



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2024

**Η Σχέση Ιατρού – Ασθενή Ως Προσδιοριστικός Παράγοντας Της
Αποτελεσματικότητας Της Θεραπευτικής Πράξης
Μελέτη Περίπτωσης: Ασθενείς με Χρόνιες Ρευματικές Παθήσεις**

ΤΣΑΤΣΑΝΗ Α. ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΙΑΤΡΟΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ – ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ Α΄
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΚΑΤ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Η Σχέση Ιατρού – Ασθενή Ως Προσδιοριστικός Παράγοντας Της
Αποτελεσματικότητας Της Θεραπευτικής Πράξης
Μελέτη Περίπτωσης: Ασθενείς με Χρόνιες Ρευματικές Παθήσεις**

ΤΣΑΤΣΑΝΗ Α. ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΑΘΗΝΑ 2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής

| Α/Α | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΔΙΟΤΗΤΑ/ΤΜΗΜΑ/ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ | ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
|-----|-----------------|--|------------------|
| 1 | ΣΟΥΛΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ | ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ-ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ & ΜΕΛΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ-ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ | |
| 2 | ΓΟΥΛΑ ΑΣΠΑΣΙΑ | ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ & ΜΕΛΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ-ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ | |
| 3 | ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ | ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ & ΜΕΛΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ-ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ | |



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Μέλη Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

| Α/Α | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ/ΤΜΗΜΑ/ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ |
|-----|--------------------|--|
| 1 | ΣΟΥΛΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ | ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ-ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ & ΜΕΛΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ-ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ |
| 2 | ΓΟΥΛΑ ΑΣΠΑΣΙΑ | ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ & ΜΕΛΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ-ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ |
| 3 | ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ | ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ & ΜΕΛΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ-ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ |
| 4 | ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ | ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΕΛΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ-ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ |
| 5 | ΜΑΡΘΑ ΚΕΛΕΣΗ | ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΕΛΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ |
| 6 | ΕΥΡΥΔΙΚΗ ΚΑΜΠΑ | ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΕΛΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ |
| 7 | ΙΩΑΝΝΗΣ ΒΛΑΜΗΣ | ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΕΛΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ |

*Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής
δεν υποδηλοί αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα (N.5343/32, Άρθρο 202)*

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ

Η υπογράφουσα Τσατσάνη Παναγιώτα του Αθανασίου, υποψήφια διδάκτορας της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών – Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων – Κατεύθυνση Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Είμαι συγγραφέας και δικαιούχος των πνευματικών δικαιωμάτων επί της διατριβής «*Η ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΗ ΩΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ*» και δεν προσβάλω τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων. Για τη συγγραφή της διδακτορικής μου διατριβής δε χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται αναφορά στην πηγή προέλευσης (βιβλίο, άρθρο από εφημερίδα ή περιοδικό, ιστοσελίδα κ.λπ.). Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από εμένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.

Ημερομηνία

30/01/2024

Η Δηλούσα



*Στην οικογένειά μου,
στην Πόπη*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διδακτορικής διατριβής αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους ανθρώπους, χωρίς την βοήθεια των οποίων, θα ήταν αδύνατο να επιτύχω τον στόχο μου.

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου Σωτήριο Σούλη, Καθηγητή Οικονομικών της Υγείας και της Κοινωνικής Πρόνοιας, για την επιστημονική του συμβολή, το αμείωτο ενδιαφέρον του και την πολύτιμη καθοδήγηση του σε όλες τις φάσεις εκπόνησης της διατριβής.

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τομέα Κοινωνικής Πολιτικής, Ασπασία Γούλα, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε εξ αρχής, τις υποδείξεις της, την επιμονή της και την συνεχή της υποστήριξη.

Επιπλέον, ευχαριστώ τον καθηγητή της τριμελούς επιτροπής Μάρκο Σαρρή, Καθηγητή Κοινωνιολογίας της Υγείας και Ποιότητας ζωής.

Θα ήθελα να δηλώσω τις ευχαριστίες μου στην Αγγελική Σταμούλη για τη βοήθεια που προσέφερε στην ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων.

Οφείλω επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στους ασθενείς, που συνέβαλαν με την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων στην ολοκλήρωση της εργασίας μου.

Τέλος, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω ολόψυχα την οικογένεια μου, τον σύζυγο μου και τα αγαπημένα μου παιδιά, για την αμέριστη συμπαράσταση τους, την υπομονή και την κατανόηση τους, καθώς και τους γονείς μου που πάντα μου δίνουν κουράγιο στις σημαντικές στιγμές της ζωής μου.

Ανεκτίμητη ήταν η συμβολή ενός ακόμη αγαπημένου μου προσώπου, της φίλης μου Πόπης Καπάτου και στην οποία χρωστώ πολλά ευχαριστώ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ασθενών με χρόνια ρευματικά νοσήματα και των γιατρών τους, αποτελεί ένα βασικό εργαλείο για την επίτευξη του καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή για πρώτη φορά στην Ελλάδα αντιλήψεων ασθενών με ρευματικά νοσήματα για την σχέση ιατρού-ασθενή, για την επίδραση της στην ποιότητα ζωής τους καθώς και την αναζήτηση παραμέτρων που πιθανόν την επηρεάζουν. Απώτερος στόχος η μελλοντική ανάπτυξη ενός προτύπου περιθάλψης επικεντρωμένου στις ανάγκες των Ελλήνων ρευματοπαθών και βασισμένου σε μια σχέση εμπιστοσύνης και συνεργασίας με τον θεράποντα ρευματολόγο για την σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση τους.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα χωρίστηκε σε ποσοτική και ποιοτική ανάλυση. Αρχικά 204 ασθενείς, που επιλέχθηκαν με τη χρήση του διαστρωματοποιημένου τυχαίου δείγματος, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο DOPRAQ-16 (Doctor-Patient Relationship Assessment Questionnaire-16), το ερωτηματολόγιο SF-36 (Short Form 36) και το ερωτηματολόγιο HAQ (Health Assessment Questionnaire). Ακολούθησε στατιστική ανάλυση χωρισμένη σε δύο ενότητες : στην περιγραφική στατιστική ανάλυση των βασικών δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην έρευνα και στην επαγωγική στατιστική ανάλυση και στη θεωρία ελέγχου των υποθέσεων. Στη συνέχεια συμπληρώθηκαν 15 ερωτηματολόγια με την μέθοδο της δομημένης συνέντευξης στα πλαίσια της ποιοτικής έρευνας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η στατιστική ανάλυση της ποσοτικής έρευνας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι χαμηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων οδηγούν σε καλύτερα επίπεδα φυσικών/σωματικών λειτουργιών στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι πάνω από δέκα έτη, έχουν καλύτερη ποιότητα υγείας στη διάσταση του σωματικού ρόλου και της κοινωνικής λειτουργικότητας, συγκριτικά με τους ασθενείς με μικρότερη διάρκεια σχέσης (με μεγαλύτερη διαφοροποίηση τα 2-5 έτη). Το συμπέρασμα αυτό ενισχύθηκε από την ποιοτική έρευνα,

όπου έγινε μια περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων χωρίζοντας τους ασθενείς σε επιπλέον υποκατηγορίες: διάρκεια σχέσης με το γιατρό (2-5] έτη και διάρκεια σχέσης με το γιατρό (5-7] έτη σε σύγκριση πάντα με τους ασθενείς με διάρκεια σχέσης με το γιατρό (10 και άνω] έτη και επιβεβαιώθηκε ότι η μακροχρόνια σχέση του ρευματοπαθούς με το θεράποντα ρευματολόγο επηρεάζει θετικά τη γενική κατάσταση της υγείας του, την ποιότητα ζωής του, τα συμπτώματα της νόσου του και την επίπτωση στις καθημερινές του δραστηριότητες με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα θετικό υπόβαθρο για τη δράση του φαρμάκου και να αποτελεί έναν ουσιαστικό παράγοντα επιτυχίας της θεραπείας. Τέλος, από την παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι οι δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, διάρκεια ασθένειας) έχουν επίδραση στην σχέση ιατρού-ασθενή και στην ποιότητα υγείας των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μια ολοκληρωμένη σχέση με το γιατρό οικοδομείται σιγά σιγά με το πέρασμα των ετών και θα πρέπει να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της καθημερινής ιατρικής πρακτικής, ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και η καλύτερη ποιότητα ζωής του χρόνια πάσχοντος ασθενή από ρευματικό νόσημα. Ο ρόλος του θεράποντος ρευματολόγου είναι ιδιαίτερα σημαντικός στο να βοηθήσει τον ασθενή να δεχτεί τη διάγνωση, να συμμορφωθεί με τις ιατρικές οδηγίες, να διαχειριστεί τα αρνητικά του συναισθήματα και να βάλει στόχους για το μέλλον.

ABSTRACT

PURPOSE

Effective communication between patients with chronic rheumatic diseases and their doctors is a key factor in achieving the best therapeutic result. The purpose of this study is to record, for the first time in Greece, the perceptions of patients with rheumatic diseases about the doctor-patient relationship, and its impact on their quality of life, as well as to look for the parameters that may affect it. The main purpose is the development of a medical care model focused on the needs of Greek patients with rheumatic diseases that based on a relationship of trust and cooperation with their rheumatologist for the best treatment goal.

METHOD

The research was divided into quantitative and qualitative analysis. Initially, 204 patients completed the Doctor-Patient Relationship Assessment Questionnaire-16 (DOPRAQ-16), the Short Form 36 (SF-36), and the Health Assessment Questionnaire (HAQ). The statistical analysis that followed was consisted of 2 sections: the descriptive statistical analysis of the basic socio-demographic characteristics of the participants as well as inductive statistics and hypothesis testing theory to assess the research questions. Subsequently, 15 questionnaires were completed using the structured interview method in the context of qualitative research.

RESULTS

The statistical analysis of the quantitative research concluded that lower levels of negative emotions lead to better levels of physical functions in patients with rheumatic diseases. In addition, it was found that patients with more than 10 years relationship with the doctor have a better quality of health in the context of physical role and social functionality, compared to patients with a shorter relationship duration (especially in the range of 2-5 years). This conclusion was reinforced by the qualitative research, where a further analysis of the results was made by dividing the patients into additional subcategories: duration of relationship with doctor 2-5 years and duration of relationship with doctor 5-7 years compared to patients with duration of relationship with doctor for 10 or more years. It was confirmed that the long-term patient-doctor relationship positively affects the general state of health,

the quality of life, the symptoms of the disease and the impact on daily activities, thus being an essential factor for the success of the treatment by creating a positive background for the successful effect of medical therapy. Finally, the present research has found that demographic factors (gender, age, marital status, level of education, duration of illness) influence the doctor-patient relationship and on the patients' health quality.

CONCLUSIONS

A comprehensive relationship with the doctor is built and strengthened over the years and should be essential for the health care and practice of medicine in order to achieve the best therapeutic result and the best quality of life of patients with chronic rheumatic disease. The role of the rheumatologist is particularly important for the patient in order to accept the diagnosis, to comply with medical instructions, to manage negative emotions, and to set goals for the future.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|-----------|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 14 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΟΥΣ | 16 |
| Θεωρητικές Προσεγγίσεις Στη Σχέση Ιατρού - Ασθενούς..... | 17 |
| 1. <i>Η σχέση γιατρού - ασθενούς ως σχέση κοινής συναίνεσης</i> | <i>17</i> |
| 2. <i>Η σχέση γιατρού - ασθενούς ως σχέση συγκρούσεων</i> | <i>27</i> |
| 3. <i>Η σχέση γιατρού - ασθενούς ως σχέση διαπραγμάτευσης</i> | <i>28</i> |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ | 30 |
| <i>Η έννοια της επικοινωνίας</i> | <i>30</i> |
| <i>Η διαδικασία της επικοινωνίας.....</i> | <i>31</i> |
| <i>Οι μορφές επικοινωνίας.....</i> | <i>33</i> |
| Η Επικοινωνία Ιατρού - Ασθενούς | 36 |
| <i>Δεξιότητες επικοινωνίας.....</i> | <i>40</i> |
| <i>Τεχνικές αποτελεσματικής επικοινωνίας.....</i> | <i>48</i> |
| <i>Στρατηγικές αποτελεσματικής επικοινωνίας</i> | <i>50</i> |
| <i>Παράγοντες που προάγουν την αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού - ασθενούς</i> | <i>54</i> |
| <i>Εμπόδια στην ανάπτυξη καλής επικοινωνίας γιατρού – ασθενούς.....</i> | <i>55</i> |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΟΥΣ | 60 |
| <i>Η υποδοχή του ασθενούς από το γιατρό</i> | <i>63</i> |
| <i>Η διαμόρφωση του χώρου εξέτασης</i> | <i>64</i> |
| <i>Η γνωριμία με τον ασθενή</i> | <i>64</i> |
| <i>Η λήψη του ιστορικού.....</i> | <i>65</i> |
| <i>Η εξέταση του ασθενούς.....</i> | <i>66</i> |
| <i>Η ενημέρωση του ασθενούς</i> | <i>68</i> |
| <i>Χαρακτηριστικά της συνάντησης γιατρού - ασθενούς</i> | <i>71</i> |
| <i>Τα προβλήματα επικοινωνίας στη σχέση γιατρού - ασθενούς.....</i> | <i>72</i> |
| <i>Νέα Δεδομένα Στη Σχέση Ιατρού - Ασθενούς</i> | <i>75</i> |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ | 76 |
| <i>Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών</i> | <i>77</i> |
| <i>Σημασία της μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών</i> | <i>80</i> |
| <i>Η συμμόρφωση του ασθενούς με τη φαρμακευτική αγωγή</i> | <i>84</i> |
| <i>Η σχέση ιατρού και ασθενούς ως παράγοντας συμμόρφωσης.....</i> | <i>92</i> |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ..... | 96 |

| | |
|---|------------|
| <i>Ενσυναίσθηση και συμπόνια</i> | 98 |
| <i>Η ενσυναίσθηση στη σχέση γιατρού - ασθενούς</i> | 100 |
| <i>Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση</i> | 105 |
| <i>Θετικά αποτελέσματα της ενσυναίσθησης</i> | 107 |
| <i>Επαγγελματική εξουθένωση και ενσυναίσθηση</i> | 109 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ | 113 |
| <i>Ιστορική αναδρομή</i> | 115 |
| <i>Τι είναι νόσος, αρρώστια, ασθένεια</i> | 116 |
| Χρόνια Ασθένεια | 121 |
| <i>Στάδια αντίδρασης του ασθενούς σε χρόνια νόσο</i> | 123 |
| <i>Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας νόσου</i> | 126 |
| <i>Συνέπειες της χρόνιας ασθένειας</i> | 127 |
| <i>Αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας</i> | 129 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ | 131 |
| <i>Προσαρμογή και ερμηνευτικό στυλ</i> | 135 |
| Αμυντικοί Μηχανισμοί Ασθενών Με Χρόνιο Νόσημα | 141 |
| Ψυχολογία Και Αντιδράσεις Ασθενών Με Χρόνια Ρευματικά Νοσήματα | 143 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ | 150 |
| <i>Εννοιολογικό περιεχόμενο της ποιότητας ζωής</i> | 150 |
| Ψυχολογική διάσταση..... | 151 |
| Κοινωνική διάσταση | 152 |
| Επαγγελματική διάσταση..... | 153 |
| Σωματική διάσταση..... | 153 |
| <i>Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής</i> | 155 |
| <i>Ποιότητα ζωής στις χρόνιες ασθένειες</i> | 158 |
| <i>Δείκτες της ποιότητας ζωής στα ρευματικά νοσήματα</i> | 161 |
| <i>Ποιότητα ζωής ασθενών με ρευματικά νοσήματα</i> | 166 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΙΑΤΡΩΝ - ΑΣΘΕΝΩΝ | 175 |
| <i>Επικοινωνία γιατρού - ασθενούς και ιατρικά λάθη</i> | 179 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ | 182 |
| Συνηθέστερα Ρευματικά Νοσήματα | 186 |
| <i>1. Ρευματοειδής Αρθρίτιδα</i> | 186 |
| <i>2. Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα</i> | 189 |
| <i>3. Ψωριασική Αρθρίτιδα</i> | 192 |
| <i>4. Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος</i> | 194 |

| | |
|---|------------|
| 5. Σκληρόδερμα..... | 195 |
| 6. Σύνδρομο Sjogren | 197 |
| 7. Ουρική Αρθρίτιδα | 199 |
| 8. Οστεοαρθρίτιδα | 200 |
| 9. Ρευματική Πολυμυαλγία-Κροταφική Αρτηρίτιδα | 201 |
| 10. Νόσος Αδαμαντιάδη - Behcet..... | 202 |
| 11. Δερματομυοσίτιδα..... | 203 |
| 12. Ινομυαλγία | 204 |
| Ερευνητική Ανασκόπηση | 205 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ | 218 |
| Κύριος ερευνητικός προβληματισμός | 218 |
| Ερευνητικά εργαλεία | 220 |
| Οριοθέτηση πληθυσμού μελέτης και κριτήρια επιλογής δείγματος | 223 |
| Μέθοδος δειγματοληψίας και μέγεθος δείγματος..... | 223 |
| Συλλογή δεδομένων έρευνας | 224 |
| Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν | 224 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ | 226 |
| Περιγραφική στατιστική ανάλυση | 230 |
| <i>Δημογραφικοκοινωνικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων</i> | <i>230</i> |
| <i>Περιγραφική αποτύπωση των διαστάσεων/κλιμάκων των ερωτηματολογίων ...</i> | <i>233</i> |
| Ερωτηματολόγιο ΕΣ I-A | 233 |
| Ερωτηματολόγιο SF-36..... | 236 |
| Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Υγείας - HAQ..... | 242 |
| Διερεύνηση του επιπέδου των κλιμάκων της εκτίμησης σχέσης Ιατρού – Ασθενή, της επισκόπησης υγείας SF-36 και του δείκτη HAQ..... | 244 |
| <i>Εξειδίκευση της εικόνας της σχέσης I-A στα επιμέρους χαρακτηριστικά που συγκροτούν τις δύο διαστάσεις της</i> | <i>246</i> |
| <i>Διερεύνηση της επίδρασης των κλιμάκων της σχέσης I-A στις διαστάσεις/κλίμακες της επισκόπησης υγείας SF-36</i> | <i>248</i> |
| <i>Διερεύνηση της επίδρασης των κλιμάκων της σχέσης I-A στο Δείκτη Ανικανότητας HAQ</i> | <i>249</i> |
| <i>Διερεύνηση της επίδρασης της βαθμολόγησης της σχέσης με τον Ιατρό στις διαστάσεις/κλίμακες της επισκόπησης υγείας SF-36 και στο δείκτη ανικανότητας HAQ.....</i> | <i>250</i> |
| <i>Η επίδραση των δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων στις κλίμακες της επισκόπησης υγείας SF-36</i> | <i>250</i> |
| Ομαδοποίηση ευρημάτων επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων στις διαστάσεις επισκόπησης υγείας SF-36 | 266 |

| | |
|---|------------|
| <i>Η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων στις κλίμακες αξιολόγησης Σχέσης Ιατρού - Ασθενή (I-A)</i> | 267 |
| Ομαδοποίηση ευρημάτων επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων στις κλίμακες της ΕΣ I-A..... | 274 |
| <i>Η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων στο δείκτη ανικανότητας</i> | 275 |
| Ομαδοποίηση ευρημάτων επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων στο δείκτη ανικανότητας..... | 278 |
| <i>Αποτύπωση της σχέσης ανάμεσα στην κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων (ΚΑΣ) και τη φυσική λειτουργικότητα (ΦΛ)</i> | 279 |
| Στατιστική Ανάλυση των συνολικών κλιμάκων Σωματικής και Ψυχικής Υγείας | 282 |
| <i>Περιγραφική αποτύπωση του επιπέδου των δύο διαστάσεων</i> | 283 |
| <i>Διερεύνηση της επίδρασης των κλιμάκων της σχέσης Ιατρού - Ασθενή στις δυο συνολικές διαστάσεις υγείας του SF-36</i> | 285 |
| <i>Η επίδραση των δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων στις δυο συνολικές κλίμακες του SF-36</i> | 288 |
| Ομαδοποίηση ευρημάτων επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων στις δύο συνολικές διαστάσεις επισκόπησης υγείας SF-36 | 293 |
| <i>Αποτύπωση της σχέσης ανάμεσα στη φυσική/σωματική λειτουργικότητα, την κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων και το φύλο</i> | 294 |
| <i>Αποτύπωση της σχέσης ανάμεσα στη φυσική/σωματική λειτουργικότητα, την κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων και την ηλικία</i> | 297 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ | 300 |
| Επιλογή ποιοτικής μεθόδου έρευνας | 300 |
| Ερευνητικό εργαλείο..... | 302 |
| Σχεδιασμός του πρωτοκόλλου συνέντευξης..... | 304 |
| Δείγμα ποιοτικής έρευνας..... | 306 |
| Διαδικασία διεξαγωγής της ποιοτικής έρευνας - ηθικά ζητήματα - διασφάλιση προστασίας προσωπικών δεδομένων..... | 308 |
| Ανάλυση δεδομένων της έρευνας..... | 310 |
| Ερμηνεία των αποτελεσμάτων της ποιοτικής έρευνας..... | 314 |
| <i>Α' μέρος ποιοτικής ανάλυσης</i> | 315 |
| <i>Β' μέρος ποιοτικής ανάλυσης</i> | 341 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ, ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ | 349 |
| <i>Τα Κυριότερα Συμπεράσματα της Ποσοτικής και Ποιοτικής Έρευνας – Συζήτηση</i> | 349 |
| <i>Περιορισμοί και Προτάσεις για Περαιτέρω Έρευνα</i> | 361 |

| | |
|---|------------|
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 364 |
| ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Ι: ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ | 403 |
| ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΙ: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-36 | 405 |
| ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΙΙ: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ HAQ | 408 |
| ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 412 |
| ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ..... | 414 |
| ΑΔΕΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ..... | 420 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

| | |
|---|-----|
| Σχήμα 1: Τέσσερα μοντέλα σχέσης γιατρού - ασθενή | 20 |
| Σχήμα 2: Διαστάσεις της ανθρωποκεντρικότητας | 25 |
| Σχήμα 3: Μοντέλο επικοινωνίας..... | 32 |
| Σχήμα 4: Μέσα επικοινωνίας..... | 34 |
| Σχήμα 5: Συμμόρφωση - Παραμονή στη θεραπεία | 85 |
| Σχήμα 6: Παραδοσιακή κατάταξη της υγείας..... | 113 |
| Σχήμα 7: Σύγχρονη κατάταξη της υγείας | 114 |
| Σχήμα 8: Το μοντέλο Wilson and Cleary | 160 |
| Σχήμα 9: Ερωτηματολόγιο HAQ - Health Assessment Questionnaire..... | 164 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ TABLES

| | |
|--|-----|
| Table 1: Μοντέλα σχέσης γιατρού - ασθενή..... | 19 |
| Table 2: Η κριτική της βιοϊατρικής από τον Engel..... | 23 |
| Table 3: Τύποι μη συμμόρφωσης..... | 91 |
| Table 4: Ποσοτικές Μελέτες..... | 208 |
| Table 5: Ποιοτικές Μελέτες..... | 210 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

| | |
|---|-----|
| Διάγραμμα 1: Θηκογράμματα των διαστάσεων του ΕΣ I-A, του SF-36 και του HAQ | 229 |
| Διάγραμμα 2: Ραβδόγραμμα του είδους των ρευματικών νοσημάτων - Διάγνωση | 232 |
| Διάγραμμα 3: Ραβδόγραμμα της διάρκειας της σχέσης με τον γιατρό | 232 |
| Διάγραμμα 4: Ιστόγραμμα της κλίμακας των θετικών συναισθημάτων | 235 |
| Διάγραμμα 5: Ιστόγραμμα της κλίμακας των αρνητικών συναισθημάτων | 235 |
| Διάγραμμα 6: Ιστόγραμμα της κλίμακας Φυσική Λειτουργικότητα | 237 |
| Διάγραμμα 7: Ιστόγραμμα της κλίμακας Σωματικός Ρόλος | 238 |
| Διάγραμμα 8: Ιστόγραμμα της κλίμακας Συναισθηματικός Ρόλος..... | 239 |

| | |
|---|-----|
| Διάγραμμα 9: Ιστόγραμμα της κλίμακας Ζωτικότητα | 239 |
| Διάγραμμα 10: Ιστόγραμμα της κλίμακας Πνευματική Ψυχική Υγεία..... | 240 |
| Διάγραμμα 11: Ιστόγραμμα της κλίμακας Κοινωνική Λειτουργικότητα..... | 241 |
| Διάγραμμα 12: Ιστόγραμμα της κλίμακας Σωματικού Πόνου | 241 |
| Διάγραμμα 13: Ιστόγραμμα της κλίμακας Γενική Υγεία | 242 |
| Διάγραμμα 14: Ιστόγραμμα του δείκτη Ανικανότητας HAQ..... | 244 |
| Διάγραμμα 15: Τα αποτελέσματα του One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test για τον δείκτη ανικανότητας. | 245 |
| Διάγραμμα 16: Διάγραμμα διασποράς των υπολοίπων της παλινδρόμησης, έναντι των προβλεπόμενων τιμών..... | 280 |
| Διάγραμμα 17: Θηκογράμματα των διαστάσεων Συνολικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας | 283 |
| Διάγραμμα 18: Ιστογράμματα των διαστάσεων Συνολικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας | 284 |
| Διάγραμμα 19: Διάγραμμα διασποράς των υπολοίπων της παλινδρόμησης, έναντι των προβλεπόμενων τιμών..... | 286 |
| Διάγραμμα 20: Διάγραμμα διασποράς των υπολοίπων της παλινδρόμησης, έναντι των προβλεπόμενων τιμών..... | 295 |
| Διάγραμμα 21: Διάγραμμα διασποράς των υπολοίπων της παλινδρόμησης, έναντι των προβλεπόμενων τιμών..... | 298 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ ΑΝΑΛΥΣΕΩΝ

| | |
|--|-----|
| Πίνακας 1: Έλεγχος κανονικότητας για τις διαστάσεις ΕΣ I-A, SF36, ΔΑ HAQ και την ηλικία | 227 |
| Πίνακας 2: Αποτελέσματα συντελεστή εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha..... | 228 |
| Πίνακας 3: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα ως προς το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, το επάγγελμα και τη διάρκεια της ασθένειας | 231 |
| Πίνακας 4: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τις διαστάσεις της ΕΣ I-A..... | 234 |
| Πίνακας 5: Συνολική Βαθμολόγηση σχέσης Ιατρού-Ασθενή | 236 |
| Πίνακας 6: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των διαστάσεων του SF-36 | 236 |
| Πίνακας 7: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τον Δείκτη Ανικανότητας..... | 243 |
| Πίνακας 8: Σύγκριση του δείκτη ανικανότητας με την τιμή 0,25 με το One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test | 245 |
| Πίνακας 9: Ευρήματα για τα χαρακτηριστικά της κλίμακας των θετικών συναισθημάτων με την εφαρμογή του Wilcoxon signed rank test..... | 246 |
| Πίνακας 10: Ευρήματα για τα χαρακτηριστικά της κλίμακας των αρνητικών συναισθημάτων με την εφαρμογή του Wilcoxon signed rank test | 247 |
| Πίνακας 11: Διερεύνηση γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στις κλίμακες σχέσης ιατρού-ασθενή και τις διαστάσεις ποιότητας υγείας SF-36..... | 249 |

| | |
|---|-----|
| Πίνακας 12: Διερεύνηση γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στις κλίμακες σχέσης ιατρού-ασθενή και το δείκτη ανικανότητας..... | 249 |
| Πίνακας 13: Διερεύνηση γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολόγηση της σχέσης με το γιατρό με το δείκτη ανικανότητας..... | 250 |
| Πίνακας 14: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Κατάταξη (Ranks) | 251 |
| Πίνακας 15: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Test Statistics για τη διερεύνηση της επίδρασης του φύλου στις διαστάσεις του SF36..... | 251 |
| Πίνακας 16: Αποτελέσματα Independent–samples t-test για τη διερεύνηση επίδρασης του φύλου στις διαστάσεις SF-36 | 252 |
| Πίνακας 17: Αποτελέσματα Kruskal-Wallis H test για τη διερεύνηση επίδρασης της οικογενειακής κατάστασης στις διαστάσεις SF-36..... | 253 |
| Πίνακας 18: Αποτελέσματα One Way ANOVA ή (Brown-Forsythe) test για τη διερεύνηση επίδρασης της οικογενειακής κατάστασης στις διαστάσεις SF-36 | 253 |
| Πίνακας 19: Αποτελέσματα Kruskal-Wallis H test για τη διερεύνηση επίδρασης του επιπέδου εκπαίδευσης στις διαστάσεις SF-36 | 254 |
| Πίνακας 20: Αποτελέσματα One Way ANOVA ή (Brown-Forsythe) test για τη διερεύνηση επίδρασης του επιπέδου εκπαίδευσης στις διαστάσεις SF-36..... | 255 |
| Πίνακας 21: Αποτελέσματα Kruskal-Wallis H test για τη διερεύνηση επίδρασης της διάρκειας της ασθένειας στις διαστάσεις SF-36 | 256 |
| Πίνακας 22: Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση επίδρασης της διάρκειας της ασθένειας στις διαστάσεις SF-36 | 257 |
| Πίνακας 23: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Κατάταξη (Ranks) | 258 |
| Πίνακας 24: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Test Statistics για τη διερεύνηση της επίδρασης της διάρκειας της σχέσης με τον γιατρό στις διαστάσεις του SF36 | 258 |
| Πίνακας 25: Αποτελέσματα των post hoc test, για τον έλεγχο διαφορών στο σωματικό ρόλο ανά ζεύγη διάρκειας σχέσης με το γιατρό..... | 259 |
| Πίνακας 26: Αποτελέσματα των post hoc test, για τον έλεγχο διαφορών - ομοιογένειας στο σωματικό ρόλο ανά ζεύγη διάρκειας σχέσης με το γιατρό..... | 259 |
| Πίνακας 27: Αποτελέσματα των post hoc test, για τον έλεγχο διαφορών στην κοινωνική λειτουργικότητα ανά ζεύγη διάρκειας σχέσης με το γιατρό..... | 260 |
| Πίνακας 28: Αποτελέσματα των post hoc test, για τον έλεγχο διαφορών-ομοιογένειας στην κοινωνική λειτουργικότητα ανά ζεύγη διάρκειας σχέσης με το γιατρό..... | 260 |
| Πίνακας 29: Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση επίδρασης της διάρκειας της σχέσης με το γιατρό στις διαστάσεις SF-36..... | 261 |
| Πίνακας 30: Αποτελέσματα του Tukey test, για τη μέση Ζωτικότητα και τη Γενική Υγεία ανά ζεύγη κατηγοριών διάρκειας σχέσης με το γιατρό..... | 262 |
| Πίνακας 31: Αποτελέσματα Kruskal-Wallis H test για τη διερεύνηση επίδρασης του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων στις διαστάσεις SF-36 | 264 |
| Πίνακας 32: Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση επίδρασης του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων στις διαστάσεις του SF-36..... | 264 |

| | |
|--|-----|
| Πίνακας 33: Διερεύνηση συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις διαστάσεις του SF-36 | 265 |
| Πίνακας 34: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Κατάταξη (Ranks) | 267 |
| Πίνακας 35: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Test Statistics | 267 |
| Πίνακας 36: Αποτελέσματα του παραμετρικού Kruskal Wallis H test – Κατάταξη (Ranks)..... | 268 |
| Πίνακας 37: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics | 268 |
| Πίνακας 38: Αποτελέσματα της post hoc ανάλυσης ανά ζεύγη κατηγοριών οικογενειακής κατάστασης | 269 |
| Πίνακας 39: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics | 269 |
| Πίνακας 40: Αποτελέσματα της post hoc ανάλυσης ανά ζεύγη κατηγοριών επιπέδου εκπαίδευσης | 270 |
| Πίνακας 41: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics | 271 |
| Πίνακας 42: Αποτελέσματα της post hoc ανάλυσης ανά ζεύγη κατηγοριών διάρκειας της ασθένειας | 271 |
| Πίνακας 43: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Ranks κλίμακας θετικών συναισθημάτων | 272 |
| Πίνακας 44: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics | 272 |
| Πίνακας 45: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics | 273 |
| Πίνακας 46: Διερεύνηση συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις κλίμακες ΕΣ I-A...273 | |
| Πίνακας 47: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Κατάταξη (Ranks) | 275 |
| Πίνακας 48: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Test Statistics | 275 |
| Πίνακας 49: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics | 276 |
| Πίνακας 50: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics | 276 |
| Πίνακας 51: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics | 277 |
| Πίνακας 52: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics | 277 |
| Πίνακας 53: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics | 278 |
| Πίνακας 54: Διερεύνηση συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις κλίμακες ΕΣ I-A...278 | |
| Πίνακας 55: Έλεγχος κανονικότητας για τα υπόλοιπα (residuals) της ΦΛ.....279 | |
| Πίνακας 56: Συντελεστής συσχέτισης (R), συντελεστής προσδιορισμού (R Square) και έλεγχος ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων (Durbin-Watson). | 280 |
| Πίνακας 57: Σημαντικότητα του μοντέλου | 281 |
| Πίνακας 57a: Συντελεστές της απλής γραμμικής παλινδρόμησης.....281 | |
| Πίνακας 58: Αποτελέσματα Bootstrap Correlation για τις ΚΑΣ και ΦΛ.....281 | |
| Πίνακας 59: Έλεγχος κανονικότητας για τις διαστάσεις Συνολική Σωματική Υγεία και Συνολική Ψυχική Υγεία.....282 | |
| Πίνακας 60: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τις συνολικές διαστάσεις του SF-36 | 283 |
| Πίνακας 61: Διερεύνηση γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στις κλίμακες σχέσης ιατρού-ασθενή και τις δύο διαστάσεις ποιότητας υγείας SF-36.285 | |
| Πίνακας 62: Έλεγχος κανονικότητας για τα υπόλοιπα (residuals) της ΣΥ | 286 |

| | |
|---|-----|
| Πίνακας 63: Συντελεστής συσχέτισης (R), συντελεστής προσδιορισμού (R Square) και έλεγχος ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων (Durbin-Watson)..... | 286 |
| Πίνακας 64: Σημαντικότητα του μοντέλου | 287 |
| Πίνακας 64α: Συντελεστές της απλής γραμμικής παλινδρόμησης..... | 287 |
| Πίνακας 65: Αποτελέσματα Independent–samples t-test για τη διερεύνηση επίδρασης του φύλου στις διαστάσεις ΣΥ και ΨΥ..... | 288 |
| Πίνακας 66: Αποτελέσματα One Way ANOVA ή (Brown-Forsythe) test για τη διερεύνηση επίδρασης της οικογενειακής κατάστασης στις δύο συνολικές διαστάσεις SF-36..... | 289 |
| Πίνακας 67: Αποτελέσματα One Way ANOVA ή (Brown-Forsythe) test για τη διερεύνηση επίδρασης του επιπέδου εκπαίδευσης στις δύο συνολικές διαστάσεις SF-36 | 289 |
| Πίνακας 68: Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση επίδρασης της διάρκειας της ασθένειας στις δύο συνολικές διαστάσεις SF-36..... | 290 |
| Πίνακας 69: Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση επίδρασης της διάρκειας της σχέσης στις δύο συνολικές διαστάσεις SF-36..... | 291 |
| Πίνακας 70: Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση επίδρασης του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων στις δύο συνολικές διαστάσεις του SF-36.... | 292 |
| Πίνακας 71: Διερεύνηση συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις δύο συνολικές διαστάσεις του SF-36..... | 293 |
| Πίνακας 72: Έλεγχος κανονικότητας για τα υπόλοιπα (residuals) για την ΦΛ | 295 |
| Πίνακας 73: Συντελεστής συσχέτισης (R), συντελεστής προσδιορισμού (R Square) και έλεγχος ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων (Durbin-Watson)..... | 295 |
| Πίνακας 74: Πίνακας ελέγχου συγγραμμικότητας | 296 |
| Πίνακας 75: Σημαντικότητα του μοντέλου | 296 |
| Πίνακας 76: Συντελεστές της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης..... | 296 |
| Πίνακας 77: Έλεγχος κανονικότητας για τα υπόλοιπα (residuals) για την ΦΛ | 298 |
| Πίνακας 78: Συντελεστής συσχέτισης (R), συντελεστής προσδιορισμού (R Square) και έλεγχος ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων (Durbin-Watson)..... | 298 |
| Πίνακας 79: Πίνακας ελέγχου συγγραμμικότητας | 298 |
| Πίνακας 80: Σημαντικότητα του μοντέλου | 299 |
| Πίνακας 81: Συντελεστές της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης..... | 299 |
| Πίνακας 82: Ρευματικές Παθήσεις | 311 |
| Πίνακας 83: Επιμέρους Απαντήσεις..... | 313 |
| Πίνακας 84: Απαντήσεις 1 ^{ης} Ερώτησης..... | 315 |
| Πίνακας 85: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή με Ποιόν Τρόπο Επηρεάζει την Κατάσταση της Υγείας | 316 |
| Πίνακας 86: Απαντήσεις 2 ^{ης} Ερώτησης..... | 318 |
| Πίνακας 87: Με ποιόν Τρόπο η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει το Θεραπευτικό Αποτέλεσμα | 319 |
| Πίνακας 88: Απαντήσεις 3 ^{ης} Ερώτησης..... | 320 |

| | |
|---|-----|
| Πίνακας 89: Γιατί η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Αποτελεί Παράγοντα στην Ποιότητα Ζωής | 321 |
| Πίνακας 90: Απαντήσεις 4 ^{ης} Ερώτησης..... | 322 |
| Πίνακας 91: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή πως επηρεάζει τη Φαρμακευτική Αγωγή | 323 |
| Πίνακας 92: Απαντήσεις 5 ^{ης} Ερώτησης..... | 325 |
| Πίνακας 93: Αιτίες Παραμονής και Μη Παραμονής Στον/Στη Γιατρό..... | 326 |
| Πίνακας 94: Απαντήσεις 6 ^{ης} Ερώτησης..... | 327 |
| Πίνακας 95: Ο Ρόλος του Χρόνου και του Χώρου στη Ιατρική Εξέταση..... | 328 |
| Πίνακας 96: Απαντήσεις 7 ^{ης} Ερώτησης..... | 330 |
| Πίνακας 97: Το Εκπαιδευτικό Επίπεδο Στην Κατανόηση των Οδηγιών | 331 |
| Πίνακας 17: Απαντήσεις 8 ^{ης} Ερώτησης..... | 333 |
| Πίνακας 99: Η Μακροχρόνια Σχέση Ιατρού - Ασθενή πώς Επηρεάζει τα Συμπτώματα & την Καθημερινή Δραστηριότητα | 334 |
| Πίνακας 100: Απαντήσεις 9 ^{ης} Ερώτησης..... | 336 |
| Πίνακας 101: Η Σχέση Ιατρού με τους Μακροχρόνιους Ασθενείς..... | 337 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

| | |
|--|-----|
| Γράφημα 1: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει την Κατάσταση της Υγείας Σας;..... | 316 |
| Γράφημα 2: Η Σχέση Ιατρού – Ασθενή Επηρεάζει το Θεραπευτικό Αποτέλεσμα;..... | 318 |
| Γράφημα 3: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Αποτελεί Παράγοντα στην Ποιότητα Ζωής; ... | 320 |
| Γράφημα 4: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει τη Φαρμακευτική Αγωγή;..... | 323 |
| Γράφημα 5: Θα Παραμένετε σε έναν Γιατρό που Δεν Ακούει τις Ανησυχίες σας;..... | 325 |
| Γράφημα 6: Τί Ρόλο Παίξει ο ΧΡΟΝΟΣ που Αφιερώνει ο Γιατρός..... | 327 |
| Γράφημα 7: Τί Ρόλο Παίξει ο ΧΩΡΟΣ που Εξετάζει ο Γιατρός..... | 328 |
| Γράφημα 8: Το Εκπαιδευτικό Επίπεδο Επηρεάζει την Κατανόηση των Οδηγιών; | 331 |
| Γράφημα 9: Το Εκπαιδευτικό Επίπεδο Επηρεάζει στην Κατανόηση των Οδηγιών;..... | 332 |
| Γράφημα 10: Η Μακροχρόνια Σχέση Ιατρού - Ασθενή Συμβάλει στη Βελτίωση των...334 | |
| Γράφημα 11: Οι Χρόνιοι Ασθενείς με την Πάροδο του Χρόνου Αυξάνουν τις Απαιτήσεις τους προς το Γιατρό τους;..... | 336 |
| Γράφημα 12: Η Σχέση του Ιατρού με τους Μακροχρόνιους Ασθενείς..... | 337 |
| Γράφημα 13: Τί Προσδοκούν από τον/τη γιατρό κατά την Ιατρική Επίσκεψη | 339 |
| Γράφημα 14: Τί Προσδοκούν από τον/τη γιατρό κατά την Ιατρική Επίσκεψη | 339 |
| Γράφημα 15: Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει την Κατάσταση της Υγείας Σας;..... | 342 |
| Γράφημα 16: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει το Θεραπευτικό Αποτέλεσμα;..... | 342 |
| Γράφημα 17: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Αποτελεί Παράγοντα Στην Ποιότητα Ζωής; ..343 | |
| Γράφημα 18: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει το Αποτέλεσμα της | 343 |
| Γράφημα 19: Η Μακροχρόνια Σχέση Ιατρού - Ασθενή έχει Αντίκτυπο στα Συμπτώματα & τις Δραστηριότητες; | 344 |
| Γράφημα 20: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει την Κατάσταση της Υγείας Σας;...345 | |
| Γράφημα 21: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει το Θεραπευτικό Αποτέλεσμα;..... | 346 |

| | |
|---|--|
| Γράφημα 22: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Αποτελεί Παράγοντα Στην Ποιότητα Ζωής; .346 | |
| Γράφημα 23: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει το Αποτέλεσμα της Φαρμακευτικής Αγωγής;.....347 | |
| Γράφημα 24: Η Μακροχρόνια Σχέση Ιατρού - Ασθενή έχει Αντίκτυπο στα Συμπτώματα & τις Δραστηριότητες;347 | |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ & ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

- **ΕΟΠΥΥ:** Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
- **ΜΣΑΦ:** Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα
- **ΠΟΥ:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- **ΣΕΛ:** Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος
- **ACR:** Αμερικάνικο Κολλέγιο Ρευματολογίας / American College of Rheumatology
- **ANA:** Antinuclear Antibodies
- **ANTI-CCP:** Antibodies - Cyclic Citrullinated Peptide
- **ANTI-dsDNA:** Anti – Double Stranded DNA
- **ANTI-JO:** Antibodies Against Histidyl – tRNA Synthetase
- **ANTI-La/SS-B:** Autoantibodies Directed Against La Protein
- **ANTI-Ro/SS-A:** Antibodies Against Ro Protein
- **ANTI-SM:** Antibodies – Smith
- **ANTI-SSA:** Anti – Sjogren’s Syndrome - Related Antigen A auto antibodies
- **ANTI-SSB:** Anti – Sjogren’s Syndrome - Type B auto antibodies
- **CDAI:** Clinical Disease Activity Index
- **CRP:** C – Reactive Protein
- **CPK:** Creative Phosphokinases
- **csDMARDs:** Conventional Synthetic DMARDs
- **DAS:** Disease Activity Score
- **DMARDs:** Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs
- **DNA:** Deoxyribonucleic Acid
- **DOPRAQ-16:** Doctor Patient Relationship Assessment Questionnaire-16
- **EULAR:** European League Against Rheumatism
- **EuroQoL:** Euro Quality of Life
- **EQ-15D:** Euro Questionnaire - 15 Dimensional
- **FAS:** Fatigue Analogue Scale
- **HAQ:** Health Assessment Questionnaire
- **HAQ-DI:** Health Assessment Questionnaire – Disability Index
- **HLA:** Human Leukocyte Antigens
- **HRQoL:** Health Related Quality of Life / Σχετική Με Την Υγεία Ποιότητα Ζωής
- **JAK:** Janus Kinase Inhibitors

- **NHS:** National Health System / Εθνικό Σύστημα Υγείας Ηνωμένου Βασιλείου
- **PGA:** Patient Global Assessment
- **RA:** Rheumatoid Arthritis / Ρευματοειδής Αρθρίτιδα
- **SDAI:** Simplified Disease Activity Index
- **SF-36:** Short Form – 36 Items
- **T2T:** Treat to Target
- **ΤΚΕ:** Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών
- **VAS:** Visual Analogue Scale
- **WHO:** World Health Organization
- **WHOQoL:** World Health Organization - Quality of Life
- **WPS:** Work Productivity Scale

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τον 4ο αιώνα π.Χ. ο Ιπποκράτης είχε επισημάνει την σπουδαιότητα και τις δυνατότητες που έχει η συμπεριφορά του γιατρού προς τον ασθενή: *“Ο ασθενής, παρότι έχει επίγνωση του γεγονότος ότι η κατάστασή του ενέχει κινδύνους, μπορεί να ανακτήσει την υγεία του απλώς και μόνο επειδή έχει μείνει ευχαριστημένος από την καλοσύνη του ιατρού”* (DiMatteo M.R & Leslie R. Martin, 2011). Όταν οι ασθενείς πιστεύουν ότι δεν τους κατανοεί ο γιατρός τους, τότε είναι πιθανό να μην νιώθουν ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα που τους παρέχεται, να αλλάζουν συχνά γιατρούς και να συμμορφώνονται σε μικρότερο βαθμό με τις φαρμακευτικές οδηγίες που τους δίνονται (Frankel RM, 1995).

Η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού - ασθενή συγκεντρώνει την προσοχή των ερευνητών και αποτελεί ζητούμενο της ιατρικής εξέλιξης. Κατά κύριο λόγο το ενδιαφέρον του γιατρού επικεντρώνεται στις ανατομικές βλάβες, τη διάγνωση και τις εργαστηριακές εξετάσεις. Στις μέρες μας, όμως, έχει αλλάξει η προσέγγιση αυτή. Ενώ παλιά θεωρούσαμε ότι το σώμα χωρίζεται από την ψυχή, σήμερα ο ανθρώπινος οργανισμός θεωρείται μια ενιαία ψυχοβιολογική οντότητα, όπου μεταξύ σώματος και ψυχής υπάρχει μια αμοιβαία αλληλεπίδραση (Γκυρ Ζαν, 1993). Ο ψυχικός παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο, όχι μόνο στις ψυχικές παθήσεις, αλλά και στις νόσους των λεγόμενων οργανικών συστημάτων (όπως το έλκος, το άσθμα κ.λπ.). Μπορεί όμως να παρουσιάζεται δευτερογενώς και να επιτείνει μια σωματική κατάσταση ή να δυσκολεύει το χειρισμό της (όπως για παράδειγμα το άγχος που εμφανίζεται σε χρόνιες παθήσεις).

Η ύπαρξη θεραπευτικής σχέσης αναγνωρίζεται σε κάθε είδος επικοινωνίας γιατρού - ασθενή, ανεξαρτήτου θεραπευτικής προσέγγισης. Ήδη από το 1913 ο Φρόιντ (Freud S, 1913), (Swift J.K & Greenberg R.P, 2015) μίλησε για τη *“θεραπευτική συμμαχία ασθενή και γιατρού”* (*therapeutic alliance*), για την συνειδητή συναινετική σχέση τους. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, ασθενής και γιατρός συμφωνούν ότι πρέπει να συμμαχήσουν, για να επιτύχουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα απέναντι στα προβλήματα του ασθενή.

Η αρμονική σχέση του γιατρού με τον ασθενή αποτελεί βασικό στοιχείο για την επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος. Μια καλή και εποικοδομητική σχέση, όπου θα υπάρχει συνεργασία με τον γιατρό για κοινές αποφάσεις στην επιλογή των θεραπευτικών σχημάτων, μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να διαχειριστεί αποτελεσματικά τα συμπτώματά του και να συμμορφωθεί με την θεραπεία που του προτείνεται. Πρόκειται για μια

σχέση εμπιστοσύνης και αποδοχής. Οφείλει ο γιατρός κατά τη συνάντηση με τον ασθενή να δημιουργεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης και σεβασμού, μέσα στο οποίο ο ασθενής μπορεί να εκφράσει ελεύθερα τους προβληματισμούς του, χωρίς να νιώθει ότι δέχεται κριτική και με την πεποίθηση ότι ο γιατρός τον ακούει με υπομονή και κατανόηση. Και οι δύο συμμετέχοντες πρέπει να νιώθουν άνετα μεταξύ τους, ώστε να επιτυγχάνεται μια ουσιαστική και δημιουργική συνάντηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Σύμφωνα με τους (Balint E, Courtenay M, Elder A, Hull S, Julian P, 1993) “στην καρδιά της Ιατρικής βρίσκεται πάντα η ανθρώπινη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή. Αυτή αποτελεί διαχρονικά τον πυρήνα της ιατρικής εργασίας, που παραμένει ανεπηρέαστος από τις οποιοσδήποτε επιστημονικές και τεχνικές εξελίξεις.”

Η επαφή με το γιατρό αποτελεί μια αποφασιστική στιγμή του ατόμου, που αισθάνεται ότι νοσεί και χρίζει περίθαλψης. Αλλά και για τους γιατρούς η σχέση με τους ασθενείς αποτελεί σημαντικό ζήτημα και οφείλουν να υπολογίζουν την άποψη τους αν θέλουν να υπακούσουν τις οδηγίες τους. Από την άλλη, οι γιατροί γνωρίζουν ότι ο βασικός λόγος δυσαρέσκειας σε πολλές δημοσκοπήσεις και μελέτες αφορά την **επικοινωνία** μεταξύ ασθενών και γιατρών. Ο Αμερικανός γιατρός (Peabody W. Francis, 1927) διατύπωσε την ιδέα ότι ένας σημαντικός αριθμός ασθενών υπέφερε από διαταραχές των οποίων τα οργανικά αίτια δεν μπορούσαν να διερευνηθούν και μόνο μέσα από μια ευνοϊκή σχέση γιατρού - ασθενή επιτρεπόταν ο καθορισμός των ψυχικών διαταραχών, που αποτελούσαν την πηγή του κακού. Αρκετές δεκαετίες αργότερα, ο Άγγλος ψυχαναλυτής (Balint M, 1960) θα αναπτύξει μια θεωρία της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας, βασισμένης πάνω σε αυτό που αποκαλεί “*φάρμακο-γιατρός*”, σύμφωνα με την οποία η προσοχή και η κατανόηση του ασθενή μπορούν να θεραπεύσουν όπως ακριβώς και ένα φάρμακο.

Για τους κοινωνιολόγους όμως η προσέγγιση της σχέσης γιατρού - ασθενή δεν πρέπει να γίνεται με όρους αποκλειστικά ψυχολογικούς. Επίσης, η επαφή ανάμεσα σε αυτά τα δύο άτομα δεν πρέπει να περιορίζεται στο διαπροσωπικό στοιχείο. Σύμφωνα με τον (Blum SW, 1963a) η σχέση γιατρού - ασθενή θα πρέπει να μελετηθεί σε ένα ευρύτερο πεδίο με περισσότερα στοιχεία χωρίς περιορισμούς μονό ως προς την προσωπικότητα και τα χαρακτηριστικά του γιατρού και του ασθενή. Ο (Bastide R, 1972) έγραψε ότι “*ο θεραπευτικός διάλογος είναι μια ανταλλαγή μεταξύ δύο στοιχείων της κοινωνίας, παρά μεταξύ δύο ατόμων*”. Είναι η συνάντηση δύο διαφορετικών κοινωνικών ομάδων, που έρχονται σε επαφή μεταφέροντας διαφορετικές αντιλήψεις.

Η κοινωνιολόγος Montagou Ashley το 1963 ανέφερε ότι η ιατρική δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται απλά ως τέχνη ή επιστήμη, αλλά ως μια “*ιδιαίτερη σχέση*” που αναπτύσσεται μεταξύ δύο ατόμων, του γιατρού και του ασθενή και η σχέση αυτή θεωρείται ένα αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας (Κουτσοσίμου Μελλομένη, 2007).

Σύμφωνα με τον (Robinson D, 1973): “οι απόψεις του επαγγελματία, που διαμορφώθηκαν από την κλινική εμπειρία και την εκπαίδευση του, μπορούν να διαφέρουν σε έμφαση, σε περιεχόμενο ή σε επίπεδο προτεραιοτήτων από τις απόψεις του ασθενή, σαφώς επηρεαζόμενες από την ανάγκη αντιμετώπισης ενός ειδικού προβλήματος, από τις κοινωνικοπολιτιστικές αντιλήψεις σχετικά με τη φύση του προβλήματος και το φάσμα των δυνατών απαντήσεων σ’ αυτό”.

Η **σχέση** που αναπτύσσεται ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή, απασχόλησε από νωρίς τις κοινωνικές επιστήμες καθώς :

- 1^{ον}. Η θεραπευτική σχέση θεωρείται μια κοινωνική σχέση.
- 2^{ον}. Η φύση της σχέσης τους παίζει σπουδαίο ρόλο στη διάγνωση και στη θεραπευτική προσέγγιση
- 3^{ον}. Η ποιότητα της σχέσης τους επηρεάζει τα αποτελέσματα της θεραπείας.

Θεωρητικές Προσεγγίσεις Στη Σχέση Ιατρού - Ασθενούς

Υπάρχουν ποικίλες θεωρητικές προσεγγίσεις που προσπαθούν να ερμηνεύσουν τη σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Οι αναλύσεις με κοινωνιολογικό χαρακτήρα των σχέσεων αυτών διακρίνονται σε δύο τύπους. Ο πρώτος τύπος είναι η **μακροθεωρητική προσέγγιση**, που προσδιορίζει τη σχέση στο πλαίσιο της οργάνωσης και της συνολικής κοινωνικής δομής (θεωρίες της κοινής συναίνεσης και θεωρίες των συγκρούσεων) και ο δεύτερος τύπος η **μικροθεωρητική προσέγγιση**, η οποία εστιάζει το ενδιαφέρον της στη δυναμική των σχέσεων (σχέσεις διαπραγμάτευσης).

1. Η σχέση γιατρού - ασθενούς ως σχέση κοινής συναίνεσης

Η ανάλυση του (Parsons T, 1951) κατέχει προεξέχουσα θέση στην κοινωνιολογία της υγείας, διότι πάνω σε αυτή βασίστηκαν μεταγενέστερες θεωρίες που προσπάθησαν να ερμηνεύσουν τις σχέσεις ασθενών και γιατρών. Κατά τον Parsons η ομαλή λειτουργία της κοινωνίας συντελείται από τους πρωταγωνιστές οι οποίοι εκτελούν τους ρόλους τους. Ειδικότερα, ο ρόλος του ασθενή και ο ρόλος του γιατρού συνεπάγονται υποχρεώσεις και δικαιώματα και έχουν συγκεκριμένες προσδοκίες.

Όταν κάποιος νοσήσει υπεισέρχεται στο “ρόλο του αρρώστου” (sick role), ο οποίος θεωρείται παρωδικός και δυσάρεστος και επιβάλλεται να επιστρέψει το συντομότερο δυνατό

σε κατάσταση υγείας. Ο ρόλος αυτός τον φέρνει σε μια κατάσταση αδυναμίας και ανικανότητας και του επιτρέπει, λόγω αυτής της κατάστασης, να μην ασχοληθεί μια συγκεκριμένη περίοδο με τις συνηθισμένες δραστηριότητες και υποχρεώσεις του. Έχει όμως την υποχρέωση να αποκαταστήσει και να επαναφέρει την υγεία του στην πρότερη κατάσταση, για αυτό είναι υποχρεωμένος να αναζητήσει ιατρική φροντίδα και συνεργασία με κάποιον γιατρό. Χρειάζεται βοήθεια και δεν μπορεί να ανταπεξέλθει μόνος του, γι' αυτό και δεν ευθύνεται ο ίδιος για την αδυναμία του και την ανικανότητα του την συγκεκριμένη περίοδο.

Ενώ, λοιπόν, ο ασθενής αναμένεται να συνεργαστεί πλήρως με το γιατρό, ο γιατρός αναμένεται να ασκήσει την επιστήμη του για να αποκαταστήσει την υγεία του ασθενή. Θα πρέπει να ενεργεί στα πλαίσια της ιατρικής δεοντολογίας, αλλά πάντα προς όφελος του ασθενή μένοντας αντικειμενικός και συναισθηματικά αμέτοχος. Αν ο γιατρός ανταποκρίνεται σε αυτές τις υποχρεώσεις σε αντάλλαγμα του δίνονται τα εξής δικαιώματα: *το δικαίωμα της σωματικής και συναισθηματικής εξέτασης του ασθενή, το δικαίωμα της υπεροχής απέναντι στον ασθενή και το δικαίωμα της ιατρικής πράξης.*

Φαίνεται, λοιπόν, ότι παρότι η σχέση γιατρού - ασθενή είναι “άνιση” ο Parsons τη χαρακτηρίζει ως σχέση “κοινής συναίνεσης”. Η ανισότητα έγκειται στο ότι ο γιατρός αποτελεί μια εξουσιαστική μορφή, που προσφέρει εξειδικευμένη γνώση, ενώ ο ασθενής αποτελεί παθητικό δέκτη της φροντίδας. Έτσι, σύμφωνα με τον Parsons υπάρχει ένα “επικοινωνιακό χάσμα” ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Εντούτοις, για τον ίδιο αυτή η ανισότητα δεν θεωρείται ως πρόβλημα, γιατί ο γιατρός ασκώντας την ιατρική με βάση κάποιους κοινωνικούς κανόνες παρέχει βοήθεια, υποστήριξη και θεραπεία στους ασθενείς.

Οι (Szasz TS & Hollender MH, 1956) ανέπτυξαν μια διαφορετική θεωρία τριών μοντέλων για την σχέση κοινής συναίνεσης στη σχέση γιατρού - ασθενή:

α. Το πρώτο μοντέλο της **ενεργητικότητας - παθητικότητας** (activity / passivity) αφορά περιπτώσεις ασθενών που δεν έχουν επαφή με τις ιατρικές πράξεις, γιατί είτε βρίσκονται σε κόμα είτε σε αναισθησία είτε έχουν κάποιο σοβαρό τραύμα. Στις περιπτώσεις αυτές ο ασθενής δέχεται ως παθητικός αποδέκτης τις προερχόμενες από τον ενεργό γιατρό ιατρικές πράξεις.

β. Το δεύτερο μοντέλο της **κατευθυνόμενης συνεργασίας** (guidance cooperation) αφορά τις οδηγίες, τις συμβουλές και την κατεύθυνση της θεραπευτικής προσέγγισης, που

δίνει ο γιατρός και τις οποίες ο ασθενής ακολουθεί προκειμένου να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του. Σε αυτό το μοντέλο ο ασθενής μόνο εκτελεί, αφήνοντας στο γιατρό τις σημαντικές αποφάσεις της διάγνωσης και τη θεραπείας. Τέτοια σχέση παρατηρείται στα έκτακτα περιστατικά, όπως είναι οι λοιμώδεις - εμπύρετες καταστάσεις.

γ. Το τρίτο μοντέλο της **αμοιβαίας συμμετοχής** (mutual participation) αφορά την ανάπτυξη μιας μόνιμης συνεργασίας ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Εμφανίζεται συνήθως σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα (όπως υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, εκφυλιστική αρθρίτιδα κ.α.), οι οποίοι είναι αναγκασμένοι να επισκέπτονται ανά τακτικά χρονικά διαστήματα το γιατρό τους. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η ανταλλαγή απόψεων με το γιατρό, οι προβληματισμοί, οι στόχοι καθορίζουν τη διαχείριση της θεραπείας και της υγείας γενικότερα.

Table 1: Μοντέλα σχέσης γιατρού - ασθενή

| | Μοντέλο | Ρόλος του γιατρού | Ρόλος του ασθενή | Κλινική εφαρμογή του μοντέλου σε ασθένειες | Πρότυπο του μοντέλου |
|---|-------------------------------|--|--|--|--------------------------|
| 1 | Ενεργητικότητα – Παθητικότητα | Κάνει κάτι στον ασθενή χωρίς τη δική του συμμετοχή | Αποδέκτης (ανίκανος να αντιδράσει ή να κινητοποιηθεί) | Αναισθησία, οξύ τραύμα, κόμα, ντελίριουμ κ.λπ. | Γονέα - βρέφους |
| 2 | Βοήθεια – Συνεργατικότητα | Υποδεικνύει στον ασθενή τι να κάνει | Συνεργάτης (υπακούει) | Οξεία τραύματα, μολυσματικές ασθένειες, κ.λπ. | Γονέα – παιδιού (εφήβου) |
| 3 | Αμοιβαία συμμετοχή | Βοηθά τον ασθενή να βοηθήσει τον εαυτό του | Συμμετέχον στη “συνεργασία” (χρησιμοποιεί βοήθεια ειδικού) | Οι περισσότερες χρόνιες ασθένειες, κ.λπ. | Ενήλικου - ενήλικου |

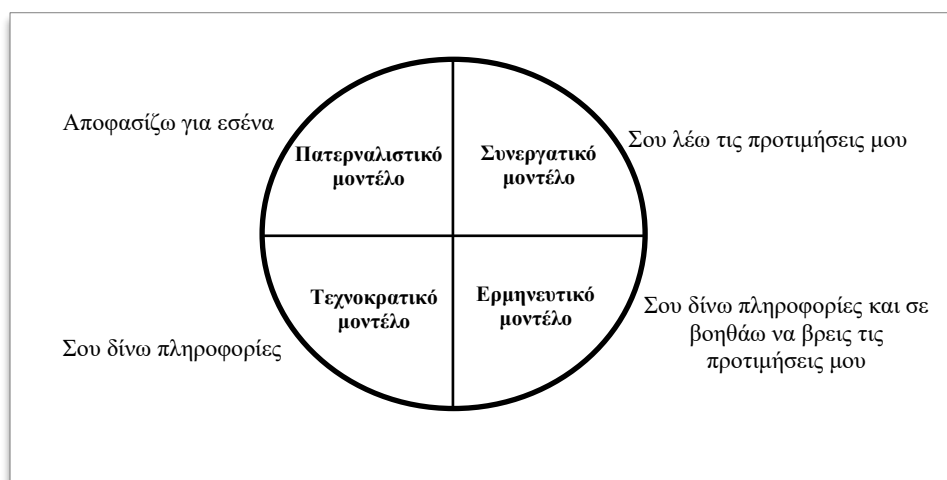
(Szasz TS & Hollender MH, 1956)

Τα τρία αυτά μοντέλα διαφοροποιούνται με βάση την ελευθερία του ασθενή να εκφράσει απόψεις και απορίες. Στα δύο πρώτα μοντέλα στερείτε ελευθερίας ο ασθενής γιατί στο ένα είναι αδύνατη η επικοινωνία του και στο δεύτερο η συμμετοχή του περιορίζεται στις ερωτήσεις που του ασκούνται. Το τρίτο μοντέλο, που θεωρείται και το πιο αποτελεσματικό στηρίζεται στην ελευθερία του ασθενή να εκφράσει απόψεις, απορίες και βάσει ερευνών μπορεί να αναλάβει και ενεργό ρόλο στις αποφάσεις για την πορεία, τη διατήρηση και τη βελτίωση της υγείας του.

Με την περαιτέρω ανάπτυξη και μελέτη των τριών μοντέλων των Szasz και Hollender προέκυψαν και αναπτύχθηκαν τέσσερα μοντέλα :

- το **πατερναλιστικό μοντέλο**, σύμφωνα με το οποίο ο γιατρός παίρνει τις αποφάσεις για την θεραπεία χωρίς τη συμμετοχή του ασθενή και την υποχρέωση να κάνει ό,τι καλύτερο μπορεί για τον ασθενή.
- το **τεχνοκρατικό μοντέλο**, σύμφωνα με το οποίο παρέχονται όλες οι αναγκαίες πληροφορίες στον ασθενή προκειμένου να συνδράμει στην όποια απόφαση.
- το **ερμηνευτικό μοντέλο**, η βασική αρχή του οποίου είναι η βοήθεια του γιατρού στην έκφραση των αξιών του ασθενή μέσω ερμηνειών και παροχή ιατρικών υπηρεσιών σύμφωνα με τη θέληση του ασθενή.
- το **συνεργατικό μοντέλο**, σύμφωνα με το οποίο ο διάλογος και η διαβούλευση συμβάλλουν στη διαμόρφωση σεβαστών και ορθολογικών θέσεων.

Σχήμα 1: Τέσσερα μοντέλα σχέσης γιατρού - ασθενή



(Emanuel EJ, Emanuel LL, 1992)

Η σχέση, όμως, γιατρού - ασθενή μπορεί να κατηγοριοποιηθεί βάσει τεχνικών στοιχείων αλλά και του περιεχομένου της. Πάνω σε αυτή τη βάση και σύμφωνα με μια έρευνα των (Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles WB, Inui J, 1997) υπάρχουν πέντε διαφορετικοί τύποι επικοινωνίας:

- Ο **αυστηρά βιοϊατρικός τύπος** (narrowly biomedical) στον οποίο η συζήτηση βασίζεται στη βιοϊατρική ορολογία.
- Ο **διευρυμένος βιοϊατρικός τύπος** (expanded biomedical) στον οποίο λαμβάνονται υπόψη ψυχοκοινωνικά θέματα.

- Ο **βιοψυχοκοινωνικός τύπος** (biopsychosocial) στον οποίο ο χρόνος της επικοινωνίας κατανέμεται ισόποσα ανάμεσα σε βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου.
- Ο **ψυχοκοινωνικός τύπος** (psychosocial) στον οποίο η αλληλεπίδραση είναι πρωταρχικά ψυχοκοινωνικής φύσης.
- Ο **καταναλωτικός τύπος** (consumerist) στον οποίο η σχέση γιατρού - ασθενή πλησιάζει στα πρότυπα συναλλαγής, όπου ο ασθενής εκφράζει απορίες, προβληματισμούς και ερωτήσεις και ο γιατρός καλείται να απαντήσει.

Συγκεκριμένα, ο αυστηρά βιοϊατρικός τύπος στηρίζεται σε κλειστές κατευθυνόμενες ερωτήσεις από το γιατρό και συζήτηση με καθαρά ιατρικό περιεχόμενο. Στον διευρυμένο βιοϊατρικό τύπο, ο έλεγχος παραμένει στον γιατρό με τη διαφορά πως δίνει περιθώριο στη συζήτηση να αναπτυχθούν και ψυχοκοινωνικά θέματα για την καλύτερη προσέγγιση του ασθενή. Στον βιοψυχοκοινωνικό τύπο υπάρχει ισορροπία στην αμιγώς ιατρική προσέγγιση και στην ψυχοκοινωνική παρουσία του ασθενή, ο οποίος έχει ελευθερία να εκφράσει την προσωπική του κατάσταση χρησιμοποιώντας περισσότερες ανοικτές ερωτήσεις. Ο ψυχοκοινωνικός τύπος δίνει περισσότερο έμφαση στην ψυχολογία και τις ανάγκες του ασθενή και λιγότερο στην φύση της ασθένειας. Ο τελευταίος τύπος χαρακτηρίζεται ως καταναλωτικός, κατά τον οποίο ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να κάνει ερωτήσεις, να εκφράσει προβληματισμούς και απορίες προς το γιατρό, ο οποίος προσπαθεί να δώσει, με τη σειρά του, τις κατάλληλες απαντήσεις.

Στη σύγχρονη εποχή κυριαρχούν δύο βασικές προσεγγίσεις: α) το **βιοϊατρικό μοντέλο** και β) το **βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο**.

Το **βιοϊατρικό μοντέλο** αποτελεί μια πρώτη προσέγγιση που πραγματοποιήθηκε με στόχο την ερμηνεία της ασθένειας. Το μοντέλο αυτό στηρίζεται σε πέντε άξονες: το πνεύμα και το σώμα μπορούν να αντιμετωπιστούν ως ξεχωριστές οντότητες, γνωστό ως *δυσισμός πνεύματος - σώματος*, το σώμα μπορεί να “επισκευαστεί” όπως μια μηχανή, αναγνωρίζεται η *επιτακτική αναγκαιότητα της χρήσης της τεχνολογίας*, η βιοϊατρική είναι *αναγωγική*, δηλαδή παραβλέπει τους κοινωνικούς ή ψυχολογικούς παράγοντες και επικεντρώνεται στα βιολογικά αίτια της νόσου και τέλος προϋπόθεση για την πρόκληση κάθε νόσου είναι ο *παθογόνος παράγοντας*.

Το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζει μέχρι και σήμερα το μεγαλύτερο μέρος της σύγχρονης ιατρικής πρακτικής. Με βάση αυτό η ασθένεια είναι αποκλειστικά ένα σωματικό πρόβλημα, ανεξάρτητα από το ρόλο των ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων και το οποίο απαιτεί από τον γιατρό να θεραπεύσει παρέχοντας την απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη. Η ασθένεια αποτελεί ένα μοναδικό κομμάτι της ανθρώπινης ζωής και δεν ασχολείται με τον τρόπο με τον οποίο αυτή επηρεάζει την προσωπική και κοινωνική ζωή ενός ατόμου, αλλά μόνο με τη φύση της νόσου και τη θεραπεία της. Είναι η δημιουργία μιας σχέσης στην οποία ο γιατρός αξιολογεί την ασθένεια και παρέχει συμβουλές και τις κατάλληλες θεραπείες, τις οποίες ο ασθενής πρέπει να ακολουθήσει για την ίαση της νόσου του.

Ο (Engel G, 1977) παρουσίασε μια πιο ολιστική πρόταση, το **βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο**. Αυτό το μοντέλο βλέπει την ασθένεια πιο ολιστικά, επειδή εστιάζει όχι μόνο στη σωματική βλάβη που προκαλείται από αυτή, αλλά και στις επιπτώσεις που έχει στην ψυχική και κοινωνική υγεία του ασθενή. Σε αυτήν την προσέγγιση, ο γιατρός δεν ενεργεί με κλειστού τύπου ερωτηματολόγια, αλλά δίνει στον ασθενή την ευκαιρία να εκφράσει τις σκέψεις και τις ανησυχίες του. Λόγω της πιο ολιστικής προσέγγισης, κατανοείται καλύτερα η πολυπλοκότητα και η μοναδικότητα κάθε ατόμου. Επομένως, η προσέγγιση του γιατρού είναι ολοκληρωμένη και ικανή να καλύψει τις ανάγκες του.

Σε ένα τέτοιο μοντέλο, η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή είναι μια σχέση επικοινωνίας και συνεργασίας, στην οποία οι ασθενείς επικοινωνούν με το γιατρό τους, παρουσιάζουν τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους και στην συνέχεια μοιράζονται σκέψεις και απόψεις προκειμένου να οδηγηθούν στην αποτελεσματικότερη για αυτούς θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο άρρωστος έχει πλέον ενεργητικό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας του. Με το τρόπο αυτό η σχέση γιατρού - ασθενή καθίσταται ισότιμη και συνεργάζονται και οι δύο πλευρές, ώστε να κατανοήσουν τους οργανικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, που έπαιξαν ρόλο στην ανάπτυξη της ασθένειας.

Η ανάγκη για τη δημιουργία ενός τέτοιου είδους μοντέλου σύμφωνα με τον Engel προέκυψε από την αδυναμία του βιοϊατρικού μοντέλου να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ασθενή. Οι βασικοί λόγοι που ευθύνονται για αυτό αναφέρονται στον πίνακα 2.

Table 2: Η κριτική της βιοϊατρικής από τον Engel

| | |
|------|--|
| I. | Μια βιοχημική αλλαγή δε μεταφράζεται άμεσα σε ασθένεια. Η εμφάνιση της ασθένειας επέρχεται από την αλληλεπίδραση ποικιλόμορφων αιτιολογικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων αυτών σε μοριακό, προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Επίσης, ψυχολογικές μετατροπές μπορούν υπό ορισμένες προϋποθέσεις, να εκδηλωθούν ως ασθένειες ή παράπονα που συνιστούν προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων κατά καιρούς και βιοχημικούς παραμέτρους. |
| II. | Η παρουσία μίας βιολογικής εκτροπής από την κανονικότητα δεν αποκαλύπτει το νόημα των συμπτωμάτων για τον ασθενή, ούτε απαραίτητα ενισχύει τις δεξιότητες με τις οποίες ο ιατρός θα συλλέξει και θα επεξεργαστεί επαρκώς πληροφορίες. |
| III. | Οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές είναι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της προδιάθεσης στην εκδήλωση, στη βαρύτητα και στην πορεία της ασθένειας από ότι ήταν βιοϊατρικά παραδεκτό. |
| IV. | Η αποδοχή του ρόλου του ασθενούς δε συνδέεται απαραίτητα με την παρουσία ενός βιολογικού παθολογικού στοιχείου. |
| V. | Η επιτυχία και των βιολογικών θεραπευτικών αγωγών επηρεάζεται από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, π.χ. το επονομαζόμενο εικονικό φάρμακο. |
| VI. | Η σχέση ασθενή – γιατρού επηρεάζει τις ιατρικές εκβάσεις, ακόμη και μόνο χάρη της επιρροής στη συμμόρφωση με την αγωγή. |
| VII. | Οι ασθενείς επηρεάζονται βαθύτατα από τον τρόπο που μελετώνται, και οι ερευνητές της μελέτης επηρεάζονται από τα υποκείμενά τους. |

(Borrel - Carrio F, Suchman LA, Epsein MR, 2004)

Κάνοντας σύγκριση στα δύο μοντέλα συμπεραίνει κανείς ότι το βιοϊατρικό μοντέλο είναι το πιο αυστηρό γιατί ενισχύει το ρόλο του γιατρού και περιορίζει το ρόλο του ασθενή, αντίθετα, το βιοψυχοκοινωνικό είναι το πιο προσφιλές μοντέλο γιατί τοποθετεί στον κεντρικό ρόλο τον ασθενή και τις ανάγκες του. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσεγγίζει πιο ολοκληρωμένα την ασθένεια, αφού λαμβάνει υπόψη και τη σωματική αναπηρία που προκαλείται από την ασθένεια αλλά και την ψυχική αναπηρία που είναι απόρροια της πρώτης. Επί της ουσίας τα δύο αυτά μοντέλα αντικατοπτρίζουν δύο αντίθετες ιδεολογίες για την άσκηση της ιατρικής: η μία που καλεί το γιατρό να ασκεί αμιγώς την ιατρική πράξη χωρίς περαιτέρω προσέγγιση στον ασθενή, μόνο παρατηρώντας τα κλινικά δεδομένα και η άλλη ζητά από το γιατρό να πλησιάσει τον ασθενή για να μπορέσει να εξωτερικεύσει τα βιώματά του.

Για να εφαρμοστεί η συγκεκριμένη προσέγγιση είναι σημαντικό να αναπτυχθεί μια ολοκληρωμένη σχέση ανάμεσα στον ασθενή και το γιατρό με στόχο να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες ενός ανθρώπου που υποφέρει. Για να γίνει αυτό χρειάζονται δεξιότητες επικοινωνίας, καθώς και η ικανότητα της ενσυναίσθησης για να αναπτυχθεί μια ουσιαστική θεραπευτική σχέση.

Σύμφωνα με τον Αμερικανό ψυχολόγο (Edelmann J. Rober, 1999) υπάρχουν δύο τύποι σχέσεων γιατρού - ασθενή:

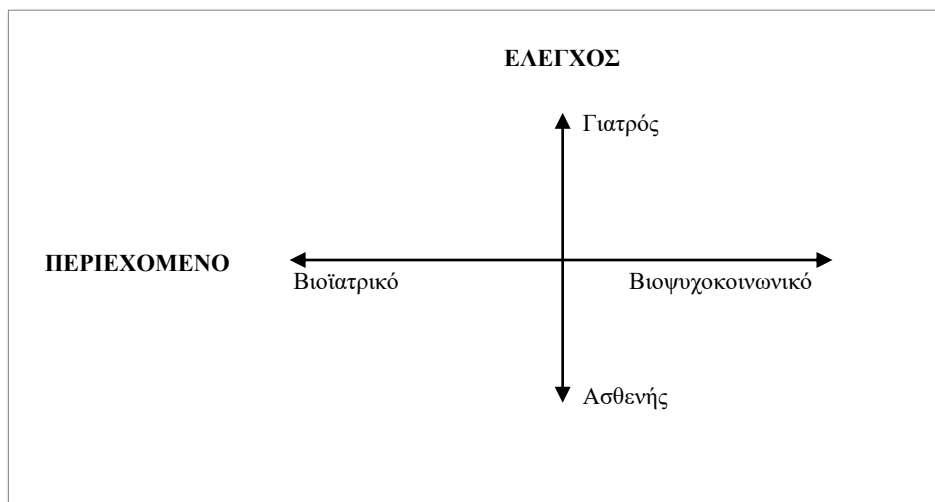
- **Η σχέση είναι επικεντρωμένη στο γιατρό.** Σύμφωνα με την παραδοσιακή “ιατρο-κεντρική” προσέγγιση ο γιατρός είναι η αυθεντία που καθοδηγεί τη συζήτηση, αποκρύπτει συχνά πληροφορίες και επιβάλλει τις θεραπευτικές του αποφάσεις. Αντίθετα, ο ασθενής έχει έναν παθητικό ρόλο που ελέγχεται πλήρως από το γιατρό και δεν αντιμετωπίζεται ως μία ώριμη, υπεύθυνη και ικανή οντότητα για να συμμετέχει στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του.
- **Η σχέση είναι επικεντρωμένη στον ασθενή (patient centered care).** Σύμφωνα με αυτό το πρότυπο ιατρικής φροντίδας δίνεται περισσότερη έμφαση στον ασθενή, ο οποίος αναλαμβάνει ενεργητικό ρόλο, κάνει ερωτήσεις και επηρεάζει την έκβαση της συνάντησης με το γιατρό. Ο γιατρός διερευνά τις ανησυχίες και τις ανάγκες του ασθενή, δείχνει κατανόηση και σεβασμό και προσπαθεί να τον εμπλέξει στις αποφάσεις του.

Ο τρόπος παροχής της ιατρικής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή γίνεται ολοένα και πιο επιθυμητός τα τελευταία χρόνια και θεωρείται, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ότι παρέχει διεθνώς υψηλής ποιότητας προσωπική φροντίδα υγείας. Το Ινστιτούτο της Ιατρικής το 2000 όρισε την ιατρική φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή ως:

“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 πάρουν αποφάσεις και να συμμετάσχουν ενεργά στην φροντίδα τους”. (Mead N, Bower P & Hann M, 2002)

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο της Ιατρικής (Institute of Medicine US , 2001), εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα είναι “η παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις προσωπικές προτιμήσεις και αξίες του ασθενούς διασφαλίζοντας την καθοδήγηση και λήψη της κλινικής απόφασης με βάση αυτές”.

Σχήμα 2: Διαστάσεις της ανθρωποκεντρικότητας



(Bensing J, 2000)

Στο παραπάνω σχήμα η (Bensing J, 2000) έδωσε **δύο διαστάσεις** στην έννοια της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης: α) το **περιεχόμενο** της ιατρικής συνέντευξης (*content*), στην οποία καθορίζονται τα θέματα συζήτησης με κριτήριο τις προσδοκίες και τις ανάγκες του κάθε ασθενή και β) τον **έλεγχο** (*control*) της συζήτησης και της λήψης αποφάσεων. Μέσα από αυτό το μοντέλο παρουσιάζεται η διδιάστατη έννοια της ανθρωποκεντρικότητας σε αντιπαράθεση με το βιοϊατρικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.

Γενικότερα, η ιατρική με επίκεντρο τον ασθενή βασίζεται σε 3 παραδοχές:

- 1^η. Πρώτα οι ανάγκες των ασθενών.
- 2^η. Καμία απόφαση για μένα, χωρίς εμένα.
- 3^η. Κάθε ασθενής είναι μοναδικός ασθενής.

Η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για την υγεία του ασθενή επιτυγχάνεται μέσω της διαδικασίας, κατά την οποία παρέχονται διαθέσιμες και τεκμηριωμένες πληροφορίες στους ασθενείς σχετικές με τις διαγνωστικές και θεραπευτικές επιλογές, τους κινδύνους που πιθανόν να διατρέχουν αλλά και τα οφέλη τους. Επιπλέον, περιλαμβάνει την ενθάρρυνση των ασθενών, ώστε να χρησιμοποιούν αυτές τις πληροφορίες στο διάλογο με τους γιατρούς, για την καλύτερη κατανόηση της κατάστασής τους καθώς και για τη λήψη αποφάσεων για την περίθαλψη τους, οι οποίες εναρμονίζονται με τις δικές τους αξίες, τις προτιμήσεις τους και τον τρόπο ζωής τους. Ο ενεργός ρόλος των ασθενών στη λήψη αποφάσεων τους παρέχει την απαραίτητη υποστήριξη για την αποτελεσματικότερη διαχείριση

της ασθένειας τους και ταυτόχρονα επιτρέπει στους γιατρούς να αισθάνονται περισσότερο σίγουροι πως οι ασθενείς θα ακολουθήσουν τη θεραπεία, την οποία προτείνουν.

Η φροντίδα που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή μπορεί να εφαρμοστεί σε ασθενείς κάθε ηλικίας και σε κάθε μορφή υγειονομικής περίθαλψης. Η ανθρωποκεντρική κλινική μέθοδος σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που προτάθηκε από τους (Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, MC William C & Freeman T, 1995), με μεγάλη αποδοχή από την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα, παρουσιάζει έξι **βασικά χαρακτηριστικά**:

- διερεύνηση τόσο της αντικειμενικής πλευράς της πάθησης (νόσος) όσο και της υποκειμενικής πλευράς (ασθένειας), όπως τη βιώνει ο ασθενής
- την κατανόηση του ασθενή ως ολότητα
- την επιδίωξη της συνεργασίας με τον ασθενή για την αντιμετώπιση της πάθησης
- την οικοδόμηση μιας θεραπευτικής σχέσης αλληλοσεβασμού, αλληλοεκτίμησης και εμπιστοσύνης
- την επιδίωξη της πρόληψης
- τη θέσπιση ρεαλιστικών στόχων

Παράλληλα, η ανθρωποκεντρική ιατρική σε επίπεδο Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει τα παρακάτω επτά **θεμελιώδη χαρακτηριστικά**, όπως αναφέρει η (Τσίμτσιου Ζ., 2008):

- σεβασμό για τις αξίες, τις προτιμήσεις και τις εκφρασμένες ανάγκες του ασθενή
- συντονισμό και ολοκλήρωση της ιατρικής φροντίδας
- ενημέρωση, επικοινωνία και εκπαίδευση των ασθενών
- φυσική άνεση των ασθενών
- συναισθηματική συμπαράσταση και απομάκρυνση του φόβου και του άγχους
- ενημέρωση των συγγενών και των συνοδών
- ομαλή μετάβαση στην εξωνοσοκομειακή κατάσταση και στη συνέχιση της ιατρικής φροντίδας

Μοντέλα που, επίσης, στηρίζονται στη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή είναι τα μοντέλα παροχής **συμπνευτικής φροντίδας** (compassionate care). Η συμπνευτική φροντίδα είναι η διανοητική, ψυχολογική και πνευματική προσφορά ενέργειας, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του πάσχοντα ή για την προαγωγή της ευεξίας. Στην περίπτωση

ασθενών με χρόνια νοσήματα ή ηλικιωμένων ασθενών ή και ασθενών με επιπρόσθετα κοινωνικά προβλήματα η λήψη συμπονετικής φροντίδας μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη συμμόρφωσή τους στη θεραπεία, στην ορθότερη διαχείριση της ασθένειάς τους και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, όπως υποστηρίζουν οι (Shea S, Wynyard R & Lionis C, 2014).

2. Η σχέση γιατρού - ασθενούς ως σχέση συγκρούσεων

Ο (Freidson E, 1970) παρουσίασε τη σχέση γιατρού και ασθενή ως “αντίθεση απόψεων” (clash of perspectives) σε σχέση με τον τρόπο με τον οποίο κατανοούν την ασθένεια ο γιατρός και ο ασθενής.

Συγκεκριμένα αναφέρει :

“Πιστεύω ότι δύο διαφορετικοί κόσμοι της εμπειρίας και της αναφοράς του ασθενή και του επαγγελματία υγείας βρίσκονται πάντα σε δυνητική σύγκρουση μεταξύ τους. Συγκρούσεις στις αντιλήψεις και τα ενδιαφέροντα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της συνδιαλλαγής (μεταξύ ασθενούς και γιατρού) το πιθανότερο είναι να παρουσιάζονται σε ένα βαθμό σε κάθε περίπτωση. Βρίσκονται στο κέντρο της συνδιαλλαγής και αντικατοπτρίζουν τα γενικά δομικά χαρακτηριστικά και την επαγγελματική θεραπεία της ασθένειας σαν μια λειτουργία των σχέσεων μεταξύ δύο διαφορετικών κόσμων, που καθορίζονται από τους επαγγελματικούς κανόνες”.

Από την μια πλευρά, ο ασθενής ζητά αποκλειστικότητα για τη δική του περίπτωση και περιμένει από το γιατρό να του διαθέσει το μέγιστο χρόνο για να συζητήσει το πρόβλημά του και από την άλλη πλευρά ο μεγάλος αριθμός ασθενών που καλείται ο γιατρός να αντιμετωπίσει και να βρει μια ισορροπία, ώστε να μπορέσει να τους εξυπηρετήσει όλους, ερχόμενος πολλές φορές σε αντίθεση με τις προσδοκίες του κάθε ασθενή. Πολλές φορές δημιουργούνται προστριβές λόγω της διαφορετικής προσέγγισης και αξιολόγησης των συμπτωμάτων μιας ασθένειας. Οι ασθενείς σε αντίθεση με το γιατρό αξιολογούν τα συμπτώματά τους με διαφορετικές γνώσεις και προτεραιότητες και τα θεωρούν σημαντικά σε αντίθεση με τους γιατρούς.

Στο θεωρητικό μοντέλο του Freidson δεν υπάρχει σύμπτωση του γιατρού με τον ασθενή και ο τελευταίος δεν έχει παθητικό ρόλο. Απέναντι στο γιατρό ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να υπερασπιστεί την άποψη του. Συνεπώς, γιατροί και ασθενείς βρίσκονται σε μια κατάσταση διαρκούς σύγκρουσης εξαιτίας της διαφορετικής οπτικής τους.

Οι (Bloor M, Horobin G, 1975) υποστηρίζουν ότι η αιτία των συγκρούσεων βρίσκεται στην πεποίθηση του γιατρού που θεωρεί ότι ο ασθενής υποχρεούται να είναι σωστά πληροφορημένος για την κατάσταση της υγείας του, ώστε να είναι σε θέση να αξιολογεί ο ίδιος την σοβαρότητα της ασθένειάς του και να καταφεύγει στην αναζήτησή βοήθειας μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις και να ακολουθεί αναντίρρητα τις ιατρικές συμβουλές. Από τη στιγμή που θα αναζητήσει ιατρική φροντίδα είναι υποχρέωση του να ακολουθήσει τη γνώμη και την άποψη του γιατρού. Ο ασθενής βρίσκεται σε αυτό που ονόμασαν “διπλό δεσμό” (double bind). Και ενώ ο γιατρός έχει απαίτηση από τον ιδανικό ασθενή, πριν από την μεταξύ τους επαφή, να μπορεί να κάνει διάκριση μεταξύ σοβαρών ασθενειών και μη, οι συγκρούσεις εμφανίζονται από τη στιγμή κατά την οποία ο ασθενής δεν συμμορφώνεται με τις οδηγίες του γιατρού και δεν δείχνει σεβασμό.

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι ενώ οι ασθενείς αποφεύγουν να συγκρουστούν ανοιχτά με τους γιατρούς, εντούτοις δεν αποδέχονται παθητικά τις απόψεις και τις συμβουλές του.

3. Η σχέση γιατρού - ασθενούς ως σχέση διαπραγμάτευσης

Οι μελέτες με κοινωνιολογική ανάπτυξη που χρησιμοποιούν μικροθεωρίες στη σχέση γιατρού - ασθενή, εστιάζουν κυρίως στη δυναμική της “πρόσωπο με πρόσωπο” επαφής ορίζοντας τη ως σχέση διαπραγμάτευσης. Σε αυτή την “πρόσωπο με πρόσωπο” επαφή και οι δύο πλευρές μπορούν να επηρεάσουν την μεταξύ τους σχέση και να καταλήξουν σε ένα αποτέλεσμα αναπτύσσοντας και ακολουθώντας στρατηγικές. Πιο συγκεκριμένα με βάση το χώρο στον οποίο γίνεται η συνάντηση καθώς και με την ανάλυση των προφορικών συζητήσεων μεταξύ γιατρού - ασθενή, αναδεικνύονται οι τρόποι όπου οι συμμετέχοντες αναλύουν τις στρατηγικές που θα ακολουθήσουν και παρουσιάζουν τον εαυτό τους προκειμένου να επηρεάσουν με θετικό για εκείνους τρόπο, την πορεία της συνάντησης.

Σύμφωνα με τον (Roth J, 1984) σε μια μελέτη των σχέσεων προσωπικού και ασθενών τεσσάρων νοσοκομείων φάνηκε ότι τα δύο μέρη είχαν διαφορετικούς στόχους και διαφορετικές στρατηγικές για την επίτευξή τους. Από την μία πλευρά το προσωπικό δρούσε με αυταρχικό τρόπο και υποχρέωνε τους ασθενείς να ακολουθούν πιστά ότι τους έλεγαν, ενώ από την άλλη πλευρά οι ασθενείς δεν δέχονταν τα πάντα με τόση ευκολία και προσπαθούσαν να επιδείξουν στρατηγικές διαπραγμάτευσης. Μια ανάλογη μελέτη του (Davis P,

1979) που αφορούσε τη σχέση μεταξύ ψυχιάτρου και ασθενών με προβλήματα αλκοολισμού δείχνει μια συνεχή διαπραγμάτευση μεταξύ των δύο μερών. Ενώ ο ασθενής αναζητά την ιατρική βοήθεια, ο ψυχίατρος τονίζει ότι αν ο ίδιος δεν αποφασίσει να σταματήσει να πίνει, εκείνος δεν μπορεί να τον βοηθήσει.

Έτσι, παρότι η σχέση των δύο πλευρών είναι άνιση, και τα δύο μέρη μπορούν να επηρεάσουν την έκβαση της συνάντησης. Βέβαια δεν μπορούν να θεωρηθούν τα δύο μέρη ισότιμα, γιατί ναι μεν ο ασθενής μπορεί να ασκήσει το δικαίωμα της διαπραγμάτευσης, ο γιατρός, όμως, έχει την εξουσία και τη δυνατότητα για τον έλεγχο της κατάστασης.

Τα τελευταία χρόνια οι αλλαγές που έχουν συμβεί στον τομέα της υγείας έχουν δρομολογήσει αλλαγές στις σχέσεις γιατρών - ασθενών και τείνουν να προωθήσουν την αμοιβαία συνεργασία και συμμετοχή των εμπλεκομένων. Νέες εξελίξεις φαίνεται ότι θα υπάρξουν στο μέλλον, λόγω της προόδου της ιατρικής τεχνολογίας και της απόκτησης όλο και περισσότερων γνώσεων σχετικά με θέματα υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η έννοια της επικοινωνίας

Ο (Satir V, 1995) επισημαίνει: *“πιστεύω πώς το μέγιστο δώρο που μπορώ να σκεφτώ ότι έχω από οποιονδήποτε, είναι να με βλέπει, να με ακούει, να με κατανοεί και να με αγγίζει. Το μέγιστο δώρο που μπορώ να δώσω, είναι να βλέπω, να ακούω, να κατανοώ και να αγγίζω τον άλλον άνθρωπο. Όταν γίνεται αυτό νιώθω ότι υπάρχει επικοινωνία.”*

Η ανάγκη των ανθρώπων για επικοινωνία αναπτύχθηκε πριν από πολλά εκατομμύρια χρόνια και ορίζεται ως *“η διαδικασία ανταλλαγής μηνυμάτων ή πληροφοριών ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα άτομα”*. Στην αρχαία Ελλάδα το 367- 347 π.Χ. ο Αριστοτέλης υποστήριζε ότι η σημερινή *“επικοινωνία”* ήταν γνωστή ως *“ρητορική”* δηλαδή να μπορείς να χρησιμοποιείς την γλώσσα για να επιβάλλεις σε κάποιον να σε ακούσει.

Η επισήμανση της (Satir V, 1995), ότι *“η επικοινωνία είναι για τις σχέσεις των ανθρώπων ότι είναι η αναπνοή για τη διατήρηση της ζωής”*, μας δείχνει πόσο σημαντική είναι η ανταλλαγή μηνυμάτων μεταξύ των ανθρώπων, μέσα από τα οποία δημιουργούν και εξελίσσουν τις σχέσεις τους.

Η επικοινωνία συνδέεται άρρηκτα με κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα όπως φαίνεται σε έναν από τους πρώτους ορισμούς του όρου, όπου προσδιορίζεται ως *“ο μηχανισμός μέσω του οποίου υπάρχουν και αναπτύσσονται οι ανθρώπινες σχέσεις”* (Cooley Ch, 1909). Ο (Birdwhistell R.L, 1978), επισημαίνει ότι *“επικοινωνία είναι η διαδικασία αποστολής και λήψης σκέψεων, δεδομένων, πιστεύω, συμπεριφορών και συναισθημάτων μέσω ενός ή περισσότερων καναλιών που προκαλούν κάποια αντίδραση”*.

Αλλά, και όλοι οι μεταγενέστεροι ορισμοί εστιάζουν στην επικοινωνία ως βασικό χαρακτηριστικό κάθε ανθρώπου και κάθε ανθρώπινης σχέσης, η οποία αναφέρεται στη μεταβίβαση ή εκπομπή και λήψη μηνυμάτων, πληροφοριών, ιδεών, σκέψεων, και συναισθημάτων από έναν άνθρωπο σε έναν άλλο με στόχο να επηρεάσει την κατάσταση και τη συμπεριφορά του. Είναι σημαντικό να επισημανθεί πως η επικοινωνία είναι μια σύνθετη διαδικασία ζωτικής σημασίας μεταξύ των ανθρώπων, και όχι μια απλή μεταβίβαση πληροφοριών, κατά την οποία απαιτείται μια πιο σύνθετη αλληλοκατανόηση μεταξύ των ανθρώπων και έχει καθοριστική σημασία για τη συνεργασία τους, αλλά και γενικότερα για την επιβίωση τους.

Σύμφωνα με τον (Μακράτζη Α, 2016), οι βασικότεροι λόγοι για την πραγματοποίηση της επικοινωνίας είναι:

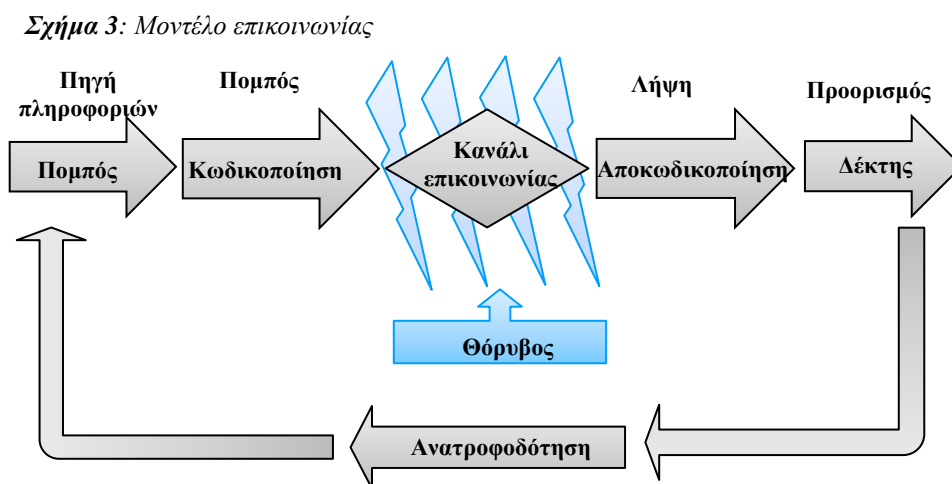
- **Η πληροφόρηση – ενημέρωση.** Η διανομή των πληροφοριών είναι σημαντική και απαραίτητη για την λήψη αποφάσεων, για διευκρινίσεις σε προβλήματα που έχουν προκύψει, για την αναζήτηση και διαμόρφωση ενός πλαισίου κοινών στόχων, πολιτικών, πρακτικών, για την ανάθεση καθηκόντων και για την αξιολόγηση των πληροφοριών και την αποτελεσματικότητα των ενεργειών.
- **Ο συντονισμός των δράσεων.** Με την επικοινωνία όλοι οι συμμετέχοντες σε μια ομάδα, οργανισμό, επιχείρηση κτλ. μοιράζονται ένα κοινό σκοπό και όραμα, ενώ χωρίς επικοινωνία ένας οργανισμός θα ήταν απλά μια συλλογή από εργαζόμενους με ξεχωριστά καθήκοντα.
- **Η έκφραση των συναισθημάτων.** Η επικοινωνία βοηθάει τους ανθρώπους σε διαφορετικό κάθε φορά πλαίσιο, όπως οικογένεια, εργασία, φίλοι, να εκφράσουν τα συναισθήματα τους όπως χαρά, θυμό, εμπιστοσύνη, απογοήτευση, φόβο.

Η διαδικασία της επικοινωνίας

Τα κύρια χαρακτηριστικά μιας πράξης επικοινωνίας είναι τα παρακάτω:

- Ο **αποστολέας**, ο οποίος αρχίζει τη διαδικασία επικοινωνίας γνωστός και ως πομπός, “πρωτουργός ή κωδικοποιητής”.
- **Κωδικοποίηση** είναι η συλλογή και η προσαρμογή των πληροφοριών που μεταδίδονται.
- Το **μήνυμα** είναι η πληροφορία που μεταδίδεται και μπορεί να είναι προφορικό ή μη. Προφορικό είναι το μέρος του μηνύματος που αποτελεί συνδυασμό πληροφοριών που συντάσσει και στέλνει ο αποστολέας, ενώ το μη προφορικό εμπεριέχει στοιχεία όπως η γλώσσα του σώματος και το υπάρχον περιβάλλον.
- Ο **αποδέκτης** ή **παραλήπτης** στον οποίο απευθύνεται το μήνυμα.
- Ο **κώδικας**, με βάση τον οποίο συντάσσεται το μήνυμα από τον αποστολέα και αποκωδικοποιείται από τον δέκτη.
- Οι **αγωγοί** ή **κανάλια** που είναι φυσικά ή τεχνητά μέσα για τη μεταβίβαση του μηνύματος στον παραλήπτη, όπως για παράδειγμα ο αέρας ή το μικρόφωνο.

Μία από τις πρώτες προσεγγίσεις ήταν των (Shannon C.E & Weaver W, 1949), οι οποίοι περιγράφουν ένα μοντέλο που σηματοδότησε για πολλά έτη το θεωρητικό πεδίο της επικοινωνίας. Η προσέγγιση αυτή είναι γνωστή ως το “**μοντέλο επικοινωνίας των Shannon – Weaver**” (Shannon - Weaver model of communication) και φαίνεται στο παρακάτω σχήμα.



SHANNON - WEAVER'S MODEL OF COMMUNICATION

(Shannon C.E & Weaver W, 1949)

Με βάση τα παραπάνω η επικοινωνία ξεκινά από έναν πομπό, ο οποίος μεταφέρει ένα κωδικοποιημένο μήνυμα το οποίο φτάνει στον δέκτη μέσα από κάποια κανάλια και παραλαμβάνεται από το δέκτη αποκωδικοποιημένο ή αποκωδικοποιείται από το δέκτη. Προϋπόθεση για την ύπαρξη επικοινωνίας είναι πως ο πομπός ή και ο δέκτης θα πρέπει να έχουν κάποιον κοινό κώδικα.

Η διαδικασία της επεξεργασίας του μηνύματος επηρεάζεται από τις προσωπικές αντιλήψεις, ιδέες, στάσεις, προκαταλήψεις, εμπειρίες και αξίες του δέκτη. Στη διαδικασία της επικοινωνίας, όπως αναφέρει και ο (Clampitt P.G, 2005), υπάρχει διαρκής εναλλαγή ρόλων του πομπού και του δέκτη στην προσπάθεια να γίνει ακριβής αποκωδικοποίηση του μηνύματος και να είναι αποτελεσματική η επικοινωνία. Έτσι ο δέκτης μπορεί να γίνει πομπός και ο πομπός δέκτης και να πραγματοποιείται μια αμφίδρομη επικοινωνία. Βέβαια, βασικός παράγοντας της ικανοποιητικής κωδικοποίησης / αποκωδικοποίησης είναι σύμφωνα με τον (Verderber R, 1998), το περιβάλλον όπου συντελείται η επικοινωνία και αναφέρεται στην τοποθεσία, στη διαμόρφωση του χώρου, στη φωτεινότητα, σε πιθανούς εξωτερικούς

θορύβους κ.α. Φαίνεται ότι είναι σημαντικός και ο ρόλος των θορύβων που μπορεί να επηρεάσουν το αποτέλεσμα της επικοινωνίας, καθώς μπορεί να προκαλέσει και αλλοίωση του μηνύματος και να περιορίσουν την κατανόηση από το δέκτη.

Οι βασικές αρχές επικοινωνίας είναι :

- ✓ **Αμφίδρομη.** Η επικοινωνία είναι μια αλληλεπίδραση, στην οποία κάθε πομπός γίνεται δέκτης και το αντίστροφο, ακόμη και αν οι ρόλοι είναι αυστηρά καθορισμένοι, όπως στην περίπτωση γιατρού - ασθενή, δεν είναι ποτέ μονόδρομη.
- ✓ **Σχετική.** Τα μηνύματα που στέλνονται και λαμβάνονται δεν είναι ποτέ τα ίδια, διότι η αποκωδικοποίηση γίνεται με βάση ατομικούς παράγοντες, που επηρεάζονται από τις προσωπικές εμπειρίες, τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις και τις ιδέες του κάθε ανθρώπου.
- ✓ **Συνεχής.** Η επικοινωνία συμβαίνει κυρίως μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας. Σε καταστάσεις stress, όπως στην περίπτωση των ασθενών, δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στα μη λεκτικά μηνύματα.

Η διαδικασία επικοινωνίας είναι δυναμική, εξελίσσεται συνεχώς και οι συμμετέχοντες βελτιώνουν τη διαδικασία όπως και τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες. Η σύνθεση και η πολυπλοκότητα ενός επικοινωνιακού γεγονότος είναι ένα φαινόμενο όπου υπάρχει διαρκής αλληλεπίδραση πομπού - δέκτη και συνεχής μετάδοση μηνυμάτων, νοημάτων, συναισθημάτων ή σκέψεων μέσω διαφορετικών λεκτικών και μη λεκτικών καναλιών.

Οι μορφές επικοινωνίας

Υπάρχουν δύο τρόποι επικοινωνίας ο λεκτικός και ο μη λεκτικός.

1. Λεκτική επικοινωνία

Η λεκτική επικοινωνία (*verbal communication*) πραγματοποιείται με την αξιοποίηση του γλωσσικού κώδικα και το μήνυμα από τον πομπό στο δέκτη μεταδίδεται με λέξεις, φράσεις, έννοιες που διέπονται από συντακτικούς και γραμματικούς κανόνες και εκπέμπονται δια μέσου του φωνητικού συστήματος του ομιλητή και προσλαμβάνονται διαμέσου του ακουστικού συστήματος του ακροατή. Στη λεκτική επικοινωνία συγκαταλέγονται και τα μηνύματα του γραπτού λόγου. Μόνο το 7% της επικοινωνίας αφορά τη λεκτική μορφή παρότι δίνεται μεγάλη βαρύτητα και είναι η πιο συνειδητή μορφή επικοινωνίας.

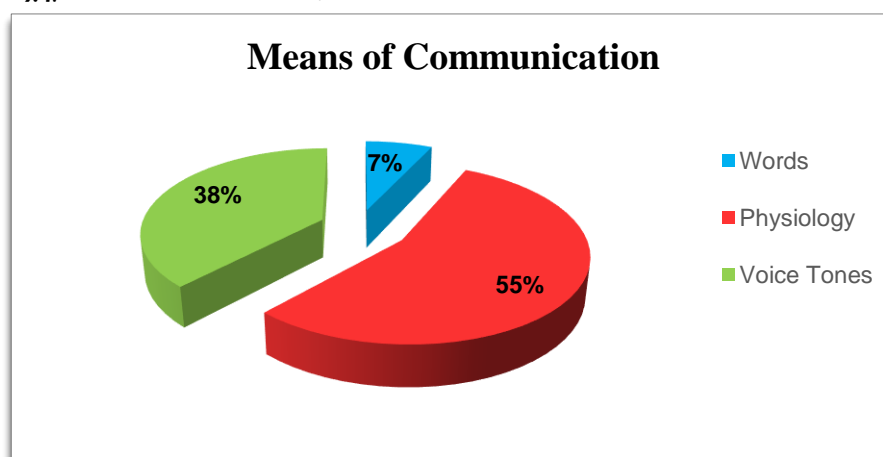
2. Μη λεκτική επικοινωνία

Πρώτος ο Δαρβίνος στο βιβλίο του “*Η έκφραση των συναισθημάτων στον άνθρωπο και στα ζώα*” προσδιόρισε τα χαρακτηριστικά του προσώπου ως εκφράσεις, οι οποίες αποτελούν θεμέλιο μηχανισμό επιβίωσης των ειδών, αναπτύχθηκαν με τη μέθοδο της φυσικής επιλογής, και έχουν ως στόχο τη δημιουργία πετυχημένων αλληλεπιδράσεων των ατόμων μέσα σε μια ομάδα. Αργότερα, ο (Freud S, 1958) επισήμανε την σημασία της μη λεκτικής επικοινωνίας και συγκεκριμένα ανέφερε ότι: “*όποιος έχει μάτια να δει και αυτιά να ακούσει, θα πειστεί ότι δεν υπάρχει θνητός που να μπορεί να κρατήσει μυστικό. Αν τα χείλη του είναι σιωπηλά, τότε φλυαρεί με τα δάχτυλα του, η αποκάλυψη διαρρέει από όλους τους πόρους του σώματός του*”.

Σύμφωνα με τον (Friedman H.S, 1979) “*Η μη λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει τα λεπτά στοιχεία που συμπληρώνουν και επεξηγούν πτυχές της λεκτικής επικοινωνίας, και συχνά παρέχουν μηνύματα και εκφράζουν συναισθήματα ασυνείδητα από τους συμμετόχους*”.

Όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω στις καθημερινές συζητήσεις μόνο το 7% του μηνύματος που μεταφέρεται στους συνομιλητές αφορά τη λεκτική μορφή. Σύμφωνα με τον καθηγητή (Mehrabian A, 1971) το 38% γίνεται κατανοητό μέσω του τόνου της φωνής, ενώ το 55% με τη γλώσσα του σώματος, όπως φαίνεται και στο σχήμα 4.

Σχήμα 4: Μέσα επικοινωνίας



(Mehrabian A, 1971)

Η αναφορά στη γλώσσα του σώματος, ερμηνεύεται ως ο τρόπος που χρησιμοποιείται για την αποστολή μηνυμάτων με συνειδητές ή ασυνείδητες, ελεγχόμενες ή αυθόρμητες χειρονομίες, κινήσεις του σώματος και εκφράσεις του προσώπου.

Μη λεκτικά μηνύματα εκπέμπονται από τον άνθρωπο από τρεις πηγές. Η **πρώτη** αφορά τη γενική εντύπωση του ατόμου και σχετίζεται με την εμφάνιση, την έκφραση, το βλέμμα, τις χειρονομίες και τη στάση του σώματος. Η **δεύτερη** αφορά μη λεκτικά στοιχεία του λόγου, όπως ο τόνος, η σταθερότητα, η ένταση, η αλλοίωση της φωνής, καθώς και η προφορά, η ταχύτητα ροής του λόγου και οι παύσεις. Η **τρίτη** σχετίζεται με μη λεκτικά μηνύματα που παρέχονται από τον χώρο εργασίας του ατόμου. Η διακόσμηση, τα χρώματα, ο φωτισμός και τα έπιπλα μπορούν να επηρεάσουν τη διάθεση των ανθρώπων και να διαμορφώσουν τις πρώτες εντυπώσεις τους για αυτό το άτομο.

Σύμφωνα με τους (Παπαδάκη - Μιχαηλίδη Ε, 1995) η επικοινωνία πραγματοποιείται μέσω της λεκτικής και της μη λεκτικής οδού, από την οποία η λεκτική οδός εκφράζει το γνωστικό κομμάτι της επικοινωνίας και η μη λεκτική το συναισθηματικό. Ο (Knapp M.L, 1978) επισήμανε ότι υπάρχει άμεση σχέση λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς και η μία συμπληρώνει την άλλη.

Υπάρχουν έξι τρόποι υποστήριξης των λεκτικών μηνυμάτων με μη λεκτικά:

1. **Επανάληψη:** Το μη λεκτικό μήνυμα επαναλαμβάνει το λεκτικό.
2. **Αντίφαση:** Η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία δεν συμφωνούν οπότε υπάρχει ένδειξη προβλήματος. Ο συνομιλητής αρνείται να ομολογήσει τι αισθάνεται.
3. **Αντικατάσταση:** Ένα μη λεκτικό μήνυμα αντικαθιστά ένα λεκτικό, για παράδειγμα ένα χαμόγελο θα ήταν ισοδύναμο με την έκφραση “είμαι καλά”.
4. **Συμπλήρωση:** Η μη λεκτική συμπεριφορά συμπληρώνει τη λεκτική.
5. **Έμφαση:** Τα μη λεκτικά μηνύματα τονίζουν τα λεκτικά, π.χ. όταν αλλάζει ο τόνος της φωνής σε μια λέξη, σε μια φράση ή με ένα συνοφρύωμα δίνεται έμφαση στο λόγο.
6. **Ομαλοποίηση:** Τα μη λεκτικά μηνύματα βοηθούν στην εξομάλυνση της συζήτησης, π.χ. το κούνημα του κεφαλιού ενθαρρύνει τον άλλον να μιλήσει.

Ποιες είναι οι **διαστάσεις της μη λεκτικής συμπεριφοράς**, όπως αναφέρουν οι (Lionis C, Papadakis S, Tatsi C, Bertias A, Duijker G, Mekouris P.B, Boerma W, Schafer W, 2015):

- ✓ **Η κινητική συμπεριφορά:** Περιλαμβάνει χειρονομίες, κινήσεις σώματος, εκφράσεις, οπτική επαφή αλλά και τα φυσικά χαρακτηριστικά π.χ. εμφάνιση.
- ✓ **Οι παραγλωσσικές ή φωνολογικές ενδείξεις:** Σχετίζονται με το φωνητικό ύφος, τις παύσεις στην ομιλία, τα λάθη, τον τόνο και τη χροιά της φωνής.

- ✓ **Η χρήση του προσωπικού ή κοινωνικού χώρου:** Πώς χρησιμοποιείται ο χώρος ώστε να αισθάνονται άνετα οι συμμετέχοντες στη συνομιλία.
- ✓ **Οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες:** Είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς ότι οι άνθρωποι αντιδρούν συναισθηματικά στο περιβάλλον τους. Άλλοι άνθρωποι έχουν την ικανότητα προσαρμογής - συγχρονισμού με το περιβάλλον τους, ενώ άλλοι με την αλλαγή περιβάλλοντος χάνουν την ατομική και κοινωνική τους ισορροπία.
- ✓ **Η αντίληψη και χρήση του χρόνου:** Παράγοντες που συνήθως έχουν σχέση με τον χρόνο είναι η ακρίβεια ή η καθυστέρηση στα επαγγελματικά ραντεβού. Επίσης, πόσος χρόνος αφιερώνεται στο άτομο που του προσφέρεται κάποια υπηρεσία.

Από τη μελέτη του (Silverman J, 2010), εξάγεται το συμπέρασμα ότι η ερμηνεία της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι πολύ δύσκολη. Αυτό συμβαίνει διότι μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορες μορφές την ίδια στιγμή, δίνει διέξοδο σε αυθόρμητες εκδηλώσεις και είναι ο τρόπος επικοινωνίας για την έκφραση των στάσεων και συναισθημάτων ενός ατόμου.

Η επικοινωνία είτε λεκτική ή μη λεκτική αποτελεί βάση όλων των σχέσεων. Δεν υπάρχουν σωστές επαγγελματικές και κοινωνικές σχέσεις αν δεν υπάρχει αποτελεσματική επικοινωνία. Στο εργασιακό περιβάλλον και ιδιαίτερα στην ιατρική περίθαλψη των ασθενών είναι πολύ σημαντική. Αποτελεί τον πυλώνα με τον οποίο χτίζονται οι σχέσεις γιατρού - ασθενή.

Η Επικοινωνία Ιατρού - Ασθενούς

Η επικοινωνία γιατρού - ασθενή (patient - physician communication) αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ορθή άσκηση της ιατρικής επιστήμης και την ολοκληρωμένη παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες του γιατρού βοηθούν στην έγκαιρη και ακριβή διάγνωση του νοσήματος, στην παροχή ορθών θεραπευτικών οδηγιών και στη δημιουργία μιας επιτυχημένης σχέσης με τον ασθενή, που οδηγούν στη συμμόρφωση με τη θεραπεία με στόχο την ίαση ή την ύφεση του.

Η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού - ασθενή κινείται σε **τρεις κύριους άξονες:**

α) στην ανάπτυξη μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης, που έχει ως βασική προϋπόθεση το συνδυασμό ιατροκεντρικής και ασθενοκεντρικής προσέγγισης.

β) στη διευκόλυνση ανταλλαγής πληροφοριών, όπου η ανάπτυξη μιας διαρκούς αμφίδρομης αναζήτησης και παραχώρησης πληροφοριών βοηθά στην κάλυψη των στόχων και των αναγκών τόσο του γιατρού όσο και του ασθενή.

γ) στη συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, για την καλύτερη διαχείριση και τη θεραπευτική προσέγγιση της νόσου.

Σύμφωνα με τον (Aroga NK, 2003) *“η καλή επικοινωνία γιατρού - ασθενή μπορεί να εξομαλύνει τα συναισθήματα των ασθενών, να βοηθήσει στην κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών και να εντοπίσει τις ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών”*. Επίσης, οι (Hall JA, Roter DL, Rand CS, 1981) επισημαίνουν ότι οι ασθενείς που δηλώνουν ότι έχουν καλή επικοινωνία με το γιατρό τους, είναι ικανοποιημένοι με τη φροντίδα τους, ακολουθούν τις προτροπές και οδηγίες του γιατρού και τηρούν την προτεινόμενη θεραπεία τους. Η συμφωνία ασθενή - γιατρού συνδέεται στενά με την βελτίωση και αποκατάσταση της υγείας του ασθενή, καθώς επίσης, επιτυγχάνεται και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σε μελέτες έχει παρατηρηθεί βελτιωμένη ψυχική υγεία και ψυχολογική προσαρμογή στο νόσημα, ενώ σε άλλες μελέτες παρατηρήθηκε μείωση της διάρκειας νοσηλείας και λιγότερες παραπομπές με συνέπεια μείωση του κόστους.

Μια σχέση επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή έχει ως αποτέλεσμα την ικανοποίηση και του ασθενή αλλά και του γιατρού. Από την πλευρά τους οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να παραπονεθούν για την προτεινόμενη θεραπεία ή να προβούν σε καταγγελίες εναντίον των γιατρών τους και από την άλλη πλευρά ο γιατρός απολαμβάνει κι αυτός μεγαλύτερη ικανοποίηση, λιγότερο εργασιακό άγχος και μειωμένη εργασιακή κόπωση.

Συνοπτικά τα οφέλη της καλής επικοινωνίας στο χώρο της υγείας περιλαμβάνουν:

- Θέσπιση σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρών και ασθενών, οι οποίες μπορούν να δώσουν το έναυσμα στους ασθενείς να μιλήσουν περισσότερο για το νόσημα τους.
- Μείωση των κινδύνων από τη θεραπεία, καθώς και των ιατρικών λαθών.
- Αύξηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες.
- Αύξηση της συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων καθώς και βελτίωση των προσδοκιών από τη θεραπεία.
- Καλύτερη συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες.
- Μείωση των προσφυγών σε δικαστικές διαμάχες.

Αντίθετα, η επίδραση της κακής επικοινωνίας στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει:

- Αύξηση της δυσαρέσκειας και μείωση της εμπιστοσύνης από το σύστημα υγείας.
- Μείωση των παρεχόμενων πληροφοριών από τον ασθενή στο γιατρό, με κίνδυνο λανθασμένης διάγνωσης.
- Μείωση της συμμόρφωσης στις θεραπευτικές οδηγίες.
- Διακοπή της θεραπευτικής αγωγής.
- Μη σωστή κατανόηση των ιατρικών οδηγιών.
- Αύξηση των παραπόνων και των καταγγελιών.

Η **θεραπευτική επικοινωνία** ξεφεύγει από τα τυπικά πλαίσια της επικοινωνίας. Είναι η επικοινωνία που επικεντρώνεται στις ανάγκες του ασθενή. Οι (Kneisel C, Wilson H, Trigoboff E, 2009) υπογραμμίζουν ότι “η σχέση αυτή προϋποθέτει τη συμμετοχή τόσο του ειδικού όσο και του ασθενή με επίκεντρο τον ασθενή και τις συνθήκες της διαβίωσής του, με σκοπό τη βελτίωση αυτών.” Αυτού του είδους η σχέση απαιτεί την αμφίδρομη συμμετοχή των εμπλεκομένων.

Σύμφωνα με τον (Beeber LS, 1998) “η αναγκαιότητα της θεραπευτικής επικοινωνίας στηρίζεται στη μεταβίβαση αισθήματος ανακούφισης και στην ενεργό συμμετοχή του ασθενή στη θεραπευτική διαδικασία.” Ο (Perlau HE, 1952) υποστηρίζει ότι “όταν ο ασθενής νιώσει ασφάλεια, λόγω της συμπόνιας που του δείχνει ο ειδικός, τότε ο ίδιος υιοθετεί μια θετική στάση απέναντι στις αλλαγές που πρέπει να κάνει εξαιτίας της προτεινόμενης θεραπείας, ώστε να μπορέσει να επιστρέψει στην καθημερινότητα του.”

Η **θεραπευτική επικοινωνία** διακρίνεται σε τρία στάδια :

- 1^ο. **Στάδιο προσαρμογής**, το οποίο αφορά στη γνωριμία του ασθενή με τον επαγγελματία υγείας.
- 2^ο. **Στάδιο επεξεργασίας**, το οποίο αφορά στη διάκριση του προβλήματος που χρήζει λύσης και συγχρόνως την αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας εκ μέρους του ασθενή.
- 3^ο. **Στάδιο διάλυσης**, το οποίο αφορά τη λήξη της σχέσης ασθενή και επαγγελματία υγείας, αφού πρώτα έχει επιλυθεί το πρόβλημα που εντοπίστηκε στο προηγούμενο στάδιο.

Στόχος της διάκρισης των παραπάνω σταδίων είναι να εντοπίσει και να αναγνωρίσει ο γιατρός τις διάφορες συμπεριφορές του ασθενή, που στέκονται εμπόδιο για τον ίδιο. Ο γιατρός προσπαθεί να ξεπεράσει αυτά τα εμπόδια για να μπορέσει να πετύχει την ίαση του

ασθενή. Για να γίνει αυτό, όπως αναφέρει ο (Sheldon L, 2009) πρέπει να λαμβάνονται υπόψη διάφοροι παράγοντες όπως είναι η σωματική, συναισθηματική, πολιτισμική υπόσταση του ατόμου και η πρόθεση του για επικοινωνία. Διαφορετικές συναισθηματικές ή συμπεριφορικές στάσεις των ασθενών επηρεάζουν το γιατρό και τη συμμετοχή στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία με τον ασθενή. Έχουν γίνει διάφορες μελέτες για το βαθμό δυσκολίας που αντιμετωπίζουν οι γιατροί με τους διάφορους τύπους συμπεριφοράς, που εμφανίζουν οι ασθενείς, όπως είναι ο καχύποπτος, ο αγχώδης, ο θλιμμένος, ο ευδιάθετος, ο απόμακρος κ.α. Αλλά και ο ίδιος ο επαγγελματίας υγείας είναι βασικό σε αυτή τη διαδικασία να χαρακτηρίζεται από αυτογνωσία, να γνωρίζει πολύ καλά τον εαυτό του, γεγονόσ που συντελεί στην ωρίμανση του και στην επίτευξη της αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή.

Η θεραπευτική επικοινωνία παρουσιάζει πλεονεκτήματα τόσο για τον ασθενή όσο και για τον επαγγελματία υγείας. Τα θεμέλια αυτής της επικοινωνίας όπως επισημαίνουν οι (Hojat M, Louis DZ, Markham FW, et al, 2011) περιλαμβάνουν τις εξής **βασικές αρχές**: τη συμπόνοια, την ενσυναίσθηση, την αυθεντικότητα, το σεβασμό, την εκτίμηση και την εμπιστευτικότητα. Μέσω αυτών των αρχών μπορεί να ευοδωθεί η συναισθηματική υποστήριξη του ασθενή, η αντίληψη των προβλημάτων του, η κατανόηση της συναισθηματικής του κατάστασης και η εκδήλωση του ειλικρινούς ενδιαφέροντος του επαγγελματία υγείας να κατανοήσει και να ανακουφίσει τον ασθενή. Το αποτέλεσμα είναι να προάγεται η ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η διερεύνηση της θεραπευτικής επικοινωνίας είναι σχετικά πρόσφατη μιας και παραδοσιακά το ενδιαφέρον επικεντρωνόταν στις αντικειμενικές παραμέτρους της ασθένειας, όπως είναι η κλινική εικόνα και οι εργαστηριακές εξετάσεις, που απαιτούνται για τη διάγνωση, χωρίς να δοθεί έμφαση στη δημιουργία και ανάπτυξη της σχέσης μεταξύ ασθενή και γιατρού, παρότι είναι ένα από τα κύρια συστατικά της αποτελεσματικής επικοινωνίας που συμβάλει στην θεραπευτική αντιμετώπιση με επιτυχία.

Οι έννοιες της **θεραπευτικής σχέσης** και **συμμαχίας** αποτέλεσαν εδώ και πολλά χρόνια αντικείμενο μελετών στον τομέα της ψυχοθεραπείας. Ωστόσο, φαίνεται στη βιβλιογραφία ότι η χρήση τους επεκτείνεται ευρέως και σε άλλους τομείς. Η **θεραπευτική συμμαχία** αναφέρεται σε μια ισότιμη σχέση γιατρού - ασθενή, που επενδύεται από συναίσθημα, στηρίζεται σε σεβασμό, εμπιστοσύνη, εκτίμηση και αμοιβαία συμπάθεια και στην οποία και

οι δύο πλευρές δρουν συνεργατικά. Οι βασικοί κανόνες που πρέπει να ακολουθεί ο επαγγελματίας υγείας για την επίτευξη της είναι η προστασία της ιδιωτικής ζωής και των δικαιωμάτων των ασθενών, η παροχή της δυνατότητας να εκφράζεται ελεύθερα, η στάση σεβασμού απέναντι του, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, τη θρησκεία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τη φυλή του. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι όσο νωρίτερα επιτυγχάνεται η εγκατάσταση της συμμαχίας στη θεραπευτική σχέση τόσο επηρεάζεται θετικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τις τελευταίες δεκαετίες γίνονται προσπάθειες να αποσαφηνιστούν όχι μόνο οι παράγοντες που οδηγούν στην ανάπτυξη της συμμαχίας, αλλά και εκείνοι που οδηγούν στη ρήξη αυτής. Η ρήξη στη συμμαχία μπορεί να οριστεί ως η ανάπτυξη μιας έντασης ή ακόμη και διακοπή της σχέσης συνεργασίας ασθενή και επαγγελματία υγείας. Προκειμένου, λοιπόν, να ενισχυθεί η επικοινωνία ασθενή και επαγγελματία υγείας και να παγιωθεί η θεραπευτική σχέση και η συμμαχία μεταξύ τους με θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία της νόσου, χρειάζεται ο επαγγελματίας υγείας να αναπτύξει κάποιες δεξιότητες επικοινωνίας.

Δεξιότητες επικοινωνίας

Για να καταφέρει ο γιατρός να επιτύχει μια αποτελεσματική επικοινωνία με τον ασθενή του πρέπει να έχει κάποιες δεξιότητες. Η καλλιέργεια αυτών των δεξιοτήτων διευκολύνει την προσέγγιση του ασθενή, βοηθά στην αποτελεσματική λήψη του ιστορικού, στην εξοικείωση του ασθενή με το πρόβλημά του και στη σύγχρονη μείωση του άγχους του, αλλά και το γιατρό στην αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων.

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρεται σε δεξιότητες επικοινωνίας διαβούλευσης και συμβουλευτικής, οι οποίες συνήθως επικαλύπτονται στην καθημερινή κλινική πρακτική. Οι δεξιότητες διαβούλευσης αναφέρονται στην κλινική εξέταση, τη διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενή, ενώ οι δεξιότητες συμβουλευτικής είναι σημαντικές για τη συμμόρφωση του ασθενή με τη θεραπεία και την αποτελεσματικότητα αυτής.

Η βιβλιογραφία προτείνει διάκριση των δεξιοτήτων επικοινωνίας σε *συντελεστικές* και σε *στοργικές / κοινωνικοσυναισθηματικές* συμπεριφορές. Στις συντελεστικές συμπεριφορές περιλαμβάνονται η παροχή πληροφοριών, η υποβολή ερωτήσεων, το θεραπευτικό πλαίσιο και η εξήγηση των λόγων για παροχή ή μη θεραπείας, η συζήτηση τυχόν παρενερ-

γειών και αποτελεσμάτων, ενώ οι κοινωνικοσυναισθηματικές συμπεριφορές περιλαμβάνουν την ενσυναίσθηση, την εμπύχωση, τον καθησυχασμό, τη φιλική και ειλικρινή επαφή, τη στάση ενδιαφέροντος και αποδοχής. Κρίνεται αναγκαία η ύπαρξη και των δύο μορφών και σύμφωνα με τους (Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB, 1995) δεν έχει νόημα ο διαχωρισμός τους αφού μια συντελεστική συμπεριφορά μπορεί να μετατραπεί σε κοινωνικοσυναισθηματική με τη χρήση της κατάλληλης λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας.

Οι γιατροί που αναπτύσσουν δεξιότητες επικοινωνίας αντιλαμβάνονται πιο έγκυρα το πρόβλημα του ασθενή, παρέχοντας μεγαλύτερη ικανοποίηση και υποστήριξη, ενώ παράλληλα ενισχύουν την εμπιστοσύνη και το σεβασμό. Ταυτόχρονα είναι σημαντικές για τη συγκέντρωση πληροφοριών, την πρόωμη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία.

Παρακάτω αναφέρονται οι δεξιότητες που πρέπει να διαθέτει ο γιατρός για να επικοινωνήσει αποτελεσματικά με τον ασθενή του:

α) Ενεργητική ακρόαση: Η ενεργητική ακρόαση αφορά στον τρόπο με τον οποίο ακούει ο ακροατής και έχει σαν στόχο την ενίσχυση και τη διευκόλυνση της προσωπικής επαφής, καθώς συμβάλλει στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, αποδοχής, συνεργασίας και στη σαφέστερη κατανόηση του ομιλητή. Αν δεν υπάρχει αυτή η δεξιότητα δεν είναι δυνατόν οι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν τα πραγματικά ζητήματα που αφορούν τους ασθενείς. Ο (Meryl S, 1998) αναφέρει ότι το πιο συνηθισμένο παράπονο των ασθενών είναι ότι οι γιατροί δεν τους “ακούνε”. Ο ασθενής έχει ανάγκη από περισσότερη πληροφόρηση για το νόσημα του, για τη θεραπεία και τις παρενέργειες της και για τον τρόπο που οι ίδιοι μπορούν να το διαχειριστούν.

Σε μια επικοινωνιακή σχέση, η ενεργητική ακρόαση, αντίθετα με την παθητική ακρόαση, προϋποθέτει τη συμμετοχική δράση και την αλληλεπίδραση των συμμετεχόντων κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις όπως η προσήλωση, η παρατηρητικότητα, η αυθεντικότητα - γνησιότητα, η ενσυναίσθηση και η αποδοχή. Απαιτεί μεγάλη αυτοσυγκέντρωση και προσοχή, με τη χρήση όλων των αισθήσεων, ώστε να μην χαθούν λεκτικά ή μη λεκτικά μηνύματα.

Η σωστή ακρόαση πρέπει να περιλαμβάνει κάποια σημαντικά χαρακτηριστικά. Το πρωτεύον είναι η διατήρηση της βλεμματικής επαφής, ώστε ο ασθενής να αντιλαμβάνεται ότι διατηρεί τη προσοχή του γιατρού. Επίσης, καλό θα ήταν να αφήνεται ο ασθενής να εκφράζει ελεύθερα τους προβληματισμούς και τα θέματα τα οποία τον απασχολούν. Είναι

πολύ σημαντικό να καταλαβαίνει ο ασθενής πως παρακολουθείται με προσοχή από το συνομιλητή του, για αυτό μια επανάληψη από μέρους του των λεγόμενων του, μπορεί να λειτουργήσει καθυστερητικά την κατάλληλη στιγμή. Τέλος, εξέχουσας σημασίας είναι να υπάρχει ανταπόκριση στο συναίσθημα, το οποίο μπορεί να εκφράζει ο ασθενής και επίσης, ανταπόκριση στα λεκτικά ή μη μηνύματα του ασθενή και έτσι με αυτό τον τρόπο ολοκληρώνεται η διαδικασία ενεργητικής ακρόασης.

Με τη χρήση της ενεργητικής ακρόασης προάγεται ο διάλογος, μειώνεται το άγχος, βοηθώντας συγχρόνως τον ασθενή να προσαρμοστεί καλύτερα στις καταστάσεις τις οποίες βιώνει και να επιδιώξει αλλαγή αυτών προς το καλύτερο. Ο ασθενής νιώθει πως ο γιατρός νοιάζεται, ανησυχεί και κατανοεί τόσο τα προβλήματα που αντιμετωπίζει όσο και τις βαθύτερες σκέψεις που προέρχονται από αυτά. Ο γιατρός δημιουργεί ένα περιβάλλον στο οποίο ο ασθενής νιώθει ασφάλεια, ενισχύει τη θεραπευτική σχέση και βοηθάει ώστε να καθοριστούν από κοινού οι στόχοι και οι προσδοκίες που αφορούν το θεραπευτικό πλάνο.

β) Η ερμηνεία μη λεκτικών μηνυμάτων: Κατά τη διάρκεια της εξέτασης θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στις στάσεις και κινήσεις του σώματος, στις εκφράσεις του προσώπου ακόμα και στη χροιά της φωνής του γιατρού. Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει τη σπουδαιότητα και σημασία των μη λεκτικών μηνυμάτων στην επικοινωνία με τους ασθενείς, διότι μέσω αυτών μεταφέρονται στάσεις και συναισθήματα τόσο του ίδιου όσο και των ασθενών, για την επίτευξη του μέγιστου θεραπευτικού αποτελέσματος. Η μη λεκτική επικοινωνία εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία των διαπροσωπικών σχέσεων.

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι αντιδράσεις του γιατρού, όπως το να παίζει με το στυλό του ή να κοιτάει συνέχεια τις σημειώσεις του ή να μην κοιτάει τον ασθενή απευθείας στα μάτια, μπορεί να θεωρηθούν από τον ασθενή ως έλλειψη ενδιαφέροντος, με αποτέλεσμα να τον οδηγήσουν να μην δώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και να μην αναλύσει το πρόβλημα του σε βάθος και στο τέλος να μην μείνει ικανοποιημένος από τη συνάντηση. Κυρίως για το γιατρό η μη λεκτική επικοινωνία πρέπει να είναι ιδιαίτερα ενδεδειγμένη, διότι αποτελεί τη βασική πηγή πληροφοριών και μεταφοράς συναισθημάτων για τον ασθενή.

Όμως, τα μη λεκτικά μηνύματα δεν είναι πάντα σαφή. Για παράδειγμα, αν η απάντηση ενός ασθενή στην ερώτηση του γιατρού αν παίρνει φάρμακα είναι «βέβαια, βέβαια» με ταυτόχρονη απώλεια της βλεμματικής επαφής με το γιατρό, τότε η ερμηνεία της απάντησης μπορεί να είναι είτε ότι κουράστηκε να τα παίρνει είτε ότι δεν τα παίρνει. Τίθεται,

λοιπόν, ζήτημα αποκωδικοποίησης των μη λεκτικών μηνυμάτων για την επιτυχία της επικοινωνίας.

Η ικανότητα αποκωδικοποίησης της μη λεκτικής συμπεριφοράς ονομάζεται *διαίσθηση*. Πρόκειται για την ικανότητα του ατόμου να ερμηνεύει τα μη λεκτικά μηνύματα του συνομιλητή και να τα συγκρίνει με τα λεκτικά. Αυτή η ικανότητα είναι απαραίτητη στο γιατρό για την επίτευξη ειλικρινούς επικοινωνίας με τον ασθενή. Παράλληλα ο γιατρός πρέπει να είναι γνώστης των εκδηλώσεων που αφορούν τις λεγόμενες *διαρροές αλήθειας*. Κάτω από τη συναισθηματική πίεση και στην προσπάθεια του ατόμου να ελέγξει τις αυθόρμητες εκδηλώσεις εμφανίζονται ασυνείδητα οι διαρροές της αλήθειας οι οποίες μπορούν εύκολα να αποκωδικοποιηθούν από έμπειρους συνομιλητές. Αυτό συμβαίνει, γιατί εκδηλώνονται με αστάθεια φωνής, κοκκίνισμα προσώπου ή υπερβολική εφίδρωση.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι γιατροί που έχουν επίγνωση των μη λεκτικών μεθόδων επικοινωνίας, έχουν την ικανότητα να μεταδίδουν αυτό ακριβώς που επιθυμούν και έτσι να κερδίζουν σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση του ασθενή και τη συνεργασία του στην τήρηση των οδηγιών.

Τα **κυριότερα κανάλια** της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι:

1. Το βλέμμα

Η επικοινωνία αρχίζει συχνά με την οπτική επαφή. Οι (Hogg M.A & Vaughan G.M, 2010) υπογραμμίζουν ότι η οπτική επαφή ίσως είναι το κανάλι από το οποίο λαμβάνει κάποιος τις περισσότερες πληροφορίες. Το βλέμμα καθορίζει τη φύση των διαπροσωπικών σχέσεων και είναι αυτό μέσα από το οποίο ανταλλάσσονται συναισθήματα μεταξύ των συνομιλητών και ρυθμίζεται η ροή του λόγου στη διάρκεια της συνάντησης. Η εστίαση του βλέμματος σε ένα άτομο αποτελεί το έναυσμα για αλληλεπίδραση.

Η οπτική επαφή δημιουργεί μεταξύ γιατρού - ασθενή μια καλή ατμόσφαιρα με θετικά συναισθήματα και καλλιεργεί την αρμονική συνεργασία τους. Οι (Montague E, Chen P, Xu J, Chewning B, Barrett B, 2013) υποστηρίζουν ότι η βλεμματική επαφή μεταξύ των εμπλεκόμενων συνδέεται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Το εστιασμένο βλέμμα των γιατρών προς τον ασθενή, τους βοηθάει να αντιληφθούν ευκολότερα το άγχος και τη δυσφορία του συνομιλητή τους.

Στην επικοινωνία γιατρού - ασθενή το αν διατηρεί ή όχι ο ασθενής οπτική επαφή με το γιατρό κατά τη συνομιλία, το πόσο έντονα κοιτά, οι εκφράσεις του προσώπου του, οι κινήσεις των φρυδιών, το χαμόγελο ή η συνοφρύωση, μπορούν να αποκαλύψουν το βαθμό που αντιλαμβάνεται αυτά που ακούει, καθώς και τα συναισθήματά του όπως εκνευρισμό, απογοήτευση, χαρά, ανακούφιση, ανησυχία, λύπη.

Η άρνηση της οπτικής επαφής ή η παρατεταμένη οπτική επαφή μπορεί να εκληφθεί ως πρόβλημα συνεργασίας. Συνεπώς, διαπιστώνεται ότι η μη λεκτική οπτική επαφή μπορεί να αποτελέσει σημαντική επιρροή, είτε θετική είτε αρνητική, στην συνεργασία ασθενή και γιατρού. Ωστόσο, θα πρέπει να δοθεί προσοχή και στα αρνητικά μηνύματα που μπορεί να αποδώσει η υπερβολική βλεμματική επαφή.

Τις περισσότερες φορές, όμως, οι γιατροί δεν δύναται να διατηρήσουν αρκετά την οπτική επαφή με τον ασθενή. Κοιτάζουν τα χαρτιά τους, την οθόνη του υπολογιστή, το ιατρικό διάγραμμα, το σώμα του ασθενή εκτός από το πρόσωπό του. Σύμφωνα με τους (Harrigan J.A, Oxman T, Rosenthal R.R, 1985) αυτό δείχνει ότι ίσως φοβούνται την οικειότητα και την αμεσότητα που επιφέρει η συνάντηση των βλεμμάτων.

2. Εμφάνιση

Ο (Γεωργιάς Δ, 1995) επισημαίνει ότι *“η εμφάνιση αντικατοπτρίζει ένα μήνυμα που το άτομο θέλει να περάσει στο κοινωνικό σύνολο για τη συναισθηματική του κατάσταση ή για την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει”*. Για παράδειγμα, αν θέλει να προβάλλει τον επαγγελματικό ρόλο τότε αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση μιας στολής, όπως στη περίπτωση του γιατρού την *“ιατρική ποδιά”*.

Ο βαθμός που κρίνουμε τους συνομιλητές μας εξαρτάται από το πόσο ελκυστικά βρίσκει κανείς τα άτομα που έχει απέναντί του και επικοινωνεί. Οι (Lionis C, Shea S, Markaki A, 2011) επισημαίνουν ότι η ένδυση, ο τρόπος χτενίσματος των μαλλιών, το μακιγιάζ κ.α. επηρεάζουν την κρίση, τον τρόπο αντιμετώπισης και επικοινωνίας χωρίς αυτό να γίνεται συχνά αντιληπτό. Όταν ένας ασθενής μπαίνει για πρώτη φορά στο ιατρείο και βλέπει έναν γιατρό, αρχίζει μέσα του να κάνει διάφορες υποθέσεις. Όταν ο γιατρός είναι καθαρός και περιποιημένος αντιμετωπίζεται διαφορετικά σε σχέση με αυτόν που είναι ατημέλητος.

3. Εκφράσεις προσώπου

Το πρόσωπο θεωρείται ο καθρέφτης των ανθρώπων, από εκεί ξεκινάει η επαφή. Οι εκφράσεις του προσώπου αντικατοπτρίζουν και παρέχουν πληροφορίες για τον ψυχοσυναισθηματικό και πνευματικό κόσμο των ανθρώπων. Σύμφωνα με τους (Ekman P, Friesen

W, Ellsworth P, 1972) “υπάρχουν επτά κύριες συγκινησιακές καταστάσεις που διαγράφονται στο πρόσωπο και μπορούν να αποκωδικοποιηθούν σωστά από τους περισσότερους, η χαρά, η έκπληξη, ο φόβος, ο θυμός, η θλίψη, η αηδία και το ενδιαφέρον”. Οι πληροφορίες που μεταφέρονται μέσω αυτής της έκφρασης του προσώπου είναι ευρέως διαδεδομένες στη φύση και πολλοί άνθρωποι σε όλο τον κόσμο μπορούν να τις αποκρυπτογραφήσουν σωστά. Σύμφωνα με τους (Παπαδάκη - Μιχαηλίδη Ε, 1995) το χαμόγελο, αποτελεί μια σπουδαία κοινωνική ανταμοιβή και ένα εργαλείο για την ενθάρρυνση της συνομιλίας μεταξύ των ανθρώπων.

Εκείνο που έχει ενδιαφέρον και μερικές φορές είναι δύσκολο να αποκωδικοποιηθεί είναι όταν οι εκφράσεις του προσώπου μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο περισσότερο από κάθε άλλη μορφή μη λεκτικής επικοινωνίας. Η έρευνα δείχνει ότι όταν οι γιατροί είναι σε θέση να ελέγχουν τις συναισθηματικές εκδηλώσεις του προσώπου τους και να μεταφέρουν μόνο αυτό που ήθελαν να μεταφέρουν στους συνομιλητές τους, τότε οι τελευταίοι δηλώνουν ικανοποιημένοι με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνουν.

Δεν μεταδίδει όμως μόνο ο γιατρός μηνύματα με τις εκφράσεις του προσώπου του στον ασθενή, συμβαίνει και το αντίθετο. Και μάλιστα είναι πάρα πολύ σημαντικό ο γιατρός να έχει την ευαισθησία να λαμβάνει τα μηνύματα αυτά. Ίσως μάλιστα σε κάποιες περιπτώσεις να είναι και τα μοναδικά μηνύματα που θα του μεταδώσει ο ασθενής. Έχει διαπιστωθεί ερευνητικά ότι όταν οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας αποκωδικοποιήσουν τα μηνύματα που μεταδίδονται από την έκφραση του προσώπου των ασθενών τους, τότε εκείνοι θεωρούν τη συνεργασία με το γιατρό αποδοτική και εκφράζονται με ικανοποίηση για τη θεραπευτική προσέγγιση.

4. Στάσεις και κινήσεις σώματος

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο τοποθετεί το σώμα του μεταφέρει μη λεκτικά μηνύματα. Η στάση του σώματος και οι κινήσεις, που αποκαλούνται “γλώσσα του σώματος”, αποτελούν πηγή πληροφοριών για τη συναισθηματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου. Ο (Mehrabian A, 1976) όρισε ότι “κλειδιά των στάσεων για την αποκάλυψη των συναισθημάτων είναι αυτά της έντασης και της χαλάρωσης”. Ο άνθρωπος, όταν νιώθει πως δεν απειλείται, παίρνει στάση χαλαρή σε αντίθεση με τη σφιγμένη στάση που θέτει τον εαυτό του όταν νιώσει ότι απειλείται. Με βάση αυτό μπορεί κάποιος να καταλάβει πόσο ανήσυχος ή χαλαρός είναι ο συνομιλητής του. Έτσι, όταν ο γιατρός είναι ανήσυχος, ο ασθενής το αναγνωρίζει και η συνάντηση επηρεάζεται αρνητικά.

Αυτό συμβαίνει, διότι τα μηνύματα που μεταδίδονται μέσω της στάσης και τις κινήσεις σώματος είναι τα λιγότερα ελεγχόμενα. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η έκφραση των συναισθημάτων γνωστοποιείται ακούσια στο συνομιλητή μέσα από το κανάλι των σωματικών κινήσεων. Σύμφωνα με τον (Argyle M, 1981) *“στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων οι στάσεις και κινήσεις του σώματος μπορεί να δείχνουν το βαθμό συμπάθειας ή αντιπάθειας τους”*. Ακόμη, οι (Παπαδάκη - Μιχαηλίδη Ε, 1995) επισημαίνουν ότι *“αν και το πρόσωπο αποτελεί τον κύριο εκφραστή των συναισθημάτων του ατόμου, η ηθελημένη απόκρυψη αυτών μπορεί να προδοθεί από τις στάσεις και κινήσεις του σώματος”*.

Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει πως να διαχειρίζεται τη δική του στάση σώματος, καθώς και να παρατηρεί και να αποκρυπτογραφεί όσα εκφράζονται από τη στάση του σώματος του ασθενή. Η διατήρηση της οπτικής επαφής, η ήρεμη στάση του σώματος του και η κάμψη αυτού προς την πλευρά του, βοηθά τον ασθενή να νιώσει άνετα. Από την πλευρά του ασθενή πάλι πολλά από αυτά που σκέπτεται και αισθάνεται μπορούν να αποκωδικοποιηθούν από τη δική του στάση σώματος.

Κάποιες χειρονομίες των επαγγελματιών υγείας εκλαμβάνονται θετικά από τους ασθενείς όπως για παράδειγμα, η στάση του σώματος στην οποία τα χέρια είναι σταυρωμένα ή κλειστά μεταφέρουν ένα μήνυμα ψυχρότητας και επιφυλακτικότητας, η ανοικτή θέση των χεριών μεταδίδει αμεσότητα. Σε μελέτες έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποίηση για τον επαγγελματία υγείας, που προσανατολίζει το σώμα του προς την κατεύθυνση του δικού τους, κλίνοντας προς το μέρος τους αντί να γέρνει προς τα πίσω και να απομακρύνεται. Οι (DiMatteo M.R & Martin L.R, 2006) αναφέρουν ότι σε έρευνες με τη συμμετοχή ψυχοθεραπευτών βρέθηκε ότι *“οι ήρεμες κινήσεις των χεριών, τα νεύματα του κεφαλιού και η ελαφριά κλίση του σώματος προς το μέρος των πελατών κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας προσδίδουν από τον ψυχοθεραπευτή ένα ζεστό και φιλικό χαρακτήρα”*.

5. Περιοχές - Ζωτικός χώρος

Ο κάθε άνθρωπος περικλείεται από μία προσωπική περιοχή, τον επικαλούμενο ζωτικό χώρο. Όταν αυτός θεωρεί ότι παραβιάζεται εκδηλώνει δυσφορία και αμηχανία και κάνει διορθωτικές κινήσεις για τη διατήρηση αυτού. Η απόσταση μεταξύ των ατόμων είναι δηλωτική για τη σχέση τους. Οι (Harrigan J.A, Oxman T, Rosenthal R.R, 1985) υποστηρίζουν ότι *“οι γιατροί που έχουν υψηλού βαθμού συναισθηματική επαφή με τους ασθενείς τους συνηθίζουν να μην κρατούν μεγάλη απόσταση, αλλά να κάθονται αρκετά κοντά τους”*. Κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας με τον ασθενή, όταν ο γιατρός προσπαθεί να παραβιάσει το

δικό του ζωτικό χώρο είτε πλησιάζοντας τον είτε ακουμπώντας τον, εκείνος προσπαθεί να τον απωθήσει και να εκτελέσει κάποιες διορθωτικές κινήσεις για την επίτευξη μιας ισορροπίας στην απόστασή τους. Ανάλογες κινήσεις εκτελεί κι ο γιατρός, όταν νιώθει ότι ο ασθενής εισβάλλει στο δικό του ζωτικό χώρο, όπως τονίζουν οι (Lionis C, Shea S, Markaki A, 2011).

Είναι δεδομένο ότι τα συναισθήματα και η συμπεριφορά των ανθρώπων επηρεάζονται από το περιβάλλον. Ένα ζεστό και φιλόξενο περιβάλλον με την χρήση κατάλληλων χρωμάτων και υλικών δημιουργεί αίσθηση οικειότητας και χαλάρωσης, ενώ το αντίθετο δημιουργεί ένταση και έλλειψη άνεσης.

Συνεπώς, οι πληροφορίες που μεταδίδονται με την μη λεκτική επικοινωνία είναι πολύ περισσότερες σε σχέση με την λεκτική, με αποτέλεσμα να παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στις διαπροσωπικές σχέσεις, ώστε να προσφέρει στο άτομο ικανοποιητικές σχέσεις με γνώμονα την ηρεμία, την ευτυχία και την ψυχική ισορροπία. Από όλες τις μορφές της μη λεκτικής επικοινωνίας η σωματική επαφή και το άγγιγμα θεωρούνται ότι υπηρετούν καλύτερα το στόχο της εδραίωσης μιας καλής συναισθηματικής σχέσης. Συνήθως το άγγιγμα είναι εξαιρετικά κατευναστικό για τον ασθενή, δείχνει ενδιαφέρον και συμπάρασταση, αλλά υπάρχει ο κίνδυνος παρερμηνείας, διότι μπορεί απλά να φαίνεται ως ένδειξη ισχύος.

Πάντως τα κανάλια της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι κατανοητά από όλους τους ανθρώπους ασχέτως πολιτισμικού συστήματος και γλώσσας. Πολλές φορές, όμως, για να επιτευχθεί η σωστή αποκωδικοποίηση σε δύσκολες περιπτώσεις, όπως σε αυτές με ασθενείς χρόνιων παθήσεων είναι απαραίτητη η εντατική εκπαίδευση των ειδικών ώστε να προσφέρουν την ψυχική στήριξη που χρειάζονται οι ασθενείς.

γ) Αποκτώντας μια αμφίδρομη σχέση επικοινωνίας

Σημαντικό κομμάτι της επικοινωνίας είναι ο έλεγχος για να διαπιστωθεί αν το μήνυμα ερμηνεύθηκε κατά τον ίδιο τρόπο με τον τρόπο που εννοούσε ο γιατρός. Για να επιτευχθεί αυτό ξαναδιατυπώνεται το μήνυμα ή διατυπώνεται με τη μορφή ερώτησης. Σύμφωνα με την (deWit C. Susan, 2001) η αντίδραση στην ερώτηση θα επιβεβαιώσει εάν το αρχικό μήνυμα ερμηνεύθηκε σωστά.

δ) Εστίαση της προσοχής

Ο γιατρός θα πρέπει να διατηρεί την προσοχή του συνομιλητή του στη διαδικασία της επικοινωνίας. Είναι πολύ σημαντική η διατήρηση της προσοχής του ασθενή κατά τη διάρκεια της συνάντησης. Θα πρέπει με τις κατάλληλες εκφράσεις ο γιατρός να επαναφέρει

ευγενικά την προσοχή του ασθενή στη συνομιλία τους, όταν διαπιστώσει ότι έχει αποσπασθεί η προσοχή του. Η (deWit C. Susan, 2001) τονίζει ότι αν για κάποιο λόγο θα πρέπει να γίνει παύση για κάποια ενέργεια, είναι απαραίτητη η αιτιολόγηση στον ασθενή, ώστε να αποφευχθεί κάποια λανθασμένη ερμηνεία από αυτόν.

ε) Προσαρμογή του χαρακτήρα

Σε κάθε επικοινωνία και συζήτηση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο χαρακτήρας, η προσωπικότητα και ο τρόπος επικοινωνίας του κάθε ασθενή. Στην περίπτωση που ο ασθενής είναι ένας ήρεμος συνομιλητής με αργή απόκριση στις ερωτήσεις τότε ο γιατρός οφείλει να προσαρμοστεί σε αυτό το ρυθμό και αν αργεί να απαντήσει στις ερωτήσεις του να του δίνει το χρόνο που χρειάζεται χωρίς να εκδηλώνει ανυπομονησία. Επίσης, η (deWit C. Susan, 2001), επισημαίνει ότι αν ο ασθενής αισθάνεται άνετα να παρουσιάσει τα συναισθήματα του μέσα από την αφήγηση μιας ιστορίας, ο γιατρός πρέπει να του δίνει αρκετό χρόνο, για να το κάνει.

Τεχνικές αποτελεσματικής επικοινωνίας

Σύμφωνα με τους (Keller V, Baker L, 2000) οι κατάλληλες τεχνικές που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα επικοινωνίας είναι οι παρακάτω:

1. Διάλογος

Ο διάλογος αποτελεί τον καλύτερο τρόπο επικοινωνίας, αρκεί σύμφωνα με τους (Kouzes M, Posner M, 2007), να λαμβάνονται υπόψη κάποια σημεία όπως:

- ο έλεγχος του τόνου της φωνής
- η ενημέρωση και η ακριβής πληροφόρηση για το θέμα συζήτησης
- η ευελιξία στο θέμα συζήτησης
- η σαφήνεια, η συντομία και η απλότητα
- η αποφυγή λέξεων που μπορούν να παρερμηνευτούν
- η ειλικρίνεια
- η ευρύτητα πνεύματος
- η εκμετάλλευση όσο το δυνατόν περισσότερων διαθέσιμων ευκαιριών και έκφρασης συζήτησης

2. Ακρόαση

Η ακρόαση είναι επίσης μια σημαντική δεξιότητα που περιλαμβάνει όσα προσλαμβάνονται με την αίσθηση της ακοής και την ερμηνεία τους. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και συγκέντρωση για την αξιολόγηση όσων ακούγονται. Οι (Kouzes M, Posner M, 2007) προτείνουν κάποιες τεχνικές που πρέπει να ακολουθεί κανείς, ώστε να βελτιωθούν οι δεξιότητες ακρόασης όπως:

- *ο ομιλητής, στη δεδομένη περίπτωση ο γιατρός, θα πρέπει να κάθεται χωρίς να σταυρώνει τα χέρια και τα πόδια του, στοιχεία που δηλώνουν ότι είναι κλειστός στα σχόλια του συνομιλητή - ασθενή*
- *θα πρέπει να επικρατεί ηρεμία και παραμονή σε εγρήγορση*
- *θα πρέπει να διατηρείται η οπτική επαφή με το συνομιλητή, χωρίς όμως επιμονή σε μια κατά μέτωπο στάση*
- *θα πρέπει να εκφράζει προσοχή στα λεγόμενα του συνομιλητή, με τη χρήση κατάλληλων εκφράσεων*
- *θα πρέπει να υπάρχει καλή σκέψη πριν από κάθε απάντηση και να αποφεύγονται οι αυθορμητισμοί*
- *θα πρέπει να αποφεύγεται η υποκρισία*

3. Σιωπή

Σε μια επικοινωνία οι συνομιλητές μπορούν με την χρήση της σιωπής να μεταφέρουν διάφορα μηνύματα, όπως αυτά που αναφέρουν οι (Kouzes M, Posner M, 2007):

- *Άνεση και ικανοποίηση.*
- *Εξωτερίκευση εσωτερικών αισθημάτων και σκέψεων.*
- *Φόβος ή απειλή.*

4. Συνέντευξη

Η συνέντευξη αποτελεί ένα βασικό εργαλείο για τη συλλογή δεδομένων. Συμβάλει στην απόκτηση επαρκούς και ορθής πληροφόρησης.

