

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



026000200115



010  
KOV  
2003

..2004..

A

(248)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΩΝ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ (ΙΤΥΣΙΟ)

ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΒΙΒΛΙΟ



ΕΙΣ ΔΑ

610

ΚΟΥ

2003

(248)



Αρ. εισ.....85.....2004..

A



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΒΕΝΕΤΣΑΝΟΣ ΜΑΥΡΕΑΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ-ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**

**ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ  
ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ**

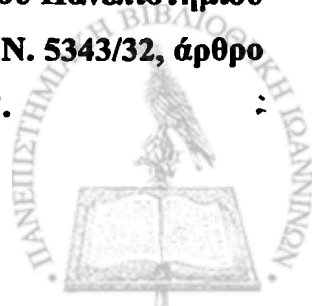
**ΚΟΥΤΣΟΣΙΜΟΥ ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2003



**‘Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα’ Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)’.**



**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ**

**: 18-6-1998**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΟΡΙΣΜΟΥ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ**

**: 6-10-1998**

**ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ**

*Αρης Λιάκος, Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Επιβλέπων)*

*Σταυρούλα Γιαννίτση, Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων  
(μέλος τριμελούς)*

*Δημήτρης Δαμίγος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου  
Ιωαννίνων (μέλος τριμελούς)*

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΟΡΙΣΜΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ**

**: 18-6-1998**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**: 11-12-2003**

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ**

*Επαμεινώνδας Τσάνος, Καθηγητής Παθολογίας*

**ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:**

*Αρης Λιάκος, Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

*Σταυρούλα Γιαννίτση, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής  
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

*Δημήτριος Δαμίγος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας  
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

*Βενετσάνος Μαυρέας, Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

*Δημήτριος Σιδεράς, Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

*Θωμάς Υφαντής, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

*Κωνσταντίνος Αδαμίδης, Επίκουρος Καθηγητής Εφαρμοσμένης*

*Στατιστικής, του Τμήματος Οργάνωσης και Διαχείρισης Αγροτικών Εκμεταλλεύσεων  
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

**ΒΑΘΜΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ : ΑΡΙΣΤΑ**

**Η Γραμματέας της Ιατρικής Σχολής**

**Ευαγγελία Τσαγγαλά**



**‘Είμαι ένα κομμάτι όλων όσων έχω συναντήσει·  
όμως όλη η εμπειρία είναι μία αψίδα, που από μέσα της  
λάμπει εκείνος ο αταξίδευτος κόσμος,  
που οι παρυφές του σβήνουν για πάντα όταν κινούμαι.’**

**TENNYSON: ‘ΟΔΥΣΣΕΑΣ’, 1842**

**(Απόσπασμα από το βιβλίο: ‘Learning from the Patient’, Patrick Casement, 1985)**

**Σε όλους εκείνους που με  
βοήθησαν να μάθω**



# Πίνακας Περιεχομένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
----------	---

## ΜΕΡΟΣ Ι

### ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
----------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup>	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	21
-------------------------	--------------------------	----

1.1	ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	23
-----	---------------------------------	----

1.2	ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΕΞΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΗ	27
-----	--	----

1.2.1	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΡΟΛΩΝ – ΣΤΑΣΕΩΝ ΠΟΥ ΥΙΟΘΕΤΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ	28
-------	--	----

I.	<i>Το Ψυχοδυναμικό μοντέλο (Σάντλερ και συνεργάτες, 1991)</i>	28
----	---	----

II.	<i>Τα εσωτερικά μοντέλα διεργασίας συναισθηματικού δεσμού των ενηλίκων (Bowlby 1969/1982)</i>	35
-----	---	----

III.	<i>Το οργανιστικό συστημικό μοντέλο (Lawrence J. Henderson, 1909) (Donati, 1991)</i>	37
------	--	----

IV.	<i>Το λειτουργικό μοντέλο της επαγγελματικής κορνιαρχίας (Parsons, 1951)</i>	38
-----	--	----

V.	<i>Το κανονιστικό μοντέλο (Th. Szasz &amp; M.H. Hollender, 1956)</i>	40
----	--	----

VI.	<i>Το συγκρουσιακό μοντέλο (E. Freidson, 1972)</i>	41
-----	--	----

1.2.2	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ‘ΑΝΤΑΛΛΑΓΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ’	43
-------	--	----

I.	<i>Το Μοντέλο του Katz (1967)</i>	49
----	-----------------------------------	----

II.	<i>Το Μοντέλο του Bales (1968)</i>	50
-----	------------------------------------	----

III.	<i>Το Μοντέλο του Stiles (1978)</i>	53
------	-------------------------------------	----

1.3	ΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΓΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ	55
-----	--	----

1.3.1	Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΥ ΔΙΝΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ	56
-------	--	----

1.3.2	Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΥ ΔΙΝΟΥΝ ΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ	60
-------	---	----





<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b>	<b>ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ</b>	<b>65</b>
2.1	ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΗ	67
2.2	ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ	69
2.3	ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΚΑΙ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΣΧΕΣΗ	79

## ΜΕΡΟΣ ΙΙ

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b>	<b>ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ</b>	<b>89</b>
3.1	ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	91
3.2	ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	94
3.2.1	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ	94
3.2.2	ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΥΠΟ-ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	96
3.2.2.1	ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟ-ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	98
3.2.2.2	ΜΟΡΦΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ - ΣΕΙΡΑ ΔΙΑΔΟΧΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ	102
3.2.2.3	ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ	102
3.2.2.4	ΜΕΘΟΔΟΣ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ	103
3.3	ΔΟΜΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	104
3.4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ	106
3.4.1	ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	107
3.5	ΔΟΚΙΜΗ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	107
3.5.1	ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	108
3.6	ΔΕΙΓΜΑ	110
3.7	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΕ	111



<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ</b>	<b>113</b>
4.1	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (ΓΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ)	115
4.1.1	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ	115
4.1.2	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	119
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΓΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ</b>	<b>125</b>
5.1	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	127
5.2	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ	128
5.3	ΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ	130
5.4	ΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	134
5.5	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΓΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	140
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup></b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ</b>	<b>141</b>
6.1	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	143
6.2	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	146
6.3	ΤΕΛΙΚΗ ΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	148
6.4	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	152
6.5	ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	156
6.6	ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	156



## ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup></b>	<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	169
7.1	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	171
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup></b>	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	183
8.1	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	185
8.2	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	190
	<i>Περίληψη</i>	193
	<i>Abstract</i>	197
	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	201
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b>	231
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι</b>	Παρουσίαση των ερωτηματολογίων που ελήφθησαν υπόψη κατά τη διάρκεια της παρούσας έρευνας και των βιβλιογραφικών πηγών κατά αλφαβητική σειρά	233
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ</b>	Συνοδευτική επιστολή προς τους Διευθυντές των κλινικών του ΓΠΠΝΙ, για τη γνωστοποίηση των σκοπών της έρευνας	369
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ</b>	Πιλοτική φάση: Α) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ. ΚΛΙΜΑΚΑ Α' ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ Β) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ. ΚΛΙΜΑΚΑ Β' ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	373
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV</b>	Επίσημη φάση: Α) Εξώφυλλο ερωτηματολογίου Γιατρών Β) Εξώφυλλο ερωτηματολογίου Ασθενών	405
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V</b>	Επίσημη φάση: Συνοδευτική επιστολή: Οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου Α) Ερωτηματολόγιο γιατρών Β) Ερωτηματολόγιο ασθενών	409



<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI</b>	Επίσημη φάση: Α) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ. ΚΛΙΜΑΚΑ Α' ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ Β) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ. ΚΛΙΜΑΚΑ Β' ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	413
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII</b>	Επίσημη φάση: Α) ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΑΣ Α' ΓΙΑ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ Β) ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΑΣ Β' ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	441
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII</b>	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α' ΓΙΑΤΡΩΝ: ΕΞΑΓΩΓΗ 24 ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ	445
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IX</b>	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β' ΑΣΘΕΝΩΝ: ΕΞΑΓΩΓΗ 31 ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ	455
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ X</b>	Φάση Εγκυρότητας και Αξιοπιστίας ΚΟΙΝΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	465
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XI</b>	Φάση Εγκυρότητας και Αξιοπιστίας ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ 1-10	475



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να αντισταθμίσει την έλλειψη που εντοπίζεται στο χώρο της έρευνας, όσον αφορά στη μέτρηση της σχέσης γιατρού - ασθενή.

Βασική θέση της εργασίας είναι η ανίχνευση των χαρακτηριστικών που συνθέτουν τη διαπροσωπική διάσταση της θεραπευτικής σχέσης. Κύριος στόχος της εργασίας αυτής είναι η κατασκευή ενός εργαλείου, υπό τη μορφή ερωτηματολογίου, με σκοπό τη μέτρηση της σχέσης γιατρού-ασθενή.

Πρόκειται για μία έρευνα στον ιατρικό χώρο, η οποία στοχεύει στην κατασκευή ενός ερωτηματολογίου που υπόκειται στους κανόνες ψυχομετρίας, με σκοπό να αποτελέσει την απαρχή μιας περαιτέρω διερεύνησης του θέματος αυτού, συμβάλλοντας κατ' αυτό τον τρόπο στην ανίχνευση και στην πρόληψη των υποτροπών της εκάστοτε νόσου.

*Η εργασία αυτή οργανώνεται σε τρία μέρη:*

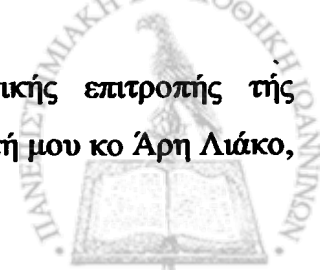
Στο πρώτο μέρος (Μέρος I), επιχειρείται η θεωρητική προσέγγιση και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Συγκεκριμένα, γίνεται παρουσίαση των θεωρητικών μοντέλων της σχέσης γιατρού-ασθενή, με βάση το είδος των ασθενειών και τη διαφορετικότητα των ρόλων που υιοθετούνται από τους γιατρούς, αλλά και με γνώμονα τη διαδικασία 'ανταλλαγής της πληροφορίας'. Στη συνέχεια, λαμβάνοντας υπόψη τα ποικίλα χαρακτηριστικά που προσδίδονται στη θεραπευτική σχέση, καθώς επίσης και τις διαστάσεις που της αποδίδουν γιατροί και ασθενείς, γίνεται παρουσίαση του ορισμού της θεραπευτικής σχέσης και αντιπαράθεση των διαστάσεων που οι δύο πλευρές της προσδίδουν.

Στο δεύτερο μέρος (Μέρος II) γίνεται παρουσίαση της μεθοδολογίας της έρευνας, όπου περιγράφεται η διαδικασία κατασκευής του ερωτηματολογίου, η μεθοδολογία συλλογής του εμπειρικού υλικού, η ανάλυση που εφαρμόστηκε, η εξαγωγή των παραγόντων και τέλος η φάση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας.

Στο τρίτο μέρος (Μέρος III) γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας και παρουσίαση των συμπερασμάτων της παρούσας εργασίας.

Στο σημείο αυτό αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους όσους συνέβαλαν ουσιαστικά στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα μέλη της εισηγητικής επιτροπής της διδακτορικής μου διατριβής. Η συνεργασία με τον επιβλέποντα καθηγητή μου κο Άρη Λιάκο,



Ομότιμο Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μου έδωσε τη δυνατότητα να καταλάβω τη σημασία του να κάνει κανείς πράξη τους στόχους που έχει θέσει. Η εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου και η πίστη του ότι η εργασία αυτή θα αποτελέσει ένα σημαντικό επιστημονικό επίτευγμα, μου έδινε διαρκώς έμπνευση, δύναμη και αποφασιστικότητα να ολοκληρώσω αυτή την επίπονη εργασία.

Ευχαριστώ την κα Γιαννίτση Σταυρούλα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής και τον κο Δαμίγο Δημήτρη, Επίκουρο Καθηγητή Ιατρικής Ψυχολογίας, του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, οι παρατηρήσεις των οποίων συνέβαλαν στη σχηματοποίηση πολλών διαστάσεων αυτής της μελέτης. Η κριτική τους στάση, μου έδωσε τη δυνατότητα να επισημάνω απόψεις, που θα μπορούσαν να διαφοροποιήσουν την κατεύθυνση αυτής της εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά τον κο Μαυρέα Βενετσάνο, Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ο οποίος στήριξε τις προσπάθειές μου, έπειτα από την αποχώρηση του κου Λιάκου. Τόσο το αδιάβλεπτο ενδιαφέρον με το οποίο παρακολούθησε την εργασία αυτή, όσο και οι πολύτιμες συμβουλές του, καθώς επίσης και η ηθική του συμπαράσταση, συνέβαλλαν στην ολοκλήρωσή της.

Ευχαριστώ θερμά τον κο Αδαμίδα Κώστα, Επίκουρο Καθηγητή Εφαρμοσμένης Στατιστικής του Τμήματος Οργάνωσης και Διαχείρισης Αγροτικών Εκμεταλλεύσεων, του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ο οποίος με καθοδήγησε μεθοδολογικά και με βοήθησε να κατανοήσω τη σκοπιμότητα των ερευνητικών μου επιλογών. Η βοήθειά του ήταν ουσιώδης σε θεωρητικό και μεθοδολογικό επίπεδο. Η εργασία αυτή δεν θα είχε τη μορφή που παρουσιάζει με την ολοκλήρωσή της, χωρίς την επιστημονική του ετοιμότητα στο να δίνει ουσιαστικές και αποτελεσματικές λύσεις.

Ευχαριστίες πολλές οφείλω στον κο Γεώργια, Καθηγητή Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, και τον κο Παρασκευόπουλο, Καθηγητή Γενικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, για το ενδιαφέρον τους, τις πολύτιμες μεθοδολογικές παρατηρήσεις και συμβουλές τους και τη διαρκή υποστήριξή τους σε ερωτήματα που ανέκυπταν.

Ευχαριστώ επίσης τους Διευθυντές των κλινικών του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ΓΠΠΝΙ), οι οποίοι με εμπιστεύθηκαν και με διευκόλυναν στη συλλογή των δεδομένων.

Ευχαριστώ θερμά τους γιατρούς, καθώς επίσης και τους ασθενείς του ΓΠΠΝΙ, οι οποίοι - παρά τις υποχρεώσεις των μεν και την ιδιαιτερότητα της κατάστασης των δε, στην οποία είχαν περιέλθει -, προσπάθησαν να με βοηθήσουν, προσφέροντας την εμπειρία τους



ποικιλοτρόπως. Η συμμετοχή και το ενδιαφέρον τους πρόσφερε το απαραίτητο εμπειρικό υλικό της εργασίας μου.

Ευχαριστώ επίσης τις κες Σούλα Βαλερά και Βάσω Ανδρούτσου, υπεύθυνες βιβλιογραφικής αναζήτησης στην Κεντρική Βιβλιοθήκη και στη Βιβλιοθήκη Ανθρωπιστικών Επιστημών αντίστοιχα, που με βοήθησαν στο εξαντλητικό στάδιο της συλλογής βιβλιογραφίας.

Τις συνεργάτιδές μου στον επαγγελματικό μου χώρο, που με κατανόηση και συμπαράσταση, με βοήθησαν να έχω καθαρή σκέψη, για να μπορώ να δρω παράλληλα σε διαφορετικές καταστάσεις.

Τέλος, αλλά όχι τελευταίους, επιθυμώ να ευχαριστήσω την οικογένειά μου. Στάθηκαν τυχερή στη ζωή μου. Παρά τις όποιες αντιξοότητες, οι δικοί μου άνθρωποι μου στάθηκαν όσο κανείς άλλος. Μου αρέσει να τους παρομοιάζω με το πέταγμα του αετού. Γιατί καθένας τους έπαιξε σοβαρό ρόλο σε ό,τι κατόρθωσα. Άλλοτε αποτέλεσαν τα φτερά της ουράς του, που με βοήθησαν να βρω το δρόμο μου. Άλλοτε πάλι υπήρξαν πραγματικές φτερούγες – με ώθησαν να πετάξω ψηλά. Κάποιες στιγμές ήταν, για μένα πάντα, ίδιοι με μαλακά πούπουλα. Πάντως, καθένας τους με τον τρόπο του με βοήθησε. Αναζητώ τις κατάλληλες λέξεις... ένα μεγάλο ευχαριστώ, γιατί πίστεψαν σε μένα, αγκάλιασαν την προσπάθειά μου. Τους ευχαριστώ.



**ΜΕΡΟΣ Ι**

**ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**





## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημασία της σχέσης γιατρού - ασθενή στην ιατρική πράξη έχει επισημανθεί από την εποχή του Ιπποκράτη (Waitzkin, 1984)<sup>1</sup>. Τις τελευταίες μάλιστα δεκαετίες, σε μία σειρά ερευνών που αφορούν στη συμμόρφωση του ασθενή στη θεραπεία, έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη διερεύνηση της σχέσης γιατρού - ασθενή, ως έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση του ασθενή στη θεραπεία και κατ' επέκταση, την πρόληψη των υποτροπών της νόσου (Blackwell, 1973· Stoudemire & Thompson, 1983· Kane, 1985· Consoli & Safar, 1988· Linden et al, 1988· Bochmann & Petermann, 1989· Günther & Meise, 1990· Ludwig et al, 1990· Gudas et al, 1991· Meise et al, 1992· Fleischhacker et al, 1994· Kissling, 1994· Steiner & Vetter, 1994)<sup>2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14</sup>.

Σύμφωνα δε με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Stockwell και Schulz (1992)<sup>15</sup>, εντοπίζονται 200 παράγοντες που έχουν απαριθμηθεί και επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία. Εντούτοις, ως επικρατέστεροι και πιο συνήθεις, εμφανίζονται να είναι οι παρακάτω:

- A) *η περιπλοκότητα που χαρακτηρίζει το θεραπευτικό πλαίσιο* (Koltun & Stone, 1986· Klein, 1988· Schlar, 1991· Proos et al, 1992· Annals of Pharmacotherapy, 1993· Kjellgren et al, 1995· Winefield et al, 1995)<sup>16, 17, 18, 19, 20, 21, 22</sup> και
- B) *η φτωχή επικοινωνία ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή* (Ware & Snyder, 1975· Bain, 1979· Pendleton & Hasler, 1983· Kane, 1985· Kane & Borenstein, 1985· Cleary & McNeil, 1988· Adamson et al, 1989· Brody et al, 1989· Weiss & Ramsey, 1989· Lerman et al, 1990· Kessler, 1991· Tarrier, 1991· Holloway et al, 1992· Proos et al, 1992· Annals of Pharmacotherapy, 1993· Kissling, 1994· Fleischhacker et al, 1994)<sup>23, 24, 25, 4, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 19, 20, 13, 12</sup>.

Όσον αφορά στον πρώτο παράγοντα που εστιάζει στην περιπλοκότητα του πλαισίου, αυτός βρίσκεται σε άμεση αιτιακή σχέση και εξάρτηση με την ειδικότερη πάθηση που εμφανίζει ο ασθενής και αναφέρεται κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς με καταστάσεις άνοιας ή διαταραχών μνήμης, γεγονός που επηρεάζει, αν όχι καθορίζει τη δυνατότητα επικοινωνίας γιατρού και ασθενή (Schwartz et al, 1962· Rubenstein et al, 1984· Allen et al, 1986· McVey et al, 1989· Applegate et al, 1990· Buchholz, 1990· Meterko et al, 1990· Annals of Pharmacotherapy, 1993· Winograd et al, 1993· Saltzman, 1995· Reuben et al, 1995,

1996)<sup>35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 20, 42, 43, 44, 45</sup>. Κατά συνέπεια, ορισμένες κατηγορίες ψυχωτικών ασθενών εκφράζονται μέσω της εν λόγω εξάρτησης, καθώς η επικοινωνία μαζί τους χαρακτηρίζεται δύσκολη, είτε εξαιτίας της ψυχοπαθολογίας που παρουσιάζουν (Ιεροδιακόνου, 2001)<sup>46</sup> είτε εξαιτίας των παρενεργειών που είναι δυνατό να εμφανιστούν έπειτα από τη λήψη φαρμάκων (Weber & Kruse, 1990· Fleischhacker et al, 1994)<sup>47, 12</sup>. Ιδιαίτερα προβλήματα για οποιαδήποτε μορφή κλινικής προσέγγισης, δημιουργεί φυσικά η πλήρης έλλειψη επικοινωνίας, στις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς είναι τόσο ανεσταλμένοι, ώστε να παραμένουν αμίλητοι ή είναι αδιάφοροι, αυτιστικοί, βουβοί, κατατονικοί, γεγονός που επηρεάζεται άμεσα και από το κοινωνικοπολιτιστικό επίπεδο των ασθενών (Mantonakis et al, 1985)<sup>48</sup>.

Όσον αφορά στο δεύτερο παράγοντα που εστιάζει στα προβλήματα που παρουσιάζονται στη σχέση γιατρού - ασθενή και στη δυσχέρεια της μεταξύ τους επικοινωνίας, τα συμπεράσματα που οδηγούν προς αυτή την κατεύθυνση προέκυψαν με βάση την ανικανότητα των ασθενών να ανακαλέσουν τις οδηγίες - συστάσεις που παίρνουν από το γιατρό, σε ένα ποσοστό που κυμαίνεται από το 1/3 έως το μισό των οδηγιών που δίνονται από το γιατρό στη μεταξύ τους συνάντηση (Horder et al, 1972· Parsons, 1978· Ley, 1988· Annals of Pharmacotherapy, 1993· DiMatteo, 1994)<sup>49, 50, 51, 20, 52</sup>.

Οι μέθοδοι προσέγγισης και διερεύνησης της θεραπευτικής σχέσης που συναντώνται στη βιβλιογραφία ταξινομούνται βάσει:

- α) του μοντέλου ανάλυσης της διαδικασίας αλληλεπίδρασης (*interaction process analysis*) (Francis, 1969)<sup>53</sup> που εκπροσωπείται από τα μοντέλα των Katz (1967)<sup>54</sup>, Bales (1968)<sup>55</sup>, Roter (1977)<sup>56</sup> και Stiles (1978)<sup>57</sup> και αφορά στην ανάλυση και την κωδικοποίηση της λεκτικής ανταλλαγής που πραγματοποιούνται στις συναντήσεις γιατρών και ασθενών και
- β) του μοντέλου της ποιοτικής ανάλυσης της αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθενή (Donovan, 1991· Donovan & Blake, 1992)<sup>58, 59</sup>, μία μέθοδος που βασίστηκε στην ανάλυση και την κωδικοποίηση της μη-λεκτικής επικοινωνίας.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε ωστόσο ορισμένα σημαντικά σημεία, που οδηγούν στο συμπέρασμα πως οι έρευνες που έχουν γίνει στο συγκεκριμένο θεματικό πεδίο παρουσιάζουν έναν κοινό παρονομαστή. Η συγκριτική τους αντιπαράθεση οδηγεί στο συμπέρασμα πως δεν μετρούν τη θεραπευτική σχέση αυτή-καθεαυτή, αλλά μεμονωμένα ορισμένους από τους παράγοντες που την επηρεάζουν και κατά συνέπεια τη διαμορφώνουν.

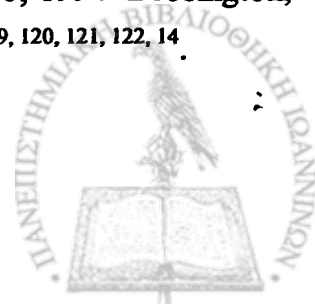


Το μεγαλύτερο ποσοστό προτιμήσεων των ερευνητών συγκεντρώνεται σε μελέτες που αφορούν:

- στη συνεργασία γιατρού-ασθενή (Horvarth & Greenberg, 1989)<sup>60</sup>,
- στην ανταλλαγή πληροφορίας μεταξύ γιατρού και ασθενή (Francis et al, 1969· Buller & Buller, 1987)<sup>53, 61</sup> και
- στην άντληση ικανοποίησης του ασθενή από τη θεραπεία, αλλά και του γιατρού, σε σχέση με την εξέλιξη της πορείας του ασθενή (Ware et al, 1978· DiMatteo et al, 1980· Bartlett et al, 1984· Brody et al, 1989· Meterko et al, 1990)<sup>62, 63, 64, 29, 41</sup>.

Όσον αφορά στην ποικιλία των ευρημάτων που αφορούν ή εμπεριέχουν τη σχέση γιατρού-ασθενή, το ερευνητικό πεδίο καλύπτει ένα ευρύ φάσμα εστιάζοντας κυρίως:

- i. *στη γνώμη που έχει ο ασθενής για το γιατρό* (Janis, 1958· Balint, 1964· Egbert et al, 1964· Ley & Spelman, 1967· Korsch et al, 1968· Skipper & Leonard, 1968· Hulka et al, 1970· Horder et al, 1972· Fletcher, 1973· Svastad, 1974· Van Putten, 1974· Stimson & Webb, 1975· Hart, 1976· Ley et al, 1976· Parsons, 1978· Hawkins, 1979· Tuckett, 1979· Simpson, 1980· Walton et al, 1980· Cartwright & Anderson, 1981· Faden et al, 1981· Martin, 1983· Shapiro et al, 1983· Lenz, 1984· Tuckett & Williams, 1984· Waitzkin, 1984· Freeling et al, 1985· Fallowfield et al, 1986, 1990· Blanchard et al, 1986· Ley, 1988· Armstrong, 1991· Simpson et al, 1991· Holloway et al, 1992· Morris & Schulz, 1993· Paynter et al, 1993· Battle et al, 1996)<sup>65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 49, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 50, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 51, 93, 94, 34, 95, 96, 97</sup>,
- ii. *στη γνώμη που έχει ο γιατρός για τον ασθενή* (Caron & Roth, 1968· Hulka et al, 1971· Groves, 1970· Starfield et al, 1979, 1981· Stewart et al, 1979· Longhurst, 1980· Adler, 1981· Cousins, 1982· Beckman & Frankel, 1984· Bass et al, 1986· Annas, 1989· Kaplan et al, 1989· Simpson et al, 1991· Holloway et al, 1992· Meise et al, 1992· Levinson et al, 1993· Rees, 1993· MæLand, 1993· Waldvogel et al, 1994· Fernandez et al, 1996)<sup>98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 94, 34, 11, 111, 112, 113, 114, 115</sup> και
- iii. *στα ποσοστά υποτροπών των ασθενών, σε σχέση με την κακή σχέση που έχουν με το γιατρό* (Balint, 1964· Waitzkin, 1984· Morisky et al, 1986· Lassen, 1991· McGee, 1992· Meise et al, 1992· Warner et al, 1994· Sbarbaro & Sbarbaro, 1994· Bebbington, 1995· Donovan, 1995· Steiner & Vetter, 1995)<sup>66, 88, 116, 117, 118, 11, 119, 120, 121, 122, 14</sup>.

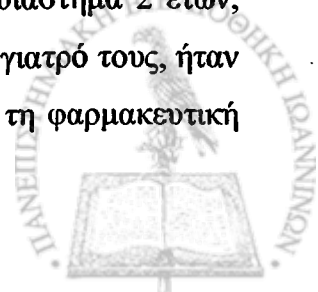


Όσον αφορά στο πρώτο εύρημα, η Shapiro και οι συνεργάτες της (1983)<sup>85</sup>, επεσήμαναν ότι ένας γιατρός που δείχνει ενδιαφέρον, που εμπνέει εμπιστοσύνη, που διενεργεί μία προσεκτική εξέταση, είναι φιλικός και καθησυχαστικός, και όχι ανοιχτά αγχώδης ή αντιδραστικός στον ασθενή, είναι πολύ πιο πιθανό να πετύχει τη θεραπευτική ανταπόκριση του ασθενή.

Όσον αφορά στο δεύτερο εύρημα, σε έρευνες που έχουν γίνει και αναλύουν τον τρόπο με τον οποίο ο γιατρός αντιμετωπίζει τον ασθενή και κατά προέκταση τη διακύμανση των συναισθημάτων του (Caron & Roth, 1968· Groves, 1978· Longhurst, 1980· Cousins, 1982· Beckman & Frankel, 1984)<sup>98, 100, 104, 106, 107</sup>, παρατηρήθηκε μία τάση απομάκρυνσης του γιατρού από τον ασθενή. Αυτό συνέβαινε κυρίως στις περιπτώσεις που ο ασθενής διακινούσε αρνητικά συναισθήματα στο γιατρό, ενώ η συμπεριφορά του ασθενή χαρακτηρίζονταν και από τους ίδιους τους ερευνητές ως εριστική (Malkom et al, 1977· Anstett, 1980· McGathie & Whitenack, 1982)<sup>124, 123, 125</sup>.

Όσον αφορά στο τρίτο εύρημα, χαρακτηριστική είναι η διάσταση που δίνεται από τον Balint (1964)<sup>66</sup>, ο οποίος περιγράφει μεταφορικά το γιατρό, ως ένα 'φάρμακο', στο οποίο ο ασθενής θα αντιδράσει αυτόματα. Οι έρευνες του Balint (1964)<sup>66</sup> σε γιατρούς γενικής ιατρικής έδειξαν ότι η δόση, η μορφή και η συχνότητα της χορήγησης του 'φαρμάκου' που ονομάζεται 'γιατρός' (για παράδειγμα, ο χρόνος των συναντήσεων ή η αλληλεπίδραση που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια αυτών), έχουν σημαντική θεραπευτική επίδραση σε πολλούς ασθενείς.

Όπως είναι αναμενόμενο, πληθώρα μελετών συνδέει την καλή σχέση γιατρού-ασθενή με την ύπαρξη θετικότερων αποτελεσμάτων, ενώ η έλλειψη της προσοχής ή ο λανθασμένος χειρισμός της σχέσης αυτής, συνδεόταν σε όλες τις περιπτώσεις με φτωχότερα αποτελέσματα (Waitzkin, 1984· Gariti et al, 1987· Feuerstein et al, 1988· Carrer et al, 1989· Lassen, 1991· Hansson & Berglund, 1992· Meise et al, 1992· Maeland, 1993· Golay et al, 1993· Leffell et al, 1993· Pachter & Weller, 1993· Viinamaki et al, 1993· Broekhuysen et al, 1994· Paes & Leufkens, 1994· Urquhart, 1994· Kjellgren et al, 1995· Donovan, 1995· Fishman, 1995· Johnson, 1995· Uyeda, 1995· Blair & Bowes, 1995· Clark et al, 1995· Van Sciver et al, 1995· Waldvogel et al, 1995· Butler et al, 1996· Reuben et al, 1996)<sup>88,126, 127, 128, 117, 129, 11, 113, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 21, 122, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 114, 143, 45</sup>. Για παράδειγμα, σε έρευνα που έγινε με ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια και παρακολούθηθηκαν σ' ένα διάστημα 2 ετών, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που είχαν αναπτύξει θεραπευτική συνεργασία με το γιατρό τους, ήταν πολύ πιο πιθανό να παραμείνουν στη θεραπεία και να συμμορφωθούν με τη φαρμακευτική



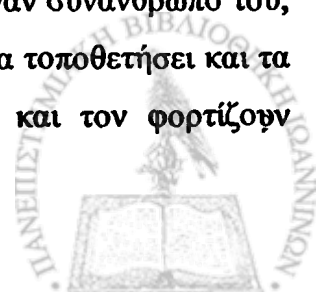
αγωγή, σε σύγκριση με τους ασθενείς, οι οποίοι δεν είχαν αναπτύξει μία ικανοποιητική σχέση με το γιατρό τους και που τελικά υποτροπίασαν; μέσα σε διάστημα ενός μόλις έτους (Van Putten, 1974· Waitzkin, 1984)<sup>74, 88</sup>.

Παρ' ό,τι λοιπόν η σημασία της σχέσης γιατρού - ασθενή στη θεραπεία έχει τονιστεί από μία σειρά συγγραφέων, η δημιουργία ενός ικανοποιητικού εργαλείου, υπό μορφή ερωτηματολογίου, με αποκλειστικό σκοπό τη μέτρησή της, - όπου η κατασκευή του θα υπόκειται στους κανόνες της ψυχομετρίας -, δεν έχει υλοποιηθεί. Η ανάγκη ωστόσο κατασκευής ενός ερωτηματολογίου για το σκοπό αυτό, διαμορφώθηκε στην προσπάθεια εύρεσης απαντήσεων στα ακόλουθα ερωτήματα:

- *Ποιοι είναι οι παράγοντες που διαμορφώνουν τη θεραπευτική σχέση;*
- *Ποια είναι τα πιο σημαντικά βήματα που πρέπει να γίνουν, με σκοπό να εξεταστεί και να αξιολογηθεί η θεραπευτική σχέση;*
- *Ποια είναι τα πιο σημαντικά αναπάντητα ερωτήματα στον τομέα αυτό;*
- *Και τέλος, εφόσον η θεραπευτική σχέση επηρεάζει τη συμμόρφωση, καθώς επίσης και τα ποσοστά υποτροπής των ασθενών, ποια μέτρα είναι δυνατό να ληφθούν για τη βελτίωσή της;*

Όταν λοιπόν από το 1931, ο Henry Sigerist, ιστορικός της Ιατρικής, υποστήριξε με σιγουριά ότι, 'η σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή είναι καθαρά μία σχέση ανάμεσα σε άνθρωπο προς άνθρωπο', απάλλαξε τη σχέση αυτή από ρόλους και τύπους ασθενειών που την επιβαρύνουν και της απέδιδε ένα χαρακτήρα διαπροσωπικό κι αμερόληπτο (Donati, 1991)<sup>144</sup>. Από την άλλη πλευρά όμως, σχεδόν την ίδια εποχή, ο οικονομολόγος Schumpeter (1937) επεσήμαινε ότι η σχέση γιατρού-ασθενή είναι το τελευταίο παράδειγμα εκμετάλλευσης ανθρώπου από άνθρωπο (Donati, 1991)<sup>144</sup>.

Η θέση του γιατρού δίπλα στους συνανθρώπους του υπήρξε ανέκαθεν ιδιαίτερα σημαντική. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν προηγηθεί (Olivier-Martin, 1986· German, 1988· Loiseau & Marchal, 1988· Kaplan et al, 1989· Ludwig et al, 1990· Gudas et al, 1991· Fabre et al, 1992· Epstein et al, 1993· Alvin et al, 1995· Ogn et al, 1995)<sup>145, 146, 147, 110, 9, 10, 148, 149, 150, 151</sup>, ο ασθενής προσέτρεχε στο γιατρό όχι σαν σ' ένα άτομο με τεχνικές γνώσεις που θα τον βοηθήσει απλά και μόνο σ' ένα συγκεκριμένο νόσημά του, αλλά προς έναν συνάνθρωπό του, με συγκεκριμένη τεχνογνωσία, στον οποίο ενδεχομένως θα μπορούσε να τοποθετήσει και τα συναφή προβλήματα που πηγάζουν από τη συγκεκριμένη ασθένεια και τον φορτίζον ψυχολογικά.



