώ το 29,6% είναι συνταξιούχοι. Τέλος, πολύ μικρότερα ποσοστά απασχολούνται σε οικιακές εργασίες (6,9%) ή είναι άνεργοι (5,6%). Επιπλέον, ένα μικρό ποσοστό (1,4%) αναφέρει ότι ανήκει σε άλλη κατηγορία επαγγελματικής κατάστασης.



Εικόνα 7: Απεικόνιση σε πίτα της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων.

Όπως φαίνεται στην εικόνα 7, η κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων κατανέμεται ως εξής: Πολύ Κακή (1, 1,33%), Κακή (1, 1,33%), Μέτρια (11, 14,66%), Καλή (18, 24%), Πολύ Καλή (36, 48%), και Άριστη (8, 10,66%). Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε υψηλό επίπεδο υγείας, με το 72% να αναφέρει καλή και πολύ καλή κατάσταση υγείας.



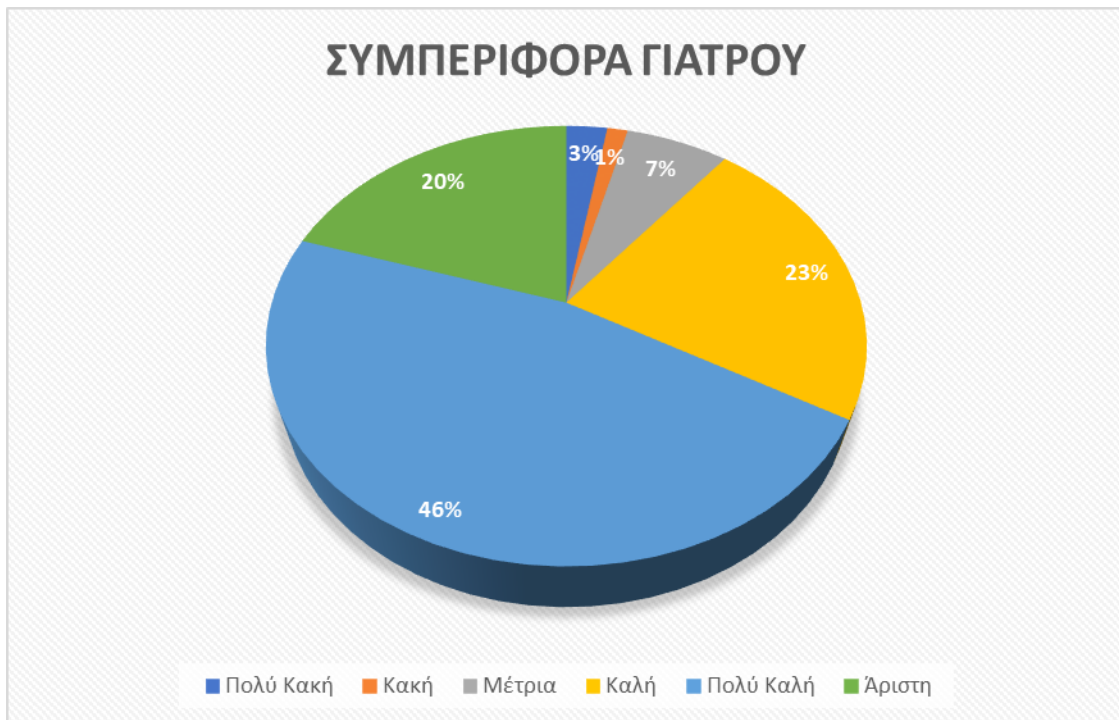
Εικόνα 8: Απεικόνιση σε πίτα της επικοινωνίας των συμμετεχόντων με τον γιατρό τους.

Όπως φαίνεται στην εικόνα 8, η επικοινωνία με τον γιατρό αξιολογείται ως εξής: Πολύ Κακή (5, 6,66%), Κακή (2, 2,66%), Μέτρια (11, 14,66%), Καλή (26, 34,66%), Πολύ Καλή (28, 37,33%), και Άριστη (3, 4%). Παρατηρείται η ποικιλία στην επίπεδο επικοινωνίας, με το 72% να αναφέρει καλή και πολύ καλή επικοινωνία με τον γιατρό τους.



Εικόνα 9: Απεικόνιση σε πίτα της τελευταίας επίσκεψης των συμμετεχόντων στον γιατρό τους.

Όπως φαίνεται στην εικόνα 9, η τελευταία ιατρική επίσκεψη διαμορφώνεται ως εξής: Εντός ενός μηνός (23, 30,66%), Εντός δύο μηνών (16, 21,33%), και Εντός τριών μηνών (36, 48%). Αυτό αναδεικνύει την τακτικότητα των επισκέψεων στον γιατρό, με το 48% να έχει επισκεφθεί τον ιατρό τους εντός τριών μηνών.



Εικόνα 10: Απεικόνιση σε πίτα της συμπεριφοράς που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες από τον γιατρό τους.

Όπως φαίνεται στην εικόνα 10, η συμπεριφορά του γιατρού αντιμετωπίζεται ως εξής: Πολύ Κακή (2, 2,66%), Κακή (1, 1,33%), Μέτρια (5, 6,66%), Καλή (17, 22,66%), Πολύ Καλή (35, 46,66%), και Άριστη (15, 20%). Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων αντιλαμβάνεται θετικά τη συμπεριφορά του γιατρού τους, με το 66,66% να αναφέρει πολύ καλή ή άριστη εμπειρία.

4.2 Περιγραφική στατιστική

Η περιγραφική στατιστική είναι απαραίτητη για να κατανοηθούν τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί και να αναδειχθούν τα βασικά τους χαρακτηριστικά. Αυτό γίνεται διότι η ανάλυση των δεδομένων βοηθά να αναγνωριστούν τυχόν τάσεις, πρότυπα ή ακραίες τιμές που ενδέχεται να επηρεάζουν τα αποτελέσματά.

Επιπλέον, η περιγραφή των δεδομένων επιτρέπει να προσδιορίσουμε την αξιοπιστία και την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Μέσω της περιγραφής των κύριων χαρακτηριστικών, όπως η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και η διακύμανση, μπορούν να αξιολογηθούν η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων και να εξαχθούν συμπεράσματα. Έτσι, η περιγραφική

στατιστική επιτρέπει να ληφθούν ορθές αποφάσεις και να ερμηνευθούν σωστά τα αποτελέσματα της έρευνάς. Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα μέτρα περιγραφικής στατιστικής είναι τα παρακάτω:

Αριθμός παρατηρήσεων (N): Ο αριθμός των παρατηρήσεων παρέχει μια εικόνα για το μέγεθος του δείγματος. Αν υπάρχει ένα μεγάλο αριθμό παρατηρήσεων, το δείγμα είναι πιο αντιπροσωπευτικό της γενικής πληθυσμιακής ομάδας.

Μέση τιμή (Mean): Η μέση τιμή αποτελεί τον μέσο όρο των δεδομένων. Αυτό επιτρέπει να κατανοήσουμε την τυπική ή κεντρική τάση των παρατηρήσεων.

Τυπική απόκλιση (Standard Deviation): Η τυπική απόκλιση δείχνει το πόσο διασπαρμένα είναι τα δεδομένα γύρω από τη μέση τιμή. Όσο μεγαλύτερη είναι η τυπική απόκλιση, τόσο μεγαλύτερη είναι η διακύμανση των δεδομένων.

Ελάχιστη τιμή (Minimum) και Μέγιστη τιμή (Maximum): Αυτοί οι δείκτες δείχνουν τις ακραίες τιμές στο δείγμα. Αν και μπορεί να μην είναι πάντα αντιπροσωπευτικές της γενικής τάσης, βοηθούν στην κατανόηση των ακραίων τιμών.

Πίνακας 2: Πίνακας περιγραφικής στατιστικής των γενικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της Κλίμακας Προσανατολισμού Ιατρού- Ασθενή, σε σχέση με την ηλικία των συμμετεχόντων.

ΗΛΙΚΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ						
		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Η κατάσταση της υγείας σας είναι	18 έως 30	14	5.07	0.829	3	6
	30 έως 40	17	4.59	1.176	1	6
	40 έως 50	14	4.43	0.756	3	5
	50 έως 60	5	4.80	1.095	3	6
	60 έως 70	10	4.20	0.919	3	5
	Άνω των 70	15	3.93	0.961	2	5
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.48	1.005	1	6
Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας;	19 έως 30	14	4.36	1.008	3	6
	31 έως 40	17	3.71	1.263	1	5
	41 έως 50	14	3.64	1.277	1	5
	51 έως 60	5	5.00	0.707	4	6
	61 έως 70	10	4.60	0.843	3	6
	Άνω των 71	15	3.87	1.246	1	5
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.05	1.184	1	6
Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας;	20 έως 30	14	2.36	0.842	1	3
	32 έως 40	17	2.24	1.200	1	5
	42 έως 50	14	2.29	0.726	1	3
	52 έως 60	5	2.20	1.095	1	3
	62 έως 70	10	2.30	0.823	1	3
	Άνω των 72	15	1.87	0.915	1	3
	ΣΥΝΟΛΟ	75	2.20	0.930	1	5
Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη;	21 έως 30	14	4.93	1.072	3	6
	33 έως 40	17	4.29	1.105	1	6
	43 έως 50	14	4.93	0.829	3	6
	53 έως 60	5	5.00	0.707	4	6
	63 έως 70	10	5.10	0.876	3	6
	Άνω των 73	15	4.33	1.345	1	6
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.69	1.078	1	6
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	22 έως 30	14	3.61	0.372	3	4
	34 έως 40	17	3.54	0.400	3	4
	44 έως 50	14	3.40	0.589	2	4
	54 έως 60	5	3.22	0.629	2	4
	64 έως 70	10	3.54	0.464	3	4
	Άνω των 74	15	3.49	0.463	3	4
	ΣΥΝΟΛΟ	75	3.50	0.467	2	4
ΦΡΟΝΤΙΔΑ	23 έως 30	14	3.75	0.494	3	5
	35 έως 40	17	4.18	0.631	2	5
	45 έως 50	14	3.76	0.528	3	4
	55 έως 60	5	3.73	0.908	2	4
	65 έως 70	10	3.96	0.663	3	5
	Άνω των 75	15	3.96	0.471	3	5
	ΣΥΝΟΛΟ	75	3.92	0.589	2	5

Ο πίνακας 2 παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την ηλικιακή διανομή και τις αντίστοιχες αξιολογήσεις για διάφορες πτυχές της υγείας και της φροντίδας.

Για την κατάσταση της υγείας ανά ηλικιακή ομάδα, παρατηρούμε ότι οι συμμετέχοντες ηλικίας 18-30 έχουν μέσον όρο 5.07, με μικρή τυπική απόκλιση. Οι ηλικίες 30-40 και 50-60 φαίνεται να έχουν τις χαμηλότερες μέσες τιμές, ενώ η μέση τιμή για τις ηλικίες άνω των 70 είναι 3.93.

Όσον αφορά τον τρόπο επικοινωνίας με το γιατρό, οι συμμετέχοντες ηλικίας 51-60 φαίνεται να έχουν την υψηλότερη μέση τιμή, ενώ οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες παρουσιάζουν μέσες τιμές κοντά στο 4.

Σχετικά με το χρόνο της τελευταίας ιατρικής επίσκεψης, οι συμμετέχοντες ηλικίας 22-30 φαίνεται να έχουν τον χαμηλότερο μέσο όρο, ενώ η μέση τιμή για τους συμμετέχοντες άνω των 72 είναι 1.87, πιο χαμηλή σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά του γιατρού, οι συμμετέχοντες ηλικίας 53-60 και 63-70 φαίνεται να αξιολογούν τη συμπεριφορά του γιατρού τους ως πολύ καλή ή άριστη.

Τέλος, για τις διαφορετικές πτυχές της διαχείρισης της υγείας και της φροντίδας, οι συμμετέχοντες σε όλες τις ηλικιακές ομάδες φαίνεται να έχουν μέση τιμή γύρω στο 3.5.

Πίνακας 3: Πίνακας περιγραφικής στατιστικής των γενικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της Κλίμακας Προσανατολισμού Ιατρού- Ασθενή, σε σχέση με το φύλο των συμμετεχόντων.

ΦΥΛΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ						
		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Η κατάσταση της υγείας σας είναι	Άνδρας	30	4.47	0.937	3	6
	Γυναίκα	45	4.49	1.058	1	6
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.48	1.005	1	6
Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας;	Άνδρας	30	4.17	0.986	1	5
	Γυναίκα	45	3.98	1.305	1	6
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.05	1.184	1	6
Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας;	Άνδρας	30	2.37	0.850	1	3
	Γυναίκα	45	2.09	0.973	1	5
	ΣΥΝΟΛΟ	75	2.20	0.930	1	5
Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη;	Άνδρας	30	4.43	1.165	1	6
	Γυναίκα	45	4.87	0.991	2	6
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.69	1.078	1	6
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	Άνδρας	30	3.44	0.459	2	4
	Γυναίκα	45	3.53	0.474	2	4
	ΣΥΝΟΛΟ	75	3.50	0.467	2	4
ΦΡΟΝΤΙΔΑ	Άνδρας	30	3.86	0.525	3	5
	Γυναίκα	45	3.96	0.630	2	5
	ΣΥΝΟΛΟ	75	3.92	0.589	2	5

Ο πίνακας 3 περιέχει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με το φύλο των συμμετεχόντων και τις αντίστοιχες αξιολογήσεις για διάφορες πτυχές της υγείας και της φροντίδας.

Για την κατάσταση της υγείας ανά φύλο, παρατηρούμε ότι οι άνδρες έχουν μέσον όρο 4.47, με τυπική απόκλιση 0.937, ενώ οι γυναίκες έχουν μέσον όρο 4.49, με τυπική απόκλιση 1.058.

Όσον αφορά τον τρόπο επικοινωνίας με το γιατρό, οι άνδρες φαίνεται να έχουν μέσο όρο 4.17, με τυπική απόκλιση 0.986, ενώ οι γυναίκες έχουν μέσο όρο 3.98, με τυπική απόκλιση 1.305.

