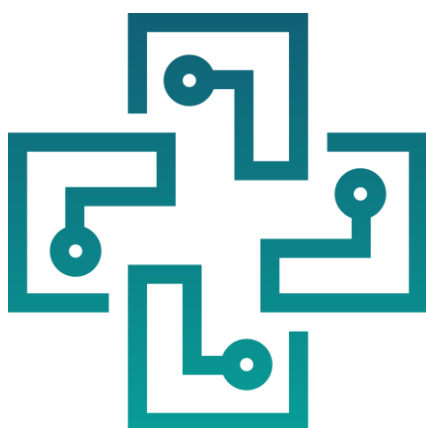


Σχολή Επιστήμων της Αγωγής
Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία

**Αποτύπωση Σχέσεων και διαδράσεων σε μια Πανεπιστημιακή κλινική μέσα από τη χρήση
Νέων Τεχνολογιών. Ο ρόλος της επικοινωνίας (εσωτερικής και εξωτερικής)**

Έφη Γιάννου

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ



ΑΘΗΝΑ, 2023



Σχολή Επιστήμων της Αγωγής
Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία

Αποτύπωση Σχέσεων και διαδράσεων σε μια Πανεπιστημιακή κλινική μέσα από τη χρήση Νέων Τεχνολογιών. Ο ρόλος της επικοινωνίας (εσωτερικής και εξωτερικής)

Έφη Γιάννου
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Υποβλήθηκε στο Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία του Ε.Κ.Π.Α.

Ημερομηνία Προφορικής Εξέτασης: 13/03/2023

Βαθμός: Άριστα

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή

Βασίλειος Γιαλαμάς,

Ομότιμος Καθηγητής του Τμήματος Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία-Ε.Κ.Π.Α., **Επιβλέπων**

Εμμανουήλ Πικουλής,

Κοσμήτορας της Σχολής Επιστημών Υγείας-Ε.Κ.Π.Α., **Μέλος**

Μαρία Σφυρόερα,

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία-Ε.Κ.Π.Α., **Μέλος**

Σύνθεση Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

Βασίλειος Γιαλαμάς,

Ομότιμος Καθηγητής του Τμήματος Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική-Ε.Κ.Π.Α., **Επιβλέπων**

Εμμανουήλ Πικουλής,

Κοσμήτορας της Σχολής Επιστημών Υγείας-Ε.Κ.Π.Α., **Μέλος**

Μαρία Σφυρόερα,

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία-Ε.Κ.Π.Α., **Μέλος**

Μιχάλης Μειμάρης,

Ομότιμος Καθηγητής του Τμήματος Επικοινωνίας και Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης-Ε.Κ.Π.Α., **Μέλος**

Αγγελική Βουδούρη,

Καθηγήτρια του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης-Ε.Κ.Π.Α., **Μέλος**

Ανδρέας Μούτσιος-Ρέντζος,

Επίκουρος Καθηγητής του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης-Ε.Κ.Π.Α., **Μέλος**

Εβίκα Καραμαγκιώλη

Διδάκτωρ της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Παρισίων 8-Ερευνήτρια στο Εργαστήριο Νέων Τεχνολογιών στην Επικοινωνία, την Εκπαίδευση και τα ΜΜΕ, του Τμήματος Επικοινωνίας και Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης-Ε.Κ.Π.Α., **Μέλος**

* «Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής υπό του Τμήματος Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών δεν υποδηλοί αποδοχή των γνώμων της συγγραφέως». (Ν. 5343/32, Άρθρο 202).

*Στη μνήμη του πατέρα μου Ηλία Γιάννου
που έφυγε από τη ζωή στις 8 Νοεμβρίου 2019 από μεταστατικό καρκίνο του πνεύμονα*

Κατάλογος Συντομογραφιών

- ΑΕΠ:** Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
- ΔΑΠ:** Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων
- Δ.Ο.Π.:** Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
- ΔΥΠΕ:** Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας
- Δ.Φ.Υ.:** Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Ε.Κ.Π.Υ.:** Ενιαίος Κανονισμός Παροχής Υπηρεσιών
- ΕΛΣΤΑΤ:** Ελληνική Στατιστική Αρχή
- ΕΟΠΥΥ:** Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
- Ε.Π.Ι.:** Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία
- ΕΣΥ:** Εθνικό Σύστημα Υγείας
- ΚΕΠΕ:** Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
- ΜΕΘ:** Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
- Μ.Ε.Π.:** Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών
- ΟΚΑ:** Οργανισμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- ΟΟΣΑ:** Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
- ΠεΣΥ:** Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
- ΠΕΔΥ:** Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
- ΠεΣΥΠ:** Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας
- ΠΓΝ:** Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
- Π.Ι.:** Περιφερειακά Ιατρεία
- Π.Ο.Υ.:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- Π.Π.Ι:** Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία
- Π.Φ.Υ.:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- ΤΕΠ:** Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- Τ.Ι.:** Τοπικά Ιατρεία
- Το.Μ.Υ.:** Τοπική Μονάδα Υγείας
- Τ.Φ.Υ.:** Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- ΥΠΕ:** Υγειονομική Περιφέρεια
- ΨΑ:** Ψηφιακή Αφήγηση

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	xi
Abstract.....	xv
Ευχαριστίες.....	xviii

I. Αποτύπωση Σχέσεων και διαδράσεων σε μια Πανεπιστημιακή κλινική μέσα από τη χρήση Νέων Τεχνολογιών. Ο ρόλος τη επικοινωνίας (εσωτερικής και εξωτερικής).....	1
--	---

II. Γενικό Μέρος-Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας.....

Κεφάλαιο 1: Το σύστημα υγείας ως περιβάλλον.....	21
--	----

1.1 Διάρθρωση Συστήματος Υγείας	24
1.1.1 Μοντέλα υγείας	24
1.1.2 Θεωρητική προσέγγιση του όρου «υγεία»	25
1.1.3 Προσέγγιση του όρου «σύστημα υγείας».....	27
1.1.4 Στόχοι των συστημάτων υγείας	29
1.1.5 Μορφές ενός συστήματος υγείας	32
1.2 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα.....	32
1.2.1 Βασικά χαρακτηριστικά του ΕΣΥ	34
1.2.2 Βασικές λειτουργίες της δημόσιας υγείας	36
1.2.3 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης σε υγειονομικούς και ασθενείς.....	37
1.2.4 Ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας.....	42
1.3 Υγειονομικός οργανισμός.....	45
1.3.1 Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.....	45
1.3.2 Το νοσοκομείο ως οργανισμός	50
1.4 Οργανωσιακή κουλτούρα	53
1.4.1 Κατανόηση του όρου «οργανωσιακή κουλτούρα».....	53
1.4.2 Η οργανωσιακή κουλτούρα στους οργανισμούς υγείας.....	56
1.4.3 Το μοντέλο ανταγωνιστικών αξιών	57
1.4.4 Το γραφειοκρατικό μοντέλο οργάνωσης στο ελληνικό νοσοκομείο....	61
1.4.5 Εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού- Επιδράσεις της οργανωσιακής κουλτούρας στο προσωπικό και στους λήπτες υπηρεσιών υγείας	62
1.4.6 Ο ρόλος της ηγεσίας/ διοίκησης στον οργανισμό	67

Κεφάλαιο 2: Μορφές επικοινωνίας και διάδραση	74
--	----

2.1 Η επικοινωνία μεταξύ του οργανισμού	74
2.1.1 Εσωτερική, οργανωσιακή επικοινωνία.....	77
2.1.2 Εμπόδια στην επικοινωνία ενός οργανισμού.....	79
2.1.3 Αποτελεσματική επικοινωνία στον οργανισμό-Ο ρόλος της ηγεσίας..	80
2.2 Η επικοινωνία του οργανισμού με τους ασθενείς.....	84
2.2.1 Σχέση ιατρού- ασθενή	85
2.2.2 Το παραδοσιακό μοντέλο στη σχέση ιατρού- ασθενούς	91
2.2.3 Το ανθρωποκεντρικό μοντέλο στη σχέση ιατρού- ασθενούς.....	91
2.3 Η αξία της επικοινωνίας στη θεραπευτική σχέση επαγγελματιών υγείας και ασθενών	95
2.3.1 Οφέλη αποτελεσματικής επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς.....	96
2.3.2 Δεξιότητες επικοινωνίας επαγγελματιών υγείας	98
2.3.3 Μέτρα βελτίωσης της επικοινωνίας υγειονομικών-ασθενών	103

Κεφάλαιο 3: Η Ψηφιακή Αφήγηση στην υγεία.....	104
---	-----

3.1 Η αρχέγονη ανάγκη των ανθρώπων να αφηγούνται.....	104
---	-----

3.2 Από την αφήγηση στην ψηφιακή αφήγηση	105
3.3 Αναλύοντας τον όρο «ψηφιακή αφήγηση».....	108
3.4 Η δύναμη της ψηφιακής αφήγησης	110
3.4 Τα 7 σημεία της ψηφιακής αφήγησης.....	111
3.5 Η αξία του «κύκλου της αφήγησης».....	111
3.6 Η ψηφιακή αφήγηση στην υγεία.....	113

III. Ειδικό Μέρος-Η έρευνα..... 118

Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία118

4.1 Σκοπός της έρευνας.....	120
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	121
4.3 Μεθοδολογία της έρευνας.....	126
4.3.1 Μεθοδολογία ποσοτικής έρευνας	126
Ψυχομετρικές ιδιότητες	127
4.3.2 Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας	128
4.4 Πληθυσμός της έρευνας.....	131
4.4.1 Δειγματοληψία και δείγμα ποσοτικής έρευνας	131
4.4.2 Τα άτομα που συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα.....	136
4.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	138
4.5.1 Μέθοδος συλλογής ποσοτικών δεδομένων	138
4.5.2 Μέθοδος συλλογής ποιοτικών δεδομένων	140
4.6 Εργαλεία μέτρησης	142
4.6.1 Εργαλεία ποσοτικής μέτρησης	142
4.6.2 Εργαλεία ποιοτικής μέτρησης	157
4.7 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	157
4.7.1 Συλλογή ποσοτικών δεδομένων	157
4.7.2 Συλλογή ποιοτικών δεδομένων.....	160
4.8 Διαδικασία ανάλυσης.....	166
4.8.1 Ανάλυση ποσοτικών δεδομένων.....	166
4.8.2 Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων.....	168
4.9 Πιλοτικές δοκιμές	170
4.9.1 Πιλοτική έρευνα ποσοτικής μελέτης	170
4.9.2 Πιλοτική έρευνα ποιοτικής μελέτης	171
4.10 Ερευνητικός σχεδιασμός.....	172
4.10.1 Σχεδιασμός της ποσοτικής έρευνας.....	172
Ζητήματα δεοντολογίας.....	173
4.11 Το υπό μελέτη νοσοκομείο	175
4.11.1 Οργανωτική δομή του υπό μελέτη νοσοκομείου.....	175

IV. Παρουσίαση Ευρημάτων..... 178

Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας.....178

5.1 Παραγοντική ανάλυση και ψυχομετρικές ιδιότητες των κλιμάκων	178
5.1.1 Κλίμακα Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI)	179
5.1.2 Κλίμακα Οργανωσιακής Δέσμευσης (OCQ).....	187
5.1.3 Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης (JSQ)	191
5.1.4 Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης Νοσηλευτριών (GNJSS) 194	
5.1.5 Κλίμακα Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή (PPOS).....	197
5.1.6 Κλίμακα Πεποιθήσεων Ιατρού (PBS)	201
5.1.7 Κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας (API)	204

5.1.8 Κλίμακα Γενικών Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη (GSAME).....	207
5.1.9 Κλίμακα Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας στον Θεό (GLHC)	210
5.1.10 Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης (PAS)	211
5.2 Περιγραφή του δείγματος	213
5.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	213
5.2.2 Χαρακτηριστικά εκπαίδευσης	217
5.2.3 Χαρακτηριστικά επαγγελματικής κατάστασης	222
5.3 Θέματα ποσοτικής ανάλυσης.....	226
Ερωματολογία Υγειονομικών	226
5.3.1 Οργανωσιακή δομή στο Αττικό νοσοκομείο.....	226
5.3.2 Επαγγελματική Ικανοποίηση Υγειονομικών	241
5.3.3 Διάδραση και επικοινωνιακές σχέσεις υγειονομικών-ασθενών	244
Ερωματολογία «Ασθενών»	252
5.4 Θέματα ποιοτικής ανάλυσης.....	261
5.4.1 Είδη επικοινωνίας ιατρών-ασθενών	263
Επεξηγηματική-διαλλακτική επικοινωνία	267
Διεκπεραιωτική-τυπική επικοινωνία.....	287
Η επικοινωνία της αυθεντίας	298
5.4.2 Είδη διάδρασης ιατρών-ασθενών	308
Αμφίδρομη διάδραση-άνθρωπος προς άνθρωπο	309
Μονόδρομη διάδραση-αυθεντία προς σύμπτωμα.....	318
V. Συζήτηση Ευρημάτων.....	320
Υγειονομικοί Αττικό νοσοκομείο.....	321
Υγειονομικοί συνολικά.....	333
Λήπτριες και Λήπτες Υπηρεσιών Υγείας.....	341
Η ψηφιακή αφήγηση στην υγεία	345
VI. Συμπεράσματα.....	351
Μεθοδολογικοί περιορισμοί και μελλοντικές ερευνητικές προτάσεις	361
VII. Βιβλιογραφία.....	362
Παράρτημα	405
Παράρτημα 1 Άδειες χρήσης ερωτηματολογίων PPOS, PBS & OCAI	405
Παράρτημα 2 Πληροφορίες για συμμετοχή στην έρευνα.....	406
Παράρτημα 3 Τα ερωτηματολόγια της έρευνας	407
Παράρτημα 4 Επιμέρους στοιχεία	418
Παράρτημα 5 Έντυπο συγκατάθεσης χρήσης των ψηφιακών αφηγήσεων	429

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία ατόμων που συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα	137
Πίνακας 2: Δημογραφικά στοιχεία υγειονομικών της ποιοτικής έρευνας	137
Πίνακας 3: Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας OCAI-Υπάρχουσα Κουλτούρα ..	181
Πίνακας 4: Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας OCAI-Επιθυμητή Κουλτούρα....	182
Πίνακας 5: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας OCAI.....	185
Πίνακας 6: Λοξότητα και κύρτωση των υποκλιμάκων της κλίμακας OCAI.....	186
Πίνακας 7: Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας OCQ	188
Πίνακας 8: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας OCQ.....	189
Πίνακας 9: Λοξότητα και κύρτωση παραγόντων κλίμακας OCQ.....	190
Πίνακας 10: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας JSQ	192
Πίνακας 11: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας JSQ.....	193
Πίνακας 12: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας GNJSS	195
Πίνακας 13: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας GNJSS.....	196
Πίνακας 14: Λοξότητα και κύρτωση κλίμακας GNJSS.....	197
Πίνακας 15: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας PPOS.....	198
Πίνακας 16: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας PPOS.....	200
Πίνακας 17: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας PBS	202
Πίνακας 18: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας PBS	202
Πίνακας 19: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας API.....	205
Πίνακας 20: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας API.....	206
Πίνακας 21: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας GSAME	208
Πίνακας 22: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας GLHC	210
Πίνακας 23: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας PAS.....	212
Πίνακας 24: Σύνοψη του δείγματος της έρευνας	213
Πίνακας 25: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας	213
Πίνακας 26: Συγκεντρωτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των υγειονομικών	215
Πίνακας 27: Χαρακτηριστικά δείγματος Χρηστ(ρι)ών υπηρεσιών υγείας	216
Πίνακας 28: Χαρακτηριστικά εκπαίδευσης ιατρών	218
Πίνακας 29: Χαρακτηριστικά εκπαίδευσης νοσηλευτριών-νοσηλευτών.....	219
Πίνακας 30: Χαρακτηριστικά εκπαίδευσης άλλων υγειονομικών ειδικοτήτων.....	220
Πίνακας 31: Χαρακτηριστικά εκπαίδευσης άλλων υγειονομικών υπηρεσιών.....	221
Πίνακας 32: Θέση εργασίας υγειονομικών	223
Πίνακας 33: Χαρακτηριστικά επαγγελματικής κατάστασης υγειονομικών.....	224
Πίνακας 34: Ειδικότητες ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	225
Πίνακας 35: Οι οργανωσιακές κουλτούρες στο Αττικό νοσοκομείο	227
Πίνακας 36: Οργανωσιακή δομή & προσανατολισμός στο Αττικό νοσοκομείο	228
Πίνακας 37: Διαστάσεις οργανωσιακής κουλτούρας στο Αττικό νοσοκομείο	230
Πίνακας 38: Οι οργαν. κουλτούρες στο Αττικό νοσοκομείο ανά επάγγελμα	232
Πίνακας 39: Μέση βαθμολογία Οργαν. Δέσμευσης στο Αττικό νοσοκομείο.....	233
Πίνακας 40: Μέσες τιμές επαγγελματικής ικανοποίησης στο Αττικό νοσοκομείο..	234
Πίνακας 41: Μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης των κλιμάκων OCAI, OCQ, JSQ, GNJSS, PPOS & PBS των υγειονομικών του Αττικού νοσοκομείου	236
Πίνακας 42: Μέση τιμή Επαγγελματικής Ικανοποίησης (JSQ) υγειονομικών	242
Πίνακας 43: Μέσες τιμές Κλίμακας GNJSS και των Υποκλιμάκων της.....	243
Πίνακας 44: Μέσες τιμές της κλίμακας PPOS και των υποκλιμάκων της.....	247
Πίνακας 45: Μέσες τιμές κλίμακας PBS.....	248
Πίνακας 46: Μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης των κλιμάκων JSQ, GNJSS, PPOS & PBS	250

Πίνακας 47: Πηγή πληροφόρησης «ασθενών» για ιατρικά θέματα	253
Πίνακας 48: Μέσες Τιμές κλίμακας PPOS.....	254
Πίνακας 49: Μέσες τιμές κλίμακας API.....	255
Πίνακας 50: Μέσες τιμές κλίμακας GSAME	256
Πίνακας 51: Μέσες τιμές κλίμακας GLHC	257
Πίνακας 52: Μέσες τιμές κλίμακας PAS.....	257
Πίνακας 53: Μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης των κλιμάκων JSQ, GNJSS, PPOS & PBS	259
Πίνακας 54: Ψηφιακές αφηγήσεις συμμετεχουσών/συμμετεχόντων	262
Πίνακας 55: Είδη επικοινωνίας και διάδρασης ιατρών-ασθενών μέσα από τις ΨΑ	264
Πίνακας 56: Πώς ορίζουν οι «ασθενείς» μέσω των ψηφιακών τους αφηγήσεων την ικανοποιητική επικοινωνία με τις/τους ιατρούς-Χαρακτηριστικά ιατρών	266
Πίνακας 57: Τα χαρακτηριστικά ενσυναίσθησης των νοσηλευτριών/νοσηλευτών στη φροντίδα των ασθενών μέσω των ψηφιακών αφηγήσεων.....	267
Πίνακας 58: Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Κουλτούρας-OCAI.....	408
Πίνακας 59: Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Δέσμευσης-OCQ	410
Πίνακας 60: Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης-JFQ.....	411
Πίνακας 61: Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης Νοσηλευτ.-GNJSS	412
Πίνακας 62: Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-PPOS.....	413
Πίνακας 63: Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων Ιατρού-PBS.....	414
Πίνακας 64: Ερωτηματολόγιο Προτίμησης Αυτονομίας-API.....	415
Πίνακας 65: Ερωτηματολόγιο Γενικών Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη-GSAME ..	416
Πίνακας 66: Ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου της Υγείας στον Θεό-GLHC ...	417
Πίνακας 67: Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης-PAS.....	417
Πίνακας 68: Χαρακτηριστικά δείγματος Αττικού Νοσοκομείου	418
Πίνακας 69: Μέση τιμή επιμέρους ερωτήσεων OCAI υπάρχουσας κουλτούρας	419
Πίνακας 70: Μέση τιμή επιμέρους ερωτήσεων OCAI επιθυμητής κουλτούρας.....	421
Πίνακας 71: Μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης Αττικό νοσοκομείο	423
Πίνακας 72: Μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης Υγειονομικών συνολικά	426
Πίνακας 73: Μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης ληπτ(ρι)ών υπηρεσιών υγείας..	427

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1: Διαγραμματική απεικόνιση των βημάτων εκπόνησης της παρούσας διδακτορικής διατριβής.....	119
Σχήμα 2: Το εννοιολογικό μοντέλο της κλίμακας Επαγγελματικής Ικανοποίησης νοσηλευτών/νοσηλευτριών Ελλάδας- GNJSS.....	151
Σχήμα 3: Στάδια της ανάλυσης των δεδομένων	173
Σχήμα 4: Το προφίλ της Οργανωσιακής Κουλτούρας-OCAI στο Αττικό Νοσοκομείο	227

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1: Στιγμιότυπο της πλατφόρμας neartail του ερωτηματολογίου	133
Εικόνα 2: Στιγμιότυπο προβολής κατάστασης ερωτηματολογίων	133
Εικόνα 3: Στιγμιότυπο από τα μη ολοκληρωμένα ερωτηματολόγια	134
Εικόνα 4: Στιγμιότυπο από το google forms με 3 έξτρα συμπληρωμένες απαντήσεις μετά το κλείσιμο της πλατφόρμας neartail	135
Εικόνα 5: Εργαλεία μέτρησης ανά δείγμα	143
Εικόνα 6: Ηγετικός ρόλος, αποτελεσματικότητα και θεωρίες διαχείρισης ανά τύπο Οργανωσιακής Κουλτούρας	146
Εικόνα 7: Οι ανταγωνιστικές Αξίες της Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας ανά τύπο Οργανωσιακής Κουλτούρας	146
Εικόνα 8: Στιγμιότυπο της ανάρτησης στο facebook για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.....	158
Εικόνα 9: Η ανάρτηση της ερευνήτριας στο FB για συμμετοχή στην έρευνα	160
Εικόνα 10: Στιγμιότυπο από συνομιλία συμμετέχοντα μέσω e-mail.....	161
Εικόνα 11: Οργανόγραμμα νοσοκομείου "Αττικόν"	175
Εικόνα 12: Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση του Γ1	268
Εικόνα 13: Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση της Γ4	269
Εικόνα 14: Στιγμιότυπα από την ΨΑ του Γ5	271
Εικόνα 15: Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση των Π3	272
Εικόνα 16: Στιγμιότυπα από την ψηφιακή αφήγηση της Γ6	273
Εικόνα 17: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της Α2.....	275
Εικόνα 18: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α5.....	276
Εικόνα 19: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α6.....	278
Εικόνα 20: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α7.....	279
Εικόνα 21: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Π1	280
Εικόνα 22: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Ι2	281
Εικόνα 23: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Ι5	283
Εικόνα 24: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Ν9.....	284
Εικόνα 25: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Ν11.....	286
Εικόνα 26: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Π1.....	289
Εικόνα 27: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α1.....	291
Εικόνα 28: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α2.....	292
Εικόνα 29: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α3.....	294
Εικόνα 30: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α4.....	296
Εικόνα 31: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Ι3	297
Εικόνα 32: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Ι7	297
Εικόνα 33: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Γ2	299
Εικόνα 34: Στιγμιότυπα από την ΨΑ του συμμετέχοντα Γ3	300
Εικόνα 35: Στιγμιότυπα από την ΨΑ του συμμετέχοντα Γ3	301
Εικόνα 36: Στιγμιότυπα της ΨΑ του συμμετέχοντα Σ2.....	303
Εικόνα 37: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Π2.....	304
Εικόνα 38: Στιγμιότυπα από την ΨΑ του συμμετέχοντα Ι4	306
Εικόνα 39: Στιγμιότυπα από την ΨΑ του συμμετέχοντα Ι6	307
Εικόνα 40: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Ν8.....	313
Εικόνα 41: Στιγμιότυπα από την ΨΑ του συμμετέχοντα Ν10.....	314
Εικόνα 42: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Ν11.....	317

Περίληψη

Σκοπός Στην παρούσα έρευνα επιχειρήθηκε η διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας (κυρίως ιατρών και νοσηλευτριών/νοσηλευτών) για το είδος της προσέγγισης στη σχέση με τις/τους ασθενείς τους -ιατροκεντρική ή ανθρωποκεντρική-, καθώς επίσης και ο ρόλος των δεξιοτήτων επικοινωνίας στις οποίες έχουν εκπαιδευτεί ως παράγοντας, ο οποίος επιδρά στη διαμόρφωση των αντιλήψεων αυτών. Ταυτόχρονα, επιχειρήθηκε ο προσδιορισμός του επιπέδου της επαγγελματικής ικανοποίησης συσχετίζοντάς την αφενός με την κυρίαρχη οργανωσιακή κουλτούρα και δέσμευση των υγειονομικών στο Αττικό νοσοκομείο και αφετέρου με το είδος προσέγγισης (ιατροκεντρικό vs ανθρωποκεντρικό) και το μοντέλο υγείας που κυριαρχεί στη σχέση με τις/τους ασθενείς ευρύτερα στην Ελλάδα, βάσει της συμμετοχής των υγειονομικών στην έρευνα. Επιπλέον, διερευνήθηκαν οι αντιλήψεις των ασθενών για την κυρίαρχη προσέγγιση στη σχέση τους με τις/τους ιατρούς, η καταγραφή του επιπέδου αυτονομίας σε ζητήματα υγείας, οι απόψεις για τα ιατρικά λάθη, η απόδοση του ελέγχου της υγείας στον Θεό και τέλος τα επίπεδα του υποστηρικτικού δικτύου τους. Ενώ τέλος, ένας ακόμη στόχος ήταν η διερεύνηση του ρόλου της ψηφιακής αφήγησης στην ενδυνάμωση και αυτοέκφραση υγειονομικών και «ασθενών» και ο τρόπος με τον οποίο συμβάλλει στον ανθρωποκεντρικό τύπο προσέγγισης στο πλαίσιο της αφηγηματικής ιατρικής.

Υλικό και Μέθοδοι: Η έρευνα ήταν μικτή και αποτελούνταν από το ποσοτικό και το ποιοτικό σκέλος. Στο ποσοτικό σκέλος συμμετείχαν συνολικά 273 υποκείμενα. 192 υγειονομικοί και 81 λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας. Από το σύνολο των 192 υγειονομικών οι 100 προέρχονταν από το Αττικό νοσοκομείο, το οποίο ήταν το υπό μελέτη νοσοκομείο και οι 92 από άλλα δημόσια νοσοκομεία και δομές. Οι 121 ήταν ιατροί, οι 51 νοσηλεύτριες/νοσηλευτές,¹³ άλλες ειδικότητες υγειονομικών και 7 άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου. Από τις/τους 81 λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας οι 18 ήταν ασθενείς με χρόνια απειλητική ή μη ασθένεια, οι 17 φροντίστριες/φροντιστές και συγγενείς ασθενών ενώ τέλος οι 46 ήταν γενικός πληθυσμός που αξιοποιούσε υπηρεσίες υγείας στο πλαίσιο της πρόληψης και των διαγνωστικών εξετάσεων. Το δείγμα κλήθηκε να απαντήσει σε δημογραφικά, μορφωτικά και επαγγελματικά στοιχεία και στις κλίμακες OCAI (διερεύνηση κυρίαρχης οργανωσιακής κουλτούρας στο Αττικό νοσοκομείο), OCQ (διερεύνηση του επιπέδου οργανωσιακής δέσμευσης στο Αττικό νοσοκομείο), JSQ (επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης των υγειονομικών), GNJSS (βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτριών/νοσηλευτών), PPOS (διερεύνηση των επιπέδων ανθρωποκεντρικής και ιατροκεντρικής προσέγγισης), PBS (διερεύνηση του βαθμού που ισχύει το βιοψυχοκοινωνικό ή βιοϊατρικό μοντέλο υγείας), API (διερεύνηση

του επιπέδου αυτονομίας των ασθενών σε θέματα υγείας), GSAME (διερεύνηση των απόψεων για τα ιατρικά λάθη), GLHC (διερεύνηση του επιπέδου απόδοσης του ελέγχου της υγείας στον Θεό) και PAS (διερεύνηση του επιπέδου ύπαρξης υποστηρικτικού δικτύου). Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη διακίνηση ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων, σε τυχαίο δείγμα επαγγελματιών του χώρου της υγείας στο Αττικό νοσοκομείο αλλά και σε άλλες δομές και νοσοκομεία, καθώς η συμμετοχή ήταν ελεύθερη για επαγγελματίες υγείας. Οι απαντήσεις αποθηκεύονταν αυτόματα σε βάση δεδομένων και η ανάλυσή τους έγινε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS v 20. Πραγματοποιήθηκε διερευνητική παραγοντική ανάλυση (Exploratory Factor Analysis) και έλεγχοι καταλληλότητας δεδομένων (KMO), εγκυρότητας όψης και περιεχομένου (face validity, content validity), καθώς και εννοιολογικής κατασκευής (factorial validity) μέσω της συγκλίνουσας (convergent validity) και της διακρίνουσας εγκυρότητας (discriminant validity), Πλέον αυτής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Pearson & Spearman, για να ελεγχθεί η ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στις μεταβλητές και ο δείκτης Cronbach's Alpha, για τον έλεγχο αξιοπιστίας της εσωτερικής δομής των ερωτηματολογίων. Η ανάλυσή τους περιλάμβανε περιγραφική στατιστική (descriptive statistics) και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (Multiple Linear Regression) για τη διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στην εκάστοτε κλίμακα. Όσον αφορά την ποιοτική έρευνα, συμμετείχαν 31 άτομα, 19 λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας και 12 ιατροί και νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, όπου κλήθηκαν να δημιουργήσουν ψηφιακές αφηγήσεις υπό μορφή βίντεο με θέμα την εμπειρία τους από την σχέση και αλληλεπίδραση ιατρών-ασθενών.

Αποτελέσματα Από τις/τους 100 υγειονομικούς του Αττικού νοσοκομείου προέκυψε ότι ο κυρίαρχος τύπος οργανωσιακής κουλτούρας είναι η κουλτούρα της ιεραρχίας και επιθυμητός (στα επόμενα 5 έτη), η κουλτούρα της καινοτομίας σύμφωνα με το μοντέλο των Cameron & Quinn. Η οργανωσιακή δέσμευση βρίσκονταν σε μέτρια επίπεδα με τη δέσμευση της συνέχειας να υπερισχύει έναντι της κανονιστικής και της συναισθηματικής. Οι παράγοντες οι οποίοι σχετίζονταν θετικά με την οργανωσιακή δέσμευση ήταν η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς, η ιδιότητα των επιμελητριών/επιμελητών ιατρών έναντι των ειδικευόμενων, η προϋπηρεσία στο Αττικό νοσοκομείο πάνω από 11 έτη, ο υψηλότερος μισθός, η εξέταση υψηλότερου αριθμού ασθενών εβδομαδιαία και η επαγγελματική ικανοποίηση. Αναφορικά με την επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών δεν παρατηρήθηκε διαφοροποίηση ($p > 0,05$) μεταξύ υγειονομικών του Αττικού νοσοκομείου και άλλων νοσοκομείων στις κλίμακα JSQ και GNJSS. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν σημαντική συνάφεια ($p < 0,05$) μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και του φύλο, της κοινωνικο-οικονομικής τάξης, της εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας, της ιδιότητας των επιμελητριών-ών ιατρών,

της προϋπηρεσίας στον οργανισμό και του αριθμού εξέτασης ασθενών εβδομαδιαία.. Αντίστοιχα για την ικανοποίηση των νοσηλευτριών-ών οι παράγοντες που επιδρούσαν θετικά ήταν η μεγαλύτερη ηλικία, η παρουσία επιπλέον εκπαίδευσης πέραν της βασικής προπτυχιακής, η εργασία στο χειρουργικό έναντι άλλων τομέων, η πρωινή βάρδια εργασίας, η προϋπηρεσία στη δομή έως 10 έτη και ο υψηλότερος μισθός. Όσον αφορά την υιοθέτηση του ανθρωποκεντρικού και βιοψυχοκοινωνικού έναντι του ιατροκεντρικού και βιοϊατρικού μοντέλου (PPOS & PBS), εντοπίστηκε τάση υιοθέτησης της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης με βασικό παράγοντα επιρροής την προηγούμενη εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς, την επιπλέον εκπαίδευση (μεταπτυχιακό, δεύτερο πτυχίο, διδακτορικό, μετεκπαίδευση), την καλή επικοινωνία υγειονομικών-ασθενών και την προέλευση από τη μεσαία τάξη, ωστόσο παρατηρείται να υπερισχύει το ιατροκεντρικό μοντέλο υγείας. Επίσης οι ειδικευόμενες/-οι ιατροί εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα ανθρωποκεντρικής προσέγγισης σε σύγκριση με επιμελήτριες/επιμελητές ιατρούς, ενώ η ιατρική ειδικότητα, η οποία υιοθετεί αμιγώς την ιατροκεντρική προσέγγιση ήταν η χειρουργική. Στον έλεγχο που διενεργήθηκε δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p>0,05$) συσχέτιση στην υιοθέτηση της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης και του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας ανάμεσα στις/στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στο Αττικό νοσοκομείο έναντι των λοιπών νοσοκομείων και δημόσιων δομών. Οι ασθενείς από την άλλη πλευρά υιοθετούσαν και επιθυμούσαν σε υψηλότερο βαθμό την ανθρωποκεντρική προσέγγιση, τον ενεργό ρόλο, την ενημέρωση, τη λήψη αποφάσεων και την ολόπλευρη συμμετοχή στην κατάσταση της υγείας τους. Οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα επιθυμίας ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, είχαν υψηλά επίπεδα προτίμησης αυτονομίας για την υγεία τους, δεν απέδιδαν στο Θεό τον έλεγχο της υγείας τους αλλά στις/στους ιατρούς, είχαν ισχυρό υποστηρικτικό δίκτυο, επιθυμούσαν πλήρη ενημέρωση σε ενδεχόμενο ιατρικό λάθος και τα επίπεδα επιθυμίας για καταγγελία ήταν σε χαμηλά επίπεδα. Σε αντίθεση με τα παραπάνω, οι φροντίστριες/φροντιστές και συγγενείς των ασθενών, υιοθετούσαν λιγότερο την ανθρωποκεντρική προσέγγιση, εμφάνιζαν υψηλότερη την απόδοση του ελέγχου της υγείας στον Θεό, δεν επιθυμούσαν έγκυρη και ολόπλευρη ενημέρωση των ασθενών συγγενών τους και είχαν υψηλότερα επίπεδα επιθυμίας για καταγγελία σε περίπτωση ιατρικού λάθους.

Αναφορικά με το σκέλος της ποιοτικής έρευνας και την χρήση της ψηφιακής αφήγησης ως μέσο ενδυνάμωσης και αυτοέκφρασης τέθηκαν ζητήματα από τις/τους ασθενείς που αφορούσαν στο λιγοστό χρόνο που διέθεσε η/ο ιατρός, στην απουσία ενεργητικής ακρόασης και κατευθυντήριων μετά τη διάγνωση. Οι ιατροί στην πλειονότητά τους, αναφέρθηκαν στην εμπειρία τους με τις/τους ασθενείς περισσότερο αφαιρετικά και

«ακαδημαϊκά», παρά προσωπικά (προσωπικό βίωμα και εμπειρίες). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασαν οι ψηφιακές αφηγήσεις των νοσηλευτριών/ νοσηλευτών οι οποίες ήταν ιστορίες με τις/τους ασθενείς και έθιξαν ζητήματα σύνδεσης, πένθους και φροντίδας ασθενών και φροντιστριών/φροντιστών. Οι ψηφιακές αφηγήσεις αναλύθηκαν σε τρεις άξονες επικοινωνίας (επεξηγηματική, διεκπεραιωτική και επικοινωνία της αυθεντίας), καθώς και σε δύο τύπους διάδρασης (την αμφίδρομη «άνθρωπος προς άνθρωπο» και τη μονόδρομη «αυθεντία προς σύμπτωμα»). Η πλειονότητα των ψηφιακών αφηγήσεων τόσο των υγειονομικών όσο και των ασθενών θεωρούν ότι το είδος της επικοινωνίας που κυριαρχεί στη μεταξύ τους σχέση είναι η επεξηγηματική, τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της οποίας είναι η ενημέρωση, η συζήτηση, ο χρόνος που διαθέτει η/ο ιατρός για επίλυση αποριών, ο συμβιβασμός και οι παραχωρήσεις. Αντίθετα, όσον αφορά τη συνολική διάδραση και σχέση ασθενή-ιατρού, η πλειονότητα των ψηφιακών αφηγήσεων ταξινομήθηκε στη μονόδρομη διάδραση (αυθεντία προς «σύμπτωμα») με κυρίαρχα χαρακτηριστικά τον ενεργό ρόλο των ιατρών στην επικοινωνία και δευτερεύοντα των ασθενών, την εμφάνιση των ιατρών ως «αυθεντίες» με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην αισθάνονται ικανοποίηση και να μην έχουν αντιληφθεί πλήρως τι συμβαίνει. Συνοψίζοντας, η ψηφιακή αφήγηση λειτούργησε λυτρωτικά και αναστοχαστικά.

Συμπεράσματα Οι ασθενείς σε σύγκριση με τις/τους επαγγελματίες και τις/τους φροντίστριες/φροντιστές, εξέφρασαν μεγαλύτερη προθυμία για συμμετοχή, ενεργό ρόλο, λήψη αποφάσεων, πληροφόρηση και εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία. Ταυτόχρονα η τάση προς την ανθρωποκεντρική προσέγγιση με την ολόπλευρη συμμετοχή της/του ασθενούς υιοθετούνταν από το σύνολο των υγειονομικών. Ενώ η οργανωσιακή δέσμευση και η κυρίαρχη κουλτούρα βρέθηκε να επηρεάζεται από την επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών. Όσον αφορά τη ψηφιακή αφήγηση βρέθηκε ότι λειτουργεί εκπαιδευτικά ως προς την καλλιέργεια της ενσυναίσθησης και των δεξιοτήτων επικοινωνίας, αποτελεί καλή πρακτική έκφρασης συναισθημάτων, μοιράσματος και αντιμετώπισης των δυσκολιών (ανθρώπινος πόνος, πένθος για τις/τους ασθενείς), ταξινομεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα και οι εμπειρίες μετατρέπονται σε καθολικές όταν ξεφεύγουν από τον μικρόκοσμο των ατόμων μέσω του διαμοιρασμού τους. Από τα παραπάνω προκύπτει η αναγκαιότητα μεταρρυθμιστικών αλλαγών προς όφελος των εργαζόμενων, οργανωτικές αλλαγές και εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Οργανωσιακή κουλτούρα, οργανωσιακή δέσμευση, επαγγελματική ικανοποίηση, ανθρωποκεντρική προσέγγιση, βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, επαγγελματίες υγείας, ασθενείς, ψηφιακή αφήγηση, ενδυνάμωση, δεξιότητες επικοινωνίας στην υγεία

Abstract

Aim: In this study, the exploration of healthcare professionals' perceptions (mainly doctors and nurses) regarding the type of approach in their relationship with patients -either physician-centered or patient-centered- was attempted. Additionally, the role of communication skills in shaping these perceptions was examined as a factor influenced by professional training. Simultaneously, the level of professional satisfaction was determined, correlating it with the dominant organizational culture and commitment of healthcare professionals in the Attica Hospital, as well as with the type of approach (physician-centered vs patient-centered) and healthcare model prevalent in the patient-doctor relationship in Greece, based on the participation of healthcare professionals in the research. Furthermore, the perceptions of patients regarding the dominant approach in their relationship with doctors, the assessment of autonomy in healthcare matters, opinions on medical errors, the attribution of health control to God, and the levels of their support network were investigated. Finally, another objective was to explore the role of digital storytelling in empowering and self-expression of healthcare professionals and "patients," as well as its contribution to the patient-centered approach within the framework of narrative medicine.

Material and Methods: The study was mixed-methods and consisted of both quantitative and qualitative aspects. In the quantitative section, a total of 273 subjects participated, including 192 healthcare professionals and 81 healthcare service recipients. Out of the 192 healthcare professionals, 100 came from the Attikon hospital, which was the hospital under study, and 92 from other public hospitals and facilities. Of the 121 healthcare professionals, 51 were nurses, 13 were other healthcare specialties, and 7 were other hospital services. Of the 81 healthcare service recipients, 18 were patients with chronic or non-threatening diseases, 17 were caregivers and relatives of patients, and 46 were general population utilizing health services for prevention and diagnostic examinations. The sample was asked to respond to demographic, educational, and professional data, as well as to the OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument), OCQ (Organizational Commitment Questionnaire), JSQ (Job Satisfaction Questionnaire), GNJSS (General Nurses Job Satisfaction Scale), PPOS (Patient-Provider Orientation Scale), and PBS (Bio-Psychosocial) scales to investigate dominant organizational culture, organizational commitment levels, healthcare professional job satisfaction levels, nurses' job satisfaction levels, human-centered and doctor-centered approaches, and the extent to which the biopsychosocial approach is applied in clinical practice.

Results: Among the 100 healthcare professionals surveyed at the Atticon Hospital, the dominant type of organizational culture was found to be the culture of hierarchy, and the desired type of culture for the next five years was the culture of innovation according to the Cameron & Quinn model. Organizational commitment was at moderate levels, and the factors positively associated with it were training in communication skills with patients, the status of the nurses or doctors in charge versus the trainees, over 11 years of experience at the Attica Hospital, a higher salary, examining a higher number of patients weekly, and professional satisfaction. Regarding the professional satisfaction of healthcare professionals, no differences ($p>0.05$) were observed between Atticon hospital healthcare professionals and those of other hospitals on both the JSQ and GNJSS scales. The results revealed a positive, statistically significant correlation ($p<0.05$) between the satisfaction of healthcare professionals and gender (male), coming from the middle socio-economic class, lack of training in communication skills, the status of the nurses or doctors in charge, over 11 years of experience within the organization, and a low number of patient examinations per week. Similarly, regarding the satisfaction of nurses, the factors that positively influenced their satisfaction were older age, additional education beyond the basic undergraduate degree, working in surgical versus other departments, morning work shift, previous work experience in the facility up to 10 years, and higher salary. Concerning the adoption of the person-centered and biopsychosocial (PPOS & PBS) versus the physician-centered and biomedical model, it was found that the person-centered approach was identified however the medico centric health model prevails. The main influencing factor being previous training in patient communication skills, additional education (postgraduate, second degree, doctoral, postgraduate training), good communication between healthcare professionals and patients, and middle class. Additionally, medical residents showed higher levels of person-centered approach compared to attending physicians, while the surgical specialty had the highest adoption of the physician-centered approach. The control conducted did not find a statistically significant ($p>0.005$) correlation in the adoption of the person-centered approach and the biopsychosocial health model among healthcare professionals working in Attica Hospital compared to other hospitals. Patients adopted and desired a more human-centered approach, an active role, information, decision-making, and full participation in their health situation to a greater extent. Patients with high levels of desire for a human-centered approach had high levels of autonomy preference for their health, did not attribute control of their health to God but to doctors, had a strong support network, desired full information in case of medical error, and had low levels of desire to lodge complaints. In comparison, caregivers and relatives of patients adopted a less human-centered approach, showed a higher attribution of control

of health to God, did not desire valid and comprehensive information for patients' relatives, and had higher levels of desire to lodge complaints in case of medical error.

Regarding the qualitative research aspect and the use of digital storytelling as a means of empowerment and self-expression, issues were raised by patients regarding the limited time their doctors had to spend with them, the lack of active listening and guidance following the diagnosis. Doctors referred to their experience with patients more abstractly and generally, with some exceptions. The digital narratives of the nurses were of particular interest, as they were stories about patients that raised issues of connection, grief, and patient and caregiver care. The digital narratives were analyzed along three communication axes: explanatory, transactional, and authoritative, and two types of interactions: two-way "person-to-person" and one-way "authority-to-symptom". The process of digital storytelling functioned redemptively and reflectively as a good practice.

Conclusions: Patients, in comparison to professionals and caregivers, expressed a greater willingness for participation, an active role, decision-making, information, and engagement in the therapeutic process. Simultaneously, the tendency towards a patient-centered approach with the comprehensive involvement of the patient was adopted by the entire healthcare workforce. Organizational commitment and prevailing culture were found to be influenced by the professional satisfaction of healthcare professionals. Regarding digital storytelling, it was found to function educationally in cultivating empathy and communication skills. It served as a good practice for expressing emotions, sharing and coping with difficulties (human pain, grief for patients), organizing thoughts and emotions, and transforming experiences into universal ones through sharing beyond the individual realm.

The above highlights the necessity for reform changes in favor of workers, organizational changes, and training in communication skills of healthcare professionals.

Keywords: Organizational culture, organizational commitment, job satisfaction, human-centered approach, bio-psycho-social model, healthcare professionals, patients, digital storytelling, empowerment, Communication skills

Ευχαριστίες

Όταν ξεκίνησα το θέμα της διατριβής μου για την σημασία της επικοινωνίας στον χώρο της υγείας και την ανθρωποκεντρική προσέγγιση κυρίως στη σχέση ιατρού-ασθενή δε φανταζόμουν τι επρόκειτο να ακολουθήσει. Πέντε χρόνια μετά την έναρξή της και αφότου μεσολάβησε, το 2019, ο ξαφνικός θάνατος του πατέρα μου μετά από έναν αξιοθαύμαστο αγώνα δύο μηνών για να κερδηθεί η ζωή και την ακολουθήσασα έλευση της πανδημίας covid-19, αισθάνομαι ακόμη πιο έντονα την ανάγκη να διαφυλάξω και εγώ στο μέτρο που μου αναλογεί ως πολίτης το δημόσιο χαρακτήρα του αγαθού της δημόσιας υγείας και μέσω της έρευνάς μου να προτάξω τα επιχειρήματα για τους λόγους κατά τους οποίους τα Εθνικά Συστήματα Υγείας πρέπει να παραμείνουν δημόσια αγαθά σε παγκόσμιο επίπεδο.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ολόψυχα τον επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. Βασίλη Γιαλαμά για τη στήριξη και συμβολή του καθόλη τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής μου, τη διαρκή διαθεσιμότητά του, την εμπύχωση και την μετάδοση της γνώσης σε έναν τομέα (της στατιστικής) που μέχρι πρότινος δεν ήμουν εξοικειωμένη. Κατάφερα με τη συμβολή του να εντρυφήσω, να μελετήσω, να μάθω και εν τέλει να αγαπήσω τον τομέα της στατιστικής μέσα από τους ελέγχους και τις αναλύσεις που διενήργησα αυτά τα χρόνια. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Κοσμήτορα της Ιατρικής κ. Εμμανουήλ Πικουλή, ο οποίος από την πρώτη στιγμή το 2017, όταν του μίλησα για την ιδέα της διατριβής μου και τη στοχοθεσία με καλωσόρισε στην Γ' Παν/κή Χειρουργικής Κλινικής του ΠΓΝ «Αττικόν» που διεύθυνε και συνεχίζει να διευθύνει ώστε να λάβει χώρα εκεί η έρευνά μου. Θα ήταν παράλειψη να μην εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου στο πρόσωπό του, πέρα από το ακαδημαϊκό πλαίσιο, και σε προσωπικό επίπεδο, καθώς τέλη Αυγούστου του 2019 όταν σε όλα τα νοσοκομεία που απευθυνθήκαμε οι εξειδικευμένοι ιατροί βρίσκονταν ακόμη σε άδεια καλοκαιρινών διακοπών, δέχθηκε τον πατέρα μου με κάποιες πρώτες εξετάσεις και μας καθοδήγησε για τη συνέχεια, η οποία ήταν εν τέλει, όπως κρίθηκε από τις/τους ιατρούς που τον εξέτασαν η εσπευσμένη εισαγωγή και νοσηλεία στο Αττικό νοσοκομείο στην πνευμονολογική κλινική. Ακολουθώς, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Μαρία Σφυρόερα αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, η οποία ως μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής ήταν πάντα πρόθυμη και διαθέσιμη στην επικοινωνία μας. Η συμβολή της πάντοτε κρίσιμη και ουσιαστική, όπως άλλωστε συνέβαινε πάντα από τις προπτυχιακές μου ακόμη σπουδές, τις

μεταπτυχιακές που ακολούθησαν και στο παρόν για τη διατριβή μου. Ακόμη αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον Ομότιμο Καθηγητή Μιχάλη Μειμάρη, ο οποίος υπήρξε μέντοράς μου και με μύησε στον υπέροχο κόσμο της ψηφιακής αφήγησης όταν έκανα τη διπλωματική μου εργασία και κατόπιν παραίνεσής του επέκτεινα την έρευνά μου ως διδακτορική φοιτήτρια. Επίσης ευχαριστώ θερμά τη Διδάκτορα κ. Εβίκα Καραμαγκιώλη για τη συμβολή της καθόλη τη διάρκεια της έρευνάς μου τόσο σε πρακτικό επίπεδο στο Αττικό νοσοκομείο που διεξήγαγα την έρευνα, όσο και σε ουσιαστικό με την καθοδήγησή της, την αντικειμενική οπτική, τις εύστοχες παρατηρήσεις και την κριτική της σκέψη. Θα ήθελα να ευχαριστήσω με ιδιαίτερη έμφαση και θερμή και εκείνη με τη σειρά της για τη στήριξη που παρείχε σε ανθρώπινο επίπεδο στην οικογένειά μου κατά τη νοσηλεία του πατέρα μου στο Αττικό νοσοκομείο, το νοιάξιμο και τη συναισθηματική τόνωση.

Ταυτόχρονα, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω ολόψυχα τον Ομότιμο Καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Μιχάλη Σταθόπουλο για τις χρήσιμες συμβουλές του, την στάση του για τη σπουδαιότητα της ηθικής στις επιστήμες και τη διαρκή και ουσιαστική στήριξή του στο εγχείρημά μου.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας υπήρξαν ευχάριστες στιγμές κατά τις οποίες η δημιουργικότητα και ενασχόληση πρωταγωνιστούσαν, ωστόσο υπήρξαν και δύσκολες, πιεστικές και απαιτητικές με έντονη εσωτερική ταλάντευση. Σε αυτές τις στιγμές διαπιστώνεις με τον πιο έντονο και ευχάριστο τρόπο την στήριξη που λαμβάνεις από τους ανθρώπους του περίγυρού σου. Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που ήταν δίπλα μου και τους χρωστώ την ολοκλήρωση της διατριβής μου. Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω με όλη μου την καρδιά τους σημαντικούς και κοντινούς ανθρώπους της ζωής μου, οι οποίοι όπως ήταν αναμενόμενο έζησαν όλες τις στιγμές και τα στάδια σε αυτό το ταξίδι. Λυπάμαι που ο πατέρας μου δεν πρόλαβε να απολαύσει μαζί μου αυτή τη στιγμή καθώς έφυγε από τη ζωή στις 8 Νοεμβρίου 2019 από μεταστατικό καρκίνο του πνεύμονα, ωστόσο με στήριξε έως εκείνη τη στιγμή και αισθανόταν υπερήφανος για εμένα. Ευχαριστώ την μητέρα μου Ελένη που πίστεψε σε εμένα και με ενθάρρυνε παρά τις αντιξοότητες να συνεχίσω, την αδερφή μου Σοφία και τον αδερφό μου Νίκο που με το χιούμορ, τη στήριξη και τις συμβουλές τους, διαβάζοντας την έρευνά μου, βοήθησαν στην ολοκλήρωση της διατριβής μου. Επίσης ευχαριστώ τη Γαβριέλα για τη συμβολή της στη διατριβή μου ως αντικειμενική παρατηρήτρια (ορθογραφικές και συντακτικές παρατηρήσεις), τα ανίψια μου Ορέστη και Άρτεμη που θέλω να πιστεύω ότι συγχωρούν την απουσία μου από συχνά ταξίδια

στην πόλη που διαμένουν εξαιτίας του φόρτου, ειδικά τους τελευταίους εννέα μήνες, εργασίας τόσο της διατριβής όσο και της βιοποριστικής εργασίας μου. Δεσμεύομαι να καλύψω τον χρόνο που στερήθηκα μαζί τους. Ακόμη, ευχαριστώ τη γιαγιά μου Ευτυχία και τον παππού μου Ευάγγελο για την εμπύχωση, την υπερηφάνεια που αισθάνονται για εμένα και την χαρά τους για την πρόοδό μου, την οποία δε δίσταζαν ούτε διστάζουν να εκφράζουν αυτά τα χρόνια σε κάθε ευκαιρία.

Με την ίδια ένταση ευχαριστώ πολύ και ολόψυχα τις κολλητές και τους κολλητούς μου, τις φίλες και τους φίλους, αλλά και τις/τους γνωστές/γνωστούς του περιγύρου μου που δεν θα τις/τους καταγράψω ονομαστικά για να μην ξεχάσω κάποια/κάποιον -ωστόσο ξέρουν ποιες και ποιοι είναι- καθώς ήταν παρούσες και παρόντες σε όλη την πορεία μου αυτά τα χρόνια. Τις/τους ευχαριστώ για την προθυμία τους να αντέξουν το άγχος μου, την απομόνωσή μου και να δείξουν κατανόηση σε στιγμές κατά τις οποίες δεν ανταποκρίθηκα στο ρόλο μου ως φίλη. Ακόμη αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όσες/όσους με στήριξαν με τον τρόπο τους συναισθηματικά και ψυχικά, με ώθησαν να μείνω προσηλωμένη στους στόχους μου και να αντέξω. Τέλος, ευχαριστώ την σκυλίτσα μου Μαλού που μου έκανε παρέα ξαπλωμένη δίπλα στο γραφείο ατελείωτες ώρες, όσο δούλευα την έρευνά μου.

Αφιερώνω δευτερευόντως και σε εσάς όλες και όλους, ως ελάχιστη κίνηση ανταπόδοσης της στήριξής σας, την παρούσα διδακτορική έρευνα.

Θα κλείσω αυτό το όμορφο κεφάλαιο των ευχαριστών που άφησα ως τελευταία πινελιά κατά την ολοκλήρωση της διατριβής μου με κάποια λόγια που συνήθιζε να λέει ο πατέρας μου για την υγεία και το σύστημα υγείας: *«Κάποια πράγματα δεν μπορούν ποτέ να αγοραστούν ή να πουληθούν γιατί είναι αγαθά και τα αγαθά δεν μπορούν παρά να είναι δημόσια. Ανήκουν στον λαό! Πρέπει να προστατεύουμε το ΕΣΥ σαν κόρη οφθαλμού, διότι η δωρεάν περίθαλψη είναι αποτέλεσμα αγώνων, δεν είναι εμπόρευμα αλλά αγαθό και μας αφορά όλους. Συνεπώς πρέπει να παίρνουμε πάντα θέση για να διαφυλάττουμε το χαρακτήρα του ως αγαθό και κεκτημένο»*.

Να είστε καλά όλες και όλοι!

I. Αποτύπωση Σχέσεων και διαδράσεων σε μια Πανεπιστημιακή κλινική μέσα από τη χρήση Νέων Τεχνολογιών. Ο ρόλος τη επικοινωνίας (εσωτερικής και εξωτερικής)

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας -προερχόμενης από ποικίλα επιστημονικά πεδία- αναφορικά με τις σχέσεις και την επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τις/τους ασθενείς. Όπως αναφέρει ο Κριτσωτάκης (2013), τελευταία υπό την επίδραση πληθώρας κοινωνικών παραγόντων, παρατηρείται αμείωτο ενδιαφέρον στο να γίνουν οι υπηρεσίες υγείας περισσότερο φιλικές και προσιτές στους χρήστες τους, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στις εμπειρίες τους. Αυτό συμβαίνει διότι η ποιότητα της επικοινωνίας κατά την ιατρική πράξη σύμφωνα με τον Μειμάρη (2016), δρα καταλυτικά στη διαχείριση σοβαρών ζητημάτων υγείας του ασθενούς καθώς και σε πολλές πτυχές που σχετίζονται με κάθε συμμετέχοντα σε αυτήν: ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό υγειονομικό προσωπικό καθώς και ασθενείς αλλά και φροντιστές των ασθενών. Επομένως κρίνεται αναγκαία η βελτίωση της επικοινωνίας όλων των παραπάνω εμπλεκόμενων. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρόταση του Μειμάρη για τη βελτίωση της επικοινωνίας στην υγεία μέσω των κοινών τόπων των επιστημονικών πεδίων της Επικοινωνίας και της Υγείας αντίστοιχα (Μειμάρης, 2016). Κατά τα λεχθέντα, γίνεται φανερό ότι το ζήτημα της επικοινωνίας και των σχέσεων στο χώρο της υγείας δεν αφορά μόνο, τουλάχιστον πλέον, το επιστημονικό πεδίο της ιατρικής, της νοσηλευτικής, της ψυχολογίας ή άλλων ειδικοτήτων σχετιζόμενων με επαγγέλματα υγείας, αλλά τείνει να απασχολεί διάφορα επιστημονικά πεδία, όπως είναι ο χώρος της Επικοινωνίας και των Νέων Τεχνολογιών, της Πληροφορικής κ.λπ.

Η ανάγκη της πολυπρισματικής αντιμετώπισης του ζητήματος της επικοινωνίας μέσα από τη διεπιστημονική προσέγγιση και τη συνεργασία ποικίλων επιστημονικών πεδίων αναδεικνύει τόσο την σύνθετη φύση της όσο και την ποικιλομορφία στον τρόπο προσέγγισης για τη βελτίωσή της. Συνεπώς, απαντάται το ερώτημα της αξιοποίησης των νέων τεχνολογιών και των ψηφιακών μέσων στην υγεία, καθώς τα οφέλη από την εφαρμογή πρακτικών που θα ευνοήσουν και θα διευκολύνουν την επικοινωνία και τις σχέσεις επαγγελματιών και ληπτριών-ληπτών υπηρεσιών υγείας, προωθούν την υψηλή παροχή υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίηση τόσο των ληπτ(ρι)ών όσο και των επαγγελματιών στις υπηρεσίες υγείας. Ταυτόχρονα, η χρήση της ψηφιακής αφήγησης στην παρούσα έρευνα, προωθεί την αυτοέκφραση, καθώς και τη δημιουργία και

οικοδόμηση μιας δυναμικής κοινότητας. Αρχικά, η ψηφιακή αφήγηση στην υγεία στοχεύει στην ενδυνάμωση των ατόμων μέσα από τον εκδημοκρατισμό της χρήσης της ψηφιακής τεχνολογίας.

Ουσιαστικά, η ψηφιακή αφήγηση λειτουργεί ως ένα εργαλείο στα χέρια των επαγγελματιών υγείας και των «ασθενών» ώστε να μπορέσουν να εκφραστούν, να μιλήσουν για τις ζωές τους, τις εμπειρίες τους, την καθημερινότητά τους στον εργασιακό χώρο, για τους εαυτούς τους και την ταυτότητά τους. Ίσως να διερωτάται κανείς για τον λόγο αξιοποίησης της ψηφιακής αφήγησης, ποια είναι η προστιθέμενη αξία της και γιατί πιθανά να μην αξιοποιηθεί ένα εργαλείο που να ανήκει στο επιστημονικό πεδίο των επαγγελματιών υγείας που εκ πρώτης όψεως θα μοιάζει συναφές με τις επιστήμες υγείας. Το ένα σκέλος της απάντησης αφορά την πολυπρισματική και διεπιστημονική προσέγγιση, όπως ήδη αναφέρθηκε, η οποία κρίνεται αναγκαία στη σύγχρονη εποχή. Το δεύτερο σκέλος αφορά τις θεραπευτικές χρήσεις της ψηφιακής αφήγησης. Ο Dénes Szemán τοποθετεί την μέθοδο της ψηφιακής αφήγησης στο σημείο της διασταύρωσης των καλλιτεχνικών θεραπειών και της ενδυνάμωσης με βάση την τεχνολογία. Θεωρεί ότι η ΨΑ είναι ικανή να βοηθήσει τους ανθρώπους να δημιουργήσουν ιστορίες από τις αφηγήσεις τους και να τις μοιραστούν με άλλους, προωθώντας παράλληλα την εμπειρία της αυξανόμενης (αυτό-)συμπόνιας, τη βελτίωση της συνείδησης του εαυτού, την αίσθηση της αποδοχής μέσα από το μοίρασμα και την εμπειρία της τεχνικής μάθησης ως ενδυνάμωση (Szemán & Szabó, 2017).

Κατά τον ίδιο τρόπο, η ψηφιακή αφήγηση μπορεί να συμβάλει στην οικοδόμηση κοινότητας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί στην κοινή διαδικασία και τον κύκλο της αφήγησης (story-circle) στη διαδικασία της ψηφιακής αφήγησης. Η κοινή διαδικασία, βασίζεται στην εμπιστοσύνη που είναι γεμάτη συναισθήματα, στις (αρχικές) ανησυχίες, στα εμπόδια που υπερπηδούνται και στην αίσθηση κατορθώματος όταν αυτά εξουδετερώνονται. Μερικές φορές είναι απογοητευτική, μερικές φορές ανέμελη, αστεία ή διασκεδαστική αλλά σχεδόν πάντα πετυχημένη: στο τέλος μια προσωπική μικρή ταινία δημιουργείται και είναι έτοιμη να προβληθεί. Οι συναισθηματικές επιδράσεις που βιώνονται από κοινού και η αμοιβαία εμπιστοσύνη καταλήγει σε μια συλλογική εμπειρία που έχει μια ξεχωριστή δύναμη στη συνοχή της ομάδας (Bán & Nagy, 2016). Γεγονός, το οποίο αποδεικνύεται μέσα από διάφορες εφαρμογές της ψηφιακής αφήγησης στην υγεία από την Pip Hardy στην Αγγλία με το

πρόγραμμα “patient voices” όπου ασθενείς με χρόνιες ασθένειες χρησιμοποιούν την ψηφιακή αφήγηση για να εκφραστούν.

Στην Ελλάδα ο Μειμάρης και η ερευνητική του ομάδα έχουν παρουσιάσει σε συνέδρια και διεθνείς συμμετοχές εφαρμογές της ψηφιακής αφήγησης στην υγεία, οι οποίες φαίνεται πως, ως καλή πρακτική, επιδρούν θετικά στις/στους ασθενείς, οι οποίοι εκφράζοντας την εμπειρία τους με την ασθένεια αισθάνονται ανακούφιση, μοιράζονται σκέψεις και συναισθήματα επομένως αισθάνονται ότι υπαρξιακά ζητήματα, ο φόβος του θανάτου και η μοναξιά της ασθένειας ελαχιστοποιούνται. Ταυτόχρονα, ορισμένοι έρχονται σε επαφή με μέσα και ψηφιακά εργαλεία για πρώτη φορά στη ζωή τους. Βάσει αυτής της διαπίστωσης, η ψηφιακή αφήγηση συμβάλλει στον τεχνολογικό και ψηφιακό γραμματισμό, προωθεί την εξοικείωση με τα Νέα Μέσα και καλλιεργεί δεξιότητες του 21^{ου} αιώνα. Επιπλέον, σε αρκετές περιπτώσεις η ψηφιακή αφήγηση αποτέλεσε κίνητρο για δημιουργική ενασχόληση των ανθρώπων και αξιοποίησή της στην καθημερινότητά τους είτε προσωπική είτε και επαγγελματική (Giannou, 2022).

Στην προσπάθειά της να απαντήσει η McLean (2018), για την χρησιμότητα της ψηφιακής αφήγησης στην υγεία και πιο συγκεκριμένα στην αξιοποίησή της ως μάθημα σε σχολές επαγγελματιών υγείας, υποστήριξε ότι η ψηφιακή αφήγηση δημιουργεί καλύτερους επαγγελματίες υγείας. Την άποψή της αυτή την αιτιολογεί αναφέροντας ότι το φοιτητικό κοινό μπορεί να μάθει και να προβληματιστεί σχετικά με τις εμπειρίες άλλων ανθρώπων. Αυτό σημαίνει ότι η ΨΑ, αναφέρει η McLean (2018), εμπλουτίζει το μαθησιακό περιβάλλον. Αν και δεν είναι πάντοτε εύκολο να διαχωριστεί μια ψηφιακή αφήγηση από το περιεχόμενό της προκειμένου να αξιολογηθεί ο ακριβής αντίκτυπός της, θεωρεί -βάσει των ευρημάτων από την χρήση της στη διδακτική διαδικασία σχολών επαγγελματιών υγείας- ότι «σπρώχνει την παιδαγωγική διαδικασία» όπως αναφέρει, καθώς οι απαντήσεις των φοιτητριών και των φοιτητών στις ψηφιακές τους αφηγήσεις πολλές φορές είναι απροσδόκητες και οδηγούν σε συζητήσεις και προβληματισμό, τα οποία με την σειρά τους ανοίγουν νέες κατευθύνσεις, οι οποίες έως τώρα δεν είχαν τεθεί. Το σημαντικότερο, επισημαίνει η McLean (2018), είναι το γεγονός ότι αυτές οι νέες κατευθύνσεις καθοδηγούνται από το ίδιο το κοινό των σπουδαστριών. Η ενεργός συμμετοχή τους στην εκπαιδευτική διαδικασία τις/τους εμπλέκει ακόμη περισσότερο σε αυτήν και προσφέρει στο διδακτικό προσωπικό ανατροφοδότηση αναφορικά με την δική τους συμβολή στην μαθησιακή διαδικασία, δηλαδή πού ακριβώς βοηθούν τους σπουδαστές και με ποιο τρόπο «στο να μάθουν αυτό

που προσπαθούν να τους μάθουν». Αυτή η διαπίστωση, ήρθε μέσω της αξιοποίησης της ψηφιακής αφήγησης αναφέρει η ίδια. Ένα δεύτερο ζήτημα που προέρχεται από την χρήση της ψηφιακής αφήγησης σε σχολές επαγγελματιών υγείας είναι η αξιοποίηση της τεχνολογίας. Ενώ πίστευαν ότι το εκπαιδευτικό ίδρυμα αξιοποιεί την τεχνολογία, η διδακτική εμπειρία της ψηφιακής αφήγησης ανέδειξε ζητήματα που αφορούν τον μη διαθέσιμο τεχνολογικό εξοπλισμό σε αμφιθέατρα και αίθουσες διαλέξεων, τη δυσκολία ουσιαστικής διδασκαλίας σε μεγάλο αριθμό φοιτητών/τριών καθώς δεν ευνοείται η γνωριμία και η συζήτηση τόσων ατόμων στον κύκλο της αφήγησης. Επίσης, απαντά τι παραπάνω προσφέρει η ψηφιακή αφήγηση την εποχή του διαδικτύου. Εφόσον, για όλα τα ζητήματα μπορεί κανείς να βρει ταινίες, άρθρα και αναφορές για ποιόν λόγο να αξιοποιηθεί η ψηφιακή αφήγηση; Η απάντηση που δίνει η McLean (2018) αφορά τον έλεγχο. Τον έλεγχο σε μια διαδικασία που δεν στοχεύει στην παράθεση ενός «προϊόντος» αλλά σε όλη την διαδικασία της εμπλοκής, της συζήτησης και της δημιουργίας.

Ο Harland (2018) σχεδίασε ένα ατομικό πρόγραμμα εκπαίδευσης με 18 φυσικοθεραπευτές 3 νοσοκομείων στο Νορθάλερτον της Αγγλίας, οι οποίοι περιθάλπουν ασθενείς με χρόνια πόνο. Οι 9 έλαβαν εκπαίδευση στη ψηφιακή αφήγηση και οι υπόλοιποι 9 δεν έλαβαν καμία εκπαίδευση. Όσοι εκπαιδεύτηκαν στη ψηφιακή αφήγηση έλαβαν μέρος και σε συνέντευξη για την επικοινωνία, την ενσυναίσθηση και την θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς ενώ όσοι δεν έλαβαν εκπαίδευση συμπλήρωσαν ένα αντίστοιχο ερωτηματολόγιο. Λίγες εβδομάδες μετά την εκπαίδευση δόθηκε το ερωτηματολόγιο PIFQ σε ασθενείς και των δύο ομάδων, όσων έλαβαν δηλαδή εκπαίδευση αλλά και όσων δεν έλαβαν. Οι φυσικοθεραπευτές δεν γνώριζαν ότι διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο στους ασθενείς τους. Η ομάδα των φυσικοθεραπευτών που έλαβε εκπαίδευση και αξιοποίησε ψηφιακές αφηγήσεις που δημιούργησε σε σύγκριση με όσους δεν έλαβαν εκπαίδευση αναφορικά με τις δεξιότητες επικοινωνίας, ενσυναίσθησης και θεραπευτικής σχέσης βαθμολογήθηκε πολύ πιο θετικά.

Στο ίδιο πλαίσιο και η έρευνα των Haigh και Miller (2018), οι οποίοι αναφέρουν ότι μέσα από την αξιοποίηση της ψηφιακής αφήγησης σε ασθενείς μέσω του προγράμματος Patient Voices, αναδεικνύεται η χρησιμότητα της ψηφιακής αφήγησης ως μέθοδος ποιοτικής έρευνας. Καταρχάς, υποστηρίζουν ότι οι ψηφιακές αφηγήσεις «δίνουν φωνή» στους «υπερπροστατευμένους». Επιτρέπουν στον αφηγητή να μπει στο

επίκεντρο με έναν δυναμικό και ουσιαστικό τρόπο, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για δεδομένα έρευνας, σηματοδοτούν κατευθύνσεις έρευνας που αφορούν τους χρήστες υπηρεσιών υγείας και τέλος προσφέρουν μια ενδιαφέρουσα ευελιξία που αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη στους ερευνητές. Πρόκειται για αυτό που τόνισε ο Monaghan (2015), αναφορικά με το κενό που υπάρχει ανάμεσα στη θεωρία και στην πράξη. Η ψηφιακή αφήγηση φαίνεται πως έρχεται να καλύψει αυτό το κενό μέσα από τους ίδιους τους εμπλεκόμενους, δηλαδή ασθενείς και επαγγελματίες υγείας. Ενδιαφέρουσα και η εφαρμογή της ψηφιακής αφήγησης του Stanton (2018), για το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας (NHS-National Health Service). Κατά τον Stanton το NHS δεν τοποθετεί πάντα την ασφάλεια των ασθενών και την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών στην κορυφή των ρυθμιστικών ζητημάτων και των επιδόσεων. Τα επείγοντα πολιτικά και στοχευμένα αιτήματα καθώς και η πληθώρα δεδομένων, αναφέρει ο Stanton, κρύβουν το πιο σημαντικό καθήκον της κυβέρνησης, το οποίο δεν είναι άλλο από την προώθηση και τη διασφάλιση της ασφάλειας και της ποιότητας της ατομικής φροντίδας των ασθενών.

Ο Francis (2013), μελέτησε την αποτυχία του Mid Staffordshire Νοσοκομείου της Αγγλίας και παρατήρησε, μεταξύ πολλών, ότι το νοσοκομείο το διαπερνά μια ανθυγιεινή και επικίνδυνη κουλτούρα και όχι μόνο το συγκεκριμένο νοσοκομείο αλλά γενικότερα το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας (NHS). Οι αφηγήσεις των επαγγελματιών υγείας, ανέδειξαν την κουλτούρα που επικρατεί, αποδεικτικά στοιχεία της πολιτικής του νοσοκομείου για τον τρόπο που το προσωπικό αντιμετωπίζει μια κλινική έκτακτη ανάγκη, την αναγκαιότητα λήψης μέτρων για την δημιουργία αρχείου ασθενών (ιστορικό, παρατηρήσεις, ανατροφοδότηση κ.λπ.), την αναγκαιότητα ανταλλαγής γνώσης και εμπειριών από ένα σοβαρό-δυσάρεστο περιστατικό και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίστηκε, και τέλος, ζητήματα για την «ασφαλή» και πλήρη ενημέρωση των ασθενών αλλά και την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός δικτύου (από την κυβέρνηση και αρμόδιους φορείς) διασύνδεσης και επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων οργανισμών και νοσοκομείων που θα περιθάλψουν έναν ασθενή. Επισημαίνεται από τους επαγγελματίες υγείας δηλαδή η δημιουργία ενός δικτύου που θα επικοινωνεί και θα εμπλουτίζει τον φάκελο ενός ασθενούς ώστε να μην χάνεται η πληροφορία και η συνέχεια όταν επισκεφθεί κάποιο άλλο νοσοκομείο.

Όλες οι παραπάνω αναφορές αναδεικνύουν την αξία και την χρησιμότητα της ψηφιακής αφήγησης στην υγεία ώστε να βελτιωθούν οι υπηρεσίες, η ποιότητα και η

επικοινωνία με τους ασθενείς καθώς, από την μια πλευρά βρίσκεται ο ιατρός, ο οποίος είναι ο ειδικός για τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος, τη συμπτωματολογία, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Από την άλλη πλευρά βρίσκεται ο ασθενής, ο οποίος γνωρίζει καλύτερα από οποιονδήποτε το σώμα του, την εμπειρία της ασθένειας και την παρατήρησή της στον εαυτό του, έχει συγκεκριμένες προσδοκίες και επίσης έναν τρόπο ζωής, τα οποία αν δεν ληφθούν υπόψη τότε η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι πολύ πιθανό να αποτύχει. Εφόσον όμως κατανοηθούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του εκάστοτε και από τις δύο πλευρές θα μπορέσει να υλοποιηθεί ένα θεραπευτικό μοντέλο στηριζόμενο στην ολιστική προσέγγιση, θα είναι αποδεκτό και από τις δύο πλευρές και μέσω αυτής της επιτυχημένης σχέσης ιατρού-ασθενή θα υπάρξει και η κατάλληλη θεραπεία. Οι ασθενείς και λήπτες υπηρεσιών υγείας έχουν διαφορετικές ανάγκες και επιθυμίες ως προς το περιεχόμενο της συζήτησης που επιθυμούν να έχουν με τον ιατρό τους αλλά και ως προς τον έλεγχο που επιθυμούν να έχουν στην εξέλιξη της επίσκεψης. Κρίνεται συνεπώς αναγκαίο καθήκον του ιατρού να εξατομικεύει την συμπεριφορά του απέναντι σε κάθε ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της προσεκτικής παρακολούθησης και ενεργητικής ακρόασης της ιστορίας του ασθενή, της διερεύνησης των προσδοκιών του και την κατανόηση των ιδιαιτεροτήτων του για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος. Είναι σημαντικό η/ο ιατρός να μεριμνά ώστε η ιατρική επίσκεψη να προχωρά με διάλογο και όχι μονολόγους, καθώς εκτός των άλλων, η ουσιαστική σχέση ιατρού-ασθενή έχει από μόνη της θεραπευτικές ιδιότητες (Τσίμτσιου, 2008). Την ίδια αναγκαιότητα μιας πιο ενσυναισθηματικής προσέγγισης από την πλευρά των ιατρών κατά την επικοινωνία με τους ασθενείς αναδεικνύει και η έρευνα της Γιαχούδη (2020).

Σε αυτό το σημείο εντοπίζεται και η αναγκαιότητα της παρούσας μελέτης, καθώς η διεθνής βιβλιογραφία περιγράφει την σημασία της ολιστικής προσέγγισης του λήπτη υπηρεσιών υγείας και την επικέντρωση των επαγγελματιών υγείας όχι μόνο στη βιολογική διάσταση της υγείας, αλλά και στη ψυχολογική και κοινωνική της διάσταση. Δίνεται έμφαση στη βελτίωση της επικοινωνίας, η οποία αποβλέπει στην κατανόηση του-της «ασθενή» ή «λήπτη-λήπτριας υπηρεσιών υγείας» ευρύτερα ως άνθρωπο με απώτερο στόχο την καλύτερη δυνατή φροντίδα, η οποία θα στηρίζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του και στην εξατομικεύση. Η ανθρωποκεντρική ιατρική με όσα περιλαμβάνει στον τρόπο προσέγγισης του ασθενή εστιάζει και στην οικοδόμηση μιας ισχυρής θεραπευτικής σχέσης αλληλοσεβασμού, αλληλοεκτίμησης και εκτίμησης μεταξύ

ιατρού και ασθενή αξιοποιώντας τη θεραπευτική επίδραση του ιατρού στον ασθενή του (the drug:doctor) βρίσκει μεγάλη απήχηση στην επιστημονική κοινότητα. Ωστόσο, στη σύγχρονη ιατρική πράξη το κυρίαρχο πρότυπο είναι απόλυτα εστιασμένο στη νόσο παραβλέποντας τις υπόλοιπες διαστάσεις που αναφέρθηκαν και ορίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.). Ακολουθώντας αυτό το πρότυπο με όσα συνεπάγεται η ιατροκεντρική προσέγγιση η οποία εστιάζει μόνο στη νόσο ο/η ασθενής εξ ορισμού αντιμετωπίζεται ως παθητικός δέκτης όσων «επιβάλλει» ο/η ιατρός-αυθεντία. Η επιβολή της σχέσης εξουσίας του ιατρού προς τον ασθενή του αποτελεί χαρακτηριστικό του κυρίαρχου ιατρικού προτύπου. Η απόλυτη καθοδήγηση των ασθενών από τους ιατρούς (θέματα συζήτησης, ενημέρωση που εκείνοι επιλέγουν, θεραπεία) χωρίς να λάβουν υπόψη τα θέματα που απασχολούν τους ασθενείς οδηγεί στην παραμέληση της επαρκούς ενημέρωσης και στην «επιβολή» θεραπειών που ενδέχεται να είναι ασύμβατες με τις προσδοκίες και τον τρόπο ζωής των ασθενών.

Το πρότυπο ιατρικής φροντίδας που θέτει τον ασθενή στο επίκεντρο δίνοντάς του τη δυνατότητα να συμμετέχει ενεργά στην ιατρική του φροντίδα, τον προσεγγίζει ως ολότητα και τον λαμβάνει υπόψη του δημιουργεί μια σχέση ισότιμων συνεργατών με κοινό στόχο την αποτελεσματική φροντίδα. Παρ' όλα αυτά, ακόμη και αν το κυρίαρχο μοντέλο είναι το ιατροκεντρικό, τα τελευταία χρόνια γίνονται κάποια βήματα προς την κατεύθυνση της ολιστικής αντιμετώπισης, η οποία έχει μεγάλη απήχηση στην επιστημονική κοινότητα. Η βελτίωση της επικοινωνίας στον χώρο της υγείας φαίνεται ολοένα και περισσότερο να αποτελεί προτεραιότητα τόσο για την αποτελεσματική (υψηλή) παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς όσο και για την εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών υγείας, η οποία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επικοινωνία.

Ο χρόνος συζήτησης που διατίθεται από τον ιατρό προς τον ασθενή αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα προς μελέτη καθώς είναι λιγότερος από τον αναγκαίο. Όπως αναφέρει η Καραμανίδου (2010) υπολογίζεται ότι στην πλειοψηφία των συναντήσεων ιατρού-ασθενή το 50% περίπου από τα προβλήματα που απασχολούν τον ασθενή δεν αναφέρονται στη συζήτηση. Ένα ακόμη σημαντικό θέμα για συζήτηση αφορά τη στάση των ιατρών κατά την συνάντηση με τον ασθενή καθώς κατά μέσο όρο οι ιατροί διακόπτουν τους ασθενείς στα 20 περίπου δευτερόλεπτα από την στιγμή που εκείνοι ξεκινούν να αναλύουν τον σκοπό της επίσκεψής τους. Στο ίδιο πλαίσιο κατά τους Gude et al. (2013), η απουσία ενεργητικής ακρόασης από τους ιατρούς, η ταχεία διαμόρφωση άποψης, οι συχνές διακοπές του ασθενούς και η εκμείευση απαντήσεων

χωρίς να δίνεται χώρος ώστε να αποκαλυφθεί ο στόχος της συζήτησης οδηγούν σε δυσαρέσκεια τους ασθενείς ιδιαίτερα όταν δεν τους δίνεται και ο απαραίτητος χρόνος για να θέσουν ερωτήματα, γεγονός που συνεπάγεται μείωση της ικανοποίησής τους και επηρεάζει σημαντικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας της Τσίμισιου (2008) αναφορικά με την σχέση ιατρού-ασθενή φάνηκε ότι οι ασθενείς στη συντριπτική τους πλειοψηφία δήλωσαν ότι επιθυμούσαν να λαμβάνουν πλήρη πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας τους, ενώ δήλωσαν ότι δεν επιθυμούν να αναζητούν μόνοι τους πληροφορίες και ότι έχουν την πρόθεση να απευθύνουν περισσότερες ερωτήσεις στους ιατρούς τους. Ταυτόχρονα, κατά τους Judson, Detsky και Press (2013), αρκετά συχνά οι ιατροί ερμηνεύουν ορισμένες ερωτήσεις που τους θέτουν οι ασθενείς σχετικά με την εμπειρία τους για μια μέθοδο ή για τις γνώσεις τους για μια θεραπεία ως απειλή απέναντι στην επαγγελματική τους ικανότητα, το οποίο συνεπάγεται αμυντική στάση απέναντι στον ασθενή και αποφυγή της συζήτησης.

Επιπλέον, όπως αναφέρουν οι Longtin, Sax, Leape και Sheridan (2010) κάποιες φορές οι ιατροί φαίνεται να επαναπαύονται από το γεγονός ότι οι ασθενείς αποφεύγουν να θέσουν ερωτήματα θεωρώντας λανθασμένα ότι δεν έχουν συγκεκριμένες απορίες αναφορικά με τις θεραπευτικές οδηγίες που τους δίνονται. Αυτό συμβαίνει διότι πολύ συχνά οι ασθενείς αισθάνονται ιδιαίτερα άβολα να εκφράσουν την άγνοιά τους για όσα ειπώθηκαν ή για όσα δεν κατανόησαν. Συνεπώς, ο ιατρός δεν πρέπει να παραγνωρίζει αυτό το γεγονός και να επαναπαύεται καθώς αυτό αποτελεί εμπόδιο για την ισχυρή θεραπευτική τους σχέση. Εκτός του διαθέσιμου χρόνου και της ενεργητικής ακρόασης μια επιπρόσθετη και σημαντική δυσκολία η οποία περιορίζει τις δυνατότητες επικοινωνίας μεταξύ ιατρού-ασθενή είναι η αδυναμία του πρώτου να αποδώσει με κατανοητό λεξιλόγιο στον ασθενή την κατάσταση της υγείας του. Πρόκειται για μια κατάσταση, η οποία, όπως αναφέρει ο Weis (2007), ενδέχεται να είναι ακόμη και τρομακτική για τον ασθενή, προκαλεί σύγχυση και άγχος καθώς εμπλέκονται στη συζήτηση έννοιες και ορολογίες που αποδίδουν νοσολογικές οντότητες, διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους για την κατανόηση των οποίων απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις.

Η προσαρμογή του ασθενούς στις ιατρικές οδηγίες αποτελεί μια κρίσιμη παράμετρο για το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα με τα δεδομένα να δείχνουν ότι η πιστή τήρηση των οδηγιών αυξάνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα 26%. Η ως άνω

διαπίστωση επιβεβαιώνεται με μια ενδιαφέρουσα μετα-ανάλυση των Zolnie Rek και Dimatteo (2009) που αφορούσε σε δημοσιευμένες μελέτες από το 1949 έως το 2008. Τα συμπεράσματα της μετα-ανάλυσης επικεντρώθηκαν στην ποιότητα του επιπέδου της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς και στον καθοριστικό της ρόλο στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι όπου η επικοινωνία ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή ήταν ελλιπής ο κίνδυνος μη συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες αυξανόταν στο 19%. Αντίστοιχα σε περιπτώσεις ικανοποιητικής συνεργασίας ανάμεσα στις δύο πλευρές και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ιατροί ήταν εκπαιδευμένοι σε δεξιότητες επικοινωνίας οι ασθενείς είχαν 1,62 φορές περισσότερες πιθανότητες συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες. Η αναγκαιότητα της πλήρους ενημέρωσης και πληροφόρησης προκύπτει και από την έρευνα των Gaissmaier, Anderson και Schulkin (2013), οι οποίοι σε δείγμα ιατρών τους κάλεσαν να φαντασθούν δύο ασθενείς, ο ένας εκ των δύο θα λάμβανε ένα συγκεκριμένο φάρμακο το οποίο θα ήταν ασφαλές και αποτελεσματικό ενώ του δεύτερου δεν θα ήταν. Από τα ευρήματα φάνηκε ότι μόνο το 25% των ιατρών θα παρείχε πλήρη και ξεκάθαρη ενημέρωση αναφορικά με τα οφέλη και τις παρενέργειες του φαρμάκου στον υποτιθέμενο ασθενή.

Ένα ακόμη ενδιαφέρον εύρημα αφορά την περίπτωση ενός ιατρικού λάθους και την πιθανότητα καταγγελίας από την/τον ασθενή. Όπως υποστηρίζουν οι Τσίμτσιου και Κάλτσος (2011), η ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας έχει βρεθεί ότι δεν αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα για το εάν ένας ασθενής μηνύσει τον ιατρό του. Η πυροδότηση μιας δικαστικής διαμάχης πυροδοτείται από τα προβλήματα στην επικοινωνία και στη σχέση μεταξύ ιατρού-ασθενούς. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς φαίνεται να δυσανασχετούν περισσότερο από την έλλειψη ενδιαφέροντος και διάθεσης να ενημερωθούν ικανοποιητικά από ό, τι για το αρχικό ιατρικό λάθος. Συνήθως, αναφέρουν οι Τσίμτσιου και Κάλτσος (2011) οι ασθενείς προσφεύγουν σε μηνύσεις όταν αισθάνονται ότι δεν τους προσφέρεται προσοχή, η ευαισθησία, οι εξηγήσεις και ο χρόνος που θα ήθελαν. Γίνεται φανερό ότι η βελτίωση της επικοινωνίας συμβάλλει στο αίσθημα της ασφάλειας των ασθενών. Κατά την επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς υπάρχει διαρκής αλληλεπίδραση μαζί τους, γι' αυτό κάθε πομπός είναι ταυτόχρονα και δέκτης συνειδητά ή ασυνείδητα. Μέσα από την αλληλεπίδραση, η καθεμιά και ο καθένας επηρεάζει με τη συμπεριφορά της/του την υποκειμενική αίσθηση της πραγματικότητας των άλλων, υποκινώντας αντίστοιχες αντιδράσεις. Γι' αυτό τον λόγο η διαπροσωπική επικοινωνία δεν είναι σχεδόν ποτέ

μονοσήμαντη. Ακόμη, ο τύπος επικοινωνίας που θα ακολουθηθεί από το άτομο θα εξαρτηθεί από κάποιες ιδιότητες που -το ίδιο- έχει μέσα από κάποιους κοινωνικούς ρόλους» (Lionis, Shea, & Markaki, 2011).

Περαιτέρω και ενόψει όσον προαναφέρθηκαν, οι ίδιες/ίδιοι οι υγειονομικοί αναγνωρίζουν ότι η επικοινωνία τους με τις/τους ασθενείς επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας της Τσίμτσιου (2008), φάνηκε ότι η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται με την αδιαφορία των ιατρών για ενημέρωση και ενεργοποίηση των ασθενών. Η απουσία εκπαίδευσης σε θέματα επικοινωνίας αποτελεί παράμετρο που επηρεάζει τον ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό των ιατρών, ενώ η κακή αντιστοιχία μεταξύ ανταμοιβής και παρεχόμενων υπηρεσιών όπως και οι πολυάριθμες γραφειοκρατικές λεπτομέρειες στην καθημερινή ιατρική πράξη αποτελούν τα κύρια προβλήματα των ιατρών. Η αναγκαιότητα για εκπαίδευση και κατάρτιση σε δεξιότητες επικοινωνίας γίνεται κατανοητή εάν παρατηρήσει κανείς τα ποσοστά εκπαίδευσης των υγειονομικών σε πανευρωπαϊκό επίπεδο.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της ευρωπαϊκής έρευνας H-Com, (2017) αναδεικνύεται ότι το 54% των επαγγελματιών υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα στην επικοινωνία με τους ασθενείς. Οι λόγοι για τους οποίους εντοπίζονται προβλήματα αφορούσαν κατά τα λεγόμενα τους τον φόρτο εργασίας, την κόπωση, τον περιορισμένο χρόνο, τα γλωσσικά εμπόδια και την απουσία κατάρτισης σε δεξιότητες επικοινωνίας. Το παραπάνω ζήτημα της έλλειψης κατάρτισης σε δεξιότητες επικοινωνίας δεν αφορά μόνο την Ελλάδα αλλά το σύνολο της Ευρώπης και την παγκόσμια κοινότητα με κάποιες λιγιστές εξαιρέσεις. Για παράδειγμα το επίπεδο εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας στην Ελλάδα είναι στο 38,6% και στη Γερμανία και Ισπανία στο 66,7% όπως αναφέρεται στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ευρώπη στο πλαίσιο του προγράμματος “Health Communication Training for Health Professionals” (H-Com, 2017b).

Στην ίδια έρευνα, μελετώντας πανευρωπαϊκά (συμμετείχαν 25 χώρες) τα προγράμματα σπουδών σε σχολές επαγγελματιών υγείας τόσο σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο αλλά και γενικότερα τις διαθέσιμες επιμορφώσεις από επίσημους φορείς σε θέματα επικοινωνίας στην υγεία τα αποτελέσματα ήταν αποθαρρυντικά. Οι 56 εκπαιδεύσεις σε θέματα επικοινωνίας εντοπίζονται σε προπτυχιακό επίπεδο σε 10 από τις 25 χώρες. Οι 23 αφορούν μεταπτυχιακά

προγράμματα σε 7 από τις 25 χώρες, ενώ οι 307 αφορούν σε επιμορφώσεις μικρής διάρκειας σε 19 από τις 25 χώρες και αφορούν φοιτητές/τριες αλλά και επαγγελματίες. Για τους ιατρούς εντοπίστηκαν 55 μαθήματα/εκπαιδεύσεις σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο και μόνο σε 10 από τις 25 χώρες. Στην Ελλάδα εντοπίστηκαν 11 ευκαιρίες επιμόρφωσης σε ζητήματα επικοινωνίας με τους ασθενείς. Οι 6 προέρχονται από σχολές ιατρικής και αφορούν προπτυχιακούς φοιτητές/τριες, 1 μία αφορά άλλη σχολή υγείας και οι 4 αφορούν σε επιμορφώσεις (short courses) όλων των επαγγελματιών υγείας από διάφορους φορείς.

Οι Τσουνής και Σαράφης (2014) στην έρευνά τους για τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν και επιδρούν στην επικοινωνία ιατρού-ασθενή στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα επισημαίνουν την αναγκαιότητα ενσωμάτωσης στα προγράμματα σπουδών προγράμματα εκπαίδευσης στην επικοινωνία, τα οποία θα στηρίζονται σε δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης, ενσυναίσθησης και τα οποία δεν θα πρέπει να θεωρούνται αυτονόητα ή δευτερεύοντα. Αυτή η επισήμανση επιβεβαιώνεται και από το γεγονός κατά το οποίο χώρες όπως οι ΗΠΑ αναγνώρισαν την αναγκαιότητα αυτή και πλέον οι τεχνικές επικοινωνίας διδάσκονται σε ποσοστό 60% των ιατρικών σχολών (Travaline, Ruchinskas, & D'Alonzo, 2005). Στο ίδιο πλαίσιο κινείται και η έρευνα της Παπαδοπούλου (2021) για την σχέση ιατρού-ασθενή καθώς δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην σημασία της εκπαίδευσης των φοιτητών/τριών σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο σε δεξιότητες επικοινωνίας.

Η απουσία εκπαίδευσης στις δεξιότητες επικοινωνίας στον χώρο της υγείας αντικατοπτρίζεται και στα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες που έλαβαν. Πιο συγκεκριμένα, η Kalogeropoulou (2011) διεξήγαγε μια έρευνα για την ικανοποίηση των ασθενών σε έξι δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας όπου συμμετείχαν 300 ασθενείς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 67% των ασθενών ήταν δυσαρεστημένο από την ιατρική φροντίδα που έλαβε και οι λόγοι αφορούσαν την απουσία σαφούς πληροφόρησης και ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας τους, την απουσία επαρκούς ενημέρωσης για τις θεραπευτικές επιλογές τους και την ανησυχία τους για την κατάστασή τους καθώς επίσης και απουσία ενημέρωσης για τους στόχους της θεραπείας και του θεραπευτικού πλάνου.

Μια άλλη μελέτη των Minaki, Samoli και Theodorou (2013) σε δύο Γενικά Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της Αθήνας και 105 ασθενείς προσπάθησε να διερευνήσει τη φύση των παραπόνων των ασθενών αναφορικά με την εμπειρία της

νοσοκομειακής περίθαλψης που έλαβαν. Από τα ευρήματά τους φάνηκε ότι το 43% των παραπόνων αφορούσε το διοικητικό προσωπικό, το 41% το ιατρικό και το 16% το νοσηλευτικό προσωπικό. Η δυσαρέσκεια για τις παραπάνω κατηγορίες υπηρεσιών και κυρίως για την ιατρική υπηρεσία αφορούσε τη φτωχή επικοινωνία και την κακή επικοινωνιακή προσέγγιση των ιατρών. Άλλα παράπονα σχετιζόταν με την μεγάλη αναμονή των ασθενών για να εξετασθούν, την έλλειψη βιοϊατρικού εξοπλισμού, την επαγγελματική συμπεριφορά και ισχυρισμούς για πρόχειρη αντιμετώπιση. Η πλειονότητα των παραπόνων για τους ιατρούς και το διοικητικό προσωπικό έγινε από εξωτερικούς ασθενείς του νοσοκομείου (εξωτερικά ιατρεία) και ασθενείς που επισκέφθηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό το μεγαλύτερο μέρος των παραπόνων εντοπίστηκε στην παθολογική κλινική από νοσηλευόμενους ασθενείς (εσωτερικοί ασθενείς).

Στον αντίποδα, το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα για τον Υγειονομικό Εγγραμματισμό¹ (health literacy) 2009-2012, οδηγήθηκε σε ευρήματα (HLS-EU Consortium, 2012) (HLS-EU Consortium, 2012) τα οποία έδειξαν ότι το 45% του πληθυσμού της Ελλάδας εμφανίζει «ανεπαρκή» ή «προβληματικά» επίπεδα αλφαριθμητισμού υγείας (health literacy). Αυτό σημαίνει ότι περίπου 1/2 Έλληνες/Ελληνίδες αδυνατεί να κατανοήσει σωστά ζητήματα σχετικά με την υγεία του/της, όπως είναι ο προληπτικός έλεγχος, η ικανότητα αναζήτησης, απόκτησης και επεξεργασίας ιατρικών πληροφοριών που αφορούν την υγεία του ή την ικανότητα λήψης τεκμηριωμένων αποφάσεων για ιατρικά ζητήματα. Ως αποτέλεσμα, οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με την θεραπεία ασθενών, οι οποίοι αδυνατούν να κατανοήσουν πλήρως τη φύση των προβλημάτων υγείας τους, το θεραπευτικό πλάνο και την συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει ένα «γλωσσικό» εμπόδιο που βλάπτει την σωστή επικοινωνία και ασκεί πίεση στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι πρέπει να προσαρμοστούν στο συγκεκριμένο επίπεδο κατανόησης κάθε ασθενή (HLS-EU Consortium, 2012).

Η εκπαίδευση στις δεξιότητες επικοινωνίας τονίζουν οι Παναγοπούλου και Μπένος (2004) χρειάζεται να επικεντρωθεί σε δύο επίπεδα. Το πρώτο αφορά τις γενικές δεξιότητες (ενεργητική ακρόαση, αντανάκλαση συναισθήματος, ανατροφοδότηση) και

¹ Ο Υγειονομικός εγγραμματισμός ή ο αλφαριθμητισμός υγείας ή ο εγγραμματισμός υγείας είναι «η ικανότητα απόκτησης, ερμηνείας και κατανόησης βασικών πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας και η ικανότητα χρήσης αυτών των πληροφοριών για την «ενίσχυση της υγείας» (Pavlekonvic, 2008). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 1998) έχει ορίσει την υγειονομική παιδεία ως «κοινωνικές και γνωστικές δεξιότητες που καθορίζουν το κίνητρο και την ικανότητα των ατόμων να αποκτούν, να κατανοούν και να χρησιμοποιούν πληροφορίες για την υγεία με σκοπό τη βελτίωση και διατήρηση της παίρνοντας υγιεινές αποφάσεις καθόλη τη διάρκεια ζωής τους».

το δεύτερο επίπεδο αφορά σε συγκεκριμένες δεξιότητες που αφορούν το κλινικό έργο. Για παράδειγμα, εστίαση στον καταλληλότερο τρόπο συλλογής πληροφοριών κατά τη λήψη ιστορικού και της κλινικής εξέτασης, δεξιότητα στην ανακοίνωση δυσάρεστων νέων καθώς και δεξιότητα προώθησης της συνεργασίας με τον ασθενή και τον φροντιστή του καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας.

Η αξιοποίηση των ψηφιακών μέσων και νέων τεχνολογιών προς αυτή την κατεύθυνση φαίνεται να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και να αποδίδει ως εργαλείο για την εκπαίδευση στην επικοινωνία και την έκφραση των συναισθημάτων τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών. Ένα τέτοιο εργαλείο «καλής πρακτικής» φαίνεται να είναι και η ψηφιακή αφήγηση. Η αξιοποίηση της ψηφιακής αφήγησης στην υγεία ξεκίνησε από την ανάγκη να ακούγονται οι ασθενείς και οι ιστορίες τους. Μια διαχρονική ανάγκη στην ιστορία της ανθρωπότητας, η οποία πάντοτε γίνονταν πιο έντονη στις περιπτώσεις όπου οι άνθρωποι έρχονταν αντιμέτωποι με ζητήματα υγείας. Αυτό το κενό στη σχέση επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς φιλοδοξούσε να καλύψει και το πρόγραμμα *patient voices* που αναπτύχθηκε από την Pip Hardy κυρίως σε ασθενείς με χρόνιες και απειλητικές για την ζωή τους ασθένειες και αποδείχθηκε αποτελεσματικό. Είναι ιδιαίτερος σημαντικό για τους παρόχους υγείας και φροντίδας να είναι σε θέση να ενσωματώνουν τα συναισθήματά τους καθώς προχωρούν σε αυτό το ταξίδι και όχι απλώς να χτίζουν άμυνες στην προσπάθεια να ανακουφίσουν τα αναπόφευκτα άγχη που προκύπτουν σε αυτή τη δουλειά (Ménzies-Lyth, 1988). Όταν οι προσδοκίες των ασθενών να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και αξιοπρέπεια ματαιώνονται το χάσμα ανάμεσα σε αυτούς και τους επαγγελματίες υγείας μεγαλώνει, καθώς οι στόχοι εκτιμώνται περισσότερο από την «ανθρωπιά» (Hardy, 2007). Η ανάδειξη της προσωπικής εμπειρίας προωθεί τον αναστοχασμό και την ενσυναίσθηση, ενώ οι επαγγελματίες υγείας βλέποντας μια ψηφιακή αφήγηση, μπορούν να αξιολογήσουν τις πρακτικές τους, ενίοτε να τις επαναπροσδιορίσουν ακόμη και να αποφύγουν τυχόν λανθασμένες πρακτικές, να εκπαιδευτούν να «ακούνε» τους ασθενείς τους περισσότερο και ουσιαστικά αλλά και να έρθουν σε επαφή με τα συναισθήματά τους (Hardy & Sumner, 2013).

Σε κανέναν τομέα δεν αντανακλάται περισσότερο η σημαντικότητα, από ότι στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, όπου η αρρώστια, ο πόνος και ο θάνατος πρέπει να αντιμετωπίζονται εκ νέου πολλές φορές κάθε μέρα και τα ρίσκα πρέπει να εκτιμώνται και να αξιολογούνται γρήγορα και κατάλληλα. Η συναισθηματική δύναμη των

ψηφιακών αφηγήσεων αποτελούν μία αποτελεσματική και επιδραστική μέθοδο να μεταφέρουν τις εμπειρίες τους και να εμπλακεί ένα ευρύ κοινό από κλινικούς έως και διοικητικούς και από μη εκτελεστικά όργανα σε πολιτικά πρόσωπα. Η συντομία των ιστοριών τις κάνει πολύπλευρες και εύχρηστες σε ένα ευρύ φάσμα για εκπαιδευτική επιμόρφωση, ειδικά όταν ο χρόνος είναι λιγοστός και η προσοχή αποσπάται εξαιτίας των καθημερινών πιέσεων (Hardy, 2007).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η επικοινωνία επαγγελματία υγείας-ασθενή μπορεί να κινηθεί σε πολλά διαφορετικά επίπεδα και να ενσωματωθεί με διάφορους τρόπους. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι πολλά δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα πολύ συχνά βρίσκονται αντιμέτωπα με την υποστελέχωση. Σύμφωνα με στοιχεία του OECD-(ΟΟΣΑ) (2015), το νοσηλευτικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας περιθάλπει δυσανάλογα μεγάλο αριθμό ασθενών από όσο είναι εφικτό γεγονός που οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και εργασιακή δυσαρέσκεια. Στην Ελλάδα, αναφέρει ο OECD αντιστοιχούν 3,6 νοσηλευτές/τριες για 1000 κατοίκους. Πρόκειται για ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά σε αναλογία κατοίκων. Στην ίδια λογική, η Ελλάδα βρίσκεται τελευταία στη λίστα αναφορικά με την αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς τους ιατρούς. Αυτό σημαίνει ότι για κάθε ένα γιατρό υπάρχει 0,6 νοσηλευτικό προσωπικό. Από το 2010 έως το 2013 η μείωση των ιατρών στο ΕΣΥ έφτασε στο 35% με το συνολικό αριθμό έως το 2018 να ξεπερνά τις 18.000 (Σουλιώτης, Παπαδοニコλάκη, Παπαγεωργίου & Οικονόμου, 2018). Προφανώς, αυτές οι συνθήκες, κατά τον OECD (2015) OECD δεν ευνοούν την επικοινωνία με τους ασθενείς αλλά αντίθετα την εξαλείφουν καθώς το ωράριο είναι επιβαρυνμένο, ο φόρτος εργασίας τεράστιος, η έλλειψη χρόνου επίσης και τις περισσότερες φορές προσπαθούν να περιθάλψουν τεράστιο αριθμό ατόμων με τον καλύτερο δυνατό τρόπο καθώς πρόκειται για δυσανάλογα μεγάλο αριθμό σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας, όπως αναφέρθηκε ήδη.

Σε πολλές περιπτώσεις, υποστηρίζουν οι Karaiskou, Malliarou και Sarafis (2012), οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με ένα απαρχαιωμένο σύστημα υγείας του δημόσιου τομέα το οποίο έχει πληγεί σοβαρά από τη συνεχιζόμενη οικονομική ύφεση και ενώ έχουν προταθεί διάφορες ιδέες εκσυγχρονισμού και σε κάποιες περιπτώσεις βρίσκονται σε στάδιο υλοποίησης, η διαδικασία αναβάθμισης εμποδίζεται συνεχώς από συχνές περικοπές του προϋπολογισμού και αποστράγγιση κονδυλίων από τα

ταμειακά αποθεματικά του συστήματος υγείας. Αυτό, αναφέρουν οι Karaiskou, Malliarou και Sarafis (2012), είχε αρνητικές επιπτώσεις στο ηθικό των επαγγελματιών υγείας (περικοπές μισθού, ανασφάλεια, εργασιακή δυσαρέσκεια, επαγγελματική εξουθένωση κ.λπ.), το οποίο με την σειρά του έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει αρνητικά την επικοινωνία τους με τους ασθενείς. Η εστίαση των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι δεν επαρκούν για τις ανάγκες εντοπίζεται στην αντιμετώπιση της νόσου. Επομένως, η εστίαση στην εξατομικευμένη αντιμετώπιση των ασθενών και στην ουσιαστική επικοινωνία η οποία προϋποθέτει χρόνο και αφοσίωση σε αυτή την συνθήκη θα μπορούσε να την χαρακτηρίσει κανείς «ουτοπία» ή και «πολυτέλεια».

Οι προαναφερθείσες συστηματικές ελλείψεις του ΕΣΥ σε συνδυασμό με τα μειωμένα επίπεδα υγειονομικού γραμματισμού συχνά οδηγούν τους ανθρώπους να αναζητούν απευθείας περίθαλψη σε ανώτερα επίπεδα (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια), όπως είναι τα νοσοκομεία και οι εξωτερικές υπηρεσίες του. Γεγονός που όπως αναφέρουν οι Tsimitsiou et al. (2012) ασκεί περαιτέρω πίεση στους επαγγελματίες υγείας που είναι ήδη υπερφορτωμένοι και χρειάζεται να προσφέρουν υπηρεσίες σε ένα αδικαιολόγητα μεγάλο αριθμό ασθενών. Αυτό οφείλεται τόσο στον υγειονομικό αλφαριθμητισμό, όπως ειπώθηκε, όσο και στην έλλειψη της έννοιας του γενικού/οικογενειακού ιατρού, το οποίο είναι ένα ακόμη μείζον θέμα στην Ελλάδα. Οι Tsimitsiou et al. (2012) αναφέρουν ότι πολλές από τις περιπτώσεις νοσηλείας στην Ελλάδα θα μπορούσαν να αποφευχθούν με σωστή επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών καθώς και καλύτερη επικοινωνία και συντονισμό μεταξύ των διαφόρων τμημάτων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, καθώς οι ασθενείς θα απευθύνονταν πρώτα στον γενικό ιατρό τους ο οποίος έχοντας την συνέχεια και τη γνώση του ιστορικού τους θα τους έδιναν κατευθυντήριες.

Κατά τα λεχθέντα, γίνεται φανερό ότι η επιτυχημένη επικοινωνία δεν ξεκινά από τον ιατρό προς τον ασθενή αλλά πρωτίστως από τον ίδιο τον οργανισμό και τα μέλη που τον απαρτίζουν. Η σημασία της κουλτούρας σε έναν οργανισμό υγείας είναι φανερό ότι διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην επιτυχία του. Οι λόγοι για τους οποίους ισχύει η παραπάνω διαπίστωση είναι το γεγονός ότι πολλές έρευνες, έχουν συνδέσει την οργανωσιακή κουλτούρα με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού. Μια ισχυρή εσωτερική κουλτούρα συνδέεται θετικά με τις δύο αυτές οργανωτικές παραμέτρους (Gregory, Harris, Armenakis, & Shook, 2009· Lim, 1995). Έχει βρεθεί ότι η ύπαρξη μιας σαφώς καθορισμένης, σταθερής και διοικητικά

υποστηριζόμενης κουλτούρας σε ένα οργανισμό, ενισχύει και καθοδηγεί τη συμπεριφορά των μελών της. Για παράδειγμα, εάν ένα νοσοκομείο αποτυπώσει στην κουλτούρα του ως ύψιστη προτεραιότητα την ασφάλεια των ασθενών, τα μέλη του θα υιοθετήσουν αυτή τη συμπεριφορά και θα κατευθύνουν αναλόγως τις ενέργειές τους. Επίσης, η κουλτούρα ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας, επιδρά και στην οικονομική λειτουργία του, γιατί επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η διαχείριση των διαφόρων πόρων του, ανθρώπινων και μη, αλλά και τον τρόπο που εξυπηρετούνται οι ασθενείς του (Παπαγεωργίου & Χονδροκούκης, 2010).

Εάν οι ίδιοι/ίδιες οι εργαζόμενοι/εργαζόμενες επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ασφαλείς και βρίσκονται στο επίκεντρο των στρατηγικών αλλαγών του οργανισμού, εάν υπάρχει κλίμα εμπιστοσύνης, ενδυνάμωση και επικοινωνία μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων μελών (εργαζόμενοι/ες-διοίκηση, εργαζόμενοι/ες-εργαζόμενοι/ες) τότε αυτοί οι παράγοντες θα συμβάλλουν στους τελικούς αποδέκτες των ιατρικών υπηρεσιών που είναι οι ασθενείς.

Η έλλειψη ερευνών στον ελληνικό χώρο για την επικοινωνία και σχέση ιατρού-ασθενή, οι παράγοντες που την επηρεάζουν (εκτός της απουσίας εκπαίδευσης) καθώς επίσης και τα ελλιπή δεδομένα για την επιρροή μιας κρίσης στην υιοθέτηση ανθρωποκεντρικών μεθόδων στην κλινική πράξη, η οποία επιδρά αρνητικά στους δείκτες υγείας των ανθρώπων οδηγεί στην προσπάθεια διερεύνησης της αναγκαιότητας της ουσιαστικής σχέσης ιατρού-ασθενή.

Ταυτόχρονα, με την συνδυαστική διερεύνηση η παρούσα έρευνα φιλοδοξεί να καλύψει το βιβλιογραφικό κενό που υπάρχει με την θεώρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης και της οργανωσιακής κουλτούρας σε έναν οργανισμό υγείας ως παράγοντες που επηρεάζουν την σχέση και επικοινωνία ιατρού-ασθενή άρα και την συνολική ευημερία ενός οργανισμού υγείας στην Ελλάδα. Τέλος διερευνά τον ρόλο των ψηφιακών μέσων και νέων τεχνολογιών στην ενίσχυση της επικοινωνίας και διάδρασης υγειονομικών-ασθενών μέσα από την εφαρμογή και αξιολόγηση εφαρμογών ψηφιακής αφήγησης.

Η ψηφιακή αφήγηση για την συγκεκριμένη μελέτη εστιάζει στις δυνατότητες αυτοέκφρασης και αισθήματος «ανήκειν» (sharing) καθώς και στην ενδυνάμωση της κοινωνικό ψυχολογικής ανθεκτικότητας. Η ψηφιακή αφήγηση ως «καλή πρακτική» είναι δυνατό να αποτελέσει τη συνδετική γέφυρα επικοινωνίας ανάμεσα στους

επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς σε μια διαφορετική αλληλεπίδραση προσφέροντας μια νέα δυναμική στον χώρο της υγείας.

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η καταγραφή των αντιλήψεων υγειονομικών και ληπτών υπηρεσιών υγείας για την επικοινωνία που αναπτύσσουν μεταξύ τους και η διερεύνηση των οφελών που προσφέρει η ψηφιακή αφήγηση στην επικοινωνία αυτή ως ένα εργαλείο «καλής πρακτικής». Ακόμη, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις αντιλήψεις για την σχέση ιατρού-ασθενή ώστε να εντοπιστεί το είδος του ιατρικού μοντέλου που φαίνεται να υπερισχύει στο ΕΣΥ. Ένας ακόμη στόχος είναι η ολιστική διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στις αντιλήψεις για την επικοινωνία μέσα από την προσέγγιση του συστήματος υγείας ως «περιβάλλον» και των μονάδων παροχής υπηρεσιών ως «οργανισμοί» σε αυτό. Εν τούτοις, γίνεται προσπάθεια να εξετασθεί η επιρροή που έχει η μορφή του συστήματος υγείας και τα χαρακτηριστικά του, οι μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα στο ΕΣΥ, η οργανωτική δομή του ελληνικού νοσοκομείου και το μοντέλο οργάνωσης που το χαρακτηρίζει στο πλαίσιο της οργανωσιακής κουλτούρας ως παράγοντες που επιδρούν ευρύτερα στην επικοινωνία υγειονομικών και ληπτ(ρι)ών υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα στοχεύει στη πιθανή συσχέτιση της οργάνωσης του ΕΣΥ², της οργανωσιακής κουλτούρας και της επαγγελματικής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας του οργανισμού με τις στάσεις και αντιλήψεις που διαμορφώνονται για την επικοινωνία. Στόχος μέσα από την ολιστική διερεύνηση είναι η ανάδειξη του είδους των παρεμβάσεων που χρειάζεται να ληφθούν υπόψη για τη βελτίωση της επικοινωνίας υγειονομικών και ληπτών υπηρεσιών υγείας, με απώτερο σκοπό την αναγκαιότητα της ανάπτυξης ενός θεραπευτικού μοντέλου εστιασμένου στις εξατομικευμένες ανάγκες των ληπτών υπηρεσιών υγείας, το οποίο θα συμβάλλει στην καλύτερευση της συνολικής υγείας των πολιτών από την ΠΦΥ. Αυτό μπορεί να συμβεί μέσω της πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας σε ένα μοντέλο όπου ο επαγγελματίας υγείας θα είναι σύμμαχος με τον λήπτη υπηρεσιών υγείας στην ιατρική φροντίδα του.

Στην παρούσα έρευνα η ποσοτική έρευνα (ερωτηματολογία) διαδραματίζει τον κεντρικό ρόλο και η ποιοτική (ψηφιακή αφήγηση) λειτουργεί επικουρικά ενισχύοντας και επαληθεύοντας τα ευρήματα της ποσοτικής έρευνας. Ο πρακτικός λόγος που αφορά την επιλογή της ψηφιακής αφήγησης σχετίζεται με την εις βάθος διερεύνηση και κατανόηση των εμπειριών των ιατρών και ασθενών- συγγενών και φροντιστών για την

² Θεωρητική τεκμηρίωση η οποία προκύπτει από έρευνες (βλ. κεφ. 2.1, 2.2.)

μεταξύ τους επικοινωνία και σχέση. Αφορά δηλαδή τα πλεονεκτήματα της ποιοτικής έρευνας, η οποία δεν εστιάζει στην γενίκευση αλλά στην εξατομικευμένη εξέταση ενός ζητήματος. Εστιάζει στο υποκείμενο και στην προσωπική του οπτική. Ταυτόχρονα μέσω της ποσοτικής έρευνας, καταγράφεται μεγάλος αριθμός απόψεων και αντιλήψεων υγειονομικών (ιατροί, νοσηλευτές/-τριες, ιατρικών εργαστηρίων και λοιπών ειδικοτήτων) και ασθενών (συγγενών/φροντιστών ασθενών, ληπτών εν γένει υπηρεσιών υγείας) για την σχέση και επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ των δύο πλευρών γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε ασφαλή συμπεράσματα για το είδος της σχέσης που κυριαρχεί.

Τα ερευνητικά ερωτήματα χωρίζονται σε 3 κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά την σχέση και επικοινωνία, η δεύτερη την επαγγελματική ικανοποίηση και την οργανωσιακή κουλτούρα που επικρατεί στο νοσοκομείο Αττικών και η τρίτη κατηγορία αφορά την αξιοποίηση της ψηφιακής αφήγησης (βλ. κεφάλαιο 3.1.2).

Η δομή της διατριβής αποτελείται από 7 κεφάλαια και το κάθε κεφάλαιο από υποκεφάλαια όπως φαίνεται και στον πίνακα περιεχομένων. Το κυρίως σώμα ξεκινά στο κεφάλαιο 1 με την εισαγωγή στο θέμα της έρευνας: *Αποτύπωση σχέσεων και διαδράσεων σε μια Πανεπιστημιακή κλινική μέσα από τη χρήση Νέων Τεχνολογιών. Ο ρόλος της επικοινωνίας (εσωτερικής και εξωτερικής)* (σελίδα 1) και τελειώνει στο κεφάλαιο *Συμπεράσματα* (σελίδα 357).

Στο κεφάλαιο I της εισαγωγής γίνεται εκτενής αναφορά στους λόγους επιλογής του θέματος, στο θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας και σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί ως προς το θέμα που τίθεται προς συζήτηση. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στη σχέση επαγγελματιών υγείας και ασθενών, στην επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και την οργανωσιακή κουλτούρα που επικρατεί στον οργανισμό που εργάζονται. Τέλος, γίνεται αναφορά στην αξιοποίηση της ψηφιακής αφήγησης στην υγεία ως διαδικασία, η οποία προωθεί και καλλιεργεί δεξιότητες που ευνοούν την επικοινωνία και την σχέση ιατρών-ασθενών. Το πρώτο κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τον σκοπό της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα και τη δομή της διατριβής.

Στο κεφάλαιο II, παρουσιάζεται αναλυτικά το θεωρητικό πλαίσιο της διατριβής (από το κεφάλαιο 1 έως το κεφάλαιο 3). Στο κεφάλαιο 1 παρουσιάζεται *το σύστημα υγείας ως περιβάλλον* και το κεφάλαιο αναπτύσσεται σε υποκεφάλαια. Το υποκεφάλαιο 1.1 ασχολείται με τη *διάρθρωση του συστήματος υγείας*, το υποκεφάλαιο 1.2 αναλύει το

σύστημα υγείας στην Ελλάδα, το υποκεφάλαιο 1.3 αναφέρεται στον υγειονομικό οργανισμό και το υποκεφάλαιο 1.4 παρουσιάζει την οργανωσιακή κουλτούρα. Ακολουθεί το κεφάλαιο 2. Μορφές επικοινωνίας και διάδραση, το οποίο αποτελείται από 3 υποκεφάλαια. Στο υποκεφάλαιο 2.1: η επικοινωνία μεταξύ του οργανισμού αναλύονται οι μορφές επικοινωνίας, η εσωτερική, οργανωσιακή επικοινωνία, τα εμπόδια στην επικοινωνία ενός οργανισμού και η αποτελεσματική επικοινωνία στους οργανισμούς. Στο υποκεφάλαιο 2.2: η επικοινωνία του οργανισμού με τους ασθενείς παρουσιάζεται η σχέση ιατρού-ασθενή, μοντέλα που αφορούν την σχέση ιατρού-ασθενή (παραδοσιακό μοντέλο, ανθρωποκεντρικό μοντέλο) καθώς και διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις για αυτή την σχέση. Το κεφάλαιο 2.3 ολοκληρώνεται με την αξία της επικοινωνίας στη θεραπευτική σχέση και παρουσιάζει τα οφέλη της αποτελεσματικής επικοινωνίας, τις δεξιότητες επικοινωνίας επαγγελματιών υγείας, τα εμπόδια στην επικοινωνία επαγγελματιών υγείας-ασθενών και τα μέτρα βελτίωσης της επικοινωνίας και σχέσης που προαναφέρθηκε. Έπεται το κεφάλαιο 3: η ψηφιακή αφήγηση στην υγεία. Στα υποκεφάλαια που αναπτύσσονται γίνεται παρουσίαση της αρχέγονης ανάγκης των ανθρώπων να αφηγούνται, στη συμβολή των νέων τεχνολογιών -ψηφιακή αφήγηση- στην υγεία, της προσέγγισης του όρου της αφήγησης και της ψηφιακής αφήγησης, του σκοπού και των οφελών της ΨΑ, των βημάτων και των 7 σημείων δημιουργίας ΨΑ, της αξίας του κύκλου της αφήγησης (story circle) και τέλος της χρήσης της ΨΑ στην υγεία.

Στο κεφάλαιο III ξεκινά το ειδικό μέρος της έρευνας, όπου αναφέρονται οι στόχοι, τα ερευνητικά ερωτήματα, οι μέθοδοι της έρευνας, η διαδικασία συλλογής δεδομένων, η ανάλυση δεδομένων, το δείγμα και τα εργαλεία για την ποσοτική έρευνα, τα άτομα που συμμετείχαν για την ποιοτική έρευνα, οι πιλοτικές δοκιμές, ο ερευνητικός σχεδιασμός και τα ζητήματα δεοντολογίας, ενώ ολοκληρώνεται με το υπό μελέτη νοσοκομείο (Αττικό) όπου προσεγγίζεται η οργανωτική του δομή και το οργανόγραμμά του.

Στο κεφάλαιο IV παρουσιάζονται τα ευρήματα της έρευνας (ποσοτικά και ποιοτικά).

Στο κεφάλαιο V γίνεται συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας και στο τέλος παρατίθενται τα αποτελέσματα.

Έπεται το κεφάλαιο των Συμπερασμάτων, όπου γίνεται μια συνολική επισκόπηση των συμπερασμάτων που εξήχθησαν για κάθε ένα από τα ερωτήματα της έρευνας.

Ακολουθούν οι μεθοδολογικοί περιορισμοί της έρευνας και διατυπώνονται προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

Έπονται τα κεφάλαια της βιβλιογραφίας και του παραρτήματος με υλικό που προέκυψε κατά τη διεξαγωγή της μελέτης.

II. Γενικό Μέρος-Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Κεφάλαιο 1: Το σύστημα υγείας ως περιβάλλον

Με τον όρο «περιβάλλον» ενός οργανισμού δεν εννοείται το φυσικό περιβάλλον, αντίθετα, νοούνται οι δυνάμεις και οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την λειτουργία της (Κωστούλας, 1996). Η έννοια του περιβάλλοντος λαμβάνεται ως σύστημα μέσα στο οποίο οι λειτουργίες της οργάνωσης είναι συμβατές με την έννοια της διαδικασίας του περιορισμένου ορθολογισμού. Το περιβάλλον περιλαμβάνει όλες τις εμπλεκόμενες πλευρές και καθορίζει τις κοινές συνισταμένες στην έκβαση των στρατηγικών αποφάσεων (Κωστούλας, 1996). Όλες οι επιχειρήσεις ή οργανισμοί συνυπάρχουν και δρουν σε πολλαπλά περιβάλλοντα. Συνεπώς, ο οργανισμός και το περιβάλλον είναι δύο **δυναμικές** καταστάσεις που συνυπάρχουν κάτω από συνθήκες άλλοτε ευνοϊκές και άλλοτε δυσμενείς- πολλές φορές ακόμη και επικίνδυνες (Σαρσέντης, 1996). Οι κύριες περιβαλλοντικές δυνάμεις, επισημαίνουν οι Κιόχος, Παπανικολάου και Κιόχος (2003) είναι το οικονομικό, το πολιτικό, το κοινωνικό σύστημα και η τεχνολογία· και η ανάλυση αυτών των παραμέτρων είναι πολύ βασική από έναν οργανισμό (δημόσιο ή ιδιωτικό) στην προσπάθειά του να αναπτύξει την περαιτέρω στρατηγική του σε ένα διαρκώς αυξανόμενο ανταγωνιστικό περιβάλλον.

Η αποδοχή και η επιτυχής έκβαση μιας στρατηγικής, τονίζει ο Naibsitt (1982), όταν λαμβάνει χώρα χωρίς την εξέταση των περιβαλλοντικών δυνάμεων, είναι εκ των προτέρων καταδικασμένη. Κατά τον ίδιο τρόπο, δεν είναι δυνατόν να κατανοηθεί πλήρως η διαχειριστική πρακτική ή η ηγετική συμπεριφορά στους οργανισμούς χωρίς να εκτιμηθούν προηγουμένως οι εξωτερικοί και εσωτερικοί παράγοντες που μεταβάλλουν το περιβάλλον των οργανισμών στο οποίο λειτουργεί το ανθρώπινο δυναμικό (Ασκούνης, Πανόπουλος, & Μακαρούνη, 2016). Η έννοια του περιβάλλοντος, υποστηρίζουν οι Πολυχρονόπουλος και Κορρές (2005) αφορά τον εσωτερικό και εξωτερικό εκείνο χώρο όπου δραστηριοποιείται και αναπτύσσει δραστηριότητα η επιχείρηση.

Επομένως το περιβάλλον μπορεί να διακριθεί στις ακόλουθες κατηγορίες (Πολυχρονόπουλος & Κορρές, 2005):

- **Εσωτερικό περιβάλλον**, το οποίο το διαμορφώνουν οι παράγοντες οι οποίοι μέσα έναν οργανισμό απαρτίζουν τους πόρους του. Κατά κύριο λόγο, οικονομικοί, φυσικοί, ανθρώπινοι και τεχνολογικοί.
- **Εξωτερικό περιβάλλον**, το οποίο το διαμορφώνουν οι εκτός και έξωθεν από την επιχείρηση (νοσοκομείο στην προκειμένη) παράγοντες, οι οποίοι την επηρεάζουν και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Οι παράγοντες αυτοί είναι, κατά κύριο λόγο, οικονομικοί, πολιτικοί, κοινωνικοί και τεχνολογικοί.

Στην παρούσα μελέτη το σύστημα υγείας προσεγγίζεται ως ένα περιβάλλον (σύστημα) μέσα στο οποίο υπάρχουν υποσυστήματα, τα οποία δρουν ως αλληλεξαρτώμενα μέρη για την εύρυθμη λειτουργία του. Λαμβάνοντας υπόψη τις σύγχρονες προσεγγίσεις και την αναγκαιότητα μιας πολυεπιστημονικής και διακλαδικής συνεργασίας. Σ' έναν εξ ορισμού *ευαίσθητο* κλάδο, όπως είναι η υγεία, τίθεται ως προτεραιότητα η ολιστική προσέγγιση εννοιών και διαδικασιών για την ορθότερη κατανόηση και εις βάθος προσέγγισή της. Η μακροσκοπική και ολιστική επιστημονική προσέγγιση των διαφόρων σύγχρονων αναγκών αποτελούν την συστημική μεθοδολογία. Αυτό σημαίνει ότι σύστημα, στη συστημική θεωρία, *είναι ένα ενιαίο σύνολο που αποτελείται από αλληλένδετα μέρη. Σχετίζεται δε με ένα ή περισσότερα συστήματα που ανήκουν στο κοινωνικό υπερόςστημα, το οποίο αποτελείται από περισσότερα κοινωνικά συστήματα (πολιτικό, οικονομικό, πολιτισμικό κλπ.)* (Μάρδας, 1993). Στο πλαίσιο αυτό, η θεώρηση της υγείας (και των υπηρεσιών υγείας), ως συστήματα συνεπάγονται τη συστημική προσέγγιση, διότι σύμφωνα με την επισήμανση του Περλέγκου (2004), η συγκεκριμένη προσέγγιση βοηθά στην κατανόηση των νοσοκομειακών οργανισμών ως συστήματα αλληλεπιδράσεων με το περιβάλλον τους. Γεγονός το οποίο επιτρέπει με την σειρά του την -όσο το δυνατόν- επαρκέστερη εξέταση της λειτουργίας των οργανισμών υγείας και τις αλληλεπιδράσεις αυτών με το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον τους Μάρδα (1993) και Περλέγκο (2004). Ακολουθώντας το παραπάνω σκεπτικό και οι Σαρρής, Χρυσάκης και Σούλης (2003), υποστηρίζουν ότι στη σύγχρονη θεωρία της οργάνωσης δίνεται έμφαση στην αντίληψη ότι η οργάνωση της εργασίας οφείλει να γίνει αντιληπτή ως ένα ολοκληρωμένο σύστημα που δομείται από πολύ-λειτουργικές και αλληλοεπιδρώμενες μονάδες.

Υιοθετώντας τη σύγχρονη θεωρία της οργάνωσης, τα νοσοκομεία, τα οποία αποτελούν αντικείμενο της έρευνας, μελετώνται ως υποσυστήματα και οργανισμοί του

περιβάλλοντος στο οποίο δρουν (σύστημα υγείας). Οι οργανισμοί, υποστηρίζει ο Naibisitt (1982), αποτελούν τμήματα του μεγαλύτερου συνόλου, όπως το οικονομικό, πολιτικό, και κοινωνικό σύστημα και γι' αυτό τον λόγο στις στρατηγικές που ακολουθούν πρέπει να ληφθούν υπόψη οι επιρροές του περιβάλλοντος. Πριν παρθεί η οποιαδήποτε απόφαση ή επιλογή είναι αναγκαίο να εξετασθούν τα πιθανά αποτελέσματα της συγκεκριμένης επιλογής υπό την επήρεια πολλών και διαφορετικών δυναμικών που αναπτύσσονται μέσα σε αυτό (Naibisitt, 1982).

Η κατανόηση της λειτουργίας του συστήματος υγείας και των μεταρρυθμίσεων που το χαρακτηρίζουν, η κατανόηση λειτουργίας ενός υγειονομικού οργανισμού από την διοίκηση έως στους λήπτες υπηρεσιών υγείας αναδεικνύει την αναγκαιότητα του είδους των παρεμβάσεων που θα υλοποιηθούν με βάση τα μοντέλα που ακολουθούνται. Πρόκειται για ένα κρίσιμο σημείο καθώς οι στοχευμένες προσπάθειες έχουν πιθανότητες για μακροπρόθεσμα από ό, τι βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, εάν προσπαθήσει κάποιος να εφαρμόσει ανθρωποκεντρικές πρακτικές βασισμένος σε προσωποκεντρικές θεωρίες σε έναν οργανισμό που δεν ενστερνίζεται αντίστοιχα μοντέλα τότε η άγνοια του πλαισίου (της λειτουργίας του οργανισμού) θα οδηγήσει σε λάθος επεμβάσεις και αξιολογήσεις.

Στον αντίποδα αυτής της διαπίστωσης θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί η διάρθρωση του συστήματος υγείας αλλά και οι μεταρρυθμίσεις οι οποίες έλαβαν και συνεχίζουν να λαμβάνουν χώρα στον τομέα της υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις και η νομοθεσία αντικατοπτρίζουν τις προτεραιότητες των εκάστοτε κυβερνήσεων, οι οποίες σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, επηρεάζουν την λειτουργία των υποσυστημάτων και καθορίζουν την πολιτική υγείας για τις στρατηγικές που ακολουθούνται μετέπειτα από τους λειτουργούς των οργανισμών. Η κάθε υπό-ομάδα ενός οργανισμού δεν λειτουργεί ανεξάρτητα αλλά, αλληλοεμπλέκεται με άλλες υπό-ομάδες και όλες μαζί αλληλοεπιδρούν. Επιπλέον, οι οργανισμοί, ταυτόχρονα, λειτουργούν ως ανεξάρτητες υποστάσεις στο δικό τους σύστημα, αλλά και ως εξαρτημένες στο ευρύτερο καθώς πρόκειται για μια αλυσίδα στην οποία οι κινήσεις των εμπλεκόμενων επηρεάζουν την συνολική λειτουργία της.

Αναλυτικότερα, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό πως το νοσοκομείο είναι ένας οργανισμός του ευρύτερου συστήματος και ταυτόχρονα ένα σύστημα στον δικό του αυτοτελή κόσμο ανταλλάσσοντας πληροφορίες, ενέργεια και υλικά με το περιβάλλον του. Τούτο σημαίνει, όπως επισημαίνουν οι Μπουραντάς και

Βάθης (1999) την παραδοχή του οργανισμού ως μια «ανοιχτή» ευέλικτη δομή, που αλληλεπιδρά με το περιβάλλον της, το οποίο με τη σειρά του επιδρά στον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού. Κάθε στοιχείο του περιβάλλοντος απαιτεί οργάνωση, η οποία λαμβάνει τα ερεθίσματα από αυτό και τα μετασχηματίζει σε αποτέλεσμα, το οποίο εν συνεχεία ανατροφοδοτεί όλη τη διαδικασία.

1.1 Διάρθρωση Συστήματος Υγείας

1.1.1 Μοντέλα υγείας

Η παροχή υπηρεσιών υγείας στα θέματα υγείας και αρρώστιας στηρίζεται σε δύο (2) βασικούς προσανατολισμούς α) στο βιοϊατρικό μοντέλο υγείας και β) στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας.

Το πρώτο μοντέλο- **βιοϊατρικό μοντέλο**, ακολουθεί έναν γραμμικό τρόπο σκέψης σύμφωνα με το οποίο κάθε αποτέλεσμα (σύμπτωμα, πάθηση) έχει μια συγκεκριμένη αιτία. Η ασθένεια αντιμετωπίζεται ως ένα οργανικό, σωματικό, μηχανικό πρόβλημα που πρέπει η ιατρική επιστήμη να επιδιορθώσει. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως ένα βιολογικό περιστατικό, και η ασθένεια απομονώνεται σε αρκετό βαθμό από την υπόλοιπη ζωή του. Ο ασθενής είναι παθητικός δέκτης της θεραπευτικής προσέγγισης και η σχέση του με τους επαγγελματίες της υγείας είναι μονόδρομη και άνιση, αφού αυτοί καλούνται να διαγνώσουν και να θεραπεύσουν το πρόβλημα. Δίνεται μόνο στοιχειώδης έμφαση στον τρόπο ζωής του ασθενούς (στην αιτιολογία του προβλήματος και στις αλλαγές που χρειάζονται για την καλύτερη θεραπεία) και ο ασθενής δε λαμβάνει ενεργό ρόλο στην αυτοϊαση του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1997).

Το δεύτερο μοντέλο- **βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο** αφορά τη νεότερη θεώρηση της υγείας που συνδέει τις ψυχολογικές γνώσεις στην εξέλιξη των διαταραχών στην υγεία. Αναπτύχθηκε από τους Engel και Romano το (1977) στο Πανεπιστήμιο του Rochester, της Νέας Υόρκης και βασίστηκε στην θεώρηση ότι ο άνθρωπος είναι ένα όλον. Σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση οι συμπεριφορές, οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι συνθήκες διαβίωσης μπορούν να επηρεάσουν τη φυσική κατάσταση ενός ατόμου. Παράλληλα, η υγεία ή η ασθένεια ενός ατόμου είναι το ορατό αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων διαφόρων παραγόντων που λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό του. Πρόκειται για μια ολιστική θεώρηση σε οργανικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο

ακόμα και σε οικολογικό πολλές φορές. Η σωματική, διανοητική και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, αλληλεπιδρούν και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία μεταξύ τους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1997).

1.1.2 Θεωρητική προσέγγιση του όρου «υγεία»

Σε μια προσπάθεια επίτευξης ομοφωνίας, ο όρος «υγεία» προσεγγίστηκε εννοιολογικά για πρώτη φορά από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1946 στη ιδρυτική του διακήρυξη ορίζοντας την υγεία ως *μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας*³. (*"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."*) (WHO4, 1946· Shimkin, 1946). Στη διάρκεια της ανθρώπινης ζωής και στους ποικίλους πολιτισμούς η έννοια της υγείας διέφερε, ωστόσο κοινός παρονομαστής όλων ήταν η ολιστική θεώρηση για την υγεία σαν ένα είδος αρμονίας (Σουρτζή, 1998).

Η υγεία ενός ατόμου και ενός πολιτισμού εξαρτάται 20% από βιολογικούς παράγοντες, 20-30% από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, 10-20% από τις υπηρεσίες υγείας και κατά 40-50% από την ανθρώπινη συμπεριφορά αναφέρουν οι Πράπα και Φακή (2008). Η παραπάνω ερμηνεία υποδηλώνει ότι η υγεία ενός πληθυσμού δεν χαρακτηρίζεται μόνο από τους δείκτες της αρνητικής υγείας (νοσηρότητα και θνησιμότητα) αλλά και από τους θετικούς δείκτες αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας από τα ίδια τα άτομα (Κυριόπουλος, Γκρέγκορν, & Οικονόμου, Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό, 2003). Ο 21^{ος} αιώνας με την αλματώδη εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας οδήγησε την επιστημονική κοινότητα στον επανακαθορισμό του δίπολου υγεία-αρρώστια και στην υιοθέτηση μιας διακλαδικής και διεπιστημονικής θεώρησης των θεμάτων που σχετίζονται με αυτές. Σε αυτό το πλαίσιο η πολυπαραμετρική αντιμετώπιση εισήγαγε και την οπτική των ψυχοκοινωνικών σχέσεων στην έννοια της υγείας από τον ΠΟΥ (Χατζηπουλίδης, 2004). Διαφαίνεται δηλαδή, η προσπάθεια να υπάρξει μια πιο σφαιρική προσέγγιση

³ WHO: World health Organization. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), είναι αυτόνομος διεθνής διακρατικός οργανισμός που αποτελεί εξειδικευμένη υπηρεσία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) και ασχολείται με τη διεθνή δημόσια υγεία. Ιδρύθηκε επίσημα το 1948 και εδρεύει στη Γενεύη.

της έννοιας της υγείας καθώς η παραδοσιακή αντίληψη έδινε έμφαση στην σωματική διάστασή της (ποιότητα σωματικής λειτουργίας, γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες), η οποία δεν αρκεί για να καλύψει την ερμηνεία της μιας και δεν αποτελεί μόνο βιολογικό φαινόμενο αλλά και κοινωνικό.

Παρ' όλα αυτά παρατηρείται ότι ο όρος «υγεία» εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό όρο (Πράπα & Φακή, 2008) γεγονός που αναδεικνύει και επαληθεύει τη πολυσυνθετότητα της έννοιας. Σύμφωνα με τον Τούντα (2000), υγεία είναι ένα σύστημα το οποίο αποτελείται από επιμέρους στοιχεία τα οποία (όλα μαζί) συνθέτουν το προϊόν του συστήματος δηλαδή την υγεία (ατομική ή όλου του πληθυσμού). Η ως άνω διαπίστωση βοηθά στον τρόπο εμπέδωσης της έννοιας, καθώς φαίνεται να απαλείφει μονοδιάστατες ερμηνείες ενός πολυδιάστατου όρου.

Συνεπώς εκτός του ζητήματος της ασθένειας και του θανάτου χρειάζεται να δοθεί έμφαση στο τρίπτυχο των τριών διαστάσεων: σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία, κυρίως δε να δοθεί έμφαση στον τρόπο που αυτές αλληλεπιδρούν, όπως αναφέρει ο Khushf (2007). Με τον ίδιο τρόπο προσεγγίζει την υγεία και ο Heggade (2000), ο οποίος οδηγείται στη διαπίστωση ότι η υγεία δεν περιλαμβάνει απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά ορίζεται, ως μια κατάσταση απόλυτης φυσικής, ψυχολογικής και πνευματικής ευρωστίας. *Αποτελεί τη θετική αντιμετώπιση απέναντι στη ζωή και την χαρούμενη αντιμετώπιση της ευθύνης που η ζωή υποχρεώνει τα άτομα.*

Οι Πράπα και Φακή (2008), τονίζουν πως η εξέλιξη της βιοϊατρικής και της μικροβιολογίας οδήγησε σε μια μονοδιάστατη ερμηνεία της υγείας στηριζόμενη στα εργαστηριακά ευρήματα με στόχο την θεραπεία. Η υγεία στην ιατροκεντρική προσέγγιση ταυτίστηκε με την απουσία αρρώστιας και το ανθρώπινο σώμα ως «μηχανή» (βασισμένη στον καρτσεσιανό διαχωρισμό σώματος και ψυχής και στη μηχανιστική θεώρηση του ανθρώπινου οργανισμού). Σύμφωνα με τον Τούντα (2000) η ιατροκεντρική προσέγγιση αφορά κυρίως τη σωματική διάσταση της υγείας αγνοώντας την ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης. Εκ των πραγμάτων η νοσοκομειακή ιατρική δεν ήταν από την φύση της δυνατό να αντιληφθεί τον ανθρώπινο οργανισμό ολιστικά ή να λάβει υπόψη της κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως γίνεται αντιληπτό όμως, η σωματική λειτουργία δύσκολα μπορεί να προσδιοριστεί ανεξάρτητα από το ευρύτερο περιβάλλον της είτε φυσικό είτε κοινωνικό (Πράπα & Φακή, 2008). Συνεπώς, η υγεία ταυτίστηκε με την φυσιολογική λειτουργία ενός οργανισμού όπως αυτή προκύπτει από τους επιδημιολογικούς δείκτες και τις

βιοστατιστικές μετρήσεις, ενώ η αρρώστια αποτελεί παρεκτροπή από τη φυσιολογική λειτουργία. Τα τρία ιατρικά κριτήρια του προσδιορισμού της αρρώστιας είναι *α) τα υποκειμενικά ενοχλήματα του αρρώστου, ο εντοπισμός μιας βλάβης και το σύνολο των συμπτωμάτων τα οποία συνιστούν μια αναγνωρίσιμη κλινική οντότητα* (Τούντας, 2000).

Η σύγχρονη ολιστική προσέγγιση διαμορφώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες και πρόκειται για ένα πέρασμα από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της αρρώστιας εξαιτίας της ανάγκης να ληφθούν υπόψη όχι μόνο τα φαινόμενα που σχετίζονται με την αρρώστια, αλλά και τα φαινόμενα που σχετίζονται με την θετική υγεία ενός ενιαίου συστήματος, άνοιξε τον δρόμο στον ολιστικό προσδιορισμό της υγείας και κατά συνέπεια αυτού που ονομάζεται βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Όπως αναφέρει ο Τούντας (2000) οι θεωρίες αυτές απορρέουν από τη Γενική Θεωρία Συστημάτων. Επομένως φεύγοντας από την «μηχανιστική θεώρηση» του ανθρώπινου οργανισμού λαμβάνονται υπόψη αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικο-οικονομικών που δρουν σε συνεχή αλληλεπίδραση.

Καταλήγοντας, η πολυπλοκότητα της προσέγγισης καταδεικνύει την αναγκαιότητα συνένωσης της προσπάθειας πολλών επιστημών και τη χρησιμότητα της πολυεπιστημονικής θεώρησης και της διεπιστημονικής συνεργασίας, το οποίο επαληθεύεται και από την ολοένα και αυξανόμενη συμμετοχή κλάδων όπως η κοινωνιολογία, η ψυχολογία, η στατιστική, η πληροφορική, η βιολογία και οι τεχνολογικές επιστήμες στον τομέα της έρευνας της υγείας αλλά και στις φάσεις του σχεδιασμού, της οργάνωσης, της ανάπτυξης και λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Χατζηπουλίδης, 2004).

1.1.3 Προσέγγιση του όρου «σύστημα υγείας»

Είναι σαφές, μετά την προηγηθείσα και εκτενή αναφορά στην έννοια της υγείας, ότι η δομή του συστήματος υγείας είναι αδύνατον να μην επηρεάζεται από τον τρόπο προσέγγισης του δίπολου υγεία-αρρώστια. Η διαπίστωση για διεπιστημονικότητα φαίνεται να αποτελεί αίτημα, όπως υποστηρίζει ο Χατζηπουλίδης (2004), για την κατεύθυνση της θεσμικής και οργανωτικής αναδιάρθρωσης του χώρου της υγείας.

Το κράτος πρόνοιας αποτελεί την βάση του ευρωπαϊκού κοινωνικού οικοδομήματος αλλά και το μεγαλύτερο επίτευγμα της Ευρώπης την μεταπολεμική

περίοδο. Κατά τον Λιαρόπουλο, Καϊτελίδου και Σίσκου (2006) η προάσπιση του κοινωνικού συμφέροντος και της κοινωνικής συναίνεσης και αλληλεγγύης, η προστασία του ατόμου από κινδύνους για τη ζωή του, την σωματική και συναισθηματική του ακεραιότητα, η προστασία της υγείας, η ασφάλιση του γήρατος, η προστασία από απρόβλεπτα γεγονότα και ατυχήματα, η πρόνοια και η προστασία απέναντι στον κίνδυνο και τις επιπτώσεις της ανεργίας είναι μερικοί από τους στόχους του κράτους πρόνοιας (Λιαρόπουλος, Καϊτελίδου, & Σίσκου, Τιμητικός τόμος Μαρίας Νεγρεπόντη-Δελιβάνη, 2006).

Η έννοια του συστήματος ευρύτερα αναφέρεται στο σύνολο των στοιχείων που βρίσκονται σε μεταξύ τους αλληλεπίδραση και η οποιαδήποτε αλλαγή σε κάποιο από αυτά να επιφέρει αλλαγή και στα υπόλοιπα (Βοζίκης, 2012). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το σύστημα υγείας ορίζεται ως *«οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας»*. Σε αυτές τις προσπάθειες συμπεριλαμβάνεται η πρόληψη, η αντιμετώπιση και διαχείριση της ασθένειας καθώς και η διατήρηση της πνευματικής και φυσικής ευεξίας των ατόμων. Αυτό σημαίνει ότι όπως και η υγεία αποδείχθηκε να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες έτσι και το σύστημα υγείας αποτελεί μια ευρύτερη έννοια από αυτήν της απλής ταύτισής του με την ιατρική περίθαλψη. Αναλυτικότερα, το σύστημα υγείας, όπως αναφέρουν οι Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης (2001), *«είναι το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση της προαγωγής της υγείας του πληθυσμού»* του πληθυσμού, όπως αναφέρει ο Πιερράκος (2008), *«που επηρεάζεται από την κοινωνικο-οικονομική και πολιτική δομή μιας χώρας, από την οικολογική υπάρχουσα ισορροπία, από το πολιτισμικό σύστημα που επικρατεί και φυσικά από το επιδημιολογικό πρότυπο και τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού»*.

Ένας ακόμη ορισμός που δίνεται από τον Σουλή στο Θεοδώρου, κ.ά. (2001), αναφέρεται στο *«το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας»*. Ο Roemer (1993), προχώρησε στον ορισμό κατά τον οποίο το σύστημα υγείας είναι ένας συνδυασμός πόρων, οργάνωσης και διοικητικής διαχείρισης που χρησιμοποιείται στην παροχή

υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό. Ο Murray και Frenk (2000) θέτουν τον συνδυασμό συνόλου ατόμων, θεσμών και πόρων που επιχειρούν υγειονομικές δράσεις, δράσεις με πρωταρχική πρόθεση τη βελτίωση της υγείας.

Ο Οικονόμου (2017) αναφέρεται στο σύστημα υγείας ως το σύνολο των ανθρώπινων, υλικών και χρηματικών πόρων, καθώς επίσης των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων που συνδέονται με τη χρηματοδότηση, ρύθμιση και επιτέλεση δραστηριοτήτων οι οποίες έχουν πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας. Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η ιατρική περίθαλψη είναι ένα υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας, το οποίο αφορά και τη πρόληψη και τη προαγωγή της υγείας, την υγειονομική ενημέρωση, τις υπηρεσίες στέγης, ύδρευσης και αποχέτευσης, την υγιεινή της κατοικίας και εργασίας. Το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό συστατικό της κοινωνικής πολιτικής, βοηθά στην παραγωγή του αγαθού «υγεία» το οποίο είναι απαραίτητο για την παραγωγή οποιουδήποτε άλλου αγαθού (Δικαίος, Πολιτική υγείας, 1999). Η υγεία είναι ένα δημόσιο αγαθό, δεν μπορεί να αποτελεί σε καμία περίπτωση ιδιωτικό (αγαθό) υποστηρίζει ο Arrow (1963) καθώς στην υγεία δεν πρέπει να πληρούνται αρχές ανταγωνισμού ούτε να θεωρείται εμπόρευμα. Αυτό διότι οι αρνητικές επιδράσεις της ασθένειας διαχέονται σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο και οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να διανέμονται με κριτήριο την ανάγκη και όχι το εισόδημα. Επιπλέον, η υγεία και η ασθένεια επιδρούν σε ολόκληρη την κοινωνία επηρεάζοντας την παραγωγή και την οικονομική ανάπτυξη. Επομένως η αναγκαιότητα της ανάληψης ευθύνης των υγειονομικών υπηρεσιών από το κράτος λειτουργεί ως καταπέλτης στην αντιμετώπιση φαινομένων αποκλεισμού των οικονομικά ασθενέστερων από τις υπηρεσίες υγείας αλλά και ως εμπόδιο μονοπωλιακών τάσεων στην αγορά.

1.1.4 Στόχοι των συστημάτων υγείας

Οι στόχοι των συστημάτων υγείας σύμφωνα με τον ΠΟΥ, είναι τρεις (3), όπως αναφέρει ο Οικονόμου (2012 & 2017):

- 1. Βελτίωση επιπέδου υγείας**
 - βελτίωση μέσου επιπέδου υγείας του πληθυσμού
 - ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού
- 2. Ανταπόκριση στις προσδοκίες των πολιτών**
 - βελτίωση μέσου επιπέδου ανταποκρισιμότητας του συστήματος

- ισότητα ανταποκρισιμότητας μεταξύ των πολιτών ανεξάρτητα από κοινωνικοοικονομικές διαφορές (ο σεβασμός και η αξιοπρεπής αντιμετώπιση των ασθενών από τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες της υγείας και η ικανοποίηση που αποκομίζουν ως χρήστες των υπηρεσιών αυτών (Murray & Frenk, 2000)

3. **Οικονομική προστασία έναντι του κόστους της ασθένειας**

- δικαιοσύνη στην κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους των υπηρεσιών υγείας

Τα 3 υποσυστήματα του συστήματος υγείας

Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα τα οποία βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση, Θεοδώρου, κ.ά, 2001· Λιαρόπουλος, κ.ά., 2006· Πιερράκος, 2008):

1. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξη του.
2. Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας.
3. Οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών.

Σύμφωνα με το υπουργείο υγείας και τον Σαρρής (2001):

Το **πρώτο** υποσύστημα αφορά την έρευνα και τις μετρήσεις της κατάστασης του γενικού πληθυσμού.

Το **δεύτερο** αφορά την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Αποτελείται από το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεπίδραση. Σκοπός αυτού του υποσυστήματος είναι η προστασία, η διατήρηση και προαγωγή της υγείας και υγιεινής του γενικού πληθυσμού. Το υποσύστημα αυτό επηρεάζεται από οικονομικό-τεχνικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την παραγωγική διαδικασία στην οικονομία. Η διάρθρωση αυτού του υποσυστήματος διακρίνεται από τις παρακάτω υποδομές:

1. Τις εισροές οι οποίες είναι η κτηριακή υποδομή, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο κεφάλαιο και οι οικονομικοί πόροι.
2. Τη διαδικασία, η οποία προσδιορίζεται ως τέτοια με την έννοια ότι ο ασθενής που προσέρχεται στο σύστημα προκαλεί μια παραγωγική

διαδικασία (λήψη ιστορικού, εργαστηριακός και κλινικός έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, και επανέλεγχος).

3. Τις εκροές οι οποίες είναι η διάρκεια νοσηλείας, οι εισαγωγές, οι εξετάσεις κλπ..
4. Τα αποτελέσματα τα οποία αφορούν το επίπεδο και την εξέλιξη των δεικτών της θνησιμότητας, νοσηρότητας κ.ά, βάσει των οποίων μετράται η βελτίωση και εξέλιξη του επιπέδου υγείας του γενικού πληθυσμού.

Το **τρίτο** αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών. Το υποσύστημα αυτό λαμβάνει υπόψιν του, πράγμα που υποχρεούται να κάνει ώστε να καταφέρει να λειτουργήσει όλο το σύστημα, τις παρακάτω παραμέτρους:

1. Σήμερα οι δαπάνες υγείας αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς και θέτουν σε πραγματικό κίνδυνο την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη όλων των χωρών του κόσμου.
2. Το αγαθό υγεία θεωρείται κοινωνικό αγαθό με καταναλωτικό και επενδυτικό χαρακτήρα, που ικανοποιεί άμεσα ανάγκες και επενδύει μεσοπρόθεσμα στην παραγωγική ανάπτυξη.
3. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αναπτύχθηκε σημαντικά και, μέσω των εισφορών, κάλυψε μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας. Η κοινωνική ασφάλιση είναι λύση στο πρόβλημα της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Απαιτεί όμως και την εύρυθμη λειτουργία των μηχανισμών είσπραξης εσόδων του κράτους, την καλή κατάσταση της Οικονομίας αλλά και την ομαλή διαδοχή των γεννήσεων με τους θανάτους και όχι υπογεννητικότητα.

Υπενθυμίζεται, όπως ειπώθηκε και παραπάνω, ότι τα τρία αυτά υποσυστήματα βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και ταυτόχρονα επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, την εξέλιξη της επιστήμης και τεχνολογίας, τη βελτίωση θεραπευτικών μεθόδων, την άνοδο του προσδόκιμου ζωής κ.ο.κ. Το ολοκληρωμένο σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας (Λιαρόπουλος, 2007).

1.1.5 Μορφές ενός συστήματος υγείας

Η προηγηθείσα ανάλυση στοχεύει στη διερεύνηση του συστήματος υγείας, στον τρόπο λειτουργίας αλλά και στην αλληλεπίδραση που ακολουθεί ως περιβάλλον, ώστε να κατανοηθεί σε μεγάλο βαθμό -αν όχι πλήρως- η δομή και η οργάνωσή του ως κομμάτι της δομής και της οργάνωσης μιας χώρας. Οι κύριες μορφές οργάνωσης των συστημάτων υγείας είναι τα εθνικά συστήματα υγείας. Ωστόσο, όπως αναφέρει ο Στεργίου (2005), η κάθε χώρα επιλέγει πώς το κράτος θα παρέμβει στην οργάνωση, χρηματοδότηση και στη διάθεση και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας βάσει της μορφής συστήματος υγείας που επιλέγει. Ο Οικονόμου (2017), αναφέρει ότι εντοπίζονται τέσσερα πρότυπα οργανωτικών μοντέλων για τα συστήματα υγείας α) Κοινωνική ασφάλιση (Bismarck), β) Εθνικό Σύστημα Υγείας (Beveridge), γ) Σοσιαλιστικό/Σοβιετικό Μοντέλο, δ) Μοντέλο ελεύθερης αγοράς/Φιλελεύθερο και αναλύονται ως εξής (Οικονόμου, 2017).

1.2 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Το υγειονομικό σύστημα της χώρας αναπτύχθηκε σταδιακά στο χρόνο χωρίς ιδιαίτερο σχεδιασμό και στοχοθεσία (Mossialos, Allin, & Davaki, 2005) και αδιαμφισβήτητα επηρεάστηκε από όλες τις κοινωνικές-οικονομικές-επιστημονικές εξελίξεις που συντελέστηκαν. Ο Λιαρόπουλος, κ.ά. (2006), αναφέρει ότι έως την εποχή της πτώσης της δικτατορίας το 1974 ήταν κατακερματισμένο και υποχρηματοδοτούμενο έχοντας ως επακόλουθο αφενός την ελλιπή (ποσοτικά και ποιοτικά) κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού και αφετέρου την έντονη ιδιωτικοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών (OECD, 1995). Μετά την πτώση της δικτατορίας το πολιτικό ενδιαφέρον στράφηκε σε θέματα κοινωνικής πολιτικής με ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα της υγείας όπου δόθηκε η δυνατότητα επαναπροσδιορισμού της (Liaropoulos, 1998). Οι προσπάθειες ανασυγκρότησης, οι οποίες ξεκίνησαν από το 1976 συνεχίστηκαν με το νομοσχέδιο Δοξιάδη το 1980, με σκοπό την καθολική και ισότιμη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών προς όλους τους πολίτες. Ιδεολογικός πυρήνας της μεταρρύθμισης αποτέλεσε η αρχή ότι η «υγεία είναι κοινωνικό αγαθό» (Λιαρόπουλος, κ.ά., 2006).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ιδρύθηκε στην Ελλάδα το 1983 βάσει του ν.1397/83 αποτελώντας την μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στο ελληνικό

υγειονομικό σύστημα στην χώρα (Αλεξιάδης, 2003· Κακαλέτσης, Ιωαννίδης, Σιγάλας, & Χατζητόλιος, 2013· Μανιού & Ιακωβίδου, 2009·) και την κορύφωση της προσπάθειας που ξεκίνησε το 1976 με την Έκθεση για την Υγεία του ΚΕΠΕ (Center for Planning and Economic Research, 1976), καθώς για πρώτη φορά άρχισε να δομείται ένα οργανωμένο σύστημα υγείας όπου κάθε πολίτης έχει σε αυτό πρόσβαση με ίσο τρόπο και δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δίχως διακρίσεις (Μανιού και Ιακωβίδου, 2009). Το άρθρο 1, του παραπάνω νόμου, αναφέρει ότι το κράτος είναι εκείνο που έχει την ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της Ελλάδας μέσω του συστήματος υγείας.

Οι βασικοί στόχοι του ν. 1397/83 ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, ένα ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών, η αναδιαμόρφωση των νοσοκομείων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως και ο διαχωρισμός του δημόσιου από τον ιδιωτικό τομέα υγείας, η αναγνώριση ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και η περίθαλψη εξασφαλίζεται για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική του θέση καθώς και η ενεργή συμμετοχή (του πολίτη)· στο σχεδιασμό και προγραμματισμό των πολιτικών υγείας (Γεωργακόπουλος, 2014· Κακαλέτσης, Ιωαννίδης, Σιγάλας, & Χατζητόλιος, 2013). *«Παρά τον αποκεντρωτικό χαρακτήρα του θεσμού του ΕΣΥ, όπως περιεγράφηκε στον νόμο και ενώ εκδόθηκε το ΠΔ 31/1986 επί υπουργίας Γεννηματά, σύμφωνα με το οποίο η χώρα διαιρούνταν σε εννέα (9) Υγειονομικές Περιφέρειες αυτό δεν εφαρμόστηκε ποτέ και το σύστημα υγείας λειτούργησε με έντονα συγκεντρωτικό χαρακτήρα χωρίς την εφαρμογή μιας εκ των βασικών αρχών του, αυτή της αποκέντρωσης»* (Αλεξιάδου, 2007· ΠΔ 31/1986).

Ένα επιπλέον σημαντικό έλλειμμα του ν.1397/1983, αναφέρει η Αλεξιάδου (2007), ήταν η μη παροχή πληροφοριών που θα αφορούσαν τις πηγές από τις οποίες θα χρηματοδοτούταν το Εθνικό Σύστημα Υγείας με αποτέλεσμα ακόμα και σήμερα την ύπαρξη ενός ιδιόμορφου τρόπου που χρηματοδότησης, που εμπεριέχει τρία μέρη:

- Ασφαλιστικά Ταμεία (πλέον Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας)
- Κράτος
- Ασθενείς - Καταναλωτές υπηρεσιών υγείας (Ιδιώτες)

Τα παραπάνω, αναφέρουν οι Μανιού και Ιακωβίδου (2009:388), θέτουν ζητήματα αναγκαιότητας συντονισμού μεταξύ τους και ιδιαίτερα μεταξύ του ΕΣΥ και του ασφαλιστικού συστήματος και της δημιουργίας ενός -λειτουργικά-

ολοκληρωμένου- και -λογικά- συνεκτικού συστήματος υγείας. Την παραπάνω ανάγκη έρχονται να εκπληρώσουν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ) τα οποία αποτελούν διοικητικές μονάδες για τον συντονισμό των δράσεων και πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009:388). Από την ίδρυσή του ΕΣΥ το 1983 προβλεπόταν και η ίδρυση Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ), τα οποία όμως δεν εφαρμόστηκαν. Εν συνεχεία, ιδρύθηκαν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ, ν.2889/2001), τα οποία στη συνέχεια μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ, ν.3106/2003) και εν τέλει σε Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ, ν.3329/2005), έπεται ο ν.3527/2007, ο οποίος οδήγησε σε περαιτέρω οπισθοδρόμηση καθώς οι Υγειονομικές Περιφέρειες από 17 μειώθηκαν στις 7 και ακολούθησε η μετάθεση των αρμοδιοτήτων τους στην τοπική αυτοδιοίκηση με το πρόγραμμα Καλλικράτης (ν.3852/2010). Εν κατακλείδι, από την ίδρυση του ΕΣΥ μέχρι σήμερα έχουν λάβει χώρα ποικίλες νομοθετικές πρωτοβουλίες (οι οποίες πολλές φορές ήταν αλληλοαναιρούμενες) αναφορικά με την περιφερειακή οργάνωση του. Γίνεται φανερό πως οι αλλαγές και οι παλινωδίες του νομοθετικού πλαισίου μαρτυρούν έλλειψη πρόθεσης της κεντρικής εξουσίας να προχωρήσει σε ουσιαστική αποκέντρωση (Κακαλέτσης, 2013).

1.2.1 Βασικά χαρακτηριστικά του ΕΣΥ

Το σύστημα υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι ένα μικτό σύστημα, δηλαδή κράτους και κοινωνικής ασφάλισης ταυτόχρονα, τύπου Beveridge και Bismark και ο Έλληνας πολίτης έχει δωρεάν δημόσια περίθαλψη με μικρή συμμετοχή. Επιπλέον το Ελληνικό σύστημα υγείας ενσωματώνει πολλά χαρακτηριστικά και του ιδιωτικού τομέα γεγονός που υποδηλώνει ανισότητες τόσο στην πρόσβαση όσο και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2007).

Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ γίνεται μέσω ενός μικτού συστήματος κατά το οποίο οι κύριοι πόροι είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση καθώς και οι ιδιωτικές πληρωμές (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεοδώρου, & Πολύζος, 1995). Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τους ασφαλιστικούς φορείς, οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτές αμείβονται με μισθό, ενώ στην περίπτωση των εργαζομένων στα Ασφαλιστικά Ταμεία, αυτοί πληρώνονται από το ίδιο το Ταμείο (Χλέτσος, 2015). Τα βασικά χαρακτηριστικά

του ΕΣΥ συνοψίζονται ως εξής κατά τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας (2007:111):

1. Μικτό σύστημα.
2. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση.
3. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα.
4. Οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε).
5. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας.
6. Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία
7. Οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία.
8. Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών.

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτα, 2007):

- Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- Έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- Περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος
- Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτα, 2007):

- Υψηλές δαπάνες υγείας
- Χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς
- Προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων
- Πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού

- Άτυπες πληρωμές,
- Προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών

Μια ακόμη οπτική που δίνεται από τον Liaporoulo (2001) ως προς τα μειονεκτήματα είναι εκείνη της αποδυνάμωσης της εμπιστοσύνης των πολιτών, καθώς όπως υποστηρίζει, το ΕΣΥ «*νοσεί και η εμπιστοσύνη των πολιτών έχει χαθεί*», τη συγκεκριμένη τοποθέτηση την αιτιολογεί με γνώμονα τη ποιότητα, τον σχεδιασμό, την αξιολόγηση και την αξιοκρατία ως έννοιες, οι οποίες «είναι άγνωστες στον τομέα της υγείας» και γι' αυτόν το λόγο προτείνει την άμεση παρέμβαση και γρήγορα αντανακλαστικά της πολιτείας με στόχο τον επανασχεδιασμό και την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ.

Βέβαια, όλα τα παραπάνω έρχεται να τα διαδεχτεί η οικονομική κρίση με τις ολέθριες συνέπειες στον κοινωνικό ιστό της χώρας. Το ήδη *εξασθενημένο* και *προβληματικό* -σε πολλά επίπεδα- ΕΣΥ βρέθηκε αντιμέτωπο με σοβαρά προβλήματα και αδυναμίες με ολοένα και αυξανόμενη την δυσαρέσκεια των πολιτών, εφόσον οι μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρο στον τομέα της υγείας υπονόμευσαν σημαντικά την ποιότητα παροχής υπηρεσιών.

1.2.2 Βασικές λειτουργίες της δημόσιας υγείας

Στην Ελλάδα η δημόσια υγεία ασκείται από την κεντρική και περιφερειακή διοίκηση, την αυτοδιοίκηση, τις μονάδες υγείας και κοινωνικής φροντίδας στη κοινότητα και στους χώρους ομαδικής διαβίωσης και εργασίας και σε κάθε χώρο κοινωνικής δραστηριότητας. Το βασικό όργανο άσκησης των δραστηριοτήτων για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα είναι του υπουργείου υγείας έχοντας ως στόχο την διατήρηση και προαγωγή της υγείας των πολιτών μέσω της πρόληψης, της διασφάλισης παροχών υψηλής ποιότητας τόσο ιατρικών, όσο φαρμακευτικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες σύμφωνα με τα σύγχρονα πρότυπα και κατευθύνσεις των ευρωπαϊκών οδηγιών και του ΠΟΥ. (ΦΕΚ 173/2014).

Η Ελληνική Νομοθεσία ορίζει ως Δημόσια Υγεία το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες με στόχο την πρόληψη νοσημάτων, την προαγωγή της υγείας, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού

(ΦΕΚ 197/2003· ΦΕΚ 176/2005). Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσιας υγείας συνίσταται στα ακόλουθα:

- Στη παρακολούθηση και εκτίμηση υγείας του πληθυσμού και των παραγόντων (βιολογικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικοοικονομικών) που την επηρεάζουν,
- Στη προστασία και προαγωγή της υγείας και την πρόληψη νοσημάτων,
- Στον έλεγχο και διαχείριση λοιμωδών νοσημάτων κι άλλων νοσημάτων υψηλού κινδύνου και επιπολασμού,
- Στη προάσπιση των αναγκών υγείας ευπαθών ομάδων του πληθυσμού,
- Στην αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων ή ειδικών συνθηκών από φυσικά ή άλλα αίτια,
- Στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων και παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία,
- Στην εκτίμηση της ποιότητας και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας και στην ανάπτυξη μέτρων βελτίωσής τους,
- Στην εκτίμηση των συνεπειών στη δημόσια υγεία από τα επιτεύγματα των επιστημών ιατρικής, βιολογίας και γενετικής, και
- Στην ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα, καθώς και η διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας

1.2.3 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης σε υγειονομικούς και ασθενείς

Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη της οικονομίας συρρικνώθηκε το 2008 υπό το βάρος της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, οι φτωχοί εργαζόμενοι το 2009 αυξήθηκαν και η ανεργία τον Αύγουστο του 2009 στην Ευρώπη, ήταν 9,6% από 7,6% τον Αύγουστο του 2008 (OECD, 2009). Σημειώνεται ότι η ελληνική κρίση έχει καταγραφεί ως μία από τις πιο έντονες και επίμονες παγκοσμίως, τόσο για τις συνέπειες όσο και για τη διάρκειά της (Gourinchas, Philippon, & Vayanos, 2016). Η αδυναμία της Ελλάδας να αντιμετωπίσει το δημοσιονομικό της έλλειμμα και το έλλειμμα τρεχουσών συναλλαγών την οδήγησε στην υιοθέτηση εθνικού σχεδίου, το οποίο περιελάμβανε τη χρηματοδότηση της χώρας από εξωτερικό μηχανισμό στήριξης, υπό την προϋπόθεση να υλοποιήσει μια σειρά μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής (European Commission, 2010). Τα αποτελέσματα μιας σειράς διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων

στον ευρύτερο δημόσιο τομέα και στον τομέα υγείας οδήγησαν στην, ολοένα και περισσότερη, υποχρηματοδότηση του συστήματος από δημόσιες πηγές (Σουλιώτης κ.ά., 2018). Οι επιπτώσεις, κατά τον Σουλιώτη κ.ά. (2018) εντοπίζονται σε δύο σημεία: α) στη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας και β) στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Όλες οι παραπάνω αστοχίες επιδείνωσαν την ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Το Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής έθετε ως αρχικό στόχο δημόσιας δαπάνης υγείας το 6% του ΑΕΠ (κατά μέγιστο), μειώνοντας έτσι τη συνολική χρηματοδότηση για την υγεία από τα 23 δις ευρώ το 2009, στα 14,4 δις ευρώ το 2015 και τη δημόσια δαπάνη υγείας αντίστοιχα από 16 δις ευρώ στα 8,7 δις ευρώ. Αξιοσημείωτη είναι και η μείωση στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η οποία από 5,1 δις το 2009 έφτασε στο 1,9 δις το 2006 (Groenewegen & Jurgutis, 2013). Ταυτόχρονα, οι κοινωνικές δαπάνες υγείας παρουσιάζουν μέση ετήσια μείωση -κατά τα πρώτα 6 χρόνια της κρίσης- της τάξης του 6,6% αυτό σημαίνει ότι μετατοπίζεται σημαντικό βάρος της δαπάνης για νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη στα νοικοκυριά (OECD, 2016).