5. Ανοιχτές ερωτήσεις ή σχόλια

Οι ανοιχτές ερωτήσεις προάγουν σύμφωνα με τους (Kouzes M, Posner M, 2007) την περιφραστική απάντηση και την ελεύθερη έκφραση. Χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία σχέσεων και τη διαχείριση του ασθενή.

6. Κλειστές ερωτήσεις ή σόγια

Κλειστές είναι οι ερωτήσεις που καταλήγουν σε σύντομες απαντήσεις που παρέχουν πολύ συγκεκριμένες πληροφορίες. Το όφελος τους είναι ότι λαμβάνονται συγκεκριμένες πληροφορίες, αρνητικό τους είναι ότι κλείνουν τη συζήτηση και δεν ενθαρρύνουν την αφήγηση του ασθενή. Οι (Kouzes M, Posner M, 2007) υποστηρίζουν ότι με αυτή την τεχνική επιτρέπονται περιορισμένες επιλογές στις πιθανές απαντήσεις και ίσως με αυτόν τον τρόπο δίνεται και η ακριβής απάντηση που αναζητείται.

7. Αφή

Η αίσθηση της αφής αποτελεί ένα ακόμη ισχυρό μέσο επικοινωνίας, μέσω της οποίας μπορεί να μεταφερθούν πολλαπλά μηνύματα. Οι (Kouzes M, Posner M, 2007) σημειώνουν ότι: *“η αφή είτε μπορεί να μεταδώσει θετικά συναισθήματα, όπως την ένωση των ανθρώπων, τη μείωση της μοναξιάς, την μετάδοση της ζεστασιάς, την αύξηση της αυτοπεποίθησης του ατόμου είτε να μεταδώσει και αρνητικά συναισθήματα, όπως απογοήτευση, θυμό και επιθετικότητα”*.

8. Χιούμορ

Το χιούμορ είναι μια δεξιότητα που όταν χρησιμοποιείται κατάλληλα μπορεί να μειώσει το άγχος και το στρες, την απογοήτευση και την ανησυχία. Η ψυχολογική και η σωματική χαλάρωση που προσφέρει είναι γνωστή. Επιτρέπει στον ασθενή να βλέπει τις δύσκολες καταστάσεις με νέα προοπτική, σαν μία πρόκληση, που πρέπει να αντιμετωπίσει με σθένος και ψυχραιμία παρά σαν απειλή.

Η καλή επικοινωνία και η δημιουργία μιας αρμονικής σχέσης είναι ζωτικής σημασίας, ώστε να μπορέσει ο ειδικός να πετύχει ικανοποιητική και ολοκληρωμένη εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή. Στη σχέση αυτή είναι σημαντικό να ξεκαθαριστούν οι ρόλοι του καθενός με στόχο την καλύτερη προσέγγιση του πάσχοντος για τη λήψη αξιόπιστων πληροφοριών. Για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει ο ειδικός να εφαρμόσει όλες τις παραπάνω τεχνικές και επιπρόσθετα μέσω της ενεργητικής ακρόασης, να επιτύχει να γίνουν αντιληπτά όλα τα μηνύματα που μεταδίδει ο ασθενής είτε λεκτικά είτε μη λεκτικά.

Στρατηγικές αποτελεσματικής επικοινωνίας

Υπάρχουν πολλές στρατηγικές που συντελούν στο να γίνει η επικοινωνία πιο αποτελεσματική, μερικές από τις οποίες αναφέρονται παρακάτω:

1. Δεξιότητες επικοινωνίας.

Οι (Chio A, Montuschi A, Cammarosano S, De Mercanti S, Cavallo E, Pardi A, et al, 2008) επισημαίνουν ότι μερικές από τις δεξιότητες που βοηθούν στην επικοινωνία είναι η *ακρόαση*, η *ενσυναίσθηση* και η *χρήση ερωτήσεων ανοιχτού τύπου*. Η ανακοίνωση και η διαχείριση των επιπτώσεων των άσχημων ειδήσεων είναι ένα συνηθισμένο καθήκον στην ιατρική πρακτική και στο οποίο βοηθάει σημαντικά η ανάπτυξη μιας καλής σχέσης γιατρού - ασθενή. Συγχρόνως, η αποτελεσματική επικοινωνία βοηθά στην ανταλλαγή πληροφοριών, στη παροχή ιατρικής πληροφόρησης και στην κατανόηση από τους ασθενείς των προοπτικών των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Αντιθέτως, η έλλειψη επικοινωνίας αποτελεί εμπόδιο στην κατανόηση των πτυχών της ασθένειας, στη συμμετοχή τους στη θεραπεία και δημιουργεί δυσφορία για την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας.

2. Εκπαίδευση για καλύτερη επικοινωνία.

Οι γιατροί με την κατάλληλη εκπαίδευση μπορούν και πρέπει να αποκτήσουν δεξιότητες για καλή επικοινωνία, ώστε να μπορούν να βελτιώσουν τη σχέση τους με τον ασθενή. Ωστόσο, οι (Harms C, Young JR, Amsler F, Zettler C, Scheidegger D, Kindler CH, 2004) τονίζουν ότι είναι σημαντικό οι γιατροί με την πάροδο του χρόνου να εξασκούνται ξανά με τακτική ανατροφοδότησης νέων δεξιοτήτων διότι οι επικοινωνιακές δεξιότητες είναι δυνατόν να φθίνουν.

3. Συνεργατική επικοινωνία (collaborative communication)

Είναι μια δυναμική και αμοιβαία σχέση που ως κύριο χαρακτηριστικό έχει την ανταλλαγή πληροφοριών. Ο (Feudtner C, 2007) επισημαίνει ότι *“οι γιατροί θα πρέπει να συνεργάζονται με τους ασθενείς τους για να μπορούν να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα”*, όμως συχνά παρατηρείται η στάση των γιατρών να λαμβάνουν γρήγορες αποφάσεις, οι οποίες μπορεί να χαρακτηριστούν και προκατειλημμένες. Για την αποφυγή αυτών των χαρακτηρισμών θα πρέπει να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο, ώστε να συζητούν με τους ασθενείς τις επιλογές της θεραπείας. Μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών, αναδεικνύονται οι ανησυχίες των ασθενών και δίνονται οι απαραίτητες επεξηγήσεις των επιλογών θεραπείας, όσον αφορά τα οφέλη και τους κινδύνους της, με σκοπό τη λήψη κοινών αποφάσεων. Με αυτό τον τρόπο, σύμφωνα με τον (Agora NK, 2003) ο γιατρός διευκολύνει τη συζήτηση και οι θεραπευτικές επιλογές εξατομικεύονται με βάση τις ανάγκες κάθε ασθενή αντί να ακολουθείται ένα τυποποιημένο θεραπευτικό πρωτόκολλο. Με τη *“συνεργατική επικοινωνία”* οι γιατροί είναι σε θέση να γνωρίσουν τις απόψεις και τις αποφάσεις των

ασθενών. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουν και να σέβονται τα δικαιώματα για λήψη αποφάσεων και επιλογών των ασθενών τους και να αντιμετωπίσουν τυχόν εμπόδια, που θα προκύψουν, εξασφαλίζοντας ότι τα οφέλη και η σημασία της θεραπείας έχουν καταστεί σαφή, ώστε να επιτύχουν τη μέγιστη δυνατή τήρηση των ιατρικών οδηγιών από τους ασθενείς.

4. Διαχείριση συγκρούσεων

Η σύγκρουση αποτελεί μια δυσμενή κατάσταση καθώς μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα απογοήτευσης, σύγχυσης, αποτυχίας, θυμού, θλίψης ή αβεβαιότητας. Ο γιατρός οφείλει σύμφωνα με τους (Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK, 2002) να αναπτύξει δεξιότητες, ώστε να εντοπίσει τις αιτίες που προκαλούν τις αντιδράσεις αυτές των ασθενών, αποκαθιστώντας την επικοινωνία, με βασικό στόχο την επιτυχή κλινική έκβαση. Οι (Roter DL, Hall JA, Aoki Y, 2002) διαπιστώνουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ γιατρού - ασθενή, πρέπει να περιλαμβάνει

“την παραγωγική συζήτηση, η οποία θα συντελέσει στην αλληλοκατανόηση των εμπλεκόμενων απόμων (ασθενούς/γιατρού), προσπαθώντας να κατανοήσει και να ερμηνεύσει την κατάσταση από μια άλλη οπτική και συμβάλλοντας στη δημιουργία των κατάλληλων προϋποθέσεων για την εξουδετέρωση πιθανών συγκρούσεων”.

5. Πεποιθήσεις για την υγεία.

Οι αξίες και οι πεποιθήσεις μπορεί να επηρεάζουν τη σχέση γιατρού - ασθενή. Οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, διαφορετική κουλτούρα και θρησκευτικές πεποιθήσεις, μπορεί να παρουσιάσουν τη δική τους “εκδοχή” σχετικά με την αφοσίωση στη θεραπεία. Οι διαφορετικές πεποιθήσεις μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τις αποφάσεις της θεραπείας, λόγω του φόβου για την παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα ή της δυσπιστίας στις συνταγογραφούμενες θεραπείες. Η επικοινωνία γιατρού - ασθενή είναι ένας μηχανισμός εντοπισμού και κατανόησης των προσδοκιών, των αξιών και των εμπειριών των ασθενών. Οι γιατροί θα πρέπει να παρέχουν τις ιατρικές πληροφορίες και συμβουλές, κατανοώντας αρχικά τη στάση του ασθενή απέναντι στη νόσο του, δίνοντας με αργή εκφορά του λόγου και σε μικρή ποσότητα, ώστε να δίνεται ο χρόνος στον ασθενή ή/και στο συγγενικό του περιβάλλον να τις κατανοήσει. Στη συνέχεια, να ακολουθεί πάντα μια περίληψη όλων των πληροφοριών που συζητήθηκαν και στο τέλος, να ζητούν από τον ασθενή να συνοψίσει τις πληροφορίες που έλαβε στη συνάντησή τους, γιατί η κατανόηση και συμφωνία μεταξύ γιατρού - ασθενή είναι ένας βασικός παράγοντας που επηρεάζει την τελική έκβαση.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται και κάποιες επιπλέον **στρατηγικές βελτίωσης** της επικοινωνίας γιατρού - ασθενή:

➤ **Ενεργητική ακρόαση**

Αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές στρατηγικές επικοινωνίας. Είναι ένας επικοινωνιακός τρόπος όπου τόσο ο λήπτης όσο και ο αποστολέας διαδραματίζουν ενεργό ρόλο. Σύμφωνα με τους (Kouzes M, Posner M, 2007) *“ο ενεργητικός ακροατής, επιδεικνύει συμπεριφορές προσοχής, που μεταδίδουν την προσοχή και το ενδιαφέρον του ακροατή”*.

- Είναι στραμμένος προς τον συνομιλητή του
- Έχει ανοιχτή στάση σώματος
- Δίνει πρόσθια κλίση στον κορμό του
- Έχει λεκτικές και μη λεκτικές αντιδράσεις που υποδεικνύουν ενδιαφέρον και ενθαρρύνουν τον αποστολέα να συνεχίσει.

Μέσα από αυτή την διαδικασία επιτυγχάνεται η αναγνώριση των σκέψεων και των προβληματισμών του ασθενή. Ο γιατρός για να το επιτύχει αυτό πρέπει να καταστείλει τις δικές του σκέψεις και συναισθήματα, να βάλει τον εαυτό του στη θέση του ασθενή και με ιδιαίτερη προσοχή να ακούσει το μήνυμά του. Με την ενεργητική ακρόαση ο γιατρός εκδηλώνει ενδιαφέρον για τον ασθενή του και μπορεί να δημιουργήσει, μια σχέση εμπιστοσύνης. Από την άλλη μέσω αυτής της διαδικασίας ενισχύεται η αυτοεκτίμηση του ασθενή, γιατί δέχεται την απόλυτη προσοχή του γιατρού του.

➤ **Συμφωνία**

Μια άλλη στρατηγική για πιο αποτελεσματική επικοινωνία είναι η αποστολή μηνυμάτων που συμφωνούν μεταξύ τους. Με την έννοια συμφωνία ορίζεται η **ταύτιση** των λεκτικών και των μη λεκτικών μηνυμάτων. Η στάση του γιατρού θα πρέπει να δείχνει ενδιαφέρον απέναντι στον ασθενή και αυτό θα πρέπει να συνδυάζεται και με τις αντίστοιχες λεκτικές φράσεις.

➤ **Συγκεκριμένος λόγος**

Πολλές φορές οι ασθενείς λόγω του έντονου άγχους τους δυσκολεύονται να κατανοήσουν αυτά που ακούνε από τους επαγγελματίες υγείας. Η ιατρική γλώσσα προκαλεί σύγχυση και απορίες στον ασθενή. Η χρήση δυσνόητων όρων δεν βοηθάει τον ασθενή να κατανοεί το πρόβλημά του. Συνεπώς, ο λόγος που πρέπει να χρησιμοποιεί ο γιατρός πρέπει να είναι ρεαλιστικός, ειλικρινής, σαφής και να μην απαιτεί ερμηνεία. Άλλωστε, πολλοί

ασθενείς, όπως είναι οι άνθρωποι με περιορισμένη γνώση της ελληνικής γλώσσας, με νοητική υστέρηση, άγχος και σοβαρή ψυχική νόσο έχουν ανάγκη από συγκεκριμένη και σαφή επικοινωνία.

➤ **Ενσυναίσθηση**

Ο όρος “ενσυναίσθηση” (empathy) αναφέρεται στην ικανότητα του γιατρού να ερμηνεύει και να ανταποκρίνεται στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του ασθενή. Αναγνωρίζεται ως μια ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος στη σχέση γιατρού - ασθενή, καθώς τους εμπνέει αίσθημα ασφάλειας και άνεσης και τους παρέχει την αίσθηση ότι δεν είναι μόνοι τους, ότι υπάρχουν άνθρωποι που τους καταλαβαίνουν και τους εκτιμούν. Ωστόσο δεν ταυτίζεται με τη συμπάθεια. Ο γιατρός επιδεικνύοντας ενσυναίσθηση αναγνωρίζει και κατανοεί τα συναισθήματα του ασθενή, διατηρώντας όμως τον ρόλο του ως επαγγελματία υγείας, χωρίς να νιώθει λύπη ή οίκτο για τον ασθενή του. Κατανοώντας το συναισθηματικό φορτίο του ασθενή, επιτυγχάνει να ασκήσει μια θετική επιρροή στη θεραπεία και στη φροντίδα του.

Παράγοντες που προάγουν την αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού - ασθενούς

Σύμφωνα με την (deWit C. Susan, 2001) οι παράγοντες που οδηγούν σε μια αποτελεσματική επικοινωνία είναι οι παρακάτω:

- ***Η αρμονική σχέση μεταξύ γιατρού - ασθενή***
- ***Συγκεκριμένοι αντικειμενικοί σκοποί.*** Υπάρχει καλύτερη επικοινωνία όταν δύο άτομα έχουν κοινούς στόχους και συνεργάζονται για την επίτευξη κοινού σκοπού.
- ***Άνετο περιβάλλον.*** Η επικοινωνία προάγεται όταν υπάρχει ένα άνετο περιβάλλον, όπου τα άτομα αισθάνονται μεταξύ τους χαλαρή και ευχάριστη ατμόσφαιρα χωρίς βιασύνη και άγχος.
- ***Ιδιωτικότητα.*** Η ιδιωτικότητα είναι ένα ευαίσθητο θέμα και χρειάζεται προσεκτικό χειρισμό, όταν η επικοινωνία διεξάγεται μεταξύ δύο ατόμων δεν πρέπει να παρεμβάλλονται τρίτοι, ώστε να εξασφαλίζεται η ιδιωτικότητα του ασθενή.
- ***Εμπιστευτικότητα.*** Η διαχείριση των πληροφοριών πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη εμπιστευτικότητα, ώστε ο ένας να μην εκθέτει τον άλλον.

- **Επικέντρωση στον συνομιλητή.** Η επικοινωνία και η ανταλλαγή πληροφοριών γίνονται με επίκεντρο τον συνομιλητή.
- **Κατάλληλος ρυθμός.** Οι συμμετέχοντες στην επικοινωνία πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους ότι ο ένας πρέπει να προσαρμόζεται στο ρυθμό του άλλου, πρέπει να υπάρχει άνεση χρόνου και όχι βιασύνη.
- **Παροχή προσωπικού χώρου.** Υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι για να επικοινωνήσουν καλύτερα χρειάζονται ένα συγκεκριμένο προσωπικό χώρο στον οποίο αισθάνονται περισσότερη άνεση με το άτομο με το οποίο επικοινωνούν.

Εμπόδια στην ανάπτυξη καλής επικοινωνίας γιατρού – ασθενούς

Η επικοινωνία γιατρού - ασθενή αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα μιας επιτυχημένης συνάντησης, καθώς αποτελεί τη βάση της διάγνωσης και της θεραπείας. Πολλές μελέτες έχουν υποδείξει ως έναν από τους σημαντικότερους λόγους που οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα που τους παρέχετε, τη μη αποτελεσματική επικοινωνία και ειδικότερα τον αριθμό και τη φύση των πληροφοριών που λαμβάνουν από το γιατρό τους. Καταγράφονται πολλά εμπόδια στη δημιουργία καλής επικοινωνίας στη σχέση γιατρού - ασθενή, τα κυριότερα των οποίων αναφέρονται παρακάτω:

α) Επιδείνωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας των γιατρών.

Με την πάροδο του χρόνου οι γιατροί παρουσιάζουν δυσκολία στο να εστιάσουν στη φροντίδα των ασθενών. Ο (DiMatteo M.R, 1998) αναφέρει ότι “η συναισθηματική και σωματική πίεση που βιώνουν οι γιατροί, μειώνει την ενσυναίσθηση, υποκαθιστά τις διαδικασίες και τις τεχνικές για συζήτηση και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε χλευασμό των ασθενών”.

β) Μειωμένη ιατρική πληροφόρηση.

Σύμφωνα με τους (Maguire P, Pitceathly C, 2002) “η έλλειψη ιατρικών πληροφοριών προς τον ασθενή μπορεί να επηρεάσει την κατανόηση της πορείας της νόσου, του σκοπού της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, των προσδοκιών και της συμμετοχής του στη θεραπεία.” Οι (Greenfield S, Kaplan S & Ware JE Jr, 1985) τονίζουν ότι “οι δεξιότητες καλής επικοινωνίας που αναπτύσσουν βοηθούν τους ασθενείς να αντιληφθούν ότι συμμετέχουν πλήρως στις συζητήσεις για την υγεία τους.”

Οι περισσότεροι γιατροί πιστεύουν πως ο χρόνος που διαθέτουν στον ασθενή για να εξηγήσουν θέματα που αφορούν τη διάγνωση, την αιτιολογία, τη θεραπεία και την πρόγνωση μιας ασθένειας είναι αρκετός, αλλά μελέτες που αφορούν τις επαγγελματικές στάσεις δείχνουν ότι διαφέρει σημαντικά ο βαθμός στον οποίο οι γιατροί είναι διατεθειμένοι να παραχωρήσουν πληροφορίες ανά περίπτωση. Οι (Comaroff J, Hogobin G, 1976), εξετάζοντας τον όγκο των πληροφοριών που οι γενικοί γιατροί είναι πρόθυμοι να παρέχουν στους ασθενείς, προσδιόρισαν δύο τύπους γιατρών: ο **πρώτος τύπος** παρείχε λιγότερες πληροφορίες, επειδή πίστευε ότι υπήρχε σημαντική διαφορά στις γνώσεις και στο μορφωτικό επίπεδο των γιατρών και των ασθενών και η ανακοίνωση κάποιων ευρημάτων το μόνο που θα μπορούσε να προκαλέσει ήταν αγωνία και φόβο στον ασθενή. Ο **δεύτερος τύπος** γιατρού, αναγνωρίζοντας τις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενή και τη σημασία της συμμετοχής του στη συνάντηση, παρείχε τις απαραίτητες πληροφορίες, άσχετα αν ο ασθενής έκανε ερωτήσεις ή όχι.

γ) Η συμπεριφορά αποφυγής των γιατρών.

Ορισμένοι γιατροί αποφεύγουν τη συζήτηση για τις συναισθηματικές και κοινωνικές προεκτάσεις των προβλημάτων των ασθενών τους είτε γιατί νιώθουν πως έρχονται σε δύσκολη θέση είτε γιατί δεν έχουν τον απαραίτητο χρόνο για να τα χειριστούν. Αυτή η συμπεριφορά αποφυγής των γιατρών έχει ως συνέπεια να μη θέλουν οι ασθενείς να εκθέσουν τα προβλήματα τους στο γιατρό, με αποτέλεσμα να καθυστερεί η θεραπεία τους (Maguire P, Pitceathly C, 2002).

Στην περίπτωση των χρόνιων παθήσεων ο γιατρός τίθεται σε ηθικό δίλημμα. Η ενημέρωση για την αβεβαιότητα της πορείας της υγείας του μπορεί να προκαλέσει την αμφισβήτηση από τον ασθενή για την επαγγελματική αξιοπιστία και εξουσία του. Αν πάλι επιλέξει την έλλειψη πλήρους ενημέρωσης θα επιμηκύνει το χρόνο της αβεβαιότητας, αλλά θέτει σε κίνδυνο και την ιατρική του αξιοπιστία. Υπάρχουν και οι περιπτώσεις που ο γιατρός επιλέγει να μην ανακοινώσει τη δυσάρεστη είδηση, γιατί έτσι βοηθάει τον ασθενή να μην παραιτηθεί και να συνεχίζει να προσπαθεί για τη βελτίωση της υγείας του.

δ) Αποθάρρυνση της συνεργασίας.

Κάποιοι γιατροί αποθαρρύνουν τους ασθενείς να εκφράζουν τις ανησυχίες τους και να κάνουν ερωτήσεις για να συλλέξουν πληροφορίες σχετικά με το θέμα της υγείας τους. Ο

(DiMatteo M.R, 1998) μελετώντας αυτή την περίπτωση τονίζει ότι *“η έλλειψη των απαραίτητων εξηγήσεων οδηγεί σε μειωμένη κατανόηση της θεραπευτικής αγωγής και σε έλλειψη συναίνεσης μεταξύ γιατρού - ασθενή με τελικό αποτέλεσμα την αποτυχία της θεραπείας.”*

ε) Αντίσταση από ασθενείς.

Οι ασθενείς έχουν καταλάβει ότι δεν είναι μόνο παθητικοί δέκτες των ιατρικών υπηρεσιών, αλλά μπορούν να αντιδράσουν απέναντι στην “εξουσία” και την εξειδικευμένη γνώση των γιατρών. Επίσης, οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες, οι πολιτιστικές και οι θρησκευτικές αντιλήψεις καθώς και το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών μπορεί να δημιουργήσουν αντιστάσεις στη μετάδοση και τη χρήση της ιατρικής πληροφορίας (Lee RG, Garvin T, 2003).

Συμπερασματικά οι παράγοντες που δυσχεραίνουν την αποτελεσματική επικοινωνία είναι οι παρακάτω:

- **Αποτυχία αναγνώρισης της προσωπικότητας του συνομιλητή.** Στη σωστή επικοινωνία απαιτείται η γνώση της θέσης του συνομιλητή, των προβλημάτων και των ανησυχιών του. Αν κάτι τέτοιο δεν επιτευχθεί τότε η σχέση χαρακτηρίζεται ως προβληματική και φυσικά δεν επιτυγχάνεται ο βασικός της σκοπός.
- **Αποτυχία ακρόασης.** Η σωστή επικοινωνία προϋποθέτει και σωστή ακρόαση. Είναι σημαντικό και οι δύο συνομιλητές να έχουν την διάθεση να ακούσουν με προσοχή ο ένας τον άλλον, ώστε να είναι σε θέση να κατανοήσουν ο ένας την κατάσταση και τους προβληματισμούς του άλλου.
- **Μη κατάλληλα σχόλια και ερωτήσεις.** Είναι απαραίτητα να αποφεύγονται τέτοιου είδους σχόλια επειδή εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία.
- **Επιρροή προκαταλήψεων και στερεοτύπων.** Οι συμμετέχοντες στη διαδικασία της επικοινωνίας οφείλουν να είναι απαλλαγμένοι από προκαταλήψεις και να φέρονται πάντα με ευγένεια και ειλικρίνεια.
- **Παροχή συμβουλών.** Η παροχή συμβουλών από το ιατρικό προσωπικό μπορεί να αποτελέσει φραγμό επικοινωνίας. Ο γιατρός πρέπει να κατανοήσει ότι ο ασθενής θα είναι αυτός που θα “υποστεί” τις συνέπειες οποιαδήποτε απόφασης για τη φροντίδα της υγείας του, οπότε ο ρόλος του είναι υποστηρικτικός, παρέχοντας τις κατάλληλες πληροφορίες και εν συνεχεία ο ασθενής θα αποφασίσει μόνος του.

- Γενικόλογα σχόλια. Κατά την συνάντηση του με το γιατρό, ο ασθενής αποκαλύπτει τα βαθιά του συναισθήματα για το πρόβλημά του και είναι πραγματικά δυσάρεστο ο γιατρός να απαντά με γενικόλογα. Αυτά δίνουν την αίσθηση στον ασθενή ότι ο γιατρός δεν ενδιαφέρεται πραγματικά για αυτόν.
- Αμυντική στάση. Αν ο ασθενής έχει ένα πρόβλημα, ο γιατρός οφείλει να τον αφήσει να εκφράσει ελεύθερα τα συναισθήματα του είτε αυτά είναι θετικά είτε αρνητικά. Στην αντίθετη περίπτωση η επικοινωνία είναι μη παραγωγική.
- Αλλαγή θέματος. Ο ασθενής συχνά προσπαθεί να αποφύγει θέματα συζήτησης που του προκαλούν στρες και ο γιατρός οφείλει με τα λόγια να τον επαναφέρει, ώστε η συζήτηση να συνεχίζεται με αποφασιστικότητα, ειλικρίνεια και αντικειμενικότητα.
- Έλλειψη σεβασμού. Ο γιατρός πρέπει να σέβεται τις ανησυχίες του ασθενή και αν κάποιο θέμα για το γιατρό φαίνεται ασήμαντο, για τον ασθενή μπορεί να είναι σημαντικό και να του προκαλεί σοβαρή ανησυχία.
- Μεταβίβαση. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής νιώθει συναισθήματα από το παρελθόν, τα οποία μεταβιβάζει στην θεραπευτική σχέση με το γιατρό. Η μεταβίβαση μπορεί να διεγείρει στον ασθενή έντονα συναισθήματα είτε θετικά είτε αρνητικά για τον γιατρό του, με αποτέλεσμα είτε να υπερεκτιμήσει είτε να υποτιμήσει τις γνώσεις και την πείρα του. Οι γιατροί πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τη μεταβίβαση.

Πολλές φορές, όμως και οι ίδιοι οι ασθενείς δεν βοηθούν στη δημιουργία μια αποτελεσματικής επικοινωνίας, διότι αποφεύγουν να παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με το πρόβλημα τους. Οι λόγοι που συμβαίνει αυτό είναι οι παρακάτω:

- Δεν πιστεύουν ότι μπορεί να αλλάξει κάτι
- Δεν θέλουν να επιβαρύνουν το γιατρό με τα προβλήματα τους
- Δεν θέλουν να τους λυπούνται ή να φανούν αγάριστοι
- Θεωρούν ότι κάποια προβλήματα δεν πρέπει να τα αναφέρουν
- Βρίσκουν αποτρεπτική τη συμπεριφορά του γιατρού
- Ανησυχούν ότι θα επαληθευτούν οι φόβοι τους σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους

Στην περίπτωση της μη αποτελεσματικής επικοινωνίας, λόγω των προαναφερθέντων παραγόντων οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι από την παροχή των υπηρεσιών υγείας

και αυτό συνδέεται με την πιθανότητα καταγγελίας ιατρικών λαθών. Τα φαινόμενα δικαστικής διαμάχης παρουσιάζονται σε περιπτώσεις ελλιπούς πληροφόρησης, απουσίας ενσυναίσθησης και ψυχικής υποστήριξης εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους (Lussier MT, Richard C, 2005) *“το μεγαλύτερο ποσοστό των δικαστικών διαφορών, ποσοστό της τάξεως 70% – 80% αφορούν σε προβλήματα επικοινωνίας και σε μικρότερα ποσοστά σε προβλήματα από ιατρικά λάθη.”*

Για την αποφυγή των παραπάνω προβλημάτων προτάθηκαν τα παρακάτω τέσσερα μοντέλα επικοινωνίας για τους επαγγελματίες υγείας:

- 1. Το μοντέλο πεποιθήσεων για τον κλάδο της υγείας.** Το μοντέλο αυτό, σύμφωνα με τον (Rosenstock IM, 1974) *“εστιάζει στην κατανόηση του ασθενή σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, σύμφωνα με τις δημογραφικές ιδιαιτερότητές του.”*
- 2. Το μοντέλο αλληλεπίδρασης της King.** Αυτό το μοντέλο εστιάζει στην ανταλλαγή απόψεων σχετικά με την απόδοση και τον καθορισμό στόχων ως απόρροια της επικοινωνίας του ειδικού και του ασθενή.
- 3. Το μοντέλο του Rogers.** Το συγκεκριμένο μοντέλο εστιάζει στη θεραπευτική διάσταση της επικοινωνίας. Έχει ως επίκεντρο τον ασθενή, εφόσον σε εκείνον συσσωρεύονται όλες οι παρεμβάσεις.
- 4. Το μοντέλο Διαδικασιών Κοινωνικής Ενημέρωσης των Crick & Dodge.** Αυτό το μοντέλο εστιάζει στον τρόπο επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας με τον ασθενή και στην ανάπτυξη ειδικών δεξιοτήτων για την κατάλληλη αντίδραση και αντιμετώπιση των διαφόρων καταστάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο κάθε άνθρωπος με βάση τις προηγούμενες εμπειρίες του και τις κοινωνικές του γνώσεις αξιολογεί κάποιες μη φυσιολογικές ενδείξεις του οργανισμού του, που τον προβληματίζουν και τον ωθούν να πάρει την απόφαση να επισκεφτεί το γιατρό. Ο γιατρός είναι αυτός που με βάση τα συμπτώματα που περιγράφει ο ασθενής εκτιμά τη γενικότερη του κατάσταση και διαγιγνώσκει ή όχι κάποιο νόσημα. Ο ασθενής πριν από τη συνάντησή του με το γιατρό και πριν τεθεί η τελική διάγνωση κατακλύζεται από σκέψεις για την φύση της ασθένειας, για τον τρόπο αντιμετώπισης της και τις επιδράσεις της στην καθημερινότητα του.

Ο Tuckett και οι συνεργάτες του ήδη από το 1976 (Tuckett D, 1976) περιέγραψαν την ιατρική επίσκεψη ως “*συνάντηση μεταξύ ειδικών*”, όπου και οι δύο πλευρές συμμετέχουν ο καθένας με τις δικές του γνώσεις και εμπειρίες. Από τη μια πλευρά στέκεται ο γιατρός ο οποίος είναι γνώστης του ανθρώπινου οργανισμού, της συμπτωματολογίας του κάθε νοσήματος καθώς και της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης αυτού, ενώ από την άλλη πλευρά είναι ο ασθενής, ο οποίος έχει τις ανησυχίες για την ασθένειά του και τις προσδοκίες του από το γιατρό. Πρόκειται για δύο διαφορετικές οντότητες, που η κάθε μία έχει τα δικά της χαρακτηριστικά, τα οποία θα πρέπει να γίνουν κατανοητά και από τις δύο πλευρές για την επίτευξη μιας συμφωνίας όσον αφορά τη διάγνωση, την πρόγνωση και τη θεραπεία του νοσήματος. Ο (Helman C, 1990) διαπίστωσε ότι το βασικό χαρακτηριστικό μιας επιτυχημένης σχέσης γιατρού - ασθενή αποτελεί αυτή ακριβώς η συμφωνία.

Πρόκειται για μια ιδιαίτερη διαπροσωπική σχέση, η οποία επηρεάζεται από πολιτισμικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και οικονομικές παραμέτρους. Μέσα από αυτή τη σχέση οι εμπλεκόμενοι καλούνται να διαχειριστούν ζητήματα που έχουν επιρροή σε προσωπικό, οικογενειακό, επαγγελματικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό επίπεδο. Ο γιατρός ως ειδικός, εξατομικεύοντας τη συμπεριφορά του απέναντι στον ασθενή, θα πρέπει να τον ακούει προσεκτικά και να προσπαθεί να τον κατανοήσει με απώτερο σκοπό την καλύτερη θεραπευτική του αντιμετώπιση. Θα πρέπει να ακολουθεί το ανθρωποκεντρικό μοντέλο ιατρικής φροντίδας, έχοντας ως βασική του αρχή την “*κατανόηση της μοναδικότητας κάθε ασθενή*” (Balint E, 1969).

Το ανθρωποκεντρικό πρότυπο της ιατρικής φροντίδας στοχεύει στην κατανόηση του ασθενή, στην ενημέρωση και στην ενεργοποίηση του στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπευτική προσέγγιση του νοσήματος του μέσα από τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ γιατρού, ασθενή και της οικογένειάς του (Mc Whinney Ian, 1989), (Lipkin M., 1984).

Ο Stewart και οι συνεργάτες του, (Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, MC William C & Freeman T, 1995) πρότειναν τα παρακάτω βασικά χαρακτηριστικά της ανθρωποκεντρικής φροντίδας:

- 1. Διερεύνηση τόσο της νόσου, όσο και της εμπειρίας της ασθένειας,** μέσα από τα συναισθήματα, τις ανησυχίες και τις προσδοκίες του ασθενή και πως επιδρά αυτή στην καθημερινότητά του
- 2. Κατανόηση του ασθενή ως ολότητα,** όχι μόνο μέσα από στοιχεία του ιατρικού του ιστορικού, αλλά και του επαγγελματικού, οικογενειακού και κοινωνικού του περιβάλλοντος
- 3. Αναζήτηση συνεργασίας στην αντιμετώπιση της νόσου.** Με την παροχή πληροφοριών για την ασθένεια του επιδιώκεται η ενεργοποίηση της συμμετοχής στην φροντίδα και στη λήψη αποφάσεων για την αντιμετώπιση της
- 4. Επιδίωξη της πρόληψης.** Στόχος είναι η πρόωμη και έγκαιρη ανίχνευση μιας νόσου και η μείωση των επιπλοκών
- 5. Βελτίωση της σχέσης γιατρού – ασθενή.** Δημιουργία μιας σχέσης κατανόησης, συμπαράστασης, εμπιστοσύνης, αλληλοσεβασμού και συνεργασίας
- 6. Θέσπιση ρεαλιστικών στόχων.** Αξιοποίηση του χρόνου και των κατάλληλων υποδομών πάντα με σεβασμό στις ανάγκες του ασθενή

Είναι φανερό ότι η προσωποκεντρική προσέγγιση δημιουργεί μια καλή σχέση με τον ασθενή που διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών, την κατανόηση αυτών και την ρύθμιση των συναισθημάτων του, ώστε να αποδεχτεί και να τηρήσει πιστά τις ιατρικές οδηγίες. Σύμφωνα με τους (Mead N, Bower P, 2002a), “η δημιουργία ενός πλαισίου με επίκεντρο τον ασθενή οδηγεί σε μείωση του άγχους και σε αύξηση της εμπιστοσύνης του ασθενή”.

Καθημερινά γίνονται χιλιάδες επισκέψεις ασθενών στους γιατρούς. Για να πετύχουν αυτές οι επισκέψεις δεν αρκούν μόνο οι γνώσεις των γιατρών, αλλά σημαντικό ρόλο έχει και η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους. Οι ασθενείς δεν αναζητούν μόνο έναν καλό

επιστήμονα αλλά συγχρόνως έναν “ευαίσθητο, ζεστό και συμπονετικό” άνθρωπο (Hurtado M.P., Swift E.K. & Corrigan J.M. (Eds.), 2001).

Τα κύρια συναισθήματα του ασθενή που επισκέπτεται πρώτη φορά το γιατρό είναι το άγχος και ο φόβος για τη διάγνωση ενός νοσήματος, για τις πληροφορίες που θα του δώσει ο γιατρός για την υγεία του και πως η εξέλιξη θα αλλάξει τον τρόπο ζωής του. Η ανησυχία του είναι αν θα τον οδηγήσει στην αναπηρία ή το θάνατο κι αυτό που περιμένει από το γιατρό είναι να τον ηρεμήσει και να τον καθησυχάσει πως τίποτα από τα δύο δεν θα συμβεί. Συνήθως προσερχόμενος στο γιατρό, ο ασθενής επιθυμεί να μην πάσχει από κάτι σοβαρό, χωρίς βέβαια να είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που φαντασιώνεται ότι η ασθένεια είναι σοβαρή και ανίατη. Όλες αυτές οι φαντασιώσεις τον οδηγούν στο να δημιουργεί μόνος του ενδεχόμενες απαντήσεις στις διάφορες καταστάσεις με αποτέλεσμα να επιτείνεται το άγχος, ο φόβος και η αμφιβολία για το τι πρόκειται να συμβεί.

Η ανησυχία του ασθενή δεν αφορά μόνο τις πληροφορίες που θα λάβει από το γιατρό για την υγεία του, αλλά αγωνιά και για την πρώτη γνωριμία με το γιατρό και για τη σχέση που θα αναπτυχθεί μεταξύ τους. Οι βασικοί προβληματισμοί είναι πως θα του συμπεριφερθεί, αν θα τον κατανοήσει, αν θα ενδιαφερθεί πραγματικά για αυτόν, αν θα κάνει σωστή διάγνωση και φυσικά αν θα τεθεί σε σωστή θεραπευτική αγωγή. Παράλληλα, ανησυχεί και για την εικόνα που θα σχηματίσει ο γιατρός για τον ίδιο. Από τη στιγμή που ο ασθενής δεν διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις για να αξιολογήσει τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες κρίνει μόνο με γνώμονα τη συμπεριφορά του γιατρού. Όταν αυτή η συμπεριφορά είναι φιλική και ευγενική τον βοηθά να ξεπεράσει εύκολα τα άγχη και τους φόβους του και συνεπώς να συνεργαστεί και να ακολουθήσει τις οδηγίες του γιατρού. Στην αντίθετη περίπτωση, που οι προσδοκίες του ασθενή δεν αντιμετωπίζονται, δημιουργούνται συχνά προβλήματα στη σχέση τους, που οδηγούν σε κακή συμμόρφωση. Ο γιατρός από την πλευρά του θα πρέπει πάντα να λαμβάνει υπόψη τις προσδοκίες και τις ανάγκες του ασθενή με στόχο το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η θεραπευτική σχέση είναι μια ιδιαίτερη σχέση που στηρίζεται στη συμμετοχή του ασθενή που πάσχει από ένα νόσημα και του θεραπευτή που διαθέτει τις κατάλληλες γνώσεις για την αντιμετώπιση του νοσήματος αυτού. Στην πραγματικότητα, όμως, αυτή η σχέση διαμορφώνεται σε ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο και επηρεάζεται από τις γενικότερες κοινωνικές δομές (Σαρής Μ., 2001).

Η υποδοχή του ασθενούς από το γιατρό

Όταν ο ασθενής εισέλθει στο ιατρείο αναμένει με αγωνία την πρώτη επαφή με το γιατρό. Η δεδομένη χρονική στιγμή είναι πολύ σημαντική αφού η πρώτη εντύπωση είναι αυτή που στη συνέχεια θα οικοδομήσει μια καλή σχέση μεταξύ τους. Ο ασθενής πριν από τη συνάντηση έχει δημιουργήσει μια εικόνα στο μυαλό του για το γιατρό, η οποία συγκρίνεται με αυτό που βλέπει κατά την είσοδο του στο ιατρείο. Για αυτό ο γιατρός θα πρέπει να προσέχει πολύ τη συμπεριφορά του.

Η καλή επαφή με τα μάτια, η χειραγώγηση με τον ασθενή και η έκφραση του ενεργού ενδιαφέροντος για τον ασθενή θα συμβάλλει στην εδραίωση της εμπιστοσύνης και θα ενθαρρύνει την ειλικρινή επικοινωνία.

Η πρώτη συνάντηση είναι καθοριστική για τη μετέπειτα σχέση τους. Αρχικά, ο γιατρός κατά την είσοδο του ασθενή τον υποδέχεται, σηκώνεται από την καρέκλα του, τον χαιρετά και του δίνει χρόνο να εξοικειωθεί μαζί του και με το χώρο. Δεν τον υποβάλλει αμέσως σε ερωτήσεις για το λόγο προσέλευσης, γιατί αυτό δίνει την εντύπωση στον ασθενή, ότι ο γιατρός δεν ενδιαφέρεται και συνεπώς αυτό επηρεάζει αρνητικά τη σχέση τους. Είναι σημαντικό ο ασθενής να νιώσει αρχικά άνετα με το γιατρό, ώστε να μπορέσει στη συνέχεια να προχωρήσει στην ανάλυση των προβλημάτων του. Ο αγχωμένος ασθενής το πρώτο που αναζητά είναι η ζεστασιά και το χαμόγελο του γιατρού. Η ευγενική και φιλική στάση του γιατρού βοηθά τον ασθενή να εξοικειωθεί πιο εύκολα με το χώρο. Ο γιατρός, για να το πετύχει αυτό θέτει στην αρχή κάποια γενικά ερωτήματα για το επάγγελμα του, την οικογενειακή του κατάσταση, τα ενδιαφέροντα του κλπ.

Αντίθετα, ο γιατρός που είναι καθισμένος ανάμεσα σε σημειώσεις και βιβλία, που καπνίζει ή πίνει καφέ χωρίς να σηκώνεται για να υποδεχτεί τον ασθενή δείχνει μια εικόνα αδιαφορίας και έλλειψης σεβασμού. Παράλληλα, ο γιατρός που είναι σοβαρός, ψυχρός και απόμακρος δημιουργεί άγχος και ανασφάλεια στον ασθενή. Προκαλεί έντονη δυσάρεσκια όταν κατά την είσοδο του τον ρωτά κατευθείαν “τι έχετε” ή “για ποιο λόγο ήλθατε”.

Η διαμόρφωση του χώρου εξέτασης

Το ιατρείο θα πρέπει να είναι καθαρό, περιποιημένο και η επίπλωση απλή και άνετη. Η απόσταση του γιατρού και του ασθενή δεν πρέπει να είναι μεγάλη, ώστε να μην νιώθει ότι βρίσκεται στο περιθώριο, ενώ αν είναι πολύ κοντινή ο ασθενής νιώθει άβολα, αμήχανα και την αντιλαμβάνεται ως υπερβολικά οικεία.

Η θέση του γραφείου δεν πρέπει να είναι πολύ κοντά στην πόρτα για να μην ακούγονται οι συζητήσεις στον έξω χώρο, ενώ μακριά από την πόρτα θα πρέπει να είναι και το εξεταστικό κρεβάτι, ώστε να μην είναι σε κοινή θέα οι ασθενείς από άτομα που εισέρχονται στο ιατρείο στη διάρκεια της εξέτασης.

Γενικά, είναι πολύ σημαντική η διαρρύθμιση του χώρου του ιατρείου. Η διακόσμηση μπορεί να επηρεάσει την επικοινωνιακή διαδικασία και να παίζει ρόλο στην τελική έκβαση της συνάντησης. Η τοποθέτηση των επίπλων και η γενικότερη διακόσμηση πρέπει να γίνεται με τρόπο απλό, ώστε να δημιουργεί ένα αίσθημα ασφάλειας στον ασθενή και να του δίνει τη δυνατότητα να έχει μια καλή επαφή με το γιατρό.

Η γνωριμία με τον ασθενή

Μετά τη διαδικασία υποδοχής ο γιατρός θα πρέπει να γνωρίσει τον άνθρωπο που έχει απέναντι του. Όταν ο γιατρός αρχίζει αμέσως τη διαδικασία της συνέντευξης μπορεί να δημιουργήσει αρνητικά συναισθήματα στον ασθενή.

Ο ασθενής χρειάζεται λίγο χρόνο για να προσαρμοστεί, να νιώσει φιλικά και να μπορέσει να περιγράψει τα προβλήματα του. Αρχικά, ο γιατρός θα πρέπει να πάρει πληροφορίες για το ονοματεπώνυμο του, την ημερομηνία γέννησης, τον τόπο διαμονής. Έτσι δίνει λίγο χρόνο στον ασθενή να εξοικειωθεί με το ξένο περιβάλλον. Άλλες πληροφορίες είναι η οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, εκπαίδευση - μορφωτικό επίπεδο, στάσεις και εμπειρίες τους σχετικά με την ασθένεια.

Στο διάστημα αυτό ο γιατρός μέσα από τη συζήτηση μπορεί να ανακαλύψει τον τύπο του ασθενή που έχει απέναντι του, όπως για παράδειγμα του απαιτητικού μη συνεργάσιμου (uncooperative), εξαρτημένου καχύποπτου (suspicious) ή εχθρικού (hostile).

Η επικοινωνία μεταξύ τους πραγματοποιείται είτε με τη λεκτική επικοινωνία (προφορικό ή γραπτό λόγο) ή τη μη λεκτική επικοινωνία, που περιλαμβάνει τις εκφράσεις των

ματιών, τις κινήσεις του προσώπου και τη στάση του σώματος. Όταν υπάρχουν αντιφάσεις ανάμεσα στο λόγο και το “μη λεκτικό μήνυμα” τότε δίνεται περισσότερη έμφαση στο μη λεκτικό μήνυμα.

Η λήψη του ιστορικού

Μετά την πρώτη γνωριμία ακολουθεί η λήψη του ιστορικού, που είναι μια πολύ σημαντική διαδικασία αφού ο γιατρός θα πρέπει μέσα σε ένα σύντομο διάστημα να συγκεντρώσει πληροφορίες για τα συμπτώματα του ασθενή, αλλά και γενικότερα για τους φόβους και τις προσδοκίες του. Αυτά τα στοιχεία που θα συγκεντρώσει θα τον βοηθήσουν να κατανοήσει καλύτερα τον ασθενή που έχει απέναντι του και να οδηγηθεί στη σωστή θεραπευτική επιλογή. Είναι ευρέως γνωστό ότι μέσα από το ιστορικό του ασθενή αποκαλύπτεται η διάγνωση.

Η βάση ενός καλού ιστορικού είναι η καλή επικοινωνία γιατρού - ασθενή. Ο γιατρός θα πρέπει να διαθέτει ιδιαίτερες δεξιότητες, ώστε με ένα τρόπο επιδέξιο και χωρίς να φέρνει σε δύσκολη θέση τον ασθενή να εκμαιεύει πληροφορίες για τις ιδέες, τις πεποιθήσεις, τις ανησυχίες του. Αυτό θα επιτευχθεί όχι μέσα από συχνές ερωτήσεις, αλλά με την προσεκτική ακρόαση του ασθενή.

Ο γιατρός θα πρέπει να ενθαρρύνει την ενεργή ακρόαση, πράγμα το οποίο δείχνει ενδιαφέρον και προσοχή στο πρόβλημα του. Θα πρέπει να δώσει στον ασθενή την ευκαιρία να μιλήσει για τα συμπτώματα και τα θέματα υγείας που τον απασχολούν, αντί να μπαίνει στη διαδικασία μιας σειράς ερωτήσεων για τον καθορισμό κάποιων λεπτομερειών που αφορούν την ασθένεια του. Αυτή η προσέγγιση βοηθά να αποκτήσει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για την χρονική έναρξη των συμπτωμάτων καθώς και την ένταση αυτών. Όμως, δεν αρκεί μόνο να αξιολογεί όσα του αφηγείται ο ασθενής, αλλά θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη προσοχή και στα μη λεκτικά μηνύματα, όπως μορφασμοί, χειρονομίες, βλέμματα κλπ., ώστε να κατανοήσει και την ψυχολογική του κατάσταση. Φυσικά, αν ο ασθενής ξεφεύγει στο χρόνο ο γιατρός οφείλει να τον διακόπτει με ευγένεια.

Στη συνέχεια, ο γιατρός θα πρέπει να προχωρήσει στην υποβολή ερωτήσεων στον ασθενή. Έχει ιδιαίτερη σημασία ο τρόπος που ο γιατρός θέτει τις ερωτήσεις καθώς και το περιεχόμενο αυτών. Το είδος των ερωτήσεων κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνέντευξης είναι:

- **Ανοιχτές ερωτήσεις:** αποτελούν το πρότυπο ερωτήσεων για τη λήψη του ιστορικού. Δίνουν την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει συναισθήματα και σκέψεις. Οι ερωτήσεις αυτές δεν μπορούν να απαντηθούν με “ναι” ή “όχι”. Για παράδειγμα, “τι σας ενοχλεί”, “μιλήστε μου για το λόγο που σας φέρνει εδώ”, “υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να πείτε”.
- **Κλειστές ερωτήσεις:** αναφέρονται σε πραγματικά γεγονότα π.χ. “πότε άρχισε ο πόνος”
- **Καθοδηγητικές ερωτήσεις:** ζητούν συγκεκριμένες απαντήσεις και υποδεικνύουν προτιμήσεις π.χ. “θα χαρείς όταν τελειώσει αυτή η θεραπεία, έτσι δεν είναι;”
- **Διευκρινιστικές ερωτήσεις:** βοηθούν να ανοίξουν ή να διερευνηθούν θέματα π.χ. “μπορείς να μου πεις περισσότερα για την οικογένεια σου;”.

Οι βασικές ερωτήσεις, που βοηθούν στην ανίχνευση πληροφοριών για την κατάσταση του ασθενή είναι οι **ανοιχτού τύπου ερωτήσεις**. Οι στοχευμένες ερωτήσεις καλό είναι να αποφεύγονται, γιατί τείνουν να οδηγούν τον ασθενή σε απαντήσεις που θέλει να ακούσει ο γιατρός. Οι (Seidel HM, Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW, 2011) προτείνουν την αποφυγή ερωτήσεων που η απάντηση περιορίζεται σε “ναι” ή “όχι”. Συχνά, στην περίπτωση τέτοιων ερωτήσεων, επειδή ο ασθενής είναι αγχωμένος μπορεί να δώσει λάθος απάντηση, η οποία δίνει λάθος πληροφορίες στο γιατρό και τον οδηγεί σε λανθασμένα συμπεράσματα.

Τέλος, για να γίνει ο γιατρός απόλυτα κατανοητός είναι σημαντικό να αποφεύγεται η χρήση ιατρικών όρων, γιατί είναι δυσνόητοι και προκαλούν σύγχυση στον ασθενή. Η γλώσσα θα πρέπει να είναι απλή και κατανοητή, ώστε να καταλαβαίνει ο ασθενής τι τον ρωτάει ο γιατρός και να δίνει τις κατάλληλες πληροφορίες. Επίσης, θα πρέπει να είναι προσεκτικός, γιατί ο ασθενής επηρεασμένος από το διαδίκτυο, που είναι μια συχνή πηγή που καταφεύγει, κάνει χρήση κάποιων ιατρικών όρων, τους οποίους δεν κατανοεί και τους δίνει διαφορετικό περιεχόμενο. Οφείλει, λοιπόν, να τους διευκρινίζει με κοινή ορολογία, ώστε να γίνονται πλήρως και σωστά κατανοητοί.

Η εξέταση του ασθενούς

Αφού ο γιατρός πάρει το ιστορικό και συλλέξει κάποιες απαραίτητες πληροφορίες, στη συνέχεια προχωράει στη *φυσική εξέταση* του ασθενή. Κατά τη φάση αυτή της εξέτασης η αγωνία και το άγχος είναι στο αποκορύφωμά τους, καθώς νιώθει μεγάλη ανησυχία για τη

διάγνωση, φόβο για το αν θα είναι επώδυνη η εξέταση, αλλά και αμηχανία για την παραβίαση της ιδιωτικότητας του σώματος του. Σύμφωνα με τους (Bickley L. & Szilagyi P.G, 2012) ο ασθενής είναι παθητικός και αδύναμος, ενώ δίνει στο γιατρό τη δυνατότητα να αναλάβει εκείνος κάθε κρίση και πρωτοβουλία. Ο γιατρός θα πρέπει να ενημερώσει για τη σπουδαιότητα της εξέτασης και ποια στάδια θα περιλαμβάνει αυτή και με γλώσσα απλή να εξηγήσει για το τι μπορεί να βρεθεί κατά τη διάρκεια της. Με τον τρόπο αυτό θα καταφέρει να καθησυχάσει τα αρνητικά συναισθήματα του ασθενή.

Έτσι λοιπόν, ο ασθενής οδηγείται στο χώρο εξέτασης αφού πρώτα του εξηγήσει ο γιατρός τη διαδικασία. Καλό είναι να ενημερώνει τον ασθενή για κάθε τι που πρόκειται να κάνει, καθησυχάζοντας τους φόβους του. Οι χειρισμοί του πρέπει να είναι ήπιοι, για την αποφυγή πρόκλησης πόνου και για τη δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Κατόπιν, ζητά από τον ασθενή ευγενικά και όχι με τη μορφή εντολής να ακολουθήσει τις οδηγίες του, δίνοντας του την αίσθηση του σεβασμού και της ενεργής συμμετοχής του στη διαδικασία της εξέτασης.

Ο χρόνος της εξέτασης θα πρέπει να κινείται μέσα σε κάποια όρια, ώστε να αποφεύγεται η αδικαιολόγητη παράταση ή διακοπή της, αλλά να είναι αρκετός για μια ολοκληρωμένη εξέταση. Θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός ο γιατρός, ώστε για παράδειγμα να μην διακόψει την εξέταση για να μιλήσει στο τηλέφωνο, γιατί αυτό προκαλεί δυσαρέσκεια στον ασθενή.

Συχνά, ο ασθενής νιώθει ντροπή κατά την εξέταση, γιατί αποκαλύπτονται διάφορα σημεία του σώματος του. Ο γιατρός, πριν προβεί σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη, θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή τι ακριβώς θα κάνει και για ποιο λόγο και φυσικά να παίρνει τη συγκατάθεση του. Αυτό λαμβάνεται ως πράξη σεβασμού από τον ασθενή και βοηθά στο κτίσιμο μιας σχέσης εμπιστοσύνης.

Ιδιαίτερα προσεγμένος θα πρέπει να είναι και ο χώρος εξέτασης. Θα πρέπει να δημιουργεί στον ασθενή ένα αίσθημα ηρεμίας και άνεσης χωρίς εξωτερικούς θορύβους και χωρίς να πηγαινοέρχονται άλλα άτομα, που θα αποσπούν την προσοχή του γιατρού και θα δημιουργούν την αίσθηση στον ασθενή ότι καταπατάτε η ιδιωτικότητά του. Η επικοινωνία γιατρού - ασθενή είναι μοναδική και για αυτό δεν θα πρέπει να υπάρχουν μπροστά τρίτα πρόσωπα, εκτός αν είναι απαραίτητη η παρουσία τους, οπότε και θα πρέπει ο γιατρός να το εξηγήσει και να ζητήσει την άδεια του ασθενή.

Η ενημέρωση του ασθενούς

Αφού ολοκληρωθεί με ιδιαίτερη προσοχή η φυσική εξέταση του ασθενή το επόμενο βήμα είναι η *ενημέρωση* του. Συχνά, αυτή η φάση λόγω πίεσης χρόνου παραλείπεται από το γιατρό, ο οποίος προχωρά απευθείας στη συνταγογράφηση μιας φαρμακευτικής αγωγής χωρίς να ενημερώσει τον ασθενή για τα ευρήματα της εξέτασης και για ποιο λόγο πρέπει να τη λάβει. Αυτό προκαλεί δυσαρέσκεια στον ασθενή αφού του δίνεται μια αγωγή χωρίς να του έχουν λυθεί οι απορίες ποια είναι τα ευρήματα της εξέτασης, ποια είναι η διάγνωση και για ποιο λόγο πρέπει να λάβει θεραπεία.

Σύμφωνα με τη νομική θεωρία τα **είδη ενημέρωσης** είναι τρία, η νομιμοποιητική ενημέρωση, η γενική ενημέρωση και η θεραπευτική ενημέρωση. Στην πρώτη περίπτωση δίνεται νόμιμα το δικαίωμα στο γιατρό να παρέμβει αφού δοθεί η συναίνεση του ασθενή. Η γενική ενημέρωση αφορά την πληροφόρηση του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, ενώ στην περίπτωση της θεραπευτικής ενημέρωσης σκοπός είναι να προστατεύεται η ζωή και η υγεία του ασθενή. Αυτό γίνεται με τη συμβουλή του γιατρού, η οποία πρέπει να είναι ολοκληρωμένη και να μην παραλείπεται, διότι αν αυτό συμβεί διακινδυνεύεται η ίδια η υγεία του.

Επίσης, η ενημέρωση διακρίνεται σε προφορική και γραπτή. Η προφορική ενημέρωση είναι σημαντική, αλλά δεν πρέπει να ξεχνάμε τις γραπτές οδηγίες π.χ. δοσολογία φαρμάκων, ώρα λήψης κλπ., οι οποίες είναι ιδιαίτερα σημαντικές στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που συχνά ξεχνούν τις συμβουλές των γιατρών. Χρήσιμα μπορεί να είναι και τα φυλλάδια ενημέρωσης ή τα έντυπα για τα φαρμακευτικά σκευάσματα ειδικά στην περίπτωση των χρόνιων νοσημάτων.

Όταν ολοκληρώνεται η εξέταση του ασθενή, εκείνος νιώθει ιδιαίτερη αγωνία και άγχος και περιμένει με ανυπομονησία το γιατρό να του εξηγήσει με λεπτομέρεια τα προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει, να τον καθησυχάσει και να τον παροτρύνει να λάβουν από κοινού αποφάσεις για την αντιμετώπιση τους. Ήδη από το 1960 ο (Balint M, 1960) αναφέρει ότι “*η προσεκτική και ειλικρινής καθυσύχασση (reassurance) του ασθενή αποτελεί μαζί με τη συμβουλή την πιο συχνή μορφή ιατρικής θεραπείας, η οποία επιτρέπει τη συμμετοχή του στη θεραπευτική προσέγγιση*”. Η σωστή ενημέρωση του ασθενή βοηθά στην ενεργή του συμμετοχή στην επιλογή φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και στην κατανόηση ότι η θεραπεία

αυτή μπορεί να αποτύχει ή η κατάσταση της υγείας του να παρουσιάσει επιδείνωση (Fins J.J, 2001).

Η καθυσύχαση είναι μεν αναγκαία αλλά θα πρέπει να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Σε αντίθετη περίπτωση, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα στη σχέση γιατρού - ασθενή, αφού αν επιδεινωθεί η υγεία του θα ενοχοποιήσει το γιατρό για την απόκρυψη κάποιων στοιχείων.

Ο γιατρός οφείλει να πληροφορήσει τον ασθενή με τρόπο απλό χωρίς τη χρήση δύσκολων ιατρικών όρων και χωρίς να προσπαθήσει να κρύψει τη σοβαρότητα της κατάστασης για τα ευρήματα της εξέτασης. Θα πρέπει να βρει ένα τρόπο να μπορέσει να τον βοηθήσει να διαχειριστεί τη διάγνωση ενός χρόνιου νοσήματος, που θα του αλλάξει την καθημερινότητα και τον τρόπο ζωής του. Θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος να δεχτεί ένα πλήθος ερωτήσεων στα οποία θα πρέπει να απαντήσει με λόγο τεκμηριωμένο, απλό και κατανοητό. Ο (De Zulueta P, 2007) επισημαίνει ότι ο τρόπος αλλά και ο βαθμός ενημέρωσης του ασθενή θα πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη και να σέβεται την επιλογή του, η οποία εξαρτάται από παράγοντες ψυχολογικούς, που αφορούν την προσωπικότητα του, πολιτισμικούς, που αφορούν τις πεποιθήσεις του για την ασθένεια και τη θεραπεία καθώς και το περιβάλλον στο οποίο ζει, όπως η οικογένεια. Ο γιατρός είναι ο μόνος άνθρωπος που μπορεί να προσφέρει στον ασθενή συμπάθεια, ελπίδα και κουράγιο, για να μπορέσει να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει τη νέα κατάσταση.

Η σπουδαιότητα της ενημέρωσης αφορά όχι μόνο τη διάγνωση, αλλά και τις θεραπευτικές επιλογές. Είναι απαραίτητο ο θεράπων ιατρός να παρέχει πληροφορίες για τη μορφή της θεραπείας, τη δόση, τον τρόπο λήψης των φαρμάκων, τη διάρκεια θεραπείας και φυσικά τις πιθανές παρενέργειες. Ο ασθενής θέλει να γνωρίζει τι θα αναμένει από τη θεραπεία που θα του δώσει ο γιατρός, ώστε να μπορέσει να διαχειριστεί πιο αποτελεσματικά την κατάσταση του. Παράλληλα, χρειάζεται να του δοθούν διευκρινίσεις για το τι αλλαγές πρέπει να κάνει στον τρόπο ζωής του και στις καθημερινές του συνήθειες, όπως κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, διατροφή και άσκηση.

Πριν ο ασθενής φύγει από το ιατρείο είναι σημαντικό να προγραμματιστεί η επόμενη συνάντηση, ώστε να νιώθει ασφαλής και ότι θα υπάρχει μια συνέχεια στην επικοινωνία και τη σχέση του με το γιατρό. Για αυτό, ορίζεται η ημέρα και η ώρα της επανεξέτασης και σε περίπτωση αλλαγής ή εμφάνισης κάποιου προβλήματος δίνεται η δυνατότητα τηλεφω-

νικής επικοινωνίας. Είναι ιδιαίτερης σημασίας να μπορεί ο ασθενής να διατηρεί την επικοινωνία με έναν γιατρό, ειδικά στην περίπτωση των δημόσιων φορέων υγείας, όπου ο ασθενής κάθε φορά συναντά άλλον γιατρό, με αποτέλεσμα να γίνεται αλλαγή στη θεραπεία και να βρίσκεται σε σύγχυση και τελικά να οδηγείται σε εγκατάλειψη της θεραπείας.

Κατά τη συνάντηση γιατρού - ασθενή αναπτύσσεται μια αμφίδρομη σχέση και επικοινωνία. Ο γιατρός υποδέχεται τον ασθενή στο χώρο εξέτασης με ευγένεια, σεβασμό και ενδιαφέρον. Ο ασθενής αναφέρει τα συμπτώματα του και αναπτύσσει τα προβλήματα του, όπως αυτός τα βιώνει. Ο γιατρός, από την άλλη πλευρά, τον ακούει με προσοχή και προσπαθεί να τον κατανοήσει και φυσικά να τον βοηθήσει. Έτσι, ο ασθενής νιώθει εκτίμηση για τη στάση του γιατρού, απαντά χωρίς δισταγμό στις ερωτήσεις του και τελικά αποδέχεται με εμπιστοσύνη τις εξετάσεις και τις θεραπευτικές επιλογές που του προτείνονται. Συγχρόνως, ο γιατρός αισθάνεται ικανοποιημένος όταν βλέπει πόσο τον εκτιμά και τον σέβεται ο ασθενής του. Στο τέλος, ο ασθενής και ο γιατρός πορεύονται σε ένα πνεύμα συνεργασίας στην όλη θεραπευτική διαδικασία.

Βέβαια, αυτό δεν είναι εύκολο να επιτευχθεί πάντα, διότι οι εμπλεκόμενοι έχουν διαφορετικές απόψεις στον τρόπο προσέγγισης της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι δύο πλευρές βλέπουν το ζήτημα υγείας από τη δική τους οπτική γωνία. Οι μεν ασθενείς ανησυχούν για το αν λαμβάνουν πλήρη ενημέρωση από το γιατρό τους, για τον τρόπο που θα τους συμπεριφερθούν κατά την ιατρική επίσκεψη και φυσικά για το πως μπορεί να εξελιχθεί η κατάσταση τους. Οι δε γιατροί ανησυχούν για τον λίγο χρόνο, που μπορεί να έχουν στη διάθεση τους για την εξέταση του ασθενή, τον τρόπο που πρέπει να παρουσιάσουν την κατάσταση στον ασθενή, την ανάλυση των θεραπευτικών επιλογών και τέλος τη συμμόρφωση τους στην αγωγή (Τσίμτσιου Ζ., 2008), (Κουτσοσίμου Μελομένη, 2003). Έτσι από την πρώτη τους συνάντηση αναπτύσσεται μια σχέση *συναισθηματικής ανταλλαγής*.

Σε αυτή τη συνάντηση, λοιπόν, ο ασθενής έχει κάποιες **προσδοκίες** από το γιατρό οι οποίες συνοψίζονται παρακάτω:

- Η ευγένεια και ο σεβασμός
- Η αφιέρωση αρκετού χρόνου
- Η εστίαση της προσοχής στον ασθενή
- Η παροχή σαφών οδηγιών
- Η αντιμετώπιση των ασθενών ως ατόμων και όχι ως προβλήματα υγείας

Χαρακτηριστικά της συνάντησης γιατρού - ασθενούς

Στο πλαίσιο της ιατρικής πράξης εντοπίζονται διάφορες **στρατηγικές**, που προσπαθούν να κατευθύνουν τις ιατρικές επισκέψεις στην πορεία ενός επιθυμητού αποτελέσματος. Ο σκοπός αυτών των στρατηγικών, που ακολουθεί τόσο ο ασθενής όσο και ο γιατρός, είναι να προσπαθήσουν να ωθήσουν τη συνάντηση προς συγκεκριμένες κατευθύνσεις και να πείσουν την αντίθετη πλευρά να ακολουθήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά απέναντι στο πρόβλημα που παρουσιάζεται. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι ο γιατρός ή ο ασθενής θα καταφέρουν το σκοπό τους.

Συγκεκριμένα:

1. Η παρουσίαση του προβλήματος στον γιατρό

Σύμφωνα με τους (Stimson G, Webb B, 1975) “ο ασθενής ανησυχεί τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της συνάντησης τι ακριβώς θα πει στο γιατρό”. Προσπαθεί, για να πετύχει το καλύτερο αποτέλεσμα, να ερμηνεύσει τα συμπτώματα του και να τα παρουσιάσει στο γιατρό. Αυτό είναι μια προσπάθεια προσανατολισμού του γιατρού από τον ασθενή στη σωστή για αυτόν κατεύθυνση, παρά το γεγονός πως ό,τι είναι σημαντικό για εκείνον μπορεί να μην είναι το ίδιο σημαντικό για το γιατρό, ο οποίος μπορεί να χρειάζεται άλλες πληροφορίες που δεν έχουν αναφερθεί από τον ασθενή.

Σε άλλη περίπτωση, ο ασθενής αποφασίζει από την αρχή να παρουσιάσει όλες τις πληροφορίες, γιατί δεν είναι σίγουρος ποιες σχετίζονται με το πρόβλημα του. Επίσης, μπορεί συνειδητά να αποκρύψει πληροφορίες που μπορεί να τον φέρουν σε δύσκολη θέση. Το ίδιο μπορεί να γίνει και από τον γιατρό, όπως για παράδειγμα μπορεί να κρύψει τις πιθανές παρενέργειες ενός φαρμάκου.

Τέλος, σε κάποιες περιπτώσεις που ο ασθενής δεν είναι ικανοποιημένος από την ερμηνεία που έχει δώσει ο γιατρός στα συμπτώματα του προσπαθεί να τον πείσει ότι οι δικές του θέσεις είναι σωστές.

2. Η πειθώ

Πολλές φορές οι ασθενείς προσπαθούν να κατευθύνουν το γιατρό σε μια απόφαση επιθυμητή για τους ίδιους, για αυτό παρουσιάζουν με συγκεκριμένο τρόπο τις πληροφορίες ή προτείνουν οι ίδιοι μια λύση στο πρόβλημα τους, για να επηρεάσουν την απόφαση του γιατρού. Από την άλλη πλευρά, ο γιατρός, για να πείσει τον ασθενή ότι η δική του προτεινόμενη λύση είναι η καλύτερη για την περίπτωση του, κάνει χρήση διαφόρων μεθόδων, όπως για παράδειγμα χρησιμοποιούν παραδείγματα από την εμπειρία τους ή

εκθέτουν αποτελέσματα επιστημονικών ερευνών ή ακόμη προειδοποιούν για τις αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να υπάρξουν σε περίπτωση που δεν ακολουθήσουν τις οδηγίες του.

3. Η μη λεκτική συμπεριφορά

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η μη λεκτική επικοινωνία αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα, που επηρεάζει τον αριθμό πληροφοριών που ανταλλάσσονται κατά τη διάρκεια της επαφής του ασθενή με το γιατρό και της ικανοποίησης των δυο πλευρών. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι ο ασθενής μπορεί να θεωρήσει από τις αντιδράσεις του γιατρού ότι δεν δείχνει ενδιαφέρον στο πρόβλημα υγείας του και κατά συνέπεια να μη νιώθει ικανοποιημένος από τη συνάντησή τους (Μαντή Π, Τσελέπη Χ, 2000).

Η σωστή επικοινωνία είναι το πιο ουσιαστικό στοιχείο της επιτυχημένης συνάντησης γιατρού - ασθενή, διότι αποκαλύπτονται γρήγορα και με ακρίβεια τα προβλήματα των ασθενών, καθορίζονται οι προσδοκίες τους και εδραιώνεται μεταξύ τους η εμπιστοσύνη. Ο γιατρός, ως κύριος υπεύθυνος για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας, θα πρέπει να γνωρίζει τις υποχρεώσεις του απέναντι στον ασθενή. Θα πρέπει ως βασική μέριμνα του να έχει τη φροντίδα του ασθενή και αυτό να γίνεται με κύρια χαρακτηριστικά το σεβασμό, την εντιμότητα και την ενσυναίσθηση. Απαιτείται από την πλευρά του σεβασμός της αξιοπρέπειας και της προσωπικότητας του ασθενή, αλλά και σεβασμός των απόψεων του και του δικαιώματός του να συμμετέχει ενεργά στις αποφάσεις για την περίθαλψη του. Η στάση του πρέπει να είναι αντικειμενική και να μην επηρεάζεται από τις προσωπικές του απόψεις και πεποιθήσεις. Η παροχή πληροφοριών πρέπει να γίνεται με εντιμότητα και αξιοπιστία, σε γλώσσα απλή και κατανοητή, σεβόμενος την ιδιωτικότητα και την εμπιστευτικότητα κάποιων δεδομένων.

Τα προβλήματα επικοινωνίας στη σχέση γιατρού - ασθενούς

Κατά τη διάρκεια της συνάντησης ασθενή - γιατρού μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα επικοινωνίας, με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται ο σκοπός της ιατρικής επίσκεψης. Μέχρι τη δεκαετία του 1970 η επιστημονική επάρκεια του γιατρού κρίνονταν με βάση τις ιατρικές γνώσεις που διέθετε για την επίλυση των ιατρικών προβλημάτων. Αργότερα, φά-

νηκε ότι είναι πολύ σημαντική η επικοινωνία για την ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής σχέσης γιατρού - ασθενή. Διεθνώς πλέον η επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζει ότι τα κύρια προσόντα για τη συλλογή πληροφοριών, τη διάγνωση και τη θεραπεία είναι οι επικοινωνιακές δεξιότητες του γιατρού. Έχοντας ως εφόδια αυτές τις δεξιότητες, μπορεί να αντιληφθεί καλύτερα το πρόβλημα του ασθενή, να του προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη και μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Μελέτες δείχνουν ότι ένας σημαντικός λόγος, που συχνά δημιουργεί δυσαρέσκεια στον ασθενή η παρεχόμενη ιατρική φροντίδα είναι η μη αποτελεσματική επικοινωνία. Όταν δεν υπάρχει επικοινωνία ο ασθενής είναι δυσαρεστημένος και συχνά οδηγείται στην καταγγελία ιατρικών λαθών. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε των (Vincent C, Young M, Phillips A, 1994) και εκτιμήθηκαν 227 ασθενείς και συγγενείς τους, που είχαν προσφύγει στη δικαιοσύνη εναντίον των γιατρών, βρέθηκε ότι οι κύριοι λόγοι που τους οδήγησαν σε αυτό ήταν η ελλιπής πληροφόρηση, που είχαν λάβει από το γιατρό τους, καθώς και ότι εκείνος δεν τους έδειχνε ευαισθησία και συμπαράσταση. Σε ερώτηση τι θα ήθελαν να έχουν λάβει περισσότερο ήταν πληροφόρηση για το ιατρικό τους ζήτημα, καθώς επίσης και να τους αντιμετώπιζαν με ειλικρίνεια, να παραδέχονταν τα λάθη τους και να τους έδειχναν σημεία συμπαράστασης και ευαισθησίας (Τσίμτσιου Ζ., 2008).

Οι **παράγοντες** που προκαλούν προβλήματα επικοινωνίας στη σχέση γιατρού - ασθενή είναι οι παρακάτω:

1. Οι επαγγελματικές στάσεις

Αρκετοί γιατροί πιστεύουν ότι διαθέτουν τον απαραίτητο χρόνο, για να εξηγήσουν στον ασθενή θέματα σχετικά με τη διάγνωση, την αιτιολογία, τη θεραπεία και την πρόγνωση μιας ασθένειας, αλλά μελέτες που αφορούν τις επαγγελματικές στάσεις αποδεικνύουν ότι διαφέρει σημαντικά ο βαθμός στον οποίο οι γιατροί είναι διατεθειμένοι να παραχωρήσουν πληροφορίες. Για παράδειγμα οι (Comaroff J, Horobin G, 1976) αναγνώρισαν **δύο τύπους γιατρών** με βάση τον αριθμό πληροφοριών, που ήταν διατεθειμένοι να δώσουν στους ασθενείς τους οι γενικοί γιατροί. Ο **πρώτος** τύπος παρείχε ελάχιστη πληροφόρηση και είχε τον έλεγχο της συνάντησης, τονίζοντας την εξέχουσα επαγγελματική του θέση, επειδή πίστευε ότι, λόγω της σημαντικής διαφοράς στο επίπεδο γνώσεων μεταξύ αυτού και του ασθενή, το μόνο που θα προκαλούσε η ανακοίνωση κάποιων ευρημάτων της εξέτασης θα ήταν αγωνία και φόβος. Ο **δεύτερος** τύπος παρείχε την αναγκαία πληροφόρηση ανεξάρτητα από το αν ο ασθενής είχε κάποια ερωτήματα η όχι,

αναγνωρίζοντας τις μοναδικές ανάγκες κάθε ασθενή και τη σημασία της συμμετοχής του στη συνάντηση.

Επίσης, έχει βρεθεί ότι πολλοί γιατροί επιλέγουν έναν τύπο συνέντευξης, όπου οι ερωτήσεις τίθενται μόνο από εκείνους χωρίς να προσπαθούν να αναπτύξουν το διάλογο με τον ασθενή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι γιατροί αναζητούν μόνο τα γεγονότα, που θα τους οδηγήσουν στη διάγνωση, χωρίς να λαμβάνουν υπόψιν τα συναισθήματα και τις απόψεις των ασθενών, παρόλο που εκείνοι γνωρίζουν καλύτερα την κατάσταση τους αφού είναι αυτοί που βιώνουν την ασθένεια.

2. Το πρόβλημα της αβεβαιότητας

Το πρόβλημα της αβεβαιότητας είναι πλέον έκδηλο σε μερικές νόσους, όπως είναι οι χρόνιες ασθένειες, όσον αφορά τη διάγνωση, την πρόγνωση και τη θεραπεία. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο γιατρός έχει δύο επιλογές είτε να μην ενημερώσει τον ασθενή και να παρατείνει την αβεβαιότητα του είτε να τον ενημερώσει για την έλλειψη βεβαιότητας πάντα με κίνδυνο να χάσει την επαγγελματική του αξιοπιστία. Υπάρχουν, βέβαια, και περιπτώσεις όπου ο γιατρός επιλέγει να μην ανακοινώσει μια δυσάρεστη είδηση, ώστε ο ασθενής να συνεχίσει να προσπαθεί για τη βελτίωση της υγείας του.

3. Ταξικά εμπόδια επικοινωνίας

Οι διαφορετικές κοινωνικές τάξεις από τις οποίες προέρχονται ο γιατρός και ο ασθενής αποτελεί πολλές φορές την αιτία δημιουργίας προβλημάτων στην επικοινωνία. Οι μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλές κοινωνικές τάξεις και μέλη εθνικών μειονοτήτων δυσκολεύονται να παρουσιάσουν το πρόβλημα τους στο γιατρό και να κατανοήσουν τους ιατρικούς όρους με τους οποίους εκείνοι το αναλύουν. Σύμφωνα με τον (Bradby H, 2010) οι ταξικές διαφορές είναι ένας καθοριστικός παράγοντας του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς παρουσιάζουν τα συμπτώματά τους στο γιατρό, ζητούν πληροφορίες και επηρεάζουν το αποτέλεσμα της συνάντησης τους. Αλλά και από την πλευρά των γιατρών οι αντιδράσεις τους είναι αντίστοιχες. Έρευνες δείχνουν ότι οι γιατροί δίνουν λιγότερη πληροφόρηση σε ασθενείς διαφορετικής εθνικότητας και ασθενείς μαύρης φυλής (Kelly-Irving M, Delpierre C, Schieber A.C, Lapage B, Rolland C, Afrite A, et al., 2011).

Νέα Δεδομένα Στη Σχέση Ιατρού - Ασθενούς

Η σημερινή εποχή χαρακτηρίζεται από ένα νέο είδος συνεργασίας γιατρού - ασθενή με την αυτονομία του ασθενή να κυριαρχεί και να προωθεί την μεταξύ τους σχέση και επικοινωνία.

Η φύση των ασθενειών και συγκεκριμένα η αύξηση των χρόνιων παθήσεων έχουν συμβάλει στο νέο αυτό μοντέλο σχέσης γιατρού - ασθενή. Οι χρόνιες ασθένειες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από τη μη ύπαρξη θεραπείας που να προσφέρει ίαση, έχουν οδηγήσει στην αναγνώριση από την ιατρική κοινότητα της ανάγκης για συνεχή παροχή φροντίδας και κοινωνικής στήριξης στους πάσχοντες. Δίνεται πλέον βαρύτητα στις απόψεις των ασθενών, οι οποίοι αποκτούν γνώσεις και μαθαίνουν και πως να ζουν με την ασθένεια τους, αλλά και πως να την διαχειρίζονται καθημερινά. Έτσι, με αυτό τον τρόπο ενισχύεται και ο ρόλος τους στη θεραπευτική πράξη.

Το διαδίκτυο έχει διαδραματίσει πλέον σημαντικό ρόλο στην απόκτηση γνώσεων και ανάπτυξης απόψεων σε ολοένα και περισσότερα θέματα που αφορούν την υγεία και κυρίως θέματα που αφορούν την προσωπική υγεία των ασθενών. Οι γνώσεις που αποκτούν από το διαδίκτυο, η αναγνώριση της ανάγκης για τη διατήρηση και η αυξανόμενη ευθύνη για τη διαχείριση της υγείας τους, έχει διαμορφώσει το νέο μοντέλο στη σχέση γιατρού - ασθενή, όπου ο διάλογος κυριαρχεί και η στείρα συνταγογράφηση φθίνει.

Ένας ακόμη λόγος που διακρίνεται για την αλλαγή στη σχέση γιατρού - ασθενή είναι ότι *“οι χρήστες της υγειονομικής φροντίδας ενθαρρύνονται να κάνουν τις επιλογές τους και να δρουν σαν εκλεκτικοί καταναλωτές”*.

Ο **καταναλωτισμός** σε θέματα υγείας μπορεί να αφορά μεταξύ άλλων:

- τη μεγιστοποίηση της επιλογής του ασθενή,
- την παροχή ικανοποιητικής ενημέρωσης,
- τη βελτίωση του επιπέδου των υγειονομικών υπηρεσιών,
- τη δυνατότητα και την ενθάρρυνση των καταναλωτών να εκφράζουν τις απόψεις και τα παράπονά τους.

Οι αλλαγές που έχουν συντελεστεί και ενδεχομένως να συνεχίσουν να συντελούνται, κυρίως με την παρουσία στην ιατρική πρακτική της αυξανόμενης χρήσης της τεχνολογίας, έχουν οδηγήσει τις σχέσεις των γιατρών και των ασθενών σε μία περίοδο μεταβατική, όπου προάγεται το συλλογικό επίπεδο υγείας έναντι του ατομικού (Μαντή Π, Τσελέπη Χ, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ

Η ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που τους παρέχει το σύστημα υγείας, αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ζήτημα και μάλιστα τις τελευταίες δεκαετίες εστιάζει το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας. Αποτελεί ένα κρίσιμο δείκτη της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Όταν ο ασθενής νιώθει δυσαρεστημένος και θεωρεί ότι οι ανάγκες και οι επιθυμίες του δεν λαμβάνονται υπόψη από τον πάροχο υγείας, τότε αυτό αποτελεί στοιχείο χαμηλού επιπέδου ποιότητας φροντίδας υγείας. Στην αντίθετη περίπτωση, οι ικανοποιημένοι ασθενείς συνεργάζονται, συμμετέχουν ενεργά, συμμορφώνονται με την θεραπεία και γενικά δείχνουν εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας.

Η έννοια της ικανοποίησης είναι πολύπλευρη και ως εκ τούτου δεν υπάρχει ένας απλός και ομοιόμορφος ορισμός. Οι (Bond S, Thomas LH, 1992) στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες ανέφεραν ότι *“οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες”*.

Οι (Farley H, Enguidanos E, Coletti C, Honigman L, Mazzeo A, Pinson T, Reed K & Wiler J, 2014) περιέγραψαν την ικανοποίηση του ασθενή ως *“συναισθήματα και αντίληψη των ασθενών σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας”*. Οι (Kim Yang-Kyun, Cho Chul-Ho, Ahn Seo-Kyu, Goh In-Ho, 2008) όρισαν την ικανοποίηση ως *“την κρίση της αντιληπτής αξίας και την παρατεταμένη ανταπόκριση σε ερεθίσματα που σχετίζονται με την υπηρεσία πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά την κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών από έναν ασθενή”*. Επίσης, οι (Al-Abri R. & Al-Balushi A, 2014) ερμήνευσαν την ικανοποίηση ως *“βαθμό συνάφειας μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών για την ιδανική φροντίδα και των αντιλήψεων τους σχετικά με την πραγματική φροντίδα που έχουν ληφθεί”*.

Σύμφωνα με τον (Williams B., 1994) η ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να οριστεί ως *“αξιολόγηση με βάση την εκπλήρωση των προσδοκιών”*. Σε κάθε ιατρική πράξη, για την επίτευξη συνεργασίας, η οποία συνιστά βασική προϋπόθεση για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας, θα πρέπει οι προσδοκίες των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας να

ταυτίζονται. Οι (Bjertnaes O.A, Sjetne I.S. & Iversen H.H, 2012) στη μελέτη τους διαπίστωσαν ότι οι βασικοί προγνωστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών είναι οι αναφερόμενες εμπειρίες τους και η εκπλήρωση των προσδοκιών τους.

Διάφορες μελέτες, κυρίως στον τομέα της ψυχολογίας, έχουν ασχοληθεί με τη θετική επιρροή που αποκομίζουν οι ασθενείς από τη σχέση τους με το γιατρό. Κάποιοι ερευνητές, όπως οι (Norhayati MN, Masseni AA & Azlina I, 2017) μελέτησαν την ικανοποίηση των ασθενών από τη σχέση τους με το γιατρό και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι είναι μέτρια όταν δεν υπάρχει ουσιαστική επικοινωνία. Αλλά και η έρευνα των (Biglu M.H, Nateg F, Ghojazedeh M & Asgharzedeh A, 2017) έδειξε ότι όταν η σχέση γιατρού - ασθενή παρουσιάζει υψηλής ποιότητας επικοινωνία, οι ασθενείς λαμβάνουν αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης και αντίθετα οι ασθενείς που αναπτύσσουν φτωχής ποιότητας σχέση με το γιατρό τους τα επίπεδα ικανοποίησης τους είναι εμφανώς χαμηλότερα. Μέσω των ερευνών εξάγεται το συμπέρασμα ότι η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενή είναι καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη και διαμόρφωση της ικανοποίησης.

Οι (Kuteyi EA, Olaleye TM, Ayeni IO & Amedi MI, 2010), μελετώντας την ικανοποίηση από τη σχέση που δημιουργήσαν με το γιατρό τους, σε ένα μεγάλο αριθμό ασθενών διαπίστωσαν ότι το ποσοστό ικανοποίησης κυμάνθηκε στο 63%, που ναι μεν ήταν αρκετά υψηλό ποσοστό αλλά είχε και περιθώρια βελτίωσης. Οι παράγοντες που φαίνεται πως επηρέασαν θετικά την ικανοποίηση, που λάμβαναν οι ασθενείς από την επαφή με το γιατρό τους ήταν οι επικοινωνιακές του δεξιότητες και κυρίως η εμπιστοσύνη που τους ενέπνεε.

Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Στην βιβλιογραφία υπάρχουν συχνές αναφορές σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών. Οι κύριοι παράγοντες αναφέρονται παρακάτω:

- α) Οι προσδοκίες των ασθενών.** Οι μελέτες δείχνουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από το βαθμό που καλύπτονται οι προσδοκίες τους από τις υπηρεσίες υγείας.
- β) Η σχέση μεταξύ ασθενή και επαγγελματιών υγείας.** Φαίνεται πως ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση είναι η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενή. Όσο περισσότερο χρόνο αφιερώνει ο γιατρός στην εξέταση και στην ενημέρωση του ασθενή, τόσο αυξάνει η ικανοποίηση του. Επίσης, μελέτες δείχνουν πως η

ικανοποίηση είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς, που έχουν αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης με το γιατρό τους (Τσελέπη Χ, 2002). Η ικανοποίηση των ασθενών από το προσωπικό υγείας εξαρτάται από την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που δέχεται, αλλά και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα του, νιώθοντας ότι οι επαγγελματίες υγείας ενδιαφέρονται για αυτούς και τους κατανοούν (Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ, 1999).

Οι ασθενείς χρειάζονται την παροχή ασθενοκεντρικής φροντίδας και επιζητούν την ικανοποίηση των βασικών τους δικαιωμάτων, όπως ενημέρωση, σεβασμό, λήψη της συγκατάθεσης τους για κάθε ιατρική πράξη που τους αφορά. Για να το πετύχει αυτό ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να διαθέτει κάποιες επικοινωνιακές δεξιότητες, οι οποίες συντελούν, σύμφωνα με μελέτες των (Racic M, Kusmuk S, Masic S, Ivkovic N, Joksimovic V, Matovic J, 2017) στην αποτελεσματική διαχείριση της κατάστασης της υγείας του ασθενή. Στην αντίθετη περίπτωση, οι γιατροί που στερούνται αυτών των δεξιοτήτων δεν επιτυγχάνουν την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών.

Σημαντική για την ικανοποίηση του ασθενή είναι και η ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει για το νόσημα του. Όταν η ενημέρωση είναι ελάχιστη και γίνεται απόκρυψη κάποιων δεδομένων από τον επαγγελματία υγείας, τότε η ικανοποίηση του ασθενή είναι περιορισμένη με αποτέλεσμα την αρνητική επίδραση στη θεραπευτική διαδικασία.

- γ) Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους.** Σύμφωνα με μελέτες τα χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως φύλο, ηλικία, επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο, θρησκεία και εισόδημα φαίνεται ότι επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, χωρίς όμως να συμφωνούν απόλυτα οι ερευνητές στη διεθνή βιβλιογραφία (Fitzpatrick R, 1991).
- δ) Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας.** Οι (Hall JA & Milburn M, 1998) επισήμαναν ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του αποτελέσματος της θεραπείας και της ικανοποίησης των ασθενών και μάλιστα όταν αυτή δεν είναι επιτυχημένη υπάρχει έντονη δυσαρέσκεια.
- ε) Το περιβάλλον περίθαλψης.** Οι (Scotto F De Ceglie, Guerra A, Misciagna V & Pellecchia G, 2009) διαπίστωσαν ότι όταν το περιβάλλον περίθαλψης είναι κατάλληλα διαμορφωμένο, καθαρό και άνετο, οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι.
- στ) Η πρόσβαση.** Αν είναι εύκολη η πρόσβαση του ασθενή στην υπηρεσία περίθαλψης τότε εκείνος νιώθει αρκετά ικανοποιημένος (Camacho F, 2006).

Παρακάτω αναλύονται κάποιοι ειδικότεροι **παράγοντες**, που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών :

- **Ηλικία.** Ο (Fitzpatrick R, 1991) αναφέρει ότι “η ηλικία παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών, με τους ηλικιωμένους ασθενείς να αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης”. Αυτό ίσως οφείλεται είτε στο ότι δεν παρουσιάζουν υψηλές προσδοκίες, λόγω λιγότερων εμπειριών είτε στο ότι έχουν μεγαλύτερη εξάρτηση από το γιατρό τους, κυρίως λόγω της χρονιότητας των ασθενειών, με αποτέλεσμα να μην εκδηλώνουν εύκολα τη δυσαρέσκεια τους.
- **Φύλο.** Ένας μεγάλος αριθμός μελετών δείχνει ότι οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες πηγαίνουν συχνότερα στο γιατρό, νοσηλεύονται και γενικότερα νιώθουν περισσότερο ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες υγείας (Pappa E & Niakas D, 2006).
- **Κατάσταση υγείας του ασθενή.** Μια μελέτη των (Jenkinson C, Coulter A & Brusters, 2002) έδειξε ότι οι ασθενείς που η υγεία τους είναι σε καλή κατάσταση εκτιμούν ως ικανοποιητική την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχετε σε αντίθεση με τους ασθενείς, που η υγεία τους βρίσκεται σε χειρότερη κατάσταση.
- **Κοινωνικοοικονομική κατάσταση.** Φαίνεται ότι το μορφωτικό επίπεδο και η εκπαίδευση του ασθενή επιδρούν στην ικανοποίηση τους από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα. Σύμφωνα με μελέτες των (Niakas D, Gnardellis C & Theodorou M, 2004), (Gwozdz W & Poza A, 2009) οι μεγάλοι σε ηλικία ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τους νέους ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο.
- **Θρησκεία.** Σύμφωνα με τον (Benjamins M, 2006) οι υψηλού βαθμού θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών σχετίζονται με μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα.
- **Επάγγελμα.** Οι διάφορες μελέτες δείχνουν ότι το επάγγελμα δεν φαίνεται να επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών (Crow R, Gage H, Hampson S & Hart J, 2002), (Quintana M, Gonzalez N & Bilbao A, 2006).

Άλλοι παράγοντες που έχουν μελετηθεί με λιγότερα δεδομένα είναι η οικογενειακή κατάσταση του ασθενή, η προηγούμενη εμπειρία από υγειονομική περίθαλψη και κάποιοι εξωτερικοί παράγοντες, όπως η διαδικασία εισαγωγής στο Νοσοκομείο, η διαμονή, η καθαριότητα, η δομή των εγκαταστάσεων.

Οι (Priporas C, Laspa C & Kamenidou I, 2008) δημοσιεύσαν μια εργασία, όπου εκτιμήθηκε η ποιότητα των ελληνικών νοσοκομείων, χρησιμοποιώντας ως μέσο την ικανοποίηση των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το επίπεδο εκπαίδευσης, ο τύπος ασφάλειας του ασθενή και ο τύπος εισαγωγής (προγραμματισμένος ή έκτακτος) επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Ασθενείς με εκπαίδευση κάτω από έξι έτη, με ασφάλεια ΟΓΑ, ακολουθούμενοι από αυτούς του ΤΕΒΕ και του ΙΚΑ και εκείνοι που εισέρχονται εκτάκτως είναι λιγότερο ικανοποιημένοι. Επιπλέον, φάνηκε ότι τα επίπεδα ικανοποίησης ήταν υψηλότερα στους νέους και στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες και τους ηλικιωμένους.

Σύμφωνα με τον (Prakash B, 2010) η ικανοποίηση των ασθενών είναι συνάρτηση τριών στοιχείων.

- 1^ο. Του οργανισμού, που αφορά την προσβασιμότητα, τον εξοπλισμό και τους πόρους
- 2^ο. Του ασθενή, που αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, μόρφωση κ.α.), τις προσδοκίες και την ψυχολογία του
- 3^ο. Του επαγγελματία υγείας, που αφορά την κατάρτιση και τις ικανότητες του, καθώς τη συμπεριφορά και τη ψυχολογία του.

Γενικότερα η ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας, που έχει ως συνέπεια την ικανοποίηση του ασθενή, πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά: σωστή συμπεριφορά όλου του προσωπικού, ανάλογη εμφάνιση, ευγένεια, φιλικότητα και σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, χωρίς την ύπαρξη διακρίσεων ως προς το φύλο, τη φυλή, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και την κοινωνική τάξη.

Σημασία της μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών

Στη σύγχρονη εποχή το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας εστιάζεται στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης που αυτές παρέχουν. Είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι μπορεί να επηρεάσει την κλινική έκβαση της κατάστασης του ασθενή, τη διάρκεια της νοσηλείας αλλά και την αντίδραση του ή του συγγενικού του περιβάλλοντος σε περίπτωση ιατρικού λάθους ή αμέλειας. Είναι απαραίτητη για τη σωστή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας με σκοπό την παροχή φροντίδας επικεντρωμένη στον ασθενή.

Οι υπηρεσίες υγείας απευθύνονται στον ασθενή, κρίνονται από αυτόν και οι πληροφορίες που μπορούν να δώσουν μπορεί να βοηθήσουν στην ποιοτική βελτίωσή τους. Αν αυτές οι πληροφορίες αξιοποιηθούν σωστά από το ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγές με τις οποίες θα αυξηθεί η ικανοποίηση και θα συμβάλλουν στη θεραπευτική συμμόρφωση, στην ταχύτερη ανάρρωση και τη μείωση του χρόνου νοσηλείας.

Ο (Thompson A, 2006) μελέτησε για ποιους λόγους είναι σημαντική η ικανοποίηση των ασθενών. Ο γιατρός προσπαθεί να προσφέρει ικανοποίηση στον ασθενή, διότι αυτό έχει αντίκτυπο στην καλύτερη γενικότερη εικόνα των νοσοκομείων, των επαγγελματιών υγείας, ενώ παράλληλα ενισχύει την αισιοδοξία, την ελπίδα και τα θετικά συναισθήματα του ασθενή. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να εκφράζουν ελεύθερα τη γνώμη τους και να κρίνουν τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, εφόσον είναι εκείνοι οι άμεσοι αποδέκτες των όσων συμβαίνουν (Bleich SN, O Zaltin E & Murray CJ, 2009). Ιδιαίτερα στη σημερινή εποχή, λόγω της αυξημένης πληροφόρησης που δέχονται οι χρήστες υγείας, είναι ακόμη πιο κριτικοί στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας. Οι ασθενείς επιθυμούν την ενεργή συμμετοχή τους στις διαδικασίες της υγειονομικής περίθαλψης, την ενημέρωση για τη διάγνωση, την πορεία της νόσου και την θεραπεία. Έτσι, αυξάνεται η αλληλεπίδραση γιατρών και ασθενών, κάτι το οποίο βελτιώνει τις μεθόδους παροχής ιατρικής φροντίδας.

Τα δεδομένα των μελετών δείχνουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών οφείλεται σε μια καλή σχέση γιατρού - ασθενή. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του γιατρού αποτελούν το σημαντικότερο παράγοντα για την εξήγηση της ικανοποίησης των ασθενών, σύμφωνα με μελέτες των (Ha J.F, & Longnecker N, 2010) και των (Andaleeb S.S, Siddiqui N, & Khandakar S, 2007). Οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι με τις ιδιότητες του γιατρού, όπως η ακρόαση των παραπόνων τους, η ερμηνεία των παθήσεών τους, οι συμβουλές, η θεραπεία και η γενικότερη συμπεριφορά (σεβασμός, ενσυναίσθηση κλπ.). Οι (Marcinowicz L., Chlabicz S., & Grebowski R., 2009) και (Sodani P.R., Kumar R.K., Srivastava J. & Sharma, 2010) αναφέρουν ότι οι γιατροί πρέπει να καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια, ώστε να δίνουν περισσότερο χρόνο και προσοχή στους ασθενείς τους και να έχουν ποιοτικές σχέσεις μεταξύ τους.

Σε μια πρόσφατη μελέτη των (Addo A.A, Wenxin W, Boardi D.A, Abban O.J, Micah G.B, 2020), φάνηκε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών έχει θετική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών. Στο ίδιο συμπέρασμα είχαν καταλήξει και οι (Wu

Hong & Lu Naiji, 2018) ενώ οι (Jalil A, Zakar R, Zakara MZ & Fischer F, 2017) στη μελέτη τους επιβεβαιώνουν ότι όταν οι γιατροί παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, οι ασθενείς ικανοποιούνται.

Επιπρόσθετα, μέσα από αρκετές έρευνες φαίνεται ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τη σχέση με το γιατρό τους και ευρύτερα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ασκεί θετική επίδραση στη συμμόρφωση στη θεραπεία. Σε αυτή την περίπτωση η ποιότητα των υπηρεσιών του γιατρού είναι ένα πολύ αποτελεσματικό μέσο για τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, που με τη σειρά του αυξάνει τη συμμόρφωση και αφοσίωση των ασθενών. Σύμφωνα με τον (Yasir A, 2016) οι ασθενείς που είναι ικανοποιημένοι ακολουθούν πιστά τις ιατρικές οδηγίες, ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας τους. Ο κύριος στόχος όλων των συστημάτων υγείας είναι η παροχή επιτυχημένων ιατρικών υπηρεσιών, για την επίτευξη ταχείας ανάρρωσης και τελικά ίασης του ασθενή. Συνεπώς, οι διοικητές των νοσοκομείων πρέπει να εφαρμόζουν στρατηγικές εξυπηρέτησης των ασθενών με επίκεντρο τον ασθενή που αναμένεται να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη ικανοποίηση και συμμόρφωση του ασθενή. Οι στρατηγικές εξυπηρέτησης με επίκεντρο τον ασθενή είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας.

Στην έρευνα του (Prakash B, 2010) ο ασθενής θεωρεί ότι είναι καταναλωτής ιατρικής φροντίδας και για αυτό επιζητεί ιδιαίτερη προσοχή στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Για αυτό το λόγο, πολλά νοσοκομεία, δημόσια ή ιδιωτικά, στρέφονται σε διάφορες πρακτικές για την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας συστημάτων υγείας. Έτσι, αυξάνεται το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών με αποτέλεσμα **σημαντικά οφέλη για την υγεία**, όπως αναφέρονται παρακάτω:

- Η ικανοποίηση του ασθενή οδηγεί σε εμπιστοσύνη και πιστότητα
- Αυξάνεται το ποσοστό διατήρησης ασθενών στο μέλλον, γιατί ένας ικανοποιημένος ασθενής θα φέρει πίσω άλλους τέσσερις, ενώ ένας δυσαρεστημένος θα διώξει άλλους δέκα.
- Μειώνεται η ευαισθησία στη μεταβολή των τιμών και άρα οι ασθενείς θα είναι περισσότερο πρόθυμοι να πληρώσουν κάποια χρήματα, ακόμα και σε δημόσια νοσοκομεία, αρκεί να τους παρασχεθεί καλύτερης ποιότητας υπηρεσία.
- Υπάρχει σταθερή κερδοφορία για το κράτος ή τους ιδιώτες.

- Υποκινεί το προσωπικό να εργαστεί περισσότερο παραγωγικά ακόμα και με μειωμένο μισθό.
- Μειώνει τις σπατάλες πόρων.
- Υπάρχει αυξημένη προσωπική και επαγγελματική ικανοποίηση για τους γιατρούς και άρα οι ασθενείς θα είναι ακόμα πιο ικανοποιημένοι.

Οι ασθενείς περιμένουν από το γιατρό να τηρεί το χρόνο, να συμπεριφέρεται εγκάρδια και να επικοινωνεί μαζί τους. Είναι σημαντικό ο γιατρός να κατανοήσει όσο καλύτερα γίνεται **τι προσδοκά ο ασθενής** ακολουθώντας κάποια από τα παρακάτω βήματα: (Prakash B, 2010)

- Να αναγνωρίσει ότι ο ασθενής επιθυμεί μια σχέση που χαρακτηρίζεται από συμπόνοια και φροντίδα.
- Να αναγνωρίσει ότι ο ασθενής έχει δικαιώματα.
- Να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής έχει μια πρώτη καλή εντύπωση.
- Να μπει στα “παπούτσια των ασθενών”, να δει μέσα από τα μάτια του, να ακούσει μέσα από τα αυτιά του.
- Να ελαχιστοποιήσει το χρόνο αναμονής στο λιγότερο δυνατόν.
- Να προσπαθήσει να είναι όσο περισσότερο λειτουργικός, όσον αφορά το σύστημα επίλυσης προβλημάτων.
- Να υπάρχει πάντα μια ανατροφοδότηση για την διόρθωση ατελειών.

Από την άλλη πλευρά ο επαγγελματίας υγείας φέρει διπλή ευθύνη διότι από την μία θα πρέπει να παρέχει την καλύτερη υγειονομική περίθαλψη στον ασθενή και από την άλλη να καθοδηγεί την ομάδα ή το νοσοκομείο, για να επιτευχθεί ο στόχος της ικανοποίησης του ασθενή.

Σύμφωνα με τον (Prakash B, 2010) κάποια στοιχεία για να είναι ο **ασθενής ικανοποιημένος** είναι τα εξής:

- Δημιουργία ενός οικείου περιβάλλοντος (βλεμματική επαφή, χαμόγελο, προσφώνηση με το όνομα τους).
- Εμφάνιση μιας ευγενικής εικόνας, μέσω χειρονομιών και εκφράσεων.

- Κατανόηση και ενθάρρυνση να εκφράσουν τα προβλήματα τους.
- Συνεχής ενημέρωση, ώστε να είναι λιγότερο ανήσυχος ο ασθενής και να συμμορφωθεί με τη θεραπεία του.
- Αντιμετώπιση του ασθενή ως ολότητα και όχι επικέντρωση μόνο στην ασθένεια του.
- Διαμοιρασμός ευθυνών. Οι κίνδυνοι και η αβεβαιότητα αποτελούν γεγονότα στην ιατρική πρακτική και η αναγνώριση τους δημιουργεί εμπιστοσύνη.
- Προσοχή στον ασθενή, ώστε να νιώθει ασφαλής.
- Εξασφάλιση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων του ασθενή.
- Διατήρηση του σεβασμού και της αξιοπρέπειας του ασθενή.
- Ενημέρωση της οικογένειας του ασθενή, για να μην νιώθουν φόβο και ανησυχία και για να μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή.
- Άμεση ανταπόκριση στον ασθενή χωρίς καθυστερήσεις.

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν ότι η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας αποτελεί ένα ζήτημα πολύπλοκο, κατά το οποίο οι προσδοκίες ασθενών - γιατρών θα πρέπει να είναι ταυτόσημες για την εξασφάλιση συνεργασίας. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συμμορφωθούν με τις ιατρικές οδηγίες και να συμβάλουν ενεργά στη θεραπεία τους.

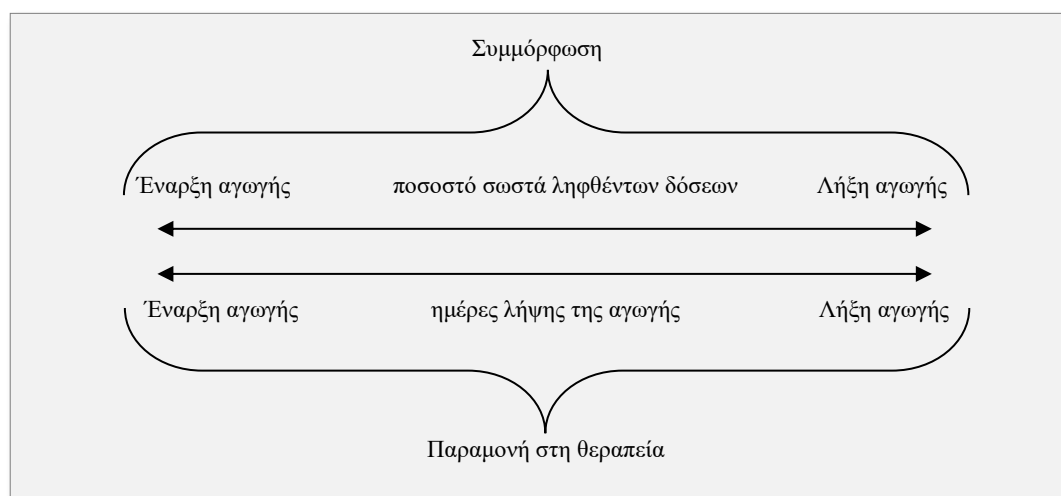
Η συμμόρφωση του ασθενούς με τη φαρμακευτική αγωγή

Σύμφωνα με τους (Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, 1979), η συμμόρφωση των ασθενών είναι “ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά τους είναι παράλληλη με τις οδηγίες του ιατρού”. Ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη έχει αναγνωριστεί το γεγονός της μη τήρησης των ιατρικών οδηγιών, ο οποίος προειδοποιούσε τους θεραπευτές - ιατρούς για την ενδεχόμενη απειθαρχία των ασθενών τους. Αργότερα, αποτέλεσε αντικείμενο ερευνών για πολλά χρόνια ο ορισμός της συμμόρφωσης, καθώς και τα αίτια και ο αντίκτυπος της μη συμμόρφωσης. Συγκεκριμένα, διάφορα επιστημονικά άρθρα εστιάζουν στις έννοιες της προσήλωσης (adherence), της συμμόρφωσης (compliance), της παραμονής (persistence) και της συμφωνίας με τη θεραπεία (concordance). Παλιότερα γινόταν χρήση των όρων “προσήλωση και συμφωνία”, οι οποίοι δηλώναν δεκτικότητα και υπακοή των ασθενών, για αυτό και δεν είχαν ευρεία αποδοχή με αποτέλεσμα να επικρατήσει ο όρος “συμμόρφωση”, που είναι πλέον και ο πιο διαδεδομένος.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σημειώνει ότι “η *φαρμακευτική συμμόρφωση* συνδέεται άρρηκτα με τη λήψη του σωστού φαρμακευτικού σκευάσματος, την κατάλληλη στιγμή, στην απαιτούμενη δόση και για το χρονικό διάστημα που συστήνει ο εκάστοτε θεράπων ιατρός”.

Σύμφωνα πάλι με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO report, 2003), ο όρος “*προσήλωση*” είναι μια γενικότερη έννοια η οποία περιγράφει “σε ποιο βαθμό η συμπεριφορά ενός ατόμου (σε σχέση με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, την υιοθέτηση διατροφικών συνθηκών και αλλαγών στον τρόπο ζωής) συνάδει με τις αποδεκτές από τον ασθενή οδηγίες που δίνονται από τον επαγγελματία υγείας”. Ο όρος “*παραμονή στη θεραπεία*” ορίζεται ως το χρονικό διάστημα από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής μέχρι τη διακοπή της, ενώ ο όρος “*συμφωνία*” υποδηλώνει ένα πνεύμα συνεργασίας μεταξύ ασθενή και γιατρού και μία ειλικρινής ανταλλαγή πληροφοριών. Στόχος αυτής της συνεργασίας είναι να δοθεί η βοήθεια στον ασθενή, ώστε ο ίδιος να λάβει την απόφαση για τη θεραπευτική του αγωγή, εφόσον βέβαια είναι πλήρως ενημερωμένος για τη διάγνωση, τη θεραπεία, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτής. Βέβαια, σύμφωνα με τους (Wahl C, Gregoire JP, Teo K, Beaulieu M, Labelle S, Leduc B, Cochrane B, Lapointe L & Montague T, 2005) ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχει συνεργασία με τον επαγγελματία υγείας τον τελικό λόγο στις αποφάσεις έχει ο ίδιος ο ασθενής. Στο σχήμα 5 παρουσιάζονται σε διάγραμμα οι έννοιες συμμόρφωση και παραμονή στη θεραπεία.

Σχήμα 5: Συμμόρφωση - Παραμονή στη θεραπεία



(Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA & Wong PK, 2008)

Συνεπώς, σύμφωνα με τα παραπάνω, η συμμόρφωση του ασθενή με τη φαρμακευτική αγωγή σημαίνει λήψη των προτεινόμενων φαρμάκων τις συγκεκριμένες ώρες και για ορισμένο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, αυτό δεν αποτελεί και τόσο απλή υπόθεση, διότι επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Πληθώρα ασθενών αρνούνται να ακολουθήσουν την αγωγή τους, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν επιδείνωση της κατάστασης τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όπως αναφέρει η (Kalogianni A, 2011) η μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή συνιστά ένα από τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας, καθώς το 50% των ασθενών με χρόνια νοσήματα δε δέχονται την ανάγκη καθημερινής λήψης φαρμακευτικής αγωγής.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών σε γενικές γραμμές είναι η αναγκαιότητα αλλαγής των καθημερινών τους δραστηριοτήτων, η επίδραση του άγχους, η προκαλούμενη από τη νόσο συναισθηματική και η σωματική κατάπτωση.

Στην ανασκόπηση των (Jin J, Grant ES, Vernon MSO & Shu CL, 2008) οι παράγοντες, που επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, χωρίζονται σε υποκατηγορίες σχετιζόμενες με τους ασθενείς, τη θεραπεία, το σύστημα υγείας, την ασθένεια και το κοινωνικοοικονομικό σύστημα. Όσον αφορά παράγοντες σχετιζόμενοι με τη θεραπεία, που συμβάλουν θετικά στη συμμόρφωση της θεραπείας είναι ο τρόπος χορήγησης (π.χ. από του στόματος φαρμακευτική αγωγή) και τα απλά δοσολογικά σχήματα. Αντίθετα, οι μεγάλες σε χρονική διάρκεια θεραπείες και οι παρενέργειες των φαρμάκων κάνουν διστακτικούς τους ασθενείς να τηρήσουν τη θεραπεία. Για να μπορέσουν να ελαχιστοποιηθούν τα εμπόδια συμμόρφωσης, θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας κατά τον σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης να εξετάζουν τα ενδεχόμενα προβλήματα και με την ενεργή συμμετοχή των ασθενών να προσπαθούν να τα ξεπεράσουν.

Παράλληλα, έχει σχέση και με τα **χαρακτηριστικά της πάθησης**. Στην περίπτωση οξέων παθήσεων δεν είναι τόσο διαδεδομένη η έννοια της συμμόρφωσης σε αντίθεση με τις χρόνιες παθήσεις, στις οποίες είναι πολύ σημαντική και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και προσοχή για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με αυτή. Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα πριν αποφασίσουν να ακολουθήσουν τη θεραπεία υπολογίζουν τα οφέλη που προκύπτουν από την τήρηση της θεραπείας, όπως έλεγχος των συμπτωμάτων, αλλά και τα μειονεκτήματα, όπως οι παρενέργειες των φαρμάκων και η μεγάλη χρονική διάρκεια της θεραπείας. Βέβαια, συχνά τα συμπεράσματα τους οφείλονται σε

ανεπαρκείς γνώσεις και δεν είναι σωστά, οπότε ο γιατρός οφείλει να τους ενημερώσει επαρκώς για τις συνέπειες και το σκοπό της θεραπείας.

Επιπλέον, το **κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον** μέσα στο οποίο ο ασθενής βιώνει το πρόβλημα του, καθορίζει τη συμπεριφορά του και τη συμμόρφωση ή μη με τη θεραπευτική αγωγή. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς μπορεί να μην μπορούν να πάρουν άδεια από την εργασία τους για να ακολουθήσουν τη θεραπεία που πρέπει (Shaw E, et al, 1995), (Siegal B, Greenstein SJ, 1999), (Hernandez-Ronquillo L, et al, 2003), (Lawson VL, et al, 2005), (Neal RD, et al, 2005). Το **οικονομικό κόστος** αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα για τη συμμόρφωση των ασθενών ιδιαίτερα στην περίπτωση των χρόνιων παθήσεων, καθώς η θεραπεία μπορεί να είναι δια βίου (Connelly CE, 1984), (Shaw E, et al, 1995), (Ellis JJ, et al, 2004), (Ponnusankar S, et al, 2004). Οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης καταλαμβάνουν μεγάλο μέρος των εξόδων διαβίωσης για τους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα (Berghofer G, et al, 2002), (Benner JS, et al, 2002), (Ghods AJ, Nasrollahzadeh D, 2003), (Hernandez-Ronquillo L, et al, 2003), (Mishra P, et al, 2005) ή χωρίς ασφαλιστική κάλυψη (Swett C Jr, Noones J, 1989), (Kaplan RC, et al, 2004), (Choi-Kwon S, et al, 2005), ενδέχεται να μην συμμορφώνονται με τη θεραπεία.

Η επίδραση του **μορφωτικού επιπέδου** στη συμμόρφωση έχει μελετηθεί από αρκετούς ερευνητές. Κάποιοι από αυτούς διαπίστωσαν ότι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ενδέχεται να έχουν μεγαλύτερη συμμόρφωση (Okuno J, et al, 2001), (Ghods AJ, Nasrollahzadeh D, 2003), (Yavuz A, et al, 2004) ενώ ορισμένοι άλλοι δεν βρήκαν συσχέτιση (Spikmans FJ, et al, 2003), (Kaona FA, et al, 2004), (Stilley CS, et al, 2004), (Wai CT, et al, 2005). Το αναμενόμενο θα ήταν οι μορφωμένοι ασθενείς να έχουν καλύτερη και πληρέστερη γνώση σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία και συνεπώς να συμμορφώνονται περισσότερο. Ωστόσο, ο (DiMatteo M.R, 1995) διαπίστωσε ότι ακόμη και οι μορφωμένοι ασθενείς μπορεί να μην κατανοήσουν το νόσημα τους ή να μην πιστέψουν στα οφέλη της συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή. Άλλοι ερευνητές έδειξαν ότι οι ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν καλύτερη συμμόρφωση (Kyngas H, Lahdenpera T, 1999), (Senior V, Marteau TM, Weinman J, 2004).

Τα **δημογραφικά χαρακτηριστικά** των ασθενών είναι ακόμη ένας παράγοντας που επιδρά στη συμμόρφωση. Πληθώρα μελετών σχετίζεται με τον παράγοντα ηλικία, η πλειο-

νότητα των οποίων έδειξε ότι η ηλικία επηρεάζει τη συμμόρφωση, αν και μερικοί ερευνητές διαπίστωσαν ότι η ηλικία δεν αποτελεί παράγοντα που οδηγεί στη μη συμμόρφωση (Lorenz R & Branthwaite A, 1993), (Menzies R, et al, 1993), (Wild MR, et al, 2004), (Wai CT, et al, 2005). Μια έρευνα των (Schneider J, Kaplan S, Greenfield S, Li W & Wislon B, 2004) έδειξε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της ηλικίας και του βαθμού συμμόρφωσης, καθώς οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς φαίνεται ότι δεν αποδέχονται τόσο εύκολα τη θεραπεία, που τους προτείνεται. Ένας άλλος λόγος είναι ότι έχουν άλλες προτεραιότητες στην καθημερινή τους ζωή, όπως η εργασία τους που δεν τους επιτρέπει να ακολουθήσουν τη θεραπεία λόγω περιορισμένου χρόνου. Ανάλογα είναι και τα ευρήματα των (Krueger K, Botermann KL, Schorr SG, Griese-Mammen N, Laufs U & Schulz M, 2015) σύμφωνα με τους οποίους υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και συμμόρφωσης ασθενών με τη φαρμακευτική αγωγή και πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς που είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία ακολουθούν πιστά την προτεινόμενη θεραπεία και τηρούν τις οδηγίες των γιατρών. Φαίνεται ότι αυτό οφείλεται στο ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς φοβούνται περισσότερο να μην επιδεινωθεί η υγεία τους.

Η **εθνικότητα** ως παράγοντας συμμόρφωσης έχει μελετηθεί ευρέως στις ΗΠΑ και στις ευρωπαϊκές χώρες με τους Καυκάσιους να θεωρούνται ότι έχουν την καλύτερη συμμόρφωση (Turner J, et al, 1995), (Raiz LR, et al, 1999), (Thomas LK, et al, 2001). Το φύλο, επίσης, φαίνεται να παίζει ρόλο. Οι γυναίκες ασθενείς βρέθηκαν από μερικούς ερευνητές ότι είχαν καλύτερη συμμόρφωση (Kiortsis DN, et al, 2000), (Lindberg M, et al, 2001), (Balbay O, et al, 2005), (Choi-Kwon S, et al, 2005), (Fodor GJ, et al, 2005), (Lertmaharit S, et al, 2005). Ενώ άλλες μελέτες δεν μπόρεσαν να βρουν μια σχέση μεταξύ φύλου και συμμόρφωσης (Ghods AJ, Nasrollahzadeh D, 2003), (Spikmans FJ, et al, 2003), (Senior V, Marteau TM, Weinman J, 2004).

Επίσης, το **επίπεδο γνώσεων** των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη συμμόρφωση, καθώς τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ενδέχεται να έχουν μεγαλύτερη συμμόρφωση (Ghods AJ, Nasrollahzadeh D, 2003), (Yavuz A, et al, 2004), ενώ άλλες μελέτες δεν βρήκαν συσχέτιση (Kaona FA, et al, 2004), (Stilley CS, et al, 2004), (Wai CT, et al, 2005). Οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο γνώσεων γνωρίζουν πως αν δεν ακολουθήσουν πιστά τις φαρμακευτικές οδηγίες μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους. Εντούτοις, άλλοι ερευνητές έδειξαν το αντίθετο. Ότι, δηλαδή, οι ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν καλύτερη συμμόρφωση (Kynagas H, Lahdenpera

T, 1999), (Senior V, Marteau TM, Weinman J, 2004). Συνεπώς, το επίπεδο εκπαίδευσης δεν αποτελεί έναν καλό προγνωστικό παράγοντα συμμόρφωσης.

Η **οικογενειακή κατάσταση**, όπως υποστηρίζουν οι (De Geest S, Borgermans L, Gemoets H, et al, 1995), οι (Turner-Musa J, Leidner D, Simmens S, Reiss D, Kimmel P, Holder B, 1999), οι (Cooper C, Carpenter I, Katona C, et al, 2005), μπορεί να επηρεάσει θετικά τη συμμόρφωση των ασθενών με τη θεραπεία. Η βοήθεια και η υποστήριξη από έναν σύζυγο θα μπορούσε να είναι ο λόγος για τον οποίο οι παντρεμένοι ασθενείς ήταν πιο συμμορφωμένοι με τη φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, σε άλλες μελέτες βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν σχετίζεται με τη συμμόρφωση (Kaona FA, Tuba M, Siziya S, et al, 2004), (Wild MR, Engleman HM, Douglas NJ, et al, 2004), (Yavuz A, Tuncer M, Erdogan O, et al, 2004).

Ένας, όμως, από τους πιο σημαντικούς παράγοντες, που φαίνεται μέσα από τις μελέτες των (Jimmy B. & Jose J., 2011) και (Kalogianni A, 2011) ότι συμβάλλει στο να αποδεχτούν οι ασθενείς την κατάσταση της υγείας τους και να συμμορφωθούν στις θεραπευτικές οδηγίες είναι η σχέση και η επικοινωνία που αναπτύσσουν με το γιατρό τους. Οι (Moore PJ, Sickel AE, Malat J, et al, 2004) και (Lawson VL, Lyne PA, Harvey JN, et al, 2005) έδειξαν ότι η συμμόρφωση είναι καλή όταν οι γιατροί τους υποστηρίζουν συναισθηματικά, δείχνοντας σεβασμό και αντιμετωπίζοντας τους ως ισότιμους συνεργάτες. Ο (Griffith S, 1990) τόνισε ότι η σχέση ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή παίζει βασικό ρόλο στη διάγνωση, στη θεραπεία και στη συμμόρφωση τους. Όταν υπάρχει καλή επικοινωνία γιατρού - ασθενή είναι πιο εύκολο ο ασθενής να διαχειριστεί τα συναισθήματά του, ακούγοντας τη διάγνωση ενός νοσήματος, να κατανοήσει τις ιατρικές πληροφορίες, που του δίνονται και μέσα από την ικανοποίηση, που νιώθει για τη φροντίδα του, να ακολουθήσει τις ιατρικές συμβουλές και να συμμορφωθεί με τη θεραπεία. Αντιθέτως, η κακή επικοινωνία με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης είναι, επίσης, πιθανό να προκαλέσει αρνητική επίδραση στη συμμόρφωση του ασθενή (Bartlett EE, Grayson M, Barker R, et al, 1984), (Apter AJ, Reisine ST, Affleck G et al, 1998).

Τα ευρήματα όλων των μελετών καταδεικνύουν την ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των ασθενών και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και τη σημασία της καλής επικοινωνίας. Για την οικοδόμηση μιας καλής και υγιούς σχέσης μεταξύ ασθενών και παρόχων υγείας, οι πάροχοι θα πρέπει να έχουν ασθενείς που συμμετέχουν στο σχεδιασμό της θεραπείας τους (Gonzalez J, Williams JW Jr, Noel PH, et al, 2005), (Vlasnik JJ, Aliotta SL,

DeLor B, 2005), ενώ εκείνοι θα πρέπει να παρέχουν στους ασθενείς μια λεπτομερή εξήγηση σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία (Butterworth JR, Banfield LM, Iqbal TH, et al, 2004), (Gascon JJ, Sanchez-Ortuno M, Llor B, et al, 2004).

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, η τήρηση ενός θεραπευτικού σχήματος αποτελεί μια δυναμική διαδικασία η οποία επηρεάζεται από τους παρακάτω παράγοντες, όπως:

- **Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες** (φύλο, κοινωνικό status, οικονομική ευχέρεια, τόπος διαμονής).
- **Παράγοντες σχετικοί με τη νόσο** (φύση νόσου, σοβαρότητα συμπτωμάτων, προκληθείς βαθμός δυσλειτουργίας, διάρκεια).
- **Παράμετροι σχετικοί με τη θεραπεία** (ορθή και επαρκής πληροφόρηση, περιπλοκότητα θεραπείας, αμεσότητα επίτευξης επιθυμητών αποτελεσμάτων, πιθανές προηγηθείσες αποτυχίες στην ίδια θεραπεία ή εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών).
- **Παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα υγείας** (σχέση ασθενή - παρόχου υγείας, προσβασιμότητα, ελλιπής οργάνωση, αδυναμία παροχής φαρμάκων).
- **Παράγοντες που αφορούν τον ίδιο τον ασθενή** (γνώση φύσης της νόσου, προσέγγιση θεραπείας, προσδοκίες για τα αποτελέσματα, στάση ζωής).

Η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας. Για να επιτευχθεί αυτό, θα πρέπει αρχικά ο ασθενής να δεχτεί και να προσαρμόσει τη ζωή του στα δεδομένα μιας νέας διάγνωσης. Σύμφωνα με τους (White N, Richer J & Fry C, 1992), αφού ο ασθενής αποδεχθεί ότι πάσχει από μια ασθένεια θα πρέπει κατόπιν να αλλάξει τη συμπεριφορά του, προκειμένου να μπορέσει να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του. Ειδικότερα, οι (Osterberg L, Blaschke T, 2005) τονίζουν ότι για να τεθεί υπό έλεγχο το νόσημα και να σταματήσει η εξέλιξη του, είναι απαραίτητο οι ασθενείς να κατανοήσουν ότι θα πρέπει να λαμβάνουν συστηματικά τη φαρμακευτική αγωγή “σε συγκεκριμένες ώρες” και για “συγκεκριμένο χρονικό διάστημα”.

Ωστόσο, η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή δεν είναι τόσο απλή υπόθεση καθώς συχνά οι ασθενείς αρνούνται να την λάβουν. Η αδυναμία αυτή συμμόρφωσης οδηγεί σε αρνητικές επιπτώσεις τόσο για την εξέλιξη της υγείας του ασθενή όσο και για το ευρύτερο σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους (Jimmy B. & Jose J., 2011) όλη αυτή η κατάσταση εκδηλώνεται με αύξηση της νοσηρότητας και θνητότητας και γενικότερα με αύξηση του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας.

Τα χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης συνήθως συναντώνται σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα (Claesson A, Toth-Pal E, Piispanen P & Salminen H, 2015). Επίσης, τα επίπεδα είναι ακόμα πιο χαμηλά όταν η νόσος είναι συμπτωματική ή όταν με την θεραπεία παρουσιάζονται ανεπιθύμητες ενέργειες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2003 διαπίστωσε ότι “το ποσοστό μη συμμόρφωσης σε παγκόσμιο επίπεδο έφτανε το 50% σε ασθενείς που έπασχαν από χρόνιες ασθένειες”, ενώ ο (Gold DT, 2016) διαπίστωσε ότι “σε ηλικιακές ομάδες άνω των 60 ετών, το ποσοστό συμμόρφωσης παρουσίαζε ένα μεγάλο εύρος από 41% έως 74%”.

Ένα ποσοστό ασθενών δεν τηρούν συνειδητά τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού κατόπιν σκέψεως και επεξεργασίας των επιθυμιών τους και των διαφόρων γεγονότων, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις οι πληροφορίες που δίνονται στον ασθενή είναι ανεπαρκείς με αποτέλεσμα να μη συμμορφώνονται. Κάποιες σωματικές δυσκολίες ή διαταραχές μνήμης, όπως η άνοια μπορεί να αποτελέσουν εμπόδιο στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών. Άλλοι λόγοι που έχουν συσχετιστεί είναι οι πολύπλοκες φαρμακευτικές αγωγές, τα πολλά χορηγούμενα φάρμακα και οι συχνές αλλαγές σε αυτά.

Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι υπάρχουν πολλοί τύποι μη συμμόρφωσης με τη θεραπεία, όπως φαίνεται στο table 3.

Table 3: Τύποι μη συμμόρφωσης

| Είδος μη συμμόρφωσης | Πηγή |
|---|---|
| Λήψη φαρμακευτικής αγωγής αλλά μη ολοκλήρωσης | (Donovan JL, Blake DR, 1992) |
| Λήψη λάθος δοσολογίας | |
| Λήψη φαρμάκου σε λάθος χρόνο | |
| Διακοπή της θεραπείας πολύ νωρίς | |
| Καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης | (Vermeire E, Hearnshaw H, van Royen P. & Denekens J, 2001) |
| Παράλειψη ιατρικών επισκέψεων | (Gordis L, 1979) |
| Μη τήρηση των οδηγιών του γιατρού | (Cummings KM, Kirscht JP, Binder LR, et al, 1982), (Vermeire E, Hearnshaw H, van Royen P. & Denekens J, 2001) |
| “Διακοπές φαρμάκων”, που σημαίνει ότι ο ασθενής σταματάει τη θεραπεία για λίγο και στη συνέχεια την ξαναρχίζει | (Cramer JA, Scheyer RD, Mattson RH, 1990), (Feinstein AR, 1990) |
| “Συμμόρφωση με τη λευκή μπλούζα”, που σημαίνει ότι οι ασθενείς συμμορφώνονται με το σχήμα φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια των κλινικών επισκέψεων | (Vermeire E, Hearnshaw H, van Royen P. & Denekens J, 2001), (Burnier M, Santschi V, Favrat B, et al, 2003) |

(Jin J, Grant ES, Vernon MSO & Shu CL, 2008)

Υπάρχουν τρεις τύποι μη συμμόρφωσης:

1^{ος}. Primary non-adherence. (αρνητικά προϋδρασμένος). Στον τύπο αυτό είναι επιλογή του ασθενή να μην ακολουθήσει τις οδηγίες του γιατρού.

2^{ος}. Non-persistence. (χωρίς επιμονή). Ο ασθενής δεν ακολουθεί τις οδηγίες, γιατί δεν υπάρχει καλή συνεργασία με το γιατρό.

3^{ος}. Non-conforming. (μη συμμόρφωση). Στην περίπτωση αυτή άλλα συστήνει ο γιατρός και άλλα κάνει ο ασθενής (Jimmy B. & Jose J., 2011).

Υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι συμμορφώνονται κατά ένα μέρος με τη θεραπεία και ονομάζονται **partial-compliance patients**.

Για να **επιτευχθεί η συμμόρφωση** ο (Sarafino E.P, 1999) πρότεινε έξι τεχνικές που βοηθούν στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών :

1. χρήση απλουστευμένων και σαφών οδηγιών,
2. χρήση συγκεκριμένων και ξεκάθαρων δηλώσεων,
3. κατάτμηση μιας πολύπλοκης θεραπείας σε μικρότερα τμήματα,
4. έμφαση στις σημαντικές πληροφορίες,
5. χρήση απλών γραπτών οδηγιών και,
6. έλεγχος του βαθμού κατανόησης από τον ασθενή ή την οικογένειά του των όσων θα πρέπει να τηρούνται.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν την ικανότητα να ξεχωρίζουν ποιοι ασθενείς πιθανώς να μην ακολουθήσουν τη φαρμακευτική αγωγή, ώστε να παρέμβουν άμεσα και να διευθετήσουν το ζήτημα αυτό (Cole R, 2011). Με τη συμμόρφωση στη θεραπεία επιτυγχάνεται η βελτίωση της υγείας του ασθενή, ενώ στην αντίθετη περίπτωση με τη μη συμμόρφωση αυξάνεται το οικονομικό κόστος που επιβαρύνει το σύστημα υγείας.

Η σχέση ιατρού και ασθενούς ως παράγοντας συμμόρφωσης

Η σχέση γιατρού - ασθενή είναι ένας άλλος ισχυρός παράγοντας που επηρεάζει την συμμόρφωση των ασθενών και συνδέεται με την επιτυχή έκβαση της θεραπείας (Kim YS, et al, 2002), (Loffler W, et al, 2003), (Moore PJ, et al, 2004), (Gonzalez J, et al, 2005). Για την οικοδόμηση μιας καλής και υγιούς σχέσης μεταξύ ασθενών και παρόχων υγείας, οι πάροχοι υγείας θα πρέπει να δίνουν τη δυνατότητα στους ασθενείς να συμμετέχουν στο

σχεδιασμό της θεραπείας τους (Gonzalez J, Williams JW Jr, Noel PH, et al, 2005) και να τους αντιμετωπίζουν ως ισότιμους συνεργάτες (Moore PJ, Sickel AE, Malat J, et al, 2004), (Lawson VL, Lyne PA, Harvey JN, et al, 2005). Επίσης, είναι σημαντικό οι γιατροί να υποστηρίζουν συναισθηματικά τους ασθενείς.

Ευρήματα μελετών καταδεικνύουν την αναγκαιότητα της συνεργασίας μεταξύ ασθενών και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και της ανάπτυξης μιας καλής επικοινωνίας, ώστε να παρέχεται στους ασθενείς μια λεπτομερής εξήγηση σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία (Butterworth JR, Banfield LM, Iqbal TH, et al, 2004), (Gascon JJ, Sanchez-Ortuno M, Llor B, et al, 2004). Η καλή επικοινωνία είναι πολύ σημαντική για να βοηθήσει τους ασθενείς να κατανοήσουν την κατάσταση και τη θεραπεία τους (Loren R & Branthwaite A, 1993). Αντίθετα, η κακή επικοινωνία με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης φαίνεται ότι είναι πιθανόν να προκαλέσει αρνητική επίδραση στη συμμόρφωση του ασθενή (Bartlett EE, Grayson M, Barker R, et al, 1984), (Apter AJ, Reisine ST, Affleck G et al, 1998).

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης των (Kerse N, Buetow S, Mainous A, Young A, Coster G & Arroll B, 2004), τα υψηλά επίπεδα συμφωνίας μεταξύ ασθενή - γιατρού, όπως διαπιστώθηκε από αναφορές ασθενών, συνδέονται με υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή. Για να επιτευχθεί αυτή η συμφωνία, θα πρέπει να υπάρχει καλή επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή, ώστε να ανταλλάσσονται πληροφορίες και να λαμβάνουν από κοινού αποφάσεις για τη θεραπεία του ασθενή.

Από την μια πλευρά, ο γιατρός για να οδηγηθεί στη σωστή διάγνωση και να προτείνει την κατάλληλη θεραπεία χρειάζεται κάποιες πληροφορίες, και από την άλλη πλευρά, ο ασθενής χρειάζεται πληροφορίες για να κατανοήσει τη φύση της ασθένειάς του για να εκτιμήσει την κατάσταση της υγείας του. Η ανάπτυξη μιας τέτοιας σχέσης που στοχεύει στην δημιουργία ενός δεσμού ανάμεσα στις δύο πλευρές και αφορά στον καθορισμό των θεραπευτικών στόχων και στην ολοκλήρωση των θεραπευτικών δραστηριοτήτων, ορίζεται ως **“θεραπευτική συμμαχία”**. Σύμφωνα με τους (Nam J. et al, 2012) *“η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της σχέσης μεταξύ γιατρού – ασθενή”* και η ανάπτυξη της συμβάλλει σημαντικά στη συμμόρφωση του ασθενή πιο εύκολα με την προτεινόμενη θεραπεία (Τσιώλης Γ., 2014).

Ο όρος “θεραπευτική συμμαχία” αναφέρεται σε μια σύνθετη και πολύπλοκη σχέση, μια σχέση συνεργασίας, ζεστασιάς και υποστήριξης μεταξύ γιατρού και ασθενή. Ήδη από το

1979 οι (Bordin & Bordin E.S, 1979) καθόρισαν τα 3 κύρια **συστατικά της δομής της θεραπευτικής συμμαχίας**, **1)** συμφωνία γιατρού - ασθενή για τους στόχους, **2)** συμφωνία γιατρού - ασθενή για τις παρεμβάσεις και **3)** συναισθηματικός δεσμός μεταξύ τους, ο οποίος χαρακτηρίζεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη και αποδοχή. Μελέτες έχουν δείξει ότι υψηλότερα επίπεδα θεραπευτικών συμμαχιών σχετίζονται με καλύτερα αποτελέσματα στην ιατρική.

Η θεραπευτική συμμαχία είναι ένα στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης που περιλαμβάνει τόσο την ανάπτυξη των θεραπευτικών ορίων (σεβασμός, εμπιστοσύνη, εκτίμηση, συμπάθεια) όσο και τη θέσπιση θεραπευτικών στόχων. Για την επιτυχία της θεραπευτικής συμμαχίας θα πρέπει να ακολουθούνται κάποιοι κανόνες, όπως είναι ο κανόνας προστασίας της ιδιωτικής ζωής και εμπιστευτικότητας, της προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενή, της ελεύθερης έκφρασης και του σεβασμού αυτού.

Σύμφωνα με τον ορισμό των (Bordin & Bordin E.S, 1979) ένα βασικό χαρακτηριστικό της θεραπευτικής συμμαχίας είναι η ενεργός συμμετοχή του θεραπευόμενου και η συνεργασία με το θεραπευτή. Και οι δύο ασχολούνται τόσο με τους στόχους της θεραπείας όσο και με τους τρόπους που αυτή μπορεί να επιτευχθεί κάτι που ορίζεται ως *συμφωνία έργου* (task agreement) (Κουτσοσίμου Μελομένη, 2007).

Σύμφωνα με τους (DiMatteo M.R & Leslie R. Martin, 2011) *“προκειμένου η θεραπευτική συμμαχία να οδηγήσει προς τη συμμόρφωση του ασθενή, θα πρέπει να πληρούνται ορισμένα κριτήρια: α) η ύπαρξη μιας συγκεκριμένης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ιατρού και του ασθενή, β) το γεγονός ότι η θεραπεία διεξάγεται σε ένα πλαίσιο που είναι κατάλληλο για τη διεξαγωγή μιας τέτοιας θεραπείας, γ) τον προσδιορισμό του προβλήματος του ασθενή με μια θετική και αισιόδοξη στάση όσον αφορά στην επιτυχία και δ) τη συνεργασία μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς ως αναγκαίο και κρίσιμο παράγοντα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της θεραπείας”*.

Είναι σημαντικό συνεπώς να ακολουθούνται πιστά οι ιατρικές οδηγίες όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για το γιατρό και γενικότερα για το σύστημα υγείας.

A. Για τον ασθενή

1. Βελτίωση ποιότητας ζωής
2. Αύξηση εμπιστοσύνης στο γιατρό και τήρηση των οδηγιών του
3. Αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης
4. Μείωση αριθμού παρενεργειών
5. Αύξηση στην αποτελεσματικότητα του σκευάσματος

B. Για το γιατρό

1. Βελτιστοποίηση του χρόνου που αφιερώνει στον ασθενή
2. Ανάπτυξη στενής σχέσης με τον ασθενή

Γ. Για το σύστημα υγείας

1. Μείωση του αριθμού των θανάτων
2. Μείωση των εισαγωγών στο Νοσοκομείο
3. Μείωση του κόστους των θεραπειών
4. Βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού
5. Αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης

Εν κατακλείδι, για να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των ασθενών θα πρέπει από την μια πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας να παρέχουν όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη φροντίδα και από την άλλη, οι ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά στις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν ότι, όταν επιτευχθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τη σχέση τους με το γιατρό τότε εξασφαλίζεται και η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Η έννοια της “ενσυναίσθησης” (empathy) έχει απασχολήσει τις κοινωνικές και ανθρωπιστικές επιστήμες από τις αρχές του 20ου αιώνα. Σύμφωνα με τον (Davis, M.H., 2018) αποτελεί “*μία πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει γνωστικούς αλλά και συναισθηματικούς τομείς*”. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι υπάρχει μεγάλη διαφωνία για τον ακριβή ορισμό της.

Ο όρος “ενσυναίσθηση” αναφέρεται στην ικανότητα του γιατρού να αναγνωρίζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του ασθενή και να ανταποκρίνεται σε αυτά με τρόπο που να υποδηλώνει κατανόηση. Αποτελεί μια κεντρική δεξιότητα του γιατρού, ενώ συγχρόνως σύμφωνα με τον (King Jr. SH, 2011) αποτελεί ένα βασικό στοιχείο, που διευκολύνει την ανάπτυξη μιας θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή.

Προκειμένου να διευκρινιστεί περαιτέρω ο όρος, ο πρώτος κλινικός ψυχολόγος (Rogers CR, 1959), ο θεμελιωτής της προσωποκεντρικής προσέγγισης στην ψυχοθεραπεία, πρότεινε τον εξής ορισμό, ο οποίος συναντάται συχνότερα στη βιβλιογραφία “*η ικανότητα να αντιλαμβάνομαι το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς ενός άλλου ανθρώπου με την ακρίβεια σαν να ήμουν εκείνο το άτομο, χωρίς όμως να χάνω αυτή τη -σαν να- συνθήκη*”. Χρόνια αργότερα περιέγραψε την ενσυναίσθηση ως μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο εισέρχεται στον ιδιωτικό κόσμο κάποιου άλλου και, μάλιστα, τον βιώνει σαν να ήταν εκείνος. Η ενσυναίσθηση σύμφωνα με τους (Greif EB, Hogan R, 1973) είναι ένα στάδιο της ηθικής ωριμότητας και συναντάται σε καταστάσεις θυμού, στεναχώριας και αντιπαλότητας (Shamasundar MRC, 1999). Συνεπώς, παρατηρείται συχνότερα όταν ο ανθρώπινος πόνος είναι έντονος και τα άτομα, που είναι πιο ευαίσθητα είναι και πιο ενσυναίσθηματικά.

Ο Kohut, ο δεύτερος κλινικός ψυχολόγος, έθεσε δυο ορισμούς για την έννοια της ενσυναίσθησης. Σύμφωνα με τον πρώτο ορισμό, που δόθηκε του (Kohut H., 1984) και είναι πιο αφηρημένος, η ενσυναίσθηση είναι μια “*αντιπροσωπευτική ενδοσκόπηση*”, ενώ, στον δεύτερο ορισμό του (Kohut H., 1984), τον πιο εφαρμοσμένο, η ενσυναίσθηση ορίστηκε ως “*η ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται και να αισθάνεται τον εαυτό του στην εσωτερική ζωή ενός άλλου προσώπου*”.

Η βιβλιογραφία αναφέρεται σε ένα μεγάλο μέρος της στα **οφέλη**, που αποκομίζει ο ασθενής από την ανάπτυξη μιας ενσυναισθητικής σχέσης με το γιατρό του. Αυτή η διαπροσωπική επικοινωνία είναι ίσως το σημαντικότερο θεραπευτικό εργαλείο που έχει στη φαρέτρα του ο γιατρός κατά την άσκηση της κλινικής πράξης. Βέβαια, είναι αυτονόητο ότι η φύση της σχέσης γιατρού - ασθενή ποικίλει. Για παράδειγμα, υπάρχει μια διαφορετική σχέση με ασθενείς, που υποφέρουν από χρόνια νοσήματα και η φροντίδα τους είναι συνεχής και τακτική και διαφορετική σχέση με ασθενείς, που χρήζουν επείγουσες χειρουργικές παρεμβάσεις, όπου μια ενσυναισθητική και σταθερή σχέση είναι σχεδόν αδύνατον να αναπτυχθεί.

Οι **τύποι** της ενσυναίσθησης είναι τέσσερις (Bachelor A, 1988), (Gladstein G.A, 1983), (Alligood M., 1992):

Γνωστική: σχετίζεται με την ικανότητα κατανόησης μιας πληροφορίας, μπαίνοντας στη θέση του άλλου, μέσω μιας πνευματικής διεργασίας

Θυμική: αναφέρεται στην ικανότητα μοιράσματος συναισθηματικής εμπειρίας και προδιάθεσης να αισθάνεται κάποιος τα συναισθήματα του άλλου. Σχετίζεται με την εκδήλωση ευαισθησίας απέναντι στα συναισθήματα του άλλου.

Συμμετοχική: Προσδιορίζει τη δυνατότητα επίδειξης ενσυναίσθησης μέσω της αυτοαποκάλυψης.

Επικουρική: Προσδιορίζει τη δυνατότητα υποστήριξης και προσπάθειας για βοήθεια.

Η ενσυναίσθηση αφορά μια έννοια που εμπεριέχει τόσο γνωστικά όσο και συναισθηματικά χαρακτηριστικά. Το γνωστικό στοιχείο, αφορά την κατανόηση των ανησυχιών, των προοπτικών και των εμπειριών του ασθενή, ενώ αντίθετα το συναισθηματικό στοιχείο αφορά μια διαδικασία κατά την οποία ο γιατρός αντιλαμβάνεται τι είναι αυτό που βιώνει και νιώθει ο ασθενής. Η προσέγγιση αυτή συμβάλλει στη συλλογή πληροφοριών από τους ασθενείς, στη συμμετοχή τους στη θεραπεία τους και στην παροχή καλύτερης ιατροφαρμακευτικής φροντίδας. Η έννοια της ενσυναίσθησης έχει σημαντικό αντίκτυπο στην καλή επικοινωνία με τον ασθενή. Ο γιατρός τοποθετώντας τον εαυτό του στη θέση του ασθενή μπορεί να κατανοήσει καλύτερα την κατάσταση του.

Η πλειονότητα των ψυχολόγων αναγνωρίζουν την αξία της και καθορίζουν αυτό το χαρακτηριστικό ως την ικανότητα κατανόησης του άλλου μέσω των συναισθημάτων και το

αναγνωρίζουν ως μια αξία ανεκτίμητη. Αυτή η αξία θεωρείται απαραίτητη για την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο για την εξέλιξη της κοινωνικής ζωής του ατόμου.

Η ενσυναίσθηση, η συμπάθεια και η συμπόνια είναι όροι συνδεδεμένοι μεταξύ τους, που πολλές φορές στη βιβλιογραφία συγχέονται παρόλο που έχουν διαφορετική ερμηνεία. Ως ενσυναίσθηση, όπως προαναφέρθηκε ορίζεται μια πολυδιάστατη έννοια που συμπεριλαμβάνει τις έννοιες “ευαισθητοποίηση” και “διαίσθηση”. Αναφέρεται στην προσπάθεια να καταλάβει κάποιος την κατάσταση του άλλου χωρίς καμιά διάθεση κριτικής. Η συμπάθεια θεωρείται ως μια στάση οίκτου απέναντι στην ατυχία και τον πόνο του άλλου, χωρίς να περιέχει συναισθήματα κατανόησης (Sinclair S, Beamer K, Hack FT, McClement S, Raffin Bouchal S, Chochinov HM, Hagen NA, 2017). Ο οίκτος αυτός εκφράζεται ειδικά σε ανθρώπους που υποφέρουν άδικα. Τέλος, η συμπόνια αποτελεί ένα “συμπληρωματικό κοινωνικό συναίσθημα, που προκαλείται από την μαρτυρία του πόνου των άλλων” (Preckel K, Kanske P & Singer T, 2018). Πρόκειται για μια έννοια που περιλαμβάνει αισθήματα αγάπης, κατανόησης και αναγνώρισης του πόνου και προσπάθειας ανακούφισης του ασθενή. Επίσης, μπορεί να περιλαμβάνει και αισθήματα αλτρουισμού και καλοσύνης. Σε μελέτες έχει φανεί ότι οι ασθενείς θεωρούν ιδιαίτερα σημαντικές και χρήσιμες τη συμπόνια και την ενσυναίσθηση και μάλιστα προεξέχοντα ρόλο κατέχει η συμπόνια (Sinclair S, Beamer K, Hack FT, McClement S, Raffin Bouchal S, Chochinov HM, Hagen NA, 2017).

Ενσυναίσθηση και συμπόνια

Η ενσυναίσθηση και η συμπόνια (sympathy) αποτελούν δύο σημαντικά χαρακτηριστικά των διαπροσωπικών σχέσεων. Πρόκειται για δύο διακριτές έννοιες, που ενώ συχνά ερμηνεύονται ως ίδιες εντούτοις δεν είναι πανομοιότυπες. Η **ενσυναίσθηση** δεν σχετίζεται με την έννοια της λύπης ή του οίκτου για την κατάσταση του ασθενή, αλλά αφορά κατά κύριο λόγο στην κατανόηση του συναισθήματος του. Αντίθετα, η **συμπόνια** ορίζεται ως η συμμετοχή στα συναισθήματα κάποιου ατόμου. Σύμφωνα με τους (Shea S, Lionis C, 2010) η ενσυναίσθηση και ο σεβασμός, αποτελούν βασικές αξίες της συμπόνιας. Οι (Gruen RJ, Mendelsohn G, 1986) υποστηρίζουν ότι η ενσυναίσθηση είναι μια διανοητική διαδικασία, ενώ η συμπάθεια είναι καθαρά συναισθηματική.

Ο (Hoisington W. David, 2007) επισημαίνει ότι “*οι λέξεις συμπόνια (compassion) και ενσυναίσθηση (empathy) χρησιμοποιούνται εξίσου με τις λέξεις αγάπη και ευγένεια και παρά ταύτα εμείς, ως μια συλλογική κοινωνία, δεν έχουμε συμφωνήσει ως προς το τι σημαίνουν αυτές οι λέξεις*”. Οι (Goetz JK, Keltner D & Simon-Thomas E, 2010) προσδιόρισαν ότι “*η συμπόνια αντανακλά μια βαθιά ενσυνειδητοποίηση του τι υποφέρει ο άλλος συνοδευόμενη από την επιθυμία να την ανακουφίσει*”.

Το σύνηθες λάθος που γίνεται και συχνά οδηγεί τους ερευνητές σε σύγχυση και εσφαλμένα συμπεράσματα είναι η ταύτιση της ενσυναίσθησης και της συμπόνιας. Χρειάζεται να γίνει σαφές ότι πρόκειται για δυο εντελώς διαφορετικές έννοιες με διαφορετικά αποτελέσματα στις συμπεριφορές των γιατρών και διαφορετικές εκβάσεις στους ασθενείς. Η διάκριση αυτή αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο στην ανάπτυξη μιας ουσιαστικής σχέσης γιατρού - ασθενή, διότι η συναισθηματική ταύτιση με τον ασθενή μπορεί να σταθεί εμπόδιο στην κλινική πράξη. Σύμφωνα με τους (Stercevic V, Piontek CM, 1997) ο γιατρός θα πρέπει να βρει ένα τρόπο, ώστε να μπορεί να βιώνει τις εμπειρίες του ασθενή του σε βαθμό που θα τον βοηθάει στην κατανόηση της κατάστασης της υγείας του, χωρίς όμως να εμποδίζει την επαγγελματική του κρίση.

Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον από τη διεθνή κοινότητα των επιστημόνων υγείας για την έννοια της συμπόνιας. Γίνεται αρκετή συζήτηση στη βιβλιογραφία γύρω από τη **συμπονετική φροντίδα** (compassionate care). Οι λόγοι είναι πολλοί και αφορούν τόσο τον ασθενή όσο και το γιατρό. Η συμπόνια συμβάλλει στη μείωση του άγχους, στην γρηγορότερη ανάρρωση και στην καλύτερη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων. Συγχρόνως, όταν ο γιατρός στέκεται δίπλα στον ασθενή με συμπόνια, τον κάνει να νιώθει εμπιστοσύνη απέναντι του, να αισθάνεται ότι ενδιαφέρεται, ότι τον φροντίζει και τον νοιάζεται. Όλο αυτό μπορεί να διαδραματίσει ένα βασικό ρόλο στην ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής σχέσης με σημαντική επίπτωση στη συμμόρφωση, στη θεραπεία και στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Αλλά και ο γιατρός έχει κάποιο όφελος από την παροχή συμπονετικής φροντίδας, διότι κι εκείνος νιώθει ικανοποιημένος όταν αισθάνεται ότι προσφέρει βοήθεια στον ασθενή για την επίλυση του προβλήματος του, ενώ παράλληλα τώνεται και το αίσθημα εμπιστοσύνης και αυτοεκτίμησης.

Ο γιατρός για να μπορέσει να παρέχει συμπονετική φροντίδα θα πρέπει να διαθέτει κάποια χαρακτηριστικά, όπως αυτά προσδιορίστηκαν μέσα από τη μελέτη των (Danielsen R.D. & Cawley J.F, 2007), όπως η ακρόαση με προσοχή και ενδιαφέρον του προβλήματος

του ασθενή, η υπομονή, ο σεβασμός, η ανοχή, η κατανόηση και γενικότερα ένα αίσθημα συμπόνιας. Η συμπόνια φαίνεται ότι είναι ένα αναγκαίο στοιχείο όταν πρόκειται να εφαρμοστεί μια εστιασμένη στον ασθενή προσέγγιση, που έχει ως στόχο την κάλυψη τόσο των σωματικών όσο και των ψυχικών του αναγκών. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ύπαρξη της, όταν πρόκειται να ανακοινωθούν δυσάρεστα νέα ή να παρέχουν παρηγορητική θεραπεία σε τελικού σταδίου καταστάσεις.

Η παροχή της συμπονετικής φροντίδας είναι πολύ σημαντική, αλλά όχι και εύκολη διαδικασία, αφού ο γιατρός έχει να αντιμετωπίσει **εμπόδια** κάποια από τα οποία αναφέρονται παρακάτω:

- Η αίσθηση έλλειψης επαρκούς χρόνου κατά την διάρκεια μιας συνάντησης.
- Η επιθυμία, συνειδητή ή ασυνειδητή, αποφυγής να βιώσει έντονα συναισθήματα, όπως φόβο, θυμό ή θλίψη. Ο γιατρός κατά τη διάρκεια της συνάντησης έχει το φόβο ότι μπορεί να έρθουν στην επιφάνεια πολλά και δύσκολα συναισθήματα, οπότε προσπαθεί να αποφεύγει τις ερωτήσεις που μπορούν να τα αναδείξουν.
- Η ελλιπής εκπαίδευση και εξάσκηση πάνω στην συναισθηματική επικοινωνία.
- Ο φόβος πως η ενσυναίσθηση είναι μια συναισθηματικά εξαντλητική διαδικασία για το γιατρό και μπορεί να τον οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση.

Η **καλή παροχή ιατρικής φροντίδας** συνδυάζει την επιστημονική κατάρτιση του γιατρού μαζί με το ενδιαφέρον, το σεβασμό και τη συμπόνια στο άτομο που βιώνει ένα νόσημα. Δεν αρκεί απλά η προσφορά μιας θεραπείας, αλλά χρειάζεται η ανάπτυξη μιας βαθύτερης και ουσιαστικότερης σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενή.

Η ενσυναίσθηση στη σχέση γιατρού - ασθενούς

Οι δεξιότητες επικοινωνίας έχουν περιγραφεί ως η πιο σημαντική ικανότητα για έναν επαγγελματία υγείας. Η αποτελεσματική επικοινωνία εξαρτάται από το ότι ο θεραπευτής αισθάνεται βέβαιος ότι έχει πραγματικά ακούσει και καταγράφει τις ανάγκες του χρήστη υγειονομικής περίθαλψης, έτσι ώστε να παρέχει εξατομικευμένη φροντίδα. Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες της υγείας να κατανοήσουν τα συναισθήματα, τις απόψεις και τις εμπειρίες των ανθρώπων, προκειμένου να εκτιμήσουν τις πραγματικές τους ανάγκες και να ενεργήσουν αναλόγως, προσφέροντας εξατομικευμένες υπηρεσίες. Η επίτευξη αυτού του στόχου καθιστά απαραίτητη την ανάπτυξη ενσυναισθητικών δεξιοτήτων.

Η ενσυναίσθηση είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό για την ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής σχέσης γιατρού - ασθενή. Αποτελεί τον πυλώνα πάνω στον οποίο χτίζεται μια δυνατή σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού. Η έννοια της κλινικής ενσυναίσθησης έχει εξελιχθεί την τελευταία δεκαετία. Μια συστηματική ανασκόπηση των (Di Blasi Z., Harkness E., Ernst E., Georgiou A., Kleijnen J., 2001) διαπίστωσε ότι οι γιατροί που επιδεικνύουν ένα ζεστό, φιλικό και καθησυχαστικό τρόπο επικοινωνίας με τους ασθενείς τους είναι πιο αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση του νοσήματος. Αν και φυσικά δεν αντικαθίσταται η αξία της λήψης του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης, εντούτοις μια τέτοιου είδους σχέση μπορεί να συμβάλλει στην ακριβή διάγνωση και στην ποιοτική παροχή φροντίδας. Αυτό σημειώνει και η (Halpern J, 2001), σύμφωνα με την οποία η αποδοχή της ενσυναίσθησης συντελεί στη συνεργασία των ασθενών, στην άμεση λήψη ιστορικού, στην έγκαιρη διάγνωση, στην αποτελεσματική θεραπεία και στην άμεση ανάρρωση.

Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων έχει μελετηθεί εκτενώς από τους ερευνητές, κυρίως στον τομέα της ψυχολογίας. Τα δεδομένα για την επίδραση της σε άλλα κλινικά συμβάματα είναι περιορισμένα, αν και οι μέχρι τώρα μελέτες δείχνουν θετική συσχέτιση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της ικανοποίησης του ασθενή. Για παράδειγμα, οι (Neumann Melanie, Markus Wirtz, Elfriede Bollschweiler, Stewart W. Mercer, Mathias Warm, Jurgen Wolf, Holger Pfaff, 2007) μελέτησαν την επίδραση της ενσυναίσθησης σε 710 χρόνιους ασθενείς με καρκίνο και διαπιστώθηκε η θετική συσχέτιση της με τη βελτίωση κάποιων δεικτών, όπως η ποιότητα ζωής και η μείζονα κατάθλιψη. Σε μια άλλη πρόσφατη μελέτη (Canovas L, Carrascova AJ, Garcia M, Fernandez M, Calvo A, Monsalve V, Soriano JF, 2018), που πραγματοποιήθηκε σε ένα μεγάλο αριθμό ασθενών με μέτριο ή σοβαρό πόνο βρέθηκε ότι η ενσυναίσθηση έχει θετικό αντίκτυπο στην ανακούφιση από το χρόνιο πόνο και κατά συνέπεια στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, πρόκειται για μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει γνωστικά και συναισθηματικά στοιχεία όσο και στοιχεία λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. Οι επαγγελματίες υγείας είναι δέκτες ενός μεγάλου αριθμού αντιδράσεων από την πλευρά των ασθενών. Οι αντιδράσεις αυτές δεν αφορούν μόνο στο τι λέει ο ασθενής, αλλά και στα μη λεκτικά μηνύματα που μεταδίδει. Ο γιατρός θα πρέπει να είναι σε θέση να ξεχωρίσει το συναίσθημα, που εκφράζει το πρόσωπο του ασθενή ή η χροιά της φωνής του ή οι κινήσεις του σώματος του, ώστε να μπορέσει να νιώσει τον πόνο και

την αγωνία του (DiMatteo M.R, 1979). Η ενσυναίσθηση συντελεί καθοριστικά στην αναγνώριση των μηνυμάτων, που μεταδίδει ο ασθενής για τη νόσο του, αλλά και στην ανταπόκριση με κατανόηση σε αυτά. Συγχρόνως, όμως, δείχνει στους ασθενείς ότι τους εκτιμούν και τους κάνει να νιώθουν ασφάλεια και άνεση απέναντι στο γιατρό.

Η ανάπτυξη μιας συναισθηματικής σχέσης αυξάνει την εμπιστοσύνη, που νιώθει ο ασθενής για το γιατρό, με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται μεταξύ τους ένας ισχυρός δεσμός σεβασμού και κατανόησης, που ενισχύει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι (Silverman J, Kurtz S, Draper J, 2005) αναφέρουν ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα σημαντικό χαρακτηριστικό για τους γιατρούς, καθώς τους βοηθά να έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς, να τους καταλαβαίνουν και να τοποθετούν τον εαυτό τους στην κατάσταση τους. Υπάρχει η ανάγκη επικέντρωσης της προσοχής του επαγγελματία υγείας αποκλειστικά στον ασθενή, παραμερίζοντας τα προσωπικά του συναισθήματα. Έτσι, αμβλύνεται η μεταξύ τους απόσταση και μέσα από αυτή τη σχέση επωφελούνται και οι δύο πλευρές (Kliszcz J, Nowicka - Sauer K, Trzeciak B, Nowak P & Sadowska A, 2006).

Οι (Feighny KM, Monaco M, Arnold L, 1995) επισήμαναν ότι η ικανότητα για ενσυναίσθηση εξαρτάται από το πόσο ανεπτυγμένες είναι οι επικοινωνιακές δεξιότητες του γιατρού. Δεν διαθέτουν στον ίδιο βαθμό όλοι οι άνθρωποι την ικανότητα να κατανοούν τα μηνύματα που προσπαθεί να μεταδώσει με μη λεκτικό τρόπο ο συνομιλητής τους, όπως επίσης δεν είναι όλοι το ίδιο ευαίσθητοι με τα συναισθήματα των άλλων. Επειδή ακριβώς η ενσυναίσθηση είναι τόσο σημαντική για τη φροντίδα των ασθενών, οφείλουν οι γιατροί να καταβάλουν κάθε προσπάθεια και να εκπαιδευτούν στην ανάπτυξη αυτής της ικανότητας.

Δύο είναι οι **βασικές διαστάσεις** της ενσυναίσθησης στη σχέση γιατρού - ασθενή, οι οποίες περιγράφονται παρακάτω :

- **Συναισθηματική διάσταση (emotional)**: Κάποιοι ερευνητές την περιγράφουν ως συναισθηματικό φαινόμενο (Duan C. & Hill C., 1996). Αφορά την ικανότητα του γιατρού να αντιληφθεί τις προσδοκίες και τα συναισθήματα του ασθενή. Η διάσταση αυτή περιλαμβάνει τις έννοιες της φροντίδας και την άνευ όρων αποδοχή των ασθενών, μακριά από προκαταλήψεις και στερεότυπα (Skonholt T.M, 2005), (Turner K, 2009). Ο γιατρός θα πρέπει να κατανοεί τη συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής.

Χαρακτηριστικό αυτής της διάστασης είναι ένας παρορμητισμός, ενώ συγχρόνως κρύβει και έναν κίνδυνο να γίνουν λάθη, διότι στηρίζεται στο συναίσθημα και όχι στη λογική. Οι (Underwood B, Moore B, 1982) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η συναισθηματική διάσταση δεν είναι από μόνη της επαρκής, ώστε να θεωρηθεί ότι ένα άτομο έχει ενσυναίσθηση.

- **Γνωστική διάσταση (cognitive):** Ερευνητές, όπως ο (Barrett-Lennard G.T., 1981) την περιγράφουν ως γνωστικό φαινόμενο, το οποίο αφορά την νοητική ικανότητα να αναγνωρίσει ο γιατρός τις προσδοκίες και τα συναισθήματα του ασθενή. Πρόκειται, δηλαδή για την ικανότητα του γιατρού να βλέπει και ένα εκτιμά τα πάντα από τη πλευρά του ασθενή (Ames D.R. & Kammrath L.K., 2004), (Hojat M, 2007). Είναι μια διαδικασία γνωριμίας του άλλου βασιζόμενη τόσο σε λεκτικά όσο και μη λεκτικά στοιχεία.

Υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η συναισθηματική και γνωστική ενσυναίσθηση συνυπάρχουν (Brems C., 1989) ή ότι ανάλογα με την περίπτωση υπάρχει είτε συναισθηματική είτε γνωστική ενσυναίσθηση (Gladstein G.A., 1977). Επίσης, θεωρείται ότι η γνωστική ενσυναίσθηση είναι προϋπόθεση για τη συναισθηματική ενσυναίσθηση (Blair J, Sellars C, Strickland I, Clark F, Williams A, Smith M, Jones L, 1996).

Κάποιοι υποστηρίζουν ότι υπάρχει και μια τρίτη διάσταση η **επικοινωνιακή**, η οποία αφορά τον τρόπο μετάδοσης της ενσυναίσθησης μέσω λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων. Η διάσταση αυτή ήδη περιγράφηκε από το 1957 από τους (Rogers C.R., 1957), (Wilkins P., 1997) και αποτελεί την απόδειξη προς τον ασθενή ότι ο γιατρός τον κατανοεί, ότι είναι γνώστης όλων των γεγονότων και όλων των συναισθημάτων που βιώνει τη δεδομένη στιγμή. Μάλιστα κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι η σημαντικότερη θεραπευτική πράξη συνιστάται στην απεριόριστη προσφορά της ενσυναίσθησης κατά τη διάρκεια της επικοινωνιακής διάστασης (Jordan J.V., 1997), (Eagle M. & Wolitzky D.L., 1997). Σύμφωνα με τον (Clark A.J., 2007) για να υπάρξει θεραπευτικό κέρδος για τον ασθενή θα πρέπει η ενσυναίσθηση να προσφέρεται με ειλικρίνεια.

Η κλινική ενσυναίσθηση έχει τέσσερις **φάσεις**:

1. **Συναισθηματική:** πρόκειται για την ικανότητα του γιατρού να μπορεί να φανταστεί τα συναισθήματα του ασθενή.
2. **Γνωστική:** πρόκειται για την ικανότητα να μπορεί να αναγνωρίσει πνευματικά τα συναισθήματα του ασθενή.

3. **Συμπεριφοράς:** πρόκειται για την ικανότητα του γιατρού να μπορεί να δείξει στον ασθενή ότι καταλαβαίνει τα συναισθήματα του.
4. **Ηθική:** η δημιουργία εσωτερικών κινήτρων στον γιατρό, ώστε να συμπάσχει με τον ασθενή του.

Πλήθος μελετών έχουν γίνει για το πως η ενσυναίσθηση επιδρά στη βελτίωση της θεραπευτικής πράξης. Οι (Neumann Melanie, Markus Wirtz, Elfriede Bollschweiler, Stewart W. Mercer, Mathias Warm, Jurgen Wolf, Holger Pfaff, 2007) και (Henbest RJ, Stewart MA, 1990) υποστήριξαν ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα βασικό παράγοντα για τη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Επίσης, οι (Nam J. et al, 2012) και (Gambone Joseph C., 2006) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ενσυναίσθηση συντελεί στην ενίσχυση του θεραπευτικού αποτελέσματος, διότι οι μεν γιατροί δείχνουν κατανόηση για την κατάσταση που βιώνουν οι ασθενείς, οι δε ασθενείς όταν το αντιληφθούν οδηγούνται πιο εύκολα στην τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών. Μέσα από αυτή τη διαδικασία έχει όφελος όχι μόνο ο ασθενής, αλλά και ο γιατρός αφού όταν διαπιστώνουν ότι είναι αποτελεσματική η θεραπεία που προσφέρουν νιώθουν κι εκείνοι μεγάλη επαγγελματική ικανοποίηση (Τσουνής Α. & Σαράφης Π., 2014), (Lelorain Sophie, et al, 2012), (Riess H, et al, 2012), (Neumann M, et al, 2009), (Larson E.B & Yao X, 2005). Τέλος, η σχέση γιατρού - ασθενή, όπως διαπιστώνουν οι (Derksen Frans, Tim olde Hartman, Annelies van Dijk, Annette Plouvier, Jozien Bensing, Antoine Lagro-Janssen, 2016), όταν βασίζεται στην εμπιστοσύνη και την οικειότητα έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των ιατρικών λαθών, και κατά συνέπεια την αποφυγή των δικαστικών διαμαχών.

Η **κλινική ενσυναίσθηση** θεωρείται παγκοσμίως μια θεμελιώδης δεξιότητα των επαγγελματιών υγείας. Αν και αρχικά χρησιμοποιήθηκε στον τομέα της ψυχοθεραπείας, σήμερα αποτελεί ένα από τα βασικά συστατικά για τη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενή με ευεργετικά αποτελέσματα για τον ασθενή όσο και για το γιατρό. Μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της υγείας, βελτιώνοντας την επικοινωνία γιατρού - ασθενή. Μελέτες δείχνουν ότι μπορεί να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της σωματικής υγείας, ιδίως στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων.

Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση

Αν και οι έρευνες έδειξαν την αξία της ενσυναίσθησης, εξακολουθούν και υπάρχουν αρκετές δυσκολίες όσον αφορά την εφαρμογή της στην κλινική πρακτική. Ένα μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, περίπου 70%, δυσκολεύεται να αναπτύξει ενσυναίσθηση με τους ασθενείς, σύμφωνα με τους (Bonvicini K.A, Perlin M.J, Bylund C.L, Carrol A.G, Rouse R.A, Goldstein M.G, 2009).

Όπως ήδη αναφέρθηκε πρόκειται για ένα πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο και αρκετές μελέτες διερευνούν τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Οι (Hojat M, Louis D.Z, Maio V, Wang X, Rossi G, 2013) υποστηρίζουν ότι μπορεί να σχετίζεται με γενετικούς, εξελικτικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και σε περίπτωση έλλειψης της, μπορεί να βελτιωθεί με τη συνεχόμενη εκπαίδευση.

Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι η γυναίκα σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης. Πιθανόν, διαθέτουν μια έμφυτη τάση ενσυναίσθησης για αυτό και διαθέτουν περισσότερο χρόνο στους ασθενείς τους και έχουν μια πιο συναισθηματική προσέγγιση σε σχέση με τους άντρες.

Επίσης, φαίνεται ότι σχετίζεται και με την προσωπικότητα του κάθε ατόμου. Οι (Ouzouni C, Nakakis K, 2012) διαπίστωσαν ότι η ευγένεια και η προσαρμοστικότητα είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με αυξημένα επίπεδα ενσυναίσθησης σε αντίθεση με το θυμό και την επιθετικότητα που συνδέονται με χαμηλά επίπεδα. Τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση, επίσης βάσει μελετών, έχουν αυξημένα επίπεδα ενσυναίσθησης (Μαλικιώση - Λοΐζου Μ., 2003). Και γενικότερα η συνεχής εκπαίδευση σε θέματα ψυχολογίας, επικοινωνίας και ενσυναίσθησης βελτιώνει σημαντικά τις επικοινωνιακές δεξιότητες των γιατρών και τους βοηθά στην επίτευξη καλύτερης σχέσης με τους ασθενείς τους (Βενιού Α, Τεντολούρης Ν, 2013). Τέλος, σύμφωνα με τους (Weisman JS, Betancourt J, Campbell EG, et al, 2005) για την καλύτερη κατανόηση των διαφόρων συμπεριφορών που επηρεάζουν τη σχέση γιατρού - ασθενή παίζουν ρόλο οι πολιτισμικοί παράγοντες, όπως η εθνικότητα, η καταγωγή, το φύλο, οι θρησκευτικές απόψεις και φυλετικές προκαταλήψεις.

Υπάρχουν και παράγοντες που ενισχύουν την ενσυναίσθηση στη σχέση γιατρού - ασθενή. Ένας από αυτούς αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως η επίδραση του *placebo effect*. Ο (White KL, 1991) προτείνει ότι όταν υπάρχει μια σχέση ενσυναίσθησης γιατρού και

ασθενή, ο γιατρός αποκτά τις ιδιότητες ενός “ψευδοφάρμακου”, που ασκεί θετική επίδραση στον ασθενή.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι δύο βασικοί παράγοντες της ενσυναίσθησης είναι η ενεργητική ακρόαση και η αναγνώριση των μη λεκτικών μηνυμάτων. Ο γιατρός ακούει με προσοχή αυτό που λέει ο ασθενής, αλλά δίνει σημασία και στις σωματικές του εκφράσεις χωρίς να κρίνει, με μοναδικό στόχο να κατανοήσει αυτά που αισθάνεται. Είναι συνεχώς σε εγρήγορση, ώστε να αναγνωρίζει και να αποκωδικοποιεί τα μη λεκτικά μηνύματα που στέλνει ο ασθενής. Έτσι ο ασθενής αποκτά εμπιστοσύνη στο γιατρό και ενθαρρύνεται να μιλήσει ελεύθερα για το πρόβλημα του. Πρέπει, λοιπόν, να μπορεί ο επαγγελματίας υγείας να αναγνωρίσει και να ερμηνεύσει τα μη λεκτικά μηνύματα που λαμβάνει από τον ασθενή, το οποίο αναφέρεται από τον (Hojat M, 2007) ως **“τρίτο αυτί”**, για τον εντοπισμό των παραγόντων που παίζουν ρόλο στη διαμόρφωση της συνομιλίας τους. Η ενεργητική ακρόαση είναι ιδιαίτερα σημαντική στη συλλογή πληροφοριών, στην κατανόηση των προβλημάτων του ασθενή αλλά και στην προσφορά της αποτελεσματικότερης θεραπείας. Ο (Jackson SW, 1992) υποστήριξε *“άκου προσεκτικά τον ασθενή σου, σου λέει τη διάγνωση”*.

Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι η ενσυναίσθηση συνδέεται με τη νοημοσύνη. Υποστηρίζεται ότι υπάρχουν δύο είδη νοημοσύνης, η διανοητική και η συναισθηματική και σύμφωνα με τον (Goleman D, 2000) η ομαλή πορεία στη ζωή του κάθε ανθρώπου καθορίζεται από την επίτευξη μιας ισορροπίας μεταξύ των δύο. Η ενσυναίσθηση συσχετίζεται με τη **συναισθηματική νοημοσύνη** (emotional intelligence). Η συναισθηματική νοημοσύνη αναφέρεται *“στην ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει και να κατανοεί και τα δικά του συναισθήματα και των άλλων, να τα διαχειρίζεται σωστά, να μπορεί να ακούει, να επικοινωνεί και να συνεργάζεται”*. Είναι πολύ σημαντικό σε μια σχέση να ταυτίζεται κανείς συναισθηματικά με κάποιο άλλο άτομο, να κατανοεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα του.

Αντίθετα, η έλλειψη ενσυναίσθησης ή τα χαμηλά επίπεδα της εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες. Οι σημαντικότεροι είναι ο μεγάλος αριθμός ασθενών που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας, η έλλειψη επαρκούς χρόνου, η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης και η διαφορετική κοινωνικοοικονομική κατάσταση, στοιχεία που φαίνεται ότι δεν ευνοούν την ενσυναίσθηση (Hojat M, Louis D.Z, Maio V, Wang X, Rossi G, 2013). Αν και η ενσυναίσθηση είναι μια βασική, ποιοτική αρχή για τα επαγγέλματα της υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν

μπορούν να την εκφράσουν και να την εφαρμόσουν επαρκώς (Reynolds W.J, Scott B, Jessiman W.C, 1999), (Levinson W, Corawara - Bhat R, Lamp J, 2000).

Θετικά αποτελέσματα της ενσυναίσθησης

Η ενσυναίσθηση, όπως ήδη έχει αναφερθεί, αποτελεί ένα από τα βασικά εργαλεία της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ γιατρών και ασθενών και έχει αποδειχθεί ότι η συμβολή της είναι σημαντική για καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία. Η δημιουργία ενός κλίματος, που βασίζεται στην ενσυναίσθηση είναι ιδιαίτερα ευεργετική στον ιατρικό χώρο, αφού επιφέρει θετικά αποτελέσματα τόσο στο γιατρό όσο και στον ασθενή.

Η ενσυναίσθητική σχέση των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς ενισχύει τη συνεργασία μεταξύ τους για το σχεδιασμό ενός εξατομικευμένου για κάθε ασθενή θεραπευτικού πλάνου, συμβάλλοντας έτσι στην ικανοποίηση του πάσχοντος. Με αυτό τον τρόπο η ποιότητα της περίθαλψης βελτιώνεται, τα λάθη εξαλείφονται και τα θεραπευτικά αποτελέσματα ενισχύονται καθώς οι ασθενείς συμμορφώνονται.

Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ομάδες ασθενών με διαφορετικά προβλήματα υγείας έδειξαν θετικά αποτελέσματα σχετικά με την πρόοδο της υγείας τους. Συγκεκριμένα, μελέτες σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη έδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ ενσυναίσθησης και της πορείας της νόσου, ενώ ασθενείς με καρκίνο παρουσίαζαν λιγότερο άγχος, κατάθλιψη και επιθετικότητα.

Είναι ιδιαίτερα σημαντική η ύπαρξη της σε σχέσεις, που εμπεριέχονται τα στοιχεία της βοήθειας και της προσφοράς, ώστε να μπορέσουν να ξεπεραστούν τα εμπόδια που συχνά προβάλλουν και τις δυσχεραίνουν. Οι γιατροί είναι συχνά υποχρεωμένοι να δώσουν πληροφορίες στον ασθενή για την κατάσταση τους, που τους φορτίζουν έντονα συναισθηματικά. Ο φόβος και ο θυμός από την πλευρά του ασθενή, μπορεί να οδηγήσουν στην παρερμηνεία αυτών των πληροφοριών και να δημιουργήσουν έντονα προβλήματα μεταξύ τους. Οι (Σταλίκας Α, Χαμοδράκα Μ, 2004) επισημαίνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να μπορούν να προσφέρουν τη διαβεβαίωση στον ασθενή ότι έχουν κατανοήσει τις προσδοκίες και τις ανάγκες του, γιατί πολλές φορές μπορεί οι στόχοι των ασθενών να είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθούν, παρότι δίνουν την εντύπωση ότι είναι προσιτοί.

Συγχρόνως, όταν ο ασθενής νιώσει ότι ο γιατρός κατανοεί τα συναισθήματα του τότε βλέπει απέναντι του ένα άτομο έμπιστο, που αποτελεί για αυτόν ένα στήριγμα και του δίνει

δύναμη για να συνεχίσει να προσπαθεί να βελτιώσει την υγεία του, χωρίς να νιώθει μόνος του σε αυτό το δύσκολο και άγνωστο ταξίδι. Έτσι αποκαλύπτει πιο εύκολα πληροφορίες στο γιατρό και τον βοηθά στη λήψη ενός ολοκληρωμένου ιστορικού, το οποίο τον διευκολύνει να καταλήξει σε μια ακριβή διάγνωση. Επιτυγχάνεται κατά αυτό τον τρόπο μια ποιοτική σχέση γιατρού - ασθενή, η οποία στηρίζεται στην ενσυναίσθηση και η οποία ασκεί θετική επιρροή στην έκβαση της υγείας του ασθενή και τον οδηγεί σε σωματική και ψυχική ευεξία (Butow PN, Maclean M., Dunn SM et al., 1997), (Neuwirth ZE, 1997), (Roter DL, Hall JA, Merisca R, et al, 1998).

Μια σχέση γιατρού - ασθενή που οικοδομείται πάνω στην ενσυναίσθηση οδηγεί στην κατανόηση των θεραπευτικών οδηγιών και στη συμμόρφωση με αυτές του ασθενή, στην ικανοποίηση του από το σύστημα υγείας, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του και τελικά στην επίτευξη της σωματικής και της ψυχικής του ευεξίας. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με την καλύτερη συμμόρφωση τους με τη θεραπεία, ενώ ασθενείς που διέκοψαν τη θεραπεία τους υποστήριξαν ότι οι γιατροί τους δεν χαρακτηρίζονταν από ενσυναίσθηση (Burns D. & Nolen-Hoeksema S, 1992). Επιπλέον, σύμφωνα με τον (Hojat M, 2007) οι γιατροί που έχουν υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον για τις παρενέργειες της προτεινόμενης θεραπείας και για αυτό το λόγο τους έχουν υπό στενή παρακολούθηση.

Στη σύγχρονη άσκηση της ιατρικής οι επικοινωνιακές δεξιότητες και η ενσυναίσθηση είναι απαραίτητες για την καλύτερη δυνατή παροχή της υγειονομικής περίθαλψης. Οι έρευνες οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ένας ενσυναισθητικός γιατρός μπορεί να ωφελήσει ένα ολόκληρο σύστημα υγείας, αφού είναι ικανός να κατανοεί τις ανάγκες και τις προσδοκίες του ασθενή, να δρα στοχευμένα προβαίνοντας σε λιγότερες εργαστηριακές εξετάσεις και γίνεται λιγότερη χρήση των πόρων υγείας (Yarnold PR, Greenberg MS, Nightingale SD, 1991b), (Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS, 1991a). Ένας γιατρός με ευαισθησία για τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή του προσφέρει άμεσα ικανοποίηση, διότι τον βοηθά να ξεδιπλώσει όλες τις πτυχές του προβλήματος του, να συνεργαστεί καλύτερα μαζί του και έτσι να γίνει δέκτης μιας ορθότερης διάγνωσης και αντιμετώπισης (Stiles W, Putman S, Wolfe M, et al, 1979). Στην αντίθετη περίπτωση, όταν υπάρχει μια προβληματική σχέση γιατρού - ασθενή τότε οι διαφωνίες μεταξύ τους λύνονται συνήθως με ένδικα μέσα (Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM, 1994).

Επαγγελματική εξουθένωση και ενσυναίσθηση

Το επάγγελμα του γιατρού αποτελεί ένα από τα πιο στρεσογόνα επαγγέλματα. Συγχρόνως η ενσυναίσθηση είναι μια συναισθηματικά εξαντλητική διαδικασία, δεδομένου ότι οι γιατροί προσπαθούν καθημερινά να επιλύσουν μια πληθώρα προβλημάτων των ασθενών. Αυτό μπορεί να τους οδηγήσει σε **επαγγελματική εξουθένωση** (burnout).

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) στο χώρο της υγείας ορίζεται ως *“η σωματική και η ψυχολογική εξάντληση του επαγγελματία υγείας λόγω της συνεχούς χρήσης των προσωπικών του ψυχικών αποθεμάτων στην προσπάθεια του να ανταποκριθεί στα επαγγελματικά του καθήκοντα”*. Η μακροχρόνια εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας σε καταστάσεις που απαιτούν συναισθηματική συμμετοχή μπορεί να οδηγήσει τους ίδιους σε φαινόμενα σωματικής και συναισθηματικής κόπωσης, να τους φορτίσει με έντονο στρες, με αίσθημα αποτυχίας, με έλλειψη ενδιαφέροντος και ικανοποίησης από την εργασία τους. Η κατάσταση αυτή έχει **αρνητικές συνέπειες** τόσο στην άσκηση του επαγγέλματος του όσο και στην προσωπική και κοινωνική του ζωή.

Σύμφωνα με τους (Maslach C. & Jackson S.E, 1981) η εξουθένωση χαρακτηρίζεται από **τρεις διαστάσεις**:

- Στη **συναισθηματική εξάντληση** (emotional exhaustion), η οποία αφορά την ψυχική κόπωση του επαγγελματία υγείας, που τον καθιστά ανίκανο να ανταποκριθεί στα καθήκοντα του.
 - Στην **αποπροσωποποίηση** (depersonalization), η οποία αφορά την ανάπτυξη ουδέτερων ή αρνητικών συναισθημάτων απέναντι στο ασθενή, που μπορεί να εκδηλώνεται ως αγένεια, έλλειψη ευαισθησίας, ακατάλληλη συμπεριφορά και απόσυρση.
 - Το **αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης** (loss of personal accomplishment), που αφορά το μειωμένο αίσθημα ικανοποίησης του επαγγελματία από την εργασία του.
- Από αυτές τις διαστάσεις η κυριότερη είναι η συναισθηματική εξάντληση. Ο επαγγελματίας υγείας αισθάνεται ότι μειώνονται τα ψυχικά του αποθέματα και δεν μπορεί πλέον να προσφέρει στους άλλους. Όπως, είπαν και οι (Firth-Cozens J & Payne R, 1999) *“δεν είναι ότι δε θέλω να βοηθήσω αλλά δε μπορώ, φαίνεται ότι έχω κουραστεί να συμπάσχω”*.

Ο επαγγελματίας υγείας κάτω από το φόρτο μιας απαιτητικής εργασίας και κάτω από το άγχος πως θα αντιμετωπίσει την επόμενη μέρα με όλη την ψυχική δύναμη τα προβλήματα των ασθενών του, αισθάνεται συχνά ότι δεν είναι ικανός, ότι δεν ανταποκρίνεται στις

προσδοκίες του με αποτέλεσμα να αποθαρρύνεται και να οδηγείται σε μια απρόσωπη συμπεριφορά. Το αποτέλεσμα είναι να περιορίζει τις επαφές με τους ασθενείς, να αποφεύγει την συναισθηματική επαφή και να δίνει σύντομες πληροφορίες λόγω έλλειψης διαθέσιμου χρόνου και πολλής δουλειάς. Πολλές φορές γίνεται απότομος και επιθετικός. Κρατά απέναντι στον ασθενή μια στάση ψυχρότητας, αδιαφορίας, έλλειψης σεβασμού και ενδιαφέροντος με εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων απέναντι τόσο στους ασθενείς και τους συναδέλφους όσο και στον ίδιο του τον εαυτό (Γούλας Β, Αναγνωστόπουλος Φ, Τζωρτζόπουλος Κ, Αγγουράς Β & Νιάκας Δ, 2005). Είναι δύσκολο να συγκεντρωθεί στην εργασία του, ξεχνά εύκολα, του ξεφεύγουν κάποιες λεπτομέρειες, οδηγείται σε λάθη και συχνά αργοπορεί στην εργασία και θέλει να φύγει (Μάρκου Π, 2005).

Η επαγγελματική εξουθένωση διαχωρίζεται στα παρακάτω **στάδια**:

- 1. Στάδιο ενθουσιασμού.** Στο στάδιο αυτό ένας επαγγελματίας υγείας που βρίσκεται στην αρχή της καριέρας του θέτει μη ρεαλιστικούς και ανέφικτους στόχους, ενώ δίνει υπερβολικό βάρος στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς. Για αυτό το λόγο αφιερώνει πολύ χρόνο από την εργασία του σε αυτό το κομμάτι και προσπαθεί μέσα από αυτό να κερδίσει την ικανοποίηση.
- 2. Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας.** Στο δεύτερο στάδιο ο επαγγελματίας υγείας συνειδητοποιεί ότι όλα όσα κάνει δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του, για αυτό προσπαθεί να κάνει ακόμη περισσότερα, αφιερώνοντας ακόμη περισσότερο χρόνο στην εργασία του. Συγχρόνως, αρχίζει να ενοχλείται από πράγματα που δεν τους έδινε αρχικά σημασία και αισθάνεται ότι η εργασία δεν μπορεί να του καλύψει κανένα κενό.
- 3. Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης.** Στο τρίτο στάδιο ο επαγγελματίας υγείας νιώθει ότι κάνει ένα επάγγελμα που του προκαλεί πολύ άγχος, θεωρεί πως ότι προσφέρει δεν έχει νόημα με αποτέλεσμα να απογοητεύεται και να μην πιστεύει στις ικανότητες του. Η φάση αυτή είναι μεταβατική, διότι είτε ο επαγγελματίας θα συνειδητοποιήσει ότι οι στόχοι του είναι μη ρεαλιστικοί και θα προσπαθήσει να αλλάξει στάση είτε φτάνει στο σημείο να απομακρυνθεί από τους αρρώστους και γενικότερα από το χώρο εργασίας του.
- 4. Στάδιο απάθειας.** Στο τελικό αυτό στάδιο ο επαγγελματίας υγείας παραμένει στην εργασία του μόνο για καθαρά λόγους εξασφάλισης των υλικών μέσων επιβίωσης και

δίνει ελάχιστη ενέργεια στην εργασία του, αγνοώντας ουσιαστικά τις ανάγκες των ασθενών του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχουν εντάσεις στην προσωπική και κοινωνική του ζωή και να νιώθει ότι βιώνει ένα αδιέξοδο στη ζωή του.

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι ένα νόσημα. Εντούτοις, συνοδεύεται από συμπτώματα σε οργανικό ή συναισθηματικό επίπεδο. Χαρακτηριστικά της εμφάνισης της είναι οι έντονες αλλαγές διάθεσης όπως ανησυχία, υπερευαισθησία, άγχος, θυμός, απώλεια συγκέντρωσης, μείωση ενθουσιασμού και τελικά μια στάση απελπισίας. Παράλληλα, εμφανίζει αδυναμία προσοχής στη λεπτομέρεια, έλλειψη παρατηρητικότητας και μνήμης με αποτέλεσμα λάθη και απροσεξίες. Συχνά εκδηλώνει αισθήματα αποξένωσης και αδιαφορίας, αποφεύγει το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς και γίνεται ψυχρός, τυπικός και ενίοτε απότομος και επιθετικός. Αποφεύγει τους ασθενείς του, λείπει αδικαιολόγητα από τη δουλειά του και φυσικά έχει μειωμένη επίδοση σε αυτή.

Συχνά, όσο επιδεινώνεται το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ο επαγγελματίας υγείας αρχίζει να εμφανίζει και ψυχοσωματικά συμπτώματα. Παρουσιάζει χρόνια κόπωση, μειωμένη ενέργεια, έλλειψη αντοχής και δύναμης, αίσθημα εξάντλησης, πονοκεφάλους, διαταραχές ύπνου, προβλήματα του πεπτικού και του μυοσκελετικού συστήματος ακόμη και καρδιολογικά προβλήματα (Μισουρίδου Ε, 2007).

Όλα τα παραπάνω συμπτώματα έχουν επιπτώσεις τόσο στη σωματική και ψυχική κατάσταση του επαγγελματία υγείας, αλλά και στην επαγγελματική και προσωπική του ζωή. Εντούτοις, οι συνέπειες αυτές δεν περιορίζονται μόνο σε ατομικό επίπεδο, αλλά συσχετίζονται και γενικότερα με την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Έχει συνδεθεί με τη μειωμένη παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας, την αυξημένη συχνότητα ιατρικών λαθών, την χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και την χαμηλή ποιότητα ζωής. Για την αποφυγή όλων αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντική η έγκυρη αναγνώριση αυτού του συνδρόμου και η ορθή αντιμετώπιση του.

Όπως αναφέρθηκε στην αρχή η ενσυναίσθηση είναι μια συναισθηματικά εξαντλητική διαδικασία για το γιατρό και αυτό μπορεί να τον οδηγήσει στην επαγγελματική εξουθένωση. Οι **θεωρίες** που έχουν διατυπωθεί και έχουν προσπαθήσει να δώσουν ερμηνεία για το πως συσχετίζεται η ενσυναίσθηση με την επαγγελματική εξουθένωση είναι:

- Η θεωρία της **κόπωσης συμπόνιας** (Figley C, 2002). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία οι επαγγελματίες υγείας εμπλέκονται συναισθηματικά με τον ασθενή σε μεγαλύτερο

βαθμό από τον απαιτούμενο, οπότε οδηγούνται σε εξουθένωση λόγω της υπερβολικής συναισθηματικής ενσυναίσθησης.

- Η θεωρία της **συναισθηματικής διαφωνίας** (Bakker AB, Heuven E, 2006). Η δεύτερη θεωρία υποστήριξε ότι υπάρχει μια ελάττωση στη συναισθηματική ρύθμιση, προκαλώντας μια ασυμφωνία ανάμεσα στα συναισθήματα που νιώθει και αυτά που τελικά εκφράζει ο επαγγελματίας υγείας.

Οι (Zenasni F, Boujut E, Woerner A. & Sultan S, 2012) ανέπτυξαν **τρεις ερευνητικές υποθέσεις** που προσπαθούν να ερμηνεύσουν τη σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ενσυναίσθησης, οι οποίες αναφέρονται παρακάτω:

- Η επαγγελματική εξουθένωση περιορίζει την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να φέρονται με ενσυναίσθηση κατά τη διάρκεια παροχής των υπηρεσιών υγείας.
- Η ύπαρξη της ενσυναίσθησης κατά τη διάρκεια παροχής υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιεί τα προσωπικά ψυχικά αποθέματα του επαγγελματία υγείας με αποτέλεσμα να τους προκαλεί επαγγελματική εξουθένωση.
- Η παροχή υπηρεσιών υγείας με ενσυναίσθηση δρα προστατευτικά απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας.

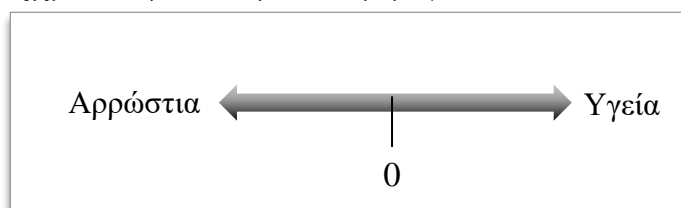
Τα τελευταία χρόνια αυξάνει συνεχώς το ενδιαφέρον για την επαγγελματική εξουθένωση καθώς φαίνεται ότι είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται και στον Ελλαδικό χώρο με επιπτώσεις σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο σχέσεων με το περιβάλλον του επαγγελματία υγείας. Πλήθος ερευνών δείχνουν ότι οι πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυξημένες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η υγεία είναι ένα από τα βασικότερα στοιχεία μιας πλήρως ισορροπημένης και ευτυχημένης ζωής και όπως είναι γνωστό αποτελεί το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου. Είναι μια βασική ανθρώπινη αξία για την ανάπτυξη τόσο του ίδιου του ατόμου όσο και της κοινωνίας (Μονοπώλη Σ., Μωραΐτη Ι., Κούβαρη Μ., 1979). Η έννοια της στο πέρασμα των χρόνων και στους διάφορους πολιτισμούς διέφερε, αλλά από τους περισσότερους θεωρούνταν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο ή μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του (Σουρτζή Π., 1998).

Σύμφωνα με τον παραδοσιακό ορισμό της η υγεία είναι η “απουσία της αρρώστιας”.

Σχήμα 6: Παραδοσιακή κατάταξη της υγείας

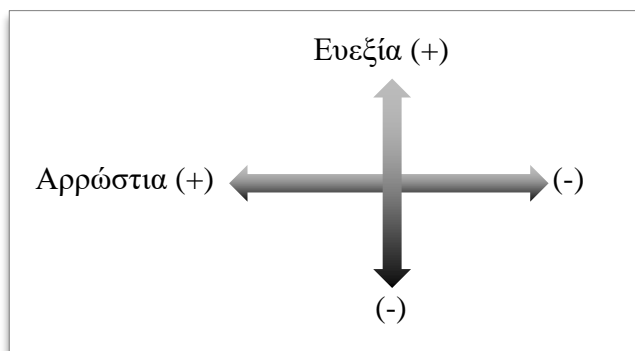


(Downie R.S, Tannahill C, Tannahill A., 1996)

Δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για τον όρο “υγεία”. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) το 1946 διαμόρφωσε τον εξής ορισμό: “είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας”. Με βάση αυτό τον ορισμό αυτό-αναγνωρίζονται δυο παράμετροι της υγείας: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας. Η αρρώστια αποτελεί μια απόκλιση από τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, με βάση κάποιες βιολογικές παραμέτρους και την παρουσία ορισμένων παθολογικών βλαβών. Ο (Τούντας Γ., 2000) στο βιβλίο του αναφέρει ότι “ο προσδιορισμός της αρρώστιας γίνεται με τα τρία παρακάτω ιατρικά κριτήρια, το **πρώτο** αφορά τα υποκειμενικά ενοχλήματα του αρρώστου, το **δεύτερο** τον εντοπισμό μίας βλάβης (συνήθως σε επίπεδο οργάνου) και το **τρίτο** το σύνολο των συμπτωμάτων που συνιστούν μια αναγνωρίσιμη κλινική οντότητα”.

Μέσα από αυτόν τον ορισμό η υγεία ξεφεύγει από τη στείρα αντιδιαστολή με την αρρώστια σύμφωνα με την παραδοσιακή κατάσταση, και προσεγγίζεται από μια θετική πλευρά.

Σχήμα 7: Σύγχρονη κατάταξη της υγείας



(Downie R.S, Tannahill C, Tannahill A., 1996)

Σύμφωνα με το παραπάνω σχήμα (σχήμα 7), η υγεία του ατόμου χαρακτηρίζεται από τις εξής εναλλακτικές καταστάσεις :

- αυτήν που χαρακτηρίζεται από απουσία αρρώστιας και ευεξία
- αυτήν που χαρακτηρίζεται από απουσία αρρώστιας και απουσία ευεξίας
- αυτήν που χαρακτηρίζεται από αρρώστια και απουσία ευεξίας
- αυτήν που χαρακτηρίζεται από αρρώστια και ευεξία

Αυτή η κατάταξη είναι πιο ολοκληρωμένη, αφού μπορεί να αντικατοπτρίσει κάθε πιθανή κατάσταση υγείας, αρρώστιας και ευεξίας.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένας προβληματισμός γύρω από την έννοια της θετικής υγείας. Οι Άγγλοι γιατροί (Ashton J. & Seymour H., 1988) όρισαν την υγεία ως “*υγιή ψυχή σε υγιές σώμα*”. Μια άλλη εκδοχή για τη θετική υγεία είναι ως “*η κατάσταση εκείνη κατά την οποία το άτομο είναι σε θέση να επιδιώξει την εκπλήρωση των ρεαλιστικών του επιλογών σε αντιστοιχία με τη βιολογική του δυνατότητα*”.

Εκτός από τον θετικό ορισμό υπάρχει και ο αρνητικός, που ορίζει την υγεία ως την “*απουσία συμπτωμάτων*”. Ο ορισμός αυτός στηρίχτηκε στην άποψη του φιλοσόφου Jeremy Bentham (1748-1832). Η επιστήμη της ιατρικής έδειξε ότι μπορεί να υπάρχουν αλλοιώσεις στον οργανισμό που να μην προκαλούν συμπτώματα και κατά συνέπεια η υγεία να μην είναι καλή παρόλο που απουσία συμπτωμάτων.

Επίσης, υπάρχει ο λειτουργικός ορισμός, που αφορά τη σωματική ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται επαρκώς στους κοινωνικούς του ρόλους, όπως για παράδειγμα στην εργασία του, στο σπίτι σε σχέση με τους οικείους του κ.α., (Parsons T, 1979). Τέλος,

υπάρχει κι ο βιωματικός ορισμός που επικεντρώνεται κυρίως στο πως το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία του (Σαρρής Μ., 2001).

Ιστορική αναδρομή

Η έννοια της υγείας ιστορικά μπορεί να χωριστεί σε πέντε περιόδους

- Τη μεταφυσική / μαγική περίοδο
- Τη μεταφυσική / θρησκευτική
- Την πρόιμη επιστημονική / νατουραλιστική
- Τη μηχανιστική / θετικιστική
- Τη σύγχρονη / ολιστική

Ο διαχωρισμός αυτός είναι περισσότερο σχηματικός και δίνει μια εικόνα για την εξέλιξη της υγείας ανά τους αιώνες.

Στην προϊστορική περίοδο οι άνθρωποι πίστευαν ότι τα αίτια της ασθένειας ήταν διάφορα “κακά πνεύματα”, τα οποία εισέρχονταν μέσα στο άτομο και προκαλούσαν την ασθένεια. Οι πρώτες αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια εκφράστηκαν από τους αρχαίους Έλληνες. Ο Ιπποκράτης τον 5ο αιώνα π.Χ. θεωρούσε ότι η υγεία και η αρρώστια είναι αποτέλεσμα φυσικών διεργασιών. Συγκεκριμένα, ανέφερε τη φράση “περί αέρων, υδάτων, τόπων”, δηλαδή η υγεία είναι το αποτέλεσμα της ισορροπίας ανάμεσα α) στις δυνάμεις του περιβάλλοντος (άνεμος, θερμοκρασία, νερό, έδαφος, τροφή) και β) την ατομική συμπεριφορά (διατροφή, ποτό, σεξουαλική συμπεριφορά, εργασία και ψυχαγωγία).

Η εξωτερική αυτή ισορροπία μεταξύ ανθρώπου και περιβάλλοντος συνυπάρχει και με την εσωτερική ισορροπία των τεσσάρων χυμών του σώματος. Οι χυμοί αυτοί ήταν το αίμα (που περιγράφεται με τις ιδιότητες του ζεστού και του υγρού), το φλέγμα (ως ψυχρό και υγρό), η κίτρινη χολή (ζεστό και στεγνό) και η μέλαινα χολή (ψυχρό και στεγνό). Όταν η “κράση” των χυμών δεν είναι ισορροπημένη, τότε γεννάται η ασθένεια.

Κατά το 2ο μ.Χ. ο Γαληνός ήταν ο πρώτος που έκανε ανατομικές μελέτες βασιζόμενος σε νεκροτομές ζώων και έκανε σημαντικές ανακαλύψεις για τον εγκέφαλο, το κυκλοφοριακό σύστημα και τους νεφρούς, ενώ μελέτησε και τις ασθένειες (Marx M.H & Hillix W.A, 1963). Οι ιδέες του Γαληνού επηρέασαν την ιατρική πρακτική κατά το Μεσαίωνα, οπότε κάτω από την επίδραση της Εκκλησίας η ασθένεια δαιμονοποιήθηκε. Τον 17ο

αιώνα ο Καρτέσιος έκανε γνωστή την άποψη του ότι το σώμα και ο νους είναι χωριστές οντότητες (δυϊσμός) και το σώμα είναι μια μηχανή που διέπεται από φυσικούς νόμους.

Στα τέλη του 19ου αιώνα, οι μεγάλες κατακτήσεις της μικροβιολογίας οδήγησαν στον προσδιορισμό της υγείας και της ασθένειας βάση των εργαστηριακών ευρημάτων και της κλινικής εξέτασης. Η ιατροκεντρική αντίληψη για την υγεία και η ανάπτυξη ενός βιοϊατρικού μοντέλου επικράτησαν στο μεγαλύτερο μέρος του 20ου αιώνα. Σύμφωνα με αυτό, η υγεία αποτελεί έκφραση της φυσιολογικής λειτουργίας και η αρρώστια παρεκτροπή. Το μοντέλο αυτό επικεντρώνει στη σωματική διάσταση της υγείας και δεν δίνει σημασία στην ψυχική και κοινωνική διάσταση. Τα νοσήματα προκαλούνται από εξωτερικούς παράγοντες (τραυματισμούς, βακτηριακή ή ιογενής λοίμωξη), ενώ δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη θεραπεία, υπεύθυνοι για την οποία είναι οι γιατροί, ενώ οι ασθενείς κρατούν παθητική στάση.

Τι είναι νόσος, αρρώστια, ασθένεια

Ο (Radley A, 1994) εντόπισε βασικές διαφορές στις εννοιολογικές κατηγορίες **νόσος** (disease), **αρρώστια** (illness) και **ασθένεια** (sickness).

Ο πρώτος όρος δηλώνει κάθε διαταραχή που γίνεται σε οργανικό επίπεδο και προκαλεί παθολογικές μεταβολές στον οργανισμό. Πρόκειται για ιατρικά γεγονότα όπως η γρίπη, ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Αυτά τα νοσήματα επιβεβαιώνονται με επιστημονικές αποδείξεις από τον ειδικό. Αρχικά, διαπιστώνεται η ύπαρξη τους με τη δήλωση κάποιων υποκειμενικών συμπτωμάτων και κατόπιν επιβεβαιώνονται με αντικειμενικά ευρήματα (κλινική εξέταση και παρακλινικές εξετάσεις).

Αρρώστια είναι η διαταραχή που εκφράζεται σε λειτουργικό επίπεδο και αφορά υποκειμενικές ερμηνείες των συμπτωμάτων του ατόμου (Mc Whinney Ian, 1981). Μπορεί να εκδηλώνεται με πόνο και αίσθημα δυσλειτουργίας. Αφορά την οπτική του ασθενή για το νόσημα του και τις συνέπειες αυτού.

Τέλος, ο όρος ασθένεια αναφέρεται στο κοινωνικό επίπεδο της ασθένειας και σχετίζεται με τις καταστάσεις κοινωνικής δυσλειτουργίας εξαιτίας νόσου ή αρρώστιας (Slikkerveer L.J, 1990). Αναφέρεται σε μια ειδική θέση ή σε ένα ρόλο που φέρει το άτομο.

Η αρρώστια δεν είναι απλά ένα βιολογικό φαινόμενο, αλλά αποτελεί μια κοινωνική διαδικασία και συνοδεύεται από έναν ειδικό τύπο συμπεριφοράς, η οποία είναι γνωστή ως

“συμπεριφορά αρρώστιας” (illness behavior) (Slikkerveer L.J, 1990). Μόλις το άτομο αναγνωρίσει τα συμπτώματα του τότε μπαίνει στο “ρόλο του ασθενή” (sick role). Μέσα από αυτό το ρόλο, τον οποίο το άτομο θεωρεί προσωρινό (Parsons T, 1950), ο ασθενής αναζητά βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας και προσπαθεί να γίνει καλά. Ο λόγος που μελετάται αυτός ο ρόλος είναι, γιατί μέσα από αυτόν απορρέουν δικαιώματα και υποχρεώσεις του ασθενή. Ο (Parsons T, 1950) επισημαίνει ότι τέτοια δικαιώματα είναι η απαλλαγή από τους κοινωνικούς ρόλους και τις υποχρεώσεις του, αλλά και η απαλλαγή από την ευθύνη για την κατάσταση του. Όταν ο ασθενής αναζητά ιατρική βοήθεια προσπαθεί με τη βοήθεια του γιατρού να απαλλαγεί από αυτή την ευθύνη. Από την άλλη, οι υποχρεώσεις του είναι η αναζήτησή ιατρικής βοήθειας, η επιθυμία για γρήγορη ανάρρωση και η συνεργασία στη θεραπεία του.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τον Parsons από τη στιγμή που τίθεται μια διάγνωση και ο άρρωστος αποδέχεται τη νόσο του, ισχύουν τα τέσσερα παρακάτω **αξιώματα**:

1. Το άτομο δεν ευθύνεται για την αρρώστια του.
2. Το άτομο απαλλάσσεται προσωρινά από τους κοινωνικούς του ρόλους, εφόσον δε μπορεί να ανταπεξέλθει σε αυτούς.
3. Το άτομο πρέπει να προσπαθεί να γίνει καλά, διότι η αρρώστια του είναι μία παροδική κατάσταση και
4. Το άτομο πρέπει να αναζητά την κατάλληλη ιατρική φροντίδα προκειμένου να γίνει καλά (Nettleton S., 2002).

Με βάση όλα τα παραπάνω εξάγεται το συμπέρασμα ότι η υγεία και η ασθένεια αποτελούν βιολογικά και κοινωνικά φαινόμενα, που δέχονται επιδράσεις από το κοινωνικό και γενικότερα το εξωτερικό περιβάλλον στο οποίο το άτομο γεννιέται, μεγαλώνει, ζει και εργάζεται (Σαρρής Μ., 2001). Και ο (Bury M., 2000) αναφέρει ότι η υγεία και η ασθένεια αποτελούν κοινωνικά φαινόμενα, τα οποία εμφανίζουν κοινωνικούς τύπους (social patterns) και εμπλέκονται στις κοινωνικές σχέσεις της καθημερινότητας.

Στην υγεία και την ασθένεια **επιδρούν** διάφοροι παράγοντες:

Κοινωνικοί παράγοντες: Η κοινωνική τάξη, η κοινωνική και η γεωγραφική κατάσταση, το στρες, το σύστημα οργάνωσης και οι συνθήκες διαβίωσης μπορούν να εμποδίσουν την επιδείνωση της κατάστασης υγείας των ατόμων ή να αυξήσουν το επίπεδο νοσηρότητας.

Η κοινωνική τάξη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της αντίληψης των ατόμων για την ασθένεια και την υγεία. Τα άτομα που ανήκουν σε υψηλότερη κοινωνική θέση, λόγω του υψηλότερου μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου, χρησιμοποιούν πιο συχνά τις υπηρεσίες υγείας, δείχνουν εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας και ακολουθούν υγιεινό τρόπο ζωής, αντίθετα με τα άτομα που προέρχονται από χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις. Παρόμοια ευρήματα έχουμε ανάμεσα στα δύο φύλα, όπου οι γυναίκες αναγνωρίζουν πιο εύκολα τα συμπτώματα και αναζητούν ιατρική βοήθεια.

Ένας από τους σημαντικότερους κοινωνικούς θεσμούς είναι η οικογένεια, η οποία επηρεάζει το επίπεδο υγείας. Προσφέρει ένα περιβάλλον που βοηθά το άτομο να αναζητήσει βοήθεια, όταν παρουσιάζει συμπτώματα και να συμμορφωθεί με τις θεραπευτικές οδηγίες. Με βάση κάποιες μελέτες (Waite Linda J, 1995), (Denney J, 2010), αν δεν υπάρχει σχέση εμπιστοσύνης και αγάπης μεταξύ των μελών της οικογένειας, τότε μειώνεται η άμυνα του οργανισμού και το άτομο γίνεται πιο ευάλωτο σε ασθένειες.

Οικονομικοί παράγοντες: Η εργασία, οι εργασιακές συνθήκες, το εισόδημα και η ανεργία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία.

Η εργασία είναι για το κάθε άτομο ένας βασικός κοινωνικός ρόλος που του προσφέρει ασφάλεια και αυτοεκτίμηση. Όταν το άτομο δεν μπορεί να εργαστεί και το ποσοστό ανεργίας αυξάνεται, τότε αυξάνεται και το ποσοστό αυτοκτονιών (Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β, 2010). Οι έρευνες δείχνουν ότι από προβλήματα ψυχικής υγείας κινδυνεύει περισσότερο ο αντρικός πληθυσμός. Παράλληλα, η ανεργία οδηγεί σε χειρότερες συνθήκες διαβίωσης με αποτέλεσμα να αυξάνουν τα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας. Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και λόγω της οικονομικής κρίσης η ανεργία έχει αυξηθεί πολύ, με σοβαρές συνέπειες στην υγεία των ατόμων.

Οι οικονομικές δυσκολίες, συνεπώς, μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την κοινωνική ζωή και υγεία του ατόμου, προκαλώντας άγχος, ανασφάλεια, κρίσεις πανικού, κατάθλιψη, αναταραχές στο οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον, που μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρά κοινωνικά προβλήματα, όπως τον εθισμό στο αλκοόλ, και τις ουσίες και την αύξηση των αυτοκτονιών.

Πολιτιστικοί παράγοντες: Η υγεία των ατόμων επηρεάζεται γενικά από τις αξίες και τα πιστεύω, που επικρατούν σε μια κοινωνία. Ειδικότερα η γλώσσα, τα πρότυπα συμπεριφοράς, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις ασκούν σημαντικές επιδράσεις στις αντιλήψεις και τη

συμπεριφορά των ατόμων σχετικά με την ασθένεια. Η στάση των ατόμων, που προέρχονται από διαφορετικούς πολιτισμούς παρουσιάζει διαφορές απέναντι στην υγεία, την ασθένεια και τον τρόπο θεραπείας.

Οι (Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee, Scherpbier A.J, Scheele F, 2015) σε μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξαν ότι τέσσερις είναι οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία γιατρού - ασθενή μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών: “α) οι γλωσσικές διαφορές, β) οι διαφορές ως προς την αντίληψη της «αρρώστιας» και της «ασθένειας», γ) οι διαφορετικές αντιλήψεις αναφορικά με τον κοινωνικό χαρακτήρα της επικοινωνίας και δ) οι προκαταλήψεις και οι παραδοχές του ιατρού και του ασθενή”.

Καθοριστικός είναι και ο ρόλος των θρησκευτικών πεποιθήσεων του ατόμου στη στάση του απέναντι στην αρρώστια. Σύμφωνα με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις η αρρώστια αποτελεί μια δοκιμασία, που τη στέλνει ο θεός για να δοκιμάσει τις αντοχές και τις ψυχικές δυνάμεις του ατόμου ή αποτελεί ένα “καλό” σημάδι, που το στέλνει ο θεός ως δώρο. Πολλές φορές μπορεί να θεωρηθεί και ως μια τιμωρία για τις αμαρτίες του. Έτσι, αντί να καταφεύγει στο γιατρό, καταφεύγει στον ιερέα, δείχνοντας μετάνοια για τις αμαρτίες του και ζητώντας συγχώρεση.

Γενικά, η πίστη παίζει βασικό ρόλο στην ζωή των ασθενών, που έρχονται αντιμέτωποι με ένα χρόνιο νόσημα. Ένα χρόνιο νόσημα προκαλεί στον ασθενή αισθήματα άγχους, φόβου, ανασφάλειας και κατάθλιψης και με τη βοήθεια της θρησκευτικότητας μπορεί να τα αντιμετωπίσει όλα αυτά. Συμβάλει στο να αποδεχτεί πιο εύκολα το νόσημα του και να το αντιμετωπίσει καλύτερα.

Πολιτικοί παράγοντες: Το σύστημα υγείας της κοινωνίας διαμορφώνεται μέσα από πολιτικές διαδικασίες. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας διαφέρει ανάλογα με το εισόδημα, την κοινωνική τάξη και την εκπαίδευση του ατόμου. Οι άνθρωποι που ζουν σε απομακρυσμένες και υποβαθμισμένες περιοχές λαμβάνουν χαμηλότερο επίπεδο περίθαλψης και φυσικά καθόλου πρόληψη. Επίσης, ανάλογα με την κοινωνική τάξη και το εισόδημα είναι και διαφορετικός ο τρόπος, που χρησιμοποιούνται οι υπηρεσίες υγείας.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες: Η υγεία του ανθρώπου εξαρτάται από την κατάσταση του περιβάλλοντος. Η μόλυνση του περιβάλλοντος προκαλεί σημαντικές βλάβες στην υγεία του πληθυσμού. Ο άνθρωπος καθημερινά εκτίθεται στην ατμοσφαιρική ρύπανση, σε θορύβους και επικίνδυνες χημικές ουσίες. Η βελτίωση του περιβάλλοντος σε τομείς όπως

ο αέρας, τα ύδατα και ο θόρυβος μπορεί να ενισχύσει την υγεία και να δράσει προληπτικά έναντι κάποιων νοσημάτων.

Συμπεριφορικοί παράγοντες: είναι οι παράγοντες που έχουν σχέση με τον τρόπο ζωής και την επίδραση του στην υγεία. Συχνά οι συνθήκες ζωής του ατόμου αποτελούν πηγή άγχους. Το άγχος αποτελεί έναν επιβαρυντικό παράγοντα για την υγεία, γιατί συνδέεται με κακές διατροφικές συνήθειες, κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και χρήση ουσιών, που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων. Αντίθετα, ο ύπνος και η άσκηση μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης τους.

Από το 1965 ο (Suchman E.A, 1965), επισήμανε ότι υπάρχουν **πέντε στάδια** ανάμεσα στην αρρώστια και την ιατρική φροντίδα :

1. η εμπειρία του συμπτώματος
2. η υπόθεση του ρόλου του αρρώστου
3. η επαφή με τον ιατρό
4. ο εξαρτημένος - από τον ιατρό - ρόλος του νοσούντος
5. η ανάρρωση και η αποκατάσταση

Ο (Pryce A, 2015) ανέφερε ότι ο τρόπος που το κάθε άτομο ερμηνεύει τα συμπτώματα του επηρεάζεται από “την προσωπική εμπειρία, από προηγούμενα βιώματα, καθώς και από τον τρόπο που αυτή προκύπτει από την παρατήρηση του εαυτού και των άλλων, την προβολή ιδεών και προτύπων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την οικογένεια, τον πολιτισμό και το φύλο”.

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό πως μόλις το άτομο εμφανίσει τα πρώτα συμπτώματα θα πρέπει να αποφασίσει αν έχει κάποια ασθένεια ή όχι και να επιλέξει τι θα κάνει μετά. Συνήθως, ο ίδιος ο ασθενής είναι αυτός που θα κάνει την πρώτη διάγνωση, αξιολογώντας από μόνος του τα συμπτώματα του. Στη συνέχεια θα πρέπει να αναζητήσει ιατρική φροντίδα.

Οι ασθένειες διαφοροποιούνται σε κάθε εποχή. Για πάρα πολλούς αιώνες οι ασθένειες που κυριαρχούσαν ήταν οι επιδημίες. Οι επιδημίες είχαν σοβαρές κοινωνικές συνέπειες και αποτελούσαν για όλους το “απόλυτο κακό”. Νοσήματα όπως η πανώλη, η λέπρα, η ευλογιά, η ελονοσία κ.α. προκαλούσαν πολλούς και ξαφνικούς θανάτους με αποτέλεσμα

την ύπαρξη σοβαρών δημογραφικών προβλημάτων και την αλλαγή όψης ολόκληρων περιοχών. Αυτές οι ασθένειες ήταν ιδιαίτερα μεταδοτικές και δεν αφορούσαν μόνο το άτομο, αλλά όλο τον περίγυρο του. Την εποχή των επιδημιών επικρατούσε ο τρόμος της μόλυνσης και δυστυχώς η ιατρική δεν μπορούσε να προσφέρει σχεδόν τίποτα. Για να σταματήσει η μετάδοση το μόνο που έκαναν ήταν να απομονώνουν τους αρρώστους.

Στις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες επικρατούν πλέον οι χρόνιες μη μεταδοτικές ασθένειες. Οι ασθένειες αυτές επηρεάζουν αποκλειστικά και μόνο το άτομο και μπορεί να διαρκέσουν χρόνια, ακόμη και ολόκληρη τη ζωή του. Η ιατρική επιστήμη μπορεί πλέον να προσφέρει στα άτομα αυτά να ζήσουν με διάφορες θεραπείες χωρίς όμως να τους προσφέρει πλήρη ίαση. Κατά συνέπεια, ο άρρωστος μαθαίνει να ζει με την πάθηση του.

Χρόνια Ασθένεια

Η πολυδιάστατη φύση της χρόνιας ασθένειας προκαλεί δυσκολίες στην εύρεση ενός ορισμού, που να καλύπτει όλες τις περιπτώσεις χρόνιων νόσων. Έγιναν πολλές προσπάθειες από τους επιστήμονες να δοθεί ένας ορισμός. Για να οριστεί μια ασθένεια ως χρόνια πρέπει να πληρούνται κάποια κριτήρια, που αφορούν τη χρονική διάρκεια, το βαθμό σοβαρότητας, την επίδραση στη λειτουργικότητα και την ανάγκη για συνεχή φροντίδα. Με βάση τα παραπάνω ως χρόνια ορίζεται μια ασθένεια η οποία έχει διάρκεια πάνω από τρεις μήνες ή έχει μια περίοδο νοσηλείας πάνω από ένα μήνα, προκαλεί μεταβολές στην κοινωνική λειτουργικότητα ή στους κοινωνικούς ρόλους του ατόμου, ενώ επιφέρει περιορισμούς στις ικανότητες και στις συμπεριφορές του (Sanderson C.A, 2004), (Kaplan R.M, Sallis J.F & Patterson T.L, 1993).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι *“τα χρόνια νοσήματα, δεν μεταβιβάζονται από άτομο σε άτομο. Έχουν μεγάλη διάρκεια και γενικά αργή εξέλιξη”*. Οι τέσσερις κύριοι τύποι είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις (όπως εμφράγματα και εγκεφαλικό), οι καρκίνοι, οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις (όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το άσθμα) και ο διαβήτης (WHO - Global strategy on people-centred and integrated health services, 2015).

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της Αυστραλιανής κυβέρνησης *“Η χρόνια νόσος έχει οριστεί ως ασθένεια που είναι παρατεταμένης διάρκειας, συχνά τα συμπτώματα δεν υποχωρούν αυθόρμητα και σπάνια μπορεί να θεραπευτεί εντελώς. Οι χρόνιες ασθένειες*

είναι πολύπλοκες και ποικίλες ως προς τη φύση τους, τον τρόπο που προκαλούνται και την έκταση της επίδρασης τους στην κοινότητα. Κάποιες χρόνιες παθήσεις έχουν οδηγήσει σε πρόωρο θάνατο, ενώ άλλες συμβάλλουν περισσότερο στην αναπηρία”.

Το Αυστραλιανό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας (Ferrer L. & Goodwin N, 2014) αναφέρει τα ακόλουθα ως κοινά χαρακτηριστικά της χρόνιας νόσου:

- σύνθετη αιτιότητα, με πολλαπλούς παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση της
- μια μακρά περίοδο ανάπτυξης, για την οποία μπορεί να μην υπάρχουν συμπτώματα
- παρατεταμένη πορεία ασθένειας, που ίσως οδηγεί σε άλλες επιπλοκές υγείας
- συσχέτιση με λειτουργική έκπτωση ή αναπηρία.

Οι χρόνιες ασθένειες σύμφωνα με μια άλλη μεταγενέστερη μελέτη, (Leventhal H, Halm E, Horowitz C, Leventhal E.A. & Ozakinci G, 2005) έχουν πέντε κοινά **χαρακτηριστικά**:

1. είναι συστημικές και επηρεάζουν πολλαπλά συστήματα του σώματος και ένα ευρύ φάσμα φυσικών και κοινωνικών λειτουργιών
2. διαρκούν για όλη σχεδόν την ζωή του ασθενή, αν και τα περισσότερα γίνονται κλινικά ορατά μόνο μετά τη μέση ηλικία, δηλαδή στην ηλικία 60 ετών και άνω
3. συνήθως μπορούν να ελεγχθούν, αλλά λίγες μόνο θεραπεύονται
4. πολλές έχουν προοδευτικά επιδεινούμενο χαρακτήρα
5. χαρακτηρίζονται από διαδοχή υφέσεων και σοβαρών εξάρσεων

Από το 1970 ο Coe, όρισε ότι “χρόνια ασθένεια είναι μια κατάσταση που αντιμετωπίζει κάποιο άτομο σαν αποτέλεσμα πολλών αιτιών που επιδρούν στο άτομο στην πορεία του χρόνου και επηρεάζει ένα σχετικά σημαντικό τμήμα του σώματός του. Αυτά τα πολλαπλά αίτια και η αντίδραση του ατόμου σ’ αυτά έχουν τις ρίζες τους, α) στην ίδια την ασθένεια, β) στο περιβάλλον, γ) στον ανθρώπινο πληθυσμό”. (Σαπουντζη - Κρέπια Δ, 1998)

Συνεπώς, οι ασθένειες αυτές δεν θεραπεύονται οριστικά, αλλά με τη χρήση σύγχρονων θεραπειών μπορούν να ελεγχθούν. Έτσι, ο ασθενής επιτυγχάνει να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής, να επανενταχθεί στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον, ακόμα κι αν η ασθένεια είναι απειλητική για τη ζωή του (Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ, 1995).

Στάδια αντίδρασης του ασθενούς σε χρόνια νόσο

Όταν ένας ασθενής διαγνωστεί με ένα χρόνια νόσημα τότε ο ίδιος και η οικογένεια του ακολουθούν μια διαδικασία πένθους που έχει διάφορα στάδια. Τόσο ο ίδιος όσο και η οικογένεια του έχουν να αντιμετωπίσουν κάποιες απώλειες, όπως είναι η απώλεια της υγείας, της σωματικής λειτουργικότητας, της ενεργού συμμετοχής στο σπίτι ή της απώλειας του κοινωνικού ρόλου. Τα στάδια της αντίδρασης του ασθενή περιγράφονται παρακάτω:

1. **Το στάδιο της διάγνωσης.** Το στάδιο αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο για τον ασθενή, αφού χαρακτηρίζεται από σημαντικές αλλαγές στη ζωή του και από τη λήψη καθοριστικών αποφάσεων για τον ίδιο και την οικογένεια του. Όταν του ανακοινώνεται ότι πάσχει από μια χρόνια ασθένεια, τότε επιβεβαιώνονται οι μεγαλύτεροι φόβοι του, ενώ συγχρόνως νιώθει ότι το μέλλον του θα είναι αβέβαιο. Κανείς δεν μπορεί να του εγγυηθεί πως θα εξελιχτεί η ζωή του (Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ, 1999).
2. **Το στάδιο της άρνησης.** Στο στάδιο αυτό τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια του αρνούνται να αποδεχτούν τη νόσο. Όλες αυτές οι ξαφνικές αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή του τον οδηγούν σε μια συμπεριφορά άρνησης. Έτσι, ο ασθενής πολλές φορές είτε δεν αναφέρει τα συμπτώματα είτε τα υποβαθμίζει. Ακόμη και στις περιπτώσεις που τα αναγνωρίζουν και αναζητήσουν ιατρική βοήθεια, όταν τους πουν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας το απορρίπτουν (Χρυσός Δ.Ν, 2002).
3. **Το στάδιο του θυμού.** Όταν τεθεί η διάγνωση ο ασθενής και η οικογένεια του εκφράζουν θυμό, γιατί η καθημερινότητα και τα σχέδια για το μέλλον ανατρέπονται. Ο θυμός αυτός εκφράζεται από τους περισσότερους ανθρώπους απέναντι στο σύστημα υγείας, στους γιατρούς, στο νοσηλευτικό προσωπικό ή από άλλους σε μεταφυσικές δυνάμεις, στο Θεό και στην τύχη τους.
4. **Το στάδιο της απόσυρσης, του θρήνου και της κατάθλιψης.** Σε αυτό το στάδιο ο ασθενής και η οικογένεια του θρηνούν για τις απώλειες και συχνά δεν πηγαίνουν στους παρόχους υγείας, δεν λαμβάνουν τις προτεινόμενες θεραπείες και διανύουν μια περίοδο κατάθλιψης.
5. **Το στάδιο της διαπραγμάτευσης.** Ο άρρωστος και η οικογένεια του αρχίζουν να κατανοούν ότι η αρρώστια είναι ένα γεγονός, που δεν μπορεί να αλλάξει και που μπορεί να συμβεί σε όλους.

6. Το στάδιο της αποδοχής / αντιμετώπισης. Στο τελικό στάδιο ο ασθενής και η οικογένεια του αποδέχονται την αρρώστια και ακολουθούν τις προτεινόμενες θεραπείες. Ο άρρωστος μαθαίνει πλέον να “ζει με την ασθένεια του”, με τις συνεχιζόμενες θεραπείες και την αβεβαιότητα του μέλλοντος του σε συνάρτηση με την εξέλιξη της νόσου του.

Η διαδικασία αυτή του “πένθους” μπορεί να διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα και ενώ σε κάποιες φάσεις φαίνεται να το ξεπερνά, κάθε επιδείνωση της κατάστασης του τον οδηγεί σε νέο κύκλο πένθους και τελικά οδηγείται σε κατάθλιψη.

Κάθε ασθένεια είναι διαφορετική, επηρεάζει με ξεχωριστό τρόπο το άτομο και την οικογένεια του και η προσαρμογή σε αυτό δεν λαμβάνει χώρα με ενιαίο και όμοιο τρόπο για όλους. Η διαδικασία της προσαρμογής είναι διαρκής και δυναμική, ενώ συχνά χαρακτηρίζεται από άγχος, κατάθλιψη, αλλά και αποδοχή της νέας κατάστασης. Σύμφωνα με τους (Livneh H & Antonak R.F, 1997) οι παρακάτω τέσσερις **κατηγορίες παραγόντων** σχετίζονται με την προσαρμογή στην χρόνια ασθένεια:

- Σχετικές με την ασθένεια (είδος ασθένειας, πιθανή θνησιμότητα κλπ.)
- Κοινωνικοί - δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο)
- Ατομικές διαφορές (τρόπος σκέψης, προσωπικότητα, στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάστασης)
- Κοινωνικοί - περιβαλλοντικοί παράγοντες (κοινωνικό στίγμα, κοινωνική υποστήριξη κλπ.)

Υπάρχει μια αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των παραγόντων που είτε διευκολύνουν είτε εμποδίζουν την προσαρμογή του ατόμου στην χρόνια ασθένεια. Οι αντιδράσεις του ατόμου δεν είναι σταθερές καθώς μεταβάλλεται και η αλληλεπίδραση των τεσσάρων παραπάνω παραγόντων.

Κατά τους (Stewart K.E, Ross D & Hartley S, 2004) η προσαρμογή σε μια χρόνια νόσο, αφορά τέσσερις **καταστάσεις** :

- **τη σωματική / βιολογική κατάσταση** (κόπωση, πόνος, λειτουργικότητα, παρενέργειες θεραπείας)
- **την κοινωνική / οικογενειακή κατάσταση** (απομόνωση, στίγμα, σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και τους επαγγελματίες υγείας)

- **τη γνωστική / συναισθηματική κατάσταση** (οικονομικά ζητήματα, επαναπροσδιορισμός στόχων και προσδοκιών, εύρεση νοήματος στην όλη εμπειρία)
- **τη συμπεριφορά** (τήρηση των ιατρικών οδηγιών, διαχείριση της εξέλιξης της νόσου).

Ο Shontz ήδη από το 1975 (Shontz F.C, 1975) περιέγραψε ποια είναι η διαδοχή των αντιδράσεων ενός ατόμου μετά τη διάγνωση ενός σοβαρού νοσήματος:

1. **Αργικό σοκ**, όπου το άτομο εκδηλώνει έντονο σοκ και νιώθει ότι είναι εκτός πραγματικότητας. Αυτό μπορεί να διαρκέσει μερικές ημέρες ή και για εβδομάδες.
2. **Αντιπαράθεση**, όπου το άτομο αισθάνεται απελπισμένο, πενθεί και χαρακτηρίζεται από μια αποδιοργάνωση του τρόπου σκέψης του.
3. **Υποχώρηση**, όπου τελικά το άτομο συνειδητοποιεί τι του συμβαίνει και προσαρμόζεται (Καραδήμας Ε, 2005).

Όταν διαγνωστεί μια χρόνια και σοβαρή ασθένεια ακολουθεί μια μακρόχρονη και επίμονη διαδικασία προσαρμογής, που μπορεί να χαρακτηριστεί ως κρίση. Ο (Moos RH, 1982) διατύπωσε τη “θεωρία της κρίσης”, σύμφωνα με την οποία η προσαρμογή στην ασθένεια εξαρτάται από τις στρατηγικές, που χρησιμοποιεί το άτομο για να αντιμετωπίσει το στρες. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή τα άτομα έχουν να διαχειριστούν μια σειρά από δύσκολα ζητήματα, που έχουν σχέση με την ασθένεια και τη θεραπεία. Για να γίνει διαχείριση αυτών των ζητημάτων τόσο οι ασθενείς όσο και το στενό τους περιβάλλον χρησιμοποιούν κάποιες στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η άρνηση της σοβαρότητας της κατάστασης, η αναζήτηση πληροφόρησης, ο καθορισμός συγκεκριμένων στόχων, η χρήση βοήθειας από τους άλλους (συναισθηματικής και υλικής), ο έλεγχος του προβλήματος, η διατήρηση μιας προοπτικής θετικής και τέλος η προσπάθεια για την ανεύρεση ενός σκοπού στην όλη κατάσταση.

Η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας οδηγεί σε μια στρεσογόνο κατάσταση στη ζωή του ασθενή, αφού αιφνίδια όλα τα σχέδια για το μέλλον ξαφνικά ανατρέπονται. Επέρχονται αλλαγές όχι μόνο σωματικές, αλλά ψυχολογικές και κοινωνικές. Η προσαρμογή σε μια τέτοια κατάσταση, σύμφωνα με τους (Elliot T.R & Shewchuk R.M, 2004) εξαρτάται από την αντίδραση στα πρώτα στάδια με την εμφάνιση ή τη διάγνωση και συγκεκριμένα όσο μεγαλύτερη κατάθλιψη και άγχος εμφανίζουν οι ασθενείς στο Νοσοκομείο, όπου γίνεται η

διάγνωση τόσο πιο δύσκολα αποδέχονται την ασθένεια και τόσο πιο δύσκολη είναι η προσαρμογή μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο.

Η (Taylor SE, 1983) προτείνει μια θεωρία γνωστικής προσαρμογής σε απειλητικά γεγονότα. Υποστηρίζεται ότι η διαδικασία προσαρμογής επικεντρώνεται γύρω από **τρία θέματα**: μια αναζήτηση νοήματος στην εμπειρία της ασθένειας, μια προσπάθεια ανάκτησης της κυριαρχίας του γεγονότος ειδικότερα και της ζωής γενικότερα, και μια προσπάθεια αποκατάστασης της αυτοεκτίμησης.

Η διαδικασία προσαρμογής θεωρείται επιτυχής όταν ο ασθενής καταφέρει να αποκτήσει μια συναισθηματική ισορροπία, να διαχειρίζεται τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα του και να έχει μια θετική εικόνα για αυτό, να διατηρεί καλές σχέσεις με την οικογένεια του και τους φίλους του και τέλος να είναι προετοιμασμένος ψυχολογικά για ένα αβέβαιο μέλλον. Η κατάκτηση των παραπάνω στόχων είναι ιδιαίτερα δύσκολη αλλά παρόλα αυτά οι ασθενείς συχνά επιτυγχάνουν να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες.

Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας νόσου

Κατά τη διάρκεια εξέλιξης μιας χρόνιας ασθένειας διακρίνονται κάποιες φάσεις. Αρχικά, στην **προδιαγνωστική φάση** ο ασθενής αρχίζει να αντιλαμβάνεται κάποια συμπτώματα, τα οποία ίσως αποτελούν τα πρώτα σημάδια μιας σοβαρής νόσου. Σε αυτή τη φάση θα πρέπει να καταλάβει ότι υπάρχει πρόβλημα με την υγεία του, να διαχειριστεί το άγχος, που τον κυριεύει για τη διάγνωση και να αναζητήσει βοήθεια.

Στην **οξεία φάση** γίνεται η διάγνωση του νοσήματος. Είναι μια πραγματικά δύσκολη περίοδος στη ζωή του ασθενή, καθώς θα πρέπει αρχικά να κατανοήσει την ασθένεια του και στη συνέχεια να λάβει κάποιες σημαντικές αποφάσεις για την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και την επιλογή της θεραπείας. Κάποιοι επιτυγχάνουν να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα που προκύπτουν με τη διάγνωση και να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, ενώ άλλοι αρνούνται να το δεχτούν και πολλές φορές αποξενώνονται (Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E, 2011).

Η **χρόνια φάση** επεκτείνεται ως την τελική έκβαση της νόσου, που μπορεί να είναι η ίαση ή ο θάνατος. Είναι και αυτή μια δύσκολη περίοδος για τον ασθενή. Κάποιες ασθένειες έχουν πολύ γρήγορη εξέλιξη, όπως είναι κάποιες μορφές καρκίνου, ενώ άλλες χαρα-

κτηρίζονται από μία αργή επιδείνωση της κατάστασης της υγείας, όπως είναι κάποιες μορφές άνοιας, άλλες παρουσιάζουν εξάρσεις και υφέσεις, όπως είναι καρδιαγγειακά νοσήματα και άλλες έχουν ήπια εξέλιξη, όπως η υπέρταση (Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E, 2011). Σε όλες τις περιπτώσεις το άτομο προσπαθεί να μάθει να ζει με την ασθένεια του και να πετύχει μια ποιότητα ζωής μέσα στις συνθήκες που δημιουργεί η ασθένεια. Όταν ο ασθενής φτάνει στη φάση την ανάρρωσης έχει θετικά συναισθήματα. Όμως, υπάρχουν και ασθενείς που έχουν έντονο άγχος, ανασφάλεια και φόβο διότι φοβούνται την υποτροπή, ίσως επειδή χάνεται η άμεση σχέση με το ιατρικό προσωπικό που τους φρόντιζε και τους ενέπνεε εμπιστοσύνη (Chaoming Song, Zehui Qu, Nicholas Blumm, Albert-Laszlo Barabasi, 2010).

Μετά από αυτά τα στάδια ίσως ο ασθενής θα πρέπει να προετοιμαστεί για το πέρασμα στο τελικό στάδιο, για παράδειγμα στην περίπτωση του καρκίνου, ο οποίος μπορεί να έχει ελεγχθεί προσωρινά, αλλά μπορεί να εμφανίσει ξαφνικά μεταστάσεις και ο ασθενής να έρθει αντιμέτωπος με το θάνατο. Η απειλή του θανάτου αποτελεί ένα συχνό ζήτημα των χρόνιων ασθενειών (Chaoming Song, Zehui Qu, Nicholas Blumm, Albert-Laszlo Barabasi, 2010).

Συνέπειες της χρόνιας ασθένειας

Η χρόνια ασθένεια είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία ενός πλήθους προβλημάτων σωματικών, κοινωνικών και ψυχολογικών.

Μια από τις κύριες συνέπειες που έχουν να αντιμετωπίσουν οι χρόνιοι ασθενείς είναι η σωματική εξασθένιση (Sanderson C.A, 2004). Η σωματική εξασθένιση μπορεί να συμπεριλάβει συμπτώματα όπως πόνο, απώλεια λειτουργικότητας ή μόνιμες αναπηρίες. Οι χρόνιοι ασθενείς συχνά ανησυχούν για την εικόνα του σώματος τους ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που η νόσος τους προκαλεί σωματικές αλλαγές. Συγχρόνως, πολλές φορές η ίδια η φαρμακευτική αγωγή δημιουργεί σοβαρές παρενέργειες, οι οποίες προκαλούν έντονο στρες και αναστάτωση (Sanderson C.A, 2004).

Μια από τις δύσκολες πτυχές που αντιμετωπίζει ένα άτομο με χρόνια ασθένεια είναι η επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις. Πολλές φορές ο ασθενής επιλέγει να κρύψει το πρόβλημα που βιώνει από τους γύρω του, επειδή ανησυχεί μήπως προκαλέσουν τη λύπη και τον οίκτο τους και αναγκαστούν να αποσυρθούν από τις κοινωνικές τους επαφές. Αλλά

και στην περίπτωση που παραδεχτεί την αρρώστια του μπορεί να υπάρξουν και εκεί κάποια προβλήματα. Οι φίλοι μπορεί να απομακρυνθούν είτε λόγω φόβου μήπως κολλήσουν κι αυτοί είτε γιατί δεν μπορούν να αντέξουν τις φυσικές αλλαγές των ασθενών. Δυστυχώς, υπάρχουν συχνά προκαταλήψεις για τους ανθρώπους με χρόνιες ασθένειες και τους αντι-μετωπίζουν ως αδύναμους και καταθλιπτικούς (Devins GM, Blinik YM, 1996) όπως αναφέρεται από (Sanderson C.A, 2004). Συχνά, τα άτομα με χρόνιες ασθένειες αναφέρουν ότι αισθάνονται απομονωμένα από τους άλλους και δεν δέχονται την απαιτούμενη κοινωνική στήριξη ειδικά όταν την έχουν ανάγκη.

Η στάση της οικογένειας δεν βοηθά πάντα τον ασθενή, γιατί πολλές φορές δεν έχουν ιδέα τι περνούν οι οικείοι τους. Σε μερικές περιπτώσεις, έχουν πολύ υψηλές προσδοκίες, πολλές φορές εξωπραγματικές, σχετικά με το πως οι ασθενείς πρέπει να διαχειριστούν την αρρώστια τους. Μια έρευνα έδειξε ότι όσοι σύζυγοι ασθενών με αρθρίτιδα ήταν απαιτητικοί στο πως θα διαχειριστούν οι ασθενείς την αρρώστια τους, χρησιμοποιούσαν λιγότερες ευεργετικές στρατηγικές αντιμετώπισης κι έτσι βίωναν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη (Manne S.L & Zautra A.J, 1989) όπως αναφέρεται από (Sanderson C.A, 2004). Αντίθετα, μερικές οικογένειες έχουν χαμηλές προσδοκίες για τους οικείους τους με χρόνιες ασθένειες. Η οικογένεια μπορεί να είναι υπερβολικά υπερπροστατευτική, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να γίνονται εξαρτημένοι.

Οι χρόνια πάσχοντες ασθενείς νιώθουν ότι μειώνονται οι πνευματικές και σωματικές τους δυνάμεις, με αποτέλεσμα να διαταράσσονται οι οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις και ιδιαίτερα με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που τους φροντίζει. Ο ασθενής διαμορφώνει μια συμπεριφορά που πολλές φορές δυσχεραίνει το έργο του γιατρού. Η αρνητική αυτή συμπεριφορά εκδηλώνεται με εχθρικότητα και εκνευρισμό απέναντι στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Δεν συνεργάζεται μαζί του, κατακρίνει τις ενέργειες του και μερικές φορές μπορεί να το απειλεί με μηνύσεις, ενώ κάποιες φορές ο άρρωστος είναι υπερβολικά απαιτητικός. Πρόκειται συνήθως για άρρωστο με ιδιαίτερα σχολαστικό και δύστροπο χαρακτήρα, που επιμένει να επιβάλει τις δικές τους απόψεις στη θεραπεία και δεν συμμορφώνεται με τις υποδείξεις των γιατρών. Η απαισιόδοξη στάση τους απέναντι στη σωματική νόσο δυσχεραίνει το θεραπευτικό έργο.

Κάθε ασθενής που πάσχει από ένα χρόνιο νόσημα δεν έχει να αντιμετωπίσει μόνο τις επιπτώσεις που έχει η ασθένεια πάνω στο σώμα του, αλλά παράλληλα βρίσκεται αντιμε-

τωπος με τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ασθένειάς του, που είναι δύσκολο να τις κατανοήσουν οι γύρω του. Ο ίδιος σωματικά αισθάνεται έντονο, ανυπόφορο πόνο, ολόκληρη η ζωή του αλλάζει και τα ψυχικά του αποθέματα αρχίζουν να μειώνονται, κι αυτό είναι κάτι το οποίο δυσκολεύει την προσαρμογή του στις νέες καταστάσεις ή ακόμη και την ανάρρωση του (Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ, 1999).

Η χρονιότητα της ασθένειας επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Ο άρρωστος πρέπει να μάθει να “ζει” με την νόσο του, με ένα αβέβαιο μέλλον για την εξέλιξη της καθώς και με θεραπείες επώδυνες και απαιτητικές και με ενδεχόμενες σοβαρές επιπλοκές. Στην καθημερινότητα του βιώνει σημαντικές αλλαγές τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Προσπαθεί με κάθε τρόπο να βρει μια ισορροπία στις καινούριες συνθήκες ζωής, να βρει τρόπους για να ανταπεξέλθει σε βασικούς ρόλους της καθημερινότητας του, να συμβάλει ενεργά στη θεραπεία του και να μειώσει το άγχος του. Έχει επίσης ιδιαίτερη σημασία να μπορεί να διατηρεί μια αίσθηση ελπίδας και αισιοδοξίας. Στην περίπτωση που νιώθει αδύναμος και ανήμπορος απέναντι στο νόσημα που βιώνει, τότε επηρεάζεται αρνητικά η προσαρμογή του στα νέα δεδομένα και η εξέλιξη της υγείας του (Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ, 1999).

Αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας

Η αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα των σύγχρονων κοινωνιών, διότι πρόκειται για ένα πρόβλημα με σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις. Ενώ το κάθε νόσημα εκδηλώνεται με διαφορετικά συμπτώματα και κάθε ασθενής το βιώνει διαφορετικά, εντούτοις υπάρχουν πολλά κοινά προβλήματα που βιώνουν οι χρόνιοι ασθενείς. Για αυτό και έχουν θεσπιστεί κάποιοι **προσαρμοστικοί κανόνες** για την αντιμετώπιση της νόσου, οι οποίοι αναφέρονται παρακάτω :

- Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ή άλλων παραμέτρων της ασθένειας που συνδέονται με την έκπτωση φυσικών λειτουργιών
- Χειρισμός της όλης ενοχλητικής κατάστασης
- Τήρηση ενός προγράμματος θεραπευτικής αγωγής
- Διατήρηση ή ανάπτυξη σχέσεων με τους επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα υγείας (Σαπουντζη - Κρέπια Δ, 1998).

Επίσης, υπάρχουν και κάποιοι **γενικοί κανόνες** για την προσέγγιση των χρόνιων ασθενών:

- Τροποποίηση της καθημερινότητας και του τρόπου ζωής
- Χειρισμός των συναισθημάτων
- Αντιμετώπιση αλλαγών των κοινωνικών ρόλων
- Διαδικασία πένθους που συνδέεται με τις απώλειες της χρόνιας ασθένειας
- Διατήρηση θετικής αυτοεικόνας
- Διατήρηση ή ανάπτυξη σχέσεων με τα μέλη της οικογένειας
- Συνεχής προσπάθεια αντιμετώπισης του αβέβαιου μέλλοντος και της απειλής της λειτουργίας του σώματος
- Διατήρηση της αίσθησης ελέγχου της κατάστασης
- Διατήρηση της ελπίδας
- Αντιμετώπιση κοινωνικού στίγματος

Ο γιατρός διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την αντιμετώπιση του χρόνιου νοσήματος, καθώς με την ανάπτυξη μιας καλής σχέσης και επικοινωνίας βοηθά τον ασθενή να διατηρήσει την ψυχική του ηρεμία, την ηθική του τόνωση, ώστε με σθένος να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα και τον πόνο της ασθένειας του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Κάθε νόσος αποτελεί για τον άνθρωπο μια απειλή. Για αυτό όταν τεθεί η υπόνοια μιας νόσου επικρατεί ένα αίσθημα ανασφάλειας στον ασθενή.

“Κάθε αρρώστια έχει τις ιδιαιτερότητες της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε άτομο και οικογένεια. Οι αντιδράσεις ποικίλλουν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, οι σημαντικότεροι των οποίων μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες: α) τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αρρώστια (π.χ. τη φύση, τη σοβαρότητα, την προβλεψιμότητα της πορείας της, το είδος της θεραπείας, τις κοινωνικές προκαταλήψεις που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν), β) τους παράγοντες που συνδέονται με τη χρονική στιγμή που εμφανίζεται η αρρώστια στην εξέλιξη της ζωής του ατόμου (π.χ. βρεφική ή νηπιακή ηλικία, σχολική ηλικία, εφηβεία, νεότητα, μέση ηλικία, τρίτη ηλικία) και γ) τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (π.χ. φύλο, ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, προσωπικότητα, υποστηρικτικό δίκτυο κλπ.)” (Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ., 2012).

Η σωματική υγεία επηρεάζει και επηρεάζεται από την ψυχική υγεία. Δυσλειτουργία στον έναν τομέα οδηγεί και σε δυσλειτουργία στον άλλον τομέα, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος απόγνωσης και αναπηρίας. Η χρόνια νόσος επηρεάζει την ψυχολογία του ασθενή, με αποτέλεσμα να αλλάζει τον τρόπο ζωής του ασθενή, το πως ο ίδιος βλέπει τον εαυτό του και τις σχέσεις του με τους άλλους.

Η διάγνωση μιας ασθένειας είναι μια δύσκολη στιγμή, διότι μέσα από αυτή την κατάσταση δοκιμάζονται οι σχέσεις, οι αξίες και οι επιδιώξεις του ασθενή. Αρκετά συχνά έρχεται αντιμέτωπος με τον φόβο του θανάτου και καταλαβαίνει πόσο αδύναμος και τρωτός είναι απέναντι στην ασθένεια. Ο φόβος, το άγχος, η κατάθλιψη που γεννιούνται με τη διάγνωση του χρόνιου νοσήματος μπορεί να οδηγήσουν σε επιδείνωση αυτού, καθώς η ψυχολογία του ασθενή συμβάλλει σημαντικά στην έκβαση της θεραπείας.

Οι αντιδράσεις του ατόμου ποικίλουν στη διάγνωση ενός χρόνιου νοσήματος. Όταν τεθεί η διάγνωση εκδηλώνει έντονο **άγχος**, στη συνέχεια εκφράζει **οργή** και **ζήλια** για τους υγιείς συνανθρώπους του, **θυμό** για την απώλεια της ευχαρίστησης των καθημερινών δραστηριοτήτων, **ενοχές** επειδή αρρώστησε και **φόβο** για την εξέλιξη της υγείας του. Μετά την πρώτη αντίδραση του ο ασθενής θα πρέπει να ανακοινώσει την ασθένεια του στους άλλους. Πολλοί προτιμούν να το κρατήσουν μυστικό είτε γιατί και οι ίδιοι θέλουν χρόνο να το αποδεχθούν είτε για να προστατεύσουν το στενό οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον.

Παράλληλα, θα πρέπει να πάρει αποφάσεις και για τις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής του. Μερικοί δε λαμβάνουν υπόψη τις απαιτήσεις που επιβάλλει η νέα πραγματικότητα και εξακολουθούν να διατηρούν τον ίδιο ρυθμό ζωής που προϋπήρχε πριν τη διάγνωση. Άλλοι προσαρμόζονται στις νέες συνθήκες. Ο ασθενής αρχικά καλείται να κατανοήσει τη φύση της αρρώστιας, να αλλάξει τον τρόπο ζωής του και να ανακαλύψει νέους τρόπους για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των νέων συνθηκών, που προκύπτουν από τη διάγνωση της ασθένειας, να εκφράσει τις ανησυχίες και τα συναισθήματα του και να αναγνωρίσει τις συνέπειες στην εικόνα του, στις σχέσεις με τους άλλους και στη ζωή του γενικότερα. Το άγχος που βιώνουν με την διάγνωση μιας χρόνιας πάθησης συχνά αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην κατανόηση των πληροφοριών που τους δίνονται.

Από τα παραπάνω, λοιπόν, φαίνεται ότι οι χρόνιες ασθένειες έχουν σοβαρό αντίκτυπο σε όλες τις διαστάσεις της ζωής του ατόμου, βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, οικονομικές και επαγγελματικές.

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει ένα πλήθος **απωλειών**, οι οποίες αναφέρονται παρακάτω:

1. Απώλεια των οργανικών λειτουργιών

Τα χρόνια νοσήματα μπορεί να προκαλέσουν σωματικές αλλαγές και παραμορφώσεις. Συγχρόνως, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει συμπτώματα όπως πόνο, αδυναμία, καταβολή, κόπωση ή ακόμα και να οδηγηθεί στο θάνατο. Η απώλεια της ακεραιότητας του σώματος του προκαλεί ένα αίσθημα απειλής, που τον οδηγεί σε σύγχυση και τρόμο. Η αποδοχή μιας τροποποιημένης εικόνας του σώματος του μπορεί να διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα, αλλά μπορεί και να μην μπορέσει να την αντιμετωπίσει ποτέ ένας ασθενής.

2. Απώλεια ταυτότητας

Οι αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση π.χ. εγκαύματα, μαστεκτομή, ακρωτηριασμοί οδηγούν τον ασθενή σε μια αίσθηση απώλειας της ταυτότητας του. Νιώθει αδύναμος και ανίκανος να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του, χάνει την αυτοπεποίθηση και τον αυτοσεβασμό του.

3. Απώλεια ανεξαρτησίας

Με την έκπτωση των οργανικών λειτουργιών ο ασθενής νιώθει αβοήθητος και για την κάλυψη των βασικών του αναγκών χρειάζεται τη συμμετοχή των οικείων του, με αποτέλεσμα να χάνει την αυτονομία του. Αναγκάζονται συχνά, λόγω των αναπηριών που

έχουν, να χάνουν τον έλεγχο των καθημερινών τους δραστηριοτήτων, να μην μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και να στέκονται παθητικά, με αποτέλεσμα να νιώθουν κατάθλιψη. Κατανοούν ότι δεν είναι πλέον ανεξάρτητοι και ότι η ζωή τους έχει αλλάξει οριστικά σε σχέση με ότι βίωναν πριν την εμφάνιση της νόσου.

4. Διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας

Μελέτες έχουν δείξει ότι κάποια νοσήματα και οι αγωγές που δίνονται μπορεί να προκαλέσουν αποπροσανατολισμό των ασθενών. Αυτό μπορεί να συμβεί σε κάποιες επεμβάσεις ή σε νευρολογικά νοσήματα (εγκεφαλικά επεισόδια ή πολλαπλή σκλήρυνση).

5. Απώλεια της προηγούμενης ζωής ή των ονείρων

Όταν ένα άτομο ανακαλύπτει ότι πάσχει από μια χρόνια πάθηση έρχεται αντιμέτωπο με νέες συνθήκες που θα αλλάξουν τη ζωή του. Μέχρι να τεθεί η διάγνωση κάνει σχέδια τα οποία όμως μετά συνειδητοποιεί ότι δεν μπορούν να υλοποιηθούν. Πράγματα που θεωρούσε δεδομένα μέχρι τότε, πλέον θεωρούνται μακρινά και ακατόρθωτα. Συχνά σχέδια προσωπικά ή επαγγελματικά ανακόπτονται. Κοιτώντας το μέλλον βλέπει ότι είναι πολύ περιορισμένος ο χρονικός ορίζοντας, λόγω των απρόσμενων εξελίξεων της χρόνιας νόσου, οπότε σταματά να θέτει νέους στόχους στη ζωή του.

6. Απώλεια της επαγγελματικής σταδιοδρομίας και οικονομικά ζητήματα

Όταν ένα άτομο νοσεί μπαίνουν σε δεύτερη μοίρα τα επαγγελματικά του σχέδια. Συνειδητοποιεί ότι χάνονται τα όνειρα για επαγγελματική εξέλιξη, γιατί η επάνοδος στην εργασία είναι πολλές φορές αδύνατη, λόγω των μόνιμων αναπηριών του. Επειδή η επαγγελματική ενασχόληση δίνει στο άτομο την αίσθηση της ανεξαρτησίας και της παραγωγικότητας, όταν αυτή χαθεί τότε χάνει την αυτοεκτίμηση του και νιώθει ότι μπαίνει στο περιθώριο της ζωής.

Η εργασία είναι το εφελτήριο για μια επιτυχημένη και οικονομικά άνετη ζωή. Όταν το άτομο διακόψει την εργασία του επιτείνονται τα οικονομικά ζητήματα, ειδικά σε μια περίοδο που τα έξοδα είναι πολλά, λόγω των θεραπειών και των εξετάσεων.

7. Απώλεια των σχέσεων

Η χρόνια νόσος δοκιμάζει τις σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους ή τους συναδέλφους. Οι συχνές νοσηλείες στο Νοσοκομείο, οι επαναλαμβανόμενες θεραπείες, που συχνά καταπονούν τον οργανισμό και η έντονη ανασφάλεια για το μέλλον διαταράσσουν τις σχέσεις με τους οικείους και οδηγούν τον ασθενή σε αποξένωση. Τα πρόσωπα που φροντίζουν τον ασθενή επιφορτίζονται με πλήθος καθηκόντων και υποχρεώσεων.

Αυτό του προκαλεί περισσότερο άγχος και δυσαρέσκεια και τον κάνει να νιώθει “βάρος”, διότι δεν μπορεί να προσφέρει τίποτα.

Όλες οι προαναφερθείσες απώλειες είναι υπεύθυνες για την μείωση της ποιότητας ζωής των χρονίως πασχόντων ασθενών και για την αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης αυτών. Έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη ζωή τους και χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια από τους ίδιους και την οικογένεια τους για τη σωστή διαχείριση της χρόνιας νόσου και την αποφυγή όλων αυτών των απωλειών.

Το χρόνιο νόσημα είναι μια πραγματική δοκιμασία για το άτομο που πάσχει. Οι χρόνιοι πάσχοντες θα πρέπει να λαμβάνουν ισοβίως θεραπείες, για να μπορέσουν να ζήσουν μια κανονική ζωή. Οι ίδιοι γνωρίζουν ότι δεν θα μπορέσουν να θεραπευτούν ποτέ, ότι θα πρέπει να επισκέπτονται συχνά το γιατρό, να λαμβάνουν συνέχεια φάρμακα και ίσως να μην μπορέσουν ποτέ να απαλλαγούν τελείως από τα συμπτώματα.

Ο τρόπος ψυχολογικής αντίδρασης του καθενός είναι διαφορετικός και εξαρτάται από τους παρακάτω **παράγοντες**:

1. Η **ηλικία** του ασθενή αποτελεί έναν βασικό παράγοντα στη διάπλαση του τρόπου της ψυχολογικής του αντίδρασης απέναντι στο νόσημα. Αρχικά στην παιδική ηλικία οι γνωστικές λειτουργίες και οι ψυχικοί αμυντικοί μηχανισμοί είναι μειωμένοι, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν συχνές συναισθηματικές εναλλαγές. Στην εφηβεία είναι έντονο το άγχος που δημιουργεί η ασθένεια, διότι επηρεάζει σημαντικά την εικόνας τους. Προχωρώντας στην ενήλικη ζωή η επιβάρυνση είναι μεγαλύτερη κυρίως λόγω, των αυξημένων οικογενειακών και επαγγελματικών υποχρεώσεων και της μειωμένης ικανότητας των ασθενών να ανταπεξέλθουν σε αυτές. Τέλος, στους μεσήλικες δημιουργούνται έντονα απαισιόδοξες σκέψεις για τα γεράματα που έρχονται και τους οδηγούν σε μια προδιαγεγραμμένη πορεία προς το θάνατο.
2. Ο επόμενος παράγοντας που έχει άμεση σχέση με την ψυχολογική αντίδραση στην ασθένεια είναι το **φύλο** του ασθενή. Οι γυναίκες συνήθως αντιδρούν έντονα σε νοσήματα και επεμβάσεις, που προκαλούν αισθητικές παραμορφώσεις, ενώ οι άνδρες επηρεάζονται περισσότερο από το λειτουργικό περιορισμό, που προκαλούν τα χρόνια νοσήματα και ο οποίος προκαλεί αυξημένη εξάρτηση από άλλους.
3. Η **προσωπικότητα** του ασθενή αποτελεί έναν από τους ισχυρούς καθοριστικούς παράγοντες, που διαμορφώνουν την ψυχολογική αντίδραση του ασθενή. Άτομα που είναι

δραστήρια και ανεξάρτητα δύσκολα συμμορφώνονται με τις ιατρικές εντολές, άτομα με ψυχαναγκαστική προσωπικότητα ενδιαφέρονται για την ασθένεια τους, ενημερώνονται και παρακολουθούν τις εξελίξεις της, ενώ άτομα με υστερική προσωπικότητα αντιδρούν έντονα συναισθηματικά, παρουσιάζουν έντονα αυξημένες τις ανάγκες τους για φροντίδα και σωματοποιούν το άγχος τους.

4. Η **μόρφωση** του ασθενή και η **κοινωνική του θέση** παίζουν ρόλο στις αντιδράσεις του. Άτομα με χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο αποδέχονται και κατανοούν πιο δύσκολα το νόσημα τους. Αντίθετα τα μορφωμένα άτομα αποδέχονται πιο εύκολα το ρόλο του ασθενή.
5. Τέλος, η **σοβαρότητα** και η **βαρύτητα** της νόσου είναι ακόμη δύο παράγοντες που διαμορφώνουν την ψυχολογική αντίδραση του ασθενή. Η σοβαρότερη και βαρύτερη μορφή της νόσου προκαλεί εντονότερη ψυχολογική αντίδραση, ενώ η βαθμιαία έναρξη του νοσήματος αφήνει περιθώρια στον ασθενή να αναπτύξει αμυντικούς μηχανισμούς.

Οι χρόνια πάσχοντες ασθενείς νιώθουν, λόγω των ξαφνικών αλλαγών και απωλειών που βιώνουν, δυστυχισμένοι, απογοητευμένοι, απομονωμένοι με αποτέλεσμα να αναπτύξουν χρόνιο στρες. Ως **στρες** ορίζεται “η διαδικασία κατά την οποία ο ανθρώπινος οργανισμός υφίσταται έντονη/πέραν των δυνατοτήτων του καταπόνηση (σωματική ή ψυχολογική) από εσωτερικούς ή εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, με δυνητικό αποτέλεσμα κάποια ψυχολογική ή βιολογική βλάβη”. Γενικά το στρες έχει αρνητική επίπτωση στην υγεία και την ποιότητα ζωής του ασθενή και ιδιαίτερα στους χρόνια πάσχοντες είναι μία δύσκολα διαχειρίσιμη κατάσταση. Η κοινωνική υποστήριξη μέσω της οικογένειας, των συγγενών, των φίλων και των επαγγελματιών υγείας μπορεί να βοηθήσει σημαντικά. Ο ίδιος ο ασθενής, όμως, μπορεί να βοηθήσει κυρίως τον εαυτό του. Το ερμηνευτικό στυλ και η συναισθηματική αποκάλυψη συντελούν στην προσαρμογή του στη νόσο.

Προσαρμογή και ερμηνευτικό στυλ

Η προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια είναι μια δύσκολη και πολύπλοκη διαδικασία εξαιτίας των βιολογικών, συναισθηματικών και συμπεριφοριστικών αλλαγών, που προκαλούνται από την εξέλιξη της νόσου. Σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια προσαρμογής παίζουν η ηλικία και το φύλο. Όσο μεγαλύτερης ηλικίας είναι το άτομο τόσο πιο εύκολα δέχεται

τη νόσο. Επίσης, το μορφωτικό επίπεδο του ασθενή και η ορθή ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας βοηθούν στο να συμμετέχει ενεργητικά στη θεραπευτική διαδικασία και γενικότερα επιδρά θετικά στην προσαρμογή του. Παράλληλα, η φύση της ασθένειας, η σοβαρότητα και η βαρύτητα αποτελούν κάποιους από τους σημαντικότερους παράγοντες προσαρμογής, διότι μια ξαφνική νόσος προκαλεί έντονο ψυχολογικό πρόβλημα, σε σχέση με μια σταδιακής έναρξης νόσο, που μπορεί καλύτερα να την διαχειριστεί το άτομο.

Βέβαια, εκτός από αυτούς τους παράγοντες καταλυτικό ρόλο στην προσαρμογή του ασθενή παίζουν η **κοινωνική υποστήριξη** και το **ερμηνευτικό στυλ**. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι όσοι ασθενείς διαθέτουν ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς προσαρμόζονται πιο ομαλά στο χρόνιο νόσημα.

Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης είναι πολυδιάστατη και στη διεθνή βιβλιογραφία βρίσκει κανείς διάφορους ορισμούς. Ο (Mattson, 2011), βασιζόμενος στους ορισμούς άλλων ερευνητών (Albrecht T.L & Adelman M.B, 1987), (Gottlieb B., 2000) κατέληξε στον εξής ορισμό, ο οποίος αποδίδει την κοινωνική υποστήριξη ως *“μια συναλλακτική, επικοινωνιακή διεργασία που περιλαμβάνει την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του προβλήματός του, της αυτοεκτίμησης καθώς και της αίσθησης του ανήκειν”*. Η υποστήριξη αυτή δίνεται από την οικογένεια, από τους στενούς φίλους, συναδέλφους και φυσικά από τους επαγγελματίες υγείας.

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να έχει τις εξής **μορφές**:

- **Υλική υποστήριξη.** Ο ασθενής δέχεται οικονομική βοήθεια, βοήθεια σε οικιακές εργασίες π.χ. ψώνια και σε άλλες εργασίες (Sanderson C.A, 2004), (Sherbourne C.D & Stewart A.L, 1991), (Olstad R, Sexton H & Sogaard A.J, 2001).
- **Πληροφοριακή υποστήριξη.** Οι επαγγελματίες υγείας όχι μόνο φροντίζουν, αλλά κυρίως ενημερώνουν τον ασθενή για την ασθένεια του. Αυτό το κάνουν, ώστε να μπορέσουν να μειώσουν τις αρνητικές σκέψεις του και να μπορέσουν στο μέλλον να αντιμετωπίσουν την ασθένεια του με ελπίδα και αισιοδοξία. Μελέτες δείχνουν ότι όταν ο ασθενής είναι καλά ενημερωμένος υποφέρει λιγότερο και γενικά η ζωή του είναι καλύτερη, γιατί γνωρίζοντας την πορεία της νόσου του μπορεί να κάνει ένα πρόγραμμα για το μέλλον, όπως σπουδές, σύναψη σχέσεων, γάμο κλπ. (DiMatteo M.R, 2004), (Ell K, Nishimoto R, Mediansky L, Mantell J, Hamovitch M, 1992).

- **Συναισθηματική Υποστήριξη.** Αφορά κατά κύριο λόγο την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ασθενή. Όταν το “εισπράττει” αυτό ο ασθενής ξεπερνά πιο εύκολα το στρες και το φόβο του, γιατί νιώθει ότι υπάρχουν άνθρωποι γύρω του που τον σέβονται και τον αγαπούν.

Στις περισσότερες, βέβαια, περιπτώσεις η κοινωνική υποστήριξη επιδρά θετικά στην υγεία του ασθενή, αφού σύμφωνα με τον (Sanderson C.A, 2013) φαίνεται ότι βοηθά στο να μειωθεί το στρες του και να αντιμετωπίζει την παρούσα κατάσταση ως λιγότερο επιβλαβή. Αποτελεί ένα καταλυτικό παράγοντα βοήθειας, σεβασμού ή φροντίδας που το άτομο λαμβάνει από διάφορες πηγές όπως η οικογένεια, οι φίλοι, οι επαγγελματίες υγείας. Έχει υποστηριχθεί από πολλούς ερευνητές ότι τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης σχετίζονται με μια ποικιλία θετικών αποτελεσμάτων υγείας, περιλαμβανομένων της ψυχολογικής και σωματικής ευεξίας, της γρήγορης ανάρρωσης από χρόνιες ασθένειες και της μείωσης της θνησιμότητας και νοσηρότητας, όπως αναφέρετε από τους (Sanderson C.A, 2004), (Straub R.O, 2002), (Taylor SE, 1999), (Kaplan R.M, Sallis J.F & Patterson T.L, 1993). Οι διάφορες έρευνες που συνδέουν την κοινωνική υποστήριξη με χαμηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας υποστηρίζουν πως αυτή προτρέπει τον ασθενή να υιοθετήσει υγιεινούς τρόπους συμπεριφοράς, όπως την άσκηση, να τηρεί τις ιατρικές οδηγίες, να έχει μια καλύτερη διάθεση και να νιώθει ότι μπορεί να ελέγξει τις ψυχικές επιπτώσεις της νόσου (Nam J. et al, 2012), (Sanderson C.A, 2013). Ιδιαίτερα σημαντική είναι η κοινωνική υποστήριξη στους χρόνιους ασθενείς, διότι τους βοηθά να αναλάβουν έναν ενεργό κοινωνικό ρόλο και να μην οδηγηθούν στην κοινωνική απομόνωση και τον κοινωνικό στιγματισμό, που συχνά συμβαίνει όταν τεθεί η διάγνωση μιας χρόνιας πάθησης.

Δεν είναι όλες οι προαναφερθείσες μορφές υποστήριξης κατάλληλες για κάθε ασθενή, αλλά ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν βοηθάει μια συγκεκριμένη μορφή. Για παράδειγμα, όταν ο ασθενής χρειάζεται συναισθηματική υποστήριξη και του παρέχεται πληροφοριακή υποστήριξη τότε αυξάνεται το άγχος του. Είναι σημαντικό να είναι καλά εκπαιδευμένοι οι επαγγελματίες υγείας και μη, που παρέχουν την κοινωνική υποστήριξη. Αν αυτό δεν συμβαίνει τότε μπορεί να έχει αρνητική επίδραση, διότι η συμπεριφορά αυτών που παρέχουν υποστήριξη μπορεί να είναι πιεστική, στρεσογόνο, να προκαλεί συναισθηματική δυσφορία και να οδηγεί τον ασθενή σε αρνητικές αντιδράσεις όπως κάπνισμα, αλκοόλ, μη συμμόρφωση με τη θεραπεία (Krokavcova M, van Dijk J, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B, Gdovinova Z & Groothoff J, 2008), (Nam J. et al,

2012), (Croezen S, Picavet S, Haveman-Nies A, Verschuren M, de Groot L. & van't Veer P, 2012). Μπορεί να του δημιουργήσουν ένα αίσθημα αδυναμίας και κατωτερότητας και να του κάνουν πιο έντονη τη θλίψη και τον πόνο (McFarlane AC, Brooks PM, 1988), (Evers AW, Kraaimaat FW, Geenen R, Jacobs JW, Bijlsma JW, 2003). Ιδιαίτερα στην περίπτωση των χρόνιων ασθενειών, οι ασθενείς που δέχονται κοινωνική υποστήριξη από το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν με πιο αποτελεσματικό τρόπο την ασθένεια τους σε σχέση με όσους δεν λαμβάνουν τέτοια βοήθεια (DiMatteo M.R & Martin L.R, 2006).

Ο τρόπος με τον οποίο ένας ασθενής ερμηνεύει τα γεγονότα που σχετίζονται με τη νόσο του μπορεί να έχει επιπτώσεις στην πρόγνωση της και στην ποιότητα ζωής του και αυτό ονομάζεται **ερμηνευτικό στυλ** και διακρίνεται σε:

- 1. Απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ.** Σε αυτό ο ασθενής *α) θεωρεί υπεύθυνο τον εαυτό του για την εμφάνιση της ασθένειας, β) πιστεύει ότι οι δυσκολίες είναι μόνιμες και επιδεινούμενες και γ) νομίζει ότι τα προβλήματα θα επηρεάσουν κάθε πτυχή της ζωής του* (Nery FG, Borba EF, Hatch JP, Soares JC, Bonfa E, Neto FL, 2007). Συνήθως, αυτός ο τύπος είναι προσωρινός και εμφανίζεται όταν τεθεί η διάγνωση της νόσου, όταν εμφανιστούν οι πρώτες επιπλοκές ή όταν αποτύχει η θεραπεία. Μετά, όμως, από μικρό χρονικό διάστημα αλλάζουν και υιοθετούν μια πιο αισιόδοξη στάση και προσπαθούν να βρουν λύσεις και να δουν με ελπίδα το μέλλον. Στην αντίθετη περίπτωση, που ο ασθενής εμμένει στο απαισιόδοξο στυλ, γίνεται οξύθυμος, αντικοινωνικός και το στρες του είναι έντονο και μόνιμο (Nery FG, Borba EF, Hatch JP, Soares JC, Bonfa E, Neto FL, 2007), (Peterson C, Seligman M.E, Vaillant G.E, 1988).
- 2. Αισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ.** Αυτό το στυλ βοηθά τον ασθενή να περιορίσει το στρες και συντελεί στην καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία με αποτέλεσμα την καλύτερη έκβαση της νόσου. Όταν ο ασθενής είναι αισιόδοξος ψάχνει να βρει λύσεις στα προβλήματα του με υπομονή, προσπαθώντας να μην γίνει βάρος στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον (Neville C, Fortin PR, Fitzcharles M, Baron M, Abrahamowitz M, Berger R et al, 1999).

Το ερμηνευτικό στυλ που υιοθετεί ο ασθενής απέναντι στη νόσο σύμφωνα με τους (DiMatteo M.R & Leslie R. Martin, 2011), (Singh J.A, O'Byrne M.M, Colligan R.C, Lewallen D.G, 2010) έχει τρεις **τύπους**:

- **Εσωτερικές ή εξωτερικές αποδόσεις.** Στην περίπτωση των εσωτερικών αποδόσεων το άτομο αναγνωρίζει τις προσωπικές του αδυναμίες ως αιτία της νόσου, *“μου αξίζει που υποφέρω”*, ενώ στη δεύτερη περίπτωση τα αίτια εντοπίζονται στο περιβάλλον *“το κρύο και η υγρασία με αρρώστησαν”*.
- **Σταθερές ή ασταθείς αποδόσεις.** Οι σταθερές αποδόσεις αναγνωρίζουν την ασθένεια ως μια αμετάβλητη-σταθερή κατάσταση, *“ο πόνος δεν υποχωρεί ποτέ”*, ενώ οι δεύτερες την αναγνωρίζουν ως μια πρόσκαιρη κατάσταση, *“σήμερα δε νιώθω πολύ καλά”*.
- **Σφαιρικές και καθολικές ή συγκεκριμένες και ειδικές αποδόσεις.** Στον πρώτο τύπο ο ασθενής γενικεύει τις επιπτώσεις της πάθησης του σε όλες τις πτυχές της ζωής του, *“αυτή η αρρώστια θα καταστρέψει τη ζωή μου”*, ενώ στο δεύτερο τύπο έχει περιορισμένες συνέπειες, *“δυσκολεύομαι να κινηθώ, αλλά δεν είμαι και ανάπηρος”*.

Στο απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ ο ασθενής εκφράζεται με εσωτερικές, σταθερές και σφαιρικές αποδόσεις ενώ στο απαισιόδοξο με εξωτερικές, ασταθείς και συγκεκριμένες αποδόσεις (DiMatteo M.R, 2004).

Σημαντικός είναι και ο ρόλος της **συναισθηματικής αποκάλυψης** στη διαχείριση της νόσου. Συναισθηματική αποκάλυψη καλείται η ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων, εμπειριών και προβληματισμών σε άλλους ανθρώπους, προφορικά ή γραπτά. Αυτό, όπως έδειξαν οι μελέτες, έχει θετική επίδραση στη διαχείριση της χρόνιας νόσου. Ιδιαίτερα όταν ο ασθενής ξαφνικά έρχεται αντιμέτωπος με τη διάγνωση μιας χρόνιας πάθησης, με τη λήψη μακροχρόνιας φαρμακευτικής αγωγής και τις ανεπιθύμητες ενέργειες αυτής, η συναισθηματική αποκάλυψη συμβάλλει στη συναισθηματική ισορροπία του. Στην αντίθετη περίπτωση, που δεν μπορεί να εκφράσει χωρίς περιορισμούς τα συναισθήματα του τότε φορτίζεται συναισθηματικά, εκδηλώνει έντονο στρες, οδηγείται στην κατάθλιψη κι όλο αυτό έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του (Baysal O, et al, 2011), (Doria A, et al, 2004a), (Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcchia M, Grassi W, 2009).

Πολλές μελέτες προσπάθησαν να διερευνήσουν την επίδραση της συναισθηματικής αποκάλυψης στην αντιμετώπιση μιας τόσο στρεσογόνου κατάστασης, όπως είναι η χρόνια νόσος. Όταν ο ασθενής διαγνωστεί με ένα χρόνιο νόσημα διακατέχεται από το φόβο του

θανάτου, της αβεβαιότητας και της μειονεκτικότητας έναντι των υπολοίπων. Αν καταφέρει να αποκαλύψει τις σκέψεις και τους προβληματισμούς του, τότε θα καταφέρει να περιορίσει το στρες του. Θα μπορέσει να χειριστεί καλύτερα τις δυσκολίες και να ανακαλύψει λύσεις και διεξόδους. Η συζήτηση με άλλους ανθρώπους τον βοηθά, διότι συχνά ανταλλάσσουν λόγια παρηγοριάς και στήριξης, όπως “θα τα καταφέρεις” ή “δεν είσαι μόνος” και αυτό του προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη. Συγχρόνως, μπορεί να του προσφέρει πληροφοριακή ή υλική υποστήριξη.

Στη σημερινή εποχή με τη βοήθεια της τεχνολογίας και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης ο ασθενής μπορεί να μοιραστεί το άγχος και τις ανησυχίες του με άλλους πάσχοντες και αυτό να τον κάνει να νιώσει καλύτερα (Slavin-Spenney OM, Cohen JL, Oberleitner LM, Lumley MA, 2011). Ένας άλλος τρόπος συναισθηματικής αποκάλυψης είναι η προσευχή και η εξομολόγηση. Με την προσευχή ο ασθενής εκφράζει όλα τα προβλήματα του στο Θεό και αναμένει μια λύση, ενώ στην εξομολόγηση εκμυστηρεύεται τα πάντα στον άνθρωπο, ο οποίος με τις θρησκευτικές γνώσεις που διαθέτει μπορεί να τον βοηθήσει να του δώσει ελπίδα και να μειώσει το στρες (Πορφύριος Γ., 2003), (Chen YY, Contrada RJ, 2009)

Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση του στρες μετά τη διάγνωση μίας χρόνιας νόσου είναι πολύ σημαντική. Το ιατρικό προσωπικό με τις γνώσεις που διαθέτει, εμπνέει στον ασθενή εμπιστοσύνη και σιγουριά και τον βοηθά στην ανεύρεση λύσεων στα προβλήματα του (Cosio D, Jin L, Siddique J, Mohr D.C, 2011), (Malcomson K.S, Dunwoody L, Lowe-Strong A.S, 2007).

Οι **στρατηγικές** αντιμετώπισης του στρες που ακολουθούνται από τους επαγγελματίες υγείας ταξινομούνται ως εξής:

- **Γνωσιακές:** αυτές οι στρατηγικές έχουν ως σκοπό να ελέγξουν και να τροποποιήσουν την λειτουργία της σκέψης ή των γνώσεων π.χ. γνωστική επανεκπαίδευση. Έτσι ενθαρρύνονται οι θετικές σκέψεις, που προάγουν την ευεξία και βοηθούν το άτομο να μπορέσει με αισιοδοξία και λογική να αντιμετωπίσει τα γεγονότα. Όταν το άτομο είναι προετοιμασμένο γνωστικά, τότε ο τρόπος που βιώνει το στρες είναι πιο εύκολα διαχειρίσιμος.
- **Συμπεριφοριστικές:** έχουν ως σκοπό να παρέμβουν και να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά, να διαχειριστούν το στρες και να προκαλέσουν χαλάρωση (π.χ. σωματική άσκηση, ψυχοθεραπεία). Η σωματική άσκηση αναστέλλει την απώλεια μυϊκής μάζας,

περιορίζει τον κίνδυνο πτώσεων, περιορίζει τον πόνο και μειώνει το στρες. Παρομοίως, ευεργετικά δρα και η αποφυγή του αλκοόλ και του καπνίσματος (Steeptoe A, Wardle J, Pollard T.M, Canaan L, Davies G.J, 1996).

- **Συμπεριφοριστικές και γνωσιακές:** είναι ο συνδυασμός των δυο προηγούμενων παρεμβάσεων (π.χ. τεχνικές χαλάρωσης, αλλαγή συνηθειών). Η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, ο διαλογισμός και τα προγράμματα συστηματικής απευαισθητοποίησης βοηθούν στην αντιμετώπιση του στρες. Κλινικές μελέτες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους (Astin J.A, Beckner W, Soeken K, Hochberg M.C, Berman B, 2002). Εστιάζουν στα πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, διευκολύνουν τον έλεγχο των συμπτωμάτων (πόνος, κόπωση), βοηθούν τους ασθενείς να συμμορφωθούν στις ιατρικές οδηγίες και τους ενθαρρύνουν να αναλάβουν την ευθύνη για τη φροντίδα της υγείας τους.

Αμυντικοί Μηχανισμοί Ασθενών Με Χρόνιο Νόσημα

Ο ασθενής χρησιμοποιεί σε ασυνείδητο επίπεδο διάφορους αμυντικούς μηχανισμούς για να μετριάσει την ψυχική αναστάτωση που δημιουργείται, λόγω μιας κατάστασης που τον πιέζει και στην δεδομένη στιγμή πρόκειται για τη διάγνωση τη χρόνιας νόσου (Teunissen T, 2013).

Οι αμυντικοί αυτοί μηχανισμοί είναι:

- **Η άρνηση.** Ο ασθενής δεν δέχεται τα συμπτώματα της νόσου του, με αποτέλεσμα να καθυστερεί πολύ να επισκεφτεί το γιατρό και επίσης να δυσχεραίνεται ιδιαίτερα η συνεργασία του με τους επαγγελματίες υγείας.
- **Η απόθεση και η καταπίεση.** Ο ασθενής συχνά, ενώ γνωρίζει ότι πάσχει από κάποια πάθηση δεν ασχολείται καθόλου με αυτή. Αν αυτό συμβεί σε ασυνείδητο επίπεδο λέγεται απόθεση, ενώ αν γίνει συνειδητά καταπίεση.
- **Η υπεραναπλήρωση.** Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής σταματά να ασχολείται με την νόσο του, όπως για παράδειγμα επισκέψεις στο γιατρό και θεραπεία, ενώ ασχολείται με κάποια άλλη δραστηριότητα. Για παράδειγμα, μπορεί να ασχοληθεί με πάθος με την εργασία του και να έχει αρκετές επιτυχίες. Αυτό σε ασυνείδητο επίπεδο τον βοηθά να αντιμετωπίσει την απώλεια της αυτοεκτίμησης.

- **Η προβολή.** Με τον μηχανισμό αυτό αισθήματα, που έχει ο ασθενής τα αποδίδει σε πρόσωπα του περιβάλλοντος του. Έτσι γίνεται γκρινιάρης και επιθετικός, αλλά την επιθετικότητα αυτή την αποδίδει στους άλλους κι έτσι ο ίδιος δεν νιώθει ενοχές (Fuller J., 2016).

Ο ασθενής όταν έρθει αντιμέτωπος με τη διάγνωση ενός χρόνιου νοσήματος ξεκινά έναν διαρκή και δύσκολο αγώνα, για να καταφέρει να διαχειριστεί τα αρνητικά συναισθήματα του. Οι επιλογές που έχει στις μέρες μας για να το πετύχει αυτό είναι πολλές. Οι συνηθέστεροι τρόποι παρέμβασης για την ψυχολογική υποστήριξη των χρόνια πασχόντων βασίζονται στην πληροφόρηση, στην κοινωνική υποστήριξη, στη χρήση παρεμβατικών και θεραπευτικών τεχνικών, στην οικογενειακή θεραπεία και στην παρέμβαση στο προσωπικό υγείας.

Οι παρεμβάσεις αυτές αποσκοπούν στην μείωση της δυσφορίας και των αρνητικών συναισθημάτων, στην ενίσχυση αποτελεσματικότερων στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους, στη διατήρηση της ευεξίας και της ευχαρίστησης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Όπως αναφέρθηκε ένας τρόπος ψυχοκοινωνικής παρέμβασης στη χρόνια νόσο είναι η κοινωνική υποστήριξη. Σημαντικό σε αυτά τα προγράμματα παρέμβασης είναι οι προσπάθειες κινητοποίησης για μεγαλύτερη λήψη υλικής και συναισθηματικής κοινωνικής υποστήριξης. Οι τρόποι για να γίνουν αυτά είναι τρεις: **α. κινητοποίηση των μελών της οικογένειας και των οικείων για συμμετοχή στην όλη θεραπευτική διαδικασία, β. παρακίνηση των ασθενών για συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες και γ. παραπομπή σε ατομική στήριξη για την υπέρβαση των προβλημάτων που οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση, αν αυτό είναι αναγκαίο** (Gatcher R.J & Oordt M.S, 2003).

Οι (De Ridder D, Geenen R, Kuijjer R, van Middendorp H, 2008) σε μια ανασκόπηση 35 ερευνών σε ένα μεγάλο πλήθος χρόνιων παθήσεων (άσθμα, καρκίνο, καρδιαγγειακές παθήσεις, χρόνιους πόνους, διαβήτη, ρευματοειδή αρθρίτιδα και AIDS), βρήκαν ότι οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιήθηκαν πέτυχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η κύρια μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η **γνωσιακή-συμπεριφοριστική**. Διάφορες κλινικές μελέτες, όπως των (Astin J.A, Beckner W, Soeken K, Hochberg M.C, Berman B, 2002) επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου, καθώς βοηθά τον ασθενή να ελέγξει μόνος του τα συμπτώματα του και να διαχειριστεί καλύτερα το άγχος και την κατάθλιψη, να συμμορφωθεί με τις ιατρικές οδηγίες, ενώ παράλληλα αυξάνει την δυνατότητα

πρόσβασης του σε πηγές κοινωνικής δικτύωσης. Τον ενθαρρύνει να ασχοληθεί ο ίδιος με την υγεία του, ώστε να μειωθεί η εξάρτηση του από την οικογένεια και τους επαγγελματίες υγείας και στο τέλος, βοηθά στη μείωση των δαπανών, που έχουν σχέση με την αλλαγή γιατρών και την κατάχρηση φαρμάκων.

Ψυχολογία Και Αντιδράσεις Ασθενών Με Χρόνια Ρευματικά Νοσήματα

Οι ρευματικές παθήσεις είναι χρόνια, πολυσυστηματικά νοσήματα με πλειάδα αρθρικών και εξωαρθρικών εκδηλώσεων, που έχουν σοβαρή επίπτωση στην λειτουργικότητα του ασθενή καθώς και στη σωματική και ψυχική του υγεία. Ο χρόνιος πόνος, η απώλεια της φυσιολογικής λειτουργικότητας και η αναπηρία μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχικές διαταραχές με κύριες αυτές της κατάθλιψης και του άγχους. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης και του άγχους στις ρευματικές παθήσεις είναι διπλάσιος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Ο ασθενής μόλις ακούσει από το γιατρό ότι πάσχει από ένα χρόνια ρευματολογικό νόσημα αρχίζει να κατακλύζεται από ανησυχίες και φόβους, ενώ παράλληλα μια πλειάδα ερωτημάτων γεννιούνται στο μυαλό του. Όλα αυτά που θεωρούσε δεδομένα μέχρι τώρα, παύουν να υφίστανται. Η αίσθηση ότι έχει να αντιμετωπίσει κάτι άγνωστο τον τρομάζει. Παρουσιάζει έντονη ανησυχία για τον πόνο και αν θα καταφέρει να τον αντέξει, έντονη ανησυχία για τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις (θα μπορέσει να κάνει οικογένεια), ανησυχία για τις καθημερινές δραστηριότητες, ρόλους και υποχρεώσεις (θα μπορέσει να ανταποκριθεί στην εργασία του ή στο ρόλο του ως γονέας), ανησυχία για την αντίληψη του περιβάλλοντος του (τι σκέφτονται οι άλλοι όταν τον βλέπουν να δυσκολεύεται να κάνει κάποιες δραστηριότητες) και φόβο για το θάνατο, που μπορεί να επέλθει λόγω του νοσήματος. Παράλληλα, η εκδήλωση φαινομένων κοινωνικού στιγματισμού εις βάρος του, τον φορτίζει ψυχικά και τους οδηγεί στην περιθωριοποίηση.

Η βιβλιογραφία δίνει μεγάλο εύρος αποτελεσμάτων για τα επίπεδα του άγχους στους ασθενείς με ρευματικές παθήσεις και πολλές φορές τα ευρήματα των μελετών είναι αντικρουόμενα. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά άγχους (Minnock P, et al, 2003), (Schoenfeld-Smith K, et al, 1996) απ' ότι κατάθλιψη ενώ άλλες όχι (Jansen LMA, et al, 2000), (Leigh JP, Fries JF, 1992). Γενικά στις διάφορες μελέτες τα ποσοστά άγχους

στις ρευματικές παθήσεις κυμαίνονται από 20% μέχρι 70% (Strating MM, et al, 2007), (Schoenfeld-Smith K, et al, 1996).

Οι (Chandarana PC, Eals M, Steingart AB, Bellamy N, Allen S, 1987) μελέτησαν 86 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και διαπίστωσαν ότι τα επίπεδα άγχους είναι παρόμοια με αυτά του γενικού πληθυσμού και εκτιμώνται στο 21,4%. Ανάλογα περίπου ήταν και τα αποτελέσματα της έρευνας των (Zyrianova Y, Kelly BD, Gallagher C, McCarthy C, Molloy MG, Sheehan J et al, 2006) σε 68 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, η οποία αναφέρει μια επίπτωση άγχους που φτάνει στο 17,8%. Στη μελέτη των (Odegard S, Finset A, Mowinckel P, Kvien TK, Uhlig T, 2007) σε 238 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα το ποσοστό εμφανίζεται μεγαλύτερο 20% με 30%. Στη μελέτη των (Pincus T, Griffith J, Pearce S, Isenberg D, 1996) βρέθηκε ότι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα είχαν σχεδόν τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα άγχους από τον υγιή πληθυσμό, ενώ αξιοσημείωτο είναι το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό άγχους, 70%, που βρέθηκε στην έρευνα των (El-Miedany YM, El-Rasheed AH, 2002) σε 80 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα ως χρόνια νόσος επηρεάζει τους ασθενείς σε πολλούς τομείς (εργασία, ημερήσιος χρόνος ανάπαυσης, δραστηριότητες αναψυχής, καθημερινότητα) (Albers JM, Kuper HH, van Riel PL, Prevoe ML, van't Hof MA, van Gestel AM. et al, 1999). Συχνά χάνουν την ικανότητα τους να εκτελούν καθημερινές δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα να φροντίζουν των εαυτό τους. Η νόσος εμποδίζει τον ασθενή να έχει μια φυσιολογική ζωή, να ακολουθεί τους ίδιους ρυθμούς και τις ίδιες συνήθειες που είχε πριν τη διάγνωση. Πολλοί συνταξιοδοτούνται πρόωρα ή μειώνεται η ικανότητα τους για εργασία και αυτός είναι ένας από τους λόγους που χάνουν την αυτοεκτίμηση τους, γιατί νιώθουν ότι δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα αγαθά για την οικογένεια τους και εξαρτώνται πλέον από τους άλλους. Στην αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα έχει βρεθεί ότι ο κίνδυνος για εγκατάλειψη της εργασίας λόγω αναπηρίας είναι 2–3 φορές μεγαλύτερος από ότι στο γενικό πληθυσμό (Ward MM, Reveille JD, Learch TJ, Davis JC Jr., Weisman MH, 2008).

Οι χρόνια πάσχοντες ασθενείς βλέπουν τα προβλήματα τους να αυξάνονται καθημερινά και η υγεία τους να ακολουθεί φθίνουσα πορεία. Παρά την λήψη μακροχρόνιας φαρμακευτικής αγωγής η νόσος παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις. Στην περίοδο των εξάρσεων

έχουν να διαχειριστούν και τον έντονο πόνο. Πολλές φορές αυτό είναι εξαιρετικά δύσκολο, με αποτέλεσμα να νιώθουν έντονα αδύναμοι και ανήμποροι να έχουν τον έλεγχο της κατάστασης. Εκείνες τις στιγμές ο ασθενής ψάχνει να βρει τις ψυχικές δυνάμεις, ώστε να σταθεί δυνατός απέναντι στο χρόνιο πόνο.

Οι (Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H, Lieb M, 2000) υποστηρίζουν ότι το άγχος προηγείται οποιασδήποτε άλλης ψυχικής διαταραχής και μπορεί να είναι πρόδρομος της εκδήλωσης κατάθλιψης. Με βάση αυτή τη μελέτη, η αναζήτηση συμπτωμάτων άγχους σε ασθενείς με ρευματικές παθήσεις μπορεί να διευκολύνει στην εκτίμηση για την πιθανή εκδήλωση κατάθλιψης και στην αποτροπή της εμφάνισής της. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι υπάρχει σημαντική αλληλοεπικάλυψη μεταξύ άγχους και κατάθλιψης στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, ωστόσο τα επίπεδα του άγχους είναι υψηλότερα όταν συνυπάρχει κατάθλιψη (Strating MM, Van Schuur WH, Suurmeijer TP, 2007).

Πλήθος ερευνών έχουν μελετήσει την κατάθλιψη στην ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η κατάθλιψη στην ρευματοειδή αρθρίτιδα βρέθηκε ότι σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα πόνου, μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, αυξημένη λειτουργική αναπηρία και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (Frank R.G, et al, 1988), (Abdel-Nasser A.M, et al, 1998), (McFarlane AC, Brooks PM, 1988).

Έχει γενικότερα διαπιστωθεί από τις μελέτες ότι σε γυναίκες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σημαντικοί δείκτες αναφοράς κατάθλιψης αποτελούν οι βαθμοί ανικανότητας και έντασης του πόνου. Εντούτοις, φαίνεται ότι η απώλεια καθημερινών ατομικών δραστηριοτήτων είναι πιο αξιόπιστος προγνωστικός δείκτης κατάθλιψης σε σχέση με την αυξημένη ανικανότητα. Μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης έχουν οι ασθενείς γυναίκες με ρευματοειδή αρθρίτιδα νεότερης ηλικίας. Πιθανόν αυτό να σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα άγχους και πόνου που αναφέρουν οι πιο νέες ασθενείς (Luban-Plazza B, Poldinger W, Kroger F, Boris, 1997), (Λιάππας Ι.Α, Λύκουρας Ε, Παπαδημητρίου, 2013). Οι καταθλιπτικές αυτές διαταραχές μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στις ασθενείς, ακόμη και μετά από μια αποτελεσματική θεραπεία και υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Οι (Hawley DJ, Wolfe F, 1988) βρήκαν ότι το άγχος είναι συχνό στην ρευματοειδή αρθρίτιδα. Το άγχος αποδιοργανώνει τον ασθενή, δρα επιβαρυντικά στην υγεία και την ποιότητα ζωής του. Ο ίδιος νιώθει αβοήθητος και ανήμπορος απέναντι στο νόσημα του. Αδυνατεί να διατηρήσει την ευεξία του και δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητα του. Νιώθει άγχος και φόβο, ότι τα αγαπημένα του πρόσωπα και οι φίλοι του θα τον

εγκαταλείψουν. Είναι σημαντικό να μπορέσει να διαχειριστεί το άγχος του με σκοπό την καλύτερη έκβαση του χρόνιου νοσήματος του.

Σε αντίθεση με την ρευματοειδή αρθρίτιδα, οι μελέτες που αφορούν στην κατάθλιψη σε σχέση με τη ψωριασική αρθρίτιδα και την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα είναι περιορισμένες. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην ψωριασική αρθρίτιδα αναφέρεται ότι είναι παραδόξως πιο συχνά σε σύγκριση με την ρευματοειδή αρθρίτιδα και την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, γεγονός που αποδίδεται στη ταυτόχρονη βλάβη τόσο των αρθρώσεων όσο και του δέρματος (Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcia M, Grassi W, 2009), (Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Cook RJ, 2001).

Παρόλο το μικρό τους αριθμό οι μελέτες έχουν δείξει ότι συχνά η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα συνυπάρχει με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές (Barlow JH, Macey SJ, Struthers GR, 1993) με τα πιο κοινά συμπτώματα να είναι η κατάθλιψη και το άγχος (Martindale J, Smith J, Sutton C.J, Grennan D, Goodacre L, Goodacre J.A, 2006), (Taylor A.L, Balakrishnan C, Calin A, 1998). Οι ασθενείς αυτοί, λόγω των χρόνιων πόνων στη σπονδυλική στήλη δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις επαγγελματικές και οικογενειακές τους υποχρεώσεις. Όπως είναι αναμενόμενο όλα αυτά τους προκαλούν έντονη δυσαρέσκεια και απομόνωση, αφού νιώθουν ότι κανείς δεν μπορεί να κατανοήσει το πρόβλημά τους. Γενικά από το σύνολο των μελετών φαίνεται ότι τα ποσοστά κατάθλιψης κυμαίνονται από 20% έως 31%.

Έρευνες τονίζουν ότι τα πιο συχνά ψυχιατρικά σύνδρομα που παρατηρούνται στο συστηματικό ερυθματώδη λύκο είναι οι διαταραχές της διάθεσης σε ποσοστό μεταξύ 14%-51% με την κατάθλιψη να είναι πιο συχνή 8%-39.6% (Afeltra A, Garcia P, et al, 2003), (Brey R.L, et al, 2002), (Sanna G, et al, 2003). Οι (Stoll T, Kauer Y, Buchi S, Klaghofer R, Sensky T, Villiger P.M, 2001) υποστήριξαν ότι είναι κοινή η κατάθλιψη σε ασθενείς με λύκο και τόνισαν τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας της κατάθλιψης σε αυτούς τους ασθενείς. Επίσης, οι (Kawakatsu S, Wada T, 2001) ανέφεραν ότι σε ποσοστό 30% οι ασθενείς με λύκο παρουσίαζαν καταθλιπτικά συμπτώματα και ότι η θεραπευτική παρέμβαση και η ψυχολογική υποστήριξη ήταν αποτελεσματική.

Επιπλέον, σε ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο αναφέρονται αγχώδεις διαταραχές σε υψηλά ποσοστά 6%–24%. Οι ερευνητές υποθέτουν ότι τα υψηλά ποσοστά αγχώδων διαταραχών οφείλονται στο αίσθημα ντροπής, που αναπτύσσουν αυτοί οι ασθενείς λόγω των γενικότερων δερματικών αλλοιώσεων, της αλωπεκίας, των αλλοιώσεων στο

δέρμα και της θεραπείας με γλυκοκορτικοειδή (Lindal E, Thorlacius S, Steinsson K, Stefansson JG, 1995).

Όλες οι έρευνες συγκλίνουν στο ότι τα προβλήματα που επιβαρύνουν περισσότερο τον ψυχισμό των ασθενών είναι ο πόνος, η λειτουργική ανικανότητα και το άγνωστο ή απρόβλεπτο της εξέλιξης της νόσου (Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, Ryan B, Brewin CR, Allard S, 2001), (Neville C, Fortin PR, Fitzcharles M, Baron M, Abrahamowitz M, Berger R et al, 1999). Σε μια μελέτη που ερεύνησε το μεγάλο εύρος προβλημάτων που προκαλούν οι ρευματικές νόσοι, η πλειονότητα των ασθενών ανέφερε ως την μεγαλύτερη ανησυχία τους την πιθανή μελλοντική επιδείνωση της νόσου. Αυτή η ανησυχία ήταν πιο έντονη ακόμα και από τους φόβους για τον πόνο και την αναπηρία τους (Neville C, Fortin PR, Fitzcharles M, Baron M, Abrahamowitz M, Berger R et al, 1999). Φαίνεται, λοιπόν, ότι το άγχος που προκύπτει από την απρόβλεπτη φύση και εξέλιξη της νόσου επιβαρύνει περισσότερο ψυχολογικά τον ασθενή ακόμη και σε σχέση με τις σωματικές επιπτώσεις των ρευματικών νοσημάτων.

Όπως όλα τα χρόνια νοσήματα έτσι και τα αυτοάνοσα επιδρούν στην ψυχολογία του ασθενή. Μέσω διαφόρων ερευνών, η ψυχολογία υγείας, που έχει ως αντικείμενο τη στήριξη ασθενών με χρόνια νοσήματα έχει συνοψίσει τις συχνότερες ψυχολογικές δυσκολίες των αυτοάνοσων νοσημάτων στα παρακάτω:

- Άγχος
- Εξάρσεις θυμού
- Φοβίες
- Κατάθλιψη
- Χρόνιο πόνο
- Σεξουαλικές δυσκολίες
- Διαταραχή στους οικογενειακούς ρόλους
- Κοινωνική απόσυρση
- Άρνηση για συμμόρφωση στη θεραπεία
- Δυσκολία να συνεχίζει τη ζωή με τους ρυθμούς και τις συνήθειες που είχε υιοθετήσει
- Μείωση στην ικανότητα του στον εργασιακό χώρο
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση
- Απώλεια της ευχαρίστησης που απορρέει από διαφορετικές καθημερινές δραστηριότητες

Γενικά, είναι φανερό από τις μελέτες ότι η κατάθλιψη και το άγχος είναι πολύ συχνά φαινόμενα στα ρευματικά νοσήματα. Αν και δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως ο λόγος για τον οποίο η κατάθλιψη εμφανίζεται τόσο συχνά στα ρευματικά νοσήματα, εντούτοις φαίνεται ότι σχετίζεται με λειτουργική αναπηρία, χειρότερη σχετική με την **Υγεία Ποιότητα Ζωής (HRQoL)** και φτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία (Bansback N, Harrison M, Brazier J, Davies L, Kopec J, Marra C, et al, 2008).

Το αρχικό σοκ που νιώθει ένας ασθενής όταν του πει ο γιατρός ότι πάσχει από ένα χρόνιο αυτοάνοσο νόσημα θα πρέπει σύντομα να ξεπεραστεί και να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα θέτοντας την καθημερινότητά του σε νέες βάσεις. Το να είναι ένας ασθενής αισιόδοξος για το μέλλον του μπορεί με μια πρώτη ματιά να φαίνεται απίθανο, αλλά είναι εφικτό.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένοι απέναντι στην ψυχική καταπόνηση του ασθενή με χρόνια ρευματικό νόσημα, καθώς και στα ερωτήματα που προκύπτουν από την ύπαρξη των συμπτωμάτων της νόσου. Η καλή ενημέρωση και επικοινωνία με το γιατρό του μπορεί να βοηθήσει τον πάσχοντα να αντιμετωπίζει τις αλλαγές και τις δυσκολίες με λιγότερο άγχος και απογοήτευση. Είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος του θεράποντος ρευματολόγου στο να βοηθήσει τον ασθενή να δεχτεί τη διάγνωση, να συμμορφωθεί με τις ιατρικές οδηγίες, να διαχειριστεί τα αρνητικά του συναισθήματα και να βάλει στόχους για το μέλλον του.

Όπως, ήδη αναφέρθηκε είναι σημαντική η συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης στη διαχείριση του στρες και των διαταραχών που προκαλεί η νόσος. Σε μια μελέτη των (Da Costa D, Clarke A.E, Dobkin P.L, Senecal J.L, Fortin P.R, Danoff D.S & Esdaile J.M, 1999) που ερεύνησαν την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ικανοποίηση ασθενών με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο από την ιατρική φροντίδα που τους παρέχετε, βρέθηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι ένα βασικό μέσο πρόβλεψης της ικανοποίησης των ασθενών. Σε μια άλλη έρευνα των (Benka J, Nagyova I, Rosenberger J, Calfova A, Macejova Z, Middel B, Lazurova I, van Dijk J.P & Groothoff J.W, 2012) σε 176 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα βρέθηκε ότι η υψηλή συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας. Επίσης, σε μία άλλη μελέτη, των (Pitsilka D.A, Kafetsios K & Niakas D, 2015) σε δείγμα 127 ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, βρέθηκε ότι η ποιότητα της κοινωνικής υποστήριξης σχετίζεται σημαντικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Εν κατακλείδι, είναι επιτακτική η ανάγκη για τον κάθε ρευματοπαθή η ψυχολογική του υποστήριξη, τόσο σημαντική όσο και η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, που του παρέχεται. Ο ψυχολογικός παράγοντας μπορεί να έχει σχέση με την εκδήλωση ενός ρευματικού νοσήματος. Ίσως, δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι η πρώτη εκδήλωση μιας ρευματικής πάθησης εμφανίζεται μετά από πρόσφατο στρες, όπως απώλεια θέσης εργασίας ή αγαπημένου προσώπου. Παράλληλα, οι ασθενείς αυτοί όταν πιέζονται ψυχολογικά παρουσιάζουν έξαρση του νοσήματος τους. Επομένως, η καλή ψυχολογία δρα ως καταλύτης στην θεραπεία. Ο ασθενής πρέπει να βοηθηθεί, να συνθηκολογήσει με το νόσημα του, να συνειδητοποιήσει ότι είναι κάτι που θα κουβαλάει για μια ζωή και να πειστεί ότι, αποβάλλοντας το άγχος και τις φοβίες του, θα μπορέσει να διακρίνει την ελπίδα για το μέλλον του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Εννοιολογικό περιεχόμενο της ποιότητας ζωής

Είναι έντονο το ενδιαφέρον των επιστημόνων στο χώρο της υγείας τα τελευταία χρόνια για την έννοια της ποιότητας ζωής. Μάλιστα σήμερα χρησιμοποιείται ως ένας δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών πράξεων και ερευνάται κυρίως σε χρόνια πάσχοντες ασθενείς.

Η ποιότητα ζωής είναι ένας γενικότερος όρος που έχει χρησιμοποιηθεί από όλους τους κλάδους των επιστημών (Υφαντόπουλος I., 2001), (Huber M, Vogelmann M & Leidl R, 2018). Στο επίκεντρο της διεθνούς βιβλιογραφίας βρίσκονται όροι όπως “ποιότητα ζωής” (quality of life), “ευημερία” (well being) ή “καλή ζωή” (good life). Ο ορισμός, όμως, της ποιότητας ζωής είχε απασχολήσει και τους αρχαίους φιλοσόφους. Η πρώτη αναφορά έγινε από τον Αριστοτέλη, όπου με τη λέξη “ευδαιμονία” προσπάθησε να ερμηνεύσει διεξοδικότερα την έννοια ποιότητα ζωής. Στα Ηθικά Νικομάχεια Α, κεφ. 4 αναφέρει: “*οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν, διότι τόσο το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι λένε ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής και η ευημερία είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία*”.

Ο όρος εμφανίστηκε ξανά μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, όπου λόγω της οικονομικής ανάπτυξης η έννοια ταυτίστηκε με την ύπαρξη υλικών αγαθών και χρήματος. Αργότερα στην δεκαετία του '60 το περιεχόμενο του όρου περιλαμβάνει την εκπαίδευση, την υγεία και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση, ενώ στην δεκαετία του '70 δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη συναισθηματική και ψυχο-κοινωνική ισορροπία και ευεξία.

Το 1946 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας - Π.Ο.Υ εντάσσει την ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας και ορίζει την υγεία ως “*φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας*”. Στη συνέχεια το 1991 ο ΠΟΥ κάνει τη συγκεκριμένη αναφορά για την ποιότητα ζωής “*... όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό της υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωές που τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά*” (WHO - Euro, 1991).

Ο ευρύτερος όρος “**ποιότητα ζωής**” ορίστηκε το 1995 πάλι από τον ΠΟΥ, ως “*η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών που ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του*” (The WHOQOL Group, 1995). Με βάση τον πιο πάνω ορισμό η ποιότητα ζωής αφορά όχι μόνο την απουσία νόσου ή αναπηρίας αλλά την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Είναι μια έννοια ευρύτερη που επηρεάζεται από τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, τις προσωπικές του πεποιθήσεις, τις κοινωνικές του σχέσεις και γενικότερα τις σχέσεις με το περιβάλλον (Καραδήμας Ε, 2005), (Lee Sun-Young, Lee Heon-Jeong, Kim Yong-Ku, Kim Seung-Hyun, Kim L. Lee, Min Soo, Joe Sook-Haeng, Jung In-Kwa, Suh Kwang-Yoon & Kim Hyung-Kyu, 2004).

Είναι πάντως βέβαιο ότι πρόκειται για ένα πολυσύνθετο κοινωνικό φαινόμενο. Η πλειοψηφία συμφωνεί ότι δεν πρόκειται για μια μονοδιάστατη κατάσταση αλλά περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις:

- την ψυχολογική
- την κοινωνική
- την επαγγελματική και
- τη σωματική διάσταση

Ψυχολογική διάσταση

A. Άγχος και κατάθλιψη

Ο πρώτος που μίλησε για τη σπουδαιότητα της ολιστικής φροντίδας ήταν ο Πλάτωνας, ο οποίος αναφέρει: “*όπως δεν προσπαθούμε να φροντίσουμε τα μάτια αγνοώντας το κεφάλι ή το κεφάλι αγνοώντας το υπόλοιπο σώμα ομοίως πρέπει να συμβαίνει και με την ψυχή*”. Είναι πολύ σημαντικό να ανιχνευθεί, αν ο ασθενής πάσχει από άγχος και κατάθλιψη και να αντιμετωπιστεί, ώστε να προσαρμοστεί στη νόσο του και να δεχτεί τα νέα δεδομένα.

Σύμφωνα με τους (Fallowfield L J, Hall A, 1991) οι ασθενείς μπορεί να χρειαστούν θεραπεία συμπεριφοράς ή φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία των ψυχολογικών τους προβλημάτων. Με τη θεραπεία συμπεριφοράς βοηθάμε το άτομο να αλλάξει τον τρόπο σκέψης και να αντιμετωπίσει το άγχος του.