Σχετικά με το χρόνο της τελευταίας ιατρικής επίσκεψης, οι άνδρες έχουν μέσο όρο 2.37, με τυπική απόκλιση 0.850, ενώ οι γυναίκες έχουν μέσο όρο 2.09, με τυπική απόκλιση 0.973.

Σχετικά με τη συμπεριφορά του γιατρού, οι άνδρες φαίνεται να έχουν μέσο όρο 4.43, με τυπική απόκλιση 1.165, ενώ οι γυναίκες έχουν μέσο όρο 4.87, με τυπική απόκλιση 0.991.

Τέλος, για τις διαφορετικές πτυχές της διαχείρισης της υγείας και της φροντίδας, οι άνδρες φαίνεται να έχουν μέσο όρο 3.44, με τυπική απόκλιση 0.459, ενώ οι γυναίκες έχουν μέσο όρο 3.53, με τυπική απόκλιση 0.474.

Πίνακας 4: Πίνακας περιγραφικής στατιστικής των γενικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της Κλίμακας Προσανατολισμού Ιατρού– Ασθενή, σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ						
		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Η κατάσταση της υγείας σας είναι	Άγαμος/η	20	4.90	0.852	3	6
	Έγγαμος/η	47	4.38	0.898	2	6
	Διαζευγμένος/η	4	4.00	2.000	1	5
	Χήρος/α	3	4.33	1.528	3	6
	Άλλο	1	3.00		3	3
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.48	1.005	1	6
Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας;	Άγαμος/η	20	4.40	0.821	3	6
	Έγγαμος/η	47	4.15	1.000	1	6
	Διαζευγμένος/η	4	1.75	1.500	1	4
	Χήρος/α	3	3.67	2.517	1	6
	Άλλο	1	3.00		3	3
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.05	1.184	1	6
Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας;	Άγαμος/η	20	2.30	0.865	1	3
	Έγγαμος/η	47	2.21	0.977	1	5
	Διαζευγμένος/η	4	2.25	0.500	2	3
	Χήρος/α	3	1.67	1.155	1	3
	Άλλο	1	1.00		1	1
	ΣΥΝΟΛΟ	75	2.20	0.930	1	5
Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη;	Άγαμος/η	20	4.85	0.875	3	6
	Έγγαμος/η	47	4.55	1.017	1	6
	Διαζευγμένος/η	4	5.75	0.500	5	6
	Χήρος/α	3	4.00	2.646	1	6
	Άλλο	1	6.00		6	6
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.69	1.078	1	6
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	Άγαμος/η	20	3.61	0.420	3	4
	Έγγαμος/η	47	3.49	0.475	2	4
	Διαζευγμένος/η	4	3.39	0.213	3	4
	Χήρος/α	3	2.96	0.740	2	3
	Άλλο	1	3.56		4	4
	ΣΥΝΟΛΟ	75	3.50	0.467	2	4
ΦΡΟΝΤΙΔΑ	Άγαμος/η	20	3.98	0.529	3	5
	Έγγαμος/η	47	4.02	0.500	3	5
	Διαζευγμένος/η	4	3.28	0.819	2	4
	Χήρος/α	3	3.07	0.756	2	4
	Άλλο	1	2.78		3	3
	ΣΥΝΟΛΟ	75	3.92	0.589	2	5

Ο πίνακας 4 περιλαμβάνει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων και τις αντίστοιχες αξιολογήσεις για διάφορες πτυχές της υγείας και της φροντίδας.

Για την κατάσταση της υγείας ανά οικογενειακή κατάσταση, οι άγαμοι έχουν μέσον όρο 4.90, με τυπική απόκλιση 0.852, ενώ οι έγγαμοι έχουν μέσον όρο 4.38, με τυπική απόκλιση 0.898. Οι διαζευγμένοι και οι χήροι έχουν μέσους όρους 4.00 και 4.33 αντίστοιχα, με διαφορετικά

επίπεδα τυπικής απόκλισης. Οι συμμετέχοντες με άλλη οικογενειακή κατάσταση έχουν μέσον όρο 3.00.

Σχετικά με τον τρόπο επικοινωνίας με το γιατρό, οι άγαμοι έχουν μέσον όρο 4.40, με τυπική απόκλιση 0.821, ενώ οι έγγαμοι έχουν μέσον όρο 4.15, με τυπική απόκλιση 1.000. Οι διαζευγμένοι και οι χήροι έχουν μέσους όρους 1.75 και 3.67 αντίστοιχα, με διαφορετικά επίπεδα τυπικής απόκλισης. Οι συμμετέχοντες με άλλη οικογενειακή κατάσταση έχουν μέσον όρο 3.00.

Σχετικά με το χρόνο της τελευταίας ιατρικής επίσκεψης, οι άγαμοι έχουν μέσον όρο 2.30, με τυπική απόκλιση 0.865, ενώ οι έγγαμοι έχουν μέσον όρο 2.21, με τυπική απόκλιση 0.977. Οι διαζευγμένοι και οι χήροι έχουν μέσους όρους 2.25 και 1.67 αντίστοιχα, με διαφορετικά επίπεδα τυπικής απόκλισης. Οι συμμετέχοντες με άλλη οικογενειακή κατάσταση έχουν μέσον όρο 1.00.

Σχετικά με τη συμπεριφορά του γιατρού, οι άγαμοι έχουν μέσον όρο 4.85, με τυπική απόκλιση 0.875, ενώ οι έγγαμοι έχουν μέσον όρο 4.55, με τυπική απόκλιση 1.017. Οι διαζευγμένοι και οι χήροι έχουν μέσους όρους 5.75 και 4.00 αντίστοιχα, με διαφορετικά επίπεδα τυπικής απόκλισης. Οι συμμετέχοντες με άλλη οικογενειακή κατάσταση έχουν μέσον όρο 6.00.

Τέλος, για τις διαφορετικές πτυχές της διαχείρισης της υγείας και της φροντίδας, οι άγαμοι έχουν μέσον όρο 3.61, με τυπική απόκλιση 0.420, ενώ οι έγγαμοι έχουν μέσον όρο 3.49, με τυπική απόκλιση 0.475. Οι διαζευγμένοι και οι χήροι έχουν μέσους όρους 3.39 και 2.96 αντίστοιχα, με διαφορετικά επίπεδα τυπικής απόκλισης. Οι συμμετέχοντες με άλλη οικογενειακή κατάσταση έχουν μέσον όρο 3.56.

Πίνακας 5: Πίνακας περιγραφικής στατιστικής των γενικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της Κλίμακας Προσανατολισμού Ιατρού– Ασθενή, σε σχέση με την μόνιμη κατοικία των συμμετεχόντων.

ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ						
		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Η κατάσταση της υγείας σας είναι	ΑστικόΚέντρο	35	4.46	1.094	1	6
	Επαρχία	21	4.63	0.895	3	6
	Χωριό	19	4.37	1.012	3	6
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.48	1.005	1	6
Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας;	ΑστικόΚέντρο	35	3.97	1.361	1	6
	Επαρχία	21	4.05	1.026	1	5
	Χωριό	19	4.26	0.933	3	6
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.05	1.184	1	6
Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας;	ΑστικόΚέντρο	35	2.14	0.845	1	3
	Επαρχία	21	2.00	0.943	1	3
	Χωριό	19	2.42	0.838	1	3
	ΣΥΝΟΛΟ	75	2.20	0.930	1	5
Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη;	ΑστικόΚέντρο	35	4.86	1.141	1	6
	Επαρχία	21	4.95	0.621	4	6
	Χωριό	19	4.16	1.214	1	6
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.69	1.078	1	6
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΑστικόΚέντρο	35	3.47	0.508	2	4
	Επαρχία	21	3.54	0.454	3	4
	Χωριό	19	3.52	0.446	3	4
	ΣΥΝΟΛΟ	75	3.50	0.467	2	4
ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑστικόΚέντρο	35	3.83	0.644	2	5
	Επαρχία	21	3.95	0.511	3	5
	Χωριό	19	4.06	0.540	3	5
	ΣΥΝΟΛΟ	75	3.92	0.589	2	5

Ο πίνακας 5 περιλαμβάνει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τη μόνιμη κατοικία των συμμετεχόντων και τις αντίστοιχες αξιολογήσεις για διάφορες πτυχές της υγείας και της φροντίδας.

Για την κατάσταση της υγείας ανά τοποθεσία μόνιμης κατοικίας, στο αστικό κέντρο, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.46 με τυπική απόκλιση 1.094. Στην επαρχία, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.63 με τυπική απόκλιση 0.895. Στο χωριό, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.37 με τυπική απόκλιση 1.012.

Σχετικά με τον τρόπο επικοινωνίας με τον γιατρό, στο αστικό κέντρο, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.97 με τυπική απόκλιση 1.361. Στην επαρχία, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.05 με τυπική απόκλιση 1.026. Στο χωριό, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.26 με τυπική απόκλιση 0.933.

Σχετικά με την τελευταία ιατρική επίσκεψη, στο αστικό κέντρο, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 2.14 με τυπική απόκλιση 0.845. Στην επαρχία, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 2.00 με τυπική απόκλιση 0.943. Στο χωριό, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 2.42 με τυπική απόκλιση 0.838.

Σχετικά με τη συμπεριφορά του γιατρού, στο αστικό κέντρο, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.86 με τυπική απόκλιση 1.141. Στην επαρχία, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.95 με τυπική απόκλιση 0.621. Στο χωριό, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.16 με τυπική απόκλιση 1.214.

Τέλος, για τις διαφορετικές πτυχές της διαχείρισης της υγείας και της φροντίδας, στο αστικό κέντρο, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.47 με τυπική απόκλιση 0.508. Στην επαρχία, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.54 με τυπική απόκλιση 0.454. Στο χωριό, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.52 με τυπική απόκλιση 0.446.

Πίνακας 6: Πίνακας περιγραφικής στατιστικής των γενικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της Κλίμακας Προσανατολισμού Ιατρού– Ασθενή, σε σχέση με το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ						
		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Η κατάσταση της υγείας σας είναι	Δημοτικό	8	3.88	1.126	2	5
	Γυμνάσιο	5	4.40	1.342	3	6
	Λύκειο	23	4.65	0.885	3	6
	ΑΤΕΙ	9	3.89	1.364	1	5
	ΑΕΙ	20	4.75	0.851	3	6
	Μεταπτυχιακό	10	4.60	0.699	4	6
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.48	1.005	1	6
Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας;	Δημοτικό	8	3.50	1.195	2	5
	Γυμνάσιο	5	4.60	1.140	3	6
	Λύκειο	23	3.83	1.403	1	6
	ΑΤΕΙ	9	3.78	1.394	1	6
	ΑΕΙ	20	4.40	0.995	1	5
	Μεταπτυχιακό	10	4.30	0.483	4	5
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.05	1.184	1	6
Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας;	Δημοτικό	8	2.25	1.389	1	5
	Γυμνάσιο	5	2.20	1.095	1	3
	Λύκειο	23	2.30	0.822	1	3
	ΑΤΕΙ	9	2.44	0.726	1	3
	ΑΕΙ	20	1.80	0.894	1	3
	Μεταπτυχιακό	10	2.50	0.850	1	3
	ΣΥΝΟΛΟ	75	2.20	0.930	1	5
Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη;	Δημοτικό	8	4.13	1.126	2	5
	Γυμνάσιο	5	4.80	0.837	4	6
	Λύκειο	23	4.70	1.396	1	6
	ΑΤΕΙ	9	4.56	1.130	3	6
	ΑΕΙ	20	4.95	0.826	3	6
	Μεταπτυχιακό	10	4.70	0.675	4	6
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.69	1.078	1	6
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	Δημοτικό	8	3.72	0.385	3	4
	Γυμνάσιο	5	3.09	0.600	2	4
	Λύκειο	23	3.44	0.486	2	4
	ΑΤΕΙ	9	3.49	0.255	3	4
	ΑΕΙ	20	3.52	0.502	3	4
	Μεταπτυχιακό	10	3.61	0.433	3	4
	ΣΥΝΟΛΟ	75	3.50	0.467	2	4
ΦΡΟΝΤΙΔΑ	Δημοτικό	8	4.06	0.511	3	5
	Γυμνάσιο	5	3.87	0.954	2	5
	Λύκειο	23	3.77	0.555	3	5
	ΑΤΕΙ	9	3.52	0.572	2	5
	ΑΕΙ	20	4.03	0.543	3	5
	Μεταπτυχιακό	10	4.30	0.381	4	5
	ΣΥΝΟΛΟ	75	3.92	0.589	2	5

Ο πίνακας 6 περιέχει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων και τις αντίστοιχες αξιολογήσεις για διάφορες πτυχές της υγείας και της φροντίδας.

Για την κατάσταση της υγείας ανά επίπεδο σπουδών, στους απόφοιτους δημοτικής εκπαίδευσης, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.88 με τυπική απόκλιση 1.126. Στους απόφοιτους γυμνασίου ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.40 με τυπική απόκλιση 1.342. Στους απόφοιτους λυκείου ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.65 με τυπική απόκλιση 0.885. Στους απόφοιτους ΑΤΕΙ, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.89 με τυπική απόκλιση 1.364. Στους απόφοιτους ΑΕΙ ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.75 με τυπική απόκλιση 0.851. Στους κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.60 με τυπική απόκλιση 0.699.

Σχετικά με τον τρόπο επικοινωνίας με τον γιατρό, στους απόφοιτους δημοτικής εκπαίδευσης, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.50 με τυπική απόκλιση 1.195. Στους απόφοιτους γυμνασίου ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.60 με τυπική απόκλιση 1.140. Στους απόφοιτους λυκείου ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.83 με τυπική απόκλιση 1.403. Στους απόφοιτους ΑΤΕΙ, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.78 με τυπική απόκλιση 1.394. Στους απόφοιτους ΑΕΙ ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.40 με τυπική απόκλιση 0.995. Στους κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.30 με τυπική απόκλιση 0.483.

Σχετικά με την τελευταία ιατρική επίσκεψη, στους απόφοιτους δημοτικής εκπαίδευσης, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 2.25 με τυπική απόκλιση 1.389. Στους απόφοιτους γυμνασίου ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 2.20 με τυπική απόκλιση 1.095. Στους απόφοιτους λυκείου ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 2.30 με τυπική απόκλιση 0.822. Στους απόφοιτους ΑΤΕΙ, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 2.44 με τυπική απόκλιση 0.726. Στους απόφοιτους ΑΕΙ ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 1.80 με τυπική απόκλιση 0.894. Στους κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 2.50 με τυπική απόκλιση 0.850.