Το δεύτερο σημείο αφορά την προσβασιμότητα στις παροχές υγείας. Από το 2008 έως το 2013 το ποσοστό ατόμων με χαμηλό εισόδημα που ανέφερε αδυναμία κάλυψης κάποιας ιατρικής ανάγκης διπλασιάστηκε (από 7% σε 13,9% αντίστοιχα) (Karaniolos & Kentikelenis, Health inequalities after austerity in Greece, 2016). Η οικονομική κρίση σε συνδυασμό με την μακροχρόνια ανεργία οδηγεί σε κοινωνικό αποκλεισμό, φτώχεια και ανισότητες τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο πρόωρης θνησιμότητας και υψηλής νοσηρότητας κυρίως ατόμων που ανήκουν σε μειονότητες (μετανάστες, πρόσφυγες, χρόνιοι πάσχοντες από ψυχικά ή/και σωματικά νοσήματα (Van Doorslaer, et al., 1997· Wilkinson, 1996). Γεγονός που αναδεικνύει τις δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία, οι οποίες κατανομούνται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση διότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλή θέση διατρέχουν 2 φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας (Gerdtham & Ruhm, χ.χ.· Ruhm, 2000).

Αξιοσημείωτη είναι η αναφορά στις ανισότητες πρόσβασης στις φροντίδες υγείας σε ηλικιωμένους, άτομα με χρόνια νοσήματα/παθήσεις, σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, σε ασθενείς με καρκίνο, σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών που πάσχουν από Ηπατίτιδα C, οι οποίοι σε έρευνες που έγιναν δήλωσαν ότι δεν κατάφεραν να χρησιμοποιήσουν κάποια υπηρεσία υγείας ενώ αντιμετώπιζαν κάποια ιατρική ανάγκη είτε λόγω οικονομικής δυσκολίας και χρόνου αναμονής είτε δεν

έλαβαν τη θεραπεία τους ή καθυστέρησαν να τη λάβουν (Souliotis, Agapidaki, & Parageorgiou, 2015· Zavras, Zavras, Kyriopoulos, & Kyriopoulos, 2016). Ταυτόχρονα, το ποσοστό της εκρηκτικά αυξανόμενης ανεργίας (άνω του 25% το 2015) σήμαινε ότι η απώλεια κάλυψης ήταν πολύ σημαντική και επηρέασε κατά προσέγγιση 2,5 εκατ. άτομα (ή σχεδόν το ένα τέταρτο του πληθυσμού), συμπεριλαμβανομένων των εξαρτημένων μελών των πρώην ασφαλισμένων.

Οι νομοθετικές απόπειρες για την αντιμετώπιση αυτού του κενού το 2013 και το 2014 αποδείχτηκαν ανεπιτυχείς, κυρίως λόγω διοικητικών εμποδίων. Η παραπάνω παραδοχή ώθησε στη θέσπιση νέας νομοθεσίας το 2016, η οποία πλέον καθιστά δικαίωμα όλων των Ελλήνων πολιτών την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και παρέχει ολοκληρωμένη κάλυψη όχι μόνο σε αυτούς αλλά και στους παράτυπους μετανάστες και πρόσφυγες (OECD, 2017). Κατά τους Πετρέλη και Δομάγερ (2016) ο ν.4368/2016 φαίνεται να διευθετεί την κάλυψη των ευπαθών ομάδων στο Π.Ε.Δ.Υ.,⁵ ωστόσο είναι ακόμη νωρίς για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, στα ιδρύματα παροχής υγειονομικής βοήθειας και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης δανειακών αναγκών. Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης, όπως είναι φανερό, δημιουργούν επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας, η οποία επιβαρύνει τις δημόσιες μονάδες υπηρεσιών λόγω της στροφής των χρηστών σε αυτές εξαιτίας της οικονομικής τους δυσχέρειας (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010). Παρατηρείται ότι ενώ η ζήτηση υπηρεσιών από δημόσιες δομές αυξήθηκε, η δημόσια χρηματοδότηση των νοσοκομείων μειώθηκε από τα 6,9 δις το 2009, στα 4 δις ευρώ το 2015 (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).

Συγχρόνως, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ/OECD (2016), η συνολική κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα είναι μειωμένη κατά 52,1% σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παράλληλα η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι μικρή και η δυσαρέσκεια των πολιτών εστιάζεται κυρίως στις υψηλές δαπάνες, στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας) (Björnberg, Garrofé, & Lindblad, 2009· Economou & Giorno, 2009).

⁵ Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας.

Την ίδια χρονική περίοδο με την έναρξη και διάρκεια της κρίσης, και λίγα χρόνια πριν άρχισε να ανθίζει στην Ελλάδα ο ιδιωτικός τομέας υγείας. Η αποσταθεροποίηση της οικονομίας, το υφεσιακό περιβάλλον και οι διάφορες μεταρρυθμίσεις για τον στόχο της δημοσιονομικής προσαρμογής οδήγησε, όπως προκύπτει από τον Κυριόπουλου (2010, 2013), σε μεγάλη μείωση του βιοτικού επιπέδου των πολιτών, αποασφάλιση του πληθυσμού, σημαντική επιδείνωση των δεικτών υγείας, εμπόδια στην πρόσβαση υγείας (κυρίως της πρωτοβάθμιας), όξυνση των ανισοτήτων. Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ αποτυπώνεται η καθολικότητα της κάλυψης στο 79% γεγονός που υποδηλώνει ότι η ιεράρχηση της ισότητας έχει παραμεληθεί στο βωμό των περικοπών (Economou, 2015· Kringos, Boerma, Hutchinson, & Saltman, 2015· OECD, 2015), αποδιάρθρωση του συστήματος υγείας και κατάλυση της κοινωνικής συνοχής.

Οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης αναδεικνύουν τις επιπτώσεις της τόσο στους πολίτες όσο και στο ίδιο το σύστημα και τους επαγγελματίες υγείας. Αυξήθηκαν οι ιδιωτικές δαπάνες ακόμη περισσότερο λόγω της συμμετοχής στο κόστος υπηρεσιών, *ιδιωτικοποιώντας* ακόμη περισσότερο το σύστημα στην Ελλάδα (ΕΛΣΤΑΤ⁶, 2015). Αναφορικά με την χρηματοδότηση τονίζεται ότι αυτό που χαρακτηρίζει διαχρονικά το ελληνικό σύστημα και που επιδεινώθηκε στην εμφάνιση της κρίσης είναι οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, ο μεγάλος αριθμός ιατρών και ο δυσανάλογα μικρός αριθμός γενικών ιατρών και νοσηλευτών οι οποίοι είναι ανισομερώς κατανομημένοι στη χώρα, οι υψηλές δημόσιες δαπάνες σε σχέση με τις αντοχές της οικονομίας (παρατηρούνταν πολύ πριν την κρίση) (Σουλιώτης, κ.ά., 2018).

Όπως γίνεται κατανοητό, η οικονομική κρίση οδηγεί στην αύξηση της φτώχειας, της ανεργίας και του άγχους. Η ψυχική υγεία των Ελλήνων διαφαίνεται να έχει χειροτερεύσει καθώς παρατηρείται αύξηση της τάξης του 120% στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσα σε μία τριετία (Anagnostopoulos & Soumaki, 2013· ΕΛΣΤΑΤ, 2014· Karanikolos, et al., 2013· Οικονόμου, et al., 2012). Παράλληλα, σύμφωνα με ευρήματα, πέρα από τον αρνητικό συσχετισμό της οικονομικής δυσχέρειας με την ψυχική υγεία, τα άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες διατρέχουν τριπλάσιο κίνδυνο -ανεξάρτητα από το εισόδημά τους- να εμφανίσουν

⁶ Ελληνική Στατιστική Αρχή.

κάποια σοβαρή ψυχολογική διαταραχή (Efthimiou, Argalia, Kaskaba, & Makri, 2013). Επίσης, σύμφωνα με την Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης με την ανεργία. Πρόκειται για παράγοντες που σχετίζονται με χειροτέρευση στην υγεία με τους δημόσιους και ιδιωτικούς προϋπολογισμούς να βρίσκονται κάτω από μεγάλη συρρίκνωση (Anagnostopoulou, et al., 2014). Ο δημόσιος τομέας της υγείας αποδυναμώνεται και υπολειτουργεί -μη μπορώντας πολλές φορές- να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού.

Κατά τους Anagnostopoulou, (2014) και Λιαρόπουλος, 2000 «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η πρόληψη είναι ανύπαρκτη καθώς τα κέντρα υγείας έγιναν κέντρα συνταγογράφησης φαρμάκων για τους ηλικιωμένους, η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία είναι «γερασμένα» και χρεοκοπημένα λόγω έλλειψης τεχνολογικού εξοπλισμού, υποδομών και κακής διαχείρισης και διοίκησης. Ταυτόχρονα η ιδιωτική ασφάλιση είναι πλέον πολυτέλεια λόγω της οικονομικής στενότητας, ενώ οι φορείς δημόσιας υγείας είναι ανεπαρκείς».

Όπως υποστηρίζει η Μπανούση (2014), το ΕΣΥ εμφανίζει σημαντικά προβλήματα σε όλα τα στάδια της διαδικασίας μετασχηματισμού των υγειονομικών πόρων έως τις τελικές εκβάσεις για τους χρήστες και τον γενικότερο πληθυσμό, οι βασικές δομές υστερούν σημαντικά, η οικονομική κρίση εντείνει τα παραπάνω και τα μέτρα περιστολής της υγειονομικής δαπάνης και ως εκ τούτου μείωσης των εισροών τα οποία συνοδεύουν τις δανειακές συμβάσεις επιδεινώνουν τα προβλήματα και κυρίως δεν είναι εφικτά στις παρούσες συνθήκες. Οι περικοπές που πραγματοποιήθηκαν οδήγησαν σε ελλείψεις στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (που ήδη δεν επαρκούσε) και κατά συνέπεια αυτό προκάλεσε την εργασία σε μεγάλες συνθήκες αντιξοότητας, ενώ στην τριτοβάθμια περίθαλψη τα εξειδικευμένα και ερευνητικά κέντρα είναι λιγοστά έως ανύπαρκτα.

Οι παραπάνω συνθήκες δε δημιουργούν πρόβλημα μόνο στη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αλλά παρατηρείται ένας φαύλος κύκλος αντιξοότητας, καθώς οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία οδηγούνται σε επαγγελματική εξουθένωση. Με βάση τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η μείωση της χρηματοδότησης δεν αφορά μόνο τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και τις περιορισμένες δυνατότητες στελέχωσης των σχετικών δομών. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Διοικητικής

Μεταρρύθμισης, από το 2010-2013 η μείωση των ιατρών του ΕΣΥ έφτασε το 35% με το συνολικό αριθμό έως το 2018 να ξεπερνά τις 18.000 (Σουλιώτης κ.ά., 2018).

Πλειάδα ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα δείχνουν ότι το επίπεδο της αυτοεκτιμώμενης υγείας του πληθυσμού επηρεάστηκε αρνητικά από την οικονομική κρίση και ειδικότερα το επίπεδο υγείας των ανέργων, ενώ αντίστοιχα, ορισμένοι δείκτες που αφορούν το δείκτη αυτοκτονίας, παιδικής θνησιμότητας δείχνουν επιδείνωση κατά την περίοδο της ύφεσης (Χλέτσος, 2015).

Καταλήγοντας, η οικονομική κρίση, σύμφωνα με τους Κυριόπουλο και Τσιάντου (2010), δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνον ως απειλή αλλά και ως μια ευκαιρία αναδιάρθρωσης και εξέλιξης των οικονομικών, κοινωνικών και υγειονομικών συστημάτων. Την ίδια αναγκαιότητα αναδεικνύει και η Μπανούση (2014) -ειδικά σε περιόδους κρίσεων- για έγκαιρες παρεμβάσεις με στόχο τη θωράκιση του πολύτιμου αγαθού της υγείας των πολιτών αλλά και την έμφαση στη προτεραιότητα μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας.

1.2.4 Ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας

Σε κάθε χώρα βασικός μοχλός ανάπτυξης (σε παγκόσμιο επίπεδο) θεωρείται η επένδυση στην υγεία. Η προώθηση της καλής υγείας κατοχυρώνει τη βελτίωση της παραγωγικότητας και ανταγωνιστικότητας. Μάλιστα, σε ευρωπαϊκό επίπεδο στόχος της στρατηγικής «Ευρώπη 2020» είναι η προώθησή της. Η διοίκηση των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους και σημαντικότερους τομείς οργάνωσης και διοίκησης του ελληνικού Κράτους (Κακαλέτσης, κ.ά., 2013). Η μετατόπιση από τον πατερναλισμό προς την αναγνώριση του δικαιώματος των ασθενών να ενημερώνονται με ευκρίνεια για θέματα της υγείας τους και να δραστηριοποιούνται στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων (Πολυκανδριώτη, 2011). Τις τελευταίες δεκαετίες αυξάνεται το ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των ασθενών, έτσι υιοθετούνται πρακτικές και μεταρρυθμίσεις προς αυτή την κατεύθυνση. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έναν αξιόπιστο και βασικό δείκτη της αποτελεσματικότητας της φροντίδας και της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Μάλιστα, σύμφωνα με τον French (2003), η ποιότητα υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση αναγκών των ασθενών αποτελούν δύο έννοιες αλληλένδετες. Η ποιότητα υπηρεσιών (service quality) είναι η μορφή και το είδος της υπηρεσίας που προσφέρεται σε έναν ασθενή και η αντίληψη που έχει ο ασθενής γι' αυτή την υπηρεσία. Αυτή μπορεί

να θεωρηθεί ως η «γενική αξιολόγηση της τελειότητας ή της ανωτερότητας μιας οντότητας, και ότι αυτή η κρίση ή αξιολόγηση είναι παρόμοια με την στάση και σχετίζεται με, αλλά δεν είναι ισοδύναμη, την ικανοποίηση [Μπορούμε] να δούμε την ποιότητα υπηρεσιών όπως την λαμβάνουν οι πελάτες από μια συναλλαγή» (Dedeke, 2003: 277-278) και στη προκειμένη περίπτωση η ποιότητα υπηρεσιών είναι αυτή που λαμβάνουν οι ασθενείς όταν νοσηλεύονται σε ένα νοσοκομείο (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011). Ο ΠΟΥ (WHO) 1993 όρισε ότι η υψηλή ποιότητα περίθαλψης στον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα σε μια νοσοκομειακή μονάδα πρέπει να διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά, υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού από το προσωπικό - ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό, αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων για την καλύτερη και περισσότερο αξιόπιστη παροχή φροντίδας υγείας, μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς είτε αυτές αφορούν την υγειονομική περίθαλψη, είτε στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, είτε στις χειρουργικές επεμβάσεις, ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη υγεία, φροντίδα υγείας και περίθαλψης, τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή μέσα από την εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων φροντίδας υγείας, αγωγής και προαγωγής υγείας.

Τα κριτήρια της αξιολόγησης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας, αναφέρει ο French, μπορούν να χαρακτηριστούν από αξιοπιστία και εγκυρότητα με την προϋπόθεση ότι συμπεριλαμβάνουν και τις απόψεις ασθενών. Το μοντέλο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, προσθέτει η Henry και οι συνεργάτες της (1993), περιλαμβάνει πέντε (5) διαστάσεις, καταλληλότητα θεραπείας, χρόνος νοσηλείας, δείκτης θνησιμότητας, κατάσταση υγείας, ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management - TQM) στοχεύει να επιτύχει σε ένα οργανισμό τα παραπάνω, μέσα από την μεγιστοποίηση της αξίας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τους ασθενείς, λαμβάνοντας υπόψη και επιδιώκοντας την συμμετοχή των εργαζομένων του υγειονομικού φορέα (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999). Ενώ, η διασφάλιση και διαχείριση ποιότητας, η οποία είναι το σύνολο των προγραμματισμένων και συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών για να εξασφαλισθεί ότι μια υγειονομική υπηρεσία πληροί συγκεκριμένες προδιαγραφές (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999), βασίζεται στις οχτώ (8) αρχές -προσαρμοσμένες στην υγεία- για τη διαχείριση ποιότητας όπως ορίζονται από το Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO) (ηγεσία, συμμετοχή προσωπικού,

διεργασιακή προσέγγιση, συστημική προσέγγιση, συνεχής βελτίωση, αποφάσεις βασισμένες σε δεδομένα, σχέσεις αλληλωφέλειας με τους προμηθευτές). Όπως επισημαίνουν και οι Wen και Gustafson (2004) Wen και Gustafson (2004) όταν οι ανάγκες των ασθενών αναγνωρίζονται και ικανοποιούνται τότε και η ποιότητα ζωής τους αναβαθμίζεται. Οι διαστάσεις τις ποιότητας που μετρά το πιο διαδεδομένο ερωτηματολόγιο SERVQUAL αφορά την **αξιοπιστία (Reliability)**, την **ανταπόκριση (Responsiveness)**, τη **διασφάλιση (Assurance)**, την **ενσυναίσθηση (Empathy)** και τα **απτά χαρακτηριστικά (Tangibles)** (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011). Ενώ αναφορικά με την ποιότητα υπηρεσιών υγείας (healthcare service quality) ο Donabedian (1988), επισημαίνει ότι υπάρχουν τρεις (3) διαστάσεις στην παροχή φροντίδας:

- **Το τεχνικό μέρος** (technical, science of medicine), το οποίο αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή.
- **Το διαπροσωπικό μέρος** (interpersonal, art of medicine): αναφέρεται στην ανθρώπινη/ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.
- **Η ξενοδοχειακή υποδομή** (amenities): αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις.

Οι μέθοδοι που υπάρχουν για τη βελτίωση της ποιότητας είναι αρκετές, έχουν κατά βάση γενική εφαρμογή σε διάφορες περιπτώσεις παραγωγής αγαθών ή παροχής υπηρεσιών, κάνοντας την κατάλληλη προσαρμογή στην επιμέρους περίπτωση. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ή τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας ακολουθούν κάποιους γενικά εφαρμόσιμους κανόνες, οι οποίοι προσαρμόζονται και έχουν ειδική εφαρμογή στον χώρο της υγείας και συγκεκριμένα σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα στοχεύοντας στην υλοποίηση προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας και της παροχής υψηλών υπηρεσιών υγείας (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011) μέσα από το σχεδιασμό και τους στόχους των συστημάτων υγείας προς αυτή την κατεύθυνση.

1.3 Υγειονομικός οργανισμός

1.3.1 Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

Οι Υπηρεσίες Υγείας, με τη μορφή των σύγχρονων συστημάτων υγείας, αποτελούν οργανωμένα σύνολα επιμέρους υπηρεσιών, με διαρκώς εξελισσόμενη μορφή, που συνεργάζονται προκειμένου να διασφαλιστεί η συνολική υγεία και ποιότητα του πληθυσμού (Ρόκα, 2013). Το σύνολο των υπηρεσιών με τις οποίες παρέχονται οι υγειονομικές φροντίδες καθώς και οι μηχανισμοί παραγωγής και διανομής αυτών των υπηρεσιών χαρακτηρίζονται ως υπηρεσίες υγείας ή υγειονομικές υπηρεσίες (Σιγάλας, 1999). Ο όρος «προσφορά υπηρεσιών υγείας», κατά τις Μανιού και Ιακωβίδου (2009), εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία κ.ά.).

Πιο συγκεκριμένα, η παροχή υπηρεσιών αφορά τις υγειονομικές παρεμβάσεις, στα άτομα και στην κοινότητα, που συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Ανδριώτη, και συν., 2010). Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: α) η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, β) η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, γ) το επιδημιολογικό πρότυπο και δ) η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη. Η διατήρηση και προαγωγή της υγείας των πολιτών διασφαλίζεται με την ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών (Μπιλανάκης & Γουρζής) οι οποίες εστιάζουν στην υψηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (1983), η υψηλής ποιότητας περίθαλψη προϋποθέτει υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού, αποτελεσματικότητα στην χρήση των πόρων, μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς, ικανοποίηση των χρηστών και θετική τελική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ατόμου.

Οι υπηρεσίες υγείας προκειμένου να λειτουργούν αποτελεσματικά, πρέπει να έχουν καλή οργάνωση. Σε όλα τα συστήματα υγείας, διακρίνονται δυο μορφές περίθαλψης και τρία επίπεδα οργάνωσης. Οι μορφές περίθαλψης είναι δύο: α) εξωνοσοκομειακή (περιλαμβάνει πρωτοβάθμιες υπηρεσίες), β) νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη (περιλαμβάνει το δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης) (Βολιτάκη, 2014). Με στόχο του κάθε συστήματος υπηρεσιών υγείας τη παροχή υπηρεσιών πετυχαίνοντας την μέγιστη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, με το ελάχιστο δυνατό κόστος, χωρίς κίνδυνο για τον ασθενή και με την μέγιστη δυνατή ποιότητα. Στα πλαίσια αυτά, η επιστημονική ιατρική πράξη

μετασχηματίζεται σε «Φροντίδα Υγείας» και ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο ασκείται, ταξινομείται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (Ρόκα, 2013). Αναλυτικότερα:

Η **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** (Π.Φ.Υ.), η οποία αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής μεταξύ του πολίτη και του συστήματος υγείας λειτουργώντας ως «φυλακός» (gatekeeper) ή «φίλτρο» των περιστατικών που προσέρχονται σε αυτά, πριν αυτά προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012), καθώς και αναπόσπαστο μέλος του συστήματος υγείας κάθε χώρας από την Διακήρυξη της Alma Ata το 1978 με στόχο την μεταβολή του προσανατολισμού των στόχων του υγειονομικού τομέα με επίκεντρο την Π.Φ.Υ., ως απόρροια της αλλαγής της πολιτικής υγείας του ΠΟΥ., για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Lawn, et al., 2008· Σουλιώτης, 2014· Walley, et al., 2008).

Με τον όρο Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδας (Κυριόπουλος, 1995). Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) είναι υπεύθυνο για την Π.Φ.Υ στην Ελλάδα, συντονιζόμενο από τις 7 Υ.Π.Ε. (Κακαλέτσης, Ιωαννίδης, Σιγάλας, & Χατζητόλιος, 2013· Athanasiadis, Kostoroulou, & Philalithis, 2015). Η Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών: α) την πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και β) την πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών ή πρωτοβάθμια περίθαλψη (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009). Η πρωτοβάθμια φροντίδα, τα τελευταία χρόνια, φαίνεται να αποτελεί προτεραιότητα της Δ.Ο.Π.⁷ (Διοίκηση Ολικής Ποιότητας), η οποία αποτελεί σημαντικό εργαλείο management στην προσπάθεια των μονάδων υγείας να ελέγξουν το κόστος, ενώ ταυτόχρονα φροντίζουν για την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας (Καρασούλος, 2014). Όλα τα παραπάνω αφορούν, κατά τους Sullivan και Decker (2009) Sullivan και Decker (2009), τις ραγδαίες εξελίξεις στην αγορά είτε από κρατικές επεμβάσεις είτε από τον ανταγωνισμό οι οποίες επέφεραν την συγχώνευση σε ολοκληρωμένα δίκτυα φροντίδας υγείας (intergrated health care networks). Σε αυτά τα δίκτυα ανήκουν νοσοκομεία και ιδιωτικά κέντρα, τα

⁷ Η καθολική συμμετοχή του προσωπικού μιας μονάδας (πχ. νοσοκομείο, επιχείρηση), μετονόμασε τη διοίκηση ποιότητας σε διοίκηση ολικής ποιότητας (Δ.Ο.Π.). Η διοίκηση ολικής ποιότητας είναι μια μορφή ηγεσίας η οποία στοχεύει στη συνεχή βελτίωση της ποσότητας ακολουθώντας τις προτιμήσεις του καταναλωτή. Πηγή: Μερκούρης, 2008.

οποία -όπως προαναφέρθηκε- στοχεύουν στη σωστή προαγωγή και διατήρηση της υγείας με ελεγχόμενο κόστος.

Οι κυριότερες αλλαγές που επιτευχθήκαν στην Π.Φ.Υ στα χρόνια της κρίσης είναι η νομοθετική παρέμβαση με τον ν.3918/2011, κατά την οποία συστάθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με την συγχώνευση των μεγαλύτερων ΟΚΑ⁸ της χώρας (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012), λειτουργώντας ως αγοραστής και πάροχος εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΦΕΚ Α' 31).

Με το ΦΕΚ 545/01.03.2012 εφαρμόστηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η συνταγογράφηση με βάση την δραστική ουσία και η προώθηση των γενόσημων φαρμάκων με τον ΕΟΠΥΥ να καλύπτει το φθηνότερο φάρμακο και τον ασθενή να πληρώνει την διαφορά αν επιλέξει άλλο.

Στο ΦΕΚ Β 3054/2012 συντάχθηκε ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχής Υπηρεσιών (Ε.Κ.Π.Υ.)⁹, ο οποίος καθορίζει την οργάνωση, χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών, καθώς και τις αποζημιώσεις των συμβαλλόμενων. Με τον ν.4052/2012 η οργάνωση των υγειονομικών περιφερειών άλλαξε όνομα ώστε να ταυτίζονται με τις 7 αποκεντρωμένες Διοικήσεις του προγράμματος Καλλικράτης (βλ. προηγούμενο κεφάλαιο).

Με τον ν.4338/2014 ιδρύθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.ΔΥ.) όπου οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. εντάσσονται στην ευθύνη της υγειονομικής περιφέρειας. Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου 4238/2014, οι υπηρεσίες ΠΦΥ σε δημόσιο επίπεδο παρέχονται μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας (ΔΥΠε) Με το ΦΕΚ 490 Β/01-04-2015 καταργήθηκε το εισιτήριο των 5 ευρώ από την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία. Με τον ν.4368/2016 επιτράπη η υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων και των προσφύγων στο Π.Ε.ΔΥ..

Με τον ν.4486/2017 γίνονται μεταρρυθμίσεις οι οποίες προσδιορίζουν τις υπηρεσίες της ΠΦΥ. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος που οργανώνεται, διοικείται και

⁸ Οργανισμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στη συγχώνευση που έγινε με την σύσταση του ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν σε αυτόν το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α., ο Ο.Α.Ε.Ε. και ο ΟΠΑΔ.

⁹ Στην απόφαση ΕΜΠ5 (ΦΕΚ 3054/2012) για την αναθεώρηση του ΕΚΠΥ, ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας έχει στόχο την ισότιμη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που έχει σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας. Πηγή: Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Τεύχος δεύτερο, αρ. φύλλου 3054, Νοέμβριος 2012. Απόφαση: Αρ. ΕΜΠ5.

λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) εντασσόμενο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Στο πρώτο επίπεδο Π.Φ.Υ. παρέχονται υπηρεσίες από:

1. τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.)-v.4486/2017
2. τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.)-v.1397/1983
3. τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι.)-v.2519/1997
4. τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι.)-v.2345/1995
5. τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι.)- π.δ. 266/1989

Κλείνοντας, η Π.Φ.Υ. παρέχεται από τα 300 πολυϊατρεία και μονάδες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα 193 Κέντρα Υγείας (αγροτικού τύπου), τα 1650 περιφερειακά αγροτικά ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., τους συμβαλλόμενους ιδιώτες ιατρούς (22000) και οδοντίατρους (13000), καθώς και τα 3527 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Η **δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας** (Δ.Φ.Υ.), αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από ιατρούς των βασικών ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο της περιοχής. Ως Δ.Φ.Υ. νοούνται όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες και πράξεις, που διενεργούνται εντός των τμημάτων των Νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας-αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας. Στη χώρα, οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται, σύμφωνα με τις Μανιού και Ιακωβίδου (2009), από **κρατικά νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.** στα οποία υπηρετούν γιατροί του Ε.Σ.Υ., **Πανεπιστημιακά**, στα οποία υπηρετούν πανεπιστημιακοί αλλά και γιατροί του Ε.Σ.Υ. και στα οποία ο πρόεδρος του νοσοκομείου, ο διευθυντής της ιατρικής υπηρεσίας, ο πρόεδρος του επιστημονικού συμβουλίου και οι διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων απαιτείται να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της ιατρικής σχολής, από τα **στρατιωτικά** νοσοκομεία, που υπάγονται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι γιατροί ως και πολίτες γιατροί με ειδικές συμβάσεις, από **ειδικού καθεστώτος** στο οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα και στα οποία υπηρετούν γιατροί με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου και τέλος από τα **ιδιωτικά θεραπευτήρια**.

Η **Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Τ.Φ.Υ.)** αντιμετωπίζει τα πολύπλοκα ή εξειδικευμένα προβλήματα υγείας και η περίθαλψη, παρέχεται από ιατρούς του περιφερειακού (πανεπιστημιακού) νοσοκομείου Ως Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν: α) στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών, στην προαγωγή της Ιατρικής έρευνας, στη μόνιμη δια βίου εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών Υγείας, στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας (Μανιού & Ιακωβίδου). *Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας* (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στόχος των υπηρεσιών υγείας στοχεύει στην πρόσβαση, σε αυτές, όλων των ανθρώπων ισότιμα προσφέροντας την μέγιστη δυνατή ποιότητα. Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας συνοψίζονται στην καταλληλότητα, την διαθεσιμότητα, τη συνέχεια, την αποτελεσματικότητα, τη δραστικότητα, την αποδοτικότητα, τον σεβασμό και τη φροντίδα και τέλος την ασφάλεια. Σύμφωνα με τον (Ovretveit, 2003):

1. Η καταλληλότητα αφορά τον βαθμό στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες των ασθενών.
2. Η διαθεσιμότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των ασθενών που εξυπηρετούνται.
3. Η συνέχεια αφορά τον συντονισμό φροντίδας για τους ασθενείς ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου.
4. Η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στον σωστό τρόπο παροχής της φροντίδας ε στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τους ασθενείς.
5. Η δραστικότητα αφορά την φροντίδα που χρησιμοποιείται και δείχνει να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.
6. Η αποδοτικότητα είναι η αναλογία των αποδόσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή φροντίδας.

7. Ο σεβασμός και η φροντίδα εμπεριέχει τον βαθμό στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό στις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του.
8. Κλείνοντας, η ασφάλεια αφορά τον βαθμό φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή την στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη.

1.3.2 Το νοσοκομείο ως οργανισμός

Οι ταχύτατες εξελίξεις (και) στον τομέα της υγείας με την έλευση της τεχνολογίας, τις μεταβαλλόμενες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες, τις συνεχείς μεταρρυθμίσεις στην υγεία, τον έντονο ανταγωνισμό, τις οικονομικές πιέσεις και την συνεχή απαίτηση για βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, οδηγούν στην υιοθέτηση στρατηγικών και μεθόδων για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας και αποτελεσματικότητας ενός υγειονομικού οργανισμού. Μιας βιωσιμότητας που λόγω των ασφυκτικών μεταβαλλόμενων συνθηκών πολλές φορές μετατρέπεται σε αγώνα για επιβίωση (Bellou, 2008). Πρόκειται για προκλήσεις και περιορισμούς σε μια παγκοσμιοποιημένη αγορά στην οποία οι μονάδες υγείας οφείλουν να εστιάσουν όχι μόνο στα οικονομικά κριτήρια για το μοντέλο διοίκησης, αλλά και στην μελέτη της συμπεριφοράς των ατόμων και των ομάδων που αποτελούν μέρος ενός οργανισμού υγείας. Ιδιαίτερα, αναφέρει η Γούλα (2014), οργανισμοί όπως το δημόσιο νοσοκομείο, το οποίο διαδραματίζει θεμελιακό ρόλο στη λειτουργία των κοινωνιών, καλείται να υπερβεί τις όποιες οργανωτικές και διοικητικές δυσλειτουργίες και να εξελιχθεί σε έναν οργανισμό μάθησης με κύριες συνιστώσες την ποιότητα και την ασφάλεια του ασθενή. Σημαντική διευκρίνηση για τον νοσοκομείο, ως οργανισμό, σε σχέση με άλλους οργανισμούς και επιχειρήσεις, τονίζουν οι Γούλα, Κέφης, Δημάκου, Πιερράκος και Σαρρής (2014), συνιστά η ύπαρξη του κοινωνικού σκοπού του νοσοκομείου απέναντι στους ασθενείς. Συνεπώς, γίνεται αντιληπτό ότι το νοσοκομείο δεν μπορεί να αναλυθεί ως μια οποιαδήποτε επιχείρηση, εφόσον δεν αποτελεί στόχο του μόνο η παραγωγή/προσφορά ενός προϊόντος/μιας υπηρεσίας, αλλά κυρίως η ικανοποίηση των πρωταρχικών αναγκών του ανθρώπου με την έννοια της συνέχισης της ζωής (Γούλα, Κέφης, Δημάκου, Πιερράκος, & Σαρρής, 2014).

Με τον όρο «οργανισμός» νοείται μια ομάδα ατόμων (δύο οι περισσότερων), οι οποίοι αφού τεθούν οι στόχοι εργάζονται για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού

(Πολύζος, Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας, 2014). Στη προσέγγιση των όρων διοίκηση και οργάνωση περιλαμβάνεται πάντα ο όρος οργανισμός, όπως υποστηρίζει ο Ζαβλανός (2002α, β), το management είναι μια κοινωνική διαδικασία διότι καθορίζεται από τις σχέσεις των ατόμων και διαδικασία γιατί αποτελείται από συγκεκριμένες τακτικές με μόνο σκοπό την επίτευξη των στόχων που έχουν οριστεί. Ο νοσοκομειακός οργανισμός θεωρείται ένα ανοικτό σύστημα με την έννοια ότι η ύπαρξή του είναι συνυφασμένη με την συνεχή αλληλεπίδραση αυτού με το περιβάλλον (Σούλης, 1999). Σύμφωνα με το άρθρο 6 του ν.2889/01, όλα τα νοσοκομεία των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Η έκδοση ή τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Διοικητικού Συμβουλίου του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας στην περιφέρεια του οποίου υπάγεται το νοσοκομείο. Οι παραπάνω κοινές υπουργικές αποφάσεις ακολουθούν υποχρεωτικά τα πλαίσια οργάνωσης που ορίζονται στο νόμο αυτόν, όπως συμπληρώνονται με το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων του άρθρου 4 του ν.1397/1983, όπως κάθε φορά ισχύει.

Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται επακριβώς (ν.2889/01), η νομική του μορφή, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, καθώς και τα εργαστήριά της, η διάρθρωση της νοσηλευτικής, διοικητικής- οικονομικής και τεχνικής-ξενοδοχειακής υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους, ο αριθμός και οι ειδικότητες του προσωπικού, η οργάνωση του νοσοκομειακού φαρμακείου. Όλες οι υπηρεσίες του νοσοκομείου είναι ιεραρχικά ισότιμες μεταξύ τους και συνεργάζονται αρμονικά για να επιτύχουν την υψηλή παροχή ποιότητας υγείας. Η καθεμιά από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου υπάγονται ιεραρχικά στο γενικό διευθυντή του νοσοκομείου. Κάθε μορφή οργάνωσης της εργασίας διαρθρώνεται από δύο διαφορετικές, αλλά αλληλοσυμπληρωμένες δομές, επισημαίνουν οι Σαρρής, Χρυσάκης και Σούλης (2003). Η πρώτη είναι η *τυπική δομή*, από τους κατέχοντες θέσεις υπευθύνων στην ιεραρχική δομή και η δεύτερη είναι η *άτυπη δομή*, η οποία αντανακλά τις επιθυμίες και προτιμήσεις των ατόμων-μελών.

Αναφορικά με την **διάρθρωση των υπηρεσιών**, κάθε νοσοκομείο (γενικό περιφερειακό και ειδικό), εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη, **απαρτίζεται από τις εξής υπηρεσίες (παράγραφος 6, άρθρου 4 του ν.4052/2012):**

- A) Ιατρική
- B) Νοσηλευτική
- Γ) Διοικητική- Οικονομική
- Δ) Τεχνική- Ξενοδοχειακή

1.4 Οργανωσιακή κουλτούρα

1.4.1 Κατανόηση του όρου «οργανωσιακή κουλτούρα»

Η οργανωσιακή κουλτούρα και νοοτροπία, παρατηρείται πως αποτελεί ένα από τα πιο δυναμικά στοιχεία που συνθέτουν το περιβάλλον ενός οργανισμού γεγονός το οποίο έχει στρέψει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας τις τελευταίες δεκαετίες στην μελέτη και εφαρμογή της. Η ερμηνεία της έχει προσεγγιστεί ποικιλοτρόπως και έχει διατυπωθεί πλήθος ορισμών για την πλαisiώσή της. Το κοινό στοιχείων όλων αυτών των ορισμών, όπως αναφέρουν οι Κουράκος και Καυκιά (2019), αφορά των συσχετισμό τους με τις πολλαπλές πτυχές των κοινών χαρακτηριστικών των ανθρώπων εντός του ίδιου οργανισμού. Τα κοινά χαρακτηριστικά, κατά τους Parmelli, et al. (2011), είναι οι πεποιθήσεις, οι αξίες, οι κανόνες συμπεριφοράς, οι ρουτίνες, η ενδυμασία, η γλώσσα, τα σύμβολα της θέσης και εξουσίας, των μύθων και των τελετών και οι τρόποι του συνήθους σεβασμού και της ανατροπής σε έναν οργανισμό, τα οποία όπως επισημαίνουν οι Seren και Baycal (2007) συνθέτουν την κουλτούρα του και υιοθετούνται ευρέως από το προσωπικό. Συνεπώς, οργανωσιακή κουλτούρα συμπληρώνουν οι Davies, Nuttley και Mannion (2000), είναι ο τρόπος με τον οποίο τα μέλη του αντιλαμβάνονται τον οργανισμό (τι είναι σωστό και τι λάθος) βάσει των κοινών αποδεκτών αξιών. Οι αξίες αυτές, υποστηρίζει ο Kotter και Heskett (1992) προκύπτουν ανεξάρτητα από το αν επιθυμούν να είναι μέλη ή όχι. Κατά συνέπεια, η οργανωσιακή κουλτούρα σύμφωνα με τους Deshpande και Webster (1989), βοηθά τα άτομα να καταλάβουν τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ένας οργανισμός γιατί παρέχει τους κανόνες συμπεριφοράς που είναι αποδεκτοί μέσα σε αυτόν.

Ο Pettigrew (1979) Σαναφέρει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα σύστημα από κοινές και συλλογικές αντιλήψεις που γίνονται αποδεκτές για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα από ένα σύνολο ατόμων. Αυτό το σύστημα των ορισμών, των πεποιθήσεων, των κανόνων και των ιδεών αποσαφηνίζει σε κάθε άτομο του οργανισμού τη θέση του μέσα σε αυτόν. Κατά τον Shein (1985), οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν εφευρεθεί, ανακαλυφθεί ή αναπτυχθεί από μια ομάδα του οργανισμού, στην προσπάθεια της να αντιμετωπίσει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης. Οι παραδοχές αυτές έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν, ώστε να θεωρούνται ότι ισχύουν και

επομένως μπορούν να διδαχθούν στα νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης, σχετικά με τα συγκεκριμένα προβλήματα.

Ο Huber (2001), προσεγγίζει από άλλη οπτική την έννοια της κουλτούρας διότι περιλαμβάνει σε αυτή τις προσδοκίες που γεννά στους εργαζόμενους ο ίδιος ο οργανισμός. Επομένως αναφέρεται στο *σύνολο των πεποιθήσεων αλλά και των προσδοκιών που είναι ευρέως διαδεδομένες και αποδεκτές στον εκάστοτε οργανισμό*. Ο Chu (2003), υποστηρίζει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα *δεν αντανακλά μόνο το ασυνείδητο από κοινού αίσθημα των εργαζομένων για το τι είναι καλό και κακό, επιθυμητό ή ανεπιθύμητο αλλά και το σύνολο αξιών, πεποιθήσεων και ενεργειών*, κατά αυτόν τον τρόπο, *η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί τον ρυθμιστή των λειτουργιών και ενεργειών στις οποίες προβαίνουν οι εργαζόμενοι*. Η οργανωσιακή κουλτούρα αναφέρει ο Μπουραντάς (2002), *θα μπορούσε να οριστεί ως, ένα σύστημα κοινών αξιών, πιστεύω, βασικών παραδοχών, σημασιών, άτυπων κανόνων, το οποίο ως κοινό νοητικό πλαίσιο αναφοράς συνδέει τους ανθρώπους προσδιορίζοντας το πώς να σκέφτονται και να συμπεριφέρονται, τι κάνουν, πώς το κάνουν, γιατί το κάνουν*. Ο Large (2007) στην προσπάθειά του να συνθέσει όλους τους ορισμούς της οργανωσιακής κουλτούρας, τους χαρακτήρισε αποδεκτούς και θεμιτούς καθώς ο κάθε ορισμός αποτελεί μια διαφορετική οπτική αντιμετώπισης του θέματος από τους ερευνητές. *Θέτει τον οργανισμό ως ένα παγόβουνο όπου το κάθε επίπεδο αποτελείται από διαφορετική σύνθεση. Στην κορυφή βρίσκονται οι στόχοι, η δομή, η τεχνολογία, οι ικανότητες και οι χρηματοοικονομικοί πόροι, ενώ στην επιφάνεια βρίσκονται τα δομικά στοιχεία της οργανωσιακής κουλτούρας (αξίες, πεποιθήσεις, πιστεύω, στάσεις, παραδοχές), όπως παρουσιάζεται στην (Κουλούρη, 2019:7).*

Γίνεται αντιληπτό ότι η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί τη προσωπικότητα του οργανισμού (δημόσιου ή ιδιωτικού) και εμπεριέχει μια δυναμική η οποία προσδίδει ζωντάνια σε αυτούς που καλούνται να την υπηρετήσουν, αφού ταυτόχρονα είναι αυτοί που την διαμορφώνουν, όπως ακριβώς η προσωπικότητα, εξηγεί η Γούλα (2013), καθοδηγεί και επηρεάζει τη συμπεριφορά του ατόμου, με τον ίδιο τρόπο η κουλτούρα επηρεάζει τη συμπεριφορά των μελών ενός οργανισμού. Για τον ίδιο λόγο ανάλογα με τους ανθρώπους που αποτελούν κάθε φορά τον οργανισμό η κουλτούρα αλλάζει και μεταβάλλεται ανάλογα με τις μεταβολές του περιβάλλοντος γεγονός που αιτιολογεί την δυσκολία προσέγγισης της έννοιας οργανωσιακή κουλτούρα.

Η σημασία της κουλτούρας σε έναν οργανισμό υγείας είναι φανερό ότι διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην επιτυχία του. Οι λόγοι για τους οποίους ισχύει η παραπάνω διαπίστωση είναι το γεγονός ότι πολλές έρευνες, έχουν συνδέσει την οργανωσιακή κουλτούρα με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού. Μια ισχυρή εσωτερική κουλτούρα συνδέεται θετικά με τις δύο αυτές οργανωτικές παραμέτρους (Lim, 1995· Gregory et al., 2009). Έχει βρεθεί ότι η ύπαρξη μιας σαφώς καθορισμένης, σταθερής και διοικητικά υποστηριζόμενης κουλτούρας σε ένα οργανισμό, ενισχύει και καθοδηγεί τη συμπεριφορά των μελών της. Για παράδειγμα, εάν ένα νοσοκομείο αποτυπώσει στην κουλτούρα του ως ύψιστη προτεραιότητα την ασφάλεια των ασθενών, τα μέλη του θα υιοθετήσουν αυτή τη συμπεριφορά και θα κατευθύνουν αναλόγως τις ενέργειές τους. Επίσης, η κουλτούρα ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας, επιδρά και στην οικονομική λειτουργία του, γιατί επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η διαχείριση των διαφόρων πόρων του, ανθρώπινων και μη, αλλά και τον τρόπο που εξυπηρετούνται οι ασθενείς\ πελάτες του (Παπαγεωργίου & Χονδροκούκης, 2010).

Ακόμη, έρευνες συμφωνούν στην ύπαρξη σχέσης μεταξύ της κουλτούρας ενός οργανισμού με την υψηλή δέσμευση και αφοσίωση του προσωπικού του και την εργασιακή ικανοποίηση που λαμβάνουν από αυτόν (Lok & Grawford, 1999). Επιπρόσθετα, έχει λεχθεί ότι, η οργανωσιακή κουλτούρα επιδρά και σε ατομικό επίπεδο πέρα από το οργανωτικό και ότι το κάθε μέλος ενός οργανισμού είναι φορέας κουλτούρας που έχει υιοθετήσει από το εξωτερικό του περιβάλλον. Μια σύγκριση μεταξύ των αρχών και των αξιών των εργαζομένων με τις αντίστοιχες του οργανισμού, βοηθάει στην αναγνώριση τυχόν χάσματος και στον επαναπροσδιορισμό της φιλοσοφίας και των δύο πλευρών, εάν κριθεί απαραίτητο (Johnson & Omachonu, 1995).

Τέλος, ο κάθε οργανισμός έχει τη δική του κουλτούρα και μέσω αυτής διαμορφώνει τη δική του μοναδική ταυτότητα. Αυτή αποτελεί και την πηγή ανάπτυξης ενός ισχυρού ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος, που θα βοηθήσει τον οργανισμό να κυριαρχήσει στην αγορά υγείας και να εξασφαλίσει την επιβίωση του (Rondeau & Wagar, 1999). Ταυτόχρονα, έρευνες σχετικές με την οργανωσιακή κουλτούρα και τις διαστάσεις που επηρεάζει στις μονάδες **παροχής υγειονομικής περίθαλψης** απέδειξαν σύμφωνα με την Γούλα (2013) ότι η κουλτούρα επηρεάζει την οργανωσιακή λειτουργία και αποδοτικότητα, την διασφάλιση της ποιότητας, την ποιότητα φροντίδας

ασθενών, την αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση των εργαζομένων και τέλος την ικανοποίηση των ασθενών.

1.4.2 Η οργανωσιακή κουλτούρα στους οργανισμούς υγείας

Η εφαρμογή της οργανωσιακής κουλτούρας στους οργανισμούς υγείας και κοινωνικής φροντίδας μπορεί να λάβει πολλές νοηματοδοτήσεις (Κουράκος & Καυκιά, 2019) και η υιοθέτησή της από τους εργαζόμενους του οργανισμού έχει αναγνωριστεί ως κυρίαρχος παράγοντας επιρροής της απόδοσης του ίδιου του οργανισμού και κατά συνέπεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η κουλτούρα λειτουργεί σε όλα τα επίπεδα των υπηρεσιών υγείας και έχει σημαντική επίπτωση τόσο στη παρεχόμενη όσο και στη σχετιζόμενη με αυτή διαδικασία λήψης αποφάσεων (Κουράκος & Καυκιά, 2019). Για παράδειγμα, *οι αλληλεπιδράσεις επαγγελματία υγείας ασθενούς και η αποτελεσματική παροχή ολοκληρωμένης, αλλά και εξατομικευμένης υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζονται από το κοινωνικο-πολιτιστικό και θρησκευτικό υπόβαθρο αυτών και από τους ποικίλους προσδιοριστές της υγείας των ασθενών* (Malloy, et al., 2009). Εξαιτίας του γεγονότος ότι οι υπηρεσίες υγείας και τα νοσηλευτικά ιδρύματα αποτελούν έναν ιδιαίτερο οργανωσιακό περιβάλλον, το οποίο συμβάλει στην επαγγελματική εξουθένωση και την ποιότητα της φροντίδας, η οργανωσιακή κουλτούρα, όπως αποδείχτηκε από έρευνες, επιδρά ενισχύοντας και καθοδηγώντας την συμπεριφορά των μελών της (Montgomery, Panagoroulou, Kehoe, & Valkanos, 2011).

Η σύνδεση της οργανωσιακής κουλτούρας, αναφέρει η Κουλούρη (2019), με στοιχεία που συμβάλλουν στην ποιότητα των υπηρεσιών, όπως είναι η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και την ασφάλεια του ασθενούς, τη διάθεση των μελών για βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού, την ικανοποίηση από την εργασία καθώς και την ικανοποίηση των μελών από τη κάλυψη των υλικών και των κοινωνικών αναγκών τους (Boan & Funderburk, 2003), έχει προσελκύσει την αυξανόμενη προσοχή μεταξύ των ερευνητών, προκειμένου να καθοριστεί η σχέση της με την απόδοση, την ικανοποίηση και την ποιότητα της φροντίδας (Davies et al., 2000· Shortell, et al., 2000). Επιπλέον, *ο προσδιορισμός και η διαχείριση της οργανωσιακής κουλτούρας στο χώρο της υγείας έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της αναδιαμόρφωσής του* (Scott, Mannion, Marshall, & Davies, 2003).

Κατά τον Kilmann (2011) η κουλτούρα διαμορφώνεται σχετικά γρήγορα, σύμφωνα με την αποστολή, τις ρυθμίσεις και τις απαιτήσεις του οργανισμού και έχει τρία χαρακτηριστικά όπως παρατίθεται στον Μπουραντά (2002): 1. τη *διεύθυνση*, που δείχνει τον δρόμο που ακολουθεί μια επιχείρηση υπό την επίδραση της κουλτούρας και τις αποφάσεις που θα πρέπει να λάβει, 2. την *έκταση*, που δείχνει πόσο είναι διαδεδομένη η κουλτούρα, πόσοι την έχουν αφομοιώσει και την ύπαρξη ή όχι της ενιαίας άποψης της κατάστασης και τις κοινές αξίες μέσα στην επιχείρηση, και, 3. την *ένταση*, που αποτελεί την πίεση που ασκεί η κουλτούρα στα μέλη της επιχείρησης.

Για να γίνει όμως κατανοητή η δομή των οργανισμών είτε ιδιωτικού είτε δημόσιου τομέα έχουν προταθεί τέσσερα είδη κουλτούρας, καθένα από τα οποία έχει συσχετιστεί με τους διάφορους τύπους διοίκησης. Όπως τονίζει, ο Handy (1993), πρόκειται για θεωρητικές προσεγγίσεις στην πραγματικότητα καθώς οι οργανισμοί συνδυάζουν χαρακτηριστικά από περισσότερες κατηγορίες (κουλτούρες και υπο-κουλτούρες).

1.4.3 Το μοντέλο ανταγωνιστικών αξιών

Το μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας των Cameron & Quinn

Το μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας που δημιούργησαν οι Quinn και Cameron είναι το αποτέλεσμα της μακροχρόνιας και προγενέστερης έρευνας του Cambell και των συνεργατών του ήδη από το 1974. Η έρευνά του αφορούσε την εύρεση παραγόντων που καθιστούν έναν οργανισμό αποτελεσματικό. Το αποτέλεσμα αυτής της έρευνας οδήγησε στην ανάπτυξη 39 δεικτών οι οποίοι κρίθηκαν ικανοί να χρησιμοποιηθούν στην μέτρηση αλλά και στην εκτίμηση της οργανωσιακής αποτελεσματικότητας. Ακολούθησαν 9 χρόνια μετά το 1983 οι Quinn και Rohrbaugh, οι οποίοι μελέτησαν τους 39 αυτούς δείκτες μέσω της στατιστικής τους ανάλυσης και προσπάθησαν να τους ομαδοποιήσουν σε αντιπροσωπευτικά δείγματα του συνόλου. Τα ευρήματα της ανάλυσής τους ουσιαστικά έθεσαν τη θεωρητική βάση για τη δημιουργία του *ποσοτικού μοντέλου*. Από τους 39 δείκτες προέκυψαν δύο βασικές διαστάσεις, οι οποίες τους κατηγοριοποιούσαν σε τέσσερις ομάδες. Οι Cameron και Quinn (2006) ονόμασαν το θεωρητικό μοντέλο στο οποίο βασίζεται το ερωτηματολόγιο που κατασκεύασαν «*πλαίσιο ανταγωνιστικών αξιών*» και αυτό το

πλαίσιο συνίσταται στις δύο θεμελιώδεις διαστάσεις που προέκυψαν από την ομαδοποίηση των 39 δεικτών.

Η πρώτη διάσταση του μοντέλου **ευελιξία-έλεγχος**, διαφοροποιεί τα κριτήρια αποτελεσματικότητας ενός οργανισμού σε αυτά που δίνουν έμφαση στην ευελιξία και σε αυτά που δίνουν έμφαση στον έλεγχο και τους κανονισμούς. Στον προσανατολισμό της ευελιξίας υπάρχουν άτυπες σχέσεις, ομαδική δέσμευση των μελών, ελευθερία πρωτοβουλιών, ευκαμψία καθώς και προσαρμοστικότητα. Όταν το κριτήριο είναι ο έλεγχος, οι οργανισμοί χαρακτηρίζονται από σταθερότητα, εφαρμογή κανόνων και διαδικασιών, μέτρηση αποτελεσμάτων και μηχανισμών ελέγχου.

Η δεύτερη διάσταση του μοντέλου είναι ο **εσωτερικός-εξωτερικός προσανατολισμός**, ο οποίος διαφοροποιεί τα κριτήρια αποτελεσματικότητας σε αυτά που δίνουν έμφαση στην εσωστρέφεια, ολοκλήρωση και ενότητα, συνδεδεμένη άμεσα με τις δομές, το κλίμα και το ανθρώπινο δυναμικό, και σε αυτά που δίνουν έμφαση στην εξωστρέφεια, τη διαφοροποίηση και την ανταγωνιστικότητα, και συνδέονται με στοιχεία της αγοράς, του ανταγωνισμού και της καινοτομίας.

Ο συνδυασμός και των δύο αυτών διαστάσεων (ευελιξία-έλεγχος και εσωτερικός-εξωτερικός προσανατολισμός) δημιουργεί τέσσερα τεταρτημόρια, τα οποία αντιστοιχούν σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους οργανωτικής κουλτούρας με αντίθετους προσανατολισμούς, παραδοχές, πρακτικές και αξίες. Το κάθε τεταρτημόριο περιέχει κριτήρια που καθορίζουν τον οργανισμό αποτελεσματικό, όπως δείχνει και το ακόλουθο σχήμα.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τον (Cameron, 2004) παρουσιάζει τον τρόπο με τον οποίο διαγράφονται οι δύο θεμελιώδεις διαστάσεις οι οποίες απεικονίζονται στον οριζόντιο και στον κάθετο άξονα, καθώς επίσης και τα τεταρτημόρια που αυτές σχηματίζουν. Όπως γίνεται αντιληπτό από το σχήμα, κάθε τεταρτημόριο αντιπροσωπεύει αντίθετα ή ανταγωνιστικά μεταξύ τους κριτήρια. Ευελιξία έναντι σταθερότητας, εσωτερικός προσανατολισμός έναντι εξωτερικού προσανατολισμού, ενώ σχέσεις αντίθεσης σχηματίζονται και στα κριτήρια που βρίσκονται στα διαγώνια τεταρτημόρια (Cameron, 2004).

Τύπος Α: Κουλτούρα της οικειότητας (clan culture)

Τύπος Β: Κουλτούρα της καινοτομίας (adhocracy culture)

Τύπος Γ: Κουλτούρα της Αγοράς (market culture και

Τύπος Δ:) Κουλτούρα της Ιεραρχίας (hierarchy culture)

Με κάθε έναν από τους παραπάνω τύπους είναι συνδεδεμένες έξι διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας:

1. Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά
2. Οργανωτική διοίκηση (leadership)
3. Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού
4. Ο συνδετικός ιστός
5. Ο στρατηγικός προσανατολισμός
6. Τα κριτήρια επιτυχίας.

Οι προαναφερθείσες διαστάσεις παρέχουν μια αναλυτικότερη άποψη των συμπεριφορών που ενδέχεται να προκύψουν κάτω από κάθε οργανωσιακό τύπο κουλτούρας.

Για τις ανάγκες τις παρούσας εργασίας αναφέρονται τα τέσσερα (4) μοντέλα/τύποι οργανωσιακής κουλτούρας βάσει του μοντέλου των ανταγωνιστικών αξιών του Cameron και Quinn (1999), τα οποία συνοψίζονται ως εξής (Γούλα, 2013:80):

1. Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων-Οικειότητας (clan culture)
2. Ιεραρχικό - Γραφειοκρατικό Μοντέλο (hierarchy culture)
3. Μοντέλο Στόχων-Αποδοτικότητας- Καινοτομία (adhocracy culture)
4. Μοντέλων Ανοικτού Συστήματος- Αγοράς (market culture)

Η Κουλτούρα της οικειότητας (Clan Culture): Μοντέλο των Ανθρωπίνων Πόρων, χαρακτηρίζεται ως κουλτούρα της οικειότητας διότι παρουσιάζει ομοιότητα με μια οργάνωση οικογενειακού τύπου. Αυτού του είδους η κουλτούρα αντιπροσωπεύει οργανισμούς οι οποίοι δρουν και αναπτύσσονται μέσα σε ένα ανθρωποκεντρικό περιβάλλον όπου τα μέλη μοιράζονται κοινούς στόχους και αξίες. Οι οργανισμοί αυτοί παρουσιάζουν έναν ενδοεπιχειρησιακό προσανατολισμό με έντονη όμως ευελιξία. Βασικές αρχές της φιλοσοφίας αυτών των οργανισμών είναι η ανάπτυξη ενός περιβάλλοντος όπου επικρατεί η ομαδική εργασία, η συνεργασία και η εξέλιξη των εργαζομένων. Τα μέλη αναπτύσσουν ισχυρές διαπροσωπικές σχέσεις και βλέπουν τον οργανισμό σαν μια μεγάλη οικογένεια. Οι ηγέτες παράλληλα δεν λαμβάνουν μορφή ηγέτη αλλά περισσότερο μέντορα και καθοδηγητή της ομάδας. Ταυτόχρονα δεν μένουν στάσιμοι αλλά παρακολουθούν τις αλλαγές που συντελούνται

στο εξωτερικό περιβάλλον και προσπαθούν να τις αφομοιώσουν με στόχο την εσωτερική βελτίωση και απόδοση του οργανισμού. Ο συνδεδετικός ιστός που κρατά ενωμένο τον οργανισμό είναι η έντονη αφοσίωση των μελών του τόσο στις αξίες και στους στόχους που θέτει ο εκάστοτε οργανισμός όσο και στη διατήρηση των ισχυουσών παραδόσεων. Η αποτελεσματικότητα, σύμφωνα με τους Quinn και Rohrbaugh (1983), εκφράζεται με κριτήρια εσωτερικής συνοχής, ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, υψηλή αφοσίωση και συνεισφορά των μελών του στην ευημερία του οργανισμού.

Η Κουλτούρα της Ιεραρχίας (*Hierarchy Culture*): *Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο-Bureaucratic*, αντιπροσωπεύει τους οργανισμούς με χαρακτηριστικά ιεραρχίας. Οι αρχές που διέπουν αυτό τον τύπο κουλτούρας διαφέρουν από τον πρώτο τύπο κουλτούρας που αναλύθηκε προηγουμένως. Πίσω από την κυριαρχία της συγκεκριμένης κουλτούρας υπάρχει ένα οργανωτικό περιβάλλον, το οποίο στηρίζει τη λειτουργία του στην σταθερότητα, την ομαλή διεκπεραίωση των στόχων και την αξιόπιστη και προβλέψιμη παραγωγή. Οι οργανισμοί ή επιχειρήσεις με τον συγκεκριμένο τύπο κουλτούρας υιοθετούν ένα έντονα ενδοεπιχειρησιακό προσανατολισμό με έμφαση στον αυστηρό έλεγχο και δομή. Το εργασιακό περιβάλλον αυτών των επιχειρήσεων είναι τυποποιημένο, ενώ η ύπαρξη επίσημων κανόνων αλλά και διαδικασιών θεωρείται δομικό συστατικό και καθορίζουν το τρόπο λειτουργίας των μελών του. Αυτός είναι και ο κύριος συνδεδετικός ιστός τους. Οι ηγέτες κατέχουν γνώρισμα καλού συντονιστή και διαχειριστή καταστάσεων, φροντίζουν για την ομαλή λειτουργία του οργανισμού και οποιαδήποτε απόφαση παρθεί λαμβάνεται με γνώμονα τη μέγιστη αποδοτικότητα της οργάνωσης. Μακροχρόνιος στόχος των οργανισμών/επιχειρήσεων με κουλτούρα της ιεραρχίας αποτελεί η επίτευξη υψηλής αποτελεσματικότητας με ταυτόχρονη όμως διατήρηση της σταθερότητας, της προβλεπτικότητας και της εξάλειψης ρίσκων (Cameron & Quinn, 2011).

Η Κουλτούρα της Καινοτομίας (*Adhocracy Culture*): Μοντέλο Ανοιχτού Συστήματος-Entrepreneurial ονομάζεται και «αναπτυξιακό μοντέλο» (developmental). Περιλαμβάνει όλα εκείνα τα στοιχεία που οδηγούν έναν οργανισμό στη δημιουργικότητα και στη πρωτοπορία. Οργανισμοί αυτού του τύπου κουλτούρας αναζητούν νέες πηγές που θα τους οδηγήσουν στην παραγωγή καινοτόμων προϊόντων και υπηρεσιών, στην εύρεση ευκαιριών επέκτασης και εξωτερικής υποστήριξης. Εξαιτίας αυτών των λόγων οι οργανισμοί παρουσιάζουν έντονη ευελιξία και

προσαρμοστικότητα στις εξωτερικές μεταβολές. Η αποτελεσματικότητα εκφράζεται με όρους όπως η πρόβλεψη των επερχόμενων αλλαγών και εκμετάλλευσής τους με στόχο την καινοτομία. Το ανθρώπινο δυναμικό ενθαρρύνεται και του παρέχονται ελευθερίες να δημιουργήσει και να αναπτύξει τις ιδέες, οι οποίες θα οδηγήσουν στην επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο οργανισμός καθώς και στην εύρεση νέων και πιο αποτελεσματικών τρόπων παροχής υπηρεσιών προς τους πελάτες. Αυτό βέβαια συνεπάγεται και ανάληψη μεγαλύτερων ευθυνών. Συνεπώς, τα άτομα αφενός πρέπει να είναι δημιουργικά και παραγωγικά, ικανά να ρισκάρουν και αφετέρου έτοιμα να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες των πράξεών τους. Τέλος, οι ηγέτες αυτών των οργανισμών είναι άτομα με δυναμικό χαρακτήρα και ισχυρό όραμα και δεν διστάζουν να υλοποιήσουν τις ιδέες τους. Η αφοσίωση σε αυτό το στόχο είναι το χαρακτηριστικό που ενώνει τα μέλη του (Cameron & Quinn, 2011).

Η Κουλτούρα της Αγοράς (Market Culture): Μοντέλο Στόχου/Αποδοτικότητα, αντιπροσωπεύει τους οργανισμούς με χαρακτηριστικά της κουλτούρας της αγοράς. *«Ο οργανισμός που εφαρμόζει αυτό τον τύπο κουλτούρας, εστιάζει στο εξωτερικό περιβάλλον και στη διαφοροποίηση. Είναι ο οργανισμός που λειτουργεί ως αγορά από μόνος του. Το στυλ διοίκησης που εφαρμόζουν είναι η διοίκηση της ανταγωνιστικότητας, η διοίκηση εξυπηρέτησης πελατών και η ενεργοποίηση εργαζομένων. Ως στόχο έχουν την παραγωγικότητα, την αποδοτικότητα, τη στοχοθεσία και τον προγραμματισμό»* (Γούλα, 2013: 82). Τα παραπάνω επιτυγχάνονται μέσω της θέσπισης στόχων, οι οποίοι ελέγχονται αυστηρά και εξασφαλίζουν τη σταθερότητα της οργάνωσης. Τα μέλη του χαρακτηρίζονται από τη φιλοδοξία τους και το έντονο ανταγωνιστικό πνεύμα που τους διακατέχει. Ελέγχονται από ισχυρούς και παραγωγικούς ηγέτες, οι οποίοι υποκινούν και δημιουργούν κίνητρα στους εργαζομένους τους. Μακροπρόθεσμο στόχο αποτελεί η απόκτηση περισσότερων μεριδίων αγοράς και η διεξόδωση σε νέες (Cameron & Quinn, 2011).

1.4.4 Το γραφειοκρατικό μοντέλο οργάνωσης στο ελληνικό νοσοκομείο

Τα νοσοκομεία, είναι φανερό από την παραπάνω παρουσίαση των χαρακτηριστικών του κάθε μοντέλου, ότι υιοθετούν το 4^ο μοντέλο το ιεραρχικό-γραφειοκρατικό. Τα ελληνικά νοσοκομεία, αναφέρουν οι Παπαγεωργίου και Χονδροκούκης (2010), χαρακτηρίζονται από ιεραρχικές κουλτούρες και κουλτούρες

οικειότητας, δίνουν έμφαση σε πειραματισμούς και ανάληψη ρίσκου (Bellou, 2010) καθώς και ιδιαίτερη σημασία στην ακρίβεια και στους κανόνες (Bellou, 2008). Η κουλτούρα ενός οργανισμού υγείας, επιδρά επίσης και στην οικονομική λειτουργία του, καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η διαχείριση των πόρων του, ανθρώπινων και μη, αλλά και τον τρόπο που εξυπηρετούνται οι ασθενείς του (Παπαγεωργίου & Χονδροκούκης, 2010).

Σε έναν οργανισμό διαπιστώνεται όμως και η ύπαρξη ομάδων με μέλη, τα οποία έχουν παρόμοιες ενασχολήσεις, θέσεις στην ιεραρχία ή κοινά ενδιαφέροντα. Η κουλτούρα των ομάδων αυτών προέρχεται από διαφορετικές πηγές, όπως είναι η τάξη, η ηλικία το φύλο, και δημιουργεί μια έλξη μεταξύ τους. Αυτή η έλξη συμβάλλει στην ύπαρξη υποκουλτούρων μέσα στον οργανισμό (Γούλα, 2013:59). Με τον όρο υποκουλτούρα ορίζεται, *μια ομάδα ανθρώπων που διαθέτουν ιδιαίτερα κοινά χαρακτηριστικά ανεξάρτητα από τη γενικότερη κουλτούρα που διαθέτει ο οργανισμός* (Γούλα, 2013:59) και συμπληρώνει πως συνήθως η υποκουλτούρα διαμορφώνεται και ως διαφοροποιημένο υποσύνολο της γενικότερης κουλτούρας του οργανισμού λόγω της επαγγελματικής κατηγορίας στην οποία ανήκει το προσωπικό μιας ομάδας (Γούλα, 2013:61). Επομένως, η ηγεσία του οργανισμού θα πρέπει να μην θεωρήσει τη κουλτούρα ως ολότητα, αλλά θα πρέπει να αναπτύξει εργαλεία καταγραφής και κατανόησης των υποκουλτούρων που δρουν μέσα σε αυτόν (Γούλα, 2013: 62).

1.4.5 Εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού- Επιδράσεις της οργανωσιακής κουλτούρας στο προσωπικό και στους λήπτες υπηρεσιών υγείας

Το προσωπικό μιας επιχείρησης γενικότερα, και ενός νοσοκομειακού οργανισμού ειδικότερα, μιας και αποτελεί αντικείμενο μελέτης, αποτελεί το σημαντικότερο κεφάλαιο του οργανισμού. Η παροχή κινήτρων, η ενδυνάμωσή τους και το κλίμα ασφάλειας και εμπιστοσύνης πρέπει να αποτελούν το επίκεντρο της εκάστοτε στρατηγικής που λαμβάνει χώρα. Προτείνεται, ειδικά σε μεταβατικές περιόδους μεγάλων στρατηγικών αλλαγών να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην αξιοποίηση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των στελεχών του οργανισμού. Επισημαίνεται από την Γούλα και συν. (2014), πως η κατάλληλη προς τον οργανισμό κουλτούρα μπορεί να αποτελέσει πηγή ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και να επηρεάσει την ανταγωνιστικότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, τη παραγωγικότητα, τη μακροπρόθεσμη επιτυχία, την ανάπτυξη και την υψηλού επιπέδου

λειτουργία του οργανισμού, καθώς και τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, και την υποκίνηση των εργαζομένων για την επίτευξη των συμφερόντων του οργανισμού. Μπορεί να επηρεάσει τις στάσεις και τις συμπεριφορές των εργαζομένων, καθώς και την ποιότητα της εργασιακής ζωής αυτών (Γούλα και συν., 2014). Η οργανωσιακή κουλτούρα σε έναν οργανισμό υγείας αποτελεί τον προγραμματισμό που επιβάλλεται και απαιτείται να υιοθετηθεί από τα μέλη του, όπως τονίζει η Αλεξάνδρου (2005) Αλεξάνδρου (2005), οι άνθρωποι αναπτύσσουν αξίες κατά τη διάρκεια της κοινωνικοποίησής τους ώστε να προσαρμοστούν στους τύπους των οργανώσεων της κοινωνίας. Οι διαδικασίες επιλογής αποκλείουν πολλούς που μπορεί να μην ταιριάζουν και η οργανωτική κοινωνικοποίηση αλλάζει εκείνους που πράγματι ταιριάζουν τόσο ώστε να αναπτύσσεται κάποιου βαθμού ομοιογένεια προσωπικοτήτων σε κάθε οργανισμό. Οι ανταμοιβές στους οργανισμούς επιλεκτικά ενισχύουν κάποιες συμπεριφορές και στάσεις και όχι κάποιες άλλες, ενώ οι αποφάσεις προαγωγής λαμβάνουν υπόψη τόσο την απόδοση όσο και την προσωπικότητα των υποψηφίων (Αλεξάνδρου, 2005).

Εκτός από τις τυπικές- λειτουργικές ομάδες που υφίστανται σε ένα νοσοκομείο εντοπίζονται ρόλοι άτυπων σχέσεων και η ύπαρξη υποκουλτούρων μέσα στον επίσημο οργανισμό (Γούλα, 2013). Οι Scott, Mannion, Davies και Marshall (2003), όπως παρουσιάζονται στη Γούλα (2013) διακρίνουν τρεις κατηγορίες υποκουλτούρων: α) τη κουλτούρα της εξουσίας, β) τη λειτουργική κουλτούρα και γ) τη κουλτούρα του προσωπικού διαιρούμενη στις ειδικότητες του καθένα. Στο νοσοκομειακό χώρο οι υποκουλτούρες διακρίνονται ανάλογα την υπηρεσία που ανήκει ο εργαζόμενος (την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη διοικητική και την τεχνική-ξενοδοχειακή). Οι Martin και Siehl (1983), ανέπτυξαν ένα μοντέλο για τη μελέτη της υποκουλτούρας στον οργανισμό. Αποτελείται από τρεις (3) διαφορετικούς τύπους καθένας από τους οποίους βρίσκεται σε διαφορετικό επίπεδο συμφωνίας με την κυρίαρχη. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους Martin και Seihl (1983):

1. Επαυξάνουσα (Enhancing culture): Τα μέλη αυτού του τύπου κουλτούρα συμφωνούν ένθερμα με τα πιστεύω της οργάνωσης και συνεισφέρουν στη διατήρηση των κεντρικών αξιών της.
2. Ορθογώνια (Orthogonal culture): Στην περίπτωση αυτή τα μέλη δέχονται τις βασικές αρχές του οργανισμού αλλά διατηρούν ταυτόχρονα και τα δικά

τους πιστεύω, χωρίς ωστόσο να έρχονται σε σύγκρουση με αυτά της κυρίαρχης.

3. Αντικουλτούρα (Counter culture): Τα μέλη της αντικουλτούρας έρχονται σε πλήρη αντίθεση με την κύρια κουλτούρα. Διατηρούν και αναπτύσσουν φιλοσοφία και αρχές πλήρως αντίθετα με αυτά του οργανισμού. Για αυτό το λόγο συνήθως βρίσκονται σε διαρκή σύγκρουση μεταξύ τους

Η **ιατρική υποκουλτούρα** είναι από τις ισχυρότερες υποκουλτούρες, εφόσον ασκεί εξουσία σε όλα τα επίπεδα δομής του νοσοκομείου (νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικό προσωπικό, ασθενείς) (Αγραφιώτης, 2003). Επίσης, παρατηρείται ότι ακόμη και σε ζητήματα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας η ιατρική άποψη έχει βαρύνουσα σημασία. Ταυτόχρονα, δυσλειτουργεί η προσπάθεια βελτίωσης σταθερών κριτηρίων αξιολόγησης και διοίκησης, επειδή στη πλειονότητα των νοσοκομειακών οργανισμών οι ιατροί βρίσκονται εκτός διοικητικού ελέγχου (Πολύζος, 2007, όπως παρουσιάζεται στη Γούλα, 2013). Επιπρόσθετα, η ατομικιστική συμπεριφορά των ιατρών και η έλλειψη συνεργασίας με τους άλλους επιστήμονες, ευθύνεται για το μη ασφαλές νοσοκομειακό περιβάλλον (Γούλα, 2013:176).

Η **διοικητική υποκουλτούρα** προσπαθεί έτσι να προσδιορίζει το ρόλο της στη παραγωγική διαδικασία μέσω του οργανωμένου γραφειοκρατικού πλαισίου και να αμφισβητεί την κυριαρχία του ιατρικού σώματος διαμέσου της εισαγωγής αντιλήψεων και μέτρων ελέγχου του κόστους Γιαννουλάτος, 2000: 223, όπως παρουσιάζεται στην Γούλα, 2013:177).

Η **νοσηλευτική υποκουλτούρα**, στο νοσοκομείο, δεν είναι τόσο έντονη όσο η ιατρική. *Υποστηρίζεται ότι αυτό ίσως οφείλεται πρώτον, στο χαμηλό κοινωνικό status στο οποίο η κοινωνική συνείδηση έχει κατατάξει το νοσηλευτικό σώμα και δεύτερον, στην ανικανότητα του ιδίου να διατηρήσει ένα σημαντικό μερίδιο στο πεδίο λήψης των αποφάσεων έναντι του ιατρικού σώματος. Έτσι, η σύγκρουση με το ιατρικό σώμα είναι περιθωριοποιημένη και οι αντιθέσεις μετασχηματίζονται σε ευρύτερης ταχύτητας υποβάθμιση του ρόλου του νοσηλευτικού σώματος* (Γούλα, 2013:177).

Η υποκουλτούρα της **τεχνικής υπηρεσίας** έχει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της διοικητικής γραφειοκρατικής δομής ενώ παρουσιάζει ιδιαίτερη συνεκτικότητα, αλληλοκάλυψη και άρνηση στην εντατικοποίηση της εργασίας ακόμη και μη αποδοχή βασικών εργασιακών υποχρεώσεων (Γούλα, 2013).

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας συνυπάρχουν πολλές υποκοουλτούρες κατά την Τσιαμάντα (2012), όπως η υποκοουλτούρα εθνικότητας, φύλου κ.ο.κ. και η ανάλυσή τους εξαρτάται από την σκοπιά που εστιάζει ο εκάστοτε ερευνητής/τρια. Με βάση τα παραπάνω σε ένα νοσοκομείο συνυπάρχουν πέρα από τις διάφορες υποκοουλτούρες που αναφέρθηκαν και η άτυπη οργάνωση και σχέσεις. Η αρχή της τυπικής οργάνωσης, τονίζουν οι Φωτήλας και Γιαννατσής (2016) Φωτήλας και Γιαννατσής (2016), βασίζεται στον σαφή και ακριβή καθορισμό εργασιών και ρόλων, οι κανόνες/δομές πρέπει να έχουν γενική εφαρμογή και υπάρχει τυποποιημένος τρόπος εργασίας και λειτουργίας. Αντίθετα, η άτυπη οργάνωση πρόκειται για κοινωνική οργανωτική δομή (ομάδες, σχέσεις, δίκτυα επικοινωνίας) που δημιουργείται αυθόρμητα μεταξύ των μελών ενός οργανισμού. Η άτυπη οργάνωση συνυπάρχει με την τυπική οργάνωση και αποτελείται κυρίως από ομάδες ατόμων. Τα είδη άτυπων ομάδων (Φωτήλας & Γιαννατσής, 2016):

- Κάθετες: Συναντώνται σε μεμονωμένα τμήματα και απαρτίζονται από ιεραρχικά άνισους.
- Οριζόντιες: Αποτελούνται από άτομα στο ίδιο επίπεδο ιεραρχίας.
- Τυχαίες: Δεν συνδέονται κάπως με την τυπική δομή αλλά προκύπτουν με βάση τις σχέσεις.

Οι άτυπες ομάδες χαρακτηρίζονται και ενισχύουν κοινές πεποιθήσεις και απόψεις των ατόμων, τα άτομα επιδιώκουν την κάλυψη κοινών αναγκών, αποτελούν τον χώρο για κοινωνικές επαφές και την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών, διευκολύνουν την επικοινωνία και την πληροφόρηση, κάνουν δυνατό τον κοινωνικό έλεγχο μέσω κανόνων και προτύπων και ενδυναμώνουν τα μέλη και παρέχουν ασφάλεια (Φωτήλας & Γιαννατσής, 2016). Ταυτόχρονα, γίνεται φανερό ότι υπάρχουν σημεία στα οποία η άτυπη οργάνωση φαίνεται να βοηθά, καθώς αυξάνουν την ευελιξία και βελτιώνουν κάποιες φορές τις διαδικασίες, διευκολύνουν τη διοίκηση, προσφέρουν ικανοποίηση και την απαραίτητη σταθερότητα (ασφάλεια) στα μέλη, αποτελούν βαλβίδα ασφαλείας για την εκτόνωση των εντάσεων και εντείνουν την προσοχή/επιμέλεια της διοίκησης. Ωστόσο, εντοπίζονται ορισμένα προβλήματα συνδεδεμένα με την άτυπη οργάνωση, καθώς οι άτυπες ομάδες μπορεί να προκαλέσουν αντιδράσεις όταν επιβληθούν αλλαγές, να υπάρξει σύγκρουση συμφερόντων (ότι είναι καλό για την άτυπη ομάδα δεν είναι πάντα και για την οργάνωση), να παρατηρηθεί

διασπορά φημών καθώς και πίεση στα μέλη για ομοιόμορφη συμπεριφορά και αντιλήψεις (Φωτήλας & Γιαννατοής, 2016).

Σύμφωνα με τη Γούλα (2013: 170-171), στο νοσοκομείο εντοπίζονται οι ακόλουθες εργασιακές σχέσεις/συμμαχίες:

A) Σχέσεις ιατρών-προϊσταμένης.

B) Σχέσεις ειδικευομένων ιατρών - νοσηλευτών.

Γ) Σχέσεις βοηθών νοσηλευτών - βοηθών θαλάμων.

Αναφορικά με τις σχέσεις ιατρών- προϊσταμένης, λόγω της μερικής παρουσίας των ιατρών σε ένα τμήμα επιτρέπεται στη προϊσταμένη να αναλάβει έναν σημαντικό ρόλο στη λειτουργία του τμήματος. Δεδομένου ότι παραμένει σε αυτή τη θέση για μεγάλο χρονικό διάστημα, γνωρίζει πολύ καλά τις λειτουργικές ανάγκες του τμήματος, συντονίζει και παρακολουθεί τις θεραπευτικές διαδικασίες. Η προϊσταμένη λειτουργεί ως το άτυπο επίκεντρο του οργανωτικού και λειτουργικού υποσυστήματος που αποτελεί το τμήμα θεραπείας στο οποίο προσφέρει τις υπηρεσίες της.

Οι ειδικευόμενοι ιατροί λαμβάνουν από τους νοσηλευτές, τεχνικές γνώσεις που αφορούν τη καθημερινή λειτουργία του τμήματος, γεγονός που τους επιτρέπει να διαμορφώνουν θετικές σχέσεις μαζί τους. Οι σχέσεις αυτές είναι αμοιβαίες από την πλευρά των νοσηλευτών, διότι γι' αυτούς προκύπτει το όφελος της ενημέρωσης σε ότι αφορά την ιατρική πρακτική, την τυχόν αλλαγή της θεραπευτικής μεθόδου ή τις αλλαγές της θεραπευτικής αγωγής. Οι σχέσεις ειδικευομένων ιατρών και νοσηλευτών διαμορφώνονται στη βάση μιας στρατηγικής συμμαχίας από την οποία επωφελούνται και οι δύο.

Οι σχέσεις βοηθών νοσηλευτών-βοηθών θαλάμων χαρακτηρίζονται συνήθως από αμοιβαία κατανόηση και εξυπηρέτηση. Οι δύο αυτές επαγγελματικές κατηγορίες αλληλοβοηθούνται στην εξυπηρέτηση των ασθενών και καλύπτουν η μία την άλλη. Εκ των ανωτέρω διαφαίνεται ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου επηρεάζεται περισσότερο από την άτυπη παρά από τη τυπική δομή και οργάνωση του μικρο-συστήματος μέσα στο οποίο εργάζεται.

Ο τρόπος οργάνωσης ενός νοσοκομειακού οργανισμού, η οργανωσιακή κουλτούρα, οι υποκουλτούρες, οι τυπικές και άτυπες σχέσεις που διαμορφώνονται καθώς και ο ρόλος της διοίκησης αποτελούν παράγοντες οι οποίοι επιδρούν, στο ειδικότερο υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας, σημαντικά στους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Άλλωστε, ο στόχος των παραπάνω, όπως αναλύθηκε σε

προηγούμενα κεφάλαια, αφορούν τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αποσκοπώντας στην υψηλή παροχή υπηρεσιών υγείας στους λήπτες τους.

Οι εργαζόμενοι σε οργανισμούς με εποικοδομητικοί κουλτούρα ενδεχομένως μπορούν να εξασφαλίσουν την καλύτερη πρόσβαση των ασθενών στην απαραίτητη φροντίδα, εξαιτίας του ότι οι κουλτούρες επηρεάζουν τις στάσεις των εργαζόμενων στον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών όπως και στην ικανοποίηση που οι δεύτεροι βιώνουν από την ποιότητα των παροχών που δέχονται. Επιπλέον, η οργανωσιακή κουλτούρα έχει συσχετιστεί με σημαντικά για τους ασθενείς ζητήματα όπως η πρόσβαση, η συνέχεια της φροντίδας και η ικανοποίηση με τη παρεχόμενη φροντίδα (Ross, 2011). Μελέτη για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και των επικεντρωμένων στον ασθενή αποτελεσμάτων στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διαπίστωσε, όπως επισημαίνουν οι Hung, Chung, Martinez και Tai-Seale (2016), ότι ο τύπος κουλτούρας μπορεί να συσχετιστεί με τους χρόνους αναμονής, τη συνέχεια της φροντίδας, καθώς και τις εμπειρίες των ασθενών με τη λαμβανόμενη φροντίδα. Στο ίδιο πλαίσιο μια ακόμη μελέτη διαπίστωσε την συσχέτιση μεταξύ κουλτούρας και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών μήνες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο (Alharbi, Olsson, Ekman, & Carlström, 2014).

Υπό το πρίσμα των όσων αναλύθηκαν για τις επιπτώσεις της οργανωσιακής κουλτούρας σε έναν οργανισμό, τόσο ανάμεσα στους εργαζόμενους όσο και μεταξύ εργαζόμενων και ασθενών, γίνεται φανερό ότι οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται για ένα συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας στηριζόμενο στη διεπιστημονική προσέγγιση της ασθένειας, που όπως αποδεικνύεται έχει πολλά περισσότερα οφέλη σε σύγκριση με το γραφειοκρατικό μοντέλο.

1.4.6 Ο ρόλος της ηγεσίας/ διοίκησης στον οργανισμό

Στο χώρο της υγείας ο σημαντικότερος παραγωγικός συντελεστής είναι οι ανθρώπινοι πόροι γεγονός που σημαίνει την εστίαση του διοικητικού έργου στη σωστή αξιοποίησή του. Η επιτυχία δηλαδή της παροχής υγειονομικής φροντίδας εξαρτάται από έναν καλά υποκινούμενο και ειδικευμένο εργαζόμενο δυναμικό (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003). Η διοίκηση στο χώρο της υγείας διαφοροποιείται σημαντικά σε σχέση με τους υπόλοιπους οργανισμούς, καθώς περιέχει πολλούς εμπλεκόμενους φορείς στους δημόσιους οργανισμούς. Ταυτόχρονα, οι διοικήσεις των νοσοκομείων καλούνται να αντιμετωπίσουν πληθώρα ζητημάτων που αφορούν το εξωτερικό

περιβάλλον (κυβέρνηση, ασφάλιση, ιδιωτική χρηματοδότηση και παροχή, εθνικά συστήματα υγείας, προμηθευτές φαρμάκων, υλικών και υπηρεσιών πολλά επαγγέλματα υγείας, συλλόγους ασθενών) αλλά και το εσωτερικό με ότι συνεπάγεται η κάθε μονάδα ή οργανισμός (συντονισμός, ανθρώπινοι πόροι κ.λπ.) (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000). Ο ΠΟΥ αναγνωρίζοντας την σημασία της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας το 2005 εξέδωσε έναν οδηγό στον οποίο γίνεται εκτενής αναφορά στη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού και κυρίως τονίζονται οι σχέσεις μεταξύ του προσωπικού των οργανισμών, όπως και η σχέση μεταξύ *εξουθένωσης, ηγεσίας και υποκίνησης*. Η αιτία της αναφοράς στη παραπάνω σχέση αναδεικνύει τη σημασία της διοίκησης ανθρώπινων πόρων, διότι η ηγεσία, η υποκίνηση-παρακίνηση, η ενδυνάμωση και η εμπιστοσύνη είναι στοιχεία που αναμφισβήτητα οδηγούν -όπως είναι φανερό- στην αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας.

Στην Ελλάδα η αυξημένη κρατική παρέμβαση από την μια μεριά και από την άλλη η αδυναμία του ασθενή να λάβει ο ίδιος αποφάσεις για την υγεία του αποτελούν τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την οργάνωση και διοίκηση των σύγχρονων δημόσιων νοσοκομείων (Θανασάς & Χαραλάμπους, 2016). Συνεπώς, ο κάθετος και ιεραρχικός τρόπος διοίκησης κατά τον οποίο οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια και κοινοποιούνται ιεραρχικά προς τους υφιστάμενους φορείς στη βάση της διοικητικής πυραμίδας αποτελεί τη συνηθέστερη επιλογή διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα (Πολύζος, 2000· Θανασάς & Χαραλάμπους, 2016). Στη διοικητική υπηρεσία συναντώνται κυρίως ανοιχτές ομάδες που βασίζονται περισσότερο στην αλληλεξάρτηση παρά στην κοινή δράση. Αυτό σημαίνει ότι πρόκειται για διοικητικές ομάδες που διαμορφώνονται εν ονόματι «κοινών συμφερόντων» (Γούλα, 2013). Η ιεραρχία στο νοσοκομείο ξεκινάει από την ανώτατη διοίκηση δηλαδή τον διοικητή ή τον πρόεδρο του νοσοκομείου, όπου κατανέμει τις αρμοδιότητες στις τέσσερις υπηρεσίες του νοσοκομείου, δηλαδή στην ιατρική, την νοσηλευτική, την διοικητική και την τεχνική (Χρυσάκης & Υφαντόπουλος, 2007). Οι βασικές λειτουργίες της διοίκησης περιλαμβάνουν τον **σχεδιασμό-προγραμματισμό**, την **οργάνωση**, τη **διεύθυνση-καθοδήγηση**, τον **έλεγχο** και την **ανασκόπηση**. Ο προγραμματισμός είναι το πρώτο και σημαντικότερο στάδιο της διοίκησης και αποτελεί την απαραίτητη και ιδιαίτερη λειτουργία της διοίκησης, καθώς συνδέεται άμεσα με την αποτελεσματικότητα, την

ανταγωνιστικότητα και την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Η αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης στην οποία βρίσκεται η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, η συλλογή στοιχείων τα οποία επεξεργάζονται από τους υπεύθυνους προγραμματισμού, η εκπόνηση τεχνικο-οικονομικής μελέτης σχετικά με την υποδομή και τους πόρους των υπηρεσιών υγείας αποτελούν τα βασικά στάδια στον σχεδιασμό - προγραμματισμό των δημόσιων νοσοκομείων, προκειμένου να μπορεί να γίνει εφικτή η πρακτική εφαρμογή του προγράμματος και παράλληλα η αξιολόγησή του (Σιγάλας & Κουτούζης, 1999· Δικαίος, κ.ά., 1999· Τζωρτζάκης & Τζωρτζάκη, 2007). Η οργάνωση είναι η λειτουργία που αφορά τον τρόπο με τον οποίο το συνολικό έργο διαιρείται σε επιμέρους εργασίες ή καθήκοντα τα οποία καθορίζουν τη δομή της επιχείρησης και εκχωρούν αρμοδιότητες στα στελέχη της με σκοπό να υπάρξει εκείνο το πλαίσιο μέσα από το οποίο οι ενέργειες και οι πόροι, συντονισμένα, θα κατευθύνονται αποτελεσματικά προς την υλοποίηση των στόχων (Θανασάς & Χαραλάμπους, 2016). Επιπλέον, διεύθυνση είναι η λειτουργία η οποία είναι ικανή να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ανθρώπινη συμπεριφορά, συμβάλλοντας αποτελεσματικά στην υλοποίηση των στόχων της οργάνωσης (Θανασάς & Χαραλάμπους, 2016). η εφαρμογή και η συνεχής αξιολόγηση του προγραμματισμού του δημόσιου νοσοκομείου με ενημέρωση του διοικητικού συμβουλίου για τη πορεία, τις επιπτώσεις και τις αλλαγές της εφαρμογής του προγράμματος εντάσσεται στο πλαίσιο του κεντρικού υγειονομικού προγραμματισμού με αντικειμενικούς σκοπούς και στόχους οι οποίοι είναι απόλυτα εναρμονισμένοι με τους σκοπούς και στόχους της κεντρικής εξουσίας (Θανασάς & Χαραλάμπους, 2016).

Συνοπτικά, οι σημαντικές λειτουργίες που συγκεντρώνει η ΔΑΠ (Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων) με στόχο τη διαχείριση (διοίκηση και ανάπτυξη) του ανθρώπινου παράγοντα, σύμφωνα με τους Παπαλεξανδρή και Μπουραντά (2003) είναι οι εξής:

1. Ανάλυση και περιγραφή θέσεων εργασίας
2. Προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού
3. Προσέλκυση προσωπικού
4. Επιλογή προσωπικού
5. Εκπαίδευση και ανάπτυξη εργαζομένου
6. Αξιολόγηση εργαζομένου
7. Αμοιβές και παροχές
8. Διοίκηση απόδοσης
9. Εργασιακές σχέσεις

10. Εσωτερική επικοινωνία

11. Οργανωσιακή και διοικητική ανάπτυξη

Ο ρόλος της ηγεσίας/διοίκησης αποτελεί, όπως γίνεται κατανοητό, έναν από τους σημαντικότερους τομείς στη διαδικασία του management στον οργανισμό υγείας καθώς κατευθύνει και δραστηριοποιεί το ανθρώπινο δυναμικό του. Αφορά τον διοικητή, τον manager του νοσοκομείου ή του οργανισμού υγείας, τον διευθυντή της κλινικής και αποτελεί την κινητήρια δύναμη στους οργανισμούς δεδομένου ότι η ποιότητα των σχέσεων και της απόδοσης των εργαζόμενων αντικατοπτρίζει τη ποιότητα της ηγεσίας (Φαναριώτης, 1996, σσ. 208-209).

Με βάση τον παραπάνω ορισμό εντοπίζονται δύο βασικά χαρακτηριστικά του ηγέτη. Το πρώτο αφορά την άσκηση επιρροής ενός ατόμου πάνω σε άλλους ανθρώπους με στόχο την υλοποίηση στόχων και το δεύτερο αφορά τη προθυμία των ανθρώπων να υλοποιούν στόχους που αφορούν αλλαγές για πρόοδο. Ωστόσο, είναι σημαντικό να επισημανθεί πως ενώ η ηγεσία είναι στοιχείο της διοίκησης ενός οργανισμού αυτό δεν συνεπάγεται πάντα ούτε είναι υποχρεωτικό να ταυτίζεται με τη διοίκηση. Αυτό διότι, όλοι οι managers ασκούν διοίκηση αλλά δεν συνδυάζουν όλα τα στοιχεία ενός ηγέτη. Η ηγεσία είναι μία από τις δυνάμεις του εσωτερικού περιβάλλοντος, που συνυπάρχει με την κουλτούρα του οργανισμού και το ποιόν των εργαζόμενων (Φαναριώτης, 1996:208-209) και η επιτυχία της κρίνεται από τον βαθμό που λαμβάνει υπόψη της τόσο τις προσδοκίες των εργαζομένων και τα κίνητρα της συμπεριφοράς τους, όσο και από τις συνθήκες το περιβάλλοντος (Δημητριάδου, 2015).

Ως εκ τούτου, ο τρόπος που η εκάστοτε ηγεσία θα προσπαθήσει να προσεγγίσει τους σκοπούς της ΔΑΠ αποτελεί πρόκληση για τον «ηγέτη» ο οποίος συγκεντρώνει την ευθύνη της σωστής και ενδυναμωτικής πρακτικής προς αυτή την κατεύθυνση. Οι βασικοί στόχοι της ΔΑΠ, υποστηρίζει ο Κανελλόπουλος (1991) αφορούν την υποστήριξη της επίτευξης των συλλογικών στόχων του οργανισμού ως τμήμα της διαδικασίας ανάπτυξης του οργανισμού, τη δυνατότητα του οργανισμού να αποκτά και να διατηρεί το ειδικευμένο εργατικό δυναμικό που χρειάζεται, τη παροχή οδηγιών στον οργανισμό για να προσαρμόζεται και να ικανοποιεί τις ανάγκες όλων των εμπλεκόμενων μερών της, την απόκτηση και διατήρηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος, τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο η ομαδική εργασία και η ευελιξία μπορούν να ακμάσουν, τη παροχή ίσων ευκαιριών σε όλους και την αξιολόγηση με ίσους όρους, τη παροχή ίσων ευκαιριών στην εκπαίδευση και ανάπτυξη

δεξιοτήτων του προσωπικού, την παρακίνηση των εργαζομένων μέσω ανταμοιβών για την αύξηση της αποδοτικότητάς τους, τη διατήρηση και βελτίωση των εργασιακών σχέσεων σεβόμενοι τα δικαιώματά τους. Επισημαίνεται πως τα πλαίσια μέσα στα οποία ασκείται η ηγεσία μιας επιχείρησης είναι το ψυχοκοινωνικό της περιβάλλον και αφορά την άσκηση εξουσίας σ' έναν οργανισμό. Η ηγεσία είναι θέμα προσέλευσης μεγάλου ενδιαφέροντος, δεδομένου ότι κατά τη μελέτη όλων των θεμάτων εργασίας, ανθρώπινων σχέσεων, κινήτρων συμπεριφοράς κ.λπ., η προσοχή εστιάζεται στις σχέσεις μεταξύ προϊστάμενων και υφιστάμενων ή στις σχέσεις του ηγέτη και των ακολούθων του (Φαναριώτης, 1996:208-209). Κατά τον Weber (1922 πρωτότυπη έκδοση) (1978), εξουσία είναι η εκμετάλλευση της ευκαιρίας από ένα ή περισσότερα άτομα για την επιβολή της δικής τους βούλησης σε κοινά θέματα, άσχετα με την αντίσταση που προβάλλουν άλλα πρόσωπα που δραστηριοποιούνται στο χώρο και διακρίνεται σε τρεις τύπος:

α) Η έννομη εξουσία, η οποία στηρίζεται στην πίστη για τη νομιμότητα, τους κανόνες και τα δικαιώματα των ηγετών.

β) η πατροπαράδοτη εξουσία, η οποία στηρίζεται στην καθιερωμένη πίστη γι' αυτούς που ασκούν εξουσία και,

γ) Η χαρισματική εξουσία, η οποία αντλεί την ισχύ της για ένα συγκεκριμένο πρόσωπο που την ασκεί και συνήθως έχει ιδιαίτερες ικανότητες.

Η εξουσία μπορεί να επιβληθεί με τρεις (3) τρόπους, αναφέρει ο Πιπερόπουλος (1996: 307-308):

1) Με εφαρμογή ωμής βίας ή επιβολή φόβου.

2) Με βάση το κληρονομικό δίκαιο του ατόμου που την ασκεί και

3) Με βάση την αβίαστη δημοκρατική αναγνώριση χαρισματικών ιδιοτήτων και χαρακτηριστικών του προσώπου που κατέχει την εξουσία.

Στόχος της διοίκησης όπως και των εργαζόμενων είναι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τις συνεχείς μεταβαλλόμενες συνθήκες και τα οικονομικά δεδομένα τα οποία αλλάζουν διαρκώς (Alarcon, Astudillo, Barrios, & Rivas, 2002). Έτσι, γίνεται αντιληπτό ότι οι διοικήσεις και τα στελέχη χρειάζεται να διαθέτουν την ικανότητα δημιουργίας στόχων και η υλοποίησή τους να γίνεται όραμα από τα μέλη του οργανισμού (Contino, 2004). Η πολυπλοκότητα, όπως έχει ειπωθεί και σε προηγούμενα κεφάλαια, των οργανισμών υγείας δημιουργούν την ανάγκη ταυτόχρονης ανταπόκρισης των ηγετών σε πολλούς ρόλους και καταστάσεις. Η

συγκεκριμένη ανάγκη όμως αναπτύσσει και ανταγωνιστικές συμπεριφορές (Lawrence, Lenk, & Quinn, 2009). Η θεωρία ανταγωνιστικών αξιών που διατύπωσαν οι Quinn και Cameron, αναφέρει η Γούλα (2013) αποτελούν απόρροια της άνω παραδοχής και το πλαίσιο της θεωρίας του βασίζεται στην διαπίστωση ότι οι οργανισμοί περιγράφονται βάσει δύο διαστάσεων, η πρώτη αφορά το εσωτερικό μικρο-περιβάλλον του οργανισμού καθώς και το εξωτερικό μακρο-περιβάλλον. Το εσωτερικό περιβάλλον ενός οργανισμού αφορά την εσωτερική οργάνωση και το εσωτερικό κλίμα, ενώ το εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού αφορά στοιχεία όπως η αγορά, οι εξελίξεις, ο πελάτης και ο ανταγωνισμός (Γούλα, 2013). Η δεύτερη διάσταση αφορά τον προσανατολισμό του οργανισμού για ευελιξία ή έλεγχο. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν οργανισμοί οι οποίοι εστιάζουν στον έλεγχο, την ιεραρχία και την σταθερότητα σε αντίθεση με άλλους που δίνουν έμφαση στην ευελιξία των εργαζομένων, στην ελευθερία πρωτοβουλιών και στις ανεπίσημες σχέσεις (Γούλα, 2013). Άξιο αναφοράς αποτελεί η επισήμανση της Γούλα (2013) για την ύπαρξη δύο μορφών εξουσίας στον οργανισμό του νοσοκομείου. Η διοικητική και η ιατρική μορφή εξουσίας. Αναλυτικότερα αναφέρει: *Εκτός των άτυπων σχέσεων και των υποκοουλτούρων, τα οποία επηρεάζουν αναμφισβήτητα λειτουργικότητα, τη συνεργασία και κατ' επέκταση την παραγωγικότητα του νοσοκομείου, εμφανίζεται ένα παράδοξο φαινόμενο, από την άποψη της διοικητικής επιστήμης, το οποίο δεν υφίσταται σε άλλες επιχειρήσεις* (Γούλα, 2013:173). Η μια ασκείται από τους διοικητές των νοσοκομείων όπως ορίζει ο νόμος, ενώ η άλλη ασκείται από τους γιατρούς οι οποίοι συχνά ανατρέπουν ή και παραβιάζουν την πρώτη εξουσιαστική δομή, επικαλούμενοι επείγουσα ιατρική ανάγκη ή στηριζόμενοι στο σημαντικό τους ρόλο στη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών (Γούλα, 2013). Η δεύτερη ασκείται από τους ίδιους τους γιατρούς.

Η αναζήτηση και η εφαρμογή τρόπων «κοινής αποδοχής», εκ μέρους της διοίκησης, για τη διευθέτηση των αντιπαλοτήτων μπορεί να βοηθήσει στην εξομάλυνσή τους, στη συνοχή των υπηρεσιών, στην αποφυγή συγκρούσεων και στη διατήρηση του κλίματος καλής συνεργασίας. (Κανελλόπουλος, Μάνατζμεντ. Αποτελεσματική Διοίκηση, 1992:433, όπως παρουσιάζεται στην Γούλα, 2013). Η ποιότητα της ηγεσίας κρίνει και την αποτελεσματικότητα της ομάδας. Η αποτελεσματική ηγεσία αναδεικνύεται από τα μέσα και τους τρόπους επικοινωνίας που χρησιμοποιούνται στην άσκηση καθηκόντων. Άρα, κατά τα λεχθέντα γίνεται φανερό ότι ένας αποτελεσματικός ηγέτης έχεις τρεις (3) στόχους: α) να ορίσει και να πετύχει

το έργο, β) να δυναμώσει και να συντονίσει την ομάδα αφού δει τις ανάγκες της, και γ) να αναπτύξει και να ικανοποιήσει τα άτομα της ομάδας αφού δει τις ανάγκες των ατόμων. Είναι αναγκαίο να ικανοποιήσει και τα τρία μέρη, να πετύχει το έργο, να συντονίσει την εργασιακή ομάδα, να ικανοποιήσει τις προσωπικές ανάγκες. Η ανισορροπία σε κάποιον από τους τρεις τομείς θα προκαλέσει δυσλειτουργία, επειδή τα αποτελέσματα θα είναι προσωρινά.

Εν κατακλείδι, το επιθυμητό μοντέλο οργάνωσης, όπως προκύπτει είναι αυτό των ανθρωπίνων πόρων ή του συμμετοχικού management. Η αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας είναι εξαιρετικά δύσκολη και χρειάζεται αρκετός καιρός για να γίνει, ωστόσο διαφαίνεται η επιθυμία αλλαγής του γραφειοκρατικού μοντέλου οργάνωσης προς την κατεύθυνση του μοντέλου του συμμετοχικού management, το οποίο όμως θα εμπεριέχει στοιχεία ευελιξίας, δημιουργικότητας, δυναμισμού και ανταγωνιστικότητας να αποτελεί αναγκαιότητα (Γούλα, 2013). Καθοριστικό ρόλο για την επιτυχία στις όποιες αλλαγές συμβαίνουν σε έναν οργανισμό παίζει το οργανωσιακό κλίμα. Οι σχέσεις που έχουν καλλιεργηθεί μεταξύ των εργαζόμενων, η εκπαίδευση για τη συνεχή βελτίωση και αποτελεσματικότητά τους, η αρμονία διαχείρισης αλλαγών, και κυρίως (η αλλαγή) εξαρτάται από το βαθμό υποστήριξής της από την ηγεσία. Αν η ηγεσία πιστεύει στην αλλαγή και έχει τη δυνατότητα να μεταφέρει το όραμά της στο ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού τότε αυτή είναι πραγματοποιήσιμη (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Κεφάλαιο 2: Μορφές επικοινωνίας και διάδραση

Η προαναφερθείσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει -μεταξύ των άλλων- τη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας στην επιτυχή διοίκηση ενός οργανισμού υγείας. Πρόκειται για τον κοινό παρονομαστή που ενώνει ολόκληρο τον οργανισμό και γεφυρώνει τους στόχους, την ικανοποίηση των εργαζόμενων και τα πρότυπα απόδοσης. Οι ελλείψεις σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους που χαρακτηρίζει το σύστημα υγείας σε συνδυασμό με το ιδιαίτερα απαιτητικό εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας, οι θέσεις εξουσίας και οι ενδεχόμενες επιπτώσεις που βιώνουν οι εργαζόμενοι απαιτούν ουσιαστική και ποιοτική επικοινωνία.

Η αποτελεσματική επικοινωνία τονίζει η Μπιτσώρη (2013), συμβάλλει στη μείωση λαθών κατά την παροχή φροντίδας υγείας, στην ικανοποίηση των ασθενών, στη φροντίδα υψηλής ποιότητας ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίζει καλή διεπιστημονική συνεργασία, βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ενθάρρυνση ενός υποστηρικτικού κλίματος εργασίας και γενικότερα την προαγωγή της διεπαγγελματικής συνεργασίας και επομένως συμβάλλει στην συνολική επιτυχία των υπηρεσιών υγείας (Μπιτσώρη, 2013). Σύμφωνα με έρευνες το 80% των σοβαρών ιατρικών σφαλμάτων παγκοσμίως λαμβάνει χώρα λόγω της κακής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Mujumdar & Santos, 2014). Επομένως, γίνεται φανερό ότι βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν σημαντικά στην ομαλή λειτουργία της μονάδας/ οργανισμού υγείας είναι ο επαγγελματικός σεβασμός, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων και η επαγγελματική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας (Porter-O'Grady, 2004). Επίσης, κατά την επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς υπάρχει διαρκής αλληλεπίδραση μαζί τους, γι' αυτό κάθε πομπός είναι ταυτόχρονα και δέκτης συνειδητά ή ασυνειδητά. Μέσα από την αλληλεπίδραση, ο καθένας επηρεάζει με τη συμπεριφορά του την υποκειμενική αίσθηση της πραγματικότητας του άλλου, υποκινώντας αντίστοιχες αντιδράσεις. Γι' αυτό τον λόγο η διαπροσωπική επικοινωνία δεν είναι σχεδόν ποτέ μονοσήμαντη. Ακόμη, ο τύπος επικοινωνίας που θα ακολουθηθεί από το άτομο θα εξαρτηθεί από κάποιες ιδιότητες που -το ίδιο- έχει μέσα από κάποιους κοινωνικούς ρόλους» (Λιονής, 2011).

2.1 Η επικοινωνία μεταξύ του οργανισμού

Τα τελευταία χρόνια η βελτίωση της επικοινωνίας στο χώρο της υγείας αποτελεί προτεραιότητα για την αποτελεσματική (υψηλή) παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς. Ταυτόχρονα η βελτίωση της επικοινωνίας, μέσω των *αποτελεσματικών ομάδων*, συμβάλλει στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Για να γίνει αυτό εφικτό απαιτείται ομαδική εργασία, συνεργασία, συντονισμός και επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας (Καδδά Α.). Η επικοινωνία δεν αφορά την απλή μεταβίβαση πληροφοριών, αλλά πρόκειται για μια πολύ πιο σύνθετη διαδικασία εξαιρετικά ζωτικής σημασίας, η οποία απαιτεί αλληλοκατανόηση μεταξύ ανθρώπων, ομάδων, οργανισμών και είναι καθοριστική για τη συνεργασία, το συντονισμό και την επιβίωση (Βαρδακώστα, 2001). Ορίζεται ως πολύπλευρη διαδικασία ανάπτυξης των επαφών μεταξύ των ανθρώπων, η οποία υπαγορεύεται από τις ανάγκες της κοινής δραστηριότητας (Πετρόφσκι, 1990) και η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας εξαρτάται από τις ιδιαίτερες δεξιότητες και ικανότητες του δέκτη να αποκωδικοποιεί τα μηνύματα που λαμβάνει. Μέσα σε ένα πολύπλοκο οργανισμό, όπως είναι το νοσοκομείο, εκτελούνται ενέργειες και διαδικασίες οι οποίες βασίζονται στην διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ της διοίκησης και των εργαζομένων (κάθετη επικοινωνία), αλλά και στην επικοινωνία μεταξύ ομάδων εργαζομένων ανεξαρτήτου ειδικότητας (οριζόντια επικοινωνία) (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003). Η επικοινωνία έχει ως πρωταρχικό σκοπό το σωστό συντονισμό και τον καταμερισμό των δραστηριοτήτων του οργανισμού. Ο στόχος της επικοινωνίας είναι η κατανόηση των μηνυμάτων που μεταδίδονται από την πλευρά του αποστολέα (πομπού) και την πλευρά του λήπτη (δέκτη) με βασικότερους λόγους για την πραγματοποίηση της **πληροφόρηση-ενημέρωση, τον συντονισμό των δράσεων, την έκφραση των συναισθημάτων** (Μακρατζάκη, 2016).

Σύμφωνα με τους Babiker, et al. (2014) τα οφέλη της αποτελεσματικής ομαδικής εργασίας είναι τέσσερα (4):

- *Οργανωτικά οφέλη* (Μείωση του κόστους νοσηλείας, μείωση των επανεισαγωγών των ασθενών στο νοσοκομείο)
- *Οφέλη της ομάδας* (Καλύτερος συντονισμός της περίθαλψης, αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών υγείας, ενισχυμένη επικοινωνία μεταξύ των μελών)
- *Οφέλη για τους ασθενείς* (αυξημένη ικανοποίηση από τη παροχή φροντίδας υγείας, αποδοχή της θεραπείας, μείωση των ιατρικών λαθών)

- *Οφέλη για τα μέλη της ομάδας* (επαγγελματική ικανοποίηση, αποσαφήνιση ρόλων)

Η Καδδά (2018), επισημαίνει ότι πολλές φορές μπορεί να προκύψουν προβλήματα και συγκρούσεις μεταξύ των μελών της ομάδας, τα οποία κυρίως σχετίζονται με την επικοινωνία και την ηγεσία. Αποδεικνύεται από την διεθνή βιβλιογραφία ότι η συνεργασία σε μια ομάδα είναι πιο αποτελεσματική όταν υπάρχει κάποιος που ηγείται της ομάδας αυτής. Το φαινόμενο της επικοινωνίας, τονίζει ο Μπακιρτζής (2003) είναι σύνθετο και ο τρόπος που γίνεται κατανοητό καθορίζει τον τύπο των παρεμβάσεων στις ανθρώπινες σχέσεις σε όλες τις μορφές της. Οι διαστάσεις που καθορίζουν την ανθρώπινη επικοινωνία σε σχέση κυρίως με τους στόχους αλλά και τον τρόπο που πραγματοποιείται υποστηρίζει ο Μπακιρτζής (2002) είναι τρεις (3): Η εγωκεντρική, η αλλοκεντρική και η αλληλοκεντρική. Η εγωκεντρική επικοινωνία έχει σκοπό να καλύψει προσωπικές ανάγκες του ίδιου του ατόμου, που αναλαμβάνει την πρωτοβουλία να επικοινωνήσει. Η αλλοκεντρική επικοινωνία έχει στόχο να καλύψει ανάγκες άλλων προσώπων και όχι αυτού που αναλαμβάνει την πρωτοβουλία να αναπτύξει μια επικοινωνιακή σχέση. Τέλος, η αλληλοκεντρική ή ομοκεντρική διάσταση της επικοινωνίας είναι αυτή που αφορά την ίδια τη σχέση μεταξύ των προσώπων που επικοινωνούν, μέσα από την οποία ικανοποιούνται με αμοιβαιότητα οι ανάγκες όλων των συμμετεχόντων.

Η ενδοεπιχειρησιακή επικοινωνία θεωρείται σήμερα ζωτικής σημασίας για την οργανωσιακή αποτελεσματικότητα, καθώς έχει χαρακτηριστεί ως ένα από τα κλειδιά της οργανωτικής επάρκειας (Hellriegel & Slocum, 2004· Cheney, 2007). Η επιχειρησιακή επικοινωνία αφορά σκόπιμες ή οργανωμένες ανταλλαγές ιδεών, γνώμων, πληροφοριών ή οδηγιών μεταξύ των εργαζομένων, προσωπικά ή απρόσωπα, με τη χρησιμοποίηση συμβόλων ή σημάτων, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της επιχείρησης/οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα, επικοινωνία με την έννοια αυτή είναι το σύνολο των διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα μέσα στην επιχείρηση, και με τις οποίες οι πληροφορίες μεταβιβάζονται από τον αποστολέα στον παραλήπτη (Λούτσας, 2002). Η εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επικοινωνία. Κατά τους Robbins και Judge (2007) η ενδοεπιχειρησιακή επικοινωνία μπορεί να συντελέσει:

- A. Στη σωστή διαχείριση των συγκρούσεων.
- B. Στην υιοθέτηση της κατάλληλης ηγετικής συμπεριφοράς.

Γ. Στη λήψη ποιοτικών αποφάσεων για τους οργανισμούς.

2.1.1 Εσωτερική, οργανωσιακή επικοινωνία

Η επικοινωνία σήμερα, όπως ειπώθηκε πολλάκις στην ανωτέρω ανάλυση, θεωρείται ένας από τους βασικούς παράγοντες επιτυχίας σε έναν οργανισμό και ένας σύγχρονος μάνατζερ, ανεξάρτητα από τον οργανισμό στον οποίο εργάζεται, χρειάζεται όχι μόνο να έχει δεξιότητες επικοινωνίας, αλλά και να κατανοεί ποιοι είναι οι παράγοντες, οι οποίοι καθιστούν την επικοινωνία σε έναν οργανισμό επιτυχημένη ή όχι (Κουτούζης, Αθανασούλα-Ρέππα, Μαυρογιώργος, Χαλκιώτης, & Νιτσόπουλος, 1999). Η οργανωσιακή επικοινωνία *«είναι η αποτελεσματική μεταβίβαση μηνυμάτων, που γίνεται άμεσα ή έμμεσα, ατομικά ή μαζικά, με τη χρησιμοποίηση λεκτικών ή συμβολικών μορφών, και πραγματοποιείται στο πλαίσιο ενός οργανισμού, έχοντας ως στόχο την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών του συγκεκριμένου οργανισμού»* (Κοτζαϊβάζογλου & Πασχαλούδης, 2002). Σύμφωνα με τον Λούτα (2002) η επιχειρησιακή επικοινωνία ως βασικό στοιχείο της οικονομικής και κοινωνικής ζωής, αποτελεί τον κύριο παράγοντα ανάπτυξης της επιχειρηματικής δράσης. Στις επιχειρήσεις η αναφορά στην επιχειρησιακή επικοινωνία σημαίνει τις σκόπιμες ή οργανωμένες ανταλλαγές ιδεών, γνώμων, πληροφοριών, οδηγιών κλπ. μεταξύ των εργαζομένων, προσωπικά ή απρόσωπα, με τη χρησιμοποίηση συμβόλων ή σημάτων ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της επιχείρησης. Σκοπός της επιχειρησιακής επικοινωνίας είναι η μεταφορά, η ανταλλαγή πληροφοριών, ιδεών, απόψεων και αισθημάτων, με το γραπτό ή με τον προφορικό λόγο, με τη χρήση διάφορων σημάτων ή μηχανικών μέσων και έχει τα εξής χαρακτηριστικά (Λούτας, 2002): α) είναι μια καθαρά διανοητική λειτουργία και προσαρμόζεται στη βάση της ανθρώπινης ψυχολογίας και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, β) έχει αμφίδρομο χαρακτήρα, γ) αναπτύσσεται μέσα και έξω από τον οργανισμό, και δ) εκδηλώνεται με μια ποικιλία λόγων, έργων, ιδεών, απόψεων, αισθημάτων η κινήσεων, τα οποία αποτελούν σύμβολα αντιληπτά από τα μέρη που μετέχουν σε αυτή.

Μια επιτυχημένη εσωτερική επικοινωνία πρέπει να είναι κατανοητή/ ξεκάθαρη, αξιόπιστη, σύντομη, κατάλληλη, δομημένη και να διακινείται στον κατάλληλο χρόνο. Στόχος της εσωτερικής επικοινωνίας είναι η ουσιαστική υποστήριξη της εκπλήρωσης της αποστολής της αποτελεσματικής υλοποίησης των επιχειρησιακών στρατηγικών και

της επίτευξης των επιχειρησιακών στόχων μέσω της συμβολής στην ανάπτυξη του κατάλληλου οργανωσιακού κλίματος και κουλτούρας και στην εξασφάλιση των απαιτούμενων στάσεων και συμπεριφορών όλων των εργαζομένων ως άτομα και ομάδες (Κόντης, 1983· Josien, Βαγιάτης, & Γιαννουλέας, 1995). Πιο συγκεκριμένα οι γενικότεροι στόχοι είναι η ενημέρωση των εργαζομένων και η κατανόηση από αυτούς των εξελίξεων στο περιβάλλον της επιχείρησης και της οργανωτικής τους μονάδας, του οράματος, των εταιρικών αξιών, των στρατηγικών, των στόχων, των πολιτικών, των σημαντικών αποφάσεων και γεγονότων, ώστε να αντιλαμβάνονται καλύτερα τους ρόλους τους και να αναπτύσσουν τις απαιτούμενες προσπάθειες, στάσεις, συμπεριφορές και ικανότητες, η ενίσχυση των στοιχείων της εταιρικής ταυτότητας και κουλτούρας και η δημιουργία πνεύματος εταιρείας. Η ενίσχυση των σχέσεων εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων, ιεραρχικών επιπέδων και οργανωτικών μονάδων, η συνεχής βελτίωση του οργανωσιακού κλίματος (ηθικό, ανθρώπινες σχέσεις κλπ.) και της ικανοποίησης των βασικών εργασιακών στάσεων των εργαζομένων όπως δέσμευση και υπευθυνότητα. Η εξασφάλιση της συμμετοχής και η αξιοποίηση των γνώσεων και των ιδεών των εργαζομένων μέσω των δυνατοτήτων ελεύθερης έκφρασης, ανησυχιών, παραπόνων, προτάσεων, προβλημάτων, λύσεων κλπ. Τέλος, παρέχει πληροφορίες για να ληφθούν αποφάσεις. Τα στελέχη και οι απλοί εργαζόμενοι χρειάζονται πληροφορίες για τους στόχους και πορείες δράσης για μελλοντικά γεγονότα και για τα πιθανά αποτελέσματα των αποφάσεών τους (Κόντη, 1983· Josien, 1995). Σχετικά με τις μορφές της επιχειρησιακής επικοινωνίας, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι αυτές ποικίλουν ανάλογα με την περίπτωση. Με την σειρά που αυτές οι μορφές χρησιμοποιήθηκαν από τον άνθρωπο, είναι οι εξής (Μπόγκα-Καρτέρη, 2005), η μη λεκτική (κινήσεις χεριών, σώματος, προσώπου), η προφορική μορφή, η γραπτή μορφή, η οπτική μορφή, η ακουστική μορφή, η οπτικοακουστική μορφή, η ηλεκτρονική μορφή και η τεχνολογική (όπως η Διαδικτυακή μορφή).

Γενικότερα το κλίμα επικοινωνίας που επικρατεί σε έναν οργανισμό αντικατοπτρίζει βασικά τις διαθέσεις της ανώτατης διοίκησης ενός οργανισμού. Εάν η διοίκηση αποκαταστήσει ένα αποδοτικό σύστημα ανταλλαγής πληροφοριών με τους συνεργάτες της και επιμένει ότι και αυτοί πρέπει να ακολουθήσουν το ίδιο σύστημα στις σχέσεις τους με τους άλλους, τότε το πνεύμα της ανταλλαγής πληροφοριών θα τείνει να καλύψει ολόκληρο τον οργανισμό (Κακουλίδης, 2009). Οι συνήθεις μορφές

επικοινωνίας που συναντά κανείς στην εσωτερική επικοινωνία ενός οργανισμού είναι τέσσερις (4):

- **Καθοδική:** από πάνω προς τα κάτω. Στην καθοδική (από πάνω προς τα κάτω) επικοινωνία συναντάται η παραδοσιακή μορφή επικοινωνίας σε επιχειρήσεις και οργανισμούς, η οποία, όμως, παρατηρείται και σήμερα σε πολλές περιπτώσεις, είναι αυτή που αρχίζει από τα ανώτερα κλιμάκια και καταλήγει στα κατώτερα, χωρίς την αντίστροφη λειτουργία (Μπουραντάς, Βάθης, Παπακωνσταντίνου, & Ρεκλείτης, 2014).
- **Ανοδική:** από κάτω προς τα πάνω. Στην ανοδική (από τα κάτω προς τα πάνω) επικοινωνία η ροή των πληροφοριών ξεκινά από τα κατώτερα επίπεδα και καταλήγει στα ανώτερα (Μπουραντάς, Βάθης, Παπακωνσταντίνου, & Ρεκλείτης, 2014).
- **Οριζόντια:** ανάμεσα σε άτομα του ίδιου ιεραρχικού επιπέδου. Η οριζόντια επικοινωνία αφορά τα άτομα που βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο ιεραρχίας αλλά απασχολούνται σε διαφορετικές ομάδες εργασίας ή τμήματα της επιχείρησης και είναι η πιο συχνή μορφή επικοινωνίας (Αθανασούλα-Ρέππα, Ανθοπούλου, Κατσουλάκης, & Μαυρογιώργος, 1999· Gardner & Winder, 1999).
- **Διαγώνια:** ανάμεσα σε άτομα ανεξαρτήτου θέσεως ή βαθμού.

2.1.2 Εμπόδια στην επικοινωνία ενός οργανισμού

Τα εμπόδια στην αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας σχετιζόμενα με το δέκτη είναι τα βιαστικά συμπεράσματα, η έλλειψη ενδιαφέροντος για το θέμα, η αρνητική αντίληψη για τον πομπό, ο δέκτης να «ακούει αυτά που θέλει να ακούσει» χωρίς να φιλτράρει το μήνυμα και οι ψυχολογικές, νοητικές και συναισθηματικές μεροληψίες. Ο δέκτης του μηνύματος θα πρέπει να ακούει προσεκτικά τον πομπό, κατανοώντας την θέση και τα συναισθήματα του χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κατ' ανάγκη αποδέχεται και το μήνυμα που εκπέμπει (Swansburg & Swansburg, 1999). Το βασικό πρόβλημα στην επικοινωνία είναι ότι το μήνυμα που λαμβάνει ο δέκτης μπορεί να είναι διαφορετικό από αυτό που επιθυμεί να μεταβιβάσει ο πομπός. Ένα πλήθος στοιχείων μπορούν να παρεμβληθούν στη διαδικασία της επικοινωνίας και να αλλοιώσουν το αρχικό μήνυμα. Ο πομπός και ο δέκτης είναι διαφορετικά άτομα (ή ομάδες). Οι ανάγκες και οι εμπειρίες των ανθρώπων μετασχηματίζουν τις

προσλαμβάνουσες εμπειρίες. Μηνύματα που δεν είναι επιθυμητά απωθούνται ενώ άλλα μεγαλοποιούνται, δημιουργούνται από το τίποτα και διαστρεβλώνονται από την πρωτογενή τους πραγματικότητα (Κοντογιώργη & Χατζηβασιλείου, 2011). Πιο συγκεκριμένα τα εμπόδια χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες (τα εξωτερικά ή φυσικά εμπόδια ή «θόρυβοι», τα εσωτερικά ή εννοιολογικά εμπόδια, τα ψυχολογικο-κοινωνικά εμπόδια και τέλος τα εμπόδια οργανωσιακής φύσης). Κατά τον Μπουραντά (2001), τα **Φυσιολογικά** είναι τα εμπόδια τα οποία έχουν σχέση με τις ικανότητες των ανθρώπων, να μεταδίδουν και να λαμβάνουν μηνύματα, την κόπωση κ.ά., τα **Ψυχοσυγκινησιακά** αφορούν τη διάθεση, τα συναισθήματα. Οι προκαταλήψεις και τα **Περιβαλλοντολογικά** αφορούν τα εμπόδια τα οποία προκύπτουν από τις διαδικασίες, τις τεχνικές, τις δομές και τα μέσα που χρησιμοποιούνται (Μπουραντάς, 2001). Εξάλλου πολλά από τα προβλήματα που προκύπτουν, είτε είναι ατομικά είτε κοινωνικά είναι αποτέλεσμα προβληματικής ή ανεπαρκούς επικοινωνίας, όταν δεν υπάρχει προβλέψιμη σχέση μεταξύ του μηνύματος που μεταδίδεται και του μηνύματος που λαμβάνεται (Katz & Kahn, 1978).

Συνοψίζοντας τα πιο σημαντικά εμπόδια που εμφανίζονται στην εσωτερική επιχειρησιακή επικοινωνία, προκύπτουν οι παρακάτω άξονες η ασάφεια μηνύματος, η κακή επιλογή χρόνου και χώρου, η κακή επιλογή τρόπου και μέσου, η έλλειψη ενδιαφέροντος, τα βιαστικά συμπεράσματα, η προδιάθεση-προκατάληψη, οι σχέσεις μεταξύ πομπού και δέκτη, οι κώδικες, η υπερφόρτωση, οι δομές-διαδικασίες, η μη αποσαφηνισμένη εξουσία και ευθύνες, η ανεπαρκής εκπαίδευση στην επικοινωνία, η έλλειψη ανοικτής ή δημοκρατικής επικοινωνίας.

2.1.3 Αποτελεσματική επικοινωνία στον οργανισμό-Ο ρόλος της ηγεσίας

Ο Wilensky (1975) υποστηρίζει ότι υπάρχουν τέσσερις παράγοντες, που καθορίζουν το επίπεδο σημασίας που έχει η επικοινωνία ή η πληροφόρηση για μια οργάνωση, και συγκεκριμένα, ο βαθμός της σύγκρουσης ή του ανταγωνισμού με το εξωτερικό περιβάλλον και η σχέση της οργάνωσης με την Κυβέρνηση ή την Κεντρική Εξουσία, ο βαθμός εξάρτησης από την εσωτερική υποστήριξη και ενότητα, ο βαθμός στον οποίο οι εσωτερικές λειτουργίες και οι απαιτήσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος χαρακτηρίζονται από προβλεπόμενη ομοιομορφία και μπορεί να υποβληθούν σε προγραμματισμένη επίδραση, το μέγεθος και η δομή της οργάνωσης, η ετερογένεια

των μελών της, η ποικιλία των στόχων της και η κεντρικότητα της εξουσίας (Wilensky, 1975).

Οι οργανισμοί λειτουργούν μέσα από τη συλλογική δράση των ανθρώπων, ωστόσο κάθε άτομο ξεχωριστά είναι ικανό να αναλάβει ανεξάρτητη δράση που μπορεί να μην είναι σύμφωνη με την πολιτική ή τις οδηγίες της οργάνωσης στην οποία ανήκει ή μπορεί να μην αναφέρει σωστά στα άτομα που πρέπει να γνωρίζουν σχετικά με το συγκεκριμένο ζήτημα. Η καλή επικοινωνία είναι αυτή που συμβάλλει στην επίτευξη συντονισμένων ενεργειών δράσης (Κοντογιώργη, Χατζηβασιλείου, 2011).

Η βελτίωση της διαδικασίας μετάδοσης του μηνύματος σε ότι αφορά τα στάδια που πρέπει να ακολουθήσει ο πομπός αφορούν την προετοιμασία της επικοινωνίας (στοχοθεσία, έλεγχος δέκτη, καταλληλότητα τρόπου, χρόνου και τόπου μετάδοσης του μηνύματος), τη μετάδοση του μηνύματος, η οποία αφορά τα μέσα μετάδοσης του μηνύματος που χρησιμοποιεί ο πομπός (προφορικά, τηλεφωνικά, ηλεκτρονικά κλπ.), τον έλεγχο της μεταβίβασης του μηνύματος, ο οποίος αφορά την πιστοποίηση από την πλευρά του πομπού, ότι το μήνυμά του ελήφθη και ερμηνεύτηκε σωστά από τον δέκτη ή υπάρχουν αποκλίσεις και επιβάλλονται διορθωτικές κινήσεις (Μπουραντάς, Βάθης, Παπακωνσταντίνου, & Ρεκλείτης, 2014). Σε ότι αφορά το περιεχόμενο του μηνύματος θα πρέπει να διακρίνεται από σαφήνεια, πληρότητα και συντομία, ενώ αναφορικά με τη βελτίωση της αποτελεσματικής λήψης απαιτείται τόσο σωστή παθητική ακρόαση όσο και σωστή ενεργητική ακρόαση (Μπουραντάς, Βάθης, Παπακωνσταντίνου, & Ρεκλείτης, 2014). Η παθητική ακρόαση αφορά τη σωστή λήψη, επεξεργασία, ερμηνεία του μηνύματος και για να είναι επιτυχημένη απαιτεί μια σειρά από βασικές ενέργειες, όπως α) εξάλειψη των θορύβων με την έννοια των ενοχλήσεων που εμποδίζουν τον πομπό να εκφραστεί και προκαλούν παρερμηνείες, β) συγκέντρωση της προσοχής του δέκτη ώστε να συλλάβει συνολικά το μήνυμα και να αποφύγει βιαστικά συμπεράσματα, γ) έλεγχος των προκαταλήψεων του δέκτη και της πιθανής ευαισθησίας του σε λέξεις ή χαρακτηριστικά του πομπού (Μπουραντάς, Βάθης, Παπακωνσταντίνου, & Ρεκλείτης, 2014). Αναφορικά με την ενεργητική ακρόαση αφορά τις ενέργειες του δέκτη να βοηθήσει τον πομπό να εκφράσει και να μεταβιβάσει με σωστό τρόπο αυτό που επιθυμεί. Αυτές οι ενέργειες περιλαμβάνουν (Μπουραντάς, Βάθης, Παπακωνσταντίνου, & Ρεκλείτης, 2014):

- Κατάλληλες διευκρινιστικές ερωτήσεις έτσι ώστε ο πομπός να γίνει σαφής και κατανοητός.

- Ενθάρρυνση του πομπού να εκφράσει άνετα αυτό που επιθυμεί. Αυτό επιτυγχάνεται με το καλό κλίμα επικοινωνίας που μπορεί να δημιουργήσει ο δέκτης.
- Ενσυναίσθηση, που σημαίνει ότι ο δέκτης ακούει και κατανοεί από τη θέση του πομπού όσα ο τελευταίος του μεταβιβάζει, δηλαδή μπαίνει ο ίδιος στη θέση του πομπού.

Είναι σημαντικό για την αντιμετώπιση των εμποδίων και την προαγωγή της αποτελεσματικής επικοινωνίας να υπάρξει εκπαίδευση και επιμόρφωση στον οργανισμό, να βελτιωθεί η επικοινωνία της διοίκησης με τους υφισταμένους καθώς όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία ο τύπος του ηγέτη επιδρά σημαντικά στον οργανισμό και στην επικοινωνία. Η συναισθηματική νοημοσύνη/ ενσυναίσθηση φαίνεται πως αποτελεί το 90% της επιτυχίας ενός ηγέτη. Όσο, κάποιος ανεβαίνει σε υψηλότερα ιεραρχικά επίπεδα, οι δεξιότητες και ικανότητες που έχει αποκτήσει από την εκπαίδευσή του δεν είναι τόσο σημαντικές, αφού ή μη σωστή διαχείριση των συναισθημάτων μπορεί να μετατρέψει σε ανόητους, ακόμα και έξυπνους ανθρώπους (Goleman, Boyatzis, & McKee, 2002 στην αναθεωρημένη έκδοση του Patterson, 2008).

Η σωστή διαμόρφωση της εσωτερικής επικοινωνίας θα συντελέσει στην αποδοτική λειτουργία του οργανισμού. Οι αποτελεσματικές επικοινωνιακές σχέσεις, προϋποθέτουν την ανάπτυξη ικανοτήτων που αφορούν την εδραίωση της αλληλοαποδοχής μεταξύ αυτών που επικοινωνούν, την έκφραση των συναισθημάτων, την εξοικείωση με την γλώσσα του σώματος και την ανταλλαγή των μηνυμάτων. Για την εύρυθμη λειτουργία ενός νοσοκομείου, η διοίκηση μπορεί να ενισχύσει την αλληλοσύνδεση του προσωπικού, τη στενή λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών και των τμημάτων, την παροχή σωστών οδηγιών και τη βελτίωση της επικοινωνίας με την πραγματοποίηση τακτικών συσκέψεων τόσο μεταξύ των διευθυντών των τμημάτων και των υφισταμένων τους, όσο και μεταξύ της ανώτατης διοίκησης και των ηγετικών στελεχών (Σιγάλας, 1999), όπως αναφέρεται στη Μπιτσώρη 2013). Γενικότερα, στο χώρο του νοσοκομείου απαιτείται συνεχής βελτίωση με την ανάπτυξη ικανοτήτων, την επεξεργασία προτάσεων εύκολα εφαρμόσιμων και την εφαρμογή μέτρων για την επίλυση των πραγματικών προβλημάτων και όχι μόνο των συμπτωμάτων. Θα πρέπει να υπάρχει αρμονική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, να εξασφαλιστεί η ασφάλεια

των ασθενών, να ελαχιστοποιηθεί η σπατάλη των πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας υγείας. Παράλληλα, με αυτό τον τρόπο βελτιώνεται η επικοινωνία μέσα στον Οργανισμό, μειώνεται η εχθρότητα των ιατρών προς την διοίκηση και αυξάνεται η ικανοποίηση από το λειτούργημά τους. Επίσης η άμεση πρόσληψη επιπλέον προσωπικού, αποτελεί μεγάλη ανάγκη (Kramer, et al., 2004, όπως αναφέρεται στη Μπιτσώρη, 2013).

Προτείνεται, επίσης η παρακολούθηση μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στην επικοινωνία καθώς η τριετής εκπαίδευση δε βελτιώνει τις επικοινωνιακές ικανότητες (Weiner & Cole, 2004). Ένα άλλο μέτρο είναι η διατύπωση σαφούς επικοινωνίας που ξεκινάει με τη διατύπωση μηνύματος που θα είναι περιεκτικό και ξεκάθαρο. Οι λέξεις που χρησιμοποιούνται να είναι κατανοητές, η επικοινωνία να μην είναι βιαστική και να παρέχεται ο κατάλληλος χρόνος ώστε το μήνυμα που στέλνει ο αποστολέας να ληφθεί σωστά από τον δέκτη. Επίσης, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος της σωστής κατανόησης του μηνύματος από τον λήπτη. Ο τρόπος που ο αποστολέας ενός μηνύματος θα το μεταδώσει στον λήπτη, έχει καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματική επικοινωνία (Epstein et al., 2005).

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων μελών δεν εξασφαλίζει και τη βελτίωση της μεταξύ τους σχέσης, ωστόσο αποτελεί βασικό στοιχείο για μία θετική προσέγγιση (Swansburg & Swansburg, 1999). Σήμερα, η επικοινωνία των ιατρών με τους νοσηλευτές παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας όπου ο σύγχρονος νοσηλευτής συντονίζει τις δραστηριότητες όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και τους ενημερώνει επαρκώς.

Η τέχνη της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι μια δεξιότητα που μαθαίνεται με το χρόνο και την αντιμετώπιση διάφορων καταστάσεων, καθώς σύμφωνα με την Μπιτσώρη (2013), η αποτελεσματική επικοινωνία χτίζεται με δυσκολίες, αγεφύρωτα κενά που πρέπει να γεφυρωθούν και μέσα από την ενεργητική ακρόαση, τα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα, τον τόνο της φωνής και τις πράξεις. Είναι μια διαδικασία που απαιτεί κόπο και για να αναπτυχθεί αποτελεσματικά χρειάζεται να το επιθυμούν τα εμπλεκόμενα άτομα. Η αναποτελεσματική επικοινωνία και οι συγκρούσεις που επιφέρει, υπάρχουν σε όλους τους Οργανισμούς και η τελική έκβαση αναφέρει η Μπιτσώρη (2013), καθορίζεται από τις ικανότητες του κάθε στελέχους και την εφαρμογή από τον Οργανισμό των κατάλληλων μεθόδων χειρισμού των κρίσεων.

Συμπερασματικά, η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ασφαλή διαχείριση των ασθενών. Η καλή διεπαγγελματική συνεργασία και ο σωστός καταμερισμός εργασίας μεταξύ των εργαζομένων, αφενός δημιουργούνε ένα ευχάριστο περιβάλλον κατά την διάρκεια της εργασίας, αφετέρου ωφελούν σημαντικά την υγεία του ασθενή (Swansburg & Swansburg, 1999).

2.2 Η επικοινωνία του οργανισμού με τους ασθενείς

Οι Schmidt και Svarstad (2002), υποστήριξαν ότι, η ομαδική συνεργασία, μέσα από την αποτελεσματική επικοινωνία στο χώρο των νοσοκομείων βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα, αυξάνει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και συμβάλλει στη μείωση των δαπανών σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους. Πληθώρα ερευνών επισημαίνουν την ανάγκη της «καλής» επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς. Ένα από τα πιο κοινά προβλήματα που συναντάται στη σχέση ιατρού-ασθενή είναι ο ελάχιστος χρόνος που διαθέτει ο πρώτος προς τον δεύτερο. Γεγονός που δυσχεραίνει την ανάπτυξη ενός δεσμού αλληλοκατανόησης, εμπιστοσύνης και ουσιαστικής επικοινωνίας, χαρακτηριστικά τα οποία, κατά τα λεχθέντα των προηγούμενων κεφαλαίων, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της υγείας των ασθενών και στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Αξιοσημείωτη είναι η έμφαση που δίνεται από τους ερευνητές στις πραγματοποιηθείσες έρευνες για την επικοινωνία στο χώρο της υγείας, κατά την οποία οι αντιλήψεις των ιατρών και των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της επικοινωνίας διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Συνεπώς, γίνεται φανερό ότι η επικοινωνία είναι μια σύνθετη διαδικασία, η οποία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο μεταξύ των εργαζομένων ενός οργανισμού καθώς συμβάλλει στην βελτίωση του οργανισμού -ειδικότερα εάν ο ηγέτης ενστερνίζεται τις αρχές που διέπουν τον σχεδιασμό ενός λειτουργικού οργανισμού-, αντιμετωπίζει πιθανά εμπόδια και μειώνει λάθη και παραλείψεις, όσο και μεταξύ των μελών του οργανισμού με τους λήπτες υπηρεσιών υγείας (ασθενείς). Εξάλλου, όλες οι δράσεις της διοίκησης ενός οργανισμού αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας όπως αναφέρει και ο ΠΟΥ για τους λήπτες των υπηρεσιών αυτών. Η ποιότητα της επικοινωνίας, υποστηρίζει η Σαραντοπούλου (2017), αποτελεί βασικό κριτήριο αξιολόγησης των επαγγελματιών υγείας από τους ασθενείς, ενώ τα οποιαδήποτε

προβλήματα σχετίζονται με αυτή επιφέρουν σειρά αρνητικών επιπτώσεων: σύγχυση, δικαστικές αγωγές, λανθασμένες ή ελλιπείς διαγνώσεις άρα και αναποτελεσματικές θεραπείες.

Τα τελευταία χρόνια το ερευνητικό ενδιαφέρον στρέφεται ολοένα και περισσότερο στο ζήτημα της επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς. Η ολιστική προσέγγιση, η διεπιστημονική και διεπαγγελματική συνεργασία και η αντιμετώπιση των ασθενών ως ένα «όλον» δημιουργεί την ανάγκη υιοθέτησης δεξιοτήτων που τα προηγούμενα χρόνια οι επαγγελματίες υγείας σπάνια διέθεταν. Το πέρασμα από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ανέδειξε νέες προκλήσεις και στόχους τα οποία δεν εστιάζουν μονάχα στη σωματική υγεία των ασθενών με την ιατροκεντρική προσέγγιση αλλά λαμβάνουν υπόψη τους κι άλλες παραμέτρους.

Με βάση τις τρεις (3) διαστάσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω (βλ. Μπακιριτζή, 2003), παρατηρείται πως η ουσιαστική διάσταση της επικοινωνίας στο νοσοκομείο όσον αφορά το ρόλο του επαγγελματία υγείας, είναι αρχικά η αλλοκεντρική. Ο επαγγελματίας υγείας, έρχεται σε άμεση διαπροσωπική επικοινωνία με τους ασθενείς του, με σκοπό να επιδράσει με θετικό τρόπο στη διαμόρφωση στάσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών, που σκοπό έχουν την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζουν και κατ' επέκταση αν αυτό είναι εφικτό την πλήρη ίαση τους. Όσον αφορά τους ασθενείς, η επικοινωνία την οποία οι ίδιοι καλούνται να αναπτύξουν μέσα στο χώρο του νοσοκομείου είναι η εγωκεντρική, αφού σκοπός της είναι η υιοθέτηση συμπεριφοράς τέτοιας, που οδηγεί αρχικά στην αποδοχή του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει, και κατ' επέκταση η θεραπεία του (Μαρνέρας & Αρβανίτης, 2011).

2.2.1 Σχέση ιατρού- ασθενή

Η ποιότητα της επικοινωνίας αποτελεί βασικό κριτήριο αξιολόγησης του ιατρικού προσωπικού από τους ασθενείς, ενώ τα οποιαδήποτε προβλήματα σχετίζονται με αυτή επιφέρουν σειρά αρνητικών επιπτώσεων. Εκτιμάται ότι ποσοστό 70–80% των περιπτώσεων παραπομπής ιατρών στα δικαστήρια αφορούν σε θέματα σχέσης ιατρού-ασθενούς, καθώς και σε προβλήματα επικοινωνίας και λιγότερο σε ζητήματα ιατρικών λαθών (Lussier & Richard, 2005). Η επικοινωνία ιατρού - ασθενούς ως μια διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών, πραγματοποιείται όχι μόνο σε νοητικό, αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο. Πρόκειται για μια ανισότιμη σχέση αλληλεπίδρασης και συνεργασίας που συνάπτεται εξ-αναγκαστικά και αφορά το μείζων ζήτημα διατήρησης

της υγείας και της επιβίωσης (Μάντη & Τσελέπη, 2000). Η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού και ασθενή καθορίζει την συμμόρφωση του τελευταίου στις ιατρικές υποδείξεις, αυξάνει την εμπιστοσύνη και το αίσθημα ασφάλειας του ασθενούς, διευκολύνοντας τόσο την κατανόηση της πραγματικής φύσης ενός προβλήματος υγείας, όσο και την αποδοχή και τήρηση της θεραπευτικής αγωγής (Ha & Longnecker, 2010). Στο ίδιο πλαίσιο τοποθετείται και η άποψη των Βενιού και Τεντολούρη (2013), κατά την οποία η δημιουργία της απαραίτητης συναισθηματικής σχέσης ιατρού-ασθενούς είναι ένα από τα κυριότερα συστατικά για την αποτελεσματική μεταξύ τους επικοινωνία, η οποία με τη σειρά της θα συμβάλλει στην επιτυχία της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Σημαντική επισήμανση αφορά η προσέγγιση με βάση τα μοντέλα θεώρησης της υγείας, διότι το βιοϊατρικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θεώρησης της υγείας μπορεί να επηρεάσει, με διαφορετικό τρόπο, την σχέση και την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Ακολούθως, απαιτείται διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο παρεμβαίνουν οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις σε αυτή τη διαδικασία.

Η κοινωνική και πολιτισμική διάσταση στη σχέση ιατρού- ασθενούς

Το κοινωνικό σύστημα ορίζεται ως η αλληλεπίδραση μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων σύμφωνα με τους σταθερούς κοινωνικούς ρόλους. Ο Henderson (1935) υποστηρίζει ότι το κοινωνικό σύστημα της σχέσης ιατρού-ασθενούς διαμορφώνεται πάνω στις έννοιες του κοινωνικού ισοδυνάμου, το οποίο αντιστοιχεί σε συγκεκριμένους φυσιολογικούς- χημικούς όρους. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που υφίστανται σε παγκόσμιο επίπεδο είναι τέσσερις (4): το δυτικό βιοϊατρικό μοντέλο, οι παραδοσιακές πρακτικές, η θρησκευτική/ τελετουργική ίαση (σαμάνος μάντης-θεραπευτής- ψυχοπομπός) και οι εναλλακτικές θεραπείες. Ο λήπτης υπηρεσιών υγείας καλείται να επιλέξει την προσέγγιση που θα ακολουθήσει βάσει των πολιτισμικών καθορισμών του, των κοινωνικών καθορισμών και των προσωπικών βιωμάτων (Μαρκάκη, 2013).

Κάθε πολιτισμός διαθέτει τα δικά του μοντέλα εξήγησης της ασθένειας και κατ' επέκταση και τα δικά του ιατρικά συστήματα, τα οποία αποτελούν προσπάθειες απόκρισης, προσαρμογής των ανθρώπων στην ασθένεια (Kleinman, 1981). Συνεπώς, γίνεται φανερό ότι η σχέση ιατρού- ασθενούς δεν μπορεί να μείνει ανεπηρέαστη από τον ρόλο των κοινωνικών θεσμών στη διαμόρφωση των αντιλήψεων/ στάσεων απέναντι στην ασθένεια (οικογένεια, σχολείο, εκκλησία, επιστημονικοί σύλλογοι ή εταιρείες κ.λπ.), όπως επίσης και από τον ρόλο των κοινωνικών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών (κοινωνική τάξη, θρησκεία, εθνικότητα, φυλή, ήθη και έθιμα). Κατά τα λεχθέντα και όπως ειπώθηκε και σε προηγούμενα κεφάλαια, η ασθένεια είναι μια πολυπαραγοντική και πολυσηματική εμπειρία, το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη προσέγγιση τόσο της ασθένειας όσο και της σχέσης που δομείται ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό. Ταυτόχρονα είναι σημαντικό ο ιατρός να γνωρίζει και να κατανοεί το προσωπικό αντιληπτικό και ερμηνευτικό μοντέλο του εκάστοτε ασθενή και των οικείων του και κυρίως να αναγνωρίζει τη σημασία της κοινωνικής και πολιτισμικής **αλληλεπίδρασης** στη σχέση ιατρού-ασθενούς ώστε να δομηθεί ή να βελτιωθεί η σχέση των δύο εμπλεκόμενων πλευρών με στόχο την ικανοποίηση του ασθενούς και την θετική εξέλιξη της πορείας της υγείας του (Μαρκάκη, 2013).

Η ψυχοδυναμική διάσταση στη σχέση ιατρού- ασθενούς

Οι Balint Michael & Enid ψυχίατρος και ψυχαναλυτής ο πρώτος και η σύζυγός του επίσης ψυχαναλύτρια και κοινωνική λειτουργός τη δεκαετία του '50 στη Μεγάλη Βρετανία δημιούργησαν ομάδες για κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι αντιμετώπιζαν προβλήματα γάμου, και χρειάζονταν ένα πλαίσιο στο οποίο θα συζητούσαν τα προβλήματα των πελατών τους, καθώς και τις δυσκολίες που συναντούσαν οι ίδιοι στη σχέση τους με τους πελάτες τους. Στη συνέχεια συνειδητοποίησαν ότι η κάθε προσωπικότητα και οι ασυνείδητες ανάγκες και επιθυμίες επηρέαζαν τη σχέση με τους ασθενείς τους (Μπήτρου, 2014). Με συνέπεια τη δημιουργία μιας μεθόδου, η οποία συνδύαζε στοιχεία ψυχοθεραπείας και συζήτησης περιστατικών μέσα σε μία ομάδα συναδέλφων. Μετά την εφαρμογή της μεθόδου προχώρησαν στους γενικούς ιατρούς οι οποίοι έρχονταν συχνά αντιμετώπι με παράπονα ψυχολογικής φύσης από τους ασθενείς τους, και για τους οποίους η απόκτηση ορισμένων ψυχοθεραπευτικών δεξιοτήτων θα ήταν πολύ χρήσιμη στην καθημερινή πρακτική τους (Μπήτρου, 2014).

Ουσιαστικά προσέγγισαν αναλυτικά τη σχέση ιατρού- ασθενούς τονίζοντας πως η ευαισθητοποίηση ως προς τον ψυχολογικό κόσμο του ασθενούς είναι κρίσιμη για την επίτευξη κατανόησης των κινήτρων του όταν αυτός αιτιάζεται τα παράπονα υγείας τους, καθώς και της στάσης του ίδιου του ασθενή προς την ασθένειά του που έχει μεγάλη σημασία για τη θεραπεία. Το κάθε άτομο βιώνει την ασθένεια με τον δικό του μοναδικό τρόπο και δεν αποτελεί ένα αντικείμενο μιας έκφρασης της νόσου (Henbest & Stewart, 1990 στον Φλώρο, 2006). Για να οδηγηθούν και οι δύο πλευρές στο κοινό στόχο που είναι η αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας τότε ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να κατανοήσει τον ασθενή ως μια ιδιοσυγκρατική προσωπικότητα. Επιπλέον, οι όροι μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση, προερχόμενες από τη ψυχαναλυτική θεωρία, κρίνονται ιδιαίτερα χρήσιμες ως αρχές εξήγησης της πορείας σχέσης ιατρού- ασθενούς που μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση και παρεμποδίσουν την παροχή βέλτιστης ιατρικής φροντίδας (Sadock & Sadock, 2009). Τα λόγια και οι πράξεις των ιατρών έχουν ιδιαίτερο βάρος λόγω της αυθεντίας τους και της τάσης να αποδίδουν σε εκείνους οι ασθενείς ιδιότητες που προέρχονται από σημαντικές σχέσεις του παρελθόντος (μεταβίβαση). Ο τρόπος προσέγγισης και συμπεριφοράς του ιατρού λοιπόν, παρατηρείται, να έχει άμεση επίδραση στις συναισθηματικές, ακόμη και βιολογικές αντιδράσεις των ασθενών. Για να γίνει κατανοητό αυτό, θα αναφερθεί το γνωστό φαινόμενο της «λευκής μπλούζας» όπου οι ασθενείς δίνουν αυξημένες τιμές

αρτηριακής πίεσης όταν τη λαμβάνουν ιατροί σε νοσοκομειακό περιβάλλον με ιατρική περιβολή.

Στο ίδιο πλαίσιο έχει παρατηρηθεί αυξημένη αρτηριακή πίεση σε ασθενή που εξετάστηκε από ιατρό που ο πρώτος θεωρούσε ψυχρό, αδιάφορο και αυστηρό ενώ η αρτηριακή του πίεση μετρήθηκε σε φυσιολογικά επίπεδα όταν εξετάστηκε από ιατρό που θεωρούσε φιλικό, συμπαθή και με κατανόηση προς το πρόβλημά του (Sadock & Sadock, 2007, 10th edition). Πολλοί ιατροί που συμμετέχουν στις ομάδες Balint για χρόνια αναφέρουν βελτίωση στην κατανόηση των ασθενών τους, ακόμα και των πιο δύσκολων, και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στον επαγγελματικό τους ρόλο. Επίσης, αναφέρουν λιγότερη επαγγελματική εξουθένωση, μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας και μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση (Καραντώνη, 2015).

Από την άλλη οι ίδιοι οι ιατροί μπορούν να παρουσιάζουν διαταραγμένες αντιλήψεις της σχέσης ιατρού- ασθενούς και παρουσιάζεται όταν οι ιατροί ασυνείδητα προσδίδουν σε ασθενείς τους ιδιότητες ή κίνητρα που προέρχονται από παλιότερες σχέσεις τους (Sadock & Sadock, 2007, 10th edition). Η αντιμεταβίβαση μπορεί να λάβει τη μορφή αρνητικών, διασπαστικών συναισθημάτων αλλά και να συμπεριλάβει αντιδράσεις ως προς την πραγματική φύση της προσωπικότητας του ασθενή δυσανάλογα θετικές ή εξυψωτικές ή ακόμη και ερωτικές.

Σημαντική υπενθύμιση αποτελεί το γεγονός ότι όπως και οι ασθενείς έτσι και οι ιατροί έχουν προσδοκίες (ασυνείδητες ή μη λεκτικές). Συχνότερα οι ασθενείς ταξινομούνται ως «καλοί εφόσον η βαρύτητα των συμπτωμάτων τους συσχετίζεται με μία ξεκάθαρα διαγνώσιμη βιολογική διαταραχή, εάν συμμορφώνονται και γενικά αποδέχονται τη θεραπεία χωρίς κριτική διάθεση, εφόσον ελέγχουν τα συναισθήματά τους και εάν είναι ευγνώμονες. Εφόσον αυτές οι προσδοκίες δεν ικανοποιούνται, ακόμη και εάν γι' αυτό ευθύνονται ασυνείδητες, μη ρεαλιστικές ανάγκες από την πλευρά του ιατρού, ο ασθενής κατηγορείται και χαρακτηρίζεται βαρετός, δύστροπος, «ανίατη περίπτωση», «δύσκολος». Ένας ιατρός που αντιπαθεί έναν ασθενή τείνει στο να τον χειρίζεται αναποτελεσματικά. Το συναίσθημα αυξάνει την αντιμεταβίβαση. Εάν ο ιατρός αντιληφθεί ότι ο ανταγωνισμός από την πλευρά του ασθενή είναι εν μέρει αμυντικός ή αυτό-προστατευτικός, αντανakλώντας πιθανότατα ασυνείδητη μεταφορά του φόβου μίας νέας απογοήτευσης ή κακομεταχείρισης, τότε ο ιατρός μπορεί να ελέγξει το θυμό του και να αντιληφθεί τη φύση των προβλημάτων του ασθενή και πως αυτός τα βιώνει (Sadock & Sadock, 2007, 10th edition στο Φλώρος 2006: 22). Το πιο

συχνά χρησιμοποιούμενο φάρμακο στην ιατρική είναι ο ίδιος ο γιατρός. Δεν είναι μόνο το φάρμακο στο μπουκάλι ή τα χάπια στο κουτί που έχουν σημασία, αλλά ο τρόπος που ο γιατρός δίνει για τον ασθενή του, στην πραγματικότητα η όλη ατμόσφαιρα στην οποία το φάρμακο δόθηκε και ελήφθη (Balint, 1957).

Αυτό που πρέπει να έχουν κατά νου οι ιατροί και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας ενός οργανισμού είναι ότι οι ασθενείς δεν μπορούν να περιγραφούν πλήρως με μια διαγνωστική ετικέτα (βιολογική ή ψυχολογική ή κοινωνική) ούτε και είναι θεμιτό αυτό. Χρειάζεται να εστιάζουν στην μοναδικότητα του κάθε ασθενή και στον τρόπο που εκείνος αντιλαμβάνεται την ασθένεια ώστε να επιτευχθεί η διασφάλιση μιας επιτυχημένης φροντίδας και εξέλιξη της ασθένειας μέσω της ισχυρής θεραπευτικής σχέσης των εμπλεκόμενων.

Η γνωστική διάσταση στη σχέση ιατρού- ασθενούς

Η πεποίθηση ότι ένα άτομο έχει αξία ως άτομο, ή ότι κάποιος παρεμποδίζουν την ανάπτυξή του σχηματίζεται στη βάση επαναλαμβανόμενων εμπειριών και έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις ως προς την ψυχολογική λειτουργία. Για παράδειγμα, ο ιατρός ο οποίος λαμβάνει το ιστορικό των ασθενών μαθαίνει να προσπερνά θέματα που μπορεί να οδηγήσουν σε πλατειασμούς τον ασθενή και να διατυπώνει ερωτήσεις ως προς θέματα δυνητικά ευαίσθητα με ευαισθησία, μεταθέτοντας δυσκολότερες ερωτήσεις σε ένα πιο προχωρημένο στάδιο τη σχέσης του με τους ασθενείς, όταν θα υπάρχει ήδη εγκαθιδρυμένη εμπιστοσύνη ή και ο ασθενής θα καταθέσει αυθόρμητα την πληροφορία όταν αισθάνεται έτοιμος γι' αυτό (Φλώρος, 2006: 26). Ο κύριος άξονας της γνωστικής προσέγγισης στη σχέση ιατρού- ασθενούς αναπτύσσεται στη κατεύθυνση της διαταραχής και της δυσλειτουργικότητας όπως αυτή εκφράζεται με την ομαδοποίηση προτύπων γνωστικών διαταραχών σε γνωστικά πρότυπα (cognitive styles).

Η γνωστική προοπτική δίνει έμφαση στο ότι ο εγκέφαλος αναπτύσσει ενεργά και συνεχώς εναλλακτικές απεικονίσεις του κόσμου, του εαυτού, των άλλων και του μέλλοντος (Φλώρος, 2006). Οι Bibring και Kahana (1950-1960) προτείνουν την αξιοποίηση των τύπων προσωπικότητας στη κατανόηση του σωματικού (physically) ασθενούς, επιβεβαιώνοντας τη μεταφορά της γνώσης από την Ψυχιατρική στη Γενική Ιατρική Παθολογία, στο πλαίσιο της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής. Οι Bibring και Kahana περιγράφουν τις φυσιολογικές προσωπικότητες, δηλαδή αυτές που έχουν καλή

λειτουργικότητα, οι οποίες σε περιπτώσεις στρεσογόνων καταστάσεων αντιδρούν με άγχος. Δηλαδή όταν εντείνονται ποσοτικά, υπό πιεστικές συνθήκες μπορούν να εκδηλώσουν ψυχοπαθολογία (Bibring, 1968).

Η καταγραφή μιας φυσιολογικής προσωπικότητας προκύπτει από τη μελέτη της ανάλογης παθολογικής. Οι συγγραφείς χρησιμοποιούν τον όρο τύπος προσωπικότητας για να τονίσουν την αξιοποίηση της φυσιολογικής συνιστώσας της προσωπικότητας. Ο C. Rogers (1961), υποστηρίζει ότι η θεραπευτική επιτυχία εξαρτάται πρωτίστως από την ύπαρξη συγκεκριμένων στάσεων εκ μέρους του θεραπευτή, μέσω ενσυναισθητικής κατανόησης και όχι από τις τεχνικές που εφαρμόζει ή από τις ειδικές γνώσεις.

2.2.2 Το παραδοσιακό μοντέλο στη σχέση ιατρού- ασθενούς

Η παραδοσιακή ιατρική προσέγγιση θέτει στο επίκεντρο την ασθένεια και για τον λόγο αυτό θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως βιοϊατρικό μοντέλο. Έτσι, ο ορισμός που προκύπτει αφορά την νόσο του ασθενούς η οποία αντιμετωπίζεται ως μία απόκλιση από μία σειρά μετρήσιμων παραμέτρων. Κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα του συγκεκριμένου μοντέλου είναι ότι δε λαμβάνει υπόψη καθόλου τη κοινωνική και ψυχολογική διάσταση στην επίλυση των προβλημάτων που αφορούν την ασθένεια (Engel G., 1977). Ένα άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα του παραδοσιακού μοντέλου είναι ότι αναγνωρίζει έναν αυταρχικό και απολυταρχικό τρόπο συμπεριφοράς στον ιατρό. Ειδικότερα, θεωρεί ότι ο ιατρός ως επιστήμονας είναι η αυθεντία που θα καθορίσει τη θεραπευτική αγωγή που οφείλει να ακολουθήσει ο ασθενής και να την αποδεχθεί χωρίς περαιτέρω συζήτηση (De Valck, Bensing, Bruynooghe, & Batenburg, 2001 στην Κοράβου, 2019). Εν τούτοις, το βιοϊατρικό μοντέλο περίθαλψης δεν τηρεί τα κριτήρια ώστε να συμπεριλάβει και τις κοινωνικές και τις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή κατά τον Engels (1977), καθώς το βιοϊατρικό μοντέλο εστιάζει στις διάφορες εκδηλώσεις της κλινικής εικόνας των διαφόρων ασθενειών παραβλέποντας τον τρόπο που τις βιώνει ο κάθε ασθενής καθώς και την επίδραση τους στην καθημερινότητά του.

2.2.3 Το ανθρωποκεντρικό μοντέλο στη σχέση ιατρού- ασθενούς

Σύμφωνα με το ανθρωποκεντρικό μοντέλο, η ιατρική φροντίδα, αντιμετωπίζεται ως μία συνεργασία στην οποία, τόσο οι ασθενείς όσο και οι ιατροί

καλούνται να συνεργαστούν μεταξύ τους με αμοιβαία κατανόηση. Αναλυτικότερα, είναι αναγκαίο να διευκρινιστεί ότι οι αποφάσεις που λαμβάνονται σε ότι αφορά την θεραπευτική αγωγή είναι οι κατάλληλες και σε κάθε περίπτωση σέβονται τις προσδοκίες, τις ανάγκες, τις προτιμήσεις των ασθενών και τον τρόπο ζωής τους (Epstein & Street, *The Values and Value of Patient-Centered Care*, 2011). Οι ιατροί και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως έχοντες είτε ιατροκεντρική είτε ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην επικοινωνία με τους ασθενείς τους (Morgan, 2003). Η ιατροκεντρική προσέγγιση ορίζεται στο παραδοσιακό κοινωνικό πρότυπο του Parson και βασίζεται στη παραδοχή ότι ο ιατρός είναι ο ειδικός του οποίου την εντολή ο ασθενής απαιτείται να ακολουθήσει. Οι ιατροί που ακολουθούν τη συγκεκριμένη προσέγγιση εστιάζουν στις βιοϊατρικές πλευρές της ασθένειας των ασθενών και οι ερωτήσεις συνήθως είναι κλειστού τύπου στοχεύοντας να λάβουν πληροφορίες που θα διευκολύνουν τον ιατρό να φτάσει στην εξήγηση της συμπτωματολογίας (Φλώρος, 2006).

Στον αντίποδα αυτού βρίσκονται οι ιατροί που εφαρμόζουν την προσέγγιση που χαρακτηρίζεται ασθενοκεντρική, υιοθετώντας μια τακτική όπου δεν μονοπωλείται ο έλεγχος της συζήτησης αντίθετα διευκολύνονται και ενθαρρύνονται οι ασθενείς να συμμετάσχουν σε αυτή. Προωθείται δηλαδή από την πλευρά των ιατρών η προσπάθεια εγκαθίδρυσης μιας σχέσης αμοιβαιότητας. Αναμφισβήτητα, η προσέγγιση αυτή η οποία ανήκει στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, απαιτεί από τους ιατρούς να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στην ενεργητική ακρόαση των προβλημάτων των ασθενών (Φλώρος, 2006). Οι συγκεκριμένες διαφορές στην κλινική προσέγγιση δεν αφορούν μόνο τις επικοινωνιακές τακτικές των ιατρών αλλά και τις διαφορετικές αντιλήψεις και προσανατολισμούς ως προς τον θεραπευτικό τους ρόλο (Mishler, 1984), οι ιατροί οι οποίοι εστιάζουν στη νόσο, εστιάζοντας στην αντικειμενική περιγραφή των συμπτωμάτων και τη βιοϊατρική κατηγοριοποίησή τους («η φωνή της ιατρικής», όπως έχουν χαρακτηριστεί) έχοντας στόχο να φθάσουν σε μια καταληκτική διάγνωση και στη συνέχεια θεραπεία.

Οι δε ιατροί οι οποίοι ακολουθούν την ανθρωποκεντρική προσέγγιση, αφοουγκράζονται τους ασθενείς, στοχεύουν να κατανοήσουν το πλαίσιο της ασθένειας με όρους υποκειμενικής εμπειρίας των ασθενών τους, να ανιχνεύσουν πιθανά ψυχοκοινωνικά αίτια της ασθένειας, την επιρροή της στη λειτουργικότητα του ασθενή, να κατανοήσουν τις πεποιθήσεις, τις αντιλήψεις και τις προτεραιότητες του ασθενή.

Πρόκειται για μια προσέγγιση η οποία απαιτεί από τον ιατρό να ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων του ασθενή διευκολύνοντας τη συμμετοχή στην κλινική συνάντηση. Επακόλουθο των παραπάνω αποτελεί το ότι οι ιατροί επιδεικνύουν μεγαλύτερη ευελιξία έχοντας αυξημένη δυνατότητα απόκρισης σε διαφορετικές ανάγκες διαφορετικών ασθενών (Mishler, 1984).

Ο πληρέστερος ορισμός της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης του ασθενούς σύμφωνα με τους (Stewart, et al., 1995) Stewart et al. (1995) περιλαμβάνει έξι (6) αλληλένδετα στοιχεία:

- Διερεύνηση τόσο της ασθένειας όσο και της βιωματικής εμπειρίας της
- Κατανόηση του ασθενή ως όλον
- Εύρεση κοινού εδάφους όσον αφορά την αντιμετώπιση της ασθένειας
- Εξασφάλιση τόσο της προαγωγής της υγείας όσο και της πρόληψης εμφάνισης ασθενειών
- Διερεύνηση της σχέσης ιατρού-ασθενούς
- Διατήρηση ρεαλιστικής στάσης όσον αφορά τους προσωπικούς περιορισμούς και θέματα όπως η διαθεσιμότητα χρόνου και πόρων

Αντίστοιχα, κατά τους Mead και Bower η ανθρωποκεντρική προσέγγιση διαφέρει από το βιοϊατρικό πρότυπο με όρους πέντε (5) κρίσιμων διαστάσεων, κάθε μία αντιπροσωπεύει μια ιδιαίτερη πλευρά της σχέσης μεταξύ ασθενή και ιατρού. Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρει ο Φλώρος (2006) σύμφωνα με τους Mead και Bower οι διαστάσεις αφορούν τη (v):

- Βιοψυχοκοινωνική προοπτική στη θεραπευτική σχέση- η ιατρική ξεφεύγει από το στενό πλαίσιο της οργανικής νόσου και διευρύνει την αντίληψη της ασθένειας, ώστε να περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων δυσλειτουργικότητας του ασθενή
- Η αντίληψη του ασθενούς ως ξεχωριστού ατόμου με μοναδική αντίληψη της ασθένειάς του, διακριτούς στόχους και προσδοκίες
- Η θεραπευτική συμμαχία ασθενούς και ιατρού προς κοινά αποδεκτούς στόχους

- Η αντίληψη του ιατρού ως ξεχωριστού ατόμου με προσωπικές αντιλήψεις, αξίες και πεποιθήσεις τις οποίες πρέπει να ανταλλάσσονται και να κατανοεί που μπορεί να διαφέρουν από αυτές του ασθενή
- Επιμέριση ισχύος και ευθύνης ώστε να αναλογεί στον ασθενή ένα τμήμα που μπορεί ο ίδιος να χειριστεί αποτελεσματικά, προάγοντας την επικοινωνία με τον ιατρό του.