B. Αποδοχή της νόσου

Είναι πολύ σημαντικό ο ασθενής να αποδεχτεί το νόσημα του, ώστε να μπορέσει να το αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Υπάρχουν ασθενείς που δεν είναι σε θέση να το αντιμετωπίσουν από μόνοι τους και χρειάζονται τη στήριξη των δικών τους ανθρώπων και των επαγγελματιών υγείας. Αλλά, υπάρχουν και άνθρωποι που από μόνοι τους με περίσσιο κουράγιο, αξιοπρέπεια και χιούμορ αντιμετωπίζουν τον πόνο, την αναπηρία ακόμη και το θάνατο (Fallowfield L J, Hall A, 1991).

Η καλή ψυχολογία βοηθά το άτομο να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει κάθε σωματική απειλή. Η καλή συναισθηματική κατάσταση συνδέεται απόλυτα με τη σωματική και αυτό συντελεί στην καλύτερη ποιότητα ζωής.

Κοινωνική διάσταση

A. Κοινωνικές σχέσεις

Οι χρόνια πάσχοντες ασθενείς συχνά κυριεύονται από το φόβο ότι οι φίλοι και οι συγγενείς τους θα τους εγκαταλείψουν, μόλις πληροφορηθούν τη διάγνωση. Η υποστήριξη του φιλικού και οικογενειακού περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντική σε αυτές τις περιπτώσεις.

Δυστυχώς στις περισσότερες κλίμακες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής ασχολούνται καθόλου ή ελάχιστα με τις κοινωνικές σχέσεις. Ωστόσο, οι (Cella DF, Tulsky DS, Cray G, et al, 1993) υποστηρίζουν ότι “η κοινωνική διάσταση έχει πολύ μεγάλη σημασία για τον ασθενή που προσπαθεί να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει τη νόσο”. Ο ασθενής με χρόνιο νόσημα, για να νιώσει καλά και για να μπορέσει να διατηρήσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής θα πρέπει να έχει κοινωνική στήριξη, να έχει δίπλα του την οικογένεια και τους φίλους του και να μπορεί να διατηρήσει τις δραστηριότητες τις καθημερινότητας του.

B. Σεξουαλικές σχέσεις

Όταν ο ασθενής διαγιγνώσκεται με μια χρόνια πάθηση, διακατέχεται από ένα έντονο φόβο απώλειας του ερωτικού του συντρόφου.

Συχνά οι ασθενείς αρνούνται τη σωματική επαφή λόγω των προβλημάτων και των αναπηριών που παρουσιάζουν, λόγω της νόσου και αυτό τελικά εκδηλώνεται ως σοβαρή

κατάθλιψη. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται η υποστήριξη του συντρόφου και η ανεύρεση νέων τρόπων έκφρασης της αγάπης, όπως αναφέρουν οι (Fallowfield L J, Hall A, 1991).

Επαγγελματική διάσταση

Η εργασία αποτελεί το βασικό μέσο, για να προσφέρει το άτομο οικονομική βοήθεια στην οικογένεια του. Όταν το άτομο αρρωσταίνει δεν είναι σε θέση να προσφέρει τα απαραίτητα για την οικογένεια του και εξαρτάται από άλλους. Αυτό το οδηγεί στο να χάσει την αυτοεκτίμησή τους. Ειδικά στην περίπτωση ατόμων με χρόνια νοσήματα η απουσία για μεγάλο διάστημα από την εργασία κάνει πιο έντονη την εξάρτηση και την απώλεια αυτοεκτίμησης με αποτέλεσμα να αυξάνεται το άγχος και η κατάθλιψη (Fallowfield L J, Hall A, 1991).

Σωματική διάσταση

Όταν λέμε σωματική κατάσταση, εννοούμε τη σωματική λειτουργία και μία από τις κύριες εκδηλώσεις που περιλαμβάνει είναι ο πόνος. Ο πόνος είναι το κύριο σύμπτωμα, που οδηγεί το άτομο να αναζητήσει βοήθεια από κάποιον επαγγελματία υγείας.

Ο χρόνιος πόνος έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση του ατόμου, κυρίως λόγω της επίδρασης του στην κινητικότητα, και συνοδεύεται συνήθως από άγχος. Ο Fallowfield υποστηρίζει ότι *“ο φόβος του πόνου δε χειροτερεύει μόνο τον πόνο αλλά μπορεί να είναι χειρότερος ακόμη και από τον ίδιο τον πόνο.”*

Η **έννοια** της ποιότητας ζωής δεν έχει καθοριστεί με ένα συγκεκριμένο τρόπο και βρίσκεται σε μια διαδικασία εξέλιξης. Η κάθε επιστήμη, όπως οι επιστήμες υγείας, η ανθρωπολογία, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία, η οικονομική επιστήμη και άλλες επιστήμες την ορίζουν με διαφορετικό τρόπο και τη βλέπουν από τη δική τους σκοπιά.

Οι **βασικές προσεγγίσεις** για την έννοια της ποιότητας ζωής είναι τέσσερις:

- Η πρώτη είναι η **επιδημιολογική ή βιοϊατρική**, η οποία εστιάζει στην κατηγοριοποίηση των ασθενών σύμφωνα με τα συμπτώματα της κάθε ασθένειας, ενώ παράλληλα εξετάζει και τις διαφορετικές περιπτώσεις θεραπείας.
- Η δεύτερη είναι η **λειτουργική ή δυσλειτουργική**, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως προέκταση της πρώτης προσέγγισης, καθώς εστιάζεται στην μέτρηση της επίδρασης

των βιοϊατρικών συνθηκών ή των δυσλειτουργικών καταστάσεων της υγείας στις ικανότητες και τις αισθήσεις των ατόμων, που αφορούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

- Η τρίτη είναι η **πολιτιστική**, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως προέκταση των δυο πρώτων προσεγγίσεων και αφορά το στιγματισμό που δέχονται από την κοινωνία τα άτομα με μια συμπεριφορά που αποκλίνει από τη φυσιολογική.
- Η τέταρτη είναι η **οικονομική**, όπου θεωρεί ως βασικό θεμέλιο τη θεωρία της ωφελιμότητας για τον ορισμό και τη μέτρηση της “καλής ζωής”.

Οι κοινωνικές επιστήμες δίνουν έμφαση στην έννοια της **ευεξίας**. Η ευεξία δεν αφορά μόνο τη σωματική υγεία αλλά τη γενικότερη κατάσταση του ατόμου σε όλες τις διαστάσεις (σώμα, ψυχή, πνεύμα). Σύμφωνα με τους (Fallowfield L J, Hall A, 1991) η ποιότητα ζωής έχει τρεις **βασικές διαστάσεις**:

- α) τη σωματική ευεξία** όπου εκτιμάται η κατάσταση της υγείας του ατόμου και συγκεκριμένα εξετάζεται ο πόνος, η νοσηρότητα και το επίπεδο της σωματικής λειτουργίας
- β) την ψυχική ευεξία** που αφορά την εκτίμηση της ψυχοσυναισθηματικής προσαρμοστικότητας του ατόμου με βάση τις κλίμακες για την αυτοεκτίμηση, τη συνολική ικανοποίηση, αλλά και το άγχος, την κατάθλιψη και την ικανότητα προσαρμογής
- γ) την κοινωνική ευεξία** που σχετίζεται με τη γενικότερη ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική στήριξη από το στενό του περιβάλλον, φίλους και οικογένεια, (Fallowfield L J, Hall A, 1991)όπως αναφέρετε από (Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ, 1995), (Σαρρής Μ., 2001).

Σύμφωνα με τη θεωρία της **κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών** (social production functions theory) η υγεία αποτελεί έναν από τους παράγοντες (κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς, ψυχολογικούς) που προσδιορίζει την ποιότητα ζωής. Με βάση αυτή τη θεωρία “η ποιότητα ζωής εννοείται ως ψυχολογική ευεξία, η οποία ενυπάρχει στο σημείο εκείνο όπου οι πρωταρχικές ανάγκες (σωματική και κοινωνική ευεξία) πληρούνται” (Σαρρής Μ., 2001). Η ικανοποίηση αυτών των αναγκών επιτυγχάνεται με τη συμμετοχή σε δραστηριότητες. Στην περίπτωση της σωματικής ευεξίας η ικανοποίηση επιτυγχάνεται μέσα από δραστηριότητες που οδηγούν στην ενεργητικότητα - εγρήγορση του σώματος και στην εσωτερική και εξωτερική καλή βιολογική κατάσταση του ατόμου, ενώ η κοινωνική ευεξία

επιτυγχάνεται με δραστηριότητες που παράγουν συναίσθημα, κοινωνική θέση και αναγνώριση.

Με βάση αυτή τη θεωρία η επίτευξη λειτουργικών στόχων και η ικανοποίηση αναγκών επηρεάζεται από τα συμπτώματα και τις αναπηρίες που προκαλεί η ασθένεια. Οι αναπηρίες αυτές επιδρούν στην ποιότητα ζωής, λόγω μείωσης του εύρους των λειτουργιών και των δραστηριοτήτων. Μακροπρόθεσμα οι αναπηρίες δρουν στη μείωση της ικανότητας αναπλήρωσης των λειτουργικών στόχων. Η ικανότητα αυτή εξαρτάται από τη δυνατότητα εύρεσης εναλλακτικών στόχων από κάθε άτομο, η οποία διαμορφώνεται από τις ανάγκες, αξίες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του. Στην περίπτωση που το άτομο διαθέτει μεγάλο αριθμό εναλλακτικών στόχων, τότε η απώλεια των δραστηριοτήτων επηρεάζεται ελάχιστα και μπορεί να αντιμετωπίσει με μεγαλύτερη ευκολία τις σωματικές αναπηρίες. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται και από μελέτες για την ποιότητα ζωής χρόνιων ασθενών. Στα χρόνια νοσήματα η πλειοψηφία των ασθενών, λόγω των απωλειών και αναπηριών κινείται προς την κατεύθυνση παραγωγής πολλών λειτουργιών για την αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων. Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις, όπου το άτομο αδυνατεί να αναπληρώσει την απώλεια ενός παράγοντα ποιότητας ζωής και έτσι οδηγείται σε μικρότερη κοινωνική και σωματική ευεξία.

Συμπεραίνουμε ότι η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια ευρεία, υποκειμενική με πολλαπλές διαστάσεις που καθιστούν αδύνατο τον ακριβή ορισμό της. Για να διαχωριστεί η γενική έννοια της ποιότητας ζωής, από την ποιότητα ζωής που αφορά αποκλειστικά θέματα υγείας, γεννήθηκε ο όρος “**σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής**” (Health-Related Quality of Life/HRQoL).

Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Και ο όρος αυτός περιέχει ασάφειες και τα στοιχεία που τον συνθέτουν ποικίλουν στις διάφορες μελέτες. Γενικά, περιλαμβάνει στοιχεία όπως η υγεία, οργανικά συμπτώματα, συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική κατάσταση, καθώς και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου (Fayers PM, Machin D, 2000).

Ο όρος πρώτο-χρησιμοποιήθηκε από τον (Schipper H, 1990) και αναφέρεται στην επίδραση του νοσήματος στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση του ατόμου και

πως αυτό αντιμετωπίζεται από τον ίδιο τον ασθενή. Συνεπώς, η έννοια αυτή δεν περιλαμβάνει μόνο τα σωματικά συμπτώματα, αλλά προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση του ατόμου (Kulczycka L, Sysa-Jedrzejowska A & Robak E, 2010).

Τα τελευταία χρόνια αποτελεί έναν ευρέως χρησιμοποιούμενο δείκτη έκβασης των νοσημάτων, αλλά και αποτελεσματικότητας διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την Σχετική με την Υγεία Ποιότητα Ζωής ως *“την υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της οποίας ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους.”*

Ο όρος έχει τρεις **βασικές διαστάσεις** :

- *Την υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης, σωματικής και ψυχικής, του ατόμου*
- *Την επίδραση της κατάστασης της υγείας στην λειτουργικότητα του*
- *Τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι, ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής του (Kaplan R.M, Bush J.W, 1982).*

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει για τους επιστήμονες υγείας τα τελευταία χρόνια η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Αυτό οφείλεται στις σύγχρονες ιατρικές ανακαλύψεις και στην εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, με τη βοήθεια των οποίων παρουσιάζεται αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και του μέσου όρου ζωής. Οι επιστήμονες, όμως, αναρωτιούνται αν αυτά τα επιπλέον χρόνια είναι ποιοτικά με καλή υγεία, χωρίς ασθένειες ή αυτά τα χρόνια ακολουθούνται από χρόνια νοσήματα ειδικά σε μεγάλες ηλικίες. Η διατήρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι ένας πολύ σημαντικός στόχος σε ασθένειες, όπου δεν υπάρχει ουσιαστική θεραπεία, αλλά η ιατρική παρέμβαση αποσκοπεί στον έλεγχο των συμπτωμάτων και την βελτίωση της πορείας της νόσου.

Αποτελεί τη πιο συχνή μέθοδο εκτίμησης της υγείας ιδιαίτερα στην περίπτωση των χρόνιων παθήσεων. Μετρά τις επιπτώσεις της νόσου και το βαθμό που η σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευεξία επηρεάζεται από τη νόσο και την παρεχόμενη θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή.

Σύμφωνα με τον Bullinger *“η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία διαμορφώνεται κυρίως από τη λειτουργικότητα του ατόμου, τις γνώσεις για τη νόσο, τη χρήση των υπηρεσιών*

υγείας, το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα του ατόμου, την ικανότητα προσαρμογής του, το μορφωτικό επίπεδο και την οικονομική και την ψυχολογική του κατάσταση” (Bullinger M., 1991), (Bullinger M, Anderson R, Celia D, Aaronson N, 1999).

Δύο είναι οι βασικοί λόγοι που καθιστούν σημαντική την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Καταρχήν, όπως ήδη αναφέρθηκε αποτελεί σημαντικό μέτρο εκτίμησης των επιπτώσεων των χρόνιων νοσημάτων. Για παράδειγμα, τα εργαστηριακά ευρήματα μιας νόσου παρέχουν σημαντικές πληροφορίες στο γιατρό, αλλά είναι περιορισμένου ενδιαφέροντος για τον ασθενή. Συχνά, η συσχέτιση τους με την λειτουργική ικανότητα και την ευεξία του ασθενή, τομείς που ενδιαφέρουν τον ασθενή και είναι ζωτικής σημασίας για εκείνον, είναι φτωχή. Ένας δεύτερος λόγος είναι το πολύ συχνό φαινόμενο, δυο ασθενείς με τα ίδια κλινικά χαρακτηριστικά να ανταποκρίνονται με τελείως διαφορετικό τρόπο στη νόσο (Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL., 1993).

Η υγεία και η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες (Σαρρής Μ., 2001):

- **Κοινωνικό-οικονομική δομή και λειτουργία κοινωνίας:** τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
- **Οικονομικό-πολιτικοί παράγοντες:** επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- **Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες:** τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.
- **Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες:** ήθη και έθιμα, επίπεδο αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.
- **Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες:** επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.
- **Γεωφυσικοί παράγοντες:** φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.
- **Δημογραφικοί παράγοντες:** ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ.

- **Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες:** επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον των ερευνητών και των επαγγελματιών υγείας για τις επιδράσεις των χρόνιων νοσημάτων στην ποιότητα ζωής. Από την πλευρά των ερευνητών αυτό που τους ενδιαφέρει είναι κυρίως η ικανότητα των ασθενών για τις καθημερινές τους δραστηριότητες και όχι μόνο οι υποκειμενικές εκτιμήσεις για την κατάσταση τους. Από την άλλη πλευρά οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις ενδιαφέρονται τόσο για τις πιθανότητες να επιβιώσουν από το νόσημα τους όσο και για την ποιότητα της ζωής τους (Hill J., 2006), (Devins GM, Blinik YM, Hutchinson TA, et al, 1983). Μελέτες δείχνουν ότι η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα είναι φτωχότερη έναντι του γενικού πληθυσμού (Wiland P, Maciazek-Chyra B, 2012), (van Eijk-Hustings Y, Tubergen A, Bostrom C et al, 2012), (Hellenic Journal Of Nursing, 2017). Σε αυτούς τους ασθενείς η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από καταστάσεις μειωμένης λειτουργικότητας, από καταστάσεις εξάρτησης από βοηθήματα ή συσκευές υποστήριξης και από παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, βασικό ρόλο μπορεί να παίζουν και οι προσδοκίες των ατόμων για τη βελτίωση της υγείας τους, οι ευκαιρίες που τους δίνονται από τον κοινωνικό περίγυρο για τη βελτίωση αυτής και γενικά οι πολιτικές υγείας που ακολουθεί το κάθε σύστημα και που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τις συνθήκες διαβίωσης τους.

Ποιότητα ζωής στις χρόνιες ασθένειες

Η συχνότητα εμφάνισης των χρόνιων ασθενειών τα τελευταία χρόνια έχει ανοδική πορεία. Στις χρόνιες ασθένειες η ποιότητα ζωής επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό. Οι αλλαγές που έχει να αντιμετωπίσει σωματικά και ψυχικά ο ασθενής είναι ξαφνικές. Βλέπει απότομα μια αλλαγή στην εικόνα του, στην σωματική του κατάσταση, στη λειτουργικότητα του με αποτέλεσμα να χάνει τον έλεγχο και να μην μπορεί να διαχειριστεί την πάθηση του. Ένας ασθενής που βιώνει μια τέτοια κατάσταση είναι σίγουρο ότι θα χρειαστεί μεγάλη βοήθεια για να μπορέσει να προσαρμοστεί και να την αντιμετωπίσει (Arcila-Arango JC, Castro-Sanchez M., Espoz-Lazo S, Cofre-Bolados C, Zagalaz-Sanchez ML, Valdivia-Moral, 2020). Σύμφωνα, με τον (Σαρρής Μ., 2001) όσες προσπάθειες κι αν γίνουν η

χρόνια ασθένεια δεν θεραπεύεται και ο στόχος της θεραπείας είναι η εξασφάλιση μιας “φυσιολογικής ζωής και ποιότητας ζωής”.

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι οι χρόνια πάσχοντες ασθενείς διατρέχουν ένα συνεχή κίνδυνο επιδείνωσης της υγείας τους, μείωσης της λειτουργικής τους ικανότητας και μείωσης της ποιότητας ζωής (Megari K., 2013), (Edelstein K., Coate L., Massey C et al, 2016).

Η βιβλιογραφία για την ποιότητα ζωής έχει πολλά ερωτήματα να απαντήσει, όπως για παράδειγμα “μπορεί η χρόνια ασθένεια να βλάψει πραγματικά την ποιότητα ζωής ενός ασθενή;”, “μπορούν οι ιατρικές θεραπείες να τη βελτιώσουν;”, “ποιοι παράγοντες την μειώνουν ή την αυξάνουν;” Είναι πολλοί οι παράγοντες, που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και είναι δουλειά των ερευνητών να τους επισημάνουν. Μερικοί από αυτούς που αποδεδειγμένα την επηρεάζουν είναι η γενική υγεία, οι μακροχρόνιες ασθένειες και η λειτουργική ικανότητα, η ικανοποίηση από το περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης, η συμμόρφωση των ασθενών με τις εντολές του γιατρού, η ηλικία, το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η κοινωνική υποστήριξη. Συγκεκριμένα, συμπτώματα της χρόνιας νόσου, όπως η κατάθλιψη, η δυσφορία, η φυσική κατάσταση και η λειτουργικότητα επισημάνθηκαν από μελέτες ότι επηρεάζουν έντονα και την ποιότητα ζωής.

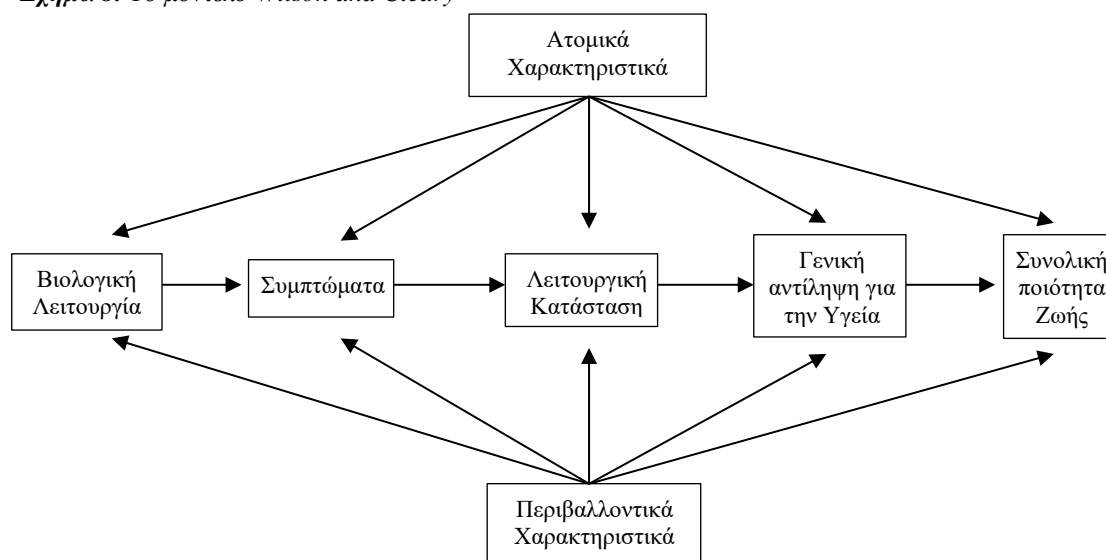
Η επιδείνωση της ποιότητας ζωής ενός αρρώστου και το πλήθος των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που ο ίδιος βιώνει εκφράζεται, συνήθως, στο στάδιο της διάγνωσης και στο στάδιο της θεραπείας της χρόνιας νόσου. Ο ασθενής, που διαγιγνώσκεται ότι πάσχει από ένα χρόνιο νόσημα πρέπει να μάθει να “ζει” με την πάθηση του, με την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξη της, το φόβο ότι θα χάσει τον έλεγχο του σώματος και των λειτουργιών του, το φόβο ότι θα πεθάνει, το φόβο ότι θα τον απορρίψει το κοινωνικό περιβάλλον και ιδιαίτερα το φόβο ότι θα τον εγκαταλείψει το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον, τον κοινωνικό στιγματισμό και τις πιθανές επιπλοκές των θεραπειών.

Είναι φανερό ότι οι χρόνιες ασθένειες επηρεάζουν όλες τις πτυχές της ζωής του ασθενή. Ο οργανισμός ξαφνικά έχει να αντιμετωπίσει μια σειρά συμπτωμάτων, που οδηγούν με τη σειρά τους σε σημαντικές αλλαγές στην καθημερινή τους ζωή, αφού χρειάζεται να λαμβάνουν συστηματικά αγωγή, να κάνουν συχνά εξετάσεις και εισαγωγές σε νοσοκομεία. Συγχρόνως, και η ψυχική του ισορροπία διαταράσσεται αφού ξαφνικά δεν μπορεί να ελέγξει το σώμα του και εξαρτάται από άλλους. Όλα αυτά μειώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής. Κάποιες μελέτες μάλιστα δείχνουν ότι το χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σχετίζεται άμεσα με τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών (Lam CL, Lauder IJ, 2000). Αν

και ο κύριος στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και η βελτίωση της λειτουργικότητας, είναι ωστόσο σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη και ο αντίκτυπος τους στην ποιότητα ζωής.

Οι (Wilson I.B, Cleary PD, 1995) περιγράφουν ένα εννοιολογικό μοντέλο της HRQoL, που παρέχει μια θεωρητική προσέγγιση της πολυδιάστατης αυτής έννοιας και ενσωματώνει βιολογικές και ψυχολογικές πτυχές. Αυτό το μοντέλο έχει εφαρμοστεί ευρέως σε διαφορετικούς πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων ασθενών με καρκίνο, αρθρίτιδα, νόσο του Πάρκινσον και HIV. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο οι πέντε βιολογικοί και ψυχολογικοί βασικοί τομείς του συστήματος επηρεάζουν ο ένας τον άλλον σε γραμμική πορεία. Δηλαδή, οι βιολογικές λειτουργίες επηρεάζουν άμεσα την κατάσταση των συμπτωμάτων, η οποία επηρεάζει άμεσα τη λειτουργική κατάσταση, η οποία επηρεάζει άμεσα τις γενικές αντιλήψεις για την υγεία, η οποία επηρεάζει τελικά τη συνολική HRQoL όπως γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή. Έξω από αυτόν τον πυρήνα υπάρχουν ακόμη δύο παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν όλους τους τομείς, τα ατομικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος.

Σχήμα 8: Το μοντέλο Wilson and Cleary



(Wilson I.B, Cleary PD, 1995)

Για να μπορέσει ο ασθενής να ανταπεξέλθει στις ανάγκες της χρόνιας ασθένειας πρέπει να ενεργοποιήσει κάποιες στρατηγικές. Οι στρατηγικές αυτές για να είναι αποτελεσματι-

κές θα πρέπει να προάγουν τη λειτουργία του ασθενή σε βασικούς ρόλους της καθημερινότητας και να μειώσουν το άγχος και τη δυσφορία (Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ, 1995), (Βαλάσση-Αδάμ Ε., 2001).

Η εκτίμηση του αντίκτυπου των χρόνιων ασθενειών στην ποιότητα ζωής είναι απαραίτητη για τον καλύτερο σχεδιασμό και κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης με στόχο μια καλύτερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία. Στη σύγχρονη εποχή αποτελεί ένα σημαντικό στόχο στη θεραπεία και ένα δείκτη επιτυχίας των υγειονομικών παρεμβάσεων. Για παράδειγμα, σε ένα χρόνιο νόσημα όπως είναι η οστεοαρθρίτιδα οι ιατρικές παρεμβάσεις επιδρούν σημαντικά στη μείωση της αναπηρίας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αλλά έχουν μικρή επίδραση στη θνησιμότητα (McGree H.M, 2001).

Οι πληροφορίες που παρέχουν οι ερευνητές για τις επιπτώσεις των χρόνιων ασθενειών στην ποιότητα ζωής μπορούν να στρέψουν ακόμα περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας προς τον ασθενή (Staquet MJ, Hays RD, Fayers PM, 1998). Η έρευνα της HRQoL σε χρόνιες παθήσεις είναι απαραίτητη για τη δημιουργία των κατάλληλων παρεμβάσεων, που θα ενισχύσουν τις δράσεις της δημόσιας υγείας για τη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών (Matcham F, Scott IC, Rayner L, et al., 2014).

Οι (Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, et al, 2003) προτείνουν ότι:

“η έρευνα για τις αξίες των ανθρώπων, δείχνει ότι οι άνθρωποι σε μια κοινωνία μοιράζονται ένα κοινό σύνολο βασικών αξιών, αν και αυτές διαφέρουν ως προς τη σχετική τους σημασία για άτομα και διαφορετικές κοινωνικές ομάδες. Οι αξίες των ανθρώπων περιλαμβάνουν την ικανοποίηση των προσδοκιών του παρελθόντος, την ικανότητα αντιμετώπισης, την ανεξαρτησία και τον έλεγχο, την υγεία, τις σχέσεις με τους άλλους, την εργασία, τα οικονομικά, το βιοτικό επίπεδο και τις δραστηριότητες αναψυχής. Ένας σημαντικός στόχος υγειονομικής περίθαλψης τα ενισχύει όλα αυτά και συμβάλλει στην αύξηση της διάρκειας ζωής, διατηρώντας παράλληλα ένα βέλτιστο επίπεδο HRQoL κάτι που δεν είναι μόνο πρωταρχικό μέλημα των ασθενών, των οικογενειών τους και των κλινικών ιατρών, αλλά έχει επίσης παγκόσμιο πολιτικό ενδιαφέρον” (Austin S, Qu H, Shewchuk RM, 2012).

Δείκτες της ποιότητας ζωής στα ρευματικά νοσήματα

Όπως ήδη αναφέρθηκε ο όρος της ποιότητας ζωής είναι δύσκολο να ερμηνευτεί με έναν μόνο ορισμό. Η έννοια αυτή αξιολογείται από οικονομικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και

ιατρικές επιστήμες με αποτέλεσμα να δίνονται διαφορετικοί ορισμοί και να είναι πολλαπλοί οι μέθοδοι αξιολόγησης. Η ποσοτικοποίηση της ποιότητας ζωής είναι αρκετά δύσκολη, καθώς πολλά από τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται έχουν μέτρια αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Προκειμένου να αξιολογηθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQoL) χρησιμοποιούνται ειδικά σταθμισμένα ερωτηματολόγια, που χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Υπάρχουν τα γενικά ερωτηματολόγια μέτρησης της ποιότητας ζωής και τα ειδικά ερωτηματολόγια για συγκεκριμένες νόσους (Patrick D & Deyo R, 1989). Κάποια από τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη ασθενών με χρόνια νοσήματα είναι ο δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski, ο δείκτης Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής του Katz, ο δείκτης Ποιότητας Ζωής του Spitzer, το ερωτηματολόγιο της επισκόπησης της Υγείας του Nottingham, της επισκόπησης Υγείας EQ-15D / EuroQol, ο δείκτης Λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κ.α.

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ρευματοπαθών και ειδικότερα για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα **εργαλεία** τα οποία αναφέρονται παρακάτω:

1. Αξιολόγηση του πόνου

Από τις πιο γνωστές κλίμακες αξιολόγησης του πόνου είναι οι κλίμακες οπτικού αναλόγου (**Visual Analogue Scale/VAS**), οι οποίες αποτελούνται κατά κανόνα από μια ευθεία γραμμή, μήκους συνήθως 10 cm. Στα αριστερά του σήματος "0" εμφανίζεται η ένδειξη "δεν υπάρχει κανένας πόνος" και στα δεξιά του "10" - "πόνος όσο χειρότερος θα μπορούσε να είναι". Ο ασθενής καλείται να τοποθετήσει ένα σημάδι στο σημείο της γραμμής που κατά τον ίδιο αντιπροσωπεύεται καλύτερα η ένταση της αξιολογούμενης διάστασης, με γνώμονα την απόσταση του σημείου από τα δύο άκρα.

2. Συνολική εκτίμηση της ενεργότητας της νόσου από τον ασθενή

Patient's Global Assessment of Disease Activity (PtGA)

Ανάλογα με τον τύπο βαθμολογίας που χρησιμοποιείται, το PGA μπορεί να κυμαίνεται από 0-100mm, αν και συχνά αναφέρεται από 0-10cm. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν υψηλότερο επίπεδο δραστηριότητας νόσου ή χειρότερη γενική υγεία. Ο προτεινόμενος ορισμός της "χαμηλής γενικής αξιολόγησης" είναι κάτω από 2 (κλίμακα 0-10).

3. Εκτίμηση κόπωσης - Fatigue (FAS)

Η κόπωση εμφανίζεται συχνά στις χρόνιες παθήσεις και θεωρείται ένα σοβαρό σύμπτωμα που μπορεί να μειώσει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου και να επιδράσει αρνητικά στην ποιότητα ζωής. Τα τελευταία χρόνια είναι μεγάλο το ενδιαφέρον των ερευνητών στον τομέα της κόπωσης και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Τα αποτελέσματα των μελετών έδειξαν σημαντική κόπωση με αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής.

4. Εκτίμηση λειτουργικότητας

Το ερωτηματολόγιο εκτίμησης υγείας HAQ (Health Assessment Questionnaire)

Το HAQ αναπτύχθηκε αρχικά το 1978 από το γιατρό James F. Fries και τους συνεργάτες του στο Πανεπιστήμιο Stanford της Καλιφόρνιας των ΗΠΑ. Αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο στην εκτίμηση της έκβασης της υγείας των ασθενών. Έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο αριθμό μελετών ποικίλων ρευματικών παθήσεων, όπως τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, την οστεοαρθρίτιδα, το συστηματικό ερυθματώδη λύκο, το σκληρόδερμα, την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, την ινομυαλγία και την ψωριασική αρθρίτιδα. Έχει καθιερωθεί από το ACR (Αμερικανικό Κολλέγιο Ρευματολογίας) ως ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και διατίθεται σε πάνω από 60 γλώσσες παγκοσμίως.

Το ερωτηματολόγιο HAQ αποτελείται συνολικά από 20 ερωτήσεις και υποδιαιρείται σε 8 κατηγορίες λειτουργικότητας: ντύσιμο και καθαριότητα, έγερση, φαγητό, περπάτημα, υγιεινή, άπλωμα χεριού, σφίξιμο χεριού, δραστηριότητες. Για την κάθε ερώτηση το επίπεδο δυσκολίας καθορίζεται από 0 έως 3, όπου 0=ο ασθενής επιτελεί τη δραστηριότητα χωρίς καμία δυσκολία, 1=με κάποια δυσκολία, 2=με πολύ δυσκολία, 3=ανίκανος να επιτελέσει τη δραστηριότητα. Ο ασθενής καλείται να απαντήσει με βάση την κατάσταση του την προηγούμενη εβδομάδα. Στο ερωτηματολόγιο, επίσης, καλείται ο ασθενής να απαντήσει αν συνήθως χρειάζεται βοήθεια από άλλο άτομο για την κάθε κατηγορία χωριστά και αν χρησιμοποιεί συνήθως βοήθεια ή εξοπλισμό για τις δραστηριότητες του. Υπάρχουν 13 βοηθήματα που μπορεί να επιλέξει ο ασθενής ή μπορεί να προσδιορίσει κάποιο άλλο που δεν αναφέρεται στο ερωτηματολόγιο.

Η μορφή που χρησιμοποιείται ευρύτερα και αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως “ο HAQ” είναι η σύντομη μορφή του που περιλαμβάνει τον δείκτη ανικανότητας HAQ (HAQ - Dis-

ability Index, HAQ-DI). Ως δείκτης ανικανότητας ο HAQ-DI με σκορ από 0 έως 1 αντιστοιχεί σε ήπια έως μέτρια δυσκολία, από 1 έως 2 σε μέτρια προς σοβαρή ανικανότητα και από 2 έως 3 δείχνει σοβαρή προς πολύ σοβαρή ανικανότητα (Bruce B, Fries F.J, 2003).

Σχήμα 9: Ερωτηματολόγιο HAQ - Health Assessment Questionnaire

Σημειώστε την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τη συνήθη ικανότητα σας **ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΑΣΜΕΝΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ: (HAQ)**

| Μπορείτε να: | Χωρίς ΚΑΜΙΑ δυσκολία (0) | Με ΜΙΚΡΗ δυσκολία (1) | Με ΜΕΓΑΛΗ δυσκολία (2) | ΑΝΙΚΑΝΟΣ να το κάνω (3) | |
|--|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| - Ντυθείτε μόνος/η, να δέσετε τα κορδόνια σας και να κουμπωθείτε; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Ξαπλώσετε και να σηκωθείτε από το κρεβάτι; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Σηκώσετε ένα φλιτζάνι στο στόμα σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Περιπατήσετε σε επίπεδο έδαφος; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Πλύνετε και σκουπίσετε το σώμα σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Σκύψετε για να πάρετε ένα ρούχο από το πάτωμα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Ανοίξετε και να κλείσετε τις βρύσες; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Μπείτε και να βγείτε από το αυτοκίνητο; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ακολουθεί βοήθημα για τον υπολογισμό του HAQ ανάλογα της συνολικής βαθμολογίας: π.χ. αν σύνολο=10 HAQ=1,25, αν σύνολο=21 HAQ=2,63 | | | | | ΣΥΝΟΛΟ <input type="text"/> |
| 1/0,13 2/0,25 3/0,38 4/0,5 5/0,63 6/0,75 7/0,88 8/1,0 9/1,13 10/1,25 11/1,38 12/1,5 13/1,63 14/1,75 15/1,88 16/2,0 17/2,13 18/2,25 19/2,38 20/2,5 21/2,63 22/2,75 23/2,88 24/3,0 | | | | | HAQ <input type="text"/> |

5. HR-QoL (Health Related Quality of Life)

Η επισκόπηση υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey, Short-Form 36-items)

Η επισκόπηση υγείας SF-36 δημιουργήθηκε από το Ware το 1992 στη Βοστώνη. Είναι ένα ευρύτατα χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, που εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας και όχι ειδικές καταστάσεις κάποιας ασθένειας ή θεραπείας. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις, που κατηγοριοποιούνται σε 8 κλίμακες:

- Σωματική Λειτουργικότητα (Physical Functioning)
- Ρόλος - Σωματικός (Role Physical)
- Σωματικός πόνος (Bodily Pain)
- Γενική Υγεία (General Health)

- Ζωτικότητα (Vitality)
- Κοινωνική Λειτουργικότητα (Social Functioning)
- Ρόλος - Συναισθηματικός (Role Emotional)
- Ψυχική Υγεία (Mental Health)

Οι οχτώ αυτές επιμέρους κλίμακες μπορούν να συμπεριληφθούν σε δύο γενικές κλίμακες **α. της Σωματικής Υγείας** και **β. της Ψυχικής Υγείας**. Πρόκειται για ένα εργαλείο εύκολο στη χρήση με πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, ευρέως χρησιμοποιούμενο σε μελέτες, που μπορεί να προσφέρει μια σφαιρική άποψη των βασικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής και να αξιολογήσει το αποτέλεσμα διαφόρων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων (Υφαντόπουλος Ι, Σαρρής Μ, 2001), (Wight JP, et al, 1998), (Merkus M.P, 1999), (Mingardi G, Coralba L, et al, 1999).

6. Work Productivity WPS-RA

Ο δείκτης αυτός εκτιμά **α. την εργασιακή κατάσταση** (employment status) και **β. την οικιακή απασχόληση, τις κοινωνικές δραστηριότητες και τη διασκέδαση**.

Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση καταγράφεται:

- ο αριθμός ημερών απουσίας από την εργασία λόγω της ρευματοειδούς αρθρίτιδας
- ο αριθμός ημερών στην εργασία με μειωμένη παραγωγικότητα $\geq 50\%$
- ο ρυθμός παρέμβασης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας στην παραγωγικότητα της εργασίας

Όσον αφορά την οικιακή απασχόληση, τις κοινωνικές δραστηριότητες και τη διασκέδαση καταγράφεται:

- ο αριθμός ημερών χωρίς οικιακή δραστηριότητα λόγω της ΡΑ
- ο αριθμός ημερών οικιακής δραστηριότητας με μειωμένη παραγωγικότητα $\geq 50\%$
- ο αριθμός ημερών που χρειάστηκε βοήθεια από εξωτερικά πρόσωπα
- ο αριθμός ημερών χωρίς κοινωνικές δραστηριότητες και διασκέδαση
- ο ρυθμός παρέμβασης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας στην παραγωγικότητα της οικιακής απασχόλησης

Αφού αξιολογηθούν κάποιοι από τους παραπάνω δείκτες και διαπιστωθεί ότι το ρευματικό νόσημα είναι σε έξαρση και αυτό επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής, τότε ο γιατρός προχωρά σε φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις (άσκηση, αλλαγή τρόπου ζωής, σωστή διατροφή, διακοπή καπνίσματος). Στόχος είναι να βελτιωθεί

η κλινική κατάσταση του ασθενή και να καταφέρει να συμμετέχει ενεργά στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Κάθε θεραπεία δίνεται για να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και να μειώσει την ανικανότητα του ασθενή και θα πρέπει να στοχεύει στην **επαναφορά** των παρακάτω παραμέτρων σε φυσιολογικά επίπεδα.

- ✓ του αισθήματος της φυσικής και της ψυχικής υγείας
- ✓ της φυσικής λειτουργικότητας
- ✓ της συναισθηματικής και διανοητικής κατάστασης
- ✓ της επαγγελματικής και κοινωνικής δραστηριότητας

Ποιότητα ζωής ασθενών με ρευματικά νοσήματα

Οι ρευματικές παθήσεις είναι χρόνιες, συστηματικές φλεγμονώδεις νόσοι. Πρόκειται για παθήσεις, που ενώ δεν είναι απειλητικές για τη ζωή, σχετίζονται με υψηλά ποσοστά αναπηρίας, πρόωρη θνησιμότητα και σημαντικό κοινωνικό κόστος (Helmick CG, Felson DT, Lawrence RC, Gabriel S, Hirsch R, Kwoh CK, et al, 2008), (Jacobson DL, Gange SJ, Rose NR, Graham NM, 1997). Στις παθήσεις αυτές εκτός από την παρακολούθηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι σημαντική και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ώστε να επιτύχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό την καλύτερη διαχείριση αυτών.

Οι ρευματικές παθήσεις προσβάλλουν κυρίως τις αρθρώσεις, προκαλώντας πόνο, οίδημα και φλεγμονή αυτών. Παράλληλα, προκαλούν δυσκαμψία, εύκολη κόπωση και μια γενικευμένη κακουχία. Χαρακτηρίζονται από συχνές εξάρσεις και υφέσεις, δηλαδή από περιόδους, που τα συμπτώματα χειροτερεύουν και από περιόδους που αυτά βελτιώνονται. Με το πέρασμα του χρόνου οι αρθρώσεις υφίστανται μόνιμες παραμορφώσεις και χάνουν τη λειτουργικότητα τους. Η απώλεια της λειτουργικότητας πιθανώς να οδηγήσει σε μόνιμη αναπηρία, με αποτέλεσμα ο ασθενής να χάνει την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του (Andrianakos A, Miyakis S, Trontzas P, Kaziolas G, Christoyannis F, Karamitsos D et al, 2005a).

Οι συνηθέστερες μορφές αρθρίτιδας είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η οστεοαρθρίτιδα. Είναι γνωστό ότι οι αρθρίτιδες, επηρεάζοντας όλους τους τομείς σωματικούς, ψυχι-

κούς και κοινωνικούς, έχουν επίπτωση σοβαρή στην ποιότητα ζωής. Όσον αφορά τη σωματική λειτουργικότητα ο ασθενής δεν μπορεί να επιτελέσει καθημερινές δραστηριότητες όπως ντύσιμο, σωματική υγιεινή, προετοιμασία φαγητού κλπ. Επίσης, επηρεάζονται και τομείς όπως η εργασία και οι κοινωνικές επαφές.

Ο πόνος, η κόπωση και οι φυσικοί περιορισμοί επιδρούν στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και οι ασθενείς αναπτύσσουν μακροχρόνιο άγχος και κατάθλιψη. Αυτό συμβαίνει όταν ο ασθενής συνειδητοποιεί ότι δεν μπορεί πλέον να ανταπεξέλθει στις προηγούμενες καθημερινές υποχρεώσεις του. Συγχρόνως, προκύπτουν οικονομικές δυσκολίες, λόγω μείωσης της παραγωγικότητας στην εργασία είτε πρόωρης συνταξιοδότησης, οι οποίες επιτείνουν το άγχος. Η έκπτωση στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα αναπτύσσει γενικότερα συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης, μείωση αυτοεκτίμησης και σεξουαλικά προβλήματα (Σαρρής Μ., 2001), (Taylor SE, 1999). Στη μελέτη του Ambriz φάνηκε πως η ποιότητα ζωής ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι φτωχή σε σύγκριση με αυτή άλλων χρόνιων νοσημάτων, όπως για παράδειγμα ο σακχαρώδης διαβήτης ή η νεφρική νόσος τελικού σταδίου (Ambriz Murillo Y, Menor Almagro R, Campos-Gonzalez ID, Cardiel MH, 2015).

Οι (Kothe R, Kohlmann Th, Klink T, Ruther W & Klinger R, 2006) πραγματοποίησαν μια μελέτη, που είχε ως στόχο την εξέταση της επίδρασης του πόνου χαμηλά στην πλάτη στη λειτουργική ικανότητα, στην καταθλιπτική διάθεση και στην ποιότητα ζωής στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η σύγκριση έγινε μεταξύ ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα που είχαν πόνο και ασθενών που δεν είχαν πόνο. Συνολικά συμμετείχαν 281 ασθενείς, οι οποίοι καλούνταν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια που αφορούσαν την ασθένεια και την εμπειρία του πόνου και που μετρούσαν τη λειτουργική ικανότητα, την καταθλιπτική διάθεση και την ποιότητα ζωής τους. Τα ποσοστά του πόνου σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα ανέρχονταν σε 53,4%. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι οι ασθενείς με αρθρίτιδα και πόνο παρουσίαζαν μεγάλη λειτουργική ανικανότητα και αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν πόνο. Αυτό είχε ως συνέπεια τη σημαντική επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με αρθρίτιδα χαρακτηριζόμενη από πόνο.

Σε μια άλλη έρευνα των (Bardak A.N, Erhan B, Kaya B, Dere C & Ersoy S, 2006) βρέθηκε ότι όσοι ασθενείς είχαν πόνο, παρουσίαζαν χαμηλή λειτουργική ικανότητα γεγο-

νός που επηρέαζε την ψυχική τους κατάσταση και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να έχουν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Κάτι παρόμοιο με τη ρευματοειδή παρατηρείται και στην ψωριασική αρθρίτιδα, όπου έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς εμφανίζουν φτωχότερη ποιότητα ζωής από το γενικό πληθυσμό (Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Long JA, Cook RJ, 1997). Συγκεκριμένα αναφέρουν χαμηλότερη σωματική λειτουργικότητα και εντονότερο πόνο με αποτέλεσμα περιορισμό στις δραστηριότητες τους (Ware JE Jr, Sherbourne CD, 1992).

Αντίστοιχα και στην αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα η ποιότητα ζωής είναι φτωχότερη. Σε έρευνα που έκανε ο (Ward MM, 1999) εκτιμήθηκαν όλες οι πτυχές της ποιότητας ζωής που επηρεάστηκαν σε 175 ασθενείς με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα. Στη μελέτη αυτή αξιολογήθηκαν 23 τομείς ποιότητας ζωής, όπως συμπτώματα, αναπηρία, σχέση με άλλους, ανησυχία για τη θεραπεία και για το μέλλον κ.α. ενώ συγχρόνως συμπληρώθηκε και το ερωτηματολόγιο SF-36. Τα δεδομένα αυτών των μελετών έδειξαν ότι οι τομείς που επηρεάστηκαν περισσότερο ήταν ο πόνος, η κόπωση, και οι αντιλήψεις για την υγεία και λιγότερο η ψυχική υγεία και η κοινωνική λειτουργικότητα. Παράγοντες κινδύνου για φτωχότερη ποιότητα ζωής αποτέλεσαν το γυναικείο φύλο και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Η κατάθλιψη και το άγχος, επίσης, φάνηκε μέσα από μελέτες ότι επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής, όπως επισημαίνουν και οι (Baysal O, Durmus B, Ersoy Y, Altay Z, Senel K, Nas K, et al, 2011). Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που φαίνεται ότι σχετίζεται με την ποιότητα ζωής είναι η ικανότητα για εργασία. Στους ασθενείς με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα ο κίνδυνος να εγκαταλείψουν την εργασία τους λόγω αναπηρίας είναι 2 με 3 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Boonen A, Chorus A, Miedema H, van der Heijde D, Landewe R, Schouten H, et al, 2001), (Ward MM, Reveille JD, Learch TJ, Davis JC Jr., Weisman MH, 2008).

Στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο, όπως και στα άλλα αυτοάνοσα νοσήματα η ποιότητα ζωής είναι φτωχή. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής στον ερυθματώδη λύκο είναι η κατάθλιψη, το άγχος, η κόπωση και η ενεργότητα της νόσου. Μελέτες έχουν δείξει ότι η κόπωση επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής (Bruce IN, Mak VC, Hallet DC, Gladman DD, Urowitz MB, 1999), (Wang B, Gladman DD, Urowitz MB, 1998). Οι (Sutcliffe N, Clarke AE, Levinton C, Frost C, Gordon C, Isenberg DA, 1999) επισήμαναν ότι όσο καλύτερη κοινωνική υποστήριξη έχει ένας ασθενής με συστηματικό ερυθματώδη λύκο τόσο καλύτερη ποιότητα ζωής παρουσιάζει.

Στην οστεοπόρωση τα κατάγματα ευθραυστότητας είναι ένας σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας της ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς με σπονδυλικά κατάγματα έχουν σημαντικό περιορισμό ρόλων λόγω σωματικής λειτουργικότητας, σωματικού πόνου, γενικής υγείας, ζωτικότητας, κοινωνικής λειτουργικότητας και ψυχικής υγείας. Ο πόνος είναι ένα συχνό πρόβλημα μετά από κατάγματα σπονδυλικής στήλης. Ψυχολογικά προβλήματα εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς με οστεοπόρωση και σπονδυλικά κατάγματα. Εκφράζουν ουσιαστικό άγχος, ειδικά για την πιθανότητα μελλοντικών καταγμάτων και φυσικής παραμόρφωσης (Klazen CA, Verhaar HJ, Lohle PN, Lampmann LE, Juttmann JR, Schoemaker MC, et al, 2010).

Σε ασθενείς με ινομυαλγία οι μελέτες έδειξαν σημαντικό αντίκτυπο σε όλες τις παραμέτρους της κατάστασης της υγείας που είναι τόσο σοβαρές όσο αυτές που αναφέρονται σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, (Ofluoglu D, Berker N, Guven Z, Canbulat N, Yilmaz IT, Kayhan O, 2005) και πιο σοβαρές από αυτές που αναφέρθηκαν σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα (Hawley DJ, Wolfe F, 1991), (Hoffman DL, Dukes EM, 2008). Η ψυχική υγεία των ατόμων που πάσχουν από ινομυαλγία επηρεάζεται σοβαρότερα από εκείνη των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Arnold LM, et al, 2011), (Mease PJ, et al, 2008), (Birtane M, et al, 2007). Οι διαστάσεις που επηρεάζονται συνήθως από την ινομυαλγία είναι οι περιορισμοί ρόλων που οφείλονται στη σωματική λειτουργικότητα, τη γενική υγεία, την ψυχική υγεία και την κοινωνική λειτουργικότητα, ενώ η σωματική λειτουργικότητα είναι περισσότερο μειωμένη στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των παραγόντων, που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής στα ρευματικά νοσήματα. Τα ρευματικά νοσήματα είναι μια ομάδα ασθενειών που επηρεάζουν τις γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες. Μελέτες δείχνουν ότι το φύλο είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι γυναίκες με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής από τους άνδρες (Reis JG, et al, 2014), (Sierakowska M, et al, 2010), (Sierakowska M, et al, 2011).

Η ηλικία είναι επίσης ένας κρίσιμος προγνωστικός παράγοντας σε ρευματικές παθήσεις. Η διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας γίνεται συχνότερα σε μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα, κυρίως μεταξύ 55-65 ετών, ενώ η ρευματοειδής αρθρίτιδα διαγιγνώσκεται σε νεότερη ηλικία (40-50 ετών) (Wiland P, Maciazek-Chyra B, 2012), (Reis JG, et al, 2014), (Nakajima A, et

al, 2014). Λαμβάνοντας υπόψη τον παράγοντα της ηλικίας, οι ασθενείς τόσο με οστεοαρθρίτιδα όσο και με ρευματοειδή αρθρίτιδα ηλικίας άνω των 77 ετών παρουσίασαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής στους τομείς της σωματικής και ψυχικής λειτουργίας.

Στην μελέτη των (Izabela Roma, Mariana Lourenco de Almeida, Naira da Silva Mansano, Gustavo Arruda Viani, Marcos Renato de Assis, Pedro Marco Karan Barbosa, 2014) διαπιστώθηκε ότι οι ενήλικες (18-59 ετών) και οι ηλικιωμένοι ασθενείς (>60 ετών) είχαν χαμηλή ποιότητα ζωής, όπως αυτή αξιολογήθηκε από το HAQ και το SF-36. Από τα δεδομένα προέκυψε ότι δεν υπάρχει διαφορά όσον αφορά την ποιότητα ζωής, τη λειτουργική ικανότητα, τη σοβαρότητα της νόσου και την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ ενηλίκων και ηλικιωμένων με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση των (Faith Matcham, Ian C. Scott, Lauren Rayner, Matthew Hotopf, Gabrielle H. Kingsley, Sam Norton, David L. Scott, Sophia Steer, 2014), όπου εκτιμήθηκε η επίδραση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας στην ποιότητα ζωής με τη χρήση του SF-36, βρέθηκε ότι υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ηλικίας, της διάρκειας της νόσου, του ποσοστού των γυναικών ασθενών και των διαστάσεων του SF-36. Η αυξημένη μέση ηλικία συσχετίστηκε με μειωμένη σωματική λειτουργικότητα, ενώ αξιοσημείωτη ήταν η θετική συσχέτιση μεταξύ της αυξημένης μέσης ηλικίας και της ψυχικής υγείας, δηλαδή η μεγαλύτερη ηλικία συσχετίστηκε με βελτιωμένα επίπεδα ψυχικής υγείας. Αυτό το εύρημα, αν και έρχεται σε αντίθεση με μια προηγούμενη βιβλιογραφική ανασκόπηση, που κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η αυξημένη ηλικία μείωσε την HRQoL σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα ηλικίας άνω των 75 ετών (Jakobsson U, Hallberg IT, 2002), υποστηρίζει τα αποτελέσματα μιας μετανάλυσης, η οποία βρήκε παρόμοια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του επιπολασμού της κατάθλιψης και της ηλικίας στη ρευματοειδή αρθρίτιδα (Faith Matcham, Lauren Rayner, Sophia Steer, Matthew Hotopf, 2013).

Επιπλέον, ενδιαφέρον παρουσιάζει η θετική συσχέτιση που βρέθηκε από τους (Izabela Roma, Mariana Lourenco de Almeida, Naira da Silva Mansano, Gustavo Arruda Viani, Marcos Renato de Assis, Pedro Marco Karan Barbosa, 2014) ανάμεσα στη διάρκεια της νόσου και στην ψυχική υγεία. Οι ασθενείς, που παρουσιάζουν συμπτώματα για μεγαλύτερη διάρκεια μπορεί να έχουν καλύτερο επίπεδο αποδοχής της κατάστασης τους από τους ασθενείς με πρόσφατη έναρξη της νόσου. Η αποδοχή της ασθένειας θεωρήθηκε σημαντικός προγνωστικός παράγοντας τόσο του άγχους όσο και της κατάθλιψης (Barlow JH,

Cullen LA, Rowe IF, 1999) και η αποδοχή του πόνου συσχετίστηκε με μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης και καλύτερη ευεξία (McCracken LM, 1998), (Viane I, Crombez G, Eccleston C, Poppe C, Devulder J, Van Houdenhove B, et al, 2003). Συνεπώς, οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια νόσου μπορεί να έχουν περισσότερο χρόνο να συμβιβαστούν με την κατάσταση τους. Τέλος, ένας σημαντικός συσχετισμός βρέθηκε μεταξύ της αναλογίας των θήλεων ασθενών και των διαφόρων διαστάσεων του SF-36. Μελέτες με υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής των γυναικών έδειξαν υψηλότερες βαθμολογίες στο σωματικό ρόλο και στο σωματικό πόνο και χαμηλότερες βαθμολογίες στην ψυχική υγεία. Εντούτοις, οι (Ahlmén M, Svensson B, Albertsson K, Forslund K, Hafstrom I, 2010) διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με ρευματοειδή αρθρίτιδα αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα πόνου και χαμηλότερη σωματική λειτουργικότητα.

Στη βιβλιογραφία τα αποτελέσματα των μελετών σχετικά με τους δημογραφικούς παράγοντες είναι αντιφατικά. Για παράδειγμα, όσον αφορά την ηλικία και το φύλο υπάρχουν μελέτες (West E, Jonsson SW, 2005), (Baczyk G, Samborski P, Piescikowska J, Kmiecziak M, Walkowiak I, 2007), που υποστηρίζουν ότι οι δύο αυτοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την έκβαση της νόσου και την ποιότητα ζωής, ωστόσο άλλες μελέτες δεν μπόρεσαν να αποδείξουν αυτή τη σχέση (Meenan RF, et al, 1988), (Cadena J, et al, 2003), (Tander B, et al, 2008), (Bedi GS, et al, 2005).

Οι ρευματικές παθήσεις τείνουν να είναι υποτροπιάζουσες και χρόνιες. Η διάρκεια της ασθένειας, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι ένας κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με οστεοαρθρίτιδα και με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Με βάση τις μελέτες φαίνεται ότι έχει σημαντικό αντίκτυπο σε τομείς της ζωής όπως ο πόνος, η κοινωνική κατάσταση και οι περιορισμοί στους κοινωνικούς ρόλους για ψυχικούς και σωματικούς λόγους (Ambriz Murillo Y, Menor Almagro R, Campos-Gonzalez ID, Cardiel MH, 2015).

Ο πόνος που συνοδεύει τις ρευματικές παθήσεις οδηγεί τους ασθενείς να αγχώνονται, να εκνευρίζονται και να εξαντλούνται, πράγμα που με τη σειρά του προκαλεί δυσφορία στη λειτουργία της καθημερινής τους ζωής. Η ένταση του πόνου συχνά οδηγεί τους ασθενείς σε απομόνωση και μοναξιά. Τα συμπτώματα επηρεάζουν επίσης την αποτελεσματικότητα της αυτοφροντίδας και αποκατάστασης τους (Senra H, Rogers H, Leibach G, et al, 2014), (Unutzer J, Hantke M, Powers D, et al, 2008). Η έρευνα των (Wysocka-Skurska I, Sierakowska M, Kulak W, 2016) που αφορά ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή

αρθρίτιδα έδειξε ότι, μαζί με την αύξηση της έντασης του πόνου, έρχεται η μείωση της ποιότητας ζωής και στις δύο κύριες σφαίρες της ποιότητας ζωής (σωματική και ψυχική).

Τα αποτελέσματα άλλων ερευνητών υποδεικνύουν επίσης την επίδραση της αναπηρίας στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής μεταξύ ασθενών που έχουν διαγνωστεί με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα (Austin S, et al, 2012), (Wysocka-Skurska I, et al, 2012), (Grime J, et al, 2010). Έρευνες έχουν δείξει την ανάγκη ιδιαίτερης φροντίδας των ηλικιωμένων, με έμφαση στη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους και, μέσω αυτού, στην ανεξαρτησία τους. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι, πολύ συχνά για τον άρρωστο ή τον ανάπηρο, η δυνατότητα μιας ενεργού, ανεξάρτητης ζωής είναι η πιο σημαντική πτυχή που πρέπει να διατηρηθεί ή να ανακτηθεί. Το μέτρο επιτυχίας για τη θεραπευτική ομάδα είναι η διατήρηση ή η αποκατάσταση της δυνατότητας ανεξάρτητης διαβίωσης του ασθενή (Hill J., 2006), (van Eijk-Hustings Y, Tubergen A, Bostrom C et al, 2012).

Αρκετές από τις μελέτες υποστηρίζουν ότι ψυχολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράμετροι σχετίζονται με την ποιότητα ζωής. Ο Bazzichi το 2005 υποστήριξε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα του ασθενή είχαν σχέση με την ποιότητα ζωής του, εύρημα το οποίο επιβεβαιώθηκε κι από άλλες μελέτες (Bazzichi L, et al, 2005), (Wells KB, et al, 1989), (Katz PP, Yelin EH, 1993), (Smarr KL, et al, 2000).

Για τους ερευνητές είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα και η σύγκριση της ποιότητας ζωής ανάμεσα στα ρευματικά νοσήματα. Η ασθένεια με τα χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με τις σωματικές συνιστώσες του SF-36 ήταν η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Ο Husted και οι συνεργάτες του βρήκαν ότι η ποιότητα ζωής ήταν εξίσου μειωμένη και στην ψωριασική και στη ρευματοειδή αρθρίτιδα αλλά υπήρχαν σημαντικές διαφορές. Οι ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα αναφέρουν περισσότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα από τους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα.

Σε μια άλλη μελέτη των Salaffi και συνεργατών του, με δείγμα 469 ασθενών με ρευματοειδή, 166 με ψωριασική και 164 με αγκυλοποιητική βρέθηκε ότι όσον αφορά τη σωματική λειτουργικότητα χειρότερα ήταν οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και στους τομείς της ψυχικής λειτουργικότητας ήταν οι ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα. Αυτό οφείλεται στο ότι οι ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα έχουν να αντιμετωπίσουν και την προσβολή των αρθρώσεων αλλά και του δέρματος. Οι ψυχολογικές και κοινωνικές επιδράσεις της εμπλοκής του δέρματος έχουν τεκμηριωθεί καλά σε ασθενείς με ψωρίαση αρθρίτιδα (Rahman P, Nguyen E, Cheung C, Schentag CT, Gladman DD, 2001). Γενικότερα, σε

σύγκριση με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, η ψωριασική αρθρίτιδα έδειξε παρόμοια δραστηριότητα ασθένειας, αναπηρία και μειωμένη ποιότητα ζωής σε πολλές μελέτες (Husted JA, et al, 2001), (Rahman P, et al, 2001), (Lindqvist UR, et al, 2008).

Τα δεδομένα δείχνουν ότι η μείωση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με συστηματική σκλήρυνση είναι παρόμοια με αυτή σε ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο. Εντούτοις, οι περιορισμοί των ρόλων λόγω σωματικής λειτουργικότητας ή λόγω ψυχικής υγείας και ζωτικότητας ήταν σε χαμηλότερα επίπεδα στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο σε σχέση με αυτούς με συστηματική σκλήρυνση. Αντίθετα, οι ασθενείς με σύνδρομο Sjögren παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής, όσον αφορά τόσο τη σωματική λειτουργία όσο και τις ψυχολογικές διαστάσεις από τους ασθενείς με συστηματική σκλήρυνση και συστηματικό ερυθματώδη λύκο.

Οι (Park K, Han D, Park H, Ha S, Park J, 2019) σύγκριναν την ποιότητα ζωής των ασθενών με συστηματικό σκληρόδερμα σε σχέση με τα άλλα ρευματικά νοσήματα και το γενικό πληθυσμό. Από τη μελέτη αυτή εξήλθε το συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με συστηματικό σκληρόδερμα έχουν φτωχότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα ή συστηματικό ερυθματώδη λύκο και μάλιστα αυτό είναι χειρότερο σε ασθενείς με εκτεταμένη προσβολή δέρματος αλλά και με ύπαρξη γαστρεντερικής και πνευμονικής προσβολής.

Κατά συνέπεια είναι έντονο το ενδιαφέρον παγκοσμίως των αυτοάνοσων νοσημάτων και ιδιαίτερα των μυοσκελετικών διαταραχών, που προκαλούν οι πλειονότητα αυτών, διότι αποτελούν μία από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας των χρόνιων ασθενειών. Στο μέλλον η επικράτηση αυτών των καταστάσεων αναμένεται να αυξηθεί εντυπωσιακά, λόγω του γεγονότος ότι το ποσοστό του γηρασμένου πληθυσμού αυξάνεται συνεχώς σε παγκόσμιο επίπεδο και εμφανίζεται παράταση στη μέση διάρκεια ζωής (Woolf A. & Pfleger B, 2003).

Οι μυοσκελετικές διαταραχές δημιουργούν σοβαρό και μακροχρόνιο πόνο. Ο πόνος σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχει αποδειχτεί ότι είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες ανικανότητας μεταξύ ασθενών με οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα και οσφυαλγία (Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hockberg M, 2000), (Kovacs F, Muriel A, Abaira V, Network S.B, 2005), (Katz P, Morris A, Yelin E, 2006). Αυτός ο χρόνιος πόνος αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά και έγκυρα, μπορεί να έχει σημαντικά σωματικά, ψυχολογικά

και κοινωνικά αρνητικά αποτελέσματα και μπορεί να αποδιοργανώσει την καθημερινότητα ενός ατόμου. Η αξιολόγηση της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής, δίνει τη δυνατότητα στο υγειονομικό προσωπικό να κατανοήσει καλύτερα την επίδραση της χρόνιας αυτής κατάστασης γενικότερα στην υγεία των ασθενών, που πάσχουν από μυοσκελετικά νοσήματα. Επιπλέον, η αξιολόγηση αυτή είναι απαραίτητη για τον καθορισμό άλλων μορφών θεραπείας που μπορεί να συμβάλουν σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή στη βελτίωση της κατάστασης του ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΙΑΤΡΩΝ - Α- ΣΘΕΝΩΝ

Η ασθένεια είναι μια δυσάρεστη κατάσταση για τον κάθε άνθρωπο και αυτό που επιθυμεί είναι η καλή έκβαση της και η γρήγορη ανάρρωση. Για να το πετύχει αυτό χρειάζεται τη βοήθεια και τη συνεργασία των ειδικών. Με βάση τη φύση και τη σοβαρότητα της ασθένειας μπορεί να χρειαστεί ακόμα και απαλλαγή από τις συνηθισμένες και καθημερινές δραστηριότητες. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να αδυνατεί να ανταπεξέλθει και να πάρει μόνος του αποφάσεις, και φυσικά σε καμία περίπτωση δεν είναι αυτός που ευθύνεται για την αδυναμία του.

Ο γιατρός είναι ο ειδικός, ο οποίος με τις γνώσεις και τα προσόντα, που έχει αποκτήσει μέσα από την εκπαίδευση και την επαγγελματική του εμπειρία θα πρέπει να λειτουργεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Καθήκον του είναι να ενεργεί πάντα προς όφελος του ασθενή, παραμερίζοντας το προσωπικό του συμφέρον, να προσπαθεί να είναι αντικειμενικός και συναισθηματικά αμέτοχος και κάθε πράξη του να ακολουθεί τους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας. Παράλληλα, όμως, του δίνεται το δικαίωμα να εξετάζει τον ασθενή σωματικά και να συγκεντρώνει πληροφορίες που αφορούν την προσωπική του ζωή, πάντα με σεβασμό στο ιατρικό απόρρητο.

Σύμφωνα με το άρθρο 9 του Νόμου 3418/2005 του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας οι **υποχρεώσεις του γιατρού** απέναντι στον ασθενή είναι οι παρακάτω:

1. Η βασική προτεραιότητα του γιατρού είναι η προστασία της υγείας του ασθενή.
2. Δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του εκτός αν υπάρχει κάποιος ιδιαίτερος λόγος που την καθιστά αδύνατη.
3. Οφείλει να παρέχει ανά πάσα στιγμή τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητου ειδικότητας.
4. Μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών του για λόγους προσωπικούς ή επιστημονικούς, εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του ασθενή και αν του ζητηθεί να υποδείξει αντικαταστάτη συνάδελφο του.
5. Οφείλει να προσφέρει τις ιατρικές του υπηρεσίες, έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση σε κάθε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής.

Σε γενικές γραμμές ο γιατρός θα πρέπει να μεριμνήσει για τη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του ασθενή. Θα πρέπει να ακούει τον ασθενή

με κατανόηση, να σέβεται τις προσωπικές του απόψεις και αντιλήψεις, να διασφαλίζει την ιδιωτικότητα του και να προσπαθεί με αντικειμενικότητα και ενσυναίσθηση να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του.

Ο καθορισμός του νομικού πλαισίου, από πολύ νωρίς, κρίθηκε απαραίτητος για την προστασία των δικαιωμάτων του πολίτη. Ο όρκος του Ιπποκράτη (460-370 π.Χ.) αποτελεί το πρώτο κείμενο που διαμέσου των υποχρεώσεων του γιατρού προασπίζει τα δικαιώματα του ασθενή, με ιδιαίτερη έμφαση στο δικαίωμα του ιατρικού απορρήτου: “*Όσα δε κατά την διάρκεια της θεραπείας θα δω ή θα ακούσω, ή και πέρα από τις ασχολίες μου, στην καθημερινή ζωή, όσα δεν πρέπει ποτέ να κοινολογούνται στους έξω, θα τα αποσιωπώ, θεωρώντας ότι αυτά είναι ιερά μυστικά*”.

Ένα από τα βασικά δικαιώματα του ανθρώπου είναι το δικαίωμα στην υγεία. Με βάση το άρθρο 1 παρ. 1 του Νόμου 1397/1983 του Συντάγματος “*το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών*”, όλοι οι πολίτες έχουν το δικαίωμα ισότιμης πρόσβασης σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Τα δικαιώματα του ασθενή βασιζόμενα σε διεθνείς και ευρωπαϊκές συμβάσεις, είναι πολύ σημαντικό να τα γνωρίζει ο γιατρός και να τα προστατεύει, ώστε να διασφαλίζεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η υγεία του ασθενή. Για το σκοπό αυτό θεσπίστηκε ο περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμος του 2004 (Ν. 1(Ι)/2005). Σύμφωνα με τον οποίο τα **δικαιώματα του ασθενή** αναφέρονται συνοπτικά παρακάτω:

- *Δικαίωμα σε φροντίδα υγείας*
- *Δικαίωμα σε αξιοπρεπή μεταχείριση*
- *Δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας*
- *Δικαίωμα σε ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας - απαγόρευση σε δυσμενείς διακρίσεις*
- *Δικαίωμα σε επείγουσα παροχή φροντίδας - επείγον ιατρικό περιστατικό ή κατάσταση σοβαρού κινδύνου*
- *Δικαίωμα σε ολοκληρωμένη πληροφόρηση*
- *Δικαίωμα ενημερωμένης συγκατάθεσης και αν είναι αδύνατον να ληφθεί, η φροντίδα επιβάλλεται ως επείγουσα αν κρίνεται προς όφελος του ασθενή*
- *Εμπιστευτικότητα*
- *Προστασία της ιδιωτικής ζωής του ασθενή*

- *Τήρηση ιατρικών αρχείων*
- *Δικαίωμα ασθενή αναφορικά με τα ιατρικά αρχεία*

Είναι κοινά αποδεκτό πλέον πως στη σημερινή εποχή ο ασθενής έχει την αξίωση για μια αντιμετώπιση βασιζόμενη στο σεβασμό της αξιοπρέπειας και της προσωπικότητας του. Έχει δικαίωμα για τη δημιουργία μιας ισότιμης σχέσης με το γιατρό, ώστε να επιτευχθεί μια αποτελεσματική επικοινωνία, που θα οδηγήσει στην ικανοποίηση του ασθενή, στη συμμόρφωση με τη θεραπεία, στην επιτυχία της θεραπείας και τη γρήγορη ανάρρωση του.

Η Ελλάδα νομοθέτησε τα δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών με το άρθρο 47 του Νόμου 2071/1992. Σύμφωνα με το οποίο ο **νοσοκομειακός ασθενής**:

- *Έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.*
- *Έχει το δικαίωμα σεβασμού της αξιοπρέπειας και των προσωπικών του πεποιθήσεων.*
- *Έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν.*
- *Έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάσταση του.*
- *Η πληροφόρηση του ασθενή πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει μια πλήρη εικόνα για την κατάσταση του και να μετέχει στη λήψη αποφάσεων.*
- *Έχει δικαίωμα πλήρους πληροφόρησης των κινδύνων που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν λόγω πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή αυτών στον ασθενή γίνεται μόνο ύστερα από συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή.*
- *Η συγκατάθεση του για τυχόν συμμετοχή σε έρευνα ή εκπαίδευση είναι δικαίωμα του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.*
- *Έχει το δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του ιατρικού του φακέλου πρέπει να είναι εγγυημένος.*
- *Έχει το δικαίωμα του σεβασμού των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.*
- *Έχει το δικαίωμα να καταθέσει διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των αποτελεσμάτων αυτών.*

Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418 ΦΕΚ.Α.287/2005), η υποχρέωση ενημέρωσης - άρθρο 11 - και η υποχρέωση συναίνεσης - άρθρο 12 - του ασθενή, αποτελούν δύο

ξεχωριστές διατάξεις ιδιαίτερης σημασίας. Συγκεκριμένα στο άρθρο 11 τονίζεται ότι “ο ιατρός έχει καθήκον αλήθειας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του”, και στο άρθρο 12 επισημαίνεται πως “ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή”.

Η πλήρης ενημέρωση θα πρέπει να γίνεται από το γιατρό με ένα λόγο απλό και κατανοητό χωρίς καμία προσπάθεια απόκρυψης της αλήθειας. Οφείλει να τον ενημερώνει για τις διαγνωστικές μεθόδους που θα χρησιμοποιηθούν, για την τελική διάγνωση, για την αναγκαιότητα της θεραπείας και τις συνέπειες καθυστέρησης, για τις τυχόν επιπλοκές της θεραπείας καθώς και για το οικονομικό της κόστος (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι, 1993). Στην αντίθετη περίπτωση, που δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση και αν δεν υπάρχει συναίνεση για τη θεραπευτική αντιμετώπιση τότε, αν δεν υπάρχει το επιθυμητό αποτέλεσμα το πρώτο που θα κάνει ο ασθενής είναι να καταλογίσει ευθύνες στο γιατρό και να προβεί σε καταγγελία ιατρικών λαθών.

Μια ειδική ομάδα ασθενών είναι οι χρόνια πάσχοντες ασθενείς. Στο ελληνικό δίκαιο δεν έχουν θεσμοθετηθεί ξεχωριστά δικαιώματα για την περίπτωση των χρόνιων ασθενών. Στον χρόνια πάσχοντα ασθενή χορηγούνται ακριβώς τα ίδια δικαιώματα, αλλά λόγω των ιδιαιτεροτήτων της συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών ο ήδη υπάρχων νόμος προσαρμόζεται.

Σύμφωνα με τον (Salmond Susan W. EdD RN, 1987) τα **δικαιώματα των χρόνιων ασθενών** είναι:

- Η ύπαρξη κατάλληλων υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους
- Η ολιστική προσέγγιση από τους επαγγελματίες υγείας
- Η διάθεση αναγκαίου χρόνου για συζήτηση με τους επαγγελματίες υγείας
- Η ενημέρωση για τα στάδια της νόσου, τα συμπτώματα και την αντιμετώπισή τους
- Η συμμετοχή και συναπόφαση στη φροντίδα και τη θεραπεία τους
- Η πληροφόρηση εναλλακτικών θεραπειών και θεραπευτικών επιλογών
- Η υποστήριξη από το κράτος

Η διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενή και ειδικότερα του χρονίως πάσχοντος ασθενή στο επίπεδο της καθημερινής πρακτικής είναι σαφές ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Για να γίνει αυτό είναι απαραίτητη η προσπάθεια από την πλευρά των γιατρών, της πολιτείας, αλλά και των ασθενών. Επίσης, είναι αναγκαία η ουσιαστική ενημέρωση των πολιτών για τα δικαιώματά τους ως ασθενείς. Όλα τα παραπάνω θέτουν την άσκηση της ιατρικής και τη θέση των ασθενών και των γιατρών σε νέες βάσεις. Και οι δύο έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις. Ο γιατρός προσφέρει τις γνώσεις του για τη διάγνωση, την πρόγνωση και τις θεραπευτικές επιλογές, που αφορούν το πρόβλημα υγείας του αρρώστου, ενώ ο ασθενής καταθέτει την προσωπική του εμπειρία για τη νόσο, τις δικές του αξίες και προτιμήσεις και συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία.

Επικοινωνία γιατρού - ασθενούς και ιατρικά λάθη

Τα προβλήματα επικοινωνίας γιατρού - ασθενή και η έλλειψη ικανοποίησης του ασθενή από αυτή τη σχέση φαίνεται πως είναι οι κύριοι λόγοι, που συχνά οδηγούν στην καταγγελία ιατρικών λαθών και στην πυροδότηση μιας δικαστικής διαμάχης. Σε μελέτη των (Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Githens PB, Whetten - Goldstein K, 1994), γιατροί με ιστορικό δικαστικών αντιδικιών είχαν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν μη ικανοποιημένους ασθενείς σε σχέση με τους συναδέλφους τους, οι οποίοι είχαν ελεύθερο δικαστικό ιστορικό. Οι ασθενείς αισθάνονταν ότι οι γιατροί τους δεν τους σέβονται διότι δεν τους έδιναν προσοχή, εξηγήσεις και το χρόνο που θα ήθελαν.

Σε μια μελέτη των (Vincent C, Young M, Phillips A, 1994), 227 ασθενών και συγγενών τους που είχαν καταφύγει στη δικαιοσύνη, βρέθηκε ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ο βασικός λόγος δεν ήταν μόνο η καταγγελία του ιατρικού λάθους, αλλά καθοριστικό ρόλο φαίνεται πως διαδραμάτισε το παράπονο τους με την ποσότητα και την ποιότητα των εξηγήσεων που είχαν λάβει, καθώς και η απουσία συμπαράστασης από τους γιατρούς τους. Και στην περίπτωση που δόθηκαν εξηγήσεις μόνο στο 15% θεωρήθηκαν ικανοποιητικές. Στην ερώτηση προς τον ασθενή για το αν θα υπήρχε κάτι στη συμπεριφορά του γιατρού που θα μπορούσε να τους αποτρέψει από την καταγγελία του ιατρικού λάθους ανέφεραν την ολοκληρωμένη ενημέρωση, την αποδοχή της αμέλειάς τους, την ειλικρινή συμπεριφορά τους καθώς και την παρουσίαση ευαισθησίας και συμπαράστασης.

Οι (Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM, 1994), διεξήγαγαν μια μελέτη που στηρίχθηκε στις έγγραφες καταθέσεις των ασθενών που κατέθεσαν αγωγή για ιατρικά λάθη και η οποία ανέδειξε ότι προβλήματα επικοινωνίας υπήρχαν σε περισσότερο

από το 70% των υποθέσεων. Τα βασικά προβλήματα που αναγνωρίστηκαν ήταν η εγκατάλειψη του ασθενή μετά το ιατρικό λάθος, η απαξίωση των απόψεων του ίδιου και των συγγενών του, η αδυναμία στην κατανόηση των προσδοκιών τους και η ελλιπής πληροφόρηση τους.

Οι μελέτες, λοιπόν, δείχνουν ότι αν δεν ενημερωθεί επαρκώς ο ασθενής για την κατάσταση του και αν δεν κληθεί να συναποφασίσει με τον γιατρό για την θεραπεία του, έχει αυξημένες πιθανότητες να καταλογίσει ευθύνες στον γιατρό για κάθε ανεπιθύμητο αποτέλεσμα. Δεν αρκεί η συγκατάθεση του ασθενή μόνο με τη μορφή μιας υπογραφής σε ένα έντυπο, αλλά επιβάλλεται μετά την ενημέρωσή του για τα οφέλη και τις ενδεχόμενες επιπλοκές της κάθε ιατρικής πράξης, να λάβει μια συνειδητή απόφαση για τη θεραπεία του.

Έχει αποδειχτεί ότι η ανθρωποκεντρική προσέγγιση του ασθενή, δηλαδή η κατανόηση της μοναδικότητας του κάθε ασθενή, αποτρέπει την καταγγελία ιατρικών λαθών. Η προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή θεωρείται διεθνώς ότι παρέχει υψηλής ποιότητας προσωπική φροντίδα υγείας και φαίνεται να συντελεί στην μείωση του άγχους και στην αύξηση της εμπιστοσύνης του ασθενή στον γιατρό, βοηθώντας και τους δύο να αποκτήσουν μια ολοκληρωμένη σχέση μεταξύ τους (Mead N, Bower P, 2002a).

Οι (Moore PJ, Adler NE, Robertson PA, 2000), αφού παρουσίασαν σενάρια ιατρικών επισκέψεων σε ασθενείς μαιευτικού ιατρείου, διαπίστωσαν ότι η ανθρωποκεντρική προσέγγιση των ασθενών συσχετιζόταν με αυξημένη ικανοποίηση και εκτίμηση των κλινικών δεξιοτήτων των γιατρών, μείωση της αντίληψής τους ότι ο γιατρός είναι υπαίτιος σε περίπτωση ιατρικού λάθους, καθώς και μείωση της πρόθεσης για υποβολή μηνύσεων απέναντι στο θεράποντα ιατρό και προς το νοσοκομείο. Η ανθρωποκεντρική συμπεριφορά του γιατρού στη συγκεκριμένη μελέτη περιελάμβανε: **α.** τη φιλική διάθεση απέναντι στην έγκυο, **β.** την επίδειξη ενδιαφέροντος και κατανόησης, **γ.** τη συναισθηματική υποστήριξη, **δ.** τις ικανοποιητικές εξηγήσεις, **ε.** την ενημέρωση σε γλώσσα απλή και κατανοητή, **στ.** την προτροπή για ερωτήσεις και προτάσεις για να ξεπεραστούν προβλήματα.

Η στάση ενός γιατρού απέναντι στον ασθενή μετά από ένα ιατρικό λάθος, θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από κατανόηση, ειλικρίνεια, συμπαράσταση, ενδιαφέρον, επίδειξη και διάθεση να επανορθώσει όσο είναι δυνατόν. Βέβαια, οι ασθενείς έχουν διαφορετικές προσδοκίες και για το λόγο αυτό ο γιατρός οφείλει να έχει εξατομικευμένη προσέγγιση σε κάθε ασθενή, σεβόμενος τις ιδιαίτερες προσδοκίες και τις ανησυχίες του σε συνδυασμό με την

επιδίωξη της αποτελεσματικής επικοινωνίας. Η αποδοχή μιας ανθρωποκεντρικής συμπεριφοράς έχει ως κέρδος τη μειωμένη πιθανότητα καταγγελίας ιατρικών λαθών, αλλά εξασφαλίζει και μια υψηλή ιατρική φροντίδα, που ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ο όρος Ρευματολογία προέρχεται από την ελληνική λέξη “ρεύμα”, που είναι παράγωγο του ρήματος “ρέω” και δείχνει κίνηση προς μία κατεύθυνση. Πρώτος ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τον όρο “ρευματισμό” για τις παθήσεις των αρθρώσεων, και όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, πίστευε ότι ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από τέσσερις χυμούς: το αίμα, το φλέγμα, την κίτρινη και μέλαινα χολή και πως οι παθήσεις των αρθρώσεων και γενικότερα οι ασθένειες οφείλονται σε διαταραχή της κίνησης ενός εκ των τεσσάρων χυμών.

Σήμερα ο όρος “Ρευματολογία” και “Ρευματικά νοσήματα” έχουν καθιερωθεί διεθνώς για τη μελέτη και θεραπεία των καταστάσεων του μυοσκελετικού συστήματος, που συνοδεύονται από σωματικό πόνο. Το μυοσκελετικό σύστημα προσφέρει τη δομική υποστήριξη, αλλά και την εκούσια κίνηση στο ανθρώπινο σώμα. Τα κύρια συστατικά του είναι: σκελετικοί μύες, τένοντες, σύνδεσμοι, χόνδροι, οστά. Όλες αυτές οι δομές συμμετέχουν στο σχηματισμό των αρθρώσεων.

Η Ρευματολογία είναι η ιατρική ειδικότητα που έχει ως αντικείμενο της τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών με χρόνια συστηματικά ρευματικά νοσήματα. Ο Ρευματολόγος είναι ο ειδικός, που διαθέτει την κατάλληλη ιατρική εκπαίδευση, ώστε να θέτει νωρίς τη διάγνωση και να εφαρμόζει την κατάλληλη θεραπεία με απώτερο σκοπό την ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα και την αναχαίτιση της εξέλιξης της νόσου.

Τα ρευματικά νοσήματα έχουν τα εξής κοινά **χαρακτηριστικά**:

- είναι χρόνια και ανίατα
- είναι άγνωστης αιτιολογίας
- είναι πολυσυστηματικά

Η έννοια των ρευματικών παθήσεων δεν είναι απόλυτα γνωστή στον περισσότερο κόσμο. Υπάρχει η εσφαλμένη εντύπωση ότι τα ρευματικά νοσήματα προσβάλλουν μόνο τους ηλικιωμένους, καθώς επίσης πως ο πόνος και η αναπηρία, που συνοδεύουν κάποιες από αυτές τις παθήσεις, είναι αναπόφευκτα, λόγω της διαδικασίας γήρανσης και δεν μπορούμε να παρέμβουμε. Φυσικά η εντύπωση αυτή είναι λανθασμένη καθώς ρευματικά νοσήματα συναντάμε πολύ συχνά και σε νεαρής ηλικίας άτομα, όπως επίσης, η έγκαιρη διάγνωση σε

συνδυασμό με την κατάλληλη θεραπεία ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα και μπορεί να οδηγήσει στην ύφεση του νοσήματος.

Από κάποια ρευματική πάθηση μπορεί να νοσήσουν άτομα όλων των ηλικιών, ακόμη και παιδιά. Τα άτομα που προσβάλλονται μπορεί να είναι γυναίκες ή άνδρες σε οποιαδήποτε ηλικία. Υπολογίζεται ότι 120 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από ρευματική πάθηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ στην Ελλάδα υπολογίζονται σε 3.000.000 (Brussels Declaration on Rheumatic and Musculoskeletal Diseases, 2020)

Η πρώτη πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη για τις ρευματικές παθήσεις έγινε το 2006 από τον Ανδριανάκο και τους συνεργάτες του (Ανδριανάκος et al, 2006). Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού των ρευματικών νοσημάτων σε αστικό, ημιαστικό και αγροτικό πληθυσμό ενηλίκων. Στη μελέτη αυτή οι γιατροί ρευματολόγοι επισκέφθηκαν τους ενήλικες κατοίκους από πόρτα σε πόρτα μετά από τηλεφωνική επικοινωνία. Το ποσοστό της συμμετοχής ανερχόταν σε 82%. Τα σημαντικότερα ευρήματα αυτής της μελέτης ήταν ότι οι ρευματικές παθήσεις είναι πολύ συχνές, η συνολική τους συχνότητα ήταν 27% των ενηλίκων, δηλαδή 1 στους 4 Έλληνες ενήλικες, στο σύνολο 2.500.000 ενηλίκων.

Τα άτομα που προσβάλλονται συχνότερα είναι γυναίκες από ότι άνδρες, 34% των ενηλίκων γυναικών και 20% των ενηλίκων αντρών πάσχουν από ρευματικές παθήσεις. Η συχνότητα των ρευματικών παθήσεων αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας, από 4% στην ηλικιακή ομάδα 19-28 ετών σε 52% στην ομάδα πάνω από 69 ετών.

Οι ρευματικές παθήσεις χαρακτηρίζονται και ως αυτοάνοσα νοσήματα. Φυσιολογικά το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου είναι με τέτοιο τρόπο σχεδιασμένο ώστε να αναγνωρίζει τη διαφορά ανάμεσα στα συστατικά του οργανισμού του και σε οτιδήποτε θεωρεί ξένο. Με αυτό τον τρόπο προστατεύει τον οργανισμό από διάφορους βλαπτικούς παράγοντες, όπως π.χ. λοιμώδεις μικροοργανισμούς, αναπτύσσοντας “απαντήσεις”/άμυνα κατά των παραγόντων αυτών με κύριο στόχο την εξουδετέρωση τους.

Στα αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα το ανοσοποιητικό σύστημα δεν αναγνωρίζει ως δικά του ορισμένα συστατικά του δικού του οργανισμού, με αποτέλεσμα να επιτίθεται λανθασμένα στον ίδιο του τον οργανισμό και να αναπτύσσονται ανοσιακές “απαντήσεις”/επιθέσεις εναντίον αυτών των συστατικών, με αποτέλεσμα τη δημιουργία αυτοαντισωμάτων. Στην περίπτωση αυτή δεν προσβάλλεται μόνο το μυοσκελετικό σύστημα, αλλά μπορεί να προσβληθούν κι άλλα όργανα όπως είναι τα μάτια, το δέρμα, οι πνεύμονες κλπ. Κατά

συνέπεια, ο ασθενής εκτός από αρθρίτιδα εκδηλώνει αδυναμία, καταβολή, πυρετό, ξηροφθαλμία, ξηροστομία κ.α. Η ακριβής αιτία αυτών των νοσημάτων δεν είναι γνωστή. Φαίνεται, όμως, πως γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ψυχολογικοί και ορμονικοί παράγοντες εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια τους. Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες ενοχοποιούνται κυρίως λοιμώξεις από βακτήρια ή ιούς, το κάπνισμα, διάφορες χημικές ουσίες κ.α., ενώ στους γενετικούς παίζει σημαντικό ρόλο το κληρονομικό ιστορικό. Οι ορμονικοί παράγοντες διαδραματίζουν ένα βασικό ρόλο στην εκδήλωση αυτών των νοσημάτων και αυτό ερμηνεύει και το γεγονός ότι είναι πιο συχνά στις γυναίκες. Όσον αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες, το στρες φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο.

Οι ρευματικές παθήσεις αποτελούν το πιο συχνό πρόβλημα υγείας, σε ποσοστό 39% όλων των χρόνιων παθήσεων. Το δεύτερο αίτιο σε ποσοστό 25 % είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι παθήσεις αυτές επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, μειώνουν τη φυσική δραστηριότητα, προκαλούν αναπηρίες και μειώνουν το προσδόκιμο επιβίωσης (Picavet H.S.J, Hoeymans N., 2004).

Στην Ελλάδα αυτά τα νοσήματα αποτελούν την πρώτη κατά σειρά **αιτία**:

- χρόνιου προβλήματος υγείας σε ποσοστό 40%,
- μακροχρόνιας σωματικής ανικανότητας σε ποσοστό 50% - απουσία από την εργασία σε ποσοστό 30%
- της χρήσης φαρμάκων σε ποσοστό 25%
- των ιατρικών επισκέψεων σε ποσοστό 20% (Andrianakos A, Miyakis S, Trontzas P, Kaziolas G, Christoyannis F, Karamitsos D et al, 2005b).

Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ότι το πρόβλημα των ρευματικών παθήσεων δεν αφορά μόνο τους ασθενείς, αλλά και το κοινωνικό σύνολο.

Όταν κάποιος αναφέρεται στα ρευματικά νοσήματα χρησιμοποιεί τους όρους “αρθρικά” ή “ρευματικά”. Τα τελευταία χρόνια παίρνουν μορφή επιδημίας και ο αριθμός τους ξεπερνά τα 200.

Οι ρευματικές παθήσεις ταξινομούνται σε πέντε μεγάλες ομάδες:

- **Φλεγμονώδεις ρευματικές παθήσεις:** ρευματοειδής αρθρίτιδα, νόσος Still των ενηλίκων, νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα, οροαρνητικές σπονδυλοαρθρίτιδες (αγκυλοποιητική, ψωριασική, αντιδραστική, εντεροπαθητική), σηπτική αρθρίτιδα, ουρική νόσος, άλλες κρυσταλλογενείς αρθρίτιδες, ρευματική πολυμυαλγία-κροταφική αρτηρίτιδα.

- **Περιοχικά/επώδυνα νοσήματα:** οστεοαρθρίτιδα, εκφυλιστικές σπονδυλοαρθρίτιδες, ινομυαλγία, σύνδρομο χρόνιου πόνου, φλεγμονώδης περιοχικός πόνος, μηχανικός περιοχικός πόνος.
- **Συστηματικά αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα:** συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, σύνδρομο Sjogren, άλλα επικαλυπτόμενα σύνδρομα, νόσος Αδαμαντιάδη - Behcet, μυοσίτιδες, συστηματικές αγγειίτιδες.
- **Μεταβολικά νοσήματα:** οστεοπόρωση, νόσος Paget, περιοχικές οστικές διαταραχές, οστεομαλάκυνση, άλλα μεταβολικά οστικά νοσήματα.
- **Σπάνια νοσήματα:** οικογενή περιοδικά εμπύρετα σύνδρομα, άλλα κληρονομικά νοσήματα, σαρκοείδωση, αμυλοείδωση, υποτροπιάζουσα πολυχονδρίτιδα, σύνδρομα υπερελαστικότητας, σπάνιες αρθροπάθειες (Nam J. et al, 2012).

Τα κύρια **συμπτώματα** αυτών των παθήσεων είναι:

- πόνος στις αρθρώσεις, έντονος και επίμονος, χωρίς να έχει προηγηθεί κάποια κάκωση,
- πρήξιμο στις αρθρώσεις,
- δυσκαμψία των αρθρώσεων, δηλαδή δυσκολία στην κίνηση των αρθρώσεων ιδιαίτερα μετά από ανάπαυση και βελτίωση με την κίνηση,
- περιορισμός στην κίνηση των αρθρώσεων

Μπορεί, όμως, να εμφανιστούν παράλληλα και γενικά συμπτώματα όπως πυρετός, καταβολή δυνάμεων, αίσθημα κακουχίας αλλά και εξωαρθρικά συμπτώματα όπως εξανθήματα, τριχόπτωση, πόνος και κοκκίνισμα στα μάτια, πονοκέφαλος, βήχας, δύσπνοια, κοιλιακό άλγος και πολλά άλλα.

Τα κύρια **κλινικά σημεία** των ρευματικών παθήσεων είναι:

- Οίδημα, πρήξιμο των αρθρώσεων
- Ερυθρότητα, κοκκίνισμα των αρθρώσεων
- Θερμότητα, αύξηση της τοπικής θερμοκρασίας των αρθρώσεων
- Ευαισθησία στην πίεση των αρθρώσεων
- Απώλεια εύρους κινήσεων
- Παραμόρφωση

Για να τεθεί η διάγνωση των ρευματικών νοσημάτων βασικά μέσα είναι η λήψη του ιστορικού και η καλή κλινική εξέταση. Με τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού συλλέγονται στοιχεία για την έναρξη των συμπτωμάτων, τη διάρκεια και την ένταση αυτών καθώς και για την ύπαρξη συνοδών συμπτωμάτων (πυρετός, καταβολή). Στη συνέχεια ο ρευματολόγος κάνει την κλινική εξέταση, αναζητώντας πόνο, πρήξιμο, θερμότητα, ερυθρότητα, δυσκαμψία και περιορισμό κινητικότητας των αρθρώσεων, ενώ παράλληλα προσπαθεί να εντοπίσει κι άλλα σημεία παθολογικά, όπως εξάνθημα. Για την επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνονται αιματολογικές, απεικονιστικές (απλές ακτινογραφίες, αξονικές τομογραφίες ή μαγνητικές τομογραφίες) ή κάποιες επεμβατικές εξετάσεις (παρακέντηση αρθρώσεων).

Συνηθέστερα Ρευματικά Νοσήματα

1. Ρευματοειδής Αρθρίτιδα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι η συχνότερη αυτοάνοση ρευματική πάθηση που προσβάλλει το 1% του πληθυσμού. Οι γυναίκες έχουν διπλάσια ως τριπλάσια πιθανότητα να νοσήσουν, σε σχέση με τους άνδρες. Συνήθως προσβάλλει άτομα ηλικίας 30-40 ετών, όμως μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία από την παιδική μέχρι την τρίτη ηλικία.

Η έναρξη της νόσου μπορεί να είναι οξεία ή σταδιακή. Όταν η έναρξη της νόσου γίνεται σταδιακά, εμφανίζονται αρχικά γενικά συμπτώματα όπως αδυναμία, καταβολή, απώλεια βάρους και αργότερα εμφανίζεται και η αρθρίτιδα. Στην αντίθετη περίπτωση, που η έναρξη της νόσου γίνεται αιφνίδια εμφανίζεται η φλεγμονή στις αρθρώσεις, που μπορεί μερικές φορές να συνοδεύεται κι από πυρετό.

Η προσβολή των αρθρώσεων είναι συνήθως πολυαρθρική, αφορά πολλές αρθρώσεις και συμμετρική, προσβάλλει τις ίδιες αρθρώσεις στις δύο πλευρές του σώματος. Σπανιότερα, μπορεί να είναι ασύμμετρη και να προσβάλλει λίγες αρθρώσεις, συνήθως ως τέσσερις (ολιγοαρθρίτιδα) ή να προσβάλλει μια μόνο άρθρωση (μονοαρθρίτιδα). Συνήθως, όμως και αυτές οι μορφές σε βάθος χρόνου εξελίσσονται σε πολυαρθρίτιδα.

Η νόσος μπορεί να προσβάλει οποιαδήποτε άρθρωση των άνω και κάτω άκρων, αλλά πιο συχνά προσβάλλονται οι πηγεοκαρπικές αρθρώσεις, οι μικρές αρθρώσεις των δακτύλων των χεριών και των ποδιών, τα γόνατα αλλά και οι αρθρώσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και οι κροταφογναθικές αρθρώσεις.

Οι πάσχοντες από ρευματοειδή αρθρίτιδα παρατηρούν ότι οι αρθρώσεις, που αναφέρθηκαν είναι ζεστές, διογκωμένες, ευαίσθητες στο άγγιγμα και δύσκαμπτες. Όλα αυτά είναι απόρροια της φλεγμονής των αρθρώσεων που αναπτύσσεται και η οποία, αν δεν θεραπευτεί άμεσα, μπορεί να οδηγήσει σε παραμόρφωση των αρθρώσεων και σε μόνιμη ανικανότητα. Λόγω αυτών οι ασθενείς δεν μπορούν να εκτελέσουν καθημερινές δραστηριότητες, όπως να ανοίξουν ένα βάζο, να ντυθούν, να μεταφέρουν ένα αντικείμενο ή ακόμη και να περπατήσουν.

Για την εκτίμηση από το θεράποντα γιατρό του βαθμού δραστηριότητας της νόσου, για την παρακολούθηση της πορείας της και την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος χρησιμοποιούνται κάποιοι ειδικοί κλινικοί δείκτες, οι οποίοι εκτιμούν τη διάρκεια της πρωινής δυσκαμψίας καθώς και τον αριθμό διογκωμένων και επώδυνων αρθρώσεων.

Τα εργαστηριακά ευρήματα που συναντώνται συνήθως σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι αύξηση των δεικτών φλεγμονής (ΤΚΕ, CRP), αύξηση των αιμοπεταλίων (θρομβοκυττάρωση), αναιμία, θετικός ρευματοειδής παράγοντας, σε ποσοστό 60-70% των ασθενών και θετικά anti-ccp αντισώματα.

Οι **εξωαρθρικές εκδηλώσεις** της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι:

- Αναιμία (αναιμία χρόνιας νόσου).
- Ρευματικά οζίδια (μικρά υποδόρια οζίδια μαλακά, ανώδυνα που εντοπίζονται συνήθως στις περιοχές που δέχονται πίεση).
- Πλευρίτιδα (συλλογή υγρού στη θωρακική κοιλότητα)
- Περικαρδίτιδα (συλλογή υγρού στην περικαρδιακή κοιλότητα)
- Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (πίεση του μέσου νεύρου μέσα στον καρπιαίο σωλήνα)
- Σύνδρομο Sjogren (χαρακτηρίζεται από ξηροφθαλμία και ξηροστομία κυρίως).
- Σκληρίτιδα (φλεγμονή σκληρού χιτώνα του ματιού).
- Διάμεση πνευμονική ίνωση (βήχας και δύσπνοια στην κόπωση).
- Αγγειίτιδα (πρόκειται για φλεγμονή στο τοίχωμα των αγγείων και αποτελεί μια σπάνια εκδήλωση).

Αφού τεθεί έγκαιρα η διάγνωση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας με βάση το πλήρες ιστορικό, μια καλή και προσεκτική κλινική εξέταση και ένα κατάλληλο εργαστηριακό έλεγχο, προχωράει ο θεράπων ρευματολόγος στη θεραπευτική αντιμετώπιση του νοσήματος. Στόχος της θεραπευτικής παρέμβασης είναι είτε η **ύφεση** του νοσήματος (υποχώρηση του πόνου και της δυσκαμψίας, πρόληψη των παραμορφώσεων, αναστολή της ακτινολογικής εξέλιξης και βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή) είτε η **χαμηλή ενεργότητα** της νόσου (ανακούφιση από τον πόνο, πρόληψη της ανάπτυξης επιπλέον παραμορφώσεων των αρθρώσεων, αναστολή της περαιτέρω ακτινολογικής εξέλιξης και βελτίωση της ποιότητας ζωής).

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των παραπάνω στόχων διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες

- **Αναλγητικά - Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.** Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο.
- **Γλυκοκορτικοειδή (κορτιζόνη).** Πολλές κλινικές μελέτες έχουν δείξει πως η κορτιζόνη, που χορηγείται σε χαμηλές δόσεις σε συνδυασμό με τα τροποποιητικά της νόσου φάρμακα, συμβάλλει στην αποτελεσματική πρόληψη των παραμορφώσεων και των δομικών βλαβών, που μπορεί να προκαλέσει η ρευματοειδής αρθρίτιδα αν δεν θεραπευτεί έγκαιρα και σωστά.
- **Κλασικά συνθετικά τροποποιητικά της νόσου φάρμακα.** Τα φάρμακα αυτά λέγονται τροποποιητικά, γιατί δρουν κατασταλτικά στους φλεγμονώδεις παθογενετικούς μηχανισμούς της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, τροποποιούν τη φυσική πορεία και αναστέλλουν την εξέλιξη.

Τα κυριότερα φάρμακα αυτής της κατηγορίας είναι τα παρακάτω:

- Μεθοτρεξάτη
- Λεφλουνομίδη
- Σουλφασαλαζίνη
- Κυκλοσπορίνη
- Υδροξυχλωροκίνη
- **Βιολογικά τροποποιητικά της νόσου φάρμακα (βιολογικοί παράγοντες).** Οι βιολογικοί παράγοντες εξουδετερώνουν κάποιες ουσίες και κύτταρα, που παίζουν βασικό

ρόλο στους παθογενετικούς μηχανισμούς της νόσου. Η χορήγηση των βιολογικών παραγόντων σε συνδυασμό ή όχι με ένα συνθετικό τροποποιητικό της νόσου φάρμακο έχει ένδειξη σε μέτρια ή σοβαρή νόσο, που δεν ανταποκρίνεται σε ένα ή περισσότερα συνθετικά τροποποιητικά της νόσου. Οι βιολογικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι:

- Ινφλιξιμάμπη
 - Ετανερσέπτη
 - Ανταλιμουμάμπη
 - Ριτουξιμάμπη
 - Τοσιλιζουμάμπη
 - Γκολιμουμάμπη
 - Σερτολιζουμάμπη
 - Αμπατασέπτη
 - Anakinra
- **Αναστολείς των κινασών Janus (JAK).** Αποτελεί την πιο σύγχρονη θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (tofacitinib, baricitinib, upadacitinib). Διακρίνονται από την προηγούμενη κατηγορία, διότι πρόκειται για χάπια που χορηγούνται από του στόματος καθημερινά, σε αντίθεση με τους βιολογικούς παράγοντες που χορηγούνται ενδοφλέβια ή υποδόρια.

Ένας από τους βασικούς στόχους όλων αυτών των θεραπευτικών επιλογών είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Οι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής σε έναν ασθενή με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι η απουσία πόνου, η έλλειψη πρωινής δυσκαμψίας, η καλή ποιότητα ύπνου, η διατήρηση της σεξουαλικής δραστηριότητας, η έλλειψη άγχους και η εργασιακή και κοινωνική λειτουργικότητα. Για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω είναι βασική η καλή συνεργασία γιατρού και ασθενή.

2. Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα

Η Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης ρευματική νόσος, που προσβάλλει κυρίως τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις, δηλαδή τις αρθρώσεις μεταξύ του ιερού

οστού και των λαγονίων οστών της λεκάνης, τη σπονδυλική στήλη, αλλά και τις περιφερικές αρθρώσεις. Προσβάλλει περίπου το 0,7 -1 % του ενήλικου πληθυσμού και εμφανίζεται συχνά σε άτομα της ίδιας οικογένειας. Συνήθως εμφανίζεται στις ηλικίες μεταξύ 20 και 45 ετών και είναι συχνότερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες.

Η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη. Γενετικοί παράγοντες μπορεί να παίζουν ρόλο και έχει βρεθεί ισχυρή συσχέτιση με το αντίγονο ιστοσυμβατότητας B27 (HLA B27), αφού 92% των ασθενών και 5-8% των φυσιολογικών ανθρώπων έχουν το αντιγόνο αυτό στην επιφάνεια των κυττάρων τους. Επίσης, λοιμώδεις παράγοντες ίσως να πυροδοτούν κάποιους φλεγμονώδεις μηχανισμούς που οδηγούν στην ανάπτυξη της νόσου.

Το κύριο σύμπτωμα της νόσου είναι η φλεγμονώδης οσφυαλγία. Τα **χαρακτηριστικά** της φλεγμονώδους οσφυαλγίας είναι τα παρακάτω:

- Η διάρκεια της οσφυαλγίας είναι πάνω από 3 μήνες
- Η έναρξη της οσφυαλγίας είναι βαθμιαία
- Η έναρξη της οσφυαλγίας γίνεται σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών
- Παρουσιάζει επιδείνωση τη νύχτα και ιδιαίτερα τις πρωινές ώρες
- Παρουσιάζει βελτίωση με την κίνηση ή την άσκηση
- Παρουσιάζει επιδείνωση με την ανάπαυση
- Χαρακτηρίζεται από πρωινή δυσκαμψία

Η πρώτη εκδήλωση μπορεί να είναι η προσβολή των ιερολαγονίων αρθρώσεων, οι οποίες επειδή δεν έχουν μεγάλη κινητικότητα μπορεί να μην δίνουν έντονα συμπτώματα που γίνονται αντιληπτά από τους ασθενείς. Η ιερολαγονίτιδα είναι βασικό χαρακτηριστικό της νόσου, που δίνει πόνο στην περιοχή των γλουτών και ίσως και στην οπίσθια επιφάνεια των μηρών.

Άλλες **εκδηλώσεις** είναι:

- Αρθρίτιδα σε μία ή λίγες αρθρώσεις, ασύμμετρη με προσβολή αρθρώσεων κυρίως κάτω άκρων π.χ. ισχίων και γονάτων. Η σοβαρότερη μορφή αρθρίτιδας είναι των ισχίων, η οποία αν δεν θεραπευτεί άμεσα και αποτελεσματικά μπορεί να οδηγήσει σε καταστροφικές βλάβες και να προκαλέσει αναπηρία.
- Ενθεσίτιδα, δηλαδή φλεγμονή στις θέσεις όπου οι τένοντες, οι σύνδεσμοι και οι αρθρικοί θύλακες προσκολλώνται στα οστά.

- Τενοντίτιδα ή/και τενοντοελυτρίτιδα, φλεγμονή σε τένοντα ή/και στο έλυτρο (θήκη) που τον περιβάλλει, που εκδηλώνεται με πόνο στην κίνηση και στην ψηλάφηση
- Ιριδοκυκλίτιδα, δηλ. φλεγμονή στο μάτι που εμφανίζεται στο 20-30% των ασθενών και εκδηλώνεται με πόνο, κοκκίνισμα και διαταραχή όρασης.
- Φλεγμονώδης εντεροπάθεια (5%)

Η αρθροπάθεια που συνδέεται με φλεγμονώδη εντερικά νοσήματα ορίζεται η μη λοιμώδης αρθρίτιδα, η οποία παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της νόσου Crohn ή της ελκώδους κολίτιδας. Η αρθρίτιδα αποτελεί, συνήθως, την συχνότερη εξωεντερική επιπλοκή αυτών και εμφανίζεται με τη μορφή περιφερικής πολυαρθρίτιδας και λιγότερο συχνά προσβάλλει τις ιερολαγόνιες και την σπονδυλική στήλη.

Άλλα γενικά χαρακτηριστικά είναι η κόπωση, η οποία μπορεί να σχετίζεται με την κακή ποιότητα ύπνου λόγω πόνου και δυσκαμψίας. Λόγω της γενικότερης κατάστασης, ο ασθενής βρίσκεται σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση και έχει μειωμένη ικανότητα για εργασία, με αποτέλεσμα να έχει φτωχή ποιότητα ζωής.

Είναι βασικό να τεθεί έγκαιρα η διάγνωση και να ξεκινήσει η θεραπευτική αγωγή, διότι η νόσος εξελίσσεται και προσβάλλει ολόκληρη τη σπονδυλική στήλη (την οσφυϊκή, τη θωρακική και την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης) και τις αρθρώσεις μεταξύ των πλευρών και των σπονδύλων, καθώς και τις αρθρώσεις μεταξύ των πλευρών και του στέρνου. Η προσβολή αυτή μπορεί να προκαλέσει περιορισμό της κινητικότητας με τελικό αποτέλεσμα την αγκύλωση της σπονδυλικής στήλης και την πλήρη απώλεια της κινητικότητας. Σήμερα υπάρχουν θεραπευτικές επιλογές, ανάλογες με αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω στη ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Όπως και στις άλλες ρευματολογικές νόσους η διάγνωση στηρίζεται στο συνδυασμό κλινικών, απεικονιστικών και εργαστηριακών αποτελεσμάτων. Από απεικονιστικής πλευράς το πρώτο εύρημα είναι η ιερολαγονίτιδα, η οποία επιβεβαιώνεται κυρίως με τη μαγνητική τομογραφία, που αναδεικνύει οστικό οίδημα στα λαγόνια οστά και στο ιερό οστό στο επίπεδο των ιερολαγονίων.

Για έγκαιρη διάγνωση και πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση απαραίτητη είναι η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού. Στη χώρα μας η πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη για τις ρευματικές παθήσεις, που έγινε από το Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογίας, έδειξε ότι οι α-

σθeneίς με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα δεν επισκέπτονται ή καθυστερούν να επισκεφτούν το Ρευματολόγο. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα μόνο 10% των ασθενών με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα επισκέπτονται ρευματολόγους, όταν εμφανίζεται η νόσος, ενώ 85% απευθύνονται σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και 5% σε κανένα γιατρό.

Στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης της αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας είναι η βελτίωση του πόνου και της κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης, ο έλεγχος όλων των συμπτωμάτων και γενικά η ύφεση της νόσου. Εκτός από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα - ΜΣΑΦ, γλυκορτικοειδή, συνθετικά τροποποιητικά της νόσου φάρμακα, βιολογικοί παράγοντες) σημαντικό είναι και ένα πρόγραμμα ασκήσεων.

3. Ψωριασική Αρθρίτιδα

Η ψωριασική αρθρίτιδα είναι μια χρόνια ρευματική πάθηση, που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή στις αρθρώσεις των άνω και κάτω άκρων ή/και της σπονδυλικής στήλης και συνοδεύεται από την παρουσία ψωρίασης του δέρματος. Υπολογίζεται ότι περίπου 15% των ασθενών με ψωρίαση θα εμφανίσουν ψωριασική αρθρίτιδα. Εμφανίζεται συνήθως σε άτομα ηλικίας 35-55 ετών, αλλά και σε οποιαδήποτε ηλικία και προσβάλλει εξίσου άνδρες και γυναίκες. Η ψωρίαση μπορεί να εμφανιστεί χρόνια πριν την αρθρίτιδα, μαζί με την αρθρίτιδα ή αργότερα από την αρθρίτιδα.

Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη. Και στη νόσο αυτή παίζουν ρόλο γενετικοί, περιβαλλοντικοί και ανοσιακοί παράγοντες. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες αλληλεπιδρούν για την δημιουργία φλεγμονωδών μηχανισμών, που οδηγούν στην πρόκληση της ψωριασικής αρθρίτιδας.

Τα κύρια **συμπτώματα** της νόσου είναι τα παρακάτω:

➤ **Αρθρίτιδα**

- Διόγκωση των αρθρώσεων
- Πόνο στις αρθρώσεις
- Αίσθημα θερμότητας κατά την ψηλάφηση των αρθρώσεων
- Πρωινή δυσκαμψία

Οι αρθρώσεις των χεριών, των καρπών, των γονάτων, των αγκώνων, των ποδιών και της σπονδυλικής στήλης είναι αυτές που προσβάλλονται συνήθως. Η προσβολή μπορεί να αφορά μια μόνο άρθρωση (μονοαρθρίτιδα) ή περισσότερες (πολυαρθρίτιδα) και να είναι συμμετρική, όπως και στη ρευματοειδή αρθρίτιδα ή ασύμμετρη. Η ψωριασική αρθρίτιδα σε αντίθεση με τη ρευματοειδή, έχει ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ψωρίασης, προσβάλλει τις άπω μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις των δακτύλων άκρων χειρών και συνήθως δεν έχει θετικό τον ρευματοειδή παράγοντα στις εξετάσεις του ασθενή.

➤ **Ενθεσίτιδα**

➤ **Τενοντοελυτρίτιδα**

➤ **Δακτυλίτιδα**, διόγκωση ολόκληρου του δακτύλου, που μοιάζει "σαν λουκάνικο".

➤ **Προσβολή της σπονδυλικής στήλης και των ιερολαγονίων αρθρώσεων**, όπως αναφέρθηκε και στην αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, που εκδηλώνεται με φλεγμονώδη οσφυαλγία, δηλ. πόνο στη μέση και κυρίως στους γλουτούς και συνοδεύεται από πρωινή δυσκαμψία. Ο πόνος είναι πιο έντονος τη νύχτα, αφυπνίζει τον ασθενή, ενώ βελτιώνεται με την άσκηση.

➤ **Ψωρίαση**. Οι βλάβες μπορεί να είναι εκτεταμένες ή περιορισμένες και μπορεί να εντοπίζονται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Οι πιο συνηθισμένες θέσεις είναι οι αγκώνες, η εκτατική επιφάνεια των αντιβραχίων, το τριχωτό της κεφαλής, τα γόνατα, ο ομφαλός, η μεσογλουτιαία πτυχή και πίσω από τα αυτιά. Είναι σημαντικό κατά την κλινική εξέταση να ψάχνει ο γιατρός προσεκτικά για τέτοιες δερματικές βλάβες.

Αν η διάγνωση δεν τεθεί έγκαιρα, ώστε να δοθεί η κατάλληλη θεραπεία το νόσημα εξελίσσεται με αποτέλεσμα να παρατηρούνται παραμορφώσεις αρθρώσεων, σοβαρές ακτινολογικές βλάβες, διαταραχές στη λειτουργία των αρθρώσεων, που οδηγούν σε λειτουργική ανικανότητα και αναπηρία. Σήμερα, υπάρχουν πολλές διαθέσιμες θεραπείες, οι οποίες οδηγούν σε ύφεση ή χαμηλή ενεργότητα της νόσου. Οι θεραπείες αυτές περιλαμβάνουν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τα γλυκοκορτικοειδή, τα κλασικά συνθετικά ανοσοτροποποιητικά της νόσου φάρμακα, τα στοχευμένα συνθετικά ανοσοτροποποιητικά της νόσου φάρμακα (το φάρμακο αυτής της κατηγορίας που εισήχθη σχετικά πρόσφατα στη θεραπευτική φαρέτρα του ρευματολόγου είναι η απρεμιλάστη) και τα βιολογικά ανοσοτροποποιητικά της νόσου φάρμακα (Ινφλιξιμάμπη, Ετανερσέπτη, Ανταλιμουμάμπη, Γκολιμουμάμπη, Σερτολιζουμάμπη, Ουστεκινουμάμπη, Σεκουκινουμάμπη).

Όπως όλα τα αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα έτσι και η ψωριασική αρθρίτιδα προκαλεί, εκτός της συμπτωματολογίας από τις αρθρώσεις, αδυναμία, καταβολή, κατάθλιψη με αποτέλεσμα μειωμένη ποιότητα ζωής.

4. Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος

Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ) είναι χρόνια πολυσυστηματική νόσος αυτοάνοσης αιτιολογίας. Η νόσος προσβάλλει όλες τις ηλικίες, αλλά κυρίως γυναίκες 20-40 ετών. Υπάρχουν σχεδόν 10 φορές περισσότερες πάσχουσες γυναίκες από άνδρες. Εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε ασθενή τόσο ως προς τα συμπτώματα όσο και ως προς τη βαρύτητα της νόσου.

Τα κυριότερα **συμπτώματα** της νόσου είναι:

- **Αρθραλγίες - Αρθρίτιδα**
- **Δερματικές βλάβες**, όπως εξάνθημα στο πρόσωπο, που μοιάζει με πεταλούδα, ο δισκοειδής ερυθηματώδης λύκος, ο υποξύς δερματικός ερυθηματώδης λύκος κ.ά.
- **Φωτοευαισθησία**, εμφάνιση εξανθήματος στα μέρη του δέρματος, που δεν είναι καλυμμένα μετά από έκθεση στον ήλιο
- **Τριχόπτωση**
- **Πληγές μέσα στο στόμα**
- **Προσβολή των νεφρών** (νεφρίτιδα)
- **Προσβολή του κεντρικού ή περιφερικού νευρικού συστήματος**
- **Πλευρίτιδα** (πόνος στο θωρακικό τοίχωμα, που γίνεται εντονότερος κατά την εισπνοή και το βήχα και μπορεί να συνοδεύεται από συλλογή υγρού ή όχι, η οποία συνήθως είναι αμφοτερόπλευρη).
- **Περικαρδίτιδα** (πόνος στο μέσο του στέρνου, που επιδεινώνεται με την εισπνοή και την κατάκλιση σε ύπτια θέση ή μπορεί να εκδηλώνεται με συλλογή υγρού στην περικαρδιακή κοιλότητα)
- **Φαινόμενο Raynaud** (συνήθως εντοπίζεται στα δάκτυλα των χεριών και σπανιότερα των ποδιών, εμφανίζεται μετά από έκθεση σε ψύχος ή σε κατάσταση έντονης ψυχολογικής φόρτισης (stress) και παρουσιάζει δύο ή τρεις φάσεις: την **πρώτη** που χαρακτηρίζεται από έντονη ωχρότητα (άσπρισμα) τμήματος ενός ή περισσότερων δακτύλων, τη

δεύτερη, που χαρακτηρίζεται από μελάνιασμα των ίδιων τμημάτων των δακτύλων και την **τρίτη** που χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα των ίδιων τμημάτων των δακτύλων.

- **Αναιμία χρονίας νόσου, λεμφοπενία, λευκοπενία, θρομβοπενία**
- **Αγγειίτιδα** (φλεγμονή στο τοίχωμα μικρών αγγείων)

Στο συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο συναντώνται κάποια **ειδικά αντισώματα** που βοηθούν στη διάγνωση

- Αντιπυρηνικά αντισώματα
- Αντισώματα κατά του DNA με διπλή έλικα (anti-dsDNA)
- Αντι-Sm αντισώματα
- Αντι-καρδιολιπινικά αντισώματα
- Χαμηλά επίπεδα των C3 και C4 παραγόντων του συμπληρώματος

Η πρόγνωση της νόσου ήταν κακή μέχρι πριν λίγα χρόνια. Σήμερα λόγω των νέων θεραπευτικών επιλογών αυτό έχει αλλάξει, αφού μπορεί να επιτευχθεί ύφεση του νοσήματος και να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι μέχρι πρότινος θανατηφόρες εκδηλώσεις.

Τα **φάρμακα** που χρησιμοποιούνται είναι:

- Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα
- Υδροξυχλωροκίνη
- Γλυκοκορτικοειδή (*Κορτιζόνη*)
- Ανοσορρυθμιστικά / Ανοσοκατασταλτικά (*Κυκλοφωσφαμίδη, Αζαθειοπρίνη, Μυκοφαινολική μοφετίλη, Κυκλοσπορίνη, Μεθοτρεξάτη, Λεφλουνομίδη*)
- Βιολογικοί παράγοντες (*Μπελιμουμάμπη, Ριτουζιμάμπη*)
- Διάφορα άλλα φάρμακα (*ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη*)

Η θεραπεία εξατομικεύεται για κάθε ασθενή αφού η νόσος δεν έχει τις ίδιες εκδηλώσεις σε όλους. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι από ήπια έως πολύ σοβαρά.

5. Σκληρόδερμα

Το συστηματικό σκληρόδερμα είναι ένα σχετικά σπάνιο και απειλητικό για τη ζωή χρόνια αυτοάνοσο νόσημα. Συνήθως προσβάλλει γυναίκες ηλικίας 40-60 ετών. Πρόκειται

για πολυσυστηματικό νόσημα που προσβάλλει το δέρμα, τους μύες, τους τένοντες, τις αρθρώσεις αλλά και εσωτερικά όργανα (πνεύμονες, καρδιά, νεφρούς, γαστρεντερικό κ.α.). Τα ακριβή αίτια του νοσήματος είναι και σε αυτή την περίπτωση άγνωστα.

Διακρίνεται σε δύο **βασικές μορφές** : το *εντοπισμένο* σκληρόδερμα, όπου υπάρχει προσβολή μόνο του δέρματος και το *συστηματικό* σκληρόδερμα, όπου εκτός από το δέρμα προσβάλλονται και άλλα εσωτερικά όργανα.

Τα συμπτώματα και η βαρύτητα του σκληροδέρματος ποικίλλουν αρκετά από ασθενή σε ασθενή και αυτό εξαρτάται από τα όργανα που προσβάλλονται.

Οι δερματικές εκδηλώσεις είναι συνήθως οι πρώτες εκδηλώσεις του σκληροδέρματος και μπορεί να αναπτύσσονται χωρίς να το καταλαβαίνει ο ασθενής σε διάστημα μηνών ή ετών. Οι χαρακτηριστικές βλάβες αφορούν σταδιακή σκλήρυνση και πάχυνση του δέρματος στα χέρια, στο πρόσωπο και στα άκρα. Αρκετά πρώιμο σύμπτωμα είναι και το φαινόμενο Raynaud που εκδηλώνεται με αλλαγή του χρώματος του δέρματος των δακτύλων χεριών και ποδιών (λευκό, κυανό, ερυθρό). Χαρακτηρίζεται από σπασμό των μικρών αγγείων σε ερεθίσματα όπως κρύο ή στρες. Ποικίλει η διάρκεια και η σοβαρότητα του και στην περίπτωση που μειώνεται η ροή αίματος στα δάκτυλα μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία ελκών, που είναι πολύ επώδυνα και δεν επουλώνονται εύκολα. Συχνά, μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές, όπως επιμολύνσεις, γάγγραινα και ακρωτηριασμό δακτύλων.

Άλλες **εκδηλώσεις** του νοσήματος είναι:

- Νεφρική προσβολή (δεν είναι συχνή εκδήλωση αλλά είναι συνήθως θανατηφόρα. Αν δεν παρέμβει ο γιατρός έγκαιρα θεραπευτικά, εξελίσσεται γρήγορα, δεν αναστρέφεται και οδηγείται στο θάνατο σε μερικές εβδομάδες. Προκαλεί υπέρταση και νεφρική ανεπάρκεια).
- Πολυαρθρίτιδα
- Συστηματικές εκδηλώσεις κακουχία, κόπωση, απώλεια βάρους, πυρετός.
- Εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό σύστημα. Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν δυσφαγία ή οισοφαγίτιδα.
- Εκδηλώσεις από τους πνεύμονες. Η προσβολή του πνεύμονα αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Κάποιες από τις μορφές είναι η πνευμονική ίνωση που μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική ανεπάρκεια και η πνευμονική υπέρταση, δηλαδή υψηλή πίεση στα πνευμονικά αγγεία.

- Εκδηλώσεις από την καρδιά. Μπορεί να προσβληθεί και η καρδιά που εκδηλώνεται με αρρυθμίες ή περικαρδίτιδα.
- Μια ειδική μορφή του συστήματος είναι το σύνδρομο CREST, τα αρχικά του οποίου σημαίνουν Calcinosis (ασβέστωση), Raynaud (φαινόμενο Raynaud), Esophageal dysmotility (διαταραχή κινητικότητας του οισοφάγου), Sclerodactyly (σκληροδακτυλία) και Telangiectasia (τηλεαγγειεκτασία).

Η διάγνωση της νόσου γίνεται από το ρευματολόγο με τη βοήθεια διαγνωστικών εξετάσεων, όπως τα αντιπυρηνικά αντισώματα και ειδικών αντισωμάτων, όπως αντί-Scl-70 και αντικεντρομεριδιακών. Μια ακόμη χρήσιμη εξέταση για την έγκαιρη διάγνωση είναι η τριχοειδοσκόπηση, με την οποία αναγνωρίζονται χαρακτηριστικές αλλοιώσεις του σκληροδέρματος στα μικρά αγγεία ακόμη και πριν εμφανιστεί η σκληροδερμία.

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και των επιπλοκών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν οριστικές θεραπείες του σκληροδέρματος. Κάθε ασθενής δεν παρουσιάζει τις ίδιες εκδηλώσεις, οπότε και η θεραπευτική αντιμετώπιση εξατομικεύεται ανά περίπτωση. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι ανοσορρυθμιστικά / ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, γλυκοκορτικοειδή (κορτιζόνη σε μικρές δόσεις), αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, προστανοειδή, αποκλειστές διαύλων ασβεστίου και ανταγωνιστές του υποδοχέα της ενδοθηλίνης.

6. Σύνδρομο Sjogren

Πρόκειται για συστηματική ρευματική πάθηση, που προσβάλλει κυρίως τους σιελογόνους και τους δακρυϊκούς αδένες. Διακρίνεται σε πρωτοπαθές, όταν δεν υπάρχει υποκείμενο νόσημα και σε δευτεροπαθές, όταν εμφανίζεται σε άλλες ρευματικές παθήσεις (ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματική σκλήρυνση, συστηματικός ερυθρεμάτης λύκος κ.α.). Συνήθως, είναι πιο συχνό στις γυναίκες μέσης ηλικίας, αλλά μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και η αναλογία γυναικών-ανδρών είναι 9:1.

Τα κύρια **συμπτώματα** της νόσου είναι:

- Ξηροφθαλμία (στα μάτια αναπτύσσεται ένα αίσθημα ξένου σώματος σαν “άμμος” ή “σκουπιδάκια”)

- Ξηροστομία
- Διαταραχή γεύσης
- Αίσθημα ξηρότητας και σε άλλους βλεννογόνους (μύτη, φάρυγγα, κόλπο)
- Διόγκωση παρωτίδων ή υπογνάθιων σιελογόνων αδένων
Άλλες **εκδηλώσεις** του νοσήματος περιλαμβάνουν:
- Αρθραλγίες - Αρθρίτιδα
- Αίσθημα κόπωσης
- Δυσφαγία (δυσκολία στην κατάποση στερεών τροφών, που οφείλεται στην ξηρότητα του βλεννογόνου του φάρυγγα και του οισοφάγου).
- Φαινόμενο Raynaud
- Πονοκέφαλος σαν ημικρανία
- Πόνος στην κοιλιά και διαταραχή των συνηθειών του εντέρου
- Ξηρότητα δέρματος
- Προβλήματα με το σκώτι
- Βήχας λόγω ξηρότητας των βλεννογόνων του λάρυγγα, της τραχείας και των βρόγχων
- Εξανθήματα κάτω άκρων
- Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει διόγκωση λεμφαδένων ή ακόμη και ανάπτυξη κακοήθειας (λέμφωμα).

Η υποψία του νοσήματος τίθεται, όταν ο ασθενής παραπονιέται στο γιατρό για έντονη ξηρότητα βλεννογόνων ή διόγκωση των παρωτίδων. Ο οφθαλμίατρος διαπιστώνει την ξηροφθαλμία, τοποθετώντας μικρές ταινίες διηθητικού χαρτιού σε επαφή με το βολβό του ματιού και μετρώντας το μήκος που αυτές διαβρέχονται από τα δάκρυα. Η βλάβη των σιελογόνων αδένων επιβεβαιώνεται με τη βιοψία ενός μικρού σιελογόνου αδένου. Οι εξετάσεις αίματος δείχνουν συνήθως υψηλή ταχύτητα καθίζησης και την παρουσία ειδικών αντισωμάτων (αντιπυρηνικά, ρευματοειδής παράγοντας, αντισώματα εναντίον των αντιγόνων Ro/SSA, La/SSB).

Στην πλειονότητα των ασθενών η νόσος έχει μεν μακρόχρονη πορεία, αλλά συνήθως είναι καλοήθης. Η ξηρότητα αποτελεί ένα βασανιστικό σύμπτωμα για τον ασθενή και τα μέτρα που προτείνονται για ανακούφιση είναι χρήση τεχνητών δακρύων, συχνή λήψη υ-

γρών, μάσημα καραμέλας ή τσίχλας χωρίς ζάχαρη, στοματικά ή αντιμυκητιασικά σκευάσματα ή χάπια που διεγείρουν την παραγωγή εκκρίσεων. Σε περίπτωση σοβαρότερης κατάστασης δίνεται κορτιζόνη ή ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.

7. Ουρική Αρθρίτιδα

Πρόκειται για φλεγμονώδες νόσημα των αρθρώσεων, που προσβάλλει κυρίως τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες σε αναλογία 5:1 και εμφανίζεται συνήθως μετά την πέμπτη δεκαετία της ζωής. Οφείλεται στο σχηματισμό στην άρθρωση κρυστάλλων ουρικού μονοατρίου, ενός άλατος του ουρικού οξέος. Αυτός ο σχηματισμός οφείλεται στη μεγάλη αύξηση των επιπέδων του ουρικού οξέος στο αίμα, που λέγεται υπερουριχαιμία.

Το πρώτο επεισόδιο της οξείας ουρικής αρθρίτιδας εντοπίζεται συνήθως στην πρώτη μεταταρσοφαλαγγική άρθρωση (στην άρθρωση της βάσης του μεγάλου δακτύλου του ποδιού) και για αυτό λέγεται ποδάγρα. Πιο συχνά προσβάλλονται οι αρθρώσεις των ποδιών και των γονάτων, ενώ λιγότερο συχνά οι αρθρώσεις των χεριών, των καρπών και των αγκώνων.

Τα κύρια **χαρακτηριστικά** της οξείας ουρικής αρθρίτιδας είναι έντονος πόνος, θερμότητα, ερυθρότητα και διόγκωση της άρθρωσης. Χαρακτηριστικά ο ασθενής αναφέρει ότι ο πόνος είναι τόσο έντονος, ώστε όχι μόνο δεν μπορεί να περπατήσει αλλά δεν αντέχει ούτε το βάρος των κλινοσκεπασμάτων, επειδή η προσβολή αυτή συμβαίνει συνήθως κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Αν ο ασθενής παραμείνει χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση η νόσος εξελίσσεται στη χρόνια μορφή της, με αποτέλεσμα οι αρθρώσεις να είναι μόνιμα επώδυνες και διογκωμένες και τελικά να παραμορφώνονται.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της οξείας ουρικής αρθρίτιδας είναι δυνατή με τη χρήση φαρμάκων, όπως η κολχικίνη, τα αντιφλεγμονώδη και τα γλυκοκορτικοειδή. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ένα βιολογικό φάρμακο (κανακινουμάμπη). Για την πρόληψη μελλοντικών κρίσεων χρειάζεται αποφυγή κάποιων τροφών (εντόσθια, οστρακοειδή κ.α.), απώλεια βάρους, αποφυγή οινοπνευματωδών ποτών, λήψη επαρκούς ποσότητας υγρών. Επίσης, ο θεράπων ιατρός προσθέτει και φάρμακα που μειώνουν το ουρικό οξύ, όπως η αλλοπουρινόλη.

8. Οστεοαρθρίτιδα

Πρόκειται για χρόνια ρευματική πάθηση που προσβάλλει τις περιφερικές αρθρώσεις άνω και κάτω άκρων, αλλά και τις αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης. Όταν εντοπίζεται στη σπονδυλική στήλη ονομάζεται εκφυλιστική σπονδυλοαρθροπάθεια. Η συχνότητα της αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας και είναι συχνότερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες.

Χαρακτηρίζεται από φθορά του αρθρικού χόνδρου, που καλύπτει την επιφάνεια των οστών μέσα στην άρθρωση και από οστική υπερπλασία στα όρια των αρθρικών επιφανειών, που οδηγούν στη δημιουργία οστικών προεξοχών που ονομάζονται οστεόφυτα, γνωστά στον κόσμο ως “άλατα”.

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει κάποιους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της οστεοαρθρίτιδας. Κάποιοι από αυτούς είναι το γυναικείο φύλο, η μεγάλη ηλικία, γενετικοί παράγοντες, η παχυσαρκία και η κάκωση ή η επαναλαμβανόμενη επαγγελματική μηχανική επιβάρυνση και καταπόνηση των αρθρώσεων.

Τα κύρια **συμπτώματα** του νοσήματος είναι:

- Ο πόνος, που εμφανίζεται μόνο στις κινήσεις της άρθρωσης και υποχωρεί κατά την ανάπαυση.
- Η δυσκαμψία της άρθρωσης, η οποία διαρκεί μόνο λίγα λεπτά σε αντίθεση με τη δυσκαμψία των φλεγμονωδών ρευματικών νοσημάτων, που διαρκεί πάνω από μισή ώρα.
- Η διόγκωση και τελικά η παραμόρφωση της άρθρωσης.
- Σε μερικές περιπτώσεις η οστεοαρθρίτιδα είναι ασυμπτωματική, όπως συχνά συμβαίνει με την οστεοαρθρίτιδα των άκρων χειρών.

Σε μια πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα του 2002 εκτιμήθηκαν οι επιπτώσεις της συμπτωματικής οστεοαρθρίτιδας των περιφερικών αρθρώσεων στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και στην οικονομία με τη χρήση του δείκτη της μακροχρόνιας λειτουργικής ανικανότητας. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι η συμπτωματική οστεοαρθρίτιδα είναι το τρίτο αίτιο μακροχρόνιας λειτουργικής ανικανότητας μετά την ομάδα των υπόλοιπων ρευματικών παθήσεων και την ομάδα των καρδιαγγειακών παθήσεων (Andrianakos A, Trontzas P, Krachtis K, Pantelidou E, Kaskani L, Kontelis C, Voudouris V, Garantziou F, Christoyiannis G, Kaziolas P, Dantis Z, 2002).

Η **θεραπευτική αντιμετώπιση** της συμπτωματικής οστεοαρθρίτιδας διακρίνεται σε:

- Μη φαρμακευτική θεραπεία, όπως απώλεια βάρους, ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών της άρθρωσης, άλλα είδη φυσικοθεραπείας, υποστηρικτικές συσκευές (νάρθηκες, μπαστούνια, περιπατητικά βοηθήματα κ.ά.).
- Φαρμακευτική θεραπεία, όπως τοπική θεραπεία (κρέμες μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, κρέμα καψαϊσίνης), αναλγητικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, εγχύσεις μέσα στην άρθρωση.
- Χειρουργική θεραπεία, π.χ. ολική αρθροπλαστική γόνατος ή ισχίου.

9. Ρευματική Πολυμυαλγία-Κροταφική Αρτηρίτιδα

Η ρευματική πολυμυαλγία είναι ένα χρόνιο φλεγμονώδες νόσημα, που χαρακτηρίζεται από πόνο και δυσκαμψία στον αυχένα, στους ώμους και στα ισχία, ενώ η γιγαντοκυτταρική ή κροταφική αρτηρίτιδα είναι κι αυτή ένα χρόνιο σοβαρό φλεγμονώδες νόσημα, που προσβάλλει αγγεία μέσου μεγέθους και κυρίως την κροταφική αρτηρία.

Και τα δύο αυτά νοσήματα προσβάλλουν συνήθως άτομα πάνω από 50 ετών και σε μερικές περιπτώσεις συνυπάρχουν. Οι γυναίκες προσβάλλονται δύο φορές πιο συχνά από τους άντρες. Ο ασθενής, που πάσχει από ρευματική πολυμυαλγία παραπονιέται για βαθμιαία εμφάνιση πόνου, ευαισθησίας και δυσκαμψίας στους δύο ώμους, τον αυχένα και στην πνευλική ζώνη (γλουτούς, μηρούς). Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι τα συμπτώματα γίνονται χειρότερα με την ανάπαυση, ειδικά το πρωί δυσκολεύεται να σηκώσει τα χέρια του, να ντυθεί και να καθίσει ή να σηκωθεί από την καρέκλα. Όσο κυλάει η μέρα η δυσκαμψία βελτιώνεται, αλλά ο πόνος δεν υποχωρεί με απλά αναλγητικά ή αντιφλεγμονώδη. Ορισμένες φορές υπάρχουν και γενικά συμπτώματα όπως αδυναμία, καταβολή, πυρετός και απώλεια βάρους.

Το χαρακτηριστικό της κροταφικής αρτηρίτιδας είναι ο πονοκέφαλος, ο οποίος είναι πολύ έντονος και δεν υποχωρεί με τα συνήθη παυσίπονα ή αντιφλεγμονώδη. Επίσης, συχνά αναφέρουν αίσθημα κόπωσης της κάτω γνάθου όταν μασούν ή αδυναμία έγερσης ενός ή των δύο άνω άκρων όταν για παράδειγμα θέλουν να χτενιστούν. Η πιο σοβαρή εκδήλωση είναι η διαταραχή της αιμάτωσης του οφθαλμού, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με αιφνίδια και μερικές φορές μόνιμη απώλεια όρασης. Μια άλλη πιθανή επιπλοκή του νοσήματος είναι η εμφάνιση ανευρύσματος αορτής.

Η διάγνωση της ρευματικής πολυμυαλγίας βασίζεται στην τυπική κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται με την αύξηση των δεικτών φλεγμονής (ΤΚΕ και CRP). Είναι πολύ σημαντικό να τίθεται η διάγνωση και να μπαίνει έγκαιρα η θεραπεία, διότι το νόσημα μπορεί να θεραπευτεί πλήρως και ο ασθενής να επανέλθει στην πρότερη του κατάσταση. Επίσης, η υπόνοια της κροταφικής αρτηρίτιδας πρέπει να τίθεται σε κάθε ασθενή άνω των 50 ετών με πονοκέφαλο πρόσφατης έναρξης και ασυνήθιστα έντονο, ειδικά αν συνοδεύεται κι από συμπτώματα ρευματικής πολυμυαλγίας ή πυρετό. Και σε αυτή την περίπτωση είναι χαρακτηριστική η αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τη βιοψία τμήματος της αρτηρίας. Είναι απαραίτητο να μην καθυστερεί η διάγνωση διότι υπάρχει κίνδυνος απώλειας όρασης.

Και στις δύο παθήσεις θεραπεία εκλογής είναι η κορτιζόνη, στην οποία οι ασθενείς ανταποκρίνονται θεαματικά. Αρχικά, η δόση της κορτιζόνης είναι υψηλή και με την πάροδο του χρόνου μειώνεται, ώστε ο ασθενής να παραμείνει χωρίς συμπτώματα. Η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει ένα με δύο χρόνια.

10. Νόσος Αδαμαντιάδη - Behcet

Η νόσος Αδαμαντιάδη - Behcet χαρακτηρίζεται από αφθώδη έλκη στο στόμα που υποτροπιάζουν τουλάχιστον 3 φορές σε περίοδο ενός έτους, ενώ παράλληλα, μπορεί να παρουσιάζουν και έλκη γεννητικών οργάνων που υποτροπιάζουν, βλάβες στα μάτια π.χ. πρόσθια ή οπίσθια ραγοειδίτιδα, δερματικές βλάβες π.χ. οζώδες ερύθημα ή θετική δοκιμασία προκλητής δερματίτιδας (pathergy test). Η παθεργική δοκιμασία γίνεται με νυγμό με αποστειρωμένη βελόνα στην περιοχή του δέρματος του αντιβραχίου και θεωρείται θετική όταν δημιουργηθεί μια ερυθρηματώδης βλατίδα διαμέτρου ≥ 2 mm.

Στη νόσο μπορεί να παρατηρηθούν εγκεφαλικές βλάβες με παράλυση κρανιακών νεύρων λόγω βλάβης του οπτικού πεδίου. Μια επίσης, συχνή αγγειακή επιπλοκή είναι η εντω βάθει φλεβοθρόμβωση. Στα γαστρεντερικά συμπτώματα περιλαμβάνονται μονήρη ή πολλαπλά έλκη. Αν αυτά εμφανιστούν στον οισοφάγο προκαλούν δυσφαγία, στο στομάχι επιγαστραλγία και στο έντερο κολικοειδές κοιλιακό άλγος και αιματηρή διάρροια. Η αρθρίτιδα είναι συχνή και προσβάλλει συνήθως τα γόνατα, τους καρπούς και τις ποδοκνημικές.

Η διάγνωση είναι συνήθως κλινική. Δεν υπάρχουν ειδικά εργαστηριακά ευρήματα, για αυτό, συχνά, η διάγνωση καθυστερεί περίπου τρία χρόνια. Για την αντιμετώπιση των συ-

μπτωμάτων χρησιμοποιούνται τοπικές ή συστηματικές θεραπείες (κολχικίνη, κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα). Το νόσημα δεν μπορεί να ιαθεί. Μπορεί τα συμπτώματα να υποχωρήσουν προσωρινά αλλά στην πορεία μπορεί να παρουσιάσει έξαρση.

11. Δερματομυοσίτιδα

Η δερματομυοσίτιδα είναι μια χρόνια φλεγμονώδη πάθηση που χαρακτηρίζεται από μυϊκή αδυναμία και χαρακτηριστικό δερματικό εξάνθημα. Μπορεί να προσβάλει παιδιά ηλικίας 5-15 ετών και ενήλικες 40-60 ετών.

Η βασική **εκδήλωση** του νοσήματος είναι η μυϊκή αδυναμία που αφορά τους μυς των ώμων και της λεκάνης αμφοτερόπλευρα και τους μυς του τραχήλου. Όσον αφορά τα δερματικά εξανθήματα τα χαρακτηριστικά του νοσήματος είναι δύο, το ηλιοτροπικό εξάνθημα (ερυθροϊώδες χρώμα βλεφάρων με συνοδό οίδημα) και ερυθρολευκωπό εξάνθημα που σχηματίζει λέπια και συναντάται στη ραχιαία επιφάνεια των μετακαρπιοφαλαγγικών και μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων των δακτύλων των χεριών, καθώς και στην εκτατική επιφάνεια άλλων αρθρώσεων, όπως π.χ. των αγκώνων (βλατίδες ή σημείο Gottron).

Άλλες εκδηλώσεις του νοσήματος, λόγω προσβολής των μυών είναι κόπωση, δυσφωνία, δυσφαγία, λόγω προσβολής μυών στόματος, οισοφάγου, στομάχου και αναπνευστική ανεπάρκεια, λόγω προσβολής αναπνευστικών μυών. Συγχρόνως, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει πυρετό, φαινόμενο Raynaud και αρθρίτιδα/αρθραλγίες. Τέλος, όλοι οι ασθενείς με δερματομυοσίτιδα έχουν κίνδυνο να αναπτύξουν ένα κακοήθες νόσημα (μαστού, ωοθηκών, πνευμόνων κ.α.).

Η διάγνωση του νοσήματος γίνεται με βάση την κλινική εικόνα, με αύξηση των μυϊκών ενζύμων, π.χ. CPK, με ανίχνευση ειδικών αυτοαντισωμάτων (ANA, anti-jο κλπ.), με ηλεκτρομυογραφικά ευρήματα (φλεγμονή μυών) και ειδικά ιστολογικά ευρήματα στη βιοψία μυός.

Και στην περίπτωση αυτού του νοσήματος, όπως και στα περισσότερα ρευματολογικά νοσήματα η κορωνίδα της θεραπείας είναι τα κορτικοστεροειδή. Για την γρήγορη μείωση της κορτιζόνης, λόγω των πολλών ανεπιθύμητων ενεργειών που παρουσιάζει η χρόνια χρήση της, ο ρευματολόγος συνταγογραφεί και ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (Μεθοτρεξάτη, Αζαθειοπρίνη κ.α.).

12. Ινομυαλγία

Η ινομυαλγία είναι πάθηση, που έχει ως χαρακτηριστικό τον χρόνιο διάχυτο πόνο. Είναι μια πολύ συχνή πάθηση, που μπορεί να προσβάλει το 3-6% του πληθυσμού με το μεγαλύτερο ποσοστό 75-90% να είναι γυναίκες. Χρόνιος ορίζεται ο πόνος που διαρκεί πάνω από τρεις μήνες και διάχυτος ο πόνος που εντοπίζεται και στις δύο πλευρές του σώματος. Ο πόνος αναπαράγεται με την άσκηση πίεσης σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος, που λέγονται “ευαίσθητα σημεία”. Επίσης, υπάρχουν και γενικά συμπτώματα όπως δυσκαμψία, κόπωση, διαταραχές ύπνου, διαταραχές μνήμης και προσοχής, κατάθλιψη, άγχος, ευερέθιστο έντερο κ.α. Τα στρεσογόνα ερεθίσματα προκαλούν έξαρση του νοσήματος με επιδείνωση της έντασης του πόνου.

Είναι πολύ δύσκολο να τεθεί η διάγνωση λόγω της ποικιλίας των συμπτωμάτων και λόγω της έλλειψης ειδικών εξετάσεων. Είναι σημαντική η κλινική εξέταση και ο αποκλεισμός άλλων παθολογικών καταστάσεων που μπορεί να εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ινομυαλγία μπορεί να συνυπάρχει με άλλα νοσήματα, όπως τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, το συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και άλλα ρευματικά νοσήματα.

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία για την ινομυαλγία. Είναι σημαντικό να κατανοήσει ο ίδιος ο ασθενής τη φύση της ασθένειας και να προσπαθήσει να αλλάξει τον τρόπο ζωής του. Σε αυτό βοηθά ιδιαίτερα η επαφή με το γιατρό του. Αν ο γιατρός ακούει με προσοχή το πρόβλημα του ασθενή, τον βοηθά να αποδεχτεί την κατάσταση του και συμβάλλει αποτελεσματικά στη θεραπεία του. Η θεραπεία διακρίνεται σε μη φαρμακευτική, όπως άσκηση, βελονισμό, γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική, όπως αναλγητικά ή αντικαταθλιπτικά.

Την τελευταία εικοσαετία έχουν χρησιμοποιηθεί επαναστατικές θεραπείες στον τομέα της Ρευματολογίας, που έχουν επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην καλύτερη αντιμετώπιση των ρευματικών παθήσεων και έχουν συντελέσει σε μεγάλο βαθμό στη μείωση της φλεγμονής, στην πρόληψη των δομικών βλαβών και της ανικανότητας και στην επίτευξη ύφεσης της νόσου. Όμως παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει επιτευχθεί παραμένει μια βασική ανεκπλήρωτη θεραπευτική ανάγκη, που είναι παράλληλα η φροντίδα της ψυχικής υγείας του ασθενή με στόχο τη διασφάλιση μιας καλής ποιότητας ζωής. Βασική προϋπόθεση για την εξασφάλιση όλων των παραπάνω είναι η καλή σχέση γιατρού - ασθενή.

Ερευνητική Ανασκόπηση

Η επιστημονική εξέλιξη και η επίτευξη μιας πιο ισχυρής συνεργασίας και σχέσης γιατρού - ασθενή με την πάροδο του χρόνου, έχουν διαδραματίσει καίριο ρόλο στην καλύτερη κατανόηση των ρευματικών παθήσεων και της θεραπείας τους. Η συνεργασία γιατρού - ασθενή έχει βοηθήσει στο να γίνουν σημαντικά βήματα στην ειδικότητα της Ρευματολογίας. Μελέτες δείχνουν ότι η φύση της σχέσης του ρευματοπαθούς με το γιατρό μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής (HRQoL), όπως αυτό εκτιμάται μέσω του δείκτη SF-36.

Επειδή τα ρευματικά νοσήματα συνοδεύονται από πλειάδα άλλων νοσημάτων που μπορούν να αυξήσουν τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών, χρήζουν έγκαιρης διάγνωσης και άμεσης θεραπευτικής παρέμβασης με στόχο την ύφεση ή τη χαμηλή δραστηριότητα της νόσου. Για την επίτευξη αυτού του στόχου αρχικά οι ασθενείς υποβάλλονται σε θεραπεία με συνθετικά αντιρευματικά φάρμακα (csDMARDs) και σε μη ανταπόκριση ή παρενέργειες προχωρά ο ρευματολόγος σε πιο στοχευμένες θεραπείες (Thom DH, 2001), (Garcia-Gonzalez A, Richardson M, Popa-Lisseanu MG, Cox V, Kallen MA, Janssen N, Ng B, Marcus DM, Reveille JD, Suarez-Almazor ME, 2008). Αν και αυτές έχουν συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της νόσου, δεν έχουν πετύχει το στόχο της ύφεσης. Μέσα από την αναζήτηση νέων θεραπευτικών πτυχών φάνηκε πόσο σημαντική είναι η ανάπτυξη μιας καλής σχέσης ρευματολόγου - ρευματοπαθούς για τη βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος και την επίτευξη καλύτερης ποιότητας ζωής.

Μια μεγάλη διεθνής έρευνα στην οποία συμμετείχαν 3.649 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε 13 χώρες (RA NarRAtive), η οποία διεξήχθη διαδικτυακά για μια μεγάλη πολυεθνική φαρμακευτική εταιρία, κατέδειξε την ανάγκη των ασθενών να νιώθουν άνετα με το γιατρό τους, να συζητούν ανοιχτά μαζί τους τις θεραπευτικές επιλογές που έχουν, με στόχο την καλύτερη διαχείριση του νοσήματος τους. Η συνεργασία γιατρού και ασθενή είναι ένα βασικό θέμα για την εξασφάλιση της πιο αποτελεσματικής θεραπείας. Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα, όσο πιο οικεία νιώθει ο ασθενής με το γιατρό του τόσο πιο καλά εξελίσσεται το νόσημα του. Οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα που μπορούν να εκφράσουν ελεύθερα τις ανησυχίες και τους φόβους τους στο γιατρό τους έχουν 43% περισσότερες πιθανότητες να βλέπουν με αισιοδοξία την πάθηση τους και να ανταποκρίνονται

καλύτερα στη θεραπεία. Ο διάλογος μεταξύ τους, δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει ανοιχτά τις ανησυχίες του, επιτρέποντας στους γιατρούς να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών. Μέσω αυτής της έρευνας έγινε, επίσης, μια προσπάθεια να γεφυρωθεί το χάσμα γιατρών - ασθενών, λόγω διαφορετικών αντιλήψεων και εμπειριών, ώστε να βελτιωθεί η επικοινωνία και να διασφαλιστεί η καλύτερη διαχείριση του νοσήματος.

Μελέτες δείχνουν ότι όταν ο γιατρός αναγνωρίζει τις ανησυχίες των ασθενών κατά τη διάρκεια των ιατρικών επισκέψεων, βελτιώνεται η ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα και συνεπώς η κλινική τους κατάσταση (Daltroy L., 1993).

Στη συστηματική ανασκόπηση των (Fawole OA, Dy SM, Wilson RF, Lau BD, Martinez KA, Apostol CC, Vollenweider D, Bass EB, Aslakson RA, 2013) διαπιστώθηκε ότι η φύση των αλληλεπιδράσεων γιατρού - ασθενή στην αξιολόγηση και τη διαχείριση ασθενών με ρευματικά νοσήματα μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών (HRQoL) (Viller F, Guillemin F, Briancon S, Moum T, Suurmeijer T, van den Heuvel W, 1999). Ένας από τους τομείς, που μπορεί να επηρεαστεί από την ποιότητα της επαφής με τον επαγγελματία υγείας είναι η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή. Η συμμόρφωση με την αγωγή στους ρευματοπαθείς κυμαίνεται από 30-99% (Harrold R. Leslie MD, MPH & Andrade E. Susan ScD, 2009). Η συμπεριφορά του γιατρού μπορεί να έχει σημαντική επίπτωση στην ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τους ασθενείς, που μπορεί να επηρεάσουν τη συμμόρφωση (Thom DH, 2001). Αν δεν υπάρχει εμπιστοσύνη στο γιατρό και οι πληροφορίες που παρέχονται στον ασθενή είναι ανεπαρκείς, η πιθανότητα να μη συμμορφωθεί με την αγωγή είναι μεγάλη αυξάνοντας την πιθανότητα για έξαρση του νοσήματος και την πρόκληση βλαβών σε διάφορα όργανα (Zolnierek KBH, DiMatteo MR, 2009).

Τα αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα σύμφωνα με τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα συνδέονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, με υψηλότερα ποσοστά στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και το συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (Urowitz MB, Ibanez D, Gladman DD, 2007), (Boyer J-F, Gourraud P-A, Cantagrel A, Davignon J-L, Constantin A, 2011), (Watson DJ, Rhodes T, Guess HA, 2003). Ο βασικός παράγοντας που παίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου είναι ο τρόπος ζωής, που περιλαμβάνει το κάπνισμα, την υπερλιπιδαιμία, το σακχαρώδη διαβήτη και την έλλειψη φυ-

σικής δραστηριότητας. Αντίθετα, ένας υγιεινός τρόπος ζωής, όπως η ισορροπημένη διατροφή, η διακοπή του καπνίσματος, η μείωση σωματικού βάρους και η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας μειώνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάματα. Η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού - ασθενή βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει πόσο σημαντική είναι αυτή η αλλαγή του τρόπου ζωής του, για τη διασφάλιση της υγείας και της ευεξίας του (Jones DE, et al, 2012), (Osterberg L, Blaschke T, 2005), (Squier RW, 1990), (Chewning B, Sleath B, 1996).

Στη συστηματική ανασκόπηση των (Georgopoulou S, Pothero L, D'Cruz D, 2018) εντοπίστηκαν και αξιολογήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία γιατρού και ασθενή και πως αυτή η σχέση επιδρά στην υγεία των ρευματοπαθών. Στην ανασκόπηση αυτή συμπεριλήφθηκαν και αξιολογήθηκαν έξι ποσοτικές μελέτες, μια μεικτή και τρεις ποιοτικές. (Tables 4 και 5)

Table 4: Ποσοτικές Μελέτες

| ΜΕΛΕΤΗ | ΣΚΟΠΟΣ | ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ |
|---|---|--|
| Street RL Jr, Gordon HS, Ward MM, Krupat E. Kravitz RL (2005) Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. <i>Med Care</i> 43(10):960-969 Country of study USA <i>Sample Size: 79 SLE</i> | Να μελετηθεί το εύρος των παραγόντων επηρεασμού στην ιατρική πράξη στους ασθενείς με ΣΕΛ π.χ. χαρακτηριστικά ασθενή, τρόπος επικοινωνίας γιατρού. | Οι ασθενείς είναι πιο δραστήριοι συμμετέχοντες όταν σχετίζονται με γιατρούς που χτίζουν μια σχέση και επικοινωνούν υποστηρικτικά μαζί τους (adj. $m = 11.21$; 95% CI 5.73-16.69; $p < 0.001$). Το υψηλό επίπεδο μόρφωσης και η φυλή καθορίζουν την πιο ενεργή συμμετοχή. |
| Beusterien K, Bell JA, Grinspan J, Utset TO, Kan H, Narayanan S (2013) Physician – patient interactions and outcomes in systemic lupus erythematosus (SLE): a conceptual model. <i>Lupus</i> 22(10): 1038-1045 Country of study USA <i>Sample Size: 302 SLE</i> | Να αναλυθεί η σχέση μεταξύ γιατρού – ασθενή, ο αντίκτυπος στον ασθενή, συμπεριλαμβανομένου της κατάστασης της υγείας του και της ικανοποίησης του για την πορεία με το ΣΕΛ | Η θετική επίδραση ιατρού – ασθενή οδηγεί σε υψηλά επίπεδα ικανοποίησης με τη θεραπευτική προσέγγιση και αίσθημα ελέγχου και θετικών αποτελεσμάτων της παρούσας κατάστασης της υγείας και αισιοδοξία για την πορεία στο μέλλον ($= 6.10$; $\neq 4.07$) |
| Ward M, Sundaramurthy S, Lotstein D, Bush T, Neuwelt C, Street, Jr (2003) Participatory Patient-Physician Communication and Morbidity in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. <i>Arthritis Care Res</i> 49(6): 810-818 Country of Study USA <i>Sample Size: 79 SLE</i> | Να εξεταστεί η σχέση επικοινωνίας μεταξύ δραστήριου ασθενή – γιατρού και η νοσηρότητα στους ασθενείς με ΣΕΛ. | Ασθενείς που συμμετέχουν πιο ενεργά στις επισκέψεις τους στο γιατρό έχουν μειωμένη πολυοργανική βλάβη λόγω ΣΕΛ. Με κάθε επιπλέον 1 πόντο θετικό στο σκορ συμμετοχής του δραστήριου ασθενή, το damage index μειώνεται κατά μέσο όρο 7% (OR = 0.93; 95% CI 0.91-0.94; $p < 0.0001$) |
| Freburger J, Callahan L, Currey S, Anderson L (2003) Use of the Trust in Physician Scale in patients with rheumatic disease: Psychometric properties and correlates of trust in the rheumatologist. <i>Arthritis Care Res</i> 49(1): 51-58 Country of Study USA <i>Sample Size: 713 (39% OA; 47% RA; 37% FM)</i> | Να αναλυθούν τα ψυχομετρικά στοιχεία της Trust in Physician κλίμακας και να αναγνωριστούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμπιστοσύνη των ασθενών με τους ρευματολόγους τους. | Υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης στον ρευματολόγο (mean = 76.25; SD = 13.29). Ασθενείς με χειρότερη κλινική εικόνα και υγεία δήλωσαν μικρότερο βαθμό εμπιστοσύνης από τους ασθενείς με καλύτερη κλινική εικόνα και υγεία ($r = -0.10$; $p < 0.05$). Ασθενείς με FM και OA έχουν λιγότερη εμπιστοσύνη στον ρευματολόγο από τους ασθενείς με PA ($\beta = -4.58$; $p < 0.001$ and $\beta = -3.66$; $p = 0.003$) |
| Berrios – Rivera J, Street R Jr, Garcia P-LM, Kallen M, Richardson M, Janssen N, Marcus D, Reveille J, Warner N, Suarez-Almazor M (2006) Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid and systemic lupus erythematosus. <i>Arthritis Rheum</i> 55(3):385-393 Country of Study USA <i>Sample Size: 102 (70 RA; 32 SLE)</i> | Να αναγνωριστούν τα στοιχεία στη σχέση γιατρού-ασθενή που καθορίζουν την εμπιστοσύνη στον γιατρό | Η ικανοποίηση στην ιατρική φροντίδα και την εμπιστοσύνη ήταν μέτρια (6.2-7.1) όσον αφορά την επικοινωνία ασθενή – γιατρού. Η αυξημένη εμπιστοσύνη συνδέεται με λιγότερες παρενέργειες. ($r = -0.28$; $p < 0.05$) και καλύτερη γενική υγεία/ κλινική εικόνα ($r = 0.20$; $p < 0.05$). Η επικέντρωση της επικοινωνίας στον ασθενή συνδέεται με την απόκρυψη πληροφοριών από τον ασθενή ($B = 0.38$; $p < 0.001$), η οποία, σε αντίθεση, συνδέεται αρνητικά με την ενεργότητα της νόσου ($B = -0.20$; $p = 0.03$) |
| Ishikawa H, Hashimoto H, Yano E (2006) Patients' preferences for decision making and the feeling of being understood in the medical encounter among patients with rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum</i> 55(6):878-883 Country of Study Japan <i>Sample Size: 115 RA</i> | Να εξεταστούν πώς οι επιλογές των ασθενών στις αποφάσεις επηρεάζουν τη σχέση ανάμεσα στον τρόπο συμμετοχής τους στην επικοινωνία, κατά την επίσκεψη στον γιατρό, και το αίσθημα ότι γίνονται κατανοητοί | Οι ασθενείς αισθάνονται ότι γίνονται κατανοητοί από τον γιατρό όταν έχουν πετύχει ενεργή συμμετοχή στην επικοινωνία τους κατά την επίσκεψη ($r = 0.036$; $p < 0.001$). Η αύξηση των κοινών αποφάσεις συνδέεται με καλύτερη επικοινωνία γιατρού – ασθενή. |

(Rheumatology International, 2018)

Συνολικά, με βάση τα στοιχεία από τις παραπάνω μελέτες φάνηκε ότι η μεγαλύτερη συμμετοχή των ασθενών, η κοινή λήψη αποφάσεων, η ικανοποίηση από τη θεραπεία και η εμπιστοσύνη στο γιατρό συσχετίστηκαν με την καλύτερη επικοινωνία γιατρού - ασθενή. Η καλύτερη επικοινωνία με τη σειρά της συσχετίστηκε με καλύτερη υγεία, λιγότερη βλάβη

οργάνων, χαμηλότερη δραστηριότητα νόσου και λιγότερες παρενέργειες φαρμάκων (Street RL Jr, et al, 2005), (Beusterien K, et al, 2013), (Ward M, et al, 2003), (Freburger J, et al, 2003), (Berrios - Rivera J, et al, 2006), (Ishikawa H, et al, 2006).

Στις τρεις ποιοτικές μελέτες και την μία μεικτή που περιλαμβάνονταν στην ανασκόπηση εκτιμήθηκαν τα σημαντικά αποτελέσματα της θεραπείας και της ιατρικής αντιμετώπισης των ασθενών, καθώς και οι παράγοντες, που σχετίζονται με τη συμμόρφωση και με τη φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με τη φύση επικοινωνίας γιατρού - ασθενή (Ahlmén M, Nordenskiöld U, Archenholtz B, Thyberg I, Ronnqvist R, Linden L, Andersson A-K, Mannerkorpi K, 2005), (Haugli L, Strand E, Finset A, 2004), (Chambers S, Raine R, Rahman A, Isenberg D, 2009).

Οι (Ward M, Sundaramurthy S, Lotstein D, Bush T, Neuwelt C, Street Jr, 2003) ανέφεραν χαρακτηριστικά ότι ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο, που συμμετείχαν πιο ενεργά στην ιατρική επίσκεψη είχαν λιγότερη μόνιμη βλάβη οργάνων και αυτό παρέμενε και με την πάροδο του χρόνου. Οι ασθενείς που είχαν πιο ενεργή συμμετοχή ενδέχεται να είχαν λάβει περισσότερες πληροφορίες, που ίσως βοήθησαν να μειωθεί η πιθανότητα μη συμμόρφωσης με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Για παράδειγμα, η μεγαλύτερη συμμετοχή των ασθενών στη φροντίδα τους μπορεί να τους οδηγήσει στη βαθύτερη κατανόηση της αναγκαιότητας λήψης των φαρμάκων και των παρενεργειών τους και γενικότερα στην καλύτερη κατανόηση της ίδιας της ασθένειας, όπως επισημαίνεται από τους (Chambers S, Raine R, Rahman A, Isenberg D, 2009).

Table 5: Ποιοτικές Μελέτες

| ΜΕΛΕΤΗ | ΣΚΟΠΟΣ | ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ |
|---|---|---|
| Ahlmen M, Nordenskiöld U, Archenholtz B, Thyberg I, Ronnqvist R, Linden L, Andersson A-K, Mannerkorpi K (2005) Rheumatology outcomes: the patient's perspective. A multicentre focus group interview study of Swedish rheumatoid arthritis patients. <i>Rheumatology</i> 44(1): 105-110. Country of study Sweden <i>Sample Size: 25 RA</i> | Να διερευνηθεί το σημαντικότερο αποτέλεσμα από την αγωγή των ασθενών με ΡΑ, αποφάσεις σχετικά με τα αν η θεραπεία «δουλεύει» και παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση ή όχι από τη θεραπεία | Τα πιο αναγνωρίσιμα θέματα/απαντήσεις ήταν: «κανονική ζωή», «φυσική ικανότητα», «ανεξαρτησία», «καλή ζωή». Η ικανοποίηση με τη θεραπεία συνδεόταν με την ποιοτική επικοινωνία μεταξύ ρευματολογικής ομάδας και ασθενών, η οποία θεωρείτο σαν προαπαιτούμενο για αποτελεσματική θεραπεία. Οι ασθενείς ήθελαν να τους δεχτούν ως ειδικούς ως προς το σώμα τους και περίμεναν οι γιατροί να είναι ειδικοί στην ΡΑ, το οποίο τους έκανε πιθανό για εκείνους, το ενδεχόμενο να «πάρουν τον έλεγχο» της ζωής τους. |
| Haugli L, Strand E, Finset A (2004) How do patients with rheumatic disease experience their relationship with their doctors? A qualitative study of experiences of stress and support in the doctor -patient relationship. <i>Patient Educ Couns</i> 52(2): 169-174 Country of study Norway <i>Sample Size: 26 (12 RA/AS; 14 FM)</i> | Να εκτιμηθεί τι θεωρούν σημαντικό οι ασθενείς με ρευματικές παθήσεις στην ιατρική τους αντιμετώπιση | Δύο βασικά θέματα προκύπτουν ως σημαντικά: «να τους κοιτάζουν» και «να τους πιστέψουν». Για τους ασθενείς με ΡΑ και ΑΣ αυτό σημαίνει πως θέλουν να τους δουν σαν άνθρωπο κι όχι σα διάγνωση, και να τους πιστέψουν σε ότι αφορά τον πόνο και την κακουχία. Για τους ασθενείς με ΦΜ και τα δύο θέματα αναφέρονται στο να μπορεί να γίνει μία χρήσιμη σωματική διάγνωση. Αμφίδρομη εμπιστοσύνη, διαθεσιμότητα του γιατρού και επαρκής πληροφόρηση για την ασθένεια και τη διάγνωση, ήταν κάποιες ακόμα προτάσεις που αναφέρθηκαν. |
| Chambers S, Raine R, Rahman A, Isenberg D, (2009) Why do patients with systemic lupus erythematosus take or fail to take their prescribed medications? A qualitative study in a UK cohort. <i>Rheumatology</i> 48(3): 266-271 Country of Study UK <i>Sample Size: 33 SLE</i> | Να διερευνηθεί γιατί οι ασθενείς με ΣΕΛ λαμβάνουν ή δε λαμβάνουν τη χορηγούμενη αγωγή τους. | Λόγοι για να λαμβάνουν τα φάρμακα: φόβος για επιδείνωση της ασθένειας, έχουν πειστεί στη μη αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών θεραπειών, έλλειψη γνώσεων για το ΣΕΛ που να προσφέρει σιγουριά στην αλλαγή της αγωγής και αίσθημα καθήκοντος ή υποχρέωσης στους άλλους. Θέματα για τη μη λήψη φαρμάκων: αποδοχή των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας, πεποίθηση πως η χρόνια λήψη φαρμάκων ήταν χωρίς λόγο, φόβος για παρενέργειες από τα φάρμακα, πρακτικές δυσκολίες στη χορήγηση της θεραπείας και πτωχή επικοινωνία με τους γιατρούς. |
| Koneru SM, Kocharla LM, Higgins GC, Md P, Ware AM, Passo MH, Md Farhey YD, Mongey A-BM, Graham TBM et al (2008) Adherence to medications in systemic lupus erythematosus. <i>J Clin Rheumatol</i> 14(4):195-201 Country of Study USA <i>Sample Size: 63 SLE</i> | Να μετρηθούν τα επίπεδα αφοσίωσης/ συνέπειας στην αγωγή στους ασθενείς με ΣΕΛ, να αναλυθεί η σχετικότητα/συνάφεια των παραγόντων ρίσκου στη μη αφοσίωση/συνέπεια για το ΣΕΛ και στις άλλες ρευματικές παθήσεις. | Υποδειγματική αφοσίωση στην αγωγή. 61% στη prednisone, 49% υδροξυκλωροκίνη, 57% στα ανοσοκατασταλτικά. Παράγοντες για τη μη συνέπεια στην αγωγή, συμπεριλαμβανομένων και απλών καταστάσεων, περίπλοκη θεραπευτική προσέγγιση, περιορισμένη κατανόηση στις εξηγήσεις και οδηγίες του γιατρού ($\chi^2=10.70$; $p=0.001$; $OR=26.20$; 95% CI 7.30-95; $R^2=48\%$) και να πρέπει να λαμβάνουν φάρμακα περισσότερες από μία φορές ημερησίως. Πολυάσχολη καθημερινότητα και παράλειψη στη λήψη των φαρμάκων ήταν τα εμπόδια, ενώ οι συσκευές μεταφοράς φαρμάκων βοήθησαν στη συνέπεια λήψης της αγωγής. |

(*Rheumatology International*, 2018)

Τα δεδομένα από μια μελέτη των (Lempp H, Scott D.L, Kingsley G.H, 2006), που εκτίμησαν τις απόψεις των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα σχετικά με την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, έδειξαν ότι οι

ασθενείς φαίνονται λιγότερο πρόθυμοι να είναι παθητικοί αποδέκτες φροντίδας και εκτιμούν την αναγνώριση από τους επαγγελματίες υγείας για τη συμβολή τους στη διαχείριση της δικής τους χρόνιας ασθένειας, ως ισότιμοι συνεργάτες και με βασικό μέσο το διάλογο.

Επιπρόσθετα, οι (Freburger J, Callahan L, Currey S, Anderson L, 2003) διαπίστωσαν ότι τα άτομα με φτωχότερη υγεία ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης στο ρευματολόγο σε σχέση με εκείνα με καλύτερη υγεία. Αντίθετα, σύμφωνα με τους (Berríos - Rivera J, Street R Jr, García P-LM, Kallen M, Richardson M, Janssen N, Marcus D, Reveille J, Warner N, Suarez - Almazor M, 2006), οι γιατροί που εκφράζονται με ευαισθησία απέναντι στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθματώδη λύκο, παρέχοντας επαρκείς πληροφορίες και έχοντας στο επίκεντρο τον ασθενή, επιτυγχάνουν μια καλύτερη συνολική υγεία για τον ασθενή με τις λιγότερες παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, οι ασθενείς φαίνονται πιο πρόθυμοι να αποκαλύψουν τις ανησυχίες τους στο γιατρό.

Η μελέτη των (Beusterien K, Bell JA, Grinspan J, Utset TO, Kan H, Narayanan S, 2013) υπογραμμίζει τη σημασία της επικοινωνίας γιατρού - ασθενή στο συστηματικό ερυθματώδη λύκο με βάση ένα μοντέλο περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης τονίζουν ότι οι γιατροί πρέπει να εμπλέκουν τον ασθενή στις θεραπευτικές αποφάσεις, να θέτουν στόχους με τους ασθενείς τους και να συζητούν τις καθημερινές επιπτώσεις του συστηματικού ερυθματώδους λύκου κατά την ιατρική επίσκεψη. Αυτού του είδους η προσέγγιση μπορεί να επηρεάσει ευνοϊκά τις αντιλήψεις των ασθενών για την νόσο τους, να αυξήσουν την ελπίδα και να μειώσουν την κατάθλιψη.

Σε μια πρόσφατη μελέτη των (Virginia Pascual-Ramos, Irazu Contreras-Yanez, Ana Belen Ortiz-Haro, Albert Christian Molewijk, Gregorio T. Obrador & Evandro Agazzi, 2022), όπου διερευνήθηκαν οι παράγοντες που συσχετίζονται με την ποιότητα της σχέσης γιατρού - ασθενή, διαπιστώθηκε ότι η εμπιστοσύνη στο γιατρό αναπτύσσεται με το χρόνο, χαρακτηρίζει την μακροχρόνια σχέση μεταξύ τους και επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή. Επίσης, βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στον βαθμό εμπειρίας των ρευματολόγων και της καλής σχέσης γιατρού - ασθενή. Οι έμπειροι ρευματολόγοι μπορεί να θεωρηθούν από τους ασθενείς ως πατρικές και αξιόπιστες φιγούρες και να αναπτύξουν σεβασμό και εμπιστοσύνη προς αυτές, δημιουργώντας μια σταθερή και μακροχρόνια σχέση.

Είναι ενδιαφέρον να τονιστεί ότι στις κατευθυντήριες οδηγίες του 2016 της EULAR - European League Against Rheumatism για τη θεραπεία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, μια από τις βασικές αρχές είναι ότι η θεραπεία πρέπει να στοχεύει στην καλύτερη φροντίδα και πρέπει να βασίζεται σε κοινή απόφαση μεταξύ του ασθενή και του ρευματολόγου (Fawole OA, et al, 2013), (Viller F, et al, 1999), (Nikiphorou E, et al, 2017). Αλλά και το ACR - American College of Rheumatology αναφέρει στις συστάσεις του ότι: “*οι αποφάσεις για τη θεραπεία πρέπει να λαμβάνονται από τους γιατρούς και τους ασθενείς μέσω μιας κοινής διαδικασίας λήψης αποφάσεων, λαμβάνοντας υπόψη τις αξίες, τις προτιμήσεις και τις συννοσηρότητες των ασθενών*” (Singh J.A, et al, 2016), (Gibofsky A, et al, 2018).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο (NHS) σε σχέση με την συμμετοχή των ασθενών στη λήψη των θεραπευτικών αποφάσεων έχει προωθήσει το σύνθημα: **καμία απόφαση για μένα χωρίς εμένα.**

Η σχέση γιατρού - ασθενή βασίζεται όλο και περισσότερο στην επικοινωνία και τη μεταφορά πληροφοριών. Στην περίπτωση των χρόνιων παθήσεων και συγκεκριμένα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, αυτές οι πληροφορίες είναι θεμελιώδεις για τη συμμόρφωση, αλλά και την καλύτερη διαχείριση του νοσήματος από τον ασθενή. Ήδη από το 1983 οι (Lidz C.W, Meisel A, Osterweis M, Holden J.L, Marx J.H, Munetz M.R & Meisel, 1983) τόνισαν ότι οι ασθενείς με χρόνια ασθένεια επιθυμούν περισσότερες πληροφορίες και μεγαλύτερο ρόλο στη λήψη αποφάσεων σε σχέση με τους ασθενείς οξέων καταστάσεων (Daltroy L., 1993). Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα επιθυμούν να κατανοήσουν καλύτερα την ασθένεια τους και τις διαθέσιμες θεραπείες, αλλά επίσης επιθυμούν να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους, και κυρίως τον πόνο, που απορρέουν από αυτή.

Ο ρευματολόγος κατά τη διάρκεια της επίσκεψης του ασθενή στο ιατρείο για να εκτιμήσει την κλινική του κατάσταση χρησιμοποιεί σύνθετους δείκτες, όπως το DAS 28 - Disease Activity Score, SDAI - Simplified Disease Activity Index ή CDAI - Clinical Disease Activity Index (van der Heijde DMFM, van't Hof MA, van Riel PLCM, et al, 1990), (van der Heijde DMFM, et al, 1993), (Smolen J.S, et al, 2003), (Aletaha D & Smolen J, 2005). Οι δείκτες αυτοί εκτιμούν τον αριθμό των επώδυνων και διογκωμένων αρθρώσεων, οι οποίοι είναι πολύτιμοι παράγοντες για τους ρευματολόγους για την εκτίμηση των ασθενών τους (Pincus T, Yazici Y, Bergman M, Maclean R, Harrington T, 2007), (Wolfe F, Pincus T, Thompson A.K, Doyle J, 2003). Όμως, ο χρόνος που απαιτείται για την εξέταση του

ασθενή και την καταγραφή των αρθρώσεων περιορίζει το χρόνο μεταξύ γιατρού και ασθενή, με αποτέλεσμα ο ασθενής, ενώ προσδοκά να συζητήσει άλλα θέματα ο γιατρός να τον διακόπτει, για να καταχωρίσει τα δεδομένα. Πρέπει όμως να υπάρχει μια δυναμική σχέση μεταξύ τους, ώστε ο γιατρός να είναι ικανός να κάνει επιλογές στη συλλογή δεδομένων, ενώ παράλληλα να προσφέρει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί στον ασθενή, ώστε να γνωρίσει καλύτερα την ασθένεια του. Οι πληροφορίες βοηθούν στη λήψη αποφάσεων και στη σωστή θεραπευτική παρέμβαση.

Συνεπώς, σύμφωνα με τη μελέτη των (Cuncha - Miranda L, Lucia Costa, Jose Saraiva Ribeiro, 2010), είναι εμφανής η ανάγκη για περισσότερο χρόνο και μεγαλύτερη συμμετοχή του ρευματολόγου στην παρακολούθηση ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Για να καταφέρουν να μοιραστούν μεταξύ τους πληροφορίες απαιτείται περισσότερος χρόνος σε κάθε ιατρική συνάντηση. Αν αυτό δεν ληφθεί υπόψη και ο γιατρός αγνοήσει τις ανάγκες και τις προσδοκίες του ασθενή, τότε δεν θα επιτευχθεί η ιδανική λύση του προβλήματος του. Ένα όραμα με επίκεντρο το ρευματολογικό ασθενή πρέπει να είναι ο στόχος του ρευματολόγου (Cuncha - Miranda L, Lucia Costa, Jose Saraiva Ribeiro, 2010).

Οι σημαντικές διαφορές μεταξύ των προτεραιοτήτων των ασθενών και των ρευματολόγων φάνηκε και από τη μελέτη (Silva Kelson Ng, Imoto Aline Mizusaki, Almeida Gustavo Jm, Atallah Alvaro N, Peccin Maria Stella, Trevisani Virginia Fernandes Moca, 2010). Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή οι βασικές προτεραιότητες των ασθενών με ρευματικές παθήσεις για βελτίωση ήταν ο πόνος (70%), το περπάτημα (45%) και η λειτουργικότητα των χεριών (40%). Στην ίδια μελέτη οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα επέλεξαν ως πιο σημαντική παράμετρο για βελτίωση τον “πόννο” (69%), σε αντίθεση με τους ρευματολόγους που επέλεξαν την “εργασία” (55%). Σε μια άλλη ποιοτική μελέτη των (Ahlmén M, Nordenskiöld U, Archenholtz B, Thyberg I, Ronnqvist R, Linden L, Andersson A-K, Mannerkorpi K, 2005) φάνηκε ότι οι ασθενείς με ρευματικές παθήσεις προσδοκούσαν βελτίωση σε τομείς που σχετίζονται με τη λειτουργικότητα τους και τους επέτρεπαν να κάνουν τις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής.

Μέσα από τέτοιου είδους μελέτες ο γιατρός γνωρίζει ποιες είναι οι ανάγκες και οι προσδοκίες του ασθενή, τις οποίες πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη για την επίτευξη του θεραπευτικού στόχου.

Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών έχουν ανεκπλήρωτες ανάγκες μετά την ιατρική επίσκεψη (Harding G, Parsons S, Rahman A, Underwood M, 2005), (Rao J.K, Weinberger M,

Anderson L.A, Kroenke K, 2004). Ο ασθενής με ρευματοειδή αρθρίτιδα, όπως ήδη ειπώθηκε, έχει ανάγκη να κατανοήσει ο γιατρός πόσο υποφέρει λόγω της ασθένειας του. Η κατανόηση, του παρέχει συναισθηματική υποστήριξη ειδικά μέσα σε μια κατάσταση έντονου στρες, όπως είναι η χρόνια πάθηση, και μπορεί να τον οδηγήσει να ακολουθήσει με μεγαλύτερη συνέπεια τη θεραπεία του (Osterberg L, Blaschke T, 2005), (Squier RW, 1990), (Chewning B, Sleath B, 1996), (Iversen MD, et al, 2010). Οι ρευματοπαθείς αισθάνονται κατανόηση, όταν συμμετέχουν ενεργά στην επικοινωνία κατά τη διάρκεια των ιατρικών συναντήσεων. Η επικοινωνία αυτή αποτελεί θεμελιώδες μέσο για τη γεφύρωση του χάσματος γιατρού - ασθενή (Ishikawa H, Hashimoto H, Yano E, 2006).

Όπως σε όλα τα χρόνια νοσήματα έτσι και στα ρευματολογικά ένα από τα βασικά ζητήματα είναι η μη συμμόρφωση του ασθενή με τη θεραπεία. Ο κίνδυνος των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί μια συχνή ανησυχία των ασθενών με ρευματικά νοσήματα και ένα συχνό λόγο μη συμμόρφωσης με τη θεραπεία. Ένας άλλος λόγος που συχνά τους επηρεάζει είναι η οδός χορήγησης των φαρμάκων. Τα ρευματολογικά φάρμακα συχνά είναι ενέσιμα, πράγμα το οποίο αυξάνει το άγχος και οδηγεί σε άρνηση τον ασθενή να τα λάβει. Συγχρόνως, τα θεραπευτικά σχήματα είναι πολύπλοκα και φυσικά μακροχρόνια, αφού ο ρευματοπαθής καλείται να λάβει φάρμακα εφ' όρου ζωής (Harrold R. Leslie MD, MPH & Andrade E. Susan ScD, 2009). Οι γιατροί πρέπει να συζητούν με τους ασθενείς και να προσαρμόζουν τις θεραπείες, ώστε να μπορούν να τις ακολουθούν και να συμμορφώνονται.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι *“η υψηλότερη συμμόρφωση στη θεραπεία μπορεί να έχει θετικότερο αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού από οποιαδήποτε βελτίωση σε θεραπείες”* (WHO report, 2003). Με βάση αυτό η EULAR ανέπτυξε το πρόγραμμα T2T - (Treat to Target) Connect - με σκοπό να μεταδώσει τις αρχές τις κινητοποιητικής συνέντευξης στους ρευματολόγους. Σύμφωνα με τις βασικές αρχές του T2T η θεραπεία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας βασίζεται σε κοινή απόφαση ασθενή και ρευματολόγου (Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JWJ, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G et al, 2010). Τι γίνεται, όμως, και κατά πόσο μπορεί ο ασθενής να συμμετέχει στη λήψη της θεραπευτικής απόφασης, αν είναι μερικώς ενημερωμένος ή παραπληροφορημένος για το νόσημά του;

Στο ερώτημα αυτό έρχεται να απαντήσει η **κινητοποιητική συνέντευξη**, η οποία μεταξύ άλλων προσπαθεί να αναδείξει τον καλύτερο τρόπο με τον οποίο θα ενημερωθεί ο

ασθενής για τη φύση της νόσου του, τις επιλοκές της νόσου και της θεραπείας και τον τρόπο παρακολούθησης. Είναι μια μέθοδος επικεντρωμένη στον ασθενή, με σκοπό την ενίσχυση του ενδογενούς κινήτρου για αλλαγή μέσω διερεύνησης και λύσης της αμφιθυμίας.

Η αμφιθυμία είναι η ταυτόχρονη συνύπαρξη στο ίδιο άτομο αντιφατικών ή αντίθετων συναισθημάτων ή στάσεων σε σχέση με ένα άτομο, πράγμα ή κατάσταση, για παράδειγμα “θέλω να γίνω καλά, αλλά φοβάμαι τα φάρμακα”. Οι τέσσερις βασικές αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης είναι: **ακούω τον ασθενή, αποφεύγω το διορθωτικό αντανακλαστικό, υποστηρίζω τον ασθενή, αναζητώ και κατανοώ τα κίνητρα του για κινητοποίηση**. Άλλωστε, στο τέλος αυτός είναι που θα πάρει τις αποφάσεις, αλλά ο γιατρός είναι αυτός που θα τον κατευθύνει στη σωστή απόφαση (Rollnick S, Miller W, Butler C, 2008), (Miller WR, Rollnick S, 2009).

Οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, έχουν άρνηση της νόσου, κατάθλιψη, ελλιπής ενημέρωση, άγνοια σε θέματα ρίσκου - οφέλους της νόσου και των θεραπευτικών επιλογών και φόβο για τις παρενέργειες των φαρμάκων. Το παράθυρο ευκαιρίας για έναρξη πρώιμης θεραπείας, ώστε να αποφευχθούν μη αναστρέψιμες βλάβες είναι στενό. Μέσα σε αυτό το μικρό χρονικό διάστημα θα πρέπει ο ασθενής να κατανοήσει και να αποδεχθεί το νόσημά του, να ενημερωθεί πλήρως και να ακολουθήσει τη θεραπεία που του προτείνει ο γιατρός. Είναι μεγάλη ανάγκη ο ασθενής να ισορροπήσει μεταξύ της πρώιμης στοχευμένης θεραπείας και της διαβεβαίωσης ότι όλα τα υπόλοιπα προβλήματα θα προσπαθήσει ο γιατρός του να τα ελέγξει από κοινού με αυτόν.

Η κινητοποιητική συνέντευξη αποτελεί ένα μέσο βελτίωσης της επικοινωνίας γιατρού - ασθενή. Η κλασική παλιά νοοτροπία που παρουσίαζε το γιατρό ως ειδικό, που από μόνος του αποφάσιζε για το μέγεθος της πληροφόρησης, όριζε τη θεραπεία χωρίς συζήτηση με τον ασθενή για τις προσδοκίες και τους θεραπευτικούς στόχους, δεν έχει καμία σχέση με τη φιλοσοφία της κινητοποίησης. Η προσέγγιση της κοινής απόφασης παρουσιάζει το γιατρό ως σύμβουλο, ο ασθενής είναι ενημερωμένος και συνυπεύθυνος, αλλά ο γιατρός ορίζει τις θεραπευτικές επιλογές και παρέχει τις απαιτούμενες πληροφορίες στον ασθενή, ο ασθενής εκφράζει προτιμήσεις και προσδοκίες, ενώ μαζί συζητούν τους θεραπευτικούς στόχους.

Σύμφωνα με τον (Taylor P. et al, 2011) μέσα από τις απαντήσεις σε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο 1.829 ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα διαπιστώθηκε ότι το 82% των ασθενών ήθελαν περισσότερο έλεγχο και ενημέρωση για το πως θεραπεύεται η νόσος, ενώ

76% ήθελαν περισσότερη σε βάθος συζήτηση με το γιατρό τους για την κατάσταση της υγείας τους.

Σε μελέτη των (Lau E, Papaioannou A, Dolovich L, Adachi J, Sawka A.M, Burns S, Nair K. & Pathak A, 2008) διαπιστώθηκε πως για τις οστεοπορωτικές γυναίκες, σημαντική επίδραση στη συμμόρφωση τους παίζουν οι πεποιθήσεις τους για την ασθένεια ή τη φαρμακευτική αγωγή και οι παράγοντες που έχουν σχέση με τη λήψη της αγωγής. Επιπλέον, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε από τις ασθενείς στη σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας. Η καλύτερη συμμόρφωση σχετίστηκε με την καλύτερη επικοινωνία με το γιατρό και με τη μεγαλύτερη άνεση της ασθενούς να συζητήσει τα προβλήματα της με το θεράποντα. Όταν ο ασθενής ένιωθε ότι ο γιατρός δεν του αφιερώνει αρκετό χρόνο και προσοχή εμφάνιζε μικρότερη συμμόρφωση. Βρέθηκε ότι, όταν ο γιατρός αφιέρωνε χρόνο, για να εξηγήσει την αγωγή, τότε η συμμόρφωση του ασθενή βελτιωνόταν κατά 57%.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι:

- Οι πεποιθήσεις των ασθενών για τη χρησιμότητα της θεραπείας (self-efficacy)
- Ο φόβος για πιθανές παρενέργειες και η εμπειρία σε παρενέργειες της θεραπείας
- Η διάρκεια της νόσου
- Η δραστηριότητα της νόσου
- Η ηλικία
- Ο αριθμός των συγχωρηγούμενων φαρμάκων

Σύμφωνα με τους (Muller R et al, 2012), λιγότερο από το 50% των ασθενών με χρόνια νοσήματα λαμβάνουν τη θεραπεία τους, όπως τους έχει υποδείξει ο θεράπων ιατρός. Η συμμόρφωση είναι συνήθως μικρότερη στους νέους και στους πολυάσχολους ασθενείς. Επίσης, επισημαίνεται ότι η ελλιπής συμμόρφωση μπορεί να μειώσει σημαντικά την αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας.

Οι (van den Bemt et al, 2012) τονίζουν ότι η έλλειψη συμμόρφωσης στη θεραπεία συνδέεται με έξαρση της φλεγμονής και αύξηση της ανικανότητας, ενώ συγχρόνως ότι η συμμόρφωση των ασθενών δεν είναι πάντα σταθερή. Ένα ποσοστό 12-24% των ασθενών δεν συμμορφώνονται ποτέ με τις οδηγίες του θεράποντος, 30-35% ακολουθούν πιστά τις οδηγίες και 40-58% των ασθενών έχουν διάφορους βαθμούς συμμόρφωσης. Όπως ήδη έχει αναφερθεί, οι λόγοι που οδηγούν έναν ασθενή σε μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία

είναι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (ηλικία, φύλο, οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, μόρφωση), επιπλέον παράγοντες που έχουν σχέση με τη θεραπεία (αραιότερα δοσολογικά σχήματα αυξάνουν τη συμμόρφωση) και παράγοντες που έχουν σχέση με τον ασθενή (φόβος για ανεπιθύμητες ενέργειες, ύφεση των συμπτωμάτων, ο ασθενής απλά ξεχνάει ή δεν έχει πειστεί για το όφελος της θεραπείας). Επομένως, ο γιατρός θα πρέπει να επιλέξει μία θεραπεία που να ταιριάζει στις ανάγκες και επιθυμίες του κάθε ασθενή, σεβόμενος τα συναισθήματα και τους φόβους του.

Ο ασθενής με ρευματοειδή αρθρίτιδα θέλει πίσω την προ της νόσου ζωή του. Φυσικά αυτό δεν μπορεί να του το προσφέρει ο γιατρός. Μπορεί, όμως, να του προσφέρει μια καλή ποιότητα ζωής, ένα νόσημα σε ύφεση και μια ασφαλή θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κύριος ερευνητικός προβληματισμός

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύει ότι η καλή σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο στην καθημερινή ιατρική πράξη, που συμβάλει στη γρήγορη και ακριβή διάγνωση και στον άμεσο καθορισμό της ενδεικνυόμενης θεραπείας. Η καλή επικοινωνία συντελεί στο να παγιωθεί μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ τους, η οποία αυξάνει τις πιθανότητες για καλύτερη έκβαση της θεραπείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η σχέση αυτή φαίνεται να διαδραματίζει ένα ιδιαίτερα σπουδαίο ρόλο και στην περίπτωση των χρόνιων ασθενών με ρευματικά νοσήματα.

Η διερεύνηση της θεραπευτικής σχέσης είναι σχετικά πρόσφατη, διότι στο παρελθόν το μόνο που ενδιέφερε τους επιστήμονες ήταν η αναζήτηση των ανατομικών βλαβών, η εκτίμηση των εργαστηριακών ευρημάτων που απαιτούνταν για τη διάγνωση χωρίς να δίνεται καθόλου σημασία στη δημιουργία μιας συναισθηματικής σχέσης ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Σχέση που καταδεικνύεται και από τη θεωρητική προσέγγιση του πρώτου μέρους της παρούσας διατριβής, να αποτελεί ένα από τα βασικότερα συστατικά για την αποτελεσματική επικοινωνία, την ικανοποίηση και κατ' επέκταση τη θετική έκβαση της θεραπείας.

Ειδικότερα για τις ρευματικές παθήσεις η θεωρητική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας καταδεικνύει ότι ο ρευματολογικός ασθενής, που κυριεύεται από άγχος, φόβο, απογοήτευση, κατάθλιψη λόγω της χρονιότητας του νοσήματος του, μέσα από μια ουσιαστική και ποιοτική σχέση με το ρευματολόγο επιτυγχάνει το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τα δεδομένα δείχνουν ότι η εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται σε μια μακροχρόνια σχέση γιατρού - ασθενή επηρεάζει θετικά την ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Συμπεραίνεται ότι, η σύγχρονη ιατρική κοινότητα επικεντρώνει πλέον την προσοχή της τόσο στα αποτελέσματα των ιατρικών πράξεων όσο και στις επιπτώσεις που έχουν αυτές στη ζωή του αρρώστου.

Συγχρόνως, από τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν αυτή τη σχέση διαφαίνεται ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως για παράδειγμα η ηλικία, το φύλο και

το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζουν τη σχέση με το γιατρό η οποία συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνιες ρευματικές παθήσεις.

Με βάση τις ανωτέρω διαπιστώσεις, η **κύρια ερευνητική υπόθεση** της παρούσας διατριβής διαμορφώνεται ως εξής: “Η σχέση γιατρού - ασθενή αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής πράξης και της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνιες ρευματικές παθήσεις”.

Η ερευνητική υπόθεση είναι κατευθύνουσα, ανεξάρτητη μεταβλητή είναι η σχέση γιατρού - ασθενή, ενώ εξαρτημένες μεταβλητές είναι η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής πράξης και η ποιότητα ζωής.

Συγκεκριμένα η παρούσα διατριβή έχει **σκοπό** και εστιάζει στο κατά πόσο μια αποτελεσματική και ουσιαστική σχέση αποτελεί βασικό εργαλείο στην επίτευξη του βέλτιστου θεραπευτικού αποτελέσματος στα ρευματικά νοσήματα. Στοχεύει επίσης, να καλύψει το κενό που υπάρχει σε αυτό το ερευνητικό πεδίο στον ελλαδικό χώρο και θεωρεί ότι τα αποτελέσματα θα προσφέρουν επιστημονική γνώση στο ιατρικό προσωπικό για την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια ρευματικά νοσήματα.

Για να εξεταστεί η παραπάνω ερευνητική υπόθεση, χρειάζεται να διερευνηθούν και κάποια επιμέρους **ερευνητικά ερωτήματα**. Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν στην παρούσα διατριβή είναι:

- Πως επηρεάζει η σχέση γιατρού - ασθενή την ποιότητα ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα
- Πως επηρεάζει η σχέση γιατρού - ασθενή την λειτουργικότητα των ασθενών με ρευματικά νοσήματα

Στην περίπτωση αυτή η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι η σχέση γιατρού - ασθενή, ενώ οι εξαρτημένες μεταβλητές είναι η ποιότητα ζωής και η λειτουργική ικανότητα.

Επιπλέον ερευνητικά ερωτήματα προκύπτουν από την αναζήτηση των παραγόντων που επηρεάζουν αυτή τη σχέση:

- Επηρεάζει το φύλο τη σχέση γιατρού - ασθενή
- Επηρεάζει η ηλικία τη σχέση γιατρού - ασθενή
- Επηρεάζει το επίπεδο εκπαίδευσης τη σχέση γιατρού - ασθενή
- Επηρεάζει η διάρκεια σχέσης με το γιατρό τη σχέση γιατρού - ασθενή

Για να δοθούν απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα χρειάστηκε να επιλεγεί η κατάλληλη μέθοδος της έρευνας (ποσοτική ή ποιοτική) αλλά και του κατάλληλου μεθοδολογικού εργαλείου.

Όσον αφορά τη μέθοδο έρευνας, πάνω στο θέμα έχουν γίνει τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές μελέτες. Σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο του πρώτου μέρους της παρούσας διατριβής, το πλήθος αυτών των μελετών αναφέρονται στη συστηματική ανασκόπηση των (Georgoroulou S, Pothero L, D'Cruz D, 2018). Στην ανασκόπηση αυτή αναφέρεται ότι τα συμπεράσματα που εξάγονται μπορεί να μην είναι ισχυρά και ένας από τους λόγους είναι η αδυναμία συνδυασμού των αποτελεσμάτων των ποιοτικών και ποσοτικών μελετών.

Στην παρούσα έρευνα και δεδομένου ότι η σχέση γιατρού - ασθενή είναι πολυεπίπεδη και δυναμική, για να υπάρχει επιστημονική αξία των ευρημάτων αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί συνδυαστικά τόσο η ποσοτική όσο και η ποιοτική μέθοδος.

Ερευνητικά εργαλεία

Σχετικά με την ποσοτική μέθοδο τα ερευνητικά εργαλεία, που επιλέχθηκαν να χρησιμοποιηθούν είναι τα ακόλουθα:

➤ Για την **αξιολόγηση της σχέσης γιατρού - ασθενή** χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο εκτίμησης σχέσης **Ιατρού - Ασθενή (ΕΣ Ι-Α)**. Το ερωτηματολόγιο αυτό αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε στον Ελληνικό πληθυσμό από την (Κουτσοσίμου Μελοπομένη, 2003) και αποτελείται από 16 ερωτήσεις σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, κωδικοποιημένες ως εξής: 1=Ναι, 2=Μάλλον ναι, 3=Έτσι και έτσι, 4=Μάλλον όχι και 5=Όχι, όπου ο κωδικός 1 εκφράζει την απόλυτη συμφωνία και το 5 εκφράζει την απόλυτη διαφωνία για τις ερωτήσεις που υποδηλώνουν θετικά συναισθήματα εμπιστοσύνης, ειλικρίνειας και συμπάθειας για το γιατρό, ενώ για τις ερωτήσεις που υποδηλώνουν αρνητικά συναισθήματα θυμού, διαφωνίας και αντιπάθειας για το γιατρό ο κωδικός 1 εκφράζει την απόλυτη διαφωνία και το 5 την απόλυτη συμφωνία. Από τις ερωτήσεις αυτές προκύπτουν δύο νέες κλίμακες, η κλίμακα των *θετικών συναισθημάτων* (εκφράζει τα θετικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης) και η κλίμακα των *αρνητικών συναισθημάτων* (εκφράζει τα αρνητικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης) προς το θεράποντα ιατρό. Αυτές οι δύο κλίμακες προκύπτουν ως μέσοι όροι των επιμέρους ερωτήσεων που τις συνθέτουν.

Στην κλίμακα των θετικών συναισθημάτων μικρότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων, ενώ στην κλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων μικρότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων.

➤ Για την **αξιολόγηση της ποιότητας ζωής** των ασθενών χρησιμοποιήθηκε το **ερωτηματολόγιο SF-36 (Short Form 36)**. Το ερωτηματολόγιο αυτό απευθύνεται στον γενικό πληθυσμό άνω των 14 ετών και αποτελείται από 36 ερωτήσεις από τις οποίες, σύμφωνα με τις οδηγίες των δημιουργών του ερωτηματολογίου, προκύπτουν οκτώ διαστάσεις ως σταθμισμένα αθροίσματα των ερωτήσεων στην περιοχή υγείας που καλύπτουν. Κάθε κλίμακα μετατρέπεται άμεσα σε μια κλίμακα 0-100 με την προϋπόθεση ότι κάθε ερώτηση έχει την ίδια βαρύτητα. Όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο περισσότερη παρουσιάζεται η “αναπηρία” (κακή ποιότητα ζωής). Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο λιγότερη παρουσιάζεται η “αναπηρία” (καλή ποιότητα ζωής), δηλαδή, η βαθμολογία μηδέν ισοδυναμεί με τη μέγιστη “αναπηρία” και η βαθμολογία 100 ισοδυναμεί με καθόλου “αναπηρία”. Οι οκτώ διαστάσεις που προκύπτουν για το SF-36 είναι: η *Φυσική Λειτουργικότητα*, ο *Σωματικός Ρόλος*, ο *Συναισθηματικός Ρόλος*, η *Ζωτικότητα*, η *Πνευματική Ψυχική Υγεία*, η *Κοινωνική Λειτουργικότητα*, ο *Σωματικός Πόνος* και η *Γενική Υγεία*. Επίσης, από τις οκτώ αυτές διαστάσεις προκύπτουν με συγκεκριμένο αλγόριθμο άλλες δύο συνολικές, μία για την *Σωματική* και μία για την *Ψυχική υγεία* των ασθενών που αντανακλούν τη συνολική υγεία και κατ’ επέκταση την ποιότητα ζωής των υπό μελέτη ασθενών (Procter-Gray Elizabeth, 2021).

Ο αλγόριθμος για τον υπολογισμό των δύο συνολικών αυτών διαστάσεων βασίζεται στις τυποποιημένες τιμές του υπό μελέτη πληθυσμού. Για τον Ελληνικό πληθυσμό δεν υπάρχουν τυποποιημένες τιμές και έτσι για τον υπολογισμό των δύο συνολικών διαστάσεων της *Συνολικής Σωματικής Υγείας* και της *Συνολικής Ψυχικής Υγείας* των ασθενών χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος για τον Αμερικανικό πληθυσμό, καθώς λόγω της πολυπολιτισμικότητας του Αμερικανικού πληθυσμού, μπορεί ο αλγόριθμος αυτός να θεωρηθεί κατάλληλος και για τον Ελληνικό πληθυσμό, ωστόσο η ερμηνεία των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνεται με προσοχή. Αναλυτικότερα, ο τρόπος με τον οποίο υπολογίστηκαν οι δύο συνολικές διαστάσεις είναι ο εξής: αρχικά από τις οκτώ διαστάσεις που είχαν υπολογιστεί με βάση τις οδηγίες του εγχειριδίου του SF-36 (Ware JE Jr, Sherbourne CD, 1992), υπολογίστηκαν οι τυποποιημένες τιμές τους (z-scores) αφαιρώντας το μέσο όρο του συνολικού πληθυσμού, (χρησιμοποιήθηκε του Αμερικανικού πληθυσμού καθώς για τον Ελληνικό

πληθυσμό, όπως ήδη αναφέρθηκε, δεν υπάρχει), από την κάθε τιμή της κλίμακας και διαιρώντας το αποτέλεσμα με την τυπική απόκλιση του συνολικού πληθυσμού (ομοίως και εδώ χρησιμοποιήθηκε του Αμερικάνικου πληθυσμού καθώς για τον Ελληνικό πληθυσμό, όπως ήδη αναφέρθηκε, δεν υπάρχει). Στη συνέχεια η κάθε διάσταση Συνολικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας υπολογίστηκε ως άθροισμα αυτών των τυποποιημένων τιμών/μεταβλητών που προέκυψαν, πολλαπλασιασμένες με τους αντίστοιχους συντελεστές varimax για την κάθε τυποποιημένη διάσταση. Η διαδικασία υπολογισμού των δύο διαστάσεων ολοκληρώνεται με τη μετατροπή των δύο κλιμάκων που προέκυψαν από τη διαδικασία που αναφέρθηκε σε t-scores πολλαπλασιάζοντάς τους με το 10 και αθροίζοντας στη συνέχεια την τιμή 50 (όπου 10 και 50 είναι οι νόρμες για την τυπική απόκλιση και τη μέση τιμή αντίστοιχα). Για τις δύο αυτές διαστάσεις υψηλές τιμές υποδηλώνουν καλύτερα επίπεδα υγείας και συνεπώς καλύτερη ποιότητα ζωής. Η μετάφραση και η προσαρμογή του ερωτηματολογίου στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε από το (Σαρρήs Μ., 2001).

➤ Τέλος, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο **Health Assessment Questionnaire (HAQ)** για την εκτίμηση της υγείας των ασθενών μέσω ενός δείκτη, του δείκτη ανικανότητας - λειτουργικότητας.

Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης HAQ, αποτελείται από 20 ερωτήσεις που είναι χωρισμένες σε 8 κατηγορίες των 2-3 ερωτήσεων. Οι ερωτήσεις είναι κωδικοποιημένες από 0 έως 3. Ο μεγαλύτερος βαθμός δυσκολίας στις ερωτήσεις της κάθε κατηγορίας δίνει το σκορ για τη συγκεκριμένη κατηγορία. Αν ο ασθενής έχει επιλέξει ότι χρειάζεται βοήθεια από άλλο άτομο ή ότι χρησιμοποιεί βοήθημα/εξοπλισμό, τότε το σκορ στην κατηγορία πρέπει να είναι τουλάχιστον 2. Αν είναι λιγότερο από 2 με βάση τις ερωτήσεις της κατηγορίας τότε γίνεται 2. Αν είναι 2 ή 3 με βάση τις ερωτήσεις της κατηγορίας, τότε δε μεταβάλλεται. Τα 8 σκορ των κατηγοριών αθροίζονται και διαιρούνται με 8. Το αποτέλεσμα αυτό αποτελεί το *Δείκτη Ανικανότητας HAQ* (HAQ - Disability Index), που παίρνει τιμές από 0 έως 3. (Chatzitheodorou D, Kabitsis C, Papadopoylos G.N, Galanopoulou V, 2008).

Αναλυτικά τιμές του δείκτη:

- (0 - 0,25] δείχνουν φυσιολογική λειτουργικότητα,
- (0,25 - 0,5] δείχνουν ήπια έκπτωση,
- (0,5 – 1] δείχνουν μέτρια έκπτωση και
- >1 δείχνουν σημαντική έκπτωση.

Οριοθέτηση πληθυσμού μελέτης και κριτήρια επιλογής δείγματος

Ο πληθυσμός της μελέτης της παρούσας διατριβής αφορά ασθενείς με χρόνιες ρευματικές παθήσεις που:

- α)** νοσηλεύονται στη Ρευματολογική Κλινική του **Γενικού Νοσοκομείου Αττικής Κ.Α.Τ.**
- β)** επισκέπτονται το Τακτικό Ρευματολογικό Εξωτερικό Ιατρείο του Νοσοκομείου.

Το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής Κ.Α.Τ είναι Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο. Πρόκειται για ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Αττικής, που ενώ έχει σαφή προσανατολισμό στην Ορθοπαιδική και την Τραυματολογία, διαθέτει και μία από τις μεγαλύτερες Ρευματολογικές Κλινικές του λεκανοπεδίου. Η Ρευματολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κ.Α.Τ καλύπτει όλο το φάσμα των ρευματικών παθήσεων, όπου γίνεται διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και παρακολούθηση ασθενών με φλεγμονώδεις αρθρίτιδες, συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα, μεταβολικά νοσήματα, οστεοπόρωση, εκφυλιστικές αρθρίτιδες και περιοχικά σύνδρομα πόνου.

Το **δείγμα** της έρευνας προέρχεται από το ευρύτερο σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται στην κλινική και παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία.

Τα απαραίτητα **κριτήρια** που ορίστηκαν για την συμμετοχή ασθενών στη έρευνα ήταν:

- Η εθελοντική συμμετοχή
- Άνδρες και γυναίκες ηλικίας ≥ 18 ετών
- Ασθενείς με ρευματικό νόσημα
- Οι ασθενείς να μιλούν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα

Μέθοδος δειγματοληψίας και μέγεθος δείγματος

Ως μέθοδος δειγματοληψίας χρησιμοποιήθηκε το **διαστρωματοποιημένο τυχαίο δείγμα** (stratified random sampling). Ο πληθυσμός διαχωρίστηκε σε υποομάδες με βάση το φύλο (άρρεν, θήλυ), τη διάρκεια της νόσου (0-2 έτη, 2-5 έτη, 5-10 έτη και πάνω από 10 έτη) και το επίπεδο εκπαίδευσης (υποχρεωτική εκπαίδευση, δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ΑΕΙ/ΤΕΙ).

Οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή αυτής της μεθόδου ήταν για να εξεταστεί η επίδραση αυτών των υποομάδων στις κλίμακες επισκόπησης της υγείας (σωματική λειτουργικότητα, ρόλος - σωματικός, ρόλος - συναισθηματικός, ζωτικότητα, σωματικός πόνος, πνευματική ψυχική υγεία, κοινωνική λειτουργικότητα, γενική υγεία) και γενικότερα στην ποιότητα υγείας των ασθενών με χρόνια ρευματικά νοσήματα. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των αντίστοιχων μελετών σε διεθνές επίπεδο κατέδειξε ότι συγκεκριμένες από τις παραπάνω υποομάδες έχουν θετική ή αρνητική επίπτωση στις κλίμακες υγείας και στην ποιότητα ζωής των ρευματοπαθών, όπως για παράδειγμα οι γυναίκες με ρευματοειδή αρθρίτιδα και οστεοαρθρίτιδα έχουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με τους άνδρες (Reis JG, Gomes MM, Neves TM, Petrella M, de Oliveira RD, de Abreu DC, 2014), (Sierakowska M, Sierakowski S, Wroblewska M, Krajewska - Kulak E, 2010), (Sierakowska M, et al, 2011).

Το μέγεθος του δείγματος ανήλθε σε **204 ασθενείς**.

Συλλογή δεδομένων έρευνας

Η έρευνα δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς τις σχετικές άδειες. Αρχικά, κατατέθηκε στο Νοσοκομείο η σχετική αίτηση χορήγησης άδειας διακίνησης του ερωτηματολογίου, αναφέροντας το σκοπό της έρευνας και προσκομίζοντας το όργανο μέτρησης. Η αίτηση διαβιβάστηκε αρχικά στην **Επιτροπή Έρευνας** του νοσοκομείου για έγκριση. Κατόπιν της θετικής εισηγήσεως της Επιτροπής Έρευνας η αίτηση διαβιβάστηκε στο **Επιστημονικό Συμβούλιο**, το οποίο μετά από συζήτηση επί του θέματος ενέκρινε ομόφωνα την επιστημονική μελέτη και τη διακίνηση του οργάνου μέτρησης, οπότε ξεκίνησε το στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας.

Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν

Η έρευνα η οποία διεξήχθη σε ασθενείς με χρόνια ρευματικά νοσήματα αντιμετώπιζε κάποια ηθικά ζητήματα. Αρχικά, οι ασθενείς που συμμετείχαν έπρεπε να ενημερωθούν σχετικά με τον σκοπό της έρευνας αλλά και για τη δυνατότητα τους να αρνηθούν να πάρουν μέρος σε αυτή.

Επιπλέον, ήταν απαραίτητο να διασφαλιστούν τα προσωπικά δεδομένα και φυσικά το ιατρικό απόρρητο. Για το λόγο αυτό ζητήθηκε και δόθηκε ειδική άδεια από την **Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας** του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Έπειτα από τις σχετικές άδειες, το ερευνητικό εργαλείο μοιράστηκε σε ασθενείς με ρευματικές παθήσεις. Συγχρόνως, μαζί με το ερευνητικό εργαλείο δινόταν και το έντυπο συγκατάθεσης.

Η έρευνα διήρκεσε 18 μήνες (1/3/2020 - 10/9/2021). Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν αποκλειστικά και μόνο από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, ενώ η παρουσία του ερευνητή ήταν διακριτική και βοηθητική. Στη συνέχεια ακολούθησε η στατιστική ανάλυση των δεδομένων, αφού πρώτα ελέγχθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια ως προς την ορθότητα και πληρότητα της συμπλήρωσης τους. Στη συγκεκριμένη ενότητα της στατιστικής ανάλυσης περιλαμβάνονται δύο επιμέρους ενότητες. Στην πρώτη παρουσιάζονται η περιγραφική στατιστική ανάλυση όλων των βασικών δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην έρευνα, καθώς και η αποτύπωση των απαντήσεων στις κλίμακες/διαστάσεις των ακόλουθων ερωτηματολογίων που χρησιμοποιηθήκαν: **α)** εκτίμηση σχέσης γιατρού - ασθενή, **β)** επισκόπηση υγείας SF-36 (Health-Survey SF-36) και **γ)** αξιολόγηση υγείας (Health Assessment Questionnaire - HAQ), σε επίπεδο περιγραφικής στατιστικής ενώ, στη δεύτερη γίνεται έλεγχος των ερευνητικών ερωτημάτων με τη χρήση της επαγωγικής στατιστικής και της θεωρίας του ελέγχου υποθέσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, στη στατιστική ανάλυση περιλαμβάνονται δύο επιμέρους ενότητες. Στην πρώτη παρουσιάζονται η περιγραφική στατιστική ανάλυση όλων των βασικών δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην έρευνα, και στη δεύτερη γίνεται ο έλεγχος των ερευνητικών ερωτημάτων με τη χρήση της επαγωγικής στατιστικής και της θεωρίας του ελέγχου υποθέσεων.

Οι έλεγχοι κανονικότητας με τη χρήση των Kolmogorov-Smirnov test, καθώς το υπό μελέτη δείγμα είναι μεγαλύτερο του 30, για τις δύο κλίμακες της ΕΣ I-A, τις οκτώ διαστάσεις του SF-36 και του δείκτη/κλίμακα ανικανότητας HAQ έδειξαν στατιστικά σημαντική απόκλιση από την κανονικότητα (πίνακας 1). Ο ίδιος έλεγχος για την ηλικία δεν έδειξε απόκλιση από την κανονικότητα (πίνακας 1). Από τα θηκογράμματα όμως (διάγραμμα 1) φαίνεται ότι οι κλίμακες Ζωτικότητα, Πνευματική Ψυχική Υγεία, Σωματικός Πόνος και Γενική Υγεία δεν παρουσιάζουν ακραίες τιμές, ούτε έντονη ασυμμετρία. Για το λόγο αυτό προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη σημαντικής διαφοροποίησης των κλιμάκων αυτών σε δύο ανεξάρτητες ομάδες, χρησιμοποιήθηκε το Independent Samples t-test, ενώ για τη διερεύνηση της στατιστικώς σημαντικής διαφοροποίησης τους σε περισσότερες από δύο ομάδες, χρησιμοποιήθηκε το One-Way ANOVA test ή Brown-Forsythe test με post-hoc ανάλυση βασισμένη σε παραμετρικούς ελέγχους με την εφαρμογή του Tukey HSD test και Games-Howell test (στις περιπτώσεις όπου το One Way ANOVA test είναι στατιστικά σημαντικό).

Για τη διερεύνηση της στατιστικά σημαντικής διαφοροποίησης του δείκτη HAQ με μία τιμή χρησιμοποιήθηκε το Wilcoxon Signed Rank test για ένα δείγμα, ομοίως και για τη διερεύνηση της στατιστικά σημαντικής διαφοροποίησης των υπόλοιπων κλιμάκων της ΕΣ I-A με μία τιμή, ενώ για τη διερεύνηση της στατιστικά σημαντικής διαφοροποίησης τους σε δύο ανεξάρτητες ομάδες, χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό Mann-Whitney U test. Επιπλέον, για τη διερεύνηση της στατιστικώς σημαντικής διαφοροποίησης τους σε περισσότερες από δύο ομάδες, χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό Kruskal-Wallis H test με post-hoc ανάλυση βασισμένη σε ελέγχους ανά ζεύγη με διόρθωση Bonferroni. Για τη διερεύνηση ύπαρξης γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στις κλίμακες ΕΣ I-A και του δείκτη ανικανότητας, καθώς και ανάμεσα στις κλίμακες ΕΣ I-A και των διαστάσεων επισκόπησης

υγείας SF-36, χρησιμοποιήθηκε bootstrapping correlation resampling 1000 δειγμάτων στις παρατηρήσεις, καθώς θεωρήθηκε η καταλληλότερη, αφού δεν ίσχυε η προϋπόθεση της κανονικότητας στις κατανομές όλων των διαστάσεων. Επίσης για τη διερεύνηση ύπαρξης γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολόγηση της σχέσης με το γιατρό, των διαστάσεων επισκόπησης υγείας SF-36 και του δείκτη ανικανότητας χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Ο ίδιος συντελεστής χρησιμοποιήθηκε και για τη διερεύνηση συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία με όλες τις παραπάνω.

Η στατιστική ανάλυση των δύο συνολικών κλιμάκων Σωματικής και Ψυχικής Υγείας των ασθενών πραγματοποιείται σε ξεχωριστό κεφάλαιο, συνεπώς όλα τα τεστ που χρησιμοποιήθηκαν αναφορικά με αυτές παρουσιάζονται αναλυτικά στο κεφάλαιο (*Στατιστική Ανάλυση των συνολικών κλιμάκων Σωματικής και Ψυχικής Υγείας*).

Πίνακας 1: Έλεγχος κανονικότητας για τις διαστάσεις ΕΣ I-A, SF36, ΔΑ HAQ και την ηλικία

| | Tests of Normality | | |
|---------------------------------------|--------------------|-----|--------|
| | Statistic | df | Sig. |
| Φυσική Λειτουργικότητα (ΦΣ) | 0,130 | 204 | <0,001 |
| Σωματικός Ρόλος (ΣΡ) | 0,254 | 204 | <0,001 |
| Συναισθηματικός Ρόλος (ΕΡ) | 0,287 | 204 | <0,001 |
| Ζωτικότητα (Ζτ) | 0,064 | 204 | 0,042 |
| Πνευματική Ψυχική Υγεία (ΠΨΥ) | 0,072 | 204 | 0,012 |
| Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ) | 0,134 | 204 | <0,001 |
| Σωματικός Πόνος (ΣΠ) | 0,123 | 204 | <0,001 |
| Γενική Υγεία (ΓΥ) | 0,077 | 204 | 0,005 |
| Δείκτης Ανικανότητας (ΔΑ) | 0,167 | 204 | <0,001 |
| Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων (ΚΘΣ) | 0,410 | 204 | <0,001 |
| Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων (ΚΑΣ) | 0,219 | 204 | <0,001 |
| Ηλικία | 0,048 | 204 | 0,200 |

a. Lilliefors Significance Correction

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha. Ο έλεγχος έγινε ξεχωριστά για κάθε κλίμακα/διάσταση των ερωτηματολογίων: **α)** εκτίμηση σχέσης γιατρού - ασθενή (ΕΣ I-A) και **β)** επισκόπησης υγείας SF-36 (Health-Survey SF-36), ενώ για το ερωτηματολόγιο **γ)** εκτίμησης υγείας (HAQ) έγινε συνολικά. Οι τιμές του συντελεστή κυμάνθηκαν για την ΕΣ I-A από 0,53 έως 0,77, για το SF-36 από 0,81 έως 0,92 και για το HAQ ήταν 0,94 (πίνακας 2). Οι τιμές αυτές, θεωρούνται αποδεκτές καθώς οι τιμές του συντελεστή alpha που είναι άνω του 0,7 θεωρούνται αποδεκτές, ενώ μεγαλύτερες του 0,9 υποδηλώνουν εξαιρετική

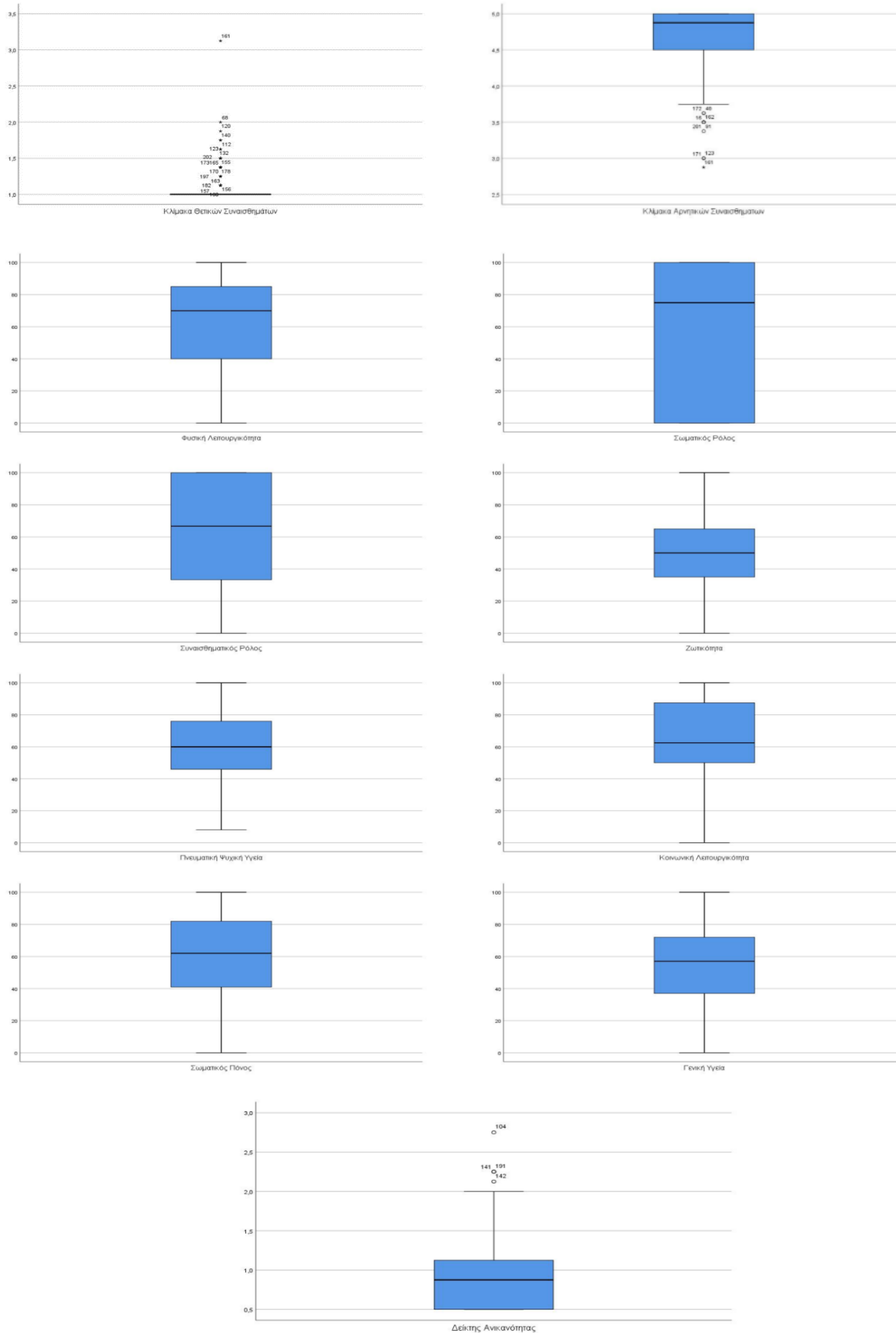
αξιοπιστία. Εξαίρεση αποτελεί η κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων της ΕΣ I-A, για την οποία ο συντελεστής έχει τιμή 0,53 που δείχνει “φτωχή” αξιοπιστία. Ωστόσο σύμφωνα με τη θεωρία δεν αποτελεί μη αποδεκτή τιμή και παράλληλα από την ανάλυση δε φάνηκε ότι η απομάκρυνση κάποιας από τις ερωτήσεις που τη συνθέτουν, να βελτιώνει σημαντικά την τιμή του συντελεστή alpha, οπότε οι ερωτήσεις διατηρήθηκαν ως έχουν (Cortina J.M, 1993).

Πίνακας 2: Αποτελέσματα συντελεστή εσωτερικής συνέφειας Cronbach's alpha

| SERVQUAL | Cronbach's Alpha | N of Items |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------|
| ΕΣ I-A θετικών συναισθημάτων | 0,77 | 8 |
| ΕΣ I-A αρνητικών συναισθημάτων | 0,53 | 8 |
| ΦΛ (Φυσική Λειτουργικότητα) | 0,90 | 10 |
| ΣμΡ (Σωματικό Ρόλος) | 0,88 | 4 |
| ΣνΡ (Συναισθηματικός Ρόλος) | 0,81 | 3 |
| Ζωτ (Ζωτικότητα) | 0,88 | 4 |
| ΠΨΥ (Πνευματική Ψυχική Υγεία) | 0,90 | 5 |
| ΚΛ (Κοινωνική Λειτουργικότητα) | 0,83 | 2 |
| ΣΠ (Σωματικός Πόνος) | 0,92 | 2 |
| ΓΥ (Γενική Υγεία) | 0,81 | 5 |
| ΔΑ (Δείκτης Ανικανότητας) | 0,94 | 20 |

Για τη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικής επεξεργασίας **SPSS v26**. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας επιλέχθηκε το $\alpha=0,05$.

Διάγραμμα 1: Θηκογράμματα των διαστάσεων του ΕΣ I-A, του SF-36 και του HAQ



Περιγραφική στατιστική ανάλυση

Δημογραφικοκοινωνικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστεί το προφίλ των συμμετεχόντων στην έρευνα σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου, η οποία περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, τη διάγνωση, τη διάρκεια της ασθένειας, τη διάρκεια της σχέσης με τον/τη γιατρό και τον αριθμό των θεραπευτικών συναντήσεων που έγιναν στη θεραπευτική μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής - Κ.Α.Τ (τόπος συνάντησης - Ρευματολογική Κλινική Κ.Α.Τ).

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά **204 ασθενείς**, που επιλέχθηκαν με τη χρήση του **διαστρωματοποιημένου τυχαίου δείγματος** (stratified random sampling). Από αυτούς οι περισσότερες είναι γυναίκες (ποσοστό 70,1%), έγγαμοι (70,1%) και απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης ΥΕ (36,8%) (πίνακας 3). Αναφορικά με το επάγγελμά τους, οι περισσότεροι είναι συνταξιούχοι (22,1%) και ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (14,2%) και τα οικιακά (12,7%) (πίνακας 3).

Από τον πίνακα 3 παρατηρείται επίσης ότι για τους περισσότερους από τους ασθενείς (51 ασθενείς, 25%) η διάρκεια του αυτοάνοσου νοσήματος είναι (2-5] έτη, για 36 ασθενείς (17,6%) είναι (5-10] έτη και για 39 ασθενείς (19,11%) είναι (10-20] έτη, ενώ για τους υπόλοιπους ασθενείς η διάρκεια της νόσου είναι πολύ λιγότερα έτη.

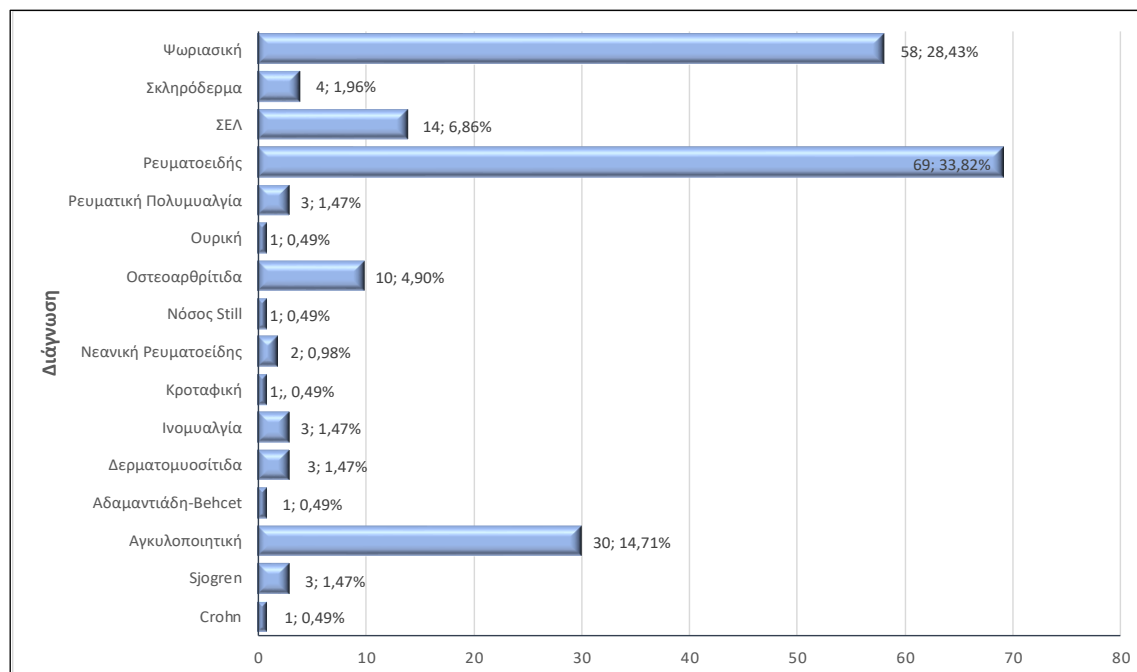
Πίνακας 3: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα ως προς το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, το επάγγελμα και τη διάρκεια της ασθένειας

| | | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|-------------------------------|--|------------|-------------|
| Φύλο | Άντρας | 61 | 29,9 |
| | Γυναίκα | 143 | 70,1 |
| Οικογενειακή κατάσταση | Έγγαμος/η | 143 | 70,1 |
| | Άγαμος/η | 35 | 17,2 |
| | Διαζευγμένος/Χήρος | 26 | 12,7 |
| Επίπεδο Εκπαίδευσης | ΥΕ | 75 | 36,8 |
| | ΔΕ | 59 | 28,9 |
| | ΤΕΙ/ΑΕΙ | 70 | 34,3 |
| Επάγγελμα | Συνταξιούχος | 45 | 22,1 |
| | Διανομέας/Κούριερ | 3 | 1,5 |
| | Άνεργος | 6 | 2,9 |
| | Δημόσιος/Δημοτικός Υπάλληλος | 18 | 8,8 |
| | Εκπαιδευτικός | 8 | 3,9 |
| | Ελεύθερος Επαγγελματίας | 9 | 4,4 |
| | Έμπορος | 7 | 3,4 |
| | Εργάτης/Τεχνίτης | 10 | 4,9 |
| | Στρατιωτικός | 2 | 1,0 |
| | Οικονομολόγος/Λογιστής | 8 | 3,9 |
| | Ιδιωτικός Υπάλληλος | 29 | 14,2 |
| | Ηλεκτρολόγος Μηχανικός | 3 | 1,5 |
| | Υγειονομικός | 12 | 5,9 |
| | Οικιακά | 26 | 12,7 |
| | Υπάλληλος Γραφείου/Εξυπηρέτηση Πελατών | 4 | 2,0 |
| | Διαφημιστής/Marketing | 2 | 1,0 |
| | Συντηρητές | 2 | 1,0 |
| | Κοινωνική Λειτουργός/Επισκέπτης Υγείας | 2 | 1,0 |
| | Επαγγέλματα Θετικών Επιστημών | 2 | 1,0 |
| | Δεν Απάντησαν | 6 | 2,9 |
| Διάρκεια Ασθένειας | (0-1] | 23 | 11,3 |
| | (1-2] | 22 | 10,8 |
| | (2-5] | 51 | 25,0 |
| | (5-10] | 36 | 17,6 |
| | (10-20] | 39 | 19,1 |
| | (20-30] | 13 | 6,4 |
| | (30-άνω] | 9 | 4,4 |
| | Δεν Απάντησαν | 11 | 5,4 |
| Σύνολο | | 204 | 100 |

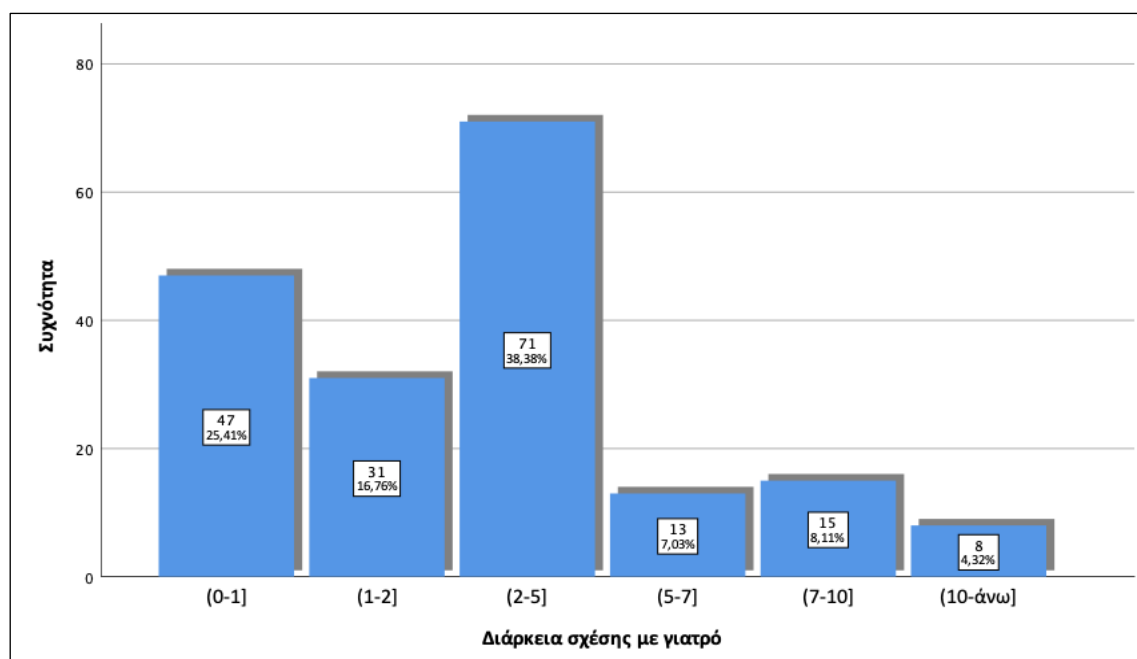
Σχετικά με το είδος των ρευματικών νοσημάτων (**διάγνωση**) των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, οι περισσότεροι από αυτούς διαγνώστηκαν με ρευματοειδή αρθρίτιδα (69 άτομα, 33,82%), ακολουθούν εκείνοι που διαγνώστηκαν με ψωριασική αρθρίτιδα (58 άτομα, 28,43%), ενώ βρέθηκαν και 30 ασθενείς με αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα (14,71%), καθώς και 10 ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα (4,90%). Τα υπόλοιπα αυτοάνοσα νοσήματα παρουσίασαν πολύ μικρότερες συχνότητες (διάγραμμα 2), ενώ από το διάγραμμα 3 παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ασθενών (38,4%) έχει διάρκεια σχέσης με

τον γιατρό (2-5] έτη και ακολουθεί διάρκεια (0-1] έτη, την οποία απάντησαν ότι έχουν 47 ασθενείς (25,4%).

Διάγραμμα 2: Ραβδόγραμμα του είδους των ρευματικών νοσημάτων - Διάγνωση



Διάγραμμα 3: Ραβδόγραμμα της διάρκειας της σχέσης με τον γιατρό



Περιγραφική αποτύπωση των διαστάσεων/κλιμάκων των ερωτηματολογίων

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί η αποτύπωση της εικόνας των διαστάσεων των ερωτηματολογίων: **α)** εκτίμηση της σχέσης γιατρού - ασθενή (ΕΣ I-A), **β)** επισκόπηση της υγείας SF-36 (Health-Survey SF-36) και **γ)** αξιολόγηση υγείας (Health Assessment Questionnaire - HAQ), σε επίπεδο περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης, ώστε να προσδιοριστεί η εικόνα του δείγματος ως προς τη σχέση γιατρού - ασθενή, ως προς το επίπεδο της υγείας του και ως προς το δείκτη ανικανότητας.

Ερωτηματολόγιο ΕΣ I-A

Σύμφωνα με τις οδηγίες των δημιουργών της ΕΣ I-A, το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 16 ερωτήσεις από τις οποίες προκύπτουν δύο κλίμακες, η κλίμακα των θετικών συναισθημάτων και η κλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων. Στην κλίμακα των θετικών συναισθημάτων οι χαμηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων, ενώ στην κλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων οι χαμηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων. Οι κλίμακες θετικών και αρνητικών συναισθημάτων προέκυψαν ως μέσοι όροι των απαντήσεων στις ερωτήσεις που τις συνθέτουν, έτσι παίρνουν τιμές ανάμεσα στο 1-5 αφού οι επιμέρους ερωτήσεις είναι κωδικοποιημένες με τιμές 1-5. Σε καμία από τις δύο κλίμακες δεν υπάρχει σημείο διαχωρισμού (cut-off point), ωστόσο στις επιμέρους ερωτήσεις η τιμή 3 αποτελεί κεντρική τιμή (αφού οι τιμές 1-5 είναι οι κωδικοποιήσεις των εξής απαντήσεων: 1=ναι, 2=μάλλον ναι, 3=έτσι και έτσι, 4=μάλλον όχι, 5=όχι).

Επίσης στο ερωτηματολόγιο υπάρχει και μία 17η ερώτηση στην οποία ζητήθηκε από τους ασθενείς να αξιολογήσουν τη σχέση τους με το γιατρό σε μία κλίμακα από 1-10 όπου το 10 υποδηλώνει την άριστη σχέση, το 5 ότι η σχέση είναι μέτρια και το 1 ότι η σχέση είναι κακή.

Από τον πίνακα 4 παρατηρείται ότι η διάσταση των θετικών συναισθημάτων έχει πολύ χαμηλό μέσο όρο ($MO=1,09\pm 0,23$), τιμή η οποία σύμφωνα με τις οδηγίες υποδηλώνει υψηλά επίπεδα θετικών συναισθημάτων για τη σχέση του ασθενή με το γιατρό του. Παρατηρείται επίσης ότι η διάμεσος είναι σχεδόν ίση με το μέσο όρο, όμως η ασυμμετρία έχει

αρκετά μεγάλη θετική τιμή, η οποία δείχνει έντονη ασυμμετρία στην κατανομή της διάστασης των θετικών συναισθημάτων και επιπλέον παρουσιάζει πολύ και μεγάλη θετική κύρτωση. Τέλος επικρατέστερη τιμή είναι η τιμή 1.

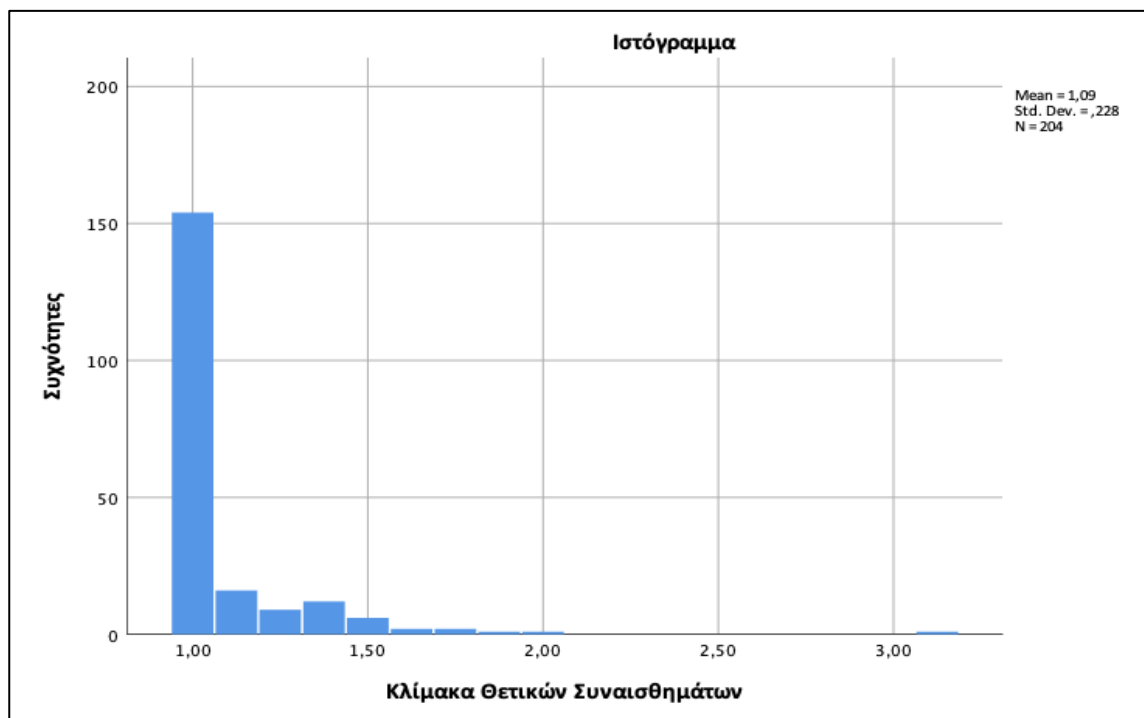
Από τον ίδιο πίνακα παρατηρείται επίσης ότι η διάσταση των αρνητικών συναισθημάτων έχει μέσο όρο που πλησιάζει το πέντε ($MO=4,62\pm 0,46$), τιμή η οποία σύμφωνα με τις οδηγίες υποδηλώνει χαμηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων για τη σχέση του ασθενή με το γιατρό του. Παρατηρείται επίσης ότι η διάμεσος είναι σχεδόν ίση με το μέσο όρο, ενώ η ασυμμετρία έχει μεγάλη αρνητική τιμή, η οποία δείχνει έντονη ασυμμετρία στην κατανομή της διάστασης των αρνητικών συναισθημάτων, ενώ επιπλέον παρουσιάζει θετική κύρτωση. Τέλος επικρατέστερη τιμή είναι η τιμή 5.

Η εικόνα στις κατανομές των διαστάσεων των αρνητικών και των θετικών συναισθημάτων που περιγράφεται από τα παραπάνω στατιστικά μέτρα, απεικονίζεται και στα ιστογράμματα των διαγραμμάτων 4 και 5.

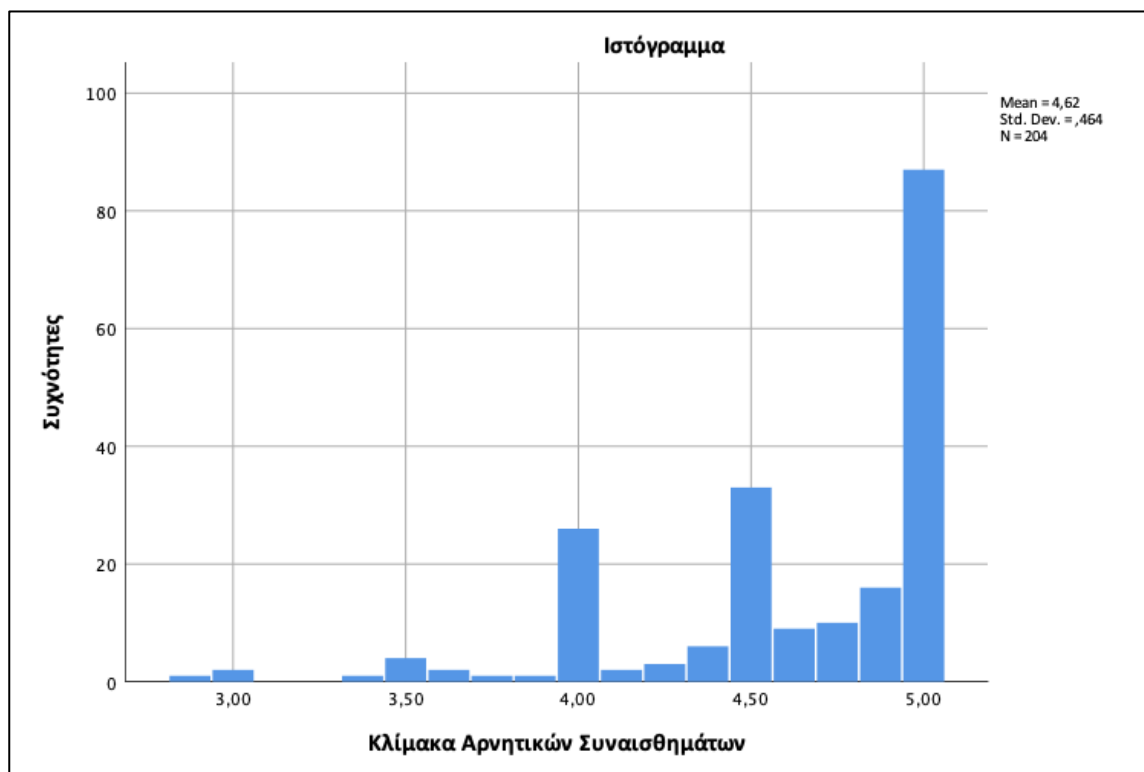
Πίνακας 4: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τις διαστάσεις της ΕΣ I-A

| | Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων |
|------------------|--|--|
| Μέσος όρος | 1,09 | 4,62 |
| Διάμεσος | 1,00 | 4,87 |
| Επικρατούσα τιμή | 1,00 | 5,00 |
| Τυπική απόκλιση | 0,23 | 0,46 |
| Ασυμμετρία | 4,71 | -1,32 |
| Κύρτωση | 32,91 | 1,43 |
| Ελάχιστη τιμή | 1,00 | 2,88 |
| Μέγιστη τιμή | 3,13 | 5,00 |

Διάγραμμα 4: Ιστόγραμμα της κλίμακας των θετικών συναισθημάτων



Διάγραμμα 5: Ιστόγραμμα της κλίμακας των αρνητικών συναισθημάτων



Αναφορικά με την τελευταία ερώτηση στην οποία οι ασθενείς αξιολογούν συνολικά τη σχέση τους με το γιατρό από τον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 5) φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών (158 ασθενείς, 77,5%) αξιολογεί τη σχέση του με το γιατρό ως άριστη, ενώ δεν υπάρχουν ασθενείς που να έδωσαν βαθμολογία μικρότερη του 5. Μόλις ένας ασθενής (0,5%) βρέθηκε που βαθμολόγησε τη σχέση του με το γιατρό με το 5 και άλλος ένας (0,5%) με το βαθμό 6.

Πίνακας 5: Συνολική Βαθμολόγηση σχέσης Ιατρού-Ασθενή

| | Βαθμός | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|--|--------|-----------|-------------|
| Βαθμολόγηση σχέσης I-A συνολικά | 5 | 1 | 0,5 |
| | 6 | 1 | 0,5 |
| | 7 | 2 | 1,0 |
| | 8 | 8 | 3,9 |
| | 9 | 34 | 16,7 |
| | 10 | 158 | 77,5 |

Ερωτηματολόγιο SF-36

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF-36 το οποίο αξιολογεί τη σωματική και τη ψυχική υγεία των ασθενών, αποτελείται από 36 ερωτήσεις από τις οποίες προκύπτουν οι ακόλουθες 8 διαστάσεις: *σωματική λειτουργικότητα, ρόλος - σωματικός, ρόλος - συναισθηματικός, ζωτικότητα, σωματικός πόνος, πνευματική ψυχική υγεία, κοινωνική λειτουργικότητα και γενική υγεία*. Σύμφωνα με τις οδηγίες οι διαστάσεις αυτές παίρνουν τιμές από 0-100 με τις υψηλότερες τιμές να δείχνουν καλύτερη κατάσταση υγείας, χωρίς να υπάρχει ένα σημείο διαχωρισμού (cut-off point).

Πίνακας 6: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των διαστάσεων του SF-36

| | ΦΛ* | ΣμΡ* | ΣνΡ* | Ζωτ* | ΠΨΥ* | ΚΛ* | ΣΠ* | ΓΥ* |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------------------|--------|--------|--------|
| Μέσος όρος | 62,43 | 57,72 | 60,46 | 50,76 | 60,67 | 63,79 | 60,34 | 54,82 |
| Διάμεσος | 70,00 | 75,00 | 66,67 | 50,00 | 60,00 | 62,50 | 62,00 | 57,00 |
| Επικρατούσα τιμή | 75,00 | 100,00 | 100,00 | 45,00 | 60,00 ^a | 75,00 | 62,00 | 57,00 |
| Τυπική απόκλιση | 27,04 | 42,10 | 41,25 | 22,03 | 21,40 | 26,51 | 26,19 | 22,09 |
| Ασυμμετρία | -0,43 | -0,31 | -0,38 | 0,05 | -0,23 | -0,30 | -0,46 | -0,04 |
| Κύρτωση | -0,86 | -1,60 | -1,51 | -0,59 | -0,57 | -0,79 | -0,27 | -0,60 |
| Ελάχιστη τιμή | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 8,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Μέγιστη τιμή | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

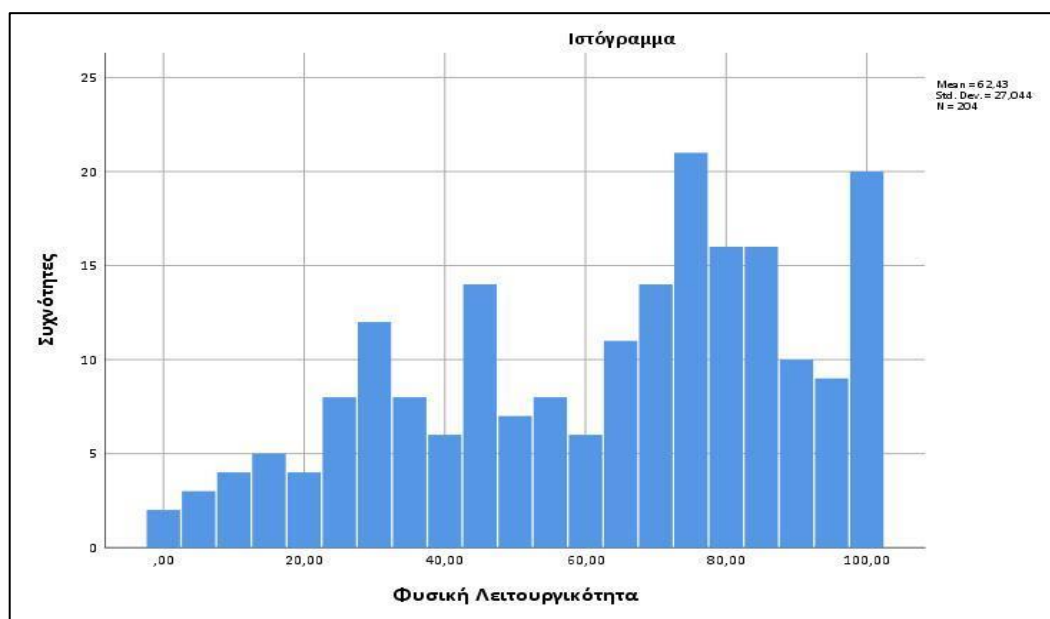
* ΦΛ: Φυσική Λειτουργικότητα, ΣμΡ: Σωματικός Ρόλος, ΣνΡ: Συναισθηματικός Ρόλος, Ζωτ: Ζωτικότητα, ΠΨΥ: Πνευματική Ψυχική Υγεία, ΚΛ: Κοινωνική Λειτουργικότητα, ΣΠ: Σωματικός Πόνος, ΓΥ: Γενική Υγεία, ΔΑ: Δείκτης Ανικανότητας

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται αναλυτικά τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα για κάθε κλίμακα του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας SF-36. Έτσι η εικόνα του υπό μελέτη δείγματος αναφορικά με την κάθε διάσταση διαμορφώνεται ως εξής:

▪ **Φυσική Λειτουργικότητα**

Η μέση τιμή της φυσικής λειτουργικότητας είναι $62,43 \pm 27,04$ τιμή που δείχνει ότι οι ασθενείς δεν περιορίζονται πολύ στις φυσικές λειτουργίες τους (όπως για παράδειγμα να σηκώσουν βαριά αντικείμενα, να ανέβουν έναν όροφο με τις σκάλες κ.ά.). Η κλίμακα αυτή έχει διάμεσο τιμή μεγαλύτερη από τη μέση τιμή (διάμεσος=70), μικρή αρνητική ασυμμετρία και αρνητική κύρτωση. Η εικόνα της κατανομής της φυσικής λειτουργικότητας φαίνεται και στο διάγραμμα 6.

Διάγραμμα 6: Ιστόγραμμα της κλίμακας Φυσική Λειτουργικότητα

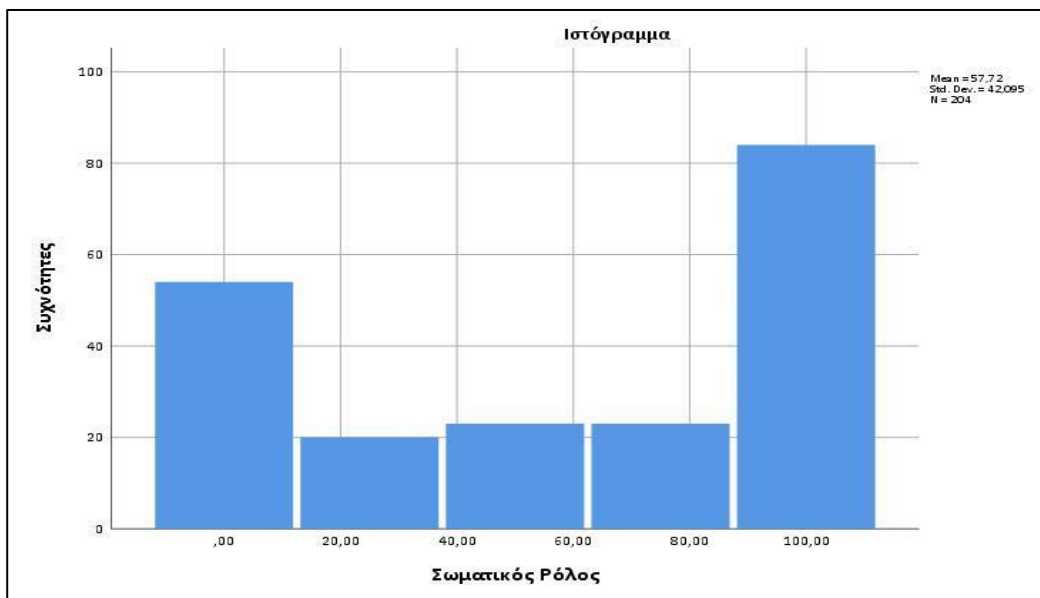


▪ **Σωματικός Ρόλος**

Η κλίμακα του σωματικού ρόλου έχει μέση τιμή (πίνακας 5) $57,72 \pm 42,10$ που δείχνει ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα, αντιμετωπίζουν ήπια προβλήματα σε καθημερινές δραστηριότητες που εξαρτώνται από τη σωματική τους κατάσταση όπως για παράδειγμα να κάνουν λιγότερα πράγματα από αυτά που θα ήθελαν, να περιορίσουν το είδος της εργασίας τους ή των ασχολιών τους κ.ά. Η διάσταση αυτή παρουσιάζει διάμεση τιμή μεγαλύτερη από το μέσο όρο (διάμεσος=75) και μικρή αρνητική ασυμμετρία. Αναφορικά

με την κύρτωσή της, όπως φαίνεται από τον πίνακα 5 η κατανομή της χαρακτηρίζεται ως πλατύκυρτη αφού ο συντελεστής κύρτωσης είναι αρνητικός (κύρτωση=-1,60). Η εικόνα της κατανομή του σωματικού ρόλου φαίνεται και στο διάγραμμα 7.

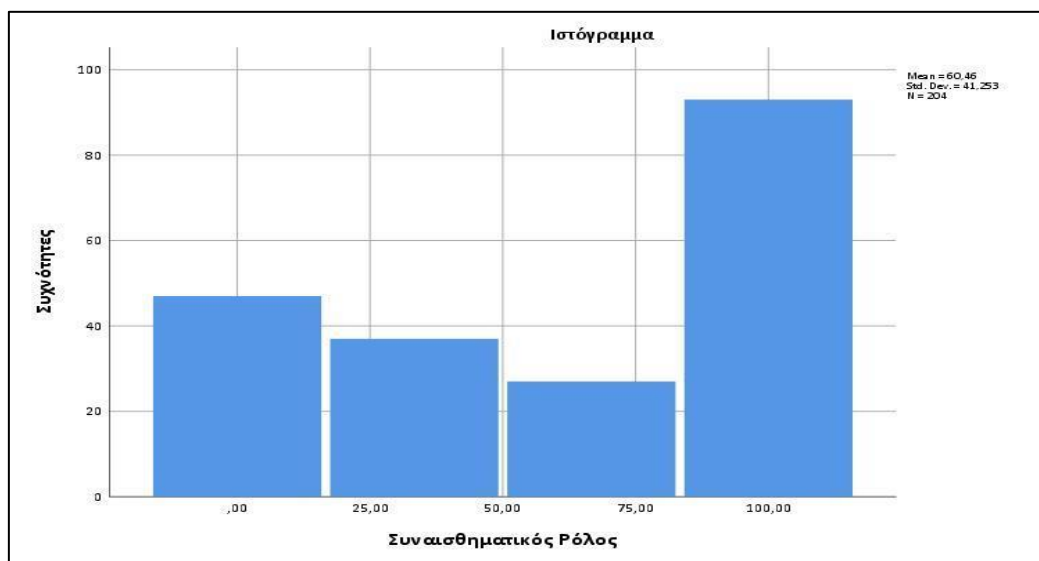
Διάγραμμα 7: Ιστόγραμμα της κλίμακας Σωματικός Ρόλος



▪ *Συναισθηματικός Ρόλος*

Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσιάζουν καλή εικόνα αναφορικά με την κλίμακα του συναισθηματικού ρόλου, όπως φαίνεται και από τη μέση τιμή $60,46 \pm 41,25$ (πίνακας 5). Αναλυτικότερα, αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα σε καθημερινές τους δραστηριότητες (π.χ. να μην κάνουν τις καθημερινές τους εργασίες τόσο προσεκτικά όπως συνήθως κ.ά.), εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων που οφείλονται στην ασθένειά τους. Η διάμεσος της κλίμακας αυτής δεν είναι πολύ μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της (διάμεσος=66,67), η κατανομή της παρουσιάζει αρνητική κύρτωση (-1,51) και ήπια αρνητική ασυμμετρία (-0,38) (πίνακας 5 και διάγραμμα 8).

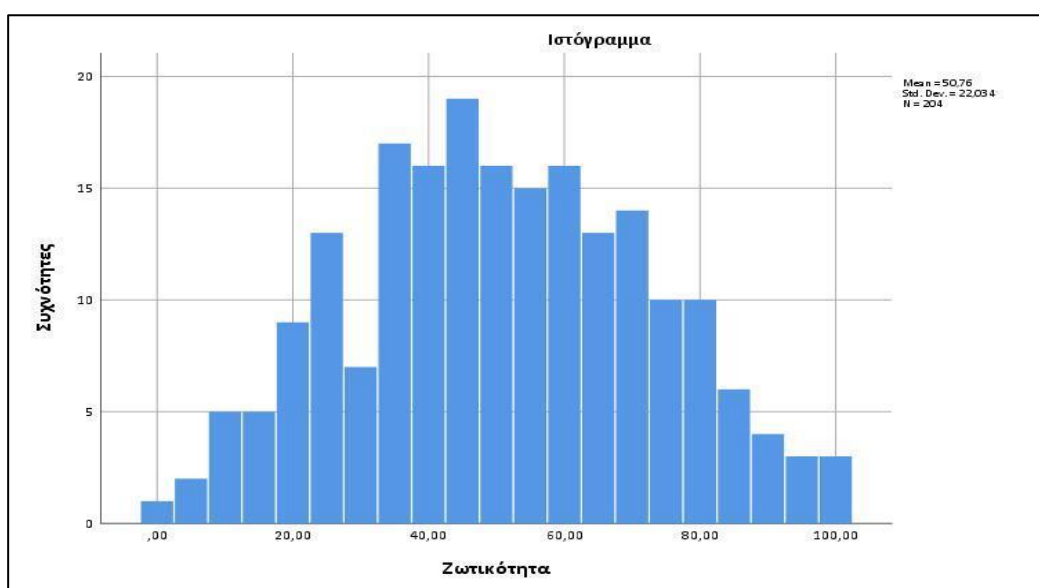
Διάγραμμα 8: Ιστόγραμμα της κλίμακας Συναισθηματικός Ρόλος



▪ **Ζωτικότητα**

Από την πίνακα 5 φαίνεται ότι η μέση τιμή της Ζωτικότητας είναι οριακά μεγαλύτερη του 50 ($50,76 \pm 22,03$). Αναλυτικότερα αυτό δείχνει ότι η ζωτικότητα/ενέργεια των συμμετεχόντων ασθενών δεν είναι σε καλά επίπεδα εξαιτίας της ασθένειάς τους. Επιπλέον η διάμεση τιμή είναι σχεδόν ίση με τη μέση τιμή (διάμεσος=50,00), ενώ η κατανομή της ζωτικότητας παρουσιάζει ήπια αρνητική κύρτωση (-0,59) και σχεδόν μηδενική ασυμμετρία (0,05). Η κατανομή της ζωτικότητας, που περιγράφεται και από τα παραπάνω στατιστικά μέτρα, απεικονίζεται στο διάγραμμα 9.

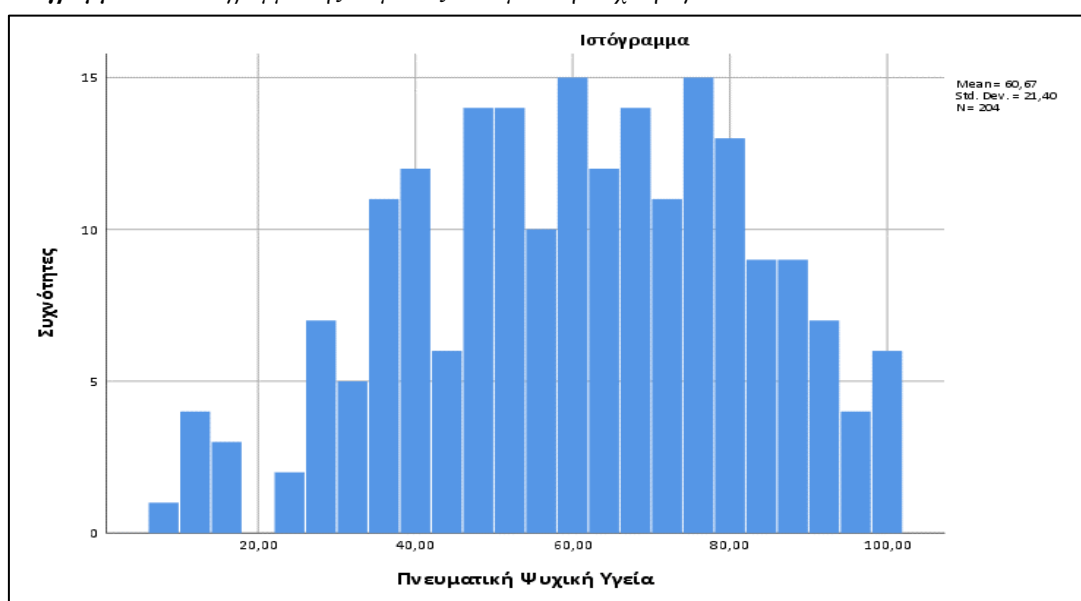
Διάγραμμα 9: Ιστόγραμμα της κλίμακας Ζωτικότητα



▪ Πνευματική Ψυχική Υγεία

Από τον πίνακα 5 φαίνεται ότι η εικόνα της πνευματικής ψυχικής υγείας των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, είναι σχετικά καλή αφού παρουσιάζει μέση τιμή $60,67 \pm 21,40$ και διάμεσο σχεδόν ίση με τη μέση τιμή (διάμεσος=60,00). Επίσης από τον ίδιο πίνακα παρατηρείται ότι η κατανομή της κλίμακας αυτής παρουσιάζει μικρή αρνητική ασυμμετρία (-0,23) και ήπια αρνητική κύρτωση (0-57). Τα παραπάνω απεικονίζονται και στο ιστόγραμμα της κλίμακας που ακολουθεί (διάγραμμα 10).

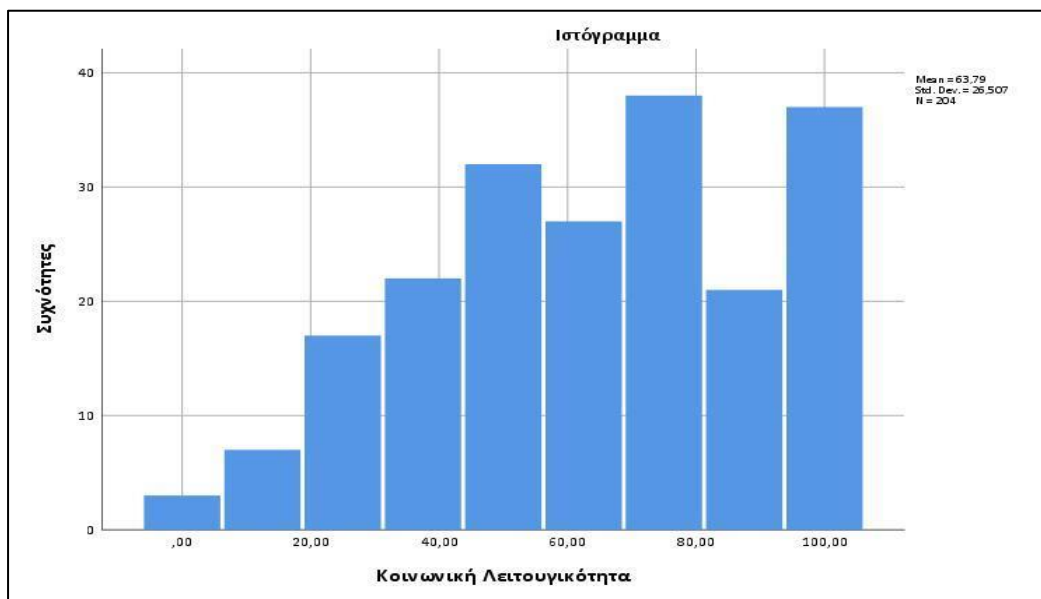
Διάγραμμα 10: Ιστόγραμμα της κλίμακας Πνευματική Ψυχική Υγεία



▪ Κοινωνική Λειτουργικότητα

Από τον πίνακα 5 φαίνεται ότι η κλίμακα της κοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών, παρουσιάζει σχετικά καλή εικόνα αφού έχει μέση τιμή $63,79 \pm 26,51$ και διάμεσο 62,50. Αυτό υποδηλώνει ότι οι κοινωνικές δραστηριότητες των ασθενών δεν έχουν επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από προβλήματα στην υγεία τους ή στη ψυχολογική τους κατάσταση εξαιτίας της ασθένειά τους. Επιπλέον η κατανομή της κλίμακας αυτής παρουσιάζει ήπια αρνητική ασυμμετρία (-0,30) και ήπια αρνητική κύρτωση (-0,79), ευρήματα που απεικονίζονται στο διάγραμμα 11.

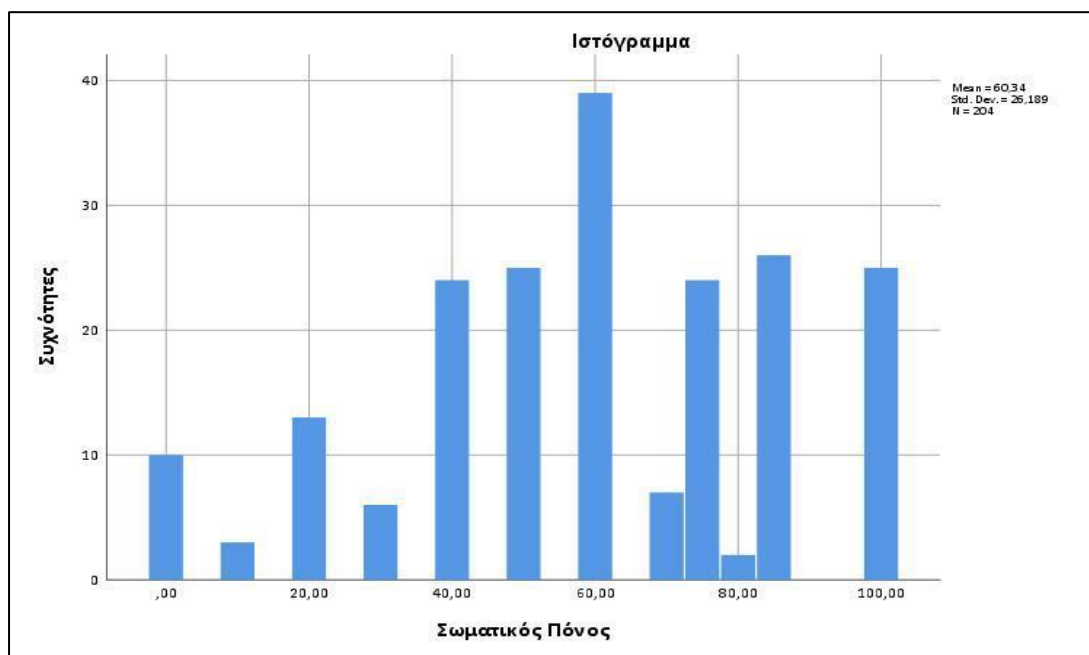
Διάγραμμα 11: Ιστόγραμμα της κλίμακας Κοινωνική Λειτουργικότητα



■ **Σωματικός Πόνος**

Όσον αφορά τα επίπεδα του σωματικού πόνου των ασθενών, από τον πίνακα 5 φαίνεται ότι η μέση τιμή του είναι $60,34 \pm 26,19$, που δείχνει ότι κυμαίνεται σε μέτρια προς σχετικά χαμηλά επίπεδα. Επίσης, η κλίμακα αυτή ως προς τη μορφή της παρουσιάζει ήπια αρνητική ασυμμετρία (-0.46) και μικρή αρνητική κύρτωση (-0.27), ευρήματα που απεικονίζονται στο διάγραμμα 12.

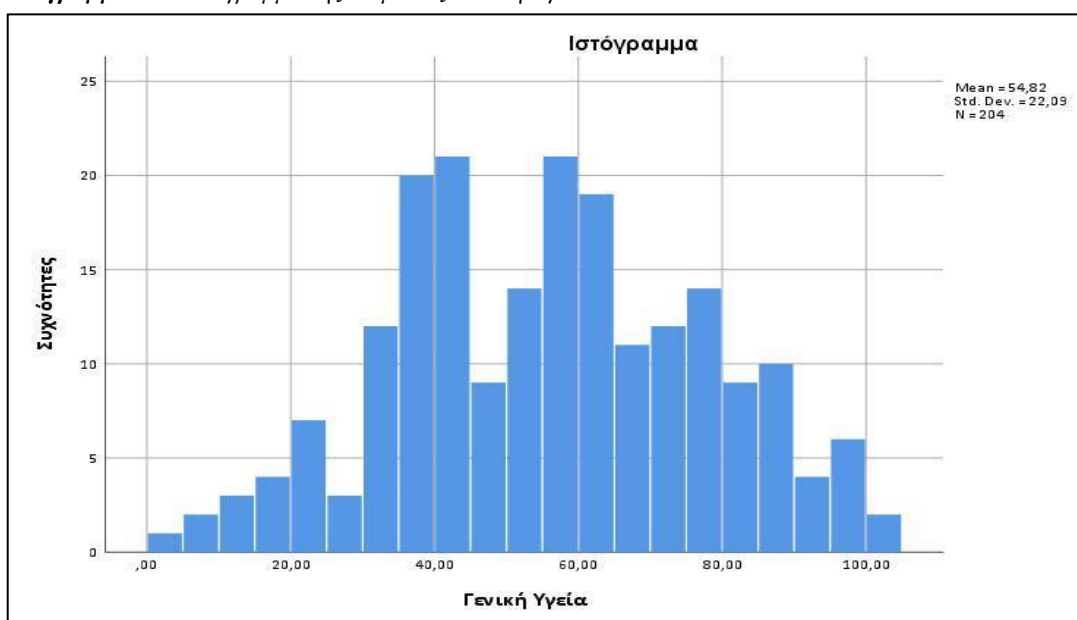
Διάγραμμα 12: Ιστόγραμμα της κλίμακας Σωματικού Πόνου



▪ Γενική Υγεία

Αναφορικά με τη γενική υγεία των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, από τον πίνακα 5 φαίνεται ότι έχει μέση τιμή $54,82 \pm 22,09$, δηλαδή τιμή που είναι πολύ κοντά στο 50, αποτέλεσμα που δείχνει ότι οι ίδιοι οι ασθενείς θεωρούν ότι η γενική τους υγεία είναι σε μέτρια επίπεδα. Επιπλέον από τον ίδιο πίνακα φαίνεται ότι η διάμεση τιμή είναι μεγαλύτερη από τη μέση τιμή (διάμεσος=57,00), ενώ η κατανομή της γενικής υγείας χαρακτηρίζεται από πολύ μικρή αρνητική ασυμμετρία (-0,04) και ήπια αρνητική κύρτωση, ευρήματα που απεικονίζονται και στο διάγραμμα 13.

Διάγραμμα 13: Ιστόγραμμα της κλίμακας Γενική Υγεία



Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Υγείας - HAQ

Όπως αναφέρθηκε, το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης (Health Assessment Questionnaire) HAQ, αποτελείται από 20 ερωτήσεις που είναι χωρισμένες σε 8 κατηγορίες των 2-3 ερωτήσεων. Οι ερωτήσεις είναι κωδικοποιημένες από 0 έως 3. Ο μεγαλύτερος βαθμός δυσκολίας στις ερωτήσεις της κάθε κατηγορίας δίνει το σκορ για τη συγκεκριμένη κατηγορία. Αν ο ασθενής έχει επιλέξει ότι χρειάζεται βοήθεια από άλλο άτομο ή ότι χρησιμοποιεί βοήθημα/εξοπλισμό, τότε το σκορ στην κατηγορία πρέπει να είναι τουλάχιστον 2. Αν είναι λιγότερο από 2 με βάση τις ερωτήσεις της κατηγορίας τότε γίνεται 2. Αν είναι 2

ή 3 με βάση τις ερωτήσεις της κατηγορίας τότε δε μεταβάλλεται. Τα 8 σκορ των κατηγοριών αθροίζονται και διαιρούνται με 8. Το αποτέλεσμα αυτό αποτελεί το Δείκτη Ανικανότητας HAQ (HAQ Disability Index), που παίρνει τιμές από 0 έως 3.

Αναλυτικά οι τιμές του δείκτη:

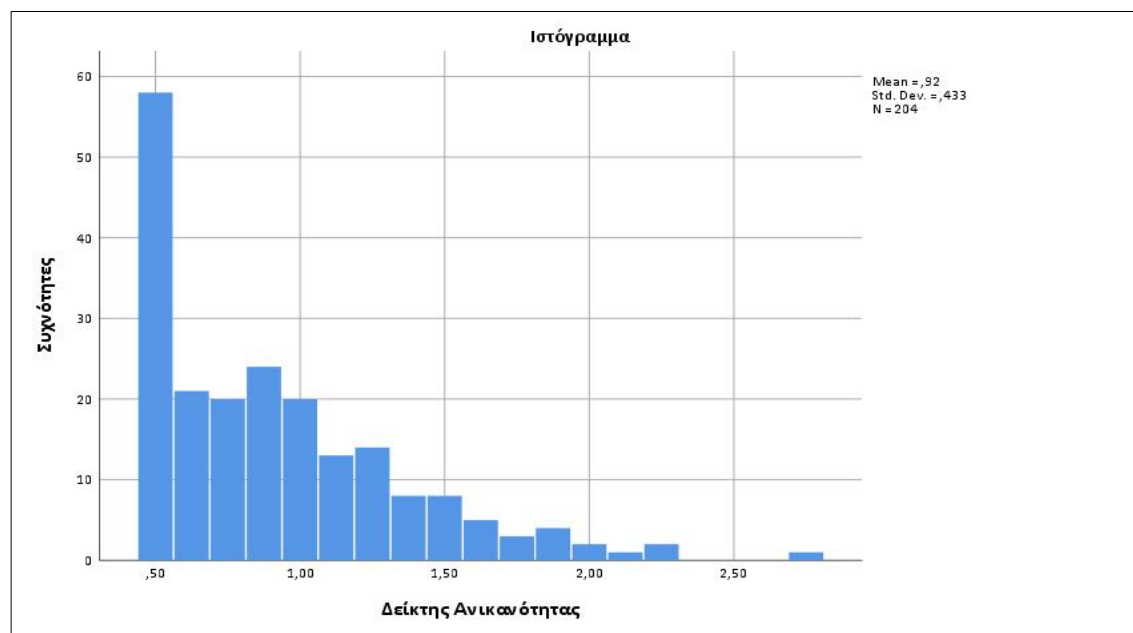
- (0-0,25] δείχνουν φυσιολογική λειτουργικότητα,
- (0,25-0,5] δείχνουν ήπια έκπτωση,
- (0,5-1] δείχνουν μέτρια έκπτωση και
- >1 δείχνουν σημαντική έκπτωση.

Από τον πίνακα 7 παρατηρείται ότι ο μέσος όρος του δείκτη ανικανότητας για τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα είναι $0,92 \pm 0,43$, αποτέλεσμα που σύμφωνα με τις οδηγίες δείχνει μέτρια έκπτωση στη λειτουργικότητα. Η διάμεση τιμή επίσης είναι αρκετά κοντά στη μέση τιμή (διάμεσος=0,86), ενώ η κατανομή του δείκτη παρουσιάζει έντονη θετική ασυμμετρία (1,23) και μεγάλη θετική κύρτωση (1,53). Τα ευρήματα αυτά απεικονίζονται στο διάγραμμα 14.

Πίνακας 7: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τον Δείκτη Ανικανότητας

| Δείκτης Ανικανότητας | |
|-----------------------------|------|
| Μέσος όρος | 0,92 |
| Διάμεσος | 0,86 |
| Επικρατούσα τιμή | 0,50 |
| Τυπική απόκλιση | 0,43 |
| Ασυμμετρία | 1,23 |
| Κύρτωση | 1,53 |
| Ελάχιστη τιμή | 0,50 |
| Μέγιστη τιμή | 2,75 |

Διάγραμμα 14: Ιστόγραμμα του δείκτη Ανικανότητας HAQ



Διερεύνηση του επιπέδου των κλιμάκων της εκτίμησης σχέσης Ιατρού – Ασθενή, της επισκόπησης υγείας SF-36 και του δείκτη HAQ

Όπως αναφέρθηκε αναφορικά με τις κλίμακες/διαστάσεις των ερωτηματολογίων εκτίμησης σχέσης ιατρού - ασθενή (ΕΣ I-A) και της επισκόπησης υγείας SF-36 (Health-Survey SF-36), δεν υπάρχουν σημεία διαμοιρασμού (cut off points) που να διαχωρίζουν τις παθολογικές από τις φυσιολογικές τιμές. Ωστόσο, για το ερωτηματολόγιο εκτίμησης σχέσης ιατρού-ασθενή (ΕΣ I-A), οι επιμέρους ερωτήσεις του έχουν ένα κεντρικό σημείο, (σημείο 3=έτσι και έτσι), οπότε σύμφωνα με τις οδηγίες του ερωτηματολογίου, αν οι ερωτήσεις που συνθέτουν την κλίμακα των θετικών συναισθημάτων έχουν τιμές μικρές (στατιστικώς σημαντικά μικρότερες από την κεντρική τιμή 3), τότε υποδηλώνεται υψηλό επίπεδο θετικών συναισθημάτων, ενώ αν οι ερωτήσεις που συνθέτουν την κλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων, έχουν τιμές σημαντικά υψηλές (στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερες από την κεντρική τιμή 3) τότε υποδηλώνεται χαμηλό επίπεδο αρνητικών συναισθημάτων.

Η ανάλυση αυτή παρουσιάζεται λεπτομερώς στην υποενότητα - *Εξειδίκευση της εικόνας της σχέσης I-A στα επιμέρους χαρακτηριστικά που συγκροτούν τις δύο διαστάσεις της.*

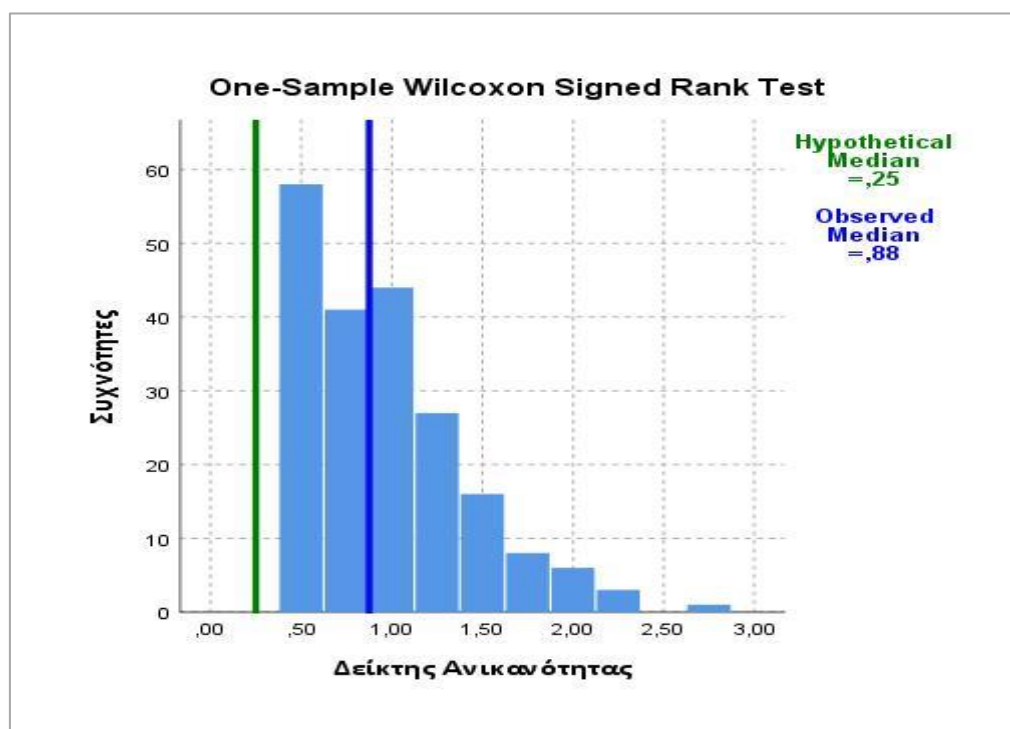
Αναφορικά με το δείκτη ανικανότητας HAQ η τιμή διαχωρισμού είναι η τιμή 0,25. Έτσι, όσον αφορά στο επίπεδο του δείκτη ανικανότητας ή αλλιώς στο επίπεδο της λειτουργικότητας των υπό μελέτη ασθενών, η στατιστική ανάλυση των απαντήσεων με τη χρήση

του One Sample Wilcoxon Signed Rank Test έδειξε ότι ο δείκτης ανικανότητας εμφανίζει στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη τιμή από την τιμή 0,25 που σύμφωνα με τις οδηγίες χωρίζει τη φυσιολογική από τη μη φυσιολογική λειτουργικότητα (Wilcoxon-Z=20.910,00, $p<0,001$) (πίνακας 8). **Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι ασθενείς που πήραν μέρος στην έρευνα εμφανίζουν μέτρια έκπτωση στην λειτουργικότητα εξαιτίας της ασθένειάς τους** (διάγραμμα 15).

Πίνακας 8: Σύγκριση του δείκτη ανικανότητας με την τιμή 0,25 με το One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test

| | Mean | Median | Z | p-value |
|----------------------|------|--------|-----------|---------|
| Δείκτης Ανικανότητας | 0,92 | 0,88 | 20.910,00 | <0,001 |

Διάγραμμα 15: Τα αποτελέσματα του One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test για τον δείκτη ανικανότητας.



Εξειδίκευση της εικόνας της σχέσης I-A στα επιμέρους χαρακτηριστικά που συγκροτούν τις δύο διαστάσεις της

Η διάσταση των θετικών συναισθημάτων συγκροτείται από οκτώ επιμέρους χαρακτηριστικά/ερωτήσεις. Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι απόψεις των ασθενών στα χαρακτηριστικά αυτά.

Πίνακας 9: Ευρήματα για τα χαρακτηριστικά της κλίμακας των θετικών συναισθημάτων με την εφαρμογή του Wilcoxon signed rank test

| Κλίμακα θετικών συναισθημάτων | Frequency | Observed Median | Hypothetical Median | Z | p-value | |
|---|---------------|-----------------|---------------------|---|---------|--------|
| Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη | Ναι | 198 | 1 | 3 | ~0 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 6 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 0 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 0 | | | | |
| | Όχι | 0 | | | | |
| Ήταν μια πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα | Ναι | 188 | 1 | 3 | ~0 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 14 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 2 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 0 | | | | |
| | Όχι | 0 | | | | |
| Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί | Ναι | 178 | 1 | 3 | 149,00 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 20 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 2 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 3 | | | | |
| | Όχι | 1 | | | | |
| Η σχέση μας είναι πολύ σημαντική | Ναι | 186 | 1 | 3 | ~0 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 16 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 2 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 0 | | | | |
| | Όχι | 0 | | | | |
| Υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας | Ναι | 190 | 1 | 3 | 6,5 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 11 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 2 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 1 | | | | |
| | Όχι | 0 | | | | |
| Μου είναι συμπαθής | Ναι | 199 | 1 | 3 | 2,5 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 3 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 1 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 1 | | | | |
| | Όχι | 0 | | | | |
| Καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου | Ναι | 186 | 1 | 3 | ~0 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 17 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 1 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 0 | | | | |
| | Όχι | 0 | | | | |
| Συμφωνούμε για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασής | Ναι | 189 | 1 | 3 | 216,00 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 12 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 1 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 2 | | | | |
| | Όχι | 0 | | | | |

Από τη στατιστική ανάλυση με τη χρήση του μη παραμετρικού τεστ Wilcoxon signed rank για ένα δείγμα, φαίνεται ότι όλα τα χαρακτηριστικά της κλίμακας των θετικών συναισθημάτων έχουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p < 0,05$) από την κεντρική τιμή (διάμεσο=3) και μάλιστα όλα παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντικά μικρότερη τιμή από αυτήν, *εύρημα που υποδηλώνει ότι για όλα τα χαρακτηριστικά αυτά οι ασθενείς έχουν υψηλά επίπεδα θετικών συναισθημάτων.*

Όπως και η κλίμακα των θετικών συναισθημάτων έτσι και η κλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων συγκροτείται από οκτώ επιμέρους χαρακτηριστικά/ερωτήσεις. Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι απόψεις των ασθενών στα χαρακτηριστικά αυτά.

Πίνακας 10: Ευρήματα για τα χαρακτηριστικά της κλίμακας των αρνητικών συναισθημάτων με την εφαρμογή του Wilcoxon signed rank test

| Κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων | Frequency | Observed Median | Hypothetical Median | Z | p-value | |
|---|---------------|-----------------|---------------------|---|-----------|--------|
| Αισθάνομαι πως στα συναισθημάτα του/της για εμένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινή | Ναι | 16 | 5 | 3 | 18.272,00 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 3 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 4 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 20 | | | | |
| | Όχι | 161 | | | | |
| Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων | Ναι | 3 | 5 | 3 | 18.964,00 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 0 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 8 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 31 | | | | |
| | Όχι | 162 | | | | |
| Οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα | Ναι | 4 | 5 | 3 | 19.857,00 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 0 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 3 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 20 | | | | |
| | Όχι | 177 | | | | |
| Δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του/της | Ναι | 8 | 5 | 3 | 19.425,00 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 0 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 3 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 17 | | | | |
| | Όχι | 176 | | | | |
| Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξαν στιγμές που ένιωσα θυμό | Ναι | 1 | 5 | 3 | 20.386,00 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 1 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 2 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 14 | | | | |
| | Όχι | 186 | | | | |
| Δεν είναι υπομονετικός/η μαζί μου | Ναι | 8 | 5 | 3 | 19.200,00 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 2 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 4 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 17 | | | | |
| | Όχι | 173 | | | | |
| Ένιωσα την επιθυμία να μην τον/την ξαναδώ | Ναι | 23 | 5 | 3 | 17.980,00 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 2 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 2 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 13 | | | | |
| | Όχι | 164 | | | | |
| Μου ασκεί κριτική | Ναι | 21 | 5 | 3 | 16.819,50 | <0,001 |
| | Μάλλον ναι | 9 | | | | |
| | Έτσι και έτσι | 7 | | | | |
| | Μάλλον όχι | 31 | | | | |
| | Όχι | 136 | | | | |

Από την στατιστική ανάλυση με τη χρήση του μη παραμετρικού τεστ Wilcoxon signed rank για ένα δείγμα, φαίνεται ότι όλα τα χαρακτηριστικά της κλίμακας των αρνητικών συναισθημάτων έχουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p < 0,05$) από την κεντρική τιμή (διάμεσο=3) και μάλιστα όλα παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη τιμή από αυτήν, *εύρημα που υποδηλώνει ότι για όλα τα χαρακτηριστικά αυτά οι ασθενείς έχουν χαμηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων.*

Διερεύνηση της επίδρασης των κλιμάκων της σχέσης I-A στις διαστάσεις/κλίμακες της επισκόπησης υγείας SF-36

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί η διερεύνηση της ύπαρξης γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στις κλίμακες της ΕΣ I-A και τις διαστάσεις της επισκόπησης υγείας SF-36 με τη χρήση Bootstrap 1000 δειγμάτων στις παρατηρήσεις (πίνακας 11) καθώς οι κατανομές των υπό ανάλυση μεταβλητών παρουσιάζουν σημαντική εκτροπή από την κανονικότητα (πίνακας 1).

Από τον πίνακα 11 φαίνεται ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στις κλίμακες της ΕΣ I-A και τις διαστάσεις της επισκόπησης υγείας SF-36, εκτός από την κλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων και τη διάσταση της φυσικής λειτουργικότητας (Pearson=0,162, $p=0,020$) όπου υπάρχει ασθενής θετική συσχέτιση. *Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι χαμηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων (υψηλότερες τιμές της κλίμακας) οδηγούν σε καλύτερα επίπεδα φυσικών/σωματικών λειτουργιών στους ασθενείς.* Επιπλέον, από τον πίνακα φαίνεται ότι η μεροληψία (bias) είναι πάρα πολύ μικρή. Περαιτέρω διερεύνηση και αποτύπωση της σχέσης αυτής πραγματοποιείται σε ξεχωριστό κεφάλαιο - *Αποτύπωση της σχέσης ανάμεσα στην κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων (ΚΑΣ) και τη φυσική λειτουργικότητα (ΦΛ)* - ωστόσο τονίζεται ότι η σχέση αυτή έχει μικρή ένταση.

Πίνακας 11: Διερεύνηση γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στις κλίμακες σχέσης ιατρού-ασθενή και τις διαστάσεις ποιότητας υγείας SF-36.

| | | ΦΛ* | ΣμΡ* | ΣνΡ* | Ζωτ* | ΠΨΥ* | ΚΛ* | ΣΠ* | ΓΥ* | |
|---------------------------------------|-------------------------|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | Correlation Coefficient | -0,030 | -0,005 | -0,073 | -0,076 | -0,011 | -0,079 | -0,042 | -0,030 | |
| | BCa 95% CI | Upper | -0,148 | -0,109 | -0,185 | -0,180 | -0,125 | -0,205 | -0,159 | -0,148 |
| | | Lower | 0,087 | 0,090 | 0,068 | 0,044 | 0,125 | 0,084 | 0,110 | 0,087 |
| | p-value | 0,669 | 0,940 | 0,301 | 0,279 | 0,881 | 0,263 | 0,553 | 0,669 | |
| | Bias | 0,001 | -0,002 | 0,005 | 0,001 | 0,003 | 0,007 | 0,004 | 0,001 | |
| Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | Correlation Coefficient | 0,162 | 0,103 | 0,029 | 0,076 | 0,043 | 0,073 | 0,135 | 0,068 | |
| | BCa 95% CI | Upper | 0,015 | -0,019 | -0,099 | -0,057 | -0,087 | -0,050 | 0,010 | -0,057 |
| | | Lower | 0,300 | 0,228 | 0,167 | 0,211 | 0,176 | 0,206 | 0,274 | 0,203 |
| | p-value | 0,020 | 0,141 | 0,678 | 0,277 | 0,538 | 0,300 | 0,054 | 0,337 | |
| | Bias | -0,004 | 0,000 | 0,001 | 0,004 | 0,002 | 0,002 | 0,003 | 0,002 | |

* ΦΛ: Φυσική Λειτουργικότητα, ΣμΡ: Σωματικός Ρόλος, ΣνΡ: Συναισθηματικός Ρόλος, Ζωτ: Ζωτικότητα, ΠΨΥ: Πνευματική Ψυχική Υγεία, ΚΛ: Κοινωνική Λειτουργικότητα, ΣΠ: Σωματικός Πόνος, ΓΥ: Γενική Υγεία

Διερεύνηση της επίδρασης των κλιμάκων της σχέσης I-A στο Δείκτη Ανικανότητας HAQ

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί η διερεύνηση της ύπαρξης γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στις κλίμακες της ΕΣ I-A και στο δείκτη ανικανότητας HAQ με τη χρήση Bootstrap 1000 δειγμάτων στις παρατηρήσεις (πίνακας 12) καθώς οι κατανομές των υπό ανάλυση μεταβλητών παρουσιάζουν σημαντική εκτροπή από την κανονικότητα (πίνακας 1).

Πίνακας 12: Διερεύνηση γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στις κλίμακες σχέσης ιατρού-ασθενή και το δείκτη ανικανότητας

| | | Δείκτης Ανικανότητας | |
|------------------------------------|-------------------------|----------------------|--------|
| Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | Correlation Coefficient | 0,011 | |
| | BCa 95% CI | Upper | -0,106 |
| | | Lower | 0,109 |
| | p-value | 0,879 | |
| | Bias | -0,002 | |
| Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | Correlation Coefficient | -0,036 | |
| | BCa 95% CI | Upper | -0,169 |
| | | Lower | 0,099 |
| | p-value | 0,611 | |
| | Bias | 0,003 | |

Από τον πίνακα 12 παρατηρείται ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στις κλίμακες της ΕΣ I-A και το δείκτη ανικανότητας HAQ (Pearson=0,011, $p=0.879$ και Pearson=-0,036, $p=0,611$). Επιπλέον, από τον πίνακα φαίνεται ότι η μεροληψία (bias) είναι πάρα πολύ μικρή.

Διερεύνηση της επίδρασης της βαθμολόγησης της σχέσης με τον Ιατρό στις διαστάσεις/κλίμακες της επισκόπησης υγείας SF-36 και στο δείκτη ανικανότητας HAQ

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί η διερεύνηση της ύπαρξης γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολόγηση της σχέσης με το γιατρό και τις κλίμακες του SF-36, καθώς και ανάμεσα στη βαθμολόγηση της σχέσης με το γιατρό και το δείκτη ανικανότητας HAQ, με τη χρήση του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης του Spearman.

Πίνακας 13: Διερεύνηση γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολόγηση της σχέσης με το γιατρό με το δείκτη ανικανότητας

| Spearman's rho | | ΦΛ* | ΣμΡ* | ΣνΡ* | Ζωτ* | ΠΨΥ* | ΚΛ* | ΣΠ* | ΓΥ* | ΔΑ* |
|---------------------------------------|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Βαθμολόγηση σχέσης με το γιατρό | Correlation Coefficient | 0,060 | 0,070 | 0,044 | 0,129 | 0,068 | 0,054 | 0,123 | 0,060 | -0,064 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,391 | 0,322 | 0,534 | 0,065 | 0,335 | 0,442 | 0,080 | 0,397 | 0,366 |
| | N | 204 | 204 | 204 | 204 | 204 | 204 | 204 | 204 | 204 |

* ΦΛ: Φυσική Λειτουργικότητα, ΣμΡ: Σωματικός Ρόλος, ΣνΡ: Συναισθηματικός Ρόλος, Ζωτ: Ζωτικότητα, ΠΨΥ: Πνευματική Ψυχική Υγεία, ΚΛ: Κοινωνική Λειτουργικότητα, ΣΠ: Σωματικός Πόνος, ΓΥ: Γενική Υγεία, ΔΑ: Δείκτης Ανικανότητας

Από τον πίνακα 13 φαίνεται ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στη βαθμολόγηση της σχέσης με το γιατρό και τις κλίμακες του SF-36, ούτε ανάμεσα στη βαθμολόγηση της σχέσης με το γιατρό και το δείκτη ανικανότητας HAQ. Δηλαδή η βαθμολόγηση της σχέσης με το γιατρό δεν έχει επίδραση σε καμία από τις παραπάνω κλίμακες.

Η επίδραση των δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων στις κλίμακες της επισκόπησης υγείας SF-36

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικο-κοινωνικών παραγόντων στις οκτώ κλίμακες επισκόπησης υγείας. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικά τεστ (independent samples t-test/one way ANOVA) για τις κλίμακες ζωτικότητας, πνευματικής ψυχικής υγείας, σωματικός πόνος και γενική υγεία,

αφού όπως ήδη αναφέρθηκε οι κατανομές τους δεν παρουσιάζουν ακραίες τιμές, ούτε έντονη ασυμμετρία, ενώ για τις κλίμακες φυσικής λειτουργικότητας, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και κοινωνική λειτουργικότητας, χρησιμοποιήθηκαν τα αντίστοιχα μη παραμετρικά τεστ (Mann-Whitney U/Kruskal Wallis H).

➤ ΦΥΛΟ

Από την εφαρμογή του μη παραμετρικού τεστ Mann-Whitney U προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες για τη φυσική λειτουργικότητα, το σωματικό ρόλο, το συναισθηματικό ρόλο και την κοινωνική λειτουργικότητα, το τεστ προέκυψε σημαντικό (πίνακας 15) για τις τρεις πρώτες κλίμακες δηλαδή τη φυσική/σωματική λειτουργικότητα ($U=3.529,00$, $p=0,031$), το σωματικό ρόλο ($U=3.277,00$, $p=0,003$) και το συναισθηματικό ρόλο ($U=3.388,00$, $p=0,007$) (πίνακας 15).

Πίνακας 14: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Κατάταξη (Ranks)

| Ranks | | | | |
|---------------------------|---------|-----|-----------|--------------|
| | Φύλο | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| Σωματική Λειτουργικότητα | Άντρας | 61 | 116,15 | 7.085,00 |
| | Γυναίκα | 143 | 96,68 | 13.825,00 |
| Σωματικός Ρόλος | Άντρας | 61 | 120,28 | 7.337,00 |
| | Γυναίκα | 143 | 94,92 | 13.573,00 |
| Συναισθηματικός Ρόλος | Άντρας | 61 | 118,46 | 7.226,00 |
| | Γυναίκα | 143 | 95,69 | 13.684,00 |
| Κοινωνική Λειτουργικότητα | Άντρας | 61 | 113,29 | 6.910,50 |
| | Γυναίκα | 143 | 97,90 | 13.999,50 |

Πίνακας 15: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Test Statistics για τη διερεύνηση της επίδρασης του φύλου στις διαστάσεις του SF36

| Test Statistics | | | | |
|------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------------|
| | Σωματική Λειτουργικότητα | Σωματικός Ρόλος | Συναισθηματικός Ρόλος | Κοινωνική Λειτουργικότητα |
| Mann-Whitney U | 3.529,00 | 3.277,00 | 3.388,00 | 3.703,50 |
| Wilcoxon W | 13.825,00 | 13.573,00 | 13.684,00 | 13.999,50 |
| Z | -2,161 | -2,949 | -2,681 | -1,723 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | 0,031 | 0,003 | 0,007 | 0,085 |

Από τον πίνακα 14 φαίνεται ότι και για τις τρεις κλίμακες οι γυναίκες παρουσιάζουν μικρότερη μέση κατάταξη (Mean Rank) στις τιμές τους συγκριτικά με τους άνδρες, δηλαδή

οι γυναίκες έχουν χαμηλότερα επίπεδα ως προς την ποιότητα της υγείας τους στις κλίμακες αυτές. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι και ως προς τη διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερη κατάταξη στις τιμές τους και συνεπώς καλύτερη εικόνα ως προς τα επίπεδα της υγείας τους αν και όχι στατιστικώς σημαντικά.

Η ανάλυση ως προς το φύλο συνεχίζεται με την εφαρμογή του Independent Samples t-test στις κλίμακες της ζωτικότητας, της πνευματικής ψυχικής υγείας, του σωματικού πόνου και της γενικής υγείας, προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση του φύλου στη διαμόρφωση των τιμών τους. Το test προέκυψε στατιστικά σημαντικό (πίνακας 16) και για τις τέσσερις αυτές κλίμακες δηλαδή για τη ζωτικότητα ($t(202)=4,855, p<0,001$), την πνευματική ψυχική υγεία ($t(202)=3,058, p=0,003$), τον σωματικό πόνο ($t(202)=3,403, p=0,001$) και τη γενική υγεία ($t(202)=3,332, p=0,001$).

Πίνακας 16: Αποτελέσματα Independent-samples t-test για τη διερεύνηση επίδρασης του φύλου στις διαστάσεις SF-36

| | Φύλο | Mean | St. Deviation | t-test (df) | p-value |
|----------------------------|---------|---------|---------------|----------------|------------------|
| Ζωτικότητα | Αντρας | 61,6393 | 19,51 | 4,855 (202) | <0,001 |
| | Γυναίκα | 46,1189 | 21,46 | | |
| Πνευματική Ψυχική Υγεία | Αντρας | 67,5410 | 18,53 | 3,058 (202) | 0,003 |
| | Γυναίκα | 57,7343 | 21,92 | | |
| Σωματικός Πόνος | Αντρας | 69,6557 | 24,75 | 3,403 (202) | 0,001 |
| | Γυναίκα | 56,3706 | 25,85 | | |
| Γενική Υγεία | Αντρας | 62,5246 | 21,63 | 3,332 (202) | 0,001 |
| | Γυναίκα | 51,5385 | 21,53 | | |

Από τον πίνακα 16 μπορεί επίσης να παρατηρηθεί ότι και για τις τέσσερις κλίμακες που εξετάστηκαν με το independent samples t-test, οι γυναίκες έχουν μικρότερες μέσες τιμές, αποτέλεσμα που δείχνει ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας υγείας συγκριτικά με τους άνδρες.

Συμπερασματικά τα επίπεδα ποιότητας υγείας των γυναικών είναι χαμηλότερα από εκείνα των ανδρών σε όλες τις κλίμακες του SF-36. Η μόνη κλίμακα που δεν είχε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς το φύλο ήταν η κοινωνική λειτουργικότητα, ωστόσο και εδώ οι γυναίκες είχαν χαμηλότερα επίπεδα.

➤ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis H, πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα στις κατηγορίες της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα για τη φυσική λειτουργικότητα, το σωματικό ρόλο, το συναισθηματικό ρόλο και την κοινωνική λειτουργικότητα, το τεστ δεν προέκυψε σημαντικό ($p > 0,05$) (πίνακας 17) για καμία από τις παραπάνω διαστάσεις, εύρημα που δείχνει ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν επιδρά στα επίπεδα ποιότητας υγείας ως προς τις κλίμακες της φυσικής/σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού και συναισθηματικού ρόλου και της κοινωνικής λειτουργικότητας.

Πίνακας 17: Αποτελέσματα Kruskal-Wallis H test για τη διερεύνηση επίδρασης της οικογενειακής κατάστασης στις διαστάσεις SF-36

| Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------|
| | Σωματική Λειτουργικότητα | Σωματικός Ρόλος | Συναισθηματικός Ρόλος | Κοινωνική Λειτουργικότητα |
| Total N | 204 | 204 | 204 | 204 |
| Test Statistic | 0,720 | 3,076 | 3,580 | 3,722 |
| Degree Of Freedom | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Asymp. Sig.(2-sided test) | 0,698 | 0,215 | 0,167 | 0,156 |

Η ανάλυση ως προς την οικογενειακή κατάσταση συνεχίζεται με την εφαρμογή του One Way ANOVA για τις κλίμακες της ζωτικότητας, της πνευματικής ψυχικής υγείας, του σωματικού πόνου και της γενικής υγείας. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 18, το τεστ δεν προέκυψε στατιστικά σημαντικό ($p > 0,05$) για καμία από τις διαστάσεις αυτές.

Πίνακας 18: Αποτελέσματα One Way ANOVA ή (Brown-Forsythe) test για τη διερεύνηση επίδρασης της οικογενειακής κατάστασης στις διαστάσεις SF-36

| | Οικογενειακή Κατάσταση | Mean | Std. Dev. | ANOVA (df) | p-value (ANOVA) | B-F* (df) | p-value (B-F) |
|----------------------------|---------------------------|-------|-----------|-------------------|--------------------|---------------------|------------------|
| Ζωτικότητα | Έγγαμος | 50,56 | 22,64 | 0,615 (2, 201) | 0,542 | 0,645 (2, 64,79) | 0,528 |
| | Άγαμος | 48,57 | 17,05 | | | | |
| | Άλλο | 54,81 | 24,76 | | | | |
| Πνευματική Ψυχική Υγεία | Έγγαμος | 61,48 | 21,70 | 1,563 (2, 201) | 0,212 | | |
| | Άγαμος | 55,09 | 19,21 | | | | |
| | Άλλο | 63,69 | 22,02 | | | | |
| Σωματικός Πόνος | Έγγαμος | 59,78 | 26,46 | 0,138 (2, 201) | 0,871 | | |
| | Άγαμος | 61,00 | 28,80 | | | | |
| | Άλλο | 62,58 | 21,33 | | | | |
| Γενική Υγεία | Έγγαμος | 55,37 | 22,40 | 0,572 (2, 201) | 0,565 | | |
| | Άγαμος | 51,29 | 20,75 | | | | |
| | Άλλο | 56,58 | 22,45 | | | | |

Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν ότι η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών δεν έχει επίδραση στη διαμόρφωση των επιπέδων στις τιμές των κλιμάκων του SF-36, δηλαδή *η οικογενειακή κατάσταση δεν έχει επίδραση στο επίπεδο ποιότητας υγείας.*

➤ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες εκπαίδευσης για τις κλίμακες της φυσικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου, του συναισθηματικού ρόλου και της κοινωνικής λειτουργικότητας εφαρμόστηκε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis H, ενώ για τον έλεγχο ύπαρξης σημαντικής διαφοράς ανάμεσα στις κατηγορίες εκπαίδευσης και τις κλίμακες της ζωτικότητας, της πνευματικής ψυχικής υγείας, του σωματικού πόνου και της γενικής υγείας εφαρμόστηκε το παραμετρικό τεστ One-Way ANOVA (ή το Brown-Forsythe), τα αποτελέσματα των οποίων φαίνονται στους πίνακες 19 και 20.