Σχετικά με τη συμπεριφορά του γιατρού στην τελευταία ιατρική επίσκεψη, στους απόφοιτους δημοτικής εκπαίδευσης, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.13 με τυπική απόκλιση 1.126. Στους απόφοιτους γυμνασίου ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.80 με τυπική απόκλιση 0.837. Στους απόφοιτους λυκείου ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.70 με τυπική απόκλιση 1.396. Στο ΑΤΕΙ, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.56 με τυπική απόκλιση 1.130. Στους απόφοιτους ΑΕΙ ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.95 με τυπική απόκλιση 0.826. Στους κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.70 με τυπική απόκλιση 0.675.

Σχετικά με τη διαχείριση της υγείας, στους απόφοιτους δημοτικής εκπαίδευσης, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.72 με τυπική απόκλιση 0.385. Στους απόφοιτους γυμνασίου ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.09 με τυπική απόκλιση 0.600. Στους απόφοιτους λυκείου ο μέσος όρος

αξιολόγησης είναι 3.44 με τυπική απόκλιση 0.486. Στους απόφοιτους ΑΤΕΙ, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.49 με τυπική απόκλιση 0.255. Στους απόφοιτους ΑΕΙ ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.52 με τυπική απόκλιση 0.502. Στους κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.61 με τυπική απόκλιση 0.433.

Σχετικά με τη φροντίδα, στους απόφοιτους δημοτικής εκπαίδευσης, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.06 με τυπική απόκλιση 0.511. Στους απόφοιτους γυμνασίου ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.87 με τυπική απόκλιση 0.954. Στους απόφοιτους λυκείου ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.77 με τυπική απόκλιση 0.555. Στους απόφοιτους ΑΤΕΙ, ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 3.52 με τυπική απόκλιση 0.572. Στους απόφοιτους ΑΕΙ ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.03 με τυπική απόκλιση 0.543. Στους κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι 4.30 με τυπική απόκλιση 0.381.

Πίνακας 7: Πίνακας περιγραφικής στατιστικής των γενικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της Κλίμακας Προσανατολισμού Ιατρού- Ασθενή, σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ						
		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Η κατάσταση της υγείας σας είναι	Εργαζόμενος	42	4.69	0.975	1	6
	Ανεργος	4	5.00	0.816	4	6
	Οικιακά	5	4.00	1.225	3	6
	Φοιτητής	1	5.00		5	5
	Συνταξιούχος	22	4.05	0.950	2	5
	Άλλο	1	5.00		5	5
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.48	1.005	1	6
Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας;	Εργαζόμενος	42	4.00	1.230	1	6
	Ανεργος	4	4.00	0.816	3	5
	Οικιακά	5	4.00	2.121	1	6
	Φοιτητής	1	2.00		2	2
	Συνταξιούχος	22	4.23	0.869	2	5
	Άλλο	1	5.00		5	5
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.05	1.184	1	6
Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας;	Εργαζόμενος	42	2.31	0.841	1	3
	Ανεργος	4	2.25	0.957	1	3
	Οικιακά	5	1.80	1.095	1	3
	Φοιτητής	1	5.00		5	5
	Συνταξιούχος	22	2.00	0.873	1	3
	Άλλο	1	1.00		1	1
	ΣΥΝΟΛΟ	75	2.20	0.930	1	5
Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη;	Εργαζόμενος	42	4.74	1.083	1	6
	Ανεργος	4	4.25	0.500	4	5
	Οικιακά	5	4.60	2.191	1	6
	Φοιτητής	1	4.00		4	4
	Συνταξιούχος	22	4.73	0.883	2	6
	Άλλο	1	5.00		5	5
	ΣΥΝΟΛΟ	75	4.69	1.078	1	6
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	Εργαζόμενος	42	3.51	0.447	2	4
	Ανεργος	4	3.53	0.508	3	4
	Οικιακά	5	3.16	0.731	2	4
	Φοιτητής	1	3.44		3	3
	Συνταξιούχος	22	3.54	0.455	3	4
	Άλλο	1	3.67		4	4
	ΣΥΝΟΛΟ	75	3.50	0.467	2	4
ΦΡΟΝΤΙΔΑ	Εργαζόμενος	42	3.82	0.560	2	5
	Ανεργος	4	4.47	0.106	4	5
	Οικιακά	5	3.29	0.912	2	5
	Φοιτητής	1	4.44		4	4
	Συνταξιούχος	22	4.10	0.474	3	5
	Άλλο	1	4.22		4	4
	ΣΥΝΟΛΟ	75	3.92	0.589	2	5

Ο πίνακας 7 περιέχει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων και τις αντίστοιχες αξιολογήσεις για διάφορες πτυχές της υγείας και της φροντίδας.

Όσον αφορά τους εργαζόμενους, ο μέσος όρος της κατάστασης υγείας τους είναι 4.69, με μια τυπική απόκλιση των 0.975. Οι εργαζόμενοι επικοινωνούν με τον γιατρό τους με μέση τιμή 4.00 και τυπική απόκλιση 1.230. Η τελευταία τους ιατρική επίσκεψη καταγράφει μέση τιμή 2.31 με τυπική απόκλιση 0.841. Η αντιμετώπισή τους από τον γιατρό κατά την τελευταία επίσκεψη έχει μέση τιμή 4.74 και τυπική απόκλιση 1.083. Σχετικά με τη διαχείριση της υγείας, οι εργαζόμενοι έχουν μέσο όρο 3.51 με τυπική απόκλιση 0.447. Όσον αφορά τη φροντίδα, ο μέσος όρος είναι 3.82 με τυπική απόκλιση 0.560.

Οι άνεργοι έχουν μέσο όρο κατάστασης υγείας 5.00 με τυπική απόκλιση 0.816. Επικοινωνούν με τον γιατρό τους με μέση τιμή 4.00 και τυπική απόκλιση 0.816. Η τελευταία ιατρική επίσκεψή τους έχει μέση τιμή 2.25 με τυπική απόκλιση 0.957. Η αντιμετώπισή τους από τον γιατρό κατά την τελευταία επίσκεψη έχει μέση τιμή 4.25 και τυπική απόκλιση 0.500. Σχετικά με τη διαχείριση της υγείας, οι άνεργοι έχουν μέσο όρο 3.53 με τυπική απόκλιση 0.508. Όσον αφορά τη φροντίδα, ο μέσος όρος είναι 4.47 με τυπική απόκλιση 0.106.

Όσοι απασχολούνται με τα οικιακά, έχουν μέσο όρο κατάστασης υγείας 4.00 με τυπική απόκλιση 1.225. Επικοινωνούν με τον γιατρό τους με μέση τιμή 4.00 και τυπική απόκλιση 2.121. Η τελευταία ιατρική επίσκεψή τους έχει μέση τιμή 1.80 με τυπική απόκλιση 1.095. Η αντιμετώπισή τους από τον γιατρό κατά την τελευταία επίσκεψη έχει μέση τιμή 4.60 και τυπική απόκλιση 2.191. Σχετικά με τη διαχείριση της υγείας, οι οικιακοί έχουν μέσο όρο 3.16 με τυπική απόκλιση 0.731. Όσον αφορά τη φροντίδα, ο μέσος όρος είναι 3.29 με τυπική απόκλιση 0.912.

Οι συνταξιούχοι έχουν μέσο όρο κατάστασης υγείας 4.05 με τυπική απόκλιση 0.950. Επικοινωνούν με τον γιατρό τους με μέση τιμή 4.23 και τυπική απόκλιση 0.869. Η τελευταία ιατρική επίσκεψή τους έχει μέση τιμή 2.00 με τυπική απόκλιση 0.873. Η αντιμετώπισή τους από τον γιατρό κατά την τελευταία επίσκεψη έχει μέση τιμή 4.73 και τυπική απόκλιση 0.883. Σχετικά με τη διαχείριση της υγείας, οι συνταξιούχοι έχουν μέσο όρο 3.54 με τυπική απόκλιση 0.455. Όσον αφορά τη φροντίδα, ο μέσος όρος είναι 4.10 με τυπική απόκλιση 0.474.

Οι εργαζόμενοι, άνεργοι, οικιακοί και συνταξιούχοι έχουν παρόμοια σκορ διαχείρισης υγείας, κυμαίνονται γύρω στο 3.50. Φοιτητές και η "άλλη" κατηγορία δεν έχουν αρκετά δεδομένα για να κάνουμε σύγκριση.

Οι άνεργοι έχουν το υψηλότερο σκορ φροντίδας με μέσο όρο 4.47, ενώ οι οικιακοί έχουν το χαμηλότερο με μέσο όρο 3.29. Οι εργαζόμενοι και οι συνταξιούχοι έχουν παρόμοια σκορ, περίπου 3.82 και 4.10 αντίστοιχα.

4.3. Επαγωγική Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση είναι αναγκαία στις ποσοτικές μελέτες γιατί επιτρέπει να εξαχθούν συνεπή συμπεράσματα από τα δεδομένα και να ερμηνευθούν τα αποτελέσματα με αξιοπιστία. Μέσω της στατιστικής ανάλυσης, ερευνούνται οι σχέσεις μεταξύ διαφόρων μεταβλητών, εντοπίζονται πιθανά πρότυπα ή τάσεις στα δεδομένα και εκτιμάται η πιθανότητα εμφάνισης συγκεκριμένων αποτελεσμάτων. Αυτό βοηθά να ληφθούν ενημερωμένες αποφάσεις και να προβλεφθούν πιθανές εξελίξεις, βασιζόμενοι σε αντικειμενικά δεδομένα και όχι απλώς σε προσωπικές εκτιμήσεις ή απόψεις. Συνεπώς, η στατιστική ανάλυση δίνει τη δυνατότητα να κατανοηθεί καλύτερα η φύση των φαινομένων που μελετιούνται και να επιβεβαιωθούν ή να απορριφθούν υποθέσεις ή προσεγγίσεις.

Πίνακας 8: Αξιοπιστία στατιστικών μετρήσεων με τον συντελεστή Cronbach's Alpha στην Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενούς- «Patient-Physician Orientation Scale (PPOS)»

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.776	18

Ο πίνακας 8 παρουσιάζει την αξιοπιστία στατιστικών μετρήσεων με τον συντελεστή Cronbach's Alpha. Ο συντελεστής αυτός, με τιμή 0.776 για ένα σύνολο 18 στοιχείων, υποδεικνύει το βαθμό σταθερότητας και συνέπειας των μετρήσεων. Αυτό υποδεικνύει ότι υπάρχει μια αρκετά καλή εσωτερική συνοχή μεταξύ των στοιχείων του πίνακα. Καθώς ο Cronbach's Alpha κυμαίνεται μεταξύ 0 και 1, ένας συντελεστής 0.776 δείχνει ότι οι μετρήσεις έχουν μια αξιοπρεπή συνοχή, αλλά ενδέχεται να υπάρχει ακόμη κάποιος βαθμός μεταβλητότητας μεταξύ των στοιχείων. Συνήθως, τιμές Cronbach's Alpha που βρίσκονται γύρω από 0.7 θεωρούνται αποδεκτές για πολλές εφαρμογές, αλλά οι υψηλότερες τιμές υποδεικνύουν μεγαλύτερη συνοχή στις μετρήσεις.

Πίνακας 9: Αξιοπιστία στατιστικών μετρήσεων με τον συντελεστή Cronbach's Alpha στην Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενούς- «Patient-Physician Orientation Scale (PPOS)» με επιπρόσθετες τις δύο μεταβλητές της διαχείρισης της υγείας και της φροντίδας.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.875	20

Ο συντελεστής Cronbach's Alpha που προκύπτει από την κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού–Ασθενή (PPOS) σε συνδυασμό με άλλες δύο μεταβλητές της διαχείρισης της υγείας και της φροντίδας είναι 0.875 για ένα σύνολο 20 στοιχείων. Αυτό υποδεικνύει ότι υπάρχει ένα υψηλό επίπεδο εσωτερικής συνοχής μεταξύ των στοιχείων των κλιμάκων. Το υψηλό αυτό επίπεδο αξιοπιστίας υποδεικνύει ότι οι μετρήσεις είναι πιθανόν να είναι σταθερές και αξιόπιστες, ενισχύοντας την εμπιστοσύνη στα αποτελέσματα που παράγονται από τη χρήση αυτών των μετρήσεων. Αυτό μπορεί να διευκολύνει την αξιόπιστη ανάλυση και ερμηνεία των δεδομένων που παρέχουν οι κλίμακες.

1.Πως σχετίζονται τα δημογραφικά στοιχεία ενός ασθενούς όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική κατάσταση, η μόνιμη κατοικία και το επίπεδο σπουδών με την ικανοποίησή του κατά την επικοινωνία του με τον ιατρό;

Ο πίνακας 10 περιλαμβάνει διαφορετικές μετρήσεις που σχετίζονται με την υγεία και τη διαχείρισή της, με τις αντίστοιχες αναλυτικές τιμές που υποδεικνύουν πιθανώς τη σημαντικότητα κάθε μεταβλητής στο πλαίσιο μιας ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA/t-TEST).

Οι αριθμοί αντιστοιχούν σε p-values που προκύπτουν από την εφαρμογή ενός τεστ ANOVA (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μόνιμη κατοικία, επίπεδο σπουδών, επαγγελματική κατάσταση) ή ενός t-TEST (φύλο) σε κάθε μεταβλητή. Το p-value είναι ένας δείκτης της σημαντικότητας μιας στατιστικής διαφοράς. Συγκεκριμένα, όσο πιο χαμηλό είναι το p-value, τόσο πιο σημαντική είναι η διαφορά μεταξύ των ομάδων. Ένα πολύ χαμηλό p-value (συνήθως κάτω από 0,05) υποδεικνύει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ή μεταξύ των μετρήσεων. Ένα υψηλό p-value (πάνω από 0,05) υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 10: Τα αποτελέσματα των αναλύσεων διακύμανσης (ANOVA/t-TEST) μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, της κλίμακας, και των δημογραφικών παραγόντων.

