

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Διοίκηση Μονάδων Υγείας

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Σχέσεις και Μοντέλα Επικοινωνίας Ιατρών-Ασθενών: Μέτρηση Αντιλήψεων-Πεποιθήσεων Άνθρωπο-Ασθενοκεντρικής Επικοινωνίας σε Γενικό Νοσοκομείο»

Όνομα Φοιτήτριας: Γαστεράτου Φωτεινή

ΑΜ:148357

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ Τριγώνη Μαρία

ΠΑΤΡΑ 2024

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

«Σχέσεις και Μοντέλα Επικοινωνίας Ιατρών-Ασθενών: Μέτρηση Αντιλήψεων-Πεποιθήσεων Άνθρωπο-Ασθενοκεντρικής Επικοινωνίας σε Γενικό Νοσοκομείο»

Όνομα Φοιτήτριας: Γαστεράτου Φωτεινή

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

«Τριγώνη Μαρία»

«Σύμβουλος Καθηγήτρια Ε.Α.Π»

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

«Μπελλάλη Θάλεια»

«Σύμβουλος Καθηγήτρια Ε.Α.Π»

Περίληψη

Εισαγωγή: Η σχέση ιατρού-ασθενούς διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην οργάνωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και δεδομένου ότι είναι μια μορφή επικοινωνίας, απαιτεί ηθικές, φιλοσοφικές, ψυχολογικές και κοινωνιολογικές εκτιμήσεις. Τα μοντέλα της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς έχουν εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου μέσω της βελτίωσης των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των παρόχων υπηρεσιών υγείας με σκοπό την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών.

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις ιατρών και ασθενών αναφορικά με την ανθρωπο-ασθενοκεντρική επικοινωνία στο Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας "Η Παμμακάριστος" καθώς και η συσχέτιση τους με τους δημογραφικούς παράγοντες.

Μεθοδολογία: Διεξήχθη συγχρονική μελέτη όπου συμμετείχαν 60 ιατροί (μόνιμοι και ειδικευόμενοι) και 70 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονταν στη Παθολογική, Χειρουργική, Καρδιολογική, Νευρολογική και ΩΡΛ κλινική του Νοσοκομείου Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος» την περίοδο Φεβρουαρίου 2024. Ελήφθησαν οι απαιτούμενες άδειες προκειμένου να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια από τους ιατρούς και τους ασθενείς. Τα ερωτηματολόγια αποτελούνται από 2 ενότητες: α) η πρώτη μελετά τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και β) η δεύτερη ενότητα περιέχει την κλίμακα «Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενούς (PPOS) του mr.Edwart Krupat. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS v.25, όπου υπολογίσθηκαν συχνότητες, ποσοστά, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις..

Αποτελέσματα: Από την έρευνα προκύπτει ότι οι ιατροί με υψηλότερο επίπεδο σπουδών έχουν πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση με τιμή συσχέτισης $r=0,287$ ($p=0,026$).

Επιπλέον, οι ιατροί με τιμή συσχέτισης 4,87 πιστεύουν ότι ο ιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη και πρέπει να παίρνει αποφάσεις. Συνεπώς, προκύπτει ότι οι ιατροί συμφωνούν πως ο ασθενής δεν πρέπει να έχει άμεση συμμετοχή στην διαχείριση της υγείας τους με τιμή συσχέτισης (4,01). Σχετικά με τους ασθενείς παρατηρείται πως άνω του μετρίου βρίσκεται το επίπεδο μη συμμετοχής του ασθενή στην διαχείριση της υγείας με ποσοστό μέσου όρου (3,85). Επιπλέον, χαμηλό είναι το επίπεδο της

κλίμακας θεραπείας με κέντρο την φροντίδα και την ίαση του ασθενή σε ποσοστό μέσου όρου μόλις (2,0). Σε σχέση με το φύλο φάνηκε πως οι γυναίκες ασθενείς υποστηρίζουν σε υψηλότερο επίπεδο την θεραπεία με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή με τιμή συσχέτισης (4,01) και οι άνδρες την μη συμμετοχή του ασθενή στην διαχείριση της υγείας με τιμή συσχέτισης (2,42).

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι η βάση της φροντίδας του ιατρού εξαρτάται από την καλή σχέση και επικοινωνία, έτσι ώστε οι πληροφορίες να μπορούν να ρέουν μεταξύ γιατρού και ασθενή. Συμπερασματικά μπορεί να αναφερθεί ότι η βασικότερη επισήμανση ως μελλοντική πρόταση είναι οι ενέργειες ενδυνάμωσης της εμπιστοσύνης σε όλους τους τομείς της σχέσης ιατρού-ασθενούς που είναι ένας κρίσιμος παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την επικοινωνία μεταξύ των δύο μερών.

Λέξεις κλειδιά: ενδυνάμωση, εμπιστοσύνη, ασθενείς, ιατροί, ανθρωπο-ασθενοκεντρική επικοινωνία

Abstract

Introduction: The doctor-patient relationship plays an essential role in the organization of the health care system and since it is a form of communication, it requires ethical, philosophical, psychological and sociological considerations. Models of doctor-patient communication have evolved over time through improving the communication skills of healthcare providers in order to increase patient satisfaction.

Purpose: The purpose of the study is to investigate the perceptions and beliefs of doctors and patients regarding human-patient-centered communication at the Divine Providence Hospital "Pammakaristos" as well as their correlation with demographic factors.

Methodology: A cross-sectional study was conducted involving 60 doctors (residents and specialists) and 70 patients who were hospitalized in the Pathology, Neurology, Cardiology, Neurology and ENT clinic of the Divine Providence Hospital "Pammakaristos" during the period of February 2024. The required permits were obtained in order to fill in the questionnaires from the doctors and the patients. The questionnaires consist of 2 sections: a) the first studies the demographic and work characteristics of the respondents and b) the second section contains the "Physician-Patient Orientation Assessment (PPOS) scale by mr.Edwart Krupat. The statistical analysis was performed with the statistical package SPSS v.25, where frequencies, percentages, means and standard deviations were calculated.

Results: The research shows that doctors with a higher level of education have a more anthropocentric approach with a correlation value of $r=0,287$ ($p=0,026$). In addition, physicians with a correlation value of 4,87 believe that the physician is the one who has the responsibility and should make decisions. Therefore, it follows that the doctors agree that the patient should not have direct participation in the management of their health with a correlation value (4,01). Regarding patients, it is observed that the level of patient non-participation in health management is above average with an average percentage (3,85). In addition, the level of the scale of treatment centered on the care and healing of the patient is low at an average rate of only (2,0). In relation to gender, it was seen that female patients support at a higher level the treatment centered on the

care-healing of the patient with a correlation value (4,01) and men the non-participation of the patient in health management with a correlation value (2,42).

Conclusions: It appears that the basis of physician care depends on good rapport and communication so that information can flow between physician and patient. In conclusion, it can be stated that the most basic indication as a future proposal is the actions to strengthen trust in all areas of the doctor-patient relationship which is a critical factor that affects the communication between the two parties.

Key words: empowerment, trust, patients, doctors, human-patient-centered communication

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<i>Εισαγωγή</i>	<i>11</i>
<i>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i>	<i>12</i>
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Θεωρητικές Προσεγγίσεις στη σχέση Ιατρού- ασθενούς</i>	<i>12</i>
1. 1. Ιστορική αναδρομή στη σχέση ιατρού- ασθενούς	12
1. 2. Σχέσεις μεταξύ Ιατρών και ασθενών	13
1. 3 Θεωρητικές προσεγγίσεις -Μοντέλα σχέσης ιατρού ασθενούς	14
1. 3. 1 Παραδοσιακά μοντέλα επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενών	16
1. 3. 2 Προσέγγιση κατά «Szasz και Hollender»	18
1. 3. 3 Προσέγγιση κατά Ballard & Reisch	19
1. 3. 4 Προσέγγιση κατά Roter & Hall	19
1. 3. 5 Προσέγγιση κατά Roter, Steward, Putnam, Lipkin, Stiles & Inui.	20
1. 3. 6 Λοιπά μοντέλα επικοινωνίας ιατρών-ασθενών	21
1. 4 Η Φιλοσοφική Ουσία της Σχέσης Ιατρού-Ασθενούς	25
1. 5 Ηθικές απαιτήσεις	26
1. 6 Έννοιες της φαινομενολογίας	27
1. 7 Η Ψυχολογική Ουσία της Σχέσης Ιατρού-Ασθενούς	27
1. 8 Η Κοινωνιολογική Ουσία της Σχέσης Ιατρού-Ασθενούς	29
1. 8. 1 Ενόργανη Δράση	29
1. 8. 2 Επικοινωνιακή Δράση	29
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η έννοια της Επικοινωνίας στις θεραπευτικές σχέσεις</i>	<i>32</i>
2. 1. Η έννοια της επικοινωνίας	32
2. 2 Η επικοινωνία στις Θεραπευτικές σχέσεις	34
2. 3. Η ενσυναισθηματική επικοινωνία στην κλινική πράξη	41
2. 4. Μελέτες συμβολής στην υγεία των «ασθενοκεντρικών» επικοινωνιακών Σχέσεων	42
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ανθρωποκεντρική Προσέγγιση ασθενών και επικοινωνιακές σχέσεις</i>	<i>45</i>
3. 1. Η βιοιατρική – ιατροκεντρική προσέγγιση στη Θεραπευτική Σχέση	45

3. 2. Η ασθενοκεντρική αντίληψη και το ανθρωποκεντρικό πρότυπο φροντίδας	48
3. 3. Πεποιθήσεις και Αντιλήψεις στις επικρατούσες σχέσεις ασθενών και ιατρών	51
3. 4. Πλεονεκτήματα της Ασθενοκεντρικής Προσέγγισης	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ερευνητικά Δεδομένα Άνθρωπο – Ασθενοκεντρικής Προσέγγισης – βιβλιογραφική ανασκόπηση	54
4. 1. Διεθνώς	54
4. 2 Ελλάδα	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Μεθοδολογία έρευνας	59
5. 1. Χρησιμότητα Έρευνας	59
5. 2. Σκοπός και στόχοι έρευνας	59
5. 3. Ερευνητικές ερωτήσεις	59
5. 3. 1 Υποθέσεις	60
5. 4. Δείγμα συμμετοχή –κριτήρια συμμετοχής	60
5. 5. Ερευνητικό εργαλείο	61
5. 6. Συλλογή ερευνητικών δεδομένων	62
5. 7. Δεοντολογία έρευνας	62
5. 7. 1 Διεξαγωγή έρευνας	62
5. 8. Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης	63
5. 8. 1 Έλεγχοι αξιοπιστίας - κανονικότητας	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Αποτελέσματα Μελέτης	64
6. 1. Αποτελέσματα Έρευνας	64
6. 1. 1. Παρουσίαση Ιατρών	64
6. 1. 2. Παρουσίαση Ασθενών	77
6. 2. Έλεγχος Ερευνητικών Ερωτημάτων και Υποθέσεων	90
6. 3. Κλίμακες «PROS» Ιατρών-Ασθενών	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συμπεράσματα και Προτάσεις	95
7. 1 Συζήτηση	95
7. 2 Συμπεράσματα	100
7. 3. Δυσκολίες εντοπισμού Ερευνητικού Εργαλείου	103

7. 4. Ερευνητικοί Περιορισμοί	103
7. 5 Προτάσεις	103
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	113
ΑΔΕΙΟΔΟΤΗΣΕΙΣ	113
ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ	115
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	117
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΙΑΤΡΩΝ	122

Εισαγωγή

Η υγεία είναι ένα θεμελιώδες αγαθό που εκτιμάται σε πολλά πλαίσια, συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής, κοινωνικής και οικονομικής ζωής, που σχετίζεται με τη συντήρηση και την ευημερία του ατόμου. Η υγεία είναι προϋπόθεση για την πραγματοποίηση των ανθρώπινων δραστηριοτήτων και ενεργειών (OhNelson, 2021).

Σε γενικές γραμμές, η ιατρική εγγυάται την υγεία μιας κοινωνίας και των ατόμων μέσα σε αυτήν. Παρά τις δυσκολίες ορισμού της υγείας και της ασθένειας ως έννοιες, η ιατρική αναγνωρίζεται ευρέως ως πρακτική για την προαγωγή της υγείας, εργαζόμενη έτσι προς ένα θεμελιώδες αγαθό. Η έλλειψη συμφωνίας για έναν «σωστό» ορισμό της υγείας, που αντικατοπτρίζεται στη συζήτηση για το θέμα, δεν υπονομεύει τη θεμελιώδη αξία της υγείας για την ανθρώπινη ζωή. Οι ηθικές και τεχνικές ικανότητες στη σχέση ιατρού και ασθενούς πρέπει να συνεργάζονται προς το συμφέρον του ασθενούς (Shutzberg, 2021).

Οι αξίες, και οι διαφορετικοί στόχοι της ιατρικής ως πρακτικής, μπορούν να πραγματοποιηθούν μέσα από διαφορετικούς τύπους σχέσεων ιατρού-ασθενούς. Τα μοντέλα της (ιδανικής) σχέσης ιατρού-ασθενούς έχουν προσαρμοστεί με την πάροδο του χρόνου αναγνωρίζοντας την αυξανόμενη σημασία της αυτονομίας του ασθενούς και την κατάλληλη εξισορρόπησης της με άλλες ηθικές υποχρεώσεις του γιατρού ως προς την ευεργεσία και τη δικαιοσύνη (Morishita, etal. , 2020).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Θεωρητικές Προσεγγίσεις στη σχέση Ιατρού- ασθενούς

1. 1. Ιστορική αναδρομή στη σχέση ιατρού- ασθενούς

Η σχέση ιατρού-ασθενούς σε ένα ιστορικό πλαίσιο εξαρτάται από την ιατρική κατάσταση και το κοινωνικό υπόβαθρο. Η ικανότητα του ιατρού και του ασθενούς για αυτοστοχασμό και επικοινωνία καθώς και οποιεσδήποτε τεχνικές δεξιότητες ενσωματώνονται σε αυτήν την «ιατρική κατάσταση». Το κοινωνικό υπόβαθρο αναφέρεται στο κοινωνικοπολιτικό και πνευματικό-επιστημονικό κλίμα της εποχής (Petracci, etal. , 2020).

Ο ιατρός διαπίστωσε ότι ήταν λιγότερο απαραίτητο να εξετάσει τον ασθενή, αλλά μάλλον πιο σημαντικό να είναι προσεκτικός στις ανάγκες και τις εμπειρίες του που εκδηλώνονται με τη μορφή των συμπτωμάτων του. Αυτό το μοντέλο ασθένειας που βασίζεται στα συμπτώματα εξασφάλισε τη διατήρηση της κυριαρχίας των ασθενών σε όλη αυτή την περίοδο. Στα τέλη του 18ου αιώνα, τα νοσοκομεία εμφανίστηκαν ως μέρη για τη θεραπεία ασθενών που ήταν μειονεκτούντες. Οι ιατροί βρέθηκαν να παρέχουν ιατρική περίθαλψη σε όσους παραδοσιακά θεωρούνταν πιο αδύναμοι οικονομικά. Το νοσοκομείο έγινε ο ακρογωνιαίος λίθος της ιατρικής περίθαλψης και μαζί με την ταχεία ανάπτυξη της μικροβιολογικής γνώσης και των χειρουργικών δεξιοτήτων κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, αναπτύχθηκε ένα νέο Ιατρικό που δεν επικεντρώθηκε στο σύμπτωμα, αλλά μάλλον στην ακριβή διάγνωση μιας παθολογικής βλάβης στο εσωτερικό του σώματος. Αυτή η νέα θεωρία πρότεινε ότι το σύμπτωμα δεν ήταν πλέον η ασθένεια, αλλά αντίθετα λειτουργούσε ως μοναδικός δείκτης για την παρουσία απουσίας μιας συγκεκριμένης παθολογίας. Αυτό το νέο μοντέλο απαιτούσε την εξέταση του σώματος του ασθενούς και τις εξειδικευμένες κλινικές και ανατομικές γνώσεις που διέθετε ο ιατρός για τη διατύπωση της διάγνωσης, και έτσι ο ασθενής έγινε εξαρτημένος ως αποτέλεσμα. Η σχέση ήταν ανάμεσα σε έναν κυρίαρχο γιατρό και έναν παθητικό ασθενή, δηλαδή ένα μοντέλο δραστηριότητας-παθητικότητας (πατερναλιστικό). (Rampton, etal. , 2021).

Στα παλιότερα χρόνια, οι ασθενείς θεωρούνταν τις περισσότερες φορές ότι ήταν πολύ αδαείς για να λάβουν αποφάσεις για λογαριασμό τους. Έτσι, η ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τις αβεβαιότητες και τους περιορισμούς των ιατρικών

παρεμβάσεων υπονόμεισε μόνο την πίστη που ήταν τόσο απαραίτητη για τη θεραπευτική επιτυχία. Οι ιατροί ένιωθαν άνετα να παίρνουν αποφάσεις για λογαριασμό των ασθενών τους. Αργότερα, οι ιατροί σύντομα αποχωρίστηκαν από τους ασθενείς τους πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά. Η απόσταση μεταξύ ιατρού και ασθενούς διευρύνθηκε. Ελάχιστη κοινωνική ανάμειξη παρέμεινε και η σχέση ιατρού-ασθενούς έγινε απρόσωπη και απομακρυσμένη, βασισμένη σε διαπραγματεύσεις και οικονομικές συναλλαγές. Ενώ αυτό ίσχυε για όλες τις ειδικότητες της Ιατρικής, η έκταση αυτής της αποπροσωποποίησης διέφερε γενικά, με τους ιατρούς να ήταν πιο απόμακροι σε παλαιότερες εποχές και οι χειρουργοί περισσότερο στη δεκαετία του 1800, ως άμεσο αποτέλεσμα της θέσης που τους έδωσαν οι ασθενείς (Genuis, 2021).

Η φροντίδα που παρέχεται από τον ασθενή έχει αντικαταστήσει μια μονόπλευρη σχέση που κυριαρχεί ο ιατρός στην οποία η άσκηση εξουσίας στρεβλώνει τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και για τα δύο μέρη. Οι ιατροί πρέπει να αποδέχονται την ευθύνη τόσο για έναν τεχνικό εμπειρογνώμονα όσο και για έναν υποστηρικτικό διαπροσωπικό ρόλο. Η ανταλλαγή πληροφοριών μέσω της βελτιστοποίησης δεδομένων είναι απαραίτητη για τη συνεργασία. Ο ασθενής και όχι η ασθένεια, είναι ο πρώτος στόχος της θεραπείας, επομένως ο στόχος του ιατρού είναι να ακούσει τον ασθενή για να καθορίσει ποιο είναι το «πραγματικό» πρόβλημα πριν μάθει τα συμπτώματα. (Morishita, et al. , 2020).

1. 2. Σχέσεις μεταξύ Ιατρών και ασθενών

Η σχέση μεταξύ ενός ασθενούς και ενός ιατρού βασίζεται στην εμπιστοσύνη, η οποία γεννά την ηθική ευθύνη των γιατρών να θέτουν την ευημερία των ασθενών πάνω από το προσωπικό συμφέρον ή τις υποχρεώσεις του ιατρού προς τους άλλους, να χρησιμοποιούν ορθή ιατρική κρίση για λογαριασμό των ασθενών και να συνηγορούν για την ευημερία των ασθενών τους (Liu, et al. , 2020).

Αυτός ο τύπος επικοινωνίας ενσωματώνει τόσο λεκτικές όσο και μη λεκτικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών. Η αποτελεσματική επικοινωνία έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει ένα ευρύ φάσμα αποτελεσμάτων, όπως: συναισθηματική υγεία, επίλυση συμπτωμάτων, λειτουργία, έλεγχος του πόνου και φυσιολογικά μέτρα όπως τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης. Όταν εμφανίζεται κακή επικοινωνία, μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην κλινική φροντίδα, όπως παρεμπόδιση της κατανόησης των ασθενών, των προσδοκιών θεραπείας, του

σχεδιασμού θεραπείας, της μείωσης της ικανοποίησης των ασθενών από την ιατρική περίθαλψη και της μείωσης των επιπέδων ελπίδας των ασθενών. Η εμπιστοσύνη είναι θεμελιώδες χαρακτηριστικό της σχέσης ιατρού-ασθενούς. Οι ασθενείς πρέπει να εμπιστεύονται ότι οι ιατροί τους θα εργαστούν προς το συμφέρον τους για να επιτύχουν τα βέλτιστα αποτελέσματα για την υγεία. Η εμπιστοσύνη των ασθενών στους ιατρούς τους έχει αποδειχθεί ότι είναι πιο σημαντική από την ικανοποίηση από τη θεραπεία, στις προβλέψεις για τη συμμόρφωση των ασθενών στις συστάσεις και τη συνολική τους ικανοποίηση από τη φροντίδα. Μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι η εμπιστοσύνη είναι επιπλέον ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για τη συνέχιση της σχέσης ενός ασθενούς με τον ιατρό του. Η εμπιστοσύνη επεκτείνεται σε πολλές διαφορετικές πτυχές των σχέσεων ιατρού, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά: την προθυμία των γιατρών να ακούσουν τους ασθενείς, την πεποίθηση των ασθενών ότι οι ιατροί εκτιμούν την αυτονομία του ασθενούς και την ικανότητα να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις και οι ασθενείς να νιώθουν αρκετά άνετα να εκφράζονται και να συμμετέχουν σε διάλογο σχετικά με τις ανησυχίες τους όσον αφορά την υγεία τους (Scheepers, etal. , 2020).

Η ιδέα της θεώρησης των σχέσεων ιατρού-ασθενούς ως βασικό στοιχείο της ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι κάτι νέο, ωστόσο η κατανόηση και η αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν αυτή τη σχέση θεωρείται πως είναι ακόμα στην αρχή. Η αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού-ασθενούς έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει θετικά τα αποτελέσματα υγείας αυξάνοντας την ικανοποίηση των ασθενών, οδηγώντας σε καλύτερη κατανόηση των προβλημάτων υγείας και των διαθέσιμων θεραπειών από τους ασθενείς, συμβάλλοντας στην καλύτερη τήρηση των σχεδίων θεραπείας και παρέχοντας υποστήριξη και καθησυχασμό στους ασθενείς. (Wang, etal. , 2022). (Noble, 2020).

1.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις -Μοντέλα σχέσης ιατρού ασθενούς

Η πρόοδος στην ιατρική επιστήμη, την τεχνολογία και τη διεπιστημονική προσέγγιση τον τελευταίο μισό αιώνα επέτρεψε στους ανθρώπους να ζουν περισσότερο και να παραμένουν σε καλή φυσική κατάσταση. Ωστόσο, αυτά τα οφέλη μερικές φορές είναι μόνο φυσικά. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι, αν και οι ασθενείς είναι ευγνώμονες για την αποκατάσταση της σωματικής τους υγείας, έχουν υποφέρει

ψυχολογικά από την έλλειψη άμεσης επαφής με τον ιατρό τους, ο οποίος έχει αντικατασταθεί από μια ανώνυμη ομάδα ειδικών και μηχανημάτων. Η παλαιού τύπου σχέση ιατρού-ασθενούς έχει απορριφθεί με το πέρασμα των χρόνων. Πολλές φορές οι ασθενείς αισθάνονται ότι ο ιατρός τους δεν ενδιαφέρεται πραγματικά για αυτούς ως ανθρώπους. Γενικά, η ιατρική εκπαίδευση δεν περιλαμβάνει ή αγγίζει ελάχιστα τη σημασία της επικοινωνίας στη σχέση γιατρού-ασθενούς εστιάζοντας στη σωματική ασθένεια και όχι στον ασθενή ως άτομο με συναισθήματα. Η επικοινωνία μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως ο διαθέσιμος χρόνος, η ικανότητα του ιατρού και η προθυμία του να προσαρμόσει τα άσχημα νέα για τον ασθενή και την ικανότητα του ασθενούς να συμμετάσχει στη συνεδρία άσκησης (Huynh, & Dicke-Bohmann, 2020).

Η σχέση εξαρτάται από την ιατρική πειθαρχία που εμπλέκεται, για παράδειγμα εντατική θεραπεία, παιδιατρική, ογκολογία, οφθαλμολογία, χειρουργική, δερματολογία, παρηγορητική φροντίδα, για να αναφερθούν μόνο μερικοί από τους ειδικούς κλάδους που αντιπροσωπεύουν όλες διαφορετικές εμπειρίες για τον ασθενή, διαφορετικά διαγνωστικά και θεραπευτικές παρεμβάσεις που συχνά είναι εκ διαμέτρου αντίθετες και έχουν σημαντική επίδραση στη σχέση ιατρού-ασθενούς και στη μέθοδο επικοινωνίας. Δυστυχώς, η λεγόμενη αναθεώρηση δαπανών έχει μειώσει περαιτέρω τους ανθρώπινους πόρους που μεταφράζεται στο ότι ο ιατρός έχει λιγότερο χρόνο να αφιερώσει στην ακρόαση, τη κατανόηση και το διάλογο με τον ασθενή (Wangetal., 2022).

Προσπαθώντας να κατανοηθούν οι δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας, εκτός από τους χρονικούς περιορισμούς, και κατά συνέπεια επηρεάζουν τη σχέση γιατρού-ασθενούς, μπορεί να είναι χρήσιμο να ανασκοπηθούν ορισμένα από τα θεμελιώδη ορόσημα που επιτεύχθηκαν κατά το δεύτερο μισό του περασμένου αιώνα και τα οποία ακόμη και σήμερα ορίζουν τα μοντέλα διαπροσωπικής επικοινωνίας που κυριαρχούν στη δυτική κοινωνία. Θα πρέπει να τονιστεί ότι αυτές οι μέθοδοι βασίζονται σε μαθηματικά και φυσικά μοντέλα που προφανώς δεν έχουν καμία σχέση με το ανθρώπινο πλαίσιο της σχέσης γιατρού-ασθενούς. Ωστόσο, η ανάπτυξη αυτών των θεωριών εξακολουθεί να αποτελεί τη βάση μιας θετικής και εποικοδομητικής σχέσης ιατρού-ασθενούς. Η επικοινωνία έχει μια πτυχή περιεχομένου και σχέσης. Η πτυχή της σχέσης είναι πως λέγεται μη λεκτικά και το περιεχόμενο είναι τι λέγεται πραγματικά προφορικά. Τα μηνύματα της σχέσης είναι

πάντα τα πιο σημαντικά στοιχεία στην επικοινωνία. Τόσο ο αποστολέας όσο και ο παραλήπτης των πληροφοριών ερμηνεύουν τη δική τους συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας απλώς ως αντίδραση στη συμπεριφορά του άλλου (Huynh, & Dicke-Bohmann, 2020).

Σήμερα, αυτές οι έννοιες είναι πιο επίκαιρες από ποτέ, δεδομένου ότι εδώ και μερικά χρόνια, παρά την κυρίαρχη και διαρκή χρήση της τεχνολογίας, εκτός από τον εντοπισμό των καθαρά κλινικών αναγκών ενός ασθενούς, η προσοχή του ιατρού δεν εστιάζεται μόνο στην επικοινωνία και τη σχέση του με τον ασθενή αλλά και σε κοινωνικές, ηθικές και πνευματικές πτυχές που μπορεί να οριστεί ως «η το ιστορικό-βιογραφία» του ασθενούς. Αυτή η μέθοδος είναι σημαντική στην ογκολογία, για παράδειγμα, όπου η φύση της νόσου ορίζει τη σχέση με τον ασθενή σε ένα συγκεκριμένο είδος φροντίδας που είναι πιο σημαντικό εάν σχετίζεται με οικογενειακά ή ψυχικά και κοινωνικά προβλήματα ή αλλαγές στο άγχος και τις αλλαγές σε συνθήκες υγείας. Δεν υπάρχει έτοιμη απάντηση για τη δημιουργία μιας καλής επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς. Θα πρέπει να αναπτύσσεται ανάλογα με κάθε ασθένεια και τις σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις και επιπτώσεις που μπορεί να έχει η ασθένεια στη ζωή του ασθενούς. (Sheepers, etal. , 2020).

1. 3. 1 Παραδοσιακά μοντέλα επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενών

Η αλληλεπίδραση ασθενούς-ιατρού έχει αλλάξει βαθιά τις τελευταίες δεκαετίες. Σε αντίδραση στα πατερναλιστικά πρότυπα επικοινωνίας, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για την υγεία έχουν υποστηρίξει τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή και την κοινή λήψη αποφάσεων. Παρόλο που αυτά τα μοντέλα ιατρικής επικοινωνίας εξακολουθούν να είναι φιλόδοξα, οι ασθενείς έχουν γίνει περισσότερο δεσμευμένοι στην υπεράσπιση της υγείας τους στις συναντήσεις με τους γιατρούς.

Ενώ το πρότυπο του ασθενούς μπορεί να εφαρμοστεί καλά σε οξείες ή βραχυπρόθεσμες ασθένειες, π. χ. γρίπη ή τροφική δηλητηρίαση, έχει σημαντικούς περιορισμούς όταν εφαρμόζεται σε χρόνιες ή μακροχρόνιες παθήσεις υγείας. Πρώτον, κάνει υποθέσεις σχετικά με την ασθένεια και την ανάρρωση που δεν ισχύουν απαραίτητα για τις χρόνιες παθήσεις: υποθέτει ότι θα υπάρχει πάντα ανάρρωση από ασθένεια και επίσης παραβλέπει το γεγονός ότι η απαλλαγή από τα «κανονικά» καθήκοντα δεν είναι πάντα απαραίτητη. Για παράδειγμα, το μοντέλο δεν μπόρεσε ποτέ να εξηγήσει ικανοποιητικά πώς τα άτομα με χρόνιες παθήσεις μπόρεσαν (ή όχι) να

διαχειριστούν τόσο την κοινωνική τους ζωή όσο και την ασθένειά τους. Δεύτερον, κάνει υποθέσεις σχετικά με τη σχέση μεταξύ γιατρών και ασθενών: ότι οι ασθενείς είναι ουσιαστικά παθητικοί και οι ιατροί πάντα προνοητικοί και ότι η ιατρική βοήθεια θεωρείται πάντα χρήσιμη. Τρίτον, μπορεί να ενθαρρύνει την ενοχοποίηση των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους, ιδιαίτερα όταν υπάρχει στοιχείο του τρόπου ζωής (π. χ. κάπνισμα ή παχυσαρκία).

Μέχρι σχετικά πρόσφατα, αυτό ήταν το κυρίαρχο μοντέλο στην περιγραφή των κοινωνικών πτυχών της ζωής με μια χρόνια ασθένεια. Αναπόσπαστο μέρος των κοινωνικών ρόλων της ασθένειας είναι οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ γιατρών και ασθενών. Η έρευνα των Byrne&Long (1976) ταξινομήσε αυτές τις αλληλεπιδράσεις σε δύο κύριους τύπους: με επίκεντρο τον γιατρό και με επίκεντρο τον ασθενή. Οι ιατροκεντρικές αλληλεπιδράσεις είναι υπό την καθοδήγηση του γιατρού και πατερναλιστικές. Ο ιατρός θεωρείται ενεργός δότης φροντίδας και ο ασθενής ως παθητικός λήπτης, με τον γιατρό να λαμβάνει αποφάσεις για τον ασθενή και να τις επικοινωνεί με άμεσο, έγκυρο στυλ. Αυτό το στυλ χαρακτηρίζεται από κλειστές ερωτήσεις και οδηγίες, με πληροφορίες που δίνονται αντί να μοιράζονται, και αντιπροσωπεύει την παραδοσιακή σχέση ιατρού-ασθενούς. Πιο πρόσφατα, πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένου του Ηνωμένου Βασιλείου, έχουν δει μια στροφή προς τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή. Εδώ η διαβούλευση ιατρού-ασθενούς βασίζεται στην ανοιχτή επικοινωνία με τον ασθενή, στην ακρόαση, τον προβληματισμό και τη χρήση διερευνητικών ερωτήσεων για τη διερεύνηση της εμπειρίας και των ανησυχιών του ασθενούς. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους και να έχουν πρόσβαση στις σημειώσεις και την αλληλογραφία τους. Η έννοια της συμφωνίας, η οποία περιγράφει μια «θεραπευτική συμμαχία» στην οποία οι αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μοιράζονται μεταξύ γιατρών και ασθενών, είναι κεντρικής σημασίας για τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή (Scheepers, et al. , 2020).

Έχει αποδειχθεί ότι η συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία τους βελτιώνει τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, την τήρηση της θεραπείας και τη μεγαλύτερη συμμετοχή στην αυτοφροντίδα και την παρακολούθηση. Αυτό με τη σειρά του έχει ευρύτερο όφελος βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την υγεία του πληθυσμού. Ο ίδιος ο όρος «ασθενής» έχει αμφισβητηθεί, με όρους όπως «χρήστης υπηρεσιών», και «πελάτης-

ασθενής» να χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο ως εναλλακτικοί (παρόλο που επίσης αμφισβητούνται). Αυτοί οι όροι θεωρούνται ότι ενδυναμώνουν τα άτομα και τους δίνουν την κυριότητα της φροντίδας τους ενώ μειώνουν το στίγμα που σχετίζεται με την ασθένεια. (Shutzberg, 2021).

1. 3. 2 Προσέγγιση κατά «Szasz και Hollender»

Το 1956, οι Szasz και Hollender περιέγραψαν τις τρεις βασικές σχέσεις ιατρού-ασθενούς. Αυτά τα τρία μοντέλα αναφέρονται ακόμη και σήμερα. (Szasz, &Hollender, 1956).

Το ενεργητικό-παθητικό μοντέλο:

Το παθητικό μοντέλο είναι το παλαιότερο από τα τρία μοντέλα και βασίζεται στον ιατρό που χειρουργεί τον ασθενή, ο οποίος αντιμετωπίζεται ως άψυχο αντικείμενο.

Μοντέλο καθοδήγησης-συνεργασίας:

Σε μια καθοδηγούμενη και συνεργατική προσέγγιση, ο ιατρός τοποθετείται σε θέση εξουσίας έχοντας πρόσβαση στην ιατρική γνώση που στερείται από τον ασθενή. Ο ιατρός αναμένεται να αποφασίσει τι είναι καλύτερο για τον ασθενή και να κάνει τις κατάλληλες συστάσεις. Ο ασθενής αναμένεται να ακολουθήσει αυτές τις οδηγίες.

Μοντέλο αμοιβαίας συμμετοχής:

Αυτό το μοντέλο βασίζεται σε μια ισορροπημένη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Ο ασθενής θεωρείται ως ο ειδικός στις εμπειρίες και τους στόχους της ζωής του, καθιστώντας τη συμμετοχή του απαραίτητη στον σχεδιασμό της θεραπείας. Η δουλειά του γιατρού είναι να καθορίζει τους στόχους του ασθενούς και να βοηθά στην επίτευξή τους. Αυτό το μοντέλο απαιτεί και τα δύο μέρη να έχουν ίση δύναμη, και να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που αφορά εξίσου και στα δύο μέρη. Αν και κάθε προϊόν μπορεί να είναι κατάλληλο για μια συγκεκριμένη κατάσταση, τα τελευταία

χρόνια έχει υπάρξει μεγάλη υποστήριξη για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση όποτε είναι δυνατόν στην ιατρική.

1. 3. 3 Προσέγγιση κατά Ballard & Reisch

Τα μοντέλα κοινής λήψης αποφάσεων αντικατοπτρίζουν μια αυξανόμενη τάση στην υγειονομική περίθαλψη προς την ενδυνάμωση των ασθενών. Αυτό έχει ενισχυθεί από την αυξανόμενη πρόσβαση των ασθενών σε πληροφορίες σχετικά με τις θεραπείες και τις καταναλωτικές τάσεις στη σύγχρονη κοινωνία (Ballard-Reisch, 1993). Τα τελευταία 20 περίπου χρόνια υπήρξε έκκληση για περισσότερη επιλογή ασθενών και προσωπικό έλεγχο στην ιατρική περίθαλψη. Οι τρέχουσες πρωτοβουλίες της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας υποστηρίζουν τις «ενεργές συνεργασίες» μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών και τη βελτίωση των πληροφοριών για να βοηθήσουν τους ασθενείς να επιλέξουν μεταξύ των επιλογών. Σήμερα, οι περισσότεροι θεωρητικοί αναγνωρίζουν ότι η μονομερής λήψη αποφάσεων από τους γιατρούς δεν είναι αποδεκτή. Τα παλιά πατερναλιστικά μοντέλα των σχέσεων γιατρού-ασθενούς έχουν απορριφθεί από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους ακαδημαϊκούς της ιατρικής υπέρ των πιο δίκαιων και συνεργατικών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από ενημερωμένη επιλογή.

1. 3. 4 Προσέγγιση κατά Roter & Hall

Οι Roter και Hall (1992), όπως οι DiMatteo και Martin (2011), υποστηρίζουν ότι η «σχέση» χωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες:

1. -«Πατερναλιστική»: Η «σχέση» είναι γενική μεταξύ των εμπλεκομένων. Αυτός ο τύπος δείχνει τη νόσο σε ορισμένες περιπτώσεις. Ο ασθενής δεν επιβαρύνεται γιατί είναι άρρωστος και έχει «δικαίωμα» να πάρει βοήθεια για να γίνει σύντομα καλά. Η «θέση» που δημιουργεί ο ασθενής είναι «αξιόπιστη» γιατί μόνο ο θεραπευτής επιτρέπεται να παρέχει ιατρικές υπηρεσίες. Ο ιατρός αναγκάζεται από την επαγγελματική και επιστημονική του φύση, να παρέχει υπηρεσίες υγείας, διατηρώντας παράλληλα μια «ψυχική» απόσπαση. Ο θεραπευτής ελέγχει και διαχειρίζεται τη «σχέση» και είναι αυτός που αποφασίζει πότε θεωρείται ασφαλής. Όταν συμβαίνει η θεραπεία, η «σχέση» είναι αυτό που σχεδιάζει ο θεραπευτής.

2. -«Καταναλωτική»: είναι παρόμοιο μοντέλο με αυτό της «Αυτονομίας» Αυτό το μοντέλο εμφανίστηκε τη δεκαετία του 1960 καθώς οι ασθένειες μετατοπίστηκαν από τη θεραπεία στην πρόληψη. Στη συνέχεια της «σχέσης» η δύναμη που διατηρεί ο ασθενής όταν τη χρειάζεται και λαμβάνει υπηρεσίες έναντι πληρωμής. Οι άνθρωποι που φροντίζονται, κάνουν οικονομικά αποδοτικές επιλογές χωρίς να έχουν καμία εμπιστοσύνη και πίστη στους θεραπευτές και καταναλώνουν τις υπηρεσίες θεραπείας που επιθυμούν.