Από τη θέση που κατέχει ο γιατρός, του δίνεται η δυνατότητα δημιουργίας μιας ιδιαίτερα ανθρώπινης σχέσης, την οποία πρέπει να διατηρήσει αν πρόκειται να συνεχίσει να έχει τον ρόλο που του ανέθεσε το σύστημα υγείας (Lipkin, 1987· Maguire, 1990· Cohen-Cole, 1991· Eguskiza et al, 1995)<sup>152, 153, 154, 155</sup>. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι γιατροί πολλές φορές, ανεξαρτήτου ειδικότητας, ακούν τα προβλήματα των ασθενών, - τα οικογενειακά, τα κοινωνικά, τα επαγγελματικά -, γιατί ο ίδιος ο ασθενής δεν έχει συμπληρώσει την παράθεση των ενοχλημάτων του, παρά μόνο αφού αναφέρει και τα υπόλοιπα σημαντικά γι' αυτόν θέματα. Κατά συνέπεια, οι εν λόγω διαστάσεις της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ των δύο πλευρών, είναι δυνατό να αποτελέσουν για το γιατρό ένα επιπλέον βοήθημα, για να μπορέσει να πλησιάσει βαθύτερα τους εσωτερικούς προβληματισμούς του ασθενή του, με σκοπό να τον βοηθήσει.

Η σχέση γιατρού-ασθενή μπορεί να αποδειχθεί σημαντικό βοήθημα, τόσο στη διάγνωση, όσο και στη θεραπεία. Επιτρέποντας ο γιατρός στη σχέση αυτή να αναπτυχθεί, μπορεί να την αξιοποιήσει με σκοπό να αντλήσει λεπτομερέστατα πληροφορίες, τόσο για τη συμπτωματολογία του ασθενή, όσο και για την προσωπικότητά του (Mechanic, 1962, 1966, 1992· Zola, 1973· Peay & Peay, 1998· Goerg et al, 1999)<sup>158, 157, 156, 159, 160, 423</sup>, να αντιληφθεί τη φύση των προβλημάτων του και στη συνέχεια να αντιδράσει με τρόπο ευνοϊκό για τον ασθενή του. Σ' όλη αυτή τη διαδικασία, είναι φυσικό ο γιατρός να θέτει στη διάθεση του ασθενή, την ίδια την προσωπικότητά του, γεγονός που δικαιολογεί και τον όρο 'ανθρώπινη σχέση'.

Είναι λοιπόν πιθανό, η θεραπευτική σχέση να μην διαμορφώνεται βάση ρόλων και προτύπων, αλλά να δημιουργείται ανεξάρτητα από κάθε προσδοκία και ιδιότητα; Ο συγκεκριμένος προβληματισμός κυριάρχησε στο μυαλό των ερευνητών, καθώς επίσης και στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, που πραγματοποιήθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες. Παράλληλα όμως, έγινε αντιληπτό ότι, παρόλο που και τα δύο θεωρητικά πλαίσια, αφενός του Sigerist κι αφετέρου του Schumpeter, διατηρούν κάποια στοιχεία αλήθειας, στις μέρες μας ωστόσο, έχουν χάσει τη σημασία που τους αποδίδονταν παλιά και κρίνεται απαραίτητο να αναθεωρηθούν και να τροποποιηθούν εκ βάθρων.

Με αφορμή λοιπόν τους προβληματισμούς που αναπτύχθηκαν, προέκυψαν οι λόγοι που οδήγησαν στη μελέτη του συγκεκριμένου θέματος. Ως αποτέλεσμα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που αφορά στη σχέση γιατρού-ασθενή, δημιουργήθηκε η ανάγκη εύρεσης τρόπου για τη μέτρηση της θεραπευτικής σχέσης.



Το ερώτημα που τέθηκε από την αρχή και αποτέλεσε τον πυρήνα της εν λόγω έρευνας ήταν το εξής: 'Είναι εφικτό να κατασκευαστεί ένα ερωτηματολόγιο που θα ακολουθεί τους κανόνες της ψυχομετρίας, με σκοπό τη μέτρηση της σχέσης γιατρού-ασθενή;'

Στόχος λοιπόν της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η δημιουργία ενός πρότυπου εργαλείου υπό μορφή ερωτηματολογίου, κατάλληλου για την εκτίμηση της θεραπευτικής σχέσης.



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°****ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**



## 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ

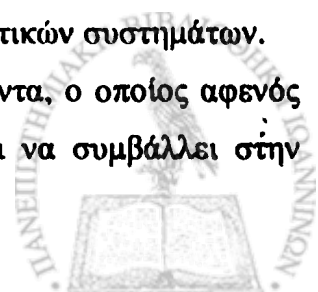
Η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού - ασθενή και κατά προέκταση η σχέση που δημιουργείται ανάμεσά τους, συγκεντρώνει την προσοχή των ερευνητών και αποτελεί το ζητούμενο της ιατρικής εξέλιξης. Η διαπίστωση αυτή έγκειται στο γεγονός ότι η σχέση γιατρού-ασθενή προσδιορίζει ένα σημαντικό 'παράγοντα' στην εξέλιξη της πορείας του ασθενή. Σύμφωνα λοιπόν με τη βιβλιογραφία (Roter, 1977· DiMatteo & DiNicola, 1982· Bartlett et al, 1984· Oleinik, 1990· O'Brien, 1994· Feinstein, 1994· Langewitz et al, 1995· Goerg et al, 1996)<sup>56, 162, 64, 163, 164, 165, 166, 161</sup> οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται για τη θεραπευτική σχέση, προκύπτουν με βάση:

- την ποιοτική ανάλυση της συνάντησης γιατρού-ασθενή, η οποία επικεντρώνεται κυρίως στην καταγραφή και την κωδικοποίηση του μη-λεκτικού τρόπου επικοινωνίας (Callahan & Bertakis, 1991· Roter & Frankel, 1992· Cox, 1993)<sup>167, 168, 169</sup>,
- τα ποσοτικά δεδομένα, που προκύπτουν βάσει ερωτηματολογίων και αφορούν στο βαθμό ικανοποίησης του ασθενή από τη φροντίδα που λαμβάνει (Wolf et al, 1978· Ware et al, 1978· Roberts & Tugwell, 1987· Kamien et al, 1995· Schmeling-Kludas, 1995)<sup>170, 62, 171, 172, 173</sup> και
- την αλληλεπίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος και δη της οικογένειας, με το θεράποντα ιατρό (Adams & Cook, 1981· Goldstein, 1981· Pantel et al, 1982· Lewis et al, 1986· Hogarty et al, 1986, 1991· Wolkenstein, 1995)<sup>174, 175, 176, 177, 178, 179, 180</sup>.

Η διερεύνηση ωστόσο της θεραπευτικής σχέσης είναι αρκετά πρόσφατη στην Ιατρική (Szasz & Hollender, 1956)<sup>181</sup>. Παραδοσιακά, το ενδιαφέρον των γιατρών ήταν στραμμένο σε αντικειμενικές παραμέτρους της ασθένειας, όπως για παράδειγμα, ανατομικές βλάβες, διάγνωση, εργαστηριακές εξετάσεις. Στις μέρες μας όμως, η αρχική προσέγγιση της σχέσης απέκτησε άλλη σημασία.

Ο παλιός δυϊσμός, σύμφωνα με τον οποίο το σώμα χωρίζεται από την ψυχή, τείνει να εκλείψει, ενώ ο ανθρώπινος οργανισμός γίνεται δεκτός ως μία ενιαία ψυχοβιολογική οντότητα, όπου μεταξύ σώματος και ψυχής ασκείται μία αμοιβαία αλληλεπίδραση (Γκυρ, 1993)<sup>182</sup>. Απόδειξη αυτού είναι η σημασία του ρόλου που παίζει ο ψυχικός παράγοντας όχι μόνο στις ψυχικές νόσους, αλλά και στις παθήσεις των λεγόμενων σωματικών συστημάτων.

Κατά συνέπεια, δόθηκε έμφαση στο ρόλο του ψυχικού παράγοντα, ο οποίος αφενός μπορεί να δρα αιτιολογικά (όπως στις ψυχοσωματικές παθήσεις) και να συμβάλλει στην



παθογένεια γνωστών σωματικών εκδηλώσεων (όπως το έλκος, το άσθμα κλπ.), ενώ αφετέρου μπορεί να παρουσιάζεται δευτερογενώς και να επιτείνει μια σωματική κατάσταση ή να δυσκολεύει το χειρισμό της (όπως το άγχος που παρουσιάζεται σε καρδιακά επεισόδια, σε ιδιοπαθή υπέρταση ή σε χρόνιες καταστάσεις).

Ως αποτέλεσμα αυτής της εξέλιξης, ο γιατρός θα πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζει και να ανταποκρίνεται στη δυναμική που αναπτύσσεται ανάμεσα σ' εκείνον και τον ασθενή. Ο ασθενής επισκέπτεται το γιατρό γεμάτος ερωτήματα, ανησυχίες, με την αγωνία ζωγραφισμένη στο πρόσωπό του, με την επιθυμία να νιώσει καλύτερα. Η εν λόγω επιθυμία είναι εφικτό να οδηγήσει στην αναζήτηση ανακούφισης, που αναπόφευκτα συνδέεται με το πρόσωπο του γιατρού.

Επομένως, το είδος της συναισθηματικής επικοινωνίας που αναπτύσσεται μεταξύ των δύο πλευρών, οριοθετείται και εξελίσσεται από την πρώτη στιγμή της επαφής. Κρυμμένα συναισθήματα όπως η επιφυλακτικότητα, η πλήξη, ο φόβος, η παγίδευση, μεταβιβάζονται μέσα σε κανάλια αλληλεπίδρασης και δημιουργούν τις προϋποθέσεις – όπως άλλωστε και κάτω από φυσιολογικές συνθήκες – της επικοινωνίας. Κι ενώ ο ασθενής αναζητά εκείνο που έχει ανάγκη (Cassel, 1982)<sup>183</sup>, ο γιατρός αντιμετωπίζεται ως ειδικός, εκείνος που γνωρίζει καλύτερα, - με ό,τι συνεπάγεται για τον ίδιο, αυτό το κομμάτι της αναγνώρισης.

Ο ασθενής από την πλευρά του, είναι σε θέση να υποδειξει άμεσα ή έμμεσα την κριτική του για τη θεραπεία που λαμβάνει, ακόμη και για τον τρόπο με τον οποίο του δόθηκε η άδεια να εκφραστεί. Το ερώτημα που δημιουργείται είναι το κατά πόσο ο γιατρός είναι σε θέση να διακρίνει ανάμεσα στις υγιείς προσπάθειες του ασθενή να εκφραστεί και να ανταποκριθεί στις ανάγκες που εκείνος εκφράζει, με τον τρόπο που εκείνος επιλέγει (Bower, 1998)<sup>184</sup>.

Ο τρόπος αναζήτησης ωστόσο της πληροφορίας, από την πλευρά του ασθενή, της 'αλήθειας' για την ασθένειά του – που μόνο ο γιατρός γνωρίζει – δεν είναι συχνά άμεσος, ούτε αναγνωρίζεται εύκολα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν υπάρχουν φανερά σημάδια για το τι χρειάζεται ο ασθενής, με αποτέλεσμα τη δημιουργία αγωνίας από την πλευρά του γιατρού για παροχή ικανοποίησης, σαν να ήταν αυτό το μόνο που ήλπιζε ο ασθενής. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, σε ανάλογες καταστάσεις πίεσης, είναι συχνά δύσκολο να αναγνωρίσει κανείς, τι είναι εκείνο που λείπει πραγματικά στον ασθενή (Balint, 1964)<sup>66</sup>.

Όταν αναφερόμαστε λοιπόν σε μία σχέση, στην οποία υπάρχει αμοιβαία συμμετοχή των προσώπων που εμπλέκονται, τότε:



‘ο όρος ‘σχέση’ δεν αναφέρεται ούτε στη δομή του πλαισίου, ούτε στην ανταλλαγή πληροφορίας αυτή καθεαυτή - όπου αλληλεπιδρούν η ‘προσωπικότητα’ του γιατρού και του ασθενή. Συνεπώς, πρόκειται περισσότερο για μία αφηρημένη έννοια που εμπεριέχει δράσεις (activities) και των δύο συστημάτων (προσώπων) που αλληλεπιδρούν’ (Szasz & Hollender, 1956)<sup>181</sup>.

Η ύπαρξη θεραπευτικής σχέσης αναγνωρίζεται σε κάθε είδος δυαδικής επικοινωνίας γιατρού-ασθενή, ανεξαρτήτου θεραπευτικής προσέγγισης. Ωστόσο, η θεραπευτική σχέση εκφράστηκε μέσω πολλών ερμηνευτικών σχημάτων, συνδεδεμένων με την ιστορική στιγμή και το εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο.

Στην ψυχαναλυτική προσέγγιση γίνεται λόγος για ‘θεραπευτική συμμαχία’ (therapeutic alliance), μία έννοια που εισήχθη το 1905 από τον Freud (Μάνος, 1987, σελ. 276)<sup>185</sup>.

Πρόκειται για τη:

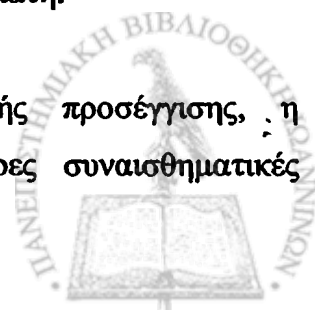
*‘συνειδητή συναινετική σχέση, ανάμεσα στο θεραπευτή και τον άρρωστο, στην οποία καθένας τους υπονοείται ότι συμφωνεί ότι χρειάζεται να δουλέψουν μαζί, για να βοηθηθεί ο άρρωστος με τα προβλήματά του. Συνεπάγεται δε, ένα θεραπευτικό διαχωρισμό του εγώ του αρρώστου σε τμήμα που παρατηρεί και σε τμήμα που βιώνει’.*

Σύμφωνα με τους Frank και Gunderson (1990)<sup>186</sup>, η σημασία της θεραπευτικής σχέσης που εδραιώνεται ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή και στηρίζεται στην εμπιστοσύνη και τη συνεργασία, συνδέεται με την έννοια της ‘θεραπευτικής’ (therapeutic) (Zetzel, 1956)<sup>187</sup>, ‘εργασιακής’ (working) (Bordin, 1975, 1976· Greenson, 1965)<sup>189,188, 190</sup> ή ‘βοηθητικής’ (helping alliance) (Luborsky, 1976)<sup>191</sup> συμμαχίας.

Σύμφωνα πάλι με τον Bordin (1976)<sup>188</sup>, η *εργασιακή συμμαχία* προϋποθέτει την συνύπαρξη τριών επιμέρους χαρακτηριστικών-ιδιοτήτων:

1. Συμφωνία πελάτη και θεραπευτή, όσον αφορά τους σκοπούς της θεραπείας.
2. Συμφωνία πελάτη και θεραπευτή, στον τρόπο με τον οποίο θα επιτευχθούν οι παραπάνω σκοποί, κάτι που ορίζεται ως συμφωνία καθήκοντος (‘task agreement’).
3. Ανάπτυξη προσωπικού δεσμού ανάμεσα στο θεραπευτή και τον πελάτη.

Σε όλες όμως τις περιπτώσεις, ανεξαρτήτου θεωρητικής προσέγγισης, η αλληλεπίδραση δύο ατόμων προϋποθέτει και εξυπακούει ιδιαίτερες συναισθηματικές



ανταποκρίσεις που προκαλούνται στη μία ή την άλλη πλευρά, εξαιτίας των χαρακτηριστικών τους που προϋπάρχουν της συνάντησης. Κάτω από αυτό το πρίσμα, η συνειδητοποίηση αυτής της συναισθηματικής ανταλλαγής, του θεραπευτικού δεσμού που αναπτύσσεται μεταξύ των μελών κατά τη διάρκεια της συνάντησης, μπορεί να θεωρηθεί ως ένα χρήσιμο στοιχείο για την αναγνώριση της κατάστασης (Mead & Bower, 2000)<sup>192</sup>.

Αποτελέσματα ερευνών που έχουν γίνει στον τομέα αυτό, τονίζουν τη σπουδαιότητα του ρόλου της επικοινωνίας και της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ γιατρού και ασθενή, στο αποτέλεσμα της θεραπείας (Marziali et al, 1981· Luborsky et al, 1985· Horvath & Symonds, 1991· Priebe & Gruyters, 1993· Tomasz et al, 2001)<sup>193, 194, 195, 196, 197</sup>, ενώ παράλληλα, συνδέουν την αποτυχία εδραίωσης συμμαχίας ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή:

- i. με την έλλειψη συμμόρφωσης του ασθενή στις οδηγίες του γιατρού (Eisenthal et al, 1979· Bender et al, 1986· Bowman, 1991)<sup>198, 200, 199</sup>,
- ii. με την πρόωρη διακοπή της θεραπείας (Howard et al, 1970· Fiester & Rudestam, 1975· Saltzman et al, 1976· Tracy, 1977)<sup>201, 202, 203</sup>,
- iii. ακόμη και με την αποτυχία της θεραπείας (Saltzman et al, 1976· Gomes-Schwartz, 1978· Alexander & Luborsky, 1986)<sup>203, 204, 205</sup>.

Για την κατανόηση ωστόσο του όρου ‘σχέση’, καθώς και της θέσης που κατέχει στη θεραπευτική διαδικασία, είναι απαραίτητη η παρουσίαση των μοντέλων εκείνων, που τις τελευταίες δεκαετίες εξέφρασαν στο δυτικό κόσμο τους αποδεκτούς δεοντολογικούς κι εμπειρικούς κανόνες που τη διέπουν. Η κατανόηση άλλωστε και οι προσδιορισμοί που αποδίδονται στη σχέση αυτή, στα πλαίσια της καθημερινής πρακτικής, πέρασε και περνάει διαμέσου της συνεχούς αναθεώρησης αυτών των μοντέλων.



## 1.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΕΞΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ

Πιο συγκεκριμένα, τα μοντέλα που εκφράζουν τη θεραπευτική σχέση γιατρού - ασθενή, ταξινομούνται με βάση τις ιδιότητές τους, στις παρακάτω κατηγορίες:

**A) Σύμφωνα με το είδος των ασθενειών και επομένως και τη διαφορετικότητα των ρόλων - στάσεων, που υιοθετούνται από τους γιατρούς.**

Στην κατηγορία αυτή δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία της διαφορετικότητας των ρόλων που υιοθετούνται από τους γιατρούς, ανάλογα με την ασθένεια και κατ' επέκταση στη σημασία που κατέχει η ιατρική ειδικότητα. Τα μοντέλα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή είναι τα εξής:

- i. το ψυχοδυναμικό μοντέλο (psycho-dynamic model) (Σάντλερ και συνεργάτες, 1991)<sup>206</sup>,
- ii. τα εσωτερικά μοντέλα διεργασίας συναισθηματικού δεσμού των ενηλίκων (internal working models) (Bowlby, 1969/1982)<sup>207</sup>,
- iii. το οργανικό συστημικό μοντέλο (organistic-systemic model) (Henderson, 1909) (Donati, 1991)<sup>144</sup>,
- iv. το λειτουργικό μοντέλο της επαγγελματικής κυριαρχίας (functional model of professional dominance) (Parsons, 1951)<sup>208</sup>,
- v. το κανονιστικό μοντέλο (normative model) (Szasz & Hollender, 1956)<sup>181</sup> και
- vi. το συγκρουσιακό μοντέλο (conflict model) (Freidson, 1972)<sup>209</sup>.

**B) Σύμφωνα με τη διαδικασία 'ανταλλαγής της πληροφορίας'.**

Στην κατηγορία αυτή, το ενδιαφέρον των ερευνητών επικεντρώνεται αφενός στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η ανταλλαγή 'πληροφορίας' στο κλινικό πλαίσιο κι αφετέρου στον τρόπο με τον οποίο επιτυγχάνεται η επικοινωνιακή ανταλλαγή. Τα μοντέλα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή είναι τα εξής:

- i. το μοντέλο του Katz (1967)<sup>54</sup>,
- ii. το μοντέλο του Bales (1968)<sup>55</sup> και
- iii. το μοντέλο του Stiles (1978)<sup>57</sup>.



## 1.2.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΡΟΛΩΝ-ΣΤΑΣΕΩΝ ΠΟΥ ΥΙΟΘΕΤΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ.

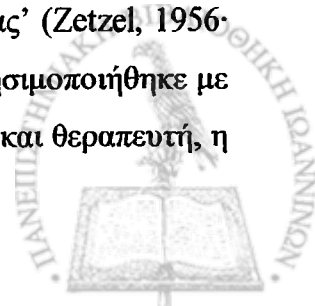
### I. *Το Ψυχοδυναμικό μοντέλο (Σάντλερ και συνεργάτες, 1991)*<sup>206</sup>

Από την εποχή που δημοσιεύτηκαν οι εργασίες των Heimann (1950)<sup>211</sup> και Little (1951)<sup>212</sup> για την αντιμεταβίβαση, έχει γίνει ολοένα και περισσότερο αποδεκτό ότι η ψυχαναλυτική σχέση είναι εκείνη όπου δύο πρόσωπα έρχονται σε αλληλεπίδραση. Ο καθένας προσπαθεί να γνωρίσει τον άλλο ενώ συνειδητά ή ασυνείδητα, ο καθένας προσπαθεί να επηρεάσει τον άλλο. Αυτή η διάσταση υπονοείται στην ψυχαναλυτική θεραπεία - και μερικές φορές εκφράζεται καθαρά - όπως επισημάνθηκε από τον Σάντλερ και τους συνεργάτες του (1991)<sup>206</sup>.

Το γεγονός ότι η ίδια η θεραπευτική διαδικασία έχει στην πορεία της διαπροσωπικό χαρακτήρα, είναι σχεδόν αυτονόητο, ως προς ό,τι συντελείται στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης που αναπτύσσουν θεραπευόμενος και θεραπευτής. Από την άλλη πλευρά όμως, το γεγονός αυτό είναι λιγότερο σαφές, ως προς την καθ' όλα σημαντικότερη διάσταση των άμεσων προεκτάσεων, που η ψυχοθεραπευτική σχέση μπορεί να έχει για τον κοινωνικό περίγυρο του μεταβαλλόμενου θεραπευόμενου.

Με τη μέθοδο της ανάλυσης που αναφέρεται στην ειδική επέξεργασία και εμβάθυνση των πληροφοριών που εξάγονται κατά τη συνέντευξη - ή θεραπευτική συνεδρία -, η ψυχοδυναμική τείνει να ερμηνεύσει τις ψυχοπαθολογικές διαστάσεις της προσωπικότητας, ως αντιπροσωπευτικές μιας ή περισσότερων ψυχοσυγκρούσεων, που έλαβαν χώρα κυρίως, όχι όμως και αποκλειστικά, κατά την παιδική ηλικία του ατόμου. Κατ' αυτό τον τρόπο, η ψυχοθεραπευτική σχέση αποτέλεσε αρχικά πόλο έλξης της προσοχής πλήθους μελετητών, ερευνητών και θεραπευτών (Luborsky et al, 1983· Hansson & Berglund, 1992· Barber et al, 1996· Krupnick et al, 1996, 2002)<sup>213, 129, 214, 215, 216</sup>.

Το πλέον θεμελιώδες στοιχείο της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας είναι αυτή καθεαυτή, η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή. Η διαφορά εντοπίζεται στο γεγονός ότι στο ψυχοθεραπευτικό γίγνεσθαι, γίνεται λόγος για 'θεραπευτική συμμαχία', 'εργασιακή συμμαχία' ή 'συμμαχία της θεραπευτικής διαδικασίας' (Zetzel, 1956· Friedman, 1969· Σάντλερ και συνεργάτες, 1991)<sup>187, 217, 206</sup>. Ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε με την έννοια της δόμησης μιας γέφυρας επικοινωνίας, μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή, η



στθερότητα της οποίας εξαρτάται από το βαθμό της ανάπτυξης μιας ανθρώπινης, θερμής, ειλικρινούς κι εμπιστευτικής σχέσης εναρμονισμού μεταξύ των δύο, προς την επίτευξη κοινά επιθυμητών ανακουφιστικών αποτελεσμάτων που αφορούν το πρόβλημα του ασθενή (Horvarth & Symonds, 1991)<sup>195</sup>.

Σύμφωνα με τον Menninger (1958)<sup>218</sup>, η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει πλευρές του ευρέως γνωστού 'θεραπευτικού συμβολαίου' μεταξύ του θεραπευόμενου και του θεραπευτή του. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Σάντλερ και τους συνεργάτες του (1991)<sup>206</sup>, είναι απαραίτητο να γίνει διαφοροποίηση της έννοιας της θεραπευτικής συμμαχίας από τις άλλες πλευρές της σχέσης του θεραπευόμενου με το θεραπευτή του, όπως είναι άλλωστε η υπερβολή στην έκφραση αισθημάτων αγάπης ή σεξουαλικών επιθυμιών του θεραπευόμενου προς το θεραπευτή, - που απευθύνονταν πρωταρχικά προς μία σημαντική φιγούρα του παρελθόντος του θεραπευόμενου - ή ακόμη και εξιδανίκευση, στη σκιά λανθάνοντων εχθρικών συναισθημάτων. Όπως τονίζεται από τον ίδιο (Σάντλερ, 1991, σελ. 46)<sup>206</sup>:

*'αν και είναι γεγονός ότι αυτά τα χαρακτηριστικά αναπτύσσονται σε σχέση με τις επιτυχείς πλευρές των πρώτων σχέσεων του παιδιού, εν τούτοις, σ' ένα σημαντικό βαθμό φαίνονται χαρακτηριστικά που περιλαμβάνονται στην έννοια 'μεταβίβαση'... μετά απ' αυτά μπορούμε να πούμε ότι η θεραπευτική συμμαχία φαίνεται να βασίζεται στη συνειδητή ή ασυνείδητη επιθυμία του θεραπευόμενου, να συνεργαστεί και στην προθυμία του να δεχθεί τη βοήθεια του θεραπευτή για να ξεπεράσει τις εσωτερικές του δυσκολίες. Είναι δηλαδή κάτι διαφορετικό από μια θεραπεία που έχει σαν σκοπό την ευχαρίστηση ή κάποια άλλη ικανοποίηση. Μέσα στην θεραπευτική συμμαχία υπάρχει μια απόδοχή της ανάγκης αντιμετώπισης των εσωτερικών προβλημάτων και της ανάγκης να κάνει αναλυτική δουλειά αντιμετωπίζοντας την εσωτερική ή (ιδιαίτερα με τα παιδιά) την εξωτερική (π.χ. οικογένεια) αντίσταση'.*

Κάτω από αυτό το πρίσμα, η 'ουδετερότητα και η απόσταση' του θεραπευτή από τον ασθενή ή η 'ορισμένη απόσταση' όπως ορίζεται από τον Σάντλερ και τους συνεργάτες του (1991)<sup>206</sup>, - τέτοια ώστε να μπορεί να βρίσκεται σε επαφή με τα συναισθήματα του εαυτού του, αλλά και του ασθενή του-, αποτελεί βασικό στοιχείο της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας (Tyson & Sandler, 1971)<sup>219</sup>. Σύμφωνα δε με τους ίδιους, η σχέση θεραπευόμενου και

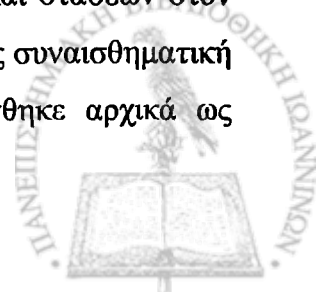
θεραπευτή - κατά την ψυχοδυναμική προσέγγιση - ακολουθεί μία εξελικτική πορεία, που περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια: το στάδιο της μεταβίβασης ή στάδιο μεταβιβαστικής νευρώσεως, το στάδιο της ανάλυσης της μεταβίβασης και το τελικό στάδιο (λύση της μεταβίβασης).

Η έννοια της μεταβίβασης ωστόσο δεν είχε θεωρηθεί από την αρχή ως ουσιαστικός παράγων της θεραπευτικής σχέσης από τον Freud, παρόλο που χαρακτηριστικά της εμπεριέχονται στη θεραπευτική σχέση (Σάντλερ και συνεργάτες, 1991)<sup>206</sup>. Ως έννοια, η έννοια της μεταβίβασης υποδηλώνει στην ψυχανάλυση μια διεργασία, μέσω της οποίας οι ασυνείδητες επιθυμίες ενεργοποιούνται και αποκτούν υπόσταση πραγματικού γεγονότος, στο έδω και τώρα της συνεδρίας (Σάντλερ και συνεργάτες, 1991)<sup>206</sup>. Σύμφωνα δε με τους Laplanche και Pontalis (1986)<sup>220</sup>: 'πρόκειται για την επανάληψη πρωτοτύπων της παιδικής ζωής, τα οποία βιώνονται μ' ένα αίσθημα έντονης επικαιρότητας'.

Εκλαμβάνοντάς τη ως σύμπτωμα, θεωρήθηκε αρχικά σκόπιμο (Laplanche & Pontalis, 1986)<sup>220</sup> να μη παρεμποδίζεται από την ύπαρξή της η εγκατάσταση και η διατήρηση της θεραπευτικής σχέσης. Τελικά όμως, ο ρόλος της μεταβίβασης τροποποιήθηκε με την προοδευτική ολοκλήρωση της ανακάλυψης του οιδιποδείου συμπλέγματος, καταλήγοντας στην πρώτη ολοκληρωμένη περιγραφή της μεταβίβασης που έδωσε το 1912 ο Freud, υπογραμμίζοντας ότι 'ο γιατρός θα παρεμβληθεί σε μία από τις ψυχικές 'σειρές' του ατόμου που είχαν ήδη προσχηματισθεί' (Laplanche & Pontalis, 1986)<sup>220</sup>.

Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό πως οι ασθενείς είναι δυνατό να παρουσιάσουν μια διπλή ανταπόκριση στην προσφορά του θεραπευτή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Στο ένα επίπεδο, είναι δυνατό να ανταποκρίνονται στην εξωτερική πραγματικότητα, ενώ στο άλλο επεξεργάζονται - με βάση περασμένες εμπειρίες - και τη δική τους εσωτερική πραγματικότητα. Έτσι, ακόμα κι όταν οι αντιδράσεις του ασθενή θεωρούνται προϊόντα μεταβίβασης, αυτές πυροδοτούνται από εξωτερικά ερεθίσματα στη συνεδρία, που προέρχονται από τον ίδιο τον θεραπευτή και το αναλυτικό πλαίσιο.

Πρόκειται λοιπόν για εξέχουσας σημασίας διεργασία, που επιτυγχάνει την εκφόρτιση τόσο των αρνητικών όσο και των θετικών συναισθημάτων, που στην πραγματικότητα είχαν ελλιπώς εκφραστεί προς τα 'σημαντικά πρόσωπα' (ιδίως γονεϊκές φιγούρες), εκ μέρους του αναλυόμενου, ή είχαν μείνει εντελώς ανέκφραστα κι απωθημένα στο χώρο του ασυνείδητου. Από την άλλη πλευρά όμως, η μεταβίβαση ασυνείδητων συναισθημάτων και στάσεων στον αναλυόμενο εκ μέρους του αναλύοντος προσώπου και γενικότερα, η ενεργός συναισθηματική εμπλοκή του αναλυτή ή της αναλύτριας στη θεραπευτική σχέση, ορίστηκε αρχικά ως





αντιμεταβίβαση (countertransference), ενώ στα πρώτα χρόνια του ψυχαναλυτικού κινήματος θεωρήθηκε εμπόδιο στη θεραπευτική πορεία.

Ασυνείδητα, και καμιά φορά συνειδητά, οι ασθενείς προσπαθούν να ερμηνεύσουν το θεραπευτή. Συχνά μάλιστα του προσφέρουν ασυνείδητες ερμηνείες (Little, 1951)<sup>212</sup>. Οι ασθενείς είναι σε θέση να εντοπίσουν τις αλλαγές που σημειώνονται στο θεραπευτή όταν βρίσκονται μαζί του, για παράδειγμα αν είναι χαλαρός ή αν τον διακρίνει κάποια ένταση στη διάρκεια της συνεδρίας. Σημειώνουν επίσης την ασυνείδητη σημασία που έχουν τα σχόλιά του. Αυτές οι παρεμβάσεις του θεραπευτή δεν έχουν πάντα ερμηνευτικό χαρακτήρα – δεν έχουν δηλαδή σκοπό να φέρουν στο συνειδητό αυτό που αναδύεται από το ασυνείδητο του ασθενή. Μπορεί ωστόσο να έχουν χαρακτήρα κατευθυντήριο, υποδεικνύοντας τι πρέπει να κάνει ή να αισθανθεί ο ασθενής ή παρεισφρητικό, όπως γίνεται με τις ερωτήσεις.

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, όταν οι ασθενείς θεωρούν ότι ο θεραπευτής κρατά αμυντική στάση, είναι πιθανό να θεωρήσουν ταυτόχρονα ότι νιώθει πως απειλείται. Αυτή η διαπίστωση μπορεί να τους προκαλέσει άγχος για το αν αυτός είναι ικανός να στηρίξει τον ασθενή. Μια πιθανή αντίδραση σ' αυτή την εξέλιξη, είναι να πάρει ο ασθενής προστατευτική στάση απέναντι στο θεραπευτή, μεταθέτοντας τα πιο δύσκολα συναισθήματα σε άλλους ή ενδοβάλλοντάς τα ενάντια στον εαυτό του. Μια πολύ επιτυχημένη αντίδραση του ασθενή μπορεί να βγάλει το θεραπευτή από την αμυντική στάση του και να τραβήξει την προσοχή του σ' εκείνο το στοιχείο που είχε παραβλεφθεί ή παρεξηγηθεί. Οι ασθενείς σημειώνουν πάντα το βαθμό που ο θεραπευτής παραμένει σ' επαφή με τη συζήτηση, ενώ ταυτόχρονα προσέχουν την επιλογή και το χρονικό υπολογισμό των παρεμβάσεων του θεραπευτή. Αναρωτιούνται γιατί σχολιάζεται το ένα θέμα κι όχι το άλλο και γιατί ο θεραπευτής παρεμβαίνει τη στιγμή που το κάνει κι όχι νωρίτερα. Οι ασθενείς είναι σε θέση επίσης να συλλάβουν το άγχος του θεραπευτή, όταν σε μία συνεδρία δείχνει υπερβολική δραστηριότητα ή κάνει συχνές παρεμβολές. Όμοια αναρωτιούνται για τις παρατεταμένες σιωπές, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής έχει εκφράσει μια πλημμύρα από έντονα συναισθήματα.