	ANOVA/ t-TEST					
	ΗΛΙΚΙΑ Α	ΦΥΛ Ο	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ Α	ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩ Ν	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
Η κατάσταση της υγείας σας είναι	0.049	0.926	0.129	0.881	0.136	0.117
Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας;	0.076	0.502	0.000	0.760	0.281	0.529

Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας;	0.775	0.207	0.585	0.317	0.345	0.016
Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη;	0.207	0.088	0.096	0.082	0.628	0.940
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	0.654	0.423	0.255	0.949	0.246	0.703
ΦΡΟΝΤΙΔΑ	0.302	0.464	0.001	0.582	0.043	0.014

Αναλύοντας τον παραπάνω πίνακα (Πίνακας 10), προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα σχετικά με τους δημογραφικούς παράγοντες:

A) Ηλικία

Η ερώτηση "Η κατάσταση της υγείας σας" έχει p-value 0.049, το οποίο είναι αρκετά χαμηλό, υπονοώντας **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ των ομάδων που συμμετέχουν στο ερωτηματολόγιο.

Η ερώτηση "Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας" έχει p-value 0.076, που επίσης είναι αρκετά χαμηλό, χωρίς όμως να υποδηλώνει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Η ερώτηση "Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας" έχει πολύ υψηλό p-value (0.775), υπονοώντας ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Η ερώτηση "Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη" έχει μέτριο p-value (0.207), υποδεικνύοντας ότι η στατιστική σημαντικότητα δεν είναι τόσο έντονη.

Η ερώτηση "Διαχείριση Υγείας" έχει υψηλό p-value (0.654), υποδεικνύοντας απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς.

Η ερώτηση "Φροντίδα" έχει μέτριο p-value (0.302), υποδεικνύοντας ότι η στατιστική σημαντικότητα δεν είναι τόσο έντονη.

Σαν αποτέλεσμα, η ηλικία των ασθενών επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση της υγείας τους και αμελητέα τις υπόλοιπες μετρήσεις.

B) Φύλο

Όσον αφορά το t-TEST σχετικά με το φύλο και τις διάφορες μετρήσεις υγείας, "Η κατάσταση της υγείας σας" έχει πολύ υψηλό p-value (0.926), υποδεικνύοντας ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων.

Η ερώτηση "Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας" έχει p-value 0.502, που υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων.

Η ερώτηση "Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας" έχει επίσης υψηλό p-value (0.207), υπονοώντας ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Η ερώτηση "Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη" έχει υψηλό p-value (0.088), υποδεικνύοντας ότι δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά, αν και είναι χαμηλότερο από τα υπόλοιπα.

Η ερώτηση "Διαχείριση Υγείας" έχει πολύ υψηλό p-value (0.423), υποδεικνύοντας ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Η ερώτηση "Φροντίδα" έχει πολύ υψηλό p-value (0.464), υποδεικνύοντας ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Κατά συνέπεια, από τα αποτελέσματα του t-Test, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των μετρήσεων δεν διαφέρει σημαντικά μεταξύ των φύλων, εκτός από το πώς συμπεριφέρθηκε ο γιατρός στην τελευταία ιατρική επίσκεψη.

Γ) Οικογενειακή κατάσταση

Αναλύοντας τα αποτελέσματα σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση και τις διάφορες μετρήσεις υγείας, "Η κατάσταση της υγείας σας" έχει μέτριο p-value (0.129), υποδεικνύοντας ότι η οικογενειακή κατάσταση ενδέχεται να μην έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην υγεία.

Η ερώτηση "Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας" έχει πολύ χαμηλό p-value (0.000), υποδεικνύοντας ότι **υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά** στην επικοινωνία με τον γιατρό αναλόγως την οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς.

Η ερώτηση "Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας" έχει υψηλό p-value (0.585), υποδεικνύοντας ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Η ερώτηση "Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη" έχει μέτριο p-value (0.096), υποδεικνύοντας ότι η οικογενειακή κατάσταση ενδέχεται να επηρεάζει τη συμπεριφορά του γιατρού, χωρίς όμως αυτή η τιμή να είναι στατιστικώς σημαντική.

Η ερώτηση "Διαχείριση Υγείας" έχει μέτριο p-value (0.255), υποδεικνύοντας ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει σημαντικά τη διαχείριση της υγείας.

Η ερώτηση "Φροντίδα" έχει πολύ χαμηλό p-value (0.001), υποδεικνύοντας ότι υπάρχει **στατιστικά σημαντική διαφορά** στη φροντίδα αναλόγως την οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς.

Συνολικά, φαίνεται ότι η οικογενειακή κατάσταση ενδέχεται να επηρεάζει ορισμένες από τις μετρήσεις υγείας, όπως η επικοινωνία με τον γιατρό και η παρεχόμενη φροντίδα.

Δ) Μόνιμη κατοικία

Αναλύοντας τα αποτελέσματα σχετικά με τη μόνιμη κατοικία και τις διάφορες μετρήσεις υγείας, "Η κατάσταση της υγείας σας" έχει πολύ υψηλό p-value (0.881), υποδεικνύοντας ότι η μόνιμη κατοικία δεν επηρεάζει σημαντικά την υγεία.

Η ερώτηση "Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας" έχει επίσης υψηλό p-value (0.760), υποδεικνύοντας ότι η μόνιμη κατοικία δεν επηρεάζει σημαντικά την επικοινωνία με τον γιατρό.

Η ερώτηση "Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας" έχει μέτριο p-value (0.317), υποδεικνύοντας ότι η μόνιμη κατοικία ενδέχεται να μην επηρεάζει σημαντικά τη συχνότητα επισκέψεων στον γιατρό.

Η ερώτηση "Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη" έχει μέτριο p-value (0.082), υποδεικνύοντας ότι η μόνιμη κατοικία ενδέχεται να επηρεάζει κάπως τη συμπεριφορά του γιατρού, παρά το γεγονός ότι η τιμή δεν είναι στατιστικώς σημαντική.

Η ερώτηση "Διαχείριση Υγείας" έχει πολύ υψηλό p-value (0.949), υποδεικνύοντας ότι η μόνιμη κατοικία δεν επηρεάζει σημαντικά τη διαχείριση της υγείας.

Η ερώτηση "Φροντίδα" έχει μέτριο p-value (0.582), υποδεικνύοντας ότι η μόνιμη κατοικία ενδέχεται να μην επηρεάζει σημαντικά τη φροντίδα που λαμβάνετε.

Συνολικά, φαίνεται ότι η μόνιμη κατοικία δεν επηρεάζει σημαντικά τις μετρήσεις υγείας σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ANOVA.

E) Επίπεδο σπουδών

Αναλύοντας τα αποτελέσματα σχετικά με το επίπεδο σπουδών και τις διάφορες μετρήσεις υγείας, "Η κατάσταση της υγείας σας" έχει μέτριο p-value (0.136), υποδεικνύοντας ότι το επίπεδο σπουδών ενδέχεται να μην έχει σημαντική επίδραση στην υγεία.

Η ερώτηση "Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας" έχει επίσης μέτριο p-value (0.281), υποδεικνύοντας ότι το επίπεδο σπουδών ενδέχεται να μην επηρεάζει σημαντικά την επικοινωνία με τον γιατρό.

Η ερώτηση "Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας" έχει επίσης μέτριο p-value (0.345), υποδεικνύοντας ότι το επίπεδο σπουδών ενδέχεται να μην επηρεάζει σημαντικά τη συχνότητα επισκέψεων στον γιατρό.

Η ερώτηση "Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη" έχει υψηλό p-value (0.628), υποδεικνύοντας ότι το επίπεδο σπουδών ενδέχεται να μην επηρεάζει σημαντικά τη συμπεριφορά του γιατρού.

Η ερώτηση "Διαχείριση Υγείας" έχει μέτριο p-value (0.246), υποδεικνύοντας ότι το επίπεδο σπουδών ενδέχεται να μην επηρεάζει σημαντικά τη διαχείριση της υγείας.

Η ερώτηση "Φροντίδα" έχει χαμηλό p-value (0.043), υποδεικνύοντας ότι υπάρχει **στατιστικά σημαντική διαφορά** στη φροντίδα με βάση το επίπεδο σπουδών.

Συνολικά, φαίνεται ότι το επίπεδο σπουδών μπορεί να επηρεάζει τη φροντίδα που λαμβάνουν οι άνθρωποι για την υγεία τους, αλλά δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τις υπόλοιπες μετρήσεις υγείας.

ΣΤ) Επαγγελματική κατάσταση

Αναλύοντας τα αποτελέσματα σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση και τις διάφορες μετρήσεις υγείας, "Η κατάσταση της υγείας σας" έχει μέτριο p-value (0.117), υποδεικνύοντας ότι η επαγγελματική κατάσταση ενδέχεται να μην έχει σημαντική επίδραση στην υγεία.

Η ερώτηση "Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας" έχει μέτριο p-value (0.529), υποδεικνύοντας ότι η επαγγελματική κατάσταση ενδέχεται να μην επηρεάζει σημαντικά την επικοινωνία με τον γιατρό.

Η ερώτηση "Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας" έχει χαμηλό p-value (0.016), υποδεικνύοντας ότι η επαγγελματική κατάσταση επηρεάζει το πότε γίνεται η τελευταία ιατρική επίσκεψη άρα υπάρχει **στατιστικά σημαντική διαφορά**.

Η ερώτηση "Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη" έχει υψηλό p-value (0.940), υποδεικνύοντας ότι η επαγγελματική κατάσταση μάλλον δεν επηρεάζει σημαντικά τη συμπεριφορά του γιατρού.

Η ερώτηση "Διαχείριση Υγείας" έχει υψηλό p-value (0.703), υποδεικνύοντας ότι η επαγγελματική κατάσταση ενδέχεται να μην επηρεάζει σημαντικά τη διαχείριση της υγείας.

Η ερώτηση "Φροντίδα" έχει χαμηλό p-value (0.014), υποδεικνύοντας ότι υπάρχει **στατιστικά σημαντική διαφορά** στη φροντίδα που λαμβάνετε με βάση την επαγγελματική κατάσταση.

Συνολικά, φαίνεται ότι η επαγγελματική κατάσταση μπορεί να επηρεάζει το πότε γίνεται η τελευταία ιατρική επίσκεψη και τη φροντίδα που λαμβάνετε, αλλά δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τις υπόλοιπες μετρήσεις υγείας.

Στον Πίνακα 11 παρατίθενται τα αποτελέσματα των αναλύσεων διακύμανσης μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και της Κλίμακας Προσανατολισμού Ιατρού– Ασθενή»- «Patient-Physician Orientation Scale (PPOS)». Οι ερωτήσεις είναι χωρισμένες σύμφωνα με τις 2 υποκλίμακες του ερευνητικού εργαλείου PPOS, Sharing και Caring.

Πίνακας 11: Τα αποτελέσματα των αναλύσεων διακύμανσης (ANOVA/t-TEST) μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και της Κλίμακας Προσανατολισμού Ιατρού– Ασθενή»- «Patient-Physician Orientation Scale (PPOS)»

ANOVA/ t-TEST						
	ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΛΟ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
1. Ο γιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης	0.290	0.263	0.204	0.925	0.719	0.097
4. Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους.	0.535	0.228	0.055	0.391	0.872	0.002
5. Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τη γνώση των γιατρών τους και να μην ψάχνουν μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάσταση τους.	0.381	0.915	0.241	0.141	0.131	0.385
8. Πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στο γιατρό τους ακόμη και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο.	0.004	0.766	0.000	0.003	0.808	0.053
9. Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, μέσα σε μια ισότιμη σε ισχύ σχέση.	0.686	0.257	0.006	0.583	0.043	0.764

10. Οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθησυχασμό παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.	0.088	0.305	0.043	0.845	0.196	0.341
12. Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον γιατρό τους, αυτό αποτελεί δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται.	0.002	0.470	0.079	0.168	0.007	0.135
15. Ο ασθενής θα πρέπει πάντα να έχει στο μυαλό του πως ο γιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη.	0.005	0.968	0.000	0.043	0.190	0.152
18. Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει.	0.627	0.446	0.136	0.482	0.360	0.387
2. Αν και στη Ιατρική Φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση γιατρού-ασθενή, αυτό έχει μικρή σημασία σε σχέση με τα επιτεύγματα της Ιατρικής.	0.016	0.523	0.108	0.002	0.244	0.174
3. Το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση.	0.203	0.934	0.174	0.005	0.001	0.004
6. Όταν οι γιατροί κάνουν προσωπικές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως παραβιάζουν την προσωπική ζωή του.	0.912	0.160	0.239	0.190	0.674	0.083
7. Εάν οι γιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς.	0.638	0.560	0.038	0.119	0.909	0.706
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.	0.191	0.766	0.046	0.310	0.432	0.000
13. Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική αν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή.	0.849	0.306	0.045	0.233	0.314	0.926
14. Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στο γιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται.	0.006	0.501	0.154	0.733	0.061	0.014
16. Η γνώση της καταγωγής και των ιδιοιοτήτων του τρόπου ζωής ενός ασθενή δεν είναι απαραίτητη, προκειμένου να θεραπευτεί η ασθένειά του.	0.788	0.446	0.001	1.000	0.006	0.254
17. Το χιούμορ στο γιατρό είναι πολύτιμο εργαλείο, όταν προσεγγίζει έναν ασθενή θεραπευτικά.	0.905	0.300	0.336	0.687	0.908	0.821

A) Ηλικία

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς αναλύθηκε με βάση την ηλικία τους και παρατηρήθηκε μια σειρά από ενδιαφέρουσες πτυχές. Αρχικά, διαπιστώθηκε ότι η προτεραιότητα των θεμάτων που συζητούνται κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης δε διαφέρει σημαντικά με βάση την ηλικία (p value = 0,290), υποδεικνύοντας έλλειψη στατιστικά σημαντικών διαφορών.

Σε συνέχεια, η ανάγκη για αναλυτική εξήγηση της υγείας φαίνεται να είναι ομοιόμορφη σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, καθώς το p value είναι 0,535. Επίσης, η εμπιστοσύνη στη γνώση των ιατρών και η ανάγκη για συνεργασία δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά με βάση την ηλικία, με p values ίσα με 0,381 και 0,686 αντίστοιχα.