3. -«Περιοριστική»: η αλληλεπίδραση των συμμετεχόντων εδώ δεν είναι καλή και κακή. Η «σχέση» περιορίζεται στην ελάχιστη απαιτούμενη σχέση και κανείς δεν είναι υπεύθυνος. Η «σχέση» έχει βίαιη φύση. Ο τομέας της θεραπείας είναι αμφιλεγόμενος, οι παρεμβάσεις είναι ανεπαρκείς και οι πολιτικές των νοσοκομείων είναι ασαφείς. Αφήνοντας αυτή την «οικεία σχέση» πριν τελειώσει ο θεραπευτής συνήθως δεν γνωρίζει τους λόγους. Μπορεί να οδηγήσει σε παράπονα, παραμέληση και προσδοκίες

4. -«Αμοιβαιότητα»: παρόμοιο με το μοντέλο «Szasz and Hollender» της «Αμοιβαίας Συμμετοχής» και το μοντέλο «Ballard-Reisch» των «Συνεργατικών» αλληλεπιδράσεων. Αφορά την «κατάλληλη» λήψη αποφάσεων και τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων. Το «αίσθημα» του ασθενούς ενισχύεται από τον σεβασμό του, τη συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων, την παρατήρηση και παρουσίαση ιατρικών συμβουλών, την ενθάρρυνση για απόκτηση πλήρους ιατρικής πληροφόρησης για χρήση του μέτρου των θεραπευτικών επιλογών. Τα μέρη συμμετέχουν με δύο τρόπους, με την έναρξη της σχέσης τους με την παρουσίαση της ρητορικής του προβλήματος της θεραπευτικής εφαρμογής. Η «σχέση» αναφέρεται σε μια ευχάριστη, συνεργατική γλώσσα, ακολουθώντας τις ηθικές δεσμεύσεις των θεραπευτών και ενσωματώνοντας τις αξίες και την ευημερία των ασθενών.

1. 3. 5 Προσέγγιση κατά Roter, Steward, Putnam, Lipkin, Stiles & Inui.

Οι Roter, Stewart, Putnam, Lipkin, Stiles και Inui (1997), κατέληξαν σε συγκεκριμένους τύπους επικοινωνιακών σχέσεων:

1) «Βιοϊατρική»: συζητούνται μόνο όσα σχετίζονται με τον ιατρικό τομέα. Ο θεραπευτής καθοδηγεί τη συζήτηση και επικοινωνεί προφορικά. Ο θεραπευτής συνήθως ελέγχει τη λεκτική επικοινωνία. Οι περισσότερες συζητήσεις διεξάγονται και

ολοκληρώνονται με χρήση ειδικής-τεχνικο-ιατρικής γλώσσας. Ο ασθενής δεν μπορεί να εξηγήσει με σαφήνεια και ακρίβεια την κατάσταση του

2) «Διευρυμένη Βιοϊατρική»: είναι παρόμοια με τον πρώτο τύπο, αλλά υπάρχει λιγότερος έλεγχος της κοινωνικής κατάστασης του ασθενούς. Ο θεραπευτής είναι αυτός που ενδυναμώνει και λύνει τα προβλήματα της κοινωνικής κατάστασης για την ανθρώπινη διαδικασία στον θεραπευόμενο ασθενή.

3) «Βιοψυχολογική»: σχετίζεται με την ισορροπία μεταξύ των επιπέδων ψυχοκοινωνικού και βιοϊατρικού κινδύνου. Οι ιατροί συνεργάζονται με άλλους όταν τους δίνονται «Βιοϊατρικά» και «ψυχολογικά θέματα». Ο θεραπευτής καταχράται την ικανότητα ομιλίας και ελέγχου, επικοινωνίας με ανοιχτές ερωτήσεις, συλλογής πολλών πληροφοριών στον τομέα της ψυχολογίας, των πολιτισμικών αξιών, του τρόπου ζωής και της κοινωνικής θέσης του ασθενούς. Ο θεραπευόμενος έχει επίγνωση του εαυτού του και της κατάστασής του και ο θεραπευτής συνεργάζεται μαζί του και υποστηρίζει την ελευθερία της θεραπευτικής επιλογής. Κάθε ασθένεια αναλύεται ανάλογα με την κατάσταση της ως «ειδική περίπτωση»

4) «Ψυχοκοινωνική»: αναφέρεται στην ψυχολογική σχέση με τα κοινωνικά προβλήματα. Είναι το πιο σημαντικό είδος «σχέσης». Αποτελείται από μια σειρά διαφορετικών σχέσεων-συνεντεύξεων-συζητήσεων μεταξύ των ατόμων που εμπλέκονται. Ο θεραπευτής εστιάζει στα κοινωνικά προβλήματα του θεραπευόμενου ασθενή αναφορικά με τα ιατρικά προβλήματα. Ο ασθενής ελέγχει τη γλώσσα που περιορίζει τις ερωτήσεις του θεραπευτή

5) «Χρηστική»: Εδώ αναφέρεται στη σχέση περιεχομένου συναλλαγής-καταναλωτή. Ο ασθενής ενεργεί ως πελάτης ενώ ο θεραπευτής είναι ο χορηγός. Ο θεραπευτής λειτουργεί ως υποστηρικτής ενώ ο ασθενής-πελάτης κάνει πολλές ερωτήσεις και παίρνει απαντήσεις διερευνώντας τις επιλογές του ανάλογα με τις ανάγκες του.

1.3.6 Λοιπά μοντέλα επικοινωνίας ιατρών-ασθενών

Βιοϊατρικό και Ψυχοκοινωνικό μοντέλο.

Ο Descartes καθιέρωσε τις αρχές για να εξηγήσει τις ασθένειες με βάση τη φυσική και ψυχολογική ανάλυση. Ωστόσο, η πρόωγη ιατρική τεχνολογία (όπως οι

σαρωτές) επαναπροσδιόρισε τον ορισμό της σωματικής δραστηριότητας με τους γιατρούς εξετάζοντας τα διαγνωστικά ευρήματα και όχι τα συμπτώματα. Το βιολογικό μοντέλο υποθέτει ότι η ασθένεια μπορεί να εξηγηθεί λεπτομερώς. Η βιοϊατρική σχετίζεται στενά με το ιατρικό σύστημα και συνεπώς με την επικοινωνία με τον ασθενή. Ένας ιατρός που εξετάζει την ερμηνεία των βιολογικών μετρήσεων δεν μπορεί να προσδιορίσει την ύπαρξη συγκεκριμένου προβλήματος σε αυτήν την κατάσταση. Μια συγκεκριμένη ασθένεια επηρεάζει κάθε άτομο με μοναδικό και ιδιαίτερο τρόπο, επομένως η τήρηση των διαγνωστικών κριτηρίων δεν οδηγεί απαραίτητα στα επιθυμητά αποτελέσματα. Ο ιατρός εστιάζει στα συμπτώματα που πιστεύει ότι πρέπει να οδηγήσουν τη συζήτηση με τον ασθενή στην περιοχή των απαντήσεων που θέλει να ακούσει ο ιατρός, όμως το αποτέλεσμα δεν είναι δυνατό και εναπόκειται στον ασθενή να εξηγήσει την αλήθεια της νόσου, σύμφωνα με τις γνώσεις του (Shutzberg, 2021).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δημιουργεί μια σχέση επικοινωνίας μεταξύ των κοινωνικών πεποιθήσεων για την ασθένεια (ιδιαίτερα της οικογενειακής παράδοσης και του σημαντικού πολιτισμού), των σκέψεων του ασθενούς, αλλά και του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο αναπτύσσεται η ασθένεια. Για να λειτουργήσει αυτή η μέθοδος, είναι απαραίτητο να υπάρχει επικοινωνία με τον γιατρό χωρίς να χρειάζεται να δει ο ασθενής το αποτέλεσμα της ιατρικής εξέτασης. Αυτός ο τύπος επικοινωνίας περιλαμβάνει την κατανόηση ενός ατόμου για την κατάστασή του, τη γνώση ή τη μη γνώση ενός ατόμου, αλλά και την προσωπική του κρίση. Ο ιατρός δεν λειτουργεί με αυτόν τον τρόπο με κλειστές ερωτήσεις, αλλά αφήνει χώρο στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του. Επειδή είναι περισσότερο γνώστης από όλους, η πολυπλοκότητα της κατάστασης κάθε ατόμου προσεγγίζεται με θετικό τρόπο.

Δεδομένων παραπάνω, μια πρόσφατη μελέτη εντόπισε διακριτές πτυχές της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς (σε αντίθεση με τα περισσότερα μοντέλα που βασίζονται σε στυλ σχέσης):

Μια καθαρή βιολογική προσέγγιση αφορά τη συζήτηση που επικεντρώνεται σε βιολογικούς όρους. Οι βιοϊατρικές προσεγγίσεις έχουν επεκταθεί για την αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων

Το βιοψυχοκοινωνικό σύστημα είναι ένα σύστημα στο οποίο ο χρόνος επικοινωνίας μοιράζεται εξίσου. Ο ασθενής μπορεί να υποβάλει ερωτήσεις. Αυτά τα παραδείγματα δείχνουν δύο αντίθετες απόψεις της ιατρικής: Η μία τοποθετεί τον ιατρό

σε απόσταση από τον ασθενή για να επικεντρωθεί στα κλινικά συμπτώματα και η άλλη ενθαρρύνει τον γιατρό να χρησιμοποιήσει τη φαντασία του για να προσεγγίσει τις εμπειρίες του ασθενούς. (Shutzberg, 2021).

Πατερναλιστικό μοντέλο

Αυτό το μοντέλο αφήνει τη συντριπτική πλειοψηφία της εξουσίας λήψης αποφάσεων στον γιατρό. Προϋποθέτει την ύπαρξη κοινών, αντικειμενικών αξιών ή κριτηρίων για τον καθορισμό της καλύτερης πορείας δράσης για την προώθηση της υγείας και της ευημερίας του ασθενούς. Ο ρόλος του ιατρού είναι ειδικός, εξειδικευμένος επαγγελματίας που έχει ως αποστολή την προαγωγή της ευημερίας του ασθενούς ανεξάρτητα από τις τρέχουσες προτιμήσεις του ασθενούς. Ο ιατρός ενεργεί ως φύλακας του ασθενούς, εφαρμόζοντας ό,τι είναι καλύτερο για αυτόν. Η αυτονομία επιτυγχάνεται μόνο μέσω της συγκατάθεσης του ασθενούς για τον καθορισμό του καλύτερου τρόπου δράσης από τον ιατρό (Shutzberg, 2021).

Ενημερωτικό Μοντέλο

Ο στόχος των κλινικών αλληλεπιδράσεων είναι ο γιατρός να παρέχει στον ασθενή όλες τις σχετικές πληροφορίες, ο ασθενής να επιλέξει τις ιατρικές παρεμβάσεις που θέλει και ο γιατρός να εκτελέσει τις επιλεγμένες παρεμβάσεις. Οι τιμές των στόχων δεν λαμβάνονται υπόψη. Αντίθετα, οι αξίες και τα ενδιαφέροντα του ασθενούς θεωρούνται ως γνωστά ή προσηλωμένα στον ασθενή αλλά όχι στον γιατρό. Ο ρόλος του ιατρού είναι να παρέχει στοιχεία για να διευκολύνει τον ασθενή να πάρει μια απόφαση που ταιριάζει καλύτερα στα ενδιαφέροντά του (Liu, etal. , 2020).

Ερμηνευτικό Μοντέλο

Αυτό το μοντέλο ακολουθεί πιστά το ενημερωτικό μοντέλο, αλλά παρέχει μεγαλύτερο ρόλο στον ιατρό για να βοηθήσει την ασθενή να κατανοήσει τις αξίες, καθώς και τον πιθανό αντίκτυπο διαφορετικών παρεμβάσεων με αυτούς τους όρους. Ο ιατρός ενεργεί ως σύμβουλος για να βοηθήσει τον ασθενή να «διασαφηνίσει και να κάνει συνεκτικές» τις αξίες του, αλλά δεν κρίνει αυτές τις αξίες ούτε προσπαθεί να τους δώσει προτεραιότητα εκ μέρους του ασθενούς. Η τελική επιλογή παρέμβασης εξακολουθεί να ανήκει στον ασθενή στο ερμηνευτικό μοντέλο, αλλά ο ιατρός παίζει πιο ενεργό ρόλο στη διαμόρφωση αυτής της επιλογής από το ενημερωτικό μοντέλο (Meskarpour-Amiri, etal. , 2021).

Διαβουλευτικό Μοντέλο

Αυτό το μοντέλο ακολουθεί πιστά το ερμηνευτικό μοντέλο, αλλά δίνει στον ιατρό μεγαλύτερο ρόλο στην κρίση και την ιεράρχηση των αξιών των ασθενών. Ο ρόλος του ιατρού είναι να «διασαφηνίσει τους τύπους αξιών που ενσωματώνονται στις διαθέσιμες επιλογές μέσα από συγκεκριμένες προτάσεις γιατί ορισμένες αξίες που σχετίζονται με την υγεία είναι πιο άξιες και πρέπει να επιδιώκονται. Η συζήτηση μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς παραμένει περιορισμένη σε αξίες που σχετίζονται με την υγεία, δηλαδή σε αξίες που επηρεάζουν ή επηρεάζονται από τη εκάστοτε νόσο και τις θεραπείες του ασθενούς αναγνωρίζοντας ότι πολλά στοιχεία ηθικής δεν σχετίζονται με τη νόσο ή τη θεραπεία του ασθενούς και πέρα από το πεδίο της επαγγελματικής τους σχέσης. (Shutzberg, 2021).

Ο στόχος της συζήτησης είναι η ηθική πειθώ, αλλά όχι ο εξαναγκασμός, με τον ασθενή να αποφασίζει τελικά για την κατάλληλη εγκυρότητα και προτεραιότητα αυτών των αξιών στη ζωή του. Ενώ ο ιατρός είναι σύμβουλος στο ερμηνευτικό μοντέλο, στο διαβουλευτικό μοντέλο χρησιμεύει ως «δάσκαλος ή φίλος, εμπλέκοντας τον ασθενή σε διάλογο για το ποια πορεία δράσης θα ήταν καλύτερη. Ο ιατρός υποδεικνύει τόσο τι θα μπορούσε να κάνει ο ασθενής όσο και, στο πλαίσιο της κατανόησης της ζωής και των αξιών του ασθενούς, τι πιστεύει ότι πρέπει να κάνει ο ασθενής όσον αφορά την επιλογή της παρέμβασης. (Shutzberg, 2021).

Η τελική απόφαση παραμένει στον ασθενή, αλλά υπόκειται σε μεγαλύτερη πειθώ και κανονιστική επιχειρηματολογία από την πλευρά του ιατρού. Αυτό το μοντέλο αντιλαμβάνεται την αυτονομία του ασθενούς ως εργαλείο ηθικής αυτοανάπτυξης. Ο ασθενής εξουσιοδοτείται όχι απλώς να ακολουθεί ανεξέταστες προτιμήσεις ή αξίες που δεν έχουν εξεταστεί, αλλά να εξετάζει, μέσω του διαλόγου, εναλλακτικές αξίες που σχετίζονται με την υγεία, την αξία τους και τις επιπτώσεις τους στη θεραπεία (Meskarpour-Amiri, etal. , 2021).

Ένα πέμπτο μοντέλο αναφέρεται στην αντιμετώπιση της σχέσης ιατρού-ασθενούς, το «εργαλειολογικό μοντέλο», αλλά γρήγορα απορρίφθηκε για ηθικούς λόγους. Στο ενόργανο μοντέλο δεν δίνεται καμία σημασία στις απόψεις του ασθενούς. Αντίθετα, ο γιατρός παίρνει μια απόφαση ή πείθει τον ασθενή να επιλέξει μια συγκεκριμένη πορεία θεραπείας με βάση εξωτερικές αξίες όπως το κοινωνικό ή επιστημονικό καλό. Αν και δικαίως καταδικάζεται για ηθικούς λόγους, θα πρέπει να

σημειωθεί ότι αυτό το μοντέλο παραμένει δυνητικά σχετικό ως προειδοποίηση για την ανάπτυξη της τεχνητής νοημοσύνης. Σε περιπτώσεις όπου η τεχνητή νοημοσύνη επιδιώκεται όχι για το καλό του ασθενούς, αλλά μάλλον για χάρη της αποτελεσματικότητας ή της εξοικονόμησης κόστους, θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι η σχέση γιατρού-ασθενούς είναι εργαλειοποιημένη. Κάθε ένα από αυτά τα μοντέλα της σχέσης ιατρού-ασθενούς δείχνει διαφορετικούς βαθμούς σεβασμού στην αυτονομία του ασθενούς και στην ηθική αυτό-ανάπτυξη. (Shutzberg, 2021).

1.4 Η Φιλοσοφική Ουσία της Σχέσης Ιατρού-Ασθενούς

Η φύση της σχέσης ασθενή-ιατρού είναι ένα ερώτημα στη φιλοσοφία της ιατρικής και αποτελεί μια συζήτηση που αγγίζει κάθε άλλη πτυχή αυτού του κλάδου. Για παράδειγμα, ο στόχος της ιατρικής, η φύση της ασθένειας, ο ρόλος του ιατρού και η σημασία του σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς είναι όλα αλληλένδετα ζητήματα σε οποιαδήποτε συζήτηση για τη σχέση ασθενούς-ιατρού. Μόνο πολύ πρόσφατα η φύση της σχέσης ασθενή-ιατρού έχει διερευνηθεί περεταίρω αλλά και έχει αμφισβητηθεί. Η σχέση ιατρού-ασθενούς είναι καταπιστευτικής φύσης, δηλαδή βασίζεται στην εμπιστοσύνη του ασθενούς στον γιατρό. Μόλις δημιουργηθεί, αυτή η σχέση δημιουργεί ορισμένες υποχρεώσεις ή καθήκοντα που ο ιατρός οφείλει στον ασθενή. Ένα από τα βασικά καθήκοντα των ιατρών είναι να λένε στους ασθενείς την αλήθεια για τις ασθένειες ή τις παθήσεις τους. Επιτρέπονται εξαιρέσεις σε ορισμένες περιπτώσεις εάν η γνώση της αλήθειας μπορεί να είναι ιατρικά επιβλαβής για τον ασθενή. Ωστόσο, δεν υπάρχουν εξαιρέσεις στην υποχρέωση αποκάλυψης της φύσης των δυσμενών αποτελεσμάτων. Οι ασθενείς έχουν απολύτως δικαίωμα σε μια ειλικρινή αποκάλυψη των γεγονότων που αφορούν τις περιπτώσεις τους, ειδικά όταν τα αποτελέσματα είναι δυσμενή. Η αδυναμία παροχής ειλικρινούς αναφοράς των γεγονότων, είτε με απόκρυψη πληροφοριών είτε με την παροχή παραπλανητικών πληροφοριών, είναι γνωστή ως *δόλια απόκρυψη*. Αυτό δημιουργεί νέες και σοβαρές επιπλοκές για τον ιατρό που είναι ξεχωριστές και διακριτές από την αρχική επιπλοκή (OhNelson, 2021).

1.5 Ηθικές απαιτήσεις

Η σχέση ιατρού-ασθενούς είναι εδώ και πάρα πολλά χρόνια αναπόσπαστο κομμάτι της ιατρικής και πολλές περιγραφές επαγγελματισμού επικεντρώνονται σε ιδιότητες που αυτή η αλληλεπίδραση πρέπει να εξηγεί σωστά σεβασμό, ευαισθησία και ενσυναίσθηση, μεταξύ άλλων. Οι ιατροί βοηθούν τους ασθενείς και τις οικογένειες να ξεπεράσουν και να αντιμετωπίσουν δύσκολες στιγμές σε θέματα υγείας και ως ισχυρός δεσμός που είναι διευκολύνει την εμπιστοσύνη και τη διαφάνεια που απαιτείται για να βοηθηθούν οι ασθενείς να λαμβάνουν σοφές, τεκμηριωμένες αποφάσεις κάτω από τέτοιες δύσκολες συνθήκες. Μια ποικιλία φραγμών, τόσο εσωτερικοί όσο και εξωτερικοί, απειλούν την ανάπτυξη αυτού του δεσμού (Gauthier-Mamaril, 2022).

Ένα σημαντικό εμπόδιο είναι ο χρόνος. Οι σχέσεις απαιτούν χρόνο για να οικοδομηθούν, αλλά οι αυξανόμενοι οικονομικοί, υλικοτεχνικοί περιορισμοί και οι περιορισμοί πόρων περιορίζουν τον χρόνο που μπορούν να αφιερώσουν οι γιατροί με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια των επισκέψεων. Τα σύντομα χρονικά πλαίσια καθιστούν πιο δύσκολη τη δημιουργία της εμπιστοσύνης που απαιτείται για τους ασθενείς τόσο για να εμπιστεύονται όσο και να λαμβάνουν ευαίσθητες πληροφορίες. Ένα δεύτερο αξιοσημείωτο εμπόδιο ήταν η εφαρμογή συστημάτων ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου (EMR). Ενώ τα EMR παρέχουν άνευ προηγουμένου πρόσβαση στα αρχεία ασθενών και διευκολύνουν την ταχεία ανταλλαγή πληροφοριών, αυτά τα οφέλη συνοδεύονται μερικές φορές από προβληματική νέα δυναμική στην επίσκεψη στο ιατρείο. Η εργασία της εισαγωγής πληροφοριών μέσω του πληκτρολογίου, συχνά συμπληρώνοντας πολλά πλαίσια ελέγχου, μπορεί εύκολα να τραβήξει την προσοχή του γιατρού μακριά από τον ασθενή. Σε ορισμένες αίθουσες εξετάσεων, η κακή τοποθέτηση ενός τερματικού υπολογιστή μπορεί στην πραγματικότητα να αναγκάσει τους ιατρούς να καθίσουν με την πλάτη τους στον ασθενή για να κοιτάξουν την οθόνη. Αν και πολλοί ιατροί έχουν κατακτήσει την τέχνη της ακρόασης κατά την εισαγωγή δεδομένων, ωστόσο, ένα τέτοιο περιβάλλον δεν ευνοεί την ανταλλαγή λεπτών πληροφοριών, ιδιαίτερα για ασθενείς που βρίσκονται σε δύσκολη συναισθηματική στιγμή ή σε πανικό (Pascual-Ramos, etal. , 2022).

1. 6 Έννοιες της φαινομενολογίας

Μια σημαντική πρόκληση για τους γενικούς ιατρούς (GPs) είναι να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους όσον αφορά την αντίληψη του τι υπονοείται και καλύπτεται στις συναντήσεις με τους ασθενείς. Ένα σύμπτωμα μπορεί να αντιπροσωπεύει ένα ασαφές πρώτο σημάδι μιας ήδη εγκατεστημένης οργανικής διαταραχής ή εναλλακτικά μια υπερερμηνεία μιας «φυσιολογικής» σωματικής αντίδρασης. Θεωρητικά, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να προσπαθήσουν να κρατήσουν μακριά από το μυαλό τους μια ανεπιθύμητη εικόνα του εαυτού τους βλέποντας μια ασθένεια να προκαλεί την αίσθηση της αποτυχίας. Μια προσεκτική και ενσυναίσθητη στάση μπορεί να διευκολύνει τις προσπάθειες του γιατρού να δει πότε συμβαίνει αυτό, να κατανοήσει και να συναντήσει με επιτυχία τέτοιους ασθενείς. Η έννοια της κατανόησης υποδηλώνει ότι υπάρχει κάτι κάτω από το φαινομενικό που πρέπει να συλληφθεί. Όταν δύο άτομα καταλαβαίνουν κάτι μαζί, μοιράζονται ένα «κοινό επικοινωνιακό περιβάλλον». Οι εκφράσεις τους παραπέμπουν σε αυτό το περιβάλλον, που μεσολαβεί μεταξύ τους και τους κάνει να νιώθουν συνοχή. Τα ανθρώπινα όντα τρέφονται από μια αίσθηση συνοχής, δηλαδή μια αίσθηση νοήματος, κατανοητότητας και δυνατότητας διαχείρισης (Sarahbi, 2022).

Όταν, θεωρητικά, η συν-κατανόηση είναι πλήρης, υπάρχει μια απόλυτη επικοινωνία μέσω ενός γενικού κοινού νοήματος. Συνήθως χρησιμοποιούνται έννοιες χωρίς υπερβολικό προβληματισμό σχετικά με τη σημασία τους ως μεσολαβητές ενός αισθήματος συγγένειας. Η άγνοια του τι υπάρχει που ενώνει, φαίνεται να είναι προϋπόθεση της συνκατανόησης. Μια ανατροπή μιας αστείας ιστορίας το διαφωτίζει αυτό: με το γέλιο, κάποιος υποδηλώνει άθελά του ότι έχει ακούσει και αυτό που δεν λέγεται, δηλαδή υπονοείται με το να είναι μέρος του συγκεκριμένου πλαισίου της. Το να ξέρει κάποιος για παράδειγμα το τέλος ενός αστείου εκ των προτέρων μειώνει τη χαρά. Αν κάποιος δεν καταλαβαίνει ένα αστείο παρουσία των μελών της ομάδας που το καταλαβαίνουν, ντρέπεται, κάτι που μπορεί να εξυπηρετήσει χρήσιμο σκοπό. Η αποδεδειγμένη έλλειψη κατανόησης δείχνει ότι δεν πρέπει να ζητηθεί από κάποιον να εκτελέσει τα πιο σημαντικά καθήκοντα της ομάδας (Gauthier-Mamaril, 2022).

1. 7 Η Ψυχολογική Ουσία της Σχέσης Ιατρού-Ασθενούς

Συνολικά, οι επιστήμες υγείας, μέσω της επιρροής της ψυχολογίας, έχουν εμπλουτιστεί από θεωρητικές έννοιες βασισμένες σε τεκμήρια και τη δυνατότητα

πρακτικής εφαρμογής της ψυχολογικής γνώσης, όπως στην ανάπτυξη μοντέλων υγείας. Όσον αφορά τα ζητήματα υγείας, αυτή η αλλαγή αντικατοπτρίζεται σε μελέτες για συμπεριφορές υπέρ της υγείας και τη δομή τους, και δυνητική αλλαγή τέτοιων συμπεριφορών. Επιπλέον, χάρη στις αναλύσεις και την εργασία για την ασθένεια ως διαδικασία ή προφύλαξη προσανατολισμένη στην υγεία, είναι δυνατό να προταθούν ρεαλιστικές λύσεις που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι επαγγελματίες υγείας στην εργασία τους. Πραγματοποιούνται επίσης μελέτες για τη διερεύνηση των λόγων πίσω από τη συνεχή συμμόρφωση στη θεραπεία, η οποία έχει σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα της θεραπείας σε διάφορες καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με τις ψυχολογικές αντιλήψεις της ανθρώπινης προσωπικότητας, δύο μοντέλα υγείας μπορούν να προκύψουν: ένα ρεαλιστικό-προσαρμοστικό μοντέλο, το οποίο περιέχει θεωρίες αυτορρύθμισης και προσαρμογής και ένα υποθετικό μοντέλο, το οποίο προϋποθέτει την ύπαρξη μιας ιδανικής προσωπικότητας ως αποτέλεσμα η διαδικασία της αυτοπραγμάτωσης. Τέτοιες κατασκευές της σύλληψης της υγείας διευκολύνουν την κατανόηση θεμάτων στην κλινική ψυχολογία και επομένως έχουν καίρια σημασία για την ουσία της διάγνωσης της υγείας, της σοβαρότητας μιας ψυχικής διαταραχής ή της σκοπιμότητας μιας θεραπείας (Jeffrey, & Jeffrey, 2020).

Ένας άλλος τομέας ενδιαφέροντος για την κλινική ψυχολογία είναι η μελέτη των σχέσεων μεταξύ συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία και της ποιότητας ζωής, της ευημερίας του ασθενούς και της ίδιας της υγείας. Η εφαρμογή προγραμμάτων για την προφύλαξη, παρεμβάσεις ή αλλαγές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία είναι πρακτική δράση που δεν αφορά μόνο τους επαγγελματίες υγείας, με την ευρεία έννοια αυτού του όρου, αλλά είναι επίσης μέρος της πολιτικής ενός κράτους για τη δημόσια υγεία. Μελετάται επίσης η επίδραση της σχέσης στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς και στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ασθενούς και του κλινικού ιατρού μπορεί να διαδραματίσει βασικό και κύριο ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη καθώς επηρεάζει την πορεία και τα αποτελέσματα της εκάστοτε θεραπείας (Jeffrey, & Jeffrey, 2020).

1. 8 Η Κοινωνιολογική Ουσία της Σχέσης Ιατρού-Ασθενούς

1. 8. 1 Ενόργανη Δράση

Η ενόργανη επικοινωνία αναφέρεται σε «αλληλεπιδράσεις προσανατολισμένες στη θεραπεία» και τείνει να είναι πιο προσανατολισμένη στην εργασία εστιάζοντας στις ανησυχίες για την υγεία του ασθενούς και στο λόγο για την πραγματοποίηση του ραντεβού. Αντίθετα, η κοινωνικοσυναισθηματική επικοινωνία αναφέρεται σε πιο «αλληλεπιδράσεις προσανατολισμένες στη φροντίδα που μπορεί να κάνουν τον ασθενή να αισθάνεται άνετα, να ανακουφίζει το άγχος του και να οικοδομήσει μια σχέση εμπιστοσύνης. Η κοινωνικο-συναισθηματική επικοινωνία οδηγεί τελικά σε καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς. Αυτό σημαίνει ότι οι διαφορές υγείας μεταξύ περιοχών πχ (αγροτικών και αστικών) θα μπορούσαν να συνδέονται με διαφορές στα στυλ επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς. Κάποιοι μπορεί να υποστηρίξουν ότι η κοινωνικο-συναισθηματική επικοινωνία απαιτεί πολύ χρόνο, όμως μάλλον ισχύει το αντίθετο. Ενώ εξακολουθούν να υπάρχουν αβεβαιότητες σχετικά με το ρόλο του στυλ επικοινωνίας ιατρού και τα αποτελέσματα των ασθενών, με την καλύτερη κατανόηση των διαφορετικών τύπων επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς και του τρόπου με τον οποίο διαφέρουν μεταξύ των αστικών και αγροτικών περιοχών, μπορεί να προσφέρει ένα σημαντικό κομμάτι στο περίπλοκο παζλ της εξήγησης των διαφορών μεταξύ πόλης και υπαίθρου στην υγειονομική περίθαλψη και τα αποτελέσματα υγείας (OhNelson, 2021).

1. 8. 2 Επικοινωνιακή Δράση

Ακρογωνιαίος λίθος της επιτυχημένης θεραπείας είναι η καλή σχέση ιατρού-ασθενούς. Κατά τη διάρκεια της ατομικής ανάλυσης, τα υποκείμενα ζητήματα διερευνώνται και επιλύονται. Αυτός ο τύπος ανάλυσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς είναι συνήθως μέρος μιας ολοκληρωμένης διαγνωστικής αξιολόγησης. Η καλλιέργεια μιας καλής σχέσης ιατρού-ασθενούς ξεκινά από την πρώτη κιόλας συνάντηση, η οποία είναι συνήθως μια συνεδρία αξιολόγησης. Κατά τη διάρκεια αυτής της αρχικής διαβούλευσης, ο ιατρός θα συγκεντρώσει σε βάθος πληροφορίες για να βοηθήσει στη διάγνωση. Ο ιατρός θα ξεκινήσει επίσης διαφορετικές θεραπείες για να υποστηρίξει την ανάρρωση. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, καθιερώνεται η έναρξη μιας σχέσης. (OhNelson, 2021).

Οι ασθενείς έχουν ορισμένες προσδοκίες από τους ιατρούς τους. Κάθε ασθενής έχει ορισμένες πεποιθήσεις για διάφορες μεθόδους θεραπείας καθώς και προσδοκίες για το αποτέλεσμα. Ακριβώς όπως τα συμπτώματα διαφέρουν από άτομο σε άτομο για τα ίδια θέματα, έτσι και οι προσδοκίες διαφέρουν. Είναι το κλειδί για μια επιτυχημένη σχέση ιατρού-ασθενούς για τον γιατρό να καθορίσει τι θέλει ένας ασθενής. Γενικά, οι ασθενείς θέλουν ιατρούς που να μπορούν να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τα στυλ που βρίσκουν πιο εύκολο να κατανοήσουν. Οι ασθενείς ευδοκιμούν επίσης σε μια σχέση ιατρού-ασθενούς στην οποία αισθάνονται ότι αποτελούν αναπόσπαστο μέρος. Τα οφέλη της αποτελεσματικής επικοινωνίας περιλαμβάνουν τη δημιουργία καλής διαπροσωπικής σχέσης, τη διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφοριών και τη συμπερίληψη ασθενών στη λήψη αποφάσεων. (OhNelson, 2021).

Είναι σημαντικό για έναν ιατρό να διατηρεί μια οπτική επαφή, έτσι ώστε ο ασθενής να μην αισθάνεται ότι τον αγνοούν. Οι ασθενείς λαμβάνουν λεπτομέρειες σχετικά με τις παθήσεις, τις θεραπείες και πώς θα εξελιχθεί η θεραπεία από την αρχική αξιολόγηση. Η αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς είναι σημαντική, ειδικά κατά την αρχική συνάντηση. Η επίσκεψη σε ιατρό για πρώτη φορά, ειδικά στα πρώιμα, εύθραυστα στάδια της ανάρρωσης, μπορεί να είναι μερικές φορές τρομακτική. Οι ασθενείς μπορεί να εισέρχονται σε νέα και άγνωστη περιοχή, και μερικές φορές αυτό μπορεί να παρεμποδίσει την κατανόηση του ιατρού ή να είναι απλά ταραγμένοι και αγχωμένοι ή σε πανικό όταν δεν μπορούν να επεξεργαστούν αυτό που λέει ο ιατρός. Αντίθετα, οι ιατροί μπορεί να μην είναι σε θέση να κατανοήσουν τα προβλήματα ενός ασθενούς ή τις εξηγήσεις των συμπτωμάτων. Οι ασθενείς θέλουν να επισκεφθούν τον ιατρό τους μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα, όπως μέσα σε λίγες ημέρες. Οι ασθενείς μπορούν να βοηθήσουν τους ιατρούς τους με διάφορους τρόπους, ώστε η επικοινωνία να ρέει φυσικά, να μπορεί να γίνει ακριβής διάγνωση και η θεραπεία να προχωρήσει έγκαιρα. Ένας από τους πιο σημαντικούς τρόπους με τους οποίους ένας ιατρός μπορεί να βοηθήσει έναν ασθενή κατά τη διάρκεια της ατομικής ανάλυσης είναι η οικοδόμηση εμπιστοσύνης από την αρχή και κατά τη διάρκεια των συνεδριών. Η εμπιστοσύνη βοηθά έναν ασθενή να αισθάνεται ασφαλής. Η έκφραση σεβασμού και ζεστασιάς είναι το κλειδί. Επίσης, ο ιατρός θα πρέπει να ενδιαφέρεται πραγματικά και να είναι περίεργος όταν εργάζεται με έναν νέο ασθενή. Όλες οι προκαταλήψεις για έναν ασθενή πρέπει να παραμερίζονται. Θέματα που σχετίζονται με πολιτισμικό υπόβαθρο ή πνευματικές πεποιθήσεις που μπορεί να είναι σημαντικά

για τον ασθενή θα πρέπει να επιτρέπονται σε μια ελεύθερη και ανοιχτή συζήτηση. Ο ασθενής θα πρέπει να αισθάνεται ότι τόσο ο ιατρός όσο και ο ασθενής βρίσκονται σε κοινή εξερεύνηση του ιστορικού του ασθενούς, των εμπειριών της ζωής και των τρεχόντων συμπτωμάτων του. Βασικό στοιχείο για την καλή επικοινωνία κατά τη διάρκεια της ανάλυσης ένας προς έναν είναι η ενσυναίσθηση του ιατρού. Είναι σημαντικό για έναν ιατρό να έχει ενσυναίσθηση στα θέματα και τα προβλήματα του ασθενούς. Βοηθά τους ασθενείς να αισθάνονται σαν να έχουν «ακουστεί». Οι ιατροί που επικοινωνούν καλά (μη λεκτικά) βοηθούν στην προώθηση θετικών αποτελεσμάτων θεραπείας. Απλά πράγματα όπως το χαμόγελο, η διατήρηση της βλεμματικής επαφής, η χαλαρή και ανοιχτή στάση, η χρήση μέτριου τόνου φωνής και η μη «βιασύνη» βοηθούν πολύ τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της ανάλυσης της κατάστασής τους (Seshadri, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η έννοια της Επικοινωνίας στις θεραπευτικές σχέσεις

2. 1. Η έννοια της επικοινωνίας

Η επικοινωνία είναι ένα σύνθετο φαινόμενο στη ιατρική και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η σχέση, η διάθεση, ο χρόνος, ο χώρος, η κουλτούρα, η έκφραση του προσώπου, οι χειρονομίες, η προσωπική κατανόηση και αντίληψη (McCarthyetal, 2013 ; Kourkouta and Papathanasiou, 2014).

Ο Daly (2017) περιέγραψε την επικοινωνία ως δυναμική και κυκλική, επειδή περιλαμβάνει μια διαδικασία μετάδοσης, λήψης και ερμηνείας μέσω λεκτικών ή μη λεκτικών μέσων. Αυτό αντανakλά την πολυπλοκότητα της επικοινωνίας, η οποία περιλαμβάνει την ομιλία, την ακρόαση, την κατανόηση ή την αποδοχή, καθώς και την προβολή και την αναγνώριση. Ως εκ τούτου, η αξιολόγηση παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την επικοινωνία, όπως ο θόρυβος ή οι παρεμβολές, είναι πάντα κρίσιμη για την αποτελεσματική επικοινωνία (Webb, 2018).

Ο Daly (2017) εξήγησε ότι άλλες δεξιότητες για αποτελεσματική επικοινωνία, που είναι η συνείδηση, η συμπόνια, η ικανότητα, ο επαγγελματισμός και η προσωποκεντρικότητα, είναι όλες σημαντικές έννοιες στις νοσηλευτικές και ιατρικές σπουδές και την πρακτική. Αυτό δείχνει ότι η επικοινωνία είναι σκόπιμη στη φύση, επομένως ο σκοπός και η προοπτική των ατόμων που εμπλέκονται θα πρέπει να εκτιμώνται και να γίνονται σεβαστές. Στην περίπτωση της σχέσης ιατρού-ασθενούς, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κάποιοι παράγοντες όπως, το ιστορικό και οι ανησυχίες του ασθενούς όταν επικοινωνεί. Είναι σημαντικό για έναν ιατρό ή ακόμα και νοσηλεύτη να είναι ικανός, ηθικός και επαγγελματίας και να επιδεικνύει εξατομικευμένη προσέγγιση στην επικοινωνία με τους ασθενείς (Bloomfield και Pegram, 2015).

Η αποτελεσματική επικοινωνία προωθεί τη συνολική λήψη ιστορικού. Η λήψη ιστορικού περιλαμβάνει την επικοινωνία με τους ασθενείς για τη συλλογή υποκειμενικών δεδομένων και τη χρήση αυτών των πληροφοριών για τον καθορισμό των σχεδίων διαχείρισης. Κατά τη λήψη ιστορικού, ανακριβείς πληροφορίες μπορεί να συλλέγονται όταν η επικοινωνία δεν είναι αποτελεσματική (Burley, 2011 ; Jones, 2012 ; Daly, 2017). Ωστόσο, είναι σημαντικό για τους νοσηλευτές να δημιουργούν

καλές προσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς, έτσι ώστε οι τελευταίοι να μπορούν να αισθάνονται άνετα όταν μοιράζονται τα παράπονά τους (Casey and Wallis, 2011).