Ο τρόπος επικοινωνίας του ασθενή με τον γιατρό, καθώς και το επικοινωνιακό μοντέλο που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας κατά την επαφή τους με τον ασθενή, θεωρούνται κρίσιμα στοιχεία για την ικανοποίησή του. Η αποτελεσματική επικοινωνία εκ μέρους του γιατρού αφορά την προσέγγιση και το ενδιαφέρον για τις ανησυχίες του ασθενή, τη σαφή επεξήγηση και την αποφυγή χρήσης δυσνόητης ιατρικής ορολογίας (Winefield et al., 1996).

2.3 Η αξία της επικοινωνίας στη θεραπευτική σχέση επαγγελματιών υγείας και ασθενών

Οι ασθενείς όταν επισκέπτονται τους ιατρούς ή τα νοσοκομεία έχουν κάποιες προτεραιότητες οι οποίες αφορούν την αφιέρωση αρκετού χρόνου από τον ιατρό, τη γρήγορη εξυπηρέτηση επειγόντων, την εχεμύθεια, την πλήρη πληροφόρηση για τη νόσο, τη διαμόρφωση κατάλληλου περιβάλλοντος ώστε ο άρρωστος να νιώθει ελεύθερος για να μιλήσει για τα προβλήματά του και τέλος την πρόληψη (Λιονής, 2013). Ο ιατρός θα πρέπει να έχει την ικανότητα να αναγνωρίζει τις προσδοκίες και τους προτεραιότητες του ασθενούς και για να το καταφέρει αυτό χρειάζεται «άσκηση», εκπαίδευση και εφαρμογή των δεξιοτήτων. Σε μια μελέτη όπου έλαβαν μέρος 500 ιατροί και 800 ασθενείς το 81% των ασθενών και το 71% των ιατρών συμφώνησαν ότι η επικοινωνία έκανε τη διαφορά για το αν «ο ασθενής θα πέθαινε ή θα ζούσε». Ενώ μόνο το 48% των ασθενών συμμετείχαν πάντα σε αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία τους και το 29% δεν γνώριζε ποιος ήταν ο θεράπων ιατρός του [«ορφανοί» ασθενείς στο νοσοκομείο, (Μακράκη, 2013)]. Η στάση του ασθενούς απέναντι στο γιατρό διαμορφώνεται από τις προηγούμενες εμπειρίες του και από την επίδραση του περιβάλλοντος, διακατέχεται από συναισθήματα άγχους και φόβου κυρίως για τη διάγνωση και τις πληροφορίες που θα του δώσει ο ιατρός (Λιονής, 2013). Ενώ οι προσδοκίες του πρώτου (ασθενή) όταν δεν αντιμετωπίζονται οδηγούν συχνά σε προβλήματα στη σχέση τους. Σε αυτό το σημείο διαφαίνεται και η καθοριστική συμβολή της ΠΦΥ για την καταγραφή των προσδοκιών των ασθενών σε σχέση με τις υπηρεσίες φροντίδας που τους παρέχονται (Λιονής, 2013).

Η επικοινωνία γιατρού-ασθενή αποτελεί βασική προϋπόθεση για την άσκηση της ιατρικής επιστήμης και πρωταρχικό στοιχείο για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης. Η προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή θεωρείται διεθνώς ότι παρέχει υψηλής ποιότητας προσωπική φροντίδα υγείας. Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια εφαρμόζεται σε ασθενείς όλων των ηλικιών και μπορεί να ασκείται σε οποιοδήποτε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας διευκολύνει την προσέγγιση που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή και αφορά τόσο το ύφος όσο και το περιεχόμενο της προσέγγισης· έχει δε ως σκοπό την καλύτερη και αποτελεσματικότερη επικοινωνία, μειώνοντας ταυτόχρονα τους φραγμούς που τίθενται συχνά στην εν λόγω σχέση (Τατσιώνη, Καραθάνος & Μίσσιου, 2015).

Η επικοινωνιακή δεξιότητα του επαγγελματία υγείας δεν πρέπει να θεωρείται ως κάτι αυτονόητο ή δευτερεύον αλλά σαν αντικείμενο εκπαίδευσης βαρύνουσας σημασίας. Η εκπαίδευση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε δεξιότητες επικοινωνίας είναι δυνατό να επιτευχθεί με την ενσωμάτωση μαθημάτων τεχνικών επικοινωνίας στα προγράμματα σπουδών των Ιατρικών και των Νοσηλευτικών Σχολών αντίστοιχα αλλά και εντός των χώρων παροχής ιατρικών υπηρεσιών όπως οι κλινικές και τα Νοσοκομεία ή ακόμα και με ειδικά σεμινάρια (Σαραντοπούλου, 2017: 244) *«Τα προγράμματα αυτά πρέπει να εκπαιδεύουν τους επαγγελματίες υγείας στην ενεργητική ακρόαση (ικανότητα αντίληψης της ουσίας των λόγων του άλλου), την αντανάκλαση (ικανότητα ελέγχου της κατανόησης όσων ειπώθηκαν) και την ανατροφοδότηση (παροχή πληροφοριών και υποδείξεων με τρόπο που να καθίστανται κατανοητές και αποδεκτές) αλλά και συγκεκριμένες δεξιότητες στο πλαίσιο του κλινικού έργου, όπως ο καταλληλότερος τρόπος συλλογής πληροφοριών κατά τη λήψη του ιστορικού και της εξέτασης, η δεξιότητα ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων και η ικανότητα προώθησης της συνεργασίας με τον ασθενή και το περιβάλλον του κατά τη διαδικασία της θεραπείας»* (Παναγοπούλου & Μπένος, 2004: 387).

2.3.1 Οφέλη αποτελεσματικής επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς

Η επικοινωνία φέρνει κοντά και συνδέει τους ανθρώπους. Γι' αυτό θεωρείται ως μια από τις πιο σημαντικές πλευρές της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Επίσης, χωρίς την επικοινωνία, η ανθρώπινη συμπεριφορά δε θα ήταν δυνατό να υπάρξει, μιας και προϋποθέτει ένα κοινωνικό σύνολο. Ακόμα, καμιά ιδέα δεν είναι δυνατόν να επιβιώσει, να εξαπλωθεί και να επιβληθεί, χωρίς την επικοινωνία. Είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική λήψη των αποφάσεων, γιατί αποτελεί το μέσο εκείνο, με το οποίο μεταφέρονται οι πληροφορίες που είναι βασικές για τη λήψη αποφάσεων (Μαστοράκη, 2019). Η καλή επικοινωνία ιατρού-ασθενούς έχει τη δυνατότητα να ρυθμίσει τα συναισθήματα των ασθενών, να διευκολύνει την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών και να εξακριβώσει καλύτερα τις ανάγκες, αντιλήψεις και προσδοκίες τους (Αγορα, 2003) και η (αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού-ασθενούς) οφείλει να δίνει έμφαση, στη δημιουργία μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης, στη διευκόλυνση ανταλλαγής πληροφοριών και στη συμμετοχή των ασθενών από κοινού, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ο Bastide (1972) έγραψε ότι «ο θεραπευτικός διάλογος

είναι μια ανταλλαγή μεταξύ δυο στοιχείων της κοινωνίας παρά μεταξύ δυο ατόμων». Τα δυο αυτά άτομα (ιατρός και ασθενής) έρχονται σε επαφή μεταφέροντας μαζί τους διαφορετικές αντιλήψεις για την ασθένεια. Οι παράγοντες που αναμένεται να επηρεάσουν τις στάσεις και τη συμπεριφορά του ιατρού απέναντι στον άρρωστο, σύμφωνα με τον (Bloom, 1963), είναι δύο: α. η προδιάθεση (predisposition) του ατομικού χαρακτήρα του β. τα μέτρα ή πρότυπα (standards) της επαγγελματικής συμπεριφοράς τα οποία έχουν υιοθετηθεί απ' αυτόν.

Η επικοινωνία χαρακτηρίζεται αποτελεσματική όταν «υλοποιούνται οι σκοποί για τους οποίους γίνεται», όταν «οι διαπροσωπικές σχέσεις διευκολύνονται στον μέγιστο βαθμό», όταν οι συμμετέχοντες έχουν κοινούς κώδικες, όταν υπάρχει επαρκής επικοινωνιακή ικανότητα, όταν η επικοινωνιακή συμπεριφορά είναι κατάλληλη και αποτελεσματική (Καλούρη, 2002), όταν εκφράζει τον συγκεκριμένο σκοπό και το κίνητρο του πομπού, όταν επιτυγχάνει τους στόχους της, όταν συμμορφώνεται με όσα αναμένονται στην επικοινωνιακή αυτή σχέση (Spitzberg, 1997) και όταν τελικώς το εκπεμπόμενο μήνυμα γίνεται αποδεκτό από τον λήπτη ακριβώς όπως θα το ήθελε και το εννοούσε ο πομπός (Μαρνέρας & Αρβανίτης, 2011).

Τέλος, στις περιπτώσεις όπου ο ιατρός και ο ασθενής δημιουργούν μια καλή σχέση και επικοινωνούν αποτελεσματικά, ο ιατρός πραγματοποιεί μία πιο σωστή διάγνωση, ο ασθενής λαμβάνει τα φάρμακα του σύμφωνα με τις οδηγίες του και όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την γρήγορη ανάρρωση του ασθενούς και την ικανοποίηση και των δύο μερών (Roter & Hall, 2006). Το όφελος των προαναφερθέντων δημιουργεί στον ασθενή, **ικανοποίηση** διότι, όταν ο ιατρός δίνει έμφαση στην ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη και τα συναισθήματα του εκτός από τα κλινικά συμπτώματα, ο ασθενής δηλώνει ικανοποίηση (Stewart, McWhinney, & Buck, 1979), καθώς και **συμμόρφωση στη θεραπεία/βελτίωση της υγείας**, αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής δείχνει πιο συνεργάσιμος και η φροντίδα του γίνεται πιο εύκολα και αποδοτικά, δεν φορτίζεται αρνητικά το προσωπικό, δεν καταφεύγει ο ασθενής στη δικαιοσύνη και σίγουρα προτρέπει συγγενείς και φίλους να επισκεφτούν το συγκεκριμένο φορέα υπηρεσιών υγείας (Αλετράς, Ζαχαράκη, & Νιάκας, 2007). Η ικανοποίηση του ασθενούς και η συμμόρφωση στη θεραπεία του δημιουργούν με την σειρά τους οφέλη και στον ιατρό, ο οποίος οδηγείται μέσω της αποδοτικής επαφής με τον ασθενή σε μια ορθή διάγνωση και κατά συνέπεια αποτελεσματική θεραπεία, αναγνωρίζεται και καταξιώνεται και μειώνεται το stress και το άγχος στον

επαγγελματικό χώρο (Παπανικολάου, 2018). Επιπρόσθετα, όταν οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την συναισθηματική φροντίδα των επαγγελματιών υγείας, είναι λιγότερο πιθανό να καταθέσουν αγωγές εναντίον τους για κακή ιατρική πρακτική σε περίπτωση που δεν μείνουν ικανοποιημένοι με την έκβαση της θεραπείας (Dimatteo & Martin, 2011).

2.3.2 Δεξιότητες επικοινωνίας επαγγελματιών υγείας

Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας διευκολύνει την προσέγγιση που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή και αφορά τόσο το ύφος όσο και το περιεχόμενο της προσέγγισης (Alazri & Neal, 2003). Η προσεκτική ακρόαση, η ενσυναίσθηση και η χρήση ανοιχτών ερωτήσεων αποτελούν μερικά παραδείγματα επιδέξιας επικοινωνίας. Η βελτιωμένη επικοινωνία γιατρού-ασθενή τείνει να ενισχύσει τη συμμετοχή του ασθενή και την τήρηση της συνιστώμενης θεραπείας, ενώ αυξάνει την ικανοποίησή του (O' Keefe, 2001). Η επικοινωνία μπορεί να ιδωθεί ως ένα βασικό συστατικό της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Για την επίτευξή της κατά την «διαβούλευση» των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς θα πρέπει να γίνεται χρήση απλής γλώσσας, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί εύκολα να κατανοήσει το μήνυμα, χρήση περισσότερων του ενός τρόπων διαβίβασης του μηνύματος, σε περίπτωση που αποτύχει ο ένας τρόπος και προσπάθεια επανάληψης ώστε να γίνει κατανοητό το μήνυμα, χρήση ελέγχου, έτσι ώστε να διαπιστωθεί αν διαβιβάστηκε και κατανοήθηκε σωστά το μήνυμα, προσπάθεια ώστε το μήνυμα να ακολουθείται από πράξεις, συλλογή πληροφοριών για το πρόβλημα, συλλογή πληροφοριών για τις απόψεις του ασθενή ως προς το πρόβλημα που έχει, συλλογή πληροφοριών για την επίδραση (σωματική, συναισθηματική, κοινωνική) του προβλήματος στον ασθενή και την οικογένειά του (Τατσιώνη, Καραθάνος & Μίσσιου, 2015). Επιπλέον, η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας (communication skills) από την πλευρά του γιατρού, ώστε να μπορεί να διεκπεραιώνει τη διαδικασία της επικοινωνίας με τον ασθενή, προσφέρει τα εξής (Mead & Bower, 2000):

- Ο επαγγελματίας υγείας εντοπίζει το πρόβλημα του ασθενή με μεγαλύτερη ακρίβεια.
- Ο ασθενής προσαρμόζεται καλύτερα ψυχολογικά και είναι πιο ικανοποιημένος από την παρεχόμενη φροντίδα.

- Ο επαγγελματίας υγείας αντλεί μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη δουλειά του και έχει λιγότερο άγχος.

Τρεις θεωρούνται οι διαφορετικοί σκοποί της επικοινωνίας νοσηλευτή/ιατρού - ασθενούς, η δημιουργία καλής διαπροσωπικής σχέσης, η ανταλλαγή πληροφορήσης και η λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τη θεραπεία του ασθενούς (Ong, 1995). Στις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας συμπεριλαμβάνεται η ενεργητική ακρόαση, η μη λεκτική επικοινωνία καθώς και η δύναμη της ενσυναίσθησης.

Ενεργητική ακρόαση: Η ενεργητική ακρόαση απαιτεί μεγάλη αυτοσυγκέντρωση και εστιασμένη ενέργεια. Όλες οι αισθήσεις χρησιμοποιούνται για να ερμηνεύουν τα μη λεκτικά μηνύματα δίνοντας προσοχή στα λεγόμενα του συνομιλητή το μυαλό επικεντρώνεται στη αμφίδρομη επικοινωνία μαζί του. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές οι οποίοι είναι ενεργητικοί ακροατές σημαίνει ότι εκφράζουν ενδιαφέρον για τον ασθενή γεγονός που ενδυναμώνει ή χτίζει μια σχέση εμπιστοσύνης. Ενεργητικός ακροατής σημαίνει διατήρηση της οπτικής επαφής με τον ασθενή, αφιέρωση της προσοχής στον ασθενή απομονώνοντας θορύβους και οτιδήποτε μπορεί να αποσπά την προσοχή της διαδικασίας, αναμονή ολοκλήρωσης του μηνύματος που εκφράζει ο ομιλητής χωρίς διακοπή για ερμηνεία των όσων ειπώθηκαν. Βοηθητικές σε αυτή τη διαδικασία είναι και οι μη λεκτικές εκφράσεις, όπως η κλίση του σώματος προς τα εμπρός, η επικέντρωση της προσοχής στο πρόσωπο του ασθενή, τα νεύματα ότι το μήνυμα είναι κατανοητό κ.ο.κ (Dewit, 2001). Σύμφωνα με την έρευνα της Roter και των συνεργατών της (2006), η μη λεκτική συμπεριφορά των ιατρών όπως η κλίση του σώματος προς τα εμπρός, το νεύμα του κεφαλιού, το κάθισμα κοντά στον ασθενή και η βλεμματική επαφή αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης και της κινητοποίησης του ασθενή.

Επιπλέον, η δύναμη της σιωπής και η παθητική ακρόαση αποτελούν ένα από τα ισχυρότερα μη λεκτικά μηνύματα που μπορεί να αξιοποιηθούν αποτελεσματικά ώστε το άτομο να αισθανθεί γνήσια αποδοχή. Οι άνθρωποι θέλουν κάποιο είδος λεκτικής αλληλεπίδρασης. Τα απλά ανοίγματα π.χ. «καταλαβαίνω», «πραγματικά!», «χμ, ώστε έτσι», είναι ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντίδρασης στα μηνύματα συναισθημάτων ή τα προβλήματα υγείας των ασθενών. Πρόκειται για αντιδράσεις που τους προσκαλούν να ανακοινώσουν τις δικές τους ιδέες, κρίσεις ή συναισθήματα (Μαλικιώση-Λοϊζου, 1998) ενώ κατά τον Lang, et al. (2000) χωρίς αυτή τη δεξιότητα (της ενεργητικής ακρόασης) τα πραγματικά ζητήματα που αφορούν τους

ασθενείς δεν αναγνωρίζονται επαρκώς από τους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τον (Meryn, 1998) ένα από τα πιο συνηθισμένα παράπονα των ασθενών είναι ότι οι νοσηλευτές και οι ιατροί δεν τους «ακούνε». Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας σύμφωνα με το πλαίσιο εκπαίδευσης SEGUE βοηθά ώστε να έχει ο επαγγελματίας υγείας τα παρακάτω πλεονεκτήματα κατά τη συζήτηση με τον ασθενή:

- Να δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης.
- Να αποδέχεται τον ασθενή.
- Να επιτυγχάνει καλύτερη συνεργασία.
- Να αντιλαμβάνεται τα μηνύματα των ασθενών.
- Να αποφεύγει τις παρεξηγήσεις.
- Να κερδίζει την ανταπόκριση των ασθενών.
- Να θεωρείται άξιος προσοχής.
- Να γίνεται πιο μεθοδικός.
- Να βελτιώνει την ικανότητά του να σκέφτεται καθαρά.
- Να νιώθει πως έχει τον έλεγχο αυτού που κάνει.

Η ενσυναίσθηση: Ο όρος «εμπάθεια» (empathy) προέρχεται από τον Titchener ως μετάφραση της γερμανικής λέξης «Einführung», που αναφέρεται στη «διαδικασία του εξανθρωπισμού των αντικειμένων, το γεγονός ότι αισθανόμαστε τον εαυτό μας μέσα σε αυτά» (Håkansson, 2003). Ως έννοια περιγράφεται διεξοδικά στο έργο του ψυχολόγου Rogers (1975) και αναφέρεται στη δυνατότητα αντίληψης από την πλευρά του θεραπευτή του εσωτερικού πλαισίου αναφοράς του άλλου ατόμου και κυρίως των συναισθηματικών στοιχείων και νοημάτων που ενυπάρχουν σε αυτό, «ωσάν» να είναι ο ίδιος το άλλο άτομο. Ο ίδιος τονίζει ότι ο θεραπευτής δεν πρέπει να λησμονεί τον όρο «ωσάν». Ως εκ τούτου ο όρος «ενσυναίσθηση» (empathy) αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να αναγνωρίζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του ασθενούς και να ανταποκρίνεται άκριτα σε αυτά με τρόπο που να υποδηλώνει κατανόηση. Περιλαμβάνει επίσης συμπεριφορές που εμπνέουν στους ασθενείς ασφάλεια και άνεση και τους δείχνουν ότι είναι άνθρωποι που χαίρουν εκτίμησης και συνιστά ικανότητα του ιατρού που εξαρτάται από το πόσο αναπτυγμένες είναι οι επικοινωνιακές του δεξιότητες (Dimatteo & Martin, 2011). Οι θεωρητικοί αναγνωρίζουν τέσσερις βασικές πτυχές της ενσυναίσθησης. Οι δύο πρώτες είναι η *βιωματική* και η *ηθική*, που σχετίζονται κυρίως με την εσωτερική ικανότητα κάποιου να συμμερίζεται και να προσεγγίζει τη συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου. Επί

πλέον, υπάρχει η *γνωστική διάσταση*, που αναφέρεται στη νοητική κατανόηση της εμπειρίας του άλλου, και η *επικοινωνιακή-συμπεριφορική*, η οποία αφορά την ακριβή μεταβίβαση στον άλλο της κατανόησης του βιώματος. Η αποτελεσματικότητα ως προς την ενσυναισθητική κατανόηση στο πλαίσιο της κλινικής συνάντησης ιατρού-ασθενούς σχετίζεται κατά βάση με τις δύο τελευταίες διαστάσεις (Lussier & Richard, 2007). Αυτή η προσέγγιση διευκολύνει την ιατρική συλλογή πληροφοριών για τον ασθενή και, ως εκ τούτου, πραγματοποιείται πιο ακριβής διάγνωση και παρέχεται καλύτερη φροντίδα. Επίσης, βοηθά τους ασθενείς να έχουν μεγαλύτερη αυτονομία και να συμμετέχουν στη θεραπεία τους, ενώ οδηγεί σε θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις που επηρεάζουν άμεσα την αποκατάσταση του ασθενή (Dimatteo & Martin, 2011). *Η αναγνώριση από μέρους των ιατρών των δυο παραπάνω χαρακτηριστικών της εμπάθειας αναμένεται να συμβάλει ουσιαστικά στην καλή επικοινωνία με τον ασθενή. Έτσι, ο ιατρός, τοποθετώντας τον εαυτό του στη θέση του ασθενή, μπορεί να κατανοήσει την κατάστασή του, κάτι που, σταδιακά, θα τον οδηγήσει υποσυνείδητα στην υιοθέτηση κοινωνικής συμπεριφοράς που εκπέμπει ευαισθησία, ζεστασιά, αισιοδοξία* (Larson & Yao, 2005 στο Λιονής, και συν. (2015). Η ενσυναίσθηση δεν ταυτίζεται με τη συμπάθεια. Δεν υποδηλώνει τη συμμετοχή στην ψυχική κατάσταση του πάσχοντα, με την έννοια της λύπης ή του οίκτου. Αφορά περισσότερο στην κατανόηση του συναισθήματος του άλλου και όχι στην έκφραση του προσωπικού βιώματος (Dimatteo & Martin, 2011-Fairbairn, 2002).

Οι δεξιότητες επικοινωνίες και η λογική της εστίασης των επαγγελματιών υγείας στους ασθενείς και στην εξατομικευμένη φροντίδα και ανάγκες αποτελούν μια προσωποκεντρική προσέγγιση. Ο προσωποκεντρικός γιατρός και νοσηλευτής γίνεται ο σύμβουλος με την ακριβή ετυμολογική έννοια και όχι ο άνθρωπος που δίνει συμβουλές. Η λέξη σύμβουλος προέρχεται από τις λέξεις συν- και βουλεύομαι- που σημαίνει αποφασίζω μαζί. Ο προσωποκεντρικός γιατρός και νοσηλευτής μοιράζεται τις γνώσεις του με την κοινωνία ούτως ώστε εκείνη ως ολότητα να ενημερωθεί και να λάβει τις αποφάσεις της αναφορικά με το πώς μπορεί να προάγει την υγεία και την ευεξία της (Κιοσσές, 2017).

Εν κατακλείδι, τα βασικά στοιχεία για την απαραίτητη συμβουλευτική επικοινωνιακή δεξιότητα κάθε σωστού επαγγελματία- ιατρού, νοσηλευτή είναι, η ειλικρίνεια, ο προσωπικός τόνος στα εκπεμπόμενα μηνύματα, η συνοχή και η εναρμόνιση στα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα, η ορθή και αποτελεσματική

αποκωδικοποίηση των εκπεμπόμενων και λαμβανόμενων μηνυμάτων, η προσοχή και ενεργητική ακρόαση, η ενσυναίσθηση και η παρωθητική εποικοδομητική κριτική στον συνομιλητή, η αποφυγή των συγκρούσεων, η διάθεση για αμφίδρομη επικοινωνία, η εμπιστοσύνη, η αφοσίωση αλλά και η ελεγχόμενη αποκάλυψη προσωπικών στοιχείων και από τα δυο κομμάτια που αποτελούν ένα κλασσικό σχήμα επικοινωνίας (Μαρνέρας & Αρβανίτης, 2011).

Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ορισμένες φορές ο τρόπος επικοινωνίας δεν εξαρτάται μόνο από τις δεξιότητες του ιατρού/ νοσηλευτή αλλά και από τη βαρύτητα του προβλήματος του ασθενή. Εάν ο λόγος επίσκεψης ενός ασθενή είναι επείγουσα συνθήκη ή απειλητική για τη ζωή τότε οι επαγγελματίες υγείας χωρίς να έχουν τα χρονικά περιθώρια για μια ολοκληρωμένη διαδικασία συζήτησης με τον ασθενή, η απόφαση για τον τρόπο διαχείρισης μεταβιβάζεται στον ιατρό ο οποίος ανάλογα με την συνθήκη, όπως ειπώθηκε, αναλαμβάνει έναν από τους παρακάτω ρόλους (Franks, et al., 2006), α. να πάρει άμεσα την απόφαση για το είδος της παρέμβασης με τον ασθενή (σε σοβαρά και απειλητικά για τη ζωή του ασθενή περιστατικά) (Stewart, et al., 2000), β. να καθοδηγεί τον ασθενή κατά τη διαχείριση του προβλήματός του (σε οξεία και μη απειλητικά για τη ζωή του ασθενή νοσήματα) (Lussier & Richard, 2010), γ. να λειτουργεί ως σύμμαχος του ασθενή (σε χρόνιες ασθένειες) (Fiscella, et al.) και δ. να διευκολύνει τον ασθενή στην εφαρμογή των επιλογών του (σε χρόνιες ασθένειες οι οποίες δεν οδηγούν σε σοβαρές επιπλοκές ή απειλούν τη ζωή του ασθενή) (Hjortdahl & Borchgrevink, 1991).

Στην παραπάνω συζήτηση μεγάλη σημασία έχει ο ρόλος του οργανισμού και η φιλοσοφία που αναπτύσσει η ηγεσία για τους ασθενείς και τον τρόπο προσέγγισής τους (ασθενοκεντρικός, ιατροκεντρικός κοκ). Ο Δημόσιος Τομέας αποτελεί τον κατεξοχήν χώρο ελλειπών ή προβληματικής επικοινωνίας σε ένα ή περισσότερα στοιχεία της διαδικασίας της επικοινωνίας, διαχέοντας τη σύγχυση σε μεγάλο μέρος του οργανισμού και μειώνοντας τη συνολική αποτελεσματικότητα. Η σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας εντός του Δημοσίου οργανισμού ενισχύεται από τη σημασία της διαδικασίας πολιτικής μεταβίβασης πληροφοριών (Graber, 1992:40). Σύμφωνα με τις εκθέσεις του Ο.Ο.Σ.Α για την Ελλάδα, η Δημόσια Διοίκηση ακόμα και σήμερα χρειάζεται ενδυνάμωση της ηγεσίας με τις βασικές λειτουργίες ενός ισχυρού κέντρου μεταξύ των οποίων είναι και η επικοινωνία, καθώς η ύπαρξη μιας επικοινωνιακής

στρατηγικής εντός της διοίκησης θα οδηγήσει σε καλύτερη κατανόηση και του ρόλου και της ευθύνης του συνόλου των υπαλλήλων (Σεϊντή, 2015).

2.3.3 Μέτρα βελτίωσης της επικοινωνίας υγειονομικών-ασθενών

Στα μέτρα βελτίωσης της σχέσης των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς συγκαταλέγεται η εκπαίδευση στις δεξιότητες επικοινωνίας, αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας στην ιατρική πρακτική καθιστούν αναπόσπαστο τμήμα την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στις τεχνικές επικοινωνίας (Travaline, Ruchinskas & D'Alonzo, 2005). Επίσης η διαρκής επιμόρφωση και τα σεμινάρια των επαγγελματιών υγείας συμβάλλουν στην αποδοτικότερη επικοινωνία με τους ασθενείς, την μείωση του εργασιακού άγχους και συγκρούσεων και της αποδοτικότερης εργασίας (Thomas & Cohn, 2006). Ο ρόλος της ηγεσίας και της διοίκησης ενός οργανισμού διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο για τα μοντέλα και τις πρακτικές που υιοθετούνται στον οργανισμό. Αναμφισβήτητα, ο σεβασμός των επαγγελματιών υγείας μεταξύ τους, η αμοιβαία συμπαράσταση και συνεργασία αποτελούν χαρακτηριστικά που οδηγούν στη βελτίωση των σχέσεων και με τους ασθενείς. Κλείνοντας, η αξιοποίηση των Νέων Τεχνολογιών και τα οφέλη που προσφέρουν θα έπρεπε να ενταχθεί και να ενσωματωθεί στη διαρκή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την βελτίωση της ποιότητας των παροχών υγείας, την καλύτερευση του εργασιακού κλίματος και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν στις ανθρώπινες επαφές και σχέσεις είτε του οργανισμού μεταξύ των μελών του είτε του οργανισμού με τους λήπτες υπηρεσιών υγείας (ασθενείς).

Κεφάλαιο 3: Η Ψηφιακή Αφήγηση στην υγεία

3.1 Η αρχέγονη ανάγκη των ανθρώπων να αφηγούνται

Η ανάγκη των ανθρώπων για αφήγηση εντοπίζεται στις απαρχές της ύπαρξής τους, όταν επικοινωνούσαν- αφηγούνταν εικονοποιημένες ιστορίες σχεδιασμένες στα βάθη των σπηλαίων, τις οποίες εν συνεχεία διαδέχθηκαν οι διηγήσεις με την άρθρωση των πρώτων ήχων επικοινωνίας της ομάδας. Πέρα από την πρακτική σημασία τους, οι εικόνες που αναπαρίστανται, ζωγραφίζονται ή σκαλίζονται στους τοίχους των σπηλαίων αποδεικνύουν ένα χαρακτηριστικό που είναι μοναδικό στην ανθρωπότητα: *«την ανάγκη και την επιθυμία να αφήσουμε ένα ίχνος πίσω μας»*.

Το ίδιο ισχύει για τις λεκτικές παρουσιάσεις των αναδυόμενων μύθων και ιστοριών, καθώς και των αφηγητών. Η προφορική αφήγηση παρέμεινε αναντικατάστατη ακόμα και με την εμφάνιση της γραφής και τη χρήση γραπτών αναφορών- από τη μια πλευρά, λόγω των αναλφάβητων στρωμάτων των κοινωνιών, που ισοδυναμούσαν με την πλειοψηφία της κοινωνίας, κι από την άλλη, λόγω της δύναμης της προσωπικής αφήγησης. Κάθε αφηγητής ερμηνεύει την ίδια ιστορία με διαφορετικό τρόπο και τη συνοδεύει με χειρονομίες και αργότερα με μουσική και χορό. Η διαδικασία έγινε ένα αναπόσπαστο μέρος του θρησκευτικού τελετουργικού και των τεχνών θεάματος, και μέσω αυτών, των αναπαραστατικών τεχνών (Bán & Nagy, 2016).

Προκύπτει η διαπίστωση ότι κυρίως οι αφηγήσεις μύθων, παραμυθιών και γενικότερα η παραμυθιακή αφήγηση είναι μια αρχέγονη ανάγκη, η οποία δείχνει να ανακουφίζει τους ανθρώπους (Ξέστερνου, 2013). Ο Labov και Fanshel (1977), ορίζει την αφήγηση ως μια μέθοδο ανακεφαλαίωσης προηγούμενης εμπειρίας μέσω του συνδυασμού αλληλουχίας γεγονότων που πράγματι συνέβησαν. Η αλληλουχία αυτή μπορεί να μην είναι η ίδια με την πραγματική ή να είναι και εντελώς αντίθετη.

Η αφήγηση αποτελεί μια αλληλεπιδραστική τέχνη της χρήσης λέξεων και δράσεων για την αναπαράσταση των στοιχείων και των εικόνων μιας ιστορίας με τρόπο που να κεντρίζει τη φαντασία του ακροατή (National Storytelling Network). Ταυτόχρονα, ο Barthes (1981 [1966]), αναφέρει ότι δεν υπάρχει και δεν υπήρξε ποτέ λαός χωρίς αφήγημα, καθώς -το αφήγημα- αρχίζει με την ίδια την ιστορία της ανθρωπότητας. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζει ότι η αφήγηση είναι *«[...] διεθνής, δια-ιστορική, διαπολιτισμική, η αφήγηση είναι όπως η ζωή»*. Οι ανθρώπινες ιστορίες, δηλαδή, είναι συνήθως παγκόσμιες, γι' αυτό μπορούν εύκολα να λειτουργήσουν ως γέφυρα ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες, πολιτισμούς ή γενιές. Επίσης, αποτελούν ένα

μέσο μετάδοσης γνώσης, εμπειρίας, ιστορίας της κοινότητας ή προσωπικών και οικογενειακών αναμνήσεων μέχρι σήμερα. Αυτό συμβαίνει διότι η αφήγηση ιστοριών δεν είναι μια εγωκεντρική δραστηριότητα αλλά ένα μοίρασμα γνώσης και αναμνήσεων, που είναι το ίδιο σημαντική στον παραλήπτη και στον αφηγητή της ιστορίας. Ο Stein (1982), προσεγγίζει την αφήγηση ως το είδος του λόγου που πραγματεύεται τη μετάβαση από μια αρχική κατάσταση πραγμάτων σε μια ρήξη και, στη συνέχεια, στην αποκατάστασή της με τροποποιημένη μορφή, ύστερα από μία ή περισσότερες εμπρόθετες πράξεις. Οι αφηγήσεις φαίνεται να λειτουργούν σε τρία (3) επίπεδα για τους ανθρώπους και τις κοινωνίες: α) διαχείριση, β) εξέλιξη, και γ) διατήρηση. Διαχείριση των εμπειριών και των ζητημάτων της ζωής των ανθρώπων (παρελθόν, παρόν και μέλλον), εξέλιξη μέσω της επεξεργασίας και διάδοσής τους τόσο για το άτομο ξεχωριστά όσο και για την κοινότητα συνολικά και διατήρηση ενάντια στη λήθη και τη λησμονιά. Οι ιστορίες που μεταφέρονται και συνεχίζουν να υπάρχουν αποτελούν έναν τρόπο παρηγοριάς ενάντια στο φόβο του θανάτου και της λήθης (Giannou, 2021). Ο Fisher (1987), υποστηρίζει ότι η αφήγηση αποτελεί φυσική ανάγκη του ανθρώπου, η οποία συμβάλλει στην ταξινόμηση των εμπειριών και στη μετάβαση από την ατομική στην κοινή εμπειρία. Με το ίδιο σκεπτικό και ο Booth (1994), στην προσπάθειά να ορίσει την αξία της αφήγησης, αναφέρει σε μια πρόταση ότι *«η αφήγηση είναι και ένας τρόπος να κοιτάζει κανείς πίσω, προκειμένου να προχωρήσει μπροστά»*. Στο ίδιο «μήκος» κινείται και ο Πελασγός (2008), ο οποίος αναφέρει ότι ο χρόνος και η λήθη αποτελούν τους μεγαλύτερους εχθρούς της προφορικής δημιουργίας στους προφορικούς πολιτισμούς. Σημαντική διαπίστωση σε τούτο το σημείο, αποτελεί η τοποθέτηση της Τσιλιμένη (2007), σύμφωνα με την οποία, η αφήγηση ως προϊόν προφορικού λόγου, αποτελεί βασικό μέσο εγγραφής ιστορικής μνήμης.

Κλείνοντας, σημαντική αναφορά αποτελεί η τοποθέτηση του Bruner (2004), *«αυτό που καθιστά την καλά επεξεργασμένη αφήγηση τόσο ισχυρή, τόσο ανακουφιστική, τόσο επικίνδυνη, τόσο πολιτισμικά ουσιώδη είναι η μετατροπή του ιδιωτικού προβλήματος σε δημόσιο δεινό. Η σπουδαία αφήγηση είναι μια πρόσκληση για ανακάλυψη του προβλήματος, όχι ένα μάθημα για την επίλυσή του. Κατά βάθος, η σπουδαία αφήγηση αναφέρεται στα δεινά και στο δρόμο, και όχι τόσο στο πανδοχείο στο οποίο οδηγεί»* (Bruner, 2004).

3.2 Από την αφήγηση στην ψηφιακή αφήγηση

Η σημερινή εποχή χαρακτηρίζεται από ευρεία χρήση των νέων τεχνολογιών σε κάθε πτυχή της ανθρώπινης ύπαρξης. Αυτό συνεπάγεται και την είσοδό τους στην έκφραση ιστοριών και αφηγήσεων. Όλη η ανθρωπότητα χρειάζεται ακόμα και σήμερα αυτόν τον τρόπο να εκφράζεται και να αφήνει τα χνάρια της πίσω. Η ανάγκη αυτή δεν χάνεται, ωστόσο μεταβάλλεται το μέσο με το οποίο επικοινωνείται. Οι νέες διαθέσιμες μορφές που βασίζονται στη τεχνολογία προσφέρουν την ευκαιρία στους ανθρώπους για άμεση έκφραση και διάδοση ιστοριών στην παγκόσμια κοινότητα με αλληλεπίδραση των χρηστών σε πραγματικό χρόνο. Η ψηφιακή αφήγηση έχει τις ρίζες της στην Αμερική και Μ. Βρετανία, όταν τις δεκαετίες '70 και '80 παραστατικοί και απεικονιστικοί καλλιτέχνες άρχισαν να πειραματίζονται με διαφορετικές μορφές έκφρασης, βασισμένες στην αφήγηση. Σύμφωνα με τους Bán και Nagy (2016), ένας από τους σκοπούς της ήταν η σύνδεση της αφήγησης ιστοριών με τις αναπαραστατικές τέχνες, η οποία εκτός από την αυτοπραγμάτωση, στόχευε στην αναγνώριση κοινωνικών προβλημάτων και συγκρούσεων και στην εύρεση λύσεων.

«Η Ψηφιακή αφήγηση συνδυάζει τα καλύτερα από δύο κόσμους: τον «νέο κόσμο» του ψηφιακού βίντεο, φωτογραφίας και τέχνης, και τον «παλιό κόσμο» της αφήγησης ιστοριών. Αυτό σημαίνει ότι ο «παλιός κόσμος» των διαφανειών PowerPoint που ήταν γεμάτες με κουκίδες και σημειώσεις αντικαθίσταται με έναν «νέο κόσμο» παραδειγμάτων μέσω ιστοριών, συνοδευμένα με παραστατικές εικόνες και ήχους» (Bán & Nagy, 2016).

Τα πρώτα εργαστήρια, είχαν στόχο στη δημιουργία ταινιών μικρού μήκους βασισμένες σε προσωπικές ιστορίες, και μπορούσαν να πραγματοποιηθούν με την ενεργή υποστήριξη του American Film Institute. Έπειτα το 1994 ο Atchley και ο Lambert, μαζί με τη Nina Mullen, ίδρυσαν το San Francisco Digital Media Center (Bán & Nagy, 2016). Το κέντρο πλέον ονομάζεται Story Center¹⁰ και βρίσκεται στο Μπέρκλεϋ της Καλιφόρνια. Η ψηφιακή αφήγηση απασχολεί πολυάριθμα επιστημονικά πεδία και το εύρος των πρακτικών με τις οποίες έχει συνδεθεί και συνεχίζει να συνδέεται αυξάνεται διαρκώς. Έτσι, απασχολεί τομείς που αφορούν την εκπαίδευση, την υγεία, το περιβάλλον, τα ανθρώπινα δικαιώματα, τη διαφήμιση.

Στην Ευρώπη, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η προσπάθεια της Pip Hardy και του Tony Sumner, οι οποίοι είναι συν-ιδρυτές και υπεύθυνοι του προγράμματος Patient Voices (PV)- «Η φωνή των ασθενών», μια προσπάθεια, η οποία εστιάζει στην

¹⁰ Το Center for Digital Storytelling (CDS), το 2015 μετονομάστηκε σε Story Center.

αξιοποίηση της ψηφιακής αφήγησης από τους ίδιους τους ασθενείς, δίνοντάς τους λόγο. Το πρόγραμμα αποσκοπεί στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και παροχής φροντίδας (Μεϊμάρης, 2014). Αρχικά το PV βασίστηκε σε δικό του μοντέλο για τη δημιουργία ψηφιακών αφηγήσεων, ωστόσο στη συνέχεια υιοθέτησε το μοντέλο των εργαστηρίων της προσέγγισης του Story Center (Αλβέρτου, 2016· Hardy & Sumner, 2013, 2008· Hardy, 2007· Hardy, 2005a, 2005b).

Στην Ελλάδα, αναφέρει η Γιάννου (2020), η ψηφιακή αφήγηση κάνει την εμφάνισή της τις αρχές της δεκαετίας του 2010, όταν και εισήχθη από τον (ομότιμο πλέον) καθηγητή Νέων Τεχνολογιών, του Τμήματος Επικοινωνίας και Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (EMME), του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών Μιχάλη Μεϊμάρη. Την είσοδο στον ελλαδικό χώρο τη διαδέχτηκε η δημιουργία πλήθος ιστοριών και project του προαναφερθέντα καθηγητή και της ομάδας τους. Πρόκειται για μια απόπειρα καταγραφής ποικίλων -θεματικά- ιστοριών από όλη τη χώρα με συμμετέχοντες όλων των ηλικιών, οποιουδήποτε μορφωτικού, κοινωνικού και οικονομικού υπόβαθρου, φύλου κλπ. Η προσέγγιση του Μεϊμάρη βασίζεται σε ένα βαθμό στο εργαστήριο του Μπέρκλεϋ, ωστόσο εστιάζει κυρίως στον *εαυτό*, ως πρωταρχικό στόχο συμμετοχής στη διαδικασία της ψηφιακής αφήγησης. *Θεωρεί ότι εάν μια ιστορία σημαίνει κάτι για τον ίδιο τον εαυτό (για εμένα τον ίδιο) σε πρώτο επίπεδο, τότε σίγουρα θα σημαίνει και για τον θεατή σε δεύτερο επίπεδο, αποκτώντας -το προς διαπραγμάτευση ζήτημα- οικουμενική διάσταση καθώς τα ζητήματα που πραγματεύονται οι άνθρωποι είναι παγκόσμια και οι ανάγκες πανανθρώπινες* (Giannou, 2020).

Με άλλα λόγια θέτει τη διάσταση της ειλικρινούς προσωπικής έκφρασης και της απεύθυνσης του εαυτού στον ίδιο τον εαυτό μέσα από μια δημιουργική διαδικασία. Η διαδικασία που λαμβάνει χώρα υλοποιείται από εξειδικευμένους εκπαιδευτές οι οποίοι δημιουργούν ομάδες 8-12 ατόμων χτίζοντας εμπιστοσύνη και ασφάλεια μέσω του «κύκλου της αφήγησης» (story circle), ο οποίος περιλαμβάνει τη συζήτηση των ατόμων που συμμετέχουν για τις ιστορίες, τις εμπειρίες και τις απόψεις τους, την έκφραση της οπτικής, των συναισθημάτων τους κ.λπ., κατά τη διαδικασία δημιουργίας μιας ψηφιακής αφήγησης σε μια σειρά συναντήσεων (Giannou, 2020).

Ο Μεϊμάρης και η ομάδα του στοχεύουν στην ανάδειξη ιστοριών οποιασδήποτε ομάδας ανθρώπων, δημιουργώντας κατά καιρούς θεματικά project ή και «ελεύθερα». Μεγάλη σημασία έχει η έκφραση των ατόμων που βιώνουν αποκλεισμό ή τα ζητήματα

που αντιμετωπίζουν φέρουν ένα σημαντικό φορτίο (π.χ. οικονομική κρίση, ασθένεια, προσωπικά ζητήματα κ.ο.κ.). Η έκφραση για τα παραπάνω ζητήματα ανοίγει τον δρόμο για την απομυθοποίηση πάγιων αντιλήψεων, καθώς δίνεται η ευκαιρία στα άτομα να εκφραστούν και να μιλήσουν για την εμπειρία τους δημόσια, εάν επιθυμούν (με το διαμοιρασμό της ψηφιακής τους ιστορίας), ή στο πλαίσιο της ομάδας και «να ακουστούν» (Giannou, 2020).

3.3 Αναλύοντας τον όρο «ψηφιακή αφήγηση»

Η ψηφιακή αφήγηση ή digital storytelling (ο αγγλόφωνος όρος) αποτελεί συνδυασμό της παραδοσιακής προφορικής αφήγησης με πολυμέσα (και εργαλεία τηλεπικοινωνίας) του 21^{ου} αιώνα (Lathem, 2005) και αναφέρεται σε μια μικρού μήκους ψηφιακή πολυμεσική παραγωγή που επιτρέπει σε καθημερινούς ανθρώπους να μοιραστούν θεωρήσεις της προσωπικής τους «ιστορίας ζωής» (Porter B., 2006).

Ένας ακόμη ορισμός, ο οποίος περιγράφει «πληρέστερα» τη ψηφιακή αφήγηση, παρουσιάζεται από τον Sheneman (2010), κατά τον οποίο ψηφιακή αφήγηση είναι η πρακτική συγκερασμού αφηγηματικού και ψηφιακού περιεχομένου, συμπεριλαμβανομένων εικόνων, ήχου και βίντεο, ώστε να δημιουργηθεί μία μικρού μήκους ταινία (2-4 λεπτά) με δυνατό συγκινησιακό συστατικό.

Ο Ohler (2008) από την άλλη, αναφέρει ότι ο όρος ψηφιακή αφήγηση επιδέχεται μάλλον περιγραφή παρά ορισμό, διότι ο όρος αποτελεί σύνθεση δύο επιμέρους όρων, που ούτως ή άλλως κουβαλούν πολλαπλά σημασιολογικά φορτία (digital & storytelling) και επομένως είναι εύλογο ο νέος όρος που προκύπτει από τον συνδυασμό των προηγούμενων να καλύπτει ένα ευρύτατο πεδίο. Παρόμοια τοποθέτηση παραθέτουν αντίστοιχα και οι Snelson και Sheffield (2009), οι οποίοι επισημαίνουν ότι είναι δύσκολο να αποτυπωθεί ένας πιο συγκεκριμένος ορισμός, καθώς η ψηφιακή αφήγηση τείνει να μεταβάλλεται σε συσχετισμό με διάφορους παράγοντες.

Ως εκ τούτου στην παρούσα έρευνα η ψηφιακή αφήγηση αναφέρεται στη δημιουργία ενός προσωπικού βίντεο, το οποίο πραγματεύεται βιώματα από την ζωή των ανθρώπων. Χρησιμοποιεί την ψηφιακή τεχνολογία προκειμένου να συνδυάσει διάφορα μέσα σε μια συνεκτική αφήγηση. Ειδικότερα, χρησιμοποιεί τεχνολογία ευρείας κυκλοφορίας, η οποία είναι συνήθως προσιτή σε όλους, ενώ έχει συνηθέστερα

τη μορφή (δύλεπτων έως τετράλεπτων) ταινιών μικρού μήκους, τις οποίες το κοινό παρακολουθεί μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή ή άλλων ψηφιακών μέσων. Η πιο κοινή μορφή ψηφιακών ιστοριών περιλαμβάνει αφήγηση με εγγραφή φωνής (voice-over) επενδυμένη με εικόνες, video, μουσική, ηχητικά εφέ και τίτλους, χωρίς να λείπουν και ψηφιακές ιστορίες με βιντεοσκοπημένη δραματοποίηση, animation και άλλες σύγχρονες τεχνικές με έμφαση στην αφήγηση και στον προσωπικό-βιοματικό χαρακτήρα του περιεχομένου της, ενώ, συνήθως, οι αφηγητές μιλούν στο α' ενικό πρόσωπο (Helff & Woletz, 2009· Kajder, 2004· Lambert, 2013· Ohler, 2008· Wu, 2009). Η αφήγηση είναι *υποκειμενική* και αυτή είναι η ιδιαίτερη αξία της καθώς, ο αφηγητής μπορεί να δώσει διαφορετική αξία στα ίδια γεγονότα, ενώ η ερμηνεία αυτών εξαρτάται από την περίσταση ή από το άτομο με το οποίο την μοιράζεται (Gale, Mitchell, Garand, & Wesner, 2003).

Κατά τον (Robin, 2006), οι ψηφιακές αφηγήσεις ομαδοποιούνται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες α) τις προσωπικές αφηγήσεις (personal narratives), τις ιστορικές έρευνες (historical documentaries) και τέλος τις διδακτικές αφηγήσεις (stories that inform and instruct). Η πιο δημοφιλής κατηγορία, παρατηρεί ο Robin (2006), είναι οι **προσωπικές αφηγήσεις** (personal narratives). Στη συγκεκριμένη κατηγορία ο δημιουργός διηγείται προσωπικές εμπειρίες και η προσωπική του αφήγηση μπορεί να στρέφεται γύρω από γεγονότα στη ζωή του ατόμου (σημαντικά για το ίδιο). Οι προσωπικές ιστορίες μπορεί να σχετίζονται με την ανάμνηση και παρουσίαση συγκεκριμένων προσώπων, τοποθεσιών, περιπετειών ή με προσωπικά βιώματα, επιτεύγματα, διαχείρισης προκλήσεων και με περιπτώσεις σωματικής ή ψυχικής ανάρρωσης ή/και ανάκαμψης.

Ο Lambert (2007) επισημαίνει ότι, οι προσωπικές εμπειρίες, τα βιώματα, οι αγώνες και οι επιθυμίες διαμορφώνουν την έμφυτη ικανότητα του ατόμου για τη δημιουργία αφηγήσεων, τονίζοντας ότι ο χρόνος και η δουλειά που θα αφιερωθεί για τη μεταμόρφωση των εμπειριών αυτών σε αφήγηση θα οδηγήσουν στη βελτίωση των προσπαθειών του. Η ψηφιακή αφήγηση μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε τομέα όπου η ανάγκη για δημιουργία και αφήγηση ατομικών και συλλογικών ιστοριών αναδύεται για διαφορετικούς λόγους και σκοπούς. Ενδεικτικά αναφέρεται η χρήση της στην εκπαίδευση, στην υγεία, στο μουσείο, στα ΜΜΕ κ.ο.κ. Στην παρούσα έρευνα μελετάται η χρήση της στην υγεία. Κλείνοντας, τα τελευταία χρόνια, η σημασία της ψηφιακής αφήγησης μεγάλωσε ακόμα πιο πολύ με τη γρήγορη ανάπτυξη και την

εύκολη διαθεσιμότητα των νεότερων τεχνολογιών. Παρόλο που τα media έχουν γίνει πιο εύκολα προσβάσιμα και η χρήση το Facebook, Youtube, Instagram, πιο διαδεδομένη όσο ποτέ, η απόκτηση των απαραίτητων ψηφιακών ικανοτήτων δεν είναι αυτονόητη. Έτσι, η ψηφιακή αφήγηση, πέρα από την συναισθηματική αξία της, μπορεί να βοηθήσει πολύ σ' αυτή την κατεύθυνση του ψηφιακού/τεχνολογικού/οπτικού γραμματισμού.

3.4 Η δύναμη της ψηφιακής αφήγησης

Η πρακτική της ψηφιακής αφήγησης είναι αρκετή για να ενεργοποιήσει τη δημιουργική και αυτόνομη επικοινωνία και αυτό με την σειρά του συμβάλλει στην προώθηση της αλλαγής στις ανθρώπινες σχέσεις. Η έμφαση παραμένει στον αντίκτυπο που έχει η πρακτική της ψηφιακής αφήγησης στον ίδιο τον αφηγητή, ο οποίος ενθαρρύνεται να πει τη δική του ιστορία, με τον δικό του τρόπο και στο κοινό που εκείνος επιλέγει (Lambert, 2007) και όπως συμπληρώνει ο προαναφερθείς (Lambert, 2013), η καινοτόμος δράση της ψηφιακής αφήγησης πρόκειται για μια απάντηση απέναντι στον αποκλεισμό των καθημερινών ανθρώπων από τη δυνατότητα παραγωγής ψηφιακών έργων. Στο ίδιο πλαίσιο και η οπτική των Μελιάδου, Νάκου, Γκούσκο & Μειμάρη (2016), η οποία εστιάζει στο γεγονός ότι η ψηφιακή αφήγηση προσφέρει αφενός τη δυνατότητα θέασης του εαυτού και της ιστορίας από μια άλλη οπτική και αφετέρου εμπλουτίζει με εναλλακτικούς τρόπους την αφηγηματική ικανότητα μοιράσματος προσωπικών πτυχών με άλλους ανθρώπους. Συνεπώς, η ψηφιακή αφήγηση στοχεύει στην ανάδειξη της προσωπικής έκφρασης δίνοντας «βήμα» και «φωνή» σε όλους τους ανθρώπους καθώς επίσης συμβάλλει στην καλλιέργεια δεξιοτήτων του 21^{ου} αιώνα προωθώντας τον τεχνολογικό και ψηφιακό γραμματισμό. Ταυτόχρονα, το ψηφιακό περιεχόμενο που παράγεται από τους ίδιους τους χρήστες, θεωρείται ότι συνεισφέρει ολοένα και περισσότερο στην κυκλοφορία συμβολικού περιεχομένου στη δημόσια σφαίρα (Silverstone, 2007). Βάσει της προηγηθείσας ανάλυσης, οι δεξιότητες που καλλιεργεί η ψηφιακή αφήγηση και τα οφέλη που προσφέρει στα άτομα είναι ποικίλα. Πιο συγκεκριμένα, ο Pink (2005), εντοπίζει έξι (6) δεξιότητες, οι οποίες καλλιεργούνται μέσω της ψηφιακής αφήγησης:

1. **Ενσυναίσθηση**, η οποία αφορά την ικανότητα να αναγνωρίζει κανείς και να μοιράζεται τα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων.

2. **Σύνθεση και αφήγηση** ως δεύτερη δεξιότητα, η οποία αφορά την ικανότητα **σύνθεσης** και **αφήγησης** ενδιαφερουσών αφηγήσεων με στόχο την επικοινωνία και την αλληλοκατανόηση.
3. **Σχεδιασμός**, ενός προϊόντος, μιας υπηρεσίας, μιας **εμπειρίας** ή ενός τρόπου ζωής που να χαρακτηρίζονται όχι μόνο από **λειτουργικότητα** αλλά και από **ομορφιά, ελκυστικότητα και συναισθηματική εμπλοκή**.
4. **Παιχνίδι και διασκέδαση**, σε επίπεδο διαδικασιών και **σχέσεων**.
5. **Σύνθεση και ανάλυση**.
6. **Ύπαρξη νοήματος**, καθώς οι άνθρωποι της εννοιολογικής εποχής επιθυμούν να συμμετέχουν σε δράσεις που να έχουν νόημα γι' αυτούς, να εργάζονται για τα πιστεύω τους και να συνεργάζονται με ανθρώπους που μοιράζονται τις ίδιες αξίες.

3.4 Τα 7 σημεία της ψηφιακής αφήγησης

Τα προτεινόμενα βήματα δημιουργίας ψηφιακής αφήγησης είναι έξι (6). Το πρώτο περιλαμβάνει τη συγγραφή, το δεύτερο το σενάριο, το τρίτο το storyboard (εικονογραφημένο σενάριο), το τέταρτο την προσθήκη πολυμέσων, το πέμπτο τη δημιουργία της ψηφιακής αφήγησης και το έκτο την κοινοποίηση (sharing).

Τα επτά (7) σημεία της ψηφιακής αφήγησης προσεγγίστηκαν και ορίστηκαν - όπως ισχύουν σήμερα- το 2002 από τον Lambert. Με την έναρξη των εργαστηρίων παρουσιάζονται αρχικά τα 7 σημεία της ΨΑ αναλυτικά ώστε να κατανοηθούν από τους συμμετέχοντες και στη συνέχεια έπεται η δημιουργία των ψηφιακών αφηγήσεων βασισμένη σε αυτά τα βήματα. Πιο συγκεκριμένα, τα βήματα είναι: 1) η **εστίαση** (point of view), 2) το **δραματικό ερώτημα** (dramatic question), 3) το **συναισθηματικό περιεχόμενο** (emotional content), 4) το **δώρο της φωνής** (the gift of your voice), 5) η **μουσική επένδυση** (the power of the soundtrack), 6) η **οικονομία στην αφήγηση** (economy), 7) ο **ρυθμός της αφήγησης** (pacing) και αναλύονται εκτενώς στη συνέχεια.

3.5 Η αξία του «κύκλου της αφήγησης»

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των εργαστηρίων ψηφιακής αφήγησης είναι ο «κύκλος της αφήγησης» (story circle), όπως αποκαλείται στο Story Center. Σε αυτούς τους κύκλους τα άτομα που συμμετέχουν παρουσιάζουν και συζητούν μεταξύ τους τις αρχικές ιδέες και την εξέλιξη των ιδεών τους κατά την πορεία του εργαστηρίου. Στο

τέλος της διαδικασίας, ο κύκλος σχηματίζεται ξανά προκειμένου να παρακολουθήσουν όλοι τα ψηφιακά έργα που δημιουργήθηκαν και να ανταλλάξουν απόψεις (Αλβέρτου, 2016). Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή των βοηθών για την δημιουργία ενός ασφαλούς πλαισίου, στο οποίο τα άτομα που συμμετέχουν αισθάνονται άνετα να εκφραστούν και ο συντονισμός να γίνεται με τρόπο τέτοιο που θα προάγει την ενσυναίσθηση. Ο Μειμάρης (2019), τονίζει με έμφαση την αξία του κύκλου της αφήγησης στη δημιουργία μιας ψηφιακής αφήγησης, αναφέροντας ότι πρόκειται ίσως για το σημαντικότερο τμήμα της, καθώς αποτελεί τα θεμέλια για την τη διαδικασία της ψηφιακής αφήγησης. Η ΨΑ, υποστηρίζει ο Μειμάρης (2019), δεν είναι απλώς ένα εργαλείο που αξιοποιείται σε διάφορους τομείς (εκπαίδευση, υγεία, ΜΜΕ κ.λπ.), αλλά μια διαδικασία που φέρει τον άνθρωπο αντιμέτωπο με εσωτερικές διεργασίες για την ανάδειξη των προσωπικών του εμπειριών και βιωμάτων. Για να μπορέσει να λειτουργήσει η συγκεκριμένη διαδικασία χρειάζεται το πλαίσιο το οποίο θα την περιλαμβάνει να έχει μια στοχοθεσία, ασφάλεια, επικοινωνία, εμπιστοσύνη και οι εκπαιδευτές να γνωρίζουν βασικές δεξιότητες επικοινωνίας, όπως η «καλή ακρόαση» και ο συντονισμός μιας ομάδας. Η συζήτηση και η διεργασία που λαμβάνει χώρα στους κύκλους της αφήγησης είναι η ουσία όλης της διαδικασίας για να παραχθεί στο τέλος ένα τελικό «προϊόν» και να παρουσιασθεί υπό μορφή βίντεο, το οποίο αποτελεί το αποτέλεσμα της παραπάνω διαδικασίας. Αυτό σημαίνει ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό να κατανοήσει κανείς την ΨΑ σε βάθος για να την αξιοποιήσει «ορθά» και όχι να την προσεγγίσει απλώς ως ένα ψηφιακό εργαλείο. Η παραπάνω τοποθέτηση βασίζεται στο σκεπτικό και έννοια του “good enough” screen- μια “αρκετά καλή” οθόνη, όπως αναφέρει ο (Μειμάρης, 2017), παραφράζοντας τον Donald Winnicton, ψυχαναλυτή/παιδίατρο (1896-1971), ο οποίος είχε εισαγάγει τον όρο «μια “αρκετά καλή” μητέρα “good enough” mother».

Ο παραπάνω ορισμός τέθηκε θέλοντας, ο Winnicton, να επισημάνει ότι «η αρκετά καλή μητέρα ξεκινάει με μια σχεδόν πλήρη προσαρμογή στις ανάγκες του βρέφους της και με την πάροδο του χρόνου προσαρμόζεται όλο και λιγότερο ολοκληρωτικά, σταδιακά, σύμφωνα με την αυξανόμενη ικανότητα του βρέφους να αντιμετωπίσει την αποτυχία της».

Κατά τα λεχθέντα, είναι αναγκαίο, η προσοχή να προσανατολιστεί προς το human[e]ducation, όπου [e] εννοείται η νέα ψηφιακή και τεχνολογική εποχή. Προτάσσεται από τον Μειμάρη (2017) δηλαδή, η αναγκαιότητα ενός σχήματος που

ακολουθεί την παρακάτω μορφή: γνωστική λειτουργία + συναίσθημα και στον [e]ψηφιακό κόσμο (Human[e]ducation= cognition+emotion). Ενστερνίζεται, δηλαδή, την άποψη ότι η έκφραση της προσωπικής οπτικής μέσω της ψηφιακής αφήγησης ως διαδικασίας -και όχι απλώς ως ενός εργαλείου- αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό της αξίας της τόσο για το ίδιο το άτομο που λαμβάνει μέρος και εκφράζεται όσο και για τον στόχο μιας εκπαίδευσης βασισμένη στον ανθρωπισμό.

3.6 Η ψηφιακή αφήγηση στην υγεία

Όπως ειπώθηκε σε προηγούμενα κεφάλαια, η ιατρική εκπαίδευση, κυρίως, εστιάζει την προσοχή της στην θεραπεία ασθενειών, στην παράταση ζωής και στις ταχείες εξελίξεις στις διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνολογίες με αποτέλεσμα να αφήνει δευτερεύουσα την εστίαση στις δεξιότητες επικοινωνίας ή τις δεξιότητες αφήγησης. Βέβαια, τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες για αλλαγή αυτής της κατεύθυνσης και έμφαση στη *θεραπευτική αφήγηση*. Αυτή η ανάγκη πώς προκύπτει όμως; Πολλές έρευνες ανέδειξαν δύο πλευρές της νοσοκομειακής πραγματικότητας, ειδικότερα σε χρόνιες ασθένειες. Η μια πλευρά αφορά την **επικοινωνία ιατρών-ασθενών**, αναδεικνύοντας την ανάγκη για πραγματική κατανόηση, ενσυναίσθηση και επικοινωνία μεταξύ ασθενών και ιατρών. Οι πρώτοι συχνά αναφέρουν ότι οι ιατροί «δεν τους ακούνε», το οποίο επιβεβαιώνεται από πλήθος ερευνών, οι οποίες συμπεραίνουν ότι *συχνά οι ιατροί αδυνατούν να αντιληφθούν και να συναισθανθούν την πάλη με τη χρόνια ασθένεια και την προοπτική του θανάτου, ώστε να μπορέσουν να σταθούν στο πλευρό των ασθενών τους* (Greenhalgh & Hurwitz, 1999· Charon, 2006).

Η άλλη πλευρά αφορά την ανακουφιστική και ευεργετική επίδραση της **αφήγησης** στη θεραπεία των ασθενών και στην *ανακουφιστική φροντίδα*. Επισημαίνεται ότι η χρήση της αφήγησης ως εργαλείου έχει ιδιαίτερη σημασία στην ανακουφιστική φροντίδα (ΑΦ), παρέχοντας την ευκαιρία κατανόησης των γεγονότων που συμβαίνουν στον ασθενή αλλά και στον φροντιστή, με σκοπό την ανάπτυξη μεγαλύτερης αυτογνωσίας και μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας (Βγενοπούλου, Πρεζεράκος, & Τζαβέλλα, 2017). Ταυτόχρονα, σύμφωνα με τους προαναφερθέντες, η χρήση της αφήγησης στην ασθένεια προσφέρει την ευκαιρία κατανόησης του εσωτερικού, φαινομενολογικού κόσμου του ατόμου. Με την εξωτερίκευση των σκέψεων και των συναισθημάτων αναπτύσσεται η αυτογνωσία με ταυτόχρονη μείωση της

συναισθηματικής δυσφορίας, ενώ μέσα από κάθε αφήγηση και ακρόαση, προσεγγίζεται η εμπειρία του πόνου.

Η *θεραπεία αφήγησης* αναπτύχθηκε το 1989-1990 από τους White και Epston επηρεασμένοι από τον Bateson, ο οποίος μελετούσε τα οικογενειακά συστήματα και την οικογενειακή θεραπεία. Ο τρόπος σκέψης στη *θεραπεία της αφήγησης* τοποθετείται στο μεταμορφολογισμό (post-structuralism) που αναπαριστά την οριστική αποχώρηση από τη μορφολογική σκέψη (structuralist thinking) που είναι χαρακτηριστικό της Δυτικής σκέψης (Zimmerman & Beaudoin, 2002). Συνεπώς, (η θεραπεία αφήγησης) στοχεύει στην προσέγγιση του προς διαπραγμάτευση ζητήματος, αξιοποιώντας τη μεταφορική γλώσσα στην προσπάθεια εξωτερικεύσής του, δίνει όνομα στο ζήτημα και καλεί το άτομο να λάβει ενεργό ρόλο απέναντι σε αυτό, ώστε να το επαναδομήσει μέσα (Besley, 2002).

Βάσει των παραπάνω, γίνονται κατανοητοί οι λόγοι για τους οποίους, από το ξεκίνημα ακόμη των πρώτων εργαστηρίων στο Story Center στο Μπέρκλεϋ, δημιουργήθηκαν πολλές αφηγήσεις ανθρώπων που έχουν έρθει αντιμέτωποι με ασθένειες (σοβαρές, χρόνιες, ηπιότερες κ.λπ.). Κυρίως, υπήρξαν πολλές αφηγήσεις ανθρώπων που ήρθαν αντιμέτωποι με σοβαρές ασθένειες και δημιούργησαν ιστορίες σχετικά με την πορεία από την ασθένεια στη θεραπεία ή τη διαχείριση της ασθένειάς τους γενικότερα (Lambert, 2013). Πρόκειται για μια διαδικασία η οποία αφενός αποτελεί πηγή πληροφόρησης και αφετέρου συναισθηματική έκφραση της εμπειρίας.

Πιο συγκεκριμένα, οι αφηγήσεις αποτελούν πολύτιμες πηγές άντλησης πληροφοριών σχετικά με την ασθένεια και την ενδυνάμωση των ασθενών, εφαρμόζεται ως ψυχοθεραπευτική τεχνική στο πλαίσιο διάφορων προσεγγίσεων συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας (βλ. δραματοθεραπεία, αφηγηματική θεραπεία (narrative therapy κ.λπ.). Ο λόγος που εφαρμόζεται η αφήγηση σε τέτοια κλίμακα εντοπίζεται στο γεγονός ότι ενδυναμώνει και βοηθά τους ασθενείς να εξωτερικεύσουν αρνητικές αντιλήψεις και ταυτόχρονα να κατασκευάσουν νέες (Anderson, 2009· Hartley & McWilliam, 2009· Gray & Young, 2011· Lambert, 2013· Cohen, Johnson, & Orr, 2015).

Ακολουθώντας την παραπάνω διαπίστωση της ευεργετικής χρήσης της αφήγησης στην ασθένεια, η Pip Hardy και ο Tony Sumner εισήγαγαν την ψηφιακή αφήγηση ως μέσο ενδυνάμωσης ασθενών με χρόνιες νόσους, συν-ιδρύοντας το πρόγραμμα Patient Voices (PV) «η φωνή των ασθενών» το 2003. Το PV πρόκειται για

ένα πρόγραμμα το οποίο είναι παρακλάδι του “Pilgrim Projects”, βρετανικού εκπαιδευτικού οργανισμού. Από την έναρξη του PV, η Hardy και ο Sumner συγκεντρώνουν έως σήμερα χιλιάδες ψηφιακές αφηγήσεις ασθενών, οι οποίες εστιάζουν στο *βίωμα της ασθένειας*. Το PV ασχολείται με ένα ευρύ φάσμα ατόμων που εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα με την ασθένεια (χρόνια και μη). Στο πρόγραμμα συμμετέχουν οι άμεσα εμπλεκόμενοι όπως οι ασθενείς όλων των ηλικιών, πολιτισμικών, κοινωνικών και οικονομικών υποβάθρων. Συμμετέχουν άτομα με ψυχολογικές δυσκολίες, μειονότητες εθνικές (μετανάστες, πρόσφυγες) και άτομα που ζουν στο όριο της φτώχειας εξαιτίας κάποιας ασθένειας ή και άλλων παραγόντων. Ενώ, συμμετέχουν και οι έμμεσα εμπλεκόμενοι, όπως οι συγγενείς, φροντιστές, οικογένεια, φίλοι κ.λπ. των ασθενών. Το PV ακολουθεί πλέον το μοντέλο του Story Center για τη δημιουργία των ψηφιακών αφηγήσεων, ενώ αρχικά βασίστηκε σε δικό του μοντέλο (Hardy, 2004, 2005a, 2005b· Hardy, 2007· Hardy & Sumner, 2008, 2013).

Σε κανέναν τομέα δεν αντανακλάται περισσότερο η σημαντικότητα, από ότι στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, όπου η αρρώστια, ο πόνος και ο θάνατος πρέπει να αντιμετωπίζονται εκ νέου πολλές φορές κάθε μέρα και τα ρίσκα πρέπει να εκτιμώνται και να αξιολογούνται γρήγορα και κατάλληλα. Είναι ιδιαίτερος σημαντικό για τους παρόχους υγείας και φροντίδας να είναι σε θέση να ενσωματώνουν τα συναισθήματά τους καθώς προχωρούν σε αυτό το ταξίδι και όχι απλώς να χτίζουν άμυνες στην προσπάθεια να ανακουφίσουν τα αναπόφευκτα άγχη που προκύπτουν σε αυτή τη δουλειά (Menzies-Lyth, 1988), μιας και έτσι πέφτουν ακόμη βαθύτερα σε ένα φαύλο κύκλο χάσματος, όπου η φροντίδα είναι ανούσια και απρόσωπη, αντί να είναι πολύτιμη και γεμάτη νοιάξιμο.

Τα οφέλη της ΨΑ, πέρα από προσωπικά για τους ίδιους τους ασθενείς, μέσω του μοιράσματος της εμπειρίας που τους προσφέρει ανακούφιση και ικανοποίηση, αναδεικνύει τη προσωπική εμπειρία, προωθεί τον αναστοχασμό και την ενσυναίσθηση, αφορούν και τους επαγγελματίες υγείας, καθώς βλέποντας μια ΨΑ αξιολογούν τις πρακτικές τους και ενίοτε τις επαναπροσδιορίζουν, αποφεύγουν τυχόν λανθασμένες πρακτικές, εκπαιδεύονται «να ακούνε» τους ασθενείς τους περισσότερο και κυρίως έρχονται σε επαφή με τα συναισθήματά τους Charon, 2006· Shea (2011)· Hardy & Sumner, 2013). Ως εκ τούτου γίνεται φανερό ότι η ψηφιακή αφήγηση αποτελεί τόσο μέσο δημιουργικής αντίδρασης και κάθαρσης όσο και μέσο αλληλεγγύης και ανθρωπιάς. Μάλιστα, μέσω του διαδικτύου, οι ψηφιακές μας αφηγήσεις μπορούν να

αγγίζουν δυναμικά ένα ευρύτατο κοινό (Μεϊμάρης, 2014 στην Νάκου, 2014). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η άποψη της Taylor (διευθύντρια στο Εθνικό Γραφείο Ελέγχου στη Μ. Βρετανία, η οποία δήλωσε για την ψηφιακή αφήγηση στην ασθένεια μέσω του PV «*κάποιες φορές υπάρχει ένα πραγματικό κενό ανθρωπιάς στον τομέα της υγείας και της φροντίδας και μια ανάγκη οι επαγγελματίες υγείας να συμπεριφέρονται στους ασθενείς και τους φροντιστές τους όπως θα ήθελαν να συμπεριφέρονται και στους ίδιους ή σε άτομα της οικογένειάς τους, όμως πολύ συχνά, τα παραδείγματα που βλέπουμε, έχουν να πουν μια διαφορετική ιστορία*» (Hardy, 2007). Στην Ελλάδα, η έρευνα της Αλβέρτου (2016) και της Γιάννου (2017), για ασθενείς με νόσο Crohn στην πρώτη περίπτωση και ασθενείς με καρκίνο μαστού στη δεύτερη, ανέδειξαν αφενός την θετική επίδραση της ΨΑ στην ασθένεια, καθώς τα άτομα ανακουφίστηκαν με το μοίρασμα της εμπειρίας τους, παρείχαν πηγή πληροφόρησης και παρηγοριάς σε άλλους ασθενείς μέσω της κοινοποίησης (sharing) των ιστοριών τους στο διαδίκτυο και αφετέρου τα ζητήματα που αφορούν τη δυσκολία επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, τα κενά και τις ελλείψεις των συστημάτων υγείας και την επίδραση του πολιτικού και κοινωνικο-οικονομικού παράγοντα ως άμεσος αντίκτυπος στην υγεία.

Τα παραπάνω, αναδεικνύουν την αναγκαιότητα αξιοποίησης των Νέων Τεχνολογιών στην υγεία, καθώς φαίνεται να συμβάλλουν τόσο στον εξορθολογισμό των συστημάτων υγείας, όσο και στην βελτίωση της ποιότητας υψηλών υπηρεσιών υγείας στους λήπτες της, το οποίο αποτελεί και στόχο, όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενα κεφάλαια της παρούσας έρευνας, των συστημάτων υγείας. Η αφήγηση μιας ιστορίας παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη επίγνωση της κατάστασης που διαμορφώνει την **εμπειρία της ασθένειας** και της **περίθαλψης** και δημιουργεί τις **βάσεις για τη θεμελίωση μιας κοινότητας αλληλεγγύης** στην οποία προωθείται ο **σεβασμός των ανθρώπων**, συστατικά τα οποία αποτελούν τις προϋποθέσεις για την καλλιέργεια της ενσυναίσθησης, την τοποθέτηση του ασθενούς στο **κέντρο της περίθαλψης** και την ανάπτυξη ισχυρών και σταθερών δεσμών μεταξύ ασθενών, γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού (Hardy, 2007).

Συνεπώς, όπως αναφέρει η Hardy (2007), η συναισθηματική δύναμη των ψηφιακών αφηγήσεων αποτελούν μία αποτελεσματική και επιδραστική μέθοδο μεταφοράς εμπειριών και στις οποίες μπορεί να εμπλακεί ένα ευρύ κοινό από **κλινικούς έως και διοικητικούς και από μη εκτελεστικά όργανα σε πολιτικά**

πρόσωπα. Η συντομία των ιστοριών τις κάνει πολύπλευρες και εύχρηστες σε ένα ευρύ φάσμα για εκπαιδευτική επιμόρφωση, ειδικά όταν ο χρόνος είναι λιγοστός και η προσοχή αποσπάται εξαιτίας των καθημερινών πιέσεων.

III. Ειδικό Μέρος-Η έρευνα

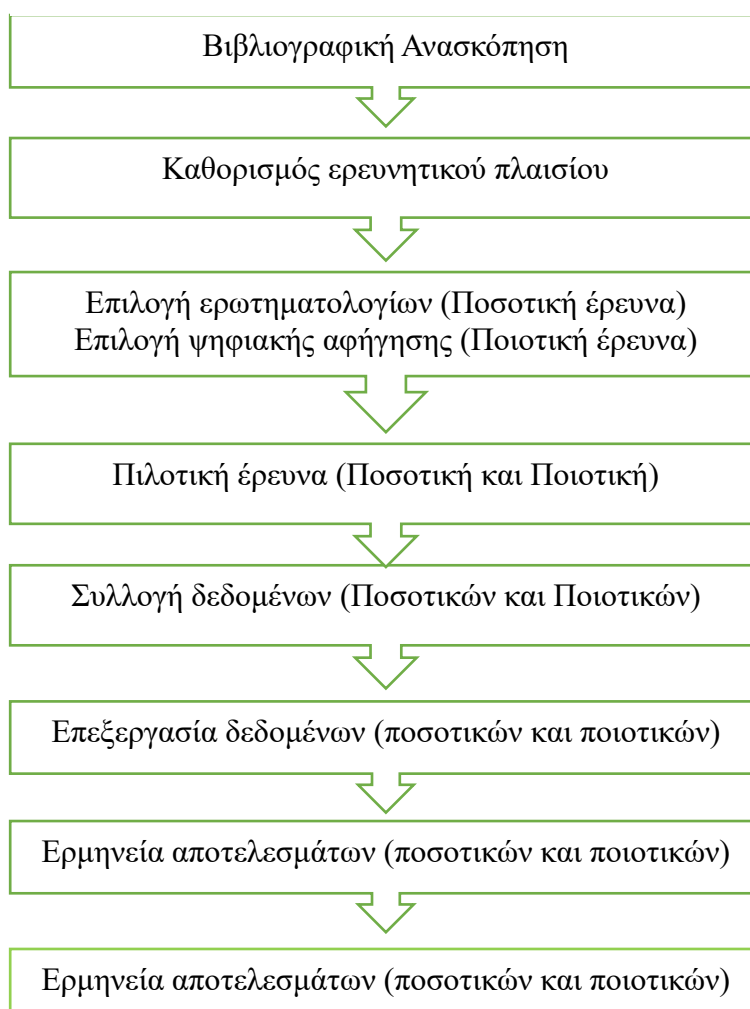
Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία

Στο παρόν κεφάλαιο της διατριβής γίνεται προσπάθεια ανάλυσης των λόγων που οδήγησαν στον καθορισμό της μεθόδου που ακολούθησε η έρευνα. Το ερευνητικό ερώτημα μιας έρευνας φαίνεται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τον καθορισμό της μεθόδου της. Συνεπώς, τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας οδήγησαν στη μικτή προσέγγιση, στη χρήση δηλαδή της ποσοτικής μεθοδολογίας σε συνδυασμό με την ποιοτική μεθοδολογία. Οι μικτές προσεγγίσεις έχουν τη δυνατότητα να αξιοποιούν καλύτερα τα πλεονεκτήματα της κάθε μεθόδου και αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα τις αδυναμίες της κάθε μιας (Κοντογιαννάτου, 2018). Έτσι, η έρευνα χωρίζεται σε δύο μεγάλα μέρη, το πρώτο που αφορά την ποσοτική προσέγγιση και το δεύτερο, το οποίο αφορά τη ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση. Η συγκεκριμένη επιλογή δεν είναι τυχαία αλλά βασίζεται σε μια αδρομερή ανασκόπηση της παγκόσμιας και ελληνικής βιβλιογραφίας, τα συμπεράσματα της οποίας οδηγούν στην επιλογή του συνδυασμού ποσοτικής και ποιοτικής μεθόδου ως αποτελεσματικότερη για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας. Άλλωστε, έχουν προηγηθεί πολλές έρευνες τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές, οι οποίες προτείνουν περαιτέρω εμβάθυνση (στις προτάσεις τους) σε μελλοντικές έρευνες, σε ζητήματα που δεν κατόρθωσαν να καλύψουν λόγω των περιορισμών της εκάστοτε προσέγγισης. Πολλές φορές οι ποσοτικές έρευνες λειτουργούν περιοριστικά λόγω του μειονεκτηματός τους για περαιτέρω εμβάθυνση στα υποκείμενα και αντίστοιχα οι ποιοτικές στερούνται «απόδειξης» καθώς πολλές φορές τα κριτήριά τους είναι δυσαπόδεικτα καθώς είναι κριτήρια που δηλώνουν εσωτερικές ενδιάθετες καταστάσεις. Ωστόσο, τα κριτήρια που προκύπτουν συνδυαστικά από την μίξη ερευνών, ίσως να διευκολύνουν την απάντηση εφόσον οδηγούν προς την ίδια κατεύθυνση.

Οι ακολουθούσες αναπτύξεις παρουσιάζουν και αναλύουν το σκεπτικό της επιλογής του καταλληλότερου και αποτελεσματικότερου σχεδίου έρευνας, τα στοιχεία που αφορούν τη κατάλληλη μέθοδο/διαδικασία συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων, τις μεθόδους μέτρησης καθώς και τη διαδικασία δειγματοληψίας. Τέλος, γίνεται αναφορά και στις στατιστικές μεθόδους ανάλυσης των δεδομένων. Τα βήματα που ακολουθήθηκαν κατά τη διάρκεια

εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση, ο προσδιορισμός του ερευνητικού πλαισίου, η επιλογή ερωτηματολογίων (ποσοτική έρευνα) και η επιλογή της δημιουργίας ψηφιακών αφηγήσεων (ποιοτική μέθοδος), η πιλοτική έρευνα (προέλεγχος) για τον τελικό έλεγχο των ερωτηματολογίων και ο τελικός έλεγχος για τη διαμόρφωση της διαδικασίας δημιουργίας ψηφιακών αφηγήσεων (ποιοτική μέθοδος), η συλλογή των ποσοτικών δεδομένων (ερωτηματολόγια) και των ποιοτικών δεδομένων (ψηφιακές αφηγήσεις), η επεξεργασία των δεδομένων και τέλος η ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Σχήμα 1: Διαγραμματική απεικόνιση των βημάτων εκπόνησης της παρούσας διδακτορικής διατριβής



4.1 Σκοπός της έρευνας

Η καταγραφή των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για την σχέση τους με τις λήπτριες/τους λήπτες υπηρεσιών υγείας, οι γνώσεις και οι δεξιότητες επικοινωνίας τους, όπως και ο καθορισμός του ρόλου και των αντιλήψεων των ασθενών/ληπτριών-ληπτών υπηρεσιών υγείας αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για την κατανόηση του ιατρικού προτύπου φροντίδας με επίκεντρο την/τον «ασθενή». Στο ίδιο πλαίσιο, επιβάλλεται και ο προσδιορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας και οργανωσιακής δέσμευσης των επαγγελματιών υγείας στις δομές που εργάζονται, καθώς επίσης και ο προσδιορισμός της επαγγελματικής ικανοποίησής τους ως παράγοντες που δυσχεραίνουν ή ευνοούν την εφαρμογή ανθρωποκεντρικών μοντέλων στην υγεία.

Σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν η καταγραφή αντιλήψεων των υγειονομικών και των ληπτριών/ληπτών υπηρεσιών υγείας αναφορικά με τη σημασία της επικοινωνίας στην μεταξύ τους σχέση και η αξιοποίηση της ψηφιακής αφήγησης ως διαδικασία αυτοέκφρασης και ενδυνάμωσης των επικοινωνιακών αυτών σχέσεων. Επιπλέον, αναζητήθηκε η πιθανή συσχέτιση της οργανωσιακής κουλτούρας και της επαγγελματικής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας του οργανισμού (εσωτερική) στη μεταξύ τους επικοινωνία και κατ' επέκταση στους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας (εξωτερική). Ένας ακόμη στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να διαπιστωθεί μέσα από τις αντιλήψεις του δείγματος το μοντέλο υγείας που εφαρμόζεται στην υγεία, η οργανωσιακή κουλτούρα που κυριαρχεί στο συγκεκριμένο δημόσιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο (Αττικό νοσοκομείο), καθώς και το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων ευρύτερα στο χώρο της υγείας. Βάσει των παραπάνω επιχειρήθηκε, ως δεύτερο βήμα, η αξιοποίηση της ψηφιακής αφήγησης, ώστε να διερευνηθεί ο τρόπος και ο βαθμός με τον οποίο συμβάλλει ως διαδικασία στην αυτοέκφραση και ενδυνάμωση της σχέσης υγειονομικού-ασθενούς στο πλαίσιο της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στην υγεία.

Με γνώμονα τις προαναφερθείσες αναφορές μελετήθηκαν οι στάσεις και οι αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας γενικότερα και ληπτ(ρι)ών υπηρεσιών υγείας για την ποιότητα της επικοινωνίας στην θεραπευτική σχέση, οι στάσεις και οι αντιλήψεις υγειονομικών για τη σχέση υγειονομικού-ασθενή, καθώς και οι στάσεις και αντιλήψεις λοιπών ειδικοτήτων (νοσηλευτικού προσωπικού, φυσικοθεραπευτών κ.λπ.) για την σχέση ιατρού-ασθενή (ή λήπτη υπηρεσιών υγείας) γενικότερα. Ταυτόχρονα,

προσδιορίστηκε το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας καθώς και η οργανωσιακή τους δέσμευση και η οργανωσιακή κουλτούρα στον οργανισμό υγείας που εργάζονται, ενώ προσδιορίστηκε και ο τύπος της οργανωσιακής κουλτούρας του οργανισμού. Επιπλέον, διερευνήθηκε η σχέση της υπάρχουσας οργανωσιακής κουλτούρας με τους παράγοντες της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων καθώς και ο ρυθμιστικός ρόλος της επαγγελματικής ικανοποίησης στη σχέση ιατρού-ασθενή.

Κλείνοντας, επιχειρήθηκε η εφαρμογή της ψηφιακής αφήγησης σε δείγμα ιατρών του ΠΓΝ Αττικών και σε «ασθενείς» τόσο για την καταγραφή της εμπειρίας τους για τον τρόπο που προσδιορίζουν και αντιλαμβάνονται την σχέση μεταξύ τους όσο και ως μια καλή πρακτική, η αξιοποίηση της οποίας επιφέρει θετικά αποτελέσματα και ευνοεί την σχέση που αναπτύσσεται στις δύο πλευρές.

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Στην παρούσα έρευνα, όπως λέχθηκε ήδη, έγινε προσπάθεια διερεύνησης των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας και των ληπτ(ρι)ών υπηρεσιών υγείας για την επικοινωνιακή σχέση υγειονομικού-ασθενή. Μελετήθηκε ο βαθμός κατά τον οποίο η οργανωσιακή κουλτούρα ενός οργανισμού επηρεάζει την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων και σε ποιο βαθμό η επαγγελματική ικανοποίηση επηρεάζει την σχέση ιατρού-ασθενή. Ως εκ τούτου τα βασικά ερωτήματα που διατυπώνεται είναι τα παρακάτω:

A. Πώς επηρεάζει η οργανωσιακή κουλτούρα και η οργανωσιακή δέσμευση (OCAI.1AY-OCAI.6ΔΕ και OCQ1 έως OCQ15) την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων (JSQ1 έως JSQ7 και επιπλέον το GNJSS1 έως GNJSS18);

A¹: Ποιος είναι ο υφιστάμενος τύπος οργανωσιακής κουλτούρας (οικειότητας-A, Καινοτομίας-B, αγοράς-Γ, Ιεραρχίας-Δ) που επικρατεί στο Αττικό Νοσοκομείο, όπως τον αντιλαμβάνονται οι ιατροί, οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, οι άλλες ειδικότητες υγειονομικών και οι άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου;

A²: Ποιος είναι ο επιθυμητός τύπος οργανωσιακής κουλτούρας (οικειότητας-A, Καινοτομίας-B, αγοράς-Γ, Ιεραρχίας-Δ) που επικρατεί στο Αττικό Νοσοκομείο, όπως τον αντιλαμβάνονται οι ιατροί, οι

νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, οι άλλες ειδικότητες υγειονομικών και οι άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου;

- A³:** Ποιος τύπος οργανωσιακής δέσμευσης (δέσμευση συνέχειας, συναισθηματική δέσμευση ή κανονιστική δέσμευση) κυριαρχεί στο Αττικό Νοσοκομείο, όπως τον αντιλαμβάνονται οι ιατροί, οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, οι άλλες ειδικότητες υγειονομικών και οι άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου;
- A⁴:** Πως επιδρά ο κυρίαρχος τύπος υφιστάμενης και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας στην επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών (JSQ1-JSQ7 και GNJSS1-GNJSS18);
- A⁵:** Πως επιδρά η οργανωσιακή δέσμευση στην επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών (JSQ1-JSQ7 και GNJSS1-GNJSS18);

B. Ποιοι παράγοντες επιδρούν στην επαγγελματική ικανοποίηση (JSQ1 έως JSQ7 και επιπλέον το GNJSS1 έως GNJSS18) των υγειονομικών;

- B¹:** Ποιο είναι το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης (φύση εργασίας, συνθήκες εργασίας) των υγειονομικών στο Αττικό Νοσοκομείο, όπως το αντιλαμβάνονται οι ιατροί, οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, οι άλλες ειδικότητες υγειονομικών και οι άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου;
- B²:** Ποιο είναι το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης (φύση εργασίας, συνθήκες εργασίας) των υγειονομικών σε δημόσιες δομές (νοσοκομεία, Π.Ι., Κέντρα Υγείας κ.λπ.) της Ελλάδας, όπως το αντιλαμβάνονται οι ιατροί, οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, και άλλες ειδικότητες υγειονομικών (ακτινολόγοι, ιατρικών εργαστηρίων φυσικοθεραπευτές/-τριες);
- B³:** Ποιο είναι το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης (φύση εργασίας, συνθήκες εργασίας) των ιδιωτών ιατρών, όπως το αντιλαμβάνονται οι ίδιες/ίδιοι;
- B⁴:** Ποιο είναι το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης (φύση εργασίας, συνθήκες εργασίας) του νοσηλευτικού προσωπικού στο Αττικό Νοσοκομείο, όπως το αντιλαμβάνονται οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, οι άλλες ειδικότητες υγειονομικών και οι άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου;
- B⁵:** Ποιοι παράγοντες και ποια χαρακτηριστικά επιδρούν στην επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών (JSQ1 έως JSQ7 και επιπλέον το GNJSS1 έως GNJSS18);

Γ. Ποια προσέγγιση υιοθετείται στη σχέση ιατρού-ασθενή (PPOS1 έως PPOS18) και ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν;

- Γ¹:** Ποια προσέγγιση (ιατροκεντρική ή ανθρωποκεντρική) υιοθετείται στη σχέση ιατρού-ασθενή, όπως την αντιλαμβάνονται οι ιατροί, οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, οι άλλες ειδικότητες υγειονομικών και οι άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου;
- Γ²:** Ποια προσέγγιση (ιατροκεντρική ή ανθρωποκεντρική) υιοθετείται στη σχέση ιατρού-ασθενή, όπως την αντιλαμβάνονται οι λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας;
- Γ³:** Ποια χαρακτηριστικά (δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά) επηρεάζουν την κυρίαρχη προσέγγιση στη σχέση ιατρού-ασθενή;
- Γ⁴:** Η επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών επηρεάζει την κυρίαρχη προσέγγιση στη σχέση ιατρού-ασθενή;

Δ. Ποιο μοντέλο υγείας φαίνεται να επικρατεί (PBS1-PBS14) στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα και πώς αυτό επηρεάζει τον σχεδιασμό παρεμβάσεων για την καλλιέργεια των επικοινωνιακών σχέσεων υγειονομικών-ασθενών (και χρηστών υπηρεσιών υγείας εν γένει);

- Δ¹:** Ποιο μοντέλο ερμηνείας της υγείας (βιοϊατρικό ή ψυχοκοινωνικό) υιοθετείται στη σχέση ιατρού-ασθενή;
- Δ²:** Ποια χαρακτηριστικά (δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά) και ποιοι παράγοντες (επαγγελματική ικανοποίηση, οργανωσιακή κουλτούρα και δέσμευση) επιδρούν στο κυρίαρχο μοντέλο ερμηνείας της υγείας;

Ε. Πόσο εμπλέκονται οι ασθενείς στην ιατρική τους φροντίδα και πως αξιολογούν τη σχέση τους με τις/τους υγειονομικούς;

- Ε¹:** Σε ποιο βαθμό εμπλέκονται οι ασθενείς στη φροντίδα της υγείας τους (αναζήτηση πληροφοριών και λήψη αποφάσεων);
- Ε²:** Σε ποιο βαθμό επιθυμούν οι ασθενείς στην Ελλάδα να ενημερώνονται για πιθανό ιατρικό λάθος;
- Ε³:** Σε ποιο βαθμό οι ασθενείς στην Ελλάδα αποδίδουν τον έλεγχο της κατάστασής στους στον Θεό;
- Ε⁴:** Ποια τα επίπεδα διαθέσιμου υποστηρικτικού δικτύου στις/στους ασθενείς της Ελλάδας;

E⁵: Πώς η ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη σχέση υγειονομικών-ασθενών επηρεάζει την υιοθέτηση ενός πιο ενεργού ρόλου των ασθενών της Ελλάδας σε ζητήματα που αφορούν την υγεία τους;

ΣΤ. Πώς μπορεί η ψηφιακή αφήγηση ως διαδικασία να αποτυπώσει τα είδη της επικοινωνίας και της διάδρασης στη σχέση υγειονομικού-ασθενή;

Ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας

Ακολούθως, οι υποθέσεις της ποσοτικής έρευνας διατυπώνονται ως εξής:

Υ¹: Η κυρίαρχη Οργανωσιακή Κουλτούρα στο Αττικό νοσοκομείο, όπως εκφράζεται ποσοτικά μέσω της κλίμακας OCAI, σχετίζεται με την Επαγγελματική Ικανοποίηση των υγειονομικών, όπως ποσοτικοποιείται μέσω των κλιμάκων JSQ και GNJSS.

Υ²: Η Οργανωσιακή Δέσμευση των υγειονομικών στο Αττικό νοσοκομείο, η οποία εκφράζεται ποσοτικά μέσω της κλίμακας OCQ, σχετίζεται με την Επαγγελματική Ικανοποίηση (Κλίμακα JSQ και GNJSS).

Υ³: Η Οργανωσιακή Δέσμευση (Κλίμακα OCQ) των υγειονομικών στο Αττικό νοσοκομείο σχετίζεται με το κυρίαρχο μοντέλο προσέγγισης της σχέσης ιατρών-ασθενών, όπως εκφράζεται ποσοτικά μέσω της κλίμακα PPOS.

Υ⁴: Η επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών (Κλίμακα JSQ) επιδρά στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη σχέση ιατρού-ασθενή (Κλίμακα PPOS).

Υ⁵: Η κυρίαρχη προσέγγιση στη σχέση υγειονομικών-ασθενών (Κλίμακα PPOS και PBS) σχετίζεται με τη λήψη εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς.

Υ⁶: Το κυρίαρχο μοντέλο ερμηνείας της υγείας (Κλίμακα PBS) σχετίζεται με την επαγγελματική ικανοποίηση των ιατρών (Κλίμακα JSQ).

Υ⁷: Οι απόψεις των χρηστ(ρι)ών υπηρεσιών υγείας για ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη σχέση με την/τον ιατρό τους, όπως ποσοτικοποιούνται μέσω της κλίμακας PPOS, διαφοροποιούνται ανά κατηγορία (ασθενείς, λήπτριες-ες, φροντίστριες-ές ασθενών).

Υ⁸: Οι ασθενείς προτιμούν να έχουν αυτονομία στα θέματα υγείας, τη λήψη αποφάσεων και την πλήρη ενημέρωση σε σύγκριση με τις/τους φροντίστριες/φροντιστές ασθενών.

Υ⁹: Η απόδοση του ελέγχου της υγείας στον Θεό (κλίμακα GLHC) σχετίζεται με την ηλικία των χρηστών/χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Οι ερευνητικές υποθέσεις της ποιοτικής μελέτης αναπτύσσονται ακολούθως ως εξής:

H¹: Η ψηφιακή αφήγηση ως διαδικασία, μέσω της αυτοέκφρασης των υγειονομικών και ασθενών για θέματα επικοινωνίας και διαδράσεων, στηριζόμενη στην προσωπική τους εμπειρία, καθορίζει και αναδεικνύει το είδος της επικοινωνίας και της διάδρασης που υπερισχύει στον χώρο της υγείας.

H²: Η ψηφιακή αφήγηση αποτελεί μια καλή πρακτική για μοίρασμα εμπειριών, διαχείριση του εργασιακού άγχους και των καθημερινών εργασιακών προκλήσεων των υγειονομικών ενδυναμώνοντας τις συναδελφικές σχέσεις σε ένα ασφαλές πλαίσιο.

H³: Η ψηφιακή αφήγηση ως διαδικασία ενδυναμώνει τη σχέση υγειονομικών και ασθενών μέσω της ουσιαστικής αλληλεπίδρασης και του αναστοχασμού που προσφέρει η δημιουργία και η θέαση ενός ψηφιακού έργου.

H⁴: Η ψηφιακή αφήγηση καλλιεργεί και τονώνει επικοινωνιακές δεξιότητες, δεξιότητες που αφορούν τεχνολογικά και ψηφιακά μέσα και παράγει «ιατρική γνώση για τη σχέση με τις/τους ασθενείς» μέσω του αναστοχασμού και της ανατροφοδότησης.

4.3 Μεθοδολογία της έρευνας

4.3.1 Μεθοδολογία ποσοτικής έρευνας

Όπως ήδη λέχθηκε -στην προηγούμενη εισαγωγική αναφορά του παρόντος κεφαλαίου- για την παρούσα έρευνα επιλέχθηκε ως καταλληλότερη μέθοδος η μικτή προσέγγιση, όπου η μία μέθοδος αλληλοσυμπληρώνει ή/και επεκτείνει την άλλη. Αναφορικά με την ποσοτική μέθοδο έρευνας, ακολουθήθηκαν όλα τα βήματα κατά τον σχεδιασμό και την υλοποίησή της ώστε να αποτελεί μια ολοκληρωμένη έρευνα η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αξιόλογα αποτελέσματα. Ο στόχος της ποσοτικής έρευνας είναι ο προσδιορισμός των αιτιών που προκαλούν την αλλαγή των κοινωνικών φαινομένων, μέσα από αντικειμενικές μετρήσεις (Greswell, 1994) και ο έλεγχος εμπειρικά διατυπωμένων υποθέσεων οι οποίες έχουν δημιουργηθεί παραγωγικά από ορισμένα θεωρητικά πλαίσια (Κουλαξίζη, 2010). Οι ποσοτικές έρευνες στοχεύουν στη γενίκευση (γενικές αρχές) της «αλήθειας» που βρέθηκε στο δείγμα του πληθυσμού της. Αυτή καταλήγει σε γενικεύσεις και σε εμπειρικά θεμελιωμένες θεωρίες μέσω ερευνητικών υποθέσεων. Αντίθετα, ο στόχος μιας ποιοτικής έρευνας είναι η εις βάθος κατανόηση ενός φαινομένου (Sukamolson, 2007). Κατά την Παπαγεωργίου Γ. (2014) στο είδος της έρευνας αυτής χρησιμοποιείται συνήθως ο παραγωγικός συλλογισμός (deductive reasoning), μια διαδικασία κατά την οποία ο ερευνητής αρχίζει με μία ήδη υπάρχουσα θεωρία και αναμένει μία απάντηση. Η ανάλυση της ποσοτικής έρευνας αποβλέπει στην επαλήθευση μιας υπόθεσης μέσω αριθμητικών στοιχείων.

Σχετικά με τον τρόπο που μελετά τα διάφορα φαινόμενα, η ποσοτική μέθοδος χρησιμοποιεί την τεχνική της απομόνωσης μίας ή περισσότερων μεταβλητών που σχετίζονται με το υπό μελέτη φαινόμενο. Η ποσοτική έρευνα στηρίζεται στη συλλογή ποσοτικών στοιχείων από μεγάλα δείγματα του πληθυσμού-στόχου, στοχεύει στην εξαγωγή στατιστικών συμπερασμάτων που αντικατοπτρίζουν τη συμπεριφορά ολόκληρου του πληθυσμού-στόχου και συχνά χρησιμοποιείται ως μέσο τεκμηρίωσης και επαλήθευσης των ευρημάτων της ποιοτικής έρευνας (Cohen, Manion, & Morrison, 2007).

Ψυχομετρικές ιδιότητες

Στην παρούσα έρευνα η κάθε ερώτηση από το εκάστοτε ψυχομετρικό τεστ που αξιολογήθηκε αντιπροσωπεύει μια παρατήρηση του χαρακτηριστικού ή της συμπεριφοράς που μελετάται. Ως εκ τούτου, η ομαδοποίηση πολλαπλών κοινών ερωτήσεων δημιουργεί πολλαπλές παρατηρήσεις του ίδιου χαρακτηριστικού ή της συμπεριφοράς. Κατά συνέπεια η αύξηση των παρατηρήσεων συνεπάγεται, αυτόματα, και αύξηση της αξιοπιστίας της μεταβλητής που βρίσκεται υπό μελέτη. Για τη στατιστική επεξεργασία και ερμηνεία των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας αξιολογήθηκε η παραγοντική ανάλυση (factor analysis), η οποία κατά τον Johnson, (1998) ερευνά τη συσχέτιση μεταξύ μεγάλου αριθμού αλληλοσυνδεόμενων μεταβλητών μέσω της ομαδοποίησής τους σε παράγοντες (factors). Δια μέσου της ομαδοποίησης επιτυγχάνεται η μείωση των δεδομένων, καθώς προκύπτει μικρότερος αριθμός υποθετικών μεταβλητών ή παραγόντων (factors) που υπολογίζουν σε μεγάλο βαθμό τη μεταβλητότητα των απαντήσεων.

Επομένως, οι μεταβλητές που βρίσκονται μέσα στην ίδια ομάδα/παράγοντα (factor) είναι υψηλά συσχετισμένες μεταξύ τους, αλλά έχουν σχετικά μικρές συσχετίσεις με τις μεταβλητές διαφορετικών ομάδων/παραγόντων. Αν και η στατιστική ανάλυση των κλιμάκων μπορεί να πραγματοποιηθεί και με διάφορες άλλες μεθόδους, επιλέγεται η παραγοντική ανάλυση (factor analysis), καθώς σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα ψυχομετρικά τεστ που αναλύονται με την παραγοντική ανάλυση είναι ανώτερα από αυτά που αναλύονται με άλλες μεθόδους (Murphy & Davidshofer, 1994). Ταυτόχρονα πρόκειται για ένα πολύτιμο εργαλείο καθώς πρόκειται για μια μεθοδολογία κατά την οποία ποσοτικοποιούνται μη παρατηρήσιμες ποσότητες (Γάκη, 2009).

Εν συντομία, τα βήματα της διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων (Exploratory Factor Analysis-EFA) που αξιολογήθηκε είναι ο υπολογισμός του πίνακα συσχετίσεων (correlation matrix), η εξαγωγή παραγόντων (factor extraction), η μέθοδος περιστροφής παραγόντων (factor rotation) και η ερμηνεία των παραγοντικών αξόνων (interpretation of factor axes) που προκύπτουν (Γιαλαμάς, 2003). Η ποιότητα των δεδομένων ελέγχθηκε με δύο δείκτες που παρέχει το στατιστικό πακέτο SPSS, τον δείκτη KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy)¹¹, ο οποίος

¹¹ Το μέτρο KMO αναπαριστά την αναλογία του χ^2 της συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών διά το χ^2 των μερικών συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών. Το εύρος των τιμών του κυμαίνεται μεταξύ του 0 και του 1. Οι τιμές από 0,50-0,70 κρίνονται αποδεκτές

αξιολογεί την επάρκεια του δείγματος ($>0,50$) & Bartlett's Test of Sphericity, που αξιολογεί το κατά πόσο οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών επιτρέπουν την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων ($p<0,05$). Η μέθοδος εξαγωγής των παραγόντων που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ανάλυση παραγόντων (Principal Axis Factoring) με στόχο τη μελέτη μόνο του ποσοστού της διακύμανσης το οποίο είχαν κοινό οι μεταβλητές που μελετώνται. Η μέθοδος περιστροφής των παραγόντων που εφαρμόστηκε ήταν η πλάγια περιστροφή (oblique), καθώς ήταν γνωστό ότι οι παράγοντες που θα προέκυπταν θα συσχετίζονταν μεταξύ τους, και η τεχνική της πλάγιας περιστροφής ήταν η direct oblimin.

Ακολούθησαν έλεγχοι που περιλάμβαναν το test κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov (έλεγχος για να διαπιστωθεί αν μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα παραμετρικά τεστ) και τον δείκτη αξιοπιστία Cronbach's Alpha (έλεγχος αξιοπιστίας της εσωτερικής δομής ερωτηματολογίων), ο οποίος θεωρήθηκε ικανοποιητικός σε τιμές $>0,6$ στο σύνολο των κλιμάκων και αποδεκτός (Τσίμτσιου, 2008) σε τιμές $>0,5$ στις υποκλίμακες τους για την μελέτη υποομάδων.

4.3.2 Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας

Η ποιοτική μέθοδος επιλέχθηκε για τα πλεονεκτήματα που προσφέρει έναντι της ποσοτικής έρευνας, καθώς οι ποιοτικές μέθοδοι στοχεύουν στη διερεύνηση ποιότητων. Αυτό σημαίνει ότι προσπαθούν να διερευνήσουν και παράλληλα στοχεύουν στην αποκάλυψη σχέσεων και συσχετίσεων ανάμεσα σε κοινωνικά υποκείμενα και κοινωνικές ομάδες (Κοντογιαννάτου, 2018). Η ποιοτική προσέγγιση δίνει τη δυνατότητα «επέκτασης» της ερώτησης με στόχο την εμβάθυνση. Κατά αυτόν τον τρόπο η ερευνήτρια, όπως αναφέρουν και οι Guest, Namey και Mitchell (2013) Guest, Namey και Mitchell (2013), μπορεί να λάβει πληροφορίες που δεν αναμενόταν εξαιτίας της εμβάθυνσης σε ένα ζήτημα διαμέσου της δυνατότητας που δίνεται για νέες προοπτικές και εμπειρίες. Οι νέες προοπτικές και εμπειρίες δεν θα ήταν εφικτό να ληφθούν από σταθερές απαντήσεις της ερευνήτριας, όπως συμβαίνει με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου κλειστού τύπου για παράδειγμα.

ενώ $>0,90$ θεωρούνται ιδανικές (Kaiser, 1974). Αντίστοιχα ο έλεγχος Bartlett διερευνά εάν η μήτρα συσχετίσεων (correlation matrix) του πληθυσμού προσομοιάζει σε μια μήτρα ταυτότητας (identity matrix). Στο ενδεχόμενο ομοιότητας των δύο μητρών κάθε μεταβλητή παρουσιάζει χαμηλό βαθμό συσχέτισης με τις υπόλοιπες.

Ένα ακόμη πλεονέκτημα στη διαδικασία συλλογής ποιοτικών μεθόδων για την εγκυρότητα της έρευνας είναι το γεγονός της ευελιξίας που προσφέρεται, σε μια ποιοτική έρευνα, στον τρόπο πλαισίωσης της διαδικασίας, η οποία δεν είναι αναγκαίο να ακολουθεί προκαθορισμένες ερωτήσεις. Ακόμη, η ανάπτυξη των διαφόρων θεματικών μπορεί να βασισθεί στην αλληλεπίδραση με τον ερωτώμενο. Τα παραπάνω, αποδεικνύουν ότι η κατεύθυνση της υπόθεσης δεν είναι προκαθορισμένη αλλά προκύπτει μέσα από την ερευνητική διαδικασία. Η ερευνήτρια, στις ποιοτικές μεθόδους, αποτελεί το πρωταρχικό εργαλείο τόσο στη συλλογή δεδομένων όσο και στην ανάλυσή τους, αλληλεπιδρά με το περιβάλλον της έρευνας και η ευαισθησία και οι αντιλήψεις του επηρεάζουν άμεσα την έρευνα. Γενικότερα, η υπόθεση στην ποιοτική έρευνα είναι επαγωγική (Thomas & Nelson, 2001).

Επιπλέον, ένας βασικός λόγος υιοθέτησης της ποιοτικής μεθοδολογίας είναι η δυνατότητα διερεύνησης του νοήματος που δίνουν τόσο οι ασθενείς/λήπτες υπηρεσιών υγείας/φροντιστές στην σχέση τους με τους ιατρούς αλλά και το αντίστροφο. Ως εκ τούτου θεωρήσαμε ότι η ποιοτική μεθοδολογία κρίνεται καταλληλότερη για την κάλυψη των συγκεκριμένων ερευνητικών ερωτημάτων. Ταυτόχρονα, η έμφαση που δίνει η ποιοτική μέθοδος στις προσωπικές αναφορές βοηθά στην κατανόηση του φαινομένου.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιείται ως μέθοδος η **αφηγηματική προσέγγιση**, ως μέσο επικοινωνίας και αποτύπωσης της εμπειρίας και σχέσης ιατρών με τους ασθενείς και αντιστρόφως μέσα από την χρήση της ψηφιακής αφήγησης. Η ποιοτική μεθοδολογία στη συγκεκριμένη έρευνα έρχεται συμπληρωματική, με κύρια, αυτή της ποσοτικής προσέγγισης με την χρήση κλιμάκων μέτρησης, όπως αναλύθηκε σε προηγούμενο υποκεφάλαιο. Η εστίαση, όσον αφορά την ποιοτική έρευνα, επικεντρώνεται στην προσπάθεια κατανόησης της *βιωμένης εμπειρίας* των συμμετεχόντων και παράλληλα γίνεται προσπάθεια για την αποφυγή προκαθορισμένων κρίσεων. Κατά τα λεχθέντα, ο στόχος της ποιοτικής μεθοδολογίας δεν είναι οι γενικεύσεις ούτε η επιβεβαίωση ή η διάψευση υποθέσεων που προκύπτουν από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, αντίθετα είναι, η ανακάλυψη νέας γνώσης όπως τονίζει ο Ιωσηφίδης (2008).

Εξαιτίας της φύσης της έρευνας και των θεμάτων που επιχειρεί να διερευνήσει η ποιοτική έρευνα με τη χρήση της αφηγηματικής προσέγγισης υιοθετείται όλο και συχνότερα στο χώρο της υγείας ξεκινώντας από τα μέσα της δεκαετίας του '80, όπου

και υπήρξε στροφή των ερευνητών από τα παραδοσιακά ρεύματα προς τις κριτικές προσεγγίσεις, οι οποίες θέτουν στο επίκεντρο την οπτική των ίδιων των ασθενών για το πώς βιώνουν, ερμηνεύουν και ζουν με την ασθένειά τους. Το κέντρο του βάρους, όπως γίνεται κατανοητό από όσα λέχθησαν, γέρνει στη σημασία των ιστοριών και των αφηγήσεων, οι οποίες γίνονται αντιληπτές ως φορέας και τρόπος έκφρασης της «φωνής» του υποκειμένου (Κούτρη, 2013), επομένως η οπτική απαιτεί μια ερμηνευτική προσέγγιση, όπως αναφέρει η Γιάννου (2017).

Τέλος, η ευελιξία που παρέχει η αφηγηματική ανάλυση, κατά την Κούτρη (2013) ως προς τη χρήση διαφόρων αναλυτικών μεθόδων αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη για την ανάδειξη του πλούτου των νοημάτων που μεταδίδεται από τις (ψηφιακές στην προκειμένη περίπτωση) αφηγήσεις των συμμετεχόντων.

4.4 Πληθυσμός της έρευνας

4.4.1 Δειγματοληψία και δείγμα ποσοτικής έρευνας

Η μέθοδος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι η **δειγματοληψία ευκολίας** (convenience sampling). Πρόκειται για μια μέθοδο η οποία βασίζεται στην κρίση της ερευνήτριας σχετικά με ποια υποκείμενα είναι καταλληλότερα να λάβουν μέρος στην έρευνα και σαφώς διαφοροποιείται από την τυχαία δειγματοληψία (Babbie, 2011). Τα άτομα που συμμετέχουν επιλέγονται με τον πιο πρόσφορο τρόπο και συνήθως επιλέγουν αν θα λάβουν μέρος εθελοντικά (Κυριαζή, 2012). Ως εκ τούτου, η ερευνήτρια απευθύνθηκε σε ιατρονοσηλευτικό, τεχνικό, διοικητικό και άλλων ειδικοτήτων προσωπικό του νοσοκομείου Αττικών για την καταγραφή απόψεων για την επαγγελματική ικανοποίηση και την οργανωσιακή κουλτούρα, αλλά και μέσω της **τυχαίας δειγματοληψίας** (στέλνοντας το ερωτηματολόγιο σε οργανισμούς σε όλη την Ελλάδα, μέσω ιατρικών, νοσηλευτικών συλλόγων και συλλόγων δομών υγείας ευρύτερα, αλλά και σε ιδιώτες) για την καταγραφή απόψεων και στάσεων για την σχέση ιατρού ασθενούς. Ένα μειονέκτημα της δειγματοληψίας ευκολίας είναι το γεγονός ότι μέρος των δεδομένων ενδέχεται να είναι *μεροληπτικό* καθώς όσοι και όσες προσφέρονται εθελοντικά να λάβουν μέρος στην έρευνα μπορεί να είναι διαφορετικοί από εκείνους που επιλέγουν να μην λάβουν μέρος (Κυριαζή, 2012). Γι' αυτό τον λόγο έγινε προσπάθεια το ερωτηματολόγιο να απευθυνθεί σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερα δείγματα ώστε να υπάρξει αξιοπιστία στα αποτελέσματα, αλλά και να καταστεί επιτυχημένη η έρευνα.

Οι Babin και Zikmund (2016), τόνισαν ότι θα ήταν ανέφικτο να μελετήσει κανείς ένα σύνολο του πληθυσμού. Επομένως, η δειγματοληψία είναι μια μέθοδος που επιτρέπει στους ερευνητές να συνάγουν πληροφορίες σχετικά με τον πληθυσμό χωρίς να χρειάζεται να διερευνήσουν το κάθε άτομο χωριστά. Πέρα από την μείωση του κόστους και του χρόνου, η συγκεκριμένη μέθοδος καθιστά ευκολότερη την απόκτηση πληροφοριών υψηλής ποιότητας. Βέβαια για να γίνει αυτό, κατά τον Παπάνη (2012), θα πρέπει το δείγμα που έχει επιλεγεί να είναι αντιπροσωπευτικό του συνόλου του πληθυσμού.

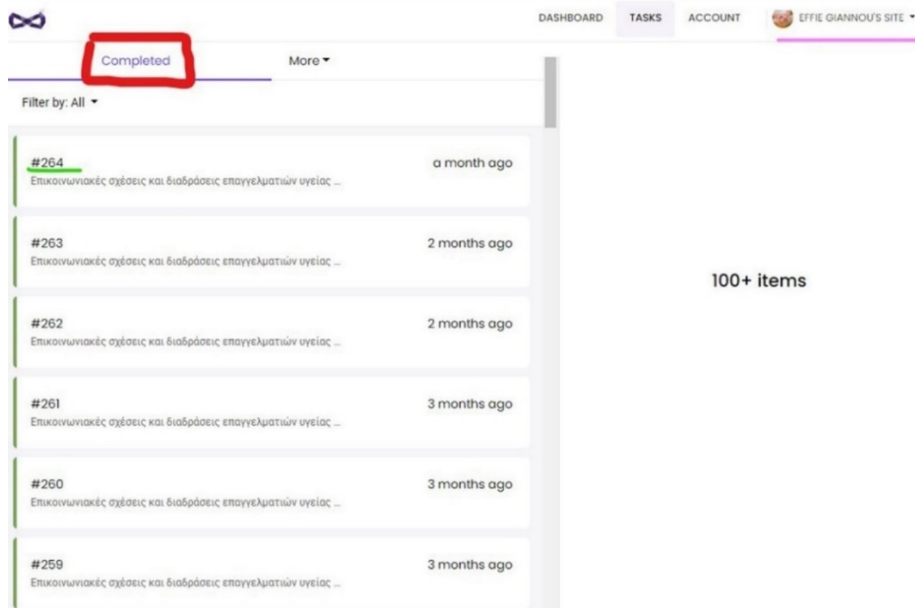
Στην έρευνα συμμετείχαν τόσο επαγγελματίες υγείας όσο και χρήστες υπηρεσιών υγείας (ασθενείς, φροντιστές/συγγενείς ασθενών καθώς και λήπτες υπηρεσιών υγείας εν γένει). Οι επαγγελματίες υγείας που έλαβαν μέρος χωρίστηκαν σε

δύο κατηγορίες, επαγγελματίες υγείας εργαζόμενοι στο ΠΓΝ Αττικών και επαγγελματίες υγείας εργαζόμενοι σε οποιονδήποτε φορέα, δομή, νοσοκομείο, κλινική (δημόσια ή/και ιδιωτική). Οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου «Αττικών» που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν διαφορετικού ιεραρχικού και μορφωτικού επιπέδου και ανήκαν στο:

- Ιατρικό προσωπικό (ειδικευμένοι και ειδικευόμενοι ιατροί, Πανεπιστημιακοί κ.λπ.)
- Νοσηλευτικό προσωπικό (νοσηλεύτές/τριες και βοηθοί νοσηλευτών/τριών)
- Τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, Φυσιοθεραπευτές/τριες, Ακτινολόγοι/Ακτινοθεραπευτές/τριες, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί λειτουργοί
- Διοικητικό προσωπικό (διοίκηση, διοικητικοί υπάλληλοι) και τέλος,
- Τεχνικό προσωπικό

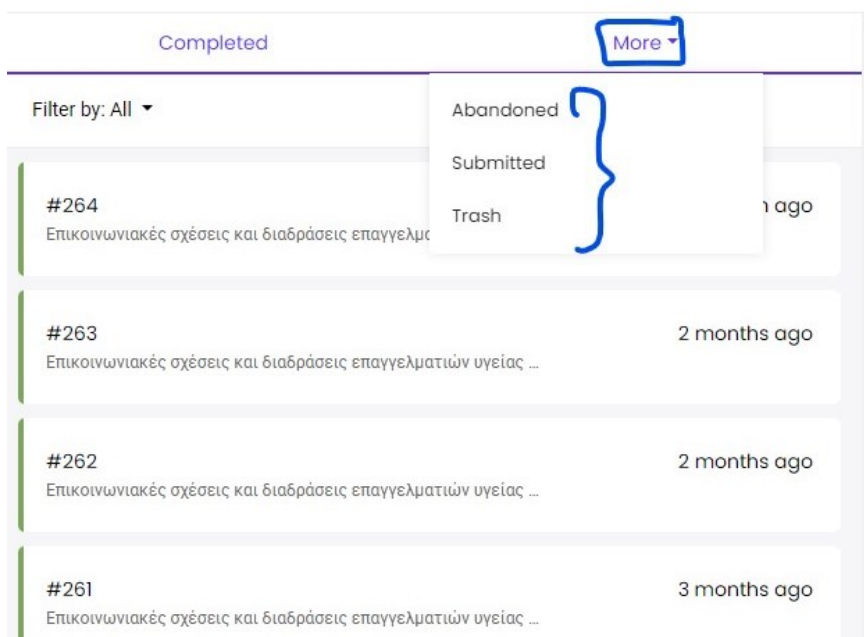
Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 273 άτομα συνολικά. Συγκεκριμένα **192** από αυτούς αφορούσαν **επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας**. Από το σύνολο των 192 υποκειμένων, οι 100 εργάζονται στο ΠΓΝ Αττικών, οι 83 σε δημόσιες δομές υγείας (π.χ. νοσοκομεία, κέντρα υγείας κ.λπ.) και 9 είναι ιδιώτες, ενώ οι **81** είναι **ασθενείς και λήπτες υπηρεσιών υγείας** εν γένει. Η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε με τυχαία δειγματοληψία, όπως ειπώθηκε και η συλλογή του δείγματος έλαβε χώρα από τον Φεβρουάριο έως τον Ιούλιο του 2021 μέσω διαδικτύου. Η πλατφόρμα που αξιοποιήθηκε ήταν η neartail η οποία είναι σε άμεση σύνδεση με το google forms. Πρόκειται για μια -επί πληρωμή- επέκταση δηλαδή, η οποία αξιοποιήθηκε λόγω της αξιοπιστίας που προσφέρει στην κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων. Ταυτόχρονα, έχει τη δυνατότητα να προβάλλει τον αριθμό των προσπαθειών συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου ακόμη και αν έμειναν ανολοκλήρωτα. Ταυτόχρονα προσφέρει τη δυνατότητα ενός ευχάριστου περιβάλλοντος για περιήγηση, με επιλογή γραμματοσειράς, εικόνων και κυρίως, το link που δημιουργεί, μέσω του e-mail, για την σελίδα περιήγησης και συμπλήρωσης φέρει το όνομα και το επίθετο του χρήστη γεγονός που συμβάλλει στο αίσθημα ασφάλειας αλλά και στην αξιοπιστία της ερευνήτριας.

Εικόνα 1: Στιγμιότυπο της πλατφόρμας neartail του ερωτηματολογίου



Με κόκκινο χρώμα στο πάνω αριστερά μέρος της εικόνας η ένδειξη συμπληρωμένων ερωτηματολογίων. Με πράσινο χρώμα στο πάνω μέρος και αριστερά ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων/συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Δεξιά, το όνομα της ερευνήτριας όπως εμφανιζόταν και στους συμμετέχοντες.

Εικόνα 2: Στιγμιότυπο προβολής κατάστασης ερωτηματολογίων

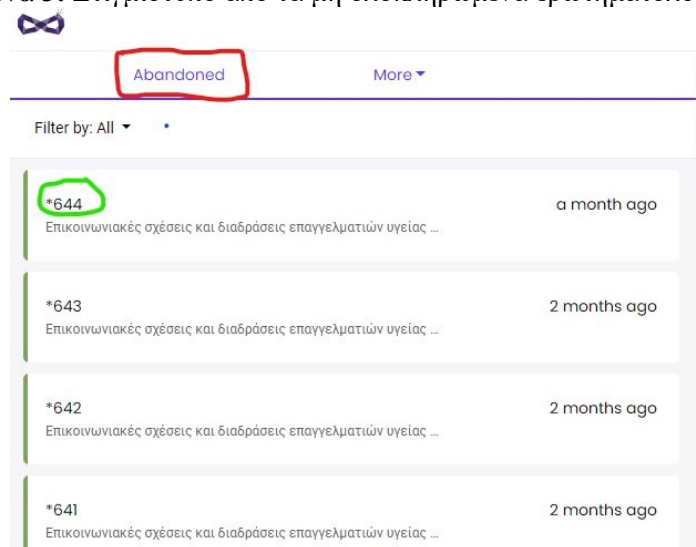


Με μπλε πλαίσιο οι περισσότερες επιλογές. Με την μπλε αγκύλη γίνεται θέαση των 3 άλλων επιλογών, εκτός των ολοκληρωμένων (completed) των ερωτηματολογίων. Τα εκκρεμή, δηλαδή όσα ξεκίνησαν να συμπληρώνονται αλλά σταμάτησαν σε κάποιο σημείο χωρίς να γίνει υποβολή (abandoned), submitted, όσα έχουν υποβληθεί και εκκρεμεί η επιβεβαίωση (από την ερευνήτρια) για να δηλωθούν ως ολοκληρωμένα (completed). Trash, όσα ερωτηματολόγια διαγράφονται.

Όπως φαίνεται και στις προηγούμενες εικόνες αλλά και στις δύο που έπονται παρουσιάζεται το dashboard- ταμπλό της πλατφόρμας neartail. Στην εικόνα 10 όπου επιλέχθηκε η εναλλακτική «ολοκληρωμένα ερωτηματολόγια» ο τελικός αριθμός του συνόλου των ερωτηματολογίων και κατά συνέπεια δείγματος διαμορφώνεται στους 268 και 3 από την πλατφόρμα του google forms μετά το τερματισμό της προθεσμίας που διήρκεσε η έρευνα στο neartail.

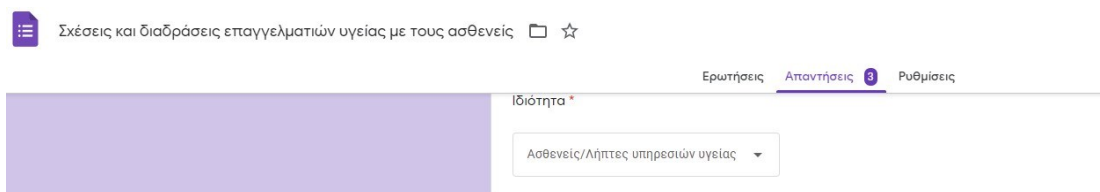
Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι τα δεδομένα που αφορούσαν τα μη ολοκληρωμένα ερωτηματολόγια, καθώς η συγκεκριμένη πλατφόρμα μπορούσε να συλλέξει τα αντίστοιχα στοιχεία, έδειξαν ότι ο αριθμός των ατόμων που ξεκίνησε να συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο αλλά το σταμάτησε σε κάποιο σημείο ήταν 644 άτομα. Επίσης, η ερευνήτρια είχε τη δυνατότητα να δει σε ποιο σημείο σταμάτησε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Σημαντική διευκρίνιση σε αυτό το σημείο αποτελεί το γεγονός ότι δεν υπήρχαν στοιχεία ταυτοποίησης των χρηστών παρά μόνο η ένδειξη της προσπάθειας συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Τα παραπάνω στοιχεία που αφορούσαν την συμμετοχή τόσο μεγάλου όγκου ατόμων από την μία ήταν ενθαρρυντικά για την ερευνήτρια και από την άλλη πλευρά δημιούργησαν προβληματισμό ως προς τους λόγους μη συνέχισης της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

Εικόνα 3: Στιγμιότυπο από τα μη ολοκληρωμένα ερωτηματολόγια



Με κόκκινο χρώμα η επιλογή (abandoned) δηλαδή όσα ερωτηματολόγια ξεκίνησαν να συμπληρώνονται αλλά δεν υποβλήθηκαν ποτέ. Με πράσινο χρώμα (644) ο αριθμός των ερωτηματολογίων που δεν ολοκληρώθηκαν.

Εικόνα 4: Στιγμιότυπο από το google forms με 3 έξτρα συμπληρωμένες απαντήσεις μετά το κλείσιμο της πλατφόρμας neartail



Μια υπόθεση η οποία σχεδόν επιβεβαιώνεται αφορά το μεγάλο σε όγκο ερωτηματολόγιο το οποίο απαιτούσε τουλάχιστον 15 λεπτά χρόνο συμπλήρωσης για το υγειονομικό προσωπικό του ΠΓΝ Αττικών και 10 λεπτά περίπου για το λοιπό υγειονομικό προσωπικό εκτός ΠΓΝ Αττικών και τους ασθενείς/λήπτες υπηρεσιών υγείας. Πρόκειται για ένα στοιχείο που η ερευνήτρια το είχε ως δεδομένο πριν την έναρξη διανομής των ερωτηματολογίων και το οποίο γνώριζε ότι θα λειτουργούσε αποτρεπτικά για μια μερίδα του δείγματος. Για αυτόν τον λόγο προσπάθησε να στείλει σε μεγάλη κλίμακα και σε ευρύ (αλλά σχετικό) κοινό το ερωτηματολόγιο, ώστε να συμπληρωθεί εν τέλει ένας σημαντικός αριθμός για την εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας. Ο περιορισμός που είχε τεθεί από την ερευνήτρια ήταν τουλάχιστον 250 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Μετά τη λήξη της προθεσμίας για την συλλογή των ερωτηματολογίων, όπως δείχνει και η εικόνα 13 που προηγείται, δήλωσαν ενδιαφέρον 3 ακόμη άτομα, στα οποία στάλθηκε ο σύνδεσμος του google forms.

Κλείνοντας, η ερευνήτρια γνώριζε ότι πρόκειται για μεμονωμένα άτομα και όχι για συμπλήρωση του ερωτηματολογίου παραπάνω από μία φορές από τους συμμετέχοντες διότι στις ρυθμίσεις είχε ενεργοποιήσει την επιλογή «περιορισμός σε μία απάντηση». Ωστόσο, απενεργοποίησε την επιλογή «συλλογή διευθύνσεων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου» για την εξασφάλιση προστασίας της ανωνυμίας του δείγματος. Συνεπώς, στο εισαγωγικό σημείωμα που προηγούνταν της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, σημείωσε τα προσωπικά της στοιχεία (e-mail και τηλέφωνο) στην περίπτωση που κάποια/κάποιος από τα υποκείμενα της έρευνας επιθυμούσε να ενημερωθεί για τα αποτελέσματα της μελέτης ή είχε οποιαδήποτε απορία.

4.4.2 Τα άτομα που συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα

Τα άτομα που συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα ήταν συνολικά 31. Τα 19 αφορούσαν λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας και οι 12 ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και επιλέχθηκαν βάσει δύο κριτηρίων. Το πρώτο αφορούσε την ηλικία των συμμετεχουσών/συμμετεχόντων, όπου έγινε προσπάθεια να είναι όσο το δυνατόν πιο ανόμοιες ξεκινώντας από την μικρότερη έως την μεγαλύτερη δυνατή ηλικία, ώστε να υπάρξει μια πιο σφαιρική προσέγγιση, η οποία συμβάλλει στην εγκυρότητα της έρευνας. Το δεύτερο κριτήριο αφορούσε την ποικιλία των ατόμων που συμμετείχαν. Πιο συγκεκριμένα επιδιώχθηκε η συμμετοχή ποικίλων κατηγοριών, όπως ασθενείς με χρόνια ασθένεια, λήπτριες/λήπτες χωρίς κάποια ασθένεια, στρατιώτες, παιδιά, ώστε να προσεγγιστεί σε βάθος και πολύπλευρα το ζήτημα των επικοινωνιακών σχέσεων και διαδράσεων με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Οι εμπειρίες των εκάστοτε, προαναφερθέντων, ομάδων είναι πιθανό να οδηγήσουν στην ανίχνευση των μοντέλων προσέγγισης που επιθυμούν να υφίσταται στη θεραπευτική σχέση καθώς και του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονται αυτή την προσέγγιση και τη σχέση. Όσον αφορά την συμμετοχή ανήλικων παιδιών στη διαδικασία, αυτή έλαβε χώρα ως εκπαιδευτικό project από τη γράφουσα σε παιδιά δημοτικού σχολείου μετά από σχετική συναίνεση των γονέων τους.

Το μέγεθος των ατόμων που συμμετείχαν ορίστηκε βάσει της προσέγγισης ανάλυσης δεδομένων, των κριτηρίων που τέθηκαν και του περιορισμένου χρονικού πλαισίου για την υλοποίηση της διαδικασίας. Εξαιτίας της πανδημίας COVID-19, η συμμετοχή ήταν διαδικτυακή και η εύρεση ατόμων περιορίστηκε σημαντικά συγκριτικά με τη δια ζώσης διαθεσιμότητα ατόμων που εκδήλωσαν επιθυμία για συμμετοχή στην έρευνα. Ως εκ τούτου, λήφθηκε η απόφαση από την ερευνήτρια να προχωρήσει τη διαδικασία με όσα άτομα ήταν διαθέσιμα για εξ αποστάσεως συμμετοχή. Ταυτόχρονα, η αφηγηματική προσέγγιση δεν προσφέρεται για γενικεύσεις αλλά για εις βάθος ανάλυσης, συνεπώς το μέγεθος κρίθηκε κατάλληλο.

Από τις 19 συμμετοχές ληπτ(ρι)ών υπηρεσιών υγείας οι 13 αφορούσαν γυναίκες και οι 6 άνδρες. Αντίστοιχα, από τις 12 συμμετοχές ιατρονοσηλευτικού προσωπικού οι 7 αφορούσαν ιατρούς και οι 5 νοσηλεύτριες/νοσηλευτές. Από το σύνολο των 7 ιατρών οι 4 ήταν γυναίκες και οι 3 άνδρες, ενώ οι 4 από τις/τους 5 ήταν νοσηλεύτριες και ο 1 νοσηλευτής. Η ηλικία κυμάνθηκε από 11 έτη έως 81 και η μέση ηλικιακή ομάδα ήταν

τα 39 έτη συνολικά για υγειονομικούς και «ασθενείς» (31 άτομα). Για τις/τους λήπτριες/-ες υπηρεσιών υγείας ήταν τα 34 έτη ενώ για τις/τους υγειονομικούς τα 46.

Τα 27 από τα 31 άτομα που συμμετείχαν δήλωσαν εξοικειωμένα με τη χρήση Η/Υ και τα 7 ανέφεραν έλλειψη εξοικείωσης με λογισμικά επεξεργασίας βίντεο (3 ιατροί, 2 νοσηλεύτριες και 2 ασθενείς με χρόνια ασθένεια).

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία ατόμων που συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα

Συμ.	Φύλο	Ηλικία	Καταγωγή	Επάγγελμα
Γ1	Άνδρας	31	Μέση τάξη	Μαθηματικός
Γ2	Γυναίκα	42	Μέση τάξη	Μεταφράστρια
Γ3	Άνδρας	81	Εργατική τάξη	Συνταξιούχος
Γ4	Γυναίκα	30	Μέση τάξη	Μικροβιολόγος
Γ5	Άνδρας	34	Μέση τάξη	Εκπαιδευτικός
Γ6	Γυναίκα	32	Μεγαλοαστική τάξη	Ιδ. Υπάλληλος
Σ1	Άνδρας	29	Μέση τάξη	Ελ. επαγγελματίας
Σ2	Άνδρας	36	Μέση τάξη	Ιδ. Υπάλληλος
Π1	Γυναίκα	11	Μεγαλοαστική τάξη	Μαθήτρια
Π2	Γυναίκα	11	Μεγαλοαστική τάξη	Μαθήτρια
Π3	Γυναίκα	11	Μεγαλοαστική τάξη	Μαθήτρια
Π4	Άνδρας	11	Μεγαλοαστική τάξη	Μαθητής
Α1	Γυναίκα	30	Μέση τάξη	Δημοσιογράφος
Α2	Γυναίκα	38	Μέση τάξη	Ιστορικός Τέχνης
Α3	Γυναίκα	57	Εργατική τάξη	Συνταξιούχος
Α4	Γυναίκα	30	Μέση τάξη	Δικηγόρος
Α5	Γυναίκα	58	Μέση τάξη	Ελ. επαγγελματίας
Α6	Γυναίκα	29	Εργατική	Ιδ. Υπάλληλος
Α7	Γυναίκα	52	Εργατική	Εκπαιδευτικός

Πίνακας 2: Δημογραφικά στοιχεία υγειονομικών της ποιοτικής έρευνας

Συμ.	Φύλο	Ηλικία	Καταγωγή	Επάγγελμα
Π1	Γυναίκα	54	Μέση τάξη	Παιδίατρος
Π2	Γυναίκα	45	Μεγαλοαστική τάξη	Ενδοδοντολόγος
Π3	Γυναίκα	47	Μέση τάξη	Γενικός Ιατρός
Π4	Άνδρας	32	Μέση τάξη	Ψυχίατρος
Π5	Γυναίκα	55	Μεγαλοαστική τάξη	Πνευμονολόγος
Π6	Άνδρας	39	Μεγαλοαστική τάξη	Παθολόγος
Π7	Άνδρας	47	Μέση τάξη	Παθολόγος
Ν8	Γυναίκα	32	Μέση τάξη	Νοσηλεύτρια
Ν9	Γυναίκα	58	Εργατική τάξη	Νοσηλεύτρια
Ν10	Άνδρας	40	Εργατική τάξη	Νοσηλευτής
Ν11	Γυναίκα	61	Μέση τάξη	Νοσηλεύτρια
Ν12	Γυναίκα	37	Μέση τάξη	Νοσηλεύτρια

4.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

4.5.1 Μέθοδος συλλογής ποσοτικών δεδομένων

Στην παρούσα έρευνα ποσοτικής προσέγγισης ως μέθοδος συλλογής δεδομένων επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο. Τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται για περιγραφικές έρευνες και επεξηγηματικές. Με τα ερωτηματολόγια συλλέγονται δεδομένα ζητώντας από ανθρώπους να απαντήσουν στο ίδιο ακριβώς σύνολο ερωτήσεων. Χρησιμοποιούνται συνήθως στα πλαίσια μιας ερευνητικής στρατηγικής, προκειμένου να συλλεχθούν περιγραφικά και επεξηγηματικά, δεδομένα για απόψεις, συμπεριφορές, χαρακτηριστικά, στάσεις κ.λπ. (Παρασκευόπουλος, 1999). Ταυτόχρονα προσφέρουν το πλεονέκτημα της αποστολής τους σε μεγάλο αριθμό ατόμων, είναι οικονομικότερα σε σύγκριση με άλλες μεθόδους, αποτελούν τη λιγότερη χρονοβόρα μέθοδο, οι ερωτώμενοι, απαλλαγμένοι από την άμεση επικοινωνία με την ερευνήτρια, μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα, οι τρόποι ανάλυσης του υλικού είναι τυποποιημένοι και τέλος, η ερευνήτρια δεν μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις (Παππάς, 2002). Μια παρατήρηση σε αυτό το σημείο, η οποία αφορά την συνθήκη κατά την οποία αξιοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας λόγω του Covid-19 και την περίοδο της καραντίνας, η συγκεκριμένη μέθοδος συλλογής δεδομένων αποδείχθηκε διευκολυντική καθώς μέσω της αποστολής των ερωτηματολογίων ηλεκτρονικά είτε μέσω e-mail είτε μέσω social media σε επίσημα group και σελίδες του προς μελέτη νοσοκομείου, αλλά και γενικότερα νοσοκομείων, ιατρικών συλλόγων κ.λπ., μπόρεσε η έρευνα να συνεχιστεί, ανεμπόδιστα, προσαρμοσμένη στις νέες συνθήκες. Στον αντίποδα των παραπάνω πλεονεκτημάτων που προσφέρει η χρήση του ερωτηματολογίου αναδύονται και τα μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου με κυριότερο την υποχρέωση στον ερωτηθέντα να απαντήσει με έναν συγκεκριμένο τρόπο (Φίλιας, 2001).

Η πορεία που ακολουθείται κατά τον σχεδιασμό και την υλοποίηση μιας έρευνας τις περισσότερες φορές είναι συγκεκριμένη. Αρχικά, όπως αναφέρουν οι Cohen, Manion και Morrison (2007), προσδιορίζεται το αντικείμενο της έρευνας, αμέσως μετά λαμβάνει χώρα η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, ακολουθούν συζητήσεις της ερευνήτριας με ειδικούς ή με άτομα που έχουν σχέση με το υπό μελέτη θέμα, έπεται ο καθορισμός των επιμέρους αξόνων και θεματικών ενοτήτων του εξεταζόμενου αντικειμένου και ο καθορισμός των πληροφοριών που θα αναζητηθούν

στην εκάστοτε θεματική ενότητα. Αμέσως μετά καθορίζεται ο πληθυσμός και γίνεται επιλογή των συμμετεχόντων, συντάσσεται το πλάνο του ερωτηματολογίου, ακολουθεί η έρευνα πιλότος, γίνεται η τελική σύνταξη του ερωτηματολογίου και ακολουθεί η υλοποίηση της έρευνας και η συλλογή δεδομένων. Με το πέρας της έρευνας κωδικοποιούνται τα δεδομένα, αναλύονται και τέλος εξάγονται και δημοσιεύονται τα συμπεράσματά της (Cohen, Manion, & Morrison, 2007).

Ένα ερωτηματολόγιο για να εξυπηρετεί πλήρως τους σκοπούς μιας έρευνας πρέπει να ακολουθεί κάποιες γενικές αρχές. Μία από αυτές αφορά τη διατύπωση των ερωτήσεων και την επιλογή κατάλληλων λέξεων. Οι ερωτήσεις κατά τον Παρασκευόπουλο (199) θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από σαφήνεια, να καταλήγουν σε μία μόνο απάντηση χωρίς διφορούμενη διατύπωση, με αυτόν τον τρόπο αποφεύγεται η παράλειψη συμπλήρωσης των ερωτήσεων ή οι απαντήσεις «δεν γνωρίζω», «άλλο» κ.λπ. Επίσης θα πρέπει ένα ερωτηματολόγιο να χαρακτηρίζεται από πληρότητα, δηλαδή να καλύπτει όσο το δυνατόν όλες τις πτυχές του ερευνώμενου αντικειμένου, να έχει συνοχή, τα επιμέρους ερωτήματα να συνδέονται μεταξύ τους, να έχει κατάλληλη δομή, η σειρά με την οποία τίθενται οι ερωτήσεις αποτελούν ύψιστη σημασία για την αύξηση ανταπόκρισης του κοινού (Παρασκευόπουλος, 1999). Μια ακόμη σημαντική παράμετρος είναι η αρτιότητα από τεχνικής πλευράς, καθώς η εμφάνιση ενός ερωτηματολογίου επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ανταπόκριση του κοινού γιατί δημιουργεί ευνοϊκή προδιάθεση, αν πρόκειται για άρτιο ερωτηματολόγιο, ή το αντίστροφο αν πρόκειται για μη άρτιο. Ένα αισθητικά όμορφο ερωτηματολόγιο ελκύει και προκαλεί το ενδιαφέρον των ερωτώμενων. Ακόμη, οι βασικές οδηγίες συμπλήρωσης και οι εννοιολογικές επεξηγήσεις συμβάλλουν επίσης στην ανταπόκριση του κοινού και στην μείωση σφαλμάτων στις απαντήσεις λόγω μη κατανόησης των ερωτήσεων. Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό είναι η συντομία. Ένα αποτελεσματικό ερωτηματολόγιο πρέπει να είναι σύντομο. Τα ερωτηματολόγια τα οποία επεκτείνονται σε μεγάλο αριθμό ερωτημάτων κουράζουν τους ερωτώμενους και δημιουργούν την αίσθηση ότι θα χάσουν πολύ χρόνο. Επομένως, υπάρχει ο κίνδυνος μη ολοκλήρωσης της διαδικασίας (Παρασκευόπουλος, 1999). Αδιαμφισβήτητα ένα μεγάλο ερωτηματολόγιο είναι εξ αρχής αποθαρρυντικό.

Στην παρούσα εργασία βέβαια, η συντομία του ερωτηματολογίου αποτέλεσε «αδυναμία» καθώς το πλήθος των ανθρώπων που ξεκίνησε να συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο σε σχέση με όσους το απάντησαν ήταν σχεδόν τριπλάσιος. Βέβαια,

μια παράμετρος που λειτούργησε θετικά, παρά το μέγεθος του ερωτηματολογίου, στην ηλεκτρονική συμπλήρωση ήταν η μπάρα προόδου στο κάτω μέρος του ερωτηματολογίου, η οποία σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται να βοήθησε στην παράλειψη ολοκλήρωσης των ερωτηματολογίων. Αυτή η παρατήρηση μοιάζει κάπως αυθαίρετη, ωστόσο καταγράφεται καθώς η πρόταση για την μπάρα προόδου ήρθε από τους ίδιους τους συμμετέχοντες κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων στην πιλοτική έρευνα. Ωστόσο, όλα τα παραπάνω θα αναφερθούν και αναλυθούν παρακάτω, στο αντίστοιχο κεφάλαιο.

Μια ακόμη σημαντική παράμετρος αφορά την ικανότητα των ερωτώμενων να μπορούν να απαντήσουν και κυρίως να είναι διατεθειμένοι να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο. Επομένως, είναι σημαντικό στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου να μην τίγονται ευαίσθητα προσωπικά ζητήματα ή να προσβάλλονται με τον οποιοδήποτε τρόπο τα υποκείμενα, ενώ τέλος οι ερωτήσεις δεν θα πρέπει να υπονοούν ότι μια απάντηση είναι επιθυμητή ή σωστή σε σύγκριση με κάποια άλλα (Babbie, 2011).

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη έχουν αξιοποιηθεί έως την στιγμή της διεξαγωγής της έρευνας σε πολυάριθμες έρευνες. Επομένως, θεωρήθηκε από την ερευνήτρια, ότι διαθέτουν όλα τα παραπάνω στοιχεία που συζητήθηκαν.

4.5.2 Μέθοδος συλλογής ποιοτικών δεδομένων

Η παρούσα έρευνα στο σκέλος της συμπληρωματικής ποιοτικής μεθοδολογίας ως μέθοδο συλλογής δεδομένων χρησιμοποίησε τη ψηφιακή αφήγηση. Όπως αναφέρθηκε και στο θεωρητικό μέρος της έρευνας, εν τάχει, η ψηφιακή αφήγηση πρόκειται για τη δημιουργία ενός προσωπικού βίντεο διάρκειας δύο έως πέντε λεπτών περίπου. Η ψηφιακή αφήγηση περιλαμβάνει οπτικό υλικό, όπως είναι οι στατικές εικόνες, οι κινούμενες εικόνες, τα γραφικά, τα εφέ κ.λπ., γραπτό υλικό (το κείμενο της αφήγησης), προφορικό υλικό (ηχογράφηση φωνής/voiceover) και η μουσική/ηχητική επένδυση (Lambert, 2013; Wu, 2009). Στους συμμετέχοντες δόθηκε και ένα ερωτηματολόγιο για τη συμπλήρωση δημογραφικών στοιχείων.

Τα ποιοτικά δεδομένα από την αξιοποίηση της ψηφιακής αφήγησης προέκυψαν με βάση το συνολικό περιεχόμενο των σαράντα (40) ψηφιακών αφηγήσεων (20 αφορούσαν ασθενείς ή λήπτες υπηρεσιών υγείας και 20 αφορούσαν ιατρούς) που παράγγαγαν τα άτομα που συμμετείχαν. Η διαδικασία συγγραφής σεναρίου και κατόπιν

παραγωγής οπτικοακουστικού υλικού περιγράφονται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο παρουσίασης των ευρημάτων.

Εξαιτίας της πανδημίας του Covid-19 και της καραντίνας που υπήρχε στη χώρα για μεγάλο διάστημα, παρά την αρχική παύση μέχρι νεοτέρας της ερευνητικής διαδικασίας¹², αποφασίστηκε το Φθινόπωρο του 2020, εξαιτίας των μέτρων προστασίας και της καραντίνας που επιβλήθηκαν εκ νέου, να συνεχιστεί η ερευνητική διαδικασία ηλεκτρονικά και να υπάρξει τροποποίηση στον τρόπο συλλογής των δεδομένων της, η οποία πλέον θα ήταν προσαρμοσμένη στη νέα πραγματικότητα, καθώς ήταν άγνωστο βάσει των επιδημιολογικών στοιχείων και προβλέψεων το πότε θα υπήρχε επιστροφή σε αυτό που ορίζεται ως «κανονικότητα» πριν την πανδημία του Covid-19. Συνεπώς, υπήρξε προσαρμογή της δια ζώσης διαδικασίας στην εξ αποστάσεως διαδικασία και η έρευνα συνεχίστηκε από τον Δεκέμβριο του 2020 έως τον Μάρτιο του 2021 για τις/τους λήπτ(ρι)ες υπηρεσιών υγείας και την άνοιξη του 2022 για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Στο χρονικό διάστημα που γίνεται η αναφορά συμπεριλαμβάνεται και η προσπάθεια εύρεσης ατόμων που θα συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα, η δήλωση ενδιαφέροντος και ο τελικός αριθμός όπως διαμορφώθηκε πριν την έναρξη της διαδικασίας δημιουργίας ψηφιακών αφηγήσεων. Σε όλη τη διαδικασία και διάρκεια της έρευνας κρατήθηκαν σημειώσεις από την ερευνήτρια οι οποίες αφορούσαν τεχνικές παρατηρήσεις των συμμετεχόντων κατά τη διαδικασία παραγωγής του υλικού τους, όσο και γενικότερες απόψεις, συναισθήματα και σκέψεις ως απόρροια της εμπλοκής τους στη διαδικασία παραγωγής ψηφιακών αφηγήσεων για την εμπειρία σχέσης και επικοινωνίας ασθενών με τους ιατρούς και αντίστροφα.

¹² Γίνεται αναφορά στη περίοδο των μέτρων κατά της διασποράς του ιού από τις 16 Μαρτίου του 2020 και την ολική απαγόρευση κυκλοφορίας από τις 23 Μαρτίου έως τις 4 Μαΐου 2020. Ωστόσο, ήδη η ερευνητική διαδικασία διεκόπη από τον Φεβρουάριο όπου και υπήρχαν έντονες συζητήσεις και ανησυχία για την εμφάνιση του κορωνοϊού.

4.6 Εργαλεία μέτρησης

4.6.1 Εργαλεία ποσοτικής μέτρησης

Ένα από τα πιο χρονοβόρα και αναγκαία σημεία του σχεδιασμού της παρούσας διατριβής προκειμένου, η προαναφερθείσα, να υλοποιηθεί με τρόπο επιστημονικό, αξιόπιστο και έγκυρο αφορούσε την αναζήτηση ερωτηματολογίων (Questionnaires) που να ανταποκρίνονται τόσο στις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας όσο και στις θεμελιώδεις αρχές¹³. Από την ενδελεχή αναζήτηση στην ελληνική αλλά και παγκόσμια βιβλιογραφία προέκυψε πληθώρα αποτελεσμάτων (σε ηλεκτρονική περισσότερο και έντυπη, λιγότερο, μορφή) άρθρων, μελετών, εργασιών, διατριβών, διπλωματικών εργασιών, πρακτικών συνεδρίων. Το μεγαλύτερο μέρος απορρίφθηκε στην αρχική φάση εξαιτίας της αδυναμίας τους, δηλαδή δεν πληρούσαν είτε κάποια από τα επιστημονικά κριτήρια ή τις θεμελιώδεις αρχές είτε δεν μπορούσαν να αξιοποιηθούν για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Στη συνέχεια, οργανώθηκαν όσα εργαλεία πληρούσαν τα κριτήρια με επιστημονικό τρόπο και μελετήθηκαν το καθένα ξεχωριστά, ώστε να γίνει η επιλογή του καταλληλότερου ερωτηματολογίου.

Εφόσον πληρούσαν τα κριτήρια έγινε εστίαση στη χρήση ερωτηματολογίων που έχουν αξιοποιηθεί πολλάκις, έως την στιγμή της αναζήτησης, για την μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης και της οργανωσιακής κουλτούρας σε δομές υγείας, όπως είναι τα νοσοκομεία. Ένα από τα πλεονεκτήματα αυτής της επιλογής αφορά την αξιοπιστία, καθώς πολλά από τα ερωτηματολόγια προσαρμόστηκαν στις ανάγκες του απευθυνόμενου δείγματος. Αυτό σημαίνει ότι πολλές ερωτήσεις διατυπώθηκαν έτσι ώστε να απευθύνονται σε εργαζόμενες/εργαζόμενους στα νοσοκομεία από τις/τους δημιουργούς ή άλλες/άλλους ερευνήτριες/ερευνητές που ακολούθησαν όλες τις προβλεπόμενες διαδικασίες, πιλοτικές δοκιμασίες και έλεγχο αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν αναπαραχθεί από πολλούς ερευνητές και γίνονται αναφορές σε πλήθος ερευνών στην παγκόσμια κοινότητα.

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, επιλέχθηκαν έξι διαφορετικές κλίμακες μέτρησης για τις/τους υγειονομικούς και πέντε για τις λήπτριες/τους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Για το υγειονομικό προσωπικό οι κλίμακες που επιλέχθηκαν

¹³ -Παγκοσμίως αναγνωρίσιμο, επιστημονικά έγκυρο, αξιόπιστο, επαρκές και αποδεκτό,

-Να καλύπτει, στο μέτρο του εφικτού, όσο το δυνατόν περισσότερα στοιχεία (constructs) τα οποία να αντιπροσωπεύουν/απεικονίζουν (representing) την οργανωσιακή κουλτούρα καθώς και την επαγγελματική ικανοποίηση,

-Τα στοιχεία που καλούνται να μετρήσουν τα ερωτηματολόγια να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένα.

αξιολογούσαν το οργανωσιακό πλαίσιο (2 ερωτηματολόγια)¹⁴, την επαγγελματική ικανοποίηση (2) και τέλος τις επικοινωνιακές σχέσεις και τη διάδραση υγειονομικών-ασθενών (2). Για τις λήπτριες και τους λήπτες υπηρεσιών υγείας τα εργαλεία που επιλέχθηκαν αφορούσαν τον τρίτο, προηγηθέντα άξονα, των επικοινωνιακών σχέσεων, διαδράσεων και προσανατολισμού υγειονομικών-ασθενών (5). Ένα από τα εργαλεία που αξιοποιήθηκε ήταν κοινό για υγειονομικούς και λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας.

Το δείγμα των υγειονομικών που κάλυψε και τους τρεις άξονες (οργανωσιακό πλαίσιο, επαγγελματική ικανοποίηση και επικοινωνιακές σχέσεις και διαδράσεις) ήταν αυτό του νοσοκομείου «Αττικών», καθώς πρόκειται για το υπό μελέτη νοσοκομείο της παρούσας έρευνας. Το υπόλοιπο δείγμα για τις ειδικότητες ιατρικής, νοσηλευτικής και λοιπών υγειονομικών από όλη την Ελλάδα συμμετείχε στους άξονες της επαγγελματικής ικανοποίησης και των επικοινωνιακών σχέσεων και διαδράσεων, εξαιρέθηκαν δηλαδή από τον άξονα που αφορούσε το οργανωσιακό πλαίσιο.

Συνοψίζοντας, το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τέσσερις μεγάλες ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει τα δημογραφικά στοιχεία, η δεύτερη αφορά το οργανωσιακό πλαίσιο, η τρίτη μελετά την επαγγελματική ικανοποίηση και η τέταρτη ενότητα τις επικοινωνιακές σχέσεις, τη διάδραση και τον προσανατολισμό υγειονομικών-ασθενών.

Εικόνα 5: Εργαλεία μέτρησης ανά δείγμα

Ερωτηματολόγιο	Ιατροί			Νοσηλευτ(ρι)ες		Άλλες ειδικότητες		Άλλες υπηρεσίες		Χρήστ(ρι)ες υπηρεσιών υγείας
	Αττικό	Άλλο	Ιδιώτες	Αττικό	Άλλο	Αττικό	Άλλο	Αττικό	Άλλο	Όλες-Όλοι
Οργανωσιακής Κουλτούρας-OCAI	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι
Οργανωσιακής Δέσμευσης-OCQ	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι
Επαγγελματικής Ικανοποίησης-JFQ	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
Επαγγελματικής Ικανοποίησης Νοσηλευτ(ρι)ών Ελλάδας-GNJSS	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή-PPOS	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι
Πεποιθήσεων Ιατρού-Ασθενή-PBS	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Προτίμησης Αυτονομίας-API	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι
Γενικών Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη-GSAME	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι
Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας στον Θεό-GLHC	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι
Αντιλαμβανόμενη Διαθέσιμη Στήριξη-PAS	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι

¹⁴ Στις παρενθέσεις με αριθμό που ακολουθούν την αναφορά στους άξονες μελέτης, θα εννοείται στο εξής η λέξη «ερωτηματολόγια».

Ερωτηματολόγια Υγειονομικών Αττικού νοσοκομείου

Οργανωσιακή δομή

Για τη διερεύνηση της οργανωσιακής δομής στο Αττικό νοσοκομείο αξιοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, τα οποία απαντώνται αποκλειστικά από το υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου Αττικών (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, άλλες υγειονομικές ειδικότητες και άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου). Το πρώτο αφορά την οργανωσιακή κουλτούρα που επικρατεί στο νοσοκομείο ενώ το δεύτερο την οργανωσιακή δέσμευση των εργαζόμενων.

1. Ερωτηματολόγιο οργανωσιακής κουλτούρας

Το πρώτο ερωτηματολόγιο (βλ. παράρτημα 3.1) αφορά την οργανωσιακή κουλτούρα και για την μέτρησή της χρησιμοποιήθηκε το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (Organizational Culture Assessment Instrument-**OCAI**) των Cameron & Quinn (1999). Πρόκειται για ένα μοντέλο μέτρησης κλίμακας σταθερού αθροίσματος, το οποίο μετράει την απόκλιση μεταξύ υφιστάμενης και επιθυμητής κουλτούρας βασισμένο στο πλαίσιο των ανταγωνιστικών αξιών (Cameron & Quin, 2011). Ενώ, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της κλίμακας έχει δοκιμασθεί σε πολλές μελέτες¹⁵.

Το OCAI είναι ένα πολύ κατανοητό εργαλείο, έχει περιορισμένη έκταση και δεν απαιτούνται παραπάνω από δέκα λεπτά για να συμπληρωθεί. Μέσα από το συγκεκριμένο εργαλείο δεν αποτυπώνεται μόνο η ισχύουσα κουλτούρα στον οργανισμό που εργάζονται οι ερωτώμενες/ερωτώμενοι αλλά σκιαγραφείται και η επιθυμία των μελών του για το πως θα ήθελαν να διαμορφωθεί η κουλτούρα τα επόμενα χρόνια. Η απλότητα του εργαλείου, αναφέρουν οι Παπαγεωργίου και Χονδροκούκης (2010), κρύβει το πιο σημαντικό πλεονέκτημα καθώς η συλλογή, η επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων γίνεται με τρόπο εύκολο και κυρίως αποτελεσματικό περιορίζοντας την πιθανότητα λαθεμένων συμπερασμάτων. Το γεγονός ακόμη, της σχηματικής απεικόνισης της τρέχουσας και επιθυμητής κατάστασης διευκολύνει τη διαδικασία σύγκρισής τους.

¹⁵ Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένες από αυτές, όπως των Quinn και Spreitzer, 1991; Obenchain et al., 2004; Panagiotopoulou et al., 2010 καθώς και έρευνες σε ελληνικά νοσοκομεία, όπως οι έρευνες των Παρδάλη, 2005, Παπαγεωργίου και Χονδροκούκη, 2010.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από έξι άξονες, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν τις διαστάσεις της γενικότερης λειτουργίας του οργανισμού και των αξιών που τον διέπουν (1. κυρίαρχα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου, 2. οργανωτική διοίκηση-leadership, 3. διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, 4. συνδετικός ιστός, 5. στρατηγικός προσανατολισμός και 6. κριτήρια επιτυχίας). Ο κάθε άξονας αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις/παράμετρους (Α, Β, Γ, Δ). Για κάθε άξονα συγκεντρώνονται εκατό μονάδες, οι οποίες μοιράζονται στις τέσσερις πιθανές απαντήσεις ανάλογα με τον αριθμό που η καθεμία αντιπροσωπεύει -κατά την κρίση των ερωτηθεισών/ερωτώμενων- τον οργανισμό που ανήκουν. Αυτό σημαίνει ότι τον μεγαλύτερο βαθμό τον συγκεντρώνει η εναλλακτική που προσεγγίζει καλύτερα την κατάσταση του οργανισμού. Οι 4 παράμετροι (Α, Β, Γ, Δ) της κάθε ερώτησης συνθέτουν τη δημιουργία τεσσάρων νέων σύνθετων μεταβλητών οι οποίες προκύπτουν από τη μέση τιμή των επιμέρους ερωτήσεων-παραμέτρων. Πιο συγκεκριμένα, η **κουλτούρα της οικειότητας (Α)** προκύπτει από τη μέση τιμή των τιμών που καταγράφονται στην επιλογή Α των 6 αξόνων στην τρέχουσα και αντίστοιχα στην επιθυμητή κατάσταση (δηλαδή πως θα ήθελαν να εξελιχθεί σε πέντε χρόνια). Η σύνθετη μεταβλητή **κουλτούρα της καινοτομίας (Β)** προκύπτει από τη μέση τιμή των τιμών στην επιλογή Β των 6 ερωτήσεων. Η σύνθετη μεταβλητή **κουλτούρα της αγοράς** προκύπτει από τη μέση τιμή των τιμών στην επιλογή Γ των 6 ερωτήσεων και τέλος, η σύνθετη μεταβλητή, **κουλτούρα της ιεραρχίας (Δ)** προκύπτει από τη μέση τιμή των τιμών που καταγράφεται στην επιλογή Δ των 6 ερωτήσεων για την τρέχουσα/υπάρχουσα και επιθυμητή κατάσταση.

Η αξιολόγηση της οργανωσιακής κουλτούρας γίνεται μέσα από τους τέσσερις τύπους σε ένα σχήμα 2X2 ευελιξία και διακριτικότητα έναντι σταθερότητας και ελέγχου και εσωτερική εστίαση και ενσωμάτωση έναντι εξωτερικής εστίασης και διαφοροποίησης. Οι αντικρουόμενες μεταβλητές διασταυρώνονται στις έξι διαστάσεις που αναφέρθηκαν προηγούμενα. Επειδή δεν υπάρχει «σωστή» και «λάθος» κουλτούρα έτσι δεν υπάρχουν και «σωστές» ή «λάθος» απαντήσεις.

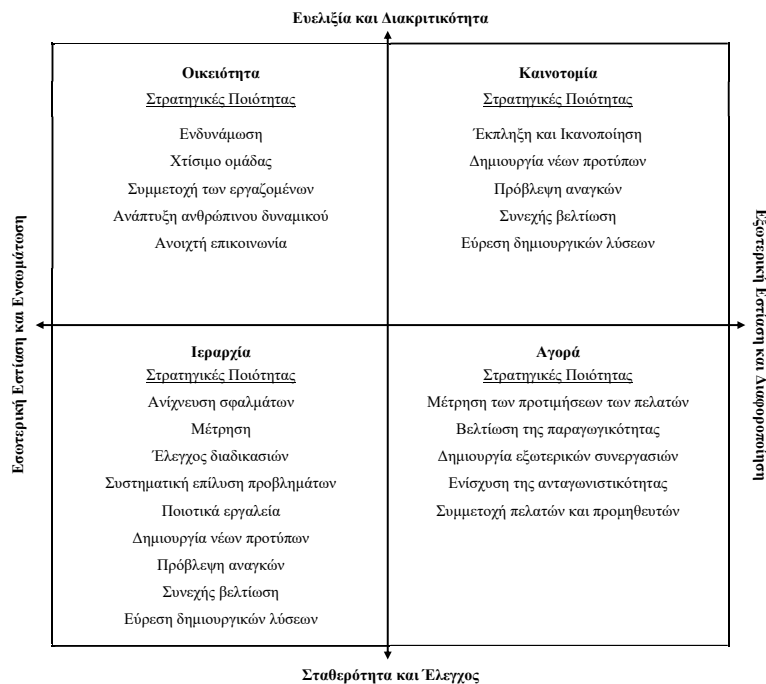
Στην εικόνα 6, παρατίθενται οι ηγετικοί ρόλοι, τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας και οι θεωρίες διαχείρισης (management theories) που συνδέονται περισσότερο με καθένα από τα τέσσερα τεταρτημόρια σύμφωνα με τους Cameron & Quinn (2006). Ενώ η εικόνα 7 στηρίζεται στο πλαίσιο των ανταγωνιστικών αξιών, για να επισημανθεί ένα ολοκληρωμένο σύνολο παραγόντων διαχείρισης ολικής

ποιότητας (ΔΟΛ) για κάθε τύπο οργανωσιακής κουλτούρας. Διαφαίνεται ότι, εάν τα παρακάτω (εικόνα 7) ενσωματωθούν σε ένα έργο ΔΟΛ, το ποσοστό επιτυχίας αυξάνεται σημαντικά (Cameron & Quinn, 2006)

Εικόνα 6: Ηγετικός ρόλος, αποτελεσματικότητα και θεωρίες διαχείρισης ανά τύπο Οργανωσιακής Κουλτούρας



Εικόνα 7: Οι ανταγωνιστικές Αξίες της Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας ανά τύπο Οργανωσιακής Κουλτούρας



Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη και ακολουθεί την παρακάτω δομή. Στο πρώτο μέρος του OCAI ζητώνται ορισμένες δημογραφικές πληροφορίες, όπως:

1. Η θέση στον οργανισμό
2. Τα έτη προϋπηρεσίας
3. Η εργασία σε άλλο νοσοκομείο και τα έτη εργασίας σε αυτό, και τέλος
4. Η απόδοση του νοσοκομείου σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά

Ακολουθεί το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου που αποτελείται από δύο άξονες οι οποίοι αφορούν την **τρέχουσα** και **επιθυμητή** κουλτούρα του οργανισμού. Κάθε ένας από τους άξονες απαντά σε έξι βασικά ερωτήματα, καθένα από τα οποία χωρίζεται σε τέσσερις επιμέρους περιγραφές, η καθεμία από τις οποίες αντιστοιχεί σε τέσσερα είδη οργανωσιακής κουλτούρας. Όπως λέχθηκε και παραπάνω τα έξι βασικά ερωτήματα είναι τα **κυρίαρχα χαρακτηριστικά**, η **οργανωτική διοίκηση-leadership** (ο χαρακτήρας της ηγεσίας δηλαδή), η **διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού**, ο **συνδετικός ιστός**, ο οποίος αναφέρεται στο μέσο/τρόπο με τον οποίο το νοσοκομείο κρατιέται ενωμένο, ο **στρατηγικός προσανατολισμός** και τέλος τα **κριτήρια της επιτυχίας**. Ενώ οι τέσσερις περιγραφές του εκάστοτε βασικού ερωτήματος που αντιστοιχούν στα τέσσερα είδη οργανωσιακής κουλτούρας είναι η **α. Κουλτούρα της οικειότητας**, **β. Κουλτούρα της καινοτομίας**, **γ. Κουλτούρα της Αγοράς** και **δ. Κουλτούρα της Ιεραρχίας**.

Δεξιά από την κάθε περιγραφή βρίσκεται μία στήλη, όπου για καθένα από τα έξι ερωτήματα οι εργαζόμενες/εργαζόμενοι καλούνται, ανάλογα με το ποια εκφράζει περισσότερο το τι επικρατεί στον οργανισμό τους την τρέχουσα στιγμή να μοιράσουν 100 βαθμούς μεταξύ των τεσσάρων αυτών επιλογών. Την ίδια διαδικασία καλούνται να ακολουθήσουν ακριβώς από κάτω συμπληρώνοντας το πως θα επιθυμούσαν να διαμορφωθεί τα επόμενα πέντε έτη. Ουσιαστικά για κάθε ένα από τα έξι ερωτήματα, τα οποία αποτελούνται από τέσσερις περιγραφές το καθένα, οι εργαζόμενες/εργαζόμενοι μοιράζουν 100 βαθμούς για την **υφιστάμενη κουλτούρα** και επαναλαμβάνουν την ίδια διαδικασία (100 βαθμοί) στο κάθε ερώτημα για την **επιθυμητή κουλτούρα**. Στη συνέχεια αθροίζονται ξεχωριστά όλες οι βαθμολογίες που δίνονται για την επιλογή Α, Β, Γ και Δ και των έξι ερωτημάτων και υπολογίζεται ο μέσος όρος ώστε να προσδιοριστεί ο τύπος κουλτούρας της οργάνωσης.

