



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Οι πεποιθήσεις ενός δείγματος γενικού – ειδικού πληθυσμού
για τη φυσικοθεραπεία.*

Γεώργιος Μώρος

Επιβλέπων Καθηγητής
Παναγιώτης Μητρόπουλος

Ιούνιος, 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*Οι πεποιθήσεις ενός δείγματος γενικού – ειδικού πληθυσμού
για τη φυσικοθεραπεία.*

Γεώργιος Μώρος

Επιβλέπων Καθηγητής
Παναγιώτης Μητρόπουλος

Ιούνιος, 2014

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους Ακαδημαϊκούς δασκάλους του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου για τη συμβολή τους στην πραγματοποίηση αυτού του μεταπτυχιακού κύκλου σπουδών που, παρ' ότι ήταν αρκετά επίπονο (λόγω αυξημένων επαγγελματικών και προσωπικών υποχρεώσεων), ταυτόχρονα αποτέλεσε μια «όαση» ιδιαίτερου πνευματικού προβληματισμού και εμβάθυνσης σε πεδία, που πρωτίστως άπτονται της ίδιας της ζωής και της καθημερινότητας και δευτερευόντως ανάγονται στο επιστημονικό ενδιαφέρον του management· εξίσου σημαντικού για την ανατροφοδότηση των πληροφοριών που σχετίζονται με τη ζωή και την καθημερινότητα των ανθρώπων.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ασθενείς μου, που επί μια εικοσαετία περίπου μου «κεντρίζουν» το ενδιαφέρον προκειμένου να ανακαλύψω και να βελτιώσω, εμπειρικά στην αρχή και μετέπειτα θεωρητικά, μέσω του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών, διαδικασίες Οργάνωσης και Διοίκησης προς όφελός τους.

Ευχαριστώ επίσης θερμά, το γιό μου και τους ηλικιωμένους γονείς μου, για την κατανόηση αλλά και την παρότρυνσή τους να αποπερατώσω έναν ακόμα κύκλο εκπαίδευσης.

Τέλος, ιδιαίτερα ευχαριστώ τον κ. Παναγιώτη Μητρόπουλο για την επίβλεψη του θέματος.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η έρευνα μελετά τις πεποιθήσεις για την φυσικοθεραπεία και την επίδρασή τους στον τρόπο διαμόρφωσης συμπεριφοράς υγείας. Η διερεύνηση αποτιμά το κοινωνικά μορφοποιημένο πλαίσιο οριοθέτησης της υγείας, την επίδραση της οριοθέτησης των επαγγελματιών υγείας και τη νοηματοδότηση των εννοιών. Καταγράφονται οι πεποιθήσεις μέσα από ειδικά διαμορφωμένο εργαλείο ποιοτικής έρευνας και εκτιμώνται οι εφαρμογές των αποτελεσμάτων σε πολιτικές διαχείρισης της υγείας.

Σκοπός: Η συσχέτιση των πεποιθήσεων για τη φυσικοθεραπεία και η διαμόρφωση συμπεριφοράς υγείας όπως μπορεί να προβλεφθεί μέσα από το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ).

Δείγμα και μέθοδος: Η μέθοδος βασίστηκε σε ευρεία βιβλιογραφική ανασκόπηση για την ανάδειξη σχετικών αναφορών. Επίσης, η άντληση δευτερογενών στοιχείων και ερευνητικών αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε από Διεθνείς και Ελληνικές έντυπες πηγές καθώς και ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες. Πρωτογενή δεδομένα αντλήθηκαν με την καταγραφή απόψεων σχετικών στο αρχικό ερώτημα «τί είναι φυσικοθεραπεία;». Η διαδικασία διαμόρφωσης του εργαλείου ποιοτικής έρευνας, βασίστηκε στη δημιουργία ομάδων εστιασμένης συζήτησης (focus group). Από το ερωτηματολόγιο αναδύθηκαν τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα για τις πεποιθήσεις του πληθυσμού, όσον αφορά στη φυσικοθεραπεία.

Συστάθηκαν δύο ομάδες focus groups που ανέδειξαν τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα τα οποία και αποτυπώθηκαν σε διαμορφωμένη φόρμα ερωτήσεων. Το δείγμα για τον γενικό-ειδικό πληθυσμό λήφθηκε από φυσικοθεραπευτήρια της Πάτρας. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το γραπτό ερωτηματολόγιο που προέκυψε από τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus groups) και η αξιοπιστία του ελέγχθηκε βάση των σταδίων ελέγχου του. Συμπληρώθηκαν 160 ερωτηματολόγια που περιελάμβαναν ερωτήσεις κλειστού (σε κλίμακα Likert και πολλαπλών απαντήσεων) και ανοικτού τύπου.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν τρία ερευνητικά ερωτήματα (άξονες): α) τον ορισμό της φυσικοθεραπείας, β) τη διαδικασία γ) τη χρησιμότητα. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 32%. Οι έννοιες «γενικός-ειδικός πληθυσμός» (που δεν

αντικατοπτρίζουν εννοιολογικά τις στατιστικές έννοιες αλλά την διαφοροποίηση ανάμεσα σε μη επαγγελματίες υγείας και επαγγελματίες υγείας) φαίνεται να μην επηρεάζουν σημαντικά τις απόψεις για τον ορισμό, την διαδικασία και την χρησιμότητα της φυσικοθεραπείας. Το φύλο ($p=0,045$) και ο τόπος κατοικίας ($p=0,06$) επηρεάζουν τις αντιλήψεις αλλά όχι σημαντικά στο σύνολό τους. Απόψεις για τους τρεις άξονες που αφορούν τις επιμέρους παραμέτρους του ΜΠΥ προσδιορίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις διαμορφωμένες συμπεριφορές.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την αλληλεπίδραση των τριών αξόνων του ερωτηματολογίου : ορισμός, διαδικασία, χρησιμότητα. Από τα ευρήματα εξάγεται ο ορισμός της φυσικοθεραπείας με βάση τις πεποιθήσεις που καταγράφηκαν. Επισημαίνεται η συσχέτιση πεποιθήσεων και διαμόρφωσης συμπεριφορών υγείας. Αναδεικνύεται η σημασία των αυτόνομων συμπεριφορών υγείας και το όφελος από την υιοθέτηση των θετικών συμπεριφορών μέσω της φυσικοθεραπείας που αποτελεί οικονομικά αποδοτική υπηρεσία υγείας. Η εφαρμογή των συμπερασμάτων σε στρατηγικές κοινωνικής διαχείρισης (social marketing) θα μπορούσε να αποφέρει οφέλη σε όλα τα επίπεδα και τουλάχιστον στο κοινωνικό - επιχειρησιακό. Γι' αυτό η παρούσα μελέτη προτείνει περαιτέρω έρευνα με διανομή ερωτηματολογίου δια μέσω του Πανελλήνιου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών και εισηγείται μια σειρά δράσεων.

Λέξεις κλειδιά: υγεία, συμπεριφορά, αντιλήψεις για τον όρο υγεία, φυσικοθεραπεία, ομάδες αναφοράς, αυτοπαραπεμπόμενοι (self-referral).

Abstract

Background: The study inquires health beliefs on physiotherapy and their effect on the way attitudes of health are being formed. The research evaluates the social constructed definition of health, the impact on professional barriers and definitions. Beliefs for physiotherapy are recorded through a specialized qualitative research tool and evaluation of the results implementation in health management policies.

Aim: Study of the interconnection between beliefs in physiotherapy and health behaviors as far they can be predicted through the Health Belief Model (HBM).

Sample & Methods: Method was based on a wide first and on a second resource report through worldwide literature (international and greek resources) and online libraries. Moreover, first resource data collection was formed and based on the question “what is physiotherapy?” through the process of forming the qualitative tool according to focus group method that determined the three main research issues on beliefs concerning physiotherapy.

Two focus groups were conducted and featured the main research issues posed in the questionnaire form. Population sample was located in physiotherapy centers in Patras. Participants filled the written questionnaire that followed the focus group method and had been evaluated through prior steps according the specific method. One hundred and sixty participants filled the questionnaire including open and closed forms of questions (Likert and multiple choice).

Results: Three main issues involving beliefs on physiotherapy occurred: beliefs on a). physiotherapy’ s definition, b). physiotherapy’s process and c). physiotherapy’ s use. Response rate was 32%. Definitions such as ‘general-specialized population’ (which don’t reflect the statistic meanings but the discrimination between professionals of health and not) show no crucial effect on definition, process and use beliefs. Demographic data seem to have no significant effect on beliefs. Gender ($p=0,045$) and location ($p=0,06$) occur to have an impact but not a significant one. Beliefs on the three main research issues that are combined with parameters of the HBM define more significantly health behaviors.

Conclusion: Findings revealed the definition of physiotherapy according to the recorded beliefs. Results confirm the interconnection of the three main issues occurred: definition-process-use. Three main issues involving beliefs on physiotherapy occurred: beliefs on physiotherapy definition, physiotherapy process and use. Relevance of beliefs and health attitudes is noticed. Autonomous behavior emerge as significant and the benefit of obtaining positive health attitudes through physiotherapy that is pointed out as an economically efficient health practice is proposed to make use of social marketing policies so as to maximize its use as a broader health behavior practice. Further research is proposed distributing the questionnaire form via the National Association of Physiotherapists and recommends a series of actions.

Keywords: health· attitudes· health beliefs model· physiotherapy· focus group· self-referral

Πίνακας Περιεχομένων

.....	0
Περίληψη.....	3
Abstract	5
Κεφάλαιο Πρώτο: Υγεία και επαγγέλματα υγείας (πλαίσιο και οριοθετήσεις)	11
1.1. Εισαγωγή.....	11
1.2. Καταγραφή Προβλήματος: Η ιεραρχία στην υγεία (ιατρική πατριαρχία) ανασταλτική για τις απόψεις.	14
1.2.1. Το Βιοϊατρικό Μοντέλο.....	14
1.2.2. Ιατρική κυριαρχία: Επάγγελμα ‘γιατρός’ vs επαγγέλματα υγείας.	16
1.3. Σημασία και Αναγκαιότητα.....	22
1.4. Σκοποί και στόχοι.....	24
1.5. Διασαφηνίσεις: Πλαίσιο εννοιών και νοηματοδότησης (ερμηνείας).....	24
Κεφάλαιο Δεύτερο: Πεποιθήσεις και προβολές της υγείας.....	28
2.1. Εισαγωγή.....	28
2.2. Κοινωνική Μορφοποίηση: ορίζοντας το μεταμοντέρνο πλαίσιο.....	29
2.2.1. Η Υγεία βάσει των Πεποιθήσεων.....	31
2.3. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Πεποιθήσεων για την Υγεία	33
2.3.1. Παράγοντες επιρροής πεποιθήσεων	39
2.4. Συμπεριφορικές προσεγγίσεις των πεποιθήσεων & κοινωνικογνωστικά μοντέλα.....	41
2.4.1. Το Κέντρο για τον Έλεγχο της Υγείας	42
2.4.2. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία	42
2.5. Διεθνής και ελληνική πραγματικότητα	45
2.5.1. Θετικές Συμπεριφορές Υγείας: Πρωτοβουλία και αποτελεσματικότητα...46	
2.5.2. Αρνητικές Συμπεριφορές Υγείας.....	49

2.6. Συμπεράσματα	50
Κεφάλαιο Τρίτο: Μεθοδολογία	52
3.1. Σκοποί – στόχοι.....	52
3.2. Ερευνητικά ερωτήματα	52
3.3. Σχεδιασμός Έρευνας	53
3.3.1. Ποιοτική έρευνα	54
3.3.2. Η μέθοδος εστιασμένης συζήτησης (Focus Group)	56
3.3.3. Σχεδιασμός ομάδων εστίασης	57
3.3.4. Ανάλυση Δεδομένων Focus Group	61
3.3.5. Αντιστοίχιση ερωτημάτων-παραμέτρων με ΜΠΥ	71
3.4. Πληθυσμός – Δείγμα.....	73
3.5. Μέθοδος συλλογής δεδομένων	73
3.6. Μέθοδος επεξεργασίας δεδομένων	74
Κεφάλαιο Τέταρτο: Αποτελέσματα	75
4.1. Δημογραφικό Προφίλ.....	75
4.2. Περιγραφική στατιστική	77
4.2.1. Πρώτος Άξονας: Ορισμός Φυσικοθεραπείας (υποκατηγορία: Εκπαίδευση Φυσικοθεραπευτή).....	77
4.2.2. Δεύτερος Άξονας: Διαδικασία Φυσικοθεραπείας (υποκατηγορία εμπειρία φυσικοθεραπείας)	88
4.2.3. Τρίτος Άξονας: Χρησιμότητα Φυσικοθεραπείας	98
4.3. Συμπερασματολογική στατιστική	105
4.3.1. Συμπερασματολογική Ανάλυση Δημογραφικών.....	105
4.3.2. Συμπερασματολογική ανάλυση τριών αξόνων (ερωτημάτων).....	115
4.3.2.1. Συμπερασματολογική Ανάλυση Πρώτου Άξονα (Ορισμού)	115
4.3.2.2. Συμπερασματολογική Ανάλυση Πρώτου & Δεύτερου Άξονα (Συσχετισμός Ορισμού & Διαδικασίας).....	117

4.3.2.3. Συμπερασματολογική Ανάλυση Πρώτου & Τρίτου Άξονα (Συσχετισμός Ορισμού & Χρησιμότητας)	118
4.3.2.4. Συμπερασματολογική Ανάλυση Δεύτερου & Τρίτου Άξονα (Συσχετισμός Διαδικασίας & Χρησιμότητας).....	119
4.4. Έννοιες και θέματα που αναδύθηκαν.....	120
4.4.1. Πρώτος Άξονας: Ορισμός Φυσικοθεραπείας	120
4.4.2. Δεύτερος Άξονας: Διαδικασία.....	123
4.4.3. Τρίτος Άξονας: Χρησιμότητα	123
Κεφάλαιο Πέμπτο: Συζήτηση	125
5.1. Συζήτηση.....	125
5.1.1. Πεποιθήσεις Ειδικού Πληθυσμού	129
5.1.2. Πεποιθήσεις Γενικού Πληθυσμού	130
5.2. Περιορισμοί.....	131
5.3. Συμπεράσματα	131
5.3.1. Προβολή όλων των αξόνων στον Πρώτο Άξονα (Ορισμός).....	131
5.3.2. Σχέση ερευνητικών ερωτημάτων και διαμόρφωσης συμπεριφοράς.	133
5.3.4. Όφελος ανάδειξης θετικών συμπεριφορών μέσω φυσικοθεραπείας.	136
5.4. Εισηγήσεις.....	137
Βιβλιογραφία	142
Ξένη Βιβλιογραφία.....	142
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	150
Διαδικτυακές Πηγές.....	151
Παραρτήματα.....	153
Παράρτημα 1	153
Παράρτημα 2	157
Παράρτημα 3	159
Κατάλογος Πινάκων	172

Κατάλογος Πινάκων Στατιστικής Ανάλυσης.....	173
Κατάλογος Σχημάτων	175

Κεφάλαιο Πρώτο: Υγεία και επαγγέλματα υγείας (πλαίσιο και οριοθετήσεις)

1.1. Εισαγωγή

Η αναζήτηση της καλής υγείας αποτελεί σήμερα έναν κοινό τόπο που προσδιορίζεται από το αυξανόμενο ενδιαφέρον για σχετικές δραστηριότητες, για την υγιεινή διατροφή, θέματα πρόληψης με τα κίνητρα να θεμελιώνονται εν μέρει, στον καταναλωτισμό της υγείας και στην εμπορευματοποίησή της (Featherstone 2007). Ωστόσο, κομβικό σημείο της όλης μεταστροφής έχει αποτελέσει ο διαφορετικός τρόπος προσέγγισης της υγείας και ειδικότερα, η μεταπήδηση από την υγεία με επίκεντρο την παθολογία και την νόσο, σε μια ολιστική προσέγγιση με κύριο άξονα τον τρόπο ζωής.

Ο κύριος άξονας αυτής της αλλαγής έρχεται διαμέσου της *κοινωνιολογικής προσέγγισης της υγείας*. Οι κοινωνιολόγοι υποστηρίζουν πως η ίδια η έννοια της υγείας δεν μπορεί να είναι ανεξάρτητη του τρόπου πρόσληψής της από τον πληθυσμό (*lay perspectives*). Η άποψη του πληθυσμού σχηματοποιεί τόσο την ασθένεια, όσο και τους τρόπους πρόληψης και δράσης. Ο τρόπος ζωής, που προβάλλει σήμερα ως ζητούμενο, ουσιαστικά ενέχει την έννοια του καθοριστή υγείας. Επομένως, οι απόψεις για την υγεία είναι θεμελιώδεις. Δεν καταγράφουν απλά την ενημερωμένη ιατρική γνώση αλλά σε αυτές εκφράζεται όλο το κοινωνικό-πολιτιστικό-προσωπικό υπόβαθρο, ο εδραιωμένος τρόπος ζωής (Nettleton 2002).

Από την αντικειμενικότητα, λοιπόν, των ιατρικών στοιχείων (βιοϊατρικό μοντέλο), που παλαιότερα ήταν το ζητούμενο για την δημιουργία του μηχανιστικού τρόπου αντιμετώπισης της υγείας και της ασθένειας, ενισχύοντας κατ' αυτό τον τρόπο το ιατρικό προφίλ, το επίμαχο σήμερα στοιχείο είναι η κοινωνική υπόσταση, συνολικά. Έτσι, διαπιστώνεται πλήθος ερευνητικών και θεωρητικών μελετών που εστιάζουν στις απόψεις και στις συμπεριφορές υγείας (Hughner&Kleine, 2004). Οι έρευνες αυτές δείχνουν να στηρίζονται σε τρεις άξονες:

1. Στις απόψεις για την οριοθέτηση (ορισμός) της έννοιας της υγείας.
2. Στους παράγοντες που επιδρούν στον ορισμό της.

3. Στο ρόλο της υγείας στις ζωές των ανθρώπων.

Καθοριστικοί παράγοντες που προσδιορίζουν την εξέλιξη αυτών των κεντρικών αξόνων είναι:

- η έννοια της ασθενείας
- το είδος του συστήματος υγείας και των παροχών υγείας
- οι ποιοτικές έρευνες

Πολλές από τις έρευνες επιδιώκουν να συνδέσουν τις απόψεις με την συμπεριφορά απέναντι σε ένα συγκεκριμένο είδος ασθενείας (Lawton 2003). Η πολυπλοκότητα του εγχειρήματος, μιας και ενέχει κίνδυνο από την αλληλεπίδραση σύνθετων παραγόντων, όπως ατομικότητα, κοινωνικές, πολιτισμικές και πολιτικές συνθήκες, καθιστά πολλές φορές δύσκολη την εξαγωγή συμπερασμάτων προς γενίκευση.

Στο ήδη σύνθετο πλαίσιο προστίθεται η διεύρυνση των παροχών υγείας, πέραν αυτών που καθορίζονται από το επικεντρωμένο στον γιατρό πατριαρχικό μοντέλο. Εναλλακτικές θεραπείες, μια ευρύτερη γκάμα προϊόντων που συντείνουν στον καταναλωτισμό της υγείας και ταυτόχρονα η δυνατότητα ευρείας πρόσβασης σε πληροφορίες σχετικά με την υγεία, δημιουργούν καινούργιες στρατηγικές υγείας (Eisenberg et al, 1993) και μεταβάλλουν την άποψη του κοινού με έναν τρόπο που δεν έχει ακόμα σαφώς καταγραφεί και μεταβάλλεται δυναμικά.

Η πολυπλοκότητα της καταγραφής των απόψεων του κοινού οδηγεί στη χρήση προσεγγίσεων που έχουν στόχο την εξήγηση των δεδομένων σε βάθος και της ερμηνείας τους. Ο ρόλος της ποιοτικής ανάλυσης, που θα αναδειχθεί και αργότερα σε αυτήν την εργασία, βοηθά στην κατανόηση των αντιλήψεων και στην ανάδειξη πολλαπλών οπτικών. Η δυσκολία, ωστόσο, έγκειται στο ότι δύσκολα μπορούν να εξαχθούν γενικευμένα συμπεράσματα, εξαιτίας της μεγάλης σημασίας του ειδικού πλαισίου (κοινωνικού, πολιτιστικού, οικονομικού) του ερωτώμενου πληθυσμού (πλαίσιο που εξελίσσεται δυναμικά και δύσκολα μπορεί να αποκρυσταλλωθεί).

Σε αυτό το πλαίσιο, η έρευνα που ακολουθεί διερευνά τις απόψεις για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο της υγείας: την φυσικοθεραπεία. Το αντικείμενο της φυσικοθεραπείας έχει να αναμετρηθεί με στερεότυπα που αφορούν:

1. την πρότερη περίοδο της επιστημονικής της κατοχύρωσης (χειροπρακτική, γυναικεία απασχόληση)
2. τη σχέση με το ιατρικό αντικείμενο.

Για τον πρώτο παράγοντα, η επιστημονική εξειδίκευση και η κοινωνική απαγκίστρωση συντείνουν στην σταδιακή υποχώρηση. Από την άλλη, η αντιμετώπιση της ιατρικής κυριαρχίας, ως κοινωνικό status quo απαιτεί μια εκ βαθέων φιλοσοφική επανατοποθέτηση του ορισμού της υγείας.

Ακολούθως τίθεται το πρόβλημα της ιατρικής κυριαρχίας ως παράγοντας σχηματισμού απόψεων σχετικά με την υγεία, ιδιαίτερα ανασταλτικός ωστόσο, για την ανάληψη πρωτοβουλιών. Στο πλαίσιο αυτό όμως, η κυριαρχία αμφισβητείται μέσω της διεύρυνσης του ορισμού της υγείας. Η αναθεωρημένη προσέγγιση θέτει τις βάσεις για λιγότερο στερεοτυπικές απόψεις, ανοιχτές στο εύρος των παροχών υγείας όλων των επιμέρους κλάδων της, συμπεριλαμβανομένης και της φυσικοθεραπείας. Στη συνέχεια μέσω της εξέτασης των πεποιθήσεων (Κεφάλαιο 2) αναλύεται πώς η υγεία, ως θεμελιώδης αξία αφορά ατομικά τον καθένα και διαμορφώνεται ως κατάσταση, δράση και πρόληψη με υποκειμενικούς όρους. Δηλαδή, ως άμεση έκφραση της ίδιας της ταυτότητας του ατόμου. Μέσω της μεθόδου της εστιασμένης συζήτησης διαμορφώνεται ερωτηματολόγιο για τις πεποιθήσεις του γενικού – ειδικού πληθυσμού για τη φυσικοθεραπεία και επισημαίνεται η ιδιομορφία του σχεδιασμού της έρευνας (Κεφάλαιο 3). Επισημαίνεται ότι οι όροι «γενικός- ειδικός πληθυσμός» **δεν αντικατοπτρίζουν εννοιολογικά τις στατιστικές έννοιες**. Με την έννοια «γενικός πληθυσμός» εννοείται ο τυχαίος πληθυσμός που δεν ασκεί επάγγελμα υγείας και με την έννοια «ειδικός πληθυσμός» ο πληθυσμός που ασκεί επάγγελμα υγείας. Τα ευρήματα της στατιστικής ανάλυσης των απόψεων εξετάζονται μέσα από τους κύριους άξονες του εργαλείου κατανόησης «Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία» (Συμπερασματολογική Στατιστική) έτσι ώστε τελικά, να υπάρξει αξιολόγηση της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων στην έρευνα. Τα ζητήματα που προκύπτουν αναδεικνύουν τα κρίσιμα σημεία στις απόψεις για τη φυσικοθεραπεία (Κεφάλαιο 5) και υποδεικνύουν τρόπους διαχείρισης για την ευρύτερη επικοινωνία του πεδίου της στον γενικό πληθυσμό και την καλύτερη εφαρμογή της σε επίπεδο υγείας και διαχείρισης.

1.2. Καταγραφή Προβλήματος: Η ιεραρχία στην υγεία (ιατρική πατριαρχία) ανασταλτική για τις απόψεις.

1.2.1. Το Βιοϊατρικό Μοντέλο

Το «βιοϊατρικό μοντέλο» ως βάση της σύγχρονης δυτικής ιατρικής και κύριος άξονας των επίσημων στρατηγικών υγείας από τα τέλη του 18^{ου} αι., έχει αποτελέσει το ιδεολογικό άλλοθι της περιχαράκωσης του ιατρικού επαγγέλματος (ιατρική κυριαρχία), πρακτική που με την σειρά της αποτέλεσε διαχρονικά βασικό παράγοντα αποξένωσης του γιατρού από τον ασθενή και άρα αποξένωσης της θεώρησης της υγείας από τις απόψεις για την υγεία (Wallach Bologh, 1981:191).

Το βιοϊατρικό μοντέλο στηρίζεται σε πέντε παραδοχές (Nettleton, 2002:23):

1. σώμα και πνεύμα αποτελούν δύο διαφορετικές οντότητες-πόλους (δυϊσμός)
2. το σώμα θεωρείται εργαλείο-μηχανή και είναι επισκευάσιμο
3. η ιατρική εφαρμογή επιτάσσει την χρήση της τεχνολογίας
4. τα αίτια των ασθενειών είναι αποκλειστικά βιολογικά (αναγωγικός χαρακτήρας)
5. το δόγμα της συγκεκριμένης παθολογίας: κάθε ασθένεια προκαλείται από έναν συγκεκριμένο, ανιχνεύσιμο παράγοντα, τον «παθογόνο οργανισμό».

Πρόκειται για βιολογική προσέγγιση, απρόσωπη, όπου η ταυτότητα του ασθενούς δεν επιδρά με κανέναν τρόπο στην κατάσταση της υγείας του. Τα αντικειμενικά κριτήρια της βιολογίας αποτελούν τα μοναδικά αυθεντικά πειστήρια, που καταγράφονται μέσω της παρατήρησης και επαληθεύονται μέσα από το πείραμα. Οι απόψεις του ασθενούς δεν λαμβάνονται υπόψη.

1.2.1.1. Αμφισβήτηση του Βιοϊατρικού Μοντέλου

Εκπρόσωποι τόσο της ιατρικής (Engel, 1981) όσο και της κοινωνιολογίας (McKeown, 1976) εξέφρασαν τις αντιρρήσεις τους απέναντι στο βιοϊατρικό μοντέλο, προτάσσοντας καίριους παράγοντες για την υγεία που αφορούσαν τις συνθήκες ζωής (π.χ. διατροφή) σε αντιδιαστολή με το πόσο καθοριστικοί θεωρούνταν άλλοι (π.χ. οι εμβολιασμοί). Παρατηρήθηκε ότι η βιωσιμότητα του ατόμου σχετίζεται με το φύλο,

την ηλικία, την κοινωνική τάξη, την φυλή, τις κοινωνικές δομές εν γένει, που η ιατρική παραβλέπει. Η κοινωνιολογία της υγείας καταλαμβάνει όλο και μεγαλύτερο χώρο μέσω αυτής της διεύρυνσης του πλαισίου θεώρησης (White 2002).

Το βιοϊατρικό μοντέλο αποτιμά τον ασθενή ως παθητικό δέκτη και όχι ως ενεργό άτομο με πρωτοβουλίες, προσωπική άποψη και διαφορετικές, ανά περίπτωση, αντιλήψεις (Wallach Bologh, 1981:190). Η κοινωνιολογία της υγείας αντίθετα, θεωρεί την προσωπική ερμηνεία σε θέματα υγείας και ασθενείας καίρια για την περαιτέρω πορεία του ασθενούς ή την πρόληψη του υγιούς. Η ανθρωποκεντρική θεώρηση αμφισβητεί την κυριαρχία της ανατομίας του ατόμου προτάσσοντας το σώμα του «προσώπου» (Foucault 1973· Armstrong 1983).

Η ιατρικοποίηση φυσικών διαδικασιών (π.χ. της φυσικής διαδικασίας του γήρατος, του τοκετού, της συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία) αποτελεί ένα από τα χαρακτηριστικά σημεία κριτικής της ιατρικοποίησης της υγείας¹. Η ιατρικοποίηση ενισχύει το αίσθημα εξάρτησης από τον ειδικό επαγγελματία (Illich 1976) και δεν αφήνει περιθώρια στο να αντιμετωπίσει ο κάθε άνθρωπος με τις δικές του δυνατότητες το ενδεχόμενο πρόβλημα. Εναλλακτικές και παραδοσιακές πρακτικές τίθενται αυτομάτως εκτός πλαισίου. Ο Zola (1972) συνδέει άμεσα την ιατρική κυριαρχία με την παράβλεψη των κοινωνικών παραγόντων λέγοντας πως γίνεται εντέχνως πολιτικά έτσι ώστε τελικά, να αποτελεί η ίδια (η ιατρική) *εργαλείο κοινωνικού ελέγχου* λόγω της αδιαμφισβήτητης και μοναδικής αλήθειας που επικαλείται.

Η ιεραρχία στην υγεία αποτυπώνεται άμεσα στον τρόπο κατοχύρωσης (νομικά) και αναγνώρισης (κοινωνικά) των επαγγελμάτων της υγείας. Το πατριαρχικό μοντέλο εκφράζεται μέσα από την παραδοσιακή επικράτηση του επαγγέλματος του γιατρού έναντι άλλων επαγγελμάτων υγείας. Επάγγελμα και αντικείμενο συνδέονται άμεσα στον τρόπο με τον οποίο κατοχυρώνονται κοινωνικά στην συνείδηση της κοινής γνώμης. Ένας επαγγελματίας με αναγνωρισμένα και καθορισμένα δικαιώματα λειτουργεί ως φύλακας και προαγωγός του αντικειμένου του. Σε αυτό το πλαίσιο, το

¹ Για την εγκυμοσύνη χαρακτηριστικά αναφέρει ο Comaroff (1997:116) «η εγκυμοσύνη στις δυτικές κοινωνίες ρέπει στο όριο μεταξύ ασθενείας και υγείας, η κατάσταση της εγκυμοσύνης είναι ασαφής και οι γυναίκες αντιλαμβάνονται ότι οι άλλοι δεν είναι σίγουροι αν πρέπει να τις αντιμετωπίσουν ως ασθενείς ή υγιείς».

πρόβλημα εναπόκειται στο πώς το ιατρικό επάγγελμα έχει κυριαρχήσει των υπολοίπων στο παρελθόν και στο ποια είναι τα δεδομένα της σημερινής πραγματικότητας. Τίθεται, λοιπόν το πρόβλημα της επαγγελματικής κυριαρχίας και της επαγγελματικής αυτονομίας (Nettleton, 2002:268).

Υπό την κοινωνιολογική προσέγγιση τα όρια των επαγγελμάτων αμφισβητούνται και η γνώση δεν αποτελεί μονοπώλιο μιας και μόνο επιστημονικής ομάδας. Αξιολογείται ισότιμα η γνώση ενός συνόλου επιστημόνων και η γνώση της βιωμένης εμπειρίας και άρα των πεποιθήσεων. Σε αυτήν την βάση, θα διερευνηθεί η αρνητική επίδραση της αυστηρής περιχαράκωσης του ιατρικού επαγγέλματος στην διαμόρφωση των απόψεων και συμπεριφορών υγείας (Wallagh Bologh 1981) και τα οφέλη της κάμψης αυτής της επαγγελματικής κυριαρχικής θέσης έναντι των άλλων επαγγελμάτων υγείας.

1.2.2. Ιατρική κυριαρχία: Επάγγελμα ‘γιατρός’ vs επαγγέλματα υγείας.

Η διαμόρφωση του επαγγέλματος ως αποτέλεσμα κοινωνικο-πολιτικών διαδικασιών, όπως αναφέρει ο Parkin (σύμφωνα με την Nettleton, 2002), αντικατοπτρίζει τις δυνάμεις ελέγχου και εξουσίας που ασκούνται είτε εσωτερικά – συναδελφικά, είτε εξωτερικά, από την κοινωνική επιταγή και τους παράπλευρους κλάδους. Σε μεγάλο βαθμό η περιχαράκωση του επαγγέλματος (occupational closure) της ιατρικής από γιατρούς υπήρξε διαχρονικά τόσο ισχυρή ώστε ενίστε κατέλαβε το σύνολο της ιατρικής επιστήμης. Ωστόσο, σταδιακά ο μεγάλος καταμερισμός των ειδικοτήτων σε συνδυασμό με την μεγάλη ανάπτυξη των τεχνολογικών μέσων έχει ως αποτέλεσμα οι γιατροί να εξαρτώνται όλο και περισσότερο από επιμέρους εξειδικεύσεις. Άμεση συνέπεια αυτής της εξάρτησης είναι τελικά η διαρκής άνοδος του κύρους των συγγενών της ιατρικής επαγγελμάτων και των εναλλακτικών πρακτικών (Saks 1992).

Ταυτόχρονα, θίγεται η επαγγελματική αυτονομία της ιατρικής λόγω της αναπόδραστης συσχέτισής της με κοινωνικούς ρόλους που δημιουργούν ανάλογα με την συγκυρία, νέες κάθε φορά ισορροπίες. Με βάση την *απο-επαγγελματοποίηση* (σύμφωνα με τον Haug όπως αναφέρεται από την Nettleton, 2002) η ιατρική, όλο και περισσότερο βασίζεται στη σχέση με τον πελάτη-καταναλωτή και την αποτελεσματικότητά της και όχι τόσο άμεσα με το κράτος. Με βάση την *προλεταριοποίηση* (Albrecht 2000) η άμεση σύνδεση της ιατρικής με το

καπιταλιστικό σύστημα, την θέτει στον κίνδυνο του αποπροσανατολισμού της από το πραγματικό αντικείμενο και απέναντι στο ενδεχόμενο να απολέσει τον έλεγχο στα μέσα παραγωγής. Το ρόλο του κράτους στην κατοχύρωση του επαγγέλματος (επαγγελματοποίηση) επισημαίνει ο Albrecht (2000). Οι θεωρίες προσφοράς και ζήτησης² (De Vries 2009) σχηματοποιούν τα κίνητρα και το πλαίσιο αυτής της αλληλεπίδρασης κράτους και επαγγελμάτων.

Τελικά, το κράτος (πολιτικο-οικονομικό-κοινωνικές συνθήκες), η διαμάχη των επαγγελματιών μεταξύ τους, η ισχύς ενός και μόνο κλάδου είναι παράγοντες που φαίνεται να καθορίζουν την επαγγελματική κυριαρχία. Παραδοσιακά, η δυναμική αυτών των ισορροπιών πριμοδοτούσε την επικράτηση του ιατρικού επαγγέλματος.

1.2.2.1. Επάγγελμα ‘Φυσικοθεραπεία’ vs Ιατρικής Κυριαρχίας

Όπως και στα υπόλοιπα επαγγέλματα υγείας, έτσι και στην φυσικοθεραπεία, κρίσιμο σημείο προσδιορισμού του επαγγέλματος είναι η επαγγελματική αυτονομία από το ιατρικό επάγγελμα, τόσο σε επίπεδο κοινής γνώμης αλλά και πρακτικής εξάσκησης. Παρακάτω τίθενται τα σημεία διεκδίκησης επαγγελματικής αυτονομίας και τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται μέσα από τα παραδείγματα των διεκδικήσεων σε δύο χώρες: την Νορβηγία και την Ελλάδα (Πίνακες Α & Β).

Πίνακας Α.

Επαγγελματική αυτονομία φυσικοθεραπευτών Νορβηγία.

Πλαίσιο	διεκδίκηση δικαιώματος στην δυνατότητα διάγνωσης και σύστασης της θεραπείας από τον ίδιο τον φυσικοθεραπευτή.
Φορέας διεκδίκησης	Σύλλογος Νορβηγών Φυσικοθεραπευτών (NFF)

² Για τις θεωρίες ζήτησης μια ομάδα απασχολούμενων με κορωνίδα την προστασία των αναγκών του κοινού (και άρα την ζήτηση) προσπαθεί να εξασφαλίσει το μονοπώλιο (Freidson 1970). Το κράτος αναγνωρίζει αυτό το δικαίωμα σε περίπτωση που η ευνοούμενη ομάδα επαγγελματιών ενισχύει με κάποιο τρόπο την κρατική εξουσία. Για τις θεωρίες προσφοράς: α. είτε ο ρόλος του κράτους είναι εξέχων (Freidson, 1986· Johnson, 1985· Dingwall 2008), αναγνωρίζοντας το κενό της αγοράς στην παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών και άρα ρυθμίζοντας, κατά το συμφέρον, το νέο επάγγελμα, β. είτε το επάγγελμα αποτελεί το πεδίο διαμάχης ανάμεσα σε ανταγωνιστικές ομάδες επαγγελματιών που διεκδικούν δικαιώματα η κάθε μία για το δικό της πεδίο (Abbot 1988).

Στόχος	Εδραίωση στην κοινή γνώμη της διαφοροποίησης του αντικειμένου του φυσικοθεραπευτή από αυτό του γιατρού.
Εμπόδια	Νορβηγικός Ιατρικός Σύλλογος (επίκληση ιατρικής ευθύνης).
Επιχειρήματα	- Η ιατρική διάγνωση που αφορά μια ασθένεια, όπως π.χ. σακχαρώδη διαβήτη, δεν είναι επαρκής στο να καθοριστεί θεραπεία με βάση τις λειτουργικές ικανότητες του ασθενή - Η εξέταση και η σύσταση θεραπείας αποτελεί μέρος της αναγνωρισμένης εκπαίδευσης των φυσικοθεραπευτών.
Επιτεύγματα	- Ο διορισμός γυναίκας φυσικοθεραπεύτριας (1974) για πρώτη φορά ως επικεφαλής της μοναδικής σχολής φυσικοθεραπείας, όπου παλιότερα ορίζονταν γιατροί επικεφαλείς (σύνδεση των διεκδικήσεων με την φεμινιστική συνείδηση που διακατείχε την μεσαία τάξη του δυτικού κόσμου από τις αρχές της δεκαετίας του 1970). - Η αναγνώριση από το κράτος, ειδικών τιμών κοστολόγησης της αμοιβής των φυσικοθεραπευτών (1977), που διαχώριζαν σε κάποιο βαθμό τις πρακτικές φυσικοθεραπείας αλλά σε καμία περίπτωση δεν αποτελούσαν οριοθέτηση του επαγγέλματος. - Η ανεξάρτητη κοστολόγηση των φυσικοθεραπευτικών πράξεων (1980). - Αναγνώριση φυσικοθεραπευτών ως υπεύθυνων των φυσικοθεραπευτικών πράξεων, με δικαίωμα στην εξέταση ασθενών. (νομοσχέδιο 1999 για λιγότερο ιεραρχημένο σύστημα υγείας, παράκαμψη αντιρρήσεων ιατρικού συλλόγου).
Πραγματικότητα	Η πρακτική της παραπομπής από γιατρό εξακολουθεί να είναι κυρίαρχη.

(Προσαρμογή από έρευνα Kjolsrod & Thornquist, 2004)

Από το παράδειγμα της Νορβηγίας παρατηρείται ότι η νομική κατοχύρωση αποτελεί τον κύριο και καθοριστικό παράγοντα των αλλαγών που προσδιορίζει καθοριστικά την δημόσια κοινή γνώμη αποδοχής όταν υπάρχει προσανατολισμένη πολιτική προς ένα λιγότερο κυριαρχικό πατριαρχικό μοντέλο υγείας. Επισημαίνεται, λοιπόν, ότι για την αποκατάσταση της δυσαρμονίας μεταξύ καθημερινής πρακτικής και

κατοχυρωμένων δικαιωμάτων είναι απαραίτητη η παρεμβολή της κρατικής πρωτοβουλίας μέσω του τρόπου διαχείρισης της δημόσιας υγείας

Πίνακας Β.

Επαγγελματική κατοχύρωση φυσικοθεραπευτών στην Ελλάδα³.

Δικαιώματα	- Το 1970 προσδιορίζεται το δικαίωμα των φυσικοθεραπευτών ως: «..δικαίωμα εφαρμογής φυσικοθεραπευτικών μέσων και μεθόδων, υπό την επίβλεψιν πάντοτε και την οδηγίαν ιατρού επί αναπήρων εκ πολεμικών γεγονότων ή εξ άλλων ατυχημάτων ή νόσων, ως και επί πασχόντων εξ άλλων παθήσεων, δι' ας, κατ' ιατρικήν γνωμάτευσιν, ενδείκνυται η εφαρμογή φυσικοθεραπευτικών μέσων και μεθόδων». - Το 1995 ψηφίζεται διάταξη για τα 'Επαγγελματικά δικαιώματα' των πτυχιούχων ΤΕΙ που ισχύει μέχρι και σήμερα αναφέροντας ότι: «Οι πτυχιούχοι του Τμήματος Φυσικοθεραπείας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΤΕΙ) φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Φυσικοθεραπευτές ή Φυσιοθεραπευτές» και απασχολούνται είτε αυτοδύναμα είτε σε συνεργασία με τους ιατρούς, μετά από σχετική διάγνωση, με την πρόληψη, βελτίωση και αποκατάσταση παθολογικών καταστάσεων, συγγενών και επίκτητων καθώς και τραυματικών βλαβών που προκαλούν διαταραχές στο ερειστικό, μυϊκό, νευρικό, αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα.»
Σημεία Τομής	Διατάξεις αντιποίησης του ιατρικού επαγγέλματος (άρθρο 15, νόμος 1970) ταυτίζονται με αυτές της αντιποίησης του επαγγέλματος του φυσικοθεραπευτή.
	- Το 1952 ίδρυση πρώτης κρατικής σχολής φυσικοθεραπείας. - Το 1970 αναβάθμιση σχολής σε 'Ανώτερη Σχολή Φυσικοθεραπευτών'. - Το 1972, καθορίζονται περιγραφικά οι φυσικοθεραπευτικές

³ Βλέπε Παράρτημα 1: «Διατάγματα και υπουργικές αποφάσεις»

Βήματα Κατοχύρωσης	πράξεις που έχει δικαίωμα να εξασκήσει ο φυσικοθεραπευτής μετά από γραπτή εντολή του γιατρού. - Το 1975, με διάταξη «Περί καθορισμού τιμολογίων Φυσικοθεραπευτικών Πράξεων» καθορίζονται οι τιμές των αναγνωρισμένων μέχρι τότε φυσικοθεραπευτικών πράξεων. - Τροποποίηση ώστε να μην απαιτείται πλέον η επίβλεψη και καθοδήγηση του γιατρού παρά μόνο η γραπτή εντολή του και ενδεχομένως γραπτές οδηγίες σε περίπτωση που κρίνεται αναγκαίο. - Το 1981, με διάταξη «Περί καθορισμού ιατρικών αμοιβών» αναπροσαρμόζονται οι αμοιβές φυσικοθεραπευτικών πράξεων αναλογικά των αυξήσεων των ιατρικών πράξεων. - Το 1995 καθορισμός πλαισίου του τί θεωρείται φυσικοθεραπευτική πράξη σε σύνδεση με την εκπαίδευση και την θεσμοθέτηση: <i>«Ως φυσικοθεραπευτικές πράξεις νοούνται τα μέσα, οι μέθοδοι και οι τεχνικές που διδάσκονται στα Τμήματα Φυσικοθεραπείας των ΤΕΙ και προβλέπονται από την κείμενη νομοθεσία».</i> - Το 1995 προσδιορισμός τομέων απασχόλησης: <i>«Οι Φυσικοθεραπευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης: Α) Ως στελέχη του δημοσίου και ευρύτερου δημοσίου τομέα όπως αυτός προσδιορίζεται από τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά. Β) Ως στελέχη του ιδιωτικού τομέα, με σχέση εξαρτημένης εργασίας ή άλλη μορφή εργασιακής σχέσης. Γ) Ασκούν ελεύθερο επάγγελμα σε ιδιωτικό Εργαστήριο Φυσικοθεραπείας ή σε κατ' οίκον επισκέψεις ασθενών. Οι πτυχιούχοι φυσικοθεραπευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης στο δημόσιο και τον ευρύτερο δημόσιο τομέα, όπως αυτός προσδιορίζεται από τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις, στον ιδιωτικό τομέα ή ως ελεύθεροι επαγγελματίες, μπορούν δε να ιδρύουν ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας κατά τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας.»</i> - Το 1995 για την εξάσκηση του επαγγέλματος απαιτείται έκδοση άδειας ασκήσεως: <i>«Οι πτυχιούχοι Φυσικοθεραπευτές ασκούν το επάγγελμα στα πλαίσια των αναφερομένων επαγγελματικών τους δικαιωμάτων, μετά την απόκτηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος</i>
--------------------------------------	---

	<i>που χορηγείται από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας - Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.»</i>
Νέος Φορέας	Το 2007, η «Σύσταση Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών και Άλλες Διατάξεις». Ο Πανελλήνιος Σύλλογος γίνεται Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Κατοχυρώνεται το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή και αναβαθμίζεται ο κλάδος. Σκοπός του Συλλόγου είναι: <i>«(..)η προαγωγή και ανάπτυξη της φυσικοθεραπείας ως ανεξάρτητης και αυτόνομης επιστήμης και η παροχή υπηρεσιών υψηλής στάθμης στο κοινωνικό σύνολο».</i> Επισήμανση όρων εγγραφής των μελών του Συλλόγου. Σύσταση Πειθαρχικού Συμβουλίου και οι επιβαλλόμενες ποινές πειθαρχικών παραπτώματων με δυνατότητα ακόμα και οριστικής παύσης άσκησης επαγγέλματος.

Από τους Πίνακες Α & Β προκύπτει ότι οι διεκδικήσεις αφορούν άμεσα ή έμμεσα τον διαχωρισμό του ρόλου του γιατρού από τον φυσικοθεραπευτή. Φορείς διεκδικήσεων είναι οι κατά τόπους σύλλογοι φυσικοθεραπευτών. Οι κυριότερες αντιδράσεις παρατηρούνται από τους κατά τόπους ιατρικούς συλλόγους. Το κράτος είναι ο κύριος ρυθμιστής του προσδιορισμού αυτών των ρόλων μέσω:

- της θεσμοθέτησης των επαγγελματικών δικαιωμάτων
- του τρόπου λειτουργίας του εθνικού συστήματος.

Η επαγγελματική αυτονομία των φυσικοθεραπευτών διεκδικείται άμεσα από τον προσδιορισμό της εκπαίδευσης και του δικαιώματος άσκησης επαγγέλματος. Έμμεσα και σε πρακτικό επίπεδο επιχειρείται μέσα από:

- τον προσδιορισμό των φυσικοθεραπευτικών πράξεων
- την κοστολόγηση των φυσικοθεραπευτικών πράξεων
- τον προσδιορισμό της νομικής ευθύνης
- την προσπάθεια διαχωρισμού της διαδικασίας των φυσικοθεραπευτικών πράξεων από την παραπομπή του γιατρού

- την διεκδίκηση της αυτονομίας της ιατρικής γνωμάτευσης από την φυσικοθεραπευτική πράξη.

Η ενθάρρυνση της αυτονομίας στην παροχή φυσικοθεραπευτικών πράξεων μέσω λιγότερο ιεραρχικών συστημάτων υγείας (*self-referral*) απασχολεί ιδιαίτερα τον κλάδο των φυσικοθεραπευτών παγκοσμίως (WCPT 2013· Bury & Jokes, 2013· Holdsworth et al, 2006· Webster et al, 2008). Αυτή η προσέγγιση στρέφει το ενδιαφέρον ερευνών (παράδειγμα Σκωτίας βλ. Holdsworth et al, 2006· Webster et al, 2008) στις αντιλήψεις του πληθυσμού για τις παρεχόμενες υπηρεσίες φυσικοθεραπείας.

Στις πρακτικές *αυτό-αναφοράς*⁴ (*self-referral*) συνοψίζεται χαρακτηριστικά όλη η ουσία του επιχειρήματος που υποστηρίχθηκε εξ' αρχής της καταγραφής του προβλήματος: η ιατρική κυριαρχία και η εξάρτηση των επαγγελματιών υγείας από τους γιατρούς λειτουργεί αντιστρόφως της ενδυνάμωσης του ρόλου του ατόμου στον χειρισμό της υγείας του. Έτσι, οι απόψεις για τα θέματα υγείας δεν έχουν βαρύτητα αφού η διαχείριση της υγείας είναι υπόθεση αποκλειστικά του γιατρού (Wallagh Bologh, 1981:195). Σε αυτή την προσέγγιση οι πεποιθήσεις είναι ήσσονος σημασίας. Αντίθετα, σε λιγότερο ιεραρχικά συστήματα και θεωρήσεις της υγείας, οι επαγγελματίες της υγείας αναβαθμίζονται στο σύνολό τους (βλέπε στην παρούσα έρευνα φυσικοθεραπευτές) και ταυτόχρονα οι πεποιθήσεις αποκτούν μεγαλύτερη βαρύτητα.

1.3. Σημασία και Αναγκαιότητα

Διερευνώντας τις πεποιθήσεις για την φυσικοθεραπεία η παρούσα έρευνα επιχειρεί να συμπεριλάβει τον παράγοντα άτομο-ασθενή ως συνδιαμορφωτή και συν-διαχειριστή των ζητημάτων υγείας. Διερευνώντας τις πεποιθήσεις αναδεικνύεται το κατά πόσο τα άτομα έχουν διαμορφωμένη ή όχι άποψη για την φυσικοθεραπεία, αν τους αφορά να σχηματίσουν άποψη ή εναπόκεινται σε αυτό που ο γιατρός θα αποφασίσει για τους ίδιους. Αποτιμάται έτσι, ο βαθμός της ιατρικής κυριαρχίας στην ελληνική

⁴ Με τον όρο *αυτό-αναφορά* ή *αυτό-αναφορικότητα* και τα παράγωγά τους (π.χ. *αυτό-αναφερόμενοι*) επισημαίνεται στο κείμενο ο όρος *self-referral* που αντιστοιχεί στην προσωπική πρωτοβουλία του ατόμου να προσέρχεται για θεραπεία χωρίς την πρότερη υπόδειξη γιατρού ή ακόμη και αγνοώντας την υπόδειξή του.

πραγματικότητα και ο τρόπος που προσδιορίζει τις απόψεις για το αντικείμενο της φυσικοθεραπείας.

Στην Ελλάδα η συντηρητική άποψη της κυριαρχίας του ιατρικού αντικειμένου αποτελεί μια ριζωμένη πραγματικότητα στην άποψη της κοινής γνώμης (Billis et al, 2007:343). Τα βήματα που έχουν γίνει από κλάδους ευρύτερα των επαγγελματιών υγείας έχουν φέρει αποτελέσματα ως προς το πεδίο της επαγγελματικής δράσης. Ωστόσο, το ζητούμενο είναι να κατασταλάξει αυτή η προσπάθεια σε μια διευρυμένη άποψη της κοινής γνώμης και σε μια πολυσυλλεκτική και διευρυμένη θεώρηση για την υγεία.

Η σύγχρονη φροντίδα υγείας βασίζεται στη σφαιρική εξυπηρέτηση των αναγκών ίασης και πρόληψης πέραν των μονοπωλιακών και επαγγελματικών περιχαράκωσεων. Επισημαίνεται η αλλαγή της σχέσης επαγγελματία-ασθενή (Castel 1991) όπου στόχος δεν είναι μόνο η παθολογία αλλά και τα χαρακτηριστικά του ατόμου, που αποτελούν τους παράγοντες επικινδυνότητας στα πλαίσια πλέον της πολιτικής πρόληψης (Nettleton, 2002:336).

Διαμέσου των πεποιθήσεων του γενικού-ειδικού πληθυσμού, αυτό που θα επιχειρηθεί στην παρούσα εργασία είναι η αποτύπωση των κρίσιμων σημείων των απόψεων για την φυσικοθεραπεία σε σχέση με την διαχείριση της υγείας και την πρόληψη.

Πιο συγκεκριμένα:

- Πόσο ενημερωμένες είναι οι επιμέρους γνώσεις και απόψεις του γενικού πληθυσμού για το συγκεκριμένο αντικείμενο υγείας, την φυσικοθεραπεία, και την εφαρμογή του;
- Κατά πόσο εξαρτημένη είναι ενδεχομένως η άποψη από το ιατρικό αντικείμενο;
- Οι παρανοήσεις ως προς τις αντικειμενικές παραμέτρους της έρευνας συνιστούν έλλειμμα ενημέρωσης ή αποτέλεσμα περιοριστικών κοινωνικών, πολιτιστικών ή άλλων παραμέτρων;
- Υπάρχει κοινωνική ευρύτητα απόψεων ή η άποψη παραμένει προσδιορισμένη κοινωνικά;

1.4. Σκοποί και στόχοι

Η καταγραφή των πεποιθήσεων απαιτεί ιδιαίτερο χειρισμό στον τρόπο αποτύπωσης των απόψεων έτσι ώστε να αποφευχθεί η αλλοίωση ή η καθοδήγησή τους. Για το λόγο αυτό το βασικό ερευνητικό ερώτημα επιλέγεται να είναι ιδιαίτερα ευρύ και συνοψίζεται στην ερώτηση: *«τι είναι η φυσικοθεραπεία;»*. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται ο απαραίτητος χώρος ανάπτυξης μέσω του μεθοδολογικού εργαλείου ώστε να αναδειχθούν τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα. Ο σχεδιασμός, λοιπόν, της έρευνας είναι καθοριστικός για την πορεία της έρευνας. Εξάλλου η μέθοδος εστιασμένης συζήτησης (focus groups) εξυπηρετεί αυτόν τον σκοπό ευελιξίας γιατί προσδιορίζει με δυναμικό τρόπο τα θέματα που απασχολούν τις απόψεις. Ακολουθώντας αυτό το δρόμο, θεωρείται ότι καταγράφονται αμεσότερα και ελεύθερα οι πεποιθήσεις που οδηγούν στις διαμορφούμενες συμπεριφορές υγείας και μπορεί να γίνει έτσι αποτελεσματικότερη εφαρμογή των συμπερασμάτων στην χάραξη πολιτικών διαχείρισης των κρίσιμων σημείων των απόψεων ώστε τελικά:

- να ενισχύεται η χρήση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει η φυσικοθεραπεία
- να ενισχύεται η πρόληψη
- να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητά της ως υπηρεσία υγείας.