Πρέπει να σημειωθεί ότι, δεδομένου ότι οι ασθενείς είναι ειδικοί στη ζωή τους, η ικανότητα του ιατρού να κάνει τους ασθενείς να αισθάνονται άνετα μπορεί να τους ενθαρρύνει να μοιραστούν πολύτιμες πληροφορίες, καθώς και τις προσδοκίες, τις ανησυχίες και τους φόβους τους. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι σημαντική εάν οι ιατροί θέλουν να εφαρμόσουν αποτελεσματικά τους ρόλους τους όσον αφορά την ολιστική αξιολόγηση, λαμβάνοντας υπόψη την υποκειμενική εμπειρία και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς τους. Επιπλέον, μια καλά ενημερωμένη συνεργατική αξιολόγηση μέσω αποτελεσματικής επικοινωνίας μπορεί να συμβάλει σε θετικά αποτελέσματα διαχείρισης ασθενών. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να μεταφέρει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σε ένα ιατρό ή σε ένα νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης ενημερώνοντας για τις απαραίτητες εξετάσεις και έρευνες που θα βοηθήσουν στη νοσηλευτική διάγνωση βάσει στοιχείων και σε ένα σχέδιο συνεργασίας διαχείρισης. Η ικανότητα σύναψης αμοιβαίας συμφωνίας για τη νοσηλευτική διαδικασία υποδηλώνει αποτελεσματική επικοινωνία και για τα δύο μέρη. (Daly, 2017)

Η αποτελεσματική επικοινωνία βοηθά στον σχεδιασμό και την εφαρμογή εξατομικευμένης φροντίδας. Βοηθά τους ασθενείς να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους και να επιλέξουν την προτιμώμενη διαχείριση για καλύτερα αποτελέσματα. Η επικοινωνία είναι μια αμφίδρομη διαδικασία κατά την οποία ο αποστολέας γίνεται παραλήπτης και το αντίστροφο. Ως εκ τούτου, υπάρχει ανάγκη τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους ιατρούς να συνειδητοποιήσουν ότι είναι συνεργάτες στην επικοινωνία του προγραμματισμού και της εφαρμογής της φροντίδας (Bloomfield και Pegram, 2015). Αυτή η συνειδητοποίηση μπορεί να προάγει την αξιοπρέπεια του ασθενούς και μπορεί επίσης να επηρεάσει την επιθυμία των ασθενών να τηρήσουν το σχέδιό τους όταν αισθάνονται ότι συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων (Casey and Wallis, 2011).

Αντίθετα, οι ασθενείς μπορεί να είναι απρόθυμοι και δυστυχισμένοι εάν αισθάνονται ότι τους υπαγορεύουν εντολές σε σχέση με την υγεία τους. Το πιο σημαντικό, η συμμετοχή των ασθενών μέσω αποτελεσματικής επικοινωνίας μπορεί να τους δώσει τη δυνατότητα να έχουν τον πλήρη έλεγχο της υγείας και της ευημερίας τους (Readeretal, 2014).

Οι ιατρικές διαγνώσεις είναι κοινώς αποδεκτές παρέχοντας μια ταξινόμηση κατανοητών αιτιολογιών, επιδημιολογίας και παθοφυσιολογίας των σημείων και συμπτωμάτων που συχνά συγκεντρώνονται. Με τη σειρά τους, αυτές οι διαγνώσεις παρέχουν έναν τρόπο κατηγοριοποίησης και παροχής θεραπείας, πρόγνωσης, υποστήριξης και εκπαίδευσης σε ασθενείς με την ίδια διάγνωση. Οι διαγνώσεις παρέχουν επίσης ζωτικής σημασίας ταξινόμηση για την ασφαλιστική κάλυψη και πληρωμή, την πιστοποίηση επάρκειας των παρόχων, τους προσδιορισμούς αναπηρίας, τις αξιώσεις κακής πρακτικής και άλλες σχετικές λειτουργίες. Με αυτούς τους τρόπους, η διαδικασία της διάγνωσης αντιπροσωπεύει μια κρίσιμη διαδικασία εύρεσης και κατανόησης ομοιοτήτων μεταξύ μεμονωμένων ασθενών μέσω της συμπτωματικής τους παρουσίας (Readeretal, 2014).

Ταυτόχρονα, ο εντοπισμός και η εκτίμηση των ατομικών διαφορών μεταξύ των ασθενών θεωρείται συχνά σημαντική, καθώς αυτές οι διαφορές ευθύνονται για πολλά αποτελέσματα υγειονομικής περίθαλψης. Τα κοινά αναφερόμενα παραδείγματα τέτοιων διαφορών περιλαμβάνουν κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Με αυτούς τους τρόπους, η αποτελεσματική επικοινωνία με μεμονωμένους ασθενείς μπορεί να εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Οι ακόλουθες τεχνικές θεραπευτικής επικοινωνίας πρέπει επομένως να θεωρηθούν ως γενικές κατευθυντήριες γραμμές για τις αλληλεπιδράσεις ασθενή-παρόχου. Οι πάροχοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτές τις γενικές οδηγίες ως θεμελιώδη προσέγγιση από την οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια εξατομικευμένη προσέγγιση στην επικοινωνία για συγκεκριμένους ασθενείς (Readeretal, 2014).

2. 2 Η επικοινωνία στις Θεραπευτικές σχέσεις

Η θεραπευτική επικοινωνία είναι μια τεχνική διαπροσωπικής επικοινωνίας που παρέχει εξαιρετική σωματική και συναισθηματική φροντίδα σε έναν ασθενή. Οι επαγγελματίες μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη θεραπευτική επικοινωνία για να δημιουργήσουν εμπιστοσύνη και σχέση με τους ασθενείς. Συχνά, οι ιατροί πρέπει να απαλύνουν τις ανησυχίες των ασθενών προτού αρχίσουν να παρέχουν υγειονομική περίθαλψη. Η θεραπευτική επικοινωνία επιτρέπει στους ιατρούς να αντιμετωπίζουν τις ανησυχίες των ασθενών και να τους παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη και

πολύτιμες πληροφορίες για την υγεία. Αυτή η θετική σχέση ιατρού-ασθενούς μπορεί να κάνει τον ασθενή πιο πιθανό να προχωρήσει με το προβλεπόμενο πρόγραμμα υγείας. Εάν ο ασθενής είναι μη λεκτικός, ο ιατρός καλείται να βρει έναν τρόπο επικοινωνίας. Η θεραπευτική επικοινωνία παρέχει πολλές διαφορετικές τεχνικές για την υποστήριξη ασθενών με διαφορετικές ανάγκες. Η επικοινωνία είναι μια ενεργή διαδικασία. Οι ιατροί και γενικότερα όλο το ιατρικό προσωπικό πρέπει να επιλέγουν προσεκτικά πώς να απαντούν στις ερωτήσεις και τις απαντήσεις των ασθενών με τρόπο που να αμβλύνει τις εντάσεις και να συγκεντρώνει όσο το δυνατόν περισσότερες χρήσιμες πληροφορίες για την ιατρική ομάδα (Readeretal, 2014).

Η θεραπευτική επικοινωνία μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη σχέση μεταξύ ασθενών και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς τείνουν να αισθάνονται ενδυναμωμένοι όταν έχουν το χρόνο και τον χώρο να εκφράσουν τις ανησυχίες τους σε έναν επαγγελματία ιατρό. Η ισχυρή θεραπευτική επικοινωνία μπορεί να δώσει στους νοσηλευτές την αίσθηση ότι βοηθούν ενεργά έναν ασθενή να νιώσει καλύτερα και οι ασθενείς νιώθουν ότι κάποιος τους καταλαβαίνει και τους νοιάζεται. Χωρίς εξαίρεση, οι εμπειρίες των ασθενών επηρεάζονται από τον τρόπο παροχής της φροντίδας. Μέσω της επικοινωνίας, ένας ασθενής μπορεί: να καθησυχαστεί, να χαλαρώσει, να ληφθούν τα ζητούμενά του σοβαρά υπόψη, να κατανοήσει πληρέστερα την ασθένειά του, να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του και να αισθανθεί ενδυναμωμένος έχοντας κίνητρο να ακολουθήσει ένα θεραπευτικό σχήμα, να εκφράσει την επιθυμία να έχει θεραπεία (ή όχι) να δοθεί χρόνος και να αντιμετωπίζεται με σεβασμό. Επομένως, η αποτελεσματική επικοινωνία είναι κάτι περισσότερο από την παροχή ποιοτικής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή (Ditholeetal, 2017). Είναι επίσης το όχημα μέσω του οποίου βελτιστοποιείται η συμμετοχή των ασθενών (Kourkouta and Parathanasiou, 2014).

Η επικοινωνία είναι θεραπευτική. Η οικοδόμηση σχέσεων είναι ο ακρογωνιαίος λίθος του νοσηλευτικού έργου, ιδιαίτερα με ασθενείς με μαθησιακές δυσκολίες . Η επικοινωνία είναι απαραίτητη προϋπόθεση για αυτή τη διαδικασία. Μπορεί επίσης να σώσει ζωές. Εάν ένας ασθενής ενημερωθεί για τα συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει, ο καρκίνος για παράδειγμα που είναι μια πολύ σοβαρή ασθένεια είναι πιο πιθανό να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί έγκαιρα. Η θεραπευτική επικοινωνία έχει συγκεκριμένο σκοπό στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Αποσκοπεί στην ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής διαπροσωπικής σχέσης ιατρού-πελάτη που

υποστηρίζει την ευημερία του πελάτη και εξασφαλίζει ολιστική, πελατοκεντρική, ποιοτική φροντίδα. Η λέξη « θεραπευτική » σχετίζεται με τη λέξη θεραπεία: σημαίνει ότι έχει επανορθωτική και θεραπευτική επίδραση στο μυαλό και το σώμα. Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη πώς επικοινωνείτε και πώς αυτό επηρεάζει τον εκάστοτε ασθενή. Η θεραπευτική επικοινωνία έχει μελετηθεί ευρέως και έχει αποδειχθεί ότι έχει πολλαπλά οφέλη (Ditholeetal, 2017).

Πιο πρόσφατα, η θεραπευτική επικοινωνία υιοθετήθηκε κυρίως για τη δομή της επικοινωνίας στις αλληλεπιδράσεις ιατρού, νοσηλευτικής, ψυχικής υγείας και κοινωνικής εργασίας. Η διαδικασία της θεραπευτικής επικοινωνίας έχει αποδειχθεί ότι έχει οφέλη σε πολλούς τομείς. Αυτά περιλαμβάνουν την αύξηση της ακρίβειας της διάγνωσης, τον προσδιορισμό των συναισθημάτων του ασθενούς και τον καθορισμό του καλύτερου θεραπευτικού μέτρου, τη λήψη αποφάσεων από κοινού με τους ασθενείς και τη βελτίωση της αναγνώρισης των αντιλήψεων του ασθενούς σχετικά με τις επιλογές διάγνωσης και θεραπείας. Δυστυχώς, ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ελλείψεις στην εκπαίδευση και την εφαρμογή της ενσυναισθητικής ή θεραπευτικής επικοινωνίας. Τα εμπόδια στην επικοινωνία που εντοπίζονται στη βιβλιογραφία περιλαμβάνουν το άγχος του ασθενούς, την υποαναγνώριση των πολιτισμικών διαφορών μεταξύ ασθενή και γιατρού, γλωσσικές διαφορές μεταξύ ασθενούς και γιατρού, υπερκόπωση ιατρικού προσωπικού, έλλειψη χρόνου, φόβος κατάχρησης ή δικαστικές διαφορές και μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τον ασθενή. Όπως μπορεί να είναι προφανές, ορισμένα από αυτά τα εμπόδια που έχουν εντοπιστεί μπορούν να αντιμετωπιστούν σε επίπεδο συστήματος και άλλα σε επίπεδο επικοινωνίας ασθενή-παρόχου. Μια ανησυχία που εκφράζεται συχνά σχετικά με τη θεραπευτική επικοινωνία είναι ότι οι γιατροί μπορεί να μην έχουν αρκετό χρόνο για να αντιμετωπίσουν συναισθηματικές ανησυχίες. Αυτό το θέμα σχετικά με την έλλειψη χρόνου δεν έχει υποστηριχθεί στη βιβλιογραφία. Μελέτες σε γιατρούς έχουν δείξει μόνο μια οριακή αλλαγή στον χρόνο διαβούλευσης όταν δίνεται μια ενσυναισθητική απάντηση και οι βελτιωμένες δεξιότητες επικοινωνίας δεν έδειξαν συσχέτιση με μεγαλύτερη διάρκεια της διαβούλευσης (McCarthyetal, 2013).

Η επικοινωνία μπορεί να περιπλέκεται από παράγοντες, όπως διέγερση/επιθετικότητα του ασθενούς που επιφέρει περισσότερα προβλήματα σε επικοινωνιακό επίπεδο, όπως και σε περιπτώσεις που ο ασθενής παρουσιάζει ψύχωση, παραλήρημα και διασωλήνωση. Για αυτές τις περιπτώσεις, η χρήση τεχνικών

θεραπευτικής επικοινωνίας και η προσαρμογή της αλληλεπίδρασης του κάθε ασθενή μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Σε περιπτώσεις που εμφανίζεται μεγάλη ένταση λόγω της κατάστασης του ασθενούς, από διέγερση και επιθετικότητα οι τεχνικές λεκτικής αποκλιμάκωσης είναι γενικά αποδεκτές ως καλή κλινική πρακτική. Ωστόσο, είναι ένα πεδίο που δεν έχει μελετηθεί καθόλου, σε περιστατικά που προκαλούνται από ψύχωση.

Από την άλλη η επιθετικότητα που δεν προκαλείται από ψύχωση αλλά διασωλήνωση έχει επίσης αναθεωρηθεί, έχοντας περιορισμένη βάση στοιχείων. Οι τεχνικές για λεκτική αποκλιμάκωση επικαλύπτονται σε μεγάλο βαθμό με τις παραπάνω αναφερόμενες τεχνικές θεραπευτικής επικοινωνίας, δίνοντας έμφαση στην εξισορρόπηση της ασφάλειας του παρόχου με την άνεση του ασθενούς. Αυτές οι πρόσθετες τεχνικές περιλαμβάνουν τη διατήρηση μιας μέτριας απόστασης, η χρήση ήρεμης και ανοιχτής γλώσσας του σώματος και του τόνου της φωνής, η στάση σε ορθή γωνία με τον ασθενή, επιτρέποντας του να αποχωρήσει εύκολα αν το επιθυμεί (Ditholeetal, 2017).

Αλλα πολύπλοκα ζητήματα επικοινωνίας περιλαμβάνουν προκλήσεις που εμφανίζονται σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, συμπεριλαμβανομένου του ασθενούς που βρίσκεται σε παραλήρημα, της διασωλήνωσης και των διανοητικών και αναπτυξιακών αναπηριών καθώς και του αυτισμού. Η στρατηγική επικοινωνίας που αναφέρεται ως Επαυξητική και Εναλλακτική Επικοινωνία είναι ένα σύνολο επικοινωνιακών προσεγγίσεων που βοηθούν την επικοινωνία σε αυτές τις ρυθμίσεις. Τέλος, η ψύχωση παρουσιάζει ένα προκλητικό επικοινωνιακό εμπόδιο, ειδικά όσον αφορά τις ψευδαισθήσεις και τις αυταπάτες. Η ανάπτυξη μιας κοινής κατανόησης στο πλαίσιο των ψυχωτικών εμπειριών γίνεται ιδιαίτερα προκλητική, τόσο από τη σκοπιά του ασθενούς που κοινοποιεί τις ανησυχίες του στον γιατρό όσο και από τον γιατρό που αντικατοπτρίζει την κατανόηση αυτών των ανησυχιών. Από τη σκοπιά του γιατρού, μπορεί να προκύψει μια σύγκρουση είτε να ανταποκριθεί με τρόπο που να «συνεργάζεται» με τις ψυχωσικές εμπειρίες ή να τις αμφισβητήσει. Η ανάλυση επικοινωνίας έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν για την ανάλυση αυτών των συναντήσεων και έχει δείξει ένα συχνό μοτίβο στο οποίο ο ασθενής προσπαθεί να διαπραγματευτεί το νόημα των ψυχωτικών ερεθισμάτων. (Seshadri, 2020).

Ένας τρόπος για να αναπτυχθεί μια κοινή κατανόηση με τους ασθενείς με ψύχωση είναι να κατανοηθεί το νόημα των ψυχωτικών εμπειριών για τον ασθενή, αντί να δίνεται βαρύτητα στη φύση και το περιεχόμενο των ίδιων των εμπειριών. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει ενεργητική ακρόαση των συναισθημάτων του ασθενούς σχετικά με τις πεποιθήσεις και τις εμπειρίες του και την επικύρωση της αγωνίας γύρω από αυτές τις εμπειρίες. Μια συγκεκριμένη προσέγγιση στη βιβλιογραφία που ονομάζεται Εκπαίδευση Δεξιοτήτων Επικοινωνίας έχει αναφερθεί ως δυνητικά επωφέλης, αν και απαιτείται περαιτέρω έρευνα. Όπως σημειώθηκε παραπάνω, η θεραπευτική επικοινωνία έχει δείξει πολλαπλά κλινικά οφέλη στη βιβλιογραφία. Πράγματι, η θεραπευτική επικοινωνία έχει δείξει βελτιωμένη ικανοποίηση των ασθενών, μεταξύ άλλων σημειωμένων πλεονεκτημάτων. Η ικανοποίηση των ασθενών ως έννοια είναι μια σύνθετη και υποκειμενική έννοια, αλλά έχει συμβάλει στη βελτίωση των ιατρικών αποτελεσμάτων. Ο μηχανισμός με τον οποίο η θεραπευτική επικοινωνία βελτιώνει την ικανοποίηση των ασθενών πιστεύεται ότι συμβαίνει με την εκπλήρωση των προσδοκιών και των αξιών του ασθενούς για τη συνάντησή του με το γιατρό. Με τη σειρά του, αυτό προωθεί τη διατήρηση της σχέσης ασθενή-ιατρού. Επιπλέον, μια άλλη μελέτη έδειξε ότι τα αποτελεσματικά στυλ επικοινωνίας κατά τη λήψη ιστορικού και τη συζήτηση του σχεδίου διαχείρισης συσχετίστηκαν με βελτιωμένα αποτελέσματα σωματικής υγείας, λειτουργικό επίπεδο και επίπεδα αρτηριακής πίεσης και γλυκόζης. Απαιτείται περαιτέρω μελέτη για την ενίσχυση αυτών των ευρημάτων. (McCarthyetal, 2013)

Κάθε μέλος της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης παίζει ζωτικό ρόλο στη θεραπευτική επικοινωνία με τον ασθενή. Κάθε μέλος της ομάδας συλλέγει πληροφορίες και στη συνέχεια κοινοποιεί τα στοιχεία που έχουν συγκεντρωθεί στον ασθενή σε διάφορα πλαίσια. Αυτό μπορεί να επεξηγηθεί μέσω ενός δείγματος ιατροχειρουργικής εισαγωγής σε εσωτερικούς ασθενείς, όπου εκτιμάται ότι οι ασθενείς μπορεί να δουν σχεδόν 18 διαφορετικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της εισαγωγής. Κάθε υγειονομικός πάροχος που βλέπει τον ασθενή έχει συχνά εξειδικευμένες πληροφορίες για να λάβει, συμπεριλαμβανομένων γενικών και ειδικών ιατρικών, γενικών ή ειδικών χειρουργικών, ψυχιατρικών, ψυχολόγων, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών και υπευθύνων περιπτώσεων και φαρμακοποιών. Δεδομένου ότι οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ομάδα κατευθύνουν κυρίως την υγειονομική περίθαλψη, όλα τα μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να

γνωρίζουν και να χρησιμοποιούν τεχνικές θεραπευτικής επικοινωνίας (CaseyandWallis, 2011).

Ως εκ τούτου, οι συγκεκριμένες πληροφορίες που συλλέγονται από κάθε μέλος της ομάδας μπορεί επίσης να διαφέρουν, και επομένως οι συλλογικές πληροφορίες μπορούν να επιτρέψουν μια πιο ολιστική προσέγγιση θεραπείας εάν όλα τα μέλη της ομάδας συμμετέχουν και επικοινωνούν. Η σωστή επικοινωνία μπορεί να παρέχει αποτελεσματικές μεθόδους διεπαγγελματικής επικοινωνίας και οι ευκαιρίες εντός του οργανισμού ή του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικές για την υποστήριξη αυτής της επικοινωνίας. Η διεπαγγελματική επικοινωνία εντός των ομάδων έχει επίσης δείξει οφέλη για την επίτευξη αποτελεσματικών και ασφαλών αποτελεσμάτων. Η μη επικοινωνία μεταξύ δύο θεραπευτών επαγγελματιών έχει επίσης αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά την ικανοποίηση του ασθενούς από τη θεραπεία. Επιπλέον, η συχνή και αποτελεσματική διεπαγγελματική επικοινωνία είναι σημαντική για την ενίσχυση της θεραπείας και την πρόληψη συμπεριφορών διαχωρισμού στους ασθενείς, όπου ορισμένοι πάροχοι μπορεί να θεωρούνται «καλοί» και άλλοι «κακοί». Αυτό γίνεται παρέχοντας σαφείς και συνεπείς συστάσεις θεραπείας που προέρχονται από ένα «ενιαίο μέτωπο», καθώς και ένα συνεπές μήνυμα συμπονετικής μεταχείρισης από όλα τα μέλη της ομάδας (CaseyandWallis, 2011).

Η θεραπευτική επικοινωνία μπορεί να διευκολύνει τις σχέσεις μεταξύ γιατρών και ασθενών μέσω της χρήσης συνεπών προσεγγίσεων με ενσυναίσθηση που παρέχονται από κάθε μέλος της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης. Μέσω της θεραπευτικής επικοινωνίας, η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να παρέχει ολιστική παρακολούθηση της συμμόρφωσης του ασθενούς, της ανταπόκρισης στη θεραπεία, των ανεπιθύμητων ενεργειών και της ικανοποίησης του ασθενούς, καθώς και τον εντοπισμό των εμποδίων στη θεραπεία. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο φροντίδας παρέχει έναν οδηγό για την προσέγγιση ασθενών και οι θεραπευτικές τεχνικές επικοινωνίας ενσωματώνονται καλά στον εντοπισμό των βιοψυχοκοινωνικών συντελεστών στην υγεία και την ασθένεια. Οι διεπαγγελματικές προσεγγίσεις για την παρακολούθηση και τον εντοπισμό αυτών των συντελεστών στην υγεία και την ασθένεια μπορούν επίσης να παρέχουν ένα ισχυρό εργαλείο για την προσέγγιση της φροντίδας των ασθενών. Η παρακολούθηση των συναισθηματικών καταστάσεων του ασθενούς από διεπαγγελματική σκοπιά μπορεί επίσης να αποδειχθεί ευεργετική. Ειδικότερα, η παρακολούθηση αυτών των συναισθηματικών καταστάσεων μπορεί να επιτρέψει την

έγκαιρη αναγνώριση των αντιδράσεων που μπορεί να έχει ένας ασθενής προς μια θεραπεία ή ιατρικό πάροχο. Με αυτόν τον τρόπο, ένας πάροχος μπορεί να παρέχει σύνδεσμο μεταξύ αυτών των πιθανών διαταραχών στη φροντίδα, να τις αντιμετωπίζει έγκαιρα και απευθείας με τον ασθενή και ταυτόχρονα να ειδοποιεί άλλα μέλη της ομάδας για να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν αυτά τα ζητήματα. Η προώθηση της θεραπευτικής επικοινωνίας μεταξύ διεπιστημονικών ομάδων συμβάλλει στη βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης (CaseyandWallis, 2011).

Η θεραπευτική επικοινωνία στοχεύει στην προώθηση της σωματικής και συναισθηματικής ευεξίας ενός ασθενούς. Αυτό είναι ένα από τα θεμελιώδη οφέλη αυτού του τύπου αλληλεπίδρασης: συμβάλλει στην επούλωση. Μεταξύ άλλων χαρακτηριστικών της θεραπευτικής νοσηλευτικής επικοινωνίας, άλλα που αξίζει να αναφερθούν είναι: (McCarthyetal, 2013)

- Η διαδικασία της θεραπευτικής επικοινωνίας οδηγεί σε πιο ακριβείς διαγνώσεις.
- Ο εντοπισμός των αναγκών και των συναισθημάτων του ασθενούς μπορεί να αυξήσει τη συλλογική λήψη αποφάσεων με τους ασθενείς.
- Η ποιότητα της επικοινωνίας σχετίζεται άμεσα με τη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία . Έτσι, οι πιθανότητες να ακολουθήσει ένας ασθενής σχέδια θεραπείας είναι υψηλότερες όταν υπάρχει αποτελεσματική επικοινωνία, οδηγώντας σε καλύτερα αποτελέσματα.
- Οι συναντήσεις με επίκεντρο τον ασθενή που ενημερώθηκαν από τη θεραπευτική επικοινωνία έχουν δείξει βελτιωμένη ικανοποίηση ασθενών και νοσηλευτών . Κατά συνέπεια, οδηγούν σε μειωμένο κίνδυνο κακής πρακτικής και μειωμένα επίπεδα εξουθένωσης νοσηλευτών.

Ουσιαστικά, η θεραπευτική επικοινωνία κάνει τη διαφορά μεταξύ της βασικής νοσηλευτικής φροντίδας και της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Όταν κάθε ιατρός επικοινωνεί με ασθενείς, θα παρέχουν υποστήριξη στους ασθενείς, ενώ παράλληλα θα είναι αντικειμενικοί και με ενσυναίσθηση.

2. 3. Η ενσυναίσθηματική επικοινωνία στην κλινική πράξη

Η ενσυναίσθηματική επικοινωνία είναι ευρέως αποδεκτή ως το κλειδί για μια επιτυχημένη σχέση ιατρού-ασθενούς. Οι ιατροί που είναι ειδικευμένοι στις δεξιότητες ενσυναίσθησης μπορούν να δείξουν ότι κατανοούν τι λένε και τι αισθάνονται οι ασθενείς και να μεταδώσουν αυτή τη γνώση στους ασθενείς τους. Μελέτες έχουν δείξει ότι αυτό το είδος επικοινωνίας ωφελεί τους ασθενείς βελτιώνοντας τη σωματική και ψυχική τους υγεία. Η ενσυναίσθηματική επικοινωνία του ασθενούς περιλαμβάνει συναισθηματικές και γνωστικές διαδικασίες. (Guidi, & Traversa, 2021).

Η διδασκαλία της ενσυναίσθησης αποτελεί μέρος πολλών ιατρικών προγραμμάτων σπουδών παγκοσμίως, αλλά οι τρόποι με τους οποίους παρουσιάζεται διαφέρουν ανάλογα με το πλαίσιο, τους πόρους και άλλους παράγοντες. Για παράδειγμα αρκετές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που σχετίζονται με δεξιότητες επικοινωνίας αποτελούν μέρος του δετούς ιατρικού προγράμματος σπουδών στη Σχολή Ιατρικής και Επιστημών Υγείας, στο Πανεπιστήμιο Stellenbosch, Νότια Αφρική, πρόσφατα προστέθηκαν πρόσθετες παρεμβάσεις που εστιάζουν ειδικά στην κλινική ενσυναίσθηση (Archer, & Turner, 2023). Κατά τη διάρκεια του τρίτου έτους τους, οι μαθητές εκτίθενται σε δύο συνεδρίες παρέμβασης. Κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίας επαφής, παρακολουθούν μια διαδραστική διάλεξη που καλύπτει διάφορες θεωρητικές έννοιες που σχετίζονται με την ενσυναίσθηση. Πριν από τη δεύτερη, η πρακτική ή αλλιώς συνεδρία επαφής, που διεξάγεται στη Μονάδα Προσομοίωσης, οι μαθητές αναμένεται να δουν διαδικτυακό εκπαιδευτικό υλικό που σχετίζεται με την ενσυναίσθηση. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας 2 ωρών, μικρές ομάδες μαθητών καθοδηγούνται σε διάφορους «σταθμούς» βιωματικής μάθησης, για παράδειγμα, ενσυνειδητότητα, αναγνώριση της γλώσσας του σώματος, άσκηση με προσομοιωμένους ασθενείς και δομημένη αναστοχαστική συνεδρία, όπου οι μαθητές έχουν την ευκαιρία να μοιραστούν τις εμπειρίες και τις ιδέες τους. Μέχρι αυτή τη στιγμή, στο τρίτο έτος τους, οι φοιτητές έχουν ήδη εμπλακεί σε κλινικές τοποθετήσεις. Ως εκ τούτου, είναι διαθέσιμες ευκαιρίες μάθησης για την εξάσκηση και την ανάπτυξη αυτών των επικοινωνιακών δεξιοτήτων με τους ασθενείς (Vinson, & Underman, 2020).

Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση από τους Φράγκο και Crampton (2020) έδειξε ότι η διδασκαλία της ενσυναίσθησης μεταξύ των φοιτητών ιατρικής φαίνεται να είναι αποτελεσματική. Ωστόσο, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει το περιβάλλον κλινικής μάθησης, θα πρέπει να προβλεφθεί η υποστήριξη των φοιτητών μέσω πρόσθετων συζητήσεων, προβληματισμού και ευκαιριών εποικοδομητικής ανατροφοδότησης. Επιπλέον, προτείνεται ότι η χρήση διερμηνέων μπορεί να βελτιώσει τη φροντίδα των ασθενών διευκολύνοντας την επικοινωνία στο πολύγλωσσο και ποικίλο πλαίσιο (Smith, et al. , 2020).

2. 4. Μελέτες συμβολής στην υγεία των «ασθενοκεντρικών» επικοινωνιακών Σχέσεων

Η επικέντρωση στον ασθενή θεωρείται βασικό στοιχείο της υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης. Στον πυρήνα της ασθενοκεντρικότητας βρίσκεται η ιδέα ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και τα συστήματα εντός των οποίων εργάζονται, θα παρέχουν φροντίδα που θα είναι προσεκτική στις ανάγκες, τις αξίες και τις προτιμήσεις των ασθενών. Για τους γιατρούς, το πιο σημαντικό εργαλείο για να κάνουν τη φροντίδα πιο ασθενοκεντρική είναι η επικοινωνία (Akseer, et al. , 2021).

Η επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή είναι το σύνολο δεξιοτήτων και συμπεριφορών που χρησιμοποιούνται από τους ιατρούς για την προώθηση μιας σχέσης στην οποία οι ασθενείς συμμετέχουν ενεργά ως συνεργάτες στη λήψη και διαχείριση αποφάσεων για την υγειονομική περίθαλψη. Έχουν προταθεί διαφορετικά μοντέλα για την περιγραφή της σχέσης με επίκεντρο τον ασθενή, αλλά ορισμένα στοιχεία είναι καθολικά. Το ένα αφορά την έννοια της αμοιβαιότητας, που περιλαμβάνει την κατανομή εξουσίας και τη συνεργασία μεταξύ ιατρών και ασθενών. Αυτή η έννοια τυπικά έρχεται σε αντίθεση με το πιο παραδοσιακό, πατερναλιστικό μοντέλο της σχέσης γιατρού-ασθενούς. Ένα άλλο κοινώς περιγραφόμενο στοιχείο είναι ο προσανατολισμός «ολόκληρου ατόμου» στη φροντίδα του ασθενούς, στον οποίο οι γιατροί παρακολουθούν όχι μόνο τις βιολογικές ανάγκες των ασθενών, αλλά και τις ψυχολογικές, κοινωνικές και συμπεριφορικές διαστάσεις της υγείας και της ασθένειας (Yu, et al. , 2021).

Ένας αυξανόμενος όγκος στοιχείων υποστηρίζει τη δυνητική αξία του ιατρού στην προώθηση του «τριπλού στόχου» της υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτίωση

των εμπειριών των ασθενών, τη μείωση του κόστους και τη βελτίωση της υγείας. Πολυάριθμες μελέτες έχουν βρει ότι η επικοινωνία σχετίζεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών. Η επικοινωνία ασθενών-ιατρών έχει επίσης αποδειχθεί ότι σχετίζεται με υψηλότερη εμπιστοσύνη των ασθενών, χαμηλότερη χρήση διαγνωστικών τεστ και βελτιωμένη κατάσταση υγείας. Πολλές από αυτές τις μελέτες ήταν παρατηρητικές και επομένως δεν μπόρεσαν να καθορίσουν μια αιτιώδη σχέση μεταξύ της επικοινωνίας και των αποτελεσμάτων. Είναι πιθανό ότι η επικοινωνία ασθενών-ιατρών απλώς εμφανίζεται πιο εύκολα σε κλινικές συναντήσεις με λιγότερο απαιτητικούς ασθενείς, δηλαδή ασθενείς που είναι προορισμένοι να έχουν υψηλότερη ικανοποίηση και καλύτερα αποτελέσματα. Σε αυτό το σενάριο, η επικοινωνία είναι απλώς ένα υποπροϊόν καλύτερων κλινικών συναντήσεων, όχι ένα βασικό συστατικό. (Yu, et al. , 2021).

Ισχυρότερα στοιχεία προέρχονται από μελέτες παρέμβασης που δοκιμάζουν τα αποτελέσματα της εκπαίδευσης γιατρών στην επικοινωνία. Οι παρεμβάσεις αυτές είχαν μικτά αποτελέσματα. Αν και επιτυχείς στην προώθηση της επικοινωνίας στην κλινική συνάντηση, ο αντίκτυπός τους στις εμπειρίες των ασθενών ήταν ποικίλος, με μελέτες να δείχνουν υψηλότερη ικανοποίηση ασθενών, χωρίς καμία διαφορά και ακόμη χαμηλότερη ικανοποίηση με εκπαιδευμένους γιατρούς αναφορικά με την επικοινωνία σε σύγκριση με τους ελέγχους. Αυτή η μεταβλητή απόκριση θα μπορούσε να προκύψει από διαφορές στο περιεχόμενο και την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης γιατρών, από τη μεταβλητή εφαρμογή της επικοινωνίας από τους γιατρούς ή από πραγματικές διαφορές στην επίδραση της επικοινωνίας. Η αντιμετώπιση αυτής της τελευταίας δυνατότητας επιτυγχάνεται καλύτερα από μελέτες που ελέγχουν, με πειραματικό τρόπο, εάν οι ίδιες πληροφορίες, που κοινοποιούνται (χρησιμοποιώντας περισσότερες έναντι λιγότερων συμπεριφορών με επίκεντρο τον ασθενή), έχουν διαφορετικά αποτελέσματα στις αξιολογήσεις φροντίδας των ασθενών. Λίγες μελέτες, ωστόσο, έχουν χρησιμοποιήσει αυτό το σχέδιο. (Yu, et al. , 2021).

Ένα άλλο κενό στα στοιχεία σχετικά με την επικοινωνία είναι η έλλειψη μελετών που να εξετάζουν τον αντίκτυπο στη λήψη αποφάσεων. Ένας από τους κεντρικούς σκοπούς της επικοινωνίας είναι να αλλάξει τη δυναμική της λήψης αποφάσεων στην κλινική επικοινωνία, προωθώντας μια κοινή διαδικασία στην οποία ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στις ιατρικές αποφάσεις. Η επικοινωνία δεν σημαίνει απαραίτητα ότι δίνει στους ασθενείς μεγαλύτερη ευθύνη λήψης αποφάσεων. Ιδιαίτερα στο πλαίσιο καταστάσεων απειλητικών για τη ζωή ή υψηλού κινδύνου, οι ασθενείς

συχνά περιμένουν από τον γιατρό να αναλάβει την κύρια ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η αντίληψη του ασθενούς για την κοινή λήψη αποφάσεων μπορεί να αφορά περισσότερο την αίσθηση ότι ο γιατρός άκουσε και επεξεργάστηκε τις γνωστικές και συναισθηματικές ανάγκες, τις ανησυχίες και τις προτιμήσεις του ασθενούς για να κάνει μια σύσταση, παρά με τον ίδιο τον ασθενή που εξετάζει ενεργά τις επιλογές θεραπείας. Ως προσέγγιση που δίνει προτεραιότητα στις ανησυχίες και τις προτιμήσεις των ασθενών στη διαμόρφωση των αποφάσεων, η επικοινωνία θα πρέπει θεωρητικά να οδηγεί στο να νιώθουν οι ασθενείς πιο άνετα να δέχονται τις συστάσεις των ιατρών. Ωστόσο, έχει γίνει σχετικά μικρή έρευνα σχετικά με τον αντίκτυπο της επικοινωνίας ιατρών και ασθενών στις αξιολογήσεις των ασθενών και στην αποδοχή των συστάσεων των γιατρών (Trivedi, etal. , 2021).

Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ των επικοινωνιακών δεξιοτήτων της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης και της ικανότητας του ασθενούς να ακολουθεί ιατρικές συμβουλές, να αυτοδιαχειρίζεται την ασθένειά του και να υιοθετεί υγιεινές συμπεριφορές. Μελέτες δείχνουν ότι η ικανότητα ενός γιατρού να εξηγεί, να ακούει και να συμπάσχει μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στα αποτελέσματα της υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών από την εμπειρία της φροντίδας. Επιπλέον, η επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζει την ποιότητα της εργασιακής συνεργασίας, την εργασιακή ικανοποίηση και έχει σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία των ασθενών. Οι γιατροί και άλλα μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης έχουν χιλιάδες αλληλεπιδράσεις με ασθενείς κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Μια έκκληση για δράση από την Έκθεση του Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM) για τα Επαγγέλματα και την Κατάρτιση Υγείας υπογραμμίζει τη σημασία της εκπαίδευσης στην επικοινωνία για τους γιατρούς και τα μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης. Όπως και άλλες ιατρικές διαδικασίες, οι δεξιότητες επικοινωνίας μπορούν να βελτιωθούν. Η βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων απαιτεί αφοσίωση και εξάσκηση (Yu, etal. , 2021).

Δεδομένων των αυξανόμενων στοιχείων που συνδέουν την κακή επικοινωνία ιατρού-ασθενούς με αυξημένη κατάχρηση, μη συμμόρφωση, και κακή υγεία, η ανάγκη αντιμετώπισης ζητημάτων επικοινωνίας είναι κρίσιμη. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία τρία χρόνια έχουν δείξει ότι ένας γιατρός μπορεί να εξηγήσει, να ακούσει και να σκεφτεί ότι έχει σημαντικό αντίκτυπο στα αποτελέσματα της υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών με τη φροντίδα. (Tran, 2021). Η

αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα της υγειονομικής τους περίθαλψης εξαρτάται από την ποιότητα της σχέσης τους με τον γιατρό τους και την ομάδα υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχει ένας μεγάλος όγκος ερευνητικών δεδομένων που υποστηρίζουν τα οφέλη της αποτελεσματικής επικοινωνίας και των αποτελεσμάτων υγείας για ασθενείς και οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Η σχέση του ασθενούς με τον ιατρό του μπορεί να βελτιώσει την υγεία του συμμετέχοντας στη φροντίδα του, στην τήρηση της θεραπείας και στην αυτοδιαχείριση (Tran, 2021).