Ως απόρροια των παραπάνω, η θεραπευτική αυτή συμμαχία διαμορφώνεται αφενός μεν από τη διεργασία της μεταβίβασης, και αφετέρου από τη διεργασία της αντιμεταβίβασης, που ωστόσο, για ορισμένους μελετητές και θεωρητικούς της ψυχοθεραπείας, υπονομεύει τόσο τη θεραπευτική πρόοδο, όσο και την αποτελεσματικότητα του ίδιου του θεραπευτή (Chitalkar et al, 1996· Frayn, 1996· Safran & Muran, 1996)<sup>221, 222, 223</sup>.

Οι απόψεις που επικρατούν γύρω από το θέμα αυτό ποικίλλουν. Ο Freud το 1910 (Σάντλερ, 1991)<sup>206</sup> ερμηνεύει την αντιμεταβίβαση ως 'το αποτέλεσμα της επίδρασης του

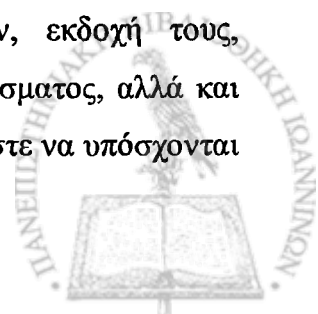
ασθενή πάνω στα ασυνείδητα συναισθήματα του γιατρού', γεγονός το οποίο ο ψυχαναλυτής πρέπει να επιλύσει μέσα από αυτοανάλυση. Με παρόμοιο τρόπο, ο Reich (1951)<sup>225</sup>, τονίζει το γεγονός ότι υπάρχουν περιπτώσεις που ένας ψυχαναλυτής ανταποκρίνεται μεταβίβαστικά απέναντι στον ασθενή. Αυτό μπορεί να παρατηρηθεί όταν ένας ασθενής συμβαίνει να αντιπροσωπεύει κάποια ανεπίλυτη πλευρά μιας σημαντικής σχέσης του ψυχαναλυτή ή ψυχοθεραπευτή, γεγονός που θα βάλει σε κίνδυνο τη θεραπευτική εργασία με τον ασθενή.

Ο Winnicott (1960)<sup>226</sup> περιγράφει την αντι-μεταβίβαση ως τα 'νευρωσικά χαρακτηριστικά του αναλυτή που αντιστρατεύονται την επαγγελματική στάση και διαταράσσουν την πορεία της αναλυτικής διαδικασίας όπως καθορίζεται από τον θεραπευόμενο'. Η Heimann (1950)<sup>211</sup> ωστόσο θεώρησε την αντιμεταβίβαση ως την ανταπόκριση του ψυχαναλυτή στη μεταβίβαση του ασθενή, θεωρώντας τη ως ένα από τα σπουδαιότερα εργαλεία της δουλειάς του, που του δίνει τη δυνατότητα να ερευνήσει το ασυνείδητο του ασθενή.

Εκείνο στο οποίο φαίνεται να συμφωνούν τελικά οι περισσότεροι συγγραφείς, με διαφορετικό τρόπο ο καθένας, είναι ότι οι θεραπευτές επηρεάζονται από τις συναισθηματικές επιδράσεις των ασθενών τους, ανεξάρτητα αν αυτό οφείλεται στην προσωπικότητα του ασθενή, τη μεταβίβασή του ή τον τρόπο ύπαρξής του. Ο βαθμός δεκτικότητας ενός θεραπευτή στα ασυνείδητα μηνύματα του ασθενή, γίνεται φανερός μέσα από το συντονισμό του στις πέσεις από τη μεριά του ασθενή. Σύμφωνα δε και με τους Hansson και Berglund (1992)<sup>129</sup>, μία καλή (ωστόσο) θεραπευτική συμμαχία είναι ιδιαίτερα απαραίτητη για τη συνέχιση της θεραπείας ακόμη και στη διάρκεια φάσεων έντονης αρνητικής μεταβίβασης.

Κατά συνέπεια, η θεραπευτική συμμαχία δεν μπορεί να νοηθεί απλώς ως κάποια κοινωνική αλληλεπίδραση, αλλά ως μία διαπροσωπική διανάδραση, η αμοιβαία διεισδυτικότητα των μερών της οποίας, δεν παύει παρά μόνον κατά πολύ μεταγενέστερα και αυτής, της λήξης της τακτικής ή περιοδικής φυσικής τους συνύπαρξης (Krupnick et al, 1996)<sup>215</sup>. Μόνο που προϋποθέτει, σχεδόν εκ των πραγμάτων, μία διαφορά δυναμικού μεταξύ των μερών της, όχι όμως και ανισοτιμία (Parsons, 1951, 1975· Safran & Muran, 1996· Sexton et al, 1996)<sup>208, 227, 223, 228</sup>.

Η ψυχοθεραπευτική συμμαχία διαφέρει σημαντικά από οποιοδήποτε άλλες ανθρώπινες σχέσεις, που και στην πλέον ισότιμη, συμβουλευτική, εμπιστευτική, ανιδιοτελή και ανακουφιστική, κάποτε δε και επιλυτική αληθών προβλημάτων, εκδοχή τους, εξακολουθούν να στερούνται της τεχνογνωσίας, του θεωρητικού επιστεγάσματος, αλλά και αυτής της δυνάμει αποστασιοποίησης μεταξύ των μετεχόντων σε αυτήν, ώστε να υπόσχονται

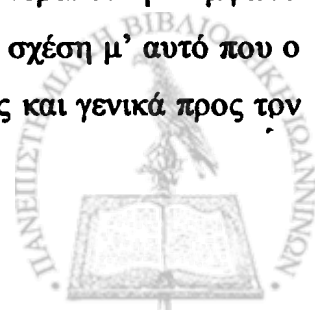


αμιγή θεραπευτικά αποτελέσματα. Προϋποθέτει δε, έναρξη, πορεία και τέλος, ενώ ο προγραμματισμός και η αμοιβαία προετοιμασία για τη λήξη της, συνιστά έργο επίπονο και σχεδόν ισάξια σημαντικό με αυτό της ίδιας της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.

Για την αντιπαράθεση της ψυχοθεραπευτικής με τη φιλική προσέγγιση του ψυχικού προβλήματος, ο Storr (1990)<sup>477</sup> σχολιάζει:

*‘Εάν ορθά υποθέτω ότι ο ασθενής πάνω απ’ όλα αναζητεί αυτό το περιβάλλον, στο οποίο να αισθάνεται αποδεκτός εξ ολοκλήρου, είναι ενδεδειγμένο να ερευνήσουμε γιατί χρειάζεται έναν ψυχοθεραπευτή για να του το παρέχει. Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι σ’ αυτόν τον κόσμο, που ανυπομονούν να βοηθήσουν τους άλλους και που είναι πρόθυμοι να ξοδέψουν χρόνο και κόπο για τα προβλήματά τους. Εξάλλου δεν είναι σπάνιο, ο ασθενής κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής αναλυτικής διαδικασίας, να δημιουργεί μια σχέση και με κάποιον άλλον, εκτός του θεραπευτή, που να αποδεικνύεται εξίσου ή και περισσότερο χρήσιμος απ’ αυτόν. Μερικοί θεραπευτές αποθαρρύνουν τέτοιες σχέσεις, για το λόγο ότι παρεμποδίζουν τη διεργασία της μεταβίβασης, ως γενική όμως αρχή, κάθε σχέση που μειώνει τη συναισθηματική απομόνωση του ασθενή είναι καλοδεχούμενη, εφόσον δεν είναι ταυτόχρονα και μια σχέση που θα τείνει να τον κατακλύσει’.*

Επομένως, η θεραπευτική συμμαχία, δεν μπορεί να εκληφθεί κατά κανένα τρόπο ως τυχαία. Από την πλευρά του θεραπευτή, η μεθοδικότητα, η μορφολογία και ο τρόπος αντιμετώπισης διαμορφώνονται βάσει προσεκτικού σχεδιασμού και λεπτών χειρισμών μέσα στο χρόνο, σε άμεση συσχέτιση με την ιδιογραφία του εκάστοτε ατόμου-ασθενή. Αυτό λουπόν που είναι το πιο σημαντικό και υποστηρίζεται από πολλούς ερευνητές (Marziali et al, 1981, Highlen & Hill, 1984, Allen et al, 1985, 1988, Clarkin et al, 1987, Luborsky et al, 1988, Horvath & Symonds, 1991, Priebe & Gruyters, 1993, Henry & Strupp, 1994, Dazord, 1999)<sup>229, 230, 232, 231, 233, 234, 195, 196, 235, 236</sup>, είναι το γεγονός ότι, η αποτελεσματικότητα της αναλυτικής ψυχοθεραπείας εξαρτάται από τη σχέση που θα αναπτυχθεί μεταξύ του αναλυτή και του ασθενή, ενώ ο βαθμός αποκατάστασης του ασθενή, εμφανίζεται να είναι ανάλογος του βαθμού ωριμότητας της σχέσης, που είναι ικανός να δημιουργήσει με το θεραπευτή. Σύμφωνα δε με τον Erikson (1950)<sup>237</sup>, η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας έχει σχέση μ’ αυτό που ο ίδιος ονόμασε ‘βασική εμπιστοσύνη’, ‘μια στάση προς τους ανθρώπους και γενικά προς τον



κόσμο, που βασίζεται στις εμπειρίες ασφάλειας του νεογέννητου κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του' (Σάντλερ και συνεργάτες, 1991, σελ. 46)<sup>206</sup>.

Στο σημείο αυτό επιβεβαιώνεται στο έπακρο η αρχική αξιωματική παραδοχή περί της αποκλειστικά διαπροσωπικής διάστασης της αποτελεσματικής ψυχοθεραπείας: αν δηλαδή, η επενέργειά της στο υποκείμενο δεν εμφανίσει άμεσες συνέπειες για τις ανθρώπινες σχέσεις του, αν τα αποτελέσματά της δεν παρουσιάσουν σε βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη ανάλυση επιπτώσεις με διαπροσωπικές προεκτάσεις, τότε δεν έχει συντελεστεί ψυχοθεραπεία.



## Π. Τα Εσωτερικά Μοντέλα Διεργασίας Συναισθηματικού Δεσμού των ενηλίκων (*internal working models*) (Bowlby, 1969/1982)<sup>207</sup>

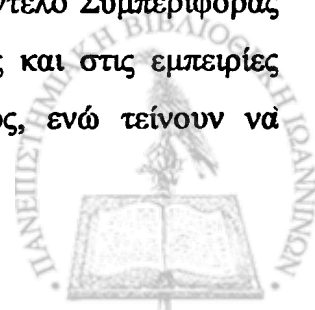
Ο συναισθηματικός δεσμός του παιδιού με τη μητέρα ορίζεται ως μία σχέση, της οποίας κύριος σκοπός είναι η προστασία και η επιβίωση του παιδιού (Bowlby, 1969/1982)<sup>207</sup>. Μέσω της επικοινωνίας του με τη μητέρα, το παιδί διαμορφώνει δύο συμπληρωματικά εσωτερικά μοντέλα διεργασίας του συναισθηματικού δεσμού – ένα μοντέλο για τη μητέρα του κι ένα ‘μοντέλο εαυτού’ – που περιλαμβάνουν τα κύρια ψυχολογικά χαρακτηριστικά της μητέρας κι αυτού του ίδιου.

Αυτά τα εσωτερικά μοντέλα, καθοδηγούν το άτομο κάθε φορά που επικοινωνεί με άλλους, γιατί επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύει τόσο τις πράξεις των άλλων, όσο και τα δικά του σχέδια και αποφάσεις. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του μοντέλου της μητέρας είναι η διαθεσιμότητά της και η ικανότητά της να προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη στο παιδί, ενώ το κύριο σημείο του ‘μοντέλου εαυτού’ είναι η αποδοχή του παιδιού από τη μητέρα (Bowlby, 1979· Bretherton, 1987)<sup>238, 239</sup>. Κατά συνέπεια, οι ποιοτικές διαφορές της επικοινωνίας μητέρας-παιδιού καταλήγουν στο σχηματισμό διαφορετικών εσωτερικών μοντέλων.

Οι καινούριες ωστόσο εμπειρίες του ατόμου, κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της ενηλικίωσης, επηρεάζουν και μεταβάλλουν τα εσωτερικά μοντέλα που προέρχονται από τις παιδικές εμπειρίες με τους γονείς, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου όταν γίνεται γονέας. Επομένως, με βάση την κατανόηση του Μοντέλου Συμπεριφοράς Συναισθηματικού Δεσμού του Ενήλικα που εκείνος εκφράζει, είναι εφικτή η κατανόηση της σημασίας που εκείνος/η προσδίδει στη θεραπευτική σχέση.

Ως εκ τούτου, με βάση την ταξινόμηση της Main και των συνεργατών της (1985)<sup>240</sup>, οι ενήλικες που έχουν αναπτύξει ένα ασφαλές/ αυτόνομο μοντέλο Συμπεριφοράς Συναισθηματικού Δεσμού, θυμούνται εύκολα τις παιδικές τους εμπειρίες με τους γονείς, αποδίδουν ένα σημαντικό ρόλο σ’ αυτές τις εμπειρίες (ακόμη και τις πιο αρνητικές) για την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους και γενικώς αναζητούν τη δημιουργία συναισθηματικών δεσμών.

Τα άτομα που έχουν υιοθετήσει ένα ανασφαλές/ απορριπτικό μοντέλο Συμπεριφοράς Συναισθηματικού Δεσμού, δεν αποδίδουν καμία σημασία στις σχέσεις και στις εμπειρίες συναισθηματικού δεσμού, θυμούνται με δυσκολία το παρελθόν τους, ενώ τείνουν να



εξιδανικεύουν τις εμπειρίες τους και τη συμπεριφορά των γονέων τους, αλλά από την άλλη πλευρά, αναφέρονται σε τραυματικές εμπειρίες που αντιτίθενται σ' αυτή την εξιδανίκευση.

Τα άτομα που έχουν υιοθετήσει ένα ανασφαλές/ ανήσυχο μοντέλο Συμπεριφοράς Συναισθηματικού Δεσμού, εκφράζονται με τρόπο συγκεκριμένο, που φανερώνει μία ανήσυχη στάση, η οποία παραμένει επίκαιρη σε σχέση με τις παιδικές εμπειρίες. Αυτή η ανησυχία μπορεί να εκδηλώνεται με θυμό ή παθητικά, ενώ κάλλιστα είναι δυνατό να περιγράψουν σχέσεις ανταγωνιστικές του παρελθόντος σαν να πρόκειται για σχέσεις του παρόντος.

Με βάση τα αποτελέσματα μιας ανάλυσης δεκατεσσάρων μελετών (Van Ijzendoorn, 1995)<sup>241</sup>, η συνθήκη μιας Άγνωστης Κατάστασης (Ainsworth et al, 1978)<sup>242</sup>, όπως αυτή της ασθένειας, είναι δυνατό να ενεργοποιήσει το δυναμικό των μοντέλων που προαναφέρθηκαν, δεδομένου ότι ανάμεσα στις κατηγορίες συναισθηματικού δεσμού των γονέων και της πιθανής Άγνωστης κατάστασης, υπήρχε αντιστοιχία σε ποσοστό 75%. Σύμφωνα δε με τον Bowlby (1979, 1988)<sup>238, 243</sup>, ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής θα προσεγγίσει το γιατρό και θα ζητήσει να λάβει γνώση της κατάστασης στην οποία έχει περιέλθει, ανταποκρίνεται στον τρόπο με τον οποίο ο ίδιος έχει μεγαλώσει, φανερόντας – σύμφωνα πάντα με τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής θα επιλέξει να περιγράψει την κατάστασή του (D'Elia, 2001)<sup>244</sup> – ποικίλες αναμνήσεις και εμπειρίες από την παιδική του ηλικία, που ο ίδιος 'επέλεξε' ωστόσο να ξεχάσει.



### III. Το οργανιστικό συστημικό μοντέλο (Lawrence J. Henderson, 1909)(Donati, 1991)<sup>144</sup>

Ο Henderson ήταν από τους πρώτους που εισήγαγε την έννοια του κοινωνικού συστήματος (βιολογικά εννοούμενο), στην ανάλυση της σχέσης γιατρού - ασθενή (Donati, 1991)<sup>144</sup>. Το μοντέλο του Henderson αποτέλεσε πηγή έμπνευσης για την κοινωνιολογία του συγχρόνου του V. Pareto (Donati, 1991)<sup>144</sup> και γι' αυτό θα μπορούσε να χαρακτηριστεί το πρώτο παράδειγμα πολιτιστικής συνάντησης ανάμεσα σ' έναν γιατρό και σ' έναν κοινωνιολόγο, σε μια εποχή που χαρακτηρίζονταν από έναν έντονο 'θετικισμό'.

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, η σχέση γιατρού-ασθενή τοποθετείται σ' ένα πλαίσιο πολιτιστικό, όπου ο γιατρός καλείται να αποτελέσει πολιτιστικό παράδειγμα για τον ασθενή. Παρά τη φιλοσοφική σύλληψη της λειτουργικότητας του μοντέλου, το οργανικό συστημικό μοντέλο δεν φαίνεται να διαθέτει τα μέσα και τις μεθόδους προσέγγισης των προβλημάτων που έθεταν από την πλευρά τους οι ασθενείς (Donati, 1991)<sup>144</sup>. Σύμφωνα με τον ίδιο, το μοντέλο αυτό, αποτέλεσε το έναυσμα για την περαιτέρω ανάπτυξη και δημιουργία άλλων, στην προσπάθεια προσδιορισμού της θεραπευτικής σχέσης και οριοθέτησής της.



#### IV. Το λειτουργικό μοντέλο της επαγγελματικής κυριαρχίας (Parsons, 1951)<sup>208</sup>

Πάνω στη βάση του 'βιολογικού' μοντέλου του Henderson, αλλά και στις κοινωνιολογικές μελέτες του Durkheim, ο Parsons (1951)<sup>208</sup>, επεξεργάστηκε αυτό που θα γινόταν στη συνέχεια το πιο συζητημένο, - κυρίως λόγω της κριτικής που δέχτηκε - κοινωνιολογικό μοντέλο. Σύμφωνα με τον Parsons, το συγκεκριμένο μοντέλο υποστηρίζει ότι, η σχέση γιατρού - ασθενή είναι μία ασύμμετρη σχέση διαφορετικών ρόλων.

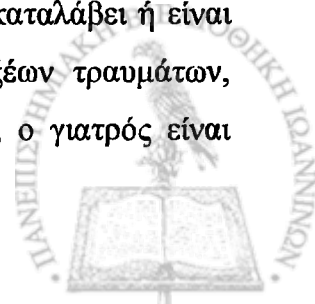
Από τη μια πλευρά βρίσκεται ο ασθενής, ο οποίος πρέπει να έχει το κίνητρο να βγει από αυτή την παρεκκλίνουσα κατάσταση, αναζητώντας την κατάλληλη βοήθεια. Σύμφωνα όμως με τον Parsons (1951)<sup>208</sup>, αυτό επιτυγχάνεται μέσω της πλήρους εμπιστοσύνης που θα επιδείξει ο ασθενής στο γιατρό. Κατά συνέπεια, η συνθήκη αυτή σημαίνει - και προϋποθέτει - την παθητική αποδοχή των οδηγιών του γιατρού.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχει ο γιατρός που πρέπει να επιδιώκει τη δημιουργία μιας 'καλής σχέσης' με τον ασθενή, να είναι αντικειμενικός και συναισθηματικά αποστασιοποιημένος (σε συναισθηματική ουδετερότητα αντί της συναισθηματικής εμπλοκής), και να εκφράζει επιμέλεια, αποτελεσματικότητα και επάρκεια στην κλινική προσέγγιση του ασθενή.

Στο μοντέλο αυτό, ο ασθενής απολαμβάνει τις ιδιότητες του γιατρού ως προνόμια, και παραμένει απαλλαγμένος από ευθύνες συμμετοχής στις υποχρεώσεις που προκύπτουν από τον κοινωνικό του ρόλο, καθώς ο γιατρός θεωρείται υπεύθυνος για την πορεία του. Μέσω της σχέσης που δημιουργείται μεταξύ γιατρού και ασθενή, ο γιατρός χαίρει πλήρους αυτονομίας και ανεξαρτησίας κινήσεων, καθώς 'απολαμβάνει' ως προνόμια την αβασάνιστη πρόσβαση στη φυσική και προσωπική παρουσία του ασθενή, κατοχυρώνοντας κατ' αυτό τον τρόπο την επαγγελματική του κυριαρχία.

Ιστορικά, αυτό θεωρείται ότι είναι το πιο παλιό εννοιολογικό μοντέλο (Szasz & Hollender, 1956)<sup>181</sup>. Γεγονός είναι ότι δεν πρόκειται για μία αλληλεπίδραση, για το λόγο ότι βασίζεται στο αποτέλεσμα του ενός προσώπου στο άλλο, με τέτοιο τρόπο και κάτω από τέτοιες συνθήκες, που το πρόσωπο που δέχεται την επίδραση, είναι ανίκανο να συνεισφέρει ενεργώς, ή εκλαμβάνεται ως δεδομένος ο βαθμός ανικανότητάς του να συνεισφέρει.

Η σχέση αυτή της ενεργητικότητας - παθητικότητας, συναντάται σε περιπτώσεις, όπου ο γιατρός κάνει κάτι στον ή για τον ασθενή, ο οποίος είναι ανίκανος να καταλάβει ή είναι τελείως ανίκανος να αντιληφθεί (όπως σε καταστάσεις αναισθησίας, οξέων τραυμάτων, καταστάσεις κώματος ή συγχυτικές καταστάσεις). Σε ανάλογες συνθήκες, ο γιατρός είναι





ενεργητικός, ενώ ο ασθενής είναι παθητικός. Γι αυτό το λόγο, η συγκεκριμένη τοποθέτηση αφορά τη θεραπεία επειγόντων περιστατικών (για παράδειγμα, ασθενείς που είναι σοβαρά τραυματισμένοι, αιμορραγούν, βρίσκονται σε συγχυτικές καταστάσεις ή σε κώμα).

Το μοντέλο αυτό φαίνεται να παρουσιάζει μία γενική δομή, του ευρύτερου κοινωνικού συστήματος, που επιβάλλει κατά τον Parsons (1975)<sup>227</sup>, την κυριαρχία της επαγγελματικής φιγούρας του γιατρού, αναλογικά μ' αυτό που συμβαίνει στην οικογένεια, ανάμεσα στο γονιό και στον ανώριμο γιο. Από την θέση στην οποία τοποθετείται ο γιατρός, έχει τον απόλυτο έλεγχο της κατάστασης. Με αυτό τον τρόπο, το συγκεκριμένο μοντέλο ενισχύει την αίσθηση κυριότητας και συμβάλλει σε συναισθήματα υπεροχής του γιατρού (Donati, 1983a, b)<sup>245, 246</sup>, ενώ την ίδια στιγμή, απαιτεί από το γιατρό να εδραιώσει τη διαφοροποίησή του με τον ασθενή ως άτομο.

Το συγκεκριμένο μοντέλο έχει κατηγορηθεί από τον Donati (1981)<sup>247</sup>, με το επιχείρημα ότι παγιώνεται η παθητικότητα του ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται λόγω της ανισόρροπης αμοιβαιότητας, που εγκλωβίζεται κυρίως στις δομές των ρόλων, που πρέπει πριν απ' όλα, να ανταποκρίνονται στις απαιτούμενες λειτουργικότητες του κοινωνικού συνόλου ή του υγειονομικού υποσυστήματος.



V. *Το κανονιστικό μοντέλο (Th. Szasz & M.H. Hollender, 1956)*<sup>181</sup>

Πρόκειται για ένα μοντέλο εναλλακτικό σε αυτό του Parsons, αλλά με μία αναπτυξιακή προοπτική. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η σχέση γιατρού – ασθενή εκφράζεται σε τρεις τύπους, που αναφέρονται σε διαφορετικές κλινικές καταστάσεις και εξαρτώνται από:

- α) το είδος της ασθένειας,
- β) την ικανότητα συμμετοχής των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία και
- γ) τη συνεργασία του γιατρού με τον ασθενή.

Το πρότυπο του συγκεκριμένου μοντέλου περνά μέσα από διάφορες φάσεις - ξεκινώντας με τη σχέση γονιού - παιδιού, περνά εξελικτικά στη σχέση γονιού - εφήβου και στη συνέχεια μετατρέπεται σε σχέση ενήλικα - ενήλικα.

Η σχέση *καθοδηγητή - συνεργάτη* συναντάται όταν ο γιατρός τονίζει στον ασθενή αυτό που πρέπει να κάνει και αυτός συνεργάζεται, υπακούοντας στις εντολές του. Το πρότυπο σχέσης είναι αυτό του γονιού-παιδιού, στα πλαίσια του οποίου, το παιδί έχει την ικανότητα να καταλαβαίνει και να θέλει, αλλά πρέπει να προσανατολίζεται από το γονιό και να οδηγείται σε συγκεκριμένες πράξεις, για τις οποίες δεν θεωρείται ακόμη έμπειρο και αρμόδιο.

Ο ασθενής έχει συνείδηση, συναισθήματα και φιλοδοξίες. Από τη στιγμή που υποφέρει από πόνο, άγχος και άλλα επώδυνα συμπτώματα, ζητά βοήθεια και δηλώνει πρόθυμος να 'συνεργαστεί'. Όταν λοιπόν πλησιάζει το γιατρό, τον τοποθετεί - μερικές φορές - σε θέση ισχύος. Αυτό έγκειται όχι μόνο στο μηχανισμό της μεταβίβασης - βλέπει δηλαδή στο γιατρό ό,τι έβλεπε στον πατέρα του, όταν ήταν μικρός - αλλά κυρίως στο ότι ο γιατρός κατέχει γνώση ιατρική, που ο ίδιος δεν έχει.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, το κανονιστικό μοντέλο μας παραπέμπει στο προηγούμενο, αλλά στην πραγματικότητα, στο μοντέλο αυτό, και τα δύο πρόσωπα είναι 'ενεργά', σε σημείο που συνεισφέρουν αμφότερα στη σχέση και σε ό,τι προκύπτει από αυτή. Η βασική διαφορά ανάμεσα στους δύο μετέχοντες έγκειται στη μορφή εξουσίας και στην πραγματική ή εν δυνάμει χρήση αυτής. Κατά συνέπεια, η γνώση του γιατρού χρησιμοποιείται για το 'καλό' των ασθενών, οι οποίοι για να θεραπευτούν, είναι απαραίτητο να ακολουθήσουν πιστά τις οδηγίες του γιατρού.



## VI. Το συγκρουσιακό μοντέλο (E. Freidson, 1972)<sup>209</sup>

Πρόκειται για μία διατύπωση κριτικής στο μοντέλο της επαγγελματικής κυριαρχίας του Parsons (1951)<sup>208</sup>, όπως σχηματοποιείται μέσα από τις μελέτες και τα γραπτά του Freidson (1972)<sup>209</sup>. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η σχέση στην οποία αναφέρεται το συγκρουσιακό μοντέλο, μπορεί να αναλυθεί επαρκώς, εάν τοποθετηθεί στο πλαίσιο εννοιών μιας συνάντησης δύο διαφορετικών τύπων κοινωνικών συστημάτων, συνάντηση που δεν μπορεί να αναλυθεί ως ένα ομοιοστατικό σύστημα, - που περιέχεται μέσα σε λειτουργικά προαπαιτούμενα -, αλλά ως μία σύγκρουση απόψεων (Freidson, 1972)<sup>209</sup>.

Ο επαγγελματίας περιμένει από τον ασθενή να δεχθεί αυτά που θα του προτείνει κατά το δικό του - επαγγελματικό - σύστημα αναφοράς, ενώ ο ασθενής ψάχνει για υπηρεσίες κατά το δικό του - 'λαϊκό', δηλαδή της κοινής λογικής - σύστημα αναφοράς. Στο γεγονός ότι και οι δύο ψάχνουν να πραγματοποιήσουν τους στόχους τους (που είναι διαφορετικοί και κατά προέκταση ορίζουν και διαφορετικά τη σχέση), επέρχεται η σύγκρουση, γιατί αυτοί οι στόχοι είναι σημαντικοί, σε δύο διαφορετικά συστήματα αναφοράς (τεχνική αρμοδιότητα από τη μία πλευρά και αυτοπροσδιοριζόμενο σύστημα - σε άμεση συνάρτηση με την ασθένεια - από την άλλη).

Διαμέσου αυτής της ερμηνευτικής γωνίας, είναι φανερό ότι, η σχέση γιατρού - ασθενή αλλάζει τελείως όψη. Ειδικά στο γιατρό, παραχωρείται το μονοπώλιο και το δικαίωμα να αναγνωρίσει, βάσει των δικών του παραμέτρων, ότι μία κάποια κατάσταση είναι αρρώστια, που μπορεί να νομιμοποιήσει την ανάληψη ενός 'επίσημου' κοινωνικού ρόλου. Όμως και ο ασθενής έχει κάποια δικαιώματα. Σε όλες τις περιπτώσεις που δεν βρίσκεται σε κατάσταση αδυναμίας να καταλαβαίνει και να θέλει, έχει την απαίτηση, όχι μόνο να ακούγεται, αλλά και να γίνεται κατανοητός. Το γεγονός αυτό σημαίνει από μέρους του γιατρού, ότι πρέπει να έχει την ικανότητα να 'μπει στη θέση του άλλου', να επωμιστεί - έστω και για μια στιγμή - το ρόλο του ασθενούς, για να μπορέσει να ολοκληρωθεί η επικοινωνιακή ανταλλαγή.

Αλλά δεν είναι πάνω σ' αυτόν τον φαινομενολογικό και ερμητικό δρόμο που ο Freidson (1972)<sup>209</sup> προχωρά για να κάνει μία βαθιά αναθεώρηση του Παρσονιακού μοντέλου. Δίνει περισσότερη έμφαση στο γεγονός, ότι η σχέση έχει γίνει 'διαπραγματευτική', τοποθετούμενη ως σχέση ανταλλαγής ανάμεσα σε δύο υπο-κουλτούρες. Η σχέση αμοιβαίας συνεργασίας υπάρχει, όταν ο γιατρός συναντιέται με τον ασθενή σε μία ηθελημένη συνεργασία με πλήρη και αμοιβαία κατανόηση. Το πρότυπο αυτό αφορά τη σχέση ενήλικα προς ενήλικα και συναντάται σε καταστάσεις που απαιτείται η βοήθεια ενός ειδικού, όπως σε

καταστάσεις χρόνιων παθήσεων (διαβήτη, καρδιοπάθειες), καθώς επίσης και στις περιπτώσεις ψυχοθεραπείας (Viinamaki et al, 1993)<sup>133</sup>.

Σημαντικό στοιχείο αυτού του μοντέλου είναι ότι οι συμμετέχοντες θα πρέπει να έχουν ισάξια δύναμη, να είναι αλληλοεξαρτώμενοι (να χρειάζεται δηλαδή ο ένας τον άλλο) και να εμπλέκονται και οι δύο στη διαδικασία, με τρόπο τέτοιο, ώστε το αποτέλεσμα να είναι ικανοποιητικό και για τους δύο. Αυτό το μοντέλο συναντάται στους ασθενείς που επιθυμούν να είναι κυρίαρχοι της κατάστασης, καθώς και του άγχους τους.

Συνοπτική περιγραφή των μοντέλων που προσδιορίζουν και κατά συνέπεια χαρακτηρίζουν τη θεραπευτική σχέση, με βάση τη διαφορετικότητα των ασθενειών και των ρόλων που υιοθετούνται από τους γιατρούς, παρατίθεται στον Πίνακα 1.

**Πίνακας 1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ  
ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ,  
ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ  
ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΡΟΛΩΝ -ΣΤΑΣΕΩΝ  
ΠΟΥ ΥΙΟΘΕΤΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ  
(Πηγή: Szasz και Hollender, 1955, σελ. 586)<sup>181</sup>**

	Μοντέλο	Ρόλος του Γιατρού	Ρόλος του ασθενή	Κλινική εφαρμογή του μοντέλου σε ασθένειες	Πρότυπο του μοντέλου
1.	<i>Ενεργητικότητα</i> - <i>Παθητικότητα</i>	Κάνει κάτι στον ασθενή, χωρίς τη δική του συμμετοχή	Αποδέκτης (ανίκανος να αντιδράσει ή να κινητοποιηθεί)	Αναισθησία, οξύ τραύμα, κώμα, ντελίριουμ, κ.λ.π.	<i>Γονέα - βρέφους</i>
2.	<i>Βοήθεια</i> - <i>συνεργατικότητα</i>	Υποδεικνύει στον ασθενή τι να κάνει	Συνεργάτης (υπακούει)	Οξεία τραύματα, μολυσματικές ασθένειες, κ.λ.π.	<i>Γονέα - παιδιού (εφήβου)</i>
3.	<i>Αμοιβαία συμμετοχή</i>	Βοηθά τον ασθενή να βοηθήσει τον εαυτό του	Συμμετέχον στη 'συνεργασία' (χρησιμοποιεί βοήθεια ειδικού)	Οι περισσότερες χρόνιες ασθένειες, κλπ	<i>Ενήλικου - ενήλικου</i>



## 1.2.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ 'ΑΝΤΑΛΛΑΓΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ'

Στην κατηγορία αυτή, το ενδιαφέρον των ερευνητών, όσον αφορά τη σχέση γιατρού-ασθενή, επικεντρώνεται πρωτίστως, στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η ανταλλαγή 'πληροφορίας' στο κλινικό πλαίσιο. Οι θεωρητικοί των μοντέλων που ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία (Katz et al, 1967· Bales, 1968· Stiles, 1978)<sup>54, 55, 57</sup>, υποστηρίζουν πως η πληροφορία, από μόνη της, αποτελεί το στοιχείο εκείνο, που μειώνει ή εξαλείφει το άγχος των ασθενών. Σύμφωνα με τους Waitzkin και Stoeckle (1976)<sup>1</sup>, η διαδικασία της ανταλλαγής της πληροφορίας, αλλά και το ποσοστό που ανταλλάσσεται, εξαρτάται από παράγοντες, όπως είναι οι παρακάτω:

- τα χαρακτηριστικά του γιατρού,
- τα χαρακτηριστικά του ασθενή αλλά και
- τα χαρακτηριστικά της κατάστασης, στην οποία γίνεται η αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενή.