2. Ερωτηματολόγιο οργανωσιακής δέσμευσης

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο (βλ. παράρτημα 3.2) αφορά την Οργανωσιακή Δέσμευση (Organizational Commitment Questionnaire-OCQ) είναι των Mowday, Steers, & Porter (1979) και εκτιμά την συναισθηματική δέσμευση των εργαζόμενων. Η οργανωσιακή δέσμευση κατά τους Porter & Smith (1970), προσδιορίζεται από τον βαθμό της εμπλοκής ενός ατόμου στον οργανισμό που εργάζεται και σύμφωνα με τους Mowday, Steers, & Porter (1979), οι οποίοι ανέπτυξαν και τελειοποίησαν το ερωτηματολόγιο της Οργανωσιακής Δέσμευσης το 1979, χαρακτηρίζεται από τρεις τουλάχιστον σχετικούς παράγοντες. Συνοψίζοντας, η Κλίμακα Οργανωσιακής Δέσμευσης χαρακτηρίζεται από τους εξής τρεις παράγοντες: α) αποδοχή και ισχυρή πίστη στους στόχους και στις αξίες του οργανισμού, β) προθυμία να καταβάλει ο εργαζόμενος σημαντική προσπάθεια για τον οργανισμό και, γ) ισχυρή επιθυμία να διατηρηθεί η ιδιότητά του ως μέλος του οργανισμού. Οι Mowday, Steers & Porter επισημαίνουν ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά της δέσμευσης αντιπροσωπεύουν μια ενεργή σχέση του εργαζόμενου με τον οργανισμό και όχι απλώς μια παθητική σχέση με τον οργανισμό. Η αφοσίωση και η ενεργή συμμετοχή συνεισφέρουν στο σύνολο του οργανισμού για την εύρυθμη λειτουργία και ευρωστία του.

Ταυτόχρονα, μια σημαντική διευκρίνιση που κάνουν οι δημιουργοί της συγκεκριμένης κλίμακας είναι η διαφοροποίηση της εργασιακής ικανοποίησης από την έννοια της οργανωσιακής δέσμευσης. Ως έννοια η δέσμευση αναφέρεται στη συναισθηματική απόκριση στο σύνολο του οργανισμού ενώ η ικανοποίηση αντανακλά την ανταπόκριση κάποιου στη δουλειά του ή σε ορισμένες πτυχές της δουλειάς του. Η δέσμευση είναι μια μεγαλύτερη έννοια η οποία δίνει έμφαση στις σχέσεις με την εργοδοσία, τις αξίες και τους στόχους του οργανισμού. Αν και η καθημερινότητα ή το περιβάλλον εργασίας μπορούν να επηρεάσουν την εργασιακή ικανοποίηση και να οδηγήσουν σε επανεξέταση της δέσμευσης στον οργανισμό (Porter, Steers, Mowday, & Boulian, 1974), φαίνεται πως η δέσμευση χτίζεται αργά και έχει σταθερότητα στον χρόνο ενώ από την άλλη πλευρά η εργασιακή ικανοποίηση φαίνεται να έχει παροδικό χαρακτήρα αντανακλώντας τις συνθήκες εργασίας π.χ. αμοιβή, επίβλεψη κ.λπ. (Porter, Steers, Mowday, & Boulian, 1974· Smith, Kendall, & Hulin, 1969). Ουσιαστικά, αν η εκάστοτε εργοδοσία δίνει έμφαση στη δέσμευση θα μπορεί να προβλέπει την εργασιακή ικανοποίηση. Οι λόγοι που οδηγούν σε εργασιακή έλλειψη ικανοποίησης

σχετίζονται με τους στόχους, τις αξίες και τις μεταρρυθμιστικές κινήσεις του οργανισμού.

Η Κλίμακα Οργανωσιακής Δέσμευσης-OCQ, αποτελείται από 15 προτάσεις-αντικείμενα εκ των οποίων τα έξι έχουν αρνητική χροιά (OCQ3, OCQ7, OCQ9, OCQ11, OCQ12 και OCQ15)¹⁶ και τα υπόλοιπα θετική. Οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν στο συγκεκριμένο εργαλείο δηλώνοντας το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους μέσω μιας επταβάθμιας κλίμακας Likert (1. διαφωνώ απόλυτα, 2. Διαφωνώ αρκετά, 3. Μάλλον διαφωνώ, 4. Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 5. Μάλλον συμφωνώ, 6. Συμφωνώ αρκετά, 7. Συμφωνώ απόλυτα). Το (-) δηλώνει τις προτάσεις με αρνητική διατύπωση και συνεπώς αντίστροφη βαθμολογία.

Το εύρος της βαθμολογίας (σκορ) κυμαίνεται από 15 έως 105 μονάδες. Το συνολικό επίπεδο οργανωσιακής δέσμευσης των ερωτηθέντων προσδιορίζεται μέσω της μέσης βαθμολογίας των απαντήσεων, το εύρος της οποίας κυμαίνεται μεταξύ 1 έως 7, και όσο μεγαλύτερες είναι οι μέσες τιμές του συνολικού παράγοντα τόσο υψηλότερη είναι και η οργανωσιακή δέσμευση των ερωτηθέντων (Mowday, Steers, & Porter, 1979). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τρεις άξονες βάσει των ερωτήσεων που αναφέρονται α) στην αποδοχή των αξιών και των στόχων του οργανισμού, β) στην προθυμία των εργαζόμενων για προσπάθεια στον οργανισμό και γ) στη διάθεση για παραμονή στον οργανισμό.

Ερωτηματολόγια Υγειονομικών όλων των νοσοκομείων

Επαγγελματική ικανοποίηση

3. Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής ικανοποίησης υγειονομικών

Το πρώτο ερωτηματολόγιο που επιλέχθηκε είναι το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης (Job Satisfaction Questionnaire-JSQ) της Melville (1980), όπως παρουσιάζεται στο παράρτημα 3.3, το οποίο δημιουργήθηκε για την έρευνά της που αφορούσε την επαγγελματική ικανοποίηση στη γενική ιατρική και τον αντίκτυπο που αυτή είχε στη συνταγογράφηση. Η αναγκαιότητα της δημιουργίας της συγκεκριμένης κλίμακας προέκυψε από το γεγονός ότι καμία από τις -έως τότε- υπάρχουσες κλίμακες που ήταν διαθέσιμες δεν ήταν κατάλληλες ή/και

¹⁶ Η κωδικοποίηση των ερωτήσεων για όλες τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα φέρουν τα αρχικά των κλιμάκων στα αγγλικά και δίπλα τον αριθμό της ερώτησης.

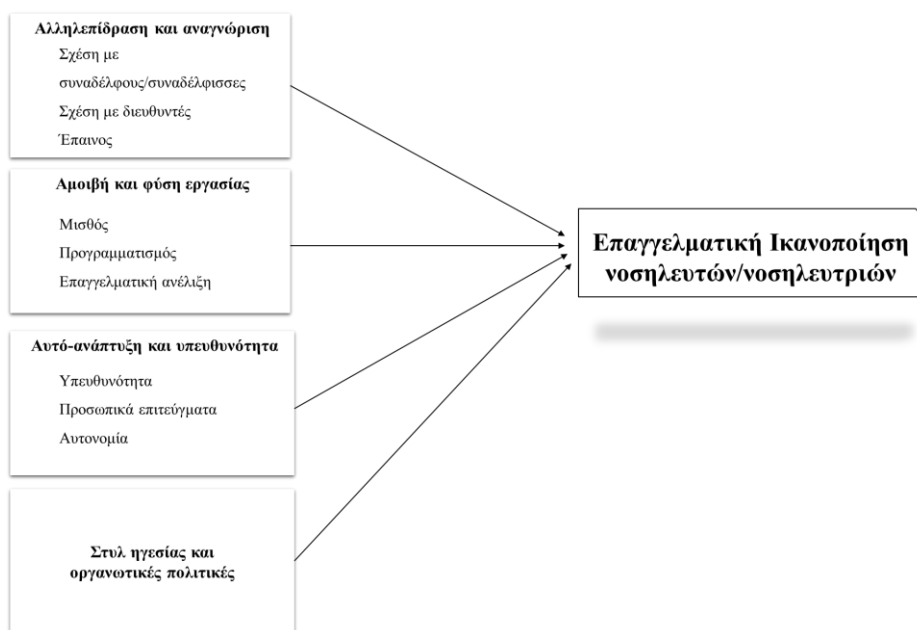
προσαρμοσμένες να απαντηθούν από επαγγελματίες υγείας. Αργότερα, στη συγκριτική έρευνα των van den Brink-Muinen, van Dulemn, & Bensing (2003), που αφορούσε την επικοινωνία ιατρού-ασθενή στη γενική ιατρική σε χώρες της Κεντρικής και Δυτικής Ευρώπης αξιολογήθηκε η κλίμακα της Melville στην οποία προστέθηκαν δύο ακόμη ερωτήσεις (JSQ3 και JSQ6), όπως παρατίθενται στο παράρτημα 3.3. Συνεπώς, η κλίμακα απαρτίζεται από επτά απόψεις σχετικά με την ικανοποίηση που αντλεί η/ο επαγγελματίας υγείας από την εργασία του λαμβάνοντας υπόψη την αμοιβή της/του, την προσπάθεια που καταβάλλει, τις γραφειοκρατικές διαδικασίες που πιθανόν εμπλέκονται και το εάν συνεχίζει να τη θεωρεί ενδιαφέρουσα. Η κλίμακα αποτελείται από μια πενταβάθμια κλίμακα διαβάθμισης (Likert) και διακυμαίνεται από το «1. συμφωνώ απόλυτα, 2. συμφωνώ αρκετά, 3. ούτε συμφωνώ-ούτε διαφωνώ, 4. διαφωνώ αρκετά, έως και το 5. διαφωνώ απόλυτα». Οι ερωτήσεις στην ανάλυση επανακωδικοποιούνται (1=5, 2=4, 3=3, 4=4, 5=1). Ενώ οι ερωτήσεις JSQ1, JSQ3, JSQ4 και JSQ7 αντιστρέφονται στη βαθμολόγηση επειδή έχουν αρνητική διατύπωση. Το σκορ κυμαίνεται από 7 έως 49 μονάδες. Ενώ, το συνολικό επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης των ερωτηθεισών/ερωτηθέντων προσδιορίζεται από τη μέση βαθμολογία των απαντήσεων, το εύρος της οποίας κυμαίνεται μεταξύ 1 έως 5. Αυτό σημαίνει ότι τα υψηλότερα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση (Melville, 1980).

4. Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής ικανοποίησης νοσηλευτικού προσωπικού

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο επαγγελματικής ικανοποίησης που επιλέχθηκε αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό (βλ. παράρτημα 3.4) και η μέτρηση έγινε με την Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης Νοσηλευτριών/νοσηλευτών Ελλάδας (Greek Nurses' Job Satisfaction Scale-GNJSS) του Moutzoglou (2010). Η συγκεκριμένη κλίμακα αφορά τέσσερις διαστάσεις της επαγγελματικής ικανοποίησης του προσωπικού (αλληλεπίδραση και αναγνώριση, αυτοανάπτυξη και υπευθυνότητα, αμοιβή και φύση εργασίας, καθώς και το στυλ ηγεσίας και τις πολιτικές που αφορούν την οργάνωση), όπως δείχνει και το παρακάτω σχήμα (2), το οποίο περιγράφει το εννοιολογικό μοντέλο του ερωτηματολογίου. Το εργαλείο είναι σταθμισμένο στα ελληνικά, όπως προκύπτει και από αρκετές έρευνες που εντοπίστηκαν στην αναζήτηση της ερευνήτριας. Αποτελείται από 18 ερωτήσεις, οι οποίες εντάσσονται στις

προαναφερθείσες υποκλίμακες (4 διαστάσεις) και η βαθμολόγησή τους γίνεται με μία τετραβάθμια κλίμακα Likert, η οποία κυμαίνεται από το «1. διαφωνώ απόλυτα» έως το «4. συμφωνώ απόλυτα». Αναφορικά με το εύρος της συνολικής βαθμολογίας, κυμαίνεται από 18 έως 72 μονάδες στο σύνολό του ενώ για τις τέσσερις υποκλίμακες κυμαίνεται από 5 έως 20 μονάδες για τις τρεις από αυτές (αλληλεπίδραση και αναγνώριση, αυτοανάπτυξη και υπευθυνότητα, στυλ ηγεσίας) και από 3 έως 12 μονάδες για την υποκλίμακα «αμοιβή και φύση της εργασίας». Η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτριών/νοσηλευτών προκύπτει από τη μέση βαθμολογία των απαντήσεων, η οποία κυμαίνεται από 1 έως 4. Όσο υψηλότερη η βαθμολογία τόσο υψηλότερη και η επαγγελματική τους ικανοποίηση (Moumtzoglou, 2010).

Σχήμα 2: Το εννοιολογικό μοντέλο της κλίμακας Επαγγελματικής Ικανοποίησης νοσηλευτών/νοσηλευτριών Ελλάδας- GNJSS



Το εννοιολογικό μοντέλο εντοπίστηκε στην αγγλική γλώσσα (δημοσίευση Moumtzoglou, 2010) και αποδόθηκε στην ελληνική γλώσσα από την ερευνήτρια βασιζόμενη στη λογική του πρωτογενούς υλικού.

Επικοινωνιακές σχέσεις, διάδραση και προσανατολισμός επαγγελματιών υγείας-ασθενών

Για την καταγραφή των απόψεων και αντιλήψεων αναφορικά με τη σχέση επαγγελματία υγείας-ασθενή χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες υψηλής εγκυρότητας και αξιοπιστίας, οι οποίες περιγράφονται στη παγκόσμια βιβλιογραφία. Επιλέχθησαν εργαλεία τα οποία ήταν μεταφρασμένα και προσαρμοσμένα στην ελληνική γλώσσα, αφού σταθμίστηκαν από ερευνήτριες-ερευνητές ακολουθώντας τους κανόνες που υπαγόρευαν οι δημιουργοί τους¹⁷. Όπου ήταν αναγκαίο -για τα χρησιμοποιηθέντα εργαλεία της παρούσας έρευνας- ζητήθηκε η άδεια τόσο από τους δημιουργούς τους όσο και από όσες/όσους επιμελήθηκαν την προσαρμογή και την ελληνική στάθμισή τους (βλ. παράρτημα 1). Η παραχώρηση της άδειας συνοδεύεται και από αρχείο ανάλυσης των σκορ των διαφόρων εργαλείων και του τρόπου επεξεργασίας τους. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν παρουσιάζονται λεπτομερώς στο παρόν κεφάλαιο.

5. Ερωτηματολόγιο προσανατολισμού Υγειονομικού-Ασθενή

Το πρώτο ερωτηματολόγιο που αξιοποιήθηκε για τη διερεύνηση του προσανατολισμού υγειονομικών-ασθενών (βλ. παράρτημα 3.5) ήταν το Ερωτηματολόγιο εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή (Patient Physician Orientation Scale-**PPOS**) των Krupat, Yeager & Putnam (2000). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από υγειονομικούς αλλά και λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας. Κατά την Τσίμτσιου (2008), το PPOS είναι μια κλίμακα αντιλήψεων για τη σχέση ιατρού-ασθενή όπως την αντιλαμβάνονται και οι δύο άμεσα εμπλεκόμενοι σ' αυτή. Αποτελείται από 18 προτάσεις-αντιλήψεις, οι οποίες απαντώνται σε μια εξαβάθμια κλίμακα Likert (6. διαφωνώ απόλυτα, 5. διαφωνώ, 4. διαφωνώ εν μέρει, 3. συμφωνώ εν μέρει, 2. συμφωνώ, 1. συμφωνώ απόλυτα). Οι ερωτήσεις PPOS9, PPOS13 και PPOS17 αντιστρέφονται κατά τη βαθμολόγησή τους. Η βαθμολόγηση γίνεται από αριστερά προς τα δεξιά από το διαφωνώ απόλυτα με βαθμό 6 έως το συμφωνώ απόλυτα με βαθμό 1. Συνεπώς, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από την/τον ασθενή στο επίκεντρο (patient-centered) έως την/τον ιατρό ή την ασθένεια στο επίκεντρο (doctor or disease-centered). Τα υψηλότερα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε περισσότερο

¹⁷ Η μετάφραση και προσαρμογή των εργαλείων στην ελληνική γλώσσα προκειμένου να χρησιμοποιηθούν τα ερωτηματολόγια στην έρευνά της πραγματοποιήθηκε από την Τσίμτσιου, Παπαχαρίτου, Κάντζιου, Χατζηχρήστου, & Krupat, 2006.

ανθρωποκεντρική συμπεριφορά. Το PPOS, αναφέρει η Τσίμτσιου (2008), αποτελείται από δύο επιμέρους υποκλίμακες και καθεμιά από αυτές αποτελείται από εννέα θέσεις. Αναφορικά με την πρώτη υποκλίμακα αυτή διερευνά τις αντιλήψεις σχετικά με την ενημέρωση του ασθενή, τον έλεγχο στη σχέση και γενικότερα με την ενεργοποίηση της συμμετοχής του ασθενή στη διαχείριση της φροντίδας του (sharing). Σχετικά με τη δεύτερη υποκλίμακα, η οποία διερευνά τη φροντίδα της/του ασθενή (caring) και συγκεκριμένα την πρόθεση της/του ιατρού να διερευνήσει τις προσδοκίες, ανησυχίες και συναισθήματα της/του ασθενής καθώς και να επιδείξει συμπάρασταση και «ανθρωπιά» (Krupat, Putnam, & Yeager, 1996· Krupat, Hiam, & Fleming, 1999· Krupat, Yeager, & Putnam, 2000· Krupat, Hsu, Irish, Schmittziel, & Selby, 2004· Τσίμτσιου, 2008).

Όσον αφορά το εύρος της συνολικής βαθμολογίας, κυμαίνεται από 18 έως 108 μονάδες στο σύνολό του ενώ για τις δύο υποκλίμακες κυμαίνεται από 9 έως 54 μονάδες. Ο Προσανατολισμός Ιατρού-ασθενή προκύπτει από τη μέση βαθμολογία των απαντήσεων, η οποία κυμαίνεται από 1 έως 6. Όσο υψηλότερη η βαθμολογία τόσο πιο ανθρωποκεντρικός είναι ο προσανατολισμός και όσο πιο χαμηλή τόσο πιο ιατροκεντρικός και «κλινικός» (Krupat, Yeager, & Putnam, 2000).

Επειδή ακριβώς, η συγκεκριμένη κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί πολλάκις¹⁸ για την καταγραφή των αντιλήψεων σε δείγματα ιατρών, φοιτητριών/φοιτητών, ασθενών και υγιών ενηλίκων, αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί σε όλους τους συμμετέχοντες πέρα των ιατρών και ασθενών. Απαντήθηκε δηλαδή και από το νοσηλευτικό προσωπικό, επιπλέον υγειονομικές ειδικότητες, επιπλέον υπηρεσίες νοσοκομείου που έλαβαν μέρος στην έρευνα τόσο από το Αττικό νοσοκομείο, όσο και από άλλες δημόσιες δομές αλλά και ιδιώτες ιατρούς.

¹⁸ Αξιοποίηση του PPOS σε έρευνες: Krupat, Putnam και Yeager (1996)·Krupat, Hiam & Fleming (1999), Krupat, Yeager & Putnam (2000)· Krupat, Bell, Kravitz, Thom, & Rahman, (2001)· (Haidet, et al. (2002)·Krupat et al. (2004: 814-822), Τσίμτσιου (2008).

6. Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων Ιατρού

Πρόκειται για μια πολύ σημαντική κλίμακα για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας καθώς το Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων Ιατρού (Physician Belief Scale-**PBS**) των Ashworth, Williamson, & Montano (1984) είναι μια κλίμακα εκτίμησης της στάσης των ιατρών απέναντι στη ψυχοκοινωνική προσέγγιση των ασθενών τους (βλ. παράρτημα 3.6), όπως αναφέρει η Τσίμτσιου (2008:55), *«σε αντιπαράθεση με την αμιγώς βιολογική προσέγγιση, και απαρτίζεται από απόψεις που αφορούν τον ρόλο της/του ιατρού, τις εκτιμώμενες προσδοκίες των ασθενών, τα συναισθήματα που προκαλεί η ενασχόληση με ψυχοκοινωνικά θέματα, αλλά και στην επιβάρυνση που μπορεί να επιφέρει αυτή η προσέγγιση στο πλαίσιο της καθημερινής άσκησης του επαγγέλματος»*.

Η κλίμακα αποτελείται από 14 τοποθετήσεις (είναι η μεταγενέστερη σύντομη μορφή της κλίμακας PBS η εκτενής μορφή του οποίου αποτελείται από 32 τοποθετήσεις) και απαντάται μέσω μιας πενταβάθμιας κλίμακας που διακυμαίνεται από το διαφωνώ έως το συμφωνώ (1. διαφωνώ, 2. διαφωνώ αρκετά, 3. ούτε συμφωνώ-ούτε διαφωνώ, 4. συμφωνώ αρκετά, έως και 5. συμφωνώ). Χαμηλότερα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε μια περισσότερο ευαίσθητη συμπεριφορά σε ψυχοκοινωνικά ζητήματα (McLennan, Jansen-McWilliams, Comer, Gardner, & Kelleher, 1999). Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας κυμαίνεται από το 14 (ελάχιστο) έως και το 70 (μέγιστο). Συνεχίζοντας, η Τσίμτσιου (2008), αναφέρει ότι η υποκλίμακα των Πεποιθήσεων και Συναισθημάτων (Belief and Feeling subscale) διερευνά τα συναισθήματα και τις εντυπώσεις που θεωρούν οι ιατροί ότι προκαλεί η ενασχόληση με τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα τόσο στις/στους ασθενείς όσο και στις/στους ίδιες/ίδιους (8 ερωτήσεις: PBS1, PBS2, PBS3, PBS6, PBS7, PBS12, PBS13 και η επιπρόσθετη νέα τοποθέτηση PBS14 «αντλώ μεγάλη ικανοποίηση από τη θεραπεία ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των ασθενών» με ελάχιστο το 8 και μέγιστο το 40). Η κλίμακα Επιβάρυνσης (Burden subscale) καταγράφει την αίσθηση της επιβάρυνσης που πιστεύουν οι ιατροί ότι επωμίζονται όταν προσεγγίζουν ψυχοκοινωνικά θέματα των ασθενών τους (6 ερωτήσεις: 7 PBS4 PBS5 PBS8 PBS9 PBS10 και PBS11, με ελάχιστο το 6 και μέγιστο το 30).

Η εκτίμηση της στάσης των ιατρών απέναντι στην ψυχοκοινωνική προσέγγιση προκύπτει από τη μέση βαθμολογία των απαντήσεων, η οποία κυμαίνεται από 1 έως 5. Όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο πιο ευαίσθητη είναι και η συμπεριφορά των

ιατρών σε ψυχοκοινωνικά ζητήματα των ασθενών τους. Πρόκειται και σε αυτή την περίπτωση για μεταφρασμένες και σταθμισμένες κλίμακες στην ελληνική γλώσσα (Τσίμτσιου, Παπαχαρίτου, & Χατζηχρήστου, 2006b).

Ερωτηματολόγια ληπτριών/ληπτών υπηρεσιών υγείας

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

Όπως λέχθηκε παραπάνω, η Κλίμακα εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή (Patient Physician Orientation Scale-PPOS), συμπληρώθηκε και από τις/τους ασθενείς και τις/τους ιατρούς (βλ. σχετικώς).

7. Ερωτηματολόγιο Προτίμησης Αυτονομίας (Autonomy Preference Index)- API

Το ερωτηματολόγιο Προτίμησης Αυτονομίας (Autonomy Preference Index-API) των Ende, Kazis, Ash & Moskowitz (1989) διερευνά τις απόψεις των ασθενών για τη διάσταση της αυτονομίας στην υγεία τους (βλ. παράρτημα 3.7). Το παρόν ερωτηματολόγιο σταθμίστηκε και χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα της Τσίμτσιου (2008). Όπως αναφέρει και η Τσίμτσιου (2008), η συγκεκριμένη κλίμακα καταγράφει τις απόψεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας για τη διάσταση της αυτονομίας στη φροντίδα της υγείας τους, την πληροφόρηση και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις και αποτελείται από δύο επιμέρους υποκλίμακες, την Υποκλίμακα Αναζήτησης Πληροφορίας (information-seeking)- 8 ερωτήσεων και την Υποκλίμακα Λήψης Απόφασης (Decision-making)-6 ερωτήσεων. Οι 14 ερωτήσεις είναι εκφρασμένες σε μια πενταβάθμια κλίμακα Likert, η οποία κυμαίνεται από το διαφωνώ απόλυτα έως το συμφωνώ απόλυτα (ελάχιστο 1 και μέγιστο 5), ενώ τρεις ερωτήσεις με αρνητική διατύπωση αντιστρέφονται για τη βαθμολόγησή τους (API9, API11 και API13). Το εύρος της βαθμολογίας για την κλίμακα API συνολικά είναι ελάχιστο 14 και μέγιστο 70, για την Υποκλίμακα Πληροφορίας το ελάχιστο είναι 8 και μέγιστο το 40 και τέλος για την Υποκλίμακα Λήψης Απόφασης ελάχιστο 6 και μέγιστος 30.

Η προτίμηση της αυτονομίας προκύπτει από τη μέση βαθμολογία των απαντήσεων και διακυμαίνεται από 1 έως 5. Πιο υψηλά αποτελέσματα αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη επιθυμία για ενημέρωση, εμπλοκή και συμμετοχή των ασθενών στη

λήψη των θεραπευτικών αποφάσεων (Ende, Kazis, Ash, & Moskowitz, 1989· Τσίμτσιου, 2008).

8. Ερωτηματολόγιο Γενικών Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη

Το ερωτηματολόγιο Γενικών Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη (General statements about Medical Errors-**GSAME**) των Major, et al. (2004) διερευνά τις απόψεις για τα ιατρικά λάθη (βλ. παράρτημα 3.8). Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 9 θέσεις-απόψεις σχετικά με τα ιατρικά λάθη και στις οποίες οι ασθενείς καλούνται να τοποθετηθούν με τη βοήθεια μιας πενταβάθμιας κλίμακας που κυμαίνεται μεταξύ του διαφωνώ απόλυτα έως το συμφωνώ απόλυτα (ελάχιστο 1 και μέγιστο 5). Τρεις ερωτήσεις έχουν αντίστροφη βαθμολόγηση (GSAME3, GSAME4 και GSAME9). Το ελάχιστο σκορ είναι 9 και το μέγιστο 45. Ενώ, τα αποτελέσματα της κλίμακας προκύπτουν από τη μέση βαθμολογία των απαντήσεων, η οποία κυμαίνεται από 1 έως 5. Τα υψηλότερα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε αυξημένη επιθυμία για ενημέρωση, διερεύνηση πιθανού λάθους και απόδοσης ευθυνών (Major, et al., 2004· Τσίμτσιου, 2008).

9. Ερωτηματολόγιο Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας στο Θεό

Το ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου της Υγείας στον Θεό (The God Locus of Health Control Scale-**GLHC**) των Wallston, et al. (1999), αποτελείται από 6 ερωτήσεις (βλ. παράρτημα 3.9). Κατά την Τσίμτσιου (2008), το GLHC καταγράφει την πεποίθηση του ασθενή ότι ο Θεός έχει τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας τους. Αποτελείται από 6 θέσεις-απόψεις και οι απαντήσεις αντιστοιχούν σε μια εξαβάθμια κλίμακα (1. διαφωνώ απόλυτα, 2. διαφωνώ, 3. διαφωνώ εν μέρει, 4. συμφωνώ εν μέρει, 5. συμφωνώ και 6. συμφωνώ απόλυτα) με ελάχιστο το 1 και μέγιστο το 6. Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας κινούνται στο εύρος 6 έως 36. Τα αποτελέσματα της κλίμακας προκύπτουν από τη μέση τιμή των απαντήσεων και κυμαίνονται από 1 έως 6, όπως ειπώθηκε. Τα υψηλότερα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη απόδοση του ελέγχου της κατάστασης υγείας στον Θεό (ελάχιστο σκορ 6 και μέγιστο 36) (Τσίμτσιου, 2008).

10. Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης

Το ερωτηματολόγιο της Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης (Perceived Available Support-PAS) των Schulz & Schwarzer (2003) αποτελείται από 7 θέσεις-απόψεις (βλ. παράρτημα 3.10). Η κλίμακα αυτή (PAS) συγκαταλέγεται μεταξύ των Berlin Social Support Scales, αναφέρει η Τσίμτσιου (2008), για την εκτίμηση του επιπέδου κοινωνικής στήριξης. Αποτελείται από επτά θέσεις-απόψεις που καταγράφουν την αντιλαμβανόμενη συναισθηματική κοινωνική στήριξη (4 ερωτήσεις) και την υλική υποστήριξη (3 ερωτήσεις). Οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν σε μια τετραβάθμια κλίμακα (1. Καθόλου αλήθεια, 2. Ελάχιστα αλήθεια, 3. Μέτρια αλήθεια, 4. Απόλυτα αλήθεια). Το συνολικό εύρος της βαθμολόγησης υπολογίζεται από την άθροιση των επιμέρους ερωτήσεων και μπορεί να πάρει τιμές από 7 έως 28. Ενώ, τα αποτελέσματα της κλίμακας εξάγονται από τη μέση τιμή των απαντήσεων και κυμαίνονται από 1 έως 4. Τα υψηλότερα αποτελέσματα δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο κοινωνικής στήριξης (Schulz & Schwarzer, 2003· Τσίμτσιου, 2008).

4.6.2 Εργαλεία ποιοτικής μέτρησης

Τα εργαλεία της ποιοτικής μελέτης, όπως λέχθηκε, είναι η ψηφιακή αφήγηση και η αφηγηματική ανάλυση του περιεχομένου της. Η ψηφιακή αφήγηση χρησιμοποιείται ως εργαλείο των ΤΠΕ για να συλλέξει και να αναλύσει στοιχεία στηριζόμενη στα κειμενικά χαρακτηριστικά, τα οπτικοακουστικά μέσα και το θέμα που τίθεται προς ανάλυση από όσες/όσους λαμβάνουν μέρος. Ταυτόχρονα, αναλύεται η διαδικασία δημιουργίας ψηφιακής αφήγησης μέσω του κύκλου της αφήγησης (story circle) και τα στοιχεία που καταγράφηκαν και παρατηρήθηκαν από την ερευνήτρια. Τα στοιχεία αυτά αφορούν τόσο τα άτομα που έλαβαν μέρος και τις αλληλεπιδράσεις της ομάδας του κύκλου της αφήγησης όσο και συνολικά τη διαδικασία στο πλαίσιο του αναστοχασμού και της ανατροφοδότησης.

4.7 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

4.7.1 Συλλογή ποσοτικών δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων βασίστηκε στη δύναμη του διαδικτύου εξαιτίας, όπως ήδη αναφέρθηκε, της πανδημίας Covid-19 και των απανωτών

lockdowns (καραντίνας). Προκειμένου να συνεχιστεί η διαδικασία της μελέτης και να υλοποιηθεί το στάδιο της έρευνας, αποφασίστηκε από την ερευνήτρια να διοχετευθούν τα ερωτηματολόγια ηλεκτρονικά. Διασφάλισε τη μέθοδο και τους τρόπους κατά τους οποίους θα προστατεύονταν το δείγμα που θα λάμβανε μέρος φροντίζοντας να μην συλλέγονται στοιχεία που θα μπορούσαν να τους ταυτοποιήσουν και κατά συνέπεια να παραβιάσουν τον όρο περί «ανωνυμίας συμμετοχής». Ταυτόχρονα, τέθηκε ένα σοβαρό ζήτημα που αφορούσε την επαλήθευση της δικής της ταυτότητας και την αξιοπιστία της προς το πιθανό δείγμα για την ταυτότητα και τον σκοπό της έρευνάς της. Βάσει αυτής της ανάγκης επέλεξε την πλατφόρμα neartail, η οποία πλεονεκτούσε σε σύγκριση με το google forms σε κάποια χαρακτηριστικά που διευκόλυναν προς αυτή την οδό. Επομένως, εκτός του εισαγωγικού σημειώματος όπου ανέφερε στοιχεία της ταυτότητάς της, τους σκοπούς της έρευνας καθώς και στοιχεία επικοινωνίας, υπήρχε το όνομα και το επίθετό της στο link του ερωτηματολογίου το οποίο κατά την περιήγηση πρόβαλε το site με τα στοιχεία της. Η συγκεκριμένη επιλογή αποτελεί προέκταση του google forms και γίνεται ταυτόχρονη σύνδεση των δεδομένων και με αυτό, γεγονός που προσθέτει ένα ακόμη πλεονέκτημα σε περίπτωση που συμβεί κάποιο απρόοπτο εξασφαλίζοντας αντίγραφα ασφαλείας (backup) σε δύο πηγές. Στον αντίποδα των πλεονεκτημάτων, ένα μειονέκτημα της συγκεκριμένης πλατφόρμας αποτελεί η μη δωρεάν χρήση της, καθώς απαιτεί αντίτιμο 20\$ τον μήνα.

Η ερευνήτρια για την συλλογή δεδομένων αξιοποίησε όσες επίσημες ομάδες εντόπισε (ανοικτές και κλειστές) στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και κυρίως στο facebook, σελίδες υγειονομικών εν γένει συλλόγων, ιατρικών συλλόγων, νοσηλευτικών συλλόγων καθώς και σελίδες νοσοκομείων και δημόσιων δομών αποστέλλοντας ένα εισαγωγικό κείμενο, μαζί με την παράκληση για διαμοιρασμό και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Για τους υγειονομικούς εργαζόμενους στο ΠΓΝ Αττικής, ακολουθήθηκε κοινή διαδικασία με την προαναφερθείσα, αλλά και αποστολή e-mail και κοινοποιήσεις από συνεργάτες. Η ερευνήτρια ταυτόχρονα με τις κοινοποιήσεις στις ομάδες και τις σελίδες έκανε μία ανάρτηση στο προφίλ της στο μέσο κοινωνικής δικτύωσης facebook (βλ. εικόνα 8), όπου στο πρώτο μέρος ενημέρωνε για την έρευνά της και στο δεύτερο προέτρεπε σε κοινοποιήσεις της ανάρτησης από όσους το επιθυμούν ώστε να διευρυνθεί η ακτίνα εύρεσης δείγματος.

Εικόνα 8: Στιγμιότυπο της ανάρτησης στο facebook για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου



Με πράσινο χρώμα ο αριθμός των αντιδράσεων, με μοβ χρώμα ο αριθμός των σχολίων και με πορτοκαλί ο αριθμός κοινοποιήσεων. Δεξιά, μέρος των σχολίων κάτω από την ανάρτηση.

Λόγω της φύσης της έρευνας, το κοινό στο οποίο απευθυνόταν αλλά και στον όγκο των ερωτηματολογίων δεν υπήρξε φόβος για την αξιοπιστία των ατόμων που θα συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο ή για την πιθανότητα ψευδών στοιχείων καθώς σε ορισμένα σημεία τα ερωτηματολόγια απαιτούσαν πληροφορίες που μόνο η συγκεκριμένη κατηγορία θα μπορούσε να απαντήσει. Η διάρκεια συλλογής δεδομένων διήρκεσε από τον Απρίλιο έως τον Ιούλιο του 2021 με συχνές ανακοινώσεις και αποστολή του ερωτηματολογίου. Ο μήνας Απρίλιος ως τα τέλη του αποτέλεσε ιδιαίτερα θετική έναρξη καθώς συμπληρώθηκαν τα πρώτα 100 ερωτηματολόγια με τις πρώτες αποστολές και κοινοποιήσεις. Στη συνέχεια, η ερευνήτρια συνέχισε να στέλνει τον σύνδεσμο για να καταφέρει να συγκεντρώσει έως τις αρχές Ιουλίου τον αριθμό των 273 ερωτηματολογίων.

Τα ερωτηματολόγια συλλέγονταν παίρνοντας έναν μοναδικό αυτόματο αύξοντα αριθμό από την πλατφόρμα που χρησιμοποιήθηκε και κάθε εβδομάδα την Παρασκευή η ερευνήτρια «κατέβαζε» συγκεντρωτικό πίνακα με τα στοιχεία που είχε συλλέξει από την έναρξη του διαμοιρασμού των ερωτηματολογίων έως εκείνη τη στιγμή. Τα ερωτηματολόγια ήταν κλειδωμένα και απαιτούσαν απάντηση σε όλα τα σημεία, εκτός από δύο όπου η επόμενη ερώτηση βασιζόταν στην προηγούμενη και μπορούσε να απαντηθεί μόνο «εάν ναι...».

Η επιλογή του κλειδώματος των ερωτηματολογίων στηρίχθηκε στο να αποφευχθούν κενά ερωτηματολόγια ή εκ παραδρομής λάθη με μη συμπλήρωση. Αυτή

η επιλογή ίσως λειτούργησε αποτρεπτικά για ορισμένους κατά τη διαδικασία συμπλήρωσης ωστόσο αποφασίσθηκε ότι πρόκειται για την πιο ασφαλή επιλογή για την αποφυγή μη έγκυρων ερωτηματολογίων που θα οδηγούσαν σε στατιστικά σφάλματα ή και εμπόδια κατά τη διαδικασία ανάλυσης.

4.7.2 Συλλογή ποιοτικών δεδομένων

Ο τρόπος εύρεσης των συμμετεχόντων έγινε μέσω αναρτήσεων της ερευνήτριας για δήλωση ενδιαφέροντος στην έρευνα στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και πιο συγκεκριμένα στο facebook (βλ. εικόνα 9), με αποστολή e-mail (βλ. εικόνα 10) καθώς και μέσω προσωπικής επαφής με οικείους, συναδέλφους και συγγενείς, ώστε να διαδώσουν και κοινοποιήσουν την ανάρτηση για εύρεση συμμετεχόντων είτε να λάβουν εκείνοι και εκείνες μέρος.

Εικόνα 9: Η ανάρτηση της ερευνήτριας στο FB για συμμετοχή στην έρευνα

1 Δεκεμβρίου 2020 · 🌐

Την προσοχή σας παρακαλώ- Μπορεί να σας ενδιαφέρει

Αγαπητοί και αγαπητές,

Στο πλαίσιο της διατριβής μου και μιας έκτακτης αλλαγής εξαιτίας του κορωνοϊού που με αποκλείει για άγνωστο διάστημα από το νοσοκομείο στο οποίο διεξάγω την έρευνα, χρειάζομαι συμμετέχοντες και συμμετέχουσες (όλες οι ηλικιακές ομάδες, γυναίκες/ άνδρες) για να λάβουν μέρος στην έρευνά μου, μιλώντας για την εμπειρία τους με τους ιατρούς τους. Η έρευνα αφορά όλο τον γενικό πληθυσμό είτε έχει κάποια χρόνια ασθένεια είτε όχι. Το σκεπτικό της είναι ότι όλοι/ες μας έχουμε μια άποψη και ιστορία από την εμπειρία μας έως τώρα με τους ιατρούς ανεξάρτητα από την συχνότητά της επίσκεψής μας.

Η συμμετοχή σας θα περιλαμβάνει τη δημιουργία μιας ψηφιακής αφήγησης, όπως το παράδειγμα που επισυνάπτω από αναρτημένη ψηφιακή αφήγηση συμμετέχουσας, όπως έχει ανέβει στο δημόσιο κανάλι του "Άλμα Ζωής" στο youtube. Η ψηφιακή αυτή αφήγηση αφορούσε την εμπειρία της συμμετέχουσας με τον καρκίνο μαστού.

Ο πολύτιμος χρόνος που θα αφιερώσετε για την συμμετοχή σας περιλαμβάνει μια συνάντηση μέσω τηλεδιάσκεψης για επεξήγηση της διαδικασίας και στη συνέχεια θα χρειαστούν 5-6 συναντήσεις για την διαδικασία δημιουργίας μιας ψηφιακής αφήγησης.

Δεν χρειάζεται να είστε εξοικειωμένοι με την τεχνολογία για να λάβετε μέρος. Οι ψηφιακές αφηγήσεις μπορεί να είναι και ανώνυμες. Ταυτόχρονα επισημαίνεται ότι θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την έρευνα μου και δεν θα μπορεί κανείς άλλος να έχει πρόσβαση σε αυτές. Αυτά ως πρώτη επικοινωνία και τα υπόλοιπα κατ' ιδίαν αφού λάβετε μέρος. Μπορείτε να στείλετε e-mail στο efigiannou@gmail.com για την συμμετοχή σας ή αν αυτό για ορισμένους είναι δύσκολο μήνυμα στο inbox

Ευελπιστώ στη θετική σας ανταπόκριση και στη βοήθεια που προσφέρουν τα social media σε μια εποχή που οποιαδήποτε άλλη προσπάθεια για εύρεση συμμετεχόντων δια ζώσης είναι ανέφικτη.

Όποιος θέλει κοινοποιεί

Σας ευχαριστώ


Εφη Γιάννου

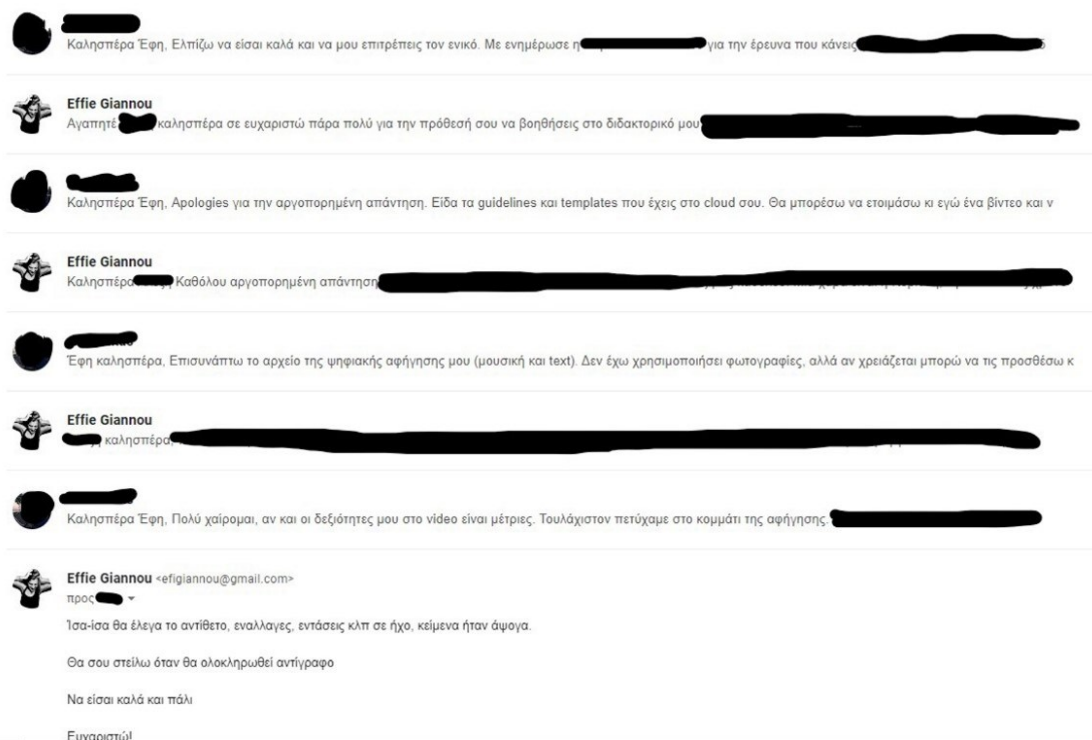
👍👍👍 και 153 ακόμη

74 σχόλια 63 κοινοποιήσεις

Σημείωση: Με μαύρο χρώμα αποκρύπτονται τα στοιχεία ταυτότητας της γράφουσας στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης καθώς και των ανθρώπων που «αντέδρασαν» στην ανάρτηση. Με κόκκινο χρώμα παρουσιάζεται ο αριθμός των ατόμων που αντέδρασαν με κάποιο τρόπο στην ανάρτηση, με μωβ ο αριθμός των σχολίων στην ανάρτηση και τέλος με πράσινο ο αριθμός κοινοποιήσεων.

Εικόνα 10: Στιγμιότυπο από συνομιλία συμμετέχοντα μέσω e-mail

Συμμετοχή στην έρευνα διατριβής 



The screenshot shows an email thread with the following content:

Participant: Καλησπέρα Έφη, Ελπίζω να είσαι καλά και να μου επιτρέψεις τον ενικό. Με ενημέρωσε η [redacted] για την έρευνα που κάνεις [redacted]

Effie Giannou: Αγαπητέ [redacted] καλησπέρα σε ευχαριστώ πάρα πολύ για την πρόθεσή σου να βοηθήσεις στο διδακτορικό μου [redacted]

Participant: Καλησπέρα Έφη, Αρολογίες για την αργοπορημένη απάντησή. Είδα τα guidelines και templates που έχεις στο cloud σου. Θα μπορέσω να ετοιμάσω κι εγώ ένα βίντεο και v [redacted]

Effie Giannou: Καλησπέρα [redacted] Καθόλου αργοπορημένη απάντησή [redacted]

Participant: Έφη καλησπέρα, Επισυνάπτω το αρχείο της ψηφιακής αφήγησης μου (μουσική και text). Δεν έχω χρησιμοποιήσει φωτογραφίες, αλλά αν χρειάζεται μπορώ να τις προσθέσω κ [redacted]

Effie Giannou: [redacted] καλησπέρα [redacted]

Participant: Καλησπέρα Έφη, Πολύ χαίρομαι, αν και οι δεξιότητες μου στο video είναι μέτριες. Τουλάχιστον πετύχαμε στο κομμάτι της αφήγησης [redacted]

Effie Giannou <efigiannou@gmail.com> προς [redacted]:
1σ-1σα θα έλεγα το αντίθετο, εναλλαγές, εντάσεις κλπ σε ήχο, κείμενα ήταν άψογα.
Θα σου στείλω όταν θα ολοκληρωθεί αντίγραφο
Να είσαι καλά και πάλι
Ευχαριστώ!

Με μύαρο χρώμα αποκρύπτονται στοιχεία της συνομιλίας που μπορεί να οδηγήσουν στην ταυτοποίηση του συμμετέχοντα καθώς και στοιχεία που αφορούν την προστασία προσωπικών δεδομένων

Ένας δεύτερος τρόπος αφορούσε την επαφή της ερευνήτριας με προγενέστερο δείγμα που αφορούσε την έρευνα στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας. Κατά συνέπεια, απευθύνθηκε εκ νέου στο «Άλμα Ζωής» και σε γυναίκες του συλλόγου με εμπειρία καρκίνου του μαστού και πρότεινε/προέτρεψε να λάβουν μέρος στην έρευνά της εάν το επιθυμούν. Υπήρξε αρκετά μεγάλος όγκος ενδιαφερομένων ωστόσο ολοκλήρωσαν τη διαδικασία ελάχιστες καθώς η εξ αποστάσεως διαδικασία δημιουργίας ψηφιακών αφηγήσεων αποθάρρυνε αρκετές συμμετέχουσες μετά την πρώτη συνάντηση, στην τήρηση των συναντήσεων και στη δέσμευσή τους στην έρευνα. Ωστόσο, επειδή η συμμετοχή ήταν εθελοντική, πέρα από δύο υπενθυμίσεις η ερευνήτρια δεν συνέχισε να κάνει νύξη στις υποψήφιες συμμετέχουσες ξανά.

Θα ήταν παράλειψη βέβαια να μην αναφερθεί ότι η παραπάνω παραδοχή ήταν μια πραγματικότητα κατά την διεξαγωγή της έρευνας. Ενώ ταυτόχρονα λειτούργησε ενθαρρυντικά για την λήψη συμμετοχής σε μεγάλο αριθμό ατόμων, λειτούργησε και αναβλητικά στην πορεία της έρευνας. Η ερευνήτρια προσπάθησε να επικοινωνήσει με ορισμένους συμμετέχοντες και συμμετέχουσες να διερευνήσει τους λόγους για τους οποίους τελικά απείχαν από τη διαδικασία. Ο πρώτος λόγος αφορούσε τον χρονικό

περιορισμό, καθώς πολλοί και πολλές από τους συμμετέχοντες και συμμετέχουσες ξεκίνησαν να κάνουν online μαθήματα, γυμναστική, σεμινάρια και έτσι επέλεξαν να μην συμμετάσχουν στην έρευνα, η οποία, εκ των πραγμάτων, είναι μια χρονοβόρα διαδικασία και απαιτούσε έναν συγκεκριμένο αριθμό συναντήσεων και δέσμευση. Ο δεύτερος λόγος σύμφωνα με όσα εντόπισε και η ίδια η ερευνήτρια, αλλά το επιβεβαίωσαν και κάποια άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, ήταν ο κορεσμός. Με την έννοια του κορεσμού, η ερευνήτρια αναφέρεται τόσο στην σωματική όσο και στη ψυχολογική κούραση των ανθρώπων μέσα από τον καταιγισμό χρήσης των νέων μέσων και της τεχνολογίας στην καθημερινότητά τους. Εργάζονταν από το σπίτι, επικοινωνούσαν και κοινωνικοποιούνταν από το σπίτι μέσω αντίστοιχων πλατφορμών κ.ο.κ. οπότε η παραπάνω διαπίστωση σε συνδυασμό με την απογοήτευση και την απελπισία της διάρκειας της καραντίνας πια λειτούργησε αποτρεπτικά ως προς την συνέπεια και τη δέσμευση στην έρευνα.

Σε αυτό το σημείο κρίνεται αναγκαίο να υπάρξουν κάποιες παρατηρήσεις και άρα μια παρένθεση στη διαδικασία συλλογής δεδομένων. Η παραπάνω διαπίστωση ίσως αποτελεί ενδιαφέρον για μελλοντικές έρευνες, καθώς υπήρξε το εξής παράδοξο: από την μία πλευρά εντοπίστηκε μια ταχεία εξοικείωση των ανθρώπων στη χρήση νέων μέσων, ωστόσο ταυτόχρονα, υπήρξε και αποστροφή προς τα νέα μέσα εξαιτίας του εγκλεισμού των ανθρώπων. Όσοι και όσες δήλωσαν ενδιαφέρον ή συμμετείχαν στην έρευνα δεν ανέφεραν ως αποτρεπτικό στοιχείο την μη κατάρτισή τους στη ψηφιακή αφήγηση και την παραγωγή της, όπως για παράδειγμα συνέβη στην έρευνα της γράφουσας το 2017 κατά τη διαζώσης δημιουργία ψηφιακής αφήγησης με τις συμμετέχουσες που πραγματοποιήθηκαν ως θέμα την εμπειρία τους με τον καρκίνο μαστού.

Περαιτέρω και ενόψει όσων αναφέρθηκαν σχετικά με τη διαδικασία εύρεσης δείγματος, ο αριθμός των ατόμων που συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα διαμορφώθηκε στα τριάντα ένα (31). Όσον αφορά τις/τους λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας, δύο συμμετέχουσες προερχόμενες από το «Άλμα Ζωής» έλαβαν μέρος και ολοκλήρωσαν τη διαδικασία ψηφιακής αφήγησης, τέσσερις ήταν μαθητές δημοτικού σχολείου και συμμετείχαν μετά από προτροπή της γράφουσας, δύο προτάθηκαν από άλλους και επικοινωνήσαν με την ερευνήτρια, ένας ήταν συγγενείς της ερευνήτριας και οι υπόλοιποι δέκα δήλωσαν συμμετοχή με δική τους πρωτοβουλία βλέποντας την ανάρτηση και τις κοινοποιήσεις. Αναφορικά με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, δύο

προέρχονταν από τον κύκλο της ερευνήτριας και τα υπόλοιπα 9 άτομα που συμμετείχαν δήλωσαν ενδιαφέρον μέσω της ανάρτησης.

Κατά τη διάρκεια όλης της διαδικασίας παραγωγής ψηφιακής αφήγησης από την έναρξη έως τη λήξη πραγματοποιήθηκαν έξι (6) εξ αποστάσεως συναντήσεις μέσω της εφαρμογής zoom meetings με τις συμμετέχουσες και τους συμμετέχοντες. Αρχικός στόχος της ερευνήτριας, ο οποίος αποδείχτηκε, πιθανά λόγω των συνθηκών που προαναφέρθηκαν, μεγαλεπήβολος, ήταν η συγκέντρωση όλων των συμμετεχόντων σε συλλογικό κύκλο αφήγησης, ώστε να συζητήσουν μεταξύ τους ιδέες για τη συγγραφή των ιστοριών τους και τους τρόπους εξέλιξης των εργαστηρίων τους (Αλβέρτου, 2016), ακολουθώντας πάλι το μοντέλο δημιουργίας εργαστηρίων ψηφιακής αφήγησης με βάση την προσέγγιση των βημάτων και σημείων της ψηφιακής αφήγησης (βλ. αντίστοιχο κεφάλαιο στο θεωρητικό μέρος).

Όπως ειπώθηκε, ο παραπάνω στόχος της ερευνήτριας κρίθηκε ανέφικτος λόγω των αντικειμενικών δυσκολιών που αφορούσαν την εύρεση κοινών ωραρίων των συμμετεχόντων. Στις τέσσερις από τις έξι συναντήσεις πραγματοποιήθηκε ο κύκλος της αφήγησης με τις συμμετέχουσες και τους συμμετέχοντες να ανταλλάζουν απόψεις. Επίσης, οι συναντήσεις λειτούργησαν ξεχωριστά για τις/τους λήπτ(ρι)ες υπηρεσιών υγείας και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, καθώς οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές συμμετείχαν στην έρευνα την άνοιξη του 2022 εξαιτίας της δυσκολίας εύρεσης ατόμων σε προγενέστερο στάδιο όπου οι συνθήκες στα νοσοκομεία με τον COVID-19 ήταν πειστικές και ήταν αναμενόμενη η απουσία συμμετοχής.

Στην πρώτη συνάντηση των ληπτ(ρι)ών υπηρεσιών υγείας συγκεντρώθηκαν και τα 19 άτομα που συμμετείχαν. Η διάρκεια της συνάντησης ήταν σχεδόν μία ώρα, έγινε εισαγωγή στην έννοια της ψηφιακής αφήγησης και υπήρξε παρουσίαση παραδειγμάτων ψηφιακών αφηγήσεων που είχε δημιουργήσει παλαιότερα η ερευνήτρια στο πλαίσιο μαθήματος του μεταπτυχιακού που παρακολουθούσε. Στη συνέχεια τα άτομα που συμμετείχαν, εξέφρασαν απορίες, τοποθετήθηκαν και εστίασαν αρκετά στο τεχνικό κομμάτι, όπως στη συγγραφή σεναρίου, στον τρόπο συλλογής του οπτικού υλικού αλλά και στον τρόπο ηχογράφησης της ψηφιακής αφήγησης.

Η δεύτερη συνάντηση στην οποία συγκεντρώθηκαν 14 από τις/τους 19 λήπτ(ρι)ες υπηρεσιών υγείας έγινε συζήτηση για το θέμα που σκέφτονταν να ασχοληθούν, υπήρξε συζήτηση, ανταλλαγή απόψεων και καθορισμός θέματος. Η διάρκεια της δεύτερης συνάντησης ήταν μία ώρα.

Η τρίτη συνάντηση περιλάμβανε την παρουσίαση του σεναρίου/κειμένου με το θέμα που επέλεξε να πραγματευτεί το εκάστοτε άτομο. Ακολούθησαν παρατηρήσεις και σχολιασμός του κάθε σεναρίου και προτάθηκαν ορισμένες διορθώσεις, όπως για παράδειγμα η ελάττωση του κειμένου σε ορισμένες περιπτώσεις ώστε να επιτευχθεί οικονομία ή η παράλειψη κάποιων σημείων στο κείμενο. Σημαντική διευκρίνηση σε αυτό το σημείο αποτελεί το γεγονός ότι στόχος του κύκλου της αφήγησης δεν είναι «η διόρθωση», αλλά η συζήτηση και οι προτάσεις. Η τελική απόφαση για το σενάριο, όπως και για την ψηφιακή αφήγηση αφορά μόνο τις/τους δημιουργούς. Τα μέλη του κύκλου της αφήγησης λειτουργούν βοηθητικά και υποστηρικτικά ως αντικειμενικές οπτικές τρίτων προσώπων.

Έκτοτε, εξαιτίας της δυσκολίας εύρεσης κοινού ωραρίου και δήλωση απουσίας από την προκαθορισμένη ημερομηνία λόγω επαγγελματικών κυρίως αλλά και προσωπικών υποχρεώσεων, οι συναντήσεις (τέταρτη και πέμπτη) είχαν ιδιωτικό χαρακτήρα και λάμβαναν χώρα με την ερευνήτρια και την/τον εκάστοτε συμμετέχουσα/συμμετέχοντα μέσω τηλεδιάσκεψης, e-mail και μηνυμάτων στο messenger ή viber, όπου συνήθως εξέφραζαν απορίες και ερωτήσεις σε πραγματικό χρόνο όσο παρήγαγαν τις ψηφιακές τους αφηγήσεις.

Στην τελευταία συνάντηση ζητήθηκε από την ερευνήτρια η συμμετοχή όλων για την προβολή του έργου τους. Πράγματι, στην τελευταία συνάντηση συμμετείχαν 13/19 άτομα, έγινε προβολή των έργων και συζήτηση. Το κλίμα ήταν ιδιαίτερα φορτισμένο συναισθηματικά, καθώς υπήρξε συγκίνηση, γέλιο, θαυμασμός, λύπη, θυμός για ορισμένα θέματα που πραγματεύονταν τις επικοινωνιακές σχέσεις και διαδράσεις με τις/τους ιατρούς. Τα σχόλια ήταν ενθαρρυντικά για όλες τις δημιουργίες, θετικά και τονωτικά. Οι παρατηρήσεις που έλαβαν χώρα αφορούσαν κάποια τεχνικά σημεία, όπως ο ήχος. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μετά τις 3 περίπου ώρες που διήρκησε η διαδικασία της τελευταίας συνάντησης τα άτομα που συμμετείχαν δεν επιθυμούσαν να ολοκληρωθεί η διαδικασία γιατί «τους άρεσε», όπως ανέφεραν.

Η ερευνήτρια τόσο στην αρχή όσο και κατά τη διάρκεια της έρευνας επισήμανε στους συμμετέχοντες με έμφαση ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική και οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούν για διάφορους προσωπικούς λόγους ή λόγους δυσφορίας μπορούν να διακόψουν τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Ωστόσο, έως το τέλος της διαδικασίας καμία συμμετέχουσα και κανένας συμμετέχοντας δε διέκοψε την συμμετοχή του. Εξαιτίας της φύσης της διαδικασίας (διαδικτυακή συμμετοχή) η

ερευνήτρια αφότου έλαβε την εκδήλωση ενδιαφέροντος για συμμετοχή στην έρευνα και πριν προχωρήσει στα επόμενα βήματα ζήτησε από τους συμμετέχοντες να υπογράψουν συναινετική επιστολή για την συμμετοχή τους και να την αποστείλουν με e-mail.

Όσον αφορά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (11 άτομα) που έλαβε μέρος στη διαδικασία της ψηφιακής αφήγησης δεν υπήρξε καμία κοινή ώρα και ημέρα που θα μπορούσαν να λάβουν μέρος όλα τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα μαζί και εξέφρασαν την επιθυμία να υλοποιηθεί η διαδικασία όσο πιο γρήγορα γίνεται προτιμώντας ατομικές συναντήσεις με την ερευνήτρια για τη δημιουργία της ψηφιακής αφήγησης. Συνεπώς, ο κύκλος της ιστορίας δεν ήταν εφικτό να πραγματοποιηθεί, να γίνει ανταλλαγή απόψεων, . δέσιμο της ομάδας, συζήτηση και παρουσίαση των έργων τους. Λόγω της φύσης του επαγγέλματος, της χρονικής συγκυρίας με την πίεση που δέχονται επαγγελματικά λόγω της πανδημίας και της αναγκαιότητας για ολοκλήρωση της διαδικασίας, η ερευνήτρια έκρινε ορθότερο να συνεχίσει υπό αυτούς τους όρους την έρευνά της, ώστε να καταφέρει να συλλέξει υλικό και από τις/τους υγειονομικούς. Η διαδικασία διήρκησε περίπου τρεις μήνες ώστε να συλλεχθεί το υλικό. Πιο συγκεκριμένα από τον Φεβρουάριο έως και το Φθινόπωρο του 2022. Οι υγειονομικοί κατά την αποστολή του υλικού τους και την επικοινωνία με την ερευνήτρια δήλωσαν ότι ήταν ενδιαφέρουσα εμπειρία, καθώς παρατήρησαν κάποια ζητήματα με μια πιο ψύχραιμη και αντικειμενική ματιά. Μάλιστα, ανέφεραν ότι δεν περίμεναν σε καμία περίπτωση να αισθανθούν ανακούφιση και χαρά από τη διαδικασία αυτή.

4.8 Διαδικασία ανάλυσης

4.8.1 Ανάλυση ποσοτικών δεδομένων

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά μέτρα και επαγωγικοί έλεγχοι μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS 20 (Statistical Package for Social Services).

Σε όλους τους επαγωγικούς ελέγχους που εφαρμόστηκαν τόσο στις απαντήσεις των υγειονομικών όσο και των ασθενών, το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05 ($p < 0,05$), ποσοστό το οποίο δηλώνει ότι τα αποτελέσματα κρίνονται στατιστικώς σημαντικά με την πιθανότητα (p-value) να έχουν προέλθει από τυχαίους παράγοντες να βρίσκεται μόνο στο 5%. Ως εκ τούτου, αν η τιμή p-value του ελέγχου είναι μικρότερη από 0,05 απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση του ελέγχου.

Ακολουθώς, στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική ανάλυση και η ανάλυση συχνοτήτων δίνοντας τα βασικά μέτρα διασποράς των απαντήσεων που έδωσαν οι υγειονομικοί και οι ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα υπολογίστηκαν η ελάχιστη τιμή (E.T.), η μέγιστη τιμή (M.T.), η διάμεσος, η μέση τιμή (M.T.), η τυπική απόκλιση, τα ποσοστά και τα ιστογράμματα του συνόλου των βαθμολογιών που σημείωσαν τα υποκείμενα τόσο για τον κάθε τύπο οργανωσιακής κουλτούρας (υφιστάμενης και επιθυμητής), για το μοντέλο της οργανωσιακής δέσμευσης, για την επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών, για τον προσανατολισμό σχέσης ιατρού-ασθενή καθώς και για τις πεποιθήσεις των ιατρών, όσο και για τις απόψεις των ασθενών για τα ιατρικά λάθη, τη διαθέσιμη αντιλαμβανόμενη στήριξη, την προτίμηση της αυτονομίας τους και την απόδοση ελέγχου της υγείας στον Θεό. Με αυτούς τους υπολογισμούς δίνονται οι απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα $A^1, A^2, B^1, \Gamma^1, \Gamma^2, \Gamma^3, \Delta^1, E^1, E^2, \Sigma\Gamma^1, Z^1, H^1, \Theta^1$.

Ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson

Για τα ερευνητικά ερωτήματα που αφορούσαν τη συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων της έρευνας ή/και των εκάστοτε κλιμάκων της έρευνας με δημογραφικά, επαγγελματικά και στοιχεία εκπαίδευσης υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson στις συνολικές βαθμολογίες των κλιμάκων που σημείωσαν τα υποκείμενα της έρευνας. Ο συντελεστής r του Pearson παίρνοντας τιμές από -1 έως 1 διερευνά την ύπαρξη γραμμικής σχέσης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών που κατανέμονται κανονικά (αν η τιμή είναι 0 δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των

μεταβλητών αλλά ότι δεν είναι γραμμική). Οι τιμές που βρίσκονται κοντά στο 1 υποδηλώνουν ισχυρή θετική συσχέτιση, το οποίο συνεπάγεται ταυτόχρονη αύξηση ή μείωση των τιμών δύο μεταβλητών, ενώ τιμές που βρίσκονται κοντά στο -1 υποδηλώνουν αρνητική ισχυρή συσχέτιση, καθώς όταν αυξάνονται οι τιμές της μιας μεταβλητής μειώνονται οι τιμές της άλλης και αντίστροφα.

Πολλαπλή παλινδρόμηση (Multiple Regression)

Προκειμένου να βρεθούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που προβλέπουν (predictors) τις τιμές όλων των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη έγιναν μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Multiple Regression Analysis). Σύμφωνα με τον Γιαλαμά (2003), μέσω αυτής της διαδικασίας ελέγχεται η μηδενική υπόθεση [H^0 : οι συντελεστές παλινδρόμησης είναι ίσοι με το μηδέν (δεν μπορεί να γίνει πρόβλεψη)] έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης (H^1 : τουλάχιστον ένας συντελεστής παλινδρόμησης είναι σημαντικά διαφορετικός από το μηδέν, υπάρχει δηλαδή τουλάχιστον μία ανεξάρτητη μεταβλητή που είναι σημαντική στην πρόβλεψη της εξαρτημένης). Ο συντελεστής B της παλινδρόμησης δηλώνει πόσο αυξάνεται ή μειώνεται -ανάλογα με το πρόσημο- το συνολικό σκορ της εξαρτημένης μεταβλητής. Οι τυποποιημένοι συντελεστές β (beta) εκφράζουν την κατεύθυνση -θετική ή αρνητική- και τη σπουδαιότητα κάθε προβλεπτικής (ανεξάρτητης) μεταβλητής με την εξαρτημένη. Κατά αυτόν τον τόπο αξιολογείται το μέγεθος των επιδράσεων μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών. Επιπλέον, η ταξινόμηση των σημαντικών (στατιστικά) ανεξάρτητων μεταβλητών στη πρόβλεψη της κάθε εξαρτημένης μεταβλητής γίνεται βάσει των απόλυτων τιμών του συντελεστή β . Συνεπώς η ανεξάρτητη μεταβλητή με τον μεγαλύτερο συντελεστή β (κατ' απόλυτη τιμή) έχει και τη μεγαλύτερη επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή. Ενώ ο κάθε τυποποιημένος συντελεστής β , εκφράζει κατά πόσες τυπικές αποκλίσεις αυξάνεται ή μειώνεται η τιμή της εξαρτημένης μεταβλητής (Γιαλαμάς, 2003β).

4.8.2 Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων

Η διαδικασία ανάλυσης των ψηφιακών αφηγήσεων βασίστηκε στη προφορική αφήγηση, στα οπτικά στοιχεία (φωτογραφίες, βίντεο, εφέ), καθώς και στις ηχητικές επιλογές που χρησιμοποιήθηκαν (μουσική επένδυση, ηχητικά εφέ, παύσεις) από τους συμμετέχοντες στην παραγωγή των ψηφιακών αφηγήσεων. Πρόκειται δηλαδή για τα στοιχεία που επέλεξαν τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα με σκοπό να αναπαραστήσουν και να επικοινωνήσουν την εμπειρία τους. Αναλυτικότερα, δόθηκε έμφαση στα στοιχεία που αξιοποίησαν και στη σημασία που έχουν αυτά τα στοιχεία τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε καθολικό, δηλαδή έγινε μια ανάγνωση από την σκοπιά του πολιτισμικού, ψυχολογικού αλλά και κοινωνικού πλαισίου. Έπεται της οπτικής και ηχητικής ανάλυσης η προφορική και γραπτή αφήγηση. Κύριος στόχος της ανάλυσης των ψηφιακών αφηγήσεων ήταν αφενός η εξέταση του περιεχομένου και αφετέρου η εξέταση της δομής της αφήγησης ώστε να αναδειχθούν τα αφηγηματικά θέματα του υλικού (Κούτρη, 2013). Επειδή ακριβώς στην αφηγηματική ανάλυση το ίδιο το υλικό υποδεικνύει την καταλληλότερη μέθοδο για ανάλυση, οι είκοσι (20) ψηφιακές αφηγήσεις αναλύθηκαν σε δύο φάσεις. Η πρώτη αφορούσε το περιεχόμενο και η δεύτερη φάση τη δομή των ψηφιακών αφηγήσεων.

Αναφορικά με το περιεχόμενο οι ΨΑ εξετάστηκαν σε τρία επίπεδα, το πρώτο αφορούσε την εκάστοτε αφήγηση, η οποία εξετάστηκε μεμονωμένα δίνοντας έμφαση στα στοιχεία των ψηφιακών αφηγήσεων που σχετίζονται με την εμπειρία των ατόμων αναφορικά με την σχέση και επικοινωνία με ιατρούς και νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, καθώς και ασθενείς/λήπτ(ρι)ες υπηρεσιών υγείας αντίστοιχα. Η εστίαση δόθηκε δηλαδή στο είδος των πληροφοριών που επέλεξαν τα άτομα που συμμετείχαν να μεταδώσουν μέσω της ψηφιακής αφήγησης στην ερευνήτρια (ποιες) αλλά και στον τρόπο μετάδοσής τους (πως). Το δεύτερο επίπεδο αφορούσε τις αφηγήσεις συγκεντρωτικά, όπου καταγράφηκε η συνολική εντύπωση για κάθε ιστορία, επισημαίνοντας επεισόδια που ήταν αντιφατικά ή δυσαρμονικά με το σύνολο της αφήγησης όπως αναφέρει η Κούτρη (2013). Σε ένα τρίτο επίπεδο όλες οι αφηγήσεις κατηγοριοποιήθηκαν βάσει των αξόνων που αναδύθηκαν μέσα από κοινά στοιχεία αναφοράς των αφηγήσεων στο σύνολό τους. Κατά συνέπεια προσεγγίστηκαν ως μια ολότητα. Ο ολιστικός τρόπος ανάλυσης περιεχομένου προτείνεται και από τους (Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber, 1998) Lieblich, Tuval-Mashiach, και Zilber (1998). Στόχος αυτής της προσέγγισης ήταν η ανάδειξη αφηγηματικών τύπων

νοηματοδότησης (Conrad, 1990) της υποκειμενικής εμπειρίας των συμμετεχόντων (Γιάννου, 2017) για την σχέση τους με τους ιατρούς και τους ασθενείς/λήπτες υπηρεσιών υγείας αντίστοιχα.

Στη συνέχεια δόθηκε προσοχή στη δομή των ιστοριών και η ανάλυση επικεντρώθηκε στην πλοκή (μορφή της ιστορίας δηλαδή), στην εξέλιξη των γεγονότων μέσα στην αφήγηση και στην αφηγηματική συνοχή (Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber 1998, όπως αναφ. στην Κούτρη 2013). Για την αφηγηματική συνοχή έγινε εστίαση στο πώς η ιστορία ως σύνολο λειτουργεί στην κατασκευή νοήματος της εμπειρίας ((Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber 1998). Ενώ για την αφηγηματική εξέλιξη της ιστορίας οι αφηγήσεις κατηγοριοποιήθηκαν σε προοδευτικές, παλίνδρομες και σταθερές αφηγήσεις. Μια κατηγοριοποίηση που προτείνεται από τους Gergen και Gergen (1988) και που αξιοποιήθηκε και από την Κούτρη (2013) στην έρευνά της με επιτυχία. Η ερευνήτρια στο τέλος της παραπάνω διαδικασίας στηριζόμενη στα κοινά στοιχεία που προέκυψαν από κάθε ιστορία κατηγοριοποίησε τις αφηγήσεις, όπως και στην προηγούμενη φάση με στόχο την σύνθεση των αποτελεσμάτων τους.

Η σύνθεση των παραπάνω φάσεων οδηγεί την ερευνήτρια στο τελικό στάδιο της ανάλυσης της μετα-αφήγησης. Όπως εξηγεί στην έρευνά της και η Κούτρη (2013) αλλά και η Γιάννου (2017), η μετα-αφήγηση είναι μια απόπειρα της ερευνήτριας να δομήσει με αφηγηματικό τρόπο την ερμηνεία του νοήματος της εμπειρίας των συμμετεχόντων για την επικοινωνία/σχέση με τους ιατρούς (οι ασθενείς και λήπτες υπηρεσιών υγείας) και τους ασθενείς/λήπτες υπηρεσιών υγείας (οι ιατροί) αντίστοιχα. Σημαντικό κομμάτι σε αυτή τη διαδικασία είναι ο συνεχής αναστοχασμός για την αποφυγή των πιθανών επιδράσεων του ατομικού πλαισίου της ερευνήτριας στην ανάγνωση και ερμηνεία του υλικού (Κούτρη, 2013).

4.9 Πιλοτικές δοκιμές

4.9.1 Πιλοτική έρευνα ποσοτικής μελέτης

Προκειμένου να διασφαλισθεί, όσο είναι εφικτό, η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα διενεργήθηκε πιλοτικός έλεγχος. Στην πιλοτική έρευνα συμμετείχαν συνολικά 126 υγειονομικοί, οι οποίες/οποίοι απάντησαν και τα εννέα ψυχομετρικά εργαλεία. Ακόμη και αυτά που αφορούσαν λήπτ(ρι)ες υπηρεσιών υγείας. Στο εισαγωγικό σημείωμα που προηγούνταν των συγκεκριμένων εργαλείων, η ερευνήτρια καλούσε τις/τους υγειονομικούς να απαντήσουν βάσει της έως τώρα εμπειρίας τους από την πλευρά τους ως λήπτ(ρι)ες υπηρεσιών υγείας.

Το 68% (86) του δείγματος της πιλοτικής έρευνας αποτελούνται από γυναίκες και το 32% (40) από άνδρες. Το 60% (76 υποκείμενα) του δείγματος ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 31 έως 40 ετών, το 20% (25) στην ηλικιακή ομάδα 41 έως 50 ετών, το 16% (20) στην ηλικιακή ομάδα 51 έως 60 ετών και τέλος το 5% (5 υποκείμενα) ήταν άνω των 60 ετών. Οι υγειονομικοί του δείγματος στην πλειοψηφία τους (55%) είχαν εργασιακή εμπειρία από 6 έως 10 έτη, το 20% (25 υποκείμενα) από 11 έως 15 έτη, το 16% (20) από 1 έως 5 έτη, το 5% (6 υποκείμενα) πάνω από 21 έτη και τέλος το 4% (5 υποκείμενα) από 15 έως 20 έτη. Το 71% (90 υποκείμενα) του δείγματος εργάζονταν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο από 6 έως 15 έτη. Αναφορικά με τη θέση εργασίας, η συντριπτική πλειοψηφία του 95% (120 υποκείμενα) ήταν υπάλληλοι, το 3% (4) ήταν διευθύντριες/διευθυντές και το 2% (2) ήταν προϊστάμενες/προϊστάμενοι.

Για τον έλεγχο αξιοπιστίας των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν (OCAI, OCQ, JSQ, GNGSS, PPOS, PBS, API, GSAME, GLHC και PAS) διενεργήθηκε διερευνητική παραγοντική ανάλυση (Exploratory Factor Analysis). Εφόσον τηρούνταν τα κριτήρια της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης και εγκυρότητας, ακολούθησε έλεγχος κανονικότητας του δείγματος και έλεγχος αξιοπιστίας Cronbach's Alpha, ο οποίος βρέθηκε ικανοποιητικός σε όλες τις κλίμακες. Κατά τα λεχθέντα, γίνεται αντιληπτό ότι οι κλίμακες κρίθηκαν κατάλληλες για αξιοποίηση και συνεπώς ακολούθησε η διαδικασία της κύριας έρευνας.

4.9.2 Πιλοτική έρευνα ποιοτικής μελέτης

Στον ερευνητικό σχεδιασμό της έρευνας συμπεριλήφθηκαν τρεις πιλοτικές ψηφιακές αφηγήσεις για την σχέση και επικοινωνία ιατρού-ασθενή. Ζητήθηκε από τρία άτομα να συγγράψουν ένα σενάριο όπου σε 250-300 λέξεις θα περιγράψουν την εμπειρία τους οι ασθενείς με τους ιατρούς και οι ιατροί με τους ασθενείς. Ο λόγος αφορούσε τη δοκιμαστική εφαρμογή της διαδικασίας της ψηφιακής αφήγησης με στόχο την αντιμετώπιση πιθανών δυσκολιών πριν τη τελική χρήση της ψηφιακής αφήγησης στην ερευνητική διαδικασία. Η διαδικασία συλλογής ήταν αντίστοιχη με αυτή που περιγράφεται στις προηγούμενες αναφορές στην αντίστοιχη ενότητα του παρόντος κεφαλαίου. Η συγγραφή των σεναρίων υλοποιήθηκε τον Σεπτέμβριο και Οκτώβριο του 2020. Στην πιλοτική έρευνα έλαβαν μέρος ένας ιατρός και δύο λήπτες υπηρεσιών υγείας (ένας ασθενής και μία λήπτρια υπηρεσιών υγείας χωρίς κάποιο νόσημα). Δεν κρίθηκε αναγκαίο να γίνει και η παραγωγή ολόκληρης της ψηφιακής αφήγησης. Αντίθετα, στόχος στο συγκεκριμένο σημείο ήταν να παρατηρηθεί ο τρόπος που προσεγγίζεται το θέμα που τέθηκε με τόσο ανοικτό τρόπο για να μην επηρεάσει τους συμμετέχοντες. Πριν την έναρξη της πιλοτικής έρευνας τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα υπέγραψαν συναινετική επιστολή και την απέστειλαν σκαναρισμένη στην ερευνήτρια. Και σε αυτή την περίπτωση η ερευνήτρια υπενθύμισε την εθελοντική συμμετοχή των ατόμων και την απόσυρσή τους οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούν, καθώς και τη διασφάλιση του απορρήτου και της εχεμύθειας.

Η ανατροφοδότηση που δόθηκε από τα πιλοτικά σενάρια ήταν ιδιαίτερα σημαντική για τον σχεδιασμό της έρευνας καθώς εντοπίστηκαν κάποιες δυσκολίες μεθοδολογικού τύπου. Δυσκολίες που αφορούσαν το θέμα που τέθηκε για την εμπειρία, καθώς ήταν αρκετά γενικό και οδηγούσε τόσο σε γενικεύσεις όσο και σε πιο «αποστασιοποιημένες» αφηγήσεις. Επομένως, δόθηκε η δυνατότητα να διατυπωθεί εκ νέου το ερώτημα εστιάζοντας στην επικοινωνία και την σχέση ανάμεσα στις δύο πλευρές που διερευνήθηκαν (ιατροί και ασθενείς). Μια ακόμη δυσκολία ήταν ότι στα σενάρια τα άτομα που συμμετείχαν χρησιμοποιούσαν αρκετές γενικεύσεις, όπως για παράδειγμα «η εμπειρία μου είναι καλή», «η εμπειρία μου είναι αδιάφορη» ή «δεν με απασχολεί γιατί επισκέπτομαι τον γιατρό μία φορά στα τρία χρόνια».

Τα παραπάνω παραδείγματα οδήγησαν την ερευνήτρια στη σύνταξη ενός αναλυτικού «οδηγού» για τα σημαντικά βήματα συγγραφής ενός σεναρίου που αφορά μια προσωπική ιστορία. Σε αυτόν τον οδηγό που διαμοίρασε στους συμμετέχοντες

τόνισε πόσο σημαντική είναι η λεπτομέρεια στην περιγραφή, τα συναισθήματα και η αφήγηση της προσωπικής ιστορίας με μια αρχή, μέση και τέλος όπως τη βίωσε.

Τα παραπάνω φαίνεται πως πράγματι συνέβαλαν στη δημιουργία ψηφιακών αφηγήσεων εστιασμένων στα προσωπικά βιώματα και εμπειρίες.

4.10 Ερευνητικός σχεδιασμός

4.10.1 Σχεδιασμός της ποσοτικής έρευνας

Η παρούσα έρευνα είναι **εμπειρική** και έχει περιγραφικό χαρακτήρα. Στις περιγραφικές μελέτες γίνεται προσπάθεια περιγραφής της τρέχουσας κατάστασης μιας αναγνωρίσιμης μεταβλητής ή ενός φαινομένου. Η ανάλυση και η σύνθεση, συνήθως, αποδεικνύουν την υπόθεση, ενώ η συστηματική συλλογή πληροφοριών απαιτεί προσεκτική επιλογή των μονάδων που μελετήθηκαν και της μέτρησης κάθε μεταβλητής προκειμένου να ελέγχονται και να αποδεικνύεται η εγκυρότητά τους (Ντυκέν, 2018).

Για τη διεξαγωγή μιας έρευνας απαραίτητη προϋπόθεση είναι η χρήση εργαλείων τα οποία θα είναι με τέτοιο τρόπο διαμορφωμένα ώστε να είναι κατάλληλα για το υπό διερεύνηση δείγμα ή πληθυσμό. Στην παρούσα έρευνα τόσο τα εργαλεία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας **OCAI** και δέσμευσης **OCQ**, όσο και τα εργαλεία επαγγελματικής ικανοποίησης **JFQ** και η **Κλίμακα Greek Nurses' job Satisfaction Scale**, καθώς και τα εργαλεία **PPOS** και **PBS** για την εκτίμηση της σχέσης και επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς, τα οποία απευθύνονται σε εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, αποτελούν εργαλεία τα οποία έχουν μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα για να χρησιμοποιηθούν σε εγχώριες έρευνες. Επίσης, όπως ήδη λέχθηκε, κατά την παρουσίαση των εργαλείων που αξιοποιήθηκαν για την προσέγγιση της σχέσης και επικοινωνίας ιατρού-ασθενή, χρησιμοποιήθηκαν σε ασθενείς και λήπτες υπηρεσιών υγείας ή/και φροντιστές, η κλίμακα **PPOS**, καθώς και οι κλίμακες **GLHC** για την απόδοση ελέγχου της υγείας στον Θεό, **GSAME** για τις γενικές απόψεις για τα ιατρικά λάθη, η **PAS** για την αντιλαμβανόμενη διαθέσιμη στήριξη και η κλίμακα **API** για την προτίμηση αυτονομίας.

Για την αξιοποίηση των παραπάνω εργαλείων, όπου ήταν επιβεβλημένο, ζητήθηκε άδεια τόσο από τις/τους δημιουργούς τους όσο και από τους ερευνητές που στάθμισαν τα συγκεκριμένα εργαλεία στην ελληνική γλώσσα (βλ. αντίστοιχο παράρτημα). Ένας από τους λόγους που επιλέχθηκαν μεταφρασμένα εργαλεία τα οποία

αξιοποιήθηκαν σε εγχώριες μελέτες, με επιτυχία, στο παρελθόν αφορούσε το γεγονός κατά το οποίο η σωστή διαδικασία μετάφρασης και στάθμισης που ακολουθείται σε αυτές τις περιπτώσεις είναι μια διαδικασία αυστηρή στην τήρηση των πρωτοκόλλων ώστε να μην αλλοιωθεί το αποτέλεσμα σε περίπτωση λαθεμένης διατύπωσης ή εσφαλμένης προσαρμογής. Η διαδικασία αυτή της στάθμισης είναι ιδιαίτερα σημαντική αναφέρουν οι Banville, Desrosiers & Genet-Volet (2000) για την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων από την ανάλυση των δεδομένων.

Σχήμα 3: Στάδια της ανάλυσης των δεδομένων



Στην παρούσα έρευνα εντοπίστηκαν τα εργαλεία προς αξιοποίηση ως απόρροια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και έρευνας της γράφουσας. Στη συνέχεια ελέγχθηκαν τα στοιχεία και η εγκυρότητα των εργαλείων τα οποία μεταφράστηκαν στα ελληνικά, ενώ ζητήθηκε η άδεια, όπως προαναφέρθηκε, από τις/τους δημιουργούς και όσες-όσους τα στάθμισαν στην ελληνική γλώσσα. Παράλληλα στάλθηκε και υλικό από τις/τους δημιουργούς για την ανάλυση των δεδομένων των εκάστοτε εργαλείων. Ακολούθησε η εφαρμογή πιλοτικής μελέτης, η συλλογή των δεδομένων και ο έλεγχος δομικής εγκυρότητας μέσω της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (EFA), έπεται η αξιολόγηση της εγκυρότητας, η ανάλυση της αξιοπιστίας και η ανάλυση περιγραφικών στοιχείων. Στο σχήμα 3, περιγράφονται τα βήματα ανάλυσης των δεδομένων.

Ζητήματα δεοντολογίας

Η χρήση των νέων τεχνολογιών και η αξιοποίηση του διαδικτύου στη διεξαγωγή μιας έρευνας αποτελεί πλούσια πηγή και ποικίλα δεδομένα σε εύκολα

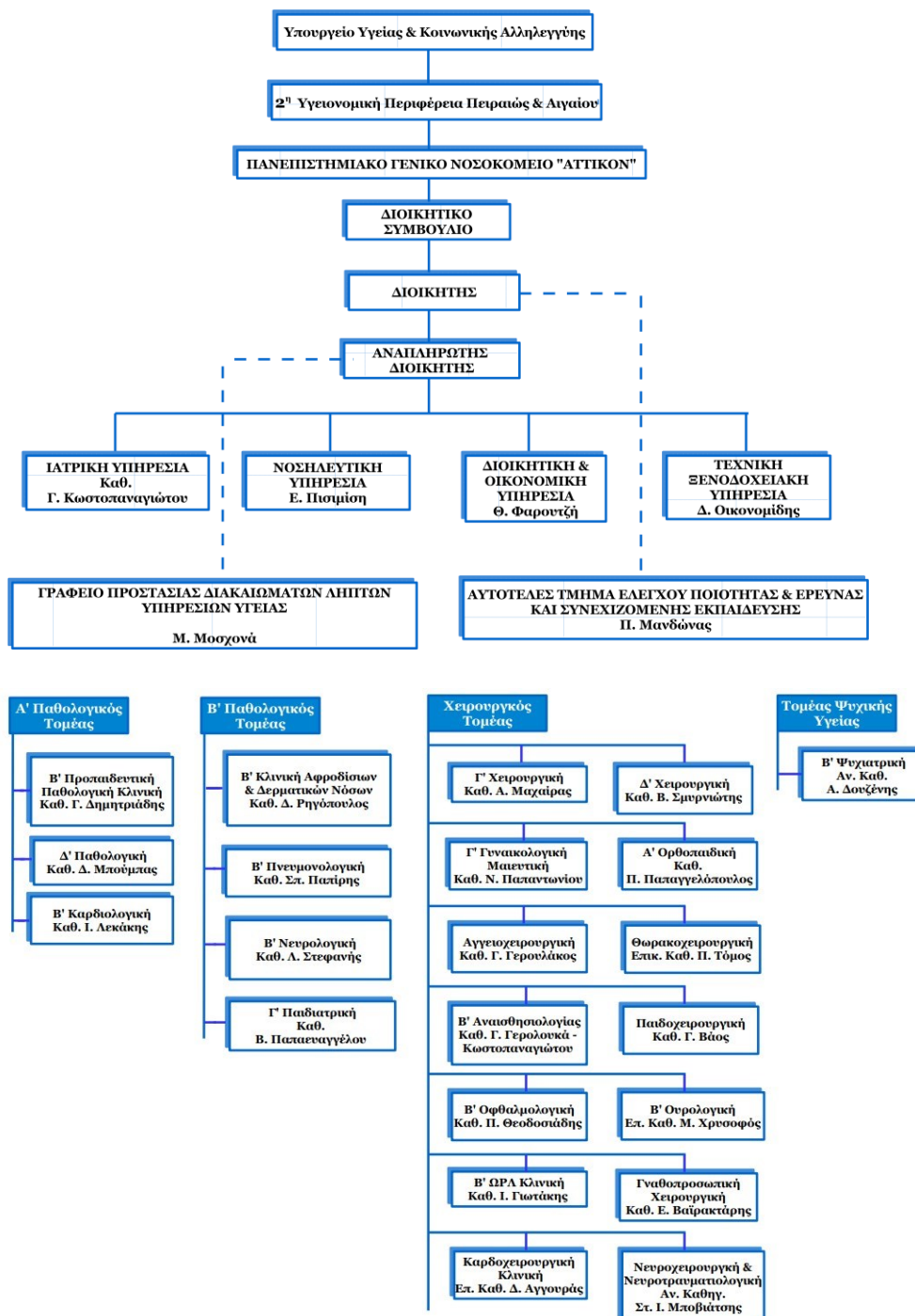
προσβάσιμη μορφή (Ισαρη & Πουρκός, 2015), ωστόσο τίθενται ζητήματα που αφορούν τη συναίνεση και την ανωνυμία. Για αυτόν τον λόγο μετά την εκδήλωση ενδιαφέροντος η ερευνήτρια απέστειλε την ενημερωτική επιστολή γνωστοποιώντας τον σκοπό της έρευνας, την προστασία των προσωπικών δεδομένων και της εχεμύθειας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας, την επισήμανση ότι μπορεί κανείς να αποσυρθεί οποτεδήποτε το επιθυμεί, αλλά και η διασφάλιση της αποφυγής οποιασδήποτε μη ηθικής ή συναισθηματικής βλάβης λόγω της φύσης της έρευνας. Μαζί με την ενημερωτική επιστολή επισυνάφθηκε και ένα πρότυπο συναινετικής επιστολής, το οποίο τα άτομα που συμμετείχαν θα έπρεπε να αποστείλουν ενυπόγραφο (σε μορφή φωτογραφίας ή σκαναρισμένο), ώστε να ληφθεί η συγκατάθεση αφού προηγουμένως είχαν μελετήσει την ενημερωτική επιστολή. Εκτός από την προστασία των προσωπικών δεδομένων και την ασφάλεια των συμμετεχόντων η διαδικασία αυτή συνέβαλε στην εξακρίβωση της αληθινής ταυτότητας των συμμετεχόντων, το οποίο ήταν χρήσιμο να συμβεί εξαιτίας της φύσης της έρευνας η οποία διεξήχθη εξ αποστάσεως.

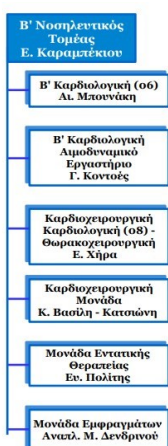
4.11 Το υπό μελέτη νοσοκομείο

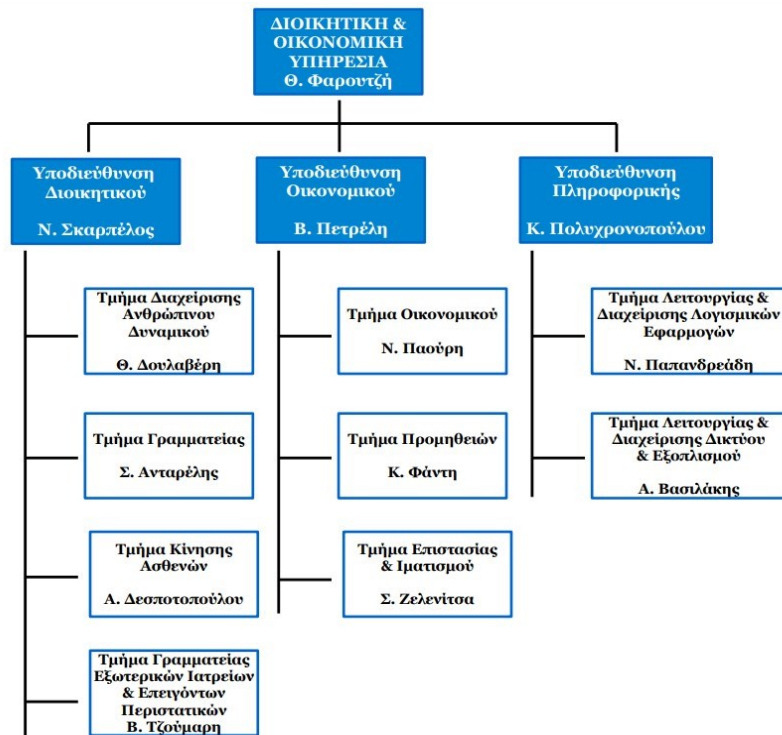
4.11.1 Οργανωτική δομή του υπό μελέτη νοσοκομείου

Οργανόγραμμα

Εικόνα 11: Οργανόγραμμα νοσοκομείου "Αττικών"







Πηγή: <http://www.attikonhospital.gr/>

IV. Παρουσίαση Ευρημάτων

Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας

5.1 Παραγοντική ανάλυση και ψυχομετρικές ιδιότητες των κλιμάκων

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες έλαβαν χώρα, αφότου προηγήθηκε ο έλεγχος καταλληλότητας των δεδομένων (KMO) και της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (EFA). Η εγκυρότητα [εγκυρότητα όψης (face validity), εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (factorial validity) μέσω της συγκλίνουσας (convergent validity) και της διακρίνουσας εγκυρότητας (discriminant validity)] που προέκυψε από την παραγοντική ανάλυση όλων των ψυχομετρικών εργαλείων που αξιοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη κρίθηκε ιδιαίτερα ικανοποιητική.

Ακολούθησε ο έλεγχος αξιοπιστίας των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν, με τη μέθοδο υπολογισμού του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας alpha Cronbach's (reliability coefficient). Ο συγκεκριμένος δείκτης εκτιμά την εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου δίνοντας τιμές που κυμαίνονται από το 0 έως το 1. Όσο πιο κοντά βρίσκονται οι τιμές στο 1 τόσο μεγαλύτερη η εσωτερική συνέπεια και η αξιοπιστία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου (Cronbach, 1951). Ωστόσο, συχνά μπορεί να δώσει και τιμές με αρνητικούς αριθμούς γεγονός το οποίο υποδηλώνει ότι κάτι δεν πάει καλά με τα δεδομένα και χρειάζεται η επαναξιολόγησή τους. Για παράδειγμα ένα συχνό λάθος είναι η μη πραγματοποίηση αντίστροφης βαθμολογίας σε ορισμένα δεδομένα με αρνητική βαθμολογία. Ο γενικός κανόνας αναφέρει, κατά τον Cronbach (1951), ότι όσο υψηλότερες είναι οι τιμές Cronbach's alpha τόσο υψηλότερη η αξιοπιστία της εσωτερικής συνέπειας. Τιμές του δείκτη α μεγαλύτερες από 0,70 θεωρούνται αποδεκτές, μεγαλύτερες από 0,80 θεωρούνται ικανοποιητικές, και μεγαλύτερες από 0,90 θεωρούνται εξαιρετικές. Αν οι τιμές κυμαίνονται στο 0,6 είναι υπό αμφισβήτηση ενώ οι τιμές α κάτω από 0,5 θεωρούνται μη αποδεκτές (Cronbach, 1951). Ακολούθησε ο έλεγχος της τήρησης κανονικής κατανομής με δύο τρόπους, ο πρώτος αφορούσε τις τιμές της λοξότητας και της κύρτωσης, ενώ ο δεύτερος τον έλεγχο της μέσης τιμής και της διαμέσου σε κάθε κλίμακα. Η κατανομή ήταν κανονική για όλες τις κλίμακες που αξιοποιήθηκαν

5.1.1 Κλίμακα Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI)

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση

Το παρόν ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από τις/τους επαγγελματίες υγείας του Αττικού νοσοκομείου (N=100) και αποτελούνταν από 24 ερωτήσεις τόσο για την τρέχουσα κατάσταση όσο και για την επιθυμητή κατάσταση (σε πέντε χρόνια από το παρόν). 24. Επομένως, πραγματοποιήθηκε διερευνητική παραγοντική ανάλυση και για τις δύο μετρήσεις χωριστά. Ως πρώτο βήμα για τον έλεγχο της καταλληλότητας των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η διερευνητική παραγοντική ανάλυση αποσκοπώντας στην αξιολόγηση της εσωτερικής δομής των 24 ερωτημάτων της κλίμακας. Αρχικά, διενεργήθηκε έλεγχος καταλληλότητας των δεδομένων με τον υπολογισμό του μέτρου δειγματοληπτικής επάρκειας Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Η τιμή από τον υπολογισμό του μέτρου KMO κρίθηκε ικανοποιητική (KMO=0,75) για την υφιστάμενη και (KMO=0,83) για την επιθυμητή κουλτούρα. Παράλληλα, ο έλεγχος σφαιρικότητας Bartlett έδειξε ότι οι συσχετίσεις μεταξύ των προτάσεων ήταν ικανοποιητικά υψηλές ($\chi^2=841,583$ για την υπάρχουσα κουλτούρα ενώ για την επιθυμητή κουλτούρα $\chi^2=999,664$) και στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας $p<0,001$, γεγονός που επικυρώνει την καταλληλότητα των δεδομένων για την διενέργεια της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης-EFA (Exploratory Factor Analysis).

Στην παρούσα έρευνα η διερευνητική παραγοντική ανάλυση διενεργήθηκε με τη μέθοδο ανάλυσης των παραγόντων-PAF (principal axis factoring) και εφαρμογή πλάγιας περιστροφής με την τεχνική direct oblimin καθώς, όπως αναφέρουν οι Yong και Pearce (2013), υπήρχε η γνώση από το θεωρητικό πλαίσιο (ανάλυσης της κλίμακας της Οργανωσιακής Κουλτούρας) ότι οι παράγοντες που θα προέκυπταν συσχετιζόνταν μεταξύ τους. Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε τόσο στις 24 μεταβλητές που συνιστούν την υπάρχουσα οργανωσιακή κουλτούρα όσο και στις 24 μεταβλητές που συνιστούν την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν δεν χρειάστηκε να αφαιρεθεί κάποια ερώτηση καθώς όλες είχαν τιμή $>0,5$ στον δείκτη MSA (Measures of Sampling Adequacy), φορτίσεις $>0,6$ στην πλειονότητά τους, μιας και κατά τους Hair et al. (2010), μεταβλητές οι οποίες διαθέτουν χαρακτηριστικά όπως τα παραπάνω προτείνεται να διαγράφονται.

Συνολικά εξήχθησαν συνολικά 4 παράγοντες (βλ. πίνακα 3), οι οποίοι ερμηνεύουν το 62% περίπου της διακύμανσης όλων των μεταβλητών υπό ανάλυση για την υπάρχουσα κουλτούρα και 4 παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το 64% της

συνδιακύμανσης για την επιθυμητή κουλτούρα (βλ. πίνακα 3 και 4). Οι εταιρικές (communalities) κυμάνθηκαν από 0,22 έως 0,86 (>0,5 επιθυμητή, >0,2 αποδεκτή) για την υφιστάμενη κουλτούρα και από 0,32 έως 0,97 για την επιθυμητή. Για δείγματα από 100 άτομα και άνω, οι συγκεκριμένες τιμές μπορούν να θεωρηθούν ικανοποιητικές αναφέρονται οι MacCallum, Browne, & Sugawara (1996). Οι παραπάνω έλεγχοι οδήγησαν στη διαμόρφωση μιας αξιολογήσιμης έγκυρης δομής, η οποία περιλάμβανε ως συστατικά χαρακτηριστικά την κουλτούρα της οικειότητας, την κουλτούρα της καινοτομίας, την κουλτούρα της αγοράς και την κουλτούρα της ιεραρχίας. Κατά τα ανωτέρω παρουσιάζονται ανά θεματικό άξονα οι προτάσεις οι οποίες εμφανίζουν φορτίσεις στους παράγοντες που σχηματίστηκαν έπειτα από πλάγια περιστροφή (direct oblimin). Ο παράγοντας 1 (κουλτούρα της οικειότητας) ερμηνεύει το 30% της συνολικής διακύμανσης, ο παράγοντας 2 (κουλτούρα της καινοτομίας) το 13%, ο παράγοντας 3 το 12% και ο παράγοντας 4 το 7% της συνολικής διακύμανσης (βλ. πίνακα 3). Αντίστοιχα για την επιθυμητή κουλτούρα (βλ. πίνακα 4), ο παράγοντας 1 ερμηνεύει το 34% της συνολικής διακύμανσης, ο παράγοντας 2 το 14%, ο παράγοντας 3, το 9% περίπου και ο παράγοντας 4 το 7% της συνολικής διακύμανσης.

Ο πρώτος παράγοντας αποτελείται από 6 μεταβλητές με ιδιοτιμή 5,4 και φορτίσεις οι οποίες κυμαίνονται από 0,51 έως 0,85, ονομάζεται *κουλτούρα της οικειότητας* και αναφέρεται στη συνεργασία και το κλίμα συνεργασίας σε έναν οργανισμό.

Ο δεύτερος παράγοντας αποτελείται επίσης από 6 μεταβλητές με ιδιοτιμή 2,4 και φορτίσεις από 0,56 έως 0,82, ονομάζεται *κουλτούρα της καινοτομίας* και αναφέρεται στη δημιουργία και την εξέλιξη.

Ο τρίτος παράγοντας 6 μεταβλητών έχει ιδιοτιμή 2,2 και φορτίσεις από 0,55 έως 0,87, ονομάζεται *κουλτούρα της αγοράς* και αναφέρεται στον ανταγωνισμό.

Ο τέταρτος παράγοντας απαρτίζεται επίσης από 6 μεταβλητές με ιδιοτιμή 1,3 και φορτίσεις οι οποίες κυμαίνονται από 0,47 έως 0,86, ονομάζεται *κουλτούρα της ιεραρχίας* και αναφέρεται στον έλεγχο (πίνακας 3).

Όσον αφορά την επιθυμητή κουλτούρα (πίνακας 4) και οι 4 παράγοντες είχαν από 6 μεταβλητές, όπως και στην υπάρχουσα κουλτούρα. Ο πρώτος παράγοντας (κουλτούρα της οικειότητας) είχε φορτίσεις από 0,52 έως 0,95 και ιδιοτιμή 6,1.

Πίνακας 3: Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας ΟCAI-Υπάρχουσα Κουλτούρα

Υπάρχουσα Κουλτούρα	Παράγοντας (factor)				Ερμηνευόμενη διακύμανση (communalities)	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
	1	2	3	4			
1.Οικειότητα-Α							
2.Καινοτομία-Β							
3.Αγορά-Γ							
4.Ιεραρχία-Δ							
OCAI4A	,85				,82	29,2	15,61
OCAI2A	,85				,60	32,2	12,84
OCAI1A	,74				,60	29,7	15,66
OCAI5A	,69				,50	21,9	9,61
OCAI3A	,52				,58	24,1	11,81
OCAI6A	,51				,29	18,5	9,47
OCAI3B		,82			,70	11,9	8,00
OCAI5B		,76			,62	11,4	8,88
OCAI4B		,73			,54	10,4	8,87
OCAI2B		,67			,55	12,8	8,88
OCAI1B		,61			,22	10,9	9,92
OCAI6B		,56			,28	12,2	8,36
OCAI3Γ			,87		,69	24,9	13,74
OCAI5Γ			,86		,55	24,4	11,31
OCAI6Γ			,75		,47	26,1	9,84
OCAI4Γ			,63		,56	19,5	11,58
OCAI1Γ			,62		,53	10,8	9,92
OCAI2Γ			,55		,56	19,1	10,35
OCAI3Δ				,86	,68	39,1	15,38
OCAI5Δ				,85	,82	42,3	16,19
OCAI4Δ				,78	,80	40,9	17,81
OCAI1Δ				,65	,42	41,0	20,52
OCAI2Δ				,61	,86	25,9	12,72
OCAI6Δ				,47	,63	43,2	16,07

KMO= **0,75** Bartlett's test= **841,583**, $p<0,001$

Συν. ερμην. διακ.	30%	13%	12%	7%	(συνολική διακύμανση: 62%)
Ιδιοτιμές	5,4	2,4	2,2	1,3	
Μέση τιμή	25,94	11,58	22,08	40,40	
Τυπική απόκλιση	9,25	5,91	8,64	11,98	
Διάμεσος	25,00	10,83	21,67	40,00	
Ελάχιστο	6,67	0,00	5,00	6,67	
Μέγιστο	56,67	25,00	45,00	80,00	
Cronbach's alpha	0,82	0,75	0,83	0,82	
N	100	100	100	100	

Σημείωση: Ο πίνακας περιλαμβάνει φορτίσεις, κοινή παραγοντική διακύμανση, ιδιοτιμές, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσο & Cronbach's alpha.

Ο δεύτερος παράγοντας (κουλτούρα της καινοτομίας) είχε φορτίσεις από 0,44 έως 0,87 και ιδιοτιμή 2,5. Ο τρίτος παράγοντας (κουλτούρα της αγοράς) είχε φορτίσεις από 0,55 έως 0,91 και ιδιοτιμή 1,6 και τέλος, ο τέταρτος παράγοντας (κουλτούρα της ιεραρχίας) είχε φορτίσεις από 0,49 έως 0,84 και ιδιοτιμή 1,3.

Πίνακας 4: Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας OCAI-Επιθυμητή Κουλτούρα

Επιθυμητή Κουλτούρα	Παράγοντας (factor)				Ερμηνευόμενη διακύμανση (communalities)	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
	1	2	3	4			
1.Οικειότητα-A							
2.Καινοτομία-B							
3.Αγορά-Γ							
4.Ιεραρχία-Δ							
OCAI3A	,95				,49	35,7	9,46
OCAI6A	,85				,49	31,3	12,84
OCAI2A	,75				,23	28,1	13,08
OCAI5A	,66				,55	36,3	10,31
OCAI4A	,54				,25	37,4	9,70
OCAI1A	,52				,45	28,6	15,04
OCAI3B		,87			,70	37,0	10,30
OCAI4B		,77			,72	39,2	12,61
OCAI5B		,71			,51	39,1	12,32
OCAI6B		,66			,65	42,9	15,59
OCAI2B		,56			,58	36,6	11,91
OCAI1B		,44			,28	34,7	13,67
OCAI4Γ			,91		,86	9,4	9,41
OCAI3Γ			,76		,80	10,6	9,08
OCAI6Γ			,72		,48	9,4	9,83
OCAI5Γ			,65		,62	9,7	8,70
OCAI2Γ			,61		,47	10,5	9,36
OCAI1Γ			,55		,39	9,7	9,36
OCAI2Δ				,84	,83	24,9	15,99
OCAI4Δ				,84	,97	14,1	11,29
OCAI5Δ				,78	,71	14,9	12,19
OCAI1Δ				,73	,44	26,8	16,08
OCAI6Δ				,52	,54	16,6	12,74
OCAI3Δ				,49	,70	16,7	10,45

KMO= **0,83** Bartlett's Test= **999,644**, p<**0,001**

Συν. ερμην. διακ.	34%	14%	9%	7%	(Συνολική διακύμανση: 64%)
Ιδιοτιμές	6,1	2,5	1,6	1,3	
Μέση τιμή	32,90	38,25	9,88	18,98	
Τυπική απόκλιση	6,93	9,01	6,79	8,89	
Διάμεσος	31,66	38,33	8,33	18,33	
Ελάχιστο	10,00	10,00	00,00	00,00	
Μέγιστο	61,67	65,00	26,67	53,33	
Cronbach's a	0,61	0,80	0,82	0,75	
N	100	100	100	100	

Σημείωση: Ο πίνακας περιλαμβάνει φορτίσεις, κοινή παραγοντική διακύμανση, ιδιοτιμές, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσος & Cronbach's alpha.

Στην ανάλυση των κυρίων αξόνων (PAF) εισήχθησαν 24 παρατηρούμενες μεταβλητές, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της υπάρχουσας και επιθυμητής αντίστοιχα κουλτούρας (ξεχωριστές αναλύσεις για την υπάρχουσα και επιθυμητή κουλτούρα), διαστάσεις που επιβεβαιώνονται θεωρητικά και αναπαριστούν

τις διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας (Α, Β, Γ, Δ)¹⁹. Βάσει της προηγηθείσας ανάλυσης γίνεται φανερό ότι τα παραγοντικά φορτία (loadings) των μεταβλητών σε εκάστοτε παράγοντα τόσο στην υφιστάμενη όσο και στην επιθυμητή κουλτούρα συγκεντρώνουν ικανοποιητικές τιμές (βλ. πίνακα 3 και 4). Τιμές <0,4 δεν εμφανίζονται στους πίνακες 4 και 5. Για την υφιστάμενη κουλτούρα στον παράγοντα 1 που συνιστά την κουλτούρα της οικειότητας (Α), η συσχέτιση της μεταβλητής 4Α και 2Α με τον παράγοντα είναι πολύ υψηλή (0,85 και 0,85), ενώ οι χαμηλότερες συσχετίσεις μεταβλητών με τον παράγοντα παρατηρήθηκαν στις μεταβλητές Α3 και Α6 (0,52 και 0,51). Αντίστοιχα, για τον παράγοντα 2 της κουλτούρας της οικειότητας (Β) η μεταβλητή 3Β και 5Β εμφανίζουν υψηλή φόρτιση (0,82 και 0,76) άρα συσχέτιση (γραμμική) με τον παράγοντα. Την μικρότερη συσχέτιση την εμφανίζει η μεταβλητή Β6 (0,56). Για τον παράγοντα 3 της κουλτούρας της αγοράς (Γ), η μεταβλητή 3Γ και 5Γ συγκεντρώνουν τις υψηλότερες φορτίσεις και συσχέτιση με τον παράγοντα (0,87 και 0,86) και η μεταβλητή 2Γ (0,55) τη χαμηλότερη συσχέτιση. Ενώ για τον παράγοντα 4 που αφορά την κουλτούρα της ιεραρχίας (Δ) οι μεταβλητές 3Δ και 5Δ εμφανίζουν επίσης υψηλές φορτίσεις (0,86 και 0,85 αντίστοιχα) με τον παράγοντα. Η ερώτηση 6Δ εμφανίζει την χαμηλότερη συσχέτιση με τον παράγοντα (0,47), ωστόσο κρίνεται αποδεκτή καθώς βρίσκεται στα επιτρεπτά όρια (0,4) παρέμεινε (βλ. πίνακα 3), όπως αναφέρει ο Comprey (1973).

Για την επιθυμητή κουλτούρα στον παράγοντα 1 που συνιστά την κουλτούρα της οικειότητας (Α), η συσχέτιση της μεταβλητής 3Α και 6Α με τον παράγοντα είναι πολύ υψηλή (0,95 και 0,85), ενώ οι χαμηλότερες συσχετίσεις μεταβλητών με τον παράγοντα παρατηρήθηκαν στις μεταβλητές Α4 και Α1 (0,54 και 0,52). Αντίστοιχα, για τον παράγοντα 2 της κουλτούρας της οικειότητας (Β) η μεταβλητή 3Β και 4Β εμφανίζουν υψηλή φόρτιση (0,87 και 0,77) άρα συσχέτιση (γραμμική) με τον παράγοντα. Την μικρότερη συσχέτιση την εμφανίζει η μεταβλητή Β1 (0,44), ωστόσο εφόσον έχει τιμή, η οποία είναι επιτρεπτή στα όρια >0,4 παρέμεινε. Για τον παράγοντα 3 της κουλτούρας της αγοράς (Γ), η μεταβλητή 4Γ συγκεντρώνει την υψηλότερη φόρτιση και συσχέτιση με τον παράγοντα (0,91) και η μεταβλητή 1Γ (0,55) τη χαμηλότερη συσχέτιση. Ενώ για τον παράγοντα 4 που αφορά την κουλτούρα της ιεραρχίας (Δ) οι μεταβλητές 2Δ και 4Δ εμφανίζουν επίσης υψηλές φορτίσεις (0,84 και 0,84 αντίστοιχα) με τον παράγοντα. Η ερώτηση 3Δ εμφανίζει την χαμηλότερη

¹⁹ Α. Κουλτούρα της Οικειότητας Β. Κουλτούρα της Καινοτομίας, Γ. Κουλτούρα της Αγοράς και Δ. Κουλτούρα της Ιεραρχίας.

συσχέτιση με τον παράγοντα (0,49), ωστόσο εφόσον έχει τιμή, η οποία είναι επιτρεπτή στα όρια $>0,4$ παρέμεινε (βλ. πίνακα 3).

Παραγοντική εγκυρότητα

Εφόσον πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της κλίμακας της οργανωσιακής κουλτούρας μέσω της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (EFA) και δεν εντοπίστηκε κάποια προβληματική μεταβλητή, ακολούθησε ο έλεγχος της συγκλίνουσας και διακρίνουσας εγκυρότητας των ερωτήσεων (βλ. πίνακα 5). Για την συγκλίνουσα εγκυρότητα λαμβάνονται υπόψη τρεις παράμετροι

- Φορτίσεις παρατηρούμενων μεταβλητών $\geq 0,7$
- Δείκτης AVE (Average Variance Extracted) $\geq 0,5$
- $CR > AVE$ (Composite Reliability-Σύνθετη αξιοπιστία)

Όπως παρουσιάστηκε στην ανωτέρω ανάλυση οι φορτίσεις των παρατηρούμενων μεταβλητών, οι οποίες συνδέονται με τον εκάστοτε παράγοντα ήταν ικανοποιητικές καθώς στην πλειονότητά τους εμφάνιζαν φορτίσεις $\geq 0,70$. Όπως τονίζει ο Γιαλαμάς (2021), η διακύμανση των μεταβλητών που οφείλεται στον εκάστοτε παράγοντα πρέπει να έχει, αυστηρά, φορτίσεις $>0,70$, ωστόσο η συνθήκη αυτή μπορεί να χαλαρώσει και να γίνουν αποδεκτές και τιμές μεγαλύτερες του 0,50 και $>0,4$ σύμφωνα με τον Comrey (1973). Ένα στοιχείο της συγκλίνουσας εγκυρότητας είναι οι φορτίσεις των μεταβλητών. Ένα δεύτερο στοιχείο που οδηγεί στη συγκλίνουσα εγκυρότητα (Convergent Validity) είναι ο υπολογισμός του δείκτη AVE (Average Variance Extracted), δηλαδή η μέση εξαγόμενη διακύμανση. Η AVE είναι η μέση τιμή των τετραγώνων των φορτίσεων των μεταβλητών που συνδέονται με έναν παράγοντα και για να είναι αποδεκτή πρέπει να έχει τιμή $\geq 0,50$ (Fornell & Larcker, 1981). Τέλος, το τρίτο στοιχείο επιτάσσει οι τιμές της σύνθετης αξιοπιστίας (CR) να είναι μεγαλύτερες από τις τιμές της μέσης εξαγόμενης διακύμανσης (AVE). Η σύνθετη αξιοπιστία (CR) για να είναι έγκυρη πρέπει να έχει τιμές μεγαλύτερες από 0,70 (Brunner & Süß, 2005).

Συνοψίζοντας, όσον αφορά τον υπολογισμό της συγκλίνουσας εγκυρότητας, σύμφωνα με την προηγηθείσα ανάλυση (βλ. πίνακα 5), το κριτήριο του $CR > 0,70$ καλύφθηκε για όλες τις παρατηρούμενες μεταβλητές υπάρχουσας και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας, όπως επίσης και η εκτίμηση της μέσης εξαγόμενης διακύμανσης καθώς $AVE > 0,50$ ενώ η σύνθετη αξιοπιστία CR ήταν μεγαλύτερη από

τις τιμές της AVE (CR>AVE). Συνεπώς υφίσταται συγκλίνουσα εγκυρότητα εφόσον η AVE>0,50 και η CR>AVE.

Πίνακας 5: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας OCAI

Υπάρχουσα Κατάσταση	CR	AVE	Δ	A	Γ	B
Δ. Κουλτ. Ιεραρχίας	,85	,50	,71*			
A. Κουλτ. Οικειότητας	,85	,53	-,66	,73*		
Γ. Κουλτ. Αγοράς	,87	,52	,28	-,41	,72*	
B. Κουλτ. Καινοτομίας	,86	,51	-,59	,36	,26	,72*
Επιθυμητή Κατάσταση	CR	AVE	Δ	A	Γ	B
Δ. Κουλτ. Ιεραρχίας	,87	,53	,72*			
A. Κουλτ. Οικειότητας	,84	,51	-,68	,73*		
Γ. Κουλτ. Αγοράς	,86	,50	,40	-,46	,71*	
B. Κουλτ. Καινοτομίας	,86	,51	-,69	,35	,46	,72*

* Η τετραγωνική ρίζα της AVE (τιμές διαγωνίου) πρέπει να είναι μεγαλύτερη από τη μεγαλύτερη συσχέτιση του παράγοντα με τους υπόλοιπους παράγοντες (κριτήριο Fornell & Larcker, 1981).

Για τη διακρίνουσα εγκυρότητα (discriminant validity), οι συσχετίσεις των παραγόντων μεταξύ τους πρέπει να είναι ισχυρότερες από τις συσχετίσεις με άλλους παράγοντες. Οι συσχετίσεις (correlation) των μεταβλητών με την τετραγωνική ρίζα της μέσης εξαγόμενης διακύμανσης (AVE), πιστοποιούν την πλήρωση του κριτηρίου της αποκλίνουσας εγκυρότητας, καθώς οι τιμές της τετραγωνικής ρίζας (διαγώνιος) της μέσης εξαγόμενης διακύμανσης (AVE) των παραγόντων μεταξύ τους ήταν ισχυρότερες από τις τιμές των συσχετίσεων με άλλους παράγοντες (βλ. πίνακα 5). Από τα παραπάνω εξάγεται το συμπέρασμα ότι η διακρίνουσα εγκυρότητα υφίσταται (βλ. πίνακα 5).

Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία

Το τρίτο στάδιο ελέγχου της καταλληλότητας των συλλεχθέντων δεδομένων ήταν ο έλεγχος της εσωτερικής συνοχής και αξιοπιστίας, όπως παρουσιάζεται στους πίνακες 3 και 4 που προηγούνται. Ο έλεγχος εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας (internal consistency & reliability) με τον δείκτη Cronbach's alpha διενεργήθηκε στο SPSS (στατιστικό λογισμικό) και τα ευρήματα έδειξαν μεγάλη εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία στα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου, καθώς οι τιμές κυμαίνονταν πάνω από 0,7 για τη μέτρηση της υφιστάμενης και επιθυμητής κατάστασης. Οι τιμές του δείκτη Cronbach alpha ήταν 0,82 για την υφιστάμενη κουλτούρα της οικειότητας, 0,75 για την υφιστάμενη κουλτούρα της καινοτομίας, 0,83 για την υφιστάμενη κουλτούρα

της αγοράς και 0,81 για την υφιστάμενη κουλτούρα της ιεραρχίας (πίνακας 3). Αναφορικά με την επιθυμητή κουλτούρα, όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 4, δηλαδή την κουλτούρα που θα επιθυμούσαν οι επαγγελματίες υγείας του Αττικού Νοσοκομείου σε βάθος χρόνου 5 ετών από την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 0,81 για την κουλτούρα της οικειότητας, 0,79 για την κουλτούρα της καινοτομίας, 0,82 για την κουλτούρα της αγοράς και 0,75 για την κουλτούρα της ιεραρχίας.

Πίνακας 6: Λοξότητα και κύρτωση των υποκλιμάκων της κλίμακας OCAI

<u>Υφιστάμενη Κουλτούρα</u> <u>Παράγοντας</u>	Λοξότητα	Τυπικό σφάλμα	Κύρτωση	Τυπικό σφάλμα
Κουλτούρα της Οικειότητας	0,68	0,24	1,15	0,48
Κουλτούρα της Καινοτομίας	0,26	0,24	-0,53	0,48
Κουλτούρα της Αγοράς	0,36	0,24	-0,31	0,48
Κουλτούρα της Ιεραρχίας	0,56	0,24	1,73	0,48
<u>Επιθυμητή Κουλτούρα</u> <u>Παράγοντας</u>	Λοξότητα	Τυπικό σφάλμα	Κύρτωση	Τυπικό σφάλμα
Κουλτούρα της Οικειότητας	0,66	0,24	3,17	0,48
Κουλτούρα της Καινοτομίας	0,20	0,24	0,75	0,48
Κουλτούρα της Αγοράς	0,37	0,24	-0,81	0,48
Κουλτούρα της Ιεραρχίας	0,59	0,24	1,19	0,49

Με βάση την παραπάνω παρουσίαση των αποτελεσμάτων και της υψηλής εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας του δείκτη Cronbach's alpha ήταν εφικτό πλέον να προκύψουν οι οκτώ μεταβλητές (4) για την υφιστάμενη και (4) για την επιθυμητή κατάσταση οργανωσιακής κουλτούρας στο Αττικό Νοσοκομείο με απώτερο στόχο τη μετέπειτα διενέργεια στατιστικών ελέγχων για τον επικρατέστερο τύπο οργανωσιακής κουλτούρας στην υφιστάμενη και επιθυμητή κατάσταση. Οι κατανομές των 8 υποκλιμάκων (4 για την υφιστάμενη και 4 για την επιθυμητή κουλτούρα) δεν αποκλίνουν από την κανονική κατανομή, σύμφωνα με τις τιμές της κύρτωσης και της λοξότητας, όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

5.1.2 Κλίμακα Οργανωσιακής Δέσμευσης (OCQ)

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση

Το ερωτηματολόγιο της Οργανωσιακής Δέσμευσης απαντήθηκε επίσης αποκλειστικά από τους επαγγελματίες υγείας του Αττικού νοσοκομείου (N=100) και αποτελούνταν από 15 ερωτήσεις. Πριν τη διενέργεια ελέγχου πραγματοποιήθηκε εκτέλεση αντίστροφης κωδικοποίησης ορισμένων μεταβλητών, καθώς στο ερωτηματολόγιο 6 ερωτήσεις είχαν αρνητική διατύπωση και η βαθμολόγησή τους ήταν αντίστροφη. Οι μεταβλητές που κωδικοποιήθηκαν αντίστροφα ήταν οι ερωτήσεις του OCQ: OCQ3, OCQ7, OCQ9, OCQ11, OCQ12 και OCQ15 (1=7,2=6,3=5,5=3,6=2 και 7=1)²⁰. Ο έλεγχος καταλληλότητας των δεδομένων (βλ. πίνακα 7) με τον υπολογισμό του μέτρου δειγματοληπτικής επάρκειας Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) βρέθηκε 0,85, η οποία κρίνεται ιδιαίτερα ικανοποιητική τιμή. Αντίστοιχα και ο έλεγχος σφαιρικότητας Bartlett (2181,959, $p < 0,001$) γεγονός που επικυρώνει την καταλληλότητα των δεδομένων για την διενέργεια της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης-EFA (Exploratory Factor Analysis). Ο έλεγχος MSA (Measures of Sampling Adequacy) βρέθηκε επίσης ικανοποιητικός με τιμές $> 0,60$ (βλ. πίνακα 7).

Κατά τον ίδιο τρόπο και οι έλεγχοι των διακυμάνσεων των εκάστοτε μεταβλητών (communalities) του παράγοντα, οι οποίες ήταν $> 0,5$ (τιμή η οποία είναι επιθυμητή) και πιο συγκεκριμένα κυμαίνονταν από 0,55 έως 0,93 (πίνακας 7). Με γνώμονα τον δείκτη Kaiser επιλέχθηκαν τρεις παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 84% της συνολικής διακύμανσης των μεταβλητών υπό ανάλυση. Ο πρώτος παράγοντας ονομάζεται *«αποδοχή των αξιών και στόχων του νοσοκομείου»*, αποτελείται από εννέα μεταβλητές με φορτίσεις από 0,74 έως 0,95. Η χαμηλότερη συσχέτιση εντοπίστηκε στη μεταβλητή OCQ6 (*«αισθάνομαι περήφανη/-ος να λέω στους άλλους ότι είμαι μέλος αυτού του νοσοκομείου»*) και η ισχυρότερη συσχέτιση στη μεταβλητή OCQ14 (*«για μένα, αυτό είναι το καλύτερο νοσοκομείο για να δουλεύω»*). Ο δεύτερος παράγοντας ονομάζεται *«προθυμία των εργαζόμενων για προσπάθεια προς το νοσοκομείο»*, αποτελείται από τρεις μεταβλητές με φορτίσεις από 0,93 έως 0,96. Η χαμηλότερη συσχέτιση με τον παράγοντα (0,93) αφορούσε την ερώτηση OCQ13 (*«με απασχολεί πραγματικά το μέλλον αυτού του νοσοκομείου»*) και η ισχυρότερη την ερώτηση OCQ9 (*«λίγα θα έπρεπε να αλλάζουν στις τρέχουσες συνθήκες ώστε να αποχωρήσω από το*

²⁰ Βλ. Κεφάλαιο 4.6.1, στα όργανα μέτρησης το ερωτηματολόγιο της Οργανωσιακής Δέσμευσης-OCQ.

νοσοκομείο») και ιδιοτιμή 3,1. Τέλος, ο τρίτος παράγοντας, ο οποίος ονομάζεται «ισχυρή επιθυμία των μελών για παραμονή στον οργανισμό» αποτελούνταν επίσης από τρεις μεταβλητές με φορτίσεις από 0,88 έως 0,96 και ιδιοτιμή 2,5. Η μεταβλητή OCQ3 («αισθάνομαι πολύ λίγο πιστή/-ός στο νοσοκομείο»), παρουσίασε την χαμηλότερη συσχέτιση με τον παράγοντα (0,88) και η μεταβλητή OCQ11 («δεν έχω πολλά να κερδίσω παραμένοντας στο νοσοκομείο για μεγάλο χρονικό διάστημα») την ισχυρότερη συσχέτιση με τον παράγοντα (0,96), όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 7.

Πίνακας 7: Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας OCQ

	Παράγοντας (factor)			Ερμηνευόμενη διακύμανση (communalities)	Μέση Τιμή
	1	2	3		
OCQ14	,95			,93	4,7 (±1,80)
OCQ7 (-)*	,94			,90	3,3 (±1,73)
OCQ8	,94			,90	4,8 (±1,65)
OCQ1	,94			,88	4,7 (±1,70)
OCQ12 (-)	,92			,86	3,2 (±1,76)
OCQ10	,81			,66	5,2 (±1,68)
OCQ5	,76			,60	4,1 (±1,79)
OCQ2	,75			,57	4,8 (±1,54)
OCQ6	,74			,55	4,8 (±1,62)
OCQ9 (-)		,96		,92	2,8 (±1,65)
OCQ4		,95		,91	5,1 (±1,67)
OCQ13		,93		,86	5,4 (±1,70)
OCQ11 (-)			,96	,92	4,2 (±1,57)
OCQ15 (-)			,95	,90	4,4 (±1,55)
OCQ3 (-)			,88	,80	4,3 (±1,51)

KMO= **0,85** Bartlett's Test=**2181,959**, $p<0,001$

Συνολική Ερμην. Διακύμανση	47%	20%	16%	(συνολική διακύμανση: 84%)
Ιδιοτιμές	7,1	3,1	2,5	
Μέση τιμή	4,74	5,25	3,70	4,25
Τυπική απόκλιση	1,50	1,62	1,47	0,82
Διάμεσος	4,89	6,00	4,00	4,33
Ελάχιστο	1,00	1,00	1,00	2,40
Μέγιστο	7,00	7,00	7,00	6,60
Cronbach's alpha	0,96	0,96	0,95	0,86
N	100	100	100	100

Σημείωση: Ο πίνακας περιλαμβάνει φορτίσεις, κοινή παραγοντική διακύμανση, ιδιοτιμές, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσο & Cronbach's alpha.

* Το (-) δηλώνει τις προτάσεις με αρνητική διατύπωση στις οποίες έγινε αντιστροφή βαθμολογίας.

1: Αποδοχή των αξιών και στόχων του νοσοκομείου, 2: Προθυμία των εργαζόμενων για προσπάθεια προς το νοσοκομείο, 3: Ισχυρή επιθυμία των εργαζόμενων για παραμονή στο νοσοκομείο

Παραγοντική εγκυρότητα

Εφόσον πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της κλίμακας της οργανωσιακής δέσμευσης μέσω της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (PAF) και δεν εντοπίστηκαν προβληματικές μεταβλητές, ακολούθησε η αξιολόγηση της συγκλίνουσας (Convergent Validity) εγκυρότητας (βλ. πίνακα 8).

Όσον αφορά τη συγκλίνουσα εγκυρότητα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι καλύφθηκε, καθώς η τιμή της σύνθετης αξιοπιστίας (Composite Reliability-CR) για τον πρώτο παράγοντα βρέθηκε 0,96 (CR>0,70 Brunner & Süß, 2005). Αντίστοιχα, το ίδιο συνέβη και με την μέση εξαγόμενη διακύμανση (Average Variance Extracted-AVE), η οποία βρέθηκε 0,75 (AVE>0,50, Fornell & Larcker, 1981).

Για τον δεύτερο παράγοντα η σύνθετη αξιοπιστία (CR) βρέθηκε 0,94 και η μέση εξαγόμενη διακύμανση (AVE) 0,90. Τέλος, για τον τρίτο παράγοντα η σύνθετη αξιοπιστία βρέθηκε 0,95 και η μέση εξαγόμενη διακύμανση 0,87. Επίσης, η σύνθετη αξιοπιστία (CR) ήταν μεγαλύτερη από τη μέση εξαγόμενη διακύμανση (AVE) των παραγόντων. Με βάση τα παραπάνω εξάγεται το ασφαλές συμπέρασμα ότι υφίσταται η συγκλίνουσα εγκυρότητα.

Αναφορικά με τη διακρίνουσα εγκυρότητα (discriminant validity), πραγματοποιήθηκε σύγκριση των συσχετίσεων (correlations) της τετραγωνικής ρίζας της μέσης εξαγόμενης διακύμανσης (AVE) των παραγόντων μεταξύ τους καθώς και με τους υπόλοιπους παράγοντες. Οι τιμές των συσχετίσεων πρέπει να είναι μικρότερες από τις τιμές τις διαγωνίου ώστε να μπορέσει να υποτεθεί η διακρίνουσα εγκυρότητα.

Συνοψίζοντας, υπήρξε διακρίνουσα εγκυρότητα, καθώς οι τιμές της τετραγωνικής ρίζας (διαγώνιος) της μέσης εξαγόμενης διακύμανσης (AVE) ήταν μεγαλύτερες από τις τιμές των συσχετίσεων. Από τα παραπάνω εξάγεται το συμπέρασμα ότι η διακρίνουσα εγκυρότητα υφίσταται στην παρούσα κλίμακα (βλ. πίνακα 8).

Πίνακας 8: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας OCQ

Οργανωσιακή Δέσμευση	CR	AVE	1	2	3
1. Αποδοχή αξιών και στόχων του νοσοκομείου	,96	,75	,87*		
2. Προθυμία των εργαζόμενων	,94	,90	,02	,95*	
3. Διάθεση για παραμονή στο νοσοκομείο	,95	,87	-,14	,08	,93*

* Η τετραγωνική ρίζα της AVE (τιμές διαγωνίου) πρέπει να είναι μεγαλύτερη από τη μεγαλύτερη συσχέτιση του παράγοντα με τους υπόλοιπους παράγοντες (κριτήριο Fornell & Larcker, 1981).

Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία

Στη συνέχεια ακολούθησε ο έλεγχος αξιοπιστίας και εσωτερικής συνέπειας του τελικού μοντέλου που δημιουργήθηκε από τις 15 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (βλ. πίνακα 9) της Οργανωσιακής Δέσμευσης (Organizational Commitment Questionnaire-OCQ) των Porter & Smith (1970), ο οποίος έδειξε βάσει του δείκτη Cronbach's α υψηλή εσωτερική συνέπεια καθώς η τιμή του, όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 8, βρέθηκε **0,86** συνολικά για την κλίμακα, 0,96 για τον πρώτο παράγοντα, 0,96 για τον δεύτερο και 0,95 για τον τρίτο, γεγονός που επέτρεψε τη διενέργεια των επόμενων στατιστικών ελέγχων.

Τέλος, οι κατανομές των 3 δεν αποκλίνουν από την κανονική κατανομή, σύμφωνα με τις τιμές της κύρτωσης και της λοξότητας, όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 9.

Πίνακας 9: Λοξότητα και κύρτωση παραγόντων κλίμακας OCQ

<u>Οργανωσιακή Δέσμευση</u> <u>Παράγοντας</u>	Λοξότητα	Τυπικό σφάλμα	Κύρτωση	Τυπικό σφάλμα
1. Αποδοχή των αξιών και στόχων του νοσοκομείου	-,89	,24	,36	,48
2. Προθυμία των εργαζόμενων	-1,15	,24	,73	,48
3. Διάθεση για παραμονή στο νοσοκομείο	,23	,24	-,24	,48

5.1.3 Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης (JSQ)

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση

Το παρόν ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 192 επαγγελματίες υγείας και αποτελούνται από 7 ερωτήσεις. Πριν τη διεξαγωγή του ελέγχου αντιστράφηκαν οι ερωτήσεις (JSQ1, JSQ3, JSQ4 και JSQ7), οι οποίες είχαν αρνητική διατύπωση. Η τιμή του δείκτη Keiser-Meyer-Olkin (βλ. πίνακα 10) για την κλίμακα της εργασιακής ικανοποίησης βρέθηκε ικανοποιητική ($0,82 > 0,50$) και ο δείκτης Bartlett's test of Sphericity (έλεγχος σφαιρικότητας) βρέθηκε 1185,725 και στατιστικά σημαντικός ($p < 0,001$) γεγονός που υποδηλώνει ότι η μέθοδος της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης των μεταβλητών είναι αποδεκτή ως τεχνική για την ανάλυση των δεδομένων. Εν συνεχεία, αξιολογήθηκαν οι τιμές MSA (Measures of Sampling Adequacy) των μεταβλητών οι οποίες βρέθηκαν $> 0,6$. Και σε αυτήν την κλίμακα εφαρμόστηκε η ανάλυση κυρίων αξόνων (PAF) και η πλάγια περιστροφή με την τεχνική direct oblmin. Οι παράγοντας που εξήχθησαν (βλ. πίνακα 10) από τον έλεγχο που πραγματοποιήθηκε ήταν δύο και ερμηνεύουν το 80% της συνδιακύμανσης.

Ο πρώτος παράγοντας ερμηνεύει το 59% της συνολικής διακύμανσης και ο δεύτερος παράγοντας το 21% της διακύμανσης. Ενώ οι διακυμάνσεις των μεταβλητών (communalities) κυμάνθηκαν από 0,38 έως 0,92 ($> 0,2$ αποδεκτή, $> 0,5$ επιθυμητή) Αναφορικά με τους παράγοντες, ο πρώτος αποτελείται από τέσσερις μεταβλητές με ιδιοτιμή 4,1, φορτίσεις από 0,64 έως 0,98 και ονομάζεται *ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες*.

Ο δεύτερος παράγοντας αποτελείται από τρεις μεταβλητή έχοντας 1,4 ιδιοτιμή και φορτίσεις από 0,42 έως 0,92 και ονομάζεται *ικανοποίηση από την φύση εργασίας*. Τιμές των φορτίσεων $< 0,4$ δεν εμφανίζονται στον πίνακα των παραγόντων. Τέλος, στον πρώτο παράγοντα η μεταβλητή με τη μεγαλύτερη συσχέτιση (0,98) ήταν η JSQ4 («*εάν υποθέσουμε πως οι οικονομικές απολαβές και οι συνθήκες ήταν παρόμοιες, άμεσα θα μπορούσα να κάνω ένα άλλο επάγγελμα εκτός του χώρου της υγείας*») και αντίστοιχα η μεταβλητή με τη χαμηλότερη συσχέτιση (0,64) ήταν η JSQ6 («*στην εργασία μου υπάρχει καλή αντιστοιχία μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής*»). Ενώ στον δεύτερο παράγοντα, η μεταβλητή με την υψηλότερη φόρτιση ήταν η JSQ1 («*αισθάνομαι πως κάποια σημεία της δουλειάς μου, πραγματικά δεν έχουν νόημα*») και με τη χαμηλότερη φόρτιση (0,42), η JSQ5 («*βρίσκω πραγματική απόλαυση στην εργασία μου*»).

Ως εκ τούτου, κρίνεται αναμενόμενο ότι η μέση εξαγόμενη διακύμανση (AVE) και η σύνθετη αξιοπιστία (CR) των παράγοντα είναι σε υψηλά επίπεδα (AVE=0,81 και CR=0,94 για τον πρώτο παράγοντα και AVE=0,58 και CR=0,79 για τον δεύτερο παράγοντα), τιμές οι οποίες συνεπάγονται συγκλίνουσα εγκυρότητα (βλ. πίνακα 11).

Πίνακας 10: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας JSQ

	Παράγοντας (factor)		Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	
	1	2			Ερμηνευόμενη διακύμανση (communalities)
Επαγγελματική Ικανοποίηση					
JSQ4: Εάν υποθέσουμε πως οι οικονομικές απολαβές και οι συνθήκες ήταν παρόμοιες, άμεσα θα μπορούσα να κάνω ένα άλλο επάγγελμα εκτός ιατρικής (-)*	,98		,91	3,2	1,23
JSQ3: Η δουλειά μου είναι γεμάτη από περιττές γραφειοκρατικές λεπτομέρειες (-)	,98		,89	3,2	1,18
JSQ2: Η δουλειά μου συνεχίζει να με ενδιαφέρει ακόμα όπως και ανέκαθεν	,97		,92	3,2	1,24
JSQ6: Στην εργασία μου υπάρχει καλή αντιστοιχία μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής	,64		,53	3,1	1,22
JSQ1: Αισθάνομαι πως κάποια σημεία της δουλειάς μου, πραγματικά δεν έχουν νόημα (-)		,92	,80	3,4	1,04
JSQ7: Η εργασία μου περιλαμβάνει πολύ άσκοπη προσπάθεια από τη μεριά μου (-)		,85	,71	3,3	1,04
JSQ5: Βρίσκω πραγματική απόλαυση στην εργασία μου		,42	,38	3,6	1,16

KMO= **0,82** Bartlett's Test=1185,725, p<0,001

Συνολική ερμηνευόμενη διακύμανση	59%	21%	(συνολική διακύμανση: 80%)
Ιδιοτιμές	4,1	1,4	
Μέση τιμή	2,98	2,95	3,03
Τυπική απόκλιση	0,27	0,57	0,74
Διάμεσος	3,00	3,00	3,00
Ελάχιστο	2,00	3,00	1,00
Μέγιστο	3,75	4,33	4,75
Cronbach's alpha	0,94	0,78	0,88
N	192	192	192

Σημείωση: Ο πίνακας περιλαμβάνει φορτίσεις, κοινή παραγοντική διακύμανση, ιδιοτιμές, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσο & Cronbach's alpha.

1: Ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες 2: Ικανοποίηση από την φύση εργασίας

*Το (-) δηλώνει τις προτάσεις με αρνητική διατύπωση στις οποίες έγινε αντιστροφή βαθμολογίας.

Παραγοντική εγκυρότητα

Κατά τα λεχθέντα, δεν υπήρξε κάποια προβληματική μεταβλητή κατά τη διενέργεια της παραγοντικής ανάλυσης (EFA) με τη μέθοδο των κυρίων αξόνων (PAF) και την πλάγια περιστροφή (direct oblimin). Συνεπώς, ακολούθησαν οι έλεγχοι

συγκλίνουσας (Convergent Validity)²¹ και διακρίνουσας εγκυρότητας (discriminant validity)²². Η σύνθετη αξιοπιστία (CR) βρέθηκε μεγαλύτερη 0,94,0,81 ενώ η μέση στον πρώτο παράγοντα και CR=0,79 και AVE=0,58 στον δεύτερο παράγοντα (πίνακας 11). Όσον αφορά την συγκλίνουσα εγκυρότητα εφόσον AVE>0,50 και CR>AVE αυτή υφίσταται. Το ίδιο συμβαίνει και με την διακρίνουσα εγκυρότητα, καθώς η συσχέτιση του παράγοντα με τον άλλον παράγοντα είναι χαμηλότερη (0,44) από την συσχέτιση του παράγοντα και της μεταβλητής (0,90 και 0,76).

Πίνακας 11: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας JSQ

Επαγγελματική Ικανοποίηση	CR	AVE	1	2
1. Εργασιακές Συνθήκες	,94	,81	,90*	
2. Φύση Εργασίας	,79	,58	,44	,76*

1: Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας,2: Ικανοποίηση από τη φύση του επαγγέλματος

* Η τετραγωνική ρίζα της AVE (τιμές διαγωνίου) πρέπει να είναι μεγαλύτερη από τη μεγαλύτερη συσχέτιση του παράγοντα με τους υπόλοιπους παράγοντες (κριτήριο Fornell & Larcker, 1981).

Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία

Στη συνέχεια ακολούθησε ο έλεγχος εσωτερικής συνέπειας (internal consistency & reliability) του ερωτηματολογίου των Mowday, Steers & Porter (1979) με τον δείκτη Cronbach's alpha, ο οποίος βρέθηκε 0,88 συνολικά για την κλίμακα της επαγγελματικής ικανοποίησης-JFQ (0,78 για τον παράγοντα της ικανοποίησης από τις εργασιακές συνθήκες και 0,94 για τον παράγοντα της ικανοποίησης από τη φύση του επαγγέλματος), όπως παρουσιάζεται στον προηγούμενο πίνακα 10. Η υψηλή εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου επιτρέπουν τη συνέχεια της διενέργειας στατιστικών ελέγχων. Οι δύο παράγοντες δεν αποκλίνουν από την κανονική κατανομή (λοξότητα: 0,16 τυπικό σφάλμα: 0,18 για τον 1ο παράγοντα, και 0,19 τ.σ.0,18 για τον 2ο παράγοντα και η κύρτωση: 11,52 τ.σ. 0,35 και 0,15 τ.σ. 0,35).

²¹ Για να υφίσταται συγκλίνουσα εγκυρότητα πρέπει οι φορτίσεις των παρατηρούμενων μεταβλητών να είναι επιθυμητό να είναι >0,70. Ο δείκτης AVE (Average Variance Extracted>0,5) και η σύνθετη αξιοπιστία-CR (Composite Reliability)>AVE.

²² Για να υφίσταται διακρίνουσα εγκυρότητα χρειάζεται οι συσχετίσεις των παραγόντων μεταξύ τους να είναι ισχυρότερες από τις συσχετίσεις με άλλους παράγοντες-κριτήριο Fornell-Larcker.

5.1.4 Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης Νοσηλευτ(ρι)ών (GNJSS)

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση

Από τον έλεγχο καταλληλότητας των δεδομένων βρέθηκε ότι η κλίμακα πληρούσε τα κριτήρια παραγοντοποίησης (KMO=0,75 και Bartlett test of Sphericity=883,297, $p<0,001$). Τα παραπάνω επικυρώνουν την καταλληλότητα των δεδομένων για την διενέργεια παραγοντικής ανάλυσης-EFA με τη μέθοδο PAF (principal axis factoring) και την πλάγια περιστροφή (direct oblimin). Αναφορικά με τις τιμές του δείκτη MSA (Measures of Sampling Adequacy) σε όλες τις μεταβλητές οι τιμές ήταν μεγαλύτερες από 0,6. Εφόσον πληρούνταν και το συγκεκριμένο κριτήριο και δεν χρειάστηκε να αφαιρεθεί κάποια μεταβλητή, μελετήθηκε ο πίνακας διακυμάνσεων και ιδιοτιμών των τεσσάρων παραγόντων που εξήχθησαν και εξηγούν το 80% της συνολικής διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας (πίνακας 12) ερμηνεύει το 32% της συνδιακύμανσης, ο δεύτερος παράγοντας το 19%, ο τρίτος το 18% και ο τέταρτος το 11% της διακύμανσης.

Η εκάστοτε παρατηρούμενη μεταβλητή (18 ερωτήσεις) συγκέντρωσε ικανοποιητικές εταιρικές που κυμάνθηκαν από 0,43 έως 0,95. Οι παράγοντες που εξήχθησαν ήταν τέσσερις γεγονός που επιβεβαιώνεται και από το θεωρητικό κατασκεύασμα της επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτριών/νοσηλευτών της Ελλάδας. Ο παράγοντας 1 αναφέρεται στην αλληλεπίδραση και αναγνώριση, αποτελείται από πέντε μεταβλητές με φορτίσεις από 0,77 έως 0,98 και ιδιοτιμή 5,8. Ο παράγοντας 2 αναφέρεται στο στυλ ηγεσίας και τις οργανωτικές πολιτικές, περιλαμβάνει επίσης πέντε μεταβλητές με φορτίσεις από 0,64 έως 0,94 και ιδιοτιμή 3,4. Ο παράγοντας 3 αναφέρεται στην αυτό-ανάπτυξη και υπευθυνότητα αποτελείται από πέντε παράγοντες με φορτίσεις από 0,61 έως 0,93 και ιδιοτιμή 3,2 και τέλος ο παράγοντας 4 αφορά την αμοιβή και τη φύση της εργασίας, αποτελείται από τρεις μεταβλητές, ενώ οι φορτίσεις του κυμαίνονται από 0,84 έως 0,93 και έχει ιδιοτιμή 2,05 (πίνακας 12).

Στον πρώτο παράγοντα (πίνακας 12) η μεταβλητή με τη μεγαλύτερη συσχέτιση (0,98) ήταν η w3 («όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, οι συνάδελφοί σας, σας επαινούν») και αντίστοιχα η μεταβλητή με τη χαμηλότερη συσχέτιση (0,77) ήταν η w6 («περιθάλπετε αποτελεσματικά την/τον ασθενή»). Στον δεύτερο παράγοντα, η μεταβλητή με την υψηλότερη φόρτιση (0,94) ήταν η w13 («οι άλλοι συνάδελφοί σας βοηθούν») και με τη χαμηλότερη φόρτιση (0,64), η w12 («οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές

σας βοηθούν»). Στον τρίτο παράγοντα υψηλότερη φόρτιση (0,93) παρατηρήθηκε στη μεταβλητή w1 («συνεισφέρετε στα κλινικά αποτελέσματα του νοσοκομείου») και χαμηλότερη (0,61) στη μεταβλητή w7 («έχετε την ελευθερία να εφαρμόζετε ό, τι γνωρίζετε»). Τέλος, στον τέταρτο παράγοντα η μεταβλητή με την μεγαλύτερη φόρτιση (0,93) ήταν η w16 («σας παρέχεται η δυνατότητα για επαγγελματική εξέλιξη») ενώ με τη μικρότερη φόρτιση (0,84) η μεταβλητή w17 («ο μισθός σας είναι ικανοποιητικός»).

Πίνακας 12: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας GNJSS

Επαγγελματική Ικανοποίηση Νοσηλευτ. Ελλάδας-GNJSS	Παράγοντας (factor)				Ερμηνευόμενη διακύμανση (communalities)	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
	1	2	3	4			
w3	,98				,95	2,8	0,76
w14	,88				,86	2,9	0,82
w15	,85				,80	2,9	0,76
w4	,79				,66	2,8	0,83
w8	,77				,57	2,8	0,79
w13		,94			,88	2,7	0,89
w9		,88			,80	2,8	0,89
w11		,85			,72	2,6	0,90
w10		,75			,56	2,8	0,91
w12		,64			,49	2,7	0,93
w1			,93		,95	2,6	1,04
w5			,82		,73	2,6	0,96
w6			,82		,71	2,6	1,00
w2			,78		,85	2,7	1,01
w7			,61		,43	2,8	0,91
w16				,93	,91	2,5	1,06
w18				,93	,90	2,4	1,11
w17				,84	,71	2,2	1,20

KMO= **0,75** Bartlett's Test=**883,297**, $p<0,001$

Συνολική ερμ. διακύμανση	32%	19%	18%	12%	(συνολική διακύμανση: 80%)
Ιδιοτιμές	5,8	3,4	3,2	2,1	
Μέση τιμή	2,78	2,44	2,73	2,24	2,59
Τυπική απόκλιση	0,50	0,55	0,62	0,74	0,42
Διάμεσος	2,80	2,40	2,80	2,33	2,61
Ελάχιστο	1,80	1,40	1,20	1,00	1,72
Μέγιστο	4,00	4,00	3,80	4,00	3,61
Cronbach's alpha	0,93	0,90	0,90	0,93	0,67
N	51	51	51	51	51

Σημείωση: Ο πίνακας περιλαμβάνει φορτίσεις, κοινή παραγοντική διακύμανση, ιδιοτιμές, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσο & Cronbach's alpha.

1: Αλληλεπίδραση και αναγνώριση, 2: Στυλ ηγεσίας και οργανωτικές πολιτικές

3: Αυτό-ανάπτυξη και υπευθυνότητα, 4: Αμοιβή και φύση της εργασίας

Παραγοντική εγκυρότητα

Σύμφωνα με την προηγηθείσα ανάλυση, δεν υπήρξε κάποια προβληματική μεταβλητή κατά τη διενέργεια της παραγοντικής ανάλυσης (EFA) με τη μέθοδο των κυρίων αξόνων (PAF) και την πλάγια περιστροφή τύπου direct oblimin. Συνεπώς, ακολούθησαν οι έλεγχοι συγκλίνουσας (Convergent Validity) και διακρίνουσας εγκυρότητας (discriminant validity). Η σύνθετη αξιοπιστία (CR) βρέθηκε μεγαλύτερη από 0,70 (βλ. πίνακα 13), ενώ η μέση εξαγόμενη διακύμανση AVE μεγαλύτερη από 0,50 τόσο στον πρώτο (CR=0,93 και AVE=0,73), στον δεύτερο (CR=0,91 και AVE=0,67) όσο και στον τρίτο (CR=0,90 και AVE=0,64) και τέταρτο παράγοντα (CR=0,93 και AVE=0,81). Όσον αφορά την συγκλίνουσα εγκυρότητα εφόσον $AVE > 0,50$ και $CR > AVE$ αυτή υφίσταται. Το ίδιο συμβαίνει και με την διακρίνουσα εγκυρότητα καθώς, οι συσχετίσεις μεταξύ του παράγοντα και των μεταβλητών του είναι ισχυρότερες των συσχετίσεων του παράγοντα με άλλους παράγοντες (κριτήριο Fornell & Larcker, 1981 όπως παρατίθεται στον Γιαλαμά, 2022).

Πίνακας 13: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας GNJSS

Επαγγελματική Ικανοποίηση Νοσηλευτριών- Νοσηλευτών Ελλάδας-GNJSS	CR	AVE	1	2	3	4
1. Αλληλεπίδραση και αναγνώριση	,93	,73	,86*			
2. Στυλ ηγεσίας και οργανωτικών πολιτικών	,91	,67	,17	,82*		
3. Αυτοανάπτυξη και υπευθυνότητα	,90	,64	-,26	-,10	,80*	
4. Αμοιβή και φύση εργασίας	,93	,81	-,07	,06	-,22	,90*

* Η τετραγωνική ρίζα της AVE (τιμές διαγωνίου) πρέπει να είναι μεγαλύτερη από τη μεγαλύτερη συσχέτιση του παράγοντα με τους υπόλοιπους παράγοντες (κριτήριο Fornell & Larcker, 1981).

Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία

Αναφορικά με την αξιοπιστία (πίνακας 12), ο συντελεστής Cronbach's alpha έδειξε ικανοποιητική εσωτερική συνοχή από τον έλεγχο που διενεργήθηκε σε δύο επίπεδα, το πρώτο αφορούσε την κλίμακα συνολικά και το δεύτερο τον κάθε παράγοντά της ξεχωριστά. Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την συνολική κλίμακα βρέθηκε **0,67**. Ενώ για τις τέσσερις υποκλίμακες βρέθηκε **0,93** για την υποκλίμακα της αλληλεπίδρασης και αναγνώρισης, **0,93** για το στυλ της ηγεσίας και των οργανωτικών πολιτικών, **0,90** για την υποκλίμακα αυτοανάπτυξης και υπευθυνότητας και **0,90** για την αμοιβή και τη φύση της εργασίας. Τέλος, οι κατανομές των 4 παραγόντων της κλίμακας δεν αποκλίνουν από την κανονική κατανομή (βλ. πίνακα 14).

Πίνακας 14: Λοξότητα και κύρτωση κλίμακας GNJJS

<u>Επαγγελματική Ικανοποίηση</u> <u>Παράγοντας</u>	<u>Λοξότητα</u>	<u>Τυπικό σφάλμα</u>	<u>Κύρτωση</u>	<u>Τυπικό σφάλμα</u>
1 Αλληλεπίδραση και αναγνώριση	,22	,33	-,08	,66
2. Στυλ ηγεσίας και οργανωτικών πολιτικών	,41	,33	,15	,66
3. Αυτοανάπτυξη και υπευθυνότητα	-,48	,33	-,44	,66
4. Αμοιβή και φύση εργασίας	,10	,33	-,58	,66
Συνολικά η κλίμακα GNJJS	,26	,33	-,26	,66

5.1.5 Κλίμακα Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή (PPOS)

Το ερωτηματολόγιο PPOS μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στην ελληνική γλώσσα καθώς επίσης υποβλήθηκε και σε πολιτισμική προσαρμογή (cultural adaption) (Τσίμτσιου, Παπαχαρίτου, Κάντζιου, Χατζηχρήστου, & Krupat, 2006). Συνήθως, όπως διαπιστώθηκε από την ανασκόπηση άλλων ερευνών, χρησιμοποιείται από ιατρούς και ασθενείς, ωστόσο οι ερωτήσεις δεν είναι περιοριστικές ώστε να απαντηθούν και από άλλες ειδικότητες. Συνεπώς, κρίθηκε σκόπιμο να συμπληρωθεί η κλίμακα PPOS από όλες/όλους τις/τους επαγγελματίες υγείας για να γίνει στη συνέχεια σύγκριση των απαντήσεων ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, όπως το νοσηλευτικό προσωπικό, επιπρόσθετες υγειονομικές ειδικότητες (π.χ. τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων κ.λπ.) αλλά και από τις/τους ασθενείς, φροντιστές/συγγενείς ασθενών και τις λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας χωρίς κάποια χρόνια απειλητική ή μη ασθένεια. Οι υπόλοιπες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτικό προσωπικό, άλλες ειδικότητες και άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου) απάντησαν το ερωτηματολόγιο για το τι πιστεύουν ότι ισχύει στις/στους ιατρούς και όχι στην ειδικότητά τους.

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση

Η κλίμακα Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή (PPOS) αποτελούνταν από 18 ερωτήσεις. Πριν τη διενέργεια της παραγοντικής ανάλυσης έγινε αντιστροφή βαθμολόγησης των ερωτήσεων (PPOS9, PPOS13, PPOS17). Ο έλεγχος καταλληλότητας των δεδομένων εντόπισε ότι η κλίμακα πληρούσε τα κριτήρια παραγοντοποίησης ($KMO=0,93$ και $Bartlett\ test\ of\ Sphericity=4313,018, p>0,001$) και οι τιμές του δείκτη MSA (Measures of Sampling Adequacy), σε όλες τις μεταβλητές οι τιμές ήταν $>0,6$. Τα παραπάνω επικυρώνουν την καταλληλότητα των δεδομένων για την διενέργεια παραγοντικής ανάλυσης-EFA με τη μέθοδο PAF (principal axis

factoring) και την πλάγια περιστροφή τύπου direct oblimin. Οι εταιρικότητες που σχημάτισαν οι μεταβλητές ήταν ικανοποιητικές καθώς κυμάνθηκαν από 0,30 έως 0,84 (>0,5 επιθυμητή, >0,2 αποδεκτή), ενώ όσον αφορά τις διακυμάνσεις και τις ιδιοτιμές των δύο παραγόντων που εξήχθησαν, αυτοί εξηγούν περίπου το 68% της συνολικής διακύμανσης με ιδιοτιμή 8,9 και 3,5 αντίστοιχα. Ο πρώτος παράγοντας (πίνακας 15) ερμηνεύει το 49% της διακύμανσης και ο δεύτερος παράγοντας το 19 %.

Πίνακας 15: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας PPOS

Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή-PPOS	Παράγοντας (factor)		Ερμηνεύσιμη διακύμανση (communalities)	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
	1	2			
PPOS12	,94		,84	3,7	1,33
PPOS15	,93		,84	3,9	1,55
PPOS18	,91		,80	3,7	1,54
PPOS4	,86		,76	3,6	1,59
PPOS1	,81		,74	3,8	1,53
PPOS10	,80		,61	3,9	1,61
PPOS5	,80		,62	3,7	1,56
PPOS8	,51		,30	4,2	1,27
PPOS9 (-)*	,51		,31	4,1	1,65
PPOS14		,91	,80	4,0	1,34
PPOS7		,89	,77	3,9	1,35
PPOS17 (-)		,85	,66	3,7	1,23
PPOS2		,85	,77	4,0	1,40
PPOS13 (-)		,81	,63	3,8	1,57
PPOS16		,76	,53	3,7	1,23
PPOS3		,74	,66	4,0	1,25
PPOS6		,69	,55	4,1	1,26
PPOS11		,63	,56	3,9	1,33

KMO= 0,93 Bartlett's Test=4313,018, p<0,001

Συνολική ερμηνεύσιμη διακύμανση	49%	19%	(συνολική διακύμανση: 68%)
Ιδιοτιμές	8,9	3,5	
Μέση τιμή	3,62	3,80	3,66
Τυπική απόκλιση	1,29	1,15	0,75
Διάμεσος	3,78	3,89	3,78
Ελάχιστο	1,00	1,00	1,83
Μέγιστο	6,00	6,00	5,11
Cronbach's alpha	0,94	0,94	0,94
N	273	273	273

Σημείωση: Ο πίνακας περιλαμβάνει φορτίσεις, κοινή παραγοντική διακύμανση, ιδιοτιμές, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσο & Cronbach's alpha.

1: Υποκλίμακα Συμμετοχής, 2: Υποκλίμακα Φροντίδας

*Το (-) δηλώνει τις προτάσεις με αρνητική διατύπωση στις οποίες έγινε αντιστροφή βαθμολογίας.

Οι παράγοντες που εξήχθησαν ήταν δύο γεγονός που επιβεβαιώνεται και από το θεωρητικό κατασκεύασμα της της εκτίμησης προσανατολισμού ιατρού-ασθενή. Ο παράγοντας 1 αναφέρεται στη συμμετοχή, αποτελείται από εννέα μεταβλητές με φορτίσεις από 0,51 έως 0,94 και ιδιοτιμή 8,9 και ο παράγοντας 2 αναφέρεται στη φροντίδα, περιλαμβάνει επίσης εννέα μεταβλητές με φορτίσεις από 0,63 έως 0,91 και ιδιοτιμή 3,5 (πίνακας 15). Για τον πρώτο παράγοντα η υψηλότερη φόρτιση (0,94)

εντοπίζεται στη μεταβλητή PPOS12 «(όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τη/τον γιατρό τους, αυτό αποτελεί ένδειξη πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται)» και η χαμηλότερη (0,51) στη μεταβλητή PPOS9 («οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, μέσα σε μία ισότιμη σε ισχύ σχέση»).

Αντίστοιχα για τον δεύτερο παράγοντα, η μεταβλητή με την υψηλότερη φόρτιση (0,91) είναι η PPOS14 («οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν με την επίσκεψη στο γιατρό τους, όσο πιο σύντομα γίνεται») και η μεταβλητή με τη χαμηλότερη φόρτιση (0,63) η PPOS11 («εάν τα βασικά χαρακτηριστικά του γιατρού είναι το να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του, τότε δε θα γίνει ποτέ ιδιαίτερα επιτυχημένος»).

Παραγοντική εγκυρότητα

Οι έλεγχοι συγκλίνουσας (Convergent Validity) και διακρίνουσας εγκυρότητας (discriminant validity), έδειξαν ότι υφίσταται (πίνακας 16) και συγκλίνουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα, καθώς, η σύνθετη αξιοπιστία (CR) βρέθηκε 0,98 στον πρώτο παράγοντα και 0,97 στον δεύτερο ($CR > 0,70$), ενώ η μέση εξαγόμενη διακύμανση (AVE) βρέθηκε 0,64 στον πρώτο παράγοντα και 0,66 στον δεύτερο ($AVE > 0,50$). Όσον αφορά την συγκλίνουσα εγκυρότητα εφόσον $AVE > 0,50$ και $CR > AVE$ αυτή υφίσταται. Το ίδιο συμβαίνει και με την διακρίνουσα εγκυρότητα καθώς, οι συσχετίσεις μεταξύ του παράγοντα και των μεταβλητών του είναι ισχυρότερες των συσχετίσεων του παράγοντα με άλλους παράγοντες (κριτήριο Fornell & Larcker, 1981 όπως παρατίθεται στον Γιαλαμά, 2022). Πιο συγκεκριμένα οι συσχετίσεις μεταξύ του πρώτου παράγοντα και των μεταβλητών του βρέθηκε 0,80 και στον δεύτερο 0,81 ενώ η συσχέτιση του δεύτερου και του πρώτου παράγοντα 0,44.

Πίνακας 16: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας PPOS

Εκτίμηση Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή	CR	AVE	1	2
1. Συμμετοχή	,98	,64	,80*	
2. Φροντίδα	,97	,66	,44	,81*

* Η τετραγωνική ρίζα της AVE (τιμές διαγωνίου) πρέπει να είναι μεγαλύτερη από τη μεγαλύτερη συσχέτιση του παράγοντα με τους υπόλοιπους παράγοντες (κριτήριο Fornell & Larcker, 1981).

Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία

Η εσωτερική συνοχή (internal consistency) και αξιοπιστία (reliability) της κλίμακας Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή PPOS (πίνακας 15) ελέγχθηκε με τον συντελεστή αξιοπιστίας (reliability coefficient) Cronbach's alpha συνολικά για όλο το δείγμα καθώς και πιο ειδικά τόσο για τις/τους επαγγελματίες υγείας (192 υποκείμενα) όσο και για τις/τους ασθενείς (81 υποκείμενα). Στη συνέχεια ελέγχθηκε για τις επιμέρους ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας (ιατρούς, νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, άλλες ειδικότητες, άλλες υπηρεσίες νοσοκομείο).

Στο συνολικό δείγμα (πίνακας 15), ο συντελεστής Cronbach's alpha βρέθηκε **0,94** για τη συνολική κλίμακα και για τις υποκλίμακες 0,94 (υποκλίμακα συμμετοχής) και 0,94 για την υποκλίμακα φροντίδας. Στο δείγμα των επαγγελματιών υγείας ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha βρέθηκε **0,94** για τη συνολική κλίμακα (0,93 για την υποκλίμακα συμμετοχής και 0,94 για την υποκλίμακα φροντίδας). Αντίστοιχα, στο δείγμα των χρηστών υπηρεσιών υγείας υπολογίστηκε στο **0,93** για τη συνολική κλίμακα (0,94 στην υποκλίμακα συμμετοχής και 0,95 στην υποκλίμακα φροντίδας).

Τέλος, οι κατανομές των 2 παραγόντων της κλίμακας δεν αποκλίνουν από την κανονική κατανομή, σύμφωνα με τις τιμές της κύρτωσης και της λοξότητας, οι οποίες βρέθηκαν -0,30 τυπικό σφάλμα 0,15 για τον πρώτο παράγοντα και -0,60 τ.σ. 0,15 για τον δεύτερο, ενώ οι τιμές της κύρτωσης βρέθηκαν -0,93 τ.σ. 0,30 για τον πρώτο παράγοντα και -0,39 τ.σ. 0,30 για τον δεύτερο παράγοντα.

5.1.6 Κλίμακα Πεποιθήσεων Ιατρού (PBS)

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση

Το παρόν ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τις/τους ιατρούς της έρευνας (N=121). Η κλίμακα πεποιθήσεων Ιατρού αποτελούνταν από 14 ερωτήσεις. Ο έλεγχος καταλληλότητας των δεδομένων εντόπισε ότι η κλίμακα πληρούσε τα κριτήρια παραγοντοποίησης (KMO=0,92 και Bartlett test of Sphericity=1864,883, $p>0,001$) και οι τιμές του δείκτη MSA (Measures of Sampling Adequacy), σε όλες τις μεταβλητές οι τιμές ήταν $>0,6$. Τα παραπάνω επικυρώνουν την καταλληλότητα των δεδομένων για την διενέργεια παραγοντικής ανάλυσης-EFA με τη μέθοδο PAF (principal axis factoring) και την πλάγια περιστροφή τύπου direct oblimin. Οι εταιρικότητες που σχημάτισαν οι μεταβλητές ήταν ικανοποιητικές καθώς κυμάνθηκαν από 0,25 έως 0,89 ($>0,5$ επιθυμητή και $>0,2$ για να είναι αποδεκτή η τιμή), ενώ όσον αφορά τις διακυμάνσεις και τις ιδιοτιμές των δύο παραγόντων που εξήχθησαν, αυτοί εξηγούν περίπου το 74% της συνολικής διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας (πίνακας 17) ερμηνεύει το 63% της διακύμανσης και ο δεύτερος παράγοντας το 10%. Οι παράγοντες που εξήχθησαν ήταν δύο γεγονός που επιβεβαιώνεται και από το θεωρητικό κατασκεύασμα της κλίμακας.

Ο παράγοντας 1 αναφέρεται στις πεποιθήσεις και τα συναισθήματα των ιατρών, αποτελείται από οκτώ μεταβλητές με φορτίσεις από 0,62 έως 0,90 και ιδιοτιμή 8,9 και ο παράγοντας 2 αναφέρεται στην επιβάρυνση των ιατρών, περιλαμβάνει έξι μεταβλητές με φορτίσεις από 0,50 έως 0,96 και ιδιοτιμή 1,4 (πίνακας 17).

Για τον πρώτο παράγοντα η υψηλότερη φόρτιση (0,92) εντοπίζεται στη μεταβλητή PBS3 (*«αν αναφερθώ στα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, οι ασθενείς θα το απορρίψουν σαν θέμα συζήτησης και δεν πρόκειται να τα αναφέρουν ξανά»*) και η χαμηλότερη (0,62) στη μεταβλητή PBS7 (*«το άγχος που όλοι βιώνουμε δεν επηρεάζει σημαντικά την έναρξη ή την εξέλιξη μιας ασθένειας»*).