1.5. Διασαφηνίσεις: Πλαίσιο εννοιών και νοηματοδότησης (ερμηνείας)

Σημείο κλειδί για την αποτύπωση των πεποιθήσεων είναι η χρήση πλαισίου ορισμών που να συμπορεύεται με την υποκειμενικότητα των αντιλήψεων των ατόμων με διαφορετικό κοινωνικό, οικονομικό, πολιτιστικό υπόβαθρο. Θέματα γλώσσας και ερμηνείας αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα του μεταμοντέρνου πλαισίου (Nettleton 2002:63) στο οποίο εντάσσεται η κοινωνικά μορφοποιημένη θεώρηση της υγείας. Ο ορισμός του αντικειμένου υγείας υπό αυτήν την οπτική δεν είναι μονοσήμαντος και ντετερμινιστικός αλλά ανάγεται σε αυτό που εκφράζει η υποκειμενική αντίληψη.

Το διαφορετικό πλαίσιο των εννοιών γίνεται ξεκάθαρο όταν εξεταστεί ο τρόπος προσέγγισης του ορισμού της υγείας από την βιοϊατρική πλευρά και την κοινωνιολογική. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις συνοψίζονται στην διαφοροποίηση

του πρόσημου της υγείας. Η βιοϊατρική θεώρηση της υγείας χρησιμοποιεί τεχνική ορολογία που εστιάζει στην διάγνωση της παθολογίας. “Έτσι, ο ιατρικός ορισμός της υγείας ως έλλειψη νόσου, θέτει το αρνητικό πρόσημο, όπου «νόσος» οι παθολογικές μεταβολές του ανθρώπινου σώματος. Αντίθετα, ο όρος «ασθένεια», όπως εισάγεται από τους κοινωνιολόγους, περιλαμβάνει την υποκειμενική ερμηνεία από τον ασθενή των ενδείξεων και των συμπτωμάτων που του παρουσιάζονται καθώς και την εξέταση της αντίδρασής του (Nettleton, 2002: 39). Με τον διαχωρισμό αυτό οι κοινωνιολόγοι δεν αμφισβητούν την αντικειμενική ύπαρξη δεδομένων συμπτωμάτων αλλά δίνουν έμφαση στο γεγονός πως κάθε είδους αντικειμενική γνώση (εν προκειμένω η ιατρική) αποδίδεται ταυτόχρονα κοινωνικά.

Στους ορισμούς της κοινωνιολογικής προσέγγισης ενυπάρχει λοιπόν, η ερμηνευτική των απόψεων και ιδιαίτερα η φαινομενολογία. Πιο συγκεκριμένα, η ερμηνευτική κοινωνιολογική παράδοση στρέφεται προς την νοηματοδότηση των πράξεων που συνιστούν την συμπεριφορά. Η νοηματοδότηση άπτεται ενός πολυσύνθετου φάσματος που ενέχει τις γνώσεις και ταυτόχρονα τις πεποιθήσεις. Σύμφωνα πάλι με την φαινομενολογική κοινωνιολογία (Berger & Luckmann, 1967) η καθημερινή γνώση δημιουργεί τα ‘δεδομένα’ μέσω των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και των ερμηνειών που συνασπίζουν την ‘κοινή λογική’ στο πώς προσδιορίζεται μια πάθηση.

Η κοινωνιολογική προσέγγιση εισάγει τους λειτουργικούς και βιωματικούς ορισμούς. Ο λειτουργικός ορισμός εξετάζει την υγεία υπό το πρίσμα των δυνατοτήτων συμμετοχής στην κοινωνική ζωή. Ο βιωματικός ορισμός εξετάζει την υγεία υπό το πρίσμα της αίσθησης του εαυτού και της προσωπικής ερμηνείας (Kelman 1975). Εξετάζεται ειδικά η συμπεριφορά υγείας και εισάγονται οι όροι όπως ‘*συμπεριφορά ασθενείας*’ (illness behavior) (Zola 1973) και ‘*συμπεριφορά υγείας*’ (health behavior) (Kasl & Cobb, 1966).

Οι νοηματοδοτήσεις για την υγεία βάση της προσωπικής εμπειρίας εμπεριέχουν ταυτόχρονα και τις τρεις παραμέτρους, σε δύο κάθε φορά επίπεδα: ατομικό και κοινωνικό, είναι δηλαδή φύσει συνδυαστικές (Fitzpatrick, 1984:18). Σε ατομικό πεδίο χαρακτηριστική είναι η έρευνα πάνω στις εναλλακτικές ερμηνείες για το σώμα, την ασθένεια και την υγεία της Stainton-Rogers (1991) όπου γίνεται σαφής η διαφορετικότητα των ατομικών ερμηνειών.

Σε κοινωνικό επίπεδο η ερμηνεία αποτυπώνεται στον τρόπο ζωής που υιοθετεί μια κοινωνική ομάδα. Χαρακτηριστική είναι η έρευνα των Savage και συν. (1992:99-131) που εντοπίζουν τρεις διαφορετικούς τρόπους ζωής: τον «ασκητικό», τον «μεταμοντέρνο» και τον «συμβατικό» συνδέοντας δραστηριότητες και πρακτικές υγείας με συγκεκριμένα κοινωνικο-οικονομικές τάξεις (χαμηλό ή υψηλό εισόδημα, τομέας απασχόλησης).

Επίτευγμα της κριτικής στάσης της κοινωνιολογικής προσέγγισης απέναντι στην ιατρική είναι η διαφοροποίηση της ιατρικής κατά το δεύτερο μισό του 20ου αι. και ιδιαίτερα την τελευταία εικοσαετία. Η μετατόπιση συντελέστηκε προς μια θετικότερη εννοιολογική προσέγγιση (*Πίνακας Γ*) και σε στρατηγικές με επίκεντρο το άτομο-ασθενή με τις ιδιαιτερότητες που μπορεί να έχει (υποκειμενικός παράγοντας).

Πίνακας Γ.

Μετατροπές στην υγεία και την ιατρική

Ασθένεια → Υγεία
Νοσοκομείο → Τοπική Αυτοδιοίκηση / Κοινότητα
Οξεία → Χρόνια
Θεραπεία → Πρόληψη
Παρέμβαση → Παρακολούθηση
Θεραπευτική Αγωγή → Φροντίδα
Ασθενής → Άτομο / Πρόσωπο

(Πηγή: Nettleton, 2002:35)

Το σύνολο αυτών των αλλαγών δείχνουν πως η ιατρική και η κοινωνιολογία επανακαθορίζονται μέσα από την αμοιβαία κριτική και αλληλεπίδραση. Η ιατρική αντιμετωπίζει τον ασθενή ως σκεπτόμενο άτομο που προέρχεται από ένα συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον. Η κοινωνιολογία, από την άλλη, ενστερνίζεται εξίσου την φυσική με την εμπειρική διάσταση του σώματος. Αποτέλεσμα των εννοιολογικών επανατοποθετήσεων είναι η μεγάλη σημασία που αποδίδεται σήμερα

στις απόψεις και αξιολογήσεις του πληθυσμού για την υγεία (lay perspectives). Σε αυτή τη βάση, εδράζεται και ο προσανατολισμός της παρακάτω έρευνας των απόψεων για την φυσικοθεραπεία. Τοποθετείται τελικά στο κοινό πλέον έδαφος αλλά μεθοδολογικά ενσκήπτει στην κοινωνιολογική προσέγγιση. Και γι' αυτό επανεξετάζει την νοηματοδότηση των βασικών εννοιών που όπως προκύπτει παρακάτω αφορούν τον ορισμό, την διαδικασία και την χρησιμότητα της φυσικοθεραπείας.

Κεφάλαιο Δεύτερο: Πεποιθήσεις και προβολές της υγείας

2.1. Εισαγωγή

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αποτυπώθηκαν τα προβλήματα στον προσδιορισμό της υγείας μέσα από την καθιέρωση της βιοϊατρικής αντίληψης και το συνεπακόλουθο της επαγγελματικής κυριαρχίας του ιατρικού επαγγέλματος. Προσδιορίστηκε επίσης το έδαφος επαναπροσδιορισμού της υγείας μέσα από την αμοιβαία σύγκλιση ιατρικής και κοινωνιολογίας, που την καθιερώνει όχι μόνο μέσα από την επιστημονική οπτική αλλά ευρύτερα ως κοινωνικά διαμορφούμενη. Σε αυτό το πλαίσιο της διάνοιξης, ο ρόλος των πεποιθήσεων του γενικού πληθυσμού αποκτά δυναμική.

Οι πεποιθήσεις του πληθυσμού δεν αφορούν την αντανάκλαση, απλουστευμένα, της ιατρικής γνώσης. Πάνω τους προβάλλεται το σύνολο του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος εντός του οποίου τα άτομα διαβιών. Η ιατροκεντρική (επιστημονική) θεώρηση και αντίληψη των ασθενειών, όπως αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, δεν αντιλαμβάνεται το 'κοινωνικό σώμα' (social body) του ασθενή (Wallach Bologh, 1981:190) παρά μόνο το βιολογικό. Η κοινωνικά μορφοποιημένη (social constructed) ωστόσο υγεία οριοθετεί την σημασία των πεποιθήσεων μέσα στο ευρύτερο μεταμοντέρνο πλαίσιο, συνοψίζοντας ένα από τα κυρίαρχα ρεύματα της κοινωνιολογίας της υγείας.

Παρακάτω γίνεται μια σύντομη αναδρομή των απαρχών αυτού του ακαδημαϊκού πεδίου και ερευνών (Kleinman 1978 · Blaxter & Paterson 1982· Williams 1983 · Calnan 1987· Stainton Rogers 1991· Backett 1992 · Papadopoulos 2000· McKague & Verhoef, 2003· Hugner & Kleine, 2004) που εστιάζουν στις αντιλήψεις (perceptions) και τις οπτικές (viewports) των ασθενών για την υγεία. Στη συνέχεια, αναδεικνύεται η σημασία των πεποιθήσεων στην διαμόρφωση συμπεριφορών υγείας. Η ανάδειξη γίνεται μέσα από συγκεκριμένο εργαλείο κατανόησης των πεποιθήσεων, το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ). Τέλος, μέσα από έρευνες της ελληνικής και διεθνούς πραγματικότητας καταγράφεται η *αυτό-αναφορικότητα* (self-referral) ως κατεξοχήν ρεύμα των ερευνών προς την ενίσχυση της σημασίας των απόψεων και της προσωπική πρωτοβουλίας.

2.2. Κοινωνική Μορφοποίηση: ορίζοντας το μεταμοντέρνο πλαίσιο

Στα πλαίσια της κοινωνιολογίας της υγείας, η συσχέτισή της με την θεωρία της *κοινωνικής μορφοποίησης* (social constructionism) έχει εκτιμηθεί (White 2002) ως ένας από τους βασικότερους τρόπους προσέγγισής της. Σύμφωνα με την κοινωνική μορφοποίηση, η αντίληψη, η νοηματοδότηση και αξιολόγηση αναπτύσσονται ταυτόχρονα σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Βασικός άξονας της θεωρίας είναι ότι τα άτομα εκλογικεύουν τις εμπειρίες τους κατασκευάζοντας ένα μοντέλο κοινωνικής πραγματικότητας η οποία συνίσταται κυρίως διαμέσω της χρήσης της γλώσσας.

Η κατασκευή της κοινωνικής πραγματικότητας εναπόκειται στις πολλαπλές επιλογές που κάνει το άτομο στα πλαίσια της ομάδας. Ζητούμενο είναι η διερεύνηση των τρόπων που άτομο και ομάδα συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία. Η κατασκευή δεν υπόκειται σε σχέσεις αιτίου-αιτιατού αλλά αναπτύσσεται δυναμικά μέσα από τις διαρκείς ερμηνείες και γνώσεις, διαμορφώνοντας έτσι τις συμπεριφορές. Λόγω της σημασίας που αποδίδεται στην νοηματοδότηση των προσωπικών εμπειριών και στην ερμηνευτική (Calnan 1987) η κοινωνική μορφοποίηση τοποθετείται στο *μεταμοντέρνο πλαίσιο* όπου βασικές αρχές είναι η άρνηση της αποδοχής μιας και μόνης αλήθειας και η έμφαση στις πολλαπλές πραγματικότητες, με λέξεις κλειδιά όπως την ασυνέχεια, την υποκειμενικότητα και την διαφορετικότητα. Στην καθημερινή πρακτική οι πεποιθήσεις αποκρυσταλλώνουν την «κοινή λογική» και η εξέτασή τους ισοδυναμεί με τη εξέταση των αντιλήψεων του δυναμικού συστήματος ομάδας – ατόμου (Berger & Luckmann, 1966).

Στο επίπεδο της υγείας, η κοινωνική μορφοποίηση συνέβαλε στην άσκηση κριτικής σε σχέση με τον τρόπο που προσδιορίζεται στην ψυχιατρική, η ψυχική νόσος. Σύμφωνα με έρευνες (Goffman 1961· Rosenhan 1973) η διάγνωση του ψυχικά ασθενούς προσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το πλαίσιο αναφοράς (νοσοκομειακός εγκλεισμός) όπως υποδεικνύει η διαγνωσμένη ‘ψυχική ασθένεια ακόμα και σε ψευδο-ασθενείς (Rosenhan 1973). Άμεση συνέπεια της διάγνωσης υπήρξε η απόδοση κοινωνικών χαρακτηριστικών αποκλεισμού, λειτουργώντας στην ουσία ως κοινωνικό στίγμα που δεν εξαλείφεται με την ενδεχόμενη θετική εξέλιξη της ασθένειας.

Χαρακτηριστικά επισημαίνει ο Rosenhan (1973:253): «Όταν ένα άτομο χαρακτηρίζεται ως ανώμαλο, όλες οι υπόλοιπες συμπεριφορές και χαρακτηριστικά του χρωματίζονται από αυτόν τον προσδιορισμό». Με αυτόν τον τρόπο η ψυχιατρική διάγνωση έγινε επίκεντρο της κριτικής της ιατρικής ως *εργαλείο κοινωνικού ελέγχου* μετατρέποντας έτσι τον ρόλο της σε πολιτικό. Ο Freidson (1970) διευρύνει την κριτική ευρύτερα στο πεδίο της ιατρικής πράξης. Προσδιορίζει κοινωνικά τον ρόλο του γιατρού και συνδέει τον τρόπο που ασκεί την ιατρική υπό το κοινωνικό και πολιτιστικό του πλαίσιο αναφοράς.

Σύμφωνα με την κοινωνική μορφοποίηση η πραγματικότητα δεν είναι μία και δεδομένη αλλά εναπόκειται στην ανάγνωση του κοινωνικού πλαισίου. Ανατομικά σχέδια του μεσαίωνα αποδίδουν την ανατομία με έμφαση στην ζωτικότητα και την ενέργεια σε αντίθεση με την μηχανιστική σύγχρονη απεικόνιση (Fleck 1935). Η γλώσσα αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες συνδιαμόρφωσης της πραγματικότητας. Ο Foucault (1973) συνδέει την ιατρική πραγματικότητα με τον ιατρικό λόγο όπως αναπτύχθηκε τον 18^ο αι. στο Παρίσι και καταλήγει στην έννοια του *βλέμματος* για να εκφράσει τη σημασία του τρόπου παρατήρησης που βασίζεται στην παράδοση του τότε καθιερωμένου ιατρικού λόγου.

Σημείο αιχμής στην βιβλιογραφία έχει αποτελέσει στο παρελθόν και η σύνδεση ασθενειών με συγκεκριμένες κοινωνικές δομές. Σε πολιτιστικό επίπεδο, τον 17^ο αι. η έξαρση του ρομαντισμού αποτυπώνεται στο διατυπωμένο ως ιατρικό εγχειρίδιο βιβλίο του Burton “Η Ανατομία της Μελαγχολίας”. Τον 19^ο αι. γυναίκες που ήθελαν να διευρύνουν την μόρφωσή τους χαρακτηρίζονταν υστερικές (Briggs 2000). Σε φυλετικό επίπεδο, τον 19^ο αι. στην Αγγλία, οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνται ως ιδιον των γυναικών (Busfield 1994).

Η βιβλιογραφία της κοινωνικής μορφοποίησης ταυτίζεται με αυτήν της αμφισβήτησης και της κριτικής της ιατρικής κυριαρχίας, δίνοντας μεγαλύτερο έδαφος σε άλλες κατηγορίες γνώσεων που αφορούν την προσωπική εμπειρία. Η προσέγγισή της αμφισβητεί συνολικά την αυστηρή οριοθέτηση των επαγγελματιών (Nettleton, 2002:61) ως το επιστέγασμα κοινωνικοπολιτικών αγώνων. Αυτό το έδαφος της δια-επαγγελματικής στάσης αποτελεί το σύγχρονο μεταμοντέρνο πλαίσιο της μη γραμμικής ιστορικής εξέλιξης (Featherstone 2007). Τελικά, όλες οι πηγές γνώσεων

αποτιμώνται ως εξίσου σημαντικές και ως τέτοιες εξετάζονται και οι πεποιθήσεις του γενικού πληθυσμού.

2.2.1. Η Υγεία βάσει των Πεποιθήσεων

Το κοινωνικό, οικονομικό και πολιτιστικό υπόβαθρο προβάλλεται άμεσα στον τρόπο αντίληψης της υγείας και στους τρόπους ανάληψης δράσης για την υγεία (πρόληψη, αντιμετώπιση προβλημάτων, αξιολόγηση). Κάθε κοινωνία απαρτίζεται από ομάδες – συλλογικότητες με ειδικά χαρακτηριστικά. Οι ομάδες αυτές συντίθενται και αλληλεπιδρούν προσδιορίζοντας τον χάρτη των πεποιθήσεων της υγείας σε κάθε σύνολο. Ο Kleinman (1978) στην έρευνα πάνω στα ποιοτικά χαρακτηριστικά που συνθέτουν το κάθε σύστημα υγείας αποτυπώνει τρεις ευρύτερες ομάδες – παράγοντες:

1. τον ‘επαγγελματικό’ (*professional*)
2. τον ‘παραδοσιακό’ (*folk*)
3. τον παράγοντα της ‘κοινής πρακτικής’ (*popular*)

Αυτοί οι παράγοντες εμπεριέχουν και οργανώνουν διαφορετικές κοινωνικές πραγματικότητες. Ο ‘επαγγελματικός’ παράγοντας συμβαδίζει με την έννοια του επαγγελματία γιατρού, όπως παραδοσιακά έχει καθιερωθεί στον δυτικό κόσμο και του ειδικού πρακτικού όπως μπορεί να έχει θεσπιστεί σε ένα συγκεκριμένο πολιτιστικό πλαίσιο (π.χ. χειροπράκτης). Ο ‘παραδοσιακός’ παράγοντας εμπεριέχει τις πρακτικές υγείας που στηρίζονται σε παραδοσιακές γνώσεις αλλά δεν εκτελούνται από επαγγελματίες. Ο παράγοντας ‘κοινής πρακτικής’ επαφίεται των πρακτικών υγείας που συνηθίζονται στην καθημερινότητα στο πλαίσιο κάποιας ομάδας ή ενός συνόλου (οικογένεια, συλλογικές δραστηριότητες κ.α.).

Οι μελέτες που πρώτες ερευνήσαν τις απόψεις του κοινού για την υγεία έγιναν από το 1950 έως το 1970 από ιατρικούς κοινωνιολόγους και ήταν προσανατολισμένες πάνω σε θέματα συμπεριφοράς των ασθενών που απασχολούσαν κυρίως τους επαγγελματίες της υγείας. Κίνητρό τους ήταν η διερεύνηση των λόγων για τους οποίους ασθενείς π.χ. με νοσηρά συμπτώματα δεν αναζητούσαν ιατρική βοήθεια (Hochbaum 1959). Κοινωνικοί παράγοντες και πολιτισμικές συσχετίσεις διαπιστώθηκε ότι επηρέαζαν τις αντιδράσεις στα συμπτώματα (Hochbaum 1959:379).

Η πολυσημία των νοηματοδοτήσεων για την υγεία συναντάται εξίσου και σε απόψεις ατόμων με ίδια δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικιακή ομάδα, ο τόπος διαμονής) λόγω της διυποκειμενικότητας παραμέτρων όπως ο πόνος. Για παράδειγμα η έρευνα του Williams (1983) για τον ορισμό της υγείας σε ένα σύνολο ηλικιωμένων στο Αμπερντν (Aberdeen) της Σκωτίας κατέληξε σε τρεις νοηματοδοτήσεις:

1. την υγεία ως έλλειψη ασθενείας και νοσήματος
2. την υγεία ως δείκτη δύναμης ή αδυναμίας ή κόπωσης
3. την υγεία ως λειτουργική ικανότητα

Στην πρώτη περίπτωση «η υγεία ως έλλειψη ασθενείας και νοσήματος» οι συμμετέχοντες ταυτίζουν την ασθένεια με την εμφάνιση των συμπτωμάτων, όταν *‘κάτι φαίνεται να μην πηγαίνει καλά’*. Αντίστοιχα, συμπεριφορές ασθενείας όταν δεν έχουν παρουσιαστεί συμπτώματα, θεωρούνται δείγματα υποχόνδριας συμπεριφοράς. Υπάρχει, δηλαδή, άμεσος συσχετισμός ασθενείας και νοσήματος. Ωστόσο, αυτή η συνεπαγωγή δεν ισχύει στην πράξη αφού μπορεί κανείς να ασθενεί και να μην παρουσιάζει συμπτώματα (προσυμπτωματικό νόσημα που δεν γίνεται αντιληπτό) και αντίστροφα, να παρουσιάζει συμπτώματα χωρίς να παρουσιάζει παθολογία.

Οι απόψεις περιπλέκονται περισσότερο όταν εμπλέκεται στην συζήτηση η έννοια του *‘πόνου’* (Williams, 1983:188-189). Βάση της κλινικής διάστασης ο *‘πόνος’* συμπεριλαμβάνεται στα συμπτώματα. Την ίδια άποψη έχει και μέρος του πληθυσμού, ωστόσο, υπάρχει και μια άλλη διάσταση του *‘πόνου’* που ταυτίζεται με την έννοια του *‘δαιμονικού’*, του αποφευκτέου, αυτού που πρέπει να ηττηθεί. Η έλλειψη μιας ενιαίας άποψης για το τί είναι *‘πόνος’* καταγράφεται και στην δυσκολία της έκφρασης του ακριβούς μεγέθους του πόνου και του τρόπου που εκδηλώνεται. Συνήθως, η *‘επικοινωνία’* του *‘πόνου’* γίνεται σε συσχέτιση με συγκεκριμένα κριτήρια που αποτελούν μέρος της καθημερινής ρουτίνας (π.χ. δυνατότητα κίνησης, ύπνου, καθίσματος). Πρόκειται, λοιπόν, για ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα συμπτώματος που το δεδομένο εναπόκειται στην διαχείριση αυτού που υποφέρει και της αντοχής που επιδεικνύει.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει στην δεύτερη περίπτωση η νοηματοδότηση της υγείας σε σχέση με την ασθένεια και την δύναμη («η υγεία ως δύναμη»). Ο υγιής είναι ο δυνατός που θα καταφέρει να ανταπεξέλθει σε μια κρίση-νόσο (Williams, 1983:189).

Η κοινή έκφραση ‘βγήκε δυνατός’ από την δοκιμασία λέγεται για να υπερτονίσει την δύναμη στην διαχείριση της ασθενείας. Κατά τρόπο οξύμωρο, αυτή η δυναμική διαχείριση αποτελεί ‘δείκτη υγείας’ και ένδειξη ότι τελικά το πρόβλημα θα ξεπεραστεί. Η δύναμη του πρότερα υγιούς αποτελεί το ‘αποθεματικό’ του στην αντιμετώπιση της κρίσης. Αυτός ο τρόπος νοηματοδότησης της υγείας εύκολα μπορεί να οδηγήσει στην άποψη ότι το άτομο που θεωρείται υγιές, λόγω της δύναμης που έχει εμφανίσει στην αντιμετώπιση μιας κρίσης, εκλαμβάνεται ως ο ‘επιζήσας’ με κίνδυνο να παρακαμφθούν συμπτώματα που αποτελούν δείκτες- ίχνη της πρότερης ασθενείας. Η δύναμη μπορεί να μην συνδέεται άμεσα με την επιτυχημένη ή μη διαχείριση μιας συγκεκριμένης εκδήλωση κρίσης, αλλά μεταφορικά, να αποδίδεται σε γενικότερα χαρακτηριστικά του ατόμου, π.χ. στο πόσο ευάλωτο μπορεί να παρουσιάζεται. Η αδυναμία αποτελεί και σε αυτήν την περίπτωση ένδειξη έλλειψης υγείας.

Για την νοηματοδότηση «*η υγεία ως λειτουργική ικανότητα*» χαρακτηριστική είναι η σύνδεση του όρου ‘fit’ με την καλή κατάσταση της υγείας που παρουσιάζει κανείς. Η ακριβής χρήση του όρου ‘κατάλληλος’ εγείρει την έννοια του ‘κατάλληλος για’ (‘fit for’). Με αυτήν την συνεπαγωγή επισημαίνεται η νοηματοδότηση τους υγιούς ως προς τους όρους λειτουργικότητας και απόδοσης. Από μόνο του το γεγονός της ανικανότητας να ανταπεξέλθει κανείς στα καθήκοντα αποτελεί δείκτη ενδεχόμενης ασθενείας.

2.3. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Πεποιθήσεων για την Υγεία

Οι Hughner & Kleine (2004) συνοψίζουν τις παγκόσμιες απόψεις του γενικού πληθυσμού για την υγεία πάνω σε τέσσερις βασικούς άξονες (Πίνακας Δ):

1. τον ορισμό της υγείας
2. τους τρόπους διατήρησης της υγείας
3. τους εξωτερικούς και/ή ανεξέλεγκτους παράγοντες που επενεργούν στην υγεία
4. τον ρόλο της υγείας στην καθημερινότητα

Σχετικά με τις πεποιθήσεις για τον ορισμό της υγείας, καταγράφονται πεποιθήσεις στις οποίες συνοψίζεται όλο το επιχείρημα της βιοϊατρικής αντίληψης και του αρνητικού ορισμού της υγείας όπως αναλύθηκε παραπάνω (Πεποίθηση 1: «*Η Υγεία*

είναι η έλλειψη ασθενείας», βλ. Williams 1983· Calnan 1987· McKague & Verhoef 2003· Herzlich 1973).

Στον αντίποδα , καταγράφονται πεποιθήσεις που αφορούν τον λειτουργικό ορισμό της υγείας (Πεποίθηση 2: «Η Υγεία είναι η λειτουργική ικανότητα», βλ. Blaxter 1982· Calnan 1987· Papadopoulos 2000· Torsch & Ma, 2000· McKague & Verhoef, 2003) και τον θετικό ορισμό (Πεποίθηση 3: «Η Υγεία είναι ισορροπία», βλ. Herzlich 1973· Calnan 1987· Papadopoulos 2000· McKague & Verhoef, 2003) όπου ενέχεται η έννοια της προσωπικής διαχείρισής της (Lawton 2003) και της ολιστικής θεώρησης ως εξισορρόπηση πνεύματος, ψυχολογίας και σώματος (Jensen & Allen, 1994· Torsch & Ma, 2000).

Αντίστοιχα, στην ολιστική αντιμετώπιση εντάσσεται και η Πεποίθηση 4: «Η Υγεία είναι ελευθερία», όπου αποτυπώνεται η άποψη ότι η υγεία είναι αυτή που σου δίνει την δυνατότητα για δραστηριότητες όχι άμεσα λειτουργικές (εργασία), αλλά συνολικά την δυνατότητα να έχει κανείς ασχολίες κάθε είδους και την ελευθερία των επιλογών (Jensen & Allen, 1994). Σε αντίθεση με την υγεία ως ελευθερία η Πεποίθηση 5: «Η Υγεία είναι περιορισμός» αναγνωρίζει, όπως αναφέρουν οι Hughner & Kleine (2004:409), στην ασθένεια, κάτι το απελευθερωτικό από τους κοινωνικούς περιορισμούς.

Πίνακας Δ.

Τα θέματα για την Υγεία που εντοπίζονται στις απόψεις.

ΘΕΜΑ	ΕΡΜΗΝΕΙΑ
Ορισμός Υγείας	
1. Η Υγεία είναι η έλλειψη ασθενείας.	1. Αν τα συμπτώματα δεν είναι υπαρκτά, τότε το άτομο είναι υγιές.
2. Η Υγεία είναι η λειτουργική ικανότητα.	2. Αν το άτομο μπορεί να εκτελέσει τα καθημερινά του καθήκοντα, είναι υγιές.
3. Η Υγεία είναι ισορροπία.	3. Η Υγεία είναι η επίτευξη της ισορροπίας.
4. Η Υγεία είναι ελευθερία.	4. Η Υγεία είναι η δυνατότητα (enabler).

5. Η Υγεία είναι περιορισμός.	5. Η Υγεία απαιτεί συμμόρφωση.
Τρόποι Διατήρησης Υγείας	
6. Η Υγεία αποκτάται από τον διαλογισμό και την προσευχή.	6. Η Υγεία αποκτάται από τον διαλογισμό και την προσευχή: επίκεντρο ή μεταφυσική.
7. Η Υγεία είναι μια κατάσταση του μυαλού.	7. Η δύναμη της θετικής σκέψης είναι πρωταρχική.
8. Η εργασία φέρνει υγεία.	8. Η εργασία και η καθημερινή ρουτίνα διατηρεί την Υγεία.
9. Η Υγεία εξηγείται από την θρησκεία ή υπερφυσικά αίτια.	9. Η Υγεία επιτυγχάνεται με ανεξήγητα (ιερά, υπερφυσικά μέσα).
10. Η Υγεία διατηρείται μέσα από τελετουργικά.	10. Τελετουργικές πρακτικές είναι σημαντικές στην διατήρηση της υγείας.
11. Η Υγεία είναι ηθική ευθύνη.	11. Είναι ηθική υποχρέωση να φροντίζεις την υγεία κάποιου.
12. Η Υγεία εξασφαλίζεται από την εσωτερική παρακολούθηση (internal monitoring).	12. Η Υγεία εξασφαλίζεται από την ιατρική παρακολούθηση.
13. Ατομική ευθύνη.	13. Η Υγεία, ή η έλλειψή της, προκαλείται από την συμπεριφορά.
Εξωτερικοί Παράγοντες	
14. Η Υγεία ως πολιτική και θεσμός.	14. Οι θεσμοί έχουν ευθύνη για την υγεία των πολιτών.
15. Σύγχρονος τρόπος ζωής.	15. Η υγεία εξαρτάται από παράγοντες του σύγχρονου τρόπου ζωής (μόλυνση, στρες).
16. Η Υγεία ως γενετικός παράγοντας.	16. Η Υγεία καθορίζεται από τα γονίδια.
Ο ρόλος της υγείας	
17. Η αξία και η προτεραιότητα που κατέχει η Υγεία.	17. Η Υγεία συχνά δεν είναι προτεραιότητα.
18. Διαφοροποίηση ανάμεσα σε απόψεις για την υγεία και συμπεριφορά.	18. Οι απόψεις για την υγεία είναι απαραίτητες, αλλά δεν προδιαγράφουν πάντα τις συμπεριφορές.

(Προσαρμογή από Hughner & Kleine, 2004:419)

Σχετικά με τις πεποιθήσεις για τον τρόπο διατήρησης της υγείας παρουσιάζεται μεγάλο θεματικό εύρος (Hughner & Kleine, 2004: 409). Στις περιπτώσεις που οι πεποιθήσεις άπτονται ιδεολογικών παραμέτρων αφορούν:

- μεταφυσικά τελετουργικά⁵
- εσωτερικές διεργασίες⁶
- το χρέος της ηθικής επιταγής⁷

Πεποιθήσεις για τους ενεργητικούς τρόπους διατήρησης της υγείας αφορούν:

- τις υγιεινές πρακτικές⁸
- ή την έλλειψή τους⁹

Τέλος, η βιοϊατρική αντίληψη συνοψίζεται στον τρόπο διατήρησης της υγείας ανάλογα με την συνέπεια σχετικά με την συχνή ιατρική παρακολούθηση¹⁰.

Στους εξωτερικούς και/ή ανεξέλεγκτους παράγοντες που επενεργούν στην υγεία αποτυπώνονται απόψεις σχετικά με:

- τους θεσμούς και το ρόλο του κράτους¹¹
- τις σύγχρονες συνθήκες ζωής και περιβάλλοντος¹²
- το γονιδιακό ιστορικό βάσει μιας καθαρά βιοϊατρικής προσέγγισης¹³

Σχετικά με τις πεποιθήσεις για τον ρόλο της υγείας στην καθημερινότητα, αποτυπώνεται:

⁵ Πεποίθηση 6: «Η Υγεία αποκτάται από τον διαλογισμό και την προσευχή»/ Πεποίθηση 9: «Η Υγεία εξηγείται από την θρησκεία ή υπερφυσικά αίτια»/ Πεποίθηση 10: «Η Υγεία διατηρείται μέσα από τελετουργικά».

⁶ Πεποίθηση 7: «Η Υγεία είναι μια κατάσταση του μυαλού», βλ. Papadopoulos 2000· McKague & Verhoef, 2003.

⁷ Πεποίθηση 11: «Η Υγεία είναι ηθική ευθύνη», βλ. Stainton Rogers 1991

⁸ Πεποίθηση 8: «Η εργασία φέρνει υγεία», βλ. Blaxter 1982

⁹ Πεποίθηση 13: «Η υγεία ως ατομική ευθύνη»

¹⁰ Πεποίθηση 12: «Η Υγεία εξασφαλίζεται από την εσωτερική παρακολούθηση»

¹¹ Πεποίθηση 14: «Η Υγεία ως πολιτική και θεσμός»

¹² Πεποίθηση 15: «Σύγχρονος τρόπος ζωής»

¹³ Πεποίθηση 16: «Η Υγεία ως γενετικός παράγοντας»

- η αντιμετώπιση της υγείας ως κάτι το δεδομένο¹⁴, ειδικότερα σε πληθυσμούς χαμηλής οικονομικής τάξης όπου η επιβίωση έρχεται σε προτεραιότητα.
- η σχέση ανάμεσα στις γνώσεις περί υγείας και στην ανακόλουθη συμπεριφορά¹⁵

Επίσης, αποτυπώνεται και

- η μεροληπτική τοποθέτηση ως προς τις ανακόλουθες συμπεριφορές (ανθυγιεινές πρακτικές) μιας και δεν εκφράζονται στον βαθμό που ασκούνται (Backett 1992).

Συμπερασματικά, παρατηρείται ότι αποτυπώνονται πεποιθήσεις επηρεασμένες από όλο το φάσμα των προσεγγίσεων της υγείας, την βιοϊατρική αντίληψη και την κοινωνιολογική προσέγγιση (Πίνακας Ε).

Πίνακας Ε.

Συσχετισμοί πεποιθήσεων με βιοϊατρική αντίληψη και ολιστική προσέγγιση.

Βιοϊατρική Αντίληψη	Ορισμός (αρνητικό πρόσημο)	Πεποίθηση 1: <i>«Η Υγεία είναι η έλλειψη ασθενείας»</i>
	Τρόποι Διατήρησης (ιατρικοποίηση)	Πεποίθηση 12: <i>«Η Υγεία εξασφαλίζεται από την εσωτερική παρακολούθηση»</i>
	Παράγοντες	Πεποίθηση 16: <i>«Η Υγεία ως γενετικός παράγοντας»</i>
	Ρόλος στην καθημερινότητα	Πεποίθηση 17: <i>«Η αξία και η προτεραιότητα που κατέχει η Υγεία» (παθητική εκδοχή: η υγεία είναι δεδομένη)</i>
	Ορισμός (λειτουργικός)	Πεποίθηση 2: <i>«Η Υγεία είναι η λειτουργική ικανότητα»</i>

¹⁴ Πεποίθηση 17: «Η αξία και η προτεραιότητα που κατέχει η Υγεία»

¹⁵Πεποίθηση 18: «Διαφοροποίηση ανάμεσα σε απόψεις για την υγεία και συμπεριφορά», βλ. Hochbaum, 1956:379

Κοινωνική Μορφοποίηση		Πεποίθηση 3: <i>«Η Υγεία είναι ισορροπία»</i>
		Πεποίθηση 4: <i>«Η Υγεία είναι ελευθερία»</i>
	Τρόποι Διατήρησης	Πεποίθηση 8: <i>«Η εργασία φέρνει υγεία»</i>
		Πεποίθηση 13: <i>«Η υγεία ως ατομική ευθύνη»</i>
	Παράγοντες	Πεποίθηση 14: <i>«Η Υγεία ως πολιτική και θεσμός»</i>
		Πεποίθηση 15: <i>«Σύγχρονος τρόπος ζωής»</i>
	Ρόλος στην καθημερινότητα	Πεποίθηση 17: <i>«Η αξία και η προτεραιότητα που κατέχει η Υγεία» (ενεργητική εκδοχή)</i>
		Πεποίθηση 18: <i>«Διαφοροποίηση ανάμεσα σε απόψεις για την υγεία και συμπεριφορά»</i>
Κοινωνική Μορφοποίηση (περιοριστικό πλαίσιο- προκαταλήψεις)	Ορισμός	Πεποίθηση 5: <i>«Η Υγεία είναι περιορισμός»</i>
	Τρόποι Διατήρησης	Πεποίθηση 6: <i>«Η Υγεία αποκτάται από τον διαλογισμό και την προσευχή»</i>
		Πεποίθηση 7: <i>«Η Υγεία είναι μια κατάσταση του μυαλού»</i>
		Πεποίθηση 9: <i>«Η Υγεία εξηγείται από την θρησκεία ή υπερφυσικά αίτια»</i>
		Πεποίθηση 10: <i>«Η Υγεία διατηρείται μέσα από τελετουργικά»</i>
		Πεποίθηση 11: <i>«Η Υγεία είναι ηθική ευθύνη»,</i>

Οι πεποιθήσεις που εδράζονται στην βιοϊατρική αντίληψη αναγνωρίζονται ως εκείνες με κύρια γνωρίσματα: την παθητική στάση του ασθενή και την πλήρη εναπόθεση της υγείας στον γιατρό και τα ιατρικά μέσα.

Οι πεποιθήσεις που αναγνωρίζονται ως κοινωνικά μορφοποιημένες καλύπτουν μια ευρύτερη γκάμα παραμέτρων με κύρια χαρακτηριστικά τη θετική προσέγγιση και την ενεργητική στάση του ατόμου.

Ωστόσο, οι κοινωνικοί, θρησκευτικοί, ταξικοί παράγοντες ταυτόχρονα αναδεικνύουν και το περιοριστικό πλαίσιο μέσω των προκαταλήψεων που μπορεί να χρωματίζουν τις πεποιθήσεις.

Παρακάτω εξετάζονται οι κυριότεροι παράγοντες που, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, επιδρούν στις κοινωνικά μορφοποιημένες πεποιθήσεις.

2.3.1. Παράγοντες επιρροής πεποιθήσεων

2.3.1.1. Κοινωνική Τάξη & Φύλο

Εμπειρικές έρευνες πάνω στο πεδίο του ορισμού της υγείας απέδειξαν στο παρελθόν την σύνδεση των κοινωνικών τάξεων με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά που αποδίδονται στην υγεία. Για την εργατική τάξη (Blaxter & Paterson, 1982· Calnan 1987) χαρακτηριστική είναι η απόδοσή της με λειτουργικούς και αρνητικούς όρους¹⁶. Η υγεία σε καθημερινό επίπεδο θεωρείται κάτι το δεδομένο ή το υποδεέστερο¹⁷ αφού προτεραιότητα έχουν οι οικογενειακές υποχρεώσεις (Hugner & Kleine, 2004:414· Calnan 1987).

Στις γυναίκες της εργατικής τάξης ζητήματα οικονομικά αξιολογούνταν ως τα πιο κρίσιμα. Η υγεία εκλαμβάνεται ως δεδομένη έναντι της οικονομική κατάστασης. Έρευνα σε χαμηλού εισοδήματος γυναίκες στην Σκωτία (Blaxter 1982) ανέδειξε την αντίληψη πως η σκληραγώγηση σε δύσκολες συνθήκες εργασίας δίνει δύναμη και άρα υγεία¹⁸. Υπό αυτό το πρίσμα, η υγεία μπορεί να αποτελεί οικονομικοκοινωνικό δείκτη ευζωίας όσων έχουν την ‘οικονομική δυνατότητα να ασθενήσουν’ και να

¹⁶Πίνακας Δ: Πεποίθηση 1 «Η Υγεία είναι η έλλειψη ασθενείας», Πεποίθηση 2 «Η Υγεία είναι η λειτουργική ικανότητα»

¹⁷Πίνακας Δ: Πεποίθηση 17 «Η αξία και η προτεραιότητα που κατέχει η Υγεία»

¹⁸Πίνακας Δ: Πεποίθηση 8: «Η εργασία φέρνει υγεία»

απέχουν από την εργασία. Οι πεποιθήσεις για τις κατώτερες τάξεις παρουσιάζονται κοινωνικά μορφοποιημένες ως προς το λειτουργικό ορισμό ωστόσο αναγνωρίζεται παθητικότητα στην στάση απέναντι στην υγεία. Τα χαρακτηριστικά αυτά επιτείνονται για το γυναικείο φύλο των χαμηλών τάξεων.

Οι γυναίκες της μεσαίας τάξης αντίθετα, εκφράζουν περισσότερο επεξεργασμένους ορισμούς. Οι υψηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις (Herzlich 1973· Calnan 1987) είναι σύνηθες να αντιλαμβάνονται την υγεία θετικότερα¹⁹. Οι πεποιθήσεις παρατηρείται ότι εκφράζονται με θετικότερο πρόσημο και με ενεργητικότερη συμμετοχική συνείδηση όσο η κοινωνική τάξη ανέρχεται (μεσαία - υψηλή).

Στις μεσοαστικές οικογένειες παρατηρούνται συχνά συμπεριφορές υγείας ασύμβατες με τις γνώσεις υγείας ή την πληροφόρηση (Backett 1992). Το γεγονός αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην μεγάλη έκθεση σε έναν ευρύ όγκο πληροφοριών υγείας που προβάλλει το καταναλωτικό σύστημα αλλά ωστόσο η εξωτερική πληροφόρηση παραμένει και δεν μεταβάλλει ήδη παγιωμένες συμπεριφορές²⁰.

2.3.1.2. Πολιτισμικοί Παράγοντες

Οι παραδόσεις και το πολιτισμικό υπόβαθρο κάθε κοινωνίας αποτυπώνεται στις πεποιθήσεις για την υγεία. Σε ένα πρώτο επίπεδο η ιδιοσυγκρασία του λαού επηρεάζει τον ορισμό εννοιών που αφορούν την υγεία. Έτσι, π.χ. οι μεσογειακοί λαοί τείνουν να 'πονάνε παντού' σε σχέση με άλλες κουλτούρες όπου ο πόνος εκφράζεται με μεγαλύτερη σαφήνεια (Billis et al, 2007:342). Ειδικά, για τους Έλληνες ασθενείς που απευθύνονται σε φυσικοθεραπευτές η εμπιστοσύνη είναι ένα δεδομένο που αποκτάται σταδιακά (Billis et al, 2007:342).

Ανασκόπηση που αφορούσε στον Τσιγγάνικο πληθυσμό της Ελλάδας (Παραλίκας & Βάλαρη, 2005) αναδεικνύει τη διαφοροποίηση των πεποιθήσεών τους από το σύνολο του υπόλοιπου Ελληνικού πληθυσμού που αποδίδονται στα ήθη και τα έθιμα της τσιγγάνικης κοινωνίας και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Στη Θράκη αντίστοιχα, οι μουσουλμάνες δεν πιστεύουν στην αντισυλληπτική συμπεριφορά του προφυλακτικού σε αντίθεση με τις χριστιανές (Ηλιάδου & Παλάσκα, 2008).

¹⁹Πίνακας Δ: Πεποίθηση 3 «Η Υγεία είναι ισορροπία»

²⁰Πίνακας Δ: Πεποίθηση 18 «Διαφοροποίηση ανάμεσα σε απόψεις για την υγεία και συμπεριφορά»

Χαρακτηριστικό είναι και το παράδειγμα της περιτομής που χρησιμοποιούσαν οι Εβραίοι που ανταποκρίνεται στις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις ενώ ταυτόχρονα θεωρείται και ως μέτρο πρόληψης και υγιεινής (Κούτα 2007). Σε πολύ βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις π.χ. της κλειτοριδεκτομής, η «μετάβαση» από τις παραδοσιακές πολιτισμικές πρακτικές στην καινοτόμα γνώση φαίνεται να μην τυγχάνει ανταπόκρισης εάν αυτοί που την προσφέρουν δεν δείξουν σεβασμό, ευαισθησία αλλά και κατανόηση στην παραδοσιακή κουλτούρα.

Η μεταφυσική διάσταση των πεποιθήσεων για την υγεία είναι συχνή σε κοινωνίες με φυσιογνωμία που βασίζεται στις θρησκευτικές παραδόσεις (*Πίνακας Δ: Πεποίθηση 3 «Η Υγεία είναι ισορροπία», Πεποίθηση 6 «Η Υγεία αποκτάται από τον διαλογισμό και την προσευχή», Πεποίθηση 9 «Η Υγεία εξηγείται από την θρησκεία ή υπερφυσικά αίτια»*).

2.4. Συμπεριφορικές προσεγγίσεις των πεποιθήσεων & κοινωνικογνωστικά μοντέλα

Από την αποτύπωση των πεποιθήσεων πάνω στους τέσσερις βασικούς άξονες όπως παρουσιάζονται στην βιβλιογραφία (ορισμό – διατήρηση – παράγοντες – ρόλο) σχηματίζεται μια συνολική εικόνα της ποικιλίας των θεμάτων που εγείρονται. Κυρίως γίνεται σαφής η δυναμική της αλληλεπίδρασης απόψεων υγείας και συμπεριφοράς υγείας. Η συμπεριφορά υγείας αποκρυσταλλώνει άμεσα το σύμπλεγμα των απόψεων και την βαρύτητά τους στο να αναληφθεί δράση και πρόληψη ή όχι. Υπό αυτό το πρίσμα, η κατανόηση των συμπεριφορών και των παραμέτρων που τις υποκινούν αποτελούν ένα πεδίο έρευνας σημαντικό για τις επιστήμες της υγείας. Κρίσιμο επίσης, είναι να εντοπιστούν επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας (Χαραλάμπους & Τσίτση, 2010) που υιοθετούνται εξαιτίας κοινωνικών ή άλλου είδους αγκυλώσεων. Η αντιμετώπιση και αλλαγή επικίνδυνων συμπεριφορών λειτουργεί άμεσα υπέρ της προαγωγής της υγείας δεδομένου του στοιχείου ερευνών (Gray 2001) που δείχνει ότι ακόμα και σε αναπτυγμένες χώρες οι μισοί πρόωροι θάνατοι θα μπορούσαν να προληφθούν.

Η δυσκολία κατανόησης των συμπεριφορών υγείας άπτεται στο γεγονός ότι στις διαμορφούμενες συμπεριφορές επιδρά πλήθος παραγόντων σε ατομικό (ψυχολογικοί παράγοντες) και κοινωνικό επίπεδο (πολιτιστικοί παράγοντες). Λόγω της σύνθετης

φύσης των απόψεων η ανάγκη κατανόησής τους καθιέρωσε θεωρητικά μεθοδολογικά εργαλεία που προέρχονται από την ψυχολογία της υγείας και έχουν ως κύριο άξονα την συσχέτιση απόψεων και συμπεριφοράς. Η χρήση κοινωνικογνωστικών μοντέλων στόχο έχει την πρόβλεψη των συμπεριφορών υγείας και την παρέμβαση σε κρίσιμα σημεία εκείνων των πεποιθήσεων που τείνουν να προάγουν επικίνδυνες συμπεριφορές. Η προαγωγή συμπεριφορών υγείας είναι τελικά το ζητούμενο.

2.4.1. Το Κέντρο για τον Έλεγχο της Υγείας

Μια πρώτη εκδοχή κοινωνικογνωστικού μοντέλου με μεγάλη επιρροή υπήρξε το *Κέντρο για τον έλεγχο της υγείας (health as a locus of control)* που θέτει το κριτήριο της προσωπικής δυνατότητας ελέγχου της ζωής του ατόμου (Wallston 1978). Η βασική κατηγοριοποίηση των ατόμων έγινε σε «εξωτερικούς» και «εσωτερικούς». «Εξωτερικοί» (externals) θεωρούνταν όσοι εναπόθεταν την διαχείριση της υγείας τους σε παράγοντες έξω από αυτούς και άρα πέραν της ευθύνης τους. Αντίστοιχα, «εσωτερικοί» (internals) θεωρούνταν όσοι πίστευαν ότι η υγείας τους είναι ανάλογη της προσωπικής διαχείρισής της και του τρόπου συμπεριφοράς τους. Αποδείχτηκε η δυνατότητα μεταστροφής των «εξωτερικών» σε άτομα με συνείδηση της επίδρασης της συμπεριφοράς στην υγεία (εσωτερικοί) μέσω της εκπαίδευσής τους.

2.4.2. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία

Το *Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία* (ΜΠΥ), ένα από τα παλαιότερα και πιο διαδεδομένα κοινωνικογνωστικά μοντέλα κατανόησης των πεποιθήσεων, αναπτύχθηκε από τους ψυχολόγους Hochbaum (1959), Leventhal (1987), Kegels και Rosenstock (1988). Ο Hochbaum (1959) ξεκίνησε έρευνα με αφορμή την ελάχιστη απήχηση προγράμματος δωρεάν ακτινολογικής εξέτασης για την πρόληψη της φυματίωσης. Κατέληξε σε τρεις καθοριστικούς παράγοντες διαμόρφωσης συμπεριφοράς:

1. Το βαθμό που τα άτομα πίστευαν ότι μπορεί να νοσήσουν.
2. Το βαθμό που τα άτομα πίστευαν ότι μπορεί να έχουν νοσήσει χωρίς να το γνωρίζουν.
3. Το βαθμό που τα άτομα πίστευαν ότι η έγκαιρη διάγνωση θα βοηθούσε στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

Ο Hochbaum καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η αποφυγή των ακτινολογικών εξετάσεων δεν οφείλεται στην έλλειψη ενημέρωσης όσο στις διαμορφωμένες πεποιθήσεις για την χρησιμότητα και αναγκαιότητά τους. Η γνώση – ενημέρωση για μια πρακτική υγείας δεν ταυτίζεται με την υιοθέτηση της πρακτικής υγείας. Τι είναι αυτό που τελικά καθορίζει την συμπεριφοράς υγείας;

Σύμφωνα με το ΜΠΥ²¹, υπάρχει ένα σύνολο προσωπικών, και άρα υποκειμενικών, παραμέτρων που συνδιαμορφώνουν τις συμπεριφορές υγείας. Η ατομική δράση και συμπεριφορά στα πλαίσια μιας ομάδας δεν καθορίζεται μόνο από ατομικούς παράγοντες, αλλά είναι συνδεδεμένη με το πλαίσιο της ομάδας στην οποία αναφέρεται. Αυτό που θα δραστηριοποιήσει μια συμπεριφορά υγείας είναι το άτομο να αισθανθεί ότι απειλείται άμεσα από κάποιο κίνδυνο και σε δεύτερο επίπεδο, να θεωρήσει ότι επωφελείται από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς. Οι δύο άξονες, λοιπόν, που καθορίζουν την συμπεριφορά είναι (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995):

1. η επικινδυνότητα: *ο υποκειμενικός κίνδυνος απειλής για νόσηση (perceived threat) ή αλλιώς υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας.*

2. η αξιολόγηση της συμπεριφοράς

Στον πρώτο άξονα, η υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας εξαρτάται από την αντίληψη της ευπάθειας που εκδηλώνει το άτομο, τον βαθμό που θεωρεί δυνατή την πιθανότητα να παρουσιάσει κάποια ασθένεια (Ευσταθίου, 2012:27). Εξαρτάται επίσης από την σοβαρότητα που αποδίδει στο ενδεχόμενο νόσησης (*perceived severity*), την υποκειμενική αίσθηση σοβαρότητας. Η αίσθηση απειλής και τρωτότητας είναι τα αρχικά κριτήρια που κινητοποιούν το άτομο στην υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς υγείας ή αντίθετα στην διακοπή μιας επικίνδυνης συμπεριφοράς υγείας.