Ωστόσο, παρατηρείται ότι η τάση των ασθενών να κάνουν ερωτήσεις ακόμη και όταν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι νέο εμφανίζει σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, με p value ίσο με 0,004. Επίσης, η αντίθεση των ασθενών με τον ιατρό τους και την τελική εμπιστοσύνη στο πρόσωπό του φαίνεται να συνδέεται με την ηλικία, καθώς το p value είναι 0,002.

Παρατηρείται επίσης ότι η προτίμηση του ασθενούς για πληροφορίες έναντι καθησυχασμού δεν φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από την ηλικία του (p value = 0,088). Ωστόσο, η επιθυμία να ολοκληρώσουν γρήγορα την επίσκεψή τους στον γιατρό φαίνεται να έχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες, με p value ίσο με 0,006.

Τέλος, η σημασία του χιούμορ στην ιατρική φροντίδα δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά με βάση την ηλικία του ασθενούς (p value = 0,905).

Συνεπώς, διαπιστώνεται ότι ο ηλικιακός παράγοντας σχετίζεται σημαντικά μόνο με τη διάρκεια της επίσκεψης, με την εμπιστοσύνη ή όχι στον ιατρό όταν υπάρχουν διαφωνίες, τη δημιουργία συχνών ερωτήσεων προς τον επαγγελματία υγείας και με την αναλογία ευθυνών. Παρά τις διαφορετικές απόψεις και τις πιθανές διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα, οι ασθενείς διατηρούν την άποψη ότι η σχέση με τον ιατρό τους είναι σημαντική για την εμπιστοσύνη και την επιτυχία της θεραπείας τους.

B) Φύλο

Αρχικά, διαπιστώθηκε ότι η αντίληψη σχετικά με το ποιος πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά

μεταξύ των δύο φύλων (p value = 0,263), υποδεικνύοντας έλλειψη στατιστικά σημαντικών διαφορών.

Επίσης, η ανάγκη για αναλυτική εξήγηση της κατάστασης της υγείας δεν διαφέρει σημαντικά μεταξύ των δύο φύλων, καθώς το p value είναι 0,228. Επίσης, η εμπιστοσύνη στη γνώση των γιατρών και η ανάγκη για συνεργασία δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών, με p values ίσα με 0,915 και 0,766 αντίστοιχα.

Ωστόσο, παρατηρείται ότι η τάση των ασθενών να κάνουν ερωτήσεις ακόμη και όταν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι νέο δεν διαφέρει σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών (p value = 0,470). Επίσης, η αντίθεση των ασθενών με τον γιατρό τους φαίνεται να μην σχετίζεται στατιστικά με το φύλο τους (p value = 0,257).

Παρατηρείται επίσης ότι η προτίμηση του ασθενούς για πληροφορίες έναντι καθησυχασμού και η επιθυμία να ολοκληρώσουν γρήγορα την επίσκεψή τους στον γιατρό δεν φαίνεται να επηρεάζονται σημαντικά από το φύλο τους (p values = 0,305 και 0,501 αντίστοιχα).

Τέλος, η σημασία του χιούμορ στην ιατρική φροντίδα φαίνεται να μην επηρεάζεται σημαντικά από το φύλο του ασθενούς (p value = 0,300).

Σαν αποτέλεσμα, το φύλο δεν επηρεάζει σημαντικά την επικοινωνία με τον ιατρό παρά τις διαφορετικές απόψεις και προτιμήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Γ) Οικογενειακή κατάσταση

Η ανάλυση της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς βάσει της οικογενειακής κατάστασης αποκάλυψε διάφορες σημαντικές πτυχές.

Αρχικά, παρατηρήθηκε ότι η προτίμηση των ασθενών για πληροφορίες έναντι καθησυχασμού και η επιθυμία να ολοκληρώσουν γρήγορα την επίσκεψή τους στον γιατρό φαίνεται να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση (p values = 0,055 και 0,043 αντίστοιχα).

Επιπλέον, η αντίθεση των ασθενών με τον γιατρό τους φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με την οικογενειακή τους κατάσταση (p value = 0,079), ενώ η ανάγκη για αναλυτική εξήγηση της κατάστασης της υγείας φαίνεται να διαφέρει ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση με στατιστική σημαντικότητα (p value = 0,000).

Ταυτόχρονα, παρατηρείται ότι η προτίμηση για συνεργασία με τους ιατρούς και η αντίληψη περί ευθύνης του ιατρού φαίνεται να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών (p values = 0,006 και 0,000 αντίστοιχα).

Σαν αποτέλεσμα, η οικογενειακή κατάσταση παίζει σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία με τον ιατρό κατά τη διάρκεια της επίσκεψης και αυτό φαίνεται από τις χαμηλές τιμές p value σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας PPOS σε σχέση με τους υπόλοιπους δημογραφικούς παράγοντες.

Δ) Μόνιμη κατοικία

Η ανάλυση της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς βάσει της μόνιμης κατοικίας αποκάλυψε διάφορες σημαντικές πτυχές.

Αρχικά, παρατηρήθηκε ότι η αντίληψη σχετικά με το ποιος πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης δε διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ασθενών ανάλογα με τη μόνιμη κατοικία τους (p value = 0,925). Επίσης, η προτίμηση των ασθενών για πληροφορίες έναντι καθησυχασμού και η επιθυμία να ολοκληρώσουν γρήγορα την επίσκεψή τους στον ιατρό φαίνεται να μη διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τη μόνιμη κατοικία τους (p values = 0,391 και 0,845 αντίστοιχα).

Από την άλλη πλευρά, οι συχνές ερωτήσεις στον ιατρό παρά τη μηδενική νέα πληροφόρηση, η απόδοση ευθύνης στον επαγγελματία υγείας για οτιδήποτε συμβεί, η πεποίθηση ότι σημαντικό ρόλο έχουν οι ιατρικές γνώσεις και όχι η προσωπική σχέση ιατρού-ασθενούς και τέλος η σημασία της φυσικής εξέτασης σε μία επίσκεψη, έχουν αρκετά χαμηλό p value που δηλώνει τη στατιστικά σημαντική διαφορά αυτών των παραμέτρων με τη μόνιμη κατοικία των ασθενών.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις πτυχές, φαίνεται ότι η μόνιμη κατοικία δεν επηρεάζει σημαντικά τις απόψεις και τις προτιμήσεις των ασθενών σε σχέση με την ιατρική φροντίδα και την επικοινωνία με τους ιατρούς τους παρά μόνο σε κάποιες συγκεκριμένες περιπτώσεις.

Ε) Επίπεδο σπουδών

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι για πολλές από τις παραμέτρους, δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις απόψεις των ατόμων σε διαφορετικά επίπεδα σπουδών. Αυτό υποδεικνύει ότι οι πεποιθήσεις σχετικά με θέματα υγείας και ιατρικής φροντίδας είναι πιθανόν να είναι ανεξάρτητες από το επίπεδο εκπαίδευσης.

Ωστόσο, κάποια στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα προέκυψαν. Για παράδειγμα, η πεποίθηση ότι οι ασθενείς πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους σε μια ισότιμη σε ισχύ σχέση ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σχέση με άλλες παραμέτρους ($p = 0.043$). Αυτό υποδεικνύει ότι η αντίληψη αυτή μπορεί να επηρεάζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης.

Επιπλέον, υπήρξε σημαντική διαφορά στην άποψη ότι το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση ($p = 0.001$), υποδηλώνοντας ένα ενδεχόμενο προτιμώμενο προσανατολισμό προς την πρακτική πτυχή της ιατρικής φροντίδας. Τέλος, ο ρόλος της καταγωγής και των ιδιαιτεροτήτων στην πορεία της θεραπείας ($p = 0.006$) αλλά η συσχέτιση της διαφωνίας με τον ιατρό με μειωμένη εμπιστοσύνη ως προς αυτόν ($p = 0,007$) δηλώνουν σημαντικά στατιστική διαφορά ανάλογα το επίπεδο σπουδών.

ΣΤ) Επαγγελματική κατάσταση

Στα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι για πολλές από τις παραμέτρους που μελετήσαμε, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις απόψεις των ασθενών ανάλογα με την επαγγελματική τους κατάσταση. Αυτό υποδηλώνει ότι οι πεποιθήσεις σχετικά με την ιατρική φροντίδα ενδέχεται να είναι παρόμοιες ανεξάρτητα από το επάγγελμα.

Ωστόσο, υπάρχουν και στατιστικά σημαντικές διαφορές. Για παράδειγμα, παρατηρούμε ότι η πεποίθηση ότι η λεπτομερής εξήγηση της κατάστασης υγείας είναι συχνά προτιμότερη για τους ασθενείς είναι σημαντικά υψηλότερη σε σχέση με άλλες παραμέτρους ($p = 0.002$). Αυτό υποδεικνύει ότι η επαγγελματική κατάσταση μπορεί να επηρεάζει την αντίληψη των ατόμων ως προς την πληροφόρηση σχετικά με την υγεία τους.

Επιπλέον, παρατηρούμε σημαντική διαφορά στην άποψη ότι το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση ($p = 0.004$), υποδεικνύοντας πιθανή προτίμηση προς την πρακτική πτυχή της ιατρικής φροντίδας.

Τέλος, η ανάγκη για γρήγορη εξέταση και η πεποίθηση ότι ένας ιατρός με χαρακτηριστικά που προσεγγίζουν εύκολα και θετικά τον ασθενή έχει και περισσότερη επιτυχία, έχουν σημαντική διαφορά αναλόγως την επαγγελματική κατάσταση.

Συσχέτιση Pearson

Η Συσχέτιση Pearson είναι ένα στατιστικό μέτρο που χρησιμοποιείται για να μετρήσει το βαθμό στον οποίο δύο μεταβλητές σχετίζονται γραμμικά μεταξύ τους σε μια δεδομένη σειρά δειγμάτων. Είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα μέτρα συσχέτισης και κινείται σε ένα εύρος από

-1 έως +1, όπου μία τιμή που πλησιάζει το +1 υποδεικνύει θετική γραμμική συσχέτιση, μία τιμή που πλησιάζει το -1 υποδεικνύει αρνητική γραμμική συσχέτιση, ενώ μια τιμή κοντά στο 0 υποδεικνύει έλλειψη συσχέτισης. Η συσχέτιση Pearson είναι ευαίσθητη σε ακραίες τιμές και προϋποθέτει γραμμική σχέση μεταξύ των μεταβλητών.

Πίνακας 12: Η Συσχέτιση Pearson των δημογραφικών παραγόντων σε σχέση με τις γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που αφορούν τις διάφορες μετρήσεις υγείας.

Correlations				
	Η κατάσταση της υγείας σας είναι	Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας;	Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας;	Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη;
ΗΛΙΚΙΑ	-.348**	0.029	-0.144	-0.044
ΦΥΛΟ	0.011	-0.079	-0.147	0.198
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	-.272*	-.319**	-0.161	0.014
ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ	-0.017	0.041	0.164	-0.219
ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ	0.169	0.187	-0.054	0.147
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	-.272*	0.081	-0.156	0.000

Τα αποτελέσματα του πίνακα 12 αποτελούν συσχετίσεις Pearson (Pearson correlations) μεταξύ διαφόρων μεταβλητών, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η μόνιμη κατοικία, το επίπεδο σπουδών και η επαγγελματική κατάσταση, σε σχέση με τις γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που αφορούν τις διάφορες μετρήσεις υγείας.

Αναλύοντας τις συσχετίσεις με βάση τα παρεχόμενα δεδομένα:

Όσον αφορά την ηλικία, φαίνεται να υπάρχει μια μέτρια αρνητική συσχέτιση με την κατάσταση της υγείας (-0.348), υποδεικνύοντας ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία, τόσο χειρότερη μπορεί να είναι η κατάσταση της υγείας. Οι άλλες συσχετίσεις με τις μετρήσεις υγείας είναι πολύ μικρές και δεν είναι σημαντικές.

Δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των μετρήσεων υγείας.

Όσον αφορά την Οικογενειακή Κατάσταση, υπάρχει μια μέτρια αρνητική συσχέτιση με την κατάσταση υγείας και τον τρόπο που επικοινωνείτε με τον γιατρό σας (-0.272 και -0.319 αντίστοιχα), υποδεικνύοντας ότι όσο πιο χαμηλή είναι η οικογενειακή κατάσταση, τόσο πιο κακή μπορεί να είναι η υγεία και η επικοινωνία με τον γιατρό. Δεν υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις με τις υπόλοιπες μετρήσεις υγείας.

Δεν υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις με τις μετρήσεις υγείας σχετικά με την Μόνιμη Κατοικία και το Επίπεδο Σπουδών.

Όσον αφορά την Επαγγελματική Κατάσταση, υπάρχει μια μέτρια αρνητική συσχέτιση με την κατάσταση υγείας (-0.272), υποδεικνύοντας ότι η χαμηλή επαγγελματική κατάσταση μπορεί να συσχετίζεται με χειρότερη υγεία. Δεν υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις με τις υπόλοιπες μετρήσεις υγείας.

Πίνακας 13: Η Συσχέτιση Pearson των δημογραφικών παραγόντων σε σχέση με τις ομαδοποιημένες ερωτήσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή- «Patient-Physician Orientation Scale (PPOS)».

Correlations		
	ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΗΛΙΚΙΑ	-0.076	0.029
ΦΥΛΟ	0.094	0.086
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	-0.215	-.363**
ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ	0.036	0.114
ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ	0.053	0.160
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	0.008	0.170

Οι συσχετίσεις που παρατίθενται στον Πίνακα 13 αναφέρονται στη σχέση μεταξύ διαχείρισης υγείας και φροντίδας, σε σχέση με διάφορες μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η μόνιμη κατοικία, το επίπεδο σπουδών και η επαγγελματική κατάσταση.

Δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της διαχείρισης της υγείας (-0.076), ενώ υπάρχει μια πολύ μικρή θετική συσχέτιση με τη φροντίδα (0.029).