Ενώ για τον δεύτερο παράγοντα, η μεταβλητή με την υψηλότερη φόρτιση (0,96) είναι η PBS11 (*«η διερεύνηση ψυχοκοινωνικών θεμάτων των ασθενών μου μειώνει την αποδοτικότητά μου»*) και με την χαμηλότερη (0,50) η μεταβλητή PBS10 (*«υπάρχουν τόσα θέματα για να διερευνηθούν όταν βλέπεις έναν ασθενή, ώστε τα ψυχοκοινωνικά θέματα συχνά παραβλέπονται»*).

Πίνακας 17: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας PBS

Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή	Παράγοντας (factor)		Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	
	1	2			Ερμηνευόμενη διακύμανση (communalities)
PBS3	,90		,75	2,9	1,17
PBS1	,88		,89	3,0	1,47
PBS6	,86		,80	3,0	1,21
PBS13	,85		,84	3,3	1,63
PBS14	,80		,74	3,1	1,53
PBS12	,78		,79	2,8	1,49
PBS2	,70		,75	2,7	1,28
PBS7	,62		,38	2,3	1,00
PBS11		,96	,91	2,4	1,23
PBS5		,94	,87	2,4	1,21
PBS9		,72	,60	2,6	1,26
PBS4		,57	,25	2,7	1,10
PBS8		,43	,53	2,8	1,38
PBS10		,50	,60	3,1	1,30

KMO=0,92, Bartlett's Test=1864,883, p<0,001

Συνολική ερμηνευόμενη διακύμανση	63%	11%	(συνολική διακύμανση: 74%)
Ιδιοτιμές	8,9	1,4	
Μέση τιμή	2,88	2,66	2,78
Τυπική απόκλιση	1,19	0,97	1,04
Διάμεσος	3,50	2,67	3,21
Ελάχιστο	1,00	1,17	1,14
Μέγιστο	4,75	4,83	4,57
Cronbach's alpha	0,96	0,87	0,95
N	121	121	121

Σημείωση: Ο πίνακας περιλαμβάνει φορτίσεις, κοινή παραγοντική διακύμανση, ιδιοτιμές, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσο & Cronbach's alpha.

1: Πεποιθήσεις και Συναισθήματα Ιατρών, 2: Επιβάρυνση Ιατρών

Παραγοντική εγκυρότητα

Οι έλεγχοι συγκλίνουσας και διακρίνουσας εγκυρότητας, έδειξαν ότι υφίσταται (πίνακας 18) τόσο η συγκλίνουσα (CR=0,94 και AVE=0,65 για τον πρώτο παράγοντα και CR=0,86 και AVE=0,50 για τον δεύτερο) όσο και διακρίνουσα εγκυρότητα καθώς, οι συσχετίσεις μεταξύ του παράγοντα και των μεταβλητών του (0,81 για τον πρώτο παράγοντα και 0,71 για τον δεύτερο) είναι ισχυρότερες των συσχετίσεων του παράγοντα με άλλους παράγοντες (0,62).

Πίνακας 18: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας PBS

Πεποιθήσεις Ιατρών	CR	AVE	1	2
1. Πεποιθήσεις και Συναισθήματα	,94	,65	,81*	
2. Επιβάρυνση	,86	,50	,62	,71*

* Η τετραγωνική ρίζα της AVE (τιμές διαγωνίου) πρέπει να είναι μεγαλύτερη από τη μεγαλύτερη συσχέτιση του παράγοντα με τους υπόλοιπους παράγοντες (κριτήριο Fornell & Larcker, 1981).

Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία

Η εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία (βλ. πίνακα 17) του ερωτηματολογίου (internal consistency and reliability) ελέγχθηκε με τον δείκτη Cronbach's alpha τόσο συνολικά για την Κλίμακα PBS (14 ερωτήσεις-σύντομη μορφή)²³ όσο και για τις 2 υποκλίμακές της, την **Υποκλίμακα Πεποιθήσεων και Συναισθημάτων** (Belief and Feeling Subscale)²⁴, την οποία απαρτίζουν 8 ερωτήσεις (ελάχιστος βαθμός 8 και μέγιστος 40): 2,3,5,13,16,28,30,33²⁵ και την **Υποκλίμακα Επιβάρυνσης** (Burden Subscale)²⁶ την οποία απαρτίζουν 6 ερωτήσεις (ελάχιστος βαθμός 6 και μέγιστος 30): 1,4,6,7,14. Η εσωτερική συνέπεια ελέγχθηκε στο σύνολο των απαντήσεων και στη συνέχεια εξατομικεύτηκε στις εκάστοτε ειδικότητες (ιατροί, νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, άλλες ειδικότητες υγειονομικών). Ο δείκτης βρέθηκε **0,95** για την κλίμακα στο σύνολό της σε όλο το δείγμα (121 ερωτηθείσες/ερωτηθέντες) 0,96 για την Υποκλίμακα Πεποιθήσεων και Συναισθημάτων και 0,87 για την Υποκλίμακα της Επιβάρυνσης. Πρόκειται για υψηλή εσωτερική συνοχή της κλίμακας. Τέλος, οι δύο παράγοντες της κλίμακας δεν αποκλίνουν από την κανονική κατανομή, καθώς η λοξότητα για τον πρώτο παράγοντα βρέθηκε -0,46 τ.σ. 0,22, ενώ για τον δεύτερο παράγοντα 0,26 τ.σ. 0,22 και η κύρτωση αντίστοιχα -1,52 τ.σ. 0,44 για τον πρώτο παράγοντα και -1,01 τ.σ. 0,44 για τον δεύτερο παράγοντα.

²³ Η Κλίμακα Πεποιθήσεων Ιατρού-Physician Belief Scale (PBS), μεταφράστηκε και σταθμίστηκε (βλ. κεφάλαιο 3.1.3 *Όργανα Μέτρησης*) στην ελληνική γλώσσα από την Τσίμισιου, Παπαχαρίτου και Χατζηχρήστου το 2006 (Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 89:276-282). Ζητήθηκε γραπτή άδεια από την κ. Τσίμισιου για την χρήση του ερωτηματολογίου στην παρούσα έρευνα (βλ. σχετικό παράρτημα).

²⁴ Διερευνά τα συναισθήματα και τις εντυπώσεις που πιστεύουν οι ιατροί ότι προκαλεί η ενασχόληση με τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα.

²⁵ Η επιπρόσθετη νέα τοποθέτηση («αντλώ μεγάλη ικανοποίηση από τη θεραπεία των ασθενών μου»).

²⁶ Καταγράφει την αίσθηση της επιβάρυνσης που θεωρούν οι ιατροί ότι επωμίζονται όταν προσεγγίζουν ψυχοκοινωνικά θέματα των ασθενών τους.

5.1.7 Κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας (API)

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 14 ερωτήσεις, τρεις εκ των οποίων αντιστράφηκαν για τη βαθμολογική μέτρηση (API9, API11 και API13). Συμπληρώθηκε από 81 χρήστες υπηρεσιών υγείας συνολικά. Από το σύνολο αυτό οι 18 ήταν ασθενείς με κάποια χρόνια απειλητική ή μη ασθένεια, οι 46 ήταν λήπτες υπηρεσιών υγείας εν γένει (χωρίς κάποια ασθένεια) και οι 17 ήταν φροντίστριες/φροντιστές/συγγενείς ασθενών με κάποια χρόνια ασθένεια. Από τον έλεγχο καταλληλότητας των δεδομένων (πίνακας 19), φάνηκε ότι η κλίμακα πληρούσε τα κριτήρια παραγοντοποίησης ($KMO=0,83$ και $Bartlett\ test\ of\ Sphericity=41184,316$, $p=0,001$) και κατά συνέπεια η μέθοδος της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης των μεταβλητών είναι αποδεκτή ως τεχνική ανάλυσης των δεδομένων. Οι τιμές MSA (Measures of Sampling Adequacy) των μεταβλητών βρέθηκαν ικανοποιητικές καθώς ξεπερνούσαν το 0,6 (κυμάνθηκαν από 0,70 έως 0,97). Η διενεργηθείσα μέθοδος παραγοντικής ανάλυσης ήταν η ανάλυση των κυρίων αξόνων (PAF) και η πλάγια περιστροφή με την τεχνική *direct oblmin*. Συνολικά εξήχθησαν τρεις παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 80% της συνολικής διακύμανσης. Πιο συγκεκριμένα, ο πρώτος παράγοντας ερμηνεύει το 48%, ο δεύτερος το 22% και ο τρίτος το 10% περίπου της συνολικής διακύμανσης.

Εξίσου ικανοποιητικές βρέθηκαν (πίνακας 19) και οι τιμές της διακύμανσης των μεταβλητών (communalities), οι οποίες κυμάνθηκαν από 0,36 έως 0,97 ($>0,5$ επιθυμητή, $<0,2$ αποδεκτή). Όσον αφορά τους παράγοντες που εξήχθησαν (πίνακας 19), ο πρώτος, ονομάζεται «λήψη απόφασης στην επιδείνωση της υγείας», αποτελείται από έξι μεταβλητές, με φορτίσεις που κυμαίνονται από 0,88 (μικρότερη συσχέτιση API13 «*εάν η ασθένειά σας θα επιδεινωόταν, θα θέλατε ή/ο γιατρός σας να αναλάμβανε μεγαλύτερο έλεγχο*») έως 0,97 (μεγαλύτερη συσχέτιση API9: «*οι σημαντικές ιατρικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από το γιατρό σας και όχι από εσάς*») και ιδιοτιμή 6,7. Ο δεύτερος παράγοντας, «λήψη απόφασης για την υγεία», αποτελείται από τρεις μεταβλητές με φορτίσεις από 0,87 έως 0,90 και ιδιοτιμή 3,1. Η μεταβλητή με τη χαμηλότερη φόρτιση ήταν η API5 («*θα πρέπει να σας δίνονται πληροφορίες μόνο όταν ΕΣΕΙΣ τις ζητήσετε*») και με την υψηλότερη η API4 («*ο γιατρός σας θα πρέπει να σας εξηγεί γιατί χρειάζεται να κάνετε εξετάσεις*»). Ενώ τέλος, ο τρίτος παράγοντας με

ιδιοτιμή 1,3, ονομάζεται «αναζήτηση πληροφορίας» και αποτελείται από πέντε μεταβλητές με φορτίσεις οι οποίες κυμαίνονται από 0,42 έως 0,85. Η μεταβλητή με την χαμηλότερη συσχέτιση ήταν η API7 («η ενημέρωση σχετικά με την ασθένειά σας είναι το ίδιο σημαντική όσο και η θεραπεία») και η API3 αντίστοιχα, ήταν η μεταβλητή με τη μεγαλύτερη συσχέτιση («ακόμα κι εάν τα νέα είναι άσχημα, θα πρέπει να είστε καλά πληροφορημένοι»).

Πίνακας 19: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας API

	Παράγοντας (factor)			Ερμηνευόμενη διακύμανση (communalities)	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
	1	2	3			
API9 (-)*	,97			,97	2,95	1,34
API12	,95			,90	2,98	1,30
API14	,95			,90	2,91	1,25
API11 (-)	,91			,85	2,89	1,30
API10	,89			,81	2,81	1,16
API13 (-)	,88			,74	2,70	1,38
API4		,90		,97	4,64	0,62
API6		,87		,75	4,58	0,65
API5		,87		,71	4,49	0,65
API3			,85	,81	4,14	0,58
API2			,78	,65	4,57	0,59
API1			,72	,56	2,87	1,23
API8			,64	,36	4,47	0,69
API7			,42	,41	4,48	0,67

KMO= **0,83**, Bartlett's Test=41184,316, p<0,001

Συνολική ερμηνευόμενη διακύμανση	48%	22%	10%	(συνολική διακύμανση: 80%)
Ιδιοτιμές	6,7	3,1	1,3	
Μέση τιμή	2,88	4,57	4,10	3,69
Τυπική απόκλιση	1,23	0,59	0,55	0,59
Διάμεσος	2,50	5,00	4,24	3,71
Ελάχιστο	1,00	3,00	2,48	2,29
Μέγιστο	5,00	5,00	5,00	4,86
Cronbach's alpha	,97	,92	,84	,91
N	81	81	81	81

Σημείωση: Ο πίνακας περιλαμβάνει φορτίσεις, κοινή παραγοντική διακύμανση, ιδιοτιμές, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσο & Cronbach's alpha.

1: Λήψη απόφασης για την επιδείνωση της υγείας, 2: Λήψη απόφασης για την υγεία, 3: Αναζήτηση Πληροφόρησης.

*Το (-) δηλώνει τις προτάσεις με αρνητική διατύπωση στις οποίες έγινε αντιστροφή βαθμολογίας.

Παραγοντική εγκυρότητα

Εφόσον, δεν υπήρξε κάποια προβληματική μεταβλητή κατά τη διενέργεια της παραγοντικής ανάλυσης (EFA) με τη μέθοδο των κυρίων αξόνων (PAF), ακολούθησαν οι έλεγχοι συγκλίνουσας (Convergent Validity) και διακρίνουσας εγκυρότητας (discriminant validity) της κλίμακας (πίνακας 20). Η σύνθετη αξιοπιστία (CR) βρέθηκε 0,97 για τον πρώτο παράγοντα και μέση εξαγόμενη διακύμανση (AVE) 0,85. Για τον

δεύτερο παράγοντα, CR=0,93 και AVE=0,77 ενώ για τον τρίτο CR=0,70 και AVE=0,50. Επομένως, εφόσον η μέση εξαγόμενη διακύμανση είναι μεγαλύτερη από 0,50 και η CR>AVE η συγκλίνουσα εγκυρότητα μπορεί να υποθεθεί. Αντίστοιχα, υφίσταται και η συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς οι συσχετίσεις του παράγοντα με τις μεταβλητές του είναι μεγαλύτερες από ό,τι οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων.

Πίνακας 20: Συγκλίνουσα & διακρίνουσα εγκυρότητα κλίμακας API

Κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας (API)	CR	AVE	1	2	3
1. Λήψη απόφασης στην επιδείνωση της υγείας	,98	,85	,92*		
2. Λήψη απόφασης για την υγεία	,93	,77	,21	,88*	
3. Αναζήτηση Πληροφορίας	,87	,50	,40	,52	,70*

* Η τετραγωνική ρίζα της AVE (τιμές διαγωνίου) πρέπει να είναι μεγαλύτερη από τη μεγαλύτερη συσχέτιση του παράγοντα με τους υπόλοιπους παράγοντες (κριτήριο Fornell & Larcker, 1981).

Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία

Η εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία (internal consistency and reliability) του ερωτηματολογίου μέσω του δείκτη Cronbach's alpha (πίνακας 19), βρέθηκε **0,91** για την Κλίμακα API συνολικά, 0,97 για παράγοντα λήψης απόφασης για την επιδείνωση της υγείας, 0,92 για τον παράγοντα λήψης απόφασης για την υγεία και για τον παράγοντα αναζήτησης πληροφορίας 0,84. Ως εκ τούτου, η υψηλή εσωτερική συνοχή και συνέπεια του ερωτηματολογίου επέτρεψε το τελευταίο στάδιο ελέγχων που αφορούσαν την καταλληλότητα του δείγματος. Οι 3 παράγοντες δεν απέκλιναν από την κανονική κατανομή καθώς η λοξότητα βρέθηκε 0,42, τυπικό σφάλμα 0,27 για τον πρώτο παράγοντα, 0,42 τ.σ. 0,27 για τον δεύτερο και -0,61 τ.σ. 0,27 για τον τρίτο. Αντίστοιχα οι τιμές της κύρτωσης βρέθηκαν -1,1, τ.σ. 0,53 για τον πρώτο παράγοντα, 0,80 τ.σ. 0,53 για τον δεύτερο και 0,06 τ.σ. 0,53 για τον τελευταίο παράγοντα.

5.1.8 Κλίμακα Γενικών Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη (GSAME)

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 9 ερωτήσεις και συμπληρώθηκε επίσης από 81 χρήστες υπηρεσιών υγείας συνολικά (n=18 ασθενείς με κάποια χρόνια απειλητική ή μη ασθένεια, n=46 λήπτες/λήπτριες υπηρεσιών υγείας χωρίς κάποια ασθένεια και n=17 φροντίστριες/φροντιστές/συγγενείς ασθενών με κάποια χρόνια ασθένεια). Πριν την έναρξη διενέργειας των ελέγχων πραγματοποιήθηκε αντιστροφή στη βαθμολόγηση τριών ερωτήσεων με αρνητική διατύπωση (GSAME3, GSAME4, GSAME9). Στο πρώτο στάδιο ελέγχου (πίνακας 21) της καταλληλότητας των δεδομένων, οι τιμές του δείκτη KMO και Bartlett βρέθηκαν ικανοποιητικές (KMO=0,70 και Bartlett test of Sphericity=472,442, $p<0,001$) και υποστηρίζουν την καταλληλότητα της παραγοντικής ανάλυσης. Στο ίδιο πλαίσιο και οι τιμές καταλληλότητας MSA (Measures of Sampling Adequacy) των μεταβλητών, οι οποίες ήταν >0,6 για την εκάστοτε μεταβλητή.

Η διενεργηθείσα μέθοδος παραγοντικής ανάλυσης ήταν η ανάλυση των κυρίων αξόνων (PAF) και η πλάγια περιστροφή με την τεχνική direct oblimin. Τα ποσοστά διακύμανσης των μεταβλητών (communalities) που ερμηνεύονται από τους παράγοντες που επιλέχθηκαν κρίθηκαν ικανοποιητικά καθώς στην πλειονότητά τους κυμαίνονταν από 0,27 (τιμή η οποία κρίνεται αποδεκτή) έως 0,93 τιμή η οποία θεωρείται ικανοποιητική. Αναλυτικότερα, οι φορτίσεις των μεταβλητών κυμάνθηκαν από 0,51 έως 0,93. Συνολικά εξήχθησαν δύο παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 66% της συνολικής διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας ερμηνεύει το 34% και ο δεύτερος το 33% της συνολικής διακύμανσης (βλ. πίνακα 21).

Ο πρώτος παράγοντας που εξήχθη ονομάζεται «απόψεις για τα ιατρικά λάθη», αποτελείται από πέντε μεταβλητές, ιδιοτιμή 3,03 και φορτίσεις, οι οποίες κυμαίνονται από 0,51 έως 0,93. Η μεταβλητή με την υψηλότερη συσχέτιση ήταν η ERR4 («έχει και η/ο ασθενής ευθύνη για τα λάθη που κάνουν οι γιατροί») με φόρτιση 0,93 και η μεταβλητή με την χαμηλότερη συσχέτιση στον πρώτο παράγοντα ήταν η ERR5 («η/ο ασθενής δικαιούται να περιμένει ότι η/ο γιατρός δεν θα κάνει λάθος») με φόρτιση 0,51 (πίνακας 21).

Ο δεύτερος παράγοντας ονομάζεται «πληροφόρηση και πιθανότητα καταγγελίας για το ιατρικό λάθος», αποτελείται από 4 μεταβλητές, ιδιοτιμή 2,95 και φορτίσεις από 0,72 έως 0,87. Την υψηλότερη συσχέτιση με τον παράγοντα (0,87) την

παρουσιάζει η μεταβλητή ERR8 («οι ασθενείς θα πρέπει να παίρνουν αποζημίωση εάν έχει γίνει λάθος, ακόμα και σε περίπτωση που δεν έχει δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα») και την χαμηλότερη συσχέτιση (0,72) η μεταβλητή ERR2 («η/ο ασθενής θα πρέπει να παίρνει οικονομική αποζημίωση, σε περίπτωση που δημιουργηθεί πρόβλημα εξαιτίας ιατρικού λάθους»), όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 21.

Πίνακας 21: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας GSAME

	Παράγοντας (factor)		Ερμηνεύσιμη διακύμανση (communalities)	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
	1	2			
ERR4 (-) ^a	,93		,86	4,22	0,92
ERR3 (-)	,92		,85	4,17	0,93
ERR9 (-)	,66		,44	3,95	1,09
ERR6	,52		,27	3,90	1,09
ERR5	,51		,27	4,05	0,91
ERR1		,87	,75	3,68	1,17
ERR8		,83	,69	3,23	1,31
ERR7		,78	,62	3,02	1,29
ERR2		,72	,53	3,65	1,17

KMO= **0,70**, Bartlett's Test=**472,442**, p<**0,001**

Συνολική ερμηνεύσιμη διακύμανση	34%	33%	(συνολική διακύμανση: 66%)
Ιδιοτιμές	3,0	2,9	
Μέση τιμή	3,40	4,57	3,37
Τυπική απόκλιση	1,06	0,76	0,38
Διάμεσος	3,25	4,00	3,33
Ελάχιστο	1,00	2,00	2,56
Μέγιστο	5,00	5,00	4,56
Cronbach's alpha	0,82	0,88	0,75
N	81	81	81

Παραγοντική εγκυρότητα

Κλίμακα Απόψεων για τα Ιατρικά λάθη	CR	AVE	1	2
1. Απόψεις για τα ιατρικά λάθη	,84	,53	,73*	
2. Πληροφόρηση για το ιατρικό λάθος & καταγγελία	,87	,60	,04	,80*

Έλεγχος Κανονικότητας

	Λοξότητα	Τυπικό σφάλμα	Κύρτωση	Τυπικό σφάλμα
1. Απόψεις για τα ιατρικά λάθη	-,25	,27	-,26	,53
2. Πληροφόρηση για το ιατρικό λάθος και πιθανότητα καταγγελίας	-,64	,27	-,03	,53
Συνολικά η κλίμακα PBS	,18	,27	,17	,53

Σημείωση: Ο πίνακας περιλαμβάνει φορτίσεις, κοινή παραγοντική διακύμανση, ιδιοτιμές, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσο & Cronbach's alpha, παραγοντική εγκυρότητα και έλεγχο κανονικότητας.

1: Απόψεις για τα ιατρικά λάθη, 2: Πληροφόρηση και πιθανότητα καταγγελίας για το ιατρικό λάθος

^a Το (-) δηλώνει τις προτάσεις με αρνητική διατύπωση στις οποίες έγινε αντιστροφή βαθμολογίας.

* Η τετραγωνική ρίζα της AVE (τιμές διαγωνίου) πρέπει να είναι μεγαλύτερη από τη μεγαλύτερη συσχέτιση του παράγοντα με τους υπόλοιπους παράγοντες (κριτήριο Fornell & Larcker, 1981).

Παραγοντική εγκυρότητα

Εφόσον, δεν υπήρξε κάποια προβληματική μεταβλητή κατά τη διενέργεια της παραγοντικής ανάλυσης (EFA) με τη μέθοδο των κυρίων αξόνων (PAF), ακολούθησαν οι έλεγχοι συγκλίνουσας (Convergent Validity) και διακρίνουσας εγκυρότητας (discriminant validity) της κλίμακας. Η σύνθετη αξιοπιστία (CR) βρέθηκε 0,84 για τον πρώτο παράγοντα και μέση εξαγόμενη διακύμανση (AVE) 0,53 και για τον δεύτερο παράγοντα, CR=0,87 και AVE=0,60. Επομένως, εφόσον η μέση εξαγόμενη διακύμανση είναι μεγαλύτερη από 0,50 και η CR>AVE η συγκλίνουσα εγκυρότητα μπορεί να υποστηριχθεί. Αντίστοιχα, υφίσταται και η συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς οι συσχετίσεις του παράγοντα με τις μεταβλητές του είναι μεγαλύτερες από ό,τι οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων (βλ. πίνακα 21).

Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία

Η εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία (internal consistency and reliability) του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τον δείκτη Cronbach's alpha και βρέθηκε **0,75** στο σύνολο της κλίμακας, **0,82** στον πρώτο παράγοντα (απόψεις για τα ιατρικά λάθη) και **0,88** στον δεύτερο παράγοντα (πληροφόρηση και πιθανότητα καταγγελίας για το ιατρικό λάθος). Ο ικανοποιητικός δείκτης εσωτερικής συνοχής επέτρεψε τη διεξαγωγή των στατιστικών ελέγχων που ακολουθούν (βλ. πίνακα 21). Αναφορικά με τον έλεγχο κανονικότητας, η κλίμακα δεν απέκλινε από την κανονική κατανομή (βλ. έλεγχο κανονικότητας στον πίνακα 21).

5.1.9 Κλίμακα Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας στον Θεό (GLHC)

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 6 ερωτήσεις και συμπληρώθηκε από τις χρήστριες και τους χρήστες υπηρεσιών υγείας (n=81) συνολικά (N=18 ασθενείς, N=46 λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας και N=17 συγγενείς/φροντίστριες/-ές ασθενών) και τα αποτελέσματα της καταλληλότητας των δεδομένων πληρούσαν τα κριτήρια παραγοντοποίησης.

Πίνακας 22: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας GLHC

Απόδοση ελέγχου της υγείας στον Θεό-GLHC	Παράγοντας (factor)		Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
	1	Ερμηνευόμενη διακύμανση (communalities)		
GLHC4	,97	,94	1,48	0,87
GLHC3	,92	,85	1,41	0,70
GLHC5	,92	,84	1,48	0,79
GLHC2	,90	,81	1,47	0,90
GLHC1	,89	,79	1,60	0,96
GLHC6	,87	,76	1,46	0,84

KMO= **0,89**, Bartlett's Test=**612,020**, p<**0,001**

Συνολική ερμηνευόμενη διακύμανση	86%	(συνολική διακύμανση: 86%)
Ιδιοτιμές	5,2	
Μέσος όρος	1,49	
Τυπική απόκλιση	,78	
Διάμεσος	1,00	
Ελάχιστο	1,00	
Μέγιστο	3,83	
Cronbach's alpha	,96	
N	81	

Παραγοντική Εγκυρότητα

CR (Σύνθετη Αξιοπιστία)	,97
AVE (Μέση Εξαγόμενη Διακύμανση)	,83
Square root of AVE (Τετραγωνική ρίζα AVE)	,91

Σημείωση: Ο πίνακας περιλαμβάνει φορτίσεις, κοινή παραγοντική διακύμανση, ιδιοτιμές, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσο & Cronbach's alpha και παραγοντική εγκυρότητα.

1: Απόδοση ελέγχου της υγείας στον Θεό

Τόσο οι τιμές KMO και Bartlett's test (KMO=0,89 και Bartlett's test=612,020,p=0,001), όσο και οι τιμές καταλληλότητας δείγματος MSA (>0,60) για την εκάστοτε μεταβλητή κατέστησαν το δείγμα κατάλληλο για παραγοντική ανάλυση (βλ. πίνακα 22). Ακολούθως και οι έλεγχοι των διακυμάνσεων των εκάστοτε μεταβλητών (communalities) του παράγοντα, οι οποίες ήταν >0,5 (τιμή η οποία είναι επιθυμητή) και πιο συγκεκριμένα κυμαίνονταν από 0,81 έως 0,94. Συνολικά εξήχθη ένας παράγοντας, ο οποίος ερμηνεύει το 86% περίπου της συνολικής διακύμανσης με ιδιοτιμή 5,2 και φορτίσεις από 0,87 έως 0,97.

Όσον αφορά την παραγοντική εγκυρότητα (βλ. πίνακα 22) με τον έλεγχο της συγκλίνουσας απόκλισης, η σύνθετη αξιοπιστία (CR) βρέθηκε 0,97 και η μέση εξαγόμενη διακύμανση (AVE) 0,83. Η σύνθετη αξιοπιστία ήταν μεγαλύτερη από τη μέση εξαγόμενη διακύμανση ($CR > AVE$) και αντίστοιχα η $AVE > 0,5$ και $CR > 0,7$, ενώ η τετραγωνική ρίζα της AVE βρέθηκε 0,91.

Αντίστοιχα, ο έλεγχος εσωτερικής συνοχής και αξιοπιστίας της κλίμακας με τον δείκτη Cronbach's alpha βρέθηκε 0,96 και κρίθηκε ικανοποιητικός για τη διενέργεια των επόμενων στατιστικών ελέγχων (βλ. πίνακα 22).

Τέλος, αναφορικά με το τελευταίο στάδιο ελέγχου, η κλίμακα δεν απέκλινε από την κανονική κατανομή καθώς η λοξότητα βρέθηκε 1,51 με τυπικό σφάλμα 0,27 και η κύρτωση 0,03 με τυπικό σφάλμα 0,53 (πίνακας 22).

5.1.10 Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης (PAS)

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση, εγκυρότητα & αξιοπιστία

Το παρόν ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε επίσης από τις χρήστριες και τους χρήστες υπηρεσιών υγείας ($n=81$), αποτελούντα από 7 ερωτήσεις και τα αποτελέσματα της καταλληλότητας των δεδομένων πληρούσαν τα κριτήρια παραγοντοποίησης.

Τόσο οι τιμές KMO και Bartlett's test ($KMO=0,89$ και $Bartlett's\ test=317,105$, $p=0,001$), όσο και οι τιμές καταλληλότητας δείγματος MSA ($>0,60$) για την εκάστοτε μεταβλητή κατέστησαν το δείγμα κατάλληλο για παραγοντική ανάλυση (βλ. πίνακα 23). Ακολούθως και οι έλεγχοι των διακυμάνσεων των εκάστοτε μεταβλητών (communalities) του παράγοντα, οι οποίες ήταν $>0,5$ (τιμή η οποία είναι επιθυμητή) και πιο συγκεκριμένα κυμαίνονταν από 0,40 έως 0,93.

Συνολικά εξήχθη ένας παράγοντας, ο οποίος ερμηνεύει το 62% περίπου της συνολικής διακύμανσης με ιδιοτιμή 4,4 και φορτίσεις από 0,63 έως 0,87.

Όσον αφορά την παραγοντική εγκυρότητα, όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα 23, με τον έλεγχο της συγκλίνουσας απόκλισης, η σύνθετη αξιοπιστία (CR) βρέθηκε 0,90 και η μέση εξαγόμενη διακύμανση (AVE) 0,57. Η σύνθετη αξιοπιστία ήταν μεγαλύτερη από τη μέση εξαγόμενη διακύμανση ($CR > AVE$) και αντίστοιχα η $AVE > 0,5$ και $CR > 0,7$, επομένως η συγκλίνουσα απόκλιση μπορεί να υποτεθεί. Ενώ η τετραγωνική ρίζα της AVE βρέθηκε 0,75.

Αντίστοιχα, ο έλεγχος εσωτερικής συνοχής και αξιοπιστίας της κλίμακας με τον δείκτη Cronbach's alpha βρέθηκε 0,89 (πίνακας 23). Η υψηλή εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου επέτρεψε τους επόμενους στατιστικούς ελέγχους.

Τέλος, αναφορικά με το τελευταίο στάδιο ελέγχου που αφορά τον έλεγχο της κανονικότητας, βρέθηκε ότι η κλίμακα ακολουθούσε κανονική κατανομή (λοξότητα και κύρτωση στον πίνακα 23).

Πίνακας 23: Παραγοντική ανάλυση κλίμακας PAS

Αντιλαμβανόμενη Διαθέσιμη Στήριξη-PAS	Παράγοντας (factor)		Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
	1	Ερμηνευόμενη διακύμανση (communalities)		
PAS5	,93	,87	3,68	0,54
PAS7	,87	,75	3,68	0,57
PAS3	,73	,53	3,46	0,71
PAS1	,70	,49	3,59	0,63
PAS2	,70	,49	3,47	0,65
PAS4	,65	,43	3,33	0,82
PAS6	,63	,40	3,75	0,46

KMO= **0,89**, Bartlett's Test=**317,020**, $p<0,001$

Συνολική ερμηνευόμενη διακύμανση	63%	(συνολική διακύμανση: 63%)
Ιδιοτιμές	4,4	
Μέση τιμή	3,57	
Τυπική απόκλιση	,49	
Διάμεσος	3,71	
Ελάχιστο	2,14	
Μέγιστο	4,00	
Cronbach's alpha	,89	
N	81	

Παραγοντική Εγκυρότητα

CR (Σύνθετη Αξιοπιστία)	,90
AVE (Μέση Εξαγόμενη Διακύμανση)	,57
Square root of AVE (Τετραγωνική ρίζα AVE)	,75

Έλεγχος Κανονικότητας

Λοξότητα (Skewness)	-1,19
Τυπικό σφάλμα (Std. Error)	,27
Κύρτωση (Kurtosis)	,89
Τυπικό σφάλμα (Std. Error)	,53

Σημείωση: Ο πίνακας περιλαμβάνει φορτίσεις, κοινή παραγοντική διακύμανση, ιδιοτιμές, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσο & Cronbach's alpha, Παραγοντική εγκυρότητα και έλεγχο κανονικότητας.

1: Αντιλαμβανόμενη Διαθέσιμη Στήριξη

5.2 Περιγραφή του δείγματος

5.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 273 υποκείμενα (197 γυναίκες, 74 άνδρες και 2 «άλλο») με μέση ηλικιακή ομάδα τα 31-40 έτη \pm 0,98. Οι 192 ήταν υγειονομικοί και οι 81 ήταν λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας²⁷. Οι 100 από τους 192 υγειονομικούς προέρχονταν από το Αττικό νοσοκομείο, οι 83 από άλλα δημόσια νοσοκομεία και δομές και 9 ήταν ιδιώτες ιατροί. Οι 213 προέρχονταν από την Αθήνα-Αττική (166 υγειονομικοί και 47 λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας) και 60 από την υπόλοιπη Ελλάδα (26 υγειονομικοί και 34 λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας). Οι πίνακες 24-27 παρουσιάζουν τα δημογραφικά στοιχεία ανά κατηγορία δείγματος.

Πίνακας 24: Σύνοψη του δείγματος της έρευνας

Κατηγορία	N	%				
Επαγγελματίες υγείας	192	70%				
Χρήστ(ρι)ες Υπηρεσιών Υγείας	81	30%				
Σύνολο	273	100%				
Ιδιότητα						
Ιατροί	121	44%				
Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές	51	19%				
Άλλες ειδικότητες Υγειονομικών	13	5%				
Άλλες Υπηρεσίες Νοσοκομείου	7	3%				
Ασθενείς (χρόνια ασθένεια)	18	7%				
Λήπτ(ρι)ες Υπηρεσιών Υγείας	46	17%				
Φροντ./Συγγενείς Ασθενών	17	6%				
Σύνολο	273	100%				
Επαγγελματίες υγείας						
Δημόσιος Τομέας	183	95%				
Ιδιωτικός Τομέας	9	5%				
Σύνολο	192	100%				
			Ναι	Όχι	Σύνολο	
Αττικό Νοσοκομείο			N	%	N	%
Ιατροί	61	32%	60	31%	121	63%
Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές	27	14%	24	13%	51	27%
Άλλες ειδικότητες Υγειονομικών	5	3%	8	4%	13	7%
Άλλες Υπηρεσίες Νοσοκομείου	7	4%	-	-	7	4%
Σύνολο	100	52%	92	48%	192	100%

Πίνακας 25: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας

²⁷ Ο όρος «λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας» στην παρούσα έρευνα περιλαμβάνει α) ασθενείς με χρόνιες ασθένειες απειλητικές ή μη, β) φροντίστριες-φροντιστές/συγγενείς ασθενών, καθώς και γ) χρήστριες/χρήστες υπηρεσιών υγείας χωρίς κάποια χρόνια ασθένεια.

Στοιχείο	Επαγγελματίες υγείας		Χρήστριες/Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
Φύλο						
Ανδρας	60	31%	14	17%	74	27%
Γυναίκα	130	68%	67	83%	197	72%
Άλλο	2	1%			2	1%
Σύνολο	192	100%	81	100%	273	100%
Ηλικία						
< 25 ετών	-	-	3	4%	3	1%
25-30 ετών	35	18%	17	21%	52	19%
31-40 ετών	73	38%	31	38%	104	38%
41-50 ετών	64	33%	21	26%	85	31%
51-60 ετών	19	10%	5	6%	24	9%
>60	1	1%	4	5%	5	2%
Καταγωγή						
Χωριό	31	16%	13	16%	44	16%
Επαρχιακή πόλη	99	52%	27	33%	126	46%
Μεγάλο αστικό κέντρο	62	32%	41	51%	103	38%
Κοινωνικο-οικονομική προέλευση οικογένειας						
Εργατική/αγροτική τάξη	62	32%	29	36%	91	33%
Μέση/αστική τάξη	111	58%	36	44%	147	54%
Μεγαλοαστική τάξη	19	10%	16	20%	35	13%
Οικογενειακή κατάσταση						
Άγαμος/η	80	42%	36	44%	116	42%
Έγγαμος/η	80	42%	34	42%	114	42%
Σύμφωνο Συμβίωσης	19	10%	8	10%	27	10%
Διαζευγμένος-η	11	6%	1	1%	12	4%
Χήρα-Χήρος	2	1%	2	2%	4	1%
Παιδιά						
Ναι	89	46%	32	40%	121	44%
Όχι	103	54%	49	60%	152	56%
Σχέση με τη θρησκεία						
Ανύπαρκτη	74	39%	37	46%	111	41%
Μέτρια	14	7%	-	-	14	5%
Καλή	39	20%	22	27%	61	22%
Άριστη	65	34%	22	27%	87	32%
Ασφάλεια Υγείας						
Δημόσιος-Κρατικός Φορέας	173	90%	77	95%	250	92%
Ιδιωτικός Φορέας	19	10%	4	5%	23	8%

Πίνακας 26: Συγκεντρωτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των υγειονομικών

Στοιχείο	Ιατροί		Νοσηλεύτριες Νοσηλευτές		Άλλες ειδικότητες		Άλλες Υπηρεσίες	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Φύλο								
Ανδρας	43	36%	9	18%	5	38%	3	43%
Γυναίκα	77	64%	41	80%	8	62%	4	57%
Άλλο	1	1%	1	2%	-	-	-	-
	121	100%	51	100%	13	100%	7	100%
Ηλικία								
25-30 ετών	54	45%	7	14%	3	23%	-	-
31-40 ετών	49	40%	22	43%	4	31%	-	-
41-50 ετών	11	9%	19	37%	4	31%	4	57%
51-60 ετών	7	6%	3	6%	2	15%	3	43%
>60								
Καταγωγή								
Χωριό	15	12%	9	18%	4	31%	1	14%
Επαρχιακή πόλη	61	50%	30	59%	8	62%	3	43%
Μεγάλο αστικό κέντρο	45	37%	12	24%	1	8%	3	43%
Κοινωνικο-οικονομική προέλευση								
Εργατική/αγροτική τάξη	23	19%	28	55%	9	69%	2	29%
Μέση/αστική τάξη	80	66%	23	45%	4	31%	4	57%
Μεγαλοαστική τάξη	18	15%	-	-	-	-	1	14%
Οικογενειακή κατάσταση								
Άγαμος/η	54	45%	16	31%	9	69%	1	14%
Έγγαμος/η	49	40%	25	49%	2	15%	4	57%
Σύμφωνο Συμβίωσης	11	9%	5	10%	2	15%	1	14%
Διαζευγμένος-η	7	6%	3	6%	-	-	1	14%
Χήρα-Χήρος	-	-	2	4%	-	-	-	-
Παιδιά								
Ναι	53	44%	28	55%	3	23%	5	71%
Όχι	68	56%	23	45%	10	77%	2	29%
Σχέση με τη θρησκεία								
Ανύπαρκτη	51	42%	15	29%	6	46%	2	29%
Μέτρια	8	7%	20	39%	3	23%	2	29%
Καλή	22	18%	12	24%	3	23%	2	29%
Άριστη	40	33%	4	8%	1	8%	1	14%
Ασφάλεια Υγείας								
Δημόσιος Φορέας	108	89%	47	92%	12	92%	6	86%
Ιδιωτικός Φορέας	13	11%	4	8%	1	8%	1	14%

Πίνακας 27: Χαρακτηριστικά δείγματος Χρηστ(ρι)ών υπηρεσιών υγείας

Στοιχείο	A*	X*	Φ*	Σύνολο		Στοιχείο	A*	X*	Φ*	Σύνολο	
	N	N	N	N	%		N	N	N	N	%
Φύλο											
Ανδρας	1	10	3	14	17%	Σχέση με τη θρησκεία					
Γυναίκα	17	36	14	67	83%	Ανύπαρκτη	7	22	8	37	46%
	18	46	17	81	100%	Καλή	4	13	4	21	26%
Ηλικία						Άριστη	5	11	5	21	26%
<25 ετών	1	1	1	3	4%	Ασφάλεια Υγείας					
25-30 ετών	4	7	6	17	21%	Δημόσιος Φορέας	18	43	16	77	95%
31-40 ετών	3	21	7	31	38%	Ιδιωτικός Φορέας	-	3	1	4	5%
41-50 ετών	7	13	1	21	26%	Επίπεδο εκπαίδευσης	2	5	2	9	11%
51-60 ετών	2	2	1	5	6%	Δευτεροβάθμια	1	2	1	4	5%
>60 ετών	1	2	1	4	5%	Δευτεροβάθμια Επαγγελματική	-	4	2	6	7%
Καταγωγή						Μεταδευτεροβάθμια	15	35	12	62	77%
Χωριό	3	9	1	13	16%	Τριτοβάθμια					
Επαρχιακή πόλη	8	13	6	27	33%	Επαγγελματική κατάσταση	3	4	2	9	11%
Μεγάλο αστικό κέντρο	7	24	10	41	51%	Άνεργη-Άνεργος	4	10	1	15	19%
Κοινωνικο-οικ. προέλευση				0	0%	Ελεύθερος επαγγελματίας	4	25	8	37	46%
Εργατική/αγροτική τάξη	6	19	4	29	36%	Εργαζόμενη-ος ιδιωτικού τομέα	5	4	3	12	15%
Μέση/αστική τάξη	9	18	9	36	44%	Εργαζόμενη-ος δημόσιου τομέα	1	3	1	5	6%
Μεγαλοαστική τάξη	3	9	4	16	20%	Συνταξιούχος	1	-	2	3	4%
Οικογενειακή κατάσταση				0	0%	Φοιτήτρια-Φοιτητής					
Άγαμος/η	7	21	8	36	44%	Μηνιαίο εισόδημα					
Έγγαμος/η	8	19	7	34	42%	400-600 ευρώ	5	8	8	21	26%
Σύμφωνο Συμβίωσης	1	5	2	8	10%	601-1000 ευρώ	2	14	-	16	20%
Διαζευγμένος-η	1	-	-	1	1%	1001-1500 ευρώ	5	7	3	15	19%
Χήρα-Χήρος	1	1	-	2	2%	1500-2000 ευρώ	3	7	2	12	15%
Παιδιά						Περισσότερο από 2001 ευρώ	3	9	4	16	20%
Ναι	7	20	5	32	40%	Δεν επιθυμώ να απαντήσω	-	1	-	1	1%
Όχι	11	26	12	49	60%						

A=Ασθενείς, X=Χρήστριες/χρήστες υπηρεσιών υγείας, Φ=Φροντίστριες-φροντιστές/συγγενείς ασθενών

5.2.2 Χαρακτηριστικά εκπαίδευσης

Ιατροί

Οι ιατροί που έλαβαν μέρος ήταν 121. Η μέση ηλικιακή ομάδα ήταν τα 31-40 έτη \pm 0,93. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών περιγράφονται στον πίνακα 26 και στον πίνακα 28 περιγράφονται τα χαρακτηριστικά ιατρικής εκπαίδευσής τους. Το 64% των ιατρών δεν έχει λάβει εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς.

Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές

Οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν 51. Η μέση ηλικιακή ομάδα τους ήταν 31-40 έτη \pm 0,79. Το 39% δεν έχει λάβει εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτ(ρι)ών περιγράφονται στον πίνακα 26 και στον πίνακα 29 τα χαρακτηριστικά της εκπαίδευσής τους.

Άλλες Ειδικότητες Υγειονομικών

Οι επιπλέον υγειονομικές ειδικότητες που έλαβαν μέρος ήταν 13 υποκείμενα με μέση ηλικιακή ομάδα τα 31-40 έτη \pm 1,04. Τα 3 υποκείμενα ήταν τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων,1 ακτινολόγος-ραδιολόγος,2 φαρμακοποιοί,1 γενετίστρια,2 φυσικοθεραπευτές,1 διασώστης ΕΚΑΒ,2 ψυχολόγοι και 1 κοινωνική λειτουργός. Οι 4/13 δεν έχουν λάβει εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς (βλ. πίνακα 26 για δημογραφικά στοιχεία και πίνακα 30 για στοιχεία εκπαίδευσης).

Άλλες Υπηρεσίες Νοσοκομείου

Οι ειδικότητες που αφορούσαν άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου και που έλαβαν μέρος από το Αττικό Νοσοκομείο μόνο ήταν 7. Η μέση ηλικιακή ομάδα τους ήταν τα 41-50έτη \pm 0,53. Οι ειδικότητες των επιπλέον υπηρεσιών ήταν 4 διοικητικοί υπάλληλοι,2 υποκείμενα που ανήκαν στη διοίκηση του νοσοκομείου και 1 υποκείμενο που ανήκε στην τεχνική υπηρεσία. Οι 6/7 δεν έχουν λάβει κάποια εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ειδικοτήτων που αφορούν υπηρεσίες νοσοκομείου περιγράφονται στον πίνακα 26 και τα χαρακτηριστικά της εκπαίδευσής τους στον πίνακα 31.

Πίνακας 28: Χαρακτηριστικά εκπαίδευσης ιατρών

Στοιχείο	Αττικό	Άλλα	Ιδιώτες	Σύνολο	
Σχολή αποφοίτησης Ελλάδας	N	N	N	N	%
Ιατρική Σχολή Αθηνών	39	25	5	69	57%
Ιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης	8	6	1	15	12%
Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων	3	11	-	14	12%
Ιατρική Σχολή Κρήτης	5	2	-	7	6%
Ιατρική Σχολή Πατρών	3	3	1	7	6%
Ιατρική Σχολή Θράκης	2	3	1	6	5%
Ιατρική Σχολή Θεσσαλίας	1	1	-	2	2%
Εξωτερικό	-	-	1	1	1%
Σύνολο	61	51	9	121	100
Επιπλέον Σπουδές					
Ναι	25	25	4	54	45%
Όχι	36	26	5	65	55%
Είδος επιπλέον σπουδών					
Μεταπτυχιακές σπουδές	30	12	3	45	37%
Διδακτορικές σπουδές	3	6	-	9	7%
Ειδίκ./Μετεκπαίδ. στο εξωτερικό	3	7	2	12	10%
Εκπαίδευση στην επικοινωνία					
Ναι	22	17	4	43	36%
Όχι	39	34	5	78	64%
Τρόπος εκπαίδευσης					
Σεμινάριο	11	9	-	20	37%
Το πανεπιστήμιο		3	3	6	11%
ΠΜΣ	8	5	2	15	28%
Διαβάζοντας άρθρα	6	7	-	13	24%
Επιθυμία για μελλοντική εκπαίδευση					
Ναι	54	38	8	100	83%
Όχι	7	13	1	21	17%

Πίνακας 29: Χαρακτηριστικά εκπαίδευσης νοσηλευτριών-νοσηλευτών

Στοιχείο	Αττικό	Άλλα	Σύνολο	
Ίδρυμα Εκπαίδευσης	N	N		
ΑΕΙ	16	8	24	47%
ΤΕΙ	11	11	22	43%
ΑΣΕΙ (Ανώτατο Στρατιωτικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα)	-	5	5	10%
	27	24	51	100%
Σχολή αποφοίτησης Ελλάδα				
Νοσηλευτική Σχολή Αθηνών (ΑΕΙ)	9	4	13	25%
Νοσηλευτική Σχολή Ιωαννίνων (ΑΕΙ)	5	2	7	14%
Νοσηλευτική Σχολή Πατρών (ΑΕΙ)	2		2	4%
Νοσηλευτικής ΔΙ.ΠΑ.Ε.*	-	2	2	4%
Νοσηλευτική Σχολή Αθηνών (ΤΕΙ)	-	3	3	6%
Νοσηλευτική Σχολή Ανατολικής Μακεδονίας, Θράκης (ΤΕΙ)	1	-	1	2%
Νοσηλευτική Σχολή Δυτ. Ελλάδας (ΤΕΙ)	2	-	2	4%
Νοσηλευτική Σχολή Ηπείρου (ΤΕΙ)	4	5	9	18%
Νοσηλευτική Σχολή Θεσσαλίας (ΤΕΙ)	1	-	1	2%
Νοσηλευτική Σχολή Θεσσαλονίκης (ΤΕΙ)	3	3	6	12%
ΣΑΝ (Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής)	-	5	5	10%
Επιπλέον Σπουδές				
Ναι	4	6	10	20%
Όχι	23	18	41	80%
Είδος επιπλέον σπουδών				
Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών	-	1	1	2%
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών	-	2	2	4%
Κάτοχος δεύτερου πτυχίου ΑΕΙ	3	2	5	10%
Κάτοχος δεύτερου πτυχίου ΤΕΙ	1	-	1	2%
Κάτοχος δεύτερου πτυχίου ΙΕΚ	-	1	1	2%
Εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας				
Ναι	17	14	31	61%
Όχι	10	10	20	39%
Τρόπος εκπαίδευσης σε θέματα επικοινωνίας				
Το Πανεπιστήμιο (επιλεγόμενο μάθημα)	2	4	6	12%
Από διάφορους-ες καθηγητές-καθηγήτριες	1	7	8	16%
Επιλεγόμενο μάθημα της σχολής, Από διάφορους-ες καθηγητές-καθηγήτριες	7	1	8	16%
Διαβάζοντας άρθρα	3	-	3	6%
Επιλεγόμενο μάθημα της σχολής, Από διάφορους-ες καθηγητές-καθηγήτριες, Διαβάζοντας άρθρα	4	2	6	12%
Επιθυμία για μελλοντική εκπαίδευση				
Ναι	21	20	41	80%
Όχι	6	4	10	20%

Πίνακας 30: Χαρακτηριστικά εκπαίδευσης άλλων υγειονομικών ειδικοτήτων

Στοιχείο	Αττικό N	Άλλα N	Σύνολο N
Επίπεδο Εκπαίδευσης			
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	5	7	12
Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (IEK)		1	1
	5	8	13
Εκπαιδευτικό Ίδρυμα αποφοίτησης			
ΑΕΙ	-	5	5
ΤΕΙ	5	2	7
ΙΕΚ	-	1	1
Ειδικότητα			
Τεχνολόγοι Ιατρικών Εργαστηρίων	2	1	3
Ραδιολόγοι-Ακτινολόγοι	1	-	1
Φυσικοθεραπευτές	1	1	2
Φαρμακοποιοί	-	2	2
Γενετίστρια	-	1	1
Διασώστης ΕΚΑΒ	-	1	1
Κοινωνικοί Λειτουργοί	1	-	1
Ψυχολόγοι	-	2	2
Σχολή αποφοίτησης Ελλάδας			
Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων-ΤΕΙ Αθήνας	1	1	1
Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων-ΤΕΙ Θεσσαλίας	1	-	1
Τμήμα Ραδιολογίας-Ακτινολογίας-ΤΕΙ Αθήνας	1	-	1
ΑΤΕΙ Φυσικοθεραπείας Αθηνών	-	1	1
Τμήματος Φυσικοθεραπείας-ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας	1	-	1
Τμήμα Φαρμακευτικής Πανεπιστήμιο Αθηνών	-	1	1
Τμήμα Φαρμακευτικής Αριστοτέλειο Παν. Θεσσαλονίκης	-	1	1
Μοριακή γενετική Τμήμα Βιολογίας Παν. Αθηνών	-	1	1
ΙΕΚ ΕΚΑΒ	-	1	1
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας-ΤΕΙ Αθήνας	1	-	1
Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστήμιο Αθηνών	-	2	2
Επιπλέον Σπουδές			
Ναι	1	4	5
Όχι	4	4	8
Είδος επιπλέον σπουδών			
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών	1	4	5
Εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας			
Ναι	5	4	8
Όχι	-	5	5
Τρόπος εκπαίδευσης σε θέματα επικοινωνίας			
Το Πανεπιστήμιο (επιλεγόμενο μάθημα)	1	-	1
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακού Σπουδών	-	1	1
Σεμινάριο	3	3	6
Επιθυμία για μελλοντική εκπαίδευση			
Ναι	3	8	11
Όχι	2	-	2

Πίνακας 31: Χαρακτηριστικά εκπαίδευσης άλλων υγειονομικών υπηρεσιών

Στοιχείο	Άλλες Υπηρεσίες Νοσοκομείου
	N
Επίπεδο Εκπαίδευσης	
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	7
Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΙΕΚ)	0
Total	7
Ειδικότητα	
Διοίκηση	2
Διοικητικό Προσωπικό	4
Τεχνικό Προσωπικό	1
Σύνολο	7
Σχολή αποφοίτησης Ελλάδας	
Ιατρική Σχολή Αθηνών	1
Διοίκηση Επιχειρήσεων Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΑΣΟΕΕ)	2
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης Πανεπιστήμιο Πειραιά	1
Τμήμα Μαθηματικών Πανεπιστήμιο Αθηνών	1
Τμήμα Πληροφορικής Πανεπιστήμιο Αθηνών	1
Δεν θέλω να αναφέρω (διατήρηση της ανωνυμίας μου)	1
Σύνολο	7
Επιπλέον Σπουδές	
Ναι	5
Όχι	2
Είδος επιπλέον σπουδών	
Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών	1
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών	2
Κάτοχος δεύτερου πτυχίου ΑΕΙ	2
Εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας	
Ναι	1
Όχι	6
Τρόπος εκπαίδευσης σε θέματα επικοινωνίας	
Το Πανεπιστήμιο (επιλεγόμενο μάθημα)	1
Επιθυμία για μελλοντική εκπαίδευση	
Ναι	3
Όχι	4

5.2.3 Χαρακτηριστικά επαγγελματικής κατάστασης

Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος το 53% ήταν συμβασιούχοι και 47% ήταν μόνιμες-μόνιμοι στο νοσοκομείο. Το 94% ήταν υπάλληλοι και το 6% διευθυντές-διευθύντριες. Όσον αφορά τη θέση εργασίας (πίνακας 32) το 54% των ιατρών ήταν ειδικευόμενες-ειδικευόμενοι, το 26% ιατροί στο ΕΣΥ με ειδικότητα και το 2% Πανεπιστημιακοί. Το 93% των νοσηλευτριών/νοσηλευτών ανήκαν στη νοσηλευτική υπηρεσία και το 7% ήταν προϊστάμενες-προϊστάμενοι. Για τις άλλες ειδικότητες υγειονομικών,² ήταν τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων,¹ ραδιολόγος-ακτινολόγος,¹ φυσικοθεραπευτής και 1 κοινωνική λειτουργός. Ενώ για τις άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου 4 ανήκαν στο διοικητικό προσωπικό,² στη διοίκηση και 1 στην τεχνική υπηρεσία (πίνακας 33).

Όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα 33, το 99% ήταν σε πλήρη απασχόληση και το 1% σε ωράριο μητρότητας. Για το 61% η βάρδια ήταν πρωινή και εφημερίες, για το 23% κυκλική και για το 16% πρωινή. Τέλος, το μηνιαίο εισόδημα για το 57% ήταν τα 1001-1500 ευρώ, για το 19% πάνω από 2000 ευρώ, για το 15% τα 1501-2000 ευρώ και για το 9% τα 601-1000 ευρώ.

Όσον αφορά τις ειδικότητες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (πίνακας 34), η μεγαλύτερη συμμετοχή υπήρξε από την ειδικότητα χειρουργικής για τις/τους ιατρούς (n=30) και του χειρουργικού τμήματος για τις νοσηλεύτριες-τους νοσηλευτές (n=9), ακολούθησε η ειδικότητα της εσωτερικής παθολογίας για τις/τους ιατρούς (n=7) και το παθολογικό τμήμα για τις νοσηλεύτριες-τους νοσηλευτές (n=8). Από το ιατρικό προσωπικό συμμετείχαν ιατροί με ειδικότητα τη μαιευτική και γυναικολογία, την πνευμονολογία, την ακτινοθεραπευτική ογκολογία, την καρδιολογία, τη νευρολογία, την ακτινολογία, την αναισθησιολογία, την ορθοπαιδική και τραυματολογία, την ουρολογία, την ωτορινολαρυγγολογία καθώς και άνευ ή άλλης ειδικότητας. Για τις νοσηλεύτριες και τους νοσηλευτές συμμετείχε το πνευμονολογικό, το νευρολογικό και το ορθοπαιδικό τμήμα καθώς και υποκείμενα από τη ΜΕΘ, ενώ υπήρξε μια περίπτωση που δεν επιθυμούσε να αναφέρει την ειδικότητα (πίνακας 34).

Αναφορικά με την προϋπηρεσία, η μέση κατηγορία ήταν τα 6-10 έτη και για το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Ενώ ο μέσος όρος ασθενών εβδομαδιαία για τις/τους ιατρούς ήταν 50 (ελάχ. 20 και μέγ. 91-121 ασθενείς/βδομάδα (πίνακας 34)).

Πίνακας 32: Θέση εργασίας υγειονομικών

Στοιχείο	Ιατροί		Νοσηλεύτριες Νοσηλευτές		Άλλες ειδικότητες Υγειονομικών	Άλλες Υπηρεσίες Νοσοκομείου	Σύνολο	
	N	%	N	%	N	N	N	%
Θέση εργασίας	121		51		13	7	192	100%
Αγροτικός ιατρός	5	4%					5	3%
Ειδικευόμενος Ιατρός	40	33%					40	21%
Ιατρός στο ΕΣΥ σε νοσοκομείο	56	46%					56	29%
Ιατρός στο ΕΣΥ σε Περιφερειακό Ιατρείο	1	1%					1	1%
Ελεύθερος Επαγγελματίας	9	7%					9	5%
Πανεπιστημιακός	10	8%					10	5%
Βοηθός νοσηλεύτη			1	2%				
Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια			46	90%			46	24%
Προϊστάμενος/Προϊσταμένη νοσηλευτικής υπηρεσίας			4	8%			4	2%
Τεχνολόγοι Ιατρικών εργαστηρίων					3		3	2%
Ραδιολόγος-Ακτινολόγος					1		1	1%
Φυσικοθεραπευτές					2		2	1%
Φαρμακοποιοί					2		2	1%
Γενετίστρια					1		1	1%
Διασώστης ΕΚΑΒ					1		1	1%
Κοινωνική λειτουργός					1		1	1%
Ψυχολόγοι					2		2	1%
Διοίκηση						2	2	1%
Διοικητικό Προσωπικό						4	4	2%
Τεχνική υπηρεσία						1	1	1%

Πίνακας 33: Χαρακτηριστικά επαγγελματικής κατάστασης υγειονομικών

Στοιχείο	Ιατροί		Νοσηλεύτριες Νοσηλευτές		Άλλες ειδικότητες Υγειονομικών	Άλλες Υπηρεσίες Νοσοκομείου	Σύνολο	
	N	%	N	%			N	%
Επαγγελματική κατάσταση								
Ελεύθερος Επαγγελματίας	9	7%					16	8%
Εργαζόμενη/ος στον δημόσιο τομέα	112	93%	51	100%	13	7	176	92%
Σύνολο	121	100%	51	100%	13	7	192	100%
Συμβόλαιο εργασίας								
Ανεξάρτητη απασχόληση	9	7%					9	5%
Μόνιμος-η	59	48%	41	80%	3	7	110	57%
Συμβασιούχος	53	44%	10	20%	10		73	38%
Θέση στην ιεραρχία								
Υπάλληλος	113	93%	47	92%	12	5	177	92%
Διευθυντής-Διευθύντρια	8	7%	4	8%	1	2	15	8%
Ωράριο εργασίας								
Πλήρης απασχόληση	121	100%	45	88%	13	7	186	97%
Μητρότητας/Πατρότητας			5	10%			5	3%
12ωρες βάρδιες			1	2%			1	1%
Πρωινή	9	7%	9	18%	7	7	32	17%
Πρωινή και εφημερίες	112	93%			3		115	60%
Κυκλική			42	82%	3		45	23%
Μηνιαίο καθαρό εισόδημα								
Από 601 έως 1000 ευρώ	2	2%	16	31%	7		25	13%
Από 1001 έως 1500 ευρώ	45	37%	31	61%	5	6	87	45%
Από 1501 έως 2000 ευρώ	33	27%	3	6%			36	19%
Από 2001 ευρώ και πάνω	41	34%	1	2%	1	1	44	23%

Πίνακας 34: Ειδικότητες ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

	Ιατροί					Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές				
	Αττικό	Άλλα	Ιδιώτες	Σύνολο		Αττικό	Άλλα	Σύνολο		
	N	N	N	N	%	N	N	N	%	
Σύνολο	61	51	9	121	100%	Σύνολο	27	24	51	100%
Ειδικότητα						Ειδικότητα/Τομέας Εργασίας				
Χειρουργική	23	11	0	34	28%	Χειρουργικό Τμήμα	10	7	17	33%
Παθολογία	10	16	2	28	23%	Παθολογικό Τμήμα	10	7	17	33%
Καρδιολογία	14	10	3	27	22%	Νευρολογικό Τμήμα	2	2	4	8%
Μαιευτική και Γυναικολογία	10	10	2	22	18%	ΜΕΘ	3	7	10	20%
Άλλη	4	4	2	10	8%	ΤΕΠ	2	1	3	6%
Έτη Επαγγελματικής Εμπειρίας	11-15 έτη±1,36 ελάχ. 1-5 έτη, μέγ. >21 έτη					Έτη Επαγγελματικής Εμπειρίας				
Ασθενείς/Βδομάδα	36-50±1,98 (ελάχ. <20, μέγ. 91-121)					6-10 έτη±1,45 ελάχ. 1-5, μέγ. >21 έτη				

5.3 Θέματα ποσοτικής ανάλυσης

Τα θέματα για τα οποία ακολουθεί σχετική ανάλυση στο παρόν κεφάλαιο κατανέμονται σε τρεις βασικούς άξονες: α) οργανωσιακή δομή στο Αττικό νοσοκομείο, β) επαγγελματική ικανοποίηση υγειονομικών και γ) διάδραση και επικοινωνιακές σχέσεις υγειονομικών-ασθενών.

Ερωτηματολόγια Υγειονομικών

Από το Αττικό Νοσοκομείο συμμετείχαν 61 ιατροί, 27 νοσηλεύτριες-νοσηλευτές, 5 υγειονομικοί άλλων ειδικοτήτων (Ακτινολόγος-Ραδιολόγος (n=1), Τεχνολόγοι Ιατρικών Εργαστηρίων (n=2), Φυσικοθεραπευτής (n=1) και Κοινωνική Λειτουργός (n=1) και 7 ειδικότητες άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου (4 Διοικητικοί Υπάλληλοι, 2 άτομα από τη Διοίκηση και 1 άτομο από την Τεχνική Υπηρεσία). Από το υπόλοιπο δείγμα επαγγελματιών υγείας (N=92), οι 83 (ιατροί=60, νοσηλεύτριες/νοσηλευτές=24, άλλες ειδικότητες υγειονομικών=4) προέρχονταν από δημόσιες δομές (Γενικά Νοσοκομεία, Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, Π.Ι., Π.Ι.Ι., Οργανισμούς) και 9 ιατροί από τον ιδιωτικό τομέα.

5.3.1 Οργανωσιακή δομή στο Αττικό νοσοκομείο

Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Κουλτούρας-OCAI

Όσον αφορά το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου OCAI (θέση στην ιεραρχία, έτη προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο κ.λπ., βλ. πίνακα 73 στο παράρτημα 4 για τα αναλυτικά στοιχεία), αξιοσημείωτη παρατήρηση αποτελεί η τελευταία ερώτηση για την απόδοση του νοσοκομείου σε σύγκριση με την προηγούμενη χρονιά (2020). Η τάση για την απόδοση του νοσοκομείου ήταν αρνητική καθώς το υψηλότερο ποσοστό (70%) εντοπίζεται στην επιλογή χαμηλότερη και ελαφρώς χαμηλότερη. Τα θετικά ποσοστά (ελαφρώς υψηλότερη και υψηλότερη) αθροίζονται στο 2% ενώ το 27% θεωρεί την απόδοση αμετάβλητη.

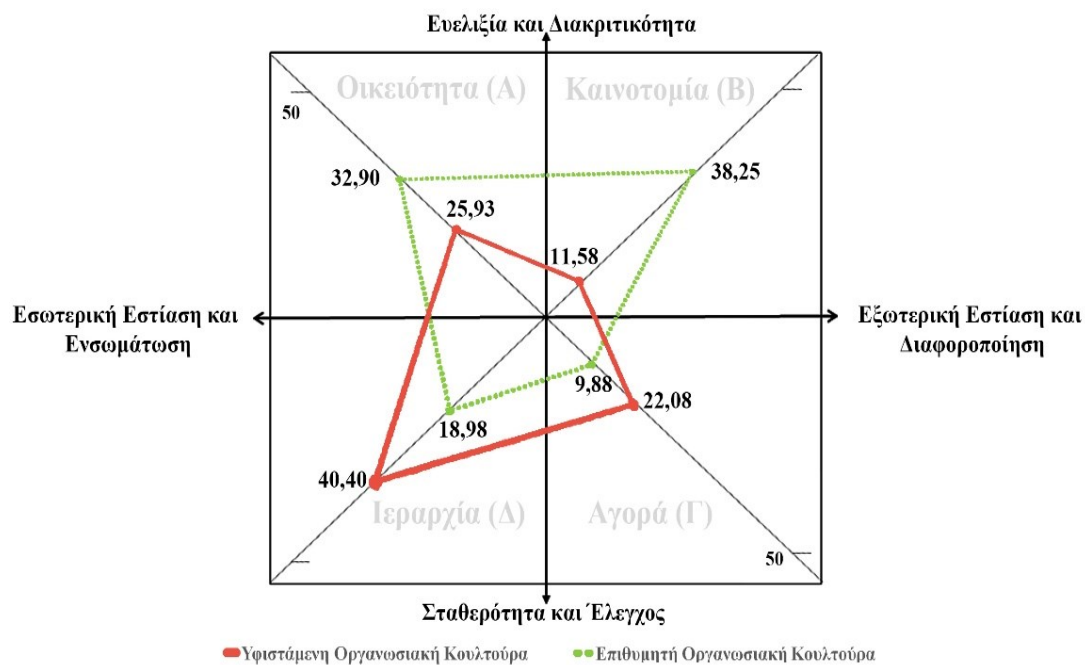
Αναφορικά με την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων της κλίμακας της οργανωσιακής κουλτούρας (OCAI) για την τρέχουσα και επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα που επικρατεί στο Αττικό Νοσοκομείο (βλ. σχήμα 4), από τα περιγραφικά αποτελέσματα (ελάχιστη, μέγιστη τιμή, μέση τιμή, τυπικό απόκλιση και διάμεσος)

προέκυψε ότι το είδος της οργανωσιακής κουλτούρας (πίνακας 35) που κυριαρχεί στο νοσοκομείο είναι η **κουλτούρα της ιεραρχίας-Δ** με μέση τιμή $40,40 \pm 11,98$, μια κουλτούρα η οποία στηρίζεται στον έλεγχο.

Πίνακας 35: Οι οργανωσιακές κουλτούρες στο Αττικό νοσοκομείο

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο
Τρέχουσα Κουλτούρα					
Τύπος Κουλτούρας					
A	25,93	9,25	25,00	6,67	56,67
B	11,58	5,91	10,83	0	25,00
Γ	22,08	8,64	21,67	5,00	45,00
Δ	40,40	11,98	40,00	6,67	80,00
Επιθυμητή Κουλτούρα					
Τύπος Κουλτούρας					
A	32,90	6,94	31,67	10	61,67
B	38,25	9,02	38,33	10,00	65,00
Γ	9,88	6,79	8,33	0,00	26,67
Δ	18,98	8,89	18,33	0	53,33

Σχήμα 4: Το προφίλ της Οργανωσιακής Κουλτούρας-OCAI στο Αττικό Νοσοκομείο



Εν αντιθέσει με την τρέχουσα, η επιθυμητή κουλτούρα (τι θα ήθελαν να ισχύει σε 5 χρόνια), την οποία επέλεξαν οι επαγγελματίες υγείας ως επικρατέστερη ήταν η **κουλτούρα της καινοτομίας-Β** με μέση τιμή $38,25 \pm 9,01$. Πρόκειται για μια

κουλτούρα βασισμένη στη συμμετοχή, τη δημιουργία και τη συνεργασία. Στον πίνακα 47 παρουσιάζονται συνολικά για το δείγμα οι μέσοι όροι των επιμέρους ερωτήσεων του OCAI και στο παράρτημα παρουσιάζονται αναλυτικά ανά ειδικότητα υγειονομικών πίνακες 74 και 75).

Πίνακας 36: Οργανωσιακή δομή & προσανατολισμός στο Αττικό νοσοκομείο

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο
Οργανωσιακή δομή (Τρέχουσα Κουλτούρα)					
Ευελιξία	18,76	6,33	18,33	5,83	36,67
Έλεγχος	31,24	6,33	31,67	13,33	44,17
Οργανωσιακή δομή (Επιθυμητή Κουλτούρα)					
Ευελιξία	35,57	6,58	35,00	10,00	50,00
Έλεγχος	14,43	6,58	15,00	00,00	40,00
Οργανωσιακός Προσανατολισμός (Τρέχουσα Κουλτούρα)					
Εσωτερική εστίαση	33,17	4,56	33,33	23,33	45,83
Εξωτερική εστίαση	16,83	4,56	16,67	4,17	26,67
Οργανωσιακός Προσανατολισμός (Επιθυμητή Κουλτούρα)					
Εσωτερική εστίαση	25,94	2,77	25,83	17,50	33,33
Εξωτερική εστίαση	24,07	2,76	24,17	16,67	32,50

Όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα 36, οι υγειονομικοί του δείγματος θεωρούν ότι ο έλεγχος και η εσωτερική εστίαση είναι παράγοντες με τη μεγαλύτερη ισχύ στο νοσοκομείο τους. Γεγονός, το οποίο αντιστρέφεται στην επιθυμητή συνθήκη (τα επόμενα 5 χρόνια), καθώς επιθυμούν περιορισμό της εσωτερικής εστίασης και περισσότερη ευελιξία. Αναφορικά με την εξωτερική εστίαση παρατηρείται πως οι υγειονομικοί είναι σχετικά ικανοποιημένες/ικανοποιημένοι με την υφιστάμενη κλίμακα εφαρμογής της. Όσον αφορά την ανάλυση και ερμηνεία των έξι διαστάσεων της οργανωσιακής κουλτούρας για τα **κυρίαρχα χαρακτηριστικά** που αναφέρονται στη διερεύνηση του εργασιακού κλίματος, της απόδοσης της συνολικής εικόνας του οργανισμού και της γενικής αίσθησης που αποκομίζουν τα μέλη του, το επικρατέστερο μοντέλο για την υφιστάμενη κατάσταση είναι η κουλτούρα της οικειότητας-Α και για την επιθυμητή η κουλτούρα της καινοτομίας-Β. Η δεύτερη διάσταση της **οργανωτικής διοίκησης**, η οποία αναφέρεται στο μοντέλο ηγεσίας που υιοθετείται στο Αττικό νοσοκομείο, επικρατέστερο μοντέλο για την υφιστάμενη κατάσταση είναι η κουλτούρα της ιεραρχίας/Γραφειοκρατίας-Δ, η οποία εστιάζει στην καλή οργάνωση και τον

συντονισμό. Στην επιθυμητή κατάσταση επικρατέστερο μοντέλο είναι της καινοτομίας-B.

Η τρίτη διάσταση της **διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού**, που αναφέρεται στη στάση της διοίκησης του νοσοκομειακού οργανισμού, ως προς την ώθηση των υγειονομικών στις επιλογές της εργασιακής καθημερινότητας, οι οποίες συντελούν στη διαμόρφωση των γενικών χαρακτηριστικών, το μοντέλο που φαίνεται να κυριαρχεί είναι αυτό της κουλτούρας της ιεραρχίας/γραφειοκρατίας-Δ εστιάζοντας στην ασφάλεια και τη σταθερότητα των εργασιακών σχέσεων. Ενώ στην επιθυμητή κατάσταση επιλέγεται η εφαρμογή καινοτομιών με το μοντέλο της κουλτούρας της καινοτομίας-B. Αναφορικά με την τέταρτη διάσταση του **συνδεδετικού ιστού**, σύμφωνα με την οποία διερευνώνται τα στοιχεία που εξασφαλίζουν την ενότητα και τη συνοχή μέσα στο νοσοκομείο, παρατηρείται ότι επικρατέστερο ρόλο έχει η κουλτούρα της ιεραρχίας/ γραφειοκρατίας-Δ και σε αυτή την περίπτωση, εστιάζοντας στην διατήρηση της ομαλής λειτουργίας του νοσοκομείου. Και σε αυτή την περίπτωση ως επιθυμητή κατάσταση επιλέγεται η κουλτούρα της καινοτομίας-B.

Η πέμπτη διάσταση των **στρατηγικών επισημάνσεων**, η οποία διερευνά τα στοιχεία που καθορίζουν τις περιοχές που δίνεται έμφαση από τη στρατηγική του νοσοκομειακού οργανισμού προκύπτει ως επικρατέστερη κουλτούρα η ιεραρχική-Δ παρέχοντας ενδείξεις για τον προσανατολισμό στη σταθερότητα και τη μονιμότητα.

Ενώ ως επιθυμητή κατάσταση το επικρατέστερο μοντέλο είναι η κουλτούρα της καινοτομίας-B. Η έκτη και τελευταία διάσταση **των κριτηρίων επιτυχίας**, διερευνά τα κριτήρια σύμφωνα με τα οποία κρίνεται επιτυχημένη η λειτουργία του νοσοκομείου και τα οποία ορίζουν την πορεία και την ανταμοιβή της. Επικρατέστερο μοντέλο και σε αυτή τη διάσταση το ιεραρχικό-Δ, το οποίο δίνει έμφαση στο ενδιαφέρον για την ομαλή λειτουργία, το χαμηλό κόστος λειτουργίας και την τήρηση των κανόνων από τις/τους εργαζόμενες/εργαζόμενους. Δεν δίνει έμφαση στο ενδιαφέρον για τον άνθρωπο-υγειονομικό αλλά στις διαδικασίες που πρέπει να τηρούνται αυστηρά για την εξασφάλιση της σταθερότητας. Στην επιθυμητή κατάσταση επιλέγεται ως επικρατέστερος τύπος η κουλτούρα της καινοτομίας-B (πίνακας 37).

Πίνακας 37: Διαστάσεις οργανωσιακής κουλτούρας στο Αττικό νοσοκομείο

Διαστάσεις	Τύποι Οργαν. Κουλτούρων	Υφιστάμενη		Επιθυμητή	
		Μ.Τ.	Τ.Α.	Μ.Τ.	Τ.Α.
1. Κυρίαρχα χαρακτηριστικά	Κουλτούρα Οικειότητας- A	29,70	15,66	28,60	15,04
	Κουλτούρα Καινοτομίας- B	10,80	9,91	34,70	13,67
	Κουλτούρα της αγοράς- Γ	18,50	13,13	9,70	10,00
	Κουλτούρα της Ιεραρχίας- Δ	41,00	20,52	26,80	16,07
2. Οργανωτική Διοίκηση	Κουλτούρα Οικειότητας- A	32,20	12,84	28,10	13,08
	Κουλτούρα Καινοτομίας- B	12,80	8,89	36,60	11,91
	Κουλτούρα της αγοράς- Γ	19,10	10,36	10,50	9,36
	Κουλτούρα της Ιεραρχίας- Δ	35,90	12,72	24,90	15,99
3. Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού	Κουλτούρα Οικειότητας- A	24,10	11,81	35,70	9,46
	Κουλτούρα Καινοτομίας- B	11,90	8,00	37,00	10,30
	Κουλτούρα της αγοράς- Γ	24,90	13,74	10,60	9,08
	Κουλτούρα της Ιεραρχίας- Δ	39,10	15,38	16,70	10,45
4. Συνδετικός ιστός	Κουλτούρα Οικειότητας- A	29,20	15,61	37,40	9,70
	Κουλτούρα Καινοτομίας- B	10,40	8,87	39,20	12,61
	Κουλτούρα της αγοράς- Γ	19,50	11,58	9,40	9,41
	Κουλτούρα της Ιεραρχίας- Δ	40,90	17,81	14,10	11,29
5. Στρατηγικός προσανατολισμός	Κουλτούρα Οικειότητας- A	21,90	9,61	36,30	10,31
	Κουλτούρα Καινοτομίας- B	11,40	8,88	39,10	12,32
	Κουλτούρα της αγοράς- Γ	24,40	11,31	9,70	8,70
	Κουλτούρα της Ιεραρχίας- Δ	42,30	16,20	14,90	12,19
6. Κριτήρια επιτυχίας	Κουλτούρα Οικειότητας- A	18,50	9,47	31,30	12,84
	Κουλτούρα Καινοτομίας- B	12,20	8,36	42,90	15,59
	Κουλτούρα της αγοράς- Γ	26,10	9,84	9,40	9,83
	Κουλτούρα της Ιεραρχίας- Δ	43,20	16,07	16,50	12,74

Μ.Τ.: μέση τιμή (mean), Τ.Α.: τυπική απόκλιση (std. deviation)

Στις έξι διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας τόσο για την υφιστάμενη όσο και για την επιθυμητή κατάσταση που επικρατεί στο Αττικό νοσοκομείο, παρατηρήθηκε συμφωνία στην εμφάνισή τους. Στην υφιστάμενη κατάσταση επικρατεί το ιεραρχικό/γραφειοκρατικό μοντέλο ενώ αντίστοιχα στην επιθυμητή το μοντέλο της καινοτομίας. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε έλεγχος one-way ANOVA για να μελετηθούν οι μέσες τιμές ανά επαγγελματική ιδιότητα των υγειονομικών του Αττικού

νοσοκομείου. Στον πίνακα 38 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές για κάθε τύπο οργανωσιακής κουλτούρας ανά ιδιότητα επαγγελματία υγείας (ιατροί, νοσηλευτές/νοσηλεύτριες, άλλες ειδικότητες υγειονομικών και άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου), καθώς και το επίπεδο σημαντικότητας ($p < 0,05$) ανάμεσα στους μέσους όρους των δειγμάτων. Για τον υφιστάμενο τύπο κουλτούρας που είναι η κουλτούρα της ιεραρχίας δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, καθώς δεν υπάρχει διαφορά στη βαθμολογία του τύπου οργανωσιακής κουλτούρας που επικρατεί στο Αττικό νοσοκομείο ανά επαγγελματική ιδιότητα ($p = 0,315$). Για τους τύπους που ακολουθούν την κουλτούρα της ιεραρχίας στην υφιστάμενη κατάσταση και όλους τους τύπους στην επιθυμητή, σύμφωνα με την μέθοδο Bonferroni²⁸, η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται και ισχύει η εναλλακτική σύμφωνα με την οποία υπάρχει διαφορά στη βαθμολογία του τύπου της οργανωσιακής κουλτούρας που επικρατεί στο Αττικό νοσοκομείο ανά επαγγελματική ιδιότητα (πίνακας 38).

Οι μέσες τιμές ανά επαγγελματική ιδιότητα παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις οι οποίες στρέφονται πολλές φορές γύρω από τις 10 μονάδες. Οι ιατροί θεωρούν ότι δεύτερη κουλτούρα έρχεται η κουλτούρα της οικειότητας, οι νοσηλευτές/τριες, οι άλλες ειδικότητες υγειονομικών όπως και οι άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου, θεωρούν ότι δεύτερη είναι η κουλτούρα της αγοράς, ενώ στην τρίτη θέση τοποθετείται η κουλτούρα της αγοράς και η κουλτούρα της οικειότητας αντίστοιχα. Στην τέταρτη θέση βρίσκεται η κουλτούρα της καινοτομίας με τη χαμηλότερη βαθμολογία. Ειδικότερα το νοσηλευτικό προσωπικό τη βαθμολογεί πολύ χαμηλά (8,46), ακολουθεί το ιατρικό προσωπικό, οι άλλες ειδικότητες υγειονομικών και τέλος οι άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου (16,67). Αναφορικά με την επιθυμητή κουλτούρα όλες οι ειδικότητες επιλέγουν την κουλτούρα της καινοτομίας εξαιρουμένης της άλλης υπηρεσίας που είναι ικανοποιημένη με το ιεραρχικό μοντέλο.

Για τον έλεγχο συσχέτισης των τεσσάρων τύπων Οργανωσιακής Κουλτούρας με την Επαγγελματική Ικανοποίηση (JSQ) των υγειονομικών του Αττικού νοσοκομείου και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης Νοσηλευτριών Ελλάδας (GNJJS) έγινε χρήση του συντελεστή συσχέτισης r του Pearson. Επίσης ο συντελεστής αξιοποιήθηκε για τη συσχέτιση δημογραφικών/επαγγελματικών χαρακτηριστικών και στοιχείων εκπαίδευσης του δείγματος με τις υπάρχουσες αλλά και επιθυμητές κουλτούρας.

²⁸ Η μέθοδος Bonferroni προτιμήθηκε λόγω του μικρού αριθμού δείγματος υποκειμένων ανά ειδικότητα.

Πίνακας 38: Οι οργαν. κουλτούρες στο Αττικό νοσοκομείο ανά επάγγελμα

Ιδιότητα		A	B	Γ	Δ
		Υφιστάμενη Κουλτούρα			
Ιατρός	M.T.	28,69	12,27	17,87	32,38
	T.A.	9,54	5,71	6,79	6,86
Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια	M.T.	21,98	8,46	28,52	41,05
	T.A.	7,67	4,85	7,73	7,76
Άλλες ειδικότητες υγειονομικών	M.T.	18,33	13,00	30,00	38,67
	T.A.	5,27	8,11	6,77	8,77
Άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου	M.T.	22,62	16,67	28,33	41,17
	T.A.	4,60	5,00	4,08	13,87
One-way ANOVA ανά ιδιότητα	P-value	0,001	0,002	<0,001	0,315
		Επιθυμητή Κουλτούρα			
Ιατρός	M.T.	32,81	39,29	9,89	17,98
	T.A.	6,11	9,01	7,12	8,09
Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια	M.T.	34,38	38,70	7,96	19,07
	T.A.	7,67	8,34	5,59	9,10
Άλλες ειδικότητες υγειονομικών	M.T.	35,67	36,67	11,00	16,67
	T.A.	7,60	4,41	5,96	7,07
Άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου	M.T.	25,95	28,57	16,43	29,05
	T.A.	7,38	9,64	5,31	11,26
One-way ANOVA ανά ιδιότητα	P-value	0,026	0,026	0,030	0,016

A. Κουλτούρα Οικειότητας (Clan Culture), B. Κουλτούρα Καινοτομίας (Adhocracy Culture)

Γ. Κουλτούρα Αγοράς (Market Culture), Δ. Κουλτούρα Ιεραρχίας (Hierarchy Culture)

Ιατροί: N=61, Νοσηλευτές/τριες: N=27, άλλες ειδικ. υγειον.: 5, άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου: N=7

Εάν η τιμή του δείγματος είναι στο 5% ($p < 0,05$) τότε το εύρημα θεωρείται στατιστικά σημαντικό

($P < 0,05$ απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, $p > 0,05$ δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση)

Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Δέσμευσης-OCQ

Βάσει των περιγραφικών αποτελεσμάτων που έλαβαν χώρα βρέθηκε ότι η μέση τιμή της βαθμολογίας της οργανωσιακής δέσμευσης των υγειονομικών στο Αττικό νοσοκομείο ήταν 4,25 ($\pm 0,82$) στην κλίμακα βαθμολόγησης από 1 έως 7 (πίνακας 39). Η οργανωσιακή δέσμευση των εργαζόμενων δεν ήταν υψηλή ωστόσο ξεπερνούσε τα μέτρια επίπεδα και ήταν ικανοποιητική. Ενώ ο κυρίαρχος τύπος της οργανωσιακής δέσμευσης ήταν η δέσμευση συνέχειας, η οποία συνεπάγεται υψηλό κόστος αποχώρησης και κίνδυνο μη εύρεσης αντίστοιχης εργασίας. Ακολουθεί ο τύπος της κανονιστικής δέσμευσης που στηρίζεται στην πίεση από άλλους είτε άτομα είτε συνθήκες και διάφοροι παράγοντες εξωτερικοί ή εσωτερικοί. Τέλος, ακολουθεί η συναισθηματική δέσμευση των υγειονομικών, η οποία συνεπάγεται ταύτιση με τους στόχους και τις αξίες του νοσοκομείου. Στον πίνακα 39 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες ανά ειδικότητα υγειονομικού καθώς και συνολικά. Από τον έλεγχο one-way ANOVA δεν προέκυψαν σημαντικά ευρήματα ανά επαγγελματική ιδιότητα ($p=0,157$). Συνεπώς ισχύει η μηδενική υπόθεση ότι το επίπεδο οργανωσιακής δέσμευσης δεν παρουσιάζει διαφοροποίηση ανά επαγγελματική ιδιότητα.

Πίνακας 39: Μέση βαθμολογία Οργαν. Δέσμευσης στο Αττικό νοσοκομείο

Ιδιότητα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο	N
Ιατρός	4,10	,90	4,20	2,40	6,00	61
Νοσηλεύτρια/Νοσηλεύτης	4,47	,70	4,40	3,13	6,60	27
Άλλες ειδικότητες υγειονομικών	4,43	,38	4,46	3,93	4,93	5
Άλλες υπηρ. νοσοκομείου	4,55	,49	4,73	3,87	5,13	7
Σύνολο	4,25	82	4,33	2,40	6,60	100

Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης-JSQ και GNJSS

Η επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών του Αττικού νοσοκομείου (N=100), όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 40, κυμαίνονταν σε μέτρια επίπεδα, καθώς η μέση τιμή βρέθηκε 2,93 (εύρος βαθμολόγησης 1-5). Οι υγειονομικοί αντλούν περισσότερη ικανοποίηση από τη φύση του επαγγέλματός τους, ωστόσο παρουσίαζαν χαμηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση όσον αφορά τις εργασιακές συνθήκες. Η συνθήκη αυτή παρουσίαζε διαφοροποίηση ως προς τις απαντήσεις των ιατρών και νοσηλευτριών/νοσηλευτών όπου η ικανοποίηση αφορούσε περισσότερο τη φύση του επαγγέλματος και λιγότερο τις εργασιακές συνθήκες σε αντίθεση με άλλες ειδικότητες υγειονομικών και άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου, όπου οι μέσες τιμές ήταν αντίστροφες. Η ικανοποίηση ήταν υψηλότερη από τις εργασιακές συνθήκες και χαμηλότερη (ελάχιστα) από τη φύση του επαγγέλματός τους. Εκτός από την κλίμακα JSQ, το νοσηλευτικό προσωπικό συμπλήρωσε και την κλίμακα, που απευθύνεται αποκλειστικά στην επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτριών/-ών και βρέθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα με μέση τιμή 2,59 (εύρος βαθμολόγησης 1-4). Όσον αφορά τον έλεγχο των μέσων όρων ανά ιδιότητα για την επαγγελματική ικανοποίηση-JSQ (N=100), ισχύει η μηδενική υπόθεση καθώς από τον έλεγχο one-way ANOVA δεν προέκυψαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ($p=0,070$). Αντίστοιχα για την επαγγελματική ικανοποίηση νοσηλευτριών/-ών-GNJSS (N=27) με βάση την ηλικία (one-way ANOVA), ισχύει η μηδενική υπόθεση, καθώς τα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης νοσηλευτριών/-ών δεν μεταβάλλονται σημαντικά ανά ηλικία ($p=0,390$).

Πίνακας 40: Μέσες τιμές επαγγελματικής ικανοποίησης στο Αττικό νοσοκομείο

Ιδιότητα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχ	Μέγ	N
Επαγγελματική Ικανοποίηση Υγειονομικών-JSQ						
Ιατρός	3,11	,81	3,25	1,00	4,75	61
Νοσηλεύτρια/Νοσηλευτής	2,67	,50	,250	1,50	3,50	27
Άλλες ειδικότητες Υγειον.	2,40	,49	2,25	1,75	3,00	5
Άλλες υπηρεσίες	2,68	,59	3,00	,200	3,50	7
Σύνολο	2,93	,74	3,00	1,00	4,75	100
Επαγγελματική Ικανοποίηση Νοσηλευτριών/ών Ελλάδας-GNJSS						
Νοσηλεύτριες/Νοσηλευτές	2,59	,37	2,61	1,72	3,39	27

Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης

Στη συνέχεια ακολούθησε η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (Multiple Linear Regression) για τη διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν σε κάθε κλίμακα και η λογική των παλινδρομήσεων ήταν ιεραρχική. Πιο συγκεκριμένα, τα σχήματα ήταν τα εξής:

α) Μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* κυρίαρχη Κλίμακα Υπάρχουσας Οργανωσιακής Κουλτούρας-**OCAI.Y**-Κουλτούρα της Ιεραρχίας-Δ (N=100) και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και οι κλίμακες Οργανωσιακής Δέσμευσης-**OCQ**, Επαγγελματικής Ικανοποίησης-**JSQ** και Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-**PPOS**.

β) Μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* κυρίαρχη Κλίμακα Επιθυμητής Οργανωσιακής Κουλτούρας-**OCAI.E**-Κουλτούρα της Καινοτομίας-B (N=100) και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και οι κλίμακες Οργανωσιακής Δέσμευσης-**OCQ**, Επαγγελματικής Ικανοποίησης-**JSQ** και Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-**PPOS**.

γ) Μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* την Κλίμακα Οργανωσιακής Δέσμευσης-**OCQ** (N=100) και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και οι κλίμακες τρέχουσας και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας-**OCAI.Y/OCAI.E**, Επαγγελματικής Ικανοποίησης-**JSQ** και Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-**PPOS**.

δ) Μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* την Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης-**JSQ** (N=100) και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και οι κλίμακες τρέχουσας και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας-**OCAI.Y/OCAI.E**, Οργανωσιακής Δέσμευσης-**OCQ** και Προσανατολισμού ιατρού-ασθενή-**PPOS**.

ε) Μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* την Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης Νοσηλευτριών/Νοσηλευτών Ελλάδας-**GNJSS** (N=27) και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και οι κλίμακες τρέχουσας και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας-**OCAI.Y/OCAI.E**, Οργανωσιακής Δέσμευσης-**OCQ** και Προσανατολισμού ιατρού-ασθενή-**PPOS**.

στ) Μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* την Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-**PPOS** (N=100) και *ανεξάρτητες*

μεταβλητές όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και οι κλίμακες τρέχουσας και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας-**OCAI.Y/OCAI.E**, Οργανωσιακής Δέσμευσης-**OCQ**, Επαγγελματικής Ικανοποίησης-**JSQ**.

ζ) Και τέλος μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Πεποιθήσεων Ιατρού-**PBS** (N=61) και ανεξάρτητες μεταβλητές όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και οι κλίμακες τρέχουσας και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας-**OCAI.Y/OCAI.E**, Οργανωσιακής Δέσμευσης-**OCQ**, Επαγγελματικής Ικανοποίησης-**JSQ** και Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-**PPOS**. Και τα επτά σχήματα αναλύσεων βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά με τιμές $p < 0,05$. Πιο συγκεκριμένα, το σχήμα α βρέθηκε $p < 0,001$ ($R^2=0,25$, $F(7,92)=5,62$), το σχήμα β, $p=0,001$ ($R^2=0,38$, $F(7,92)=7,61$), το σχήμα γ, $p < 0,001$ ($R^2=0,44$, $F(6,93)=9,74$), το σχήμα δ βρέθηκε $p < 0,001$ ($R^2=0,30$, $F(8,91)=6,95$), το σχήμα ε $p < 0,001$ ($R^2=0,70$, $F(3,23)=7,10$), το σχήμα στ $p < 0,001$ ($R^2=0,16$, $F(5,55)=3,81$) και τέλος το σχήμα ζ, βρέθηκε $p < 0,001$ ($R^2=0,87$, $F(5,55)=84,49$). Στον πίνακα 41 παρουσιάζονται συνοπτικά μόνο οι μεταβλητές οι οποίες βρέθηκαν σημαντικές ($p < 0,05$) για το εκάστοτε μοντέλο και στο παράρτημα 4 πίνακας 71, παρατίθενται όλα τα στοιχεία των παλινδρομήσεων.

Πίνακας 41: Μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης των κλιμάκων OCAI, OCQ, JSQ, GNJSS, PPOS & PBS των υγειονομικών του Αττικού νοσοκομείου

Μοντέλο	b	SE(b)	Beta	p-value
Κουλτούρα Ιεραρχίας-Α (N=100) $R^2=0,25$, $F(6,93)=5,62$, $p < 0,001$				
Επάγγελμα (Ιατροί vs Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές)	-8,02	1,73	,43	<,001
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	-7,07	1,77	-,37	<,001
Ειδικότητα (Χειρουργική vs άλλη)	-4,08	1,66	-,22	,015
Βάρδια (Κυκλική vs πρωινή/ ή και εφημερίες)	13,76	5,87	,21	,020
Ασθενείς ανά εβδομάδα (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	9,31	1,31	,53	<,001
Επαγγελματική Ικανοποίηση- JSQ	-4,68	2,09	-,43	,028
Επιθυμητή Κουλτούρα Καινοτομίας-Β (N=100) $R^2=0,38$, $F(7,92)=7,61$, $p=0,001$				
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	19,46	8,91	,39	,036
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-4,54	1,69	,25	,008
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	9,70	3,88	,53	,017
Επάγγελμα (Ιατροί vs Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές)	9,49	3,34	,27	,005
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	3,75	1,81	,20	,041
Ειδικότητα (Χειρουργική vs άλλη)	4,72	1,09	,63	<,001
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	4,45	2,11	,19	,037

(Συνέχεια)	<i>b</i>	<i>SE(b)</i>	<i>Beta</i>	<i>p-value</i>
Οργανωσιακή Δέσμευση-OCQ (N=100) $R^2=0,44$, $F(6,93)=9,74$, $p<0,001$				
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	,44	,17	,27	,013
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	-,43	,19	-,26	,022
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	-,76	,24	-,44	,002
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	-,66	,32	-,34	,042
Ασθενείς ανά εβδομάδα (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	,53	,22	,30	,022
Επαγγελματική Ικανοποίηση-JSQ	,73	,35	,43	,040
Επαγγελματική Ικανοποίηση-JSQ (N=100) $R^2=0,30$, $F(8,91)=6,95$, $p<0,001$				
Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	,34	,15	,22	,031
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-1,15	,30	-,47	<,001
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	-1,02	,20	-,42	<,001
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	-,60	,13	-,40	<,001
Προϋπηρεσία σε άλλη δομή/νοσοκομείο (Ναι vs Όχι)	1,05	,33	,31	,003
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	-,93	,38	,45	,018
Υπάρχουσα Κουλτούρα της Ιεραρχίας-Δ	-,67	,21	-,42	,002
Επιθυμητή Κουλτούρα της Καινοτομίας-B	1,29	,59	,24	,035
Επαγγελματική Ικανοποίηση Νοσηλευτ. Ελλάδας-GNJSS (N=27) $R^2=0,70$, $F(3,23)=7,10$, $p<0,001$				
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	,61	,26	,28	,026
Τμήμα (MEΘ vs άλλο)	,62	,28	,32	,039
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	-,62	,21	-,45	,007
Υπάρχουσα Κουλτούρα της Ιεραρχίας-Δ	1,66	,38	,66	<,001
PPOS (N=100) $R^2=0,16$, $F(5, 55)=3,81$, $p<0,001$				
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-1,03	,32	-,41	,002
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	1,17	,43	,27	,009
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	1,04	,15	,69	,000
Εξέταση ασθενών/εβδ (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	-,49	,21	-,26	,028
Πεποιθήσεις Ιατρού-PBS	-,16	,08	-,22	,039
PBS (N=61) $R^2=0,87$, $F(5,55)=84,49$, $p<0,001$				
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	-,99	,47	,17	,034
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	2,53	,23	,65	<,001
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	-2,79	,43	-,96	,000
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	-1,34	,45	-,61	,005
Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή-PPOS	-2,78	,45	,96	<,001

Οι μεταβλητές που βρέθηκε να επιδρούν στην κυρίαρχη (N=100) οργανωσιακή κουλτούρα (Κουλτούρα της Ιεραρχίας-Δ) βάσει των δημογραφικών, μορφωτικών, επαγγελματικών στοιχείων και των κλιμάκων οργανωσιακής δέσμευσης, επαγγελματικής ικανοποίησης και προσανατολισμού ιατρού ασθενή, είναι το *επάγγελμα*, η *ιδιότητα*, η *βάρδια*, οι *ασθενείς ανά εβδομάδα*, καθώς και η επαγγελματική

ικανοποίηση-**JSQ** (βλ. πίνακα 41). Η αύξηση της βαθμολογίας στην τρέχουσα κουλτούρα της ιεραρχίας συσχετίστηκε με το επάγγελμα των νοσηλευτ(ρι)ών έναντι των ιατρών, καθώς η συνολική μέση βαθμολογία OCAI.Y ήταν περίπου 8 μονάδες υψηλότερη από τις/τους ιατρούς ($b=-8,02$, $p<0,001$). Οι επιμελήτριες-ες ιατροί παρουσίαζαν περίπου 7 μονάδες υψηλότερη μέση βαθμολογία σε σύγκριση με την ιδιότητα των ειδικευόμενων ($b=-7,07$, $p<0,001$). Η ειδικότητα της παθολογίας σε σύγκριση με την χειρουργική παρουσίαζε αύξηση 4 μονάδων περίπου ($b=-4,08$, $p=0,15$), η κυκλική βάρδια παρουσίαζε 13 μονάδες υψηλότερη μέση τιμή σε σύγκριση με την πρωινή ή/και τις εφημερίες ($b=13,76$, $p=0,20$), η εξέταση/παρακολούθηση 51-120 ασθενών εβδομαδιαία εμφάνιζε υψηλότερη μέση βαθμολογία 9 μονάδων περίπου συγκριτικά με την εξέταση 10 έως 50 ασθενών ανά εβδομάδα ($b=9,31$, $p<0,001$), ενώ τέλος η επαγγελματική ικανοποίηση σχετιζόταν αρνητικά με την βαθμολογία της κουλτούρας της ιεραρχίας ($b=-4,68$, $p=0,28$).

Αντίστοιχα για την κυρίαρχη επιθυμητή ($N=100$) οργανωσιακή κουλτούρα (Κουλτούρα της Καινοτομίας-B) στα επόμενα 5 έτη, οι μεταβλητές που βρέθηκε να συνδέονται με την αύξηση της μέσης βαθμολογίας της είναι η ηλικία, η κοινωνικο-οικονομική προέλευση, οι επιπλέον σπουδές (δεύτερο πτυχίο, μεταπτυχιακό, διδακτορικό κ.λπ.), το επάγγελμα, η ιδιότητα, η ειδικότητα και ο μισθός. Αναλυτικότερα, οι ηλικίες 26 έως 40 ετών εμφάνιζαν υψηλότερη μέση βαθμολογία σε σύγκριση με τις ηλικίες 41 και πάνω ($b=19,46$, $p=0,036$), η μεσαία τάξη 4 μονάδες περίπου σε σύγκριση με την εργατική τάξη ($b=4,54$, $p=0,008$), η ύπαρξη επιπρόσθετης εκπαίδευσης, πέρα από τη βασική προπτυχιακή, 9 μονάδες έναντι της απουσίας εκπαίδευσης ($b=9,70$, $p=0,017$), οι ιατροί σε σύγκριση με τις/τους νοσηλευτές εμφάνιζαν επίσης περίπου 9 μονάδες υψηλότερη μέση βαθμολογία ($b=9,49$, $p=0,005$), οι ειδικευόμενες/ειδικευόμενοι σε σύγκριση με τις/τους επιμελήτριες/επιμελητές ιατρούς 4 μονάδες περίπου ($b=3,75$, $p=0,041$), η χειρουργική ως ειδικότητα/τομέας εργασίας 5 μονάδες περίπου σε σύγκριση με την παθολογία ($b=4,72$, $p<0,001$) και τέλος ο μισθός έως 1000 ευρώ σε σύγκριση με μισθούς άνω των 1001 ευρώ εμφάνιζαν 4 μονάδες υψηλότερη μέση βαθμολογία ($b=4,45$, $p=0,037$).

Η οργανωσιακή δέσμευση ($N=100$), βρέθηκε ότι επηρεάζεται από την εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς, την ιδιότητα, την προϋπηρεσία στο Αττικό νοσοκομείο, τον μισθό, την εξέταση/παρακολούθηση ασθενών εβδομαδιαία καθώς και με το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης μέσω

της κλίμακας JSQ. Συγκεκριμένα, η παρουσία εκπαίδευσης σε σύγκριση με την απουσία παρουσίαζε υψηλότερη βαθμολογία ($b=0,44$, $p=0,013$), όπως επίσης και οι επιμελήτριες/επιμελητές ιατροί σε σύγκριση με τις ειδικευόμενες/ειδικευόμενους ιατρούς ($b=-43$, $p=0,022$). Επιπλέον, η προϋπηρεσία στο Αττικό από 11 έτη και πάνω σε σύγκριση με το 1 έως 10 έτη επιδρούσε στην υψηλότερη οργανωσιακή δέσμευση ($b=-0,76$, $p=0,002$), ο υψηλός μισθός από 1001 ευρώ και πάνω σε σύγκριση με μισθούς έως 1000 ευρώ ($b=-0,66$, $p=0,042$), καθώς επίσης και ο μεγάλος αριθμός εξέτασης ασθενών (51-120) σε σύγκριση με χαμηλότερο αριθμό (10-50), ο οποίος συνδέονταν με υψηλότερη οργανωσιακή δέσμευση ($b=0,53$, $p=0,022$). Ενώ τέλος, η αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης οδηγεί σε υψηλότερη μέση τιμή της οργανωσιακής δέσμευσης ($b=0,73$, $p=0,040$).

Σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση ($N=100$) των υγειονομικών στο Αττικό νοσοκομείο, οι μεταβλητές που βρέθηκε ότι συνδέονται με την υψηλότερη μέση βαθμολογία της είναι το φύλο, η κοινωνικο-οικονομική προέλευση, οι επιπλέον σπουδές, η ιδιότητα, η προϋπηρεσία σε άλλη δομή, ο μισθός, καθώς και οι κυρίαρχες οργανωσιακές κουλτούρες (υφιστάμενη και επιθυμητή).

Περαιτέρω και βάση όσων προαναφέρθηκαν, οι άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση ($b=0,34$, $p=0,031$), η μεσαία σε σύγκριση με την εργατική τάξη ($b=1,15$, $p<0,001$), η απουσία εκπαίδευσης σε σύγκριση με την ύπαρξη κάποιου είδους επιπλέον εκπαίδευσης ($b=-1,02$, $p<0,001$), οι επιμελήτριες/επιμελητές ιατροί σε σύγκριση με τις/τους ειδικευόμενες/ειδικευόμενους ιατρούς ($b=-0,60$, $p<0,001$), η ύπαρξη προϋπηρεσίας σε άλλη δομή πριν την εργασία στο Αττικό σε σύγκριση με την απουσία προϋπηρεσίας αλλού ($b=1,05$, $p=0,003$), ο υψηλός μισθός σε σύγκριση με τον χαμηλότερο ($b=-0,93$, $p=0,018$). Αναφορικά με την υπάρχουσα κουλτούρα της ιεραρχίας-Δ και την επίδρασή της στην επαγγελματική ικανοποίηση παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση ($b=-0,67$, $p=0,002$) ενώ με την επιθυμητή κουλτούρα της καινοτομίας-B θετική ($b=1,29$, $p=0,035$).

Όσον αφορά την επιπλέον κλίμακα που συμπλήρωσαν αποκλειστικά οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές ($N=27$) για την επαγγελματική τους ικανοποίηση (GNJSS), οι μεταβλητές που βρέθηκε να προβλέπουν την υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού στο Αττικό νοσοκομείο είναι η ηλικία, το τμήμα/τομέας εργασίας, ο μισθός και η υπάρχουσα κουλτούρα της ιεραρχίας-Δ. Οι

μικρότερες ηλικίες σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες είχαν 0,61 περίπου μονάδες υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση ($b=0,61, p=0,026$), όπως επίσης και η εργασία στη ΜΕΘ σε σύγκριση με τον παθολογικό τομέα ($b=0,62, p=0,039$), η ύπαρξη υψηλότερων μισθών με τους χαμηλότερους συνδέονταν επίσης με υψηλότερη μέση τιμή της επαγγελματικής ικανοποίησης ($b=-0,62, p=0,007$). Η υπάρχουσα κουλτούρα ιεραρχίας-Δ παρουσίαζε θετική συσχέτιση με την επαγγελματική ικανοποίηση ($b=1,66, p<0,001$) των νοσηλευτριών/νοσηλευτών, το οποίο ήταν αντίστροφο στην επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών συνολικά σύμφωνα με την προηγηθείσα ανάλυση της κλίμακας JSQ.

Σχετικά με την κλίμακα προσανατολισμού ιατρού-ασθενή, η οποία απαντήθηκε από το σύνολο των ιατρών ($N=61$) και αφορούσε στη διερεύνηση της κυρίαρχης προσέγγισης στη σχέση ιατρού-ασθενή (ανθρωποκεντρική ή ιατροκεντρική), οι μεταβλητές που συνδέονταν με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση (υψηλότερες τιμές=ανθρωποκεντρική, χαμηλότερες=ιατροκεντρική προσέγγιση) είναι η κοινωνικο-οικονομική προέλευση, η επιπλέον εκπαίδευση, η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας, ο αριθμός εξέτασης/παρακολούθησης ασθενών και η κλίμακα πεποιθήσεων ιατρού. Η μεσαία τάξη σε σύγκριση με την εργατική είχε υψηλότερη μέση βαθμολογία ($b=-1,03, p=0,002$), η ύπαρξη επιπλέον εκπαίδευσης σε σύγκριση με την απουσία της ($b=1,17, p=0,009$), η παρουσία εκπαίδευσης σε δεξιότητες συγκριτικά με την απουσία της ($b=1,04, p<0,001$), ο χαμηλότερος αριθμός εξέτασης/παρακολούθησης ασθενών σε σύγκριση με τον υψηλότερο συνδέονταν επίσης με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση ($b=-0,49, p=0,028$), ενώ τέλος η ύπαρξη του ψυχοκοινωνικού μοντέλου σε σύγκριση με το βιοϊατρικό στην κλίμακα πεποιθήσεων ιατρού (εδώ οι χαμηλότερες βαθμολογίες της κλίμακας συνδέονται με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και αντίστοιχα οι υψηλότερες με το βιοϊατρικό) συνδέονταν με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση ($b=-0,26, p=0,039$).

Σχετικά με την τελευταία κλίμακα ανάλυσης που αφορά τις πεποιθήσεις ιατρού ($N=61$) για τη διερεύνηση του κυρίαρχου μοντέλου που επικρατεί (βιοψυχοκοινωνικό ή βιοϊατρικό), οι μεταβλητές που επιδρούν στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έναντι του βιοϊατρικού είναι η επιπλέον εκπαίδευση, η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας, η ιδιότητα, η προϋπηρεσία στο νοσοκομείο και η ανθρωποκεντρική προσέγγιση μέσω της κλίμακας PPOS. Η παρουσία επιπρόσθετης εκπαίδευσης σε σύγκριση με την απουσία της βρέθηκε να συνδέεται με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (υπενθυμίζεται

ότι η χαμηλή βαθμολογία προσδιορίζει το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και οι υψηλές το βιοϊατρικό) 0,99 μονάδες περίπου ($b=-0,99$, $p=0,034$), η παρουσία εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας σε σύγκριση με την απουσία της ($b=2,53$, $p<0,001$), οι επιμελήτριες/επιμελητές ιατροί σε σύγκριση με τις/τους ειδικευόμενες/ειδικευόμενους εμφανίζουν 2,79 μονάδες υψηλότερη μέση βαθμολογία ($b=-2,79$, $p<0,001$), η μικρότερη προϋπηρεσία (1 έως 10 έτη) στο Αττικό νοσοκομείο σε σύγκριση με την μεγαλύτερη (11 έτη και άνω) επιδρά θετικά στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας ($b=-1,34$, $p=0,005$), ενώ τέλος ο προσανατολισμός ιατρού-ασθενή συνδέεται θετικά με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, άρα αρνητικά με το βιοϊατρικό ($b=-2,78$, $p<0,001$).

5.3.2 Επαγγελματική Ικανοποίηση Υγειονομικών Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης-JFQ

Το παρόν ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 192 υποκείμενα και η μέση τιμή του βρέθηκε 3,03 συνολικά (εύρος βαθμολόγησης 1-5), 2,95 για την πρώτη υποκλίμακα (*ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες*) και 2,98 για τη δεύτερη (*ικανοποίηση από την φύση εργασίας*). Οι υγειονομικοί των δημόσιων δομών δεν παρουσίαζαν υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση καθώς κυμαίνονταν σε μέτριο σχετικά επίπεδο. Αντίθετα οι ιδιώτες ιατροί παρουσίαζαν υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση ($4,11\pm 0,49$). Παρατηρήθηκε μικρή διαφορά στις μέσες βαθμολογίες όσον αφορά τη δεύτερη υποκλίμακα σε σύγκριση με την πρώτη τόσο συνολικά όσο και ανά ειδικότητα υγειονομικού (πίνακας 42). Οι υγειονομικοί, όπως παρουσιάζεται στις υποκλίμακες της επαγγελματικής ικανοποίησης αντλούσαν περισσότερη ικανοποίηση από τη φύση του επαγγέλματος τους σε σύγκριση με τις εργασιακές συνθήκες. Ενώ οι ιδιώτες ιατροί αντλούσαν υψηλότερη ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες παρά από τη φύση του επαγγέλματος, υπερίσχυαν, όπως γίνεται αντιληπτό, τα εξωγενή χαρακτηριστικά (ανταμοιβή, απολαβές, ασφάλεια κ.λπ.) και λιγότερο τα εγγενή (εσωτερικές ανταμοιβές, όπως η ίδια η εργασία και οι ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη και ολοκλήρωση). Διαφοροποίηση παρατηρήθηκε στις άλλες ειδικότητες υγειονομικών και στις άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου.

Όσον αφορά τον έλεγχο των μέσων όρων ανά επαγγελματική ιδιότητα (one-way ANOVA), απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, καθώς τα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης μεταβάλλονται ανά ιδιότητα επαγγελματία υγείας ($p=0,001$).

Πίνακας 42: Μέση τιμή Επαγγελματικής Ικανοποίησης (JSQ) υγειονομικών

Ιδιότητα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχ	Μέγ	N
Ιατρός	3,20	,76	3,25	1,00	4,75	112
Νοσηλεύτρια/Νοσηλευτής	2,73	,61	2,75	1,50	4,50	51
Άλλες ειδικότητες Υγειον.	2,88	,75	2,75	1,75	4,25	13
Άλλες υπηρεσίες	2,68	,59	3,00	2,00	3,50	7
Σύνολο	3,03	,74	3,00	1,00	4,75	183
Υποκλίμακα Ικανοποίησης από τις Εργασιακές Συνθήκες						
Ιατρός	2,92	,60	3,00	1,33	4,33	112
Νοσηλεύτρια/Νοσηλευτής	3,00	,52	3,00	2,00	4,00	51
Άλλες ειδικότητες Υγειον.	3,10	,55	3,00	2,00	3,67	13
Άλλες υπηρεσίες	2,95	,52	2,67	2,33	3,67	7
Σύνολο	2,95	,57	3,00	1,33	4,33	183
Υποκλίμακα Ικανοποίησης από τη Φύση Εργασίας						
Ιατρός	2,96	,28	3,00	2,00	3,75	112
Νοσηλεύτρια/Νοσηλευτής	3,03	,27	3,00	2,50	3,75	51
Άλλες ειδικότητες Υγειον.	2,96	,14	3,00	2,75	3,25	13
Άλλες υπηρεσίες	3,11	,24	3,00	2,75	3,50	7
Σύνολο	2,98	,27	3,00	2,00	3,75	183
Ιδιώτες Ιατροί						
Επαγγελματική Ικανοποίηση	4,11	,49	4,25	3,25	4,75	9
Ικ. από Εργασιακές συνθήκες	3,8	,50	3,67	3,00	4,33	9
Ικ. από τη φύση εργασίας	2,97	,38	3,00	2,25	3,50	9

Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης Νοσηλευτριών/νοσηλευτών Ελλάδας-GNJSS

Το παρόν ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 51 νοσηλεύτριες και νοσηλευτές (27 Αττικό νοσοκομείο 24 άλλα νοσοκομεία) και η μέση τιμή βρέθηκε συνολικά για την κλίμακα GNJSS 2,58, όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα 43. Στην υποκλίμακα της αυτοανάπτυξης και υπευθυνότητας 2,72, στην υποκλίμακα αμοιβής και φύσης εργασίας 2,23, ηγεσίας 2,43 και τέλος στην υποκλίμακα αλληλεπίδρασης και αναγνώρισης 2,78. Το εύρος της βαθμολογίας κυμαινόταν από 1 έως 4. Συνεπώς, παρατηρείται ότι η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτριών/νοσηλευτών κυμαίνονταν σε μέτρια επίπεδα. Ο έλεγχος t που πραγματοποιήθηκε για να συγκρίνει τους μέσους όρους ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό του Αττικού νοσοκομείου και άλλων δομών/νοσοκομείων δεν οδήγησε σε σημαντικά ευρήματα καθώς το επίπεδο σημαντικότητας ήταν $>0,05$ ($p=0,859$ συνολικά για την κλίμακα, $p=0,933$ για την υποκλίμακα αυτοανάπτυξης και υπευθυνότητας, $p=0,715$ για την υποκλίμακα της αμοιβής και φύσης της εργασίας, $p=0,938$ για την υποκλίμακα της ηγεσίας και $p=0,684$ για την υποκλίμακα αλληλεπίδρασης και αναγνώρισης). Συνεπώς γίνεται αποδεκτή η μηδενική υπόθεση έναντι της εναλλακτικής ότι η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτριών/νοσηλευτών δεν παρουσιάζει διαφοροποίηση στο Αττικό νοσοκομείο έναντι άλλων νοσοκομείων και δημόσιων δομών υγείας.

Πίνακας 43: Μέσες τιμές Κλίμακας GNJSS και των Υποκλιμάκων της

	GNJSS	Αυτοανάπτυξη & Υπευθυνότητα	Αμοιβή & φύση εργασίας	Ηγεσία	Αλληλεπίδραση & Αναγνώριση	
Συνολικά (N=51)	2,58±0,42	2,72±0,62	2,23±0,74	2,43±0,54	2,78±0,59	
Μέση τιμή	2,59	2,72	2,27	2,43	2,81	
Τυπική απόκλιση	,37	,62	,73	,41	,36	
Αττικό	Διάμεσος	2,61	3,00	2,33	2,40	2,80
	Ελάχιστο	1,72	1,20	1,00	1,80	2,00
	Μέγιστο	3,39	3,80	3,67	3,20	3,60
	N	27	27	27	27	27
	Μέση τιμή	2,57	2,73	2,19	2,44	2,75
Άλλα νοσοκομεία	Τυπική απόκλιση	,48	,64	,77	,68	,62
	Διάμεσος	2,58	2,80	2,33	2,40	2,70
	Ελάχιστο	1,83	1,60	1,00	1,40	1,80
	Μέγιστο	3,61	3,80	4,00	4,00	4,00
	N	24	24	24	24	24

5.3.3 Διάδραση και επικοινωνιακές σχέσεις υγειονομικών-ασθενών

Η στάση των υγειονομικών για την επικοινωνία ιατρών, νοσηλευτ(ρι)ών-ασθενών

Οι ερωτηθείσες/ερωτηθέντες υγειονομικοί αξιολόγησαν την ικανότητά τους (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) για την επικοινωνία με τις/τους ασθενείς (1. όχι πολύ καλή, 2. μέτρια, 3. καλή, 4. άριστη), ενώ οι υπόλοιπες ειδικότητες υγειονομικών και άλλων υπηρεσιών νοσοκομείου αξιολόγησαν την ικανότητα των ιατρών για τις επικοινωνιακές σχέσεις με τις/τους ασθενείς. Επίσης αξιολογήθηκε η πιθανή δυσκολία στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων σε ασθενείς, οι λόγοι δυσκολίας, η ανησυχία για καταγγελία για κάποιο ιατρικό λάθος, η συχνότητα αντιμετώπισης των ασθενών ως πιθανές-πιθανούς «αντίδικους» και η καλή επικοινωνία ως μέσο διαχείρισης ενός πιθανού ιατρικού λάθους και αποφυγή καταγγελίας.

Οι ιδιώτες ιατροί, όπως και οι ιατροί σε δημόσια νοσοκομεία, αξιολόγησαν τις επικοινωνιακές τους σχέσεις με τις/τους ασθενείς ως «καλές», το νοσηλευτικό προσωπικό επίσης ως «καλές», ενώ οι άλλες ειδικότητες υγειονομικών και οι άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου αξιολόγησαν ότι οι επικοινωνιακές σχέσεις ιατρών-ασθενών είναι άριστες.

Αναφορικά με τη συχνότητα δυσκολίας στην ανακοίνωση δυσάρεστων νέων στις-στους ασθενείς, 7/9 ιδιώτες ανέφεραν ότι δυσκολεύονται «σπάνια» και 2 «συχνά», το 48% (54/112) των ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία υποστήριξε ότι δυσκολεύεται «συχνά», το 31% (35/112) δυσκολεύεται «σπάνια», το 11% (12/112) δυσκολεύεται «πάντα» και το 10% (11/112) δεν δυσκολεύεται «ποτέ». Το 49% (25/51) των νοσηλευτ(ρι)ών ανέφερε ότι δυσκολεύεται να διαχειριστεί τα δυσάρεστα νέα που αφορούν τις/τους ασθενείς «σπάνια», το 35% (18/51) «συχνά», 6/51 «πάντα» και 2/51 δεν δυσκολεύονται «ποτέ». Όσον αφορά τις άλλες ειδικότητες υγειονομικών, οι 8/13 υποστήριξαν ότι οι ιατροί δυσκολεύονται «συχνά», οι 3/13 «σπάνια» και οι 2/13 «πάντα». Τέλος, οι άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου δήλωσαν ότι οι ιατροί δυσκολεύονται «σπάνια» (5/7) και «συχνά» (2/7).

Σχετικά με τους λόγους δυσκολίας στην ανακοίνωση δυσάρεστων νέων στις/στους ασθενείς, ο φόβος πρόκλησης ψυχικού πόνου στην/στον ασθενή αφορά το 40% του δείγματος (7 ιδιώτες ιατρούς, 46 ιατρούς σε δημόσια νοσοκομεία, 17 νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, 4 άλλες ειδικότητες υγειονομικών και 3 υπαλλήλους άλλων υπηρεσιών νοσοκομείου). Η δυσκολία χειρισμού των αντιδράσεων της/του αρρώστου αφορά το 35% του δείγματος (2 ιδιώτες ιατρούς, 38 ιατρούς σε δημόσια νοσοκομεία,

14 νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, 4 άλλες ειδικότητες υγειονομικών και 3 υπάλληλους άλλων υπηρεσιών νοσοκομείου). Ο φόβος έκφρασης προσωπικών συναισθημάτων μπροστά στην ψυχική οδύνη των ασθενών αφορά το 22% (25 ιατρούς σε δημόσια νοσοκομεία, 16 νοσηλεύτριες/νοσηλευτές), 1 υγειονομικό άλλης ειδικότητας και 1 υπάλληλο άλλης υπηρεσίας νοσοκομείου), ο φόβος αμφισβήτησης του «παντοδύναμου ρόλου» της/του ιατρού επιλέγεται ως αιτία δυσκολίας από το 2% του δείγματος (1 ιατρό δημόσιου νοσοκομείου, 1 νοσηλεύτρια/νοσηλευτή, 1 υγειονομικό άλλης ειδικότητας και 1 υπάλληλο άλλης υπηρεσίας νοσοκομείου). Τέλος, ως αιτία «ο σεβασμός στην επιθυμία των Ελληνίδων/Ελλήνων συγγενών να μην πληροφορηθεί η πάσχουσα/ο πάσχων» επιλέχθηκε από το 4% (2/112 ιατρούς, 3/51 νοσηλεύτριες/-ές και 3/13 υγειονομικούς άλλων ειδικοτήτων).

Στην ερώτηση για την ειδικότητα (ιατρική ή νοσηλευτική) στην οποία ασκείται στην επαγγελματική καθημερινότητα μεγαλύτερος βαθμός επιρροής από τα δυσάρεστα νέα που αφορούν τις/τους ασθενείς, το 63% (121/192) υποστήριξε ότι επηρεάζονται περισσότερο οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές και το 37% (71/192) οι ιατροί. Πιο συγκεκριμένα, οι ιδιώτες ιατροί 7/9 απάντησαν ότι περισσότερο επηρεάζονται οι ιατροί, εν αντιθέσει με το 59% (66/121) των ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία που υποστήριξαν ότι επηρεάζεται περισσότερο το νοσηλευτικό προσωπικό, το 90% (46/51) των νοσηλευτριών/νοσηλευτών δήλωσαν ότι η ειδικότητά τους επηρεάζεται περισσότερο, οι 8/13 υγειονομικούς άλλων ειδικοτήτων επίσης έδωσε την ίδια απάντηση. Σε αντίθεση με τα όσα αναφέρθηκαν ως τώρα, οι υπάλληλοι άλλων υπηρεσιών νοσοκομείου 7/7 υποστήριξαν ότι τα δυσάρεστα νέα επηρεάζουν αποκλειστικά την επαγγελματική καθημερινότητα των ιατρών.

Η αντιμετώπιση των ασθενών ως πιθανές αντίδικες και πιθανοί αντίδικοι σε ποσοστό 51% (98/192, 5 ιδιώτες ιατροί, 65 ιατροί δημοσίου, 22 νοσηλευτ., 5 άλλες ειδικ. υγειονομικών και 1 υπάλληλος άλλης υπηρεσίας) δεν αντιμετωπίζονται «ποτέ» έτσι, σε ποσοστό 43% (83/192, 4 ιδιώτες ιατροί, 43 ιατροί δημοσίου, 26 νοσηλευτ., 7 άλλες ειδικότητες υγειονομικών και 3 υπάλληλοι άλλων υπηρεσιών νοσοκομείου) «σπάνια» και 6% (11/192, 4 ιατροί δημοσίου, 3 νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, 1 άλλη ειδικότητα υγειονομικών και 3 ειδικότητες άλλων υπηρεσιών) «συχνά». Ενώ η καλή επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει στην απαλλαγή καταγγελίας σε περίπτωση ιατρικού λάθους «πάντα» σύμφωνα με το 66% (126/192, 5 ιδιώτες ιατροί, 87 ιατροί δημοσίου, 28 νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, 3 άλλων ειδικοτήτων υγειονομικοί και 3 άλλων

υπηρεσιών νοσοκομείου), «συχνά» κατά το 22% (43/192, 4 ιδιώτες ιατροί, 16 ιατροί δημοσίου, 13 νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, 7 άλλων ειδικοτήτων υγειονομικοί και 3 άλλων υπηρεσιών νοσοκομείου), «σπάνια» για το 10% (20/192, 7 ιατροί δημοσίου, 9 νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, 3 άλλων ειδικοτήτων υγειονομικός και 1 άλλων υπηρεσιών νοσοκομείου) και «ποτέ» για 3/192 (2 ιατρούς δημοσίου και 1 νοσηλεύτρια/νοσηλευτή).

Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-PPOS

Ο συνολικός μέσος όρος της κλίμακας PPOS για τους υγειονομικούς βρέθηκε $3,75 \pm 0,75$, για την υποκλίμακα Φροντίδας $3,90 \pm 1,12$ και για την υποκλίμακα Συμμετοχής $3,84 \pm 1,24$ (N=192), όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 44.

Οι μέσες τιμές βρέθηκαν σε ικανοποιητικά επίπεδα για την ανθρωποκεντρική προσέγγιση της σχέσης ιατρού-ασθενή. Ο μεγαλύτερος μέσος όρος εντοπίστηκε στο νοσηλευτικό προσωπικό ($4,18 \pm 0,39$), το οποίο απάντησε τι πιστεύει ότι υφίσταται στην προσέγγιση ιατρού-ασθενή και στους ιδιώτες ιατρούς ($3,72 \pm 0,63$), ενώ η μικρότερη μέση τιμή εντοπίστηκε στις άλλες ειδικότητες υγειονομικών ($3,62 \pm 0,81$) και στις άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου, οι οποίες περιλαμβάνουν διοικητικούς υπαλλήλους, διοίκηση και τεχνικό προσωπικό ($3,15 \pm 0,57$).

Όσον αφορά τις διαφοροποιήσεις των μέσων όρων ανάμεσα σε υγειονομικούς και ασθενείς από τον έλεγχο t προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση τόσο στην κλίμακα συνολικά όσο και στις υποκλίμακές της, καθώς το επίπεδο σημαντικότητας βρέθηκε $p < 0,05$ ($p = 0,004$ κλίμακα PPOS συνολικά, $p = 0,036$ η υποκλίμακα φροντίδας και $p < 0,001$ στην κλίμακα συμμετοχής).

Συνεπώς ισχύει η εναλλακτική υπόθεση έναντι της μηδενικής ότι υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην εκτίμηση του προσανατολισμού στη σχέση ιατρού-ασθενή.

Πίνακας 44: Μέσες τιμές της κλίμακας PPOS και των υποκλιμάκων της

		PPOS	Υποκλίμακα Φροντίδας	Υποκλίμακα Συμμετοχής
Ιατροί Δημοσίου	Μέση τιμή	3,63	3,87	3,57
	Τυπική απόκλιση	,83	1,27	1,44
	Διάμεσος	3,70	3,78	3,67
	Ελάχιστο	1,83	1,00	1,00
	Μέγιστο	5,00	6,00	6,00
	N	112	112	112
ιδιώτες Ιατροί	Μέση τιμή	3,72	3,54	3,74
	Τυπική απόκλιση	,63	1,30	,84
	Διάμεσος	4,00	3,33	3,89
	Ελάχιστο	2,33	1,67	2,22
	Μέγιστο	4,28	5,22	4,56
	N	9	9	9
Νοσηλεύτριες/ές	Μέση τιμή	4,18	4,12	4,46
	Τυπική απόκλιση	,39	,79	,61
	Διάμεσος	4,22	4,11	4,78
	Ελάχιστο	3,17	2,44	2,89
	Μέγιστο	4,61	5,33	5,00
	N	51	51	51
Άλλες ειδικ. Υγ.	Μέση τιμή	3,62	3,84	3,58
	Τυπική απόκλιση	,81	1,27	1,40
	Διάμεσος	3,72	3,78	3,67
	Ελάχιστο	1,83	1,00	1,00
	Μέγιστο	5,00	6,00	6,00
	N	13	13	13
Άλλες υπ. νοσοκ.	Μέση τιμή	3,15	3,57	3,67
	Τυπική απόκλιση	,57	,84	,66
	Διάμεσος	3,11	3,11	3,44
	Ελάχιστο	2,67	3,00	3,22
	Μέγιστο	4,33	5,22	5,11
	N	7	7	7
Σύνολο	Μέση τιμή	3,75	3,90	3,84
	Τυπική απόκλιση	,75	1,12	1,24
	Διάμεσος	3,92	4,06	4,00
	Ελάχιστο	1,83	1,00	1,00
	Μέγιστο	5,00	6,00	6,00
	N	192	192	192

Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων Ιατρού-PBS

Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 121 ιατρούς (Αττικό=61, άλλα νοσοκομεία=51 και ιδιώτες ιατροί=9). Η μέση τιμή του PBS βρέθηκε $2,78 \pm 1,04$ για την κλίμακα συνολικά, 2,88 για την υποκλίμακα των πεποιθήσεων και συναισθημάτων

και 2,66 για την υποκλίμακα της επιβάρυνσης (πίνακας 45). Η συγκεκριμένη κλίμακα κυμαίνεται από 1 έως 5 στη βαθμολογία. Συνεπώς, παρατηρείται ότι οι ιατροί βρίσκονται στην κατεύθυνση της υιοθέτησης ευαίσθητων συμπεριφορών απέναντι σε ψυχοκοινωνικά θέματα των ασθενών τους, καθώς όσο πιο χαμηλός είναι ο μέσος όρος τόσο υιοθετείται μια πιο ψυχοκοινωνική προσέγγιση και λιγότερο ιατροκεντρική στη θεραπευτική σχέση ιατρών-ασθενών.

Αναφορικά με τον έλεγχο των μεσών όρων στο δείγμα των ιδιωτών ιατρών και των ιατρών σε δημόσιες δομές και νοσοκομεία, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κλίμακα συνολικά καθώς και στις υποκλίμακες των πεποιθήσεων και συναισθημάτων καθώς και επιβάρυνσης ($p=0,909$ και $p=0,817$ καθώς και $p=0,928$ αντίστοιχα). Συνεπώς, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις/στους ιδιώτες και τις/τους ιατρούς δημόσιων δομών ως προς τις πεποιθήσεις τους για τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα των ασθενών.

Πίνακας 45: Μέσες τιμές κλίμακας PBS

		PBS	Πεποιθήσεις και Συναισθήματα	Επιβάρυνση
Ιδιώτης Ιατρός	Μέση τιμή	2,75	2,79	2,69
	Τυπική απόκλιση	1,29	1,53	1,03
	Διάμεσος	3,57	3,50	2,83
	Ελάχιστο	1,21	1,13	1,33
	Μέγιστο	4,57	4,75	4,33
	N	9	9	9
Ιατρός σε νοσοκομείο	Μέση τιμή	2,79	2,89	2,65
	Τυπική απόκλιση	1,02	1,17	,97
	Διάμεσος	3,18	3,50	2,67
	Ελάχιστο	1,14	1,00	1,17
	Μέγιστο	4,43	4,50	4,83
	N	112	112	112
Σύνολο	Μέση τιμή	2,78	2,88	2,66
	Τυπική απόκλιση	1,04	1,19	,97
	Διάμεσος	3,21	3,50	2,67
	Ελάχιστο	1,14	1,00	1,17
	Μέγιστο	4,57	4,75	4,83
	N	121	121	121

Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης

Στη συνέχεια ακολούθησε η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (Multiple Linear Regression) για τη διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν σε κάθε κλίμακα και η λογική των παλινδρομήσεων ήταν ιεραρχική. Στις ακολουθείσες αναλύσεις προστέθηκε και μια δίτιμη μεταβλητή που αφορούσε τους υγειονομικούς που εργάζονταν στο Αττικό νοσοκομείο και τις/τους υγειονομικούς που εργάζονταν σε άλλες δομές ώστε να διερευνηθεί η επίδραση της μεταβλητής στα ακόλουθα τέσσερα μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης:

α) Μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* την Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης-**JSQ** (N=192) και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και η κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-**PPOS**.

β) Μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* την Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης Νοσηλευτριών/Νοσηλευτών Ελλάδας-**GNJSS** (N=51) και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία και η κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-**PPOS**.

γ) Μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* την Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-**PPOS** (N=192) και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και οι κλίμακες Επαγγελματικής Ικανοποίησης-**JSQ** και Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή.

δ) Και τέλος μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* την Κλίμακα Πεποιθήσεων Ιατρού-**PBS** (N=121) και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και οι κλίμακες Επαγγελματικής Ικανοποίησης-**JSQ** και Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-**PPOS**.

Και τα τέσσερα σχήματα αναλύσεων βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά με τιμές $p < 0,05$. Πιο συγκεκριμένα, το *σχήμα α* βρέθηκε $p < 0,001$ ($R^2 = 0,30$, $F(6,185) = 7,43$), το *σχήμα β*, $p = 0,007$ ($R^2 = 0,43$, $F(6,44) = 4,14$), το *σχήμα γ*, $p < 0,001$ ($R^2 = 0,59$, $F(9,111) = 31,28$) και το *σχήμα δ* βρέθηκε επίσης $p < 0,001$ ($R^2 = 0,86$, $F(6, 114) = 123,92$).

Στον πίνακα 46 παρουσιάζονται συνοπτικά μόνο οι μεταβλητές οι οποίες βρέθηκαν σημαντικές ($p < 0,05$) για το εκάστοτε μοντέλο και στο παράρτημα 4, πίνακας 72 παρατίθενται όλα τα στοιχεία των παλινδρομήσεων και συσχετίσεων των εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών.

Πίνακας 46: Μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης των κλιμάκων JSQ, GNJSS, PPOS & PBS

Μοντέλο	b	SE(b)	Beta	p-value
Επαγγελματική Ικανοποίηση-JSQ (N=192) $R^2=0,30$, $F(6,185)=7,43$, $p<0,001$				
Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	,23	,10	,15	,020
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-,59	,17	-,24	<,001
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	-,20	,10	-,14	,034
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	-,97	,46	-,53	,039
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	-,59	,28	-,34	,036
Ασθενείς ανά εβδομάδα (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	,23	,10	,15	,020
Επαγγελματική Ικανοποίηση Νοσηλευτ. Ελλάδας-GNJSS (N=51) $R^2=0,43$, $F(6,44)=4,14$, $p<0,007$				
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	,46	,09	,55	<,001
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	,95	,33	,31	,007
Τμήμα (Χειρουργικό vs άλλο)	,51	,20	,61	,019
Βάρδια (Κυκλική vs πρωινή)	-,31	,11	-,28	,010
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	,43	,13	,36	,002
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	-,99	,31	-,33	,003
PPOS (N=121) $R^2=0,59$, $F(9,111)=31,28$, $p<0,001$				
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-1,00	,15	-,40	<,001
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	,31	,15	,10	,044
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	,97	,08	,64	<,001
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	-,87	,12	-,35	<,001
Ειδικότητα (Χειρουργική vs άλλη)	-,30	,09	-,17	,001
Επικοινωνία με τις/τους ασθενείς (Καλή vs κακή)	,95	,10	,58	<,001
Μεγαλύτερη επιρροή δυσάρεστων νέων (ιατροί vs νοσηλεύτριες-ές)	,28	,11	,18	,009
Αντιμετώπιση ασθενών ως «αντίδικες-ους» (Ναι vs Όχι)	-,19	,09	-,12	,031
Πεποιθήσεις Ιατρού-PBS	-,37	,16	-,47	,025
PBS (N=121) $R^2=0,86$, $F(6,14)=123,92$, $p<0,001$				
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	-1,97	,07	-,91	<,001
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	-,34	,17	-,10	,041
Ασθενείς ανά εβδομάδα (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	,59	,23	,18	,013
Επικοινωνία με τις/τους ασθενείς (Καλή vs κακή)	-,50	,16	-,15	,003
Δυσκολία ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων σε ασθενείς (Ναι vs Όχι)	-,53	,16	,16	,001
Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή-PPOS	-,21	,09	-,16	,025

Οι μεταβλητές οι οποίες βρέθηκε να συνδέονται με την υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση (N=192) είναι το φύλο των ανδρών έναντι των γυναικών (b=0,23, p=0,020), η μεσαία τάξη έναντι της εργατικής (b=-0,59, p<0,001), η απουσία εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας έναντι της παρουσίας εκπαίδευσης (b=-

0,20,p=0,034), η ιδιότητα των ιατρών που αφορά τις/τους επιμελήτριες/-ές ιατρούς έναντι των ειδικευόμενων (b=-0,97, p=0,039), τα περισσότερα χρόνια εργασίας στο νοσοκομείο που εργάζονται σε σύγκριση με τα λιγότερα (b=-0,59, p=0,036) και η εξέταση/παρακολούθηση χαμηλού αριθμού ασθενών έναντι των υψηλότερων (b=-0,23, p=0,020).

Για την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτριών/νοσηλευτών (N=51) οι μεταβλητές που βρέθηκε να επιδρούν στην υψηλότερη μέση βαθμολογία είναι οι μεγαλύτερες ηλικίες σε σύγκριση με τις μικρότερες (b=0,46, p<0,001), η παρουσία επιπλέον εκπαίδευσης, εκτός της βασικής προπτυχιακής, συγκριτικά με την απουσία της (b=0,95, p=0,007), το χειρουργικό τμήμα/τομέας εργασίας σε σύγκριση με τον παθολογικό (b=0,51, p=0,019), η πρωινές βάρδιες εργασίας σε σύγκριση με τις κυκλικές (b=-0,31, p=0,010), η προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο νοσοκομείο έως 10 έτη σε σύγκριση με τα περισσότερα έτη (b=0,43, p=0,002) και ο υψηλότερος μισθός έναντι του χαμηλότερου (b=, -0,99 p=0,003).

Αναφορικά με τον προσανατολισμό ιατρού-ασθενή (N=121), οι μεταβλητές που βρέθηκε να οδηγούν στο ανθρωποκεντρικό μοντέλο (υψηλότερη μέση βαθμολογία) έναντι του ιατροκεντρικού είναι η κοινωνικο-οικονομική προέλευση από τη μεσαία τάξη έναντι της εργατικής (b=-1,00,p<0,001), η ύπαρξη επιπλέον σπουδών έναντι της απουσίας τους (b=0,31, p=0,044), η παρουσία εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας συγκριτικά με την απουσία της (b=0,97, p<0,001), η ιδιότητα των ειδικευόμενων ιατρών έναντι των επιμελητριών/-ών ιατρών (b=, -0,87 p<0,001), η ειδικότητα της παθολογίας έναντι των χειρουργών (b=-0,30,p=0,001), η ύπαρξη καλής επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς έναντι της απουσίας καλής επικοινωνίας (b=0,95, p<0,001), η επιρροή των δυσάρεστων νέων που αφορούν ασθενείς στην επαγγελματική καθημερινότητα του νοσηλευτικού έναντι του ιατρικού προσωπικού (b=,0,28 p=0,009). Ακόμη, ένας παράγοντας που οδηγούσε σε αύξηση της μέσης βαθμολογίας της κλίμακας PPOS είναι η απουσία αντιμετώπισης των ασθενών ως πιθανούς αντίδικους έναντι της παρουσίας της (b=-0,19, p=0,031) και τέλος η κλίμακα PBS με το αρνητικό πρόσημο που συνεπάγεται την ύπαρξη του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου παρουσίαζε συσχέτιση με τον ανθρωποκεντρικό μοντέλο της κλίμακας PPOS. Η κλίμακα PBS απαντήθηκε μόνο από τις/τους ιατρούς (N=121). Συνεπώς, το παραπάνω μοντέλο παλινδρόμησης συμπεριλαμβάνει μόνο τη συγκεκριμένη κατηγορία και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις απόψεις τους για την προσέγγιση και επικοινωνία.

Όσον αφορά το τελευταίο σχήμα, το οποίο αφορούσε μόνον ιατρούς (N=121) για την κλίμακα πεποιθήσεων ιατρού, οι μεταβλητές που επιδρούσαν στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (χαμηλότερη μέση βαθμολογία) είναι η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας έναντι της απουσίας της ($b=-1,97, p<0,001$), ο χαμηλότερος μισθός σε σύγκριση με τον υψηλότερο ($b=-0,34, p=0,041$), η εξέταση μικρού αριθμού ασθενών έναντι των υψηλότερων αριθμών ($b=0,59, p=0,013$), η παρουσία επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς σε σύγκριση με την απουσία καλής επικοινωνίας ($b=-0,50, p=0,003$), η δυσκολία ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων που αφορούν τις/τους ασθενείς σε σύγκριση με την απουσία δυσκολίας ($b=-0,53, p=0,001$) και τέλος η κλίμακα προσανατολισμού ιατρού ασθενή ($b=-0,21, p=0,025$).

Ερωτηματολόγια «Ασθενών»

Οι χρήστριες/χρήστες υπηρεσιών υγείας αποτέλεσαν το 30% επί του συνολικού δείγματος (βλ. κεφάλαιο 5.2.1, δημογραφικά χαρακτηριστικά στον πίνακα 24). Το 17% (N=46) αφορούσε λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας χωρίς κάποιο χρόνιο νόσημα ή ασθένεια, δηλαδή το γενικό πληθυσμό που λαμβάνει υπηρεσίες υγείας στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (π.χ. προληπτικός έλεγχος, ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις κ.λπ.) καθώς και περιπτώσεις δευτεροβάθμιας περίθαλψης όπου μπορεί να χρειάζεται νοσηλεία πάνω από 24 ώρες για κάποιο έκτακτο περιστατικό που δεν οδηγεί όμως στη διάγνωση κάποιας χρόνιας ασθένειας. Το 7% (N=18) αφορούσε ασθενείς με κάποια χρόνια (απειλητική ή μη) ασθένεια και το 6% (N=17) αφορούσε φροντίστριες/φροντιστές και συγγενείς ασθενών. Οι άνδρες του δείγματος ήταν 14 (1 ασθενείς, 10 χρήστες υπηρεσιών υγείας και 3 φροντιστές/συγγενείς ασθενών) και οι γυναίκες 67 (17 ασθενείς, 36 χρήστριες υπηρεσιών υγείας και 14 φροντίστριες/συγγενείς ασθενών), ενώ η μέση ηλικιακή ομάδα ήταν τα 31-40 έτη (βλ. κεφάλαιο 5.2.1, δημογραφικά χαρακτηριστικά στον πίνακα 25).

Για το 46% (N=37) των ληπτ(ρι)ών υπηρεσιών υγείας η σχέση με τη θρησκεία ήταν ανύπαρκτη ενώ για το 52% ήταν καλή (N=21) έως άριστη (N=21). Το 96% (N=77) είχε δημόσια ασφάλεια υγείας, ενώ το 5% (N=4) είχε ιδιωτική ασφάλεια υγείας. Το 77% (N=62) είχε ολοκληρώσει σπουδές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 7% (N=6) είχε λάβει μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 5% (N=4) δευτεροβάθμια επαγγελματική εκπαίδευση και το 11% (N=9) ήταν απόφοιτες/απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Αναφορικά με την επαγγελματική τους κατάσταση το 11% (N=9) ήταν σε κατάσταση ανεργίας, το 19% (N=15) ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, το 46% (N=37) εργάζονταν στον ιδιωτικό τομέα, το 15% (N=12) εργάζονταν στον δημόσιο τομέα, 5 ήταν συνταξιούχοι και τέλος 3 ήταν φοιτήτριες/φοιτητές. Το 16% (N=13) διαβίωνε με λιγότερα από 450 ευρώ/μήνα, το 10% (N=8) με 450-600 ευρώ/μήνα, το 20% (N=16) με 601-1000 ευρώ, το 19% (N=15) με 1001-1500 ευρώ, το 15% (N=16) με 1501-2000 ευρώ, το 20% (N=16) πάνω από 2001 ευρώ τον μήνα και 1 υποκείμενο δεν επιθυμούσε να απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση (βλ. κεφάλαιο 5.2.1, δημογραφικά χαρακτηριστικά στον πίνακα 27).

Αναφορικά με την πηγή πληροφόρησης για ιατρικά θέματα για τα 46 υποκείμενα είναι οι εξειδικευμένες-οι ιατροί/οικογενειακοί ιατροί και φαρμακοποιοί, ενώ για τα 35 υποκείμενα το διαδίκτυο/άλλοι ασθενείς και σχετικές ομάδες ή σελίδες στην πλατφόρμα του μέσου κοινωνικής δικτύωσης facebook, όπως παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 47 που ακολουθεί.

Πίνακας 47: Πηγή πληροφόρησης «ασθενών» για ιατρικά θέματα

Πηγή Πληροφόρησης για ιατρικά θέματα	Ασθενείς	Λήπτριες Λήπτες	Φροντίστριες Φροντιστές	Σύνολο
Εξειδικευμένη/-ος ιατρός/Οικογενειακός ιατρός/Φαρμακοποιός	12	25	9	46
Διαδίκτυο, Άλλοι ασθενείς/Σχετική ομάδα-σελίδα στο facebook	6	21	8	35
Σύνολο	18	46	17	81

Τα ερωτηματολόγια που απαντώνται από τις/τους «ασθενείς» είναι πέντε, όπως έχουν παρουσιασθεί ήδη στο κεφάλαιο 4.6.1 στα εργαλεία ποσοτικής μέτρησης καθώς και στο κεφάλαιο 5 στα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας και πιο συγκεκριμένα στο υποκεφάλαιο 5.1 παραγοντική ανάλυση και ψυχομετρικές ιδιότητες των κλιμάκων. Υπενθυμίζεται ότι τα ερωτηματολόγια των «ασθενών» είναι τα εξής:

1. Κλίμακα Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-**PPOS**
2. Κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας-**API**
3. Κλίμακα Γενικών Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη-**GSAME**
4. Κλίμακα Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας στον Θεό-**GLHC**
5. Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης-**PAS**

Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-PPOS

Η μέση τιμή του PPOS, βρέθηκε 3,46 (\pm ,73) στο σύνολό της, η υποκλίμακα φροντίδας 3,57 (\pm 1,22) και η υποκλίμακα συμμετοχής 3,09 (\pm 1,26). Η κλίμακα PPOS βρέθηκε υψηλή στην κατηγορία των ασθενών τόσο συνολικά (4,31 \pm ,19), όσο και στην υποκλίμακα φροντίδας (4,29 \pm ,48) και στην υποκλίμακα συμμετοχής (4,78 \pm ,27), μέτρια στην κατηγορία των λήπτριών/λήπτών υπηρεσιών υγείας και αρκετά χαμηλότερη στην κατηγορία των φροντιστριών/φροντιστών και συγγενών των ασθενών, όπως παρουσιάζονται και στον ακόλουθο πίνακα 48.

Πίνακας 48: Μέσες Τιμές κλίμακας PPOS

		PPOS	Υποκλίμακα Φροντίδας	Υποκλίμακα Συμμετοχής
Ασθενής (χρόνια απειλητική ή μη ασθένεια)	Μέση τιμή	4,31	4,29	4,78
	Τυπική απόκλιση	,19	,48	,27
	Διάμεσος	4,28	4,33	4,78
	Ελάχιστο	4,00	3,56	4,33
	Μέγιστο	4,67	5,11	5,11
	N	18	18	18
Φροντίστρια-φροντιστής ασθενή	Μέση τιμή	2,98	3,64	2,05
	Τυπική απόκλιση	,40	1,35	,81
	Διάμεσος	2,94	3,89	1,89
	Ελάχιστο	2,44	1,33	1,22
	Μέγιστο	4,06	5,33	3,78
	N	17	17	17
Λήπτρια-λήπτης υπηρεσιών υγείας	Μέση τιμή	3,31	3,27	2,82
	Τυπική απόκλιση	,69	1,27	,98
	Διάμεσος	3,36	3,06	2,89
	Ελάχιστο	2,17	1,00	1,11
	Μέγιστο	5,11	6,00	4,89
	N	46	46	46
Σύνολο	Μέση τιμή	3,46	3,57	3,09
	Τυπική απόκλιση	,73	1,22	1,26
	Διάμεσος	3,39	3,78	3,00
	Ελάχιστο	2,17	1,00	1,11
	Μέγιστο	5,11	6,00	5,11
	N	81	81	81

Αναφορικά με τους ελέγχους t test για τον έλεγχο υποθέσεων, η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) που πραγματοποιήθηκε με βάση την ιδιότητα (ασθενείς, λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας και φροντίστριες/φροντιστές) οδήγησε σε απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης, καθώς η ιδιότητα των χρηστριών/χρηστών υπηρεσιών υγείας εν γένει, παρουσιάζει διαφορές στις μέσες τιμές της κλίμακας PPOS σε επίπεδο σημαντικότητας ($p < 0,001$). Συνεπώς ισχύει η εναλλακτική υπόθεση της διαφοροποίησης βάσει της ιδιότητας.

Ερωτηματολόγιο Προτίμησης Αυτονομίας-API

Η μέση τιμή της API βρέθηκε 3,69 στο σύνολό της, 4,22 στην υποκλίμακα Πληροφόρησης και 2,99 στην υποκλίμακα Λήψης απόφασης (N=81). Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 49), αναφέρονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις ανά κατηγορία δείγματος (ασθενείς με χρόνια ασθένεια, λήπτ(ρι)ες υπηρεσιών υγείας, φροντίστριες/φροντιστές ασθενών) και ανά φύλο. Αναφορικά με τους ελέγχους t test, βρέθηκε ότι το φύλο παρουσιάζει σημαντικές διαφορές ($p=0,011$) στις μέσες τιμές της κλίμακας, όπως επίσης και η ιδιότητα (ασθενείς, φροντίστριες/ές, λήπτριες/ες υπηρεσιών υγείας), καθώς το επίπεδο σημαντικότητας βρέθηκε $p<0,001$. Συνεπώς, το φύλο και η ιδιότητα παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μέσες τιμές.

Πίνακας 49: Μέσες τιμές κλίμακας API

		API	Πληροφόρησης	Λήψη απόφασης
Ασθενής (χρόνια ασθένεια)	Μέση τιμή	4,40	4,51	4,26
	Τυπική απόκλιση	,27	,33	,47
	N	18	18	18
Λήπτρια-ης υπηρεσιών υγείας	Μέση τιμή	3,67	4,36	2,76
	Τυπική απόκλιση	,41	,38	,81
	N	46	46	46
Φροντίστρια-ής ασθενών	Μέση τιμή	3,01	3,56	2,27
	Τυπική απόκλιση	,40	,43	,55
	N	17	17	17
Ανδρας	Μέση τιμή	3,33	3,97	2,46
	Τυπική απόκλιση	,53	,51	,84
	N	14	14	14
Γυναίκα	Μέση τιμή	3,77	4,27	3,10
	Τυπική απόκλιση	,58	,50	,99
	N	67	67	67
Σύνολο	Μέση τιμή	3,69	4,22	2,99
	Τυπική απόκλιση	,59	,51	,99
	Διάμεσος	3,71	4,25	2,67
	Ελάχιστο	2,29	2,63	1,00
	Μέγιστο	4,86	5,00	4,83
	N	81	81	81

Ερωτηματολόγιο Γενικών Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη

Η μέση τιμή της GSAME βρέθηκε 3,37. Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 50) αναφέρονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις ανά κατηγορία δείγματος (ασθενείς με χρόνια ασθένεια, λήπτ(ρι)ες υπηρεσιών υγείας, φροντίστριες/φροντιστές ασθενών), ανά φύλο και καταγωγή (χωριό, επαρχιακή πόλη, μεγάλο αστικό κέντρο). Αναφορικά με τους ελέγχους t test για τη διαφοροποίηση των μέσων όρων των πληθυσμών, οι εναλλακτικές υποθέσεις για την ιδιότητα και το φύλο απορρίφθηκαν, καθώς δεν υπήρχαν στατιστικά ($p>0,05$) σημαντικές διαφορές. Ωστόσο, διαφορές στις μέσες τιμές υπήρξαν (Ανάλυση διακύμανσης-ANOVA) βάσει της καταγωγής του δείγματος (χωριό, επαρχιακή πόλη και μεγάλο αστικό κέντρο) σε βαθμό σημαντικότητας $p=,009$.

Πίνακας 50: Μέσες τιμές κλίμακας GSAME

	Συγκεκριμένη Ιδιότητα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο	N
Ιδιότητα	Ασθενής (χρόνια ασθένεια)	3,50	,37	3,55	2,78	4,00	18
	Λήπτρια-ης υπηρεσιών υγείας	3,37	,35	3,33	2,56	4,00	46
	Φροντίστρια-ής ασθενούς	3,22	,43	3,22	2,56	4,56	17
Φύλο	Ανδρας	3,30	,34	3,22	2,89	4,00	14
	Γυναίκα	3,38	,39	3,33	2,56	4,56	67
Καταγωγή	Μεγάλο αστικό κέντρο	3,23	,25	3,22	2,67	3,67	13
	Επαρχιακή πόλη	3,29	,36	3,33	2,56	4,00	41
	Χωριό	3,54	,41	3,56	2,56	4,56	27
	Σύνολο	3,37	,38	3,33	2,56	4,56	81

Ερωτηματολόγιο Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας στον Θεό-GLHC

Η μέση τιμή της CLHC βρέθηκε 1,48. Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 51) αναφέρονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις ανά κατηγορία δείγματος (ασθενείς με χρόνια ασθένεια, λήπτ(ρι)ες υπηρεσιών υγείας, φροντίστριες/φροντιστές ασθενών) και ανά φύλο. Οι έλεγχοι t test που διενεργήθηκαν δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί ανάμεσα στο φύλο και την ιδιότητα, ωστόσο ο έλεγχος ANOVA για την κοινωνικοοικονομική προέλευση οδήγησε σε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις μέσες τιμές ανά κοινωνικοοικονομική προέλευση (εργατική τάξη, μεσαία τάξη, μεγαλοαστική τάξη).

Πίνακας 51: Μέσες τιμές κλίμακας GLHC

Συγκεκριμένη Ιδιότητα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο	N
Ασθενής (χρόνια ασθένεια)	1,19	,43	1,00	1,00	2,67	18
Λήπτρια/ης υπηρεσιών υγείας	1,53	,78	1,00	1,00	3,50	46
Φροντίστρια-ής ασθενούς	1,66	1,0	1,17	1,00	3,83	17
Εργατική τάξη	1,37	,75	1,00	1,00	3,83	36
Μεσαία τάξη	1,22	,42	1,00	1,00	2,17	36
Μεγαλοαστική τάξη	1,78	,89	1,33	1,00	3,33	29
Άνδρας	1,30	,63	1,00	1,00	3,00	14
Γυναίκα	1,52	,81	1,00	1,00	3,83	67
Σύνολο	1,48	,78	1,00	1,00	3,83	81

Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης-PAS

Η μέση τιμή του PAS βρέθηκε 3,57. Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 52) αναφέρονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις ανά κατηγορία δείγματος (ασθενείς με χρόνια ασθένεια, λήπτ(ρι)ες υπηρεσιών υγείας, φροντίστριες/φροντιστές ασθενών), ανά φύλο και μηνιαίο εισόδημα. Οι έλεγχοι t test δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανά ιδιότητα και φύλο, ωστόσο ο έλεγχος διακύμανσης (ANOVA) έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p < 0,001$) βάσει του μηνιαίου εισοδήματος επομένως ισχύει η εναλλακτική υπόθεση της διαφοροποίησης βάσει του μισθού.

Πίνακας 52: Μέσες τιμές κλίμακας PAS

Συγκεκριμένη Ιδιότητα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο	N
Ασθενής (χρόνια ασθένεια)	3,64	,51	3,93	2,14	4,00	18
Λήπτρια/ης υπηρεσιών υγείας	3,53	,51	3,71	2,14	4,00	46
Φροντίστρια/ής ασθενούς	3,59	,41	3,71	2,86	4,00	17
Άνδρας	3,61	,53	3,86	2,14	4,00	14
Γυναίκα	3,56	,48	3,71	2,14	4,00	67
400-600 ευρώ	3,04	,61	3,14	2,14	4,00	21
601-1000 ευρώ	3,65	,35	3,71	2,86	4,00	16
1001-1500 ευρώ	3,70	,36	3,86	3,00	4,00	15
1501-2000 ευρώ	3,58	,56	3,86	2,29	4,00	12
2001 > ευρώ	3,54	,41	3,57	2,71	4,00	16
Δεν απαντώ	2,14		2,14	2,14	2,14	1
Σύνολο	3,57	,49	3,71	2,14	4,00	81

Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης

Στη συνέχεια ακολούθησε η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (Multiple Linear Regression) για τη διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν σε κάθε κλίμακα. Στις ακολουθείσες αναλύσεις προστέθηκαν και δίτιμες ψευδομεταβλητές, οι οποίες είναι όσες τα επίπεδα της εκάστοτε μεταβλητής -1 (K-1). Για την ηλικία δημιουργήθηκαν δύο ψευδομεταβλητές (18-30 ετών έναντι 31-40) και (41+ έναντι 31-40), για την καταγωγή επίσης δύο (χωριό έναντι επαρχιακής πόλης και μεγάλο αστικό κέντρο έναντι της επαρχιακής πόλης), την κοινωνικοοικονομική προέλευση με τρία επίπεδα επίσης δύο (εργατική/αγροτική τάξη έναντι της μεσαίας, η οποία ήταν η βασική μεταβλητή σύγκρισης με τις υπόλοιπες και η μεγαλοαστική έναντι της μεσαίας τάξης), καθώς και ο μισθός με τέσσερα επίπεδα και τρεις ψευδομεταβλητές (400 έως 600 ευρώ, 601-1000 ευρώ και 1501 ευρώ και άνω. Η μεταβλητή 1001-1500 ευρώ ήταν η βασική μεταβλητή σύγκρισης με τις υπόλοιπες). Τα μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης που δημιουργήθηκαν ήταν τα εξής:

α) Μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* την Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-**JSQ** (N=81) και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και οι κλίμακες API, GSAME, GLHC και PAS.

β) Μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* την Κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας-**API** (N=81) και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία και οι κλίμακες PPOS, GSAME, GLHC και PAS.

γ) Μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* την Κλίμακα Γενικών Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη-**GSAME** (N=81) και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και οι κλίμακες PPOS, API, CLHC και PAS.

δ) Μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με *εξαρτημένη μεταβλητή* την Κλίμακα Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας στον Θεό-**GLHC** (N=81) και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και οι κλίμακες PPOS, API, GSAME και PAS.

ε) Και τέλος μια ανάλυση με *εξαρτημένη μεταβλητή* την Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης-**PAS** και *ανεξάρτητες μεταβλητές* όλα τα

δημογραφικά, μορφωτικά, επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και οι κλίμακες PPOS, API, GSAME και GLHC.

Από τα ως άνω πέντε σχήματα αναλύσεων μόνο τρία σχήματα βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά με τιμές $p < 0,05$. Πιο συγκεκριμένα, το σχήμα α βρέθηκε $p < 0,001$ ($R^2=0,43$, $F(1,80)=21,47$), το σχήμα β, $p < 0,001$ ($R^2=0,63$, $F(3,77)=45,76$), το σχήμα γ βρέθηκε **μη σημαντικό** στατιστικά $p=0,163$, το σχήμα δ βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντικό $p < 0,001$ ($R^2=0,37$, $F(3,77)=12,47$), ενώ το σχήμα ε **μη σημαντικό** $p=0,504$. Επίσης, διενεργήθηκε και μια πολλαπλή παλινδρόμηση για την Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή για τη σύγκριση της επίδρασης της κατηγορίας του δείγματος σε αυτή (Υγειονομικοί vs «Ασθενείς»), ωστόσο το μοντέλο βρέθηκε μη σημαντικό ($p=0,283$).

Στον πίνακα 53 παρουσιάζονται συνοπτικά μόνο οι μεταβλητές οι οποίες βρέθηκαν σημαντικές ($p < 0,05$) για το εκάστοτε μοντέλο και στο παράρτημα 4, πίνακας 73 παρατίθενται όλα τα στοιχεία των παλινδρομήσεων και συσχετίσεων των εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών.

Πίνακας 53: Μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης των κλιμάκων JSQ, GNJSS, PPOS & PBS

Μοντέλο	<i>b</i>	<i>SE(b)</i>	<i>Beta</i>	<i>p-value</i>
PPOS (N=81) $R^2=0,43$, $F(1,80)=21,47$, $p < 0,001$				
Ιδιότητα (Ασθενείς vs άλλο)	1,30	,34	,75	,000
API (N=81) $R^2=0,63$, $F(3,77)=45,76$, $p < 0,001$				
Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	-,30	,13	-,19	,023
Ιδιότητα (Ασθενείς vs άλλο)	1,30	,20	,91	<,001
Ιδιότητα (Αήπτριες-ες vs άλλο)	,67	,14	,56	<,001
GLHC (N=81) $R^2=0,37$, $F(3,77)=12,47$, $p < 0,001$				
Ηλικία (41+ vs άλλο)	,63	,26	,26	,019
Εκπαίδευση (Δευτεροβάθμια vs Τριτοβάθμια)	,60	,20	,33	,004
Σχέση με τη θρησκεία (Υπαρκτή vs Ανύπαρκτη)	,57	,15	,37	<,000

Οι μεταβλητές που βρέθηκε να επιδρούν στην υιοθέτηση της ανθρωποκεντρικής και ψυχοκοινωνικής προσέγγισης στη σχέση ιατρού-ασθενή (βλ. πίνακα 53), όπως εκφράζεται μέσω της κλίμακας PPOS είναι η ιδιότητα. Οι ασθενείς έναντι των φροντιστριών/φροντιστών ασθενών εμφάνιζαν αύξηση της βαθμολογίας,

καθώς η συνολική μέση βαθμολογία PPOS ήταν περίπου 1 μονάδα υψηλότερη από τις/τους φροντίστριες/φροντιστές ($b=1,30, p<0,001$).

Αναφορικά με την κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας-PAS, οι μεταβλητές που βρέθηκε ότι οδηγούν σε αυξημένη επιθυμία για έλεγχο της κατάστασης της υγείας, ενημέρωση και λήψη απόφασης στις θεραπευτικές επιλογές είναι το φύλο των γυναικών έναντι των ανδρών ($b=0,023, p=0,023$), η ιδιότητα ασθενών και ληπτριών/ληπτών υπηρεσιών υγείας έναντι των φροντιστριών/φροντιστών των ασθενών ($b=1,30, p<0,001$ και αντίστοιχα $b=0,67, p<0,001$).

Όπως σημειώθηκε και στην προηγούμενη ανάλυση το μοντέλο που αφορούσε την κλίμακα Γενικών Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη-GSAME βρέθηκε στατιστικά μη σημαντικό ($p>0,05$).

Όσον αφορά την Κλίμακα Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας στον Θεό-GLHC, οι μεταβλητές που βρέθηκε ότι επιδρούν στην υψηλότερη απόδοση ελέγχου της υγείας στον Θεό είναι το η ηλικία άνω των 41 ετών σε σύγκριση με μικρότερες ηλικίες ($b=0,63, p=0,019$), η δευτεροβάθμια εκπαίδευση έναντι της τριτοβάθμιας ($b=0,60, p=0,004$) και η υπαρκτή (καλή/άριστη) σχέση με τη θρησκεία από τα δημογραφικά στοιχεία ($b=0,57, p<0,001$) σε σύγκριση με την ανύπαρκτη σχέση.

Το μοντέλο που αφορούσε την Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης-PAS ως *εξαρτημένη μεταβλητή* βρέθηκε μη σημαντικό στατιστικά ($p>0,05$).

5.4 Θέματα ποιοτικής ανάλυσης

Τα θέματα που αναλύονται στο παρόν κεφάλαιο αφορούν α) τα είδη επικοινωνίας ιατρών-ασθενών καθώς και β) τα είδη της διάδρασής τους, όπως προκύπτουν από την ανάλυση των ψηφιακών αφηγήσεων των υγειονομικών και των ληπτριών/ληπτών υπηρεσιών υγείας. Στον πίνακα 54, παρουσιάζονται οι ψηφιακές αφηγήσεις των συμμετεχουσών/συμμετεχόντων, η ειδικότητα, το θέμα και ο τίτλος που πραγματεύεται η εκάστοτε αφήγηση.

Αναφορικά με τις/τους λήπτ(ρι)ες υπηρεσιών υγείας τέσσερις αφηγήσεις αναφέρονται στην πρόληψη, τρεις στην εγκυμοσύνη, δύο στον στρατό (εμβόλια, έλεγχος), μία σε παιδική ιστορία από το 1948, μία αφήγηση αναφέρεται στην εμπειρία με τον οικογενειακό ιατρό και έξι αφηγήσεις αναφέρονται σε ασθένεια (καρκίνο, αυτοάνοσο, εγκεφαλικό, χειρουργείο κ.λπ.).

Όσον αφορά τις αφηγήσεις των υγειονομικών δύο ιστορίες ιατρών αναφέρονται στη σχέση ιατρού-ασθενή γενικά, δύο αφηγήσεις πραγματεύονται την εμπειρία από το ΤΕΠ και τις εφημερίες, δύο αναφέρονται στον εθελοντισμό στους γιατρούς του κόσμου και τι αποκομίζουν από αυτή την εμπειρία τα άτομα που συμμετείχαν και μία αφήγηση αναφέρεται στα Χριστούγεννα του 2020 και την αλλαγή της χρονιάς εν μέσω της πανδημίας (covid-19) όπου το προσωπικό πραγματοποίησε βιντεοκλήσεις με τους συγγενείς ασθενών. Οι αφηγήσεις των νοσηλευτριών και του νοσηλευτή αναφέρονται σε συγκεκριμένα παραδείγματα που ανακαλούν από την εμπειρία τους για να μιλήσουν για τη σχέση με τις/τους ασθενείς τους. Θέτουν το ζήτημα της απώλειας, του θρήνου και τη δυσκολία εκδήλωσης των συναισθημάτων τους μπροστά στην απώλεια λόγω του κώδικα δεοντολογίας. Αναφέρουν ιστορίες στήριξης του περίγυρου των ασθενών-φροντιστών και μια αφήγηση επικεντρώνεται στην ιστορία του παππού του συμμετέχοντα, ο οποίος διαγνώστηκε με προχωρημένο καρκίνο και κατά συνέπεια οι θεραπείες κρίθηκαν ακατάλληλες και ανώφελες. Ο συμμετέχοντας περιγράφει πως δημιούργησε ένα περιβάλλον άνετο για τον παππού του, φρόντιζε να μην πονά και παρατηρούσε συμπτώματα ώστε να προετοιμαστεί για την απώλεια. Τέλος, η τελευταία αφήγηση αναφέρεται στην εμπειρία και τις καθημερινές δυσκολίες από την εργασία στην ΜΕΘ Covid-19, τόσο πρακτικές όπως της θέτει η συμμετέχουσα (ζέστη και δυσκολία αναπνοής από την ειδική στολή), όσο και συναισθηματικές/ψυχικές εξαιτίας των πολλών θανάτων που βιώνουν στις συγκεκριμένες ΜΕΘ.