Πίνακας 19: Αποτελέσματα Kruskal-Wallis H test για τη διερεύνηση επίδρασης του επιπέδου εκπαίδευσης στις διαστάσεις SF-36

| Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------|
| | Σωματική Λειτουργικότητα | Σωματικός Ρόλος | Συναισθηματικός Ρόλος | Κοινωνική Λειτουργικότητα |
| Total N | 204 | 204 | 204 | 204 |
| Test Statistic | 6,26 | 0,67 | 0,83 | 2,11 |
| Degree Of Freedom | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Asymp. Sig.(2-sided test) | 0,044 | 0,72 | 0,66 | 0,35 |
| Mean Rank: | | | | |
| YE | 88,99 | - | - | - |
| ΔΕ | 109,74 | - | - | - |
| ΤΕ/ΑΕΙ | 110,88 | - | - | - |

Πίνακας 20: Αποτελέσματα One Way ANOVA ή (Brown-Forsythe) test για τη διερεύνηση επίδρασης του επιπέδου εκπαίδευσης στις διαστάσεις SF-36

| | Επίπεδο Εκπαίδευσης | Mean | Std. Dev. | ANOVA (df) | p-value (ANOVA) | B-F* (df) | p-value (B-F) |
|-------------------------|---------------------|-------|-----------|-------------------|-----------------|---------------------|---------------|
| Ζωτικότητα | ΥΕ | 50,13 | 23,18 | 0,177 (2, 201) | 0,838 | 0,174 (2, 179,2) | 0,838 |
| | ΔΕ | 52,20 | 24,73 | | | | |
| | ΑΕΙ/ΤΕΙ | 50,21 | 18,33 | | | | |
| Πνευματική Ψυχική Υγεία | ΥΕ | 59,73 | 21,11 | 0,206 (2, 201) | 0,814 | | |
| | ΔΕ | 62,10 | 23,83 | | | | |
| | ΑΕΙ/ΤΕΙ | 60,46 | 19,73 | | | | |
| Σωματικός Πόνος | ΥΕ | 59,79 | 28,36 | 0,055 (2, 201) | 0,947 | | |
| | ΔΕ | 60,07 | 26,63 | | | | |
| | ΑΕΙ/ΤΕΙ | 61,17 | 23,62 | | | | |
| Γενική Υγεία | ΥΕ | 52,49 | 23,44 | 0,730 (2, 201) | 0,483 | | |
| | ΔΕ | 56,98 | 23,95 | | | | |
| | ΑΕΙ/ΤΕΙ | 55,50 | 18,81 | | | | |

Από τους πίνακες 19 και 20 φαίνεται ότι τα τεστ δεν είναι σημαντικά ($p > 0,05$) για καμία από τις κλίμακες του SF-36, εκτός από τη διάσταση της φυσικής/σωματικής λειτουργικότητας *εύρημα που υποδηλώνει ότι το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών έχει επίδραση μόνο στο επίπεδα υγείας της κλίμακας αυτής.*

Η ανάλυση για τη διάσταση της φυσικής/σωματικής λειτουργικότητας συνεχίζεται, προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη επιπέδου εκπαίδευσης, που παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές. Για το λόγο αυτό πραγματοποιείται μη παραμετρική post-hoc ανάλυση με διόρθωση Bonferroni στις κατηγορίες της μεταβλητής “επίπεδο εκπαίδευσης” ανά ζεύγη, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 20α. Από τον πίνακα αυτόν φαίνεται με σαφήνεια ότι τα ζεύγη ΥΕ, (Mean Rank=88,99) και ΑΕΙ/ΤΕΙ, (Mean Rank=110,88), έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, *με τους ασθενείς που έχουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής ως προς τη διάσταση της φυσικής/σωματικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τους ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.*

Πίνακας 20α: Αποτελέσματα των *post hoc test*, για τον έλεγχο διαφορών-ομοιογένειας στη σωματική λειτουργικότητα ανά ζεύγη επιπέδου εκπαίδευσης

| | | Subset | |
|------------------------------|---------|---------|---------|
| | | 1 | 2 |
| Sample ^a | ΥΕ | 88,987 | |
| | ΔΕ | 109,737 | 109,737 |
| | ΑΕΙ/ΤΕΙ | | 110,879 |
| Test Statistic | | 3,775 | ,001 |
| Sig. (2-sided test) | | ,052 | ,979 |
| Adjusted Sig. (2-sided test) | | ,052 | ,979 |

➤ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες διάρκειας της ασθένειας για τις κλίμακες της φυσικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου, του συναισθηματικού ρόλου και της κοινωνικής λειτουργικότητας εφαρμόστηκε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis H, ενώ για τον έλεγχο ύπαρξης σημαντικής διαφοράς ανάμεσα στις κατηγορίες διάρκειας της ασθένειας για τις κλίμακες της ζωτικότητας, της πνευματικής ψυχικής υγείας, του σωματικού πόνου και της γενικής υγείας εφαρμόστηκε το παραμετρικό τεστ One-Way ANOVA, τα αποτελέσματα των οποίων φαίνονται στους πίνακες 21 και 22.

Πίνακας 21: Αποτελέσματα *Kruskal-Wallis H test* για τη διερεύνηση επίδρασης της διάρκειας της ασθένειας στις διαστάσεις SF-36

| Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------|
| | Σωματική Λειτουργικότητα | Σωματικός Ρόλος | Συναισθηματικός Ρόλος | Κοινωνική Λειτουργικότητα |
| Total N | 193 | 193 | 193 | 193 |
| Test Statistic | 4,491 | 6,562 | 6,671 | 7,473 |
| Degree Of Freedom | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Asymp. Sig.(2-sided test) | 0,611 | 0,363 | 0,352 | 0,279 |

Πίνακας 22: Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση επίδρασης της διάρκειας της ασθένειας στις διαστάσεις SF-36

| | Διάρκεια Ασθένειας | Mean | Std. Dev. | ANOVA (df) | p-value (ANOVA) |
|-------------------------|--------------------|-------|-----------|-------------------|-----------------|
| Ζωτικότητα | (0-1] | 51,96 | 21,20 | 1,084 (6, 186) | 0,374 |
| | (1-2] | 58,18 | 19,85 | | |
| | (2-5] | 50,00 | 21,42 | | |
| | (5-10] | 45,14 | 22,79 | | |
| | (10-20] | 53,21 | 24,07 | | |
| | (20-30] | 53,85 | 26,15 | | |
| | (30-άνω] | 43,33 | 21,79 | | |
| Πνευματική Ψυχική Υγεία | (0-1] | 61,39 | 20,09 | 1,549 (6, 186) | 0,164 |
| | (1-2] | 67,82 | 14,63 | | |
| | (2-5] | 57,25 | 21,68 | | |
| | (5-10] | 57,44 | 22,49 | | |
| | (10-20] | 65,23 | 20,99 | | |
| | (20-30] | 60,92 | 25,98 | | |
| | (30-άνω] | 48,89 | 21,71 | | |
| Σωματικός Πόνος | (0-1] | 61,61 | 23,38 | 0,932 (6, 186) | 0,473 |
| | (1-2] | 70,59 | 24,68 | | |
| | (2-5] | 59,57 | 25,49 | | |
| | (5-10] | 55,42 | 28,21 | | |
| | (10-20] | 58,54 | 22,97 | | |
| | (20-30] | 57,08 | 36,24 | | |
| | (30-άνω] | 66,33 | 28,90 | | |
| Γενική Υγεία | (0-1] | 59,48 | 21,68 | 1,932 (6, 186) | 0,078 |
| | (1-2] | 62,59 | 24,36 | | |
| | (2-5] | 50,04 | 19,24 | | |
| | (5-10] | 58,14 | 16,92 | | |
| | (10-20] | 55,64 | 25,21 | | |
| | (20-30] | 44,15 | 24,86 | | |
| | (30-άνω] | 46,11 | 28,50 | | |

Από τους πίνακες 21 και 22 φαίνεται ότι τα τεστ δεν είναι σημαντικά ($p > 0,05$) για καμία από τις κλίμακες του SF-36 εύρημα που υποδηλώνει ότι η διάρκεια της ασθένειας δεν έχει επίδραση στα επίπεδα των κλιμάκων επισκόπησης της υγείας τους.

➤ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΧΕΣΗΣ

Το μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis H, πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα στις κατηγορίες της διάρκειας της σχέσης με το γιατρό, των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα για τη φυσική λειτουργικότητα, το σωματικό ρόλο, το συναισθηματικό ρόλο και την κοινωνική λειτουργικότητα. Το τεστ προέκυψε σημαντικό ($p < 0,05$) (πίνακας 24) για τις διαστάσεις του σωματικού ρόλου και της κοινωνικής λειτουργικότητας.

Πίνακας 23: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Κατάταξη (Ranks)

| Ranks | | | |
|------------------------------|------------------------------|----|-----------|
| | Διάρκεια σχέσης με γιατρό | N | Mean Rank |
| Σωματική Λειτουργικότητα | (0-1] | 47 | 99,64 |
| | (1-2] | 31 | 85,76 |
| | (2-5] | 71 | 88,65 |
| | (5-7] | 13 | 102,96 |
| | (7-10] | 15 | 80,33 |
| | (10-άνω] | 8 | 128,25 |
| Σωματικός Ρόλος | (0-1] | 47 | 101,03 |
| | (1-2] | 31 | 90,48 |
| | (2-5] | 71 | 81,16 |
| | (5-7] | 13 | 92,19 |
| | (7-10] | 15 | 105,87 |
| | (10-άνω] | 8 | 137,81 |
| Συναισθηματικός Ρόλος | (0-1] | 47 | 94,95 |
| | (1-2] | 31 | 96,18 |
| | (2-5] | 71 | 86,00 |
| | (5-7] | 13 | 90,27 |
| | (7-10] | 15 | 99,07 |
| | (10-άνω] | 8 | 124,44 |
| Κοινωνική Λειτουργικότητα | (0-1] | 47 | 89,11 |
| | (1-2] | 31 | 114,29 |
| | (2-5] | 71 | 83,38 |
| | (5-7] | 13 | 77,04 |
| | (7-10] | 15 | 102,80 |
| | (10-άνω] | 8 | 126,31 |

Πίνακας 24: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Test Statistics για τη διερεύνηση της επίδρασης της διάρκειας της σχέσης με τον γιατρό στις διαστάσεις του SF36

| Test Statistics | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------|
| | Σωματική Λειτουργικότητα | Σωματικός Ρόλος | Συναισθηματικός Ρόλος | Κοινωνική Λειτουργικότητα |
| Kruskal-Wallis H | 6,546 | 12,243 | 4,978 | 12,465 |
| df | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Asymp. Sig. | 0,257 | 0,032 | 0,419 | 0,029 |

Η ανάλυση για τη διάσταση του Σωματικού Ρόλου συνεχίζεται, προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη διάρκειας σχέσης με το γιατρό, που παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές. Για το λόγο αυτό πραγματοποιείται μη παραμετρική post-hoc ανάλυση με διάρθωση Bonferroni στις κατηγορίες της μεταβλητής “διάρκεια σχέσης με το γιατρό” ανά ζεύγη, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στους πίνακες 25 και 26. Το τεστ έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p=0,043$), υπάρχει μόνο για το ζεύγος (2-5], (Mean Rank=81,16) και (10 και άνω], (Mean Rank=137,81) με τους ασθενείς που έχουν διάρκεια σχέσης με το γιατρό τους πάνω από 10 έτη να έχουν μεγαλύτερη μέση κατάταξη στις τιμές του σωματικού ρόλου. **Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι οι ασθενείς των**

οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι πάνω από δέκα έτη, έχουν καλύτερη ποιότητα υγείας στη διάσταση του σωματικού ρόλου συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι 2-5 έτη.

Πίνακας 25: Αποτελέσματα των *post hoc test*, για τον έλεγχο διαφορών στο σωματικό ρόλο ανά ζεύγη διάρκειας σχέσης με το γιατρό

| Pairwise Comparisons of Διάρκεια σχέσης με γιατρό | | | |
|--|----------------|-------|------------------------|
| Sample 1 - Sample 2 | Test Statistic | Sig. | Adj. Sig. ^a |
| (2-5] - (1-2] | 9,322 | 0,395 | 1,000 |
| (2-5] - (5-7] | -11,030 | 0,473 | 1,000 |
| (2-5] - (0-1] | 19,870 | 0,038 | 0,569 |
| (2-5] - (7-10] | -24,705 | 0,088 | 1,000 |
| (2-5] - (10-άνω] | -56,651 | 0,003 | 0,043 |
| (1-2] - (5-7] | -1,708 | 0,919 | 1,000 |
| (1-2] - (0-1] | 10,548 | 0,371 | 1,000 |
| (1-2] - (7-10] | -15,383 | 0,337 | 1,000 |
| (1-2] - (10-άνω] | -47,329 | 0,019 | 0,286 |
| (5-7] - (0-1] | 8,840 | 0,580 | 1,000 |
| (5-7] - (7-10] | -13,674 | 0,478 | 1,000 |
| (5-7] - (10-άνω] | -45,620 | 0,046 | 0,692 |
| (0-1] - (7-10] | -4,835 | 0,749 | 1,000 |
| (0-1] - (10-άνω] | -36,781 | 0,059 | 0,884 |
| (7-10] - (10-άνω] | -31,946 | 0,152 | 1,000 |

Πίνακας 26: Αποτελέσματα των *post hoc test*, για τον έλεγχο διαφορών - ομοιογένειας στο σωματικό ρόλο ανά ζεύγη διάρκειας σχέσης με το γιατρό

| Homogeneous Subsets based on Διάρκεια σχέσης με γιατρό | | | |
|---|----------|---------|---------|
| | | Subset | |
| | | 1 | 2 |
| Sample ^a | (2-5] | 81,162 | |
| | (1-2] | 90,484 | 90,484 |
| | (5-7] | 92,192 | 92,192 |
| | (0-1] | 101,032 | 101,032 |
| | (7-10] | 105,867 | 105,867 |
| | (10-άνω] | | 137,813 |
| Test Statistic | | 5,677 | 6,218 |
| Sig. (2-sided test) | | 0,225 | 0,183 |
| Adjusted Sig. (2-sided test) | | 0,225 | 0,183 |

Αντίστοιχη ανάλυση πραγματοποιήθηκε και για τη διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας, προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη διάρκειας σχέσης με το γιατρό που παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στους πίνακες 27 και 28.

Πίνακας 27: Αποτελέσματα των *post hoc test*, για τον έλεγχο διαφορών στην κοινωνική λειτουργικότητα ανά ζεύγη διάρκειας σχέσης με το γιατρό

| Pairwise Comparisons of Διάρκεια σχέσης με γιατρό | | | |
|--|----------------|-------|-----------|
| Sample 1 - Sample 2 | Test Statistic | Sig. | Adj. Sig. |
| (5-7] - (2-5] | 6,342 | 0,691 | 1,000 |
| (5-7] - (0-1] | 12,068 | 0,467 | 1,000 |
| (5-7] - (7-10] | -25,762 | 0,199 | 1,000 |
| (5-7] - (1-2] | 37,252 | 0,033 | 0,499 |
| (5-7] - (10-άνω] | -49,274 | 0,038 | 0,576 |
| (2-5] - (0-1] | 5,726 | 0,565 | 1,000 |
| (2-5] - (7-10] | -19,420 | 0,197 | 1,000 |
| (2-5] - (1-2] | 30,910 | 0,007 | 0,101 |
| (2-5] - (10-άνω] | -42,932 | 0,030 | 0,446 |
| (0-1] - (7-10] | -13,694 | 0,383 | 1,000 |
| (0-1] - (1-2] | -25,184 | 0,040 | 0,598 |
| (0-1] - (10-άνω] | -37,206 | 0,066 | 0,994 |
| (7-10] - (1-2] | 11,490 | 0,490 | 1,000 |
| (7-10] - (10-άνω] | -23,513 | 0,311 | 1,000 |
| (1-2] - (10-άνω] | -12,022 | 0,567 | 1,000 |

Πίνακας 28: Αποτελέσματα των *post hoc test*, για τον έλεγχο διαφορών-ομοιογένειας στην κοινωνική λειτουργικότητα ανά ζεύγη διάρκειας σχέσης με το γιατρό

| Homogeneous Subsets based on Διάρκεια σχέσης με γιατρό | | | |
|---|----------|---------|---------|
| | | Subset | |
| | | 1 | 2 |
| Sample | (5-7] | 77,038 | |
| | (2-5] | 83,380 | |
| | (0-1] | 89,106 | 89,106 |
| | (7-10] | 102,800 | 102,800 |
| | (1-2] | 114,290 | 114,290 |
| | (10-άνω] | | 126,313 |
| Test Statistic | | 9,008 | 5,600 |
| Sig. (2-sided test) | | 0,061 | 0,133 |
| Adjusted Sig. (2-sided test) | | 0,061 | 0,192 |

Από τον πίνακα 27 δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο ανάμεσα σε ποια ζεύγη διάρκειας σχέσης με το γιατρό για την κοινωνική λειτουργικότητα υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ωστόσο από τον πίνακα 28 φαίνεται με σαφήνεια ότι τα ζεύγη: **α)** (5-7], (Mean Rank=77,04) και (10 και άνω], (Mean Rank=126,31) και **β)** (2-5], (Mean Rank=83,38) και (10 και άνω], (Mean Rank=126,31), έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, *με τους ασθενείς που έχουν σχέση με το γιατρό τους πάνω από 10 έτη να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής ως προς τη διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τους ασθενείς των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι (2-5] και (5-7] έτη.*

Αναφορικά με τη διάρκεια σχέσης με το γιατρό, η ανάλυση συνεχίστηκε με το παραμετρικό τεστ One-Way ANOVA προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα στις κατηγορίες της διάρκειας της σχέσης με το γιατρό για τις διαστάσεις της ζωτικότητας, της πνευματικής ψυχικής υγείας, του σωματικού πόνου και της γενικής υγείας. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στον πίνακα 29.

Πίνακας 29: Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση επίδρασης της διάρκειας της σχέσης με το γιατρό στις διαστάσεις SF-36

| | Διάρκεια σχέσης | Mean | Std. Dev. | ANOVA (df) | p-value (ANOVA) |
|-------------------------|-----------------|-------|-----------|-------------------|-----------------|
| Ζωτικότητα | (0-1] | 51,60 | 21,42 | 2,622 (5, 179) | 0,026 |
| | (1-2] | 52,26 | 19,57 | | |
| | (2-5] | 47,32 | 20,97 | | |
| | (5-7] | 46,54 | 25,36 | | |
| | (7-10] | 58,67 | 26,49 | | |
| | (10-άνω] | 73,13 | 16,89 | | |
| Πνευματική Ψυχική Υγεία | (0-1] | 56,94 | 20,23 | 2,303 (5, 179) | 0,05 |
| | (1-2] | 67,48 | 20,36 | | |
| | (2-5] | 57,92 | 18,98 | | |
| | (5-7] | 56,62 | 24,76 | | |
| | (7-10] | 66,40 | 23,94 | | |
| | (10-άνω] | 74,50 | 23,42 | | |
| Σωματικός Πόνος | (0-1] | 60,47 | 25,21 | 1,174 (5, 179) | 0,324 |
| | (1-2] | 62,68 | 24,36 | | |
| | (2-5] | 57,01 | 27,36 | | |
| | (5-7] | 58,85 | 30,69 | | |
| | (7-10] | 61,67 | 27,30 | | |
| | (10-άνω] | 79,75 | 15,02 | | |
| Γενική Υγεία | (0-1] | 54,53 | 20,63 | 2,369 (5, 179) | 0,041 |
| | (1-2] | 57,65 | 20,96 | | |
| | (2-5] | 50,39 | 22,14 | | |
| | (5-7] | 51,85 | 27,74 | | |
| | (7-10] | 62,00 | 24,47 | | |
| | (10-άνω] | 74,88 | 17,50 | | |

Στον πίνακα 29 φαίνεται ότι το One Way ANOVA τεστ είναι στατιστικά σημαντικό για τις διαστάσεις της ζωτικότητας και της Γενικής Υγείας, όποτε προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη διάρκειας σχέσης με το γιατρό που παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις αυτές, πραγματοποιήθηκε post-hoc ανάλυση με την εφαρμογή του Tukey τεστ, καθώς το Levene's test για την ομοιογένεια των διακυμάνσεων δεν είναι στατιστικά σημαντικό (Ζωτικότητα: Levene's (5, 179)=0,742, p=0,593) και (Γενική Υγεία: Levene's (5, 179)=0,757, p=0,582) για αυτές τις διαστάσεις. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στον πίνακα 30.

Πίνακας 30: Αποτελέσματα του Tukey test, για τη μέση Ζωτικότητα και τη Γενική Υγεία ανά ζεύγη κατηγοριών διάρκειας σχέσης με το γιατρό

| Multiple Comparisons | | | | | | | |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------------------|-------------|
| Tukey HSD | | | | | | | |
| Dependent Variable | (I) Διάρκεια σχέσης με γιατρό | (J) Διάρκεια σχέσης με γιατρό | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| Ζωτικότητα | (0-1] | (1-2] | -0,66 | 4,98 | 1,00 | -15,01 | 13,68 |
| | | (2-5] | 4,27 | 4,05 | 0,90 | -7,39 | 15,93 |
| | | (5-7] | 5,06 | 6,74 | 0,98 | -14,37 | 24,49 |
| | | (7-10] | -7,07 | 6,38 | 0,88 | -25,46 | 11,32 |
| | | (10-άνω] | -21,53 | 8,23 | 0,10 | -45,24 | 2,19 |
| | (1-2] | (0-1] | 0,66 | 4,98 | 1,00 | -13,68 | 15,01 |
| | | (2-5] | 4,93 | 4,63 | 0,89 | -8,41 | 18,28 |
| | | (5-7] | 5,72 | 7,11 | 0,97 | -14,77 | 26,21 |
| | | (7-10] | -6,41 | 6,77 | 0,93 | -25,91 | 13,09 |
| | | (10-άνω] | -20,87 | 8,54 | 0,15 | -45,46 | 3,72 |
| | (2-5] | (0-1] | -4,27 | 4,05 | 0,90 | -15,93 | 7,39 |
| | | (1-2] | -4,93 | 4,63 | 0,89 | -18,28 | 8,41 |
| | | (5-7] | 0,79 | 6,49 | 1,00 | -17,92 | 19,49 |
| | | (7-10] | -11,34 | 6,12 | 0,43 | -28,96 | 6,28 |
| | | (10-άνω] | -25,80* | 8,03 | 0,02 | -48,93 | -2,68 |
| | (5-7] | (0-1] | -5,06 | 6,74 | 0,98 | -24,49 | 14,37 |
| | | (1-2] | -5,72 | 7,11 | 0,97 | -26,21 | 14,77 |
| | | (2-5] | -0,79 | 6,49 | 1,00 | -19,49 | 17,92 |
| | | (7-10] | -12,13 | 8,16 | 0,67 | -35,62 | 11,37 |
| | | (10-άνω] | -26,59 | 9,67 | 0,07 | -54,45 | 1,28 |
| | (7-10] | (0-1] | 7,07 | 6,38 | 0,88 | -11,32 | 25,46 |
| | | (1-2] | 6,41 | 6,77 | 0,93 | -13,09 | 25,91 |
| | | (2-5] | 11,34 | 6,12 | 0,43 | -6,28 | 28,96 |
| | | (5-7] | 12,13 | 8,16 | 0,67 | -11,37 | 35,62 |
| | | (10-άνω] | -14,46 | 9,42 | 0,64 | -41,61 | 12,69 |
| (10-άνω] | (0-1] | 21,53 | 8,23 | 0,10 | -2,19 | 45,24 | |
| | (1-2] | 20,87 | 8,54 | 0,15 | -3,72 | 45,46 | |
| | (2-5] | 25,80* | 8,03 | 0,02 | 2,68 | 48,93 | |
| | (5-7] | 26,59 | 9,67 | 0,07 | -1,28 | 54,45 | |
| | (7-10] | 14,46 | 9,42 | 0,64 | -12,69 | 41,61 | |
| Γενική Υγεία | (0-1] | (1-2] | -3,11 | 5,10 | 0,99 | -17,80 | 11,57 |
| | | (2-5] | 4,14 | 4,14 | 0,92 | -7,79 | 16,07 |
| | | (5-7] | 2,69 | 6,90 | 1,00 | -17,20 | 22,57 |
| | | (7-10] | -7,47 | 6,53 | 0,86 | -26,29 | 11,35 |
| | | (10-άνω] | -20,34 | 8,42 | 0,16 | -44,61 | 3,93 |
| | (1-2] | (0-1] | 3,11 | 5,10 | 0,99 | -11,57 | 17,80 |
| | | (2-5] | 7,25 | 4,74 | 0,65 | -6,41 | 20,91 |
| | | (5-7] | 5,80 | 7,28 | 0,97 | -15,17 | 26,77 |
| | | (7-10] | -4,35 | 6,93 | 0,99 | -24,31 | 15,60 |
| | | (10-άνω] | -17,23 | 8,73 | 0,36 | -42,39 | 7,93 |
| | (2-5] | (0-1] | -4,14 | 4,14 | 0,92 | -16,07 | 7,79 |
| | | (1-2] | -7,25 | 4,74 | 0,65 | -20,91 | 6,41 |
| | | (5-7] | -1,45 | 6,64 | 1,00 | -20,59 | 17,69 |
| | | (7-10] | -11,61 | 6,26 | 0,43 | -29,64 | 6,43 |
| | | (10-άνω] | -24,48* | 8,21 | 0,04 | -48,15 | -0,82 |
| | (5-7] | (0-1] | -2,69 | 6,90 | 1,00 | -22,57 | 17,20 |
| | | (1-2] | -5,80 | 7,28 | 0,97 | -26,77 | 15,17 |

| | | | | | | | |
|--|----------|----------|--------|------|-------------|--------|-------|
| | | (2-5] | 1,45 | 6,64 | 1,00 | -17,69 | 20,59 |
| | | (7-10] | -10,15 | 8,35 | 0,83 | -34,20 | 13,89 |
| | | (10-άνω] | -23,03 | 9,90 | 0,19 | -51,54 | 5,49 |
| | (7-10] | (0-1] | 7,47 | 6,53 | 0,86 | -11,35 | 26,29 |
| | | (1-2] | 4,35 | 6,93 | 0,99 | -15,60 | 24,31 |
| | | (2-5] | 11,61 | 6,26 | 0,43 | -6,43 | 29,64 |
| | | (5-7] | 10,15 | 8,35 | 0,83 | -13,89 | 34,20 |
| | | (10-άνω] | -12,88 | 9,64 | 0,77 | -40,66 | 14,91 |
| | (10-άνω] | (0-1] | 20,34 | 8,42 | 0,16 | -3,93 | 44,61 |
| | | (1-2] | 17,23 | 8,73 | 0,36 | -7,93 | 42,39 |
| | | (2-5] | 24,48* | 8,21 | 0,04 | 0,82 | 48,15 |
| | | (5-7] | 23,03 | 9,90 | 0,19 | -5,49 | 51,54 |
| | | (7-10] | 12,88 | 9,64 | 0,77 | -14,91 | 40,66 |

Σύμφωνα με τον πίνακα 30 το τεστ έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση υπάρχει: **α)** για τη διάσταση της ζωτικότητας ($p=0,02$), μόνο για το ζεύγος (2-5] ($M=47,32$, $SD=20,97$) και (10 και άνω], ($M=73,13$, $SD=16,89$) (πίνακας 29) και **β)** για τη διάσταση της γενικής υγείας ($p=0,04$), επίσης μόνο για το ζεύγος (2-5] ($M=50,39$, $SD=22,14$) και (10 και άνω], ($M=74,88$, $SD=17,50$), *με τους ασθενείς που έχουν πάνω από 10 έτη διάρκεια σχέσης με το γιατρό να εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα υγείας και για τις δύο διαστάσεις, συγκριτικά με τους ασθενείς που έχουν διάρκεια σχέσης με το γιατρό (2-5] έτη.*

➤ ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ

Η στατιστική ανάλυση για τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας SF-36 ολοκληρώνεται με τη διερεύνηση της επίδρασης του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων στις κλίμακες του SF-36. Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων στις κλίμακες της φυσικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου, του συναισθηματικού ρόλου και της κοινωνικής λειτουργικότητας, εφαρμόστηκε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis H, ενώ για τον έλεγχο ύπαρξης σημαντικής διαφοράς ανάμεσα στις κατηγορίες του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων στις κλίμακες της ζωτικότητας, της πνευματικής ψυχικής υγείας, του σωματικού πόνου και της γενικής υγείας, εφαρμόστηκε το παραμετρικό τεστ One-Way ANOVA. Τα αποτελέσματα των τεστ φαίνονται στους πίνακες 31 και 32.

Πίνακας 31: Αποτελέσματα Kruskal-Wallis H test για τη διερεύνηση επίδρασης του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων στις διαστάσεις SF-36

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

| | Σωματική Λειτουργικότητα | Σωματικός Ρόλος | Συναισθηματικός Ρόλος | Κοινωνική Λειτουργικότητα |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------|
| Total N | 165 | 165 | 165 | 165 |
| Test Statistic | 13,339 | 7,705 | 5,245 | 10,727 |
| Degree Of Freedom | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Asymp. Sig.(2-sided test) | 0,205 | 0,658 | 0,874 | 0,379 |

Πίνακας 32: Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση επίδρασης του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων στις διαστάσεις του SF-36

| | Διάρκεια Ασθένειας | Mean | Std. Dev. | ANOVA (df) | p-value (ANOVA) |
|----------------------------|-----------------------|--------|-----------|--------------------|--------------------|
| Ζωτικότητα | Ανά 15ημερο | 57,50 | 19,36 | 1,051 (10, 154) | 0,404 |
| | Ανά 1 μήνα | 46,82 | 21,08 | | |
| | Ανά 2μηνο | 50,14 | 22,44 | | |
| | Ανά 3μηνο | 53,68 | 21,51 | | |
| | Ανά 4μηνο | 56,52 | 17,28 | | |
| | Ανά 5μηνο | 50,71 | 26,68 | | |
| | Ανά 6μηνο | 40,00 | 30,55 | | |
| | Ανά 7μηνο | 95,00 | . | | |
| | Ανά 8μηνο | 35,00 | . | | |
| | Ανά 9μηνο | 52,50 | 10,61 | | |
| Ανά 1 χρόνο | 50,00 | 7,07 | | | |
| Πνευματική Ψυχική Υγεία | Ανά 15ημερο | 63,67 | 22,59 | 0,723 (10, 154) | 0,702 |
| | Ανά 1 μήνα | 56,36 | 20,95 | | |
| | Ανά 2μηνο | 57,26 | 20,21 | | |
| | Ανά 3μηνο | 62,64 | 19,55 | | |
| | Ανά 4μηνο | 66,26 | 14,81 | | |
| | Ανά 5μηνο | 62,86 | 22,59 | | |
| | Ανά 6μηνο | 54,86 | 31,47 | | |
| | Ανά 7μηνο | 80,00 | . | | |
| | Ανά 8μηνο | 40,00 | . | | |
| | Ανά 9μηνο | 64,00 | 11,31 | | |
| Ανά 1 χρόνο | 62,00 | 2,83 | | | |
| Σωματικός Πόνος | Ανά 15ημερο | 70,83 | 16,26 | 1,294 (10, 154) | 0,238 |
| | Ανά 1 μήνα | 53,36 | 27,19 | | |
| | Ανά 2μηνο | 63,89 | 26,68 | | |
| | Ανά 3μηνο | 59,57 | 23,78 | | |
| | Ανά 4μηνο | 69,70 | 19,37 | | |
| | Ανά 5μηνο | 57,57 | 31,57 | | |
| | Ανά 6μηνο | 57,71 | 35,09 | | |
| | Ανά 7μηνο | 100,00 | . | | |
| | Ανά 8μηνο | 41,00 | . | | |
| | Ανά 9μηνο | 37,00 | 35,36 | | |
| Ανά 1 χρόνο | 51,00 | 0,00 | | | |
| Γενική Υγεία | Ανά 15ημερο | 61,08 | 19,30 | 0,776 (10, 154) | 0,652 |
| | Ανά 1 μήνα | 49,14 | 20,76 | | |
| | Ανά 2μηνο | 55,00 | 25,83 | | |
| | Ανά 3μηνο | 55,51 | 21,44 | | |

| | | | | | |
|--|-------------|-------|-------|--|--|
| | Ανά 4μηνο | 56,91 | 18,69 | | |
| | Ανά 5μηνο | 62,43 | 19,70 | | |
| | Ανά 6μηνο | 45,43 | 28,61 | | |
| | Ανά 7μηνο | 87,00 | . | | |
| | Ανά 8μηνο | 40,00 | . | | |
| | Ανά 9μηνο | 47,00 | 14,14 | | |
| | Ανά 1 χρόνο | 61,00 | 5,66 | | |

Από τους πίνακες 31 και 32 φαίνεται ότι τα τεστ δεν είναι σημαντικά ($p > 0,05$) για καμία από τις κλίμακες του SF-36, εύρημα που υποδηλώνει ότι ο αριθμός των θεραπευτικών συναντήσεων δεν έχει επίδραση στα επίπεδα καμιάς από τις κλίμακες επισκόπησης υγείας SF-36.

➤ ΗΛΙΚΙΑ

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί η διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις διαστάσεις της επισκόπησης υγείας SF-36 με τη χρήση του μη παραμετρικού τεστ Spearman's rho correlation coefficient καθώς οι κατανομές των μεταβλητών του SF-36 παρουσιάζουν εκτροπή από την κανονικότητα (πίνακας 1).

Πίνακας 33: Διερεύνηση συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις διαστάσεις του SF-36

| Spearman's rho | Ηλικία | ΦΛ* | ΣμΡ* | ΣνΡ* | Ζωτ* | ΠΨΥ* | ΚΛ* | ΣΠ* | ΓΥ* |
|---------------------------|--------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Correlation Coefficient | 1,000 | -0,164 | 0,009 | 0,029 | 0,130 | 0,103 | 0,091 | 0,024 | -0,001 |
| Hλικία Sig. (2-tailed) | - | 0,019 | 0,904 | 0,682 | 0,064 | 0,143 | 0,194 | 0,738 | 0,993 |
| N | 204 | 204 | 204 | 204 | 204 | 204 | 204 | 204 | 204 |

*ΦΛ: Φυσική Λειτουργικότητα, ΣμΡ: Σωματικός Ρόλος, ΣνΡ: Συναισθηματικός Ρόλος, Ζωτ: Ζωτικότητα, ΠΨΥ: Πνευματική Ψυχική Υγεία, ΚΛ: Κοινωνική Λειτουργικότητα, ΣΠ: Σωματικός Πόνος, ΓΥ: Γενική Υγεία

Από τη διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις διαστάσεις επισκόπησης υγείας, με το συντελεστή συσχέτισης rho του Spearman, το τεστ, προέκυψε στατιστικά σημαντικό μόνο για τη διάσταση της Φυσικής/Σωματικής Λειτουργικότητας (πίνακας 33). Πιο συγκεκριμένα ανάμεσα στην ηλικία και τη φυσική/σωματική λειτουργικότητα βρέθηκε ασθενής αρνητική συσχέτιση ($\text{rho} = -0,164$, $p = 0,019$), *εύρημα που δείχνει ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερη ηλικία τείνουν να έχουν χειρότερα επίπεδα στην ποιότητα της φυσικής/σωματικής τους λειτουργικότητας.*

Ομαδοποίηση ευρημάτων επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων στις διαστάσεις επισκόπησης υγείας SF-36

Ομαδοποιώντας τα ευρήματα της παραπάνω ανάλυσης διακρίνονται τα ακόλουθα:

- Το φύλο έχει σημαντική επίδραση σε όλες τις κλίμακες του SF-36 εκτός από την κλίμακα της κοινωνικής λειτουργικότητας. Σε όλες τις κλίμακες τα επίπεδα ποιότητας υγείας των γυναικών είναι χαμηλότερα από εκείνα των ανδρών ακόμη και στην κοινωνική λειτουργικότητα που δεν είναι ωστόσο στατιστικώς σημαντικά.
- Η οικογενειακή κατάσταση δεν έχει σημαντική επίδραση σε καμία από τις διαστάσεις του SF-36, που σημαίνει ότι δεν έχει επίδραση στα επίπεδα ποιότητας υγείας των κλιμάκων αυτών.
- Το επίπεδο εκπαίδευσης έχει σημαντική επίδραση μόνο στη διάσταση της σωματικής/φυσικής λειτουργικότητας, με τους ασθενείς που έχουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης να έχουν και καλύτερα επίπεδα υγείας / επίπεδα ζωής στη διάσταση αυτή.
- Η διάρκεια της ασθένειας δεν έχει επίδραση στα επίπεδα των κλιμάκων της υγείας τους.
- Η διάρκεια της σχέσης με το γιατρό έχει σημαντική επίδραση στις εξής κλίμακες:
 - *Σωματικού ρόλου*, με τους ασθενείς των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι πάνω από δέκα έτη, να έχουν καλύτερη ποιότητα υγείας στη διάσταση του σωματικού ρόλου συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η διάρκεια σχέσης είναι 2-5 έτη.
 - *Κοινωνικής λειτουργικότητας*, με τους ασθενείς που έχουν σχέση με το γιατρό τους πάνω από 10 έτη να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής ως προς τη διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τους ασθενείς των οποίων η διάρκεια σχέσης με τον γιατρό είναι (2-5] και (5-7] έτη.
 - *Ζωτικότητας*, με τους ασθενείς που έχουν πάνω από 10 έτη διάρκεια σχέσης με το γιατρό, να εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα υγείας ως προς τη διάσταση της ζωτικότητας, συγκριτικά με τους ασθενείς που έχουν διάρκεια σχέσης με το γιατρό (2-5] έτη.
 - *Γενικής υγείας*, με τους ασθενείς που έχουν πάνω από 10 έτη διάρκεια σχέσης με το γιατρό, να εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα υγείας ως προς τη διάσταση αυτή, συγκριτικά με τους ασθενείς που έχουν διάρκεια σχέσης με το γιατρό (2-5] έτη.
- Ο αριθμός θεραπευτικών συναντήσεων, δεν έχει επίδραση στα επίπεδα καμίας από τις κλίμακες επισκόπησης υγείας SF-36.

- Η ηλικία, έχει σημαντική επίδραση μόνο στη διάσταση της φυσικής λειτουργικότητας με τους ασθενείς με μεγαλύτερη ηλικία να τείνουν να έχουν χειρότερα επίπεδα στην ποιότητα της φυσικής/σωματικής τους λειτουργικότητας.

Η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων στις κλίμακες αξιολόγησης Σχέσης Ιατρού - Ασθενή (I-A)

➤ **ΦΥΛΟ**

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί διερεύνηση της επίδρασης του φύλου στις κλίμακες αξιολόγησης της σχέσης I-A, με τη χρήση του μη παραμετρικού Mann-Whitney U test, καθώς οι κλίμακες της σχέσης I-A, όπως αναλύθηκε, παρουσιάζουν εκτροπή από την κανονικότητα, έντονη ασυμμετρία και ακραίες τιμές (πίνακας 1, διάγραμμα 1).

Πίνακας 34: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Κατάταξη (Ranks)

| Ranks | | | | |
|------------------------------------|---------|-----|-----------|--------------|
| | Φύλο | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | Άντρας | 61 | 109,94 | 6706,50 |
| | Γυναίκα | 143 | 99,33 | 14203,50 |
| | Σύνολα | 204 | | |
| Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | Άντρας | 61 | 88,98 | 5428,00 |
| | Γυναίκα | 143 | 108,27 | 15482,00 |
| | Σύνολα | 204 | | |

Πίνακας 35: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Test Statistics

| Test Statistics | | |
|------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| | Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων |
| Mann-Whitney U | 3907,500 | 3537,000 |
| Wilcoxon W | 14203,500 | 5428,000 |
| Z | -1,559 | -2,232 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | 0,119 | 0,026 |

Από την εφαρμογή του Mann-Whitney U test προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για τις κλίμακες των θετικών και των αρνητικών συναισθημάτων, το τεστ προέκυψε σημαντικό μόνο για την κλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων ($U=3.537,00$, $p=0,026$) (πίνακας 35), με τις γυναίκες να παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη μέση κατάταξη (Mean Rank) αρνητικών τιμών στην κλίμακα αυτή, *εύρημα που δείχνει ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερα*

επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων για τη σχέση με τον/τη γιατρό τους συγκριτικά με τους άντρες.

➤ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί διερεύνηση της επίδρασης της οικογενειακής κατάστασης στις κλίμακες αξιολόγησης της σχέσης I-A, με τη χρήση του μη παραμετρικού Kruskal Wallis H test, καθώς οι κλίμακες της σχέσης I-A, όπως αναλύθηκε, παρουσιάζουν εκτροπή από την κανονικότητα, έντονη ασυμμετρία και ακραίες τιμές (πίνακας 1, διάγραμμα 1).

Πίνακας 36: Αποτελέσματα του παραμετρικού Kruskal Wallis H test – Κατάταξη (Ranks)

| Ranks | | | |
|------------------------------------|------------------------|-----|-----------|
| | Οικογενειακή κατάσταση | N | Mean Rank |
| Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | Έγγαμος | 143 | 102,50 |
| | Άγαμος | 35 | 114,63 |
| | Άλλο | 26 | 86,15 |
| | Σύνολο | 204 | |
| Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | Έγγαμος | 143 | 100,94 |
| | Άγαμος | 35 | 96,89 |
| | Άλλο | 26 | 118,62 |
| | Σύνολο | 204 | |

Πίνακας 37: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics

| Test Statistics | | |
|------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| | Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων |
| Kruskal-Wallis H | 6,100 | 2,571 |
| df | 2 | 2 |
| Asymp. Sig. | 0,047 | 0,277 |

Το μη παραμετρικό τεστ Kruskal Wallis H, εφαρμόστηκε προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι κατηγορίες της οικογενειακής κατάστασης έχουν σημαντική επίδραση στις κλίμακες της σχέσης I-A. Το τεστ προέκυψε στατιστικά σημαντικό μόνο για την κλίμακα των θετικών συναισθημάτων (H=6,100, p=0,047) (πίνακας 37), *εύρημα που δείχνει ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες της οικογενειακής κατάστασης μόνο για την κλίμακα των θετικών συναισθημάτων.*

Η ανάλυση για την κλίμακα αυτή συνεχίζεται, προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη οικογενειακής κατάστασης που παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές. Για το λόγο αυτό εφαρμόστηκε μη παραμετρική post-hoc ανάλυση ανά ζεύγη με Bonferroni correction, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 38.

Πίνακας 38: Αποτελέσματα της post hoc ανάλυσης ανά ζεύγη κατηγοριών οικογενειακής κατάστασης

| Pairwise Comparisons of Οικογενειακή κατάσταση | | | | |
|---|----------------|-------|------------------------|---------------|
| Sample 1 - Sample 2 | Test Statistic | Sig. | Adj. Sig. ^a | Mean Rank |
| Άλλο - Έγγαμος | 16,350 | 0,085 | 0,255 | 86,15-102,50 |
| Άλλο - Άγαμος | 28,475 | 0,014 | 0,041 | 86,15-114,63 |
| Έγγαμος - Άγαμος | -12,125 | 0,149 | 0,446 | 102,50-114,63 |

Από τον πίνακα 38 φαίνεται ότι το τεστ έδειξε σημαντική διαφοροποίηση ($p=0,041$) μόνο για το ζεύγος Άλλο (Mean Rank=86,15) - Άγαμος (Mean Rank=114,63), **με τους Άγαμους να εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση κατάταξη στην ενιαία ταξινόμηση των τιμών τους (άρα υψηλότερες τιμές), αποτέλεσμα που δείχνει χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων.** Διευκρινίζεται ότι στην κατηγορία “Άλλο” έχουν ενσωματωθεί οι χήροι/ες και οι διαζευγμένοι/ες.

➤ **ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Η διερεύνηση της επίδρασης του επιπέδου εκπαίδευσης στις κλίμακες αξιολόγησης της σχέσης I-A, πραγματοποιείται σε αυτήν την ενότητα με τη χρήση του μη παραμετρικού Kruskal Wallis H test, καθώς οι κλίμακες της σχέσης I-A, όπως αναφέρθηκε, παρουσιάζουν εκτροπή από την κανονικότητα, έντονη ασυμμετρία και ακραίες τιμές (πίνακας 1, διάγραμμα 1).

Πίνακας 39: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics

| Test Statistics | | |
|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| | Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων |
| Kruskal-Wallis H | 11,366 | 0,115 |
| df | 2 | 2 |
| Asymp. Sig. | 0,003 | 0,944 |

Το μη παραμετρικό τεστ Kruskal Wallis H, εφαρμόστηκε προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι κατηγορίες του επιπέδου εκπαίδευσης έχουν σημαντική επίδραση στις κλίμακες της σχέσης I-A. Το τεστ προέκυψε στατιστικά σημαντικό μόνο για την κλίμακα των θετικών

συναισθημάτων ($H=11,366$, $p=0,003$) (πίνακας 39), εύρημα που δείχνει ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες της εκπαίδευσης μόνο για την κλίμακα αυτή.

Η ανάλυση για την κλίμακα των θετικών συναισθημάτων συνεχίζεται, προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη επιπέδου εκπαίδευσης που παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές. Για το λόγο αυτό εφαρμόστηκε μη παραμετρική post-hoc ανάλυση ανά ζεύγη με Bonferroni correction, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 40.

Πίνακας 40: Αποτελέσματα της post hoc ανάλυσης ανά ζεύγη κατηγοριών επιπέδου εκπαίδευσης

| Pairwise Comparisons of Επίπεδο εκπαίδευσης | | | | |
|---|----------------|-------|--------------|--------------|
| Sample 1 - Sample 2 | Test Statistic | Sig. | Adj. Sig. | Mean Rank |
| ΔΕ - ΥΕ | 0,039 | 0,996 | 1,000 | 94,88-94,92 |
| ΔΕ - ΑΕΙ/ΤΕΙ | -22,162 | 0,005 | 0,015 | 94,88-117,04 |
| ΥΕ - ΑΕΙ/ΤΕΙ | -22,123 | 0,003 | 0,008 | 94,92-117,04 |

Από τον πίνακα 40 φαίνεται ότι το τεστ έδειξε σημαντική διαφοροποίηση για τα εξής ζεύγη: **α)** για το ζεύγος ΔΕ-ΑΕΙ/ΤΕΙ ($p=0,015$, Mean Rank(ΔΕ)=94,88, Mean Rank(ΑΕΙ/ΤΕΙ)=117,04), και **β)** για το ζεύγος ΥΕ-ΑΕΙ/ΤΕΙ ($p=0,008$, Mean Rank(ΥΕ)=94,92, Mean Rank(ΑΕΙ/ΤΕΙ)=117,04) με τους ασθενείς τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση κατάταξη στην ενιαία ταξινόμηση των τιμών τους (άρα υψηλότερες τιμές) και στις δύο περιπτώσεις, **αποτέλεσμα που δείχνει ότι οι ασθενείς τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων και συγκριτικά με τους ασθενείς απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και συγκριτικά με τους ασθενείς απόφοιτους υποχρεωτικής εκπαίδευσης.**

➤ **ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

Όπως και στις προηγούμενες αναλύσεις αναφορικά με τις κλίμακες αξιολόγησης της σχέσης I-A έτσι και εδώ η διερεύνηση της επίδρασης της διάρκειας της ασθένειας στις κλίμακες αξιολόγησης της σχέσης I-A, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του μη παραμετρικού Kruskal Wallis H test, καθώς οι κλίμακες της σχέσης I-A, παρουσιάζουν εκτροπή από την κανονικότητα, έντονη ασυμμετρία και ακραίες τιμές (πίνακας 1, διάγραμμα 1).

Πίνακας 41: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics

| Test Statistics | | |
|------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| | Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων |
| Kruskal-Wallis H | 13,905 | 4,374 |
| df | 6 | 6 |
| Asymp. Sig. | 0,031 | 0,626 |

Από την εφαρμογή του μη παραμετρικού τεστ Kruskal Wallis H, προέκυψε ότι το τεστ είναι στατιστικά σημαντικό μόνο για την κλίμακα των θετικών συναισθημάτων ($H=13,905$, $p=0,031$) (πίνακας 41), εύρημα που δείχνει ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες διάρκειας της ασθένειας, μόνο για την κλίμακα των θετικών συναισθημάτων.

Η ανάλυση για την κλίμακα αυτή συνεχίζεται, προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη διάρκειας ασθένειας που παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές. Για το λόγο αυτό εφαρμόστηκε μη παραμετρική post-hoc ανάλυση ανά ζεύγη με Bonferroni correction, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 42.

Πίνακας 42: Αποτελέσματα της post hoc ανάλυσης ανά ζεύγη κατηγοριών διάρκειας της ασθένειας

| Pairwise Comparisons of Διάρκεια ασθένειας | | | |
|--|----------------|-------|--------------|
| Sample 1-Sample 2 | Test Statistic | Sig. | Adj. Sig. |
| (2-5] - (5-10] | -4,876 | 0,602 | 1,000 |
| (2-5] - (1-2] | 6,000 | 0,584 | 1,000 |
| (2-5] - (20-30] | -12,624 | 0,345 | 1,000 |
| (2-5] - (10-20] | -14,367 | 0,116 | 1,000 |
| (2-5] - (0-1] | 22,975 | 0,033 | 0,701 |
| (2-5] - (30-άνω] | -50,320 | 0,001 | 0,025 |
| (5-10] - (1-2] | 1,124 | 0,923 | 1,000 |
| (5-10] - (20-30] | -7,748 | 0,578 | 1,000 |
| (5-10] - (10-20] | -9,491 | 0,339 | 1,000 |
| (5-10] - (0-1] | 18,099 | 0,115 | 1,000 |
| (5-10] - (30-άνω] | -45,444 | 0,005 | 0,096 |
| (1-2] - (20-30] | -6,624 | 0,660 | 1,000 |
| (1-2] - (10-20] | -8,368 | 0,465 | 1,000 |
| (1-2] - (0-1] | 16,975 | 0,185 | 1,000 |
| (1-2] - (30-άνω] | -44,321 | 0,009 | 0,193 |
| (20-30] - (10-20] | 1,744 | 0,899 | 1,000 |
| (20-30] - (0-1] | 10,351 | 0,488 | 1,000 |
| (20-30] - (30-άνω] | -37,697 | 0,043 | 0,906 |
| (10-20] - (0-1] | 8,608 | 0,446 | 1,000 |
| (10-20] - (30-άνω] | -35,953 | 0,024 | 0,498 |
| (0-1] - (30-άνω] | -27,345 | 0,106 | 1,000 |

Πίνακας 43: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Ranks κλίμακας θετικών συναισθημάτων

| Ranks | | | |
|----------------------------------|--------------------|----|---------------|
| | Διάρκεια Ασθένειας | N | Mean Rank |
| Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | (0-1] | 23 | 109,54 |
| | (1-2] | 22 | 92,57 |
| | (2-5] | 51 | 86,57 |
| | (5-10] | 36 | 91,44 |
| | (10-20] | 39 | 100,94 |
| | (20-30] | 13 | 99,19 |
| | (30-άνω] | 9 | 136,89 |

Από τον πίνακα 42 φαίνεται ότι το τεστ έδειξε σημαντική διαφοροποίηση μόνο για το ζεύγος (2-5] - (30-άνω] ($p=0,025$, Mean Rank (2-5] = 86,57, Mean Rank (30-άνω] = 136,89) (πίνακες 42 και 43), με τους ασθενείς με έτη ασθένειας άνω των 30, να εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση κατάταξη στην ενιαία ταξινόμηση των τιμών τους (άρα υψηλότερες τιμές), αποτέλεσμα που δείχνει ότι έχουν χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων συγκριτικά με τους ασθενείς που έχουν τη ρευματική νόσο (2-5] έτη.

➤ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗ ΓΙΑΤΡΟ

Από την εφαρμογή του μη παραμετρικού τεστ Kruskal Wallis H, προκειμένου να ελεγχθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες της σχέσης του ασθενή με το γιατρό του για τις κλίμακες των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, προέκυψε ότι το τεστ δεν είναι στατιστικά σημαντικό για καμία από τις κλίμακες ΕΣ I-A ($H(\text{θετικών})=2,535$, $p=0,771$, $H(\text{αρνητικών})=6,983$, $p=0,222$) (πίνακας 44), εύρημα που δείχνει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες διάρκειας της σχέσης με τον/τη γιατρό για καμία από τις κλίμακες αυτές.

Πίνακας 44: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics

| Test Statistics | | |
|------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| | Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων |
| Kruskal-Wallis H | 2,535 | 6,983 |
| df | 5 | 5 |
| Asymp. Sig. | 0,771 | 0,222 |

➤ ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ

Από την εφαρμογή του μη παραμετρικού τεστ Kruskal Wallis H (καθώς όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι κατανομές των κλιμάκων της ΕΣ I-A, παρουσιάζουν εκτροπή από την κανονικότητα, ασυμμετρία και ακραίες τιμές), προκειμένου να ελεγχθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων για τις κλίμακες των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, προέκυψε ότι το τεστ δεν είναι στατιστικά σημαντικό για καμία από τις κλίμακες ΕΣ I-A ($H(\text{θετικών})=6,423$, $p=0,779$, $H(\text{αρνητικών})=4,921$, $p=0,896$) (πίνακας 45), εύρημα που δείχνει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων για καμία από τις κλίμακες αυτές.

Πίνακας 45: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics

| Test Statistics | | |
|------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| | Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων |
| Kruskal-Wallis H | 6,423 | 4,921 |
| df | 10 | 10 |
| Asymp. Sig. | 0,779 | 0,896 |

➤ ΗΛΙΚΙΑ

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί η διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις κλίμακες θετικών και αρνητικών συναισθημάτων με τη χρήση του μη παραμετρικού τεστ Spearman's rho correlation coefficient, καθώς όπως αναφέρθηκε οι κατανομές των κλιμάκων παρουσιάζουν εκτροπή από την κανονικότητα (πίνακας 1).

Πίνακας 46: Διερεύνηση συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις κλίμακες ΕΣ I-A

| Spearman's rho | | Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων |
|----------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Ηλικία | Correlation Coefficient | -0,155 | -0,024 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,027 | 0,735 |
| | N | 204 | 204 |

Από τη διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις διαστάσεις ΕΣ I-A, με το συντελεστή συσχέτισης rho του Spearman, το τεστ προέκυψε στατιστικά σημαντικό μόνο για την κλίμακα των θετικών συναισθημάτων (πίνακας 46). Πιο συγκεκριμένα ανάμεσα στην ηλικία και την κλίμακα των θετικών συναισθημάτων βρέθηκε ασθενής αρ-

νητική συσχέτιση ($\rho=-0,155$, $p\text{-value}=0,027$), *εύρημα που δείχνει ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερη ηλικία τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων (χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα).*

Ομαδοποίηση ευρημάτων επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων στις κλίμακες της ΕΣ I-A

Ομαδοποιώντας τα ευρήματα της παραπάνω ανάλυσης διακρίνονται τα ακόλουθα:

- Το φύλο έχει σημαντική επίδραση μόνο στην κλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων με τις γυναίκες να έχουν χαμηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων για τη σχέση με τον/τη γιατρό τους συγκριτικά με τους άντρες.
- Η οικογενειακή κατάσταση έχει σημαντική επίδραση μόνο στην κλίμακα των θετικών συναισθημάτων με τους Άγαμους να έχουν χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων από τους “Άλλο: χήροι/ες – διαζευγμένοι/ες”.
- Το επίπεδο εκπαίδευσης έχει σημαντική επίδραση μόνο στην κλίμακα των θετικών συναισθημάτων με τους ασθενείς τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων και συγκριτικά με **α)** τους ασθενείς απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και **β)** συγκριτικά με τους ασθενείς απόφοιτους υποχρεωτικής εκπαίδευσης.
- Η διάρκεια της ασθένειας έχει σημαντική επίδραση μόνο στην κλίμακα των θετικών συναισθημάτων με τους ασθενείς που έχουν τη ρευματική νόσο πάνω από 30 έτη να έχουν χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων συγκριτικά με τους ασθενείς που νοσούν (2-5] έτη.
- Η διάρκεια της σχέσης με το γιατρό δεν έχει επίδραση στις κλίμακες θετικών και αρνητικών συναισθημάτων.
- Ο αριθμός των θεραπευτικών συναντήσεων δεν έχει επίδραση στις κλίμακες θετικών και αρνητικών συναισθημάτων.
- Η ηλικία έχει ασθενή αρνητική συσχέτιση μόνο με την κλίμακα των θετικών συναισθημάτων με τους ασθενείς με μεγαλύτερη ηλικία να τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων (χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα).

Η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων στο δείκτη ανικανότητας

➤ **ΦΥΛΟ**

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί διερεύνηση της επίδρασης του φύλου στο δείκτη ανικανότητας, με τη χρήση του μη παραμετρικού Mann-Whitney U test, καθώς όπως αναλύθηκε ο δείκτης αυτός παρουσιάζει εκτροπή από την κανονικότητα, έντονη ασυμμετρία και ακραίες τιμές (πίνακας 1, διάγραμμα 1).

Πίνακας 47: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Κατάταξη (Ranks)

| Ranks | | | | |
|----------------------|---------|-----|-----------|--------------|
| | Φύλο | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| Δείκτης Ανικανότητας | Άντρας | 61 | 80,94 | 4937,50 |
| | Γυναίκα | 143 | 111,70 | 15972,50 |

Πίνακας 48: Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test – Test Statistics

| Test Statistics | |
|------------------------|--------------|
| Δείκτης Ανικανότητας | |
| Mann-Whitney U | 3046,500 |
| Wilcoxon W | 4937,500 |
| Z | -3,456 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | 0,001 |

Από την εφαρμογή του Mann-Whitney U test προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για το δείκτη ανικανότητας, το τεστ προέκυψε σημαντικό ($U=3.046,50$, $p=0,001$) (πίνακας 48), με τις γυναίκες να παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη μέση κατάταξη (Mean Rank=111,70) (πίνακας 47), *εύρημα που δείχνει ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ανικανότητας (έκπτωση στη λειτουργικότητά τους) συγκριτικά με τους άνδρες.*

➤ **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί διερεύνηση της επίδρασης της οικογενειακής κατάστασης στο δείκτη ανικανότητας με τη χρήση του μη παραμετρικού Kruskal Wallis H test, καθώς όπως ήδη αναλύθηκε, ο δείκτης αυτός παρουσιάζει εκτροπή από την κανονικότητα, έντονη ασυμμετρία και ακραίες τιμές (πίνακας 1, διάγραμμα 1).

Πίνακας 49: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics

| Test Statistics | |
|----------------------|-------|
| Δείκτης Ανικανότητας | |
| Kruskal-Wallis H | 3,662 |
| df | 4 |
| Asymp. Sig. | 0,454 |

Το μη παραμετρικό τεστ Kruskal Wallis H, εφαρμόστηκε προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι κατηγορίες της οικογενειακής κατάστασης έχουν σημαντική επίδραση στο δείκτη ανικανότητας. Το τεστ δεν προέκυψε στατιστικά σημαντικό ($H=3,662$, $p=0,454$) (πίνακας 49), εύρημα που δείχνει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης αναφορικά με τον δείκτη ανικανότητας.

➤ **ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Η διερεύνηση της επίδρασης του επιπέδου εκπαίδευσης στο δείκτη ανικανότητας, πραγματοποιείται σε αυτήν την ενότητα, με τη χρήση του μη παραμετρικού Kruskal Wallis H test, καθώς ο δείκτης αυτός όπως αναφέρθηκε, παρουσιάζει εκτροπή από την κανονικότητα, έντονη ασυμμετρία και ακραίες τιμές (πίνακας 1, διάγραμμα 1).

Πίνακας 50: Αποτελέσματα του Kruskal Wallis H test – Test Statistics

| Test Statistics | |
|----------------------|-------|
| Δείκτης Ανικανότητας | |
| Kruskal-Wallis H | 3,630 |
| df | 4 |
| Asymp. Sig. | 0,458 |

Το μη παραμετρικό τεστ Kruskal Wallis H, εφαρμόστηκε προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι κατηγορίες επιπέδου εκπαίδευσης έχουν σημαντική επίδραση στο δείκτη ανικανότητας. Το τεστ δεν προέκυψε στατιστικά σημαντικό ($H=3,630$, $p=0,458$) (πίνακας 50), εύρημα που δείχνει ότι διαφορετικές κατηγορίες εκπαίδευσης δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα του δείκτη ανικανότητας.

➤ **ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

Όπως και στις προηγούμενες αναλύσεις αναφορικά με το δείκτη ανικανότητας έτσι και εδώ η διερεύνηση της επίδρασης της διάρκειας της ασθένειας στο δείκτη αυτόν, πραγματοποιήθηκε, με τη χρήση του μη παραμετρικού Kruskal Wallis H test, καθώς παρουσιάζει

εκτροπή από την κανονικότητα, έντονη ασυμμετρία και ακραίες τιμές (πίνακας 1, διάγραμμα 1).

Πίνακας 51: Αποτελέσματα του *Kruskal Wallis H test – Test Statistics*

| Test Statistics | |
|------------------------|-------|
| Δείκτης Ανικανότητας | |
| Kruskal-Wallis H | 6,928 |
| df | 6 |
| Asymp. Sig. | 0,328 |

Από την στατιστική ανάλυση με τη χρήση του *Kruskal Wallis H test* προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι κατηγορίες διάρκειας της ασθένειας έχουν σημαντική επίδραση στο δείκτη ανικανότητας, το τεστ δεν προέκυψε στατιστικά σημαντικό ($H=6,928$, $p=0,328$) (πίνακας 51), εύρημα που δείχνει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες διάρκειας της ασθένειας ως προς τα επίπεδα του δείκτη ανικανότητας.

➤ **ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗ ΓΙΑΤΡΟ**

Από την εφαρμογή του μη παραμετρικού τεστ *Kruskal Wallis H*, προκειμένου να ελεγχθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες της σχέσης του ασθενή με το γιατρό του, για το δείκτη ανικανότητας, προέκυψε ότι το τεστ δεν είναι στατιστικά σημαντικό ($H=9,480$, $p=0,091$) (πίνακας 52), εύρημα που δείχνει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες διάρκειας σχέσης με το γιατρό αναφορικά με τα επίπεδα του δείκτη ανικανότητας.

Πίνακας 52: Αποτελέσματα του *Kruskal Wallis H test – Test Statistics*

| Test Statistics | |
|------------------------|-------|
| Δείκτης Ανικανότητας | |
| Kruskal-Wallis H | 9,480 |
| df | 5 |
| Asymp. Sig. | 0,091 |

➤ **ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ**

Από την εφαρμογή του μη παραμετρικού τεστ *Kruskal Wallis H*, προκειμένου να ελεγχθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων, για το δείκτη ανικανότητας, προέκυψε ότι το τεστ δεν είναι στατιστικά σημαντικό ($H=8,192$, $p=0,610$) (πίνακας 53), εύρημα που δείχνει ότι δεν

υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων ως προς το δείκτη ανικανότητας.

Πίνακας 53: Αποτελέσματα του *Kruskal Wallis H test – Test Statistics*

| Test Statistics | |
|------------------|----------------------|
| | Δείκτης Ανικανότητας |
| Kruskal-Wallis H | 8,192 |
| df | 10 |
| Asymp. Sig. | 0,610 |

➤ **ΗΛΙΚΙΑ**

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί η διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και το δείκτη ανικανότητας με τη χρήση του μη παραμετρικού τεστ Spearman's rho correlation coefficient καθώς όπως αναφέρθηκε η κατανομή του παρουσιάζει εκτροπή από την κανονικότητα (πίνακας 1).

Πίνακας 54: Διερεύνηση συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις κλίμακες ΕΣ I-A

| | Spearman's rho | Δείκτης Ανικανότητας |
|--------|-------------------------|----------------------|
| Ηλικία | Correlation Coefficient | 0,096 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,170 |
| | N | 204 |

Από τη διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και το δείκτη ανικανότητας με το συντελεστή συσχέτισης rho του Spearman, το τεστ, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντικό (rho=0,096, p-value=0,170) (πίνακας 54), εύρημα που δείχνει ότι η ηλικία δεν έχει επίδραση στη διαμόρφωση των τιμών του δείκτη ανικανότητας.

Ομαδοποίηση ευρημάτων επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων στο δείκτη ανικανότητας

Ομαδοποιώντας τα ευρήματα της παραπάνω ανάλυσης διακρίνονται τα ακόλουθα:

- Το φύλο έχει σημαντική επίδραση στο δείκτη ανικανότητας με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ανικανότητας (έκπτωση στη λειτουργικότητά τους) συγκριτικά με τους άνδρες.
- Η οικογενειακή κατάσταση δεν έχει επίδραση στο δείκτη ανικανότητας.
- Το επίπεδο εκπαίδευσης δεν έχει επίδραση στο δείκτη ανικανότητας.

- Η διάρκεια της ασθένειας δεν έχει επίδραση στο δείκτη ανικανότητας.
- Η διάρκεια της σχέσης με τον/τη γιατρό δεν έχει επίδραση στο δείκτη ανικανότητας.
- Ο αριθμός των θεραπευτικών συναντήσεων δεν έχει επίδραση στο δείκτη ανικανότητας.
- Η ηλικία δεν έχει επίδραση στο δείκτη ανικανότητας.

Αποτύπωση της σχέσης ανάμεσα στην κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων (ΚΑΣ) και τη φυσική λειτουργικότητα (ΦΛ)

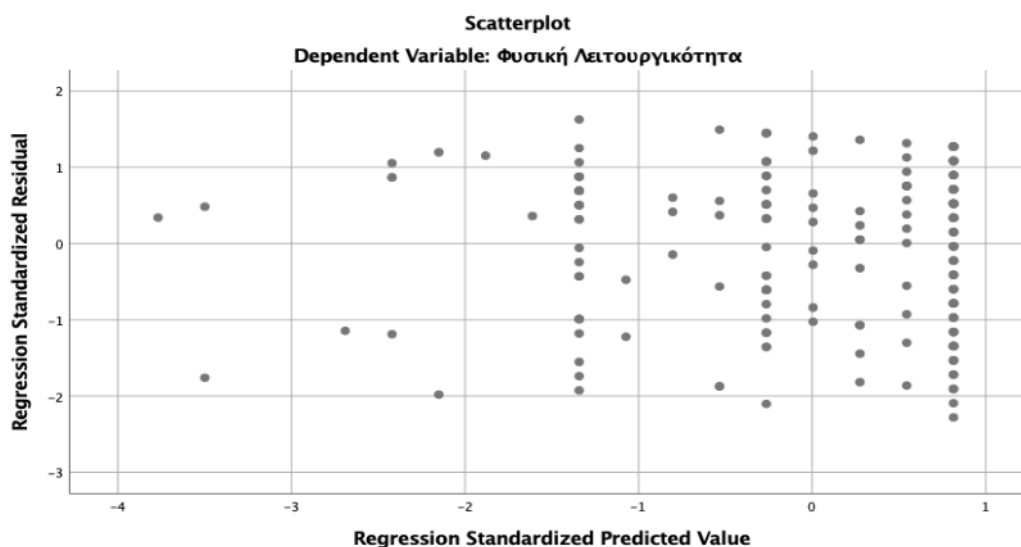
Προκειμένου να διερευνηθεί και να αποτυπωθεί η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων (ΚΑΣ) και τη φυσική λειτουργικότητα (ΦΛ) χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο της απλής γραμμικής παλινδρόμησης. Όλες οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή της ισχύουν, εκτός από εκείνη της κανονικότητας. Αναλυτικότερα, η κανονικότητα της (ΦΛ) για τις τιμές της (ΚΑΣ), ελέγχθηκε για τα τυποποιημένα υπόλοιπα της με το Kolmogorov - Smirnov τεστ και από τον πίνακα 55 προκύπτει ότι δεν κατανέμονται κανονικά, ($p < 0,001$). Επίσης, οι προϋποθέσεις: **α)** της γραμμικότητας στη σχέση των δύο μεταβλητών, φαίνεται στον πίνακα 11 που παρουσιάστηκε *παραπάνω* και στον πίνακα 58, **β)** της ομοσκεδαστικότητας της (ΦΛ) για όλες τις τιμές της (ΚΑΣ) φαίνεται στο διάγραμμα 16, όπου σχεδόν όλες οι τιμές εκτός λίγων εξαιρέσεων βρίσκονται στο διάστημα [-2, 2] και τέλος **γ)** της ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων, προκύπτει από την τιμή του Durbin-Watson (πίνακας 56) που βρέθηκε 2,126, δηλαδή στο διάστημα [1,5, 2,5].

Καθώς η προϋπόθεση της κανονικότητας, δεν ισχύει, η σημαντικότητα του υποδείγματος και οι συντελεστές του μοντέλου της απλής γραμμικής παλινδρόμησης υπολογίστηκαν και επιβεβαιώθηκαν με τη μέθοδο bootstrap 1000 δειγμάτων στις παρατηρήσεις.

Πίνακας 55: Έλεγχος κανονικότητας για τα υπόλοιπα (residuals) της ΦΛ

| One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test | | | |
|---|---|-----|--------|
| Standardized Residuals | Kolmogorov-Smirnov (Lilliefors significance correction) | | |
| | Statistic | df | Sig. |
| ZRE_(ΦΛ) | 0,139 | 204 | <0,001 |

Διάγραμμα 16: Διάγραμμα διασποράς των υπολοίπων της παλινδρόμησης, έναντι των προβλεπόμενων τιμών



Πίνακας 56: Συντελεστής συσχέτισης (R), συντελεστής προσδιορισμού (R Square) και έλεγχος ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων (Durbin-Watson).

| Model Summary^b | | | | | |
|----------------------------------|--------------------|----------|-------------------|----------------------------|---------------|
| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Durbin-Watson |
| 1 | 0,162 ^a | 0,026 | 0,022 | 26,75198 | 2,126 |

a. Predictors: (Constant), Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων
 b. Dependent Variable: Φυσική Λειτουργικότητα

Η εξίσωση της απλής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε σημαντική ($F(1, 202)=5,462, p<0,02$) (πίνακας 57), με συντελεστή προσδιορισμού $R\ Square=0,026$ (πίνακας 56). Η προβλεπόμενη τιμή της ΦΛ ισούται με $18,685+9,463*ΚΑΣ$ (πίνακας 57a). Αυτό σημαίνει πως για μία μονάδα αύξησης στις τιμές της “κλίμακας αρνητικών συναισθημάτων” (δηλαδή μείωση στα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων), η φυσική λειτουργικότητα των ασθενών αυξάνεται κατά 9,463 μονάδες.

Επισημαίνεται ότι η ακρίβεια στην πρόβλεψη των τιμών της ανταπόκρισης είναι μικρή (συντελεστής συσχέτισης $R=0,162$, BCa 95% CI [0,012, 0,310]) (πίνακας 58). Τέλος, το 2,6% ($R\ square=0,026$) της διασποράς των τιμών ΦΛ ερμηνεύεται από την ΚΑΣ, δηλαδή το μέγεθος της επίδρασης (effect size) της ΚΑΣ στη ΦΛ είναι χαμηλό. Επιπλέον από τον πίνακα 57a φαίνεται ότι η μεροληψία (bias) στους συντελεστές παλινδρόμησης (bootstrap correlations) είναι πολύ μικρή.

Πίνακας 57: Σημαντικότητα του μοντέλου

| ANOVA ^a | | | | | | |
|--------------------|------------|----------------|-----|-------------|-------|--------------------|
| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| 1 | Regression | 3908,872 | 1 | 3908,872 | 5,462 | 0,020 ^b |
| | Residual | 144565,025 | 202 | 715,668 | | |
| | Total | 148473,897 | 203 | | | |

a. Dependent Variable: Φυσική Λειτουργικότητα
b. Predictors: (Constant), Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων

Πίνακας 57a: Συντελεστές της απλής γραμμικής παλινδρόμησης

| Bootstrap for Coefficients | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|--------|------------------------|------------|-----------------|-----------------------------|--------|
| Model | | B | Bootstrap ^a | | | | |
| | | | Bias | Std. Error | Sig. (2-tailed) | BCa 95% Confidence Interval | |
| | | | | | | Lower | Upper |
| 1 | (Constant) | 18,685 | -0,560 | 19,127 | 0,331 | -18,295 | 55,273 |
| | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | 9,463 | 0,117 | 4,134 | 0,026 | 0,774 | 17,616 |

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Πίνακας 58: Αποτελέσματα Bootstrap Correlation για τις ΚΑΣ και ΦΛ

| | | Φυσική Λειτουργικότητα | | |
|---------------------------------|------------------------|-----------------------------|--------|-------|
| Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | Pearson Correlation | | 0,162* | |
| | Sig. (2-tailed) | | 0,020 | |
| | N | | 204 | |
| | Bootstrap ^c | Bias | | 0,002 |
| | | Std. Error | | 0,070 |
| | | BCa 95% Confidence Interval | Lower | 0,012 |
| | | | Upper | 0,310 |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
c. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Ομαδοποιώντας τα ευρήματα της παραπάνω ανάλυσης διακρίνουμε ότι η γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στην ΚΑΣ και ΦΛ είναι ασθενής και η εξίσωση που περιγράφει τη σχέση ανάμεσα τους είναι: $ΦΛ = 18,685 + 9,463 * ΚΑΣ$, με ασθενή ακρίβεια στην πρόβλεψη. Τα αποτελέσματα αυτά σημαίνουν πως για μία μονάδα αύξησης στις τιμές της “κλίμακας αρνητικών συναισθημάτων” (δηλαδή μείωση στα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων), η φυσική λειτουργικότητα των ασθενών αυξάνεται κατά 9,463 μονάδες.

Στατιστική Ανάλυση των συνολικών κλιμάκων Σωματικής και Ψυχικής Υγείας

Οι έλεγχοι κανονικότητας με τη χρήση των Kolmogorov-Smirnov test, αφού το υπό μελέτη δείγμα είναι μεγαλύτερο του 30, για τις δύο κλίμακες του SF-36 έδειξαν στατιστικά σημαντική απόκλιση από την κανονικότητα (πίνακας 59) μόνο για τη διάσταση της Συνολικής Ψυχικής Υγείας (ΣΨΥ). Από τα θηκογράμματα των δύο διαστάσεων φαίνεται ότι δεν παρουσιάζουν ακραίες τιμές, ούτε έντονη ασυμμετρία. Για το λόγο αυτό προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη σημαντικής διαφοροποίησης των διαστάσεων αυτών σε δύο ανεξάρτητες ομάδες, χρησιμοποιήθηκε το Independent Samples t-test, ενώ για τη διερεύνηση της στατιστικώς σημαντικής διαφοροποίησης τους σε περισσότερες από δύο ομάδες, χρησιμοποιήθηκε το One-Way ANOVA test ή Brown-Forsythe test με post-hoc ανάλυση βασιζόμενη σε παραμετρικούς ελέγχους με την εφαρμογή του Tukey HSD test και Games-Howell test (στις περιπτώσεις όπου το One Way ANOVA test είναι στατιστικά σημαντικό). Για τη διερεύνηση ύπαρξης γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στις κλίμακες της ΕΣ I-A και τις δύο συνολικές διαστάσεις του SF-36 χρησιμοποιήθηκε bootstrapping correlation resampling 1000 δειγμάτων στις παρατηρήσεις, καθώς θεωρήθηκε η καταλληλότερη, αφού δεν ίσχυε η προϋπόθεση της κανονικότητας στις κατανομές όλων των διαστάσεων. Η ίδια μέθοδος χρησιμοποιήθηκε για την αποτύπωση των σχέσεων αυτών με τη χρήση του μοντέλου της απλής γραμμικής παλινδρόμησης και το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Η σημαντικότητα του υποδείγματος και οι συντελεστές του μοντέλου της παλινδρόμησης υπολογίστηκαν και επιβεβαιώθηκαν με τη μέθοδο bootstrap 2000 δειγμάτων στις παρατηρήσεις.

Πίνακας 59: Έλεγχος κανονικότητας για τις διαστάσεις Συνολική Σωματική Υγεία και Συνολική Ψυχική Υγεία

| | Tests of Normality | | |
|-------------------------|---------------------------------|-----|--------------|
| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | |
| | Statistic | df | Sig. |
| Συνολική Σωματική Υγεία | 0,056 | 204 | 0,200 |
| Συνολική Ψυχική Υγεία | 0,095 | 204 | 0,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

Διάγραμμα 17: Θηκογράμματα των διαστάσεων Συνολικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας



Περιγραφική αποτύπωση του επιπέδου των δύο διαστάσεων

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί η αποτύπωση της εικόνας των δυο συνολικών διαστάσεων του ερωτηματολογίου SF-36 (Health Survey SF-36), σε επίπεδο περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης, ώστε να προσδιοριστεί η εικόνα του δείγματος ως προς το επίπεδο της υγείας των ασθενών για τις δύο αυτές διαστάσεις. Επίσης αναφέρεται ότι, σύμφωνα με τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου, οποιαδήποτε μέση τιμή βρίσκεται στο εύρος 47-53 της συνολικής βαθμολόγησης μιας ομάδας πληθυσμού για τις δύο συνολικές βαθμολογίες της φυσικής/σωματικής και ψυχικής υγείας, θεωρείται ως φυσιολογική (Ware JE, Kosinski M, Dewey JE, 2000).

Πίνακας 60: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τις συνολικές διαστάσεις του SF-36

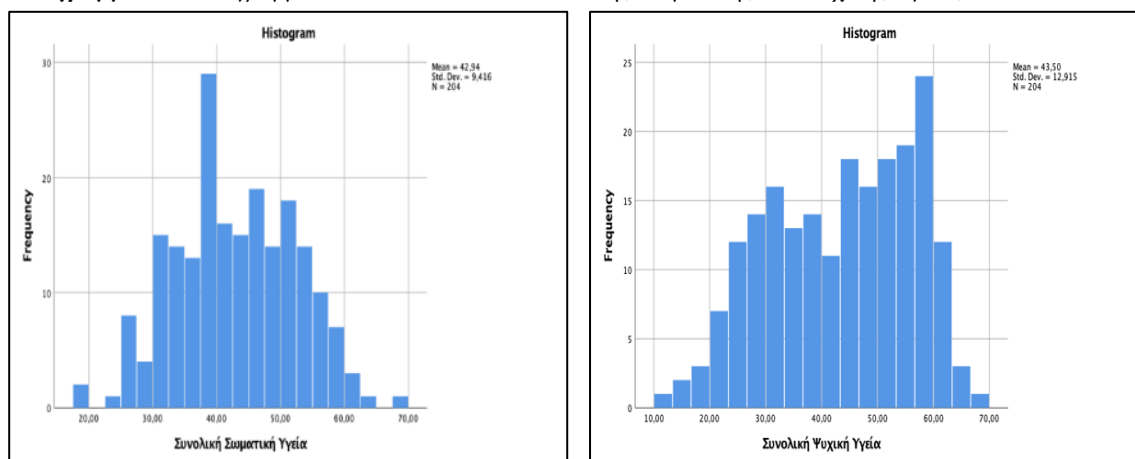
| | Σωματική Υγεία (ΣΥ) | Ψυχική Υγεία (ΨΥ) |
|-----------------|---------------------|-------------------|
| Μέσος όρος | 42,935 | 43,503 |
| Διάμεσος | 42,512 | 44,837 |
| Τυπική απόκλιση | 9,416 | 12,914 |
| Ασυμμετρία | 0,015 | -0,258 |
| Κύρτωση | -0,513 | -0,978 |
| Ελάχιστη τιμή | 18,58 | 11,93 |
| Μέγιστη τιμή | 68,02 | 69,10 |

Από τον πίνακα 60 παρατηρείται ότι η διάσταση της Σωματικής Υγείας έχει μέσο όρο ($MO=42,935\pm 0,015$), τιμή η οποία σύμφωνα με τις οδηγίες υποδηλώνει ικανοποιητικό επίπεδο σωματικής υγείας. Παρατηρείται επίσης ότι η διάμεσος είναι σχεδόν ίση με το μέσο όρο. Η ασυμμετρία της κατανομής είναι πολύ μικρή (0,015), η οποία δείχνει ότι η κατανομή της διάστασης είναι σχεδόν συμμετρική και επιπλέον παρουσιάζει μέτρια αρνητική κύρτωση.

Από τον ίδιο πίνακα παρατηρείται επίσης ότι η διάσταση της Ψυχικής Υγείας έχει μέσο όρο ($MO=43,503\pm 0,015$), τιμή η οποία και αυτή σύμφωνα με τις οδηγίες υποδηλώνει ικανοποιητικό επίπεδο ψυχικής υγείας. Παρατηρείται επίσης ότι η διάμεσος είναι λίγο μεγαλύτερη από το μέσο όρο, που υποδηλώνει ήπια αρνητική ασυμμετρία στην κατανομή της ΨΥ, εύρημα που επιβεβαιώνεται από το συντελεστή ασυμμετρίας της μεταβλητής που είναι αρνητικός και με μικρή τιμή (-0,258). Επιπλέον η κατανομή της παρουσιάζει μέτρια αρνητική κύρτωση (-0,978).

Τα παραπάνω ευρήματα για τις κατανομές των δύο συνολικών διαστάσεων του SF-36 της Σωματικής Υγείας (ΣΥ) και της Ψυχικής Υγείας (ΨΥ) αποτυπώνονται και διαγραμματικά τόσο στα θηκογράμματα του διαγράμματος 17, όσο και στα ιστογράμματα του διαγράμματος 18.

Διάγραμμα 18: Ιστογράμματα των διαστάσεων Συνολικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας



Διερεύνηση της επίδρασης των κλιμάκων της σχέσης Ιατρού - Ασθενή στις δύο συνολικές διαστάσεις υγείας του SF-36

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί η διερεύνηση της ύπαρξης γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στις κλίμακες της ΕΣ I-A και τις δύο συνολικές διαστάσεις της επισκόπησης υγείας SF-36 με τη χρήση Bootstrap 1000 δειγμάτων στις παρατηρήσεις (πίνακας 61) καθώς οι κατανομές των υπό ανάλυση μεταβλητών παρουσιάζουν εκτροπή από την κανονικότητα (πίνακας 59).

Πίνακας 61: Διερεύνηση γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στις κλίμακες σχέσης ιατρού-ασθενή και τις δύο διαστάσεις ποιότητας υγείας SF-36.

| | | Σωματική Υγεία (ΣΥ) | Ψυχική Υγεία (ΨΥ) |
|------------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|
| Κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων | Correlation Coefficient | -0,035 | -0,037 |
| | BCa 95% CI | Upper | -0,145 |
| | | Lower | 0,108 |
| | p-value | 0,622 | 0,598 |
| | Bias | 0,004 | 0,001 |
| Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | Correlation Coefficient | 0,173 | 0,011 |
| | BCa 95% CI | Upper | 0,051 |
| | | Lower | 0,307 |
| | p-value | 0,013 | 0,875 |
| | Bias | 0,003 | 0,003 |

Από τον πίνακα 61 φαίνεται ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στις κλίμακες της ΕΣ I-A και τις δύο συνολικές διαστάσεις της επισκόπησης υγείας SF-36, εκτός από την κλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων και τη διάσταση της συνολικής σωματικής υγείας (Pearson=0,173, p=0,013) όπου υπάρχει ασθενής θετική συσχέτιση. **Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι χαμηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων (υψηλότερες τιμές της κλίμακας) οδηγούν σε καλύτερα επίπεδα σωματικής υγείας στους ασθενείς.** Επιπλέον, από τον πίνακα φαίνεται ότι η μεροληψία (bias) είναι πάρα πολύ μικρή.

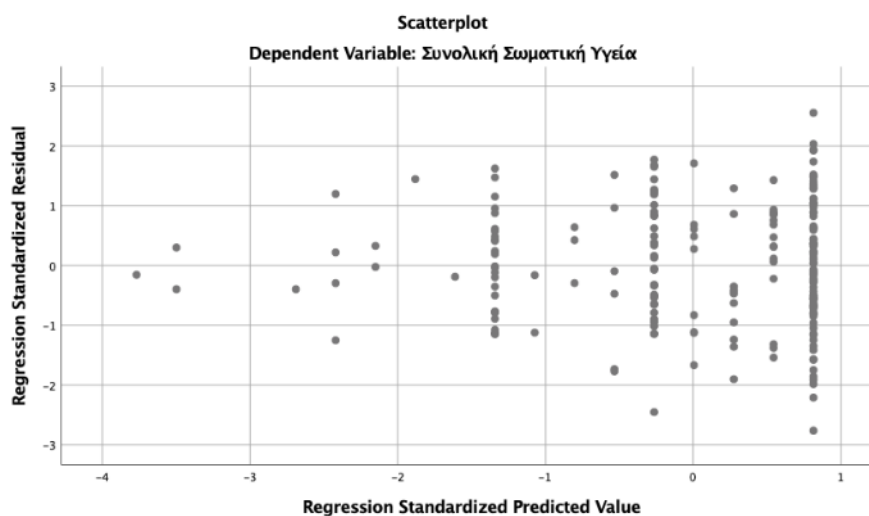
Ακολουθεί η αποτύπωση αυτής της σχέσης με το μοντέλο της απλής γραμμικής παλινδρόμησης. Όλες οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή της ισχύουν. Αναλυτικότερα, η κανονικότητα της Συνολικής Υγείας (ΣΥ) για τις τιμές της ΚΑΣ, ελέγχθηκε για τα τυποποιημένα υπόλοιπα της με το Kolmogorov-Smirnov τεστ και από τον πίνακα 62 προκύπτει ότι

κατανέμονται κανονικά, ($p=0,200$). Επίσης, οι προϋποθέσεις: **α)** της γραμμικότητας στη σχέση των δύο μεταβλητών, φαίνεται στον πίνακα 61, **β)** της ομοσκεδαστικότητας της ΣΥ για όλες τις τιμές της ΚΑΣ φαίνεται στο διάγραμμα 19, όπου σχεδόν όλες οι τιμές εκτός λίγων εξαιρέσεων βρίσκονται στο διάστημα $[-2, 2]$ και τέλος **γ)** της ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων, προκύπτει από την τιμή του Durbin-Watson (πίνακας 63) που βρέθηκε 2,347, δηλαδή στο διάστημα $[1,5, 2,5]$.

Πίνακας 62: Έλεγχος κανονικότητας για τα υπόλοιπα (residuals) της ΣΥ

| One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test | | | |
|------------------------------------|---|-----|-------|
| Standardized Residuals | Kolmogorov-Smirnov (Lilliefors significance correction) | | |
| | Statistic | df | Sig. |
| ZRE_(ΣΥ) | 0,046 | 204 | 0,200 |

Διάγραμμα 19: Διάγραμμα διασποράς των υπολοίπων της παλινδρόμησης, έναντι των προβλεπόμενων τιμών.



Πίνακας 63: Συντελεστής συσχέτισης (R), συντελεστής προσδιορισμού (R Square) και έλεγχος ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων (Durbin-Watson).

| Model Summary ^b | | | | | |
|----------------------------|--------------------|----------|-------------------|----------------------------|---------------|
| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Durbin-Watson |
| 1 | 0,173 ^a | 0,030 | 0,025 | 9,296 | 2,347 |

a. Predictors: (Constant), Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων
 b. Dependent Variable: Συνολική Σωματική Υγεία

Η εξίσωση της απλής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε σημαντική ($F(1, 202)=6,255, p<0,013$) (πίνακας 64 και 64a), με συντελεστή προσδιορισμού $R\text{-Square}=0,03$ (πίνακας 63). Η προβλεπόμενη τιμή της Συνολικής Υγείας (ΣΥ) ισούται

με $26,668+3,519*ΚΑΣ$ (πίνακας 64a). Αυτό σημαίνει πως για μία μονάδα αύξησης στις τιμές της “κλίμακας αρνητικών συναισθημάτων” (δηλαδή μείωση στα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων), η σωματική υγεία των ασθενών αυξάνεται κατά 3,519 μονάδες.

Επισημαίνεται ότι η ακρίβεια στην πρόβλεψη των τιμών της ανταπόκρισης είναι μικρή (συντελεστής συσχέτισης $R=0,173$), (πίνακας 63). Τέλος, το 3,00% ($R\text{-square}=0,03$) της διασποράς των τιμών ΣΥ ερμηνεύεται από την ΚΑΣ, δηλαδή το μέγεθος της επίδρασης (effect size) της ΚΑΣ στη ΣΥ είναι μικρό.

Πίνακας 64: Σημαντικότητα του μοντέλου

| ANOVA ^a | | | | | | |
|--------------------|------------|----------------|-----|-------------|-------|--------------------|
| | Model | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| 1 | Regression | 540,591 | 1 | 540,591 | 6,255 | 0,013 ^b |
| | Residual | 17457,841 | 202 | 86,425 | | |
| | Total | 17998,432 | 203 | | | |

a. Dependent Variable: Συνολική Σωματική Υγεία
 b. Predictors: (Constant), Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων

Πίνακας 64a: Συντελεστές της απλής γραμμικής παλινδρόμησης

| Coefficients ^a | | | | | | |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|-------|--------|
| | Model | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | 26,668 | 6,537 | | 4,080 | <0,001 |
| | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | 3,519 | 1,407 | 0,173 | 2,501 | 0,013 |

a. Dependent Variable: Συνολική Σωματική Υγεία

Συνοψίζοντας, από την παραπάνω ανάλυση φαίνεται ότι ανάμεσα στην κλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων και τη Συνολική Υγεία (ΣΥ) υπάρχει ασθενής γραμμική συσχέτιση και η εξίσωση που την περιγράφει είναι $ΣΥ=26,668+3,519*ΚΑΣ$, με μικρή ακρίβεια στην πρόβλεψη. Τα αποτελέσματα αυτά σημαίνουν ότι για μια μονάδα αύξησης στις τιμές της “κλίμακας αρνητικών συναισθημάτων” (δηλαδή **μείωση** στα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων), η Συνολική Υγεία (ΣΥ) των ασθενών αυξάνεται κατά 3,519 μονάδες.

Η επίδραση των δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων στις δύο συνολικές κλίμακες του SF-36

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικο-κοινωνικών παραγόντων στην κλίμακα της συνολικής Σωματικής Υγείας και στην κλίμακα της συνολικής Ψυχικής Υγείας. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικά τεστ (independent samples t-test/one way ANOVA) αφού όπως ήδη αναφέρθηκε η μεταβλητή της ΨΥ κατανέμεται κανονικά ενώ η κατανομή της ΣΥ δεν παρουσιάζει ακραίες τιμές, ούτε έντονη ασυμμετρία.

➤ **ΦΥΛΟ**

Από την εφαρμογή του παραμετρικού Independent Samples t-test προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες για τη ΣΥ και τη ΨΥ, το τεστ προέκυψε σημαντικό (πίνακας 65) και για τις δύο διαστάσεις δηλαδή τη ΣΥ ($t(202)=2,654, p=0,009$) και τη ΨΥ ($t(202)=3,051, p=0,003$).

Πίνακας 65: Αποτελέσματα Independent-samples t-test για τη διερεύνηση επίδρασης του φύλου στις διαστάσεις ΣΥ και ΨΥ

| | Φύλο | Mean | St. Deviation | t-test (df) | p-value |
|-----|---------|-------|---------------|----------------|--------------|
| ΣΣΥ | Άντρας | 45,58 | 9,47 | 2,654 (202) | 0,009 |
| | Γυναίκα | 41,81 | 9,20 | | |
| ΣΨΥ | Άντρας | 47,64 | 11,61 | 3,051 (202) | 0,003 |
| | Γυναίκα | 41,74 | 13,08 | | |

Από τον πίνακα 65 μπορεί επίσης να παρατηρηθεί ότι και για τις δύο διαστάσεις οι γυναίκες έχουν μικρότερες μέσες τιμές, αποτέλεσμα που δείχνει ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας υγείας συγκριτικά με τους άνδρες.

Συμπερασματικά τα επίπεδα ποιότητας υγείας των γυναικών είναι χαμηλότερα από εκείνα των ανδρών και στις δύο συνολικές κλίμακες του SF-36.

➤ **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Από την ανάλυση ως προς την οικογενειακή κατάσταση με την εφαρμογή του One Way ANOVA για τις διαστάσεις της ΣΥ και της ΨΥ, φαίνεται ότι (πίνακας 66), το τεστ δεν προέκυψε στατιστικά σημαντικό ($p>0,05$) για καμία από τις διαστάσεις αυτές.

Πίνακας 66: Αποτελέσματα One Way ANOVA ή (Brown-Forsythe) test για τη διερεύνηση επίδρασης της οικογενειακής κατάστασης στις δύο συνολικές διαστάσεις SF-36

| | Οικογενειακή Κατάσταση | Mean | Std. Dev. | ANOVA (df) | p-value (ANOVA) |
|-----|------------------------|-------|-----------|-------------------|-----------------|
| ΣΣΥ | Έγγαμος | 42,69 | 9,49 | 0,168 (2, 201) | 0,845 |
| | Άγαμος | 43,37 | 10,11 | | |
| | Άλλο | 43,69 | 8,28 | | |
| ΣΨΥ | Έγγαμος | 44,33 | 13,11 | 2,517 (2, 201) | 0,083 |
| | Άγαμος | 39,10 | 10,97 | | |
| | Άλλο | 44,89 | 13,46 | | |

Από τον πίνακα 66 φαίνεται ότι το τεστ δεν είναι σημαντικό ($p > 0,05$) για καμία από τις κλίμακες του SF-36. Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν ότι η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών δεν έχει επίδραση στη διαμόρφωση των επιπέδων στις δύο συνολικές διαστάσεις του SF-36, δηλαδή **η οικογενειακή κατάσταση δεν έχει επίδραση στο επίπεδο ποιότητας υγείας/ποιότητα ζωής.**

➤ **ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες εκπαίδευσης για τις δύο συνολικές διαστάσεις του SF-36, εφαρμόστηκε το παραμετρικό τεστ One-Way ANOVA, τα αποτελέσματα των οποίων φαίνονται στον πίνακα 67 που ακολουθεί.

Πίνακας 67: Αποτελέσματα One Way ANOVA ή (Brown-Forsythe) test για τη διερεύνηση επίδρασης του επιπέδου εκπαίδευσης στις δύο συνολικές διαστάσεις SF-36

| | Οικογενειακή Κατάσταση | Mean | Std. Dev. | ANOVA (df) | p-value (ANOVA) |
|-----|------------------------|-------|-----------|-------------------|-----------------|
| ΣΣΥ | ΥΕ | 41,57 | 8,92 | 1,249 (2, 201) | 0,289 |
| | ΔΕ | 43,82 | 9,32 | | |
| | ΑΕΙ/ΤΕΙ | 43,65 | 9,97 | | |
| ΣΨΥ | ΥΕ | 43,04 | 12,63 | 0,088 (2, 201) | 0,915 |
| | ΔΕ | 43,97 | 13,81 | | |
| | ΑΕΙ/ΤΕΙ | 43,61 | 12,61 | | |

Από τον πίνακα 67 φαίνεται ότι το τεστ δεν είναι στατιστικά σημαντικό ($p > 0,05$) για καμία από τις κλίμακες του SF-36 εύρημα που δείχνει ότι το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών δεν έχει επίδραση στη διαμόρφωση των επιπέδων των δύο συνολικών διαστάσεων του SF-36, δηλαδή **το επίπεδο εκπαίδευσης δεν έχει επίδραση στο επίπεδο ποιότητας υγείας/ποιότητας ζωής.**

➤ **ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

Από την εφαρμογή του One Way ANOVA test, προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες διάρκειας της ασθένειας για τις διαστάσεις της συνολικής σωματικής υγείας και της συνολικής ψυχικής υγείας προέκυψαν τα ευρήματα του πίνακα 68.

Πίνακας 68: Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση επίδρασης της διάρκειας της ασθένειας στις δύο συνολικές διαστάσεις SF-36

| | Διάρκεια Ασθένειας | Mean | Std. Dev. | ANOVA (df) | p-value (ANOVA) |
|-----|--------------------|-------|-----------|-------------------|-----------------|
| ΣΣΥ | (0-1] | 43,99 | 8,84 | 0,843 (6, 186) | 0,538 |
| | (1-2] | 46,22 | 9,36 | | |
| | (2-5] | 41,82 | 9,34 | | |
| | (5-10] | 42,13 | 9,82 | | |
| | (10-20] | 43,18 | 8,53 | | |
| | (20-30] | 40,46 | 11,83 | | |
| | (30-άνω] | 44,54 | 11,25 | | |
| ΣΨΥ | (0-1] | 43,89 | 12,26 | 0,961 (6, 186) | 0,453 |
| | (1-2] | 48,55 | 9,56 | | |
| | (2-5] | 42,83 | 13,63 | | |
| | (5-10] | 41,99 | 13,28 | | |
| | (10-20] | 44,18 | 13,83 | | |
| | (20-30] | 43,14 | 14,04 | | |
| | (30-άνω] | 37,81 | 12,91 | | |

Από τον πίνακα 68 φαίνεται ότι το τεστ δεν είναι σημαντικό ($p > 0,05$) για καμία από τις κλίμακες του SF-36, εύρημα που υποδηλώνει ότι η διάρκεια της ασθένειας δεν έχει επίδραση στις δύο συνολικές διαστάσεις του SF-36, δηλαδή **η διάρκεια της ασθένειας δεν έχει επίδραση στο επίπεδο ποιότητας υγείας/ποιότητας ζωής.**

➤ **ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΧΕΣΗΣ**

Χρησιμοποιήθηκε το παραμετρικό τεστ One-Way ANOVA προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα στις κατηγορίες της διάρκειας της σχέσης με το γιατρό για τις δύο συνολικές διαστάσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στον πίνακα 69.

Πίνακας 69: Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση επίδρασης της διάρκειας της σχέσης στις δύο συνολικές διαστάσεις SF-36

| | Διάρκεια Ασθένειας | Mean | Std. Dev. | ANOVA (df) | p-value (ANOVA) |
|-----|--------------------|-------|-----------|-------------------|-----------------|
| ΣΣΥ | (0-1] | 44,47 | 8,33 | 1,976 (5, 179) | 0,084 |
| | (1-2] | 41,98 | 10,15 | | |
| | (2-5] | 41,11 | 9,70 | | |
| | (5-7] | 43,75 | 9,82 | | |
| | (7-10] | 43,53 | 9,18 | | |
| | (10-άνω] | 50,68 | 8,75 | | |
| ΣΨΥ | (0-1] | 42,18 | 13,07 | 1,977 (5, 179) | 0,084 |
| | (1-2] | 47,20 | 11,88 | | |
| | (2-5] | 42,01 | 12,36 | | |
| | (5-7] | 40,59 | 14,29 | | |
| | (7-10] | 47,06 | 13,75 | | |
| | (10-άνω] | 52,29 | 9,74 | | |

Από τον πίνακα 69 φαίνεται ότι το τεστ δεν είναι σημαντικό ($p > 0,05$) για καμία από τις κλίμακες του SF-36, εύρημα που υποδηλώνει ότι η διάρκεια της σχέσης δεν έχει επίδραση στις δύο συνολικές διαστάσεις του SF-36, δηλαδή η διάρκεια της σχέσης δεν έχει επίδραση στο επίπεδο ποιότητας υγείας/ποιότητας ζωής.

Σε αυτό το σημείο τονίζεται ότι η ίδια ανάλυση για τις οκτώ διαστάσεις του SF-36 είχε δείξει ότι η διάρκεια της σχέσης με το γιατρό έχει σημαντική επίδραση στις εξής κλίμακες: του σωματικού ρόλου, της κοινωνικής λειτουργικότητας, της ζωτικότητας, και της γενικής υγείας. Αναλυτικότερα τα ζευγάρια στα οποία υπάρχουν οι διαφορές αυτές, παρουσιάστηκαν στο αντίστοιχο κεφάλαιο (*Η επίδραση των δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων στις κλίμακες της επισκόπησης υγείας SF-36*).

➤ **ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ**

Η στατιστική ανάλυση για τις δύο συνολικές διαστάσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας SF-36 ολοκληρώνεται με τη διερεύνηση της επίδρασης του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων στις κλίμακες του SF-36. Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων στις κλίμακες αυτές εφαρμόστηκε το One Way ANOVA test (πίνακας 70).

Πίνακας 70: Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση επίδρασης του αριθμού των θεραπευτικών συναντήσεων στις δύο συνολικές διαστάσεις του SF-36

| | Διάρκεια Ασθένειας | Mean | Std. Dev. | ANOVA (df) | p-value (ANOVA) |
|-------------|-----------------------|-------|-----------|--------------------|--------------------|
| ΣΥ | Ανά 15ημερο | 46,05 | 5,90 | 1,085 (10, 154) | 0,377 |
| | Ανά 1 μήνα | 41,24 | 10,67 | | |
| | Ανά 2μηνο | 43,82 | 10,75 | | |
| | Ανά 3μηνο | 43,16 | 8,49 | | |
| | Ανά 4μηνο | 45,18 | 9,94 | | |
| | Ανά 5μηνο | 41,55 | 6,97 | | |
| | Ανά 6μηνο | 43,37 | 8,86 | | |
| | Ανά 7μηνο | 57,40 | . | | |
| | Ανά 8μηνο | 29,67 | . | | |
| | Ανά 9μηνο | 34,57 | 10,19 | | |
| Ανά 1 χρόνο | 35,63 | 5,29 | | | |
| ΨΥ | Ανά 15ημερο | 47,31 | 10,36 | 0,570 (10, 154) | 0,837 |
| | Ανά 1 μήνα | 42,55 | 12,46 | | |
| | Ανά 2μηνο | 42,91 | 13,16 | | |
| | Ανά 3μηνο | 43,27 | 12,47 | | |
| | Ανά 4μηνο | 45,28 | 9,99 | | |
| | Ανά 5μηνο | 44,65 | 15,49 | | |
| | Ανά 6μηνο | 37,96 | 18,77 | | |
| | Ανά 7μηνο | 57,33 | . | | |
| | Ανά 8μηνο | 34,33 | . | | |
| | Ανά 9μηνο | 49,11 | 8,37 | | |
| Ανά 1 χρόνο | 48,92 | 3,57 | | | |

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση με το One Way ANOVA test (πίνακα 70), έδειξαν ότι το τεστ δεν είναι σημαντικό ($p\text{-value} > 0,05$) για καμία από τις κλίμακες του SF-36, εύρημα που υποδηλώνει ότι **ο αριθμός των θεραπευτικών συναντήσεων δεν έχει επίδραση στις δύο συνολικές διαστάσεις του SF-36, δηλαδή δεν έχει επίδραση στο επίπεδο ποιότητας υγείας/ποιότητας ζωής.**

➤ ΗΛΙΚΙΑ

Στην ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί η διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις δύο διαστάσεις της επισκόπησης υγείας SF-36 με τη χρήση του Pearson correlation coefficient για τις μεταβλητές ηλικία και Ψυχική Υγεία (ΨΥ), και του μη παραμετρικού τεστ Spearman's rho correlation coefficient για τις μεταβλητές ηλικία και Συνολική Υγεία (ΣΥ), καθώς όπως έχει ήδη αναλυθεί και παρουσιαστεί, οι κατανομές της ηλικίας και της ΨΥ κατανέμονται κανονικά ενώ της ΣΥ παρουσιάζουν εκτροπή από την κανονικότητα.

Πίνακας 71: Διερεύνηση συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις δύο συνολικές διαστάσεις του SF-36

| Pearson's Spearman's rho | | ΣΥ | ΨΥ |
|--------------------------|-------------------------|-------|-------|
| Ηλικία | Correlation Coefficient | -0,91 | 0,139 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,196 | 0,064 |
| | N | 204 | 204 |

Από τη διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία και τις δύο συνολικές διαστάσεις επισκόπησης υγείας SF-36, με τους συντελεστές συσχέτισης του Pearson και του Spearman, τα τεστ δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικά για καμία από τις δύο διαστάσεις, αποτέλεσμα που δείχνει ότι η ηλικία δεν έχει επίδραση ούτε στη σωματική υγεία ούτε στη ψυχική υγεία των ασθενών.

Σε αυτό το σημείο τονίζεται ότι η ίδια ανάλυση για τις οκτώ διαστάσεις του SF-36 είχε δείξει ότι η ηλικία έχει ασθενή αρνητική συσχέτιση με τη φυσική λειτουργικότητα.

Ομαδοποίηση ευρημάτων επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων στις δύο συνολικές διαστάσεις επισκόπησης υγείας SF-36

Ομαδοποιώντας τα ευρήματα της παραπάνω ανάλυσης διακρίνονται τα ακόλουθα:

- Το φύλο έχει σημαντική επίδραση και στις δύο συνολικές διαστάσεις του SF-36 με τα επίπεδα ποιότητας υγείας των γυναικών να είναι χαμηλότερα από εκείνα των ανδρών.
- Η οικογενειακή κατάσταση δεν έχει σημαντική επίδραση σε καμία από τις δύο συνολικές διαστάσεις του SF-36, που σημαίνει ότι δεν έχει επίδραση στα επίπεδα ποιότητας υγείας των ασθενών ως προς τις δύο συνολικές διαστάσεις.
- Το επίπεδο εκπαίδευσης δεν έχει σημαντική επίδραση σε καμία από τις δύο διαστάσεις του SF-36, που σημαίνει ότι δεν έχει επίδραση στα επίπεδα ποιότητας υγείας των ασθενών ως προς τις δύο συνολικές διαστάσεις.
- Η διάρκεια της ασθένειας δεν έχει σημαντική επίδραση σε καμία από τις δύο διαστάσεις του SF-36, που σημαίνει ότι δεν έχει επίδραση στα επίπεδα ποιότητας υγείας των ασθενών για τις δύο συνολικές διαστάσεις.
- Η διάρκεια της σχέσης δεν έχει σημαντική επίδραση σε καμία από τις δύο διαστάσεις του SF-36, που σημαίνει ότι δεν έχει επίδραση στα επίπεδα ποιότητας υγείας των ασθενών για τις δύο συνολικές διαστάσεις.

- Ο αριθμός των θεραπευτικών συναντήσεων δεν έχει σημαντική επίδραση σε καμία από τις δύο διαστάσεις του SF-36, που σημαίνει ότι δεν έχει επίδραση στα επίπεδα ποιότητας υγείας των ασθενών ως προς τις δύο συνολικές διαστάσεις.
- Η ηλικία δεν έχει σημαντική επίδραση σε καμία από τις δύο διαστάσεις του SF-36, που σημαίνει ότι δεν έχει επίδραση στα επίπεδα ποιότητας υγείας των ασθενών για τις δύο συνολικές διαστάσεις.

Αποτύπωση της σχέσης ανάμεσα στη φυσική/σωματική λειτουργικότητα, την κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων και το φύλο

Στις προηγούμενες ενότητες διερευνήθηκε η επίδραση και αποτυπώθηκε η σχέση της κλίμακας αρνητικών συναισθημάτων (ΚΑΣ) στη σωματική/φυσική λειτουργικότητα των ασθενών και επίσης βρέθηκε ότι το φύλο ασκεί σημαντική επίδραση σε αυτήν (σωματική λειτουργικότητα). Στην παρούσα ενότητα θα διερευνηθεί και θα αποτυπωθεί η ύπαρξη και η ένταση της επίδρασης της ΚΑΣ και του φύλου στην σωματική λειτουργικότητα των ασθενών.

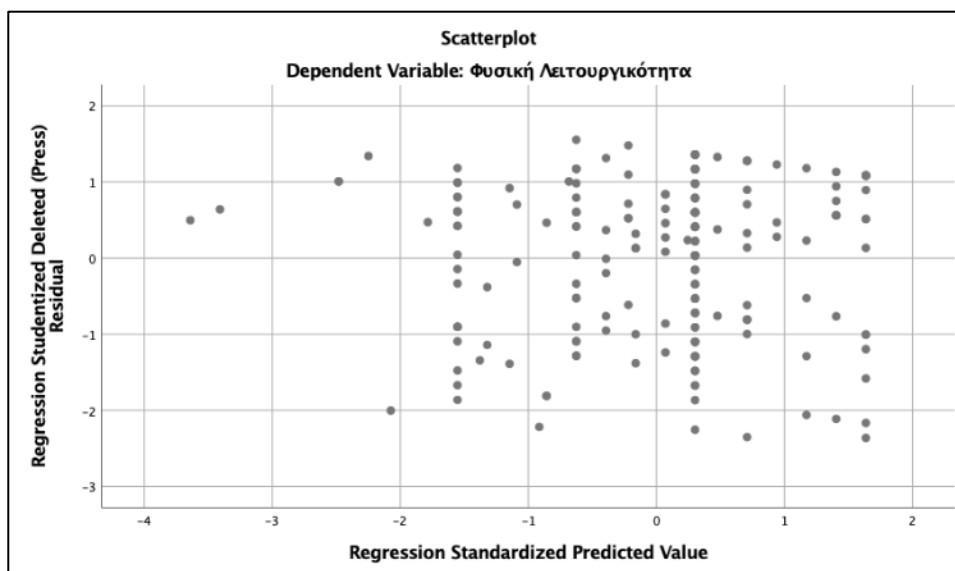
Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση και να αποτυπωθεί η σχέση ανάμεσα στη σωματική/φυσική λειτουργικότητα (ΦΛ) των ασθενών, στην κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων (ΚΑΣ) και το φύλο χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Η σημαντικότητα του υποδείγματος και οι συντελεστές του μοντέλου της παλινδρόμησης υπολογίστηκαν και επιβεβαιώθηκαν με τη μέθοδο bootstrap 2000 δειγμάτων στις παρατηρήσεις, αφού η προϋπόθεση της κανονικότητας δεν ισχύει ($p < 0,001$) (πίνακας 72). Οι υπόλοιπες προϋποθέσεις εφαρμογής του μοντέλου της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης ισχύουν και συγκεκριμένα η προϋπόθεση: **α)** της γραμμικότητας στη σχέση της φυσικής λειτουργικότητας με την κλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων και του φύλου έχει ήδη αναλυθεί στους πίνακες 11 και 15 που παρουσιάστηκαν *παραπάνω*, **β)** της ομοσκεδαστικότητας της ΦΛ για όλες τις τιμές της ΚΑΣ και του φύλου φαίνεται στο διάγραμμα 20, όπου σχεδόν όλες οι τιμές εκτός κάποιων εξαιρέσεων βρίσκονται στο διάστημα $[-2, 2]$, **γ)** της ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων, προκύπτει από την τιμή του Durbin-Watson (πίνακας 73) που βρέθηκε 2,104, δηλαδή στο διάστημα $[1,5, 2,5]$ και τέλος **δ)** της μη ύπαρξης συγγραμμικότητας στις ανεξάρτητες μεταβλητές, προκύπτει από τις τιμές του παράγοντα ανοχής (tolerance factor) και του συντελεστή διόγκωσης της διακύμανσης

(VIF), όπου όπως φαίνεται στον πίνακα 74 δεν υπάρχει πρόβλημα συγγραμικότητας, καθώς ο πρώτος δεν παρουσιάζει τιμές <math><0,1</math> και ο δεύτερος δεν έχει τιμές >10.

Πίνακας 72: Έλεγχος κανονικότητας για τα υπόλοιπα (residuals) για την ΦΛ

| Tests of Normality | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----|--------|
| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | |
| | Statistic | df | Sig. |
| Standardized Residual (ΦΛ) | 0,104 | 204 | <0,001 |
| a. Lilliefors Significance Correction | | | |

Διάγραμμα 20: Διάγραμμα διασποράς των υπολοίπων της παλινδρόμησης, έναντι των προβλεπόμενων τιμών



Πίνακας 73: Συντελεστής συσχέτισης (R), συντελεστής προσδιορισμού (R Square) και έλεγχος ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων (Durbin-Watson).

| Model Summary ^b | | | | | |
|---|--------------------|----------|-------------------|----------------------------|---------------|
| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Durbin-Watson |
| 1 | 0,204 ^a | 0,042 | 0,032 | 26,60428 | 2,104 |
| a. Predictors: (Constant), ΦυλοRec, Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | | | | | |
| b. Dependent Variable: Φυσική Λειτουργικότητα | | | | | |

Πίνακας 74: Πίνακας ελέγχου συγγραμμικότητας

| Coefficients ^a | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|-------|-------------------------|-------|
| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. | Collinearity Statistics | |
| | | B | Std. Error | Beta | | | Tolerance | VIF |
| 1 | (Constant) | 20,165 | 18,724 | | 1,077 | 0,283 | | |
| | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | 10,261 | 4,051 | 0,176 | 2,533 | 0,012 | 0,988 | 1,012 |
| | ΦυλοRec | -7,378 | 4,093 | -0,125 | -1,803 | 0,073 | 0,988 | 1,012 |

a. Dependent Variable: Φυσική Λειτουργικότητα

Τα ευρήματα από την εφαρμογή του μοντέλου της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί εάν η ΚΑΣ και το φύλο προβλέπουν σημαντικά τη ΦΛ, έδειξαν ότι το μοντέλο εξηγεί το 4,2% της διακύμανσης ($R^2=0,042$) (πίνακας 73). Το μοντέλο προβλέπει σημαντικά τις τιμές της ΦΛ ($F(2, 201)=4,386$, $p=0,014$) (πίνακας 75), με την Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων ($B=10,261$, $p=0,022$) να συνεισφέρει σημαντικά στο μοντέλο (πίνακας 76), ενώ το φύλο ($B=-7,387$, $p=0,094$), δεν φαίνεται να συνεισφέρει σημαντικά (πίνακας 76). Η προβλεπόμενη τιμή ΦΛ ισούται με: $20,165 + 10,261 * ΚΑΣ$ (πίνακας 76).

Επίσης η μεροληψία (bias) στους συντελεστές παλινδρόμησης (bootstrap correlations) είναι πολύ μικρή (πίνακας 76).

Πίνακας 75: Σημαντικότητα του μοντέλου

| ANOVA ^a | | | | | | |
|--------------------|------------|----------------|-----|-------------|-------|--------------------------|
| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| 1 | Regression | 6208,544 | 2 | 3104,272 | 4,386 | 0,014^b |
| | Residual | 142265,353 | 201 | 707,788 | | |
| | Total | 148473,897 | 203 | | | |

a. Dependent Variable: Φυσική Λειτουργικότητα

b. Predictors: (Constant), ΦυλοRec, Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων

Πίνακας 76: Συντελεστές της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

| Bootstrap for Coefficients | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|--------|--------|------------|-----------------|-----------------------------|--------|
| Model | | B | Bias | Std. Error | Sig. (2-tailed) | Bootstrap ^a | |
| | | | | | | BCa 95% Confidence Interval | |
| | | | | | | Lower | Upper |
| 1 | (Constant) | 20,165 | -0,093 | 19,905 | 0,305 | -18,414 | 59,249 |
| | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | 10,261 | 0,042 | 4,267 | 0,022 | 1,549 | 18,705 |
| | ΦυλοRec | -7,378 | -0,153 | 4,392 | 0,094 | -15,871 | 0,868 |

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 2000 bootstrap samples

Συνοψίζοντας τα παραπάνω ευρήματα επισημαίνεται ότι, ενώ η ΚΑΣ και το φύλο όταν μελετώνται ξεχωριστά ως προς τη σχέση τους με τη ΦΛ βρέθηκε ότι και τα δύο χαρακτηριστικά ασκούν επίδραση στη ΦΛ των ασθενών, όταν ωστόσο εξετάζονται και τα δύο μαζί ως προς την επίδρασή τους, μόνο η ΚΑΣ συνεισφέρει σημαντικά στη διαμόρφωση των τιμών της ΦΛ, με τους συντελεστές του μοντέλου να μην διαφέρουν πολύ από αυτούς που παρουσιάστηκαν στον πίνακα 57a όπου αποτυπώθηκε η σχέση μόνο της ΚΑΣ με τη ΦΛ.

Αποτύπωση της σχέσης ανάμεσα στη φυσική/σωματική λειτουργικότητα, την κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων και την ηλικία

Στις προηγούμενες ενότητες διερευνήθηκε η επίδραση και αποτυπώθηκε η σχέση της κλίμακας αρνητικών συναισθημάτων (ΚΑΣ) στη σωματική/φυσική λειτουργικότητα των ασθενών και επίσης βρέθηκε ότι ανάμεσα στη ΦΛ και την ηλικία υπάρχει ασθενής αρνητική συσχέτιση. Στην παρούσα ενότητα θα διερευνηθεί και θα αποτυπωθεί η ύπαρξη και η ένταση της επίδρασης της ΚΑΣ και της ηλικίας στην σωματική λειτουργικότητα των ασθενών.

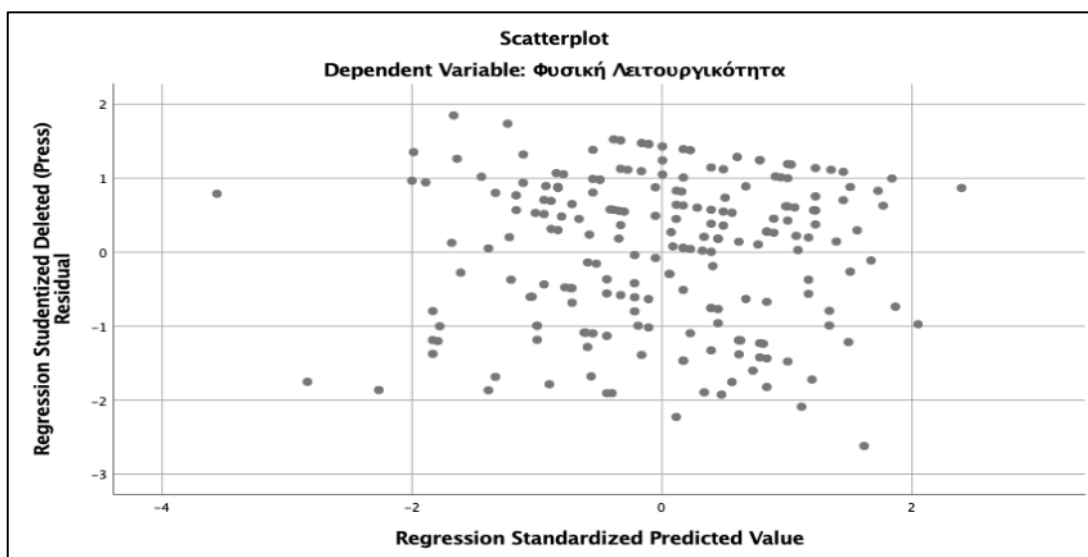
Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση και να αποτυπωθεί η σχέση ανάμεσα στη σωματική/φυσική λειτουργικότητα (ΦΛ) των ασθενών, στην κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων (ΚΑΣ) και την ηλικία, χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Η σημαντικότητα του υποδείγματος και οι συντελεστές του μοντέλου της παλινδρόμησης υπολογίστηκαν και επιβεβαιώθηκαν με τη μέθοδο bootstrap 2000 δειγμάτων στις παρατηρήσεις, αφού η προϋπόθεση της κανονικότητας δεν ισχύει ($p < 0,001$) (πίνακας 77). Οι υπόλοιπες προϋποθέσεις εφαρμογής του μοντέλου της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης ισχύουν και συγκεκριμένα η προϋπόθεση: **α)** της γραμμικότητας στη σχέση της φυσικής λειτουργικότητας με την κλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων και την ηλικία έχει ήδη αναλυθεί στους πίνακες 11 και 33, **β)** της ομοσκεδαστικότητας της ΦΛ για όλες τις τιμές της ΚΑΣ και της ηλικίας φαίνεται στο διάγραμμα 21 όπου σχεδόν όλες οι τιμές εκτός κάποιων εξαιρέσεων βρίσκονται στο διάστημα $[-2, 2]$, **γ)** της ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων, προκύπτει από την τιμή του Durbin-Watson (πίνακας 78) που βρέθηκε 2,140, δηλαδή στο διάστημα $[1,5, 2,5]$ και τέλος **δ)** της μη ύπαρξης συγγραμμικότητας στις ανεξάρτητες μεταβλητές, προκύπτει από τις τιμές του παράγοντα ανοχής (tolerance factor) και του συντελεστή διόγκωσης της διακύμανσης (VIF), όπου όπως φαίνεται στον πίνακα

79 δεν υπάρχει πρόβλημα συγγραμμικότητας, καθώς ο πρώτος δεν παρουσιάζει τιμές <0,1 και ο δεύτερος δεν έχει τιμές >10.

Πίνακας 77: Έλεγχος κανονικότητας για τα υπόλοιπα (residuals) για την ΦΛ

| Tests of Normality | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----|--------|
| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | |
| | Statistic | df | Sig. |
| Standardized Residual (ΦΛ) | 0,099 | 204 | <0,001 |
| a. Lilliefors Significance Correction | | | |

Διάγραμμα 21: Διάγραμμα διασποράς των υπολοίπων της παλινδρόμησης, έναντι των προβλεπόμενων τιμών



Πίνακας 78: Συντελεστής συσχέτισης (R), συντελεστής προσδιορισμού (R Square) και έλεγχος ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων (Durbin-Watson)

| Model Summary ^b | | | | | |
|--|-------|----------|-------------------|----------------------------|---------------|
| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Durbin-Watson |
| 1 | 0,233 | 0,054 | 0,045 | 26,42927 | 2,140 |
| a. Predictors: (Constant), Ηλικία, Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | | | | | |
| b. Dependent Variable: Φυσική Λειτουργικότητα | | | | | |

Πίνακας 79: Πίνακας ελέγχου συγγραμμικότητας

| Coefficients ^a | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|-------|-------------------------|-------|
| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. | Collinearity Statistics | |
| | | B | Std. Error | Beta | | | Tolerance | VIF |
| 1 | (Constant) | 39,588 | 20,460 | | 1,935 | 0,054 | | |
| | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | 9,134 | 4,002 | 0,157 | 2,282 | 0,024 | 0,999 | 1,001 |
| | Ηλικία | -0,351 | 0,144 | -0,168 | -2,442 | 0,015 | 0,999 | 1,001 |
| a. Dependent Variable: Φυσική Λειτουργικότητα | | | | | | | | |

Τα ευρήματα από την εφαρμογή του μοντέλου της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί εάν η ΚΑΣ και η ηλικία προβλέπουν σημαντικά τη ΦΛ, έδειξαν ότι το μοντέλο εξηγεί το 5,4% της διακύμανσης ($R^2=0,054$) (πίνακας 78). Το μοντέλο προβλέπει σημαντικά τις τιμές της ΦΛ ($F(2, 201)=5,780, p=0,004$) (πίνακας 80), με την Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων ($B=9,134, p=0,027$) και την ηλικία ($B=-0,351, p=0,01$), να συνεισφέρουν σημαντικά στο μοντέλο (πίνακας 81). Η προβλεπόμενη τιμή ΦΛ ισούται με: $39,588 + 9,134 \cdot \text{ΚΑΣ} - 0,351 \cdot \text{Ηλικία}$ (πίνακας 81).

Πίνακας 80: Σημαντικότητα του μοντέλου

| ANOVA ^a | | | | | | |
|--------------------|------------|----------------|-----|-------------|-------|--------------------|
| | Model | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| 1 | Regression | 8074,142 | 2 | 4037,071 | 5,780 | 0,004 ^b |
| | Residual | 140399,755 | 201 | 698,506 | | |
| | Total | 148473,897 | 203 | | | |

a. Dependent Variable: Φυσική Λειτουργικότητα

b. Predictors: (Constant), Ηλικία, Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων

Πίνακας 81: Συντελεστές της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

| Bootstrap for Coefficients | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--------|------------------------|------------|-----------------|--------|-----------------------------|--------|---|
| | Model | B | Bootstrap ^a | | | | BCa 95% Confidence Interval | | t |
| | | | Bias | Std. Error | Sig. (2-tailed) | Lower | Upper | | |
| 1 | (Constant) | 39,588 | -0,221 | 19,309 | 0,044 | 0,867 | 77,026 | 1,935 | |
| | Κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων | 9,134 | 0,046 | 4,050 | 0,027 | 0,702 | 17,391 | 2,282 | |
| | Ηλικία | -0,351 | 8,056E-5 | 0,132 | 0,010 | -0,611 | -0,089 | -2,442 | |

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 2000 bootstrap samples

Από τον πίνακα 81 φαίνεται επίσης ότι η καλύτερη προβλέπουσα μεταβλητή (best predictor variable), δηλαδή η μεταβλητή με τη μεγαλύτερη συνεισφορά στο μοντέλο, είναι η ΚΑΣ ($t=2,282$) και ακολουθεί η ηλικία ($t=-2,442$). Επίσης η μεροληψία (bias) στους συντελεστές παλινδρόμησης (bootstrap correlations) είναι πολύ μικρή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

Επιλογή ποιοτικής μεθόδου έρευνας

Τα τελευταία χρόνια είναι έντονο το ενδιαφέρον των ερευνητών για την ποιοτική έρευνα με πολλές εφαρμογές στις κοινωνικές επιστήμες. Σε αντίθεση με την ποσοτική έρευνα, που αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, η ποιοτική έρευνα δεν κάνει χρήση αριθμών ή μαθηματικών λογικών, αλλά αφορά την καταγραφή των λεγόμενων ή δρώμενων των ατόμων που συμμετέχουν, με απώτερο σκοπό να ερμηνεύσει το λόγο που απαντούν ή δρουν με το συγκεκριμένο τρόπο, και να κατανοήσει την ποιότητα των όσων λένε και κάνουν, καθώς επίσης και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιείται για να διερευνηθούν, να κατανοηθούν και να ερμηνευτούν οι ανθρώπινες συμπεριφορές, αντιλήψεις, πεποιθήσεις, απόψεις (Silverman D, 2000), (Pope C, Mays N, 1995), (Greenhalgh T, Taylor R, 1997). Επιδίωξη της ποιοτικής έρευνας είναι *“να ανακαλύψει τις απόψεις του ερευνώμενου πληθυσμού, εστιάζοντας στις οπτικές γωνίες υπό τις οποίες τα άτομα βιώνουν και αισθάνονται τα γεγονότα”* (Bird M, Hammersley M, Gomm R & Woods P, 1999). Εν περιλήψει ο ερευνητής μέσω της ποιοτικής μελέτης στοχεύει να απαντήσει ερωτήματα που θέτει ο ίδιος και έχουν σχέση με το *“πώς”* και το *“γιατί”* (Rolf G., 1994), (Holloway I, Wheeler S, 1996).

Πρόκειται για μία σε βάθος προσέγγιση με στόχο την ανάλυση και ερμηνεία ποιοτικών στοιχείων, μετά βέβαια από τη συλλογή και αξιολόγηση των δεδομένων. Η επιλογή της ποιοτικής έρευνας γίνεται όταν ο ερευνητής αποσκοπεί σε μια βαθύτερη και πιο ολοκληρωμένη ανάλυση γεγονότων και συμπεριφορών.

Το βασικό της χαρακτηριστικό είναι ότι ο ίδιος ο ερευνητής αποτελεί το ερευνητικό εργαλείο (Ball S.J, 1990). Δεν καταγράφει απλά αυτά που περιγράφουν οι εξεταζόμενοι, αλλά προσπαθεί να ανακαλύψει τι σημαίνουν οι λέξεις με τις οποίες εκφράζονται, παρατηρεί τις κινήσεις του σώματος τους, αλλά και τις εκφράσεις του προσώπου τους. Σύμφωνα με τους (Denzin N.K. & Lincoln Y.S, 2005) *“οι ποιοτικοί ερευνητές μελετούν τα πράγματα στο φυσικό τους πλαίσιο, επιχειρώντας να δώσουν νόημα ή να ερμηνεύσουν τα φαινόμενα με όρους των νοημάτων που οι άνθρωποι δίνουν σε αυτά”*. Έτσι, ο ερευνητής επιχειρεί να συνδυάσει με έναν τρόπο λογικό τα στοιχεία που συλλέγει και να καταλήξει

σε ένα συμπέρασμα. Βέβαια, αυτό εξαρτάται και πως αντιλαμβάνεται ο ίδιος τα γεγονότα και κατά πόσο τα θεωρεί σημαντικά. Άρα, ο τρόπος που τα ερμηνεύει έχει και κάποια υποκειμενικότητα. Σύμφωνα με τους (Redlich-Amirav D. & Higginbottom G, 2014), η ποιοτική έρευνα έχει να κάνει κυρίως με συνθήκες “*πρόσωπο με πρόσωπο*”. Το κάθε άτομο που συμμετέχει έχει τις προσωπικές του απόψεις (Watt D, 2007), (Rossman G.B, 1993) και με βάση αυτές ερμηνεύονται τα όσα λέγονται.

Μπορεί βέβαια οι ποιοτικές μέθοδοι σε μεγάλο βαθμό να αποτελούν μια υποκειμενική διαδικασία, που ελέγχεται από μεθοδολογικούς κανόνες, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι δεν έχουν και αντικειμενικότητα. Οι (Finlay L & Gough B, 2008), αναφέρουν ότι “*η αντικειμενική γνώση απαιτεί ενεργές, πολύπλοκες, υποκειμενικές διαδικασίες, όπως η αντίληψη, η αναλυτική συλλογιστική, η συνθετική συλλογιστική κτλ.*”.

Οι ποιοτικές μέθοδοι σε μεγάλο βαθμό δεν είναι κατευθυνόμενες και παρουσιάζουν μια φυσιολογική ροή. Προσαρμόζονται εύκολα σε αλλαγές του ερευνητικού περιβάλλοντος, είναι φυσικές (Given L.M, 2008), (Hughes C, 2012), και περισσότερο ελκυστικές, γιατί επικεντρώνονται στις πραγματικές προθέσεις (Chism N.V.N, Douglas E. & Hilson Jr W.J, 2008), χωρίς να είναι καταπιεστικές. Δεν είναι μια απλή διαδικασία και πρόκειται για μια “*λεπτή*” περιγραφή (Ballesteros B, & Mata-Benito P, 2018) από τους ερευνητές ή για τη “*δημιουργία λεπτομερών εικόνων από τις ζωές των ανθρώπων*” (Seitz S, 2016). Εντούτοις, παρουσιάζουν και κάποια μειονεκτήματα, διότι εφαρμόζονται σε αρκετά περιορισμένο πεδίο και συχνά τα ευρήματα τους δε μπορούν να γενικευτούν και φυσικά χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε οι ερευνητές να μην επηρεάζουν τα δεδομένα και την ερμηνεία τους, λόγω προσωπικών προκαταλήψεων.

Η ποσοτική και η ποιοτική έρευνα συχνά μπορεί να χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά. Ήδη από την δεκαετία του '90 γίνονται έντονες συζητήσεις γύρω από το θέμα του συνδυασμού και της συμπληρωματικότητας των δύο μεθοδολογικών προσεγγίσεων. Οι (Moran-Ellis J, Alexander V, Cronin A, Dickinson M, Fielding J, Sleney J & Thomas H, 2006), επισημαίνουν ότι δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των υποστηρικτών των συνδυαστικών μεθόδων ούτε ως προς το τι επιτυγχάνεται ούτε με ποιο τρόπο μπορούν να γίνουν. Ωστόσο, με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δίνονται διαφορετικές απαντήσεις στο ερώτημα **τί μπορεί να επιφέρει η χρήση μεικτών μεθόδων:**

- ✓ αύξηση της ακρίβειας και της εγκυρότητας των ερευνητικών ευρημάτων,
- ✓ παραγωγή νέας γνώσης μέσω της σύνθεσης ευρημάτων που προέκυψαν από διαφορετικές προσεγγίσεις,
- ✓ ανάδειξη διαφορετικών οπτικών ή “λόγων” για το ίδιο φαινόμενο,
- ✓ μελέτη των κοινωνικών φαινομένων ως πολύπλοκων και πολυσχιδών οντοτήτων μέσω μιας πολυπρισματικής θεώρησης.

Και οι δύο δίνουν τη δυνατότητα στον ερευνητή να ασχοληθεί με ένα ερευνητικό πεδίο και να εστιάσει σε αυτό. Ή δε επιλογή της μίας ή της άλλης μεθόδου ή του συνδυασμού αυτών, εξαρτάται από τον ερευνητή και μπορεί να γίνει σε όλη τη διάρκεια της έρευνας. Στην παρούσα διατριβή μετά την ανάλυση της ποσοτικής έρευνας ακολουθεί η ποιοτική έρευνα της διερεύνησης σχέσης γιατρού - ασθενή. Τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας αποτέλεσαν την αφετηρία για περαιτέρω προβληματισμούς, που θα προσπαθήσουν να απαντηθούν με την ποιοτική μέθοδο, γιατί σε μια έρευνα τα ζητήματα προς μελέτη και ανάλυση δεν σταματούν να προκύπτουν διαρκώς. Ειδικότερα, στην συγκεκριμένη έρευνα μετά την βιβλιογραφική θεωρητική ανάλυση και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ποσοτικής έρευνας, θα γίνει μια ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση, που θα δράσει συμπληρωματικά και θα προσπαθήσει να δώσει μια ολοκληρωμένη απάντηση και να συντελέσει στην καλύτερη κατανόηση της σχέσης γιατρού - ασθενή και κατά πόσο αυτή μπορεί να αποτελέσει έναν ουσιαστικό παράγοντα επιτυχίας της θεραπείας.

Ερευνητικό εργαλείο

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή δεδομένων στην ποιοτική έρευνα είναι **α)** η παρατήρηση (observation), **β)** οι συνεντεύξεις (interviews), **γ)** οι ομάδες επικέντρωσης (focus groups) και **δ)** η μεθοδολογία Delphi (Delphi method). Ως βασικό εργαλείο θεωρούνται οι συνεντεύξεις. Χρησιμοποιούνται περισσότερο λόγω της ευελιξίας και της αμεσότητας που παρέχουν και της εξοικείωσης που νιώθει αυτός που παραχωρεί την συνέντευξη (King N, 1999). Πρόκειται για μια τεχνική που στοχεύει στην οργάνωση μιας σχέσης προφορικής επικοινωνίας ανάμεσα σε δύο άτομα, ώστε να μπορέσει το άτομο που διεξάγει την συνέντευξη να συλλέξει πληροφορίες από τον ερωτώμενο σχετικά με κάποιο θέμα (Κορρές Μ.Γ, 2015). Ο (Ιωσηφίδης Θ, 2003), επισημαίνει ότι ο

ερευνητής με αυτό τον τρόπο μπορεί να κατανοήσει κοινωνικές συμπεριφορές, στάσεις και αντιλήψεις των ερωτώμενων, να μπορέσει δηλαδή να δει τον κοινωνικό κόσμο μέσα από τα μάτια των κοινωνικών υποκειμένων.

Οι (Cohen L. & Manion L, 1992) επισημαίνουν ότι πρόκειται για “*την αλληλεπίδραση, την επικοινωνία μεταξύ προσώπων, που καθοδηγείται από τον ερευνητή με στόχο την απόσπαση πληροφοριών σχετιζόμενων με το αντικείμενο της έρευνας*”. Η μέθοδος αυτή στοχεύει στο να σχηματίσει ένα “*νοητικό περιεχόμενο*” (Mialaret G, 1997), να φέρει στην επιφάνεια πτυχές της προσωπικότητας και να αναγνωρίσει συμπεριφορές.

Πολλοί ερευνητές τονίζουν την αξία των συνεντεύξεων, διότι μπορούν να συγκεντρωθούν πληροφορίες σε βάθος, αλλά από την άλλη γνωρίζουν ότι είναι μια διαδικασία αρκετά απαιτητική ως προς το σχεδιασμό της και χρονοβόρα ως προς τη διεξαγωγή της. Η επιλογή των ερωτήσεων είναι καθοριστική για την επεξεργασία και την ανάλυση των αποτελεσμάτων (Cohen L, Manion L & Morrison K, 2008). Είναι μια αρκετά δύσκολη διαδικασία και απαιτεί ιδιαίτερες ικανότητες από τον ερευνητή, επικοινωνιακές δεξιότητες, ευαισθησία, εμπειρία και ενδιαφέρον. Παρότι πιστεύετε από πολλούς ότι πρόκειται για καθημερινές συζητήσεις που μπορούν να γίνουν εύκολα χωρίς κάποιον ιδιαίτερο σχεδιασμό και μπορούν να γίνουν από οποιοδήποτε, αυτό φυσικά δεν ισχύει (Mason J, 2009).

Για τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών ο ερευνητής έχει να επιλέξει μία από τις παρακάτω μορφές συνέντευξης

- Την **πλήρως δομημένη**, που βασίζεται σε αυστηρά προκαθορισμένες ερωτήσεις ως προς το περιεχόμενο, τη σειρά που τίθενται και τη διατύπωση τους. Σύμφωνα με τον (Robson C, 2007) η χρήση ανοικτών ερωτήσεων αποτελεί τη μόνη διαφορά από ένα ερωτηματολόγιο δειγματοληπτικής έρευνας που χρησιμοποιεί συνεντεύξεις.
- Την **ημι-δομημένη/ημι-κατευθυνόμενη**. Αποτελείται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων αλλά η σειρά με την οποία γίνονται μπορεί να τροποποιηθεί από τον ερευνητή. Μπορεί, επίσης, να γίνει αλλαγή του περιεχομένου των ερωτήσεων και να δοθούν εξηγήσεις. Κάποιες ερωτήσεις που δε θεωρούνται κατάλληλες για τον ερωτώμενο μπορεί να αφαιρεθούν ή να προστεθούν κάποιες άλλες (Robson C, 2007).
- Τη **μη δομημένη / άτυπη συνέντευξη**, που μπορεί να στηρίζεται σε ένα κατάλογο προκαθορισμένων ερωτήσεων αλλά η συζήτηση είναι ανοιχτή. Μπορεί, όμως, να είναι πλήρως άτυπη. Δηλαδή, να μην υπάρχει προκαθορισμός θεμάτων, ερωτήσεων ή σειρά διατύπωσης αυτών και οι ερωτήσεις να προκύπτουν κατά την ροή της συνέντευξης

(Robson C, 2007). Στην περίπτωση αυτή είναι σημαντικό ο ερευνητής να έχει αρκετό χρόνο στη διάθεση του και εμπειρία, για να μπορεί να συλλέξει τις κατάλληλες πληροφορίες.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η δομημένη συνέντευξη. Διεξήχθη ένας τύπος προσωπικής συνέντευξης, στην οποία ο ερωτώμενος κλήθηκε να απαντήσει σε ερωτήσεις που είχαν καθοριστεί εκ των προτέρων. Τέθηκαν οι ίδιες ερωτήσεις σε όλους τους συμμετέχοντες με την ίδια σειρά και διατύπωση και ζητήθηκε η απάντηση τους πάνω σε συγκεκριμένα θέματα. Η επιλογή αυτού του τύπου συνέντευξης έγινε με σκοπό να επιτευχθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο ο σκοπός της έρευνας.

Σχεδιασμός του πρωτοκόλλου συνέντευξης

Η δομημένη συνέντευξη που επιλέχθηκε στην παρούσα έρευνα αποτέλεσε το βασικό ερευνητικό εργαλείο για τη συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών. Η ερευνητική διαδικασία ξεκίνησε με τον εντοπισμό των θεματικών αξόνων πάνω στους οποίους θα βασιζόταν η συνέντευξη, και την ανάπτυξη μιας σειράς ερωτημάτων που επρόκειτο να τεθούν στους ερωτώμενους. Οι θεματικοί άξονες προέκυψαν από τα ερευνητικά ερωτήματα της ποσοτικής έρευνας και έγινε μια περαιτέρω προσπάθεια να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα αυτής αλλά και να συμπληρωθούν.

Πιο συγκεκριμένα, έγινε προσπάθεια να επιβεβαιωθεί και να διερευνηθεί το αποτέλεσμα ότι *οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια σχέσης με το γιατρό έχουν καλύτερη ποιότητα υγείας* στη διάσταση του σωματικού ρόλου και στη διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας καθώς και να προσδιοριστούν οι παράγοντες που παίζουν ρόλο σε αυτό.

Τα **ερευνητικά ερωτήματα** που έπρεπε να απαντηθούν ήταν τα παρακάτω:

1. Η σχέση γιατρού - ασθενή επηρεάζει την κατάσταση υγείας και την ποιότητα ζωής των ρευματοπαθών;
2. Μέσω ποιων παραγόντων η σχέση γιατρού - ασθενή επηρεάζει την κατάσταση της υγείας και την ποιότητα ζωής των ρευματοπαθών;
3. Η διάρκεια της σχέσης γιατρού - ασθενή επηρεάζει την κατάσταση υγείας και την ποιότητα ζωής των ρευματοπαθών;

Για τη δημιουργία του **πρωτοκόλλου συνέντευξης** της παρούσας έρευνας ακολουθήθηκαν τα εξής βήματα :

- α.** Αρχικά δημιουργήθηκε το ερευνητικό ημερολόγιο των συνεντεύξεων που περιλάμβανε
- i) τον αριθμό της συνέντευξης ii) την ημερομηνία, iii) τον τόπο διεξαγωγής της συνέντευξης.
- β.** Στη συνέχεια καταγράφηκε η ρευματική πάθηση από την οποία έπασχε ο ασθενής, η διάρκεια της πάθησης καθώς και η διάρκεια σχέσης με το γιατρό.
- γ.** Στον τρίτο μέρος αναπτύχθηκαν οι ερωτήσεις της συνέντευξης. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ανοιχτές ερωτήσεις, που άφηναν τον ερωτώμενο να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του με πλήρη ελευθερία. Είναι δέκα στον αριθμό, γραμμένες σε γλώσσα κατανοητή και σε συγκεκριμένη σειρά η καθεμία. Ήταν απαραίτητο το ερωτηματολόγιο να παρουσιάζει μια ομοιογένεια για την εύκολη κωδικοποίηση και την διασταύρωση των μεταβλητών.

Η σύνταξη των ερωτήσεων στην ποιοτική έρευνα αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία, διότι ο ερευνητής πρέπει να επιλέξει ποιες ερωτήσεις θα θέσει και με ποιον τρόπο θα τις θέσει. Για το σχεδιασμό και τη διατύπωση των ερωτήσεων ο (Mason J, 2009), ο (Robson C, 2007) και ο (Ιωσηφίδης Θ, 2008) δίνουν κάποιες οδηγίες.

Οι ερωτήσεις θα πρέπει:

- Να εστιάζουν στα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας
- Να είναι ανοικτές, ευέλικτες και να αφήνουν τον ερωτώμενο να εισχωρήσει σε βάθος
- Να είναι κατανοητές
- Να έχουν σχέση με τις εμπειρίες των ερωτώμενων
- Να διακρίνονται από ευαισθησία
- Να είναι σύμφωνες με τις αρχές δεοντολογίας
- Να βοηθούν την επικοινωνία κατά τη διάρκεια της συνέντευξης
- Να μην καθοδηγούν τον ερωτώμενο να απαντήσει με συγκεκριμένο τρόπο

Με βάση τις παραπάνω οδηγίες συντάχθηκαν δέκα ερωτήσεις, οι οποίες βασίζονταν σε ένα προκαθορισμένο πλαίσιο, τόσο ως προς το περιεχόμενο τους όσο και ως προς τη σειρά τους και γίνονταν με ομοιόμορφο τρόπο σε όλους τους ερωτώμενους (Dunn K, 2000).

Δείγμα ποιοτικής έρευνας

Μετά την κατάρτιση των τελικών ερωτήσεων και τη διαμόρφωση του πρωτοκόλλου συνέντευξης έγινε η επιλογή του δείγματος της έρευνας. Σύμφωνα με τους (Morse MJ, Field AP, 1996) η ποιοτική δειγματοληψία βασίζεται σε δύο βασικούς κανόνες: **α.** της καταλληλότητας και **β.** της επάρκειας. Το δείγμα θα πρέπει να είναι κατάλληλο για την ερμηνεία του φαινομένου και επαρκές σε παροχή ποιοτικών πληροφοριών (Morse MJ, 1994), (Patton M, 1990), (Polit DF, Hungler BP, 1999). Η δειγματοληψία στην ποιοτική έρευνα αποσκοπεί σύμφωνα με τον (Patton M.Q, 2002) να εντοπίσει πλούσιες σε πληροφορία περιπτώσεις (*information - rich cases*), δηλαδή περιπτώσεις οι οποίες “προσφέρονται για μελέτη εις βάθος” και από τις οποίες “κάποιος μπορεί να μάθει πολλά σχετικά με ζητήματα κεντρικής σημασίας για το σκοπό της έρευνας”.

Στην περίπτωση της ποιοτικής έρευνας το δείγμα δε χρειάζεται να είναι μεγάλο. Δεν υπάρχουν αριθμητικοί περιορισμοί και σταθεροί κανόνες ως προς το μέγεθος του δείγματος (Ιωσηφίδης Θ, 2008), (Patton M.Q, 2002). Αν το δείγμα είναι μεγάλο, αυτό μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά, όσον αφορά την κατανόηση σε βάθος κάποιων εμπειριών και την ανάδειξη συγκεκριμένων χαρακτηριστικών (Mantzoukas S, 2004). Το μικρού μεγέθους δείγμα είναι καλύτερο και από πρακτικής απόψεως καθώς ο χρόνος που απαιτείται για τη συλλογή και την ανάλυση του είναι μικρότερος και συνεπώς η διαχείριση του δείγματος ευκολότερη. Ο (Patton M.Q, 2002) υποστηρίζει ότι το μέγεθος του δείγματος εξαρτάται από “το τι θέλουμε να μάθουμε, γιατί θέλουμε να το μάθουμε, πώς θα χρησιμοποιηθούν τα ευρήματα καθώς και από τους πόρους (συμπεριλαμβανομένου του χρόνου) που διαθέτουμε στη μελέτη”.

Το δείγμα θα πρέπει να έχει τα απαραίτητα στοιχεία, που θέλει να ερευνήσει ο ερευνητής και θα πρέπει να θέλει να συμμετέχει στην έρευνα (Thompson C, 1999), (Morse MJ, 2003). Αυτό ονομάζεται δείγμα σκοπιμότητας (*purposive sampling*), δηλαδή ο ερευνητής δεν το επιλέγει τυχαία αλλά αυτό το συγκεκριμένο δείγμα έχει τα χαρακτηριστικά και τη θέληση να δώσει ολοκληρωμένες και σε βάθος απαντήσεις. Για να επιτευχθεί αυτό, ο ερευνητής μπορεί να βασιστεί στη γνώση που διαθέτει για το υπό μελέτη θέμα, στην υπάρχουσα βιβλιογραφία ή ακόμη και σε κάποια πρώτα δεδομένα της ίδιας της έρευνας (Ιωσηφίδης Θ, 2008), (Marshall MN, 1996). Με αυτή τη στρατηγική επιλέγονται τα άτομα

που περιλαμβάνονται σε ένα μικρό δείγμα με σκοπό να αυξηθεί η αξιοπιστία και όχι η αντιπροσωπευτικότητα και η γενίκευση.

Στη συγκεκριμένη έρευνα το δείγμα αποτελούνταν από δεκαπέντε ασθενείς με χρόνια ρευματολογικό νόσημα. Επρόκειτο για άτομα διαφορετικού φύλου, ηλικίας, διάρκειας νόσου και διάρκειας σχέσης με το γιατρό.

| Ερωτηματολόγιο | Πάθηση | Διάρκεια Ασθένειας | Διάρκεια Σχέσης |
|----------------|---------------------------------------|--------------------|-----------------|
| 1 | Ρευματοειδής Αρθρίτιδα | 38 | 30 |
| 2 | Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος - ΣΕΛ | 2 | 2 |
| 3 | Ρευματοειδής Αρθρίτιδα | 7 | 6 |
| 4 | Γιγαντοκυτταρική Αρθρίτιδα | 2 | 2 |
| 5 | Ψωριασική Αρθρίτιδα | 3 | 3 |
| 6 | Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα | 11 | 11 |
| 7 | Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα | 15 | 12 |
| 8 | Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα | 7 | 7 |
| 9 | Sjogren | 3 | 3 |
| 10 | Ρευματοειδής Αρθρίτιδα | 40 | 20 |
| 11 | Ρευματοειδής Αρθρίτιδα | <1 | <1 |
| 12 | Ρευματοειδής Αρθρίτιδα | 30 | 14 |
| 13 | Ψωριασική Αρθρίτιδα | 9 | 6 |
| 14 | Ψωριασική Αρθρίτιδα | 22 | 19 |
| 15 | Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος - ΣΕΛ | 15 | 11 |

Τα **απαραίτητα κριτήρια** που ορίστηκαν για την συμμετοχή στην έρευνα, όπως και στην ποσοτική έρευνα ήταν:

- ✓ Η εθελοντική συμμετοχή
- ✓ Άνδρες και γυναίκες ηλικίας ≥ 18 ετών
- ✓ Ασθενείς με ρευματικό νόσημα
- ✓ Οι ασθενείς να μιλούν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα.

Διαδικασία διεξαγωγής της ποιοτικής έρευνας - ηθικά ζητήματα - διασφάλιση προστασίας προσωπικών δεδομένων

Η ποιοτική έρευνα διεξήχθη τον Αύγουστο και το Σεπτέμβριο του 2022. Οι συναντήσεις που θα γίνονταν οι συνεντεύξεις έγιναν με τη συγκατάθεση των ερωτώμενων στα μέρη και τις ώρες που τους διευκόλυναν. Αρχικά, ο ερευνητής σύμφωνα με τον (Bell J, 1997) υποχρεούται να συστήνεται και να ενημερώνει για το σκοπό της έρευνας. Επίσης, θα πρέπει να ενημερώνει για τη διάρκεια της συνέντευξης. Αυτό έγινε και στη συγκεκριμένη έρευνα. Ο (Johnson D, 1984) επισημαίνει πως ο ερευνητής είναι υπεύθυνος για τον τρόπο με τον οποίο θα φέρει εις πέρας τη συνέντευξη.

Στην ποιοτική έρευνα είναι πολύ σημαντικά τα ηθικά ζητήματα, που αφορούν την αλληλεπίδραση ερευνητή και ερωτώμενων και ως βασικό πρωτεύοντα στόχο έχουν τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων των συμμετεχόντων. Κύριο μέλημα του ερευνητή οφείλει να είναι και η προστασία των προσωπικών δεδομένων. Όπως και στην περίπτωση της ποσοτικής μελέτης, κατόπιν της ειδικής άδειας από την **Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας** του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δόθηκαν στους ερωτώμενους τα έντυπα ενημέρωσης και συγκατάθεσης προς υπογραφή, με σκοπό να ενημερωθούν πλήρως για το αντικείμενο της μελέτης, τους στόχους της, τη χρήση των δεδομένων και φυσικά να τους διαβεβαιώσουν για την ανωνυμία και την τήρηση του ιατρικού απορρήτου. Σε κάθε μελέτη θα πρέπει να εξασφαλίζεται η πληροφορημένη συναίνεση (informed consent) (Richards HM, Schwartz LJ, 2002), (Clark A, 2006). Οι ερευνητές πρέπει να ενημερώνουν προφορικά και γραπτά τους υποψήφιους συμμετέχοντες για:

1. τον σκοπό και τη μεθοδολογία της μελέτης,
2. τους αναμενόμενους κινδύνους και τα αναμενόμενα οφέλη, περιλαμβάνοντας τη ψυχολογική και την κοινωνική διάσταση,
3. την ελευθερία επιλογής για τη συμμετοχή σε μια μελέτη και τη δυνατότητα διακοπής της συμμετοχής σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή χωρίς αρνητικές συνέπειες,
4. τον τρόπο με τον οποίο θα διαφυλαχθεί η ανωνυμία και τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων,
5. το ρόλο των συμμετεχόντων σε μια μελέτη, περιλαμβάνοντας και το χρόνο που απαιτείται

6. το όνομα και τα στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή στον οποίο οι συμμετέχοντες μπορούν να απευθυνθούν σχετικά με τα δικαιώματά τους στη μελέτη

Και στην παρούσα μελέτη ο ερευνητής ενημέρωσε τους ερωτώμενους για τα δικαιώματά τους κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, τους ενημέρωσε ότι μπορεί να μην αναφέρουν πληροφορίες που δε θέλουν, και να αποχωρήσουν από τη διαδικασία όποτε και αν επιθυμούν. Όταν ένας ερευνητής βρίσκεται μπροστά σε ένα ζήτημα δεοντολογίας, θα πρέπει να συγκρίνει το “κόστος” που μπορεί να προκαλέσει η διεξαγωγή της έρευνας στα άτομα που συμμετέχουν με το “όφελος” που θα αποφέρει η έρευνα στην προώθηση της γνώσης και στη βελτίωση ορισμένων συνθηκών (Robson C, 2010). Στην περίπτωση των ποιοτικών προσεγγίσεων η τήρηση των αρχών δεοντολογίας είναι δύσκολη υπόθεση, γιατί η όλη ερευνητική διαδικασία είναι ευέλικτη, λόγω της στενής, συχνά, σχέσης ανάμεσα στον ερευνητή και τον ερωτώμενο.

Βασικό είναι η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης, ευγένειας και διακριτικότητας μεταξύ του ερευνητή και του ερωτώμενου. Ο (Briggs CL, 1986) αναφέρει ότι “τα υποκείμενα πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και δικαιοσύνη”. Οι ερευνητές δεν πρέπει να πιέζουν τους ερωτώμενους για να τους αποσπάσουν πληροφορίες. Θα πρέπει να είναι προσεκτικοί ώστε οι ερωτήσεις που θέτουν να μην τους προκαλούν άγχος, συναισθηματική ένταση και να μην τους φέρνουν σε δύσκολη θέση.

Συνοπτικά, για την επιτυχή έκβαση της συνέντευξης ο ερευνητής οφείλει να έχει κάποιες **δεξιότητες**

- Να ακούει προσεκτικά αυτά που λέει ο ερωτώμενος και να κρατά μια στάση ενεργητικής ακρόασης
- Να μην εκφράζει τις προσωπικές του απόψεις
- Να είναι ευγενικός και διακριτικός και να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή και ευαισθησία σε ζητήματα που αγγίζουν την ψυχική σφαίρα του ερωτώμενου
- Να εκφράζει με κατανοητό τρόπο τις ερωτήσεις, ώστε να μη δημιουργείται κάποια σύγχυση στους ερωτώμενους
- Να παρατηρεί τη συμπεριφορά των ερωτώμενων και να προσπαθεί να ερμηνεύσει τη γλώσσα του σώματος τους

Στη συνέχεια, μετά την ενημέρωση και τη λήψη της συγκατάθεσης, ο ερευνητής έχοντας ως γνώμονα τους παραπάνω κανόνες ολοκλήρωσε με επιτυχία τις συνεντεύξεις στους

δεκαπέντε συμμετέχοντες. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης έγινε προσπάθεια ο ερωτώμενος να νιώσει άνετα, να νιώσει ότι τον σέβονται και τον αντιμετωπίζουν με ευγένεια και διακριτικότητα. *“Η σχέση μεταξύ του ερευνητή και του υποκειμένου είναι μια αμοτεροβαρής σύμβαση. Πρέπει και τα δύο μέρη να νιώθουν (και να είναι) ισότιμα”* (Παρασκευοπούλου-Κόλλια ΕΑ, 2016). Μετά την ολοκλήρωση όλων των απαντήσεων ο ερευνητής ευχαριστούσε τους ερωτώμενους για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Η διαδικασία της συνέντευξης έγινε χωρίς την εμφάνιση κάποιων προβλημάτων και όλοι οι συμμετέχοντες φάνηκαν να συμμετέχουν με προθυμία και ενδιαφέρον, ώστε να συμβάλλουν θετικά στα αποτελέσματα τη έρευνας.