Η έκθεση του Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM) για τα επαγγέλματα υγείας και τις πρακτικές υγείας διαπίστωσε ότι οι ιατροί και άλλοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης. Ο ΔΟΜ καλεί τους εκπαιδευτικούς και τους οργανισμούς αδειοδότησης να ενισχύσουν τις απαιτήσεις κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας στην παροχή φροντίδας ασθενών. Το μοντέλο φροντίδας ασθενούς δίνει έμφαση στα βασικά στοιχεία της επικοινωνίας για την υγεία που στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στις επικοινωνιακές δεξιότητες, όπως η ανοιχτή ερώτηση, η στοχαστική ακρόαση και η ενσυναίσθηση, προκειμένου να ανταποκριθεί στις μοναδικές ανάγκες, αξίες και προτιμήσεις κάθε ασθενή (Crowley, et. al. , 2024). Ένας γιατρός μπορεί να κάνει πάρα πολλές ερωτήσεις κατά τη διάρκεια μιας εγχείρησης ρουτίνας. Εάν θεωρηθεί ως σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, το ερωτηματολόγιο ασθενών είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο σύστημα από τον γιατρό. Ωστόσο, η εκπαίδευση στην επικοινωνία για γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας έχει λάβει λιγότερη προσοχή κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης από άλλες κλινικές δραστηριότητες. Αυτό ισχύει ακόμη και όταν συνεχίζουν να αυξάνονται τα στοιχεία ότι μια δομημένη προσέγγιση στην επικοινωνία βελτιώνει μετρήσιμα την παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Ο'Kane, etal. , 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ανθρωποκεντρική Προσέγγιση ασθενών και επικοινωνιακές σχέσεις

3. 1. Η βιοιατρική – ιατροκεντρική προσέγγιση στη Θεραπευτική Σχέση

Η σύγχρονη ιατρική απομακρύνεται από ένα αμιγώς βιοϊατρικό μοντέλο φροντίδας με έμφαση στη νόσο και τα σχετικά βιολογικά συστατικά της (σημεία, συμπτώματα και εργαστηριακές εξετάσεις) σε ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Το

μοντέλο βιοψυχοκοινωνικής φροντίδας είναι ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο που περιγράφει και εξηγεί την έκβαση της ασθένειας από την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων με συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία (Kim, & Lee, 2023). Η γνώση, η κατανόηση και η ανταπόκριση σε όλα τα προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία απαιτεί από τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης να ενσωματώσει τις βιολογικές πτυχές της νόσου με τις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες του ασθενούς. Ο σκοπός αυτού του μοντέλου είναι να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών για την επίτευξη των καλύτερων αποτελεσμάτων υγείας (Kim, & Lee, 2023). Μια άλλη σημαντική εξέλιξη που έχει σημειωθεί στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι η παροχή φροντίδας ασθενών. Το Ινστιτούτο Ιατρικής ορίζει την εντατική φροντίδα ως μια συνεργασία μεταξύ γιατρών, ασθενών και των οικογενειών τους, διασφαλίζοντας ότι λαμβάνονται αποφάσεις που σέβονται τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις των ασθενών και τις πληροφορίες και την υποστήριξη που χρειάζονται για να λάβουν αποφάσεις σχετικά με τη δική τους φροντίδα και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες για την ενίσχυση της κατάστασής τους. Ο όρος φροντίδα ασθενή-οικογένειας αναγνωρίζει τη σημασία των οικογενειών για την υγεία των ασθενών όλων των ηλικιών σε όλα τα περιβάλλοντα φροντίδας και ότι είναι σημαντικοί εταίροι για την υγεία και την ασφάλεια. Τα τελευταία χρόνια, η προσωπική φροντίδα έχει εμφανιστεί ως ένας νέος όρος που αναφέρεται στις πολλές ανάγκες και επιθυμίες των ανθρώπων (βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες) αντί στην παθολογία των ασθενειών (βιοϊατρική). Αν και το ιατρικό επάγγελμα χρησιμοποιεί τα ναρκωτικά ως την κύρια πηγή υγειονομικής περίθαλψης, οι επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου είναι πιο εξειδικευμένοι. Οι γιατροί, στον κώδικα δεοντολογίας τους, υπόσχονται να βάζουν «την ευημερία των ασθενών πρώτα και να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες των ασθενών και εκείνων που καθορίζονται από την επιστήμη» (American Medical Association 2024). Όταν οι ασθενείς συμμετέχουν περισσότερο στη φροντίδα τους, είναι σε καλύτερη θέση να διαχειρίζονται πολύπλοκες καθημερινές καταστάσεις κατανοώντας και ενσωματώνοντας το σύστημα φροντίδας. Ως εκ τούτου, αισθάνονται πιο άνετα να μοιράζονται τα συναισθήματά τους και να αναζητούν τη σωστή βοήθεια, μειώνοντας το άγχος και μειώνοντας τη διαμονή στο νοσοκομείο. Οι ασθενείς που ασχολούνται με την αυτοφροντίδα έχουν καλύτερα αποτελέσματα και ταχύτερη ανάρρωση (Doyle, et al. , 2022). Επομένως, όλοι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας έχουν επαγγελματική ευθύνη και θα πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να μοιραστούν τις ανησυχίες τους.

Ωστόσο, η ποιότητα της επικοινωνίας με τη φροντίδα των ασθενών δεν είναι καλή. Για παράδειγμα, η πρώτη μελέτη της μνήμης του ασθενούς έδειξε ότι το 40-80% των πληροφοριών υγείας που παρέχονται από επαγγελματίες υγείας ξεχνιούνται γρήγορα. Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι η συμμόρφωση του ασθενούς με τις ιατρικές συστάσεις για ασθένειες κυμαίνεται από 37 έως 87%, και μόνο το 50% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων λαμβάνονται όπως ορίζεται. Προκειμένου οι ασθενείς να συμμετέχουν πλήρως στη φροντίδα τους, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εξασκηθούν στην ανταλλαγή πληροφοριών χρησιμοποιώντας μια προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή. (MoyanoAriza, et al. , 2023). Μια ανθρωπιστική προσέγγιση που σέβεται κάθε άτομο, όχι ως κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπιστεί.

Ο ορισμός της προσωποκεντρικής φροντίδας αφορά το ότι οι χρήστες υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών θεωρούνται ισότιμοι εταίροι στο σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την παρακολούθηση της φροντίδας, προκειμένου να καλύψουν καλύτερα τις ανάγκες τους. Το να εργάζεται κανείς με ανθρωποκεντρικό τρόπο σημαίνει να λαμβάνει υπόψη τις αξίες, τις κοινωνικές συνδέσεις και τον τρόπο ζωής των ανθρώπων. Το νόημα της προσωποκεντρικής φροντίδας έγκειται στο να είναι ο ιατρός-φροντιστής συμπονετικός, να λαμβάνει υπόψη την γνώμη του ατόμου και να εργάζεται μαζί του για την ανάπτυξη εξατομικευμένων λύσεων. Αυτό υπερβαίνει την απλή κοινή χρήση αποφάσεων με άτομα σχετικά με τη φροντίδα τους, αλλά στοχεύει επίσης να μεταμορφώσει την ίδια τη φύση των σχέσεων μεταξύ των ατόμων και των φροντιστών τους. Παραδόξως, εστιάζοντας στις ανάγκες του ατόμου και όχι στις ανάγκες της υπηρεσίας, όχι μόνο οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα για τους χρήστες των υπηρεσιών, αλλά μειώνει επίσης το κόστος λειτουργίας της υπηρεσίας. Οι προσωποκεντρικές αξίες χαρακτηρίζονται ως εξής: (Tran, 2021).

- **Ατομικότητα:** Κάθε άτομο έχει τη δική του ταυτότητα, πεποιθήσεις, αξίες, ανάγκες και επιλογές.
- **Επιλογή:** Κάθε άτομο πρέπει να έχει την δυνατότητα να κάνει επιλογές σχετικά με τη φροντίδα και την υποστήριξή του. Θα πρέπει να τους δοθούν πληροφορίες που κατανοούν για να εξασφαλίσουν ότι οι επιλογές τους είναι ορθές και ενημερωμένες. Για τα άτομα που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν με λέξεις, πρέπει να παρέχονται εναλλακτικά μέσα επικοινωνίας ώστε να μην παραμελείται η φωνή και η γνώμη τους.

- **Ανεξαρτησία:** Κάθε άτομο πρέπει να βοηθηθεί να είναι όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητο. Αυτό σημαίνει να έχουν την παρότρυνση να κάνουν όσα περισσότερα μπορούν για τον εαυτό τους. Δεν σημαίνει να αφήνονται να αντεπεξέλθουν μόνοι τους, αλλά να διασφαλιστεί ότι έχουν την υποστήριξη όποτε και όπου τη χρειάζονται.
- **Αξιοπρέπεια:** Κάθε άτομο πρέπει να αντιμετωπίζεται με αξιοπρέπεια, με τρόπο που να λαμβάνει υπόψη τις ηθικές πεποιθήσεις του.
- **Σεβασμός:** Κάθε άτομο πρέπει να αντιμετωπίζεται με τρόπο που να εκφράζει την αξία του ως άτομο. Ως εκ τούτου, δικαιούνται να αναγνωρίζονται οι απόψεις και τα συναισθήματά τους, ακόμα κι αν οι άλλοι μπορεί να μην συμφωνούν μαζί τους.
- **Δικαιώματα:** Κάθε άτομο πρέπει να έχει εξασφαλισμένα τα θεμελιώδη δικαιώματα που ορίζονται στο Νόμο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα του 1998. Αυτό περιλαμβάνει το δικαίωμα στη ζωή και την προστασία από βλάβη, καθώς και το δικαίωμα στην ελευθερία, την ασφάλεια και την ισότητα.
- **Απόρρητο:** Κάθε άτομο έχει δικαίωμα σε ιδιωτικό χώρο και χρόνο όποτε το χρειάζεται. Το απόρρητο είναι ζωτικής σημασίας για τη φροντίδα, ειδικά όταν εμπλέκεται η προσωπική υγιεινή ή οι προσωπικές διαδικασίες. Η πρόσβαση σε προσωπικές πληροφορίες θα πρέπει να παρέχεται μόνο με βάση την ανάγκη γνώσης και μόνο με τη συγκατάθεση του ατόμου.
- **Συνεργασία:** Κάθε άτομο και η οικογένειά του θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως συνεργάτες στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα που λαμβάνουν. Η επιτυχημένη συνεργασία βασίζεται στην καλή επικοινωνία και την εμπιστοσύνη, που σημαίνει να ακούγονται όλοι και να εκτιμώνται οι προοπτικές τους.

3. 2. Η ασθενοκεντρική αντίληψη και το ανθρωποκεντρικό πρότυπο φροντίδας

Ασθενοκεντρική φροντίδα σημαίνει ότι το άτομο είναι το επίκεντρο της φροντίδας. Αυτό διασφαλίζει ότι το άτομο έχει τη δυνατότητα επιλογής για το πώς θέλει να του παρέχεται η φροντίδα και η υποστήριξη. Κρατώντας το άτομο πλήρως ενημερωμένο, μπορούν να συμβάλουν στη δική του προστασία (Vagal, et al. , 2020). Το ανθρωποκεντρικό πρότυπο φροντίδας φροντίδα είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε προγραμματισμένη φροντίδα όπου αναγνωρίζεται πλέον ως βασικός μοχλός για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας (Vagal, et al. , 2020).

Τα οφέλη της προσωποκεντρικής φροντίδας είναι: (Burgers, et al. , 2021).

- **Ευελιξία:** Τα άτομα είναι ελεύθερα να προσαρμόσουν τη φροντίδα τους στις δικές τους ανάγκες αντί να τους επιβάλλεται μια λύση που ταιριάζει σε όλους.
- **Υπευθυνότητα:** Δίνοντας στα άτομα την ευθύνη να λαμβάνουν τις δικές τους αποφάσεις περίθαλψης, αποκτούν μεγαλύτερη δύναμη και αφοσίωση.
- **Αυτονομία:** Τα άτομα που είναι υπεύθυνα για την υγεία τους έχουν περισσότερα κίνητρα να κάνουν καλύτερες επιλογές τρόπου ζωής, όπως η υγιεινή διατροφή και η τακτική άσκηση.
- **Ανεξαρτησία:** Βελτιώνοντας την ποιότητα της φροντίδας των ατόμων, εξαρτώνται λιγότερο από τις υπηρεσίες υγείας και μπορούν να παραμείνουν ανεξάρτητα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.
- **Ευτυχία:** Τα άτομα που γνωρίζουν ότι λαμβάνουν την πιο κατάλληλη φροντίδα για τις ανάγκες τους θα είναι λιγότερο ανήσυχοι, πιο σίγουροι και πιο χαρούμενοι.

Οι ανθρωποκεντρικές προσεγγίσεις επικεντρώνονται στη συνεργασία με το άτομο για τον προγραμματισμό της φροντίδας του. Ο ανθρωποκεντρικός σχεδιασμός είναι ένα μέσο για τον καθορισμό της προσέγγισης για το προσωπικό και τους χρήστες υπηρεσιών. Ο σωστός προγραμματισμός διασφαλίζει ότι το προσωπικό γνωρίζει τι είναι πιο σημαντικό για το άτομο, ώστε να ενεργεί ανάλογα.

Ο ανθρωποκεντρικός σχεδιασμός φροντίδας έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Το άτομο εξουσιοδοτείται να προσδιορίζει τις δυνάμεις και τις ικανότητές του για να λαμβάνει τις δικές του αποφάσεις για το τι είναι καλύτερο για αυτό .
- Το σχέδιο φροντίδας αφορά το άτομο και είναι γραμμένο σε πρώτο πρόσωπο.
- Το άτομο έχει πλήρη υποστήριξη στις επιλογές που κάνει. Για παράδειγμα, παρέχεται στο άτομο υποστήριξη για να μάθει να χρησιμοποιεί ένα βοηθητικό πλαίσιο περπατήματος.
- Το σχέδιο περίθαλψης «οδηγείται από τις ανάγκες». Αυτό σημαίνει ότι η υποστήριξη έχει σχεδιαστεί για να ταιριάζει στις ανάγκες των ατόμων και δεν ζητείται από τα άτομα να προσαρμόσουν τις ανάγκες τους γύρω από μια προϋπάρχουσα υπηρεσία. Οι άνθρωποι μπορεί συχνά να χάσουν την ανεξαρτησία τους όταν λαμβάνουν φροντίδα. Όλοι όσοι χρησιμοποιούν υπηρεσίες φροντίδας έχουν τις δικές τους σκέψεις, συναισθήματα, απόψεις και ανάγκες. Ο σεβασμός της ατομικής επιλογής ενδυναμώνει το άτομο να αισθάνεται περισσότερο έλεγχο σωματικά και ψυχικά. Αυτό

με τη σειρά του οδηγεί το άτομο να ασκεί περισσότερη ανεξαρτησία, δημιουργώντας καλύτερα αποτελέσματα. (Burgers, etal. , 2021).

Όλοι οι φροντιστές πρέπει να επικοινωνούν με σαφήνεια μεταξύ τους, διατηρώντας ακριβή και ευανάγνωστα σχέδια φροντίδας και αρχεία φαρμάκων. Αυτό διευκολύνει την κοινή κατανόηση όλων των υπηρεσιών, διατηρώντας παράλληλα την εμπιστευτικότητα όπου απαιτείται. Όταν ενσωματώνονται αυτοματοποιημένες ροές εργασίας στο λογισμικό, τα αιτήματα για αλλαγή της φροντίδας ενός ατόμου για να ικανοποιηθούν οι επιθυμίες και οι ανάγκες του μπορούν να κλιμακωθούν και να ληφθούν μέτρα χωρίς να απαιτείται έγκριση του προσωπικού. Αυτό διασφαλίζει ότι δεν θα χαθούν ευκαιρίες για αύξηση της εξατομίκευσης. Αυτή η αρχή απαιτεί κατανόηση, καθώς αυτό που λειτουργεί για ένα άτομο μπορεί να μην λειτουργεί για ένα άλλο. Η εξατομίκευση των υπηρεσιών για κάθε πελάτη τους επιτρέπει να διατηρήσουν μέρος της ελευθερίας τους για να εκπληρώσουν τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους. Μια υπερβολικά τυποποιημένη προσέγγιση μπορεί να εμποδίσει την ικανότητα των ανθρώπων να διαχειρίζονται σωστά την κατάστασή τους. Οι άνθρωποι θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, επομένως οι πάροχοι φροντίδας πρέπει να τους εξουσιοδοτούν να αναλαμβάνουν ενέργειες για να υποστηρίξουν τον εαυτό τους. Αυτό είναι χρήσιμο τόσο για τις υπηρεσίες φροντίδας όσο και για τους ασθενείς, καθώς θα έχουν περισσότερο έλεγχο και θα εξαρτώνται λιγότερο από τις υπηρεσίες τους. Η ανεπαρκής δέσμευση θα μπορούσε να κάνει τους χρήστες των υπηρεσιών να αισθάνονται ότι δεν έχουν λόγο στις αποφάσεις που λαμβάνονται για αυτούς, επομένως η διατήρηση μιας ανοιχτής στρατηγικής επικοινωνίας είναι απαραίτητη. Η προσωποκεντρική πρακτική στοχεύει να κάνει πραγματικότητα την προσωποκεντρική φροντίδα ενσωματώνοντάς την στις εργασιακές πρακτικές. Η προσωποκεντρική πρακτική θα πρέπει να καλύπτει κάθε πτυχή της υπηρεσίας: αρχικές αξιολογήσεις, συγγραφή σχεδίων φροντίδας και υποστήριξης, τη διαδικασία παραπόνων και τη συνολική σχέση μεταξύ προσωπικού και χρηστών υπηρεσιών. Η προσωποκεντρική πρακτική δεν είναι μια μεμονωμένη εκδήλωση. Δεν ερωτάται απλώς ένα άτομο τις ανάγκες, τις προτιμήσεις και τις προτιμήσεις του στην αρχή της παροχής φροντίδας. Είναι μάλλον μια κυκλική διαδικασία ενεργητικής ακρόασης, τακτικής προσαρμογής και συνεχούς βελτίωσης. (Burgers, etal. , 2021).

3. 3. Πεποιθήσεις και Αντιλήψεις στις επικρατούσες σχέσεις ασθενών και ιατρών

Ένας ασθενής δεν είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων. Είναι ένα άτομο που αναζητά βοήθεια, από εξυπηρετικό και αξιόπιστο προσωπικό. Η σημασία της στενής σχέσης μεταξύ ασθενούς και ιατρού δεν μπορεί να υποτιμηθεί γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις η σωστή διάγνωση και η σωστή θεραπεία σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα αυτής της σχέσης. Αν σκεφτεί κανείς τη σχέση ως τη σχέση μεταξύ δύο ανθρώπων, η λέξη «σχέση» δεν αναφέρεται σε μια διαδικασία ή μια ενέργεια αλλά σε κάτι που σχετίζεται με τις δραστηριότητες του συστήματος σχέσεων και με τα δύο άτομα δεν είναι. Η ποιότητα αυτής της ιδιαίτερης σχέσης γιατρού-ασθενούς επιτρέπει σε δύο άτομα, προηγουμένως άγνωστα, να αισθάνονται άνετα με διαφορετικά επίπεδα οικειότητας. Αυτή η σχέση, μακροπρόθεσμα, μπορεί να αναπτυχθεί έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να μιλήσει για προσωπικά και ιδιωτικά πράγματα σε μια ασφαλή και θετική κατάσταση (Berger, et al. , 2020). Η σχέση ιατρού-ασθενούς βασίζεται ιστορικά σε ιατρικές και κοινωνικές συνθήκες. Περιλαμβάνονται οι κλινικές δεξιότητες και οι δεξιότητες ασθενών για να σκέφτονται και να επικοινωνούν με τεχνικές δεξιότητες σε αυτό το «οικοσύστημα υγείας». Η «κοινωνική συνείδηση» αναφέρεται στις κοινωνικές, πολιτικές, πνευματικές και επιστημονικές συνθήκες της εποχής.

Οι Mead and Bower (2000) πρότειναν ότι αυτό μπορεί να έχει πολλές διαστάσεις. Για παράδειγμα, η οικονομική ανασφάλεια μπορεί να κάνει έναν ασθενή απρόθυμο να ερμηνεύσει τα συμπτώματα ως ασθένεια από φόβο μήπως χαρακτηριστεί ανίκανος για εργασία. Έτσι, η ιατρική με επίκεντρο τον ασθενή τον θεωρεί ως άτομο που βιώνει και όχι ως αντικείμενο κάποιας ασθένειας ή οντότητας. Η παρακολούθηση του «*ιστορικού της ασθένειας*» περιλαμβάνει τη διερεύνηση τόσο των παρουσιαζόμενων συμπτωμάτων όσο και του ευρύτερου περιβάλλοντος ζωής στο οποίο εμφανίζονται, προκαλώντας τις προσδοκίες, τα συναισθήματα και τους φόβους κάθε ασθενούς για την ασθένεια. Ο στόχος, είναι η κατανόηση των παραπόνων που έχει ο ασθενής και των συμπτωμάτων και των σημείων που εντοπίζει ο ιατρός, όχι μόνο ως προς τις ασθένειες, αλλά και ως εκφράσεις της μοναδικής ατομικότητας του ασθενούς. Επομένως, για να αναπτύξει μια πλήρη κατανόηση της παρουσίασης του ασθενούς και να παράσχει αποτελεσματική διαχείριση, ο γιατρός θα πρέπει να προσπαθήσει να κατανοήσει τον ασθενή ως μια ξεχωριστή προσωπικότητα μέσα στο μοναδικό του πλαίσιο (Ng, 2024).

3. 4. Πλεονεκτήματα της Ασθενοκεντρικής Προσέγγισης

Η θεραπεία της φροντίδας του ασθενούς δίνει σημασία στην προσωπική σχέση ιατρού και ασθενούς, βασισμένη σε ψυχοθεραπευτικά γεγονότα με βάση την έννοια της θεραπευτικής συνεργασίας.

Αυτή η αντίληψη υποστηρίχθηκε από τον Rogers (1995), ο οποίος πρόβαλε ότι οι βασικές στάσεις του θεραπευτή της ενσυναίσθησης, της συμφωνίας και της άνευ όρων θετικής εκτίμησης είναι απαραίτητες και επαρκείς για την επίτευξη θεραπευτικής αλλαγής στους ασθενείς. Μετέπειτα, οι Roth και Fonagy (2006), τόνισαν τη σημασία των πτυχών της σχέσης γιατρού-ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης (α) της αντίληψης του ασθενούς για τη συνάφεια και την ισχύ των προσφερόμενων παρεμβάσεων, (β) τη συμφωνία για τους στόχους της θεραπείας και (γ) γνωστικά και συναισθηματικά στοιχεία, όπως ο προσωπικός δεσμός μεταξύ γιατρού και ασθενούς.

Έτσι, ένας φιλικός τρόπος μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα συμμόρφωσης του ασθενούς στη θεραπεία. Αντίστροφα, οι αρνητικές συναισθηματικές απαντήσεις από οποιοδήποτε μέρος (π. χ. θυμός, αγανάκτηση) μπορεί να χρησιμεύουν στο να περιπλέξουν την ιατρική κρίση (προκαλώντας διαγνωστικό λάθος) ή να αναγκάσουν τους ασθενείς να αθετήσουν τη θεραπεία τους. Η κοινή κατανόηση των στόχων και των απαιτήσεων της θεραπείας είναι κρίσιμη για οποιαδήποτε θεραπεία, είτε σωματική είτε ψυχολογική (Stewart, etal. , 2024).

Η ασθενοκεντρική φροντίδα είναι ότι δίνει τη δυνατότητα στους ασθενείς να ικανοποιήσουν τις συναισθηματικές, κοινωνικές και πρακτικές τους ανάγκες. Αυτό βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους, ενώ τους κάνει να νιώθουν πιο σίγουροι για την υπηρεσία που λαμβάνουν. Η εμπιστοσύνη που δημιουργείται ενισχύει τη σχέση μεταξύ του φροντιστή και του ασθενούς.

Η προσωποκεντρική-(ανθρωποκεντρική) φροντίδα έχει σημαντικά οφέλη:

- Καλύτερη σχέση ποιότητας/τιμής : Οι καλύτερα ενημερωμένοι ασθενείς επιλέγουν πιο κατάλληλες θεραπείες. Συχνά αυτό σημαίνει θεραπείες που είναι λιγότερο επεμβατικές και λιγότερο δαπανηρές.
- Καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία : Τα άτομα που συμμετέχουν στην κοινή λήψη αποφάσεων είναι πιο πιθανό να τηρούν τα σχέδια θεραπείας.

- Λιγότερη εξάρτηση από νοσοκομειακές υπηρεσίες: Τα άτομα που υποστηρίζονται για να διαχειρίζονται τη δική τους φροντίδα είναι λιγότερο πιθανό να χρειάζονται εξωτερικές υπηρεσίες. (Stewart, etal. , 2024).

Ωστόσο, σήμερα, υπάρχει μια νέα συμφωνία μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς, που βασίζεται στη συνεργασία και όχι στη σύγκρουση, όπου ο γιατρός κατανοεί τον ασθενή ως ανεξάρτητο άτομο. Έτσι, η φροντίδα των ασθενών εξελίχθηκε σε μια μονόπλευρη σχέση όπου η άσκηση εξουσίας άλλαξε τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και για τα δύο μέρη. Ένα τέτοιο πρωτόκολλο δεν θα πρέπει να εξετάζει τη χρήση τεχνικών πληροφοριών, αλλά την επικοινωνία πληροφοριών που υπολογίζεται για να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει, να διαχειριστεί και να καταγράψει το κύριο συναίσθημα και το άγχος. (Swarth, etal. , 2024).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ερευνητικά Δεδομένα Άνθρωπο – Ασθενοκεντρικής Προσέγγισης – βιβλιογραφική ανασκόπηση

Στον κλάδο της επιστήμης έχουν υλοποιηθεί ποικίλες μελέτες προκειμένου να εντοπιστούν οι διαστάσεις της επικοινωνίας σε διαπροσωπικό επίπεδο όσον αφορά τους ασθενείς και τους θεράποντες ιατρούς τους. Μερικές από αυτές ακολουθούν παρακάτω.

4. 1. Διεθνώς

Διεθνής μελέτη η οποία έγινε στο Ιράν μελέτησε τη σημασία της «φροντίδας ασθενών» σε γιατρούς και νοσηλευτές ψυχικής υγείας και σκιαγράφησε την «ιατρική στάση» των ιατρών απέναντι στους ασθενείς τους. Δεδομένων των πλεονεκτημάτων της «προσωπικής φροντίδας» για την ποιότητα της περίθαλψης, συνιστάται η εκπαίδευση εργαζομένων στον τομέα της υγείας (Akkafi, etal. , 2019).

Στη Νιγηρία, σύμφωνα με ερευνητική μελέτη που έκαναν οι γιατροί των 4 νοσοκομείων στο Κάνο, αποδεικνύεται ότι οι ιατροί ηλικίας άνω των τριάντα έξι ετών έχουν αυξημένη ενσυναίσθηση απέναντι στους ασθενείς τους (Abiola, etal. , 2014).

Στο Καζακστάν, διερευνήθηκε η κατάσταση επικοινωνίας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και των ασθενών όπου και βρέθηκε συσχέτιση με το «ιατρικό μοντέλο» των εμπλεκόμενων και την ικανοποίηση των ασθενών από το επίπεδο επικοινωνίας με τον ιατρό τους (Zhumadilova, etal. , 2018). Σύμφωνα με άλλη έρευνα γιατρών και ασθενών στην Κίνα φαίνεται ξεκάθαρα ότι οι άνδρες και οι γυναίκες γιατροί έχουν διαφορετικές απόψεις για τη μεταχείριση των ασθενών ως ανθρώπινων όντων ανεξάρτητα από αυτήν την άποψη που σχετίζεται με την ηλικία, το φύλο, τα χρόνια εργασίας και το επίπεδο εκπαίδευσης των γιατρών. (Abiola, etal. , 2014).

Οι προτιμήσεις όσον αφορά την επικοινωνιακή σχέση με το «άτομο-μεταξύ-ασθενών» επικράτησαν ακόμη και σε χαμηλά επίπεδα γενικών στατιστικών. Παραδόξως, ωστόσο, ιατροί και ασθενείς ανέφεραν μια Βιοϊατρική προοπτική σχετικά με τη «συνεργατική συμβουλευτική διαδικασία. Στην ομάδα των ασθενών όπως καταγράφηκε υψίσταται υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και νεαρής ηλικίας για «ασθενοκεντρική» θεραπεία από το σύνολο του δείγματος για «λήψη αποφάσεων». Ουσιαστικά, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος των ασθενών παρουσίασε μια ιατρική

γνωμάτευση για τις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία τους (Wang, etal. , 2017). Μια μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στο Τόκιο με μόνιμους γιατρούς στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο έδειξε ότι η συμπεριφορά του ασθενούς μειώνεται με το χρόνο και την ηλικία, τον αριθμό των «σχέσεων» μεταξύ τους, την επικοινωνία τους και το ψυχοκοινωνικό σύστημα των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία (Ishikawa, etal. , 2018).

Σε άλλη ερευνητική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε σχέση τις στάσεις των φοιτητών ιατρικής στη χώρα του Μάλι στη Δυτική Αφρική, διαπιστώθηκε ότι η στάση τους βασίζεται στις αποφάσεις των ιατρών και όχι των ασθενών (Hurley, etal. , 2018). Στο Πακιστάν, μια έρευνα σε φοιτητές, από 2 Ιατρικά Κολλέγια της Λαχώρας, έδειξε ότι η κύρια γνώμη τους ήταν ότι «οι ιατροί είναι οι καλύτεροι επικοινωνούντες» παρά την έλλειψη κατανόησης του ασθενούς. Παράγοντες όπως το φύλο, τα κοινωνικά και κοινοτικά χαρακτηριστικά, η ηλικία της μελέτης δεν έδειξαν επίδραση στην εν λόγω συμπεριφορά (Ahmad, etal. , 2015). Αντίθετα, σε μια μελέτη προπτυχιακών φοιτητών ιατρικής στη Βοστώνη, φάνηκε ότι το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στη «Βιοϊατρική ή Ασθενοκεντρική Προσέγγιση» των ασθενών. Έτσι, οι φοιτήτριες ιατρικής είναι πιο πιθανό να έχουν «διορατικότητα» και κατανόηση κοινωνικών θεμάτων από τους άνδρες φοιτητές όπως φάνηκε από την έρευνα προσδίδοντας μεγαλύτερα ποσοστά ενσυναίσθησης στις γυναίκες και λιγότερο στους άνδρες (Krupat, etal. , 2017).

Σε μια μελέτη φοιτητών Ιατρικής του Χάρβαρντ του πρώτου και του τρίτου έτους, αναφέρθηκε ότι συνέχισαν τη «διαδικασία πτυχίου» μετά το τρίτο έτος, αφού είχε ξεκινήσει η σχέση με τους ασθενείς (Krupat, etal. , 1999b). Δύο μελέτες στις οποίες συμμετείχαν φοιτητές ιατρικής στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν ερωτήσεις από την οπτική γωνία ενός γιατρού αλλά και πως οι ίδιοι αισθάνονται ως ασθενείς, ανέφεραν ότι είναι πιο ικανοποιημένοι ως ασθενείς εάν ο γιατρός τους φέρεται ανθρωποκεντρικά. (Krupat, etal. , 2001). Διεξήχθη μελέτη σε ακουολόγους στο Τέξας των ΗΠΑ και σε ασθενείς με παρόμοια προβλήματα, με βάση την «εστίαση» στο «άτομο-ασθενής» με βάση το φύλο, την ηλικία λήψης αποφάσεων, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τα χρόνια εμπειρίας. Όπως φαίνεται οι θεραπευτές είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν μια καθαρά «ανθρώπινη» προσέγγιση ενώ οι ασθενείς σημείωσαν λιγότερες προτιμήσεις για αυτήν την προσέγγιση (Manchalaiah, etal. , 2017). Μια παρόμοια μελέτη που διεξήχθη στην Ένωση Ακουολόγων της Αυστραλίας έδειξε υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης στη σχέση «ιατρού-ασθενούς» δημόσιων

νοσοκομείων σε σύγκριση με εκείνα που εργάζονταν ιδιωτικά (Laplante-Lévesque, etal. , 2014). Μελέτες σε «λογοθεραπευτές» έχουν δείξει μια ασθενό-ανθρωποεστιαζόμενη αντίληψη-προσέγγιση αλλά χωρίς την επίδραση δημογραφικών παραγόντων (Bellon-Harn, etal. , 2017).

Μια μελέτη στην Κίνα σε ασθενείς σε δημόσιο νοσοκομείο έδειξε ότι προτιμούσαν την άμεση επικοινωνία από τους ιατρούς τους. Οι χρήστες ανέφεραν ότι βρήκαν θεραπευτές με αυξημένες δεξιότητες «ενσυναίσθησης» και επικοινωνίας και επιθυμία για περισσότερο χρόνο επαφής ιατρού-ασθενούς (Ting, etal. , 2016). Στη Σρι Λάνκα, η έρευνα η οποία διεξήχθη μεταξύ ιατρών, φοιτητών ιατρικής, επαγγελματιών υγείας και ασθενών έδειξε παρόμοιες στάσεις των ερωτηθέντων ως αυξημένη εστίαση στο άτομο-ασθενή. Παρόμοιο μοτίβο φαίνεται στις πεποιθήσεις των ανδρών και των γυναικών σχετικά με τα αποτελέσματα. Για τους ασθενείς, βρέθηκε σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο εκπαίδευσης τους. Ειδικότερα, οι ασθενείς με πανεπιστημιακή εκπαίδευση έχουν περισσότερες «γνώσεις με βάση τη νόσο» στις παραμέτρους που διερευνήθηκαν σε σύγκριση με ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Οι νέοι ασθενείς, με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχουν καλές αξίες της «άποψης των ασθενών» σε σύγκριση με άλλους ασθενείς. Επιπλέον, οι γιατροί έχουν υψηλότερη θέση από τους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία ως προς τις δεξιότητες προτεραιότητας τους σε όλες τις πτυχές της προσαρμογής ιατρού-ασθενούς (Mudiyanse, etal. , 2015).

Μια μελέτη ιατρών και νοσηλευτών σε ένα Νοσοκομείο Παίδων στις Ηνωμένες Πολιτείες παρουσίασε «ανθρωποκεντρική προσέγγιση» κατά τα πρώτα χρόνια της «ιατρικής εκπαίδευσης» και μετά. Έχει επίσης βρεθεί ότι οι γυναίκες ιατροί προτιμούν την «ανθρωποκεντρική προσέγγιση» περισσότερο από τους άνδρες συναδέλφους τους (Mann, etal. , 2013). Μια μελέτη με ογκολόγους και τους ασθενείς τους στη Νοτιοανατολική Ασία έδειξε τα αποτελέσματα της «ανθρωποκεντρικής προσέγγισης» με αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών (Chan&Azman, 2012). Μια μελέτη τεσσάρων ειδικών ιατρών σε ένα Ακαδημαϊκό Νοσοκομείο στη Νοτιοανατολική Ασία έδειξε ότι οι στάσεις των επαγγελματιών ιατρών σε διαφορετικό επάγγελμα έχουν διαφορές. Έτσι, οι Ογκολόγοι εμφάνισαν τα υψηλότερα επίπεδα «εστίασης στον ασθενή», ακολουθούμενοι από φθίνουσα σειρά από Γυναικολόγους και Γενικούς Ιατρούς και τέλος γιατρούς χειρουργικού κλάδου (Chan&Ahmad 2012).

4.2 Ελλάδα

Στην Ελλάδα, αναλύθηκαν οι απόψεις ασθενών και τα αποτελέσματα έδειξαν μεγάλη προτίμηση στην κατανόηση των νεαρών ασθενών, υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης και προσδοκίες από την πλευρά των ηλικιωμένων ιατρών με μακροχρόνια δραστηριότητα. Όμως στον τομέα της «θεραπείας αυτοκριτικής» οι ασθενείς δεν εκφράζουν την επιθυμία τους για μια τέτοια «σχέση» (Τσίμτσιου, κ. ά. , 2014).

Σε μελέτη η οποία υλοποιήθηκε στην Ελλάδα για τις ασθένειες, φάνηκε ότι νέοι με τριτοβάθμια εκπαίδευση θέλουν να συμμετέχουν περισσότερο, σε σύγκριση με ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, στην «κοινή λήψη ιατρικών αποφάσεων». Το φύλο δεν έχει αποδειχθεί ότι έχει επίδραση στη νόσο. Σε αυτή τη μελέτη, ωστόσο, φάνηκε ότι οι εκπαιδευτικοί από αγροτικές περιοχές έχουν θετική σχέση με «ιδέες που σχετίζονται με την ενσυναίσθηση και την ανεκτικότητα» (Τσίμτσιου, 2008).

Σε μελέτη που διεξήχθη σε φοιτητές Ιατρικής στην Ελλάδα, φάνηκε ότι υπήρχε καλύτερο σύστημα παρατήρησης και επικοινωνίας ασθενών στις φοιτήτριες, σε σύγκριση με τους άνδρες φοιτητές, με χαμηλότερο ποσοστό ηλικίας μέχρι την αποφοίτησή τους. Έρευνα ασθενών σε ελληνικό νοσοκομείο έδειξε ότι οι νεότεροι ασθενείς προτιμούσαν την «ανθρωποκεντρική εργασία» στην υγειονομική περίθαλψη, σύμφωνα με μεγάλο αριθμό των οποίων ήθελαν να «συμμετάσχουν». Οι ασθενείς από αστικά κέντρα παρουσιάζουν ελαφρά αύξηση στην «ταχύτητα κατανόησης των ασθενών» σε όλες τις παραμέτρους που αναλύθηκαν, σε σχέση με αυτούς από αγροτικές περιοχές. Μια μελέτη που διεξήχθη σε οδοντιατρικούς ασθενείς και τους ιατρούς τους σε μια επαρχιακή πόλη της Ελλάδας έδειξε τη σημασία της επιτυχημένης αμφίδρομης επικοινωνίας σε σχέση με την ικανοποίησή τους. Η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και η χώρα διαμονής δεν φαίνεται να επηρεάζουν τη θετική στάση των ασθενών προς τους γιατρούς τους (Τσίμτσιου, κ. ά. , 2014).

Τέλος στην Κύπρο, υλοποιήθηκε έρευνα σε δύο νοσοκομεία και φάνηκε ότι οι ασθενείς ενδιαφέρονται να λάβουν πληροφορίες, αλλά η απόφαση πρέπει να λαμβάνεται από κοινού με τον ιατρό τους. Επιπλέον, οι ασθενείς εξέφρασαν την επιθυμία να περάσουν περισσότερο χρόνο με τον ιατρό τους. Οι ασθενείς εξέφρασαν υψηλά επίπεδα προτίμησης όσον αφορά τη συμπερίληψη του χιούμορ στην κλινική τους συμπεριφορά, αλλά ήταν εξοικειωμένοι με την αναγνώριση των κοινωνικών τους

προβλημάτων. Οι ιατροί έχουν εκφράσει «ανθρωποκεντρικές απόψεις» για τις περισσότερες έρευνες (Τσίμτσιου, κ. ά. , 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Μεθοδολογία έρευνας

5. 1. Χρησιμότητα Έρευνας

Στην παρούσα έρευνα μελετώνται οι απόψεις και οι πεποιθήσεις σχετικά με την ανθρωποκεντρική επικοινωνία σε ένα γενικό νοσοκομείο. Αρχικά, το ιατρικό περιβάλλον αποτελεί μια πληθώρα διαδικασιών και αλληλεπιδράσεων, όπου οι ασθενείς, οι ιατροί και το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό συνδυάζουν τις δράσεις τους με σκοπό να επιτύχουν την ίαση και την θεραπεία. Η κατανόηση των πεποιθήσεων και των απόψεων αυτών από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένη επικοινωνία και συνεργασία. Επιπλέον, η έρευνα αυτή αναδεικνύει τη σημασία της συμμετοχής του ασθενή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη θεραπεία του, ενισχύοντας την ιδέα της ασθενο-κεντρικής φροντίδας και θεραπείας. Τέλος, μέσα από την μελέτη των προτιμήσεων και των προσδοκιών τόσο των ασθενών όσο και των ιατρών, η έρευνα αυτή μπορεί να προωθήσει την προσαρμογή της φροντίδας στις ατομικές ανάγκες και προτιμήσεις του κάθε ασθενούς, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα της φροντίδας και την εμπειρία θεραπείας.

5. 2. Σκοπός και στόχοι έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις ιατρών και ασθενών αναφορικά με την ανθρωπο-ασθενοκεντρική επικοινωνία σε γενικά νοσοκομεία. Επιπλέον, διερευνάται το πως η προϋπηρεσία, η εκπαίδευση και ο βαθμός στον οποίο οι ιατροί θεωρούν πως έχουν καλή επικοινωνία και παρέχουν ικανοποιητική παρεχόμενη φροντίδα επηρεάζει τις απόψεις τους για την συμμετοχή ή μη των ασθενών στην διαχείριση της υγείας τους και τον βαθμό που πρέπει η φροντίδα να έχει κέντρο μόνο την ίαση.

5. 3. Ερευνητικές ερωτήσεις

Βάσει των παραπάνω σκοπών και στόχων της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα διατυπώνονται ως εξής:

- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών επηρεάζουν τον βαθμό που θεωρούν ότι οι ασθενείς δεν πρέπει να συμμετέχουν στην διαχείριση της υγείας

τους και τον βαθμό που πιστεύουν ότι πρέπει να υφίσταται θεραπεία με κέντρο μόνο την φροντίδα του ασθενή;

- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών επηρεάζουν τον βαθμό που θεωρούν ότι οι ασθενείς δεν πρέπει να συμμετέχουν στην διαχείριση της υγείας τους και τον βαθμό που πιστεύουν ότι πρέπει να υφίσταται θεραπεία με κέντρο μόνο την φροντίδα του ασθενή;
- Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους ιατρούς και τους ασθενείς αναφορικά με τις απόψεις τους ως προς το ότι οι ασθενείς δεν πρέπει να συμμετέχουν στην διαχείριση της υγείας τους και τον βαθμό που πιστεύουν ότι πρέπει να υφίσταται θεραπεία με κέντρο μόνο την φροντίδα του ασθενή;

5. 3. 1 Υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις είναι οι εξής:

- H1. 0. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών με τις κλίμακες της έρευνας.
- H1. 1. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών με τις κλίμακες της έρευνας.
- H2. 0. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με τις κλίμακες της έρευνας.
- H2. 1. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με τις κλίμακες της έρευνας.
- H3. 0. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους ιατρούς και τους ασθενείς αναφορικά με τις απόψεις τους.
- H3. 1. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους ιατρούς και τους ασθενείς αναφορικά με τις απόψεις τους.

5. 4. Δείγμα συμμετοχή –κριτήρια συμμετοχής

Για την επίτευξη των σκοπών της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν 2 δείγματα. Το πρώτο δείγμα αποτελείται από ένα σύνολο 60 ιατρών, οι οποίοι είναι το σύνολο των ιατρών που εργάζονται στο Νοσοκομείο (μόνιμοι και ειδικευόμενοι), με τους

περισσότερους να είναι στην ειδικότητα του παθολόγου και με μέσο όρο τα 42. 38 έτη. Επιπλέον, πιο συχνά οι ερωτώμενοι είναι άνδρες, έγγαμοι που κατάγονται από κάποια επαρχία, δεν είχαν γονείς ιατρούς, ενώ ασκούν την ιατρική κατά μέσο όρο 15. 60 έτη.

Το δεύτερο δείγμα της έρευνας απαρτίζεται από ένα σύνολο 70 ασθενών οι οποίοι νοσηλεύονταν στη Παθολογική, Χειρουργική, Καρδιολογική, Νευρολογική και ΩΡΛ κλινική του Νοσοκομείου Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος» την περίοδο Φεβρουαρίου 2024. Κατά τη διάρκεια της έρευνας διανεμήθηκαν 100 ερωτηματολόγια και απαντήθηκαν τα 70. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι είναι γυναίκες, έγγαμοι, κατοικούν με άλλα 3 άτομα και κατάγονται από κάποιο αστικό κέντρο και με μέσο όρο ηλικίας τα 46. 32 έτη. Ακόμη, κατά μέσο όρο οι ασθενείς παρέμειναν στο νοσοκομείο 10. 52 μέρες, στην παθολογική ή χειρουργική κλινική. Τέλος, όλοι οι ερωτώμενοι είναι εργαζόμενοι.

5. 5. Ερευνητικό εργαλείο

Με σκοπό την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων και την διερεύνηση των σκοπών της έρευνας, χρησιμοποιήθηκαν 2 ερωτηματολόγια με όμοια δομή. Το πρώτο ερωτηματολόγιο μοιράσθηκε στους ιατρούς και περιλαμβάνει 2 ενότητες. Η πρώτη ενότητα μελετά τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων. Αποτελείται από ένα σύνολο 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 7 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Η δεύτερη ενότητα περιέχει την κλίμακα «Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή (PPOS)». Η κλίμακα αυτή μελετά τις αντιλήψεις για την σχέση ιατρού και ασθενή και τον βαθμό που δίνεται βάση στην συμμετοχή ή μη του ασθενούς στην διαδικασία θεραπείας και στον βαθμό που δίνεται βάση μόνο στην θεραπεία, παραλείποντας ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες κατά την ίαση. Η κλίμακα περιλαμβάνει 18 δηλώσεις, οι οποίες ισομοιράζονται σε 2 υποκλίμακες με την πρώτη να διερευνά την συμμετοχή του ασθενή στην διαχείριση της υγείας και την δεύτερη την φροντίδα του ασθενή χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι υπόλοιπες παράμετροι (ψυχολογικοί, κοινωνικοί κ. α.). Οι απαντήσεις της κλίμακας δέχονται τιμές από το 1 - Διαφωνώ απόλυτα έως το 6-Συμφωνώ απόλυτα.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει επίσης 2 ενότητες και διαμοιράσθηκε στους ασθενείς. Η πρώτη ενότητα απαρτίζεται από ένα σύνολο 13 δηλώσεων, εκ των οποίων 3 ανοιχτού τύπου και 10 κλειστού τύπου. Οι δηλώσεις αυτές

μελετούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων, καθώς και τις γενικότερες απόψεις τους για το νοσοκομείο και την φροντίδα που τους προσφέρθηκε. Η δεύτερη ενότητα είναι κοινή με το ερωτηματολόγιο των ιατρών που αναφέρθηκε παραπάνω, καθώς περιλαμβάνει την κλίμακα «Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή (PPOS)».

5. 6. Συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά και για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ένα εργαλείο το Googleform. Το συγκεκριμένο εργαλείο δημιουργεί έναν σύνδεσμο ο οποίος περιέχει μια μορφή του ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε. Επιπλέον, συνοδεύεται και από κατάλληλο σημείωμα το οποίο ενημερώνει τους ιατρούς και τους ασθενείς για τον σκοπό της έρευνας και τον λόγο που πραγματοποιείται. Ακόμη, καθιστά σαφές τον εκτιμώμενο χρόνο συμπλήρωσης όλων των δηλώσεων, καθώς ενημερώνει και για την ανώνυμη και εθελοντική μορφή που έχει η έρευνα. Τέλος, προσφέρει την ηλεκτρονική διεύθυνση της ερευνήτριας για την απάντηση οποιαδήποτε απορίας μπορεί να προκύψει ή για την ενημέρωση αναφορικά με τα αποτελέσματα της έρευνας που θα πραγματοποιηθεί.

5. 7. Δεοντολογία έρευνας

5. 7. 1 Διεξαγωγή έρευνας

Η δεοντολογία στη συγκεκριμένη έρευνα παρουσιάζεται μέσω ποικίλων προσεγγίσεων. Καταρχήν, η ενημέρωση των συμμετεχόντων για τους σκοπούς και τη φύση της έρευνας ενισχύει την αντικειμενικότητα και την εθελοντική συμμετοχή τους. Επιπλέον, η προστασία της ανωνυμίας και η διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των δεδομένων προστατεύει την ιδιωτικότητα των συμμετεχόντων. Αυτό εξασφαλίζει επίσης την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που παρέχονται. Επιπλέον, η διατήρηση της αντικειμενικότητας και της αμεροληψίας στην ερμηνεία και ανάλυση των αποτελεσμάτων εξασφαλίζει την αντικειμενική αναπαραγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας.

5. 8. Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης

5. 8. 1 Έλεγχοι αξιοπιστίας - κανονικότητας

Τα δεδομένα μεταφέρθηκαν και κωδικοποιήθηκαν κατάλληλα στο πρόγραμμα MicrosoftExcel. Στην συνέχεια, το σύνολο των δεδομένων μεταφέρθηκε στο στατιστικό πακέτο SPSSv. 25, όπου υπολογίσθηκαν συχνότητες, ποσοστά, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για την μελέτη όλων των δηλώσεων. Παράλληλα, για την διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων, χρησιμοποιήθηκε ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson και οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann-Whitneyκαι Kruskal-Wallis, καθώς και ο παραμετρικός έλεγχος t-test. Τα παραπάνω παρουσιάζονται μέσα από κατάλληλους πίνακες και γραφήματα που δημιουργήθηκαν στα προγράμματα που αναφέρθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Αποτελέσματα Μελέτης

6. 1. Αποτελέσματα Έρευνας

6. 1. 1. Παρουσίαση Ιατρών

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην ακόλουθη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας των ιατρών, ενώ διερευνώνται και τα πρώτα 2 ερευνητικά ερωτήματα.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των ιατρών. Το 35% αναφέρουν πως εργάζονται σε παθολογική κλινική, το 18,3% εργάζονται σε καρδιολογική κλινική, ενώ όσοι εργάζονται σε νευρολογική και ΩΡΛ κλινική αγγίζουν από 16,7% αντίστοιχα. Το υπόλοιπο 13,3% αναφέρουν πως εργάζονται σε χειρουργική κλινική. Ακόμη, η μικρότερη ηλικία αγγίζει τα 26 έτη, με την μεγαλύτερη να φτάνει τα 65 έτη. Επιπλέον, ο μέσος όρος ηλικίας ανέρχεται στα 42,38 έτη. Ταυτόχρονα, το 53,3% καταλαμβάνουν οι άνδρες ιατροί, ενώ το 46. 7% αγγίζουν οι γυναίκες, ενώ το 48,3% αναφέρουν πως είναι έγγαμοι, με τους άγαμους ερωτώμενους να καταλαμβάνουν το 46,7%. Το υπόλοιπο 5% αγγίζουν όσοι είναι διαζευγμένοι. Παράλληλα, το 31,7% αναφέρουν πως ζουν μόνοι τους, το 30% πως ζουν με 3 ακόμα άτομα και το 23,3% αναφέρουν 1 ακόμα άτομο. Επιπλέον, το 11,7% αγγίζουν όσοι αναφέρουν 2 άτομα, ενώ από 1,7% καταλαμβάνουν όσοι αναφέρουν 4 ή 5 άτομα αντίστοιχα.

Τόπος καταγωγής

Στη συνέχεια διερευνάται ο τόπος καταγωγής των ερωτώμενων. Το 63,3% αναφέρουν πως κατάγονται από επαρχία και το 36,7% από κάποιο αστικό κέντρο. Επιπροσθέτως, το 61,7% διαφωνούν πως είχαν γονείς ιατρούς, ενώ το 38. 3% συμφωνούν με την παραπάνω δήλωση. Ακολούθως, αναλύονται τα έτη που ασκούν την ιατρική οι ερωτώμενοι. Η μικρότερη τιμή φτάνει το 1 έτος και η μεγαλύτερη τα 40 έτη. Παράλληλα, η μέση τιμή του δείγματος φτάνει τα 15,60 έτη. Ακολουθούν τα έτη τα οποία οι ερωτώμενοι εργάζονται στο νοσοκομείο που απασχολούνται κατά την πραγμάτωση της έρευνας. Η μικρότερη τιμή φτάνει το 1 έτος και η μεγαλύτερη τα 40 έτη. Παράλληλα, η μέση τιμή αγγίζει τα 9,33 έτη. Ακόμη, το 31,7% αυτών αναφέρουν πως αποφοίτησαν από το πανεπιστήμιο Αθηνών, ενώ όσοι αποφοίτησαν από το

πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Πατρών ή σε κάποιο πανεπιστήμιο του εξωτερικού, καταλαμβάνουν από 16,7% αντίστοιχα. Επιπλέον, το 8,3% αναφέρουν πως αποφοίτησαν από το πανεπιστήμιο Κρήτης, όσοι αποφοίτησαν από το ΑΠΘ ή το πανεπιστήμιο Θράκης καταλαμβάνουν από 3,3%, ενώ οι απόφοιτοι του πανεπιστημίου Αλεξανδρούπολης ή Λάρισας καταλαμβάνουν από 1,7% έκαστος.

Επίπεδο σπουδών

Μελετάται επίσης το ανώτατο εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτώμενων. Το 61,7% αναφέρουν πως έχουν μεταπτυχιακό, το 25% πως έχουν πτυχίο και το 11,7% καταλαμβάνουν όσοι έχουν διδακτορικό. Επιπλέον, το υπόλοιπο 1,7% αγγίζουν όσοι έχουν μεταδιδακτορικό. Αναφορικά με το πλήθος των ασθενών που βλέπουν οι ερωτώμενοι κατά μέσο όρο την εβδομάδα, το μικρότερο πλήθος αγγίζει τους 30 ασθενείς, ενώ το μεγαλύτερο τους 100 και ο μέσος όρος ανέρχεται στους 61,91 ασθενείς, δηλαδή σχεδόν 62. Ακόμη, αναλύεται το εάν οι ιατροί έχουν εκπαιδευτεί σε θέματα επικοινωνίας με τους ασθενείς. Το 53,3% αυτών δεν έχουν λάβει κάποια αντίστοιχη εκπαίδευση, ενώ το 46,7% των ιατρών απαντούν θετικά. Στην συνέχεια φαίνεται πως το 46,4% των ερωτώμενων αυτών είχαν αντίστοιχη εκπαίδευση από το πανεπιστήμιο, ενώ το 28,6% αναφέρουν σεμινάρια. Παράλληλα, το 25% κάνουν λόγο για το μεταπτυχιακό τους. Η έρευνα επίσης επικεντρώνονται στο εάν οι ερωτώμενοι θα ενδιαφερόντουσαν για εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας με τον ασθενή. Το 76,7% των ερωτώμενων αναφέρουν πως επιθυμούν να λάβουν τέτοιου είδους εκπαίδευση, ενώ το 23,3% διαφωνούν πως ενδιαφέρονται για κάτι αντίστοιχο. Ταυτόχρονα, το 81,7% αναφέρουν πως είναι πολύ καλή, με το 10% να την θεωρούν καλή, το 6,7% την χαρακτηρίζει άριστη, ενώ το 1,7% θεωρεί πως είναι μέτρια. Τέλος, η έρευνα επικεντρώνονται στο πόσο θεωρούν οι ερωτώμενοι πως η παρεχόμενη από μεριάς τους ιατρική φροντίδα εντός του νοσοκομείου είναι καλή. Το 81,7% αναφέρουν πως η επικοινωνία με τον ασθενή είναι πολύ καλή, ενώ όσοι την χαρακτηρίζουν καλή ή άριστη καταλαμβάνουν από 8,3% αντίστοιχα. Ωστόσο, μόλις το 1,7% αυτών αναφέρουν πως η ιατρική φροντίδα που προσφέρουν είναι πολύ κακή.

Πίνακας 1. Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά

		Frequency	ValidPercent
Ειδικότητα	Καρδιολογική	11	18,3
	Παθολογική	21	35
	Νευρολογική	10	16,7
	Χειρουργική	8	13,3
	ΩΡΛ	10	16,7
Ηλικία	Mean		42,38
	Std. Deviation		11,997
	Minimum		26
	Maximum		65
Φύλο	Άνδρας	32	53,3
	Γυναίκα	28	46,7
	Άγαμος	28	46,7
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	29	48,3
	Διαζευγμένος	3	5
	0	19	31,7
	1	14	23,3
Άτομα που ζουν μαζί σας	2	7	11,7
	3	18	30
	4	1	1,7
	5	1	1,7
	Αστικό Κέντρο	22	36,7
Κατάγεστε από	Επαρχία	38	63,3
	Ναι	23	38,3
Είχατε γονείς γιατρούς	Όχι	37	61,7
	Mean		16
Πόσα χρόνια ασκείτε την Ιατρική	Std. Deviation		11,785
	Minimum		1
	Maximum		40
Πόσα χρόνια εργάζεστε στο Νοσοκομείο	Mean		9
	Std. Deviation		9
	Minimum		1

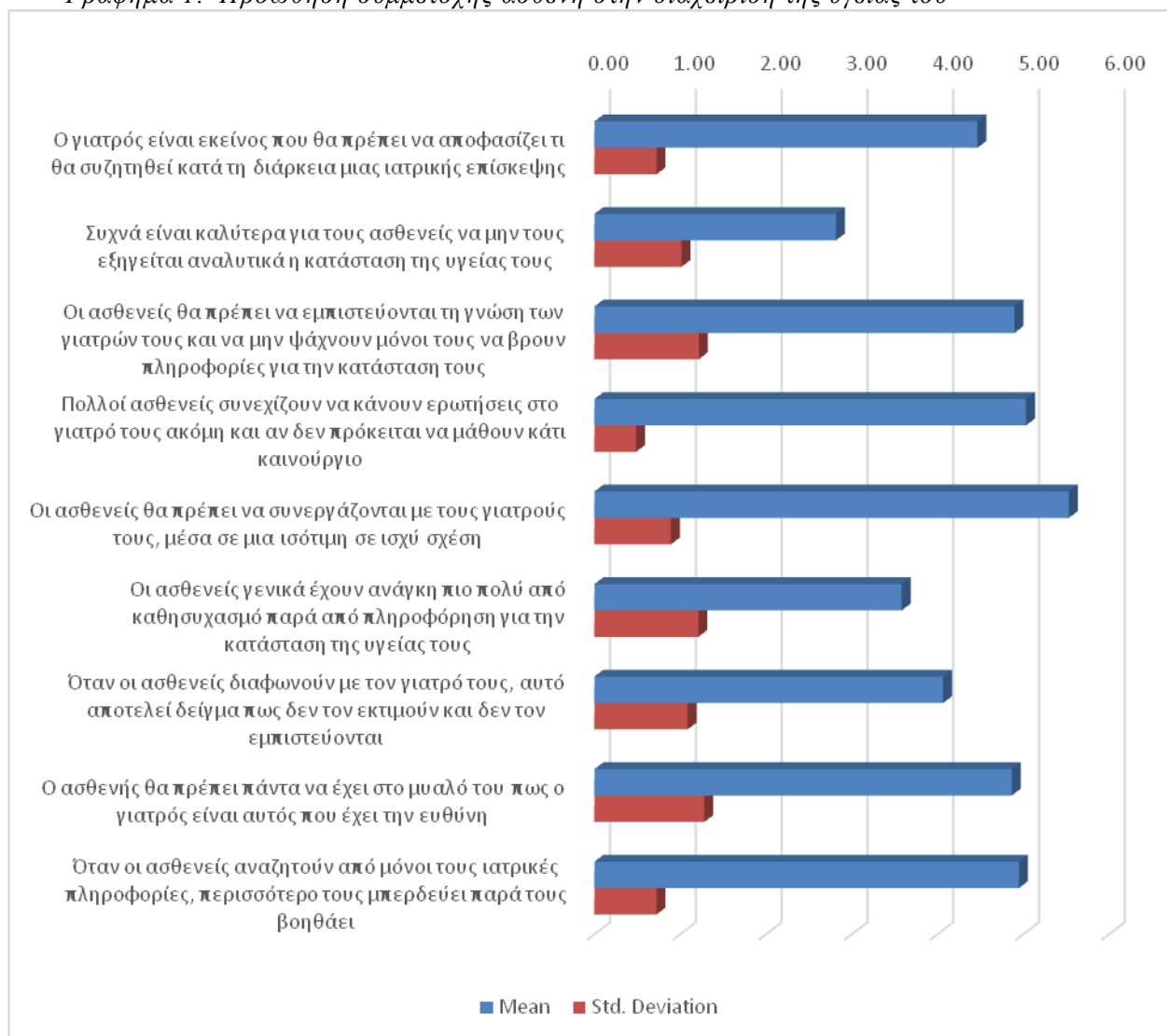
	Maximum		40
	Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων	10	16,7
	Πανεπιστήμιο Αθηνών	19	31,7
	Πανεπιστήμιο Αλεξανδρούπολης	1	1,7
	Πανεπιστήμιο Κρήτης	5	8,3
Από ποιο πανεπιστήμιο αποφοιτήσατε	Πανεπιστήμιο Πατρών	10	16,7
	ΑΠΘ	2	3,3
	Πανεπιστήμιο Θράκης	2	3,3
	Πανεπιστήμιο Λάρισας	1	1,7
	Πανεπιστήμια στο εξωτερικό	10	16,7
	Πτυχίο	15	25
Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας	Μεταπτυχιακό	37	61,7
	Διδακτορικό	7	11,7
	Μεταδιδακτορικό	1	1,7
	Mean		61,91
Πόσους ασθενείς βλέπετε κατά μέσο όρο την εβδομάδα	Std. Deviation		18,910
	Minimum		30
	Maximum		100
Έχετε εκπαιδευτεί ποτέ σε θέματα επικοινωνίας με τους ασθενείς	Ναι	28	46,7
	Όχι	32	53,3
	Πανεπιστήμιο	13	46,4
Εάν ναι, πού	Μεταπτυχιακό	7	25
	Σεμινάρια	8	28,6
Θα σας ενδιέφερε η εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας με τον ασθενή	Ναι	46	76,7
	Όχι	14	23,3
	Μέτρια	1	1,7
Πόσο καλή θεωρείτε ότι είναι η επικοινωνία σας με τον ασθενή	Καλή	6	10
	Πολύ καλή	49	81,7
	Άριστη	4	6,7
	Πολύ κακή	1	1,7
Θεωρείτε πως η παρεχόμενη από μέρους σας ιατρική φροντίδα εντός του νοσοκομείου είναι	Καλή	5	8,3
	Πολύ καλή	49	81,7
	Άριστη	5	8,3

Στην συνέχεια παρουσιάζονται οι δηλώσεις που σχετίζονται με την προώθηση ή μη της συμμετοχής του ασθενή στην διαχείριση της υγείας του. Οι απαντήσεις δέχονται τιμές από το 1 έως το 6 (1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ αρκετά, 3-Διαφωνώ εν μέρει, 4-Συμφωνώ εν μέρει, 5-Συμφωνώ αρκετά, 6-Συμφωνώ απόλυτα) και η αύξηση του μέσου όρου ταυτίζεται με την αύξηση της συμφωνίας των ερωτώμενων. Ανάμεσα στις απαντήσεις «Συμφωνώ αρκετά» και «Συμφωνώ απόλυτα», με τάση προς το δεύτερο, βρίσκονται οι ερωτώμενοι αναφορικά με το ότι οι ασθενείς πρέπει να συνεργάζονται με τους ιατρούς τους, μέσα σε μια ισότιμη σε ισχύ σχέση (5,53). Επιπλέον, οι ερωτώμενοι συμφωνούν αρκετά πως πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στον ιατρό τους ακόμη και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο (5,03) και πως όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει (4,95). Παράλληλα, οι ιατροί συμφωνούν αρκετά πως οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τη γνώση των γιατρών τους και να μην ψάχνουν μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάσταση τους (4,90) και πως ο ασθενής θα πρέπει πάντα να έχει στο μυαλό του πως ο ιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη (4,87). Επιπλέον, ανάμεσα στις απαντήσεις «Συμφωνώ εν μέρει» και «Συμφωνώ αρκετά», με τάση προς το πρώτο, κατατάσσουν οι ερωτώμενοι ότι ο γιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης (4,47). Παράλληλα, οι συμμετέχοντες συμφωνούν εν μέρει πως όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον γιατρό τους, αυτό αποτελεί δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται (4,07). Συνεχίζοντας, μεταξύ των απαντήσεων «Συμφωνώ εν μέρει» και «Συμφωνώ αρκετά», με τάση προς το δεύτερο, βρίσκονται αναφορικά με το ότι οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθησυχασμό παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους (3,58). Τέλος, οι ερωτώμενοι διαφωνούν εν μέρει πως συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους (2,82). Τα παραπάνω παρουσιάζονται μέσα από τον Πίνακα 2 και το Γράφημα 2.

Πίνακας 2. Προώθηση συμμετοχής ασθενή στην διαχείριση της υγείας του

	Mean	Std. Deviation
Ο γιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης	4,47	0.724
Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους	2,82	1.017
Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τη γνώση των γιατρών τους και να μην ψάχνουν μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάσταση τους	4,90	1.217
Πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στο γιατρό τους ακόμη και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο	5,03	0.486
Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, μέσα σε μια ισότιμη σε ισχύ σχέση	5,53	0.892
Οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθησυχασμό παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους	3,58	1.211
Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον γιατρό τους, αυτό αποτελεί δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται	4,07	1.087
Ο ασθενής θα πρέπει πάντα να έχει στο μυαλό του πως ο γιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη	4,87	1.282
Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει	4,95	0.723

Γράφημα 1. Προώθηση συμμετοχής ασθενή στην διαχείριση της υγείας του



Στην συνέχεια διερευνώνται οι δηλώσεις που σχετίζονται με την φροντίδα του ασθενή. Οι απαντήσεις, όπως και προηγουμένως δέχονται τιμές από το 1 έως το 6 (1- Διαφωνώ απόλυτα, 2- Διαφωνώ αρκετά, 3- Διαφωνώ εν μέρει, 4- Συμφωνώ εν μέρει, 5- Συμφωνώ αρκετά, 6- Συμφωνώ απόλυτα) και όσο υψηλότερος είναι ο μέσος όρος, τόσο υψηλότερη είναι η συμφωνία των ερωτώμενων με την εκάστοτε δήλωση. Αναλυτικότερα, ανάμεσα στο «Συμφωνώ αρκετά» και «Συμφωνώ απόλυτα», με τάση προς το δεύτερο βρίσκονται ως προς το ότι το χιούμορ στο γιατρό είναι πολύτιμο εργαλείο, όταν προσεγγίζει έναν ασθενή θεραπευτικά (5,42). Επιπλέον, συμφωνούν αρκετά πως η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική αν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή (5,07). Επιπλέον, ανάμεσα στο «Συμφωνώ εν μέρει» και στο «Συμφωνώ αρκετά», με τάση προς το

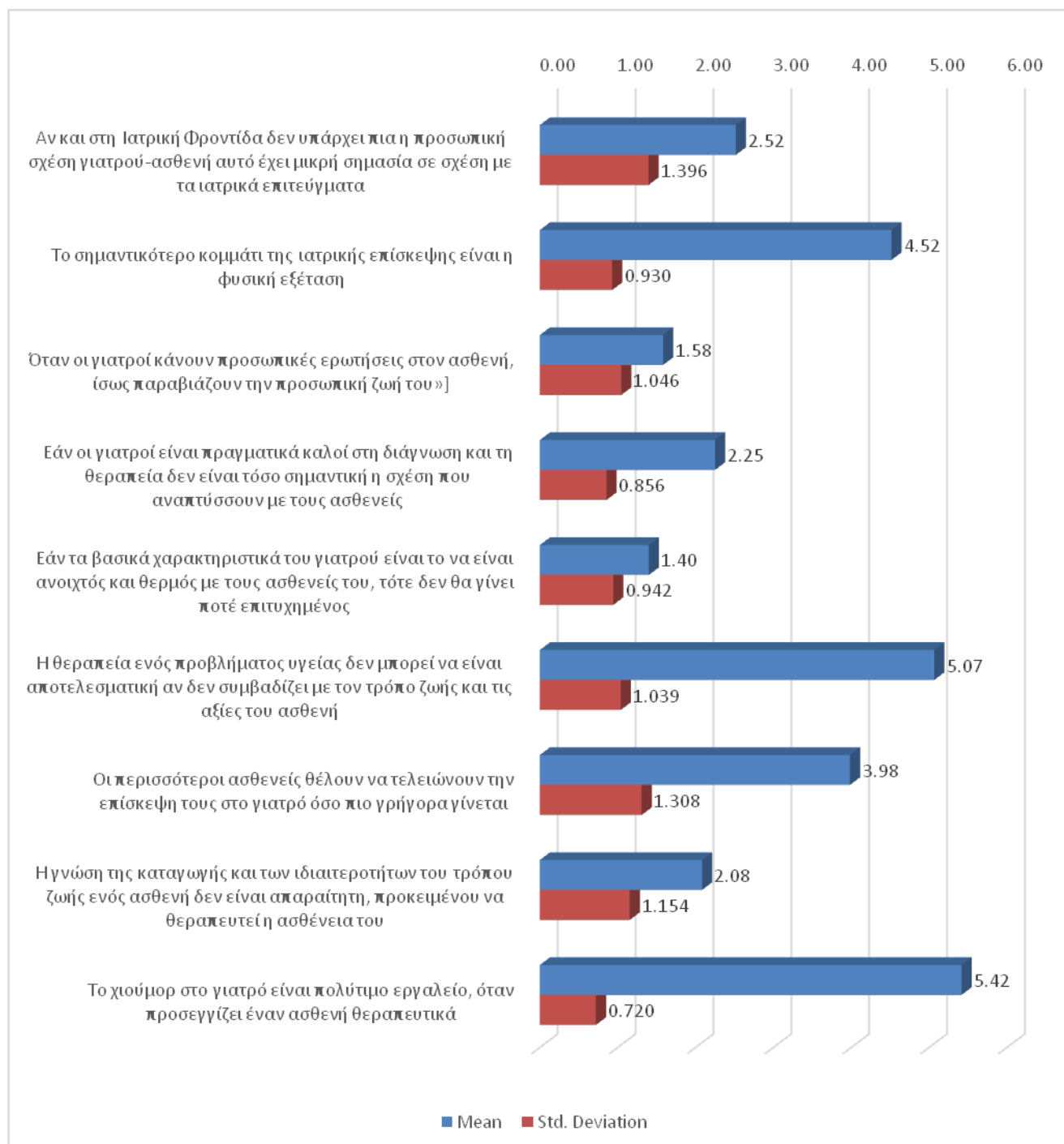
δεύτερο, βρίσκονται ως προς το ότι το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση (4,52). Επιπλέον, οι ερωτώμενοι συμφωνούν εν μέρει πως οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στο ιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται (3,98). Αντίστοιχα, ανάμεσα στις απαντήσεις «Διαφωνώ αρκετά» και «Διαφωνώ εν μέρει», με τάση προς το δεύτερο βρίσκονται οι ερωτώμενοι αναφορικά με το ότι αν και στην ιατρική φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση γιατρού-ασθενή αυτό έχει μικρή σημασία σε σχέση με τα ιατρικά επιτεύγματα (2,52). Επιπλέον, οι ερωτώμενοι διαφωνούν αρκετά πως εάν οι ιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς (2,25) και πως η γνώση της καταγωγής και των ιδιοτεροτήτων του τρόπου ζωής ενός ασθενή δεν είναι απαραίτητη, προκειμένου να θεραπευτεί η ασθένεια του (2,08). Τέλος, ανάμεσα στις απόψεις «Διαφωνώ απόλυτα» και «Διαφωνώ αρκετά», με τάση προς το δεύτερο, βρίσκονται αναφορικά με το ότι όταν οι γιατροί κάνουν προσωπικές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως παραβιάζουν την προσωπική ζωή του» (1, 58) και με τάση προς το πρώτο βρίσκονται αναφορικά με το ότι τα βασικά χαρακτηριστικά του ιατρού είναι το να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του, τότε δεν θα γίνει ποτέ επιτυχημένος (1,40). Τα παραπάνω, αναλύονται μέσα από τον Πίνακα 3 και το Γράφημα 2.

Πίνακας 3. Φροντίδα του ασθενή

	Mean	Std. Deviation
Αν και στη Ιατρική Φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση γιατρού-ασθενή αυτό έχει μικρή σημασία σε σχέση με τα ιατρικά επιτεύγματα	2,52	1,396
Το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση	4, 52	0, 930
Όταν οι ιατροί κάνουν προσωπικές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως παραβιάζουν την προσωπική ζωή του»]	1, 58	1,046
Εάν οι ιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς	2, 25	0,856

Εάν τα βασικά χαρακτηριστικά του ιατρού είναι το να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του, τότε δεν θα γίνει ποτέ επιτυχημένος	1,40	0,942
Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική αν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή	5,07	1,039
Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στο ιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται	3,98	1,308
Η γνώση της καταγωγής και των ιδιαιτεροτήτων του τρόπου ζωής ενός ασθενή δεν είναι απαραίτητη, προκειμένου να θεραπευτεί η ασθένεια του	2,08	1,154
Το χιούμορ στο ιατρό είναι πολύτιμο εργαλείο, όταν προσεγγίζει έναν ασθενή θεραπευτικά	5,42	0,720

Γράφημα 2. Φροντίδα του ασθενή



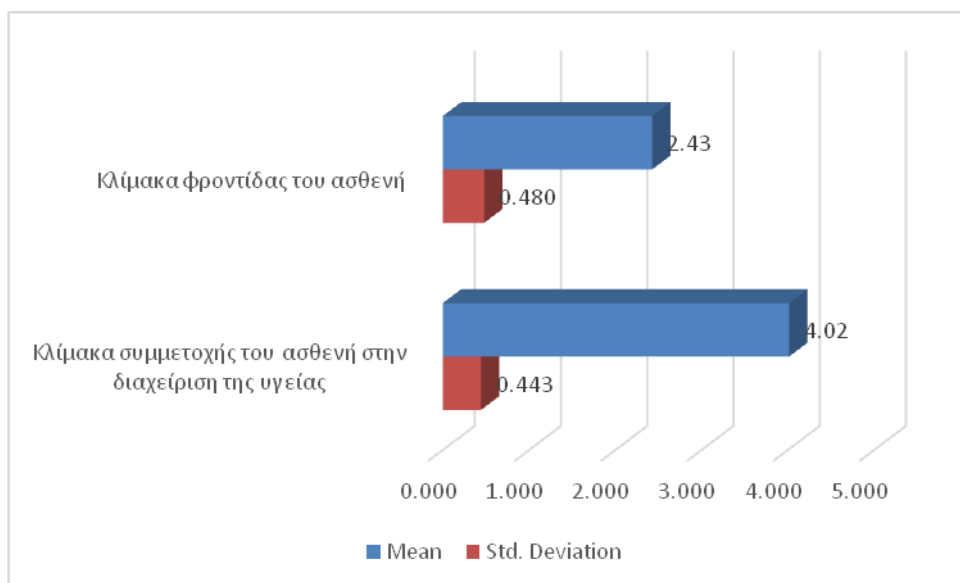
Βάσει των παραπάνω δημιουργήθηκαν 2 καινούργιες μεταβλητές-scores οι οποίες σχετίζονται με την μη συμμετοχή του ασθενή στην διαχείριση της υγείας και την φροντίδα του ασθενή. Οι μεταβλητές αποτελούνται από τον μέσο όρο 9 δηλώσεων αντίστοιχα και δέχονται τιμές από το 1 έως το 6, με αύξηση του μέσου όρου να ταυτίζεται με αύξηση της συμφωνίας των ερωτώμενων στη μη συμμετοχή του ασθενή στην διαχείριση της υγείας και της φροντίδας των ασθενών. Στον Πίνακα 4 και το

Γράφημα 3, είναι εμφανές πως η κλίμακα μη συμμετοχής του ασθενή στην διαχείριση της υγείας βρίσκεται άνω του μετρίου (4,01), ενώ χαμηλή τιμή κάτω του μετρίου παρουσιάζει η κλίμακα φροντίδας του ασθενή (2,42). Επομένως, οι ιατροί συμφωνούν σε υψηλό βαθμό πως ο ασθενής δεν πρέπει να έχει άμεση συμμετοχή στην διαχείριση της υγείας τους, ενώ σε μικρό βαθμό θεωρούν πως έχει σημασία μόνο η φροντίδα του ασθενή και την αντιμετώπιση της ασθένειάς του. Εν μέρει λοιπόν επαληθεύεται η εναλλακτική υπόθεση του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος (H1. 1).

Πίνακας 4. Μεταβλητές-scores ιατρών

		Κλίμακα μη συμμετοχής του ασθενή στην διαχείριση της υγείας	Κλίμακα θεραπείας με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή
N	Valid	60	60
	Missing	0	0
Mean		4,0167	2,4278
Std. Deviation		,44342	,47969
Minimum		2,67	1,67
Maximum		5,11	3,78

Γράφημα 3. Μεταβλητές-scores ιατρών



Στην συνέχεια, διερευνάται το πρώτο ερευνητικό ερώτημα με την χρήση του γραμμικού συντελεστή συσχέτισης Pearson. Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, αναδεικνύοντας μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε 95% επίπεδο εμπιστοσύνης. Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση του επιπέδου σπουδών των ιατρών ταυτίζεται με μείωση της κλίμακας θεραπείας με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή. Επομένως, όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων, τόσο λιγότερο θεωρούν πως η φροντίδα του ασθενή πρέπει να έχει ως κέντρο μόνο την ίαση του. Η συσχέτιση αυτή δέχεται τιμή $r=0,287$ ($p=0,026$), επομένως είναι μέτριας έντασης. Τα παραπάνω, εν μέρει επαληθεύουν την εναλλακτική υπόθεση του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος (H2. 1.)

Πίνακας 5. Συσχέτιση με τα έτη άσκησης της ιατρικής, τα έτη εργασία στο νοσοκομείο και το επίπεδο σπουδών

		Πόσα χρόνια ασκείτε Ιατρική	Πόσα χρόνια εργάζεστε στο Νοσοκομείο	Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας
Κλίμακα μη συμμετοχής του ασθενή στην διαχείριση της υγείας	PearsonCorrelation	,008	,147	-,020
	Sig. (2-tailed)	,953	,263	,879
	N	60	60	60
Κλίμακα θεραπείας με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή	PearsonCorrelation	-,213	-,146	-,287*
	Sig. (2-tailed)	,102	,265	,026
	N	60	60	60

**. Correlation is significant at the 0. 01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0. 05 level (2-tailed).

Στην συνέχεια, για την απάντηση του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, χρησιμοποιήθηκε ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson για άλλη μια φορά. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 6, αναδεικνύοντας 1 στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Πιο συγκεκριμένα, όσο καλύτερη επικοινωνία θεωρούν οι ερωτώμενοι πως έχουν με τον ασθενή, τόσο χαμηλότερο επίπεδο αγγίζει η κλίμακα θεραπείας με κέντρο την φροντίδα και την ίαση του ασθενή μόνο ($p=0,035$, $r=-0,273$). Η συσχέτιση αυτή είναι σημαντική σε 95% επίπεδο εμπιστοσύνης.