Πίνακας 54: Ψηφιακές αφηγήσεις συμμετεχουσών/συμμετεχόντων

Συμ	Ειδικότητα	Θέμα	Τίτλος έργου
«Ασθενείς»			
Γ1	Ορθοπαιδικός, Νοσηλεύτριες	Σπάσιμο ποδιού-χειρουργείο	Αχ ποδαράκι, ποδαράκι
Γ2	Γυναικολόγος	Εγκυμοσύνη	Εγώ πάντως χάρηκα
Γ3	Παθολόγος	Παιδική ιστορία	Μια ιστορία από το 1948...
Γ4	Γυναικολόγος	Εγκυμοσύνη	Να με καλείς μόνο 8-2
Γ5	Παθολόγος	Οικογενειακός ιατρός	Ο άνθρωπος
Γ6	Επείγοντα	Ψυχοσωματικό	bodyVSsoul
Σ1	Παθολόγος	Στρατός	Υγεία και στρατός
Σ2	Παθολόγος	Στρατός	Εμπειρίες υγείας στο στρατό
Π1	Οδοντίατρος	Πρόληψη	Επικοινωνία με οδοντίατρο
Π2	Παιδίατρος	Πρόληψη	Η γιατρός με την παλιά μέθοδο
Π3	Παιδίατρος	Πρόληψη	Η σημασία της επίσκεψης στον γιατρό
Π4	Οδοντίατρος	Πρόληψη	Τα σπασμένα δόντια
A1	Παθολόγος, Ενδοκρινολόγος κ.ά.	Ερυθριματώδης Λύκος	Δεν έχεις τίποτα να πας σε ψυχολόγο
A2	Παθολόγος, Ψυχίατρος, Ψυχολόγος	Υπερθυρεοειδισμός	Η κατάθλιψη που δεν ήταν κατάθλιψη
A3	Ογκολόγος	Καρκίνος μαστού	Και εκεί που η ζωή σου τρέχει
A4	Ενδοκρινολόγος	Εγκυμοσύνη	Ξέχασε να με ενημερώσει
A5	Ογκολόγος	Καρκίνος μαστού	Ο ελάχιστος εαυτός
A6	Ενδοκρινολόγος	Πολυκυστικές ωοθήκες	Τι πρέπει να λέγεται γιατρός
A7	Νευρολόγος, Νοσηλεύτριες	Ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο	Ξημερώματα 1η Δεκεμβρίου 2021
Υγειονομικοί			
Π1	Παιδίατρος	Εθελοντισμός στους γιατρούς του κόσμου	Γίνε σαν το νερό
Π2	Ενδοδοντολόγος	Εθελοντισμός στους γιατρούς του κόσμου	Η καθημερινότητά μου αλλάζει
Π3	Γενικός Ιατρός	Τμήμα Επειγόντων	Η ημέρα μιας γιατρού στα επείγοντα
Π4	Ψυχίατρος	Σχέση με ασθενείς	Σχέση ιατρού-ασθενή
Π5	Πνευμονολόγος	Θάνατος ασθενή από covid	Χριστούγεννα 2020 σε ΜΕΘ covid-19
Π6	Παθολόγος	Σχέση με ασθενείς	Επικοινωνία
Π7	Παθολόγος	Καθημερινότητα	Life of P.T.
Π8	Νοσηλεύτρια	Η απαγόρευση του θρήνου	Δεν επιτρέπεται να κλαις
Π9	Νοσηλεύτρια	Φροντίδα στη φροντίστρια	Η μέρα που ήμουν εκεί για τη μητέρα του ασθενούς μου
Π10	Νοσηλεύτης	Ανακουφιστική φροντίδα	Δίπλα στον παππού μου σαν εγγονός και νοσηλεύτης
Π11	Νοσηλεύτρια	Θάνατος έφηβης και στήριξη γονέων στη ΜΕΘ	Την ημέρα που έλαβα ένα γράμμα
Π12	Νοσηλεύτρια	Η εμπειρία από τη ΜΕΘ covid-19	Καθημερινές δυσκολίες σε ΜΕΘ covid

5.4.1 Είδη επικοινωνίας ιατρών-ασθενών

Το είδος της επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενών αντανακλά τον τρόπο προσέγγισης της ασθένειας και του ατόμου. Από τη διαδικασία λήψης ιστορικού ακόμα ανοίγεται ο δρόμος της σωστής διάγνωσης αλλά και της κατάλληλης θεραπείας. Για αυτόν τον λόγο θεωρείται μια δυναμική διαδικασία κατά την οποία διερευνώνται ή θα έπρεπε να διερευνώνται όλοι οι παράγοντες της ζωής των ατόμων στοχεύοντας σε μια πολυδιάστατη θεραπευτική παρέμβαση προσαρμοσμένη τόσο στις ατομικές και βιολογικές συνθήκες όσο και στις ψυχολογικές και κοινωνικές (Engel G., 1977)

Τα είδη της επικοινωνίας ιατρών-ασθενών, όπως προκύπτουν από τις ψηφιακές τους αφηγήσεις τοποθετούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη αφορά την **ανθρωποκεντρική προσέγγιση** (πίνακας 55), η οποία θέτει στο επίκεντρο τον άνθρωπο και η επικοινωνία χαρακτηρίζεται επεξηγηματική αλλά και διαλλακτική. Οι ιατροί δεν παρουσιάζονται ως αυθεντίες και οι ασθενείς ως «άβουλοι». Αντίθετα και οι δύο πλευρές μαζί προσπαθούν να οδηγηθούν στην καλύτερη δυνατή λύση του. Η επικοινωνία που είναι βασισμένη στο **βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο** της υγείας δίνει έμφαση στον ρόλο της ενσυναίσθησης (empathy), την ικανότητα των ιατρών να αναγνωρίζουν σκέψεις, συναισθήματα και ανάγκες των ασθενών ώστε να ανταποκρίνονται με κατανόηση εφόσον έχουν αντιληφθεί το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του άλλου ατόμου, όπως αναφέρει ο Rogers (1975), ο οποίος περιέγραψε αναλυτικά την έννοια της ενσυναίσθησης στο έργο του. Η ικανότητα αντίληψης των ιατρών του εσωτερικού πλαισίου των ασθενών, των συναισθημάτων και των νοημάτων που εμπεριέχονται σε αυτό υποδηλώνει την κατανόηση του συναισθήματος των ασθενών. Τα παραπάνω, αναφέρουν οι Τσουνής και Σαράφης (2014), οδηγούν αφενός στη συμμόρφωση με τις ιατρικές συστάσεις και στην καλύτερη δυνατή διάγνωση και αφετέρου στην ανάπτυξη της αυτό-αποτελεσματικότητας από την πλευρά των ασθενών.

Η δεύτερη αφορά την **ιατροκεντρική προσέγγιση** (πίνακας 55), η οποία θέτει στο επίκεντρο την «αυθεντία» και η επικοινωνία χαρακτηρίζεται διεκπεραιωτική αλλά και απόλυτη στηριζόμενη στο αδιαμφισβήτητο κύρος. Οι ιατροί παρουσιάζονται ως αυθεντίες, παρατηρούν το σύμπτωμα, προσπαθούν να το επιλύσουν και οι ασθενείς καλούνται να εφαρμόσουν τις οδηγίες χωρίς να εμπλέκονται σε περαιτέρω συζήτηση και αλληλεπίδραση. Η επικοινωνία που βασίζεται στο **βιοϊατρικό μοντέλο** της υγείας εστιάζει στην ασθένεια του οργανισμού ως αποτέλεσμα βιολογικών και μόνο

παραγόντων. Συνεπώς οι ιατροί προσεγγίζουν τις/τους ασθενείς σαν αμιγώς βιολογικές υποστάσεις.

Σε αντίθεση με τις/τους ιατρούς, οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, όπως προκύπτει από τις ψηφιακές τους αφηγήσεις εστιάζουν εξατομικευμένα στις/στους ασθενείς τους δίνοντας έμφαση στα συναισθήματα και τις ανάγκες τους. Πιο συγκεκριμένα, υιοθετούν περισσότερο την ανθρωποκεντρική προσέγγιση και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο παρά την ιατροκεντρική και το βιοϊατρικό μοντέλο.

Πίνακας 55: Είδη επικοινωνίας και διάδρασης ιατρών-ασθενών μέσα από τις ΨΑ

ΑΑ	Επεξηγηματική	Διεκπεραιωτική	Αυθεντίας	
«Ασθενείς»	Γ1	Γ1	Γ2	
	Γ4	Γ4	Γ3	
	Γ5	Σ1	Σ2	
	Π3	Π1	Π2	
	Γ6	Α1	Π4	
	Α2	Α2	Α5	
	Α5	Α3	Α6	
Υγειονομικοί	Α6	Α4	Α7	
	Α7			
	Ι1	Ι3	Ι4	
	Ι2	Ι6	Ι6	
	Ι5	Ι7		
	Ν8			
	Ν9			
	Ν10			
	Ν11			
	Ν12			
	Αμφίδρομη διάδραση		Μονόδρομη διάδραση	
	Γ1	Ι1	Γ1	Σ2
Γ4	Ι2	Γ4	Π2	
Γ5	Ι5	Σ1	Π4	
Π3	Ν8	Π1	Α5	
Γ6	Ν9	Α1	Α6	
Α2	Ν10	Α2	Α7	
Α5	Ν11	Α3	Ι3	
Α6	Ν12	Α4	Ι6	
Α7		Γ2	Ι7	
		Γ3	Ι4	

Οι ψηφιακές αφηγήσεις των ατόμων που συμμετείχαν με κόκκινη γραμματοσειρά εντάσσονται σε δύο κατηγορίες γιατί αναφέρουν παραπάνω από μία εμπειρία με ιατρό.

Στην παρούσα έρευνα οι επικοινωνιακές σχέσεις και το είδος τους ανάμεσα σε ιατρούς και ασθενείς προκύπτουν από τις ψηφιακές αφηγήσεις των ατόμων που συμμετείχαν βάσει των οποίων προσεγγίζεται η επικοινωνία στηριζόμενη στις προσωπικές εμπειρίες τους.

Τα άτομα που συμμετείχαν παρουσιάζονται με κωδικοποίηση βάσει της κατηγοριοποίησης των ψηφιακών αφηγήσεων (βλ. πίνακα 54). Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τις χρήστριες και τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, οι ψηφιακές αφηγήσεις ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: α) **αφηγήσεις ληπτριών/ληπτών υπηρεσιών υγείας** στις οποίες περιλαμβάνονται έξι αφηγήσεις γενικού πληθυσμού (**Γ**), δύο αφηγήσεις στρατιωτών (**Σ**) και τέσσερις ψηφιακές αφηγήσεις παιδιών ηλικίας 11 έως 12 ετών (**Π**), και β) **αφηγήσεις ασθενών (Α)** με χρόνια ασθένεια (απειλητική ή μη για τη ζωή) ή κάποιο σοβαρό περιστατικό υγείας που συνέβη, όπου περιγράφουν την εμπειρία τους που αφορά την επικοινωνία, τις σχέσεις αλληλεπιδράσεις με τις/τους ιατρούς τους.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε όλες τις αφηγήσεις των ατόμων που συμμετείχαν η επικοινωνία, η οποία χαρακτηρίζεται επαρκής και αισθάνονται ικανοποίηση από αυτή, βασίζεται σε χαρακτηριστικά των ιατρών που αφορούν τη διαθεσιμότητά τους, το χιούμορ, το ότι ακούνε τις/τους ασθενείς τους με προσοχή και ότι είναι «άνθρωποι», όπως αναφέρουν. Ουσιαστικά, αυτό που προκύπτει από τις προαναφερθείσες προσεγγίσεις για την επικοινωνία είναι η **ενσυναίσθηση** (empathy). Είναι σημαντικό για τις/τους ασθενείς και λήπτ(ρι)ες υπηρεσιών υγείας ευρύτερα να αισθάνονται ασφάλεια, εμπιστοσύνη και ότι τις/τους κατανοούν οι ιατροί τους. Ο τρόπος που θα μιλήσουν οι ιατροί, το χιούμορ, η διαθεσιμότητα (τηλεφωνική ή ως φυσική παρουσία), η ζεστασιά και η «ανθρώπινη» προσέγγιση σε σύγκριση με την πιο αποστασιοποιημένη προσέγγιση θέτουν τα θεμέλια για μια πλήρη και ικανοποιητική επικοινωνία ιατρών-ασθενών. Στον πίνακα 56 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται στις αφηγήσεις ως στοιχεία «καλής» επικοινωνίας. Παρατηρείται ότι σε εννέα αφηγήσεις αναφέρεται το στοιχείο του να είναι η/ο ιατρός «άνθρωπος», το οποίο όπως περιγράφεται στις συγκεκριμένες ψηφιακές αφηγήσεις σημαίνει να έχει ενσυναίσθηση. Επίσης σε εννέα αφηγήσεις τίθεται το ζήτημα της διαθεσιμότητας των ιατρών (τηλεφωνικά ή ως φυσικές παρουσίες), το οποίο σημαίνει ασφάλεια και εμπιστοσύνη, δύο αφηγήσεις αναφέρονται σε χαρακτηριστικά που αφορούν το χιούμορ, το οποίο ως χαρακτηριστικό αναφέρεται στην ενσυναίσθηση και εμπιστοσύνη

και τέλος έντεκα αφηγήσεις αναφέρονται στη δεξιότητα της «καλής» ακρόασης, στην ανάγκη να ακούνε οι ιατροί τις ανησυχίες, τις ιδέες και τα αιτήματα των ασθενών τους, το οποίο σημαίνει ενσυναίσθηση, χτίσιμο εμπιστοσύνης, ασφάλειας και φροντίδας.

Πίνακας 56: Πώς ορίζουν οι «ασθενείς» μέσω των ψηφιακών τους αφηγήσεων την ικανοποιητική επικοινωνία με τις/τους ιατρούς-Χαρακτηριστικά ιατρών

ΑΑ	Είναι άνθρωπος	Είναι διαθέσιμη-ος	Έχει χιούμορ	Με ακούει
1	Γ1	Γ3	Γ1	Γ4
2	Γ2	Γ4	Α2	Γ5
4	Γ4	Γ5	Α7	Π1
4	Γ5	Σ1		Π2
5	Σ2	Α3		Π4
6	Α3	Α4		Α1
7	Α5	Α5		Α2
8	Α6	Α6		Α3
9	Α7	Α7		Α5
10				Α6
11				Α7

Στο ίδιο πλαίσιο (πίνακας 67), δύο αφηγήσεις οι οποίες αφορούσαν νοσηλεία των υποκειμένων σε νοσοκομείο συμπεριέλαβαν τις νοσηλεύτριες και τους νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας που τις/τους φρόντισαν, ήταν διαθέσιμες/διαθέσιμοι, έκαναν χιούμορ. Ουσιαστικά, τα υποκείμενα αισθάνθηκαν φροντίδα, ζεστασιά και νοιάξιμο από το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο έχει συχνή επικοινωνία με τις/τους ασθενείς, αναπτύσσει δεσμούς και δημιουργεί ένα πλαίσιο όπου οι ασθενείς αισθάνονται εμπιστοσύνη και ασφάλεια.

Γίνεται κατανοητό ότι δεν είναι τυχαίο το γεγονός της συναισθηματικής εξάντλησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτριών/νοσηλευτών, όπως προκύπτει από μελέτες, καθώς η φύση του επαγγέλματος, ο φόρτος εργασίας, η διαρκής αλληλεπίδραση όχι μόνο με τις/τους ασθενείς τους, αλλά και με τις/τους συγγενείς και το περιβάλλον των ασθενών γενικότερα (Raggio & Malacarne, 2007). Το πρόβλημα αυτό εντείνεται, ειδικότερα δε, όταν είναι ανύπαρκτο το υποστηρικτικό πλαίσιο και η συμπαράσταση από ειδικούς (ψυχολόγους κοινωνικούς λειτουργούς) ή όταν υπάρχει έλλειψη της οργανωτικής δομής, ασάφεια ρόλων, ιεραρχικές βαθμίδες, απουσία μέριμνας από ανωτέρους ακόμη και συγκρούσεις με μέλη της θεραπευτικής ομάδας των ασθενών (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Πίνακας 57: Τα χαρακτηριστικά ενσυναίσθησης των νοσηλευτριών/νοσηλευτών στη φροντίδα των ασθενών μέσω των ψηφιακών αφηγήσεων

Ασφάλεια	Φροντίδα	Εμπιστοσύνη
Γ1	Γ1	Γ1
A7	A7	A7

Συνοψίζοντας, τα είδη της επικοινωνίας ανάμεσα σε ιατρούς και ασθενείς ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες: α) επεξηγηματική-διαλλακτική, β) διεκπεραιωτική-τυπική και, γ) η επικοινωνία της αυθεντίας. Βάσει αυτής της ομαδοποίησης ακολουθεί ανάλυση των ψηφιακών αφηγήσεων (πίνακας 55).

Επεξηγηματική-διαλλακτική επικοινωνία

Στην επεξηγηματική-διαλλακτική επικοινωνία συγκαταλέγονται, η ενημέρωση για τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί (κλινική εξέταση, εξετάσεις, σκεπτικό για την εισαγωγή σε νοσοκομείο), η επεξήγηση για το τι συμβαίνει, η σημασία της νόσου στη ζωή της/του ασθενή και η επιρροή της, ο χρόνος για επίλυση αποριών, η συζήτηση, η διαθεσιμότητα της/του ιατρού για έκφραση αποριών ή αν συμβεί το οτιδήποτε, ο συμβιβασμός και οι παραχωρήσεις. Στο συγκεκριμένο είδος επικοινωνίας ιατρού-ασθενή εντάσσονται εννέα αφηγήσεις. Η πρώτη αφήγηση με τίτλο «αχ ποδαράκι μου», του συμμετέχοντα με κωδική ονομασία «Γ1», αναφέρεται στο περιστατικό κατά το οποίο έσπασε το πόδι του. Η μετάβασή του στο νοσοκομείο, μια πρόχειρη εκτίμηση και το εξιτήριο από τα επείγοντα με σύσταση από τον εφημερεύοντα ιατρό «αν πονέσει να πάρει ντεπόν το βράδυ», ακολούθησε δεύτερη επίσκεψη το επόμενο πρωί, όπου ο ιατρός μόλις είδε τον ασθενή τον ενημέρωσε ότι έχει σπασμένο πόδι και χρήζει χειρουργικής επέμβασης. Ο συμμετέχοντας, αναφέρεται στην εμπειρία με τον συγκεκριμένο ιατρό, την σχέση εμπιστοσύνης και ασφάλειας που ανέπτυξαν, την επεξηγηματικότητα και τη διαθεσιμότητά του, όπως και τα στοιχεία χιούμορ που τον χαρακτήριζαν. Αποκαλεί τον συγκεκριμένο ιατρό ως γιατρό με Γ κεφαλαίο σε ένα σημείο της αφήγησής του. Ακολουθεί ένα απόσπασμα από την ψηφιακή αφήγηση του Γ1 κατά το οποίο περιγράφεται η επικοινωνιακή του σχέση με τον ιατρό του:

«Εκεί με είδε ο γιατρός και μου λέει "αγόρι μου εσύ έχεις σπασμένο πόδι, γιατί δεν σε κράτησαν το βράδυ μέσα; Εισαγωγή τώρα και χειρουργείο". Με τον συγκεκριμένο Γιατρό ανέπτυξα τόσο καλή σχέση

όλο το διάστημα που με παρακολουθούσε ώστε την τελευταία μέρα που με είδε μου λέει "Γ1, είσαι έτοιμος από εμένα, σιδερένιος". Κι εγώ απλά τον ρώτησα "τι θα γίνει με την λάμα Γιατρέ; Πότε θα την βγάλω" Γύρισε και μου είπε.. "αν έρθεις να μου πεις να σου βάλω τη λάμα ΧΩΡΙΣ να πονάς ή κάποιο σοβαρό λόγο τέλος πάντων, τότε θα σου σπάσω και το άλλο πόδι και γέλασε"!» Γ1.

Ο Γ1 επιλέγει στην ψηφιακή του αφήγηση να χρησιμοποιήσει το λατινικό ερωτηματικό (?) όταν αναφέρεται στον πρώτο ιατρό που τον «έδιωξε» από τα επείγοντα και εικόνα με μια κλειστή γροθιά για να επικοινωνήσει το αίσιο τέλος μετά την επικοινωνία του με τον δεύτερο ιατρό. Σημειολογικά, η εξήγηση που μπορεί να δώσει η γροθιά ως επιλογή στην ψηφιακή αφήγηση αφορά ένωση για ένα κοινό σκοπό δύο πλευρών στην προκειμένη περίπτωση (ιατρού-ασθενή), αναφέρεται στη δύναμη, την αλληλεγγύη και τη συνδιαλλαγή.

Εικόνα 12: Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση του Γ1

Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση του Γ1 όταν αναφέρεται στον ιατρό των επειγόντων που του έδωσε εξιτήριο



Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση του Γ1 όταν αναφέρεται στον ιατρό που ήταν επεξηγηματικός και ανέπτυξαν σχέση εμπιστοσύνης και ασφάλειας



Η δεύτερη ΨΑ που αναφέρεται στην επεξηγηματική-διαλλακτική επικοινωνία ιατρού ασθενή είναι της συμμετέχουσας με κωδική ονομασία «Γ4», η οποία αναφέρεται στην εγκυμοσύνη της και την εμπειρία που είχε με την ιατρό που επέλεξε (σε ιδιωτικό γραφείο), η οποία την ενημέρωσε ότι θα είναι διαθέσιμη μόνο 8:00 π.μ.-14:00 μ.μ. για να τις απαντήσει αν χρειαστεί κάτι. Στην ερώτηση της Γ4 «κι αν προκύψει κάποιο έκτακτο περιστατικό, όπως για παράδειγμα αιμορραγία;», της απάντησε ότι δεν θα την καλέσει αλλά θα απευθυνθεί σε δημόσιο νοσοκομείο που εφημερεύει. Μετά από την συγκεκριμένη εμπειρία η συμμετέχουσα αποφάσισε να

συνεργαστεί με ιατρό σε δημόσιο νοσοκομείο. Ο αρχικός της δισταγμός για το αν θα τύχει καλύτερης μεταχείρισης σε δημόσιο νοσοκομείο ενώ δεν έτυχε σε ιδιώτη ιατρό που επέλεξε, διαψεύστηκε καθώς ο ιατρός που συνεργάστηκε της έδωσε αμέσως το κινητό του τηλέφωνο και την κάλεσε να επικοινωνήσει μαζί του για ό, τι χρειαστεί. Μάλιστα, η συμμετέχουσα περιγράφει ένα περιστατικό κατά το οποίο ο ιατρός απολογήθηκε για την καθυστέρηση στο τμήμα υπερήχων, έμεινε μαζί της ώσπου να μπει για την εξέταση, της εξήγησε τι πρόκειται να δούνε στον υπέρηχο και ζήτησε να του εκφράσει όποιες απορίες έχει γενικότερα. Ακολουθεί σχετικό απόσπασμα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Γ4:

«Στην πρώτη μου επίσκεψη μού έδωσε μόνος του το προσωπικό του κινητό για ό, τι χρειαστώ (χωρίς να ξέρει την προηγούμενη εμπειρία μου). Στο δεύτερο ραντεβού επειδή το τμήμα υπερήχων ήταν κατειλημμένο (από άλλον γιατρό) χρειάστηκε να περιμένουμε ένα τέταρτο στον διάδρομο. Μου ζήτησε συγνώμη για την καθυστέρηση και καθόταν μαζί μου στην αναμονή εξηγώντας μου τι περιμένουμε να δούμε στον υπέρηχο και ρωτώντας με τι απορίες έχω. Εγώ είχα μείνει άναυδη. Αναρωτιόμουν αν όντως συμβαίνουν αυτά και σε δημόσια νοσοκομεία. Αφού ολοκληρώθηκε η εξέταση μου τόνισε ότι ό, τι χρειαστώ θα τον καλώ. Θα του στείλω μήνυμα αν δεν απαντά και αν κρίνω ότι επείγει θα πηγαίνω στην κλινική του νοσοκομείου είτε εφημερεύει είτε όχι και θα ζητάω τον ίδιο. Εκεί ένιωσα σιγουριά και ασφάλεια και κατανόησα πόσο σημασία έχει η επικοινωνία ανάμεσα σε ασθενή και γιατρό.»: Γ4.

Εικόνα 13: Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση της Γ4

Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση της Γ4 όταν αναφέρεται στην ιατρό που της είπε ότι θα είναι διαθέσιμη μόνο 8 το πρωί έως 2 το μεσημέρι

Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση της Γ4 όταν αναφέρεται στον ιατρό που ήταν επεξηγηματικός και ανέπτυξαν σχέση εμπιστοσύνης και ασφάλειας



Η χρήση του βίντεο από τον υπέρηχο στην πρώτη περίπτωση με την ιατρό που δεν ήταν διαθέσιμη παραπέμπει στην κλινική εξέταση και σε ένα πιο ιατροκεντρικό μοντέλο προσέγγισης της υγείας σε αντίθεση με τη δεύτερη εικόνα που επέλεξε η συμμετέχουσα για να αναφερθεί στην σχέση εμπιστοσύνης, ασφάλειας και σιγουριάς που ανέπτυξε με το νέο ιατρό της. Επιλέγει δύο φιγούρες, οι οποίες κοιτάζονται στα

μάτια, το οποίο συνεπάγεται διάλογο και ενεργητική ακρόαση. Επίσης, τα χρώματα στη δεύτερη φωτογραφία είναι πιο «ζεστά» σε σύγκριση με την πρώτη εικόνα που κυριαρχούν πιο «ψυχρά χρώματα». Στην πρώτη περίπτωση, η σημειολογία της εικόνας και των χρωμάτων παραπέμπουν σε μια πιο αδιάφορη και αποστασιοποιημένη στάση συγκριτικά με τη δεύτερη που παραπέμπουν σε μια φροντιστική προσέγγιση, νοιάξιμο και ασφάλεια.

Η τρίτη ΨΑ που ακολουθεί με τον συμμετέχοντα «Γ5», αναφέρεται στον οικογενειακό ιατρό, ο οποίος είναι ο ιατρός που φρόντισε τη γιαγιά του συμμετέχοντα και από τότε εξαιτίας της συμπεριφοράς του, της διαθεσιμότητας και της «ανθρωπιάς» του έγινε ο μόνιμος ιατρός του συμμετέχοντα και όλης της οικογένειας. Μάλιστα, ακόμα και αν ο συμμετέχοντας δεν βρίσκεται στην ίδια πόλη με τον ιατρό λόγω μεταθέσεων καθώς είναι εκπαιδευτικός, καλεί πάντα εκείνον ή τον επισκέπτεται όταν βρίσκεται στην πόλη του. Περιγράφει μια σχέση εμπιστοσύνης και ασφάλειας στην οποία κυριαρχεί η ενσυναίσθηση, η κατανόηση και όλες οι δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης από την πλευρά του ιατρού. Ακολουθεί σχετικό απόσπασμα της ΨΑ του συμμετέχοντα Γ5:

«Με την απλότητά του, την ανά πάσα στιγμή απάντηση στο τηλέφωνό μας, τη γλυκομίλητη και αληθινή επικοινωνία μαζί του. Αυτά σε κάνουν να μη διστάσεις οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας και για οποιοδήποτε ιατρική απορία αντιμετωπίζεις, είτε είμαι στην Αθήνα, είτε στην Κέρκυρα ή οπουδήποτε αλλού λόγω δουλειάς είναι ο άνθρωπος, που θα ζητήσω τη συμβουλή του. Μα πως γίνεται να εμπιστεύεσαι έτσι έναν γιατρό; Πώς; Εδώ σε κερδίζει και ο ίδιος με το να σου ανοιχτεί, όταν πηγαίνεις στο ιατρείο, να σε ρωτήσει τι κάνεις, πως είναι η ζωή στο νησί, η δουλειά και άλλα πολλά. Με γνωρίζει πλέον και εμένα και τους γονείς μου και είναι εκεί να με ακούσει και να με δει....δεν θυμάμαι να έχω πάει και να μην έχω φύγει με αυτό το συναίσθημα της πληρότητας και της ικανοποίησης ότι πήγα εκεί και με άκουσε ο γιατρός μου, ότι είναι εδώ για μένα να με δει ως άνθρωπο πρώτα και να πει «όλα καλά Απόστολε». Ακόμα και έτσι να μην είναι όμως, θα σου μιλήσει με τέτοιο τρόπο που η απάντησή του θα είναι «ουφ!» της ανακούφισης, πως ότι και να 'χει γίνει, θα πάει καλά. Όπως έλεγε και η αγαπημένη μου γιαγιά: «ο γιατρός αυτός είναι άνθρωπος»: Γ5.

Εικόνα 14: Στιγμιότυπα από την ΨΑ του Γ5



Ο Γ5, όπως φαίνεται και στην εικόνα 14, όταν αναφέρεται στον ιατρό του «που τον βλέπει ως άνθρωπο», όπως αναφέρει χαρακτηριστικά χρησιμοποιεί μια εικόνα με δύο άνδρες, οι οποίοι σκαρφαλώνουν σε ένα βουνό, ο ένας εξ αυτών προτάσσει το χέρι του για να τραβήξει τον δεύτερο. Σημειολογικά, η σχέση παρουσιάζεται ως σχέση εμπιστοσύνης, ασφάλειας και ιατρός-ασθενής είναι συνοδοιπόροι σε έναν ανηφορικό δρόμο, όπως είναι το θέμα της υγείας και πιθανά της ασθένειας όταν προκύπτει. Η δεύτερη εικόνα, από το προσωπικό του αρχείο, όταν αναφέρεται στην ανακούφιση που αισθάνεται μετά την επίσκεψη ή τον καθησυχασμό από τον ιατρό του τον δείχνει να ατενίζει τη θάλασσα με ηρεμία και ανακούφιση. Παρομοιάζει την ανακούφιση που προσφέρει ο ιατρός με τη γαλήνη της θάλασσας. Τέλος, η τρίτη εικόνα που χρησιμοποιεί αναφερόμενος στην «ανθρωπιά» του ιατρού του αποτελείται από δύο ζευγάρια χέρια ενωμένα, να αγκαλιάζουν το ένα το άλλο αναδεικνύοντας την εμπιστοσύνη, τη φροντίδα και την ασφάλεια που προσφέρει η σχέση με τον ιατρό του.

Η τέταρτη ΨΑ αυτής της κατηγορίας, δημιουργήθηκε από δύο 11χρονες μαθήτριες, οι οποίες σε ένα σημείο της αφήγησής τους αναφέρουν ως επικοινωνία τη διαθεσιμότητα της/του ιατρού, καθώς μπορούν να την/τον καλούν από όλες τις συσκευές όπως αναφέρουν και στο σχετικό απόσπασμα που ακολουθεί

«Για να λέμε την αλήθεια ο γιατρός είναι τόσο σημαντικός που μπορούμε να επικοινωνήσουμε από όλες τις συσκευές μ' αυτόν.»: Π3

Εικόνα 15: Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση των Π3

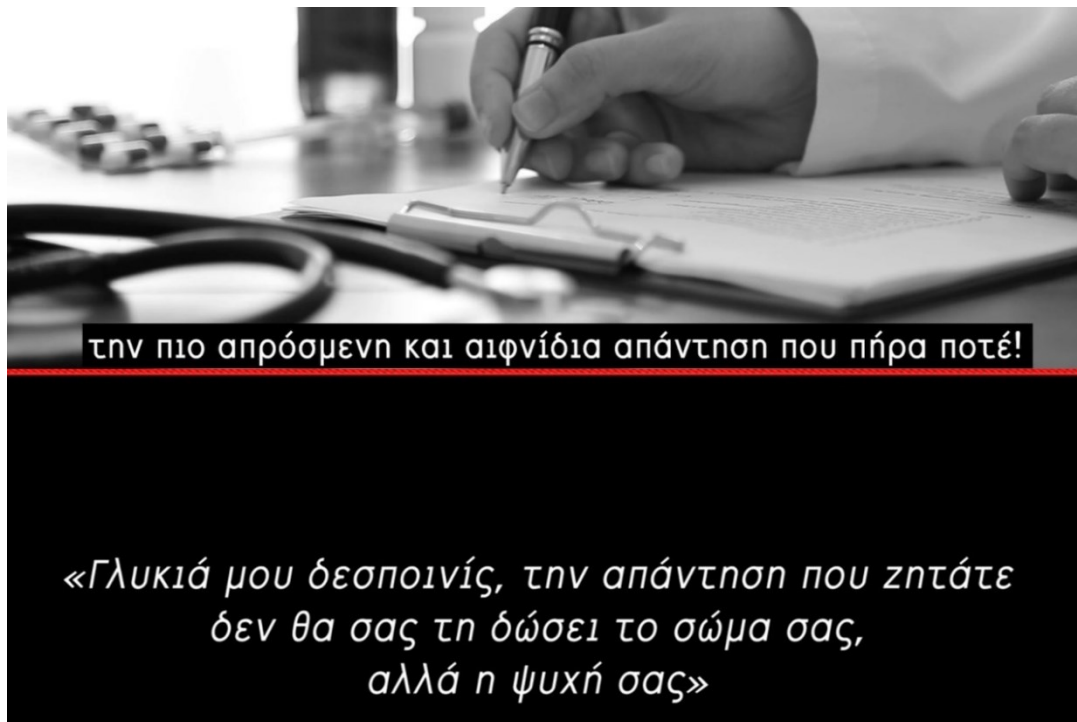


Όπως φαίνεται και στην εικόνα 15, τα παιδιά χρησιμοποιούν μια εικόνα σχεδίου σε κάποιο σημείο της αφήγησής τους όπου παρουσιάζουν μια ιατρό χαμογελαστή, η οποία έχει μεγαλύτερο ανάστημα από το ασθενοφόρο. Αυτή η εικόνα με το μέγεθος της ιατρού ίσως υποδηλώνει την αξία, τον ισχυρό ρόλο και τη σημασία του ανθρώπου στη θεραπευτική σχέση και την ιατρική διαδικασία. Στο σημείο, που αναφέρονται στην επικοινωνία από όλες τις συσκευές επέλεξαν μια εικόνα με χειρουργική μάσκα. Ίσως η επιρροή του COVID-19 και της καραντίνας να ενέτεινε την επικοινωνία των οικογενειών με τις/τους ιατρούς τους μέσω εναλλακτικών τρόπων (τηλεδιάσκεψη, τηλέφωνο, βιντεοκλήση) όταν ήταν δύσκολη η πρόσβαση με τον κλασικό τρόπο (φυσική επίσκεψη).

Η πέμπτη ΨΑ της συμμετέχουσας «Γ6», αναφέρεται στο γεγονός ότι πάντα ήταν υγιής, δεν έχει χρειαστεί καν να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο έως τα 32 της έτη, ωστόσο υπήρξε μια περίοδος με διάφορα συμπτώματα που την «ανάγκαζαν» να μεταβεί σε εφημερεύοντα νοσοκομεία για μια σειρά εξετάσεων κάθε φορά, ώσπου ένας ιατρός σε εφημερία κάποια στιγμή της είπε ότι η φύση και η αιτία των συμπτωμάτων της δεν είναι σωματική αλλά σημάδια της ψυχικής της κατάστασης (στρες, άγχος κ.λπ.). Ακολουθεί σχετικό απόσπασμα της συμμετέχουσας Γ6:

«Εκείνο το τελευταίο βράδυ, που επισκέφθηκα για εκατοστή φορά κάποιο νοσοκομείο.. βρέθηκε ο γιατρός που έμελλε να μου δώσει την πιο απρόσμενη και αιφνίδια απάντηση που πήρα ποτέ! “Γλυκιά μου δεσποινίς, την απάντηση που ζητάτε δεν θα σας τη δώσει το σώμα σας, αλλά η ψυχή σας”»: Γ6.

Εικόνα 16: Στιγμιότυπα από την ψηφιακή αφήγηση της Γ6



Η συμμετέχουσα Γ6 αναφέρεται στην εικόνα 16 σε δύο σημεία από την επικοινωνία με τον ιατρό. Πιο συγκεκριμένα στην πάνω εικόνα αναφέρεται στο γεγονός ότι βρέθηκε «ο ιατρός που έμελλε να της δώσει την πιο απρόσμενη και αιφνίδια απάντηση που πήρε ποτέ» και στην κάτω εικόνα στην απόκρισή του «ότι την απάντηση δεν θα τη δώσει το σώμα αλλά η ψυχή της». Στην πρώτη περίπτωση κυριαρχεί το λευκό χρώμα, το φωτεινό κατά τη διάγνωση, που παραπέμπει αφενός στη «νοσοκομειακή πραγματικότητα όπου κυριαρχεί το λευκό» και αφετέρου στην ανακούφιση για την υγεία του σώματος σε σύγκριση με τη δεύτερη εικόνα με μαύρο φόντο. Αφενός για να τονίσει την απρόσμενη απάντηση του ιατρού (μαύρο φόντο και λευκά γράμματα) και αφετέρου για να δείξει την «άβυσσο» που συνεπάγεται η απάντηση ότι η λύση βρίσκεται στο ψυχικό κομμάτι. Πολλές φορές μια διάγνωση για σωματική ασθένεια και εξήγηση των συμπτωμάτων ενώ μπορεί να είναι τρομακτική έχει και ένα στοιχείο ανακούφισης, καθώς παραπέμπει σε μαθηματικές πράξεις (σύμπτωμα-διάγνωση-θεραπεία), αντίθετα όταν η πηγή των σωματικών συμπτωμάτων είναι το στρες, το άγχος, ο φόβος και η πίεση η «λύση» δεν είναι πάντοτε τόσο απτή και «εύκολη».

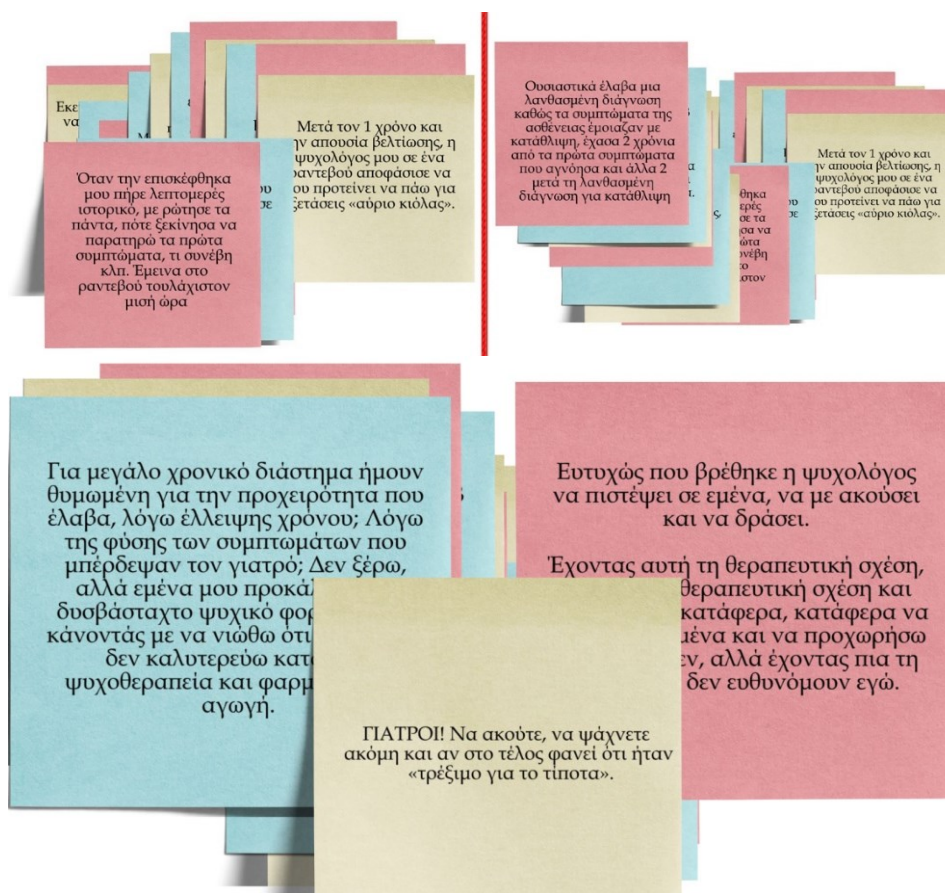
Η έκτη αφήγηση αναφέρεται στην ιστορία της συμμετέχουσας «Α2», η οποία παραπέμφθηκε βιαστικά από παθολόγο σε ψυχίατρο καθώς θεωρήθηκε ότι πάσχει από κατάθλιψη, ενώ όπως αποδείχθηκε κάποια χρόνια μετά και ενώ δεν καλυτέρευε η

κατάσταση της υγείας της από τη φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά ότι έπασχε από υπερθυρεοειδισμό. Η αγωγή μάλιστα επιδείνωσε την πορεία του. Η συμμετέχουσα Α2, αναφέρεται στην ιατρό που επισκέφθηκε επειδή ο δικός της ιατρός έλειπε σε ταξίδι στο εξωτερικό. Η επίσκεψη έγινε μετά από σύσταση της ψυχολόγου που την παρακολουθούσε και ανησύχησε για το γεγονός ότι δεν καλυτέρευε, οπότε της πρότεινε να κάνει ιατρικές εξετάσεις για να βεβαιωθεί ότι δεν υπάρχει κάποιο οργανικό πρόβλημα. Η νέα ιατρός που επισκέφθηκε, της αφιέρωσε χρόνο, πήρε πλήρες ιστορικό, της ζήτησε να της περιγράψει πότε παρατήρησε τα πρώτα συμπτώματα, τι συνέβη και πότε ξεκίνησαν όλα. Η επίσκεψη διήρκησε μία ώρα αναφέρει η συμμετέχουσα και μάλιστα με έκπληξη σημειώνει ότι «μιλούσε εκείνη την περισσότερη ώρα παρά η ιατρός». Όταν βγήκαν οι εξετάσεις, την κάλεσε και της εξήγησε τι συμβαίνει, ποια είναι η αιτία και τα επόμενα βήματα. Ακολουθεί σχετικό απόσπασμα της συμμετέχουσας Α2:

«Επειδή ο παθολόγος που είχα επισκεφθεί έλειπε σε ταξίδι στο εξωτερικό, κάποιοι φίλοι μου πρότειναν μια άλλη παθολόγο. Όταν την επισκέφθηκα μου πήρε λεπτομερές ιστορικό, με ρώτησε τα πάντα, πότε ξεκίνησα να παρατηρώ τα πρώτα συμπτώματα, τι συνέβη κλπ. Έμεινα στο ραντεβού τουλάχιστον μισή ώρα όπου την περισσότερη ώρα μιλούσα εγώ και όχι εκείνη (απίστευτο σκέφτηκα!) δεν είχε ξανασυμβεί ποτέ στη ζωή μου να έχω τέτοια εμπειρία με γιατρό.»: Α2.

Η συμμετέχουσα σε όλη της την ΨΑ χρησιμοποιεί μόνο κειμενικά στοιχεία με μουσικό χαλί και «ντύνει» την ψηφιακή της αφήγηση με post it. Στα συγκεκριμένα σημειώματα σύντομης σημείωσης συνήθως αποτυπώνονται καταστάσεις που θέλουμε να θυμηθούμε και τα τοποθετούμε σε σημεία τα οποία θα τα δούμε σίγουρα (ψυγείο, γραφείο, πόρτα). Η χρήση τους στη συγκεκριμένη αφήγηση φαίνεται να γίνεται σημειολογικά ώστε να «αποδείξει» η συμμετέχουσα ότι θυμάται τι συνέβη, να αναδείξει τη δυσκολία της και την ταλαιπωρία που είχε υποστεί αλλά και ότι «θυμάται πολύ καλά» παρά την αμφισβήτηση των ιατρών για την σωματική αιτία των συμπτωμάτων και τη βιαστική διάγνωση. Ίσως είναι και ένας τρόπος για να υπενθυμίσει στον εαυτό της ότι δεν θα «αφήσει» να ξανασυμβεί κάτι αντίστοιχο, το οποίο διαφαίνεται από το κλείσιμο της ψηφιακής της αφήγησης «γιατροί! Να ακούτε ακόμη και αν στο τέλος φανεί ότι ήταν “τρέξιμο για το τίποτα”».

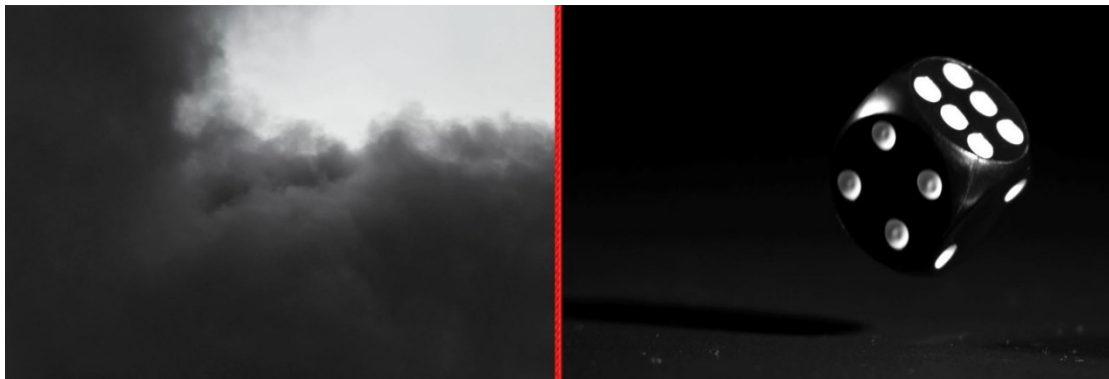
Εικόνα 17: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της Α2



Η έβδομη ΨΑ της κατηγορίας που αφορά την *επεξηγηματική-διαλλακτική επικοινωνία ιατρού-ασθενή*, είναι της συμμετέχουσας «Α5», η οποία διεγνώσθη με καρκίνο μαστού. Όπως την ενημέρωσαν αρχικά «βρισκόταν στη γκριζα ζώνη και το όφελος από τις χημειοθεραπείες ήταν πολύ μικρό αλλά η τελική απόφαση ήταν δική της». Εκείνη, επισκέφθηκε 6 ογκολόγους ώσπου να καταλήξει στον ιατρό που της ταίριαζε έχοντας πάρει γνώμες. Όπως αναφέρει, δύο ιατροί ήταν υπέρ των χημειοθεραπειών και δύο κατά, αλλά όλοι συμφωνούσαν στο ότι η τελική επιλογή ήταν της συμμετέχουσας. Αναφέρει ότι συνάντησε όλα τα είδη των ιατρών, ωστόσο εκείνη επέλεξε τον πιο επεξηγηματικό και ας της πρότεινε τον δύσκολο δρόμο της χημειοθεραπείας. Μέσα σε αυτούς τους ιατρούς που επισκέφθηκε, βρέθηκε και ένας, ο οποίος, όπως αναφέρει η συμμετέχουσα Α5, «ήταν από τα μεγάλα ονόματα» και «είχε το θράσος να μου πει να τον περιμένω ώσπου να γυρίσει από τις διακοπές». Η συμμετέχουσα εν τέλει είχε άποψη πορεία και πλέον έχουν περάσει 13 χρόνια από τη διάγνωσή της (έως τη στιγμή της δημιουργίας της ψηφιακής αφήγησης). Ακολουθεί το απόσπασμα της συμμετέχουσας Α5:

«Μετά το πρώτο σοκ της συνειδητοποίησης, ξεκίνησα έναν αγώνα δρόμου για δεύτερες και τρίτες γνώμες. Είδα έξι ογκολόγους μέσα σε δέκα ημέρες, ενός από τους πιο ζεστούς Ιούληδες της ζωής μου. Ομοφωνία δεν υπήρξε. Το αποτέλεσμα ήταν δύο κατά και τέσσερις υπέρ των χημειοθεραπειών, αλλά ως δια μαγείας όλοι συμφωνούσαν ότι η τελική απόφαση ήταν δική μου. Κι εγώ με την ίδια απορία κάθε φορά επί έξι φορές: «Μα καλά: απουσίαζα σ' αυτό το μάθημα;». Εκεί κατάλαβα πόσο σημαντικό ρόλο παίζει ο χαρακτήρας, η προσωπικότητα, αλλά και το ταπεραμέντο του κάθε γιατρού. Μέσα σ' αυτούς τους έξι (6) συνάντησα όλα τα είδη: τον απόλυτο, τον διεκπεραιωτικό, τον τυπικό, τον διαλλακτικό, ακόμα και τον απaráδεκτο που είχε το θράσος να μου προτείνει να τον περιμένω να γυρίσει από διακοπές μετά από έναν μήνα και να ξεκινήσουμε τις χημειοθεραπείες μαζί, και ας ήταν από τα πολύ μεγάλα ονόματα. Διάλεξα αυτόν που ήταν πιο επεξηγηματικός, πιο ανθρώπινος και ας μου πρότεινε τον δύσκολο δρόμο της χημειοθεραπείας.»: A5.

Εικόνα 18: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας A5



Η A5 επιλέγει στη ψηφιακή της αφήγηση να χρησιμοποιήσει ένα βίντεο με σύννεφα πυκνά και μαύρα υποδηλώνοντας την επικείμενη βροχή, όταν αναφέρεται στον ιατρό που επέλεξε αλλά και στο πως «να διαλέγουμε γιατρούς». Η χρήση των φυσικών στοιχείων (σύννεφα, ουρανός, βροχή) στην αντιμετώπιση μιας ασθένειας ανά τους αιώνες αξιοποιήθηκε πολλάκις (λογοτεχνία, ποίηση, λαϊκοί μύθοι, ζωγραφική, μουσική). Ειδικότερα σε απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, όπως στην προκειμένη ο καρκίνος. Η συμμετέχουσα παρουσιάζει τις εναλλακτικές και την πιθανή έκβαση της νόσου της με επίγνωση, όταν επέλεξε τον ιατρό της. Ουσιαστικά, δεν αναθέτει την ευθύνη στις/στους ιατρούς, γνωρίζει την επικινδυνότητα. Αυτό όμως που καταλογίζει είναι την απολυτότητα της αυθεντίας και την απουσία στοιχειωδών δεξιοτήτων επικοινωνίας. Γι' αυτό η δεύτερη εικόνα της δείχνει ένα ζάρι και εκείνη αναφέρει «ότι στην ιατρική όπως και στη ζωή δεν είναι όλα άσπρα ή μαύρα», θέλοντας να δείξει ότι είναι αναγκαίο να υπάρχει και μια πιο διαλλακτική συμπεριφορά, καθώς στη δική της περίπτωση οι εκτιμήσεις των ιατρών «για ελάχιστο όφελος από τις χημειοθεραπείες»

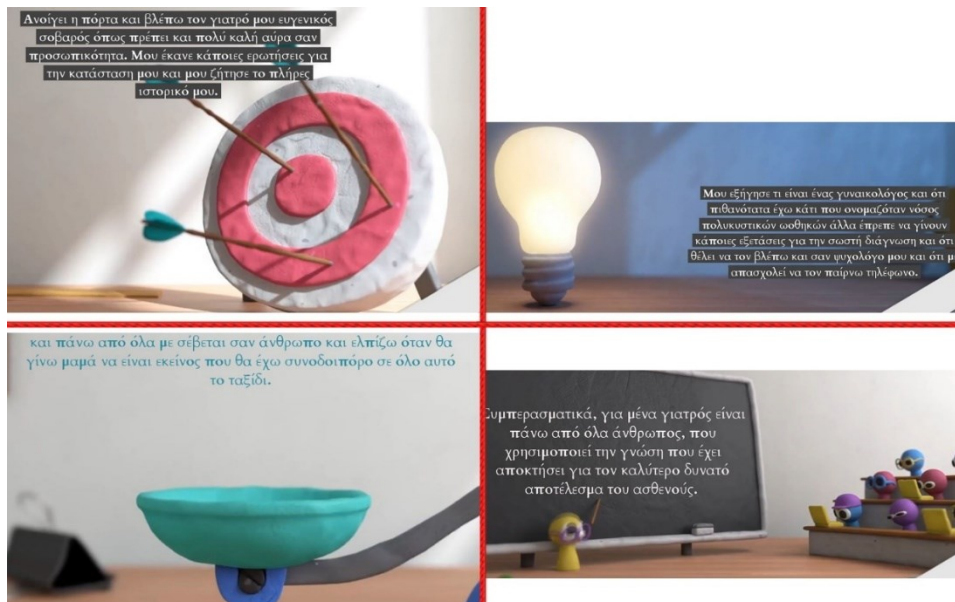
δεν επιβεβαιώθηκαν. Με τη χρήση του ζαριού και τη φράση «δεν είναι όλα άσπρα ή μαύρα», η συμμετέχουσα δεν ακυρώνει την επιστήμη της ιατρικής, αντίθετα επισημαίνει ότι διαδραματίζουν ρόλο πολλοί παράγοντες για την πορεία μιας ασθένειας και ενδέχεται -όσο ακριβής και αν είναι η επιστήμη της ιατρικής- ορισμένες φορές να υπάρχει παραπάνω από μία απάντηση.

Η όγδοη ΨΑ της συμμετέχουσας «Α6», αναφέρεται στον ιατρό που έχει 13 χρόνια πλέον (έως την στιγμή της δημιουργίας της ΨΑ) και παρά το γεγονός ότι έχει αλλάξει 4 πόλεις από τότε συνεχίζει να τον επισκέπτεται. Στην εφηβεία της αντιμετώπιζε ορισμένα προβλήματα που αφορούσαν την έμμηνο ρύση της η οποία απουσίαζε για μήνες και εμφανιζόταν μόνο με χάπια. Αυτό το γεγονός επιβάρυνε τη διάθεσή της, είχε σωματικά συμπτώματα ακόμα και χαμηλή επίδοση στο σχολείο της καθώς ένιωθε «ότι κάτι πάει λάθος με εκείνη». Ο ενδοκρινολόγος που την παρακολουθούσε δεν την ενθάρρυνε καθόλου, όπως αναφέρει, την καλούσε να κάνει υπομονή καθώς ευθυνόταν η εφηβεία για την συναισθηματική της κατάσταση και της συνταγογραφούσε διαρκώς αντισυλληπτικά, ως λύση του προβλήματος. Το αποτέλεσμα ήταν να αποκτήσει εμφάνιση βάρους, υπνηλία, αιμορραγίες και έντονο αίσθημα θυμού. Εν τέλει και έπειτα από προτροπή μιας καθηγήτριάς της να επισκεφθεί γυναικολόγο, η διάγνωσή του ήταν «πολυκυστικές ωοθήκες». Εκείνη αισθάνθηκε αμέσως εμπιστοσύνη και ασφάλεια με τον ιατρό της, ο οποίος ήταν επεξηγηματικός και την ενημέρωσε πλήρως για το τι συμβαίνει. Της ζήτησε να τον καλεί όποτε επιθυμεί και να μην τον βλέπει μόνο ως ιατρό αλλά και ως «ψυχολόγο» της, θέλοντας με αυτό τον τρόπο να της επισημάνει ότι είναι διαθέσιμος για τις απορίες, τα ζητήματα και τις δυσκολίες που προκύπτουν αναφορικά με την υγεία της, το ζήτημα ρυθμίστηκε και εκείνη έως σήμερα δεν έχει αλλάξει γυναικολόγο. Ακολουθεί απόσπασμα της ΨΑ της συμμετέχουσας Α6:

«Μάιος 2009...Η πρώτη μου συνάντηση με τον μετέπειτα 13 ετών γυναικολόγο μου. Εκείνη την περίοδο εγώ ήμουν στην τελευταία τάξη του λυκείου και το άγχος για την επίτευξη των στόχων μου ήταν αρκετό.. Το Μάιο λοιπόν του 2009 μια καθηγήτριά μου (να ναι καλά όπου και να είναι) στην ενισχυτική εκπαίδευση σε μια συζήτησή μου επί του θέματός, μου είπε γιατί παίρνω τόσα χρόνια αντισυλληπτικά χάπια και αν έχω πάει σε κάποιον γυναικολόγο που ειδικεύεται σε αυτά.... Ακόμα θυμάμαι τα πάντα από εκείνη τη μέρα, το άγχος που είχα, τη ντροπή και συνάμα μια προσμονή ότι εδώ θα τελειώσουν όλα. Μπαίνοντας στο ιατρείο του 5ου ορόφου σε μία πολυτελή πολυκατοικία ένιωσα αμέσως «εδώ είμαστε Αθηνά». Ανοίγει η πόρτα και βλέπω τον γιατρό μου ευγενικός, σοβαρός όπως πρέπει και πολύ καλή αύρα σαν προσωπικότητα. Μου έκανε κάποιες ερωτήσεις για την κατάστασή μου

και μου ζήτησε το πλήρες ιστορικό μου. Έπειτα επικοινωνήσε με τον ενδοκρινολόγο μου που δεν ήταν καθόλου δεκτικός σε συνεργασία μαζί του και αυτό το θεωρώ τελείως αντιεπαγγελματικό. Αργότερα, ζήτησε από την μαμά μου να βγει λίγο έξω ώστε να μιλήσω λίγο πιο άνετα. Μου εξήγησε τι είναι ένας γυναικολόγος και ότι πιθανότατα έχω κάτι που ονομαζόταν νόσος πολυκυστικών ωοθηκών αλλά έπρεπε να γίνουν κάποιες εξετάσεις για τη σωστή διάγνωση και ότι θέλει να τον βλέπω και σαν «ψυχολόγο» και ότι με απασχολεί να τον παίρνω τηλέφωνο. Και έτσι, εκεί μέσα εκείνο το απόγευμα δημιουργήθηκε μια σχέση εμπιστοσύνης με τον γιατρό μου. Πλέον είμαι 29 ετών, έχω αλλάξει 4 πόλεις αλλά το μόνο που δεν άλλαξα ποτέ είναι γυναικολόγο και αυτό γιατί πάντα στο πέρας όλων αυτών των ετών είναι εκεί σε κάθε επιπλοκή που έχει συμβεί, συνεργάζεται όλους τους γιατρούς που έχω επισκεφθεί, πάντα έχει μια λύση που δεν θα μου επιβαρύνει την υγεία μου και πάνω από όλα με σέβεται σαν άνθρωπο και ελπίζω όταν θα γίνω μαμά να είναι εκείνος που θα έχω συνοδοιπόρο σε όλο αυτό το ταξίδι.»: Α6.

Εικόνα 19: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α6



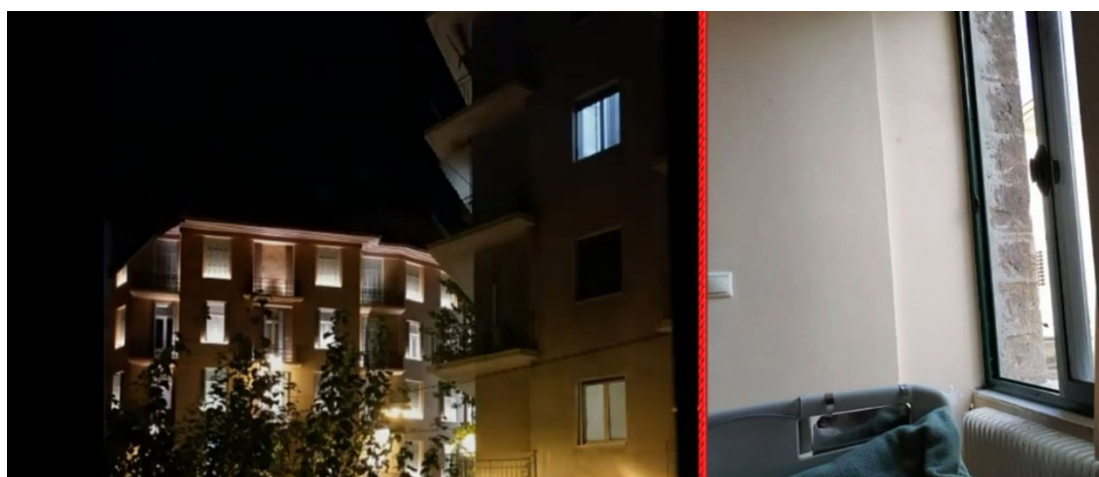
Όπως παρατηρείται, η συμμετέχουσα Α6, χρησιμοποιεί στην ΨΑ της για να αναφερθεί στον ιατρό που εμπιστεύεται έναν στόχο και βελάκια, θέλοντας να δείξει ότι η συμβολή του ήταν καθοριστική, στο ίδιο πλαίσιο αναφέρεται στην αναγκαιότητα της ενημέρωσης, δείχνοντας μια αναμένει λάμπα όταν αναφέρεται στην επεξήγηση του ιατρού, τη συζήτηση και τη διάγνωση, δείχνοντας και το επιστημονικό κύρος και τον επαγγελματισμό του ιατρού. Όταν αναφέρεται στη σχέση εμπιστοσύνης και ισότητας μέσω του σεβασμού, δείχνει μια ζυγαριά εκφράζοντας με αυτό τον τρόπο την ισορροπία που είναι αναγκαία να υπάρχει σε μια θεραπευτική σχέση. Ενώ κλείνοντας, μετά την εμπειρία και το «δίδαγμα», παρουσιάζει τον εαυτό της σε ρόλο εκπαιδευτικού και «αυθεντίας» που θέλει να διδάξει μέσω της εμπειρίας της τη σημασία των

δεξιοτήτων επικοινωνίας των ιατρών, την ενσυναίσθηση και τον επαγγελματισμό ως στοιχεία τα οποία ευνοούν το καλύτερο δυνατό, θεραπευτικό, αποτέλεσμα για τις/τους ασθενείς.

Η ένατη ιστορία της συμμετέχουσας «Α7», αναφέρεται στο ισχαιμικό εγκεφαλικό που υπέστη και τις επόμενες ημέρες. Γίνονται αναφορές για το κλινικό κομμάτι, μιας και νοσηλεύτηκε στο Αιγινήτειο νοσοκομείο, καθώς και στη στάση των ιατρών. Η μουσική που άκουσε από το ραδιόφωνο καθώς και η ηρεμία και η ευχάριστη διάθεση των ιατρών την έκαναν να αισθανθεί εμπιστοσύνη και ασφάλεια. Ακολουθεί σχετικό απόσπασμα της συμμετέχουσας Α7:

«...κάπου χαμηλά ένα ραδιοφωνάκι να παίζει scorpius. «Δικοί μου είναι αυτοί», είπα από μέσα μου. Με ηρεμία και ευχάριστη διάθεση κατέγραφαν το ιστορικό μου, μου έδωσαν τη φαρμακευτική αγωγή, μου εξήγησαν τι ήταν το κάθε ένα και με πήγαν στο δωμάτιο 206.»: Α7.

Εικόνα 20: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α7



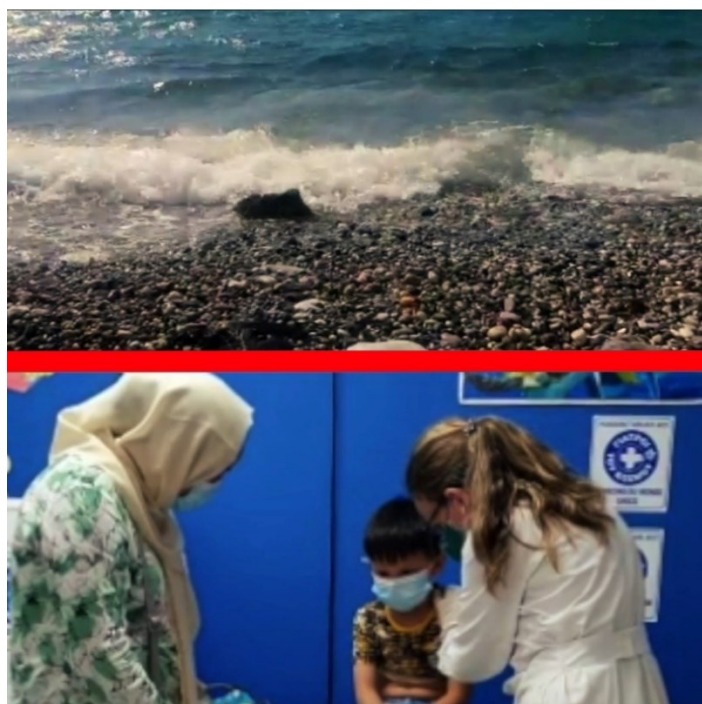
Η συμμετέχουσα χρησιμοποιεί υλικό από το προσωπικό της αρχείο κατά την αφήγησή της. Στην εικόνα 20, δεξιά δείχνει τη θέα από το παράθυρό της το βράδυ της εισαγωγής και αριστερά το παράθυρο από το κρεβάτι της, από το οποίο μπαίνει φως. Οι εικόνες εκπέμπουν ηρεμία, αισιοδοξία και εμπιστοσύνη-ασφάλεια, όπως προκύπτει από την επιλογή τους, τα χρώματα και το συναίσθημα που προκαλούν.

Ακολουθεί η δέκατη ψηφιακή αφήγηση της συμμετέχουσας Π1, η οποία είναι ιατρός με ειδικότητα την παιδιατρική. Η συμμετέχουσα αναφέρεται στον εθελοντισμό στους γιατρούς του κόσμου, όσα αποκόμισε και συνεχίζει να αποκομίζει. Παρομοιάζει

την εναλλαγή στην επαγγελματική της πορεία με το νερό, όπως γίνεται εμφανές και στο απόσπασμα που ακολουθεί:

*«Από νωρίς κατάλαβα την δύναμη του νερού.
Το νερό έχει μνήμη, έχει διαδρομή, έχει διέξοδο.
Ξεπερνάει όλα τα εμπόδια, τρυπώνει παντού, παράγει ζωή, φιλοξενεί
εμάς τους ίδιους μέσα στη μήτρα.
Στην πορεία μου την επαγγελματική, η απόφαση της εναλλαγής ήρθε
σαν το νερό και δεν σταμάτησε να την παρασύρει έκτοτε. Η Ιατρική
από μόνη της δεν είναι βέβαια στατική αλλά η αυστηρότητα της βάζει
κανόνες και όρια, δεν αυτοσχεδιάζει.
Μέσα από τον εθελοντισμό, ήρθε η δύναμη του νερού στην ζωή μου.
Σαν το νερό να ξεπερνάς τα εμπόδια, να συμβάλλεις στην ίδια τη ζωή,
να «δροσίξεις» με ανθρωπιά τον κόσμο, να μεταβάλλεις τα δεδομένα,
να ποτίζεις τις ρίζες του ανθρωπισμού, να αφήνεσαι στο ρεύμα της
κάθε στιγμής που αλλάζει.
Να μην έχεις απαραίτητα στόχο αλλά μια διαδικασία πορείας»:* Π1.

Εικόνα 21: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Π1



Η συμμετέχουσα χρησιμοποιεί φωτογραφίες και βίντεο από το προσωπικό της αρχείο εναλλάσσοντας εικόνες νερού και άσκησης επαγγέλματος στους γιατρού του κόσμου.

Η ενδέκατη αφήγηση επίσης συμμετέχουσας ιατρού και πιο συγκεκριμένα ενδοδοντολόγου, η οποία και εκείνη με τη σειρά της αναφέρεται στην εμπειρία της στο πολυϊατρείο των γιατρών του κόσμου ως εθελόντρια. Αναφέρεται στις υπηρεσίες που παρέχει σε μετανάστες, πρόσφυγες και ντόπιους που αδυνατούν να επωμιστούν το κόστος της ιδιωτικής περίθαλψης. Αναφέρεται στο αρχικό άγχος της όταν δεν μπορούσε να συνεννοηθεί με τις/τους ασθενείς αν δεν υπήρχε διερμηνέας, καθώς ένα μεγάλο μέρος της δουλειάς της είναι να τους καθισχύαζει, να ρωτά αν πονάνε, να τους εξηγεί τι κάνει. Συνεπώς, κατάφερε να χρησιμοποιήσει πολύ τη «διαίσθησή» της, την παρατήρηση των εκφράσεων των ασθενών, τις αντιδράσεις τους και να αξιοποιεί τρόπους για να τους ηρεμήσει όπως με το χαμόγελο, μια γλυκιά κουβέντα ή ένα καθισχυαστικό άγγιγμα. Ακολουθεί ένα απόσπασμα από την αφήγησή της:

«Έτσι χρησιμοποιώ πιο πολύ τη διαίσθηση, παρατηρώ τις εκφράσεις και τις αντιδράσεις τους και τους ηρεμώ με ένα χαμόγελο (όσο μπορεί να φανεί μέσα από τη μάσκα) και μια γλυκιά κουβέντα ή ένα άγγιγμα καθισχυαστικό. Νομίζω ότι αυτή η προσέγγιση λειτουργεί και ότι η ανακούφιση από τον πόνο που προσφέρουμε εκεί ή η δυνατότητα να τρώνε χωρίς να πονάνε ή να χαμογελάσουν χωρίς να ντρέπονται τους βοηθάει να νιώθουν καλύτερα. Δεν θα ξεχάσω ποτέ μια τρανς από το Ιράν, έναν γλυκύτατο άνθρωπο που όταν τελειώσαμε με την θεραπεία μου έδωσε μια τεράστια αγκαλιά, ήθελε να βγάλουμε σέλφι και μου είπε το πιο ειλικρινές και ζεστό ευχαριστώ που έχω ακούσει όλα αυτά τα χρόνια που δουλεύω. Ήθελα να της πω ότι εγώ την ευχαριστώ γιατί μέσα από όλα αυτά έχω πλέον αποκτήσει άλλη αντίληψη της κοινωνίας και του κόσμου και έχω γίνει άλλος άνθρωπος.»: 12.

Εικόνα 22: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας 12



Η δωδέκατη αφήγηση της συμμετέχουσας ιατρού Ι5 με ειδικότητα την πνευμονολογία αναφέρεται σε μια ιδιαίτερα οδυνηρή περίοδο που αφορά την πανδημία covid-19 και πιο συγκεκριμένα τα Χριστούγεννα του 2020 όπου η χώρα βρισκόταν σε καραντίνα, στα νοσοκομεία δεν εισέρχονταν συνοδοί, τα περιστατικά covid-19 ήταν αναρίθμητα με το ΕΣΥ να δοκιμάζεται καθημερινά, τις/τους υγειονομικούς να βρίσκονται σε διαρκή πίεση και οι θάνατοι ασθενών να είναι πολλοί. Η ιατρός μας αναφέρει την εφημερία που είχε την Πρωτοχρονιά του 2020 και πιο συγκεκριμένα αναφέρεται στις/στους ασθενείς του νοσοκομείου και τις προσπάθειες των υγειονομικών να τις/τους φέρουν σε επαφή με τις οικογένειές τους μέσω βιντεοκλήσεων ή τηλεφωνημάτων σε ανοιχτή ακρόαση. Αναφέρεται σε μια ηλικιωμένη ασθενή, η οποία αποσωληνώθηκε και ανάρρωνε και με την οποία έκανε βιντεοκλήση την Πρωτοχρονιά για να τη δούνε τα παιδιά και τα εγγόνια της. Στη συνέχεια, δύο μέρες μετά εντελώς ξαφνικά η ασθενής επιδεινώθηκε, διασωληνώθηκε εκ νέου και κατέληξε λίγες ώρες μετά. Η συμμετέχουσα αναφέρεται στα συναισθήματα που ένιωσε με τη απώλεια της ασθενούς και τη δυσκολία του να ανακοινώσει τηλεφωνικά τον θάνατό της στην οικογένεια. Ακολουθεί ένα απόσπασμα της αφήγησής του:

«Χριστούγεννα 2020. Θα εφημέρευα την πρωτοχρονιά, όπως άλλωστε και πολλές άλλες φορές σε γιορτές. Όμως τότε ήταν ιδιαίτερη η συνθήκη. Τα πάντα ήταν κλειστά και απαγορεύονταν η φυσική παρουσία συνοδών. Οι ασθενείς μόνοι τους στις «παγωμένες» εντατικές και τα κρεβάτια του νοσοκομείου παλεύοντας για την ζωή τους.

Ήμουν μακριά από την οικογένειά μου και τη θαλπωρή του σπιτιού μου, όμως οι ασθενείς με covid-19 ήταν και μακριά από τη θαλπωρή του σπιτιού τους και κυρίως πάλευαν μόνοι χωρίς τους ανθρώπους τους. Έβλεπαν άγνωστους να περιφέρονται, πρωτόκολλα να τηρούνται και εκείνοι με χαμένα βλέμματα στο κενό πάλευαν αθόρυβα.

Προσπαθούσαμε όσο μπορούσαμε να είναι άνετα και εφόσον οι διασωληνωμένοι δεν μπορούσαν να μιλήσουν στους οικείους τους, παίρναμε το ασύρματο τηλέφωνο και καλούσαμε τους δικούς τους με ανοιχτή ακρόαση για να τους ακούσουν έστω και λίγο. Εκείνες οι στιγμές βίωνα τη μεγαλύτερη συντριβή μου. Η όψη των ασθενών άλλαζε, το πρόσωπο γλύκαινε, ηρεμούσε και εκείνοι δάκρυζαν από χαρά. Η αγωνία των οικείων που προσπαθούσαν να δείχνουν δυνατοί για να δώσουν κουράγιο ήταν χαραγμένη στη φωνή τους.

Θυμάμαι μια ασθενή, μου είχε πει ότι ήταν ζωγράφος, η πορεία της ήταν καλή. Αποσωληνώθηκε και ανάρρωνε. Την πρωτοχρονιά καλέσαμε τους δικούς της με βιντεοκλήση. Η κόρη της ζούσε στο εξωτερικό και είχε και δυο παιδιά, ένα μωρό και ένα νήπιο που εμφανίστηκαν στη βιντεοκλήση και έλεγαν στη γιαγιά τους ότι θα

έρθουν στην Ελλάδα να κάνουν μπάνια στο εξοχικό τους σε κάποιο νησί. Εκείνη με ήρεμη φωνή και χαμογελαστή συμφωνούσε, ρωτούσε πως είναι και έλεγε ότι θα βγει σύντομα γιατί πάντα νικά στα δύσκολα. Η βιντεοκλήση δεν τελείωνε με τίποτα, σα να ήξεραν, δάκρυα χαράς, γέλια, σύντομες ιστορίες της καθημερινότητας και υπόσχεση να βρεθούν σύντομα. Όταν έκλεισε η κλήση η κυρία Χ μου έπιασε τα χέρια και μου είπε «να είσαι καλά παιδί μου, ένιωσα άνθρωπος με αυτό που έκανες. Δεν πληρώνεται αυτή η δουλειά με τα πλούτη όλου του κόσμου. Ήρθες σε εμένα για να μην είμαι μόνη μου και μου έκανες τέτοιο δώρο. Δεν έχω λόγια, σε ευχαριστώ». Δύο μέρες μετά η κυρία Χ παρουσίασε ακαριαία επιδείνωση και διασωληνώθηκε εκ νέου, ώσπου λίγες ώρες μετά έφυγε. Συγκλονιστήκαμε όλοι, σοκαριστήκαμε και πονέσαμε γιατί ήμασταν σίγουροι ότι όλα πήγαιναν καλά.»: 15.

Εικόνα 23: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Ι5



Η συμμετέχουσα χρησιμοποιεί αρχικά ως φόντο ένα βίντεο ενός χριστουγεννιάτικου χιονισμένου τοπίου εισάγοντάς μας με αυτό τον τρόπο στο θέμα της ιστορίας του. Το οποίο αμέσως μετά αντιστρέφεται με τις εικόνες της σκληρής πραγματικότητας του 2020 στα νοσοκομεία. Αξιοποιεί φωτογραφίες από τη φωτογράφο Τατιάνα Μπόλαρη η οποία είχε κάνει ένα φωτορεπορτάζ στο νοσοκομείο Σωτηρία. Επέλεξε τις συγκεκριμένες φωτογραφίες καθώς, όπως υποστηρίζει, τον κάνουν να θυμάται ακριβώς τι βίωσε και πλησιάζουν την πραγματικότητά του όπως τη θυμάται. Ταυτόχρονα ως μουσικό χαλί ακούγεται το μελοποιημένο από τον Θάνο Μικρούτσικο, ποίημα του Ν. Καββαδία «7 νάνοι στο ss Cyrenia» ορχηστρικά, χωρίς

δηλαδή στίχους. Οι εικόνες εκφράζουν μοναξιά, φόβο αλλά και στήριξη. Το ίδιο και οι κινήσεις των υγειονομικών προς τις/τους ασθενείς, οι οποίες βασίζονται στην ενσυναίσθηση, στοιχεία της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης και του μοντέλου που εστιάζει στις ανάγκες των ατόμων.

Η δέκατη τρίτη αφήγηση της νοσηλεύτριας συμμετέχουσας N9, αναφέρεται στη φροντίδα των φροντιστών. Ανατρέχει σε ένα περιστατικό που συνέβη όταν εργάζονταν στην παιδιατρική πτέρυγα και είχε έναν ασθενή 2 μηνών με μηνιγγίτιδα. Η μητέρα του ασθενή βρισκόταν με το μωρό της για μία εβδομάδα στο νοσοκομείο και έμοιαζε καταβεβλημένη. Ο πατέρας επισκεπτόταν για δύο ώρες καθημερινά το μωρό καθώς δούλευε και φρόντιζε τα άλλα δύο παιδιά τους. Τότε η νοσηλεύτρια της πρότεινε να φύγει από το νοσοκομείο ώστε να φροντίσει τον εαυτό της (να φάει, να ξεκουραστεί κ.λπ.). Ενώ αρχικά η μητέρα δεν επιθυμούσε να αφήσει το μωρό της τελικά πείστηκε. Η νοσηλεύτρια έμεινε μαζί με το μωρό παρόλο που είχε σχολάσει και όταν η μητέρα επέστρεψε μετά από 3 ώρες της έφερε καφέ και ήταν συγκινημένη. Ενώ μια εβδομάδα μετά πήγε να βρει τη νοσηλεύτρια για να την ευχαριστήσει για την κίνησή της. Η ίδια επισημαίνει την αναγκαιότητα στήριξης των φροντιστών των ασθενών.

Εικόνα 24: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας N9



«Μια από τις αγαπημένες μου στιγμές στην καριέρα μου ήταν όταν δούλεψα στην παιδιατρική πτέρυγα και είχα έναν ασθενή 2 μηνών με μηνιγγίτιδα. Η μητέρα του ήταν μαζί όλο το 24ωρο και ο πατέρας ερχόταν για μία με δύο ώρες καθώς δούλευε και φρόντιζε τα δύο άλλα παιδιά τους. Το μωρό νοσηλεύονταν ήδη μια εβδομάδα και η μητέρα του ήταν απίστευτα καταβεβλημένη.

Όταν μπήκα πρώτη φορά στο δωμάτιό του, δεν ένιωθα ότι ήμουν σε νοσοκομείο. Η μαμά του είχε κρεμάσει χαριτωμένες κουρτίνες, οι οποίες μύριζαν το άρωμα της λεβάντας στο χώρο και τα νανουρίσματα έπαιζαν ήσυχα σε ένα μικρό στερεοφωνικό. Εκείνη μου είπε την ιστορία της και άρχισε να κλαίει. Προσπάθησα να την παρηγορήσω και μετά, παρόλο που είχα σχολάσει, προσφέρθηκα να προσέχω το μωρό της για να αφιερώσει λίγο χρόνο στον εαυτό της. Να φάει ή να πιει κάτι, αλλά και να πάει σπίτι της να δει τα άλλα δύο μικρά παιδιά, να κάνει ένα ζεστό μπάνιο και να φροντίσει λίγο τον εαυτό της. Αρχικά αρνήθηκε αλλά κατάφερα να την πείσω λέγοντάς της ότι «αν είναι καλά η ίδια θα μπορέσει να βοηθήσει και το παιδί της. Δεν έχει νόημα να καταρρέσει.»: N9.

Τέλος, η δέκατη τέταρτη αφήγηση της συμμετέχουσας N11 αναφέρεται στη στήριξη μιας οικογένειας η οποία είχε διασωληνωμένη μετά από τροχαίο την κόρη τους. Η ίδια εξηγούσε τις διαδικασίες και τη χρησιμότητα των μηχανημάτων που ήταν συνδεδεμένη η 19 ετών κόρη. Η στάση της νοσηλεύτριας ήταν βοηθητική και όταν διαβεβαιώθηκαν όλοι ότι η κατάσταση ήταν μη αναστρέψιμη καθώς ήταν εγκεφαλική νεκρή. Οι γονείς πήραν την απόφαση να δωρίσουν τα όργανά της. Λίγες μέρες αργότερα η προϊσταμένη κάλεσε τη νοσηλεύτρια στο γραφείο της και της έδειξε ένα γράμμα που είχαν στείλει οι γονείς της θανούσας για να ευχαριστήσουν τη νοσηλεύτρια για τη στήριξη και τη βοήθειά της στην αντιμετώπιση της απώλειας της κόρης τους., όπως παρουσιάζεται και στο παρακάτω απόσπασμα:

«Κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου που έκλεινα ως νοσηλεύτρια, εργαζόμουν στο νευρολογικό τμήμα και είχα μία ασθενή στην εντατική. Είχε ένα τρομερό τροχαίο που την άφησε εγκεφαλικά νεκρή. Ήταν μόλις 19 ετών.

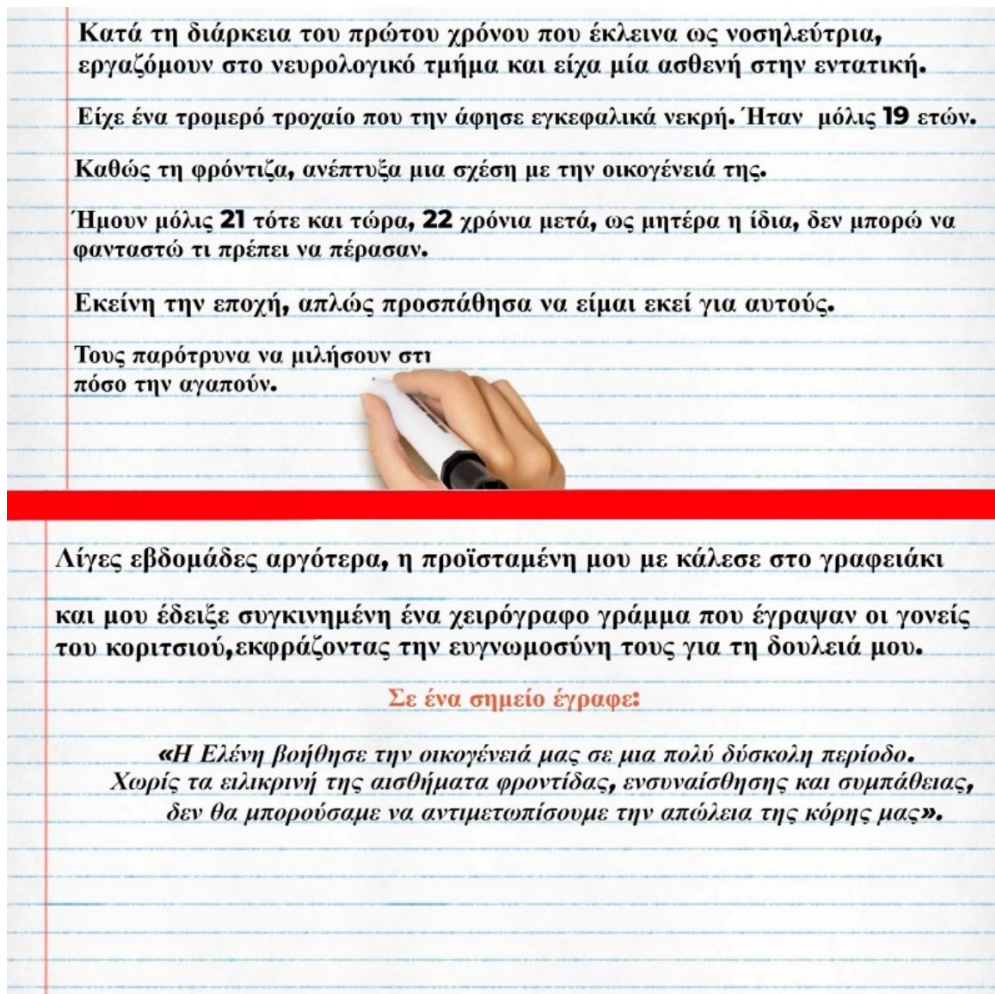
Καθώς τη φρόντιζα, ανέπτυξα μια σχέση με την οικογένειά της. Ήμουν μόλις 21 τότε και τώρα, 20 χρόνια μετά, ως μητέρα η ίδια, δεν μπορώ να φανταστώ τι πρέπει να πέρασαν. Εκείνη την εποχή, απλώς προσπάθησα να είμαι εκεί για αυτούς. Τους παρότρυνα να μιλήσουν στην κόρη τους, να της κρατάνε το χέρι, να της λένε πόσο την αγαπούν. Πέρασα επίσης πολύ χρόνο για να απαλύνω τους φόβους τους όσο καλύτερα μπορούσα, εξηγώντας τους τι έκαναν για εκείνη όλα τα μηχανήματα στα οποία ήταν συνδεδεμένη η κόρη τους.

Όταν ήταν σαφές πια ότι το κορίτσι δεν επρόκειτο να βελτιωθεί, οι γονείς της πήραν την απόφαση να σταματήσουν τον αναπνευστήρα και να δωρίσουν τα όργανά της. Ήταν τόσο λυπηρό, και απλώς

προσπάθησα να έχω όσο το δυνατόν περισσότερη ενσυναίσθηση, κάνοντας ό, τι μπορούσα για αυτούς στη θλιβρότερη στιγμή στη ζωή τους.»: N11.

Η συμμετέχουσα επιλέγει να παρουσιάσει την ψηφιακή της αφήγηση με εφέ ένα χέρι που γράφει ένα γράμμα.

Εικόνα 25: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας N11



Οι εναπομείναντες τρεις ψηφιακές αφηγήσεις της νοσηλεύτριας N8, του νοσηλευτή N10 και της νοσηλεύτριας N11 δεν αναλύονται στο παρόν κεφάλαιο αλλά στα είδη διάδρασης με τις/τους ασθενείς.

Διεκπεραιωτική-τυπική επικοινωνία

Στη διεκπεραιωτική επικοινωνία συγκαταλέγονται, η διευθέτηση ενός ζητήματος, η γρήγορη αποπεράτωση χωρίς ιδιαίτερη εμβάθυνση σε συζήτηση ή ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης ιατρού-ασθενή και η ρύθμιση του ζητήματος με αποστασιοποίηση. Στη συγκεκριμένη κατηγορία ανήκουν οκτώ ψηφιακές αφηγήσεις. Η πρώτη ΨΑ που αναφέρεται στη διεκπεραιωτική-τυπική επικοινωνία είναι του συμμετέχοντα «Γ1», ο οποίος, όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ανάλυση, έσπασε το πόδι του και μετέβη στα επείγοντα του νοσοκομείου της πόλης του. Εκεί ο πρώτος ιατρός (ακολούθησε δεύτερη επίσκεψη την επόμενη ημέρα όπου ο ιατρός ήταν *επεξηγηματικός*), αφού τον εξέτασε και είδε την ακτινογραφία του, του έδωσε το πόδι και του είπε να ξαναπάει την επόμενη μέρα «καθώς δεν ήταν σίγουρος αν έσπασε το πόδι του». Μάλιστα, του έδωσε σύσταση να πάρει ντεπόν εάν πονέσει το βράδυ. Ο συμμετέχοντας Γ1, αναφέρει ότι πονούσε ιδιαίτερα και παρόλα αυτά ο ιατρός τον «έδιωξε», όπως παρουσιάζεται και στο απόσπασμα του Γ1 που ακολουθεί:

«Η ώρα περίπου 01:30. Φτάσαμε στο νοσοκομείο και ο "γιατρός" που έκανε τη βάρδια του ζήτησε να βγάλουμε μια ακτινογραφία για να εκτιμήσει την ζημιά. Με τα πολλά και με τα λίγα, βγάλαμε την ακτινογραφία αλλά επειδή ο ίδιος δεν ήταν σίγουρος(!) με έδιωξε με δεμένο το πόδι λέγοντας μου να πάω το επόμενο πρωί για να με δει ορθοπεδικός-χειρουργός. Με έδιωξε από κει την ώρα που πονούσα σα να μην υπήρχε αύριο λέγοντας μου πως αν πονέσω το βράδυ να πάρω κανένα ντεπόν (ακόμη θυμάμαι τον αβάσταχτο πόνο και τα καντήλια έριζα κείνο το βράδυ και τι κλάμα λέγοντας "γιατί σε μένα τέτοια ατυχία")»: Γ1.

Ακολουθεί η ΨΑ της συμμετέχουσας «Γ4», η οποία αναφέρθηκε και στην *επεξηγηματική-διαλλακτική επικοινωνία*, όπου η ιατρός που θα την παρακολουθούσε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ήταν η, έως τότε, γυναικολόγος της, την αντιμετώπισε με ψυχρότητα, αδιαφορία και αποστασιοποίηση χωρίς να επενδύσει στο χτίσιμο της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης, καθώς της ανέφερε ότι θα μπορεί να την εξυπηρετήσει μόνο τις ώρες που λειτουργεί το γραφείο της (8:00 με 14:00) και δεν θα είναι διαθέσιμη για οτιδήποτε χρειαστεί εκτός αυτών των ωρών. Ακολουθεί σχετικό απόσπασμα της συμμετέχουσας Γ4:

«Μετά από ένα θετικό test εγκυμοσύνης, έκλεισα ραντεβού στην γυναικολόγο μου (στην οποία πηγαίνω τα τελευταία χρόνια). Αφού με

εξέτασε και ήταν όλα μια χαρά, μου εξήγησε ότι θα πρέπει να έχω στο μυαλό μου και ένα «σενάριο» αποβολής καθώς είναι πολύ αρχή και είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Αμέσως μετά μου τόνισε ότι ό, τι και να συμβεί αν δεν είναι 8-2 που λειτουργεί το ιατρείο της, δεν θα μπορέσει να με εξυπηρετήσει και η απάντησή της στο ερώτημά μου αν δηλαδή ξαφνικά αιμορραγώ καθώς μου λέτε ότι είναι κάτι σύννηθες, δεν θα σας καλέσω αν είναι απόγευμα ή ΣΚ; Μου απάντησε: «θα πας στα επείγοντα στο εφημερεύον νοσοκομείο.

Η ανασφάλεια που μου δημιούργησε ήταν πολύ μεγάλη. Αποφάσισα να κλείσω ραντεβού σε κάποιον νοσοκομειακό γιατρό με όποια προκατάληψη είχα για τους γιατρούς του νοσοκομείου αφού είχα τέτοια αντιμετώπιση από ιδιώτη, σκεφτόμουν «σιγά μην ασχοληθεί κάποιος νοσοκομειακός»»: Γ4.

Ακολουθεί η ΨΑ του συμμετέχοντα Σ1, ο οποίος αναφέρεται στη σχέση ιατρού-ασθενή κατά την στρατιωτική του θητεία. Περιγράφει την επικοινωνία «καλή», καθώς αναφέρει ότι οι ιατροί ήταν διαθέσιμοι για τους στρατιώτες. Ορίζει την «καλή επικοινωνία» με γνώμονα τη διαθεσιμότητα αλλά και την τυπική διαδικασία που ακολουθείται με τις ιατρικές εξετάσεις κατά την παρουσίαση των φαντάρων στο στρατό. Ακολουθεί σχετικό απόσπασμα του συμμετέχοντα Σ1:

«Η πρώτη μου επαφή επί της ουσίας, ήταν η πρώτη μέρα, που έπρεπε να εξεταστώ από τους γιατρούς να δούνε το ιστορικό μου, αλλά και γενικότερα να ξέρουν τα πάντα όσον αφορά το κομμάτι της υγείας μου και την σωματική, αλλά και την ψυχική μου κατάσταση. Στην αρχή λοιπόν, όλοι οι γιατροί ήταν πολύ προσεκτικοί και σε εξέταζαν εξονυχιστικά, αντιλαμβανόμενοι το βάρος της ευθύνης που είχαν για κάθε στρατιώτη, καθώς είχαν την ευθύνη για ό, τι συμβεί εκεί μέσα.»: Σ1.

Το υλικό που επέλεξε ο συμμετέχοντας προέρχεται από το διαδίκτυο και απεικονίζει κυρίως γενικές εικόνες στρατιωτών, στρατιωτικών ιατρών που εξετάζουν ηλικιωμένους ή στρατιώτες καθώς επίσης και μια φωτογραφία που προέρχεται από πρόχειρο ιατρείο σε κάποια εμπόλεμη ζώνη. Είναι εικόνες πιο αποστασιοποιημένες συναισθηματικά οι οποίες απεικονίζουν την αφήγηση κυριολεκτικά.

Η αφήγηση της Π1, η οποία είναι 11χρονη μαθήτρια αναφέρεται στη σχέση της με τον οδοντίατρο και την επικοινωνία της μαζί του. Όπως αναφέρει, «δεν επικοινωνεί και πολύ μαζί του γιατί πρέπει να έχει ανοικτό το στόμα της κατά την εξέταση». Ορίζει ως επικοινωνία τη συζήτηση και το διάλογο μαζί του. Ταυτόχρονα αναφέρεται στο γεγονός ότι ο οδοντίατρος δεν ήταν ειλικρινής καθώς της είπε ότι θα χρειαζόταν λιγότερος χρόνος από αυτόν που της ανέφερε και επίσης της τράβηξε ένα δόντι χωρίς

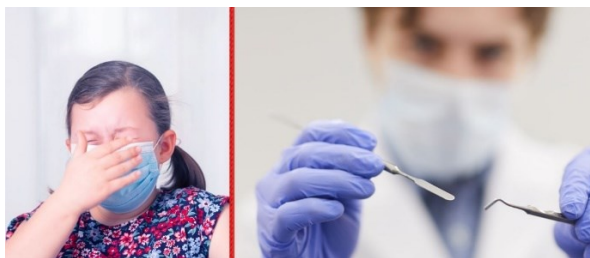
προειδοποίηση. Παρατηρείται ότι η επικοινωνία ήταν κυρίως διεκπεραιωτική καθώς δεν της εξήγησε τις διαδικασίες, τον χρόνο που απαιτείται και τι ακριβώς πρόκειται να συμβεί. Γεγονός το οποίο όμως η Π1 το είχε εισπράξει και αναφέρει ότι της είπε ψέματα. Ακολουθεί απόσπασμα από την ΨΑ της:

«Με τον οδοντίατρό μου δεν μιλάω εγώ πολύ γιατί πρέπει να έχω ανοιχτό το στόμα μου. Την μέρα που πήγα να βάλω κάτω σιδεράκια δεν ήμουν αγχωμένη επειδή είχα βάλει και στα πάνω δόντια μου, αλλά εκείνη τη μέρα που έβαζα στα κάτω δόντια το πήγε σε άλλο επίπεδο. Εκεί που όπως συνήθως, μου μίλαγε ενώ είχα ανοιχτό το στόμα μου περίμενε και απάντηση.

Και ένα ακόμα ψέμα που είπε ήταν ότι θα μου τροχίσει το δόντι για μισό λεπτό, αλλά εκείνος μου τοπ τρόχισε για 5 λεπτά και άντε ας πούμε ότι αυτό ήταν εντάξει, αλλά στις τελευταίες πινελιές, είδε ότι ένα δόντι κουνιότανε και το τράβηξε έτσι ξαφνικά κι εγώ πόνεσα τόσο πολύ που ήθελα να τον κλωσήσω.»: Π1.

Η μαθήτρια (εικόνα 21), επιλέγει σε ορισμένα σημεία που μιλά για την επικοινωνία δύο εικόνες, οι οποίες εκφράζουν το φόβο και την αγωνία της. Η πρώτη εικόνα δείχνει ένα κορίτσι που κλαίει και η δεύτερη δείχνει έναν οδοντίατρο με τα εργαλεία του που επιχειρεί να εξετάσει την ασθενή. Η έμφαση στα χέρια και τα οδοντιατρικά εργαλεία μοιάζει να έχει ληφθεί από την ασθενή που είναι ξαπλωμένη και βρίσκεται σε «ευάλωτη» θέση μπροστά στην ισχύουσα του ιατρού. Στον κινηματογράφο η χρήση του πλάνου «κοντρ-πλονζέ», δηλαδή λήψη από κάτω προς τα πάνω τονίζει τη δύναμη και την ισχύ. Σημειολογικά και βάσει της αφήγησης της μαθήτριας για το γεγονός ότι ο ιατρός δεν ήταν απόλυτα ειλικρινής μαζί της ίσως εκφράζεται το συναίσθημα του φόβου και της αγωνίας για τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί και ίσως αγνοεί, όπως συνέβη έως τώρα.

Εικόνα 26: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Π1

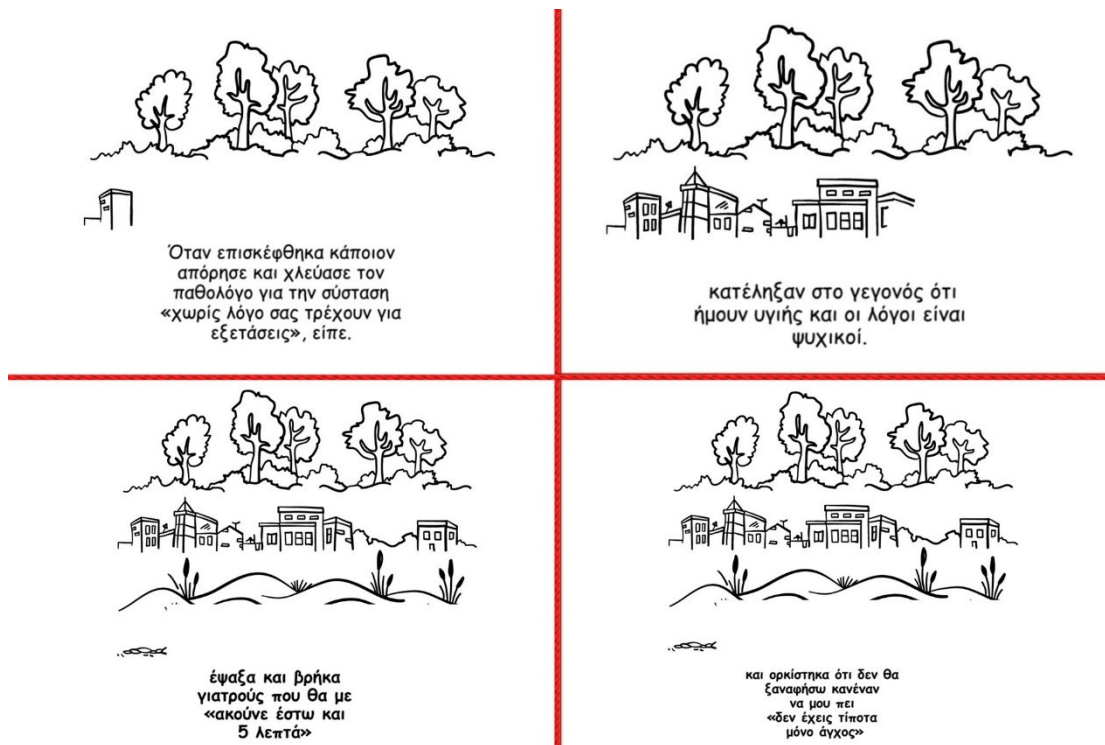


Έπεται η ΨΑ της συμμετέχουσας Α1, η οποία περιγράφει μια περίοδο κατά την οποία η μια ιατρική επίσκεψη και η σύσταση για διερεύνηση σε άλλη ειδικότητα διαδεχόταν την άλλη. Αναφέρει ότι όλα λάμβαναν χώρα διεκπεραιωτικά χωρίς συντονισμένη παρακολούθηση μεταξύ των ειδικοτήτων. Εστιάζει στη βιαστική και

«άγαρμπη», όπως αναφέρει, προσέγγιση των ιατρών που την καθυστέρησαν από μια έγκαιρη διάγνωση. Η ίδια διεγνώσθη τελικά με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (ΣΕΛ), ένα αυτοάνοσο νόσημα που προσβάλλει το δέρμα και τα οστά, ενώ συχνά επηρεάζει και εσωτερικά όργανα όπως είναι οι καρδιά, οι νεφροί, οι πνεύμονες, το νευρικό σύστημα, τα κύτταρα του αίματος κ.λπ. (Κουσκούνης & Καρπούζης, 2006). Η ίδια αναφέρεται στην απαξίωση των ειδικοτήτων που την παρέπεμψαν για περαιτέρω διερεύνηση από τις άλλες ειδικότητες, όπως και στην άσχημη συμπεριφορά που βίωσε στο διαγνωστικό κέντρο που επισκέφθηκε για μια εξέταση παρά το γεγονός ότι κανείς δεν την είχε ενημερώσει για την προετοιμασία που απαιτούνταν.

«Νομίζω πως δεν είμαι το κατάλληλο άτομο για να μιλήσω για την επικοινωνία μου με «γιατρό», καθώς η εμπειρία μου έως τώρα δεν είναι ευχάριστη. Όλα ξεκίνησαν το 2010 όταν εμφάνισα ένα λιποθυμικό επεισόδιο και με μετέφεραν στο νοσοκομείο. Έμεινα στη βραχεία νοσηλεία κάποιες ώρες και πέρασα μια σειρά τυπικών εξετάσεων παίρνοντας εξιτήριο με σύσταση «ξεκούραση μπορεί να είναι από υπερκόπωση ή και ψυχολογικά αίτια, όπως το στρες». 3 μήνες μετά και ενώ βρίσκoμουν στοπ δρόμο για το πλοίο (καλοκαιρινές διακοπές) λιποθύμησα ξανά. Το αγνόησα πιστεύοντας ότι έφταιγε η ζέστη ή oντως το στρες μιας και ΔΕΝ βρίσκoμουν στην καλύτερη περίοδο της ζωής μου. Γυρίζοντας όμως από τις διακοπές αισθανόμουν μια αίτια κούραση και είχα συνέχεια ναυτίες. Επισκέφθηκα έναν ιδιώτη παθολόγο να του εξηγήσω τι συνέβη. Μετά το κλασικό αστείο αν είμαι έγκυος (όλοι όσοι επισκέφθηκα το έκαναν ως αστεϊσμό), λες και δεν θα το είχα σκεφτεί σαν ενδεχόμενο πριν τον επισκεφθώ, μου έγραψε μια σειρά εξετάσεων, τις έκανα, τις πήγα, δεν βρήκε κάτι ιδιαίτερο, ωστόσο με μια χαμηλή τιμή εξέτασης με παρέπεμψε και σε έναν γαστρεντερολόγο. Όταν επισκέφθηκα κάποιον απόρησε και χλεύασε τον παθολόγο για την σύσταση «χωρίς λόγος ας τρέχουν για εξετάσεις», είπε. Έκανα την εξέταση, αφού πρώτα με έδιωξαν από το διαγνωστικό θυμωμένοι που δεν ήξερα ότι δεν έπρεπε να πιώ ούτε νερό πριν την εξέταση, ανεξάρτητα αν δεν μου το είχε πει κανείς ΟΥΤΕ κατά το τηλεφωνικό ραντεβού για την εξέταση ΟΥΤΕ και ο γαστρεντερολόγος. Μετά τα αποτελέσματα των εξετάσεων, ο γιατρός ανέφερε ότι δεν βρήκε κάτι αλλά με έστειλε σε έναν ενδοκρινολόγο, ο οποίος εξέφρασε την ίδια απορία «γιατί σε έστειλαν εδώ;». Αφού πέρασα από αιματολόγους, καρδιολόγους ξανά παθολόγους, ενδοκρινολόγους μέχρι και γυναικολόγο, έκανα πάλι μια σειρά εξετάσεων, κατέληξαν στο γεγονός ότι ήμουν υγιής και οι λόγοι ήταν ψυχικοί. Έτσι, θα έπρεπε να «καλμάρω λόγο το άγχος», όπως ειπώθηκε ή να πάω σε ειδικό ψυχικής υγείας. Άσχετο, αλλά πηγαινα ήδη, δεν μπήκα στη διαδικασία να το εξηγήσω όμως σε κανέναν. ...Όλα γίνονται βιαστικά και άγαρμπα και δεν υπάρχει συνέχεια αλλά ένα χάος. Ναι! Χάος θα το έλεγα.»: Α1.

Εικόνα 27: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α1



Στην εικόνα 22 παρουσιάζονται αποσπάσματα της αφήγησης της συμμετέχουσας, η οποία επέλεξε να «ντύσει» την ιστορία της οπτικά με σκίτσο (τεχνική στοπ καρτέ), το οποίο αναπαριστά ένα τοπίο (δέντρα, κτίρια, λουλούδια) και όπως ανέφερε στην ερευνήτρια προσπάθησε να απεικονίσει το νοσοκομείο το οποίο βρίσκεται σε δάσος. Επειδή ξεκινά με το ιστορικό πριν τη διάγνωση ξεκινά από το παρασκήνιο με τα δέντρα για να καταλήξει στο σκισμάρισμα του νοσοκομείου στην πορεία ενόσω η ιστορία εξελίσσεται. Ενώ οι λόφοι και τα λουλούδια που εμφανίζονται προς το τέλος αφορούν την αισιοδοξία για την πορεία της με την ασθένεια και την «καλή» πλέον επικοινωνία με τις ιατρούς της που εμπιστεύεται και νιώθει ασφάλεια καθώς όλα πια έχουν μπει σε μια ροή, όπως ανέφερε. Το γεγονός ότι τα σχέδια όπως απεικονίζονται μοιάζουν να τα παρατηρεί κανείς από μακριά, ίσως αυτό να σημαίνει ότι πλέον υπάρχει μια αποστασιοποίηση από την ασθένεια που έχει ρυθμιστεί. Η συμμετέχουσα παρατηρεί την εμπειρία της «από μακριά» χωρίς να εμπλέκεται συναισθηματικά όπως όταν τη βίωσε τη συγκεκριμένη περίοδο ενώ η ψυχραιμία που προσφέρει η «απόσταση» από το περιστατικό, βοηθά τη συμμετέχουσα να απαριθμήσει τα θέματα που ήταν/είναι σημαντικά για εκείνη από την εμπειρία που ανακαλεί. Υπάρχει μια αρχή, μια μέση και ένα τέλος στην ιστορία της που οδηγεί σε «κάθαρση».

Η ιστορία της συμμετέχουσας A2 αναφέρεται στη λανθασμένη διάγνωση για κατάθλιψη και τη φαρμακευτική αγωγή που ακολούθησε, η οποία σε βάθος χρόνου την επιβάρυνε καθώς έπασχε από υποθυρεοειδισμό. Οι αρχικές εξετάσεις που της συνταγογράφησε ο παθολόγος δεν οδήγησαν σε ευρήματα και κι εκείνος προχώρησε στη διάγνωση της κατάθλιψης παροτρύνοντάς τη να επισκεφθεί ψυχίατρο. Ακολουθεί απόσπασμα της αφήγησης:

«Μετά από μια έντονη αδιαθεσία, η οποία ήρθε ως «κερασάκι στην τούρτα» μιας περιόδου 2 ετών περίπου κατά την οποία υπήρχαν σημάδια που αγνοούσα μιας και δεν ήταν σοβαρά ή πίστευα ότι έφταιγε ο τρόπος ζωής μου τότε, περίπου στα 30, μετά την ολοκλήρωση των σπουδών, το γραφείο που άνοιξα (πολιτικός μηχανικός), το ξενύχτι και τις βόλτες που έκανα καθημερινά μετά τη δουλειά άρα και τον ελάχιστο ύπνο που έκανα, επισκέφθηκα έναν ιδιώτη παθολόγο. Εκείνος, αφού με παρέπεμψε να κάνω κάποιες εξετάσεις μου είπε, βάσει των συμπτωμάτων που είχα και του ανέφερα, ότι μάλλον έχω κατάθλιψη. Μου πρότεινε λοιπόν να επισκεφθώ έναν ψυχίατρο για να γίνει η διάγνωση και να ακολουθήσω φαρμακευτική αγωγή μιας και τα συμπτώματα ήταν έντονα πια και δεν υπήρχε λόγος να υποφέρω.»: A2.

Εικόνα 28: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας A2



Η αφήγηση της συμμετέχουσας A3 αναφέρεται στη δυσκολία επικοινωνίας με τις/τους ιατρούς της. Διεγνώσθη με καρκίνο του μαστού και περιγράφει την εμπειρία της από τη διάγνωση και μετά. Όπως αναφέρει, «κυνηγούσε» τους ιατρούς στους διαδρόμους, χτυπούσε πόρτες που δεν άνοιγαν ποτέ, δεν είχε κάποιο τηλέφωνο τους, ενώ οι απαντήσεις τους στις απορίες της δεν την κάλυπταν καθώς δεν ήταν επαρκείς. Όπως, ανέφερε στην ερευνήτρια θεωρεί ότι «η καθημερινή τριβή των ιατρών με το αντικείμενό τους δημιουργεί

μια αίσθηση του «αυτονόητου», η οποία πολλές φορές παρεμποδίζει την ορθή και πλήρη ενημέρωση, καθώς για τις/τους ασθενείς τίποτα δεν είναι αυτονόητο για όσα συμβούν στο σώμα τους, το σκεπτικό της θεραπείας και τον θεραπευτικό στόχο, τις επιπτώσεις, τη διάρκεια θεραπειών και πιθανών παρενεργειών, το προσδόκιμο ζωής. Αισθανόταν ότι απέφευγαν όλοι να τις απαντήσουν σε όλα αυτά τα ερωτήματα γεγονός που ενέτεινε την ανησυχία της για την σοβαρότητα της κατάστασης».

Παρομοιάζει την ασθένεια και τη θεραπεία της ως τους 12 άθλους του Ηρακλή και συμβιβάζεται με αυτό αισθανόμενη ότι θα παλέψει, ωστόσο η δυσκολία της δεν αφορά τους άθλους που γνωρίζει ότι θα περάσει αλλά την απουσία επικοινωνίας με τις/τους ιατρούς της, οι οποίες/οποίοι όταν την ενημέρωναν μιλούσαν με ιατρικούς όρους που δεν γίνονταν κατανοητοί σε πρακτικό επίπεδο από τη συμμετέχουσα, όπως παρατηρείται και στο απόσπασμα της ΨΑ που έπεται:

«Και τώρα πρέπει να επικοινωνήσεις. Όχι να γίνεις επικοινωνιακός. Αλλά να επικοινωνήσεις ότι θέλεις την ζωή σου πίσω.

Έχασες την Ferrari σου αλλά όχι και τη ζωή σου.

Κάθεσαι στη γωνίτσα σου, σηκώνεις τα μανίκια σου, παίρνεις μια βαθιά ανάσα και σκέφτεσαι: Τους 12 άθλους του Ηρακλή. Θα τους περάσω που θα τους περάσω ας βάλω λίγο και από τα δικά μου θέλω. Πρέπει να επικοινωνήσεις, αλλά πώς να επικοινωνήσεις; Γόρδιος δεσμός.

Κυνηγάς τους γιατρούς στους διαδρόμους

Χτυπάς πόρτες που δεν ανοίγουν ποτέ

Που δεν έχεις ένα ρηματο-τηλέφωνό τους

Αν ζητήσεις μια γνωμάτευση είναι σαν να τους ζητάς το Ε9 τους.

Έχεις τόσες απορίες για τις αλλαγές που θα έρθουν στη ζωή σου και στο κορμί σου και εκείνοι με ψυχραιμία Βούδα απορούν «γιατί έχεις απορίες;»

Που όταν αποφασίσουν να σου εξηγήσουν νιώθεις ότι παρακολουθείς ελληνική διαφήμιση με κορεάτικους διαλόγους.»: Α3.

Μάλιστα επιλέγει να πλαισιώσει την αφήγησή της (εικόνα 24) με ένα κολλάζ που δημιούργησε εκείνη για να «μιλήσει για τον καρκίνο μαστού». Το προσωπικό της υλικό δεν πραγματεύεται μόνο όσα αφηγείται αλλά λειτουργεί και σε δεύτερο επίπεδο ως διπλή αφήγηση στην υπάρχουσα αφήγηση, καθώς απεικονίζει και περιγράφει την ασθένεια στο σώμα της και ό, τι επιπτώσεις συνεπάγεται στη σεξουαλικότητα, στο σώμα, στον εαυτό εσωτερικά και εξωτερικά. Στην πρώτη εικόνα πάνω αριστερά επέλεξε να δημιουργήσει ένα κολλάζ σε μια «κούκλα» καταστήματος χωρίς άκρα.

Ουσιαστικά αισθάνεται τον εαυτό της ως «αντικείμενο», το οποίο είναι «χαλασμένο» και πρέπει να φτιαχτεί. Επομένως, δεν έχει έλεγχο στο σώμα της καθώς τον έλεγχο τον έχει η ιατρική και η επιστήμη που καλείται να την οδηγήσει στην ίαση. Χρησιμοποιεί ένα ρούχο με ανοιχτό ντεκολτέ από το οποίο ξεπροβάλλει ένα τριαντάφυλλο περίπου στη θέση του στήθους.

Εικόνα 29: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α3



Στη δεύτερη εικόνα κάτω αριστερά, το κολλάζ αποτελείται από λευκά χρώματα, στοιχεία της φύσης, ρολόι, σταυρό. Με αυτό τον τρόπο εκφράζει την ανησυχία της και τον φόβο για την ασθένεια που απειλεί τη ζωή της. Ο χρόνος που ίσως δεν έχει με τον χρόνο που έχει παλεύουν για το ποιος θα κυριαρχήσει. Η αναμονή και η διάρκεια της ασθένειας ώσπου να όλα να κυλήσουν ομαλά βρίσκονται σε μια διαρκή πάλη με σκέψεις και συναισθήματα. Η συγκεκριμένη φωτογραφία αναδεικνύει τόσο τον φόβο του θανάτου όσο και το πάθος για ζωή. Η τρίτη φωτογραφία, στιγμιότυπο της ψηφιακής αφήγησης της Α3, δείχνει τη μοναξιά της ασθένειας, εκφράζει την αδυναμία και την απελπισία στην προσπάθεια να επικοινωνήσει, να καταλάβει τι συμβαίνει.

Στο ίδιο πλαίσιο και η τέταρτη φωτογραφία κάτω δεξιά, η οποία εκφράζει επίσης την εσωτερική αδυναμία, την κατάπτωση, την απελπισία, τον φόβο, τη μοναξιά, την απόγνωση, το αίσθημα της αβοηθητότητας και τη μοναχικότητα που κουβαλά μια

ασθένεια. Μια ασθενής καλείται να βιώσει μια πρωτόγνωρη συνθήκη και να εισχωρήσει σε ένα νέο πλαίσιο στο οποίο όμως «δεν υπάρχει κανείς για να την καλωσορίσει». Με έναν μεταφορικό και καλλιτεχνικό τρόπο η αφηγήτρια μεταδίδει τα συναισθήματα και τις σκέψεις της στην προσπάθεια να επικοινωνήσει με τις/τους ιατρούς που όμως δεν είναι διαθέσιμες/διαθέσιμοι. Παρουσιάζονται να έχουν έναν πιο διεκπεραιωτικό ρόλο (διάγνωση, θεραπεία) στη θεραπευτική σχέση ενώ απουσιάζει η ενσυναίσθηση, οι δεξιότητες επικοινωνίας και η επεξήγηση των όσων συμβαίνουν.

Παρόμοια λειτουργεί και ο ιατρός στην ιστορία της Α4. Η συμμετέχουσα όταν έμεινε έγκυος και έκανες κάποιες πρώτες εξετάσεις διαπίστωσε ότι αντιμετώπιζε κάποια προβλήματα με τον θυρεοειδή της, το οποίο όμως συμβαίνει συχνά σε εγκύους. Ωστόσο, στην περίπτωση της το ζήτημα δεν ρυθμιζόταν και γινόταν προσπάθεια με συνεχή αύξηση της δόσης των φαρμάκων ώσπου να ρυθμιστεί. Παρόλα αυτά, η συμμετέχουσα μετά τη γέννα εμφάνισε ανεξήγητα συμπτώματα υπερέντασης, αϋπνίας, δυνατής και ακατάπαυστης ομιλίας, μεταπτώσεις στη διάθεσή της. Εν τέλει, η αιτία αυτής της κατάστασης οφειλόταν στην δόση του χαπιού που της είπε ο ενδοκρινολόγος να πάρει όπως έπαιρνε πριν τη γέννα. Επειδή η δόση που έλαβε κατά την εγκυμοσύνη ήταν μεγάλη, χρειαζόταν ένας μήνας περίπου για να επανέλθει το σώμα της, το οποίο όμως ο ιατρός δεν ανέφερε ποτέ στη συμμετέχουσα σαν παρενέργεια. Η ίδια αναφέρει «ξέχασε να με ενημερώσει» εκφράζοντας τη δυσαρέσκεία της για μια τόσο βιαστική και διεκπεραιωτική αντιμετώπιση.

Ακολουθεί ένα απόσπασμα και στιγμιότυπα από την ΨΑ της Α4:

«Το πρώτο τηλεφώνημα που έκανα μετά την γέννα ήταν στον ενδοκρινολόγο μου, ο οποίος μου είπε να γυρίσω στην δόση του χαπιού που έπαιρνα πριν μείνω έγκυος, ξέχασε βέβαια να με ενημερώσει ότι αυτό θα είχα κάποιες επιπτώσεις. Στο μαιευτήριο έμεινα 5 μέρες και τις 5 αυτές μέρες κοιμήθηκα 10 ώρες συνολικά, όταν γύρισα σπίτι μου συνέχισα να κοιμάμαι για πολύ λίγο και να ξυπνάω στις 3 η ώρα το βράδυ και να σιδερώνω από την υπερένταση, είχα συνέχεια ταχυκαρδία και άρχισα σιγά σιγά να καταρρέω. Το χειρότερο όμως ήταν το ψυχολογικό κομμάτι, μιλούσα συνέχεια και δυνατά, έλεγα τα ίδια και τα ίδια, ήμουν απότομη με όλους, είχα τρομερές ψυχικές διακυμάνσεις, οι οποίες εναλλάσσονταν σε δευτερόλεπτα. Η οικογένειά μου είχε φοβηθεί, κανείς δεν με αναγνώριζε, τα είχαν κυριολεκτικά χάσει.

Η μητέρα μου που είχε αφήσει την δουλειά της για να με προσέχει, όσο ο άντρας μου ήταν στην δουλειά, αποφάσισε να πάρει τον ενδοκρινολόγο μου, με τον οποίο γνωρίζονται από παιδιά και ο οποίος

είναι γιατρός μου από την πρώτη Γυμνασίου. “Βρε Γιάννη” του λέει, “η Α4 δεν είναι καλά, τι συμβαίνει, τι να κάνουμε;” Η απάντησή του: Α είναι που άλλαξε την δόση του χαπιού και η τόση μεγάλη δόση που έπαιρνε πριν θέλει 1 μήνα για να φύγει τελείως από τον οργανισμό της. Ξέχασε βέβαια να με ενημερώσει.»: Α4.

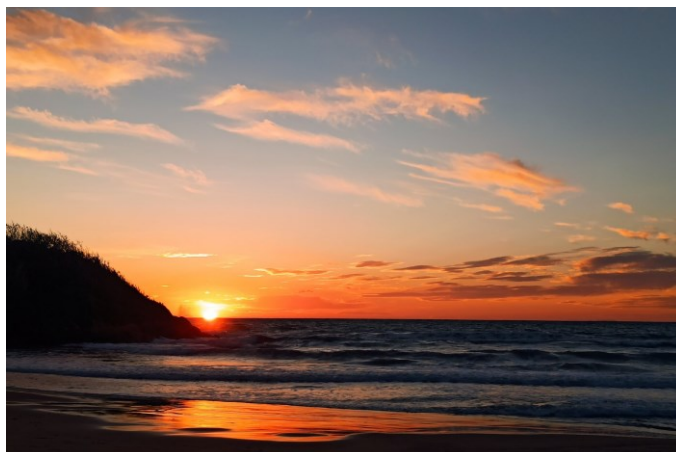
Εικόνα 30: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α4



Οι δύο αφηγήσεις που έπονται αφορούν ιατρούς. Πιο συγκεκριμένα η αφήγηση Ι3 και Ι7 αναφέρονται στην εφημερία των επειγόντων περιστατικών. Οι αναφορές τους και τα ζητήματα που πραγματεύονται δείχνουν πως η επικοινωνία με τις/τους ασθενείς στα επείγοντα είναι περισσότερο διεκπεραιωτική και όχι τόσο επεξηγηματική. Στην πρώτη περίπτωση επιλέγεται αρχαικό υλικό από το νοσοκομείο (η ίδια η ιατρός, συνάδελφοι, οικογενειακή φωτογραφία, θάλασσα), ενώ στη δεύτερη αποσπάσματα από ταινίες και χιουμοριστικό υλικό από το διαδίκτυο για την προσέγγιση της εμπειρίας στα επείγοντα, η οποία άλλοτε παρουσιάζεται μεταφορικά ως «μπουρλότο ή εκρηκτική» και άλλοτε σατυρικά με σκίτσα του Αρκά κ.λπ. Ακολουθούν αποσπάσματα και στιγμιότυπα των συμμετεχουσών Ι3 και Ι7.

«Ενημερώνομαι από τους εφημερεύοντες - κυρίως αγροτικούς - ιατρούς για τα περιστατικά, αλλά και τη συνήθη ανόητη συμπεριφορά ασθενών, αλλά και συναδέλφων ιατρών. Αν δεν υπάρχει κάποιο εξαιρετικά επείγων περιστατικό, ακούω το καμπανάκι του ρινγκ και μπαίνω στο πεδίο της μάχης, μιας μάχης άνισης καθώς ο αντίπαλος δεν είναι μόνο ένας. Επείγοντα, ασθενείς με τον οικείο πλέον COVID-19, τακτικά ραντεβού και συνταγογραφήσεις, κι όλα αυτά με την αντίληψη του καθενός ότι είναι μοναδικός, ήρθε πρώτος, επείγει περισσότερο από τους υπολοίπους και την έτοιμη απειλή στο στόμα ότι είναι «αδελφός του δημάρχου» ή «φίλος του διοικητή» άρα «θα δεις τι θα πάθεις, που νομίζεις ότι είσαι κάποια». Μονίμως ηχεί στα αυτιά μου η φράση «εγώ σε πληρώνω»[..]Κάποιες φορές συνοδεύονται κι από ευχαριστήρια τηλεφωνήματα και μηνύματα: «ευχαριστώ γιατρέ, αν δεν είχαμε και εσάς...», τα οποία σε συνδυασμό με κάποια ζεστά βλέμματα ευγνωμοσύνης μου μένουν αξέχαστα. Είναι λίγα, αλλά πάντοτε αποδεικνύονται αρκετά για να συνεχίζεις να αγωνίζεσαι.»: 13.

Εικόνα 31: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας 13



Εικόνα 32: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας 17



Η επικοινωνία της αυθεντίας

Στη συγκεκριμένη κατηγορία εντάσσονται ψηφιακές αφηγήσεις μέσα από τις οποίες παρουσιάζεται μια πιο αδιάλλακτη επικοινωνία ιατρού-ασθενή, όπου τα περιθώρια συζήτησης και έκφρασης αποριών από τις/τους ασθενείς προς τις/τους ιατρούς είναι περιορισμένα. Οι ιατροί εκθέτουν τις δικές τους ιδέες και απόψεις με απόλυτο τρόπο σύμφωνα με το ιατροκεντρικό μοντέλο δίχως να λαμβάνουν υπόψη άλλες παραμέτρους και ατομικά χαρακτηριστικά. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα παρουσιάζονται μη διαθέσιμες/διαθέσιμοι, δεν επεξηγούν και εφαρμόζουν με «στείρο» τρόπο το κλινικό έργο.

Η πρώτη ιστορία στην κατηγορία «επικοινωνία της αυθεντίας» αφορά τη συμμετέχουσα Γ2, η οποία ζει μόνιμα στη Γερμανία. Αναφέρεται στην εγκυμοσύνη της και την παρακολούθησή της από ιατρούς στην Ελλάδα και τη Γερμανία και το γεγονός ότι όλοι ήταν ιδιαίτερα «ψυχροί» και απόλυτοι χωρίς ενσυναίσθηση και κατανόηση, καθώς την «αποθάρρυναν» με τη στάση τους να «χαρεί» για το γεγονός ότι έμεινε έγκυος. Ακολουθεί σχετικό απόσπασμα:

«Θα σας διηγηθώ την πιο πρόσφατη εμπειρία μου με γιατρούς. Αυτή είμαι εγώ στα αριστερά και αυτοί στα δεξιά είναι οι γιατροί που με παρακολουθούσαν όταν αποφάσισα να μείνω έγκυος. Δύο γυναικολόγοι και δύο ενδοκρινολόγοι σε Ελλάδα και Γερμανία.

-Ναι, γεια σας! Είμαι 39 ετών και θα ήθελα να μείνω έγκυος, μπορώ να χαρώ;

-Περίμενε! Είσαι πολύ μεγάλη! Θα είναι γηριατρική κύηση. προσπάθησε πρώτα δύο χρόνια και βλέπουμε...

- Ναι γεια σας! Έμεινα έγκυος με μία προσπάθεια, μπορώ να χαρώ;

- Περίμενε τον πρώτο μήνα χάνονται πολλά έμβρυα...

- Ναι γεια σας! Πέρασε το πρώτο δίμηνο, μπορώ να χαρώ;

- Περίμενε! Ας δούμε τι θα βγάλει η αυχενική, πολλά έμβρυα δεν έχουν εγκέφαλο...

- Ναι γεια σας, Η αυχενική βγήκε μια χαρά, μπορώ να χαρώ;

- Περίμενε! Ας κάνουμε κι άλλες εξετάσεις, λόγω ηλικίας...

- Ναι, γεια σας! Οι εξετάσεις βγαίνουν καλές, μπορώ να χαρώ;

- Περίμενε! Βρήκαμε διαβήτη κύησης και αυτό θα κάνει χειρότερα τα πράγματα...

- Ναι, γεια σας! Ελέγχω τον διαβήτη και όλα πάνε τέλεια, μπορώ να χαρώ;

- Περίμενε! Για να δούμε αν έχεις ανεπάρκεια πλακούντα γιατί φαίνεται μικρό το έμβρυο...

- Ναι, γεια σας! Το μωρό μεγαλώνει μια χαρά, μπορώ να χαρώ;

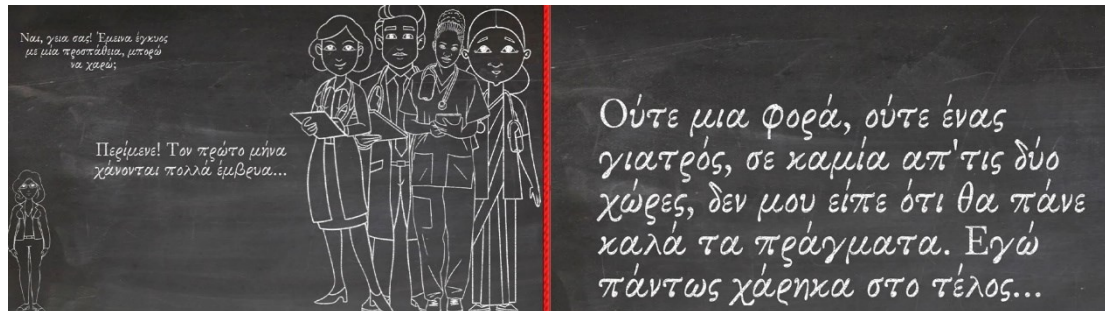
- Περίμενε! Για να δούμε τι θα πει η εξέταση Doppler...

- Ναι, γεια σας! Το Doppler βγήκε τέλειο, μπορώ να χαρώ;

- Περίμενε! Ας κάνουμε Doppler κάθε βδομάδα μέχρι να γεννήσεις...

Ούτε μια φορά, ούτε ένας γιατρός, σε καμία από τις δύο χώρες, δεν μου είπε ότι θα πάνε καλά τα πράγματα. Εγώ πάντως χάρηκα στο τέλος...»: Γ2.

Εικόνα 33: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Γ2



Η συμμετέχουσα επιλέγει να παρουσιάσει την ψηφιακή της αφήγηση με την τεχνική του σκίτσου και της γραφής με εφέ κιμωλίας σε μαυροπίνακα. Όπως γίνεται αντιληπτό στην αριστερή εικόνα, η τοποθέτηση του εαυτού της και των ιατρών αντικρυστά και με διαφορετικό μέγεθος (η ίδια απεικονίζεται «μικρή» στον χώρο ενώ οι ιατροί καταλαμβάνουν μεγάλο μέρος και όγκο και μοιάζουν «πανίσχυρες/πανίσχυροι»). Η συγκεκριμένη τοποθέτηση του εαυτού και των ιατρών μοιάζει σα να βρίσκονται σε διαφορετική πλευρά αναμέτρησης και όχι ενωμένες/-οι ασθενείς-ιατροί σε μια ισότιμη σχέση με κοινό σκοπό. Απεικονίζει η συμμετέχουσα τα συναισθήματά της απέναντι στους ιατρούς της που παρουσιάζονται αδιάλλακτοι και απόλυτοι. Στη δεύτερη εικόνα δεξιά, η οποία αποτελεί το κλείσιμο της ψηφιακής αφήγησης της Γ2 γίνεται αναφορά στο γεγονός ότι κανείς από τους γιατρούς της, ούτε μία φορά δεν της είπε ότι «θα πάνε όλα καλά», αλλά εκείνη εν τέλει χάρηκε, όπως αναφέρει χαριτολογώντας, καθώς όλα πήγα καλά εν τέλει (εγκυμοσύνη και γέννα).

Η επόμενη αφήγηση του συμμετέχοντα Γ3, ο οποίος ήταν 81 ετών (όταν δημιουργήθηκε η ψηφιακή αφήγηση) αναφέρεται σε μια εμπειρία από το 1948 όταν ο συμμετέχοντας ήταν παιδί. Περιγράφει την επίσκεψη στον ιατρό, η οποία ήταν τρομακτική καθώς πρώτη φορά αντίκρυζε ιατρό. Σε μια περίοδο όπου οι συνέπειες της κατοχής και μετέπειτα του εμφυλίου πολέμου ήταν έντονες στον κοινωνικό ιστό της χώρα με την ακραία φτωχοποίηση και την απουσία στοιχειωδών υποδομών και υπηρεσιών. Μια κατάσταση η οποία ήταν εντονότερη στην ηπειρωτική χώρα και λόγω του γεωγραφικού ανάγλυφου. Τα περισσότερα παιδιά ήταν υποσιτισμένα και καχεκτικά. Ο συμμετέχοντας λόγω της παραπάνω συνθήκης χρειάστηκε να κάνει 40 ενέσεις για να επανέλθει, όπως του σύστησε ο ιατρός. Μάλιστα, ο πατέρας του περπάτησε 70 χιλιόμετρα για να φτάσει στο αστικό κέντρο, την Άρτα και να βρει

φαρμακείο. Εκείνη την εποχή δεν υπήρχαν ιατρεία και δομές για τις/τους πολίτες και για αυτόν τον λόγο αναλάμβαναν ιατρικά και νοσηλευτικά ζητήματα οι ίδιες/ίδιοι οι κάτοικοι των χωριών, όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση όπου τις ενέσεις τις πραγματοποίησε ένας συγχωριανός, ο οποίος στον πόλεμο είχε ειδικότητα νοσοκόμου. Ακολουθεί η ψηφιακή αφήγηση του συμμετέχοντα Γ3:

«Το 1948 δεν είχε τελειώσει ακόμα ο εμφύλιος πόλεμος. Ο στρατός είχε εγκατασταθεί στο ψηλότερο σημείο στο χωριό Τετράκωμο Άρτας. Υπήρχε δυστυχία, έλλειψη φαγητού, ενδυμάτων, γιατρού, συγκοινωνιών. Τότε, η Μ.Ο.Μ.Α. (Μικτές Ομάδες Μηχανημάτων Ανασυγκροτήσεως) άνοιγε δρόμο για τις ανάγκες του στρατού. Ήμουν 8 ετών μαθητής δημοτικού, πήγαινα μιάμιση ώρα με τα πόδια, μέσα στο κρύο, στη βροχή και στο χιόνι στο σχολείο κάθε μέρα. Ήμουν χλωμός, αδύνατος και ένιωθα αδυναμία. Οι γονείς μου αποφάσισαν να με πάνε στο γιατρό. Ήμουν 8 ετών μαθητής δημοτικού, πήγαινα μιάμιση ώρα με τα πόδια, μέσα στο κρύο, στη βροχή και στο χιόνι στο σχολείο κάθε μέρα. Ήμουν χλωμός, αδύνατος και ένιωθα αδυναμία. Οι γονείς μου αποφάσισαν να με πάνε στο γιατρό. Με πήρε ο συγχωρεμένος ο πατέρας μου και με πήγαν σε έναν στρατιωτικό γιατρό στο φυλάκιο. Δεν είχα ξαναδεί γιατρό και ένιωθα ντροπή και φόβο. Με είδε ο γιατρός και είπε να με πάνε στο διπλανό χωριό 30 χιλιόμετρα μακριά. Πήγαμε την επόμενη ημέρα, ένας γιατρός μεγάλης ηλικίας, σοβαρός και εξυπηρετούσε όλα τα γύρω χωριά. Με εξέτασε. Φοβήθηκα! Μου έγραψε συνταγή να κάνω 40 ενέσεις ενδοφλέβιες. Φαρμακείο δεν υπήρχε στο χωριό και ο πατέρας μου κατέβηκε στην Άρτα, 70 χιλιόμετρα απόσταση με τα πόδια και γύρισε την άλλη μέρα. Ο μοναδικός άνθρωπος που έκανε ενέσεις στη φλέβα ήταν ο Χ που είχε ειδικότητα νοσοκόμου στο στρατό. Πήγαινα επί 40 μέρες στο σπίτι του, αρκετά μακριά, μέχρι να τελειώσω τις ενέσεις. Στο διάστημα αυτό έχασα τα μαθήματα από το σχολείο. Τελειώνοντας τις ενέσεις είδα βελτίωση.

Σήμερα, πηγαίνω με το αυτοκίνητό μου στο κέντρο υγείας, κάνω τις εξετάσεις μου που χρειάζομαι, μου γράφουν φάρμακα και με στέλνουν να κάνω εξετάσεις που χρειάζονται. Οι σχέσεις μου με τους γιατρούς είναι σχέσεις εμπιστοσύνης και κατανόησης.»: Γ3.

Αδιαμφισβήτητα, η συγκεκριμένη αφήγηση για τη σχέση ιατρού-ασθενή αναφέρεται σε μια σχέση όπου κυριαρχούσε η γνώμη της αυθεντίας και το ιατροκεντρικό μοντέλο υγείας (1948). Ο συμμετέχοντας, φτάνει και στο σήμερα, αναφερόμενος στις επισκέψεις στο κέντρο υγείας που βρίσκεται σε κοντινό χωριό από αυτό που διαμένει για συνταγογράφηση φαρμάκων, έλεγχο ή ακόμη και κάτι επείγον που μπορεί να συμβεί.

Εικόνα 34: Στιγμιότυπα από την ΨΑ του συμμετέχοντα Γ3



Εικόνα 35: Στιγμιότυπα από την ΨΑ του συμμετέχοντα Γ3



Περιγράφει την επικοινωνία και την σχέση με τις/τους ιατρούς ως σχέσεις εμπιστοσύνης και κατανόησης. ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη συγκεκριμένη αφήγηση παρουσιάζει η ιστορικότητα και μεταφορά εμπειρίας από το τόσο μακρινό και συνάμα κοντινό παρελθόν. Οι αυτονόητες υπηρεσίες υγείας του σήμερα δεν ήταν καθόλου αυτονόητες στο παρελθόν, όπως επίσης και η πρόσβαση, η ποιότητα υγείας των πολιτών και η πρόληψη. Εκτός από τα στοιχεία για το παρελθόν που αφορούν την

ιατρική, παρουσιάζεται και το ιστορικό πλαίσιο και η κοινωνική κατάσταση της χώρας. Όλα τα παραπάνω τονώνονται με την αξιοποίηση προσωπικού υλικού του συμμετέχοντα (φωτογραφίες, αφήγηση με τη φωνή του, όπου διακρίνεται η ντοπιολαλιά), το φωτογραφικό υλικό του Κώστα Μπαλάφα, αλλά και την μουσική επιλογή για επένδυση στην αφήγηση. Ο ίδιος επιλέγει να παρουσιάσει στο τέλος ακόμη και το κέντρο υγείας που επισκέπτεται, στοιχεία που προσδίδουν ακόμη περισσότερα βιωματικά στοιχεία στην βιωμένη εμπειρία που παρουσιάζεται (βλ. εικόνες 27 και 28).

Η επόμενη ψηφιακή αφήγηση του συμμετέχοντα Σ2, αναφέρεται στην επικοινωνία με τις/τους ιατρούς κατά την παρουσίασή του στο στρατό. Περιγράφει μια σχέση και επικοινωνία με τις/τους ιατρούς κάπως διεκπεραιωτική αλλά και αυθεντίας. Οι ιατροί καλούν τους στρατιώτες να ακολουθήσουν μια σειρά από διαδικασίες γιατί αυτό επιβάλλεται να γίνει και οι στρατιώτες ακολουθούν τις διαδικασίες χωρίς ερωτήσεις, απορίες ή συζήτηση. Ο συμμετέχοντας δείχνει απορημένος από ορισμένες ερωτήσεις που του έγιναν από ιατρούς, όπως το αν έχει τατουάζ καθώς και η στιγμή που έπρεπε να μείνει γυμνός και εκτεθειμένος με το σώμα του μπροστά σε δέκα άτομα όπως αναφέρει. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ίσως είναι αναγκαίο να επισημανθεί ότι η διάδραση αφορά μόνο τις/τους ιατρούς μεταξύ τους και όχι με τους «ασθενείς-φαντάρους» που εξετάζουν και δεν έχουν ούτε ισότιμο ρόλο στην επικοινωνιακή σχέση ούτε και ιδιωτικότητα με τις/τους ιατρούς.

«Όταν περνάς την είσοδο του στρατοπέδου «πρέπει» υποχρεωτικά να εξεταστείς από το ιατρικό team του στρατοπέδου.

Η ομάδα αυτή αποτελείται από γιατρούς που αμφιβάλεις εάν έχουν βασικές γνώσεις. Ξεκινώντας με μία από τις φλέγουσες ερωτήσεις τους για το αν έχεις τατουάζ. Γεγονός που σε κάνει να αναρωτιέσαι για το αν σε δουλεύουν ή όχι. Αποδείχθηκε ότι δεν σε δουλεύουν, αλλά μάλλον τους εαυτούς τους. Στην άβολη αναμονή περιμένεις, σύμφωνα με τις ιστορίες/τέρατα/ θρύλους που σου έχουν διηγηθεί...Ότι σε πρώτη φάση θα πρέπει να μείνεις εντελώς γυμνός μπροστά σε 10 άτομα για να δουν ότι όλα είναι στη θέση τους (πραγματικά έγινε). Στη συνέχεια θα χρειαστεί να πάρεις ένα ισχυρό κοκτέιλ εμβολίων/ντόπας. Ο λόγος; Για να χρειαστεί αν αρρωστήσεις από ιούς, χαλασμένα φαγητά ή σκουριασμένο εξοπλισμό του στρατοπέδου.»: Σ2.

Ο συμμετέχοντας Σ2 χρησιμοποιεί υπότιτλους στην αφήγησή του, οι οποίοι εναλλάσσονται σε διαφορετικό χρώμα φόντου, όπως παρουσιάζεται και στην εικόνα 29 που ακολουθεί. Στην πρώτη εικόνα αριστερά αναφέρεται στα εμβόλια που δεν έγιναν ποτέ εν τέλει και στην παραπομπή από τον έναν ιατρό στον άλλο, ενώ στη δεύτερη εικόνα εκφράζει τη δυσαρέσκειά του και προτροπή να αποφεύγονται οι

επισκέψεις στους στρατιωτικούς ιατρούς. Μάλιστα χρησιμοποιεί κόκκινο φόντο για να επισημάνει με έμφαση όσα αφηγείται, όπως στον κώδικα οδικής κυκλοφορίας το κόκκινο χρώμα υποδηλώνει κίνδυνο και απαγόρευση. Το κόκκινο χρώμα σύμφωνα με την οπτική του marketing διεγείρει τις αισθήσεις, ενώ η χρήση του σε κορυφαίες ταινίες ανά τα χρόνια καθόρισε το βασικό νοηματικό κορμό τους.

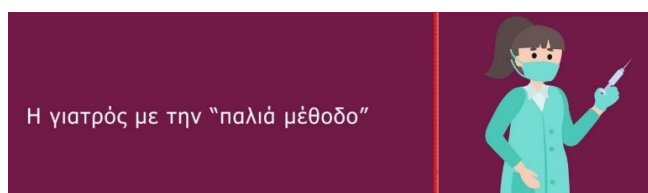
Εικόνα 36: Στιγμιότυπα της ΨΑ του συμμετέχοντα Σ2



Η ψηφιακή αφήγηση της 11χρονης Π2 έχει τίτλο «η γιατρός με την παλιά μέθοδο». Από την εμφάνιση του τίτλου αρχίζει να γίνεται αντιληπτό τι πρόκειται να συζητηθεί στην αφήγηση. Η 11χρονη μαθήτρια αναφέρεται στην ιατρό της, η οποία ήταν μεγαλύτερη από 60 ετών, όπως λέει, συνδυάζοντας δηλαδή την προσέγγιση της ιατρού με την ηλικία της. Η ιατρός ως αυθεντία προσπάθησε να ολοκληρώσει την εξέταση-εμβόλιο χωρίς να εμπλακεί σε συζήτηση ή επεξήγηση με το παιδί, παρά μόνο την καλούσε να «κάτσει κάτω» και όταν της είπε ότι θα περιμένει ένα λεπτό προσπάθησε σε κάποια δευτερόλεπτα να κάνει το εμβόλιο καθώς δεν μπορούσε να περιμένει άλλο «γιατί είχε και δουλειές», όπως ανέφερε. Επειδή η μαθήτρια δεν υπάκουσε και άρχισε να τρέχει στο ιατρείο, η ιατρός της ανέφερε ότι θα την πάει στο νοσοκομείο και η μαμά της θα μείνει στο ιατρείο για να την τρομάξει προκειμένου να κάνει το εμβόλιο. Επίσης, προσπάθησε να την «κυνηγήσει» για να κάνει το εμβόλιο, ωστόσο η μητέρα της 11χρονης θύμωσε από τη συμπεριφορά και αποχώρησε με το παιδί από το ιατρείο το οποίο και δεν επισκέφθηκαν ποτέ ξανά.

«Είχα πάει να κάνω εξέταση αίματος σε μία κυρία που ήταν πάνω από 60 χρόνων και είχε τον παλιό τρόπο. Εγώ δεν καθόμουνα και μου έλεγε «κάτσε κάτω», τίποτα εγώ. Μετά από δέκα φορές που προσπάθησε να με πείσει, εγώ τόσο νευρίαζα, εκεί που είμαι έτοιμη να της χώσω κλωτσιά μου λέει, «καλά πάρε ένα λεπτό», περνούν δέκα δευτερόλεπτα και μου λέει «έλα έχουμε και δουλειές», εγώ αρνούμουν και άρχισε να μου λέει ότι εγώ θα πάω στο νοσοκομείο και η μαμά μου θα μείνει εκεί. Η μαμά μου άρχισε να νευριάζει. Μετά δέχθηκα και έκατσα να μου κάνει την εξέταση, μόλις είδα τη βελόνα έτρεξα σε όλο το ιατρείο, εκείνη με κυνήγαγε με τη βελόνα στο χέρι. Η μαμά νευρίασε και φύγαμε.»: Π2.

Εικόνα 37: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Π2



Στο ίδιο πλαίσιο και η αφήγηση του 11χρονου συμμετέχοντα Π4, ο οποίος αναφέρει πως ο οδοντίατρος είναι τρομακτικός και αγχωτικός διότι κάνει τη δουλειά του χωρίς όμως να ενημερώσει ή να εξηγήσει τη διαδικασία και το τι θα συμβεί, όπως παρουσιάζεται και στο ακόλουθο απόσπασμα:

«Η εμπειρία δεν ήταν καθόλου ωραία επειδή ο γιατρός είναι πολύ τρομακτικός και αγχωτικός. Έκανε τη δουλειά του αλλά δεν μου είπε τι θα γίνει στο τέλος.»: Π4.

Ο μαθητής χρησιμοποιεί έτοιμο υλικό από το διαδίκτυο και στο σημείο που αναφέρεται στον οδοντίατρο παρουσιάζει ένα βίντεο με ένα παιδί καθισμένο στην οδοντιατρική καρέκλα δυσανασχετώντας όπως φαίνεται από τις εκφράσεις του προσώπου του και ταυτόχρονα μία οδοντίατρος έχει τον τροχό στα δόντια του.

Η αφήγηση της συμμετέχουσας Α5 (παρουσιάστηκε και στην κατηγορία της επεξηγηματικής-διαλλακτικής επικοινωνίας), αναφέρεται στη νόσηση από καρκίνο του μαστού και την προσπάθεια για εύρεση ιατρού και τη λήψη επιπλέον γνώμων. Αναφέρει ότι σε μια περίπτωση ένας ιατρός, τον οποίο χαρακτηρίζει και έναν από «τα κορυφαία ονόματα στην ογκολογία», της ζήτησε να περιμένει για να ξεκινήσει τις χημειοθεραπείες όταν θα επέστρεφε από διακοπές. Γίνεται αντιληπτό ότι η συγκεκριμένη εμπειρία υποδηλώνει μια σχέση όπου υπερισχύει η αυθεντία, η σχέση ιατρού-ασθενή δεν είναι ισότιμη με την ασθενή να βρίσκεται σε υποδεέστερη θέση. Ακολουθεί απόσπασμα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α5:

«Όταν αρρώστησα με καρκίνο μαστού πριν 13 χρόνια και η ζωή με έριξε στο κέντρο του ιατρικού κύκλου, η συγκεκριμένη άποψη άλλαξε. Μετά την χειρουργική αντιμετώπιση που ήταν και το πρώτο βασικό βήμα ας θεραπείας, οργανώνοντας τα επόμενα βήματα, άκουσα τη φράση «είστε στη γκρίζα ζώνη, το όφελος από ας χημειοθεραπείες είναι πολύ μικρό, αλλά η τελική απόφαση είναι δική ας». Είδα έξι ογκολόγους μέσα σε δέκα ημέρες, ας από ας πιο ζεστούς Ιούληδες ας ζωής μου. Ομοφωνία δεν υπήρξε. Το αποτέλεσμα ήταν δύο κατά και τέσσερις υπέρ των χημειοθεραπειών, αλλά ως δια μαγείας όλοι συμφωνούσαν ότι η τελική απόφαση ήταν δική μου. Κι εγώ με την ίδια απορία κάθε φορά επί έξι φορές: «Μα καλά: απουσίαζα σ' αυτό το μάθημα;». Εκεί κατάλαβα πόσο σημαντικό ρόλο παίζει ο χαρακτήρας, η προσωπικότητα, αλλά και το ταπεραμέντο του κάθε

γιατρού. Μέσα στους έξι (6) συνάντησα όλα τα είδη: τον απόλυτο, τον διεκπεραιωτικό, τον τυπικό, τον διαλλακτικό, ακόμα και τον απαράδεκτο που είχε το θράσος να μου προτείνει να τον περιμένω να γυρίσει από διακοπές μετά από έναν μήνα και να ξεκινήσουμε ας χημειοθεραπείες μαζί, και ας ήταν από τα πολύ μεγάλα ονόματα.»: Α5.

Τέλος, η ψηφιακή αφήγηση της συμμετέχουσας Α6, αναφέρεται στον ενδοκρινολόγο -επί σειρά ετών- ιατρό της, ο οποίος δεν ενθάρρυνε την συμμετέχουσα καθόλου, εξηγούσε τα συμπτώματα ως απόρροια της εφηβείας, της συνταγογραφούσε αντισυλληπτικά, τα οποία επέφεραν επιπτώσεις όπως αιμορραγίες, θυμό και αύξηση βάρους. Όπως ειπώθηκε στην προαναφερθείσα ανάλυση, η συμμετέχουσα διεγνώσθη με μεγάλη καθυστέρηση -από τον πλέον μόνιμο ιατρό της- με πολυκυστικές ωοθήκες. Η διάγνωση καθυστέρησε και ο ίδια ταλαιπωρήθηκε σε μεγάλο βαθμό καθώς οδηγήθηκε και στη μείωση της σχολικής επίδοσης, διότι ο προηγούμενος ιατρός χωρίς να της εξηγήσει τι συμβαίνει, χωρίς τις απαραίτητες εξετάσεις και χωρίς ενσυναίσθηση αρκέστηκε στον ρόλο της αυθεντίας να συνταγογραφεί αντισυλληπτικά. Έπεται απόσπασμα από την ΨΑ της συμμετέχουσας Α6.

«Σε αυτά τα 5 χρόνια, επισκέφτηκα τουλάχιστον 3 ειδικότητες ιατρών (παθολόγο, ενδοκρινολόγο, καρδιολόγο) χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα. Οι γονείς ανησυχούσαν διαρκώς γιατί άλλαζα συνεχώς αγωγές χωρίς όμως να λύνεται το ζήτημα επί της ουσίας: η έμμηνος ρύση μου ήταν άφαντη για μήνες και μόνο με χάπια γινόταν η παρουσία της. Εγώ δεν καταλάβαινα τι πήγαινε λάθος και συνεχώς στεναχωριόμουν και είχε πέσει η διάθεση μου, οι επιδόσεις μου στο σχολείο και είχα και σωματικά συμπτώματα. Ο ενδοκρινολόγος που με παρακολουθούσε, δεν με ενθάρρυνε καθόλου και συνεχώς μου παρείχε αντισυλληπτικά χάπια με ισχυρές επιπτώσεις στην υγεία μου όπως έντονη υπνηλία, έντονες αιμορραγίες μετά την λήξη της περιόδου και πολλά νεύρα και αύξηση βάρους. Κάθε φορά που είχαμε ραντεβού και του έλεγα τι νοιώθω μου λέγε ότι φταίει η εφηβεία και να κάνω υπομονή και θα περάσει. Επίσης, λόγω το νεαρό της ηλικίας μου δεν μπορούσα να κάνω κοιλικό υπέρηχο οπότε η εξέταση περιοριζόταν στο κοιλιακό υπέρηχο και στη τοπική ψηλάφηση.»: Α6.

Η αφήγηση που ακολουθεί είναι του συμμετέχοντα ιατρού I4 με ειδικότητα την ψυχιατρική. Η προσέγγιση του ιατρού για την επικοινωνία με τις/τους ασθενείς έχει χαρακτηριστικά ενσυναίσθησης και κατανόησης, ωστόσο ο ρόλος του ιατρού στην επικοινωνία έχει χαρακτηριστικά αυθεντίας. Ο ιατρός πιστεύει ότι χρειάζεται να καθοδηγήσει την/τον ασθενή ώστε να «διορθώσει» κάποιες λανθασμένες αντιλήψεις με τα εργαλεία που θα δώσει ο πρώτος, δηλαδή ο ιατρός. Οι εικόνες που επιλέγει ο συμμετέχοντας είναι μεταφορικές για να δείξει την ανάβαση στο βουνό ή την εγκαθίδρυση της εμπιστοσύνης μέσω της εικόνας με την χειραψία. Ακολουθεί ένα απόσπασμα της αφήγησης του I4:

«Είναι συνέχεια αυτός που προσπαθεί να πείσει τον ασθενή να βάλει ένα φρένο, τη στιγμή που ο δεύτερος είναι προγραμματισμένος να πατάει το γκάζι. Καλείται, είτε περνώντας ένα μεμονωμένο διάστημα μαζί του να γίνει αυτός που θα δημιουργήσει την εμπιστοσύνη για την περαιτέρω πορεία του ασθενούς, είτε -αν είναι τυχερός- ο συνοδοιπόρος του που θα δει την ελπιδοφόρα, ή μάταιη πορεία του στον κόσμο. [...] Στρέφει τον ασθενή από την προσπάθεια εγκαθίδρυσης μιας αμφίδρομης σχέσης, όπου ο θεράπων θα του δώσει τα εργαλεία για τη δύσκολη ανάβαση στο βουνό της θεραπείας, σε μία που μέσω του πλαισίου της αυθεντίας και του αλάθητου, ο ασθενής περιμένει το θαύμα, απευθύνεται δηλαδή κατά την αντίληψη του, σε έναν δεύτερο «θεό». Αυτήν την παθογένεια, εμείς καλούμαστε και έχουμε χρέος να την πολεμήσουμε. Γιατί αυτός ο πόλεμος είναι προς όφελος του ασθενή.»: I4.

Εικόνα 38: Στιγμιότυπα από την ΨΑ του συμμετέχοντα I4



Στο ίδιο πλαίσιο και η αφήγηση του συμμετέχοντα ιατρού Ι6, ο οποίος είναι παθολόγος. Θέτει σημαντικό άξονα στην επικοινωνία με τις/τους ασθενείς την κατανόηση των οδηγιών του. Αναφέρεται στο γεγονός του διαδικτύου και της αναζήτησης των πιθανών αιτιών των συμπτωμάτων ως τροχοπέδη στην καλή επικοινωνία ιατρού-ασθενή, καθώς όπως υποστηρίζει οι ασθενείς πλέον «δεν ακούνε» αλλά έχουν πολλές απορίες. Οι ατέρμονες συζητήσεις για μια κατάσταση οδηγεί τον ιατρό στο «να αναλώνεται» ενώ τέτοιου είδους άγχη και ανησυχίες εμπίπτουν στον κλάδο της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας. Ο ίδιος αναφέρει ότι επικοινωνεί «καλά» με τις/τους ασθενείς του καθώς είναι διαθέσιμος στο τηλέφωνο αν τον χρειασθούν και επιπλέον εξηγεί αναλυτικά στις/στους ασθενείς την κατάστασή τους και το τι πρέπει να κάνουν.

«Η επικοινωνία με τους ασθενείς είναι πολύ σημαντική στο επάγγελμά μας. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να καταλάβουν σωστά τις οδηγίες και να τις τηρήσουν κατά γράμμα γιατί πολλές φορές η κατάσταση επιδεινώνεται λόγω λανθασμένων κινήσεων. Θεωρώ ότι επικοινωνώ καλά με τους ασθενείς μου, ξέρουν ότι είμαι διαθέσιμος στο τηλέφωνο αν χρειαστούν το οτιδήποτε και τους εξηγώ κάθε φορά τι συμβαίνει και τι πρέπει να κάνουν. Βέβαια το ίντερνετ έχει αλλάξει πολύ τα πράγματα σε σύγκριση με παλιά γιατί ψάχνουν τα συμπτώματα και έρχονται με πολλές ερωτήσεις για την κατάστασή τους και αυτό μοιάζει σα να μην σε εμπιστεύονται απόλυτα παρά τις διαβεβαιώσεις σου. Νομίζω δηλαδή ότι περισσότερο μιλάνε και ρωτάνε χωρίς να ακούνε. Αυτό ίσως είναι σήμερα το προβληματικό σημείο στην επικοινωνία ιατρών-ασθενών. Έχουν γίνει όλοι ειδήμονες, έχουν έτοιμες διαγνώσεις και αυτό δυσχεραίνει την επικοινωνία. Πρέπει οι ασθενείς να μάθουν ξανά να ακούνε και να εμπιστεύονται τον ιατρό τους γιατί ο ιατρός δεν μπορεί να αναλώνεται σε ατέρμονες συζητήσεις για μια κατάσταση.»: Ι6.

Εικόνα 39: Στιγμιότυπα από την ΨΑ του συμμετέχοντα Ι6



5.4.2 Είδη διάδρασης ιατρών-ασθενών

Όσον αφορά τη διάδραση ιατρών-ασθενών, παρατηρείται από τις ψηφιακές αφηγήσεις ότι ποικίλλει. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι διαδράσεις είναι αμοιβαίες (πομπός και δέκτης) με αμφίδρομη δηλαδή συνδιαλλαγή ανάμεσα σε ιατρούς και ασθενείς, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η διάδραση είναι μονομερής (μονόλογος), δηλαδή έχει μονόδρομη μορφή της συμβατικής δράσης «αιτίου-αιτιατού». Οι ιατροί εκθέτουν τις ιδέες και απόψεις τους ενώ οι ασθενείς έχουν παθητικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία. Συνεπώς, ενώ υφίσταται ένα είδος διάδρασης μεταξύ τους εφόσον συνομιλούν, ουσιαστικά είναι ιδιαίτερα περιορισμένη καθώς δεν εμπλέκει τον δέκτη στη διαδικασία έκθεσης των ιδεών και των απόψεών του ή στην έκφραση των συναισθημάτων και των ανησυχιών του. Οι ιατροί «ανακοινώνουν» και οι ασθενείς «αποδέχονται» την ανακοίνωση χωρίς περαιτέρω ανάλυση ή επεξήγηση. Η προηγηθείσα ανάλυση δεν αποσκοπεί στον χαρακτηρισμό των πρακτικών ως «σωστές» ή «λανθασμένες», διότι η καθεμία από τις παραπάνω πρακτικές αντανακλά το είδος προσέγγισης της υγείας που υιοθετείται από τις/τους εκάστοτε επαγγελματίες υγείας, τους οργανισμούς και εν τέλει ολόκληρο το σύστημα υγείας. Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του είδους της επικοινωνίας ιατρών-ασθενών, ο τρόπος που ορίζεται η επικοινωνία από τις συμμετέχουσες-τους συμμετέχοντες καθώς και η διερεύνηση της αποτελεσματικότερης προσέγγισης στην επικοινωνία και στη διάδραση, οι οποίες προκύπτουν από την ικανοποίηση των ασθενών και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που δέχονται.

Μια ακόμη σημαντική πτυχή που χρήζει να ληφθεί υπόψη σε οποιαδήποτε ανάλυση είναι η επαγγελματική εξουθένωση των υγειονομικών, η οποία συναντάται με τα επιβαρυνόμενα συστήματα υγείας (ελλείψεις σε προσωπικό και εξοπλισμό), αφενός λόγω της δεκαετούς οικονομικής κρίσης στη χώρα και αφετέρου λόγω της πρόσφατης πανδημίας COVID-19, η οποία ενέτεινε την επιβάρυνση και φανέρωσε με τραγικό τρόπο τον αντίκτυπο των ελλείψεων στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε αυτό το πλαίσιο, οι επιπτώσεις δεν αφορούν μόνο τις/τους υγειονομικούς αλλά και τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών.

Όσον αφορά τις/τους υγειονομικούς οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι δυνατό να έχουν τη μορφή συναισθηματικών ενδείξεων όπως είναι η αποθάρρυνση, η απελπισία, η θλίψη αλλά και συμπτώματα σε συμπεριφορικό επίπεδο, όπως είναι η αδιαφορία, η έλλειψη φροντίδας και ενσυναίσθησης προς

τις/τους ασθενείς, η ψυχρότητα και η αποστασιοποίηση ακόμη και η έλλειψη σεβασμού (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Αμφίδρομη διάδραση-άνθρωπος προς άνθρωπο

Όπως γίνεται αντιληπτό στις αφηγήσεις που ανήκουν στην κατηγορία της επεξηγηματικής-διαλλακτικής επικοινωνίας η διάδραση μεταξύ ιατρού και ασθενή είναι αμφίδρομη. Οι δύο πλευρές βρίσκονται σε μια ισότιμη σχέση, συζητούν, εκφράζονται, θέτουν απορίες και τις ιδέες τους, λαμβάνουν υπόψη ολιστικά το άτομο και στοχεύουν στο καλύτερο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα, το οποίο προσαρμόζεται στο εκάστοτε άτομο. Κυριαρχεί η ενσυναίσθηση και οι δεξιότητες επικοινωνίας και «καλής» ακρόασης. Ουσιαστικά στην αμφίδρομη συνδιαλλαγή, οι ασθενείς αισθάνονται ασφάλεια και εμπιστοσύνη διότι αντιμετωπίζονται με αφοσίωση και εξατομικευμένα. Άλλωστε, όπως παρουσιάστηκε στην προηγούμενη ανάλυση κυρίαρχο ρόλο στη σχέση ιατρού-ασθενή διαδραματίζει το αίσθημα της «ανθρωπιάς» και της κατανόησης, όπως επίσης η επεξήγηση, η επίλυση ανησυχιών, φόβων και αποριών που χρειάζονται οι ασθενείς από τις/τους ιατρούς και όχι τόσο οι αποφάσεις τους για τις θεραπευτικές επιλογές. Σε καμία ψηφιακή αφήγηση δεν τέθηκε ως θέμα η θεραπευτική επιλογή ή ο έλεγχος των ασθενών σε αυτή (το ανθρωποκεντρικό/βιοψυχικό μοντέλο δίνει έμφαση στην επιλογή των ασθενών). Αντίθετα σε όλες τις ψηφιακές αφηγήσεις δόθηκε έμφαση σε συναισθηματικά κυρίως ζητήματα που αφορούσαν την ασφάλεια, την ενημέρωση, την κατανόηση και την εμπιστοσύνη. Οι ιατροί που εφάρμοζαν ουσιαστική διάδραση με τις/τους ασθενείς τους, από τις αφηγήσεις που παρουσιάστηκαν, κατάφεραν να επιλύσουν τα ιατρικά ζητήματα και να έχουν μια ισχυρή θεραπευτική σχέση. Τα παραπάνω αναδεικνύουν την αναγκαιότητα για εκπαίδευση όλων των ειδικοτήτων των υγειονομικών και κυρίως όσων έρχονται σε συχνή επαφή με τις/τους ασθενείς σε ζητήματα επικοινωνίας, εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας και καλλιέργεια της ενσυναίσθησης, καθώς τα παραπάνω τείνουν να αυξάνουν την ποιότητα υπηρεσιών των ασθενών, συμβάλλουν στην ποιότητα της υγείας, στη σωστή διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση. Χαρακτηριστικά τα οποία σε δεύτερο επίπεδο θα ωφελήσουν το σύστημα υγείας και θα ελαττώσουν τη επιβάρυνσή του. Οι ψηφιακές αφηγήσεις όπου η αμφίδρομη διάδραση είχε κυρίαρχο ρόλο ήταν η αφήγηση του συμμετέχοντα Γ1 με το σπασμένο

πόδι και τον δεύτερο ιατρό που τον χειρουργήσε και του εξήγησε την κατάσταση αξιοποιώντας και το χιούμορ, η αφήγηση της συμμετέχουσας Γ4, που επισκέφθηκε γυναικολόγο σε δημόσιο νοσοκομείο μετά την δυσάρεστη εμπειρία της με την επί χρόνια γυναικολόγο της και ο οποίος αμέσως την ενημέρωσε ότι είναι διαθέσιμος, της εξήγησε τον στόχο των εξετάσεων και την καθυσάχασε. Η ιστορία του συμμετέχοντα Γ5, ο οποίος διατηρεί ακόμη τον ίδιο ιατρό στην πόλη του ακόμα και αν αλλάζει πόλεις λόγω εργασίας, καθώς τον εμπιστεύεται και νιώθει ασφαλής διότι είναι πάντα διαθέσιμος, ανοιχτός και «άνθρωπος». Η ΨΑ της συμμετέχουσας Π3, η οποία αναφέρεται στη διαθεσιμότητα των ιατρών αν χρειαστεί οτιδήποτε αλλά και στον καθησυχασμό τους όταν εκείνη φοβάται (όπως παρουσιάζεται στην αναπαράσταση από την επίσκεψη που κάνει στην ΨΑ της), η ΨΑ της Α6 για τον επεξηγηματικό, ήρεμο και συζητήσιμο ιατρό της, όπως και η ιστορία της συμμετέχουσας Γ6 για την απάντηση του ιατρού στα επείγοντα, που την παρότρυνε να αναζητήσει τα αίτια των δυσκολιών όχι στο σώμα, αλλά στην ψυχή της. Ακόμη, η ιστορία της συμμετέχουσας Α2 με την παθολόγο που συνάντησε και της έδωσε χρόνο και χώρο να εκφραστεί μετά την ταλαιπωρία που υπέστη από άλλον ιατρό αναδεικνύει την αξία της αμφίδρομης αλληλεπίδρασης. Στο ίδιο πλαίσιο και η αφήγηση της Α5, η οποία επέλεξε έναν ιατρό επεξηγηματικό και διαλλακτικό. Τέλος, αμφίδρομη περιγράφεται και η σχέση της συμμετέχουσας Α7 με τις/τους ιατρούς κατά τη νοσηλεία της στο Αιγινήτειο νοσοκομείο μετά από ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Αναφορικά με τις/τους υγειονομικούς (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό), η πλειονότητα των αφηγήσεων (8/11) εντάσσεται περισσότερο στην αμφίδρομη διάδραση παρά στη μονόδρομη. Πιο συγκεκριμένα από τις 7 ψηφιακές αφηγήσεις των ιατρών οι 4 αφορούν αμφίδρομη διάδραση ενώ οι 3 μονόδρομη. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι αφηγήσεις των νοσηλευτριών και του νοσηλευτή, καθώς και από τις 4 το είδος της διάδρασης που προκύπτει είναι αμφίδρομο-άνθρωπος προς άνθρωπο.

Στις/στους υγειονομικούς με αμφίδρομη διάδραση η/ο ασθενής βρίσκεται στο επίκεντρο ως «άνθρωπος» και ολότητα. Εστιάζουν στον σπουδαίο ρόλο της ενσυναίσθησης, την έκφραση συναισθημάτων, τις δεξιότητες καλής επικοινωνίας (καλές/-οί ακροατές, υποστηρικτικές/-οί, καθησυχαστικές/-οί, επεξηγηματικές/-οί), την αξία της φροντίδας, την ολόπλευρη ενημέρωση και καθοδήγηση.