Ανάλυση δεδομένων της έρευνας

Το επόμενο βήμα μιας έγκυρης ποιοτικής ανάλυσης είναι η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων. Μετά τη συλλογή των δεδομένων μέσω των δομημένων συνεντεύξεων, που έγιναν στην παρούσα έρευνα, ο ερευνητής έπρεπε να τα μελετήσει, να τα κατανοήσει και να αποκτήσει μια ολοκληρωμένη εικόνα. Η διαδικασία αυτή ήταν αναγκαία, ώστε η όλη προσπάθεια να καταλήξει στην απόκτηση μιας νέας γνώσης (Mantzoukas S, 2004). Σύμφωνα με τον (Houser J, 2018), η ποιοτική ανάλυση ξεκινά σχεδόν αμέσως μόλις ξεκινήσει η συλλογή δεδομένων, σε αντίθεση με τις ποσοτικές μελέτες, όπου η ανάλυση γίνεται όταν συλλεχθούν όλα τα δεδομένα.

Στην ποιοτική έρευνα, υπάρχουν διάφοροι τρόποι ανάλυσης του ερευνητικού υλικού. Συνήθως, μέσα από αυτή τη διαδικασία συγκεντρώνεται μεγάλο σε όγκο και πολύπλοκο υλικό. Ο ερευνητής ξεκινά με την κατάταξη, οργάνωση και ταξινόμηση αυτού του υλικού. Το επόμενο βήμα είναι η επιλογή της μεθόδου ανάλυσης. Η ανάλυση δεδομένων στην ποιοτική έρευνα βασίζεται είτε στην παραγωγική μέθοδο (deductive method) είτε στην επαγωγική μέθοδο (inductive method) (Ritchie J, Lewis J, 2004), (Gerrish K, Lacey A, 2006). Στην παραγωγική μέθοδο χρησιμοποιείται ένα προκαθορισμένο πλαίσιο για την ανάλυση των δεδομένων, ενώ στην επαγωγική μέθοδο τα δεδομένα αναλύονται χωρίς να υπάρχει προκαθορισμένο θεωρητικό πλαίσιο. Διάφορες προσεγγίσεις χρησιμοποιούνται στην επαγωγική μέθοδο και η πιο συχνή είναι η θεματική ανάλυση (thematic analysis) (Pope C, Mays N, 1999).

Η θεματική ανάλυση είναι η πιο εύχρηστη μέθοδος που χρησιμοποιείται στην ποιοτική έρευνα. Ειδικότερα, είναι μια μέθοδος εντοπισμού, περιγραφής, αναφοράς και “θεματοποίησης” επαναλαμβανόμενων νοηματικών μοτίβων, δηλαδή “θεμάτων” τα οποία προκύπτουν από τα ερευνητικά δεδομένα, και αποτελεί βασικό εργαλείο για όλους τους ερευνητές που ασχολούνται με την ποιοτική έρευνα (Braun V & Clarke V, 2006), (Holloway I & Todres L, 2003), (Roulston K, 2001). Ένα πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η “θεωρητική ελευθερία” ή “ευελιξία” από την οποία χαρακτηρίζεται, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι δεν πλαισιώνονται από ένα επιστημονικό πλαίσιο.

Στο **πρώτο στάδιο** αυτής της ανάλυσης έγινε κατηγοριοποίηση των ασθενών ανάλογα με την πάθηση, τη διάρκεια της νόσου και τη διάρκεια σχέσης με το γιατρό. Το δείγμα αποτελούνταν από πέντε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, δύο με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, τρεις με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, ένας με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα, ένας με σύνδρομο Sjogren και τρεις με ψωριασική αρθρίτιδα (πίνακας 82).

Πίνακας 82: Ρευματικές Παθήσεις

| ΑΣΘΕΝΕΙΑ | |
|---------------------------------------|-----------|
| Ρευματοειδής Αρθρίτιδα | 5 |
| Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος - ΣΕΛ | 2 |
| Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα | 3 |
| Γιγαντοκυτταρική Αρθρίτιδα | 1 |
| Σύνδρομο Sjogren | 1 |
| Ψωριασική Αρθρίτιδα | 3 |
| Σύνολο | 15 |

Στη συνέχεια έγινε προσεκτική ανάγνωση των ερευνητικών δεδομένων και αναζήτηση των θεμάτων, που έχουν σημασία για την έρευνα. Ο ερευνητής με αυτό τον τρόπο δημιούργησε μια πρώτη εικόνα για το τι λένε τα δεδομένα, κατέγραψε τις πρώτες του σκέψεις και ιδέες και στη συνέχεια προχώρησε στην κωδικοποίηση.

Το **δεύτερο στάδιο** της ανάλυσης περιλαμβάνει την κωδικοποίηση. Σε αυτό το σημείο ο ερευνητής δίνει έναν αντιπροσωπευτικό κωδικό σε μια μεγάλη ενότητα κειμένου. Ο κωδικός αυτός εκφράζει με ένα σύντομο τρόπο, την ερμηνεία που ο ερευνητής δίνει στο συγκεκριμένο κομμάτι της συνέντευξης. Αυτός ο κωδικός προκύπτει από το κείμενο και δεν επιβάλλεται από τον ερευνητή. Αφού όλο το κείμενο της συνέντευξης συμπυκνωθεί σε κάποιους κωδικούς τότε αυτοί συγκρίνονται μεταξύ τους για να εντοπιστούν κωδικοί με όμοια χαρακτηριστικά. Η διαδικασία αυτή αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της ανάλυσης

(Huberman MA, Miles BM, 1998) γιατί μετά την ανεύρεση μονάδων νοήματος που συνδέονται μεταξύ τους, ακολουθεί η οργάνωση των δεδομένων σε ομάδες που έχουν νόημα (σε σχέση με το ερευνητικό ερώτημα) (Huberman MA, Miles BM, 1998), (Tesch R, 1990).

Στην παρούσα έρευνα οι απαντήσεις στις εννέα από τις δέκα ερωτήσεις που περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο της ποιοτικής έρευνας χωρίστηκαν σε θετικές, αρνητικές, ούτε θετικές - ούτε αρνητικές / χωρίς απάντηση.

Κατόπιν οι επιμέρους απαντήσεις των ασθενών κωδικοποιήθηκαν στον παρακάτω πίνακα (πίνακα 83). Ο ερευνητής αντιστοίχησε ένα συγκεκριμένο χρώμα σε κάθε τύπο απάντησης (θετική, αρνητική, ούτε θετική-ούτε αρνητική / χωρίς απάντηση) και στη συνέχεια διαβάζοντας το γραπτό κείμενο που αντιστοιχεί σε κάθε συμμετέχοντα, υπογράμμισε τα δεδομένα με το κατάλληλο χρώμα (πράσινο για τις θετικές απαντήσεις, πορτοκαλί για τις αρνητικές και μπλε για τις απαντήσεις ούτε θετική-ούτε αρνητική/χωρίς απάντηση).

Η ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΗ ΩΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Πίνακας 83: Επιμέρους Απαντήσεις

| Ερωτηματολόγιο | Ερώτηση 1 | Ερώτηση 2 | Ερώτηση 3 | Ερώτηση 4 | Ερώτηση 5 | Ερώτηση 6 ΧΡΟΝΟΣ | Ερώτηση 6 ΣΠΡΟΣ | Ερώτηση 7 ΟΔΗΠΕΞ | Ερώτηση 8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ | Ερώτηση 9 |
|----------------|-------------|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|--------------------------|---|---|---|---|
| 1 | Ασφάλεια | Ψυχολογία | Άμεση Επικοινωνία - Παρέμβαση | Επηρεάζει το Άγχος | | Εκτίμηση Ενδιαφέροντος | | Καλύτερη Κατανόηση στη Λήψη της Αγωγής | Θετικό Αντίκτυπο στη Ψυχολογία | Κούραση |
| | | | | | | | | | Αποδοχή Συμπτωμάτων & Καθ. Δραστηριοτήτων | Έλλειψη Αυτοχής/Υπομονής |
| 2 | Ψυχολογία | | | Επηρεάζει το Είδος της Αγωγής | | | | | | Εξαρτάται από την Κατάσταση Υγείας του Ασθενή |
| 3 | Εμπιστοσύνη | Εμπιστοσύνη | Σταθερότητα | Εμπιστοσύνη | Αρνητική Επίδραση στη Ψυχολογία | Σοβαρότητα | Αντανακλά την κατάρτιση & ενημέρωση ιατρικών κειτημένων | Η Προσέγγιση γιατρού αποτρέπει διακρίσεις | Θετικό Αντίκτυπο στη Ψυχολογία | Έχει Δομηθεί η Εμπιστοσύνη |
| | | Επικοινωνία | | Πίστη στη Θεραπεία | | Εκτίμηση Ενδιαφέροντος | | | | Έχει Δομηθεί η Επικοινωνία |
| | Επικοινωνία | | | | | | | | | |
| | Σταθερότητα | | | | | | | | | |
| 4 | Εμπιστοσύνη | Ασφάλεια | Άμεση Επικοινωνία - Παρέμβαση | Εμπιστοσύνη | Ανασφάλεια | Επικοινωνία | Άνεση | Η Προσέγγιση γιατρού αποτρέπει διακρίσεις | | Έχει Δομηθεί Στενή Σχέση |
| | | Αισιοδοξία | | | | | | | | |
| 5 | | Επικοινωνία | Πίστη στη Θεραπεία | | Βαρύτητα στην Εξέλιξη της Υγείας - Όχι Προσωπικές Ανασφάλειες | Ενημέρωση | | | | |
| | | | Άμεση Επικοινωνία - Παρέμβαση | | | | | | | |
| 6 | Ψυχολογία | Ψυχολογία | Ψυχολογία | Εμπιστοσύνη | | Σεβασμός προς τον Ασθενή | | Η Προσέγγιση γιατρού αποτρέπει διακρίσεις | | Εξαρτάται από τα Χαρακτηριστικά του Ασθενή |
| | Αισιοδοξία | | Εσωτερική Ισορροπία | | | | | | Πιστή Εφαρμογή Οδηγιών Λόγω Εμπιστοσύνης στο Γιατρό | |
| 7 | Σταθερότητα | Επικοινωνία | Άμεση Επικοινωνία - Παρέμβαση | Επηρεάζει το Άγχος | Επιτείνει Ανησυχία & Νευρικότητα | Επικοινωνία | Ήρεμος Χώρος | Η Προσέγγιση γιατρού αποτρέπει διακρίσεις | Η Σχέση Λειτουργεί σαν Επαγρύπνηση | Εξαρτάται από την κατάσταση Υγείας του Ασθενή |
| | Ασφάλεια | | | | | | | | | |
| 8 | Ηρεμία | | Υποστηρικτικό Περιβάλλον | Επικοινωνία | | Χιτζει Εμπιστοσύνη | | Η Προσέγγιση γιατρού αποτρέπει διακρίσεις | | Εξαρτάται από την κατάσταση Υγείας του Ασθενή |
| | Ψυχολογία | | Ψυχολογία | Υποστήριξη | | Επικοινωνία | | | | |
| | Επικοινωνία | | Προσωπικότητα | | | | | | | |
| 9 | Ασφάλεια | Ηρεμία | Ψυχολογία | Αποτελεσματικότητα Φαρμάκου | | Σεβασμός προς τον Ασθενή | | Η Προσέγγιση γιατρού αποτρέπει διακρίσεις | | Εξαρτάται από τα Χαρακτηριστικά του Ασθενή |
| | | Ασφάλεια | | | | Εκτίμηση Ενδιαφέροντος | | | | |
| | | Ψυχολογία | | | | | | | | |
| 10 | Επικοινωνία | Εμπιστοσύνη | Υποστήριξη | Επηρεάζει το Είδος της Αγωγής | | | | | | |
| | | Πίστη στη Θεραπεία | | | | | | | | |
| 11 | Αισιοδοξία | Ψυχολογία | Πίστη στη Θεραπεία | | Αρνητική Επίδραση στη Ψυχολογία | | Ευχάριστο Περιβάλλον | | | Εξαρτάται από τα Χαρακτηριστικά του Ασθενή |
| | Εμπιστοσύνη | | | | | | Άνεση | | | |
| 12 | Ψυχολογία | Εμπιστοσύνη | Ψυχολογία | Εμπιστοσύνη | | Εκτίμηση Ενδιαφέροντος | | Επικοινωνία | Άμεση Επικοινωνία | Σύμμαχος Ζωής |
| | | Αισιοδοξία | | Πίστη στη Θεραπεία | | Σεβασμός προς τον Ασθενή | | | | |
| | | Ψυχολογία | | | | | | | | |
| 13 | | | Τήρηση Οδηγιών | Αποτελεσματικότητα Φαρμάκου | Ο Γιατρός Κρίνεται από τις Γνώσεις του | | | | | |
| 14 | Εμπιστοσύνη | Εμπιστοσύνη | | | | Εκτίμηση Ενδιαφέροντος | Άνεση | | Θετικό Αντίκτυπο στη Ψυχολογία | Κούραση |
| | Σταθερότητα | Ψυχολογία | | | | Σεβασμός προς τον Ασθενή | | | | |
| 15 | Ψυχολογία | Πίστη στη Θεραπεία | Ψυχολογία | Πίστη στη Θεραπεία | | | Ήρεμος Χώρος | Καλύτερη Κατανόηση στη Λήψη της Αγωγής | Θετικό Αντίκτυπο στη Ψυχολογία | Έχει Δομηθεί η Εμπιστοσύνη |
| | Εμπιστοσύνη | | Τήρηση Οδηγιών | Εμπιστοσύνη | | | | | Πιστή Εφαρμογή Οδηγιών Λόγω Εμπιστοσύνης στο Γιατρό | |

Μετά τον καθορισμό όμοιων κωδικών, ομαδοποιούνται και σχηματίζονται οι λεγόμενες θεματικές ενότητες. Οι θεματικές ενότητες αποτελούν συμπυκνωμένες ολιστικές περιγραφές και ερμηνείες. Συνήθως δεν ξεπερνούν τους μονοψήφιους αριθμούς, διαφορετικά απαιτείται περαιτέρω ανάλυση (Huberman MA, Miles BM, 1998), (Strauss A, Corbin J, 1998). Ο ερευνητής για τη δημιουργία των κωδικοποιήσεων και των θεματικών ενότητων βασίζεται στο θεωρητικό πλαίσιο που σχετίζεται με το ερευνητικό ερώτημα και στην προσωπική του εμπειρία.

Ακολουθώντας τα παραπάνω βήματα δημιουργείται ένα οργανωμένο αρχείο δεδομένων, πάνω στο οποίο στηρίζεται ο ερευνητής για τη συγγραφή των αποτελεσμάτων της μελέτης.

Η ανάλυση των δεδομένων γίνεται με την χρήση ηλεκτρονικών προγραμμάτων, καθώς στη σημερινή εποχή η χρήση της τεχνολογίας έχει επεκταθεί σε όλους τους τομείς της ζωής. Υπάρχουν πολλά προγράμματα που χρησιμοποιούνται για αυτό τον σκοπό.

Τα προγράμματα αυτά αποτελούν ένα εύχρηστο και ευέλικτο εργαλείο για τους ερευνητές, ώστε να μπορέσουν να αναλύσουν αποτελεσματικά τα δεδομένα στην ποιοτική έρευνα. Τα λογισμικά προγράμματα που χρησιμοποιούνται στην ποιοτική έρευνα βοηθούν τους ερευνητές **α.** να εισάγουν και να αποθηκεύσουν τα δεδομένα τους, **β.** να σχολιάσουν, να σημειώσουν και να ανακαλέσουν κείμενα, **γ.** να αναζητήσουν και να βρουν καθοριστικές λέξεις, φράσεις ή προτάσεις, **δ.** να κωδικοποιήσουν τα δεδομένα τους, **ε.** να διασυνδέσουν τα δεδομένα τους και **στ.** να παρουσιάσουν τα ευρήματά τους με τη μορφή γραφημάτων (Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B, 2008), (Silverman D, 2000), (Τσιώλης Γ., 2014).

Ερμηνεία των αποτελεσμάτων της ποιοτικής έρευνας

Σε αυτή την ενότητα γίνεται ανάλυση και ερμηνεία των δεδομένων της ποιοτικής έρευνας, ανά ερώτηση με παράθεση αντιπροσωπευτικών αποσπασμάτων των συνεντεύξεων.

Στην ποσοτική ανάλυση που προηγήθηκε διερευνήθηκε η ύπαρξη διαφορών, ανάμεσα στις κατηγορίες της διάρκειας της σχέσης των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα με το γιατρό τους, για τη φυσική λειτουργικότητα, το σωματικό πόνο, το συναισθηματικό ρόλο και την κοινωνική λειτουργικότητα. Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν τα συμπεράσματα ότι οι ασθενείς των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό

ήταν πάνω από δέκα έτη, είχαν καλύτερη ποιότητα υγείας στη διάσταση τόσο του σωματικού ρόλου όσο και στη διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό ήταν λιγότερα από 10 έτη.

Για να τεκμηριωθούν τα παραπάνω συμπεράσματα έγινε μια περαιτέρω ανάλυση και στην ποιοτική έρευνα.

Έγινε διαχωρισμός των ασθενών σε δύο υποκατηγορίες:

- Διάρκεια σχέσης με το γιατρό **0-10 έτη (8 από τους 15)**
- Διάρκεια σχέσης με το γιατρό **10 έτη και άνω (7 από τους 15)**

Αναλυτικά τα αποτελέσματα ανά ερώτηση παρουσιάζονται στη συνέχεια.

A' μέρος ποιοτικής ανάλυσης

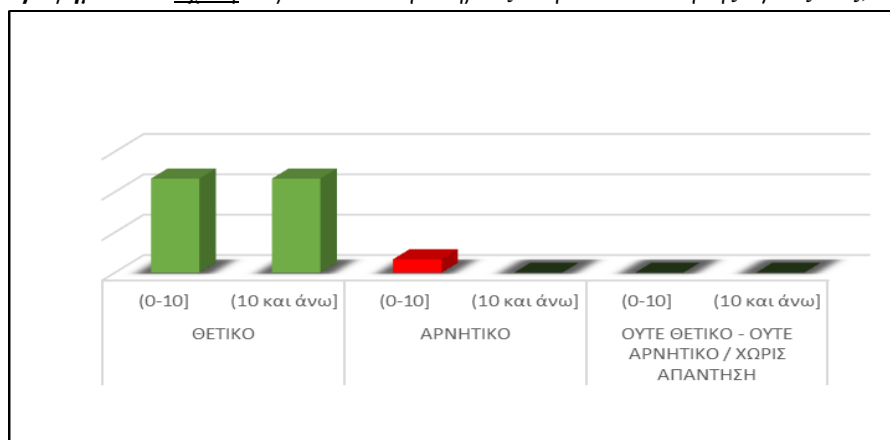
Ερώτηση 1: Η σχέση ιατρού - ασθενή επηρεάζει την κατάσταση της υγείας σας και με ποιόν τρόπο;

Η ανάλυση των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν η σχέση γιατρού-ασθενή επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την κατάσταση υγείας των χρόνιων ασθενών έδειξε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών συμφωνούν ότι την επηρεάζει θετικά.

Πίνακας 84: Απαντήσεις 1^{ης} Ερώτησης

| Ασθενής | Πάθηση | Διάρκεια Σχέσης | Ερώτηση 1 |
|---------|---------|-----------------|-----------|
| 1 | ΡΑ | 30 | Θ |
| 2 | ΣΕΛ | 2 | Θ |
| 3 | ΡΑ | 6 | Θ |
| 4 | ΓΑ | 2 | Θ |
| 5 | ΨΑ | 3 | Θ |
| 6 | ΑΣ | 11 | Θ |
| 7 | ΑΣ | 12 | Θ |
| 8 | ΑΣ | 7 | Θ |
| 9 | Sjogren | 3 | Θ |
| 10 | ΡΑ | 20 | Θ |
| 11 | ΡΑ | <1 | Θ |
| 12 | ΡΑ | 14 | Θ |
| 13 | ΨΑ | 6 | Α |
| 14 | ΨΑ | 19 | Θ |
| 15 | ΣΕΛ | 11 | Θ |

Γράφημα 1: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει την Κατάσταση της Υγείας Σας;



Από τον πίνακα 84 και το γράφημα 1 προκύπτει ότι και οι δύο υποκατηγορίες απάντησαν θετικά, αρνητικά απάντησε μόνο ένας ασθενής στην υποκατηγορία (0-10] έτη και κατένενας ασθενής (10 και άνω] έτη δεν απάντησε αρνητικά. Το αποτέλεσμα αυτό **υποδηλώνει ότι οι ασθενείς ανεξάρτητα από την διάρκεια σχέσης τους με το γιατρό πιστεύουν ότι η σχέση γιατρού - ασθενή επηρεάζει την κατάσταση της υγείας τους.**

Στον πίνακα 85 φαίνεται με ποιόν τρόπο η σχέση αυτή επηρεάζει την κατάσταση υγείας του ασθενή.

Πίνακας 85: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή με Ποιόν Τρόπο Επηρεάζει την Κατάσταση της Υγείας

| ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ | ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΤΡΟΠΟ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ |
|--|--------------------------|
| <p>1. Είστε ένας χρόνιος ασθενής που λόγω της ασθένειάς σας έρχεστε σε τακτά χρονικά διαστήματα σε επαφή με το γιατρό σας. Η <i>σχέση</i>, που έχετε αναπτύξει, θεωρείτε ότι επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την κατάσταση της υγείας σας; Με ποιόν τρόπο;</p> | Ασφάλεια |
| | Ψυχολογία |
| | Εμπιστοσύνη |
| | Επικοινωνία |
| | Σταθερότητα |
| | Αισιοδοξία |
| | Ηρεμία |

Οι επιμέρους παράγοντες που αναφέρονται στις συνεντεύξεις των ερωτώμενων είναι η ασφάλεια, η ψυχολογία, η εμπιστοσύνη, η επικοινωνία, η σταθερότητα, η αισιοδοξία και η ηρεμία.

Είναι χαρακτηριστικό ότι ο ασθενής 3 αναφέρει για τη σχέση γιατρού - ασθενή ότι: “...δεν θα μπορούσε από μια τέτοια σχέση να λείπει ο θεμέλιος λίθος της εμπιστοσύνης, που

μου επιτρέπει να εκφράζω τις ανησυχίες και τους φόβους μου...”, ενώ ο ασθενής 8 πιστεύει ότι: “όταν ένας ασθενής γνωρίζει ότι η γιατρός του θα είναι εκεί για εκείνη/εκείνον, νιώθει καλύτερα με αποτέλεσμα αυτό να έχει άμεσο αντίκτυπο στην καλή ψυχολογία καθώς αισθάνεται πιο ήρεμος και πιο σίγουρος για το αποτέλεσμα τη θεραπείας”. Ο ασθενής 7 πιστεύει ότι: “... ο γιατρός είναι ένας σταθερός σύμμαχος που δημιουργεί επιπλέον ασφάλεια. Επίσης, επειδή η ασθένεια έχει ιδιαιτερότητες είναι σημαντικό να μπορεί κάποιος να αντιληφθεί τα συμπτώματα και να καταλαβαίνει τις δυσκολίες...”. Παραθέτοντας την προσωπική του εμπειρία ο ασθενής 9 αναφέρει: “...ο πρώτος γιατρός που με εξέτασε δίχως πολλά- πολλά μου έκανε μια διάγνωση πολύ γρήγορα και μου είπε θα σου εξηγήσει η βοηθός μου. Απευθύνθηκα σε άλλον γιατρό που με την πρώτη επίσκεψη μου ενέπνευσε εμπιστοσύνη και από τότε δεν υπάρχει δεύτερη σκέψη και αμφιβολία και αγωνία για το πρόβλημα της υγείας μου...”.

Επίσης ο ασθενής 14 αναφέρει: “η εμπιστοσύνη και η σταθερότητα που έχει αναπτυχθεί επηρεάζει θετικά την κατάσταση υγείας” και ο ασθενής 15: “επηρεάζει θετικά την ψυχολογία μου, με βοηθά να δεχτώ ότι το νόσημα αυτό θα το έχω εφόρου ζωής και με στενή συνεργασία και εμπιστοσύνη με το γιατρό μου θα βελτιωθεί η υγεία μου”. Ο ασθενής 13 πιστεύει ότι: “...οι ιατρικές γνώσεις και εμπειρία του γιατρού, η σωστή διάγνωση και η σωστή φαρμακευτική αγωγή επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας...”.

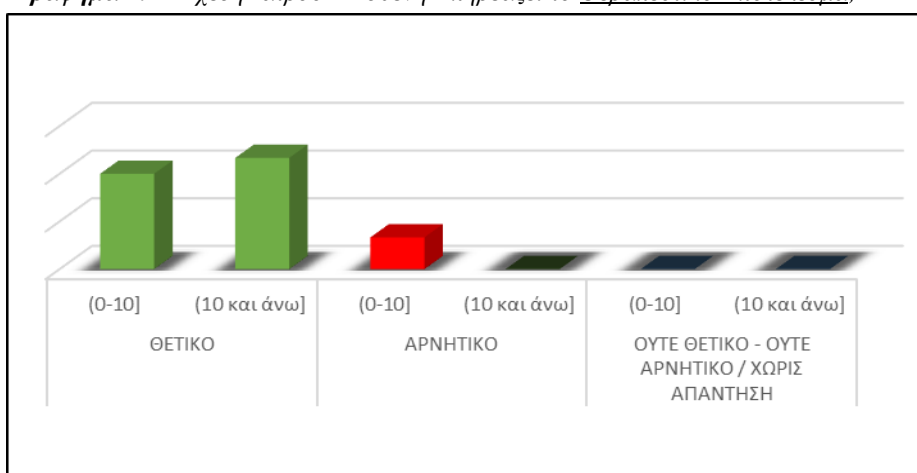
Ερώτηση 2 : Η σχέση ιατρού - ασθενή επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και με ποιόν τρόπο;

Η ανάλυση που έγινε προκειμένου να απαντηθεί το ερώτημα αν η σχέση γιατρού - ασθενή επηρεάζει θετικά ή αρνητικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών συμφωνεί ότι το επηρεάζει θετικά.

Πίνακας 86: Απαντήσεις 2^{ης} Ερώτησης

| Ασθενής | Πάθηση | Διάρκεια Σχέσης | Ερώτηση 2 |
|---------|---------|-----------------|-----------|
| 1 | ΡΑ | 30 | Θ |
| 2 | ΣΕΛ | 2 | Α |
| 3 | ΡΑ | 6 | Θ |
| 4 | ΓΑ | 2 | Θ |
| 5 | ΨΑ | 3 | Θ |
| 6 | ΑΣ | 11 | Θ |
| 7 | ΑΣ | 12 | Θ |
| 8 | ΑΣ | 7 | Θ |
| 9 | Sjogren | 3 | Θ |
| 10 | ΡΑ | 20 | Θ |
| 11 | ΡΑ | <1 | Θ |
| 12 | ΡΑ | 14 | Θ |
| 13 | ΨΑ | 6 | Α |
| 14 | ΨΑ | 19 | Θ |
| 15 | ΣΕΛ | 11 | Θ |

Γράφημα 2: Η Σχέση Ιατρού – Ασθενή Επηρεάζει το Θεραπευτικό Αποτέλεσμα;



Με βάση τον πίνακα 86 και το γράφημα 2 εξήλθαν τα εξής αποτελέσματα: η πλειοψηφία των ασθενών στην υποκατηγορία (0-10] έτη απάντησαν θετικά με μόνο δύο ασθενείς να έχουν αρνητική άποψη στην ίδια υποκατηγορία, ενώ όλοι οι ασθενείς στην υποκατηγορία (10 και άνω] έτη έχουν απαντήσει θετικά. Σύμφωνα, λοιπόν με τα παραπάνω στοιχεία **οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια σχέσης με το γιατρό τους πιστεύουν ότι η σχέση αυτή επιδρά θετικά στο θεραπευτικό τους αποτέλεσμα.**

Στον πίνακα 87 φαίνεται με ποιόν τρόπο η σχέση αυτή επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Πίνακας 87: Με ποιόν Τρόπο η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει το Θεραπευτικό Αποτέλεσμα

| ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ | ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΤΡΟΠΟ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ |
|--|--------------------------|
| 2. Θεωρείτε πως η σχέση γιατρού – ασθενή επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα ; Με ποιο τρόπο; | Ψυχολογία |
| | Εμπιστοσύνη |
| | Επικοινωνία |
| | Ασφάλεια |
| | Πίστη στη Θεραπεία |
| | Ηρεμία |
| | Αισιοδοξία |

Η καλή ψυχολογία του ασθενή, η ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης, ασφάλειας, ηρεμίας και αισιοδοξίας, η καλή επικοινωνία και η πίστη στη θεραπεία είναι οι παράγοντες σύμφωνα με τους ερωτώμενους που επηρεάζουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο ασθενής 11 “...όσο πιο καλή είναι η σχέση ανάμεσα σε γιατρό - ασθενή, τόσο πιο καλή η ψυχολογία του...”. Το ίδιο τονίζει κι ο ασθενής 12 “...είναι ο άνθρωπος που εμπιστεύομαι, μου δίνει ελπίδα, με ενημερώνει για τις νέες θεραπευτικές εξελίξεις και με ενισχύει ψυχολογικά”. Ο ασθενής 7 υποστηρίζει ότι: “αν υπάρχει μια καλή σχέση με οικειότητα, τότε αν ο ασθενής παρατηρήσει κάτι διαφορετικό έχει την άνεση να το εκφράσει σύντομα χωρίς να νιώθει ότι γίνεται βάρος και έτσι να αντιμετωπιστεί εγκαίρως αν είναι κάτι σοβαρό” και ο ασθενής 9 αναφέρει: “...γιατί όταν μιλήσει με τον ασθενή και καταλάβει την ψυχολογία του η προσέγγιση θα είναι πιο καθησυχαστική και αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα να μην έχει άγχος, φόβο και αγωνία κάτι που θα επηρεάσει αρνητικά την υγεία του”.

Υπάρχουν και οι ασθενείς που αναφέρουν ότι “έχω εμπιστοσύνη στον γιατρό μου και άρα στα φάρμακα που μου δίνει” (ασθενής 10), “...ο ασθενής νιώθει ασφάλεια και αυτό του δημιουργεί αισιοδοξία κάτι το οποίο πιστεύω ότι είναι πολύ σημαντικό” (ασθενής 4). “Μια σχέση εμπιστοσύνης και καλής επικοινωνίας με βοηθά να συμμορφωθώ με την θεραπεία και έτσι να έχω το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα” (ασθενής 15).

Αντίθετα ο ασθενής 2 αναφέρει: “δεν θεωρώ ότι επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα”, όπως επίσης και ο ασθενής 13 πιστεύει ότι: “το θεραπευτικό αποτέλεσμα επηρεάζεται από την σωστή διάγνωση και την σωστή φαρμακευτική αγωγή”.

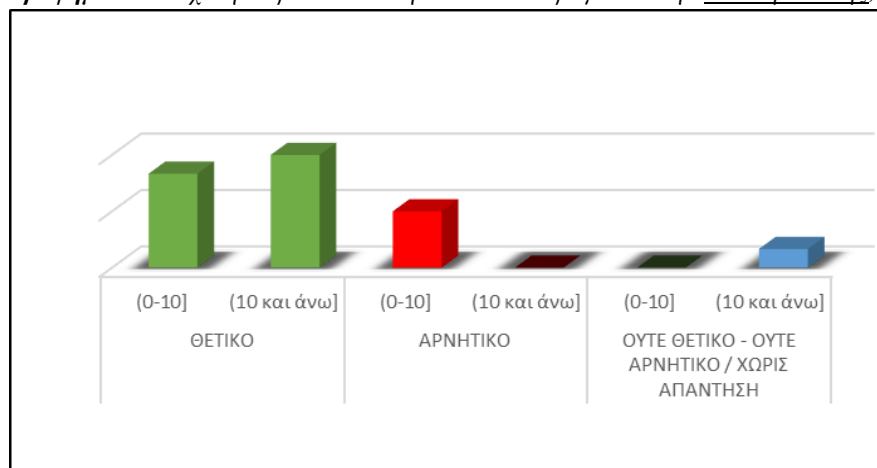
Ερώτηση 3 : Η σχέση ιατρού - ασθενή αποτελεί παράγοντα στην ποιότητα ζωής και γιατί:

Αντίστοιχη ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο ερώτημα αν η σχέση γιατρού - ασθενή επηρεάζει θετικά, αρνητικά ή ούτε θετικά/ούτε αρνητικά την ποιότητα ζωής.

Πίνακας 88: Απαντήσεις 3^{ης} Ερώτησης

| Ασθενής | Πάθηση | Διάρκεια Σχέσης | Ερώτηση 3 |
|---------|---------|-----------------|-----------|
| 1 | ΡΑ | 30 | Θ |
| 2 | ΣΕΛ | 2 | Α |
| 3 | ΡΑ | 6 | Θ |
| 4 | ΓΑ | 2 | Θ |
| 5 | ΨΑ | 3 | Θ |
| 6 | ΑΣ | 11 | ΧΑ |
| 7 | ΑΣ | 12 | Θ |
| 8 | ΑΣ | 7 | Α |
| 9 | Sjogren | 3 | Θ |
| 10 | ΡΑ | 20 | Θ |
| 11 | ΡΑ | <1 | Θ |
| 12 | ΡΑ | 14 | Θ |
| 13 | ΨΑ | 6 | Α |
| 14 | ΨΑ | 19 | Θ |
| 15 | ΣΕΛ | 11 | Θ |

Γράφημα 3: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Αποτελεί Παράγοντα στην Ποιότητα Ζωής:



Στον πίνακα 88 και το γράφημα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα: οι περισσότεροι ασθενείς στην υποκατηγορία (0-10] έτη απάντησαν θετικά, ενώ 3 ασθενείς της ίδια υπο-

κατηγορίας απάντησαν αρνητικά, αντίθετα στην υποκατηγορία (10 και άνω] έτη η πλειοψηφία των ασθενών απάντησε θετικά και μόνο ένας ασθενής ούτε θετικά - ούτε αρνητικά/χωρίς απάντηση, ενώ δεν υπήρχε καμία αρνητική απάντηση. Και σε αυτή λοιπόν την ερώτηση *οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια σχέσης με το γιατρό τους (10 και άνω] πιστεύουν με εμφανή διαφορά ότι η σχέση γιατρού – ασθενή αποτελεί παράγοντα στην ποιότητας ζωής τους.*

Στον πίνακα 89 παρουσιάζονται οι λόγοι για τους οποίους η σχέση γιατρού - ασθενή αποτελεί παράγοντα για την ποιότητα ζωής.

Πίνακας 89: Γιατί η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Αποτελεί Παράγοντα στην Ποιότητα Ζωής

| ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ | ΓΙΑΤΙ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ |
|--|-------------------------------|
| 3. Πιστεύετε ότι μία καλή σχέση μεταξύ γιατρού – ασθενή αποτελεί παράγοντα για μία καλή ποιότητα ζωής στους χρόνιους ασθενείς ή όχι; Γιατί; | Άμεση Επικοινωνία - Παρέμβαση |
| | Σταθερότητα |
| | Υποστήριξη |
| | Πίστη στη Θεραπεία |
| | Ψυχολογία |
| | Εσωτερική Ισορροπία |
| | Τήρηση Οδηγιών |
| | Υποστηρικτικό Περιβάλλον |
| | Προσωπικότητα |

Είναι ξεκάθαρο από τις απαντήσεις ότι η καλή ψυχολογία που αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου στη σχέση γιατρού - ασθενή αποτελεί τον κατεξοχήν παράγοντα στην ποιότητα ζωής και ακολουθεί η άμεση επικοινωνία – παρέμβαση και για τις δύο υποκατηγορίες.

Συγκεκριμένα οι ερωτώμενοι δήλωσαν “...και η καλή ψυχολογία βοηθάει γιατί όλα τα αυτοάνοσα σχετίζονται με το άγχος και το στρες” (ασθενής 9), “...γίνονται άμεσες αξιολογήσεις της εκάστοτε κατάστασης και παρεμβατικές κινήσεις από τον γιατρό διατηρώντας την ποιότητα ζωής στα καλύτερα δυνατά επίπεδα” (ασθενής 1). “Όταν ο ασθενής έχει καλή σχέση με το γιατρό του, είναι πιο πιθανό να ακούσει όλες τις συμβουλές του και να κάνει ακριβώς ό,τι του πει...” (ασθενής 11), “...γιατί είναι πάντα εκεί για μένα” (ασθενής 10). “...Η ποιότητα ζωής του ασθενή δεν εξαρτάται τόσο από το γιατρό. Η ψυχολογία του ή τα στοιχεία του χαρακτήρα του (αποφασιστικότητα, επιμονή κτλ.) και ένα καλό υποστηρικτικό

περιβάλλον (φίλοι, συγγενείς κτλ.) είναι οι παράγοντες εκείνοι που θα του κάνουν την καθημερινότητα πιο ελκυστική” (ασθενής 8). “...μια καλή σχέση γιατρού ασθενή σημαίνει σταθερότητα. Στην περίπτωση μιας χρόνιας ασθένειας η σταθερότητα συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην μείωση ανησυχίας του ασθενή δίνοντας του την ευκαιρία να ασχοληθεί και με άλλες εκφάνσεις της ζωής του και να βελτιώσει την ποιότητά της” (ασθενής 3).

Αντίθετα δύο ασθενείς πιστεύουν ότι: “Η καλή ποιότητα ζωής είναι συνάρτηση σωστής διάγνωσης, σωστή φαρμακευτική αγωγή και τήρηση οδηγιών από τον ασθενή” (ασθενής 13) και “δεν θεωρώ ότι υπάρχει συσχέτιση των δύο μεταβλητών...” (ασθενής 2) και ο ασθενής 6: “... η ποιότητα ζωής έχει άμεση σχέση με την γενικότερη ψυχολογία μας, γεγονός που συμβάλλει όχι μόνον στην εσωτερική ισορροπία αλλά και γενικότερα στην σχέση μας με το περιβάλλον μας”.

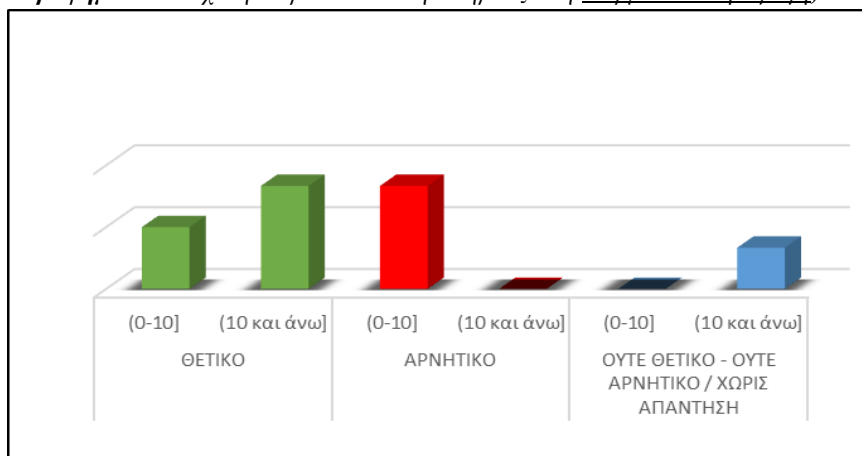
Ερώτηση 4 : Η σχέση ιατρού - ασθενή επηρεάζει τη φαρμακευτική αγωγή και με ποιόν τρόπο;

Αναφορικά με το αν η σχέση γιατρού - ασθενή επηρεάζει τη φαρμακευτική αγωγή, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 90 και το γράφημα 4.

Πίνακας 90: Απαντήσεις 4^{ης} Ερώτησης

| Ασθενής | Πάθηση | Διάρκεια Σχέσης | Ερώτηση 4 |
|---------|---------|-----------------|-----------|
| 1 | ΡΑ | 30 | Θ |
| 2 | ΣΕΛ | 2 | Α |
| 3 | ΡΑ | 6 | Θ |
| 4 | ΓΑ | 2 | Θ |
| 5 | ΨΑ | 3 | Α |
| 6 | ΑΣ | 11 | Θ |
| 7 | ΑΣ | 12 | Θ |
| 8 | ΑΣ | 7 | Θ |
| 9 | Sjogren | 3 | Α |
| 10 | ΡΑ | 20 | ΧΑ |
| 11 | ΡΑ | <1 | Α |
| 12 | ΡΑ | 14 | Θ |
| 13 | ΨΑ | 6 | Α |
| 14 | ΨΑ | 19 | ΧΑ |
| 15 | ΣΕΛ | 11 | Θ |

Γράφημα 4: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει τη Φαρμακευτική Αγωγή;



Συγκεκριμένα πέντε ασθενείς στην υποκατηγορία (0-10] έτη απάντησαν αρνητικά, ενώ ο ίδιος αριθμός ασθενών στην υποκατηγορία (10 και άνω] έτη απάντησε θετικά, στην υποκατηγορία (0-10] έτη αρνητικά απάντησαν μόνο τρεις ασθενείς ενώ ούτε θετικά - ούτε αρνητικά/χωρίς απάντηση υπάρχουν δύο ασθενείς (10 και άνω] έτη. **Και σε αυτή λοιπόν την ερώτηση, οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια σχέσης με το γιατρό τους (10 και άνω] πιστεύουν ότι η σχέση που έχει αναπτυχθεί με το γιατρό επηρεάζει τη φαρμακευτική αγωγή, ενώ στο ίδιο ποσοστό οι ασθενείς με μικρότερη διάρκεια σχέσης (0-10] έτη πιστεύουν ότι δεν την επηρεάζει.**

Στον πίνακα 91 παρουσιάζονται οι λόγοι για τους οποίους η σχέση γιατρού - ασθενή επηρεάζει τη φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 91: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή πως επηρεάζει τη Φαρμακευτική Αγωγή

| ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ | ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ |
|--|-------------------------------|
| 4. Θεωρείτε ότι το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής επηρεάζεται από τη σχέση γιατρού – ασθενή ή το αποτέλεσμα είναι ανεξάρτητο με αυτή τη σχέση; Αιτιολογήστε την απάντησή σας. | Εμπιστοσύνη |
| | Πίστη στη Θεραπεία |
| | Επικοινωνία |
| | Υποστήριξη |
| | Επηρεάζει το Άγχος |
| | Αποτελεσματικότητα Φαρμάκου |
| | Επηρεάζει το Είδος της Αγωγής |

Αναλύοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν τη φαρμακευτική αγωγή, φαίνεται ότι όσο περνάει ο χρόνος, ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή αναπτύσσεται εμπιστοσύνη, ο ασθενής αποκτά πίστη στη θεραπεία και καταφέρνει να μειώσει το άγχος του για το αποτέλεσμα αυτής.

Χαρακτηριστικά οι ασθενείς αναφέρουν “...αν δεν υπάρχει εμπιστοσύνη, είναι πιθανόν ο ασθενής να σταματήσει τη φαρμακευτική αγωγή, αν δεν βλέπει τα επιθυμητά αποτελέσματα μέσα σε ένα χρονικό διάστημα” (ασθενής 3). “...καλύτερη σχέση με τον γιατρό μου σημαίνει ότι έχω εμπιστοσύνη στην φαρμακευτική αγωγή που μου δίνει, η οποία θα βελτιώσει σημαντικά την υγεία μου” (ασθενής 15). “Σε περίπτωση που ο παράγοντας στρες επηρεάζει την πορεία της φαρμακευτικής αγωγής τότε η καλή σχέση γιατρού και ασθενούς σίγουρα μειώνει αυτό το στρες και κατ’ επέκταση μπορεί να οδηγήσει και σε καλύτερο φαρμακευτικό αποτέλεσμα” (ασθενής 7).

Όμως υπάρχουν και ασθενείς που πιστεύουν ότι: “Το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής εξαρτάται από τη σωστή φαρμακευτική αγωγή και μόνο” (ασθενής 13), “πιστεύω είναι ανεξάρτητο γιατί αν δεν είναι αποτελεσματικό το φάρμακο δεν θα γίνει επειδή η σχέση είναι καλή και το αντίθετο..” (ασθενής 9), “Δε θεωρώ πως το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής επηρεάζεται από τη σχέση ιατρού – ασθενή, είναι ανεξάρτητο. Η απάντησή μου αυτή στηρίζεται στο ότι και στην αρχή της θεραπείας, η αγωγή είναι βάσει σωστής διάγνωσης και πρωτοκόλλου και αν στην πορεία αλλάζει το πρωτόκολλο, θα είναι διότι ο ιατρός θα την έχει προσαρμόσει στα δεδομένα του κάθε οργανισμού - ασθενή, αφού η επικοινωνία με τον ασθενή είναι υγιής” (ασθενής 5), “Το αποτέλεσμα της θεραπείας δεν επηρεάζεται από τη σχέση γιατρού-ασθενή. Το είδος της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να είναι απότοκο της σχέσης εμπιστοσύνης γιατρού-ασθενούς αλλά το αποτέλεσμά της είναι ανεξάρτητο” (ασθενής 2).

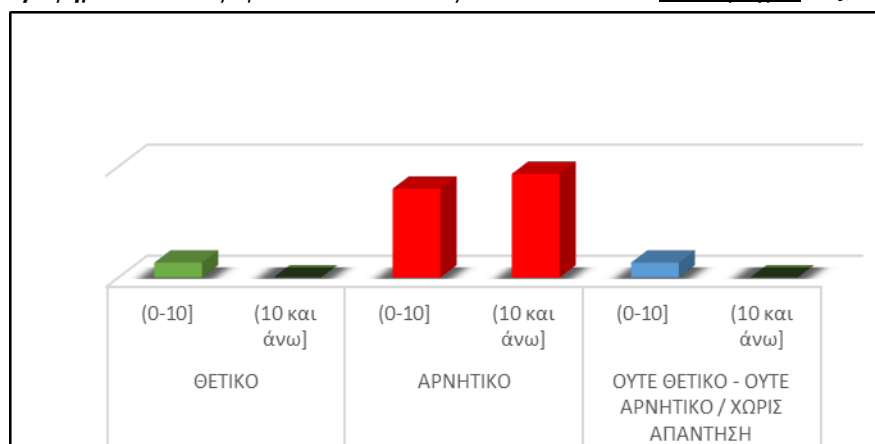
Ερώτηση 5 : Θα παραμένετε σε έναν ιατρό που δεν ακούει τις ανησυχίες σας;

Από την ανάλυση της ερώτησης 5 (πίνακας 92, γράφημα 5), διαπιστώνεται ότι **ανεξάρτητα από τη διάρκεια σχέσης με το γιατρό, ο ασθενής δεν θα παρέμενε σε έναν γιατρό που δεν ακούει τις ανησυχίες του.**

Πίνακας 92: Απαντήσεις 5^{ης} Ερώτησης

| Ασθενής | Πάθηση | Διάρκεια Σχέσης | Ερώτηση 5 |
|---------|---------|-----------------|-----------|
| 1 | ΡΑ | 30 | Α |
| 2 | ΣΕΛ | 2 | Α |
| 3 | ΡΑ | 6 | Α |
| 4 | ΓΑ | 2 | Α |
| 5 | ΨΑ | 3 | Θ |
| 6 | ΑΣ | 11 | Α |
| 7 | ΑΣ | 12 | Α |
| 8 | ΑΣ | 7 | Α |
| 9 | Sjogren | 3 | Α |
| 10 | ΡΑ | 20 | Α |
| 11 | ΡΑ | <1 | Α |
| 12 | ΡΑ | 14 | Α |
| 13 | ΨΑ | 6 | ΧΑ |
| 14 | ΨΑ | 19 | Α |
| 15 | ΣΕΛ | 11 | Α |

Γράφημα 5: Θα Παραμένετε σε έναν Γιατρό που Δεν Ακούει τις Ανησυχίες σας;



Συγκεκριμένα στην υποκατηγορία (0-10] έτη η πλειοψηφία των ασθενών απάντησαν αρνητικά και στην υποκατηγορία (10 και άνω] έτη όλοι οι ασθενείς απάντησαν αρνητικά. Στην υποκατηγορία (0-10] έτη παρουσιάζεται ένας ασθενής όπου απάντησε θετικά για την παραμονή του στο γιατρό.

Στον πίνακα 93 παρουσιάζονται οι αιτίες παραμονής και μη παραμονής στο γιατρό.

Πίνακας 93: Αιτίες Παραμονής και Μη Παραμονής Στον/Στη Γιατρό

| ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ | ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ |
|---|---|
| 5. Ως χρόνιος ασθενής θα παραμένετε σε έναν γιατρό που δεν ακούει τις ανησυχίες σας και σας δημιουργεί νευρικότητα; | Αρνητική Επίδραση στη Ψυχολογία |
| | Ανασφάλεια |
| | Επιτείνει Ανησυχία & Νευρικότητα |
| | Ο Γιατρός Κρίνεται από τις Γνώσεις του |
| | Βαρύτητα στην Εξέλιξη της Υγείας - Όχι Προσωπικές Ανασφάλειες |

Οι αιτίες που διατυπώθηκαν για τη μη παραμονή σε ένα γιατρό είναι η αρνητική επίδραση της ψυχολογίας και η πρόκληση αισθήματος ανασφάλειας. Υπάρχουν, επίσης, ερωτώμενοι, όπου εξέφρασαν την άποψη πως δεν παίζει ιδιαίτερο ρόλο η συμπεριφορά του γιατρού αλλά ο ίδιος κρίνεται από τις γνώσεις του, καθώς επίσης, πως ιδιαίτερη βαρύτητα δίνει στην εξέλιξη της υγείας του και όχι σε προσωπικές ανασφάλειες. Άλλοι ασθενείς υποστηρίζουν ότι δε θα παρέμεναν σε ένα γιατρό που τους επιτείνει την ανησυχία και τη νευρικότητα.

Συγκεκριμένα οι ασθενείς απάντησαν “Δεν θα μπορούσα να αντέξω μια αμήχανη κατάσταση που δεν θα με βοηθούσε καθόλου” (ασθενής 11). “Δεν θα παρέμενα διότι θα ήμουν τελείως ανασφαλής” (ασθενής 4). “Ο γιατρός κρίνεται από τις γνώσεις του. Δεν ξέρω αν θα με ενοχλούσε η κακή του συμπεριφορά” (ασθενής 13). “Το χρόνιο νόσημα αποτελεί από μόνο του μια μόνιμη σκιά που προκαλεί ανησυχία και νευρικότητα επομένως δεν θα παρέμενα σε έναν γιατρό που επιτείνει αυτό το πρόβλημα αντί να το ελαφρύνει” (ασθενής 7), “Όχι. Θα είχα αλλάξει γιατρό και Νοσοκομείο” (ασθενής 2). “Όχι. Με τα χρόνια κατάλαβα πως η ψυχολογική μου κατάσταση έχει άμεσο αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας μου και της λειτουργικότητάς μου. Επομένως δεν θα μπορούσα να εμπιστευτώ τη ζωή μου σε έναν ιατρό που αρνείται να ακούσει τους φόβους και τις ανησυχίες μου ή μου προκαλεί νευρικότητα αυξάνοντας το -ήδη υψηλό- καθημερινό μου άγχος” (ασθενής 3).

Ο ασθενής 5 πιστεύει ότι: “Οι ανησυχίες – απορίες του κάθε ασθενή, λογικά έχουν απαντηθεί στην πρώτη επίσκεψη. Αν στην πορεία έχει αλλάξει κάτι από τα όσα έχει ενημερώσει ο ιατρός και δεν του έχει δώσει άλλες πληροφορίες, ο ασθενής μπορεί να εκδηλώσει ξανά τις ανησυχίες του, πάντα όμως στα πλαίσια μιας υγιούς επικοινωνίας και όχι κατάχρησης της

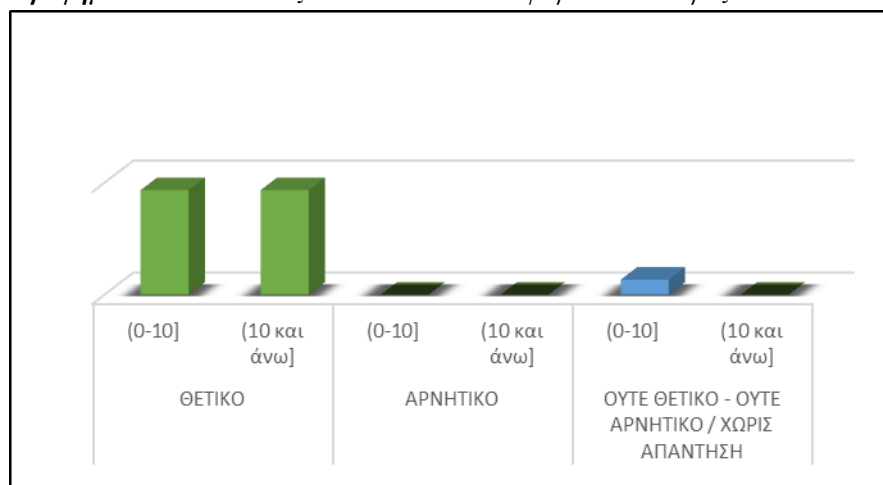
υπομονής και του χρόνου του ιατρού. Με αυτή τη σχέση λοιπόν δε δημιουργείται καμία νευρική ή ανασφάλεια στον ασθενή...” και ο ασθενής 13: “ο γιατρός κρίνεται από τις γνώσεις του. Δεν ξέρω αν θα με ενοχλούσε η κακή συμπεριφορά του”.

Ερώτηση 6 : Τι ρόλο παίζει ο χρόνος και ο χώρος στην ιατρική εξέταση;

Πίνακας 94: Απαντήσεις 6^{ης} Ερώτησης

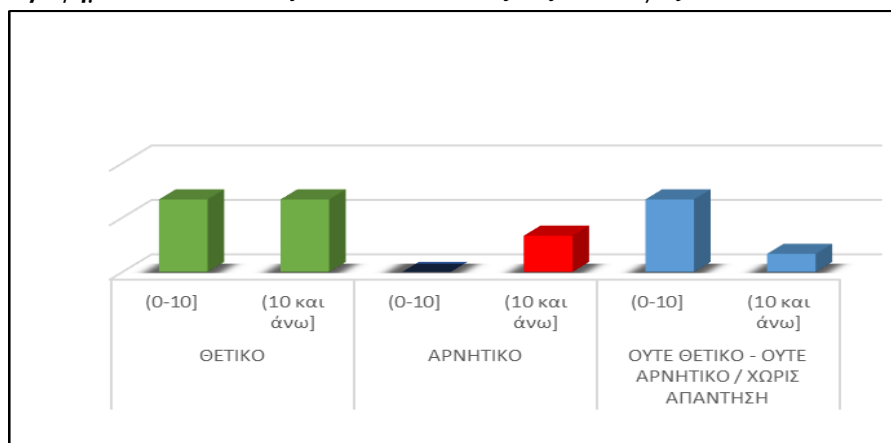
| Ασθενής | Πάθηση | Διάρκεια Σχέσης | Ερώτηση 6 ΧΡΟΝΟΣ | Ερώτηση 6 ΧΩΡΟΣ |
|---------|---------|-----------------|------------------|-----------------|
| 1 | ΡΑ | 30 | Θ | Α |
| 2 | ΣΕΛ | 2 | Θ | Θ |
| 3 | ΡΑ | 6 | Θ | Θ |
| 4 | ΓΑ | 2 | Θ | Θ |
| 5 | ΨΑ | 3 | Θ | ΧΑ |
| 6 | ΑΣ | 11 | Θ | Α |
| 7 | ΑΣ | 12 | Θ | Θ |
| 8 | ΑΣ | 7 | Θ | ΧΑ |
| 9 | Sjogren | 3 | Θ | ΧΑ |
| 10 | ΡΑ | 20 | Θ | ΧΑ |
| 11 | ΡΑ | <1 | Θ | Θ |
| 12 | ΡΑ | 14 | Θ | Θ |
| 13 | ΨΑ | 6 | ΧΑ | ΧΑ |
| 14 | ΨΑ | 19 | Θ | Θ |
| 15 | ΣΕΛ | 11 | Θ | Θ |

Γράφημα 6: Τι Ρόλο Παίζει ο ΧΡΟΝΟΣ που Αφιερώνει ο Γιατρός



Σχετικά με το ρόλο που παίζει για τον ασθενή ο **χρόνος** που αφιερώνει ο γιατρός κατά την ιατρική επίσκεψη, και οι δύο υποκατηγορίες απάντησαν θετικά. Κανένας ασθενής δεν απάντησε αρνητικά και μόνο ένας στην υποκατηγορία (0-10] έτη ούτε θετικά - ούτε αρνητικά/χωρίς απάντηση (πίνακας 94, γράφημα 6). Από αυτή την ανάλυση προκύπτει το συμπέρασμα ότι **για όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα από τη διάρκεια σχέσης με το γιατρό, ο χρόνος που αφιερώνει ο γιατρός για να τους εξετάσει διαδραματίζει σημαντικό ρόλο.**

Γράφημα 7: Τί Ρόλο Παίζει ο ΧΩΡΟΣ που Εξετάζει ο Γιατρός



Αναλύοντας το δεύτερο σκέλος της ερώτησης για το ρόλο που παίζει για τον ασθενή ο **χώρος** στον οποίο εξετάζει ο γιατρός, τα ποσοστά των απαντήσεων ποικίλουν (πίνακας 94, γράφημα 7). Τέσσερις ασθενείς με διάρκεια σχέσης με το γιατρό τους (0-10] έτη απάντησαν θετικά, κανένας αρνητικά και ούτε θετικά - ούτε αρνητικά/χωρίς απάντηση άλλοι τέσσερις. Αντίθετα, τέσσερις ασθενείς με διάρκεια σχέσης με το γιατρό (10 και άνω] έτη απάντησαν θετικά, δύο αρνητικά και ούτε θετικά - ούτε αρνητικά/χωρίς απάντηση ένας. Από την ανάλυση των απαντήσεων εξάγεται το συμπέρασμα **ότι για το χώρο που πραγματοποιείται η ιατρική επίσκεψη δεν παίζει ρόλο η διάρκεια της σχέσης γιατρού - ασθενή.**

Στον πίνακα 95 καταγράφονται οι απόψεις των ασθενών για το ρόλο που παίζει ο χρόνος και ο χώρος στην ιατρική επίσκεψη.

Πίνακας 95: Ο Ρόλος του Χρόνου και του Χώρου στη Ιατρική Εξέταση

| ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ | ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ |
|--|---|
| 6. Τι ρόλο παίζει για εσάς ο χρόνος που αφιερώνει ο γιατρός σας να σας εξετάσει και να σας ακούσει καθώς και ο χώρος που σας εξετάζει; | ΧΡΟΝΟΣ |
| | Εκτίμηση Ενδιαφέροντος |
| | Σοβαρότητα |
| | Επικοινωνία |
| | Ενημέρωση |
| | Σεβασμός προς τον Ασθενή |
| | Χτίζει Εμπιστοσύνη |
| | ΧΩΡΟΣ |
| | Ήρεμος Χώρος |
| | Ευχάριστο Περιβάλλον |
| | Άνεση |
| | Αντανακλά την κατάρτιση & ενημέρωση ιατρικών κεκτημένων |

Στον πίνακα 95 φαίνεται ότι οι ασθενείς θεωρούν ότι ο χρόνος που αφιερώνει ο γιατρός δείχνει σεβασμό στον ασθενή και ενδιαφέρον για το πρόβλημα, ενώ σε μικρότερο ποσοστό ότι βοηθάει στην καλύτερη επικοινωνία μεταξύ τους. Εκτός από την εκτίμηση ενδιαφέροντος και την επικοινωνία η αφιέρωση αρκετού χρόνου από το γιατρό κατά την ιατρική επίσκεψη δείχνει σοβαρότητα, σεβασμό προς τον ασθενή, χτίζει εμπιστοσύνη και σωστή ενημέρωση.

Όσον αφορά το ρόλο του χώρου οι ερωτώμενοι αναφέρουν ότι ένας ήρεμος χώρος, τους βοηθά να μιλήσουν για την κατάσταση τους. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησαν ένα άνετο περιβάλλον, ένα ευχάριστο περιβάλλον και ένας χώρος σωστά εξοπλισμένος που θα αντανακλά την κατάρτιση και ενημέρωση του γιατρού είναι σημαντικά.

Οι ασθενείς συγκεκριμένα αναφέρουν: “Ο χρόνος παίζει ρόλο για να κρίνω την προσοχή που μου δίνει” (ασθενής 1). “Ο χρόνος δείχνει το ενδιαφέρον και το σεβασμό του γιατρού προς τον ασθενή” (ασθενής 14). “...Ο χρόνος του γιατρού είναι ανεκτίμητος γιατί μπορεί να χτιστεί μια σχέση εμπιστοσύνης...” (ασθενής 8), “...παίζει ρόλο ο χρόνος, όταν κρίνεται απαραίτητο, σαφέστατα σημαντικό για την ορθή ενημέρωση και διάγνωση του ιατρού...” (ασθενής 5). “Ο χρόνος που αφιερώνει ο γιατρός στην ακρόαση και την εξέταση μου αποτελεί για εμένα σημαντικό δείκτη της σοβαρότητας με την οποία αντιμετωπίζει το πρόβλημα υγείας μου, καθώς και εμένα ως άνθρωπο..” (ασθενής 3). “Είναι πολύ σημαντικό να αφιερώνεται αρκετός χρόνος για την λήψη ιστορικού ασθενούς αλλά και κατά την εξέταση” (ασθενής 2).

Όσον αφορά το χώρο οι ασθενείς συγκεκριμένα αναφέρουν: “...ο γιατρός εξετάζοντας τον ασθενή χωρίς να βιάζεται, σε ένα ευχάριστο περιβάλλον, τόσο πιο άνετα και ευχάριστα

νιώθει ο ασθενής” (ασθενής 11). “Ένας κατάλληλος χώρος μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία μιας άνετης ατμόσφαιρας” (ασθενής 14). “Είναι πολύ σημαντικό ο γιατρός να ακούει τα προβλήματα και τις απορίες μου σε ένα χώρο ήρεμο και ωραία διαμορφωμένο” (ασθενής 15). “Ένας χώρος με σύγχρονα μηχανήματα και εγκαταστάσεις σημαίνει πως ο εκάστοτε γιατρός ενημερώνεται, ακολουθεί τις ιατρικές εξελίξεις, είναι πρόθυμος και ανοιχτός στην μάθηση...” (ασθενής 3). “...είναι σημαντικό να υπάρχει ένας ήρεμος χώρος ώστε ο ασθενής να μπορεί να δώσει μια πλήρη και σαφή εικόνα της κατάστασης του η οποία θα βοηθήσει και σε καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων” (ασθενής 7). “Ένας κατάλληλος χώρος ιατρείου επιδρά θετικά” (ασθενής 2)

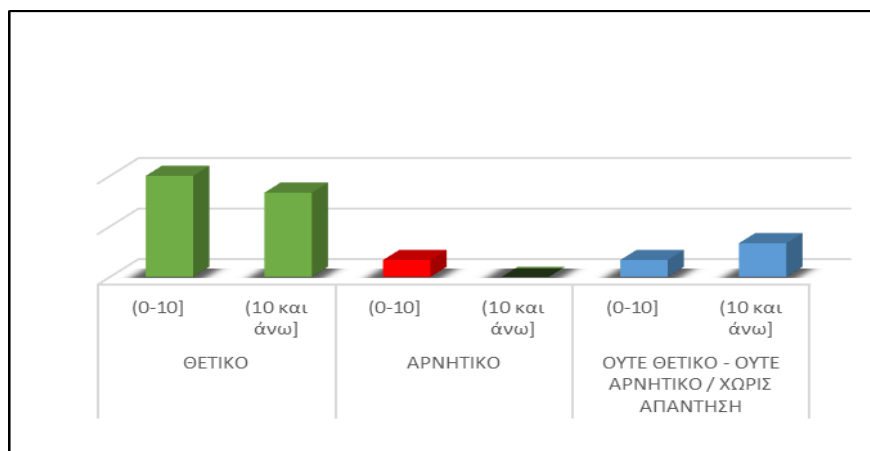
Ερώτηση 7 : Το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει την κατανόηση των οδηγιών;

Αναφορικά με το αν το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει την κατανόηση των οδηγιών, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 96 και το γράφημα 8.

Πίνακας 96: Απαντήσεις 7^{ης} Ερώτησης

| Ασθενής | Πάθηση | Διάρκεια Σχέσης | Ερώτηση 7 |
|---------|---------|-----------------|-----------|
| 1 | ΡΑ | 30 | Θ |
| 2 | ΣΕΛ | 2 | Θ |
| 3 | ΡΑ | 6 | Θ |
| 4 | ΓΑ | 2 | Θ |
| 5 | ΨΑ | 3 | ΧΑ |
| 6 | ΑΣ | 11 | Θ |
| 7 | ΑΣ | 12 | Θ |
| 8 | ΑΣ | 7 | Θ |
| 9 | Sjogren | 3 | Θ |
| 10 | ΡΑ | 20 | ΧΑ |
| 11 | ΡΑ | <1 | Θ |
| 12 | ΡΑ | 14 | Θ |
| 13 | ΨΑ | 6 | Α |
| 14 | ΨΑ | 19 | ΧΑ |
| 15 | ΣΕΛ | 11 | Θ |

Γράφημα 8: Το Εκπαιδευτικό Επίπεδο Επηρεάζει την Κατανόηση των Οδηγιών:



Συγκεκριμένα έξι ασθενείς στην υποκατηγορία (0-10] έτη και πέντε ασθενείς στην υποκατηγορία (10 και άνω] έτη απάντησαν θετικά. Αρνητικά ένας ασθενής στην υποκατηγορία (0-10] έτη και κανένας στην υποκατηγορία (10 και άνω] έτη, ενώ ούτε θετικά - ούτε αρνητικά/χωρίς απάντηση ένας ασθενής στην πρώτη υποκατηγορία και δύο στη δεύτερη.

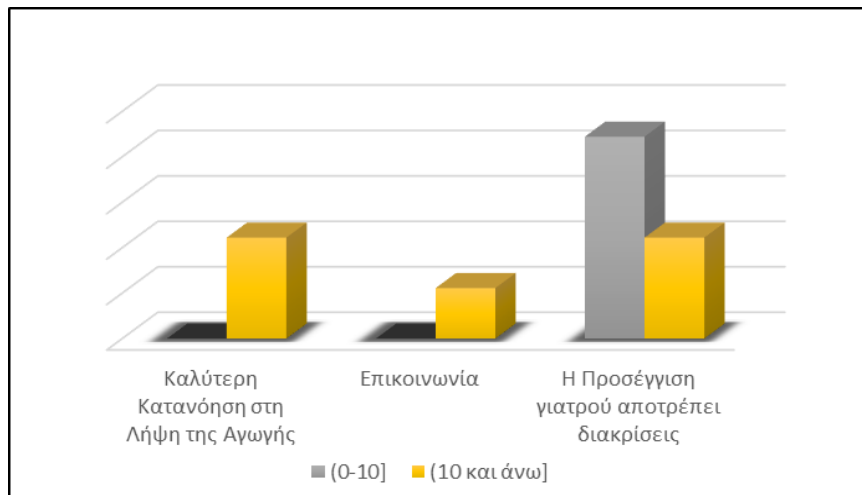
Σε αυτή λοιπόν την ερώτηση τόσο *οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια σχέσης με τον γιατρό τους (10 και άνω] όσο και οι ασθενείς με μικρότερη διάρκεια σχέσης (0-10] έτη πιστεύουν ότι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο κατανοούν καλύτερα τις οδηγίες που τους δίνουν οι θεράποντες γιατροί.*

Στον πίνακα 97 και το γράφημα 9 αναφέρονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων ανά υποκατηγορία για τον λόγο που θεωρούν ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει την κατανόηση των οδηγιών του γιατρού.

Πίνακας 97: Το Εκπαιδευτικό Επίπεδο Στην Κατανόηση των Οδηγιών

| ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ | ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ |
|--|---|
| 7. Η κατανόηση των οδηγιών του γιατρού και η ανάπτυξη εμπιστοσύνης, θεωρείται από κάποιους ότι επηρεάζεται από το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών. Εσείς τι πιστεύετε γι' αυτό; | Καλύτερη Κατανόηση στη Λήψη της Αγωγής |
| | Επικοινωνία |
| | Η Προσέγγιση γιατρού αποτρέπει διακρίσεις |

Γράφημα 9: Το Εκπαιδευτικό Επίπεδο Επηρεάζει στην Κατανόηση των Οδηγιών:



Οι ερωτώμενοι με διάρκεια σχέσης με το γιατρό (10 και άνω] έτη ανέφεραν ότι το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο βοηθά στην καλύτερη κατανόηση στον τρόπο λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, συντελεί στη δημιουργία καλύτερης επικοινωνίας και ένα ποσοστό θεωρεί πως ο τρόπος προσέγγισης του γιατρού μπορεί να αποτρέψει τη διάκριση που δημιουργεί το εκπαιδευτικό επίπεδο. Ο τρόπος προσέγγισης του γιατρού και η αποτροπή διάκρισης ήταν η μόνη απάντηση που αναφέρθηκε από τους ερωτώμενους της υποκατηγορίας (0-10] έτη.

Οι ερωτώμενοι συγκεκριμένα ανέφεραν: “Σίγουρα βοηθά. Όμως εδώ αποδεικνύεται και η ικανότητα προσέγγισης του γιατρού με τον ασθενή και η δυνατότητα να «διαβάξει» την προσωπικότητα και τις ανάγκες του” (ασθενής 6). “Όταν ο ασθενής έχει υψηλό μορφωτικό επίπεδο κατανοεί καλύτερα τις οδηγίες του γιατρού” (ασθενής 15). “Σε όλους τους τομείς της ζωής χρειάζεται στοιχειώδες εκπαιδευτικό επίπεδο για να υπάρχει σωστή επικοινωνία το ίδιο και στην ιατρική για να μην υπάρχουν παρανοήσεις” (ασθενής 12). “Για να είναι επιτυχής μια επικοινωνία θα πρέπει και τα δύο μέρη να ερμηνεύουν σωστά τα μηνύματα” (ασθενής 2). “Οι άνθρωποι που δεν ξέρουν γράμματα, είναι κάποιας ηλικίας και συνήθως δεν εντάσσονται στο κοινωνικό σύνολο, δεν κατανοούν εύκολα τις οδηγίες του γιατρού” (ασθενής 11). “...πιο σημαντικό είναι ο γιατρός να μπορεί προσαρμοστεί στο εκπαιδευτικό επίπεδο του ασθενούς ώστε με βάση το ποιο άτομο έχει απέναντι να αλλάζει τον τρόπο που θα εξηγήσει ή ακόμα και θα πείσει τον ασθενή ανεξαρτήτως εκπαίδευσης” (ασθενής 7). “Δεν είμαι ερευνητής, ούτε αναλυτής για να μπορώ να κρίνω κάτι τέτοιο, ούτε ιατρός για να έχω

εμπειρία” (ασθενής 5). “Δεν ξέρω αν επηρεάζεται από το εκπαιδευτικό επίπεδο. Σίγουρα παίζει ρόλο το πόσο κατανοητός είναι ο γιατρός” (ασθενής 14) και ο ασθενής 13 πιστεύει: “Δε νομίζω ότι επηρεάζει”.

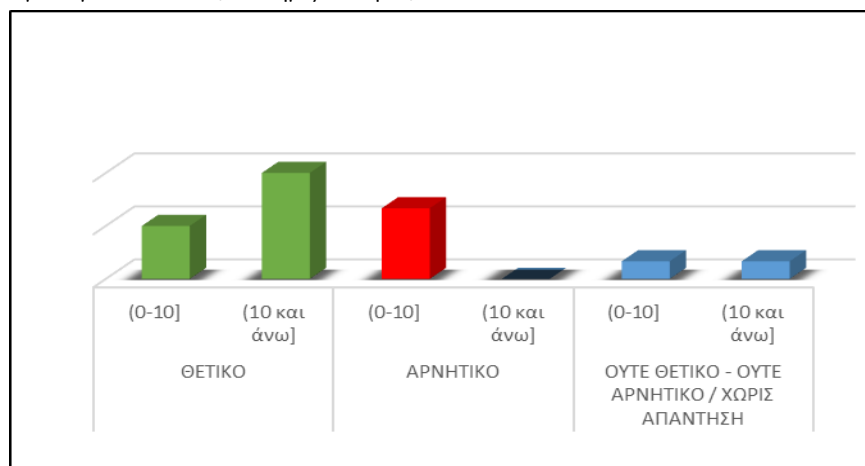
Η επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου μελετήθηκε και στην ποσοτική έρευνα, όπου εξήχθη το συμπέρασμα ότι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής ως προς τη διάσταση της φυσικής/σωματικής λειτουργικότητας ίσως ακριβώς λόγω της καλύτερης κατανόησης του γιατρού.

Ερώτηση 8 : Η μακροχρόνια σχέση ιατρού - ασθενή συμβάλει στη βελτίωση των συμπτωμάτων και τις καθημερινές δραστηριότητες;

Πίνακας 98: Απαντήσεις 8^{ης} Ερώτησης

| Ασθενής | Πάθηση | Διάρκεια Σχέσης | Ερώτηση 8 |
|---------|---------|-----------------|-----------|
| 1 | ΡΑ | 30 | Θ |
| 2 | ΣΕΛ | 2 | ΧΑ |
| 3 | ΡΑ | 6 | Θ |
| 4 | ΓΑ | 2 | Θ |
| 5 | ΨΑ | 3 | Α |
| 6 | ΑΣ | 11 | Θ |
| 7 | ΑΣ | 12 | Θ |
| 8 | ΑΣ | 7 | Α |
| 9 | Sjogren | 3 | Θ |
| 10 | ΡΑ | 20 | ΧΑ |
| 11 | ΡΑ | <1 | Α |
| 12 | ΡΑ | 14 | Θ |
| 13 | ΨΑ | 6 | Α |
| 14 | ΨΑ | 19 | Θ |
| 15 | ΣΕΛ | 11 | Θ |

Γράφημα 10: Η Μακροχρόνια Σχέση Ιατρού - Ασθενή Συμβάλει στη Βελτίωση των Συμπτωμάτων και τις Καθημερινότητας



Σχετικά με το αν η μακροχρόνια σχέση γιατρού - ασθενή συμβάλει στη βελτίωση των συμπτωμάτων και των καθημερινών δραστηριοτήτων, τρεις από τους ερωτώμενους στην υποκατηγορία (0-10] έτη απάντησαν θετικά, τέσσερις απάντησαν αρνητικά και ένας ούτε θετικά - ούτε αρνητικά/χωρίς απάντηση. Αντίθετα στην υποκατηγορία (10 και άνω] έτη έξι ασθενείς απάντησαν θετικά, ούτε θετικά - ούτε αρνητικά/χωρίς απάντηση ένας και δεν υπήρχε καμία αρνητική απάντηση (πίνακας 98, γράφημα 10). Και σε αυτή λοιπόν την ερώτηση συμπεραίνουμε πως **οι μακροχρόνιοι ασθενείς με διάρκεια σχέσης με το γιατρό (10 και άνω] έτη θεωρούν πως η σχέση με το γιατρό τους, συμβάλει θετικά στα συμπτώματα της νόσου τους και στην καθημερινότητα τους**

Στον πίνακα 99 αποτυπώνονται οι απαντήσεις για τον τρόπο που η μακροχρόνια σχέση γιατρού - ασθενή επηρεάζει τα συμπτώματα και τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή.

Πίνακας 99: Η Μακροχρόνια Σχέση Ιατρού - Ασθενή πώς Επηρεάζει τα Συμπτώματα & την Καθημερινή Δραστηριότητα

| ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ | ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ |
|--|---|
| 8. Πιστεύετε ότι μία μακροχρόνια σχέση μεταξύ γιατρού - ασθενή, με ανοικτή επικοινωνία και διάλογο, έχει θετικό αντίκτυπο στην βελτίωση των συμπτωμάτων (πόνος, κόπωση, δυσκαμψία) και στη διαχείριση των καθημερινών δραστηριοτήτων (προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, περπάτημα) ή όλα τα ως άνω δεν επηρεάζονται από αυτή τη σχέση; | Θετικό Αντίκτυπο στη Ψυχολογία |
| | Αποδοχή Συμπτωμάτων & Καθημερινή Δραστηριότητας |
| | Πιστή Εφαρμογή Οδηγιών Λόγω Εμπιστοσύνης στο Γιατρό |
| | Άμεση Επικοινωνίας |
| | Η Σχέση Λειτουργεί σαν Επαγρύπνηση |

Οι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι η μακροχρόνια σχέση με το γιατρό τους, επηρεάζει θετικά τη ψυχολογία τους. Λόγω της σχέσης τους αναπτύσσεται εμπιστοσύνη και επομένως πιο πιστή εφαρμογή των οδηγιών του γιατρού τους. Έχει δημιουργηθεί μία άμεση επικοινωνία μεταξύ τους, που μπορεί να λειτουργήσει και σαν επαγρύπνηση από την πλευρά του θεράποντα ιατρού και αποδέχονται πιο εύκολα τα συμπτώματά τους και τη νέα τους καθημερινή πραγματικότητα.

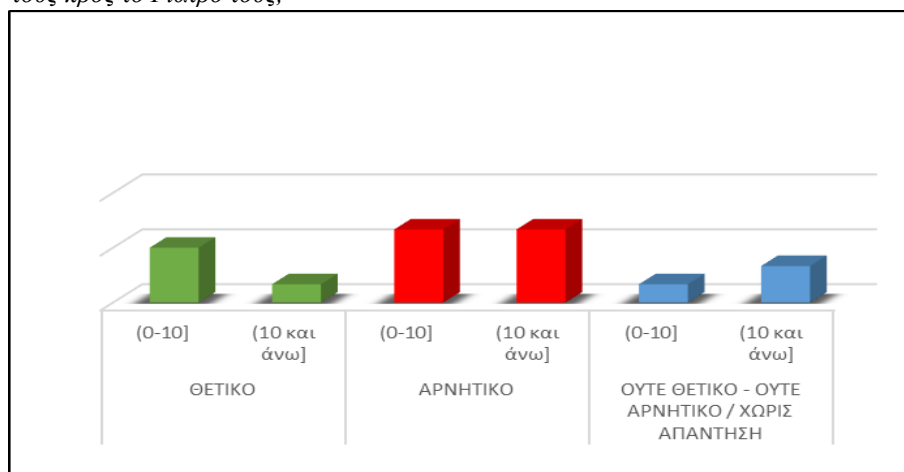
Συγκεκριμένα οι ασθενείς απάντησαν: *“Επηρεάζονται, γιατί έχει θετικό αντίκτυπο στην ψυχολογία και στην αποδοχή των συμπτωμάτων και της διαχείρισης των καθημερινών δραστηριοτήτων”* (ασθενής 1). *“Μακροχρόνια σχέση σημαίνει ανάπτυξη εμπιστοσύνης και επομένως πιο πιστή εφαρμογή των οδηγιών του γιατρού”* (ασθενής 6). *“Και βέβαια έχει διότι έτσι γιατρός και ασθενής είναι σε μια μόνιμη και συχνή επικοινωνία σε σχέση με τα συμπτώματα και αν η πάθηση είναι σε ύφεση ή έξαρση και τροποποιεί την φαρμακευτική αγωγή ή άλλες οδηγίες”* (ασθενής 12), *“...επειδή συχνά ο ασθενής μπορεί να απογοητεύεται και να αφήνεται, η κοντινή σχέση μπορεί να λειτουργήσει σαν επαγρύπνηση από την πλευρά του θεράποντα ιατρού”* (ασθενής 7). *“Αυτή η σταθερή και μακροχρόνια σχέση οδηγεί στην ψυχική ισορροπία του ασθενή, εξισορροπώντας παράλληλα και την κατάσταση των συμπτωμάτων του, καθώς και τη διάθεση και επίτευξη μίας αποτελεσματικότερης διαχείρισης των καθημερινών δραστηριοτήτων”* (ασθενής 3). *“Μπορώ να πω οτιδήποτε στην γιατρό μου, χωρίς να φοβάμαι, ακόμα και όταν πονάω επειδή έχω κουραστεί πολύ δεν με μαλώνει”* (ασθενής 10). *“Η εμπιστοσύνη με τον γιατρό αναπτύσσεται με το πέρασμα του χρόνου και έχει θετική επίδραση στην ψυχολογία του ασθενούς και στην πιστή τήρηση των οδηγιών του, με αποτέλεσμα την βελτίωση των συμπτωμάτων και την καλύτερη διαχείριση των καθημερινών δραστηριοτήτων του”* (ασθενής 15). *“Δεν ξέρω αν επηρεάζονται από μία καλή σχέση γιατρού και ασθενή”* (ασθενής 2). *“Όχι, όλα τα παραπάνω δεν επηρεάζονται από το χρονικό διάστημα της συνεργασίας ασθενούς-ιατρού και τη σχέση επικοινωνίας τους”* (ασθενής 5). *“Αυτό μπορεί να γίνει στιγμιαία κατά την διάρκεια της επικοινωνίας αλλά μετά ο ασθενής μένει μόνος του και καλείται να παλέψει με τα προβλήματα της καθημερινότητας μόνος του”* (ασθενής 8). *“Στη βελτίωση των συμπτωμάτων και των δραστηριοτήτων παίζει ρόλο η σωστή φαρμακευτική αγωγή”* (ασθενής 13).

Ερώτηση 9: Οι χρόνιοι ασθενείς με την πάροδο του χρόνου αυξάνουν τις απαιτήσεις τους προς το γιατρό τους;

Πίνακας 100: Απαντήσεις 9^{ης} Ερώτησης

| Ασθενής | Πάθηση | Διάρκεια Σχέσης | Ερώτηση 9 |
|---------|---------|-----------------|-----------|
| 1 | ΡΑ | 30 | Θ |
| 2 | ΣΕΛ | 2 | Α |
| 3 | ΡΑ | 6 | Α |
| 4 | ΓΑ | 2 | Α |
| 5 | ΨΑ | 3 | Θ |
| 6 | ΑΣ | 11 | ΧΑ |
| 7 | ΑΣ | 12 | Α |
| 8 | ΑΣ | 7 | Θ |
| 9 | Sjogren | 3 | ΧΑ |
| 10 | ΡΑ | 20 | Α |
| 11 | ΡΑ | <1 | Θ |
| 12 | ΡΑ | 14 | Α |
| 13 | ΨΑ | 6 | Α |
| 14 | ΨΑ | 19 | ΧΑ |
| 15 | ΣΕΛ | 11 | Α |

Γράφημα 11: Οι Χρόνιοι Ασθενείς με την Πάροδο του Χρόνου Αυξάνουν τις Απαιτήσεις τους προς το Γιατρό τους;



Προχωρώντας στην ανάλυση των αποτελεσμάτων στην παραπάνω ερώτηση, θετικά απάντησαν τρεις ασθενείς με διάρκεια σχέσης (0-10] έτη και μόνο ένας στην υποκατηγορία (10 και άνω] έτη, αρνητικά απάντησαν τέσσερις και στις δύο υποκατηγορίες, και ούτε θετικά - ούτε αρνητικά/χωρίς απάντηση ένας ασθενής με διάρκεια σχέσης (0-10] έτη και δύο

ασθενείς με διάρκεια σχέσης (10 και άνω] έτη (πίνακας 100, γράφημα 11). *Συνεπώς, δεν φαίνεται οι ερωτώμενοι να πιστεύουν ότι με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζεται αύξηση των απαιτήσεων των ασθενών προς το θεράποντα ιατρό, εξέλιξη που θα έκανε δύσκολη τη μεταξύ τους σχέση.*

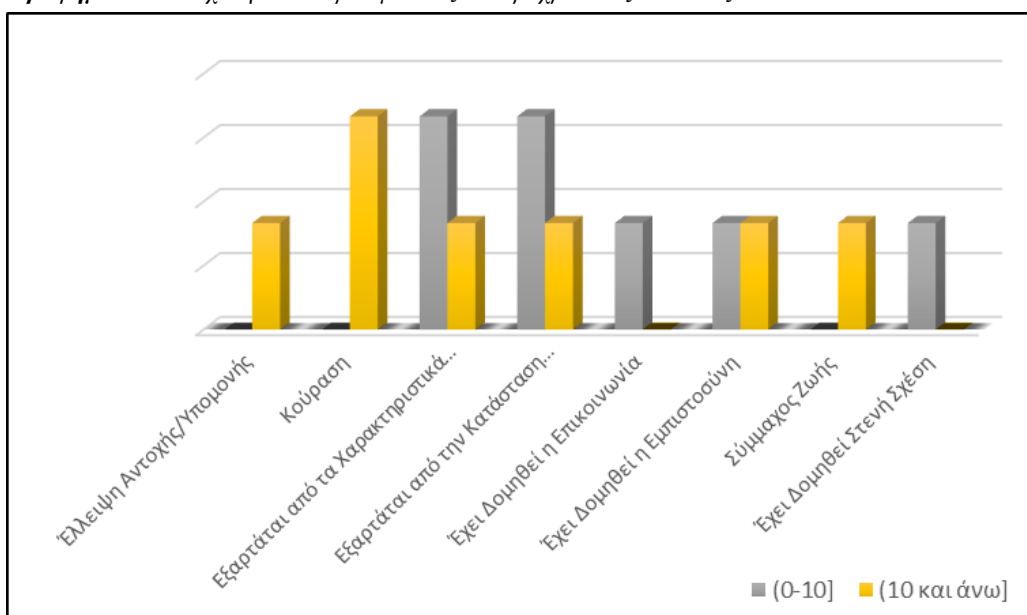
Σε δεύτερη ερμηνεία, όμως, διαβάζοντας το μεγαλύτερο ποσοστό των θετικών απαντήσεων στην υποκατηγορία (0-10] έτη σε σχέση με την υποκατηγορία (10 και άνω] έτη, συμπεραίνουμε ότι ο σημαντικός δεσμός της μακροχρόνιας σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενή δεν έχει ακόμα δομηθεί στην υποκατηγορία (0-10] έτη.

Στον πίνακα 101 και στο γράφημα 12 αναφέρονται οι απαντήσεις των ασθενών ανά υποκατηγορία στην ερώτηση 9.

Πίνακας 101: Η Σχέση Ιατρού με τους Μακροχρόνιους Ασθενείς

| ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ | ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ |
|---|---|
| 9. Πιστεύεται από κάποιους ότι οι χρόνιοι ασθενείς με την πάροδο του χρόνου αυξάνουν τις απαιτήσεις τους προς το θεράποντα ιατρό τους και η σχέση γιατρού – ασθενή γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη. Εσείς τι πιστεύετε; Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την ως άνω δήλωση και γιατί; | Έλλειψη Αντοχής/Υπομονής |
| | Κούραση |
| | Εξαρτάται από τα Χαρακτηριστικά του Ασθενή |
| | Εξαρτάται από την Κατάσταση Υγείας του Ασθενή |
| | Έχει Δομηθεί η Επικοινωνία |
| | Έχει Δομηθεί η Εμπιστοσύνη |
| | Σύμμαχος Ζωής |
| | Έχει Δομηθεί Στενή Σχέση |

Γράφημα 12: Η Σχέση του Ιατρού με τους Μακροχρόνιους Ασθενείς

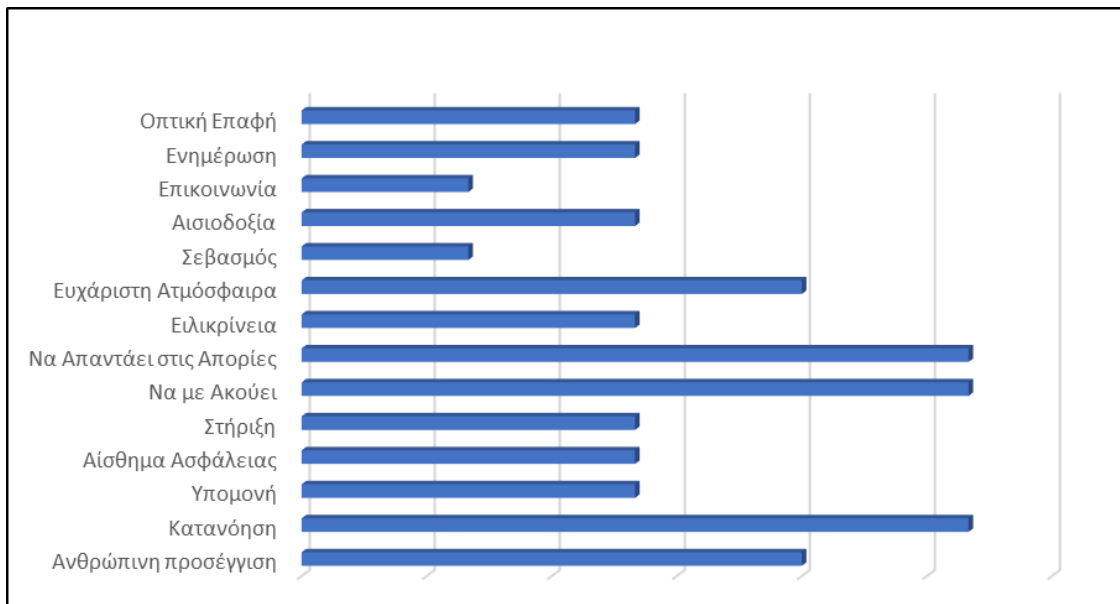


Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους ασθενείς που ήδη βρίσκονταν σε μια μακροχρόνια σχέση με το γιατρό τους (10 και άνω] κατανεμήθηκαν ως εξής: ένα μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύει ότι πράγματι η σχέση δυσκολεύει με την πάροδο του χρόνου λόγω του παράγοντα κούραση, ο οποίος επηρεάζει την αντοχή και υπομονή του ασθενή, ένα μικρότερο ποσοστό πιστεύει ότι εξαρτάται από την κατάσταση του ασθενή κατά την εξέλιξη της νόσου του, το ίδιο μικρό ποσοστό πιστεύει ότι εξαρτάται και από τα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή, και στο ίδιο ποσοστό ότι ο γιατρός είναι ένας σύμμαχος ζωής και η πάροδος του χρόνου τους ενώνει παρά τους χωρίζει. Οι ερωτώμενοι με διάρκεια σχέσης (0-10] έτη απάντησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό πως εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ασθενή και επίσης στο ίδιο ποσοστό πως εξαρτάται από την κατάσταση υγείας του ασθενή, ενώ σε μικρότερο ποσοστό δόθηκαν οι απαντήσεις: έχει δομηθεί εμπιστοσύνη ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή, έχει δομηθεί η επικοινωνία και έχει δομηθεί στενή σχέση.

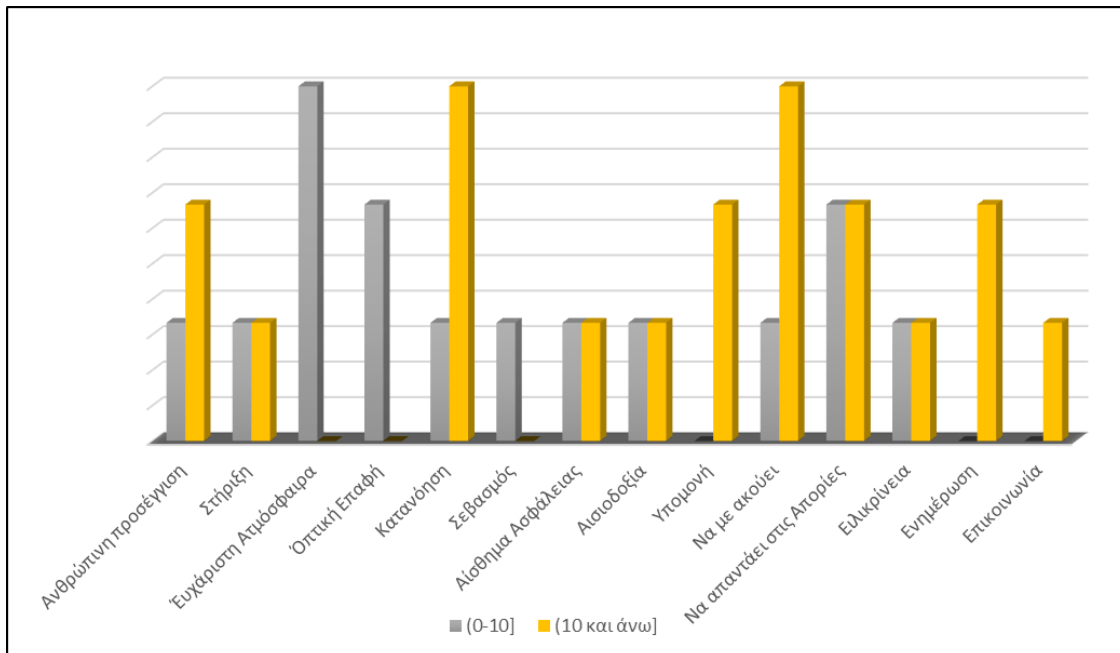
Μερικές από τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους ασθενείς ήταν οι εξής: *“Με την πάροδο του χρόνου δεν αυξάνονται οι απαιτήσεις προς το γιατρό εκτός και αν αυτό επιβάλει η κατάσταση του ασθενούς”* (ασθενής 2). *“Αυτό εξαρτάται και από τον γιατρό και από τον ασθενή και τα χαρακτηριστικά του”* (ασθενής 6), *“...με την πάροδο του χρόνου η σχέση γιατρού ασθενούς γίνεται όλο και καλύτερη δεδομένου φυσικά ότι έχει από την αρχή δομηθεί πάνω στην εμπιστοσύνη, την επικοινωνία και τον επαγγελματισμό”* (ασθενής 3). *“Πιστεύω ότι η σχέση με την πάροδο του χρόνου γίνεται στενότερη από την στιγμή που ο γιατρός κατανοεί τον ασθενή και ο ασθενής δεν έχει παράλογες απαιτήσεις”* (ασθενής 4). *“Αν έχει αναπτυχθεί μια καλή σχέση με τον γιατρό δεν νομίζω να αυξάνονται οι απαιτήσεις, αφού υπάρχει συνεργασία και εμπιστοσύνη”* (ασθενής 15). *“Δεν νομίζω να έχω αλλάξει ως προς αυτά που ζητάω. Έχω την ίδια γιατρό 20 χρόνια”* (ασθενής 10). *“Ίσως όταν ο πόνος του ασθενή γίνεται πολύ έντονος οι απαιτήσεις του από τον γιατρό, τον οποίο βλέπει και ως σωτήρα, να αυξηθούν”* (ασθενής 8).

Ερώτηση 10: Τι προσδοκούν οι ασθενείς από τον/τη γιατρό τους κατά την ιατρική επίσκεψη;

Γράφημα 13: Τί Προσδοκούν από τον/τη γιατρό κατά την Ιατρική Επίσκεψη



Γράφημα 14: Τί Προσδοκούν από τον/τη γιατρό κατά την Ιατρική Επίσκεψη



Όσο περνούν τα χρόνια και χτίζεται μια στενή σχέση με το θεράποντα γιατρό, ο ασθενής με διάρκεια σχέσης (10 και άνω) έτη προσδοκά από το γιατρό του να τον ακούει, να τον κατανοεί, να τον προσεγγίζει με ανθρωπιά, να τον ενημερώνει, να απαντάει στις απορίες του, να δείχνει υπομονή, να προσφέρει στήριξη, αίσθημα ασφάλειας και αισιοδοξίας, να υπάρχει επικοινωνία και γενικά να είναι ειλικρινής απέναντι του σχετικά με το νόσημα του. Αντίστοιχα οι προσδοκίες των ερωτώμενων με διάρκεια σχέσης (0-10] έτη είναι ευχάριστη ατμόσφαιρα, να απαντάει ο γιατρός στις απορίες τους, να υπάρχει οπτική επαφή, και σε μικρότερο ποσοστό παρουσιάζονται οι απαντήσεις: ανθρώπινη προσέγγιση, στήριξη, κατανόηση, σεβασμός, αίσθημα ασφάλειας, αισιοδοξία, να με ακούει και να είναι ειλικρινής (γράφημα 13,14).

Συγκεκριμένα οι απαντήσεις των ερωτώμενων για το τι **προσδοκούν** από το γιατρό κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης, εκτός από τις ιατρικές υπηρεσίες, είναι: *“Ανθρώπινη συμπεριφορά, κατανόηση, υπομονή και αίσθημα ασφάλειας”* (ασθενής 1). *“Μια ανθρώπινη προσέγγιση και στήριξη”* (ασθενής 2), *“...να με ακούει με προσοχή και χωρίς διάθεση αμφισβήτησης, να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις και τις απορίες μου, να μου εξηγήσει, να συζητήσει, να είναι ειλικρινής μαζί μου...”* (ασθενής 3). *“Μια ευχάριστη ατμόσφαιρα...”* (ασθενής 4). *“Ένα χαμόγελο”* (ασθενής 5). *“Να επιδειξει ανθρώπινο πρόσωπο”* (ασθενής 6). *“Να ακούει τους προβληματισμούς και τους φόβους μου, να δίνει απτές λύσεις για μικρά προβλήματα της καθημερινότητας τα οποία ίσως δυσχεραίνονται από το χρόνιο νόσημα...”* (ασθενής 7). *“Την οπτική επαφή, που είναι πολύ σημαντική σε κάθε είδος επικοινωνία, την καλή του διάθεση και την ηρεμία του προσώπου του”* (ασθενής 8). *“Την κατανόηση και τον σεβασμό”* (ασθενής 9). *“Να ακούσει και πως νιώθω όχι μόνο αν πονάω”* (ασθενής 10). *“Να με κάνει πάντοτε να νιώθω το ίδιο εξοικειωμένη, σίγουρη και αισιόδοξη για την πορεία της υγείας μου”* (ασθενής 11). *“Να είναι ειλικρινής απέναντι μου σε σχέση με την πάθηση μου, να μην με ανησυχήσει όμως υπερβολικά και να με ενημερώσει ότι στην εποχή μας οι χρόνιες παθήσεις αντιμετωπίζονται πολύ πιο αποτελεσματικά από το παρελθόν”* (ασθενής 12). *“Οπτική επαφή και να απαντάει στις απορίες μου”* (ασθενής 13). *“Να έχει υπομονή και να απαντάει στις ερωτήσεις μου”* (ασθενής 14). *“Να βρίσκεται δίπλα μου ως άνθρωπος και γιατρός και να με ενημερώνει, να με ακούει και να απαντά σε κάθε απορία μου”* (ασθενής 15).

B' μέρος ποιοτικής ανάλυσης

Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα, στην ποσοτική ανάλυση διερευνήθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα στις κατηγορίες διάρκειας σχέσης με το γιατρό, των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, για τη φυσική λειτουργικότητα, το σωματικό ρόλο, το συναισθηματικό ρόλο και την κοινωνική λειτουργικότητα. Από την ανάλυση αυτή προέκυψε ότι υπήρχαν διαφορές για τις διαστάσεις του σωματικού ρόλου και της κοινωνικής λειτουργικότητας.

Συγκεκριμένα τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την ποσοτική έρευνα και τα οποία έγινε προσπάθεια να ενισχυθούν και μέσα από τα αποτελέσματα της ποιοτικής ανάλυσης αναφέρονται παρακάτω.

- 1. Οι ασθενείς των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι πάνω από δέκα έτη έχουν καλύτερη ποιότητα υγείας στη διάσταση του σωματικού ρόλου συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι (2-5] έτη.*
- 2. Οι ασθενείς των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι πάνω από δέκα έτη έχουν καλύτερη ποιότητα υγείας στη διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η διάρκεια σχέσης με τον γιατρό είναι (2-5] έτη.*
- 3. Οι ασθενείς των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι πάνω από δέκα έτη έχουν καλύτερη ποιότητα υγείας στη διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι (5-7] έτη.*

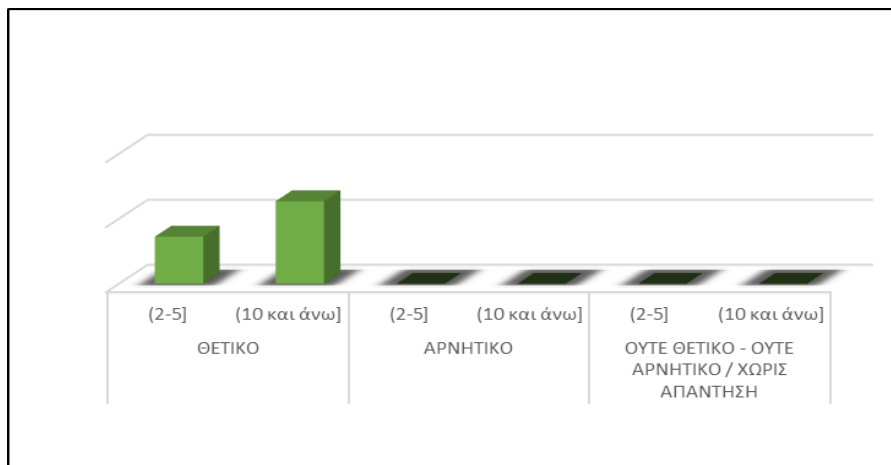
Στο δεύτερο αυτό μέρος της ποιοτικής έρευνας γίνεται μια περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων χωρίζοντας τους ασθενείς σε επιπλέον υποκατηγορίες: διάρκεια σχέσης με το γιατρό (2-5] έτη και διάρκεια σχέσης με το γιατρό (5-7] έτη σε σύγκριση πάντα με τους ασθενείς με διάρκεια σχέσης με το γιατρό (10 και άνω] έτη.

Για να τεκμηριωθούν τα παραπάνω αποτελέσματα (1 και 2) και μέσα από την ποιοτική ανάλυση, επιλέχθηκαν οι απαντήσεις των ασθενών που είχαν διάρκεια σχέσης με το γιατρό (2-5] έτη (τέσσερις ερωτώμενοι) και συγκρίθηκαν με τις απαντήσεις των ασθενών με διάρκεια σχέσης με το γιατρό (10 και άνω] έτη (επτά ερωτώμενοι).

Αναλυτικά τα αποτελέσματα φαίνονται στα παρακάτω γραφήματα:

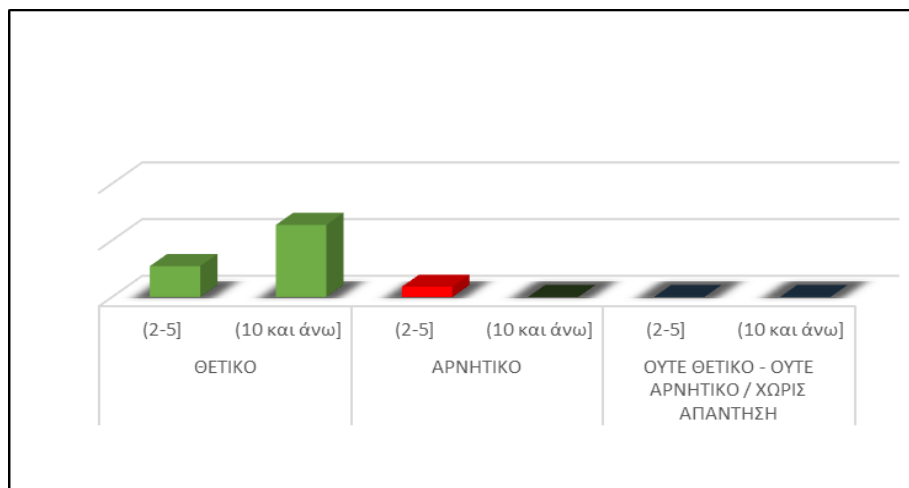
Στο γράφημα 15 οι ερωτώμενοι στην υποκατηγορία (10 και άνω] έτη υποστηρίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι η σχέση με το θεράποντα γιατρό τους επηρεάζει την κατάσταση της υγείας τους σε σύγκριση με τους ερωτώμενους στην υποκατηγορία (2-5] έτη.

Γράφημα 15: *Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει την Κατάσταση της Υγείας Σας;*



Αντίστοιχη ανάλυση, όπως φαίνεται στο γράφημα 16 έγινε και για την ερώτηση αν η σχέση γιατρού - ασθενή επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Και εδώ υπερτερούν οι θετικές απαντήσεις των ερωτώμενων με διάρκεια σχέσης με το γιατρό (10 και άνω] έτη έναντι των ερωτώμενων με διάρκεια σχέσης (2-5] έτη.

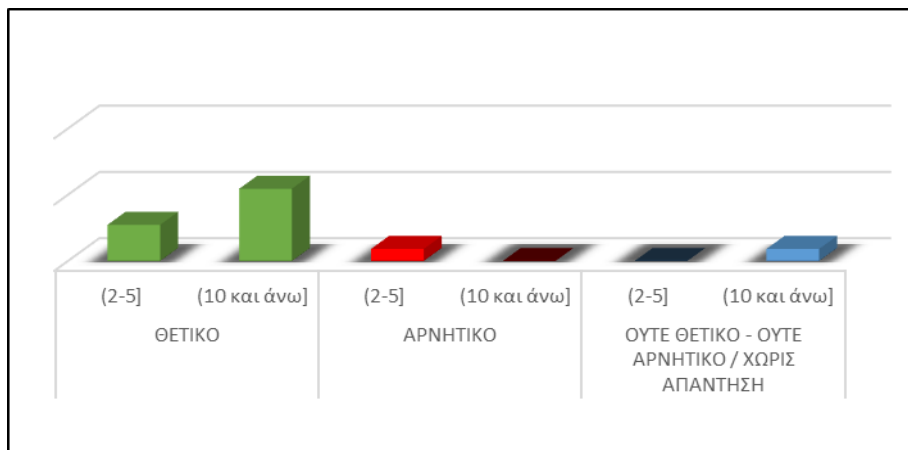
Γράφημα 16: *Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει το Θεραπευτικό Αποτέλεσμα;*



Αναφορικά με το αν η σχέση γιατρού - ασθενή αποτελεί παράγοντα στην ποιότητα ζωής, από τις απαντήσεις των ερωτώμενων προκύπτει ότι οι ασθενείς με μακροχρόνια σχέση με το γιατρό θεωρούν ότι έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς με

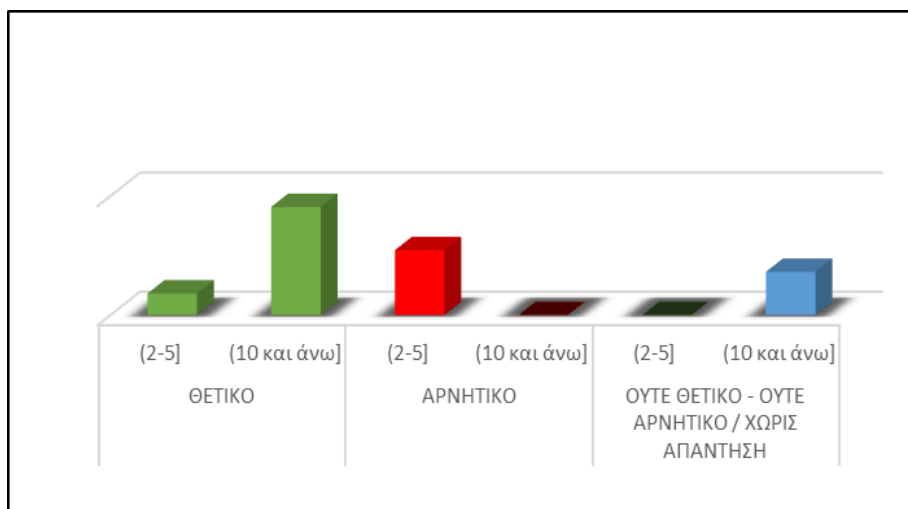
μικρότερης διάρκειας σχέση (2-5] έτη. Παρατηρείται επίσης, πως ένα μικρότερο ποσοστό των ασθενών με διάρκεια σχέσης (2-5] έτη απάντησαν αρνητικά (γράφημα 17).

Γράφημα 17: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Αποτελεί Παράγοντα Στην Ποιότητα Ζωής:



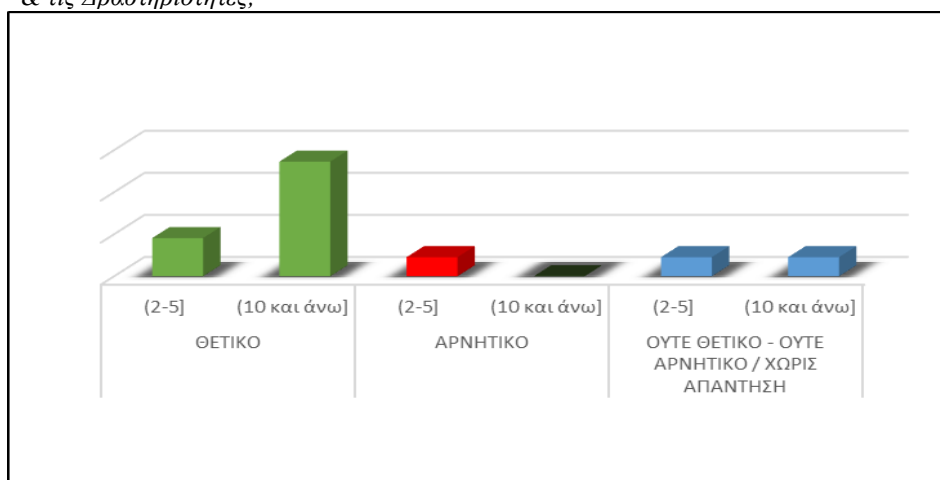
Η ανάλυση συνεχίστηκε και για την ερώτηση για το αν η σχέση γιατρού - ασθενή επηρεάζει το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής. Και εδώ παρατηρούμε μεγάλη διαφορά στις θετικές απαντήσεις, με τους ερωτώμενους της υποκατηγορίας (10 και άνω] έτη να απαντούν θετικά σε μεγάλο ποσοστό και ένα πολύ μικρό ποσοστό ούτε θετικά – ούτε αρνητικά/χωρίς απάντηση. Αντίθετα οι ερωτώμενοι της υποκατηγορίας (2-5] έτη φαίνεται να απαντούν θετικά σε ένα μικρό ποσοστό (γράφημα 18).

Γράφημα 18: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει το Αποτέλεσμα της Φαρμακευτικής Αγωγής:



Ιδιαίτερη σημασία για την ενίσχυση των συμπερασμάτων της ποσοτικής ανάλυσης που προαναφέρθηκαν είναι τα αποτελέσματα που φαίνονται στο γράφημα 19. Η πλειονότητα των ασθενών που έχουν ήδη μακροχρόνια σχέση με το γιατρό τους (10 και άνω] έτη πιστεύουν ότι μια τέτοια σχέση έχει θετικό αντίκτυπο στον πόνο, την κόπωση και την δυσκαμψία, που είναι τα βασικά συμπτώματα των ρευματικών νοσημάτων και στις καθημερινές τους δραστηριότητες (προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, περπάτημα), ενώ στην υποκατηγορία (2-5] έτη απάντησαν θετικά ένα αρκετά μικρό ποσοστό.

Γράφημα 19: Η Μακροχρόνια Σχέση Ιατρού - Ασθενή έχει Αντίκτυπο στα Συμπτώματα & τις Δραστηριότητες;



Από την παραπάνω ανάλυση των γραφημάτων εξάγεται το συμπέρασμα ότι **η μακροχρόνια σχέση του ρευματοπαθούς με το θεράποντα ρευματολόγο επηρεάζει θετικά τη γενική κατάσταση της υγείας του, την ποιότητα ζωής του, τα συμπτώματα της νόσου του και την επίπτωση στις καθημερινές του δραστηριότητες με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα θετικό υπόβαθρο για τη δράση του φαρμάκου και να αποτελεί έναν ουσιαστικό παράγοντα επιτυχίας της θεραπείας.**

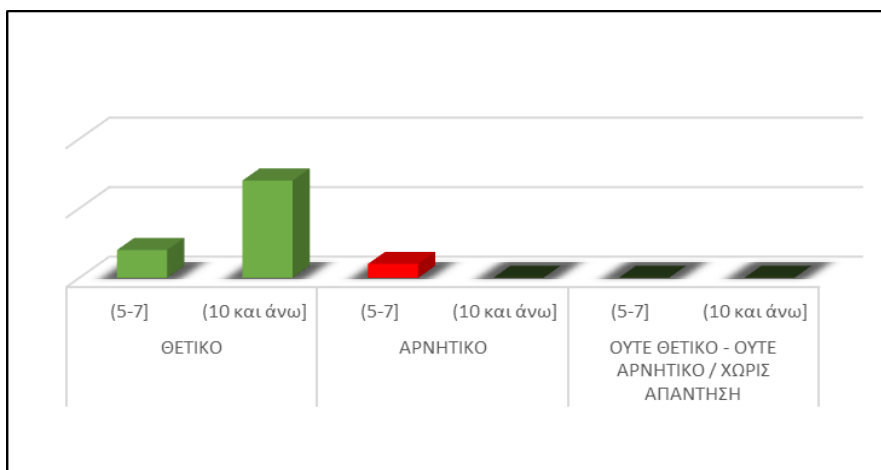
Για να τεκμηριωθεί το αποτέλεσμα (3) και μέσα από την ποιοτική ανάλυση, επιλέχθηκαν οι απαντήσεις των ασθενών που είχαν διάρκεια σχέσης με το γιατρό (5-7] έτη (τρεις ερωτώμενοι) και συγκρίθηκαν με τις απαντήσεις των ασθενών με διάρκεια σχέσης (10 και άνω] έτη (επτά ερωτώμενοι).

Η ανάλυση αφορούσε ξανά την κατάσταση υγείας του ασθενή, το θεραπευτικό αποτέλεσμα, την ποιότητα ζωής, το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής και φυσικά τα συμπτώματα και τις καθημερινές του δραστηριότητες.

Αναλυτικά τα αποτελέσματα φαίνονται στα παρακάτω γραφήματα :

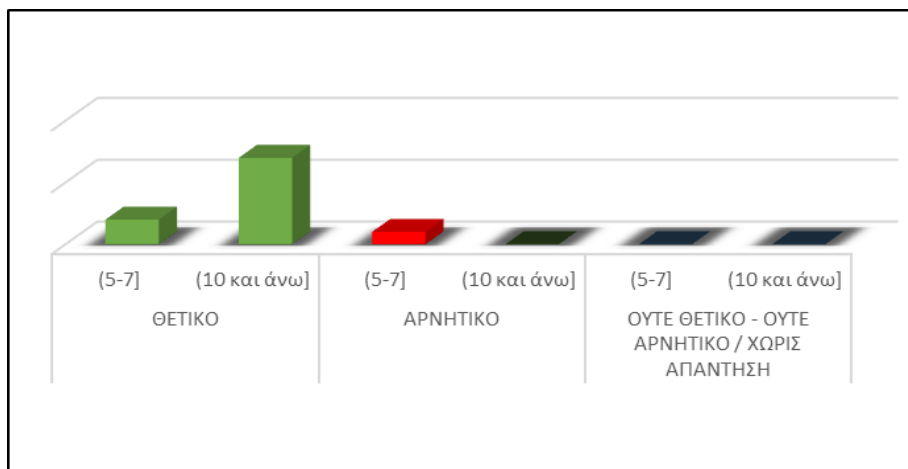
Στο γράφημα 20 παρουσιάζεται μεγάλη διαφορά των θετικών απαντήσεων ανάμεσα στους ερωτώμενους με διάρκεια σχέσης γιατρού – ασθενή (10 και άνω] έτη σε σχέση με τους ερωτώμενους με διάρκεια σχέσης (5-7] έτη. Ενώ στην ίδια κατηγορία (5-7] έτη παρουσιάζεται και ένα μικρό ποσοστό ως αρνητική απάντηση.

Γράφημα 20: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει την Κατάσταση της Υγείας Σας;



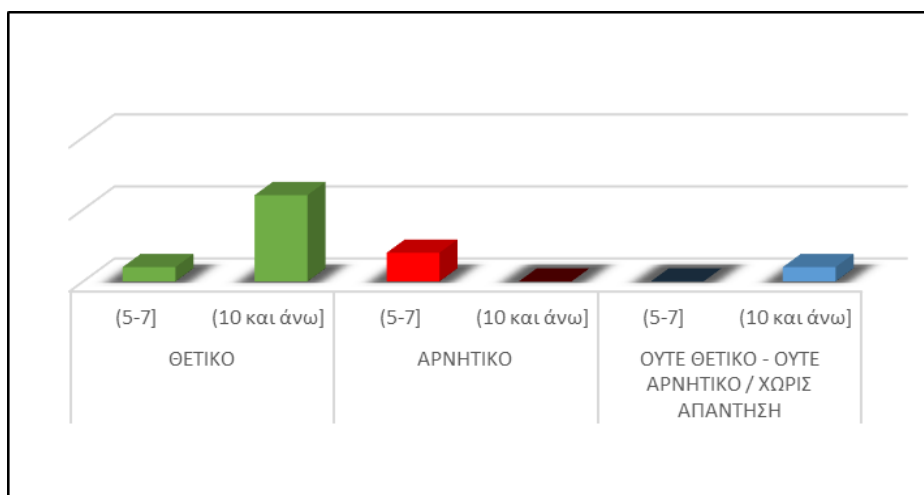
Οι ίδιες ακριβώς διαφορές παρουσιάζονται και στο γράφημα 21, με τους μακροχρόνιους ασθενείς (10 και άνω] έτη να απαντούν θετικά στο ερώτημα αν η σχέση γιατρού – ασθενή επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε σχέση με τους ερωτώμενους με διάρκεια σχέσης (5-7] έτη. Και εδώ παρατηρείται ένα ποσοστό αρνητικών απαντήσεων πάλι από την υποκατηγορία (5-7] έτη.

Γράφημα 21: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει το Θεραπευτικό Αποτέλεσμα:



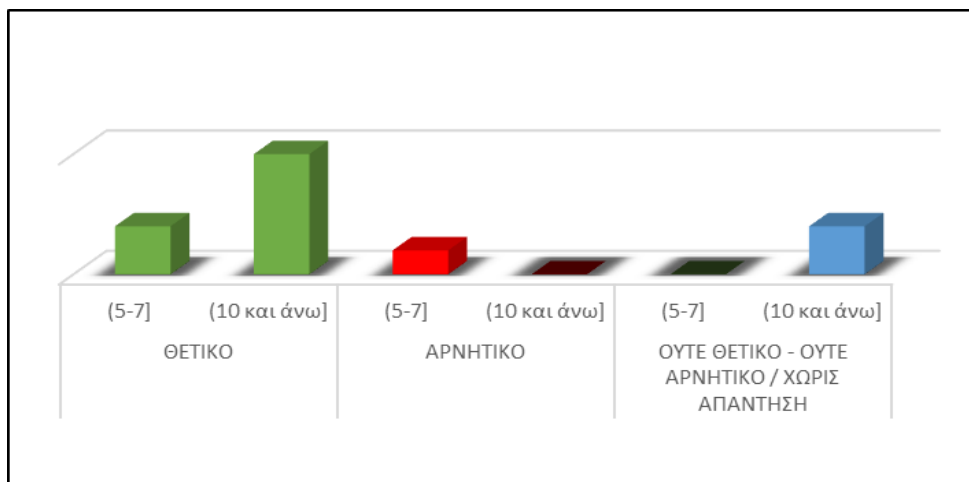
Όταν η κατάσταση υγείας του ασθενή και το θεραπευτικό αποτέλεσμα επηρεάζεται θετικά από μια καλή σχέση που χτίζεται με το πέρασμα των ετών, ειδικά στους ασθενείς με διάρκεια σχέσης πάνω από δέκα έτη τότε, όπως είναι αναμενόμενο, βελτιώνεται και η ποιότητα ζωής του, όπως φαίνεται και στο γράφημα 22.

Γράφημα 22: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Αποτελεί Παράγοντα Στην Ποιότητα Ζωής:



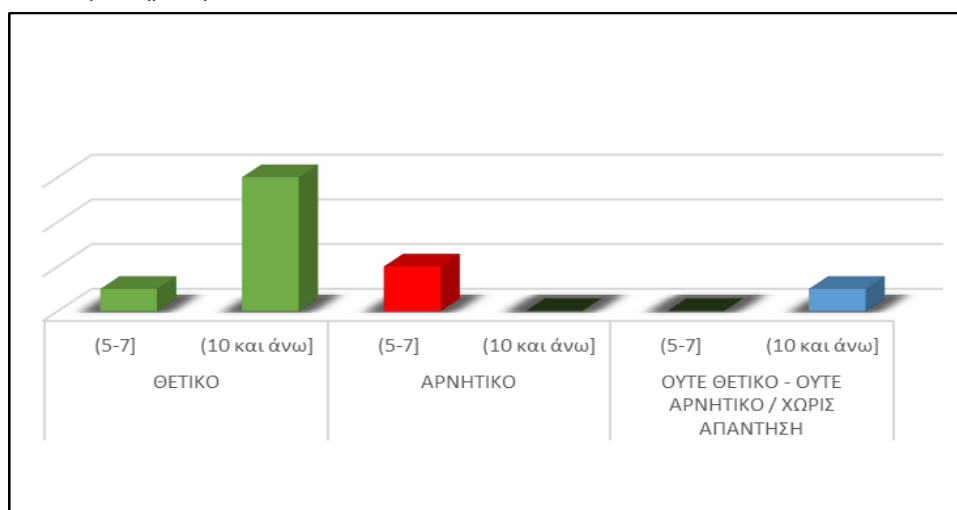
Αλλά και στην περίπτωση του αποτελέσματος της φαρμακευτικής αγωγής υπερτερούν οι θετικές απαντήσεις των ερωτώμενων (10 και άνω] έτη σε σχέση με τους ερωτώμενους με διάρκεια σχέσης με το γιατρό (5-7], όπως φαίνεται στο γράφημα 23.

Γράφημα 23: Η Σχέση Ιατρού - Ασθενή Επηρεάζει το Αποτέλεσμα της Φαρμακευτικής Αγωγής:



Ενδιαφέρει ιδιαίτερα το θεράποντα γιατρό που παρακολουθεί έναν ασθενή με χρόνια ρευματολογικό νόσημα η άποψη του, αν θεωρεί ότι η μακροχρόνια σχέση μαζί του, επηρεάζει θετικά τα συμπτώματα του και τις καθημερινές του δραστηριότητες. Στο γράφημα 24 επιβεβαιώνεται ότι η μακροχρόνια σχέση (10 και άνω) έτη έχει θετικό αντίκτυπο τόσο στα συμπτώματα όσο και στις καθημερινές δραστηριότητες σε αντιδιαστολή με την υποκατηγορία (5-7) έτη που απάντησαν θετικά μόνο ένα μικρό ποσοστό και αρνητικά το διπλάσιο ποσοστό.

Γράφημα 24: Η Μακροχρόνια Σχέση Ιατρού - Ασθενή έχει Αντίκτυπο στα Συμπτώματα & τις Δραστηριότητες:



Από την παραπάνω ανάλυση ενισχύεται το συμπέρασμα ότι *οι ασθενείς με ρευματικά νοσήματα των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι πάνω από δέκα έτη έχουν καλύτερη ποιότητα υγείας στη διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι (5-7] έτη. Επιπρόσθετα, η ανάλυση δείχνει ότι δεν επηρεάζεται μόνο η κοινωνική διάσταση, αλλά επηρεάζεται θετικά η κατάσταση υγείας, το θεραπευτικό αποτέλεσμα, η ποιότητα ζωής, το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής και τα συμπτώματα, που ταλαιπωρούν το ρευματολογικό ασθενή.*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ, ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ

Τα Κυριότερα Συμπεράσματα της Ποσοτικής και Ποιοτικής Έρευνας – Συζήτηση

Τα τελευταία χρόνια στο πεδίο της ρευματολογίας λαμβάνουν χώρα ενδιαφέρουσες εξελίξεις. Υπάρχουν σημαντικές νέες γνώσεις για την παθογένεια, τη διάγνωση και την πρόγνωση των αυτοάνοσων νοσημάτων. Καινούργιες καινοτόμες θεραπείες χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη και έχουν βελτιώσει εντυπωσιακά τη ζωή των ρευματοπαθών. Το “ταξίδι” ενός ασθενή με ρευματολογικό νόσημα από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων ως την τελική διάγνωση και την αντιμετώπιση έχει γίνει αρκετά σύντομο. Σημαντικό ρόλο σε αυτό φαίνεται ότι παίζει η ολοένα και αυξανόμενη ενημέρωση του κοινού για τα συμπτώματα των ρευματικών νοσημάτων, από τις ιατρικές εταιρείες και τους συλλόγους ασθενών, που προσπαθούν να κατευθύνουν όσο πιο νωρίς γίνεται το ρευματοπαθή στο ρευματολόγο.

Οι ρευματικές παθήσεις είναι χρόνια, συστηματικά φλεγμονώδη νοσήματα, τα οποία αν μείνουν χωρίς θεραπεία μέσω του μηχανισμού της φλεγμονής οδηγούν σε καταστροφή των αρθρώσεων, με αποτέλεσμα την απώλεια της φυσικής λειτουργικότητας και την αδυναμία εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων. Η θεραπευτική προσέγγιση έχει αλλάξει ριζικά τα τελευταία χρόνια. Με την έκρηξη στον τομέα της βιοτεχνολογίας δόθηκε η δυνατότητα μέσω ερευνών να κατανοηθούν καλύτερα τα παθογενετικά μονοπάτια των αυτοάνοσων νοσημάτων και να αναπτυχθούν στοχευμένες θεραπείες. Στη θεραπευτική φάρμακα των ρευματολόγων υπάρχουν πλέον και οι βιολογικοί παράγοντες, που επιβραδύνουν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου. Η χρήση αυτών των φαρμάκων εξασφαλίζει στους ασθενείς μια ζωή χωρίς πόνο, λιγότερες παρενέργειες και καλύτερη λειτουργικότητα.

Οι σπουδαιότεροι οργανισμοί παγκοσμίως ανακοινώνουν κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία των ρευματοπαθειών (ACR/EULAR), που στοχεύουν στην κλινικοεργαστηριακή ύφεση ή στη χαμηλή ενεργότητα της νόσου. Η επίτευξη κλινικής ύφεσης, που επιτυγχάνεται με τα νέα θεραπευτικά μέσα βοηθούν στην ομαλή μελλοντική έκβαση των νοσημάτων, επιβραδύνουν την ακτινολογική τους εξέλιξη, αποτρέπουν την εμφάνιση μόνιμων παραμορφώσεων των αρθρώσεων, ελαχιστοποιούν τα συμπτώματα και κυρίως τον πόνο και

γενικά βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Στον παρελθόν απλά παρακολουθούσαμε την εξέλιξη των ρευματικών νοσημάτων ελαχιστοποιώντας μόνο τον πόνο. Πλέον, όμως, έχουμε την δυνατότητα να παρεμβαίνουμε ουσιαστικά με αποτέλεσμα τη βελτιστοποίηση της κατάστασης του ασθενή.

Ωστόσο, ενώ μέσα από την εντατική επιστημονική έρευνα έχουν γίνει άλματα στην διαγνωστική και θεραπευτική προσπέλαση των αυτοάνοσων νοσημάτων, υπάρχουν ανεκπλήρωτες ανάγκες στον τομέα της επικοινωνίας ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή ως βασική παράμετρος για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Στους ρευματοπαθείς τα νοσήματα αυτά εκτός από τα σωματικά συμπτώματα επιφέρουν και αυξημένο ψυχολογικό φορτίο με αποτέλεσμα μια ουσιαστική επικοινωνία και μια αρμονική συνεργασία, να αποκτούν μεγάλη σημασία για την ακριβέστερη αξιολόγηση της νόσου και την πιο εύστοχη θεραπευτική προσέγγιση. Ο (Cooley Ch, 1909) έδωσε τον πρώτο ορισμό του όρου επικοινωνία ως *“ο μηχανισμός μέσω του οποίου υπάρχουν και αναπτύσσονται οι ανθρώπινες σχέσεις”* και ο οποίος είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα.

Οι βασικότεροι λόγοι για την πραγματοποίηση της επικοινωνίας συνοψίζονται α. στην πληροφόρηση και την ενημέρωση, β. στο συντονισμό των δράσεων και γ. στην έκφραση των συναισθημάτων (Μακράτζη Α, 2016). Ο ρευματολόγος, αφού ενημερώσει αναλυτικά τον ασθενή του με τρόπο απλό και κατανοητό, θα πρέπει να του δώσει χώρο και χρόνο να αποδεχτεί το χρόνιο πρόβλημα του και στη συνέχεια με την ενεργή συμμετοχή του να το αντιμετωπίσουν από κοινού με βάση τα θεραπευτικά πρωτόκολλα της κάθε νόσου, αλλά και εξατομικεύοντας τις επιλογές για κάθε ασθενή. Θα πρέπει ο γιατρός να είναι συνοδοιπόρος με τον ασθενή σε αυτό το δύσκολο και χρόνιο ταξίδι, βασιζόμενο στην ειλικρίνεια, την εμπιστοσύνη και την συνεργασία.

Σύμφωνα με τους (Παπαδάκη - Μιχαηλίδη Ε, 1995) η επικοινωνία πραγματοποιείται μέσω της λεκτικής και της μη λεκτικής οδού, από την οποία η λεκτική οδός εκφράζει το γνωστικό κομμάτι της επικοινωνίας και η μη λεκτική το συναισθηματικό. Η διεθνής βιβλιογραφία και η επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζει ότι τα κύρια προσόντα για τη συλλογή πληροφοριών, τη διάγνωση και τη θεραπεία είναι οι επικοινωνιακές δεξιότητες που πρέπει να διαθέτει ο γιατρός, δηλαδή την ενεργητική ακρόαση και την ερμηνεία των μη λεκτικών μηνυμάτων.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι γιατροί που έχουν επίγνωση των μη λεκτικών μεθόδων επικοινωνίας έχουν την ικανότητα να μεταδίδουν και να κερδίζουν σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση του ασθενή και τη συνεργασία του στην τήρηση των οδηγιών.

Τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα συμπεράσματα της ποσοτικής έρευνας, που προέκυψαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου εκτίμησης σχέσης Ιατρού - Ασθενή, του ερωτηματολογίου SF-36 και του ερωτηματολογίου HAQ, ενώ στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα συμπεράσματα που αναδείχθηκαν από την ανάλυση των συνεντεύξεων της ποιοτικής έρευνας. Πολλά από τα ευρήματα ήταν σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αλλά προστέθηκαν κι άλλα, όπου τα βιβλιογραφικά δεδομένα για τα ρευματικά νοσήματα ήταν περιορισμένα.

Στη βιβλιογραφία τονίζεται η αρνητική επίδραση των ρευματικών νοσημάτων στην σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών. Όταν τα συμπτώματα εμφανιστούν στα χέρια των ασθενών επηρεάζονται οι καθημερινές δραστηριότητες, όπως γράψιμο, άνοιγμα βάζων, ντύσιμο και μεταφορά αντικειμένων, ενώ όταν προσβληθούν τα πόδια οι ασθενείς δυσκολεύονται στο περπάτημα και γενικότερα στη μετακίνηση. Οι ασθενείς, επίσης, ανησυχούν ιδιαίτερα για το πως το χρόνιο ρευματικό νόσημα θα επηρεάσει τη ζωή τους, και για τον κίνδυνο που τίθεται πλέον η ανεξάρτητη διαβίωση τους. Η ανασφάλεια αυτή έχει σοβαρές επιπτώσεις και στην ψυχική τους υγεία. Μελέτες γενικότερα για τη σχέση γιατρού - ασθενή (Street RL Jr, et al, 2005), (Beusterien K, Bell JA, et al, 2013), (Ward M, Sundaramurthy S, et al, 2003), έδειξαν ότι η καλύτερη επικοινωνία σχετίζεται με καλύτερη υγεία, λιγότερες βλάβες οργάνων, χαμηλότερη δραστηριότητα νόσου και λιγότερες παρενέργειες φαρμάκων. Στην παρούσα διατριβή επαληθεύεται η παραπάνω διαπίστωση μέσω της ποσοτικής έρευνας, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι ***τα χαμηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων οδηγούν σε καλύτερα επίπεδα φυσικών / σωματικών λειτουργιών στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα.***

Οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι στην περίπτωση των χρόνιων νοσημάτων ο ασθενής πρέπει να είναι στο επίκεντρο και να του παρέχονται επαρκείς πληροφορίες, ώστε να επιτυγχάνεται μια καλύτερη συνολική υγεία (Berrios - Rivera J, Street R Jr, Garcia P-LM, et al, 2006). Ο γιατρός είναι αυτός που θα αξιολογήσει την πορεία της νόσου του ασθενή και θα του δώσει την κατάλληλη θεραπεία. Η ανάπτυξη μίας σχέσης που στοχεύει στη δημιουργία ενός δεσμού ανάμεσα στις δύο πλευρές και αφορά στον καθαρισμό των θεραπευτικών στόχων και στην ολοκλήρωση των θεραπευτικών δραστηριοτήτων, ορίζεται

ως θεραπευτική συμμαχία. Η θεραπευτική επικοινωνία επικεντρώνεται στις ανάγκες του ασθενή. Η προσωποκεντρική προσέγγιση δημιουργεί μια καλή σχέση με τον ασθενή που διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών, την κατανόηση αυτών και τη ρύθμιση των συναισθημάτων του. Οι (Kneisel C, Wilson H, Trigoboff E, 2009) υπογραμμίζουν ότι *“η σχέση αυτή προϋποθέτει τη συμμετοχή τόσο του ειδικού όσο και του ασθενή με επίκεντρο τον ασθενή και τις συνθήκες της διαβίωσης του, με σκοπό τη βελτίωση αυτών”*. Για να εκφράσει όμως ελεύθερα ο ασθενής όλες τις πτυχές της νόσου, ώστε να είναι ακριβέστερη η αξιολόγηση αυτής και πιο εύστοχη η θεραπεία, θα πρέπει να καλλιεργηθεί μια ικανοποιητική και καλή σχέση με το γιατρό. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν ότι, όταν επιτευχθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τη σχέση τους με το γιατρό τότε εξασφαλίζεται και η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή.

Όταν ο ασθενής νιώθει άνετα και έχει εμπιστοσύνη στο ρευματολόγο έχει καλύτερα επίπεδα υγείας, ενώ φτωχότερη υγεία συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης (Freburger J, Callahan L, Currey S, Anderson L, 2003). Σε αυτό το συμπέρασμα καταλήγει και η παρούσα διατριβή, η οποία έδειξε *ότι χαμηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων οδηγούν σε καλύτερα επίπεδα σωματικής υγείας*.

Ένας παράγοντας που διερευνήθηκε στην παρούσα διατριβή να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς είναι η διάρκεια σχέσης με το γιατρό. Όπως, ήδη έχει επισημανθεί, τα βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν ότι η διάρκεια της ασθένειας έχει σημαντικό αντίκτυπο στους τομείς της ζωής του ασθενούς όπως ο πόνος, η κοινωνική κατάσταση και οι περιορισμοί στους κοινωνικούς ρόλους (Ambriz Murillo Y, Menor Almagro R, Campos-Gonzalez ID, Cardiel MH, 2015). Συγχρόνως, σε μια πρόσφατη μελέτη (Virginia Pascual-Ramos, Irazu Contreras-Yanez, et al, 2022), διαπιστώθηκε ότι η εμπιστοσύνη στο γιατρό αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου και χαρακτηρίζει τη μακροχρόνια σχέση γιατρού και ασθενή. Στην παρούσα ποσοτική έρευνα παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στη διάρκεια σχέσης του γιατρού με τον ασθενή και στην ποιότητα υγείας. Συγκεκριμένα, *οι ασθενείς των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι πάνω από δέκα έτη, έχουν καλύτερη ποιότητα υγείας στη διάσταση του σωματικού ρόλου και της κοινωνικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι 2-5 έτη*.

Η διατήρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής είναι ένας πολύ σημαντικός στόχος σε ασθένειες που δεν υπάρχει ουσιαστική θεραπεία αλλά η ιατρική φροντίδα και

παρέμβαση αποσκοπεί στον έλεγχο των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της πορείας της νόσου. Η ποιότητα ζωής είναι ένας γενικότερος όρος που έχει χρησιμοποιηθεί από όλους τους κλάδους των επιστημών (Υφαντόπουλος Ι., 2001), (Huber M, Vogelmann M & Leidl R, 2018). Είναι έντονο το ενδιαφέρον των επιστημόνων στο χώρο της υγείας τα τελευταία χρόνια για την έννοια της ποιότητας ζωής. Μάλιστα σήμερα χρησιμοποιείται ως ένας δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών πράξεων και τη πιο συχνή μέθοδο εκτίμησης της υγείας καθώς μετρά τις επιπτώσεις της νόσου και το βαθμό που η σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευεξία επηρεάζονται από τη νόσο και από την θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή.

Έντονο είναι και το ερευνητικό ενδιαφέρον για τη μελέτη των δημογραφικών παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής στα ρευματικά νοσήματα. Η ηλικία αποτελεί έναν από αυτούς τους παράγοντες. Το άτομο όταν μεταβαίνει από την ενήλικη ζωή στην τρίτη ηλικία, γίνεται επιρρεπές σε χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις, όπως η οστεοαρθρίτιδα, οι οποίες προκαλούν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Η κακή ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους συσχετίζεται με υψηλό επίπεδο θνησιμότητας, νοσηρότητας καθώς επίσης και με συχνή χρήση των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η αυξημένη ηλικία συσχετίστηκε με μειωμένη σωματική λειτουργικότητα στη μελέτη των (Matcham F, Scott IC, Rayner L, et al., 2014), ενώ θετική ήταν η συσχέτιση με τα επίπεδα ψυχικής υγείας. Βάσει των ευρημάτων της παρούσας έρευνας ***οι ασθενείς με μεγαλύτερη ηλικία τείνουν να έχουν χειρότερα επίπεδα στην ποιότητα της φυσικής/σωματικής λειτουργικότητας.*** Τα ηλικιωμένα άτομα, επηρεάζονται ως προς την κινητικότητα τους, λόγω των μυοσκελετικών προβλημάτων και των προβλημάτων των αρθρώσεων. Παράλληλα, οι ηλικιωμένοι ασθενείς αναφέρουν συχνά υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα (Fitzpatrick R, 1991), και αυτό ίσως οφείλεται στο ότι λόγω της χρονιότητας της ασθένειας έχουν μεγαλύτερη εξάρτηση από το γιατρό τους και δεν εκφράζουν τη δυσαρέσκεια τους. Αυτό το εύρημα δείχνει και η ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας, ότι ***οι ασθενείς με μεγαλύτερη ηλικία τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων στη σχέση Ιατρού - Ασθενή.***

Όπως, ήδη έχει τονιστεί, τα αυτοάνοσα νοσήματα παρουσιάζουν μεγάλη έξαρση στη σημερινή εποχή με 8 στους 10 ασθενείς να ανήκουν στο γυναικείο φύλο. Η αιτία που συμβαίνει αυτό είναι αδιευκρίνιστη, αν και πολλοί επιστήμονες το αποδίδουν στις ορμονικές

αλλαγές που γίνονται στη διάρκεια της ζωής μιας γυναίκας. Κάθε μία από αυτές τις ορμονικές αλλαγές επηρεάζει τη συνολική κατάσταση του οργανισμού της γυναίκας, όπως στην περίπτωση της εμμηνόπαυσης, όπου η αλλαγή της διάθεσης, των επιπέδων ενέργειας, του βάρους και άλλων παραμέτρων μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργικότητα της. Και στη συγκεκριμένη μελέτη φάνηκε ότι **οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ανικανότητας (έκπτωση λειτουργικότητας) συγκριτικά με τους άνδρες.**

Σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί η ποιότητα ζωής ανάμεσα σε γυναίκες και άνδρες παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες παρουσιάζουν χειρότερο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας, αλλά έχουν πιο υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με τους άντρες. Αυτό ίσως οφείλεται στο ότι όταν οι γυναίκες αρρωσταίνουν επισκέπτονται πιο εύκολα το γιατρό. Μέσω της στατιστικής ανάλυσης φάνηκε ότι **οι γυναίκες ασθενείς με ρευματικά νοσήματα έχουν χαμηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων για την σχέση με το γιατρό τους συγκριτικά με τους άνδρες**, εύρημα που επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη των (Pappa E & Niakas D, 2006), που υποστήριξαν ότι οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες πηγαίνουν πιο συχνά στο γιατρό, νοσηλεύονται και νιώθουν περισσότερο ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες υγείας.

Η διαφοροποίηση αυτή μπορεί να οφείλεται και στους κοινωνικούς ρόλους που καλούνται να αναλάβουν οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναίκες είναι εκείνες, που επωμίζονται τις περισσότερες ευθύνες για την οικογένεια, τα παιδιά και το νοικοκυριό, με αποτέλεσμα όλα αυτά να επιβαρύνουν την ποιότητα της ζωής τους και ιδιαίτερα στην περίπτωση που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Επίσης, οι γυναίκες εκτίθενται σε περισσότερες καταστάσεις άγχους, λόγω των παραπάνω ευθυνών. Ένα από τα συμπεράσματα που προέκυψε από την ποσοτική ανάλυση είναι ότι **τα επίπεδα ποιότητας υγείας των γυναικών είναι χαμηλότερα σε όλες τις κλίμακες του SF-36. Η μοναδική κλίμακα που δεν είχε στατιστικά σημαντική διαφορά ήταν η κοινωνική λειτουργικότητα, αν και εδώ οι γυναίκες είχαν χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με τους άνδρες.**

Μια επιπλέον ανάλυση αφορούσε τη διερεύνηση της επίδρασης της οικογενειακής κατάστασης στην αξιολόγηση της σχέσης γιατρού και ασθενή. Η παρούσα διατριβή καταλήγει στο συμπέρασμα ότι **οι άγαμοι ασθενείς παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων στη σχέση γιατρού - ασθενή.** Με βάση τις μελέτες για τη διατήρηση καλής υγείας είναι σημαντικό να υπάρχει ένα καλό κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο με βασικό εκπρόσωπο την οικογένεια. Το οικογενειακό περιβάλλον στηρίζει, βοηθά τον ασθενή να

αποδεχτεί το νόσημα του και τον ενθαρρύνει να το διαχειριστεί σωστά, ακολουθώντας πιστά τις ιατρικές οδηγίες. Ίσως λόγω της έλλειψης της παραπάνω στήριξης οι άγαμοι χρόνιοι ασθενείς αναπτύσσουν αρνητικά συναισθήματα απέναντι στο γιατρό τους.

Στον Ελλαδικό χώρο, όπως και στις άλλες χώρες παρατηρούνται ανισότητες στον τομέα της υγείας ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του κάθε ατόμου. Χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο σημαίνει χαμηλότερο κοινωνικό, επαγγελματικό ή οικονομικό επίπεδο που συνδέεται συνήθως με αυξημένη νοσηρότητα και συχνότερη εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων. Οι ασθενείς με λιγότερη ή καθόλου εκπαίδευση είναι δύσκολο να κατανοήσουν την ασθένεια τους και ίσως να λαμβάνουν και λιγότερη πληροφόρηση. Αντίθετα, ασθενείς με υψηλότερη μόρφωση αντιλαμβάνονται καλύτερα τις οδηγίες του γιατρού με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται η βέλτιστη πρόγνωση και εξέλιξη της νόσου. Ένα ακόμη συμπέρασμα που παρουσιάστηκε στη στατιστική ανάλυση και σχετίζεται με τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω είναι ότι *οι ασθενείς που έχουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής ως προς την διάσταση της φυσικής/σωματικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τους ασθενείς με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης.*

Μια ακόμη ανάλυση αφορούσε την επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης στην ανάπτυξη θετικών ή αρνητικών συναισθημάτων του ασθενή απέναντι στο γιατρό. Από την διερεύνηση αυτή προέκυψε ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες εκπαίδευσης μόνο για την κλίμακα των θετικών συναισθημάτων. Συγκεκριμένα εξήλθε το συμπέρασμα ότι *οι ασθενείς τριτοβάθμιας εκπαίδευσης παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα θετικών συναισθημάτων στη σχέση Ιατρού - Ασθενή συγκριτικά με τους ασθενείς δευτεροβάθμιας και υποχρεωτικής εκπαίδευσης.*

Τέλος, μελετήθηκε η διάρκεια της ασθένειας και η επίδραση της στις κλίμακες αξιολόγησης της σχέσης Ιατρού - Ασθενή. Η ζωή μετά την διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας είναι ιδιαίτερα στρεσογόνος αφού χαρακτηρίζεται από μια επίπονη προσπάθεια του ατόμου να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα. Ο ίδιος ο ασθενής σωματικά αισθάνεται έντονο, ανυπόφορο πόνο, ολόκληρη η ζωή του αλλάζει και τα ψυχικά του αποθέματα αρχίζουν να μειώνονται, και αυτό είναι κάτι το οποίο δυσκολεύει την προσαρμογή του στις νέες καταστάσεις η ακόμα και την ανάρρωση του (Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ, 1999). Επέρχονται σημαντικές αλλαγές όχι μόνο σε λειτουργικό επίπεδο αλλά και σε κοινωνικό και ψυχολογικό. Οι ρευματικές παθήσεις δεν είναι απειλητικές για τη ζωή αλλά σχετίζονται με υψηλά ποσοστά αναπηρίας, πρόωρης θνησιμότητας και σημαντικού κοινωνικού

κόστους (Helmick CG, Felson DT, Lawrence RC, Gabriel S, Hirsch R, Kwoh CK, et al, 2008), (Jacobson DL, Gange SJ, Rose NR, Graham NM, 1997). Ο χρόνιος ασθενής καλείται να αλλάξει πολλές συνθήκες στη ζωή του ώστε να μπορέσει να αποδεχτεί τα συμπτώματα και να ακολουθήσει μια μακροχρόνια θεραπεία. Συχνά όλα αυτά του προκαλούν με το πέρασμα των χρόνων μια έντονη ψυχολογική κούραση, που του γεννούν αρνητικά συναισθήματα, τα οποία στέκονται εμπόδιο στην καλή σχέση γιατρού - ασθενή και στην καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση. Η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει ότι **οι ασθενείς με διάρκεια ασθένειας πάνω από 30 έτη έχουν χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων συγκριτικά με τους ασθενείς που έχουν ρευματική νόσο 2-5 έτη.**

Η επικοινωνία γιατρού και ασθενή είναι αναντικατάστατη. Αποτελεί βασικό συστατικό της ιατρικής φροντίδας και ένα σημαντικό μέσο επίτευξης των θεραπευτικών στόχων. Δυστυχώς, όμως, στα πλαίσια της πανδημίας Covid-19 γιατρός και ασθενής απομακρύνθηκαν. Οι ιατρικές επισκέψεις έχουν περιοριστεί στο ελάχιστο, αλλά και κατά τη διάρκεια αυτών οι γιατροί έχουν καταργήσει τη φυσική εξέταση και βασίζονται κυρίως σε διαγνωστικές εξετάσεις, γεγονός το οποίο ενισχύει την απομάκρυνση τους από τον ασθενή. Η άυλη συνταγογράφηση, επίσης, έχει επιδεινώσει ακόμη περισσότερο τη σχέση γιατρού - ασθενή. Οι ασθενείς ζητούν από το γιατρό την αποστολή εξετάσεων και συνταγών φαρμάκων χωρίς να συναντιούνται με το θηράποντα και να εξετάζονται. Έτσι, ναι μεν η άυλη συνταγογράφηση αποτέλεσε μια καινοτόμο μέθοδο που βοήθησε αρκετά και στην περίπτωση των χρόνιων νοσημάτων, από την άλλη όμως, είχε και δυσμενείς επιπτώσεις. Ο θηράπων ρευματολόγος πολλές φορές δεν εντόπισε έγκαιρα κλινικές αλλαγές που συνέβησαν στην πορεία των νοσημάτων επειδή χάθηκε η φυσική επαφή και η διαπροσωπική επικοινωνία με τον ασθενή.

Μέσα σε αυτές τις συνθήκες της πανδημίας διενεργήθηκε η ποιοτική έρευνα της παρούσας διατριβής η οποία ενίσχυσε το συμπέρασμα ότι **η καλή σχέση γιατρού - ασθενή αποτελεί έναν βασικό παράγοντα μιας επιτυχημένης θεραπείας.** Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα αυτή ενισχύθηκε το συμπέρασμα της ποσοτικής έρευνας ότι όταν η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι πάνω από δέκα έτη, οι ασθενείς έχουν καλύτερη ποιότητα υγείας στη διάσταση του σωματικού ρόλου και της κοινωνικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τους ασθενείς των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι κάτω από 10 έτη.

Ομαδοποιώντας τα ευρήματα της ποιοτικής ανάλυσης προέκυψαν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Οι ασθενείς ανεξάρτητα από τη διάρκεια σχέσης τους με το γιατρό πιστεύουν ότι η σχέση γιατρού - ασθενή επηρεάζει την κατάσταση της υγείας τους.
- Οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια σχέσης με το γιατρό πιστεύουν ότι η σχέση αυτή επιδρά θετικά στο θεραπευτικό τους αποτέλεσμα.
- Οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια σχέσης με το γιατρό τους (10 έτη και άνω] πιστεύουν σε υψηλό ποσοστό 40% ότι η σχέση γιατρού - ασθενή αποτελεί παράγοντα στην ποιότητας ζωής τους.
- Οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια σχέσης με το γιατρό τους (10 έτη και άνω] πιστεύουν ότι η σχέση που έχει αναπτυχθεί με το γιατρό επηρεάζει τη φαρμακευτική αγωγή, ενώ στο ίδιο ποσοστό οι ασθενείς με μικρότερη διάρκεια σχέσης (0-10] έτη πιστεύουν ότι δεν την επηρεάζει.
- Ανεξάρτητα από τη διάρκεια σχέσης με το γιατρό, ο ασθενής δεν θα παρέμενε σε έναν γιατρό που δεν ακούει τις ανησυχίες του.
- Για όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα από τη διάρκεια σχέσης με το γιατρό, ο χρόνος που αφιερώνει ο γιατρός για να τους εξετάσει διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, ενώ για το χώρο που πραγματοποιείται η ιατρική επίσκεψη δεν παίζει ρόλο η διάρκεια της σχέσης γιατρού - ασθενή.
- Οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια σχέσης με το γιατρό τους (10 έτη και άνω] όσο και οι ασθενείς με μικρότερη διάρκεια σχέσης (0-10] έτη πιστεύουν ότι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο κατανοούν καλύτερα τις οδηγίες που τους δίνουν οι θεράποντες γιατροί.
- Οι μακροχρόνιοι ασθενείς με διάρκεια σχέσης με το γιατρό (10 και άνω] έτη θεωρούν πως η σχέση με το γιατρό τους, συμβάλει θετικά στα συμπτώματα της νόσου τους και στην καθημερινότητα τους.
- Οι ερωτώμενοι δεν πιστεύουν ότι με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζεται αύξηση των απαιτήσεων των ασθενών προς το θεράποντα ιατρό, εξέλιξη που θα έκανε δύσκολη τη μεταξύ τους σχέση.
- Αυτό που προσδοκούν από το γιατρό τους όσο περνούν τα χρόνια και χτίζεται μια στενή μακροχρόνια σχέση μαζί του είναι να τους ακούει, να τους κατανοεί, να τους προσεγγίζει με ανθρωπιά, να τους ενημερώνει, να τους λύνει τις απορίες, να δείχνει

υπομονή, να προσφέρει στήριξη, ασφάλεια, αισιοδοξία, να υπάρχει επικοινωνία και γενικά να είναι ειλικρινής απέναντι τους.

