



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ
ΑΣΘΕΝΩΝ - ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΤΟΥΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Αικατερίνη Κλούμπα

Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γκούβα Μαίρη, Αν. Καθ. Ψυχολογίας ΤΕΙ Ηπείρου, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθ. Νοσηλευτικής ΤΕΙ Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς
Επιτροπής

Χατζόγλου Χρύσα, Αν. Καθ. Ιατρικής Παν/μίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα Σεπτέμβριος 2018



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**BELIEFS OF HEALTH PROFESSIONALS CONCERNING THE
CARE, THE TREATMENT AND THE DISEASE'S OUTCOME OF THEIR
RELATIVES AND THEIR ROLE IN PRIMARY HEALTH CARE**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	10
1.1 Σχέση γιατρού - ασθενή	10
1.2 Σχέση συγγενή - ασθενή.....	13
1.3 Σχέση γιατρού – ασθενή συγγένειας.....	14
1.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	18
2.1 Πολιτική ανάληψης θεραπείας ασθενών συγγένειας	18
2.2 Ικανοποίηση ασθενών	21
2.3 Ποιότητα ζωής.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	24

3.1 Εργαλεία μέτρησης.....	24
3.2 Σκοπός της έρευνας.....	25
3.3 Δείγμα.....	27
3.4 Περιγραφική ανάλυση.....	27
3.5 Επαγωγική ανάλυση.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	50
4.1 Συζήτηση.....	50
4.2 Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις.....	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	55

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΛΑΘΗ;»»	30
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΛΑ ΘΗ».....	32
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΚΑΝΕΙ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΛΑΘΟΣ;»	32
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΚΑΝΕΙ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟ ΛΑΘΟΣ;»	34
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΑΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΥΠΟΣΤΕΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΛΑΘΟΣ;»	36
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΑΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΥΠΟΣΤΕΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΛΑΘΟΣ;».....	39
ΠΙΝΑΚΑΣ 7- ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ	44
ΠΙΝΑΚΑΣ 8- ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ	46
ΠΙΝΑΚΑΣ 9- ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ	48
ΠΙΝΑΚΑΣ 10- ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ	48

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι περισσότεροι ερευνητές συγκλίνουν στην άποψη ότι οι γιατροί δεν θα πρέπει να αναλαμβάνουν και να περιθάλπουν άτομα από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι στην περίπτωση που ένας γιατρός αναλάβει τον συγγενή του, είναι δύσκολο να διαχωρίσει το ρόλο του ως επαγγελματία και το ρόλο του ως συγγενή.

Τα ζητήματα που προκύπτουν από τη σχέση ιατρού – συγγενή με τον ασθενή είναι ποικίλα, με πιο σημαντικά τα ζητήματα αυτονομίας του ασθενούς, ενημέρωσης, συναίνεσης, αλήθειας για την πραγματικότητα της κατάστασης και εμπιστευτικότητας. Επιπλέον, λόγω της ανθρώπινης φύσης, είναι εξαιρετικά δύσκολο να μην εμπλακούν συναισθηματικά οι επαγγελματίες στην περίθαλψη των ασθενών και να διατηρήσουν την αντικειμενικότητά τους.

Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται οι σχέσεις μεταξύ ιατρού και ασθενή, συγγενή και ασθενή, και η σχέση του γιατρού με τον ασθενή στην περίπτωση που είναι συγγενής του. Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας, αρχικά αναλύεται η πολιτική ανάληψης θεραπείας των ασθενών που ανήκουν στο συγγενικό περιβάλλον. Ακολούθως, συσχετίζεται η ικανοποίηση των ανθρώπων από την παροχή υπηρεσιών και ειδικότερα υπηρεσιών υγείας, με την ικανοποίηση των ασθενών και την ποιότητα ζωής τους. Τα αποτελέσματα της μελέτης αναλύονται με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία και παρουσιάζονται επιπλέον προτάσεις καλύτερων προσεγγίσεων στα θέματα που αναλύονται.

ABSTRACT

Researchers agree that doctors should not treat and take care of people that belong to their family environment. Experts suggest that doctors who take care of their relatives, cannot separate their role as a professional and their role as a relative.

The arising issues from the relationship between a physician and an associate patient are many, with more important those of patient autonomy, information, consensus, truth about the realization of the situation and confidentiality. Moreover, the human nature is extremely difficult not to connect emotionally the professionals in the care of the patients and always keep them focused on the job.

In the first chapter we describe the relationship between physician and patient, relative and patient, and the physician's relationship with the patient in the case he is a relative. In the second chapter of the disseration, we analyze the treatment policy of treating patients who are in the family environment. Then we analyze people's satisfaction performing health services and their quality of life. The results of the study are analyzed based on the existing literature and presented suggestions for better approaches to the analyzed issues.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καθημερινότητα των εργαζομένων, καθώς και η σωματική και ψυχική τους υγεία, επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τη διαμόρφωση και τα χαρακτηριστικά του εργασιακού χώρου στον οποίο περνούν ένα μεγάλο μέρος της ημέρας όπως επίσης και από τις εργασιακές συνθήκες. Οι δύο αυτοί παράγοντες καθορίζουν και την ικανοποίηση την οποία νιώθει ο εργαζόμενος από την εργασία του.

Πολλές φορές οι γιατροί έρχονται αντιμέτωποι στην εργασία τους με μια μεγάλη πρόκληση. Μπορεί να χρειαστεί να περιθάλψουν κάποιον ασθενή που να ανήκει στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Σε αυτή την περίπτωση, σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, θα πρέπει οι γιατροί που συμμετέχουν στην φροντίδα και στην περίθαλψη των συγγενών τους να διακατέχονται από αντικειμενικότητα, να μην συγχέουν τους δύο ρόλους, δηλαδή του επιστήμονα και του συγγενή και να διαχειρίζονται την ασθένεια, σαν να πρόκειται για οποιοδήποτε άλλο ασθενή.

Παρόλα αυτά, οι έρευνες έχουν αποκαλύψει ότι σε πολλά επαγγέλματα, και κυρίως στον ιατρικό κλάδο, οι επαγγελματίες συγχέουν τους δύο αυτούς ρόλους. Απόρροια αυτής της σύγχυσης είναι ο ιατρός - συγγενής να ενεργεί συνήθως πιο πολύ σαν συνήγορος της οικογένειας, σε σχέση με το σύστημα υγείας, τις ιατρικές πληροφορίες και τα ιατρικά σφάλματα, παρά σαν μέρος του συστήματος υγείας. Για αυτούς τους λόγους, αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι σύμφωνα με την επαγγελματική δεοντολογία δεν θα πρέπει οι γιατροί και οι

υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας να συμμετέχουν στην φροντίδα και στην περίθαλψη των μελών που ανήκουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον, έτσι ώστε να αποφεύγονται οι πιθανές συγκρούσεις συμφερόντων.

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διερευνηθεί αν τελικά η φροντίδα και η θεραπεία των συγγενών των επαγγελματιών υγείας συνδέεται με συγκρουόμενες συμπεριφορές και να εξεταστεί αν οι αρνητικές πεποιθήσεις των ατόμων έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Σχέση γιατρού - ασθενή

Η παρούσα εργασία θα επιχειρήσει να συζητήσει το ρόλο του θεραπευτή με τον ασθενή ως πτυχή της γενικής κοινωνικής ισορροπίας, δηλαδή "μια κοινωνιολογική προοπτική". Είναι φυσικά μια κάπως διαφορετική προοπτική από αυτή που συνήθως θεωρείται δεδομένη από τους γιατρούς και άλλους, όπως οι κλινικοί ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι ασχολούνται άμεσα με τη φροντίδα των ασθενών. Άλλωστε, έχει διαπιστωθεί από τον Αμερικανό κοινωνιολόγο Talcott Parsons (1951) ότι ο ιατρικός χώρος αποτελεί ένα υποσύνολο του κοινωνικού συστήματος. Στα πλαίσια της κοινωνικοποίησης, λοιπόν, αποδίδονται οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες αυτών που αποτελούν τον ιατρικό χώρο (ασθενών και ιατρών). Από την πλευρά του, ο γιατρός, διαθέτει το επιστημονικό υπόβαθρο για την απόδοση σωστής γνώμатеυσης. Οι συμβουλές του γιατρού σχετικά με κάποια θεραπεία στηρίζονται κυρίως στις γνώσεις και την αντικειμενική του κρίση, καθώς και στην ενσυναίσθησή του για τον ασθενή. Από την άλλη, θα πρέπει και οι ασθενείς να είναι πρόθυμοι να ακολουθήσουν τις συμβουλές αυτές. Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της σχέσης είναι η εξάρτηση, ιδιαίτερα από την πλευρά του ασθενή. Οι ρόλοι του ασθενούς και του γιατρού δεν είναι δυνατόν να είναι καθορισμένοι και αμετάβλητοι όπως πρεσβεύει ο λειτουργισμός, αλλά εξαρτώνται και από το νόσημα. Για παράδειγμα, όταν υπάρχουν συγκρουόμενες συμπεριφορές σχετικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία των ασθενών, το άτομο δέχεται μία γενικότερη παραίτηση από ασχολίες και δραστηριότητες, ενώ όταν η πρόγνωση είναι γνωστή δεν παρατηρείται κάτι τέτοιο [1].

Πολλοί κοινωνιολόγοι και κλινικοί ψυχολόγοι προτείνουν διαφορετικές ηθικές κατευθυντήριες γραμμές για τον τρόπο κατά τον οποίο οι γιατροί θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς τους. Συγκεκριμένα, οι Szasz και Hollender (1955) [2] έχουν διακρίνει τρία μοντέλα της σχέσης ιατρού – ασθενούς, το μοντέλο «δραστηριότητας – παθητικότητας», το μοντέλο «καθοδηγητική συνεργασία» και το μοντέλο «αμοιβαία συμμετοχή», τα οποία αντιστοιχούν στις σχέσεις γονέα – βρέφους, γονέα – παιδιού και ενήλικα – ενήλικα. Ωστόσο, το καταναλωτικό κίνημα της δεκαετίας '60 και '70 προώθησε τη σχέση αμοιβαίας συμμετοχής. Οι Beauchamp και Childress [3] προώθησαν την αρχή σεβασμού της αυτονομίας, ευεργεσίας, μη αποδυνάμωσης και δικαιοσύνης. Οι Downie και Calman [4] προώθησαν την αρχή της χρησιμότητας, δικαιοσύνης, συμπόνιας και αυτό-ανάπτυξης. Ο Macer [5] έχει υποστηρίξει ότι η αγάπη πρέπει να είναι το θεμέλιο της ηθικής ιατρικής και όσες μορφές την αποτελούν, δηλαδή η αγάπη για τον εαυτό μας, η αγάπη για τους άλλους, η αγάπη για τη ζωή και η αγάπη για το καλό. Έχοντας ως επίκεντρο την αντίληψη των Beauchamp και Childress διαμορφώνεται η αντίληψη για σεβασμό προς την αυτονομία. Οι ασθενείς που είναι σε θέση για τη λήψη αποφάσεων θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα της απόφασης και αντίστοιχα οι γιατροί το συνακόλουθο καθήκον να σεβαστούν τις προτιμήσεις τους όσον αφορά την υγεία τους. Η έκφραση των απόψεων των γιατρών πρέπει να μην είναι κακόβουλη, να μην προκαλεί προβλήματα και να εξισορροπεί τα οφέλη έναντι της βλάβης για την παραγωγή του μέγιστου καλού του ασθενή. Ακόμη, πρέπει να είναι ευεργετική, να ασχολείται με την ευημερία των ασθενών και τέλος, δίκαιη, να προάγει δηλαδή την κατάλληλη θεραπεία υπό το πρίσμα της επιστήμης προς όφελος των ασθενών. Οι παραπάνω αρχές αποτελούν τον κώδικα πρακτικής και επαγγελματικής συμπεριφοράς για έναν ασκούμενο. Ωστόσο, αν κάποιος ερευνά το μεταφυσικό θεμέλιο των παραπάνω αρχών μπορεί να διακρίνει τους ηθικούς παράγοντες που φέρουν την ικανότητα της αυτοσυνείδησης και της

αξιολόγησης της ζωής με σεβασμό προς τις επιθυμίες του κάθε ατόμου και την προώθηση της ευημερίας του.

Σε σύγκρουση με τις παραπάνω αντιλήψεις έρχεται ο Freidson [6], ο οποίος υποστηρίζει ότι ο γιατρός και ο ασθενής είναι μέλη δύο διαφορετικών κοινωνικών ομάδων (Parsons). Σύμφωνα με τον Freidson, αυτή η σύγκρουση οφείλεται στο γεγονός ότι ο γιατρός θεωρεί δεδομένη την αποδοχή των οδηγιών του από την πλευρά του ασθενή και ο ασθενής την παροχή υπηρεσιών υπό προϋποθέσεις από την πλευρά του γιατρού. Ακόμη, τονίζει τη σημασία όλων των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία, συμπεριλαμβανόμενων των φίλων και συγγενών.

1.2 Σχέση συγγενή - ασθενή

Αναμφισβήτητα οι βιολογικές διεργασίες του οργανισμού αποτελούν μια κρίσιμη πτυχή των καθοριστικών παραγόντων της κακής υγείας και είναι το κύριο επίκεντρο της θεραπευτικής διαδικασίας. Με αυτή την πτυχή της «βιολογικής ιατρικής» είμαστε μόνο έμμεσα ενδιαφερόμενοι. Ωστόσο, όπως έχει δείξει με σαφήνεια η ανάπτυξη της ψυχοσωματικής ιατρικής, ακόμη και όταν το μεγαλύτερο μέρος της συμπτωματολογίας είναι οργανικό, πολύ συχνά συγκαταλέγεται ένα ψυχογενές συστατικό που είναι εξαιρετικά σημαντικό. Επιπλέον, υπάρχουν οι νευρώσεις και οι ψυχώσεις όπου η ίδια η κατάσταση οριοθετείται κυρίως με «ψυχολογικούς» όρους, δηλαδή με την παρακινητική προσαρμογή του ατόμου από την άποψη της προσωπικότητάς του και με τις σχέσεις του με τους άλλους στο κοινωνικό σύνολο. Αυτό είναι που μας απασχολεί με αυτή την παρακινημένη πτυχή της ασθένειας, είτε τα συμπτώματά της είναι οργανικά είτε ψυχολογικά. Από την άποψη αυτή, οι ασθένειες πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ένας ειδικός τύπος που οι κοινωνιολόγοι ονομάζουν «αποκλίνουσα» συμπεριφορά. Με τον όρο αυτό θεωρούμε ότι η συμπεριφορά που ορίζεται από κοινωνιολογικούς όρους ως αποτυχημένη μπορεί κατά κάποιον τρόπο να εκπληρώσει τις θεσμικά καθορισμένες προσδοκίες ενός ή περισσότερων από τους ρόλους στους οποίους εμπλέκεται το άτομο στην κοινωνία.

Η σχέση λοιπόν της οικογένειας με τον ασθενή επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ψυχολογία του δεύτερου, καθώς κάθε γεγονός που επηρεάζει ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας έχει αντίκτυπο σε ολόκληρη την οικογένεια και το αντίστροφο. Από την αρχή της διάγνωσης

απαιτείται μια νέα κατανομή ρόλων και ευθυνών ανάμεσα στα μέλη για την αποφυγή όσο το δυνατόν περισσότερων εντάσεων. Κρίνεται απαραίτητη η ουσιαστική επικοινωνία των συγγενών με τον ασθενή, γιατί συμβάλλει στην ποιότητα ζωής του ασθενή, αλλά και του ίδιου του συγγενή.

Από τη σκοπιά των γιατρών οι πιο σημαντικοί άνθρωποι στη ζωή τους είναι τα μέλη της κοντινής τους οικογένειας. Αυτά τα άτομα θα είναι εκείνα που έχουν κάθε λόγο να επωφεληθούν από τις ιατρικές γνώσεις και την τεχνογνωσία του γιατρού – οικογενειακού μέλους. Η στάση του Αμερικανικού Ιατρικού Συνδέσμου ωστόσο υποστηρίζει ότι ένας βασικός κώδικας ηθικής της ιατρικής πρέπει να καταδικάζει την παροχή ιατρικής περίθαλψης στις οικογένειες των γιατρών από του ίδιους. Η συγκεκριμένη στάση πολιτικής συγκρούεται διαρκώς με την κοινή λογική και πρακτική.

1.3 Σχέση γιατρού – ασθενή συγγένειας

Η γνώμη του Αμερικανικού Ιατρικού Συνδέσμου αφορά αποκλειστικά τα θέματα θεραπείας στα μέλη της οικογένειας και συνιστά αυστηρά και με σαφήνεια ότι οι γιατροί δε θα πρέπει να εξετάζουν τον εαυτό τους ή τα μέλη της κοντινής οικογένειάς τους. Διαφορετικά υπάρχουν πιθανές αρχές του γιατρού, που θα μπορούσαν να επηρεαστούν, όπως η επαγγελματική αντικειμενικότητά του και η συναισθηματική του ακεραιότητα. Ο ασθενής, από τη μεριά του, μπορεί να μην αισθάνεται άνετα με την αποκάλυψη ορισμένων ευαίσθητων πληροφοριών σχετικά με την υγεία του στο γιατρό – μέλος της οικογένειας, ενώ ο γιατρός από την άλλη μπορεί να αγχωθεί στην πιθανότητα διάγνωσης κάποιας ασθένειας. Επίσης, μπορεί να

προκύψουν οικογενειακές διαμάχες και διαφορές εάν το αποτέλεσμα της θεραπείας είναι αρνητικό. Η ιατρική ανάγκη του ασθενούς μπορεί να μην εμπίπτει στην εμπειρογνωμοσύνη και την κατάρτιση του γιατρού, αλλά λόγω της ανάγκης για θεραπεία, μπορεί να αναγκαστεί να συνεχίσει τη θεραπεία. Ομοίως, το Αμερικανικό Κολέγιο Ιατρών αποθαρρύνει, επίσης, τα μέλη του από το να εξετάζουν και να φροντίζουν τα μέλη της οικογένειας. Αντιλήφθηκαν ότι πολλά προβλήματα μπορούν να προκληθούν όταν οι γιατροί θεραπεύουν τους συγγενείς τους. Το 1847 παρατηρήθηκε ότι το φυσικό άγχος που βιώνει ο γιατρός στην ασθένεια οποιουδήποτε ατόμου με δεσμούς συγγένειας προκαλεί αβεβαιότητα στην κρίση του και παράγει ταραχή στην πρακτική του.

Οι ηθικές προκλήσεις είναι πολυάριθμες και μυριάδες:

Πρώτον, συνήθως παραβιάζονται τα ζητήματα αυτονομίας, καθώς τα μέλη της οικογένειας μπορεί να είναι απρόθυμα να δείξουν προτίμηση σε άλλους γιατρούς για να μην προσβάλλουν τον γιατρό που είναι μέλος της οικογένειας. Έτσι, αποδέχονται διστακτικά τη θεραπεία που δίνεται, την στιγμή που όπως είναι γνωστό ο σεβασμός του δικαιώματος του ασθενούς να αποφασίζει για τη θεραπεία είναι σημαντικό.

Δεύτερον, τα ζητήματα ενημερωμένης συναίνεσης είναι παρεκκλίνοντα, δεδομένου ότι ο θεράπων ιατρός είναι μέλος της οικογένειας και έτσι η συγκατάθεση είναι συνήθως δεδομένη ή δεν αναζητείται καθόλου. Η ενημέρωση του ασθενούς για τους κινδύνους και τα οφέλη της θεραπείας και άλλων εναλλακτικών επιλογών είναι σημαντική.

Τρίτον, είναι καθήκον του γιατρού να μην προκαλέσει κάποια βλάβη στον ασθενή. Αυτή η ηθική αρχή της κακομεταχείρισης μπορεί να διακυβευτεί από τους εγγενείς κινδύνους που

μπορεί να προκύψουν από τη θεραπεία των μελών της οικογένειας. Οι προκλήσεις της υπερβολικής έρευνας, της ανεπαρκούς διερεύνησης, της μη κανονικής θεραπείας μπορεί να είναι επιζήμιες για την ευημερία του ασθενούς.

Τέταρτον, είναι το ζήτημα της έννοιας της αλήθειας στον ασθενή, το οποίο κατοχυρώνεται στην υπαγόρευση της ηθικής της ιατρικής πρακτικής. Οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν πάντα τους ασθενείς σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Παρόλα αυτά, υπάρχει περίπτωση ένας γιατρός να μην πει όλη την αλήθεια για παράδειγμα σε έναν γονέα για το παιδί του ώστε να μην χαρακτηριστεί ως προφήτης κακών ειδήσεων.

Τέλος, ενδέχεται να υπάρξει παραβίαση της εμπιστευτικότητας εάν ο ασθενής είναι συγγενής. Η εμπιστευτικότητα μπορεί να είναι δύσκολο να διατηρηθεί, επειδή πολλά άλλα μέλη της οικογένειας μπορεί να επιμείνουν να μάθουν ποιο είναι το πρόβλημα με τα άρρωστα μέλη της οικογένειας.

Τα συναισθήματα παίζουν μεγάλο ρόλο όταν πρόκειται για τη θεραπεία των μελών της οικογένειας και μπορεί να κρύψει την κρίση του γιατρού. Τέτοια αρνητικά αποτελέσματα, όπως παραπάνω, μπορούν να διαταράξουν τις οικογένειες.

Κάποιοι ισχυρίστηκαν ότι η θεραπεία των μελών της οικογένειας και άλλων στελεχών δεν αποτελεί σοφή πρακτική επειδή η συναισθηματική εμπλοκή παρεμποδίζει την ικανότητα του γιατρού να είναι αντικειμενική.

1.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι η βάση του συστήματος περίθαλψης στην Ελλάδα και στοχεύει στην προαγωγή της υγείας αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Οι στόχοι της ΠΦΥ αφορούν καταρχήν την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και έπειτα την περίθαλψη, όπως επίσης και τη νοσηλεία των ασθενών κατ' οίκον και την αποκατάστασή τους μετά από σοβαρά επεισόδια. Στην περίπτωση που η ΠΦΥ δεν υφίσταται ή υπολειτουργεί, υπάρχουν σοβαρές επιπτώσεις στη συνολική υγεία του πληθυσμού καθώς και στα οικονομικά του τομέα ασφαλίσεων της χώρας. [7]

Τα χαρακτηριστικά των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως αναφέρονται και στη διακήρυξη της Alma-Ata είναι η εύκολη πρόσβαση για όλους, η ενεργή συμμετοχή όλων στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας, η χρήση των πιο σύγχρονων πρακτικών και μεθόδων που θα εξατομικεύονται ανάλογα με τον ασθενή και τέλος η συνεργασία των φορέων της ΠΦΥ με τομείς όπως η δημόσια διοίκηση, η εκπαίδευση κλπ. που συμβάλλουν με τη σειρά τους στην αύξηση της ποιότητας ζωής. [8]

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης περιγράφει την υποδοχή του ασθενή σε μια μονάδα στην οποία γίνεται η πρώτη επαφή με το υγειονομικό σύστημα και τους επαγγελματίες υγείας όπως τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς. Οι μονάδες αυτές στις οποίες εισέρχεται ο ασθενής είναι τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, οι πολυκλινικές κ.ά. [9]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Πολιτική ανάληψης θεραπείας ασθενών συγγένειας

Σχετικά με την έκβαση ασθενών προσκείμενων σε επαγγελματίες υγείας δεν υπάρχουν πολλά ερευνητικά στοιχεία καθώς Εθνικά Ιατρικά Συμβούλια προωθούν στον κώδικα δεοντολογίας την πολιτική της αποφυγής ανάληψης θεραπείας του ίδιου του ιατρού και προσώπων με τα οποία ο ίδιος διατηρεί στενή προσωπική σχέση.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Chen et al. (2000) [10], για την αποτελεσματικότητα και τις αδυναμίες του Αμερικανικού συστήματος υγείας, κλήθηκαν πρόεδροι των ακαδημαϊκών τμημάτων οικογενειακής ιατρικής να περιγράψουν τις εμπειρίες τους με το σύστημα υγείας σε περιπτώσεις που ο γονέας τους ήταν σοβαρά άρρωστος. Συζητώντας τις εμπειρίες τους όλοι παρατήρησαν εμπόδια στην περίθαλψη του γονιού τους, όπως κακή επικοινωνία και περιορισμένη φροντίδα.

Παρόμοια στοιχεία προκύπτουν από άλλη έρευνα του Chen et al. (2000) [10], με έμφαση στην ύπαρξη αντικρουόμενων κανόνων κατάλληλης συμπεριφοράς, σε συνδυασμό με τις ανεπάρκειες της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης, στο ρόλο του ιατρού-μέλους της οικογένειας.

Οι Fromme et al. (2009) ορίζουν σαν απαγορευτικό από την κοινή λογική αλλά και την επαγγελματική δεοντολογία την περίθαλψη μελών της οικογένειας από ιατρικό προσωπικό λόγω πιθανών συγκρούσεων συμφερόντων. Οι γιατροί που συμμετέχουν στη φροντίδα συγγενών τους

οφείλουν να μη χάσουν την αντικειμενικότητά τους συγκλόντας τους δύο ρόλους, του επιστήμονα και του συγγενή. Ο συγγενής ασθενούς που ταυτόχρονα είναι και ιατρός ενεργεί συνήθως πιο πολύ σαν συνήγορος της οικογένειας σε σχέση με το σύστημα υγείας, τις ιατρικές πληροφορίες και τα ιατρικά σφάλματα.

Σε άρθρο του Christman (2011) επιχειρείται μια ανάλυση για την πρόθεση της αμερικανικής ιατρικής ένωσης (AMA) να εστιάσει στο άρθρο 8.19 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας για την περίθαλψη ασθενών, μελών της οικογένειας του θεράποντος. Εξετάζει τις αντιρρήσεις πάνω στην πολιτική της AMA αναφορικά με τις σχέσεις επικοινωνίας και τα συναισθήματα που συνδέουν τους δύο, ιατρό και ασθενή, αναφέροντας περιστατικά όπου η σχέση αυτή μπορεί να επηρέασε τη διάγνωση, το δικαίωμα του ασθενή στην επιλογή του γιατρού, τις οικονομικές αιτίες για την επιλογή αυτή και άλλους λόγους, καταλήγοντας στην παραδοχή ότι πολλοί ιατροί παραβιάζουν τον κώδικα και θα πρέπει να γίνει αναμόρφωση στο πλαίσιο της ελευθερίας του ασθενούς στην επιλογή ιατρού.

Το θέμα της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς όταν πρόκειται να ανακοινώσει διάγνωση στον ασθενή και το δίλλημα που προκύπτει από την αποκάλυψη μιας σκληρής αλήθειας αναλύει ο Swaminath (2008). Με αφορμή μια ιστορία του Swaminath από το βιβλίο «The doctor's word», τίθεται και αναλύεται το θέμα της εμπιστοσύνης, της αυτονομίας και του καθήκοντος και αναδεικνύεται η ιδιότητα του ιατρού ως κατευναστή σε περιπτώσεις μακροχρόνιας σχέσης του με τον ασθενή, ειδικά σε περιπτώσεις θανατηφόρων ασθενειών.

Με τον ίδιο σκεπτικισμό απέναντι στην «απόλυτη» ιδέα της αλήθειας ο Sokol (2006) αναλύει την περίπτωση ιατρού και ηθικού διλήματος σχετικά με την αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή και καταλήγει στις ίδιες διαπιστώσεις.

Οι Mitnick et al. (2010) διατείνονται ότι είναι εφικτή μια σωστή από δεοντολογικής, ηθικής αλλά και εφαρμόσιμης άποψης δημιουργία σχέσης ιατρού και ασθενούς στα πλαίσια της καλής επικοινωνίας και της μεγιστοποίησης των ωφελημάτων από αυτή.

Σε έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί το 1992 από τους La Puma et al., τα αποτελέσματα είχαν ως εξής: το 83% των 465 εν ενεργεία ιατρών είχε συνταγογραφήσει φάρμακα για τα μέλη της οικογένειας, το 80% είχε διαγνώσει ασθένειες, το 72% είχε εξετάσει τα μέλη της οικογένειας, το 17% είχαν φροντίσει μέλη της οικογένειας στο νοσοκομείο και το 11% είχε χειρουργήσει μέλη της οικογένειας. Οι επιπτώσεις, η ποιότητα των αποτελεσμάτων, η διαδικασία και τα αποτελέσματα της θεραπείας όταν η σχέση ιατρού και ασθενούς είναι οικογενειακή, παραμένουν άγνωστα. Με αφορμή την ίδια έρευνα σε άλλο άρθρο των La Puma et al., ανέφεραν ότι παρατήρησαν από άλλο γιατρό "ανάρμοστη" συμπεριφορά κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας σε ένα μέλος της οικογένειας τους.

2.2 Ικανοποίηση ασθενών

Η ικανοποίηση των ανθρώπων από την παροχή υπηρεσιών και ειδικά υπηρεσιών υγείας αποτελεί αντικείμενο έρευνας τον τελευταίο καιρό και πρόκειται για μια καθαρά υποκειμενική έννοια που είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια και να εκτιμηθεί στο σύνολό της. Μπορεί, βέβαια, να συνδυαστεί εννοιολογικά με τις προηγούμενες εμπειρίες του ασθενούς, τις προσωπικές του ανάγκες και τις προσδοκίες του. Οι έρευνες μέχρι στιγμής επικεντρώνονται στο κόστος της νοσηλείας, την ασφάλεια που νιώθουν οι ασθενείς αλλά και γενικότερα στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται χωρίς να αξιολογείται η ποιότητα αυτή και να εξετάζεται η ικανοποίηση των ασθενών. [11]

Σύμφωνα με τον Σιγάλα (1999) βασικοί τομείς αξιολόγησης αποτελούν το επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων με τους επαγγελματίες υγείας και ο σεβασμός της προσωπικότητας και των δικαιωμάτων των ασθενών. Έτσι, διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς επιδιώκουν την επικοινωνία με το γιατρό και μεταξύ άλλων αναζητούν την ψυχολογική του υποστήριξη με κάθε τρόπο, εκτιμούν δεόντως την ευγένεια και τη διάθεση για επικοινωνία και ειδικότερα την καλή διάθεση του γιατρού, τη φιλικότητα και την κοινωνική αναζήτηση. Σύμφωνα με τους Bond & Thomas (1992) [12] οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως η ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, η ανάγκη για αναγνώριση και η ανάγκη για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Η ικανοποίηση των ασθενών συνήθως επιφέρει και ταχύτερη ανάρρωση.

2.3 Ποιότητα ζωής

Η έννοια «ποιότητα ζωής» δεν έχει καθοριστεί με ένα συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο και έτσι συναντούμε πολλές εννοιολογικές ασάφειες. Ο McCall (1975) [13] υποστηρίζει ότι «η ποιότητα ζωής υφίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή». Έγκυροι δείκτες για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής είναι η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης και άλλες υλικές προϋποθέσεις. Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι πλευρές που συνθέτουν την έννοια της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία ποικίλουν, καθώς περιλαμβάνει θέματα όπως η υγεία σε ένα γενικότερο πλαίσιο, τα σωματικά συμπτώματα, η συναισθηματική πληρότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα και η ψυχική υγεία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία ταυτίζεται με την κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας. Όπως γίνεται αντιληπτό, δεν είναι δυνατή η προσέγγιση έστω μίας διάστασης της ψυχικής υγείας με τη διατύπωση μίας μόνο ερώτησης ή ενός ορισμού. Ένας ορισμός δηλώνει κάτι το συγκεκριμένο και περιορίζει το εύρος και το βάθος της υπό εξέταση διάστασης. Η χρήση πολλαπλών μετρήσεων βελτιώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων της διάστασης της ψυχικής υγείας και κατά επέκταση της διάστασης της ποιότητας ζωής. Ένα ακόμα στοιχείο που βελτιώνει τη σύνθεση της έννοιας είναι η ικανοποίηση του ατόμου από το περιβάλλον του, η αρμονία δηλαδή που βιώνει το άτομο. Ο Lehman βασίστηκε στην υπόθεση ότι τα επίπεδα ικανοποίησης που βιώνει το άτομο σχετικά με διάφορους τομείς της ζωής του εξαρτώνται από το αν οι συνθήκες διαβίωσης του συμβαδίζουν με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του. Σε αντίθεση με την παραπάνω αντίληψη έρχονται οι Angermeyer και Kilian (1997) [14], οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι σχετικές μετρήσεις δεν εξασφαλίζουν έγκυρο δείκτη της ποιότητας

ζωής του ατόμου, καθώς το ίδιο το άτομο μπορεί να μην αξιολογεί ως κάτι σημαντικό το συγκεκριμένο τομέα και έτσι να μην επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης του ατόμου, αλλά και να έχει προσαρμόσει τις ανάγκες και επιθυμίες του ανάλογα με τις ευκαιρίες που παρέχονται στο συγκεκριμένο τομέα.

Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση των πεποιθήσεων των επαγγελματιών υγείας για "ανάρμοστη" συμπεριφορά άλλων επαγγελματιών υγείας κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας σε συγγενείς τους. Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις υπάρχουσες μελέτες, ως προς την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που θα έχουν αρνητικές πεποιθήσεις θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Εργαλεία μέτρησης

Ως το κατάλληλο μεθοδολογικό εργαλείο για τη διερεύνηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων των επαγγελματιών υγείας για τη θεραπεία και φροντίδα των ασθενών συγγενών τους θεωρήθηκε η κατάρτιση ενός ερωτηματολογίου βασισμένο στα δημογραφικά στοιχεία επαγγελματιών υγείας και με τη χρήση της κλίμακας Heartland Forgiveness Scale (HFS), της Self-Compassion Scale (SCS) και της Symptom Checklist (SCL) για την ανάδειξη των πεποιθήσεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη φροντίδα, τη θεραπεία και την έκβαση της νόσου των ασθενών συγγενών τους.

Η ανάπτυξη της κλίμακας συγχώρεσης (Heartland Forgiveness Scale – HFS), έγινε αρχικά το 1998 και ολοκληρώθηκε το 1999 στη μορφή που συναντάται μέχρι και σήμερα. Η δημοσίευση του ερωτηματολογίου έγινε το 2003 από τους Thomson και Snyder. Οι καλές ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας συγχώρεσης, ως μέτρο αυτό-αναφοράς της επιθυμίας για συγχώρεση, διαπιστώθηκαν έπειτα από τη δημοσίευση ενός άρθρου στο οποίο συμπεριέλαβαν και το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αλλά και μια σειρά έξι μελετών. Διαπιστώθηκε επίσης, πως υπάρχει θετική συσχέτιση της συγχώρησης με τη γνωστική ευελιξία, τις θετικές επιπτώσεις και τη διάσπαση προσοχής, ενώ η συσχέτιση της συγχώρησης είναι αρνητική με την εκδίκηση, το στοχασμό και την εχθρότητα. Η συγχωρητικότητα είναι ικανή να προβλέψει το άγχος, το

θυμό, την κατάθλιψη και την ικανοποίηση από τη ζωή που αποτελούν βασικά συστατικά της ψυχικής ευεξίας, με μοναδικό παράγοντα τη συγχώρεση των καταστάσεων. Επιπλέον, η συγχώρεση και η εχθρότητα είναι αντιστρόφως ανάλογες με τη διάρκεια της σχέσης. [15]

Η κλίμακα της αυτό-συμπόνιας (Self- Compassion Scale – SCS) κατασκευάστηκε το 2003 από τη Neff. Ο έλεγχος της αξιοπιστίας για τη μέτρηση της αυτοσυμπόνιας έγινε μέσω της διεξαγωγής τριών μελετών. Όταν τα επίπεδα της αυτοσυμπόνιας είναι υψηλά τότε υπάρχει και ψυχική ευημερία. Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και της θετικής ψυχολογικής υγείας. [16]

Η κλίμακα ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist 90-R ή SCL-90) δημιουργήθηκε το 1977 από τον Derogatis και σχεδιάστηκε έτσι, ώστε να καταγράφει την υπάρχουσα ψυχοπαθολογία. Τα ερωτήματα που περιέχει αφορούν τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις. Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 9 υποκλίμακες οι οποίες είναι η σωματοποίηση, ο ιδεοψυχαναγκασμός, η διαπροσωπική ευαισθησία, η κατάθλιψη, η επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, ο παρανοειδής ιδεασμός, ο ψυχωτισμός και διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.ά.) [17]

3.2 Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα έρευνα στοχεύει στην ανάδειξη των παραγόντων που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στα ζητήματα και τα προβλήματα που προκύπτουν όταν οι επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με την θεραπεία και τη φροντίδα κάποιου ατόμου από το συγγενικό

τους περιβάλλον. Επιπλέον, θα διερευνηθούν οι πεποιθήσεις που έχουν οι επαγγελματίες υγείας για την έκβαση της πορείας της νόσου όταν πρόκειται για συγγενικά τους πρόσωπα.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας μπορούν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμα για το σχεδιασμό και τη λήψη μέτρων που θα προάγουν την ποιότητα ζωής των ίδιων των επαγγελματιών υγείας στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα μέτρα αυτά θα πρέπει να σχεδιαστούν προσεκτικά έτσι ώστε να προστατεύουν τους επαγγελματίες υγείας από την εμφάνιση ψυχοσωματικών προβλημάτων που πολλές παρουσιάζουν. Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα θα αναδείξουν τα ζητήματα που θα απασχολήσουν τους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έτσι ώστε να προβούν στη λήψη μέτρων που θα προάγουν την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας και θα προλαμβάνουν την εμφάνιση ψυχοσωματικών προβλημάτων.

Οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν είναι οι παρακάτω:

- Η πιθανότητα να συνδέεται η φροντίδα και η θεραπεία των συγγενών των επαγγελματιών υγείας με συγκρουόμενες συμπεριφορές. Η ερευνητική υπόθεση σε αυτό το σημείο είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας που εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συγκρουόμενων πεποιθήσεων για την έκβαση της φροντίδας των συγγενών τους θα έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας.
- Οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας για "ανάρμοστη" συμπεριφορά άλλων επαγγελματιών υγείας κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας σε συγγενείς τους, έχουν αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας. Η ερευνητική μας υπόθεση είναι ότι

τα άτομα που έχουν αρνητικές πεποιθήσεις, παρουσιάζουν και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

3.3 Δείγμα

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο του 2018 έως τον Ιούνιο του 2018. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης, το οποίο αποτελείται από 17 άνδρες (ποσοστό 16.7%) και 85 γυναίκες (ποσοστό 83.3%) να αποτελέσουν επαγγελματίες υγείας από το Γ.Ν. Άρτας.

3.4 Περιγραφική ανάλυση

Σε ότι αφορά το φύλο των ερωτηθέντων, 17 άτομα ήταν άνδρες με ποσοστό 16.7% και 85 άτομα ήταν γυναίκες με ποσοστό 83.3%. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, 17 άτομα είναι άγαμοι με ποσοστό 16.8%, 77 άτομα είναι έγγαμοι με ποσοστό 76.2%, 6 άτομα είναι διαζευγμένα με ποσοστό 5.9% και τέλος ένα άτομο δήλωσε χήρος/α με ποσοστό 1.0%. Σχετικά με τον τόπο διαμονής των ερωτηθέντων, οι περισσότεροι μένουν σε χωριό/κωμόπολη (ποσοστό 48.9%), 36 άτομα ζουν σε πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους (ποσοστό 39.1%) και μόλις 11 άτομα ζουν σε πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους με ποσοστό 12.0%. Ακόμη, σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, το μισό δείγμα απάντησε πως είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 47.5%), ακολούθησαν οι απόφοιτοι λυκείου με ποσοστό

38.4% και με πολύ μικρότερα ποσοστά οι κάτοχοι μεταπτυχιακών, οι απόφοιτοι γυμνασίου και οι απόφοιτοι δημοτικού (ποσοστό 7.1%, 4.0% και 3.0% αντιστοίχως) και τέλος, κανένας από το δείγμα των ερωτηθέντων δήλωσε αναλφάβητος. Σε ότι αφορά την ειδικότητα, η πλειοψηφία απάντησε νοσηλευτική (ποσοστό 33.0%), ακολούθησαν 20 άτομα που απάντησαν Δ.Ε. νοσηλευτικής (ποσοστό 22.7%), οι γιατροί με ποσοστό 14.8%, τα άτομα που απάντησαν Τ.Ε. νοσηλευτικής και Δ.Ε. νοσοκόμες (ποσοστό 5.7% αντιστοίχως) και τα υπόλοιπα άτομα κατανεμήθηκαν στις ειδικότητες Τ.Ε. ακτινολογίας, Δ.Ε. παρασκευαστών, βοηθών ιατρικών εργαστηρίων, διοικητικών υπαλλήλων και επισκεπτών υγείας.

Ακολούθησαν ερωτήσεις σχετικά με την οικογένεια των ερωτηθέντων με πρώτη την ερώτηση αν έχουν αδέρφια, όπου η πλειοψηφία απάντησε πως έχει αδέρφια με ποσοστό 95.1% και μόλις 7 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν με ποσοστό 6.9%. Συγκεκριμένα, 51 άτομα απάντησαν πως έχουν αδερφή (ποσοστό 59.3%) και 35 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν (ποσοστό 40.7%), ενώ 48 άτομα έχουν αδερφό (ποσοστό 54.5%) και 40 άτομα δεν έχουν (ποσοστό 45.5%). Ακόμη, στην ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;» όλο το δείγμα των ερωτηθέντων που απάντησαν δήλωσαν πως έχουν καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους.

Στη συνέχεια παρατέθηκαν ερωτήσεις αναφορικά με την οικογένεια που οι ίδιοι δημιούργησαν και ειδικότερα απάντησαν αν έχουν παιδιά, με 75 άτομα να έχουν (ποσοστό 73.5%) και 27 άτομα να μην έχουν (ποσοστό 26.5%).

Προχωρώντας στις υπόλοιπες ερωτήσεις και συγκεκριμένα στην ερώτηση «Σε ποιον μοιάζετε φυσιολογικά;» το μισό δείγμα δήλωσε στον πατέρα με ποσοστό 51.6%, ενώ 32 άτομα απάντησαν στη μητέρα με ποσοστό 34.4%, 7 άτομα απάντησαν και στους δύο με ποσοστό 7.5%, ενώ 4 άτομα απάντησαν σε κανέναν με ποσοστό 4.3%. Ως προς το χαρακτήρα, 37 άτομα

απάντησαν πως μοιάζουν στον πατέρα με ποσοστό 39.8%, 34 άτομα απάντησαν στη μητέρα με ποσοστό 36.6%, 16 άτομα απάντησαν και στους δύο με ποσοστό 17.2% και 4 άτομα απάντησαν σε κανέναν με ποσοστό 4.3%.

Στη συνέχεια, στην ερώτηση σχετικά με την αδυναμία στο γονέα, οι περισσότεροι απάντησαν και στους δύο με ποσοστό 45.0%. Ακολουθεί η αδυναμία στη μητέρα με ποσοστό 27.0%, μετά στον πατέρα με ποσοστό 22.0% και 6 άτομα δεν έχουν αδυναμία σε κανέναν από τους δύο γονείς με ποσοστό 6.0%.

Τέλος, ακολούθησαν οι ερωτήσεις σχετικά με τα ιατρικά και τα νοσηλευτικά λάθη και τη γνώση των ερωτηθέντων σχετικά με αυτά. Συγκεκριμένα, 97 άτομα απάντησαν πως γνωρίζουν τόσο για τα ιατρικά όσο και τα νοσηλευτικά λάθη (ποσοστό 96.0%), ενώ ένα ποσοστό της τάξεως της 4.0% δε γνωρίζει. Στην ερώτηση «Υπάρχει κάποιος συναδέλφος που έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου νοσηλευτικό λάθος;», καθώς και στην αντίστοιχη περί ιατρικού λάθους τα περισσότερα άτομα απάντησαν πως δεν υπάρχει με ποσοστό 81.8% και 78.6% αντιστοίχως. Τέλος, στην ερώτηση «Υπάρχει κάποιος συγγενής σας που έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος;» 72 άτομα απάντησαν πως δεν υπάρχει με ποσοστό 72.0% και 28 άτομα πως υπάρχει με ποσοστό 28.0%. Σχετικά με το αν υπάρχει κάποιος συγγενής των ερωτηθέντων που έχει υποστεί ιατρικό λάθος, 68 άτομα απάντησαν πως δεν υπάρχει (ποσοστό 69.4%) και 30 άτομα απάντησαν πως υπάρχει (ποσοστό 30.6%).

3.5 Επαγωγική ανάλυση

Πίνακας 1 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Γνωρίζετε για τα νοσηλευτικά λάθη;»»

Γνωρίζετε για τα νοσηλευτικά λάθη;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Αϋπνία (SCL)	Ναι	96	.5	.9	-3.803	98	0.000
	Όχι	4	2.3	1.7			
Θετική αποδοχή (CD)	Ναι	96	74.2	16.1	2.751	98	0.007
	Όχι	4	50.0	38.7			
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές (CD)	Ναι	96	66.0	24.8	1.990	98	0.049
	Όχι	4	40.6	31.3			

Όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα του ελέγχου t-test στον παραπάνω πίνακα, στις υποκλίμακες «Αϋπνία», «Θετική αποδοχή» και «Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές» παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όσους γνωρίζουν για τα νοσηλευτικά λάθη και σε όσους δε γνωρίζουν, καθώς p -τιμή < 0.05 . Συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι η μέση τιμή για την αϋπνία των ατόμων που απάντησαν ότι γνωρίζουν για νοσηλευτικά λάθη είναι 0,5, ενώ αντίστοιχα η μέση τιμή για την αϋπνία (SCL) που δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν για τα νοσηλευτικά λάθη είναι 2,3. Αντίστοιχα για τη θετική αποδοχή παρατηρούμε ότι μεγαλύτερη τιμή 74,2 εμφανίζουν τα άτομα τα οποία δήλωσε ότι γνωρίζουν για τα νοσηλευτικά λάθη σε αντίθεση με τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν και παρουσίασαν τιμή 50. Τέλος, αναφορικά με το πνευματικό χαρακτήρα και τις επιρροές παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο μέσων τιμών ανάμεσα σε απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με το αν γνωρίζουν για τα νοσηλευτικά λάθη, όπου τα άτομα που δήλωσαν ότι

γνωρίζουν εμφανίζουν στατιστικώς μεγαλύτερη τιμή από ότι τα άτομα δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν (66 και 40.6 αντίστοιχα)

Πίνακας 2 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Γνωρίζετε για τα ιατρικά λάθη»

Γνωρίζετε για τα ιατρικά λάθη;	N	Mean	SD	t	df	sig.	
Έλεγχος (CD)	Ναι	96	71.4	19.3	-2.290	98	.024
	Όχι	4	93.8	12.5	-3.405	3.622	.032

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test στον παραπάνω πίνακα, στην υποκλίμακα «Έλεγχος» παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όσους γνωρίζουν για τα ιατρικά λάθη και σε όσους δε γνωρίζουν, καθώς η p-τιμή είναι αντίστοιχα 0.024. Συγκεκριμένα λοιπόν παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των ατόμων που δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν για τα ιατρικά λάθη εμφάνισε στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη τιμή στο σκορ έλεγχος (CD) από ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι γνωρίζουν 93,8 και 71,4 αντίστοιχα.

Πίνακας 3 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Υπάρχει κάποιος συνάδελφος που έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου νοσηλευτικό λάθος;»

Υπάρχει κάποιος συνάδελφος που έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου νοσηλευτικό λάθος;	N	Mean	SD	t-test	df	sig.	
TOTAL - HFS	Ναι	17	78.7	8.3	-2.574	45	0.013
	Όχι	71	85.7	15.2			

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα στην υποκλίμακα «Συνολική βαθμολογία HFS» παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που ξέρουν κάποιον συνάδελφο που έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου νοσηλευτικό λάθος και στα άτομα που δεν ξέρουν, καθώς η p-τιμή είναι ίση με 0.013. Έτσι παρατηρούμε ότι από το σύνολο

των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι υπάρχει κάποιος συνάδελφος που έχει κάνει σε συγγενής συναδέλφου νοσηλευτικό λάθος, τα άτομα που δήλωσαν ότι έχει συμβεί αυτό εμφάνισαν μεγαλύτερη μέση τιμή TOTAL-HFS ,από ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιον συνάδελφο που έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου νοσηλευτικό λάθος με τιμές 78,7 και 85,7 αντίστοιχα.

Πίνακας 4 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Υπάρχει κάποιος συνάδελφος που έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου ιατρικό λάθος;»

Υπάρχει κάποιος συνάδελφος που έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου ιατρικό λάθος;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
TOTAL - HFS	Ναι	20	79.1	7.9	-2.658	63.615	0.010
	Όχι	67	86.0	15.6			
Συγχώρεση του εαυτού (HFS)	Ναι	20	25.9	3.7	-2.044	85.000	0.044
	Όχι	67	28.7	5.7			
Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνιας (SCL)	Ναι	21	3.1	0.3	-2.199	54.323	0.032
	Όχι	75	3.3	0.5			

Όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα του ελέγχου t-test στον παραπάνω πίνακα, στις υποκλίμακες «Συνολική βαθμολογία HFS», «Συγχώρεση του εαυτού» και «Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνιας» παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που ξέρουν κάποιον συνάδελφο που έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου ιατρικό λάθος και στα άτομα που δεν ξέρουν, καθώς η p-τιμή είναι αντίστοιχα 0.010, 0.044 και 0.032. Παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του TOTAL-HFS των ατόμων που δήλωσαν ότι υπάρχει κάποιος συνάδελφος που έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου του ιατρικό λάθος ήταν 79,1 σε αντίθεση με τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν έχει κάνει, με μέση τιμή 86.0 αντίστοιχα. Παρατηρούμε αντίστοιχα ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι υπάρχει συνάδελφος που είχε κάνει σε συγγενή συναδέλφου ιατρικό λάθος εμφάνισαν μέση τιμή στη συγχώρεση του εαυτού, 25,9 σε αντίθεση με τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν υπάρχει κάποιος συνάδελφος που έχει κάνει σε συγγενείς αδέρφια Ιατρικό λάθος εμφανίζοντας μέση τιμή 28,7. Στο συνολικό σκορ συμπόνιας SCL, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των ατόμων που δήλωσαν ότι δεν υπάρχει κάποιος συνάδελφος που έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου ιατρικό λάθος είναι μεγαλύτερη από ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι

υπάρχει κάποιος συνάδελφος που έχει κάνει λάθος σε συγγενείς συναδέλφου και είναι 3,3 και 3,1 αντίστοιχα.

Πίνακας 5 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Υπάρχει κάποιος συγγενής σας που έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος;»

Υπάρχει κάποιος συγγενής σας που έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL)	Ναι	27	8.6	7.0	2.490	97	0.014
	Όχι	72	5.7	4.3			
Κατάθλιψη (SCL)	Ναι	27	12.5	9.8	2.539	97	0.013
	Όχι	72	8.2	6.5			
Άγχος (SCL)	Ναι	27	7.3	7.0	2.217	97	0.029
	Όχι	72	4.5	4.8			
Επιθετικότητα (SCL)	Ναι	27	4.1	4.1	0.618	97	0.538
	Όχι	72	3.6	3.9			
Φοβικό άγχος (SCL)	Ναι	27	2.7	4.0	2.131	97	0.036
	Όχι	72	1.4	2.1			
Ψυχωτισμός (SCL)	Ναι	27	6.4	6.0	3.326	97	0.001
	Όχι	72	3.2	3.5			
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL)	Ναι	27	0.9	0.6	2.448	97	0.016
	Όχι	72	0.6	0.4			
Πρωινή αφύπνιση (SCL)	Ναι	27	1.8	1.4	2.573	97	0.012
	Όχι	72	1.1	1.3			
Ανησυχία (SCL)	Ναι	27	1.3	1.1	2.456	97	0.016
	Όχι	72	0.7	1.0			

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα στις υποκλίμακες «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Κατάθλιψη», «Άγχος», «Φοβικό άγχος», «Ψυχωτισμός» «Γενικός δείκτης συμπτωμάτων», «Πρωινή αφύπνιση» και «Ανησυχία» παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που ξέρουν κάποιον συγγενή που έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος και στα άτομα που δεν ξέρουν, καθώς η p-τιμή είναι αντίστοιχα 0.014, 0.013, 0.029, 0.036, 0.001, 0.016, 0.012 και 0.016.

Σχετικά με τις απαντήσεις που είχαμε στην ερώτηση «Υπάρχει κάποιος συγγενής σας που έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος» παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στο δείκτη της διαπροσωπική ευαισθησία όπου τα άτομα που δήλωσαν ότι υπάρχει κάποιος συγγενής εμφανίζουν στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη μέση τιμή από ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν υπάρχει κάποιος συγγενής 8,6 και 5,7 αντίστοιχα.

Συνεχίζοντας στο σκορ της κατάθλιψης παρατηρούμε ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι υπάρχει κάποιος συγγενής που έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος, εμφανίζουν μεγαλύτερη τιμή 12,5 στη μέση τιμή του σκορ της κατάθλιψης σε αντίθεση με εκείνους που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιον συγγενή ο οποίος έχει αντιμετωπίσει ή υποστεί νοσηλευτικό λάθος με τιμή 8,2 αντίστοιχα.

Παρατηρούμε για το σκορ του άγχους ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των απαντήσεων που δόθηκαν μεταξύ των ατόμων που δήλωσαν ότι έχουν κάποιον συγγενή που έχει υποστεί κάποιο νοσηλευτικό λάθος 7,3, έναντι των ατόμων που δήλωσαν ότι δεν έχουν συγγενή που να έχει υποστεί κάποιο νοσηλευτικό λάθος 4,5.

Επίσης στο σκορ της επιθετικότητας εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή ανάμεσα άτομα που δήλωσαν ότι υπάρχει κάποιος συγγενής που έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος 4,1 σε αντίθεση με εκείνους που δήλωσαν ότι δεν υπάρχει κάποιος συγγενής τους ο οποίος να έχει υποστεί ιατρικό λάθος με μέση τιμή 3,6.

Ακολούθως αναλύοντας το φοβικό άγχος παρατηρούμε ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι υπάρχουν συγγενείς τους οι οποίοι έχουν υποστεί νοσηλευτικό λάθος, εμφανίζουν μέση τιμή 2,7

έναντι εκείνων που δήλωσαν ότι δεν υπάρχει κάποιος συγγενής ο οποίος έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος με μέση τιμή στο score του φοβικού άγχους 1,4.

Σχετικά με το σκορ του ψυχωτισμού, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην μέση τιμή μεταξύ των ατόμων που δήλωσαν ότι υπάρχει κάποιος συγγενής τους που έχει υποστεί ιατρικό λάθος σε αντίθεση με εκείνους που δήλωσαν ότι δεν υπάρχει κάποιος συγγενής ο οποίος να έχει υποστεί ιατρικό λάθος με μέση τιμή 6,4 και 3,2 αντίστοιχα.

Αναφορικά με γενικό δείκτη συμπτωμάτων, παρατηρούν ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ στα των απαντήσεων που δόθηκαν στην ερώτηση «Υπάρχει κάποιος συγγενής που έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος» με τα άτομα που δηλώνουν ότι έχουν κάποιο συγγενή που έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος να εμφανίζουν μέση τιμή στο σκορ γενικό δείκτη συμπτωμάτων 0,9 σε αντίθεση με εκείνους που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο συγγενή που να έχει υποστεί νοσηλευτικό μέση τιμή 0,6.

Συνεχίζοντας το σκορ πρωινής αφύπνισης, παρατηρούμε ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν κάποιο συγγενή που έχει υποστεί κάποιο νοσηλευτικό λάθος εμφανίζουν μέση τιμή στο score πρωινή αφύπνιση 1,8 σε αντίθεση με εκείνους που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο συγγενή τους ο οποίος δεν έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος με μιση τιμή 1,1.

Αναλύοντας το score της ανησυχίας, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση «υπάρχει κάποιος συγγενής σας που έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος» με τα άτομα που απάντησαν θετικά να εμφανίζουν μέση τιμή 1,3 σε αντίθεση με εκείνους που απάντησαν αρνητικά με μέση τιμή 0,7.

Πίνακας 6 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Υπάρχει κάποιος συγγενής σας που έχει υποστεί ιατρικό λάθος;»

Υπάρχει κάποιος συγγενής σας που έχει υποστεί ιατρικό λάθος;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
TOTAL – HFS	Ναι	29	79.1	8.9	-2.535	86	0.013
	Όχι	59	87.2	16.2			
Συγχώρεση του εαυτού (HFS)	Ναι	29	26.0	3.4	-2.661	86	0.009
	Όχι	59	29.2	6.0			
Συγχώρεση των άλλων (HFS)	Ναι	29	26.9	5.4	-1.706	86	0.092
	Όχι	59	29.2	6.3			
Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνοιας (SCL)	Ναι	30	3.1	0.5	-2.197	95	0.030
	Όχι	67	3.4	0.5			
Σωματοποίηση (SCL)	Ναι	29	12.6	8.1	2.819	95	0.006
	Όχι	68	7.9	7.1			
Κατάθλιψη (SCL)	Ναι	29	12.9	9.3	2.887	95	0.005
	Όχι	68	8.1	6.5			
Άγχος (SCL)	Ναι	29	7.9	6.3	2.961	95	0.004
	Όχι	68	4.3	5.0			
Ψυχωτισμός (SCL)	Ναι	29	5.8	5.5	2.303	95	0.023
	Όχι	68	3.5	3.9			
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL)	Ναι	29	0.9	0.6	2.817	95	0.006
	Όχι	68	0.6	0.4			
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL)	Ναι	29	42.1	20.9	2.209	95	0.030
	Όχι	68	32.7	18.4			
Αϋπνία (SCL)	Ναι	29	1.0	1.2	2.518	95	0.013
	Όχι	68	0.4	0.8			
Ανησυχία (SCL)	Ναι	29	1.3	1.1	2.685	95	0.009
	Όχι	68	0.7	1.0			
Σκέψεις θανάτου (SCL)	Ναι	29	0.8	1.3	2.973	95	0.004
	Όχι	68	0.3	0.7			

Όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα του ελέγχου t-test στον παραπάνω πίνακα, στις υποκλίμακες «Συνολική βαθμολογία HFS», «Συγχώρεση του εαυτού», «Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνοιας», «Σωματοποίηση», «Κατάθλιψη», «Άγχος», «Ψυχωτισμός», «Γενικός δείκτης

συμπτωμάτων», «Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων», «Αϋπνία», «Ανησυχία» και «Σκέψεις θανάτου» παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που ξέρουν κάποιον συγγενή που έχει υποστεί ιατρικό λάθος και στα άτομα που δεν ξέρουν, καθώς η p-τιμή είναι αντίστοιχα 0.013, 0.009, 0.030, 0.006, 0.005, 0.004, 0.023, 0.006, 0.030, 0.013, 0.009 και 0.004.

Αναφορικά με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση υπάρχει κάποιος συγγενής σας που να έχει υποστεί Ιατρικό λάθος και στη μέση τιμή του score TOTAL - HFS παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην τιμή του score ανάμεσα σε εκείνους που δήλωσαν ότι έχει υποστεί κάποιο συγγενή σας Ιατρικό λάθος και εκείνους που δήλωσαν ότι δεν έχει υποστεί κάποιος συγγενής τους Ιατρικό λάθος με τη μέση τιμή των πρώτων είναι 79,1 σε αντίθεση με τους δεύτερους δήλωσαν ότι υπάρχει κάποιος συγγενής που έχει υποστεί Ιατρικό λάθος και εμφάνισαν μέση τιμή 87,2.

Συνεχίζοντας με το σκορ συγχώρεση του εαυτού, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα σε εκείνους που απάντησαν ότι έχουν κάποιο συγγενή που έχει υποστεί Ιατρικό λάθος με μέση τιμή 26 και σε εκείνες που δήλωσε ότι δεν έχουν κάποιον συγγενή που να έχει υποστεί κάποιο ιατρικό λάθος με μέση τιμή 29,2.

Ακολούθως στο σκορ της συγχώρεση των άλλων, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απαντήσεις που δόθηκαν ανάμεσα στα άτομα που δήλωσαν ότι έχει υποστεί κάποιος συγγενής τους ιατρικό λάθος με μέση τιμή 26,9 και σε εκείνους που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο συγγενή τους που να έχει υποστεί κάποιο ιατρικό λάθος 29,2.

Ακολουθώντας με το συνολικό σκορ αυτοσυμπόνιας, παρατηρούμε ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιον συγγενή τους που να έχει υποστεί Ιατρικό λάθος είναι 3,1 σε αντίθεση με εκείνους που δήλωσαν ότι έχουν που εμφανίζουν μέση τιμή στο σκορ 3,4.

Συνεχίζοντας την ανάλυση με το σκορ της σωματοποίησης, παρατηρούμε ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν κάποιο συγγενή ο οποίος έχει υποστεί ιατρικό λάθος εμφανίζουν μέση τιμή 12,6 σε αντίθεση με εκείνους που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο συγγενή που να έχει υποστεί κάποιο ιατρικό λάθος με μέση τιμή στη σωματοποίηση 7,9.

Συνεχίζοντας την ανάλυση με το σκορ της κατάθλιψης, παρατηρούμε ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν υποστεί κάποιο ιατρικό λάθος και έχουν μέση τιμή 12,9 σε αντίθεση με εκείνους που δήλωσαν ότι δεν υπάρχει κάποιος συγγενής τους που να έχει υποστεί κάποιο συγγενείς Ιατρικό λάθος με μέση τιμή 8,1.

Συνεχίζοντας με την ανάλυση του σκορ του άγχους, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην τιμή του score ανάμεσα στα άτομα που δήλωσαν ότι υπάρχει κάποιος συγγενής που έχει υποστεί ιατρικό λάθος με μέση τιμή 7,9 σε εκείνους που δήλωσαν ότι δεν έχει υποστεί με μέση τιμή 4,3 αντίστοιχα.

Παρατηρούμε επίσης ότι στο σκορ του ψυχωτισμού, εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των απαντήσεων που έδωσαν οι ερωτώμενοι ,με εκείνους που δήλωσαν ότι υπάρχει κάποιος συγγενής που έχει υποστεί Ιατρικό λάθος να συγκεντρώνουν μέση τιμή 5,8 και εκείνους που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιον συγγενή που να έχει υποστεί Ιατρικό λάθος να συγκεντρώνουν μέση τιμή 3,5.

Συνεχίζοντας την ανάλυση του Γενικού δείκτη συμπτωμάτων, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι, με αυτούς που δήλωσαν ότι έχουν κάποιον συγγενή τους έχει υποστεί Ιατρικό λάθος να εμφανίζουν μέση τιμή 0,9 σε αντίθεση με εκείνους που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο συγγενή που να έχει υποστεί Ιατρικό λάθος με μέση τιμή 0,6.

Αναλύοντας του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των ανθρώπων που δήλωσαν ότι έχουν υποστεί συγγενείς τους Ιατρικό λάθος με μέση τιμή 42,1 έναντι εκείνων που δήλωσε ότι δεν έχουν υποστεί κάποιο Ιατρικό λάθος και εμφανίζουν μέση τιμή 32,7.

Ακολουθώντας με την ανάλυση του σκορ της αϋπνίας, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των απαντήσεων με εκείνους που δήλωσε ναι να έχουν μέση τιμή 1 έναντι εκείνων που δήλωσαν όχι με μέση τιμή 0,4 στην ερώτηση που σχετίζεται με το εάν υπάρχει κάποιος συγγενής τους που να έχει υποστεί κάποιο Ιατρικό λάθος.

Συνεχίζοντας με το σκορ της ανησυχίας, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των απαντήσεων που δόθηκαν στην ερώτηση «υπάρχει κάποιος συγγενής σας που να έχει υποστεί Ιατρικό λάθος» με εκείνους που δήλωσαν ναι να έχουν μέση τιμή στο σκορ της ανησυχίας 1,3 σε αντίθεση με εκείνους που δήλωσαν Όχι με μέση τιμή 0,7.

Τέλος αναφορικά με το σκορ σκέψεις θανάτου παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απαντήσεις που έδωσε στην ερώτηση αν υπάρχει έχω συγγενείς τους

που έχει υποστεί Ιατρικό λάθος με εκείνος που λένε Ναι να έχουν μέση τιμή 0,8 και εκείνους που λένε Όχι να έχουν μέση τιμή 0,3.

Πίνακας 7- Έλεγχος συσχετίσεων

		Συγχώρεση του εαυτού (HFS)	Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνοιας (SCL)	Σωματοποίηση (SCL)	Φοβικό άγχος (SCL)	Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL)	Πρωινή αφύπνιση (SCL)
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το ιατρικό λάθος θα πρέπει να τιμωρείται;	Correlation Coefficient			,257*		,222*	
	Sig. (2-tailed)			.011		.028	
	N			98		98	
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι στο νοσοκομείο συμβαίνουν νοσηλευτικά λάθη;	Correlation Coefficient						,293**
	Sig. (2-tailed)						.004
	N						97
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι στο νοσοκομείο συμβαίνουν ιατρικά λάθη;	Correlation Coefficient					,348**	
	Sig. (2-tailed)					.000	
	N					97	
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι πρέπει κάποιος νοσηλευτής που κάνει ένα λάθος θα πρέπει αμέσως να το κοινωνεί με τον προϊστάμενό του;	Correlation Coefficient	,231*	,227*		-,211*		
	Sig. (2-tailed)	.033	.028		.041		
	N	85	94		94		

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται πως υπάρχει συσχέτιση στις υποκλίμακες «Σωματοποίηση» και «Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων» με το βαθμό που πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι το ιατρικό λάθος θα πρέπει να τιμωρείται με τιμές 0.257 και 0.222 αντίστοιχα. Ακόμη, παρατηρείται πως υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας «Πρωινή αφύπνιση» και σε ποιο βαθμό πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι στο νοσοκομείο συμβαίνουν νοσηλευτικά λάθη με τιμή 0.293. Παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας «Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων» με το βαθμό που πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι στο νοσοκομείο συμβαίνουν ιατρικά λάθη με τιμή 0.348. Τέλος, παρατηρείται συσχέτιση στις υποκλίμακες «Συγχώρεση του εαυτού», «Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνιας» και «Φοβικό άγχος» σχετικά με το βαθμό που πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι πρέπει κάποιος νοσηλευτής που κάνει ένα λάθος να πρέπει αμέσως να το κοινωνεί με τον προϊστάμενό του με τιμές 0.231, 0.227 και -0.211 αντιστοίχως.

Πίνακας 8- Έλεγχος συσχετίσεων

		Προσωπική επάρκεια και Υψηλά κριτήρια (CD)	Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο (CD)	Θετική αποδοχή (CD)	Έλεγχος (CD)	Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές (CD)	Συνολική βαθμολογία (CD)
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι στο νοσοκομείο συμβαίνουν νοσηλευτικά λάθη;	Correlation Coefficient	,218 [*]	,278 ^{**}	,205 [*]			,273 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.031	.006	.042			.007
	N	98	98	98			98
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι στο νοσοκομείο συμβαίνουν ιατρικά λάθη;	Correlation Coefficient	,203 [*]	,317 ^{**}		,215 [*]		,245 [*]
	Sig. (2-tailed)	.045	.001		.033		.015
	N	98	98		98		98
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι πρέπει κάποιος νοσηλευτής που κάνει ένα λάθος θα πρέπει αμέσως να το κοινωνεί με τον προϊστάμενό του;	Correlation Coefficient			,243 [*]		,261 [*]	,253 [*]
	Sig. (2-tailed)			.018		.011	.013
	N			95		95	95

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται πως υπάρχει συσχέτιση στις υποκλίμακες «Προσωπική επάρκεια και Υψηλά κριτήρια», «Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο», «Θετική αποδοχή» και «Συνολική βαθμολογία CD» με το βαθμό που πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι στο νοσοκομείο συμβαίνουν νοσηλευτικά λάθη με τιμές 0.218, 0.278, 0.205 και 0.273 αντίστοιχα. Ακόμη, παρατηρείται πως υπάρχει συσχέτιση στις υποκλίμακες «Προσωπική επάρκεια και Υψηλά κριτήρια», «Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο», «Έλεγχος» και «Συνολική βαθμολογία CD» με το βαθμό που πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι στο νοσοκομείο συμβαίνουν ιατρικά λάθη με τιμές 0.203, 0.317, 0.215 και 0.245. Τέλος, παρατηρείται συσχέτιση στις υποκλίμακες «Θετική αποδοχή», «Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές» και «Συνολική βαθμολογία CD» σχετικά με το βαθμό που πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι πρέπει κάποιος νοσηλευτής που κάνει ένα λάθος να πρέπει αμέσως να το κοινωνεί με τον προϊστάμενό του με τιμές 0.243, 0.261 και 0.253 αντιστοίχως.

Πίνακας 9- Έλεγχος συσχετίσεων

		Σωματοποίηση (SCL)	Άγχος (SCL)	Πρωινή αφύπνιση (SCL)	Ανησυχία (SCL)	Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές (CD)
Ηλικία	Correlation Coefficient	,245*			,223*	,227*
	Sig. (2-tailed)	.020			.035	.031
	N	90			90	90
Σειρά γέννησής σας	Correlation Coefficient		,221*	,336**		
	Sig. (2-tailed)		.042	.002		
	N		85	85		

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται πως υπάρχει συσχέτιση στις υποκλίμακες «Σωματοποίηση», «Ανησυχία», «Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές» ανάλογα με την ηλικία με τιμές 0.245, 0.223 και 0.227 αντίστοιχα. Ακόμη, παρατηρείται συσχέτιση στις υποκλίμακες «Άγχος» και «Πρωινή αφύπνιση» με τη σειρά γέννησης των ερωτηθέντων με τιμές 0.221 και 0.336 αντίστοιχα.

Πίνακας 1- Έλεγχος συσχετίσεων

		TOTAL - HFS	Συγγώρευση του εαυτού (HFS)	Σωματοποίηση (SCL)	Ψυχαναγκαστικότητα (SCL)	Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL)	Κατάθλιψη (SCL)	Άγχος (SCL)	Επιθετικότητα (SCL)	Φοβικό άγχος (SCL)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Correlation Coefficient	,230*	,244*	-,285**	-,261**	-,274**	-,283**	-,244*	-,216*	-,210*

	Sig. (2-tailed)	.030	.021	.004	.009	.006	.005	.016	.032	.038
	N	89	89	98	98	98	98	98	98	98

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται πως υπάρχει ισχυρή συσχέτιση στις υποκλίμακες «Σωματοποίηση», «Ψυχαναγκαστικότητα», «Διαπροσωπική ευαισθησία» και «Κατάθλιψη» με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων με τιμές -0.285, -0.261, -0.274 και -0.283. Στις υποκλίμακες «Συνολική βαθμολογία HFS», «Συγχώρεση του εαυτού», «Άγχος», «Επιθετικότητα» και «Φοβικό άγχος» υπάρχει συσχέτιση με το εκπαιδευτικό επίπεδο με τιμές 0.230, 0.244, -0.244, -0.216 και -0.210.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Συζήτηση

Η φροντίδα συγγενών με πρόβλημα υγείας αποτελεί μία αρκετά ψυχοφθόρα κατάσταση και μερικές φορές αποτελεί αιτία για την εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων των φροντιστών. Ειδικότερα, δημιουργείται η υπόθεση ότι τα άτομα που έχουν συγγενή τους με κάποιο πρόβλημα υγείας και μάλιστα η απασχόληση τους είναι στον τομέα της υγείας εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα ζωής.

Όπως διαπιστώθηκε και από τα αποτελέσματα, ορισμένες παράμετροι της ψυχοπαθολογίας επηρεάζονται ανάλογα με τη γνώση ή όχι για τα νοσηλευτικά λάθη όπως επίσης και από το αν οι ερωτηθέντες γνωρίζουν κάποιον συγγενή που να έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος ή όχι. Σε ότι αφορά την ανθεκτικότητα, φαίνεται πως διαφέρει για τα άτομα που γνωρίζουν από ιατρικά λάθη σε σχέση με εκείνα που δεν γνωρίζουν. Η συγχωρητικότητα από την άλλη, όπως και η αυτοσυμπόνια, επηρεάζεται από το αν τα άτομα γνωρίζουν κάποιον συγγενή που έχει υποστεί ο ίδιος κάποιος ιατρικό λάθος ή αν δεν γνωρίζουν.

Διαπιστώθηκε επίσης πως η αυτοσυμπόνια συσχετίζεται με την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με το αν πρέπει κάποιος νοσηλευτής που κάνει ένα λάθος θα πρέπει αμέσως να το κοινωνεί με τον προϊστάμενό του. Ο δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων επηρεάζεται από το βαθμό στον οποίο τα άτομα πιστεύουν πως στο νοσοκομείο συμβαίνουν ιατρικά λάθη.

Σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί στην αρχή σχετικά με τα επίπεδα συγχωρητικότητας διαπιστώθηκε πως επηρεάζεται η συνολική βαθμολογία της συγχωρητικότητας αν κάποιος συνάδελφος των ερωτηθέντων έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου νοσηλευτικό ή ιατρικό λάθος, καθώς και αν υπάρχει κάποιος συγγενής τους που να έχει υποστεί ιατρικό λάθος. Παρατηρείται, επίσης, συσχέτιση της συγχωρητικότητας με το εκπαιδευτικό επίπεδο, με ισχυρότερη αυτή της συγχώρεσης του εαυτού. Αυτό σημαίνει πως όσο μεταβάλλεται η μία μεταβλητή τόσο μεταβάλλεται και η άλλη.

Όσο αφορά τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας των επαγγελματιών υγείας διαπιστώνεται πως αν υπάρχει κάποιος συνάδελφος που έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου ιατρικό λάθος επηρεάζει το συνολικό σκορ αυτοσυμπόνιας με όσους απάντησαν όχι να εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή.

Εξετάζοντας πιο συγκεκριμένα τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε πως όλες οι υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας, δηλαδή κάθε κατηγορία που τη συνθέτει και μας δίνει τη δυνατότητα να την εξετάσουμε, αλλοιώνεται από το αν έχουν κάποιο συγγενή που στο παρελθόν έχει υποστεί νοσηλευτικό ή ιατρικό λάθος. Επιπρόσθετα, παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση του δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων και στο βαθμό στον οποίο πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι στο νοσοκομείο συμβαίνουν ιατρικά λάθη.

Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας αποδεικνύεται πως το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζεται με όλες τις κλίμακες της ψυχοπαθολογίας καθώς και της αυτοσυμπόνιας με την ψυχική υγεία αλλά και με την αυτοεκτίμηση. Συμπερασματικά, η επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας των οποίων συγγενής τους έχει κάποιο πρόβλημα υγείας φάνηκε να επηρεάζεται από παράγοντες που είχαν να κάνουν κυρίως με το αν υπάρχει ή έχει υπάρξει κάποιος συνάδελφος τους που έχει κάνει είτε νοσηλευτικό είτε ιατρικό λάθος, αλλά και

αν στο παρελθόν έχει υπάρξει κάποιο κοντινό τους πρόσωπο που είχε υποστεί ένα τέτοιο λάθος. Επομένως, τα συμπεράσματά μας αφορούν κυρίως τις βιωματικές τους δραστηριότητες και όχι τα προσωπικά τους δημογραφικά στοιχεία.

4.2 Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις

Στη συγκεκριμένη έρευνα υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί που σε μια επόμενη έρευνα θα μπορούσαν να βελτιωθούν. Ο σημαντικότερος περιορισμός είναι πως η διεξαγωγή αποτελεσμάτων έγινε μόνο με τη χρήση ερωτηματολογίων και ποσοτική μέθοδο, ενώ με την ποιοτική μέθοδο θα μπορούσαν να αντληθούν περισσότερες λεπτομέρειες και πιο ουσιαστικά στοιχεία. Επιπλέον, τα δεδομένα είναι έγκυρα μόνο εάν το άτομο που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο απάντησε ειλικρινά στις ερωτήσεις ενώ ταυτόχρονα τις είχε κατανοήσει. Επίσης, η επιλογή του δείγματος δεν έγινε με απλή τυχαία δειγματοληψία αλλά με βολική δειγματοληψία.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες σχετικά με τις πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας και με τη φροντίδα, τη θεραπεία και την έκβαση της νόσου των ασθενών – συγγενών τους, οπότε η αναγκαιότητα της μελέτης ήταν μεγάλη. Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης θα οδηγήσουν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με την φροντίδα που παρέχεται από τους ιατρούς – συγγενείς των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Gordon., (1966), "OrganizationStructure and Performance: A Critical Review, University of California, 1966.
- [2] Zasz TS, Hollender MH. (1956). A contribution to the philosophy of medicine. Archives of Internal Medicine 1956;97: 585-92.
- [3] Beauchamp TL, Childress JF. (1994). Principles of biomedical ethics [4thed]. New York: Oxford University Press, 1994.
- [4] Downie RS, Calman KC. (1994). Healthy respect. Oxford: Oxford University Press.
- [5] Macer DRJ. (1998). Bioethics is love of life: an alternative textbook. Christchurch, NZ: Eubios Ethics Institute.
- [6] Freidson., (1964), "The journal of the Royal Society for the Promotion of health.1964; 84: 212.
- [7] Καδδά, Ο., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγάλα, Κ., Παληός, Θ., Κόντας, Ν., Ανδρουλάκη Ζ. (2010). Οι ανάγκες των πολιτών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού
- [8] World Health Organization (WHO) (1978). Alma Ata 1978 Primary Health Care. Geneva.
- [9] Ιωαννίδης Ε, Μάντης Π. (1999). Υγεία και περίθαλψη. Στο: Ιωαννίδης Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντης Π (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Α, 1999:15–58
- [10] Chen, A., Brown, R., Archibald, N., Aliotta, S., & Fox, P. D. (2000). Best practices in coordinated care. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
- [11] Κοτσαγιώργη Ι, Γκέκα Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχομένη φροντίδα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(4), 398-408.
- [12] Bond S. & Thomas LH. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. Journal of Advanced Nursing, 17(1):52-63.
- [13] McCall S. (1975). Quality of life. Social Indicators Research 1975, 2:229-248

- [14] Angermeyer Mc, Kilian R. (1997). Theoretical models of quality of life for mental disorders. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds) *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 1997:20-29
- [15] Thomson LY, Snyder CR, Hoffman L, et al.,. Dispositional forgiveness of self, others and situations. *J Pers.* 2005, 73(2):313-359.
- [16] Neff KD. (2003). The development and validation of a scale to measure self- compassion. *Self Identity.* 2003, 2:223-250.
- [17] Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist -90- R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 2:42-48.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

		N	%
Φύλο	Ανδρας	17	16.7%
	Γυναίκα	85	83.3%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	17	16.8%
	Έγγαμος	77	76.2%
	Διαζευγμένος	6	5.9%
	Χήρος	1	1.0%
Τόπος καταγωγής	Χωριό/κωμόπολη	45	48.9%
	πόλη < 150.000 κατοίκους	36	39.1%
	πόλη > 150.000 κατοίκους	11	12.0%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλόγητος	0	0.0%
	Απόφοιτος Δημοτικού	3	3.0%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	4	4.0%
	Απόφοιτος Λυκείου	38	38.4%
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	47	47.5%
	Μεταπτυχιακά	7	7.1%
Ποια ειδικότητα έχετε;	Νοσηλεύτρια	29	33.0%
	Δ.Ε. Νοσηλευτικής	20	22.7%
	Τ.Ε. Νοσηλευτικής	5	5.7%
	Δ.Ε. Νοσοκόμα	5	5.7%
	Ιατρός	13	14.8%
	Τ.Ε. Ακτινολόγος	1	1.1%
	Ορθοπαιδικός	1	1.1%
	Επισκέπτρια υγείας	3	3.4%
	Δ.Ε. Παρασκευαστών	1	1.1%
	Βοηθός ιατρικών εργαστηρίων	2	2.3%
	Διοικητικός υπάλληλος	2	2.3%
	Άλλο	6	6.8%

		N	%
Έχετε αδελφια;	Ναι	95	93.1%
	Όχι	7	6.9%
Έχετε αδελφή;	Ναι	51	59.3%
	Όχι	35	40.7%
Έχετε αδελφό;	Ναι	48	54.5%
	Όχι	40	45.5%
Έχετε καλές σχέσεις με τα αδελφια σας;	Ναι	91	100.0%
	Όχι	0	0.0%
	Όχι με όλα	0	0.0%
Έχετε παιδιά;	Ναι	75	73.5%
	Όχι	27	26.5%
Σε ποιον μοιάζετε φυσιολογικά;	Πατέρα	48	51.6%
	Μητέρα	32	34.4%
	Και στους δύο	7	7.5%
	Σε κανέναν	4	4.3%
	Άλλο	2	2.2%
Σε ποιον μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα;	Πατέρα	37	39.8%
	Μητέρα	34	36.6%
	Και στους δύο	16	17.2%
	Σε κανέναν	4	4.3%
	Άλλο	2	2.2%
Σε ποιον έχετε περισσότερη αδυναμία από τους γονείς σας;	Μητέρα	27	27.0%
	Πατέρα	22	22.0%
	Και με τους δυο	45	45.0%
	Σε κανέναν από τους δυο	6	6.0%

		N	%
Γνωρίζετε για τα νοσηλευτικά λάθη;	Ναι	97	96.0%
	Όχι	4	4.0%
Γνωρίζετε για τα ιατρικά λάθη;	Ναι	97	96.0%
	Όχι	4	4.0%
Υπάρχει κάποιος συνάδελφος που έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου νοσηλευτικό λάθος;	Ναι	18	18.2%
	Όχι	81	81.8%
Υπάρχει κάποιος συνάδελφος που έχει κάνει σε συγγενή συναδέλφου ιατρικό λάθος;	Ναι	21	21.4%
	Όχι	77	78.6%
Υπάρχει κάποιος συγγενής σας που έχει υποστεί νοσηλευτικό λάθος;	Ναι	28	28.0%
	Όχι	72	72.0%
Υπάρχει κάποιος συγγενής σας που έχει υποστεί ιατρικό λάθος;	Ναι	30	30.6%
	Όχι	68	69.4%