Για το λόγο αυτό, το περιεχόμενο της πληροφορίας είναι δυνατό να ποικίλει, ανάλογα με τη συναισθηματική εμπλοκή που χαρακτηρίζει και τις δύο πλευρές, γεγονός που θα καθορίσει τις προεκτάσεις και το βάθος της ανταλλαγής.

Η βάση της κατηγορίας αυτής έγκειται στο ότι η ανταλλαγή πληροφορίας που πραγματοποιείται μεταξύ γιατρού-ασθενή, σε κάθε περίπτωση, αποσκοπεί στην εδραίωση ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος (West, 1983)<sup>210</sup>. Ξεκινώντας λοιπόν από τη συγκεκριμένη αρχή, οι Tuckett και Williams (1984)<sup>87</sup> εντόπισαν τις πιθανές λειτουργίες της ανταλλαγής πληροφορίας, οι οποίες αποβλέπουν στη ρύθμιση των διαδικαστικών θεμάτων που ανακύπτουν. Σύμφωνα λοιπόν με τους ίδιους, οι λειτουργίες που συντελούνται κατά τη διαδικασία ανταλλαγής πληροφορίας, είναι οι παρακάτω:

- η διερεύνηση των γεγονότων από το γιατρό (με σκοπό τη διευκόλυνση του ασθενή να τακτοποιήσει τις σκέψεις του),
- η προσπάθεια να πεισθεί ο ασθενής (όσον αφορά στην επιλογή μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης που πρέπει να εφαρμοστεί),
- η διευκόλυνση του ασθενή, όσον αφορά στην απόφαση (με σκοπό να υπάρξει συμφωνία στην επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας για τον ασθενή),



- ο έλεγχος της κατάστασης συνεργασίας με τον ασθενή, που εδραιώθηκε από το γιατρό (η οποία βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την κοινωνική ή την επαγγελματική πορεία του ασθενή).

Αρχικά, οι Tuckett και Williams (1984)<sup>87</sup> εντόπισαν στη βιβλιογραφία 247 διαφορετικές μεταβλητές επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης, οι οποίες σύμφωνα με τη Roter και τους συνεργάτες της (1988)<sup>248</sup> κωδικοποιούνται σε πέντε κατηγορίες. Αυτές είναι οι παρακάτω:

- η παροχή πληροφορίας (όπου συμπεριλαμβάνονται όλες εκείνες οι κατηγορίες, που συμβάλλουν στην επεξεργασία οποιουδήποτε υλικού για την κατανόηση της κατάστασης και την απόκτηση γνώσης),
- η αναζήτηση πληροφορίας (όπου συμπεριλαμβάνεται το αίτημα του ασθενή για πληροφόρηση, επιβεβαίωση ή επιπλέον κατανόηση),
- η κοινωνική συζήτηση (όπου περιλαμβάνονται σχόλια προσωπικού επιπέδου),
- η θετική συζήτηση (σε άμεση συνάρτηση με τον τόνο της φωνής που παρέχει θετικά συναισθήματα) και τέλος,
- η αρνητική συζήτηση (σε άμεση συνάρτηση με τον τόνο της φωνής που παρέχει αρνητικά συναισθήματα).

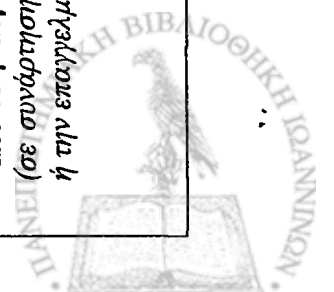
Συνοπτική παρουσίαση των μεταβλητών που σχετίζονται με το αποτέλεσμα της ανταλλαγής της πληροφορίας, όπως αυτές εντοπίζονται στη βιβλιογραφία (Tuckett & Williams, 1984)<sup>87</sup>, γίνεται στον Πίνακα 2.

Παράλληλα δε, ορισμένοι συγγραφείς τονίζουν τη σπουδαιότητα που κατέχουν στην ανταλλαγή πληροφορίας, τα στυλ συμπεριφοράς γιατρού και ασθενή, σύμφωνα με τα μοντέλα αλληλεπίδρασης (Byrne & Long, 1976)<sup>249</sup>, ενώ ταυτόχρονα, ανιχνεύουν και τη σημασία της μη-λεκτικής επικοινωνίας (Pietroni, 1976· Mehrabian, 1968, 1969)<sup>250, 251, 252</sup>. Για παράδειγμα, οι Larsen και Smith (1981)<sup>253</sup>, μελέτησαν το βαθμό 'εγγύτητας' ανάμεσα σε δύο άτομα, κατά τη διάρκεια αλληλεπίδρασης (π.χ., σωματική επαφή, απόσταση, χειρονομίες, οπτική επαφή), καθώς επίσης και το βαθμό έντασης ή χαλάρωσης που διαφαίνονταν από την πλευρά των ασθενών, στο βαθμό που ανταποκρίνονταν στις ερωτήσεις που τους απηύθυναν οι γιατροί.



**Πίνακας 2. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ  
ΤΗΣ ΑΝΤΑΛΛΑΓΗΣ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ**  
(Πηγή: *Tuckett & Williams, 1984, σελ. 572*)<sup>87</sup>

Πιθανές λειτουργίες της ανταλλαγής πληροφορίας	Πιθανό περιεχόμενο της πληροφορίας	Πιθανές μέθοδοι ανταλλαγής πληροφορίας	Πιθανά αποτελέσματα
<p>1. 'Διερεύνηση των γεγονότων' (με σκοπό τη διευκόλυνση του ασθενή να τακτοποιήσει τις σκέψεις του)</p>	<p>1. Θεματολογία π.χ. α) διάγνωση β) θεραπεία γ) πρόληψη μελλοντικού επεισοδίου δ) κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες (των προβλημάτων και της θεραπείας / πρόληψη)</p>	<p>1. Ανταπόκριση του γιατρού (α) στον ασθενή ως άτομο (β) στο περιεχόμενο των λεγόμενων του ασθενή</p>	<p>1. Γνωστικά π.χ. ανάκληση και κατανόηση των λεχθέντων από το γιατρό και των λόγων που τα είπε, αποδοχή των λεγόμενων του γιατρού.</p>
<p>2. 'Προσπάθεια να πεισθεί ο ασθενής' (αφορά την επιλογή μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης που πρέπει να εφαρμοστεί)</p>	<p>2. Βάθος π.χ. α) Μοίρασμα της πληροφορίας σε βάθος (π.χ. τι είδους διάγνωση, θεραπεία, κ.λ.π.) β) Επεξήγηση στον ασθενή, της θεραπείας που θα ακολουθηθεί (π.χ. γιατί αυτή η διάγνωση, θεραπεία; Γιατί είμαι άρρωστος τώρα; κ.λ.π.)</p>	<p>2. Τεχνικές (α) Οργάνωσης π.χ. σαφής κατηγοριοποίηση, επεξήγηση των σταδίων επίλυσης των προβλημάτων. (β) Λεξιλογίου π.χ. ορολογία, μικρές λέξεις και προτάσεις, με σκοπό την κατανόηση. (γ) Βοηθημάτων π.χ. φυλλάδια, διαγράμματα, ταινίες.</p>	<p>2. Συναισθηματικά π.χ. ικανοποίηση του ασθενή - ικανοποίηση του γιατρού ότι οι ασθενείς έγιναν κατανοητοί, κατανόηση του ρόλου των γιατρών, του άγχους των ασθενών και των γιατρών, καθώς επίσης και της αίσθησης των γιατρών ότι βρίσκονται υπό 'συνεχή έλεγχο', όπως επίσης και της εξιδανίκευσης των γιατρών από τους ασθενείς.</p>
<p>3. 'Διευκόλυνση απόφασης για τον ασθενή' (με σκοπό να επιλέξει ο ασθενής την πιο ορθή για εκείνον, αντιμετώπιση του προβλήματος)</p>	<p>β) Επεξήγηση στον ασθενή, της θεραπείας που θα ακολουθηθεί (π.χ. γιατί αυτή η διάγνωση, θεραπεία; Γιατί είμαι άρρωστος τώρα; κ.λ.π.)</p>	<p>(δ) Άμεσων κινήσεων κινητοποίησης π.χ. εκδήλωση ενδιαφέροντος για προηγούμενη λήψη φαρμάκων, δίνοντας έμφαση στη συνέπεια της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή, τονίζοντας παράλληλα τη σπουδαιότητα της συνέχειας.</p>	<p>3. Συμπεριφορικά π.χ. συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, τήρηση των ραντεβού, τροποποιήσεις στον τρόπο ζωής, μείωση της εξάρτησης, κ.λ.π.</p>
<p>4. 'Έλεγχος της κατάστασης συνεργασίας, που εδραιώθηκε από το γιατρό' (σε συνάρτηση με την κοινωνική ή την επαγγελματική του πορεία)</p>			<p>4. Κλινικά π.χ. βελτίωση της κατάστασης των ασθενών</p>



Δεν ήταν όμως και λίγοι εκείνοι που περιορίστηκαν στην κωδικοποίηση της μη-λεκτικής επικοινωνίας. Για παράδειγμα, η Ann Cartwright (Tuckett & Williams, 1984)<sup>87</sup> και ο Hawkins (1979)<sup>78</sup> εστίασαν την προσοχή τους στην εντύπωση που αποκομίζουν οι ασθενείς, για το ποσοστό και το είδος της πληροφορίας που λαμβάνουν από τους γιατρούς, ρωτώντας τους ίδιους τους ασθενείς. Άλλες πάλι μελέτες επικεντρώθηκαν στη μεταδοτικότητα των γιατρών, ελέγχοντας το ποσοστό της πληροφορίας που μπορούν να ανακαλέσουν οι ασθενείς, έπειτα από τις συναντήσεις που προηγήθηκαν με το γιατρό (Ley et al, 1973, 1976)<sup>254, 255</sup>.

Σε μία προσπάθεια να αντιπαρατεθούν τα αποτελέσματα όλων αυτών των ερευνών, συνοπτική παρουσίαση των οποίων γίνεται στους Πίνακες 3 και 4, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι διερευνούν μονομερώς τη σημασία που κατέχει η επικοινωνία γιατρού-ασθενή στο αποτέλεσμα.

Οποιοσδήποτε μετρήσεις του είδους, χρειάζεται να επιχειρούνται με την έσχατη δυνατή προσοχή, αφού και το αίτημα του ασθενή στη διάρκεια της θεραπείας, είναι πιθανό να είναι 'κυλιόμενο', μεταβαλλόμενο δηλαδή και εναλλασσόμενο (Inui et al, 1982· Wasserman & Inui, 1983)<sup>256, 257</sup>. Είναι πιθανό επίσης, τα θετικά αποτελέσματα της μεταξύ τους επικοινωνίας να αναγνωριστούν μονομερώς, είτε από την πλευρά του ασθενή, είτε του γιατρού, ανεξάρτητα σχεδόν από τη φαινομενική της αποτελεσματικότητα ως προς τα αιτήματα του ασθενή, αυτά καθεαυτά (Wasserman & Inui, 1983)<sup>257</sup>.

Είναι δυνατό με άλλα λόγια, σε μια περίπτωση ασθενούς, το αίτημά του περί ανάγκης του για θεραπευτική διαχείριση της κατάστασής του, να ικανοποιηθεί στο έπακρο, παρά ταύτα, ο ασθενής να μείνει παντελώς ή μερικώς ανικανοποίητος από την εμπειρία του. Και είναι εξίσου δυνατό, σε μία περίπτωση ασθενή, όπου η θεραπεία του δεν είναι καθολοκλήρου θετική, ο ίδιος να αποχωρήσει με σαφή αντίληψη περί της ύψιστης ικανοποίησής του για την εμπειρία του και για τον τρόπο που χειρίστηκε το όλο θέμα, σε συνεργασία με το γιατρό του. Κατά συνέπεια, η αντικειμενικότητα και η υποκειμενικότητα συνδιαπλέκονται, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις, η αναγνώριση της βαρύτητας της δεύτερης, τείνει να ξεπερνά τη σημαντικότητα που προσδίδεται στην πρώτη.





**Πίνακας 3. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΕΡΕΥΝΟΥΝ ΤΗ ΣΧΕΣΗ  
ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ, ΕΣΤΙΑΖΟΝΤΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ  
ΑΝΤΑΛΛΑΓΗΣ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ**

(Πηγή: *Tuckett & Williams, 1984, σελ. 573*)<sup>87</sup>

ΕΡΕΥΝΕΣ	ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ
1. Davis (1968, 1971) <sup>260, 261</sup> Korsch et al (1968) <sup>69</sup> Francis et al (1969) <sup>33</sup> Freemont et al (1971) <sup>259</sup>	Τροποποίησαν το μοντέλο του Bales: Γινόταν συμβουλευτική και παροχή πληροφορίας και από τις δύο πλευρές. Αποτελεί μία ολιστική μέθοδο, όπου ο γιατρός καθοδηγεί, εκφράζει αλλά και ελέγχει. Χαρακτηρισμός του γιατρού ή του ασθενή σε επιθετικός ή φιλικός, κ.α.	Ικανοποίηση - συμμόρφωση του ασθενή στις οδηγίες του γιατρού.
2. Ley et al (1973) <sup>254</sup>	Σαφής κατηγοριοποίηση των δηλώσεων που γίνονται.	Ανάκληση της πληροφορίας από τον ασθενή.
3. Svarstad ( <i>Tuckett &amp; Williams, 1984</i> ) <sup>87</sup>	Ποιότητα των ιατρικών οδηγιών. Ποιότητα στην παρακίνηση από την πλευρά του γιατρού (για παράδειγμα, ικανότητα προσέγγισης του γιατρού από τον ασθενή, έμφαση στην κατανόηση της θεραπείας).	Ανάκληση της πληροφορίας από τον ασθενή - κατανόηση και αποδοχή των λεπτομερειών οδηγιών και συμμόρφωση του ασθενή.
4. Ley et al (1976) <sup>77</sup>	Χρησιμοποίηση πέντε προτεινόμενων τεχνικών: (1)παροχή συμβουλής και πληροφορίας από την πρώτη επαφή. (2)επισήμανση της σπουδαιότητας της συνέχειας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, (3)μικρές λέξεις και προτάσεις. (4)σαφείς κατηγορίες. (5)συγκεκριμένη πληροφορία.	Ανάκληση της πληροφορίας από τον ασθενή-ικανοποίηση-κατανόηση που επισημαίνεται-συμμόρφωση.
5. Bertakis (1977) <sup>485</sup>	Έλεγχος του ποσοστού κατανόησης από την πλευρά του ασθενή	Ανάκληση της πληροφορίας από τον ασθενή - ικανοποίηση.
6. Bain (1976, 1977) <sup>224, 265</sup>	Κωδικοποίηση του τρόπου έκφρασης γιατρών και ασθενών σε συγκεκριμένες δραστηριότητες: για παράδειγμα, κοινωνική ανταλλαγή, ενθάρρυνση, υποβολή ερωτήσεων, λύση του προβλήματος, καθοδήγηση.	Γνώση της κατάστασης από τον ασθενή - ικανοποίηση.
7. Stiles et al (1979) <sup>264</sup>	Λεκτικός τρόπος ανταπόκρισης του γιατρού, π.χ. περιγραφικός, επεξηγηματικός.	Ικανοποίηση του ασθενή.
8. Larsen & Smith (1981) <sup>253</sup>	Καταγραφή μη-λεκτικών τρόπων ανταλλαγής της πληροφορίας: άνεση, ανταπόκριση.	Ικανοποίηση του ασθενή - 'κατανόηση'.
9. Inui et al (1982) <sup>256</sup>	Αντιπαράθεση των τροποποιήσεων που έγιναν στα μοντέλα των Korsch και Roter με τα λεκτικά μοντέλα των Bales και Stiles.	Γνώση της κατάστασης από τον ασθενή, ικανοποίηση, συμμόρφωση.

**Πίνακας 4. ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΕΡΕΥΝΟΥΝ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ  
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΑΝΤΑΛΛΑΓΗΣ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ,  
ΩΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ**

*(Πηγή: Tuckett & Williams, 1984, σελ. 574)<sup>87</sup>*

ΜΕΛΕΤΕΣ	ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΥ ΜΕΛΕΤΗΘΗΚΕ
<i>(α) Μελέτες που αναφέρονται σε μεθόδους συμβουλευτικής στη σχέση γιατρού-ασθενή</i>	
1. Byrne & Long (1976) <sup>266</sup>	Μελετήθηκε η συμπεριφορά του γιατρού, η οποία χαρακτηρίστηκε ως πελατοκεντρική ή ιατροκεντρική. Δόθηκε έμφαση στην καθοδήγηση και στη διευκόλυνση του ασθενή από το γιατρό, όσον αφορά στη διαδικασία επιλογής της καταλληλότερης θεραπευτικής λύσης.
2. Pridham & Hansen (1980) <sup>267</sup>	Παρόμοια με την προηγούμενη.
3. Advani (1973) <sup>263</sup>	Παρόμοια με του Davis (1968, 1971) <sup>260, 261</sup> (Πίνακας 3). Η διαφορά έγκειται στην έμφαση που δόθηκε στην πληροφόρηση που παρέχεται όσον αφορά στη θεραπεία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.
4. Waitzkin & Stoeckle (1976) <sup>1</sup>	Μελετήθηκε η ποσότητα της πληροφορίας που παρέχεται.
5. Lucas (1978) <sup>490</sup>	Μελετήθηκε ο αριθμός δηλώσεων και λέξεων που αφορούν την πληροφορία κι έγινε η ταξινόμηση αυτών σε 28 κατηγορίες.
<i>(β) Μελέτες που συνδέουν κοινωνικές μεταβλητές με γεγονότα συμβουλευτικής στη σχέση γιατρού-ασθενή</i>	
1. Wallen et al (1979) <sup>295</sup>	Παρόμοια με την έρευνα του Waitzkin και Stoeckle (1976) <sup>1</sup> .
2. Pendleton & Bochner (1980) <sup>346</sup>	Μελετήθηκε ο αριθμός των επεξηγήσεων και καταγράφηκε ο χρόνος που διατέθηκε για το λόγο αυτό.
<i>(γ) Μελέτες που αφορούν τη συμπεριφορά του ασθενή στη σχέση γιατρού-ασθενή</i>	
1. Boreham & Gibson (1978) <sup>269</sup>	Μελετήθηκαν οι πληροφορίες που δίνονταν σχετικά με την ασθένεια, τη διάγνωση, αναφορές σε τυχόν αλλαγές στην κατάσταση, πιθανή αιτιολογία κι εξέλιξη της πορείας. Μελετήθηκαν επίσης οι πληροφορίες που δόθηκαν σχετικά με τη θεραπεία, όπως η ονομασία του φαρμάκου, ο τρόπος χορήγησής του, το αποτέλεσμα από τη λήψη του, τυχόν παρενέργειες.



Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, η σχέση γιατρού-ασθενή με βάση τη διαδικασία 'ανταλλαγής πληροφορίας' εκφράζεται μέσα από την παρουσίαση των μοντέλων του Katz (1967)<sup>54</sup>, του Bales (1968)<sup>55</sup> και του Stiles (1978)<sup>57</sup>.

Στην κριτική που έγινε από τον Inui και τους συνεργάτες του (1982)<sup>256</sup>, οι οποίοι έκαναν συγκριτική παρουσίαση των τριών 'συστημάτων' αλληλεπίδρασης που αφορούν στην ανταλλαγή πληροφορίας και τα μελέτησαν σε σχέση με τα αποτελέσματά, κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι κανένα από τα παραπάνω δεν αποτελεί ένα ολιστικό μοντέλο καταγραφής της σχέσης γιατρού-ασθενή και σίγουρα δεν μπορεί να οδηγήσει σε προβλέψεις σχετικά με το αποτέλεσμα.

Συνοπτική παρουσίαση των μοντέλων επικοινωνίας, με βάση τη διαδικασία 'ανταλλαγής πληροφορίας', παρατίθεται στον Πίνακα 5. Αναλυτικότερα:

### I. Το Μοντέλο του Katz (1967)<sup>54</sup>

Το Μοντέλο της Ανάλυσης του Συστήματος Ανταλλαγής (Resource Exchange Analysis System) του Katz (1967)<sup>54</sup> προτάθηκε αρχικά από τον Richard Longabaugh (1963)<sup>258</sup>, που εφήρμοσε τη θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής στη διαπροσωπική επικοινωνία, η οποία υποστηρίζει ότι οι εθελοντικές κοινωνικές ενέργειες εξαρτώνται από την ενίσχυση των άλλων.

Το μοντέλο του Katz ταξινομεί τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η ανταλλαγή της πληροφορίας, διακρίνοντας δύο κατηγορίες: την εισαγωγή και την ανταπόκριση. Στο εισαγωγικό μέρος ανήκουν οι δηλώσεις ανίχνευσης, προσφορά και αποστέρησης, ενώ στο κομμάτι της ανταπόκρισης εμπεριέχονται οι δηλώσεις αποδοχής, απόρριψης και αδιαφορίας.

Αρχικά, ο Longabaugh προσδιόρισε τρεις κατηγορίες, σε μελέτες που έκανε για την αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού (πληροφορία, υποστήριξη κι έλεγχο). Στη συνέχεια, ο Katz και οι συνεργάτες του εντόπισαν 94 κατηγορίες όπως: πληροφορία (ιατρικής φύσεως ή γραφειοκρατικής), προσοχή (ιατρική ή προσωπική), συνεργασία, επεξήγηση, ενθάρρυνση, κ.α.

Ως πλεονέκτημα του συγκεκριμένου μοντέλου, εκλαμβάνεται η έμφαση που δίνεται στο περιεχόμενο της επικοινωνίας και στο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο αλληλεπιδρούν γιατρός και ασθενής. Το μειονέκτημα του μοντέλου αυτού εντοπίζεται στο γεγονός ότι, οι κατηγορίες είναι ετερογενείς, η κωδικοποίηση δηλαδή της πληροφορίας υπόκειται σε διαφορετικού τύπου ταξινόμηση για τη μία και την άλλη πλευρά. Κατά συνέπεια, υπάρχει

σημαντική διαφορά ανάμεσα στα είδη πληροφορίας που δίνονται και από τις δύο πλευρές, γεγονός που είναι πιθανό να οδηγήσει στη μη-αξιοποίηση της λεκτικής πληροφορίας.

## II. Το Μοντέλο του Bales (1968)<sup>55</sup>

Η ανάλυση της έννοιας της διαπροσωπικής επικοινωνίας αναπτύχθηκε αρχικά από τον Bales (1968)<sup>55</sup>, με σκοπό να χρησιμοποιηθεί στην 'έρευνα της κοινωνικής και συναισθηματικής συμπεριφοράς των ανθρώπων στις μικρές ομάδες'. Το σύστημα του Bales αποτέλεσε το πιο διαδεδομένο μοντέλο διαπροσωπικής ανάλυσης και σχημάτισε τη βάση για μελλοντικές έρευνες, που αφορούν στον αντίκτυπο της σχέσης θεραπευτή-ασθενή (Freemon et al, 1971· Davis, 1968, 1971· Francis et al, 1969· Korsch et al, 1968· Bales, 1968)<sup>259, 260, 261, 53, 262, 55</sup>.

Το μοντέλο αυτό μελετά κυρίως τη λεκτική συμπεριφορά των συμμετεχόντων, παρόλο που η μη-λεκτική συμπεριφορά καταγράφεται με τον ίδιο τρόπο. Η επικοινωνιακή ανταλλαγή κωδικοποιείται βάσει 12 κατηγοριών, οι οποίες διακρίνονται σε δύο ομάδες (Wasserman & Inui, 1983)<sup>257</sup>:

- A) η πρώτη ομάδα περιέχει δηλώσεις θετικού ή αρνητικού συναισθηματικού περιεχομένου (συμπάρασταση, απελευθέρωση έντασης, συμφωνία, διαφωνία, ανταγωνισμό), ενώ
- B) η δεύτερη ομάδα κατηγοριοποιεί δηλώσεις, που εμπεριέχουν ουδέτερη ανταλλαγή πληροφορίας (συμβουλές, οριοθέτηση).

Η κάθε πληροφορία ή δήλωση κατατάσσεται σε μία και μόνο κατηγορία από τους ερευνητές.

Η πιο συνήθης στρατηγική ανάλυσης είναι η κωδικοποίηση των αντιδράσεων του γιατρού και του ασθενή και η συσχέτισή τους με το αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, ο Freemon και οι συνεργάτες του (1971)<sup>259</sup>, όπως επίσης και ο Davis (1968, 1971)<sup>260, 261</sup> κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, οι δηλώσεις που αφορούν αρνητική συναισθηματική διακίνηση του ασθενή, μπλοκάρουν τη διαδικασία ικανοποίησης, συμμόρφωσης του ασθενή στη θεραπεία και κατά προέκταση, την εδραίωση θεραπευτικής σχέσης.

Το μοντέλο του Bales διαπραγματεύεται τόσο το περιεχόμενο, όσο και την επικοινωνία που δημιουργείται στη θεραπευτική σχέση. Κι ενώ αποδείχτηκε αξιόπιστη και αποτελεσματική η προσέγγισή του, η αδυναμία του έγκειται σε δύο σημεία:

- A) Αφενός στη δυσκολία καταγραφής μιας δήλωσης που πιθανόν να εμπεριέχει διπλό μήνυμα. Για παράδειγμα, σε ερώτηση του ασθενή εάν πρόκειται να πεθάνει ή όχι, ή σε



ανάλογου τύπου ερωτήσεις που εμπεριέχουν δήλωση ή ένταση, το σύστημα του Bales παρουσιάζει αδυναμία και κατευθύνει τον ερευνητή, να επιλέξει ανάμεσα σε δύο κατηγορίες κωδικοποίησης της πληροφορίας, με αποτέλεσμα να μην αξιοποιείται πολύτιμη πληροφορία.

B) Αφετέρου στην αποτυχία σύνδεσης του περιεχομένου της συνάντησης, όπως είναι η ανακοίνωση της διάγνωσης ή η σύσταση μιας δυσάρεστης θεραπείας για τον ασθενή, με το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθενή.

Οι μελέτες των Advani (1973)<sup>263</sup>, Davis (1968, 1971)<sup>260, 261</sup>, καθώς και του Korsch και των συνεργατών του (1968, 1971, 1972)<sup>69, 262, 264</sup>, αποτελούν παραδείγματα της προσέγγισης του Bales. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές υιοθέτησαν το μοντέλο διερεύνησης της Διαδικασίας Αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθενή, κωδικοποιώντας όλες τις λεκτικές αντιδράσεις, είτε αυτές αφορούν θετικό και αρνητικό συναίσθημα, είτε μια ουδέτερη ανταλλαγή πληροφορίας. Οι κατηγορίες κωδικοποίησης όμως που πρότειναν, ήταν γενικού περιεχομένου με αποτέλεσμα να χάνεται σημαντικό ποσοστό πληροφορίας.

Το μοντέλο του Bales δεν εφαρμόστηκε στην Αγγλία, παρόλο που αναπτύχθηκε μία παρόμοια συστηματική ανάλυση από τον Bain (1976, 1977)<sup>224, 265</sup> ο οποίος κατηγοριοποιούσε τα λεγόμενα του γιατρού σε πέντε κατηγορίες:

- κοινωνική ανταλλαγή,
- ενδυνάμωση,
- υποβολή ερωτήσεων,
- επίλυση προβλημάτων και
- καθοδήγηση.

Ο Bain ωστόσο, δεν αναφέρει καμία συσχέτιση ανάμεσα στις κατηγορίες που επεσήμανε και στο αποτέλεσμα της θεραπείας.



## Πίνακας 5. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΑΛΛΗΛΕΠΗΡΑΣΗΣ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ

(Πηγή: Wasserman & Inui, 1983, σελ.285)<sup>257</sup>

Κριτήρια	Μοντέλο του Bales	Τροποποιημένο μοντέλο της Roter	Μοντέλο του Stiles	Μοντέλο του Katz
Ταξινόμηση της πληροφορίας	Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η ταξινόμηση και η κωδικοποίηση των 'υποδείξεων' του γιατρού, των 'γνωμών' του ασθενή και της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης είναι περιορισμένης περιγραφικής ισχύος.	Η αναθεωρημένη ταξινόμηση του μοντέλου του Bales περιλαμβάνει μοναδικές κατηγορίες για το γιατρό και τον ασθενή, βελτιώνοντας το χαρακτηρισμό της ανταλλαγής πληροφορίας.	Πρωτότυπη κι εξαντλητική ταξινόμηση της ανταλλαγής πληροφορίας, εστιάζοντας στη λεκτική επικοινωνία.	Ροή πληροφορίας: Η κωδικοποίηση της πληροφορίας έγκεται στο χαρακτηρισμό της συγκεκριμένης κατάστασης.
Περιεχόμενο και μορφή της σχέσης	Το περιεχόμενο δεν είναι καθορισμένο. Οι κατηγορίες που αφορούν τη σχέση, κατευθύνουν την επιλογή ανάμεσα σε πληροφοριακά και συγκινησιακά επίπεδα, με πιθανή δυνατή απώλεια στοιχείων.	Το περιεχόμενο κωδικοποιείται σε συγκεκριμένες κατηγορίες. Μειωμένος αριθμός συγκινησιακών κατηγοριών σε σχέση με την εκδοχή του Bales.	Το περιεχόμενο δεν είναι συγκεκριμένο. Σχετίζεται κυρίως με τη συντακτική έκφραση, αγνοώντας το συγκινησιακό επίπεδο.	Το περιεχόμενο δεν είναι συγκεκριμένο. Οι κατηγορίες που αφορούν στη σχέση κατευθύνουν την επιλογή ανάμεσα σε πληροφοριακά και συγκινησιακά επίπεδα, με πιθανή δυνατή απώλεια στοιχείων, όπως συμβαίνει στο σύστημα του Bales.
Πλαίσιο	Το πλαίσιο στο οποίο γίνεται η αλληλεπίδραση ενσωματώνεται στον τρόπο κωδικοποίησης του επικοινωνιακού συνεχούς, αλλά δεν υπόκειται σε κατηγορίες.	Το πλαίσιο ενσωματώνεται μερικώς στο σχήμα κατηγοριοποίησης.	Το πλαίσιο ενσωματώνεται στο 'σκοπό', σε επίπεδο κωδικοποίησης της έκφρασης κι όχι σε επίπεδο συμπεριφοράς.	Το περιεχόμενο ενσωματώνεται στην κωδικοποίηση του επικοινωνιακού συνεχούς.
Κανάλια επικοινωνιακής συμπεριφοράς	Κατάλληλα εφαρμόσιμα στη λεκτική και στη μη-λεκτική επικοινωνία.	Κατάλληλα εφαρμόσιμα στη λεκτική και μη-λεκτική επικοινωνία.	Περιορισμένο στη λεκτική επικοινωνία.	Κατάλληλα εφαρμόσιμα στη λεκτική και μη-λεκτική επικοινωνία.
Σειρά αλληλεπιδράσεων	Διαδοχική ανάλυση εφικτή.	Διαδοχική ανάλυση εφικτή.	Διαδοχική ανάλυση εφικτή.	Διαδοχική ανάλυση πιθανόν δυνατή.
Κλινική σημασία (συνάφεια, σχέση)	Χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση σε κλινική κατάσταση.	Η εφαρμογή του στην κλινική κατάσταση είναι αξιόπιστη.	Η εφαρμογή του στην κλινική κατάσταση είναι δυσνόητη.	Χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση στην κλινική κατάσταση.

Σημαντική ήταν η προσπάθεια που έγινε από την πλευρά των Waitzkin και Stoeckle (1976)<sup>1</sup>, η οποία διαφέρει στη σύλληψή της από τα προηγούμενα μοντέλα, αν και τελικά αμφισβητήθηκε η αξιοπιστία της από τους Wasserman και Inui (1983)<sup>257</sup>. Συγκεκριμένα, οι Waitzkin και Stoeckle προσπάθησαν να διερευνήσουν το βάθος της πληροφορίας που δίνεται από τους θεράποντες γιατρούς στους ασθενείς. Στην έρευνα που διεξήχθη από μέρους τους, συμμετείχαν πολλοί εξωτερικοί κριτές, έργο των οποίων ήταν, όχι μόνο η ποσοτικοποίηση της πληροφορίας, αλλά και η καταγραφή της πληροφορίας που χάνεται.

Αξιοσημείωτη είναι η τροποποίηση του μοντέλου του Bales, που έγινε από τη Roter (1977)<sup>56</sup>, με σκοπό να χρησιμοποιηθεί η επικοινωνία του γιατρού-ασθενή ως μία εξαρτημένη μεταβλητή για την εκτίμηση της ιατρικής παρέμβασης. Στην ουσία πρόκειται για ένα μοντέλο διαφορετικό από το προηγούμενο, στο οποίο εντάσσονται οκτώ νέες κατηγορίες σύμφωνα με τη Roter. Η διαφοροποίηση στο μοντέλο αυτό έγκειται επίσης στο γεγονός ότι, η ταξινόμηση των κατηγοριών είναι ευδιάκριτη, ενώ η ανταπόκρισή του στην έρευνα είναι καλύτερη. Παρόλα αυτά, και στα δύο μοντέλα ασκήθηκε η ίδια μορφή κριτικής, κυρίως για το λόγο ότι δεν ταυτίζονται οι κατηγορίες μεταξύ τους για γιατρό και ασθενή, γεγονός που οδηγεί σε απώλεια πληροφορίας (Wasserman & Inui, 1983)<sup>257</sup>.

Οι Byrne και Long (1976)<sup>266</sup> και στη συνέχεια οι Pridham και Hansen (1980)<sup>267</sup> ανέπτυξαν ένα διαφορετικό - σε σχέση με τα προηγούμενα - μοντέλο αλληλεπίδρασης, που βασίζεται πιο πολύ στο μοντέλο του Bales. Οι ερευνητές ωστόσο περιορίστηκαν στην κωδικοποίηση της συμπεριφοράς του γιατρού, ενώ οι Pridham και Hansen επέκτειναν τη μέθοδό τους, κωδικοποιώντας και τις αντιδράσεις των ασθενών. Το σύστημα που αναπτύχθηκε από τους παραπάνω, τους έδινε τη δυνατότητα να αναφέρουν και το χρόνο που καταναλώθηκε σε κάθε κατηγορία της ταξινόμησής τους.