Την τελική συμπεριφορά και ανάληψη δράσης καθορίζουν οι παράμετροι του δεύτερου άξονα που αφορούν την αξιολόγηση της συμπεριφοράς. *Η αντίληψη περί ωφελιμότητας (perceived benefits)* από την εφαρμογή μιας συμπεριφοράς υγείας ή η

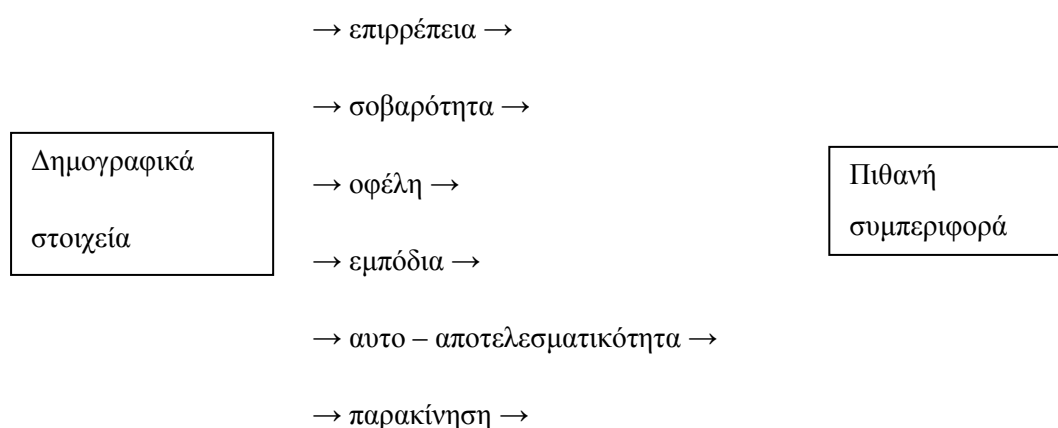
²¹ Σημεία αναφοράς του ΜΠΥ εντοπίζονται την θεωρία του δυναμικού πεδίου, όπως εκφράστηκε από τον Kurt Lewin (Ευσταθίου 2012:27).

υποκειμενική αίσθηση ωφελιμότητας. Σε αυτήν συγκαταλέγονται οι προσδοκίες του ατόμου για βελτίωση της υγείας του αλλά ταυτόχρονα και τα αντικειμενικά οφέλη που θα έχει και που δεν σχετίζονται άμεσα με την υγεία π.χ. τα οικονομικά οφέλη (Χαραλάμπους & Τσίτση, 2010:451). *Η αντίληψη σχετικά με τα εμπόδια (perceived barriers)* ή η υποκειμενική αίσθηση για τα εμπόδια περιλαμβάνει τις πιθανές αρνητικές συνέπειες (απώλειες ή δυσκολίες) από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς υγείας.

Όφελος και εμπόδια σε συνδυασμό με τον υποκειμενικό κίνδυνο απειλής συνοψίζουν τα κριτήρια συμπεριφοράς. Σε μεταγενέστερες αναπροσαρμογές του ΜΠΥ με στόχο την ενίσχυση της προβλεπτικής ικανότητας του Μοντέλου, ενσωματώνεται και η υποκειμενική αντίληψη για την ικανότητα του ατόμου να αλλάξει συμπεριφορά, η λεγόμενη *αυτό-αποτελεσματικότητα* καθώς και ο παράγοντας της *παρακίνησης* στην υιοθέτηση συμπεριφοράς (Rosenstock et al, 1988:180).

Πίνακας ΣΤ.

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία



(Πηγή: Ευσταθίου, 2012:29)

Στην παράμετρο *αυτό-αποτελεσματικότητα* αναγνωρίζεται η σημασία της πεποίθησης του ατόμου πως είναι ικανό να υιοθετήσει μια καινούργια συμπεριφορά υγείας. Σε αντίθετη περίπτωση, το άτομο εγκλωβίζεται σε φοβίες. Η *παρακίνηση* λειτουργεί συμπληρωματικά στην αίσθηση *αυτό-αποτελεσματικότητας*, δημιουργώντας καλύτερες συνθήκες στην υπεράσπιση του στόχου της υιοθέτησης συμπεριφοράς υγείας (Πίνακας ΣΤ). Μαζί με όλους τους παραπάνω παράγοντες για να γίνει κατανοητή ή να προβλεφθεί η συμπεριφορά υγείας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη

όλα τα δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, φύλο, εργασία, κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο (Δαρβίρη 2007).

2.5. Διεθνής και ελληνική πραγματικότητα

Το ΜΠΥ συστηματοποιεί την αλληλεπίδραση του κοινωνικού υποβάθρου με τις υποκειμενικές αναγνώσεις (πεποιθήσεις) που εκφράζονται μέσω της απειλής και των προσδοκιών. Αυτός ο συγκερασμός παραμέτρων εκφράζεται χαρακτηριστικά στις προσπάθειες ανάδειξης ερευνών και πολιτικών διαχείρισης πάνω στις *αυτό – αναφερόμενες (self-referral)* παροχές υγείας όπως συνοψίζονται από την Παγκόσμια Συνομοσπονδία Φυσικοθεραπευτών (WCPT 2013).

Η ενίσχυση συμπεριφορών προσωπικής πρωτοβουλίας σε πρακτικές υγείας αντικατοπτρίζει την μετατόπιση του κέντρου θεώρησης από τον γιατρό – επαγγελματία προς το άτομο. Επίσης, ενέχει την έννοια της υγείας ως ενεργητική αξία (θετικός ορισμός), συνυφασμένη με την συμπεριφορά και τον τρόπο δράσης και όχι ως εξωτερικό γεγονός νόσησης (αρνητικός ορισμός). Επακόλουθο της ενεργητικής στάσης από πλευράς υποκειμένου είναι η αλληλεπίδραση με τον επαγγελματία υγείας και το πλαίσιο του αναθεωρημένου ρόλου του ως συνδιαμορφωτή της συμπεριφοράς του ατόμου. Με βάση αυτό το θεωρητικό πλαίσιο που εδράζεται στις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές υγείας εξετάζονται έρευνες που αφορούν το πεδίο της φυσικοθεραπείας και την *αυτό-αναφορικότητα* καθώς και τις επιμέρους έννοιες που προκύπτουν κυρίως μέσα από τη σχέση επαγγελματία – κοινού (Πίνακας Ζ).

Πίνακας Ζ.

Σημεία Κλειδιά Αυτό-αναφορικού Συστήματος (self-referral)

1. Η απευθείας πρόσβαση και η *αυτό-αναφορά* δίνει τον έλεγχο της φροντίδας στον πελάτη-ασθενή.
2. Οι πελάτες-ασθενείς που *αυτό-αναφέρονται* σε φυσικοθεραπεία:
 - Είναι πιο ενεργητικοί σε θέματα πρόληψης
 - Είναι περισσότερο αυτόνομοι στην λήψη αποφάσεων για την υγεία τους.
 - Λείπουν για λιγότερο διάστημα από την εργασία τους.
 - Επιστρέφουν συντομότερα στην εργασία τους.

- Είναι πιθανότερο να ολοκληρώσουν τον κύκλο των θεραπειών.
- Ενδιαφέρονται περισσότερο για ζητήματα αυτό-διαχείρισης.
- Είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την θεραπεία.

3. Η απευθείας πρόσβαση και η *αυτό-αναφορά* είναι οικονομικά αποδοτικότερη γιατί:

- Μειώνεται το κόστος από την αποφυγή επισκέψεων σε άλλους επαγγελματίες υγείας.
- Μειώνεται η συνταγογράφηση.
- Μειώνονται οι εξετάσεις.
- Μειώνεται η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.
- Μειώνεται το κοινωνικό κόστος από την αποχή π.χ. από την εργασία.
- Μειώνεται το διοικητικό κόστος.

(Προσαρμογή σύμφωνα με την WCPT, 2:2013)

2.5.1. Θετικές Συμπεριφορές Υγείας: Πρωτοβουλία και αποτελεσματικότητα.

Στο σύστημα υγείας της Βρετανίας σημειώνεται αυξανόμενο ενδιαφέρον στην ενίσχυση της προσωπικής πρωτοβουλίας του ασθενή. Ήδη από το 1997 οι πολιτικές υγείας έχουν αρχίσει να επικεντρώνονται στην βελτίωση και καθιέρωση πρακτικών ευκολότερης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Webster et al, 2008). Ο επανασχεδιασμός αυτός για να έχει την ανάλογη ανταπόκριση προϋποθέτει να έχει λάβει υπόψη τις απόψεις του πληθυσμού και τελικά να τις ικανοποιεί. Ο *δείκτης ικανοποίησης* (patient satisfaction) αποτελεί τον δείκτη ποιότητα που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την άποψη του πληθυσμού.

Δύο έρευνες σχετικά με την άμεση πρόσβαση στην φυσικοθεραπεία επισημαίνονται στην βιβλιογραφία, στην Σκωτία (Holdsworth et al, 2006· Webster et al, 2008) και την Ολλανδία (Leemrijse et al, 2008).

Στην Σκωτία (Holdsworth et al, 2006) η έρευνα επικεντρώθηκε στα ειδικά χαρακτηριστικά των ατόμων που *αυτό-αναφέρονται* στην φυσικοθεραπεία σε σχέση με αυτούς που παραπέμπονται από το γιατρό τους. Η αποτελεσματικότητα παρατηρείται ότι συνδέεται με την πρωτοβουλία άμεσης πρόσβασης σε θεραπεία, καθώς περισσότεροι σε αναλογία αυτό-αναφερόμενοι συμπλήρωσαν τον κύκλο θεραπειών. Η συνολική αποτίμηση της έρευνας συνδέει την γνώση του αντικειμένου με την πρωτοβουλία σε συνδυασμό με ατομικά χαρακτηριστικά όπως:

- την ικανότητα ελέγχου της υγείας

- την αυτοπεποίθηση που προσφέρει η αίσθηση ότι κατέχουν ικανή γνώση για την αυτόνομη διαχείριση της υγείας τους.

Στα ποιοτικά χαρακτηριστικά της έρευνας σημειώνεται ότι:

- δεν υπήρξε συσχέτιση αυτό-αναφερόμενων και φύλου ή ηλικίας
- υπήρξαν σημαντικές διαφορές στο συνολικό χρόνο αναμονής και στην διάρκεια των συμπτωμάτων
- η ανάλυση του επαγγέλματος ανέδειξε παρόμοιες αναλογίες των κατηγοριών με λιγότερο *αυτό-αναφερόμενους* τους υπάλληλους
- η σοβαρότητα του προβλήματος ήταν μεγαλύτερη σε όσους παραπέμφθηκαν μέσω γιατρού.

Τα συμπεράσματα σε σχέση με τους άξονες του ΜΠΥ είναι ότι:

- Αποκλειστικά τα *δημογραφικά στοιχεία* δεν προδιαγράφουν συμπεριφορές υγείας.
- Η *υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας και σοβαρότητας* δεν φαίνεται ικανή να δραστηριοποιήσει τους ασθενείς άμεσα και αυτόνομα (η σοβαρότητα του προβλήματος ήταν μεγαλύτερη σε όσους παραπέμφθηκαν μέσω γιατρού).
- Η *υποκειμενική αίσθηση ωφελιμότητας και η υποκειμενική αίσθηση για τα εμπόδια* συνδέεται άμεσα με την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας και πρόληψης (λιγότερο χρόνος θεραπείας – απουσίας από την εργασία)
- Η *αυτό-αποτελεσματικότητα* (συμπλήρωση κύκλου θεραπειών) συνδέεται με την υιοθέτηση ενεργητικής συμπεριφοράς (πρωτοβουλίας).

Στην έρευνα των Webster et al (2008) πάνω στην συσχέτιση γνώσεων και συμπεριφορών και στον τρόπο που καθορίζουν την προσωπική πρωτοβουλία και την πρόσβαση στην φυσικοθεραπεία επισημαίνεται ότι οι γνώσεις δεν εξαρτώνται από την εμπειρία της θεραπείας. Ασθενείς ακόμα και με πρόσφατη εμπειρία δείχνουν να έχουν περιορισμένη γνώση για το αντικείμενο. Η εξήγηση οφείλεται στην εμπειρία σε εξειδικευμένη θεραπεία, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα σχηματισμού πλήρους εικόνας του αντικειμένου. Οι ασθενείς που απευθύνονται με προσωπική πρωτοβουλία έχουν μεγαλύτερες *προσδοκίες* και τελικά *οφέλη*. Έτσι ως προς την σχέση πρωτοβουλίας και αποτελεσματικότητας:

- Οι περισσότεροι ασθενείς με εμπειρία θεραπειών εκφράζονται ισχυρά για την αποτελεσματικότητα της φυσικοθεραπείας, ωστόσο αυτοί που απευθύνθηκαν με προσωπική πρωτοβουλία εκφράζονται ισχυρότερα στο ενδεχόμενο να ξανακάνουν θεραπεία.
- Οι *αυτό-αναφερόμενοι* δείχνουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους χειρισμούς και τις αποφάσεις του φυσικοθεραπευτή και μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην προσδοκώμενη αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
- Οι *αυτό-αναφερόμενοι* έχουν κυρίως προβλήματα αυχένα και οσφύος και συνήθως αυτά αντιμετωπίζονται σε γρηγορότερο χρόνο σε σχέση με τον ασθενή που απευθύνεται αρχικά σε γιατρό και μετέπειτα σε φυσικοθεραπευτή, καθώς η θεραπεία καθυστερεί χρονικά.

Στην Ολλανδία (Leemrijse et al, 2008) οι διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων ως προς τα ποιοτικά χαρακτηριστικά δεν απέχει των ερευνών της Σκωτίας ωστόσο εδώ οι ασθενείς είχαν άμεση πρόσβαση σε δημόσια κέντρα φυσικοθεραπείας. Το στοιχείο που αναδεικνύεται επιπλέον είναι ότι τα νεότερα και υψηλότερης μόρφωσης άτομα επιλέγουν να απευθυνθούν προσωπικά σε φυσικοθεραπευτές.

Επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές υποστηρίζουν διεθνώς την ανάπτυξη πολιτικών υγείας με άμεση δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες (Bury & Stokes, 2013), δυνατότητα προς το παρόν περιορισμένη νομοθετικά στο 58% παγκοσμίως (στοιχεία WCPT 2013) και για την ΕΕ στο 52% των κρατών μελών (Bury:7).

Οι Bury (2013) συνοψίζοντας το πλαίσιο της φυσικοθεραπευτικής πρακτικής στο σύνολο των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τεκμηριώνοντάς το μέσω διαδικτυακής έρευνας στην οποία πήραν μέρος μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού για την Φυσικοθεραπεία (World Confederation for Physical Therapy) από 23 (από τις 27) χώρες μέλη της ΕΕ. Σε αυτή την καταγραφή φαίνεται ότι στα κράτη που υπάρχει δυνατότητα για *αυτό-αναφορά* στην θεραπεία σημειώνεται σημαντική θετική συσχέτιση με την αυτονομία του φυσικοθεραπευτή για διάγνωση. Παροχή άμεσης πρόσβασης σε θεραπεία αναγνωρίζεται ωστόσο μόνο στο 52% των κρατών μελών (Bury: 7).

2.5.2. Αρνητικές Συμπεριφορές Υγείας

Στο άλλο άκρο πλήθος ερευνών εξετάζει την αρνητική επίπτωση παγιωμένων αντιλήψεων που μετασχηματίζονται σε επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας. Σε έρευνα για τους λόγους στους οποίους οφείλεται η καθυστέρηση στην θεραπεία οστεοαρθρίτιδας στο γόνατο (Prasanna et al, 2013) επισημαίνεται η έλλειψη γνώσης του ποσοστού ρίσκου (risk factor) και πρόληψης. Η άγνοια της πρόληψης έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να ζούνε με το πρόβλημα και να απευθύνονται στους ειδικούς επαγγελματίες εφόσον έχουν ήδη παρουσιάσει κινητικά προβλήματα (Prasanna, 2013:59). Συνήθως, λόγω της προχωρημένης κατάστασης του προβλήματος τελικά προτιμώνται γρήγορες λύσεις όπως η φαρμακευτική αγωγή σε αντιδιαστολή με άλλες πιο αργές αλλά μακροπρόθεσμα αποτελεσματικότερες (φυσικοθεραπεία). Η πάθηση πολλές φορές θεωρείται *φυσική συνέπεια της ηλικίας* ενώ πολιτισμικά διαμορφούμενες πεποιθήσεις συντείνουν έτσι ώστε οι ασθενείς να μην επιθυμούν να έχουν ‘ξένο’ αντικείμενο στο σώμα τους καθώς είναι αντίθετο στα θρησκευτικά τους πιστεύω (Prasanna 2013).

Κατά την εξέταση των πολιτιστικών και κλινικών παραμέτρων που επιδρούν στην κατηγοριοποίηση ασθενών με πόνο στην μέση η Billis (et al, 2007) επισημαίνει πως στην Ελλάδα η πειστικότητα της διάγνωσης (και άρα η ενεργοποίηση της υποκειμενικής αίσθησης σοβαρότητας και απειλής) ‘πιστοποιείται’ για τους ασθενείς μέσω της χρήσης διαγνωστικών εργαλείων (ακτινογραφίες, μαγνητικές κτλ.). Οι ασθενείς προσκολλούνται στην διάγνωση του γιατρού και επιθυμούν να ακολουθηθούν από τον φυσικοθεραπευτή πιστά οι οδηγίες του. Η διαχείριση της υγείας τους φαίνεται έτσι να είναι υπόθεση αποκλειστικά του γιατρού, στην οποία δεν εμπλέκονται προσωπικά. Η υιοθέτηση αυτής της ‘εξωτερικής’ αντιμετώπισης σε περίπτωση που υιοθετείται σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας δύσκολα μετασχηματίζεται σε συμπεριφορά υγείας με ευρύτερα χαρακτηριστικά. Ωστόσο, η έρευνα δείχνει ότι οι ασθενείς σταδιακά αρχίζουν να εμπιστεύονται τους φυσικοθεραπευτές βάση του οφέλους που παρατηρούν ότι αποκομίζουν από τις θεραπείες. Ως προς την *παρακίνηση* και την *αυτό-αποτελεσματικότητα* οι ασθενείς που αισθάνονται παραμελημένοι εκφράζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον πόνο (Billis, 2007:341).

Ασθενείς που δεν πείθονται για το όφελος της θεραπείας παραμελούν τις πρακτικές υγείας που τους συστήνονται. Έτσι, σε περιπτώσεις εξατομικευμένων προγραμμάτων αποκατάστασης όταν περιορίζουν την εξάσκησή σε λιγότερες μέρες την εβδομάδα ή την σταματούν πριν ολοκληρωθεί, τείνουν να παρουσιάζουν μεγαλύτερο πόνο εντοπισμένο σε περισσότερα σημεία και γενικά χειρότερη συνολική εικόνα υγείας. Σύμφωνα με την έρευνα των Engström & Öberg (2005) σε δείγμα ασθενών στην Σουηδία που παραμέλησαν ή σταμάτησαν πρόωρα την αποκατάσταση, το προφίλ των ασθενών αυτών εντοπίζεται σε νεαρής ηλικίας και κυρίως γυναίκες.

Στην *υποκειμενική αίσθηση κινδύνου* ως παράγοντα διαμόρφωσης συμπεριφορών υγείας ή επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας ιδιότυπο χαρακτήρα έχει η περίπτωση του ρόλου της αίσθησης του πόνου όταν αυτός διαμορφώνεται διαμέσω ψυχοκοινωνικών παραγόντων σε αυτό που οι Lentem et al (1983) έχουν εκφράσει ως ‘Μοντέλο Αποφυγής του Πόνου’ (Fear-Avoidance Model). Το άτομο αποφεύγει δραστηριότητες που θεωρεί ότι θα του αποφέρουν πόνο και έτσι σταδιακά αναπτύσσει χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα.

Ο Lenthem με την χρήση του μοντέλου εξηγεί τον τρόπο που ο ασθενής εκφράζει πόνο χωρίς την ύπαρξη παθολογίας, και αντίθετα ενδέχεται να μην εκφράζει τον πόνο του ενώ υπάρχει παθολογία. Έρευνες έχουν συσχετίσει το σύνδρομο αποφυγής πόνου με τα χρόνια προβλήματα οσφυαλγίας (Rose et al, 1992) και με το αυχενικό σύνδρομο (Lee et al, 2007). Συνέπεια της αποφυγής του πόνου και της παραπλανητικής αντίληψης της αίσθησης κινδύνου είναι η ανάπτυξη χρόνιας παθολογίας και ο σταδιακός λειτουργικός περιορισμός.

2.6. Συμπεράσματα

Μέσα από την διεξοδική εξέταση:

1. του θεωρητικού πλαισίου στο οποίο βασίζεται η αξιολόγηση των πεποιθήσεων ως καθοριστικής σημασίας στην διαμόρφωση των συμπεριφορών υγείας
2. των παραμέτρων που μπορεί να επιδρούν στις συμπεριφορές
3. των παραμέτρων των θεωρητικών μοντέλων (ΜΠΥ) που βοηθούν στην κατανόηση των συμπεριφορών και την πρόβλεψή τους

διαφαίνεται η ευρύτητα της επαναπροσδιορισμένης οριοθέτησης της υγείας όπως εισήχθη στο Κεφάλαιο 1 της παρούσας εργασίας. Η εξέταση των απόψεων του πληθυσμού για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο υγείας –εν προκειμένω της φυσικοθεραπείας– είναι σημαντική για την κατανόηση των συμπεριφορών υγείας και την πρόληψή τους. Τα δημογραφικά στοιχεία σε συνδυασμό με τις υποκειμενικές αναγνώσεις (τρωτότητα, επικινδυνότητα, ωφελιμότητα, κόστος, αυτό-αποτελεσματικότητα, παρακίνηση) είναι χρήσιμα εργαλεία για τους επαγγελματίες υγείας στην χάραξη πολιτικών υγείας που θα αναδείξουν θετικότερες συμπεριφορές.

Στη συνέχεια της παρούσας έρευνας:

- Επιχειρείται η ανάλυση και πρόβλεψη των συμπεριφορών με βάση το ΜΠΥ όπου αυτό κρίνεται δυνατό από τα στοιχεία που προκύπτουν μέσα από τις απαντήσεις του πληθυσμού.
- Εξετάζεται η επίδραση των δημογραφικών στοιχείων και των παραμέτρων των αξόνων του ΜΠΥ μέσα από την προσαρμογή τους στους επιμέρους άξονες του ερωτηματολογίου.

Κεφάλαιο Τρίτο: Μεθοδολογία

3.1. Σκοποί – στόχοι

Στην συνέχεια της εργασίας δημιουργείται ερωτηματολόγιο με αντικείμενο την Φυσικοθεραπεία το οποίο προκύπτει μέσω της μεθόδου εστιασμένης συζήτησης. Μέσω του ερωτηματολογίου θα διερευνηθούν οι πεποιθήσεις του πληθυσμού με στόχο την κατανόηση των συμπεριφορών υγείας που προκύπτουν και την πρόβλεψή τους (Κεφάλαιο 2). Διερευνάται επίσης κατά πόσο απασχολούν ευρύτερα θέματα όπως:

- ο βαθμός αυτονομίας της φυσικοθεραπείας από την ιατρική επιστήμη
- η καθιέρωση του επαγγέλματος του φυσικοθεραπευτή

Τα θέματα αυτά αφορούν την εξέταση του πλαισίου της υγείας και των επαγγελμάτων όπως εξετάστηκε στο Κεφάλαιο 1 καθώς και βάση του στοιχείου των ερευνών των Bury & Stokes (2013:5) όπου καταγράφεται σημαντικά θετική συσχέτιση στην ανάπτυξη ενεργητικών συμπεριφορών (self-referral) και την αυτονομία στην διάγνωση.

3.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στο να εξεταστούν οι υποκειμενικές απόψεις του πληθυσμού για την φυσικοθεραπεία. Το αρχικό ερευνητικό ερώτημα συνοψίζεται στην ερώτηση «*τι πιστεύετε για την φυσικοθεραπεία;*» και είναι αρκετά ευρύ ώστε να αφήσει ανοιχτό το έδαφος της διαμόρφωσης των βασικών ερευνητικών ερωτημάτων μέσα από την ποιοτικό χαρακτήρα του μεθοδολογικού εργαλείου που επιλέγεται όπως αναλύεται παρακάτω. Η συστηματοποίηση της φόρμας ερωτήσεων και οι βασικές ενότητες που προκύπτουν είναι τελικά τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα. Όπως προκύπτει και εξηγείται αναλυτικότερα στον σχεδιασμό της έρευνας παρακάτω, τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα συνοψίζονται τελικά στους τρεις κύριους άξονες της φόρμας ερωτήσεων που είναι:

1. Ποιος είναι ο ορισμός της φυσικοθεραπείας;
2. Ποια είναι η διαδικασία της φυσικοθεραπείας;

3. Ποια είναι η χρησιμότητα της φυσικοθεραπείας;

Σημειώνεται ότι σε πρώτο επίπεδο, σημαντική για τον καθορισμό των βασικών εννοιών για την φυσικοθεραπεία ήταν η αναφορά στα αντίστοιχα σημεία κλειδιά της έρευνας των Webster et al (2008) όπως φαίνονται στον Πίνακα Η. Ωστόσο, οι ακριβείς έννοιες που θα διερευνούνταν σχηματοποιήθηκαν από το μεθοδολογικό εργαλείο όπως περιγράφεται στην συνέχεια.

Πίνακας Η.

Αρχική Κατεύθυνση Βασικών Ερωτημάτων για την Φυσικοθεραπεία.

Σημεία Κλειδιά Ερωτήσεων
Δημογραφικά: φύλο, ηλικιακή ομάδα, τόπος κατοικίας
Τύπος προβλήματος για το οποίο συμβουλευτήκαν τον φυσικοθεραπευτή.
Ενημέρωση σχετικά με την δυνατότητα για αυτό-αναφορά.
Πηγή ενημέρωσης
Αντίληψη επιπέδου γνώσεων σχετικά με την φυσικοθεραπεία.
Ικανοποίηση από την φυσικοθεραπευτική παρέμβαση.
Πρόσφατο ιστορικό συμπτωμάτων.
Συμβουλευτικός ρόλος άλλων επαγγελματιών υγείας.
Συμπεριφορικές απόψεις σχετικά με: - Την πρόσβαση στην φυσικοθεραπεία - Την χρησιμότητα της φυσικοθεραπείας - Την ικανότητα για αυτόνομη συμπεριφορά - Τους ρόλους της φυσιοθεραπείας
Έκφραση ελευθέρων απόψεων.

(Προσαρμογή από Webster et al, 2008:143)

3.3. Σχεδιασμός Έρευνας

Η παρούσα έρευνα αποτελεί συνολικά συνδυασμό ποιοτικής & ποσοτικής έρευνας (γνώστη ως mixed methods design ή triangulation). Έχει ωστόσο, κατά βάση ποιοτική προέλευση γιατί εστιάζεται αρκετά στον τρόπο δημιουργίας ενός ερωτηματολογίου με πολλά ποιοτικά χαρακτηριστικά, το οποίο θα μπορούσε να αποτελέσει και 'πρότυπο' μιας και δεν υπάρχει κάτι αντίστοιχο στον ελλαδικό χώρο (και αλλού βέβαια) σύμφωνα με τη δική μας εκτενή αναζήτηση. Το ποιοτικό κομμάτι της

έρευνας αφορά στο σχεδιασμό του ερωτηματολογίου το οποίο, προκειμένου να εξυπηρετήσει την ανάλυση των δεδομένων, καταλήγει σε ποσοτικά χαρακτηριστικά τα οποία προκύπτουν από απαντήσεις (κλειστού τύπου-κατηγοριοποιημένα δεδομένα /categorical data) και η οποία γίνεται μέσω εκατοστιαίων ποσοστών και συχνοτήτων για τις 46 από τις 58 στο σύνολο ερωτήσεις.

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας, ως με κατά βάση ποιοτική προέλευση, δεν έχει ως στόχο την γενίκευση των αποτελεσμάτων, αλλά την εξαγωγή θεωρητικών γενικεύσεων, οι οποίες μπορεί να διαφοροποιούνται από πρότερες ή επόμενες μελέτες λόγω του ότι οι συνθήκες (απόψεις, συμπεριφορές κλπ.) είναι δυνατόν να είναι διαφοροποιημένες αφού υποκύπτουν στις εκάστοτε επιρροές κοινωνικών, πολιτιστικών, οικονομικών κλπ. μεταβλητών (Sim, 1995· Sharp 1998). Η καταγραφή με κάθε λεπτομέρεια όλων των σταδίων της μελέτης έτσι ώστε τα στοιχεία της έρευνάς να είναι στην κρίση μετέπειτα ερευνητών, για το πώς και αν μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε διαφορετικό πλαίσιο, αποτελεί βασική αρχή της (Brotherson 1994). Η επιμέλεια με την οποία σχεδιάστηκαν οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης, η συμμετοχή πεπειραμένου συντονιστή και η επιμέλεια στην ανάλυση των δεδομένων πιστεύεται ότι προσθέτουν αξιοπιστία στην ποιότητα της έρευνας.

Παρακάτω τεκμηριώνεται λεπτομερώς η επιλογή και ο τρόπος για την διαμόρφωση του εργαλείου έρευνας (φόρμα ερωτήσεων) και αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας. Ο έλεγχος αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, προκύπτει μεθοδολογικά, μέσα από την διαδικασία ελέγχου της φόρμας του ερωτηματολογίου που γίνεται σε δύο στάδια όπως διευκρινίζονται στη συνέχεια και επιγραμματικά είναι:

1. το στάδιο της διαμόρφωσης ερωτηματολογίου μερικώς τυποποιημένο (semi-structured)
2. το στάδιο του τελικού ποιοτικού ελέγχου.

3.3.1. Ποιοτική έρευνα

Σύμφωνα με το πλαίσιο κριτικής στα μεθοδολογικά εργαλεία των κοινωνικών επιστημών (Cutcliffe & McKenna, 1999) τα κυριότερα κριτήρια αξιοπιστίας της ποιοτικής έρευνας συνοψίζονται στα εξής (Πίνακας Θ):

1.Φερεγγυότητα (credibility): η κατοχύρωση ότι τα αποτελέσματα αντικατοπτρίζουν την οπτική των συμμετεχόντων.

2. **Μεταβιβασιμότητα** (*transferability*): η δυνατότητα και ο βαθμός που τα αποτελέσματα μπορούν να γενικευθούν ή να μεταφερθούν σε άλλα περιεχόμενα. Χρέος του ερευνητή είναι να περιγράψει λεπτομερώς το πλαίσιο της έρευνας, και είναι στην ευθύνη αυτού που θέλει να προσαρμόσει τα ευρήματα να κρίνει την δυνατότητα προσαρμογής.

3. **Προσαρμοστικότητα** (*dependability*): λαμβάνει υπόψη ότι οι συνθήκες που μελετά η έρευνα μπορεί να μεταβληθούν, σε αντίθεση με την ποσοτική έρευνα που βασίζεται στην εγκυρότητα που αποκτάται από την δυνατότητα επανάληψης της έρευνας. Στην ποιοτική έρευνα ο κάθε ερευνητής θεωρείται ότι μπορεί να εισάγει την προσωπική του αντίληψη στην έρευνα.

4. **Επικύρωση** (*confirmability*): το στάδιο της συσχέτισης με άλλους ερευνητές που είτε έχουν συμβατά ή σε αντιδιαστολή ευρήματα.

Πίνακας Θ.

Αντιδιαστολή περιγράμματος αξιοπιστίας ποσοτικών και ποιοτικών ερευνών.

ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ	ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ
Εσωτερική εγκυρότητα (internal validity)	Φερεγγυότητα (credibility)
Εξωτερική εγκυρότητα (external validity)	Μεταβιβασιμότητα (transferability)
Αξιοπιστία (reliability)	Προσαρμοστικότητα (dependability)
Αντικειμενικότητα (objectivity)	Επικύρωση (confirmability)

(Προσαρμογή από Trochim 2006²²)

Στην έρευνα των Caldwell et al (2005) όπου εξετάζονται διαφορετικές έρευνες κριτικής του πλαισίου της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας, συνοψίζονται τα κυριότερα σημεία τους (*Πίνακας Ι*).

²² Trochim M.K.: καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Cornell, College of Human Ecology στον Τομέα “Methodology and Evaluation Research”.

Πίνακας Ι.

Κοινά σημεία των ερευνών κριτικής του πλαισίου των ερευνών.

Ποσοτική	Ποιοτική
Σχεδιασμός Έρευνας	Φιλοσοφική Βάση
Ερευνητική Υπόθεση	Σχεδιασμός Έρευνας
Λειτουργικοί Ορισμοί	Αντιλήψεις
Πληθυσμός	Περιεχόμενο
Δείγμα	Δείγμα
Αξιοπιστία Συλλογής Δεδομένων	Έλεγχος Συλλογής Δεδομένων
Ανάλυση Δεδομένων	Αξιοπιστία/ Επιβεβαίωση Ανάλυσης Δεδομένων
Γενίκευση	Μεταβιβασιμότητα

(Προσαρμογή από Caldwell et al, 2005:49)

3.3.2. Η μέθοδος εστιασμένης συζήτησης (Focus Group)

Οι ποιοτικές μελέτες στηρίζονται είτε με ατομικές συνεντεύξεις (*one to one*), είτε με τη μέθοδο εστιασμένης συζήτησης (*focus groups*). Στην τελευταία χρησιμοποιούνται ειδικές και ομοιόμορφες ομάδες ατόμων οι οποίες θα βοηθήσουν στην διαμόρφωση απόψεων ή ερωτήσεων. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου εστιασμένης συζήτησης έναντι των συνεντεύξεων συνοψίζονται στα εξής:

1. Είναι οικονομικότερη μέθοδος καταγραφής απόψεων αφού εξετάζονται σε ομάδες και όχι ατομικά (Krueger 1994).
2. Παρέχουν πληροφορίες για την δυναμική των συμπεριφορών και των απόψεων στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης των ατόμων της ομάδας έναντι της στατικότητας της μεθόδου των συνεντεύξεων (Morgan 1988).
3. Ενθαρρύνεται ο αυθορμητισμός στην έκφραση των απόψεων (Butler 1996).
4. Οι συμμετέχοντες εκφράζονται πιο ελεύθερα καθώς δεν υποχρεώνονται να εκφέρουν άποψη για όλα τα ζητήματα (Vaughn et al, 1996).
5. Το πνεύμα της ομαδικότητας και της συνεργασίας ενθαρρύνει την ατομική έκφραση (Goldman 1962· Peters 1993).

Για τους παραπάνω λόγους επιλέχθηκε ο σχεδιασμός της έρευνας με βάση τη μέθοδο εστιασμένης συζήτησης καθώς θεωρείται ότι εξυπηρετεί καλύτερα τη διαμόρφωση ενός εργαλείου που ενέχει όλες τις οπτικές και τα ζητήματα που απασχολούν τον

πληθυσμό σχετικά με την φυσικοθεραπεία. Αυτή η δυναμική της μεθόδου εξασφαλίζεται από τον απρογραμμάτιστο και ευέλικτο τρόπο με τον οποίο μπορεί να εξελιχθούν οι συζητήσεις (Krueger, 1994:11) βάση των οποίων θα προκύψει η φόρμα ερωτήσεων.

Η μορφή αυτή της ποιοτικής έρευνας είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στον τομέα της Υγείας (Murphy et al, 1992· Sim 1998· Kitzinger 1999· Tallon et al, 2000· Mortimer et al, 2004) των Κοινωνικών Επιστημών γιατί εξυπηρετεί την έρευνα πολύπλοκων θεμάτων που περιπλέκουν πολλά επίπεδα εμπειριών και συναισθημάτων (Morgan 1997). Εξασφαλίζει μεγάλη διεισδυτική δεινότητα πάνω στα θέματα, με αποτέλεσμα να παρέχονται αναλυτικές και σε βάθος εξηγήσεις των λόγων που καθορίζουν την άποψη των συμμετεχόντων. Ωστόσο, χρησιμοποιείται ευρύτατα σε έρευνες που σχετίζονται με το αντικείμενο της φυσικοθεραπείας (McComas & Craswell, 1994· Borkan et al, 1995· Sim & Snell, 1996· Chiarelli & Cockburn, 1999· Cote et al, 2001· Ong & Hooper, 2003· McIntosh & Shaw, 2003· Breen et al, 2004· Billis et al, 2007).

Συγκεκριμένα, μια ομάδα ανθρώπων καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις για τις αντιλήψεις, τις απόψεις τους, τις πεποιθήσεις και τις στάσεις προς ένα προϊόν, μια υπηρεσία, αντίληψη, διαφήμιση, ιδέα. Οι ερωτήσεις τίθενται στα πλαίσια του διαδραστικού περιβάλλοντος της ομάδας, όπου οι συμμετέχοντες είναι ελεύθεροι να μιλήσουν με τα άλλα μέλη. Στα πλαίσια της ομάδας οι ενήλικες που συμμετέχουν αποδεικνύεται ότι σχηματοποιούν την άποψή τους πιο άμεσα σε σύγκριση με την διαδικασία των ατομικών συνεντεύξεων (Krueger 1994) κάτι που αποδεικνύει πως δεν γνωρίζουν απόλυτα, αυτόματα και αυτόνομα πώς αισθάνονται για ένα θέμα, δεδομένο που αποτελεί τη βάση άλλων μεθόδων ερευνών (συνέντευξη). Στόχος είναι να διερευνηθούν οι αντιδράσεις και τα συναισθήματά τους πάνω σε συγκεκριμένα θέματα (Vaughn et al, 1996).

3.3.3. Σχεδιασμός ομάδων εστίασης

Βασική αρχή για τον σχεδιασμό των ομάδων συζήτησης είναι:

- η ομοιογένεια κάποιου είδους των μελών που συμμετέχουν
- να μη γνωρίζονται μεταξύ τους (Sim 1998).

Η ηθική οριοθέτηση έγινε βάσει των αντίστοιχων ηθικών περιορισμών της μεθόδου εστιασμένης συζήτησης σε αντιστοιχία με την μέθοδο (Krueger 1994· Vaughn et al,

1996· Morgan 1997). Έτσι, επιλέχθηκε δείγμα με τρόπο ώστε να μην περιλαμβάνονται άτομα που μπορεί να αισθάνονται κοινωνικά περιθωριοποιημένα (ειδικές ομάδες), γεγονός που θα προσέδιδε πολύ εξειδικευμένα δεδομένα στην έρευνα (μικρό εύρος). Επιπλέον, οι συνθήκες των συνεντεύξεων κατά την διάρκεια των ομάδων εστιασμένης συζήτησης επιλέχθηκαν έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα οι συμμετέχοντες να αισθανθούν άβολα και αυτό να τους αποτρέψει από την ελεύθερη έκφραση της άποψής τους. Τέλος, για την εξασφάλιση των συμμετεχόντων έγιναν σαφείς στους ίδιους οι όροι πλήρους ανωνυμίας και μη χρήσης αναγνωρίσιμων στοιχείων κατά την διάρκεια της καταγραφής των συζητήσεων και της περαιτέρω ανάλυσης.

Οι ομάδες εστίασης που οργανώθηκαν για τους σκοπούς αυτής της έρευνας ήταν δύο.

➤ **Focus Group (φυσικοθεραπευτές)**

Η πρώτη αποτελούνταν από τον συντονιστή (moderator), τον βοηθό συντονιστή και πέντε επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές διαφορετικού φύλου (τρεις άντρες και δύο γυναίκες) με μεγάλη ακαδημαϊκή αλλά και κλινική εμπειρία και ενασχόληση στο επάγγελμα από 5- 15 έτη για να εξασφαλίζεται το διαφορετικό επίπεδο προϋπηρεσίας και η αντιμετώπιση μεγαλύτερης γκάμας περιστατικών, απλών και σύνθετων. Οι επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές, εξαιτίας της μεγάλης κλινικής τους εμπειρίας και της ενασχόληση τους με ασθενείς διαβαθμισμένης δυσκολίας αλλά και με προοδευτικά αυξανόμενη υπευθυνότητα με την πάροδο των ετών, έχουν συμπυκνωμένη άποψη για το πώς αντιλαμβάνονται οι ασθενείς την φυσικοθεραπεία. Συνεπώς, μέσα από τη συζήτηση μπορούν να μεταφέρουν εύστοχες παρατηρήσεις που θα ληφθούν υπ' όψιν στη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου. Η επιλογή της δημιουργίας ομάδας συζήτησης από επαγγελματίες τεκμηριώνεται και βιβλιογραφικά για την χρησιμότητά της στον προσδιορισμό των παραγόντων, των κριτηρίων και των υποενοτήτων που αφορούν το αντικείμενο συζήτησης (Sim & Snell, 1996· Spritzer 1987· Espeland & Baerheim, 2003).

➤ **Focus Group (πληθυσμός)**

Η δεύτερη ομάδα συζήτησης αποτελούνταν από τον συντονιστή, τον βοηθό συντονιστή και τρία άτομα από τον γενικό πληθυσμό (δύο άντρες και μία γυναίκα) οι οποίοι δεν είχαν προσωπική εμπειρία φυσικοθεραπείας. Επιλέχθηκαν έτσι, ώστε αυτή

η έλλειψη εμπειρίας να αποτελεί το συνδετικό στοιχείο που προσδίδει ομοιομορφία στην ομάδα, και τελικά να προκύψουν ευρύτερα ερωτήματα. Ένας ακόμα λόγος επιλογής ατόμων χωρίς προσωπική εμπειρία ήταν, ότι εσκεμμένα έπρεπε να αποφευχθούν αναφορές για το αντικείμενο της φυσικοθεραπείας οι οποίες θα είχαν δεχθεί επιρροές (θετικές ή αρνητικές ως προς τον ορισμό της) από πρότερη εμπειρία και ενδεχομένως συσχέτιζαν αυτή με πράξεις ή μέρος πράξεων. Ουσιαστικά, αποτελούσε σκεπτικό αυτής της μελέτης η επικρατούσα ανεπηρέαστη από προσωπικές εμπειρίες άποψη του γενικού πληθυσμού έτσι ώστε να αναχθούν γενικότερα συμπεράσματα για το τι γνωρίζει και τι όχι, αλλά και για το τι θα ήθελε να γνωρίζει σε σχέση με το αντικείμενο της φυσικοθεραπείας. Κατ' αυτήν την έννοια η διαμόρφωση του ερωτηματολογίου θα ήταν πιο «κοντά» και κατ' επέκταση πιο αντικειμενικό στον προσανατολισμό του.

3.3.3.1. Διεξαγωγή των focus group

Η συζήτηση διεξήχθη στον επαγγελματικό χώρο του ερευνητή η οποία ηχογραφήθηκε στο σύνολό της προκειμένου να είναι διαθέσιμη για την ανάκληση των πληροφοριών. Επισημαίνεται ότι στην αρχή και των δύο ομάδων των εστιασμένων συζητήσεων παρών ήταν και ο ερευνητής-αναλυτής της εργασίας ο οποίος μετά από μια σύντομη γενική εισαγωγή στο θέμα αποχώρησε. Τον έλεγχο της συζήτησης ανέλαβε ο συντονιστής ο οποίος ήταν παρών καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης, ενώ ο ρόλος του βοηθού συντονιστή ήταν να κρατά σημειώσεις για όσα συζητούνταν αλλά και για τον τρόπο συμπεριφοράς των μελών της ομάδας πέραν της εκφοράς του λόγου. Οι συζητήσεις είχαν διάρκεια τριών ωρών ανά ομάδα. Σύνολο δηλ. έξι ώρες και για τις δύο ομάδες. Συγκεκριμένα:

➤ Focus Group επαγγελματιών φυσικοθεραπευτών

Κατά τη διάρκεια της συζήτησης με την ομάδα εστιασμένης συζήτησης των επαγγελματιών φυσικοθεραπευτών και αφού αποχώρησε ο ερευνητής-αναλυτής, ο συντονιστής έκανε εισαγωγή στο στόχο της εργασίας, που δεν ήταν άλλος πέραν της δημιουργίας ερωτηματολογίου, με τα κυριότερα κατά την γνώμη του ερωτήματα που θα απασχολούσαν τον γενικό πληθυσμό. Έδωσε επίσης τον τόνο της συζήτησης έτσι ώστε να δημιουργηθεί χαλαρό κλίμα που να ευνοεί τις ανοιχτές απόψεις. Παρότρυνε και ενθάρρυνε την ανάπτυξη της συζήτησης μέσω ερωτημάτων που θα μπορούσαν να απασχολούν, σε γενικότερο όμως πλαίσιο και όχι προκαθορίζοντας ερωτήσεις.

Η απόκριση των φυσικοθεραπευτών ήταν άμεση, «ζωντανή» και καθοριστική στη διαμόρφωση θεματικών ενοτήτων αλλά και επιμέρους ερωτήσεων, μιας και η καθημερινή τους ενασχόληση με ασθενείς μεταφέρει έμμεσα τις θεωρήσεις των τελευταίων για το τι είναι ο φυσικοθεραπευτής (γιατρός, μασέρ κλπ.) και το πώς το αντικείμενο της φυσικοθεραπείας προσδιορίζεται γενικότερα απ' αυτούς. Τέθηκαν κατ' αυτήν την έννοια ουσιαστικές ερωτήσεις, στις οποίες έπρεπε να στοχεύει το ερωτηματολόγιο, ενώ ταυτόχρονα, με κοινή παραδοχή, ετέθησαν ως άκρως απαραίτητες προκειμένου να συμπεριληφθούν στο ερωτηματολόγιο. Ο διάλογος ήταν εποικοδομητικός καθότι αναδύθηκαν παράλληλα ερωτήματα τα οποία δεν άπτονται της συγκεκριμένης έρευνας αλλά ωστόσο προκάλεσαν το ενδιαφέρον ανάδειξης άλλων ερευνητικών ερωτημάτων τα οποία θα μπορούσαν να διερευνηθούν στο μέλλον.

➤ **Focus Group γενικού πληθυσμού**

Η ομάδα εστίασης από τον γενικό πληθυσμό, κάτω από τους ίδιους όρους συζήτησης και αφού πάλι αποχώρησε ο ερευνητής-αναλυτής, κλήθηκε να εστιάσει στο ερώτημα: «τί θα θέλατε να γνωρίζετε για τη φυσικοθεραπεία προκειμένου να διαμορφώσετε άποψη»;

Οι απόψεις του γενικού πληθυσμού έθεσαν τη βάση προκειμένου να συμπεριληφθούν στο ερωτηματολόγιο και άλλες ερωτήσεις οι οποίες απασχολούν το γενικό πληθυσμό και έχουν να κάνουν με το κόστος της φυσικοθεραπείας, την κάλυψη από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς κλπ. Ζητήματα δηλαδή που φαίνεται να τους απασχολούν περισσότερο π.χ. από την επιστημονικότητα ή όχι του φυσικοθεραπευτή και τα οποία άπτονται των καθημερινών τους αναγκών. Βέβαια, θα πρέπει να επισημανθεί ιδιαίτερα το γεγονός, ότι θέματα τα οποία είχαν αναδειχθεί από το προηγούμενο group επανήλθαν όχι πια ως έμμεση παρατήρηση ή μεταφορά συμπεριφορών και απόψεων, αλλά ως άμεσες υποδείξεις που επιβεβαίωναν από τη μια την εγκυρότητα των παρατηρήσεων του πρώτου group αλλά ταυτόχρονα καθιστούσαν επιβεβλημένη και τη συμπερίληψή τους στο ερωτηματολόγιο. Η μη πρότερη προσωπική τους γνώση για τη φυσικοθεραπεία είτε ελλείψει πληροφοριών, είτε ελλείψει εμπειρίας κατέστησε τους προβληματισμούς τους και τα ερωτήματά τους κρίσιμα και ταυτόχρονα καίρια προκειμένου να συμπεριληφθούν στο σχεδιασμό του ερωτηματολογίου ύστερα από την εκτεταμένη αξιολόγησή τους τόσο από τον

ερευνητή όσο και από το συντονιστή όπως αναλυτικότερα περιγράφεται στις επόμενες ενότητες.

Τέλος, θα πρέπει να καταστεί σαφές ότι ολόκληρη η συζήτηση και με τις δυο ομάδες διεξήχθη, σε κλίμα ιδιαίτερα φιλικό, ομαλά.

3.3.4. Ανάλυση Δεδομένων Focus Group

Η ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τις ομάδες συζήτησης ακολούθησαν τις κατευθυντήριες των Krueger (1994) και Vaughn (1996) που έχουν δώσει αναλυτικές περιγραφές της συστηματικής ανάλυσης των δεδομένων. Σύμφωνα με τον Vaughn προτείνονται πέντε αυτά στάδια ποιοτικής ανάλυσης για κάθε focus group (Vaughn, 1996:105-112): (1) η ταυτοποίηση των κεντρικών ιδεών (2) η ενοποίηση (3) η κατηγοριοποίηση ενοτήτων (4) οι αντικρουόμενες ενότητες (5) η σύνοψη σε μεγάλες θεματικές ενότητες.

1) Στάδιο ταυτοποίησης κεντρικών ιδεών. Η ανάλυση των δεδομένων της παρούσας εργασίας ξεκίνησε αμέσως μετά τις συναντήσεις των συζητήσεων, όταν ο συντονιστής και ο βοηθός συντονιστή συζήτησαν για τις συνεδρίες και εξέτασαν ανεξάρτητα ο καθένας τις σημειώσεις τους καθώς και την μαγνητοσκοπημένη συζήτηση, ώστε να επισημανθούν και να αναδυθούν οι κεντρικές ιδέες κάθε focus group. Μετά την εξέτάσή τους προέκυψαν οι κεντρικές ιδέες, που ήταν σημαντικές στην εστίαση της περαιτέρω ανάλυσης και στο να εξασφαλιστεί ότι δεν θα παραλείπονταν στο επόμενο στάδιο της διαδικασίας συντόμευσης (Krueger 1994).

Η ανάλυση συνεχίστηκε με την απομαγνητοφώνηση των συζητήσεων, και την επαναλαμβανόμενη ανάγνωση του κειμένου. Σε αυτό το στάδιο εντοπίστηκαν νοηματικές ενότητες.

2) Στάδιο ενοποίησης. Καταγράφηκε ολόκληρη η συζήτηση και συμφωνήθηκε από τους δύο αναλυτές μια κοινή και ενιαία σύνθεση.

3) Στάδιο κατηγοριοποίησης ενοτήτων. Στο επόμενο στάδιο κατηγοριοποιήθηκαν οι ενότητες. Όταν προέκυψαν όλες οι κατηγορίες, οργανώθηκε νέα συνάντηση με έναν εκ των συμμετεχόντων από κάθε ομάδα για να επιβεβαιώσει τις κατηγορίες. Οι κατηγορίες εξετάστηκαν επίσης, από τον συντονιστή.

4) Στάδιο αντικρουόμενων ενοτήτων. Δεν υπήρξαν ιδιαίτερα αντικρουόμενες απόψεις και δεν χρειάστηκε η συμβολή τρίτου, ουδέτερου αναλυτή για να λύσει την ενδεχόμενη διαφωνία.

5) Στάδιο σύνοψης. Στο τελευταίο στάδιο, οι μεγάλες θεματικές ενότητες προέκυψαν από όλα τα στοιχεία: απομαγνητοφώνηση, χειρόγραφες σημειώσεις και εντυπώσεις από την συμμετοχή. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην γλώσσα του σώματος των συμμετεχόντων, την συχνότητα και την ένταση των σχολίων και την σαφήνιά τους.

3.3.4.1. Σχεδιασμός του περιεχομένου του ερωτηματολογίου

Το πλάνο της συζήτησης μεταξύ επαγγελματιών έδωσε μεγάλο εύρος ζητημάτων όπως:

- η αυτονομία του αντικειμένου (*«Εγώ θα ρωτούσα αν μπορούν να διαχωρίσουν το ποιος είναι ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή με αυτόν του γιατρού»*)
- οι ειδικότητες (*«Θα ρωτούσα για τα αντικείμενα που ασχολείται ένας φυσικοθεραπευτής. /Σε ποια προβλήματα μπορεί να βοηθήσει πιστεύετε η φυσικοθεραπεία;»*)
- η εξειδίκευση (*«Πόσο πιστεύουν ότι παίζει ρόλο η εξειδίκευση;»*)
- η διαδικασία (*«Από ποιον παίρνει την κατεύθυνση, πώς αποφασίζει. Και αν σε αυτήν την απόφαση θα έπαιζε ρόλο η άποψη του γιατρού. Δηλαδή κατά πόσον η άποψη του γιατρού που σου λέει να πας να κάνεις φυσικοθεραπεία.»*), την ενημέρωση (*«..θα μπορούσαμε να ρωτήσουμε και τον τρόπο που έχουν ενημερωθεί και τους κάνει να λένε ναι ή όχι στο αν βοηθάει η φυσικοθεραπεία»*)
- η προσωπική εμπειρία (*«Έχετε κάνει φυσικοθεραπεία; Έχετε πάει σε φυσικοθεραπευτήριο;»*)

Από την ομάδα του γενικού πληθυσμού προέκυψαν επίσης ενδιαφέροντα θέματα, που κυρίως αφορούσαν:

- την διαδικασία (*«Οι φυσικοθεραπείες έχουν σύντομο χρονικό διάστημα;/ Αν συνεργάζεται κάποιος φυσικοθεραπευτής με ασφαλιστικό ταμείο, ασφαλιστικούς φορείς κτλ. ή μπορεί με τις φυσικοθεραπείες να έχει χαμηλότερο κόστος σε σχέση με κάποια άλλη θεραπεία π.χ. γυμναστική, φάρμακα;»*)

- τις ειδικότητες (*«Αν είναι παραπληγικό άτομο, βοηθάει η φυσικοθεραπεία;»*), το επάγγελμα (*«Πόσο χρόνο χρειάζονται για να αποκτήσουν εμπειρία για να πάρουν την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος;»*)
- την αποτελεσματικότητα της φυσικοθεραπείας (*«Η φυσικοθεραπεία μας δίνει πλήρη αποτελέσματα; /Χειρότερα μπορεί να μας κάνει;»*)

Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου από τη σύνοψη των ενοτήτων και των δύο focus group ανέδειξε τις παρακάτω ενότητες περιεχομένου:

- ειδικότητες φυσικοθεραπείας
- παθήσεις ασθενών με φυσικοθεραπεία
- πηγές προσέλευσης ασθενών στη φυσικοθεραπεία
- ηλικίες που χρειάζονται φυσικοθεραπεία ως πρόληψη
- ποιός εκτελεί φυσικοθεραπευτική πράξη;
- πού γίνεται η φυσικοθεραπεία;
- θέματα ασφάλισης και αποπληρωμής
- χαρακτηριστικά του επαγγελματία
- διαδικασία παραπομπής και αυτόνομη συμπεριφορά
- μέθοδοι της φυσικοθεραπείας
- χρησιμότητα φυσικοθεραπείας
- επίπεδο εκπαίδευσης
- υπευθυνότητα

Πάνω σε αυτές τις θεματικές κατηγορίες διαμορφώθηκαν πιθανές ερωτήσεις και πιθανές απαντήσεις. Υπήρξαν διαδοχικές διορθώσεις και επανεκτιμήσεις της μορφής των ερωτήσεων και της μορφής των απαντήσεων (back & forth) με διαδοχικές επανατοποθετήσεις και αξιολόγηση: α. της συνεκτικότητας των κατηγοριών β. της σαφήνειας στη διατύπωση των ερωτημάτων και γ. της καταλληλότητας των απαντήσεων.

3.3.4.2. Διαμόρφωση ερωτηματολογίου μερικώς τυποποιημένο (semi-structured).

Η ημι-τελική έκδοση του ερωτηματολογίου έγινε σε συνεργασία με έναν ακόμα επαγγελματία φυσικοθεραπευτή με 15ετή κλινική εμπειρία, ακαδημαϊκή επάρκεια και ταυτόχρονα 10ετή προϋπηρεσία στην 3βάθμια εκπαίδευση. Η επιλογή semi structured

κρίθηκε η καταλληλότερη σ' αυτή τη φάση προκειμένου να είναι εφικτή κάποιας μορφής ποσοτικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων. Η ημι-τελική διαμόρφωση περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο με τρεις βασικούς άξονες (τομείς) στους οποίους εντάχθηκαν οι θεματικές κατηγορίες του περιεχομένου από το προηγούμενο στάδιο ως εξής:

1. **Πρώτος Άξονας** (Τομέας Α): «Τι είναι η φυσικοθεραπεία;». Περιλαμβάνει ερωτήσεις για τους τομείς που περιλαμβάνει, την αυτονομία από το ιατρικό αντικείμενο, τα μέσα εφαρμογής, τον τρόπο εκπαίδευσης του φυσικοθεραπευτή, τις ειδικότητες του φυσικοθεραπευτή (*Πίνακας Κ*).
2. **Δεύτερος Άξονας** (Τομέας Β): «Ποια είναι η διαδικασία μέσω της οποίας πηγαίνει κάποιος για φυσικοθεραπεία;». Περιλαμβάνει ερωτήσεις για την διαδικασία επίσκεψης και παραπομπής, την διαδικασία συνεδριών, την εμπειρία από φυσικοθεραπεία (από το πρώτο focus group) και την προσβασιμότητα/ σύνδεση με τόπο κατοικίας (*Πίνακας Λ*).
3. **Τρίτος Άξονας** (Τομέας Γ): «Ποια είναι η χρησιμότητα της φυσικοθεραπείας;». Περιλαμβάνει ερωτήσεις για τις παθήσεις που εξυπηρετεί και δεν εξυπηρετεί, τον προληπτικό χαρακτήρα, τον βαθμό ικανοποίησης και χρησιμότητας (*Πίνακας Μ*).

Πίνακας Κ.

Άξονας 1^{ος} : Τι είναι η φυσικοθεραπεία; (Ημιτελική Έκδοση Ερωτηματολογίου)

ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΓΑΛΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ)	ΠΙΘΑΝΗ ΕΡΩΤΗΣΗ
Οριοθέτηση επιστημονικού πλαισίου: αποτελεί επιστήμη ή πρακτική;	Τι είναι για εσάς η Φυσικοθεραπεία?
	1. Πιστεύετε ότι η Φυσικοθεραπεία ανήκει στο πεδίο των επιστημών? 2. Πιστεύετε ότι έχει να κάνει με εξ' ολοκλήρου πρακτική εκπαίδευση?
Τομείς που περιλαμβάνει.	1. Γνωρίζετε ειδικότερους τομείς και αντικείμενα της Φυσικοθεραπείας;
Ποιος την εφαρμόζει;	1. Γνωρίζετε ποιος είναι ο ειδικός επαγγελματίας που ασκεί

	την Φυσικοθεραπεία; 2. Γνωρίζετε αν κάποιος άλλος επαγγελματίας υγείας (πέραν του φυσικοθεραπευτή) μπορεί να ασκήσει το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή;
Τρόποι εξάσκησης επαγγέλματος.	Γνωρίζετε που ασκεί το επάγγελμά του ο φυσικοθεραπευτής; (π.χ. νοσοκομείο κτλ.). Αναφέρατε παρακαλώ.
Διαχωρισμός από άλλους επιμέρους κλάδους και το ιατρικό αντικείμενο.	Το έργο του φυσικοθεραπευτή, κατά την γνώμη σας ταυτίζεται με το έργο: A) του γυμναστή B) του γιατρού Γ) του μασέρ Δ) του ειδικού κινησιοθεραπευτή E) του εργοθεραπευτή ΣΤ) του προσωπικού εκπαιδευτή (personal trainer) Z) άλλου επαγγελματία υγείας H) δεν σχετίζεται με κανένος το έργο Θ) δεν γνωρίζω
Αποτελεί αποκλειστικά φυσική μέθοδο; Συνδυασμός με φαρμακευτική αγωγή ή όχι;	Γνωρίζετε αν η Φυσικοθεραπεία αποτελεί: A) αποκλειστικά μέθοδο αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας με φυσικά μέσα. (N/O) B) μπορεί να συνδυαστεί με ταυτόχρονη φαρμακευτική αγωγή (N/O)
Μέσα φυσικοθεραπείας.	Γνωρίζετε αν η φυσικοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει και τεχνικά μέσα; (N/O)
(ΕΝΟΤΗΤΑ: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ)	
Τρόπος εκπαίδευσης φυσικοθεραπευτή	Ποια πιστεύετε ότι είναι η βασική εκπαίδευση του φυσικοθεραπευτή; A) σε Πανεπιστήμιο B) σε TEI Γ) σε IEK Δ) σε ιδιωτική σχολή E) δεν γνωρίζω
Βαθμός εξειδίκευσης φυσικοθεραπευτή και είδος (θεωρητική ή κλινική εξειδίκευση)	1. Γνωρίζετε εάν υπάρχουν ειδικότητες φυσικοθεραπευτών; 2. Ποια από της παρακάτω εξειδικεύσεις θα μπορούσε να έχει ένας φυσικοθεραπευτής; A) Κινησιοθεραπευτής B) Μασέρ Γ) Ηλεκτροθεραπευτής Δ) Βελονιστής E) Γυναικολογικών Παθήσεων E) Άλλο 3. Θεωρείτε ότι η εξειδίκευση αποκτάται από την επαγγελματική εμπειρία (κλινική εξειδίκευση) ή μπορεί να αποτελεί ταυτόχρονα και θεωρητική εξειδίκευση; 4. Με ποια περιστατικά ασχολείται ένας φυσικοθεραπευτής; A) Ορθοπεδικά; B) Νευρολογικά; Γ) Παιδιατρικά Δ) Αναπνευστικά; E) Γυναικολογικά; ΣΤ) Άλλο.....

Τρόποι πιστοποίησης εξειδίκευσης	Ποιοι από τους παρακάτω πιστεύετε ότι είναι οι τρόποι πιστοποίησης της εξειδίκευσης του φυσικοθεραπευτή; Α) Μεταπτυχιακές σπουδές Β) Προϋπηρεσία Γ) Συμμετοχή σε μετεκπαιδευτικά μαθήματα (σεμινάρια)
(ΕΝΟΤΗΤΑ: ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΤΗΣ Φ/Θ)	
Ευρύτητα άσκησης φυσικοθεραπείας στο νοσοκομείο ή σε κέντρο αποκατάστασης	Για να κάνει κανείς Φυσικοθεραπεία απευθύνεται σε τι είδους κέντρο/φορέα: 1. 2. 3. 4. 5.
Βαθμός γνώσης φυσικοθεραπείας από γιατρό	1. Θεωρείτε ότι ένας γιατρός κατέχει γνώσεις Φυσικοθεραπείας: Α) Σε βαθμό ώστε να επιβλέπει την πρόοδο της θεραπείας. Β) Σε βαθμό ώστε να συστήσει την κατάλληλη θεραπεία. Δ) Δεν κατέχει γνώσεις Φυσικοθεραπείας. 2. Πιστεύετε ότι ο γιατρός μπορεί να εκτελέσει ο ίδιος την Φυσικοθεραπεία;

Πίνακας Λ.

Άξονας 2^{ος} : Διαδικασία Φυσικοθεραπείας (Ημιτελική Έκδοση Ερωτηματολογίου)

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ (ΜΕΓΑΛΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ)	ΠΙΘΑΝΗ ΕΡΩΤΗΣΗ
Παραπομπή από γιατρό;	Ποια είναι η διαδικασία με την οποία κάποιος απευθύνεται σε έναν φυσικοθεραπευτή; Α) Μέσω του γιατρού που τον παραπέμπει. Β) Μέσω προσωπικής πρωτοβουλίας. Γ) Σύσταση από κάποιον που έχει κάνει ο ίδιος φυσικοθεραπεία.
Ταυτόχρονη παρακολούθηση από γιατρό ή ανεξαρτήτως.	1. Σε περίπτωση που κάνατε Φυσικοθεραπεία θεωρείτε απαραίτητη την ταυτόχρονη παρακολούθησή σας από γιατρό; Σε περίπτωση που ο φυσικοθεραπευτής σας πρότεινε επιπλέον θεραπεία πέραν του παραπεμπτικού του γιατρού: Α) Θα ακολουθούσατε την συμβουλή του φυσικοθεραπευτή. Β) Θα συμβουλευόσασταν σχετικά τον γιατρό σας.
Κάλυψη από ασφαλιστικό ταμείο ή όχι.	1. Θεωρείτε ότι τα έξοδα για την Φυσικοθεραπεία: Α) Καλύπτονται πλήρως από το ασφαλιστικό ταμείο. Β) Καλύπτονται μερικώς από το ασφαλιστικό ταμείο. Γ) Δεν καλύπτονται από το ασφαλιστικό ταμείο. 2. Σε τι βαθμό η κάλυψη των εξόδων από το ασφαλιστικό σας ταμείο θα επηρέαζε την απόφασή σας να κάνετε φυσικοθεραπεία; Α) Δεν θα έκανα φυσικοθεραπεία αν δεν υπήρχε κάλυψη των εξόδων. Β) Θα έκανα φυσικοθεραπεία ακόμη κι αν δεν υπήρχε κάλυψη των εξόδων. Γ) Θα έκανα ανεξαρτήτως της κάλυψης των εξόδων μόνο σε

	περίπτωση άμεση ανάγκης. Δ) Θα δοκίμαζα μια εναλλακτική με λιγότερο κόστος (π.χ. γυμναστική, μασάζ).
Ποσοστό συμμετοχής.	Ποιο θα θεωρούσατε ένα εύλογο ποσοστό συμμετοχής στο κόστος μιας θεραπείας;
Πόσο κοστίζει μια μέση θεραπεία;	Πόσο είναι το κόστος μιας φυσικοθεραπείας;
(ΕΝΟΤΗΤΑ: ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ Φ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ)	
Ποια η πιθανή συχνότητα και ποσότητα των θεραπειών;	1. Ποιος θα ήταν για εσάς ο καθοριστικός παράγοντας ρύθμισης της συχνότητας και της ποσότητας των θεραπειών: Α) Το είδος του προβλήματος και η αντιμετώπισή του. Β) Το κόστος της θεραπείας. Γ) Το ποσοστό κάλυψης από το ασφαλιστικό ταμείο. Δ) Το προτεινόμενο επιστημονικό πρωτόκολλο. Ε) Η γνώμη του φυσικοθεραπευτή. ΣΤ) Η γνώμη του ιατρού. 2. Ποια θεωρείτε μια πιθανή ποσότητα θεραπειών: Α) 10 θεραπείες Β) 20 θεραπείες Γ) Άλλη..... 3. Ποια θεωρείτε μια πιθανή συχνότητα θεραπειών: Α) Κάθε μέρα Β) Κάθε δεύτερη μέρα Γ) 2-3 φορές την εβδομάδα Δ) Κάθε εβδομάδα Ε) Άλλη.....
Ποια η χρονική διάρκεια;	Ποια θεωρείτε μια μέση χρονική διάρκεια θεραπείας: Α) 30 λεπτά Β) 45 λεπτά Γ) 1 ώρα Δ) Άλλη.....
Πότε αποφασίζετε να τελειώσετε τις θεραπείες;	Θα αποφασίζετε να τελειώσετε τις θεραπείες: Α) Όταν έχει αντιμετωπιστεί πλήρως το πρόβλημα υγείας. Β) Όταν άψει να καλύπτεται το κόστος από το ασφαλιστικό σας ταμείο. Γ) Όταν θα σας το προτείνει ο γιατρός σας. Δ) Όταν θα σας το προτείνει ο φυσικοθεραπευτής σας. Ε) άλλο.....
Πόσο εμπιστεύεστε την άποψη του φυσικοθεραπευτή;	Κατά την διάρκεια της φυσικοθεραπείας θα θεωρούσατε την άποψη του φυσικοθεραπευτή για την εξέλιξή της: Α) καθοριστική Β) σεβαστή αλλά σε συνδυασμό με την άποψη του γιατρού Γ) αδιάφορη
(ΕΝΟΤΗΤΑ: ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ Φ/Θ-Φ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ)	
	1. Βάλτε σε σειρά προτεραιότητας τα παρακάτω κριτήρια επιλογής φυσικοθεραπευτικού κέντρου: Α) Επαγγελματική αρτιότητα προσωπικού. Β) Επάρκεια τεχνικών μέσων.

Διαφοροποίηση μέσων ανάλογα με την κλίμακα του κέντρου	Γ) Εξειδίκευση προσωπικού και τεχνικών μέσων. Δ) Κλίμακα του φυσικοθεραπευτικού κέντρου. Ε) Συνδυασμός με άλλες παροχές υγείας. ΣΤ) Κόστος (οικονομικότερο). Ζ) Ευκολία πρόσβασης (π.χ. πιο κοντά στο σπίτι, εύκολο parking, συγκοινωνία κτλ.) 2. Στην επιλογή κλίμακας φυσικοθεραπευτικού κέντρου κριτήριο θα ήταν: Α) Η ποικιλία παροχών και η επάρκειά τους. Β) Η προσωπική επαφή με τον επαγγελματία υγείας. Γ) Ο συνδυασμός επάρκειας και προσωπικής επαφής.
(ΕΝΟΤΗΤΑ: ΣΥΝΔΕΣΗ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΤΟΠΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΜΕΣΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ)	
Γνωρίζετε συγκεκριμένα φυσικοθεραπευτικά κέντρα στον χώρο που κινείστε;	Γνωρίζετε συγκεκριμένα φυσικοθεραπευτικά κέντρα στον τόπο που ζείτε;
Γνωρίζετε επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές;	Γνωρίζετε επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές;
Ενημέρωση από σχετικό διαφημιστικό υλικό	Έχετε ενημερωθεί ποτέ σχετικά με παροχές φυσικοθεραπείας από διαφημιστικό ή άλλο υλικό;
(ΕΝΟΤΗΤΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΠΟ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ)	
Αν έχει προσωπική εμπειρία	Έχετε κάνει φυσικοθεραπεία;
Διευκρινιστικές ερωτήσεις για το πού (τόπος εφαρμογής- νοσοκομείο, ιδιωτική κλινική), πότε, για πόσο, μέσω ποιού;	Πότε και για πόσο διάστημα; Σε δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα; Μέσω ποιας διαδικασίας; Α) Παραπομπή γιατρού Β) Προσωπική πρωτοβουλία Γ) Σύσταση τρίτου
Το πρωτόκολλο αποκατάστασης προσδιορίζεται από το γιατρό ή τον φυσικοθεραπευτή;	Θεωρείτε ότι το πρωτόκολλο αποκατάστασης προσδιορίζεται από τον γιατρό ή τον φυσικοθεραπευτή;
Τον βαθμό ικανοποίησης από το πρωτόκολλο αποκατάστασης. Άποψη πάνω στην δυνατότητα προσαρμογής	Είσαστε ικανοποιημένος από το πρωτόκολλο αποκατάστασης που εφαρμόστηκε στην περίπτωση σας; Θεωρείτε ότι θα πρέπει να είναι αυστηρή η εφαρμογή του ή θα πρέπει να προσαρμόζετε ανάλογα με την περίπτωση;

Πίνακας Μ.

Άξονας 3^{ος}: Χρησιμότητα Φυσικοθεραπείας (Ημιτελική Έκδοση Ερωτηματολογίου)

ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ (ΜΕΓΑΛΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ)	ΠΙΘΑΝΗ ΕΡΩΤΗΣΗ
Ποιες παθήσεις εξυπηρετεί; Ποια προβλήματα αντιμετωπίζονται;	Γνωρίζετε ποιες είναι οι πιο συχνές παθήσεις που αντιμετωπίζονται μέσω της φυσικοθεραπείας; Ονομάστε κάποιες.

	
Μετά από ποιους τραυματισμούς ενδείκνυται;	Μπορείτε να σκεφτείτε σε τι είδους τραυματισμών ενδείκνυται; Α) Β) Γ) Δ)
Πότε αντενδείκνυται;	Γνωρίζετε περιπτώσεις τραυματισμών για τους οποίους αντενδείκνυται;
Αφορά όλα τα μέρη του σώματος;	Ποια μέρη του σώματος θεωρείτε ότι αφορά κυρίως;
Ύπαρξη προληπτικής φυσικοθεραπευτικής πρακτικής.	Γνωρίζετε αν έχει προληπτικό χαρακτήρα η φυσικοθεραπεία;
Βαθμός επιδιωκόμενης επίλυσης προβλήματος – βελτίωσης ποιότητας ζωής	Σε περίπτωση που θα κάνατε φυσικοθεραπεία σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα υγείας σας;
Βαθμός ευθύνης (ηθικής, νομικής) φυσικοθεραπευτή ως προς το αποτέλεσμα και τις επιμέρους συστάσεις	Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι ο φυσικοθεραπευτής είναι υπεύθυνος για το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας; Α) απόλυτα υπεύθυνος Β) συνυπεύθυνος με τον γιατρό Γ) υπεύθυνος σε συνδυασμό με το ποσοστό υπεύθυνης συμπεριφοράς του ασθενή Υπάρχει νομική ευθύνη του φυσικοθεραπευτή;
Διαφοροποίηση χρησιμότητας σε σχέση με φαρμακευτική αγωγή ή άλλου είδους άσκηση	Πιστεύετε ότι τα αποτελέσματα της Φ/Θ είναι ευνοϊκότερα από αυτά μιας φαρμακευτικής αγωγής; Πιστεύετε ότι για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος η Φυσικοθεραπεία μπορεί να αντικατασταθεί από κάποιο άλλο είδος άσκησης ή θεραπευτικής – φαρμακευτικής προσέγγισης;
Αποτελεί τρόπο αποκλειστικά επίλυσης ή και εμφάνισης προβλημάτων;	Πιστεύετε ότι είναι πιθανό κατά την διάρκεια των θεραπειών να εμφανιστούν επιπλέον προβλήματα πέραν του αρχικού για το οποίο ξεκινήσατε θεραπεία;
Ο μυϊκός τραυματισμός αντιμετωπίζεται από γυμναστή η φυσικοθεραπευτή;	Κατά την γνώμη σας ένας μυϊκός τραυματισμός αντιμετωπίζεται: Α) από γυμναστή Β) από φυσικοθεραπευτή Γ) από κάποιον άλλον επαγγελματία υγείας;
Βαθμός βελτίωσης παθολογικού προβλήματος. Συντήρηση χρόνιου προβλήματος. Παραπληγία και φυσικοθεραπεία. Μπορεί μια φυσικοθεραπεία να αντικαταστήσει ή να αναβάλλει μια χειρουργική επέμβαση;	Γνωρίζετε αν και σε ποιες περιπτώσεις χρόνιων παθολογικών προβλημάτων η Φ/Θ θα μπορούσε να συμβάλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς; Θεωρείτε ότι η έγκαιρη αντιμετώπιση ενός προβλήματος με την συμβολή των θεραπειών θα βοηθούσε στην αναβολή μιας χειρουργικής επέμβασης ή στην πλήρη αποφυγή της;

3.3.4.3. Τελικός ποιοτικός έλεγχος

Η ημι-τελική έκδοση του ερωτηματολογίου χορηγήθηκε αρχικά σε μια μικρή ομάδα γενικού πληθυσμού διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου (πρωτοβάθμιας και

δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης) προκειμένου να εξασφαλιστεί η πλήρης κατανόησή του. Παρότι έγινε αντιληπτό ότι σε γενικές γραμμές το ερωτηματολόγιο ήταν κατανοητό από τον γενικό πληθυσμό και κατόπιν κοινής επισημάνσης του ερευνητή, του συντονιστή και ενός ακόμα κλινικού φυσικοθεραπευτή με δεκαπεντάχρονη επαγγελματική εμπειρία, κρίθηκε απαραίτητη η προσθήκη από μια υποκατηγορία στους δυο πρώτους άξονες, προκειμένου να διευκολυνθούν ακόμα περισσότερο οι συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα:

Στον **Πρώτο Άξονα** προστέθηκε η υποκατηγορία ' Εκπαίδευση Φυσικοθεραπευτή'.
Στον **Δεύτερο Άξονα** προστέθηκε η υποκατηγορία ' Εμπειρία Φυσικοθεραπείας'.

Μετά τις τροποποιήσεις, με την προσθήκη των υποκατηγοριών στους δυο πρώτους άξονες, διαμορφώθηκε η τελική έκδοση του ερωτηματολογίου και χορηγήθηκε στον γενικό – ειδικό πληθυσμό. Το τελικό ερωτηματολόγιο που προέκυψε αποτελείται από 58 ερωτήσεις (*Παράρτημα 3*) και είναι αρκετά ευρύ ώστε να διαπιστωθεί το πλήθος των απόψεων. Ο πρώτος άξονας καλύπτει τις ερωτήσεις 1-19 (υποκατηγορία Εκπαίδευση Φυσικοθεραπευτή ερωτήσεις 11-19). Ο δεύτερος άξονας καλύπτει τις ερωτήσεις 20-44 (υποκατηγορία Εμπειρία Φυσικοθεραπείας ερωτήσεις 38-44). Ο τρίτος άξονας καλύπτει τις ερωτήσεις 44-58. Στο τέλος του ερωτηματολογίου τίθενται οι ερωτήσεις για τα Δημογραφικά Στοιχεία (ερωτήσεις 59-64).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου, έτσι ώστε να διασφαλιστούν ταυτόχρονα με τα ποιοτικά στοιχεία και κάποια ποσοτικά. Η αρχική ερώτηση ορισμού είναι ανοιχτού τύπου έτσι ώστε να εκφραστούν ελεύθερα οι απόψεις και προκειμένου να διαπιστωθεί εάν μπορούν οι ερωτώμενοι να δώσουν έναν ορισμό που να συμπεριλαμβάνει όσο το δυνατόν περισσότερα στοιχεία που ορίζουν τη φυσικοθεραπεία. Στη συνέχεια το μεγαλύτερο μέρος των ερωτήσεων ορισμού είναι κλειστού τύπου ώστε να προσδιοριστούν τα επιμέρους στοιχεία του ορισμού ποσοτικά. Σε κλίμακα Likert τίθενται 4 ερωτήσεις²³.

²³ Άξονας 1^{ος}: ερώτηση 18 «Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι ένας γιατρός κατέχει γνώσεις φυσικοθεραπείας;»

Άξονας 2^{ος}: ερώτηση 21 «Σε περίπτωση που κάνατε φυσικοθεραπεία σε ποιο βαθμό θεωρείτε απαραίτητη την ταυτόχρονη παρακολούθησή σας από γιατρό;»/ ερώτηση 43 «Σε ποιο βαθμό είσαστε ικανοποιημένος από το πρωτόκολλο αποκατάστασης που εφαρμόστηκε στην περίπτωσή σας;»

3.3.5. Αντιστοίχιση ερωτημάτων-παραμέτρων με ΜΠΥ

Το τελικό ερωτηματολόγιο, όπως προέκυψε από την εφαρμογή της μεθόδου εστιασμένης συζήτησης, περιέχει ερωτήσεις που αφορούν τις γνώσεις του πληθυσμού για την φυσικοθεραπεία, την άποψη για θέματα διαδικαστικά και την αξιολόγηση των παροχών της.

Ο Πρώτος Άξονας (Ορισμός- Εκπαίδευση) δεδομένου ότι αποτελείται από ερωτήσεις ως προς τις γνώσεις για το αντικείμενο της φυσικοθεραπείας δεν αντιστοιχεί σε παραμέτρους του ΜΠΥ, πέραν των ερωτήσεων (Πίνακας Ν):

- ορισμού (ερ.1) στα πλαίσια που οι απαντήσεις εκφράζουν με κάποιο τρόπο αξιολόγηση του αντικειμένου (θετική ή αρνητική εκφορά)
- βαθμού γνώσεων (κλίμακα Likert) φυσικοθεραπείας από τον γιατρό (ερ. 18)

Πίνακας Ν.

Αντιστοίχιση ερωτήσεων Α' Άξονα με ΜΠΥ.

Α' Άξονας Ερωτήσεις	Αντιστοίχιση με ΜΠΥ	Κριτήριο Σύνδεσης με ΜΠΥ
Ερ. 1: Τι είναι για εσάς η Φυσικοθεραπεία;	ωφελιμότητα	Πιθανότητα εκφοράς αξιολογικού ορισμού
Ερ. 18: Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι ένας γιατρός κατέχει γνώσεις φυσικοθεραπείας;	Αυτό-αποτελεσματικότητα	Ιατρική κυριαρχία σε αντιδιαστολή με προσωπική πρωτοβουλία.

Στον Β' Άξονα του ερωτηματολογίου (Διαδικασία – Εμπειρία) οι αντιστοιχήσεις αφορούν το όφελος από τις θεραπείες, τα εμπόδια είτε διαδικαστικά είτε οικονομικά, την αίσθηση κινδύνου και την αυτο-αποτελεσματικότητα βάση της καταγραφής του βαθμού εξάρτησης από τον γιατρό (Πίνακας Ξ).

Άξονας 3^{ος} : ερώτηση 50 «Σε περίπτωση που θα κάνατε φυσικοθεραπεία σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα υγείας σας;».

Πίνακας Ξ.

Αντιστοίχιση ερωτήσεων Β' Άξονα με ΜΠΥ.

Β' Άξονας Ερωτήσεις	Αντιστοίχιση με ΜΠΥ	Κριτήριο Σύνδεσης με ΜΠΥ
Ερ. 21: Σε περίπτωση που αποφασίζετε να κάνετε φ/θ σε ποιο βαθμό θα θεωρούσατε απαραίτητη την ταυτόχρονη παρακολούθησή σας από γιατρό; Ερ. 22: Σε περίπτωση που ο φ/θ σας πρότεινε επιπλέον θεραπεία πέραν του παραπεμπτικού του γιατρού: A. Θα ακολουθούσατε την συμβουλή του φ/θ. B. Θα συμβουλευόσασταν σχετικά το γιατρό σας. Ερ. 32: Αξιολόγηση βαρύτητας άποψης φ/θ.	Αυτό-αποτελεσματικότητα	Ιατρική κυριαρχία σε αντιδιαστολή με προσωπική πρωτοβουλία.
Ερ. 23: Έξοδα και κάλυψη από Ασφαλιστικό ταμείο.	Εμπόδια	Κόστος
Ερ. 24: Έξοδα, κάλυψη από ασφαλιστικό ταμείο και άμεση ανάγκη υγείας.	Εμπόδια και Αίσθηση κινδύνου	Σχέση κόστους και αίσθησης κινδύνου.
Ερ. 27 & 31: Καθοριστικός παράγοντας ρύθμισης συχνότητας, ποσότητας και ολοκλήρωσης θεραπειών. Ερ. 33 & Ερ. 34: Κριτήρια επιλογής φ/θ κέντρου.	Όφελος και εμπόδια	Αξιολόγηση κριτηρίων συμπεριφοράς υγείας.

Στον Γ' Άξονα το μεγαλύτερο μέρος των ερωτήσεων αφορούν τα οφέλη από την φυσικοθεραπεία και τις πιθανές αρνητικές συνέπειες (Πίνακας Ο).

Πίνακας Ο.

Αντιστοίχιση ερωτήσεων Γ' Άξονα με ΜΠΥ.

Γ' Άξονας Ερωτήσεις	Αντιστοίχιση με ΜΠΥ	Κριτήριο Σύνδεσης με ΜΠΥ
Ερ. 45-50, 53-54, 57-58: Χρησιμότητα φ/θ, προληπτικός χαρακτήρας, βαθμός αντιμετώπισης προβλήματος υγείας.	Όφελος	Υποκειμενική αίσθηση ωφελιμότητας.
Ερ. 55: Εμφάνιση προβλημάτων κατά την διάρκεια των φ/θ.	Εμπόδια	Πιθανές αρνητικές συνέπειες

3.4. Πληθυσμός – Δείγμα

Η έρευνα έγινε μέσω γραπτού ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε γενικό και σε ειδικό πληθυσμό, που στην περίπτωση αυτή αποτελείται από επαγγελματίες υγείας εξαιρουμένου των επαγγελματιών φυσικοθεραπευτών. Επισημαίνεται και πάλι (όπως και στην εισαγωγή) ότι οι έννοιες ‘γενικός-ειδικός πληθυσμός’ δεν αντικατοπτρίζουν εννοιολογικά τις στατιστικές έννοιες αλλά την διαφοροποίηση ανάμεσα σε μη επαγγελματίες υγείας και επαγγελματίες υγείας. Το σύνολο του πληθυσμού που ερωτήθηκε ήταν πάνω από 18 ετών και δήλωσε ότι επιθυμεί να λάβει μέρος στην έρευνα. Συνολικά δόθηκαν 500 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν σε φυσικοθεραπευτικά κέντρα της Πάτρας και συμπληρώθηκαν 160 (ποσοστό ανταπόκρισης 32%). Η περίοδος δειγματοληψίας ήταν από τον Νοέμβριο 2013 – Φεβρουάριο 2014.

3.5. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Το χρονικό διάστημα πραγματοποίησης της έρευνας ήταν από τον Νοέμβριο 2013 έως τον Φεβρουάριο 2014. Έγινε χρήση ενός ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου το οποίο αποτελείτο από δύο μέρη: τις ερωτήσεις σχετικά με το αντικείμενο έρευνας (3 άξονες και 2 υποκατηγορίες) και τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Ο έλεγχος αξιοπιστίας έγινε μέσω των σταδίων του εργαλείου της ποιοτικής έρευνας, δηλαδή του focus group, για τους λόγους που επισημάνθηκαν στον σχεδιασμό της έρευνας.

3.6. Μέθοδος επεξεργασίας δεδομένων

Αρχικά γίνεται περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών για τη διερεύνηση του δείγματος αλλά και ως μια πρώτη προσέγγιση για την ανάλυση που θα ακολουθήσει. Συγκεκριμένα, έγινε δημογραφική ανάλυση του δείγματος και στη συνέχεια έλεγχος συσχέτισης μεταξύ βασικών δημογραφικών μεταβλητών.

Σκοπός της περιγραφικής ανάλυσης είναι να δώσει μια συνοπτική παρουσίαση του δείγματος, καθώς επίσης και να ελέγξει την ορθότητα των τιμών του. Αυτό γίνεται με τη βοήθεια απλών περιγραφικών πινάκων ή γραφημάτων. Η επιλογή των κατάλληλων αριθμητικών και γραφικών μεθόδων γίνεται με βάση τον τύπο της μεταβλητής που θέλουμε να παρουσιάσουμε.

Για να εξεταστεί αν υπάρχει ή όχι συσχέτιση μεταξύ των διάφορων δημογραφικών χαρακτηριστικών έγινε ο έλεγχος ανεξαρτησίας X^2 . Ο έλεγχος αυτός ελέγχει τη μηδενική υπόθεση, H_0 ότι οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης, H_1 ότι είναι εξαρτημένες. Όλοι οι έλεγχοι ελέγχθηκαν σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 5\%$. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics 21.0

Κεφάλαιο Τέταρτο: Αποτελέσματα

4.1. Δημογραφικό Προφίλ

Όπως παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα (*Πίνακας 1*), από το σύνολο των συμμετεχόντων που πήραν μέρος στην έρευνα ποσοστό 40,6% (65 από το σύνολο των 160) ήταν άνδρες, ενώ η πλειοψηφία σε ποσοστό 58,1% (93 από τους 160) ήταν γυναίκες.

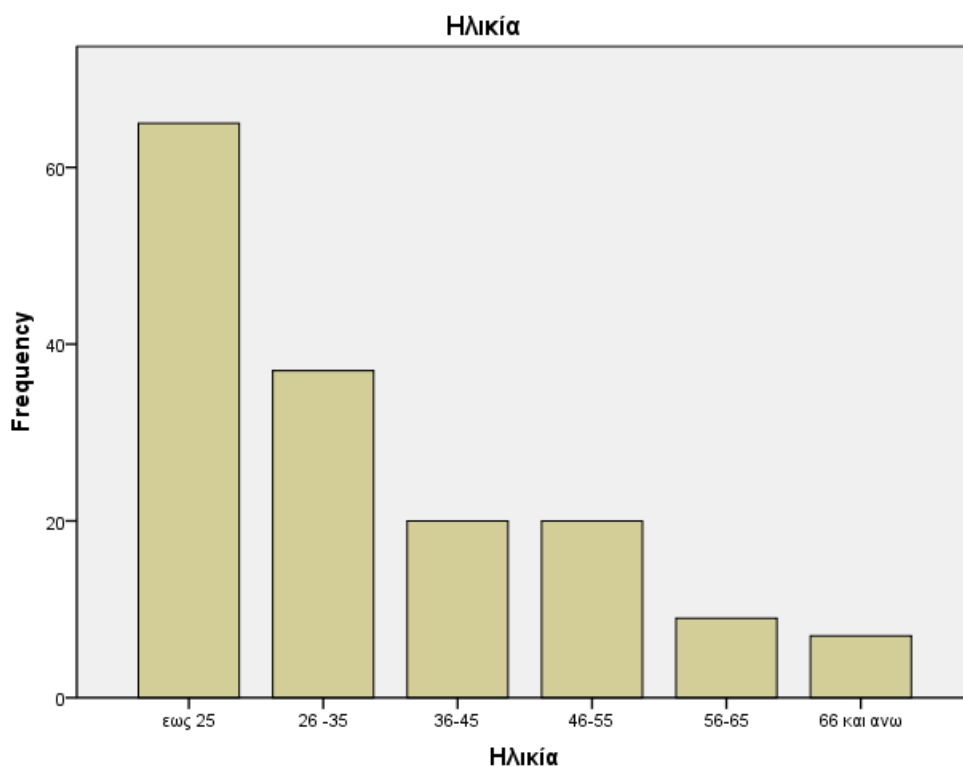
Πίνακας 1.

Κατανομή ως προς το φύλο

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Άνδρας	65	40,6
	Γυναίκα	93	58,1
	Total	158	98,8
Missing	System	2	1,3
Total		160	100,0

Αντίστοιχα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 41,1% (65 από τους 160) ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 25 ετών, ενώ ποσοστό 23,4%(37 από τους 160) ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 25-35 ετών. Ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες των 36-45 και 46-55 σε ποσοστό 12,7% έκαστος επί του συνόλου των απαντήσεων, καθώς και τα άτομα από 56-65 σε ποσοστό 5.7%. Τέλος, μόλις το 4,4 % (7 από τους 160) δήλωσε πως ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 65 και άνω ετών (*Σχήμα 1*).

Αναφορικά με την εκπαίδευση των συμμετεχόντων, ποσοστό 43,8% (70 από τους 160) έχουν ολοκληρώσει την ανώτερη εκπαίδευση και το 26,9% (43 από τους 160) ανώτατη εκπαίδευση. Το 27,5% δήλωσε ότι έχει βασική εκπαίδευση (44 από τους 160) ενώ υπήρξε και 1,3% (3 στους 160) όπου δε δόθηκε καμία απάντηση στο ερώτημα αυτό (*Πίνακας 2*).



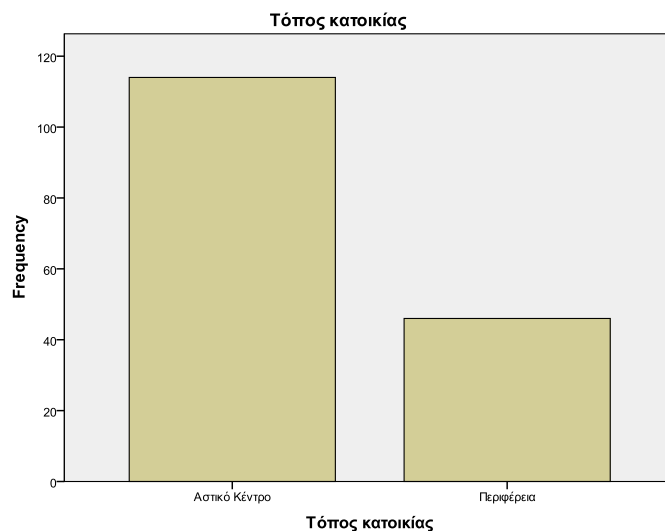
Σχήμα 1: Κατανομή ως προς την ηλικία

Πίνακας 2.

Κατανομή ως προς την εκπαίδευση

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Βασική	44	27,5
	Ανώτερη	70	43,8
	Ανώτατη	43	26,9
	Total	157	98,1
Missing	System	3	1,9
Total		160	100,0

Ως προς τον τόπο μόνιμης κατοικίας παρατηρείται πως το 71,5% του συνόλου των ερωτηθέντων (114 από τους 160 συμμετέχοντες) διαμένουν σε μεγάλα αστικά κέντρα, όπως είναι η Αθήνα, η Θεσσαλονίκη και η Πάτρα, ενώ ποσοστό 28,8% (46 στους 160) δήλωσαν ότι διαμένουν σε κάποια πόλη της περιφέρειας (Σχήμα 2).



Σχήμα 2: Κατανομή ως προς τον τόπο κατοικίας

4.2. Περιγραφική στατιστική

4.2.1. Πρώτος Άξονας: Ορισμός Φυσικοθεραπείας (υποκατηγορία: Εκπαίδευση Φυσικοθεραπευτή)

Η πρώτη ενότητα ερωτήσεων (*Παράρτημα 3*) αφορούσε στον ορισμό της φυσικοθεραπείας. Στο πρώτο ερώτημα στο οποίο κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες έπρεπε να εκφράσουν τον ορισμό της φυσικοθεραπείας όπως τον αντιλαμβάνονται (ερ.1: «*Τί είναι για εσάς η φυσικοθεραπεία;*»). Στη συνέχεια της πρώτης ερώτησης δόθηκαν ερωτήματα για τις επιμέρους ιδιότητες του αντικειμένου, έτσι ώστε να εκμαιευθεί η ενδεχόμενη έμμεση γνώση, διερευνώντας την περίπτωση που ο ερωτώμενος γνωρίζει τον ορισμό (γιατί γνωρίζει τα επιμέρους στοιχεία) έστω κι αν δεν μπορεί να τον προσδιορίσει άμεσα.

Το μεγαλύτερο μέρος όσων απάντησαν, σε ποσοστό 30,40% (42 από τους 160) έδωσε απαντήσεις με βάση την αποκατάσταση που συνδέεται κυρίως με την κινητικότητα και την λειτουργικότητα (*αποκατάσταση κινητικότητας, αποκατάσταση από τραυματισμούς, αποκατάσταση μετά από επεμβάσεις*). Κάποιοι προσδιορίζουν και το είδος των μέσων (*αποκατάσταση μέσω φυσικών και τεχνικών μέσων, αποκατάσταση με φυσικούς τρόπους*) προς την επίτευξη της αποκατάστασης (*Πίνακας 3*).

Τον ορισμό με βάση την θεραπεία του σώματος και την αναλγητική δράση της φυσικοθεραπείας εξέφρασε το 27,5% (38 από τους 160) όσων απάντησαν (*μέθοδος*

θεραπείας, θεραπεία των μυών, αντιμετώπιση μυοσκελετικών προβλημάτων και ανακούφιση πόνου). Τα μέσα για την επίτευξη της θεραπείας προσδιορίζουν 14 από τους 36 ερωτώμενους (θεραπεία με φυσικό τρόπο, θεραπεία χωρίς φάρμακα).

Πίνακας 3.

Τι είναι για εσάς η φυσικοθεραπεία;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Επιστημονικότητα	34	21,3	24,6	24,6
	Αποκατάσταση - Λειτουργική ικανότητα	42	26,3	30,4	55,1
	Θεραπεία - αναλγητική δράση	38	23,8	27,5	82,6
	Επάγγελμα	4	2,5	2,9	85,5
	Εξειδικεύσεις	9	5,6	6,5	92,0
	Αξιολόγηση	7	4,4	5,1	97,1
	Δεν γνωρίζω	4	2,5	2,9	100,0
	Total	138	86,3	100,0	
Missing	System	22	13,8		
Total		160	100,0		

Τμήμα των απαντήσεων σε ποσοστό 34,6% (34 από τους 160) προσδιορίζει τον ορισμό με βάση την επιστημονικότητα της φυσικοθεραπείας, προσδιορίζοντας τον τομέα της επιστήμης που καταλαμβάνει είτε σε σχέση με την ιατρική (επιστήμη ιατρικής και βελτίωσης της υγείας), είτε γενικότερα με το σκοπό της (επιστήμη που βοηθάει να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας, επιστήμη που προσφέρει στην βελτίωση και εξέλιξη υγείας).

Επιπλέον, το 6,5% (9 από τους 160) όρισαν την φυσικοθεραπεία με βάση ένα ευρύτερο σύνολο ειδικοτήτων της (μασάζ, αποκατάσταση κινητικότητας μυών - αρθρώσεων από κάκωση, ανάταση μυών - αποκατάσταση δυσλειτουργίας συνδετικών άκρων). Καταγράφηκε ποσοστό 5,1% (7 ερωτώμενοι) που απάντησαν στον ορισμό με γενικό τρόπο, κυρίως μέσω της αξιολόγησης και όχι ορίζοντάς την (ως κάτι χρήσιμο, ως τρόπο υγείας). Τέλος, μια μικρή μερίδα σε ποσοστό 2,9% (4 από τους 160 ερωτώμενους) απάντησαν αναφερόμενοι στο επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή (χρήσιμο επάγγελμα, λειτούργημα, όχι παραϊατρικό επάγγελμα-μέρος ιατρικού) και το

2,9% (4 από τους 160) απάντησε ότι δεν γνωρίζει. Επισημαίνεται ότι από το σύνολο των 160 συμπληρωμένων ερωτηματολογίων οι 22 δεν απάντησαν καθόλου στην ερώτηση.

Συνολικά, γίνεται αντιληπτό ότι οι ερωτηθέντες αναγνωρίζουν την αξία της φυσικοθεραπείας στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας, εντούτοις δε μπορούν εύκολα να δώσουν έναν σαφή και ολοκληρωμένο ορισμό. Αυτή η δυσκολία αποσαφηνίζεται σταδιακά στις ερωτήσεις για τα επιμέρους χαρακτηριστικά που τις αποδίδονται.

Στο ερώτημα που ακολούθησε «Πιστεύετε αν η φυσικοθεραπεία ανήκει στο πεδίο των επιστημών;» (ερώτηση 2) η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (91,9%) απάντησε θετικά, ενώ σε ποσοστό 5% έδωσε αρνητική απάντηση και μόλις το 3,1% απάντησε ότι δε γνωρίζει αν η φυσικοθεραπεία μπορεί να αποτελεί πεδίο των επιστημών ή όχι (Πίνακας 4).

Πίνακας 4.

Πιστεύετε ότι η φυσικοθεραπεία ανήκει στο πεδίο των επιστημών;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Valid	Ναι	147	91,9
	Όχι	8	5,0
	Δεν γνωρίζω	5	3,1
	Total	160	100,0

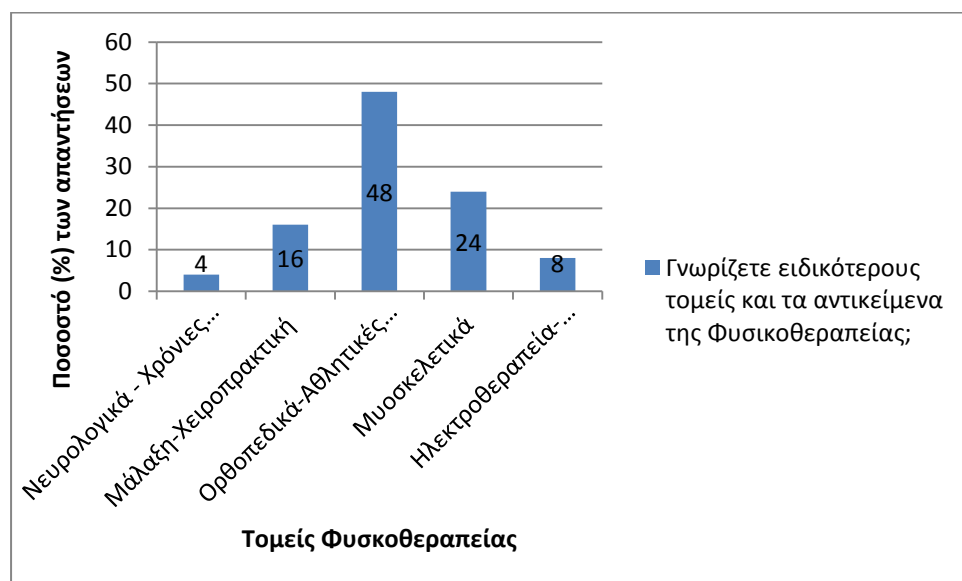
Πίνακας 5.

Πιστεύετε ότι έχει να κάνει εξ ολοκλήρου με πρακτική εκπαίδευση;

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	49	30,6
	Όχι	100	62,5
	Δεν γνωρίζω	11	6,9
	Total	160	100,0

Αντίστοιχα, στο ερώτημα «Πιστεύετε η φυσικοθεραπεία έχει να κάνει εξ ολοκλήρου με πρακτική εκπαίδευση;» μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 62,5% (100 από τους 160) έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ το 30,6% (49 στους 160) απάντησε θετικά και το 6,9% (11 στους 160) απάντησε πως δε γνωρίζει την απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα (Πίνακας 5).

Μια επιπλέον ερώτηση, την οποία κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες στο πλαίσιο του ορισμού και του περιεχόμενου της έννοιας της φυσικοθεραπείας αφορούσε στους ειδικότερους τομείς και τα αντικείμενα της φυσικοθεραπείας (ερώτηση 4). Από την ομαδοποίηση των απαντήσεων των συμμετεχόντων προέκυψαν πέντε βασικές ομάδες απαντήσεων. Η πρώτη ομάδα αφορούσε τα *Νευρολογικά/Χρόνιες Παθήσεις*, η δεύτερη τη *Μάλαξη-Χειροπρακτική*, η τρίτη περιελάμβανε *Ορθοπεδικά- Αθλητικές κακώσεις-Αποκατάσταση-Κινησιοθεραπεία*, η τέταρτη τα *Μυοσκελετικά* και η πέμπτη την *Ηλεκτροθεραπεία-Υδροθεραπεία-Κρυοθεραπεία-Διαθερμίες-Άλλο*.



Σχήμα 3: Κατανομή ως προς τους ειδικότερους τομείς και τα αντικείμενα της Φυσικοθεραπείας

Το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων, σε ποσοστό 48%, εντάσσει στους τομείς της φυσικοθεραπείας την ενασχόληση με ορθοπεδικές και αθλητικές κακώσεις, την αποκατάσταση και την κινησιοθεραπεία (Σχήμα 3). Ακολουθεί το 24% που θεωρεί πως η φυσικοθεραπεία σχετίζεται με την ηλεκτροθεραπεία, την υδροθεραπεία, την

κρυοθεραπεία και τις διαθερμίες. Η χειροπρακτική είναι η απάντηση που δίνει το 16% των ερωτώμενων.

Πίνακας 6.

Γνωρίζετε ποιος είναι ο ειδικός επαγγελματίας που ασκεί την Φυσικοθεραπεία;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Όχι	22	13,8
	Φυσικοθεραπευτής	133	83,1
	Κινησιοθεραπευτής -	2	1,3
	Νευρολόγος		
	Απόφοιτος ΤΕΙ - Σχολής	3	1,9
	Φυσικοθεραπείας		
Total		160	100,0

Πίνακας 7.

Γνωρίζετε αν κάποιος άλλος επαγγελματίας υγείας (πέραν του φυσικοθεραπευτή) μπορεί να ασκήσει το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	ιατρός – ορθοπεδικός	23	14,4
	μασέρ – χειροπράκτης	10	6,3
	κανένας άλλος	7	4,4
	δεν γνωρίζω	91	56,9
	Total	131	81,9
Missing	System	29	18,1
Total		160	100,0

Σημαντική πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 83,1% (133 από τους 160) γνωρίζει πως ο ειδικός επαγγελματίας που ασκεί τη φυσικοθεραπεία είναι ο φυσικοθεραπευτής. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι υπήρξε ποσοστό 13,8% (22 στους 160) που δήλωσε άγνοια για το ποιος είναι ο ειδικός επαγγελματίας που μπορεί να ασκήσει τη φυσικοθεραπεία (Πίνακας 6).

Συναφές με το προηγούμενο ερώτημα τίθεται ένα νέο για την ύπαρξη άλλου επαγγελματία ο οποίος δύναται να ασκήσει το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή. Το 56,9% (91 από τους 160) δήλωσε άγνοια για το αν υπάρχει κάποιος άλλος επαγγελματίας ο οποίος μπορεί να ασκήσει το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή. Μικρό ποσοστό 14,4% (23 στους 160) απάντησε πως το επάγγελμα αυτό μπορεί να

το ασκήσει και ο ιατρός-ορθοπαιδικός, ενώ μόλις το 6,3% (10 στους 160) κατονόμασε ως κατάλληλο και τον μασέρ- χειροπράκτη. Μόνο το 4,4% (7 στους 160) απάντησε κατηγορηματικά πως δε μπορεί κανένας άλλος να ασκήσει το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή πλην του ίδιου (Πίνακας 7).

Αντίστοιχη ήταν και η ερώτηση που ακολουθεί στην οποία οι συμμετέχοντες έπρεπε να επιλέξουν τον επαγγελματία ή τους επαγγελματίες εκείνους που ασκούν επάγγελμα αντίστοιχο με αυτό του φυσικοθεραπευτή. Θα πρέπει να σημειωθεί πως για το ερώτημα αυτό δόθηκε η δυνατότητα στους συμμετέχοντες να επιλέξουν περισσότερες από μία απαντήσεις (Πίνακας 8).

Πίνακας 8.

Αντιστοιχία επαγγέλματος του φυσικοθεραπευτή με άλλα επαγγέλματα.

Αντιστοιχία Frequencies			
		ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	
		ΠΛΗΘΟΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ
Αντιστοιχία ^a	του γυμναστή	59	13,5%
	του γιατρού	55	12,6%
	του μασέρ	84	19,3%
	του κινησιοθεραπευτή	137	31,4%
	του εργοθεραπευτή	66	15,1%
	του προσωπικού εκπαιδευτή	35	8,0%
Total		436	100,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Παρατηρείται ότι ένα ίσο περίπου ποσοστό θεωρεί πως ο γυμναστής και ο γιατρός μπορούν να ασκήσουν επάγγελμα παρόμοιο με αυτό του φυσικοθεραπευτή, ενώ η πλειοψηφία των συμμετεχόντων φαίνεται να ταυτίζει το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή με εκείνο του κινησιοθεραπευτή. Ένα σημαντικό ποσοστό (το 19,3% επί του συνόλου των απαντήσεων) θεωρεί πως ο φυσικοθεραπευτής επιτελεί έργο αντίστοιχο με αυτό του μασέρ και σε μικρότερο ποσοστό ίδιο με αυτό του εργοθεραπευτή. Τέλος, ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό ταυτίζει το έργο του φυσικοθεραπευτή με το έργο του προσωπικού εκπαιδευτή.

Διευκρινιστικά, επίσης, του ορισμού είναι τα ερωτήματα που αφορούν τη χρήση των μέσων άσκησης της φυσικοθεραπείας (ερ.8-10). Στην ερώτηση «Γνωρίζετε αν η φυσικοθεραπεία αποτελεί αποκλειστικά μέθοδο αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας με

φυσικά μέσα;» (ερ. 8), μεγάλο ποσοστό 70% (112 από τους 160) όπως φαίνεται στον Πίνακα 9 έχει την άποψη ότι δεν γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα. Στην ίδια λογική, το 83,1% (133 από τους 160) θεωρεί ότι περιλαμβάνει και τεχνικά μέσα (ερ.9- Πίνακας 10) και το 68,8% (110 από τους 160) ότι μπορεί να συνδυαστεί με φαρμακευτική αγωγή (ερ.10-Πίνακας 11).

Πίνακας 9.

Γνωρίζετε αν η φυσικοθεραπεία αποτελεί αποκλειστικά μέθοδο αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας με φυσικά μέσα;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα.	27	16,9
	Δεν γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα.	112	70,0
	Δεν γνωρίζω	20	12,5
	Missing Value	1	0,6
	Total	160	100,0

Πίνακας 10.

Γνωρίζετε αν η φυσικοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τεχνικά μέσα;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Ναι, περιλαμβάνει τεχνικά μέσα	133	83,1
	Όχι, δεν περιλαμβάνει τεχνικά μέσα	6	3,8
	Δεν γνωρίζω	20	12,5
	Missing Value	1	0,6
	Total	160	100,0

Πίνακας 11.

Γνωρίζετε αν η φυσικοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με ταυτόχρονη φαρμακευτική αγωγή;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Ναι, μπορεί να συνδυαστεί με φαρμακευτική αγωγή	110	68,8
	Όχι, δεν συνδυάζεται με φαρμακευτική αγωγή	12	7,5
	Δεν γνωρίζω	38	23,8
	Total	160	100,0

4.2.1.1. Υποκατηγορία: Εκπαίδευση Φυσικοθεραπευτή

Στα πλαίσια του πρώτου άξονα ορισμός της φυσικοθεραπείας τέθηκε και η υπο-ενότητα ερωτήσεων σε σχέση με τον επαγγελματία που εκτελεί την φυσικοθεραπεία, τον φυσικοθεραπευτή. Τέθηκαν ζητήματα εκπαίδευσης, ειδικοτήτων και συσχέτισης με άλλους επαγγελματίες υγείας με γνώμονα την περαιτέρω διευκρίνιση του ορισμού του αντικειμένου που ασκεί ο φυσικοθεραπευτής.

Η πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 63,1% προσδιόρισε τη βασική εκπαίδευση του φυσικοθεραπευτή ότι είναι το ΤΕΙ, ενώ το 17,5% απάντησε πως η βασική εκπαίδευσή του είναι το Πανεπιστήμιο (Πίνακας 12). Αντίθετα, μόλις το 8,8% (14 στους 160) απάντησε πως βασική εκπαίδευση μπορεί να είναι το ΙΕΚ (το οποίο ισχύει για τους βοηθούς φυσικοθεραπευτές) ή ότι δεν γνωρίζουν, ενώ μόλις το 1,9% (3 στους 160) απάντησε πως ο φυσικοθεραπευτής είναι απόφοιτος ιδιωτικής σχολής.

Πίνακας 12.

Ποια πιστεύετε ότι είναι η βασική εκπαίδευση του φυσικοθεραπευτή;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Πανεπιστήμιο	28	17,5
	ΤΕΙ	101	63,1
	ΙΕΚ	14	8,8
	Ιδιωτική σχολή	3	1,9
	Δεν γνωρίζω	14	8,8
	Total	160	100,0

Στο ερώτημα αν υπάρχουν ειδικότητες φυσικοθεραπευτών ο πληθυσμός εμφανίζεται μοιρασμένος ανάμεσα στο να το γνωρίζει και όχι σε ποσοστό 45,6% (Πίνακας 13). Επιπλέον, στο ερώτημα για τις ειδικότητες του φυσικοθεραπευτή (ερώτημα με δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων), η πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 37,9% έδωσε ως απάντηση την ειδικότητα του κινησιοθεραπευτή, ενώ ακολουθούν σε μικρότερα ποσοστά οι απαντήσεις του μασέρ, του ηλεκτροθεραπευτή και σε ακόμη μικρότερα του βελονιστή και των γυναικολογικών παθήσεων (Πίνακα 14).

Πίνακας 13.

Υπάρχουν ειδικότητες φυσικοθεραπευτών;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Ναι, υπάρχουν	73	45,6
	Όχι, δεν υπάρχουν	14	8,8
	Δεν γνωρίζω	73	45,6
	Total	160	100,0

Πίνακας 14.

Ειδικότητες φυσικοθεραπευτή

\$Eidikotites Frequencies

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$Eidikotites ^a	Κινησιοθεραπευτής	150	37,9%	94,9%
	Μασέρ	94	23,7%	59,5%
	Ηλεκτροθεραπευτής	89	22,5%	56,3%
	Βελονιστής	46	11,6%	29,1%
	Γυναικολογικών παθήσεων	17	4,3%	10,8%
Total		396	100,0%	250,6%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Για τον τρόπο απόκτησης της εξειδίκευσης του φυσικοθεραπευτή, η πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 81,9%, απάντησε πως αποκτάται ταυτόχρονα από την επαγγελματική εμπειρία και τη θεωρητική εξειδίκευση ενώ μόλις το 9,4% (15 στους 160) απάντησε πως αποκτάται από την επαγγελματική εμπειρία, και μόλις το 5% (8 στους 160) πως δε γνωρίζουν πως αποκτάται η εμπειρία αυτή (Πίνακας 15). Αντίστοιχα, στο ερώτημα για τα περιστατικά με τα οποία ασχολείται ένας φυσικοθεραπευτής, η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε πως ο φυσικοθεραπευτής

ασχολείται με ορθοπεδικά περιστατικά, ενώ ακολουθούν σε ίδια περίπου ποσοστά τα ρευματολογικά και τα νευρολογικά περιστατικά (Πίνακας 16).

Πίνακας 15.

Θεωρείτε ότι η εξειδίκευση του φυσικοθεραπευτή:

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Αποκτάται από την επαγγελματική εμπειρία	15	9,4
	Αποκτάται από την θεωρητική εξειδίκευση	4	2,5
	Αποκτάται ταυτόχρονα από την επαγγελματική εμπειρία και θεωρητική εξειδίκευση	131	81,9
	Δεν γνωρίζω πώς αποκτάται η εξειδίκευση	8	5,0
	Missing Value	2	1,3
	Total	160	100,0

Πίνακας 16.

Με ποια περιστατικά ασχολείται ένας φυσικοθεραπευτής;

\$Peristatika Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$Peristatika ^a	Ορθοπεδικά	158	26,8%	99,4%
	Νευρολογικά	121	20,5%	76,1%
	Παιδιατρικά	52	8,8%	32,7%
	Αναπνευστικά	64	10,9%	40,3%
	Γυναικολογικά	30	5,1%	18,9%
	Καρδιολογικά	36	6,1%	22,6%
	Ρευματολογικά	128	21,7%	80,5%
Total		589	100,0%	370,4%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Στο ερώτημα με ποιον τρόπο μπορεί να πιστοποιηθεί η εξειδίκευση ενός φυσικοθεραπευτή το 39,9% απάντησε μέσω των μεταπτυχιακών σπουδών, ενώ το 30,5% μέσω σεμιναρίων και το 29,6% από την προϋπηρεσία (Πίνακας 17). Το 78.1% του δείγματος θεωρεί πως για να κάνει κάποιος φυσικοθεραπεία πρέπει να απευθύνεται τόσο σε ιδιωτικό όσο και σε δημόσιο φορέα, ενώ μόλις το 11,9% θεωρεί

πως για να κάνει κάποιος φυσικοθεραπεία πρέπει να απευθύνεται σε ιδιωτικό φορέα και το 4,4% σε δημόσιο φορέα (Πίνακας 18).

Πίνακας 17.

Με ποιο τρόπο μπορεί να πιστοποιηθεί η εξειδίκευση ενός φυσικοθεραπευτή;

\$Eksidikefsi Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$Eksidikefsi ^a	Μεταπτυχιακές σπουδές	131	39,9%	82,9%
	Προϋπηρεσία	97	29,6%	61,4%
	Σεμινάρια	100	30,5%	63,3%
Total		328	100,0%	207,6%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Πίνακας 18.

Για να κάνει κάποιος φυσικοθεραπεία απευθύνεται σε δημόσιο ή ιδιωτικό κέντρο;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Δημόσιο	7	4,4
	Ιδιωτικό	19	11,9
	Και τα δυο	125	78,1
	Δεν γνωρίζω	9	5,6
	Total	160	100,0

Τέλος, στο ερώτημα σε ποιο βαθμό ένας γιατρός κατέχει γνώσεις φυσικοθεραπευτή, το 36,5% απάντησε πως κατέχει γνώσεις σε μέτριο βαθμό, ενώ το 22,5% σε αρκετό βαθμό. Μόλις το 10,6% απάντησε στον απόλυτο θετικό βαθμό (άριστα), ενώ το 20,6% απάντησε ελάχιστα (Πίνακας 19). Αντίστοιχα, στο ερώτημα αν ο γιατρός μπορεί να εκτελέσει ο ίδιος τη φυσικοθεραπεία, το 61,9% έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ μόλις το 15,6 % απάντησε θετικά (Πίνακας 20).

Πίνακας 19.

Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι ένας γιατρός κατέχει γνώσεις φυσικοθεραπείας;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Άριστο	17	10,6
	Αρκετά	36	22,5
	Μέτρια	58	36,3
	Ελάχιστα	33	20,6
	Καθόλου	14	8,8
	Missing Value	2	1,3
	Total	160	100,0

Πίνακας 20.

Πιστεύετε ότι ο γιατρός μπορεί να εκτελέσει ο ίδιος την φυσικοθεραπεία;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ.
Valid	Όχι, δεν μπορεί να την εκτελέσει ο ίδιος	99	61,9
	Ναι, μπορεί να την εκτελέσει ο ίδιος	25	15,6
	Δεν γνωρίζω	33	20,6
	Total	159	99,4
Missing	System	3	1,8
Total		160	100,0

4.2.2. Δεύτερος Άξονας: Διαδικασία Φυσικοθεραπείας (υποκατηγορία εμπειρία φυσικοθεραπείας)

Στην δεύτερη ενότητα οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με την διαδικασία της φυσικοθεραπείας. Τέθηκαν ζητήματα πρόσβασης, κόστους, χρονικής διάρκειας και προσωπικής εμπειρίας πάνω σε διαδικαστικά θέματα, καθώς και αξιολόγησης των παραμέτρων της διαδικασίας.

Ως προς τον τρόπο πρόσβασης σε φυσικοθεραπεία ρωτήθηκε «Ποια είναι η διαδικασία με την οποία μπορεί κάποιος να απευθύνεται σε έναν φυσικοθεραπευτή» (ερώτηση 20). Η συντριπτική πλειοψηφία, σε ποσοστό 80%, απάντησε πως μπορεί να απευθυνθεί μέσω του γιατρού, ενώ μόλις το 9,4% αναφέρει πως μπορεί κάποιος να

απευθυνθεί στον φυσικοθεραπευτή από σύσταση από κάποιον που έχει κάνει ο ίδιος φυσικοθεραπεία (Πίνακας 21).

Πίνακας 21.

Ποια είναι η διαδικασία με την οποία κάποιος απευθύνεται σε έναν φυσικοθεραπευτή;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Μέσω του γιατρού που παραπέμπει	128	80,0
	Μέσω προσωπικής πρωτοβουλίας	13	8,1
	Σύσταση από κάποιον που έχει κάνει ο ίδιος φυσικοθεραπεία	15	9,4
	Άλλο	4	2,5
	Total	160	100,0

Ζητήθηκε να αξιολογηθεί η βαρύτητα της ταυτόχρονης παρακολούθησης από γιατρό (ερώτηση 21) όπου το 31,3% (50 από τους 160) δήλωσε πως σε περίπτωση που αποφάσιζε να κάνει φυσικοθεραπεία η παρακολούθηση ταυτόχρονα από γιατρό θα ήταν μέτρια, το 26,9% αρκετά και 20,6% θεωρεί πως η ταυτόχρονη παρακολούθηση από γιατρό είναι απαραίτητη. Αντίθετα, μόλις το 9,4% (15 στους 160) θεωρεί πως η ταυτόχρονη παρακολούθηση από γιατρό δεν είναι καθόλου απαραίτητη (Πίνακας 22).

Πίνακας 22.

Σε περίπτωση που αποφασίζετε να κάνετε φυσικοθεραπεία σε ποιο βαθμό θα θεωρούσατε απαραίτητη την ταυτόχρονη παρακολούθησή σας από γιατρό;

		Frequency	Percent
Valid	Απαραίτητη	33	20,6
	Αρκετά απαραίτητη	43	26,9
	Μέτρια	50	31,3
	Ελάχιστα	19	11,9
	Καθόλου απαραίτητη	15	9,4
	Total	160	100,0

Σε ερώτηση για την συμμόρφωση με την σύσταση του φυσικοθεραπευτή για περαιτέρω θεραπεία αυτής που παρέπεμψε ο γιατρός (ερώτηση 22), το 58,8% του δείγματος απαντά πως θα συμβουλευόταν πρώτα τον γιατρό, ενώ το υπόλοιπο 40% δηλώνει πως θα ακολουθούσε τη συμβουλή του φυσικοθεραπευτή χωρίς να συμβουλευθεί πρώτα τον γιατρό (Πίνακας 23).

Πίνακας 23.

Σε περίπτωση που ο φυσικοθεραπευτής σας πρότεινε επιπλέον θεραπεία πέραν του παραπεμπτικού του γιατρού

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Θα ακολουθήσετε την συμβουλή του φυσικοθεραπευτή	64	40,0
	Θα συμβουλευόσασταν σχετικά τον γιατρό σας	94	58,8
	Missing Value	2	1,3
	Total	160	100,0

Στα πλαίσια της διαδικασίας τέθηκαν ερωτήσεις και αναφορικά με τα έξοδα για την φυσικοθεραπεία (ερωτήσεις 23-26). Για τον τρόπο κάλυψης των εξόδων (ερώτηση 23) το 70% του συνόλου του δείγματος δηλώνει πως αυτά καλύπτονται μερικώς από το ασφαλιστικό ταμείο, ενώ μόλις το 18% του συνόλου των ερωτηθέντων δηλώνει πως τα έξοδα καλύπτονται πλήρως από το ασφαλιστικό ταμείο και το 11% πως δεν καλύπτονται από το ασφαλιστικό ταμείο (Πίνακας 24).

Πίνακας 24.

Θεωρείτε ότι τα έξοδα για την φυσικοθεραπεία

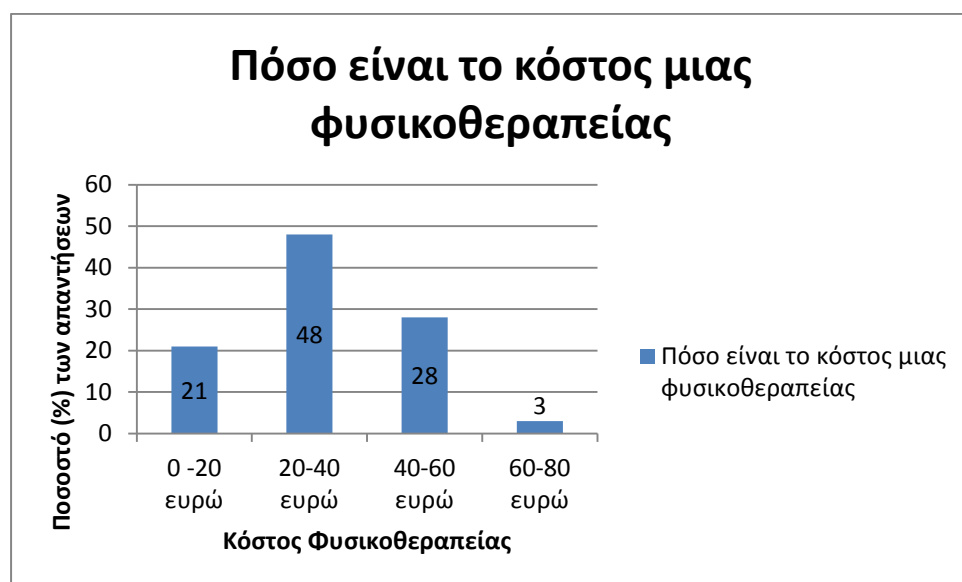
		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Καλύπτονται πλήρως από το ασφαλιστικό ταμείο	29	18,1
	Καλύπτονται μερικώς από το ασφαλιστικό ταμείο	112	70,0
	Δεν καλύπτονται από το ασφαλιστικό ταμείο	18	11,3
	Missing Value	1	0,6
	Total	160	100,0

Σε ερώτημα σχετικά με το πόσο καθοριστική είναι η παράμετρος κόστος στην λήψη απόφασης για θεραπεία (ερώτηση 24) προκύπτει ότι το 51,9% θα έκανε φυσικοθεραπεία αν δεν καλύπτονταν τα έξοδα από το ασφαλιστικό ταμείο μόνο σε περίπτωση ανάγκης, το 36% θα δοκίμαζε φυσικοθεραπεία ακόμα και αν δεν υπήρχε κάλυψη, ενώ το 20% θα δοκίμαζε μια εναλλακτική θεραπεία (Πίνακας 25).

Πίνακας 25.

Η κάλυψη των εξόδων από το ασφαλιστικό σας ταμείο πώς θα επηρέαζε την απόφασή σας να κάνετε φυσικοθεραπεία;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Δεν θα έκανα φυσ/πεια αν δεν υπήρχε κάλυψη εξόδων	21	13,1
	Θα έκανα φυσ/πεια ακόμα και αν δεν υπήρχε κάλυψη εξόδων	36	22,5
	Θα έκανα ανεξαρτήτως κάλυψης εξόδων μόνο σε περίπτωση άμεσης ανάγκης	83	51,9
	Θα δοκίμαζα μια εναλλακτική με λιγότερο κόστος	20	12,5
	Total	160	100,0



Σχήμα 4: Κατανομή ως προς το κόστος κάθε φυσικοθεραπείας

Αναφορικά, με το κόστος μιας φυσικοθεραπείας (ερώτηση 26) οι απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε 4 ομάδες. Το 21% των συμμετεχόντων δηλώνει πως το κόστος μιας φυσικοθεραπείας κυμαίνεται μεταξύ 0 και 20 ευρώ, ενώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, σε ποσοστό 48%, δηλώνει πως το κόστος μιας φυσικοθεραπείας είναι 20 έως 40 ευρώ. Το 28% των συμμετεχόντων απάντησε πως το κόστος είναι 40 έως 60 ευρώ, ενώ μόλις το 3% απάντησε πως το κόστος μπορεί να υπερβεί τα 60 ευρώ και να φτάσει έως και τα 80 ευρώ (Σχήμα 4). Εμβαθύνοντας σε ερωτήσεις προσδιορισμού των παραμέτρων της διαδικασίας έγινε η ερώτηση σχετικά με τον καθοριστικό παράγοντα που θα ρύθμιζε τη συχνότητα και την ποσότητα των θεραπειών. Προκύπτει ότι ο καθοριστικός παράγοντας ρύθμισης της συχνότητας και της ποσότητας των θεραπειών κατά 73,1% είναι το είδος του προβλήματος και η αντιμετώπισή του (Πίνακας 26).

Πίνακας 26.

Ποιος θα ήταν ο καθοριστικός παράγοντας ρύθμισης της συχνότητας και της ποσότητας των θεραπειών;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Το είδος του προβλήματος και η αντιμετώπιση του.	117	73,1
	Το κόστος της θεραπείας.	8	5,0
	Το ποσοστό κάλυψης από το ασφαλιστικό ταμείο.	7	4,4
	Το προτεινόμενο επιστημονικό πρωτόκολλο.	5	3,1
	Η γνώμη του φ/θ.	10	6,3
	Η γνώμη του γιατρού	9	5,6
	Missing Value	4	2,5
	Total	160	100,0

Αναφορικά με τον ικανοποιητικό αριθμό θεραπειών το 56,9% του δείγματος θεωρεί πως είναι οι 10 θεραπείες (Πίνακας 27). Το 42,5% θεωρεί πως μια ικανοποιητική συχνότητα θεραπειών είναι 2 με 3 φορές την εβδομάδα, ενώ ακολουθούν στο ίδιο περίπου ποσοστό οι απαντήσεις κάθε μέρα και κάθε δεύτερη μέρα (Πίνακας 28).

Πίνακας 27.

Ποια θεωρείτε μια πιθανή ποσότητα θεραπειών;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	10 θεραπείες	91	56,9
	20 θεραπείες	38	23,8
	Άλλη	28	17,5
	Missing Value	3	1,9
	Total	160	100,0

Πίνακας 28.

Ποια θεωρείτε μια πιθανή συχνότητα θεραπειών;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Κάθε μέρα	41	25,6
	Κάθε δευτέρα μέρα	34	21,3
	2-3 φορές την εβδομάδα	68	42,5
	Κάθε εβδομάδα	6	3,8
	Άλλη	7	4,4
	Missing Value	4	2,5
	Total	160	100,0

Το 41,9% του συνόλου του δείγματος θεωρεί πως η μέση χρονική διάρκεια μιας θεραπείας είναι 45 λεπτά, το 21,9% του συνόλου του δείγματος θεωρεί πως είναι 30 λεπτά. Το 25% θεωρεί πως είναι μια ώρα (Πίνακας 29).

Πίνακας 29.

Ποια θεωρείτε μια μέση χρονική διάρκεια θεραπειών;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	30 λεπτά	35	21,9
	45 λεπτά	67	41,9
	1 ώρα	40	25,0
	άλλη	14	8,8
	Missing Value	4	2,5
	Total	160	100,0

Σχετικά με το κριτήριο παύσης της διαδικασίας θεραπείας το 58,1% του δείγματος δηλώνει πως θα αποφάσιζε να τελειώσει τις θεραπείες όταν θα είχε αντιμετωπιστεί πλήρως το πρόβλημα και το 25% όταν το προτείνει ο φυσικοθεραπευτής (Πίνακας 30). Το 66,3 % του συνόλου του δείγματος φαίνεται πως θεωρεί σεβαστή την άποψη του φυσικοθεραπευτή σε συνδυασμό, όμως, με την άποψη του γιατρού (Πίνακας 31).

Πίνακας 30.

Θα αποφασίζετε να τελειώσετε τις θεραπείες

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Όταν έχει αντιμετωπιστεί πλήρως το πρόβλημα υγείας	93	58,1
	Όταν παύει να καλύπτεται το κόστος από το ασφαλιστικό ταμείο	8	5,0
	Όταν θα σας το προτείνει ο γιατρός σας	15	9,4
	Όταν θα σας το προτείνει ο φυσικοθεραπευτής σας	40	25,0
	Άλλο	4	2,5
	Total	160	100,0

Πίνακας 31.

Κατά τη διάρκεια της φυσικοθεραπείας θα θεωρούσατε την άποψη του φυσικοθεραπευτή για την εξέλιξή της:

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Καθοριστική	53	33,1
	Σεβαστή αλλά σε συνδυασμό με την άποψη του γιατρού	106	66,3
	Missing Value	1	0,6
	Total	160	100,0

Παράμετροι της διαδικασίας που αφορούν την επιλογή φυσικοθεραπευτικού κέντρου τέθηκαν παρακάτω. Τα κριτήρια φαίνεται ότι είναι κυρίως η εξειδίκευση του

προσωπικού και των τεχνικών μέσων (19,9%) και η επαγγελματική του αρτιότητα (Πίνακας 32).

Πίνακας 32.

Κριτήρια επιλογής ενός φυσικοθεραπευτικού κέντρου

\$kritiria Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$kritiria ^a	Επαγγελματική αρτιότητα προσωπικού	127	17,3%	79,4%
	Επάρκεια τεχνικών μέσων	124	16,9%	77,5%
	Εξειδίκευση προσωπικού και τεχνικών μέσων	146	19,9%	91,3%
	Κλίμακα του φυσικοθεραπευτικού κέντρου	84	11,5%	52,5%
	Συνδυασμός με άλλες παροχές υγείας	70	9,5%	43,8%
	Κόστος	100	13,6%	62,5%
	Ευκολία πρόσβασης (κοντά στο σπίτι, συγκοινωνία, parking)	82	11,2%	51,3%
Total		733	100,0%	458,1%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Αντίστοιχα, από τον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 33) φαίνεται πως το βασικό κριτήριο στην επιλογή κλίμακας φυσικοθεραπευτικού κέντρου θα ήταν ο συνδυασμός επάρκειας και προσωπικής επαφής, ενώ φαίνεται πως η πλειοψηφία του δείγματος γνωρίζει φυσικοθεραπευτικά κέντρα στον τόπο όπου ζουν (Πίνακας 34).

Πίνακας 33.

Στην επιλογή κλίμακας φυσικοθεραπευτικού κέντρου κριτήριο θα ήταν:

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Η ποικιλία παροχών και η επάρκεια τους	34	21,3
	Η προσωπική επαφή με τον επαγγελματία υγείας	14	8,8
	Ο συνδυασμός επάρκειας και προσωπικής επαφής	109	68,1
	Missing Value	3	1,9
	Total	160	100,0

Πίνακας 34.

Γνωρίζετε συγκεκριμένα φυσικοθεραπευτικά κέντρα στον τόπο όπου ζείτε;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	0	1	,6
	Ναι	113	70,6
	Όχι	46	28,8
	Total	160	100,0

Πίνακας 35.

Γνωρίζετε επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	0	1	,6
	Ναι	121	75,6
	Όχι	38	23,8
	Total	160	100,0

Το 75,6% του συνόλου των ερωτηθέντων γνωρίζει επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές (Πίνακας 35), ενώ το 61,3% του συνόλου του δείγματος δηλώνει πως δεν έχει ενημερωθεί ποτέ σχετικά με παροχές φυσικοθεραπείας από διαφημιστικό ή άλλο υλικό (Πίνακας 36).

Πίνακας 36.

Έχετε ενημερωθεί ποτέ σχετικά με παροχές φυσικοθεραπείας από διαφημιστικό ή άλλο υλικό;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Ναι	61	38,1
	Όχι	98	61,3
	Missing Value	1	0,6
	Total	160	100,0

4.2.2.1. Εμπειρία Φυσικοθεραπείας

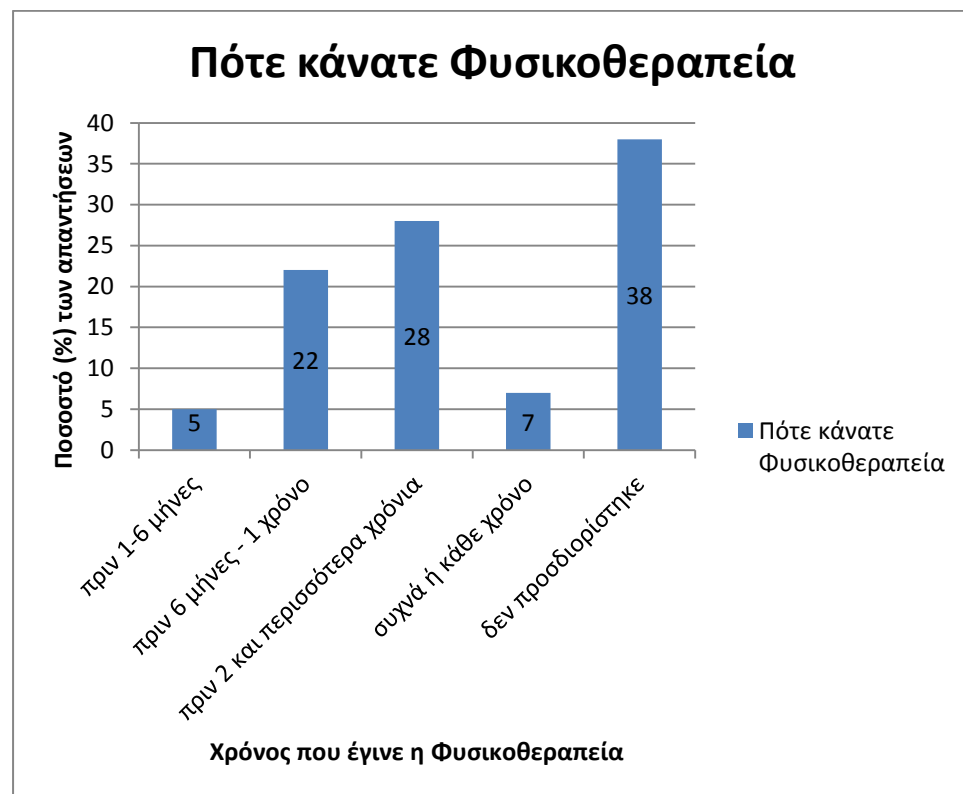
Στο πλαίσιο του άξονα του ερωτηματολογίου σχετικά με την διαδικασία εξετάστηκε το ενδεχόμενο προσωπικής εμπειρίας από φυσικοθεραπεία. Έτσι, στο ερώτημα

«Έχετε κάνει φυσικοθεραπεία;» (ερώτηση 38), το 42,4% όσων απάντησαν είχαν προηγούμενη εμπειρία φυσικοθεραπείας, ενώ το 57,6% δεν είχε εμπειρία (Πίνακας 37).

Πίνακας 37.

Έχετε κάνει φυσικοθεραπεία;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	67	41,9	42,4	42,4
	Όχι	91	56,9	57,6	100,0
	Total	158	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,3		
Total		160	100,0		

Για όσους είχαν εμπειρία φυσικοθεραπείας τέθηκε το ερώτημα σχετικά με το χρόνο και τη διάρκεια κατά την οποία είχαν κάνει φυσικοθεραπεία (ερώτηση 39-Σχήμα 5).

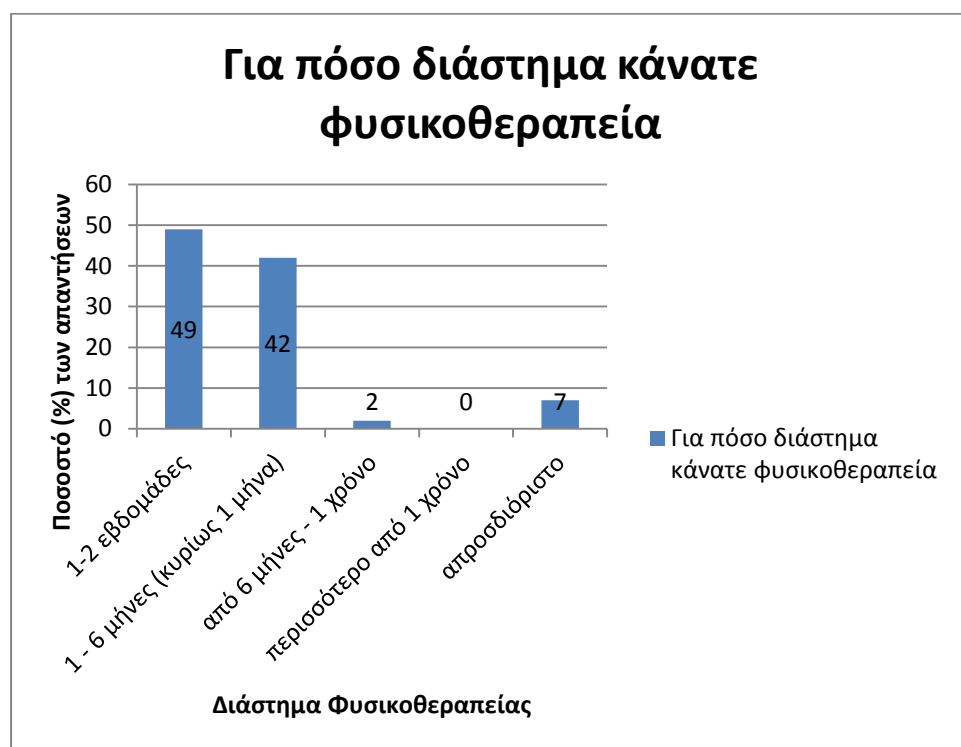


Σχήμα 5: Πότε κάνατε φυσικοθεραπεία;

Οι διαφορετικές απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν. Έτσι, αναφορικά με το πότε έκαναν φυσικοθεραπεία, οι κυριότερες απαντήσεις που δόθηκαν ήταν πριν 1-6 μήνες, πριν 6 μήνες - 1 χρόνο, πριν 2 και περισσότερα χρόνια, συχνά ή κάθε χρόνο, ενώ σε αρκετές

περιπτώσεις δεν προσδιορίστηκε. Όπως φαίνεται, λοιπόν, στο Σχήμα 5, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, σε ποσοστό 38%, δεν προσδιόρισαν ποτέ έκαναν φυσικοθεραπεία. Αντίθετα, το 28% δήλωσε πως έκανε φυσικοθεραπεία πριν 2 ή και περισσότερα χρόνια, το 5% δήλωσε πως έκανε φυσικοθεραπεία πριν 1-6 μήνες και μόλις το 7% δήλωσε πως κάνει φυσικοθεραπεία συχνά ή κάθε χρόνο.

Αντίστοιχα, στο ερώτημα για πόση διάρκεια έκαναν φυσικοθεραπεία, το 42% απάντησε πως έκανε φυσικοθεραπεία για 1-6 μήνες, ενώ μόλις το 2% δήλωσε πως έκανε φυσικοθεραπεία για περισσότερο από 6 μήνες - 1 χρόνο. Κανένας δε φαίνεται να έκανε φυσικοθεραπεία περισσότερο από 1 χρόνο, ενώ το 7% δεν προσδιόρισε το χρόνο αυτό (Σχήμα 6).



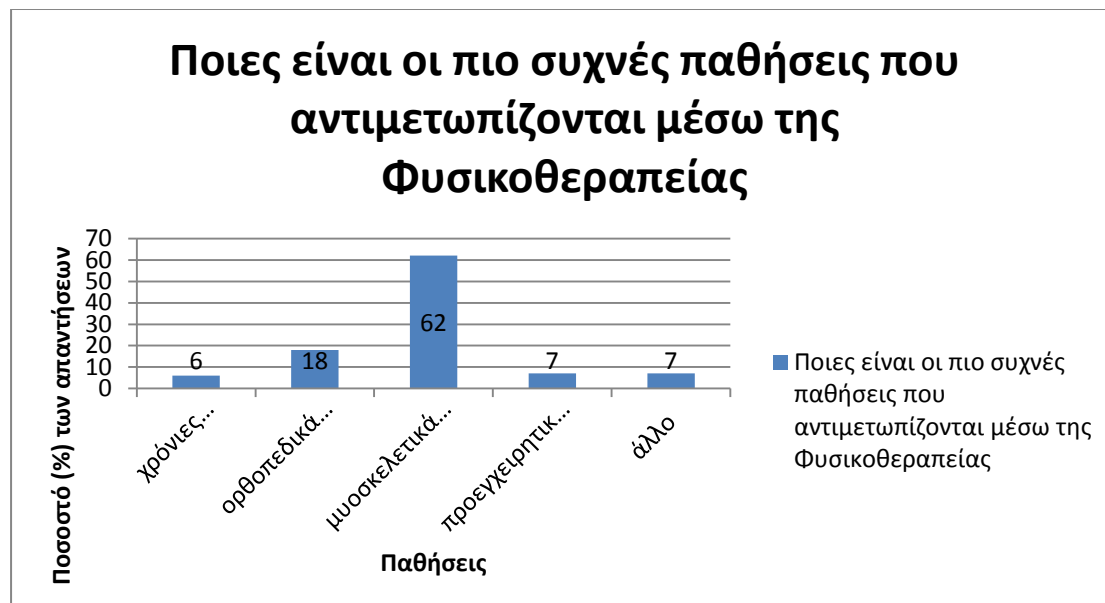
Σχήμα 6: Για πόσο διάστημα κάνατε φυσικοθεραπεία;

4.2.3. Τρίτος Άξονας: Χρησιμότητα Φυσικοθεραπείας

Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικές με τον προληπτικό ή μη χαρακτήρα της φυσικοθεραπείας και την χρησιμότητά της.

Στο ερώτημα «Γνωρίζετε ποιες είναι οι πιο συχνές παθήσεις που αντιμετωπίζονται μέσω της φυσικοθεραπείας;» (ερώτηση 45), το 62% απάντησε πως αυτές αφορούν

μυοσκελετικά προβλήματα, όπως αυχενικό, ισχιαλγία,, θλάσεις κτλ, ενώ το 18% απάντησε πως οι παθήσεις αυτές αφορούν κυρίως ορθοπεδικά προβλήματα. Αντίστοιχα, μόλις το 6% δήλωσε πως οι παθήσεις οι οποίες αντιμετωπίζονται μέσω της Φυσικοθεραπείας είναι χρόνιες παθήσεις, όπως ρευματική ή αρθριτικά (Σχήμα 7).

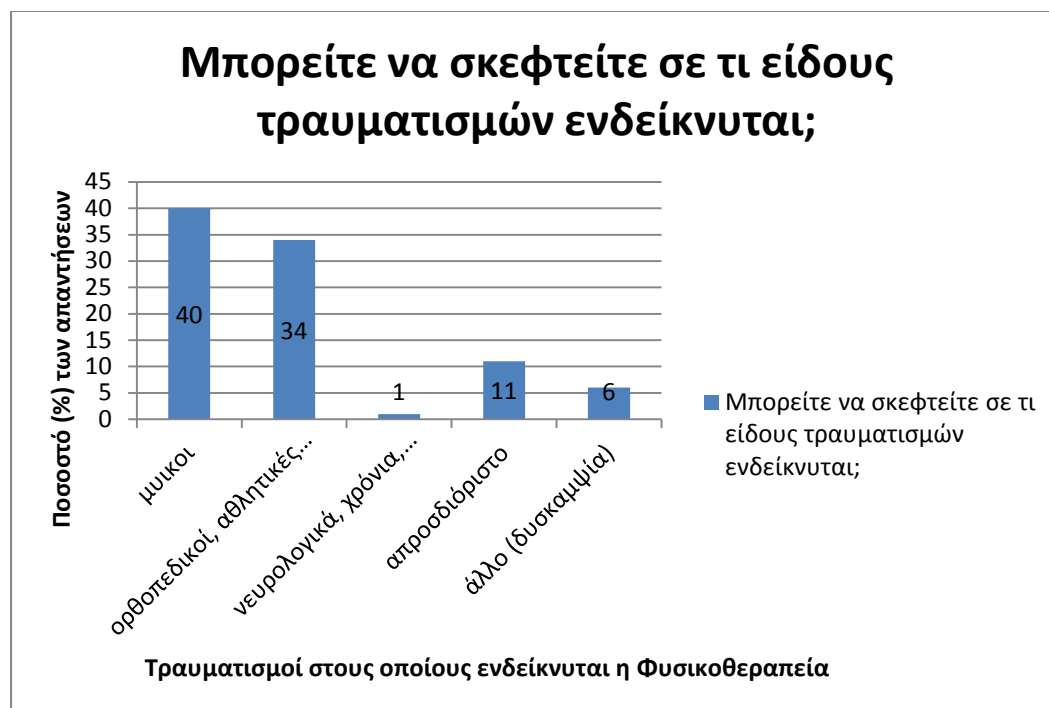


Σχήμα 7: Ποιες είναι οι πιο συχνές παθήσεις που αντιμετωπίζονται μέσω της φυσικοθεραπείας;

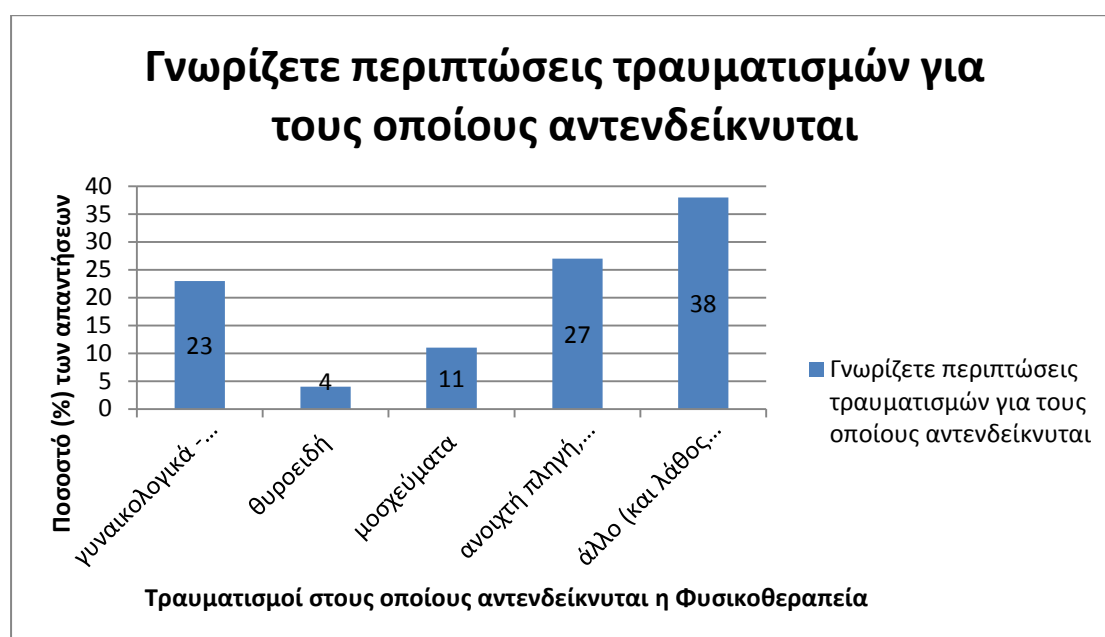
Αντίστοιχα, στο ερώτημα «Γνωρίζετε σε τι είδους τραυματισμούς ενδείκνυται η φυσικοθεραπεία;» (ερώτημα 46), το 49% δήλωσε πως ενδείκνυται κυρίως σε μυϊκούς τραυματισμούς, ενώ το 34% δήλωσε πως ενδείκνυται κυρίως σε τραυματισμούς ορθοπεδικούς, ή αθλητικές κακώσεις. Το 5% απάντησε πως ενδείκνυται σε άλλους τραυματισμούς, όπως δυσκαμψία, ενώ μόλις το 1% θεωρεί πως η φυσικοθεραπεία ενδείκνυται σε περιπτώσεις νευρολογικών ή χρόνιων τραυματισμών (Σχήμα 8).

Στο ερώτημα αν γνωρίζουν περιπτώσεις τραυματισμών για τους οποίους αντενδείκνυται η φυσικοθεραπεία (ερώτηση 47), το 35% εξέφρασε πλήθος ανορθόδοξων απαντήσεων καθώς αναφέρθηκαν τραυματισμοί που αποτελούν αντικείμενο της φυσικοθεραπείας (Σχήμα 9). Το υπόλοιπο ποσοστό απαντήσεων μοιράστηκε ανάμεσα σε σωστούς ισχυρισμούς όπως: γυναικολογικά προβλήματα (23%), περιπτώσεις εγκαυμάτων ή ανοικτών πληγών (27%), περιπτώσεις όπου υπάρχει μόσχευμα (11%), περιπτώσεις προβλημάτων του θυρεοειδούς (4%).

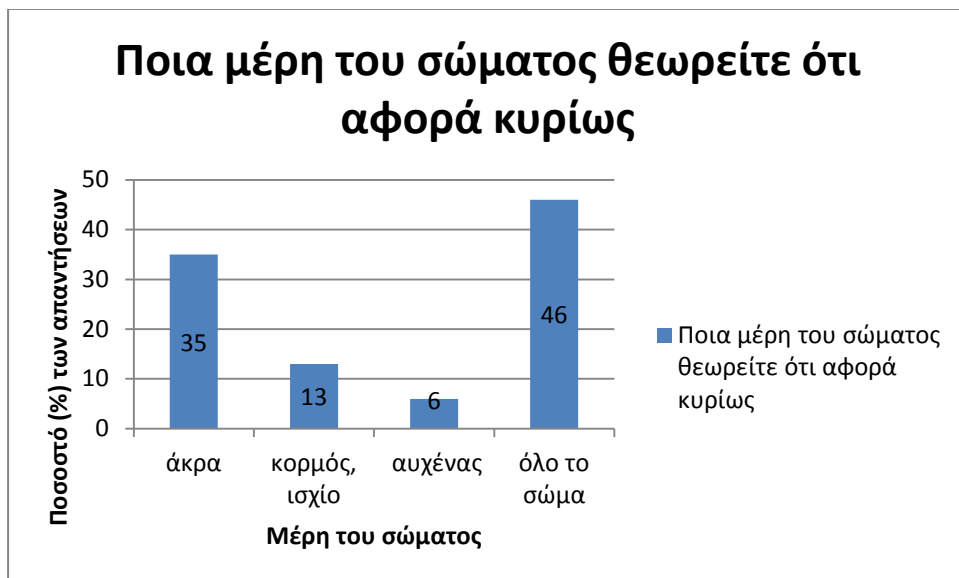
Τέλος, το 46% των ερωτηθέντων θεωρεί πως η φυσικοθεραπεία αφορά όλο το σώμα, ενώ το 35% θεωρεί πως αφορά μόνο τα άκρα. Το 13% απάντησε πως η φυσικοθεραπεία έχει να κάνει κυρίως με τον κορμό, ενώ μόλις το 6% απάντησε πως σχετίζεται με τον αυχένα (ερώτηση 48, Σχήμα 10).



Σχήμα 8: Σε τι είδους τραυματισμών ενδείκνυται η φυσικοθεραπεία;



Σχήμα 9: Περιπτώσεις τραυματισμών για τους οποίους αντενδείκνυται η φυσικοθεραπεία



Σχήμα 10: Μέρη του σώματος τα οποία αφορά κυρίως η φυσικοθεραπεία

Σε σχέση με την χρησιμότητα πρόληψης το 39,4% του συνόλου του δείγματος δηλώνει πως η φυσικοθεραπεία έχει προληπτικό χαρακτήρα, ενώ ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως ένα σχεδόν αντίστοιχο ποσοστό δηλώνει πως δε γνωρίζει την απάντηση στην συγκεκριμένη ερώτηση (Πίνακας 38).

Πίνακας 38.

Γνωρίζετε αν έχει προληπτικό χαρακτήρα η φυσικοθεραπεία;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Έχει προληπτικό χαρακτήρα	63	39,4
	Δεν έχει προληπτικό χαρακτήρα	33	20,6
	Δεν γνωρίζω	60	37,5
	Missing Value	4	2,5
	Total	160	100,0

Συνεχίζοντας τα ερωτήματα για την χρησιμότητα, το 44,4% του συνόλου του δείγματος απάντησε πως η φυσικοθεραπεία θα μπορούσε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα υγείας αρκετά, ενώ το 22,5% θεωρεί πως μπορεί να αντιμετωπιστεί πλήρως (Πίνακας 39).

Πίνακας 39.

Σε περίπτωση που κάνατε φυσικοθεραπεία σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα υγείας σας;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	πλήρως	36	22,5
	αρκετά	71	44,4
	μέτρια	35	21,9
	ελάχιστα	10	6,3
	καθόλου	3	1,9
	Missing system	5	3,1
	Total	160	100,0

Πίνακας 40.

Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι ο φυσικοθεραπευτής είναι υπεύθυνος για το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Απόλυτα υπεύθυνος	31	19,4
	Συνυπεύθυνος με το γιατρό	54	33,8
	Υπεύθυνος σε συνδυασμό με το ποσοστό υπεύθυνης συμπεριφοράς του ασθενή	72	45,0
	Missing Value	3	1,9
	Total	160	100,0

Πίνακας 41.

Υπάρχει νομική ευθύνη του φυσικοθεραπευτή;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
	Ναι	83	51,9
	Όχι	9	5,6
	Δεν γνωρίζω	65	40,6
	Missing Value	3	1,9
	Total	160	100,0

Πίνακας 42.

Πιστεύετε ότι τα αποτελέσματα της φυσικοθεραπείας είναι ευνοϊκότερα από αυτά μιας φαρμακευτικής αγωγής;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Είναι ευνοϊκότερα	99	61,9
	Δεν είναι ευνοϊκότερα	4	2,5
	Δεν γνωρίζω	54	33,8
	Missing Value	3	1,9
	Total	160	100,0

Το 45% του συνόλου των ερωτηθέντων θεωρεί πως ο φυσικοθεραπευτής είναι υπεύθυνος μαζί όμως με την ευθύνη που έχει και ο ασθενής (Πίνακας 40) και το 83% του συνόλου των ερωτηθέντων θεωρεί πως ο φυσικοθεραπευτής έχει νομική ευθύνη (Πίνακας 41).

Στην αξιολόγηση της χρησιμότητας αφορούσε το ερώτημα των αποτελεσμάτων της φυσικοθεραπείας σε σχέση με την φαρμακευτική αγωγή. Το 61,9% του συνόλου του δείγματος θεωρεί πως τα αποτελέσματα της φυσικοθεραπείας είναι πιο ευνοϊκά από αυτά μιας φαρμακευτικής αγωγής και το 33,8% απαντά ότι δεν γνωρίζει (Πίνακας 42). Αντίστοιχα αξιολογεί το 62% του συνόλου των ερωτηθέντων ότι η φυσικοθεραπεία δε μπορεί να αντικατασταθεί από κάποιο άλλο είδος άσκησης ή θεραπευτικής μεθόδου (Πίνακας 43).

Πίνακας 43.

Πιστεύετε ότι για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος η Φυσικοθεραπεία μπορεί να αντικατασταθεί από κάποιο άλλο είδος άσκησης;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Μπορεί να αντικατασταθεί	33	20,6
	Δεν μπορεί να αντικατασταθεί	62	38,8
	Δεν γνωρίζω	61	38,1
	Missing Value	4	2,5
	Total	160	100,0

Σε πιο ειδικά θέματα χρησιμότητας ρωτήθηκε αν υπάρχει πιθανότητα να εμφανιστούν περαιτέρω της αρχικής διάγνωσης προβλήματα κατά τη διάρκεια των θεραπειών, όπου θετικά απάντησε το 56,3% (Πίνακας 44).

Πίνακας 44.

Πιστεύετε ότι είναι πιθανό κατά την διάρκεια των θεραπειών να εμφανιστούν επιπλέον προβλήματα πέραν του αρχικού για το οποίο ξεκινήσατε;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Ναι	24	15,0
	Όχι	19	11,9
	Είναι πιθανό	90	56,3
	Δεν γνωρίζω	22	13,8
	Missing Value	5	3,1
	Total	160	100,0

Επιπλέον, το 86,9% του συνόλου του δείγματος θεωρεί πως ένας μυϊκός τραυματισμός αντιμετωπίζεται από φυσικοθεραπευτή (Πίνακας 43), ενώ το 46,3% των ερωτηθέντων δηλώνει πως πιθανότατα η θεραπεία θα μπορούσε να λειτουργήσει ανασταλτικά για μια χειρουργική επέμβαση (Πίνακας 44).

Τέλος, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ποιες περιπτώσεις και σε ποια προβλήματα η φυσικοθεραπεία μπορεί να συμβάλει στην ποιότητα της ζωής των ασθενών (ερώτηση 57). Το 51% (άλλο) των απαντήσεων αφορά σε ποικίλα προβλήματα όπως αναπνευστικά προβλήματα ή αρθρίτιδες, το 21% σε παραπληγίες, το 12% σε εγκεφαλικό και το 14% σε προβλήματα σκλήρυνσης (Σχήμα 11).

Πίνακας 45.

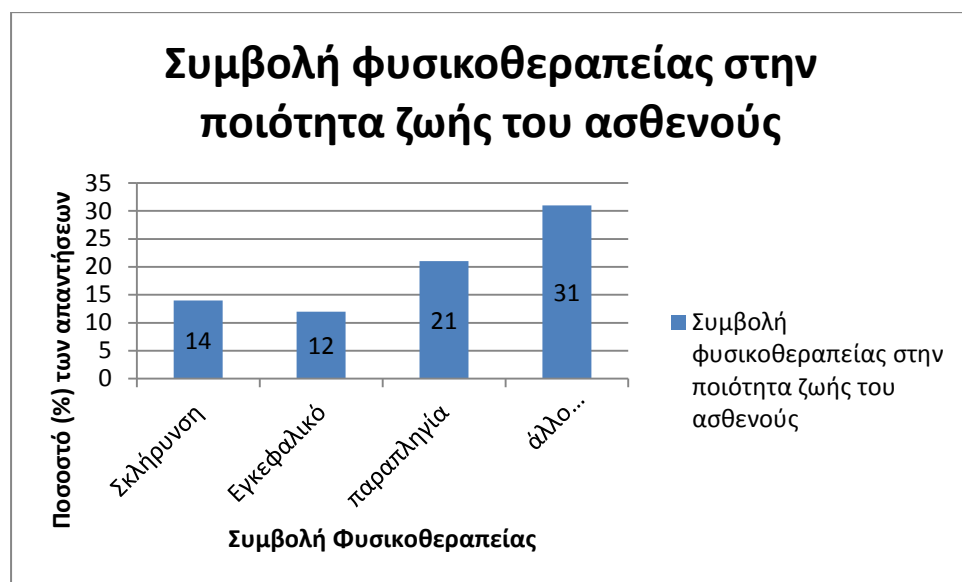
Κατά την γνώμη σας ένας μυϊκός τραυματισμός αντιμετωπίζεται:

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Από φυσικοθεραπευτή	139	86,9
	Από γιατρό	12	7,5
	Από άλλο επιστήμονα υγείας	3	1,9
	Missing Value	6	3,8
	Total	160	100,0

Πίνακας 46.

Θεωρείτε ότι η έγκαιρη αντιμετώπιση ενός προβλήματος με την συμβολή των θεραπειών θα βοηθούσε στην αναβολή μιας χειρουργικής επέμβασης;

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Valid	Ναι	66	41,3
	Όχι	7	4,4
	Πιθανώς	74	46,3
	Δεν γνωρίζω	11	6,9
	Total	158	98,8
Missing	System	2	1,3
Total		160	100,0



Σχήμα 11: Σε ποιες περιπτώσεις και σε ποια προβλήματα η φυσικοθεραπεία μπορεί να συμβάλει στην ποιότητα της ζωής των ασθενών;

4.3. Συμπερασματολογική στατιστική

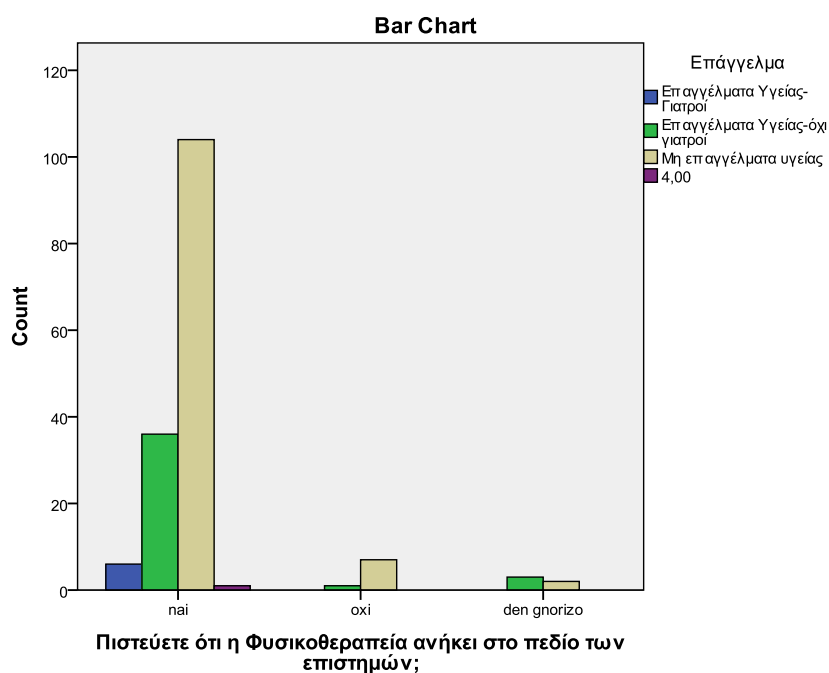
4.3.1. Συμπερασματολογική Ανάλυση Δημογραφικών

Στην συνέχεια της παρουσίασης των αποτελεσμάτων θα εξεταστεί ο βαθμός στον οποίο τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως αυτά παρουσιάστηκαν στην αρχή του κεφαλαίου, μπορούν να επηρεάσουν ή όχι την εμφάνιση των παραπάνω μεταβλητών.

4.3.1.1. Το Επάγγελμα: Γενικός vs Ειδικός Πληθυσμός

Αρχικά εξετάζεται ο παράγοντας επάγγελμα και συγκεκριμένα οι διαφοροποιήσεις που προκύπτουν μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των επαγγελματιών που δεν ανήκουν στο χώρο της υγείας αναφορικά με τον ορισμό της φυσικοθεραπείας, την εκπαίδευση που έχει ένας φυσικοθεραπευτής και τη χρησιμότητα της φυσικοθεραπείας.

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των αποτελεσμάτων ο παράγοντας επάγγελμα δε φαίνεται να επηρεάσει σημαντικά τις εμφανίσεις των παραπάνω συχνοτήτων. Τόσο όσοι εργάζονται στον τομέα της υγείας όσο και όσοι δεν εργάζονται στον τομέα της υγείας φαίνεται να έχουν τις ίδιες απόψεις σχετικά με τη φυσικοθεραπεία και τη χρησιμότητα αυτής. Ενδεικτικά, παρατίθενται οι απαντήσεις που δόθηκαν στο ερώτημα αν η φυσικοθεραπεία ανήκει στον τομέα των επιστημών (Σχήμα 12, Πίνακας 47) στο οποίο παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις μεταξύ των επαγγελματιών.



Σχήμα 12: Συσχετισμός επαγγέλματος και ένταξης της φυσικοθεραπείας στον τομέα των επιστημών

Πίνακας 47.

Συσχετισμός επαγγέλματος και ένταξης της φυσικοθεραπείας στον τομέα των επιστημών

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,571 ^a	6	,600
Likelihood Ratio	4,657	6	,589
Linear-by-Linear Association	,200	1	,655
N of Valid Cases	160		

Με άλλα λόγια οι συμμετέχοντες οι οποίοι δεν ανήκουν σε επαγγέλματα υγείας τείνουν να θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό πως η φυσικοθεραπεία ανήκει στον τομέα των επιστημών από τους συμμετέχοντες που ανήκουν σε επαγγέλματα υγείας.

Στο σημείο αυτό, όμως, θα πρέπει να τονιστεί πως αυτή η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική. Πιο αναλυτικά, όπως διαπιστώνεται στον Πίνακα 45, για να θεωρηθεί μια διαφοροποίηση στατιστικά σημαντική θα πρέπει το p να είναι μικρότερο του 0,05. Διαφορετικά, ενισχύεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας μεταξύ των δύο συσχετιζόμενων μεταβλητών. Όπως διαπιστώνεται στον πίνακα 45, το p είναι 0,600. Αυτό σημαίνει πως η υπόθεση της ανεξαρτησίας μεταξύ των συσχετιζόμενων μεταβλητών ενισχύεται, γεγονός που αποδεικνύει ότι ο παράγοντας επάγγελμα δε φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον ορισμό της φυσικοθεραπείας.

Η ίδια εικόνα παρατηρήθηκε σε όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις κατά τις οποίες επιχειρήσαμε να συσχετίσουμε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων με τη μεταβλητή του επαγγέλματος. Έτσι, συμπεραίνεται ότι ο παράγοντας επάγγελμα, δηλαδή η διάκριση σε:

- επαγγέλματα υγείας
- επαγγέλματα υγείας πέραν των γιατρών και
- σε μη επαγγέλματα υγείας

δε φαίνεται να επηρεάζει την άποψη που έχουν οι συμμετέχοντες για τον ορισμό της φυσικοθεραπείας, για την εκπαίδευση που έχουν οι φυσικοθεραπευτές αλλά και για τη χρησιμότητα της φυσικοθεραπείας.

4.3.1.2. Εκπαίδευση

Εξετάστηκε ο βαθμός στον οποίο η βαθμίδα εκπαίδευσης μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά και πάλι με τον ορισμό και τη χρησιμότητα της φυσικοθεραπείας. Οι συμμετέχοντες που έχουν ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση και οι οποίοι θεωρούν πως η φυσικοθεραπεία σχετίζεται εξ ολοκλήρου με την πρακτική εκπαίδευση είναι περισσότεροι από αυτούς που έχουν τελειώσει την ανώτερη ή την ανώτατη εκπαίδευση (*Πίνακας 48, Σχήμα 13*). Αντίθετα, οι απόφοιτοι ανώτερων βαθμίδων εκπαίδευσης θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό πως η φυσικοθεραπεία δε σχετίζεται εξ ολοκλήρου με την πρακτική εκπαίδευση. Σύμφωνα με όσα απεικονίζονται στον *Πίνακα 48*, αυτή η διαφοροποίηση δεν είναι στατιστικά σημαντική.

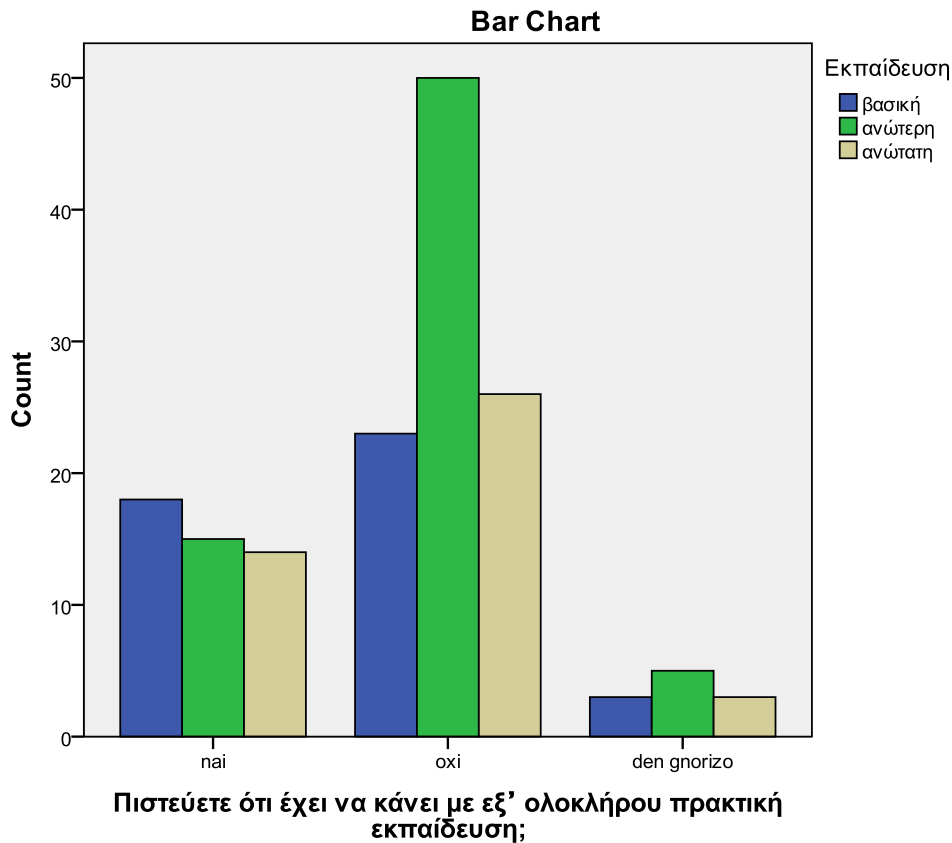
Αντίστοιχη εικόνα παρουσιάζεται και σε όλες τις άλλες ερωτήσεις. Με άλλα λόγια, όπως και ο παράγοντας εκπαίδευση δε φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις επιλογές των συμμετεχόντων αναφορικά με την άποψη που έχουν σχέση με τον ορισμό της φυσικοθεραπείας, την εκπαίδευση των φυσικοθεραπευτών και τη χρησιμότητα της φυσικοθεραπείας.

Πίνακας 48.

Συσχετισμός εκπαίδευσης και αντίληψης για τη φυσικοθεραπεία

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,200 ^a	4	,267
Likelihood Ratio	5,221	4	,265
Linear-by-Linear Association	,513	1	,474
N of Valid Cases	157		

a. 3 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,01.



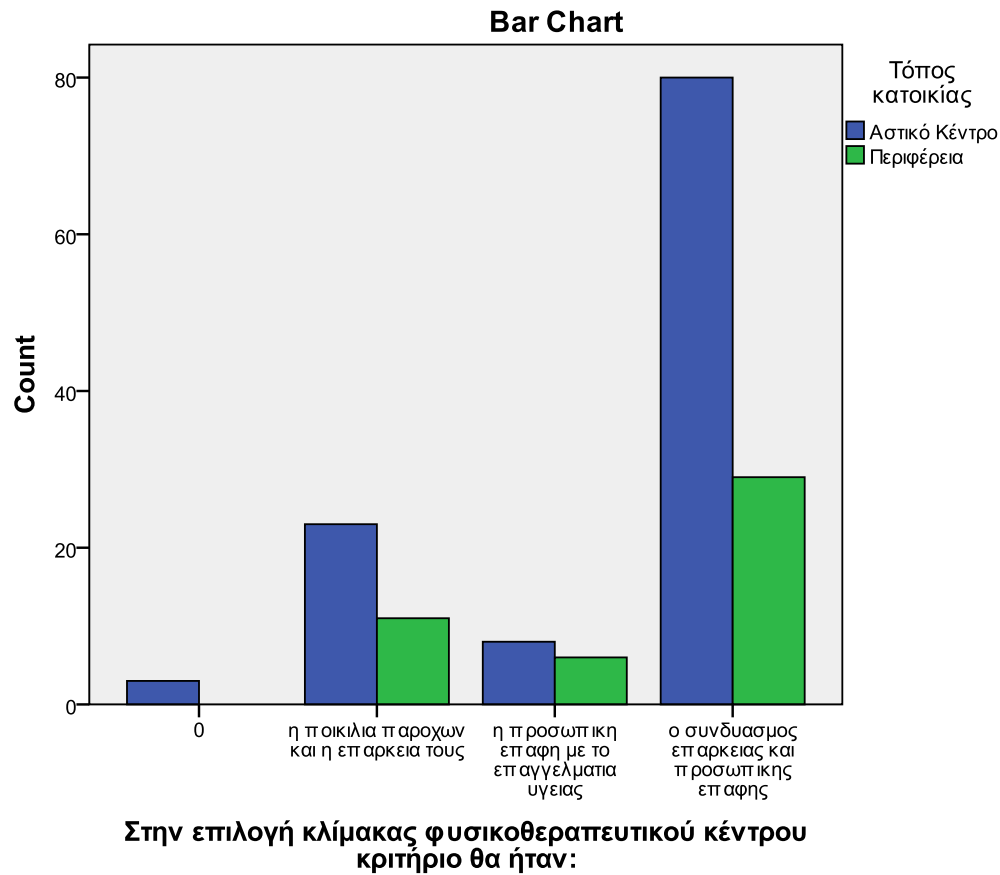
Σχήμα 13: Συσχετισμός εκπαίδευσης και αντίληψης για τη φυσικοθεραπεία

4.3.1.3 Ο Τόπος Κατοικίας

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η διαφοροποίηση των συμμετεχόντων ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο ζουν (αστικό κέντρο ή περιφέρεια). Όπως διαπιστώνεται στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 14), στις απαντήσεις τόσο των κατοίκων των αστικών κέντρων όσο και των κατοίκων της περιφέρειας φαίνεται πως το βασικό κριτήριο για την επιλογή κλίμακας φυσικοθεραπευτικού κέντρου είναι ο συνδυασμός επάρκειας και προσωπικής επαφής. Αλλά ούτε στην περίπτωση αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Όπως είναι αναμενόμενο, στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση υπάρχει μεταξύ του τόπου μόνιμης κατοικίας και της ύπαρξης φυσικοθεραπευτικών κέντρων. Όπως μπορεί να δει κανείς στο Σχήμα 15, όσοι ζουν σε μεγάλα αστικά κέντρα δηλώνουν πως γνωρίζουν την ύπαρξη τέτοιων κέντρων και μάλιστα σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από τους συμμετέχοντες που κατοικούν σε επαρχιακές πόλεις. Μάλιστα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 49, το p είναι 0,045, δηλαδή μικρότερο του 0,05. Αυτό

σημαίνει πως η υπόθεση ανεξαρτησίας μεταξύ των δύο μεταβλητών απορρίπτεται. Με άλλα λόγια, ο τόπος κατοικίας προκύπτει ότι μπορεί να επηρεάσει στατιστικά σημαντικά την ενημέρωση σχετικά με την ύπαρξη φυσικοθεραπευτικών κέντρων.



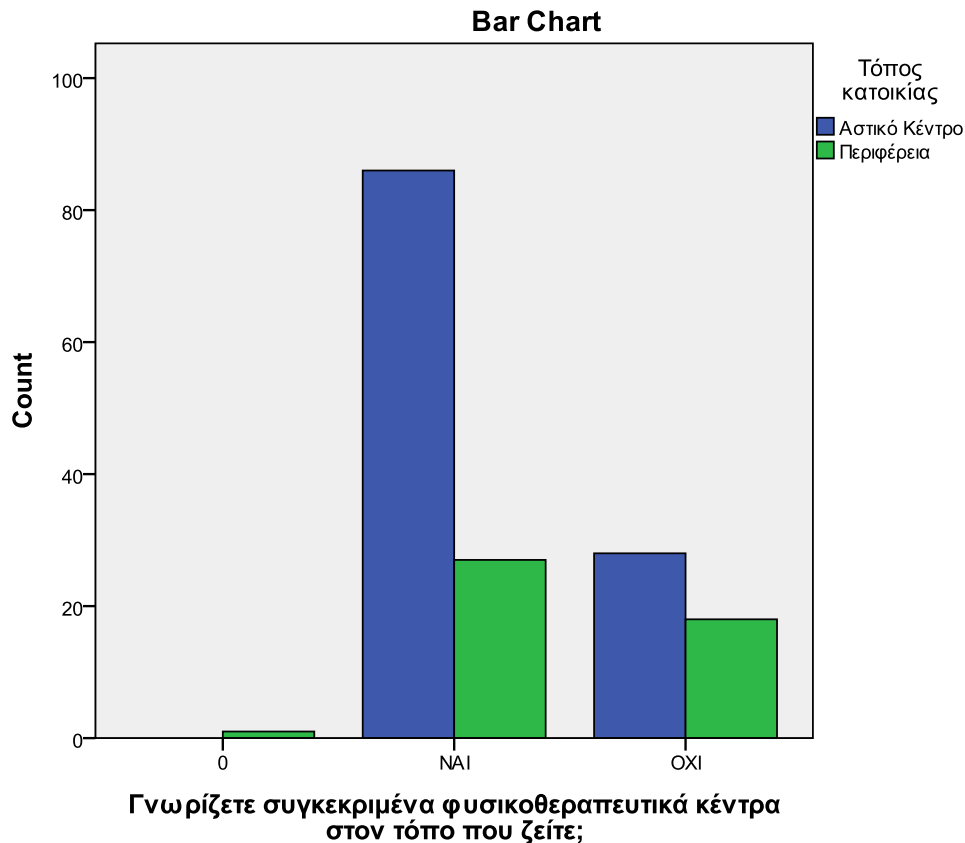
Σχήμα 14: Συσχετισμός τόπου κατοικίας και επιλογής κλίμακας φυσικοθεραπευτικού κέντρου.

Πίνακας 49.

Συσχετισμός τόπου κατοικίας και ενημέρωσης για φυσικοθεραπευτικά κέντρα

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,199 ^a	2	,045
Likelihood Ratio	6,122	2	,047
Linear-by-Linear Association	2,331	1	,127
N of Valid Cases	160		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

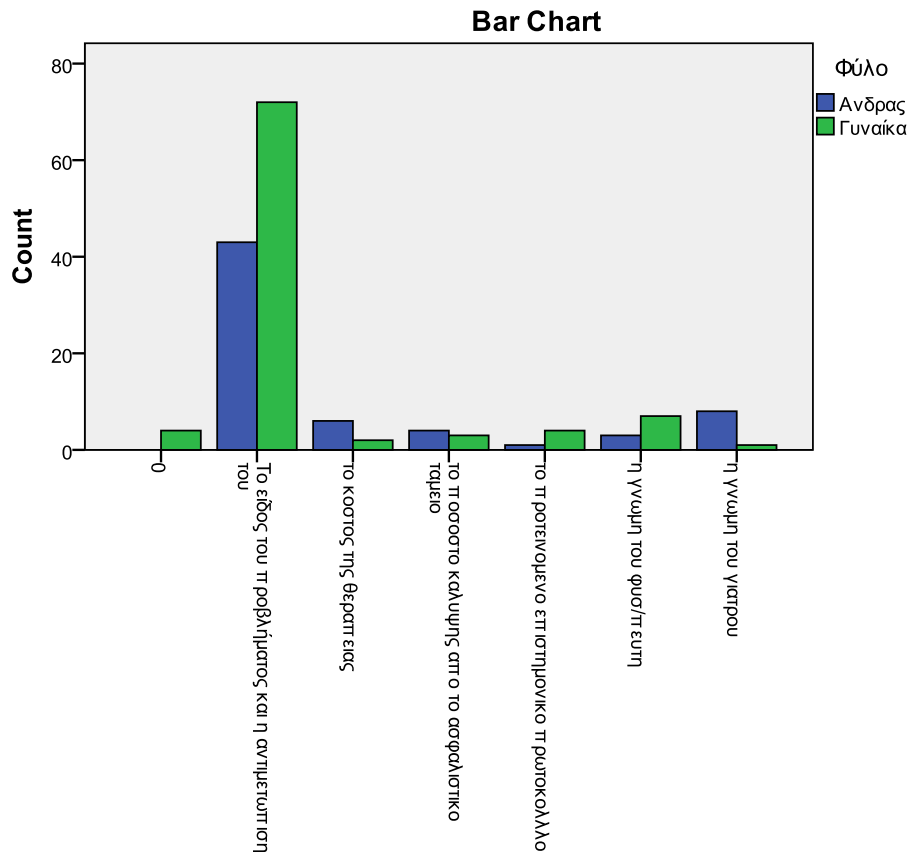


Σχήμα 15: Συσχετισμός τόπου κατοικίας και ενημέρωσης για φυσικοθεραπευτικά κέντρα

Συμπερασματικά, ο τόπος κατοικίας δε φαίνεται να επηρεάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις γνώσεις τους και τα κριτήρια επιλογής ενός φυσικοθεραπευτικού κέντρου. Μόνο στην περίπτωση της ενημέρωσης αναφορικά με την ύπαρξη κάποιου τέτοιου κέντρου φαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, με τους κατοίκους των αστικών κέντρων να έχουν, όπως είναι αναμενόμενο, καλύτερη ενημέρωση.

4.3.1.4. Το Φύλο

Τέλος, εξετάστηκε ο βαθμός στον οποίο ο παράγοντας φύλο μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τις απόψεις των συμμετεχόντων. Σε γενικές γραμμές δεν υπήρξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων αναφορικά με τη φυσικοθεραπεία και τους φυσικοθεραπευτές.



Σχήμα 16: Συσχετισμός μεταξύ φύλου και παράγοντα συχνότητας θεραπειών.

Πίνακας 50.

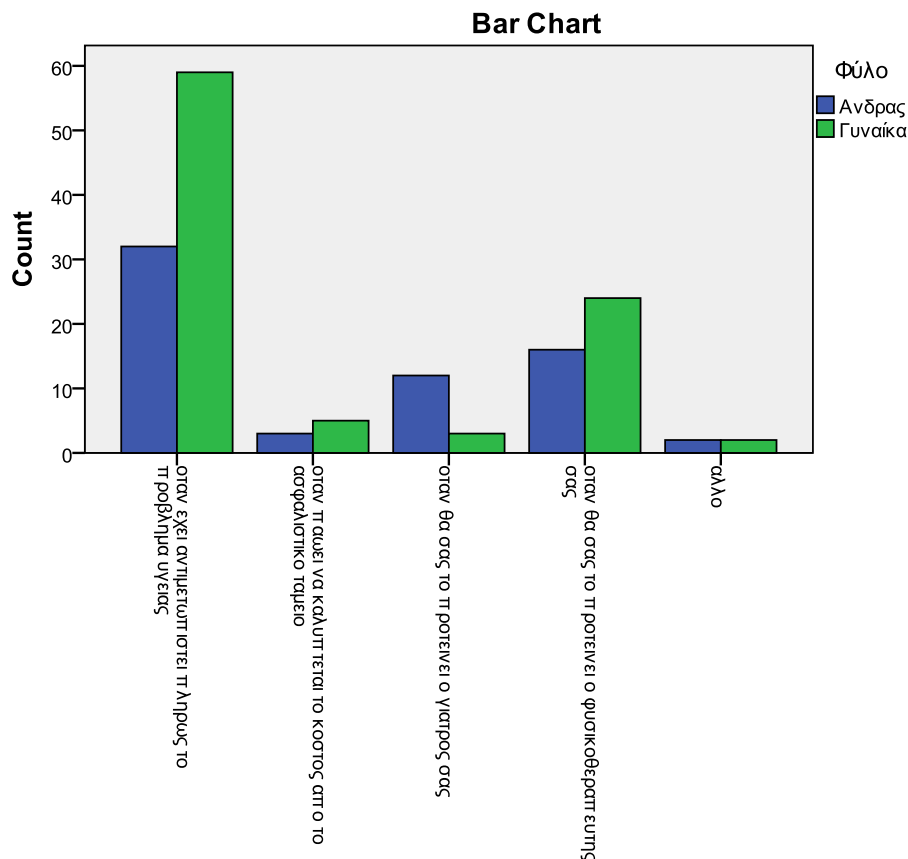
Συσχετισμός μεταξύ φύλου και παράγοντα συχνότητας θεραπειών

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,900 ^a	6	,006
Likelihood Ratio	19,957	6	,003
Linear-by-Linear Association	4,496	1	,034
N of Valid Cases	158		

a. 10 cells (71,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,65.

Ένα σημείο στο οποίο υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων έχει να κάνει με τον παράγοντα ρύθμισης της συχνότητας και της ποιότητας των θεραπειών. Όπως φαίνεται στα παρακάτω σχήματα (Σχήμα 16, Πίνακας 50),

υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ανδρών και των γυναικών, καθώς για τις γυναίκες βασικότερος παράγοντας φαίνεται ότι είναι το είδος του προβλήματος και η αντιμετώπισή του και ακολουθεί στην προτίμησή τους η γνώμη του φυσικοθεραπευτή. Επιπλέον, σημαντικά στατιστική διαφοροποίηση υπήρξε και μεταξύ των δύο φύλων αναφορικά με το λόγο για τον οποίο θα διέκοπταν τις φυσικοθεραπείες (Σχήμα 17, Πίνακας 51).



Σχήμα 17: Συσχετισμός φύλου και λόγου διακοπής των φυσικοθεραπειών.

Φαίνεται ότι για τις γυναίκες, σε αντίθεση με τους άνδρες συμμετέχοντες, σημασία έχει η αντιμετώπιση του προβλήματος και μετά η άποψη του φυσικοθεραπευτή. Αντίθετα, οι άνδρες δε φαίνεται να επηρεάζονται τόσο από την άποψη του φυσικοθεραπευτή, καθώς από τις απαντήσεις τους προκύπτει πως μετά την επίλυση του προβλήματος σημαντικότερος λόγος διακοπής της φυσικοθεραπείας είναι η γνώμη του γιατρού.

Πίνακας 51.

Συσχετισμός φύλου και λόγου διακοπής των φυσικοθεραπειών

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,891 ^a	4	,028
Likelihood Ratio	11,043	4	,026
Linear-by-Linear Association	1,781	1	,182
N of Valid Cases	158		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,65.

Τέλος, ο παράγοντας φύλο φαίνεται να επηρεάζει και την άποψη των συμμετεχόντων αναφορικά με τη βασική εκπαίδευση του φυσικοθεραπευτή (Πίνακας 52, Σχήμα 18). Φαίνεται πως για τις γυναίκες μετά το TEI, η βασική εκπαίδευση του φυσικοθεραπευτή είναι το IEK. Αντίθετα, οι άνδρες συμμετέχοντες θεωρούν πως μετά τη φοίτηση σε TEI δεύτερη επιλογή βασικής εκπαίδευσης του φυσικοθεραπευτή είναι κάποιο πανεπιστημιακό ίδρυμα. Αντίθετα, σε όλες τις άλλες περιπτώσεις ο παράγοντας φύλο δε φαίνεται αν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την άποψη που έχουν οι συμμετέχοντες για τη φυσικοθεραπεία, τη χρησιμότητα αυτής, αλλά και το ρόλο του φυσικοθεραπευτή.

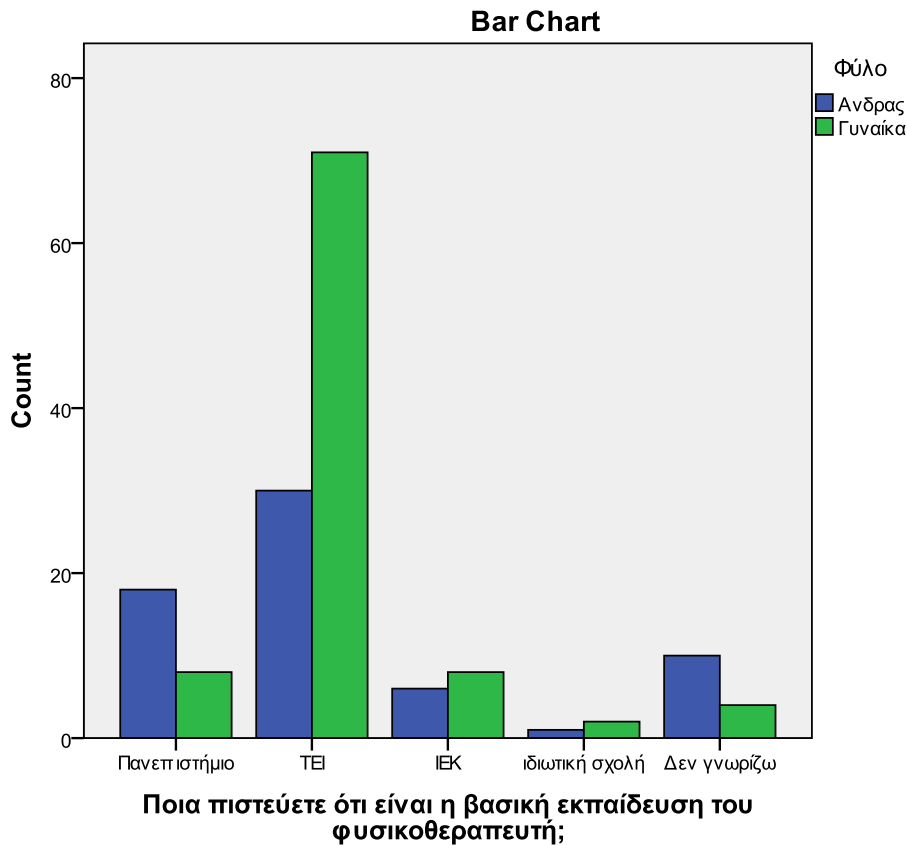
Πίνακας 52.

Συσχετισμός φύλου και βασικής εκπαίδευσης του φυσικοθεραπευτή

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,325 ^a	4	,001
Likelihood Ratio	19,376	4	,001
Linear-by-Linear Association	,651	1	,420
N of Valid Cases	158		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,23.



Σχήμα 18: Συσχετισμός φύλου και βασικής εκπαίδευσης του φυσικοθεραπευτή

4.3.2. Συμπερασματολογική ανάλυση τριών αξόνων (ερωτημάτων).

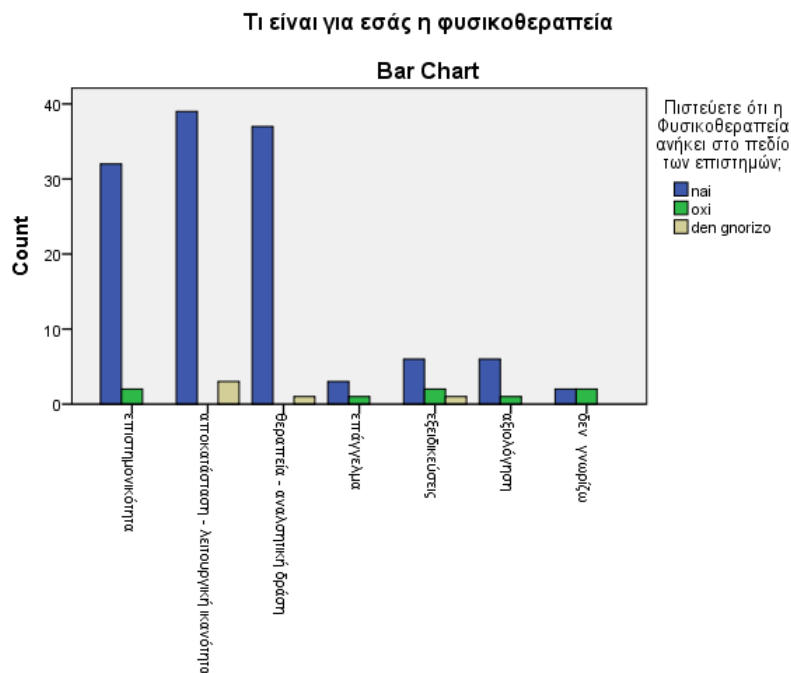
4.3.2.1. Συμπερασματολογική Ανάλυση Πρώτου Άξονα (Ορισμού)

Από την αρχή της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης της παρούσας έρευνας φάνηκε η δυσκολία στην αυθόρμητη διαμόρφωση του ορισμού της φυσικοθεραπείας. Για το λόγο αυτό, όπως αναφέρθηκε, επακολούθησαν πλήθος ερωτήσεων του ερωτηματολογίου με στόχο την εξιχνίαση της πραγματικής γνώσης του ορισμού μέσα από τα επιμέρους χαρακτηριστικά που αποδίδονται στο αντικείμενο.

Αρχικά, συσχετίζεται η βασική ερώτηση του ορισμού (ερώτηση 1: *Τι είναι για εσάς η φυσικοθεραπεία*) με κάποιες βασικές επιμέρους του άξονα του ερωτηματολογίου περί ορισμού για να διευκρινιστεί όσο είναι δυνατό ο συσχετισμός των ορισμών που δόθηκαν με τα επιμέρους χαρακτηριστικά που αποδίδονται στην φυσικοθεραπεία.

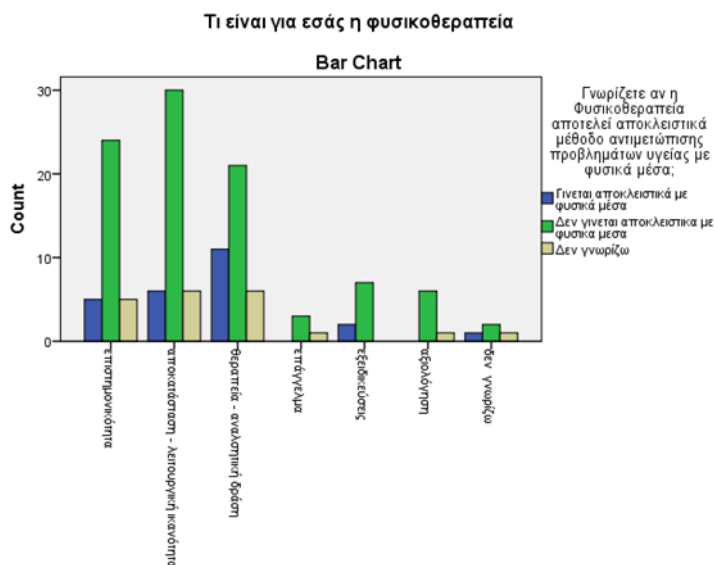
Ο συσχετισμός της ερώτησης «*τί είναι για εσάς η φυσικοθεραπεία;*» με την ερώτηση «*πιστεύετε ότι η φυσικοθεραπεία ανήκει στο πεδίο των επιστημών;*» (ερώτηση 2)

κατέληξε στο συμπέρασμα ότι συνολικά, η μεγάλη πλειοψηφία (90,6%) των δοθέντων ή μη απαντήσεων για τον ορισμό θεωρεί ότι η φυσικοθεραπεία ανήκει στο πεδίο των επιστημών (Σχήμα 19).



Σχήμα 19: Συσχετισμός ορισμού με ένταξη φυσικοθεραπείας στο πεδίο των επιστημών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό ανά κατηγορία απάντησης στον ορισμό που ταυτόχρονα εντάσσει την φυσικοθεραπεία στις επιστήμες είναι η κατηγορίας που τον προσδιόρισαν με βάση την αποκατάσταση και την λειτουργικότητα (31,2%). Ακολουθούν το 26,8% όσων απάντησαν στον ορισμό σε σχέση με την θεραπεία-αναλγητική δράση, το 23,2% όσων απάντησαν στον ορισμό ότι είναι επιστήμη θεωρεί, το 4,3% όσων όρισαν την φυσικοθεραπεία μέσω κάποιας άλλης εξειδίκευσής της και το αντίστοιχα όσων απάντησαν αξιολογικά στον ορισμό και το 2,2% όσων αναφέρθηκαν στον ορισμό σχετικά με το επάγγελμα. Όσοι δεν εξέφρασαν ορισμό θεωρούν κατά 1,4% ότι ανήκει στο πεδίο των επιστημών.



Σχήμα 20: Συσχετισμός ορισμού με αποκλειστική χρήση φυσικών μέσων.

Ακολούθησε ο συσχετισμός των απαντήσεων για τον ορισμό σε σχέση με την ερώτηση 8, «Γνωρίζετε αν η φυσικοθεραπεία αποτελεί αποκλειστικά μέθοδο;» (Σχήμα 20).

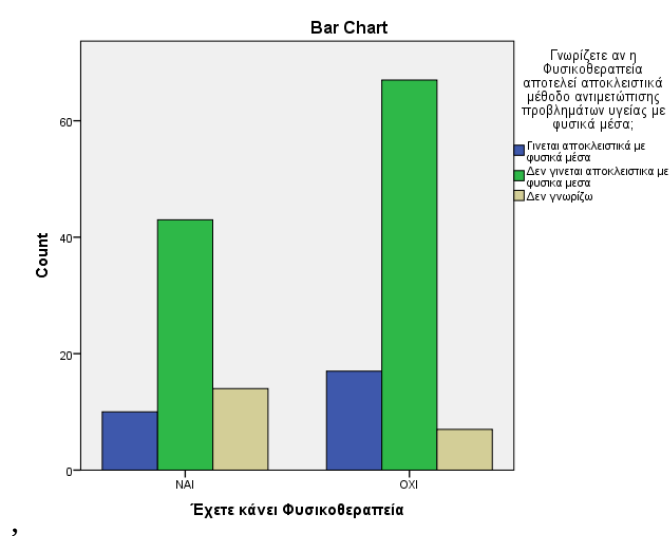
Και πάλι το μεγαλύτερο ποσοστό που απάντησε στον ορισμό σχετικά με την αποκατάσταση και λειτουργικότητα απάντησε ταυτόχρονα ότι δεν γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα (21,7%). Ακολουθεί το 17,4% αυτών που απάντησαν στον ορισμό σε σχέση με την επιστημονικότητα, το 15,2% όσων απάντησαν στον ορισμό σε σχέση με την θεραπεία-αναλγητική δράση, το 5,1% όσων όρισαν την φυσικοθεραπεία μέσω κάποιας άλλης εξειδίκευσής της, το 4,3% όσων απάντησαν αξιολογικά στον ορισμό και το 2,2% όσων αναφέρθηκαν στον ορισμό σχετικά με το επάγγελμα. Όσοι δεν εξέφρασαν ορισμό θεωρούν κατά 1,4% ότι δεν γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα. Κατά πλειοψηφία (67,4%) το σύνολο αυτών που έδωσαν απάντηση ορισμού ή είπαν ότι δεν γνωρίζουν απάντησε ότι δεν γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα.

4.3.2.2. Συμπερασματολογική Ανάλυση Πρώτου & Δεύτερου Άξονα (Συσχετισμός Ορισμού & Διαδικασίας)

Στη συνέχεια για να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τις απόψεις για την διαδικασία συσχετίστηκαν οι απαντήσεις στην ερώτηση «Έχετε κάνει φυσικοθεραπεία;» (ερώτηση 38) με τις ίδιες ερωτήσεις που συσχετίστηκε ο ορισμός.

Στον συσχετισμό με την ερώτηση «Πιστεύετε ότι η φυσικοθεραπεία ανήκει στο πεδίο των επιστημών;» (ερώτηση 2) βρέθηκε ότι το 38,6% όσων έχουν κάνει φυσικοθεραπεία πιστεύουν ταυτόχρονα ότι ανήκει στο πεδίο των επιστημών, ενώ μεγαλύτερο παρουσιάζεται το ποσοστό (53,2%) για όσους δεν έχουν εμπειρία.

Στον συσχετισμό της εμπειρίας με την ερώτηση 8, «Γνωρίζετε αν η φυσικοθεραπεία αποτελεί αποκλειστικά μέθοδο αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας με φυσικά μέσα;», το 27,2% όσων έχουν κάνει φυσικοθεραπεία απαντούν ότι δεν γίνεται μόνο με τεχνικά μέσα και συγκριτικά μεγαλύτερο ποσοστό (42,4%) όσων δεν έχουν κάνει φυσικοθεραπεία (Σχήμα 21).



Σχήμα 21: Συσχετισμός εμπειρίας φυσικοθεραπείας με χρήση αποκλειστικά ή όχι φυσικών μέσων.

Επίσης, σε σύγκριση της εμπειρίας και των απαντήσεων στην ερώτηση «Γνωρίζετε αν η φυσικοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τεχνικά μέσα;» (ερώτηση 9), το 37,3% όσων έχουν κάνει φυσικοθεραπεία απαντούν ταυτόχρονα ότι περιλαμβάνει και τεχνικά μέσα, αντίστοιχα απαντά το 45,6% όσων δεν έχουν εμπειρία.

4.3.2.3. Συμπερασματολογική Ανάλυση Πρώτου & Τρίτου Άξονα (Συσχετισμός Ορισμού & Χρησιμότητας)

Τέλος, για να εξαχθούν επαρκέστερα συμπεράσματα συσχετίστηκαν οι απόψεις περί της χρησιμότητας της φυσικοθεραπείας μέσω της ερώτησης «Πιστεύετε ότι για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος η φυσικοθεραπεία μπορεί να αντικατασταθεί από

κάποιο άλλο είδος άσκησης ή θεραπευτικής – φαρμακευτικής προσέγγισης;» (ερώτηση 54) με τις απαντήσεις σε βασικές ερωτήσεις περί του ορισμού.

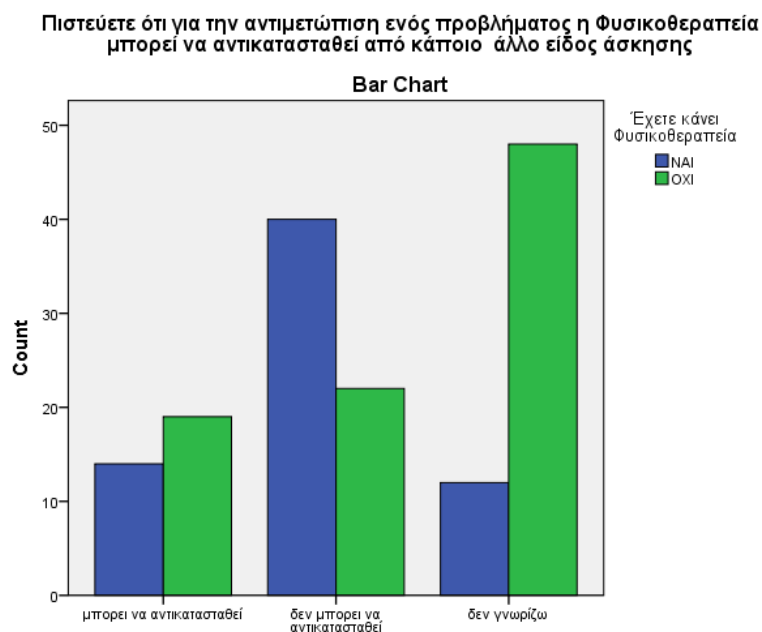
Έτσι, σε σύγκριση με την ερώτηση για τον αν ανήκει η φυσικοθεραπεία στο πεδίο των επιστημών (ερώτηση 2), ο μεγαλύτερος συσχετισμός παρουσιάζεται ανάμεσα σε όσους απάντησαν ότι δεν αντικαθίσταται και ταυτόχρονα ότι είναι επιστήμη (35,9%). Ακολουθεί αντίστοιχα το 19,9% όσων πιστεύουν ότι μπορεί να αντικατασταθεί από άλλες μεθόδους πιστεύουν ταυτόχρονα ότι ανήκει στο πεδίο των επιστημών.

Σε σύγκριση με την ερώτηση 8 *«Γνωρίζετε αν η φυσικοθεραπεία αποτελεί αποκλειστικά μέθοδο αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας με φυσικά μέσα»* το 26,3% που θεωρεί ότι δεν αντικαθίσταται από άλλες θεραπείες ταυτόχρονα θεωρεί ότι δεν γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα και το 5,1% ότι γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα. Αντίθετα, για το 16% όσων θεωρούν ότι αντικαθίσταται από άλλες μεθόδους θεωρεί ότι δεν γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα και το 2,6% ότι γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα.

4.3.2.4. Συμπερασματολογική Ανάλυση Δεύτερου & Τρίτου Άξονα (Συσχετισμός Διαδικασίας & Χρησιμότητας)

Για να ολοκληρωθεί η συσχέτιση των βασικών αξόνων του ερωτηματολογίου εξετάστηκε ο συσχετισμός των απαντήσεων στην ερώτηση *«Έχετε κάνει φυσικοθεραπεία;»* (άξονας διαδικασία-ερώτηση 38) με τις απαντήσεις στην ερώτηση *«Πιστεύετε ότι για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος η φυσικοθεραπεία μπορεί να αντικατασταθεί από κάποιο άλλο είδος άσκησης ή θεραπευτικής – φαρμακευτικής προσέγγισης;»* (άξονας χρησιμότητα-ερώτηση 54).

Προέκυψε ότι το 25,8% όσων έχουν κάνει φυσικοθεραπεία τη θεωρούν αναντικατάστατη και το 9% θεωρούν ότι μπορεί να αντικατασταθεί από άλλη μέθοδο. Αντίστοιχα, το 14,2% όσων δεν έχουν εμπειρία φυσικοθεραπείας θεωρεί ότι είναι αναντικατάστατη και το 12,3% ότι θα μπορούσε να αντικατασταθεί (Σχήμα 22).



Σχήμα 22: Συσχετισμός εμπειρίας φυσικοθεραπείας (διαδικασία) με άποψη για το αν μπορεί να αντικατασταθεί από άλλη μέθοδο (χρησιμότητα).

4.4. Έννοιες και θέματα που αναδύθηκαν

4.4.1. Πρώτος Άξονας: Ορισμός Φυσικοθεραπείας

Παρατηρείται από τα στοιχεία της παρούσας έρευνας η καθοριστική συσχέτιση φυσικοθεραπείας και λειτουργικότητας – κίνησης. Επίσης, ο αναλγητικός της ρόλος ως μέθοδος θεραπείας. Τέλος, τα μέσα που χρησιμοποιούνται ή ο προληπτικός χαρακτήρας εμφανίζονται στις απαντήσεις ορισμού συμπληρωματικά και σε δευτερεύοντα ρόλο.

Συνολικά, οι απόψεις για τον ορισμό σημειώνουν ευρύτητα και δεν προσδιορίζονται σε μεγάλο βαθμό με μια συγκεκριμένη και κατά πλειοψηφία κυρίαρχη κατεύθυνση. Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά που τις αποδίδονται ωστόσο, από το σύνολο των ερωτήσεων που ακολούθησαν της ερώτησης ορισμού, συνθέτουν το πλαίσιο οριοθέτησής της έμμεσα ως: «Αντικείμενο που ανήκει στο πεδίο των επιστημών (Πίνακας 4, ποσοστό 91,9%), αφορά όλο το σώμα (Σχήμα 10, ποσοστό 46%) ασκείται με φυσικά μέσα αλλά όχι αποκλειστικά με αυτά (Πίνακας 9, ποσοστό 70%) καθώς περιλαμβάνει και τεχνικά μέσα (Πίνακας 10, ποσοστό 83,1%) και μπορεί να συνδυαστεί με φαρμακευτική αγωγή (Πίνακας 11, ποσοστό 68,8%)».

Ο επαγγελματίας που την εκτελεί είναι: «Ο φυσικοθεραπευτής (Πίνακας 6, ποσοστό 83,1%) που είναι απόφοιτος ΤΕΙ (Πίνακας 12, ποσοστό 63,1%) εκπαιδεύεται τόσο σε θεωρητικό όσο και πρακτικό επίπεδο (Πίνακας 5, ποσοστό 62,5%) με εξειδίκευση που πιστεύεται ότι αποκτάται ταυτόχρονα από την επαγγελματική εμπειρία και θεωρητική εξειδίκευση (Πίνακας 15, ποσοστό 81,90%). Η αποκατάσταση ορθοπεδικών και μυοσκελετικών παθήσεων καθώς και η κινησιοθεραπεία είναι τα πιο διαδεδομένα πεδία της ειδικότητάς του (Πίνακας 16, ποσοστό για ορθοπεδικά 26,8% - Σχήμα 3, ποσοστό για ορθοπεδικά 48% - Πίνακας 14, ποσοστό για κινησιοθεραπευτή 37,9% - Σχήμα 7, ποσοστό για μυοσκελετικά 62%)».

4.4.1.2. Ανάδειξη Σημείου Τομής Πρώτου (Ορισμός) και Δεύτερου Άξονα (Διαδικασία): Σχέση Γιατρού- Φυσικοθεραπευτή

Παρά τον διαχωρισμό των αξόνων στου ερευνητικού εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική ανάλυση αναδεικνύει την τομή ζητημάτων ορισμού και διαδικασίας (πρώτος και δεύτερος άξονας). Έτσι, συγκεχυμένες παρουσιάζονται οι απόψεις για την αποκλειστικότητα της άσκησης της φυσικοθεραπείας από τον φυσικοθεραπευτή καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων δεν γνωρίζει αν ασκείται αποκλειστικά από αυτόν (Πίνακας 7, ποσοστό 56,9%) και μόνο το 4,4% θεωρεί ότι είναι αποκλειστική του αρμοδιότητα.

Σε αυτό το σημείο της έρευνας διαφαίνονται οι απόψεις σε σχέση με την αυτονομία από το ιατρικό επάγγελμα. Το 14,4% (Πίνακας 7) απαντά αυθόρμητα ότι ο ορθοπεδικός μπορεί να αντικαταστήσει τον φυσικοθεραπευτή. Η αυτονομία του έργου του φυσικοθεραπευτή από του γιατρού αποτυπώνεται και παρακάτω στην έρευνα. Στην ερώτηση σχετικά με τον βαθμό φυσικοθεραπευτικών γνώσεων που έχει ένας γιατρός (Πίνακας 19) διαφαίνεται η αμήχανη στάση των ερωτώμενων που εκφράζεται μέσα από την επιλογή κατά πλειοψηφία του μέτριου βαθμού γνώσεων (36,3%) και της ισοδύναμης διασποράς των απαντήσεων τόσο προς τον θετικότερο βαθμό (αρκετά 22,5%) όσο και προς τον αρνητικότερο (ελάχιστα 20,6%). Σημαντικό είναι να σημειωθεί η σχετική πλειοψηφία της απόλυτα θετικής απάντησης (άριστα 10,6%) σε σχέση με την απόλυτα αρνητική σε βαθμό (καθόλου 8,8%). Πεποιθήσεις σχετικά με την κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος παρατηρείται ότι επιμένουν, σε μέτριο ωστόσο βαθμό σε συνδυασμό με την αμήχανη διείσδυση του κλάδου των φυσικοθεραπευτών στην άποψη του κοινού.

Τα στοιχεία αυτά προκύπτουν αν συγκρίνει κανείς την κυρίαρχη αυθόρμητη απάντηση περί του ποιος ασκεί την φυσικοθεραπεία (*Πίνακας 6*, απάντηση: φυσικοθεραπευτές σε ποσοστό 83,1%), την μικρή ανταπόκριση στην αποκλειστικότητα της άσκησης του αντικειμένου τους (4,4%) και από τον μικρό αποκλεισμό των γιατρών από την κατάρτιση στο φυσικοθεραπευτικό αντικείμενο (8,8%). Οι γνώσεις του γιατρού ωστόσο, προσδιορίζονται όχι τόσο στο να ασκήσει ο ίδιος την φυσικοθεραπεία (*Πίνακας 20*, απάντηση: δεν μπορεί να την εκτελέσει ο ίδιος σε ποσοστό: 61,9%) αλλά στο να την προκαθορίσει ως ανάγκη - όπως φαίνεται από την πλειοψηφία που επιθυμεί ταυτόχρονη παρακολούθηση των φυσικοθεραπειών από το γιατρό του (*Πίνακας 22*, απάντηση: απαραίτητη σε ποσοστό 20,6%, αρκετά απαραίτητη σε ποσοστό 26,9%) - και ως διαδικαστικό πλαίσιο (από ερ.20, ποσοστό 80%). Η ανάγκη του κοινού να απευθύνεται κυρίως στο γιατρό προκύπτει και από το μεγαλύτερο ποσοστό που θα το συμβουλευόταν για την όποια πιθανή εξέλιξη της θεραπείας (από ερ.22, ποσοστό 58,8%), έναντι του φυσικοθεραπευτή (*Πίνακας 23*, ποσοστό 40%).

Η γνώμη του γιατρού δεν είναι αυτή ωστόσο που θα προσδιόριζε καθοριστικά την συχνότητα και την ποσότητα των θεραπειών (*Πίνακας 26*, ποσοστό 5,6%), ούτε το τέλος τους (*Πίνακας 30*, απάντηση: τέλος όταν θα σας το προτείνει ο γιατρός σε ποσοστό 9,4%). Η υποκειμενική αίσθηση ότι έχει ξεπεραστεί το πρόβλημα (*αίσθηση ωφελιμότητας*-ΜΠΥ) θα ήταν ο καθοριστικός παράγοντας για να τελειώσουν οι θεραπείες (*Πίνακας 30*, σε ποσοστό 58,1%). Η ανάγκη, τελικά, του ασθενή για την ιατρική συμβολή εντοπίζεται κυρίως στην αρχή των θεραπειών και στην επιστέγαση του τελικού αποτελέσματος. Αφήνεται λοιπόν αρκετός χώρος αυτονομίας σε πρακτικό επίπεδο για τον φυσικοθεραπευτή ωστόσο σε επίπεδο συνολικής διαχείρισης της υγείας του ασθενή, η ταυτόχρονη άποψη του γιατρού κρίνεται ακόμα απαραίτητη (*Πίνακας 31*, απάντηση: σεβαστή άποψη φυσικοθεραπευτή αλλά σε συνδυασμό με την άποψη του γιατρού σε ποσοστό 66,3%).

Η συναρμοδιότητα φυσικοθεραπευτή και γιατρού αποτυπώνεται και στο ζήτημα της ευθύνης για το τελικό αποτέλεσμα όπου ο φυσικοθεραπευτής δεν φαίνεται να θεωρείται απόλυτα υπεύθυνος του αποτελέσματος (*Πίνακας 40*, ποσοστό 19,4%), όσο συνυπεύθυνος με το γιατρό (*Πίνακας 40*, ποσοστό 33,8%).

4.4.2. Δεύτερος Άξονας: Διαδικασία

Για την διαδικασία της φυσικοθεραπείας συγκεντρωτικά φαίνεται καθοριστική η παρεμβολή του συστήματος υγείας που υποχρεώνει τον ασθενή να απευθυνθεί αρχικά στον θεράποντα γιατρό που θα τον παραπέμψει στον φυσικοθεραπευτή (*Πίνακας 21*, ποσοστό 80%). Η επίδραση αυτής της πρακτικής δρα ανασταλτικά στην λήψη προσωπικής πρωτοβουλίας για φυσικοθεραπεία (*Πίνακας 21-8,1%*). Όσο αφορά το κόστος, τα έξοδα για την φυσικοθεραπεία είναι γνωστό ότι καλύπτονται μερικώς από το ασφαλιστικό ταμείο (*Πίνακας 24*, ποσοστό 70%), ωστόσο η υποκειμενική αίσθηση κινδύνου (ΜΠΥ) θα καθόριζε την επιλογή να κάνει κάποιος φυσικοθεραπεία ανεξαρτήτως των εξόδων (*Πίνακας 25*, ποσοστό 51,9%). Θα καθόριζε επίσης ελάχιστα σε σχέση με την υποκειμενική αίσθηση ωφελιμότητας (ΜΠΥ) το πότε θα τελείωνε η θεραπεία (*Πίνακας 30*, ποσοστό 5%).

4.4.2.1. Ανάδειξη Σημείου Τομής Δεύτερου Άξονα (διαδικασία) με Τρίτο Άξονα (χρησιμότητα): Ατομική Ευθύνη

Από την ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων προκύπτει τομή των δύο αξόνων του ερευνητικού εργαλείου (δεύτερος και τρίτος άξονας) όπως εκφράζεται μέσα από την έννοια της ατομικής ευθύνης και υπευθυνότητας του ασθενή. Έτσι, θεωρείται ότι ο ασθενής είναι συνυπεύθυνος με τον φυσικοθεραπευτή για την έκβαση της θεραπείας σε ποσοστό 45% (*Πίνακας 40*). Καταγράφεται δηλαδή, το αυξημένο ποσοστό συμμετοχής του ασθενή στον τρόπο εξέλιξης της θεραπείας.

4.4.3. Τρίτος Άξονας: Χρησιμότητα

Η γνώμη του πληθυσμού είναι θετική σε σχέση με την χρησιμότητα της φυσικοθεραπείας καθώς το 44,4% θεωρεί ότι θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα υγείας του αρκετά (*Πίνακας 39*) και πλήρως το 22,5%. Το κοινό παρουσιάζεται ελλιπώς ενημερωμένο σε σχέση με τον προληπτικό χαρακτήρα της φυσικοθεραπείας καθώς το 37,5% (*Πίνακας 38*) δεν γνωρίζει αν έχει προληπτικό χαρακτήρα. Αρκετά αισιόδοξο όμως ταυτόχρονα είναι το 39,4% που απαντά ότι γνωρίζει πως έχει προληπτικό χαρακτήρα, έναντι του 20,6% που ισχυρίζεται ότι δεν έχει. Αυτό δείχνει πως υπάρχει μεγάλο χάσμα ενημέρωσης ανάμεσα στον πληθυσμό και σε άτομα που γνωρίζουν εξειδικευμένα ίσως στοιχεία με τα άτομα που έχουν παντελή άγνοια. Η ενημέρωση φαίνεται να είναι περισσότερο προσωπική υπόθεση (ή ανάγκη) παρά αποτέλεσμα ενημερωτικής πολιτικής πάνω στο αντικείμενο της

φυσικοθεραπείας καθότι δεν υπάρχει ισοδύναμη κατανομή των απαντήσεων. Η έλλειψη ενημέρωσης καταγράφεται στον *Πίνακα 36* όπου το 61,3% απαντά ότι δεν έχει ενημερωθεί σχετικά με το αντικείμενο από οποιοδήποτε είδος ενημερωτικού υλικού. Ωστόσο, το κοινό φαίνεται να είναι θετικά προδιατεθειμένο στον προληπτικό ρόλο της φυσικοθεραπείας καθώς η έγκαιρη αντιμετώπιση ενός προβλήματος με την συμβολή των θεραπειών θα βοηθούσε στην αναβολή μιας χειρουργικής επέμβασης (*Πίνακας 46*) κατά τη γνώμη του 41,3%, και πιθανώς θα βοηθούσε κατά 46,3%.

Κεφάλαιο Πέμπτο: Συζήτηση

5.1. Συζήτηση

Η ποιοτική έρευνα επιλέγεται ως καταλληλότερη για την εξέταση των υποκειμενικών απόψεων. Ως εργαλείο έχει το πλεονέκτημα να προσεγγίζει ολιστικά τον άνθρωπο επειδή ακριβώς αναπτύσσεται στη βάση της αντίληψης ότι οι κοινωνικές εμπειρίες, που συντείνουν στην διαμόρφωση των απόψεων και του επιπέδου υγείας, αποκτώνται ταυτόχρονα μέσω του σώματος και του πνεύματος. Άλλωστε, η ποιοτική έρευνα είναι το εργαλείο που θα παρέχει τις ερμηνείες πίσω από τους αριθμούς σε αντίθεση με μια ποσοτική ανάλυση που θα επικεντρωνόταν αποκλειστικά στην μέτρηση μεγεθών (Jones et al, 2006).

Αυτή η οπτική, της κοινωνικά μορφοποιημένης άποψης για την υγεία εξυπηρετεί την προσέγγιση της παρούσας έρευνας. Υιοθετώντας την ερμηνευτική λογική που έπεται της ποιοτικής έρευνας, στη βάση της φαινομενολογικής προσέγγισης, στόχος είναι να γίνει κατανοητός ο πολυσύνθετος χαρακτήρας της διαμόρφωσης, όπως αποτυπώνεται στο δείγμα των ανθρώπων που συμμετέχουν στην έρευνα.

Η φαινομενολογική προσέγγιση επικεντρώνεται στη διακρίβωση της σημασίας, τη νοηματοδότηση, με στόχο να αναδυθούν διαφορετικές οπτικές του ίδιου ζητήματος κάποιες από τις οποίες θα μπορούσαν να υιοθετηθούν, ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά. Η εμπειρία είναι το όχημα σχηματισμού της άποψης και επομένως η εξέτασή της αποτελεί ταυτόχρονα: (α) το πεδίο κατανόησης των παραμέτρων που καθορίζουν την άποψη καθώς (β) τον ο τρόπο συσχετισμού των απόψεων μεταξύ τους (Morse & Field, 1996).

Σε ό,τι αφορά στον έλεγχο αξιοπιστίας, συνοψίζοντας τα βασικά κριτήρια με τον τρόπο διαχείρισης του πλαισίου της παρούσας έρευνας, η αντιστοίχιση μερικών εκ των βασικών εννοιών έχει ως εξής (Πίνακας Π):

1. Φερεγγυότητα (credibility): Ο στόχος που αφορά το περιεχόμενο της έρευνας και τον τρόπο αντίληψης κυρίως των συμμετεχόντων εξασφαλίζεται από την οργάνωση ομάδας εστιασμένης συζήτησης (focus group) του γενικού πληθυσμού. Έτσι, από την αρχή κιόλας του σχεδιασμού της έρευνας το κέντρο βάρους δόθηκε σε μεγάλο βαθμό στα θέματα που απασχολούν τους συμμετέχοντες.

2. Μεταβιβασιμότητα (transferability): Η παρούσα έρευνα μπορεί να μεταφερθεί και σε άλλα περιεχόμενα. Πιο συγκεκριμένα, σε αντικείμενα που αφορούν άλλα επαγγέλματα υγείας πέραν της ιατρικής (νοσηλευτική, μαιευτική κτλ) δεδομένου ότι τη θεωρητική βάση του σχεδιασμού της έρευνας αποτέλεσε η αμφισβήτηση του βιοϊατρικού μοντέλου. Η μεταφορά και σε άλλα πεδία θα μπορούσε να συντελέσει στο να αποσαφηνιστεί και να διαχωριστεί η οριοθέτησής τους από το ιατρικό αντικείμενο.

3. Προσαρμοστικότητα (dependability): Η αλλαγή των συνθηκών επηρέασε τον τρόπο προσέγγισης της έρευνας καθώς το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε ώστε να παρουσιάζει ευελιξία μέσω: α. της χρήσης ερωτήσεων ανοιχτού τύπου και β. της προσάρτησης ειδικής κατηγορίας και γ. επιπλέον ερωτήσεων στο ενδεχόμενο που ο συμμετέχων είχε εμπειρία φυσικοθεραπείας.

4. Επικύρωση (confirmability / data audit): Στην έρευνα λήφθηκε υπόψη ο βαθμός επιβεβαίωσης από άλλον ειδικό. Πιο συγκεκριμένα, στον σχεδιασμό του εργαλείου (ερωτηματολογίου) και στο στάδιο ελέγχου της ημιτελικής έκδοσης του περιεχόμενου του ερωτηματολογίου επιβεβαιώθηκε από έναν ακόμα επαγγελματία φυσικοθεραπευτή με 15ετή κλινική εμπειρία, ακαδημαϊκή επάρκεια και ταυτόχρονα 10ετή προϋπηρεσία στην 3βάθμια εκπαίδευση.

Πίνακας Π.

Αντιστοίχιση Κριτηρίων Ποιοτικών Ερευνών

ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ	ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΣΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ
Φερεγγυότητα (credibility)	Focus group με γενικό πληθυσμό
Μεταβιβασιμότητα (transferability)	Άλλα επαγγέλματα υγείας πέραν ιατρικής
Προσαρμοστικότητα(dependability)	Ευελιξία ερωτηματολογίου
Επικύρωση (confirmability)	Έλεγχος ημιτελικής έκδοσης ερωτηματολογίου

Αναφορικά με τον τρόπο κατανόησης και πρόβλεψης των συμπεριφορών η αντιστοίχιση με το ΜΠΥ έδειξε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (όπως αποτυπώνονται στην συμπερασματολογική στατιστική και στις έννοιες που

αναδύθηκαν) δεν αναδεικνύουν μεγάλες ιδιαιτερότητες στις αντιλήψεις και στις συμπεριφορές. Τα συμπεράσματα για τις απόψεις, και άρα η πρόβλεψη και κατανόηση συμπεριφορών υγείας (ΜΠΥ), επισημαίνεται πως οδηγούν σε διεξοδικότερα αποτελέσματα όταν εξαρτηθούν από τις παραμέτρους του ΜΠΥ: της υποκειμενικής αίσθησης τρωτότητας / της σοβαρότητας /της ωφελιμότητας και των εμποδίων. Στον Πίνακα Ρ συνοψίζονται τα συμπεράσματα της έρευνας σε σχέση με τις παραμέτρους του ΜΠΥ. Παρατηρείται ότι:

- Η υποκειμενική αίσθηση ωφελιμότητας εκδηλώνεται πιο άμεσα ως κριτήριο σε αντίθεση με την υποκειμενική αίσθηση για τα εμπόδια (κόστος) που φαίνεται να μην καθορίζει αποφασιστικά την ενδεχόμενη ανάληψη δράσης.
- Ο διαχειριστικός ρόλος της διαδικασίας της φυσικοθεραπείας από τον γιατρό βαρύνει τις απόψεις που εξετάστηκαν με αποτέλεσμα να λειτουργεί αντίστροφα η παράμετρος αυτό-αποτελεσματικότητα και προσωπική συμμετοχή.
- Η παράμετρος παρακίνηση (προσωπική επαφή με φ/θ) επίσης καταγράφεται ως καθοριστική στην διαμόρφωση της συμπεριφοράς.

Πίνακας Ρ.

Αντιστοίχιση ευρημάτων ποιοτικής έρευνας με ΜΠΥ.

Α' Άξονας ερωτήσεις	Αντιστοίχιση με ΜΠΥ	Κριτήριο Σύνδεσης με ΜΠΥ	Αποτελέσματα Αντιστοίχισης με ΜΠΥ
Ερ. 1: Τι είναι για εσάς η Φυσικοθεραπεία;	Ωφελιμότητα	Πιθανότητα εκφοράς αξιολογικού ορισμού.	Ελάχιστο Ποσοστό Αξιολογικού Ορισμού (2,2%)
Ερ. 18: Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι ένας γιατρός κατέχει γνώσεις φυσικοθεραπείας;	Αυτό-αποτελεσματικότητα	Ιατρική κυριαρχία σε αντιδιαστολή με προσωπική πρωτοβουλία.	Ο Γιατρός κατέχει μέτρια & άριστη γνώση.

Β' Άξονας ερωτήσεις	Αντιστοίχιση με ΜΠΥ	Κριτήριο Σύνδεσης με ΜΠΥ	Αποτελέσματα Αντιστοίχισης με ΜΠΥ
Ερ. 21: Άποψη για το πόσο απαραίτητη είναι η ταυτόχρονη παρακολούθησή από γιατρό. Ερ. 22: Βαρύτητα γνωμάτευσης γιατρού για την συνέχιση της θεραπείας. Ερ. 32: Αξιολόγηση βαρύτητας άποψης φ/θ.	Αυτό-αποτελεσματικότητα	Ιατρική κυριαρχία σε αντιδιαστολή με προσωπική πρωτοβουλία.	Απαραίτητη και μερικώς απαραίτητη η ταυτόχρονη παρακολούθηση από γιατρό. Απαραίτητη η γνωμάτευση του γιατρού για την συνέχιση της θεραπείας. Σεβαστή η γνωμάτευση φυσικοθεραπευτή σε συνδυασμό με γνωμάτευση γιατρού.
Ερ. 23: Έξοδα και κάλυψη από Ασφαλιστικό ταμείο.	Εμπόδια	Κόστος	Μερική κάλυψη από ασφαλιστικό ταμείο.
Ερ. 24: Έξοδα, κάλυψη από ασφαλιστικό ταμείο και άμεση ανάγκη υγείας.	Εμπόδια και Αίσθηση κινδύνου	Σχέση κόστους και αίσθησης κινδύνου.	Υπερτερεί η αίσθηση κινδύνου έναντι του κόστους.
Ερ. 27 & 31: Καθοριστικός παράγοντας ρύθμισης συχνότητας, ποσότητας και ολοκλήρωσης θεραπειών. Ερ. 33 & Ερ. 34: Κριτήρια επιλογής φ/θ κέντρου.	Όφελος και εμπόδια Όφελος, Εμπόδια & Παρακίνηση	Αξιολόγηση κριτηρίων συμπεριφοράς υγείας.	Υπερτερεί η αίσθηση ωφελιμότητας έναντι του κόστους. Υπερτερεί η αίσθηση ωφελιμότητας και η προσωπική επαφή.

Γ' Άξονας ερωτήσεις	Αντιστοίχιση με ΜΠΥ	Κριτήριο Σύνδεσης με ΜΠΥ	Αποτελέσματα Αντιστοίχισης με ΜΠΥ
Ερ. 45-50, 53-54, 57-58: Χρησιμότητα φ/θ, προληπτικός χαρακτήρας, βαθμός αντιμετώπισης προβλήματος υγείας.	Όφελος	Υποκειμενική αίσθηση ωφελιμότητας.	Θετική καταγραφή αίσθησης ωφελιμότητας και πρόληψης.
Ερ. 55: Εμφάνιση προβλημάτων κατά την διάρκεια των φ/θ.	Εμπόδια	Πιθανές αρνητικές συνέπειες	Καταγραφή αντίληψης για τα εμπόδια.

5.1.1. Πεποιθήσεις Ειδικού Πληθυσμού

Από τα ευρήματα προκύπτει ότι οι απόψεις του ειδικού πληθυσμού (επαγγέλματα υγείας) για τον ορισμό, την διαδικασία και την χρησιμότητα της φυσικοθεραπείας δεν διαφέρουν σημαντικά από τις απόψεις του γενικού πληθυσμού με εξαίρεση την τοποθέτηση της φυσικοθεραπείας στον τομέα ή όχι των επιστημών.

Για τους επαγγελματίες υγείας - πέραν των γιατρών- μια έρευνα επικεντρωμένη πιο εξειδικευμένα στην σύγκριση με το διαφορετικό αντικείμενο υγείας ίσως κατέληγε σε πιο στοχευμένα συμπεράσματα σχετικά με τις απόψεις όπως αποδεικνύεται από την αντιδιαστολή των ευρημάτων της έρευνας των Daley & Sim (2001) σχετικά με την άποψη που έχουν οι νοσηλευτές για τους φυσικοθεραπευτές ως μέλη ομάδας αποκατάστασης. Από την έρευνα αυτή προκύπτει η άποψη των νοσηλευτών σχετικά με το έργο της φυσικοθεραπείας που συνοψίζεται στα εξής για το έργο της φυσικοθεραπείας:

- ο κύριος ρόλος της συνοψίζεται στην κίνηση και τις λειτουργίες που την συνοδεύουν
- συνδέεται με το σώμα και την φυσική κατάσταση
- πραγματεύεται εξειδικευμένα και πολύπλοκα προβλήματα
- αφορά την πρακτική με τα χέρια στην οποία οφείλουν να έχουν επιδεξιότητα

Τα ευρήματα αυτά συμβαδίζουν με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας για τις πεποιθήσεις του γενικού-ειδικού πληθυσμού, που αναδεικνύουν:

- την κινησιοθεραπεία και την ειδικότητά της ως την ευρύτερα σχετιζόμενη από τον πληθυσμό με το έργο (ειδικότητα) φυσικοθεραπευτή
- την σύνδεση όλου του σώματος με το αντικείμενο της φυσικοθεραπείας
- το μεγάλο εύρος ειδικών παθήσεων για τις οποίες ενδείκνυται
- τη μεγάλη σημασία της πρακτικής εκπαίδευσης
- την ευρεία συσχέτιση με την χειροπρακτική πρακτική της (μασάζ).

5.1.2. Πεποιθήσεις Γενικού Πληθυσμού

Από τα αποτελέσματα σημειώθηκε η άμεση συσχέτιση της διαδικασίας θεραπειών με το παραπεμπτικό του γιατρού καθώς και την επίβλεψή του. Το εύρημα αυτό συμπίπτει με τα αποτελέσματα της έρευνας της Billis et al (2007:342), όπου διαπιστώνεται ότι οι Έλληνες ασθενείς εμπιστεύονται τον φυσικοθεραπευτή σταδιακά κατά την διάρκεια των θεραπειών. Η επίδραση των πειστηρίων καταγράφεται επίσης μέσω της άποψης των γιατρών που θεωρούν ότι τα διαγνωστικά μέσα (ακτινογραφίες, τομογραφίες κτλ) αποτελούν τεκμήρια που πείθουν τους ασθενείς και πάνω στα οποία βασίζονται για να αναπτύξουν την σχέση τους με τους ασθενείς.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης με την βιβλιογραφία για τις πεποιθήσεις (Hughner & Kleine, 2004) παρατηρείται ότι:

- οι συμμετέχοντες ανταποκρίνονται στην προσέγγιση του αντικειμένου της φυσικοθεραπείας μέσα από την θετική οπτική (θετικοί ορισμοί) και εξίσου θετικά στο ενδεχόμενο της ανάληψης δράσης για την πρόληψη και την περίθαλψή τους
- εκφράζονται θετικά για την χρησιμότητα της φυσικοθεραπείας έναντι της φαρμακευτικής ή άλλης εναλλακτικής μεθόδου
- δεν έχουν πλήρως σχηματισμένη άποψη για τον προληπτικό της χαρακτήρα.

Μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι η θετική προδιάθεση δεν μεταφράζεται άμεσα σε ήδη υιοθετημένη συμπεριφορά υγείας (*Πίνακας Δ, Πεποίθηση 18: Διαφοροποίηση ανάμεσα σε απόψεις για την υγεία και συμπεριφορά*).

Το ίδιο παράδοξο ανάμεσα σε προδιάθεση και γνώση ή τελικά ανάληψη πράξης (θεραπεία) παρατηρείται και στην έρευνα των Webster et al (1994), όπου το μεγάλο ποσοστό των ερωτώμενων που εκφράζονταν θετικά στο να απευθυνθούν σε φυσικοθεραπεία πρωτοβάθμιας μονάδας (88%), καταλήγει σε πολύ μικρότερο (22%) που έχει ήδη απευθυνθεί, σε συνδυασμό με το στοιχείο που δείχνει ότι το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων παραδέχεται ότι έχει περιορισμένη γνώση για την φυσικοθεραπεία.

Σε γενικές γραμμές, αυτό που μπορεί να σημειωθεί είναι ότι παρατηρείται μια τάση από τον πληθυσμό για την εκφορά απόψεων που συμβαδίζουν με τις θεωρούμενες ορθόδοξες και 'κοινά αποδεκτές' ανεξάρτητα του αν αποτελούν μέρος της ατομικής πρακτικής υγείας. Το γεγονός αυτό επιτείνει την ανάγκη και για μελλοντικές έρευνες πάνω στις πεποιθήσεις, πέραν της παρούσας πιλοτικής, με μεγαλύτερο βαθμό προσέγγισης των υποκειμενικών δεδομένων.

5.2. Περιορισμοί

Δεν χρησιμοποιήθηκε ενημερωτικό υλικό προς τους ερωτηθέντες πριν την καταγραφή των απόψεών τους. Στόχος ήταν να αποτυπωθεί η πρώτη και πλέον αυθόρμητη προσωπική άποψη. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε τοπική κλίμακα. Επίσης, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που προήλθαν από την μέθοδο εστιασμένης συζήτησης θεωρείται ότι κάλυψαν όλο το εύρος των απόψεων για το αντικείμενο της φυσικοθεραπείας. Ενδεχομένως, όμως αν οι ερωτήσεις προέκυπταν από προσωπικές-ατομικές συνεντεύξεις να λειτουργούσαν αποτελεσματικότερα στην κατανόηση και πρόβλεψη των συμπεριφορών σε σχέση με το ΜΠΥ. Αυτό αφορά κυρίως τον πρώτο άξονα του ΜΠΥ για την επικινδυνότητα μέσα από την αίσθηση τρωτότητας και σοβαρότητας.

5.3. Συμπεράσματα

5.3.1. Προβολή όλων των αξόνων στον Πρώτο Άξονα (Ορισμός)

Η φυσικοθεραπεία ορίζεται σύμφωνα με την Παγκόσμια Συνομοσπονδία Φυσικοθεραπείας (WCPT) ως εξής:

«Η φυσικοθεραπεία παρέχει υπηρεσίες υγείας (..) έτσι ώστε να αναπτυχθούν, να συντηρηθούν και να διατηρηθούν στο μέγιστο βαθμό οι ικανότητες κίνησης και λειτουργικότητας (..) (WCPT 2014)».

Επιπλέον, σύμφωνα με άλλο ορισμό που δίνεται από την Βικιπαίδεια (2014):

«Η Φυσικοθεραπεία είναι η θεραπευτική προσέγγιση που βασίζεται στα φυσικά μέσα (κίνηση, φως, νερό, ηλεκτρικό ρεύμα κ.λπ.) που χρησιμοποιούνται από τον εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας πτυχιούχο Φυσικοθεραπευτή, για θεραπευτικούς σκοπούς».

Ένας τρίτος ορισμός από διαδικτυακή βιβλιοθήκη (TheFreeDictionary, 2014) δίνει τον παρακάτω ορισμό:

«Φυσικοθεραπεία είναι η θεραπεία με φυσικά μέσα» και «το επάγγελμα υγείας που αφορά την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη δυσλειτουργιών και την αποκατάσταση ασθενών που παρουσιάζουν περιορισμένες ικανότητες λόγω του πόνου, ασθενείας ή χειρουργείου και η φυσική θεραπεία τους σε αντίθεση με χειρουργική ή φαρμακευτική». Τέλος, σύμφωνα με τρίτο ορισμό:

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε ορισμό που καλύπτει τα βασικά σημεία των τριών παραπάνω και ο οποίος έχει ως εξής²⁴:

«Φυσικοθεραπεία είναι το αντικείμενο που ανήκει στο πεδίο των επιστημών, αφορά όλο το σώμα, ασκείται με φυσικά μέσα αλλά όχι αποκλειστικά με αυτά καθώς περιλαμβάνει και τεχνικά μέσα και μπορεί να συνδυαστεί με φαρμακευτική αγωγή. Ο επαγγελματίας που την εκτελεί είναι ο φυσικοθεραπευτής (απόφοιτος ΤΕΙ) που εκπαιδεύεται τόσο σε θεωρητικό όσο και πρακτικό επίπεδο, με εξειδίκευση που αποκτάται ταυτόχρονα από την θεωρητική και επαγγελματική εμπειρία. Η αποκατάσταση ορθοπεδικών και μυοσκελετικών παθήσεων, και η κινησιοθεραπεία είναι τα πιο διαδεδομένα πεδία της ειδικότητάς».

Ωστόσο, αυτό που αναδεικνύεται μέσα από αυτήν την έρευνα είναι ότι οι ορισμοί και άρα οι οριοθετήσεις, για να είναι αντιληπτοί και άρα χρήσιμοι, δεν αρκεί η γνώση

²⁴ βλ. Έννοιες και θέματα που αναδύθηκαν: ο Ορισμός

των στοιχείων που τους προσδιορίζουν. Οι πεποιθήσεις υπερβαίνουν την αντικειμενική γνώση, και τελικά, ο μετασχηματισμός τους σε συμπεριφορές υγείας αποτελεί ζήτημα, κυρίως, υποκειμενικής ανάγνωσης και εμπειρίας. Άτομα που έχουν εμπειρία φυσικοθεραπείας είναι πιθανότερο να την υιοθετήσουν ως τέτοια συμπεριφορά. Άτομα που δεν έχουν προσωπική εμπειρία μπορεί να έχουν σε γενικές γραμμές γνώση του αντικειμένου αλλά αυτή να μην μετασχηματιστεί άμεσα σε συμπεριφορά. Άτομα που δεν έχουν καν γνώση, ούτε εμπειρία εκφέρονται θετικά στο βαθμό που κάτι τέτοιο δεν τους έχει απασχολήσει επί της ουσίας κι έτσι μόνο σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης θα υιοθετήσουν αυτή την συμπεριφορά υγείας. Συμπεραίνεται, λοιπόν, ότι η γνώση δεν μετασχηματίζεται απαραίτητα σε συμπεριφορά υγείας (Bauman 1990). Έτσι, αναδεικνύεται η σημασία της κοινωνιολογικής προσέγγισης της υγείας όπως παρουσιάστηκε σε αυτήν την εργασία και η εξέταση των νοηματοδοτήσεων και των ερμηνειών των απόψεων.

5.3.2.Σχέση ερευνητικών ερωτημάτων και διαμόρφωσης συμπεριφοράς.

Η παρούσα έρευνα ανάδειξε την άμεση συσχέτιση του ορισμού της φυσικοθεραπείας με την άποψη για τα επιμέρους στοιχεία της την εμπειρία από τη διαδικασία αυτή καθώς και τη χρησιμότητά της. Επίσης, αποκαλύπτεται ότι: τα δημογραφικά στοιχεία δεν επηρεάζουν σημαντικά τις απόψεις για (α) το αντικείμενο, (β) για τον τρόπο που ασκείται, (γ) την χρησιμότητά του.

Από τον συσχετισμό των απαντήσεων ορισμού και των επιμέρους ερωτήσεων ορισμού προκύπτει ότι όσοι ορίζουν την φυσικοθεραπεία με βάση την αποκατάσταση-λειτουργικότητα έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό άποψη που διαμορφώθηκε από γνώση των επιμέρους ιδιοτήτων του αντικειμένου της. Το ίδιο ισχύει, σε μικρότερο βαθμό, για όσους απάντησαν ότι σχετίζεται με την θεραπεία και την αναλγητική δράση. Αντίθετα, το μικρό σχετικά ποσοστό (23,2%) όσων την όρισαν ως επιστήμη αρχικά και ταυτόχρονα ότι ανήκει στο πεδίο των επιστημών δείχνει ότι ο αρχικός ορισμός δόθηκε στα πλαίσια μιας γενικής θεώρησης που δεν επιβεβαιώνεται ως τεκμηριωμένη άποψη σε άλλες ερωτήσεις. Τα μικρά, εξίσου, ποσοστά από τους συσχετισμούς των απαντήσεων στον ορισμό που αφορούσαν τις εξειδικεύσεις, το επάγγελμα και την αξιολόγηση δείχνουν αντίστοιχη αοριστία στις

απόψεις που ίσως εδράζεται στην εμπειρία από συγκεκριμένο περιστατικό ή την έμμεσα από την γενικά επικρατούσα άποψη. Τελικά:

- η απόδοση ορισμού με σαφήνεια αντικειμένου δόθηκε από αυτούς με εμπειριστατωμένα διαμορφωμένη άποψη σε αντίθεση με όσους έδωσαν ασαφείς και γενικούς ορισμούς χωρίς να τεκμηριώνονται από τις επιμέρους απαντήσεις.

Από τον συσχετισμό των απαντήσεων επί της διαδικασίας προκύπτει ότι όσοι έχουν εμπειρία εκφέρουν πιο εμπειριστατωμένες απόψεις για τα επιμέρους στοιχεία της διαδικασίας, δηλαδή ότι δεν γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα και ότι περιλαμβάνει και τεχνικά. Επίσης, αξιολογούν με μεγαλύτερη βαρύτητα την κλινική πρακτική της φυσικοθεραπείας παρά την επιστημονικότητά της. Αντίθετα, όσοι δεν έχουν εμπειρία εκφράζονται θετικά σε μεγάλο βαθμό με αντιφατικές απαντήσεις, ότι δηλαδή γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα και ότι περιλαμβάνει και τεχνικά, πράγμα που πιστοποιεί την συγκεκριμένη τους γνώμη. Τελικά:

- η ανάληψη πράξης συμπεριφοράς υγείας είναι καθοριστική στην διαμόρφωση εμπειριστατωμένης άποψης και έτσι συνεπάγεται μεγαλύτερη πιθανότητα υιοθέτησης συμπεριφοράς υγείας και στο μέλλον.

Επιπλέον, σχετικά με τον ορισμό και την συσχέτιση με την χρησιμότητα, όσοι αξιολογούν αναντικατάστατη την φυσικοθεραπεία από άλλες εναλλακτικές ταυτόχρονα την ορίζουν και πιο εμπειριστατωμένα (πεδίο επιστημών, όχι αποκλειστικά φυσικά μέσα). Τελικά:

- η εμπειριστατωμένη άποψη για τον ορισμό του αντικειμένου οδηγεί σε θετικότερη αποτίμηση της υποκειμενικής αίσθησης ωφέλειας και έτσι συνεπάγεται μεγαλύτερη πιθανότητα υιοθέτησης συμπεριφοράς υγείας και στο μέλλον.

Αντίστοιχα, το μεγαλύτερο συσχετισμό θετικών απόψεων για το ότι είναι αναντικατάστατη συναντάται σε όσους έχουν εμπειρία φυσικοθεραπείας. Τελικά:

- η ανάληψη πράξης συμπεριφοράς υγείας είναι καθοριστική στον θετικό προσδιορισμό της αίσθησης ωφελιμότητας και έτσι συνεπάγεται μεγαλύτερη πιθανότητα υιοθέτησης συμπεριφοράς υγείας και στο μέλλον.

Από τα παραπάνω προκύπτει συνολικά ότι η θετική πεποίθηση για τον προσδιορισμό του αντικειμένου της φυσικοθεραπείας συντείνει στην θετική εκφορά των υποκειμενικών παραμέτρων του ΜΠΥ και άρα στο ενδεχόμενο υιοθέτησης θετικής συμπεριφοράς υγείας. Αντίστοιχα, η ανάληψη θετικής συμπεριφοράς υγείας κατά το παρελθόν συντείνει στο ενδεχόμενο υιοθέτησης θετικής συμπεριφοράς υγείας και στο μέλλον.

Συνοψίζοντας, το αντικείμενο της φυσικοθεραπείας υπολείπεται στην κάλυψη της απόστασης μέχρι να αποκτήσει, στη συνείδηση του πληθυσμού την διακριτή θέση της σε σχέση με το κυρίαρχο κλάδο της ιατρικής. Αντιπαλεύεται παγιωμένες αντιλήψεις που ωστόσο διαπιστώνονται μειωμένες, καθώς από τα ευρήματα φαίνεται οι ασθενείς να της αποδίδουν σχετική αυτονομία δράσης. Κυρίως έχει να αντιπαλέψει την παρεμβολή του συστήματος υγείας που ιεραρχεί αυστηρά την διαδικασία της πρακτικής περιορίζοντας τα περιθώρια ανάπτυξης προσωπικής πρωτοβουλίας σε αντίθεση με αυτο-αναφερόμενα (*self-referral*) συστήματα που ενισχύουν τις αυτόνομες συμπεριφορές.

Η προαγωγή της υγείας είναι δυνατή όταν περιλαμβάνει την αλλαγή στην αντιμετώπιση των ασθενών έτσι ώστε να ενθαρρύνεται η υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας (Dignan & Carr 1987). Η υγεία ως συμπεριφορά -και όχι ως παρέμβαση- οφείλει να είναι ο βασικός άξονας της διαχείρισης της φυσικοθεραπείας(.). Έτσι, επισημαίνεται η αξία της προσωπικής διαχείρισης της υγείας και της συνυπευθυνότητας του ασθενή. Τοποθετώντας τον ασθενή στη θέση του συνδιαμορφωτή τον ασθενή, η κάθε πρακτική υγείας, εν προκειμένω η φυσικοθεραπεία σταδιακά επεκτείνεται στο σύνολο της διάδρασης χρήστη- παρόχου υπηρεσιών υγείας, αφορώντας εξίσου σε όλες τις πτυχές: οριοθέτηση, διαδικασία, χρησιμότητα.

Έτσι, προάγεται το κύριο ζητούμενο, που δεν αφορά την επικράτηση αντικειμένων απέναντι σε άλλα ή την αποστασιοποίηση του ασθενή και διαχείρισή του ως τρίτου, αλλά την προαγωγή όλο και περισσότερο συμπεριφορών υγείας μέσα από οποιονδήποτε κλάδο υγείας και οποιαδήποτε διαδικασία μπορεί να εξυπηρετηθεί ένας τέτοιος σκοπός.

5.3.4.Όφελος ανάδειξης θετικών συμπεριφορών μέσω φυσικοθεραπείας.

Οι εφαρμογές των αποτελεσμάτων αφορούν τόσο στην άσκηση της φυσικοθεραπείας ως ελεύθερος επαγγελματίας, όσο και στην διοίκηση των μονάδων υγείας. Στην πρώτη περίπτωση η καλύτερη αντίληψη των αναγκών του πελάτη- ασθενή αποτελεί τον κύριο άξονα της ανάπτυξης πολιτικών κοινωνικού marketing (Lefevre 1992). Για την διοίκηση των μονάδων υγείας η ενθάρρυνση συμπεριφορών υγείας και κυρίως αυτόνομων συμπεριφορών υγείας (self-referral) έχει θετικά αποτελέσματα στην εξοικονόμηση του κόστους από την παρατεταμένη σε διαφορετική περίπτωση νοσηλεία. Σε κοινωνικό επίπεδο οι ασθενείς με ανεπτυγμένη την αυτόνομη διαχείριση της υγείας τους έχουν οφέλη σε κόστος (Holdsworth & Webster, 2004) λόγω της μικρότερης περιόδου απουσίας από την εργασία τους αλλά και της αποτελεσματικότερης θεραπείας τους.

Αυτές οι δύο παράμετροι: χαμηλό κόστος και αποτελεσματικότητας προσδιορίζουν την αποδοτική φροντίδα υγείας που εν προκειμένω για την φυσικοθεραπεία αποτιμάται θετικά. Η οικονομική αξιολόγηση της φυσικοθεραπείας σε σύγκριση με τις εναλλακτικές παρεμβάσεις (χειρουργικές επεμβάσεις, φαρμακευτική αγωγή) για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, έχει αποδείξει ότι είναι οικονομικά αποδοτικότερη. Το κόστος της φυσικοθεραπείας είναι χαμηλότερο και τα αποτελέσματα που εξασφαλίζονται είναι εξίσου ικανοποιητικά ή και περισσότερο.

Σε ασθενείς με οσφυαλγία, η μελέτη (Epstein 2005) για την σύγκριση της αποτελεσματικότητας και του κόστους της φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης και της χειρουργικής επέμβασης σπονδυλοδεσίας, έδειξε ότι η πρώτη υπερέχει σε βάθος χρόνου 2 ετών. Ασθενείς με κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά σε σύγκριση με άλλους που προχώρησαν σε επέμβαση είχαν εξίσου καλά αποτελέσματα (Shavartzman et al, 1992· Friedlieb 1994). Ωστόσο, επωφελήθηκαν περισσότερο μέσω της μικρότερης χρονικά απουσίας τους από την εργασία και του αυξημένου συγκριτικά βαθμού αυτονομίας τους. Σε ασθενείς με περιαρθρίτιδα ώμου (Dacre et al, 1989) το κόστος της φυσικοθεραπείας είναι κατά 25% μειωμένο σε σχέση με την χρήση κορτιζονούχων ενέσεων, και τα αποτελέσματα εξίσου θετικά. Περιορισμός του χρόνου νοσηλείας, και άρα του κόστους, λόγω της φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης έχει σημειωθεί τόσο μετά από ορθοπεδικές

επεμβάσεις (Cameron 1994· Labraca et al , 2011), όσο και σε ασθενείς με κατακλίσεις μετά από κακώσεις νωτιαίου μυελού (Κυριόπουλος & Γείτονα, 2008) και γενικότερα στον χρόνο νοσηλείας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Wieland 2003).

Συνολικά από την παραπάνω βιβλιογραφία προκύπτει ότι το οικονομικό όφελος από την παροχή των υπηρεσιών της φυσικοθεραπείας οφείλεται στους εξής παράγοντες:

- Ο χρόνος απουσίας από την εργασία είναι μικρότερος και η απόδοση στην εργασία αυξάνεται μετά την επιστροφή του εργαζομένου: μείωση κόστους τριβής.
- Οι συνταξιοδοτικές πολιτικές περιορίζουν τις προϋποθέσεις καταβολής πρόωρων ή αναπηρικών συντάξεων: μείωση συνταξιοδοτικού κόστους.
- Η αποκατάσταση κοστίζει λιγότερο από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε συνδυασμό με την καλύτερη ποιότητα ζωής: μείωση φαρμακευτικών δαπανών.
- Μειώνεται ο αριθμός των ιατρικών επισκέψεων και των επανεξετάσεων καθώς και του χρόνου νοσηλείας: μείωση κόστους περίθαλψης.

Συμπεραίνεται, λοιπόν, ότι η ενθάρρυνση θετικών συμπεριφορών υγείας και μέσω της φυσικοθεραπείας, αποτελεί μια πρακτική του διευρυμένου τρόπου προσέγγισης της υγείας (κοινωνική μορφοποίηση) που μπορεί να οδηγήσει σε ποσοτικά αλλά και ποιοτικά οφέλη, μείωση κόστους και βελτίωση τρόπου ζωής, αντίστοιχα. Η ενθάρρυνση πραγματοποιείται μέσω της εξέτασης των σημείων που συγχέουν τις απόψεις και άρα μπορούν να οδηγήσουν σε αναστολή της δράσης ή την εξ'ολοκλήρου αποφυγή της.

5.4. Εισηγήσεις

Όπως προκύπτει από την συζήτηση στην παρούσα έρευνα, υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης σε γενικά θέματα αλλά και σε ειδικότερα όσο αφορά τον προληπτικό χαρακτήρα της φυσικοθεραπείας. Ταυτόχρονα ωστόσο, αποτυπώνεται θετικά προσκείμενη προδιάθεση των συμμετεχόντων να κάνουν φυσικοθεραπεία. Από τα δύο αυτά αντικρουόμενα στοιχεία που καταγράφονται αποδεικνύεται ότι είναι απαραίτητη η χρήση σύγχρονων και αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης (marketing) που θα ενισχύσουν την άποψη της κοινής γνώμης για την φυσικοθεραπεία και την αντίληψη περί της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών της.

Η φυσικοθεραπεία, σαν αντικείμενο, είναι απαραίτητο να εμπλουτίζεται και να ανταποκρίνεται στις αναφορές που την αφορούν, να τις επεξεργάζεται και να τις ενσωματώνει σ' ένα ευρύτερο πλαίσιο αλληλεπίδρασης με τον γενικό πληθυσμό, καταλήγοντας σε πιο ενημερωμένες πολιτικές με σκοπό την προαγωγή υπηρεσιών υγείας. Τη σημασία αυτών των στρατηγικών προάγουν μεγάλης εμβέλειας σύλλογοι φυσικοθεραπευτών όπως ο Αμερικάνικος Σύλλογος Φυσικοθεραπείας (American Physical Therapy Association-APTA) διερευνώντας στρατηγικές με στόχο να γίνει ευρύτερα γνωστό το έργο της φυσικοθεραπείας.

Για τις ανάγκες της αμεσότερης προσέγγισης από ένα ευρύτερο κοινό των υπηρεσιών της φυσικοθεραπείας ο Αμερικάνικος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών οργάνωσε δράσεις και παρεμβάσεις όπως (APTA, 2004):

- Η δημιουργία διαδικτυακού ιστότοπου με εργαλείο αναζήτησης των επαγγελματιών φυσικοθεραπευτών σε τοπική κλίμακα.
- Η εισαγωγή στην διαδικτυακή έκδοση του περιοδικού του συλλόγου επιπλέον ενότητας με τίτλο «Αίθουσα Αναμονής: Ερευνητικές Ενημερώσεις για τον Καταναλωτή Υγείας», στην οποία συνοψίζεται η ερευνητική επικαιρότητα σε κείμενα απλής μορφής ώστε να είναι κατανοητά από το ευρύ κοινό.
- Η έκδοση ετήσιας έντυπης έκδοσης για τα οφέλη της φυσικοθεραπείας με θέματα προσανατολισμένα στις ανάγκες του καταναλωτή.
- Η ειδική έκδοση με συμβουλές και τρόπους υπόδειξης για την σωστή θέση και στάση του σώματος των τηλεθεατών κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης του πρωταθλήματος 'Super Bowl' με τον ευρηματικό τίτλο: 'Couch Potato Tips'.

Μια από τις δράσεις που αφορούσαν την καλύτερη προσέγγιση από την πλευρά των επαγγελματιών ήταν η διανομή στους επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές ενημερωτικού υλικού με συμβουλές για τον τρόπο διαχείρισης της επικοινωνίας τους με τα μέσα ενημέρωσης και τον τύπο.

Έντυπο ενημερωτικό υλικό εκδόθηκε σε συνεργασία με τον 'Σύλλογο Νοσηλευτών Αποκατάστασης' (Association of Rehabilitation Nurses) και τον σύλλογο 'Βετεράνων Διοίκησης Υγείας' που θέτει τους κοινούς στόχους για την καλύτερη διαχείριση των ασθενών.

Σημαντική καταγράφεται η δράση του συλλόγου στην προώθηση και υποστήριξη από περισσότερες πολιτείες των ΗΠΑ του νομοσχεδίου ‘Direct Access’ που επιτρέπει την άμεση πρόσβαση σε φυσικοθεραπευτικές πράξεις χωρίς την παρεμβολή γιατρού. Για τον ίδιο σκοπό ο σύλλογος δημιούργησε ενημερωτικό υλικό με θέμα την άμεση πρόσβαση στην φυσικοθεραπεία προκειμένου να χρησιμοποιηθεί από τους φυσικοθεραπευτές-μέλη του συλλόγου που θα λάμβαναν μέρος σε συνέδρια με το αντίστοιχο θέμα.

Η ενίσχυση του δημόσιου προφίλ του συλλόγου προωθήθηκε μέσα από τις συναντήσεις και την αλληλεπίδραση με άλλους συλλόγους και οργανισμούς σχετιζόμενους με την υγεία. Επίσης, ο σύλλογος προώθησε καμπάνιες ενημέρωσης για τον προοληπτικό χαρακτήρα της φυσικοθεραπείας και την προαγωγή της υγείας σε συνεργασία με άλλους κρατικούς φορείς όπως το Υπουργείο Υγείας.

Οι στρατηγικές του Αμερικάνικου Συλλόγου Φυσικοθεραπείας επικεντρώνονται, σήμερα ειδικά, στην σημασία της κίνησης στη ζωή του άνθρωπο προτάσσοντας τα εξής σημεία (APTA 2013):

- **Ταυτότητα:** προώθηση από τους επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές της σημασίας της κίνησης για την ποιότητα της ζωής του ατόμου. Ανάδειξη της πρόληψης και των τρόπων παρέμβασης στην βελτίωση της κινητικότητας που αποτελεί τον πυρήνα της φυσικοθεραπευτικής πρακτικής, εκπαίδευσης και έρευνας.
- **Ποιότητα:** υιοθέτηση και κατοχύρωση πρακτικών αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών με σκοπό την βελτίωσή τους.
- **Συνεργατικότητα:** ανάδειξη της μεγάλης αξίας της συνεργασίας επαγγελματιών υγείας όσο αφορά την αντιμετώπιση σύνθετων προβλημάτων υγείας. Για την καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενούς είναι απαραίτητη η διεπιστημονική συνεργασία.
- **Αξία:** αποτίμηση της αξίας των φυσικοθεραπευτικών πράξεων με κριτήριο τον προσδιορισμό της σχέσης αποτελεσματικότητα-κόστος.
- **Καινοτομία:** προώθηση καινούργιων μεθόδων πρακτικής άσκησης, καινοτόμου τεχνολογίας, πολιτικών διαχείρισης με επίκεντρο τον πελάτη-ασθενή και ερευνητικών προγραμμάτων.

- **Πελατο-κεντρικό σύστημα:** οι ανάγκες του πελάτη-ασθενή-καταναλωτή προτάσσονται ως το βασικό κριτήριο για την εξέλιξη των φυσικοθεραπευτικών πρακτικών, που οφείλουν να είναι ευέλικτες στο ειδικό πολιτισμικό πλαίσιο που προσδιορίζει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενή.
- **Πρόσβαση/ Αμεροληψία:** επισήμανση των αδικιών του συστήματος υγείας και υπεράσπιση των δικαιωμάτων του καταναλωτή στην πρόσβαση για θεραπεία.
- **Συνηγορία:** υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών για συνεχή βελτίωση των συνθηκών παροχής υπηρεσιών υγείας και γενικότερα των πολιτικών διαχείρισης υγείας με επίκεντρο τον πελάτη-ασθενή.

Η στροφή στις δια βίου πελατο-κεντρικές πολιτικές διαχείρισης της υγείας αποτυπώνεται σε καμπάνιες όπως οι ‘Fit After Fifty’ και ‘Fittest Cities for Baby Boomers’ στα πλαίσια του θεσπισμένου Εθνικού Μήνα για την Φυσικοθεραπεία (National Physico Therapy Month). Η συνεργατικότητα των επαγγελματιών υγείας προωθήθηκε με την σύνοδο κορυφής που διοργάνωσε το 2013 ο Αμερικάνικος Σύλλογος (Innovation Summit on Collaborative Care Models). Τέλος, συνεχίστηκε η από παλαιότερα έτη (2011) προώθηση της δράσης για την καθιέρωση ετήσιας φυσικοθεραπευτικής εξέτασης (annual PT physical exam).

Στην Ελλάδα ο Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών (ΠΣΦ) έχει δημιουργήσει ιστότοπο που εξυπηρετεί την ενημέρωση για το επιστημονικό αντικείμενο της φυσικοθεραπείας, το καθεστώς εφαρμογής μέσω της υπάρχουσας νομοθεσίας και την τρέχουσα επικαιρότητα. Επίσης, ο ιστότοπος περιλαμβάνει τον κατάλογο των επαγγελματιών φυσικοθεραπευτών για την εξυπηρέτηση του κοινού. Ωστόσο, επισημαίνεται ότι θα μπορούσε να περιέχει περισσότερα θέματα προσανατολισμένα για το ευρύ κοινό όπως αντίστοιχα καθιέρωσε ο αμερικάνικος σύλλογος. Στην ίδια λογική ο ΠΣΦ θα μπορούσε να διανείμει ενημερωτικό υλικό σε απλή γλώσσα ώστε να διαφημιστεί το επιστημονικό αντικείμενο που παρέχει ο κλάδος.

Η νομοθεσία στην Ελλάδα για την χρήση διαφημιστικών από φυσικοθεραπευτές δεν επιτρέπει την άμεση διαφήμιση. Ωστόσο, κάτω από προϋποθέσεις θα μπορούσε να τροποποιηθεί το νομικό πλαίσιο έτσι ώστε ο κάθε επαγγελματίας φυσικοθεραπευτής να μπορεί να προβάλει τη φυσικοθεραπεία στο σύνολό της και όχι τον εαυτό του για προσωπικό όφελος. Σε αυτή τη λογική, ο ΠΣΦ θα μπορούσε να παίξει συμβουλευτικό

ρόλο προς τους επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές για το πώς θα μπορούσαν να προβάλλουν την δουλειά τους.

Επιπλέον, ο σύλλογος θα μπορούσε να οργανώσει κοινωνικές διεπιστημονικές δράσεις σε συνεργασία με άλλους συλλόγους (ιατρικό, νοσηλευτικό κτλ) ή φορείς ώστε σταδιακά να γίνεται κοινά αποδεκτό ότι η παρουσία και του φυσικοθεραπευτή είναι απαραίτητη ώστε η υγεία του ασθενούς να προσεγγίζεται ολιστικότερα. Έτσι, μπορεί να αναδειχθεί το όφελος της φυσικοθεραπείας και θα αναβαθμιστεί το κύρος της φυσικοθεραπευτικής εκτίμησης και παρέμβασης.

Ο ΠΣΦ θα μπορούσε να προωθήσει σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας ή και αυτόνομα καμπάνιες προαγωγής της υγείας π.χ. καθιέρωση ημέρας ή μήνα φυσικοθεραπείας, καθιέρωση ετήσιας εξέτασης φυσικοθεραπείας, δράσεις αξιολόγησης του γενικού πληθυσμού, συμβουλευτικές οδηγίες προληπτικού χαρακτήρα που σχετίζονται με καθημερινές δραστηριότητες. Ακόμα, θα μπορούσε να οργανώσει πιο στοχευμένες δράσεις με συγκεκριμένους επαγγελματικούς χώρους όπου θα δίνονταν συμβουλές και παροτρύνσεις σε σχέση με τη σωματική κατάσταση εξειδικευμένων επαγγελματιών (υπάλληλοι γραφείου, χειριστές μηχανημάτων, εργάτες κτλ). Οι δράσεις θα μπορούσαν να οργανωθούν σε κοινόχρηστους, δημόσιους χώρους όπως πλατείες, επιμελητήρια και σχολεία. Ειδικότερα για τις δράσεις σε σχολεία, η ενημέρωση και η συμβουλή των μαθητών από φυσικοθεραπευτές για την πρόληψη παθήσεων είναι πολύ σημαντική για την προαγωγή της υγείας από πολύ μικρές ηλικίες (Μώρος et al, 2009).

Τέλος, ανάμεσα στις δράσεις του ΠΣΦ θα μπορούσε να είναι και η βοήθεια στην διανομή του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας σε όλη την επικράτεια. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσαν να καταγραφούν πανελλαδικά οι πεποιθήσεις για την φυσικοθεραπεία και θα εμπλουτίζονταν το περιεχόμενο του ερευνητικού πλαισίου με την ανάδειξη συσχετισμών απόψεων και συμπεριφορών υγείας με χρήσιμο θεωρητικό (εμπλουτισμό βιβλιογραφίας) και πρακτικό περιεχόμενο (κλινική πρακτική).

Βιβλιογραφία

Ξένη Βιβλιογραφία

- Abbot, A. (1988) *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University Chicago Press.
- Albrecht, G. L. (2000) *Handbook of social studies in health and medicine*. London: Sage.
- Armstrong, D. (1983) *Political anatomy of the body: medical knowledge in Britain in the Twentieth century*. Cambridge [Cambridgeshire: Cambridge University Press.
- Backett, K.(1992) Taboos and excesses: lay health moralities in middle class families, *Sociology of Health & Illness* **14**(2):255-274.
- Bauman, Z. (1990) *Thinking sociologically*. Oxford, OX, UK: B. Blackwell.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966) *The social construction of reality; a treatise in the sociology of knowledge*. ([1st ed.) Garden City, N.Y.: Doubleday.
- Billis, E.V., McCarthy C., Stathopoulos I., Kapreli E., Pantzou P., Oldham J. (2007) The clinical and cultural factors in classifying low back pain patients within Greece: a qualitative exploration of Greek health professionals, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* Jun;**13**(3):337-45.
- Blaxter, M., & Paterson, E. (1982) *Mothers and daughters: a three-generational study of health attitudes and behaviour*. London: Heinemann Educational Books.
- Borkan, J., Reis, S., Hermoni, D. & Biderman, A. (1995) Talking about the pain: a patient-centred study of low back pain in primary care. *Social Science and Medicine* **40**:977-88.
- Bowling, A.(2009) *Research methods in health investigating health and health services*. (3rd ed.) Maidenhead, Berkshire, England: McGraw Hill/Open University Press.
- Breen, A., Carr, E., Mann, E. & Crossen-White, H. (2004) Acute back pain management in primary care: a qualitative pilot study of the feasibility of a nurse-led service in general practice. *Journal of Nursing Management* **12**:201–209.
- Brotherson, M.J. (1994) Interactive focus group interviewing: a qualitative research method in early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education* **14**: 101-118.

- Briggs, L. (2000) The Race of Hysteria: "Overcivilization" and the "Savage" Woman in Late Nineteenth-Century Obstetrics and Gynecology, *American Quarterly* **52**(2):246-273.
- Buck, R., Wynne-Jones G., Varnava A., Main C.J., Phillips C.J. (2009) Working with Musculoskeletal Pain, *Reviews in Pain* **3**:6-10.
- Busfield, J. (1994) The Female Malady? Men, Women and Madness in Nineteenth Century Britain, *Sociology* Feb:**28**(1):259-77.
- Butler, S. (1996) Child protection or professional self-preservation by the baby nurses? Public health nurses and child protection in Ireland. *Soc Sci Med* **43**(3):303-14.
- Caldwell, K., Henshaw, L., Taylor, G. (2005) Developing a framework for critiquing health research. *Journal of Health, Social and Environmental Issues* **6**(1): 45-54.
- Calnan, M. & Williams, S. (1982) Images of scientific medicine, *Sociology of Health and Illness* **14**(2):233-254.
- Calnan, M. (1987) *Health and illness: the lay perspective*. London: Tavistock Publications.
- Cameron, I.D, Lyle, D.M, Quine, S. (1994) Cost effectiveness of accelerated rehabilitation after proximal femoral fracture. *J Clin Epidemiol* **47**:1307-13.
- Chiarelli, P., Cockburn, J. (1999) The development of a physiotherapy continence promotion program using a customer focus group. *Australian Journal of Physiotherapy* **45**:111-119.
- Comaroff, J. (1977) *Conflicting paradigms of pregnancy: Managing ambiguity in antenatal encounters*, edit A. Davis, G. Horobin, Medical encounters: The experience of illness and treatment, London: Croom Helm.
- Comaroff, J. (1978) Medicine and Culture: some Anthropological Perspectives, *Social Science and Medicine* **12B**:247-54.
- Cote, P., Clarke, J., Deguire, S., Frank, J. W. & Yassi, A. (2001) Chiropractors and return-to-work: the experiences of three Canadian focus groups. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* **24**:309–316.
- Cutcliffe, J.R, McKenna, H.P. (1999) Establishing the credibility of qualitative research findings: the plot thickens, *Journal of Advanced Nursing* **30**(2):374–80.
- Dacre, J.E., Beeney, N., Scott, D.L. (1989) Injections and physiotherapy for the painful stiff shoulder. *Ann Rheum Dis* **48**:322-5.

- Dalley, J., Slim, J. (2001) Nurses' perceptions of physiotherapists as rehabilitation team members, *Clin Rehabil* **15**:380.
- De Vries, R. Et al (2009) The Moral Organization of the Professions: Bioethics in the United States and France, *Current Sociology* **57**:555.
- Dignan, M. B., & Carr, P. A. (1987) *Program planning for health education and health promotion*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Dingwall, R. (1999) Professions and Social Order in a Global Society, *International Review of Sociology* **9**(1):131-40.
- Dingwall, R. (2008) *Essays on professions*. Aldershot, England: Ashgate.
- Duden B. (1991) *The Woman Beneath the Skin: A Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany*, London: Harvard University Press.
- Engström, L.O. & Öberg B. (2005) Patient adherence in an individualized rehabilitation programme: A clinical follow-up, *Scandinavian Journal of Public Health* **33**(1):11-18.
- Eisenberg, D.M., Kessler, R.C., Foster, C., Norlock, F., Calkins, D.R., Delbanco, T.L. (1993) Unconventional medicine in the United States, *New England Journal of Medicine* **328**: 246-52.
- Epstein, D. (2005) Intensive rehabilitation may be more cost effective than surgical stabilisation for chronic low back pain. *Australian Journal of Physiotherapy* **51**(4):269
- Espeland, A. & Baerheim, A. (2003) Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers – a qualitative study. *BMC Health Services Research* **3**:1–10.
- Featherstone, M. (2007) *Consumer culture and postmodernism*. (2nd ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Fleck, L. (1935) On the Question of the Foundations of Medical Knowledge, *J Med Philos* **6**:237-56.
- Foucault, M. (1973) *The birth of the clinic*. Lond.: Tavistock.
- Fox, N. J. (1994) *Postmodernism, sociology and health*. Toronto: University of Toronto Press.
- Freidson, E. (1970) *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead. (Original work published)

- Freidson, E. (1986) *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Friedlieb, O.P. (1994) The impact of managed care on the diagnosis and treatment of low back pain: a preliminary report. *Am J Med Qual* **9**(1):24-9.
- Gray, A., Payne, P.R., (2001) *World health and disease*. (3rd ed.) Buckingham: Open University Press.
- Goffman, E. (1961) *Asylums; essays on the social situation of mental patients and other inmates*. ([1st ed.] Garden City, N.Y.: Anchor Books.
- Goldman, A.E., (1962) The group depth interview. *Journal of Marketing* **26**:61-68
- Hacking, I. (1999) *The social construction of what?*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Helman, C. (1994) *Culture, health, and illness: an introduction for health professionals*. (3rd ed.). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Herzlich, C. (1973) *Health and illness; a social psychological analysis*. London: Published in cooperation with the European Association of Experimental Social Psychology by Academic Press.
- Hochbaum, G.M. (1959) Why people seek diagnostic X-rays, *Public Health Rep* **71**(4): 377–380.
- Holdsworth, L.K., Webster, V.S. (2004) Direct access to physiotherapy in primary care: now?—and into the future?, *Physiotherapy* **90**(2):4-72.
- Holdsworth, L.K., Webster, V.S., McFadyen, A.K. (2006) Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial, *Physiotherapy* **92**:26-33.
- Hughner, R.S., Kleine, S.S. (2004) Views of Health in the Lay Sector: A Compilation and Review of How Individuals Think about Health, *Health (London)* **8**(4):395-422.
- Illich, I. (1976) *Limits to medicine: medical nemesis, the expropriation of health*. ([2010]. London: Boyars.
- Jensen, L.A, Allen, M.N. (1994) A Synthesis of Qualitative Research on Wellness-Illness, *Qualitative Health Research* **4**(4):349-369.
- Kasl, S.V., Cobb, S. (1966) Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role behavior, *Archives of Environmental Health*, **12**(2):246-7.

- Kelman, S. (1975) The Social Nature of the Definition Problem in Health, *International Journal of Health Services* **5**(4):625-42.
- Kitzinger, J. (1999) *Focus groups with users and providers of healthcare*. In *Qualitative Research in Healthcare*, 2nd edn (eds C. Pope & N. Mays), pp. 20–29. London: BMJ Publishing Group.
- Kjolsrod, L., Thornquist, E. (2004) From a Liberal Occupation to an Occupation of the Welfare State, Norwegian Physiotherapy 1960–2000, *Acta Sociologica* **47**:277.
- Kleinman, A. (1978) Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems., *Social Science and Medicine* **12**:85-93.
- Krueger, R.A. (1994) *Focus groups: a practical guide for applied research*. Sage Publications, California.
- Labraca et al. (2011) Benefits of starting physiotherapy within 24h of primary total knee arthroplasty: RCT., *Clinical Rehabilitation* **25**(6) 557-566.
- Lawton, J. (2003) Lay experiences of Health and Illness: Past research and future agendas., *Sociology of Health and illness* **25**(3):23-40.
- Lee, K.C., Chiu, T.W., Lam, T.H. (2007) The role of fear-avoidance beliefs in patients with neck pain: relationships with current and future disability and work capacity, *Clin Rehabil* **21** (9):812-821.
- Leemrijse, C.J., Swinkels, I.C., Veenhof, C. (2008) Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy, *Phys Ther* **88**(8):936-46.
- Lefevre, C. (1992) *Social marketing and health promotion*., London: Routledge.
- Lenther, J., Slade, P.D., Troup, J.D., Bentley, G. (1983) Outline of a Fear-Avoidance Model of exaggerated pain perception, *Behav Res Ther* **21**(4):401-8.
- Leventhal, H. & Cameron, L. (1987) Behavioral theories and the problem of compliance, *Patient Education and Counseling* **10**:117-138.
- McComas, J., Carswell, A., (1994) A model for action in health promotion: a community experience., *Canadian Journal of Rehabilitation* **7**:257-264.
- McIntosh, A. & Shaw, C. F. M. (2003) Barriers to patient information provision in primary care: patients' and general practitioners' experiences and expectations of information for low back pain., *Health Expectations* **6**:19–29.

- McKague, M., Verhoef, M. (2003) Understandings of Health and its Determinants among Clients and Providers at an Urban Community Health Center, *Qualitative Health Research* **13**(5):703-717.
- Morgan, D. L. (1988) *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park., Calif.: Sage Publications.
- Morgan, D. L. (1997) *The Focus Group Guidebook*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Morse JM, Field PA. (1996) *Nursing research: the application of qualitative approaches*. Chapman & Hall, London.
- Mortimer, C. M., MacDonald, R. J. M., Martin, D. J., McMillan, I. R., Ravey, J. & Steedman, W. M. (2004) A focus group study of health professionals' views on phantom sensation, phantom pain and the need for patient information., *Patient Education and Counselling* **54**:221–226.
- Murphy, B., Cockburn, J. & Murphy, M. (1992) Focus group in health research. Health Promotion., *Journal of Australia* **2**:37–40.
- Nettleton S., (2002) *Κοινωνιολογία της ασθένειας και της υγείας. Οι πεποιθήσεις του πληθυσμού για την υγεία*. μεταφρ. Γιώργος Δαρδάνος. Αθήνα: Τυπωθήτω
- Ong, B. N. & Hooper, H. (2003) Involving users in low back pain research., *Health Expectations* **6**:332–341.
- Papadopoulos, I. (2000) An Exploration of Health Beliefs, Lifestyle Behaviours, and Health Needs of the London-Based Greek Cypriot Community., *J Transcult Nurs* **11**(3): 182-190.
- Parker,H.J., Chan, F. (1986) Physical and Occupational Therapists Characterize Themselves and Each Other, *Physical Therapy* **66**:668-72.
- Peters, D.A. (1993) Improving quality requires consumer input: Using focus groups., *Journal of Nursing Care Quality* **7**(2):34-41.
- Prasanna, S.S., Korner-Bitensky, N., Ahmed, S. (2012) Why Do People Delay Accessing Health Care for Knee Osteoarthritis? Exploring Beliefs of Health Professionals and Lay People, *Physiotherapy Canada* **65**(1):56-63.
- Rogers, W. (1991) *Explaining health and illness: an exploration of diversity*. New York: Harvester Wheatsheaf.

- Rose, M.J., Klenerman, L., Atchison, L., Slade, P.D., (1992) An application of the fear avoidance model to three chronic pain problems., *Behav Res Ther* **30**(4):359-65.
- Rosenhan, D. (1973) On Being Sane in Insane Places., *Science* **179**:250-8.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. & Becker, M.H. (1988) Social learning theory and the Health Belief Model., *Health Education Quarterly* **15**(2):175-183.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. (1995) *Qualitative interviewing: the art of hearing data*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Saks, M. (1992) *Alternative medicine in Britain*. Oxford: Clarendon Press.
- Shavartzman, L., Weingarten, E., Sherry, H., Levin, S., Persaud, A. (1992) Cost-effectiveness analysis of extended conservative therapy versus surgical intervention in the management of herniated lumbar intervertebral disc., *Spine* **17**:176-82.
- Sharp, K. (1998) The case for case studies in nursing research: the problem of generalisation., *Journal of Advanced Nursing* **27**(4): 785-789.
- Sim, J. (1995) The external validity of group comparative and single system studies., *Physiotherapy* **81**(5): 263-270.
- Sim, J., Snell, J. (1996) Focus groups in physiotherapy evaluation and research., *Physiotherapy* **82**:189-197.
- Sim, J. (1998) Collecting and analyzing qualitative data: issues raised by the focus group., *Journal of Advanced Nursing* **28**:345–352.
- Spitzer, W.O. (1987) Diagnosis of the problem (the problem of diagnosis). In: scientific approach to the assessment and measurement of activity-related spinal disorders: a monograph for clinicians – Report of the Quebec Task Force on spinal disorders., *Spine* **12**(Suppl.), S16–S21.
- Szasz, T. (1970) *The manufacture of madness; a comparative study of the Inquisition and the mental health movement*. [1st ed.] New York: Harper & Row.
- Tallon, D., Chard, J. & Dieppe, P. (2000) Exploring the priorities of patients with osteoarthritis of the knee., *Arthritis Care and Research* **13**:312–319.
- Timmons, S. (2011) Professionalization and its discontents., *Health (London)* **15**:337-52.

- Torsch, V.L., Ma, G.X. (2000) Cross-Cultural Comparison of Health Perceptions, Concerns, and Coping Strategies among Asian and Pacific Islander American Elders., *Qual Health Res* **10**(4):471-489.
- Vaughn, S., & Schumm, J. S.,(1996) *Focus group interviews in education and psychology*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Wallach Bologh, R. (1981) Grounding the alienation of self and body: a critical, phenomenological analysis of the patient in western medicine., *Sociology of Health and Illness* **3**:188–206.
- Wallston, B.S., (1978) Locus of Control and Health: A Review of the Literature., *Health Educ Behav* **6**(1):107-117.
- Webster, V.S., Holdsworth, L.K., McFadyen, A.K., Little, E. (2008) Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes—results of a national trial, *Physiotherapy* **94**:141–149.
- White, K. (2002). An introduction to the sociology of health and illness. London: Sage Publications.
- Wieland, D. (2003) The effectiveness and costs of comprehensive geriatric evaluation and management. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* **48**:227–237.
- Williams, R. (1983) Concepts of Health: An Analysis of Lay Logic., *Sociology* **17**:185.
- Zola, I.K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control, *Sociological Review*, **20**:487-504.
- Zola,I.K. (1973) Pathways to the doctor-from person to patient., *Social Science and Medicine* **7**(9):677-89.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Δαρβίρη, Χ. (2007) *Προαγωγή υγείας.*, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
- Ευσταθίου, Γ. (2012) *Διερεύνηση της συμμόρφωσης των Κυπρίων νοσηλευτών με τις οδηγίες προφύλαξης από την επαγγελματική έκθεση σε παθογόνους μικροοργανισμούς.*, (Ανέκδοτη διδακτορική διατριβή). Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός.
- Ηλιάδου, Μ., Παλάσκα, Ε. (2008) Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι., *Νοσηλευτική* **47**(4):497-506.
- Καραδήμας, Ε. (2005) *Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη.*, Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ. (2008) *Τα Οικονομικά της Υγείας Μέθοδοι και Εφαρμογές της Οικονομικής Αξιολόγησης.*, Παπαζήση, Αθήνα.
- Κούτα, Χ. (2007) Υγεία και κουλτούρα., *Νοσηλευτική* **46**(2):176-180.
- Μώρος Γ., Γομάτος Λ., Ζάρκου Α. (2009) Ανάπτυξη ομάδας πρωτοβουλίας για τη διεξαγωγή δράσεων προληπτικής ιατρικής στο σχολείο. Μια εφαρμογή της μεθόδου project., *Σύγχρονη Εκπαίδευση* **156**:153-165.
- Μώρος Γ., *Οι Αντιλήψεις – Πεποιθήσεις των ασθενών σε σχέση με την ασθένεια.*, Ανέκδοτη Μεταπτυχιακή Εργασία στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών: «Διοίκησης Μονάδων Υγείας».
- Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995) *Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας.*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Παραλίκας Θ., Βάλαρη Χ. (2005) Τσιγγάνοι Πολιτισμός και υγεία., *Νοσηλευτική* **44**(1):78-83.
- Χαραλάμπους Α., Τσίτση Θ. (2010) Η αναγνώριση των παραγόντων που συμβάλλουν στη συστηματική χρήση του προφυλακτικού, για την πρόληψη ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων με βάση το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία., *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* **27**(3):449-459.

Διαδικτυακές Πηγές

APTA, Annual Report 2004, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

http://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About_Us/Annual_Reports/AnnualReport_2004.pdf#search=%22annual report 2004%22 (15/05/2014)

APTA, Annual Report 2013, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

http://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About_Us/Annual_Reports/AnnualReport_2013.pdf#search=%22annual report%22 (15/05/2014)

Βικιπαίδεια (2014), Φυσικοθεραπεία,. (n.d.), Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A6%CF%85%CF%83%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF%CE%B1> (05/05/2014)

Bury, T.J., Jokes, E.K. (2013). Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. Physiotherapy, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://dx.doi.org/1016/j.physio.2012.12.011> (15/04/2014).

Jones, M., Grimmer, K., Edwards, I., Higgs, J., Trede, F. (2006). Challenges of applying best evidence to physiotherapy, Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice, 4(3). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://ijahsp.nova.edu/articles/vol4num3/jones.pdf> (15/04/2014).

Kurt Lewin., Wikipedia. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://en.wikipedia.org/wiki/Kurt_Lewin (15/04/2014).

Sally Shuttleworth, Wikipedia. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://en.wikipedia.org/wiki/Sally_Shuttleworth (22/04/2014)

TheFreeDictionary (2014), Physiotherapy. (n.d.), Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Physiotherapy> (05/05/2014)

Trochim, M.K. (2006) Qualitative Validity, <http://www.socialresearchmethods.net/kb/qualval.php> (14/06/2014)

(WCPT) World Confederation for Physical Therapy (2013), Information Sheet: Direct access and self-referral to physical therapy: key facts and references Διαθέσιμο στο δικτυακό

τόπο: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Direct_access_info_paper_2013-oct.pdf (22/04/2014)

(WCPT) Policy statement: Description of physical therapy (2014), Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT#appendix_1 (05/05/2014)

Παραρτήματα

Παράρτημα 1

Επαγγελματικά δικαιώματα στην Ελλάδα - Διατάγματα και υπουργικές αποφάσεις :

N2048/52 (ΦΕΚ 96/52)

Ίδρυση της πρώτης κρατικής σχολής Φυσικοθεραπείας.

N775/72 (ΦΕΚ 290/70)

ΎΠΕΡΙ οργάνωσης και λειτουργίας Ανωτέρας Σχολής Φυσικοθεραπευτών'. Η κρατική σχολή μετονομάζεται σε ανώτερη.

Με το άρθρο 2 καθορίζεται ο σκοπός της ανωτέρας αυτής σχολής ως εξής: "Σκοπός της Ανωτέρας Σχολής Φυσικοθεραπευτών είναι η θεωρητική και η πρακτική μόρφωση ανδρών και γυναικών προς απόκτηση πτυχίου φυσικοθεραπευτού παρέχουσα εις τούτους δικαίωμα εφαρμογής φυσικοθεραπευτικών μέσων και μεθόδων, υπό την επίβλεψη πάντοτε και την οδηγίαν ιατρού επί αναπήρων εκ πολεμικών γεγονότων ή εξ άλλων ατυχημάτων ή νόσων, ως και επί πασχόντων εξ άλλων παθήσεων, δι' ας, κατ' ιατρικήν γνώμάν τε, ενδείκνυται η εφαρμογή φυσικοθεραπευτικών μέσων και μεθόδων."

Στο άρθρο 13 επισημαίνεται και πάλι η υποχρέωση των πτυχιούχων ασκούν τα καθήκοντά τους πάντοτε υπό την επίβλεψη και καθοδήγησιν ιατρών.

Από άποψη κυρώσεων τα δύο επαγγέλματα ωστόσο ταυτίζονται μέσω του άρθρου 15 όπου οι διατάξεις αντιποίσεως του ιατρικού επαγγέλματος ταυτίζονται με αυτές τις αντιποίσεως του επαγγέλματος του φυσικοθεραπευτή.

B.Δ. 411/72

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου μόνο του B.Δ.411/72 "Περί καθορισμού δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των φυσικοθεραπευτών", στους φυσικοθεραπευτές πού έχει χορηγηθεί η καθοριζόμενη από το Νόμο σχετική άδεια παρέχεται το

δικαίωμα εκτελέσεως, με γραπτή εντολή του θεράποντα οι παρακάτω φυσιοθεραπευτικές πράξεις :

- α) Κινησιοθεραπεία-θεραπευτική γυμναστική,
- β) Μάλαξη γενική ή τοπική δια χειρών ή με τη χρήση ηλεκτρικών συσκευών (ηλεκτρομάλαξη).
- γ) Έλξεις σπονδυλικής στήλης δι ειδικών τραπεζών ή συσκευών
- δ) Αναπνευστική γυμναστική
- ε) Ηλεκτροθεραπεία (ρεύματα γαλβανικά , φαραδικά, διαδυναμικά , διαθερμίες , υπέρηχα κύματα), υπέρυθρες και υπεριώδεις ακτινοβολίες.
- στ) Υδροθεραπεία γενική ή τοπική (Δινόλουτρα, λουτρά δεξαμενής),
- ζ) Λουτρά παραφίνης ή παραφάγκο (είδικά λασπόλουτρα).

Διευκρινίζεται εδώ, ότι, οι φυσικοθεραπευτικές πράξεις που καθορίζονται, με τα στοιχεία α, β, γ, και δ, εκτελούνται σε φυσικοθεραπευτήριο ή σε εργαστήριο φυσικοθεραπείας ή και οίκοι , οι δε λοιπές μόνο σε φυσικοθεραπευτήριο ή σε εργαστήριο φυσικοθεραπείας.

Κάποιες από αυτές τις πράξεις καθορίζονται για πρώτη φορά άλλες υπήρχαν κοστολογημένες αλλά διάσπαρτες σε ΠΔ ιατρικών πράξεων.

Υπ. Απόφαση Γ3/11595 (ΦΕΚ 148Β'/75)

Με διάταξη 'Περί καθορισμού τιμολογίων Φυσικοθεραπευτικών Πράξεων' καθορίζονται οι τιμές των αναγνωρισμένων μέχρι τότε φυσικοθεραπευτικών πράξεων. Επίσης, γίνεται σαφής προσδιορισμός των αρμοδιοτήτων ανάμεσα σε γιατρό και φυσικοθεραπευτή. Ο γιατρός χορηγεί την εντολή εκτέλεσης και ο φυσικοθεραπευτής την εκτελεί.

Π.Δ. 399/81 (ΦΕΚ 108/81)

Με διάταξη 'Περί καθορισμού ιατρικών αμοιβών' αναπροσαρμόζονται οι αμοιβές φυσικοθεραπευτικών πράξεων αναλογικά των αυξήσεων των ιατρικών πράξεων.

Ν167/75 (ΦΕΚ 304/75)

‘Περί ρυθμίσεως θεμάτων αφορώντων εις την άσκησιν επαγγέλματος φυσικοθεραπευτή’ Τροποποιούνται τα άρθρα 2&13 του Ν775/72 και δεν απαιτείται πλέον η επίβλεψη και καθοδήγηση του γιατρού παρά μόνο η γραπτή εντολή του και ενδεχομένως γραπτές οδηγίες σε περίπτωση που κρίνεται αναγκαίο.

ΠΑ 29/87 (ΦΕΚ 53/95)

Τα ‘Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας’ ως επαγγελματική εγκατάσταση του φυσικοθεραπευτή αποκτά νομική υπόσταση. Καθορίζονται όροι και προϋποθέσεις νόμιμης λειτουργίας.

ΠΑ 90/95 (ΦΕΚ 53/95)

Διάταξη για τα ‘Επαγγελματικά δικαιώματα’ των πτυχιούχων ΤΕΙ: ‘Οι πτυχιούχοι του Τμήματος Φυσικοθεραπείας της Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΤΕΙ) φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Φυσικοθεραπευτές ή Φυσιοθεραπευτές» και απασχολούνται είτε αυτοδύναμα είτε σε συνεργασία με τους ιατρούς, μετά από σχετική διάγνωση, με την πρόληψη, βελτίωση και αποκατάσταση παθολογικών καταστάσεων, συγγενών και επίκτητων καθώς και τραυματικών βλαβών που προκαλούν διαταραχές στο ερειστικό, μυϊκό, νευρικό, αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα.’

Τα επαγγελματικά δικαιώματα προάγονται και: ‘ Ο πτυχιούχος Φυσικοθεραπευτής, επιλέγει και εκτελεί τις φυσικοθεραπευτικές πράξεις μετά από γραπτή διάγνωση ή γνωμάτευση του ιατρού και σύμφωνα με τις τυχόν σχετικές οδηγίες του.’

Καθορίζεται το πλαίσιο του τι θεωρείται φυσικοθεραπευτική πράξη: ‘Ως φυσικοθεραπευτικές πράξεις νοούνται τα μέσα, οι μέθοδοι και οι τεχνικές που διδάσκονται στα Τμήματα Φυσικοθεραπείας των ΤΕΙ και προβλέπονται από την κείμενη νομοθεσία.’ Περιγράφονται επίσης οι τομείς απασχόλησης: ‘ Οι Φυσικοθεραπευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης:

Α) Ως στελέχη του δημοσίου και ευρύτερου δημοσίου τομέα όπως αυτός προσδιορίζεται από τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά.

Β) Ως στελέχη του ιδιωτικού τομέα, με σχέση εξαρτημένης εργασίας ή άλλη μορφή εργασιακής σχέσης.

Γ) Ασκούν ελεύθερο επάγγελμα σε ιδιωτικό Εργαστήριο Φυσικοθεραπείας ή σε κατ' οίκον επισκέψεις ασθενών. Οι πτυχιούχοι φυσικοθεραπευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης στο δημόσιο και τον ευρύτερο δημόσιο τομέα, όπως αυτός προσδιορίζεται από τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις, στον ιδιωτικό τομέα ή ως ελεύθεροι επαγγελματίες, μπορούν δε να ιδρύουν ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας κατά τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας.'

Για την εξάσκηση του επαγγέλματος απαιτείται έκδοση άδειας ασκήσεως: 'Οι πτυχιούχοι Φυσικοθεραπευτές ασκούν το επάγγελμα στα πλαίσια των αναφερομένων επαγγελματικών τους δικαιωμάτων, μετά την απόκτηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος που χορηγείται από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας - Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.'

Απόφαση ΚΕΣΥ, αρ. 1, 21ης ολομ. 20&21-3-85

'Φυσικοθεραπεία ασφαλισμένων Δημοσίου': καθορίζονται οι παθήσεις για τις οποίες εφαρμόζονται οι φυσικοθεραπευτικές πράξεις και μέθοδοι.

Απόφαση ΚΕΣΥ, αρ.2, 88ης ολομ. 26-9-91 Εγκύκλιος Υπ. Υγείας Α4/6079, 3-12-91

'Εκτέλεση Φυσικοθεραπειών' όπου διευκρινίζεται ότι 'οι φυσικοθεραπευτικές πράξεις αποτελούν ευθύνη των πτυχιούχων φυσικοθεραπευτών' και επιπλέον 'Δεν πρέπει να γίνονται αποσπασματικά στα ιατρεία αλλά σε οργανωμένα φυσικοθεραπευτήρια και εργαστήρια φυσικοθεραπείας'.

N3599/07 (ΦΕΚ Α'176/07)

«Σύσταση Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών και Άλλες Διατάξεις». Ο Πανελλήνιος Σύλλογος γίνεται Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Κατοχυρώνεται το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή και αναβαθμίζεται ο κλάδος. Σκοπός του Συλλόγου είναι: '...η προαγωγή και ανάπτυξη της φυσικοθεραπείας ως ανεξάρτητης και αυτόνομης επιστήμης και η παροχή υπηρεσιών υψηλής στάθμης στο κοινωνικό σύνολο.' Μερικοί από τους τρόπους εκπλήρωσης αυτού του σκοπού είναι:

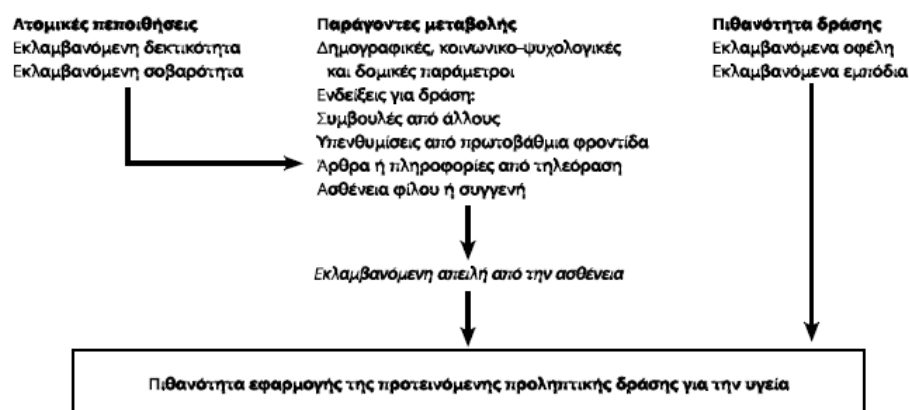
- η συμμετοχή σε επιστημονικές μελέτες

- η σύνταξη εισηγήσεων σε θέματα εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης,
- η έκδοση πιστοποιητικών για την απόκτηση και ανανέωση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος
- η συμμετοχή σε θεσμοθετημένα όργανα
- η συμμετοχή σε επιτροπές ελέγχου νομιμότητας
- η συμμετοχή σε επιτροπές χάραξης πολιτικής της υγείας
- ο έλεγχος της τήρησης της δεοντολογίας

Επισημαίνονται οι όροι εγγραφής των μελών, η σύσταση Πειθαρχικού Συμβουλίου και οι επιβαλλόμενες ποινές πειθαρχικών παραπτωμάτων με δυνατότητα ακόμα και οριστικής παύσης άσκησης επαγγέλματος.

Παράρτημα 2

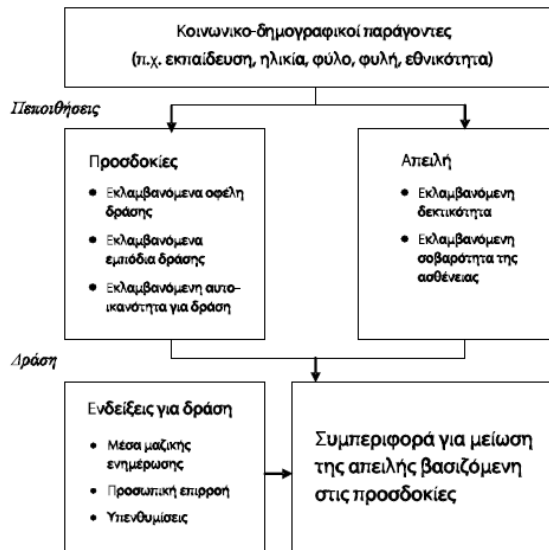
Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (Δύο Προσαρμογές)



Προσαρμογή 1, των Χαραλάμπους και Τσίτη (2010) από Bastable 1997:135

Bastable, S. B. (1997). Nurse as educator principles of teaching and learning. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers.

Υπόβαθρο



Προσαρμογή 2, των Χαραλάμπους και Τσίτη (2010) από Πηγή: Rosenstock, I., Strecher, V., Becker, M., The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change in DiClemente, R. J., Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions. New York: Plenum Press. 1994:5-24

Παράρτημα 3

Το ερωτηματολόγιο για τις Πεποιθήσεις στη Φυσικοθεραπεία.

3/12/2014

Πεποιθήσεις για την Φυσικοθεραπεία - Google Drive

Πεποιθήσεις για την Φυσικοθεραπεία

Το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε στα πλαίσια μεταπτυχιακής διατριβής για το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου που θα διερευνήσει αναλυτικά τις κοινές απόψεις για το αντικείμενο της Φυσικοθεραπείας.

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι να καταγραφούν οι προσωπικές απόψεις των ερωτώμενων για το τί είναι η Φυσικοθεραπεία και το κατά πόσο συνεισφέρει στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και την βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Το ερωτηματολόγιο δεν είναι ονομαστικό με αποτέλεσμα να διασφαλίζεται η ανωνυμία των ερωτώμενων.

Οι ερωτώμενοι είναι ελεύθεροι να απαντήσουν σε όσες ερωτήσεις επιθυμούν.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συμμετοχή σας.

Η Φυσικοθεραπεία

1. Τι είναι για εσάς η Φυσικοθεραπεία?

.....

2. Πιστεύετε ότι η Φυσικοθεραπεία ανήκει στο πεδίο των επιστημών?

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Ναι
☐ Όχι
☐ Δεν γνωρίζω

3. Πιστεύετε ότι έχει να κάνει με εξ' ολοκλήρου πρακτική εκπαίδευση?

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Ναι
☐ Όχι
☐ Δεν γνωρίζω

4. Γνωρίζετε ειδικότερους τομείς και αντικείμενα της Φυσικοθεραπείας; Αναφερθείτε ονομαστικά.

.....

.....

.....

.....

.....

5. Γνωρίζετε ποιος είναι ο ειδικός επαγγελματίας που ασκεί την Φυσικοθεραπεία;

6. Γνωρίζετε αν κάποιος άλλος επαγγελματίας υγείας (πέραν του φυσικοθεραπευτή) μπορεί να ασκήσει το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή;

7. Κατά την γνώμη σας το έργο του φυσικοθεραπευτή είναι σχετικό με το έργο:
Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Ναι	Όχι	Ίσως
του γυμναστή	☐	☐	☐
του γιατρού	☐	☐	☐
του μασέρ	☐	☐	☐
του κινησιοθεραπευτή	☐	☐	☐
του εργοθεραπευτή	☐	☐	☐
του προσωπικού εκπαιδευτή (personal trainer)	☐	☐	☐

8. Γνωρίζετε αν η Φυσικοθεραπεία αποτελεί αποκλειστικά μέθοδο αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας με φυσικά μέσα;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα.
☐ Δεν γίνεται αποκλειστικά με φυσικά μέσα.
☐ Δεν γνωρίζω.

9. Γνωρίζετε αν η φυσικοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τεχνικά μέσα;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Ναι, περιλαμβάνει τεχνικά μέσα.
☐ Όχι, δεν περιλαμβάνει τεχνικά μέσα.
☐ Δεν γνωρίζω.

10. Γνωρίζετε αν η Φυσικοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με ταυτόχρονη φαρμακευτική αγωγή;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Ναι, μπορεί να συνδυαστεί με φαρμακευτική αγωγή.
☐ Όχι, δεν συνδυάζεται με φαρμακευτική αγωγή.
☐ Δεν γνωρίζω.

Εκπαίδευση Φυσικοθεραπευτή

11. Ποια πιστεύετε ότι είναι η βασική εκπαίδευση του φυσικοθεραπευτή;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ σε Πανεπιστήμιο
- ☐ σε ΤΕΙ
- ☐ σε ΙΕΚ
- ☐ σε ιδιωτική σχολή
- ☐ δεν γνωρίζω

12. Υπάρχουν ειδικότητες φυσικοθεραπευτών;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Ναι, υπάρχουν.
- ☐ Όχι, δεν υπάρχουν.
- ☐ Δεν γνωρίζω.

13. Ποια από της παρακάτω εξειδικεύσεις θα μπορούσε να έχει ένας φυσικοθεραπευτής;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Ναι	Όχι
Κινησιοθεραπευτής	☐	☐
Μασέρ	☐	☐
Ηλεκτροθεραπευτής	☐	☐
Βελονιστής	☐	☐
Γυναικολογικών Παθήσεων	☐	☐

14. Θεωρείτε ότι η εξειδίκευση του φυσικοθεραπευτή:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ αποκτάται από την επαγγελματική εμπειρία (κλινική εξειδίκευση).
- ☐ αποκτάται από την θεωρητική εξειδίκευση.
- ☐ αποκτάται ταυτόχρονα από την επαγγελματική εμπειρία και την θεωρητική εξειδίκευση.
- ☐ Δεν γνωρίζω πως αποκτάται η εξειδίκευση.

15. Με ποια περιστατικά ασχολείται ένας φυσικοθεραπευτής;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Ναι	Όχι
Ορθοπαιδικά	☐	☐
Νευρολογικά	☐	☐
Παιδιατρικά	☐	☐
Αναπνευστικά	☐	☐
Γυναικολογικά	☐	☐
Καρδιολογικά	☐	☐
Ρευματολογικά	☐	☐

16. Ποιοι από τους παρακάτω πιστεύετε ότι είναι οι τρόποι πιστοποίησης της εξειδίκευσης του φυσικοθεραπευτή;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Ναι	Όχι
Μεταπτυχιακές σπουδές	☐	☐
Προϋπηρεσία	☐	☐
Σεμινάρια	☐	☐

17. Για να κάνει κάποιος φυσικοθεραπεία απευθύνεται σε δημόσιο ή ιδιωτικό κέντρο/φορέα;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

☐ Δημόσιο
☐ Ιδιωτικό
☐ Και τα δύο
☐ Δεν γνωρίζω

18. Σε ποίο βαθμό θεωρείτε ότι ένας γιατρός κατέχει γνώσεις φυσικοθεραπείας;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	1	2	3	4	5	
Άριστο	☐	☐	☐	☐	☐	Καθόλου

19. Πιστεύετε ότι ο γιατρός μπορεί να εκτελέσει ο ίδιος την φυσικοθεραπεία;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

☐ Όχι, δεν μπορεί να την εκτελέσει ο ίδιος.
☐ Ναι, μπορεί να την εκτελέσει ο ίδιος.
☐ Δεν γνωρίζω.

Διαδικασία Φυσικοθεραπείας

20. Ποια είναι η διαδικασία με την οποία κάποιος απευθύνεται σε έναν φυσικοθεραπευτή;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Μέσω του γιατρού που τον παραπέμπει.
- ☐ Μέσω προσωπικής πρωτοβουλίας.
- ☐ Σύσταση από κάποιον που έχει κάνει ο ίδιος φυσικοθεραπεία.
- ☐ Άλλο.

21. Σε περίπτωση που αποφασίζετε να κάνετε φυσικοθεραπεία σε ποιο βαθμό θα θεωρούσατε απαραίτητη την ταυτόχρονη παρακολούθησή σας από γιατρό;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

1 2 3 4 5

Απαραίτητη ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Δεν είναι απαραίτητη

22. Σε περίπτωση που ο φυσικοθεραπευτής σας πρότεινε επιπλέον θεραπεία πέραν του παραπεμπτικού του γιατρού:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Θα ακολουθούσατε την συμβουλή του φυσικοθεραπευτή.
- ☐ Θα συμβουλευόσασταν σχετικά τον γιατρό σας.

23. Θεωρείτε ότι τα έξοδα για την φυσικοθεραπεία:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Καλύπτονται πλήρως από το ασφαλιστικό ταμείο.
- ☐ Καλύπτονται μερικώς από το ασφαλιστικό ταμείο.
- ☐ Δεν καλύπτονται από το ασφαλιστικό ταμείο.

24. Η κάλυψη των εξόδων από το ασφαλιστικό σας ταμείο πώς θα επηρέαζε την απόφασή σας να κάνετε φυσικοθεραπεία;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Δεν θα έκανα φυσικοθεραπεία αν δεν υπήρχε κάλυψη των εξόδων.
- ☐ Θα έκανα φυσικοθεραπεία ακόμη κι αν δεν υπήρχε κάλυψη των εξόδων.
- ☐ Θα έκανα ανεξαρτήτως της κάλυψης των εξόδων μόνο σε περίπτωση άμεσης ανάγκης.
- ☐ Θα δοκίμαζα μια εναλλακτική με λιγότερο κόστος (π.χ. γυμναστική, μασάζ).

25. Ποιο θα θεωρούσατε ένα εύλογο ποσοστό συμμετοχής στο κόστος μιας θεραπείας;

26. Πόσο είναι το κόστος μιας φυσικοθεραπείας;

27. Ποιος θα ήταν για εσάς ο καθοριστικός παράγοντας ρύθμισης της συχνότητας και της ποσότητας των θεραπειών:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Το είδος του προβλήματος και η αντιμετώπισή του.
- ☐ Το κόστος της θεραπείας.
- ☐ Το ποσοστό κάλυψης από το ασφαλιστικό ταμείο.
- ☐ Το προτεινόμενο επιστημονικό πρωτόκολλο.
- ☐ Η γνώμη του φυσικοθεραπευτή.
- ☐ Η γνώμη του γιατρού.

28. Ποια θεωρείτε μια πιθανή ποσότητα θεραπειών:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 10 θεραπείες
- ☐ 20 θεραπείες
- ☐ Άλλη

29. Ποια θεωρείτε μια πιθανή συχνότητα θεραπειών:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Κάθε μέρα
- ☐ Κάθε δεύτερη μέρα
- ☐ 2-3 φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε εβδομάδα
- ☐ Άλλη

30. Ποια θεωρείτε μια μέση χρονική διάρκεια θεραπείας:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 30 λεπτά
- ☐ 45 λεπτά
- ☐ 1 ώρα
- ☐ Άλλη

31. Θα αποφασίζετε να τελειώσετε τις θεραπείες:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Όταν έχει αντιμετωπιστεί πλήρως το πρόβλημα υγείας.
- ☐ Όταν πάψει να καλύπτεται το κόστος από το ασφαλιστικό σας ταμείο.
- ☐ Όταν θα σας το προτείνει ο γιατρός σας.
- ☐ Όταν θα σας το προτείνει ο φυσικοθεραπευτής σας.
- ☐ Άλλο.

32. Κατά την διάρκεια της φυσικοθεραπείας θα θεωρούσατε την άποψη του φυσικοθεραπευτή για την εξέλιξή της:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Καθοριστική.
- ☐ Σεβαστή αλλά σε συνδυασμό με την άποψη του γιατρού.
- ☐ Δεν θα λάμβανα υπόψιν την άποψη του φυσικοθεραπευτή.

33. Ποια από τα παρακάτω θα αποτελούσαν για εσάς κριτήρια επιλογής φυσικοθεραπευτικού κέντρου;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Ναι	Όχι
Επαγγελματική αρτιότητα προσωπικού.	☐	☐
Επάρκεια τεχνικών μέσων.	☐	☐
Εξειδίκευση προσωπικού και τεχνικών μέσων.	☐	☐
Κλίμακα του φυσικοθεραπευτικού κέντρου.	☐	☐
Συνδυασμός με άλλες παροχές υγείας.	☐	☐
Κόστος (οικονομικότερο).	☐	☐
Ευκολία πρόσβασης (π.χ. πιο κοντά στο σπίτι, εύκολο parking, συγκοινωνία κτλ)	☐	☐

34. Στην επιλογή κλίμακας φυσικοθεραπευτικού κέντρου κριτήριο θα ήταν:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Η ποικιλία παροχών και η επάρκειά τους.
- ☐ Η προσωπική επαφή με τον επαγγελματία υγείας.
- ☐ Ο συνδυασμός επάρκειας και προσωπικής επαφής.

35. Γνωρίζετε συγκεκριμένα φυσικοθεραπευτικά κέντρα στον τόπο που ζείτε;*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*☐ Ναι☐ Όχι**36. Γνωρίζετε επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές;***Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*☐ Ναι☐ Όχι**37. Έχετε ενημερωθεί ποτέ σχετικά με παροχές φυσικοθεραπείας από διαφημιστικό ή άλλο υλικό;***Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*☐ Ναι☐ Όχι

Εμπειρία από φυσικοθεραπεία

38. Έχετε κάνει φυσικοθεραπεία;*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*☐ Ναι☐ Όχι**39. Πότε και για πόσο διάστημα;**

.....

40. Σε δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα;*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*☐ Δημόσιο☐ Ιδιωτικό☐ Και στα δύο**41. Μέσω ποιας διαδικασίας;***Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*☐ Παραπεμπτικό γιατρού.☐ Προσωπική πρωτοβουλία.☐ Σύσταση τρίτου.

42. Θεωρείτε ότι το πρωτόκολλο αποκατάστασης προσδιορίζεται από τον γιατρό ή τον φυσικοθεραπευτή;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Από τον γιατρό.
☐ Από τον φυσικοθεραπευτή.
☐ Σε συνεργασία των δύο.
☐ Δεν γνωρίζω.

43. Σε ποιο βαθμό είσαστε ικανοποιημένος από το πρωτόκολλο αποκατάστασης που εφαρμόστηκε στην περίπτωση σας;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

1 2 3 4 5
Πολύ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Καθόλου

44. Θεωρείτε ότι θα πρέπει να είναι αυστηρή η εφαρμογή του πρωτόκολλου αποκατάστασης ή θα πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με την περίπτωση;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Θα πρέπει να γίνεται αυστηρή η εφαρμογή του.
☐ Θα πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με την περίπτωση.
☐ Δεν γνωρίζω.

Χρησιμότητα φυσικοθεραπείας

45. Γνωρίζετε ποιες είναι οι πιο συχνές παθήσεις που αντιμετωπίζονται μέσω της φυσικοθεραπείας; Ονομάστε κάποιες.

.....

.....

.....

.....

.....

46. Μπορείτε να σκεφτείτε σε τι είδους τραυματισμών ενδείκνυται;

.....

.....

.....

.....

.....

47. Γνωρίζετε περιπτώσεις τραυματισμών για τους οποίους αντενδείκνυται;

.....

.....

.....

.....

48. Ποια μέρη του σώματος θεωρείτε ότι αφορά κυρίως;

.....

.....

.....

.....

49. Γνωρίζετε αν έχει προληπτικό χαρακτήρα η φυσικοθεραπεία;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Έχει προληπτικό χαρακτήρα.
- ☐ Δεν έχει προληπτικό χαρακτήρα.
- ☐ Δεν γνωρίζω.

50. Σε περίπτωση που θα κάνατε φυσικοθεραπεία σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα υγείας σας;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- 1 2 3 4 5
- Πλήρως ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Καθόλου

51. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι ο φυσικοθεραπευτής είναι υπεύθυνος για το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Απόλυτα υπεύθυνος.
- ☐ Συνυπεύθυνος με τον γιατρό.
- ☐ Υπεύθυνος σε συνδυασμό με το ποσοστό υπεύθυνης συμπεριφοράς του ασθενή.

52. Υπάρχει νομική ευθύνη του φυσικοθεραπευτή;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν γνωρίζω

53. Πιστεύετε ότι τα αποτελέσματα της φυσικοθεραπείας είναι ευνοϊκότερα από αυτά μιας φαρμακευτικής αγωγής;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Είναι ευνοϊκότερα.
☐ Δεν είναι ευνοϊκότερα.
☐ Δεν γνωρίζω.

54. Πιστεύετε ότι για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος η φυσικοθεραπεία μπορεί να αντικατασταθεί από κάποιο άλλο είδος άσκησης ή θεραπευτικής – φαρμακευτικής προσέγγισης;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Μπορεί να αντικατασταθεί.
☐ Δεν μπορεί να αντικατασταθεί.
☐ Δεν γνωρίζω.

55. Πιστεύετε ότι είναι πιθανό κατά την διάρκεια των θεραπειών να εμφανιστούν επιπλέον προβλήματα πέραν του αρχικού για το οποίο ξεκινήσατε θεραπεία;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Ναι
☐ Όχι
☐ Είναι πιθανό
☐ Δεν γνωρίζω

56. Κατά την γνώμη σας ένας μυϊκός τραυματισμός αντιμετωπίζεται:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Από φυσικοθεραπευτή
☐ Από γιατρό
☐ Από άλλο επιστήμονα υγείας

57. Γνωρίζετε αν και σε ποιες περιπτώσεις χρόνιων παθολογικών προβλημάτων η φυσικοθεραπεία θα μπορούσε να συμβάλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς;

.....

.....

.....

.....

.....

58. Θεωρείτε ότι η έγκαιρη αντιμετώπιση ενός προβλήματος με την συμβολή των θεραπειών θα βοηθούσε στην αναβολή μιας χειρουργικής επέμβασης ή στην πλήρη αποφυγή της;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Ναι
☐ Όχι
☐ Πιθανώς
☐ Δεν γνωρίζω

Δημογραφικά Στοιχεία

Για την εγκυρότερη καταγραφή των δημοσκοπικών δεδομένων παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω πεδία.

59. Φύλο

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Άνδρας
☐ Γυναίκα

60. Ηλικία

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ έως 25
☐ 26-35
☐ 36-45
☐ 46-55
☐ 56-65
☐ 66-άνω

61. Εκπαίδευση

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Βασική
☐ Ανώτερη
☐ Ανώτατη

62. Επάγγελμα

63. Τόπος κατοικίας

64. Υπογραφή

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας Α.	17
Επαγγελματική αυτονομία φυσικοθεραπευτών Νορβηγία.	17
Πίνακας Β.	19
Επαγγελματική κατοχύρωση φυσικοθεραπευτών στην Ελλάδα.	19
Πίνακας Γ.	26
Μετατροπές στην υγεία και την ιατρική	26
Πίνακας Δ.	34
Τα θέματα για την Υγεία που εντοπίζονται στις απόψεις.	34
Πίνακας Ε.	37
Συσχετισμοί πεποιθήσεων με βιοϊατρική αντίληψη και ολιστική προσέγγιση.	37
Πίνακας ΣΤ.	44
Πίνακας Ζ.	45
Πίνακας Η.	53
Αρχική Κατεύθυνση Βασικών Ερωτημάτων για την Φυσικοθεραπεία.	53
Πίνακας Θ.	55
Αντιδιαστολή περιγράμματος αξιοπιστίας ποσοτικών και ποιοτικών ερευνών.	55
Πίνακας Ι.	56
Κοινά σημεία των ερευνών κριτικής του πλαισίου των ερευνών.	56
Πίνακας Κ.	64
Πίνακας Λ.	66
Αξονας 2 ^{ος} : Διαδικασία Φυσικοθεραπείας (Ημιτελική Έκδοση Ερωτηματολογίου)	66
Πίνακας Μ.	68
Αξονας 3 ^{ος} : Χρησιμότητα Φυσικοθεραπείας (Ημιτελική Έκδοση Ερωτηματολογίου)	68
Πίνακας Ν.	71

Αντιστοίχιση ερωτήσεων Α' Άξονα με ΜΠΥ.	71
Πίνακας Ξ.	71
Αντιστοίχιση ερωτήσεων Β' Άξονα με ΜΠΥ.....	72
Πίνακας Ο.	73
Πίνακας Π.	126
Αντιστοίχιση Κριτηρίων Ποιοτικών Ερευνών	126
Πίνακας Ρ.....	127

Κατάλογος Πινάκων Στατιστικής Ανάλυσης

Πίνακας 1.....	75
Πίνακας 2.....	76
Πίνακας 3.....	78
Πίνακας 4.....	79
Πίνακας 5.....	79
Πίνακας 6.....	81
Πίνακας 7.....	81
Πίνακας 8.....	82
Πίνακας 9.....	83
Πίνακας 10.....	83
Πίνακας 11.....	84
Πίνακας 12.....	84
Πίνακας 13.....	85
Πίνακας 14.....	85
Πίνακας 15.....	86
Πίνακας 16.....	86
Πίνακας 17.....	87
Πίνακας 18.....	87
Πίνακας 19.....	88

Πίνακας 20.....	88
Πίνακας 21.....	89
Πίνακας 22.....	89
Πίνακας 23.....	90
Πίνακας 24.....	90
Πίνακας 25.....	91
Πίνακας 26.....	92
Πίνακας 27.....	92
Πίνακας 28.....	93
Πίνακας 29.....	93
Πίνακας 30.....	94
Πίνακας 31.....	94
Πίνακας 32.....	95
Πίνακας 33.....	95
Πίνακας 34.....	96
Πίνακας 35.....	96
Πίνακας 36.....	96
Πίνακας 37.....	97
Πίνακας 38.....	101
Πίνακας 39.....	102
Πίνακας 40.....	102
Πίνακας 41.....	102
Πίνακας 42.....	103
Πίνακας 43.....	103
Πίνακας 44.....	104
Πίνακας 45.....	104
Πίνακας 46.....	105

Πίνακας 47.....	107
Πίνακας 48.....	108
Πίνακας 49.....	110
Πίνακας 50.....	112
Πίνακας 51.....	114

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1: Κατανομή ως προς την ηλικία.....	76
Σχήμα 2: Κατανομή ως προς τον τόπο κατοικίας.....	77
Σχήμα 3: Κατανομή ως προς τους ειδικότερους τομείς και τα αντικείμενα της Φυσικοθεραπείας	80
Σχήμα 4: Κατανομή ως προς το κόστος κάθε φυσικοθεραπείας	91
Σχήμα 5: Πότε κάνατε φυσικοθεραπεία;	97
Σχήμα 6: Για πόσο διάστημα κάνατε φυσικοθεραπεία;.....	98
Σχήμα 7: Ποιες είναι οι πιο συχνές παθήσεις που αντιμετωπίζονται μέσω της φυσικοθεραπείας;.....	99
Σχήμα 8: Σε τι είδους τραυματισμών ενδείκνυται η φυσικοθεραπεία;.....	100
Σχήμα 9: Περιπτώσεις τραυματισμών για τους οποίους αντενδείκνυται η φυσικοθεραπεία	100
Σχήμα 10: Μέρη του σώματος τα οποία αφορά κυρίως η φυσικοθεραπεία	101
Σχήμα 11: Σε ποιες περιπτώσεις και σε ποια προβλήματα φυσικοθεραπεία μπορεί να συμβάλει στην ποιότητα της ζωής των ασθενών;.....	105
Σχήμα 12: Συσχετισμός επαγγέλματος και ένταξης της φυσικοθεραπείας στον τομέα των επιστημών	106
Σχήμα 13: Συσχετισμός εκπαίδευσης και αντίληψης για τη φυσικοθεραπεία.....	109
Σχήμα 14: Συσχετισμός τόπου κατοικίας και επιλογής κλίμακας φυσικοθεραπευτικού κέντρου.	110
Σχήμα 15: Συσχετισμός τόπου κατοικίας και ενημέρωσης για φυσικοθεραπευτικά κέντρα	111

Σχήμα 16: Συσχετισμός μεταξύ φύλου και παράγοντα συχνότητας θεραπειών.....	112
Σχήμα 17: Συσχετισμός φύλου και λόγου διακοπής των φυσικοθεραπειών.	113
Σχήμα 18: Συσχετισμός φύλου και βασικής εκπαίδευσης του φυσικοθεραπευτή.....	115
Σχήμα 19: Συσχετισμός ορισμού με ένταξη φυσικοθεραπείας στο πεδίο των επιστημών.	116
Σχήμα 20: Συσχετισμός ορισμού με αποκλειστική χρήση φυσικών μέσων.	117
Σχήμα 21: Συσχετισμός εμπειρίας φυσικοθεραπείας με χρήση αποκλειστικά ή όχι φυσικών μέσων.	118
Σχήμα 22: Συσχετισμός εμπειρίας φυσικοθεραπείας (διαδικασία) με άποψη για το αν μπορεί να αντικατασταθεί από άλλη μέθοδο (χρησιμότητα).....	120