Μεγάλη έμφαση στα παραπάνω χαρακτηριστικά δίνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο εμβαθύνει στα συναισθήματα και τις ανάγκες όχι μόνο των

ασθενών αλλά και των φροντιστριών/-ών τους. Ακόμη και μια τυπική ενημέρωση για τη χρήση ενός μηχανήματος στη ΜΕΘ συμβάλλει στο χτίσιμο της εμπιστοσύνης με τις/τους ασθενείς και φροντίστριες/-ές. Οι ασθενείς αισθάνονται «σημαντικές/-οί» και όχι «μια ακόμη περίπτωση στις χιλιάδες περιπτώσεις». Τα παραπάνω, όπως διαφαίνεται μέσα από τις ψηφιακές αφηγήσεις, τονώνουν την αυτοπεποίθηση και δυναμώνουν τις/τους ασθενείς και φροντίστριες/-ές σε μια περίοδο ευαλωτότητας και «αδυναμίας». Η αμφίδρομη επικοινωνία προσφέρει τα εργαλεία και τα εφόδια μιας αίσθησης όπου η μοναξιά του νοσοκομείου και της ασθένειας μειώνεται ή απαλύνεται. Η ενημέρωση και η περιγραφή μιας κατάστασης, διαδικασιών ή πρωτοκόλλων προσφέρει ασφάλεια, ηρεμία και δύναμη, καθώς συνήθως ο φόβος και οι ανησυχίες προκαλούνται από το «άγνωστο», την άγνοια και την έλλειψη πληροφόρησης και ενημέρωσης ακόμη και αυτονόητων για τις/τους υγειονομικούς διαδικασιών.

Οι ασθενείς, αναφέρει η Williams (2021), μπορεί να βρίσκονται σε ένα στρεσογόνο νοσοκομειακό περιβάλλον μακριά από το σπίτι με έλλειψη ύπνου, και πιθανόν να νοιώθουν πόνο. Αναγνωρίζοντας τα συναισθήματα και την ψυχική διάθεση, διατηρώντας τους ασθενείς σε όσο το δυνατόν πιο άνετη κατάσταση, επικοινωνώντας με σαφήνεια και επιζητώντας συχνή ανατροφοδότηση, οι παρεξηγήσεις μπορούν να ελαττωθούν.

Οι δύο αφηγήσεις της νοσηλεύτριας και του νοσηλευτή που έπονται είναι παράδειγμα εφαρμογής της αμφίδρομης επικοινωνίας που περιγράφεται παραπάνω. Πιο συγκεκριμένα η δέκατη τρίτη αφήγηση της νοσηλεύτριας N8 αναφέρεται στον θρήνο και την έκφραση συναισθημάτων του νοσηλευτικού προσωπικού όταν πεθαίνει μια/ένας ασθενής. Αναλυτικότερα, η νοσηλεύτρια θίγει το ζήτημα της σύνδεσης με μια/έναν ασθενή και τον κώδικα δεοντολογίας που θυμάται από τις σπουδές της. Εμβαθύνει στο ζήτημα της απώλειας και των συναισθημάτων που δεν μπορούν να εκφράσουν οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές σε πραγματικό χρόνο όταν συμβεί κάτι απροσδόκητο. Μάλιστα, αναφέρει ότι θα έπρεπε να υπάρχει μέριμνα και σχεδιασμός ώστε να μπορούν οι υγειονομικοί να παίρνουν αποστάσεις και να θρηνούν όταν συμβεί ένας θάνατος ή να μπορούν να συζητούν με μία/έναν ειδικό. Ταυτόχρονα εκφράζει και τον φόβο της για ένα ενδεχόμενο κλάμα, το οποίο θεωρείται επίσης αντιδεοντολογικό.

Η ίδια επιλέγει να εντάξει στην αφήγησή της, οπτικά, σκίτσα και γκράφιτι που απεικονίζουν νοσηλεύτριες για να υπάρχει ομοιομορφία στην ψηφιακή της αφήγηση. Η αφορμή για αξιοποίηση σκίτσων δόθηκε από το σκίτσο που δημιουργήθηκε

πρόσφατα στο Τζάνειο νοσοκομείο από τον street artist Hambas και ξεκίνησε ως βάση για την ψηφιακή της αφήγηση. Όπως αναφέρει στο εισαγωγικό σημείωμα της ψηφιακής της αφήγησης, η απουσία ανδρών από τις εικόνες δεν είναι εσκεμμένη. Αντίθετα, οι αναζητήσεις της στον ιστό με λέξεις κλειδιά «νοσηλεύτες» και “nurses” παρουσίαζε στα αποτελέσματα μόνο γυναίκες νοσηλεύτριες. Η ίδια σχολιάζει τον σεξισμό που επικρατεί ακόμη και σήμερα στο επάγγελμα, καθώς φαίνεται, όπως σχολιάζει, ακόμα και σήμερα η φροντίδα εξισώνεται με το γυναικείο φύλο. Ένα ακόμη σημαντικό ζήτημα που θίγει η συμμετέχουσα N8 είναι η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας και διαχείρισης κρίσιμων καταστάσεων. Ακολουθεί η αφήγηση της συμμετέχουσας N8 και στιγμιότυπα της ψηφιακής αφήγησής της.

«Ένα πράγμα που δεν μπορώ ποτέ να ξεχάσω είναι κατά τη διάρκεια των σπουδών μου όπου μας τόνιζαν συχνά το εξής: Δεν επιτρέπεται να συνδεόμαστε με τους ασθενείς μας γιατί αυτό είναι ενάντια στον κώδικα δεοντολογίας. Επιπλέον, το να επιτρέπουμε στον εαυτό μας να θρηνεί για την απώλεια του ασθενούς μας ενώ εργαζόμαστε στη βάρδια μας χαρακτηρίζεται αυστηρά ως αντιεπαγγελματικό.

Είναι κάτι που οι ασθενείς και οι φροντιστές τους νομίζω ότι δεν μπορούν να το κατανοήσουν, ούτε είναι αυτός ο ρόλος τους, αλλά πολλές φορές ειδικά όσοι σχηματίζουν κακή εντύπωση για το νοσηλευτικό προσωπικό ότι είμαστε αδιάφοροι ή δεν ασχολούμαστε δεν ξέρουν ότι δεν μας εκπαίδευσε κανείς στη «σωστή συμπεριφορά». Μας έθεσαν τα μη και τις απαγορεύσεις αλλά δεν αντιπρότειναν λύσεις. Αντιδεοντολογικός ο θρήνος για έναν/μια ασθενή που φρόντιζες και πέθανε. Και αυτόν τον θρήνο εμείς τι τον κάνουμε; Απλώς δεν επιτρέπεται να δείξουμε πόσο τραυματισμένοι είμαστε στην πραγματικότητα, γι' αυτό οι νοσηλεύτες κρύβουμε τα δάκρυά μας όταν συμβεί η απροσδόκητη απώλεια του ασθενούς μας ή τρέχουμε στην αποθήκη τάχα μου να πάρουμε κάτι και πνίγουμε με το χέρι μας το κλάμα, όσο ο πόνος μας τρώει τα σωθικά.

Αφού ο γιατρός λέει σε ένα μέλος της οικογένειας ότι συνέβη το χειρότερο, νιώθουμε το βάρος της πίεσης πάνω μας. Μπορεί να είμαστε έμπειρες και έμπειροι πια και να έχουμε συνηθίσει το συναίσθημα παγώνοντάς το, αλλά το συναίσθημα είναι ακόμα εκεί, αδρανές, περιμένοντας να εκφραστεί όταν πρέπει γιατί πρώτη προτεραιότητά μας είναι να δράσουμε για τους ανθρώπους που μένουν πίσω, γι' αυτό πρέπει να περιμένουμε τη στιγμή της θλίψης μας.

Και μέσα σ' όλα; Ο φόβος του να είσαι αντιεπαγγελματίας

Οι νοσοκόμοι έχουμε δει πάρα πολλούς θανάτους. Μερικοί από τους θανάτους μας έχουν σημαδέψει. Και όμως εμείς πρέπει να πάμε σπίτι, να κρυφτούμε και να αδειάσουμε. Ο πόνος στο επάγγελμά μας δεν έχει μια υγιή διέξοδο τη στιγμή που νιώθουμε την ανάγκη να θρηνήσουμε και να είμαστε απλά ανθρώπινα όντα. Και αυτό είναι αγχωτικό.

Από την άλλη όμως μας κυνηγά μόνιμα ο φόβος του κλάματος. Και αν δεν καταφέρω να κρατηθώ κάποια στιγμή μπροστά στην/στον ασθενή που έμαθε ότι η κατάσταση είναι άσχημη; Που έμαθε ότι πεθαίνει;

Μερικοί από τους ασθενείς θα σοκαρίζονταν αν έβλεπαν ότι οι θεραπευτές τους ή ένα μέλος της ιατρικής ομάδας δεν ελέγχουν τα συναισθήματά τους. Οι συνάδελφοι ίσως έκαναν παρατήρηση και το πιθανότερο είναι ότι θα γινόταν επίπληξη από την προϊσταμένη. Κανονικά θα έπρεπε να υπάρχει επιπλέον προσωπικό και γι' αυτόν τον λόγο. Όταν συμβεί κάτι απροσδόκητο να τρέξουμε σε ένα δωμάτιο σχεδιασμένο γι' αυτόν τον λόγο να θρηνησουμε, να εκφραστούμε ή να μιλήσουμε σε κάποιον ειδικό.»: N8.

Εικόνα 40: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας N8



Στο ίδιο πλαίσιο της αμφίδρομης διάδρασης κινείται και η αφήγηση του συμμετέχοντα νοσηλευτή N10, ο οποίος περιγράφει μια προσωπική ιστορία διαχείρισης της ασθένειας του παππού του με τις δεξιότητες του νοσηλευτή. Ο παππούς του, ο οποίος λειτούργησε για τον συμμετέχοντα ως πατρική φιγούρα, καθώς έχασε τον πατέρα του όταν ήταν 15 ετών, διαγνώσθηκε με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο. Τότε ο συμμετέχοντας ανέλαβε τη φροντίδα του, η οποία περιορίστηκε στο να μην πονά, να μην ταλαιπωρείται και να περάσει άνετα όσο χρόνο του απέμεινε στο σπίτι του. Ο ίδιος παρατηρούσε την πορεία του και δρούσε ανάλογα. Όταν ήξερε ότι έφτασε η στιγμή όπου ο παππούς του θα έφευγε τον μετέφερε στο νοσοκομείο. Ο ίδιος ενημέρωνε τον παππού του για τις εξετάσεις και τις διαδικασίες, όπως ανέφερε στην ερευνήτρια, πληροφόρησε τη γιαγιά του για την κατάσταση χωρίς να ενημερώσει για την έκβαση

και την κατάληξη της νόσου, καθώς όπως αναφέρει, οι παππούδες του είχαν εκφράσει την επιθυμία να μην ενημερωθούν αν κάποια στιγμή υπάρξει το ενδεχόμενο για μια μη αναστρέψιμη κατάσταση υγείας. Με γνώμονα αυτή την επιθυμία ενημέρωνε μόνο για κάποια χαρακτηριστικά που θα έπρεπε να παρατηρεί η γιαγιά του ως προς τη φροντίδα του παππού. Ο συμμετέχοντας δεν αρκέστηκε μόνο στη φροντίδα του ασθενή παππού του αλλά και στην προστασία, τόνωση και φροντίδα της φροντίστριας γιαγιάς του.

Ακολουθεί η αφήγηση του συμμετέχοντα N10 και στιγμιότυπα της ψηφιακής του αφήγησης:

«Πριν από ένα χρόνο, έλαβα ένα τηλεφώνημα που άλλαξε τον κόσμο μου: Ο παππούς μου είχε διαγνωστεί με μεταστατικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης και αυτός και η γιαγιά μου χρειάζονταν τη βοήθειά μου για τις επόμενες κινήσεις τους. Ο παππούς μου μπήκε στη ζωή μου ως πατρική φιγούρα αφού ο πατέρας μου πέθανε όταν ήμουν 15 ετών, και αυτός και η γιαγιά μου έκαναν τόσα πολλά για μένα. Ήταν καταπληκτικά πρότυπα, και όταν αποφάσισα ότι ήθελα να γίνω νοσοκόμος εκείνοι έκαναν ό, τι μπορούσαν για να με βοηθήσουν να σπουδάσω.

Όταν έλαβα αυτό το τηλεφώνημα ένιωσα απελπισμένος. Ο ογκολόγος του παππού μου ήταν γιατρός με τον οποίο δούλευα για 10 χρόνια, οπότε του τηλεφώνησα αμέσως. Όταν μου είπε ότι η χημειοθεραπεία δεν θα ήταν επιλογή -ο καρκίνος είχε προχωρήσει πάρα πολύ και η χημειοθεραπεία θα ήταν ανώφελη- άρχισα να σκέφτομαι ότι πρέπει να εστιάσω στην ανακουφιστική φροντίδα. Στο να είναι άνετα και να μην πονά.

Οι παππούδες μου πάντα μου έλεγαν ότι δεν ήθελαν να μάθουν ότι θα πέθαιναν αν συνέβαινε κάτι με ασθένεια και νοσοκομεία, οπότε φρόντισα να περάσουν μαζί στο σπίτι όσο χρόνο τους είχε απομείνει. Είμαι σίγουρος ότι η γιαγιά μου ήξερε ως ένα σημείο ότι θα έχανε τον επί 60 χρόνια σύντροφό της, αλλά κατάφερα να την προστατεύσω αποφεύγοντας να τις αναφέρω λεπτομέρειες για το πως θα εξελιχθεί η κατάσταση. Ενημερωνόμουν καθημερινά για τον παππού μου και παρατηρούσα τα σημάδια που θα έδειχναν ότι ήρθε η ώρα να πει το τελευταίο αντίο.


Όταν ήρθε εκείνη η ώρα, τον πήγα πίσω στο νοσοκομείο. Ήξερα ότι η γιαγιά μου δεν θα μπορούσε να μείνει στο σπίτι της αν πέθαινε εκεί. Κάναμε ό, τι μπορούσαμε για να μην πονά και στις 9:30 εκείνο το βράδυ, πέθανε.

Ως νοσοκόμος για 19 χρόνια, έχω βοηθήσει αμέτρητους ανθρώπους. Αλλά το να βοηθήσω τους ανθρώπους που με βοήθησαν τόσο πολύ στη ζωή μου και τόσο βαθιά, όπως οι παππούδες μου ήταν πραγματικά ξεχωριστό και κάτι που θα είμαι για πάντα ευγνώμων που κατάφερα να κάνω.» N10.

Εικόνα 41: Στιγμιότυπα από την ΨΑ του συμμετέχοντα N10



Δίπλα στον παππού μου σαν εγγονός και νοσηλευτής


Όταν ήρθε εκείνη η ώρα, τον πήγα πίσω στο νοσοκομείο. Ήξερα ότι η γιαγιά μου δεν θα μπορούσε να μείνει στο σπίτι της αν πέθαινε εκεί. Κάναμε ό,τι μπορούσαμε για να μην πονά και στις 9:30 εκείνο το βράδυ, πέθανε.

Ως νοσοκόμος για 19 χρόνια, έχω βοηθήσει αμέτρητους ανθρώπους. Αλλά το να βοηθήσω τους ανθρώπους που με βοήθησαν τόσο πολύ στη ζωή μου και τόσο βαθιά, όπως οι παππούδες μου ήταν πραγματικά ξεχωριστό και κάτι που θα είμαι για πάντα ευγνώμων που κατάφερα να κάνω.

Ο παππούς μου μίλησε στη ζωή μου ως πατρική φιγούρα αφού ο πατέρας μου πέθανε όταν ήμουν 15 ετών, και αυτός και η γιαγιά μου έκαναν τόσα πολλά για μένα. Ήταν καταπληκτικά πρότυπα, και όταν αποφάσισα ότι ήθελα να γίνω νοσοκόμος εκείνοι έκαναν ό,τι μπορούσαν για να με βοηθήσουν να σπουδάσω.

Όταν έλαβα αυτό το τηλεφώνημα ένιωσα απελπισμένος. Ο ογκολόγος του παππού μου ήταν γιατρός με τον οποίο δούλευα για 10 χρόνια, οπότε του τηλεφώνησα αμέσως. Όταν μου είπε ότι η χημειοθεραπεία δεν θα ήταν επιλογή -ο καρκίνος είχε προχωρήσει πάρα πολύ και η χημειοθεραπεία θα ήταν ανώφελη- άρχισα να σκέφτομαι ότι πρέπει να εστιάσω στην ανακουφιστική φροντίδα. Στο να είναι άνετα και να μην πονά.

Ο συμμετέχοντας ξεκινά την ψηφιακή του αφήγηση με μια προσωπική φωτογραφία όπου κρατιούνται χέρι-χέρι με τον παππού του όταν ο πρώτος είναι έφηβος 15 ετών και συνεχίζει με εισαγωγή καρτών όπου απεικονίζεται γραπτά η ιστορία του. Η έναρξη της ψηφιακής αφήγησης, μουσικά, είναι ένα hip-hop τραγούδι που αναφέρεται στον παππού. Ενώ το υπόλοιπο μουσικό χαλί σε όλη τη διάρκεια της ψηφιακής αφήγησης είναι το “Hallelujah” ένα κομμάτι του Καναδού μουσικού Λέοναρντ Κόεν, το οποίο γράφηκε το 1984. Πρόκειται για ένα μουσικό κομμάτι που ταυτόχρονα μοιάζει με προσευχή και ποίημα. «Ξεπερνά τον χρόνο, τις θρησκείες, τις ηλικίες και ακούγεται σα να έρχεται από τις απαρχές του κόσμου, σαν αρχαίος ύμνος που διασώθηκε στο πέρασμα των αιώνων.» Έχει χριστιανικά στοιχεία παρά το γεγονός ότι ο Κόεν ήταν Εβραίος. Ωστόσο, η λέξη αλληλουία εμφανίζεται σε πολλές θρησκείες. Συνεπώς, ο καθένας που το ακούει το ερμηνεύει συναισθηματικά όπως θέλει και έχει ανάγκη. «Οι άνθρωποι παίρνουν αυτό που χρειάζονται γι’ αυτό και παίζεται παντού από γάμους μέχρι κηδείες και γεννήσεις αναφέρουν ειδικοί» (Light, 2012). Η εκτενής αναφορά στην επιλογή του μουσικού κομματιού του συμμετέχοντα προκύπτει από την

ενδιαφέρουσα ανάλυση του τραγουδιού, η οποία βρίσκει κοινά σημεία και τη χρυσή τομή με την αξία της ψηφιακής αφήγησης και το νόημά της, τα οποία στηρίζονται σε πανανθρώπινες ανάγκες και αξίες.

Έπεται η τελευταία ψηφιακή αφήγηση της νοσηλεύτριας N11 και στιγμιότυπα του έργου της:

«Στην ΜΕΘ κόβιντ καθημερινά ερχόμαστε αντιμέτωποι με το πιο σκληρό πρόσωπο της πανδημίας. Παρά τις ελλείψεις που υπάρχουν, ο κάθε νοσηλευτής κρατάει το δικό του απόθεμα για να βρει την δύναμη να συνεχίσει. Οπλισμένοι με δύναμη και κουράγιο βρισκόμαστε μέσα στην μονάδα ντυμένοι με ολόσωμες στολές, με αποπνικτικές μάσκες και προσωπίδα που σημαδεύουν το πρόσωπο μας, δίνοντας μάχη για το πολυτιμότερο αγαθό όλων. Τη ζωή!

Μέσα στην μονάδα δεν ξεχωρίζεις τους συναδέλφους σου, η επικοινωνία πολλές φορές χάνεται, και μέσα σε όλο αυτό ζεσταίνεσαι, ιδρώνεις, σου κόβεται η ανάσα, πνίγεσαι και διψάς. Τα γυαλιά σου θολώνουν, παρόλα αυτά δεν τα παρατάς! Συνεχίζεις και αγωνίζεσαι για να σώσεις τους ασθενείς σου.

Όταν μετά από πολλές ώρες δουλειάς και προσπάθειας είσαι έτοιμη να καταρρεύσεις, μια ελπίδα έρχεται να σε ανασηκώσει και να σε κάνει να πολεμήσεις και να σώσεις τον ασθενή που έχεις απέναντι σου.

Ήσουν εκεί σε όλη την πορεία του. Εσύ ήσουν η νοσηλεύτρια του, η ψυχολόγος του, η τραυματιοφορέας του και ήσουν εκεί σε όλα τα επεισόδια κρίσης και αποσταθεροποίησης που είχε. Μέσα στην μονάδα όλα είναι απρόβλεπτα, την μία στιγμή με τον ίδιο ασθενή που είναι σταθερός τα επόμενα λεπτά μπορεί να κινδυνεύει η ζωή του.

Όταν όμως έρχεται η στιγμή που ο άνθρωπος που για μήνες πάλευες για την ζωή του, δεν τα καταφέρνει άλλο και καταλήγει τότε καταρρέει και ο δικός σου κόσμος!! Έρχεσαι αντιμέτωπος με την διαχείριση του τραγικού επιλόγου της ζωής! Με τον θάνατο!

Στο τέλος της βάρδια σου, εσύ είσαι αυτός που θα επιλέξει τι θα κρατήσεις από όλα αυτά και τι θα πεις! Είσαι αντιμέτωπος με τον ίδιο σου τον εαυτό για το πως θα το διαχειριστείς. Μέσα στον πόνο και την δυστυχία επέλεξε να μιλήσεις για τον αγώνα και την προσφορά!»: N11.

Εικόνα 42: Στιγμιότυπα από την ΨΑ της συμμετέχουσας N11



Η συμμετέχουσα χρησιμοποιεί υλικό από το αρχείο της για να εκφράσει όσα βίωσε και βιώνει στη ΜΕΘ Covid-19 σε πρακτικό και συναισθηματικό επίπεδο. Εστιάζει στις σχέσεις με τις/τους συναδέλφισσες/συναδέλφους αλλά και τις/τους ασθενείς. Θέτει το ζήτημα της απώλειας σε ασθενείς με κορωνοϊό που πάλευαν για να τον αντιμετωπίσουν, το οποίο οδηγεί σε απελπισία και τάση για παραίτηση και κατάρρευση, ωστόσο, συμπληρώνει η ίδια, η επιθυμία να σωθεί ο επόμενος ασθενής αποτελεί κινητήριο δύναμη για να προσπαθήσει να σηκωθεί (εικόνα 42).

Μονόδρομη διάδραση-αυθεντία προς σύμπτωμα

Στη μονόδρομη διάδραση, η/ο ιατρός παρουσιάζεται διεκπεραιωτικός ή/και ως αυθεντία να έχει τον ενεργό και κύριο λόγο στην επικοινωνία, ενώ η/ο ασθενής έχει δευτερεύοντα ρόλο σε αυτή και συνήθως παθητικό. Πολλές φορές δε δίνεται το περιθώριο για έκφραση αποριών, ανησυχιών και συζήτησης και η επίσκεψη-επικοινωνία ολοκληρώνεται χωρίς οι ασθενείς να αισθάνονται ικανοποιημένοι ή να έχουν αντιληφθεί πλήρως το τι συμβαίνει. Οι αφηγήσεις που εντάσσονται στη συγκεκριμένη κατηγορία είναι του συμμετέχοντα Γ1, όπου ο ιατρός τον έδιωξε από τα επείγοντα καλώντας τον να τα επισκεφθεί την επόμενη ημέρα γιατί δεν ήταν σίγουρος αν έσπασε το πόδι του. Μάλιστα τον παρότρυνε να πάρει ντεπόν αν πονέσει το βράδυ ενώ ο συμμετέχοντας πονούσε αφόρητα και εκείνη τη στιγμή. Επίσης, η αφήγηση της Γ4, σύμφωνα με την οποία η επί χρόνια γυναικολόγος της όταν την επισκέφθηκε για την εγκυμοσύνη της ανακοίνωσε ότι θα μπορεί να την εξυπηρετήσει μόνο τις ώρες λειτουργίας του ιατρού και δεν θα είναι διαθέσιμη εκτός αυτού του ωραρίου (ακόμη και τηλεφωνικά) και αν συμβεί κάτι να απευθυνθεί στα επείγοντα του νοσοκομείου. Στην ΨΑ του Σ1, η διάδραση του συμμετέχοντα με τις/τους στρατιωτικούς ιατρούς είναι μονόπλευρη καθώς ακολουθούνται οι διαδικασίες που ήταν καθορισμένες χωρίς περεταίρω εξηγήσεις και συζήτηση. Μονόπλευρη και η αφήγηση της Π3, η οποία ανέφερε ότι η οδοντίατρος της δεν ήταν ειλικρινής και δεν της εξήγησε στην πραγματικότητα τη διάρκεια και τον σκοπό της εξέτασης. Στο ίδιο πλαίσιο η διεκπεραιωτική στάση των ιατρών στις ιστορίες της Α1, Α2 και Α4 είχαν χαρακτηριστικά μονόπλευρης διάδρασης όπου υπερίσχυε η άποψή τους και δεν δόθηκε χρόνος για συζήτηση, έκφραση αποριών και κατανόηση. Στην πρώτη περίπτωση η εναλλαγή από την μία ειδικότητα στην άλλη και η απουσία συντονισμένης δράσης μεταξύ των ειδικοτήτων, όπου έπρεπε να περιγράφει από την αρχή γιατί τους επισκέπτεται και εκείνοι να εκφράζουν απορία ή και ειρωνεία, ανεξάρτητα από το αν ακολουθούσε τις προτροπές των ιατρών. Στη δεύτερη περίπτωση η λανθασμένη διάγνωση κατάθλιψης από τον πρώτο ιατρό, ο οποίος διεκπεραιωτικά σχεδόν προχώρησε σε μια διάγνωση λανθασμένη χωρίς να αφιερώσει περεταίρω χρόνο και διερεύνηση. Ενώ στην τρίτη περίπτωση ο ιατρός αμέλησε να ενημερώσει τη συμμετέχουσα για τις επιπτώσεις του φαρμάκου όταν επέστρεψε στην κανονική δόση και εκείνη βίωσε έντονες παρενέργειες μετά την εγκυμοσύνη της με έντονες συναισθηματικές διακυμάνσεις. Στο ίδιο πλαίσιο και οι αφηγήσεις των ατόμων που

συμμετείχαν Γ2, Γ3, Σ2, Π2, Π4, Α5, Α6, Α7, κατά τις οποίες υπερίσχυε η «αυθεντία» και η σχέση δεν βρισκόταν σε ισότιμα επίπεδα ούτε διακρίνονταν από ενσυναίσθηση, κατανόηση και «ακρόαση» των ζητημάτων των ασθενών από την πλευρά των ιατρών.

Όσον αφορά τις/τους υγειονομικούς της ποιοτικής έρευνας, τρεις από τις δώδεκα αφηγήσεις (I3, I4 και I6) έχουν χαρακτηριστικά μονόδρομης διάδρασης, καθώς εμφανίζονται περισσότερο με τον ρόλο της αυθεντίας που καθοδηγεί τις/τους ασθενείς, όπως αναλύθηκαν στα είδη επικοινωνίας. Οι ιατροί σύμφωνα με τις αφηγήσεις τους, επιθυμούν οι ασθενείς τους να «συμμορφωθούν» με τις οδηγίες τους. Δεν παρατηρείται ιδιαίτερη ευελιξία ή προσαρμογή στην επικοινωνία και τη διάδραση με τις/τους ασθενείς. Αντίθετα οι τελευταίες/-οι καλούνται να προσαρμοστούν στο μοντέλο του ιατρού που είναι ήδη διαμορφωμένο από την πλευρά του χωρίς «διάθεση» συνδιαμόρφωσης και συμμετοχής και των δύο πλευρών στην υλοποίησή του.

Οι λόγοι που δίνεται έμφαση στις επικοινωνιακές πτυχές της σχέσης ασθενή-υγειονομικού είτε πρόκειται για ιατρό είτε για νοσηλεύτρια/νοσηλευτή είναι διότι η επικοινωνία βρίσκεται στο επίκεντρο της αμφίδρομης σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή και πραγματεύεται και ψυχολογικές διαστάσεις. Η αφήγηση και στην προκειμένη περίπτωση η ψηφιακή αφήγηση είτε μακροσκελής είτε σύντομη είναι το μέσο όπου η εμπειρία μετασχηματίζεται και εσωτερικεύεται (Meimaris, 2010).

V. Συζήτηση Ευρημάτων

Στην παρούσα μελέτη αξιοποιήθηκαν τρεις διαφορετικοί πληθυσμοί κάτω από την ομπρέλα των οποίων υπήρχαν υπο-πληθυσμοί. Πιο συγκεκριμένα οι τρεις κατηγορίες απαριθμούνται ως εξής:

Πληθυσμός 1ος: Υγειονομικοί από το ΠΓΝ «Αττικών»

Υπο-πληθυσμοί:

- α) ιατροί,
- β) νοσηλεύτριες-νοσηλευτές,
- γ) άλλες ειδικότητες υγειονομικών και,
- δ) άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου

Πληθυσμός 2ος: Υγειονομικοί συνολικά

Υπο-πληθυσμοί:

- α) ιατροί σε δημόσια νοσοκομεία, Π.Ι. κ.λπ.,
- β) νοσηλεύτριες-νοσηλευτές,
- γ) άλλες ειδικότητες υγειονομικών και,
- δ) Ιδιώτες ιατροί

Πληθυσμός 3ος: Λήπτριες και Λήπτες Υπηρεσιών Υγείας

Υπο-πληθυσμοί:

- α) ασθενείς με χρόνια (απειλητική ή μη) ασθένεια
- β) φροντίστριες-φροντιστές/συγγενείς ασθενών
- γ) Χρήστριες/χρήστες υπηρεσιών υγείας χωρίς κάποια χρόνια ασθένεια

Ως εκ τούτου, προκειμένου να είναι αποδοτικότερη η συζήτηση των αποτελεσμάτων, κρίνεται σκόπιμο από την ερευνήτρια, να πραγματοποιηθεί ανά κατηγορία πληθυσμού. Ταυτόχρονα, όπου θεωρείται αναγκαίο, θα γίνεται προσπάθεια συγκριτικής αποτίμησης των ευρημάτων. Στην πρώτη ενότητα θα σχολιασθούν τα ευρήματα που αφορούν την οργανωσιακή κουλτούρα και την οργανωσιακή δέσμευση που επικρατεί στο Αττικό νοσοκομείο. Στη δεύτερη ενότητα θα συζητηθεί η επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών, όπως επίσης και οι στάσεις και αντιλήψεις τους για τη σχέση με τις/τους ασθενείς τους και θα γίνει συγκριτική αποτίμηση. Τέλος, στην τρίτη ενότητα θα σχολιασθούν οι προσδοκίες των ληπτριών-ληπτών υπηρεσιών υγείας για τη σχέση τους με τις/τους ιατρούς τους.

Υγειονομικοί Αττικό νοσοκομείο

Οργανωσιακή Κουλτούρα

Σύμφωνα με την προηγηθείσα παρουσίαση των ευρημάτων, η κυρίαρχη κουλτούρα στο Αττικό νοσοκομείο ήταν η κουλτούρα της ιεραρχίας, ενώ ως επιθυμητή κουλτούρα επιλέχθηκε η κουλτούρα της καινοτομίας. Για την υφιστάμενη κουλτούρα, ακολουθήσασα της ιεραρχικής έρχεται η κουλτούρα της οικειότητας-Α, η οποία στηρίζεται στη συνεργασία. Αυτός ο τύπος κουλτούρας, αναφέρει η Γούλα (2013), είναι εστιασμένος στο εσωτερικό του οργανισμού δίνοντας έμφαση στην εμπιστοσύνη, την αυτοδέσμευση, την ομαδικότητα και τη συναίνεση. Αμέσως μετά η κουλτούρα της αγοράς-Γ, η οποία στηρίζεται στον ανταγωνισμό. Γίνεται κατανοητό ότι ο συγκεκριμένος τύπος κουλτούρας είναι εστιασμένος στο εξωτερικό περιβάλλον και στη διαφοροποίηση. Ο οργανισμός λειτουργεί «αυτόνομα» ως αγορά, ενώ το στυλ της διοίκησης που εφαρμόζεται είναι της εξυπηρέτησης πελατών, της ανταγωνιστικότητας και της «ενεργοποίησης» των εργαζόμενων καθώς στοχεύει στην παραγωγικότητα, την αποδοτικότητα την υλοποίηση των στόχων και των προγραμματισμό (Γούλα, 2013). Τέλος, ακολουθεί η κουλτούρα της καινοτομίας, η οποία στηρίζεται στη δημιουργία. Και σε αυτόν τον τύπο, αναφέρει η Γούλα (2013), η εστίαση είναι στο εξωτερικό περιβάλλον, δίνεται έμφαση στην πρωτοβουλία, την ευελιξία, την καινοτομία και τον δυναμισμό. Κυρίαρχο στοιχείο της είναι η επένδυση σε έρευνες, η ανάπτυξη σύγχρονου εξοπλισμού και νέων προϊόντων. Στόχος είναι η δημιουργικότητα και η καινοτομία. Για την επιθυμητή κουλτούρα μετά την κουλτούρα της καινοτομίας-Β ακολουθεί η κουλτούρα της οικειότητας-Α, έπεται η κουλτούρα της ιεραρχίας-Δ και τελευταία επιλέγεται η κουλτούρα της αγοράς-Γ.

Οι επιμέρους μεταβλητές του ερωτηματολογίου, όπως παρουσιάζονται αναλυτικά ανά κατηγορία επαγγελματία υγείας στο παράρτημα 4,1. Κυρίαρχα χαρακτηριστικά, 2. Οργανωτική διοίκηση, 3. Διαχείριση εργαζομένων, 4. Συνδεδειγμένος ιστός, 5. Στρατηγικές επισημάνσεις και 6. Κριτήρια επιτυχίας, οι οποίες συνθέτουν τους 4 τύπους οργανωσιακής κουλτούρας άρα και την συνολική οργανωσιακή κουλτούρα, όπως παρουσιάστηκαν στην προηγηθείσα ανάλυση, συγκέντρωσαν την υψηλότερη βαθμολογία για την υφιστάμενη κατάσταση στην Κουλτούρα της Ιεραρχίας (βλ. αναλυτικά παράρτημα 4 πίνακες 69 και 70) και αντίστοιχα για την επιθυμητή κατάσταση στην Κουλτούρα της Καινοτομίας, ερχόμενες σε συμφωνία με τις

συνολικές κουλτούρες (υφιστάμενη και επιθυμητή). Αναλυτικότερα, όσον αφορά **τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά** του νοσοκομείου, το νοσοκομείο δίνει προτεραιότητα στη τήρηση των διαδικασιών και των κανόνων από τις εργαζόμενες και τους εργαζόμενους. Ενδιαφέρον εμφανίζει η δεύτερη επιλογή στις απαντήσεις με μέσο όρο 29,7 (βλ. παράρτημα 4 πίνακες 69 και 70), κατά την οποία οι εργαζόμενοι παρότι αισθάνονται ότι προτεραιότητα δίνεται στην αυστηρή τήρηση των κανόνων αισθάνονται αρκετά έντονα ότι το νοσοκομείο είναι ένα προσωπικό μέρος που μοιάζει με οικογένεια και οι ίδιες-ίδιοι μοιράζονται πολλά μεταξύ τους. Ουσιαστικά η επιλογή αυτή έρχεται σε αντίθεση με τη συνολική τρέχουσα κουλτούρα, ωστόσο εκφράζει την αντίληψη των εργαζόμενων για το γενικό κλίμα του νοσοκομείου το οποίο είναι οικείο και φιλικό. Ειδικότερα, οι ιατροί (βλ. παράρτημα 4 πίνακες 69 και 70) εμφανίζουν τον υψηλότερο μέσο όρο, 33,12 στη συγκεκριμένη απάντηση. Δεν μπορεί να παραλειφθεί και το γεγονός της πανδημίας, η οποία οδήγησε σε ιδιαίτερα ακραίες συνθήκες τις/τους υγειονομικούς, καθώς περνούσαν πολλές ώρες στο νοσοκομείο και σε ορισμένες περιπτώσεις διέμεναν σε αυτό ή είχαν απομονωθεί από τις οικογένειές τους για την αποφυγή του κινδύνου της διασποράς του ιού. Επομένως, ενδεχομένως δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στο μοίρασμα και στην τόνωση ή και ανάπτυξη των σχέσεων μεταξύ τους.

Όσον αφορά την **οργανωτική διοίκηση**, το μεγαλύτερο ποσοστό, όπως ειπώθηκε, συγκεντρώθηκε στην επιλογή της Ιεραρχικής Κουλτούρας καθώς οι εργαζόμενες/εργαζόμενοι απάντησαν ότι η ηγεσία δίνει έμφαση στην ομαλή διαχείριση και οργάνωση του νοσοκομείου. Και εδώ παρουσιάζει ενδιαφέρον η δεύτερη υψηλότερη βαθμολογία κατά την οποία οι εργαζόμενες/-οι θεωρούν ότι η διοίκηση καθοδηγεί και διευκολύνει οργανωτικά (Κουλτούρα της Οικειότητας). Σχετικά με τη **διαχείριση των εργαζόμενων** και εδώ ακολουθείται το ιεραρχικό μοντέλο καθώς η ηγεσία έχει ως προτεραιότητα την σταθερότητα και τους συμβιβασμούς. Στη συγκεκριμένη ερώτηση δεύτερη υψηλότερη βαθμολογία συγκέντρωσε η Κουλτούρα της Αγοράς, καθώς φαίνεται ότι οι εργαζόμενες/εργαζόμενοι αισθάνονται ότι οι ηγέτες είναι απαιτητικοί και σκληροί μεν αλλά ταυτόχρονα διέπονται και από έντονο ανταγωνισμό και εστιάζουν στις στρατηγικές αγορές έναντι των ανταγωνιστών του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Αναφορικά με τον **συνδεδετικό ιστό**, το μέσο δηλαδή που κρατάει ενωμένο το νοσοκομείο και εδώ μια ιδιαίτερα υψηλή βαθμολογία συγκεντρώνεται στην

Κουλτούρα της Ιεραρχίας. Ουσιαστικά δίνεται έμφαση στην εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του νοσοκομείου χωρίς απρόοπτα και όχι για παράδειγμα στην ομαδικότητα και την παράθεση νέων ιδεών για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών που αντιπροσωπεύει η Κουλτούρα της Καινοτομίας. Και σε αυτή την περίπτωση, οι εργαζόμενες/εργαζόμενοι παρά την αντίληψη για την συνολική κυρίαρχη κουλτούρα αισθάνονται πίστη και αμοιβαία εμπιστοσύνη. Είναι ένα στοιχείο, το οποίο δεν θα πρέπει να παραπλανήσει καθώς όπως και προηγούμενα οι εργαζόμενες/εργαζόμενοι δήλωσαν ότι αισθάνονται το νοσοκομείο οικείο και φιλικό έτσι και σε αυτή την περίπτωση συσπειρώνονται και καλλιεργούν την αμοιβαία εμπιστοσύνη και την πίστη, δημιουργώντας το μέσο της αφοσίωσης για να κρατηθεί το νοσοκομείο ενωμένο.

Όσον αφορά τις **στρατηγικές επισήμανσης**, σαφώς και το νοσοκομείο για τον στρατηγικό προσανατολισμό είναι προσανατολισμένο προς τη διαμόρφωση, οργάνωση και τήρηση των διαδικασιών με κεντρικό στόχο τον έλεγχο την αποτελεσματικότητα και τη συνέπεια. Αξιοσημείωτο είναι ότι και σε αυτή την απάντηση οι εργαζόμενες/εργαζόμενοι συγκέντρωσαν τη δεύτερη υψηλότερη βαθμολογία στην Κουλτούρα της Αγοράς γεγονός που συνεπάγεται από την ηγεσία σκληρό ανταγωνισμό για την επικράτηση του νοσοκομείου ως ανταγωνιστικό και κυρίαρχο στο εξωτερικό περιβάλλον και στην αγορά.

Τέλος, όσον αφορά **τα κριτήρια της επιτυχίας**, φαίνεται πως δίνεται έμφαση στην αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου βάσει της τήρησης όλων των διαδικασιών και κανόνων αλλά και τη διατήρηση χαμηλού κόστους λειτουργίας που έχει ορίσει η ιεραρχία, και εδώ δεύτερη υψηλότερη βαθμολογία συγκεντρώνει η Κουλτούρα της Αγοράς μετά την Κουλτούρα της Ιεραρχίας κατά την οποία το νοσοκομείο θεωρεί επιτυχία το νοσοκομείο να είναι καλύτερο από τα υπόλοιπα. Δίνει έμφαση στην εξασφάλιση της λειτουργίας βάσει των κανόνων ιεραρχίας με παντελή έλλειψη συμμετοχής, ανάληψης πρωτοβουλιών από τις εργαζόμενες και τους εργαζόμενους ή οποιαδήποτε ανθρωποκεντρική προσέγγιση με έμφαση στην ομαδικότητα, στον βαθμό ανάπτυξης των εργαζόμενων, στο ενδιαφέρον στον άνθρωπο ή στον καινοτόμο εξοπλισμό.

Όλα τα παραπάνω στην επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα μεταβάλλονται καθώς, οι εργαζόμενες/εργαζόμενοι υιοθετούν την Κουλτούρα της Καινοτομίας ως επιθυμητή (τι θα ήθελα να ισχύει σε 5 χρόνια). Εστιάζουν τόσο στη διαχείριση των

εργαζόμενων, όσο και στα κυρίαρχα χαρακτηριστικά, στην επιτυχία, στον συνδετικό ιστό, στον στρατηγικό προσανατολισμό και στη διοίκηση σε περισσότερο ανθρωποκεντρικά μοντέλα τα οποία υιοθετούν οι Κουλτούρες της Καινοτομίας και της Οικειότητας και όχι οι Κουλτούρες της Ιεραρχίας και της Αγοράς. Η αφοσίωση και η δέσμευση θα είναι ο συνδετικός ιστός του προσωπικού και ο προσανατολισμός θα είναι η παρακίνηση του προσωπικού.

Εν κατακλείδι, η κυρίαρχη οργανωσιακή κουλτούρα όπως εμφανίζεται και στις επιμέρους μεταβλητές είναι της **Ιεραρχίας** κατά την οποία προτεραιότητα είναι η εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του νοσοκομείου, η τήρηση των κανόνων, η επίτευξη των στόχων που έχει ορίσει η ιεραρχία χωρίς την ανάληψη ρίσκων, πρωτοβουλιών και συμμετοχής που θα έθεταν σε κίνδυνο τη σταθερότητα.

Αντίθετα, η επιθυμητή Κουλτούρα είναι αυτή της **Καινοτομίας**, όπου θα δίνεται η δυνατότητα στα μέλη του νοσοκομείου για λήψη πρωτοβουλιών (στο πλαίσιο του συμφέροντος των ασθενών) και ιδεών οι οποίες ταυτόχρονα θα βελτιώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τη φροντίδα για τις/τους ασθενείς αλλά θα βελτιώνουν και τα ίδια τα μέλη της ομάδας του νοσοκομείου. Πρόκειται για μια φιλοσοφία με περισσότερα στοιχεία ευελιξίας.

Συγκρίνοντας την υφιστάμενη και επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα στο Αττικό Νοσοκομείο είναι ξεκάθαρη η παραπάνω τοποθέτηση βάσει των μέσων όρων που προκύπτουν από αυτή τη σύγκριση (υφιστάμενης και επιθυμητής κουλτούρας). Φαίνεται πως οι εργαζόμενες/εργαζόμενοι θα επιθυμούσαν σε πέντε χρόνια να δοθεί έμφαση στην ανάπτυξη των μελών, στις διαπροσωπικές σχέσεις για την καλλιέργεια της συνεργασίας και της ομαδικότητας, αλλά παράλληλα να υπάρχει και ο έλεγχος και η σταθερότητα. Ουσιαστικά αυτό που εκφράζεται από τις/τους υγειονομικούς μέσα από την επιθυμητή Κουλτούρα της Οικειότητας είναι η ισορροπία. Επιθυμούν ένα πλαίσιο με υποστηρικτικά στοιχεία από τη διοίκηση, «καθοδηγητικό» ρόλο και ουσιαστική επικοινωνία, όπως ορίζει ένα σταθερό και ασφαλές πλαίσιο, το οποίο στοχεύει στην ευημερία των εργαζομένων, τη συνεργασία και την ομαδικότητα.

Αναφορικά με την ερευνητική υπόθεση Υ¹: «*Η κυρίαρχη Οργανωσιακή Κουλτούρα στο Αττικό νοσοκομείο, όπως εκφράζεται ποσοτικά μέσω της κλίμακας OCAI, σχετίζεται με την Επαγγελματική Ικανοποίηση των υγειονομικών, όπως ποσοτικοποιείται μέσω των κλιμάκων JSQ και GNJSS*», από τα ευρήματα που παρουσιάστηκαν διαφαίνεται ότι η κυρίαρχη οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να

προβλέπει μερικώς την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζόμενων. Πιο συγκεκριμένα, η κυρίαρχη κουλτούρα της ιεραρχίας-Δ, δημιουργεί δυσαρέσκεια στις/στους υγειονομικούς, καθώς σχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική ικανοποίηση. Αντίθετα οι υγειονομικοί που αισθάνονται ότι επιθυμούν να επικρατήσει η κουλτούρα της καινοτομίας-Β αισθάνονται μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση.. Το ίδιο παρατηρείται και στο ερωτηματολόγιο επαγγελματικής ικανοποίησης νοσηλευτριών/νοσηλευτών Ελλάδας GNJSS, καθώς η μεταβλητή της τρέχουσας οργανωσιακής κουλτούρας της ιεραρχίας-Δ επιδρά αρνητικά στην επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζόμενων σε έναν οργανισμό μειώνεται όσο αυξάνεται η κουλτούρα της αγοράς και της ιεραρχίας. Τα παραπάνω πορίσματα επιβεβαιώνονται και από διεθνείς έρευνες (Belias & Koustelios, 2014· Burns, Pattani, Lorens, Straus, & Hawker, 2021· Habib, Aslam, Hussain, Yasmeen, & Ibrahim, 2014· Körner, Wirtz, Bengel, & Göritz, 2015· Lund, 2003· Mesfin, Woldie, Adamu, & Bekele, 2020· Παπαδιονυσίου, 2020· Tsai, 2011· Scammon, et al., χ.χ· Smith M., 2016· Zazzali, Alexander, & Shortell, 2006). Αυτό που παρατηρείται και στις προαναφερθείσες έρευνες είναι ότι όπου οι οργανισμοί εφαρμόζουν στρατηγικές μείωσης κόστους στο πλαίσιο της αγοράς και του ανταγωνισμού αυτές επιδρούν αρνητικά στις πρακτικές που εφαρμόζονται για το ανθρώπινο δυναμικό. Οι εργαζόμενες/εργαζόμενοι αισθάνονται δυσαρέσκεια και η αποδοτικότητά τους μειώνεται. Ενώ για παράδειγμα η κουλτούρα της καινοτομίας-Β, δημιουργεί πρότυπα προς μίμηση, όταν μια κουλτούρα ενθαρρύνει τη δημιουργικότητα, τη θεωρεί επιθυμητή ή και αυτονόητη, καθώς οι επιτυχημένοι οργανισμοί έχουν την ικανότητα να απορροφούν την καινοτομία στις οργανωτικές διαδικασίες κουλτούρας και διαχείρισης (Martins & Terblanche, 2003).

Η κουλτούρα ενός οργανισμού προσδίδει στους εργαζόμενους του χαρακτηριστικά, τα οποία τους καθιστούν μέλη της ίδιας ομάδας και προσθέτει μερικά κρίσιμα στοιχεία στην έννοια κοινών βασικών παραδοχών, όπως επισημαίνει ο (Schein, 2004). Στα πλεονεκτήματα της οργανωσιακής κουλτούρας σε έναν οργανισμό υγείας είναι η σταθερότητα που μπορεί να επέλθει (Kilmann, 2011), η αίσθηση ταυτότητας που οικοδομείται εντάσσοντας τους εργαζόμενους σε ένα ευρύτερο συλλογικό πλαίσιο, μειώνει την αβεβαιότητα, προσφέρει ένα πλαίσιο αναφοράς για τις/τους εργαζόμενες/εργαζόμενους (Κουλούρη, 2019), εξασφαλίζει την ατομική

πρωτοβουλία και τη δράση χωρίς εξωτερικούς ελέγχους, δίνοντας την ελευθερία στα άτομα να χρησιμοποιήσουν την κρίση και τη δημιουργικότητά τους, ενισχύει τη δέσμευση, την παρακίνηση και την ενεργοποίηση του δυναμικού του οργανισμού αποτελώντας ένα από τα πιο θεμελιώδη στοιχεία της ταυτότητάς του (Kilmann, 2011). Τα παραπάνω, γίνονται περισσότερο κατανοητά αν αναλογιστεί κανείς τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στη χώρα με τις συνεχείς μειώσεις σε υγειονομικό προσωπικό και μισθούς. Ταυτόχρονα, η νέα -υγειονομική- κρίση που επήλθε με την πανδημία COVID-19 αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν όλες τις πτυχές της καθημερινότητας των εργαζόμενων υγειονομικών. Ως εκ τούτου, μια κουλτούρα προσανατολισμένη στην ανάπτυξη δεσμών, την ομαδικότητα, τη συνεργασία και την αφοσίωση, όπως η κουλτούρα της οικειότητας-A, είναι πιθανό να προσφέρει στις/στους επαγγελματίες την αίσθηση ότι οι κόποι τους αναγνωρίζονται και έτσι να αισθάνονται περισσότερο αποτελεσματικές/-οί στην εργασιακή καθημερινότητα.

Η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει τη λειτουργία των μονάδων παροχής υγείας σε 4 διαστάσεις του οργανισμού, αναφέρουν οι Mannion, Davies και Marshall (2005), στην **οικονομική αποδοτικότητα** μέσω των αξιών και συμπεριφορών των μελών σχετικά με τον τρόπο και τη διαδικασία παραγωγής και κοστολόγησης, στην **ισότητα** μέσω των ηθικών κανόνων συμπεριφοράς προς τους ασθενείς, στους **οικονομικούς και κοινωνικούς στόχους** που πρεσβεύει ο οργανισμός, καθώς και στη **συνεργασία και τις σχέσεις** μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών του οργανισμού καθώς και τη φήμη του νοσοκομείου. Τέλος, είναι δυνατό να εμφανιστούν δυσλειτουργίες και προβλήματα εσωτερικής συνοχής, όταν η οργανωσιακή κουλτούρα δεν αντικατοπτρίζει τη φύση της παρούσας κουλτούρας που αναπτύσσεται στον οργανισμό. Ωστόσο, παρά τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα η οργανωσιακή κουλτούρα είναι σίγουρο πως επιδρά καταλυτικά στη λειτουργία και ευημερία ενός οργανισμού (Kotter & Heskett, 1992).

Μαζί με την κυρίαρχη οργανωσιακή κουλτούρα η επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών προβλέπεται και από ορισμένα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά. Περαιτέρω και βάσει όσων προαναφέρθηκαν, οι άνδρες, οι υγειονομικοί που προέρχονταν από την εργατική κοινωνική τάξη, οι επιμελήτριες/-ές ιατροί στο ΕΣΥ, η απουσία εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας, η προϋπηρεσία πάνω από 11 έτη στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και ο υψηλότερος μισθός ήταν παράγοντες που προέβλεπαν υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση. Στο ίδιο πλαίσιο

και η επαγγελματική ικανοποίηση νοσηλευτριών/νοσηλευτών η οποία σχετίζονταν τρις μεγαλύτερες έναντι των μικρότερων ηλικιών, τον υψηλό μισθό και την εργασία στη ΜΕΘ έναντι του παθολογικού τμήματος.

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout). Επιβαρυντικές συνθήκες για την εμφάνιση του συνδρόμου είναι η εργασία υπό πίεση, οι υπερβολικές απαιτήσεις που απαιτούν πολλή ενέργεια, όπως είναι ο αριθμός εξέτασης ασθενών που προαναφέρθηκε, τα εξαντλητικά ωράρια και οι δύσκολοι τομείς εργασίας. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει ποικίλες προεκτάσεις καθώς οδηγεί σε χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση αλλά και σε ψυχοσωματικά προβλήματα, κατάθλιψη, συμπεριφορές κοινωνικής απομόνωσης και απώλεια ενδιαφέροντος για την εργασία (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Κατά συνέπεια δεν είναι τυχαίο ότι το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών δίνουν έμφαση στον ρόλο που διαδραματίζει ο οργανισμός στον οποίο εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας ως καταλυτικό παράγοντα ανάπτυξης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα παραπάνω συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, όπως η προσωπικότητα των υγειονομικών, η βαρύτητα της κατάστασης των νοσηλευόμενων, η οργάνωση της Διοίκησης και οι σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Στο ίδιο πλαίσιο και οι Brezniak και Ben Ya'ir (1989), οι οποίοι πιστεύουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται στην ανισορροπία μεταξύ των δυνατοτήτων, των αξιών, των προσδοκιών και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος.

Όσον αφορά την ηλικία πολλές έρευνες τη συσχετίζουν με την επαγγελματική ικανοποίηση με τις μεγαλύτερες ηλικίες να έχουν υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση, το οποίο μπορεί να εξηγηθεί λογικά καθώς μεταβάλλεται η αντίληψη για εργασία βάσει διαφορετικών στόχων, αξιών, προσδοκιών και προτεραιοτήτων. Ταυτόχρονα, η εμπειρία συμβάλλει με τη σειρά της στην επαγγελματική ικανοποίηση μιας και μέσω αυτής τροποποιούνται οι αντιλήψεις και η στάση των εργαζόμενων, ενώ οι επαγγελματίες άνω των 40 ετών εμφανίζουν υψηλότερη ικανοποίηση καθώς έχουν ενισχυμένες φιλοδοξίες για επαγγελματική ανέλιξη και άνω των 50 ετών επειδή ο φόρτος μεταφέρεται σε νεότερες/-ους συναδέλφους, χαρακτηριστικά τα οποία οδηγούν στην αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης (Leary & Oliver, 2010· Tourangeau &

Cranley, 2006· Wang, Ni, & Xie, 2006· Duchscher & Cowin, 2004· Hu, Herrick, & Hodgins, 2004· Ganzach, 2003· Shields & Ward, 2001). Αναφορικά με την επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης στην επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών το τοπίο είναι ομιχλώδες καθώς η συσχέτιση δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρη. Παρότι οι έρευνες συγκλίνουν στο γεγονός ότι τα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης μειώνονται όσο αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης η ερμηνεία των αποτελεσμάτων είναι μια σύνθετη διαδικασία. Διότι, αναφέρουν οι Ingersoll, Olsan, Drew-Cates, DeVinney, & Davies (2002), τα επίπεδα εκπαίδευσης και επιμορφώσεων των υγειονομικών ποικίλουν. Η επιρροή του φύλου στην επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί έναν παράγοντα που εντοπίζεται επίσης ερευνητικά, καθώς οι άνδρες τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση από εξωτερικά χαρακτηριστικά όπως είναι η αμοιβή ενώ οι γυναίκες σε εσωτερικά χαρακτηριστικά όπως είναι η ασφάλεια (Wang, Ni, & Xie, 2006). Ως προς τη διαφοροποίηση της επαγγελματικής ικανοποίησης με βάση το φύλο η επίδραση δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρη καθώς τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αντικρουόμενα, το οποίο εξηγείται πιθανά από τη φύση του επαγγέλματος.

Ταυτόχρονα εντοπίζονται ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι δεν είναι πάντοτε συγκρίσιμοι ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα ή «γενικεύσεις» για μια ομάδα ατόμων. Για παράδειγμα ο παράγοντας των ωρών εργασίας, του φόρτου εργασίας, του τομέα εργασίας, του συγκεκριμένου επαγγέλματος των υγειονομικών, όπως η νοσηλευτική στην οποία επικρατεί το γυναικείο φύλο κ.λπ. Η μελέτη των Miao, Linguri, & Bian (2017), η οποία πραγματοποιήθηκε στην αγροτική, δυτική, Κίνα για την επίδραση του φύλου των ιατρών στην επαγγελματική τους ικανοποίηση κατέληξε στο ότι οι γυναίκες υγειονομικοί είχαν καλύτερη ποιότητα εργασίας και συνολικό βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης.

Στον αντίποδα αυτής της έρευνας, το 2018, η έρευνα των Marasinghe & Wijayarathne σε εργαζόμενες/-ους σε Πανεπιστημιακές βιβλιοθήκες στη Σρι Λάνκα κατέληξε στο γεγονός ότι δεν παρατηρείται διαφορά στον τελικό βαθμό ικανοποίησης ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες υγειονομικούς. Κοινά ευρήματα παρουσίασε μια ακόμη έρευνα από την Κίνα μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε τριτοβάθμια νοσοκομεία των Liu, et al., (2021). Από τα ευρήματα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς την επαγγελματική τους ικανοποίηση. Αντίθετα, σημαντική συσχέτιση παρουσίασαν οι παράγοντες της ηλικίας,

το επίπεδο εκπαίδευσης, το μηνιαίο εισόδημα, οι ώρες εργασίας, η ειδικότητα και η θέση στην ιεραρχία. Τέλος, η έρευνα της Μπιμπάκη (2021) επιβεβαίωσε την περιρρέουσα, όπως αναφέρει, αίσθηση για την επιβάρυνση που προσθέτουν εργασιακές και ψυχολογικές συνιστώσες στην επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Συνιστώσες, οι οποίες στην περίοδο της πανδημίας COVID-19 επέδρασαν δραματικά στις/στους υγειονομικούς, καθώς μεταβλήθηκαν οι εργασιακές συνθήκες με εξοντωτικά ωράρια, έλλειψη πόρων και προσωπικού. Στα παραπάνω προστίθεται και ο φόβος της ασθένειας και η απειλή του θανάτου, τα οποία μειώνουν την ευημερία και την ικανοποίηση ευρύτερα.

Οργανωσιακή Δέσμευση

Τα επίπεδα της οργανωσιακής δέσμευσης στο Αττικό νοσοκομείο βρέθηκαν μέτρια. Η μέτρια δέσμευση είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, όπως είναι το στυλ της διοίκησης, ο τύπος της οργανωσιακής κουλτούρας, ο μισθός, οι εργασιακές συνθήκες, η εξουθένωση, οι εγκαταστάσεις, οι υποδομές και οι νομοθετικές παρεμβάσεις στην υγεία, τα οποία αποτελούν χαρακτηριστικά που εντάθηκαν την περίοδο της πανδημίας και ανέδειξαν τα «κενά» που δημιουργούν οι ελλείψεις στο ΕΣΥ. Αποδεικνύεται ότι οργανωτικές πολιτικές, τα συστήματα υγείας και οι νομοθετικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στον θετικό αντίκτυπο της οργανωσιακής δέσμευσης ενισχύοντας τα παραπάνω, δημιουργούν αφοσιωμένες/-ους εργαζόμενες/-ους, καθώς διευκολύνουν την εργασία τους αυξάνοντας τη δέσμευσή τους. Ταυτόχρονα, η βελτίωση της προσβασιμότητας και η τόνωση των διαδικασιών αλληλεπίδρασης ασθενούς-ιατρού ευνοούν τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και οι ασθενείς αισθάνονται μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Όσον αφορά την οργανωσιακή δέσμευση και την ερευνητική υπόθεση Y^2 : «*Η Οργανωσιακή Δέσμευση των υγειονομικών στο Αττικό νοσοκομείο, η οποία εκφράζεται ποσοτικά μέσω της κλίμακας OCQ, σχετίζεται με την Επαγγελματική Ικανοποίηση (Κλίμακα JSQ και GNJSS)*», διαπιστώθηκε πράγματι ότι η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση οδηγεί σε ισχυρότερη οργανωσιακή δέσμευση (JFQ) των υγειονομικών. Είναι φανερό ότι η επαγγελματική ικανοποίηση και η οργανωσιακή δέσμευση λειτουργούν αλληλένδετα και αμφίδρομα, το οποίο προκύπτει ως εύρημα σε διεθνείς έρευνες (Adekola, 2012· Eslami & Davood, 2012· Huey Yiing & Zaman Bin Ahmad,

2009· Kovach, 1977· LaLopa, 1997· Pitombo Leite, Rodrigues, & Galvão de Albuquerque, 2014· Silverthorne, 2004· Suma & Lesha, 2013).

Σχετικά με τους παράγοντες που προβλέπουν την υψηλή οργανωσιακή δέσμευση των επαγγελματιών υγείας αυτοί ήταν η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας, καθώς οι υγειονομικοί οι οποίες/οποίοι είχαν εκπαιδευτεί σε δεξιότητες επικοινωνίας παρουσίαζαν υψηλότερη οργανωσιακή δέσμευση, στο ίδιο πλαίσιο και επιμελήτριες/-ές ιατροί όπου παρουσιάζουν ισχυρότεροι δέσμευση από τις/τους ειδικευόμενες/-ους. Επίσης θετική σχέση με τη οργανωσιακή δέσμευση είχαν τα έτη προϋπηρεσίας στον οργανισμό, δηλαδή η αύξηση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο συνδέεται με υψηλότερη οργανωσιακή δέσμευση, καθώς και η εξέταση του αριθμού των ασθενών, όπου η αύξηση εξέτασης ασθενών εβδομαδιαία συνδέεται με μεγαλύτερη δέσμευση. Ορισμένοι από τους λόγους που συμβάλλουν στη μείωση της οργανωσιακής δέσμευσης είναι το άγχος, η επαγγελματική εξουθένωση και η πρόθεση αποχώρησης από την εργασία. Επισημαίνεται σε αυτό το σημείο η πληθώρα ερευνών μετά το ξέσπασμα της πανδημίας του COVID-19, η οποία εστιάζει στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας για τις/τους επαγγελματίες υγείας, την τόνωσή τους, την αλλαγή των πολιτικών που εφαρμόζονται στους οργανισμούς υγείας και την εφαρμογή ενός ανθρωποκεντρικού μοντέλου σε αυτούς τους χώρους με έμφαση στη συνεργασία, την ικανοποίηση όπου ο ανταγωνισμός, οι όροι της αγοράς και οι εξαντλητικές συνθήκες εργασίας θα πρέπει να μειωθούν, όπως αναφέρουν πιο γενικά και περιγραφικά, παραφράζοντάς τους και οι Rodríguez-Fernández, Herrera, & de las Heras-Rosas (2021) στην έρευνά τους. Όπως προκύπτει από πλήθος ερευνών, κατά τους de las Heras-Rosas, Herrera, & Rodríguez-Fernández (2021), οι οποίοι ανέλυσαν 448 δημοσιευμένες έρευνες σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά από το 1992-2020, το άγχος, η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, η πρόθεση για αποχώρηση και η απουσία μιας ανθρωποκεντρικής διοίκησης αποτελούν παράγοντες μείωσης της οργανωσιακής δέσμευσης. Για αυτόν τον λόγο, οι έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι είναι αναγκαίο να εφαρμοσθεί στον χώρο της υγείας ένα μοντέλο ανθρωποκεντρικό από τη διοίκηση, να αναπτυχθούν καινοτόμες πρακτικές για την εξάλειψη του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και η δημιουργία ενός μοντέλου όπου θα δίνεται έμφαση στις σχέσεις με τις/τους ασθενείς και όχι «πελάτες».

Αρκετές έρευνες συσχετίζουν τη φύση εργασίας των επαγγελματιών υγείας με μέτρια ή υψηλή δέσμευση, γεγονός που συνεπάγεται την έμφαση των οργανισμών στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και κινήτρων. Οι επαγγελματίες υγείας όχι μόνο εμφανίζουν δέσμευση έστω και μέτρια αλλά είναι «παρούσες/παρόντες». Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι κανένα επάγγελμα στον χώρο της υγείας δεν ανήκει στην κατηγορία της χαμηλής οργανωσιακής δέσμευσης, σύμφωνα με την έρευνα των Aghalari, Dahms, Jafarian, & Gholinia (2021) στο Νότιο Ιράν. Ενώ η έρευνα των (Arage, Dessalegn, & Daba, 2022) σε 12 υγειονομικούς οργανισμούς και 459 επαγγελματίες υγείας της Αντίς Αμπέμπα στην Αιθιοπία με στόχο την μέτρηση της οργανωσιακής δέσμευσης των υγειονομικών οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι οι παράγοντες που την καθορίζουν είναι η επαγγελματική ικανοποίηση, η ηλικία (όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η δέσμευση) και η μετασχηματιστική ηγετική συμπεριφορά. Στο ίδιο πλαίσιο και η έρευνα του Kasimoglou (2021), τα ευρήματα της οποίας έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας παρουσίαζαν υψηλή συναισθηματική δέσμευση σε σύγκριση με άλλες οργανωτικές αντιλήψεις, ενώ βρέθηκε να επιδρούν στη δέσμευση οι παράγοντες της ηλικίας, το φύλο, τα έτη εργασίας στον οργανισμό, η θέση στην εργασία και το ωράριο. Και αυτή η έρευνα προτείνει τη στροφή των σχεδιασμών έχοντας στο επίκεντρο τις/τους επαγγελματίες υγείας.

Ένα αξιοσημείωτο εύρημα αφορά το γεγονός ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή του μισθού δεν συνδέθηκε με την οργανωσιακή δέσμευση. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η δυσαρέσκεια των υγειονομικών από τους μισθούς τους δεν συνεπάγεται απαραίτητα απουσία δέσμευσης από τον οργανισμό, διότι η δέσμευση δεν αφορά μόνο τον ίδιο τον οργανισμό, αλλά τη φύση του επαγγέλματος, την ηθική και συναισθηματική δέσμευση απέναντι στις-στους ασθενείς και στο συναδελφικό προσωπικό, τη δέσμευση στις προσωπικές αξίες και απόψεις. Το ίδιο εύρημα εντοπίστηκε και στην έρευνα των Suma & Lesha (2013).

Στην παρούσα εργασία, οι μόνιμες/μόνιμοι ιατροί στο ΕΣΥ παρουσίαζαν υψηλότερη οργανωσιακή δέσμευση από τις/τους λοιπούς υγειονομικούς, το οποίο σχετίζεται και με την μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση συγκριτικά με άλλες ειδικότητες και επαγγέλματα. Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας που αισθάνονται ασφαλείς σε ένα σταθερό επαγγελματικό περιβάλλον στο οποίο αισθάνονται ικανοποίηση, επενδύουν στον οργανισμό και αναμφισβήτητα αισθάνονται δέσμευση κυρίως συναισθηματική. Τα παραπάνω χρειάζεται να ληφθούν

υπόψη ως παράμετροι που συμβάλλουν στην τόνωση της οργανωσιακής δέσμευσης για τον σχεδιασμό και τις παρεμβάσεις προς βελτίωση. Ωστόσο, η πρόσφατη νομοθετική παρέμβαση, η οποία προκάλεσε κύμα αντιδράσεων και κινητοποιήσεων τόσο από τις/τους υγειονομικούς όσο και από την κοινωνία λειτουργεί αντίθετα, καθώς η ψήφιση του νόμο 4999/2022 (ΦΕΚ225/Α/7-12-2022) παρά τις ενστάσεις και την εναντίωση πανεπιστημιακών, ιατρών, νοσηλευτριών/νοσηλευτών και ευρύτερα υγειονομικών για τις ολέθριες συνέπειές επιδεινώνει τις ήδη επιβαρυνμένες συνθήκες εργασίας με την κατάργηση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών στο ΕΣΥ (άρ. 7 & 10, ν. 4999/2022). Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών (2022 Νοέ), επισημαίνει ότι το δημόσιο σύστημα υγείας βρίσκεται σε οικονομική ασφυξία και από την τελευταία 3ετή κρίση που αντιμετώπισε με την πανδημία COVID-19 και παρουσιάζει πολλά προβλήματα όπως α) σοβαρές ελλείψεις προσωπικού, β) το μισθολόγιο των ιατρών του ΕΣΥ δεν εξυπηρετεί ούτε την επιστημονική τους επάρκεια, γ) οργανωτικές, λειτουργικές και διοικητικές αδυναμίες. Τα προβλήματα αυτά, αναφέρει ο ΙΣΑ, με τις ρυθμίσεις που περιλαμβάνονται στο νέο νομοσχέδιο δεν αντιμετωπίζονται. Το 90% των ιατρών δεν αποδέχονται το νέο νομοσχέδιο όπως επίσης και οι ασθενείς οι οποίες/οποίοι θα έχουν δωρεάν πρόσβαση σε λιγότερες/λιγότερους ιατρούς και για λιγότερες ώρες. Επιπλέον, τονίζουν ότι ο νέος νόμος (4999/2022) αλλάζει τον βασικό πυρήνα του δημόσιου συστήματος υγείας που είναι η δωρεάν και ελεύθερη πρόσβαση των ασθενών στις δομές υγείας και οδηγεί σε περιορισμό της τακτικής λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας και περαιτέρω αύξηση του ιδιωτικού έργου στην υγεία.

Όσον αφορά την υπόθεση Y^3 : «*Η Οργανωσιακή Δέσμευση (Κλίμακα OCCQ) των υγειονομικών στο Αττικό νοσοκομείο σχετίζεται με το κυρίαρχο μοντέλο προσέγγισης της σχέσης ιατρών-ασθενών, όπως εκφράζεται ποσοτικά μέσω της κλίμακα PPOS*», τα εξαχθέντα αποτελέσματα δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική σύνδεση της οργανωσιακής δέσμευσης και της κλίμακας PPOS. Η συσχέτιση βρέθηκε αρνητική με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση, ωστόσο στατιστικά μη σημαντική ($b=-0,07$, $p=230$).

Η οργανωσιακή δέσμευση των υγειονομικών μπορεί να ενισχυθεί μέσα από ολιστικές παρεμβάσεις, το οποίο σημαίνει την ύπαρξη εθνικών συστημάτων υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, προώθηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και ολοκληρωμένη εκπαίδευση στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Budi Setyawan, Supriyanto, Ernawaty, & Lestari, 2022). Η συσχέτιση (μη σημαντική στατιστικά) της

οργανωσιακής δέσμευσης με την παράμετρο της συμμετοχής του PPOS, όπου όσο αυξάνεται η οργανωσιακή δέσμευση μειώνεται η τάση για ενεργοποίηση των ασθενών σχετίζεται με όσα προαναφέρθηκαν για την χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση.

Συνοψίζοντας, η μέτρια οργανωσιακή δέσμευση έχει αντίκτυπο στη σχέση ιατρού-ασθενή και στην ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς λόγω των δυσμενών συνθηκών που βιώνουν οι υγειονομικοί, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μειώνεται η ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών (σύμφωνα με το ανθρωποκεντρικό μοντέλο) και αυξάνεται η ιατροκεντρική προσέγγιση. Η πίεση που ασκείται στην τριτοβάθμια περίθαλψη φαίνεται να μην δίνει περιθώρια για την ανάπτυξη ουσιαστικής αλληλεπίδρασης με τις/τους ασθενείς.

Είναι εμφανές και κρίνεται αναγκαίο να συμπεριληφθεί στους στρατηγικούς σχεδιασμούς και στις πολιτικές οργάνωσης ο όρος «αγαθό» έναντι του όρου «αγορά». Άλλωστε, η πρόσφατη εμπειρία με την έλευση της πανδημίας βρήκε παντελώς απροετοίμαστα όλα τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Σε ανακοίνωσή του ο ΠΟΥ ανέφερε ότι *«απέτυχαν και είναι αναγκαίο να στραφούν στην τόνωση και ενίσχυση των συστημάτων υγείας παγκοσμίως»*. Συνεπώς, η ασφυκτική πίεση που ασκείται στα δημόσια νοσοκομεία την τελευταία δεκαετία λόγω των σημαντικών ελλείψεων σε προσωπικό, εξοπλισμό και μέσα, ως απόρροια αναμενόμενα οδηγεί στην υιοθέτηση ενός ιατροκεντρικού παρά ανθρωποκεντρικού μοντέλου προσέγγισης της σχέσης ιατρού-ασθενή, καθώς στη δεδομένη χρονική στιγμή -σε ρεαλιστικό επίπεδο- η αφοσίωση και ο χρόνος που απαιτεί το ανθρωποκεντρικό μοντέλο δεν υφίστανται.

Υγειονομικοί συνολικά

Επαγγελματική Ικανοποίηση

Η μέτρια ουδέτερη επαγγελματική ικανοποίηση, που αποτέλεσε εύρημα της παρούσας μελέτης και έχει αναλυθεί εκτενώς και στην προηγούμενη ανάλυση, αποδεικνύεται καθοριστικής σημασίας για την ποιότητα της φροντίδας και περίθαλψης που προτίθενται να παρέχουν οι υγειονομικοί στις/στους ασθενείς τους. Η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση συνεπάγεται αδιαφορία για ενημέρωση και ενεργοποίηση των ασθενών, όπως προκύπτει από διεθνείς έρευνες (Adekola, 2012· Eslami & Davood, 2012· Huey Yiing & Zaman Bin Ahmad, 2009· Kovach, 1977· LaLopa, 1997· Pitombo Leite, Rodrigues, & Galvão de Albuquerque, 2014· Silverthorne, 2004· Shanafelt,

Bradley, Wipf, & Back, 2002· Suma & Lasha, 2013· Τσίμτσιου, 2008). Η επαγγελματική εξουθένωση, οι ελλείψεις, η κακή αντιστοιχία παρεχόμενων υπηρεσιών και ανταμοιβής, αναφέρουν οι προηγηθείσες έρευνες, αποτελούν δυσκολίες και προβλήματα τα οποία έχουν αντίκτυπο στη θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται καθώς οδηγούν σε απροθυμία των υγειονομικών και κυρίως των ιατρών να απαντήσουν σε ερωτήσεις ασθενών και να τους παρουσιάσουν λεπτομερώς τις θεραπευτικές τους επιλογές (Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back, 2002· Τσίμτσιου, 2008).

Οι παράγοντες που βρέθηκε να συνδέονται με την υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση των 192 υγειονομικών που συμμετείχαν στην έρευνα είναι το φύλο των ανδρών, η προέλευση από τη μεσαία τάξη, η απουσία εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας, οι επιμελήτριες-ές ιατροί σε σύγκριση με τις/τους ειδικευόμενες-ους, η προϋπηρεσία σε προηγούμενη δομή πριν την εργασία στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και ο υψηλότερος μισθός. Ταυτόχρονα, όπως προκύπτει από τις μέσες τιμές, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που ειδικεύεται στους τομείς χειρουργικής και ΤΕΠ εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης σε σύγκριση με τις μέσες τιμές της παθολογίας. Ενώ η καρδιολογία, η μαιευτική και γυναικολογία, η καρδιολογία, η νευρολογία και η εργασία σε ΜΕΘ παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης από τον παθολογικό τομέα. Συνεπώς, οι τομείς εργασίας στη χειρουργική, παθολογία και τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης. Πιθανά το παραπάνω εύρημα να εξηγείται από το γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι τομείς εργασίας έρχονται σε επαφή με ένα ευρύ φάσμα περιστατικών που έχουν χαρακτηριστικά κατεπείγοντος, το οποίο δημιουργεί εξουθένωση, άγχος και στρες, στοιχεία τα οποία δεν ευνοούν την επαγγελματική ικανοποίηση δεδομένης της έλλειψης σε πολλές περιπτώσεις διαγνωστικών μέσων, όπως αναφέρει και η Τσίμτσιου (2008)..

Η ερευνητική υπόθεση Υ⁴: «*Η επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών (Κλίμακα JSQ) επιδρά στην ιατροκεντρική προσέγγιση στη σχέση ιατρού-ασθενή (Κλίμακα PPOS)*», απαντάται καταφατικά, καθώς οι συσχετίσεις έδειξαν ότι η υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με την ιατροκεντρική έναντι της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στη σχέση ιατρού-ασθενή, ωστόσο η συσχέτιση δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p=0,723$). Πρόκειται για ένα εύρημα το οποίο έχει επιβεβαιωθεί και από άλλες έρευνες στο παρελθόν, καθώς η αυξημένη ποιότητα

παρεχόμενων υπηρεσιών στις/στους ασθενείς συνδέεται με την επίσης αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση (Shanafelt T., Bradley, Wipf, & Back, 2002· Τσίμτσιου, 2008). Η ποιοτικότερη φροντίδα των ασθενών από ικανοποιημένες/ικανοποιημένους επαγγελματίες υγείας αναδεικνύεται και στην έρευνα των Khamlub, et al. (2013), οι οποίοι ανέφεραν ότι στην πλειονότητά τους οι επαγγελματίες υγείας ήταν ικανοποιημένες/-οι από την εργασία τους εκτός από τον μισθό τους. Οι κύριοι παράγοντες που σχετίζονταν με την ικανοποίηση ήταν η επίλυση συγκρούσεων στην εργασία τους, οι σχέσεις με τις/τους συναδέλφους και η βοηθητική οργανωτική δομή στα παραπάνω, τα οποία αναδεικνύουν τον καταλυτικό ρόλο της «ηγεσίας» και των στρατηγικών σχεδιασμών για τη βελτίωση της ικανοποίησης, η οποία επιφέρει βελτίωση και στις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τις/τους ασθενείς.

Όσον αφορά την επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών δημιουργήθηκε μια μεταβλητή, η οποία συμπεριλήφθηκε στο μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης, για την διερεύνηση της επίδρασης των επαγγελματιών υγείας που προέρχονταν από το Αττικό νοσοκομείο σε σύγκριση με τις/τους λοιπές/λοιπούς στα επίπεδα της επαγγελματικής ικανοποίησης. Από τον έλεγχο η συσχέτιση ήταν μη σημαντική στατιστικά ($p>0,05$). Συνεπώς, δεν παρατηρήθηκε διαφοροποίηση βάση της προέλευσης των υγειονομικών.

Απόψεις για τη σχέση ιατρού-ασθενή

Σχετικά με τις απόψεις των υγειονομικών για την ανθρωποκεντρική προσέγγιση ιατρού-ασθενή, τα ευρήματα βρέθηκαν σε ικανοποιητικά επίπεδα. Οι ιατροί φαίνεται να εφαρμόζουν αρκετά την ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών τους βλέποντάς τους ως άτομα και όχι ως μία-έναν ασθενή ακόμη, ωστόσο παρατηρούνται χαμηλότερα επίπεδα, όσον αφορά την ανθρωποκεντρική προσέγγιση σε ζητήματα που σχετίζονται με την ενημέρωση, την ενεργοποίηση και τις θεραπευτικές επιλογές των ασθενών. Ταυτόχρονα, παρατηρείται ότι οι ιδιώτες ιατροί συγκρινόμενες/συγκρινόμενοι με τις/τους ιατρούς σε δημόσια νοσοκομεία υιοθετούσαν περισσότερο τον ανθρωποκεντρικό έναντι του ιατροκεντρικού ρόλου, το οποίο εξηγείται από τις επαγγελματικές συνθήκες εργασίας. Στα νοσοκομεία η περίθαλψη αφορά το τρίτοβάθμιο επίπεδο και επείγοντα κυρίως περιστατικά τα οποία ενδεχομένως να μην ευνοούν την ανάπτυξη ανθρωποκεντρικών προσεγγίσεων στον βαθμό που θα επιθυμούσαν οι ιατροί. Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το εύρημα που αφορά τις απόψεις άλλων ειδικοτήτων για τη σχέση ιατρού-ασθενή, οι οποίες έχουν τάση για υιοθέτηση ενός πιο ιατροκεντρικού μοντέλου προσέγγισης των ασθενών σε σύγκριση με τις απόψεις των ίδιων των ιατρών.

Οι ιατροί που εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση σε ψυχοκοινωνικά ζητήματα των ασθενών τους υιοθετούν ταυτόχρονα και το ανθρωποκεντρικό μοντέλο προσέγγισης στη σχέση τους με τις/τους ασθενείς [υπενθυμίζεται ότι η κλίμακα PBS βαθμολογείται αντίστροφα, δηλαδή τα μικρότερα αποτελέσματα στο σκορ και στη μέση τιμή συνεπάγονται την ύπαρξη ψυχοκοινωνικού έναντι του βιοϊατρικού μοντέλου γι' αυτό στο μοντέλο που παρουσιάστηκε στο κεφάλαιο 5.3 εμφανίζεται αρνητική συσχέτιση, καθώς όσο αυξάνεται η κλίμακα PPOS (ανθρωποκεντρικό μοντέλο) μειώνεται η κλίμακα PBS (ψυχοκοινωνικό μοντέλο)].

Καταλυτικό ρόλο στις αντιλήψεις για τη σχέση ιατρού-ασθενή διαδραματίζει η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας και η παρουσία «καλής» επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς, καθώς οι υγειονομικοί που έχουν λάβει αντίστοιχη εκπαίδευση τείνουν να υιοθετούν το ανθρωποκεντρικό και βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο στη θεραπευτική σχέση έναντι του ιατροκεντρικού και βιοϊατρικού. Η αναγκαιότητα της εκπαίδευσης τονίζεται και από τις ίδιες-τους ίδιους υγειονομικούς και χρειάζεται να ληφθεί υπόψη για να ενταχθεί η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας τόσο σε

προπτυχιακά-μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών όσο και στην επαγγελματική σταδιοδρομία τους. Η αναγκαιότητα αυτή προκύπτει και από το γεγονός της ότι οι ιατροί δήλωσαν ότι δυσκολεύονται πολύ και συχνά στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων προς τις/τους ασθενείς τους και οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές δυσκολεύονται συχνά στη διαχείριση των δυσάρεστων νέων που αφορούν τις/τους ασθενείς τους, τα οποία αδιαμφισβήτητα προϋποθέτουν την χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας για να αντιπετωπισθούν. Μάλιστα, οι λόγοι δυσκολίας για το 40% των υγειονομικών αφορούσαν την πρόκληση ψυχικού πόνου στις/στους ασθενείς, τη δυσκολία χειρισμού των αντιδράσεων της/του αρρώστου (35%) και τον φόβο έκφρασης προσωπικών συναισθημάτων μπροστά στην ψυχική οδύνη της/του ασθενή (25%). Τα παραπάνω ενδυναμώνουν ακόμη περισσότερο την άποψη της αναγκαιότητας των υγειονομικών σε δεξιότητες επικοινωνίας ώστε να μπορούν να διαχειριστούν τις/τους ασθενείς τους κατάλληλα. Ένα επιπλέον εύρημα αφορά την επιρροή των δυσάρεστων νέων στην επαγγελματική καθημερινότητα ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Η συντριπτική πλειοψηφία των υγειονομικών αναγνώρισε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό επηρεάζεται περισσότερο στην επαγγελματική καθημερινότητά του σε σύγκριση με τις/τους ιατρούς. Το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει πολλές ώρες στη νοσηλεία, τη θεραπεία και την επαφή με τις/τους ασθενείς σε σύγκριση με τις προγραμματισμένες και σύντομες ιατρικές επισκέψεις. Συνεπώς, το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει όλα τα στάδια και τις δυσκολίες των ασθενών του, κυρίως όταν τα νέα είναι δυσάρεστα για την πορεία της υγείας τους.

Τέλος, όσον αφορά τα ιατρικά λάθη, το 66% των υγειονομικών εξέφρασε την πεποίθηση ότι η καλή επικοινωνία ενδέχεται να τις/τους απαλλάξει από την καταγγελία σε περίπτωση κάποιου ιατρικού λάθους, ενώ το 10% εξέφρασε την ανησυχία ότι η καλή επικοινωνία δεν λαμβάνεται υπόψη ποτέ ή σπάνια για την αποφυγή καταγγελίας. Ευρήματα διεθνών ερευνών σχετίζουν την κακή επικοινωνία με διώξεις ιατρών σε περιπτώσεις ιατρικών λαθών (Τσίμτσιου, 2008).

Επιπρόσθετοι παράγοντες που συνδέονται με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση των ασθενών ήταν η δυσκολία στην ανακοίνωση δυσάρεστων νέων, η μεσαία τάξη έναντι της εργατικής, η επιπλέον εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, και η χειρουργική ειδικότητα. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι οι χειρουργοί σε σύγκριση με τις/τους παθολόγους εφάρμοζαν την ιατροκεντρική προσέγγιση, όπως επίσης και οι επιμελήτριες-ές έναντι των ειδικευόμενων ιατρών. Σύμφωνα με έρευνες,

οι Ελληνίδες/Έλληνες, όπως ευρύτερα και οι λοιποί Ευρωπαίοι, ιατροί μεγαλύτερης ηλικίας τείνουν να υιοθετούν μια πιο αυταρχική και πατερναλιστική συμπεριφορά απέναντι στις/στους ασθενείς τους (Falkum & Førde, 2001· Τσίμτσιου, 2008) σε αντίθεση με τις έρευνες στην Αμερική, όπου η ηλικία λειτουργεί αντίστροφα. Η μεγαλύτερης ηλικίας και εμπειρίας ιατροί εφάρμοζαν την ανθρωποκεντρική προσέγγιση (Krupat, Yeager, & Putnam, 2000· Τσίμτσιου, 2008). Ομολογουμένως, ειδικά την τελευταία δεκαετία υπάρχει μεγαλύτερη μεταστροφή των ιατρών στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση, ωστόσο παραμένει ακόμα σε μεγάλο βαθμό η ιατροκεντρική προσέγγιση.

Ακόμη και η ορολογία των ιατρών συμβάλλει στην απόσταση στη σχέση με τις/τους ασθενείς. Ειδικά σε σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, η χρήση της στείας ιατρικής ορολογίας πέρα από τις συνέπειες στην/στον ασθενή, όπως σύγχυση, μη συμμόρφωση επιφέρει αρνητικές συνέπειες και στη μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Τα ευρήματα επισημαίνουν ότι η χρήση της ιατρικής ορολογίας στη διάγνωση κάποιων μορφών καρκίνων του μαστού επιφέρει τα παραπάνω αποτελέσματα. Κατά συνέπεια δίνεται έμφαση στην επιβεβλημένη η υιοθέτηση μοντέλων αμοιβαίας συμμετοχής και καθοδηγητικής συνεργασίας για την εισαγωγή της από κοινού λήψης των αποφάσεων (ιατρός-ασθενής) στην κλινική πρακτική της φροντίδας του καρκίνου καθώς και η δημιουργία ενός οδηγού που θα απευθύνεται σε ιατρούς με στόχο την ενδυνάμωση της ανάκλησης πληροφοριών από τις/τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης (Πετρέλης Μ., 2022). Στην ίδια διαπίστωση καταλήγουν και οι Πατσοπούλου, Τερζούδης, Κραβαρίτης, & Κεσίσογλου (2021) σύμφωνα με τους οποίους, η πατερναλιστική συμπεριφορά των ιατρών και η απουσία εμπλοκής των ασθενών στη λήψη των θεραπευτικών επιλογών των ογκολογικών ασθενών επηρεάζουν την επικοινωνία και σχέση ιατρού-ασθενή. Αντίθετα, η αμοιβαία συμμετοχή στην επικοινωνία ιατρού και ογκολογικού ασθενή, η από κοινού λήψη αποφάσεων, η αποτελεσματική μέθοδος ενημέρωσης βασισμένη στις δεξιότητες των ιατρών, στην ενσυναίσθηση και στον καθησυχασμό φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του καρκίνου. Σύμφωνα με έρευνες, οι άνδρες γενικοί ιατροί, οι παθολόγοι και οι ογκολόγοι υιοθετούν τον αμιγώς βιοϊατρικό τύπο στην επικοινωνία με τις/τους ασθενείς (Hall, Horgan, Stein, & Roter, 2002· Roter, Hall, & Aoki, 2002), ωστόσο στην παρούσα εργασία δεν βρέθηκε κάποια σημαντική

στατιστικά συσχέτιση στην υιοθέτηση της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στη σχέση ιατρού ασθενή.

Η «καλή» επικοινωνία ιατρών-ασθενών με συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις πέρα από τη βελτίωση της επικοινωνίας και της συναισθηματικής σύνδεσης η οποία είναι ευεργετική έχει και πρακτικές προεκτάσεις, καθώς τονώνει το αίσθημα ικανοποίησης και εμπιστοσύνης και των δύο πλευρών, συμβάλλει στη διάγνωση και την ορθότερη λήψη αποφάσεων των ασθενών, αυξάνει το δείκτη συμμόρφωσης με την αγωγή, οδηγεί σε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και τέλος συμβάλλει στην εκπαίδευση και στη συμβουλευτική ασθενών (Αλεξόπουλος, 2016). Στον βιοψυχοκοινωνικό τύπο, αναφέρει ο Πετρέλης (2022:562), *«ο χρόνος μοιράζεται ισορροπημένα ανάμεσα στις βιοϊατρικές και ψυχοκοινωνικές πτυχές της ασθένειας. Αφορά περίπου το 20% των συναντήσεων και σχετίζεται με το μοντέλο της αμοιβαίας και συνεργατικής σχέσης, με επίκεντρο την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα, δηλ. τις αξίες, προτιμήσεις και προσδοκίες του ασθενή και την εμπλοκή του σε αυτήν»*. Όπως επίσης και στον ψυχοκοινωνικό, *«όπου πρωταρχικά δίνεται έμφαση στις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις, διαμέσου ενός ισορροπημένου χρονικά διαλόγου και υψηλά ελεγχόμενου από τον ασθενή. Παρέχει την ευκαιρία για μια σε βάθος επικοινωνία, με το ρόλο του ιατρού να μετατρέπεται σε αυτό του θεραπευτή ή του φίλου. Αποτυπώνεται περίπου στο 8% των επισκέψεων, παρουσιάζοντας μεγαλύτερης έντασης στοιχεία του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου και μεγαλύτερη ικανοποίηση από την σκοπιά των ασθενών, σε σχέση με όλους τους άλλους τύπους»*.

Ταυτόχρονα ανθρωποκεντρική προσέγγιση υιοθετούσαν και οι επαγγελματίες υγείας οι οποίες/οποίοι δεν αντιμετωπίζουν ποτέ «αμυντικά» τις/τους ασθενείς. Ενώ όσες/όσοι πιστεύουν ότι πάντοτε η «καλή» επικοινωνία ευνοεί την αποφυγή καταγγελίας σε πιθανό ιατρικό λάθος εφάρμοζαν περισσότερο την ιατροκεντρική προσέγγιση.

Απαντώντας την ερευνητική υπόθεση Υ⁵: *«Η κυρίαρχη προσέγγιση στη σχέση υγειονομικών-ασθενών (Κλίμακα PPOS και PBS) σχετίζεται με τη λήψη εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς»*, τόσο στην κλίμακα PPOS όσο και στην κλίμακα PBS η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας βρέθηκε να επιδρά καταλυτικά στην υιοθέτηση ενός ανθρωποκεντρικού και βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου προσέγγισης στη σχέση ιατρού-ασθενή, όπου κυριαρχεί η συμμετοχή και η ενεργοποίηση, η συμμετοχή και οι θεραπευτικές επιλογές που δίνουν οι ιατροί

στις/στους ασθενείς τους. Τα ως άνω ευρήματα αναδεικνύουν τη σπουδαιότητα της εκπαίδευσης των ιατρών σε δεξιότητες επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς, καθώς και την αναγκαιότητα να συμπεριληφθούν στα προγράμματα σπουδών μαθήματα, τα οποία θα βασίζονται στην εκμάθηση δεξιοτήτων, καλλιέργειας της ενσυναίσθησης και διαχείρισης της σχέσης ιατρού-ασθενή. Ως μια ισότιμη και σπουδαία σχέση, η οποία στηριζόμενη στη βάση του ανθρωποκεντρικού και ψυχοκοινωνικού μοντέλου προσέγγισης θα στοχεύει στην αμοιβαία συμμετοχή, στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, στην ενεργοποίηση των ασθενών, στην εξατομικευμένη προσέγγιση της ασθένειας με γνώμονα τις ανάγκες των ασθενών, στον σεβασμό της φιλοσοφίας, των πολιτισμικών καταβολών και των πολιτισμικών αξιών των ασθενών, τα οποία θα συμβάλλουν στη θετική πορεία της θεραπείας και εν τέλει στην αύξηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας.

Συνοψίζοντας, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε να υιοθετείται σε ικανοποιητικά επίπεδα η ανθρωποκεντρική προσέγγιση καθώς και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο από τις/τους ιατρούς σε σύγκριση με το αμιγώς ιατροκεντρικό και βιοϊατρικό. Οι μέσες τιμές ήταν περίπου στη μέση με ροπή και τάση, έστω μικρή, προς τα μοντέλα που θέτουν στο επίκεντρο τις/τους ασθενείς. Εν συνεχεία, η υπόθεση Y^6 : «*Το κυρίαρχο μοντέλο ερμηνείας της υγείας (Κλίμακα PBS) σχετίζεται με την επαγγελματική ικανοποίηση των ιατρών (Κλίμακα JSQ)*» επαληθεύεται, καθώς η ιατροκεντρική προσέγγιση των ιατρών συνδέονταν με την αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση, ωστόσο η συσχέτιση δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($P > 0,05$) καθώς βρέθηκε $r = 0,887$. Από τον έλεγχο που διενεργήθηκε για τις ενδεχόμενες διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις για την προσέγγιση του μοντέλου που υιοθετείται στη σχέση ιατρού, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και «ασθενείς».

Λήπτριες και Λήπτες Υπηρεσιών Υγείας

Αναφορικά με τις απόψεις των ληπτριών/ληπτών για τη σχέση ιατρού-ασθενή, αξιοσημείωτο εύρημα είναι ότι οι ασθενείς με χρόνια ασθένεια υιοθετούσαν το ανθρωποκεντρικό μοντέλο συγκριτικά με τις/τους φροντίστριες/-ές και εμφάνισαν την υψηλότερη (βλ. παράρτημα 4, πίνακα 78) επιθυμία για φροντίδα και συμμετοχή σε ότι αφορά την θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ με τις/τους ιατρούς τους. Ένας ακόμη παράγοντας που βρέθηκε να επιδρά στο ανθρωποκεντρικό μοντέλο, πέρα από την κατηγορία των ασθενών ήταν και το φύλο, καθώς οι γυναίκες έναντι των ανδρών προτιμούσαν το ανθρωποκεντρικό παρά το ιατροκεντρικό μοντέλο.

Σχετικά με την υπόθεση Υ⁷: «Οι απόψεις των χρηστ(ρι)ών υπηρεσιών υγείας για ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη σχέση με την/τον ιατρό τους, όπως ποσοτικοποιούνται μέσω της κλίμακας PPOS, διαφοροποιούνται ανά κατηγορία (ασθενείς, λήπτριες-ες, φροντίστριες-ές ασθενών)» και Υ⁸: «οι ασθενείς προτιμούν να έχουν αυτονομία στα θέματα υγείας, τη λήψη αποφάσεων και την πλήρη ενημέρωση σε σύγκριση με τις/τους φροντίστριες/φροντιστές ασθενών» διαπιστώθηκε συσχέτιση της **ανθρωποκεντρικής προσέγγισης (PPOS)** με την **ιδιότητα των ασθενών** έναντι των φροντιστριών-φροντιστών, το οποίο συνδέεται με την αυξημένη τάση του δείγματος για αυτονομία στη διαχείριση θεμάτων που αφορούν την υγεία τους τόσο στο σκέλος της πληροφόρησης για τις εξετάσεις, τις θεραπείες, τις παρενέργειες ακόμη και ενδεχόμενη δυσάρεστη έκβαση όσο και στο σκέλος της λήψης απόφασης για την πορεία της υγείας τους αναφορικά με διαθέσιμες θεραπείες, ενημέρωση για τις εναλλακτικές και ενεργό ρόλο στη διαδικασία, στοιχεία τα οποία παραπέμπουν στην ψυχοκοινωνική προσέγγιση. Οι ασθενείς υιοθετούσαν μια πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη σχέση ιατρού-ασθενή από ότι οι φροντίστριες/φροντιστές ασθενών. Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση των ασθενείς με χρόνια (απειλητική ή μη) ασθένεια επιβεβαιώνει τα ευρήματα ερευνών, τα οποία αναφέρονται σε μια ολιστική αντιμετώπιση της ασθένειας ευρύτερα καθώς επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες.

Η εμφάνιση του κλάδου της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας είναι αποτέλεσμα της προσέγγισης που παρατηρήθηκε τα τελευταία χρόνια ανάμεσα στην ιατρική και τις ανθρωπιστικές επιστήμες. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη διαπίστωση ότι η υγεία και η ασθένεια επηρεάζονται από πολλούς ψυχολογικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Επόμενο ήταν να γίνει η συνάντηση των δύο επιστημών, της κοινωνιολογίας και της ιατρικής (Τσεκούρα, 2012). Στην κοινωνιολογική μελέτη

εντοπίζεται μια βασική διαφορά στις εννοιολογικές κατηγορίες ασθένεια (illness) και νόσος (disease). Ο πρώτος όρος παραπέμπει στις υποκειμενικές ερμηνείες που προσδίδει το άτομο σε συγκεκριμένα νοσολογικά συμπτώματα. Συνδέεται περισσότερο με μια βιωματική θεώρηση της υγείας και της ασθένειας. Από την άλλη, ο δεύτερος όρος δηλώνει τις διάφορες οργανικές ή παθολογικές μεταβολές που συντελούνται στο ανθρώπινο σώμα. Αφορά κυρίως μια ιατροκεντρική θεώρηση της υγείας και της ασθένειας (βιοϊατρικό μοντέλο) και περιγράφει απλά βιολογικά φαινόμενα (Σαββάκης, 2008).

Αντίστοιχα, οι χρήστριες/χρήστες υπηρεσιών υγείας χωρίς κάποια χρόνια ασθένεια εξέφρασαν μέτρια επιθυμία για αυτονομία, ειδικότερα για το σκέλος της πληροφόρησης, ωστόσο χαμηλή επιθυμία για την λήψη αποφάσεων στη θεραπευτική διαδικασία. Πιθανολογείται ότι τα καθημερινά προβλήματα υγείας και οι προληπτικοί έλεγχοι των χρηστριών/χρηστών υπηρεσιών υγείας να μην αρκούν ως λόγοι για την υιοθέτηση αυξημένης επιθυμίας στην αυτονομία για θέματα της υγείας τους σε σύγκριση με τις/τους ασθενείς. Όπως υποστηρίζουν οι Kleinman, Eisenberg & Good (1978), οι σχέσεις ασθενούς-ιατρού είναι συναλλαγές μεταξύ προτύπων εξηγήσεως, συναλλαγές που συχνά περιλαμβάνουν μεγάλες ανισότητες στο γνωστικό περιεχόμενο, θεραπευτικές αξίες, προσδοκίες και στόχους. Τα προαναφερθέντα πρότυπα διαφέρουν όχι μόνο μεταξύ των διαφόρων πολιτισμικών περιβαλλόντων αλλά και ανάμεσα στα μέλη της ίδιας κοινωνίας (κοινωνικο-οικονομικές και εθνοτικές διαφορές) συνεισφέροντας στην όξυνση των αντιθέσεων ανάμεσα στην αντίληψη της κλινικής εμπειρίας που έχουν τα δύο μέρη και δύνανται να επηρεάσουν την συμμόρφωση του ασθενούς κατά την επαρκή διαχείριση του προβλήματός του (Φλώρος, 2006).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε η διερεύνηση της πηγής πληροφόρησης για ιατρικά ζητήματα, τα ευρήματα της οποίας ταιριάζουν με αυτά της Τσίμτσιου (2008). Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των λήπτ(ρι)ών υπηρεσιών υγείας ανέφερε ότι ενημερώνεται από εξειδικευμένες/εξειδικευμένους ιατρούς για θέματα της υγείας τους καθώς και από άλλες/άλλους ασθενείς και το διαδίκτυο. Όπως υπογράμμισε και η Τσίμτσιου (2008) στη δική της μελέτη φαίνεται ότι στον ελλαδικό χώρο οι λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας δεν έχουν αντιληφθεί την αναγκαιότητα της αναζήτησης ενός οικογενειακού ιατρού, το οποίο σε ευρωπαϊκό επίπεδο αποτελεί την πρωταρχική πηγή πληροφόρησης για τις/τους πολίτες (Τσίμτσιου, 2008). Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (2021), η Ελλάδα παρουσιάζει το μεγαλύτερο χάσμα στις χώρες της ΕΕ

όσον αφορά τις ακάλυπτες ανάγκες υγείας σε σχέση με τα εισοδήματα των πολιτών. Ακόμη και μετά τις τελευταίες νομοθετικές κινήσεις που έλαβαν χώρα τον Μάιο του 2022 με το σχέδιο νόμου «Γιατρός για όλους» από την ελληνική κυβέρνηση, σε μια απόπειρα επαναπροσέγγισης μιας μεταρρύθμισης που δεν ολοκληρώθηκε ποτέ έως σήμερα αυτή του «οικογενειακού ιατρού» φαίνεται ότι δεν αντιμετωπίζεται το ζήτημα δομικά και στη σωστή κατεύθυνση, καθώς μετακυλά το ζήτημα από υποχρέωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε ιδιωτική υποχρέωση. Η συγκεκριμένη διαπίστωση εξηγείται από το δομικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας που αφορά την ανισοκατανομή ανθρώπινου δυναμικού. Ταυτόχρονα το νέο νομοσχέδιο περιορίζει τον ρόλο των ΤΟΜΥ σε απλά παραρτήματα των Κέντρων Υγείας χωρίς εγγεγραμμένο πληθυσμό και χωρίς προσανατολισμό στην υγεία της κοινότητας. Πρόκειται για ένα θεσμό ο οποίος είχε αξιολογηθεί πολύ θετικά τόσο από ανεξάρτητους αξιολογητές όσο και από λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας. Τα ΤΟΜΥ μετατρέπονται απλά σε κέντρα συνταγογράφησης, συνεπώς η πρωτοβάθμια φροντίδα αποδυναμώνεται. Ακόμη, περιορίζονται ακόμη περισσότερο οι ανασφάλιστες/ανασφάλιστοι στις υπηρεσίες υγείας ενώ εισάγει τα «απογευματινά χειρουργεία» στα δημόσια νοσοκομεία επί πληρωμή. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με τη 12ετή πολιτική λιτότητας και τα 2 χρόνια πανδημίας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η νομοθετική κίνηση της ελληνικής κυβέρνησης δε βελτιώνει σε καμία περίπτωση την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και δεν απαντά στα θεμελιώδη προβλήματα και τους κινδύνους του ΕΣΥ. Υπενθυμίζεται ότι οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία είναι πολύ πιο χαμηλές από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το 2010 η δημόσια δαπάνη για την υγεία μειώθηκε στο 6,6% το 2010 και στο 4,6% του ΑΕΠ το 2019. Συνεπώς, προκειμένου να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας οι λήπτριες/λήπτες πληρώνουν ιδιωτικές υπηρεσίες. Η Ελλάδα μαζί με την Κύπρο έχουν το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών για την υγεία που φτάνει στο 40-50% του συνόλου των δαπανών στην ΕΕ-27. Η εφαρμογή του ν. 4999/2022 για τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, εκτιμούν ιατροί και νοσηλεύτριες/νοσηλευτές θα επιβαρύνει την ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση στα δημόσια νοσοκομεία και τα πράγματα θα δυσκολέψουν ακόμη περισσότερο για ασθενείς και προσωπικό. Σε πολλά νοσοκομεία τα χειρουργεία σχεδόν έχουν σταματήσει λόγω έλλειψης προσωπικού και σε ορισμένες περιπτώσεις οι λίστες αναμονής φτάνουν έως τα 3 χρόνια (επιστολές ΕΟΠΥΥ, ΠΟΣΚΕ, ΠΑΣΙΔΙΚ, ΠΟΣΠΥ, ΠΑΝΙΔΙ, ΠΟΕΔΗΝ, 2022). Τα παραπάνω

ωθούν τις/τους λήπτριες/λήπτες σε υψηλά ποσοστά πληρωμών από τις ίδιες/ίδιους («out of pocket») και σε δυσβάσταχτες δαπάνες όπως αναφέρουν (ΟΟΣΑ, 2022).

Στη σημερινή εποχή οι ασθενείς προτιμούν, όπως διαφαίνεται και από την ως άνω αναφορά, να έχουν ενεργή συμμετοχή στη διαδικασία της ιατρικής φροντίδας και της λήψης ιατρικών αποφάσεων και επιθυμούν να λαμβάνουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την θεραπεία τους. Συνεπώς, είναι απαραίτητο για τον επαγγελματία υγείας να κερδίζει την εμπιστοσύνη τους και να προάγει την συνεργασία με τον ασθενή (Σαραντοπούλου, 2017). Η συμμετοχή και των δύο πλευρών στη θεραπευτική συνεργασία, η συμφωνία και η τήρηση των στόχων τους στην κοινή τους πορεία σχετικά με το θεραπευτικό πρωτόκολλο που θα ακολουθηθεί διευκολύνει και την εφαρμογή του (DiMatteo & Martin, 2011). Πιο συγκεκριμένα, το σύστημα δόμησης της συνεργασίας μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας είναι το επονομαζόμενο PREPARED, σύμφωνα με το οποίο οι ασθενείς συμμετέχουν ουσιαστικά σε μία διαδικασία στην οποία συναινούν κατόπιν ενημέρωσης και τα ιατρικά ζητήματα που τους απασχολούν προσεγγίζονται ενδελεχώς (DiMatteo & Martin, 2011).

Ταυτόχρονα, οι πεποιθήσεις που αφορούν την αυτονομία, την πληροφόρηση, την ενημέρωση για ιατρικά λάθη, την παρουσίαση θεραπευτικών επιλογών, τη λήψη απόφασης για θέματα που τις/τους αφορούν συνδέονται με την αυξημένη τάση για την υιοθέτηση του ανθρωποκεντρικού μοντέλου. Οι ασθενείς επιθυμούν να αντιμετωπίζονται ως άτομα και όχι ως μία/ένας ακόμη ασθενής. Θεωρούν ότι η προσέγγιση στη φροντίδα τους πρέπει να είναι ολιστική καθώς δεν έχει σημασία μόνο η κλινική εξέταση αλλά και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία τους.

Όσον αφορά την απόδοση ελέγχου της υγείας στον Θεό και την υπόθεση Y^9 : «*Η απόδοση του ελέγχου της υγείας στον Θεό (κλίμακα GLHC) σχετίζεται με την ηλικία*», τα ευρήματα βρίσκονταν σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα, το οποίο σημαίνει ότι δεν ταυτίζεται σε σημαντικό επίπεδο η κατάσταση και η πορεία της υγείας με τη θεϊκή παρέμβαση. Ωστόσο, παρατηρείται διαφοροποίηση στις απαντήσεις των ερωτηθεισών/ερωτηθέντων διότι οι μεγαλύτερες ηλικίες θεωρούν ότι είναι θέλημα Θεού η πορεία της υγείας τους και ότι ο Θεός καθορίζει την πορεία της ασθένειας. Αντίθετα, οι μικρότερες ηλικίες έως 40 ετών έχουν την πεποίθηση ότι δεν είναι θέλημα Θεού η πορεία της υγείας τους. Αυξημένο μέσο όρο στη συγκεκριμένη πεποίθηση απόδοσης ελέγχου της υγείας στον Θεό σε σύγκριση με τις/τους ασθενείς είχαν και οι

χρήστριες/χρήστες υπηρεσιών υγείας. Η παραπάνω αντίφαση στη συσχέτιση της ασθένειας με την απόδοση της πορείας της στον Θεό, ίσως να εξηγείται από την ανθρωποκεντρική προσέγγιση της σχέσης ιατρού-ασθενή που υιοθετούν οι δεύτερες/-οι, την αυξημένη κινητοποίηση στη θεραπευτική διαδικασία με τη λήψη αποφάσεων, ενώ αντίθετα η χαμηλή προσδοκία ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, η άκριτη αποδοχή του πατερναλιστικού προτύπου ιατρού και πιστεύοντας ότι ο Θεός ενεργεί μέσω των ιατρών συνδέονταν με τις φροντίστριες/-ές της έρευνας. Παρόμοια ευρήματα για τη σύνδεση της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης και την μειωμένη απόδοση του ελέγχου της υγείας στον Θεό εντοπίστηκαν και στην έρευνα της Τσίμτσιου (2008).

Κατά συνέπεια οι παράγοντες που βρέθηκε να προβλέπουν την απόδοση της κατάστασης της υγείας στον Θεό ήταν η ιδιότητα, η κοινωνικοοικονομική προέλευση και η άριστη σχέση με τη θρησκεία. Πιο συγκεκριμένα, η υψηλή πίστη στον Θεό, οι φροντίστριες/φροντιστές και μεγαλοαστική τάξη απέδιδαν τον έλεγχο της υγείας τους στον Θεό και όχι στην επιστημονική-ιατρική κοινότητα. Μεγάλη σημασία αποτελεί η μελέτη διαφορετικών αντιλήψεων διαφορετικών λαών μέσα από ένα κριτικό πρίσμα. Η συγκεκριμένη ανάγκη προέκυψε στις αρχές του 1970 όπου και κατέστη σαφές πως *διαφορετικές κοινωνίες ανά τον κόσμο, ευρισκόμενες σε διαφορετικά στάδια ανάπτυξης, παρουσίασαν μια σαφή εικόνα πολιτισμικής διαφορετικότητας η οποία εκφράστηκε στις διαπροσωπικές σχέσεις* (Φλώρος, 2006: 9) και εκφράστηκε με τη βοήθεια της συγκριτικής ανθρωπολογικής και κοινωνιολογικής μελέτης διαφορετικών κοινωνιών ως κοινωνική «κριτική» στις Δυτικές κοινωνίες. Συνεπώς, η μελέτη των διαφορετικών αντιλήψεων ώθησε μελετητές, όπως ο Kleinman (1980) στη διαμόρφωση ενός πληρέστερου ορισμού των προτύπων εξήγησης (explanatory models). *«Τα πρότυπα εξήγησης αναφέρονται στις πεποιθήσεις και προσδοκίες, στα πρότυπα συμπεριφοράς, στις σημασίες ασθένειας και υγείας, στις θεραπευτικές δραστηριότητες και στην αξιολόγηση αποτελεσμάτων που είναι εμπεδωμένα στο γνωστικό σύστημα ενός ατόμου και στο γενικότερο κοινωνικό γίνεσθαι τα οποία είναι μερικώς συνειδητά και μερικώς πέρα από την αντίληψη ενώ βασίζονται σε συστήματα αξιών, χαρακτηριστικά της κοινωνίας και αντιπροσωπεύουν ατομικές προσπάθειες ανταπόκρισης στην ασθένεια».*

Η ψηφιακή αφήγηση στην υγεία

Στην παρούσα έρευνα η ανάλυση των ψηφιακών αφηγήσεων έγινε σε τρεις βασικούς άξονες επικοινωνίας ιατρών-ασθενών: α) επεξηγηματική, β) διεκπεραιωτική

και γ) αυθεντίας και σε δύο άξονες διάδρασης, της αμφίδρομης «άνθρωπος προς άνθρωπο» και της μονόδρομης διάδρασης «αυθεντία προς σύμπτωμα».

Στη διεκπεραιωτική επικοινωνία και στην επικοινωνία της αυθεντίας φαίνεται μα υιοθετούνται περισσότερο πατερναλιστικά στοιχεία σύμφωνα με τα οποία ο ιατρός κυριαρχεί και η/ο ασθενής αναμένεται να «συμμορφωθεί». Αντίθετα στην επεξηγηματική επικοινωνία η/ο ιατρός ενεργεί με γνώμονα την ισότιμη σχέση με την/τον ασθενή στην οποία δεν υπερισχύει κανένας. Θέτει τις πληροφορίες για τις πιθανές θεραπείες, εξηγεί και ερμηνεύει τα στοιχεία και τις εναλλακτικές τα οποία τα παρουσιάζει στην/στον ασθενή, η/ο οποία/-ος είναι υπεύθυνη/-ος για τη λήψη των αποφάσεων. Αναφορικά με την αμφίδρομη διάδραση, δίνεται χώρος και χρόνος ώστε οι ασθενείς να εκφραστούν, να παρουσιάζουν τη δυσκολία τους και τις όποιες ανησυχίες και η/ο ιατρός ακούει με προσοχή χτίζοντας την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια. Η ανάπτυξη εμπιστοσύνης δίνει τη δυνατότητα στην/στον ασθενή να «συμμορφώνεται» με τις οδηγίες της/του ιατρού γεγονός που συνεπάγεται βελτίωση της υγείας. Ταυτόχρονα, η έκφραση ανησυχιών και φόβων οδηγεί στην κατάρριψη μύθων ή σκέψεων που δεν ευσταθούν από την/τον ιατρό τα οποία οδηγούν σε ανακούφιση και ηρεμία. Αντίθετα, η μονόδρομη διάδραση οδηγεί σε μεγαλύτερη ανησυχία, καθυστέρηση -πολλές φορές- στη διάγνωση, απουσία εμπιστοσύνης, αναζήτηση πληροφοριών στο διαδίκτυο με λανθασμένο τρόπο και άγχος.

Η/ο ασθενής, σύμφωνα με τις Βαργιάμη & Γούλα (2017), προσδοκά η/ο ιατρός να «τον υποδεχθεί ευγενικά σύμφωνα με τις τοπικά επικρατούσες αντιλήψεις και να τον ακούσει με υπομονή και να του δείξει ότι κατανοεί τα προβλήματα και την κατάσταση του. Σύμφωνα με τον Blum οι ασθενείς περιμένουν από τον ιατρό να υποδυθεί το ρόλο του παρηγορητή (*conforter*) και του εξομολογητή (*confessor*), με σεβασμό στις θρησκευτικές του πεποιθήσεις, να σεβαστεί, επίσης, τις δικές του αντιλήψεις όσον αφορά την προέλευση της ασθένειας και την αξιολόγηση των συμπτωμάτων του, καθώς και τις συνήθειες του σχετικά με την υγεία. Επιπλέον, ο ασθενής προσδοκά από τον ιατρό να σεβαστεί τις ηθικές του αρχές σχετικά με την εξέταση του σώματός του, όπως αυτές δημιουργήθηκαν κάτω από πολυποίκιλες πολιτιστικές και κοινωνικές επιδράσεις.»

Οι ψηφιακές αφηγήσεις των «ασθενών» στην πλειονότητά τους ανέφεραν το είδος της διεκπεραιωτικής επικοινωνίας, όπως επίσης και της επικοινωνίας της αυθεντίας. Ενώ από την ανάλυση των ψηφιακών τους αφηγήσεων προέκυψε ότι η διάδραση που υπερίσχυε ήταν η μονόδρομη. Το κοινό εύρημα των ΨΑ που ανήκαν στις

παραπάνω κατηγορίες ήταν ότι «δεν τις/τους άκουγαν», όπως επίσης και η απουσία συντονισμένης επικοινωνίας μεταξύ των ειδικοτήτων, το οποίο είχε ως αποτέλεσμα να επαναλαμβάνονται «οι ιστορίες» στη εκάστοτε ειδικότητα που παραπεμπόταν οι ασθενείς, να αισθάνονται ότι βρίσκονται σε έναν ατέρμονο φαύλο κύκλο και πολλές φορές να καθυστερούν διαγνώσεις ή ακόμη πιο σοβαρά να γίνονται λανθασμένες διαγνώσεις. Ένα ακόμη ζήτημα που τέθηκε από ασθενείς με χρόνιες (απειλητικές ή μη ορολογίες) ήταν η οξύμωρη ψυχραιμία των ιατρών στην ανακοίνωση μιας σοβαρής ασθένειας, η απουσία πλήρους ενημέρωσης των βημάτων που θα ακολουθήσουν και η δυσνόητη ορολογία. Ταυτόχρονα, από τις αφηγήσεις αναδύθηκε η πεποίθηση των «ασθενών» με τις παραπάνω εμπειρίες μια απόμακρη και αποστασιοποιημένη στάση των ιατρών, η οποία στις ψηφιακές αφηγήσεις των ατόμων που ήταν αντίστροφη αποτέλεσε το θέμα της ιστορίας τους για τη σχέση με ιατρούς που «ήταν εκεί».

Οι ασθενείς συχνά εκφράζουν την απογοήτευσή τους αναφορικά με το γεγονός ότι θεωρούν ότι οι γιατροί δεν τους ακούν, εμφανίζονται αδιάφοροι, διακόπτουν, κάνουν αυθαίρετες υποθέσεις και δεν αντιμετωπίζουν τις ανησυχίες των ασθενών. Αντίστοιχα, οι ιατροί υπερασπίζονται τον εαυτό τους παραπονούμενες/ παραπονούμενοι για τις/τους δύσκολους ασθενείς, την πίεση του αριθμού των ασθενών και του χρόνου, το οποίο επιβεβαιώνεται από πλήθος ερευνών, οι οποίες συμπεραίνουν ότι *συχνά οι ιατροί αδυνατούν να αντιληφθούν και να συναισθανθούν την πάλη με τη χρόνια ασθένεια και την προοπτική του θανάτου, ώστε να μπορέσουν να σταθούν στο πλευρό των ασθενών τους* (Greenhalgh & Hurwitz, 1999· Charon, 2006).

Υπενθυμίζεται ότι ο χρόνος συζήτησης που διατίθεται από την/τον ιατρό προς την/τον ασθενή είναι λιγότερος από τον αναγκαίο. Υπολογίζεται ότι στην πλειοψηφία των συναντήσεων ιατρού-ασθενή το 50% περίπου από τα προβλήματα που απασχολούν τον ασθενή δεν αναφέρονται στη συζήτηση (Καραμανίδου, 2010), ενώ κατά μέσο όρο οι ιατροί διακόπτουν τις/τους ασθενείς στα 20 περίπου δευτερόλεπτα από την στιγμή που εκείνες/εκείνοι ξεκινούν να αναλύουν τον σκοπό της επίσκεψής τους (Καραμανίδου, 2010).

Ταυτόχρονα, η απουσία ενεργητικής ακρόασης από τις/τους ιατρούς, η ταχεία διαμόρφωση άποψης, οι συχνές διακοπές της/του ασθενούς και η εκμιαίευση απαντήσεων χωρίς να δίνεται χώρος ώστε να αποκαλυφθεί ο στόχος της συζήτησης οδηγούν σε δυσαρέσκεια τις/τους ασθενείς ιδιαίτερα όταν δεν τους δίνεται και ο

απαραίτητος χρόνος για να θέσουν ερωτήματα, γεγονός που συνεπάγεται μείωση της ικανοποίησής τους και επηρεάζει σημαντικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Τα παραπάνω αποτέλεσαν στοιχεία, τα οποία καλλιέργησαν το έδαφος για να αναπτυχθεί η αφηγηματική ιατρική, η οποία ως διαδικασία ανήκει στο ανθρωποκεντρικό μοντέλο προσέγγισης, αναδύθηκε στο Πανεπιστήμιο Columbia το 2000, ενώνοντας ασθενείς, ιατρούς, νοσηλευτές, θεραπευτές και ακτιβιστές υγείας με σκοπό να επαναοραματιστούν, όλοι μαζί, μια ιατρική περίθαλψη βασισμένη στην εμπιστοσύνη και στην αξιοπιστία, στην ταπεινότητα και στην αμοιβαία αναγνώριση. Οι μέθοδοι της αξιοποιούν τις έννοιες της δημιουργικότητας και της διορατικότητας προκειμένου να βοηθήσουν τις/τους επαγγελματίες υγείας όχι μόνο να διαγιγνώσκουν και να θεραπεύουν ασθενείς αλλά και να γίνουν αυτόπτες και αυτόκοι μάρτυρες των θεραπευτικών διαδικασιών στις οποίες υποβάλλονται οι τελευταίοι. Ο χώρος της υγείας είναι εξ ορισμού ένας χώρος όπου ακούγονται ομολογουμένως πάρα πολλές ιστορίες. Οι ασθενείς λένε μια ιστορία μέσω της περιγραφής του συμπτώματος, της ανησυχίας, του πλαισίου της και πώς αυτή η «ιστορία» τις/τους επηρεάζει και γιατί απευθύνθηκαν στην/στον ιατρό. Οι ιατροί από την άλλη πλευρά κομίζουν τις δικές τους ιστορίες κατά τη διαβούλευση μέσω της αντίληψής τους για το τι συμβαίνει στην/στον ασθενή, στη διάγνωση που διατυπώνουν και τις «ιδέες» τους για τα αίτια και τη διαχείριση του εκάστοτε περιστατικού. Ο τρόπος με τον οποίο αυτό πραγματοποιείται αντανακλά την προσωπικότητα, τις εμπειρίες και την πρακτική της/του θεράποντος ιατρού.

Σε αυτό το σημείο εντοπίζεται και η αναγκαιότητα της αφήγησης/ψηφιακής αφήγησης στην υγεία ως διαδικασία η οποία επιδρά ευεργετικά στη θεραπευτική διαδικασία, καθώς παρέχει την ευκαιρία κατανόησης των γεγονότων που συμβαίνουν στην/στον ασθενή με σκοπό την ανάπτυξη μεγαλύτερης αυτογνωσίας και μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας (Βγενοπούλου, Πρεζεράκος, & Τζαβέλλα, 2017). Επιπλέον, σύμφωνα με τα ευρήματα της Γιάννου (2017) πρόκειται για μια διαδικασία κατά την οποία υπάρχει ο χώρος και ο χρόνος για να πάρει κανείς απόσταση και να δει την ιστορία του από άλλη οπτική ενώ ταυτόχρονα θα εμπλέκεται σε αυτή. Αυτή η διαδικασία τοποθετεί τον πομπό σε ταυτόχρονους ρόλους πομπού και δέκτη δίνοντας την ευκαιρία να αφουγκραστεί τον ίδιο τον εαυτό του και να δομήσει την ιστορία με τον τρόπο που έχει φανταστεί. Εξάλλου, η ψηφιακή αφήγηση δίνει την ευκαιρία «απτής» αναπαράστασης αφηρημένων εννοιών και συναισθημάτων, τα οποία ορισμένες φορές είναι δύσκολο να εκφραστούν με λόγια, καθώς η ένταση της

πραγματικότητας και η ένταση της εμπειρίας δεν μπορούν να χωρέσουν σε λέξεις. Ο συνδυασμός όμως των οπτικών και ηχητικών στοιχείων με την προφορική αφήγηση είναι ικανά να δημιουργήσουν την ατμόσφαιρα που αντιστοιχεί στους στόχους της συμμετέχουσας.

Αναφορικά με τις ψηφιακές αφηγήσεις των ιατρών, οι 3/7 ανήκαν στην επεξηγηματική επικοινωνία, η 1/7 στην επικοινωνία της αυθεντίας και 3/7 στην διεκπεραιωτική επικοινωνία. Οι αφηγήσεις οι οποίες ανήκαν στη διεκπεραιωτική επικοινωνία με τις/τους ασθενείς αναφέρονταν είτε άμεσα είτε έμμεσα στον φόρτο εργασίας, την έλλειψη πόρων και τη δυσκολία των εργασιακών συνθηκών, ειδικά σε τομείς όπως είναι τα ΤΕΠ και οι εφημερίες. Συγκριτικά με τις/τους ασθενείς, οι αφηγήσεις των ιατρών ήταν αποστασιοποιημένες από την ελεύθερη έκφραση του συναισθήματός τους. Κάτι το οποίο δεν συνέβαινε με τις ψηφιακές αφηγήσεις των νοσηλευτριών και του νοσηλευτή, οι οποίες ανήκαν και οι 4 στην επεξηγηματική επικοινωνία και την αμφίδρομη διάδραση. Οι ιστορίες τους ήταν εστιασμένες σε συγκεκριμένα βιώματα και εμπειρίες που ανακάλεσαν και σχετίζονταν με ασθενείς που περιέθαλψαν. Πραγματεύτηκαν το ζήτημα της συναισθηματικής σύνδεσης με τις/τους ασθενείς και τις φροντίστριες/-ές και το πένθος όταν χάνεται μία/ένας ασθενής.

Ταυτόχρονα το νοσηλευτικό προσωπικό σε σύγκριση με το ιατρικό έθιξε στις ψηφιακές αφηγήσεις του ζητήματα επικοινωνίας, σχέσεων και φροντίδας των συγγενών/φροντιστριών/-ών των ασθενών. Η χρήση της αφήγησης στην ασθένεια προσφέρει την ευκαιρία κατανόησης του εσωτερικού, φαινομενολογικού κόσμου του ατόμου. Με την εξωτερίκευση των σκέψεων και των συναισθημάτων αναπτύσσεται η αυτογνωσία με ταυτόχρονη μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας, ενώ μέσα από κάθε αφήγηση και ακρόαση, προσεγγίζεται η εμπειρία του πόνου (Βγενοπούλου, Πρεζεράκος, & Τζαβέλλα, 2017). Σε κανέναν τομέα δεν αντανακλάται περισσότερο η σημαντικότητα, από ότι στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, όπου η αρρώστια, ο πόνος και ο θάνατος πρέπει να αντιμετωπίζονται εκ νέου πολλές φορές κάθε μέρα και τα ρίσκα πρέπει να εκτιμώνται και να αξιολογούνται γρήγορα και κατάλληλα. Είναι ιδιαίτερος σημαντικό για τους παρόχους υγείας και φροντίδας να είναι σε θέση να ενσωματώνουν τα συναισθήματά τους καθώς προχωρούν σε αυτό το ταξίδι και όχι απλώς να χτίζουν άμυνες στην προσπάθεια να ανακουφίσουν τα αναπόφευκτα άγχη που προκύπτουν σε αυτή τη δουλειά (Menzies-Lyth, 1988), μιας και έτσι πέφτουν

ακόμη βαθύτερα σε ένα φαύλο κύκλο χάσματος, όπου η φροντίδα είναι ανούσια και απρόσωπη, αντί να είναι πολύτιμη και γεμάτη νοιάξιμο.

Η εκπαίδευση που παρέχει η αφηγηματική ιατρική επί θεμάτων θεωρίας της λογοτεχνίας, φιλοσοφίας, αφηγηματικής ηθικής και τεχνών, αυξάνει την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αντιλαμβάνονται τη δυσφορία και την οδύνη των ασθενών, βοηθώντας τους να αντιμετωπίσουν με συνέπεια ή να υπομείνουν το χάος της ασθένειας. Η ιατρική που βασίζεται στην αφήγηση προσπαθεί να αποκαταστήσει την ανισορροπία στη σχέση ιατρού-ασθενή, η οποία συχνά είναι «συγκρουσιακή»: ασθενής vs αυθεντία.

Οι αφηγήσεις αποτελούν πολύτιμες πηγές άντλησης πληροφοριών σχετικά με την ασθένεια και την ενδυνάμωση των ασθενών και εφαρμόζεται ως ψυχοθεραπευτική τεχνική στο πλαίσιο διάφορων προσεγγίσεων συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας (βλ. δραματοθεραπεία, αφηγηματική θεραπεία (narrative therapy κ.λπ.). Ο λόγος που εφαρμόζεται η αφήγηση σε τέτοια κλίμακα εντοπίζεται στο γεγονός ότι ενδυναμώνει και βοηθά τους ασθενείς να εξωτερικεύσουν αρνητικές αντιλήψεις και ταυτόχρονα να κατασκευάσουν νέες (Anderson, 2009· Hartley & McWilliam, 2009· Gray & Young, 2011· Lambert, 2013· Cohen, Johnson, & Orr, 2015).

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η πλειονότητα των ψηφιακών αφηγήσεων είχαν στοιχεία επεξηγηματικής επικοινωνίας, το οποίο κρίνεται ιδιαίτερα αισιόδοξο. Βέβαια, αυτή η διαπίστωση δεν μπορεί να οδηγήσει σε γενικεύσεις καθώς όσες/όσοι συμμετείχαν στην έρευνα ίσως είχαν τις συγκεκριμένες αντιλήψεις και συμπεριφορές εξαιτίας της ευαισθητοποίησης των συγκεκριμένων ατόμων. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός, ότι η ηλικία των επαγγελματιών υγείας δε φαίνεται να διαδραματίζει διαφοροποίηση στις στάσεις τους για την σχέση και επικοινωνία με τις-τους ασθενείς.

Τα οφέλη της ΨΑ, πέρα από προσωπικά για τους ίδιους τους ασθενείς, μέσω του μοιράσματος της εμπειρίας που τους προσφέρει ανακούφιση και ικανοποίηση, αναδεικνύει τη προσωπική εμπειρία, προωθεί τον αναστοχασμό και την ενσυναίσθηση, αφορούν και τους επαγγελματίες υγείας, καθώς βλέποντας μια ΨΑ αξιολογούν τις πρακτικές τους και ενίοτε τις επαναπροσδιορίζουν, αποφεύγουν τυχόν λανθασμένες πρακτικές, εκπαιδεύονται «να ακούνε» τους ασθενείς τους περισσότερο και κυρίως έρχονται σε επαφή με τα συναισθήματά τους Charon, 2006· Shea, 2011· Hardy & Sumner, 2013).

VI. Συμπεράσματα

Στην παρούσα έρευνα επιχειρήθηκε η διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για το είδος της προσέγγισης στη σχέση με τις/τους ασθενείς αλλά και η καταγραφή των δεξιοτήτων επικοινωνίας στις οποίες έχουν εκπαιδευτεί, ως παράγοντας ο οποίος επιδρά καταλυτικά στις αντιλήψεις τους για τη σχέση με τις/τους ασθενείς. Ταυτόχρονα, επιχειρήθηκε ο προσδιορισμός του επιπέδου της επαγγελματικής ικανοποίησης συσχετίζοντάς την αφενός με την κυρίαρχη οργανωσιακή κουλτούρα και δέσμευση των υγειονομικών στο Αττικό νοσοκομείο και αφετέρου με το είδος προσέγγισης (ιατροκεντρικό vs ανθρωποκεντρικό) και το μοντέλο υγείας που κυριαρχεί στη σχέση με τις/τους ασθενείς ευρύτερα στην Ελλάδα, βάσει της συμμετοχής των υγειονομικών στην έρευνα. Επιπλέον, διερευνήθηκαν οι αντιλήψεις των ασθενών για την κυρίαρχη προσέγγιση στη σχέση τους με τις/τους ιατρούς, η καταγραφή του επιπέδου αυτονομίας σε ζητήματα υγείας, οι απόψεις για τα ιατρικά λάθη, η απόδοση του ελέγχου της υγείας στον Θεό και τέλος τα επίπεδα του υποστηρικτικού δικτύου τους. Ενώ τέλος, ένας ακόμη στόχος ήταν η διερεύνηση του ρόλου της ψηφιακής αφήγησης στην ενδυνάμωση και αυτοέκφραση υγειονομικών και «ασθενών» και ο τρόπος με τον οποίο συμβάλλει στον ανθρωποκεντρικό τύπο προσέγγισης.

Στην έρευνα συμμετείχαν βασικοί πληθυσμοί και υπο-πληθυσμοί. Πιο συγκεκριμένα υγειονομικοί (ιατροί, νοσηλεύτριες/νοσηλευτές, άλλες ειδικότητες υγειονομικών και άλλες υπηρεσίες νοσοκομείου, λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας, όπως ασθενείς με χρόνια απειλητική ή μη ασθένεια, φροντίστριες/φροντιστές και συγγενείς ασθενών, καθώς και χρήστριες/χρήστες υπηρεσιών υγείας χωρίς χρόνια ασθένεια αλλά στο πλαίσιο της πρόληψης και των διαγνωστικών εξετάσεων). Συνεπώς, οι παραπάνω στόχοι της έρευνας επιχείρησαν να διερευνήσουν και πιθανές διαφοροποιήσεις μεταξύ των υπο-πληθυσμών του ίδιου πληθυσμού στον οποίο ανήκαν.

Συνοψίζοντας τα ευρήματα που αφορούσαν τις κλίμακες που αξιοποιήθηκαν πριν την εκτενέστερη παρουσίαση των συμπερασμάτων, η οργανωσιακή κουλτούρα, η οποία κυριαρχούσε στο Αττικό νοσοκομείο ήταν η κουλτούρα της ιεραρχίας, κουλτούρα που βασίζεται στον έλεγχο, δίνει προτεραιότητα στην εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του νοσοκομείου και στην τήρηση των κανόνων και στοχεύει στην

επίτευξη των στόχων που έχει ορίσει η ιεραρχία χωρίς την ανάληψη ρίσκων, πρωτοβουλιών και συμμετοχής των υγειονομικών που θα έθεταν σε κίνδυνο τη σταθερότητα. Στον αντίποδα, η επιθυμητή κουλτούρα για τα επόμενα πέντε έτη είναι κουλτούρα της καινοτομίας, η οποία στηρίζεται στην ευελιξία, βασίζεται στις αρχές της συμμετοχής, τη δημιουργία και τη συνεργασία και δίνει τη δυνατότητα στα μέλη του νοσοκομείου για λήψη πρωτοβουλιών και ιδεών που θα βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τη φροντίδα των ασθενών. Όσον αφορά την οργανωσιακή δέσμευση, βρέθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα και ο τύπος που βρέθηκε να κυριαρχεί στο Αττικό νοσοκομείο είναι η δέσμευση της συνέχειας, η οποία συνεπάγεται υψηλό κόστος αποχώρησης και κίνδυνο μη εύρεσης αντίστοιχης εργασίας. Ενώ η συναισθηματική δέσμευση η οποία συνδέεται με την ταύτιση με τους στόχους και τις αξίες του νοσοκομείου βρέθηκε σε χαμηλά επίπεδα.

Όσον αφορά την επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών προερχόμενη από τη φύση του επαγγέλματος (εγγενή στοιχεία: εσωτερικές ανταμοιβές, όπως η ίδια η εργασία και οι ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη) βρέθηκε σε ικανοποιητικό επίπεδο, ενώ η ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες (εξωγενή στοιχεία: εξωτερικές ανταμοιβές, όπως η ικανοποίηση από οικονομικές παροχές, η πολιτική της εταιρείας και η υποστήριξη, η επίβλεψη, οι συνάδελφοι, το αίσθημα ασφάλειας και οι ευκαιρίες για προαγωγή) βρέθηκε σε χαμηλά επίπεδα. Αναφορικά με την υιοθέτηση του ανθρωποκεντρικού μοντέλου στη σχέση ιατρού ασθενή, βρέθηκε η τάση υιοθέτησής του από το σύνολο του δείγματος με τις/τους ασθενείς να επιθυμούν περισσότερο το ανθρωποκεντρικό μοντέλο σε σύγκριση με τις/τους υγειονομικούς, ωστόσο υπερισχύει ακόμη το ιατροκεντρικό μοντέλο. Αντίστοιχα και το μοντέλο υγείας που βρέθηκε να υπερισχύει, έστω και με ελάχιστη διαφορά, είναι το βιοψυχοκοινωνικό έναντι του αμιγώς βιοϊατρικού.

Αναφορικά με τις/τους χρήστριες/χρήστες υπηρεσιών υγείας βρέθηκε ότι η πηγή πληροφόρησης για θέματα υγείας για τα 46/81 υποκείμενα ήταν εξειδικευμένοι ιατροί/οικογενειακοί ιατροί/φαρμακοποιοί και για τα 35/81 το διαδίκτυο, άλλοι ασθενείς και σχετικές ομάδες ή σελίδες στο facebook. Οι ασθενείς σε σύγκριση με φροντίστριες/-ές και λήπτριες/λήπτες επιθυμούσαν να αναζητούν πληροφορίες από τις/τους ιατρούς τους, να ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας τους πλήρως και να λαμβάνουν αποφάσεις. Όμοια και για την ενημέρωση σε περίπτωση ιατρικού λάθους όπου επιθυμούν πλήρη ενημέρωση και χαμηλότερο ποσοστό επιθυμίας για

καταγγελία σε περίπτωση λάθους. Η απόδοση ελέγχου της υγείας στον Θεό εντοπίστηκε χαμηλή στο σύνολο του δείγματος, ωστόσο οι ασθενείς και σε αυτή την περίπτωση παρουσίαζαν διαφοροποίηση από τα άτομα φροντίδας και τις/τους λήπτες/λήπτες καθώς διαφωνούσαν πλήρως με την απόδοση του ελέγχου της υγείας στον Θεό. Κλείνοντας, το διαθέσιμο υποστηρικτικό δίκτυο βρέθηκε υψηλό σε όλες τις κατηγορίες του δείγματος.

Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ανάλυση, τα ευρήματα ανέδειξαν την τάση, τόσο των υγειονομικών όσο και των «ασθενών», υιοθέτησης ενός πιο ανθρωποκεντρικού τρόπου προσέγγισης, το οποίο στηρίζεται στις αρχές του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου της υγείας, το οποίο δεν είναι ιδιαίτερα ευδιάκριτο και δεν μπορεί να οδηγήσει σε γενικεύσεις καθώς τα μέτρια επίπεδα συνεπάγονται την ύπαρξη και των δύο μοντέλων με τάση προς την ανθρωποκεντρική προσέγγιση, η οποία παρουσίαζε υψηλότερη μέση τιμή. Ωστόσο, η διαφοροποίηση έγκειται στο γεγονός ότι οι ασθενείς επιθυμούν υψηλότερα επίπεδα ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, περισσότερη κινητοποίηση, ενεργό ρόλο, αλληλεπίδραση, ενημέρωση και λήψη αποφάσεων για την κατάσταση της υγείας τους από ότι οι υγειονομικοί οι οποίες/οποίοι υιοθετούν πιο ιατροκεντρική προσέγγιση. Στο ίδιο πλαίσιο, οι ασθενείς με χρόνια απειλητική ή μη ασθένεια τείνουν να έχουν πιο αυξημένα τα ως άνω χαρακτηριστικά συγκριτικά με τις/τους φροντίστριες/-ές και χρήστριες/χρήστες υπηρεσιών υγείας εν γένει. Η υιοθέτηση της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης συσχετίστηκε και με την υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών.

Περαιτέρω, οι ιατροί που έλαβαν εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας δεν υιοθετούσαν καθόλου το πατερναλιστικό μοντέλο υγείας όπου η/ο γιατρός είναι κυρίαρχη/-ος. Αντίθετα επιθυμούσαν μια ισότιμη σχέση, ολοκληρωμένη ενημέρωση και ενεργοποίηση των ασθενών τους. Τα παραπάνω αναδεικνύουν τη σημασία της ένταξης μαθημάτων, τόσο σε προπτυχιακό όσο και σε μεταπτυχιακό επίπεδο που θα αφορούν την εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας. Επίσης, αναδεικνύει τη χρησιμότητα των επιμορφώσεων στους χώρους υγείας με τα νέα, κάθε φορά, επιστημονικά δεδομένα που αφορούν την επικοινωνία ιατρού-ασθενή. Στην Ελλάδα οι ιατρικές σχολές δεν συμπεριλαμβάνουν αυτόνομα μαθήματα για την αποκλειστική εκπαίδευση των φοιτητριών/φοιτητών ιατρών στην επικοινωνία. Αντίθετα, οι νοσηλευτικές σχολές περιλαμβάνουν μαθήματα και σεμινάρια σε δεξιότητες επικοινωνίας. Αναφορικά με τους επιπρόσθετους, πέραν της εκπαίδευσης σε

δεξιότητες επικοινωνίας, παράγοντες που επιδρούσαν θετικά στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη σχέση ιατρού-ασθενή ήταν η προέλευση από τη μεσαία τάξη, η παρουσία επιπλέον εκπαίδευσης μετά τις προπτυχιακές σπουδές και ο χαμηλότερος αριθμός εξέτασης (έως 50) ασθενών ανά εβδομάδα. Σημαντική συσχέτιση με το ανθρωποκεντρικό μοντέλο είχε και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, το οποίο προσδιορίστηκε μέσω της κλίμακας PBS.

Αντίστοιχα, οι παράγοντες που σχετίστηκαν θετικά με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έναντι του βιοϊατρικού ήταν επίσης η παρουσία εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς, η επιπλέον εκπαίδευση, η ιδιότητα των ειδικευόμενων έναντι των επιμελητριών/επιμελητών ιατρών, η χαμηλότερη προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και ο ανθρωποκεντρικός προσανατολισμός στη σχέση ιατρού-ασθενή όπως μετρήθηκε μέσω της κλίμακας PPOS. Πιο συγκεκριμένα από το σύνολο των ιατρών η ομάδα που υιοθετούσε σε μεγαλύτερο βαθμό την ανθρωποκεντρική προσέγγιση ήταν οι ειδικευόμενες/-οι ιατροί, στον αντίποδα της οποίας η ειδικότητα με τα χαμηλότερα επίπεδα ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, το οποίο συνεπάγεται ιατροκεντρική προσέγγιση ήταν οι παθολόγοι.

Ακολούθως, τα συμπεράσματα που αφορούν την κυρίαρχη οργανωσιακή κουλτούρα στο Αττικό νοσοκομείο φανέρωσαν ως κυρίαρχο τύπο, βάσει του μοντέλου των Cameron & Quinn, την κουλτούρα της ιεραρχίας, ο οποίος σχετιζόταν αρνητικά με την επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών του νοσοκομείου και επιθυμητό κυρίαρχο τύπο (στα επόμενα 5 χρόνια), τον τύπο της κουλτούρας της καινοτομίας, η οποία σχετιζόταν θετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση. Οι επαγγελματίες υγείας προτιμούσαν την κουλτούρα της καινοτομίας και της οικειότητας για τα επόμενα 5 έτη ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία προτίμησης είχε η κουλτούρα της αγοράς και της ιεραρχίας. Οι παράγοντες που σχετιζόταν θετικά με την κουλτούρα της ιεραρχίας ήταν ο μεγάλος αριθμός εξέτασης ασθενών εβδομαδιαία, η κυκλική βάρδια, η ειδικότητα της παθολογίας έναντι της χειρουργικής, οι επιμελήτριες-ές ιατροί έναντι των ειδικευόμενων ιατροί και το επάγγελμα, όπου το νοσηλευτικό προσωπικό σε σύγκριση με το ιατρικό αναγνώριζε την κουλτούρα της ιεραρχίας ως κυρίαρχη σε μεγαλύτερο βαθμό. Αντίστοιχα για την επιθυμητή κουλτούρα της καινοτομίας θετική συσχέτιση είχε ο υψηλός μισθός, η προέλευση από την μεσαία τάξη, η ηλικία (μικρότερα έναντι μεγαλύτερης), το επάγγελμα των ιατρών, οι ειδικευόμενες/ειδικευόμενοι, η επιπλέον εκπαίδευση και η χειρουργική ειδικότητα. Αναφορικά με τη συσχέτιση της

οργανωσιακής κουλτούρας με την επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών του Αττικού νοσοκομείου βρέθηκε ότι η κυρίαρχη κουλτούρα επιδρά αρνητικά στην επαγγελματική τους ικανοποίηση. Χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης είχαν οι γυναίκες, η μεσαία τάξη, όσες-όσοι είχαν λάβει επιπλέον εκπαίδευση πέρα από τη βασική τους προπτυχιακή, οι ειδικευόμενες-οι ιατροί, όσες-όσοι δεν είχαν προηγούμενη προϋπηρεσία σε άλλο νοσοκομείο καθώς και οι χαμηλόμισθες-οι. Για το νοσηλευτικό προσωπικό επιπλέον θετική επίδραση στην επαγγελματική ικανοποίηση είχε η κουλτούρα της ιεραρχίας, ο μισθός 1001-1500 ευρώ μηνιαίως και η εργασία σε ΜΕΘ από ότι στον παθολογικό τομέα.

Όσον αφορά την οργανωσιακή δέσμευση στο Αττικό νοσοκομείο, βρέθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα με την δέσμευση της συνέχειας να κυριαρχεί. Πρόκειται για μια δέσμευση, η οποία στηρίζεται στο υψηλό κόστος αποχώρησης από το νοσοκομείο και τον κίνδυνο μη εύρεσης αντίστοιχης εργασίας. Ακολουθεί η κανονιστική δέσμευση, η οποία αφορά την πίεση από άλλα άτομα ή συνθήκες και διάφορους εξωγενείς παράγοντες, ενώ τελευταία είναι η συναισθηματική δέσμευση των υγειονομικών που αφορά την ταύτιση με τους στόχους και τις αξίες του νοσοκομείου. Σημαντική διευκρίνιση αποτελεί ο διαχωρισμός της οργανωσιακής δέσμευσης από την επαγγελματική ικανοποίηση, καθώς δεν συνδέονται απαραίτητα μεταξύ τους. Η εργασιακή ικανοποίηση αντικατοπτρίζει το βαθμό ικανοποίησης των υγειονομικών από τη φύση της εργασίας τους και τις εργασιακές συνθήκες (εγγενή και εξωγενή χαρακτηριστικά). Αναφορικά με τους παράγοντες που επιδρούσαν θετικά προς την οργανωσιακή δέσμευση ήταν η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς, οι επιμελήτριες-ές έναντι των ειδικευόμενων ιατρών και η προϋπηρεσία στο νοσοκομείο πάνω από 11 έτη. Ταυτόχρονα, βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση της υψηλής οργανωσιακής δέσμευσης με την υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση.

Εν συνεχεία, η επαγγελματική ικανοποίηση των υγειονομικών της χώρας που έλαβαν μέρος στην έρευνα (192 υποκείμενα) βρέθηκε σε μέτρια επίπεδα και κρίθηκε χαμηλότερη σε σύγκριση με ένα έτος πριν. Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι τη στιγμή κατά την οποία διεξήχθη η κύρια έρευνα είχε ξεσπάσει ήδη η πανδημία covid-19 και οι υγειονομικοί μαζί με το ΕΣΥ βρίσκονταν σε ασφυκτική πίεση. Συνεπώς, δεν είναι δυνατόν να αναλυθεί περαιτέρω η μείωση στην επαγγελματική ικανοποίηση εμπεριστατωμένα. Οι παράγοντες που βρέθηκε ότι επιδρούν στην υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση ήταν η προέλευση από τη

μεσαία κοινωνική τάξη, το φύλο των ανδρών, η απουσία λήψης εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας, οι ιδιότητα των επιμελητριών-ών έναντι των ειδικευόμενων, η προϋπηρεσία στη δομή που εργάζονται πάνω από 11 έτη και η εξέταση χαμηλού αριθμού ασθενών εβδομαδιαία.

Η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτριών/νοσηλευτών βρέθηκε να σχετίζεται με την μικρότερη ηλικία, την ύπαρξη επιπλέον, πέραν της βασικής, εκπαίδευση, η εργασία στο χειρουργικό έναντι του παθολογικού τομέα, η πρωινή έναντι της κυκλικής βάρδιας, η προϋπηρεσία στη δομή που εργάζονται πάνω από 11 έτη και ο υψηλότερος μισθός. Επιπλέον, από τον έλεγχο που έλαβε χώρα για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απαντήσεις των κλιμάκων των υγειονομικών που προέρχονταν από το Αττικό νοσοκομείο έναντι των υπολοίπων, δεν βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση και διαφοροποίηση.

Σχετικά με την πηγή πληροφόρησης των ληπτριών/ληπτών υπηρεσιών υγείας (81 υποκείμενα) για ιατρικά θέματα σε ποσοστό 64% ήταν οι εξειδικευμένες/-οι ιατροί, οι οικογενειακοί ιατροί και οι φαρμακοποιοί ενώ σε ποσοστό 36% ήταν το διαδίκτυο, άλλοι ασθενείς και σχετικές ομάδες/σελίδες στο facebook. Οι προαναφερθείσες πηγές πληροφόρησης που δεν αφορούσαν εξειδικευμένες/εξειδικευμένους επιστήμονες επιλέγονταν σε μεγαλύτερη συχνότητα κυρίως από τον γενικό πληθυσμό που δεν είχε κάποια χρόνια ασθένεια και από τις φροντίστριες/φροντιστές των ασθενών από ότι από τις/τους ασθενείς. Επιπροσθέτως, όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη παρουσίαση των συμπερασμάτων, οι λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας παρουσίασαν μεγαλύτερη επιθυμία για πιο ενεργό ρόλο, κινητοποίηση και λήψη αποφάσεων συγκριτικά με τις/τους υγειονομικούς. Η επιθυμία για την ανθρωποκεντρική και βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση ήταν υψηλή στις/στους ασθενείς σε σύγκριση με τις ομάδες των φροντιστριών/-ών και των χρηστριών/χρηστών υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα οι ασθενείς με χρόνια απειλητική ή μη ασθένεια είχαν αυξημένη την επιθυμία για την συμμετοχή στην κατάσταση της υγείας τους, την πλήρη ενημέρωση και τις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους. Επιθυμούσαν πλήρη και έγκυρη ενημέρωση σε περίπτωση ιατρικού λάθους ενώ η επιθυμία τους για καταγγελία σε ενδεχόμενο ιατρικό λάθος ήταν χαμηλή. Επιπλέον, οι ασθενείς που υιοθετούσαν το ανθρωποκεντρικό τρόπο προσέγγισης δεν απέδιδαν τον έλεγχο της υγείας τους στον Θεό και είχαν ισχυρό υποστηρικτικό δίκτυο. Σε αντίθεση με τις/τους ασθενείς οι φροντίστριες/-ές και συγγενείς ασθενών, επιθυμούσαν μειωμένη ενημέρωση από τις/τους ιατρούς

στις/στους ασθενείς-συγγενείς τους για την κατάσταση της υγείας τους, καταγγελία σε περίπτωση ιατρικού λάθους, υιοθετούσαν το ανθρωποκεντρικό μοντέλο λιγότερο και απέδιδαν σε υψηλότερο βαθμό τον έλεγχο της υγείας στον Θεό από ότι στις/στους ιατρούς.

Ακολούθως, αναφορικά με το σκέλος της ποιοτικής έρευνας και της χρήσης της ψηφιακής αφήγησης ως διαδικασία αυτό-έκφρασης και ενδυνάμωσης υγειονομικών ασθενών, τα ευρήματα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα. Παρά την πανδημία covid-19 κατέστη εφικτό να δημιουργηθούν 30 ψηφιακές αφηγήσεις. 19 αφορούσαν λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας και 11 ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Από τις 19 αφηγήσεις των ληπτριών/ληπτών υπηρεσιών υγείας οι 4 αφορούσαν γενικό πληθυσμό στο πλαίσιο της πρόληψης, 2 αφορούσαν φαντάρους, 1 αναφέρονταν στη σχέση ιατρού-ασθενή το 1948 ανακαλώντας μια παιδική μνήμη από την πρώτη εμπειρία με ιατρό και 6 αφηγήσεις αναφέρονταν σε χρόνια ασθένεια ή έκτακτο περιστατικό (καρκίνος, αυτοάνοσα, εγκεφαλικό και χειρουργείο). Επίσης, από τις 19 αφηγήσεις, 4 δημιουργήθηκαν από παιδιά δημοτικού 11 και 12 ετών. Αντίστοιχα για τις/τους υγειονομικούς από τις 11 αφηγήσεις οι 7 αφορούσαν ιατρούς και οι 4 νοσηλεύτριες/νοσηλευτή.

Όπως ανέφεραν τα άτομα που συμμετείχαν, η διαδικασία της ψηφιακής αφήγησης και ιδιαίτερα η συζήτηση στον κύκλο ιστορίας (story circle) στις πρώτες δύο συναντήσεις ήταν απολαυστική καθώς μετέφεραν την εμπειρία τους, μοιράστηκαν, συζήτησαν, τη σκέφτηκαν και αυτό λειτούργησε ανακουφιστικά και «λυτρωτικά». Ταυτόχρονα, έμαθαν να επεξεργάζονται υλικό, να καταγράφουν τη φωνή τους και να συνθέτουν μια ιστορία. Ακόμη και όσες/όσοι αρχικά είχαν την πεποίθηση ότι δεν μπορούν να δημιουργήσουν βίντεο εν τέλει κατάφεραν να ασχοληθούν με προγράμματα επεξεργασίας, να εμπλέξουν τα παιδιά τους ή τα εγγόνια τους και να ολοκληρώσουν μια ψηφιακή αφήγηση υπό μορφή βίντεο.

Από τις ψηφιακές αφηγήσεις αναδύθηκαν τρεις τύποι επικοινωνίας ιατρών-ασθενών, α) η επεξηγηματική-διαλλακτική επικοινωνία, β) η διεκπεραιωτική-τυπική επικοινωνία και η επικοινωνία της αυθεντίας. Αναφορικά με τα είδη διάδρασης, από τα ευρήματα δημιουργήθηκαν δύο κατηγορίες που αφορούσαν την αμφίδρομη διάδραση «άνθρωπος προς άνθρωπο» και η μονόδρομη διάδραση «αυθεντία προς σύμπτωμα». Στη διεκπεραιωτική επικοινωνία και στην επικοινωνία της αυθεντίας φαίνεται να υιοθετούνται περισσότερο πατερναλιστικά στοιχεία σύμφωνα με τα οποία

ο ιατρός κυριαρχεί και η/ο ασθενής αναμένεται να «συμμορφωθεί». Αντίθετα στην επεξηγηματική επικοινωνία η/ο ιατρός ενεργεί με γνώμονα την ισότιμη σχέση με την/τον ασθενή στην οποία δεν υπερισχύει κανένας. Θέτει τις πληροφορίες για τις πιθανές θεραπείες, εξηγεί και ερμηνεύει τα στοιχεία και τις εναλλακτικές τα οποία τα παρουσιάζει στην/στον ασθενή, η/ο οποία/-ος είναι υπεύθυνη/-ος για τη λήψη των αποφάσεων. Αναφορικά με την αμφίδρομη διάδραση, δίνεται χώρος και χρόνος ώστε οι ασθενείς να εκφραστούν, να παρουσιάζουν τη δυσκολία τους και τις όποιες ανησυχίες και η/ο ιατρός ακούει με προσοχή χτίζοντας την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια.

Η πλειονότητα των ψηφιακών αφηγήσεων τόσο των υγειονομικών όσο και των ασθενών θεωρούν ότι το είδος της επικοινωνίας που κυριαρχεί στη μεταξύ τους σχέση είναι η επεξηγηματική, τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της οποίας είναι η ενημέρωση, η συζήτηση, ο χρόνος που διαθέτει η/ο ιατρός για επίλυση αποριών, ο συμβιβασμός και οι παραχωρήσεις. Αντίθετα, όσον αφορά τη συνολική διάδραση και σχέση ασθενή-ιατρού, η πλειονότητα των ψηφιακών αφηγήσεων ταξινομήθηκε στη μονόδρομη διάδραση (αυθεντία προς «σύμπτωμα») με κυρίαρχα χαρακτηριστικά τον ενεργό ρόλο των ιατρών στην επικοινωνία και δευτερεύοντα των ασθενών, την εμφάνιση των ιατρών ως «αυθεντίες» με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην αισθάνονται ικανοποίηση και να μην έχουν αντιληφθεί πλήρως τι συμβαίνει. Αναμφισβήτητα, η διαδικασία της ψηφιακής αφήγησης λειτούργησε λυτρωτικά και αναστοχαστικά ως μια καλή πρακτική.

Εν ολίγοις από τα ευρήματα της ποιοτικής ανάλυσης προκύπτει ότι η ψηφιακή αφήγηση ως διαδικασία αυτοέκφρασης συμβάλλει στην προσωπική ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας καθώς δίνει έμφαση στην αυτό-φροντίδα. Αποτελεί μια καλή πρακτική για μοίρασμα εμπειριών, διαχείριση του εργασιακού άγχους και των καθημερινών εργασιακών προκλήσεων των ιατρών και νοσηλευτριών/νοσηλευτών ενδυναμώνοντας τις συναδελφικές σχέσεις σε ένα ασφαλές πλαίσιο. Ταυτόχρονα διαφαίνεται ότι ενδυναμώνει τη σχέση ιατρού-ασθενή, νοσηλεύτριες/ή-ασθενή μέσω της ουσιαστικής αλληλεπίδρασης και του αναστοχασμού που προσφέρει η δημιουργία και η θέαση ενός ψηφιακού έργου. Ενώ τέλος, τονώνει τις επικοινωνιακές δεξιότητες, δεξιότητες που αφορούν τεχνολογικά και ψηφιακά μέσα και παράγει «ιατρική γνώση» για τη σχέση με τις/τους ασθενείς μέσω του αναστοχασμού και της ανατροφοδότησης.

Συνοψίζοντας, η αξιοποίηση της ψηφιακής αφήγησης ως διαδικασία συνδιαλλαγής του ασθενή με την ασθένειά του και διαμοιρασμού της εμπειρίας του στην παγκόσμια κοινότητα λειτουργεί σε τρία (3) επίπεδα: Συναισθηματικό, Γνωστικό και Οικουμενικό. Στο **συναισθηματικό** περιλαμβάνονται **τα βιωμένα συναισθήματα** για την ίδια την εμπειρία, **τα συναισθήματα που ανακύπτουν** κατά τη διάρκεια όλης της διαδικασίας της ψηφιακής αφήγησης (και σ' αυτό συμβάλλει σημαντικά ο *κύκλος της αφήγησης* [για την έκφραση των συναισθημάτων σε ένα ασφαλές και «οριοθετημένο» πλαίσιο]), καθώς και **τα συναισθήματα μετά το πέρας της διαδικασίας** κατά το διαμοιρασμό του τελικού προϊόντος στο διαδίκτυο. Το συναισθηματικό επίπεδο αφορά τα συναισθήματα, τον ανακουφιστικό στόχο της ψηφιακής αφήγησης στα άτομα με χρόνιες ή/και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες και την «κάθαρση» με την ολοκλήρωση της διαδικασίας και τη «λύση» τού προς διαπραγμάτευση ζητήματος που αφού παρουσιάστηκε, κορυφώθηκε και στο τέλος, αναζητά επίλυση. Στο **γνωστικό**, το οποίο αφορά τη διασπορά της βιωμένης γνώσης για ένα ζήτημα που αφορά και άλλες/-ους εμπλεκόμενους, όπως είναι η ασθένεια. Περιλαμβάνει την ανταλλαγή πληροφοριών για ένα ιατρικό ζήτημα, όπως το βίωσε το άτομο ξεχωριστά, την κατάθεση πληροφοριών και την οπτική του ατόμου προς τη διαδικασία που βίωσε. Τέλος, το **οικουμενικό** αποτελεί τον *πυλώνα* της αξίας της ψηφιακής αφήγησης. Οι ιστορίες των ατόμων προέρχονται από τον *εαυτό* και απευθύνονται στον *εαυτό* του κάθε ατόμου που μετέχει στη διαδικασία της ψηφιακής αφήγησης. Η ψηφιακή αφήγηση λειτουργεί σε δύο επίπεδα για την οικουμενικότητα. Το πρώτο επίπεδο, αποτελεί τον κυρίαρχο στόχο της ψηφιακής αφήγησης και είναι η απεύθυνση του εαυτού στον ίδιο τον εαυτό και σε δεύτερο επίπεδο στην «ανθρωπότητα». Τα ζητήματα που πραγματεύονται τα άτομα είναι ζητήματα με *παγκόσμιο χαρακτήρα* και το ενδιαφέρον εστιάζεται στην οπτική του εκάστοτε ατόμου μέσω της υποκειμενικής του ματιάς. Τα παραπάνω λειτουργούν ως ελιξίριο ενάντια στη λήθη και στη φθορά του χρόνου. Η ενσυναίσθηση και η παρηγοριά που προσφέρεται από τις υποκειμενικές εμπειρίες λειτουργούν ενάντια στο *φόβο του θανάτου* και της *λησμονιάς* σε ασυνείδητο επίπεδο και ανήκει πια στη σφαίρα της οικουμενικότητας γιατί τα άτομα ταυτόχρονα *διαφέρουν*, με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά (ιδιοσυγκρασιακά, γονιδιακά κ.λπ.), την κουλτούρα- κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές καταβολές και επικρατούσες συνθήκες, *αλλά μοιάζουν* διότι, αντιμετωπίζουν κοινά ζητήματα τα οποία «ξεπερνούν»

το σύνολο, των συνειδητών διεργασιών που βασίζονται σε κοινές πολιτισμικές παραστάσεις, που αντιπροσωπεύει η *κοινωνία*.

Τα ευρήματα της έρευνας αναδεικνύουν την αναγκαιότητα του σχεδιασμού ενός ελκυστικού περιβάλλοντος εργασίας, όπου οι επαγγελματίες υγείας θα τονώνονται και θα υποστηρίζονται. Η πρόσφατη πανδημία απέδειξε με τον πλέον τραγικό τρόπο τις επιπτώσεις της υπονόμησης της δημόσιας υγείας με την έλλειψη προσωπικού, πόρων αλλά και οργανωσιακών πολιτικών που δεν ευνοούν ούτε τους επαγγελματίες υγείας ούτε τις/τους λήπτριες/λήπτες υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα κρίνεται αναγκαία η εκπαίδευση των ιατρών σε δεξιότητες επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς. Τα μαθήματα σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, όπως επίσης και η αξιοποίηση της τέχνης, των νέων τεχνολογιών και ποικίλων άλλων επιστημονικών κλάδων που μπορούν να συμβάλλουν στην απόκτηση και καλλιέργεια αναγκαίων δεξιοτήτων στη θεραπευτική σχέση.

Μεθοδολογικοί περιορισμοί και μελλοντικές ερευνητικές προτάσεις

Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης. Τα αποτελέσματα αφορούν το δείγμα που έλαβε μέρος στην έρευνα και δεν μπορούν να γενικευτούν σε όλο τον πληθυσμό παρά το γεγονός ότι έγινε προσπάθεια να εκπροσωπηθούν όλες οι ηλικιακές ομάδες, τα φύλα και οι κοινωνικοοικονομικές τάξεις, το οποίο συνεπάγεται ικανοποιητική σε ένα βαθμό εκπροσώπηση του πληθυσμού. Ένας ακόμη περιορισμός αφορά την έλευση της πανδημίας covid-19 κατά τη διεξαγωγή της κύριας έρευνας, η οποία τροποποιήθηκε, καθυστέρησε και ίσως είναι δύσκολο να ειπωθεί αν τα ευρήματα θα ήταν διαφορετικά εάν η έρευνα διεξαγόταν πριν ή μετά την πανδημία και όχι στο μέσο αυτής.

Περιορισμό για το ποσοτικό σκέλος της έρευνας συνιστά και το γεγονός ότι δεν στηρίχθηκε στην καταγραφή συμπεριφορών αλλά αντιλήψεων, το οποίο ωστόσο επιχείρησε να καλύψει ως κενό η αξιοποίηση της ποιοτικής έρευνας με τη χρήση των ψηφιακών αφηγήσεων.

Ένας περιορισμός που αφορά την ποιοτική μελέτη είναι η αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Βέβαια, όπως ειπώθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο αλλά και όπως είναι ήδη γνωστό αυτό συμβαίνει στις ποιοτικές έρευνες. Μάλιστα, η αφηγηματική έρευνα δεν στοχεύει στη γενίκευση αποτελεσμάτων σε μεγάλα δείγματα πληθυσμών, αντίθετα εστιάζει στην εις βάθος κατανόηση της εμπειρίας της ασθένειας μέσα από την οπτική των συμμετεχουσών. Ωστόσο, όπως αναδύθηκε υπάρχει δυνατότητα εξαγωγής συμπερασμάτων και τα οποία θα μπορούσαν να εμπλουτιστούν από μελλοντικές ποσοτικές έρευνες σε μεγάλα δείγματα.

Μελλοντικές έρευνες μπορούν να εστιάσουν στην καταγραφή συμπεριφορών των υγειονομικών με ποσοτικά εργαλεία, όπως επίσης και στην αξιοποίησή της ψηφιακής αφήγησης ως διαδικασία καταγραφής της εμπειρίας της πανδημίας από ασθενείς και ιατρούς. Ακόμη, η έρευνα για την προσέγγιση στη σχέση ιατρού-ασθενή σε μεγάλο πληθυσμό επαγγελματιών υγείας που έχουν λάβει εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας. Κλείνοντας, μια έρευνα θα μπορούσε να εστιάσει σε ΠΙ και Κέντρα Υγείας σε επαρχιακές πόλεις και χώρια ώστε να γίνει συγκριτική αποτίμηση με τα νοσοκομεία ως προς την εφαρμογή της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης.