Υπάρχει μια μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της διαχείρισης της υγείας (0.094) και της φροντίδας (0.086), υποδεικνύοντας ότι οι γυναίκες ίσως έχουν μια κάποια τάση να ασχολούνται περισσότερο με την υγεία τους από τους άνδρες.

Υπάρχει μια μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της διαχείρισης της υγείας (-0.215), καθώς και μια πιο έντονη αρνητική συσχέτιση με τη φροντίδα

(-0.363), υποδεικνύοντας ότι τα άτομα πιθανώς που ζουν μόνα μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα στη διαχείριση της υγείας τους και τη φροντίδα τους.

Στις μεταβλητές Μόνιμη Κατοικία, Επίπεδο Σπουδών και Επαγγελματική Κατάσταση, δεν παρατηρούνται σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αυτών των μεταβλητών και της διαχείρισης της υγείας ή της φροντίδας, εκτός από μια μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και της φροντίδας (0.170), υποδεικνύοντας ίσως ότι άτομα με πιο σταθερή επαγγελματική κατάσταση είναι πιο προσεκτικοί ως προς τη φροντίδα της υγείας τους.

Πίνακας 14: Η Συσχέτιση Pearson των γενικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που αφορούν τις διάφορες μετρήσεις υγείας σε σχέση με τις ομαδοποιημένες ερωτήσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Ιατρού- Ασθενή- «Patient-Physician Orientation Scale (PPOS)».

Correlations				
	Η κατάσταση της υγείας σας είναι	Πόσο καλά θεωρείται ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας;	Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας;	Πως σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη;
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	-0.071	-.241*	-0.104	-0.066
ΦΡΟΝΤΙΔΑ	0.030	0.138	-0.106	-0.126

Οι συσχετίσεις που παρατίθενται στον Πίνακα 14 αναφέρονται στη σχέση μεταξύ διαχείρισης υγείας και φροντίδας, σε σχέση με τις διάφορες ερωτήσεις που αφορούν την υγεία ενός ατόμου.

Δεν παρατηρείται σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατάστασης υγείας και της διαχείρισης της υγείας (-0.071), ενώ υπάρχει μια μέτρια αρνητική συσχέτιση με την επικοινωνία με τον γιατρό (-0.241), υποδεικνύοντας ότι όσο χειρότερη είναι η διαχείριση της υγείας, τόσο πιο αρνητική μπορεί να είναι η επικοινωνία με τον γιατρό.

Δεν παρατηρείται σημαντική συσχέτιση μεταξύ της φροντίδας και της κατάστασης της υγείας (0.030), ενώ υπάρχει μια μικρή θετική συσχέτιση με τη φροντίδα και την επικοινωνία με τον γιατρό (0.138), υποδεικνύοντας ίσως ότι οι άνθρωποι που φροντίζουν περισσότερο για την υγεία τους είναι πιο πρόθυμοι να επικοινωνούν με τον γιατρό τους.

Πίνακας 15: Συνολικά αποτελέσματα του Σκορ των δύο κυρίων μεταβλητών της Κλίμακας Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή»- «Patient-Physician Orientation Scale (PPOS)»

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ
3.497778	3.917037

Βάσει των παραδοχών ότι η μεγαλύτερη τιμή στο σκορ αντιστοιχεί σε μεγαλύτερη ικανοποίηση, μπορούμε να αναλύσουμε τα παραπάνω δεδομένα ως εξής:

Για τη διαχείριση της υγείας, ο μέσος όρος του σκορ είναι 3.497778, ενώ για τη φροντίδα είναι 3.917037. Άρα, σύμφωνα με την αντίληψη της ικανοποίησης όπου μεγαλύτερη τιμή υποδεικνύει μεγαλύτερη ικανοποίηση, οι ασθενείς φαίνεται να εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση για τη φροντίδα σε σύγκριση με τη διαχείριση της υγείας.

Αποτελεί η προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή στρατηγική διαχείρισης του ασθενούς με μέγιστο σκοπό την ικανοποίησή του;

Η κατανόηση των δημογραφικών παραγόντων που επηρεάζουν τη δυναμική της επικοινωνίας, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα και το μορφωτικό υπόβαθρο, μπορεί να βοηθήσει τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να υιοθετήσουν μια ασθενοκεντρική προσέγγιση που ενισχύει την εμπιστοσύνη, την ενσυναίσθηση και την αμοιβαία κατανόηση. Ενώ η ηλικία, η οικογενειακή και η επαγγελματική κατάσταση αναδεικνύονται ως σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης των αποτελεσμάτων υγείας και των προτύπων επικοινωνίας, το φύλο, η μόνιμη κατοικία και η εκπαίδευση παρουσιάζουν πιο διαφοροποιημένες συσχετίσεις. Η αναγνώριση της πολύπλευρης φύσης αυτών των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών και ο αντίκτυπός τους στα αποτελέσματα υγείας μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη εξατομικευμένων παρεμβάσεων με στόχο την αντιμετώπιση συγκεκριμένων αναγκών και τον μετριασμό των ανισοτήτων. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της υιοθέτησης μιας ολιστικής και με επίκεντρο τον ασθενή προσέγγισης για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, με έντονη έμφαση στην αντιμετώπιση των διαφορετικών αναγκών και προτιμήσεων των ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικά δημογραφικά στρώματα.

Η αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού-ασθενούς είναι ζωτικής σημασίας για τη διευκόλυνση της κοινής λήψης αποφάσεων, την προώθηση της τήρησης των σχεδίων θεραπείας και την

ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των ανησυχιών των ασθενών. Ενώ η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αναφέρει θετικές εμπειρίες με τη συμπεριφορά και την επικοινωνία των ιατρών τους, εξακολουθούν να υπάρχουν αξιοσημείωτες διακυμάνσεις στην ποιότητα της επικοινωνίας και στα επίπεδα ικανοποίησης. Η αντιμετώπιση των διαφορών στις επικοινωνιακές εμπειρίες μεταξύ των διαφορετικών ομάδων απαιτεί παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας. Αναγνωρίζοντας και αντιμετωπίζοντας τις μοναδικές ανάγκες και προτιμήσεις των διαφορετικών δημογραφικών ομάδων, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να προσπαθήσουν να βελτιώσουν την ποιότητα της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς, συμβάλλοντας τελικά σε βελτιωμένα αποτελέσματα και επίπεδα ικανοποίησης ασθενών.

Τέλος, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν την παρεχόμενη φροντίδα ως πιο θετική ή ικανοποιητική σε σχέση με την επικοινωνία και τη διαχείριση της υγείας από την πλευρά τους. Αυτό ενδέχεται να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, η επικοινωνία με τον ιατρό και η ευαισθησία στις ανάγκες τους κατά τη διάρκεια της φροντίδας. Αυτά τα αποτελέσματα μπορούν να είναι χρήσιμα για την κατανόηση των προτιμήσεων και των αναγκών των ασθενών και μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η ιατρική φροντίδα και η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη σχετικά με την "Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης από την πλευρά του ασθενούς" παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και τις αντίστοιχες μετρήσεις υγείας τους. Αναλύοντας την κατανομή της ηλικίας, του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, της κατοικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης, της επαγγελματικής κατάστασης καθώς και των παραμέτρων που σχετίζονται με την υγεία, αποκτούμε μια ολοκληρωμένη κατανόηση των χαρακτηριστικών του δείγματος και τις πιθανές επιπτώσεις τους στην επικοινωνία ιατρού-ασθενούς.

Το δείγμα των συμμετεχόντων καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ηλικιών, με ένα σημαντικό ποσοστό να εμπίπτει στις ηλικιακές ομάδες 30 έως 40 ετών και άνω των 70 ετών. Αυτή η ποικιλομορφία στην ηλικιακή κατανομή αντανακλά τη συμπερίληψη τόσο των νεότερων ενηλίκων όσο και των ηλικιωμένων ατόμων, επιτρέποντας πληροφορίες σχετικά με τη δυναμική της επικοινωνίας σε διαφορετικά στάδια της ζωής. Επιπλέον, η αναλογία των φύλων αποκαλύπτει μια μικρή αύξηση προς τις γυναίκες συμμετέχουσες, αντικατοπτρίζοντας τις τάσεις που παρατηρούνται στη συμπεριφορά αναζήτησης υγειονομικής περίθαλψης, όπου οι γυναίκες συχνά τείνουν να είναι πιο ενεργητικές στη διαχείριση της υγείας τους.

Οι έγγαμοι αποτελούν το μεγαλύτερο τμήμα του δείγματος, ακολουθούμενοι από τους άγαμους συμμετέχοντες, υπογραμμίζοντας την πιθανή επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και τα πρότυπα επικοινωνίας. Επιπλέον, η κυριαρχία των κατοίκων των πόλεων υπογραμμίζει τη σημασία της εξέτασης γεωγραφικών παραγόντων στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, καθώς τα αστικά περιβάλλοντα μπορεί να προσφέρουν μεγαλύτερη και ευκολότερη πρόσβαση σε πόρους υγειονομικής περίθαλψης. Η κατανομή των επιπέδων εκπαίδευσης τονίζει περαιτέρω την ετερογένεια εντός του δείγματος, με ένα σημαντικό ποσοστό να έχει λάβει απολυτήριο λυκείου ή πτυχίο πανεπιστημίου, υποδηλώνοντας διαφορετικά επίπεδα παιδείας υγείας και ευαισθητοποίησης μεταξύ των συμμετεχόντων.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων εργάζεται, με ένα σημαντικό ποσοστό να είναι συνταξιούχοι, γεγονός που υποδηλώνει πιθανές διαφορές στις ανάγκες και τις προτεραιότητες που σχετίζονται με την υγεία μεταξύ εργαζομένων και συνταξιούχων. Επιπλέον, η κατανομή της κατάστασης της υγείας μεταξύ των συμμετεχόντων αποκαλύπτει μια κυρίως θετική

προοπτική, με την πλειοψηφία να αναφέρει πολύ καλή ή άριστη υγεία. Αυτή η αισιόδοξη αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας μπορεί να επηρεάσει τις αντιλήψεις για την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και την ικανοποίηση από την ιατρική περίθαλψη.

Τα δεδομένα που παρουσιάζονται στους Πίνακες της επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης ρίχνουν φως στην περίπλοκη σχέση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων και των διαφόρων πτυχών της διαχείρισης υγείας και περίθαλψης. Εξετάζοντας τις μέσες αξιολογήσεις και τις τυπικές αποκλίσεις σε διαφορετικές δημογραφικές κατηγορίες, μπορούμε να διακρίνουμε μοτίβα και πιθανούς παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα υγείας και την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς.

Η ηλικία των συμμετεχόντων παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των αντιλήψεών τους για την υγεία και τις αλληλεπιδράσεις ιατρού-ασθενούς. Συγκεκριμένα, τα νεότερα άτομα (ηλικίας 18-30) τείνουν να βαθμολογούν την κατάσταση της υγείας τους ελαφρώς υψηλότερα σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, γεγονός που θα μπορούσε να αποδοθεί στη συνολική καλύτερη υγεία και σε λιγότερες χρόνιες παθήσεις που συνήθως σχετίζονται με νεότερα δημογραφικά στοιχεία. Ωστόσο, η επικοινωνία με τον επαγγελματία υγείας φαίνεται να αξιολογείται πιο θετικά από άτομα ηλικίας 50 και 60 ετών, υποδηλώνοντας μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και προτιμήσεων επικοινωνίας ή εμπειριών υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, ο χρόνος της τελευταίας ιατρικής επίσκεψης ποικίλλει ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες, με τους μεγαλύτερους σε ηλικία συμμετέχοντες να υποδεικνύουν πιο συχνές επισκέψεις, πιθανώς λόγω των αυξημένων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης που σχετίζονται με τη γήρανση.

Οι διαφορές μεταξύ των φύλων εμφανίζονται στις αξιολογήσεις των συμμετεχόντων για την κατάσταση της υγείας και την επικοινωνία με τους ιατρούς. Ενώ άνδρες και γυναίκες αναφέρουν παρόμοιες μέσες αξιολογήσεις για την κατάσταση της υγείας τους, οι γυναίκες τείνουν να βαθμολογούν την επικοινωνία τους με τους γιατρούς ελαφρώς χαμηλότερα από τους άνδρες ίσως λόγω πιθανών ανισοτήτων. Επιπλέον, οι γυναίκες αναφέρουν ότι επισκέπτονται τους θεραπευτές λιγότερο συχνά σε σύγκριση με τους άνδρες, κάτι που θα μπορούσε να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως διαφοροποιημένες συμπεριφορές αναζήτησης υγειονομικής περίθαλψης ή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων για την υγεία και τις αλληλεπιδράσεις ιατρού-ασθενούς. Οι ελεύθεροι βαθμολογούν την κατάσταση της υγείας τους υψηλότερα από τους παντρεμένους, υποδηλώνοντας πιθανώς μια αίσθηση

αυτοδυναμίας, ανησυχώντας λιγότερο για την υγεία τους. Ωστόσο, οι παντρεμένοι συμμετέχοντες τείνουν να βαθμολογούν την επικοινωνία τους με τους ιατρούς ελαφρώς χαμηλότερα από τους ελεύθερους, υποδηλώνοντας πιθανές διαφορές στη λήψη αποφάσεων ή στα συστήματα υποστήριξης για την υγειονομική περίθαλψη. Τα διαζευγμένα και τα χήρα άτομα αναφέρουν διαφορετικές εμπειρίες, με τους χήρους συμμετέχοντες να αξιολογούν τη συμπεριφορά του ιατρού πιο ευνοϊκά σε σύγκριση με τα διαζευγμένα άτομα, αντανakλώντας πιθανώς τη συναισθηματική υποστήριξη που έλαβαν από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια δύσκολων μεταβάσεων ζωής.