### III. Το Μοντέλο του Stiles (1978)<sup>57</sup>

Ο William Stiles (1978)<sup>57</sup> ανέπτυξε ένα σύστημα κωδικοποίησης λεκτικών αντιδράσεων, που αφορά στην ανάλυση της δυαδικής επικοινωνίας και διαφοροποιείται από το μοντέλο του Bales, όσον αφορά στην κωδικοποίηση του περιεχομένου, και τα χαρακτηριστικά της λεκτικής επικοινωνίας (τόνος φωνής, γέλια - εκτόνωση της έντασης κ.λ.π.). Πιο συγκεκριμένα, ο Stiles και οι συνεργάτες του (1979)<sup>268</sup> ασχολήθηκαν με τον εντοπισμό των γεγονότων εκείνων, που επηρεάζουν τους ασθενείς στη σχέση τους με το



γιατρό τους, ενώ από τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση αντλούν συναισθήματα στοργής και ικανοποίησης από το γιατρό.

Το μοντέλο του Stiles βασίζεται στην ψυχο-γλωσσολογική θεωρία και κωδικοποιεί μόνο τη λεκτική επικοινωνία. Προτείνει μία εξαντλητική ταξινόμηση σε οκτώ λεκτικές κατηγορίες, βασιζόμενη κυρίως στην κωδικοποίηση των επιμέρους δηλώσεων, που γίνονται και από τις δύο πλευρές, όπως άρνηση, απόρριψη, επιβεβαίωση, συμβουλή.

Τα πλεονεκτήματα του μοντέλου του Stiles είναι ότι οι λεκτικές κατηγορίες είναι αναλυτικές και πρωτότυπες, περιγράφουν δε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την πληροφορία που μεταβιβάζεται. Ως μειονέκτημα εκλαμβάνεται το γεγονός ότι κωδικοποιεί μόνο τις αυστηρά δομημένες προτάσεις, ενώ δεν ασχολείται με την ποιότητα της επικοινωνίας (Stiles et al, 1979)<sup>268</sup>, η οποία σαφώς επηρεάζεται και από το μη-λεκτικό τρόπο έκφρασης.

Συνέχεια της προσπάθειας του Stiles αποτέλεσε η έρευνα των Boreham και Gibson (1978)<sup>269</sup>, οι οποίοι επιχείρησαν να διαχωρίσουν την πληροφορία που δίνεται κατά τη διάρκεια της συνάντησης, σε λεπτομερειακή και επιφανειακή. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων δεν μελετήθηκε από τους ερευνητές, καθώς επίσης απουσιάζει και η σύνδεση αυτών με το αποτέλεσμα της θεραπείας.

Ιδιαίτερα αξιόλογη θεωρείται η προσπάθεια που έγινε από την Svarstad (Tuckett & Williams, 1984)<sup>87</sup>, σε κλινική της Νέας Υόρκης και επικεντρώθηκε στην ποιοτική ανάλυση της πληροφορίας, στο τι λέγεται δηλαδή από τους γιατρούς στους ασθενείς κι όχι στο πώς λέγεται. Η προσπάθεια της Svarstad θεωρείται ολιστική, με την έννοια ότι βασίζει την προσπάθειά της, όχι μόνο στην ανάλυση του περιεχομένου, αλλά και των μεθόδων που επιλέγονται, για να γίνει αυτή η μετάδοση.





### 1.3 ΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΓΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Για την κατανόηση ωστόσο του όρου 'σχέση', καθώς και για τη θέση που κατέχει στη θεραπευτική διαδικασία, είναι απαραίτητη η αντιπαράθεση των επιμέρους διαστάσεων, που και οι δύο πλευρές - γιατροί και ασθενείς - της αποδίδουν. Όπως προκύπτει λοιπόν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, μπορεί το πραγματικό ζητούμενο να είναι η θεραπευτική σχέση, αλλά τα χαρακτηριστικά που της αποδίδουν, αφενός οι ασθενείς και αφετέρου οι γιατροί, διαφέρουν κατά πολύ (Rost et al, 1990)<sup>270</sup>.

Σε μία προσπάθεια συνδυασμού και διασταύρωσης των απόψεων που εκφράζουν οι ασθενείς και οι γιατροί για τη θεραπευτική σχέση, ο Rees (1993)<sup>112</sup> παραθέτει την ακόλουθη διαπίστωση: 'Η επικοινωνία γιατρού - ασθενή περιλαμβάνει δύο τομείς ιατρικής πρακτικής':

- A) τον τεχνικό τομέα (*the technical domain*): που αφορά στον καθορισμό της διάγνωσης και την επιλογή κατάλληλης θεραπείας και
- B) τον ανθρωπιστικό τομέα (*Samaritan (humanitarian) domain*): που αφορά στην υποστηρικτική φροντίδα που παρέχεται.

Σύμφωνα λοιπόν με τον Rees (1993)<sup>112</sup>, οι ασθενείς εκφράζουν την ανάγκη συνύπαρξης των δύο τομέων, σε αντίθεση με τους γιατρούς, οι οποίοι φαίνεται πως λειτουργούν βάση των αρμοδιοτήτων που τους προσδίδει ο ρόλος τους και ως επί το πλείστον, περιορίζονται στην κάλυψη του πρώτου τομέα.

Επιπλέον, σύμφωνα με τον ίδιο, ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν οι δύο πλευρές - γιατροί και ασθενείς - και κατά συνέπεια η διαμόρφωση της μεταξύ τους σχέσης, διέπεται από τη λειτουργία δύο μοντέλων συμμόρφωσης, που συναντώνται στην κλινική πρακτική της ιατρικής (Rees, 1993)<sup>112</sup>. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για:

- το μοντέλο της σχέσης ως γεγονός (*'event model'*): όπου η συμμόρφωση του ασθενή αφορά στην ιατρική απόφαση ως μία μεμονωμένη ενέργεια και πραγματοποιείται σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή, συνήθως πριν από τη θεραπεία. Στο μοντέλο αυτό, η έμφαση δίνεται στην επιλεκτική διάθεση της πληροφορίας από το γιατρό, ενώ οι ασθενείς διατηρούν την πρωτοβουλία να αποφασίσουν το αν θα αποδεχθούν ή όχι τις συστάσεις του γιατρού.
- το μοντέλο της σχέσης ως διαδικασία (*'process model'*): όπου η συμμόρφωση του ασθενή αφορά στη σχέση γιατρού-ασθενή σε όλα τα στάδια λήψης αποφάσεων, με συνεχή



διατήρηση της φροντίδας του ασθενή από το γιατρό και την ενεργό συμμετοχή του ασθενή.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, το πρώτο μοντέλο που χαρακτηρίζει τη σχέση ως γεγονός ('event model'), συναντάται στο νοσοκομειακό πλαίσιο, ενώ το δεύτερο μοντέλο που αντιλαμβάνεται τη σχέση ως διαδικασία ('process model'), αποτελεί εξέλιξη του πρώτου, όπου κύριο ρόλο κατέχει η ενεργός συμμετοχή των ασθενών στη λήψη των ιατρικών αποφάσεων.

### 1.3.1 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΥ ΔΙΝΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Μία ικανοποιητική σχέση γιατρού-ασθενή είναι σκόπιμο να πληρεί ορισμένες προδιαγραφές. Όπως λοιπόν την ορίζουν οι ασθενείς, η θεραπευτική σχέση πρέπει:

1. *Να είναι ενεργητική από πλευράς του ασθενή κι όχι παθητική ή αδρανής (Martin, 1983)<sup>84</sup>.*

Οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίζουν το γιατρό τους ως κάποιον που επιθυμεί να βοηθήσει, που ακούει τα παράπονά τους, προσπαθεί να τους εμπνεύσει ελπίδα και τότε συχνά, προσφέρει συμβουλές, συστήνει φαρμακευτική αγωγή ή ένα τρόπο θεραπείας, στην προσπάθειά του να ανακουφίσει τους ασθενείς από τον πόνο (Freeling et al, 1985· LaGrosse & Barak, 1976)<sup>89, 271</sup>. Σύμφωνα με τον Balint (1964)<sup>66</sup>, όπως αναφέρεται από τον Simpson και τους συνεργάτες του (1991)<sup>94</sup>, ακόμη και η επαφή των ασθενών με το γιατρό, είναι δυνατό να λειτουργήσει ως εικονικό φάρμακο, τη στιγμή μάλιστα που ο ασθενής εναποθέτει τις ελπίδες του 'στα χέρια του γιατρού'.

Οι συμβουλές του γιατρού, η φαρμακευτική αγωγή ή η διαδικασία της επίσκεψης συντελούν στην ανακούφιση της συναισθηματικής φόρτισης του ασθενή, ενώ παράλληλα ενισχύουν το Εγώ του, στο ότι ο γιατρός έχει πάρει στα σοβαρά τον ίδιο, επιβεβαιώνοντας κατ' αυτό τον τρόπο το γεγονός ότι ο ασθενής ζήτησε ορθώς ιατρική βοήθεια κι ότι ο γιατρός επιθυμεί να του την παρέχει (Hulka et al, 1976)<sup>272</sup>. Ωστόσο είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι στο μυαλό των ασθενών, η θεραπευτική σχέση ποικίλει, ανάλογα με το βαθμό ελέγχου και εμπλοκής από πλευράς του γιατρού, που έχει ανάγκη και ζητά ο ασθενής (Blanchard et al, 1986· Lærum et al, 1998)<sup>92, 273</sup>.



2. *Ο γιατρός να καλύπτει την ανάγκη του ασθενή για πληροφόρηση (Armstrong, 1991)<sup>93</sup>.*

Ο ασθενής εκφράζει την ανάγκη του για πληροφόρηση, κυρίως με αναφορές στα συμπτώματα της ασθένειας, καθώς και στις ιατρικές εξετάσεις που πρόκειται να γίνουν, στη φαρμακευτική αγωγή, στις εναλλακτικές μορφές θεραπείας και στη στρατηγική αντιμετώπισης – δράσης (Barsky, 1981)<sup>274</sup>. Μία προτεινόμενη τυπολογία των πληροφοριών που δίνονται από το γιατρό στον ασθενή (Rees, 1990)<sup>275</sup>, περιλαμβάνει θέματα που άπτονται:

- α) στην πρόσβαση του ασθενή στην πληροφόρηση, όσον αφορά στην παροχή φροντίδας (διαθεσιμότητα και ποιότητα φροντίδας),
- β) στην ασθένεια (συμπτώματα, διάγνωση, θεραπεία και πρόγνωση), καθώς επίσης και
- γ) στη θεραπεία (χειρισμός των χρόνιων ασθενειών και καταστάσεων).

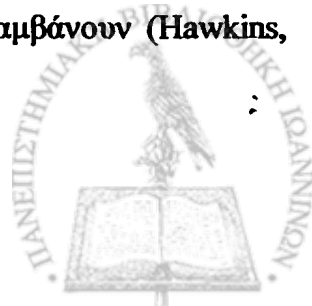
Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν τη διάγνωση, την πιθανή εξέλιξη της κατάστασής τους, τη σοβαρότητά της, γεγονός που πιθανόν να επηρεάσει το κόστος της φροντίδας τους, καθώς επίσης και τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας που υπάρχουν στην περίπτωση αυτή (Perry & Viederman, 1981· Battle et al, 1996)<sup>276, 97</sup>.

Κατά συνέπεια, το άγχος των ασθενών και η έλλειψη ικανοποίησης οφείλονται κατά ένα μεγάλο ποσοστό στην αβεβαιότητα και την ελλιπή πληροφόρηση του ασθενή από το γιατρό στα σημεία αυτά (Tuckett & Williams, 1984)<sup>87</sup>. Το γεγονός αυτό επιβαρύνεται από την πιθανότητα λανθασμένης κρίσης του γιατρού, όσον αφορά το ποσό και τον τύπο της πληροφορίας που επιθυμούν οι ασθενείς να λάβουν (Reading, 1979)<sup>277</sup>.

Ωστόσο, είναι κοινώς αποδεκτό ότι η επεξήγηση της πληροφορίας και η κατανόηση των ανησυχιών του ασθενούς από το γιατρό, ακόμη κι όταν δεν μπορούν να επιλυθούν, επιδρούν θετικά στον περιορισμό του άγχους (Fallowfield et al, 1986)<sup>90</sup>. Επιπλέον, η ψυχολογική πίεση των ασθενών με σοβαρή ασθένεια ελαχιστοποιείται, όταν συνειδητοποιούν ότι έχουν λάβει επιπρόσθετη πληροφόρηση, όσον αφορά τη φύση της ασθένειας και τις δυνατότητες δράσης (Fallowfield, 1986, 1990)<sup>90, 91</sup>.

Οι David Tuckett και Antony Williams (1984)<sup>87</sup> επεσήμαναν άλλωστε το γεγονός ότι οι ασθενείς επιζητούν περισσότερη πληροφόρηση για το λόγο ότι:

- α) δεν μένουν ικανοποιημένοι με το ποσοστό πληροφορίας που λαμβάνουν (Hawkins, 1979· Fletcher, 1973· Cartwright & Anderson, 1981)<sup>78, 72, 82</sup>,



- β) η πληροφόρηση με σκοπό την κατανόηση των συμπτωμάτων τους και γενικότερα της κατάστασής τους, βοηθά στη μείωση του πόνου και στην ταχύτερη ανάρρωσή τους (Skipper & Leonard, 1968· Egbert et al, 1964· Janis, 1958)<sup>70, 67, 65</sup>,
- γ) η ικανοποίηση που προέρχεται από την απόκτηση πληροφορίας οδηγεί τους ασθενείς στο να συμμορφώνονται με τις οδηγίες του γιατρού (Ley & Spelman, 1967· Korsch et al, 1972)<sup>255, 264</sup>,
- δ) ή, αυτή ακριβώς η έλλειψη πληροφορίας, εμποδίζει τους ασθενείς από το να συμμορφωθούν (Svastad, 1974)<sup>73</sup>.

Κατά τον Waitzkin ωστόσο (1984)<sup>88</sup>, ο Ιπποκράτης υποστήριξε το 1923 ότι οι γιατροί φέρουν την ευθύνη της τελικής απόφασης για το ποσό της πληροφορίας που θα πρέπει να μοιράζονται με τους ασθενείς. Βιβλία ιατρικής, όπως αυτό του Harrison, συμφωνούν με αυτή την άποψη και την ενισχύουν, τονίζοντας ότι η απόφαση των γιατρών θα πρέπει να λαμβάνεται έχοντας γνώση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών, της ηλικίας τους, της πρόγνωσης καθώς και άλλων χαρακτηριστικών της ασθένειάς τους (Petersdorf et al, 1983)<sup>278</sup>.

Το ζητούμενο λοιπόν είναι ότι οι ασθενείς, σχεδόν πάντοτε, επιζητούν περισσότερη πληροφόρηση, ενώ οι γιατροί συχνά δεν το συνειδητοποιούν, ή θεωρούν δεδομένο ότι ο ασθενής θα τους καταλάβει αμέσως (Ley & Spellman, 1965)<sup>255</sup>. Σύμφωνα με τον Goffman (1974)<sup>279</sup>, είναι πιθανό, η διατύπωση αυτή να σχετίζεται με την ιδιαίτερη σημασία που κατέχει η μη-λεκτική επικοινωνία για τους γιατρούς, κάτι που φαίνεται να έχει δευτερεύουσα σημασία στους ασθενείς (Waitzkin, 1984)<sup>88</sup>. Επιπλέον, το γεγονός αυτό επιβαρύνεται από την ξύλινη γλώσσα που χρησιμοποιούν οι γιατροί, λόγω της χρήσης ορολογίας (Faden et al, 1981· Simpson, 1980)<sup>83, 80</sup>.

**3. Να ικανοποιεί την ανάγκη που εκφράζει ο ασθενής για κατανόηση της κατάστασης που περνάει και για φροντίδα (Van Putten, 1974)<sup>74</sup>.**

Η ασθένεια βιώνεται σ' ένα ξένο και αγχογόνο περιβάλλον, όπως είναι ο χώρος του νοσοκομείου. Μέσα στο πλαίσιο αυτό, οι ασθενείς, στην προσπάθειά τους να επανακτήσουν τον έλεγχο τους και να επιστρέψουν στους καθημερινούς τους ρυθμούς, έρχονται αντιμέτωποι με τον πόνο, τη δυσαρέσκεια, με συναισθήματα φόβου και απόγνωσης (Hulka et al, 1970· Mumford et al, 1982· Speedling & Rose, 1985)<sup>71, 280, 281</sup>.



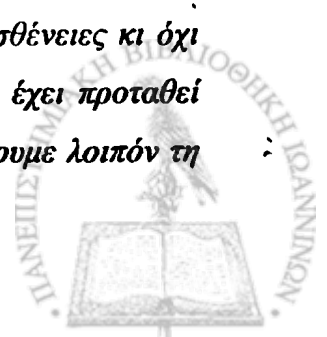
Σύμφωνα λοιπόν με τους Tuckett και Williams (1984)<sup>87</sup>, η κατοχή πληροφορίας από την πλευρά των ασθενών, επιτρέπει στον ασθενή να χαλαρώσει και να συμμετέχει παραγωγικά στη θεραπευτική σχέση. Η ενεργός συμμετοχή των ασθενών στην πληροφόρηση όσον αφορά την υγεία τους αποτελεί 'ένα μηχανισμό γνωστικής αντιμετώπισης της αλλαγής, της αβεβαιότητας, της ανικανότητας και της κρίσης, με σκοπό να αποκτήσουν τον έλεγχο θεμάτων που αφορούν την υγεία τους και τη νόσο' (Lenz, 1984)<sup>86</sup>. Επικρατεί δε η αντίληψη, ότι οι ασθενείς πρέπει να εμπλέκονται περισσότερο στη λήψη της απόφασης που αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση και να αναλαμβάνουν την ευθύνη της επιλογής τους αυτής (Hart, 1976· Tuckett 1979· Fletcher, 1973· Ley et al, 1973, 1976· Walton et al, 1980)<sup>76, 79, 72, 254, 77, 81</sup>.

Οι απόψεις όμως δυϊστανται σχετικά με την επιθυμία και την προτίμηση των ασθενών να γίνεται χωρίς όρια η ανταλλαγή της πληροφορίας ανάμεσα στους γιατρούς και τους ίδιους (Tuckett & Williams, 1984)<sup>87</sup>. Οι λόγοι που εντοπίζονται αφορούν την αντίληψη των γιατρών, ότι οι ασθενείς ξεχνούν πολλά από αυτά που τους λένε οι ίδιοι (Horder et al, 1972· Ley, 1988)<sup>49, 51</sup>, ενώ παράλληλα είναι πιθανό να προκληθεί σύγχυση 'αρμοδιοτήτων' ανάμεσα στους ασθενείς και τους γιατρούς (Ware, 1978)<sup>282</sup>, γεγονός που αποδυναμώνει οποιαδήποτε μορφή ειλικρινούς συμμετοχής στη λήψη της απόφασης για τη θεραπεία (Parsons, 1978)<sup>50</sup>. Σύμφωνα επίσης με τον ίδιο, επικρατεί η άποψη ότι, οι ασθενείς πρέπει να εξιδανικεύουν και να επιδεικνύουν τυφλή εμπιστοσύνη στους γιατρούς τους, η παρουσία των οποίων θεωρείται το πιο ισχυρό φάρμακο.

Τέλος, υπάρχουν κοινωνιολογικές απόψεις που αναφέρουν ότι ανεξαρτήτως του αν η πληροφορία διακινείται σε θέματα που αφορούν τη στήριξη του ασθενή ή όχι, δεν πρέπει ωστόσο να εντοπίζεται μόνο στο τι είναι 'καλό' για τον ασθενή. Η ανταλλαγή πληροφορίας μπορεί να περιοριστεί από τους γιατρούς είτε για επαγγελματικούς λόγους είτε με σκοπό να διατηρούν με τους ασθενείς μία σχέση εξουσίας (Davis, 1960· Freidson, 1972· Lorber, 1975)<sup>284, 209, 283</sup>. Παρομοίως, οι ασθενείς μπορεί να χειρίζονται τους γιατρούς στο να κάνουν ό,τι αυτοί θέλουν (Stimson & Webb, 1975· Stoudemire & Thompson, 1982, 1983)<sup>75, 3, 492</sup>, περιορίζοντας το ποσοστό πληροφορίας που θα μοιραστούν μαζί τους.

Σημαντική είναι η διαπίστωση στην οποία καταλήγει ο Cousins (1982)<sup>106</sup>:

*'Κάθε ασθενής που επισκέπτεται ένα γιατρό, παρουσιάζει δύο ασθένειες κι όχι μία. Πέρα από την ασθένεια που έχει διαγνωστεί και για την οποία έχει προταθεί αντιμετώπιση, συνυπάρχει και ο λεγόμενος 'πανικός'. Εάν θεραπεύσουμε λοιπόν τη μία ασθένεια κι όχι την άλλη, θα έχουμε θεραπεύσει το μισό ασθενή'.*



### 1.3.2 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΥ ΔΙΝΟΥΝ ΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Όπως την ορίζουν οι γιατροί, μία ικανοποιητική σχέση γιατρού-ασθενή είναι σκόπιμο να πληρεί τις ακόλουθες προδιαγραφές:

#### 1. Συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπευτική αγωγή (Annas, 1989)<sup>109</sup>.

Ο Simpson και οι συνεργάτες του (1991)<sup>94</sup> σε έρευνά τους επισημαίνουν ότι στο 50% των επισκέψεων, δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ του γιατρού και του ασθενή, όσον αφορά στη φύση του παρόντος προβλήματος (Starfield et al, 1979, 1981)<sup>101,102</sup>. Η συνεργασία γιατρού και ασθενή, με σκοπό την αναγνώριση της φύσης και της σοβαρότητας του κλινικού προβλήματος (Trostle, 1988)<sup>285</sup>, σχετίζεται από πλευράς του γιατρού με τον περιορισμό των συμπτωμάτων (Gerbert et al, 1988)<sup>286</sup> ή με την επίλυση του προβλήματος (Stewart et al, 1979· Starfield et al, 1979· Eraker et al, 1984· Bass et al, 1986)<sup>103, 101, 287, 108</sup>.

Οι ασθενείς συνεργάζονται ως επί το πλείστον με τους γιατρούς, με σκοπό την αναγνώριση της νόσου και την εκτίμηση των πιθανοτήτων θεραπείας, είναι ωστόσο πιθανό να αντιτίθενται σε οποιαδήποτε προτεινόμενη θεραπεία (Greenfield et al, 1985)<sup>288</sup>. Η διαπίστωση αυτή είναι εξαιρετικά αποθαρρυντική. Ως εξήγηση σ' αυτή την εξέλιξη, ο Katz, το 1982 (Rees, 1993, σελ. 2)<sup>112</sup> καταλήγει στο συμπέρασμα πως:

*‘οι ασθενείς ακούν στις συμβουλές των γιατρών την εκπλήρωση των επιθυμιών και των ελπίδων των γιατρών, οι οποίες πιθανόν να μην ταυτίζονται με αυτές των ασθενών (που μπορεί να είναι π.χ. η εύρεση ανώδυνου τρόπου θεραπείας, ή μιας πιο ανώδυνης και άμεσης λύσης στο πρόβλημά τους κ.λ.π.)’.*

Κατά συνέπεια, η αποτυχία του γιατρού να αποκτήσει τη συμμόρφωση του ασθενή, συμβαδίζει κυρίως με την άρνηση του γιατρού να σεβαστεί την αυτονομία του ασθενή, η οποία έγκειται σε τρεις παραμέτρους (Hulka et al, 1971· Ende et al, 1989· Delbanco, 1992· Rees, 1993)<sup>99, 290, 289, 112</sup>.

- α) την ικανότητα κατανόησης της κατάστασης,
- β) την ικανότητα να κάνει σωστές επιλογές και
- γ) την ικανότητα να συμμετέχει σ' αυτές τις επιλογές.



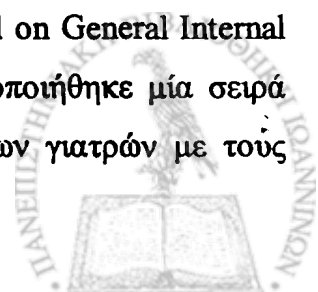
## 2. Έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης (Faden et al, 1981)<sup>83</sup>.

Οι γιατροί τείνουν να υποτιμούν την επιθυμία των ασθενών για πληροφόρηση (Durántez & Tirado, 1997)<sup>291</sup>, ενώ πολύ συχνά εκλαμβάνουν λανθασμένα ακόμη και την ανάγκη που εκφράζουν οι ασθενείς για ενημέρωση (Waitzkin, 1984· Marteau et al, 1991)<sup>88</sup>.  
292

Βάσει ερευνών, η ποιότητα της κλινικής επικοινωνίας και η κατανομή του χρόνου βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με τα θετικά ιατρικά αποτελέσματα, κατά τη διάρκεια της επίσκεψης (Kaplan et al, 1989· Headache Study Group of the University of Western Ontario, 1986· Mæland, 1993· Meise et al, 1992)<sup>110, 293, 113, 11</sup>. Για παράδειγμα, η μείωση της αρτηριακής πίεσης ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε ασθενείς, στους οποίους δόθηκε η ευκαιρία, κατά τη διάρκεια της επίσκεψής τους στο γιατρό, να εκφράσουν τις ανησυχίες τους σε σχέση με την υγεία τους, χωρίς διακοπές (Orth et al, 1987)<sup>294</sup>. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγουν το 1991 ο Simpson και οι συνεργάτες του (Rees, 1993)<sup>112</sup>, δίνοντας έμφαση στην αρνητική πλευρά του συμπεράσματός τους, επισημαίνοντας ότι, το 69% των ασθενών διεκόπτονταν από τους γιατρούς σε σύντομο χρονικό διάστημα, καθ' όσο προσπαθούσαν να εξηγήσουν ό,τι τους συνέβαινε και το λόγο της επίσκεψής τους, (μέσο όρο 18 δευτερόλεπτα), με αποτέλεσμα να αποτυγχάνουν να μεταφέρουν άλλες σημαντικές ανησυχίες τους (Beckman & Frankel, 1984)<sup>107</sup>.

Στην έρευνα των Wallen, Waitzkin και Stoeckle (1979)<sup>295</sup> (έπειτα από βιντεοσκόπηση της συνάντησης), επισημαίνεται ότι ο χρόνος που αφιερώνονταν στους ασθενείς ήταν λιγότερος από 1 λεπτό, σε συνεντεύξεις που διαρκούσαν 20 λεπτά. Σε ερώτηση προς τους γιατρούς για το πόσο χρόνο πιστεύουν οι ίδιοι ότι διέθεσαν, απεδείχθη ότι οι γιατροί υπερεκτιμούσαν το χρόνο, λέγοντας πως ήταν περίπου δέκα λεπτά, θεωρώντας πως ξόδεψαν περισσότερο χρόνο από όσο διέθεσαν στην πραγματικότητα.

Το 1963, η Επιτροπή Cohen της Interdepartmental Standing Committee στην Ιατρική Εκπαίδευση, επεσήμανε την ανάγκη βελτίωσης των σχέσεων γιατρών – ασθενών, καθώς επίσης και άλλων επαγγελματιών του χώρου, χωρίς όμως να προσδιορίζει τυχόν μελέτες που προηγήθηκαν (Joyce et al, 1969)<sup>296</sup>. Όταν λοιπόν το 1977 επισημάνθηκε η ανάγκη συγκεκριμενοποίησης του νοήματος της 'κλινικής ικανότητας' (Council on General Internal Medicine & American Board of Internal Medicine, 1977)<sup>480</sup>, πραγματοποιήθηκε μία σειρά μελετών, για την ανάγκη βελτίωσης των ικανοτήτων επικοινωνίας των γιατρών με τους



ασθενείς (Ley et al, 1976· Bird & Lindley, 1979· Byrne, 1976· Knox et al, 1979· Argyle, 1983· Lipkin et al, 1984)<sup>77, 297, 249, 298, 299, 300</sup>.

Συγκεκριμένα, οι Platt και McMath (1979)<sup>301</sup> βασιζόμενοι σε 300 συνεντεύξεις που παρατήρησαν, είχαν καθορίσει το σύνδρομο της 'κλινικής ανικανότητας', προσδιορίζοντας με αυτό τον τρόπο τις φτωχές ικανότητες επικοινωνίας των υποψηφίων γιατρών στη συνέντευξη. Εντόπισαν λοιπόν, ένα σύνολο προβλημάτων επικοινωνίας (Mason et al, 1988)<sup>302</sup>, καθώς επίσης και μία σειρά δυσκολιών (McCue, 1982)<sup>303</sup>, όπως για παράδειγμα την τάση που επικρατούσε στους εκπαιδευόμενους γιατρούς να μην ρωτούν τους ασθενείς για ό,τι κατάλαβαν σχετικά με την ασθένειά τους (Duffy et al, 1980· Stewart, 1984)<sup>304, 305</sup>, πολύ συχνά - σε περισσότερες από το 50% των περιπτώσεων - δεν λάμβαναν κοινωνικό ιστορικό (Duffy et al, 1980· Schulberg & Burns, 1988)<sup>304, 306</sup>, ή δεν ανταποκρίνονταν στις συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών, ενώ αρκετά συχνά δεν εξηγούσαν τη φύση των προβλημάτων στους ίδιους τους ασθενείς (Krakowski, 1982· Freeling et al, 1985)<sup>494, 89</sup>.

Με στόχο λοιπόν την καλύτερη επικοινωνία, κρίθηκε αναγκαίο να κατέχουν οι γιατροί συγκεκριμένη γνώση, ικανότητες και στάσεις (Rezler 1974· Maguire et al, 1981· Lipkin et al, 1984· Blurton & Mazzaferri, 1985· Maguire & Faulkner, 1988a, b, c· Waldvogel et al, 1994· Fishman, 1995· Nnodid & Osuji, 1995)<sup>307, 308, 300, 309, 310, 311, 312, 114, 137, 407</sup>. Σύμφωνα μάλιστα με τη βιβλιογραφία, οι ικανότητες επικοινωνίας των γιατρών, δεν βελτιώνονται απλά και μόνο μέσω εμπειρίας (Cohen-Cole, 1991· Lipkin, 1987· Maguire, 1990· Davis & Nicholaou, 1992· Usherwood, 1993· Hodges et al, 1994· Eguskiza et al, 1995· Hodges et al, 1996)<sup>154, 152, 153, 313, 314, 315, 155, 316</sup>, αλλά μέσω μιας διαδρομής επανεξέτασης του τρόπου χειρισμού των καταστάσεων (Matthews et al, 1987· Roter et al, 1995· Schilling et al, 1995)<sup>317, 318, 319</sup> και διαρκούς προσπάθειας ενημέρωσης και αλλαγής του τρόπου συμπεριφοράς τους προς τον ασθενή (Krueger, 1979· Ende, 1983· Maguire et al, 1978, 1986a,b· Maguire, 1990· Kinnersley & Pill, 1993· Fernandez et al, 1996)<sup>493, 320, 321, 322, 323, 153, 324, 115</sup>.

Η ανάγκη αυτή που εντοπίστηκε αρχικά στην Αμερική και την Αγγλία (Eron, 1958· Kurtz & Silverman, 1996)<sup>325, 326</sup>, οδήγησε στην εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης των νέων γιατρών (Stillman et al, 1977· Norman & Tugwell, 1982· Tamburrino et al, 1990· Sanson-Fisher et al, 1991· Kendrick & Freeling, 1993· Pieters et al, 1994)<sup>327, 328, 329, 330, 331, 332</sup>, με σκοπό τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των δύο πλευρών (Gorlin & Howard, 1983· Gorlin & Zucker, 1983· Smith & Zimny, 1988· Roter et al, 1990· Van der Vleuten & Swanson, 1990· Cohen-Cole, 1991· Gask et al, 1991· Ziv et al, 1994· Evans et al, 1996)<sup>333, 334, 335, 336, 337, 154, 338, 339, 340</sup>.





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ



## 2.1 ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ

Παρά το γεγονός λοιπόν ότι, κατά καιρούς επιχειρήθηκαν διάφορες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας που αφορούσαν στη σχέση γιατρού-ασθενή (Wasserman & Inui, 1983· Pendleton, 1983· Green & Hall, 1984· Waitzkin, 1984· Inui & Carter, 1985· Roter et al, 1988)<sup>257, 341, 343, 88, 342, 248</sup>, το αποτέλεσμα που προκύπτει τις περισσότερες φορές δεν είναι ικανοποιητικό. Η προσπάθεια αυτή αποτελεί δύσκολο εγχείρημα, για το λόγο ότι η πληροφορία που παρέχεται στον τομέα αυτό δεν είναι επαρκώς δομημένη.

Πιο συγκεκριμένα, το προφίλ των ανασκοπήσεων που έχουν γίνει, εμπεριέχει τις έρευνες που τηρούν συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Για να έχει συμπεριληφθεί λοιπόν στις ανασκοπήσεις μία έρευνα, θα πρέπει να υπόκειται στις παρακάτω προδιαγραφές:

1. Να είναι δημοσιευμένη στην Αγγλική γλώσσα. Κατ' αυτό τον τρόπο όμως δεν δίνεται η δέουσα σημασία σε έρευνες που έχουν δημοσιευτεί σε άλλη γλώσσα, πέραν της αγγλικής.
2. Να εμπλέκει επαγγελματίες υγείας, ακόμη κι αν αυτοί είναι φοιτητές ή βρίσκονται σε μεταπτυχιακό επίπεδο, προβάλλοντας καθαρά τη σημασία του τίτλου και του βαθμού ειδίκευσης.
3. Να είναι όλων των ειδικοτήτων πέραν της ψυχιατρικής, κάτι που μπορεί να χαρακτηριστεί ως μη-αμερόληπτο, δεδομένης της ιδιομορφίας της συγκεκριμένης ειδικότητας.
4. Να καταγράφει τη διαδικασία αλληλεπίδρασης, χρησιμοποιώντας ουδέτερους, παρατηρητές ή βιντεοσκόπηση και κωδικοποίηση της συνάντησης.
5. Να παρουσιάζει ποσοτικά και περιγραφικά αποτελέσματα.
6. Να αναφέρεται στην εδραίωση της συνεργασίας - μόνο όμως από την πλευρά του γιατρού - αποκλείοντας κατ' αυτό τον τρόπο τη σημασία της πρώτης συνάντησης και της σχέσης που δημιουργείται κατά τη διάρκεια αυτής.

Αναλυτικότερα, η έρευνα που αφορά στη σχέση γιατρού-ασθενή ξεκινά επίσημα από το 1962 και μόνο μέχρι το 1986, εντοπίζονται 61 εμπειρικές μελέτες, σε 80 άρθρα στην Αγγλική και Αμερικανική βιβλιογραφία (Roter et al, 1988)<sup>248</sup>.



Παρόλο που η μελέτη της αποτελεί φλέγον θέμα στη βιβλιογραφία, η προσέγγιση που επιχειρείται στο χώρο της έρευνας, αντιμετωπίζει τη θεραπευτική σχέση ως μία διαδικασία αλληλεπίδρασης, κυρίως όσον αφορά την ανταλλαγή πληροφορίας. Σύμφωνα με αυτή τη διαπίστωση, οι επικρατέστεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπευτική σχέση, είναι οι παρακάτω (Mathews, 1983· Inui & Carter, 1985· Bertakis & Callahan, 1992· Pendleton & Bochner, 1980)<sup>345, 342, 344, 346</sup>:

- το ιατρικό πρόβλημα,
- οι προσδοκίες των ασθενών αλλά και των γιατρών από την επίσκεψη,
- η συμμόρφωση ή μη, των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή,
- η εκπαίδευση του ασθενή,
- η κοινωνική τάξη του ασθενή,
- η ηλικία του ασθενή,
- η προηγούμενη γνώση των ανησυχιών του ασθενή από το γιατρό,
- τα χαρακτηριστικά του θεραπευτικού πλαισίου και τέλος,
- η προηγούμενη εμπειρία των ασθενών στο εκάστοτε σύστημα υγείας.

Είναι πολύ δύσκολο να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ των ερευνών, για το λόγο ότι υπάρχουν διαφορές στις ερευνητικές μεθόδους, καθώς επίσης και στα μέτρα παρατήρησης που χρησιμοποιήθηκαν για την κωδικοποίηση της αλληλεπίδρασης. Δύο όμως σημαντικότεροι λόγοι καθιστούν τη σύγκριση αυτή ακόμη πιο δύσκολη:

**i) Ο πρώτος αφορά τις πολιτιστικές διαφορές που εντοπίζονται:**

Σε έρευνα που έγινε στην Πολωνία (Heszen-Klemens & Kapinska, 1984)<sup>347</sup>, βασιζόμενη στα αποτελέσματα ερευνών των Davis (1966, 1968, 1971)<sup>348, 260, 261</sup>, Korsch και των συνεργατών τους (1968, 1972)<sup>69, 263</sup>, οι ερευνητές δεν ανακάλυψαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της αλληλεπίδρασης που εντοπίζονται στη σχέση γιατρού-ασθενή, σε κοινωνικό-συναισθηματικό επίπεδο, κάτι που επέδειξαν οι προηγούμενες έρευνες. Σύμφωνα με τους ερευνητές, το γεγονός αυτό έγκειται τόσο στην υποκειμενικότητα που αναπτύσσεται μεταξύ των ερευνητών, όσο και στη διαφορετικότητα που εντοπίζεται σε σχέση με τη χώρα διεξαγωγής της έρευνας.



Συγκεκριμένα, οι γιατροί στην Πολωνία ήταν περισσότερο ενεργητικοί, πιο άμεσοι, καθώς επίσης και πιο φιλικόι, λιγότερο όμως επεξηγηματικοί, απ' ό,τι οι συνάδελφοί τους στην Αμερική. Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς της Πολωνίας παρουσιάζονταν λιγότερο ενεργητικοί, αλλά περισσότερο επεξηγηματικοί, καθώς και φιλικότεροι προς τους γιατρούς τους, απ' ό,τι οι Αμερικανοί. Αξίζει να ληφθεί υπόψη ότι, η έρευνα του Davis<sup>348</sup> έγινε το 1966 (οπότε και δόθηκαν στη δημοσιότητα τα πρώτα αποτελέσματα), με 20 περίπου χρόνια διαφορά, σε σχέση με την έρευνα που προαναφέρθηκε.

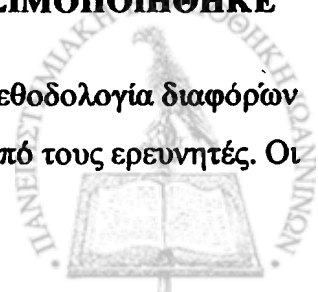
ii) *Ο δεύτερος λόγος αντανακλάται στα λεγόμενα του Tuckett και των συναδέλφων του (1985)<sup>349</sup>:*

*'Το πόσο επεξηγηματικός ήταν ένας γιατρός, είναι πιθανό να βασίζεται στο σκοπό που έχει στο μυαλό του, τη στιγμή που μοιράζεται την πληροφορία με τον ασθενή. Χωρίς να είναι ξεκάθαρος ο σκοπός για τον οποίο δίνεται η πληροφορία, είναι πολύ δύσκολο να γνωρίζουμε, το κατά πόσο ο γιατρός ήταν επεξηγηματικός ή όχι, αλλά και το πώς να εκτιμήσουμε το αποτέλεσμα των ερευνητικών μελετών' (De Young, 1996)<sup>350</sup>.*

Επομένως δεν είναι τυχαίο το ότι, η σχέση γιατρού - ασθενή εκφράστηκε ιστορικά μέσω ποικίλων ερμηνευτικών σχημάτων, συνδεδεμένων με την εκάστοτε στιγμή και το πολιτισμικό πλαίσιο. Στο σημείο αυτό, είναι απαραίτητο επίσης να τονιστεί ότι τα βασικά μοντέλα της σχέσης γιατρού-ασθενή που προαναφέρθηκαν, αφορούν μοντέλα αλληλεπίδρασης που χαρακτηρίζουν, ανεξαιρέτως, όλες τις ανθρώπινες σχέσεις και σε καμία περίπτωση δεν αναφέρονται συγκεκριμένα στην επαφή γιατρού-ασθενή. Ο προσδιορισμός και η απόδοσή χαρακτηρισμού στη συγκεκριμένη ιατρική κατάσταση προκύπτει πιθανόν από ένα συνδυασμό αυτών των μοντέλων αλληλεπίδρασης με συγκεκριμένες τεχνικές διαδικασίες, στο εκάστοτε κοινωνικό πλαίσιο.

## **2.2 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ**

Ένα από τα σημαντικότερα αμφιλεγόμενα ζητήματα αποτελεί η μεθοδολογία διαφόρων τρόπων συλλογής και αξιολόγησης των δεδομένων, που ακολουθήθηκε από τους ερευνητές. Οι



μέθοδοι που επιλέχθηκαν για το σκοπό αυτό είναι οι παρακάτω (Hall et al, 1988, 1988a,b, Roter et al, 1988)<sup>351, 352, 353, 248</sup>.

- συνέντευξη γιατρού (χρήση ερωτηματολογίων),
- συνέντευξη ασθενή (χρήση ερωτηματολογίων),
- βιντεοσκόπηση ή καταγραφή της συνομιλίας,
- καταγραφή της διάρκειας της σχέσης γιατρού-ασθενή (από την πρώτη συνάντηση) και
- ανάλυση και κωδικοποίηση της μη-λεκτικής επικοινωνίας.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι, η βιντεοσκόπηση και η καταγραφή της αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθενή μέσω της ανάλυσης και κωδικοποίησης της μη-λεκτικής επικοινωνίας, αποτέλεσαν τον πλέον διαδεδομένο τρόπο μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της θεραπευτικής σχέσης (Gerbert, 1986· Callahan & Bertakis, 1991)<sup>385, 167</sup>. Παρόλο όμως που χρησιμοποιήθηκαν κι ως εκπαιδευτικές μέθοδοι για τη βελτίωση των ικανοτήτων επικοινωνίας των νέων γιατρών, δεν τυγχάνουν της εκτίμησης της πλειοψηφίας των ερευνητών (Roter et al, 1988)<sup>248</sup>. Ο λόγος είναι ότι ο τρόπος κωδικοποίησης των δεδομένων στις έρευνες αυτές, βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τα διάφορα θεωρητικά μοντέλα επικοινωνίας, όπως των Katz (1967)<sup>54</sup>, Bales (1968)<sup>55</sup>, Roter (1977)<sup>56</sup> και Stiles (1978)<sup>57</sup>, για τα οποία έγινε λόγος σε προηγούμενη ενότητα.

Η χρήση ερωτηματολογίων, ως μεθοδολογική προσέγγιση, συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό κριτικής, δεδομένης της ιδιομορφίας της σύνθεσης των ερωτηματολογίων, που χαρακτηρίζεται, σε πολλές περιπτώσεις, δόκιμη (Russel et al, 1991· Malterud, 1994)<sup>413, 395</sup>. Κανένα από τα ερωτηματολόγια αυτά δεν μελετά αυτούσια τη θεραπευτική σχέση, ενώ σε αρκετά από αυτά, απουσιάζει ο έλεγχος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητάς τους (Zyzanski et al, 1974· Linden et al, 1988· Smith & Zimny, 1988· Sparr et al, 1988· Kazis et al, 1990· Hjortdahl & Borchgrevink, 1991· Chaitchik et al, 1992· Hjortdahl & Lærum, 1992· Schnabl et al, 1991, 1994· Levinson et al, 1993· Priebe & Gruyters, 1993· Viinamaki et al, 1993· Suchman et al, 1993· Petrusa et al, 1994· Lin et al, 1995· Bebbington, 1995· Hahn et al, 1996)<sup>354, 6, 335, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 111, 196, 365, 133, 362, 363, 121, 364</sup>.

Στον Πίνακα 6 γίνεται παρουσίαση των πιο αντιπροσωπευτικών ερευνών που προσεγγίζουν τη σχέση γιατρού-ασθενή - ανεξαρτήτου ειδικότητας -, καθώς και στη μεθοδολογία που εφαρμόστηκε από τους ερευνητές, η οποία βασίζεται κυρίως στη χρήση ερωτηματολογίων.



**Πίνακας 6. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ  
ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ**

Andrusyna (2001) <sup>421</sup>	COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY (CBT ALLIANCE) WAI-O-S ( <i>WORKING ALLIANCE INVENTORY, SHORTENED OBSERVER-RATED VERSION</i> )
Arborelius & Timpka (1990) <sup>366</sup>	DIFFICULTIES IN DOCTOR -PATIENT COMMUNICATION
Awad et al (1995) <sup>367</sup>	DRUG ATTITUDE INVENTORY (DAI) - 30
Baker (1990) <sup>368</sup>	QUESTIONNAIRE TO ASSESS PATIENTS' SATISFACTION WITH CONSULTATIONS
Barak & LaGrosse (1975) <sup>422</sup>	COUNSELOR RATING FORM (CRF)
LaGrosse (1980) <sup>271</sup>	
Barrett-Lennard (1962) <sup>369</sup>	BARRETT-LENNARD RELATIONSHIP INVENTORY
Barrett-Lennard (1978) <sup>370</sup>	
Beckman & Frankel (1984) <sup>107</sup>	A CODING METHOD
Bender et al (1986) <sup>371</sup>	COMPLIANCE SELF-RATING SCALE (COSS)
Bergner & Bobbitt (1981) <sup>372</sup>	THE SICKNESS IMPACT PROFILE
Bertakis & Callahan (1992) <sup>344</sup>	DAVIS OBSERVATION CODE (DOC): 20-item
Callahan & Bertakis (1991) <sup>167</sup>	PHYSICIAN - PATIENT INTERACTION CODE
Bochmann & Petermann (1989) <sup>7</sup>	COMPLIANCE - VERTRAUEN
Brody et al (1989) <sup>29</sup>	WARE SATISFACTION SCALE
Carlberg (1993) <sup>373</sup>	PATIENT SATISFACTION
Caron & Roth (1968) <sup>98</sup>	QUESTIONS FOR DOCTORS
Chaitchik et al (1992) <sup>358</sup>	THE PATIENT ATTITUDES QUESTIONNAIRE 1 (ADMINISTERED BEFORE THE MEETING)
Chaitchik et al (1992) <sup>358</sup>	THE PATIENT ATTITUDES QUESTIONNAIRE 2 (ADMINISTERED AFTER THE MEETING)
Chaitchik et al (1992) <sup>358</sup>	A QUESTIONNAIRE FOR THE PHYSICIANS

**Πίνακας 6. (συνέχεια) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ  
ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ**

Cohen-Cole (1991) <sup>154</sup>	STATION #1 Examiner Rating Form - 1 <sup>st</sup> Patient encounter PATIENT SATISFACTION RATING SCALE - 1 <sup>st</sup> Patient encounter
Consoli & Safar (1988) <sup>5</sup>	ANALYSE DE LA STRATÉGIE THÉRAPÉTIQUE
Cooley & Lajoy (1980) <sup>374</sup>	UNDERSTANDING - CRITICAL - INDEPENDENCE - ENCOURAGING - DIRECTIVE (AUTHORITARIAN)
Dazord et al (1991) <sup>375</sup>	THE HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE
De Monchy et al (1988) <sup>376</sup>	THE DOCTOR-PATIENT SCALE (DP SCALE)
Dormaar et al (1989) <sup>377</sup>	ICP - <i>The measures themselves are from the interpersonal perceived consensus list</i>
Durántez & Tirado (1997) <sup>291</sup>	CLINICAL INTERVIEW
Ende et al (1989a, b) <sup>290, 378</sup>	DECISION MAKING PREFERENCE SCALE INFORMATION-SEEKING PREFERENCE SCALE
Fernández et al (1996) <sup>115</sup>	FACTORS OF DISSATISFACTION WITH HEALTH CARE
Finlay et al (1995) <sup>379</sup>	1. ACTOR-PATIENT SCORE
Finlay et al (1995) <sup>379</sup>	2. EXAMINER SCORE SHEET
Fitzpatrick (1991) <sup>380</sup>	SUMMED SCALE OF SATISFACTION AMONG CHRONICALLY ILL PATIENTS <i>Baker's scale (1990) to measure satisfaction with consultations</i>
Foreman & Marnar (1985) <sup>381</sup>	CODING THERAPIST ACTIONS WITH IMPROVED OR UNIMPROVED THERAPEUTIC ALLIANCES
Frank & Gunderson (1990) <sup>186</sup>	THE PSYCHOTHERAPY STATUS REPORT
Franklin & McLemore (1967) <sup>382</sup>	STUDENT HEALTH SERVICES (SHS) SCALE
Freeman & Richards (1994) <sup>383</sup>	QUESTIONS FOR PATIENT

**Πίνακας 6. (συνέχεια) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ, ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ**

Ganther et al (2001) <sup>384</sup>	MEDICAL CARE PREFERENCE SCALE
Girard et al (1986) <sup>386</sup>	THE INTERNSHIP
Goerg et al (1996, 1999) <sup>422, 423</sup>	<i>WHAT SPECIFIC PSYCHIATRIC INFORMATION AND SKILLS SHOULD A NON-PSYCHIATRIC DOCTOR HAVE</i> (Questions for doctors and students)
Greco et al (1998) <sup>388</sup>	DOCTOR'S INTERPERSONAL SKILLS QUESTIONNAIRE (DISQ)
Grol et al (1985) <sup>389</sup>	WORK SATISFACTION
Gudas et al (1994) <sup>10</sup>	MEDICAL COMPLIANCE INCOMPLETE STORIES TEST (MCIST)
Gulbrandsen et al (1997) <sup>387</sup>	QUESTIONS FOR PATIENTS AND DOCTORS
Günther & Meise (1990) <sup>9</sup>	COMPLIANCE INDEX FOR DOCTORS
Hahn et al (1996) <sup>364</sup>	THE DIFFICULT DOCTOR -PATIENT RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE TEN-ITEM VERSION (DDPRQ-10)
Hall & Dornan (1988) <sup>352</sup>	SATISFACTION WITH MEDICAL CARE
Hayes & Gelso (1991) <sup>424</sup>	16-ITEM EMPATHY SUBSCALE <i>(of the Barrett-Lennard Relationship Inventory - BLRI)</i>
Henry et al (1993) <sup>390</sup>	VANDERBILT THERAPEUTIC STRATEGIES SCALE
Moras & Strupp (1982) <sup>391</sup>	RECORDING AND ANALYSIS OF DOCTOR-PATIENT INTERACTION
Heszen-Klemens & Kapínska (1984) <sup>347</sup>	QUESTIONNAIRE RELATED TO CONTINUITY AND USE OF RESOURCES
Hjortdahl & Borchgrevink (1991) <sup>357</sup>	CONTINUITY OF CARE - CONSULTATION
Hjortdahl & Lærum (1992) <sup>359</sup>	OSCE FORMAT (Observed structured clinical exam)
Hodges et al (1994) <sup>315</sup>	



**Πίνακας 6. (συνέχεια) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ  
ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ**

Hogan (1989) <sup>425</sup>	DEVELOPMENT OF AN EMPATHY SCALE
Holloway & Rogers (1992) <sup>34</sup>	<i>Level of congruence - likelihood of compliance - commitment to compliance - satisfaction with match</i>
Holloway et al (1992) <sup>392</sup>	3 QUESTIONS
Horvath & Greenberg (1989) <sup>60</sup>	ITEM STEMS OF THE WORKING ALLIANCE INVENTORY (CASE MANAGER and CLIENT FORMS)
Hulka & Zyzanski (1982) <sup>411</sup> Roberts & Tugwell (1987) <sup>171</sup> Zyzanski et al (1974) <sup>410</sup> Hulka et al (1970) <sup>71</sup>	HULKA QUESTIONNAIRE
Kaplan et al (1989) <sup>110</sup>	PHYSICIAN-PATIENT INTERACTION INDICATORS - MEASURES
Krupnick et al (1996) <sup>215</sup>	VANDEBILT THERAPEUTIC ALLIANCE SCALES (VTAS)
Kurth et al (2002) <sup>393</sup>	THE RELATIONSHIP PATTERNS QUESTIONNAIRE (RPQ)
Kurtz & Silverman (1996) <sup>326</sup>	CALGARY-CAMBRIDGE REFERENCED OBSERVATION GUIDES <i>DOCTOR EVALUATION FORM</i> <i>PATIENT EVALUATION FORM</i>
Lærum et al (1998) <sup>273</sup>	PHYSICIAN FRUSTRATION
Langewitz et al (1995) <sup>166</sup>	PATIENTENZUFRIEDENHEITS-FRAGEBOGEN (PZF)
Levinson et al (1993) <sup>111</sup>	QUESTIONNAIRE ON PATIENT EDUCATION
Lin et al (1995) <sup>363</sup>	KRANKHEITSKONZEPTSKALA (KK-Skala)
Linden et al (1988) <sup>6</sup>	

**Πίνακας 6. (συνέχεια) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ  
ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ**

Luborsky (1962) <sup>394</sup>	HEALTH-SICKNESS RATING SCALE
Luborsky (1988) <sup>234</sup>	THE HELPING RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE
Luborsky et al (1983) <sup>213</sup>	MANUAL FOR COUNTING SIGNS OF HELPING ALLIANCES IN PSYCHOTHERAPY SESSIONS (HACS)
Luborsky et al (1983) <sup>213</sup>	MANUAL FOR COUNTING SIGNS OF THERAPIST BEHAVIORS WHICH FACILITATE OR INHIBIT THE DEVELOPMENT OF HELPING ALLIANCES IN PSYCHOTHERAPY SESSIONS (TFBcs)
Ludwig et al (1990) <sup>9</sup>	'KRANKHEITS KONZEPT-SKALA' - 'KK-SKALA' DISEASE CONCEPT SCALE
Malterud (1994) <sup>395</sup>	3 QUESTIONS
Marteau et al (1991) <sup>292</sup>	CAREER INTENTIONS AND ATTITUDES TO COMMUNICATION SKILLS OF STUDENTS INTENDING TO SPECIALIZE IN SURGERY, HOSPITAL MEDICINE AND GENERAL PRACTICE
Marmar et al (1989) <sup>303</sup>	CALIFORNIA THERAPEUTIC ALLIANCE RATING SYSTEM (CALTARS)
Marziali (1984) <sup>193</sup>	THERAPEUTIC ALLIANCE SCALE (TAS)
Marziali et al (1981) <sup>229</sup>	<i>The items used were selected from the scales of Luborsky</i>
Mason et al (1988) <sup>302</sup>	THE DOCTOR - PATIENT INTERVIEW EVALUATION
Matthews & Feinstein (1989) <sup>396</sup>	A NEW INSTRUMENT FOR PATIENT'S RATINGS OF PHYSICIAN PERFORMANCE IN THE HOSPITAL SETTING
McGaghie & Whitnack (1982) <sup>125</sup>	PATIENT DESCRIPTION QUESTIONNAIRE (PDQ) (PHYSICIANS' PERCEPTIONS OF PROBLEM PATIENTS)
Melville (1980) <sup>397</sup>	JOB SATISFACTION

**Πίνακας 6. (συνέχεια) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ  
ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ**

Meredith & Albert (1995) <sup>398</sup>	
Meredith & Siu (1995) <sup>399</sup>	MOS 20-ITEM (SHORT-FORM)
Stewart et al (1988) <sup>400</sup>	
Mira et al (1994) <sup>401</sup>	QUESTIONARIO FONT ROJA-AP
Morisky et al (1986) <sup>402</sup>	COMPLIANCE INDEX
Morgan et al (1982) <sup>403</sup>	PENN HELPING ALLIANCE <i>MANUAL FOR RATINGS HELPING ALLIANCES IN PSYCHOTHERAPY SESSIONS</i>
Morgan et al (1982) <sup>403</sup>	PENN HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE <i>MANUAL FOR RATING THERAPISTS' BEHAVIORS THAT FACILITATE OR INHIBIT DEVELOPMENT OF HELPING ALLIANCES</i>
Muran et al (1997) <sup>404</sup>	
Wiggins et al (1979) <sup>405</sup>	THE INTERPERSONAL ADJECTIVE SCALE (IAS-16)
Wiggins et al (1988) <sup>406</sup>	
Nnodim & Osuji (1995) <sup>407</sup>	ATTITUDES TO SOCIAL ISSUES IN MEDICINE: SUBSCALE DEFINITIONS
Orlinsky & Howard (1966) <sup>408</sup>	THERAPY SESSION REPORT (TSR) QUESTIONNAIRE
Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education (2001) <sup>409</sup>	THE ESSENTIAL ELEMENTS OF COMMUNICATION IN MEDICAL ENCOUNTERS
Peay & Peay (1998) <sup>160</sup>	SYMPTOM EVALUATION BY GENERAL PRACTITIONERS, PATIENTS AND POTENTIAL PATIENTS

**Πίνακας 6. (συνέχεια) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ  
ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ**

Petrusa et al (1994) <sup>362</sup>	MEASURING THE DOCTOR -PATIENT RELATIONSHIP AND COMMUNICATION IN A CLINICAL PERFORMANCE EXAMINATION
Phillips (1996) <sup>326</sup>	PROFESSIONAL DOMINANCE / DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP
Priebe & Gruyters (1993) <sup>196</sup>	HELPING ALLIANCE
Reuben et al (1996) <sup>45</sup>	3 QUESTIONS
Roberts & Tugwell (1987) <sup>171</sup>	WARE QUESTIONNAIRE
Roland et al (1991) <sup>412</sup>	IMPROVING CARE
Rost et al (1990) <sup>270</sup>	ROTER INTERACTION ANALYSIS SYSTEM (RIAS)
Roter et al (1995) <sup>378</sup>	IMPROVING PHYSICIANS' INTERVIEWING SKILLS
Salomon et al (1999) <sup>414</sup>	SCALE FOR MEASURING INPATIENT'S OPINION ON QUALITY OF HOSPITAL CARE
Saltzman et al (1976) <sup>203</sup>	THERAPEUTIC RELATIONSHIP: CLIENT DIMENSIONS / THERAPIST DIMENSIONS
Samstag et al (1998) <sup>415</sup>	BRIEF PSYCHOTHERAPY RESEARCH PROJECT PATIENT AND THERAPIST POST-SESSION QUESTIONNAIRE (PSQ)
Saunders et al (1989) <sup>491</sup>	THERAPEUTIC BOND SCALE (TBS)
Schmelling-Kludus (1995) <sup>173</sup>	Skala Behandlungszufriedenheit - Skala Patient kooperativ - Skala Patient bedürftid/belastet
Schnabl et al (1991) <sup>360</sup>	INTERPERSONAL SKILLS/DEGREE OF EMPATHY
Schnabl et al (1994) <sup>361</sup>	INTERPERSONAL SKILLS (IPS) RATING SCALE
Smith & Zimny (1988) <sup>335</sup>	EMOTION FOR 33 STATEMENTS OF PATIENT CIRCUMSTANCES OR BEHAVIORS

**Πίνακας 6. (συνέχεια) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ  
ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ**

Sparr et al (1988) <sup>355</sup>	<b>PATIENT'S CARE - INTERPERSONAL RELATIONSHIPS - EDUCATION - OVERWORK - PERSONAL FACTORS</b>
Suchman et al (1993) <sup>365</sup>	<b>PHYSICIAN SATISFACTION QUESTIONNAIRE</b>
Todd (1984) <sup>416</sup>	<b>RECORDING AND ANALYSIS OF DOCTOR-PATIENT INTERACTION</b>
	<i>All items on WAI-O-S as organized by the three subfactors of the General Therapeutic Alliance factor:</i>
	<b>GOAL/ TASK/ BOND</b>
Tomasz et al (2001) <sup>197</sup>	Two factors of CBT (Cognitive-Behavioral Therapy) alliance as measured by the WAI-O-S / AGREEMENT-CONFIDENCE
Van Thiel et al (1991) <sup>417</sup>	<b>MAASTRICHT HISTORY - TAKING AND ADVICE CHECKLIST (MAAS)</b>
Viinamaki et al (1993) <sup>133</sup>	<b>ILLUSTRATIVE ITEMS</b>
Waitzkin (1984) <sup>88</sup>	<b>DOCTOR - PATIENT COMMUNICATION</b>
Waldvogel et al (1994) <sup>114</sup>	<b>CORE CONFLICTUAL RELATIONSHIP THEME (CCRT)</b>
Wallston et al (1976) <sup>418</sup>	<b>HEALTH LOCUS OF CONTROL SCALE ITEMS</b>
Ware & Snyder (1975) <sup>23</sup>	<b>THE PATIENT SATISFACTION SCALE</b>
Ware et al (1976, 1978) <sup>32, 419</sup>	<b>WARE SATISFACTION SCALE</b>
Winefield et al (1995) <sup>22</sup>	<b>KAGAN'S INTERPERSONAL PROCESS RECALL MODEL - (DOCTOR) QUALITY OF CARE (PATIENT) PATIENT'S SATISFACTION WITH THE CONSULTATION</b>
Wright et al (1998) <sup>420</sup>	<b>SELECTED CHARACTERISTICS OF ATTENDING PHYSICIANS WITH IDENTIFICATION AS AN EXCELLENT ROLE MODEL</b>
Ziv et al (1994) <sup>339</sup>	<b>PEER ASSESSMENT QUESTIONNAIRE FEEDBACK QUESTIONNAIRE</b>

### 2.3 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΚΑΙ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΣΧΕΣΗ

Στην προσπάθεια συγκέντρωσης του υλικού που προκύπτει από τις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στον τομέα αυτό, εντοπίστηκαν οι παράγοντες που μελετήθηκαν από τους ερευνητές και φαίνεται πως επηρεάζουν ή διαμορφώνουν τη σχέση γιατρού-ασθενή. Στο κεφάλαιο αυτό, επιχειρείται μία αναλυτική παρουσίαση - κι όχι ο σχολιασμός των επιμέρους παραγόντων-, με συγκεκριμένες βιβλιογραφικές αναφορές. Αναλυτική παρουσίαση των μεταβλητών που αφορούν και χαρακτηρίζουν τη σχέση γιατρού-ασθενή από την πλευρά του ενός και του άλλου, γίνεται στους Πίνακες 8 και 7 αντίστοιχα. Συνοπτικά, οι κατηγορίες που προκύπτουν διακρίνονται σε:

- A) παράγοντες που αφορούν και χαρακτηρίζουν τη σχέση γιατρού-ασθενή, από την πλευρά των ασθενών και
- B) παράγοντες που αφορούν και χαρακτηρίζουν τη σχέση γιατρού-ασθενή, από την πλευρά των γιατρών.

Πληθώρα ερευνητών εστιάζουν την προσοχή τους στην ικανοποίηση που λαμβάνει ο ασθενής, στον τρόπο επικοινωνίας και στην κάλυψη των αναγκών του ασθενή στο εκάστοτε σύστημα υγείας (Zyzanski et al, 1974· Martin, 1983· Helman, 1985· Tuckett et al, 1985· Hjortdahl, 1989, 1990, 1991, 1992a, b· Carlberg, 1993)<sup>410, 84, 427, 349, 428, 429, 357, 430, 431 373</sup>.

Από την άλλη πλευρά, το κομμάτι των γιατρών σε σχέση με αυτό των ασθενών έχει ιδιαίτερα παραμεληθεί. Τα συναισθήματα που τρέφουν οι γιατροί για τους ασθενείς, την ασθένεια, το ρόλο που κατέχει ο ασθενής, καθώς επίσης και το ρόλο των ίδιων στη θεραπεία, τίθενται σε δεύτερη μοίρα (Mira et al, 1994)<sup>401</sup>, ενώ σύμφωνα με τους Spitz και Bloch (1981)<sup>432</sup> αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν κατά ένα μεγάλο ποσοστό την ορθότητα της διάγνωσης, όπως επίσης και τον τρόπο επικοινωνίας του γιατρού με τον ασθενή. Σύμφωνα μάλιστα με τον Grant (1980)<sup>433</sup>, είναι δυνατό το αποτέλεσμα της θεραπείας να καθοριστεί από την εμπλοκή των συναισθημάτων που εκφράζονται ή όχι, και από τις δύο πλευρές.



Για το λόγο αυτό, ένα μεγάλο μέρος των ερευνών που έγιναν, επικεντρώθηκε κυρίως στο μερίδιο ευθύνης που φέρει ο γιατρός στην εδραίωση ή μη της σχέσης με τον ασθενή, γεγονός που επηρεάζει την ικανοποίηση και τη συμμόρφωση του ασθενή (Keraberg, 1965· Garrity, 1981· Stewart, 1984· Smith, 1984, 1986· Harris et al, 1985)<sup>434, 435, 305, 436, 437, 438</sup>.

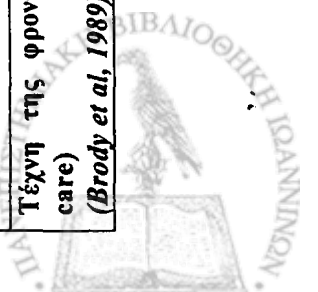
Ξεκινώντας λοιπόν από τη διαπίστωση ότι και οι γιατροί αλλά και οι ασθενείς δεν αποποιούνται την ανθρώπινή τους υπόσταση, η δυαδική τους επικοινωνία τίθεται στη βάση της καθημερινότητάς τους, η οποία πλαισιώνεται από συναισθήματα (θετικά ή αρνητικά), ευαισθησίες και ιδιαιτερότητες είτε λόγω καταστάσεων που τους αγχώνουν, τους προβληματίζουν ή που τους εξοργίζουν ακόμη, είτε λόγω της μορφής της ασθένειας, της προσωπικότητας του ασθενή, αλλά και της οικογένειας που τον περιβάλλει (Rosenzweig, 1993)<sup>439</sup>. Γι' αυτό το λόγο, κρίνεται σκόπιμο να τοποθετηθούμε απέναντι στη θεραπευτική σχέση με τρόπο αντικειμενικό.