Πίνακας 6. Συσχετίσεις με την ποιότητα της επικοινωνίας και την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα από τους ιατρούς

		Πόσο καλή θεωρείτε πως η παρεχόμενη θεωρείτε ότι είναι η επικοινωνία σας με τον ασθενή	Θεωρείτε πως η παρεχόμενη από μέρους σας ιατρική φροντίδα εντός του νοσοκομείου είναι
Κλίμακα μη συμμετοχής του ασθενή στην διαχείριση της υγείας	PearsonCorrelation	-,144	-,163
	Sig. (2-tailed)	,271	,212
	N	60	60
Κλίμακα θεραπείας με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή	PearsonCorrelation	-,273*	-,039
	Sig. (2-tailed)	,035	,766
	N	60	60

*. Correlation is significant at the 0. 05 level (2-tailed).

6. 1. 2. Παρουσίαση Ασθενών

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον ακόλουθο κεφάλαιο διερευνώνται τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου των ασθενών.

Στον Πίνακα 7 αναλύονται τα δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Το 65,7% καταλαμβάνουν οι γυναίκες, ενώ οι άνδρες αποτελούν το υπόλοιπο 34. 3%. Επιπλέον, μελετάται η ηλικία των ασθενών. Η μικρότερη ηλικία φτάνει τα 21 έτη και η μεγαλύτερη ηλικία είναι τα 62. Η μέση ηλικία ανέρχεται στα 46. 32 έτη. Παράλληλα, το 68. 6% των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι, με το 17,1% να καταλαμβάνουν οι άγαμοι, το 10% ανήκει στους διαζευγμένους και το 4,3% στους χήρους. Ακόμη, το 31,4% αναφέρουν πως κατοικούν με 3 άτομα, το 25,7% με 1 άτομο, το 22,9% με 2 άτομα και το 11,4% μένουν μόνοι τους, το 4. 3% αναφέρουν τα 4 άτομα, το 2. 9% τα 5 άτομα και το 1. 4% 6 άτομα. Συνεχίζοντας, το 51,4% αναφέρουν πως εργάζονται σε κάποιο αστικό κέντρο, ενώ το 48,6% αναφέρουν πως κατάγονται

από την επαρχία. Ταυτόχρονα, διερευνάται το χρονικό διάστημα κατά το οποίο οι ερωτώμενοι είναι ασθενής στο νοσοκομείο. Η ελάχιστη τιμή φτάνει τ 0 και η μέγιστη τις 365 ημέρες, ενώ κατά μέσο όρο οι ερωτώμενοι παρέμειναν 10,52 ημέρες. Παράλληλα, το 44,3% αναφέρουν πως είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 24. 3% απόφοιτοι ΑΤΕΙ, ενώ όσοι έχουν αποφοιτήσει από ΑΕΙ ή έχουν μεταπτυχιακό καταλαμβάνουν από 14. 3%. Το υπόλοιπο 2,9% αναφέρουν πως έχουν αποφοιτήσει μόνο από το Δημοτικό ή το Γυμνάσιο. Τέλος, το 24,3% αναφέρουν την χειρουργική κλινική, το 22, 9% την παθολογική κλινική και το 18,6% την νευρολογική κλινική. Επιπλέον, όσοι αναφέρουν την καρδιολογική ή την ΩΡΛ καταλαμβάνουν από 17,1% αντίστοιχα.

Πίνακας 7. Δημογραφικά κα ιατρικά χαρακτηριστικά ασθενών

		Frequency	ValidPercent
Φύλο	Ανδρας	24	34,3
	Γυναίκα	46	65,7
Ηλικία	Mean		46,32
	Std. Deviation		9,355
	Minimum		21
	Maximum		62
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	12	17. 1
	Έγγαμος	48	68, 6
	Διαζευγμένος	7	10
	Χήρος/α	3	4,3
	0	8	11,4
Άτομα που ζουν μαζί σας	1	18	25,7
	2	16	22,9
	3	22	31, 4
	4	3	4,3
	5	2	2. 9
	6	1	1, 4
Κατάγεστε από	Αστικό κέντρο	36	51,4
	Επαρχία	34	48,6
Πόσο	Mean		10,52

χρονικό διάστημα είστε ασθενής (ημέρες)	Std. Deviation		43,495
	Minimum		0,0
	Maximum		365
	Δημοτικό- Γυμνάσιο	2	2,9
Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας	Λύκειο	31	44,3
	ΑΤΕΙ	17	24,3
	ΑΕΙ	10	14,3
	Μεταπτυχιακό	10	14,3
	Παθολογική	16	22,9
Ποια κλινική επισκέπτεσθε	Χειρουργική	17	24,3
	Καρδιολογική	12	17,1
	Νευρολογική	13	18,6
	ΩΡΛ	12	17,1

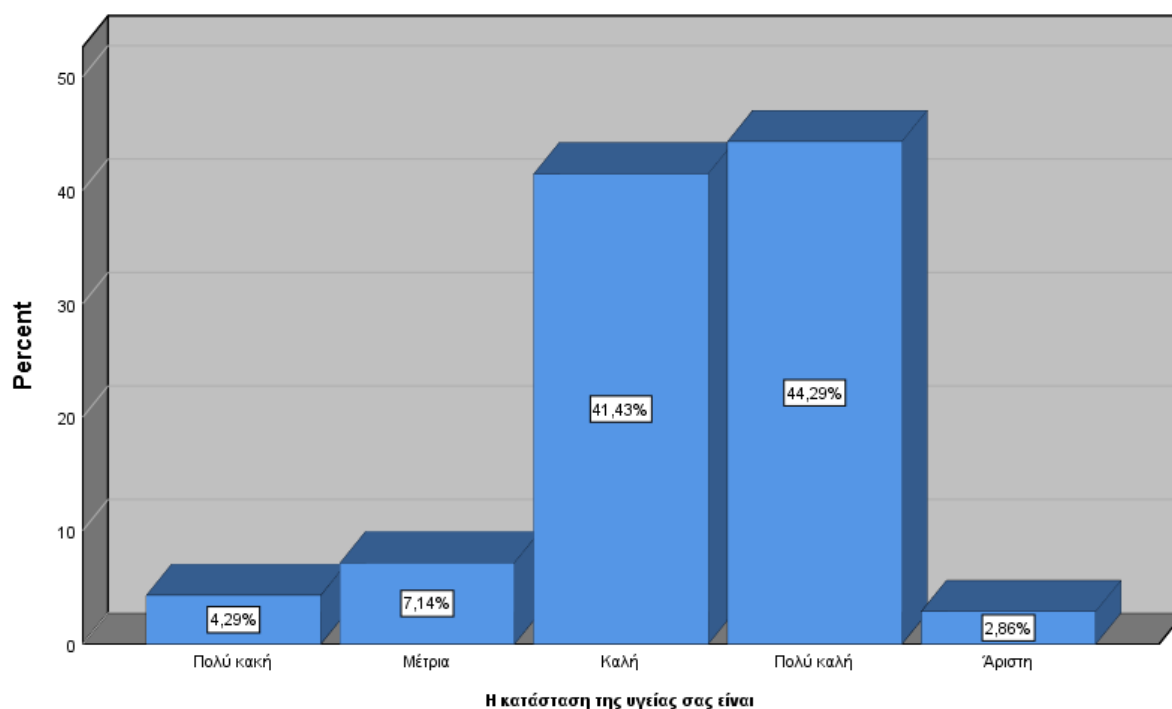
Αναφορικά με την κατάσταση της υγείας των ερωτώμενων αυτή την στιγμή, μελετάται από τον Πίνακα 8 και το Γράφημα 4. Το 44,3% των ερωτώμενων αναφέρουν πολύ καλή την κατάσταση της υγείας τους, ενώ το 41,4% την θεωρούν καλή. Το 7,1% αγγίζουν όσοι θεωρούν πως η υγεία τους είναι μέτρια, το 4,3% την χαρακτηρίζουν ως πολύ κακή, ενώ το 2,9% θεωρούν πως η κατάσταση της υγείας τους είναι άριστη.

Πίνακας 8. Η κατάσταση της υγείας σας είναι

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Πολύ κακή	3	4,3	4,3	4,3
	Μέτρια	5	7,1	7,1	11,4
	Καλή	29	41,4	41,4	52,9
	Πολύ καλή	31	44,3	44,3	97,1

Άριστη	2	2,9	2,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Γράφημα 4. Η κατάσταση της υγείας σας είναι



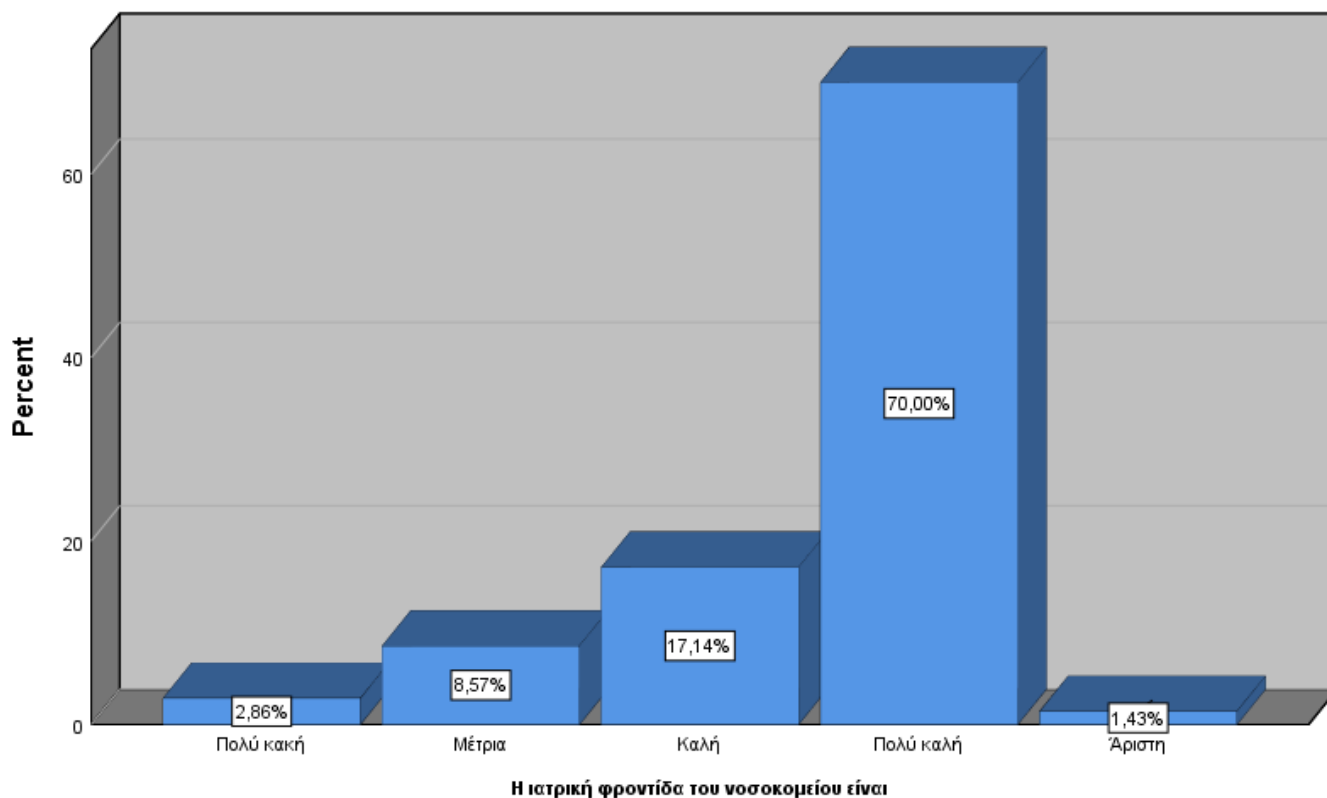
Στον Πίνακα 9 και το Γράφημα 5, μελετά την άποψη των ερωτώμενων αναφορικά με το πόσο καλή είναι η ιατρική φροντίδα των ερωτώμενων. Το 70% θεωρούν την ιατρική φροντίδα πολύ καλή, ενώ το 17,1% καλή. Επιπλέον, το 8,6% αγγίζουν όσοι την θεωρούν μέτρια, με το 2,9% να την χαρακτηρίζουν πολύ κακή. Τέλος, μόλις το 1,4% αναφέρουν πως είναι άριστη η ιατρική φροντίδα του νοσοκομείου.

Πίνακας 9. Η ιατρική φροντίδα του νοσοκομείου είναι

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Πολύ κακή	2	2,9	2,9	2,9
	Μέτρια	6	8,6	8,6	11,4
	Καλή	12	17,1	17,1	28,6

Πολύ καλή	49	70,0	70,0	98,6
Άριστη	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Γράφημα 5. Η ιατρική φροντίδα του νοσοκομείου είναι

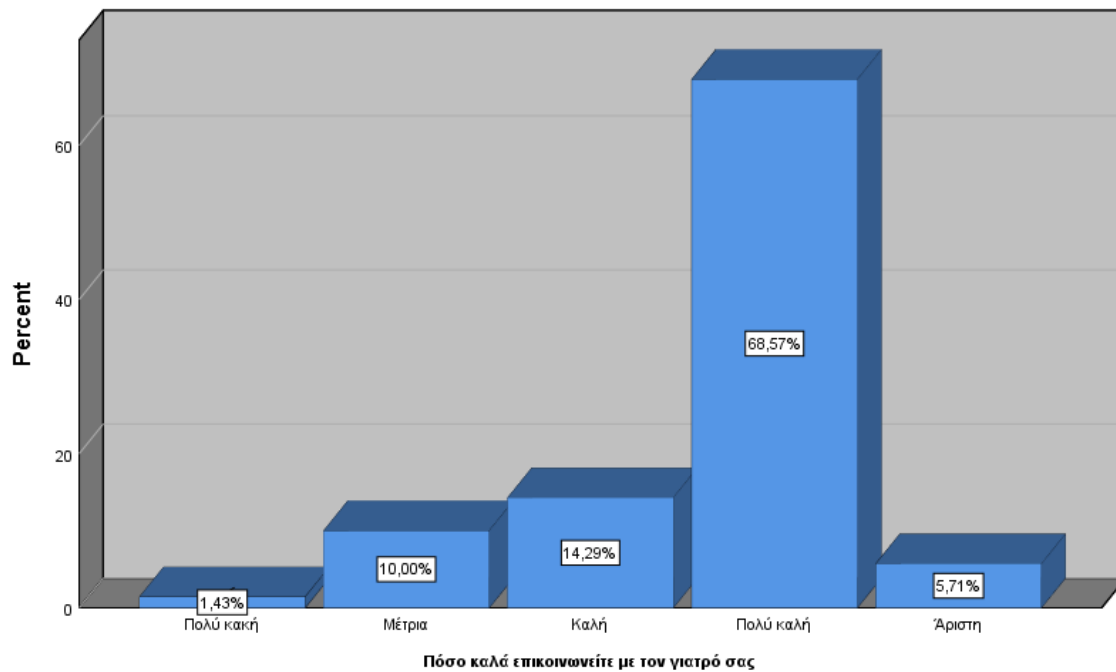


Μέσα από τον Πίνακα 10 και το Γράφημα 6, αναλύεται το πόσο καλή θεωρούν οι συμμετέχοντες την επικοινωνία με τον ιατρό τους. Το 68,6% αυτών αναφέρουν πως είναι πολύ καλή, με το 14,3% να αναφέρουν πως είναι καλή. Αναφορικά με το 10% θεωρούν πως είναι μέτρια η επικοινωνία με τον ιατρό τους, το 5,7% θεωρούν άριστη την επικοινωνία και το 1,4% πολύ κακή.

Πίνακας 10. Πόσο καλά επικοινωνείτε με τον ιατρό σας

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Πολύ κακή	1	1,4	1,4	1,4
	Μέτρια	7	10,0	10,0	11,4
	Καλή	10	14,3	14,3	25,7
	Πολύ καλή	48	68,6	68,6	94,3
	Άριστη	4	5,7	5,7	100,0
Total		70	100,0	100,0	

Γράφημα 6. Πόσο καλά επικοινωνείτε με τον ιατρό σας



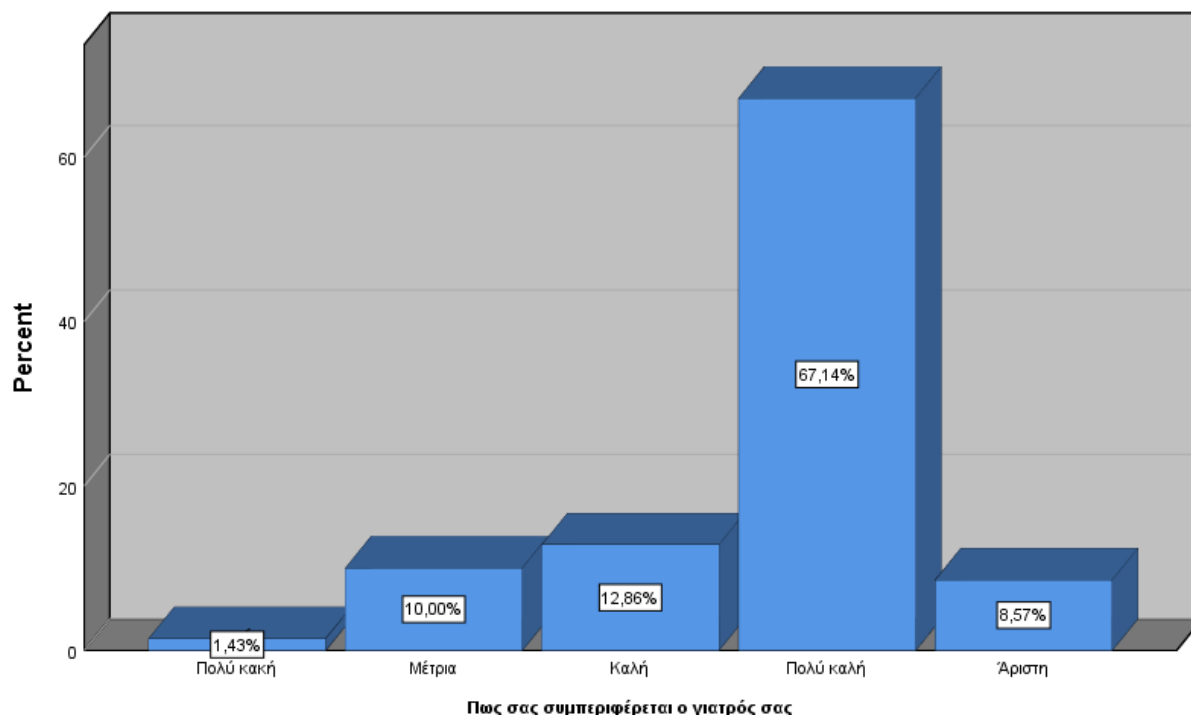
Στον Πίνακα 11 και το Γράφημα 7, μελετάται το πως κρίνουν οι ασθενείς την συμπεριφορά του ιατρού τους. Το 67,1% αναφέρουν ως πολύ καλή την συμπεριφορά του ιατρού, το 12,9% την θεωρούν καλή και το 8,6% άριστη. Το υπόλοιπο 1,4% αγγίζουν όσοι θεωρούν πολύ κακή την συμπεριφορά του ιατρού.

Πίνακας 11. Πως σας συμπεριφέρεται ο ιατρός σας

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Πολύ κακή	1	1,4	1,4	1,4
	Μέτρια	7	10,0	10,0	11,4
	Καλή	9	12,9	12,9	24,3
	Πολύ καλή	47	67,1	67,1	91,4
	Άριστη	6	8,6	8,6	100,0

Total	70	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Γράφημα 7. Πως σας συμπεριφέρεται ο ιατρός σας



Στον Πίνακα 12 και το Γράφημα 8, μελετώνται οι απόψεις των ασθενών αναφορικά με την συμμετοχή τους ή μη στη διαχείριση της υγείας τους. Για άλλη μια φορά, οι τιμές κυμαίνονται από το 1 έως το 6 (1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ αρκετά, 3-Διαφωνώ εν μέρει, 4-Συμφωνώ εν μέρει, 5-Συμφωνώ αρκετά, 6-Συμφωνώ απόλυτα) και όσο υψηλότερος είναι ο μέσος όρος, τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο συμφωνίας των ασθενών με την κάθε δήλωση. Επιπλέον, μεταξύ του «Συμφωνώ αρκετά» και «Συμφωνώ απόλυτα», με τάση προς το πρώτο, κατατάσσουν το ότι οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους ιατρούς τους, μέσα σε μια ισότιμη σε ισχύ σχέση (5. 34). Παράλληλα, οι συμμετέχοντες συμφωνούν αρκετά πως όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει (4,99), αλλά και πως ο ασθενής θα πρέπει πάντα να έχει στο μυαλό του πως ο γιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη (4,97). Παράλληλα, συμφωνούν αρκετά πως οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τη γνώση των ιατρών τους και να μην ψάχνουν μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάσταση τους (4,77). Μεταξύ των απαντήσεων «Συμφωνώ εν μέρει» και «Συμφωνώ αρκετά», με τάση προς

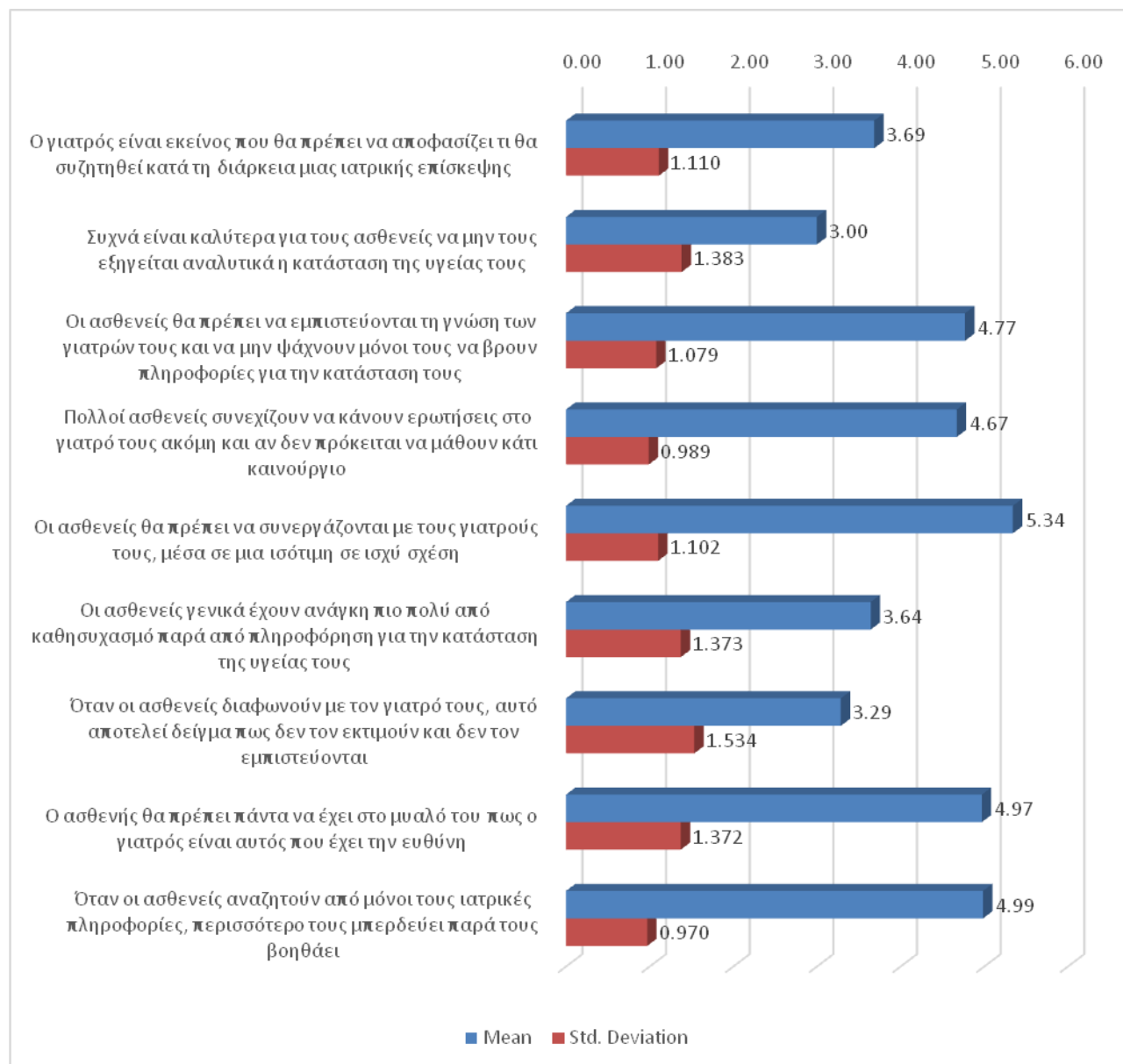
το δεύτερο, τοποθετούν την συμφωνία τους οι ερωτώμενοι αναφορικά με το ότι πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στον ιατρό τους ακόμη και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο (4,67). Επιπλέον, ανάμεσα στο «Διαφωνώ εν μέρει» και στο «Συμφωνώ εν μέρει», με τάση προς το δεύτερο, κατατάσσουν οι ερωτώμενοι το ότι ο ιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης (3,69) και πως οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθησυχασμό παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους (3,64). Στην ίδια κλίμακα, με τάση προς το «Διαφωνώ εν μέρει», τοποθετούνται οι ασθενείς ως προς το ότι όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον ιατρό τους, αυτό αποτελεί δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται (3,29). Τέλος, οι ασθενείς διαφωνούν αρκετά πως είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους (3,00).

Πίνακας 12. Προώθηση συμμετοχής ασθενή στην διαχείριση της υγείας του (ασθενείς)

	Mean	Std. Deviation
Ο ιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης	3,69	1,110
Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους	3,00	1,383
Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τη γνώση των ιατρών τους και να μην ψάχνουν μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάσταση τους	4,77	1,079
Πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στον ιατρό τους ακόμη και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο	4,67	0,989
Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους ιατρούς τους, μέσα σε μια ισότιμη σε ισχύ σχέση	5,34	1,102
Οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθησυχασμό παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους	3,64	1,373
Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον ιατρό τους, αυτό αποτελεί δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται	3,29	1,534

Ο ασθενής θα πρέπει πάντα να έχει στο μυαλό του πως ο ιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη	4,97	1,372
Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει	4,99	0,970

Γράφημα 8. Προώθηση συμμετοχής ασθενή στην διαχείριση της υγείας του (ασθενείς)



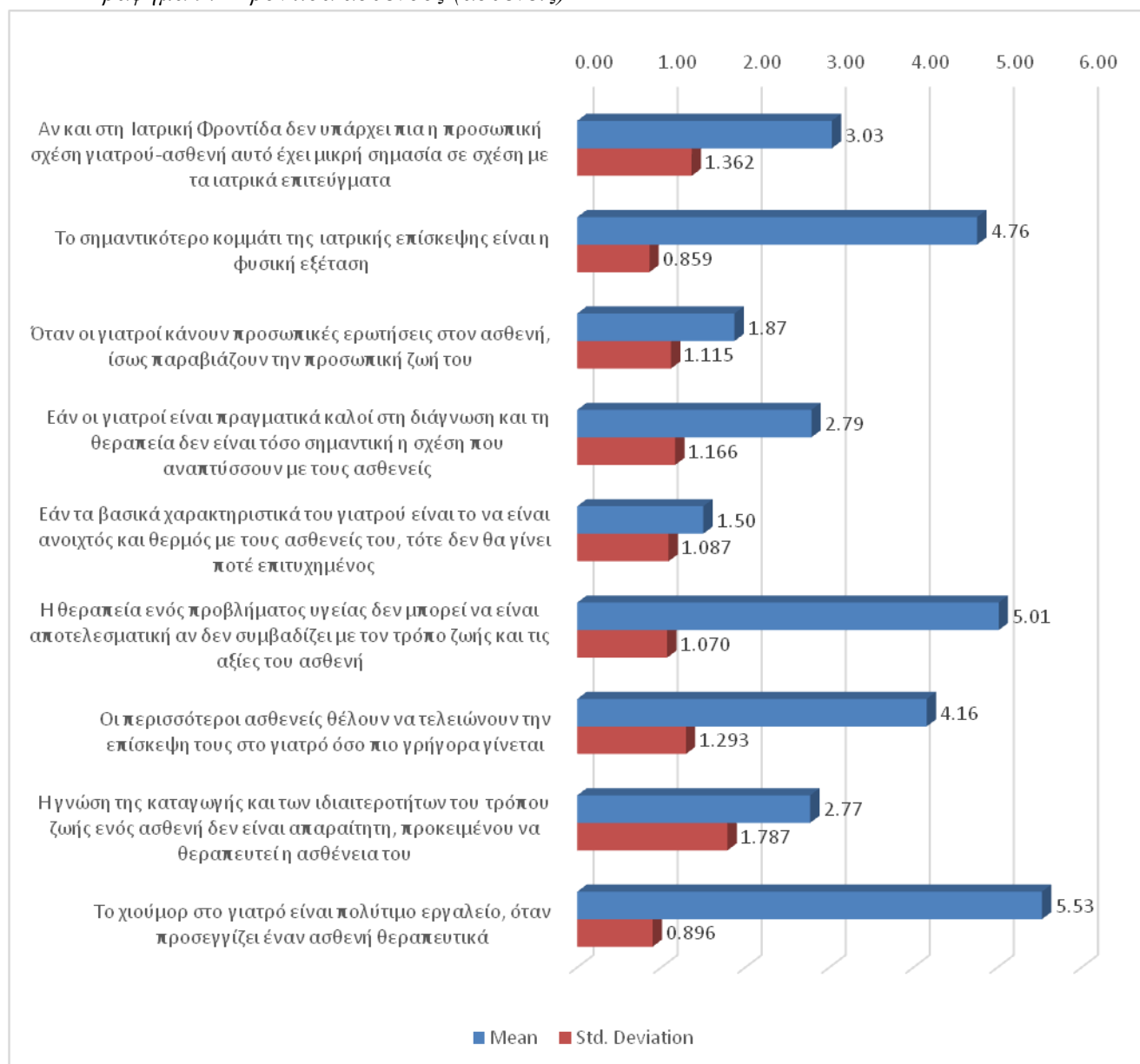
Στον Πίνακα 13 και το Γράφημα 9, αναλύονται οι απόψεις των ασθενών, όσον αφορά την φροντίδα των ασθενών. Όπως και προηγουμένως, οι απαντήσεις λαμβάνουν τιμές από το 1 έως το 6 (1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ αρκετά, 3-Διαφωνώ εν μέρει,

4-Συμφωνώ εν μέρει, 5-Συμφωνώ αρκετά, 6-Συμφωνώ απόλυτα) και υψηλότερος μέσος όρος, οδηγεί σε υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας με την κάθε δήλωση. Ανάμεσα στις απαντήσεις «Συμφωνώ αρκετά» και «Συμφωνώ απόλυτα», με τάση προς το δεύτερο, κατατάσσουν οι ασθενείς πως το χιούμορ στον ιατρό είναι πολύτιμο εργαλείο, όταν προσεγγίζει έναν ασθενή θεραπευτικά (5,53). Επιπλέον, συμφωνούν αρκετά πως η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική αν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή (5,01), αλλά και πως το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση (4,76). Παράλληλα, οι ασθενείς κατά μέσο όρο φαίνονται να συμφωνούν εν μέρει πως οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στον ιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται (4,16), ενώ διαφωνούν εν μέρει πως αν και στην ιατρική φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση ιατρού-ασθενή αυτό έχει μικρή σημασία σε σχέση με τα ιατρικά επιτεύγματα (3,03). Επιπλέον, οι ερωτώμενοι φαίνεται να διαφωνούν εν μέρει και πως όταν οι ιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς (2,79) και πως η γνώση της καταγωγής και των ιδιοσυμπεριφορών του τρόπου ζωής ενός ασθενή δεν είναι απαραίτητη, προκειμένου να θεραπευτεί η ασθένεια του (2,77). Ταυτόχρονα, ανάμεσα στο «Διαφωνώ απόλυτα» και το «Διαφωνώ εν μέρει», βρίσκονται οι ερωτώμενοι αναφορικά με το ότι ένας ιατρός δεν θα γίνει επιτυχημένος εάν τα βασικά χαρακτηριστικά του ιατρού είναι το να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του (1,50).

Πίνακας 13. Φροντίδα ασθενούς (ασθενείς)

	Mean	Std. Deviation
Αν και στη Ιατρική Φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση ιατρού-ασθενή αυτό έχει μικρή σημασία σε σχέση με τα ιατρικά επιτεύγματα	3,03	1,362
Το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση	4,76	0,859
Όταν οι ιατροί κάνουν προσωπικές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως παραβιάζουν την προσωπική ζωή του	1,87	1,115
Εάν οι ιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς	2,79	1,166
Εάν τα βασικά χαρακτηριστικά του ιατρού είναι το να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του, τότε δεν θα γίνει ποτέ επιτυχημένος	1,50	1,087
Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική αν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή	5,01	1,070
Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στο ιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται	4,16	1,293
Η γνώση της καταγωγής και των ιδιοτεροτήτων του τρόπου ζωής ενός ασθενή δεν είναι απαραίτητη, προκειμένου να θεραπευτεί η ασθένεια του	2,77	1,787
Το χιούμορ στον ιατρό είναι πολύτιμο εργαλείο, όταν προσεγγίζει έναν ασθενή θεραπευτικά	5,53	0,896

Γράφημα 9. Φροντίδα ασθενούς (ασθενείς)



Επιπλέον δημιουργήθηκαν και 2 καινούργιες μεταβλητές-scores από τον μέσο όρο των παραπάνω ομάδων ερωτήσεων, οι οποίες μελετούν τον βαθμό στον οποίο οι ερωτώμενοι συμφωνούν με την μη συμμετοχή του ασθενή στην διαχείριση της υγείας, αλλά και με την θεραπεία με κέντρο μόνο την ίαση του ασθενή, χωρίς επιρροή από κοινωνικούς και συναισθηματικούς παράγοντες και σχέσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών. Οι μεταβλητές-scores, όπως αναφέρθηκε αποτελούνται από τον μέσο όρο 9 δηλώσεων η κάθε μια, ενώ δέχονται τιμές από το 1 έως και το 6, με αύξηση του μέσου όρου να ταυτίζεται με αύξηση της εκάστοτε μεταβλητής. Στον Πίνακα 14 και το Γράφημα 10, παρατηρείται πως άνω του μετρίου βρίσκεται το επίπεδο μη συμμετοχή

του ασθενή στην διαχείριση της υγείας (3,85). Επιπλέον, χαμηλό είναι το επίπεδο της κλίμακας θεραπείας με κέντρο την φροντίδα και την ίαση του ασθενή μόνο (2,70).

6. 2. Έλεγχος Ερευνητικών Υποθέσεων

Διερευνώντας το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, αναδείχθηκε πως η αύξηση του επιπέδου σπουδών των ιατρών ταυτίζεται με μείωση της κλίμακας θεραπείας με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή και όχι την ανθρωποκεντρική προσέγγιση του. Επιπλέον, όσο αυξάνεται η ηλικία των ερωτώμενων και το πόσο καλή θεωρούν την επικοινωνία τους με τον ασθενή, τόσο μειώνεται το επίπεδο στο οποίο υποστηρίζουν την θεραπεία με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή (Πίνακας 17, βλ. παράρτημα). Παράλληλα, αναδείχθηκε πως οι ερωτώμενοι που είχαν γονείς ιατρούς, έχουν εκπαιδευτεί σε θέματα επικοινωνίας με τους ασθενείς γενικά και ειδικά από το πανεπιστήμιο τους, παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας ως προς την θεραπεία με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή (Πίνακας 18 και Γραφήματα 11-13, βλ. Παράρτημα). Επομένως επαληθεύεται η εναλλακτική υπόθεση του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος.

Αντίστοιχα, στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αναδείχθηκε πως όσο αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που κατοικούν με τους ασθενείς και το επίπεδο σπουδών των ιδίων, τόσο αυξάνεται ο βαθμός στον οποίο υποστηρίζουν την θεραπεία με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή. Παράλληλα, όσο καλύτερη οι ερωτώμενοι θεωρούν την υγεία τους, τόσο περισσότερο υποστηρίζουν την μη συμμετοχή του ασθενή στην διαχείριση της υγείας. Αντίστοιχα, όσο καλύτερη κρίνουν την ιατρική φροντίδα και την επικοινωνία και συμπεριφορά του ιατρού, τόσο περισσότερο υποστηρίζουν την μη συμμετοχή του ασθενή στην διαχείριση της υγείας, αλλά τόσο λιγότερο την θεραπεία με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή (Πίνακας 19, βλ. Παράρτημα). Ακόμη, αναδείχθηκε πως οι γυναίκες ασθενείς υποστηρίζουν σε υψηλότερο επίπεδο την θεραπεία με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή και οι άνδρες την μη συμμετοχή του ασθενή στην διαχείριση της υγείας (Πίνακας 20 και Γραφήματα 14-15, βλ. Παράρτημα). Επομένως, επαληθεύεται και η εναλλακτική υπόθεση του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος.

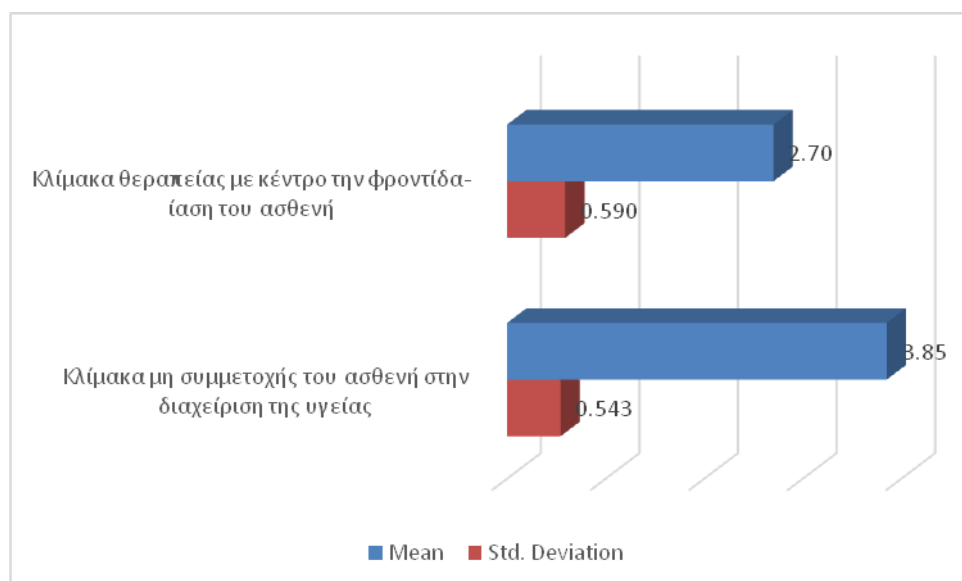
Τα παραπάνω επαληθεύουν τις εναλλακτικές υποθέσεις του πρώτου και δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, που αναφέρουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών.

6. 3. Κλίμακες «PPOS» Ιατρών-Ασθενών

Πίνακας 14. Κλίμακες έρευνας (ασθενείς)

		Κλίμακα μη συμμετοχής του ασθενή στην διαχείριση της υγείας	Κλίμακα θεραπείας με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή
N	Valid	70	70
	Missing	0	0
Mean		3,8524	2,7032
Std. Deviation		,54325	,58968
Minimum		2,00	1,89
Maximum		4,78	4,22

Γράφημα 10. Κλίμακες έρευνας (ασθενείς)



Διαφορές ανάμεσα στις απόψεις ιατρών-ασθενών

Στην ακόλουθη ενότητα, διερευνώνται οι διαφορές στις απόψεις των ιατρών και των ασθενών.

Με σκοπό την απάντηση του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος t-test. Όπως φαίνεται από τα δεδομένα στον Πίνακα 15, οι ιατροί παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας αναφορικά με τη μη συμμετοχή των ασθενών στη διαχείριση της υγείας τους, με μέσο όρο 4,01, συγκριτικά με τους ασθενείς που παρουσιάζουν μέσο όρο 3,85. Ωστόσο, οι ασθενείς παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας αναφορικά με την θεραπεία με κέντρο την ίαση του ασθενή, με μέσο όρο 2,70 συγκριτικά με τους ιατρούς που παρουσιάζουν μέσο όρο 2,42. Αυτό υποδηλώνει ότι οι ασθενείς έχουν την τάση να βλέπουν την ίαση ως κεντρικό στοιχείο της φροντίδας τους περισσότερο από τους ιατρούς.

Στον Πίνακα 16, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test που εξετάζουν τις διαφοροποιήσεις των κλιμάκων ανάμεσα σε ιατρούς και ασθενείς. Η διαφορά στις απόψεις για τη μη συμμετοχή των ασθενών στη διαχείριση της υγείας τους δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p=0,064$), υποδεικνύοντας ότι, παρόλο που υπάρχει μια τάση οι ιατροί να προτιμούν λιγότερη συμμετοχή από τους ασθενείς, αυτή η διαφορά δεν είναι σημαντική στατιστικά. Αντίθετα, η διαφορά αναφορικά με την κλίμακα θεραπείας με κέντρο την ίαση παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,004$), επιβεβαιώνοντας ότι οι ασθενείς δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην ίαση ως κύριο στόχο της ιατρικής φροντίδας σε σχέση με τους ιατρούς.

Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν σημαντικές διαφορές στις απόψεις μεταξύ ιατρών και ασθενών σχετικά με τον ρόλο της συμμετοχής των ασθενών και τη φύση της φροντίδας που παρέχεται. Οι ιατροί τείνουν να δίνουν λιγότερη έμφαση στην ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία διαχείρισης της υγείας τους, ενώ οι ασθενείς φαίνεται να εκτιμούν περισσότερο την ενεργό εμπλοκή στην ίαση. Αυτό το εύρημα μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη στρατηγικών για τη βελτίωση της επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ ιατρών και ασθενών, προκειμένου να ευθυγραμμιστούν καλύτερα οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες τους, ενισχύοντας έτσι την αποτελεσματικότητα της ιατρικής φροντίδας.

Πίνακας 15. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των κλιμάκων ανάμεσα σε ιατρούς και ασθενείς

Ομάδα	N	Mean	Std. Deviation	Std.	
				Error	Mean
Κλίμακα μη συμμετοχής του ασθενή στην διαχείριση της υγείας	Ιατροί	60	4,0167	,44342	,05725
	Ασθενείς	70	3,8524	,54325	,06493
Κλίμακα θεραπείας με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή	Ιατροί	60	2,4278	,47969	,06193
	Ασθενείς	70	2,7032	,58968	,07048

Πίνακας 16. Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων ανάμεσα σε ιατρούς και ασθενείς

Levene's Test for Equality of Variances t-test for Equality of Means										

φροντίδα- ίαση του ασθενή	Equalvari ancesnota ssumed	-2,935	127,672	,004	-,27540	,09382	-,46104	-,08975
---------------------------------	----------------------------------	--------	---------	------	---------	--------	---------	---------

Στο τρίτο και τελευταίο ερευνητικό ερώτημα, μελετήθηκε το εάν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις απόψεις ασθενών και ιατρών. Έγινε σαφές πως οι ασθενείς φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας αναφορικά με την θεραπεία με κέντρο την ίαση του ασθενή και όχι την δημιουργία σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, συγκριτικά με τους ιατρούς της έρευνας. Το γεγονός αυτό επαληθεύει και την εναλλακτική ερευνητική υπόθεση του ερωτήματος αυτού, ενώ απορρίπτει την μηδενική του υπόθεση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συζήτηση συμπεράσματα και Προτάσεις

7. 1 Συζήτηση

Η έρευνα συνολικά δείχνει ότι οι ασθενείς συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό ότι πρέπει να συνεργάζονται με τους ιατρούς τους σε μια ισορροπημένη σχέση και ότι οι ίδιοι οι ασθενείς που αναζητούν ιατρικές πληροφορίες τους μπερδεύουν περισσότερο παρά τους βοηθούν. Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα διερευνήθηκαν οι απόψεις και οι πεποιθήσεις σχετικά με την ανθρωποκεντρική επικοινωνία σε ένα γενικό νοσοκομείο έχει βαθύτερη σημασία από πολλές απόψεις. Στην έρευνα έλαβε μέρος ένα δείγμα 60 ιατρών, με τους περισσότερους να εργάζονται σε παθολογική κλινική, με την μέση ηλικία των ιατρών να αγγίζει τα 42,38 έτη. Επιπλέον, η πλειοψηφία των ιατρών είναι άνδρες, άγαμοι, κατοικούν μόνοι τους σε κάποια επαρχία και δεν είχαν γονείς ιατρούς. Ακόμη, κατά μέσο όρο το δείγμα ασκεί την ιατρική 15,6 έτη και εργάζεται στο νοσοκομείο κατά μέσο όρο 9,33 έτη. Συνεχίζοντας, πιο συχνά οι ερωτώμενοι αναφέρουν πως αποφοίτησαν από το πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Πατρών ή από κάποιο πανεπιστήμιο του εξωτερικού και έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, Παράλληλα, κατά μέσο όρο εξυπηρετούν 61,91 ασθενείς την εβδομάδα, ενώ οι περισσότεροι δεν έχουν εκπαιδευτεί σε θέματα επικοινωνίας με τους ασθενείς, αλλά θα τους ενδιέφερε τέτοιου είδους εκπαίδευση, Ακολούθως, καθίσταται σαφές πως πιο συχνά οι ιατροί θεωρούν ότι η επικοινωνία με τους ασθενείς τους είναι πολύ καλή και πως η παρεχόμενη υπηρεσία είναι επίσης πολύ καλή.

Μέσα από τη μελέτη, φάνηκε ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων γιατρών πιστεύει ότι οι ασθενείς πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, σε μια δυνατή σχέση. Συμφωνούν απόλυτα ότι οι ασθενείς αναζητούν πληροφορίες για την υγεία από μόνοι τους, μπερδεύοντας τους παρά βοηθώντας τους ορισμένες φορές. Η συμφωνία τους είναι υψηλή και το χιούμορ στην ιατρική είναι ένα σημαντικό εργαλείο όταν αντιμετωπίζεται ο ασθενής με κλινικό τρόπο και η θεραπεία ενός ιατρικού προβλήματος δεν μπορεί να είναι επιτυχής εάν δεν είναι συμβατή με τον τρόπο ζωής και τις συνήθειες του ασθενούς.

Γενικότερα, φαίνεται πως η κλίμακα μη συμμετοχής του ασθενή στην διαχείριση της υγείας βρίσκεται άνω του μετρίου, αλλά κάτω του μετρίου τοποθετείται από τους ιατρούς η κλίμακα φροντίδας του ασθενή με κέντρο μόνο την ίαση και όχι άλλους παράγοντες, όπως την συναισθηματική και κοινωνική προσέγγιση.

Συνεχίζοντας με τους ασθενείς, το δείγμα αυτό απαρτίζεται από 70 άτομα, με μέση ηλικία τα 46,32 έτη, οι οποίοι κατά μέσο όρο πέρασαν 10,52 ημέρες νοσηλείας. Είναι σαφές πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος των ασθενών απαρτίζεται από γυναίκες, έγγαμους, άτομα που κατοικούν σε 4μελή οικογένειες και κατάγονται από αστικά κέντρα της Ελλάδας. Επιπλέον, πιο συχνά οι ασθενείς αναφέρουν πως είναι απόφοιτοι Λυκείου, επισκέφθηκαν την χειρουργική κλινική και αναφέρουν πως η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ καλή. Παράλληλα, η πλειοψηφία των ερωτώμενων αναφέρουν πως η ιατρική φροντίδα που έλαβαν είναι πολύ καλή, όπως και η επικοινωνία με τον ιατρό τους και η συμπεριφορά του ίδιου του ιατρού.

Το επίπεδο συμφωνίας των ασθενών είναι υψηλό όσον αφορά τον ασθενή να θυμάται ότι ο γιατρός είναι υπεύθυνος. Επιπλέον, η μεγαλύτερη ανταπόκριση ενσυναίσθησης προς τον γιατρό είναι σημαντική όταν αντιμετωπίζεται ο ασθενής με θεραπευτικό τρόπο και η αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί αποτελεσματικά εάν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις συνήθειες των ασθενειών. Τέλος, το επίπεδο συμφωνίας των ίδιων των ασθενών σχετικά με τη μη συμμετοχή τους στην υγειονομική περίθαλψη είναι πάνω από το μέσο όρο.

Καθώς η υγειονομική περίθαλψη μετατρέπεται σε ένα πιο εξατομικευμένο και με επίκεντρο τον ασθενή μοντέλο, η σχέση ιατρού-ασθενούς θα διαμορφώσει σημαντικά τα αποτελέσματα της υγείας.

Η έρευνα συνολικά δείχνει ότι οι ασθενείς συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό ότι πρέπει να συνεργάζονται με τους ιατρούς τους σε μια ισορροπημένη σχέση και ότι οι ίδιοι οι ασθενείς που αναζητούν ιατρικές πληροφορίες τους μπερδεύουν περισσότερο παρά τους βοηθούν.

Αναφορικά με την ομάδα των ιατρών :

Στην παρούσα έρευνα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών επηρεάζουν τον βαθμό που θεωρούν ότι οι ασθενείς δεν πρέπει να συμμετέχουν στην διαχείριση της υγείας τους και τον βαθμό που πιστεύουν ότι πρέπει να υφίσταται θεραπεία με κέντρο μόνο την φροντίδα του ασθενή. Συγκεκριμένα, η αύξηση του επιπέδου σπουδών των ιατρών ταυτίζεται με μείωση της κλίμακας θεραπείας με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή και όχι την ανθρωποκεντρική προσέγγιση του. Επιπλέον, όσο αυξάνεται η ηλικία των ερωτώμενων

και το πόσο καλή θεωρούν την επικοινωνία τους με τον ασθενή, τόσο μειώνεται το επίπεδο στο οποίο υποστηρίζουν την θεραπεία με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή. Παράλληλα, αναδείχθηκε πως οι ερωτώμενοι που είχαν γονείς ιατρούς, έχουν εκπαιδευτεί σε θέματα επικοινωνίας με τους ασθενείς, παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας ως προς την θεραπεία με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή.

Αυτά τα αποτελέσματα φαίνεται να συμφωνούν και με προηγούμενες μελέτες όπως των (Morishita, et al., 2020 που αναφέρουν ότι η λήψη αποφάσεων μεταξύ γιατρού και ασθενούς καθορίζει την πιο κατάλληλη και αποτελεσματική πορεία δράσης για κάθε ασθενή. Ο ιατρός σε αυτό το μοντέλο φροντίδας ασθενών γεφυρώνει το χάσμα μεταξύ του κόσμου της ιατρικής και των ιδιωτικών συμφερόντων και αναγκών των ασθενών του.

Επίσης σύμφωνα με τη θέση που υποστηρίζει η Gauthier-Mamaril (2022) οι γιατροί που αφιερώνουν πολύ χρόνο με έναν ασθενή θα βρουν απλώς λιγότερο χρόνο για τους επόμενους ασθενείς των οποίων τα προβλήματα δεν είναι λιγότερο σοβαρά από αυτά του ασθενή. Ακόμα κι αν οι ιατροί μπορούν να μετριάσουν τις επιπτώσεις του χρονικού περιορισμού αλλάζοντας την τεχνική τους για συνεντεύξεις, τέτοιες προσπάθειες μπορούν μόνο εν μέρει να αντισταθμίσουν την απώλεια επαρκούς χρόνου για να επιτρέψουν την δοσοληψία που απαιτείται για τη δημιουργία ισχυρών σχέσεων,

Όπως φαίνεται από την έρευνα η βάση της φροντίδας του ιατρού εξαρτάται από την καλή σχέση και επικοινωνία, έτσι ώστε οι πληροφορίες να μπορούν να ρέουν μεταξύ γιατρού και ασθενή. Αυτή η ροή περιλαμβάνει σημαντικά σημεία κρίσιμα για την αποτελεσματική φροντίδα. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να εμπιστεύονται τους γιατρούς τους. Χωρίς εμπιστοσύνη, οι ασθενείς ενδέχεται να μην αποκαλύπτουν ορισμένες πληροφορίες που μπορεί να είναι κρίσιμες για τη διάγνωση και τη θεραπεία παθήσεων. Η εμπιστοσύνη στους ιατρούς μπορεί επίσης να βοηθήσει τους ασθενείς να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους. Με τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συμφωνεί και η μελέτη του Orrù, et al. (2023) η οποία αναφέρει ότι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς θεωρείται το βασικό στοιχείο στο πλαίσιο της κλινικής περίθαλψης, καθώς μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών, με αποτέλεσμα ένα σημαντικό επίπεδο δέσμευσης, ευαισθητοποίησης, γενικής ικανότητας και ενδυνάμωσης του ατόμου. εμπλέκεται προσωπικά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Από αυτή την άποψη, η σχέση ιατρού-

ασθενούς μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στα αποτελέσματα της υγείας και στην ιατρική περίθαλψη.

Η επικοινωνία είναι ένα ουσιαστικό στοιχείο για την οικοδόμηση εμπιστοσύνης και άνεσης στην ιατρική και είναι η βάση της σχέσης ιατρού-ασθενούς, όπως ανέδειξε και ο Ditholeetal (2017) υποστηρίζοντας ότι η αποτελεσματική επικοινωνία είναι κάτι περισσότερο από την παροχή ποιοτικής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή και έχει αποδειχθεί ότι έχει πολλαπλά οφέλη. Η χρήση ήρεμης και ανοιχτής γλώσσας του σώματος και του τόνου της φωνής, η στάση σε ορθή γωνία με τον ασθενή, επιτρέπει στον ασθενή να αποχωρήσει εύκολα αν το επιθυμεί

Αναφορικά με την ομάδα των ασθενών:

Όπως απεδείχθη όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών εάν επηρεάζουν τον βαθμό που θεωρούν ότι οι ασθενείς δεν πρέπει να συμμετέχουν στην διαχείριση της υγείας τους και τον βαθμό που πιστεύουν ότι πρέπει να υφίσταται θεραπεία με κέντρο μόνο την φροντίδα του ασθενή αναδείχθηκε πως όσο αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που κατοικούν με τους ασθενείς και το επίπεδο σπουδών των ιδίων, τόσο αυξάνεται ο βαθμός στον οποίο υποστηρίζουν την θεραπεία με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή. Παράλληλα, όσο καλύτερη οι ερωτώμενοι θεωρούν την υγεία τους, τόσο περισσότερο υποστηρίζουν την μη συμμετοχή του ασθενή στην διαχείριση της υγείας. Αντίστοιχα, όσο καλύτερη κρίνουν την ιατρική φροντίδα και την επικοινωνία και συμπεριφορά του ιατρού, τόσο περισσότερο υποστηρίζουν την μη συμμετοχή του ασθενή στην διαχείριση της υγείας, αλλά τόσο λιγότερο την θεραπεία με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή. Ακόμη, αναδείχθηκε πως οι γυναίκες ασθενείς υποστηρίζουν σε υψηλότερο επίπεδο την θεραπεία με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή και οι άνδρες την μη συμμετοχή του ασθενή στην διαχείριση της υγείας.

Επιπλέον, έγινε σαφές πως οι ασθενείς φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας αναφορικά με την θεραπεία με κέντρο την ίαση του ασθενή και όχι την δημιουργία σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, συγκριτικά με τους ιατρούς της έρευνας.

Τα ανωτέρω αποτελέσματα φαίνεται να συμφωνούν και με προηγούμενες μελέτες όπως των Wei et al., (2020) ότι εκτός από την αποτελεσματική επικοινωνία, είναι σημαντικό οι ιατρικές αποφάσεις να προέρχονται από μια διαδικασία συνεργασίας μεταξύ ιατρών και ασθενών. Η λήψη αποφάσεων είναι μια διαδικασία στην οποία οι ασθενείς θα πρέπει να συμμετέχουν από την αρχή και το αποτέλεσμα είναι μια απόφαση που αντανακλά τις ιατρικές γνώσεις του γιατρού καθώς και τις αξίες και τις πεποιθήσεις του ασθενούς. Η συνεργατική επικοινωνία και η λήψη αποφάσεων έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερη ικανοποίηση και αφοσίωση των ασθενών.

Επίσης όπως η μελέτη των Huynh, & Dicke-Bohmann, (2020) έρχεται σε συμφωνία με την παρούσα μελέτη υποστηρίζοντας ότι η καλή σχέση ιατρού-ασθενούς δημιουργεί εμπιστοσύνη και μια αίσθηση σιγουριάς ότι οι ανησυχίες θα αντιμετωπιστούν με τεχνογνωσία και ενσυναίσθηση. Ενώ αντίστοιχα συμφωνία υπάρχει και με τους Wang, et al., (2022) οι οποίοι ανέφεραν ότι η συνεργατική λήψη αποφάσεων επιτρέπει στους ιατρούς και τους ασθενείς να εργάζονται ως εταίροι προκειμένου να επιτύχουν έναν αμοιβαίο στόχο υγείας

Ακόμα υποστηρίχθηκε από την έρευνα του Noble, (2020) ότι μια σχέση ιατρού-ασθενούς που στερείται βασικών στοιχείων μπορεί να είναι αγχωτική και να κάνει πιο δύσκολη τη λήψη της φροντίδας που χρειάζεται. Επίσης η σχέση ιατρού-ασθενούς περιλαμβάνει άτομα που προσανατολίζονται το ένα προς το άλλο σε ποικίλα συναισθηματικά καθώς και πρακτικά επίπεδα, με σημαντικά στοιχεία των προσανατολισμών τους να είναι συχνά κινητικά δυναμικά, μη ορθολογικά και ασυνείδητα. Στο πόρισμα αυτό καταλήγει επίσης και η μελέτη του Parsons, (1951).

Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι η κοινή χρήση αποφάσεων είναι επιθυμητή μόνο για ανθρωπιστικούς λόγους και ότι η παροχή πληροφοριών στους ασθενείς και η συμμετοχή τους σε αποφάσεις σχετικά με την υγειονομική τους περίθαλψη μπορεί να οδηγήσει σε ευεργετικά ψυχολογικά και σωματικά αποτελέσματα, όπως προκύπτει και στη μελέτη των Ballard-Reisch, (1990).

Προέκυψε ότι εκτός από τα σωματικά συμπτώματα, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ψυχολογικοί, κοινωνικοί και βιολογικοί παράγοντες, άποψη που υποστηρίχθηκε και από τον Shutzberg, (2021). Κάθε σχέση έχει διαφορετικό αντίκτυπο στην επικοινωνία και στη σχέση ιατρού-ασθενούς. Οι ασθενείς που είναι ανήσυχοι και δεν

χαλαρώνουν από τους ιατρούς τους μπορεί να μην καταλαβαίνουν τι λένε οι γιατροί τους, επομένως χάνουν σημαντικές πληροφορίες.

Επιπλέον, η σχέση ιατρού-ασθενούς παίζει ουσιαστικό ρόλο στην οργάνωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και της ιατρικής ηθικής, και δεδομένου ότι είναι μια μορφή επικοινωνίας, απαιτεί ηθικές, φιλοσοφικές, ψυχολογικές και κοινωνιολογικές εκτιμήσεις. Φαίνεται ότι παρά την ανισορροπία στη σχέση μεταξύ ιατρών και ασθενών που προκύπτει από τη μεγαλύτερη σημασία της ηθικής των ιατρών, η οργάνωση αυτής της σχέσης δεν είναι δυνατή χωρίς την ενίσχυση της ηθικής των ασθενών, όπως υποστηρίζει και η μελέτη του Daly (2017).

Οι επικοινωνιακές ικανότητες του παρόχου έχουν αναφερθεί τουλάχιστον εξίσου σημαντικές με την τεχνική επάρκεια, αν όχι περισσότερο, στις αξιολογήσεις των ασθενών, τοποθετήσεις που υποστήριζαν και οι McCarthyetal (2013). Η συμμόρφωση στη θεραπεία συσχετίζεται άμεσα με την ποιότητα της επικοινωνίας και η συμμόρφωση μπορεί στη συνέχεια να επηρεάσει τα αποτελέσματα. Επίσης, οι συναντήσεις με επίκεντρο τον ασθενή έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνουν την ικανοποίηση των ασθενών και του παρόχου και μειώνουν τον κίνδυνο παραπόνων για αθέμιτες πρακτικές και εξουθένωσης από τους παρόχους.

Συμπερασματικά διαπιστώθηκε ότι λιγότεροι από τους μισούς νοσηλευόμενους ασθενείς μπορούσαν να προσδιορίσουν τις διαγνώσεις τους ή τα ονόματα των φαρμάκων τους κατά την έξοδο, ως ένδειξη αναποτελεσματικής επικοινωνίας με τους γιατρούς. Σε παρόμοια πορίσματα κατέληξε και ο Tran (2021).

Τέλος, Τηρώντας τις αξίες της ανθρωποκεντρικής φροντίδας, το προσωπικό εξουσιοδοτείται να παρακάμπτει άκαμπτες διαδικασίες και συστήματα για να παρέχει φροντίδα που είναι συγκεκριμένη για τις ατομικές ανάγκες

7. 2 Συμπεράσματα

Από τη παρούσα ερευνητική διαδικασία προκύπτει συμπερασματικά ότι για μεγάλο μέρος της ιστορίας της ιατρικής, η σχέση ιατρού-ασθενούς έχει αλλάξει στη φύση της ως αποτέλεσμα των αλλαγών στην κοινωνία ή της μεταβαλλόμενης κατανόησης της νόσου πράγμα το οποίο είναι γενικότερα εμφανές και σύμφωνα με τον (Giorgetti, 2023). Επιπλέον η γενική ιστορική τάση είναι αυτή της αυξημένης

αναγνώρισης της σημασίας της γνώμης του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων και στον καθορισμό της φύσης της σχέσης. Όμως, σε κάποιο βαθμό, μια έντονη συζήτηση σχετικά με τον χαρακτήρα της σχέσης καταπνίγεται από την άνοδο του μοντέλου αυτονομίας της περίθαλψης και τον κυρίαρχο τρόπο κατανόησης της αρχής, που διέπει την κλινική συνάντηση στη δυτική ιατρική σήμερα. Ωστόσο, πιο πρόσφατα, καθώς το μοντέλο της αυτονομίας έχει υποστεί μεγαλύτερη κριτική και απαιτεί αναθεώρηση, μπορεί για πρώτη φορά να αντιμετωπιστούν και να απαντηθούν πλήρως και ανοιχτά ερωτήματα σχετικά με τη φύση της σχέσης ασθενούς-ιατρού και πώς πρέπει να κατανοηθεί καλύτερα, να διδαχθεί, και αναδημιουργείται ξανά κάθε φορά που ένας ασθενής και ένας ιατρός πλησιάζουν ο ένας τον άλλον σε κλινικό περιβάλλον.

Η εμπιστοσύνη, η γνώση, ο σεβασμός και η πίστη όπως συμφωνεί και ο (Gauthier-Mamaril, 2022) είναι τα 4 στοιχεία που διαμορφώνουν τη σχέση ιατρού-ασθενούς και η φύση αυτής της σχέσης έχει αντίκτυπο στα αποτελέσματα των ασθενών. Η σχέση βασίζεται στον αμοιβαίο σεβασμό, εμπιστοσύνη και γνώση και, εάν απουσιάζει, θεωρείται ότι βλάπτει την ικανότητα του ιατρού να κάνει μια πλήρη αξιολόγηση του ασθενούς, καθιστώντας τον ασθενή λιγότερο πιθανό να εμπιστευτεί τη διάγνωση και τη διαχείριση.

Η αποτελεσματική επικοινωνία έχει συνδεθεί με τη βελτιωμένη ποιότητα της περίθαλψης, την ικανοποίηση των ασθενών αλλά και τη συμμόρφωση στη φροντίδα, οδηγώντας σε θετικά αποτελέσματα για την υγεία (Skär and Söderberg, 2018). Αποτελεί σημαντικό μέρος της ιατρικής πρακτικής και σχετίζεται με την προαγωγή και την πρόληψη της υγείας, την εκπαίδευση υγείας, τη θεραπεία καθώς και την αποκατάσταση. Η επικοινωνία παραμένει ένα περίπλοκο φαινόμενο στη ιατρική και τα περισσότερα παράπονα που αναφέρθηκαν από ασθενείς στην υγειονομική περίθαλψη αφορούν την αποτυχημένη επικοινωνία (Readeretal, 2014).

Η ενσυναίσθηση έχει να κάνει με το να αισθάνεται και να απολαμβάνει το κάθε μέλος τα συναισθήματα του άλλου (Guidi, & Traversa, 2021).

Όπως υποστήριξαν οι (Garcia-Méndez, & de Arriba-Pérez, 2024) και σύμφωνα με όσα προκύπτουν συνολικά από την έρευνα ένα άτομο μπορεί να καταλάβει τη δύναμη και την ικανότητά του να αποφασίζει τι χρειάζεται. Βρίσκοντας και κατανοώντας τι είναι σημαντικό για τον ασθενή, την οικογένειά του, τους φροντιστές και τους ανθρώπους που υποστηρίζουν, ενθαρρύνοντας την εμπιστοσύνη και χτίζοντας αμοιβαίο σεβασμό.

Οι ιατροί όπως συμφωνούν και οι (Swarth, et al., 2024) αλλά και όπως προκύπτει από το σύνολο της έρευνας πρέπει να αποδέχονται την ευθύνη της αλληλοϋποστήριξης. Χρειάζεται συνεργασία, σεβασμός και αποφασιστικότητα. Επομένως, η ανταλλαγή πληροφοριών μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών είναι απαραίτητη για τη συνεργασία.

Η πολιτική υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντική επειδή βοηθά στη θέσπιση κατευθυντήριων γραμμών που ωφελούν τους ασθενείς, τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψής μας. Η ύπαρξη πρωτοκόλλων μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή ανθρώπινου λάθους και κακής επικοινωνίας σχετικά με τις ιατρικές αποφάσεις.

Για τους νοσηλευτές και τους διαχειριστές υγείας, η κατανόηση και η τήρηση των πολιτικών μπορεί να σας βοηθήσει να διασφαλίσετε ότι παρέχετε την καλύτερη φροντίδα στους ασθενείς ενώ χρησιμοποιείτε τις γνώσεις σας για να συμβάλετε στην ενημέρωση μελλοντικών πολιτικών. Σε ένα ευρύτερο επίπεδο, όταν οι ασθενείς αφιερώνουν χρόνο για να κατανοήσουν την πολιτική υγειονομικής περίθαλψης, μαθαίνουν περισσότερα για τα δικαιώματά τους. (Gauthier-Mamaril, 2022)

Οι πολιτικές περίθαλψης ασθενών καλύπτουν πρωτόκολλα και ροή εργασιών για τις διαδικασίες θεραπείας, περιγράφοντας πώς οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένες ιατρικές καταστάσεις (Skär and Söderberg, 2018).

Η υγεία των εργαζομένων είναι ένα κρίσιμο συστατικό για τη λειτουργία μιας αποτελεσματικής εγκατάστασης, καθώς το προσωπικό πρέπει να μπορεί να φροντίζει τους ασθενείς με ασφάλεια, διατηρώντας παράλληλα τη δική του ευημερία. Παραδείγματα πολιτικών που έχουν σχεδιαστεί για την προστασία και την προαγωγή της υγείας των εργαζομένων περιλαμβάνουν κανόνες σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ και καπνού στο χώρο εργασίας, τη χρήση μάσκας και γαντιών για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου έκθεσης σε ασθένειες και χημικές ουσίες και πολιτικές ευεξίας όπως άδεια και υγιεινή διατροφή. (Readeretal, 2014).

Συμπερασματικά μπορεί να αναφερθεί ότι η βασικότερη επισήμανση ως μελλοντική πρόταση είναι οι ενέργειες ενδυνάμωσης της εμπιστοσύνης σε όλους τους τομείς της σχέσης ιατρού-ασθενούς που είναι ένας κρίσιμος παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την επικοινωνία μεταξύ των δύο μερών.

7. 3. Δυσκολίες εντοπισμού Ερευνητικού Εργαλείου

Δυσκολία για τη συλλογή του δείγματος αποτέλεσε το επαγγελματικό περιβάλλον των ερωτώμενων το οποίο ήταν γενικό νοσοκομείο και χρειάστηκε προσπάθεια του ερευνητή προκειμένου να εντοπίσει τις ειδικότητες που χρειαζόταν να εντοπίσει.

7. 4. Ερευνητικοί Περιορισμοί

Ένας περιορισμός της έρευνας ήταν ο περιορισμένος χρόνος υλοποίησής της. Ένας ακόμα ήταν το δείγμα το οποίο ενδεχομένως θα μπορούσε να είναι μεγαλύτερο προκειμένου να είναι περισσότερο αντιπροσωπευτικό ώστε να προκύψουν σαφή και εμπεριστατωμένα αποτελέσματα σχετικά με το υπό εξέταση θέμα.

7. 5 Προτάσεις

Μελλοντικά θα μπορούσαν να μελετηθούν οι στρατηγικές ενίσχυσης της εμπιστοσύνης ανάμεσα στους ιατρούς και τους ασθενείς τους και να διερευνηθεί η επιρροή αυτών στην ικανοποίηση και την αφοσίωση των ασθενών. Επιπλέον, θα μπορούσαν να μελετηθούν σε βάθος οι επικοινωνιακές δεξιότητες των ιατρών, καθώς και να διερευνηθεί πώς οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν τις απόψεις τους επί του ζητήματος.

Επίσης προτείνεται πρωτίστως ότι θα πρέπει να υπάρχει πλαίσιο συνεργασίας και αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού-ασθενούς.

Η βασικότερη επισήμανση ως μελλοντική πρόταση είναι οι ενέργειες ενδυνάμωσης της εμπιστοσύνης σε όλους τους τομείς της σχέσης ιατρού-ασθενούς που είναι ένας κρίσιμος παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την επικοινωνία μεταξύ των δύο μερών.

Το εξατομικευμένο μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ ιατρών και ασθενών προκειμένου να δημιουργηθούν κοινόι στόχοι υγείας και η καλλιέργεια ενός σχεδίου υγείας για την αντιμετώπιση των εντοπισμένων προβλημάτων.

Ακόμα προκειμένου να διατηρείται άρτια η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, προτείνεται να είναι όσο το δυνατόν προετοιμασμένοι οι ασθενείς πριν

από το ραντεβού τους ώστε να μπορούν να αξιοποιήσουν το ραντεβού και να έχουν μαζί τους ότι χρειάζεται που θα καλύψει ερωτήσεις και απαντήσεις μεταξύ γιατρού και ασθενούς.

Επίσης προτείνεται πριν από κάθε ιατρικό ραντεβού να έχουν αφιερώσει οι ασθενείς λίγο χρόνο να καταγράψουν τις απορίες τους ή όταν χρειάζεται να έχουν μαζί τους συνοδό.

Επιπλέον είναι σημαντικό ο ασθενής να είναι ειλικρινής με τον ιατρό του αναφορικά με τον τρόπο ζωής του, τις καθημερινές διατροφικές του συνήθειες αλλά και τα φάρμακα που λαμβάνει

Προτείνεται επίσης ότι οι πρακτικές θα πρέπει να βελτιστοποιούν τον προγραμματισμό, να χρησιμοποιούν υπενθυμίσεις ραντεβού και να δίνουν προτεραιότητα σε επείγουσες περιπτώσεις για μείωση του χρόνου αναμονής. Επίσης Οι πάροχοι θα πρέπει να αξιοποιούν στο έπακρο τον χρόνο που αφιερώνουν με ασθενείς μέσω εξατομικευμένης εκπαίδευσης, κοινής λήψης αποφάσεων και ερωτήσεων ανοιχτού τύπου.

Κατανοώντας τους παράγοντες που επηρεάζουν τις σχέσεις ασθενούς-ιατρού, στο μέλλον, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν ορισμένα από τα εμπόδια που δυσκολεύουν την υιοθέτηση πιο εξατομικευμένων προσεγγίσεων στην υγειονομική περίθαλψη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abiola, T., Udofia, O. , &Abdullahi, A. T, (2014) «Patient-doctorRelationship: thePracticeOrientationofDoctors in Kano», Nigererian Journal of Clinical Practice, March-April 2014, 17(2):241-2477
- Ahmad, W. , Krupat, E. , Asma, Y. , Fatima, N. E., Attique, R. , Mahmood, U. . &Waqas, A. , (2015) «Attitudes of Medical Students in Lahore, Pakistan Towards the Doctorpatient Relationship», Peer,J. , June 2015, 30(3):e1050
- Akkafi, M. , Sajadi, H. S. , Sajadi, Z. S. , &Krupat, E. , (2019) «Attitudes Toward PatientCentered Care in the Mental Care Services in Isfahan, Iran», Community Mental Health Journal, April 2019, 55(3):548-552
- Akseer, R. , Connolly, M. , Cosby, J. , Frost, G. , Kanagarajah, R. R. , & Lim, S. H. E. (2021). Clinician–patient relationships after two decades of a paradigm of patient-centered care. *International Journal of Healthcare Management*, 14(3), 888-897.
- American Pharmacists Association Code of Ethics for Pharmacists; Available at: <http://www.pharmacist.com/code-ethics> . [(accessed on 1 -4 -2024)]
- Archer, E. , & Turner, R. (2023). Changes in the empathy levels of a group of undergraduate medical students: A longitudinal study. *South African Journal of Bioethics and Law*, 16(2), 46-49.
- Ballard-Reisch, D. S. (1990). A model of participative decision making for physician-patient interaction. *Health Communication*, 2(2), 91-104.
- Bellon-Harn, M. L. , Azios, J. H. , Dockens, A. L. &Manchaiah, V. , (2017) «Speechlanguage Pathologists' preferences for Patient-centeredness», *Journal of Communication Disorders*, July 2017, 68:81-88
- Berger, R. , Bulmash, B. , Drori, N. , Ben-Assuli, O. , &Herstein, R. (2020). The patient–physician relationship: an account of the physician’s perspective. *Israel journal of health policy research*, 9, 1-16.
- Bloomfield J, Pegram A. Care, compassion and communication. *Nurs Stand*. 2015; 29(25):45–50

- Burgers, J. S. , van der Weijden, T. , & Bischoff, E. W. (2021). Challenges of research on person-centered care in general practice: a scoping review. *Frontiers in medicine*, 8, 669491.
- Burley D. Better communication in the emergency department. *Emerg Nurse*. 2011; 19(2):32–36
- Byrne, P. S. , & Long, B. E. (1976). Doctors talking to patients: A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries.
- Casey A, Wallis A. Effective communication: principle of nursing practice E. *Nurs Stand*. 2011; 25(32):35–37
- Chan, C. M. & Azman, W. A. , (2012) «Attitudes and Role Orientations on Doctorpatient fit and Patient Satisfaction in Cancer Care», *Singapore Medical Journal*, January 2012 53(1):52-56
- Crowley, R. , Pugach, D. , Williams, M. , Goldman, J. , Hilden, D. , Schultz, A. F. , . . . & Health and Public Policy Committee and the Medical Practice and Quality Committee of the American College of Physicians. (2024). Principles for the Physician-Led Patient-Centered Medical Home and Other Approaches to Team-Based Care: A Position Paper From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 177(1), 65-67.
- Daly L. Effective communication with older adults. *Nurs Stand*. 2017; 31(41):55–62.
- Dithole KS, Thupayagale-Tshweneagae G, Akpor AO, Moleki MM. Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nurs*. 2017; 16(74):1–6
- Doyle, C. , Lennox, L. , & Bell, D. (2022). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013; 3 (1).
- Fragkos KC, Crampton PE. The effectiveness of teaching clinical empathy to medical students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acad Med*. 2020;95(6):947–957.
- García-Méndez, S. , & de Arriba-Pérez, F. (2024). Large Language Models and Healthcare Alliance: Potential and Challenges of Two Representative Use Cases. *Annals of Biomedical Engineering*, 1-4.

- Gauthier-Mamaril, É. (2022). Reframing patient-doctor relationships: relational autonomy and treating autonomy as a virtue. *Journal of global ethics*, 18(1), 32-47.
- Genuis, Q. I. (2021, June). A Genealogy of Autonomy: Freedom, Paternalism, and the Future of the Doctor–Patient Relationship. In *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* (Vol. 46, No. 3, pp. 330-349). US: OxfordUniversity Press.
- Giorgetti, A. (2023). Between the Doctor and the Patient: History of the Relationship. In *The Patient as a Person: An Integrated and Systemic Approach to Patient and Disease* (pp. 3-13). Cham: Springer International Publishing.
- Guidi, C. , & Traversa, C. (2021). Empathy in patient care: from ‘Clinical Empathy’ to ‘Empathic Concern’. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24, 573-585.
- Hurley, E. A. , Doumbia, S. , Kennedy, C. E. , Winch, P. J. , Roter, D. L. , Murray, S. M. , & Harvey, S. A. , (2018) «Patient-centred Attitudes Among Medical Student in Mali, West Africa: a Cross-sectional Study», *BMJ open*, 23 January 2018, 8(1):1-9
- Huynh, H. P. , & Dicke-Bohmann, A. (2020). Humble doctors, healthy patients? Exploring the relationships between clinician humility and patient satisfaction, trust, and health status. *Patient Education and Counseling*, 103(1), 173-179.
- Ishikawa H. , Son, D. , Eto, M. , Kitamura, K. , & Kiuchi, T. , (2018) «Changes in Patient-centered Attitude and Confidence in Communicating with Patients: a Longitudinal Study of Resident Physicians», *BMC Medical Education*, 25 January 2018, 18(1):20
- Jeffrey, D. I. , & Jeffrey, D. I. (2020). Experiencing Empathy in the Patient-Doctor Relationship. *Empathy-Based Ethics: A Way to Practice Humane Medicine*, 43-61.
- Jones A. The foundation of good nursing practice: effective communication. *J Renal Nurs.* 2012; 4(1):37–41
- Kim, S. A. , & Lee, E. H. (2023). The Exploration of Medical Humanities Care in the Perspective of Holistic Care-Focusing on Narrative-Based Medicine at the

- MedicalSchool of ColumbiaUniversity. *Journal of Humanities Therapy*, 14(2), 49-67.
- Kourkouta L, Papathanasiou IV. Communication in nursing practice. *Mater Sociomed*. 2014; 26(1):65–67
- Krupat, E. , Bell, R. A. , Kravitz, R. L. , Thom, D. & Azari, R. , (2001) «When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust», *The Journal of Family Practice*, December 2001, 50(12):1057-1562
- Krupat, E. , Borges, N. J. , Brower, R. D. , Haidet, P. M. , Schroth, W. S. , Fleenor, T. J. , &Uijtdehaage, S. (2017) «The Educational Climate Inventory: Measuring Students' Perceptions of the Preclerkship and Clerkship Settings», *Academic Medicine* , Decemper 2017, 92(12):1757-1764
- Laplante-Lévesque, A. , Hickson, L. , &Grenness, C. , (2014) «An Australian Survey of Audiologists' preferences for Patient-Centredness», *International Journal of Audiology*, February 2014, 53(1):76-82
- Liu, J. , Yu, C. , Li, C. , & Han, J. (2020). Cooperation or conflict in doctor-patient relationship? An analysis from the perspective of evolutionary game. *IEEE Access*, 8, 42898-42908.
- Manchaiah, V. , Dockens, A. L. , Bellon-Harn, M. & Burns, E. S. ,(2017) «Noncongruence Between Audiologist and Patient Preferences for PatientCenteredness», *Journal of the AmericanAcademy of Audiology*, July-August 2017, 28(7):636-643
- Mann, K. J, Hoffman, A. , Miller, D. , Chadwick, S. & Bratcher, D. , (2013) «The Effect of a Patient- and Family-centered Care Curriculum on Pediatrics Residents' Patientcenteredness», *Journal of Graduate Medical Education*, March 2013, 5(1):36-40
- McCarthy DM, Buckley BA, Engel KG, Forth VE, Adams JG, Cameron KA. Understanding patient-provider conversations: what are we talking about? *AcadEmerg Med*. 2013; 20(5):441–448
- Mead, N. , & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087-1110.

- Meskarpour-Amiri, M. , Bahadori, M. , Rahmati, F. , Ravangard, R. , &Yaghoubi, M. (2021). Designing a model for patient relationship management in the general hospitals using the combination of analytic hierarchy process and interpretive structural modeling. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(1).
- Morishita, M. , Iida, J. , &Nishigori, H. (2020). Doctors’ experience of becoming patients and its influence on their medical practice: A literature review. *Explore*, 16(3), 145-151.
- MoyanoAriza, L. , Ochoa, B. , Shewade, H. D. , Edwards, J. K. , Trujillo Trujillo, J. , Cuellar, C. M. , . . . & Sanchez, M. (2023). Adherence to guidelines on the use of amoxicillin for treatment of ambulatory pneumonia in children younger than 5 years, Colombia, 2017–2019. *RevistaPanamericana de SaludPública*, 47, e52. ;.
- Mudiyanse, R. M. , Pallegama, R. W. , Jayalath, T. , Dharmaratne, S. , Krupat, E. , (2015) «Translation and Validation of Patient-practitioner Orientation Scale in Sri Lanka», *Education for Health* (Abingdon, England), January –April 2015, 28(1):35-40
- Ng, I. K. (2024). Physicians, know thy patient. *Journal of the RoyalCollege of Physicians of Edinburgh*, 14782715241240510.
- Noble, L. M. (2020). Doctor-patient communication and adherence to treatment. In *Adherence to Treatment in Medical Conditions* (pp. 51-82). CRC Press.
- O’Kane, M. , Agrawal, S. , Binder, L. , Dzau, V. , Gandhi, T. K. , Harrington, R. , . . . &Schummers, D. (2021). An equity agenda for the field of health care quality improvement. *NAM perspectives*, 2021.
- Oh Nelson, H. (2021). Doctor–patient relationship. *The Wiley Blackwell Companion to Medical Sociology*, 495-515.
- Oh Nelson, H. (2021). Doctor–patient relationship. *The Wiley Blackwell Companion to Medical Sociology*, 495-515.
- Oh Nelson, H. (2021). Doctor–patient relationship. *The Wiley Blackwell Companion to Medical Sociology*, 495-515.
- Orrù, G. , Conversano, C. , & Gemignani, A. (2023). Between the Doctor and the Patient: The Role of the Unconscious in the Relationship. In *The Patient as a*

- Person: An Integrated and Systemic Approach to Patient and Disease* (pp. 63-84). Cham: Springer International Publishing.
- Palmer Kelly, E. , McGee, J. , Obeng-Gyasi, S. , Herbert, C. , Azap, R. , Abbas, A. , & Pawlik, T. M. (2021). Marginalized patient identities and the patient-physician relationship in the cancer care context: a systematic scoping review. *Supportive Care in Cancer*, 29(12), 7195-7207.
- Pascual-Ramos, V. , Contreras-Yáñez, I. , Ortiz-Haro, A. B. , Molewijk, A. C. , Obrador, G. T. , & Agazzi, E. (2022). Factors Associated With the Quality of the Patient-Doctor Relationship: A Cross-Sectional Study of Ambulatory Mexican Patients With Rheumatic Diseases. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 28(4), 183-189.
- Petracci, M. , Schwarz, P. K. , Antelo, V. I. M. S. , & Diz, A. M. M. (2020). Doctor–patient relationships amid changes in contemporary society: A view from the health communication field. In *Latin American Perspectives on the Sociology of Health and Illness* (pp. 47-60). Routledge.
- Rampton, V. , Böhmer, M. , & Winkler, A. (2021). Medical Technologies Past and Present: How History Helps to Understand the Digital Era. *Journal of Medical Humanities*, 1-22.
- Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ QualSaf*. 2014; 23(8):678–689.
- Rogers, C. R. (1995). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Roter, D. L. , Stewart, M. , Putnam, S. M. , Lipkin, M. , Stiles, W. , & Inui, T. S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *Jama*, 277(4), 350-356.
- Roth, A. , & Fonagy, P. (2006). What works for whom?: a critical review of psychotherapy research.
- Sarahbi, S. (2022). *Phenomenology of How the Doctor-Patient Relationship Plays a Role in Cardiovascular* (Doctoral dissertation, Walden University).

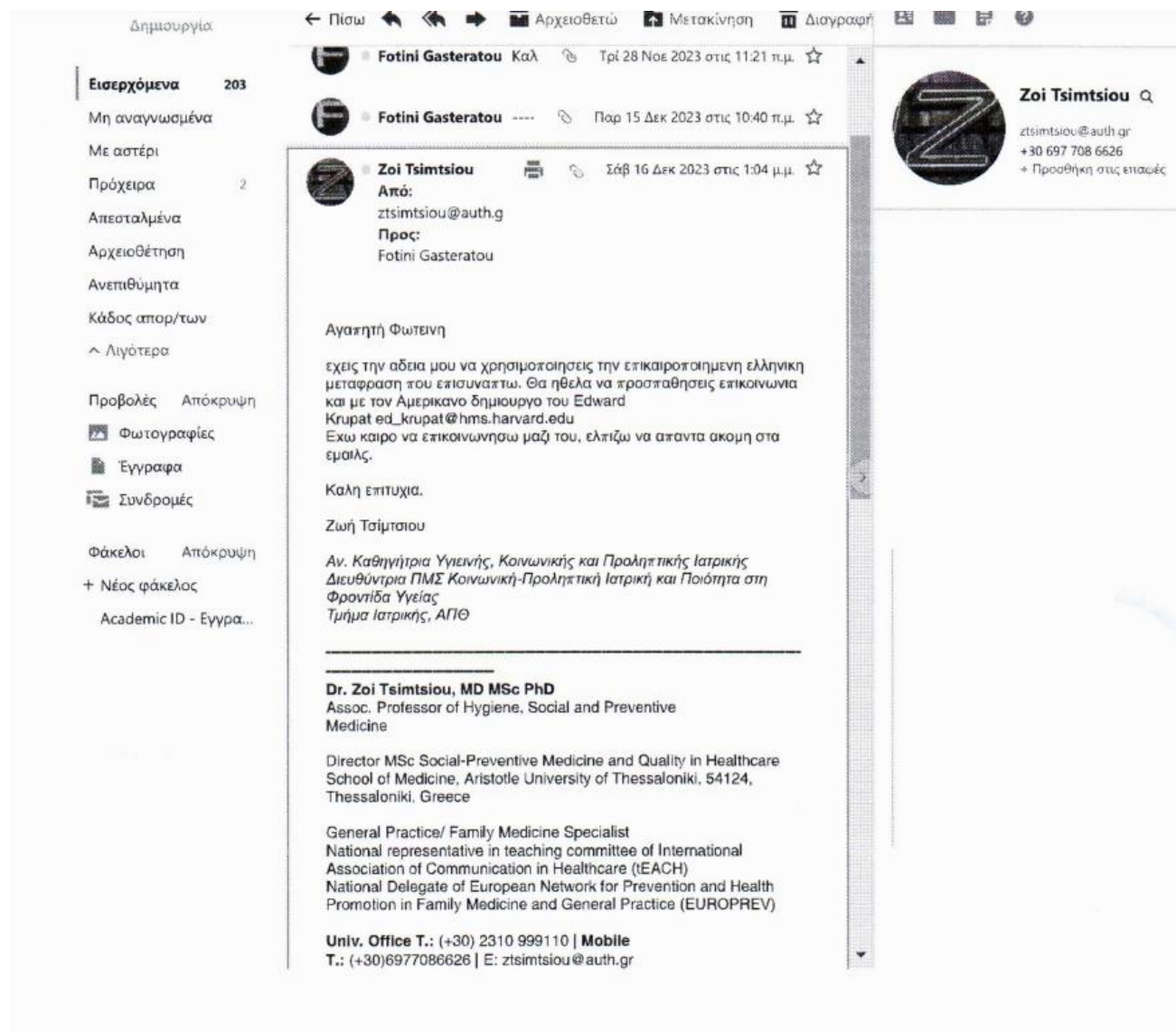
- Scheepers, R. A. , Emke, H. , Epstein, R. M. , & Lombarts, K. M. (2020). The impact of mindfulness-based interventions on doctors' well-being and performance: A systematic review. *Medical education*, 54(2), 138-149.
- Seshadri, K. (2020). Doctor–Patient Communication. *Effective Medical Communication: The A, B, C, D, E of it*, 49-61.
- Shutzberg, M. (2021). The doctor as parent, partner, provider... or comrade? Distribution of power in past and present models of the doctor–patient relationship. *Health Care Analysis*, 29(3), 231-248.
- Skär L, Söderberg S. Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication. *Nurs Open*. 2018; 5(2):224–232.
- Smith, K. A. , Bishop, F. L. , Dambha-Miller, H. , Ratnapalan, M. , Lyness, E. , Vennik, J. , . . . & Howick, J. (2020). Improving empathy in healthcare consultations—a secondary analysis of interventions. *Journal of general internal medicine*, 35, 3007-3014.
- Stewart, M. , Brown, J. B. , Weston, W. W. , Freeman, T. , Ryan, B. L. , McWilliam, C. L. , & McWhinney, I. R. (2024). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. CRC press.
- Szasz, T. S. , & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA archives of internal medicine*, 97(5), 585-592.
- Ting, X. , Yong, B. , Yin L. , & Mi, T. , (2016) «Patient Perception and the Barriers to Practicing Patient-centered Communication: A Survey and in-depth Interview of Chinese Patients and Physicians», *Patient Education and Counseling*, March 2016, 99(3):364-369
- Tran, B. Q. (2021). Strategies for effective patient care: Integrating quality communication with the patient-centered approach. *Social and Personality Psychology Compass*, 15(1), e12574.
- Trivedi, N. , Moser, R. P. , Breslau, E. S. , & Chou, W. Y. S. (2021). Predictors of patient-centered communication among US adults: Analysis of the 2017-2018 Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Health Communication*, 26(1), 57-64.

- Vagal, A. , Wahab, S. , Lecky, S. , Washburn, E. , Schwartz, R. , Vogel, C. , & Mahoney, M. (2020). Optimizing patient experience using human-centered design. *Journal of the American College of Radiology*, 17(5), 668-672.
- Vinson, A. H. , & Underman, K. (2020). Clinical empathy as emotional labor in medical work. *Social science & medicine*, 251, 112904.
- Wang, Z. Y. , Zhang, X. , & Ma, L. (2022). How to maintain a sustainable doctor-patient relationship in healthcare in China: a structural equation modeling approach. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022.
- Wang, Z. Y. , Zhang, X. , & Ma, L. (2022). How to maintain a sustainable doctor-patient relationship in healthcare in China: a structural equation modeling approach. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022.
- Wang, J. , Zou, R. , Fu, H. , Qian, H. , Yan, Y. , & Wang, F. , (2017) «Measuring the Preference Towards Patient-centred Communication with the Chinese-Revised Patient-Practitioner Orientation Scale: a Cross-Sectional Study Among Physicians and Patients in Clinical Settings in Shanghai, China», *BMJ* Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5786142/>, Accessed:3/4/2024
- Webb L. Exploring the characteristics of effective communicators in healthcare. *Nurs Stand*. 2018; 33(9):47–51
- Wei, D. , Xu, A. , & Wu, X. (2020). The mediating effect of trust on the relationship between doctor–patient communication and patients' risk perception during treatment. *PsyCh journal*, 9(3), 383-391.
- Yu, L. , Zheng, F. , Xiong, J. , & Wu, X. (2021). Relationship of patient-centered communication and cancer risk information avoidance: A social cognitive perspective. *Patient Education and Counseling*, 104(9), 2371-2377.
- Zhumadilova, A1. , Craig, B. J. , & Bobak , M. , (2018) «Patient-Centered Beliefs Among Patients and Providers in Kazakhstan», *Ochsner Journal*, Spring 2018, 18(1):46-52
- Τσίμτσιου, Ζ. & Κάλτσος, Κ. , (2011) «Επικοινωνία Ιατρού-Ασθενούς και Ιατρικά Λάθη. Ο Ρόλος της Ανθρωποκεντρικής Ιατρικής στη Μείωση των Αντιδικιών», *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 28(2):272-246

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΑΔΕΙΟΔΟΤΗΣΕΙΣ

Αδειοδότηση κυρίας Τσίμτσιου



Αδειοδότηση κυρίου Krupat

Δημοιουργία

← Πίσω ↩️ ↪️ ➡️ 📁 Αρχειοθετώ 📄 Μετακίνηση 🗑️ Διαγραφή

Εισερχόμενα 203

Μη αναγνωσμένα

Με αστέρι

Πρόχειρα 2

Απεσταλμένα

Αρχειοθέτηση

Ανεπιθύμητα

Κάδος απορ/των

Λιγότερα

Προβολές Απόκρυψη

📷 Φωτογραφίες

✉️ Έγγραφα

📁 Συνδρομές

📁 Φάκελοι Απόκρυψη

+ Νέος φάκελος

Academic ID - Έγγρα...

Letter to Mr Krupat for Permission to use PPOS questionnaire in GREECE 3

Yahoo/Εισερχό...

F Fotini Gasteratou Dear Mr Krupat 5 Κυρ 28 Ιαν στις 2:57 μ.μ. ☆

E Krupat, Edward 🖨️ 📧 Κυρ 11 Φεβ στις 7:41 μ.μ. ☆

Από: ed_krupat@hms.harvan

Προς: Fotini Gasteratou

Dear Fotini,

You have my permission to use the PPOS in your work. There are no forms or fees involved. I am attaching a document with a copy of the scale, scoring instructions, and a bibliography of PPOS-based papers that is slightly out of date (I will have an up-to-date version available in about 2 weeks if you care to contact me at the end of this month). I am assuming that you are familiar with the excellent work, including the Greek translation, of Zoi Tsimstiou.

Wishing you good luck in your work,

Ed Krupat

Edward Krupat, PhD
Director, Center for Evaluation (retired)
Harvard Medical School
Boston, MA

Εμφάνιση αρχικού μηνύματος

📎

PPOS-Comb....doc

🔍 Edward Krupat
ed_krupat@hms.harvard.edu
+ Προσθήκη στις ερωτήσεις

ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ


Έγκριση από Διοικητικό συμβούλιο

ΑΔΑ: 92ΧΡ46907Γ-16Μ

1 Σελίδα 1 από 1 της 68ης Συνεδρίασης

Ministry of
Digital
Governance

Digitally signed by Ministry
of Digital Governance
Date: 2024.01.06
13:17:36 EET
Reason:
Location: Athens


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1ης ΥΓΕΙΟΝ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
«Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»
Ν.Π.Δ.Δ.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΤΗΣ 68ης ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥ Δ.Σ. της 27-12-2023

Στην Αθήνα, σήμερα **27-12-2023** ημέρα **Τετάρτη** και ώρα **15.00 μ.μ.**, συνήλθε στην Αίθουσα Συνεδριάσεων (Γραφείο Προέδρου) του Νοσοκομείου Θείας Πρόνοιας «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ» το Διοικητικό Συμβούλιο.

Παρόντες: Ο Πρόεδρος Δ.Σ. – Διοικητής κ. Θρασύβουλος Λαδόπουλος, η Αντιπρόεδρος Δ.Σ. κ. Αικατερίνη Καπηνιάρη, ο Νικόλαος Ρούσσος τακτικό μέλος Δ.Σ., η Μαρία Μανιατάκου τακτικό μέλος ως εκπρόσωπος των Ιατρών και ο Παναγιώτης Λεμονιάς τακτικό μέλος ως εκπρόσωπος των λοιπών εργαζομένων (πλην Ιατρών).

Ο Πρόεδρος Δ.Σ. – Διοικητής κ. Θρασύβουλος Λαδόπουλος αφού διαπίστωσε ότι υπήρχε απαρτία, κήρυξε την έναρξη της συνεδρίασης.

Θέμα 9^ο

Έγκριση διακίνησης ερωτηματολογίου με σκοπό τη συλλογή δεδομένων.

Η Αναπληρώτρια Δ/ντρια Διοικητικής Υπηρεσίας κ. Αδαμαντία Σπηλιοπούλου εισηγείται το περιεχόμενο της υπ' αριθμ. πρωτ. 857/27-12-2023 εισήγησης της Διοικητικής Υπηρεσίας, η οποία έχει ως εξής:

«Σας υποβάλλουμε την υπ' αριθμ. 11705/08.11.2023 αίτηση της Γαστεράτου Φωτεινής, υπαλλήλου του Νοσοκομείου μας, κλάδου ΤΕ Διοικητικού – Λογιστικού, ειδικότητας ΤΕ Διοικητικού – Λογιστικού, και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, με την οποία ζητά έγκριση για τη διεξαγωγή έρευνας με ερωτηματολόγιο, στα πλαίσια της διπλωματικής της εργασίας με τίτλο «Σχέσεις και μοντέλα επικοινωνίας Ιατρών – Ασθενών : Μέτρηση αντιλήψεων – πεποιθήσεων – Ανθρωπο-ασθενοκεντρικής επικοινωνίας σε γενικό νοσοκομείο».

Το ερωτηματολόγιο θα διανεμηθεί σε ιατρούς και ασθενείς του νοσοκομείου.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο με το υπ' αριθμ. 13931/14.12.2023 έγγραφό του κάνει αποδεκτό το αίτημα της υπαλλήλου.

Το Νοσοκομείο δεν θα έχει καμία οικονομική επιβάρυνση από την διεξαγωγή της ανωτέρω έρευνας».

Το Δ.Σ. αφού έλαβε υπόψη του τα ανωτέρω,

Ομόφωνα αποφασίζει

Κάνει δεκτή την αίτηση της υπαλλήλου του Νοσοκομείου μας Γαστεράτου Φωτεινής, κλάδου ΤΕ Διοικητικού – Λογιστικού, ειδικότητας ΤΕ Διοικητικού – Λογιστικού, και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου για τη διεξαγωγή έρευνας με διακίνηση ερωτηματολογίου στα πλαίσια της διπλωματικής της εργασίας, με την προϋπόθεση της τήρησης της ανωνυμίας των στοιχείων των συμμετεχόντων σύμφωνα με τους όρους της Αρχής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων.


Το πρακτικό αυτό επικυρώνεται αυθημερόν.

ΤΑ ΜΕΛΗ
ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΑΠΗΝΙΑΡΗ
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΡΟΥΣΣΟΣ
ΜΑΡΙΑ ΜΑΝΙΑΤΑΚΟΥ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΛΕΜΟΝΙΑΣ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ. - ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΘΡΑΣΥΒΟΥΛΟΣ ΛΑΔΟΠΟΥΛΟΣ
Ακριβές Αντίγραφο από το
Βιβλίο Πρακτικών του Δ.Σ.
Αθήνα 27-12-2023
ΠΡΑΓΜΑΤΕΑΣ
ΧΡΥΣΟΥΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

Έγκριση από επιστημονικό συμβούλιο

14-12-23
BP



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^{ης} ΥΓΕΙΟΝ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
«Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»
Ν.Π.Δ.Δ.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΝΟΣΟΚ. ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

Αριθμ. Πρωτ. 13931
Ελήφθη την 14 ΔΕΚ. 2023

Αθήνα, 14/12/2023

Προς
Διεύθυνση Διοικητικού – Τμήμα ✓
Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού ✓

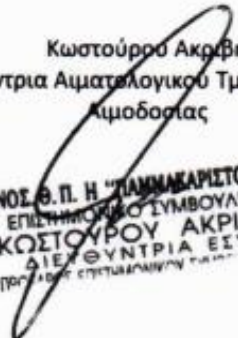
ΘΕΜΑ: Έγκριση διακίνησης ερωτηματολογίου της ΓΑΣΤΕΡΑΤΟΥ Φωτεινής στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας

Σε απάντηση της υπ' αριθ. πρωτ. 11705/08-11-2023 αίτησης της κ. ΓΑΣΤΕΡΑΤΟΥ Φωτεινής, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Ε.Α.Π.,
το Επιστημονικό Συμβούλιο

εγκρίνει τη διακίνηση ερωτηματολογίου στους γιατρούς και στους ασθενείς του Νοσοκομείου μας για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας της με τίτλο «Σχέσεις και Μοντέλα Επικοινωνίας Ιατρών – Ασθενών: Μέτρηση Αντιλήψεων – Πεποιθήσεων Άνθρωπο-Ασθενοκεντρικής Επικοινωνίας σε Γενικό Νοσοκομείο».

Η Πρόεδρος του Επιστ. Συμβουλίου


Κωστούρου Ακριβή
Δ/ντρια Αιματολογικού Τμήματος-
Χιμοδοσίας



ΝΟΣ.Θ.Π. Η "ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΚΩΣΤΟΥΡΟΥ ΑΚΡΙΒΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΕΣΥ

Ο Γραμματέας του Επιστ. Συμβουλίου

Κοκκινάκης Δικαίος-Αναστάσιος
Νοσηλεύτης ΤΕ



ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Πίνακας 17. Συσχετίσεις Pearson με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών

		Κλίμακα μη συμμετοχής του ασθενή στην διαχείριση της υγείας	Κλίμακα θεραπείας με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή
Ηλικία	PearsonCorrelation	-0. 064	-,255*
	Sig. (2-tailed)	0. 626	0. 049
	N	60	60
Άτομα που ζουν μαζί σας	PearsonCorrelation	-0. 024	0. 057
	Sig. (2-tailed)	0. 855	0. 664
	N	60	60
Πόσα χρόνια ασκείτε την Ιατρική	PearsonCorrelation	0. 008	-0. 213
	Sig. (2-tailed)	0. 953	0. 102
	N	60	60
Πόσα χρόνια εργάζεστε στο Νοσοκομείο	PearsonCorrelation	0. 147	-0. 146
	Sig. (2-tailed)	0. 263	0. 265
	N	60	60
Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας	PearsonCorrelation	-0. 020	-,287*
	Sig. (2-tailed)	0. 879	0. 026
	N	60	60
Πόσους ασθενείς βλέπετε κατά μέσο όρο την εβδομάδα	PearsonCorrelation	0. 012	-0. 057
	Sig. (2-tailed)	0. 928	0. 667
	N	60	60
Πόσο καλή θεωρείτε ότι είναι η επικοινωνία σας με τον ασθενή	PearsonCorrelation	-0. 144	-,273*
	Sig. (2-tailed)	0. 271	0. 035
	N	60	60
Θεωρείτε πως η παρεχόμενη από μέρους σας ιατρική φροντίδα εντός του νοσοκομείου είναι	PearsonCorrelation	-0. 163	-0. 039
	Sig. (2-tailed)	0. 212	0. 766
	N	60	60

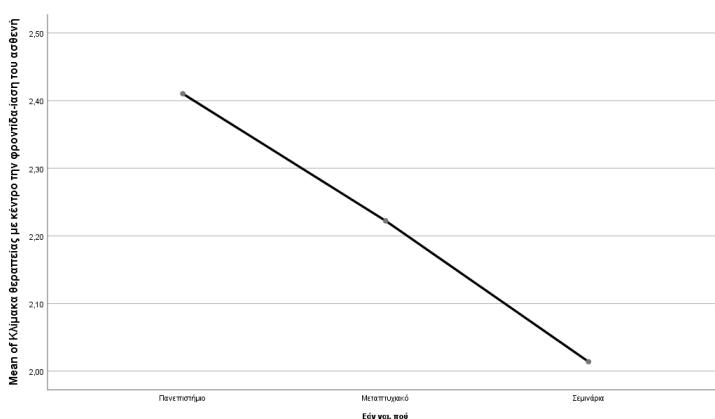
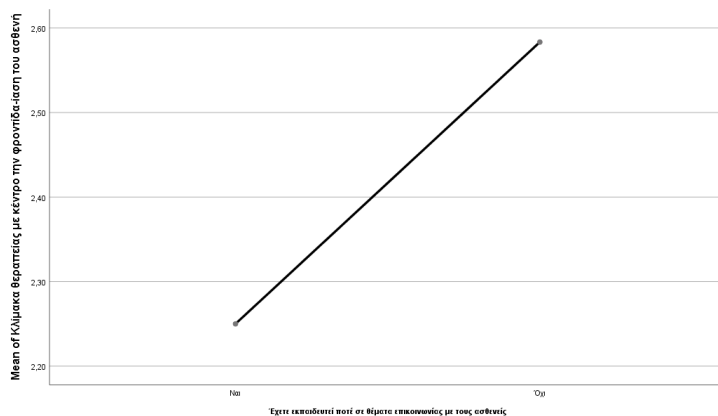
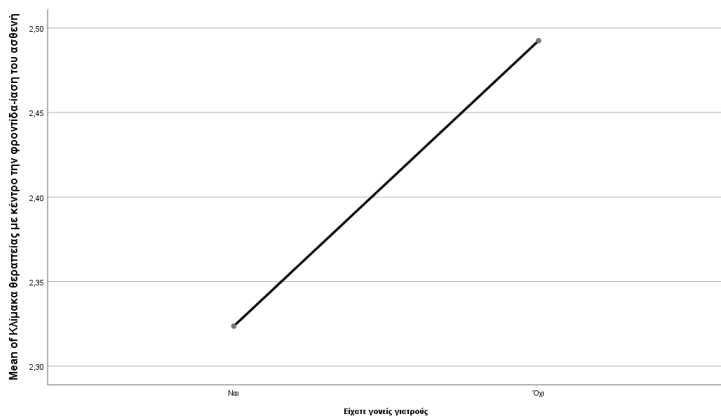
*. Correlation is significant at the 0. 05 level (2-tailed).

**, Correlation is significant at the 0. 01 level (2-tailed).

Πίνακας 18. Έλεγχοι Kruskal-Wallis και Mann-Whitney ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών

	Κλίμακα μη συμμετοχής του ασθενή στην διαχείριση της υγείας	Κλίμακα θεραπείας με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή
Ειδικότητα (Kruskal-Wallis)	0. 357	0. 475
Φύλο (Mann-Whitney)	0. 506	0. 193
Οικογενειακή κατάσταση (Kruskal-Wallis)	0. 185	0. 059
Κατάγεστε από (Mann-Whitney)	0. 296	0. 332
Είχατε γονείς γιατρούς (Mann-Whitney)	0. 283	0. 047
Απο ποιο πανεπιστήμιο αποφοιτήσατε (Kruskal-Wallis)	0. 558	0. 263
Έχετε εκπαιδευτεί ποτέ σε θέματα επικοινωνίας με τους ασθενείς (Mann-Whitney)	0. 095	0. 009
Εάν ναι, πού (Kruskal-Wallis)	0. 675	0. 039
Θα σας ενδιέφερε η εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας με τον ασθενή (Mann-Whitney)	0. 068	0. 562

Γραφήματα 11-13. Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα Kruskal-Wallis και Mann-Whitney ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών



Πίνακας 19. Συσχετίσεις Pearson με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών

		Κλίμακα μη συμμετοχής του ασθενή στην διαχείριση της υγείας	Κλίμακα θεραπείας με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή
Ηλικία	PearsonCorrelation	-0. 043	0. 174
	Sig. (2-tailed)	0. 726	0. 150
	N	70	70
Άτομα που ζουν μαζί σας	PearsonCorrelation	-0. 011	,365**
	Sig. (2-tailed)	0. 930	0. 002
	N	70	70
Πόσο χρονικό διάστημα είστε ασθενής (ημέρες)	PearsonCorrelation	-0. 039	0. 145
	Sig. (2-tailed)	0. 751	0. 234
	N	69	69
Ποιο είναι το	PearsonCorrelation	-0. 028	,250*

επίπεδο σπουδών σας	Sig. (2-tailed)	0. 819	0. 037
	N	70	70
Η κατάσταση της υγείας σας είναι	PearsonCorrelation	,376**	0. 071
	Sig. (2-tailed)	0. 001	0. 560
	N	70	70
Η ιατρική φροντίδα του νοσοκομείου είναι	PearsonCorrelation	,347**	-,274*
	Sig. (2-tailed)	0. 003	0. 022
	N	70	70
Πόσο καλά επικοινωνείτε με τον γιατρό σας	PearsonCorrelation	,304*	-,325**
	Sig. (2-tailed)	0. 011	0. 006
	N	70	70
Πως σας συμπεριφέρεται ο γιατρός σας	PearsonCorrelation	,262*	-,303*
	Sig. (2-tailed)	0. 029	0. 011
	N	70	70

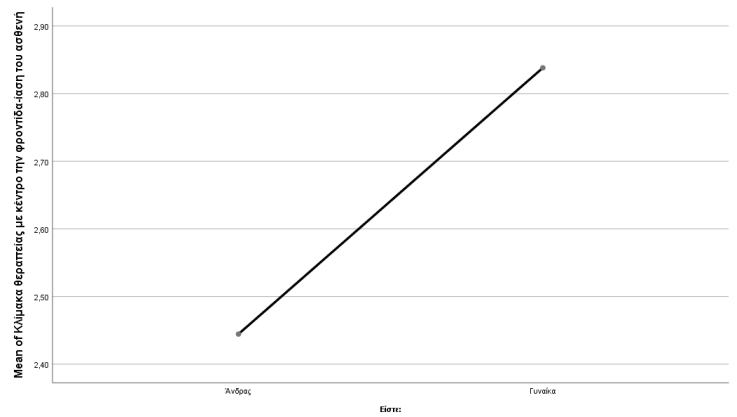
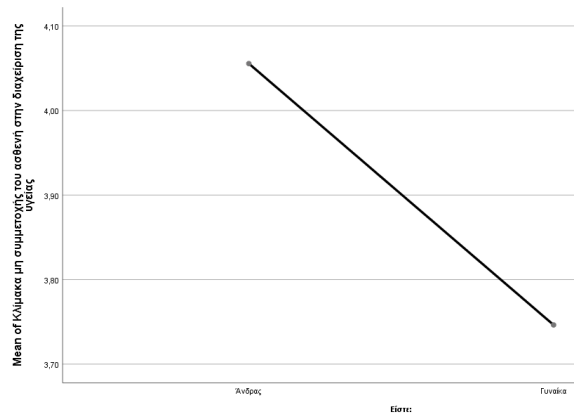
**, Correlation is significant at the 0. 01 level (2-tailed).

*, Correlation is significant at the 0. 05 level (2-tailed).

Πίνακας 20. Έλεγχοι Kruskal-Wallis και Mann-Whitney ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών

	Κλίμακα μη συμμετοχής του ασθενή στην διαχείριση της υγείας	Κλίμακα θεραπείας με κέντρο την φροντίδα-ίαση του ασθενή
Είστε:(Mann-Whitney)	0. 012	0. 003
Οικογενειακή κατάσταση(Kruskal-Wallis)	0. 374	0. 141
Κατάγεστε από(Mann- Whitney)	0. 457	0. 925
Ποια κλινική επισκέπτεσθε (Kruskal-Wallis)	0. 708	0. 919

Γραφήματα 14-15. Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματαKruskal-Wallis και Mann-Whitney ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών





ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**«Σχέσεις και Μοντέλα Επικοινωνίας Ιατρών-Ασθενών: Μέτρηση
Αντιλήψεων-Πεποιθήσεων Άνθρωπο-Ασθενοκεντρικής Επικοινωνίας σε Γενικό
Νοσοκομείο»**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ:

Α. Δημογραφικά-Γενικά Ερωτήματα

1. Ηλικία:.....

2. Είστε:

☐

Άνδρας

☐

Γυναίκα

3. Οικογενειακή κατάσταση:

☐

Άγαμος

☐

Έγγαμος

☐

Χήρος/α

☐

Διαζευγμένος

☐

Άλλο

4. Άτομα που ζουν μαζί σας:.....

5. Κατάγεστε από:

☐

Αστικό Κέντρο

☐

Επαρχία

6. Πόσα χρονικά διάστημα είστε ασθενής;.....

7. Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;

☐

Δημοτικό

☐

Γυμνάσιο

☐

Λύκειο

☐

ΑΤΕΙ

☐

ΑΕΙ

☐

Μεταπτυχιακό

8. Ποια Κλινική επισκέπτεσθε;

- ☐ Παθολογική
- ☐ Νευρολογική
- ☐ Καρδιολογική
- ☐ Χειρουργική
- ☐ ΩΡΛ

9. Η επαγγελματική σας κατάσταση:

- ☐ Εργαζόμενος
- ☐ Άνεργος ☐ Μερική Απασχόληση ☐ Οικιακά ☐ Φοιτητής
- ☐ Συνταξιούχος ☐ Εισοδηματίας ☐ Άλλο

10. Η κατάσταση της υγείας σας είναι:

- ☐ Πολύ κακή ☐ Κακή ☐ Μέτρια ☐ Καλή ☐ Πολύ καλή ☐ Άριστη

11. Η ιατρική φροντίδα του νοσοκομείου είναι:

- ☐ Πολύ κακή ☐ Κακή ☐ Μέτρια ☐ Καλή ☐ Πολύ καλή ☐ Άριστη

12. Πόσο καλά επικοινωνείτε με τον γιατρό σας;

- ☐ Πολύ κακή ☐ Κακή ☐ Μέτρια ☐ Καλή ☐ Πολύ καλή ☐ Άριστη

13. Πως σας συμπεριφέρεται ο γιατρός σας;

- ☐ Πολύ κακή ☐ Κακή ☐ Μέτρια ☐ Καλή ☐ Πολύ καλή ☐ Άριστη

(*στάθμιση- μετάφραση Τσίμτσιου Ζωή(2008))

«Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή/Patient-Physician

Orientation Scale (PPOS)»

Ερώτημα		Απάντηση					
A/A	Απόψεις PPOS	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».						
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».						
3.	«Το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση».						
4.	«Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους».						
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».						
6.	«Όταν οι γιατροί κάνουν προσωπικές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως παραβιάζουν την προσωπική ζωή του»						
7.	«Εάν οι γιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία δεν						

	είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς».						
8.	«Πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στο γιατρό τους ακόμη και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο».						
9.	«Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, μέσα σε μια ισότιμη σε ισχύ σχέση».						
10.	«Οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθησυχασμό παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους».						
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».						
12.	«Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον γιατρό τους, αυτό αποτελεί δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται».						
13.	«Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική αν δεν						

	συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή».						
14.	«Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στο γιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται».						
15.	«Ο ασθενής θα πρέπει πάντα να έχει στο μυαλό του πως ο γιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη».						
16.	«Η γνώση της καταγωγής και των ιδιαιτεροτήτων του τρόπου ζωής ενός ασθενή δεν είναι απαραίτητη, προκειμένου να θεραπευτεί η ασθένεια του».						
17.	«Το χιούμορ στο γιατρό είναι πολύτιμο εργαλείο, όταν προσεγγίζει έναν ασθενή θεραπευτικά».						
18.	«Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει».						

**Μέτρηση Αντιλήψεων-Πεποιθήσεων Άνθρωπο-Ασθενοκεντρικής Επικοινωνίας σε
Γενικό Νοσοκομείο»**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΑΤΡΩΝ :

Α. Δημογραφικά-Γενικά Ερωτήματα:

- ☐ Παθολογική
- ☐ Νευρολογική
- ☐ Καρδιολογική
- ☐ Χειρουργική
- ☐ ΩΡΛ

1. Ηλικία:.....

2. Είστε:

- ☐ Άνδρας
- ☐ Γυναίκα

3. Οικογενειακή κατάσταση:

- ☐ Άγαμος
- ☐ Έγγαμος
- ☐ Χήρος/α
- ☐ Διαζευγμένος
- ☐ Άλλο

4. Άτομα που ζουν μαζί σας:.....

5. Κατάγεστε από:

- ☐ Αστικό Κέντρο
- ☐ Επαρχία

6.Είχατε γονείς γιατρούς :

☐ Ναι ☐ Όχι

7.Πόσα χρόνια ασκείτε την Ιατρική;.....

8.Πόσα χρόνια εργάζεστε στο Νοσοκομείο;.....

9.Απο ποιο Πανεπιστήμιο Αποφοιτήσατε;.....

10.Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;

☐ Πτυχίο ☐ Μεταπτυχιακό ☐ Διδακτορικό ☐ Μεταδιδακτορικό

11.Πόσους ασθενείς βλέπετε κατά μέσο όρο; την εβδομάδα.....

12.Έχετε εκπαιδευτεί ποτέ σε θέματα επικοινωνίας με τους ασθενείς;

☐ Ναι ☐ Όχι

13.Εάν ναι, πού;

☐ Πανεπιστήμιο ☐ Μεταπτυχιακό ☐ Σεμινάρια ☐ Σχετικά Άρθρα

14.Θα σας ενδιέφερε η εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας με τον ασθενή;

☐ Ναι ☐ Όχι

15.Πόσο καλή θεωρείτε ότι είναι η επικοινωνία σας με τον ασθενή;

☐ Πολύ κακή ☐ Κακή ☐ Μέτρια ☐ Καλή ☐ Πολύ καλή ☐ Άριστη

16.Θεωρείτε πως η παρεχόμενη από μέρους σας ιατρική φροντίδα εντός του νοσοκομείου είναι:

☐ Πολύ κακή ☐ Κακή ☐ Μέτρια ☐ Καλή ☐ Πολύ καλή ☐ Άριστη

(*στάθμιση- μετάφραση Τσίμτσιου Ζωή(2008))