Η μόνιμη διαμονή των συμμετεχόντων επηρεάζει επίσης τις αντιλήψεις τους για τις αλληλεπιδράσεις υγείας και υγειονομικής περίθαλψης. Οι κάτοικοι των πόλεων βαθμολογούν την κατάσταση της υγείας τους ελαφρώς χαμηλότερη από εκείνη των αγροτικών περιοχών, πιθανώς λόγω υψηλότερων επιπέδων στρες ή παραγόντων τρόπου ζωής που επικρατούν στα αστικά περιβάλλοντα. Ωστόσο, όσοι κατοικούν στο αστικό κέντρο τείνουν να αξιολογούν την επικοινωνία με τους ιατρούς πιο θετικά, υποδεικνύοντας δυνητικά καλύτερη πρόσβαση σε πόρους υγειονομικής περίθαλψης ή κανάλια επικοινωνίας.

Το επίπεδο εκπαίδευσης είναι καθοριστικός παράγοντας για την παιδεία στην υγεία και τις πρακτικές αυτοεξυπηρέτησης. Οι συμμετέχοντες με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο, όπως απόφοιτοι πανεπιστημίου ή μεταπτυχιακοί, τείνουν να αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους και την επικοινωνία με τους ιατρούς πιο θετικά σε σύγκριση με εκείνους με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Αυτό το εύρημα υπογραμμίζει το ρόλο της εκπαίδευσης στην ενδυνάμωση των ατόμων να υποστηρίζουν τις ανάγκες υγείας τους και να συμμετέχουν σε ουσιαστικό διάλογο με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, τα άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση επιδεικνύουν μεγαλύτερη προσκόλληση στις στρατηγικές διαχείρισης της υγείας, όπως αντικατοπτρίζεται στις αξιολογήσεις τους για τη φροντίδα και τη διαχείριση της υγείας.

Η επαγγελματική κατάσταση επηρεάζει τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων για τις πρακτικές διαχείρισης υγείας και φροντίδας. Οι εργαζόμενοι βαθμολογούν την κατάσταση της υγείας τους ελαφρώς υψηλότερα από τους συνταξιούχους, πιθανώς λόγω του ενεργού τρόπου ζωής που σχετίζεται με την απασχόληση. Ωστόσο, οι συνταξιούχοι τείνουν να βαθμολογούν την επικοινωνία τους με τους ιατρούς πιο θετικά, υποδηλώνοντας μεγαλύτερη έμφαση στη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή και στις ολιστικές εμπειρίες υγειονομικής περίθαλψης κατά τη συνταξιοδότηση. Επιπλέον, οι άνεργοι συμμετέχοντες αναφέρουν χαμηλότερες

βαθμολογίες για την κατάσταση της υγείας αλλά υψηλότερες βαθμολογίες για την περίθαλψη, υποδεικνύοντας πιθανές ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ή στα δίκτυα υποστήριξης μεταξύ των ανέργων.

Ο Πίνακας 11 παρέχει μια πληθώρα πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν από τα τεστ ANOVA και T, διερευνώντας τη σημασία διαφορετικών μεταβλητών όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η μόνιμη κατοικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και η επαγγελματική κατάσταση στον επηρεασμό των αποτελεσμάτων υγείας και των προτύπων επικοινωνίας.

Ενώ η ηλικία παρουσιάζει στατιστικά σημαντική επίδραση στην αντιληπτή κατάσταση της υγείας, με τα ηλικιωμένα άτομα να αναφέρουν χειρότερη υγεία, δεν επηρεάζει σημαντικά άλλα μέτρα υγείας όπως η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς, η διαχείριση της υγείας ή η φροντίδα που λαμβάνουν. Άρα ο ηλικιακός παράγοντας αναδεικνύει μια μέτρια αρνητική συσχέτιση με την κατάσταση της υγείας, τονίζοντας την ανάγκη για εξατομικευμένες παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης στον ηλικιωμένο πληθυσμό.

Σε αντίθεση με τις προσδοκίες, το φύλο δεν αναδεικνύεται ως σημαντικός καθοριστικός παράγοντας στις περισσότερες μετρήσεις υγείας, εκτός από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας κατά τις ιατρικές επισκέψεις. Αυτό υποδηλώνει ότι ενώ οι άνδρες και οι γυναίκες μπορεί να βιώσουν παρόμοια αποτελέσματα υγείας και εμπειρίες επικοινωνίας συνολικά, μπορεί να υπάρχουν λεπτές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τις αλληλεπιδράσεις τους με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Άρα η συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των συμπεριφορών υγείας υποδηλώνει πιθανές οδούς για παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης ευαίσθητες ως προς το φύλο για τη γεφύρωση πιθανών ανισοτήτων ώστε να διασφαλιστεί η δίκαιη παροχή υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να ασκεί σημαντική επιρροή στη δυναμική υγείας που αναφέρουν οι ασθενείς και στην επικοινωνία με τους ιατρούς και αναδεικνύεται ως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της διαχείρισης της υγείας και της φροντίδας. Τα άτομα που ζουν μόνα αναφέρουν χειρότερη κατάσταση υγείας και αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην αποτελεσματική επικοινωνία με τους θεραπευτές. Επιπλέον, η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει σημαντικά τη φροντίδα που λαμβάνεται, υπογραμμίζοντας τη σημασία των δομών κοινωνικής υποστήριξης για την προώθηση καλύτερων αποτελεσμάτων υγείας. Οι παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης προσαρμοσμένες για να καλύψουν τις μοναδικές

ανάγκες των ατόμων με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση θα μπορούσαν ενδεχομένως να βελτιώσουν τις συνολικές εμπειρίες υγείας και επικοινωνίας.

Είναι ενδιαφέρον ότι η μόνιμη κατοικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και η επαγγελματική κατάσταση δεν παρουσιάζουν σημαντικές συσχετίσεις με τις περισσότερες μετρήσεις υγείας. Ενώ αυτοί οι παράγοντες μπορεί να παίζουν ρόλο στη διαμόρφωση ατομικών συμπεριφορών υγείας και πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ο άμεσος αντίκτυπός τους στα αποτελέσματα υγείας και στην επικοινωνία ιατρού-ασθενούς φαίνεται να είναι περιορισμένος. Ωστόσο, η επαγγελματική κατάσταση επηρεάζει τον χρόνο των ιατρικών επισκέψεων και την ποιότητα της λαμβανόμενης περίθαλψης, υποδεικνύοντας την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης με βάση το καθεστώς απασχόλησης.

Όπως αναφέρθηκε και στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που συμβάλουν στη στάση των ασθενών αναλόγως τις προσδοκίες που έχουν από τον ιατρό τους σε σχέση με την πληροφόρηση, την ενεργό συμμετοχή και τη συμπαράσταση. Μελέτη της κ. Τσίμτσιου έχει δείξει σύνδεση μεταξύ διαφόρων δημογραφικών στοιχείων και της επικοινωνίας ασθενούς με τον επαγγελματία υγείας. Συγκεκριμένα, απέδειξε ότι το φύλο δε σχετίζεται με συμπεριφορές υγείας, παρότι οι γυναίκες αποζητούν τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή στην καθημερινότητά τους. Ηλικιωμένα άτομα και ασθενείς με υψηλό επίπεδο μόρφωσης αλλά και κοινωνικής υποστήριξης έχουν μεγαλύτερη επιθυμία για ασθενοκεντρική προσέγγιση από τον ιατρό τους ενώ νεότερα άτομα, άτομα με περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης αλλά και όσοι αναφέρουν κακή κατάσταση υγείας συνδέονται με τη συνεχή αναζήτηση πληροφοριών και τη σωστή ενημέρωση (Tsimtsiou et al, 2014).

Το ασθενοκεντρικό μοντέλο επικοινωνίας αποτελεί την πιο αποτελεσματική προσέγγιση για αυξημένη ποιότητα φροντίδας υγείας και περίθαλψης αφού περιλαμβάνει μία δυνατή θεραπευτική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς που εστιάζει στη θεραπεία της ασθένειας αναλύοντας όλες τις πτυχές της, κοινωνικές και σωματικές με στόχο την αντιμετώπιση διαφορετικών αναγκών. Έχει αποδειχτεί ότι η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή οδηγεί σε μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών (Mc Cabe & Healey, 2018) αφού βασίζεται σε τρία κύρια στοιχεία αποτελεσματικής επικοινωνίας, στη δημιουργία προσωπικής επαφής, στην εμπιστοσύνη του ασθενούς μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών και στην από κοινού λήψη αποφάσεων (Ναούμ, 2018).

6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Βασιζόμενοι στα θεμέλια της υπάρχουσας έρευνας για την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς κατά τις ιατρικές επισκέψεις, υπάρχουν αρκετοί δρόμοι για μελλοντική διερεύνηση. Ενώ η υπάρχουσα μελέτη παρέχει πολύτιμες ποσοτικές γνώσεις, η διεξαγωγή ποιοτικών συνεντεύξεων ή ομάδων εστίασης με ασθενείς θα μπορούσε να προσφέρει μια βαθύτερη κατανόηση της δυναμικής της επικοινωνίας κατά τις ιατρικές επισκέψεις. Αυτή η ποιοτική προσέγγιση θα μπορούσε να αποκαλύψει αποχρώσεις στις εμπειρίες, τις αντιλήψεις και τις προτιμήσεις των ασθενών σχετικά με τα στυλ και το περιεχόμενο επικοινωνίας.

Στο πλαίσιο αυτό θα μπορούσε να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της ποιότητας της επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενών και των επιπτώσεών της στα αποτελέσματα της υγείας. Αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει διαχρονικές μελέτες για την αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο τα διαφορετικά στυλ επικοινωνίας επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών στα σχέδια θεραπείας, τις συμπεριφορές υγείας και, τελικά, τα αποτελέσματα υγείας, όπως τα ποσοστά ανάκαμψης ή η διαχείριση της νόσου.

Ένα άλλο ενδιαφέρον σημείο είναι πώς το πολιτισμικό υπόβαθρο και η γλωσσική ποικιλομορφία επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι πολιτισμικοί κανόνες, οι πεποιθήσεις και τα γλωσσικά εμπόδια επηρεάζουν την επικοινωνία μπορεί να βοηθήσει στη προσαρμογή των στρατηγικών επικοινωνίας για την καλύτερη κάλυψη των αναγκών διαφορετικών πληθυσμών ασθενών.

Ένα σημαντικό στοιχείο αποτελεί και η τεχνολογία η οποία επηρεάζει την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς με την αυξανόμενη χρήση της τηλεϊατρικής και των εφαρμογών που σχετίζονται με την υγεία. Αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει την εξέταση της αποτελεσματικότητας των πλατφορμών εικονικής επικοινωνίας, την ενσωμάτωση εργαλείων πολυμέσων για την εκπαίδευση των ασθενών και τον ρόλο της ψηφιακής επικοινωνίας στην προώθηση της δέσμευσης και της ενδυνάμωσης των ασθενών.

Επίσης, θα μπορούσε να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων κατάρτισης δεξιοτήτων επικοινωνίας για παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και να αξιολογηθεί το αντίκτυπο μιας τέτοιας εκπαίδευσης στη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, στην εμπιστοσύνη στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και στα αποτελέσματα που αναφέρονται από τους ασθενείς. Επιπλέον, καινοτόμες προσεγγίσεις για την ενσωμάτωση της

εκπαίδευσης δεξιοτήτων επικοινωνίας στα προγράμματα σπουδών ιατρικής εκπαίδευσης αποτελούν σημαντική πτυχή για μέγιστη επικοινωνιακή κάλυψη του ασθενούς.

Ενδιαφέρον έχει και η διερεύνηση της εφαρμογής και της αποτελεσματικότητας των μοντέλων επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή στην ιατρική πράξη, μέσα από τη σύγκριση με τα παραδοσιακά πατερναλιστικά μοντέλα επικοινωνίας, με προσεγγίσεις που δίνουν έμφαση στην κοινή λήψη αποφάσεων, την ενσυναίσθηση και τη συνεργασία. Έτσι, μπορεί να αξιολογηθεί πώς τα διαφορετικά μοντέλα επικοινωνίας επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, την εμπιστοσύνη και τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης.

Σημαντικός είναι ο εντοπισμός και η αντιμετώπιση φραγμών στην αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ γιατρών και ασθενών. Αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει οργανωτικά εμπόδια στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, όπως χρονικούς περιορισμούς κατά τις ιατρικές επισκέψεις, καθώς και μεμονωμένα εμπόδια που σχετίζονται με τις επικοινωνιακές δεξιότητες, τις στάσεις και τις προκαταλήψεις του παρόχου.

Εμβαθύνοντας βαθύτερα σε αυτούς τους τομείς έρευνας, κάθε μελλοντική έρευνα μπορεί να βελτιώσει περαιτέρω την κατανόησή μας για την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και να συμβάλει στην ανάπτυξη πρακτικών υγειονομικής περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή.

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- Ανδριοπούλου Μ., Μάνος Α., Δαλαμάγκα Δ., Χάρος Δ., 2020: Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην αλληλεπίδραση της σχέσης ασθενών-ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(5):625-630
- Βενιού Α., Τεντολούρης Ν., 2013: Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(5):613-618
- Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ., *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*, Πάτρα 1999
- Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών (Ι.Σ.Α.): *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας*, Νόμος 3418/2005
- Καδδά Ο., 2021: Παροχή φροντίδας επικεντρωμένη στον ασθενή, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 20, Τεύχος 3 (Ιούλιος–Σεπτέμβριος 2021), σελ.255-257
- Ναούμ Σ., 2018: Επικοινωνία γιατρού-ασθενούς: Οφέλη, προβλήματα και στρατηγικές βελτίωσης, *Επιστημονικά Χρονικά* 23(3): 265-275
- Πετρέλης Μ., 2022: Η επικοινωνία ασθενή-ιατρού και οι διαστάσεις της, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 21, Τεύχος 4 (Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2022)
- Σαραντοπούλου Ζ., 2017: Η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών για την αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας. Η έννοια της ενσυναίσθησης, *Επιστημονικά Χρονικά* 22(3): 238-246
- Τσίμτσιου Ζ., Παπαχαρίτου Σ., Κάντζιου Μ., Χατζηχρήστου Δ., Krupat, E. (2005): Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS): Προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα και στάθμιση μιας κλίμακας αντιλήψεων για τη σχέση ιατρού-ασθενή. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 17(4)

- Τσίμτσιου Ζ., Κάλτσος Κ., 2011: Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και ιατρικά λάθη Ο ρόλος της ανθρωποκεντρικής Ιατρικής στη μείωση των αντιδικιών, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 28(2):272-276
- Τσουνής Α., Σαράφης Π., 2014: Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 31(5):534-540

Ξένη βιβλιογραφία

- Ardenghi, S., Rampoldi, G., Pepe, A., Bani, M., Gritti, P., & Strepparava, M. G. (2020). Assessing patient-centeredness among medical students: The Italian translation and validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale. *BPA-Applied Psychology Bulletin* (Bollettino di Psicologia Applicata), 68(288).
- Chipidza F., Wallwork R., Stern T., 2015: Impact of the Doctor-Patient Relationship, *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 2015, 17(5): 10.4088/PCC.15f01840
- Derksen F., Bensing J., Lagro-Janssen A., 2013: Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review, *British Journal of General Practice*, 2013 Jan, 63(606): e76–e84
- DiMatteo M., Martin L., 2002: *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*, Κεφάλαιο 2: Η διαδικασία παροχής ιατρικής φροντίδας, Κεφάλαιο 3: Η επικοινωνία στο πλαίσιο της συνάντησης ιατρού-ασθενούς, Κεφάλαιο 7: Η Διεργασία της Ασθένειας, Κεφάλαιο 9: Ψυχολογικές Διεργασίες, Στρες και Ασθένεια
- Eby D., 2018: Empathy in general practice: its meaning for patients and doctors, *British Journal of General Practice*, 2018 Sep, 68(674): 412–413
- Elayyan M., Rankin J., Chaarani, 2018: Factors affecting empathetic patient care behaviour among medical doctors and nurses: an integrative literature review, *Eastern Mediterranean Health Journal* 24(3):311–318

- Field, A. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. SAGE Publications Limited
- Firdous J., Hiba S., 2019: Good Communication between Doctor-Patient Improves Health Outcome, *European Journal of Medical and Health Sciences* Vol. 1, No. 4, October 2019
- Fong Ha J., Longnecker N., 2010: Doctor-Patient Communication: A Review, *The Ochsner Journal*, 2010 Spring, 10(1): 38–43
- Goold S., Lipkin M., 1999: The Doctor–Patient Relationship: Challenges, Opportunities, and Strategies, *Journal of General Internal Medicine*, 1999 Jan, 14(Suppl 1): S26–S33
- Kaba R., Sooriakumaran P., 2007: The evolution of the doctor-patient relationship, *International Journal of Surgery*, Volume 5, Issue 1, February 2007, Pages 57-65
- Knorring J., Lehti A., Fahlstorm M., Semb O., 2022: Empathy as a silent art-A doctor’s daily balancing act: A qualitative study of senior doctors’ experiences of empathy, *Plos One*, 17(12): e0277474, December 15
- Lussier M., Richard C., 2007: Feeling understood: Expression of empathy during medical consultations, *Canadian Family Physician*, April 2007, 53 (4): 640-641
- Mc Cabe R., Healey P., 2018: Miscommunication in Doctor–Patient Communication, *Topics in Cognitive Science*, Volume 10, Issue 2, 409-424
- Mohajan, H. K. (2020). Quantitative research: A successful investigation in natural and social sciences. *Journal of Economic Development, Environment and People*, 9(4), 50-79.
- Prusti S., Dash M., Singh R., Pattanayak S., Choudhury S., 2022: Non-Verbal Cues in Physician-Patient Communication, *International Journal of Innovative Research in Engineering & Management (IJIREM)*, Volume-9, Issue-2, April 2022, Article ID IJIRD-1164, Pages 91-94

- Qing W., Zheyu J., Wang P., 2021: The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust, *Journal of General Internal Medicine* 37(6), p.1388–1393
- Ridd M. et al, 2009: The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives, *British Journal of General Practice*, 59 (561): e116-e133
- Silverman J., Kinnersley P., 2010: Doctors'non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer, *British Journal of General Practice*, 2010 Feb 1, 60(571): 76–78
- Steiner-Hofbauer V., Schrank B., Holzinger A., 2018: What is a good doctor?, *Wien Med Wochensh*, 168:398–405
- Stepien K., Baernstein A., 2006: Educating for Empathy, *Journal of General Internal Medicine*, 2006 May, 21(5): 524–530
- Swastika Ch., Masoud M., 2021: Doctor–Patient Communication in Primary Health Care: A Mixed-Method Study in Fiji, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7548
- Tsimtsiou Z. et al, 2007: Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey, *Patient-centred medical education*: 41: 146–153
- Tsimtsiou Z. et al, 2012: Predictors of Physicians' Attitudes Toward Sharing Information With Patients and Addressing Psychosocial Needs: A Cross-Sectional Study in Greece, *Health Communication*, 27: 257–263
- Tsimtsiou Z., Kirana P., Hatzichristou D., 2014: Determinants of patients' attitudes toward patient-centered care: A cross-sectional study in Greece, *Patient Education and Counseling* 97, 391-395

8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στη μελέτη

Αγαπητέ/ή,

Καλείστε να συμμετάσχετε στη μελέτη που διεξάγεται στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Τμήματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, με θέμα **«Η επικοινωνία μεταξύ ιατρού-ασθενούς κατά τη διάρκεια μίας ιατρικής επίσκεψης από τη πλευρά του ασθενούς»** και αποτελεί τη διπλωματική μου εργασία με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κυρία Φλωρά Αικατερίνη.

Σκοπός της εν λόγω μελέτης είναι να διερευνηθεί και να καταγραφεί αν ικανοποιούνται οι ασθενείς από τη στάση και τη συμπεριφορά των ιδιωτικών ιατρών κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης. Θα γίνει ανάλυση στα προβλήματα επικοινωνίας που προκύπτουν στη σχέση ιατρού-ασθενούς αλλά και στα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας που απαιτούνται για να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών. Η καταγραφή των αντιλήψεων των ασθενών θα συμβάλει στη καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που δημιουργούν εμπόδια στην επικοινωνία με τους ιατρούς.

Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική. Οι πληροφορίες που θα παρέχεται θα είναι **αυστηρά απόρρητες** και θα τηρηθεί **ανωνυμία**.

Η συμμετοχή σας είναι πολύ σημαντική για την ολοκλήρωση της μελέτης. Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το πολύτιμο χρόνο σας.

Παρακαλώ σημειώστε με ένα Χ εάν δέχεστε ή όχι να συμμετάσχετε στη μελέτη.

☐ Δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη

☐ Δεν δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη

Ονοματεπώνυμο

Γκολομάζου Δήμητρα

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια ΕΑΠ

Δημογραφικά – Γενικά Ερωτήματα

1) Ηλικία:

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> 18-30 ετών | <input type="radio"/> 30-40 ετών | <input type="radio"/> 40-50 ετών |
| <input type="radio"/> 50-60 ετών | <input type="radio"/> 60-70 ετών | <input type="radio"/> 70 ετών και άνω |

2) Φύλο:

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Άνδρας | <input type="radio"/> Γυναίκα |
|------------------------------|-------------------------------|

3) Οικογενειακή κατάσταση:

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Άγαμος/η | <input type="radio"/> Διαζευγμένος/η | <input type="radio"/> Άλλο |
| <input type="radio"/> Έγγαμος/η | <input type="radio"/> Χήρος/α | |

4) Η μόνιμη κατοικία σας είναι:

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Αστικό κέντρο | <input type="radio"/> Επαρχία | <input type="radio"/> Χωριό |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|

5) Το επίπεδο των σπουδών σας είναι:

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Δημοτικό | <input type="radio"/> Λύκειο | <input type="radio"/> ΑΕΙ |
| <input type="radio"/> Γυμνάσιο | <input type="radio"/> ΑΤΕΙ | <input type="radio"/> Μεταπτυχιακό |

6) Επαγγελματική κατάσταση:

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Εργαζόμενος | <input type="radio"/> Οικιακά | <input type="radio"/> Εισοδηματίας |
| <input type="radio"/> Άνεργος | <input type="radio"/> Φοιτητής | <input type="radio"/> Άλλο |
| <input type="radio"/> Μερική Απασχόληση | <input type="radio"/> Συνταξιούχος | |

7) Η κατάσταση της υγείας σας είναι:

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Πολύ κακή | <input type="radio"/> Μέτρια | <input type="radio"/> Πολύ καλή |
| <input type="radio"/> Κακή | <input type="radio"/> Καλά | <input type="radio"/> Άριστη |

8) Πόσο καλά θεωρείτε ότι επικοινωνείτε με τον γιατρό σας:

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Πολύ κακά | <input type="radio"/> Μέτρια | <input type="radio"/> Πολύ καλά |
| <input type="radio"/> Κακά | <input type="radio"/> Καλά | <input type="radio"/> Άριστα |

9) Πότε ήταν η τελευταία ιατρική επίσκεψη στον γιατρό σας:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Εντός ενός μηνός | <input type="radio"/> Εντός δύο μηνών | <input type="radio"/> Εντός τριών μηνών |
|--|---------------------------------------|---|

10) Πώς σας συμπεριφέρθηκε ο γιατρός σας στην τελευταία σας ιατρική επίσκεψη:

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Πολύ κακά | <input type="radio"/> Μέτρια | <input type="radio"/> Πολύ καλά |
| <input type="radio"/> Κακά | <input type="radio"/> Καλά | <input type="radio"/> Άριστα |

Ακολουθεί μια σειρά απόψεων για τη σχέση ιατρού-ασθενή. Διαβάστε τις προσεκτικά και σημειώστε δίπλα σε κάθε μια τον βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε.
Παρακαλείστε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις.

Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή/Patient-Physician Orientation Scale (PPOS)

Ερώτηση	Απάντηση					
	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ εν Μέρει	Συμφωνώ εν Μέρει	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Απόλυτα
1) Ο γιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Αν και στη Ιατρική Φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση γιατρού-ασθενή, αυτό έχει μικρή σημασία σε σχέση με τα επιτεύγματα της Ιατρικής.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Όταν οι γιατροί κάνουν προσωπικές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως παραβιάζουν την προσωπική ζωή του.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Εάν οι γιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία, δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στον γιατρό τους ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, μέσα σε μία ισότιμη σε ισχύ σχέση.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ερώτηση	Απάντηση					
	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ εν Μέρει	Συμφωνώ εν Μέρει	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Απόλυτα
10) Οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθυσχασμό παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον γιατρό τους, αυτό αποτελεί δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική αν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στο γιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Ο ασθενής θα πρέπει πάντα να έχει στο μυαλό του πως ο γιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Η γνώση της καταγωγής και των ιδιοτεροτήτων του τρόπου ζωής ενός ασθενή δεν είναι απαραίτητη, προκειμένου να θεραπευτεί η ασθένειά του.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Το χιούμορ στο γιατρό είναι πολύτιμο εργαλείο, όταν προσεγγίζει έναν ασθενή θεραπευτικά.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ΑΔΕΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ



Tet 1/11/2023 7:47 μμ

Zoi Tsimtsiou <zointsimsiou@yahoo.gr>

Re: Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου της κλίμακας εκτίμησης προσανατολισμού ιατρού-ασθενή (PPOS)

Προς DEM GLMZ

Μήνυμα P29_Med Educ (2007).pdf (160 KB) P23_HealthCommunication (2012).pdf (86 KB) P16_PEC (2014)_patients on patient-centered care.pdf (297 KB) GP_8_PPOS.pdf (4 MB)

Καλησπέρα Δημήτρη.

Έχεις την άδεια μου να χρησιμοποιήσεις την Ελληνική μετάφραση. Θα πρέπει ωστόσο να ζητήσεις έγκριση και από τον αμερικανο δημιουργό του Ed Krupat. (ed_krupat@hms.harvard.edu)

Επισυναπτι αβέρο που το έχουν χρησιμοποιήσει στην Ελλάδα και είναι καλο να αναφέρεις στη διπλωματική σου και και το αβέρο που σου ευχαμαι να ακολουθήσει.

Καλή συνέχεια.

Z. Τσιμτσίου

Αν. Καθγήτρια Υγιεινής, Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
Διευθύντρια ΠΜΣ Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Πολύτητα στη Φροντίδα Υγείας
Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ

Στις Τρίτη 31 Οκτωβρίου 2023 στις 06:13:38 μ.μ. EET, ο χρήστης DEM GLMZ <dimitragolomazou@hotmail.com> έγραψε:

Καλησπέρα σας κ. Τσιμτσίου. Ονομάζομαι Γκολομάζου Δημήτρα και είμαι πτυχιούχος Φαρμακευτικής. Αυτή την στιγμή κάνω το μεταπτυχιακό μου στο ΕΑΠ με την ονομασία Διεύθυνση Μονάδων Υγείας και βρίσκομαι στο τελευταίο έτος. Θα ήθελα την έγκρισή σας ώστε να κάνω χρήση της ελληνικής μετάφρασης του PPOS στη διπλωματική μου εργασία με τίτλο: Η επικοινωνία ιατρού και ασθενή κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης από την πλευρά του ασθενούς. Θα χαρώ πολύ για την θετική σας απάντηση. Ευχαριστώ εκ των προτέρων.

Sent from [Mail](#) for Windows

Re: Permission to use PPOS

① Απαντήσατε στις Tet 8/11/2023 1:08 μ.μ.



ed_krupat<edkrupat@gmail.com>

Προς: Εσείς

Απάντηση Απάντηση σε όλους Προώθηση

Δευ 6/11/2023 11:25 μ.μ.

I am pleased to give you permission to use the PPOS in your work.
Ed Krupat

On Mon, Nov 6, 2023 at 8:27 AM DEM GLMZ <DIMITRAGOLOMAZOU@hotmail.com> wrote:

Dear Mr Krupat,

My name is Gkolomazou Dimitra and I am a postgraduate student of Hellenic Open University. My research work is entitled "Communication between doctor and patient during a medical visit from the patient's side" and I would like you to give me your permission to use the patient/physician orientation scale (PPOS) in my study. Mrs Tsimtsiou has already gave me her permission to use the greek translation of PPOS, so I would be very grateful if you would allow me to do so.

I look forward to hearing from you soon. Thank you in advance.

Sent from [Mail](#) for Windows

Απάντηση Προώθηση