VII. Βιβλιογραφία

- Adekola, B. (2012). The Impact of Organizational Commitment on Job Satisfaction: A Study of Employees at Nigerian Universities. *International Journal of Human Resource Studies*, 2(2). doi:10.5296/ijhrs.v2i2.1740
- Aghalari, Z., Dahms, H., Jafarian, S., & Gholinia, H. (2021, January). Evaluation of organizational and social commitments and related factors during the coronavirus pandemic of healthcare workers in northern Iran. *Globalization and Health*, 17(12). doi:10.1186/s12992-020-00658-0
- Alarcon, A. M., Astudillo, P. R., Barrios, S. A., & Rivas, E. E. (2002, Oct). Nursing leadership in Chile: a concept in transition. *Nursing Science Quarterly*, 15(4), pp. 336-341. doi:10.1177/089431802320559263
- Alexander, B. (2011). *The new digital storytelling: Creating narratives with new media*. Santa Barbara, California: Praeger.
- Alharbi, T., Olsson, L. E., Ekman, I., & Carlström, E. (2014, Feb). The impact of organizational culture on the outcome of hospital care: After the implementation of person-centred care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(1), pp. 104-110. doi:10.1177/1403494813500593
- Anagnostopoulos, D., & Soumaki, E. (2013, Feb). The State of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(2), pp. 131-134. doi:10.1007/s00787-013-0377-y
- Anagnostopoulou, E., Diamanti, M., Kotsifis, T., Alexiadou, A., Aggouria, A., Argyriou, G., & Polikandrioti, M. (2014). Exploration of Nursing students' views about the economic crisis in Greece. *Health Science Journal*, 8(1), pp. 45-56.
- Anderson, K. (2009). Creating a self-narrative of strength, purpose, and possibility. In J. Perillo, *Enhancing resilience in survivors of family violence* (pp. 99-116). New York: Springer.
- Annandale, E. (1998). *The Sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Arage, S., Dessalegn, A., & Daba, D. (2022). Organizational commitment of health professionals and associated factors in primary healthcare facilities of Addis

- Ababa, Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. *Front. Public Health*, 981621. doi:10.3389/fpubh.2022.981621
- Arora, N. K. (2003, Sep). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine*, 57(5), pp. 791-806. doi:10.1016/s0277-9536(02)00449-5
- Arrow, K. J. (1963, Dec). Uncertainty and the welfare economics of medicare. *The American Economic Review*, 53(5), pp. 941-973.
- Ashworth, C. D., Williamson, P., & Montano, D. (1984). A scale to measure physician beliefs about psychosocial aspects of patient care. *Social Science & Medicine*, 19(11), pp. 1235-1238. doi:10.1016/0277-9536(84)90376-9
- Athanasiadis, A., Kostopoulou, S., & Philalithis, A. (2015, Nov). Regional Decentralisation in the Greek Health Care System: Rhetoric and Reality. *Global Journal of Health Science*, 7(6), pp. 55-67. doi:10.5539/gjhs.v7n6p55
- Babbie, E. (2011). *Εισαγωγή στην Κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική.
- Babiker, A., El Hussein, M., Al Nemri, A., Al Frayh, A., Al Juryyan, N., Faki, M. O., . . . Al Zamil, F. (2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese Journal Paediatrics*, 14(2), pp. 9-16.
- Babin, J., & Zikmund, W. G. (2016). *Exploring Marketing Research*. Boston: Cengage Learning.
- Balint, M. (1957). *Problems of Human Pleasure and Behaviors*. London: Maresfield Library.
- Balint, M. (1968). *The Doctor, His Patient and the Illness* (2th ed.). London: Pitam Paperbacks.
- Bán, D., & Nagy, B. (2016). *Digital Storytelling in Practice. Training Manual for Digital Storytelling Workshop. I-DIGital Stories-Stories Educational Learning Facilities*. European Commission.
- Bán, D., & Nagy, B. (2016). Η Ψηφιακή Αφήγηση στην Πράξη. In *i-DIGital Stories – Stories* (Γ. Πίτελ, Ε. Κόλλια, & Α. Δαλμυρά, Trans.).
- Barthes, R. (1981 [1966]). *Introduction à l' analyse structural du récit (Communications, 8)*. Paris: Seuil, "Points".
- Belias, D., & Koustelios, A. (2014). Organizational Culture and Job Satisfaction: A Review. *International Review of Management and Marketing*, 4(2), pp. 132-149.

- Bellou, V. (2008). Identifying organizational culture and subculture within Greek public hospitals. *Journal of Health Organization and management*, 22(5), pp. 496-509.
- Bellou, V. (2010). Organizational culture as a predictor of job satisfaction: The role of gender and age. *Career Development International*, 15(1), pp. 4-19.
- Bernard, C., Sheila, B., & Curran, S. (2007). *Documentary Storytelling: Making stronger and more* (2th ed.). Oxford: Waltham, Massachusetts.
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011, Oct). Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Counselling and Health Education*, 85(1), pp. 46-52. doi:10.1016/j.pec.2010.08.001
- Bertakis, K. D., Azari, R., Callahan, E. J., Helms, L. J., & Robbins, J. A. (1999, Jan). The impact of physician practice style on medical charges. *The Journal of Family Practice*, 48(1), pp. 31-36.
- Besley, A. C. (2002). Foucault and the Turn to Narrative Therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 30(2), pp. 125-143. doi:10.1080/03069880220128010
- Bibring, G. L. (1968). *The teaching of Dynamic Psychiatry*. USA: International Universities Press.
- Björnberg, A., Garrofé, B. C., & Lindblad, S. (2009). Euro health consumer Index. Health Consumer Powerhouse. *Health Consumer Powerhouse AB*, pp. 13-14.
- Bloom, S. W. (1963). *The doctor and his patient: A Sociological Interpretation*. New York: Russell Saga Foundation.
- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M., & Robson, K. (2001). *Focus Groups in Social Research*. London: SAGE Publications.
- Blundell, B., & Murdock, A. (1997). *Managing in the Public Sector (A continuum of strategic types)*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Boan, D., & Funderburk, F. (2003). *Healthcare quality improvement and organizational culture*. Easton, Maryland: Delmarva Foundation.
- Bond, S., & Thomas, L. H. (1992, Jan). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), pp. 52-56. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb01818.x
- Booth, D. (1994). *Story Drama: Reading, Writing and Role Playing Across the Curriculum*. Canada: Pembroke Publishers Limited.

- Brezniak, N., & Ben-Ya'ir, S. (1989). Patient burnout-Behaviour of young adults undergoing orthodontic treatment. *Stress Medicine*. doi:10.1002/smi.2460050308
- Brondy, H. (1987, Jun). The Physician-Patient Relationship: Models and Criticisms. *Theoretical Medicine*, 8(2), pp. 205-220. doi:10.1007/BF00539756
- Brondy, H. (1987). The Physician-Patient Relationship: Models and Criticisms. *Theoretical Medicine*, pp. 205-220.
- Bruner, J. S. (2004). *Δημιουργώντας Ιστορίες. Νόμος, Λογοτεχνία, Ζωή*. (B. Τσούρτσου, K. Πολυδάκη, & Γ. Κουγιουμουτζάκης, Επιμ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Brunner, M., & Süß, H.-M. (2005). Analyzing the Reliability of Multidimensional Measures: An Example from Intelligence Research. *Educational and Psychological Measurement*, 65(2), pp. 227-240. doi:10.1177/0013164404268669
- Bull, G., & Kajder, S. (2004, Dec-Jan). Digital storytelling in the language arts classroom. *Learning & Leading with Technology*, 32(4), pp. 46-49.
- Burns, K., Pattani, R., Lorens, E., Straus, S., & Hawker, G. (2021). The impact of organizational culture on professional fulfillment and burnout in an academic department of medicine. doi:10.1371/journal.pone.0252778
- Cambell, J. P., Bownas, D. A., Peterson, N. G., & Marvin, D. D. (1974). *The measurement of organizational effectiveness: A review of relevant research and opinion*. San Diego, California: Navy Personnel Research and Development Center.
- Cameron, K. (2004). A Process for Changing Organizational Culture. In T. Cummings, *Handbook of Organizational Development* (pp. 429-445). Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2006). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework* (Revised ed.). San Francisco-CA: Jossey-Bass.
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2011). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford: University Press, Inc.
- Cheney, G. (2007, Aug). Organizational Communication Comes Out. *Sage Journals*, pp. 80-91. doi:10.1177/0893318907302639
- Chomsky, N. (1964). A review of B.F.Skinner's "Verbal behavior". In J. A. Fodor, & J. J. Katz, *The structure of language: readings in the philosophy of language*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Chu, K. F. (2003, Aug). An organizational culture and the empowerment for change in SMEs in the Hong Kong manufacturing industry. *Journal of Materials Processing Technology*, 139(1-3), pp. 505-509. doi:10.1016/S0924-0136(03)00527-2
- Chung, S. K. (2006). Digital Storytelling in Integrated Arts Education. *The International Journal of Arts Education*, 4(1), pp. 33-50.
- Cohen, J. L., Johnson, J., & Orr, P. (2015). *Video and filmmaking as Psychotherapy. Research and Practice*. New York: Routledge.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Comrey, A. (1973). *A first course in factor analysis*. New York: Academic Press.
- Conrad, P. (1990). Qualitative research on chronic illness: a commentary on method. *Social Science Medicine*, 31(11), pp. 1257-1263.
- Contino, D. (2004, Jun). Leadership competencies: knowledge, skills, and aptitudes nurses need to lead organizations effectively. *Critical Care Nurse*, 24(3), pp. 52-64. doi:10.4037/ccn2004.24.3.52
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, pp. 297-334.
- Davies, H. T., Nuttley, S. M., & Mannion, R. (2000, Jun). Organizational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*, 9(2), pp. 111-119. doi:10.1136/qhc.9.2.111
- de las Heras-Rosas, C., Herrera, J., & Rodríguez-Fernández, M. (2021, March). Organisational Commitment in Healthcare Systems: A Bibliometric Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 18(5). doi:10.3390/ijerph18052271

- De Valck, C., Bensing, J., Bruynooghe, R., & Batenburg, V. (2001). Cureoriented versus care-oriented attitudes in medicine. *Patient Education and Counseling*, 45(2), pp. 119-126. doi:10.1016/S0738-3991(00)00201-9
- Dedeke, A. (2003, Aug). Service quality: Fulfilment-oriented and interactions-centred approach. *Managing Service Quality*, 13(4), pp. 276-289. doi:10.1108/09604520310484699
- Deshpande, R., & Webster, F. (1989, Jan). Organizational culture and marketing Defining the research agenda. *The Journal of Marketing*, 53(1), pp. 3-15. Retrieved 14, 2021, from <http://www.jstor.org/stable/1251521>
- Dewit, S. (2001). *Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας* (Τόμ. 1). (Γ. Σακοράφα, Μεταφρ.) Αθήνα: Λαγός Δημήτριος.
- DiMatteo, M. R., & Martin, L. R. (2011). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Πεδίο.
- Donabedian, A. (1988, Sep). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), pp. 1743-1748. doi:10.1001/jama.260.12.1743
- Duchscher, J., & Cowin, L. (2004, November). Multigenerational nurses in the workplace. *The Journal of nursing administration*, 34(11), pp. 493-501. doi:10.1097/00005110-200411000-00005
- Economou, C. (2015). *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*. WHO Regional Office for Europe.
- Economou, C., & Giorno, C. (2009). *Improving the performance of the public health care system in Greece. OECD Economics Department Working Paper, No 722*. Paris: OECD Publishing.
- Efthimiou, K., Argalia, E., Kaskaba, E., & Makri, A. (2013). Economic crisis and mental health. What do we know about the current situation in Greece? *ENCEPHALOS*, 50, pp. 22-30.
- Elwyn, G., Lloyd, A., May, C., van der Weijden, T., Stiggelbout, A., Edwards, A., . . . Epstein, R. (2014, Nov). Collaborative deliberation: a model for patient care. *Patient Education and Counseling*, 97(2), pp. 158-164. doi:10.1016/j.pec.2014.07.027
- Ende, J., Kazis, L., Ash, A., & Moskowitz, M. A. (1989, Jan-Feb). Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences

- among medical patients. *Journal of General Internal Medicine*, 4(1), pp. 23-30. doi:10.1007/BF02596485
- Engel, G. (1977, Apr 8). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), pp. 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Engel, G. L. (1977, Apr 8). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), pp. 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Engel, G., & Romano, J. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), pp. 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Epstein, R. M., & Street, R. (2011, Mar). The Values and Value of Patient-Centered Care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), pp. 100-103. doi:10.1370/afm.1239
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005, Oct). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61(7), pp. 1516-1528. doi:10.1016/j.socscimed.2005.02.001
- Eslami, J., & Davood, G. (2012). Organizational Commitment and Job Satisfaction. *ARPN Journal of Science and Technology*, 2(2), pp. 85-91.
- Fairbairn, G. J. (2002, Apr). Ethics, empathy and storytelling in professional development. *Learning in Health and Social Care*, 1, pp. 22-32. doi:10.1046/j.1473-6861.2002.00004.x
- Falkum, E., & Førde, R. (2001). Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Social, Science and Medicine*, 52(2), pp. 239-248. doi:10.1016/s0277-9536(00)00224-0
- Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C. G., Duberstein, P., McDaniel, S. H., & Epstein, R. M. (n.d.). Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Medical care*, 42(11), pp. 1049-1055. doi:10.1097/00005650-200411000-00003
- Fisher, W. (1987). *Human communication as narration*. Columbia: University of South Carolina.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), pp. 39-50. doi:10.2307/3151312

- Francis, R. (2013). *The final report of the Mid Staffordshire NHS foundation trust public inquiry*.
- Franks, P., Jerant, A., Fiscella, K., Cleveland, S., Tancredi, D., & Epstein, R. M. (2006, Jan). Studying physician effects on patient outcomes: physician interactional style and performance on quality of care indicators. *Social Science & Medicine*, 62(2), pp. 422-432. doi:0.1016/j.socscimed.2005.05.027
- French, K. (2003, Jul). Methodological considerations in hospital patient opinion surveys. *International Journal of Nursing Studies*. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5), pp. 525-541. doi:10.1016/s0020-7489(03)00066-x
- Fried, C. (1974). *Medical Experimentation: Personal Integrity and Social Policy and Personal Integrity*. New York: American Elsevier.
- Gaissmaier, W., Anderson, L. B., & Schulkin, J. (2013, Aug). How Do Physicians Provide Statistical Information about Antidepressants to Hypothetical Patients? *Sage Journals*. doi:10.1177/0272989X13501720
- Gale, D., Mitchell, A., Garand, L., & Wesner, S. (2003, Jan). Client Narratives: A Theoretical Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(1), pp. 81-89. doi:10.1080/01612840305306
- Ganzach, Y. (2003). Intelligence, Education, and Facets of Job Satisfaction. *Work and Occupations*, 30(1), pp. 97-122. doi:10.1177/0730888402239328
- Gardner, D., & Winder, C. (1999). Using Benchmarking to Improve Organizational Communication. *Quality Assurance*, 6(4), pp. 201-211. doi:10.1080/105294199277761
- Gerdtham, U.-G., & Ruhm, C. (n.d.). Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Economics and Human Biology*, 4(3), pp. 298-316. doi:10.1016/j.ehb.2006.04.001
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1988). Narrative and the Self as Relationship. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology. Social psychological studies of the self: Perspectives and programs* (pp. 17-56). Academic Press.
- Giannou, E. (2021). Dealing with social isolation during traffic ban measures in Greece: Digital Storytelling and COVID-19. *Les défis de la transition numérique. XVI Conférence Internationale – EUTIC 2020. Réseau de recherche international et pluridisciplinaire sur les enjeux et usages des TIC*. Bruxelles.

- Goleman, D. (2000, Mar). Leadership that gets results. *Harvard Business Review*, pp. 78-90.
- Goleman, D., Boyatzis, R. E., & McKee, A. (2002, Jan). *Primal leadership: Realizing the power of emotional intelligence* (6th ed.). Boston, Mass: Harvard Business School Press.
- Gourinchas, P.-O., Philippon, T., & Vayanos, D. (2016). The Greek crisis: An autopsy. *NBER Macroeconomics Annual*.
- Graber, D. A. (1992). *Public Sector Communication: How Organizations Manage Information*. Washington, DC: CW Press.
- Gray, B., & Young, A. (2011). Digital Storytelling with Women who live with. In G. Peter (Ed.), *Expanding Documentary Conference proceedings* (pp. 35-41). Auckland: Auckland University of Technology.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1999, Jan). Narrative based medicine: Why study. *British Medical Journal*, *318*(7175), pp. 48-50. doi:10.1136/bmj.318.7175.48
- Gregory, B. T., Harris, S. G., Armenakis, A. A., & Shook, C. L. (2009, Jul). Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes. *Journal of Business Research*, *62*(7), pp. 673-679.
- Groenewegen, P. P., & Jurgutis, A. (2013). A future for primary care for the Greek population. *Quality in Primary Care*, *21*(6), pp. 369-378. Retrieved 3 28, 2020, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24512835/>
- Gude, T., Vaglum, P., Anvik, T., Bærheim, A., & Grim Stad, H. (2013, Mar). A few more minutes make a difference? The relationship between content and length of GP consultations. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *31*(1), pp. 31-35. doi:10.3109/02813432.2012.751698
- Guest, G., Namey, E. E., & Mitchell, M. L. (2013). *Collecting Qualitative Data - A Field Manual for Applied Research*. London: SAGE Publications, Inc.
- Ha, J., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*, *10*(1), pp. 38-43. Retrieved 03 26, 2020, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21603354/>
- Habib, S., Aslam, S., Hussain, A., Yasmeen, S., & Ibrahim, M. (2014). The Impact of Organizational Culture on Job Satisfaction, Employess Commitment and Turn over Intention. *Advances in Economics and Business*, *2*(6), pp. 215-222. doi:10.13189/aeb.2014.020601

- Haidet, P., Dains, J., Paterniti, D. A., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E., & Rogers, J. (2002, January). Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education*, 36(6), pp. 568-574. doi:10.1046/j.1365-2923.2002.01233.x
- Haigh, C., & Miller, E. (2018). What really matters to patients? Digital storytelling as qualitative research. In P. Hardy, & T. Sumner, *Cultivating Compassion. How digital storytelling is transforming healthcare*. UK: Palgrave macmillan.
- Håkansson, J. (2003). *Exploring the phenomenon of empathy. Doctoral dissertation [Online]*. Stockholm University. Department of Psychology. Retrieved 04 05, 2020, from https://www.atu.dk/sites/default/files/aktiviteter/empathy_dissertation.pdf
- Hall, J., Horgan, T., Stein, T., & Roter, D. (2002). Liking in the physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 48(1), pp. 69-77.
- Handy, C. (1993). *Understanding Organizations. How understanding the ways organizations actually work can be used to manage them better*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Hardy, P. (2004). The Expert Patient Programme: a critical review. *Programme Evaluation, Quality Assessment and Learning Processes*.
- Hardy, P. (2005a). Patient Voices: An investigation into improving the quality of healthcare using digital patient stories. *University of Ulster, Faculty of Social Science*.
- Hardy, P. (2005b). *Unheard invisible, invaluable*. Cambridge: Pilgrim Projects Limited.
- Hardy, P. (2007). *An investigation into the application of the Patient Voices digital stories in healthcare education: quality of learning, policy impact and practice based value*. Belfast: University of Ulster. Retrieved October 20, 2019, from <http://www.pilgrimprojects.co.uk/papers/phardymisc.pdf>
- Hardy, P., & Sumner, T. (2013). Humanizing healthcare: A conversation with Pip Hardy and Tony Summer, Pilgrim Projects/ Patient Voices. In J. Lambert, *Digital Storytelling: Capturing Lives, Creating Community* (4rd ed., pp. 1-14). New York: Routledge.

- Harland, N. (2018). Increasing Empathy: Digital storytelling in professional development. In P. Hardy, & T. Sumner, *Cultivating Compassion. How digital storytelling is transforming healthcare*. UK: Palgrave macmillan.
- H-Com. (2017, May 11). State of the Art Report on “Communication Training for Health Professionals”. *Health Communication Training for Health Professionals*. Retrieved Μάιος 20, 2021, from http://h-com.eu/wp-content/uploads/2016/03/Report_Training-programmes_revision_final_20170511.pdf
- H-Com. (2017b, Jan 12). Framework for health communication needs and training methodologies: Focus Group Findings Report. *Health Communication Training for Health Professionals*. Retrieved Μάιος 20, 2021, from http://h-com.eu/wp-content/uploads/2016/03/HCOM_QUALITATIVE-REPORT_FINAL_12-1-2017.pdf
- Heggade, O. D. (2000). *Hospital Management*. New Delhi: Mohit Publications.
- Helff, S., & Woletz, J. (2009). Computational power meets human contact. In J. Hartley, & K. McWilliam (Eds.), *Story circle: digital storytelling around the world*. Chichester, West Sussex. United Kingdom: Wiley-Blackwell Publishing Ltd.
- Helff, S., & Woletz, J. (2009). Narrating Euro-African Life in Digital Space. In J. Hartley, & K. McWilliam, *Story Circle Digital Storytelling Around the*. West Sussex, UK: Wiley and Blackwell.
- Hellriegel, D., & Slocum, J. W. (2004). *Organization Behavior*. Mason, Ohio: Thomson/South-Western.
- Henbest, R. J., & Stewart, M. (1990, Mar). Patient-centredness in the Consultation. 2: Does It Really Make a Difference? *Family Practice*, 7(1), pp. 28-33. doi:10.1093/fampra/7.1.28
- Henry, S. B., Lenert, L., Middleton, B., & Partridge, R. (1993, Feb). Linking process and outcome with an integrated clinical information system. 7, pp. 81-93.
- Hjortdahl, P., & Borchgrevink, C. F. (1991, Nov). Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*, 303(6811), pp. 1181-1184. doi:10.1136/bmj.303.6811.1181

- HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU member* (2η ed.).
- Hu, J., Herrick, C., & Hodgins, K. (2004, October). Managing the multigenerational nursing team. *The Health Care Manager*, 23(4), pp. 334-340.
- Huber, G. (2001). Transfer of knowledge in knowledge management systems: unexplored issues and suggested studies. *European Journal of Information Systems*, 10(2), pp. 72-79. doi:10.1057/palgrave.ejis.3000399
- Huey Yiing, L., & Zaman Bin Ahmad, K. (2009, Feb). The moderating effects of organizational culture on the relationships between leadership behaviour and organizational commitment and between organizational commitment and job satisfaction and performance. *Leadership & Organization Development Journal*, 3(1), pp. 53-86. doi:10.1108/01437730910927106
- Hung, D., Chung, S., Martinez, M., & Tai-Seale, M. (2016, Jul-Sep). Effect of Organizational Culture on Patient Access, Care Continuity, and Experience of Primary Care. *The Journal of Ambulatory Care Management*, pp. 242-252. doi:10.1097/JAC.0000000000000116
- Ingersoll, G., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B., & Davies, J. (2002). Nurses' Job Satisfaction, Organizational Commitment, and Career Intent. *Journal of Nursing Administration*, 32, pp. 250-263. doi:10.1097/00005110-200205000-00005
- Johnson, D. E. (1998). *Applied Multivariate Methods for Data Analysis*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Johnson, J. A., & Omachonu, V. K. (1995). Total Quality Management as a health care corporate strategy. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8(6), pp. 23-28. doi:10.1108/09526869510098822
- Josien, M., Βαγιάτης, Γ., & Γιαννουλέας, Γ. (1995). *Η επικοινωνία μέσα και έξω από τον εργασιακό χώρο. Εισαγωγή στις αρχές της σχολής του Palo Alto και στις τεχνικές της συναλλακτικής ανάλυσης και του νευρογλωσσολογικού προγραμματισμού*. (Ν. Ε. Δέγλερης, Επιμ., Γ. Αραμπατζής, & Κ. Βασιλικού, Μεταφρ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Judson, T. J., Detsky, A. S., & Press, M. J. (2013, Jun 12). Encouraging patients to ask questions: How to overcome "white-coat silence". *Journal of the American Medical Association*, 309(22), pp. 2325-2326. doi:10.1001/jama.2013.5797

- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), pp. 31-36.
- Kajder, S. (2004). Enter here: digital narrative in the English classroom. *English Journal*, 93(3), pp. 64-68.
- Kalogeropoulou, M. (2011, Sep). Measurement of patient satisfaction: A method for improving hospital quality and effectiveness. *Archives of Hellenic Medicine*, 28(5), pp. 667-673.
- Karaiskou, A., Malliarou, M., & Sarafis, P. (2012). Economic crisis: Impact on the health of citizens and consequences on health systems. *Interscientific Health Care*, 4(2), pp. 49-54.
- Karanikolos, M., & Kentikelenis, A. (2016, May). Health inequalities after austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health*.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basus, S., Stuckler, D., . . . McKee, M. (2013, Apr). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, 381(9874), pp. 1323-1331.
- Kargas, A. D., & Varoutas, D. (2009). The Role of Organizational Culture to the Management of Telecommunication Companies: II. Applications and Case Studies. In I. Lee, *Handbook of Research on Telecommunications Planning and Management for Business* (pp. 295-309). Western Illinois University, USA: Book News Inc. doi:10.4018/978-1-60566-194-0.ch020
- Kasimoglou, M. (2021). Investigations of organizational commitment of healthcare. *International Journal on Social and Education Sciences (IJonSES)*, 2, pp. 267-286. doi:10.46328/ijonSES.143
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The Social psychology of Organizations*. New York: Wiley.
- Khamlub, S., Harun-Or-Rashid, M., Sarker, M., Hirosawa, T., Outavong, P., & Sakamoto, J. (2013, August). Job satisfaction of health-care workers at health centers in Vientiane Capital and Bolikhamsai Province, Lao PDR. 75(3-4), pp. 233-241.
- Khushf, G. (2007). An agenda for future debate on concepts of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, pp. 19-27.
- Kilmann, R. H. (2011). *Creating a Quantum Organizations: A New Paradigm for Achieving Organizational Success and Personal Meaning*. Newport Coast, CA: Kilmann Diagnostics.

- Kleinman, A. (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. California: University of California Press.
- Körner, M., Wirtz, M. A., Bengel, J., & Göritz, A. S. (2015). Relationship of organizational culture, teamwork and job satisfaction in interprofessional teams. *BMC Health Services Research*.
- Kotter, J. P., & Heskett, J. L. (1992). *Corporate Culture and Performance*. New York: Free Press.
- Kovach, K. A. (1977). *Organization size, job satisfaction, absenteeism and turnover*. Washington: D.C.: University Press of America.
- Kramer, A. M., Düsman, H., Tan, L. C., Jansen, J. M., Grol, R. M., & Van Der Vleuten, C. M. (2004, Feb). Acquisition of communication skills in postgraduate training for general practice. *Medical Education*, 38(2), pp. 158-167. doi:10.1111/j.1365-2923.2004.01747.x
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2015). *Building primary care in a changing Europe*. WHO: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Krupat, E., Bell, R., Kravitz, R. L., Thom, D., & Rahman, A. (2001). When physicians and patients think alike: Patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *The Journal of Family Practice*, 50(12), pp. 1057-1062.
- Krupat, E., Hiam, M., & Fleming, M. Z. (1999). Patient-Centeredness and its Correlates among First Year Medical Students. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(3), pp. 347-356. doi:10.2190/DVCQ-4LC8-NT7H-KE0L
- Krupat, E., Hsu, J., Irish, J., Schmittiel, J. A., & Selby, J. V. (2004, December). Matching Patients and Practitioners Based on Beliefs About Care: Results of a Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Managed Care*, 10(11, pt 1), pp. 814-822.
- Krupat, E., Putnam, S., & Yeager, C. (1996). The fit between doctors and patients: Can it be measured? *Journal of General Internal Medicine*, 11, pp. 134-.
- Krupat, E., Yeager, C., & Putnam, S. (2000). Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychology and Health*, 15(5), pp. 707-719.
- Labov, W., & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press.

- Labov, W., & Waletzky, J. (1967). Narrative analysis. Essays on the Verbal and Visual Arts. (J. Helm, Ed.) *Reprinted in Journal of Narrative and Life History*, 7, pp. 3-38.
- LaLopa, J. (1997). The Prediction of Organizational Commitment and Turnover in Resort Jobs. *Journal of Hospitality and Tourism Research*, 21, pp. 11-26.
- Lambert, J. (2002). *Digital Storytelling: Capturing lives, creating community*. Berkeley, CA: Digital Diner Press.
- Lambert, J. (2007). *Digital Storytelling Cookbook*. Berkeley, CA: Digital Diner Press.
- Lambert, J. (2013). *Digital storytelling: Capturing lives, creating community* (4th ed.). New York: Routledge.
- Lane, J. E. (1995). *The Public Sector: Concepts, Models and Approaches* (2th ed.). London: Sage Publications.
- Lang, E. V., Benotsch, E. G., Fick, L. J., Lutgendorf, S., Berbaum, M. L., Berbaum, K. S., & et al. (2000). Adjunctive non-pharmacologic analgesia for invasive medical procedures: A randomized trial. *Lancet*, 355, pp. 1486-1490.
- Large, M. (2007). Change, How to Do it and Make it Work, Tools and Techniques for Managing Change. *A Joint Working Publication*.
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *Journal of the American Medical Association*, 293(9), pp. 1100-1106.
- Lathem, S. A. (2005). Learning communities and digital storytelling: new media for ancient tradition. In R. C. C. Crawford (Ed.), *Proceedings of Society for Information Technology & Teacher Education International Conference 2005 Chesapeake* (pp. 2286-2291). VA: AACE.
- Lawn, J. E., Rohde, J., Rifk, S., Were, M., Vinod, K. P., & Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*, 372, pp. 917-927.
- Lawrence, K., Lenk, p., & Quinn, R. E. (2009). Behavioral Complexity in leadership: The psychometric properties of a new instrument to measure behavioral repertoire. *The Leadership Quarterly*, 20(2), pp. 87-102.
- Leach, S., Stewart, J., & Walsh, K. (1994). *The Changing Organisation and Management of local Government*. Basingstoke, UK: Macmillan.

- Leary, A., & Oliver, S. (2010). *Clinical Nurse Specialist: Adding Value to Care: An Executive Summary*. London: Royal College of Nursing Publications.
- Liaropoulos, L. (1998). Ethics and the management of health care in Greece : A health economists perspective. In S. Dracopoulou (Ed.), *Ethics and values in health care management*. London: Routledge.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative research: reading, analysis and interpretation*. London: Sage.
- Light, A. (2012). *The Holy Or the Broken: Leonard Cohen, Jeff Buckley and The Unlikely Ascent of Hallelujah*. New York: Atria Books.
- Lim, B. (1995). Examining the organizational culture and organizational performance. *Leadership and Organizational Development Journal*, 16(5), pp. 16-21.
- Lionis, C., Shea, S., & Markaki, A. (2011, Dec). Introducing and implementing a compassionate care elective for medical students in Crete. *Journal of Holistic Health care*, 8, pp. 38-41.
- Liu, D., Wu, Y., Jiang, F., Wang, M., Liu, Y., & Tang, Y.-L. (2021). Gender Differences in Job Satisfaction and Work-Life Balance Among Chinese Physicians in Tertiary Public Hospitals. *Front. Public Health*, 9(635260). doi: 10.3389/fpubh.2021.635260
- Lok, C., & Grawford, J. (1999). The relationship between commitment and organizational culture, subculture, leadership style and job satisfaction in organizational change and development. *Leadership and Organizational Journal*, 20(17), pp. 365-377. doi:10.1108/01437739910302524
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., & Sheridan, S. E. (2010, Jan 1). Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), pp. 53-62. doi:10.4065/mcp.2009.0248
- Lund, D. B. (2003). Organizational culture and job satisfaction. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 18(3), pp. 219-236.
- Lussier, M. T., & Richard, C. (2005, Jan). Doctor-patient communication: Complaints and legal actions. *Canadian Family Physician*, 51(1), pp. 37-39.
- Lussier, M. T., & Richard, C. (2007, Apr). Communication tips. Feeling understood: Expression of empathy during medical consultations. *Canadian Family Physician*, 53(4), pp. 640-641.

- Lussier, M. T., & Richard, C. (2010, Aug). Should family physicians be empathetic?: YES. *56*(8), pp. 740-742, 744-746 .
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling. *Psychological Methods, 1*, pp. 130-149. doi:10.1037/1082-989X.1.2.130
- Major, K. M., Simon, S. R., Yood, R. A., Martinson, B. C., Gunter, M. J., Reed, G. W., & Gurwitz, J. H. (2004, Mar 16). Health plan members' views about disclosure of medical errors. *140*(6), pp. 409-418. doi:10.7326/0003-4819-140-6-200403160-00006
- Malloy, D. C., Hadjistavropoulos, T., Mccarthy, E. F., Evans, R. J., Zakus, D. H., Park, I., & et al. (2009, Nov). Culture and organizational climate: Nurses' insights into their relationship with physicians. *Nursing Ethics, 16*(6), pp. 719-733. doi:10.1177/0969733009342636
- Mannion, R., Davies, H., & Marshall, M. (2005). *Cultures for performance in health care*. England: Open University Press.
- Marasinghe, M., & Wijayarathne, A. (2018). The Impact of Gender Differences on Job Satisfaction of University Library Professionals. *Journal of the University Librarians Association of Sri Lanka, 21*(2), pp. 1-20. doi:10.4038/jula.v21i2.7905
- Martin, J., & Siehl, C. (1983). Organizational culture and counter-culture: An uneasy symbiosis. *Organizational Dynamics, 122*, pp. 52-65.
- Martin, W. E., & Bridgmon, K. D. (2012). *Quantitative and Statistical Research Methods: From Hypothesis to Results* (Vol. 42). Hoboken, New Jersey: Jossey-Bass.
- Martins, E. C., & Terblanche, F. (2003). Building organizational culture that stimulates creativity and innovation. *European Journal of Innovation Management, 6*(1), pp. 64-67.
- McLean, E. (2018). Learning together with digital stories. In P. Hardy, & T. Sumner, *Cultivating Compassion. How digital storytelling is transforming healthcare* (Vol. 2nd). UK: Palgrave macmillan.
- McLennan, J. D., Jansen-McWilliams, L., Comer, D. M., Gardner, W. P., & Kelleher, K. J. (1999). The Physician Belief Scale and psychosocial problems in children: a report from the Pediatric Research in Office Settings and the Ambulatory

- Sentinel Practice Network. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 20(1), pp. 24-30. doi:10.1097/00004703-199902000-00004
- Mead, N., & Bower, P. (2000, Oct). Patient-centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), pp. 1087-1110. doi:10.1016/s0277-9536(00)00098-8
- Mehrabian, A. (1971). *Silent Messages*. California: Wadsworth Publishing Company, Inc.
- Mehrabian, A. (1972). *Non verbal Communication*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Meimaris, M. (2010, August). Communication in the Practice of Medicine. *Hellenic Journal of Surgery*, pp. 224-228.
- Melville, A. (1980, Dec). Job satisfaction in general practice: Implications for prescribing. *Social Science & Medicine*, 14A(6), 495-499. doi:10.1016/0160-7979(80)90050-8
- Ménzies-Lyth, I. (1988). *Containing Anxiety in Institutions* (Vol. 1 Selected Essays). London: Free Association Books.
- Meryn, S. (1998). Improving Doctor-Patient Communication. Not an Option, but a Necessity. *British Medical Journal*, 27(316(7149)), p. 1922. doi:10.1136/bmj.316.7149.1922
- Mesfin, D., Woldie, M., Adamu, A., & Bekele, F. (2020). Perceived organizational culture and its relationship with job satisfaction in primary hospitals of Jimma zone and Jimma town administration, correlational study. *BMC Health Services Research*.
- Miao, Y., Linguri, L., & Bian, Y. (2017). Gender differences in job quality and job satisfaction among doctors in rural western China. *BMC Health Services Research*. doi:10.1186/s12913-017-2786-y
- Minaki, P., Samoli, E., & Theodorou, M. (2013, Jan). Patient complaints at three public hospitals in Greece: Who cares? *Archives of Hellenic Medicine*, 30(1), pp. 67-78.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1994). *The Rise and Fall of Strategic Planning*. New York: Free Press.

- Mishler, E. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of Medical Interviews*. New Jersey: Ablex.
- Monaghan, T. (2015, Aug). A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 35(8), pp. 1-7. doi:10.1016/j.nedt.2015.03.006
- Montgomery, A. J., Panagopoulou, E., Kehoe, I., & Valkanos, E. (2011). Connecting organisational culture and quality of care in the hospital: Is job burnout the missing link? *Journal of Health Organisation and Management*, 25, pp. 108-123.
- Morgan, M. (2003). The Doctor-Patient relationship. (G. Scambler, Ed.) *Sociology as applied to Medicine*, pp. 55-70.
- Mossialos, E., Allin, S., & Davaki, K. (2005, Sep). Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *14(Suppl 1)*, pp. S151-168. doi:10.1002/hec.1033
- Mountzoglou, A. (2010). The Greek Nurses' Job Satisfaction Scale: Development and Psychometric Assessment. *Journal of Nursing Measurement*, 18(1). doi:10.1891/1061-3749.18.1.60
- Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, pp. 224-247.
- Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (1994). *Psychological testing: Principles and applications*. Hoboken, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Murray, C., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organization*, 78(6), pp. 717-731.
- Naibitsitt, J. (1982). *Megatrends. Ten New Directions Transforming Our Lives*. New York: Warner Books.
- Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: MacGraw Hill .
- OECD. (1995). *Economic Survey of Greece*. Athens: OECD.
- OECD. (2009). *Unemployment rate increases to 8.6% in August 10, 2009*. Athens: OECD.
- OECD. (2015). *Greece Country Health Profile*. Athens: OECD.
- OECD. (2015). *Health at a Glance: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2016). *Health Statistics*. Athens: OECD.

- OECD. (2016). *Society at a Glance*. Αθήνα: OECD.
- OECD. (2017). *State of Health in the EU: Ελλάδα, προφίλ υγείας*. Αθήνα: OECD.
- Ohler, J. (2008). *Digital Storytelling in the Classroom: new media pathways to*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Ohler, J. (2008). *Digital Storytelling in the Classroom: new media pathways to literacy, learning and creativity*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Ong, L. M. (1995, Apr). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), pp. 903-198. doi:10.1016/0277-9536(94)00155-m
- Ovretveit, J. (2003). The quality of health purchasing. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(3), pp. 116-127.
- Parmelli, E., Flodgren, G., Beyer, F., Baillie, N., Schaafsma, M. E., & Eccles, M. P. (2011, Apr). The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance: A systematic review. *Implementation Science*.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. London: Routledge.
- Parsons, T. (1978). Health and disease: A sociological and action perspective. In T. Parsons, *Action theory and the human condition* (pp. 66-1). New York: Free Press.
- Patterson, S. E. (2008). "Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence [review] / Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A.,". *Journal of Applied Christian Leadership*, 2(2), pp. 76-80. Retrieved from <https://digitalcommons.andrews.edu/jacl/vol2/iss2/6>
- Pavlekovic, G. (2008). The capacity to obtain, interpret and understand basic health information and services and the competence to use such information to enhance health. *Health Literacy. Programmes for Training on Research in Public Health for South Eastern Europe*.
- Peterson, M., Cameron, K., Spencer, M., & White, T. (1991). *Assessing the Organizational and Administrative Context for Teaching and Learning*. Ann Arbor, Michigan: NCRIPAL.
- Pettigrew, A. (1979). On studying organizational cultures. *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 570-581.
- Pink, D. (2005). *A Whole New Mind: Moving from the Information Age to the Conceptual Age*. New York: Riverhead Books.

- Pitombo Leite, N. R., Rodrigues, A.-C., & Galvão de Albuquerque, L. (2014, Oct-Dec). Organizational Commitment and Job Satisfaction: What Are the Potential Relationships? *BAR - Brazilian Administration Review*, 11(4). doi:10.1590/1807-7692bar2014276
- Porter, B. (2006). Beyond the craftsmanship of digital products. *Learning & Leading with Technology. ISTE (International Society for Technology in Education)*, 28(31).
- Porter, L. W., Steers, R. M., Mowday, R. T., & Boulian, P. V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59, pp. 603-609.
- Porter-O'Grady, T. (2004, Oct-Dec). Constructing a Conflict Resolution Program for Health Care. *Health Care Management Review*, 29(4), pp. 278-283. doi:10.1097/00004010-200410000-00003
- Quinn, R. E., & Spreitzer, G. M. (1991). The Psychometrics of the Competing Values Culture Instrument and an Analysis of the Impact of Organizational Culture on Quality of Life. (R. W. Woodman, & W. A. Pasmore, Eds.) *Research in Organizational Change and Development*, 5, pp. 115-142.
- Quinn, R., & Rohrbaugh, J. (1983). A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Toward a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science*(29), pp. 363-377. doi:https://doi.org/10.1287/mnsc.29.3.363
- Raggio, B., & Malacarne, P. (2007, Apr). Burnout in intensive care unit. *Minerva Anestesiologica*, 73(4), pp. 195-200.
- Robin, B. (2006). The educational uses of digital storytelling. In C. Crawford, & et al. (Ed.), *Proceedings of Society for Information Technology & Teacher Education International Conference* (pp. 709-716). Chesapeake, VA: AACE.
- Rodríguez-Fernández, M., Herrera, J., & de las Heras-Rosas, C. (2021, April). Model of Organizational Commitment Applied to Health Management Systems. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9). doi:10.3390/ijerph18094496
- Roemer, M. (1993). *National health systems of the world: Vol. 1. The countries*. New York: Oxford University Press. doi:10.1177/0002764293036006003
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifelin Company.

- Rogers, C. (1975, Jun). Empathic: An unappreciated way of being. *Sage Journals*, 5(2). doi:10.1177/001100007500500202
- Rogers, C. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *Counseling Psychologist*, 5(2), pp. 2-10.
- Rondeau, K. V., & Wagar, T. H. (1999, Sep). Hospital choices in times of cutback: The role of organizational culture. *International Journal of healthcare Quality Assurance Incorporating leadership in Healthcare Services*. doi:10.1108/13660759910371020
- Ross, J. (2011, Oct). Patient safety outcomes: The importance of understanding the organizational culture and safety climate. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 26(5), pp. 347-348. doi:10.1016/j.jopan.2011.08.001
- Roter, D. L., Frankel, R. M., Judith, A. H., & Sluyter, D. (n.d.). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), pp. 28-34. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00306.x
- Roter, D., & Hall, J. A. (2006). *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits* (2th ed.). Santa Barbara, CA: Praeger.
- Roter, D., Hall, J., & Aoki, Y. (2002). Physician Gender Effects in Medical Communication. *JAMA*, 288(6), pp. 756-764.
- Ruhm, C. (2000). Are Recessions Good For Your Health? *Quarterly Journal of Economics*, 115(2), pp. 617-650.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2009, Oct-Dec). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. *Indian Journal Psychiatry*.
- Scammon, D., Tabler, J., Brunisholz, K., Gren, L., Kim, J., Tomoaia-Cotisel, A., . . . Magill, M. (n.d.). Organizational culture associated with provider satisfaction. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(2), pp. 219-228. doi:10.3122/jabfm.2014.02.120338
- Schein, E. H. (1992). *Organizational culture and leadership* (2th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Schein, E. H. (2004). *Organizational culture and leadership* (3th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

- Schmidt, I. K., & Svarstad, B. L. (2002, Jun). Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. *Social Science & Medicine*, 54(12), pp. 1767-1777. doi:10.1016/s0277-9536(01)00146-0
- Schulz, U., & Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Die Berliner Social Support Skalen (BSSS) [Social support in coping with illness: The Berlin Social Support Scales (BSSS)]. *Diagnostica*, 49(2), pp. 73-82. doi:10.1026/0012-1924.49.2.73
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H., & Marshall, M. (2003, Jun). The quantitative measurement of organizational culture in health care: A review of the available instruments. *Health Services Research*, 38(3), pp. 923-945. doi:10.1111/1475-6773.00154
- Scott, T., Mannion, R., Marshall, M., & Davies, H. (2003, Apr). Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *Journal of Health Services Research & Policy*, 8(2), pp. 105-117. doi:10.1258/135581903321466085
- Seren, S., & Baycal, U. (2007, May). Relationships between change and organizational culture in hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), pp. 191-197. doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00166.x
- Shanafelt, T., Bradley, K., Wipf, J., & Back, A. (2002, March). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *135(5)*, pp. 358-367. doi:10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008
- Shea, M. (2011). *An exploration of personal experience of taking part in a digital. Submitted Thesis*. Sheffield: Sheffield Hallam University.
- Sheneman, L. (2010). Digital storytelling: How to get the best results. *School Library Monthly*, 27(1), pp. 40-42.
- Shields, M. A., & Ward, M. (2001). Improving Nurse Retention in the National Health Service in England: The Impact of Job Satisfaction on Intentions to Quit. *Journal of Health Economics*, 20, pp. 677-701.
- Shimkin, B. M. (1946). The World Health Organization. *Science (American Association for the Advancement of Science)*, 104(2700), pp. 281-283.
- Shortell, S. M., Jones, R. H., Rademaker, A. W., Gillies, R. P., Dranove, D. S., Hughes, E. F., . . . Huang, C. F. (2000, Feb). Assessing the Impact of Total Quality Management and Organizational Culture on Multiple Outcomes of Care for

- Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients. *Medical Care*, 38(2), pp. 207-217. doi:10.1097/00005650-200002000-00010
- Silverstone, R. (2007). *Media and morality. On the rise of the mediapolis*. Cambridge: Polity Press.
- Silverthorne, C. (2004). The impact of organizational culture and person-organization fit on organizational commitment and job satisfaction in Taiwan. *Leadership & Organization Development Journal*, 25(7), pp. 592-599. doi:10.1108/01437730410561477
- Simmons, A. (2006). *The story factor: Secrets of influence from the art of storytelling* (2 ed.). New York: Basic Books.
- Smith, M. (2016). Organizational Climate and Culture in its Association to Job Satisfaction in the Workforce.
- Smith, P. C., Kendall, L. M., & Hulin, C. L. (1969). *The measurement of satisfaction in work and retirement*. Chicago: Rand-NcNally.
- Snelson, C., & Sheffield, A. (2009). Digital Storytelling in a Web 2.0 World. *Proceedings of the Technology, Colleges & Community Worldwide Online Conference*, (pp. 159-167).
- Souliotis, K., Agapidaki, E., & Papageorgiou, M. (2015, Feb). Healthcare access for cancer patients in the era of economic crises. Results from the HOPE III study. *Forum of Clinical Oncology*, 6(4), pp. 7-11. doi:10.1515/fco-2015-0020
- Spitzberg, B. H. (1997). Intercultural Effectiveness. In L. Samovar, & P. R.E. (Eds.), *Intercultural Communication: A Reader*. Belmont: Wadsworth.
- Stanton, P. (2018). Towards compassionate government: The impact of Patient Voices on NHS leadership. In P. Hardy, & T. Sumner, *Cultivating Compassion. How digital storytelling is transforming healthcare* (2nd ed.). UK: Palgrave macmillan.
- Stein, N. (1982). What's in a story: Interpreting the interpretations of story grammars. *Discourse Processes*, 5, pp. 319-335.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000, Sep). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), pp. 796-804.

- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (1995). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. Indiana, USA: Sage Publications, Inc.
- Stewart, M., McWhinney, I., & Buck, C. (1979, Feb). The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 29(199), pp. 77-82.
- Sukamolson, S. (2007). *Fundamentals of quantitative research*. Bangkok: EJTR.
- Sullivan, J. E., & Decker, J. P. (2009). Effective Leadership & Management in Nursin. Στο Θ. Μπελλάλη (Επιμ.), *Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας* (Θ. Μπελλάλη, Μεταφρ., 6η εκδ.). Αθήνα: Γκιούρδας Μ.
- Suma, S., & Lasha, J. (2013, June). Job Satisfication and Organizational Commitment: The case of Shkodra Municipality. *European Scientific Journal*, 9(17), pp. 41-51.
- Swansburg, R., & Swansburg, R. (1999). *Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία*. (Ε. Αποστολοπούλου, Επιμ.) Αθήνα: Δ. Λαγός.
- Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956, May). A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA archives of internal medicine*, 97(5), pp. 585-592. doi:10.1001/archinte.1956.00250230079008
- Szemán, D., & Szabó, M. (2017, Dec). A digitális történetmesélés (DST) technikájának alkalmazási lehetőségei a modernkori rabszolgaság következtében traumát szenvedett túlélőkkel folytatott segítői munka keretein belül. *Alkalmazott Pszichológia*, 17(3), pp. 59-84. doi:https://doi.org/10.17627/alkpszich.2017.3.59
- Thomas, J. R., & Nelson, J. K. (2001). *Research methods in physical activity* (4 ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Thomas, V. J., & Cohn, T. (2006, Feb). Communication skills and cultural awareness courses for healthcare professionals who care for patients with sickle cell disease. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), pp. 480-488. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03741.x
- Tourangeau, A., & Cranley, L. (2006, August). Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced nursing*, 55(4), pp. 497-509. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03934.x.

- Travaline, J. M., Ruchinskas, R., & D'Alonzo, G. E. (2005, Jan). Patient-physician communication: Why and how. *Journal of Osteopathic Medicine*, 105(1), pp. 13-18.
- Tsai, Y. (2011). Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction. *BMC Health Services Research*.
- Tsimtsiou, Z., Kiparoglou, R., Asimakopoulos, A., Efthymiadou, E., & Dantsi, F. (2012, Nov). Polypharmacy and the role of Primary Health Care: An interesting case of drug-induced hepatitis. *Archives of Hellenic Medicine*, 29(6), pp. 731-733.
- vän den Brink-Muinen, A., vän Dulemn, A. (., & Bensing, J. M. (2003). Eurocommunication II: Communication in general practice: differences between European countries. *Family Practice*, 20(4), pp. 478-485.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, E., Bleichrodt, H., Calonge, S., Gerdtham, U., Gerfin, M., & et al. (1997, Feb). Income related inequalities in health: some international comparisons. *ournal of Health Economics*, 16(1), pp. 93-112. doi:10.1016/s0167-6296(96)00532-2
- Walley, J., Lawn, J., Tinker, A., de Francisco, A., Chopra, M., Rudan, I., & et al. (2008). Primary health care: making Alma-Ata a reality. *Lancet*, 372, pp. 1001-1007.
- Wallston, K., Malcarne, V., Flores, L., Hansdottir, I., Smith, C., Stein, M., . . . Clements, P. (1999, Apr). Does God Determine Your Health? The God Locus of Health Control Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23, pp. 131-142.
- Wang, H., Ni, Y., & Xie, B. (2006). Main factors influencing nurse job satisfaction-a cross country study. [Master dissertation] *International Business Department of Business Administration & Economics* (pp. 1-121). Sweden: Kristianstad University College.
- Weber, M. ((1922) 1978). *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*. Berkley, CA: University California Press.
- Weinberg, S. K. (Ed.). (1972). *The Sociology of Mental Disorders: Analyses and readings in psychiatric sociology*. London: David Mckay Company.
- Weiner, J. S., & Cole, S. A. (2004, Dec). Three Principles to Improve Clinician communication for Advance Care Planning: Overcoming Emotional, Cognitive, and Skill Barriers. *Journal of Palliative Medicine*, 7(6), pp. 817-829. doi:10.1089/jpm.2004.7.817

- Weis, S. B. (2007). *Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians* (2th ed.). Chicago: AMA Foundation.
- Wen, K. Y., & Gustafson, D. H. (2004, Feb). Needs assessment for cancer patients and their families. *Health Quality Life Outcomes*, 26(2), p. 11. doi:10.1186/1477-7525-2-11
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- WHO. (1946, July). *Constitution of the World Health Organization*. New York.
- WHO. (1993). *Continuous Quality Development: a Proposal National Policy*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (1998). The cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to understand and use information in ways which promote and maintain good health. *Health Promotion Glossary. Health Promotion International*, 13(4), pp. 349-364.
- WHO. (2005). *Human Resources and Training in Mental Health*. Copenhagen: Mental Health Policy and Service Guidance Package.
- Wilensky, H. (1975). *The welfare state and equality. Structural and ideological roots of public expenditures*. Berkley: University of California Press.
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequaliZties*. London: Routledge.
- Williams, P. (2021). Η Επικοινωνία στη Νοσηλευτική. Στο *deWit's Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας* (σσ. 125-147). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Wu, W. (2009, mAR). Managing and incentivizing research commercialization in Chinese Universities. *The Journal of Technology Transfer*, 35, pp. 203-224. doi:10.1007/s10961-009-9116-4
- Yeung, A. K., Brockbank, W. J., & Ulrich, D. O. (1991). Organizational Culture and Human Resources Practices: An Empirical Assessment. (R. W. Woodman, & W. A. Pasmore, Eds.) *Research in Organizational Change and Development*, 5.
- Yong, A. G., & Pearce, S. (2013). A Beginner's Guide to Factor Analysis: Focusing on Exploratory Factor Analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology, TQMP*, 9, pp. 79-94. doi:doi.org/10.20982/tqmp.09.2.p079

- Zavras, D., Zavras, A., Kyriopoulos, I. I., & Kyriopoulos, J. (2016, Jul). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BioMed Central Health Services Research*, 16, p. 309. doi:10.1186/s12913-016-1557-5
- Zazzali, J., Alexander, J., & Shortell, S. (2006). Organizational Culture and Physician Satisfaction with Dimensions of Group Practice. *Health Services Research*, pp. 1150-1176. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00648.x
- Zimmerman, L., & Beaudoin, M. N. (2002). Cats Under the Stars: A Narrative. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(1), pp. 1-48.
- Zolnie Rek, K. B., & Dimatteo, M. R. (2009, August). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care*, 48(8), pp. 826-834. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc
- Αθανασούλα-Ρέππα, Α., Ανθοπούλου, Σ., Κατσουλάκης, Σ., & Μαυρογιώργος, Γ. (1999). *Διοίκηση Εκπαιδευτικών Μονάδων*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο.
- Αλβέρτου, Σ. (2016). *Ψηφιακή αφήγηση και χρόνια ασθένεια: Εξετάζοντας την περίπτωση της νόσου Crohn*. Διπλωματική Εργασία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών- Τμήμα Επικοινωνίας και ΜΜΕ.
- Αλεξάνδρου, Ζ. (2005). *Οργανωτική κουλτούρα*. Διπλωματική εργασία. Πρέβεζα: ΑΤΕΙ Πρεβέζης, Τμήμα Χρηματοοικονομικής και ελεγκτικής.
- Αλεξιάδης, Α. (2003). *Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21ου αιώνα*. Θεσσαλονίκη: Δημόπουλος.
- Αλεξιάδης, Α., & Σιγάλας, Ι. (1999). *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας-νοσοκομείων, εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές (Vol. Δ'). Πάτρα: ΕΑΠ.
- Αλεξιάδου, Ε. (2007). Η νέα διοικητική μορφή του ΕΣΥ. *Διοικητική Ενημέρωση*, 41, pp. 58-61.
- Αλεξόπουλος, Π. (2016). Σχέση ιατρού-ασθενούς. *Σημειώσεις παρουσίασης* (σσ. 1-46). Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ., & Νιάκας, Δ. (2007, Ιαν). Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), pp. 89-96.

- Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1986). *Υγεία και Ασθένεια: Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο*. Αθήνα: Φλόγα.
- Ανδριώτη, Δ., Αλτάνης, Π., Μεράκου, Κ., Σκίτσου, Α., Χαραλάμπους, Γ., Τσιάντου, Β., & Κυριόπουλος, Γ. (2010). Μπορεί το υπόδειγμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «ανταπόκριση των υπηρεσιών στις νέες ανάγκες» να εφαρμοστεί στη χώρα μας;. *Επιστημονικό Περιοδικό της Ελληνικής Εταιρείας γενικής Ιατρικής: ΕΛΕΓΕΙΑ*, 22(2), pp. 29-40.
- Ασκούνης, Δ., Πανόπουλος, Δ., & Μακαρούνη, Ι. (2016). Επιχειρηματικό Ανταγωνιστικό Περιβάλλον. (*Σημειώσεις μαθήματος*). Αθήνα: Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.
- Budi Setyawan, F., Supriyanto, S., Ernawaty, E., & Lestari, R. (2022). Organizational commitment, patient satisfaction and loyalty in the first-level health facilities. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 11(3), pp. 1046-1057. doi:10.11591/ijphs.v11i3.21293
- Βαγγελάτος, Α., & Καλαμαρά, Χ. (2008). Υγεία και Web 2.0. *Ιατρολέξη, Ανάπτυξη Υποδομής Γλωσσικής Τεχνολογίας για το Βιοϊατρικό Τομέα, 9ο έργο*.
- Βαργιάμη, Μ., & Γούλα, Μ. (2017, April-June). Η σχέση ιατρού-ασθενούς. *Health and Research Journal HRJ*, 3(2), σσ. 104-111. doi:10.5281/zenodo.822293
- Βαρδακώστα, Ι. (2001). Η έννοια της επικοινωνίας και η εφαρμογή της στις Ακαδημαϊκές Βιβλιοθήκες: Μία πρώτη προσέγγιση. *10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών*. Θεσσαλονίκη (GR): e-Lis.
- Βγενοπούλου, Ι., Πρεζεράκος, Π., & Τζαβέλλα, Φ. (2017, Μάϊ). Θεραπευτική αφήγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(3), pp. 411-419.
- Βενιού, Α., & Τεντολούρης, Ν. (2013, Σεπ). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(5), pp. 613-618.
- Βοζίκης, Α. (2012). Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα. In R. Santerre, S. Neum, A. Βοζίκης, & Μ. Κελέση-Σταυροπούλου (Eds.), *Οικονομία της υγείας: Θεωρία, Προοπτική & Συστηματική μελέτη*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Βολιτάκη, Σ. (2014). *Η ανάθεση υπηρεσιών από τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε εξωτερικούς φορείς τη χρονική περίοδο 2010-2013. Διπλωματική Εργασία [Online]*. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Retrieved 10 08, 2020, from

http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/8490/Volitaki_Stiliani.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Βραχάτης, Δ., & Παπαδόπουλος, Α. (2012). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και προοπτικές. *Νοσηλευτική*, 51, pp. 10-17.
- Γαβριήλ, Ε., Middleton, Ν., Παπασταύρου, Ε., & Μερκούρης, Α. (2017). Η αποτύπωση της οργανωσιακής κουλτούρας στον χώρο του νοσοκομείου. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, 3, pp. 295-302.
- Γεωργακόπουλος, Ν. (2014). *Ο ρόλος του ΕΟΠΠΥ στο ΕΣΥ: Μεταρρύθμιση ή απορρύθμιση. Διπλωματική Εργασία [Online]*. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Retrieved 10 08, 2019, from <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6538/DY1105.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Γιαλαμάς, Β. (2003). Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση. [*Σημειώσεις μαθήματος*]. Αθήνα: Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία: Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Γιαλαμάς, Β. (2003β). Πολλαπλή Παλινδρόμηση. [*Σημειώσεις μαθήματος*]. Αθήνα: Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία: Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Γιαλαμάς, Β. (2021). Διερευνητική παραγοντική ανάλυση. *Σημειώσεις μαθήματος*. Αθήνα: Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία: Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Γιάννου, Έ. (2017). *Ψηφιακή αφήγηση και ασθένεια: Η ψηφιακή αφήγηση ως εργαλείο μείωσης του άγχους και της κατάθλιψης των γυναικών με εμπειρία καρκίνου του μαστού. Διπλωματική Εργασία [Online]*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τ.Ε.Α.Π.Η. Retrieved 6 28, 2020, from <https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/file/lib/default/data/2606622/theFile/2606623>
- Γιαχούδη, Χ. (2020). *Σχέση και επικοινωνία ιατρού ασθενή - Καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών γιατρών και ασθενών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας περιοχής Χανίων. Διπλωματική Εργασία [Online]*. Χανιά: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Γούλα, Α. (2013). *Οργανωσιακή Κουλτούρα Δημοσίου Νοσοκομείου: Παράγοντες Μετάβασης από το Γραφειοκρατικό σε ένα Νέο Μοντέλο Διοίκησης. Διδακτορική*

- Διατριβή [Online]*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Δημόσιας Διοίκησης. Retrieved 4 3, 2020, from <http://pandemos.panteion.gr/index.php?op=record&lang=el&pid=iid:6343>
- Γούλα, Α. (2014). *Οργανωσιακή κουλτούρα υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: Πολιτεία.
- Γούλα, Α., Κέφης, Β., Δημάκου, Σ., Πιερράκος, Γ., & Σαρρής, Μ. (2014, Σεπ). Οργανωσιακή αλλαγή στο δημόσιο νοσοκομείο. Από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, pp. 583-590.
- Δημητριάδου, Χ. (2015). *Η επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων νοσηλευτών και η σχέση της με την σωματική και ψυχική τους υγεία*. Πειραιάς: Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστημίου Πειραιώς.
- Δικαίος, Κ. (1999). Πολιτική υγείας. In Δ. Αγραφιώτης (Ed.), *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και προκλήσεις* (Vol. Β', pp. 79-102). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Δικαίος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., & Χλέτσος, Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2014). *Έρευνα Υγείας*. Αθήνα: Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2015). *Δαπάνες Υγείας – Σύστημα Λογαριασμών Υγείας*. Αθήνα: Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανάκτηση 12 28, 2019, από <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/->
- ΕΛΣΤΑΤ. (2016). *Σύστημα Λογαριασμών Υγείας*. Αθήνα: Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- Ζαβλανός, Μ. (2002α). *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Σταμούλης.
- Ζαβλανός, Μ. (2002β). *Οργανωσιακή Συμπεριφορά*. Αθήνα: Σταμούλης.
- Θανασάς, Ι., & Χαραλάμπους, Μ. (2016). Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Επιστημονικά Χρονικά*, 2, pp. 158-170.
- Θεοδοσιάδου, Δ. (2017). *Ψηφιακή Αφήγηση: Σχεδίαση και υλοποίηση σεμιναρίου. Διπλωματική Εργασία [Online]*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής. Retrieved 06 02, 2021, from <https://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/20463>
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Ίσαρη, Φ., & Πουρκός, Μ. (2015). *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

- Ιωσηφίδης, Θ. (2008). *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.
- Καδδά, Α. (n.d.). Ο ρόλος των παραγόντων του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία-ασθένεια. *Ιατρικό Βήμα*, 118(2), pp. 86-89.
- Καδδά, Ό. (2018, Jul-Sep). Ομαδική εργασία επαγγελματιών υγείας και ασφάλεια των ασθενών. *Health and Research Journal*, 4(3), pp. 117-118.
- Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι., & Χατζητόλιος, Α. (2013). Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα: Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(2), pp. 233-340.
- Κακουλίδης, Κ. (2009). *Επιχειρηματικότητα-Επικοινωνία-Πωλήσεις*. Αθήνα: Διόνικος.
- Καλογεροπούλου, Μ., & Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Καλούρη, Ο. (2002). *Γενική Ψυχολογία*. Αθήνα: Έλλην.
- Κανελλόπουλος, Χ. (1991). *Αποτελεσματική Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*. Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
- Κανελλόπουλος, Χ. (1992). *Μάνατζμεντ. Αποτελεσματική Διοίκηση*. Αθήνα: International Publishing.
- Καραμανίδου, Χ. (2010). Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών και το φαινόμενο της μη συμμόρφωσης: Προσανατολισμοί για την πολιτική υγείας. Στο Ξ. Κοντιάδης, & Ν. Σουλιώτης, *Θεσμοί και πολιτικές υγείας* (σσ. 443-455). Αθήνα: Παπαζήση.
- Καραντώνη, Ε. (2015). Εκπαιδύοντας τον γιατρό στην ψυχολογική σκέψη. *19th International Balint Congress*. Metz, France.
- Κιοσσές, Β. (2017). *Η ενσυναίσθηση στη σχέση ιατρού- ασθενή. Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση του προγράμματος εκπαίδευσης φοιτητών ιατρικής στην ενσυναίσθηση «έλα στη θέση μου, γιατρέ»*. Διδακτορική Διατριβή [Online]. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρική. Ανάκτηση 01 18, 2021, από <http://62.217.125.92/jspui/handle/123456789/28970>
- Κιόχος, Π., Παπανικολάου, Γ., & Κιόχος, Α. (2003). *Επιχείρηση και Περιβάλλον*. Αθήνα: Interbooks.
- Κόντης, Θ. (1983). *Επιχειρησιακή Επικοινωνία*. Αθήνα: ΟΕΔΒ.

- Κοντογιαννάτου, Γ. (2018). Έρευνες μικτών μεθόδων: Η λογική του σχεδιασμού και οι προϋποθέσεις εφαρμογής τους. *Academia, a publication of the higher education policy network*, 12, σσ. 83-108.
- Κοράβου, Χ. (2019). *Η επικοινωνία μεταξύ του ιατρού και του ασθενή: ο ρόλος της κοινωνικής ταυτότητας και της ικανοποίησης του ασθενή ως καθοριστικοί παράγοντες της θεραπευτικής σχέσης. Διπλωματική Εργασία*. Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Κορρές, Γ. (2015). Το Περιβάλλον και η Επιχειρηματικότητα: Δημόσιες πολιτικές για τη Στήριξη της Επιχειρηματικής Δράσης. In Γ. Κορρές, *Επιχειρηματικότητα και ανάπτυξη*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11419/698>
- Κοτσαϊβάζογλου, Ι., & Πασχαλούδης, Δ. (2002). *Οργανωσιακή Επικοινωνία – Η Επικοινωνία για Επιχειρήσεις και Οργανισμούς*. Αθήνα: Πατάκη.
- Κουλαξίζη, Χ. (2010). Μέθοδοι έρευνας. *The international information and library*.
- Κουλούρη, Α. (2019). Οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας: χαρακτηριστικά, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 12(1), pp. 5-12.
- Κουράκος, Μ., & Καυκιά, Θ. (2019, Μάι). Οργανωσιακή κουλτούρα: Η σημασία της για τους παρόχους και τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(3), pp. 312-319.
- Κουσκούνης, Κ., & Καρπούζης, Α. (2006). *Δερματολογία & Αφροδισιολογία*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης .
- Κουτελέκος, Ι., & Πολυκανδριώτη, Μ. (2007, Ιανουάριος-Μάρτιος). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (burnout syndrome). *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 6(1), σσ. 13-20.
- Κουτούζης, Μ., Αθανασούλα-Ρέππα, Α., Μαυρογιώργος, Γ., Χαλκιώτης, Δ., & Νιτσόπουλος, Β. (1999). *Διοίκηση Εκπαιδευτικών Μονάδων: Εκπαιδευτική διοίκηση και πολιτική*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Κούτρη, Ι. (2013). *Η νοσηματοδότηση της εμπειρίας του καρκίνου του μαστού: μια αφηγηματική μελέτη. Διδακτορική διατριβή [Online]*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο. Retrieved 05 08, 2021, from <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/35633>

- Κριτσωτάκης, Γ. (2013, Οκτ-Δεκ). Συσχέτιση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την Ικανοποίηση των Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας από τις Υπηρεσίες Υγείας. *Νέα Υγεία*(82), p. 7.
- Κυριαζή, Ν. (2012). *Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Κυριόπουλος, Γ. (1995). Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση. *Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός*.
- Κυριόπουλος, Γ., & Τσιάντου, Β. (2010, Σεπ). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), pp. 834-840.
- Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγορου, Σ., & Οικονόμου, χ. (2003). *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Κωστούλας, Γ. (1996). *Μάνατζμεντ Α-Ω*. Αθήνα: Ελληνοεκδοτική.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2000). *Το Εγώ του ΕΣΥ*. Αθήνα: Βήτα.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας* (Τόμ. Α'). Αθήνα: Βήτα.
- Λιαρόπουλος, Λ., Καϊτελίδου, Δ., & Σίσκου, Ο. (2006). *Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών.
- Λιονής, Χ. (2013). Σχέση ιατρού ασθενή: προσδοκίες και στάσεις ασθενούς πριν την επίσκεψη στο ιατρείο. *Ανοιχτά Ακαδημαϊκά Μαθήματα στο Πανεπιστήμιο Κρήτης. Πανεπιστήμιο Κρήτης*. Retrieved 10 27, 2019, from <https://opencourses.uoc.gr/courses/course/view.php?id=246>
- Λιονής, Χ., Ιατράκη, Ε., Πιτέλου, Ε., Αλεξιάδης, Α., Ασπράκη, Γ., Γεωργιάννος, Ν., . . . Ραζής, Ν. (2015). Ενσυναίσθηση και συμπόνια στη σχέση ιατρού-ασθενούς. [Κεφάλαιο Συγγράμματος]. In Χ. Λιονής, Ε. Ιατράκη, Ε. Πιτέλου, Α. Αλεξιάδης, Γ. Ασπράκη, Ν. Γεωργιάννος, . . . Ν. Ραζής, *Σχέση ιατρού-ασθενή. [ηλεκτρ. βιβλ.]*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11419/5815>
- Λούτας, Γ. (2002). *Η θεωρία της επιχειρησιακής επικοινωνίας*. Αθήνα: Έλλην.
- Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (1998). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Μανιού, Μ., & Ιακωβίδου, Ε. (2009, Οκτ-Δεκ). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 8(4), pp. 380-400.
- Μάντη, Π., & Τσελέπη, Χ. (2000). *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων* (Τόμ. Α). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Μάρδας, Γ. (1993). *Οργανωτική και οικονομική του συστήματος κοινωνικής διοίκησης*. Αθήνα: Σμπίλιας.
- Μαρκάκη, Α. (2013). Σχέση ιατρού- ασθενή: Νόσος, αρρώστια, ασθένεια: Ανθρωπολογική & κοινωνιολογική προσέγγιση. *Ανοιχτά Ακαδημαϊκά Μαθήματα στο Πανεπιστήμιο Κρήτης. Πανεπιστήμιο Κρήτης*. Retrieved 10 27, 2019, from <https://opencourses.uoc.gr/courses/course/view.php?id=24>
- Μάρκοβιτς, Γ., & Μοναστηρίδου, Σ. (2011, Ιαν-Μάρ). Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(1), σσ. 51-56.
- Μαρνέρας, Χ., & Αρβανίτης, Γ. (2011, Ιαν-Μάρ). Η συζήτηση ως αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, pp. 57-61.
- Μαστοράκη, Ν. (2019). *Ο ρόλος της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενή στις ψυχιατρικές κλινικές. Πτυχιακή Εργασία [Online]*. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης. Retrieved 02 24, 2021, from <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/12237/%CE%A0%CF%84%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AE%20%CE%9D%CE%B5%CF%86%CE%AD%CE%BB%CE%B7%20%CE%9C%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%81%CE%AC%CE%BA%CE%B7%20Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Μεϊμάρης, Μ. (2013). Εκπαιδευοντας στην Ψηφιακή Αφήγηση: Δουλεύοντας με ομάδες στην ελληνική πραγματικότητα. *Πρακτικά συνεδρίου ICODLE*, 7, σσ. 177-182. doi:<http://dx.doi.org/10.12681/icodl.722>
- Μεϊμάρης, Μ. (2014). Ψηφιακή αφήγηση. *Πρακτικά Διεθνούς Συνεδρίου η ψηφιακή αφήγηση σε περιόδους κρίσης*. Αθήνα: Εργαστήριο Νέων Τεχνολογιών στην Επικοινωνία, την Εκπαίδευση και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

- Μεϊμάρης, Μ. (2016). Η Επικοινωνία στην ιατρική πράξη (Health Communication) . *Ερευνητικές ομάδες του Εργαστηρίου Νέων Τεχνολογιών στην Επικοινωνία, την Εκπαίδευση και τα ΜΜΕ*, pp. 3-4.
- Μεϊμάρης, Μ. (2017). Human[e]ducation. Στο Β. Ρ. D. Lejerskar (Επιμ.), *Πρακτικά 11th Audiovisual Arts festival: Retrospective in Megaron*. Αθήνα: Megaron, The Athens Concert Hall.
- Μεϊμάρης, Μ. (2019). Επικοινωνιακές Διαστάσεις του Νέου Τεχνολογικού Περιβάλλοντος. *Σημειώσεις μαθήματος*.
- Μεϊμάρης, Μ., & Γκούσκος, Δ. (2016). Ψηφιακή αφήγηση και διαμεσικές αφηγηματικές διαδικασίες για μάθηση. *Σημειώσεις μαθήματος*.
- Μελιάδου, Ε., Νάκου, Α., Γκούσκος, Δ., & Μεϊμάρης, Μ. (2016 Νοέ). Ψηφιακή Αφήγηση, Μάθηση και Εκπαίδευση. *Πρακτικά του 6th International Conference in Open & Distance Learning*, (pp. 615-627). Λουτράκι.
- Μερκούρης, Α. (2008). *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*. Αθήνα: Έλλην.
- Μπακιρτζής, Κ. (2003). *Η δυναμική της αλληλεπίδρασης στην επικοινωνία*. Αθήνα: GUTENBERG.
- Μπανούση, Α. (2014, Ιαν). Υγεία: Η πορεία ενός κεκτημένου κοινωνικού αγαθού σε περίοδο οικονομικής κρίσης και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 3(3), pp. 134-141.
- Μπήτρου, Λ. (2014). Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική των ομάδων Balint. *Ελληνική Ομάδα Balint*, 2(3).
- Μπιλανάκης, Ν., & Γουρζής, Φ. (n.d.). Ενσωμάτωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας στην ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Επιστημονικό Περιοδικό της Ελληνικής Εταιρείας γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ)*, 23(2), pp. 9-15.
- Μπιμπάκη, Ε. (2021). Η επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας του COVID-19. Στο *[Διπλωματική Εργασία]* (σσ. 1-91). Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Μπιτσώρη, Ζ. (2013). Ο ρόλος της επικοινωνίας στις υπηρεσίες υγείας. *Προεχειρητική Νοσηλευτική*, 2(2), pp. 65-72.
- Μπουραντάς, Δ. (2002). *Μάνατζμεντ, θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές*. Αθήνα: Μπένου.

- Μπουραντάς, Δ., & Βάθης, Α. (1999). *Αρχές οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων και υπηρεσιών*. Αθήνα: ΟΕΔΒΑ.
- Μπουραντάς, Δ., Βάθης, Α., Παπακωνσταντίνου, Χ., & Ρεκλείτης, Π. (2014). *Αρχές οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων και Υπηρεσιών*. Αθήνα: ΙΤΥΕ Διόφαντος.
- Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεοδώρου, Μ., & Πολύζος, Ν. (1995). *Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Ιατρικής Φροντίδας*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Ντυκέν, Μ. Ν. (2018). *Σχεδιασμός, οργάνωση και υλοποίηση εμπειρικής έρευνας*. Βόλος: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Ξέστερνου, Μ. (2013). Η ψηφιακή αφήγηση στην εκπαίδευση. Διεθνείς και ελληνικές πρακτικές. *Παιδαγωγικός Λόγος*, 19(1).
- Οικονόμου, Μ., Πέππου, Α., Λούκη, Ε., Κομπορόζος, Α., Μέλλου, Α., & Στεφανής, Κ. (2012, Jan). Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Ψυχιατρική*, 23(1), pp. 17-28.
- Παναγοπούλου, Ε., & Μπένος, Α. (2004, Ιούλ). Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση. Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια;. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(4), pp. 385–390.
- Παπαγεωργίου, Α., & Χονδροκούκης, Γ. (2010, Δεκ). Ποσοτική Προσέγγιση της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο χώρο των ελληνικών δημόσιων 26 νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακοκινητικής*, 28(3), pp. 269-278.
- Παπαγεωργίου, Γ. (2014). *Ποσοτική έρευνα*. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Παπαδάκη- Μηχαηλίδη, Ε. (2012). *Η σιωπηλή γλώσσα των συναισθημάτων. Η μη λεκτική επικοινωνία στις διαπροσωπικές σχέσεις*. Αθήνα: Πεδίο.
- Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1997). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας* (2η ed.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάτου, Δ., & Μπελάλη, Θ. (2008). *Βασικές γνώσεις Ψυχολογίας για επαγγελματίες υγείας*. Αθήνα: Κριτική.
- Παπαδιονυσίου, Ε. (2020). Πως η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει τη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού και την απόδοση της εταιρείας: σύγκριση ελληνικού και

- σκανδιναβικού μοντέλου διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού. *[Δημοσιευμένη Διδακτορική Διατριβή]*. Retrieved from <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/47570>
- Παπαδοπούλου, Δ., & Πέτσα, Α. (2015). Διαδικτυακή ιατρική πληροφορία και ηλεκτρονική υγεία. *Επιστημονικά Χρονικά*, 20(1), pp. 27-40.
- Παπαδοπούλου, Π. (2021). *Η επικοινωνία γιατρού - ασθενή και η επίδρασή της στη θεραπευτική σχέση. Διπλωματική Εργασία [Online]*. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. Σχολή Δημόσιας Υγείας. Retrieved 12 Ιουλίου, 2021, from <https://polynoe.lib.uniwa.gr/xmlui/handle/11400/711>
- Παπαλεξανδρή, Ν., & Μπουραντάς, Δ. (2003). *Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού*. Αθήνα: Μπένου.
- Παπαλεοντίου, Μ. (2014). Ο λογοτεχνικός γραμματισμός στην πεζογραφία. Στοιχεία θεωρίας της αφήγησης. Retrieved 09 01, 2019, from http://www.pi.ac.cy/pi/files/epimorfosi/ekpaid_yliko/logot_mesi/logotexnia_afigmatologia.pdf
- Παπάνης, Ε. (2012). *Μεθοδολογία έρευνας και διαδίκτυο*. Αθήνα: Σιδέρη.
- Παπανικολάου, Β. (2018). *Η σχέση ιατρού-ασθενή και η ικανοποίηση των γυναικών που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση. Διπλωματική εργασία [Online]*. Χίος: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας. Retrieved 11 28, 2019, from <https://apothesis.eap.gr/handle/repo/38870>
- Παππάς, Θ. (2002). *Η μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας στις ανθρωπιστικές επιστήμες*. Αθήνα: Καρδαμίτσα.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1999). *Ερωτηματολόγιο διαπροσωπικής και ενδοπροσωπικής προσαρμογής*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πατσοπούλου, Α., Τερζούδης, Σ., Κραβαρίτης, Σ., & Κεσίσσογλου, Γ. (2021). Η σχέση ιατρού-ασθενή κατά τη διαδικασία διαμόρφωσης των ιατρικών αποφάσεων και η διαχείριση της «καθησύχησης» σε ογκολογικούς. *Ανασκόπηση*.
- Πελασγός, Σ. (2008). *Τα μυστικά του παραμυθά. Μαθητεία στην τέχνη της προφορικής λογοτεχνίας και αφήγησης*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Περλέγκος, Β. (2004). *Η διοίκηση ανθρώπινων πόρων στις μονάδες υγείας*. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης.

- Πετρέλης, Μ. (2022). Η επικοινωνία ασθενή-ιατρού και οι διαστάσεις της. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 21(4), σσ. 560-571.
- Πετρέλης, Μ., & Δομάγερ, Φ. Ρ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 15(4), pp. 365-379.
- Πετρόφσκι, Α. Β. (1990). *Επικοινωνία. Παιδαγωγική ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια λεξικό*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πιερράκος, Γ. (2008). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τοπική κοινωνία*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Πιπερόπουλος, Γ. (1996). *Επικοινωνώ άρα υπάρχω. Δημόσιες σχέσεις και επικοινωνία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πολύζος, Ν. (2014). *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: Κριτική.
- Πολύζος, Ν., & Υφαντόπουλος, Ι. (2000, Νοέ). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(6), pp. 627-639.
- Πολυκανδριώτη, Μ. (2011). Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(4).
- Πολυχρονόπουλος, Γ., & Κορρές, Γ. (2005). *Βασικές Αρχές οικονομίας και Διοίκησης*. Αθήνα: Σταμούλης.
- Πράπα, Π., & Φακή, Μ. (2008). Κοινωνιολογία της Υγείας: Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγεία». *Info Respiratory & Internal Medicine*, 51, pp. 40-42.
- Ρόκα, Β. (2013, Απρ-Ιούν). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η «Ευκαιρία των Συστημάτων Υγείας σε Καιρό Οικονομικής Κρίσης». *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(2).
- Σαββάκης, Μ. (2008, Ιούλ-Σεπ). Από τον Βιοϊατρικό Αναγωγισμό στην Κοινωνιολογική Ερμηνεία της Υγείας και της Ασθένειας. *Σύναψις*, 4(10), pp. 120-126.
- Σαραντοπούλου, Ζ. (2017). Η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών για την αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας. Η έννοια της ενσυναίσθησης. *Επιστημονικά Χρονικά*, 22(1), pp. 238-244.
- Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.

- Σαρρής, Μ., Χρυσάκης, Μ., & Σούλης, Σ. (2003). Το Νοσοκομείο- «Επιχείρηση»: Εκσυγχρονισμός, καινοτομία, νεωτερικότητα. *Επιθεώρηση Οικονομικών Επιστημών*(3), pp. 31-52.
- Σαρσέντης, Β. Ν. (1996). *Επιχειρησιακή Στρατηγική και Πολιτική*, (2η ed.). Αθήνα: Ευγ. Μπένου.
- Σεϊντή, Δ. (2015). *Η δύναμη της λεκτικής και της μη λεκτικής επικοινωνίας ως προς την αποτελεσματική αλληλεπίδραση στον δημόσιο τομέα. Πτυχιακή εργασία [Online]*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης.
- Σιγάλας, Ι. (1999). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. In I. Α. Σιγάλας (Ed.), *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις* (Vol. Δ., pp. 15-97). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Σιγάλας, Ι., & Κουτούζης, Μ. (1999). Ο σχεδιασμός – προγραμματισμός σε έναν οργανισμό. Στο Κ. Δικαίος, & και συν. (Επιμ.), *Βασικές αρχές διοίκησης – διαχείρισης (Management) υπηρεσιών υγείας* (σσ. 113-140). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Σούλης, Σ. (1999). *Οικονομική της Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Σουλιώτης, Κ. (2014, Συμπλ.). Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων. Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(1), pp. 13-18.
- Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ., & Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(1 (συμπληρωμ.)), pp. 9-16.
- Σουρτζή. (1998). Προαγωγή υγείας- Ιστορική εξέλιξη. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 10(4), pp. 179-185.
- Στεργίου, Γ. (2005, Jan). Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(1).
- Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β., & Μίσσιου, Α. (2015). Φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή. In Α. Τατσιώνη, Β. Καραθάνος, & Α. Μίσσιου, *Εισαγωγή στη γενική ιατρική. [ηλεκτρ. βιβλ.]*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Retrieved 3 23, 2020, from <http://hdl.handle.net/11419/3811>

- Τζωρτζάκης, Κ., & Τζωρτζάκη, Α.-Μ. (2007). *Οργάνωση και διοίκηση. Το management της νέας εποχής*. Αθήνα: Rosili.
- Τούντας, Γ. (2000). *Κοινωνία και Υγεία: Οι ιστορικές καταβολές και οι κοινωνικές διαστάσεις της υγείας και της αρρώστιας*. Αθήνα: Οδυσσέας-Νέα Υγεία.
- Τσεκούρα, Δ. (2012). *Η Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας. Η θεραπευτική σχέση ιατρών και ασθενών: Μια αποτελεσματική μέθοδος. Διπλωματική εργασία [Online]*. Κόρινθος: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής. Retrieved 05 22, 2019, from http://amitos.library.uop.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/120/187_010222.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Τσιαμάντα, Μ. (2012). *Ο προσδιορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας του «Αχιλλοπούλειου» Γενικού Νοσοκομείου Βόλου. Διπλωματική Εργασία [Online]*. Σπάρτη: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Νοσηλευτικής. Retrieved 06 24, 2019, from http://amitos.library.uop.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/672/190_000196.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Τσιλιμένη, Τ. (2007). *Αφήγηση και εκπαίδευση*. Βόλος: Εκδόσεις Εργαστηρίου Λόγου και Πολιτισμού Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
- Τσίμτσιου, Ζ. (2008). *Σχέση και επικοινωνία ιατρού-ασθενή: Καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών σε δείγμα ιατρών και ασθενών. Διδακτορική Διατριβή [Online]*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ανάκτηση Ιούνιος 20, 2021, από <http://ikee.lib.auth.gr/record/101575/files/TSIMTSIOU.pdf>
- Τσίμτσιου, Ζ., & Κάλτσος, Κ. (2011, Μαρ). Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και ιατρικά λάθη. Ο ρόλος της ανθρωποκεντρικής ιατρικής στη μείωση των αντιδικιών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(2), pp. 272-276.
- Τσίμτσιου, Ζ., Παπαχαρίτου, Σ., & Χατζηχρήστου, Δ. (2006b). Κλίμακα Πεπειθίσεων Ιατρού (Physician Beleif Scale). Προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα μιας κλίμακας αντιλήψεων για την ψυχοκοινωνική διάσταση της ιατρικής φροντίδας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 89, pp. 276-282.
- Τσίμτσιου, Ζ., Παπαχαρίτου, Σ., Κάντζιου, Μ., Χατζηχρήστου, Δ., & Krupat, E. (2006). Γλωσσολογική και πολιτισμική αξιολόγηση του Patient-Practitioner

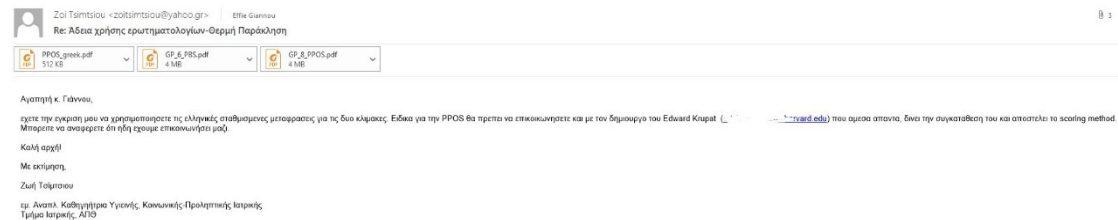
- Orientation Scale (PPOS) στην ελληνική γλώσσα. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 17, pp. 190-197.
- Τσίμτσιου, Ζ., Παπαχαρίτου, Σ., Κάντζιου, Μ., Χατζηχρήστου, Δ., & Krupat, E. (2006). Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS): Προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα και στάθμιση μιας κλίμακας αντιλήψεων για τη σχέση ιατρού-ασθενούς. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 17, σσ. 190-197.
- Τσίχλα, Ε. (2016). Διαπροσωπική Επικοινωνία. *Διάλεξη*.
- Τσουνής, Α., & Σαράφης, Π. (2014, Σεπ). Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(5), σσ. 534-540.
- Φαναριώτης, Π. (1996). *Ανθρώπινες σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον*. Αθήνα: Σταμούλης.
- Φίλιας, Β. (2001). *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών*. Αθήνα: Gutenberg.
- Φλώρος, Γ. (2006). *Ψυχοκοινωνική διερεύνηση της σχέσης ασθενή- ιατρού στη διάρκεια ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Διπλωματική Εργασία [Online]*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ιατρική Σχολή. Retrieved 03 24, 2020, from <http://ikee.lib.auth.gr/record/66430/files/GRI-2007-066.pdf>
- Φωτήλας, Π., & Γιαννατσής, Ι. (2016). Τυπική και Άτυπη Οργάνωση. *Docplayer*. Retrieved 07 28, 2019, from <https://docplayer.gr/amp/12167357-Τυπικι-kai-atypi-organosi.html>
- Χατζηπουλίδης, Γ. (2004). Η ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας για τη διαμόρφωση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 3(2), pp. 1-9.
- Χλέτσος, Μ. (2015). Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης. *Quality in Health*.
- Χριστοδούλου, Μ. (2004). *Επιχειρησιακές Επικοινωνίες. Διπλωματική εργασία [Online]*. Μεσολόγγι: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Μεσολογγίου.
- Χρυσάκης, Μ., & Υφαντόπουλος, Γ. (2007). Κοινωνιομετρία και υπηρεσίες υγείας. Ανάλυση των υγειονομικών και διοικητικών δικτύων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(Συμπλ. 1), pp. 93-112.
- Χυτήρης, Λ. (2001). *Οργανωσιακή συμπεριφορά: Η ανθρώπινη συμπεριφορά σε οργανισμούς και επιχειρήσεις*. Αθήνα: INTERBOOKS.

Παράρτημα

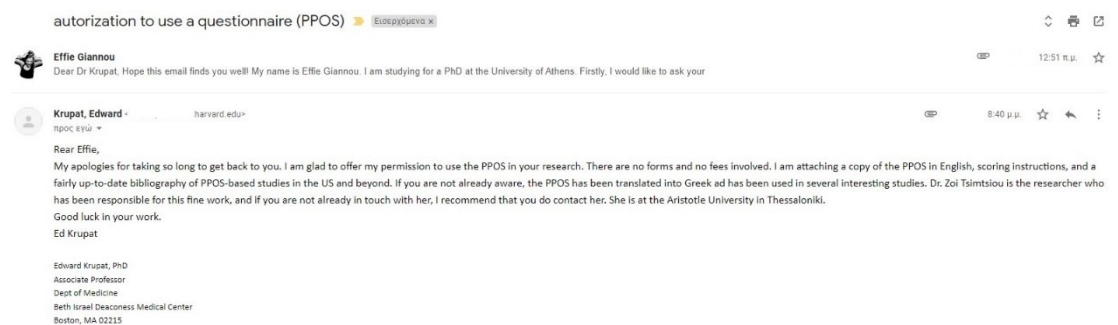
Παράρτημα 1

Άδειες χρήσης ερωτηματολογίων PPOS, PBS & OCAI

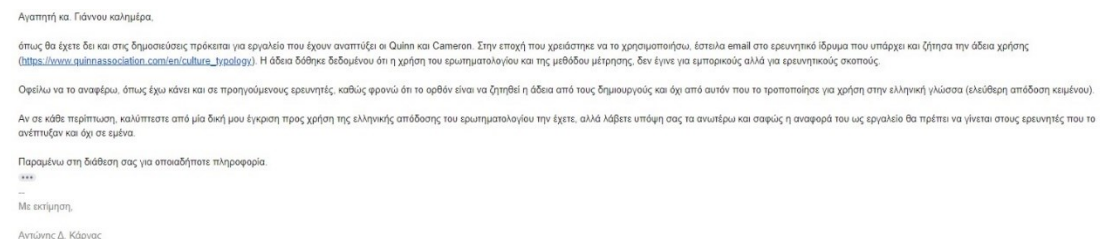
Άδεια για την κλίμακα PPOS από την κα Τσίμτσιου, η οποία την στάθμισε στα ελληνικά και για την κλίμακα PBS



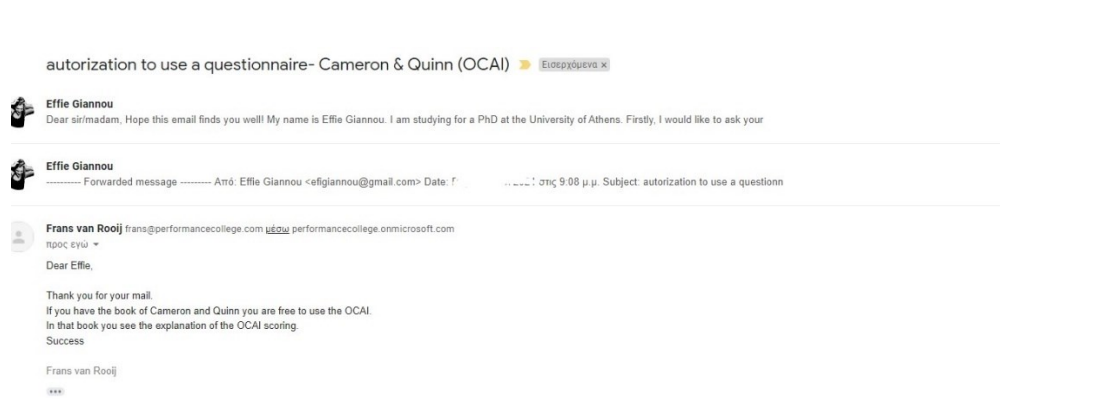
Άδεια για την κλίμακα PPOS από τον δημιουργό του κ. Edward Krupat



Άδεια για την κλίμακα OCAI από τον κ. Κάρργα, ο οποίος την απέδωσε στα ελληνικά



Άδεια για την κλίμακα OCAI από τους δημιουργούς του



Παράρτημα 2

Πληροφορίες για συμμετοχή στην έρευνα

Επικοινωνιακές σχέσεις και διαδράσεις επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς.

*5-7' περίπου ο χρόνος συμπλήρωσης για εργαζόμενους σε διάφορες υγειονομικές δομές

15' περίπου ο χρόνος συμπλήρωσης για εργαζόμενους στο Αττικό Νοσοκομείο

7' περίπου ο χρόνος συμπλήρωσης για ασθενείς/Λήπτες υπηρεσιών Υγείας/Συγγενείς

Ονομάζομαι Έφη Γιάννου και είμαι υποψήφια διδάκτορας στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Η έρευνά μου αφορά στην επικοινωνιακή σχέση ασθενών και συγγενών από την μια και ιατρών, νοσηλευτών και υγειονομικού εν γένει προσωπικού από την άλλη.

Στο πλαίσιο της έρευνάς μου προβλέπεται και η συλλογή στοιχείων, μέσω ερωτηματολογίου, από τους ανωτέρου πληθυσμούς, δηλαδή από άτομα που προσφέρουν και αναζητούν θεραπευτική αντιμετώπιση και υπηρεσίες υγείας αντίστοιχα.

Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας πεδίου, θα αναλυθούν τα δεδομένα που θα συλλεχθούν, ώστε να μελετηθούν οι παράγοντες που ενθαρρύνουν ή εμποδίζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενή.

Η συμμετοχή σας είναι ανώνυμη.

Για οποιαδήποτε πληροφορία και διευκρίνιση μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου τηλεφωνικά ή και ηλεκτρονικά. Αν δέξεστε να συμμετάσχετε, παρακαλούμε επιλέξτε το αντίστοιχο πεδίο στην επόμενη σελίδα.

Επικοινωνία:

Τηλέφωνο: 694*****

E-mail: efigiannou@gmail.com

Σας ευχαριστώ για την συμμετοχή σας!

Αθήνα, 2021

Παράρτημα 3 Τα ερωτηματολόγια της έρευνας

1. Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Κουλτούρας-OCAI

(Organizational Culture Assessment Instrument-Cameron και Quinn, 2006)

Πρώτο μέρος: Δημογραφικά στοιχεία

1. Αναφέρετε συγκεκριμένα το είδος της θέσης που ανήκετε στον οργανισμό *
Για παράδειγμα ιατρός ή νοσηλεύτης ή προϊστάμενος ή διευθυντής κ.λπ.

2. Έτη προϋπηρεσίας στον οργανισμό *

- 1-5 έτη
 6-10 έτη
 11-15 έτη
 15-20 έτη
 20-25 έτη
 25+ έτη

3. Έχετε εργαστεί σε άλλο νοσοκομείο; *

- Ναι
 Όχι

4. Αν η απάντηση στην προηγούμενη ερώτηση είναι ΝΑΙ, για πόσα έτη;

- 1-5 έτη
 6-10 έτη
 11-15 έτη
 15-20 έτη
 20-25 έτη
 25+ έτη

Σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος, πώς θα κρίνατε την απόδοση του νοσοκομείου σήμερα;
Παρακαλώ επιλέξτε 1 απάντηση. *

- Χαμηλότερη
 Ελαφρώς χαμηλότερη
 Περίπου ίδια
 Ελαφρώς Υψηλότερη
 Υψηλότερη

Δεύτερο μέρος: Το ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από έξι ερωτήσεις και κάθε μία ερώτηση έχει τέσσερις απαντήσεις. Στο σύνολο έξι (6) των απαντήσεων, αντιστοιχούν 100 μονάδες. Κατανέμετε τις 100 μονάδες στις τέσσερις απαντήσεις ανάλογα με τον βαθμό στον οποίο κάθε απάντηση είναι παρόμοια με αυτή που ισχύει για το δικό σας νοσοκομείο. Δώστε έναν μεγαλύτερο αριθμό μονάδων για την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε αυτό που ισχύει περισσότερο για το δικό σας νοσοκομείο. Για παράδειγμα, σε μία ερώτηση, αν νομίζετε ότι η απάντηση Α είναι παρόμοια με αυτό που ισχύει στο νοσοκομείο σας, οι απαντήσεις Β και Γ προσεγγίζουν λιγότερο ότι ισχύει, και η απάντηση Δ προσεγγίζει ακόμη λιγότερο ότι ισχύει, μπορεί να δώσετε 50

μονάδες στην Α, 20 μονάδες στην Β και Γ, και 10 μονάδες στη Δ. Προσέξτε όμως, το σύνολο των μονάδων **θα πρέπει να ισούται με 100 μονάδες για κάθε ερώτηση.**

Σημειώστε ότι το πρώτο επίπεδο απαντήσεων που φέρει τον τίτλο «Τώρα» αναφέρεται στην οργανωσιακή κουλτούρα, όπως αυτή διαμορφώνεται σήμερα. Αφού ολοκληρώσετε το «Τώρα», επαναλάβετε τις απαντήσεις των ερωτήσεων στη κατηγορία «Επιθυμητό». Οι απαντήσεις σας σε αυτά τα ερωτήματα θα πρέπει να βασίζονται στο πώς θα επιθυμούσατε το νοσοκομείο σας, σε πέντε χρόνια από σήμερα.

Πίνακας 58: Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Κουλτούρας-OCAI

Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI)-Cameron & Quinn, 2006

Τώρα

Επιθυμητό

1. Κυρίαρχα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου σας

1Α. Το νοσοκομείο σας είναι ένα πολύ προσωπικό μέρος. Μοιάζει σαν μία "οικογένεια". Οι εργαζόμενες/εργαζόμενοι μοιράζονται πολλά μεταξύ τους.		
2Β. Το νοσοκομείο σας είναι ένας πολύ δυναμικός χώρος όπου ενθαρρύνεται η ανάληψη πρωτοβουλιών από τις/τους εργαζομένους του. Οι εργαζόμενες/-οι είναι διατεθειμένες/-οι να αναλάβουν πρωτοβουλίες με ρίσκο, και να "διακινδυνεύσουν".		
3Γ. Το νοσοκομείο σας είναι έντονα προσανατολισμένο προς την επίτευξη των στόχων του. Οι εργαζόμενες/-οι είναι εξαιρετικά ανταγωνιστικές/-οί και επιδιώκουν έντονα την υλοποίηση των στόχων τους στα πλαίσιά του.		
4Δ. Το νοσοκομείο σας είναι ένα καλά οργανωμένο και δομημένο μέρος. Η τήρηση των διαδικασιών.		
Σύνολο	100 βαθμοί	100 βαθμοί
2. Οργανωτική διοίκηση (leadership)		
2Α. Η διοίκηση του νοσοκομείου μου θεωρεί σημαντικό να αποτελεί παράδειγμα καθοδήγησης και διευκόλυνσης.		
2Β. Η διοίκηση του νοσοκομείου μου δίνει το καλό παράδειγμα, παρουσιάζει διαρκώς καινούριες ιδέες, καινοτομεί, αναλαμβάνει ρίσκο.		
2Γ. Η διοίκηση του νοσοκομείου μου θεωρεί σημαντικό να αποτελεί παράδειγμα. Εργάζεται σκληρά, παράγει πολύ, είναι ανταγωνιστική. Επιδιώκει να κάνει το νοσοκομείο καλύτερο από τα υπόλοιπα.		
2Δ. Η διοίκηση του νοσοκομείου μου θεωρεί σημαντικό να αποτελεί παράδειγμα συντονισμού, οργάνωσης και ομαλής διαχείρισης. Είναι αποτελεσματική σε ό, τι αναλαμβάνει.		
Σύνολο	100 βαθμοί	100 βαθμοί
3. Διαχείριση Εργαζομένων		
3Α. Ο τρόπος διοίκησης στο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από την ομαδική δουλειά, την ομοφωνία και την συμμετοχή.		
3Β. Ο τρόπος διοίκησης στο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από ανάληψη ατομικού ρίσκου, καινοτομία, ελευθερία (πρωτοβουλιών) και μοναδικότητα.		
3Γ. Ο τρόπος διοίκησης στο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από σκληρό ανταγωνισμό, υψηλές απαιτήσεις, και επιτεύγματα.		
3Δ. Ο τρόπος διοίκησης στο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από εργασιακή ασφάλεια και προσαρμογή, προβλεψιμότητα, σταθερότητα στις σχέσεις και συμβιβασμούς.		
Σύνολο	100 βαθμοί	100 βαθμοί
4. Με ποιο μέσο κρατιέται ενωμένο το νοσοκομείο (συνδετικός ιστός)		
4Α. Το στοιχείο που κρατάει το νοσοκομείο μου ενωμένο είναι η πίστη και η αμοιβαία εμπιστοσύνη. Η αφοσίωση παίζει μεγάλο ρόλο στο νοσοκομείο μας.		
4Β. Η δέσμευση στην καινοτομία και την ανάπτυξη. Όλες/όλοι οι εργαζόμενες/-οι αισθάνονται ως μία ομάδα που προσπαθεί να έχει καινούριες ιδέες που να βελτιώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.		

4Γ. Το στοιχείο που κρατάει το νοσοκομείο μου ενωμένο είναι η έμφαση στην επίτευξη των στόχων. Δίδεται έμφαση στην εξασφάλιση ανταγωνιστικής παρουσίας του στον τομέα υγείας, στο να προσφέρονται καλύτερες υπηρεσίες σε σχέση προς αυτές που προσφέρονται από άλλα Νοσοκομεία.		
4Δ. Το στοιχείο που κρατάει το νοσοκομείο μου ενωμένο είναι οι επίσημοι κανόνες και πολιτικές, η αφοσίωση των μελών του στην τήρηση των κανόνων και διαδικασιών. Δίδεται έμφαση στην εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του χωρίς απρόοπτα.		
Σύνολο	100 βαθμοί	100 βαθμοί
5. Στρατηγικές Επισημάνσεις		
5Α. Το νοσοκομείο μου δίνει έμφαση στην ανάπτυξη του προσωπικού. Η υψηλή συνοχή, το αίσθημα της ομάδας και το ηθικό στο νοσοκομείο είναι σημαντικά.		
5Β. Το νοσοκομείο μου δίνει έμφαση στην αντιμετώπιση νέων προκλήσεων. Εκτιμάται η ανάπτυξη νέων ιδεών από τις/τους εργαζόμενες/-ους του και η εκμετάλλευση ευκαιριών προκειμένου να επιτυγχάνεται η ακατάπαυστη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών του.		
5Γ. Το νοσοκομείο μου δίνει έμφαση στην ανταγωνιστικότητα, στο να είναι καλύτερο από τα υπόλοιπα. Επικρατεί η λογική του να τίθενται στόχοι και να υλοποιούνται.		
5Δ. Το νοσοκομείο μου δίνει έμφαση στην μονιμότητα και τη σταθερότητα. Η αποδοτικότητα και η ομαλή ροή των εργασιών είναι σημαντικά.		
Σύνολο	100 βαθμοί	100 βαθμοί
6. Τα κριτήρια της επιτυχίας		
6Α. Στο νοσοκομείο μου η επιτυχία ορίζεται με βάση την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, την ομαδικότητα, την αφοσίωση των εργαζομένων και το ενδιαφέρον που δίνεται για τους ανθρώπους.		
6Β. Στο νοσοκομείο μου η επιτυχία ορίζεται με βάση του εάν διαθέτει τον πλέον καινοτόμο βιοϊατρικό εξοπλισμό.		
6Γ. Το νοσοκομείο μου ορίζει την επιτυχία βάσει του πόσο καλύτερο είναι από όλα τα υπόλοιπα.		
6Δ. Το νοσοκομείο μου ορίζει την επιτυχία βάσει της αποτελεσματικότητάς του που εξαρτάται από τον βαθμό της ομαλής του λειτουργίας, τη διατήρηση χαμηλού κόστους λειτουργίας και από την τήρηση των κανόνων και των διαδικασιών από τις-του εργαζόμενες-ους του.		
Σύνολο	100 βαθμοί	100 βαθμοί

2. Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Δέσμευσης-OCQ
(Organizational Commitment Questionnaire-Mowday, Steers, & Porter, 1979)

Πίνακας 59: Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Δέσμευσης-OCQ

Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Δέσμευσης (OCQ)-Mowday, Steers, & Porter, 1979	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Μάλλον διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα
OCQ1. Είμαι πρόθυμη/ος να καταβάλλω μεγάλη προσπάθεια πέραν του τυπικά αναμενόμενου για να βοηθήσω το νοσοκομείο να είναι επιτυχημένο.	()	()	()	()	()	()	()
OCQ2. Μιλώ για το νοσοκομείο στους φίλους μου σαν ένα εξαιρετικό νοσοκομείο για να δουλεύεις.	()	()	()	()	()	()	()
OCQ3. Αισθάνομαι πολύ λίγο πιστή/ός στο νοσοκομείο. (-)	()	()	()	()	()	()	()
OCQ4. Θα δεχόμουν σχεδόν οποιοδήποτε καθήκον για να συνεχίσω να δουλεύω για το νοσοκομείο.	()	()	()	()	()	()	()
OCQ5. Αισθάνομαι ότι οι προσωπικές μου αξίες είναι πολύ παρόμοιες με αυτές του νοσοκομείου που εργάζομαι.	()	()	()	()	()	()	()
OCQ6. Αισθάνομαι περήφανη/ος να λέω στους άλλους ότι είμαι μέλος αυτού του νοσοκομείου.	()	()	()	()	()	()	()
OCQ7. Θα μπορούσα να εργάζομαι για έναν διαφορετικό νοσοκομείο, αν η εργασία μου ήταν παρόμοια. (-)	()	()	()	()	()	()	()
OCQ8. Το νοσοκομείο εμπνέει πραγματικά τον καλύτερό μου εαυτό σε σχέση με την εργασιακή μου απόδοση.	()	()	()	()	()	()	()
OCQ9. Λίγα θα έπρεπε να αλλάξουν στις τρέχουσες συνθήκες ώστε να αποχωρήσω από το νοσοκομείο. (-)	()	()	()	()	()	()	()
OCQ10. Είμαι εξαιρετικά χαρούμενη/ος που έγινα μέλος αυτού του νοσοκομείου έναντι άλλων.	()	()	()	()	()	()	()
OCQ11. Δεν έχω πολλά να κερδίσω παραμένοντας στο νοσοκομείο για μεγάλο χρονικό διάστημα. (-)	()	()	()	()	()	()	()
OCQ12. Συχνά μου είναι δύσκολο να συμφωνήσω με τις πολιτικές του νοσοκομείου όσον αφορά σημαντικά ζητήματα που σχετίζονται με τους εργαζόμενους. (-)	()	()	()	()	()	()	()
OCQ13. Με απασχολεί πραγματικά το μέλλον αυτού του νοσοκομείου.	()	()	()	()	()	()	()
OCQ14. Για μένα, αυτό είναι το καλύτερο νοσοκομείο για να δουλεύω.	()	()	()	()	()	()	()
OCQ15. Το να αποφασίσω να δουλέψω για αυτό το νοσοκομείο ήταν σίγουρα ένα λάθος. (-)	()	()	()	()	()	()	()

*Αντιστροφή Βαθμολόγησης στις ερωτήσεις με (-)

3. Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης-JSQ
 (Job Satisfaction Questionnaire-Melville, 1980·van den Brink-Muinen, van Dulmen & Bensing, 2003)

Πίνακας 60: Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης-JFQ

Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης (JSQ)-Melville, 1980·van den Brink-Muinen, van Dulmen & Bensing, 2003 Συμφωνό απόλυτα Συμφωνό αρκετά Ούτε συμφωνό ούτε διαφωνό Διαφωνό αρκετά Διαφωνό απόλυτα					
JSQ1. Αισθάνομαι πως κάποια σημεία της δουλειάς μου, πραγματικά δεν έχουν νόημα. (-)	()	()	()	()	()
JSQ2. Η δουλειά μου συνεχίζει να με ενδιαφέρει ακόμα όπως και ανέκαθεν.	()	()	()	()	()
JSQ3. Η δουλειά μου είναι γεμάτη από περιττές γραφειοκρατικές λεπτομέρειες. (-)	()	()	()	()	()
JSQ4. Εάν υποθέσουμε πως οι οικονομικές απολαβές και οι συνθήκες ήταν παρόμοιες, άμεσα θα μπορούσα να κάνω ένα άλλο επάγγελμα εκτός του χώρου της υγείας. (-)	()	()	()	()	()
JSQ5. Βρίσκω πραγματική απόλαυση στην εργασία μου.	()	()	()	()	()
JSQ6. Στην εργασία μου υπάρχει καλή αντιστοιχία μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής.	()	()	()	()	()
JSQ7. Η εργασία μου περιλαμβάνει πολύ άσκοπη προσπάθεια από τη μεριά μου. (-)	()	()	()	()	()

*Αντιστροφή Βαθμολόγησης στις ερωτήσεις με (-)

4. Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης Νοσηλευτριών/νοσηλευτών Ελλάδας-GNJSS
(Greek Nurses' Job Satisfaction Scale-Moumtzoglou, 2010)

Πίνακας 61: Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης Νοσηλευτ.-GNJSS

Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης Νοσηλευτριών/νοσηλευτών Ελλάδας (GNJSS) Moumtzoglou, 2010	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
GNJSS1. Συνεισφέρετε στα κλινικά αποτελέσματα του νοσοκομείου.	()	()	()	()
GNJSS2. Συνεισφέρετε στο επάγγελμα της/του νοσηλεύτριας/νοσηλευτή.	()	()	()	()
GNJSS3. Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, οι συνάδελφοί σας, σας επαινούν.	()	()	()	()
GNJSS4. Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, η/ο προϊστάμενη/ος σας, σας επαινεί.	()	()	()	()
GNJSS5. Αποκτάτε καινούριες δεξιότητες μέσα από την εργασία σας στο τμήμα.	()	()	()	()
GNJSS6. Περιθάλπετε αποτελεσματικά την/τον ασθενή.	()	()	()	()
GNJSS7. Έχετε την ελευθερία να εφαρμόζετε ό, τι γνωρίζετε.	()	()	()	()
GNJSS8. Η εργασία σας σας δίνει κίνητρα.	()	()	()	()
GNJSS9. Το στυλ της ηγεσίας είναι κοινή λήψη απόφασης (shared decision making) από τις/τους εργαζόμενες/εργαζόμενους και τις/τους προϊσταμένες/προϊστάμενους.	()	()	()	()
GNJSS10. Οι πολιτικές οργάνωσης διευκολύνουν την εργασία.	()	()	()	()
GNJSS11. Η/Ο προϊστάμενη/ος σας σας βοηθάει.	()	()	()	()
GNJSS12. Οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές σας βοηθούν.	()	()	()	()
GNJSS13. Οι άλλες συναδέλφισσες/άλλοι συνάδελφοι σας βοηθούν.	()	()	()	()
GNJSS14. Η σχέση σας με τις/τους νοσηλεύτριες/νοσηλευτές είναι καλή.	()	()	()	()
GNJSS15. Το στυλ της διοίκησης είναι ευεργετικό στη σχέση σας με τις/τους συναδέλφους.	()	()	()	()
GNJSS16. Σας παρέχεται η δυνατότητα για επαγγελματική εξέλιξη.	()	()	()	()
GNJSS17. Ο μισθός σας είναι ικανοποιητικός.	()	()	()	()
GNJSS18. Το ωράριο της εργασίας σας είναι το επιθυμητό.	()	()	()	()

5. Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-PPOS (Patient Physician Orientation Scale- Krupat, Yeager & Putnam, 2000)

Πίνακας 62: Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-PPOS

Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή (PPOS)-Krupat, Yeager & Putnam, 2000	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ εν μέρει	Συμφωνώ εν μέρει	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
PPOS1. Η/Ο γιατρός είναι εκείνη/ος που θα πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά την διάρκεια μιας επίσκεψης.	()	()	()	()	()	()
PPOS2. Αν και στην ιατρική φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση γιατρού - ασθενή, αυτό έχει μικρή σημασία σε σχέση με τα επιτεύγματα της ιατρικής.	()	()	()	()	()	()
PPOS3. Το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η κλινική εξέταση.	()	()	()	()	()	()
PPOS4. Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους.	()	()	()	()	()	()
PPOS5. Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τις γνώσεις των γιατρών τους και να μην ψάχνουν από μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάστασή τους.	()	()	()	()	()	()
PPOS6. Όταν οι γιατροί κάνουν πολλές προσωπικές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως παραβιάζουν την προσωπική ζωή του	()	()	()	()	()	()
PPOS7. Εάν οι γιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία, δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς.	()	()	()	()	()	()
PPOS8. Πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στη/στον γιατρό τους, ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούριο.	()	()	()	()	()	()
PPOS9. Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, μέσα σε μία ισότιμη σε ισχύ σχέση. (-)	()	()	()	()	()	()
PPOS10. Οι ασθενείς γενικά έχουν περισσότερο ανάγκη για καθυσχασμό, παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.	()	()	()	()	()	()
PPOS11. Εάν τα βασικά χαρακτηριστικά του γιατρού είναι το να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του, τότε δε θα γίνει ποτέ ιδιαίτερα επιτυχημένος.	()	()	()	()	()	()
PPOS12. Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τη/τον γιατρό τους, αυτό αποτελεί ένδειξη πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται.	()	()	()	()	()	()
PPOS13. Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας, δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική, αν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή. (-)	()	()	()	()	()	()
PPOS14. Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν με την επίσκεψη στο γιατρό τους, όσο πιο σύντομα γίνεται.	()	()	()	()	()	()
PPOS15. Η/Ο ασθενής θα πρέπει να έχει πάντα στο μυαλό της/του πως ο γιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη.	()	()	()	()	()	()
PPOS16. Η γνώση της νοοτροπίας και των ιδιομορφιών του τρόπου ζωής μιας-ενός ασθενή, δεν είναι απαραίτητη, προκειμένου να θεραπευτεί η ασθένειά της/του .	()	()	()	()	()	()
PPOS17. Το χιούμορ στη/στον γιατρό είναι ένα απαραίτητο εργαλείο, όταν προσεγγίζει έναν ασθενή θεραπευτικά. (-)	()	()	()	()	()	()
PPOS18. Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες, αυτό περισσότερο τους μεπιδεύει παρά τους βοηθάει.	()	()	()	()	()	()

*Αντιστροφή Βαθμολόγησης στις ερωτήσεις με (-)

6. Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων Ιατρού-PBS
(Physician Belief Scale-Ashworth, Williamson, & Montano, 1984)

Πίνακας 63: Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων Ιατρού-PBS

Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων Ιατρού (PBS)-Ashworth, Williamson, & Montano, 1984	Διαφωνώ	Διαφωνώ αρκετά	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ
PBS1. Δεν θέλουν οι ασθενείς μου να ασχοληθώ με τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματά τους.	()	()	()	()	()
PBS2. Δεν μπορώ να βοηθήσω ανθρώπους σε προβλήματα που δεν έχω προσωπική εμπειρία.	()	()	()	()	()
PBS3. Αν αναφερθώ στα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, οι ασθενείς θα το απορρίψουν σαν θέμα συζήτησης και δεν πρόκειται να τα αναφέρουν ξανά.	()	()	()	()	()
PBS4. Μου προκαλεί συχνά πόνο το να συζητώ διεξοδικά ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα με μία/έναν ασθενή.	()	()	()	()	()
PBS5. Θα έχω μεγαλύτερο φόρτο εργασίας, αν εξετάζω και προσπαθώ να προσεγγίσω αποτελεσματικά τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα.	()	()	()	()	()
PBS6. Αισθάνομαι ένοχα όταν διερευνώ σε βάθος τις ψυχολογικές ανησυχίες των ασθενών μου.	()	()	()	()	()
PBS7. Το άγχος που όλοι βιώνουμε δεν επηρεάζει σημαντικά την έναρξη ή την εξέλιξη μιας ασθένειας.	()	()	()	()	()
PBS8. Ένας λόγος που δεν ασχολούμαι με ψυχοκοινωνικά ζητήματα είναι ο περιορισμένος χρόνος που έχω στη διάθεσή μου.	()	()	()	()	()
PBS9. Οι ασθενείς θα αποκτήσουν σχέση εξάρτησης μαζί μου, αν θίγουμε ψυχοκοινωνικά θέματα.	()	()	()	()	()
PBS10. Υπάρχουν τόσα θέματα για να διερευνηθούν όταν βλέπεις έναν ασθενή, ώστε τα ψυχοκοινωνικά θέματα συχνά παραβλέπονται.	()	()	()	()	()
PBS11. Η διερεύνηση ψυχοκοινωνικών θεμάτων των ασθενών μου μειώνει την αποδοτικότητά μου.	()	()	()	()	()
PBS12. Δεν μπορώ να χειριστώ ένα ψυχοκοινωνικό πρόβλημα το οποίο δεν έχω λύσει ούτε εγώ με τον εαυτό μου.	()	()	()	()	()
PBS13. Επικεντρώνομαι στην αντιμετώπιση των οργανικών ασθενειών επειδή δεν μπορώ να χειριστώ τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα.	()	()	()	()	()
PBS14. Αντλώ μεγάλη ικανοποίηση από τη συζήτηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των ασθενών μου.	()	()	()	()	()

7. Ερωτηματολόγιο Προτίμησης Αυτονομίας- API
(Autonomy Preference Index-Ende, Kazis, Ash & Moskowitz, 1989)

Πίνακας 64: Ερωτηματολόγιο Προτίμησης Αυτονομίας-API

Ερωτηματολόγιο Προτίμησης Αυτονομίας (API)-Ende, Kazis, Ash & Moskowitz, 1989	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα
API1. Όσο επιβαρύνεται η υγεία σας, θα πρέπει να σας ενημερώνουν όλο και περισσότερο για το πρόβλημα.	()	()	()	()	()
API2. Θα πρέπει να καταλαβαίνετε τι ακριβώς συμβαίνει στο σώμα σας εξαιτίας της ασθένειά σας.	()	()	()	()	()
API3. Ακόμα κι εάν τα νέα είναι άσχημα, θα πρέπει να είστε καλά πληροφορημένοι.	()	()	()	()	()
API4. Η-ο γιατρός σας θα πρέπει να σας εξηγήει γιατί χρειάζεται να κάνετε εξετάσεις.	()	()	()	()	()
API5. Θα πρέπει να σας δίνονται πληροφορίες μόνο όταν ΕΣΣΕΙΣ τις ζητήσετε.	()	()	()	()	()
API6. Είναι σημαντικό για εσάς να γνωρίζετε όλες τις παρενέργειες των φαρμάκων.	()	()	()	()	()
API7. Η ενημέρωση σχετικά με την ασθένειά σας είναι το ίδιο σημαντική όσο και η θεραπεία.	()	()	()	()	()
API8. Όταν υπάρχουν πάνω από μία θεραπείες για το πρόβλημά σας, θα πρέπει να ενημερώνεστε για ΚΑΘΕ ΜΙΑ από αυτές.	()	()	()	()	()
API9. Οι σημαντικές ιατρικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από τη/τον γιατρό σας και όχι από εσάς. (-)	()	()	()	()	()
API10. Θα πρέπει να ακολουθείτε τις συμβουλές της/του γιατρού σας, ακόμα κι αν διαφωνείτε με αυτές.	()	()	()	()	()
API11. Όταν είστε στο νοσοκομείο, δεν θα πρέπει να παίρνετε εσείς αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία σας. (-)	()	()	()	()	()
API12. Θα πρέπει να έχετε την επιλογή, εάν θέλετε, να παίρνετε αποφάσεις για τα καθημερινά προβλήματα υγείας.	()	()	()	()	()
API13. Εάν ήσασταν άρρωστη-άρρωστος και η ασθένειά σας επιδειωνόταν, θα θέλατε η/ο γιατρός σας να αναλάμβανε μεγαλύτερο έλεγχο. (-)	()	()	()	()	()
API14. ΕΣΣΕΙΣ θα πρέπει να αποφασίζετε πόσο συχνά χρειάζεστε τσεκ-απ.	()	()	()	()	()

*Αντιστροφή Βαθμολόγησης στις ερωτήσεις με (-)

8. Ερωτηματολόγιο Γενικών Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη-GSAME
(General statements about Medical Errors-Major, et al., 2004)

Πίνακας 65: Ερωτηματολόγιο Γενικών Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη-GSAME

Ερωτηματολόγιο Προτίμησης Αυτονομίας (API)-Ende, Kazis, Ash & Moskowitz, 1989	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα
GSAME. Η/Ο ασθενής θα πρέπει πάντα να πληροφορείται εάν έχει γίνει ιατρικό λάθος-ακόμα κι εάν δεν έχει δημιουργηθεί πρόβλημα.	()	()	()	()	()
GSAME2. Η/Ο ασθενής θα πρέπει να παίρνει οικονομική αποζημίωση, σε περίπτωση που δημιουργηθεί πρόβλημα εξαιτίας ιατρικού λάθους.	()	()	()	()	()
GSAME3. Είναι λογικό να κάνουν λάθος κάποιες φορές οι γιατροί. (-)	()	()	()	()	()
GSAME4. Έχει και η/ο ασθενής ευθύνη για τα λάθη που κάνουν οι γιατροί. (-)	()	()	()	()	()
GSAME5. Η/Ο ασθενής δικαιούται να περιμένει ότι η/ο γιατρός δεν θα κάνει λάθος.	()	()	()	()	()
GSAME6. Είναι λάθος να πιστεύει κανείς πως η/ο γιατρός της/του θα την/τον ενημερώσει αν έχει κάνει κάποιο λάθος.	()	()	()	()	()
GSAME7. Σε κάποιες περιπτώσεις, θα ήταν καλύτερο να μην ενημερώνεται η/ο ασθενής για το λάθος.	()	()	()	()	()
GSAME8. Οι ασθενείς θα πρέπει να παίρνουν αποζημίωση εάν έχει γίνει λάθος, ακόμα και σε περίπτωση που δεν έχει δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα.	()	()	()	()	()
GSAME9. Δεν έχει νόημα να ξέρουμε ότι έχει γίνει λάθος εάν δεν μπορεί να διορθωθεί. (-)	()	()	()	()	()

*Αντιστροφή Βαθμολόγησης στις ερωτήσεις με (-)

9. Ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου της Υγείας στον Θεό -GLHC
(The God Locus of Health Control Scale-Wallston, et al., 1999)

Πίνακας 66: Ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου της Υγείας στον Θεό-GLHC

Ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου της Υγείας στον Θεό (GLHC)-Wallston, et al., 1999	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ εν μέρει	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
GLHC1. Στην περίπτωση που η υγεία μου επιδεινωθεί, θα είναι θέλημα Θεού το αν θα νιώσω ξανά καλύτερα ή όχι.	()	()	()	()	()
GLHC2. Τα περισσότερα από αυτά που επηρεάζουν την υγεία μου συμβαίνουν γιατί είναι θέλημα Θεού.	()	()	()	()	()
GLHC3. Ο Θεός είναι άμεσα υπεύθυνος για τη βελτίωση ή επιδείνωση της υγείας μου.	()	()	()	()	()
GLHC4. Οτιδήποτε συμβαίνει στην υγεία μου, είναι θέλημα Θεού.	()	()	()	()	()
GLHC5. Το αν βελτιωθεί ή όχι η υγεία μου, εξαρτάται από το Θεό.	()	()	()	()	()
GLHC6. Ο Θεός έχει τον έλεγχο της υγείας μου.	()	()	()	()	()

10. Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης-PAS
(Perceived Available Support, Schulz & Schwarzer, 2003)

Πίνακας 67: Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης-PAS

Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης (PAS)- Schulz & Schwarzer, 2003	Καθόλου αλήθεια	Ελάχιστη αλήθεια	Μέτρια αλήθεια	Απόλυτη αλήθεια
PAS1. Υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι πραγματικά με συμπαθούν.	()	()	()	()
PAS2. Όταν δε νιώθω καλά, οι άλλοι μου δείχνουν πως τους είμαι αγαπητός/ή.	()	()	()	()
PAS3. Όταν είμαι στεναχωρημένος/η, υπάρχουν άνθρωποι που με κάνουν να βρω το κέφι μου.	()	()	()	()
PAS4. Υπάρχει πάντα κάποιος να με παρηγορήσει όταν το χρειάζομαι.	()	()	()	()
PAS5. Γνωρίζω κάποιους ανθρώπους στους οποίους μπορώ να βασιστώ.	()	()	()	()
PAS6. Όταν ανησυχώ, έχω κάποιον να με βοηθήσει.	()	()	()	()
PAS7. Υπάρχουν άνθρωποι που μου προσφέρουν βοήθεια όταν τη χρειάζομαι.	()	()	()	()

Παράρτημα 4 Επιμέρους στοιχεία

Πίνακας 68: Χαρακτηριστικά δείγματος Αττικού Νοσοκομείου

Στοιχείο	N
Σύνολο	100
Ειδικότητα	
Ακτινολόγος	1
Γραμματεία	1
Διευθυντής/τρια Κλινικής	3
Διοίκηση	1
Διοικητικό Προσωπικό	3
Ειδικευόμενος-η ιατρός	26
Ιατρικών Εργαστηρίων	2
Ιατρός	32
Ιατρός Ακαδημαϊκός υπότροφος	1
Κοινωνική λειτουργός	1
Νοσηλεύτης/τρια	25
Προϊσταμένη κλινικής	2
Τεχνικός	1
Φυσικοθεραπευτής	1
Έτη προϋπηρεσίας στο Αττικό Νοσοκομείο	
1-5 έτη	50
6-10 έτη	31
11-15 έτη	13
15-20 έτη	6
Εργασία σε άλλο νοσοκομείο	
Ναι	47
Όχι	53
Αν ναι, πόσα έτη;	
1-5 έτη	28
6-10 έτη	13
11-15 έτη	2
15-20 έτη	4
Απόδοση του Αττικού Νοσοκομείου σε σύγκριση με το προηγ. έτος	
Χαμηλότερη	51
Ελαφρώς χαμηλότερη	20
Περίπου ίδια	27
Ελαφρώς υψηλότερη	1
Υψηλότερη	1

Πίνακας 69: Μέση τιμή επιμέρους ερωτήσεων OCAI υπάρχουσας κουλτούρας

Τρέχουσα Κουλτούρα

	Ιατροί	Νοσηλευτ.	Άλλες Ειδικότητες	Άλλες Υπηρεσίες	Σύνολο
1. Κυρίαρχα χαρακτηριστικά νοσοκομείου	Mean-Μέσος				Mean
A Το νοσοκομείο σας είναι ένα πολύ προσωπικό μέρος. Μοιάζει σαν μία "οικογένεια". Οι εργαζόμενοι μοιράζονται πολλά μεταξύ τους.	33,12	24,82	20,00	25,71	29,70
B Το νοσοκομείο σας είναι ένας πολύ δυναμικός χώρος όπου ενθαρρύνεται η ανάληψη πρωτοβουλιών από τisz/τους εργαζομένους του. Οι εργαζόμενες/οι είναι διατεθειμένες-οι να αναλάβουν πρωτοβουλίες με ρίσκο, και να "διακινδυνεύσουν".	12,30	6,30	10,00	15,71	10,80
Γ Το νοσοκομείο σας είναι έντονα προσανατολισμένο προς την επίτευξη των στόχων του. Οι εργαζόμενοι είναι εξαιρετικά ανταγωνιστικοί και επιδιώκουν έντονα την υλοποίηση των στόχων τους στα πλαίσιά του.	14,59	22,96	28,00	28,57	18,50
Δ Το νοσοκομείο σας είναι ένα καλά οργανωμένο και δομημένο μέρος. Η τήρηση των διαδικασιών και των κανόνων του από τους εργαζόμενους είναι ότι πιο σημαντικό.	40,00	45,93	42,00	30,00	41,00
2. Οργανωτική διοίκηση (leadership)					
A Η διοίκηση του νοσοκομείου μου θεωρεί σημαντικό να αποτελεί παράδειγμα καθοδήγησης και διευκόλυνσης.	34,75	29,26	22,00	28,57	32,20
B Η διοίκηση του νοσοκομείου μου δίνει το καλό παράδειγμα, παρουσιάζει διαρκώς καινούριες ιδέες, καινοτομεί, αναλαμβάνει ρίσκο.	14,26	9,63	8,00	15,71	12,80
Γ Η διοίκηση του νοσοκομείου μου θεωρεί σημαντικό να αποτελεί παράδειγμα. Εργάζεται σκληρά, παράγει πολύ, είναι ανταγωνιστική. Επιδιώκει να κάνει το νοσοκομείο καλύτερο από τα υπόλοιπα.	15,90	23,33	30,00	22,86	19,10
Δ Η διοίκηση του νοσοκομείου μου θεωρεί σημαντικό να αποτελεί παράδειγμα συντονισμού, οργάνωσης και ομαλής διαχείρισης. Είναι αποτελεσματική σε ό, τι αναλαμβάνει.	35,08	37,78	40,00	32,86	35,90
3. Διαχείριση Εργαζομένων					
A Ο τρόπος διοίκησης στο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από την ομαδική δουλειά, την ομοφωνία και την συμμετοχή.	28,20	18,15	12,00	20,00	24,10
B Ο τρόπος διοίκησης στο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από ανάληψη ατομικού ρίσκου, καινοτομία, ελευθερία (πρωτοβουλιών) και μοναδικότητα.	12,30	9,26	12,00	18,57	11,90
Γ Ο τρόπος διοίκησης στο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από σκληρό ανταγωνισμό, υψηλές απαιτήσεις, και επιτεύγματα.	19,67	33,70	36,00	28,57	24,90
Δ Ο τρόπος διοίκησης στο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από εργασιακή ασφάλεια και προσαρμογή, προβλεψιμότητα, σταθερότητα στις σχέσεις και συμβιβασμούς.	39,84	38,89	40,00	32,86	39,10
(συνέχεια)	Ιατροί	Νοσηλευτ.	Άλλες Ειδικότητες	Άλλες Υπηρεσίες	Σύνολο
4. Με ποιο μέσο κρατιέται ενωμένο το νοσοκομείο (συνδετικός ιστός)	Mean-Μέσος				

A	Το στοιχείο που κρατάει το νοσοκομείο μου ενωμένο είναι η πίστη και η αμοιβαία εμπιστοσύνη. Η αφοσίωση παίζει μεγάλο ρόλο στο νοσοκομείο μας.	32,46	24,44	16,00	28,57	29,20
B	Η δέσμευση στην καινοτομία και την ανάπτυξη. Όλες/όλοι οι εργαζόμενες/-οι αισθάνονται ως μία ομάδα που προσπαθεί να έχει καινούριες ιδέες που να βελτιώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.	10,16	8,89	18,00	12,86	10,40
Γ	Το στοιχείο που κρατάει το νοσοκομείο μου ενωμένο είναι η έμφαση στην επίτευξη των στόχων. Δίδεται έμφαση στην εξασφάλιση ανταγωνιστικής παρουσίας του στον τομέα υγείας, στο να προσφέρονται καλύτερες υπηρεσίες σε σχέση προς αυτές που προσφέρονται από άλλα Νοσοκομεία.	14,43	28,52	26,00	24,29	19,50
Δ	Το στοιχείο που κρατάει το νοσοκομείο μου ενωμένο είναι οι επίσημοι κανόνες και πολιτικές. η αφοσίωση των μελών του στην τήρηση των κανόνων και διαδικασιών. Δίδεται έμφαση στην εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του χωρίς απρόοπτα.	42,95	38,15	40,00	34,29	40,90
5. Στρατηγικός προσανατολισμός						
A	Το νοσοκομείο μου δίνει έμφαση στην ανάπτυξη του προσωπικού. Η υψηλή συνοχή, το αίσθημα της ομάδας και το ηθικό στο νοσοκομείο είναι σημαντικά.	23,44	19,26	26,00	15,71	21,90
B	Το νοσοκομείο μου δίνει έμφαση στην αντιμετώπιση νέων προκλήσεων. Εκτιμάται η ανάπτυξη νέων ιδεών από τις/τους εργαζόμενες/-ους του και η εκμετάλλευση ευκαιριών προκειμένου να επιτυγχάνεται η ακατάπαυστη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών του.	11,64	8,15	16,00	18,57	11,40
Γ	Το νοσοκομείο μου δίνει έμφαση στην ανταγωνιστικότητα, στο να είναι καλύτερο από τα υπόλοιπα. Επικρατεί η λογική του να τίθενται στόχοι και να υλοποιούνται.	20,33	31,11	26,00	32,86	24,40
Δ	Το νοσοκομείο μου δίνει έμφαση στην μονιμότητα και τη σταθερότητα. Η αποδοτικότητα και η ομαλή ροή των εργασιών είναι σημαντικά.	44,59	41,48	32,00	32,86	42,30
6. Κριτήρια επιτυχίας						
A	Στο νοσοκομείο μου η επιτυχία ορίζεται με βάση την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, την ομαδικότητα, την αφοσίωση των εργαζομένων και το ενδιαφέρον που δίνεται για τους ανθρώπους.	20,16	15,93	14,00	17,14	18,50
B	Στο νοσοκομείο μου η επιτυχία ορίζεται με βάση του εάν διαθέτει τον πλέον καινοτόμο βιοϊατρικό εξοπλισμό.	12,95	8,52	14,00	17,14	12,20
Γ	Το νοσοκομείο μου ορίζει την επιτυχία βάσει του πόσο καλύτερο είναι από όλα τα υπόλοιπα.	22,30	31,48	34,00	32,86	26,10
Δ	Το νοσοκομείο μου ορίζει την επιτυχία βάσει της αποτελεσματικότητάς του που εξαρτάται από τον βαθμό της ομαλής του λειτουργίας, τη διατήρηση χαμηλού κόστους λειτουργίας και από την τήρηση των κανόνων και των διαδικασιών από τις- του εργαζόμενες/-ους του.	44,59	44,07	38,00	31,43	43,20

Πίνακας 70: Μέση τιμή επιμέρους ερωτήσεων OCAI επιθυμητής κουλτούρας

Επιθυμητή Κουλτούρα

	Ιατροί	Νοσηλευτ.	Άλλες Ειδικότητες	Άλλες Υπηρεσίες	Σύνολο
1. Κυρίαρχα χαρακτηριστικά νοσοκομείου	Mean-Μέσος				Mean
A Το νοσοκομείο σας είναι ένα πολύ προσωπικό μέρος. Μοιάζει σαν μία "οικογένεια". Οι εργαζόμενοι μοιράζονται πολλά μεταξύ τους.	26,07	34,07	36,00	24,29	28,60
B Το νοσοκομείο σας είναι ένας πολύ δυναμικός χώρος όπου ενθαρρύνεται η ανάληψη πρωτοβουλιών από τisz/τους εργαζομένους του. Οι εργαζόμενες/οι είναι διατεθειμένες-οι να αναλάβουν πρωτοβουλίες με ρίσκο, και να "διακινδυνεύσουν".	36,72	32,59	32,00	27,14	34,70
Γ Το νοσοκομείο σας είναι έντονα προσανατολισμένο προς την επίτευξη των στόχων του. Οι εργαζόμενοι είναι εξαιρετικά ανταγωνιστικοί και επιδιώκουν έντονα την υλοποίηση των στόχων τους στα πλαίσιά του.	10,98	5,93	10,00	12,86	9,70
Δ Το νοσοκομείο σας είναι ένα καλά οργανωμένο και δομημένο μέρος. Η τήρηση των διαδικασιών και των κανόνων του από τους εργαζόμενους είναι ότι πιο σημαντικό.	25,90	27,41	22,00	35,71	26,80
2. Οργανωτική διοίκηση (leadership)					
A Η διοίκηση του νοσοκομείου μου θεωρεί σημαντικό να αποτελεί παράδειγμα καθοδήγησης και διευκόλυνσης.	27,87	28,52	30,00	27,14	28,10
B Η διοίκηση του νοσοκομείου μου δίνει το καλό παράδειγμα, παρουσιάζει διαρκώς καινούριες ιδέες, καινοτομεί, αναλαμβάνει ρίσκο.	37,21	37,04	38,00	28,57	36,60
Γ Η διοίκηση του νοσοκομείου μου θεωρεί σημαντικό να αποτελεί παράδειγμα. Εργάζεται σκληρά, παράγει πολύ, είναι ανταγωνιστική. Επιδιώκει να κάνει το νοσοκομείο καλύτερο από τα υπόλοιπα.	9,67	10,00	14,00	17,14	10,50
Δ Η διοίκηση του νοσοκομείου μου θεωρεί σημαντικό να αποτελεί παράδειγμα συντονισμού, οργάνωσης και ομαλής διαχείρισης. Είναι αποτελεσματική σε ό, τι αναλαμβάνει.	25,25	24,81	18,00	27,14	24,90
3. Διαχείριση Εργαζομένων					
A Ο τρόπος διοίκησης στο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από την ομαδική δουλειά, την ομοφωνία και την συμμετοχή.	35,74	36,30	42,00	28,57	35,70
B Ο τρόπος διοίκησης στο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από ανάληψη ατομικού ρίσκου, καινοτομία, ελευθερία (πρωτοβουλιών) και μοναδικότητα.	38,03	36,67	38,00	28,57	37,00
Γ Ο τρόπος διοίκησης στο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από σκληρό ανταγωνισμό, υψηλές απαιτήσεις, και επιτεύγματα.	10,49	8,52	10,00	20,00	10,60
Δ Ο τρόπος διοίκησης στο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από εργασιακή ασφάλεια και προσαρμογή, προβλεψιμότητα, σταθερότητα στις σχέσεις και συμβιβασμούς. (συνέχεια)	15,74	18,52	10,00	22,86	16,70
	Ιατροί	Νοσηλευτ.	Άλλες Ειδικότητες	Άλλες Υπηρεσίες	Σύνολο
4. Με ποιο μέσο κρατιέται ενωμένο το νοσοκομείο (συνδετικός ιστός)	Mean-Μέσος				

A	Το στοιχείο που κρατάει το νοσοκομείο μου ενωμένο είναι η πίστη και η αμοιβαία εμπιστοσύνη. Η αφοσίωση παίζει μεγάλο ρόλο στο νοσοκομείο μας.	39,02	36,67	32,00	30,00	37,40
B	Η δέσμευση στην καινοτομία και την ανάπτυξη. Όλες/όλοι οι εργαζόμενες/-οι αισθάνονται ως μία ομάδα που προσπαθεί να έχει καινούριες ιδέες που να βελτιώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.	40,49	40,74	36,00	24,29	39,20
Γ	Το στοιχείο που κρατάει το νοσοκομείο μου ενωμένο είναι η έμφαση στην επίτευξη των στόχων. Δίδεται έμφαση στην εξασφάλιση ανταγωνιστικής παρουσίας του στον τομέα υγείας, στο να προσφέρονται καλύτερες υπηρεσίες σε σχέση προς αυτές που προσφέρονται από άλλα Νοσοκομεία.	9,02	7,78	14,00	15,71	9,40
Δ	Το στοιχείο που κρατάει το νοσοκομείο μου ενωμένο είναι οι επίσημοι κανόνες και πολιτικές. η αφοσίωση των μελών του στην τήρηση των κανόνων και διαδικασιών. Δίδεται έμφαση στην εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του χωρίς απρόοπτα.	11,48	15,19	18,00	30,00	14,10
5. Στρατηγικός προσανατολισμός						
A	Το νοσοκομείο μου δίνει έμφαση στην ανάπτυξη του προσωπικού. Η υψηλή συνοχή, το αίσθημα της ομάδας και το ηθικό στο νοσοκομείο είναι σημαντικά.	36,72	38,15	40,00	22,86	36,30
B	Το νοσοκομείο μου δίνει έμφαση στην αντιμετώπιση νέων προκλήσεων. Εκτιμάται η ανάπτυξη νέων ιδεών από τις/τους εργαζόμενες/-ους του και η εκμετάλλευση ευκαιριών προκειμένου να επιτυγχάνεται η ακατάπαυστη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών του.	40,33	40,74	36,00	24,29	39,10
Γ	Το νοσοκομείο μου δίνει έμφαση στην ανταγωνιστικότητα, στο να είναι καλύτερο από τα υπόλοιπα. Επικρατεί η λογική του να τίθενται στόχοι και να υλοποιούνται.	8,85	8,15	10,00	22,86	9,70
Δ	Το νοσοκομείο μου δίνει έμφαση στην μονιμότητα και τη σταθερότητα. Η αποδοτικότητα και η ομαλή ροή των εργασιών είναι σημαντικά.	14,10	12,96	14,00	30,00	14,90
6. Κριτήρια επιτυχίας						
A	Στο νοσοκομείο μου η επιτυχία ορίζεται με βάση την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, την ομαδικότητα, την αφοσίωση των εργαζομένων και το ενδιαφέρον που δίνεται για τους ανθρώπους.	31,48	32,59	34,00	22,86	31,30
B	Στο νοσοκομείο μου η επιτυχία ορίζεται με βάση του εάν διαθέτει τον πλέον καινοτόμο βιοϊατρικό εξοπλισμό.	42,95	44,44	40,00	38,57	42,90
Γ	Το νοσοκομείο μου ορίζει την επιτυχία βάσει του πόσο καλύτερο είναι από όλα τα υπόλοιπα.	10,33	7,41	8,00	10,00	9,40
Δ	Το νοσοκομείο μου ορίζει την επιτυχία βάσει της αποτελεσματικότητάς του που εξαρτάται από τον βαθμό της ομαλής του λειτουργίας, τη διατήρηση χαμηλού κόστους λειτουργίας και από την τήρηση των κανόνων και των διαδικασιών από τις-του εργαζόμενες/-ους του.	15,41	15,56	18,00	28,57	16,50

Πίνακας 71: Μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης Αττικό νοσοκομείο

Μοντέλο	b	SE(b)	Beta	p-value
Κουλτούρα Ιεραρχίας-Δ (N=100) R²=0,25, F(6,93)=5,62, p<0,001				
Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	-5,10	4,60	-,18	,276
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	-,19	15,01	-,01	,990
Καταγωγή (επαρχιακή πόλη ή χωριό vs μεγάλο αστικό κέντρο)	-2,80	4,77	-,10	,561
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	4,60	6,43	,12	,479
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	3,18	6,54	,11	,630
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	1,39	5,87	,05	,815
Επάγγελμα (Ιατροί vs Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές)	-8,02	1,73	,43	<,001
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	-7,07	1,77	-,37	<,001
Ειδικότητα (Χειρουργική vs άλλη)	-4,08	1,66	-,22	,015
Ειδικότητα (Καρδιολογία vs άλλη)	6,18	6,93	,28	,378
Ειδικότητα (Μαιευτική και γυναικολογία vs άλλη)	1,08	6,48	,04	,869
Κατάσταση εργασίας (Συμβασιούχοι vs Μόνιμες-οι)	,39	5,14	,02	,940
Βάρδια (Κυκλική vs πρωινή/ ή και εφημερίες)	13,76	5,87	,21	,020
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	-9,70	4,95	-,50	,058
Προϋπηρεσία σε άλλη δομή/νοσοκομείο (Ναι vs Όχι)	-8,99	5,44	-,46	,107
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	-3,46	8,12	-,18	,672
Ασθενείς ανά εβδομάδα (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	9,31	1,31	,53	<,001
Οργανωσιακή Δέσμευση-OCQ	1,26	1,93	,07	,515
Επαγγελματική Ικανοποίηση-JSQ	-4,68	2,09	-,43	,028
Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή-PPOS	2,05	3,9	,05	,600
Επιθυμητή Κουλτούρα Καινοτομίας-B (N=100) R²=0,38, F(7,92)=7,61, p=0,001				
Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	-3,91	2,73	-,21	,161
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	19,46	8,91	,39	,036
Καταγωγή (επαρχιακή πόλη ή χωριό vs μεγάλο αστικό κέντρο)	3,73	2,83	,20	,196
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-4,54	1,69	,25	,008
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	9,70	3,88	,53	,017
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	3,27	3,48	,18	,354
Επάγγελμα (Ιατροί vs Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές)	9,49	3,34	,27	,005
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	3,75	1,81	,20	,041
Ειδικότητα (Χειρουργική vs άλλη)	4,72	1,09	,63	<,001
Ειδικότητα (Παθολογία vs άλλη)	-1,66	7,09	-,07	,816
Ειδικότητα (Καρδιολογία vs άλλη)	-1,04	6,62	-,05	,875
Ειδικότητα (Μαιευτική και γυναικολογία vs άλλη)	1,13	6,19	,05	,856
Κατάσταση εργασίας (Συμβασιούχοι vs Μόνιμες-οι)	1,26	4,91	,07	,798
Βάρδια (Κυκλική vs πρωινή/ ή και εφημερίες)	-1,19	6,59	-,05	,858
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	-9,50	4,73	-,52	,052
Προϋπηρεσία σε άλλη δομή/νοσοκομείο (Ναι vs Όχι)	-5,31	5,20	-,29	,314
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	4,45	2,11	,19	,037
Ασθενείς ανά εβδομάδα (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	-,11	2,99	-,04	,970
Οργανωσιακή Δέσμευση-OCQ	1,18	1,54	,08	,444
Επαγγελματική Ικανοποίηση-JSQ	,09	,166	,010	,954
Οργανωσιακή Δέσμευση-OCQ (N=100) R²=0,44, F(6,93)=9,74, p<0,001				
Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	,02	,20	,01	,937
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	,78	,60	,16	,198
Καταγωγή (επαρχιακή πόλη ή χωριό vs μεγάλο αστικό κέντρο)	-,07	,19	-,04	,716
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	,10	,27	,04	,703
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	,26	,28	,14	,459
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	,44	,17	,27	,013

Επάγγελμα (Ιατροί vs Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές)	,03	,12	,05	,804
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	-,43	,19	-,26	,022
Ειδικότητα (Χειρουργική vs άλλη)	-,38	,49	-,21	,432
Ειδικότητα (Καρδιολογία vs άλλη)	,10	,50	,05	,835
Ειδικότητα (Μαιευτική και γυναικολογία vs άλλη)	-,34	,47	-,14	,465
Κατάσταση εργασίας (Συμβασιούχοι vs Μόνιμες-οι)	,44	,35	,23	,226
Βάρδια (Κυκλική vs πρωινή/ ή και εφημερίες)	,32	,60	,18	,597
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	-,76	,24	-,44	,002
Προϋπηρεσία σε άλλη δομή/νοσοκομείο (Ναι vs Όχι)	,14	,26	,09	,597
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	-,66	,32	-,34	,042
Ασθενείς ανά εβδομάδα (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	,53	,22	,30	,022
Υπάρχουσα Κουλτούρα της Ιεραρχίας-Δ	,00	,01	,07	,521
Επιθυμητή Κουλτούρα της Καινοτομίας-B	-,01	,01	-,09	,449
Επαγγελματική Ικανοποίηση- JSQ	,73	,35	,43	,040
Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή- PPOS	-,28	,22	-,12	,220

Επαγγελματική Ικανοποίηση-*JSQ* (N=100) $R^2=0,30$, $F(8,91)=6,95$, $p<0,001$

Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	,34	,15	,22	,031
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	-2,63	1,05	,35	,016
Καταγωγή (επαρχιακή πόλη ή χωριό vs μεγάλο αστικό κέντρο)	,15	,22	,09	,497
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-1,15	,30	-,47	<,001
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	-1,02	,20	-,42	<,001
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	-,21	,14	-,14	,154
Επάγγελμα (Ιατροί vs Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές)	,43	1,07	,08	,688
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	-,60	,13	-,40	<,001
Ειδικότητα (Χειρουργική vs άλλη)	-,11	,33	-,07	,750
Ειδικότητα (Καρδιολογία vs άλλη)	,11	,58	,02	,852
Ειδικότητα (Μαιευτική και γυναικολογία vs άλλη)	,84	,46	,19	,074
Κατάσταση εργασίας (Συμβασιούχοι vs Μόνιμες-οι)	,49	,26	,33	,067
Βάρδια (Κυκλική vs πρωινή/ ή και εφημερίες)	-,49	,78	-,28	,535
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	-,58	,36	-,29	,119
Προϋπηρεσία σε άλλη δομή/νοσοκομείο (Ναι vs Όχι)	1,05	,33	,31	,003
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	-,93	,38	-,45	,018
Ασθενείς ανά εβδομάδα (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	-,20	,20	-,11	,329
Υπάρχουσα Κουλτούρα της Ιεραρχίας-Δ	-,67	,21	-,42	,002
Επιθυμητή Κουλτούρα της Καινοτομίας-B	1,29	,59	,24	,035
Οργανωσιακή Δέσμευση- OCQ	,03	,10	,02	,804
Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή- PPOS	,19	,20	,05	,361

Επαγγελματική Ικανοποίηση Νοσηλευτ. Ελλάδας-*GNJSS* (N=27) $R^2=0,70$, $F(3,23)=7,10$, $p<0,001$

Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	,05	1,99	,00	,979
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	,61	,26	,28	,026
Καταγωγή (επαρχιακή πόλη ή χωριό vs μεγάλο αστικό κέντρο)	2,05	3,04	,14	,503
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-1,36	2,42	-,10	,576
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	-,88	2,54	-,06	,730
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	2,46	,211	-,18	,249
Τμήμα (Χειρουργικό vs άλλο)	-4,87	3,03	-,40	,113
Τμήμα (ΜΕΘ vs άλλο)	,62	,28	,32	,039
Τμήμα (ΤΕΠ vs άλλο)	-,91	2,75	-,07	,651
Τμήμα (Νευρολογικό vs Άλλο)	1,37	14,74	,02	,926
Κατάσταση εργασίας (Συμβασιούχοι vs Μόνιμες-οι)	-,32	3,23	-,02	,922
Βάρδια (Κυκλική/εφημερίες vs πρωινή)	-9,18	6,94	,56	,191
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	3,16	3,04	,20	,302
Προϋπηρεσία σε άλλη δομή/νοσοκομείο (Ναι vs Όχι)	5,31	4,93	,36	,286
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	-,62	,21	-,45	,007

Υπάρχουσα Κουλτούρα της Ιεραρχίας-Δ	1,66	,38	,66	<,001
Επιθυμητή Κουλτούρα της Καινοτομίας-B	4,10	4,58	,21	,374
Οργανωσιακή Δέσμευση-OCQ	,01	,11	,00	,940
Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή-PPOS	-,15	,23	-,03	,516

PPOS (N=100) $R^2=0,16$, $F(5,55)=3,81$, $p<0,001$

Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	-,02	,16	-,01	,902
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	,07	,27	,04	,812
Καταγωγή (επαρχιακή πόλη ή χωριό vs μεγάλο αστικό κέντρο)	-,45	,23	-,28	,057
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-1,03	,32	-,41	,002
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	1,17	,43	,27	,009
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	1,04	,15	,69	<,001
Επάγγελμα (Ιατροί vs Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές)	-,08	,89	-,01	,929
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	,40	,41	,25	,344
Ειδικότητα (Χειρουργική vs άλλη)	,20	,35	,12	,570
Ειδικότητα (Καρδιολογία vs άλλη)	-,50	,62	-,09	,418
Ειδικότητα (Μαιευτική και γυναικολογία vs άλλη)	,34	,49	,08	,493
Κατάσταση εργασίας (Συμβασιούχοι vs Μόνιμες-οι)	-,05	,27	-,03	,853
Βάρδια (Κυκλική vs πρωινή/ ή και εφημερίες)	,37	,82	,21	,654
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	-,26	,26	-,15	,333
Προϋπηρεσία σε άλλη δομή/νοσοκομείο (Ναι vs Όχι)	-,38	,38	-,19	,330
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	,74	,42	,38	,087
Ασθενείς ανά εβδομάδα (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	-,49	,21	-,26	,028
Υπάρχουσα Κουλτούρα της Ιεραρχίας-Δ	-,01	,01	-,11	,258
Επιθυμητή Κουλτούρα της Καινοτομίας-B	,00	,01	-,01	,890
Οργανωσιακή Δέσμευση-OCQ	-,07	,05	-,15	,230
Επαγγελματική Ικανοποίηση-JSQ	,06	,06	,21	,361
Πεποιθήσεις Ιατρού-PBS	-,16	,08	-,22	,039

PBS (N=61) $R^2=0,87$, $F(5,55)=84,49$, $p<0,001$

Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	,48	,47	,11	,307
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	-,30	,26	-,07	,247
Καταγωγή (επαρχιακή πόλη ή χωριό vs μεγάλο αστικό κέντρο)	,20	,28	,04	,461
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	,14	,31	,05	,666
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	-,99	,47	-,17	,034
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	-2,53	,23	-,65	<,001
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	-2,79	,43	-,96	<,001
Ειδικότητα (Χειρουργική vs άλλη)	-,05	,13	-,02	,713
Ειδικότητα (Καρδιολογία vs άλλη)	,39	,48	,11	,429
Ειδικότητα (Μαιευτική και γυναικολογία vs άλλη)	,19	,57	,04	,739
Κατάσταση εργασίας (Συμβασιούχοι vs Μόνιμες-οι)	,15	,27	,03	,593
Βάρδια (Κυκλική/εφημερίες vs πρωινή)	-,24	,60	-,03	,697
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	-1,34	,45	-,61	,005
Προϋπηρεσία σε άλλη δομή/νοσοκομείο (Ναι vs Όχι)	-,44	,40	-,10	,282
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	-,41	,70	-,06	,561
Ασθενείς ανά εβδομάδα (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	-,13	,59	-,03	,831
Υπάρχουσα Κουλτούρα της Ιεραρχίας-Δ	,00	,01	,02	,779
Επιθυμητή Κουλτούρα της Καινοτομίας-B	-,02	,01	-,12	,091
Οργανωσιακή Δέσμευση-OCQ	,05	,19	,02	,799
Επαγγελματική Ικανοποίηση-JSQ	,09	,24	,02	,708
Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή-PPOS	-2,78	,45	,96	<,001

Πίνακας 72: Μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης Υγειονομικών συνολικά

Μοντέλο	b	SE(b)	Beta	p-value
Επαγγελματική Ικανοποίηση-JSQ (N=192) R²=0,30, F(6,185)=7,43, p<0,001				
Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	,23	,10	,15	,020
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	-,07	,76	-,02	,929
Καταγωγή (επαρχιακή πόλη ή χωριό vs μεγάλο αστικό κέντρο)	,19	,24	,11	,436
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-,59	,17	-,24	<,001
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	-,32	,33	-,20	,346
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	-,20	,10	-,14	,034
Επάγγελμα (Ιατροί vs Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές)	,33	,28	,20	,242
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	-,97	,46	-,53	,039
Ειδικότητα (Χειρουργική vs άλλη)	,67	,56	,40	,238
Ειδικότητα (Καρδιολογία vs άλλη)	1,07	,53	,49	,052
Ειδικότητα (Μαιευτική και γυναικολογία vs άλλη)	,67	,42	,39	,123
Κατάσταση εργασίας (Συμβασιούχοι vs Μόνιμες-οι)	,88	,61	,41	,155
Βάρδια (Κυκλική vs πρωινή/ ή και εφημερίες)	-,28	,45	-,17	,541
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	-,59	,28	-,34	,036
Προϋπηρεσία σε άλλη δομή/νοσοκομείο (Ναι vs Όχι)	,26	,31	,17	,407
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	-,48	,26	-,29	,072
Ασθενείς ανά εβδομάδα (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	,23	,10	,15	,020
Υγειονομικοί (Αττικό vs αλλού)	,19	,15	,13	,219
Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή-PPOS	-,04	,12	-,04	,723
Επαγγελματική Ικανοποίηση Νοσηλευτ. Ελλάδα-GNJSS (N=51) R²=0,43, F(6,44)=4,14, p<0,007				
Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	-,13	,22	-,12	,563
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	,46	,09	,55	<,001
Καταγωγή (επαρχιακή πόλη ή χωριό vs μεγάλο αστικό κέντρο)	,09	,23	,09	,694
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-,11	,15	-,14	,468
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	,95	,33	,31	,007
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	-,09	,19	-,11	,648
Τμήμα (Χειρουργικό vs άλλο)	,51	,20	,61	,019
Τμήμα (ΜΕΘ vs άλλο)	,05	,27	,05	,862
Τμήμα (ΤΕΠ vs άλλο)	-,01	,16	-,02	,958
Τμήμα (Νευρολογικό vs Άλλο)	,12	,33	,08	,709
Κατάσταση εργασίας (Συμβασιούχοι vs Μόνιμες-οι)	,08	,27	,07	,782
Βάρδια (Κυκλική/εφημερίες vs πρωινή)	-,31	,11	-,28	,010
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	,43	,13	,36	,002
Προϋπηρεσία σε άλλη δομή/νοσοκομείο (Ναι vs Όχι)	,23	,28	,26	,427
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	-,99	,31	-,33	,003
Νοσηλεύτριες/Νοσηλευτές (Αττικό vs αλλού)	,300	,52	,35	,668
Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή-PPOS	-,31	,26	-,37	,445
PPOS (N=121) R²=0,59, F(9,111)=31,28, p<0,001				
Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	-,05	,09	-,03	,599
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	,10	,52	,01	,852
Καταγωγή (επαρχιακή πόλη ή χωριό vs μεγάλο αστικό κέντρο)	-,01	,08	-,01	,853
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-1,00	,15	-,40	<,001
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	,31	,15	,10	,044
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	,97	,08	,64	<,001
Επάγγελμα (Ιατροί vs Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές)	-,02	,23	,01	,923
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	-,87	,12	-,35	<,001
Ειδικότητα (Χειρουργική vs άλλη)	-,30	,09	-,17	,001
Ειδικότητα (Καρδιολογία vs άλλη)	,02	,12	,01	,858
Ειδικότητα (Μαιευτική και γυναικολογία vs άλλη)	,29	,37	,04	,428
Κατάσταση εργασίας (Συμβασιούχοι vs Μόνιμες-οι)	,09	,29	,06	,752
Βάρδια (Κυκλική vs πρωινή/ ή και εφημερίες)	,13	,22	,07	,546
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	-,06	,32	,04	,845
Προϋπηρεσία σε άλλη δομή/νοσοκομείο (Ναι vs Όχι)	,06	,41	-,03	,882
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	,11	,13	,06	,396
Ασθενείς ανά εβδομάδα (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	-,09	,25	-,02	,732

Επικοινωνία με τις/τους ασθενείς (Καλή vs κακή)	,95	,10	,58	<,001
Δυσκολία ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων σε ασθενείς (Ναι vs Όχι)	,28	,11	,18	,009
Αντιμετώπιση ασθενών ως «αντίδικες-ους» (Ναι vs Όχι)	-,19	,09	-,12	,031
Μεγαλύτερη επιρροή δυσάρεστων νέων (ιατροί vs νοσηλεύτριες-ές)				
Υγειονομικοί (Αττικό vs αλλού)	-,04	,16	-,03	,809
Επαγγελματική Ικανοποίηση-JSQ	-,06	,11	-,06	,566
Πεποιθήσεις Ιατρού-PBS	,37	,16	,47	,025

PBS (N=121) R²=0,86, F(6,14)=123,92, p<0,001

Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	,15	,10	,07	,150
Ηλικία (26-40 vs 41 ετών και άνω)	-,25	,54	-,02	,648
Καταγωγή (επαρχιακή πόλη ή χωριό vs μεγάλο αστικό κέντρο)	,05	,13	,02	,676
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	,13	,12	,06	,285
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs όχι)	-,03	,14	-,01	,843
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	-1,97	,07	-,91	<,001
Ιδιότητα (Ειδικευόμενες-οι ιατροί vs Επιμελήτριες-ές ιατροί)	-,19	,19	-,09	,303
Ειδικότητα (Χειρουργική vs άλλη)	,12	,13	,06	,334
Ειδικότητα (Καρδιολογία vs άλλη)	-,31	,22	-,07	,160
Ειδικότητα (Μαιευτική και γυναικολογία vs άλλη)	-,10	,20	-,02	,624
Κατάσταση εργασίας (Συμβασιούχοι vs Μόνιμες-οι)	-,33	,18	-,16	,062
Βάρδια (Κυκλική/εφημερίες vs πρωινή)	,28	,20	,07	,166
Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο (1-10 έτη vs 11 έτη και άνω)	-,11	,24	-,05	,644
Προϋπηρεσία σε άλλη δομή/νοσοκομείο (Ναι vs Όχι)	,50	,30	,16	,100
Μισθός (έως 1000 ευρώ vs 1001 ευρώ και πάνω)	-,34	,17	-,10	,041
Ασθενείς ανά εβδομάδα (51-120 vs 10-50 ασθενείς)	,59	,23	,18	,013
Επικοινωνία με τις/τους ασθενείς (Καλή vs κακή)	-,50	,16	-,15	,003
Δυσκολία ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων σε ασθενείς (Ναι vs Όχι)	-,53	,16	,16	,001
Αντιμετώπιση ασθενών ως «αντίδικες-ους» (Ναι vs Όχι)	-,11	,11	-,05	,305
Αποφυγή καταγγελίας λόγω καλής επικοινωνίας (Ναι vs Όχι)	-,06	,14	-,03	,661
Υγειονομικοί (Αττικό vs αλλού)	-,12	,12	-,06	,337
Επαγγελματική Ικανοποίηση-JSQ	,01	,08	,01	,887
Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή-PPOS	-,21	,09	-,16	,025

Πίνακας 73: Μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης ληπτ(ρι)ών υπηρεσιών υγείας

Μοντέλο	b	SE(b)	Beta	p-value
PPOS (N=81) R²=0,43, F(1,80)=21,47, p<0,001				
Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	-,32	,20	-,17	,103
Ηλικία (18-30 vs άλλο)	-,01	,17	-,01	,963
Ηλικία (41+ vs άλλο)	,07	,27	,03	,807
Καταγωγή (Χωριό vs άλλο)	-,00	,16	-,00	,977
Καταγωγή (Μεγάλο αστικό κέντρο vs άλλο)	,05	,20	,03	,791
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs άλλο)	-,02	,24	-,02	,924
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Μεγαλοαστική vs Άλλο)	-,13	,26	-,09	,617
Οικογενειακή κατάσταση (Έγγαμες-οι vs Άγαμες-οι)	-,15	,20	-,10	,466
Ύπαρξη παιδιών (Ναι vs Όχι)	,10	,22	,06	,659
Εκπαίδευση (Δευτεροβάθμια vs Τριτοβάθμια)	-,05	,21	-,03	,819
Σχέση με τη θρησκεία (Υπαρκτή vs Ανύπαρκτη)	-,16	,17	-,11	,330
Ιδιότητα (Ασθενείς vs άλλο)	1,30	,34	,75	<,001
Ιδιότητα (Λήπτριες-ες vs άλλο)	,28	,24	,19	,240
Μισθός (400-600 ευρώ vs άλλο)	,09	,22	,06	,689
Μισθός (601-1000 ευρώ vs άλλο)	,10	,24	,05	,684
Μισθός (1500 ευρώ και πάνω vs άλλο)	-,05	,23	-,03	,838
Πληροφόρηση για θέματα υγείας (Εξειδικευμένες-οι vs διαδίκτυο)	,11	,16	,07	,503
Κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας-API	,03	,19	,02	,896
Κλίμακα Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη-GSAME	,25	,20	,13	,217
Κλίμακα Απόδοσης Ελέγχου της Υγείας στον Θεό-GLHC	-,08	,13	-,09	,529
Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης-PAS	,21	,15	,14	,173

PPOS (N=272) R²=0,04, F(16,254)=1,22, p=0,283

API (N=81) $R^2=0,63$, $F(3,77)=45,76$, $p<0,001$

Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	-,30	,13	-,19	,023
Ηλικία (18-30 vs άλλο)	-,09	,11	-,07	,446
Ηλικία (41+ vs άλλο)	,11	,18	,06	,553
Καταγωγή (Χωριό vs άλλο)	,00	,11	,00	,988
Καταγωγή (Μεγάλο αστικό κέντρο vs άλλο)	,02	,14	,01	,873
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs άλλο)	-,01	,16	-,01	,947
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Μεγαλοαστική vs Άλλο)	,03	,17	,03	,842
Οικογενειακή κατάσταση (Εγγαμες-οι vs Άγαμες-οι)	-,03	,14	-,02	,848
Υπαρξη παιδιών (Ναι vs Όχι)	,03	,15	,03	,822
Εκπαίδευση (Δευτεροβάθμια vs Τριτοβάθμια)	-,23	,14	-,17	,100
Σχέση με τη θρησκεία (Υπαρκτή vs Ανύπαρκτη)	-,07	,11	-,06	,547
Ιδιότητα (Ασθενείς vs άλλο)	1,30	,20	,91	<,001
Ιδιότητα (Λήπτριες-ες vs άλλο)	,67	,14	,56	<,001
Μισθός (400-600 ευρώ vs άλλο)	-,01	,15	-,01	,945
Μισθός (601-1000 ευρώ vs άλλο)	,04	,16	,03	,816
Μισθός (1500 ευρώ και πάνω vs άλλο)	,11	,16	,09	,497
Πληροφόρηση για θέματα υγείας (Εξειδικευμένες-οι vs διαδίκτυο)	,08	,11	,06	,484
Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-PPOS	,01	,09	,01	,896
Κλίμακα Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη-GSAME	,03	,14	,02	,853
Κλίμακα Απόδοσης Ελέγχου της Υγείας στον Θεό-GLHC	-,07	,09	-,09	,432
Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης-PAS	,05	,10	,04	,648

GLHC (N=81) $R^2=0,37$, $F(3,77)=12,47$, $p<0,001$

Φύλο (Ανδρες vs γυναίκες)	-,15	,20	-,07	,455
Ηλικία (18-30 vs άλλο)	-,18	,17	-,11	,281
Ηλικία (41+ vs άλλο)	,63	,26	,26	,019
Καταγωγή (Χωριό vs άλλο)	-,02	,16	-,01	,920
Καταγωγή (Μεγάλο αστικό κέντρο vs άλλο)	-,18	,20	-,09	,365
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs άλλο)	-,16	,24	-,10	,510
Κοινωνικοοικονομική προέλευση (Μεγαλοαστική vs Άλλο)	,08	,26	,05	,748
Οικογενειακή κατάσταση (Εγγαμες-οι vs Άγαμες-οι)	,25	,20	,16	,220
Υπαρξη παιδιών (Ναι vs Όχι)	,23	,22	,14	,298
Εκπαίδευση (Δευτεροβάθμια vs Τριτοβάθμια)	,60	,20	,33	,004
Σχέση με τη θρησκεία (Υπαρκτή vs Ανύπαρκτη)	,57	,15	,37	<,001
Ιδιότητα (Ασθενείς vs άλλο)	-,59	,38	-,32	,121
Ιδιότητα (Λήπτριες-ες vs άλλο)	-,23	,24	-,15	,334
Μισθός (400-600 ευρώ vs άλλο)	-,12	,23	-,07	,587
Μισθός (601-1000 ευρώ vs άλλο)	,01	,24	,01	,968
Μισθός (1500 ευρώ και πάνω vs άλλο)	-,11	,23	-,06	,651
Πληροφόρηση για θέματα υγείας (Εξειδικευμένες-οι vs διαδίκτυο)	-,03	,16	-,02	,870
Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή-PPOS	-,16	,21	-,08	,438
Κλίμακα Προτίμησης Αυτονομίας-API	-,15	,19	-,12	,432
Κλίμακα Απόψεων για τα Ιατρικά Λάθη-GSAME	-,16	,21	-,08	,438
Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Διαθέσιμης Στήριξης-PAS	,09	,15	,05	,576

Παράρτημα 5

Έντυπο συγκατάθεσης χρήσης των ψηφιακών αφηγήσεων

Συναινετική επιστολή:

Εγώ η/ο..... συμμετέχουσα/συμμετέχοντας στη διδακτορική διατριβή της κ. Έφης Γιάννου, δηλώνω υπεύθυνα ότι **επιτρέπω** στην ίδια καθώς και στην Πανεπιστημιακή ομάδα που ανήκει να κάνουν χρήση της ψηφιακής μου ιστορίας υπό μορφή βίντεο που αναφέρεται στο **προσωπικό μου βίωμα για τη σχέση επαγγελματία υγείας-ασθενή** με τίτλο «.....» για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς.

Όνομα και Επίθετο:

Ημερομηνία:

Υπογραφή: