



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Επικοινωνιακή σχέση μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας

Χριστόφορος Χριστοφή

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Χριστάλλα Πιθαρά

Ιανουάριος 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Επικοινωνιακή σχέση μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας

Χριστόφορος Χριστοφή

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Χριστάλλα Πιθαρά

Ιανουάριος 2014

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	Σελίδες 6
Ελληνική περίληψη	7
Αγγλική περίληψη	9
Κεφάλαιο Πρώτο - Εισαγωγή	Σελίδες
1.1. Εισαγωγή	10
1.2. Καταγραφή προβλήματος	11
1.3. Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης	12
1.4. Σκοποί και στόχοι	12
1.5. Διασαφηνίσεις – προσδιορισμός και διατύπωση των κεντρικών εννοιών	13
Κεφάλαιο Δεύτερο - Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Σελίδες
2.1. Εισαγωγή	15
2.2. Ανθρωποκεντρική Ιατρική	17
2.3. Βιοϊατρικό μοντέλο	20
2.4. Επικοινωνιακή Σχέση ασθενή - επαγγελματία υγείας	22
2.4.1. Ορισμός Επικοινωνίας	22
2.4.2. Διεργασία της επικοινωνίας	23
2.4.3. Επικοινωνία Ασθενών – Επαγγελματιών Υγείας	24
2.4.4. Προβλήματα επικοινωνίας	26
2.4.5. Παράγοντες που δημιουργούν προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ιατρού - ασθενή	27
2.4.5.1. Οι επαγγελματικές στάσεις	27
2.4.5.2. Προβλήματα αβεβαιότητας	27
2.4.5.3. Κοινωνικά εμπόδια επικοινωνίας	28
2.5. Ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας	28
2.6. Σχετικές έρευνες	30
2.7. Συμπεράσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης	31

Κεφάλαιο Τρίτο - Μεθοδολογία	Σελίδες
3.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας	34
3.2. Ερευνητικά ερωτήματα	34
3.3. Σχεδιασμός	35
3.4 Πληθυσμός –Δείγμα	35
3.5. Μέθοδος συλλογής δεδομένων -Ερωτηματολόγια	36
3.5.1. Δομή Ερωτηματολογίου Ασθενών	40
3.5.2. Δομή Ερωτηματολογίου Επαγγελματιών Υγείας	40
3.6. Ηθικές προεκτάσεις	41
3.7. Ανάλυση αποτελεσμάτων	42

Κεφάλαιο Τέταρτο - Αποτελέσματα*	Σελίδες
4. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	43
4.1 Ερωτηματολόγιο Επαγγελματιών Υγείας	43
4.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	43
4.1.2 Εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας	46
4.1.3 Κλίμακα Πεποιθήσεων Επαγγελματιών Υγείας	48
4.1.4 Κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας (Autonomy Preference Index API).	55
4.2 Ερωτηματολόγιο Ασθενών	59
4.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος ασθενών	59
4.2.2 Κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας	61
4.3. Σύγκριση των αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας και ασθενών	66

Κεφάλαιο Πέμπτο - Συζήτηση –Συμπεράσματα - Εισηγήσεις	Σελίδες
5. Συζήτηση –Συμπεράσματα - Εισηγήσεις	70
5.1. Συζήτηση	70
5.1.1. Επαγγελματίες υγείας και οι απόψεις για τη σχέση ιατρού-ασθενή	71
5.1.2 Ασθενείς και οι προσδοκίες τους	73
5.2. Περιορισμοί της μελέτης	75
5.3. Συμπεράσματα	76
5.4. Εισηγήσεις	77
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	79
Ελληνική Βιβλιογραφία	85
Παραρτήματα	
1. Ερωτηματολόγιο ασθενών	89
2. Ερωτηματολόγιο επαγγελματιών υγείας	94
3. Ενημερωτικό φυλλάδιο ερωτηματολογίου	100
4. Έντυπο συγκατάθεσης	101
5. Άδεια για τη διεξαγωγή έρευνας από τον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα	102
6. Άδεια για τη διεξαγωγή έρευνας από την Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου	103
7. Άδεια για τη διεξαγωγή έρευνας από το Υπουργείο Υγείας	104

Ευχαριστίες

Κατ' αρχάς, θα ήθελα να ευχαριστώ τον Θεό και όσους βοήθησαν έμμεσα ή άμεσα στην εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής. Θα ήθελα να εκφράσω την μεγάλη ευγνωμοσύνη μου στην κ. Χριστάλλα Πιθαρά για την εμπειρογνωμοσύνη της και την γενναιόδωρη καθοδήγηση της σε όλο αυτό το έργο, επίσης, για τις εποικοδομητικές ιδέες της και την άμεση ανταπόκριση και ενθάρρυνση της για να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία. Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω την Ζωή Τσίμτσιου και τον Edward Krupat που μου παρείχαν την άδεια να χρησιμοποιήσω μέρος του ερωτηματολογίου τους.

Περίληψη

Σκοπός

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση της επικοινωνιακής σχέσης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναδείξει και να καταγράψει τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, οι οποίες σχετίζονται με την επικοινωνιακή σχέση ανάμεσα τους.

Μεθοδολογία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ Απριλίου – Μαΐου του 2013 σε δύο κρατικά νοσοκομεία στις επαρχίες Λάρνακας και Αμμοχώστου της Κύπρου. Το δείγμα περιλάμβανε 100 ασθενείς που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία των γενικών Νοσοκομείων Λάρνακας και Αμμοχώστου καθώς επίσης και 100 επαγγελματίες υγείας που αποτελούνταν από ιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων και τεχνολόγους ακτινολόγους των ίδιων νοσοκομείων.

Η συλλογή δεδομένων έγινε με την βοήθεια δύο ερωτηματολογίων (ένα για τους ασθενείς και ένα για τους επαγγελματίες υγείας) τα οποία σχεδιάστηκαν και χρησιμοποιήθηκαν από Άγγλους ερευνητές για την καταγραφή και σύγκριση των απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας γύρω από την επικοινωνιακή σχέση που έχουν μεταξύ τους οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια μεταφράστηκαν και η εγκυρότητα και αξιοπιστία τους είχε εξακριβωθεί με την μέθοδο της δήλωσης μετάφρασης από Έλληνες επιστήμονες. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο κοινωνικών επιστημών SPSS 20.

Αποτελέσματα

Η περιγραφική ανάλυση έδειξε ότι η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών τείνει να είναι αρκετά καλή, δηλαδή και οι δύο ομάδες δηλώνουν ικανοποιημένες από την μεταξύ τους επικοινωνία και συμφωνούν γενικά οι απόψεις των δύο ομάδων ως προς τις αντιλήψεις τους για την επικοινωνιακή σχέση μεταξύ τους. Η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς είναι αρκετά καλή, αλλά είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι διαπιστώθηκε δυσκολία σε θέματα για τα οποία χρειάζεται η χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας όπως είναι η ανακοίνωση δυσάρεστων νέων. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι το δείγμα των επαγγελματιών υγείας είχε αρκετές ανθρωποκεντρικές αντιλήψεις όσον αφορά στην ενημέρωση του ασθενή και στην εμπλοκή του στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Οι ασθενείς δήλωσαν αυξημένη επιθυμία για αυτονομία στη διαχείριση της υγείας του. Από την άλλη πλευρά, βέβαια διαπιστώθηκε ότι ενώ οι προσδοκίες των ασθενών για πληροφόρηση ήταν ιδιαίτερα υψηλές, δεν ακολουθούνταν και από αντίστοιχη υψηλή επιθυμία για εμπλοκή στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Δεν υπάρχει προθυμία για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και αυτό είναι έκδηλο με τη συντριπτική πλειοψηφία να το αποδέχεται.

Συμπεράσματα

Βρέθηκαν αρκετές ομοιότητες και λίγες διαφορές μεταξύ των απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Η επικοινωνιακή σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία Λάρνακας και Αμμοχώστου βρέθηκε να είναι ικανοποιητική. Διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν ελλιπή εκπαίδευσή σε θέματα επικοινωνίας με τους ασθενείς, αυτό πηγάζει από την δυσκολία που έχουν στην ανακοίνωση δυσάρεστων νέων. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να υιοθετήσουν μεθόδους εκμάθησης αφού τα αποτελέσματα έδειξαν ότι είναι πρόθυμη να εκπαιδευτούν σε θέματα επικοινωνίας.

Aim:

The purpose of this study is to investigate the communicative relationship between patients and health professionals. Specifically, the aim of this study is to highlight and record the perceptions and expectations of patients and health professionals, which are related to the communication link between them.

Materials and methods:

The survey was conducted in April and May 2013 in two public hospitals in Larnaca and Famagusta of Cyprus. The sample included 100 patients or persons who visited the outpatient hospital of Larnaca and Famagusta as well as 100 healthcare professionals consisting of physicians, nurses, medical laboratory and technologists in the same hospitals. The data collection was based on two questionnaires (one for patients and one for healthcare professionals) which are designed and used by British researchers to compare and record the views of patients and healthcare professionals for communication ties between their healthcare professionals and patients. These questionnaires were translated from Greek scientists with the method of bilingual translation. The data analysis was done with the statistical analysis using the statistical package social sciences SPSS 20.

Results:

The descriptive analysis showed that communication between health professionals and patients tend to be quite good, that both groups are satisfied with the communication between them and are generally in the views of the two groups regarding their perceptions about the communication link between them. The relationship between health professionals and patients is quite good, but it is important to note that it was found difficult to issues which will require the use of communication skills such as breaking bad news. The results of this study showed that the sample of health professionals had several anthropocentric conceptions to inform the patient and his involvement in making therapeutic decisions. Patients reported an increased desire for autonomy in the management of health. On the other hand, of course, found that while patients' expectations for information was high, and not followed by a corresponding high desire for involvement in making therapeutic decisions. There is willingness to participate in decision making and this is evident by the vast majority to accept.

Conclusions:

We found several similarities and a few differences between the views of patients and health professionals. The communicative relationship between patients and health professionals in public hospitals Larnaca and Famagusta was found to be satisfactory. Found that health professionals have insufficient training in communication with patients, this stems from the difficulty in communication have bad news. Health professionals should adopt learning methods since the results showed that it is willing to be trained in communication.

Εισαγωγή

1.1. Εισαγωγή

Ο στόχος του κάθε οργανισμού υγείας είναι να παρέχει ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς του. Τι θεωρείται ποιοτική φροντίδα μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο. Για τους γιατρούς, μπορεί να είναι ο αριθμός των επιτυχημένων θεραπειών στους ασθενείς. Για τους νοσηλευτές, μπορεί να είναι η αίσθηση ότι παρέχεται φροντίδα που βελτιώνει την ποιότητα της τη ζωή των ασθενών τους. Για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, η ποιότητα μπορεί να περιλαμβάνει αποτελεσματική, έγκαιρη, προσιτή και ισότιμη περίθαλψη καθώς και οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις με τους γιατρούς.

Η επικοινωνιακή σχέση ιατρού και ασθενή είναι σημαντικό στοιχείο στον τομέα της υγείας. Ο ασθενής όταν έχει επικοινωνία με το γιατρό τότε υπάρχει μια δυναμική βάσης προς την σχέση ιατρού-ασθενή.

Το σύστημα παροχής ιατρικής περίθαλψης σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Κύπρου υ αλλάζει με τη συνεχή τεχνολογική και ιατρική ανάπτυξη και την εξέλιξη στη διαχείριση της περίθαλψης. Παρά την εξέλιξη της τεχνολογίας στην ιατρική, στη διάγνωση και στη θεραπεία, η επικοινωνία παραμένει το κύριο μέσο με το οποίο ο γιατρός και ο ασθενής ανταλλάζει πληροφορίες για την υγεία. Για το γιατρό, οι πληροφορίες είναι ζωτικής σημασίας για τη διαμόρφωση, διάγνωση και σωστή συνταγή για θεραπείας του ασθενή. Για τον ασθενή, οι πληροφορίες όπως η κατανόηση της κατάστασης της υγείας του το οποίο με τη σειρά του μπορεί να μειώσει την αβεβαιότητα, να αντιμετωπίσει τις ανησυχίες του και γενικά να βελτιώσει την υγεία του.

Το επίκεντρο αυτής της μελέτης είναι η επικοινωνιακή σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Η εργασία περιορίζεται στα κρατικά νοσοκομεία στις επαρχίες Λάρνακας και Αμμοχώστου.

1.2. Καταγραφή Προβλήματος

Η επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας είναι ζωτικής σημασίας σε όλα τα επίπεδα και τους τομείς άσκησης της φροντίδας υγείας. Χωρίς τη σωστή επικοινωνία η παροχή φροντίδας υγείας εφαρμόζεται δύσκολα. Η σωστή επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας επιτυγχάνεται με το διάλογο μέσα σε διαπροσωπικό κλίμα και με ειδικές δεξιότητες της λεκτικής επικοινωνίας (Ραγιά, 2004). Η σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας αποτέλεσε και αποτελεί σημαντικό σημείο προσοχής πολλών επιστημόνων και ιδιαίτερα ψυχολόγων, κοινωνιολόγων και ανθρωπολόγων.

Η ελλιπής πληροφόρηση του ασθενή για την ασθένειά του προκαλούν σύγχυση και αναστάτωση, ενώ αντίθετα η σωστή πληροφόρηση των ασθενών δημιουργεί μια εποικοδομητική διάσταση για τη φροντίδα υγείας που έχει θετικό αντίκτυπο σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο (Τσιριντάνη και συν., 2010). Η σωστή ενημέρωση και η συχνή επαφή του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή δημιουργεί ένα φιλικό περιβάλλον, το οποίο βοηθά στην αποθεραπεία του ασθενούς (Τσιριντάνη και συν., 2010).

Τα οφέλη της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης είναι πολλά και για τους ασθενείς αλλά και τους ιατρούς. Τα οφέλη του ασθενή είναι ότι υπάρχει καλύτερη κατανόηση του προβλήματος, βελτιώνεται η συμμόρφωση του και έχει ενεργό συμμετοχή στη-θεραπεία ως αποτέλεσμα να επηρεάζεται θετικά η έκβαση της ασθένειας.

Τα οφέλη στον ιατρό είναι πολλά μερικά από αυτά είναι η βελτίωση της σχέσης ιατρού – ασθενή, η ενδυνάμωση της εμπιστοσύνης του ασθενή προς τον ιατρό και η ικανοποίηση του ασθενή από τον ιατρό του.

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να θέσουν την ανθρωποκεντρική προσέγγιση ως ιδεολογία και πρακτική στις δράσεις τους αφού μπορεί να τους προσφέρει τόσα πολλά στην επίτευξη

των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων αλλά και την εμπιστοσύνη όχι μόνον των ασθενών αλλά και ευρύτερα της κοινωνίας.

1.3. Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης

Η σημασία της συγκεκριμένης μεταπτυχιακής διατριβής έγκειται στην ανάγκη για μελέτη της επικοινωνιακής σχέσης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για όλα τα επίπεδα της φροντίδας υγείας. Η σημασία της σωστής και ολοκληρωμένης επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας οδηγεί στην καλύτερη εκτίμηση και διάγνωση των προβλημάτων του ασθενή και ταυτόχρονα στον προγραμματισμό της φροντίδας του. Προϋπόθεση της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι η κατανόηση του αρρώστου και των εμπειριών που εκφράζει (Ραγιά, 2002, Ραγιά 2004).

Αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει ότι όταν οι επαγγελματίες υγείας έχουν μια πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση στους ασθενείς και τους παρακινούν να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα της υγείας τους και να εκφράζουν την εμπειρία των βιωμάτων της ασθένειας τους, τις σκέψεις τους, τις ανησυχίες τους και τις προσδοκίες τους, τότε έχουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα σε σύγκριση με ασθενείς που περιορίζονται σε παθητικό ρόλο (Roter και συν., 1997, Stewart και συν., 2000, Moore και συν., 2000). Η ανθρωποκεντρική αντιμετώπιση των επαγγελματιών υγείας, έχει συνδεθεί με αρκετά θετικά αποτελέσματα στην κλινική πράξη. Τα κυριότερα θετικά αποτελέσματα είναι η μείωση της ανησυχίας των ασθενών, η βελτίωση της κατάστασης υγείας τους, η καλύτερη συμμόρφωσή των ασθενών στις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας και γενικά η αυξημένη ικανοποίηση που βιώνουν οι ασθενείς (Roter και συν., 1997, Stewart και συν., 2000, Moore και συν., 2000).

1.4. Σκοπός και στόχοι

Σκοπός της μεταπτυχιακή διατριβής είναι η διερεύνηση της επικοινωνιακής σχέσης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, ακόμα η διατριβή έχει ως στόχο να αναδείξει τις στάσεις, τι πεποιθήσεις και την συμπεριφορά των ασθενών ως προς την επικοινωνιακή σχέση μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας και το τι επιδιώκουν οι ασθενείς από αυτήν την

σχέση και από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίσουν τις πεποιθήσεις των ασθενών έτσι ώστε να μπορούν να προλαβαίνουν τη δυσαρέσκεια του ασθενή και να προάγουν την ικανοποίηση του ασθενή.

Στο γενικό μέρος της διατριβής αυτής γίνεται ανάλυση της επικοινωνιακής σχέσης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση του ασθενή, ερμηνεύονται οι συμπεριφορές του ασθενή και των επαγγελματιών υγείας, ακόμα γίνεται αναφορά στην επικοινωνιακή σχέση ασθενή και επαγγελματία υγείας.

Στο ειδικό μέρος της διατριβής, με την βοήθεια δύο ερωτηματολογίων (ένα για τους ασθενείς και ένα για τους επαγγελματίες υγείας) γίνεται η προσπάθεια να καταγραφούν οι αντιλήψεις, οι προσδοκίες και οι πεποιθήσεις των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την σχέση επικοινωνίας ασθενή-επαγγελματία υγείας. Ακόμα γίνεται προσπάθεια να καταγραφούν οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας, καθώς και παράμετροι που πιθανόν να επηρεάζουν την σχέση επικοινωνίας ασθενή επαγγελματία υγείας. Παράλληλα καταβάλλεται προσπάθεια να απαντηθούν τα ποία κάτω βασικά ερωτήματα:

1. Οι ασθενείς προτιμούν να ενημερώνονται και να έχουν άμεση εμπλοκή στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων;
2. Κατά πόσο θα πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής όταν επιβαρύνεται η υγεία του; Δηλαδή τι πιστεύουν οι ασθενείς και οι επαγγελματίες για αυτό το ερώτημα.
3. Πως συσχετίζονται οι απόψεις των ασθενών με τα δημογραφικά τους στοιχεία;
4. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων που έχουν ασθενείς και επαγγελματίες υγείας για την επικοινωνιακή τους σχέσης;

1.5. Διασαφηνίσεις – προσδιορισμός και διατύπωση των κεντρικών εννοιών

Στην μελέτη αυτή χρησιμοποιούνται αρκετοί όροι, σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει μια σύντομη αναφορά σε κάποιους σημαντικούς όρους με σκοπό την καλύτερη κατανόηση του αναγνώστη. Στην συνέχεια της μελέτης θα γίνει εκτενέστερη ανάλυση των όρων αυτών.

Ο όρος υγεία, δεν αποδίδεται μόνο στην βιολογική φύση της υγείας, αλλά και σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς, οικογενειακούς παράγοντες. Από αυτήν την οπτική γωνία γίνεται σαφές ότι οι βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας είναι μοναδικές για κάθε άτομο ξεχωριστά αλλά και αλληλένδετες μεταξύ τους. Συγκεκριμένα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναφέρει ότι η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (Π.Ο.Υ., 1948). Έτσι για να είναι ένα άτομο υγιές θα πρέπει να είναι καλά στην υγεία του (βιολογική διάσταση) αλλά επίσης και να νιώθει υγιής (ψυχολογική και κοινωνική διάσταση).

Ο όρος νοσοκεντρική φροντίδα υγείας είναι το κύριο χαρακτηριστικό το Βιοϊατρικού Μοντέλου υγείας. Συγκεκριμένα το Βιοϊατρικού Μοντέλου υγείας περιορίζεται στην προσέγγιση μόνο της βιολογικής διάστασης της υγείας, αγνοώντας την ψυχολογική και κοινωνική διάσταση υγείας όπως αυτές αναγνωρίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ., 1948). Το Βιοϊατρικό μοντέλο, είναι το μοντέλο το οποίο είναι απόλυτα εστιασμένο στην νόσο και κατά καιρούς έχει χαρακτηριστεί και ως νόσο-κεντρικό πρότυπο.(De Valck και συν., 2001).

Σύμφωνα με τον ψυχίατρο Engel (1977,1980) ο οποίος ισχυριζόταν ότι ο άνθρωπος είναι ταυτόχρονα βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό ον, που συμπεριφέρεται με δεδομένους τρόπους που προάγουν ή βλάπτουν την υγεία του, αν οι ιατροί κατανοήσουν τη φύση αυτών των αλληλεπιδράσεων, τότε θα παρέμβουν και με την εφαρμογή γνωστικών, συμπεριφοριστικών και συναισθηματικών στρατηγικών θα προάγουν τη θεραπεία του πάσχοντος. Επίσης η συμπεριφορά μίας νόσου μπορεί να επηρεαστεί από τη σχέση μεταξύ ιατρού-ασθενή η οποία σχέση δεν είναι τόσο απλή. Ο δεσμός μεταξύ ιατρού- ασθενή μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά του ασθενή ως αποτέλεσμα να επηρεαστεί και η θεραπευτική προσπάθεια (Di Matteo, 2006).

Ο όρος «ανθρωποκεντρική προσέγγιση» σημαίνει την παροχή ιατρικής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή ως μια οντότητα χωρίς δηλαδή να υπάρχει διαχωρισμός στην βιολογική και ψυχολογική διάσταση της ασθένειας (Hurtado και συν., 2000).

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1. Εισαγωγή

Από τα αρχαία Ελληνικά χρόνια ο Ιπποκράτης είχε επισημάνει τη σπουδαιότητα του κοινωνικού και ψυχολογικού περιβάλλοντος ως αιτιολογικό παράγοντα της ασθένειας, επίσης είχε επισημανθεί και η σημασία της σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας. Όμως αυτή η σχέση ήταν μονόπλευρη, δηλαδή ο επαγγελματίας υγείας ουσιαστικά έπαιρνε τις αποφάσεις για τον θεραπευτικό προγραμματισμό του ασθενούς με μικρή έως και καθόλου συμμετοχή του ασθενή (Rigatos, 1997). Περίπου μέχρι τις δεκαετίες '50-'60 επικρατούσε αυτή η μονόπλευρη σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας μέχρι που η Ευρώπη και η Αμερική αναγνώρισαν το πρόβλημα της μονόπλευρης αυτής σχέσης (Rigatos, 1997).

Σε αντίθεση με την μονόπλευρη σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό, το νέο ανθρωποκεντρικό πρότυπο δίνει έμφαση στην αυτονομία του ασθενούς και στη δημιουργία υγιούς σχέσης συνεργασίας με περισσότερο ισότιμο λόγο στη λήψη αποφάσεων. Στην ιατρική πράξη πλέον υπάρχουν νέα χαρακτηριστικά τα οποία επηρεάζουν τη σχέση ασθενή επαγγελματία υγείας και συνοψίζονται στις πιο κάτω παραγράφους.

Η αύξηση του μορφωτικού επιπέδου τις τελευταίες δεκαετίες κατέστησε τους ασθενείς να είναι σε θέση να κατανοούν τα ιατρικά δεδομένα της πάθησής τους και να επιδιώκουν πιο λεπτομερή ενημέρωση. Ακόμα οι διάφορες πηγές πληροφόρησης οδηγούν τους ασθενείς σε μεγαλύτερη πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες. Για το λόγο αυτό οι ασθενείς έχουν περισσότερες απαιτήσεις στην ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας για την ασθένειά τους (Οικονόμου, 2005).

Για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί ένα πρόβλημα υγείας ίσως να χρειαστούν ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων. Έτσι ο ασθενής κατά τη διάρκεια της ζωής του ίσως χρειαστεί να επισκεφτεί αρκετούς

ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων πχ. οδοντίατρο, παθολόγο, χειρουργό, ορθοπεδικό, καρδιολόγο, οφθαλμίατρο κτλ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δυσκολεύει όλο και περισσότερο την κατάσταση του ασθενή και ο ασθενής από την μεριά του να έχει ανάγκη από μια ποίο φιλική προσέγγιση από τους επαγγελματίες υγείας (Ραγιά, 2004).

Οι ιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων δε συνεργάζονται με αποτέλεσμα ο ίδιος ο ασθενής να είναι ο μόνος που έχει την πλήρη επίγνωση του ιατρικού ιστορικού του. Ειδικά στην Κύπρο δεν τηρείται ενιαίος ιατρικός φάκελος που θα παρέχει το ιατρικό ιστορικό του κάθε ασθενή (Ραγιά 2004).

Η εμπιστοσύνη του ασθενούς στους επαγγελματίες υγείας δεν είναι απόλυτη και αυτό οφείλεται στο ότι η άσκηση της ιατρικής πράξης επηρεάζεται κάποιες φορές από συμφέροντα των επαγγελματιών υγείας που δε συμβαδίζουν απαραίτητα με το συμφέρον των ασθενών. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή και να τον αφήνει να παίρνει μέρος στον θεραπευτικό προγραμματισμό έτσι ώστε ο ασθενής να εμπιστεύεται τον επαγγελματία υγείας (Ραγιά, 2004).

Από τα ποιο πάνω είναι φανερό ότι ο ασθενής επιδιώκει την ενημέρωση, την καθοδήγηση, τη φιλική προσέγγιση και την ανάπτυξη μια σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του και του επαγγελματία υγείας. Έτσι γίνεται κατανοητή η αναγκαιότητα και η σπουδαιότητα της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας. Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση θεωρείται μια σημαντική παράμετρος η οποία οδηγεί στην υγιή σχέση επικοινωνίας η οποία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή στην ηπιότερη έκβαση της ασθένειας του (Cortis & Lacey, 1996). Αυτό είναι δικαίωμα του ασθενή και συνάμα υποχρέωση του επαγγελματία υγείας.

Στις επόμενες ενότητες γίνεται ανάλυση των δύο βασικών μοντέλων κατανόησης της υγείας και της ασθένειας, δηλαδή αναλύεται το Βιοϊατρικό μοντέλο και η Ανθρωποκεντρική Ιατρική, γίνεται αναφορά στην επικοινωνιακή σχέση ασθενή και επαγγελματία υγείας και γίνεται προσπάθεια ανάλυσης των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν αυτήν την σχέση που είναι οι συμπεριφορές των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας

2.2. Ανθρωποκεντρική Ιατρική

Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που είχε αναγνωρίσει ότι η ασθένεια μπορούσε να οφείλεται στο κοινωνικό και ψυχολογικό περιβάλλον του ατόμου ακόμα είχε επισημάνει και την σπουδαιότητα στην σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας, συγκεκριμένα ο Ιπποκράτης υποστήριζε πως «είναι πολύ πιο σπουδαίο ο ιατρός να μάθει ποιος έχει τη νόσο-παρά ποια νόσο έχει ο ασθενής» έτσι ο Ιπποκράτης τονίζει με τα λόγια του το πόσο σημαντικό είναι ο επαγγελματίας υγείας να γνωρίσει τον ασθενή μέσω της επικοινωνιακής σχέσης ασθενή και επαγγελματία υγείας (Rigatos, 1997). Όμως αυτή η σχέση ήταν μονόπλευρη, δηλαδή ο επαγγελματίας υγείας ουσιαστικά έπαιρνε τις αποφάσεις για τον θεραπευτικό προγραμματισμό του ασθενούς με μικρή έως και καθόλου συμμετοχή του ασθενή (Rigatos, 1997). Η αναγέννηση υπήρξε μια περίοδος ταχείας ανάπτυξης του πνεύματος και τις ιατρικής. Στη συγκεκριμένη περίοδο γίνεται μεγάλη ανάπτυξη στην ιατρική, στη βιολογία και στην ανατομία με αποτέλεσμα να καθιερωθεί η αυθεντία των γιατρών. Μέχρι τότε οι κύριοι γνώστες της ασθένειας θεωρούνταν οι ιερείς, οι μαίες κ.α.. Στην πορεία οι άνθρωποι άρχισαν να αμφισβητούν την αυθεντία των ιατρών που επικρατούσε μέχρι εκείνο τον καιρό και αρχίζουν να βλέπουν, να ακούν και να ρωτούν. Σ' αυτά στηρίχτηκε και η Ορθόδοξη Δυτική Ιατρική (Loudon, 1997). Στη Δυτική Ευρώπη με τη φιλοσοφία του Διαφωτισμού αρχίζει να αναπτύσσεται το Βιοϊατρικό Μοντέλο υγείας το οποίο είχε νοσοκεντρικό χαρακτήρα. Περίπου μέχρι τις δεκαετίες '50-'60 επικρατούσε αυτή η νοσοκεντρική προσέγγιση του ασθενή από τους επαγγελματία υγείας μέχρι που η Ευρώπη και η Αμερική ξεκίνησαν να αναγνωρίζουν το πρόβλημα της μονόπλευρης αυτής σχέσης (Οικονόμου, 2005). Ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και της ανθρώπινης συμπεριφοράς τέθηκαν στο κέντρο του ενδιαφέροντος, αποτελώντας τον πυρήνα ενός νέου, υπό διαμόρφωση βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας.

Το 1948 στο καταστατικό του Π.Ο.Υ. αναφέρει ότι η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Έτσι ο Π.Ο.Υ. με αυτό το καταστατικό ότι η υγεία, δεν αποδίδεται μόνο στη φυσιολογική διάσταση του σώματος, αλλά και σε άλλους παράγοντες όπως είναι η ψυχολογική διάσταση του ατόμου, η κοινωνία, η οικογένεια, το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α. (International Health Conference, 1946). Έτσι ο ασθενής ο οποίος βιώνει την απουσία της υγείας πιθανόν να έχει μεγαλύτερη ανάγκη από μια πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση από τους επαγγελματίες υγείας. Ο Enid Balint και οι συν. το 1993, αναφέρουν ότι ο καλός Γενικός Ιατρός δεν μπορεί να είναι ειδικός για κάθε νόσο, αλλά οφείλει να επενδύει στη σχέση με τον ασθενή του και επιδιώκει την καλύτερη κατανόησή του ως άνθρωπο, με

κύριο σκοπό να μπορεί να αντεπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενή και να του παρέχει την βέλτιστη δυνατή ιατρική φροντίδα (Balint και συν., 1993). Οι Balint και συνεργάτες του θεωρούνται πρωτοπόροι ερευνητές για την εισαγωγή της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης του ασθενή στην ιατρική, με κύριο χαρακτηριστικό τη κατανόηση της μοναδικότητας του κάθε ασθενή που στοχεύει στη συνολική διάγνωση και δεν περιορίζεται μόνο στην παραδοσιακή έννοια της διάγνωσης (Balint και συν., 1969). Ο Engel το 1980 τόνιζε πως δεν είναι δυνατόν ο ιατρός να προσεγγίσει διαγνωστικά και θεραπευτικά ένα ασθενή αν επικεντρωθεί μόνο στο βιολογικό μέρος της ασθένειας του ασθενή και αποκόψει το ψυχοκοινωνικό μέρος.

Οι Byrne και Long θεωρούνται από τους πρώτους που αντιλήφθηκαν την ανάγκη για τη δημιουργία ενός προτύπου μετάθεσης της εξουσία κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης, όπου ο ιατρός αξιοποιεί τις γνώσεις και τις εμπειρίες του ασθενή, ενημερώνει τον ασθενή του και ενεργοποιεί τη συμμετοχή του ασθενή στην λήψη αποφάσεων για την υγεία του. Έτσι οι Byrne και Long εισήγαγαν στο κέντρο της ιατρικής πράξης τον ασθενή (Byrne. & Long., 1976). Το 1989 ο Mc Whinney αναφέρει ότι «ο ιατρός οφείλει να προσπαθεί να εισχωρήσει στον κόσμο του ασθενή και να δει την αρρώστια μέσα από τα δικά του μάτια». Έτσι η ανθρωποκεντρική προσέγγιση του ασθενή πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια κλινική δεξιότητα του κάθε καλού κλινικού ιατρού. Πολλοί ερευνητές όπως ο Pendleton το 1984, ο Neighbour το 1987 και ο Cohen-Cole το 1991, πρότειναν νέα πρότυπα για την ανθρωποκεντρική ιατρική προσθέτοντας νέα καθήκοντα που πρέπει να διεκπεραιώνει ένας κλινικός ιατρός προκειμένου να παρέχει ανθρωποκεντρική φροντίδα στον ασθενή του. Η Steward και οι συνεργάτες της το 1995, τόνισαν τα έξι κυρίαρχα στοιχεία της ανθρωποκεντρικής φροντίδας του ασθενή: α) τη διερεύνηση της αντικειμενικής πλευράς της πάθησης δηλαδή την νόσο, αλλά και της υποκειμενικής της πλευράς δηλαδή το πώς βιώνει ο ασθενής την ασθένεια, β) την κατανόηση του ασθενή ως μια μοναδική ολότητα, γ) την επιδίωξη της συνεργασίας με τον ασθενή για αντιμετώπιση της πάθησης του, δ) τη δημιουργία μιας «θεραπευτικής σχέσης» μεταξύ του ιατρού και του ασθενή, ε) την παρότρυνση της πρόληψης από τον ασθενή και στ) τη θέσπιση ρεαλιστικών στόχων. Ο Mead το 2000 παρουσίασε ένα παρεμφερή πρότυπο, όπου αναγνωρίζει τις ακόλουθες πέντε διαστάσεις στην ιατρική με επίκεντρο τον ασθενή: α) τη βιο-ψυχοκοινωνική διάσταση του ασθενή, β) τη διάσταση του ασθενή ως μοναδικού ατόμου, γ) τη διάσταση αμοιβαίας δύναμης και ευθύνης, δ) τη θεραπευτική διάσταση ιατρού - ασθενή και ε) την παραμελημένη διάσταση του ιατρού ως άτομου. Η Bensing το 2000, συνόψισε την έννοια της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης σε δυο διαστάσεις: α) το περιεχόμενο της ιατρικής συνέντευξης, δηλαδή την επιλογή των θεμάτων που θα συζητηθούν, σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προσδοκίες του ασθενή και β) του ελέγχου κατά τη διάρκεια της συζήτησης και την λήψη αποφάσεων.

Τέλος, γίνεται αναφορά στο ότι η ανθρωποκεντρική προσέγγιση του ασθενή δεν ταιριάζει σε όλους τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και ούτε μπορεί να αποτελεί προσδοκία όλων των ασθενών (Dunn, 2002). Είναι δεδομένο ότι κάθε ιατρός έχει το δικό του προσωπικό τρόπο επικοινωνίας με τον ασθενή, ο οποίος τρόπος αυτός που έχει σημαντικές επιρροές από την προσωπικότητά του, τα βιώματά του, τις συνθήκες εργασίας και κυρίως από την ιατρική του εκπαίδευση. Εδώ πρέπει να τονίσουμε, ότι η κάθε σχολή επαγγελματιών υγείας οφείλει να επενδύσει σε ένα πρόγραμμα επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να δημιουργήσει επαγγελματίες υγείας με δεξιότητες επικοινωνίας, που να μπορούν να εξατομικεύουν την προσέγγιση τους ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή.

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine - IOM) και Αμερικανική Εθνική Ακαδημία Επιστημών (U.S. National Academy of Sciences) το 2000 έδωσαν τον ακόλουθο ορισμό για την έννοια της ιατρικής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή: «είναι η ιατρική φροντίδα που στοχεύει στη συνεργασία μεταξύ των ιατρών, των ασθενών και των οικογενειών τους (όποτε απαιτείται), προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι θεραπευτικές αποφάσεις που λαμβάνονται σέβονται τις προσδοκίες, τις ανάγκες, τις προτιμήσεις των ασθενών και επιπλέον επιδιώκει την ενεργοποίηση των ασθενών με την εκπαίδευση και την βοήθεια που χρειάζονται, προκειμένου να λάβουν αποφάσεις και να συμμετάσχουν ενεργά στη φροντίδα τους» (Hurtado και συν., 2000). Σύμφωνα με το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής η ανθρωποκεντρική ιατρική, αναγνωρίζεται πλέον ως αναπόσπαστο στοιχείο της σωστής κλινικής πράξης και αποτελεί πρωταρχικό καθήκον κάθε γενικού ιατρού που ασχολείται με ασθενείς και ιδιαίτερα όταν αυτοί πάσχουν από χρόνιες παθήσεις. Ακόμα το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής το 2001 αναφέρει ότι η ιατρική με επίκεντρο τον ασθενή θα πρέπει να περικλείει τα εξής απαραίτητα στοιχεία που οριοθετούν την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την έγκαιρη αντιμετώπιση και την αμεροληψία.

Οι επαγγελματίες υγείας επιδιώκουν περισσότερο να προσδιορίσουν την αντικειμενικά μετρούμενη «νόσο» δηλαδή εργαστηριακές τιμές, τη θερμοκρασία του σώματος κ.α, παραγνωρίζοντας την υποκειμενική εμπειρία της «ασθένειας» δηλαδή το πως νιώθει ο ασθενής, τις φοβίες του είναι ιδιαίτερη κατάσταση για κάθε ασθενή (Stewart , 1995). Ο Baron το 1981 στην προσπάθεια του να τονίσει την ανάγκη που έχουν οι ασθενείς για να γίνουν και να νιώσουν καλά αναφέρει ότι «οι άνθρωποι δεν έρχονται απλά για μια διάγνωση και θεραπεία, έρχονται για να γίνουν καλά, να επανακτήσουν την αίσθηση της υγείας και να επιστρέψουν γεμάτοι ενέργεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες». Ακόμα από την βιβλιογραφία διαπιστώθηκε ότι σχεδόν όλες οι ασθένειες και ιδιαίτερα οι χρόνιες ασθένειες συσχετίζονται έμμεσα με την εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών που μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στην κατάθλιψη. Υπάρχουν και ασθένειες οι οποίες είναι δύσκολο να

προσδιορίζεται το εάν οι ψυχολογικές διαταραχές προάγουν την ασθένεια ή είναι αποτέλεσμα της ασθένειας, όπως για παράδειγμα η σεξουαλική δυσλειτουργία του άνδρα, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (Σαρρής, 2001, Οικονόμου και συν., 2001). Εδώ γίνεται φανερό ότι η ψυχολογική διάσταση της ασθένειας έχει διαφορετικές και σημαντικές προεκτάσεις όπου κάθε κλινικός ιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη του και να διερευνά στα πλαίσια της διαγνωστικής και θεραπευτικής του προσέγγισης έτσι ώστε ο ασθενής να έχει μια πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση για να μειώνονται οι πιθανότητες ανάπτυξης ψυχολογικών διαταραχών.

2.3. Βιοϊατρικό μοντέλο

Το Βιοϊατρικό μοντέλο, είναι το μοντέλο το οποίο είναι απόλυτα εστιασμένο στην νόσο και κατά καιρούς έχει χαρακτηριστεί και ως νόσο-κεντρικό πρότυπο αλλά και ως πρότυπο θεραπείας (De Valck, 2001). Ο Engel το 1977 αναφέρει ότι το Βιοϊατρικό μοντέλο αντιμετωπίζει την ασθένεια ως απόκλιση μιας σειράς μετρήσιμων βιολογικών παραμέτρων, ακόμα αναφέρει ότι το Βιοϊατρικό μοντέλο δε λαμβάνει υπόψη την κοινωνική και ψυχολογική διάσταση της ασθένειας, αλλά επιδιώκει να ερμηνεύσει τις διαταραχές συμπεριφοράς ως βιοχημικές διαταραχές. Το μοντέλο αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία και την ασθένεια ως τις δύο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Η κατάσταση της υγείας του ατόμου εξαρτάται από το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον, το οποίο με τη σειρά του διαρκώς μεταβάλλεται. Στα πλαίσια του ψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας, όλες οι ασθένειες θεωρούνται "ψυχοσωματικές". Δεδομένου ότι η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει αμιγές βιολογικό πρόβλημα, απαιτείται μια ολιστική παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο (οργανικό και ψυχολογικό), σε κοινωνικό επίπεδο και μερικές φορές σε οικολογικό επίπεδο, τόσο από τους ψυχολόγους, όσο και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008).

Έχοντας καθιερωθεί το Βιοϊατρικό μοντέλο, συχνά αμφισβητείται η ύπαρξη ασθένειας όταν απουσιάζουν βιοχημικές διαταραχές. Είναι φανερό ότι το Βιοϊατρικό μοντέλο περιορίζεται στη βιολογική διάσταση της υγείας, αγνοώντας την ψυχολογική και την κοινωνική της διάσταση της υγείας, όπως αυτές αναγνωρίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ. 1948).

Το κύριο χαρακτηριστικό του Βιοϊατρικού μοντέλου, αποτελεί η επιβολή εξουσίας στη σχέση του ιατρού προς τον ασθενή με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζεται η σχέση ιατρού - ασθενή ως μονόδρομη. Ο ασθενής περιορίζεται σε έναν παθητικό ρόλο και ο κυρίαρχος ιατρός καθοδηγεί την ιατρική συνέντευξη, επιλέγοντας ο ίδιος τα θέματα προς συζήτηση, αποκρύπτοντας πολλές φορές πληροφορίες με αποτέλεσμα να επιβάλλει και το θεραπευτικό πλάνο (De Valck, 2001).

Πολλοί ερευνητές τονίζουν την ανάγκη για ένα νέο ιατρικό μοντέλο γιατί η πιο πάνω προσέγγιση αφορά κυρίως τη σωματική διάσταση της υγείας, ενώ φαίνεται να αγνοεί την ύπαρξη της ψυχικής και της κοινωνικής διάστασης (Mc Keown, 2001, Bunker, 2001). Η υγεία εκτός από βιολογικό είναι και κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο ενσωματώνει την ποιότητα των σχέσεων που διατηρούν οι άνθρωποι με το περιβάλλον τους, καθώς και μεταξύ τους. Επομένως, δε θα πρέπει να ορίζεται χωρίς αναφορές στο υλικό, φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο ζει και δρα κάθε άτομο. Οι πιο κάτω είναι λόγοι για τους οποίους το Βιοϊατρικό μοντέλο δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών:

α) Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη σημασία όχι μόνο στην κλινική εικόνα των διαφόρων νοσημάτων, αλλά και στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής βιώνει την ασθένεια και πώς αυτή επιδρά στη ζωή του (Mc Keown, 2001, Bunker, 2001).

β) Για την καλύτερη εκτίμηση του ασθενή είναι αναγκαίο να εκτιμηθούν και οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες εκτός από τη μέτρηση των βιολογικών παραμέτρων που συνοδεύουν την ασθένεια (Mc Keown, 2001, Bunker, 2001).

γ) Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις συνθήκες της καθημερινής ζωής του ασθενή, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά το χρόνο εκδήλωσης, τη βαρύτητά και τη πορεία μιας ασθένειας (Mc Keown, 2001, Bunker, 2001).

δ) Πρέπει ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράμετροι να θεωρούνται καθοριστικοί στο εάν και πότε οι ασθενείς νιώθουν «άρρωστοι» ή δίνουν αυτή την εικόνα στο περιβάλλον τους (Mc Keown, 2001, Bunker, 2001).

ε) Έχει παρατηρηθεί ότι η θεραπευτική πράξη που περιορίζεται μόνο στην επαναφορά στο φυσιολογικό των εργαστηριακών τιμών, δεν επαναφέρει τον ασθενή την αίσθηση ότι είναι υγιής (Mc Keown, 2001, Bunker, 2001).

ζ) Μπορεί η σχέση ιατρού και ασθενή να επηρεάσει καθοριστικά την πορεία της θεραπευτικής προσέγγισης με καλύτερη διάγνωση και θεραπεία. Αποτελεί ιδιαίτερη σημασία η απομάκρυνση των φόβων και των ερωτηματικών που βασανίζουν τον ασθενή και χρειάζεται σωστή ανάπτυξη κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενή έτσι ώστε να επιτευχθεί επιτυχία στο προγραμματισμό της θεραπείας του ασθενή (Engel, 1977, Mc Keown, 2001, Bunker, 2001).

2.4. Επικοινωνιακή Σχέση ασθενή - επαγγελματία υγείας

2.4.1. Ορισμός Επικοινωνίας

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πάρα πολλοί ορισμοί για τον όρο επικοινωνία, οι οποίοι χωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι ορισμοί οι οποίοι αναφέρονται στην επικοινωνία ως μια διαδικασία μεταβίβασης και ανταλλαγής πληροφοριών και μηνυμάτων μεταξύ των ατόμων χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η επίδραση στη συμπεριφορά των ατόμων κατά την ανταλλαγή μηνυμάτων ή πληροφοριών μεταξύ των επικοινωνούντων. Ενώ στη δεύτερη κατηγορία ορισμών δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην επίδραση της συμπεριφοράς των ατόμων κατά την επικοινωνία τους (Μπουραντάς, 2002). Δηλαδή η επικοινωνία ορίζεται ως μια διαδικασία η οποία μεταβιβάζει ερεθίσματα και μηνύματα με σκοπό να αλλάξει τη συμπεριφορά του δέκτη. Ο ορισμός που υιοθετείται στην εργασία αυτή ως επικοινωνία ορίζεται: «Τη διαδικασία με την οποία ένας πομπός (άτομο, ομάδα) μεταβιβάζει πληροφορίες, σκέψεις, ιδέες, συναισθήματα ακόμη και ενέργεια, σε ένα δέκτη (άτομο, ομάδα) με στόχο να ενεργήσει πάνω του με τρόπο ώστε να προκαλέσει σε αυτόν την εμφάνιση ιδεών, πράξεων, συναισθημάτων, ενέργειας και σε τελική ανάλυση να επηρεάσει την κατάσταση του και τη συμπεριφορά του» (Μπουραντάς, 2002).

2.4.2. Διεργασία της επικοινωνίας

Η επικοινωνία είναι ευρύτατο θέμα το οποίο πραγματοποιείται με πολλούς τρόπους και μπορεί να διαμορφώσει την προσωπικότητα κάθε ανθρώπου. Ο άνθρωπος έχει έμφυτη την ανάγκη της επικοινωνίας η οποία έχει καθοριστικό ρόλο στις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων. Η επικοινωνία είναι

μια διαδικασία συναλλαγής πληροφοριών και μηνυμάτων που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες δηλαδή οι άνθρωποι που επικοινωνούν έχουν μια αμοιβαία ευθύνη για το τι συμβαίνει. Κατά την διεργασία της επικοινωνίας συμμετέχει ο πομπός - αποστολέας και ο δέκτης - παραλήπτης. Ο πομπός - αποστολέας κωδικοποιεί την πληροφορία ή την σκέψη που θέλει να μεταβιβάσει στο δέκτη - παραλήπτη με τη χρήση λεκτικών ή και μη λεκτικών συμβόλων, σχηματίζοντας ένα μήνυμα, το οποίο μεταβιβάζεται στο δέκτη - παραλήπτη, ο οποίος το αποκωδικοποιεί, το ερμηνεύει και τελικά κατανοεί αυτό που ο πομπός - αποστολέας επιθυμούσε να του μεταβιβάσει (Παναγοπούλου & Μπένος, 2004). Στη διεργασία της επικοινωνίας φανερώνονται οι γνώσεις, οι σκέψεις, τα αισθήματα, οι ικανότητες που διαθέτουν οι συμμετέχοντες στην επικοινωνία, ακόμα αναπτύσσεται η εμπιστοσύνη, η ικανότητα για ενεργητική ακρόαση, η διαχείριση του χρόνου, η διαμόρφωση σκέψεων και διατύπωση ιδεών (Jason, 2002).

Στο χώρο της υγείας η σχέση επικοινωνία μεταξύ ασθενή επαγγελματία υγείας δεν πρέπει ποτέ να είναι μονόδρομη αλλά αμφίδρομη, επειδή ο κάθε αποστολέας γίνεται και παραλήπτης και αντίστροφα, έστω και αν οι ρόλοι μεταξύ των ασθενών και επαγγελματιών υγείας είναι καθορισμένοι. Εάν υπάρξει αποτυχία στη δημιουργία αμφίδρομης επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας δημιουργούνται λανθασμένα συμπεράσματα, αρνητική διάθεση και ένταση στη σχέση των πιο πάνω (Παναγοπούλου & Μπένος, 2004). Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι κάθε μήνυμα που στέλνεται δεν μπορεί ποτέ να είναι ίδιο στη λήψη του, αφού το κάθε άτομο αποτελεί μια ξεχωριστή προσωπικότητα με τις δικές του εμπειρίες, συναισθήματα, ιδέες και κοινωνικοοικονομικές του αντιλήψεις. Έτσι η αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων γίνεται σύμφωνα με τις προσωπικές προσδοκίες και τις αντιλήψεις του κάθε ατόμου. Όπως αναφέραμε πιο πάνω η επικοινωνία γίνεται και με τη χρήση μη λεκτικής επικοινωνίας, δηλαδή με την έκφραση στο πρόσωπο, τη στάση του σώματος, το ύφος και την ένταση της φωνής, με χειρονομίες κ.α. και μπορεί να μεταδώσουν αρκετά μηνύματα κατά την επικοινωνία. Ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι η μη λεκτική επικοινωνία είναι τέσσερις φορές πιο δυνατή από τη λεκτική (Banyard, 2008). Αυτό είναι και ο κύριος λόγος για το οποίο είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει μια συμφωνία μεταξύ λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας για αποφυγή παρεξηγήσεων και λανθασμένων συμπερασμάτων (Jason, 2002).

Την ποιότητα στην επικοινωνία μπορούν να επηρεάσουν δυο κατηγορίες εμποδίων, η πρώτη αναφέρεται στα εμπόδια από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, δηλαδή την ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο και η δεύτερη κατηγορία εμποδίων σχετίζεται με τις αντιλήψεις που μπορεί να έχει ο ασθενής για τους επαγγελματίες υγείας και αντίστροφα, δηλαδή αν είναι θετικά ή αρνητικά προκατειλημμένος. Άρα η επικοινωνία μπορεί επηρεάζεται θετικά ή

αρνητικά μέσω της επικοινωνιακής σχέσης ασθενή-ιατρού ή μέσω του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος του κάθε ατόμου (Σαρρής και συν., 2008).

2.4.3. Επικοινωνία Ασθενών – Επαγγελματιών Υγείας

Η σχέση ιατρού- ασθενή πρέπει να είναι σχέση κοινής συναίνεσης. Τόσο ο ιατρός αλλά και οι ασθενείς έχουν ένα συγκεκριμένο ρόλο στην προσέγγιση αυτή. Και δύο έχουν προσδοκίες, δικαιώματα και υποχρεώσεις όπως όλα τα άτομα που ανήκουν σε μια κοινωνική ομάδα. Η υποχρέωση του ιατρού είναι να επαναφέρει την υγεία του ασθενούς στην αρχική κατάσταση. Η προσδοκία του ασθενούς είναι να θεραπευτεί. Η υποχρέωση του ασθενούς είναι να συνεργαστεί με τον ιατρό του και να συμμορφώνεται με τις οδηγίες του ιατρού. Παράλληλα με τον ασθενή, ο ιατρός έχει υποχρέωση να κάνει χρήση των εξειδικευμένων γνώσεων που έχει. Εάν ο ιατρός καταφέρει να φέρει εις πέρας τις προσδοκίες του ασθενούς τότε αναγνωρίζεται η αξία του και ανταμείβεται με τρία δικαιώματα. Το δικαίωμα να εξετάζει τον ασθενή, το δικαίωμα της αυτονομίας και, τέλος, το δικαίωμα να είναι σε θέση υπεροχής απέναντι στον ασθενή. Η σχέση αυτή παρουσιάζεται αρμονική παρά το γεγονός της ανισότητας που τη χαρακτηρίζει. Το ιατρικό επάγγελμα έχει μεγάλη καταξίωση μέσα στο κοινωνικό σύνολο λόγω της σημασίας του λειτουργήματος και της ειδικευμένης γνώσης που κατέχουν πράγμα τα οποίο δίνει δύναμη στους ιατρούς να υπερτερούν από τους ασθενείς οι οποίοι προσαρμόζονται στις οδηγίες τους (Μάντη, 2000).

Από ελληνική μελέτη διαπιστώθηκε ότι η επικοινωνιακή σχέση ασθενών και επαγγελματιών υγείας έχει δύο σκέλη. Πρώτον οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς για την κατάσταση της υγείας τους και για τον θεραπευτικό προγραμματισμό και ταυτόχρονα θα πρέπει και οι ίδιοι να ακούν με προσοχή τους ασθενείς και να ανταποκρίνονται σε αυτά που οι ασθενείς λένε. Ακόμα η επικοινωνία πρέπει να προσαρμόζεται στις προσωπικές εμπειρίες, στις δυνατότητες κατανόησης και επικοινωνίας του κάθε ασθενή (Σαρρής, και συν., 2008).

Η επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας είναι ζωτικής σημασίας σε όλα τα επίπεδα και τους τομείς άσκησης της φροντίδας υγείας, δηλαδή στη πρόληψη, στη θεραπεία, στην αποκατάσταση και γενικά στην αγωγή και προαγωγή της υγείας. Χωρίς τη σωστή επικοινωνία η παροχή φροντίδας υγείας εφαρμόζεται δύσκολα. Η σωστή επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας

επιτυγχάνεται με το διάλογο μέσα σε διαπροσωπικό κλίμα και με ειδικές δεξιότητες της λεκτικής επικοινωνίας (Ραγιά , 2002, Ραγιά 2004). Ακόμα η ολοκληρωμένη επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας μπορεί να οδηγήσει στην εκτίμηση και διάγνωση των προβλημάτων του ασθενή και ταυτόχρονα στον προγραμματισμό της φροντίδας του. Ο προγραμματισμός της φροντίδας του ασθενή θα πρέπει να σχεδιάζεται με τη συνεργασία και τη συμφωνία των επαγγελματιών υγείας και του ασθενή προτρέποντας έτσι τη συμμετοχή του στο θεραπευτικό πλάνο. Στο τέλος θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση των αποτελεσμάτων με την ενημέρωση και την σωστή επικοινωνία του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή και το περιβάλλον του. Προϋπόθεση της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι η κατανόηση του αρρώστου και των εμπειριών που εκφράζει άλλα ακόμα θα πρέπει να δοθεί το μήνυμα στον ασθενή ότι είναι κατανοητός και αποδεκτός (Ραγιά, 2002, Ραγιά, 2004).

Η καλή επικοινωνία του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή είναι σημαντική σε κάθε επίπεδο της παροχής υπηρεσιών υγείας. Η σημασία που δίνεται από τον επαγγελματία υγείας στον ασθενή δίνει τη δυνατότητα για επικοινωνία, δηλαδή όσες περισσότερες επαφές έχουν μεταξύ τους τόσο ευκολότερα θα μπορούν να συζητήσουν μεταξύ τους, ακόμα η ένδειξη ενδιαφέροντος για την καθημερινότητα του ασθενή, τον ενθαρρύνει να θεωρεί ότι ο επαγγελματίας υγείας επιδιώκει το καλό του. Θα πρέπει να τονιστεί το ιατρικό απόρρητο και η εχεμύθεια του επαγγελματία υγείας και να γίνει κατανοητό στον ασθενή, ότι οποιαδήποτε πληροφορία πάρει σχετικά με την υγεία του ή με αυτόν θα είναι απολύτως εμπιστευτική. Αυτό είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή άλλα και για τους συγγενείς του ότι σε κανένα δεν θα γίνει γνωστό τίποτα σχετικά με την ασθένεια ή την θεραπεία του (Σαρρής και συν., 2002).

Έρευνα απόδειξε ότι ο τρόπος μεταβίβασης των πληροφοριών σε ένα ασθενή είναι πολύ σημαντικός. Συγκεκριμένα όταν οι ασθενείς ενημερώνονται σε γλώσσα απλή και κατανοητή, τότε μπορούν να αντιληφθούν το πρόβλημα της υγείας τους και τις επιλογές που έχουν, με αποτέλεσμα να ακολουθούν με ακρίβεια τον θεραπευτικό προγραμματισμό (Χαραλάμπους Π. και συν., 2009).

Η ασθένεια προκαλεί αίσθηση απώλειας ελέγχου και απειλείται η ατομική ταυτότητα του ασθενή, αυτό γίνεται εντονότερο όταν ο ασθενής νοσηλεύεται και δε ζει στον προσωπικό του χώρο με αποτέλεσμα να είναι πιο επιρρεπής ψυχολογικά, για τον λόγο αυτό ο ασθενής έχει μεγαλύτερη ανάγκη να ακούσει και να καταλάβει την κατάσταση της υγείας του καθώς και επίσης να αισθανθεί ότι τον ακούν και τον καταλαβαίνουν (Παναγοπούλου & Μπένος, 2004). Η ελλιπής πληροφόρηση και η δυσκολία κατανόησης της ασθένειας προκαλούν στον ασθενή σύγχυση, ενώ αντίθετα η σωστή και ολοκληρωμένη πληροφόρηση των ασθενών δημιουργεί μια επικοινωνιακή διάσταση για τη φροντίδα υγείας που έχει

θετικό αντίκτυπο σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Η σωστή ενημέρωση και η συχνή επαφή του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή δημιουργεί ένα άνετο περιβάλλον με φιλική ατμόσφαιρα, το οποίο βοηθά στην αποθεραπεία του ασθενούς. είναι βασικό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας (Τσιριντάνη, 2010).

Οι Lithner & Zilling σε έρευνα τους το 2000 αναφέρουν ότι οι καλά πληροφορημένοι ασθενείς αναπτύσσουν μειωμένα επίπεδα άγχους και αντιδρούν καλύτερα κατά τη νοσηλεία τους, ακόμα παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα πόνου και γενικά αναρρώνουν γρηγορότερα. Επίσης η σωστή επικοινωνία επηρεάζει σημαντικά και την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών έναντι στους επαγγελματίες υγείας, καθώς η κατανόηση των πληροφοριών που τους παρέχεται τους κάνει να δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που έτυχαν (Lithner & Zilling, 2000). Πρέπει να τονιστεί ότι είναι πολύ σημαντικός ο τρόπος μεταβίβασης πληροφοριών στους ασθενείς, οι οποίοι όταν δέχονται τις πληροφορίες σε γλώσσα κατανοητή τότε μπορούν να αντιληφθούν το πρόβλημα της ασθένειάς τους και τις επιλογές που έχουν, με αποτέλεσμα να ακολουθούν πιστά το θεραπευτικό πλάνο τους (Ραγιά, 2004).

Η υγιής επικοινωνιακή σχέση μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας ο οποίος μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή στην ηπιότερη έκβαση της ασθένειάς του, αυτή η σχέση επικοινωνίας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα του επαγγελματία υγείας που αναλαμβάνει τη φροντίδα του ασθενή, για τον λόγο αυτό οι οργανισμοί υγείας θα πρέπει να επιδιώξουν την εκπαίδευση του προσωπικού τους για καλύτερους και ποιό εποικοδομητικούς τρόπους επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών (Cortis 1996). Ο ασθενής έχει δικαίωμα στην πληροφόρηση για τα θέματα υγείας του, και αυτό αναγνωρίζεται νομοθετικά σε κάθε κράτος αλλά και από διεθνείς οργανισμούς που ασχολούνται με θέματα υγείας (International Council of Nurses, 2008,).

2.4.4. Προβλήματα επικοινωνίας

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση ασθενούς και ιατρού είναι η επικοινωνία. Ο ιατρός πρέπει να μπορεί να επικοινωνήσει με τον ασθενή έτσι ώστε να αντιληφθεί το πρόβλημα του. Ο ασθενής πρέπει να μπορεί να επικοινωνήσει με τον ιατρό του για να μπορεί να εξηγήσει αναλυτικά την κατάσταση του. Είναι πολύ σημαντικό να παρουσιάζεται το πρόβλημα στον ιατρό αποτελεσματικά. Συνήθως οι ασθενείς προσθέτουν προβλήματα τα οποία δεν είναι και τόσο

σημαντικά για την διάγνωση και βγάζουν και συμπεράσματα τα οποία πιστεύουν και προσπαθούν να τα περάσουν στον ιατρό. Αρκετές φορές ο ασθενής αποκρύπτει τα στοιχεία που τον προβληματίζουν ή δεν έχει τον απαραίτητο χρόνο να τα παρουσιάσει λεπτομερώς. Σε μια κανονική εξέταση, το 45% των προβληματισμών του ασθενή δεν θα αναφερθούν στον ιατρό, με αποτέλεσμα να μη συζητηθούν ποτέ και να μην δοθεί λύση, αυτό γίνεται επειδή δεν παρέχεται αρκετός χρόνος στους ασθενείς από του επαγγελματίες υγείας, συγκεκριμένα σε τιμές μέσου όρου οι επαγγελματίες υγείας διακόπτουν τον ασθενή σε 18 λεπτά από τη στιγμή που έχει αρχίσει να αναλύει το σκοπό της επίσκεψής του (Καραμανίδου, 2010).

2.4.5. Παράγοντες που δημιουργούν προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ιατρού - ασθενή

2.4.5.1. Οι επαγγελματικές στάσεις

Με βάση τα αποτελέσματα μελέτης του Αναγνωστοπούλου (2012) η διαφορά στο μορφωτικού επιπέδου και στο επίπεδο γνώσεων αποτελεί αφορμή για το γεγονός ότι αρκετές φορές οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν ελάχιστη πληροφόρηση στους ασθενείς τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ασθενείς με ανώτερη εκπαίδευση τις περισσότερες φορές έχουν την πληροφόρηση για το πρόβλημα τους πριν από την επίσκεψη στον ιατρό τους. Έτσι, οι συγκεκριμένοι ασθενείς θα έχουν αυξημένες απαιτήσεις και για το λόγο αυτόν παρουσιάζονται στις μελέτες ως οι λιγότερα ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται. Ακόμη, κατά τη διάρκεια της επίσκεψης του ασθενή, ο ιατρός είναι αυτός που συνήθως κάνει ερωτήσεις χωρίς να ανοίξει διάλογο με τον ασθενή, πράγμα το οποίο καταδεικνύει την υπεροχή της δύναμης του ιατρού προς τον ασθενή και ποιος έχει τον έλεγχο (Ware, 1983).

2.4.5.2. Προβλήματα αβεβαιότητας

Σε νοσήματα τα οποία η κατάληξη τους είναι χωρίς ελπίδες ή με λίγες ελπίδες προς τον ασθενή ο ιατρός βρίσκεται συνήθως σε δίλημμα. Πιθανότατα με την ενημέρωση του ασθενή για την σοβαρότητα της κατάστασης του ο ασθενής να το αντιμετωπίσει αρνητικά με αρνητικό αντίκτυπο στον ιατρό που τον ενημέρωσε. Σε περίπτωση μη ενημέρωσης του ασθενούς υπάρχει πιθανότητα ο ασθενής να χάσει την

αξιοπιστία του προς τον ιατρό που τον παρακολουθεί. Υπάρχουν περιπτώσεις που ο ιατρός επιλέγει να μην ανακοινώσει τη δυσάρεστη είδηση γιατί έτσι μπορεί να πείσει πιο εύκολα τον ασθενή να ανταποκριθεί σε οποιαδήποτε πιθανή θεραπεία που θα βελτίωνε το επίπεδο υγείας του (Μάντη, 2000). Μελέτη που έγινε σε νοσοκομεία των Αθηνών από τον Brokalaki το 2005 έδειξε ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με καρκίνο δε γνωρίζουν για την ασθένεια τους. Πράγμα το οποίο ανάδειξε με ποσοστό 69% αυτών που δεν γνώριζαν ότι έπασχαν από καρκίνο να ήθελαν να είχαν ενημερωθεί περισσότερο για την κατάσταση της υγείας τους από τον θεράποντα ιατρό τους, ενώ μόνο το 13% των ασθενών αυτών που γνώριζαν ότι έπασχαν από καρκίνο θα προτιμούσε να μην είχε ενημερωθεί από τον θεράποντα ιατρό του.

2.4.5.3. Κοινωνικά εμπόδια επικοινωνίας

Σύμφωνα με τον Μάντη η διαφορά ανάμεσα στο κοινωνικό επίπεδο του επαγγελματία υγείας και του ασθενή δημιουργεί αρκετά προβλήματα στην επικοινωνία. Η χαμηλή κοινωνική τάξη συχνά δυσκολεύει τους ασθενείς να κατανοήσουν τους ιατρικούς όρους, όπως δυσκολεύονται να εκφράσουν το πρόβλημα τους στον ιατρό τους (Μάντη, 2000). Όμως, και οι αντιδράσεις των ιατρών είναι ανάλογες προς τους ασθενείς κατωτέρων επιπέδων. Μελέτες αναφέρουν ότι οι ασθενείς διαφορετικής εθνικότητας και κοινωνικής τάξης συχνά λάμβαναν από τους επαγγελματίες υγείας και από θεράποντες ιατρούς λιγότερη πληροφόρηση, όπως και οι ασθενείς που έπασχαν από ανίατη ασθένεια ή ήταν κατώτερης εκπαίδευσης ή έπαιρναν χαμηλότερα εισοδήματα (Kelly, 2011).

2.5. Ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

Πολλοί ερευνητές στρέφουν την προσοχή τους στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν οι ιατροί στους ασθενείς, συγκεκριμένα ο Donabedian το 1988 επισημάνει τη σημασία της καταγραφής της ικανοποίησης των ασθενών ως το πιο σπουδαίο ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Με τον τρόπο αυτό ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να έχει σημαντικές πληροφορίες όπως την καταγραφή

πιθανών προβλημάτων και αυτό με τη σειρά του να δίνει περισσότερες πληροφορίες για την σωστή διαχείριση του προβλήματος.

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών παίζει καθοριστικό ρόλο για τις προσδοκίες των ασθενών και τα ψυχοκοινωνικά τους χαρακτηριστικά. Ο βαθμός ικανοποίησης στην πραγματικότητα είναι κατά πόσο οι προσδοκίες των ασθενών πραγματοποιήθηκαν στον βαθμό που ήθελαν ή κατά πόσο δεν πραγματοποιήθηκαν στον βαθμό που ήλπιζαν. Για να μπορέσεις να δεις κατά πόσο ο ασθενής είναι ικανοποιημένος πρέπει να έχεις υπόψη των παράγοντα συναισθήματα. Η συμπεριφορά είναι ένας μεγάλος παράγοντας που επηρεάζει τα συναισθήματα και την συμπεριφορά του ασθενή (Ware, 1983).

Σε μια έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα (Αναγνωστόπουλος, 2012), διάρκειας δύο ετών και στην οποία είχαν συμπεριληφθεί 1.206 άτομα, αποδείχθηκε ότι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ήταν το φύλο, το επάγγελμα και η οικογενειακή κατάσταση.

Πολλοί ερευνητές έχουν αναλύσει το θέμα της ικανοποίησης των ασθενών με πολλά ευρήματα να ποικίλουν μεταξύ τους. Όμως σχεδόν όλοι οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι δύο παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι: α) Η οργάνωση και η λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, όπου περιλαμβάνεται η διαδικασίες της εισαγωγής και της παροχής πρώτων βοηθειών (χρόνος εισαγωγής, λήψη ιστορικού, γραφειοκρατία), η ιατρική φροντίδα, οι εργαστηριακές εξετάσεις, οι χειρουργικές επεμβάσεις, η επικοινωνία επαγγελματιών υγείας με την οικογένεια, η συνταγογράφηση, η διαδικασία της αναχώρησης και τέλος η ρύθμιση των οικονομικών εκκρεμοτήτων και η ολοκλήρωση των εντύπων. β) Οι σχέσεις μεταξύ ιατρού και ασθενούς (Μποστανίτης, 2010).

Αμερικάνικη μελέτη που σχετιζόταν με τη προεγχειρητική και μετεγχειρητική ενημέρωση των ασθενών διαπίστωσε ότι οι ασθενείς εκτιμούν την πληροφόρηση που λαμβάνουν από τους επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα να δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που έτυχαν (Lithner, και συν., 2000).

2.6. Σχετικές έρευνες

Ο Duriex και οι συνεργάτες του το 2004 σε έρευνα έχουν δείξει ότι η έλλειψη πληροφόρησης των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα δυσαρέσκειας των ασθενών. Ακόμα διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς επιθυμούν αποτελεσματικότερη επικοινωνία και πληροφόρηση στα θέματα υγείας τους, περισσότερο σε σύγκριση με τους επαγγελματίες υγείας.

Ελληνική έρευνα επέδειξε ότι η επικοινωνίας είναι σημαντική όχι μόνο σε ότι αφορά τη συμμόρφωση των ασθενών στις θεραπευτικές αγωγές, αλλά επηρεάζει θετικά και αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών απέναντι στους επαγγελματίες υγείας ακόμα βοηθά στην κατανόηση των πληροφοριών που τους παρέχονται από του επαγγελματίες υγείας (Χαραλάμπους Π. και συν., 2009).

Άλλες σχετικές έρευνες υποστηρίζουν τα πιο πάνω δεδομένα και αναδεικνύουν ότι η εφαρμογή του νοσοκεντρικού μοντέλου εργασίας που έχουν οι επαγγελματίες υγείας δεν αφήνει περιθώρια στην ανάπτυξη μιας ποίο ανθρωποκεντρικής αντιμετώπισης του ασθενή. (Μερκούρης & Λεμονίδου , 1999, Λεμονίδου και συν., 2003, Duriex, 2004). Στην πράξη η ανθρωποκεντρική αντιμετώπιση βασίζεται στο σεβασμό του ασθενή ως άτομο, στη σωστή φροντίδα των σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων που αντιμετωπίζει λόγω της ασθένειας του, στην ανάπτυξη επικοινωνίας του ιατρού με τον ασθενή, καθώς επίσης και στην κοινή λήψη αποφάσεων. Συνακόλουθο των πιο πάνω είναι ότι τώρα οι φοιτητές σε ιατρικά και παραϊατρικά προγράμματα διδάσκονται δεξιότητες επικοινωνίας γιατί συμβάλλει στη 1) βελτίωση του επιπέδου κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, 2) κατανόηση των ψυχοσωματικών επιπτώσεων του ασθενή, 3) ενίσχυση της θεραπευτικής αντιμετώπισης, 4) ηθική στήριξη του ασθενή (Duriex, 2004).

Η ελλιπής επικοινωνία μεταξύ ιατρού-ασθενή μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίηση του ασθενούς και πολλές φορές προκύπτουν και τα πιο πολλά ιατρικά λάθη. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2011 σχετικά με ασθενείς και συγγενείς τους οι οποίοι προσέφυγαν στα δικαστήρια οι κύριοι λόγοι της προσφυγής αυτής είναι η ελλιπής επικοινωνία και η ελλιπής πληροφόρηση που πιστεύουν ότι είχαν καθώς και η απουσία ευαισθησίας και συμπαράστασης από την πλευρά του ιατρού. Όταν ρωτήθηκαν τι θα μπορούσε να αποτρέψει την προσφυγή τους στο δικαστήριο , απάντησαν ότι θα επιθυμούσαν να είχαν λάβει περισσότερη πληροφόρηση για το ιατρικό θέμα που τους απασχολούσε, θα ήθελαν ο

θεράπων ιατρός να τους αντιμετώπιζε με ειλικρίνεια, να είχε παραδεχθεί το λάθος του και να έβλεπαν σημεία ευαισθησίας και συμπαράστασης από την πλευρά του (Τσιμισίου, 2011).

Μελέτη που αφορούσε τα παράπονα των ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας το 2013 ανάδειξε τη μη ικανοποίηση των ασθενών. Συγκεκριμένα, σε δείγμα 105 ερωτηθέντων για την παροχή υπηρεσιών υγείας, το 27,8% εξέφρασε παράπονα για την πληροφόρηση και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς. Ακόμα εξέφρασαν παράπονα σε ποσοστό 26,6% για την αναμονή τους στο χώρο του νοσοκομείου και σε ποσοστό 15,2% για τα ιατρικά λάθη (Μινάκη, 2013).

Ελληνική μελέτη διαπίστωσε ότι η συμμετοχή των ασθενών στις μέρες μας θεωρείται αναγκαία επειδή ο ασθενής με την συμμετοχή του αισθάνεται ασφάλεια και μπορεί να συμμετέχει στις αποφάσεις που λαμβάνονται. Ο ασθενής δεν μπορεί να κάνει την τελική επιλογή της θεραπείας, όμως η συμμετοχή του τον καθιστά υπεύθυνο με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται μια συνεργασία με τον επαγγελματία υγείας που μειώνει το άγχος και αυξάνει την εμπιστοσύνη και την ικανοποίηση (Χαραλάμπους και συν., 2009).

Σε ερευνά που πραγματοποιήθηκε στην Κύπρο διαπιστώθηκε ότι Κύπριοι ασθενείς επιθυμούν και επιδιώκουν περισσότερο χρόνο για επικοινωνία και πληροφόρηση καθώς επίσης και σεβασμό από τους επαγγελματίες υγείας (Τσίτση, 2010). Σε άλλη έρευνα στην Κύπρο διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας αδυνατούσαν από μόνοι τους να εντοπίσουν τα προβλήματα στην ενημέρωση που παρείχαν στους ασθενείς. Αυτό οφειλόταν εν μέρει στην λανθασμένη αντιμετώπιση των ασθενών. Συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας δεν παρείχαν υπηρεσίες με επίκεντρο τον ασθενή (ανθρωποκεντρική αντιμετώπιση) αλλά υπηρεσίες που ήταν εστιασμένες στην νόσο (νοσοκεντρική αντιμετώπιση) (Γεωργίου & Νεοκλέους, 2010).

2.7. Συμπεράσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Στην πιο πάνω βιβλιογραφική αναφορά γίνεται ανάλυση της επικοινωνιακής σχέσης ασθενή επαγγελματία υγείας καθώς επίσης και η διαφορετική αντίληψη της σχέσης αυτής η οποία είναι πολυδιάστατη, αυτό οφείλεται στο ότι πάρα πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν αυτήν την σχέση. Οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν αυτήν τη σχέση είναι η συμπεριφορά του ασθενή, η

οποία μπορεί να επηρεαστεί από τη βιολογική διάσταση της ασθένειας, την ψυχολογική διάσταση της ασθένειας, την κοινωνική διάσταση της ασθένειας και γενικά από τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες των ασθενών. Ακόμα αυτή η σχέση μπορεί να επηρεαστεί και από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας που μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες, από την επαγγελματική εξουθένωση, από την εκπαίδευση και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας. Αυτή η πολυπλοκότητα δημιουργεί την σπουδαιότητα στην ανάλυση ώστε οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς να αναληφθούν τι πρέπει να κάνουν έτσι ώστε να υπάρχει μια υγιής σχέση επικοινωνίας μεταξύ τους.

Στην συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση γίνεται ξεκάθαρο ότι η ασθένεια προκαλεί στον ασθενή αίσθηση απώλειας της ατομικής του ταυτότητας και για τον λόγο αυτό σωστή επικοινωνία του ασθενή και του επαγγελματία υγείας είναι σημαντική σε κάθε επίπεδο της παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι η σωστή ενημέρωση του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή δημιουργεί ένα άνετο περιβάλλον με φιλική ατμόσφαιρα, το οποίο βοηθά τον ασθενή να επανακτήσει την ατομική του ταυτότητα, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναπτύσσουν μειωμένα επίπεδα άγχους, να μπορεί να επικοινωνήσει καλύτερα με τον επαγγελματία υγείας και γενικά να αντιδρούν καλύτερα κατά την νοσηλεία τους έτσι ώστε ο ασθενής να βοηθηθεί στην ηπιότερη έκβαση της ασθένειας του.

Βάσει της βιβλιογραφίας χωρίς να υπάρχει σχέση ασθενή-ιατρού, δεν υπάρχει σύστημα υγείας και δεν μπορεί να λειτουργήσει. Επιπλέον, αυτή η σχέση πρέπει να είναι δεμένη με την επικοινωνία. Οι ιατροί χρειάζονται πληροφορίες από τους ασθενείς για να καθορίσουν μια ακριβή διάγνωση και ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα θεραπείας και οι ασθενείς χρειάζονται πληροφορίες σχετικά με το ιατρικό πρόβλημα τους και τις διαδικασίες για τη θεραπεία τους. Έτσι, για οποιαδήποτε σύστημα υγείας για να λειτουργήσει σωστά, η επικοινωνία μεταξύ γιατρών και ασθενών πρέπει να είναι αποτελεσματική και ακριβής. Τεράστια βιβλιογραφία έχει δείξει ότι η αποτελεσματική επικοινωνία στην ιατρική περίθαλψη οδηγεί στην βελτίωση της λειτουργικής υγείας και της συναισθηματική κατάσταση, στην συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, και γενικά στην ικανοποίηση του ασθενή. Επίσης πιστεύεται ότι η σχέση αυτή είναι απαραίτητη για την ανταλλαγή πληροφοριών, έτσι ώστε τα συμβαλλόμενα άτομα να κατανοούν ο ένας τον άλλο και τη φύση της κατάστασης τους, έτσι ώστε να αναπτυχτεί μια θεραπευτική σχέση η οποία να ενθαρρύνει την αμοιβαία ειλικρίνεια και την εμπιστοσύνη και να λαμβάνονται θεραπευτικές αποφάσεις που είναι προς το καλύτερο συμφέρον του ασθενή.

Στον τομέα της υγείας, υπάρχουν διάφοροι τρόποι επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και οι ασθενή. Ο ασθενής μοιράζεται τις σκέψεις του με τον ιατρό του, τα συναισθήματα και τις ιδέες του για τη συλλογή πληροφοριών και την επίλυση των προβλημάτων του. Όταν υπάρχει επικοινωνία μεταξύ ασθενών και

ιατρών θεωρείται μια από τις πιο σημαντικές πτυχές για τη βελτίωση της υγείας, την ευεξία, τη συμμόρφωση και την ικανοποίηση των ασθενών. Μειώνει την πτυχή της κακής-πρακτικής και αυξάνει την ικανοποίηση του ασθενή και του γιατρού. Ωστόσο, η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή δεν είναι τόσο απλή όσο ακούγεται. Υπάρχουν πολλές επιπλοκές που λαμβάνουν χώρα. Επιπλοκές μπορούν να προκληθούν από τους ίδιους τους ασθενείς, τους ιατρούς ή το περιβάλλον στο οποίο το σύστημα υγείας λειτουργεί. Αυτοί οι παράγοντες καθορίζουν αν η σχέση ασθενή-ιατρού είναι υγιές και αποτελεσματική.

Αυτή η εργασία έχει σχεδιαστεί για να κατανοηθεί η κατάσταση της επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενών στα κρατικά νοσοκομεία Λάρνακας-Αμμοχώστου. Επιπλέον η κατανόηση του επιπέδου επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και των ιατρών και του επίπεδου υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας αναλύονται για να παρατηρηθεί αν συμβάλλουν στην ενίσχυση της επικοινωνίας.

Μεθοδολογία της Έρευνας

3.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Ο σκοπός της μεταπτυχιακής διατριβής είναι η διερεύνηση της επικοινωνιακής σχέσης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, καθώς επίσης και αν αυτή η επικοινωνιακή σχέση επηρεάζεται από διάφορες στάσεις, πεποιθήσεις ή συμπεριφορές. Συγκεκριμένα ο σκοπός της έρευνας αυτής είναι να καταγραφούν οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, οι οποίες σχετίζονται με την επικοινωνιακή σχέση ανάμεσα τους καθώς επίσης και ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τις απόψεις αυτές.

Επιπλέον η συγκεκριμένη έρευνα θα μπορούσε να αναδείξει τυχόν ανάγκες εκπαίδευσης σε θέματα επικοινωνίας με τον ασθενή για τους επαγγελματίες υγείας αλλά και ενημέρωσης για τους ασθενείς, με απώτερο σκοπό τη ανάπτυξη ενός μελλοντικού προτύπου ανθρωποκεντρικής περίθαλψης.

3.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Στην έρευνα αυτή γίνεται προσπάθεια να απαντηθούν τα πιο κάτω βασικά ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιές είναι οι προτιμήσεις των ασθενών σχετικά με τα επίπεδα ενημέρωσης που λαμβάνουν από τους επαγγελματίες υγείας;
2. Οι ασθενείς θέλουν να ενημερώνονται και να έχουν άμεση εμπλοκή στην λήψη θεραπευτικών αποφάσεων;

3. Οι ασθενείς θέλουν να ενημερώνονται για την σοβαρότητα της κατάστασης όταν επιβαρύνεται η υγεία τους;

3.3. Σχεδιασμός

Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας θα γίνει ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ Απριλίου – Μαΐου του 2013 στα Γενικά Νοσοκομεία Λάρνακας και Αμμοχώστου.

3.4 Πληθυσμός – Δείγμα

Το πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 100 ασθενείς που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία των γενικών Νοσοκομείων Λάρνακας και Αμμοχώστου καθώς επίσης και 100 επαγγελματίες υγείας που αποτελούνταν από ιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων και τεχνολόγους ακτινολόγους των ιδίων νοσοκομείων. Συγκεκριμένα απάντησαν στο ερωτηματολόγιο 100 επαγγελματίες υγείας από το σύνολο των 835 επαγγελματιών υγείας που εργάζονται και στα δύο νοσοκομεία (520 στο Νοσοκομείο Λάρνακας και 315 στο Νοσοκομείο Αμμοχώστου). Επιπλέον οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να πληρούν τα πιο κάτω κριτήρια επιλογής.

Για τους Ασθενείς:

- α) Ο ασθενής να έχει ενημερωθεί και συναινέσει για τη συμμετοχή του στο ερωτηματολόγιο.
- β) Να έχει επισκεφτεί ένα από τα τμήματα του νοσοκομείου είτε για εργαστηριακή εξέταση είτε για ιατρική επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία ή τις πρώτες βοήθειες.
- γ) Να μπορεί να διαβάζει, να κατανοεί και να επικοινωνεί στην Ελληνική γλώσσα
- δ) Να έχει πλήρη διαύγεια πνεύματος.
- ε) Να είναι ενήλικας.

Για τους Επαγγελματίες Υγείας:

- α) Να έχει ενημερωθεί και συναινέσει για την συμμετοχή του στο ερωτηματολόγιο

β) Να εργάζεται σε ένα από τα τμήματα των νοσοκομείων.

Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας. Η μέθοδος προνοεί ότι τα μέλη του πληθυσμού επιλέγονται βάση της εύκολης προσβασιμότητας τους ακόμα η μέθοδος αυτή συνδυάζει πλεονεκτήματα όπως είναι το χαμηλό κόστος, η αυξημένη πρόσβαση και ο μικρός χρόνος συλλογής των στοιχείων (Μερκούρης, 2008).

3.5. Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων - Ερωτηματολόγια

Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια (παράρτημα 1 και 2) με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το πρώτο ερωτηματολόγιο απευθυνόταν στους ασθενείς και σκοπός του ήταν να καταγραφούν οι αντιλήψεις, οι προσδοκίες και οι πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με την επικοινωνιακή σχέση ασθενή - επαγγελματία υγείας. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο απευθυνόταν στους επαγγελματίες υγείας και σκοπός του ήταν να καταγραφούν οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας.

Τα ερωτηματολόγια συμπεριλάμβαναν κλίμακες που σχεδιάστηκαν και χρησιμοποιήθηκαν από Άγγλους ερευνητές για τη σύγκριση και την καταγραφή των απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας για την σχέση επικοινωνίας που έχουν μεταξύ τους. Οι συγκεκριμένες κλίμακες μεταφράστηκαν από Έλληνες επιστήμονες με τη μέθοδο της δίγλωσσης μετάφρασης, δηλαδή το κάθε πρωτότυπο ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε πρώτα από την Αγγλική στην Ελληνική γλώσσα, από δύο ερευνητές και τέλος το κείμενο που προέκυψε μεταφράστηκε από έναν τρίτο ερευνητή από την Ελληνική στην Αγγλική γλώσσα, για να διαπιστωθεί η ακρίβεια της μετάφρασης. Το κείμενο που προέκυψε υποβλήθηκε σε πολιτισμική προσαρμογή και στάθμιση, ακολούθως οι σταθμισμένες μεταφράσεις και των δύο ερωτηματολογίων δημοσιεύτηκαν σε Ελληνικό περιοδικό (Τσίμτσιου, 2006).

Και στα δύο ερωτηματολόγια γίνεται χρήση της **Κλίμακα Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού - Ασθενή (Patient - Practitioner Orientation Scale - PPOS)**. Η PPOS απευθύνεται

σε επαγγελματίες υγείας και ασθενείς, και είναι μια κλίμακα σχεδιασμένη για να μπορέσουν οι ερευνητές να καταλάβουν πως αντιλαμβάνονται τη σχέση και επικοινωνία μεταξύ τους οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας (Krupat και συν., 1996). Το εργαλείο αυτό αποτελείται από 18 δηλώσεις όπου οι συμμετέχοντες δηλώνουν τη διαφωνία ή συμφωνία τους με τις δηλώσεις αυτές χρησιμοποιώντας την 6-βάθμια κλίμακα τύπου Likert. Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκαν μόνο 14 δηλώσεις οι οποίες αναφέρονται ποίο κάτω και οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν μια από τις επιλογές, διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, δεν έχω άποψη, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα.

1. Ο ιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζεις για το τι θα συζητηθεί κατά την διάρκεια μια ιατρικής επίσκεψης.
2. Το σημαντικότερο κομμάτι σε μια ιατρική επίσκεψη είναι η φυσική εξέταση από το ιατρό.
3. Θεωρείται ότι για την ανάπτυξη των ιατρικών επιτευγμάτων βοήθησε η προσωπική σχέση ιατρού ασθενή.
4. Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους.
5. Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τις γνώσεις των ιατρών τους και να μην ψάχνουν από μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάσταση τους.
6. Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες για την κατάστασή τους, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει.
7. Όταν οι ιατροί κάνουν πολλές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως αυτό να παραβιάζει την προσωπική του ζωή.
8. Εάν οι ιατροί είναι πραγματικά καλοί στην διάγνωση και στην θεραπεία, <u>δεν</u> είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς.
9. Θεωρείται σωστό το ότι πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στον γιατρό τους ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο.
10. Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στον ιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται επειδή νιώθουν αμήχανα.
11. Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους ιατρούς τους μέσα σε μια ισότιμη σε ισχύ θέση.
12. Οι ασθενείς έχουν περισσότερο την ανάγκη για καθησυχασμό παρά για πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.
13. Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας μπορεί να είναι αποτελεσματικότερη όταν συμβαδίζει με την αρμονικότερη σχέση ιατρού - ασθενή.
14. Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον ιατρό τους τότε είναι δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται.

Η PPOS διερευνά αντιλήψεις σχετικά με την ενημέρωση του ασθενή, την σχέση του ασθενή με τον επαγγελματία υγείας και γενικότερα την ενεργοποίηση της συμμετοχής του ασθενή στη διαχείριση της ασθένειάς του. Ακόμα η PPOS αναφέρεται στη φροντίδα του ασθενή και συγκεκριμένα στην πρόθεση του επαγγελματία υγείας να διερευνήσει και να ασχοληθεί με τις

προσδοκίες, τις ανησυχίες, τα συναισθήματα του ασθενή και να επιδείξει συμπαράσταση και μία ποίο ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Υψηλότερα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε μια περισσότερο ανθρωποκεντρική προσέγγιση (Τσίμτσιου και συν., 2006, Kipurat και συν., 1996, Kipurat και συν., 2004). Στο ερωτηματολόγιο των ασθενών οι δηλώσεις αυτές είναι οι 1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,16 και βρίσκονται στο Β μέρος του ερωτηματολογίου. Από αυτές οι 11,16 έχουν αντιστροφή έννοια. Στο ερωτηματολόγιο των επαγγελματιών υγείας οι δηλώσεις αυτές είναι οι 1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,23 και βρίσκονται στο Β μέρος του ερωτηματολογίου. Από αυτές οι 11,23 έχουν αντιστροφή έννοια. Οι πιο πάνω αριθμοί αντιστοιχούν στον αριθμό της κάθε ερώτησης όπου οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο.

Και στα δύο ερωτηματολόγια γίνεται χρήση της **Κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας (Autonomy Preference Index API)**. Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 23 δηλώσεις έχει ως σκοπό την καταγραφή των προτιμήσεων των ασθενών για την πληροφόρηση και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα υγείας τους (Ende και συν., 1989). Στη συγκεκριμένη έρευνα οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να απαντήσουν μόνο στις 7 δηλώσεις από τις 23 με τη βοήθεια μιας 5-βάθμιας κλίμακας που διακυμαίνεται από το διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε συμφωνώ-ούτε διαφωνώ, συμφωνώ, έως και το συμφωνώ απόλυτα. Υψηλά αποτελέσματα αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη προτίμηση για ενημέρωση και εμπλοκή στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Στο ερωτηματολόγιο των ασθενών οι δηλώσεις αυτές είναι 7 και βρίσκονται στο Γ μέρος του ερωτηματολογίου, η ερώτηση 7 έχει αντίστροφη έννοια. Στο ερωτηματολόγιο των επαγγελματιών υγείας οι δηλώσεις αυτές είναι οι 15,16,17,18,19,20,21 και βρίσκονται στο Β μέρος του ερωτηματολογίου, η ερώτηση 21 έχει αντίστροφη έννοια.

1. Αν η κατάσταση της υγείας του ασθενή επιβαρύνεται ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή όλο και περισσότερο για το πρόβλημα του.
2. Ακόμα και αν τα νέα είναι άσχημα, και τότε ο ασθενείς θα πρέπει να είναι καλά πληροφορημένος από τον ιατρό.
3. Ο ιατρός θα πρέπει να εξηγεί στον ασθενή για ποίο λόγο χρειάζεται να κάνει τις εξετάσεις.
4. Ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για τις παρενέργειες των φαρμάκων.
5. Όταν υπάρχουν πάνω από μια θεραπείες για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής, τότε ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει για κάθε μια από αυτές τον ασθενή.
6. Οι ασθενείς θα πρέπει να ακολουθούν τις συμβουλές του ιατρού τους, ακόμα και αν διαφωνούν με αυτές;
7. Οι σημαντικές ιατρικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από το ιατρό και όχι από τον ασθενή.

Η κλίμακα **Πεποιθήσεων Ιατρού (Physician Belief Scale PBS)** συμπεριλαμβάνεται μόνο στο ερωτηματολόγιο των επαγγελματιών υγείας. Η συγκεκριμένη κλίμακα είναι μια κλίμακα εκτίμησης της στάσης των επαγγελματιών υγείας σε μια πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Αποτελείται από 14 απόψεις που σχετίζονται με ρόλο του επαγγελματία υγείας, τις προσδοκίες των ασθενών και τα συναισθήματα των ασθενών που προκαλούνται από την ενασχόληση των επαγγελματιών υγείας με ψυχοκοινωνικά τους προβλήματα. Χαμηλά αποτελέσματα αντιστοιχούν σε περισσότερο ευαίσθητη συμπεριφορά σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Ashworth και συν., 1984, Τσίμτσιου και συν., 2006). Στη συγκεκριμένη έρευνα οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να απαντήσουν σε 10 απόψεις με τη βοήθεια μιας 5-βάθμιας κλίμακας που διακυμαίνεται από το διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε συμφωνώ-ούτε διαφωνώ, συμφωνώ, έως και το συμφωνώ απόλυτα. Οι συγκεκριμένες δηλώσεις βρίσκονται στο Γ μέρος του ερωτηματολογίου των επαγγελματιών υγείας, οι ερωτήσεις 4, 10 έχουν αντιστροφή έννοια.

1. Οι ασθενείς δεν θέλουν ο ιατρός τους να ασχοληθεί με τα ψυχολογικά και κοινωνικά τους προβλήματα.
2. Ο ιατρός δεν μπορεί να βοηθήσει ανθρώπους σε προβλήματα που δεν έχει προσωπική εμπειρία.
3. Αν ο ιατρός αναφερθεί σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενεί, ο ασθενής θα το απορρίψει και δεν θα αναφερθεί ξανά.
4. Το άγχος που όλοι βιώνουμε επηρεάζει σημαντικά την έναρξη και την εξέλιξη μιας ασθένειας.
5. Αν ο ιατρός εξετάζει τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενεί θα αυξάνεται ο φόρτος εργασίας του.
6. Ένας λόγος που οι ιατροί <u>δεν</u> ασχολούνται με τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα του ασθενή, είναι ο περιορισμένος χρόνος που έχουν στην διάθεση τους.
7. Ένας άλλος λόγος που οι ιατροί <u>δεν</u> ασχολούνται με τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα του ασθενή, είναι ότι οι ασθενείς θα αποκτήσουν σχέση εξάρτησης με τον ιατρό.
8. Υπάρχουν πάρα πολλά θέματα για να διερευνηθούν όταν ο ιατρός βλέπει τον ασθενή, έτσι τα ψυχοκοινωνικά θέματα παραβλέπονται.
9. Η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών θεμάτων του ασθενή μειώνει την αποδοτικότητα του ιατρού.
10. Ο ιατρός πρέπει να νιώθει μεγάλη ικανοποίηση από την θεραπεία των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των ασθενών.

3.5.1. Δομή Ερωτηματολογίου Ασθενών

Το ερωτηματολόγιο των ασθενών (παράρτημα 1) αποτελείται συνολικά από 41 ερωτήσεις και αποτελείται από 4 μέρη το οποία θα περιγραφούν πιο κάτω.

A) Γενικές ερωτήσεις. Στο πρώτο μέρος υπάρχουν 4 γενικές ερωτήσεις που σχετίζονται με μια γενική εικόνα της κατάστασης της υγείας του ασθενή όπως για παράδειγμα σε ποια κατάσταση ο ασθενής πιστεύει ότι είναι η υγεία του σήμερα, ποιο τμήμα επισκέφτηκε, αν η φροντίδα που παρέχει το νοσοκομείο είναι καλή ή όχι καθώς και η άποψη των ασθενών για τη συμπεριφορά γενικά των επαγγελματιών υγείας προς αυτούς.

B) Η σχέση επικοινωνίας ασθενή- Επαγγελματία υγείας (Κλίμακα PPOS). Στο δεύτερο μέρος οι ερωτήσεις γίνονται ποίο συγκεκριμένες και παρακαλούνται οι ασθενείς να δηλώσουν κατά πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν με τις ποίο κάτω δηλώσεις. Σε αυτό το μέρος υπάρχουν 20 ερωτήσεις που σκοπό έχουν να καταγράψουν τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με την σχέση επικοινωνίας ασθενή επαγγελματία υγείας.

Γ. Η άποψη των ασθενών για το τι θέλουν από τους Επαγγελματίες υγείας (Κλίμακα API). Το τρίτο μέρος αποτελείται από 7 ερωτήσεις και ο κύριος σκοπός τους είναι να καταγράψουν τις πεποιθήσεις των ασθενών για την σχέση επικοινωνίας τους με τους επαγγελματίες υγείας.

Δ. Δημογραφικά στοιχεία. Το τέταρτο μέρος περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά δεδομένα των ασθενών και αφορούν την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση, την οικονομική κατάσταση και την σχέση των ασθενών με την θρησκεία.

3.5.2. Δομή Ερωτηματολογίου Επαγγελματιών Υγείας

Το ερωτηματολόγιο των επαγγελματιών υγείας (παράρτημα 2) αποτελείται συνολικά από 57 ερωτήσεις και αποτελείται από 3 μέρη το οποία θα περιγραφούν πιο κάτω:

A. Δημογραφικά στοιχεία. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά δεδομένα των ασθενών και αφορούν την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση, την οικονομική

κατάσταση και την σχέση των ασθενών με την θρησκεία. Ακόμα έχει κάποιες γενικές ερωτήσεις οι οποίες έχουν να κάνουν με τα χρόνια και το τμήμα εργασίας τους, εάν έχουν εκπαιδευτεί σε θέματα επικοινωνίας με τον ασθενή, εάν θέλουν να εκπαιδευτούν σε θέματα επικοινωνίας στο μέλλον, καθώς και για το τι πιστεύουν για την παρεχόμενη φροντίδα του νοσοκομείου και για της συμπεριφορά τους απέναντι στον ασθενή.

Β. Η σχέση επικοινωνίας ασθενή επαγγελματία υγείας (Κλίμακες PPOS και API). Στο δεύτερο μέρος οι ερωτήσεις γίνονται ποίο συγκεκριμένες και παρακαλούνται οι επαγγελματίες υγείας να δηλώσουν κατά πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν με τις ποίο κάτω δηλώσεις. Σε αυτό το μέρος υπάρχουν 26 ερωτήσεις που σκοπό έχουν να καταγράψουν τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την σχέση επικοινωνίας ασθενή επαγγελματία υγεία.

Γ. Η σχέση επικοινωνίας ασθενή επαγγελματία υγείας από την οπτική γωνία του επαγγελματία υγείας (Κλίμακα PBS). Το τρίτο μέρος αποτελείται από 10 ερωτήσεις και ο κύριος σκοπός τους είναι να καταγράψουν τις πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας για την σχέση επικοινωνίας τους με τους ασθενής.

3.6. Ηθικές προεκτάσεις

Τα βασικά δικαιώματα τα οποία διασφαλίστηκαν ήταν το δικαίωμα της αυτονομίας και της συναίνεσης του ασθενή μετά από πληροφόρηση, το δικαίωμα της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας, το δικαίωμα της δίκαιης μεταχείρισης καθώς και το δικαίωμα της εθελοντικής συμμετοχής. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι στις πληροφορίες που θα έδιναν θα έχει πρόσβαση μόνο το άτομο που πραγματοποιούσε την έρευνα και πως η ανωνυμία τους θα είναι διασφαλισμένη, ακόμα πως η συμμετοχή τους θα ήταν εθελοντική και σε περίπτωση άρνησης δεν θα ήχε καμία επίπτωση στην φροντίδα που θα τους παρεχόταν. Ο ερευνητής ενημέρωνε προφορικά τον συμμετέχοντα για τα ποίο πάνω αλλά του επισύναπτε μαζί με το ερωτηματολόγιο γραπτός την ενημερωτική επιστολή (παράρτημα 3). Όλοι οι συμμετέχοντες υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης (παράρτημα 4) αφού πρώτα είχαν ενημερωθεί προφορικά και γραπτά σχετικά με την έρευνα.

Ακόμα για σκοπούς δεοντολογίας πάρθηκαν όλες οι απαραίτητες άδειες για τη διεξαγωγή της έρευνας τόσο από τον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα(παράρτημα 5), την Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (παράρτημα 6), από το Υπουργείο Υγείας (παράρτημα 7), από τους διευθυντές των νοσοκομείων που πραγματοποιήθηκε η έρευνα όσο και από τους κατασκευαστές των ερωτηματολογίων.

3.7. Ανάλυση αποτελεσμάτων

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων και την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο κοινωνικών επιστημών SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences).

- Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική με βάση την οποία παρουσιάζονται οι συχνότητες, οι μέσοι όροι, ποσοστά και η τυπική απόκλιση των μεταβλητών.
- Χρησιμοποιήθηκε το cosstabulation για την περιγραφική ανάλυση των επαγγελματιών υγείας και του επιπέδου μόρφωσης.

Αποτελέσματα

4. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

4.1 Ερωτηματολόγιο Επαγγελματιών Υγείας

4.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Για τους σκοπούς της έρευνας συλλέχθηκαν συνολικά 100 ερωτηματολόγια από επαγγελματίες υγείας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες με ποσοστό 60,0% του δείγματος ενώ το 40,0% ήταν άντρες όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 4.1.1.1 πιο κάτω.

Πίνακας 4.1.1.1

Φύλλο επαγγελματιών υγείας

ΦΥΛΛΟ	n	%
Άντρας	40	40,0
Γυναίκα	60	60,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Στον πίνακα 4.1.1.2 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι ηλικιακές ομάδες των συμμετεχόντων. Η πλειοψηφία του συνολικού δείγματος κυμάνθηκε σε νεαρές ηλικίες αφού ένα ποσοστό 34,0% είχαν ηλικίες μεταξύ 18 με 30 χρόνων και ένα ποσοστό 32,0% είχαν ηλικίες 31 μέχρι 40 χρονών. Ακολουθεί ποσοστό 22,0% με ηλικίες από 51 μέχρι 60 χρόνων ενώ ένα μικρότερο ποσοστό της τάξης του 12,0% ήταν από ηλικίες 41 μέχρι 50 χρονών.

Πίνακας 4.1.1.2

Ηλικία επαγγελματιών υγείας

<i>Ηλικία</i>	n	%
18-30 χρονών	34	34,0
31-40 χρονών	32	32,0
41-50 χρονών	12	12,0
51-60 χρονών	22	22,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας οι περισσότεροι συμμετέχοντες (Πίνακας 4.1.1.3), ήταν έγγαμοι σε ποσοστό 64,0%, ενώ ακολουθούν οι άγαμοι με ποσοστό 24,0%. Με μικρότερο ποσοστό 12,0% ακολουθούν οι διαζευγμένοι ενώ δεν υπήρχαν άτομα τα οποία βρισκόνταν σε χηρεία.

Πίνακας 4.1.1.3

Οικογενειακή κατάσταση επαγγελματιών υγείας

<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	n	%
Άγαμος	24	24,0
Έγγαμος	64	64,0
Διαζευγμένος	12	12,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Από τον πίνακα 4.1.1.4 ο οποίος αναφέρεται στο επίπεδο μόρφωσης των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, προκύπτει ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό του 2,0% των ερωτηθέντων είχαν διδακτορικό από τους οποίους ήταν ιατροί ενώ η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 72,0% είχαν πτυχίο από τους οποίους 31% ήταν νοσηλευτές, 35% τεχνολόγοι ακτινολόγοι και 6% ήταν χημικοί. Μεταπτυχιακό τίτλο κατείχαν μόνο το 8,0% από τους οποίους 2% ήταν νοσηλευτές, 2% τεχνολόγοι ακτινολόγοι και 4% χημικοί. Οι ερωτηθέντες οι οποίοι είχαν δίπλωμα κατήλθαν στο 4,0% η οποίοι ήταν όλοι τεχνολόγοι ακτινολόγοι. . Από τους 16 ιατρούς οι 14 είχαν ειδικότητα και οι 2 είχαν διδακτορικό.

Πίνακας 4.1.1.4

Επάγγελμα σε σχέση με το επίπεδο μόρφωσης

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ					n
	ΔΙΠΛΩΜΑ	ΠΤΥΧΙΟ	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
Ιατρός	0	0	0	2	14	16
Νοσηλεύτης	0	31	2	0	0	33
Τεχν. ακτινολόγος	4	35	2	0	0	41
Χημικός	0	6	4	0	0	10
ΣΥΝΟΛΟ	4	72	8	2	14	10

n: πλήθος απαντήσεων.

Στον πίνακα 4.1.1.5 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα χρόνια υπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας. Το ποσοστό 32,0% εξασκεί το επάγγελμα από μηδέν μέχρι δέκα χρόνια ενώ ποσοστό 35,0% των ερωτηθέντων εξασκούν το επάγγελμα από έντεκα μέχρι είκοσι χρόνια. Το ποσοστό του 19,0% έχει χρόνια υπηρεσίας από εικοσιένα μέχρι και τριάντα χρόνια υπηρεσίας ενώ ένα μικρότερο ποσοστό 14,0% έχει τριανταένα μέχρι σαράντα χρόνια υπηρεσίας.

Πίνακας 4.1.1.5

Χρόνια εξασκήσεως επαγγέλματος

Χρόνια υπηρεσίας	n	%
0-10 χρόνια	32	32,0
11-20 χρόνια	35	35,0
21-30 χρόνια	19	19,0
31-40 χρόνια	14	14,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ανήκει στο τμήμα του Ακτινολογικού με ποσοστό 49,0% ενώ ακολουθεί το τμήμα του Τμήματος Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Α.Ε.Π) με ποσοστό 22,0%. Οι ερωτηθέντες που ανήκουν στο τμήμα του Χημείου ανέρχονται στο

10,0% και με μικρότερο ποσοστό του 7,0% ανήκουν στο Παθολογικό τμήμα. Ακολουθεί το Χειρουργικό και η Εντατική Μονάδα Θεραπείας με το ίδιο ποσοστό ερωτηθέντων που ανέρχονται στο 6,0%.

Πίνακας 4.1.1.6

Τμήμα στο οποίο ανήκουν οι επαγγελματίες υγείας

Τμήμα	n	%
Ακτινολογικό	49	49,0
Τ.Α.Ε.Π.	22	22,0
Χημείο	10	10,0
Παθολογικό	7	7,0
Χειρουργικό	6	6,0
Εντατική	6	6,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

4.1.2 Εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας

Για να μελετηθεί η σχέση επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών διατυπώθηκαν κάποιες ερωτήσεις γενικού χαρακτήρα προς τους επαγγελματίες υγείας έτσι ώστε να διακριβωθεί μια γενική εικόνα σχετικά με την επικοινωνία μεταξύ τους. Φυσικά μετά θα ακολουθήσει μια πιο ειδική ανάλυση προς την σχέση αυτή. Σε ερώτηση κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας ήταν εκπαιδευμένοι σε θέματα επικοινωνίας το 46,0% των ερωτηθέντων απάντησε καταφατικά ενώ το ποσοστό του 54,0% απάντησε αρνητικά (πίνακας 4.1.2.1).

Πίνακας 4.1.2.1

Οι επαγγελματίες υγεία εκπαιδεύτηκαν σε θέματα επικοινωνίας

Εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας	n	%
ΝΑΙ	46	46,0
ΟΧΙ	54	54,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Η ερώτηση επεκτεινόταν και από πού εκπαιδεύτηκαν σε θέματα επικοινωνίας όπου κλήθηκαν να απαντήσουν μόνο τα άτομα τα οποία απάντησαν καταφατικά στην πιο πάνω ερώτηση. Η πλειοψηφία 24,0% εκπαιδεύτηκαν σε θέματα επικοινωνίας μέσω σεμιναρίων ενώ το 14,0% μέσω του πανεπιστημίου τους. Σε πιο χαμηλά ποσοστά κυμάνθηκαν όσοι απάντησαν ότι αυτοεκπαιδεύτηκαν από διάφορα άρθρα και όσοι εκπαιδεύτηκαν από το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών (πίνακας 4.1.2.2).

Πίνακας 4.1.2.2

Από πού εκπαιδεύτηκαν οι επαγγελματίες υγείας σε θέματα επικοινωνίας

<i>Τόποι εκπαίδευσης</i>	n	%
Πανεπιστήμιο	14	14,0
Μεταπτυχιακό	4	4,0
Σεμινάρια	24	24,0
Διαβάζοντας άρθρα	4	4,0
ΣΥΝΟΛΟ	46	46,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων

Σε ερώτηση κατά πόσο θα ενδιέφερε τους επαγγελματίες υγείας να εκπαιδευτούν στο μέλλον σχετικά με θέματα επικοινωνίας η συντριπτική πλειοψηφία 92,0% απάντησε καταφατικά ενώ το 8,0% αρνητικά (πίνακας 4.1.2.3).

Πίνακας 4.1.2.3

Ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας να εκπαιδευτούν στο μέλλον σε θέματα επικοινωνίας

<i>Ενδιαφέρον εκπαίδευσης στην επικοινωνία</i>	n	%
Ναι	92	92,0
Όχι	6	6,0
*Χαμένη αξία (missing value)	2	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Σε ερώτηση προς τους επαγγελματίες υγείας εάν δυσκολεύονται στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων στους ασθενείς τους, το ποσοστό 50% απάντησε συχνά, το ποσοστό 30% απάντησε πάντα, σπάνια απάντησε το ποσοστό 14% και το ποσοστό 6% απάντησε ποτέ. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν

φαίνεται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες δυσκολεύονται στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων στους ασθενείς τους

Πίνακας 4.1.2.4

Οι επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων στους ασθενείς

<i>Δυσκολία ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων</i>	n	%
Ποτέ	6	3,0
Σπάνια	14	7,0
Συχνά	50	25,0
Πάντα	30	15,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.
n: πλήθος απαντήσεων.

Σε ερώτηση σχετική με την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και ασθενών, οι επαγγελματίες υγείας κλήθηκαν να απαντήσουν πόσο καλά θεωρούν ότι μπορούν να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς τους (πίνακας 4.1.2.5). Καλά απάντησε το 66,0% ενώ άριστα το 26,0%. Μέτρια απάντησαν μόνο το 8,0% των ερωτηθέντων.

Πίνακας 4.1.2.5

Πόσο καλά πιστεύουν οι επαγγελματίες υγείας ότι μπορούν να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς τους

<i>Μέγεθος επικοινωνίας με τους ασθενείς</i>	n	%
Μέτρια	8	8,0
Καλά	66	66,0
Άριστα	26	26,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.
n: πλήθος απαντήσεων.

4.1.3 Κλίμακα Πεποιθήσεων Επαγγελματιών Υγείας (Physical Belief Scale PBS)

Πιο κάτω αναλύεται η Κλίμακα Πεποιθήσεων Ιατρού (Physician Belief Scale PBS) η οποία είναι μια κλίμακα εκτίμησης της στάσης των επαγγελματιών υγείας σε μια πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση.

Χαμηλότερα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε περισσότερο ευαίσθητη συμπεριφορά σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα

Σε ερώτηση σχετικά με το αν οι ασθενείς επιθυμούν ο ιατρός τους να ασχολείται με τα ψυχολογικά και τα κοινωνικά τους προβλήματα το 52,0% των επαγγελματιών υγείας απάντησαν ότι διαφωνούν με τη δήλωση «οι ασθενείς δε θέλουν ο ιατρός τους να ασχοληθεί με τα ψυχολογικά και κοινωνικά τους προβλήματα». Στα ίδια ποσοστά (24,0%) κυμάνθηκαν οι επαγγελματίες υγείας που πιστεύουν ότι όντως οι ασθενείς δε θέλουν τους ιατρούς να ασχολούνται με τα διάφορα προβλήματα που έχουν και οι επαγγελματίες υγείας που δεν έφεραν καμία άποψη προς αυτήν την δήλωση (πίνακας 4.1.3.1). Βάσει του ποσοστού των συμμετεχόντων που διαφωνούν με τη δήλωση αυτή (52,0%) διαπιστώνεται ότι οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι οι ασθενείς θέλουν τον ιατρό τους να ασχολείται με ψυχοκοινωνικά και όχι μόνο κλινικά θέματα.

Πίνακας 4.1.3.1

Οι ασθενείς δε θέλουν ο ιατρός τους να ασχοληθεί με τα ψυχολογικά και κοινωνικά τους προβλήματα.

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Διαφωνώ	52	52,0
Δεν έχω άποψη	24	24,0
Συμφωνώ	24	24,0
Συμφωνώ απόλυτα	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων
n: πλήθος απαντήσεων.

Στον πίνακα 4.1.3.2 παρουσιάζεται το κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι μπορούν να βοηθήσουν σε προβλήματα στα οποία δεν έχουν προσωπική εμπειρία. Η πλειοψηφία (44,0%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι διαφωνούν με την πιο πάνω δήλωση ενώ το 6,0% διαφωνεί απόλυτα, δηλαδή πιστεύουν ότι, πιθανό ο γιατρός μπορεί να βοηθήσει και σε θέματα στα οποία δεν έχει προσωπική εμπειρία. Το ποσοστό του 16,0% δεν έφερε καμία άποψη για την πιο πάνω δήλωση. Το 24,0% συμφωνεί ότι μπορούν να βοηθήσουν σε προβλήματα τα οποία δεν έχουν προσωπική εμπειρία ενώ το 10,0% συμφωνά απόλυτα. Σε αυτή την ερώτηση βάση της κλίμακας πεποιθήσεων το 50,0% των

ερωτηθέντων πιστεύει ότι ο γιατρός θα μπορούσε να βοηθήσει και σε θέματα που δεν έχει προσωπική εμπειρία.

Πίνακας 4.1.3.2

Ο ιατρός δεν μπορεί να βοηθήσει ανθρώπους σε προβλήματα που δεν έχει προσωπική εμπειρία.

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	6	6,0
Διαφωνώ	44	44,0
Δεν έχω άποψη	16	16,0
Συμφωνώ	24	24,0
Συμφωνώ απόλυτα	10	10,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Στη δήλωση «εάν ο επαγγελματίας υγείας αναφερθεί σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενή ο ασθενής θα το απορρίψει και δεν θα αναφερθεί ξανά» το 2,0% των ερωτηθέντων απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα ενώ το 52,0% ότι διαφωνεί το 18,0% δεν έφερε άποψη προς το θέμα ενώ το 22,0% συμφωνεί με την πιο πάνω δήλωση. Το 6,0% συμφωνεί απόλυτα ότι ο ασθενής θα το απορρίψει και δεν θα αναφερθεί ξανά (πίνακας 4.1.3.3). Σε αυτή την ερώτηση βάση της κλίμακας πεποιθήσεων το 54,0% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ο ασθενής θα είναι ανοικτός σε συζήτηση με τον γιατρό για ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενή.

Πίνακας 4.1.3.3

Αν ο ιατρός αναφερθεί σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενή, ο ασθενής θα το απορρίψει και δεν θα αναφερθεί ξανά.

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	2	2,0
Διαφωνώ	52	52,0
Δεν έχω άποψη	18	18,0
Συμφωνώ	22	22,0
Συμφωνώ απόλυτα	6	6,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Στη δήλωση «το άγχος που όλοι βιώνουμε επηρεάζει σημαντικά την έναρξη και την εξέλιξη μιας ασθένειας» οι επαγγελματίες υγείας συμφώνησαν σε ποσοστό 66,0% και 28,0% συμφώνησαν απόλυτα. Μόλις το 2,0% δεν έφερε άποψη και το 4,0% διαφώνησε με την πιο πάνω δήλωση (πίνακας 4.1.3.4). Σε αυτή την ερώτηση βάση της κλίμακας πεποιθήσεων το 94,0% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνιση και εξέλιξη μιας ασθένειας, δηλαδή έχουν περισσότερο βιοψυχοκοινωνική αντίληψη της ασθένειας.

Πίνακας 4.1.3.4

Το άγχος επηρεάζει σημαντικά την έναρξη και την εξέλιξη μιας ασθένειας.

	n	%
Διαφωνώ	4	4,0
Δεν έχω άποψη	2	2,0
Συμφωνώ	66	66,0
Συμφωνώ απόλυτα	28	28,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.
n: πλήθος απαντήσεων.

Στη δήλωση «αν ο ιατρός εξετάζει τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενή θα αυξάνεται ο φόρτος εργασίας του», η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί με αυτήν την δήλωση 46,0% και 16,0% ότι συμφωνά απόλυτα. Το 32,0% διαφωνεί ότι αυξάνεται ο φόρτος εργασίας του ενώ το 6,0% δεν έφερε καμία άποψη (πίνακας 4.1.3.5). Εδώ παρατηρείται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες πιστεύουν πως η εξέταση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του ασθενή μαζί με τα κλινικά προβλήματα οδηγεί σε αυξημένο φόρτο εργασίας.

Πίνακας 4.1.3.5

Αν ο ιατρός εξετάζει τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενή θα αυξάνεται ο φόρτος εργασίας του

	n	%
Διαφωνώ	32	32,0
Δεν έχω άποψη	6	6,0
Συμφωνώ	46	46,0
Συμφωνώ απόλυτα	16	16,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.
n: πλήθος απαντήσεων.

Στο Πίνακα 4.1.3.6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις στη δήλωση «ένας λόγος που οι ιατροί δεν ασχολούνται με τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα του ασθενή, είναι ο περιορισμένος χρόνος που έχουν στη διάθεση τους». Το 2,0% διαφωνεί απόλυτα με την πιο πάνω δήλωση ενώ το 5,0% απλά διαφωνεί. Το 12,0% δεν είχε άποψη ενώ η πλειοψηφία συμφωνεί (54,0%) για τον περιορισμένο χρόνο που έχουν στην διάθεση τους. Το 22,0% συμφωνεί απόλυτα με την πιο πάνω δήλωση. Σε αυτή τη δήλωση διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων πιστεύει ότι ο περιορισμένος χρόνος που έχει στη διάθεση του ο γιατρός ευθύνεται εν μέρει για την περιθωριοποίηση των ψυχοκοινωνικών ζητημάτων κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Πίνακας 4.1.3.6

Οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν για το ότι ,ένας λόγος που οι ιατροί δεν ασχολούνται με τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα του ασθενή, είναι ο περιορισμένος χρόνος που έχουν στην διάθεση τους

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	2	2,0
Διαφωνώ	10	10,0
Δεν έχω άποψη	12	12,0
Συμφωνώ	54	54,0
Συμφωνώ απόλυτα	22	22,0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Στο Πίνακα 4.1.3.7 παρουσιάζονται οι απαντήσεις στη δήλωση «ένα άλλο λόγο που οι ιατροί δεν ασχολούνται με τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα του ασθενή, είναι ότι οι ασθενείς θα αποκτήσουν σχέση εξάρτησης με τον ιατρό. Εδώ οι επαγγελματίες υγείας στην πλειοψηφία τους με ποσοστό 40,0% συμφώνησαν με αυτήν την δήλωση ενώ το 6,0% συμφώνησε απόλυτα. Το 32,0% των ερωτηθέντων διαφώνησε με την πιο πάνω δήλωση ενώ το 2,0% διαφώνησε απόλυτα. Ποσοστό της τάξης του 20% δεν έφερε άποψη σε αυτήν τη δήλωση (πίνακας 4.1.3.7). Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας πιστεύει ότι η ενασχόληση με ψυχοκοινωνικά ζητήματα θα οδηγήσει σε σχέση εξάρτησης μεταξύ ιατρού-ασθενή.

Πίνακας 4.1.3.7

Ένας άλλος λόγος που οι ιατροί δεν ασχολούνται με τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα του ασθενή, είναι ότι οι ασθενείς θα αποκτήσουν σχέση εξάρτησης με τον ιατρό

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	2	2,0
Διαφωνώ	32	32,0
Δεν έχω άποψη	20	20,0
Συμφωνώ	40	40,0
Συμφωνώ απόλυτα	6	6,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων

Στον πίνακα 4.1.3.8 παρουσιάζονται οι απαντήσεις στη δήλωση «ότι υπάρχουν πάρα πολλά θέματα για να διερευνηθούν όταν ο ιατρός βλέπει τον ασθενή, έτσι τα ψυχοκοινωνικά θέματα παραβλέπονται». Το 2,0% των ερωτηθέντων διαφωνεί απόλυτα ενώ το 38,0% απλά διαφωνεί με την πιο πάνω δήλωση. Ποσοστό 16,0% δεν είχε άποψη για το πιο πάνω θέμα ενώ η πλειοψηφία συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα με την πιο πάνω δήλωση 42,0% και 2,0% αντίστοιχα. Ποσοστό 40% διαφωνεί ή διαφωνεί απόλυτα, ενώ παρόμοιο ποσοστό συμμετεχόντων (44%) συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα με το ότι η ποσότητα θεμάτων προς διερεύνηση αποτελεί λόγο παράβλεψης των ψυχολογικών προβλημάτων, με ένα σημαντικό ποσοστό (16%) να μην έχουν άποψη.

Πίνακας 4.1.3.8

Υπάρχουν πάρα πολλά θέματα για να διερευνηθούν όταν ο ιατρός βλέπει τον ασθενή, έτσι τα ψυχοκοινωνικά θέματα παραβλέπονται

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	2	2,0
Διαφωνώ	38	38,0
Δεν έχω άποψη	16	16,0
Συμφωνώ	42	42,0
Συμφωνώ απόλυτα	2	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων

Στον πίνακα 4.1.3.9 παρουσιάζονται οι απαντήσεις στη δήλωση «η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών θεμάτων του ασθενή μειώνει την αποδοτικότητα του ιατρού», η πλειοψηφία των ερωτηθέντων διαφωνεί

με ποσοστό 60,0% ενώ ποσοστό 8,0% διαφωνεί απόλυτα (πίνακας 4.1.3.9). Το 14,0% των ερωτηθέντων δεν έκφρασε καμία άποψη. Με μικρότερα ποσοστά 14,0% απάντησαν ότι συμφωνούν και 4,0% ότι συμφωνούν απόλυτα με την πιο πάνω δήλωση.

Πίνακας 4.1.3.9

*Η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών θεμάτων του ασθενή μειώνει την αποδοτικότητα του
ιατρού.*

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	8	8,0
Διαφωνώ	60	60,0
Δεν έχω άποψη	14	14,0
Συμφωνώ	14	14,0
Συμφωνώ απόλυτα	4	4,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Η τελευταία δήλωση που κλήθηκαν να απαντήσουν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με το επίπεδο συμφωνίας τους ότι ο ιατρός πρέπει να νιώθει μεγάλη ικανοποίηση από τη θεραπεία των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των ασθενών η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα και συμφωνεί με ποσοστό 16,0% και 44,0% αντίστοιχα (πίνακας 4.1.3.10). Το 26,0% των ερωτηθέντων δεν είχε άποψη. Ποσοστό 12,0% διαφωνεί με την πιο πάνω δήλωση ενώ μόλις το 2,0% των ερωτηθέντων διαφωνεί απόλυτα.

Πίνακας 4.1.3.10

*Ο ιατρός πρέπει να νιώθει μεγάλη ικανοποίηση από την θεραπεία των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των
ασθενών*

	n	%
Συμφωνώ απόλυτα	16	16,0
Συμφωνώ	44	44,0
Δεν έχω άποψη	26	26,0
Διαφωνώ	12	12,0
Διαφωνώ απόλυτα	2	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

4.1.4 Κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας(Autonomy Preference Index API).

Η κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας (Autonomy Preference Index API) έχει ως σκοπό την καταγραφή των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας ως προς τις προτιμήσεις των ασθενών για την πληροφόρηση και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την φροντίδα υγείας τους. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να απαντήσουν στις 7 δηλώσεις με τη βοήθεια μιας 5-βάθμιας κλίμακας. Υψηλά αποτελέσματα αντιστοιχούν σε αυξημένη προτίμηση για ενημέρωση και εμπλοκή στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων του ασθενή.

Σε ερώτηση αν η κατάσταση της υγείας του ασθενή επιβαρύνεται, τότε ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή ενδελεχέστερα για το πρόβλημα του το 52,0% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι συμφωνούν με την πιο πάνω δήλωση ενώ το 18,0% ότι συμφωνούν απόλυτα. Το 16,0% των ερωτηθέντων διαφωνούν με την πιο πάνω άποψη ενώ με μικρότερο ποσοστό 14,0% δεν είχαν άποψη για την πιο πάνω δήλωση.

Πίνακας 4.1.4.1

Αν η κατάσταση της υγείας του ασθενή επιβαρύνεται ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή όλο και περισσότερο για το πρόβλημα του

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Διαφωνώ	16	16,0
Δεν έχω άποψη	14	14,0
Συμφωνώ	52	52,0
Συμφωνώ απόλυτα	18	18,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων

Ζητήθηκε από τους επαγγελματίες υγείας να δηλώσουν τη γνώμη τους αν τα νέα είναι άσχημα κατά πόσο ο ασθενής θα έπρεπε να είναι καλά πληροφορημένος από τον ιατρό τους (πίνακας 4.1.4.2). Η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί με την πιο πάνω δήλωση (74%) ενώ το 14,0% απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα. Το 6,0% των ερωτηθέντων απάντησε ότι διαφωνεί με την πιο πάνω δήλωση ενώ το 6,0% δεν είχαν άποψη για τη δήλωση. Και σε αυτήν τη δήλωση δεν υπήρξαν άτομα που να επιλέξουν την επιλογή διαφωνώ απόλυτα.

Πίνακας 4.1.4.2

*Ακόμα και αν τα νέα είναι άσχημα, και τότε ο ασθενής θα πρέπει να είναι καλά
πληροφορημένος από τον ιατρό.*

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Διαφωνώ	6	6,0
Δεν έχω άποψη	6	6,0
Συμφωνώ	74	74,0
Συμφωνώ απόλυτα	14	14,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Σε ερώτηση αν ο ιατρός θα πρέπει να εξηγεί στον ασθενή για ποίο λόγο χρειάζεται να κάνει τις εξετάσεις το 58,0% απάντησε ότι συμφωνεί με τη δήλωση αυτή ενώ το 40,0% συμφωνεί απόλυτα (πίνακας 4.1.4.3). Μόνο το 2,0% είχε αντίθετη άποψη και απάντησαν ότι διαφωνούν με αυτήν την δήλωση. Δεν υπήρχαν απαντήσεις για το διαφωνώ απόλυτα και δεν έχω άποψη για αυτήν την δήλωση από κανένα ερωτηθέντα.

Πίνακας 4.1.4.3

Ο ιατρός θα πρέπει να εξηγεί στον ασθενή για ποίο λόγο χρειάζεται να κάνει τις εξετάσεις

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	0	0,0
Διαφωνώ	2	2,0
Δεν έχω άποψη	0	0,0
Συμφωνώ	58	58,0
Συμφωνώ απόλυτα	40	40,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να δηλώσουν το μέγεθος της συμφωνίας τους σχετικά με τη δήλωση αν και εφόσον υπάρχουν πάνω από μια θεραπείες για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής, τότε ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει για κάθε μια από αυτές τον ασθενή (πίνακας 4.1.4.5). Η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί με ποσοστό 56,0% ακολούθως με

ποσοστό 40,0% απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα. Το 4% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι διαφωνούν με την πιο πάνω δήλωση.

Πίνακας 4.1.4.4

Όταν υπάρχουν πάνω από μια θεραπείες για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής, τότε ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει για κάθε μια από αυτές τον ασθενή

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	0	0,0
Διαφωνώ	4	4,0
Δεν έχω άποψη	0	0,0
Συμφωνώ	56	56,0
Συμφωνώ απόλυτα	40	40,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.
n: πλήθος απαντήσεων.

Δήλωση σχετικά με το αν ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για τις παρενέργειες των φαρμάκων το 46,0% απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα ενώ το 48,0% συμφωνεί. Το 4,0% δήλωσε ότι διαφωνεί με την πιο πάνω δήλωση ενώ μόνο το 2,0% δεν έκφρασε άποψη (πίνακας 4.1.4.4).

Πίνακας 4.1.4.5

Ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για τις παρενέργειες των φαρμάκων

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	0	0,0
Διαφωνώ	4	4,0
Δεν έχω άποψη	2	2,0
Συμφωνώ	48	48,0
Συμφωνώ απόλυτα	46	46,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.
n: πλήθος απαντήσεων.

Σε ερώτηση αν οι ασθενείς θα πρέπει να ακολουθούν τις συμβουλές του ιατρού τους, ακόμα και αν διαφωνούν με αυτές το 48,0% απάντησε ότι συμφωνεί ενώ το 4,0% απάντησε ότι

συμφωνεί απόλυτα. Με ποσοστό 20,0% είχαν αντίθετη άποψη και απάντησαν ότι διαφωνούν με αυτήν την άποψη. Το 26,0% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με την πιο πάνω δήλωση ενώ και σε αυτή την ερώτηση μόνο ελάχιστοι από τους συμμετέχοντες (2,0%) απάντησαν ότι διαφωνούν απόλυτα (πίνακας 4.1.4.6).

Πίνακας 4.1.4.6

Οι ασθενείς θα πρέπει να ακλουθούν τις συμβουλές του ιατρού τους, ακόμα και αν διαφωνούν με αυτές

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	2	2,0
Διαφωνώ	20	20,0
Δεν έχω άποψη	26	26,0
Συμφωνώ	48	48,0
Συμφωνώ απόλυτα	4	4,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Η τελευταία δήλωση της κλίμακας προτίμησης αυτονομίας οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να επιλέξουν το βαθμό συμφωνίας τους με τη δήλωση αν οι σημαντικές ιατρικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από το ιατρό και όχι από τον ασθενή (πίνακας 4.1.4.7). Το 22,0% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα με την πιο πάνω δήλωση ενώ το 50,0% συμφωνεί. Δεν έχω άποψη απάντησαν 6,0% ,διαφωνώ 16,0% και διαφωνώ απόλυτα απάντησαν το 6,0%.

Πίνακας 4.1.4.7

Οι σημαντικές ιατρικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από το ιατρό και όχι από τον ασθενή.

	n	%
Συμφωνώ απόλυτα	22	22,0
Συμφωνώ	50	50,0
Δεν έχω άποψη	6	6,0
Διαφωνώ	16	16,0
Διαφωνώ απόλυτα	6	6,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

4.2 Ερωτηματολόγιο Ασθενών

4.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος ασθενών

Η κατανομή συχνότητας χρησιμοποιήθηκε για τα προσωπικά δεδομένα όλων των ασθενών ερωτηθέντων. Με βάση το σύνολο των ασθενών ερωτηθέντων είναι 100 άτομα (N= 100). Η πλειονότητα των ερωτηθέντων είναι γυναίκες. Οι γυναίκες καλύπτουν το 52,0% (n =52) του συνολικού δείγματος, ενώ οι άνδρες ερωτηθέντες το 48,0% (n=48) του συνολικού μεγέθους του δείγματος μας (πίνακας 4.2.1.1).

Πίνακας 4.2.1.1

Φύλο ασθενών

Φύλο ασθενών	n	%
Άντρας	48	48,0
Γυναίκα	52	52,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Η ηλικιακή ομάδα των ερωτηθέντων από 18-30 χρονών καλύπτει το 30,0% όπου είναι και η πλειοψηφία, Ακολουθεί οι ομάδες ηλικίας 31-40 ετών και από 41 - 50 ετών τα οποία καλύπτουν το 28, % και 12,% αντίστοιχα. Οι ηλικίες 51-60 ετών καλύπτουν το 16,0% όπου οι ηλικίες 61-70 καλύπτουν το 12,0% Η τελευταία ηλικιακή ομάδα καλύπτει μόνο το 2,0% του συνόλου των ερωτηθέντων (πίνακας 4.2.1.2).

Πίνακας 4.2.1.2

Ηλικία ασθενών

Ηλικία	n	%
18-30 χρονών	30	30,0
31-40 χρονών	28	28,0
41-50 χρονών	12	12,0
51-60 χρονών	16	16,0
61-70 χρονών	12	12,0
71- χρονών και άνω	2	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων (42, 0%) ανέφεραν ετήσιο εισόδημα από 0 μέχρι 10.000,00 ευρώ ενώ το 30,0% ανέφερε ετήσιο καθαρό εισόδημα από €10.001,00 μέχρι €20.000,00. κυμάνθηκε άνω των €20.001. Οι ερωτηθέντες που απάντησαν μεταξύ € 20.001,00-€30.000,00 ετησίως καλύπτει το 22, 0%. Μόνο το 4% των κερδίζει περισσότερα από € 30.001 ετησίως (πίνακας 4.2.1.3).

Πίνακας 4.2.1.3

Καθαρό ετήσιο εισόδημα ασθενών

	n	%
0-10000 Ευρώ	42	42,0
10001-20000	30	30,0
20001-30000	22	22,0
30001 και πάνω	4	4,0
*Χαμένη αξία (missing value)	2	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Η επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων περιγράφεται στον πίνακα 4.2.1.4. η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων 60,0% έχουν πλήρη απασχόληση ενώ μόλις το 4,0% είναι αυτοεργοδοτούμενοι. Ακολουθούν οι οικοκυρές με ποσοστό 12,0% και με μικρότερο ποσοστό 8,2% τα άτομα που είναι σε μερική απασχόληση. Από το δείγμα μας το 4,0% καλύπτεται από συνταξιούχους ενώ το 6,0% είναι άτομα τα οποία δεν εργάζονται. Με ποσοστό 4,0% ακολουθούν οι φοιτητές και με ποσοστό 2,0% άτομα τα οποία δεν απάντησαν στην ερώτηση.

Πίνακας 4.2.1.4

Επαγγελματική κατάσταση ασθενών

	n	%
Πλήρη απασχόληση	60	60,0
Αυτοεργοδοτούμενος	4	4,0
Οικοκυρά	12	12,0
Μερική απασχόληση	8	8,0
Συνταξιούχος	4	4,0
Άνεργος	6	6,0
Φοιτητής	4	4,0
*Χαμένη αξία (missing value)	2	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Σε ερώτηση σχετικά με την κάλυψη των εξόδων των ασθενών για την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη (πίνακας 4.2.1.4) το 60,0% των ερωτηθέντων ήταν κάτοχοι κάρτας Α κατηγορίας ενώ μόλις 2,0% ήταν κάτοχοι κάρτας Β κατηγορίας. Το 8,0% των ερωτηθέντων είχαν ιδιωτική ασφάλιση ενώ το 2,0% κάλυπτε τα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μέσω συντεχνιών. Υπήρξε ποσοστό με 26,0% το οποίο καλύπτει αυτά τα έξοδα μέσω των δικών του χρημάτων και ποσοστό 2,0% το οποίο δεν απάντησε στη σχετική ερώτηση.

Πίνακας 4.2.1.5

Κάλυψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ασθενών

	n	%
A κατηγορία	60	60,0
B κατηγορία	2	2,0
Ιδιωτική ασφάλιση	8	8,0
Συντεχνίες	2	2,0
Με δικά μου χρήματα	26	26,0
*Χαμένη αξία (missing value)	2	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.
n: πλήθος απαντήσεων.

4.2.2. Κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας (Autonomy Preference Index API)

Η χρήση της Κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας (Autonomy Preference Index API) έχει ως σκοπό την καταγραφή των προτιμήσεων των ασθενών για την πληροφόρηση και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα υγείας τους. Υψηλά αποτελέσματα αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη προτίμηση για ενημέρωση και εμπλοκή στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

Σε ερώτηση αν η κατάσταση της υγείας του ασθενή επιβαρύνεται, ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή όλο και περισσότερο για το πρόβλημα του το 60,0% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι συμφωνούν με την πιο πάνω δήλωση ενώ το 20,0% ότι συμφωνούν απόλυτα. Το 10,0% των ερωτηθέντων διαφωνούν με την πιο πάνω άποψη ενώ με το ίδιο ποσοστό 10,0% δεν είχαν άποψη για την πιο πάνω δήλωση (πίνακας 4.2.2.1). Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης δήλωσης βρέθηκε ότι το 80,0% των ερωτηθέντων ασθενών θέλουν να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας όλο και περισσότερο για το πρόβλημα υγείας τους όταν η κατάσταση υγείας τους επιβαρύνεται.

Πίνακας 4.2.2.1.

Αν η κατάσταση της υγείας του ασθενή επιβαρύνεται ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή όλο και περισσότερο για το πρόβλημα του

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	0	0,0
Διαφωνώ	10	10,0
Δεν έχω άποψη	10	10,0
Συμφωνώ	60	60,0
Συμφωνώ απόλυτα	20	20,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να καταγράψουν τη γνώμη τους αν τα νέα είναι άσχημα κατά πόσο ο ασθενής θα έπρεπε να είναι καλά πληροφορημένος από τον ιατρό τους (πίνακας 4.2.2.2). Η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί με την πιο πάνω δήλωση ενώ το 24,0% απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα. Ποσοστό 6,0% των ερωτηθέντων απάντησε ότι διαφωνεί με την πιο πάνω δήλωση ενώ το 8,0% δεν είχε άποψη για την δήλωση. Και σε αυτήν τη δήλωση δεν υπήρξαν άτομα που να επιλέξουν την επιλογή διαφωνώ απόλυτα. Από τη συγκεκριμένη δήλωση παρατηρείται ότι το 86,0% των ερωτηθέντων ασθενών πιστεύουν ότι πρέπει να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας ακόμα και αν τα νέα για την υγεία του ασθενή είναι άσχημα.

Πίνακας 4.2.2.2

Ακόμα και αν τα νέα είναι άσχημα, και τότε ο ασθενείς θα πρέπει να είναι καλά πληροφορημένος από τον ιατρό του

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	0	0,0
Διαφωνώ	6	6,0
Δεν έχω άποψη	8	8,0
Συμφωνώ	62	62,0
Συμφωνώ απόλυτα	24	24,0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Σε ερώτηση αν ο ιατρός θα πρέπει να εξηγή στον ασθενή για ποίο λόγο χρειάζεται να κάνει τις εξετάσεις το 66,0% απάντησε καταφατικά ότι συμφωνεί με τη δήλωση αυτή ενώ το 32,0% συμφωνεί απόλυτα (πίνακας 4.2.2.3). Μόνο το 2,0% είχε αντίθετη άποψη και απάντησαν ότι διαφωνούν με αυτήν τη δήλωση. Δεν υπήρχαν απαντήσεις για το διαφωνώ απόλυτα και δεν έχω άποψη για αυτήν την δήλωση από κανένα ερωτηθέντα.

Πίνακας 4.2.2.3

Ο ιατρός θα πρέπει να εξηγή στον ασθενή για ποίο λόγο χρειάζεται να κάνει τις εξετάσεις.

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	0	0,0
Διαφωνώ	2	2,0
Δεν έχω άποψη	0	0,0
Συμφωνώ	66	66,0
Συμφωνώ απόλυτα	32	32,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Δήλωση σχετικά με το αν ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για τις παρενέργειες των φαρμάκων το 54,0% απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα ενώ το 42,0% συμφωνεί. Δεν δήλωσε κανένας ότι διαφωνεί με τη πιο πάνω δήλωση ενώ μόνο το 4,0% δεν έφερε άποψη (πίνακας 4.2.2.4).

Πίνακας 4.2.2.4

Ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για τις παρενέργειες των φαρμάκων

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	0	0,0
Διαφωνώ	0	0,0
Δεν έχω άποψη	4,0	4,0
Συμφωνώ	42	42,0
Συμφωνώ απόλυτα	54	54,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων

Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να δηλώσουν το μέγεθος της συμφωνίας τους σχετικά με την δήλωση αν και εφόσον υπάρχουν πάνω από μια θεραπείες για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής, τότε ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει για κάθε μια από αυτές τον ασθενή

(πίνακας 4.2.2.5). Η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα με ποσοστό 48,0% ακολούθως με ποσοστό 44,0% απάντησε ότι συμφωνεί. Ποσοστό 2,0% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι διαφωνούν με την πιο πάνω δήλωση και ποσοστό 2,0% δεν έκφρασαν άποψη. Δεν υπήρξε κανένας από τους ερωτηθέντες που να δώσει απάντηση ότι διαφωνεί απόλυτα.

Πίνακας 4.2.2.5

Όταν υπάρχουν πάνω από μια θεραπείες για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής, τότε ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει για κάθε μια από αυτές τον ασθενή

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	0	0,0
Διαφωνώ	4	4,0
Δεν έχω άποψη	4	4,0
Συμφωνώ	44	44,0
Συμφωνώ απόλυτα	48	48,0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων.

Σε ερώτηση αν οι ασθενείς θα πρέπει να ακολουθούν τις συμβουλές του ιατρού τους, ακόμα και αν διαφωνούν με αυτές το 36,0% απάντησε ότι συμφωνεί ενώ το 18,0% απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα. Ποσοστό 24,0% των ερωτηθέντων είχαν αντίθετη άποψη και απάντησαν ότι διαφωνούν με αυτήν την άποψη. Το 22,0% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με την πιο πάνω δήλωση ενώ και σε αυτή την ερώτηση κανένας από τους ερωτηθέντες δεν απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα (πίνακας 4.2.2.6).

Πίνακας 4.2.2.6

Οι ασθενείς θα πρέπει να ακολουθούν τις συμβουλές του ιατρού τους, ακόμα και αν διαφωνούν με αυτές

	n	%
Διαφωνώ απόλυτα	0	0,0
Διαφωνώ	24	24,0
Δεν έχω άποψη	22	22,0
Συμφωνώ	36	36,0
Συμφωνώ απόλυτα	18	18,0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων

Οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να επιλέξουν το βαθμό συμφωνίας τους με τη δήλωση αν οι σημαντικές ιατρικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από το ιατρό και όχι από τον ασθενή (πίνακας 4.2.2.7). Το 32,0% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα με την πιο πάνω δήλωση ενώ το 50,0% συμφωνεί. Δεν έχω άποψη και συμφωνώ απόλυτα απάντησαν 6,0% και 8,0% αντίστοιχα. Ενώ διαφωνώ απόλυτα απάντησαν το 4,0%.

Πίνακας 4.2.2.7

Οι σημαντικές ιατρικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από το ιατρό και όχι από τον ασθενή.

	n	%
Συμφωνώ απόλυτα	32	32,0
Συμφωνώ	50	50,0
Δεν έχω άποψη	6	6,0
Διαφωνώ	8	8,0
Διαφωνώ απόλυτα	4	4,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων

Στην δήλωση «το χιούμορ στον ιατρό είναι σημαντικό εργαλείο, όταν προσεγγίζει τον ασθενή θεραπευτικά» το 44,0% δήλωσαν ότι συμφωνούν απόλυτα και το 52,0% ότι συμφωνούν. Μόνο το 2,0% δήλωσαν ότι διαφωνούν απόλυτα και 2,0% ότι δεν είχαν άποψη.

Πίνακας 4.2.2.8

Το χιούμορ στον ιατρό είναι σημαντικό εργαλείο, όταν προσεγγίζει τον ασθενή θεραπευτικά.

	n	%
Συμφωνώ απόλυτα	44	44,0
Συμφωνώ	52	52,0
Δεν έχω άποψη	2	2,0
Διαφωνώ	0	0,0
Διαφωνώ απόλυτα	2	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων.

n: πλήθος απαντήσεων

4.3. Σύγκριση των αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας και ασθενών

Η σύγκριση αντιλήψεων για την σχέση όπως διατυπώθηκε από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας είναι αρκετά καλή αφού δεν βρέθηκαν μεγάλες διαφορές στις απαντήσεις τους στις σχετικές ερωτήσεις. Η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς δεν έφερε μεγάλες αποκλίσεις ως προς της δηλώσεις αφού κυμάνθηκαν στα ίδια επίπεδα απαντήσεων και από τις δύο ομάδες. Στην συνέχεια αναλύονται οι δηλώσεις από τον πίνακα 4.3.1.

Στην δήλωση 1 οι ασθενείς δήλωσαν ότι το 52% συμφωνούν και το 38% ότι διαφωνούν για το ότι ο ιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει για το τι θα συζητηθεί κατά την διάρκεια μια ιατρικής επίσκεψης, ενώ οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν το 56% ότι συμφωνούν και το 34% ότι διαφωνούν. Από τις απαντήσεις στην πιο πάνω δήλωση διαπιστώνεται και οι δύο ομάδες θέλουν τον επαγγελματία υγείας να αποφασίζει για το τι θα συζητηθεί κατά την διάρκεια μια ιατρικής επίσκεψης αλλά να μην έχει τον απόλυτο λόγο. Στην δήλωση 2 οι δύο ομάδες συμφωνούν με ποσοστό 80% ότι το σημαντικότερο κομμάτι σε μια ιατρική επίσκεψη είναι η φυσική εξέταση από το ιατρό. Φαίνεται ότι και οι δύο ομάδες αναγνωρίζουν τη σημασία της φυσικής εξέτασης από τον ιατρό. Στην δήλωση 3 βρέθηκε ότι οι ασθενείς συμφωνούν με ποσοστό 82% και οι επαγγελματίες υγείας με ποσοστό 76% με το ότι η ανάπτυξη των ιατρικών επιτευγμάτων βοηθήθηκε από την προσωπική σχέση ιατρού ασθενή. Οι δύο ομάδες πιστεύουν ότι η προσωπική σχέση ιατρού ασθενή βοήθησε στην ανάπτυξη των ιατρικών επιτευγμάτων. Από την δήλωση 4 διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς διαφωνούν με ποσοστό 82% και οι επαγγελματίες υγείας με ποσοστό 76% με το ότι συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους, οι δύο ομάδες συμφωνούν ότι οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται αναλυτικά για την κατάσταση της υγείας τους. Στην δήλωση 5 οι ασθενείς με ποσοστό 52% συμφωνούν με το ότι θα πρέπει να εμπιστεύονται τις γνώσεις των ιατρών τους και να μην ψάχνουν από μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους, ενώ οι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν με ποσοστό 38% και διαφωνούν με ποσοστό 54%. Οι ασθενείς συμφωνούν με ποσοστό 68% ενώ οι επαγγελματίες υγείας με ποσοστό 62% με το όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες για την κατάστασή της υγείας τους, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει, αυτό διαπιστώνεται από την δήλωση 6. Στην δήλωση 7 διαπιστώνεται η διαφωνία των ασθενών με ποσοστό 60% και των επαγγελματιών υγείας με ποσοστό 66% στο

ότι όταν οι ιατροί κάνουν πολλές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως αυτό να παραβιάζει την προσωπική τους ζωή. Στη δήλωση 8 βλέπουμε την διαφωνία των ασθενών με ποσοστό 60% και των επαγγελματιών υγείας με ποσοστό 70% στο ότι εάν οι ιατροί είναι πραγματικά καλοί στην διάγνωση και στην θεραπεία, δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς. Από την συγκεκριμένη δήλωση παρατηρείται ότι και οι δύο ομάδες θεωρούν ότι η σχέση επικοινωνίας έχει σημαντικό ρόλο στην διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας τους. Από την δήλωση 9 βρέθηκε ότι ποσοστό 58% των ασθενών και 48% των επαγγελματιών υγείας θεωρούν σωστό το ότι πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στο γιατρό τους ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο. Στη δήλωση 10 βλέπουμε την συμφωνία του 46% των ασθενών και την διαφωνία των επαγγελματιών υγείας με ποσοστό 48% στο ότι οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στον ιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται επειδή νιώθουν αμήχανα. Εδώ αναγνωρίζεται η ανάγκη για περαιτέρω ανάπτυξη της επικοινωνιακής σχέσης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας έτσι ώστε οι ασθενείς να μην νιώθουν αμήχανα. Στη δήλωση 11 βλέπουμε την συμφωνία του 84% των ασθενών και του 68% των επαγγελματιών υγείας για το ότι οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους ιατρούς τους μέσα σε μια ισότιμη σε ισχύ θέση. Οι ασθενείς θέλουν περισσότερο από τους επαγγελματίες υγείας να έχουν μια ισότητα σε αυτή την σχέση. Στην δήλωση 12 το 52% των ασθενών διαφωνεί και το 40% συμφωνεί, ενώ στους επαγγελματίες υγείας το 48% συμφωνεί και το 42% διαφωνεί για το ότι οι ασθενείς έχουν περισσότερο την ανάγκη για καθησυχασμό παρά για πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους. Στην δήλωση 13 βλέπουμε ότι το 94% των ασθενών και το 90% των επαγγελματιών υγείας συμφωνούν ότι η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας μπορεί να είναι αποτελεσματικότερη όταν συμβαδίζει με την αρμονικότερη σχέση ιατρού - ασθενή. Διαπιστώνεται ότι και οι δύο ομάδες αναγνωρίζουν τα οφέλη που μπορούν να προκύψουν από την αρμονικότερη σχέση μεταξύ τους. Στην δήλωση 14 βρέθηκε ότι το 54% των ασθενών διαφωνεί και το 32 % συμφωνεί, ενώ στους επαγγελματίες υγείας συμφωνεί το 28% και διαφωνεί το 60% στην δήλωση «όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον ιατρό τους τότε είναι δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται».

Πίνακας 4.3.1

Σύγκριση των αντιλήψεων και των προτιμήσεων για την επικοινωνιακή σχέση όπως διατυπώθηκε από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας

	Ομάδα ερωτηθέντων	Συμφωνώ		Δεν έχω	
		απόλυτα	Συμφωνώ	άποψη	Διαφωνώ
1. Ο ιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει για το τι θα συζητηθεί κατά την διάρκεια μια ιατρικής επίσκεψης. ΣΥΝΟΛΟ	Ασθενείς	8	48	6	36
	Επαγ. υγείας	16	40	10	32
		24	88	16	68
2. Το σημαντικότερο κομμάτι σε μια ιατρική επίσκεψη είναι η φυσική εξέταση από το ιατρό. ΣΥΝΟΛΟ	Ασθενείς	22	58	4	16
	Επαγ. υγείας	20	60	2	18
		42	118	6	34
3. Θεωρείτε ότι για την ανάπτυξη των ιατρικών επιτευγμάτων βοήθησε η προσωπική σχέση ιατρού ασθενή. ΣΥΝΟΛΟ	Ασθενείς	22	60	8	6
	Επαγ. υγείας	16	60	6	16
		38	120	14	22
4. Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους. ΣΥΝΟΛΟ	Ασθενείς	4	8	6	62
	Επαγ. υγείας	8	12	4	50
		12	20	10	112
5. Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τις γνώσεις των ιατρών τους και να μην ψάχνουν από μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάσταση τους. ΣΥΝΟΛΟ	Ασθενείς	14	38	4	42
	Επαγ. υγείας	14	24	8	44
		28	62	12	86
6. Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες για την κατάστασή τους, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει. ΣΥΝΟΛΟ	Ασθενείς	20	48	2	30
	Επαγ. υγείας	16	46	14	24
		36	94	16	54
7. Όταν οι ιατροί κάνουν πολλές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως αυτό να παραβιάζει την προσωπική τους ζωή. ΣΥΝΟΛΟ	Ασθενείς	2	18	14	54
	Επαγ. υγείας	0	10	12	68
		2	28	26	122
8. Εάν οι ιατροί είναι πραγματικά καλοί στην διάγνωση και στην θεραπεία, <u>δεν</u> είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς. ΣΥΝΟΛΟ	Ασθενείς	8	24	8	52
	Επαγ. υγείας	4	18	8	54
		12	42	16	106

9. Θεωρείτε σωστό το ότι πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στο γιατρό τους ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο	Ασθενείς	8	50	12	24
	Επαγ. υγείας	6	42	20	28
ΣΥΝΟΛΟ		14	92	22	52
10. Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στον ιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται επειδή νιώθουν αμήχανα.	Ασθενείς	10	36	20	30
	Επαγ. υγείας	8	26	18	40
ΣΥΝΟΛΟ		14	62	38	70
11. Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους ιατρούς τους μέσα σε μια ισότιμη σε ισχύ θέση.	Ασθενείς	16	68	6	10
	Επαγ. υγείας	24	44	12	20
ΣΥΝΟΛΟ		40	112	18	30
12. Οι ασθενείς έχουν περισσότερο την ανάγκη για καθησυχασμό παρά για πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.	Ασθενείς	10	30	8	46
	Επαγ. υγείας	10	38	10	34
ΣΥΝΟΛΟ		20	68	18	80
13. Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας μπορεί να είναι αποτελεσματικότερη όταν συμβαδίζει με την αρμονικότερη σχέση ιατρού - ασθενή.	Ασθενείς	42	52	2	4
	Επαγγελματίας υγείας	42	48	6	4
ΣΥΝΟΛΟ		84	100	8	8
14. Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον ιατρό τους τότε είναι δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται.	Ασθενείς	10	22	14	38
	Επαγ. υγείας	6	22	12	54
ΣΥΝΟΛΟ		16	44	26	92

Οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς έχουν ομοφωνία για τις περισσότερες από τις πιο πάνω δηλώσεις, και οι δύο ομάδες αναγνωρίζουν τη σημασία της φυσικής εξέτασης από τον ιατρό, πιστεύουν ότι η προσωπική σχέση ιατρού ασθενή βοήθησε στην ανάπτυξη των ιατρικών επιτευγμάτων, συμφωνούν ότι οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται αναλυτικά για την κατάσταση της υγείας τους, θεωρούν ότι η σχέση επικοινωνίας έχει σημαντικό ρόλο στην διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας τους, αναγνωρίζουν τα οφέλη που μπορούν να προκύψουν από την αρμονικότερη σχέση μεταξύ τους και οι ασθενείς επιδιώκουν περισσότερο από τους επαγγελματίες υγείας να έχουν μια ισότητα σε αυτή την σχέση μεταξύ τους.

5. Συζήτηση –Συμπεράσματα - Εισηγήσεις

5.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συγκεκριμένη μελέτη έχει ως σκοπό τη διερεύνηση της επικοινωνιακής σχέσης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα ο κύριος σκοπός της έρευνας αυτής είναι να καταγραφούν οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, οι οποίες σχετίζονται με την επικοινωνιακή σχέση ανάμεσα τους.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δύο διαφορετικοί πληθυσμοί, των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Η παρούσα έρευνα έδειξε τόσο ομοιότητες όσο και διαφορές στις απόψεις των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων της έρευνας αναδείχθηκαν σειρά σχετικών ευρημάτων. Επιλέχθηκε να συζητηθούν ανά ενότητες τα αποτελέσματα κάθε ομάδας συμμετεχόντων, προκειμένου να σχολιαστούν αποδοτικότερα, ενώ επιδιώχθηκε και η συγκριτική αποτίμηση των αποτελεσμάτων, όπου κρίθηκε αναγκαίο.

Τα ευρήματα αυτά στηρίζονται στην ανάλυση των δηλώσεων των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας για την σχέση επικοινωνίας που υπάρχει μεταξύ τους και κατά πόσο υπάρχουν πεποιθήσεις για ανθρωποκεντρική προσέγγιση από τις δύο ομάδες. Επιπρόσθετα ερευνήθηκε η κλίμακα προτίμησης αυτονομίας (API), η οποία έχει ως σκοπό την καταγραφή των προτιμήσεων των επαγγελματιών υγείας για την πληροφόρηση των ασθενών και τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την φροντίδα υγείας τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει προτίμηση για ενημέρωση και εμπλοκή των ασθενών στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων καθώς επίσης και η πλήρης πληροφόρηση τους.

Από την δήλωση 11 του πίνακα 4.3.1. διαπιστώθηκε ότι σύμφωνα το 84% των ασθενών και το 68% των επαγγελματιών υγείας στο ότι οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους ιατρούς τους μέσα

σε μια ισότιμη σε ισχύ θέση. Οι ασθενείς θέλουν περισσότερο από τους επαγγελματίες υγείας να έχουν μια ισότητα σε αυτή την σχέση. Παρόμοια αποτελέσματα είχε και μια ελληνική έρευνα (Τσιμισίου και συν., 2011). Στην δήλωση 13 του ίδιου πίνακα διαπιστώθηκε ότι το 94% των ασθενών και το 90% των επαγγελματιών υγείας συμφωνούν ότι η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας μπορεί να είναι αποτελεσματικότερη όταν συμβαδίζει με την αρμονικότερη σχέση ιατρού - ασθενή, δηλαδή Διαπιστώνεται ότι και οι δύο ομάδες αναγνωρίζουν τα οφέλη που μπορούν να προκύψουν από την αρμονικότερη σχέση μεταξύ τους, τα δεδομένα αυτά συμβαδίζουν και με δυο ελληνικές μελέτες (Τσιμισίου και συν., 2011, Χαραλάμπους και συν., 2009).

Τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς στη παρούσα έρευνα, σε γενικό βαθμό σύμφωνα με τις τοποθετήσεις τους, συμφωνούν ότι η επικοινωνία μεταξύ τους είναι ικανοποιητική. Η σύγκριση της σχέσης όπως διατυπώθηκε από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας είναι αρκετά καλή αφού δεν βρέθηκαν μεγάλες διαφορές στις απαντήσεις τους στις σχετικές ερωτήσεις. Η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς δεν έφερε μεγάλες αποκλίσεις ως προς της δηλώσεις αφού κυμάνθηκαν στα ίδια επίπεδα απαντήσεων και από τις δύο ομάδες.

5.1.1. Επαγγελματίες υγείας και οι απόψεις για τη σχέση ιατρού-ασθενή

Το ποσοστό ανταπόκρισης των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν ιδιαίτερα υψηλό με τις γυναίκες να έχουν την πλειοψηφία σε σχέση με τους άντρες επαγγελματίες υγείας. Η πλειοψηφία του συνολικού δείγματος μας κυμάνθηκε σε πιο νεαρές ηλικίες ενώ δεν είχαμε κανένα δείγμα σε ηλικίες άνω των 61 χρόνων. Φυσικά αυτό είναι και λίγο αναμενόμενο αφού οι επαγγελματίες υγείας του δημοσίου τείνουν να συνταξιοδοτούνται μέχρι το 63^ο έτος της ηλικίας τους. Πολύ μικρό ποσοστό επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, είχε ανώτατη μόρφωση ενώ ανώτερη μόρφωση είχε η συντριπτική πλειοψηφία. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας φανέρωσαν ένα μεγάλο ποσοστό από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι δεν είχαν παρακολουθήσει καθόλου μαθήματα επικοινωνίας στην επιμέρους μόρφωση τους, συγκεκριμένα μόλις το 46% των επαγγελματιών υγείας έχει

εκπαιδευτεί σε θέματα επικοινωνίας και από αυτούς που έχουν εκπαιδευτεί περίπου οι μισοί εκπαιδευτήκαν σε σεμινάρια. Βάσει της έρευνας μας ιδιαίτερα ενδιαφέρον ήταν ότι στη συντριπτική πλειοψηφία τους (92,0%) οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι θα ήταν πρόθυμοι να παρακολουθήσουν μαθήματα επικοινωνίας στο μέλλον πράγμα το οποίο φανερώνει την προθυμία και την περαιτέρω θέληση τους για εκμάθηση τρόπων επικοινωνίας με τους ασθενείς. Αυτή η διαπίστωση της έρευνας έρχεται να συμφωνήσει με τα αποτελέσματα δύο προηγούμενων ελληνικών ερευνών (Παπαδάτου και συν., 1999, Τσιμτσίου και συν., 2011) αλλά και με άλλες διεθνείς μελέτες (Krupat, 2000, Margalit, 2005).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας και ασθενών, για την επικοινωνιακή σχέση μεταξύ τους κρίνεται βάση των αποτελεσμάτων να είναι αρκετά καλή. Φυσικά είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι σε ερώτηση προς τους επαγγελματίες υγείας εάν δυσκολεύονται στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων στους ασθενείς τους, το ποσοστό 50% απάντησε συχνά, το ποσοστό 30% απάντησε πάντα, σπάνια απάντησε το ποσοστό 14% και το ποσοστό 6% απάντησε ποτέ. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες δυσκολεύονται να ανακοινώσουν τα δυσάρεστα νέα στους ασθενείς τους. Πράγμα που είναι γνωστό ότι η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων για την υγεία προϋποθέτει τη χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας (Krupat, 2000, Margalit, 2005). Σε σχετική έρευνα του ο Tongue ανέφερε ότι το 75 % των χειρουργών που ερωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι ανακοινώνονται τα δυσάρεστα νέα ικανοποιητικά στους ασθενείς απάντησαν καταφατικά, αλλά μόνο το 21 % των ασθενών ανέφερε ικανοποιητική επικοινωνία με τους γιατρούς τους (Tongue, 2005).

Στη συγκεκριμένη έρευνα οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν πως έχουν περιορισμένο χρόνο με τον ασθενή μιας και έχουν μεγάλο φόρτο εργασίας, αυτός είναι ένα σημαντικό λόγο για τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας αποφεύγουν να ασχοληθούν με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενή. Στην πραγματικότητα από την βιβλιογραφία γίνεται ξεκάθαρο ότι η ενασχόληση του επαγγελματία υγείας με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενεί δεν απαιτούν ιδιαίτερο χρόνο και ούτε αυξάνουν τον φόρτο εργασίας του επαγγελματία υγείας (Bunker, 2001).

Από την έρευνα αυτή διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας πιστεύει πως η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών θεμάτων του ασθενή δεν μειώνει την αποδοτικότητα του ιατρού (πίνακας 4.1.3.9.). Ακόμα διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας πιστεύει πως πρέπει να νιώθουν μεγάλη ικανοποίηση από την θεραπεία των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των ασθενών (πίνακας 4.1.3.10.). Η αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας έχει

καθοριστική σημασία για την ανθρωποκεντρική αντιμετώπιση των ασθενών. Συγκεκριμένα, η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας σχετίζεται με αδιαφορία για την ενημέρωση και την ενεργοποίηση των ασθενών για συμμετοχή στο θεραπευτικό πλάνο. Αυτή η διαπίστωση της έρευνας έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα προηγούμενης έρευνας (Shanafelt, 2002).

Στη συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώθηκε ότι το 96% των επαγγελματιών υγείας συμφωνούν ότι αν και εφόσον υπάρχουν πάνω από μια θεραπείες για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής, τότε ο ιατρός θα πρέπει να τον ενημερώνει για κάθε μια από αυτές (πίνακας 4.1.4.5), ακόμα το 98,0% των επαγγελματιών υγείας πιστεύουν ότι ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για τον λόγο που χρειάζεται να κάνει τις εξετάσεις (πίνακας 4.1.4.3) Αυτά τα δεδομένα φαίνεται να διαφωνούν με παλαιότερα ευρήματα που υπήρχε απροθυμία των ειδικευομένων ιατρών να απαντήσουν στις ερωτήσεις των ασθενών, αλλά και να τους παρουσιάσουν θεραπευτικές επιλογές (Shanafelt, 2002).

Όσον αφορά στην καταγραφή των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας ως προς την στάση τους σε μια πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι το δείγμα των επαγγελματιών υγείας είχε αρκετά ανθρωποκεντρικές αντιλήψεις όσον αφορά στην αντιμετώπιση του ασθενή ως άτομου. Το αποτέλεσμα αυτό δεν ήταν αναμενόμενο μιας και από τη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται πως οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν αρκετά ανθρωποκεντρική προσέγγιση προ τους ασθενείς (Lithner, 2000, Ραγιά, 2004).

Στην συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώθηκε σχετικά υψηλός ανθρωποκεντρικός προσανατολισμός των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με αντίστοιχα αποτελέσματα αμερικάνικης έρευνας (Mc Lennan, και συν., 1999), δηλαδή οι επαγγελματίες υγείας έχουν αυξημένη ευαισθησία σε ψυχολογικά και κοινωνικά ζητήματα του ασθενή.

5.1.2 Ασθενείς και οι προσδοκίες τους

Στην συγκεκριμένη μελέτη το δείγμα των ασθενών δήλωσε αυξημένη επιθυμία για ενημέρωση και για αυτονομία στη διαχείριση της υγείας του. Συγκεκριμένα η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών δήλωσαν ότι επιθυμούν την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους, για τα δυσάρεστα αποτελέσματα, την αναγκαιότητα για ενημέρωση του λόγου

που γίνονται οι εργαστηριακές εξετάσεις, για τις πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων που τους χορηγούνται, για τις διαθέσιμες θεραπείες και γενικότερα για την κατάσταση της υγείας τους, ακόμη και εάν τα νέα είναι δυσάρεστα. Από την άλλη πλευρά, ενώ διαπιστώθηκε ότι οι προσδοκίες των ασθενών για πληροφόρηση είναι ιδιαίτερα υψηλές, δεν ακολουθούνται και από ιδιαίτερα υψηλή επιθυμία για εμπλοκή στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Δεν υπάρχει προθυμία για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και αυτό είναι έκδηλο με την συντριπτική πλειοψηφία να το αποδέχεται 82,0%. Είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον το ότι και οι Κύπριοι ασθενείς, παρουσιάζουν αντιλήψεις και προσδοκίες ανάλογες με εκείνες ασθενών άλλων εθνικοτήτων, που έχουν μελετηθεί εκτενέστερα, και παρουσιάζουν τους ασθενείς να παρακολουθούν στενά τις εξελίξεις στην υγεία τους, αλλά να παραχωρούν τη λήψη της απόφασης στον ιατρό (Τσίμτσιου και συν., 2006, Schneider και συν., 2006). Έρευνες ασθενών έχουν δείξει επανειλημμένως ότι θέλουν καλύτερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας πράγμα το οποίο αυτή η μελέτη έδειξε ότι υπάρχει αρκετά καλή επικοινωνία μεταξύ τους (Duriex, 2004, Salomon, 1998). Μελέτη σχετική με την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς έδειξε τη δυσαρέσκεια του ασθενή να ασχολείται ο γιατρός με τα ψυχολογικά και κοινωνικά του προβλήματα πράγμα το οποίο έρχεται να επιβεβαιώσει και η μελέτη μας αφού οι περισσότεροι ασθενείς εκφράζουν την δυσαρέσκεια τους με αυτό το θέμα (Salomon, 1998).

Στην συγκεκριμένη έρευνα το δείγμα των ασθενών δήλωσε αυξημένη επιθυμία για ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Από προηγούμενες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η έλλειψη πληροφόρησης αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα δυσαρέσκειας των ασθενών, ακόμα ότι οι ασθενείς εκτιμούν την αποτελεσματική επικοινωνία και πληροφόρηση σε θέματα υγείας πολύ περισσότερο από τους επαγγελματίες υγείας, εύρημα το οποίο συμφωνεί και με την συγκεκριμένη μελέτη (Salomon, 1998, Bull, 2002, Λεμονίδου, 2004). Από την έρευνα αυτή διαπιστώνεται ότι ασθενείς επιθυμούν περισσότερο χρόνο για επικοινωνία και πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας, εύρημα το οποίο συμφωνεί και με άλλη κυπριακή έρευνα (Τσίτση, 2010).

Η πληροφόρηση του ασθενή αποτελεί ηθική υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας. Οι ασθενείς ως χρήστες των υπηρεσιών υγείας έχουν το θεμελιώδες δικαίωμα να ενημερώνονται και να έχο ω συμμετο χ στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων για την υγεία το ψ . Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξαν ότι πεποιθήσεις των ασθενών για ανθρωποκεντρική προσέγγιση από τους επαγγελματίες υγείας συμφωνούν με τα αποτελέσματα παρόμοιας γαλλικής έρευνα (Duriex, 2004).

Από την συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε ότι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς πιστεύουν ότι η προσωπική σχέση ιατρού ασθενή βοήθησε στην ανάπτυξη των ιατρικών επιτευγμάτων, θεωρούν ότι η σχέση επικοινωνίας έχει σημαντικό ρόλο στην διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας τους και αναγνωρίζουν τα οφέλη που μπορούν να προκύψουν από την αρμονικότερη σχέση μεταξύ τους. Το πιο πάνω συμπέρασμα συνάδουν με τα αποτελέσματα άλλων μελετών που έχουν γίνει (Τσίτση, 2010, Τσιμτσίου και Κάλτσος, 2011).

Από αυτή την έρευνα διαπιστώθηκε οι ασθενείς με ποσοστό 96,0% συμφωνούν ότι το χιούμορ στον επαγγελματία υγείας είναι σημαντικό εργαλείο, όταν προσεγγίζει τον ασθενή θεραπευτικά. Αυτά τα δεδομένα φαίνεται να συμφωνούν με ευρήματα ελληνικής έρευνας (Τσιμτσίου και συν., 2011).

5.2. Περιορισμοί της μελέτης

Σε κάθε ερευνητική μελέτη υπάρχουν πάντα κάποιοι περιορισμοί. Στην συγκεκριμένη μελέτη ένας σημαντικός περιορισμός αποτέλεσε το μεικτό δείγμα των επαγγελματιών υγείας. Οι ιατροί, οι νοσηλευτές, οι τεχνολόγοι ακτινολόγοι και οι χημικοί έχουν διαφορετική μόρφωση και διαφορετικό τρόπο προσέγγισης στους ασθενείς, ακόμα η πληροφόρηση που παρέχουν στους ασθενείς διαφέρει. Γενικά οι επαγγελματίες υγείας όπως οι νοσηλευτές, οι τεχνολόγοι ακτινολόγοι, οι χημικοί είναι αριθμητικά πολύ περισσότεροι από τους ιατρούς και αυτό από μόνο του αποτέλεσε ένα σημαντικό περιορισμό στην έρευνα αυτή

Ένας ακόμα περιορισμός στην έρευνα αυτή ήταν ότι το ερωτηματολόγιο των ασθενών απαντήθηκε μόνο από ασθενείς και εξεταζομένους οι οποίοι μπορούσαν να διαβάσουν ελληνικά, εδώ ο περιορισμός οφειλόταν είτε στο ότι δεν μπορούσαν να το απαντήσουν ξένοι ασθενείς και στο ότι δεν μπορούσαν να το απαντήσουν ασθενείς με πρόβλημα στο να διαβάσουν το ερωτηματολόγιο όπως ηλικιωμένους και άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Ίσως ο κύριος περιορισμός της έρευνας αυτής να είναι το ότι το ερωτηματολόγιο των ασθενών δεν το απάντησαν ασθενείς με βαριές ασθένειες λόγω της κατάστασης τους.

5.3. Συμπεράσματα

Από την ποιο πάνω έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε τον Απρίλη – Μαΐ του 2013 στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας και Αμμοχώστου βγήκαν αρκετά σημαντικά συμπεράσματα τα οποία έχουν ως κύριο γνώμονα τους την επικοινωνιακή σχέση επαγγελματία υγείας και ασθενή. Συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας των ποιο πάνω νοσοκομείων έχουν ανθρωποκεντρική προσέγγιση προς τους ασθενείς.

Οι επαγγελματίες υγείας στα θέματα τα οποία έχουν να κάνουν με την αυτονομία των ασθενών, όπως την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους, την ανακοίνωση των δυσάρεστων αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων, για τις πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων που τους χορηγούνται, για τις διαθέσιμες θεραπείες και γενικότερα για την κατάσταση της υγείας τους, ακόμη και εάν τα νέα είναι δυσάρεστα, έχουν σε μεγάλο ποσοστό ανθρωποκεντρική στάση προς τους ασθενείς. Στο σημερινό περιβάλλον οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν αυξανόμενες απαιτήσεις για το χρόνο τους. Η αύξηση των διοικητικών απαιτήσεων για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης εισβάλλει στο χρόνο που δαπανάται με τους ασθενείς. Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας ακόμα θεωρούν πως έχουν περιορισμένο χρόνο με τον ασθενή μιας και έχουν μεγάλο φόρτο εργασίας, αυτός είναι ένα σημαντικός λόγος για τον οποίο πολλοί επαγγελματίες υγείας αποφεύγουν να ασχοληθούν με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενή. Η παρούσα μελέτη έδειξε πως η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας των συγκεκριμένων νοσοκομείων δεν μπορούσα να χειριστούν κάποιες δεξιότητες επικοινωνίας και αυτό διαπιστώνεται από το ότι το 80% δήλωσαν ότι δυσκολεύονται στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων στους ασθενείς. Ακόμα από την έρευνα διαπιστώνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία (92%) των επαγγελματιών υγείας, δηλώνουν ότι θα ήταν πρόθυμοι να παρακολουθήσουν μαθήματα επικοινωνίας στο μέλλον, πράγμα το οποίο φανερώνει την προθυμία και την περαιτέρω θέληση τους για εκμάθηση τρόπων επικοινωνίας με τους ασθενείς.

Οι ασθενείς από την έρευνα αυτή συμπεραίνεται ότι επιδιώκουν την ανθρωποκεντρική προσέγγιση από τους επαγγελματίας υγείας. Δηλαδή οι ασθενείς επιδιώκουν την αυτονομία τους στις υπηρεσίες υγείας, συγκεκριμένα επιδιώκουν την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους, την εξήγηση του λόγου που χρειάζεται να γίνουν οι εργαστηριακές εξετάσεις, την ανακοίνωση των δυσάρεστων αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων, για τις

πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων που τους χορηγούνται, για τις διαθέσιμες θεραπείες και γενικότερα για την κατάσταση της υγείας τους, ακόμη και εάν τα νέα είναι δυσάρεστα. Οι ασθενείς θέλουν να είναι ενήμεροι για την κατάσταση της υγείας τους αλλά δεν θέλουν να παίρνουν μέρος στον θεραπευτικό προγραμματισμό και αυτό φαίνεται από την απάντηση στην ερώτηση αν «οι σημαντικές ιατρικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από το ιατρό και όχι από τον ασθενή». Οι ασθενείς απάντησαν 82% ότι συμφωνούν με την ποίο πάνω δήλωση δηλαδή θέλουν να μην συμμετάσχουν στη λήψη σημαντικών αποφάσεων και οι αποφάσεις να λαμβάνονται από τον γιατρό.

Η σύγκριση ερωτηματολογίων ασθενών και επαγγελματιών υγείας δεν έδειξε μεγάλη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων με αποτέλεσμα οι αντιλήψεις για την σχέση όπως διατυπώθηκε από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας είναι αρκετά καλή. Η επικοινωνιακή σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία Λάρνακας και Αμμοχώστου βρέθηκε να είναι ικανοποιητική.

5.4. Εισηγήσεις

Η εκπαίδευση αποτελεί ένα πολύ σημαντικό μέσο για τη δημιουργία επαγγελματιών υγείας οι οποίοι θα έχουν αυξημένη ανθρωποκεντρική ευαισθησία για τον ασθενή, δηλαδή να είναι διατεθειμένοι να ενημερώσουν τους ασθενείς και να τους κάνουν να συμμετέχουν στη διαχείριση της υγείας τους. Με τη σωστή επιμόρφωση σε θέματα επικοινωνίας μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να ανταποκριθούν καλύτερα σε θέματα επικοινωνίας που χρειάζονται λεπτούς χειρισμούς όπως για παράδειγμα οι ανακοίνωση δυσάρεστων γεγονότων στους ασθενείς. Επιπλέον με την εκπαίδευση οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούν να αναπτύξουν περισσότερες δεξιότητες στην επικοινωνία έτσι ώστε να παρέχεται και πιο ικανοποιητική ενημέρωση στους ασθενείς. Η επίδραση της εκπαίδευσης στη διαμόρφωση ανθρωποκεντρικών αντιλήψεων έχει διαπιστωθεί από προηγούμενες έρευνες (Krupat, 2000, Margalit, 2005, Lithner, και συν., 2000, Cortis, και συν., 1996). Αφού παρατηρήθηκε η προθυμία από τους επαγγελματίες υγείας για εκπαίδευση τους σε θέματα επικοινωνίας με τους ασθενείς είναι καλό να υπάρξουν κάποια σεμινάρια ή ταχύρυθμα μαθήματα τα οποία θα καλύπτουν το θεωρητικό μέρος της επικοινωνίας όπως τρόποι συμπεριφοράς, η ψυχολογία του ασθενή, και άλλα καθώς επίσης και πρακτικό μάθημα όπου οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούν να εξασκούν την γνώση σε πρακτική. Τα θέματα επικοινωνίας είναι πολύ σημαντικά

σε αυτόν τον τομέα αφού η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών περιλαμβάνει την ικανότητα να συγκεντρωθούν σχετικές πληροφορίες προκειμένου να διευκολυνθεί η ακριβής διάγνωση και να δοθούν σωστές θεραπευτικές οδηγίες. Αυτές είναι οι βασικές δεξιότητες στην πρακτική της ιατρικής, έχουν απώτερο στόχο την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος και την ικανοποίηση των ασθενών, οι οποίες είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική παροχή της υγείας.

Επίσης θα μπορούσε να αυξηθεί ο χρόνος ο οποίος διατίθεται στους ασθενείς για να συζητήσουν με τους επαγγελματίες υγείας έτσι ώστε να αυξηθεί η εμπιστοσύνη μεταξύ τους και να μπορούν να παίρνουν μαζί βασικές αποφάσεις. Οι επαγγελματίες υγείας έδειξαν σε αυτήν την έρευνα να είναι πρόθυμοι για περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς αλλά δυστυχώς δεν τον έχουν. Η επικοινωνία μεταξύ ασθενή και επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντική αφού πολλές προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει την δυσαρέσκεια των ασθενών όταν δεν τους διατίθεται αρκετός χρόνος επικοινωνίας με τους γιατρούς τους και επίσης το συνδυάζουν με ελλιπή πληροφόρηση.

Μελλοντικά θα μπορούσε να υπάρξει μια έρευνα σχετική με το θέμα της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών όπου θα κατηγοριοποιούνταν οι επαγγελματίες υγείας ως προς την ιδιότητα τους για παράδειγμα ιατροί, νοσηλευτές. Επίσης οι κατηγοριοποίηση των ασθενών ως προς Κυπρίους και αλλοδαπούς πιθανόν να έφερνε πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα αφού στην συγκεκριμένη μελέτη δεν υπήρξαν ερωτηθέντες αλλοδαποί αν και ασθενείς των πιο πάνω νοσοκομείων, δεν έφεραν την δική τους άποψη που πιθανόν να ήταν ενδιαφέρουσα.

Στην πιο πάνω έρευνα διερευνήθηκαν οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας για την επικοινωνιακή σχέση μεταξύ τους, δηλαδή διερευνήθηκε το τι πιστεύουν οι δύο ομάδες για την μεταξύ τους σχέση. Θα ήταν πολύ ενδιαφέρον αν στο μέλλον γινόταν μια έρευνα η οποία θα διερευνούσε όχι μόνο τις πεποιθήσεις των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας αλλά κατά πόσο αυτά που πιστεύουν οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας εφαρμόζονται στην πράξη. Η έρευνα αυτή θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί σε όλα τα νοσοκομεία της Κύπρου και με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Ahs A., We sterling R.(2005), *Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labor force*, Health Policy.
- Ajzen I., Fishbein M. (1973), *Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviours*, Journal of Personality and social Psychology, 27:41-57
- Allshouse K.(1983), *Treating Patients as Individuals*. In: Gerteis M, Edgman - Levitan S, Daley J, Delbanco TL, *Through the patient's eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*, San Francisco: Jossey - Bass.
- Amoran O LT., Oni O. (2005), *Risk factors associated with mental illness in Oyo State, Nigeria: A Community based study*. Ann Gen Psychiatry, 22:19.
- Amoran O., Oni O.(2005), *Risk factors associated with mental illness in Oyo State, Nigeria: A Community based study*, Ann Gen Psychiatry, 22;4:19. 2005;22:19.
- Asch S., Leake B., Anderson R., Gelberg L. (1998), *Why do symptomatic patients delay obtaining care for tuberculosis?*, Am J Respir Crit Care Med. 1998;157:1244-8.
- Ashworth C., Williamson P., Montano D, (1984), *A scale to measure physician beliefs about psychosocial aspects of patient care*, Soc Sci Med, 19:1235-8.
- Balint E.(1969), *The possibilities of patient - centred medicine*, J R Coll Gen Pract, 17:269-76.
- Balint E., Courtenay M., Elder A., Hull S., Julian P.(1993), *The doctor, his patient and the group: Balint revisited*, London: Routledge
- Banyard P.(2008). Ψυχολογία της Υγείας. Επιμέλεια-Μετάφραση: Αντωνίου Α.Σ, Αθήνα: Παπαζήση
- Baron R. (1981), *Bridging clinical distance: an empathic rediscovery of the known*, J Med Philos, 6: 5-23
- Bartley M., Sacker A., Clarke P.(2004), *Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001*, J Epidemiol Community Health, 58:501-6.
- Bensing J. (2000), *Bridging the gap, The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine*, Patient Educ Counsel, 39:17-25.
- Brokalaki El., Sotiropoulos Gc., Tsaras K, Brokalaki H.(2005), *Awareness of diagnosis, and information-seeking behavior of hospitalized cancer patients in Greece*, Support Care Cancer, 13:938-942

- Bull SA, Hu XH., Hunkeler EM. (2002). Discontinuation of use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication. *JAMA*, 288:1403-1409
- Buller M., Buller D.(1987), *Physicians' Communication Style and Patient Satisfaction*, *J Health Soc Behav*, 28:375-88.
- Bunker John (2001), *Medicine matters after all*, in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England.
- Byrne P., Long B.(1976), *Doctors Talking to Patients*, A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries, London: HMSO.
- Center C., Davis M., Detre T., Ford D., Hansbrough W., Hendin H.(2003), *Confronting depression and suicide in physicians» a consensus statement*, *JAMA* 289:3161–3166
- Cohen S.(1999), *Social status and susceptibility to respiratory infections*, *Ann N Y Acad Sci*, 896:246-53.
- Cortis D. J. and Lacey E. A.(1996), *Measuring the quality and quantity of information giving to in-patients*, *Journal of Advance Nursing*, 24 : 674-681
- De Valck C., Bensing J., Bruynooghe R., Batenburg V. (2001), *Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine*, *Patient Educ Counsel*. 45:119-2
- Donabedian A, (1988), *The quality of care: How can it be assessed?* *JAMA* 1988, 260:1743–1748
- Dunn N. (2002), *Patient centred care: timely, but is impractical?* *BMJ*, 324:651
- Duriex P., Bissery A., Dubois S., Gasquet I., Coste J.(2004), *Comparison of health care professionals' self – assessments of standards of care and patients' opinions on the care they received in hospital: observational study*, *Quality and Safety in Health Care*. 000:1-5
- Engel G. (1977), *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, *Science*. 1977; 196: 129-36.
- Engel G. (1980), *The clinical application of the biopsychosocial model*, *The American Journal of Psychiatry*, 137:535-44.
- Ende J., Kazis L., Ash A., Moskowitz M. (1989), *Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients*, *J Gen Intern Med*, 4:23-30.

- Gallo W., Bradley E., Falba T., Dubin J., Cramer L., Bogardus S., Kasl S.(2004), *Involuntary job loss as a risk factor for subsequent myocardial infarction and stroke: findings from the Health and Retirement Survey*, Am J Ind Med, 45:408-16.
- Gray M. (1983), *Communicating with elderly people*. In: J. PDaH, ed. *Doctor patient communication*, New York: Academic Press, 193-204
- Haidet P., Dains J., Paterniti D., Hechtel L., Chang T., Tseng E., Rogers J.(2002), *Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship*, Med Educ, 36:568-74
- Hannay D. (1979), *The Symptom Iceberg*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Hurtado MP., Swift EK., Corrigan JM.(2000), *Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery, Board on Health Care Services*, Envisioning the National Health Care Quality Report, National Academy Press: Institute of Medicine: National Academy Press
- International Council of Nurses (2008), *Position statement: Informed Patients*, ICN Publications.
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America(2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21 century*, Washington DC: National Academy Press
- Irvine L. (1997), *Western Medicine: An Illustrated History*, Oxford University, Press.
- Jahoda M. (1958), *Current concepts of positive mental health*, New York, Basic Books,
- Jason H. (2000), *Communication skills are vital in all we do as Educators and Clinicians*, Education for Health, 13: 157-160.
- Joelson L. and Wahlquist L. (1987), *The psychological meaning of job insecurity and job loss: results of a longitudinal study*, Soc Sci Med, 25:179-82.
- Jones R. (2002), *Commentary: Functional abdominal pain: another unexplained physical symptom*, Int J Epidemiol, 31:1225-6.
- Keefe V., Reid P., Ormsby C., Robson B., Purdie G., Baxter J.(2002), *Serious health events following involuntary job loss in New Zealand meat processing workers*, Int J Epidemiol, 31:1155-61.
- Kellyxirving M., Delpierre C., Schieber Ac., Lepage B, Rolland C., Afrite A.(2011), *Do general practitioners overestimate the. Health of their patients with lower education?* Soc Sci Med, 73:1416–1421
- Kleinman A., Eisenberg L., Good B. (1978), *Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*, Ann Intern Med, 106:275-91.

- Krupat E., Bell RA., R.L. K., Thom D., Azari R. (2001), *When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust*, J Fam Pract, 50:1057-1062.
- Krupat E., Putnam SM., Yeager C. (1996), *The fit between doctors and patients: Can it be measured?* J GEN INTERN MED, 11:134.
- Krupat E., Hsu J., Irish J., Schmittiel J., Selby J. (2004), *Matching patients and practitioners based on beliefs about care: Results of a randomized controlled trial*, Am J Manage Care, 10:814-822
- Krupat E., Rosenkranz SL., Carter M., Yeager MA., Barnard K., Putnam SM., Thomas SI.(2000), *The practice orientation of physicians and patients: the effects of doctor-patient congruence on satisfaction*, Patient Educ Counsel, 49-59.
- Lithner M. and Zilling T. (2000), *Pre- and postoperative information needs*, Patient Education and Counseling, 40: 29-37.
- Lo Biondo W. and Haber J. (1994), *Nursing Research: Methods, Critical Appraisal and Utilization*. St .
- Lydeard S., Jones R. (1989), *Factors affecting the decision to consult with dyspepsia: comparison of consulters and non-consulters*, J Roy Coll Gen Pract, 39:495-8.
- Margalit A, Glick S, Benbassat J, Cohen A, Katz M. (2005) *Promoting a biopsychosocial orientation in family practice: effect of two teaching programs on the knowledge and attitudes of practising primary care physicians*. Med Teacher. 27:613-8.
- Mead N. and Bower P. (2000), *Patient- centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*, Soc Sci Med, 51:1087-1110.
- Mead N., Bower P., Hann M. (2002), *The impact of general practitioners' patient - centeredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement*, Social Science & Medicine, 55:283-299.
- Mc Cormic J.(1996). *Death of the personal doctor*. Lancet, 348:667- 668.
- Mc Keown, Thomas (2001). *The medical contribution*, in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England,
- Mc Lennan J, Jansen-McWilliams L, Comer D, Gardner W, Kelleher K.(1999). *The Physician Belief Scale and psychosocial problems in children: A report from the pediatric research in office settings and the ambulatory sentinel practice network*. J Dev Behav Pediatr. 20:24-30.

- Mc Whinney I. (1989), *The need for a transformed clinical method*, In: Steward M, Roter DL, eds. *Communicating with medical patients*, London: Sage
- Moore P., Adler N., Robertson P. (2000), *Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intention*,. *West J Med.* 173:244-50.
- Pendleton D., Schofield T., Tate P., Havelock P. (2003), *The new consultation: Developing doctor-patient communication*, Oxford Medical Publications.
- Reinhardt P. and Madsen M. (2002), *Parents' labor market participation as a predictor of children's health and wellbeing: a comparative study in five Nordic countries*, *J Epidemiol Community Health*, 56:861-7.
- Robinson D. (1973), *Medicine: A Particular Profession*, in: *Patients, Practitioners, and Medical Care*, Williams Heinemann, Medical Books LTD, London,
- Roter DL., Stewart M., Putnam S., Lipkin M., Stiles W., Inui T.(1997), *Communication Patterns of Primary Care Physicians*, *JAMA.* 277:350-6.
- Rigatos G. (1997), *Cancer and truth-telling in Greece - Historical, statistical, and clinical data*, *Communication with the Cancer Patient: Information and Truth*, 82-392.
- Schneider A, Korner T, Mehring M, Wensing M, Elwyn G, Szecsenyi J. *Impact of age, health locus of control and psychological comorbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice*. *Patient Educ Couns.* 2006;61:292-8.
- Shanafelt T., Bradley K., Wipf J., Back A. (2002), *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program*, *Ann Intern Med*, 136:358-67.
- Sleskova M., Salonna .F, Geckova A., Nagyova I., Stewart R., Van Dijk J., Groothoff J. (2006), *Does parental unemployment affect adolescents' health?*, *J Adolesc Health*, 38:527-35.
- Smith G. (2003), *Health inequalities: Lifecourse approaches*, Bristol: The Policy Press.
- Stewart M. (1995), *Effective physician-patient communication and health outcomes: A review*, *Can Med Assoc J.* 152:1423-33.
- Stewart M., Brown J., Donner A., Mc Whinney I., Oates J., Weston W., Jordan J. (2000), *The impact of patient-centered care on outcomes*, *J Fam Pract.* 49:805-7.
- Stewart M., Brown JB., Weston WW., Mc Whinney IR., Mc William CL., Freeman TR. (2003), *The evolution of clinical method, Patient-Centered Medicine Transforming the clinical method*, 2nd edition. Bristol: Radcliffe Medical Press.

- Tongue J. R., Epps H. R., Forese L. L. (2005), *Communication skills for patient-centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients*, J Bone Joint Surg Am.87:652–658.
- Tuckett D. (1976), *An introduction to medical sociology*, London: Tavistock
- Waitzkin H.(1985), *Information giving in medical care*, J Health Soc Behave, 26:81-101
- Ware Je Jr., Snyder Mk., Wright Wr., Davies Ar. (1983), *Defining and measuring patient satisfaction with medical care*, Eval Program Plann , 6:247–263
- Waterworth S. and Luker K. (1990), *Reluctant collaborators: do patients want to be involved in decisions concerning their care?* J Adv Nurse, 15:971-6 .
- Who (1948), *definition of Health. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, New York, Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100.
- Duriex P., Bissery A., Dubois S., Gasquet I., Coste J. (2004) *Comparison of health care professionals' self – assessments of standards of care and patients' opinions on the care they received in hospital: observational study*. Quality and Safety in Health Care, 000:1-5
- Salomon L., Gasquet I., Duriex P. (1998) *Taking into account patients expectations in the improvement of quality of Health Car :results of survey of 500 hospitalized patients*. Rev Epidemiol Sante Publique, 46:427-429

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ. και Νιάκας, Δ.(2007) *Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1), 89-96.
- Αναγνωστόπουλος Ι., Σίσκου Ο., Γαλάνης Π. (2012), *Αξιολόγηση και διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης*, Νοσηλευτική , 51:216–226
- Γεωργίου, Μ. και Νεοκλέους, Α. (2010)*Συγκριτική μελέτη απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την ποιότητα ενημέρωσης που τους παρέχεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα τ ης Κύπρου»* Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Λευκωσία.
- Δαρδανός Γ. και Nettleton, S.,(2002), *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*, Αθήνα
- Διεθνής οργανισμός εργασίας,(1982) *Ψήφισμα σχετικά με τις στατιστικές του οικονομικά δραστήριου πληθυσμού, της απασχόλησης, της ανεργίας και της υποαπασχόλησης, που υιοθετούνται από τη δέκατη τρίτη Διεθνή Διάσκεψη των στατιστικών εργασίας*
- Ιωαννίδη, Ε., Λοπαταντζίδη, Α., Μάντη, Π.(2000) *Υπηρεσίες Υγείας /Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις», Τόμος Α, Πάτρα .*
- Καδδά, Α. Κ., Μάινα, Α. και Αγραφιώτης, Δ.(2005) *Ο ρόλος του κοινωνιολόγου στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας*, Ελληνικά Αρχεία AIDS
- Καραμανίδου Χ.(2010), *Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών και το φαινόμενο της μη συμμόρφωσης: Προσανατολισμοί για την πολιτική υγείας*, Θεσμοί και πολιτικές υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα,443–455
- Κουλιεράκης , Γ. (2000) *Κοινωνικό -Ψυχολογικά μοντέλα της συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια, στο Κοινωνική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας: Συμπεριφορές Υγείας*, Πρότυπα και Μεταβολές, Πάτρα: Σχολή Κοινωνικών Επιστημών
- Κυριόπουλος, Γ.(2009) *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*, πηγή Unemploy Office , ment and mortality in: Drever F & Whitehead M. ed. Health inequalities. Bethune A. London.
- Λεμονίδου, Χ., Μερκούρης, Α., Παναγιώτου ,Α., Leino-Kilpi, H., Valimaki, M., Dassen, T., Gasull, M., Scott, A., Arndt, M.(2003) *Διερεύνηση των απόψεων νοσηλευτικού*

- προσωπικού και ασθενών για την πληροφορημένη συναίνεση στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις*, Νοσηλευτική, 42 (3) : 344-346.
- Λεμονίδου Χ., Μερκούρης Α. (2004). Απόψεις ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού για την αυτονομία στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. *Νοσηλευτική*, 43(1): 84-99
- Μάντη, Π., Τσελεπή, Χ.,(2000) *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων /Υπηρεσιών υγείας*, Τόμος Α, Πάτρα.
- Μάντη, Π., Τσελεπή, Χ.,((2000), *Κοινωνικές-πολιτιστικές πτυχές της υγείας και της αρρώστιας*, ΕΑΠ, Αθήνα, 2000:181–202
- Μερκούρης, Α. και Λεμονίδου, Χ.(1999) *Μέτρηση ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας*, Νοσηλευτική, 1: 6-15
- Μερκούρης, Α. (2008) *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην
- Μισουρίδου, Ε. (2009) *Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική*, Αθήνα, 2009, 48 (4), 358-366
- Μινάκη Π, Σαμόλη Ε, Θεοδώρου Μ. (2013), *Παράπονα ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Ποιος ενδιαφέρεται γι' αυτά;*, Αρχ. Ελλ. Ιατρ. 30:67–78
- Μουστάκα, Ε. και Μαλλιαρού, Μ.(2009) *Επαγγελματική εξουθένωση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Αθήνα .
- Μποστανίτης Ι, Τσαλίδου Μ.(2010), *Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης ασθενών: Οι σχέσεις ιατρών-ασθενών*, Επιθεώρηση Υγείας, 21:15–19
- Μπουραντάς, Δ. (2002) *Μάνατζμεντ: Θεωρητικό υπόβαθρο/ Σύγχρονες πρακτικές*, Αθήνα, Μπένου
- Οικονόμου, Β.(2008) *Κοινωνική, Οικονομική και Επαγγελματική διάσταση στην Κατάσταση της Υγείας και στην Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας*, Αθηνάς, Θεσσαλονίκη,
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου, Γ.(2001) *Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18: 239-253
- Οικονόμου, Χ.(2004) *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Εκδόσεις: Διόνικος Αθήνα
- Οικονόμου, Χ.(2005) *Κοινωνιολογία της Υγείας*, Τόμος Α, Βασικές Θεωρητικές Προσεγγίσεις, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα σελ.34
- Παναγοπούλου, Ε. και Μπένος, Α.(2004) *Η Επικοινωνία στην Ιατρική Εκπαίδευση: Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια;* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21(4):385-390

- Παππά, Ε. Α., Αναγνωστόπουλος, Φ. και Νιάκας, Δ. (2008) *Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25 (1), 94-101
- Παπαδάκη Μιχαηλίδη Ε. (1997), *Η σιωπηλή γλώσσα των συναισθημάτων*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 15-17
- Παπαδάτου, Δ. και Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Παρασχάκης, Α., (2009) *Ψυχιατρική νοσηρότητα των ιατρών*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής (26) 36-41
- Ραγιά, Α. (2004) *Διαπροσωπική διάσταση της ολικής νοσηλευτικής*, Νοσηλευτική 43(2): 153-160,
- Ραγιά, Α. (2002) *Νοσηλευτική – Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές*, 5^η Έκδοση. Αθήνα.
- Ραφτόπουλος, Β.(2009) *Τα Θέλω και τα Μπορώ της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας*, Λευκωσία
- Σαρρής, Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Αθήνα, Παπαζήσης,
- Σαρρής, Μ., Γούλα, Α., Γκιόκα, Β. και Σούλης, Σ.(2008) *Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από νεφρική μεταμόσχευση*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008, 25: 201-208
- Σαρρής, Μ., Χρυσάκης, Μ., Σούλης, Σ. και Γεωργιάδου, Μ.(2002) *Επικοινωνία και διαχείριση πληροφορίας στις υπηρεσίες υγείας: από τον ιατρικό φάκελο στον φάκελο φροντίδας υγείας*, Νοσηλευτική, 2: 174-184,
- Σώκου, Κ. (1988) *Γυναίκα και υγεία: η επίδραση της εργασίας οικιακής απασχόλησης και της ανεργίας στην υγεία της γυναίκας*, Κοινωνική Εργασία, 9:13-9.
- Τούντας, Γ.(2000) *Κοινωνία και υγεία*, Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα, 2000
- Τσελέπη, (2000) *Κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες στην πρόσληψη και την εμπειρία της ασθένειας, στο Κοινωνική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας: Κοινωνικές - Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας*, Πάτρα: Σχολή Κοινωνικών Επιστημών,
- Τσίμτσιου Ζ. (2006), *Η σχέση ιατρού-ασθενή και το ανθρωποκεντρικό μοντέλο ιατρικής πράξης: Μια πρόκληση για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 13:28-43

- Τσίμτσιου, Ζ., Παπαχαρίτου, Σ., Κάντζιου, Μ., Χατζηχρήστου, Δ. και Krupat, E.(2006)
Γλωσσολογική και πολιτισμική αξιολόγηση του Patient- Practitioner Orientation Scale (PPOS) στην ελληνική γλώσσα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. 17:190-7.
- Τσίμτσιου, Ζ., Παπαχαρίτου, Σ. και Χατζηχρήστου, Δ.(2006) *Κλίμακα Πεποιθήσεων Ιατρού (Physician Belief Scale): Προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα μιας κλίμακας αντιλήψεων για τη ψυχοκοινωνική διάσταση της ιατρικής φροντίδας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 89:276 - 82.*
- Τσίμτσιου Ζ, Κάλτσος Κ. (2011), *Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και ιατρικά λάθη. Ο ρόλος της ανθρωποκεντρικής Ιατρικής στη μείωση των αντιδικιών, Αρχ Ελλ Ιατρ , 28:272–276*
- Τσιριντάνη, Μ., Γιοβάνης, Α., Μπινιώρης, Σ. και Γούλα, Α. (2010) *Μια Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης Μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών, Νοσηλευτική, 49(1): 40-52.*
- Τσίτση, Θ.(2010) *Η Ικανοποίηση Εσωτερικών ασθενών από τις Παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας στα Δημόσια Γενικά Νοσοκομεία της Κύπρου, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Λευκωσία.*
- Χαραλάμπος, Α. και 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 Πεποιθήσεων για την Υγεία Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.*
- Χαραλάμπος Π., Κλεισιάρης Χ., Αγά Γ. (2009) *Η ενημέρωση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας*

Παράρτημα 1.

Κωδικός συμμετέχοντα: _____

Ερωτηματολόγιο για τους ασθενείς ή εξεταζομένους

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι μέσω των ερωτήσεων που θα απαντήσετε να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την σχέση και την επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και του επαγγελματία υγείας. Η ανωνυμία σας είναι διασφαλισμένη και η συμμετοχή σας δεν θα έχει καμία επίπτωση στην φροντίδα που σας παρέχεται.

A. Γενικές ερωτήσεις.

1. Γενικά, πιστεύετε πως η υγεία σας είναι:

Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Πολύ καλή

2. Ποιο τμήμα επισκεφτήκατε σήμερα;

Ακτινολογικό Χειρουργικό Μονάδα Εντατικής
Πρώτες βοήθειες Ορθοπαιδικό Άλλο (αναφέρατε)
Παθολογικό Γυναικολογικό

3. Γενικά, πιστεύετε πως η φροντίδα που έχετε στο νοσοκομείο είναι :

Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Πολύ καλή

4. Γενικά, πιστεύετε πως η συμπεριφορά που έχετε από τους επαγγελματίες υγείας είναι:

Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Πολύ καλή

B. Ακολουθεί μια σειρά ερωτήσεων για την σχέση ιατρού - ασθενή.

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά και σημειώστε κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις.

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω άποψη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Ο ιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει για το τι θα συζητηθεί κατά την διάρκεια μια ιατρικής επίσκεψης.					
2. Το σημαντικότερο κομμάτι σε μια ιατρική επίσκεψη είναι η φυσική εξέταση από το ιατρό.					

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω άποψη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
3. Θεωρείτε ότι για την ανάπτυξη των ιατρικών επιτευγμάτων βοήθησε η προσωπική σχέση ιατρού ασθενή.					
4. Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους.					
5. Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τις γνώσεις των ιατρών τους και να μην ψάχνουν από μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάσταση τους.					
6. Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες για την κατάστασή τους, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει.					
7. Όταν οι ιατροί κάνουν πολλές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως αυτό να παραβιάζει την προσωπική τους ζωή.					
8. Εάν οι ιατροί είναι πραγματικά καλοί στην διάγνωση και στην θεραπεία, <u>δεν</u> είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς.					
9. Θεωρείτε σωστό το ότι πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στο γιατρό τους ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο.					
10. Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στον ιατρό όσο ποίο γρήγορα γίνεται επειδή νιώθουν αμήχανα.					
11. Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους ιατρούς τους μέσα σε μια ισότιμη σε ισχύ θέση.					
12. Οι ασθενείς έχουν περισσότερο την ανάγκη για καθυσχασμό παρά για πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.					
13. Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας μπορεί να είναι αποτελεσματικότερη όταν συμβαδίζει με την αρμονικότερη σχέση ιατρού - ασθενή.					
14. Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον ιατρό τους τότε είναι δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται.					

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω άποψη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
15. Εάν τα κύρια χαρακτηριστικά του ιατρού είναι να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του, τότε δεν θα γίνει ιδιαίτερα επιτυχημένος.					
16. Το χιούμορ στον ιατρό είναι σημαντικό εργαλείο, όταν προσεγγίζει ένα ασθενή θεραπευτικά.					
17. Θεωρείται ότι ο φόρτος εργασίας του ιατρού, επηρεάζει την σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ιατρού - ασθενή.					
18. Θεωρείτε ότι οι ιατροί των δημοσίων νοσοκομείων <u>δεν</u> επιδιώκουν να αναπτύξουν μια υγιή σχέση μεταξύ ιατρού - ασθενή επειδή έχουν ήδη εξασφαλισμένο τον μισθό τους.					
19. Θεωρείτε ότι οι ιδιώτες ιατροί επιδιώκουν να αναπτύξουν μια υγιή σχέση μεταξύ ιατρού - ασθενή επειδή ο μισθό τους εξαρτάται από την ικανοποίηση των ασθενών.					
20. Θεωρείται ότι στις ιατρικές υπηρεσίες τις Κύπρου υπάρχει σε μεγάλο βαθμό υγιής σχέση μεταξύ του ασθενή και του ιατρού.					

Γ. Η άποψη των ασθενών για το τι θέλουν από τους ιατρούς τους. Παρακαλώ

διαβάστε προσεκτικά και σημειώστε κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις.

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω άποψη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Αν η κατάσταση της υγείας του ασθενή επιβαρύνεται ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή όλο και περισσότερο για το πρόβλημα του.					
2. Ακόμα και αν τα νέα είναι άσχημα, και τότε ο ασθενείς θα πρέπει να είναι καλά πληροφορημένος από τον ιατρό.					
3. Ο ιατρός θα πρέπει να εξηγεί στον ασθενή για ποίο λόγο χρειάζεται να κάνει τις εξετάσεις.					
4. Ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για τις παρενέργειες των φαρμάκων.					

	Διαφωνό Απόλυτα	Διαφωνό	Δεν έχω άποψη	Συμφωνό	Συμφωνό Απόλυτα
5. Όταν υπάρχουν πάνω από μια θεραπείες για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής, τότε ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει για κάθε μια από αυτές τον ασθενή.					
6. Οι ασθενείς θα πρέπει να ακλουθούν τις συμβουλές του ιατρού τους, ακόμα και αν διαφωνείτε με αυτές.					
7. Οι σημαντικές ιατρικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από το ιατρό και όχι από τον ασθενή.					

Δ. Δημογραφικά στοιχεία

1. Ηλικία:

2. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η Έγγαμος/η Χήρος/α Διαζευγμένος/η

4. Αριθμός ατόμων που ζουν μαζί σας:

5. Μορφωτικό επίπεδο:

Δημοτικό Τεχνική σχολή Άλλο (αναφέρατε)
 Γυμνάσιο Ανώτερη σχολή

Λύκειο Πανεπιστήμιο

6. Η μόνιμη κατοικία σας είναι σε : Πόλη Χωριό

7. Επαγγελματική κατάσταση :

Πλήρη απασχόληση Μερική απασχόληση Άλλο (αναφέρατε)
 Αυτοεργοδοτούμενος Συνταξιούχος

Οικοκυρά Άνεργος

8. Πως καλύπτετε τα έξοδα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης :

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Δικαιούχος Α κατηγορίας | <input type="checkbox"/> | Ταμεία ασφαλιστικής κάλυψης | <input type="checkbox"/> |
| Δικαιούχος Β κατηγορίας | <input type="checkbox"/> | συντεχνιών Με δικά μου χρήματα | <input type="checkbox"/> |
| Ιδιωτική ασφάλιση | <input type="checkbox"/> | Άλλο (αναφέρατε) | <input type="checkbox"/> |
| | | | |

9. Σε ποια από τις επόμενες κατηγορίες ανήκει το καθαρό ετήσιο εισόδημά σας:

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 0 - 10,000 ευρώ | <input type="checkbox"/> | 20,000 - 30,000 ευρώ | <input type="checkbox"/> |
| 10,000 - 20,000 ευρώ | <input type="checkbox"/> | 30,000 και άνω | <input type="checkbox"/> |

10. Θα λέγατε ότι η σχέση σας με την θρησκεία είναι:

- ανύπαρκτη μέτρια καλή άριστη

Ευχαριστούμε θερμά για την συνεργασία σας

Παράρτημα 2.

Ερωτηματολόγιο για τους επαγγελματίες υγείας

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι μέσω των ερωτήσεων που θα απαντήσετε να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την σχέση και την επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και του επαγγελματία υγείας

A. Δημογραφικά στοιχεία

1. Ηλικία:

2. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η Έγγαμος/η Χήρος/α Διαζευγμένος/η

4. Αριθμός ατόμων που ζουν μαζί σας:

5. Η μόνιμη κατοικία σας είναι σε: Πόλη Χωριό

6. Είστε:

Ιατρός Νοσηλεύτης Τεχνολ. ακτινολόγος Άλλο (αναφέρατε).....

7. Από ποιάς χώρας πανεπιστήμιο αποφοιτήσατε;

8. Ποιο είναι το επίπεδο της μόρφωση σας;

Δίπλωμα Πτυχίο Μεταπτυχιακό Διδακτορικό Ειδικότητα

9. Τι ειδικότητα έχετε;

10. Σε ποιο τμήμα ανήκετε;

11. Εργάζεστε στον : Δημόσιο τομέα Ιδιωτικό τομέα

12. Πόσα χρόνια εξασκείτε το επάγγελμά σας; χρόνια.

13. Πόσους ασθενείς βλέπετε κατά μέσο όρο την ημέρα;

14. Έχετε εκπαιδευτεί ποτέ σε θέματα επικοινωνίας με τον ασθενή; Ναι Όχι

15. Αν ναι, πως;

Στο πανεπιστήμιο Στο μεταπτυχιακό Σε σεμινάρια Διαβάζοντας άρθρα

16. Θα σας ενδιέφερε να εκπαιδευτείτε στο μέλλον σε θέματα επικοινωνίας με τον ασθενή;

Ναι Όχι

17. Πόσο καλά θεωρείτε ότι μπορείτε να επικοινωνείτε με τους ασθενείς σας;

Ασχημα Όχι πολύ καλά Μέτρια Καλά Άριστα

18. Δυσκολεύστε στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων στους ασθενείς σας;

Ποτέ Σπάνια Συχνά Πάντα

19. Θα λέγατε ότι η σχέση σας με την θρησκεία είναι:

Ανύπαρκτη Μέτρια Καλή Άριστη

20. Πιστεύετε ότι η φροντίδα που παρέχετε στους ασθενείς στο νοσοκομείο είναι :

Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Πολύ καλή

21. Πιστεύετε ότι η συμπεριφορά σας απέναντι στους ασθενείς είναι:

Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Πολύ καλή

B. Ακολουθεί μια σειρά ερωτήσεων για την σχέση ιατρού - ασθενή. Παρακαλώ

διαβάστε προσεκτικά και σημειώστε κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις.

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω άποψη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Ο ιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζεις για το τι θα συζητηθεί κατά την διάρκεια μια ιατρικής επίσκεψης.					
2. Το σημαντικότερο κομμάτι σε μια ιατρική επίσκεψη είναι η φυσική εξέταση από το ιατρό.					
3. Θεωρείται ότι για την ανάπτυξη των ιατρικών επιτευγμάτων βοήθησε η προσωπική σχέση ιατρού ασθενή.					
4. Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση υγείας τους.					
5. Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τις γνώσεις των ιατρών τους και να μην ψάχνουν από μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάσταση τους.					
6. Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες για την κατάστασή τους, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει.					
7. Όταν οι ιατροί κάνουν πολλές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως αυτό να παραβιάζει την προσωπική του ζωή.					
8. Εάν οι ιατροί είναι πραγματικά καλοί στην διάγνωση και στην θεραπεία, <u>δεν</u> είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς.					
9. Θεωρείτε σωστό το ότι πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στον γιατρό τους ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο.					
10. Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψη τους στον ιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται επειδή νιώθουν αμήχανα.					
11. Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους ιατρούς τους μέσα σε μια ισότιμη σε ισχύ θέση.					

12.Οι ασθενείς έχουν περισσότερο την ανάγκη για καθησυχασμό παρά για πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.					
13.Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας μπορεί να είναι αποτελεσματικότερη όταν συμβαδίζει με την αρμονικότερη σχέση ιατρού - ασθενή.					
14.Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον ιατρό τους τότε είναι δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται.					
15.Αν η κατάσταση της υγείας του ασθενή επιβαρύνεται ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή όλο και περισσότερο για το πρόβλημα του.					
16.Ακόμα και αν τα νέα είναι άσχημα, και τότε ο ασθενείς θα πρέπει να είναι καλά πληροφορημένος από τον ιατρό.					
17.Ο ιατρός θα πρέπει να εξηγεί στον ασθενή για ποίο λόγο χρειάζεται να κάνει τις εξετάσεις.					
18.Ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για τις παρενέργειες των φαρμάκων.					
19.Όταν υπάρχουν πάνω από μια θεραπείες για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής, τότε ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει για κάθε μια από αυτές τον ασθενή.					
20.Οι ασθενείς θα πρέπει να ακλουθούν τις συμβουλές του ιατρού τους, ακόμα και αν διαφωνείτε με αυτές.					
21.Οι σημαντικές ιατρικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από το ιατρό και όχι από τον ασθενή.					
22.Εάν τα κύρια χαρακτηριστικά του ιατρού είναι να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του, τότε δεν θα γίνει ιδιαίτερα επιτυχημένος.					
23.Το χιούμορ στον ιατρό είναι σημαντικό εργαλείο, όταν προσεγγίζει ένα ασθενή θεραπευτικά.					
24.Θεωρείται ότι ο φόρτος εργασίας του ιατρού, επηρεάζει την σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ιατρού - ασθενή.					

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω άποψη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
25. Η καλή επικοινωνία με τον ασθενή μπορεί να σας απαλλάξει τον ιατρό από την δυσάρεστη εμπειρία της καταγγελίας ενός πιθανού ιατρικού λάθους;					
26. Θεωρείται ότι στις ιατρικές υπηρεσίες τις Κύπρου υπάρχει σε μεγάλο βαθμό υγιής σχέση μεταξύ του ασθενή και του ιατρού.					

Γ. Η σχέση ιατρού ασθενή από την οπτική γωνία του ιατρού.

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά και σημειώστε κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις.

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω άποψη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Οι ασθενείς δεν θέλουν ο ιατρός τους να ασχοληθεί με τα ψυχολογικά και κοινωνικά τους προβλήματα.					
2. Ο ιατρός δεν μπορεί να βοηθήσει ανθρώπους σε προβλήματα που δεν έχει προσωπική εμπειρία.					
3. Αν ο ιατρός αναφερθεί σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενεί, ο ασθενής θα το απορρίψει και δεν θα αναφερθεί ξανά.					
4. Το άγχος που όλοι βιώνουμε επηρεάζει σημαντικά την έναρξη και την εξέλιξη μιας ασθένειας.					
5. Αν ο ιατρός εξετάζει τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενεί θα αυξάνεται ο φόρτος εργασίας του.					
6. Ένας λόγος που οι ιατροί <u>δεν</u> ασχολούνται με τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα του ασθενή, είναι ο περιορισμένος χρόνος που έχουν στην διάθεση τους.					
7. Ένας άλλος λόγος που οι ιατροί <u>δεν</u> ασχολούνται με τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα του ασθενή, είναι ότι οι ασθενείς θα αποκτήσουν σχέση εξάρτησης με τον ιατρό.					

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω άποψη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
8. Υπάρχουν πάρα πολλά θέματα για να διερευνηθούν όταν ο ιατρός βλέπει τον ασθενή, έτσι τα ψυχοκοινωνικά θέματα παραβλέπονται.					
9. Η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών θεμάτων του ασθενή μειώνει την αποδοτικότητα του ιατρού.					
10. Ο ιατρός πρέπει να νιώθει μεγάλη ικανοποίηση από την θεραπεία των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των ασθενών.					

Ευχαριστούμε θερμά για την συνεργασία σας.

Παράρτημα 3.

Κωδικός συμμετέχοντα: _____

Ενημερωτικό Φυλλάδιο

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διατριβής του προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, πραγματοποιείται έρευνα που έχει ως σκοπό την καταγραφή και μελέτη απόψεων για την σχέση και την επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και επαγγελματία υγείας.

Κύριος σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη των απόψεων των ασθενών σχετικά με τη σχέση και την επικοινωνία μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας π.χ. γιατρός, νοσηλεύτης, ακτινολόγος κτλ. . Απαντώντας το ερωτηματολόγιο θα βοηθήσετε τον ερευνητή να κατανοήσει και να καταγράψει τα εμπόδια που δημιουργούνται από τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες και πως αυτοί επηρεάζουν την υγιή σχέση ασθενή – επαγγελματία υγείας, έτσι ώστε να βρεθούν τόποι για εξομάλυνση αυτής της σχέσης. Η σχέση και η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας είναι σημαντική γιατί σχετίζεται με την ποιότητα της φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας αλλά και στη βελτίωση της υγείας των ασθενών. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα βοηθήσουν στην κατανόηση των απόψεων των ασθενών και στο σχεδιασμό προτάσεων για βελτίωση της ποιότητας παροχής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας στη Κύπρο.

Πρέπει να ξέρετε πως η έρευνα αυτή δεν σχετίζεται με την ποιότητα της περίθαλψης που θα λάβετε, και η επιλογή σας για να απαντήσετε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν θα επηρεάσει τις σχέσεις σας με το προσωπικό του νοσοκομείου. Στις πληροφορίες που θα μας δώσετε θα έχει πρόσβαση μόνο το άτομο που πραγματοποιεί την έρευνα. Η ανωνυμία σας είναι διασφαλισμένη και η συμμετοχή σας δεν θα έχει καμία επίπτωση στην φροντίδα που σας παρέχεται. Αν αποφασίσετε να λάβετε μέρος, μπορείτε ανά πάσα στιγμή να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή και να ζητήσετε να αφαιρεθεί το ερωτηματολόγιο σας από την έρευνα. Το Ενημερωτικό φυλλάδιο θα κρατηθεί από τον συμμετέχοντα και το έντυπο συγκατάθεσης θα το κρατά ο ερευνητής σε ασφαλές μέρος, ξεχωριστά από το ερωτηματολόγιο σε περίπτωση που ο συμμετέχοντας αποφασίσει να αποσύρει τη συμμετοχή του.

Έχετε το δικαίωμα να μην συμμετάσχετε στο ερευνητικό πρόγραμμα, εάν δεν το επιθυμείτε.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα δοθούν στο Υπουργείο Υγείας Κύπρου και θα είναι διαθέσιμα μέσω της ιστοσελίδας της βιβλιοθήκης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Για περισσότερες πληροφορίες ή οποιαδήποτε απορία επικοινωνήστε με τον

Χριστόφορο Χριστοφή (μεταπτυχιακός φοιτητής στο Πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου) στο τηλέφωνο 99759944 ή στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο christoforosx@hotmail.com

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Παράρτημα 4.



ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ”

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

Κωδικός Συμμετέχοντα (δίνεται από τον ερευνητή): _____

Τμήμα (π.χ. ακτινολογικό, χειρουργικό, κλπ): _____

Παρακαλώ να βάλετε στο κάθε κουτί πιο κάτω

1. Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει το φυλλάδιο πληροφοριών για την παραπάνω μελέτη.
2. Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος/η να αποχωρήσω από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να χρειάζεται να δώσω δικαιολογία.
3. Συμφωνώ να λάβω μέρος στην πιο πάνω μελέτη.

Ημερομηνία

Υπογραφή

Ναι, θέλω να ενημερωθώ για τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής

Το e-mail / η διεύθυνσή μου είναι:

Το Ενημερωτικό φυλλάδιο μπορεί να κρατηθεί από τον ασθενή ή εξεταζόμενο και το έντυπο συγκατάθεσης θα το κρατά ο ερευνητής σε ασφαλές μέρος, ξεχωριστά από το ερωτηματολόγιο σε περίπτωση που ο συμμετέχοντας αποφασίσει να αποσύρει τη συμμετοχή του

Παράρτημα 5.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.98
Αρ. Τηλ. : 22818303

27 Φεβρουαρίου 2013

Κύριο Χριστόφορο Χριστοφή
Παπακυριακού Σταύρου 16
7510 Ξυλοτύμβου
Λάρνακα

Γνωστοποίηση σύστασης και λειτουργίας Αρχείου / Έναρξης Επεξεργασίας μεταπτυχιακής έρευνας του τεχνολόγου-ακτινολόγου και φοιτητή στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου κύριου Χριστόφορου Χριστοφή με θέμα «Σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας».

Αναφέρομαι στη Γνωστοποίηση που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 15.2.2013, που αφορά το πιο πάνω Αρχείο και μετά από το ηλεκτρονικό μήνυμα ημερομηνίας 26.2.2013 με τις διευκρινίσεις σας, σας πληροφορώ ότι φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012), στο εξής «ο Νόμος», και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

MPat

Παράρτημα 6.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2013.01.12

Αρ. Τηλ.: 22809038/039

Αρ. Φαξ: 22353878

27 Φεβρουαρίου 2013

Κύριο Χριστόφορο Χριστοφή
Σταύρου Παπακυριακού 16
Ξυλοτύμπου
7510 Λάρνακα

Αξιότιμε κύριε Χριστοφή,

Θέμα: «Σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας»

Αναφέρομαι στην επιστολή σας ημερομηνίας 22 Φεβρουαρίου 2013 (μέσω τηλεομοιοτύπου) για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω τα ακόλουθα:

2. Από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, ενημερωτικό φυλλάδιο, έντυπο συγκατάθεσης, ερωτηματολόγιο για τους επαγγελματίες υγείας και ερωτηματολόγιο για τους ασθενείς ή εξεταζομένους), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση

Δρ. Μιχάλης Βωνιάτης
Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Κέντρο Υγείας Έγκωμης, Νίκου Κρανιδιώτη, 2411 Λευκωσία,

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: eebk@bioethics.gov.cy / secret@eebk.gov.cy

Παράρτημα 7.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.6Ε
Αρ. τηλ:22605738
Email:igeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου:0086/2013

30/05/2013

✓ Κ. Χριστόφορο Χριστοφή
Παπακυριάκου Σταύρου 16
7510
Ξυλοτύμπου
Λάρνακα

Κύριε,

Θέμα: Αίτημα για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγιές να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «**Σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας**» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 18/4/2013 και να σας πληροφορήσω ότι η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Νοείτε ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επιστημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεση συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυνημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασία σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.



Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605738 φαξ:22772263 Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>

Παράρτημα 7.



- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας

Με Εκτίμηση,

Ειρήνη Γεωργίου

(Ειρήνη Γεωργίου)
για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν.: Διευθυντή ΙΥ&ΥΔΥ
Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών



Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605738 φαξ: 22772263 Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>