Συγχρόνως, στην ποιοτική έρευνα και μέσω των απαντήσεων που δόθηκαν, διαπιστώθηκε ότι οι χρόνιοι ασθενείς πιστεύουν ότι μέσω της δημιουργίας ενός κλίματος ασφάλειας, εμπιστοσύνης, σταθερότητας, αισιοδοξίας, ηρεμίας, καλής επικοινωνίας και θετικής ψυχολογίας, η σχέση γιατρού - ασθενή επηρεάζει θετικά την κατάσταση της υγείας τους και γενικότερα το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επίσης, στην ερώτηση γιατί η καλή σχέση γιατρού - ασθενή αποτελεί παράγοντα για μια καλή ποιότητα ζωής στους χρόνιους ασθενείς φαίνεται και εδώ ότι η ανάπτυξη καλής ψυχολογίας του ασθενή τον βοηθάει να απαλλαγεί από το άγχος και το στρες και να εμπιστευτεί και να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του γιατρού. Όσο περνούν τα χρόνια χτίζεται μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στις δύο πλευρές, η οποία φαίνεται ότι επηρεάζει θετικά το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής.

Στη συνέχεια της έρευνας έγινε μια περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων χωρίζοντας τους ασθενείς σε επιπλέον υποκατηγορίες: διάρκεια σχέσης με το γιατρό (2-5] έτη και διάρκεια σχέσης με το γιατρό (5-7] έτη σε σύγκριση πάντα με τους ασθενείς με διάρκεια σχέσης με το γιατρό (10 και άνω] έτη. Τα βασικά συμπεράσματα που εξήχθησαν σε αυτή την περίπτωση ήταν τα παρακάτω :

- Η μακροχρόνια σχέση του ρευματοπαθούς με το θεράποντα ρευματολόγο επηρεάζει θετικά τη γενική κατάσταση της υγείας του, την ποιότητα ζωής του, τα συμπτώματα της νόσου του και την επίπτωση στις καθημερινές του δραστηριότητες με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα θετικό υπόβαθρο για τη δράση του φαρμάκου και να αποτελεί έναν ουσιαστικό παράγοντα επιτυχίας της θεραπείας.
- Οι ασθενείς με ρευματικά νοσήματα των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι πάνω από δέκα έτη έχουν καλύτερη ποιότητα υγείας στη διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τα άτομα των οποίων η διάρκεια σχέσης με το γιατρό είναι (5-7] έτη. Επίσης, επηρεάζεται θετικά η κατάσταση υγείας, το θεραπευτικό αποτέλεσμα, η ποιότητα ζωής, το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής και τα συμπτώματα, που ταλαιπωρούν τον ασθενή.

Συνεπώς μια ολοκληρωμένη σχέση με το γιατρό οικοδομείται σιγά σιγά με το πέρασμα των ετών και θα πρέπει να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της καθημερινής ιατρικής πρακτικής, ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και η καλύτερη ποιότητα ζωής του χρόνια πάσχοντος ασθενή από ρευματικό νόσημα.

Είναι ιδιαίτερης σημασίας αυτό που πολλές φορές ακούγεται “*πολύ καλό γιατρός αλλά και άνθρωπος*”. Δεν αρκεί μόνο η επιστημονική επάρκεια του γιατρού αλλά είναι απαραίτητη και η ανάδειξη της ανθρώπινης πλευράς του, μέσω της κατανόησης, του σεβασμού και της συμπαράστασης στον ασθενή. Ο γιατρός δεν είναι πλέον η αυθεντία που αποφασίζει για τη θεραπεία του ασθενούς. Γιατρός και ασθενής τα τελευταία χρόνια έχουν ισότιμο ρόλο στην επιλογή θεραπείας. Η θεραπευτική συμμαχία είναι ένα στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης που περιλαμβάνει τόσο την ανάπτυξη των θεραπευτικών ορίων (σεβασμό, εμπιστοσύνη, εκτίμηση), όσο και τη θέσπιση θεραπευτικών στόχων. Μαζί και οι δύο θα συναποφασίσουν για τη θεραπευτική προσέγγιση, ώστε να πολεμήσουν τον κοινό εχθρό, που είναι η ασθένεια.

Τις τελευταίες δεκαετίες ανθίζει η ανάπτυξη μιας καλής σχέσης με το γιατρό που βασίζεται στο διάλογο καθώς βοηθά τον ασθενή να διατηρήσει τη ψυχική του ηρεμία και την ηθική του τόνωση. Οι ασθενείς επιζητούν να έχουν μια ουσιαστικότερη ενημέρωση τόσο για την ασθένεια όσο και για τις θεραπευτικές επιλογές. Οι σωστά ενημερωμένοι ασθενείς συμμορφώνονται περισσότερο με τις ιατρικές οδηγίες. Βέβαια θα πρέπει να τονιστεί ότι οι ασθενείς καταφεύγουν όλο και περισσότερο στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης για τη συλλογή πληροφοριών για την ασθένεια τους. Δυστυχώς, όμως, όλες οι ιστοσελίδες δεν είναι αξιόπιστες και παραπλανούν τον ασθενή. Θα πρέπει και σε αυτή την περίπτωση ο γιατρός να αφιερώνει χρόνο και να εξηγεί τους κινδύνους που ενέχει μια λάθος ενημέρωση.

Είναι πολύ σημαντική η αφιέρωση επαρκούς χρόνου από την πλευρά του γιατρού για τη δημιουργία μιας καλύτερης σχέσης με τον ασθενή. Ωστόσο με μια πιο ρεαλιστική θεώρηση των πραγμάτων φαίνεται ότι η πίεση που υφίστανται οι επαγγελματίες υγείας ιδιαίτερα σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο είναι μεγάλη και τους εμποδίζει να αφιερώσουν τον απαιτούμενο χρόνο. Θα πρέπει όσο κι αν είναι δύσκολο, ο γιατρός να ξεπεράσει αυτά τα εμπόδια και να δίνει χρόνο στον ασθενή για σωστή επικοινωνία, διότι στην αντίθετη περίπτωση μπορεί να συμβούν διαγνωστικά λάθη ή να υπάρχει ελλιπής συμμόρφωση του α-

σθενή με τη θεραπεία. Μέσα από αρκετές μελέτες φαίνεται ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τη σχέση με το γιατρό τους και ευρύτερα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ασκεί θετική επίδραση στη συμμόρφωση στη θεραπεία.

Η ανακοίνωση στον ασθενή ότι πάσχει από μια χρόνια νόσο δημιουργεί μία δύσκολη κατάσταση. Για να είναι όσο το δυνατόν πιο ανώδυνη αυτή θα πρέπει να υπάρχει μια ισχυρή ανθρώπινη σχέση μεταξύ ασθενούς και θεράποντος. Με τη διάγνωση μιας χρόνιας νόσου, όπως τα ρευματολογικά νοσήματα, δημιουργείται ένας ισχυρός δεσμός μεταξύ του γιατρού και του πάσχοντος. Ο ρόλος του θεράποντος ρευματολόγου είναι ιδιαίτερα σημαντικός στο να βοηθήσει τον ασθενή να δεχτεί τη διάγνωση, να συμμορφωθεί με τις ιατρικές οδηγίες, να διαχειριστεί τα αρνητικά του συναισθήματα και να βάλει στόχους για το μέλλον. Ο γιατρός οφείλει να αφουγκραστεί τις ανάγκες και τις προσδοκίες του ασθενή, να σέβεται την ατομικότητα του και με τη συμπεριφορά του να τον βοηθά να νιώσει εμπιστοσύνη και άνεση. Στόχος είναι να μπορέσει ο ασθενής να διαχειριστεί καλύτερα την πάθηση του και να έχει μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Είναι σημαντικό να κατανοήσουν και οι δύο πλευρές ότι **η σχέση γιατρού - ασθενή είναι το κυριότερο θεραπευτικό εργαλείο**. Η καλή αυτή σχέση οδηγεί στο βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα, από το οποίο επωφελούνται και ο γιατρός και ο ασθενής. Ο γιατρός αξιοποιεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το λίγο χρόνο που έχει στη διάθεση του, καταφέρνει να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, χτίζει μια αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης και αξιοπιστίας, με λιγότερες εντάσεις και τριβές, ενώ ο ασθενής επιτυγχάνει μια καλύτερη επικοινωνία με το γιατρό, αναδεικνύεται ο ρόλος του ως ισότιμο μέλος με ενεργή συμμετοχή στη θεραπευτική επιλογή και τελικά την καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία.

Τα οφέλη της σχέσης γιατρού - ασθενή μπορεί να επεκταθούν και στο σύστημα υγείας. Μέσω αυτής της διαδικασίας επιτυγχάνεται μείωση του άμεσου κόστους, διότι γίνονται λιγότερες αλλαγές στη θεραπεία, εφόσον έχουν συναποφασίσει γιατρός και ασθενής ποια είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία, λιγότερες διαγνωστικές εξετάσεις και λιγότερες εισαγωγές στα Νοσοκομεία, αφού ξεφεύγουν από τον κυκεώνα των αλληπάλληλων αλλαγών θεραπειών. Συγχρόνως, μειώνεται και το έμμεσο κόστος αφού μειώνονται οι μετακινήσεις των ασθενών στις δομές υγείας, μειώνεται η υποστήριξη των ασθενών από τους συγγενείς, που σημαίνει ότι δεν στερείται η αγορά εργασίας από παραγωγικά άτομα και μειώνεται ο όγκος των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία με αποτέλεσμα ο γιατρός να μπορεί να αφιερώσει

περισσότερο χρόνο στα περιστατικά του. Συνεπώς, τα παραπάνω συμπεράσματα θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψιν από τις διοικήσεις των νοσοκομείων ώστε να δοθούν οι απαραίτητες κατευθύνσεις στο ιατρικό προσωπικό, που έχει να διαχειριστεί χρόνιους ασθενείς, να επιδεικνύουν μια συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από ενδιαφέρον, κατανόηση, σεβασμό, ειλικρίνεια, υπομονή και ανθρωπιά. Να εφαρμόσουν, δηλαδή στρατηγικές εξυπηρέτησης των ασθενών με επίκεντρο τον ασθενή παρέχοντας υψηλού επιπέδου φροντίδα που αναμένεται να οδηγήσει σε μεγαλύτερη ικανοποίηση και συμμόρφωση του ασθενή. Επίσης, αναδεικνύουν την επιτακτική ανάγκη για τη συνεχόμενη εκπαίδευση των γιατρών για την απόκτηση δεξιοτήτων επικοινωνίας, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να αποκωδικοποιούν τα λεκτικά και τα μη λεκτικά μηνύματα των ασθενών, αλλά και εκπαίδευση για να προσφέρουν την ψυχική στήριξη που χρειάζονται οι ασθενείς.

Όπως, διαπιστώθηκε από τα στατιστικά αποτελέσματα των αναλύσεων της εργασίας, οι ασθενείς με κακή ποιότητα ζωής δηλώνουν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τη σχέση με το γιατρό τους, οπότε αν αυτό βελτιωθεί θα είχε σαν αποτέλεσμα περισσότεροι ασθενείς να είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται και να ακολουθούν πιστά τις ιατρικές οδηγίες, ώστε να επιτυγχάνεται η καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση.

Περιορισμοί και Προτάσεις για Περαιτέρω Έρευνα

Μπορεί όλα τα παραπάνω στατιστικά αποτελέσματα να επιβεβαιώνουν πόσο μεγάλη είναι η ανάγκη της ενίσχυσης της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή όσον αφορά τα ρευματικά νοσήματα για το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί στην παρούσα έρευνα.

Το δείγμα ασθενών που συμμετείχαν στη διεξαγωγή της ποσοτικής έρευνας συγκεντρώθηκε μόνο από μια νοσηλευτική μονάδα, τη Ρευματολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ, το οποίο είναι ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της χώρας και διαθέτει μία από τις μεγαλύτερες Ρευματολογικές κλινικές του λεκανοπεδίου. Επειδή, όμως, στον πληθυσμό της μελέτης συμπεριελήφθησαν άτομα εκπρόσωποι όλων των ηλικιακών ομάδων, κοινωνικών στρωμάτων, και των δύο φύλων και των συχνότερων ρευματικών νοσημάτων μπορεί να θεωρηθεί ότι το δείγμα εκπροσωπεί ένα ικανοποιητικό αριθμό ρευματολογικών ασθενών. Το δείγμα της παρούσας έρευνας είναι αρκετά μεγάλο (204 άτομα) και είναι η πρώτη αυτού του τύπου έρευνα που διεξήχθη στον Ελλαδικό χώρο. Ωστόσο, η

επέκταση μιας τέτοιας έρευνας και στα υπόλοιπα νοσοκομειακά ιδρύματα του λεκανοπεδίου ή της χώρας θα είχε ως συνέπεια μεγαλύτερη επίδραση στα στατιστικά αποτελέσματα.

Η συγκεκριμένη εργασία θα μπορούσε να αποτελέσει το έναυσμα για τη διενέργεια νέων εργασιών σε μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού.

Επίσης, και άλλες μελέτες θα πρέπει να διεξαχθούν μελλοντικά, που ίσως να συμπεριλάβουν και τις απόψεις ασθενών που διαβιούν σε ημιαστικές περιοχές, την επαρχία ή ακόμη και στα νησιά, όπου η ιατρική φροντίδα είναι αρκετά περιορισμένη σε σχέση με τις αστικές περιοχές. Όπως είναι γνωστό σε αυτές τις περιοχές είναι ιδιαίτερα υψηλό το επίπεδο των μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης. Δυστυχώς, παρόλο που η υγειονομική περίθαλψη είναι σημαντικό αγαθό για όλους, στις προαναφερθείσες περιοχές ο ασθενής και συγκεκριμένα ο ρευματολογικός ασθενής αντιμετωπίζει πρόβλημα πρόσβασης στο γιατρό, λόγω απόστασης και αδυναμία μετακίνησης του σε Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και γενικά μονάδες περίθαλψης. Είναι πολύ δύσκολο, λόγω των περιορισμένων ιατρικών μονάδων να εξασφαλίσει άμεσα ραντεβού σε κάποια δομή υγείας. Επίσης, αντιμετωπίζει ιδιαίτερο πρόβλημα πρόσβασης στις θεραπείες του με τους βιολογικούς παράγοντες λόγω αδυναμίας πρόσβασης στα Κεντρικά Φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ, όπου διατίθενται τα συγκεκριμένα φάρμακα.

Το κυρίαρχο πρόβλημα όλων αυτών των περιοχών είναι έλλειψη γιατρών στις δημόσιες υγειονομικές μονάδες και ιδιαίτερα η έλλειψη γενικότερα των υποειδικοτήτων και συγκεκριμένα των ρευματολόγων. Υπάρχουν περιοχές που δεν διαθέτουν ρευματολόγο είτε στο Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας ή ακόμη και ιδιώτες. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις για να τον συναντήσουν και να τον συμβουλευτούν. Αυτό δεν είναι εφικτό σε τακτά χρονικά διαστήματα με αποτέλεσμα να χάνεται η συχνή επικοινωνία με το θεράποντα ρευματολόγο.

Προτείνεται, λοιπόν, η διεξαγωγή της έρευνας σε πανελλαδικό επίπεδο ώστε να μελετηθούν σε μια ευρύτερη κλίμακα όλες οι απόψεις των ρευματοπαθών γύρω από την επικοινωνία με το γιατρό τους.

Στην παρούσα έρευνα το δείγμα περιορίστηκε σε ασθενείς ηλικίας άνω των 18 ετών. Τα ρευματικά, όμως, νοσήματα εμφανίζονται και σε μικρότερες ηλικίες. Θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η επέκταση της μελέτης σε ηλικίες 16 ως 18 ετών ώστε να μελετηθούν και οι απόψεις των ρευματολογικών ασθενών που βρίσκονται σε φάση μετάβασης από τον παι-

δορευματολόγο στο ρευματολόγο ενηλίκων. Είναι μια μικρή υποομάδα ασθενών που αντιμετωπίζει, όμως, έναν σημαντικό προβληματισμό για τη νέα σχέση του με έναν νέο γιατρό, ο οποίος θα αναλάβει στην ουσία το μέλλον του με τη συνέχιση και τη ρύθμιση της θεραπευτικής αγωγής του.

Τέλος, η περαιτέρω έρευνα σχετικά με την έννοια της σχέσης γιατρού - ασθενή και πως αυτή επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα των ρευματολογικών ασθενών θα μπορούσε να βοηθήσει στη βέλτιστη λειτουργία των υγειονομικών δομών. Γνωρίζοντας αυτό, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση και τη συνεχή επιμόρφωση των γιατρών όσον αφορά την επικοινωνία, ώστε να βελτιωθεί η σχέση γιατρού - ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ανδριανάκος et al, 2006. Epidemiologic Study of The Rheumatic Diseases in Greece. *ESORDIG Study*.
- Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι, 1993. *Η νομική φύση της συναίνεσης του ασθενούς - Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς*. Αθήνα - Κομοτηνή: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Βαλάσση-Αδάμ Ε., 2001. Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), pp. 216-217.
- Βενιού Α, Τεντολούρης Ν, 2013. Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(5), pp. 613-618.
- Γεωργιάς Δ, 1995. *Κοινωνική Ψυχολογία*. 4η επιμ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Γκυρ Ζαν, 1993. Ψυχοσωματική και Καρκίνος. 10 Μάρτιος, p. 142.
- Γούλας Β, Αναγνωστόπουλος Φ, Τζωρτζόπουλος Κ, Αγγουράς Β & Νιάκας Δ, 2005. Η συμβολή της θνησιμότητας και του φόρτου εργασίας στην εμφάνιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους δημόσιους λειτουργούς υγείας του Νομού Αιτωλοακαρνανίας. Στο: Νιάκας Δ, επιμ. *Διαχειριστικά και οικονομικά ζητήματα του υγειονομικού τομέα*. Αθήνα: Mediforce, pp. 85-99.
- Ιωσηφίδης Θ, 2003. *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.
- Ιωσηφίδης Θ, 2008. *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.
- Καραδήμας Ε, 2005. *Ψυχολογία της Υγείας, Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Καρακίτσα Τ., 2007. *Επικοινωνία και Διαδικασία της Μάθησης με τις Νέες Τεχνολογίες στο Σύγχρονο Σχολείο*, Ρόδος: Παπαζήση.
- Κορρές Μ.Γ, 2015. *Επιχειρηματικότητα και Ανάπτυξη*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Κουτσοσίμου Μελομένη, 2003. *Κατασκευή Ερωτηματολογίου για Μέτρηση της Σχέσης Γιατρού - Ασθενή*. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων - Ιατρική Σχολή.
- Κουτσοσίμου Μελομένη, 2007. *Διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας - Μελέτη ανθρωποκεντρικών δεικτών ποιότητας - Η Πρόσκληση του "Θεραπευτικού Δεσμού"*. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων - Ιατρική Σχολή.
- Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β, 2010. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), pp. 834-840.
- Λιάππας Ι.Α, Λύκουρας Ε, Παπαδημητρίου, 2013. *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Αθήνα: Βήτα.
- Λιονής Χ, Αναστασίου Φ, Ασπράκη Γ, Γεωργιάννος Ν, Ιατράκη Ε, Θηραίος Λ, Πιτέλου Ε, 2011. *Σχέση Ιατρού - Ασθενούς: Οδηγίες για μια καλύτερη επικοινωνία*., Κρήτη: ΣΕΑΒ.
- Λιονής Χ, Πιτέλου Ε, 2015. *Σχέση Ιατρού-Ασθενή. θεωρητική και Πρακτική Προσέγγιση*. Κρήτη: ΣΕΑΒ.

- Μακράτζη Α, 2016. Τι σημαίνει "ενεργητική ακρόαση" στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση. *Ανθρωποκεντρικό*, 1(1), pp. 34-49.
- Μαλικιώση - Λοϊζου Μ., 2003. Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση. *Ψυχολογία*, 10(2,3), pp. 295-309.
- Μαντή Π, Τσελέπη Χ, 2000. *Κοινωνικές -πολιτιστικές πτυχές της υγείας και της αρρώστιας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Μάρκου Π, 2005. Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 16, pp. 21-25.
- Μισουρίδου Ε, 2007. Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή - ασθενή. *Νοσηλευτική*, 46(3), pp. 374-380.
- Μονοπάλη Σ., Μωραΐτη Ι., Κούβαρη Μ., 1979. Υγεία, ανθρωπιστική ιατρική και ιατρική εκπαίδευση. *Materia Medica Greca*, 7(3), pp. 284-292.
- Παπαδάκη - Μιχαηλίδη Ε, 1995. *Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων: Η μη λεκτική επικοινωνία στις διαπροσωπικές σχέσεις*. 4η επιμ. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ., 2012. *Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ, 1995. *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ, 1999. *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παρασκευοπούλου-Κόλλια ΕΑ, 2016. *Διδάσκοντας φιλοσοφία σε μη φιλοσόφους: μία εμπειρική έρευνα*. Θεσσαλονίκη: Αδελφών Κυριακίδη.
- Πορφύριος Γ., 2003. *Βίος και Λόγοι*. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.agiazoni.gr/article.php?id=90836803415845639821>
- Σαπουντζή - Κρέπια Δ, 1998. Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα. p. 23.
- Σαρρής Μ., 2001. *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Σουρτζή Π., 1998. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. 10(4), pp. 179-185.
- Σταλίκας Α, Χαμοδράκα Μ, 2004. *Η ενσυναίσθηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Τούντας Γ., 2000. *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Οδύσσεια.
- Τσελέπη Χ, 2002. *Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: Εκδόσεις ΕΑΠ.
- Τσίμτσιου Ζ., 2008. Σχέση και επικοινωνία ιατρού-ασθενή: καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών σε δείγμα ιατρών και ασθενών. Στο: Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Τσιώλης Γ., 2014. *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική - κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Τσουνής Α. & Σαράφης Π., 2014. Η επικοινωνία ιατρού - ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(5), pp. 534-540.

- Υφαντόπουλος Ι, Σαρρής Μ, 2001. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), pp. 158-163.
- Υφαντόπουλος Ι., 2001. Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), pp. 279-287.
- Χρυσός Δ.Ν, 2002. Επικοινωνία Ιατρού - Ασθενή. *Ιατρική*, 81(5), pp. 438-446.
- Abdel-Nasser A.M, Abd El-Azim S, Taal E, El-Badawy S.A, Rasker J.J Valkenburg H.A, 1998. Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *Br J Rheumatol*, Apr, 37(4), pp. 391-397.
- Addo A.A, Wenxin W, Boardi D.A, Abban O.J, Micah G.B, 2020. Sustainability of Health Institutions: The impact of service quality and patient satisfaction on loyalty. *European Journal of Business and Management Research*, 20 July, 5(4).
- Afeltra A, Garcia P, Mitterhofer A.P, Vadacca M, Galluzzo S, Del Porto F, et al, 2003. Neuropsychiatric lupus syndromes: relationship with antiphospholipid antibodies. *Neurology*, 8 Jul, 61(1), pp. 108-110.
- Ahlmen M, Nordenskiold U, Archenholtz B, Thyberg I, Ronnqvist R, Linden L, Andersson A-K, Mannerkorpi K, 2005. Rheumatology outcomes: the patient's perspective. A multicentre focus group interview study of Swedish rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology*, 44(1), pp. 105-110.
- Ahlmen M, Svensson B, Albertsson K, Forslind K, Hafstrom I, 2010. Influence of gender on assessments of disease activity and function in early rheumatoid arthritis in relation to radiographic joint damage. *Ann Rheum Dis*, Jan, 69(1), pp. 230-233.
- Al-Abri R. & Al-Balushi A, 2014. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman medical journal*, 29(1), p. 3.
- Albers JM, Kuper HH, van Riel PL, Prevoo ML, van't Hof MA, van Gestel AM. et al, 1999. Socio-economic consequences of rheumatoid arthritis in the first years of the disease. *Rheumatology*, May, 38(5), pp. 423-430.
- Albrecht T.L & Adelman M.B, 1987. Communicating social support. A theoretical perspective. Στο: *Communicating social support*. Newbury Park CA: Sage, pp. 18-39.
- Aletaha D & Smolen J, 2005. The simplified disease activity index (SDAI) and the clinical disease activity index (CDAI): a review of their usefulness and validity in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*, Issue 23, pp. 100-108.
- Alligood M., 1992. Empathy, the importance of recognizing two types. *Journal of Psychosocial Nursing*, Issue 30, pp. 14-17.
- Ambriz Murillo Y, Menor Almagro R, Campos-Gonzalez ID, Cardiel MH, 2015. Health related quality of life in rheumatoid arthritis, osteoarthritis, diabetes mellitus, end stage renal disease and geriatric subjects. Experience from a General Hospital in Mexico. *Clin Rheumatol*, 11(2), pp. 68-72.
- Ames D.R. & Kammrath L.K., 2004. Mind-reading and metacognition: Narcissism, not actual competence, predicts self-estimated ability. *Journal of Nonverbal Behavior*, 28(3), pp. 187-209.

- Andaleeb S.S, Siddiqui N, & Khandakar S, 2007. Patient satisfaction with health services in Bangladesh. *Health policy and planning*, 22(4), pp. 263-273.
- Anderson JJ, Firschein HE, Meenan RF, 1989. Sensitivity of a health status measure to short-term clinical changes in arthritis. *Arthritis Rheum*, Issue 32, pp. 844-850.
- Andrianakos A, Miyakis S, Trontzas P, Kaziolas G, Christoyannis F, Karamitsos D et al, 2005a. The burden of the rheumatic diseases in the general adult population of Greece: the ESORDIG study. *Rheumatology*, pp. 1-7.
- Andrianakos A, Miyakis S, Trontzas P, Kaziolas G, Christoyannis F, Karamitsos D et al, 2005b. The burden of the rheumatic diseases in the general adult population of Greece: the ESORDIG study. *Rheumatology*, 44(7), pp. 932-938.
- Andrianakos A, Trontzas P, Krachtis K, Pantelidou E, Kaskani L, Kontelis C, Voudouris V, Garantziyou F, Christoyiannis G, Kaziolas P, Dantis Z, 2002. Symptomatic peripheral osteoarthritis (SPOA) as a cause of long term disability compared to other major disease groups in greek adult general population. *Ann Rheum Dis*, 61(1), p. 157.
- Apter AJ, Reisine ST, Affleck G et al, 1998. Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids. Socioeconomic and health-belief differences. *American Journal Respir Crit Care Med*, Τόμος 157, pp. 1810-1817.
- Arcila-Arango JC, Castro-Sanchez M., Espoz-Lazo S, Cofre-Bolados C, Zagalaz-Sanchez ML, Valdivia-Moral, 2020. Analysis of the Dimensions of Quality of Life in Colombian University Students: Structural Equation Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 20 May, 17(10), p. 3578.
- Argyle M, 1981. *Ψυχολογία της Διαπροσωπικής Συμπεριφοράς*. Αθήνα: Θυμάρι.
- Arnold LM, Clauw DJ, McCarberg BH, 2011. Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clin Proc*, Τόμος 86, pp. 457-464.
- Arora NK, 2003. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science Medicine*, 57(5), pp. 791-806.
- Ashton J. & Seymour H., 1988. *The New Public Health*. Open University Press.
- Askey-Jones S, David AS, Silber E, Shaw P, Chalder T., 2013. Cognitive behaviour therapy for common mental disorders in people with Multiple Sclerosis: A benchmarking study. *Behav Res Ther*, 51(10), pp. 648-655.
- Astin J.A, Beckner W, Soeken K, Hochberg M.C, Berman B, 2002. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis and Rheumatism - Arthritis Care and Research*, Τόμος 47, pp. 291-302.
- Austin S, Qu H, Shewchuk RM, 2012. Association between adherence to physical activity guidelines and health-related quality of life among individuals with physician-diagnosed arthritis. *Qual Life Res*, Τόμος 21, pp. 1347-1357.
- Bachelor A, 1988. How clients perceive therapist empathy: A content analysis of received empathy. *Psychotherapy*, Τόμος 25, pp. 227-240.
- Baczyk G, Samborski P, Piescikowska J, Kmiecik M, Walkowiak I, 2007. Comparison functioning and quality of life of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Adv Med Sci*, Τόμος 52, pp. 55-59.

- Bakker AB, Heuven E, 2006. Emotional dissonance, burnout and in-role performance among nurses and police officers. *Int J Stress manag*, Τόμος 13, pp. 423-440.
- Balbay O, Annakkaya AN, Arbak P, et al, 2005. Which patients are able to adhere to tuberculosis treatment? A study in a rural area in the northwest part of Turkey. *Jpn J Infect Dis*, Τόμος 58, pp. 152-158.
- Balint E, Courtenay M, Elder A, Hull S, Julian P, 1993. *The doctor, his patient and the group: Balint revisited*. London: Routledge.
- Balint E, 1969. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract*, Τόμος 17, pp. 269-276.
- Balint M, 1960. *Le medecin, son malade et al maladie*. Paris: PUF.
- Ball S.J, 1990. *Politics and Policy - Making in Education*. London: Routledge.
- Ballesteros B, & Mata-Benito P, 2018. The Inner Process of Collective Interpretation in Qualitative research. *The Qualitative Report*, 23(1), pp. 168-183.
- Bansback N, Harrison M, Brazier J, Davies L, Kopec J, Marra C, et al, 2008. Health state utility values: a description of their development and application for rheumatic diseases. *Arthritis Rheum*, 15 Jul, 59(7), pp. 1018-1026.
- Bardak A.N, Erhan B, Kaya B, Dere C & Ersoy S, 2006. Assessment of pain and quality of life relationship in patients with rheumatoid arthritis. *European Journal of Pain*, 10(232).
- Barlow JH, Cullen LA, Rowe IF, 1999. Comparison of knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration (r 1 year) and patients with more established rheumatoid arthritis (z 10 years duration). *Patient Educ Couns*, Τόμος 38, pp. 195-203.
- Barlow JH, Macey SJ, Struthers GR, 1993. Gender, depression and ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res*, Mar, 6(1), pp. 45-51.
- Barrett-Lennard G.T., 1981. The Empathy Cycle: Refinement of a Nuclear Concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), pp. 91-100.
- Bartlett EE, Grayson M, Barker R, et al, 1984. The effects of physician communications skills on patient satisfaction, recall and adherence. *J Chronic Dis*, Τόμος 37, pp. 755-764.
- Bastide R, 1972. *The Sociology of Mental Disorder*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Baysal O, Durmus B, Ersoy Y, Altay Z, Senel K, Nas K, et al, 2011. Relationship between psychological status and disease activity and quality of life in ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int*, 31(6), pp. 795-800.
- Bazzichi L, Maser J, Piccinni A, Rucci P, Del Debbio A, Vivarelli L, et al, 2005. Quality of life in rheumatoid arthritis: impact of disability and lifelime depressive spectrum symptomatology. *Clin Exp Rheumatol*, Nov-Dec, 23(6), pp. 783-788.
- Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM, 1994. The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, Issue 154, pp. 1365-1370.

- Bedi GS, Gupta N, Handa R, Pal H, Pandey RM, 2005. Quality of life in Indian patients with rheumatoid arthritis. *Qual Life Res*, Oct, 14(8), pp. 1953-1958.
- Beeber LS, 1998. Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship. *Nurs Clin North Am*, Τόμος 33, pp. 153-172.
- Bell J, 1997. *Μεθοδολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας*. Αθήνα: Gutenberg.
- Benjamins M, 2006. Does religion influence patient satisfaction.. *American Journal of Health Behavior*, 30(1), pp. 85-91.
- Benka J, Nagyova I, Rosenberger J, Calfova A, Macejova Z, Middel B, Lazurova I, van Dijk J.P & Groothoff J.W, 2012. Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: a four-year prospective study. *Disability & Rehabilitation*, Issue 34, pp. 754-761.
- Benner JS, Glynn RJ, Mogun H, et al, 2002. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA*, Τόμος 288, pp. 455-461.
- Bensing J, 2000. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns*, Jan, 39(1), pp. 17-25.
- Berghofer G, Schmild F, Rudas S, et al, 2002. Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Soc Psychiatry Epidemiol*, Τόμος 37, pp. 276-282.
- Berrios - Rivera J, Street R Jr, Garcia P-LM, Kallen M, Richardson M, Janssen N, Marcus D, Reveille J, Warner N, Suarez - Almazor M, 2006. Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid and systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*, 55(3), pp. 385-393.
- Beusterien K, Bell JA, Grinspan J, Utset TO, Kan H, Narayanan S, 2013. Physician - Patient interactions and outcomes in systemic lupus erythematosus (SLE): a conceptual model.. *Lupus*, 22(10), pp. 1038-1045.
- Bickley L. & Szilagyι P.G, 2012. *Bates' guide to physical examination and history-taking*. 11th επιμ. : ISBN: 978-1-60913-762-5.
- Biglu M.H, Nateg F, Ghojazedeh M & Asgharzedeh A, 2017. Communication Skills of Physicians and Patients' Satisfaction. *Mater Sociomed*, 29(3), pp. 192-195.
- Bird M, Hammersley M, Gomm R & Woods P, 1999. *Εκπαιδευτική Έρευνα στην πράξη, Εγχειρίδιο Μελέτης*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο.
- Birdwhistell R.L, 1978. *Nonverbal Communication: A research Guide and Bibliography*. p. 70.
- Birtane M, Uzunca K, Tastekin N, Tuna H, 2007. The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey. Issue 26, pp. 679-684.
- Bjertnaes O.A, Sjetne I.S. & Iversen H.H, 2012. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Quality & Safety*, 21(1), pp. 39-46.
- Blair J, Sellars C, Strickland I, Clark F, Williams A, Smith M, Jones L, 1996. Theory of Mind in the psychopath. *Journal of Forensic Psychiatry*, 7(1), pp. 15-25.

- Bleich SN, O Zaltin E & Murray CJ, 2009. *How does satisfaction with the healthcare system relate to patient experience?*. s.l., Bulletin of the World Health Organization.
- Bloor M, Horobin G, 1975. Conflict and conflict resolution in doctor patient interactions. Στο: *A sociology of medical practice*. London: Cox C, Mead A.
- Blum SW, 1963a. The conceptual approach. Στο: *The doctor and his patient*. New York: Russell Sage Foundation.
- Blum SW, 1963b. *The doctor and his patient. A Sociological Interpretation*. New York: Russell Sage Foundation.
- Bond S, Thomas LH, 1992. Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced Nursing*, Τόμος 17, pp. 52-56.
- Bonvicini K.A, Perlin M.J, Bylund C.L, Carrol A.G, Rouse R.A, Goldstein M.G, 2009. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ. Couns.*, Issue 75, pp. 3-10.
- Boon H, Stewart M, 1998. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns*, 35(3), pp. 161-176.
- Boonen A, Chorus A, Miedema H, van der Heijde D, Landewe R, Schouten H, et al, 2001. Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*, Nov, 60(11), pp. 1033-1039.
- Bordin & Bordin E.S, 1979. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and Practice*, 16(3), pp. 252-260.
- Borrel - Carrio F, Suchman LA, Epsein MR, 2004. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry. *Ann Fam Med*, Nov-Dec, 2(6), pp. 576-582.
- Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, et al, 2003. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev*, Τόμος 56, pp. 269-306.
- Boyer J-F, Gourraud P-A, Cantagrel A, Davignon J-L, Constantin A, 2011. Traditional cardiovascular risk factors in rheumatoid arthritis: a meta-analysis. *Joint Bone Spine*, 78(2), pp. 179-183.
- Bradby H, 2010. Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Στο: Αθήνα: Πεδίο.
- Braun V & Clarke V, 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101.
- Brems C., 1989. Dimensionality of Empathy and its Correlates. *Journal of Psychology*, 123(4), pp. 329-337.
- Brey R.L, Holliday S.L, Saklad A.R, Navarrete M.G, Hermsillo-Romo D, Stallworth C.L, et al, 2002. Neuropsychiatric syndromes in lupus: prevalence using standardized definitions. *Neurology*, 23 Apr, 58(8), pp. 1214-1220.
- Briggs CL, 1986. Learning How to Ask. *Cambridge University Press*.
- Bruce B, Fries F.J, 2003. The Stanford Health Assessment Questionnaire: Dimensions and Practical Applications, Review. *Health and Quality of Life Outcomes*, Τόμος 1, p. 20.

- Bruce IN, Mak VC, Hallet DC, Gladman DD, Urowitz MB, 1999. Factors associated with fatigue in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*, Jun, 58(6), pp. 379-381.
- *Brussels Declaration on Rheumatic and Musculoskeletal Diseases (2020)* EULAR.
- Bullinger M, Anderson R, Celia D, Aaronson N, 1999. Instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of life Research*, Issue 2, pp. 451-459.
- Bullinger M., 1991. Quality of life: definition, conceptualisation and implications - a methodological view. *Theoretical Surgery*, Issue 6, pp. 413-418.
- Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B, 2008. Analysing and presenting qualitative data. *Br Dent J*, Τόμος 204, pp. 429-432.
- Burnier M, Santschi V, Favrat B, et al, 2003. Monitoring compliance in resistant hypertension: an important step in patient management. *J Hypertens Suppl*, Τόμος 21, pp. 37-42.
- Burns D. & Nolen-Hoeksema S, 1992. Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Τόμος 60, pp. 441-449.
- Bury M., 2000. *Health and Illness in a Changing Society*. London: Routledge.
- Butow PN, Maclean M., Dunn SM et al., 1997. The dynamics of change: Cancer patients 'preferences for information, involvement and support. *Annals of Oncology*, Issue 8, pp. 857-863.
- Butterworth JR, Banfield LM, Iqbal TH, et al, 2004. Factors relating to compliance with a gluten-free diet in patients with coeliac disease: comparison of white Caucasian and South Asian patients. *Clin Nutr*, Τόμος 23, pp. 1127-1134.
- Cadena J, Vinaccia S, Perez A, Rico MI, Hinojosa R, Anaya JM, 2003. The impact of disease activity on the quality of life, mental health status, and family dysfunction in colombian patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol*, Jun, 9(3), pp. 142-150.
- Camacho F, 2006. The relationship between patients perceived waiting time and office-based satisfaction. Τόμος 67, pp. 409-413.
- Canovas L, Carrascova AJ, Garcia M, Fernandez M, Calvo A, Monsalve V, Soriano JF, 2018. Empathy Study Group, Impact of Empathy in Patient - Doctor Relationship on Chronic Pain Relief and Quality of life: A prospective Study in Spanish Pain Clinics. *Pain Med*, 19(7), pp. 1304-1314.
- Carr A, Hewlett S, Hughes R, Mitchell H, Ryan S, Carr M, Kirwan J, 2003. Rheumatology outcomes: the patient's perspective. *J Rheumatol*, 30(4), pp. 880-883.
- Cella DF, Tulsky DS, Cray G, et al, 1993. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*, Τόμος 11, pp. 570-579.
- Chambers S, Raine R, Rahman A, Isenberg D, 2009. Why do patients with systemic lupus erythematosus take or fail to take their prescribed medications? A qualitative study in a UK cohort. *Rheumatology*, 48(3), pp. 266-271.

- Chandarana PC, Eals M, Steingart AB, Bellamy N, Allen S, 1987. The detection of psychiatric morbidity and associated factors in patients with rheumatoid arthritis. *Can J Psychiatry*, Issue 32, pp. 356-361.
- Chaoming Song, Zehui Qu, Nicholas Blumm, Albert-Laszlo Barabasi, 2010. Limits of predictability in human mobility. *Science*, 19 Feb, 327(5968), pp. 1018-1021.
- Chatzitheodorou D, Kabitsis C, Papadopoylos G.N, Galanopoulou V, 2008. Assessing disability in patients with rheumatic diseases: translation, reliability and validity testing of a greek version of the Stanford Health Questionnaire - HAQ. *Rheumatol Int*, Τόμος 28, pp. 1091-1097.
- Chen YY, Contrada RJ, 2009. Framing written emotional expression from a religious perspective: effects on depressive symptoms. *Int J Psychiatry Med*, 39(4), pp. 427-438.
- Chewning B, Sleath B, 1996. Medication decision-making and management: a client-centered model. *Soc Sci Med*, 42(3), pp. 389-398.
- Chio A, Montuschi A, Cammarosano S, De Mercanti S, Cavallo E, Iardi A, et al, 2008. ALS patients and caregivers communication preferences and information seeking behavior. *European Journal Neurology*.
- Chism N.V.N, Douglas E. & Hilson Jr W.J, 2008. Qualitative research basics: A guide for engineering educators.. *Rigorous Research in Engineering Education NSF*.
- Choi-Kwon S, Kwon S.U & Kim JS, 2005. Compliance with risk factor modification: Early-onset versus late-onset stroke patients. *European Neurology*, 54(4), pp. 204-211.
- Claesson A, Toth-Pal E, Piispanen P & Salminen H, 2015. District nurse's perception of osteoporosis management: a qualitative study. *Osteoporos Int*, Τόμος 26, pp. 1911-1918.
- Clampitt P.G, 2005. *Communicating for managerial Effectiveness*. 2nd επιμ. s.l.:Sage Publications.
- Clark A.J., 2007. Empathy in counseling and psychotherapy. Perspectives and practices.. *Lawrence Erlbaum Associates*.
- Clark A, 2006. Qualitative interviewing: Encountering ethical issues and challenges. *Nurse Res*, Τόμος 13, pp. 19-29.
- Cohen L, Manion L & Morrison K, 2008. *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Cohen L. & Manion L, 1992. *Research Methods in Education*. 3rd επιμ. London: Routledge.
- Cole R, 2011. Osteoporosis Management with Bisphosphanates. *Postgraduate Medicine*, Issue 123, pp. 131-144.
- Coleman A & Conaway B, 1984. Burnout and school administrator. A review of literature. *Small school forum*, 6(1), pp. 1-3.
- Comaroff J, Horobin G, 1976. Conflict and conflict resolution in doctor-patient interactions. *A Sociology of Medical Practice*.
- Comaroff J, 1976. Communication information about non-fatal diseases: the strategies of a group of general practitioners. *Sociological Review*, Issue 24, pp. 269-290.

- Connelly CE, 1984. Compliance with outpatient lithium therapy. *Perspect Psychiatr Care*, Issue 22, pp. 44-50.
- Cooley Ch, 1909. *Social Organization: A Study of the Larger Mind*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Cooper C, Carpenter I, Katona C, et al, 2005. The AdHOC study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *American Journal Geriatric Psychiatry*, Τόμος 13, pp. 1067-1076.
- Cortina J.M, 1993. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol*, Τόμος 78, pp. 98-104.
- Cosio D, Jin L, Siddique J, Mohr D.C, 2011. The effect of telephone-administered cognitive-behavioral therapy on quality of life among patients with multiple sclerosis. *Ann Behav Med*, 41(2), pp. 227-234.
- Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA & Wong PK, 2008. Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value in health*, Τόμος 11, pp. 44-47.
- Cramer JA, Scheyer RD, Mattson RH, 1990. Compliance Declines Between Clinic Visits. *Arch Intern Med*, 150(7), pp. 1509-1510.
- Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hockberg M, 2000. Factors associated with functional impairment in symptomatic knee osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford England)*, Issue 39, pp. 490-496.
- Croezen S, Picavet S, Haveman-Nies A, Verschuren M, de Groot L. & van't Veer P, 2012. Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? Results from the Doetinchem Cohort Study. *BMC Public Health*, Issue 12.
- Crow R, Gage H, Hampson S & Hart J, 2002. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for patient from a systematic review of the literature. *Health Technological Assessment*, 6(32), pp. 1-244.
- Cummings KM, Kirscht JP, Binder LR, et al, 1982. Determinants of drug treatment maintenance among hypertensive persons in inner city Detroit. *Public Health Rep*, Τόμος 97, pp. 99-106.
- Cuncha - Miranda L, Lucia Costa, Jose Saraiva Ribeiro, 2010. NEAR Study: Needs and expectations in Rheumatoid Arthritis - do we know our patients needs?. *NIH*, Jul-Sep, 35(3), pp. 314-323.
- Da Costa D, Clarke A.E, Dobkin P.L, Senecal J.L, Fortin P.R, Danoff D.S & Esdaile J.M, 1999. The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(3), pp. 201-207.
- Dalebout G, Broadbent E, McQueen F, Kaptein A, 2011. Intentional and unintentional treatment nonadherence in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res*, 63(3), pp. 342-350.
- Daltroy L., 1993. Doctor - Patient communication in rheumatological disorders. *Baillieres Clin Rheumatol*, Jun, 7(2), pp. 221-239.

- Danielsen R.D. & Cawley J.F, 2007. Compassion and integrity in health professions education. *Internet Journal of Allied Health Sciences & Practice*, 5(2), pp. 1-9.
- Davis P, 1979. Motivation, responsibility and sickness in the psychiatric treatment of alcoholism. *British Journal of Psychiatry*, Issue 34, pp. 449-458.
- Davis, M.H., 2018. *Empathy: A social psychological approach*. UK: Routledge.
- De Geest S, Borgermans L, Gemoets H, et al, 1995. Incidence, determinants and consequences of subclinical noncompliance with immunosuppressive therapy in renal transplant recipients. *Transplantation*, Issue 59, pp. 340-347.
- De Ridder D, Geenen R, Kuijjer R, van Middendorp H, 2008. *Psychological adjustment to chronic disease*. s.l.:Lancet.
- De Zulueta P, 2007. Primary Care Ethics - Truth, trust and the doctor-patient relationship. Στο: *Oxon*. United Kingdom: ISBN-10: 1-85775-730-0.
- Denney J, 2010. Family and Household Formation and Suicide in the United States. *Journal of Marriage and Family*, Τόμος 72, pp. 202-213.
- Denzin N.K. & Lincoln Y.S, 2005. Introduction. The discipline and practice of qualitative research. Στο: *The Sage handbook of qualitative research*. London: Sage Publicaton, pp. 1-32.
- Derksen Frans, Tim olde Hartman, Annelies van Dijk, Annette Plouvier, Jozien Bensing, Antoine Lagro-Janssen, 2016. Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients. *Patient Education and Counseling*.
- Devins GM, Blinik YM, Hutchinson TA, et al, 1983. The emotional impact of end-stage renal disease: Importance of patients' perceptions of intrusiveness and control.. *Int J Psychiatry Med*, Τόμος 13, pp. 327-343.
- Devins GM, Blinik YM, 1996. όπως αναφέρεται από Sanderson 2004.
- deWit C. Susan, 2001. *Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της νοσηλευτικής Φροντίδας*. Αθήνα,: Ιατρικές Εκδόσεις.
- Di Blasi Z., Harkness E., Ernst E., Georgiou A., Kleijnen J., 2001. Influence of context effects on health 11 outcomes: a systematic review.. Στο: s.l.:Lancet, pp. 757-762.
- DiMatteo M.R & Leslie R. Martin, 2011. *Εισαγωγή στη ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Πεδίο.
- DiMatteo M.R & Martin L.R, 2006. *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- DiMatteo M.R, 1979. A social-psychological analysis of physician-patient rapport toward a science of the art of medicine. *Journal of Social Issues*, Τόμος 35, pp. 12-33.
- DiMatteo M.R, 1995. Patient adherence to pharmacotherapy: the importance of effective communication. *Formulary*, 30(10), pp. 596-598.
- DiMatteo M.R, 1998. The role of the physician in the emerging health care environment. *WestJMed*, Issue 168, pp. 328-333.
- DiMatteo M.R, 2004. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol*, 23(2), pp. 207-218.

- Donovan JL, Blake DR, 1992. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making?. *Soc Sci Med*, Τόμος 34, pp. 507-513.
- Doria A, Rinaldi S, Ermani M, Salaffi F, Laccarino L, Ghirardello A et al, 2004a. Health related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus II. Role of clinical, immunological and psychological determinants. *Rheumatology*, Issue 43, pp. 1580-1586.
- Doria A, Rinaldi S, Ermani M, Salaffi F, Laccarino L, Ghirardello A et al, 2004b. Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. Relationship between physical and mental dimension and impact of age. *Rheumatology (Oxford)*, 4(12), pp. 1574-1579.
- Downie R.S, Tannahill C, Tannahill A., 1996. Health Promotion: Models and Values. *Oxford University Press*.
- Downie R.S, Tannahill C, Tannahill A, 1997. Health Promotion: Models and Values, 2nd Edition. *Oxford University Press*.
- Duan C. & Hill C., 1996. The Current State of Empathy Research. *Journal of Counseling Psychology*, 43(3), pp. 261-274.
- Dunn K, 2000. Interviewing - Qualitative Research Methods in Human Geography. *Oxford University Press*.
- Eagle M. & Wolitzky D.L., 1997. Empathy: A psychoanalytic perspective. Στο: A.C Bohart & L.S Greenberg, επιμ. *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy*. Washington DC: APA, pp. 217-244.
- Edelmann J. Rober, 1999. *Psychosocial Aspects of the Health Care Process*. London: Pearson Education Ltd.
- Edelstein K., Coate L., Massey C et al, 2016. Illness intrusiveness and subjective well-being in patients with glioblastoma. *J Neurooncol*, 126(1), pp. 127-135.
- Ekman P, Friesen W, Ellsworth P, 1972. Emotion in the human face. *Pergamon press Inc*.
- Ell K, Nishimoto R, Mediansky L, Mantell J, Hamovitch M, 1992. Social relations, social support and survival among patients with cancer. *J Psychosom Res*, 36(6), pp. 531-541.
- Elliot T.R & Shewchuk R.M, 2004. Family adaptation in illness, disease and disability. *Handbook of Clinical health Psychology*, Issue 2, pp. 380-400.
- Ellis JJ, Erickson SR, Stevenson JG, et al, 2004. Suboptimal statin adherence and discontinuation in primary and secondary prevention populations. *J Gen Intern Med*, Τόμος 19, pp. 638-645.
- El-Miedany YM, El-Rasheed AH, 2002. Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis?. *Joint Bone Spine*, Issue 69, pp. 300-306.
- Emanuel EJ, Emanuel LL, 1992. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 22-29 April, 267(16), pp. 2221-2226.
- Engel G, 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, Τόμος 196, pp. 129-136.

- Evers AW, Kraaimaat FW, Geenen R, Jacobs JW, Bijlsma JW, 2003. Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behav Res Ther*, Issue 41, pp. 1295-1310.
- Faith Matcham, Ian C. Scott, Lauren Rayner, Matthew Hotopf, Gabrielle H. Kingsley, Sam Norton, David L. Scott, Sophia Steer, 2014. The impact of rheumatoid arthritis on quality of life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*, Oct, 44(2), pp. 123-130.
- Faith Matcham, Lauren Rayner, Sophia Steer, Matthew Hotopf, 2013. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*.
- Fallowfield L J, Hall A, 1991. Psychology and sexual impact of diagnosis and treatment of breast cancer. *British Medical Bulletin*, 01 Jule, 47(2), pp. 388-399.
- Farley H, Enguidanos E, Coletti C, Honigman L, Mazzeo A, Pinson T, Reed K & Wiler J, 2014. Patient Satisfaction Surveys and Quality of Care: An Information Paper. *Annals of Emergency Medicine*, 64(4), pp. 351-357.
- Fawole OA, Dy SM, Wilson RF, Lau BD, Martinez KA, Apostol CC, Vollenweider D, Bass EB, Aslakson RA, 2013. A systematic review of communication quality improvement interventions for patients with advanced and serious illness. *J Gen Intern Med*, 28(4), pp. 570-577.
- Fayers PM, Machin D, 2000. *Quality of Life - Assessment, Analysis and Interpretation*. West Sussex England: John Wiley & Sons Ltd.
- Feighny KM, Monaco M, Arnold L, 1995. Empathy training to improve physician-patient communication skills. *Academic Medicine*, Issue 70, pp. 435-436.
- Feinstein AR, 1990. On white-coat effects and the electronic monitoring of compliance. *Arch Intern Med*, Τόμος 150, pp. 1377-1378.
- Ferrer L. & Goodwin N, 2014. What are the principles that underpin integrated care?. *International Journal of Integrated Care*, Issue 14, p. 37.
- Feudtner C, 2007. Collaborative communication in pediatric palliative care: a foundation for problem-solving and decision-making. *Pediatr Clin North Am*, Τόμος 54, pp. 583-607.
- Figley C, 2002. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), pp. 1433-1441.
- Finlay L & Gough B, 2008. *Reflexivity: A practical guide for researchers in health and social sciences*. s.l.:John Wiley & Sons.
- Fins J.J, 2001. Topics in Palliative Care: Truth-telling and reciprocity in doctor-patient relationship: A North American perspective. *Oxford University Press*, Τόμος 5.
- Firth-Cozens J & Payne R, 1999. *Stress in Health Professional: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. U.K: John Wiley & Sons Ltd.
- Fitzpatrick R, 1991. Surveys on patient satisfaction - Important general considerations. *British Medical Journal*, Τόμος 302, pp. 887-889.

- Fodor GJ, Kotrec M, Bacskai K, et al, 2005. Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central-European study. *J Hypertens*, Τόμος 23, pp. 1261-1266.
- Frank R.G, Beck N.C, Parker J.C, Kashani J.H, Elliott T.R, Haut A.E, et al, 1988. Depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, Jun, 15(6), pp. 920-952.
- Frankel RM, 1995. Emotion and the physician-patient relationship. *Motivation and Emotion*, Τόμος 19, pp. 163-173.
- Freburger J, Callahan L, Currey S, Anderson L, 2003. Use of the Trust in Physician Scale in patients with rheumatic disease: Psychometric properties and correlates of trust in the rheumatologist. *Arthritis Care Res*, 49(1), pp. 51-58.
- Freidson E, 1970. *The Profession of Medicine*. New York: Dodd, Mead & Co.
- Freud S, 1913. On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. Στο: *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. s.l.:Hogarth Press, pp. 122-144.
- Freud S, 1936. *The Ego and the Mechanisms of Defence*. London: Hogarth.
- Freud S, 1937. *Analysis terminable and interminable*. London: Hogarth.
- Freud S, 1958. Recommendation to physicians practicing psychoanalysis. Στο: *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: J. Strachey, pp. 109-120.
- Friedman H.S, DiMatteo M.R, 1982. *Interpersonal Issues in Health Care*. New York: N.Y Academic Press.
- Friedman H.S, Prince L.M, Riggio R.E & DiMatteo M.R, 2007. *Understanding and assessing nonverbal expressiveness: The Affective Communication Test*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022351407639880>
- Friedman H.S, 1979. The concept of skill in nonverbal communication: Implications for understanding social interaction. *Skill in Nonverbal Communication: Individual Differences*, pp. 2-27.
- Friedman H.S, 2010. Nonverbal Communication between Patients and Medical Practitioners. *Journal of Social Issues*, April, 35(1), pp. 82-99.
- Fuller J., 2016. The new medical model: Chronic disease and evidence-based medicine. *Institute of Medical Science University of Toronto*.
- Gambone Joseph C., 2006. Counseling Women About the risks of osteoporosis. Women and Wellness. *American Osteopathic Association*, 3(2).
- Garcia-Gonzalez A, Gonzalez-Lopez L, Gamez-Nava J, Rodriguez-Arreola B, Cox V, Suarez-Almazor M, 2009. Doctor-patient interactions in Mexican patients with rheumatic disease. *J Clin Rheumatol*, 15(3), pp. 120-123.
- Garcia-Gonzalez A, Richardson M, Popa-Lisseanu MG, Cox V, Kallen MA, Janssen N, Ng B, Marcus DM, Reveille JD, Suarez-Almazor ME, 2008. Treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol*, 27(7), pp. 883-889.

- Gascon JJ, Sanchez-Ortuno M, Llor B, et al, 2004. Treatment compliance in Hypertension study group. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. *Family Pract*, Τόμος 21, pp. 125-130.
- Gasparyan AY, Ayvazyan L, Blackmore H, Kitas GD, 2011. Writing a narrative biomedical review: considerations for authors, peer reviewers, and editors. *Rheumatol Int*, 31(11), pp. 1409-1417.
- Gatcher R.J & Oordt M.S, 2003. Clinical health psychology and primary care. Practical advice and clinical guidance for successful collaboration. *American Psychological Assotiation*.
- Georgopoulou S, Pothero L, D'Cruz D, 2018. Physician - patient communication in rheumatology: a systematic review. *Rhumatology International*, 26 Mar, Τόμος 38, pp. 763-775.
- Gerrish K, Lacey A, 2006. *The research process in nursing*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Ghods AJ, Nasrollahzadeh D, 2003. Noncompliance with immunosuppressive medications after renal transplantation. *Exp Clin Transplant*, Τόμος 1, pp. 39-47.
- Gibofsky A, Galloway J, Kekow J, Zerbini C, Maria De La Vega, Gavin Lee, Eun Young Lee, Codreanu C, Koehn C, Steinberg K, Bananis E, D.P. De Leon, Maniccia A, Dikranian A, 2018. Comparison of patient and physician perspectives in the management of rheumatoid arthritis: results from global physician- and patient- based surveys. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1).
- Given L.M, 2008. *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*. s.l.:Sage publications.
- Gladstein G.A., 1977. Empathy and Counseling Outcome: An Empirical and Conceptual Review. *The Counseling Psychologist*, 6(4), pp. 70-79.
- Gladstein G.A, 1983. Understanding empathy: Intergrating counseling, developmental and social psychology perspectives. *Journal of Counseling Psychology*, 30(4), pp. 467-482.
- Goetz JK, Keltner D & Simon-Thomas E, 2010. Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), pp. 351-374.
- Gold DT, 2016. Medication adherence: A challenge for patients with postmenopausal osteoporosis and other chronic illness. *Journal of Managed Care Pharmacy*, Τόμος 12, pp. 20-25.
- Goleman D, 2000. *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam.
- Gonzalez J, Williams JW Jr, Noel PH, et al, 2005. Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. *J Am Board Fam Pract*, Τόμος 18, pp. 87-96.
- Gordis L, 1979. Conceptual and methodologic problem in measuring patient compliance. *The John Hopkins University Press*, pp. 23-45.
- Gottlieb B., 2000. Selecting and Planning support interventions. Στο: S. Cohen, L. Underwood & B. Gottlieb, επιμ. *Social support measurement and intervention*. London: Oxford University Press, pp. 199-200.

- Greenfield S, Kaplan S & Ware JE Jr, 1985. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med*, 102(4), pp. 520-528.
- Greenhalgh T, Taylor R, 1997. Papers that go beyond numbers (qualitative research). *Br Med J*, Issue 315, pp. 740-743.
- Greif EB, Hogan R, 1973. The theory and measurement of empathy. *Journal of Counseling Psychology*, Τόμος 20, pp. 280-284.
- Griffith S, 1990. A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. *Br J Gen Pract*, 40(332), pp. 114-116.
- Grime J, Richardson JC, Ong BN, 2010. Perceptions of joint pain and feeling well in older people who reported being healthy: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, 60(577), pp. 597-603.
- Grinspan J, Beusterien K, Parker T, Bell J, Kan H, Dietrich C, Utset T, Narayanan S, 2012. Patient involvement in treatment decisions and its perceived impact in patient outcomes in systemic lupus erythematosus (SLE): a comparison of physician and patient perspectives. *Value Health*, 15(7), p. 529.
- Gruen RJ, Mendelsohn G, 1986. Emotional responses to affective displays in others: The distinction between empathy and sympathy. *Journal of Personality and Psychology*, Τόμος 51, pp. 609-614.
- Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL., 1993. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*, 15 April, Issue 8, pp. 622-629.
- Gwozdz W & Poza A, 2009. Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany. *Social Indicators Research*, July, 10(3), pp. 3-37.
- Ha J.F, & Longnecker N, 2010. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner Journal*, 10(1), pp. 38-43.
- Hall JA & Milburn M, 1998. Why are sicker patients less satisfied with the medical care. Test for two explanatory models. *Health Psychology*, 17(1), pp. 70-75.
- Hall JA, Roter DL, Rand CS, 1981. Communication of affect between patient and physician. *J Health SocBehav*, Τόμος 22, pp. 18-30.
- Halpern J, 2001. From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice. *Oxford University Press*.
- Harding G, Parsons S, Rahman A, Underwood M, 2005. "It struck me that they didn't understand pain": the specialist pain clinic experience of patients with chronic musculoskeletal pain. *Arthritis Rheum*, Issue 53, pp. 691-696.
- Harms C, Young JR, Amsler F, Zettler C, Scheidegger D, Kindler CH, 2004. Improving anaesthetists' communication skills. *Anaesthesia*, Issue 59, pp. 166-172.
- Harrigan J.A, Oxman T, Rosenthal R.R, 1985. Rapport expressed through nonverbal behaviour. *Journal of nonverbal behaviour*, Τόμος 9, pp. 95-100.
- Harrold R. Leslie MD, MPH & Andrade E. Susan ScD, 2009. Medication Adherence of Patients with Selected Rheumatic Conditions: A Systematic Review of the Literature. *Semin Arthritis Rheum*, 38(5), pp. 396-402.
- Hashimoto H, Fukuhara S, 2004. The influence of locus of control on preferences for information and decision making. *Patient Educ Couns*, 55(2), pp. 236-240.

- Haugli L, Strand E, Finset A, 2004. How do patients with rheumatic disease experience their relationship with their doctors? A qualitative study of experiences of stress and support in the doctor-patient relationship. *Patient Educ Couns*, 52(2), pp. 169-174.
- Hawley DJ, Wolfe F, 1988. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study of 400 patients. *J Rheumatol*, June, 15(6), pp. 932-941.
- Hawley DJ, Wolfe F, 1991. Pain, disability and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1.522 patients. *J Rheumatol*, 18(10), pp. 1552-1557.
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, 1979. Compliance in Health Care. *MD: Johns Hopkins University Press*, pp. 145-156.
- Hellenic Journal Of Nursing, 2017. 56(4), pp. 305-314.
- Helman C, 1990. *Culture, health and illness*. London: Butterworth.
- Helmick CG, Felson DT, Lawrence RC, Gabriel S, Hirsch R, Kwoh CK, et al, 2008. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States Part I. *Arthritis Rheum*, pp. 15-25.
- Henbest RJ, Stewart MA, 1990. Patient-centeredness in the consultation: does it really make a difference?. *Famil Prac*, Issue 7, pp. 28-33.
- Hernandez-Ronquillo L, Tellez-Zenteno JF, Garduno-Espinosa J, Gonzalez-Acevez E, 2003. Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Publica Mex*, May-Jun, 45(3), pp. 191-197.
- Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Githens PB, Whetten - Goldstein K, 1994. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA*, Issue 272, pp. 1583-1587.
- Hill J., 2006. Pain and Stiffness.. Στο: *Rheumatology Nursing. A Creative Approach*. New York: Jon Wiley & Sons Ltd, pp. 218-243.
- Hoffman DL, Dukes EM, 2008. The health status burden of people with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *Int J Clin Pract*, 62(1), pp. 115-126.
- Hogg M.A & Vaughan G.M, 2010. *Κοινωνική Ψυχολογία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Hoisington W. David, 2007. *Compassion Quotes and Short Messages*. [Ηλεκτρονικό] Available at: www.Compassionspace.com/ShortMessage.html [Πρόσβαση January 2011].
- Hojat M, Louis D.Z, Maio V, Wang X, Rossi G, 2013. Empathy and health care quality. *Am. J. Med. Qual*.
- Hojat M, Louis DZ, Markham FW, et al, 2011. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, Τόμος 86, pp. 359-364.
- Hojat M, 2007. *Empathy in patient care. Antecedents, development, measurement and outcomes*. 1st επιμ. New York: Springer.
- Holloway I & Todres L, 2003. The status of method: flexibility, consistency and coherence. *Qualitative research*, 3(3), pp. 345-357.
- Holloway I, Wheeler S, 1996. *Qualitative research for nurses*. Oxford: Blackwell Sciences.

- Houser J, 2018. *Nursing research: Reading, using and creating evidence*. Sudbury USA: Jones & Bartlett Learning.
- Hoyat M, Gonnella J.S, Nasca T.J, Mangione S, Veloksi J.J, Magee M, 2002. The Jefferson Scale of physician empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med*, 77(10), pp. 58-60.
- Huber M, Vogelmann M & Leidl R, 2018. Valuing health-related quality of life: systematic variation in health perception. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), p. 161.
- Huberman MA, Miles BM, 1998. Data management and analysis method. Στο: Denzin KN, Lincoln SY, επιμ. *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks: Sage Publ., pp. 179-210.
- Hughes C, 2012. *Qualitative and quantitative approaches*, s.l.: s.n.
- Hurtado M.P., Swift E.K. & Corrigan J.M. (Eds.), 2001. Envisioning the National Health Care Quality Report. *National Academy Press*.
- Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Cook RJ, 2001. Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 45(2).
- Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Long JA, Cook RJ, 1997. Validating the SF-36 health survey questionnaire in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol*, Mar, 24(3), pp. 511-517.
- Institute of Medicine US , 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC, Committee on Quality of Health Care in America.
- Ishikawa H, Hashimoto H, Yano E, 2006. Patients' preferences for decision making and the feeling of being understood in the medical encounter among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 55(6), pp. 878-883.
- Iversen MD, Hammond A, Betteridge N, 2010. Self-management of rheumatic diseases: state of the art and future perspectives. *Ann Rheum Dis*, 69(6), pp. 955-963.
- Izabela Roma, Mariana Lourenco de Almeida, Naira da Silva Mansano, Gustavo Arruda Viani, Marcos Renato de Assis, Pedro Marco Karan Barbosa, 2014. Quality of life in adults and elderly patients with rheumatoid arthritis. *Rev Bras Rheumatol*, Jun-Aug, 54(4), pp. 279-286.
- Jackson SW, 1992. The listening healer in the history of psychological healing. *American Journal of Psychiatry*, Issue 149, pp. 1623-1632.
- Jacobson DL, Gange SJ, Rose NR, Graham NM, 1997. Epidemiology and estimates population burden of selected autoimmune diseases in the United States. *Clin Immunol. Immunopathol*, 84(3), pp. 223-143.
- Jakobsson U, Hallberg IT, 2002. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *J Clin Nurs*, Τόμος 11, pp. 430-443.

- Jalil A, Zakar R, Zakara MZ & Fischer F, 2017. Patient satisfaction with doctor-patient interactions: a mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan. *BMC Health Services Research*, 17(155), pp. 2-13.
- Jansen LMA, Van Schaardenburg D, van Der Horst-Bruinsma IE, Bezemer PD, Dijkmans BAC, 2000. Predictors of functional status in patients with early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, Issue 59, pp. 223-226.
- Jenkinson C, Coulter A & Brusters, 2002. Patient experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 11(4), pp. 335-339.
- Jimmy B. & Jose J., 2011. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Med J*, 26(3), pp. 155-159.
- Jin J, Grant ES, Vernon MSO & Shu CL, 2008. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, Τόμος 4, pp. 269-286.
- Johnson D, 1984. Planning Small-scale Research. Στο: Bell J, Bush T, Fox A, Goodey J & Goulding S, επιμ. *Conducting Small-scale Investigations in Educational Management*. London: Harper and Row, pp. 177-197.
- Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA, 2012. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. *Patient Educ Couns*, 89(1), pp. 57-62.
- Jordan J.V., 1997. Relational development through mutual empathy. Στο: *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy*. Washington DC: A.C. Bohart & L.S. Greenberg, pp. 343-351.
- Kalogianni A, 2011. Factors affect in patient adherence to medication regimen. *Health Science Journal*, 5(3), pp. 157-158.
- Kaona FA, Tuba M, Siziya S, et al, 2004. An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. *BMC Public Health*, Τόμος 29, p. 68.
- Kaplan R.M, Bush J.W, 1982. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, pp. 61-80.
- Kaplan R.M, Sallis J.F & Patterson T.L, 1993. *Health and human behavior*. New York: Mc Graw Hill.
- Kaplan RC, Bhalodkar NC, Brown EJ Jr, et al, 2004. Race, ethnicity and sociocultural characteristics predict noncompliance with lipid-lowering medications. *Prev Med*, Τόμος 39, pp. 1249-1255.
- Katz P, Morris A, Yelin E, 2006. Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis. *Annals of Rheumatic Diseases*, Issue 65, pp. 763-769.
- Katz PP, Yelin EH, 1993. Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, May, 20(5), pp. 790-796.
- Kawakatsu S, Wada T, 2001. Rheumatic disease and depression. *Nihon rinsho. Japanese Journal of Clinical Medicine*, 01 Aug, 59(8), pp. 158-1582.

- Keller V, Baker L, 2000. Communicate with care. *Journal Nursing*, 63(1), pp. 32-33.
- Kelly-Irving M, Delpierre C, Schieber A.C, Lapage B, Rolland C, Afrite A, et al; 2011. Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education?. *Soc Sci Med*, Τόμος 73, pp. 1416-1421.
- Kerse N, Buetow S, Mainous A, Young A, Coster G & Arroll B, 2004. Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. *Annals of Family Medicine*, 2(5), pp. 455-461.
- Kim S.S, Kaplowitz S. & Johnston M.V, 2004. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation and the Health Professions*, 27(3), pp. 237-251.
- Kim Yang-Kyun, Cho Chul-Ho, Ahn Seo-Kyu, Goh In-Ho, 2008. A study on medical services quality and its influence upon value of care and patient satisfaction - Focusing upon outpatients in a large-sized hospital. *Total Quality Management & Business Excellence*, 01 Oct.
- Kim YS, Sunwoo S, Lee HR, et al, 2002. Determinants of non-compliance with lipid-lowering therapy in hyperlipidemic patients. *Pharmacoepidemiol Drug Safety*, Τόμος 11, pp. 593-600.
- King Jr. SH, 2011. The structure of empathy in social work practice. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21(6), pp. 679-695.
- King N, 1999. The qualitative research interview. Στο: Cassell S & Symon G, επιμ. *Qualitative Methods in Organizational Research. A Practical Guide*. s.l.:Sage, pp. 14-36.
- Kiortsis DN, Giral P, Bruckert E, et al, 2000. Factors associated with low compliance with lipid-lowering drugs in hyperlipidemic patients. *J Clin Pharm Ther*, Τόμος 25, pp. 445-451.
- Klazen CA, Verhaar HJ, Lohle PN, Lampmann LE, Juttman JR, Schoemaker MC, et al, 2010. Clinical course of pain in acute osteoporotic vertebral compression fractures. *J Vasc Interv Radiol*, 21(9), pp. 1405-1409.
- Kliszcz J, Nowicka - Sauer K, Trzeciak B, Nowak P & Sadowska A, 2006. Empathy in health care providers - validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Advances in Medical Sciences*.
- Knapp M.L, 1978. *Nonverbal Communication in Human Interaction*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Kneisel C, Wilson H, Trigoboff E, 2009. *Σύγχρονη νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα: Έλλην.
- Kohut H., 1959. Introspection, empathy and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. The search for the self. *International University Press*, Τόμος 1, pp. 205-232.
- Kohut H., 1984. Introspection, empathy and the semicircle of mental health. *Empathy*. Τόμος 1, pp. 81-100.

- Koneru SM, Kocharla LM, Higgins GC, Md P, Ware AM, Passo MH, Md Farhey YD, Mongey A-BM, Graham TBM et al, 2008. Adherence to medications in systemic lupus erythematosus. *J Clin Rheumatol*, 14(4), pp. 195-201.
- Kothe R, Kohlmann Th, Klink T, Ruther W & Klinger R, 2006. Impact of low back pain on functional limitations, depressed mood and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *International Association of the Study of Pain*, pp. 103-108.
- Kouzes M, Posner M, 2007. *The leadership challenge*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kovacs F, Muriel A, Abaira V, Network S.B, 2005. The influence of fear avoidance beliefs on disability and quality of life is sparse in Spanish low back pain patients. *Spine*, Issue 30, pp. 676-682.
- Krokavcova M, van Dijk J, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B, Gdovinova Z & Groothoff J, 2008. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education and Counseling*, Issue 73, pp. 159-165.
- Krueger K, Botermann KL, Schorr SG, Griese-Mammen N, Laufs U & Schulz M, 2015. Age-related medication adherence in patients with chronic heart failure: A systematic literature review. *International Journal of Cardiology*, 184(1), pp. 728-735.
- Kulczycka L, Sysa-Jedrzejowska A & Robak E, 2010. Quality of life and satisfaction with life in SLE patients - the importance of clinical manifestations. *Clinical Rheumatology*, 29(9), pp. 991-997.
- Kuteyi EA, Olaleye TM, Ayeni IO & Amedi MI, 2010. Determinants of patient satisfaction with physician interaction: a cross-sectional survey at the Obafemi Awolowo University Health Centre. *South African Family Practice*, 52(6), pp. 557-562.
- Kyngas H, Lahdenpera T, 1999. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *J Ad Nurs*, Τόμος 29, pp. 832-839.
- Lam CL, Lauder IJ, 2000. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQoL) of Chinese patients in primary care. *Fam Pract*, Issue 17, pp. 159-166.
- Larson E.B & Yao X, 2005. Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient Physician Relationship. *JAMA*, 293(9), pp. 1100-1106.
- Lau E, Papaioannou A, Dolovich L, Adachi J, Sawka A.M, Burns S, Nair K. & Pathak A, 2008. Patient's adherence to osteoporosis therapy, Exploring the perceptions of postmenopausal women. *Canadian Family Physician*, Issue 54, pp. 394-402.
- Lawson VL, Lyne PA, Harvey JN, et al, 2005. Understanding why people with type 1 diabetes do not attend for specialist advice: a qualitative analysis of the views of people with insulin-dependent diabetes who do not attend diabetes clinic. *J Health Psychol*, Τόμος 10, pp. 409-423.
- Lee RG, Garvin T, 2003. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Social Science Medicine*, Τόμος 56, pp. 449-464.
- Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK, 2002. Enhancing physician-patient communication. *Hematology Education Program*, Issue 1, pp. 464-483.

- Lee Sun-Young, Lee Heon-Jeong, Kim Yong-Ku, Kim Seung-Hyun, Kim L. Lee, Min Soo, Joe Sook-Haeng, Jung In-Kwa, Suh Kwang-Yoon & Kim Hyung-Kyu, 2004. Neurocognitive function and quality of life in relation to hematocrit levels in chronic hemodialysis patient. *Journal of Psychosomatic Research*, Τόμος 57, pp. 5-10.
- Leigh JP, Fries JF, 1992. Predictors of disability in a longitudinal sample of patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, Issue 51, pp. 581-587.
- Lelorain Sophie, Anne Bridart, Sylvie Dolbeault & Serge Sultan, 2012. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, Issue 21, pp. 1255-1264.
- Lempp H, Scott D.L, Kingsley G.H, 2006. Patients' views on the quality of health care for rheumatoid arthritis. December, 45(12), pp. 1522-1526.
- Lertmaharit S, Kamol-Ratankul P, Sawert H, et al, 2005. Factors associated with compliance among tuberculosis patients in Thailand. *J Med Assoc Thai*, 88(4), pp. 149-156.
- Leventhal H, Halm E, Horowitz C, Leventhal E.A. & Ozakinci G, 2005. Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. Στο: S. Sutton, A. Baum & M. Johnston, επιμ. *The Sage handbook of health psychology*. London: Sage, pp. 197-240.
- Levinson W, Corawara - Bhat R, Lamp J, 2000. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA*, Τόμος 284, pp. 1021-1027.
- Lidz C.W, Meisel A, Osterweis M, Holden J.L, Marx J.H, Munetz M.R & Meisel, 1983. Barriers to informed consent. *Ann Intern Med*, Oct, 99(4), pp. 539-543.
- Lindal E, Thorlacius S, Steinsson K, Stefansson JG, 1995. Psychiatric disorders among subjects with systemic lupus erythematosus in an unselected population. *Scand J Rheumatol*, 24(6), pp. 346-351.
- Lindberg M, Ekstrom T, Moller M, et al, 2001. Asthma care and factors affecting medication compliance: the patient's point of view. *Int J Qual health Care*, Τόμος 13, pp. 375-383.
- Lindqvist UR, Alenius GM, Husmark T, Theander E, Holmstrom G, Larsson PT, 2008. Psoriatic Arthritis Group of the Society for Rheumatology. The Swedish early psoriatic arthritis register - 2 yrs follow up: a comparison with early rheumatoid arthritis. 35(4), pp. 668-673.
- Lionis C, Papadakis S, Tatsi C, Bertias A, Duijker G, Mekouris P.B, Boerma W, Schafer W, 2015. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *Submitted to BMC Health Services Research for publication*.
- Lionis C, Shea S, Markaki A, 2011. Introducing and implementing a compassionate care elective for medical students in Crete. *Journal of Holistic Health Care*, Issue 8, pp. 38-41.
- Lipkin M., 1984. *Ann Int Med*, Issue 100, pp. 277-284.
- Livneh H & Antonak R.F, 1997. *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg: MD: Aspen Publishers.

- Loffler W, Kilian R, Toumi M, et al, 2003. Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*, Τόμος 36, pp. 105-112.
- Lorenc R & Branthwaite A, 1993. Are older adults less compliant with prescribed medication than younger adults?. *Br J Clin Psychol*, Τόμος 32, pp. 485-492.
- Luban-Plazza B, Poldinger W, Kroger F, Boris, 1997. *Ο ψυχοσωματικός ασθενής στην καθημερινή ιατρική πρακτική*. Αθήνα: Παρισιάνου Μαρία.
- Lussier MT, Richard C, 2005. Doctor-patient communication: Complaints and legal actions. *Can Fam Physician*, Τόμος 51, pp. 37-39.
- Maguire P, Pitceathly C, 2002. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, Τόμος 325, pp. 697-770.
- Malcomson K.S, Dunwoody L, Lowe-Strong A.S, 2007. Psychosocial interventions in people with multiple sclerosis: a review. *J Neurol*, 254(1), pp. 1-13.
- Manne S.L & Zautra A.J, 1989. Spouse criticism and support: their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality and social psychology*, Issue 56, pp. 608-617.
- Mantzoukas S, 2004. Issues of representation within qualitative inquiry. *Qual Health Res*, Τόμος 14, pp. 994-1007.
- Marcinowicz L., Chlabicz S., & Grebowski R., 2009. Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors: primary dimensions and an attempt at typology.. *BMC Health Services*, 9(1), p. 63.
- Marshall MN, 1996. Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13(6), pp. 522-525.
- Martindale J, Smith J, Sutton C.J, Grennan D, Goodacre L, Goodacre J.A, 2006. Disease and psychological status in ankylosing spondylitis. *Rheumatology*, Oct, 45(10), pp. 1288-1293.
- Marx M.H & Hillix W.A, 1963. *Systems and Theories in psychology*. New York: McGraw Hill.
- Maslach C. & Jackson S.E, 1981. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), pp. 99-113.
- Maslach C. & Jackson S.E, 1982. Maslach Burnout Inventory. *Consulting Psychologists Press*.
- Mason J, 2009. *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*. 8η επιμ. Αθήνα: Πεδίο.
- Matcham F, Scott IC, Rayner L, et al., 2014. The impact of rheumatoid arthritis on quality of life assessed using SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*, 44(2), pp. 123-130.
- Mattson, 2011. *Mattson's Health as Communication nexus*. Iowa U.S: Kendall Hunt Publishing Company.
- Mc Whinney Ian, 1981. A Textbook of Family Medicine. chapter 3. *Oxford University Press*.
- Mc Whinney Ian, 1989. The need for a transformed clinical method. *Communicating with medical patients*.

- McCracken LM, 1998. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, Issue 74, pp. 21-27.
- McFarlane AC, Brooks PM, 1988. An analysis of the relationship between psychological morbidity and disease activity in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, Issue 15, pp. 926-931.
- McGree H.M, 2001. International Encyclopedia of the Social and Behavioural Sciences.
- Mead N, Bower P & Hann M, 2002. The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med*, 55(2), pp. 283-299.
- Mead N, Bower P, 2002a. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*, Issue 1, pp. 1087-1110.
- Mead N, B. P., 2002b. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns*, 48(1), pp. 51-61.
- Mease PJ, Arnold LM, Crofford LJ, Williams DA, Russell IJ, Humphey L, Abetz L, Martin SA, 2008. Identifying the clinical domains of fibromyalgia: contributions from clinician and patient Delphi exercises. *Arthritis Rheum*, 59(7), pp. 952-960.
- Meenan RF, Kazis LE, Anderson JJ, 1988. The stability of health status in rheumatoid arthritis: a five-year study of patients with established disease. *Am J Public Health*, Nov, 78(11), pp. 1484-1487.
- Megari K., 2013. Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychol Res*, 1(3), p. 27.
- Megiven K & Jones G, 1992. Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 6(4), pp. 9-24.
- Mehrabian A, 1971. *Silent Messages*. Belmont CA: Wadsworth.
- Mehrabian A, 1976. Questionnaire Measures of Affiliative Tendency and Sensitivity to Rejection. *SAGE*, 1 Feb.
- Meijer JM, Meiners PM, Huddleston Slater JJ, Spijkervet FK, Kallenberg CG, Vissink A, et al, 2009. Health-related quality of life, employment and disability in patients with Sjogren's syndrome. *Rheumatology (Oxford)*, 48(9), pp. 1077-1082.
- Menzies R, Rocher I, Vissandjee B, 1993. Factors associated with compliance in treatment of tuberculosis. *Tuber Lung Dis*, Τόμος 74, pp. 32-37.
- Merkus M.P, 1999. Quality of life over time in dialysis: the Netherlands Cooperative Study Group on the adequacy of dialysis. *Kidney International*, Τόμος 56, pp. 720-728.
- Meryl S, 1998. Improving doctor-patient communication. *B M J*, June, 316(7149), pp. 1922-1930.
- Mialaret G, 1997. *Εισαγωγή στις Επιστήμες της Αγωγής*. Αθήνα: Τυπωθήτω, Γιώργος Δαρδανός.
- Miller WR, Rollnick S, 2009. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychoth*, Τόμος 37, pp. 129-140.

- Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M, 2004. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol*, 72(6), pp. 1050-1062.
- Mingardi G, Coralba L, Cortinovis E, Ruggiat R, Mosconi P, Apolone G, 1999. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrology Dialysis Transplantation*, Τόμος 14, pp. 1503-1510.
- Minnock P, Fitzgerald O, Bresnihan B, 2003. Women with establish rheumatoid arthritis perceive pain as the predominant impairment of health status. *Rheumatology*, Issue 42, pp. 995-1000.
- Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, et al, 2005. Socio-economic status and adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a district of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis*, Τόμος 9, pp. 1134-1139.
- Montague E, Chen P, Xu J, Chewning B, Barrett B, 2013. Nonverbal interpersonal interactions in clinical encounters and patient perceptions of empathy. *J Participat Med*, 14(5), pp. 33-48.
- Moore PJ, Adler NE, Robertson PA, 2000. The effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *West J Med*, Issue 173, pp. 244-250.
- Moore PJ, Sickel AE, Malat J, et al, 2004. Psychosocial factors in medical and psychological treatment avoidance: the role of the doctor-patient relationship. *J Health Psychol*, Τόμος 9, pp. 421-433.
- Moos RH, 1982. Coping with acute health crises. *Handbook of Clinical Health Psychology*, pp. 129-152.
- Moran-Ellis J, Alexander V, Cronin A, Dickinson M, Fielding J, Slaney J & Thomas H, 2006. triangulation and intergration: Processes, claims and implications. *Qualitative Research*. Issue 6, pp. 45-59.
- Morse MJ, Field AP, 1996. *Nursing Research: The application of qualitative approach*. London: Chapman & Hall.
- Morse MJ, 1994. Designing funded qualitative research. Στο: *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks CA: Sage, pp. 220-235.
- Morse MJ, 2003. Biasphobia. *Qual Health Res*, Τόμος 13, pp. 891-892.
- Muller R et al, 2012. *Rheumatol Int*.
- Nakajima A, Inoue E, Shimizu Y, et al, 2014. Presence of comorbidity affects both treatment strategies and outcomes in disease activity, physical function and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*, pp. 1-9.
- Nam J. et al, 2012. Early arthritis. Στο: EULAR, επιμ. *Textbook on Rheumatic Diseases*. 1st επιμ. s.l.:BMJ Group, pp. 185-205.
- Neal RD, Hussain-Gambles M, Allgar VL, et al, 2005. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: Questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Fam Pract*, Τόμος 6, p. 47.

- Nery FG, Borba EF, Hatch JP, Soares JC, Bonfa E, Neto FL, 2007. Major depressive disorder and disease activity in systemic lupus erythematosus. *Comprehens Psychiatry*, Issue 48, pp. 4-1933.
- Nettleton S., 2002. *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*. Αθήνα: Τυποθήτω Δαρδανός Γ.
- Neumann M, Jozien Bensing, Stewart Mercer, Nicole Ernstmann, Oliver Ommena, Holger Pfaff, 2009. Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, Issue 74, pp. 339-346.
- Neumann Melanie, Markus Wirtz, Elfriede Bollschweiler, Stewart W. Mercer, Mathias Warm, Jurgen Wolf, Holger Pfaff, 2007. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. *Patient Education and Counseling*, Issue 69, pp. 63-75.
- Neuwirth ZE, 1997. Physician empathy - should we care?. *Lancet*, p. 350: 606.
- Neville C, Fortin PR, Fitzcharles M, Baron M, Abrahamowitz M, Berger R et al, 1999. The needs of patients with arthritis: The patient's perspective. *Arthrit Care Research*, Τόμος 12, pp. 85-95.
- Niakas D, Gnardellis C & Theodorou M, 2004. Is there a problem with quality in the Greek hospital sector. Preliminary results from a patient of satisfaction survey. *Health Services Management Research*, 17(1), pp. 62-69.
- Nicassio PM, Kay MA, Custodio MK, Irwin MR, Olmstead R, Weisman MH, 2011. An evaluation of a biopsychosocial framework for health-related quality of life and disability in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*, Aug, 71(2), pp. 79-85.
- Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS, 1991a. Sympathy, empathy and physician resource utilization. *Journal of General Internal Medicine*, Issue 6, pp. 420-423.
- Nikiphorou E, Alunno A, Carmona L, Kouloumas M, Bijlsma J, Cutolo M, 2017. Patient physician collaboration in rheumatology: a necessity. *RMD Open*, 18 Jul, 3(1).
- Norhayati MN, Masseni AA & Azlina I, 2017. Patient satisfaction with doctor-patient interaction and its association with modifiable cardiovascular risk factors among moderately- high risk patients in primary healthcare. *Peer Journal*, Τόμος 5, p. 2983.
- Odegard S, Finset A, Mowinckel P, Kvien TK, Uhlig T, 2007. Pain and psychological health status over a 10-year period in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, Issue 66, pp. 1195-1201.
- Ofluoglu D, Berker N, Guven Z, Canbulat N, Yilmaz IT, Kayhan O, 2005. HRQoL in rheumatic diseases. Quality of life in patient with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*, 24(5), pp. 490-492.
- Okuno J, Yanagi H, Tomura S, 2001. Is cognitive impairment a risk factor for poor compliance among Japanese elderly in the community?. *Eur J Clin Pharmacol*, Τόμος 57, pp. 589-594.

- Olstad R, Sexton H & Sogaard A.J, 2001. The Finnmark study. A prospective population study of the social support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress. *Social Psychiatry: Psychiatric Epidemiology*, Τόμος 36, pp. 582-589.
- Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB, 1995. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, 40(7), pp. 903-918.
- Ong LM, Visser MR, Lammes FB, De Haes JC, 2000. Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Educ Couns*, 41(2), pp. 145-156.
- Osterberg L, Blaschke T, 2005. Adherence to medication. *New Engl J Med*, 353(5), pp. 487-497.
- Ouzouni C, Nakakis K, 2012. An Exploratory Study of Student nurses' Empathy. *Health Sciences Journal*, Τόμος 6, pp. 534-552.
- Pappa E & Niakas D, 2006. Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. *BMC Health Services Research*, Τόμος 6, p. 146.
- Park K, Han D, Park H, Ha S, Park J, 2019. Pilot research for development of multifaceted lifestyle profile components affecting health and quality of life: Delphi survey. *Korean J Occup Ther*, 27(3), pp. 105-120.
- Parsons T, 1950. The social system. *The Free Press*.
- Parsons T, 1951. *The Social System*. Illinois : Glencoe III, Free Press.
- Parsons T, 1979. Definitions of health and illness in the light of the American values and structure. *Patients, physicians and illness*.
- Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee, Scherpbier A.J, Scheele F, 2015. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realistic review. *Patient Education and Counseling*, Τόμος 98, pp. 420-445.
- Patrick D & Deyo R, 1989. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*, Issue 27, pp. 217-233.
- Patton M.Q, 2002. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd επιμ. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Patton M, 1990. *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage.
- Peabody W. Francis, 1927. The care of the Patient. 19 March, Issue 88, pp. 877-882.
- Peplau HE, 1952. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam & Sons.
- Peterson C, Seligman M.E, Vaillant G.E, 1988. Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five year longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*, 55(1), pp. 23-27.
- Picavet H.S.J, Hoeymans N., 2004. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Ann Rheum Dis*, Issue 63, pp. 723-729.
- Pincus T, Griffith J, Prearce S, Isenberg D, 1996. Prevalence of self-reported depression in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*, Issue 36, pp. 876-883.

- Pincus T, Yazici Y, Bergman M, Maclean R, Harrington T, 2007. A proposed continuous quality improvement approach to assessment and management of patients with rheumatoid arthritis without formal joint counts, based on a routine assessment of patient data (RAPID) scores in a multidimensional questionnaire (MDHAQ). *Best Pract Res Clin Rheumatol*, Issue 21, pp. 789-804.
- Pitsilka D.A, Kafetsios K & Niakas D, 2015. Social support and quality of life in patients with rheumatoid arthritis in Greece. *Clinical and Experimental Rheumatology*, Issue 33, pp. 27-33.
- Polit DF, Hungler BP, 1999. Nursing research: Principles and Methods. *Philadelphia newyork*.
- Ponnusankar S, Surulivelrajan M, Anandamoorthy N, et al, 2004. Assessment of impact of medication counseling on patients' medication knowledge and compliance in an outpatient clinic in South India. *Patient Educ Couns*, Τόμος 54, pp. 55-60.
- Pope C, Mays N, 1995. Reaching the parts other methods cannot reach: An introduction to qualitative methods in health and health service research. *Br Med J*, Issue 311, pp. 42-45.
- Pope C, Mays N, 1999. *Qualitative research in health care*. 2nd επιμ. London: BMJ Books.
- Prakash B, 2010. Patient Satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3(3), pp. 151-155.
- Preckel K, Kanske P & Singer T, 2018. On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind. *Sciences, Current Opinion in Behavioral*, Τόμος 19, pp. 1-6.
- Priporas C, Laspa C & Kamenidou I, 2008. Patient satisfaction measurement for in-hospital services: A pilot study in Greece. *Journal of medical Marketing*, 8(4), pp. 325-340.
- Procter-Gray Elizabeth, 2021. How to calculate MCS and PCS scores in SF-36 questionnaire?.
- Pryce A, 2015. *The social processes of becoming ill*. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.staff.city.ac.uk/apryce/ill.htm> [Πρόσβαση 28 11 2015].
- Quintana M, Gonzalez N & Bilbao A, 2006. Predictors of patient of satisfaction with hospital care. *BMC Services Research*, Τόμος 6, pp. 102-111.
- Racic M, Kusmuk S, Masic S, Ivkovic N, Joksimovic V, Matovic J, 2017. Impact of the physician-patient relationship on the treatment outcomes of arterial hypertension. *Оригинални радови*, 23(1), pp. 1-8.
- Radley A, 1994. Explaining health and illness: An introduction. Στο: Radley A, επιμ. *Making sense of illness*. London: Sage Publications Ltd, pp. 1-19.
- Rahman P, Nguyen E, Cheung C, Schentag CT, Gladman DD, 2001. Comparison of radiological severity in psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, 28(5), pp. 1041-1044.

- Raiz LR, Kilty KM, Henry ML, 1999. Medication compliance following renal transplantation. *Transplantation*, Τόμος 68, pp. 51-55.
- Rao J.K, Weinberger M, Anderson L.A, Kroenke K, 2004. Predicting reports of unmet expectations among rheumatology patients. *Arthritis Rheum*, Issue 51, pp. 215-221.
- Redlich-Amirav D. & Higginbottom G, 2014. New emerging technologies in qualitative research. *The Qualitative Report*, 19(26), pp. 1-14.
- Reis JG, Gomes MM, Neves TM, Petrella M, de Oliveira RD, de Abreu DC, 2014. Evaluation of postural control and quality of life in elderly women with knee osteoarthritis. *Rev Bras Rheumatol*, 54(3), pp. 208-212.
- Reynolds W.J, Scott B, Jessiman W.C, 1999. Empathy has not been measured in client 'terms or effectively taught: a review of literature. *J Adv Nurs*, Issue 30, pp. 1177-1185.
- Rheumatology International, 2018. Issue 38, pp. 763-775.
- Richards HM, Schwartz LJ, 2002. Ethics of qualitative research: Are there special issues for health services research?. *Fam Pract*, Τόμος 19, pp. 135-139.
- Riess H, John M. Kelley, Robert W. Bailey, Emily J. Dunn & Margot Phillips, 2012. Empathy Training for Resident Physicians: A Randomized Controlled Trial of a Neuroscience-Informed Curriculum. *Society of General Internal Medicine*, 27(10), pp. 1280-1286.
- Ritchie J, Lewis J, 2004. *Qualitative research practice*. London: Sage Publications.
- Robinson D, 1973. *Patient and Doctor: A Social Relationship*. London: Heinemann Medical Books LTD.
- Robson C, 2007. *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου*. Αθήνα: Gutenberg.
- Robson C, 2010. *Real World Research*. Athens: Gutenberg.
- Rogers C.R., 1957. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, Τόμος 21, pp. 95-103.
- Rogers CR, 1959. A theory of therapy: Personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. Στο: S. Koch, επιμ. *Psychology, a study of science: Foundations of the person and the social context*. New York: McGraw Hill, pp. 184-256.
- Rolfe G., 1994. Towards a new model of nursing research. *J. Adv. Nurs*, Τόμος 19, pp. 969-975.
- Rollnick S, Miller W, Butler C, 2008. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. *New York: The Guilford Press*, 12 Nov, 73(7), p. 127.
- Rollnick S, Miller WR, 1995. What is motivational interviewing?. *Behav Cogn Psychother*, 23(4), pp. 325-334.
- Rosenstock IM, 1974. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr*, Τόμος 2, pp. 328-335.
- Rossman G.B, 1993. *Building Explanations across Case Studies: A Framework for Synthesis*. s.l.:s.n.
- Roter DL, Hall JA, Aoki Y, 2002. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*, 288(6), pp. 756-764.

- Roter DL, Hall JA, Merisca R, et al, 1998. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis. *Medical Care*, Issue 36, pp. 1138-1161.
- Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles WB, Inui J, 1997. Communication patterns of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, Issue 277, pp. 350-356.
- Roth J, 1984. Staff-inmate bargaining tactics in long-term treatment institutions. *Sociology of Health and Illness*, 6(2), pp. 111-131.
- Roulston K, 2001. Data analysis and theorizing as ideology. *Qualitative research*, 1(3), pp. 279-302.
- Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B, 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*, 55(513), pp. 305-312.
- Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcia M, Grassi W, 2009. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes*, Issue 7, p. 25.
- Salmond Susan W. EdD RN, 1987. Health Care Needs of the Chronically III. *Orthopaedic Nursing*, November, 6(6), pp. 39-45.
- Sanderson C.A, 2004. *Health Psychology*. New York: Wiley.
- Sanderson C.A, 2013. *Health Psychology 2nd edition*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Sanna G, Bertolaccini M.L, Cuadrado M.J, Laing H, Khamashta M.A, Mathieu A, et al, 2003. Neuropsychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus: prevalence and association with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol*, May, 30(5), pp. 985-992.
- Sarafino E.P, 1999. *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: Wiley.
- Satir V, 1995. *Couples and Changes*. Στο: *Psychology revivals*. New York: Barbara Jo Brothers, Routledge.
- Schipper H, 1990. Guidelines and caveats for quality of life measurement in clinical practice and research. *Oncology*, 4(5), pp. 51-57.
- Schneider J, Kaplan S, Greenfield S, Li W & Wislon B, 2004. Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *Journal of General Internal Medicine*, 19(11), pp. 1096-1103.
- Schoenfeld-Smith K, Petroski G.F, Hewett J.E, Johnson J.C, Wright G.E, Smarr K.L et al, 1996. A biopsychosocial model of disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol*, Issue 9, pp. 368-375.
- Scotto F De Ceglie, Guerra A, Misciagna V & Pellicchia G, 2009. Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services. *Clinical Governance International Journal*, 114(2), pp. 86-97.

- Segal B, Bowman SJ, Fox PC, Vivino FB, Murukutla N, Brodscholl J, et al, 2009. Primary Sjogren's Syndrome: health experiences and predictors of health quality among patients in the United States. *Health Qual Life Outcomes*, Τόμος 7, p. 46.
- Seidel HM, Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW, 2011. *Mosby's guide to physical examination*. 7th επιμ. Missouri US: Mosby.
- Seitz S, 2016. Pixilated partnerships, overcoming obstacles in qualitative interviews via Skype: A research note. *Qualitative Research*, 16(2), pp. 229-235.
- Senior V, Marteau TM, Weinman J, 2004. Self-reported adherence to cholesterol-lowering medication in patients with familial hypercholesterolaemia: the role of illness perceptions. *Cardiovasc Drugs Ther*, Τόμος 18, pp. 475-481.
- Senra H, Rogers H, Leibach G, et al, 2014. Health-related quality of life and depression in a sample of Latin American adults with rheumatoid arthritis. Issue 7, pp. 1-10.
- Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E, 2011. Polypharmacy in the elderly. Can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use?. *Drug Aging*, 28(7), pp. 509-518.
- Shamasundar MRC, 1999. Reflections: Understandings empathy and related phenomena. *American Journal of Psychotherapy*, Τόμος 53, pp. 232-245.
- Shannon C.E & Weaver W, 1949. The Mathematical Theory of Communication. *The University of Illinois Press*, pp. 1-117.
- Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, Ryan B, Brewin CR, Allard S, 2001. A blind, randomized, controlled trial of cognitive behavioural intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity. *Pain*, Jan, 89(2-3), pp. 275-283.
- Shaw E, Anderson JG, Maloney M, et al, 1995. Factors associated with noncompliance of patients taking antihypertensive medications. *Hosp Pharm*, Τόμος 30, pp. 201-203, 206-207.
- Shea S, Lionis C, 2010. Restoring humanity in health care through the art of compassion: an issue for teaching and research agenda in rural health care. *Rural and Remote Health*, Oct-Dec, 10(4), p. 1679.
- Shea S, Wynyard R & Lionis C, 2014. *Providing Compassionate Healthcare: Challenges in Policy and Practice*. Oxin and New York: Routledge.
- Sheldon L, 2009. *Communication for nurses: talking with patients*. Αθήνα: Πασχαλίδη Π.Χ.
- Sherbourne C.D & Stewart A.L, 1991. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, Τόμος 32, pp. 705-714.
- Shontz F.C, 1975. *The psychological aspects of physical illness and disability*. New York: Macmillan.
- Shoor S, Lorig K, 2002. Self-care and the doctor-patient relationship. *Med Care*, 15(7), pp. II-40.
- Siegal B, Greenstein SJ, 1999. Compliance and noncompliance in kidney transplant patients: cues for transplant coordinators. *Transpl Coord*, Τόμος 9, pp. 104-108.

- Sierakowska M, Sierakowski S, Wroblewska M, Krajewska - Kulak E, 2010. Health problems of patients with osteoarthritis and their impact on the health related quality of life. *Rheumatol*, 48(6), pp. 373-379.
- Sierakowska M, Wroblewska M, Lewko J, et al, 2011. Assessment of health problems of patients with osteoarthritis and the need for support and medical education. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(3), pp. 353-360.
- Silva Kelson Ng, Imoto Aline Mizusaki, Almeida Gustavo Jm, Atallah Alvaro N, Peccin Maria Stella, Trevisani Virginia Fernandes Moca, 2010. Balance training (proprioceptive training) for patients with rheumatoid arthritis. 12(5).
- Silverman D, 2000. *Doing qualitative research: A practical handbook*. Thousand Oaks CA: Sage Publications.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J, 2005. *Skills for Communicating with Patients*. Radcliffe Medical Press.
- Silverman J, 2010. Doctors' non-verbal in consultations: look at the patient before you look at the computer. *Br J Gen Pract*.
- Sinclair S, Beamer K, Hack FT, McClement S, Raffin Bouchal S, Chochinov HM, Hagen NA, 2017. Sympathy, empathy and compassion: a grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), pp. 437-447.
- Singh J.A, O'Byrne M.M, Colligan R.C, Lewallen D.G, 2010. Pessimistic explanatory style: a psychological risk factor for poor pain and functional outcomes two years after knee replacement. *J Bone Joint Surg Br*, 92(6), pp. 799-806.
- Singh J.A, Saag K.G, Bridges S.L Jr, Akl E.A, Nannuru R.R, Sullivan M.C. et al, 2016. American College of Rheumatology Guideline for treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol*, Issue 68, pp. 1-26.
- Skovholt T.M, 2005. The cycle of caring: A model of expertise in the helping professions. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(1), pp. 83-93.
- Slavin-Spenny OM, Cohen JL, Oberleitner LM, Lumley MA, 2011. The effects of different methods of emotional disclosure: differentiating post-traumatic growth from stress symptoms. *J Clin Psychol*, 67(10), pp. 993-1007.
- Slikkerveer L.J, 1990. Theoretical Orientation and Analytical Model. Στο: *Plural Medical Systems in the Horn of Africa*. Leiden: African Studies Centre, p. 37.
- Smarr KL, Parker JC, Kosciulek JF, Buchholz JL, Multon KD, Hewett JE, et al, 2000. Implications of depression in rheumatoid arthritis: do subtypes really matter?. *Arthritis Care Res*, Feb, 13(1), pp. 23-32.
- Smith R., 2003. Thoughts for new medical students at a new medical school. *BMJ*, Dec, Issue 327, pp. 1430-3.
- Smolen J.S, Breedveld F.C, Schiff M.H, et al, 2003. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. *Rheumatology*, Issue 42, pp. 244-257.

- Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JWJ, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G et al, 2010. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*, Τόμος 69, pp. 631-637.
- Sodani P.R., Kumar R.K., Srivastava J. & Sharma , 2010. Measuring patient satisfaction: A case study to improve quality of care at public health facilities. *Indian journal of community: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 35(1), p. 52.
- Soderlund LL, Madson MB, Rubak S, Nilsen P, 2011. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Educ Couns*, 84(1), pp. 16-23.
- Spikmans FJ, Brug J, Doven MM, et al, 2003. Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian?. *J Hum Nutr Diet*, Τόμος 16, pp. 151-158.
- Squier RW, 1990. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med*, 30(3), pp. 325-339.
- Staquet MJ, Hays RD, Fayers PM, 1998. Quality of Health related quality of life in cancer survivors between ages 20 and 64 years - life assessment in clinical trials. *Cancer Oxford University Press* .
- Steeptoe A, Wardle J, Pollard T.M, Canaan L, Davies G.J, 1996. Stress, social support and health-related behavior: a study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. *J Psychosom Res*, 41(2), pp. 171-180.
- Stercevic V, Piontek CM, 1997. Empathic understanding revisited: Conceptualization, controversies and limitations. *American Journal of Psychotherapy*, Τόμος 51, pp. 317-328.
- Stewart K.E, Ross D & Hartley S, 2004. Patient adaptation to chronic illness. Στο: T. Boll, J.M Raczynski & L.C Leviton, επιμ. *Handbook of clinical health psychology*. Washington DC: American Psychological Association, pp. 405-421.
- Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, MC William C & Freeman T, 1995. *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. London: Sage Publications Inc.
- Stiles W, Putman S, Wolfe M, et al, 1979. Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interview. *Medical Care*, Issue 17, pp. 667-679.
- Stilley CS, Sereika S, Muldoon MF, et al, 2004. Psychological and cognitive function: predictors of adherence with cholesterol lowering treatment. *Ann Behav Med*, Τόμος 27, pp. 117-124.
- Stimson G, Webb B, 1975. *Going to see the Doctor: The Consultation Process in General Practice*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Stoll T, Kauer Y, Buchi S, Klaghofer R, Sensky T, Villiger P.M, 2001. Prediction of depression in systemic lupus erythematosus patients using SF-36 Mental Health scores. *Rheumatology*, Jun, 40(6), pp. 695-698.
- Strating MM, Van Schuur WH, Suurmeijer TP, 2007. Predictors of functional disability in rheumatoid arthritis: results from a 13-year prospective study. *Disabil Rehabil*, Issue 29, pp. 805-815.

- Straub R.O, 2002. *Health Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Strauss A, Corbin J, 1998. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. 2nd επιμ. Thousand Oaks: Sage Publ.
- Street RL Jr, Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL, 2005. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med Care*, 43(10), pp. 960-969.
- Suarez-Almazor M, 2004. Patient-physician communication. *Curr Opin Rheumatol*, 16(2), pp. 91-95.
- Suchman E.A, 1965. Social Patterns of Illness and Medical Care. *Journal of Health and Human Behavior*, 6(3), pp. 114-128.
- Sutcliffe N, Clarke AE, Levinton C, Frost C, Gordon C, Isenberg DA, 1999. Associates of health status in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*, 26(11), pp. 2352-2356.
- Swett C Jr, Noones J, 1989. Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hosp Community Psychiatry*, Τόμος 40, pp. 947-951.
- Swift J.K & Greenberg R.P, 2015. Foster the therapeutic alliance. Στο: *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes*. s.l.:American Psychological Association, pp. 137-147.
- Szasz TS & Hollender MH, 1956. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Med*, 97(5), pp. 585-592.
- Tander B, Cengiz K, Alayli G, Ilhanli I, Canbaz S, Canturk F, 2008. A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*, Jul, pp. 859-865.
- Taylor A.L, Balakrishnan C, Calin A, 1998. Reference centile charts for measures of disease activity, functional impairment and metrology in ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*, Jun, 41(6), pp. 1119-1125.
- Taylor P. et al, 2011. *Expectations of treatment goals and goal setting practices in people with rheumatoid arthritis (RA)*, s.l.: European League Against Rheumatism (EULAR).
- Taylor SE, 1983. Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, Issue 41, pp. 1161-1173.
- Taylor SE, 1999. *Health Psychology*. Singapore: Mc Graw Hill Companies.
- Tesch R, 1990. *Qualitative research: Analysis, types and software tools*. New York: Falmer.
- Teunissen T, 2013. *Values and criteria of people with a chronic illness or disability*. Geborente Heerlen: Print Service Ede.
- The WHOQOL Group, 1995. The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*, Τόμος 41, pp. 1403-1409.
- Thom DH, 2001. Physician behaviors that predict patient trust. *J Fam Pract*, 50(4), pp. 323-328.

- Thomas LK, Sargent RG, Michels PC, et al, 2001. Identification of the factors associated with compliance to therapeutic diets in older adults with end stage renal disease. *J Ren Nutr*, Τόμος 11, pp. 80-89.
- Thomas PW, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R, 2006. Psychological interventions for multiple sclerosis. Issue 1.
- Thompson A, 2006. What is patient satisfaction. *International Nursing Group for Immunodeficiencies*.
- Thompson C, 1999. Qualitative research into nursing decision making: Factors for consideration in theoretical sampling. *Qual Health Res*, Τόμος 9, pp. 815-828.
- Tuckett D, 1976. *An introduction to medical sociology*. London: Tavistock.
- Turner J, Wright E, Mendella L, et al, 1995. Predictors of patient adherence to long-term home nebulizer therapy for COPD. *Chest*, Τόμος 108, pp. 394-400.
- Turner K, 2009. Mindfulness: The present moment in clinical social work. *Clinical Social Work Journal*, 37(2), pp. 95-103.
- Turner-Musa J, Leidner D, Simmens S, Reiss D, Kimmel P, Holder B, 1999. Family structure and patient survival in an African American end-stage renal disease population: a preliminary investigation. *Soc Sci Med*, Τόμος 48, pp. 1333-1340.
- Underwood B, Moore B, 1982. Perspective-taking and altruism. *Psychological Bulletin*, Τόμος 91, pp. 143-173.
- Unutzer J, Hantke M, Powers D, et al, 2008. Care management for depression and osteoarthritis pain in older primary care patients: a pilot study. *J Geriatric Psychiatry Neurol*, 23(11), pp. 1166-1171.
- Urowitz MB, Ibanez D, Gladman DD, 2007. Atherosclerotic vascular events in a single large lupus cohort: prevalence and risk factors. *J Rheumatol*, 34(1), pp. 70-75.
- Valencia-Toro P, Mora C, Guzman Y, Arbelaez A, Londono J, Jaimes D, Plazas M, Romero-Sanchez C, Valle-Onate R, 2013. *Analysis of focus groups in colombian patients with systemic lupus erythematosus: a qualitative view to illness representations*, Buenos Aires, Argentina: The 10th International Congress on SLE.
- van den Bemt et al, 2012. Expert Reviews Ltd.
- van der Heijde DMFM, van't Hof M, van Riel PLCM, van de Putte LBA, 1993. Development of a disease activity score based on judgment in clinical practice by rheumatologists. *J Rheumatol*, Issue 49, pp. 579-581.
- van der Heijde DMFM, van't Hof MA, van Riel PLCM, et al, 1990. Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis: first step in the development of a disease activity score. *Annals Rheum Dis*, Issue 49, pp. 916-920.
- van Eijk-Hustings Y, Tubergen A, Bostrom C et al, 2012. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. 71(1), pp. 13-19.
- Verderber R, 1998. *The art of communication*. London: Wadsworth Publ Co.
- Vermeire E, Hearnshaw H, van Royen P. & Denekens J, 2001. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), pp. 331-342.

- Viane I, Crombez G, Eccleston C, Poppe C, Devulder J, Van Houdenhove B, et al, 2003. Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain*, Issue 106, pp. 65-72.
- Viller F, Guillemin F, Briancon S, Moum T, Suurmeijer T, van den Heuvel W, 1999. Compliance to drug treatment of patients with rheumatoid arthritis: a 3 year longitudinal study. *J Rheumatol*, 26(10), pp. 2114-2122.
- Vincent C, Young M, Phillips A, 1994. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*, Issue 343, pp. 1609-1613.
- Virginia Pascual-Ramos, Irazu Contreras-Yanez, Ana Belen Ortiz-Haro, Albert Christian Molewijk, Gregorio T. Obrador & Evandro Agazzi, 2022. Factors Associated With the Quality of the Patient-Doctor Relationship. *Journal of Clinical Rheumatology*, June, 28(4), pp. 183-189.
- Vlasnik JJ, Aliotta SL, DeLor B, 2005. Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans. *Case Manager*, Τόμος 16, pp. 47-51.
- Wahl C, Gregoire JP, Teo K, Beaulieu M, Labelle S, Leduc B, Cochrane B, Lapointe L & Montague T, 2005. Concordance, Compliance and Adherence in Health Care: Closing Gaps and Improving Outcomes. *Healthc Q*, 8(1), pp. 65-70.
- Wai CT, Wong ML, Ng S, et al, 2005. Utility of the Health Belief Model in predicting compliance of screening in patients with chronic hepatitis B. *Aliment Pharmacol Ther*, Τόμος 21, pp. 1255-1262.
- Waite Linda J, 1995. Does marriage matter?. *Demography*, Issue 32, pp. 483-508.
- Wang B, Gladman DD, Urowitz MB, 1998. Fatigue in lupus is not correlated with disease activity. *J Rheumatol*, May, 25(5), pp. 892-895.
- Ward M, Sundaramurthy S, Lotstein D, Bush T, Neuwelt C, Street Jr, 2003. Participatory Patient - Physician Communication and Morbidity in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Care Res*, 49(6), pp. 810-818.
- Ward MM, Reveille JD, Learch TJ, Davis JC Jr., Weisman MH, 2008. Impact of ankylosing spondylitis on work and family life: comparisons with the US population. *Arthritis Rheum*, 15 Apr, 59(4), pp. 497-503.
- Ward MM, 1999. Health-related quality of life in ankylosing spondylitis: a survey of 175 patients. *Arthritis Care Res*, August, 12(4), pp. 247-255.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD, 1992. The MOS 36-items short-form health survey (SF-36.) I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, Jun, 30(6), pp. 473-483.
- Ware JE, Kosinski M, Dewey JE, 2000. How to score version 2 of the SF-36 Healthy Survey Quality. Στο: *Quality Metric incorporated*. s.l.:Lincoln.
- Watson DJ, Rhodes T, Guess HA, 2003. All-cause mortality and vascular events among patients with rheumatoid arthritis, osteoarthritis, or no arthritis in the UK General Practice Research Database. *J Rheumatol*, 30(6), pp. 1196-1202.
- Watt D, 2007. On becoming a qualitative researcher: the value of reflexivity. *Qualitative Report*, 12(1), pp. 82-101.

- Weisman JS, Betancourt J, Campbell EG, et al, 2005. Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care. *Journal of the American Medical Association*, Τόμος 294, pp. 1058-1067.
- Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al, 1989. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 18 Aug, 262(7), pp. 914-919.
- West E, Jonsson SW, 2005. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis in Northern Sweden: a comparison between patients with early RA patients with medium-term disease and controls, using SF-36. *Clin Rheumatol*, April, 24(2), pp. 117-122.
- White KL, 1991. *Healing the schism: Epidemiology, medicine and the public's health*. New York: Springer-Verlag.
- White N, Richer J & Fry C, 1992. Coping, Social Support and Adaptation to Chronic Illness. *Western Journal of Nursing Research*, 14(2), pp. 211-224.
- WHO - Euro, 1991. *Targets for Health for all: the health policy for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO - *Global strategy on people-centred and integrated health services* (2015) World Health Organization.
- WHO report, 2003. Adherence to long-term therapies, evidence for action. p. 11.
- Wight JP, Edwards L, Brazier J, Walters S, Payne JN, Brown CB, 1998. The SF-36 as an outcome measure of services for end-stage renal failure. *Quality of Health Care*, Τόμος 7, pp. 209-221.
- Wiland P, Maciazek-Chyra B, 2012. Situation of rheumatology in Poland in 2012. *Rheumatol*, Issue 50, pp. 263-275.
- Wild MR, Engleman HM, Douglas NJ, et al, 2004. Can psychological factors help us to determine adherence to CPAP? A prospective study. *Eur Respir J*, Τόμος 24, pp. 461-465.
- Wilkins P., 1997. Empathy: A desirable quality for effective interpersonal communication. *Applied Community Studies*, 3(2), pp. 35-45.
- Williams B., 1994. Patient satisfaction: a valid concept. *Soc Sci Med*, Issue 38, pp. 509-516.
- Wilson I.B, Cleary PD, 1995. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, Τόμος 273, pp. 59-65.
- Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H, Lieb M, 2000. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, Issue 406, pp. 14-23.
- Wolfe F, Pincus T, Thompson A.K, Doyle J, 2003. The assessment of rheumatoid arthritis and the acceptability of self-report questionnaires in clinical practice. *Arthritis Care and Research*, Issue 49, pp. 59-63.
- Woolf A. & Pfleger B, 2003. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, Τόμος 81, pp. 646-656.

- Wright V, Hopkins R, Burton K, 1982. How long should we talk to patients? A study in doctor-patient communication. *Ann Rheum Dis*, 41(3), pp. 250-252.
- Wu Hong & Lu Naiji, 2018. Service provision, pricing and patient satisfaction in online health communities. *International Journal of Medical Informatics*, Τόμος 110, pp. 77-89.
- Wysocka-Skurska I, Sierakowska M, Sierakowski S, 2012. Evaluation of the quality of life of patients with rheumatoid arthritis depending on the used therapy. *Rheumatol*, 50(1), pp. 16-23.
- Wysocka-Skurska I, Sierakowska M, Kulak W, 2016. Evaluation of quality of life in chronic, progressing rheumatic diseases based on the example of osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Clin Interv Aging*, 28 Nov, Τόμος 11, pp. 1741-1750.
- Yarnold PR, Greenberg MS, Nightingale SD, 1991b. Comparing resource use of sympathetic and empathetic physicians. *Academic Medicine*, Τόμος 66, pp. 709-710.
- Yasir A, 2016. Doctor Patient Relationship: An Untouched Issue in Bangladesh. *International Journal of Psychiatry*, 1(1), pp. 1-2.
- Yavuz A, Tuncer M, Erdogan O, et al, 2004. Is there any effect of compliance on clinical parameters of renal transplant recipients?. *Transplant Proc*, Τόμος 36, pp. 120-121.
- Zenasni F, Boujut E, Woerner A. & Sultan S, 2012. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *The British Journal of General Practice*, 62(600), pp. 346-347.
- Zolnierek KBH, DiMatteo MR, 2009. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*, 47(8), p. 826.
- Zyrianova Y, Kelly BD, Gallagher C, McCarthy C, Molloy MG, Sheehan J et al, 2006. Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support. *Ir J MedSci*, Issue 175, pp. 32-36.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Αγαπητή Κυρία, Αγαπητέ Κύριε,

Με την επιστολή αυτή απευθυνόμαστε σε εσάς για να σας ζητήσουμε να συμμετάσχετε σε μία έρευνα που ενδιαφέρεται για τις απόψεις σας σχετικά με τη θεραπευτική σχέση που έχετε με τον/την γιατρό σας καθώς και εάν αυτή η σχέση επηρεάζει την έκβαση της ασθένειά σας και την ποιότητα ζωής σας σχετιζόμενη με την υγεία σας.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις σημειώνοντας μια μόνο απάντηση σε κάθε ερώτηση. Εάν δεν είστε σίγουρος/η πως θα απαντήσετε σε μια ερώτηση, δώστε την καλύτερη δυνατή απάντηση που ταιριάζει πιο πολύ σε αυτή που ζείτε ή αισθάνεστε.

Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες και θα μας βοηθήσουν στην αναγνώριση των δυσκολιών που αντιμετωπίζετε στη σχέση σας με τον γιατρό. Κανείς δεν θα μάθει τις απόψεις που έχετε εκφράσει σε αυτό το ερωτηματολόγιο, συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού που εργάζεται στο νοσοκομείο.

Ευελπιστούμε ότι έχετε την καλοσύνη να αφιερώσετε λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας για να απαντήσετε στις ερωτήσεις που ακολουθούν.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Τσατσάνη Παναγιώτα

Υποψήφια Διδάκτωρ
Ιατρός

Σούλης Σωτήριος

Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας
και της Κοινωνικής Προστασίας

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Ι: ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ

1. Φύλο:
2. Ηλικία:
3. Οικογενειακή κατάσταση:
4. Εκπαίδευση:
5. Επάγγελμα:
6. Θεραπευτική Μονάδα:
7. Διάγνωση:
8. Διάρκεια της ασθένειας:
9. Διάρκεια σχέσης με το/τη γιατρό:
10. Αριθμός θεραπευτικών συναντήσεων:
11. Τόπος συναντήσεων:

| | | Ναι | Μάλλον ναι | Έτσι κι έτσι | Μάλλον όχι | Όχι |
|-----|---|-----|---------------|-----------------|---------------|-----|
| 12. | Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη | | | | | |
| 13. | Ήταν μια πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα | | | | | |
| 14. | Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του/της για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής | | | | | |
| 15. | Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων | | | | | |
| 16. | Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί | | | | | |
| 17. | Η σχέση μας είναι πολύ σημαντική | | | | | |
| 18. | Οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα | | | | | |
| 19. | Δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του/της | | | | | |
| 20. | Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξαν στιγμές που ένιωσα θυμό | | | | | |
| 21. | Υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας | | | | | |
| 22. | Μου είναι συμπαθής | | | | | |
| 23. | Δεν είναι υπομονετικός/η μαζί μου | | | | | |
| 24. | Ένιωσα την επιθυμία να μην τον/την ξαναδώ | | | | | |
| 25. | Καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου | | | | | |
| 26. | Μου ασκεί κριτική | | | | | |
| 27. | Συμφωνούμε για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασης | | | | | |

28. Εάν σας ζητηθεί να βαθμολογήσετε τη σχέση σας με τον/την γιατρό που είδατε, τι βαθμό θα βάζατε στη σχέση αυτή σε μια κλίμακα από το 1-10, όπου 10 θα προσδιόριζε πως η σχέση είναι άριστη, το 5 μέτρια και το 1 κακή;

Τοποθετήστε την απάντησή σας σε κύκλο.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΙ: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-36

29. Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι

| Εξαιρετική | Πολύ καλή | Καλή | Μέτρια | Κακή |
|------------|-----------|------|--------|------|
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

30. Συγκρίνοντας την υγεία σας τώρα με την υγεία που είχατε **ένα χρόνο πριν**, θα λέγατε ότι τώρα είναι

| Πολύ καλύτερη | Κάπως καλύτερη | Περίπου ίδια | Κάπως χειρότερη | Πολύ χειρότερη |
|---------------|----------------|--------------|-----------------|----------------|
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

▪ **Τώρα** η υγεία σας, σας περιορίζει ...

| | Πολύ | Λίγο | Καθόλου |
|---|------|------|---------|
| 31. Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα κλπ. | ○ | ○ | ○ |
| 32. Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο, ελαφρό τροχάδην κλπ. | ○ | ○ | ○ |
| 33. Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σούπερ μάρκετ | ○ | ○ | ○ |
| 34. Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες | ○ | ○ | ○ |
| 35. Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες | ○ | ○ | ○ |
| 36. Να σκύβετε ή να γονατίζετε | ○ | ○ | ○ |

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 37. Να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39. Να περπατάτε ένα τετράγωνο | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. Να πλένεσθε ή να ντύνεστε μόνος/η σας | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- Τον **τελευταίο μήνα** είχατε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα **σαν αποτέλεσμα της υ-γείας σας;**

| | Ναι | Όχι |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 41. Μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43. Περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των άλλων ασχολιών σας | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44. Χρειάστηκε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- Τον **τελευταίο μήνα** είχατε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα **σαν αποτέλεσμα της ψυχολογικής σας κατάστασης** π.χ. εάν αισθανθήκατε καταθλιπτικά ή αγχωμένα

| | Ναι | Όχι |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 45. Μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47. Δεν κάνατε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας τόσο προσεκτικά όπως συνήθως | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

48. Τον **τελευταίο μήνα** σε ποιο βαθμό η **υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση** επηρέασαν τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή άλλους;

| Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πάρα πολύ |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

49. Τον τελευταίο μήνα πόσο **σωματικό πόνο** είχατε;

| Καθόλου | Πολύ Λίγο | Λίγο | Αρκετό | Πολύ | Πάρα πολύ |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

50. Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο ο σωματικός σας πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού;

| Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ |
|---------|------|--------|------|-----------|
| Ο | Ο | Ο | Ο | Ο |

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθάνεστε και πως σας πήγαν τα πράγματα τον τελευταίο μήνα. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα...

| | Συνέχεια | Πολύ συχνά | Αρκετά συχνά | Μερικές φορές | Σπάνια | Ποτέ |
|---|----------|------------|--------------|---------------|--------|------|
| 51. Αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο |
| 52. Ήσασταν πολύ νευρικός | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο |
| 53. Αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγη χαρά | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο |
| 54. Αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο |
| 55. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο |
| 56. Αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο |
| 57. Αισθανθήκατε εξαντλημένος | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο |
| 58. Νοιώσατε ευτυχισμένος | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο |
| 59. Αισθανθήκατε κουρασμένος | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο |

60. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες π.χ. με φίλους, συγγενείς κλπ.

| Συνέχεια | Πολύ συχνά | Μερικές φορές | Σπάνια | Ποτέ |
|----------|------------|---------------|--------|------|
| Ο | Ο | Ο | Ο | Ο |

▪ Πόσο Σωστό ή Λάθος είναι για σας οι παρακάτω καταστάσεις

| | Εντελώς σωστό | Μάλλον σωστό | Δεν γνωρίζω | Μάλλον λάθος | Εντελώς λάθος |
|---|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|
| 61. Νομίζω ότι αρρωσταίνω πιο εύκολα από άλλους | Ο | Ο | Ο | Ο | Ο |

| | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 62. Είμαι υγιής όπως κάθε άλλον που γνωρίζω | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 63. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 64. Η υγεία μου είναι εξαιρετική | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΙΙ: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΗΑΩ

Παρακαλώ επιλέξτε την απάντηση που περιγράφει καλύτερα την ικανότητά σας για τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας **ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ:**

| | Χωρίς ΚΑΜΙΑ δυσκολία | Με ΚΑΠΟΙΑ δυσκολία | Με ΠΟΛΥ δυσκολία | ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ |
|--|----------------------------|--------------------------|------------------------|-------------|
|--|----------------------------|--------------------------|------------------------|-------------|

ΝΤΥΣΙΜΟ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ

Μπορείτε να:

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 65. Να ντύνεστε μόνος σας, καθώς και να δένετε τα κορδόνια των παπουτσιών και να κουμπώνετε τα κουμπιά; | | | | |
| 66. Λούζεστε; | | | | |

ΕΓΕΡΣΗ

Μπορείτε να:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 67. Σηκωθείτε από μια κανονική καρέκλα; | | | | |
| 68. Ξαπλώσετε ή να σηκωθείτε από το κρεβάτι; | | | | |

ΦΑΓΗΤΟ

Μπορείτε να:

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 69. Κόβετε το κρέας; | | | | |
| 70. Σηκώνετε ένα γεμάτο φλιτζάνι ή ποτήρι έως το στόμα σας; | | | | |
| 71. Ανοίξετε ένα νέο κουτί γάλα; | | | | |

ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ

Μπορείτε να:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 72. Περιπατάτε εκτός σπιτιού επί ισόπεδου εδάφους; | | | | |
| 73. Να ανεβαίνετε πέντε σκαλιά; | | | | |

Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα ακόλουθα **ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ή ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ** που χρησιμοποιείται συνήθως στις δραστηριότητες που αναφέρονται ανωτέρω:

Παρακαλώ επιλέξτε οποιαδήποτε από τις ακόλουθες κατηγορίες για τις οποίες χρειάζεστε συνήθως **ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ**:

| | | | |
|--|--|--|-------------------------|
| | Μπαστούνι | | Ντύσιμο και καθαριότητα |
| | Βοηθήματα που χρησιμοποιούνται για το ντύσιμο (για τα κουμπιά, το τράβηγμα του φερμουάρ, μακρύ κόκαλο παπουτσιών κλπ.) | | Έγερση |
| | Βοηθητικό πλαίσιο βάδισης | | Φαγητό |
| | Ειδικά προσαρμοσμένα σκεύη (πχ για φαγητό και μαγείρεμα) | | Περπάτημα |
| | Πατερίτσες | | |
| | Ειδικά προσαρμοσμένη καρέκλα | | |
| | Αναπηρική καρέκλα | | |
| | Άλλα (παρακαλώ προσδιορίστε) | | |

| | Χωρίς ΚΑΜΙΑ δυσκολία | Με ΚΑΠΟΙΑ δυσκολία | Με ΠΟΛΥ δυσκολία | ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------|
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------|

ΥΓΙΕΙΝΗ

Μπορείτε να:

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 74. Πλένετε και να στεγνώνετε το σώμα σας; | | | | |
| 75. Κάνετε μπάνιο; | | | | |
| 76. Κάθεστε και να σηκώνεστε από την τουαλέτα; | | | | |

ΑΠΛΩΜΑ ΧΕΡΙΟΥ

Μπορείτε να:

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 77. Απλώστε το χέρι και να κατεβάσετε ένα αντικείμενο 2.5 κιλών (π.χ. τσάντα με πατάτες) που είναι πάνω από το κεφάλι σας; | | | | |
| 78. Σκύψετε και να μαζέψετε ρούχα από το πάτωμα; | | | | |

ΣΦΙΞΙΜΟ ΧΕΡΙΟΥ

Μπορείτε να:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 79. Ανοίγετε τις πόρτες αυτοκινήτων; | | | | |
| 80. Ανοίγετε βαζάκια που έχουν ήδη ανοιχθεί προηγουμένως; | | | | |
| 81. Ανοίγετε και να κλείνετε τις βρύσες; | | | | |

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Μπορείτε να:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 82. Πάτε για ψώνια; | | | | |
| 83. Μπείτε και να βγείτε από το αυτοκίνητο; | | | | |
| 84. Κάνετε δουλειές όπως ξεσκόνισμα και δουλειές στον κήπο; | | | | |

Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα ακόλουθα **ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ** ή **ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ** που χρησιμοποιείται συνήθως στις δραστηριότητες που αναφέρονται ανωτέρω:

Παρακαλώ επιλέξτε οποιαδήποτε από τις ακόλουθες κατηγορίες για τις οποίες χρειάζεστε συνήθως **ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ**:

| | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| | Ανυψωμένο κάθισμα τουαλέτας | | Υγιεινή |
| | Λαβή μπανιέρας | | Σφίξιμο και άνοιγμα αντικειμένων |
| | Κάθισμα μπανιέρας | | Άπλωμα ρούχων |
| | Συσκευές με μακρύ χερούλι για την προσέγγιση αντικειμένων | | Ψώνια για οικιακές εργασίες |
| | Ανοιχτήρι βάζων (για βάζα που έχουν ήδη ανοιχθεί προηγουμένως) | | |
| | Συσκευές με μακρύ χερούλι στο μπάνιο (πχ βούρτσα με μακρύ χερούλι) | | |
| | Άλλα (παρακαλώ προσδιορίστε) | | |

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΑΘΗΣΗ:

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΓΙΑΤΡΟ:

Ερώτηση

1. Είστε ένας χρόνιος ασθενής που λόγω της ασθένειάς σας έρχεστε σε τακτά χρονικά διαστήματα σε επαφή με το γιατρό σας. Η σχέση, που έχετε αναπτύξει, θεωρείτε ότι επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την κατάσταση της υγείας σας; Με ποιον τρόπο;

Απάντηση

Ερώτηση

2. Θεωρείτε πως η σχέση γιατρού – ασθενή επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα; Με ποιο τρόπο;

Απάντηση

Ερώτηση

3. Πιστεύετε ότι μία καλή σχέση μεταξύ γιατρού – ασθενή αποτελεί παράγοντα για μία καλή ποιότητα ζωής στους χρόνιους ασθενείς ή όχι; Γιατί;

Απάντηση

Ερώτηση

4. Θεωρείτε ότι το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής επηρεάζεται από τη σχέση γιατρού – ασθενή ή το αποτέλεσμα είναι ανεξάρτητο με αυτή τη σχέση; Αιτιολογήστε την απάντησή σας.

Απάντηση

Ερώτηση

5. Ως χρόνιος ασθενής θα παραμένετε σε έναν γιατρό που δεν ακούει τις ανησυχίες σας και σας δημιουργεί νευρικότητα;

Απάντηση

Ερώτηση

6. Τι ρόλο παίζει για εσάς **ο χρόνος** που αφιερώνει ο γιατρός σας να σας εξετάσει και να σας ακούσει καθώς και ο **χώρος** που σας εξετάζει;

Απάντηση

Ερώτηση

7. Η **κατανόηση των οδηγιών** του γιατρού και η ανάπτυξη εμπιστοσύνης, θεωρείται από κάποιους ότι επηρεάζεται από το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών. Εσείς τι πιστεύετε γι' αυτό;

Απάντηση

Ερώτηση

8. Πιστεύετε ότι μία **μακροχρόνια σχέση** μεταξύ γιατρού -ασθενή, με ανοικτή επικοινωνία και διάλογο, έχει θετικό αντίκτυπο στην βελτίωση των συμπτωμάτων (πόνος, κόπωση, δυσκαμψία) και στη διαχείριση των καθημερινών δραστηριοτήτων (προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, περπάτημα) ή όλα τα ως άνω δεν επηρεάζονται από αυτή τη σχέση;

Απάντηση

Ερώτηση

9. Πιστεύεται από κάποιους ότι οι χρόνιοι ασθενείς με την **πάροδο του χρόνου** αυξάνουν τις απαιτήσεις τους προς το θεράποντα ιατρό τους και η σχέση γιατρού – ασθενή γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη. Εσείς τι πιστεύετε; Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την ως άνω δήλωση και γιατί;

Απάντηση

Ερώτηση

10. Κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης τι άλλο **προσδοκάτε** από τον γιατρό εκτός από τις ιατρικές του υπηρεσίες;

Απάντηση

**Σας Ευχαριστώ
Τσατσάνη Π.**

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
για συμμετοχή σε εκπόνηση **ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 6 σελίδες)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ-ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Αξιότιμε κύρια/κύριε,

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μία επιστημονική έρευνα του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων - Κατεύθυνση Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής που διενεργώ ως υποψήφιος/α διδάκτορας.

Σύντομος Τίτλος της **ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ** στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε:

Η σχέση ιατρού - ασθενή ως προσδιοριστικός παράγοντας της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής πράξης. Μελέτη περίπτωσης ασθενείς με χρόνιες ρευματικές παθήσεις.

Επιβλέπων της **ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ** στην οποία καλείστε να συμμετάσχετε:

ΣΟΥΛΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ

Σκοπός της εν λόγω επιστημονικής έρευνας είναι να αντισταθμίσει την έλλειψη που εντοπίζεται στο χώρο της υγείας όσον αφορά την επίδραση της σχέσης ιατρού – ασθενούς στην αποτελεσματική προσέγγιση των ρευματοπαθών.

Προτού συμφωνήσετε με τη συμμετοχή σας στην έρευνα, βεβαιωθείτε ότι:

- Έχετε διαβάσει και κατανοήσει το έντυπο ενημέρωσης σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν στο πλαίσιο της εν λόγω έρευνας, (εφεξής «Έντυπο Ενημέρωσης») και ότι απορίες είχατε σχετικά με αυτήν απαντήθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό.
- Μέσω του Εντύπου Ενημέρωσης λάβατε γνώση σχετικά με τη διάρκεια της έρευνας και τις διαδικασίες της, ήτοι ποια δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν πρόκειται να επεξεργαστούν στο πλαίσιο της έρευνας, ποια / ποιες πράξεις επεξεργασίας θα διενεργηθούν επί αυτών, σε ποιους πρόκειται να διαβιβαστούν τα δεδομένα

σας, πόσο καιρό θα τηρηθούν από τον ερευνητή και πώς εξασφαλίζεται η ασφαλή τήρησή τους.

- Έχετε ενημερωθεί, μέσω του Εντύπου Ενημέρωσης σχετικά με τα δικαιώματά σας, όπως αυτά απορρέουν από το Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (εφεξής «ΓΚΠΔ»).
- Γνωρίζετε ότι η συμμετοχή σας στην εν λόγω επιστημονική έρευνα είναι εθελοντική.
- Μπορείτε να αποχωρήσετε από την έρευνα ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια / κύρωση, ανακαλώντας τη συγκατάθεσή σας στο e-mail: ptsatsani123@gmail.com.

Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουδήποτε ενδοιασμούς αφορούν την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, πρέπει να αναφέρετε εάν είχατε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας μέσα στους τελευταίους 12 μήνες. **Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε την συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στο ερευνητικό πρόγραμμα.**

Πρέπει όλες οι σελίδες των εντύπων συγκατάθεσης να φέρουν το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή σας.

| | | | |
|-----------|-------|-------------|-------|
| Επίθετο: | | Όνομα: | |
| Υπογραφή: | | Ημερομηνία: | |

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ **για Ασθενείς ή/και Εθελοντές**

Καλείστε να συμμετάσχετε στην έρευνα σχετικά με τη θεραπευτική σχέση που έχετε με το γιατρό/τη γιατρό σας στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής. Η παρούσα έρευνα ενδιαφέρεται για τις απόψεις σας σχετικά με τη θεραπευτική σχέση με το/τη γιατρό σας καθώς και αν αυτή επηρεάζει την έκβαση της ασθένειας σας και την ποιότητα ζωής σας σχετιζόμενη με την υγεία σας. Τελικός στόχος αυτής της προσπάθειας είναι να προσφέρει στη μελλοντική ανάπτυξη ενός προτύπου περίθαλψης επικεντρωμένου στις ανάγκες των Ελλήνων ασθενών με χρόνια ρευματικά νοσήματα.

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ο ερευνητής(-ές) και το Πανεπιστήμιο δεσμεύεται να τηρεί πλήρη εμπιστευτικότητα για όλες τις πληροφορίες που θα αποκτηθούν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας και οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στην ταυτοποίησή σας.

Πιο συγκεκριμένα, δεδομένα που σας αφορούν θα δημοσιευτούν μόνο εφόσον υπάρχει ρητή συγκατάθεσή σας και είναι πλήρως ανωνυμοποιημένα. Επιπλέον, η επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα για τους σκοπούς της έρευνας υπόκειται σε κατάλληλες εγγυήσεις.

Για τυχόν απορίες σε θέματα αναφορικά με την επιστημονική έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον υπεύθυνο ερευνητή **Τσατσάνη Παναγιώτα**, τηλέφωνο επικοινωνίας **697/25.55.779**

Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποιο κόστος ή επιβάρυνση για σας εκτός από το χρόνο που θα διαθέσετε για τη συμμετοχή σας σε αυτή.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία. Αν όμως δεχτείτε να συμμετάσχετε σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά το έντυπο που έχετε στα χέρια σας, να το κρατήσετε και να υπογράψετε το έντυπο συναίνεσης.

Ακόμη και αφού δεχτείτε να συμμετάσχετε μπορείτε να αλλάξετε γνώμη ανά πάσα στιγμή και να αποχωρήσετε από την έρευνα χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία και χωρίς καμία συνέπεια για σας. Σε αυτή την περίπτωση μπορείτε να ζητήσετε να διαγραφούν τα δεδομένα και οι πληροφορίες που έχουμε συλλέξει για σας.

Στο πλαίσιο της έρευνας στην οποία καλείστε να λάβετε μέρος θα συγκεντρώσουμε τα παρακάτω δεδομένα που αφορούν το πρόσωπό σας: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, περιοχή κατοικίας, επάγγελμα.

Τα δεδομένα αυτά είναι απαραίτητα προκειμένου να μπορέσουν να εξαχθούν τα κατάλληλα συμπεράσματα για την έρευνά μας και να ομαδοποιηθούν τα αποτελέσματα.

Θα συλλέξουμε τις πληροφορίες που θα μας δώσετε με τη χρήση ερωτηματολογίων και θα τις καταγράψουμε σε ψηφιακά αρχεία. Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα ανωνυμοποιηθούν με τέτοιο τρόπο ώστε να μην είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί η ταυτότητά σας σε τρίτους. Επίσης, η ταυτότητά σας δεν θα αποκαλυφθεί σε πιθανές δημοσιεύσεις, παρουσιάσεις ή επιστημονικές αναφορές που θα προκύψουν από τη συγκεκριμένη μελέτη.

Όλα τα ηλεκτρονικά αρχεία (συμπεριλαμβανομένων όλων των τύπων ηλεκτρονικών αρχείων που χρησιμοποιούνται, όπως βάσεις δεδομένων, υπολογιστικά φύλλα κ.λπ.) που περιέχουν αναγνωρίσιμες πληροφορίες θα προστατεύονται με κωδικό πρόσβασης. Οποιοσδήποτε υπολογιστής φιλοξενεί τέτοια αρχεία θα έχει επίσης προστασία με κωδικό πρόσβασης για να εμποδίσει την πρόσβαση από μη εξουσιοδοτημένους χρήστες. Μόνο η Τσατσάνη Παναγιώτα θα έχει πρόσβαση στους κωδικούς πρόσβασης.

Τα αρχεία της έρευνας που αφορούν το πρόσωπό σου θα φυλαχθούν για 24 μήνες, μετά το πέρας του οποίου θα καταστραφούν

Αποτελέσματα αυτής της έρευνας ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν σε επιστημονικές δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις σε συνέδρια. Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν σε συνοπτική μορφή και το όνομα ή η ταυτότητά σας δεν θα μπορούν να προσδιοριστούν σε καμία δημοσίευση, συνεδριακή ανακοίνωση.

Η έρευνα αυτή δεν λαμβάνει χρηματοδότηση από κανένα φορέα. Για οποιαδήποτε παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να προσφύγετε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να απευθύνεστε στην Υπεύθυνη Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και σε κάθε περίπτωση στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (complaints@dpa.gr).

Θα σας δοθεί αντίγραφο του Εντύπου Ενημέρωσης και της παρούσας δήλωσης συγκατάθεσης, όταν η τελευταία έχει υπογραφεί.

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω αναφερόμενες πληροφορίες και συμφωνώ να συμμετέχω στη συγκεκριμένη επιστημονική έρευνα.

Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντος / συμμετέχουσας στην έρευνα:

.....

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Σε περίπτωση που ο υπεύθυνος ερευνητής επιθυμεί μετά το πέρας της έρευνας να δημοσιεύσει δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν,

Συναινώ, Δε Συναινώ, σε αυτή του την ενέργεια.

| | |
|--|--|
| Δίδετε συγκατάθεση για τον εαυτό σας ή για κάποιο άλλο άτομο; | |
| Εάν πιο πάνω απαντήσατε για κάποιον άλλο, τότε δώσατε λεπτομέρειες και το όνομά του. | |
| | |

| Ερώτηση | ΝΑΙ ή ΟΧΙ |
|--|-----------|
| Συμπληρώσατε τα έντυπα συγκατάθεσης εσείς προσωπικά; | |
| Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλη έρευνα; | |
| Διαβάσατε και καταλάβατε τις πληροφορίες για ασθενείς ή/και εθελοντές; | |
| Διαβάσατε και καταλάβατε τις πληροφορίες για ασθενείς ή/και εθελοντές; | |
| Είχατε την ευκαιρία να ρωτήσετε ερωτήσεις και να συζητήσετε για την έρευνα; | |
| Δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και εξηγήσεις στα τυχόν ερωτήματά σας; | |
| Καταλαβαίνετε ότι μπορείτε να αποσυρθείτε από την έρευνα, όποτε θέλετε; | |
| Καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν είναι αναγκαίο να δώσετε οποιοδήποτε εξηγήσεις για την απόφαση που πήρατε; | |
| Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα; | |

Με ποιόν υπεύθυνο μιλήσατε;.....

Ο/Η ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΑΣ

| | | | |
|-----------|----------|-------------|-----------|
| Επίθετο: | ΤΣΑΤΣΑΝΗ | Όνομα: | ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ |
| Υπογραφή: | | Ημερομηνία: | |

Άδειες Χρήσης και Εγκρίσεις



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Πανεπιστημιούπολη Αρχαίου Ελαιώνα
Ταχ. Δ/ση : Π. Ράλλη & Θηβών 250, 122 44, Αιγάλεω
Τηλέφωνο : 210 5381151
FAX : 210 5381126
E-mail : ba@uniwa.gr
Πληροφορ.: Μ. Παπαμιχαήλ

Ημερομηνία : Αιγάλεω, 4.11.2019
Αριθμ. Πρωτ. : Φ13/ 72088

ΘΕΜΑ : «Βεβαίωση εγγραφής»

ΠΡΟΣ κ. Τσατσάνη Παναγιώτα

ΣΧΕΤ. :

ΚΟΙΝ. :

Βεβαιώνεται ότι με τη με αριθμ. 20/20.11.19 απόφαση Συνέλευσης του Τμήματος, εγκρίθηκε η εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής της κας ΤΣΑΤΣΑΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΣ και ορίστηκε η Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή.

Ο ελάχιστος χρόνος για την απόκτηση Διδακτορικού Διπλώματος είναι τρία (3) πλήρη ημερολογιακά έτη, με έναρξη την ημερομηνία ορισμού της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής,

Ο Πρόεδρος του Τμήματος

Απόστολος Γιόβανης
Καθηγητής

Συμφωνητικό Συνεργασίας για το Ερωτηματολόγιο DOPRAQ-16

Αυτό το συμφωνητικό υπογράφεται από τον/την... Τσατσανη Παναγιώτα
και απευθύνεται στην Δρ Κουτσοσίμου Μελλομένη, Μεταδιδάκτωρ Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
δημιουργό του Doctor-Patient Relationship Assessment Questionnaire-16 (DOPRAQ-16).

Το παρόν συμφωνητικό αποσκοπεί στην ενημέρωση και τη δέσμευση του/της Πρώτου/ης Συμβαλλόμενου/ης,
ώστε να διασφαλιστεί και να τηρηθεί το πλαίσιο των κανόνων που διέπουν την ηθική δεοντολογία χορήγησης του
ερωτηματολογίου και βασίζεται στους παρακάτω όρους:

1. Ο/Η Συνεργάτης (πρώτος/η συμβαλλόμενος/η) συμφωνεί να μην συμπτύξει, συντομεύσει, μεταφράσει, προσαρμόσει ή αλλάξει το εργαλείο DOPRAQ-16 με οποιοδήποτε τρόπο και γενικότερα να μην επιφέρει την παραμικρή μεταβολή στη διατύπωση, οργάνωση και διαδικασία χορήγησης του. Εάν ο/η Συνεργάτης εκτιμά ότι κάποιες αλλαγές είναι απαραίτητες για την εργασία του/της, πρέπει να εξασφαλίσει τη σύμφωνη γνώμη του δημιουργού του, πριν προβεί σε οποιαδήποτε αλλαγή.
2. Ο/Η Συνεργάτης (πρώτος/η συμβαλλόμενος/η) συμφωνεί να μην αναπαράγει το εργαλείο DOPRAQ-16, πέραν του απαραίτητου αριθμού αντιτύπων που του/της είναι απαραίτητα για την εργασία του/της και να μην πωλήσει, δανείσει ή διαθέσει με οποιοδήποτε τρόπο αντίτυπα σε τρίτους. Επίσης, συμφωνεί πως δεν θα χρησιμοποιήσει το ερωτηματολόγιο DOPRAQ-16 παρά μόνο για τις εργασίες που έχει συμφωνήσει με τον δεύτερο συμβαλλόμενο. Εάν ο/η Συνεργάτης (πρώτος/η συμβαλλόμενος/η) θελήσει να χρησιμοποιήσει το ερωτηματολόγιο DOPRAQ-16 για κάποια άλλη εργασία θα πρέπει να ενημερώσει τον δημιουργό του.
3. Ο/Η Συνεργάτης (πρώτος/η συμβαλλόμενος/η) συμφωνεί να προμηθεύσει τον δημιουργό του με αντίγραφο των στοιχείων που έχει συλλέξει με τη χρήση του ερωτηματολογίου DOPRAQ-16, αλλά και όποιων άλλων στοιχείων περιλαμβάνει η συλλογή που πρόκειται να γίνει για ερευνητικούς σκοπούς με την αξιοποίηση του εν λόγω εργαλείου, καθώς και την κωδικοποίηση και την στατιστική ανάλυσή τους. Επίσης, τα στοιχεία αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον δημιουργό του σε άλλες μελέτες και να δημοσιευθούν, υπό την προϋπόθεση ότι θα γίνεται αναφορά στον/ην Συνεργάτη (πρώτος/η συμβαλλόμενος/η).
4. Ο/Η Συνεργάτης (πρώτος/η συμβαλλόμενος/η) είναι υπεύθυνος/η για τη δημοσίευση στοιχείων και πληροφοριών που αφορούν αποκλειστικά την δική του/της έρευνα και τις μεθόδους που έχει χρησιμοποιήσει. Δημοσιεύσεις, οι οποίες θα περιγράφουν τα αποτελέσματα στα οποία έχει καταλήξει ο/η Συνεργάτης θα έχουν το όνομά του/ης και θα περιλαμβάνουν βιβλιογραφική αναφορά στις δημοσιεύσεις που αφορούν στην ελληνική έκδοση του DOPRAQ-16.
5. Στην περίπτωση που ο δημιουργός διακόψει την παρούσα συνεργασία, ο/η Συνεργάτης (πρώτος/η συμβαλλόμενος/η) πρέπει να σταματήσει κάθε χρήση του εργαλείου DOPRAQ-16, αν και η δέσμευσή του/ης όσον αφορά αυτούς τους όρους, θα συνεχίσει να υφίσταται.
6. Το παρόν αποτελεί συμφωνητικό εθελοντικής συνεργασίας και όχι σύμβαση εργασίας ή έργου. Ο/Η Συνεργάτης (πρώτος/η συμβαλλόμενος/η) έχει απόλυτη ευθύνη του τρόπου με τον οποίο θα εργαστεί και θα διασφαλίσει την εφαρμογή της ερευνητικής δεοντολογίας, συνεπώς αναλαμβάνει και την ευθύνη οποιουδήποτε σχετικού προβλήματος προκύψει.
7. Την αποκλειστική αρμοδιότητα της επικοινωνίας θα έχει η κ. Κουτσοσίμου Μελλομένη, καθώς και τον συντονισμό της παρούσας συνεργασίας (e-mail: m.koutsosimou@gmail.com τηλ. 6976783530).

Οι συμβαλλόμενοι:

Δρ Κουτσοσίμου Μελλομένη

Ο/Η Συνεργάτης

Τίτλος: Υποψήφια Διδάκτωρ - Ρευματολόγος

Φορέας: Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Διεύθυνση: ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΕΩΣ 20, ΝΙΣΝΙΑ

Ημερομηνία:

27/11/2019





ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ, ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Προς
κ. Τσατσάνη Παναγιώτα
Υποψήφια Διδάκτωρ
Ιατρός

Κυρία Τσατσάνη,

Σχετικά με την άδεια χρησιμοποίησης του ειδικού οργάνου «Επισκόπηση Υγείας SF-36» το οποίο μεταφράστηκε, προσαρμόστηκε και εγκυροποιήθηκε στα ελληνικά δεδομένα από μένα, σας γνωρίζω ότι είναι στη διάθεσή σας για ακαδημαϊκή χρήση.

Ως εκ τούτου μπορείτε να το χρησιμοποιήσετε αποκλειστικά και μόνο για την διεξαγωγή της έρευνας με τίτλο: «Σχέση ιατρού-ασθενή ως προσδιοριστικός παράγοντας της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας» που θα πραγματοποιήσετε στο πλαίσιο της διδακτορικής σας διατριβής στον Τομέα Κοινωνικής Πολιτικής του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Ο Διευθυντής

Μάρκος Σαρρής

Καθηγητής Κοινωνιολογίας της Υγείας
και Ποιότητας Ζωής



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
<ΚΑΤ>

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Ταχ.Δ/ση: Νίκης 2
Τ.Κ. 145 61 Κηφισιά
Πλ. Γ. Νιζάμης
Fax: 2132086765
Τηλέφωνο: 2132086570
Email: agensec@kat-hosp.gr

ΚΗΦΙΣΙΑ: 27-02-2020
Αρ.πρωτ.Ε.Σ: 91
Έγκριση στο 107/07-01-2020

Προς:

Τα Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΘΕΜΑ (15): Αίτηση Τσατσάνη Παναγιώτας Ρευματική Κλινική
«Παρακαλώ να μου δοθεί η άδεια για να δοθεί το ερωτηματολόγιο, με σκοπό
την εκπόνηση της διδακτορικής μου διατριβής»
Αρ. Πρωτ. 107 / 07-01-2020
Απόφαση Επιτροπής Έρευνας: **ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ**

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, κατόπιν θετικής εισηγήσεως της Επιτροπής
Έρευνας και μετά από συζήτηση επί του θέματος ομόφωνα εγκρίνει την
επιστημονική μελέτη, δοθέντος ότι η συγκεκριμένη μελέτη ΔΕΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΕΙ
αφενός μεν οικονομικά το Νοσοκομείο, αφετέρου δε τους συμμετέχοντες
εργαζόμενους του Νοσοκομείου στην εκτέλεση της καθημερινής εργασίας τους.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ.

Δρ. Παρασκευόπουλος Ιωάννης

Κοινοποίηση:

✓ Παναγιώτα Τσατσάνη
Ρευματολογικού Τμήματος

ΠΑ.Δ.Α. - Ε: 102822 - 17/12/2020



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΕΞΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ

Ταχ. Δ/ση: Αγ. Σπυρίδωνος, Αιγάλεω, ΤΚ 12243

Τηλέφωνο: 2105387294

e-mail: ethics@uniwa.gr

Πληροφορίες: Ευαγγελία Καπουτσή **Αιγάλεω:** 15/12/2020

ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτησή σας

ΠΡΟΣ: κ. Σούλη Σωτήριο

ΚΟΙΝ: κ. Τσατσάνη Παναγιώτα

Έγκριση της πρότασης

Σας γνωρίζουμε ότι η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.), στην 22η/14-12-2020 συνεδρίασή της, μέσω τηλεδιάσκεψης, εξέτασε το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «**Η σχέση ιατρού-ασθενή ως προσδιοριστικός παράγοντας της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής πράξης. Μελέτη περίπτωσης: ασθενείς με χρόνιες ρευματικές παθήσεις**», με αριθμό πρωτοκόλλου 100299/09-12-2020 και Επιστημονικά Υπεύθυνο τον κ. Σούλη Σωτήριο.

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Το έντυπο υποβολής της αίτησης
2. Το ερευνητικό πρωτόκολλο
3. Το έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Η Επιτροπή έκρινε ότι δεν αντιβαίνει στην κείμενη νομοθεσία και συνάδει με γενικά παραδεγεμένους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και ερευνητικής ακεραιότητας ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο διεξαγωγής του ερευνητικού έργου με την επιφύλαξη ότι ο Επιστημονικός Υπεύθυνος οφείλει να ζητήσει τις άδειες χρήσης των εργαλείων της έρευνας.

Η Πρόεδρος της Ε.Η.Δ.Ε.

Anna

Deltsidou

Digitally signed by
Anna Deltsidou
Date: 2020.12.16
15:46:32 +02'00'

Δρ Άννα Δελτσίδου
Καθηγήτρια