**Πίνακας 7. ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ,**

**ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

<p>Τρόπος επικοινωνίας (Manner of communication) (<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p>	<p>⇒ Διάυγεια (Clarity) ⇒ Ειλικρίνεια, ευθύτης, αμεροληψία (Candor) ⇒ Στοιχεία επικοινωνίας (Communication component items) ⇒ Ευθύτητα (Directness) ⇒ Ικανότητα επικοινωνίας (Communication skills) ⇒ Μη λεκτική συμπεριφορά (Nonverbal communication)     └ Χαιρετισμοί (Greetings)     └ Μη-ιατρικές δηλώσεις (Non-medical statements) ⇒ Θετική ομιλία / Αρνητική ομιλία (Positive talk / Negative talk)</p>	<p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup> (<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup> (<i>Petrusa et al, 1994</i>)<sup>362</sup> (<i>Roter et al, 1988</i>)<sup>248</sup> (<i>Roter et al, 1988</i>)<sup>248</sup> (<i>Roter et al, 1988</i>)<sup>248</sup> (<i>Hall &amp; Dornan, 1988a, b</i>)<sup>352, 353</sup> (<i>Finlay et al, 1995</i>)<sup>379</sup> (<i>Roter et al, 1988</i>)<sup>248</sup></p>
<p>Συμπεριφορά (Demeanor) (<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p>	<p>⇒ Φιλοφροσύνη (Amiability) ⇒ Σεβασμός (Respectfulness) ⇒ Ψυχική γαλήνη (Equanimity) ⇒ Ανεκτικότητα (Forbearance) ⇒ Επαγγελματισμός (Professionalism) ⇒ Επιστημονική αντιμετώπιση (Professional care) / Τεχνική ποιότητα (Technical quality) ⇒ Επαγγελματικές ικανότητες (Professional competence)</p>	<p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup> (<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup> (<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup> (<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup> (<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup> (<i>Baker, 1990· Winefield et al, 1995</i>)<sup>368, 22</sup> (<i>Brody et al, 1989</i>)<sup>39</sup> (<i>Hulka &amp; Zyzanski, 1982· Zyzanski et al, 1974</i>)<sup>411, 354</sup></p>
<p>Συνέχεια (Continuity) (<i>Ware &amp; Snyder, 1975· Hjortdahl &amp; Lærum, 1992</i>)<sup>23, 359</sup></p>	<p>⇒ Οικογενειακός γιατρός (Regular family doctor) ⇒ Συνέχεια της φροντίδας (Continuity of care) ⇒ Επανεξέταση της φροντίδας (Follow-up care) ⇒ Ευκολία τακτικού ελέγχου (Ease of check-up) ⇒ Ικανότητα πρόσβασης (Accessibility)</p>	<p>(<i>Ware &amp; Snyder, 1975· Hjortdahl &amp; Lærum, 1992</i>)<sup>23, 359</sup> (<i>Ware &amp; Snyder, 1975</i>)<sup>23</sup> (<i>Ware &amp; Snyder, 1975</i>)<sup>23</sup> (<i>Ware &amp; Snyder, 1975</i>)<sup>23</sup></p>
<p>Διαθεσιμότητα σε προγραμματισμένα ραντεβού αλλά και σε επείγοντα περιστατικά (Availability) (<i>Ware &amp; Snyder, 1975· Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>23, 396</sup></p>	<p>⇒ Διαθεσιμότητα πόρων (Availability of Resources) ⇒ Ικανοποίηση από τον τόπο θεραπείας (Satisfaction with the place of treatment) ⇒ Ακρίβεια (Punctuality) ⇒ Συχνότητα και διάρκεια των επισκέψεων (Frequency and duration of visits)</p>	<p>(<i>Ware &amp; Snyder, 1975· Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>23, 396</sup> (<i>Ware &amp; Snyder, 1975</i>)<sup>23</sup> (<i>Viinamaki et al, 1993</i>)<sup>133</sup> (<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup> (<i>Baker, 1990· Roland et al, 1991</i>)<sup>368, 412</sup></p>
<p>Τέχνη της φροντίδας (Art of care) (<i>Brody et al, 1989</i>)<sup>39</sup></p>	<p>⇒ Ολοκληρωμένες ευκολίες (Complete facilities) ⇒ Νεωτερισμούς (Modernity)</p>	<p>(<i>Ware &amp; Snyder 1975</i>)<sup>23</sup> (<i>Ware &amp; Snyder, 1975</i>)<sup>23</sup></p>





**Πίνακας 7. (συνέχεια) ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ,**

**ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

<p>Εκτέλεση κλινικών δραστηριοτήτων (Performance of clinical activities) (<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p>	<p>⇒ Γενική κλινική προσέγγιση (General clinical approach)</p> <p>└ Επιμέλεια (Thoroughness)</p> <p>└ Εγρήγορη (Diligence)</p> <p>└ Αποτελεσματικότητα (Efficiency)</p> <p>└ Επάρκεια (Proficiency)</p> <p>⇒ Προετοιμασία του ασθενή (Preparation)</p> <p>└ Ενέργειες ρουτίνας (Routine activities)</p> <p>└ Διαδικασία λήψης απόφασης (Decision making process)</p> <p>⇒ Εκτέλεση τεχνικών διαδικασιών (Execution of technical procedures)</p> <p>└ Εμπειρία / εξειδίκευση (Adeptness)</p> <p>└ Ευγένεια (Gentleness)</p> <p>⇒ Σύζηση των ευρημάτων (Discussion of findings) (Medical Education)</p> <p>└ Αναφορά των αποτελεσμάτων (Reporting results)</p> <p>└ Χαρακτηριστικά της ασθένειας (Characteristics of illness)</p> <p>⇒ Συντονισμός της φροντίδας (Coordination of plans)</p> <p>└ Εφαρμογή των σχεδίων (Implementation of plans)</p> <p>└ Παροχή συμβουλών (Consultations)</p> <p>└ Συνεργασία με την οικογένεια (Alliance with family)</p> <p>└ Συνεργασία με τον ασθενή (Alliance with patient)</p> <p>└ Αποτελεσματικότητα της φροντίδας (Efficacy of Care)</p> <p>└ Χρόνος συνάντησης (Time spent in information giving)</p>	<p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>· <i>Mallerrud, 1994</i>)<sup>396, 395</sup></p> <p>(<i>Ware &amp; Snyder, 1975</i>· <i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>23, 396</sup></p> <p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p> <p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p> <p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p> <p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p> <p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p> <p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p> <p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p> <p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p> <p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p> <p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p> <p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p> <p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p> <p>(<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p> <p>(<i>Ware &amp; Snyder, 1975</i>)<sup>23</sup></p> <p>(<i>Schnabl et al, 1991</i>)<sup>360</sup></p>
<p>Προσωπικό στυλ και προσόντα του γιατρού (Personal style and amenities of physician) ('bedside manner') (<i>Matthews &amp; Feinstein, 1989</i>)<sup>396</sup></p>	<p>⇒ Προσωπικά στοιχεία (Personal qualities)</p> <p>⇒ Στυλ συμμετοχής ή ποσοστό ανταλλαγής πληροφορίας (Participation style or the degree of shared decision making)</p> <p>⇒ Διαπροσωπικές ικανότητες / βαθμός ενσυναίσθησης (Interpersonal skills/degree of empathy)</p>	<p>(<i>Hulka &amp; Zyzanski, 1982</i>· <i>Zyzanski et al, 1974</i>)<sup>411, 354</sup></p> <p>(<i>Meredith &amp; Albert, 1995</i>)<sup>398</sup></p> <p>(<i>Schnabl et al, 1991</i>)<sup>360</sup></p>
<p>Βαθμός γενικής ικανοποίησης (General Satisfaction) (<i>Ware &amp; Snyder, 1975</i>· <i>Baker, 1990</i>· <i>Roland et al, 1991</i>· <i>Fitzpatrick, 1991</i>)<sup>23, 368, 412, 380</sup></p>	<p>⇒ Βοήθεια (Helping alliance)</p> <p>⇒ Άμεση εκτίμηση του γιατρού (Direct estimate of physician)</p>	<p>(<i>Priebe &amp; Gruyters, 1993</i>)<sup>196</sup></p> <p>(<i>Viinamaki et al, 1993</i>)<sup>133</sup></p>

**Πίνακας 7. (συνέχεια) ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ, ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Θεραπευτική συμμαχία (Working alliance) (Horvath & Greenberg, 1989) <sup>60</sup>	⇒ Ένταση της θεραπευτικής σχέσης (Intensity of doctor-patient relationship) ⇒ Εδραίωση συνεργασίας (Partnership building)	(Hjortdahl & Lærum, 1992) <sup>359</sup> (Roler et al, 1988) <sup>248</sup>
Βάθος της σχέσης (Depth of relationship) (Baker, 1990) <sup>368</sup>	⇒ Ασφάλεια (Security)	(Viinamaki et al, 1993) <sup>133</sup>
Έμφαση στη μοναδικότητα του ασθενή (Emphasis on the patient's uniqueness) (Matthews & Feinstein, 1989) <sup>396</sup>	⇒ Προσχή στην ατομικότητα του ασθενή (Attentiveness to the individual patient) <ul style="list-style-type: none"> <li>└ Διατήρηση στόχου (Maintaining focus)</li> <li>└ Διορατικός στα ατομικά γνωρίσματα (Discerning individual attributes)</li> <li>└ Έκφραση ενδιαφέροντος (Demonstrating solicitude)</li> </ul> ⇒ Ανταπόκριση στις ανησυχίες του ασθενή (Responsiveness to patient's concerns) <ul style="list-style-type: none"> <li>└ Εκμείλιση των προσδοκιών και των επιθυμιών (Eliciting expectations and desires)</li> <li>└ Ενθάρρυνση γνώμων (Inviting opinions)</li> <li>└ Απάντηση ερωτήσεων (Answering questions)</li> <li>└ Ανακούφιση ανησυχιών (Relieving worries)</li> </ul> ⇒ Έλεγχος αυτοεκτίμησης (Self-esteem score)	(Matthews & Feinstein, 1989) <sup>396</sup> (Matthews & Feinstein, 1989) <sup>396</sup> (Matthews & Feinstein, 1989) <sup>396</sup> (Matthews & Feinstein, 1989) <sup>396</sup> (Matthews & Feinstein, 1989) <sup>396</sup> (Viinamaki et al, 1993) <sup>133</sup>
Ανθρώπινη πλευρά του γιατρού (Humanness of physician) (Ware & Snyder, 1975) <sup>23</sup>	⇒ Αβρότητα και σεβασμός (Courtesy and respect) ⇒ Καθυστηχασμός (Reassurance) ⇒ Λεπτότητα (Consideration) ⇒ Πειθώ (Convenience)	(Ware & Snyder, 1975) <sup>23</sup> (Ware & Snyder, 1975) <sup>23</sup> (Ware & Snyder, 1975) <sup>23</sup> (Ware & Snyder, 1975· Viinamaki et al, 1993) <sup>23, 133</sup>
Αβρότητα (Courtesy) (Matthews & Feinstein, 1989) <sup>396</sup>	⇒ Χειρισμός των μεταβάσεων (Handling of transitions) ⇒ Ευγένεια (Politeness) ⇒ Αξιοπιστία (Reliability)	(Matthews & Feinstein, 1989) <sup>396</sup> (Matthews & Feinstein, 1989) <sup>396</sup> (Matthews & Feinstein, 1989) <sup>396</sup>
Οικονομικά (Financial) (Hulka & Zyzanski, 1982· Zyzanski et al, 1974· Petrusa et al, 1994) <sup>411, 354, 362</sup>	⇒ Κόστος φροντίδας (Cost of care) ⇒ Κάλυψη ασφάλειας (Insurance coverage) ⇒ Μηχανισμοί πληρωμής (Payment mechanisms)	(Ware & Snyder, 1975) <sup>23</sup> (Ware & Snyder, 1975) <sup>23</sup> (Ware & Snyder, 1975) <sup>23</sup>
Μόρφωση του ασθενή (Patient education) (Lin et al, 1995) <sup>363</sup>	⇒ Πληροφορία που επιθυμεί (Information that wants/desired)	(Chaitchik et al, 1992) <sup>358</sup>

**Πίνακας 8. ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ,**

**ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ**

<p>Η δύσκολη πλευρά της σχέσης (The Difficult Doctor-Patient Relationship) (Hahn et al, 1996)<sup>364</sup></p>	<p>⇒ Πληθώρα προβλημάτων (Too many problems)            ⇒ Έλλειψη πίστης (Lack of adherence)            ⇒ Έλλειψη κατανόησης (Lack of understanding)            ⇒ Έλλειψη εμπιστοσύνης ή συμφωνίας (Lack of trust or agreement)</p>	<p>(Levinson et al, 1993)<sup>111</sup>            (Levinson et al, 1993)<sup>111</sup>            (Levinson et al, 1993)<sup>111</sup>            (Levinson et al, 1993)<sup>111</sup></p>
<p>Συναισθηματικό καθεστώς (Emotional state / feelings) (Chaitchik et al, 1992)<sup>440</sup></p>	<p>⇒ Συναισθήματα άγχους (Feeling distressed)            ⇒ Βαθμός συναίσθηματος (Degree of emotion)</p>	<p>(Levinson et al, 1993)<sup>111</sup>            (Smith &amp; Zimmy, 1988)<sup>335</sup></p>
<p>Χαρακτηριστικά του ασθενή (Patient's characteristics) (Levinson et al, 1993)<sup>111</sup></p>	<p>⇒ Απαιτητικός ασθενής (Demanding/controlling patient)            ⇒ Ειδικά προβλήματα όπως κατανάλωση αλκοόλ, ναρκωτικών, χρόνιου πόνου (Special problems - alcohol, drugs, chronic pain)            ⇒ Προβληματικός ασθενής (Problem patient)</p>	<p>(Levinson et al, 1993)<sup>111</sup>            (Levinson et al, 1993)<sup>111</sup>            (Levinson et al, 1993)<sup>111</sup></p>
<p>Στάση (Attitude) (Melville, 1980)<sup>397</sup></p>	<p>⇒ Ικανοποίηση από την εργασία τους (Aspects of job satisfaction)            ⇒ Ικανοποίηση ασθενή (Physician satisfaction)</p>	<p>(Melville, 1980· Grol et al, 1985)<sup>397, 389</sup>            (Suchman et al, 1993)<sup>365</sup></p>
<p>Απόκτηση/κατοχή πληροφορίας (Information received/ possessed) (Chaitchik et al, 1992)<sup>358</sup></p>	<p>⇒ Επιθυμητό ποσοστό πληροφορόρησης (Information that wants/desired)</p>	<p>(Chaitchik et al, 1992)<sup>358</sup></p>
<p>Τρόποι επικοινωνίας (Manners of communication) (Reuben et al, 1996)<sup>45</sup></p>	<p>⇒ Κοινωνική συζήτηση (Social conversation)            ⇒ Θετική/αρνητική ομιλία (Positive talk/negative talk)</p>	<p>(Roter et al, 1988)<sup>248</sup>            (Roter et al, 1988)<sup>248</sup></p>

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ**

**ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>****ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

### 3.1 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την κατασκευή του ερωτηματολογίου, που θα υπόκειται στους κανόνες ψυχομετρίας και θα αφορά στην κατασκευή ενός οργάνου – μέτρου, με σκοπό τη μέτρηση της σχέσης γιατρού – ασθενή, συνοψίζεται στα παρακάτω στάδια:

#### 1. Συλλογή βιβλιογραφίας

Οι μέθοδοι που εφαρμόστηκαν ήταν οι ακόλουθες:

- αναζήτηση του υλικού στις Πανεπιστημιακές βιβλιοθήκες,
- αναζήτηση στον υπολογιστή, μέσω συγκεκριμένων προγραμμάτων, για τον εντοπισμό των άρθρων, που αφορούσαν στην πρόσφατη, αλλά και στην προηγούμενη βιβλιογραφία,
- προσωπική αλληλογραφία μέσω Παν/μίου με τους ερευνητές, για την αποστολή των ερωτηματολογίων που δεν ήταν δημοσιευμένα.

#### 2. Επιλογή των ερωτήσεων

Αρχικά έγινε ο εντοπισμός των ερωτηματολογίων που αφορούσαν στη θεραπευτική σχέση, καθώς επίσης και των ερωτήσεων που αφορούσαν σε χαρακτηριστικά ή συμπεριφορές που την προσδιορίζουν. Το επόμενο βήμα ήταν η συγκέντρωση των ερωτήσεων, είτε μέσω προσωπικής αλληλογραφίας με τους ερευνητές, είτε μέσω ανεύρεσης και παραγγελίας των σχετικών άρθρων στις βιβλιοθήκες.

#### 3. Μετάφραση των ερωτημάτων

Ακολούθησε η μετάφραση όλων των σχετικών ερωτήσεων και ερωτηματολογίων που εντοπίστηκαν στη βιβλιογραφία, από κατάλληλους επιστήμονες, εξοικειωμένους με το γνωστικό αντικείμενο, τις γλώσσες και τις αρχές κατασκευής των τεστ, με σκοπό να εξασφαλιστεί η εννοιολογική ισοδυναμία.

#### 4. Επιμέλεια της σύνταξης και της δομής του ερωτηματολογίου

Συνοπτικά, οι ερωτήσεις που επιλέχθηκαν από τον ερευνητή, από κοινού με τον επιβλέποντά του για το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου, ήταν απαραίτητο να πληρούν τις ακόλουθες προϋποθέσεις:



- να αφορούν στη σχέση γιατρού - ασθενή (ή να την εμπεριέχουν),
- να προσεγγίζουν, με όσο το δυνατό μεγαλύτερη ακρίβεια, την ουσία του ερωτήματος,
- να είναι εύκολα κατανοητές.

#### 5. Σύνταξη συνοδευτικής επιστολής

Με σκοπό την ενημέρωση των Διευθυντών των κλινικών και των γιατρών τους για τους στόχους της έρευνας και την εξασφάλιση από πλευράς τους, της άδειας και της συμμετοχής τους σ' αυτή, συντάχθηκε συνοδευτική επιστολή και πραγματοποιήθηκε προσωπική επικοινωνία, προς ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού κάθε κλινικής.

Όσον αφορά στην παρουσίαση του ερωτηματολογίου στον ερευνούμενο πληθυσμό, αυτή ολοκληρώθηκε με την επισύναψη μιας εισηγητικής σελίδας, ως συνοδευτική επιστολή, η οποία συντάχθηκε με σκοπό να γνωστοποιήσει το στόχο της έρευνας, να δώσει στους απαντώντες να καταλάβουν τη σημασία του σκοπού της, να δώσει βεβαιώσεις εμπιστευτικότητας στους ίδιους και να ενθαρρύνει τις απαντήσεις τους.

#### 6. Διεξαγωγή πιλοτικής φάσης της έρευνας

Στο στάδιο αυτό, δόθηκε το υπό-κατασκευή ερωτηματολόγιο σε μία από τις τέσσερις κλινικές που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας, με σκοπό να δοκιμαστεί πιλοτικά. Κατά τη φάση αυτή μετρήθηκε ο βαθμός κατανόησης, 'αποδοχής', καθώς κι ερμηνείας του ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες.

#### 7. Διεξαγωγή επίσημης φάσης της έρευνας

Στο στάδιο αυτό πραγματοποιήθηκε η συλλογή των ερωτηματολογίων από τις κλινικές που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας.

#### 8. Κωδικοποίηση στοιχείων και στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν ελέγχθηκαν προσεκτικά, ενώ τον έλεγχο διαδέχθηκε η κωδικοποίηση των απαντήσεων. Ακολούθησε ο σχεδιασμός και η δημιουργία του αρχείου δεδομένων της έρευνας, που ήταν απαραίτητο τόσο για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, όσο και για μια σειρά εργασιών που έπονται της στατιστικής επεξεργασίας και ανάλυσης των στοιχείων. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).



**9. Ερμηνεία των αποτελεσμάτων – Διαδικασία εξαγωγής των παραγόντων που ανέδειξε η παραγοντική ανάλυση**

Ο εντοπισμός ενός μεγάλου αριθμού παραγόντων που ανέδειξε η ανάλυση, τόσο στο ερωτηματολόγιο των γιατρών όσο και των ασθενών, αποτέλεσε σημείο έντονου προβληματισμού. Ακολούθησε η ανάλυση για τη διατήρηση ή την απόρριψη των ερωτήσεων εκείνων που, από τον τρόπο που κατανέμονταν μέσα στους παράγοντες, αλλά και από το φορτίο τους, δήλωναν την ομοιογένειά τους ή μη και το βαθμό συσχέτισής τους, με την ιδιότητα που θα μετρά το υπό-κατασκευή ερωτηματολόγιο.

**10. Ερμηνεία των αποτελεσμάτων – Διαδικασία εξαγωγής των παραγόντων του ερωτηματολογίου με τις κοινές ερωτήσεις για γιατρούς και ασθενείς**

Η προσπάθεια εύρεσης κοινού κώδικα επικοινωνίας μεταξύ γιατρών και ασθενών, οδήγησε στον εντοπισμό των παραγόντων που ανέδειξαν οι ερωτήσεις εκείνες, που περιλαμβάνονταν και στα δύο ερωτηματολόγια και είχαν κοινή εννοιολογική και νοηματική προέλευση.

**11. Τελική επιλογή των παραγόντων που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο με τις κοινές ερωτήσεις – Πρόταση για την υιοθέτηση δύο παραγόντων**

Η συγκέντρωση και η κατανομή των ερωτημάτων ανά παράγοντα, καθώς επίσης και η συνολική συνεισφορά τους στο ποσοστό της μεταβλητότητας που εξηγούνταν, οδήγησε στην τελική επιλογή δύο παραγόντων για τη σύνθεση του υπό-κατασκευή ερωτηματολογίου.

**12. Έλεγχος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του υπό – κατασκευή ερωτηματολογίου**

Ελέγχθηκε η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του κοινού ερωτηματολογίου για γιατρούς και ασθενείς.





## 3.2 ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 3.2.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Η ανάπτυξη της ερευνητικής διαδικασίας με σκοπό την κατασκευή ερωτηματολογίου για τη μέτρηση της σχέσης γιατρού-ασθενή, βασίστηκε σε τέσσερις φάσεις, οι οποίες σύμφωνα με τους Polit και Hungler (1933)<sup>441</sup>, ορίζονται ως εξής:

- (1) *εννοιολογική,*
- (2) *σχεδιασμού,*
- (3) *εμπειρική και*
- (4) *αναλυτική.*

Πιο συγκεκριμένα:

Κατά την 1<sup>η</sup> φάση, *την εννοιολογική*, με σκοπό να γίνει κατανοητή η ιδιότητα που θα αξιολογήσει το υπό-κατασκευή ερωτηματολόγιο, πραγματοποιήθηκαν τα ακόλουθα βήματα:

1. *Διατύπωση και καθορισμός των ορίων της έρευνας:* η διαδικασία αυτή εκφράστηκε στην ανίχνευση των παραμέτρων εκείνων που συνθέτουν την ανθρώπινη διάσταση της θεραπευτικής σχέσης.
2. *Ορισμός του σκοπού της έρευνας:* που έγκειται στην τεκμηρίωση της ανάγκης κατασκευής ενός μέτρου με τη μορφή ερωτηματολογίου, που θα υπόκειται στους κανόνες της ψυχομετρίας, για τη μέτρηση της σχέσης γιατρού-ασθενή.
3. *Ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας:* που θα εξαντλείται στη συγκέντρωση υπάρχουσων εννοιών, θεωριών, ερευνητικών μεθόδων και ευρημάτων, τα οποία θα συνδέονται με την κάλυψη των παραπάνω προϋποθέσεων.

Κατά τη 2<sup>η</sup> φάση, *αυτή του σχεδιασμού της μελέτης*, αποφασίστηκε από τον ερευνητή σε συνεννόηση με τον επιβλέποντά του και τον υπεύθυνο καθηγητή για τη στατιστική ανάλυση, η επιλογή των μεθόδων έρευνας που θα χρησιμοποιούνταν για τη συλλογή των δεδομένων. Για το σκοπό αυτό, η 2<sup>η</sup> φάση – του σχεδιασμού της μελέτης επικεντρώθηκε στα παρακάτω σημεία:

- α) *Στην επιλογή του ερευνητικού σχεδίου:* με σκοπό τον προσεκτικό σχεδιασμό της μεθόδου τόσο της συλλογής των δεδομένων, όσο και της ανάλυσής τους. Στο σημείο αυτό



αποφασίστηκε η μέθοδος συλλογής των δεδομένων, όπως ο τόπος και η χρονική διάρκεια της έρευνας, καθώς και ο τρόπος περιγραφής της μελέτης στα υποκείμενα, με σκοπό να εξασφαλιστεί η απαραίτητη πληροφορημένη συγκατάθεση των υποκειμένων για συμμετοχή τους στην έρευνα.

- β) Στο σχεδιασμό του τρόπου δειγματοληψίας: με σκοπό την εξασφάλιση της αντιπροσωπευτικότητας του επιλεγμένου δείγματος.
- γ) Στην εκτέλεση της πιλοτικής μελέτης: με σκοπό να ελεγχθούν και να διευκρινιστούν τυχόν αδυναμίες του ερευνητικού σχεδίου, πριν από την εκτέλεσή του. Στόχος της πιλοτικής μελέτης ήταν να διαπιστωθούν οι παρακάτω παράμετροι:
- Αν οι ερωτήσεις και οι οδηγίες του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκαν ήταν κατανοητές.
  - Αν υπήρχαν τυχόν διφορούμενες λέξεις ή έννοιες, ούτως ώστε να αφαιρούνταν.
  - Η τελική επιλογή της μεθόδου μετατροπής των κλιμάκων, σύμφωνα με την οποία οι απαντήσεις των συμμετεχόντων μετατρέπονταν σε βαθμολογία, με σκοπό την ποσοτικοποίηση των χαρακτηριστικών της απάντησης.

Κατά την 3<sup>η</sup> φάση, την *εμπειρική*, πραγματοποιήθηκε η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και η προετοιμασία αυτών για ανάλυση. Συγκεκριμένα:

- α) Η συλλογή των δεδομένων έγινε με βάση το ερευνητικό σχέδιο, το οποίο καθόριζε τον τόπο και το χρόνο συλλογής των δεδομένων.
- β) Η προετοιμασία των δεδομένων για ανάλυση, έγινε μέσω της κωδικοποίησης των συλλεχθέντων ερωτηματολογίων.

Τέλος, η 4<sup>η</sup> φάση, η *αναλυτική*, περιλάμβανε τα βήματα ανάλυσης και ερμηνείας των αποτελεσμάτων.



### 3.2.2 ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΥΠΟ-ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Η λεπτομερής περιγραφή των χαρακτηριστικών που αποδίδονται στη θεραπευτική σχέση βάσει βιβλιογραφικής ανασκόπησης, αποτέλεσε το πιο επίπονο και χρονοβόρο στάδιο στην όλη διαδικασία της κατασκευής του ερωτηματολογίου (Debaty, 1967)<sup>487</sup>. Οι Walsh και Betz (1990)<sup>442</sup> επισημαίνουν άλλωστε τη σχετική δυσκολία του συγκεκριμένου σταδίου σε σχετικό άρθρο τους. Ο λόγος που προβάλλεται από τους ερευνητές είναι ότι, η κατασκευή ενός ερωτηματολογίου, επιβάλλεται να περιλαμβάνει στοιχεία και λεπτομέρειες, που εκ πρώτης όψεως είναι πιθανόν να θεωρηθούν πλεονάζοντα, στην πραγματικότητα όμως θα αποτελέσουν επιπλέον βοήθημα.

Κατά αυτό τον τρόπο, τα προβλήματα που προέκυψαν και αφορούσαν στην κατασκευή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου ήταν τα ακόλουθα:

- *Η συγκεκριμενοποίηση της ανάγκης για την κατασκευή ενός ερωτηματολογίου για τη μέτρηση της σχέσης γιατρού-ασθενή.*

Ερωτήματα όπως το αν υπάρχουν άλλα ερωτηματολόγια που αξιολογούν την ίδια ιδιότητα, εάν το νέο ερωτηματολόγιο θα είναι αξιόπιστο, έγκυρο, περιεκτικό, λιγότερο χρονοβόρο, ήταν σκόπιμο να απαντηθούν κατά την πρώτη φάση σχεδιασμού της ερευνητικής διαδικασίας, την εννοιολογική.

- *Το δείγμα της έρευνας.*

Πηγή προβληματισμού αποτέλεσε το μέγεθος του δείγματος μέσω της επιλογής των κλινικών που θα συμμετέχουν στην έρευνα, όσον αφορά στη διάκριση που υφίσταται ανάμεσα στον πληθυσμό-στόχο και στον προσβάσιμο πληθυσμό (Σαχίνη-Καρδάση, 1997)<sup>443</sup>, με σκοπό να εξασφαλισθεί η αντιπροσωπευτικότητά του. Σύμφωνα με τον ίδιο (Σαχίνη-Καρδάση, 1997, σελ. 116)<sup>443</sup>:

*‘ως πληθυσμός-στόχος ορίζεται όλος ο πληθυσμός για τον οποίο ενδιαφέρεται ο ερευνητής, ... ενώ ο προσβάσιμος πληθυσμός αναφέρεται σ’ εκείνες τις περιπτώσεις που συμμορφώνονται με τα κριτήρια επιλογής και που είναι προσβάσιμες στον ερευνητή, ως δεξαμενή υποκειμένων για μελέτη’.*



Ο ίδιος καταλήγει στη διαπίστωση πως οι ερευνητές σχεδόν πάντοτε παίρνουν το δείγμα τους από προσβάσιμο πληθυσμό.

- *Η μορφή των απαντήσεων.*

Η μετατροπή των απαντήσεων των υποκειμένων σ' ένα τεστ-ερωτηματολόγιο, σε βαθμολογία, αποτελεί βασικό στοιχείο της αξιολόγησης των μεταβλητών του υπό-κατασκευή ερωτηματολογίου (Αλεξόπουλος, 1998)<sup>444</sup>, γιατί κατ' αυτόν τον τρόπο ποσοτικοποιείται όλη η διαθέσιμη πληροφορία. Σύμφωνα με τον ίδιο, η επιλογή της μεθόδου μετατροπής των απαντήσεων σε βαθμολογική κλίμακα, γίνεται από τον κατασκευαστή του ερωτηματολογίου με υποκειμενικά κριτήρια, που καθορίζονται από τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τα χαρακτηριστικά που πρόκειται να μετρηθούν από το ερωτηματολόγιο.

Έχοντας υπόψη τα προβλήματα που συνδέονται με το σχεδιασμό ενός ερωτηματολογίου και τις πληροφορίες που απαιτούνται σχετικά με την επίλυσή τους, ο Davidson (1970, σελ. 67)<sup>445</sup>, καταλήγει στη διαπίστωση ότι ένα ιδανικό ερωτηματολόγιο έχει τις ίδιες ιδιότητες μ' έναν καλό νόμο:

*‘Είναι σαφώς απαλλαγμένο από αοριστίες και δεκτικό ομοιόμορφου χειρισμού. Ο σχεδιασμός του θα πρέπει να ελαχιστοποιεί τα πιθανά σφάλματα εκ μέρους των απαντώντων ... και αυτών που θα κάνουν την κωδικοποίηση. Και εφόσον η συμμετοχή των ανθρώπων είναι εθελοντική, ένα ερωτηματολόγιο πρέπει να κεντρίζει το ενδιαφέρον τους, να ενθαρρύνει τη συνεργασία τους και να εκμιαεύει απαντήσεις όσο το δυνατόν πλησιέστερες στην αλήθεια’.*



### 3.2.2.1 ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟ-ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Η φραστική ωστόσο διατύπωση των ερωτήσεων, η σύνθεση και η έκταση του ερωτηματολογίου αποτελούν ίσως τη βασικότερη προϋπόθεση για την κατασκευή ενός ψυχομετρικού οργάνου. Κατ' αυτό τον τρόπο θα αποφευχθεί, μεταξύ άλλων, η χρησιμοποίηση ερωτήσεων που δεν είναι σωστά διατυπωμένες, με αποτέλεσμα να είναι ασαφείς (Mehrens & Lehman, 1978)<sup>446</sup>.

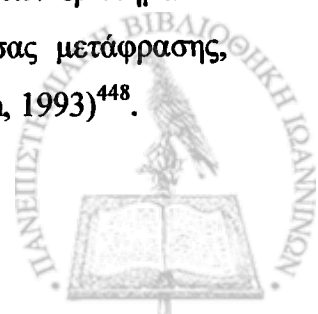
Αρχικά λοιπόν, συγκεντρώθηκαν οι ερωτήσεις εκείνες που εντοπίστηκαν στη βιβλιογραφία και αφορούσαν στη σχέση γιατρού-ασθενή. Δημιουργήθηκε κατ' αυτόν τον τρόπο μία 'τράπεζα ερωτήσεων', οι οποίες αναφέρονταν με τρόπο άμεσο ή έμμεσο στη σχέση γιατρού-ασθενή. Αναλυτική παρουσίαση των ερωτηματολογίων και των ερωτημάτων που λήφθηκαν υπόψη για την κατασκευή του υπό-κατασκευή ερωτηματολογίου, καθώς επίσης και των βιβλιογραφικών αναφορών αυτών γίνεται στο Παράρτημα I.

Για την κάλυψη των αναγκών που προέκυψαν σε θέματα μετάφρασης και εννοιολογικής ισοδυναμίας, αποφασίστηκε να γίνει επιλογή των κατάλληλων μεταφραστών μεταξύ ατόμων που:

- α) ήταν εξοικειωμένοι με το γνωστικό αντικείμενο στο οποίο θα αναφέρεται το τεστ,
- β) είχαν εμπειρία και στις δύο γλώσσες,
- γ) είχαν εμπειρία και γνώριζαν τις αρχές κατασκευής των τεστ, πάνω στις οποίες είναι απαραίτητο να βασιστούν, για να διατυπώσουν ορθά τις ερωτήσεις (Van de Vijver & Hambleton, 1996)<sup>447</sup>.

Με γνώμονα τα παραπάνω, επιλέχθηκαν ο ερευνητής και μία κλινική ψυχολόγος. Με σκοπό την ανεύρεση ισοδύναμων λέξεων και φράσεων, μεταξύ της γλώσσας στην οποία γράφτηκαν τα ερωτήματα που εντοπίστηκαν – την αγγλική – και αυτής στην οποία μεταφράστηκαν – την ελληνική – εφαρμόστηκε η κριτική μέθοδος (Αλεξόπουλος, 1998)<sup>444</sup>. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε από τον ερευνητή:

- A) μετάφραση των ερωτημάτων από την πρώτη γλώσσα (αγγλική), στη δεύτερη γλώσσα (ελληνική), στην οποία επρόκειτο να χρησιμοποιηθεί (forward translation) και
- B) μετάφραση αντιστρόφως των μεταφρασμένων ερωτημάτων στη γλώσσα, στην οποία κατ' αρχήν γράφτηκαν (back-translation). Οι δύο γλωσσικές μορφές των ερωτημάτων που προέκυψαν, δηλαδή της γλώσσας κατασκευής και της γλώσσας μετάφρασης, συγκρίθηκαν για να αξιολογηθεί η ποιότητα της μετάφρασης (Hambleton, 1993)<sup>448</sup>.



Η διαδικασία της αναμετάφρασης και της τελικής επιμέλειας πραγματοποιήθηκε από τον επιβλέποντα του ερευνητή, με σκοπό να εξασφαλιστεί η εννοιολογική ισοδυναμία.

Όσον αφορά στα ερωτήματα που εντοπίστηκαν σε ξενόγλωσσα ιατρικά περιοδικά εκτός αυτών της αγγλικής γλώσσας, δηλαδή στα γαλλικά, γερμανικά, ιταλικά, ισπανικά, σουηδικά και νορβηγικά, η μετάφραση πραγματοποιήθηκε από έμπειρους μεταφραστές και στις δύο γλώσσες, αλλά συνάμα και εξοικειωμένους με το γνωστικό αντικείμενο της ψυχολογίας και της φιλολογίας.

Το επόμενο βήμα ήταν να καθοριστεί η μορφή των ερωτήσεων, δηλαδή το αν θα είναι πολλαπλής επιλογής, τύπου δοκιμίου ή ταξινόμησης. Η απόφαση αυτή βασίστηκε σε ορισμένες προϋποθέσεις, οι οποίες βρίσκονταν σε άμεση συνάρτηση με τον τελικό αριθμό των ερωτήσεων, που θα αποτελούσαν το ερωτηματολόγιο. Αυτές είναι οι παρακάτω:

- ο σκοπός που θα υπηρετήσει το εργαλείο-ερωτηματολόγιο,
- ο απαιτούμενος χρόνος για την προετοιμασία και τη βαθμολόγηση του εργαλείου,
- ο αριθμός των εξεταζομένων που θα αξιολογούνταν, καθώς επίσης και
- η ηλικία των εξεταζομένων.

Ένα πρόβλημα που παρουσιάστηκε κατά την επιλογή των ερωτήσεων, ήταν το μήκος της ερώτησης, το οποίο σε πολλές περιπτώσεις προκαλούσε δυσχέρειες, όπως απεδείχθη κατά την πιλοτική έρευνα. Ο λόγος ήταν ότι δημιουργούνταν σύγχυση στους εξεταζόμενους, με αποτέλεσμα να τους διαφεύγει το κύριο νόημα της πρότασης. Για το λόγο αυτό κι έπειτα από την παρέμβαση και την καθοδήγηση των κκ. Γεώργια και Παρασκευόπουλου, η διατύπωση των ερωτήσεων αποτέλεσε το κύριο θέμα προβληματισμού και διαπραγμάτευσης, με σκοπό να αποφευχθούν οι διπλές αρνήσεις, ο διαφορούμενος τρόπος απάντησης και οι μεγάλες φράσεις (Georgas, 1971· Γεώργας και συνεργάτες, 1997· Παρασκευόπουλος 1992, 1993· Murphy & Davidshofer, 1994)<sup>449, 450, 451, 452, 453</sup>.

Συνοπτικά, στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα σημαντικότερα σημεία και προβληματισμοί που λήφθηκαν υπόψη στην πορεία κατασκευής του εν λόγω ερωτηματολογίου (Edwards 1961· Selltiz et al, 1976· Thorndike et al, 1991· Stone, 1993· Nunnally & Bernstein, 1994· Javeau, 1996)<sup>454, 455, 456, 457, 458, 459</sup>.

Στη συνέχεια, αφού οριστικοποιήθηκε η μορφή των ερωτήσεων, κρίθηκε αναγκαίο να καθοριστεί η έκταση του ερωτηματολογίου. Ο προβληματισμός που επικράτησε σχετικά με



την έκταση του υπό-κατασκευή ερωτηματολογίου βρισκόταν σε άμεση συνάρτηση με το στόχο που τέθηκε για τη χρήση του εν λόγω εργαλείου, καθώς επίσης και με την πληθώρα των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν από τη βιβλιογραφία.

Οπωσδήποτε λήφθηκε υπόψη ο τόπος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου - ένας παράγοντας που θα επηρέαζε με άμεσο κι έμμεσο τρόπο το χρόνο συμπλήρωσής του. Όπως υποστηρίζει ο Aiken (1994)<sup>460</sup>, ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση ενός τεστ, εξαρτάται από διάφορες περίπλοκες αλληλεπιδράσεις ετοιμότητας, προσωπικότητας και παροδικών συναισθηματικών και σωματικών καταστάσεων του εξεταζομένου, της φύσης και της δυσκολίας του υλικού του τεστ και του περιβάλλοντος, στο οποίο γίνεται η εξέταση, όπως είναι ο 'θόρυβος' στην επικοινωνία και η συμπεριφορά του ερευνητή.



## **Πίνακας 9. ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ**

(*Edwards 1961· Sellitz et al, 1976· Thorndike et al, 1991· Stone, 1993· Nunnally & Bernstein, 1994· Javeau, 1996· Σταυρινός, 1998*)<sup>454, 455, 456, 457, 458, 459, 461</sup>

### **A. Αποφάσεις σχετικά με το περιεχόμενο της ερώτησης**

1. Είναι απαραίτητη η ερώτηση; Με ποιον ακριβώς τρόπο θα αποβεί χρήσιμη;
2. Χρειάζονται μήπως περισσότερα ερωτήματα σχετικά με το θέμα αυτής της ερώτησης;
3. Έχουν οι απαντώντες την απαραίτητη πληροφόρηση για να απαντήσουν στην ερώτηση;
4. Μήπως χρειάζεται να γίνει η ερώτηση περισσότερο συγκεκριμένη, δηλαδή ειδική;
5. Είναι το περιεχόμενο της ερώτησης επαρκώς γενικό και απαλλαγμένο από ένα χαρακτήρα πλασματικά συγκεκριμένο και ειδικό;
6. Εκφράζουν οι απαντήσεις γενικές στάσεις ή δίνουν απλώς την εντύπωση ότι εκφράζουν κάτι ειδικό;
7. Μήπως διαφαίνεται στο περιεχόμενο της ερώτησης προκατάληψη ή φόρτιση προς μία κατεύθυνση, χωρίς να υπάρχουν συνοδευτικά ερωτήματα που να εξισορροπούν την έμφαση;
8. Θα δώσουν οι απαντώντες τις πληροφορίες που ζητούνται;

### **B. Αποφάσεις σχετικά με τη διατύπωση της ερώτησης**

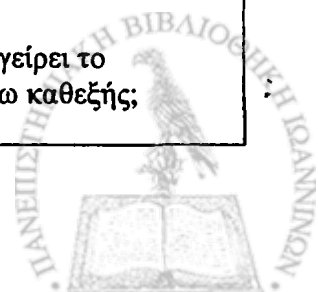
1. Μήπως μπορεί να παρανοηθεί η ερώτηση; Περιέχει δύσκολη ή ασαφή φρασεολογία;
2. Εκφράζει επαρκώς η ερώτηση την εναλλακτική επιλογή σχετικά με το ζήτημα;
3. Μήπως είναι παραπλανητική η ερώτηση εξαιτίας ανομολόγητων υποθέσεων ή μη εμφανών υπαινιγμών;
4. Μήπως η διατύπωση εκφράζει προκαταλήψεις; Μήπως είναι συναισθηματικά φορτισμένη ή κλίνει προς ένα συγκεκριμένο είδος απάντησης;
5. Μήπως είναι πιθανό η διατύπωση της ερώτησης να είναι με οποιονδήποτε τρόπο δυσάρεστη στον απαντώντα;
6. Μήπως μία πιο προσωποποιημένη διατύπωση της ερώτησης θα έδινε καλύτερα αποτελέσματα;
7. Μήπως η ερώτηση μπορεί να υποβληθεί καλύτερα σε μία πιο άμεση ή σε μία πιο έμμεση μορφή;

### **Γ. Αποφάσεις σχετικά με τη μορφή απάντησης στην ερώτηση**

1. Ο καλύτερος τρόπος να υποβληθεί η ερώτηση είναι τέτοιος που ζητάει απάντηση με τη μορφή τσεκαρίσματος (επιλογής) (ή μία σύντομη απάντηση μίας, δύο λέξεων ή έναν αριθμό), ελεύθερη απάντηση ή απάντηση με τη μορφή τσεκαρίσματος (επιλογής) και συμπληρωματική απάντηση;
2. Εάν χρησιμοποιηθεί η απάντηση με τη μορφή τσεκαρίσματος (επιλογής), ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος ερώτησης που της αντιστοιχεί – διχοτομική, πολλαπλών επιλογών ή κλίμακας;
3. Εάν χρησιμοποιηθεί κατάλογος θεμάτων στον οποίο τσεκάρουν (ν) τις επιλογές τους οι απαντώντες, θα καλύπτει αυτός όλες τις σημαντικές εναλλακτικές επιλογές, χωρίς επικαλύψεις και με μία βάσιμη σειρά; Είναι λογικό το μήκος του; Είναι αμερόληπτη και ισορροπημένη η διατύπωση των στοιχείων του;
4. Είναι εύκολη, συγκεκριμένη, ομοιόμορφη και επαρκής ως προς το στόχο, η μορφή της απάντησης;

### **Δ. Αποφάσεις σχετικά με τη θέση της ερώτησης μέσα στην ακολουθία των ερωτήσεων**

1. Μήπως είναι πιθανό η απάντηση στην ερώτηση να επηρεαστεί από το περιεχόμενο προηγούμενων ερωτήσεων;
2. Προκύπτει η ερώτηση μ' ένα φυσικό τρόπο;
3. Μήπως έρχεται η ερώτηση πολύ νωρίς ή πολύ αργά από την άποψη του να διεγείρει το ενδιαφέρον και να τύχει επαρκούς προσοχής, να αποφύγει αντιστάσεις και ούτω καθεξής;





### 3.2.2.2 ΜΟΡΦΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ - ΣΕΙΡΑ ΔΙΑΔΟΧΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

Η παρουσίαση του εν λόγω ερωτηματολογίου αποτέλεσε αντικείμενο προβληματισμού όσον αφορά στη δομή του και την τελική διάρθρωση του περιεχομένου του. Ένα ερωτηματολόγιο πρέπει να φαίνεται εύκολο και ελκυστικό. Μία συμπιεσμένη διάταξη των ερωτήσεων θα μπορούσε να αποβεί απωθητική, ενώ ένα ερωτηματολόγιο μεγαλύτερων διαστάσεων θα μπορούσε να οδηγήσει σε πιθανή αποθάρρυνση των υποκειμένων, λόγω του 'υποκειμενικού' διαθέσιμου χρόνου τους. Για το σκοπό αυτό, ήταν σκόπιμο να εξασφαλισθούν οι 'συντεταγμένες δόμησης' και συνολικής παρουσίας του πλαισίου των ερωτήσεων και των απαντήσεων.

Για το λόγο που προαναφέρθηκε, οι οδηγίες προς τους απαντώντες ήταν απαραίτητο να είναι σαφείς. Το να απαντούν στο ερωτηματολόγιο τσεκάροντας κουτάκια, είναι κάτι με το οποίο οι περισσότεροι απαντώντες είναι εξοικειωμένοι, ενώ το να τους ζητείται να σημειώσουν κύκλο γύρω από προκωδικοποιημένους αριθμούς στη δεξιά πλευρά του ερωτηματολογίου, μπορεί να οδηγούσε σε σύγχυση και σφάλμα (Javeau, 1996)<sup>459</sup>.

Για το σκοπό αυτό, καθορίστηκε η σειρά των ερωτήσεων, καθώς και η πιθανή εισαγωγή επαναληπτικών ερωτήσεων. Η τοποθέτησή τους έγινε βάσει πίνακα τυχαίων αριθμών (Robson, 1994)<sup>462</sup>.

### 3.2.2.3 ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ

Με σκοπό την ενημέρωση των Διευθυντών των κλινικών και των γιατρών τους για τους στόχους της έρευνας και την εξασφάλιση από πλευράς τους, της άδειας και της συμμετοχής τους σ' αυτή, συντάχθηκε συνοδευτική επιστολή και πραγματοποιήθηκε προσωπική επικοινωνία, προς ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού κάθε κλινικής. Το υπόδειγμα της εν λόγω επιστολής παρατίθεται στο Παράρτημα II.

Στη συνέχεια, η παρουσίαση του ερωτηματολογίου στον ερευνούμενο πληθυσμό, ολοκληρώθηκε με την επισύναψη μιας εισηγητικής σελίδας, ως συνοδευτική επιστολή, η οποία συντάχθηκε με σκοπό να γνωστοποιήσει το στόχο της έρευνας, να δώσει στους απαντώντες να καταλάβουν τη σημασία του σκοπού της, να δώσει βεβαιώσεις εμπιστευτικότητας στους ίδιους και να ενθαρρύνει τις απαντήσεις τους (Diener & Crandall, 1978)<sup>486</sup>.



Η εν λόγω επιστολή, η οποία παρατίθεται στο Παράρτημα V περιείχε με σαφήνεια και συντομία, τα ακόλουθα στοιχεία:

- τους σκοπούς της έρευνας,
- οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου,
- προτροπές συμμετοχής στην έρευνα: επιστημονική αξία των στόχων, ενδιαφέρον για μία συλλογική συνεργασία και τέλος,
- αναφορά στον εμπιστευτικό χαρακτήρα των απαντήσεων που θα έδιναν οι συμμετέχοντες και στην εξασφάλιση της ανωνυμίας τους.

Η σελιδοποίηση του ερωτηματολογίου, η εκτύπωση, και η γραφική του παρουσίαση, με σκοπό τη διευκόλυνση των συμμετεχόντων, αποτέλεσαν το τελευταίο βήμα, πριν από τη χορήγησή του.

### 3.2.2.4 ΜΕΘΟΔΟΣ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

Με σκοπό τη διευκόλυνση των συμμετεχόντων, μετά το πέρας της πιλοτικής φάσης, επιλέχθηκε η κλίμακα αξιολόγησης Likert (1932)<sup>463</sup>, έπειτα από την καθοδήγηση δύο έμπειρων καθηγητών ψυχολογίας-ψυχομετρίας του Παν/μίου Αθηνών, του κ. Γεώργα (Georgas, 1971· Γεώργας και συνεργάτες, 1997)<sup>449, 450</sup> και του κ. Παρασκευόπουλου (1992, 1993)<sup>451, 452</sup>.

Η κλίμακα Likert χρησιμοποιείται σε τεστ στάσεων και προσωπικότητας και δείχνει το βαθμό συμφωνίας του υποκειμένου που απαντά στην ερώτηση με πέντε εναλλακτικές απαντήσεις. Η ισοκατανομή των καταγραφών της κλίμακας Likert σε θετική και αρνητική διαβάθμιση, προλαβαίνει απαντητικές προκαταλήψεις, στις οποίες ορισμένα άτομα έχουν την τάση να συμφωνούν (ή να διαφωνούν) με το περιεχόμενο όλων των καταγραφών (Σαχίνη-Καρδάση, 1997)<sup>443</sup>. Η εν λόγω κλίμακα επιλέχθηκε ως η καταλληλότερη μέθοδος συλλογής των απαντήσεων, για το λόγο ότι παρέχει τη δυνατότητα εφαρμογής της παραγοντικής ανάλυσης (Guilford, 1954· Cattell, 1996· Georgas, 1971· Γεώργας και συνεργάτες, 1997)<sup>500, 464, 449, 450</sup>.

Σύμφωνα με την κλίμακα αυτή, παρουσιάστηκαν στα υποκείμενα οι ερωτήσεις, με 5 εναλλακτικές απαντήσεις, ταξινομημένες σε μία συνεχή σειρά. Οι απαντήσεις κυμάνθηκαν μεταξύ του:



- 'Ναι',
- 'Μάλλον ναι',
- 'Έτσι κι έτσι',
- 'Μάλλον όχι', και
- 'Όχι'.

Ο ερωτώμενος σημείωνε με ένα σταυρό (+) ή (x) στο αντίστοιχο τετράγωνο, την απάντηση που θεωρούσε αντιπροσωπευτική.

### 3.3 ΔΟΜΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Αρχικά, στην πιλοτική φάση, χρησιμοποιήθηκαν δύο διαφορετικά ερωτηματολόγια, αντίστοιχα για γιατρούς και ασθενείς, τα οποία, όπως ήταν αναμενόμενο, περιείχαν ερωτήματα κοινά, αλλά και διαφορετικά για τις δύο ομάδες ερωτηθέντων. Τα ερωτηματολόγια αυτά περιλάμβαναν τις ερωτήσεις που εντοπίστηκαν στη βιβλιογραφία και αφορούσαν ή εμπεριείχαν τη σχέση γιατρού-ασθενή, ενώ παράλληλα ενισχύθηκαν από τον ερευνητή από κοινού με τον επιβλέποντά του, με την προσθήκη ορισμένων ερωτημάτων που παρουσιάζουν εγκυρότητα όψεως και δεν αναφέρονταν στη βιβλιογραφία.

Στην αρχική τους μορφή, τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν κατά τη διάρκεια της πιλοτικής φάσης σε γιατρούς και ασθενείς της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Νομού Ιωαννίνων, αποτελούνταν από 120 ερωτήσεις για τους γιατρούς και 172 για τους ασθενείς. Η μορφή και η δομή των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκε στην πιλοτική φάση, παρατίθεται στο Παράρτημα III για γιατρούς και ασθενείς αντίστοιχα.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ποιοτική ανάλυση των ερωτημάτων που θα συνέθεταν το ερωτηματολόγιο της επίσημης φάσης της έρευνας. Κατά συνέπεια, ορισμένες από τις ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην αρχική φάση - από το σύνολο δηλαδή των ερωτήσεων που δόθηκαν στην πιλοτική φάση (120 ερωτήσεις για τους γιατρούς και 172 για τους ασθενείς) - απορρίφθηκαν ή επαναδιατυπώθηκαν.

Ο όγκος των ερωτημάτων δεν διευκόλυνε τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από τα υποκείμενα του δείγματος της πιλοτικής φάσης. Με γνώμονα την παραπάνω διαπίστωση, ο αριθμός των ερωτήσεων που συνέθεσαν τα ερωτηματολόγια κατά την πιλοτική φάση χαρακτηρίστηκε - από τον ερευνητή και τον επιβλέποντά του - ιδιαίτερα



υψηλός. Η επιλογή και η μείωση του αριθμού των ερωτήσεων έγινε με τον έλεγχο των απαντήσεων των υποκειμένων.

Σύμφωνα λοιπόν με τους γιατρούς και τους ασθενείς, εντοπίστηκαν ερωτήσεις που είτε αλληλοκαλύπτονταν, άλλοτε πάλι παρουσίαζαν μικρό ενδιαφέρον, είτε σε τελική ανάλυση ήταν δυσνόητες, σε βαθμό αδυναμίας επεξήγησής τους. Η βελτίωση της τράπεζας των ερωτήσεων του υπό-κατασκευή ερωτηματολογίου έγινε με την απόρριψη εκείνων που δεν είχαν εντέλει τις ιδιότητες που απαιτούνταν για την υλοποίηση της εννοιολογικής φάσης, με την παράλληλη επιλογή άλλων ερωτήσεων που συγκέντρωναν τις ιδιότητες που απαιτούνταν. Η πιλοτική έρευνα πρόσφερε πολύτιμη πληροφορία, δεδομένου ότι έγινε αντιληπτό:

- α) το αν διαφαίνονταν ή όχι στο περιεχόμενο της ερώτησης, προκατάληψη ή φόρτιση προς μία κατεύθυνση,
- β) το αν μία ερώτηση επηρεάζονταν ή όχι από το περιεχόμενο προηγούμενων ερωτήσεων και
- γ) το αν μπορούσε να παρανοηθεί ή όχι η ερώτηση, αν δηλαδή περιείχε δύσκολη ή ασαφή φρασεολογία.

Κατά συνέπεια, η ποιοτική ανάλυση των ερωτήσεων, οδήγησε τον ερευνητή στην ανάγκη ένταξης ορισμένων νέων ερωτημάτων, με κοινό εννοιολογικό παρονομαστή. Κατ' αυτό τον τρόπο δημιουργήθηκαν δύο βελτιωμένες φόρμες ερωτηματολογίων, μία για τους γιατρούς και μία για τους ασθενείς. Με την τελική αλλαγή φρασεολογίας ή διατύπωσης σε ορισμένα από τα ερωτήματα που συνέθεταν το ερωτηματολόγιο της πιλοτικής φάσης, με την παράλληλη αφαίρεση, προσθήκη και τροποποίηση ορισμένων άλλων, δημιουργήθηκαν δύο νέα ερωτηματολόγια, τα οποία περιείχαν ερωτήσεις με διακριτική ιδιότητα (Gregory 1992· Αλεξόπουλος, 1998)<sup>465, 444</sup>, την ιδιότητα δηλαδή του να διαφοροποιούνται μεταξύ τους, με μεγαλύτερη αξιοπιστία και με μεγαλύτερο βαθμό πρόβλεψης.

Συγκεκριμένα, η σύνθεση των ερωτηματολογίων - όπως διαμορφώθηκε μετά το πέρας της πιλοτικής φάσης - είχε την παρακάτω μορφή:

**A' Ερωτηματολόγιο γιατρών:** 122 ερωτήσεις.

**B' Ερωτηματολόγιο ασθενών:** 137 ερωτήσεις.



Με την παρακάτω σύνθεση, δόθηκαν σε γιατρούς και ασθενείς, κατά τη διάρκεια της επίσημης φάσης της έρευνας. Συγκεκριμένα, η δομή του ερωτηματολογίου περιλάμβανε τέσσερα μέρη, αναλυτική παρουσίαση των οποίων γίνεται στα αντίστοιχα Παραρτήματα:

- α) το εξώφυλλο (διαφορετικό για τα δύο ερωτηματολόγια) (Παράρτημα IV),
- β) τη συνοδευτική επιστολή, η οποία περιελάμβανε τις οδηγίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και ήταν διαφορετική για τα δύο ερωτηματολόγια (Παράρτημα V),
- γ) τις ερωτήσεις (διαφορετικές για τα δύο ερωτηματολόγια) (Παράρτημα VI) και
- δ) τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (διαφορετικά για τα δύο ερωτηματολόγια, με σκοπό την ανίχνευση του προφίλ των δύο ομάδων πληθυσμού) (Παράρτημα VII).

### 3.4 ΤΕΧΝΙΚΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Το είδος δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν η δειγματοληψία μη - πιθανότητας (non probability sampling) (Σαχίνη-Καρδάση, 1997)<sup>443</sup>. Θεωρώντας απαραίτητη την πληροφορημένη συγκατάθεση των υποκειμένων, μία προϋπόθεση που από μόνη της περιορίζει τη δυνατότητα εξασφάλισης του τυχαίου δείγματος, η δειγματοληψία μη-πιθανότητας που εφαρμόστηκε, ήταν η πιο ενδεδειγμένη. Η μέθοδος αυτή είναι ευρέως διαδεδομένη στην ιατρική έρευνα κι επιτρέπει σε κάθε μέλος ή στοιχείο του πληθυσμού να έχει την ίδια ευκαιρία να συμπεριληφθεί στο δείγμα. Κατ' αυτό τον τρόπο, στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν οι ασθενείς που νοσηλεύονταν ή πραγματοποιούσαν θεραπεία στο ΓΠΠΝΙ, καθώς επίσης και οι γιατροί που εργάζονταν ή πραγματοποιούσαν ειδικότητα στο ίδιο νοσοκομειακό πλαίσιο, κατά το διάστημα που πραγματοποιήθηκε η έρευνα (Σαχίνη - Καρδάση, 1997)<sup>443</sup>.

Πιο συγκεκριμένα, εφαρμόστηκαν και τα δύο είδη της δειγματοληψίας μη-πιθανότητας (για το λόγο ότι υπήρξε αντιστοιχία γιατρού-ασθενή στη συλλογή των δεδομένων) (Frankfort-Nachmias & Nachmias, 1992· Σαχίνη - Καρδάση, 1997)<sup>489, 443</sup>.

- A) αφενός, η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling), σύμφωνα με την οποία συμπεριλήφθηκαν οι ασθενείς και οι γιατροί του νοσοκομείου που ήταν διαθέσιμοι και
- B) αφετέρου η σκόπιμη αναλογική δειγματοληψία (quota sampling), η οποία παρείχε ακριβώς αυτή τη δυνατότητα, να ληφθούν δηλαδή δείγματα αντιπροσώπων ζευγαριών (matched pairs).



### 3.4.1 ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε ατομικά, σε τυχαίο ισάριθμο δείγμα συναντήσεων γιατρών και ασθενών. Η χορήγησή του γίνονταν αμέσως μετά από τη συνάντηση του γιατρού με τον ασθενή. Κατά τη διάρκεια χορήγησης, δεν υπήρχε συνεργασία του ερευνητή με τον ερωτώμενο, παρά μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπου επιβάλλονταν από τις συνθήκες, λόγω χάρη στην ορθοπεδική και στην ογκολογική κλινική.

Οι δυσκολίες που προέκυψαν, περιορίστηκαν κυρίως στον αριθμό των ατόμων που μπορούσαν να συμμετέχουν καθημερινώς, λόγω του χρόνου που απαιτούνταν από τα υποκείμενα για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

### 3.5 ΔΟΚΙΜΗ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

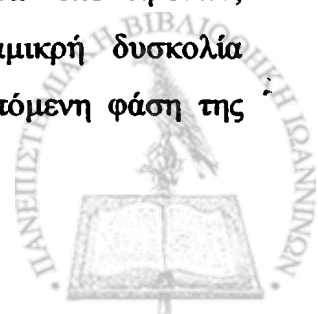
Η δοκιμή του υπό-κατασκευή ερωτηματολογίου συνετέλεσε στην αποφυγή τυχόν λαθών, που πιθανόν να οδηγούσαν στη διαστρέβλωση των αποτελεσμάτων (Stone, 1993· Σαχίνη-Καρδάση, 1997)<sup>457, 443</sup>. Στο στάδιο αυτό μετρήθηκε ο βαθμός κατανόησης, 'αποδοχής', καθώς κι ερμηνείας του ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες.

Για το σκοπό αυτό, διεξήχθη πιλοτική έρευνα από τον Ιανουάριο έως τον Φεβρουάριο του 1999, στην Ψυχιατρική Κλινική του ΓΠΠΝΙ, με σκοπό τη διαπίστωση της αποτελεσματικότητας του υπό-κατασκευή εργαλείου-ερωτηματολογίου. Στο χρονικό αυτό διάστημα, διακινήθηκαν 86 ασθενείς στην Ψυχιατρική κλινική του ΓΠΠΝΙ, σύμφωνα με τον επίσημο κατάλογο του αρχείου του Νοσοκομείου.

Τα δύο ερωτηματολόγια, ένα για τον ασθενή κι ένα για το γιατρό, υποβλήθηκαν αρχικά σε δείγμα 50 συναντήσεων 10 γιατρών (N=6 άντρες, 4 γυναίκες) και 50 ασθενών (N=25 άντρες, 25 γυναίκες) της Ψυχιατρικής κλινικής.

Οι λόγοι για τους οποίους επιλέχθηκε η συγκεκριμένη κλινική ταυτίζονται με τους στόχους της πιλοτικής φάσης, όπως παρουσιάζονται στη συνέχεια. Συγκεκριμένα, επιδιώχθηκε από τον ερευνητή να εξακριβωθεί αν:

- οι χρησιμοποιούμενοι όροι ήταν εύκολα αντιληπτοί, δεν περικλείουν δηλαδή διαφορούμενο νόημα, κάτι που αφορά στην κατανόηση από πλευράς των υποκειμένων, των ερωτήσεων που συνθέτουν το ερωτηματολόγιο. Η παραμικρή δυσκολία κατανόησης καταγράφηκε, προκειμένου να ληφθεί υπόψη στην επόμενη φάση της έρευνας.



- η σειρά διαδοχής των ερωτήσεων δεν προκαλεί τάσεις πιθανής διαστρέβλωσής του νοήματος, επηρεαζόμενη πιθανόν από το περιεχόμενο προηγούμενων ερωτήσεων.
- ο τρόπος με τον οποίο είναι διατυπωμένες οι ερωτήσεις, επιτρέπει στα υποκείμενα να δώσουν ακριβείς πληροφορίες.
- το μέγεθος του ερωτηματολογίου ήταν ιδιαίτερα εκτενές, προκαλώντας κατ' αυτό τον τρόπο τον εκνευρισμό ή την αδιαφορία των ερωτηθέντων.

Η πιλοτική φάση παρείχε την ευκαιρία μιας αρχικής μελέτης της σχέσης γιατρού-ασθενή και πρόσφερε πολύτιμη πληροφορία, η αξιοποίηση της οποίας - όπως προαναφέρθηκε - οδήγησε στην τροποποίηση της διατύπωσης των θεμάτων που παρερμηνεύονταν, στη βελτίωση της δομής, καθώς και στην τελική παρουσίαση του ερωτηματολογίου στο δείγμα. Η 'ελάττωση των δεδομένων' ολοκληρώθηκε μέσου της τελικής 'επιμέλειας' των ερωτηματολογίων.

### 3.5.1 ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Η επιμέλεια των ερωτηματολογίων αποσκοπούσε στον εντοπισμό και την εξάλειψη των σφαλμάτων των υποκειμένων, κυρίως λόγω προβλημάτων που δημιουργούνταν λόγω του μεγάλου αριθμού των ερωτημάτων. Μια πρώτη εκτίμηση της γραφικής επιμέλειας των ερωτηματολογίων γίνονταν αμέσως μετά τη συμπλήρωσή του από τα υποκείμενα, με σκοπό να εξακριβωθούν οι παρακάτω παράμετροι (Hoinville & Jowell, 1978)<sup>466</sup>:

- Η πληρότητα των απαντήσεων:* ο έλεγχος που έγινε εξασφάλιζε την ύπαρξη απαντήσεων σε κάθε ερώτηση. Σε ελάχιστες περιπτώσεις, τυχόν απαντήσεις που έλειπαν, συμπληρώθηκαν έπειτα από σχετική επεξήγηση που ζητούνταν για το συγκεκριμένο ερώτημα.
- Η ακρίβεια των απαντήσεων:* στο μέτρο του δυνατού, λόγω του περιορισμένου διαθέσιμου χρόνου των υποκειμένων, έγινε έλεγχος ώστε να επαληθευτεί το γεγονός ότι όλες οι ερωτήσεις έχουν απαντηθεί με ακρίβεια, με τον παράλληλο εντοπισμό πιθανών διπλών απαντήσεων σε κάποιο ερώτημα. Τυχόν ανακρίβειες που εντοπίζονταν, προέρχονταν από απροσεξία των συμμετεχόντων.

Το στάδιο αυτό ήταν εξίσου σημαντικό, δεδομένου ότι, ένα τσεκάρισμα σε λάθος κουτάκι, θα αποτελούσε ανακρίβεια, ενώ παράλληλα, η εγκυρότητα των δεδομένων θα



μειώνονταν, εάν φυσικά τα συγκεκριμένα λάθη δεν επισημαίνονταν εγκαίρως (Everitt, 1996)<sup>488</sup>.

Η πιλοτική φάση ανέδειξε εντέλει τον τρόπο αποδοχής του εργαλείου-ερωτηματολογίου από τα υποκείμενα. Η συνέπεια των απαντήσεων δοκιμάστηκε με την υποβολή των ίδιων ή παραπλήσιων ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο, για περισσότερες από μία φορές και με σύγκριση των απαντήσεών τους.

Η πιλοτική έρευνα οδήγησε επιπλέον στον εντοπισμό των παραγόντων που ήταν δυνατό να επηρεάσουν την απόφαση των ατόμων για συμμετοχή στην έρευνα, λχ. επίπεδο κινήτρων συμμετοχής. Η εξασφάλιση άλλωστε της ανωνυμίας, ενθάρρυνε την ειλικρίνεια και την αμεσότητα των υποκειμένων και συνέβαλε στους σκοπούς της έρευνας.





### 3.6 ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της επίσημης φάσης της έρευνας, που διήρκησε από το Μάρτιο του 1999 έως τον Ιούλιο του 2000, αποτέλεσαν γιατροί και ασθενείς του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Συνολικά, στο αντίστοιχο χρονικό διάστημα, σύμφωνα με το επίσημο αρχείο του Νοσοκομείου, νοσηλεύτηκαν 61.268 ασθενείς. Αναλυτικότερα, η διακίνηση των ασθενών σε επίπεδο νοσηλείας, στις τέσσερις κλινικές που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, ανέρχεται στον αριθμό των 16.468 ασθενών.

Συγκεκριμένα, η διακίνηση των ασθενών ανά κλινική σε επίπεδο νοσηλείας, διαμορφώθηκε όπως παρακάτω:

1. Ψυχιατρική κλινική : 822 ασθενείς
2. Καρδιολογική κλινική : 4119 ασθενείς
3. Ογκολογική κλινική : 9127 ασθενείς
4. Ορθοπαιδική κλινική : 3200 ασθενείς.

Συνολικά, το δείγμα της επίσημης φάσης της έρευνας αποτέλεσαν 72 γιατροί και 461 ασθενείς, οι οποίοι στο σύνολό τους συμπλήρωσαν και παρέδωσαν στον ερευνητή 922 ερωτηματολόγια (N=461 ερωτηματολόγια γιατρών / N=461 ερωτηματολόγια ασθενών). Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί πως τα ερωτηματολόγια αφενός ήταν διαφορετικά για κάθε κατηγορία - γιατρούς και ασθενείς -, αφετέρου όμως ήταν ίδια για κάθε κλινική και ειδικότητα αντίστοιχα, ενώ υπήρχε αντιστοιχία μεταξύ γιατρού και ασθενή σε κάθε κλινική.

Συγκεκριμένα, το δείγμα γιατρών και ασθενών που συμμετείχε ανά κλινική στην έρευνα, κατά το χρονικό διάστημα Μαρτίου 1999 έως Ιουλίου 2000, διαμορφώνεται όπως παρακάτω:

- **Καρδιολογική** (N=25 γιατροί, N=120 ασθενείς)
- **Ογκολογική** (N=11 γιατροί, N= 103 ασθενείς)
- **Ορθοπαιδική** (N=19 γιατροί, N=112 ασθενείς)
- **Ψυχιατρική** (N=17 γιατροί, N=126 ασθενείς).

Αναλυτικότερα, στην Καρδιολογική κλινική συμμετείχαν 25 γιατροί (N=25) και 120 ασθενείς (N=120), στην Ογκολογική κλινική συμμετείχαν 11 γιατροί (N=11) και 103 ασθενείς (N=103), στην Ορθοπαιδική 19 γιατροί (N=19) και 112 ασθενείς (N=112), ενώ αντίστοιχα στην Ψυχιατρική κλινική συμμετείχαν 17 γιατροί (N=17) και 126 ασθενείς (N=126).



### 3.7 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΕ

Το είδος της ανάλυσης που εφαρμόστηκε ονομάζεται παραγοντική ανάλυση (factor analysis) και σκοπό είχε να συνοψίσει τις σχέσεις που εντοπίστηκαν σε ένα μεγάλο αριθμό μεταβλητών, με έναν ακριβή και περιεκτικό τρόπο (Nunnally, 1978· Gorsuch, 1983)<sup>473, 467</sup>, έτσι ώστε να οδηγήσει στην κατανόηση των παραγόντων που συγκροτούν την έννοια της θεραπευτικής σχέσης.

Πιο συγκεκριμένα, η παραγοντική ανάλυση οδήγησε στη μείωση του αριθμού των ερωτήσεων και στον εντοπισμό των μεταβλητών, οι οποίες ονομάζονται 'παράγοντες' και κατά συνέπεια στην ομαδοποίηση των ερωτήσεων ανά παράγοντα.

Για την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης στα δεδομένα, κρίθηκε απαραίτητο να γίνει (Gorsuch, 1983· Streiner, 1994· Guadagnoli & Velicer, 1988)<sup>467, 468, 469</sup>:

- α) η προκαταρκτική αξιολόγηση των ερωτήσεων που θα συμπεριλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο, με σκοπό να βρεθούν οι ψυχομετρικές ιδιότητες των ερωτήσεων, το αν δηλαδή οι ερωτήσεις συσχετίζονται ως ένα μεγάλο βαθμό μεταξύ τους και
- β) ο καθορισμός του μεγέθους του δείγματος, δεδομένου ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεωρητική ή εμπειρική βάση, που να είναι κοινώς αποδεκτή και να καθορίζει το μέγεθος του δείγματος, με αποτέλεσμα οι απόψεις να δίστανται.

Για το λόγο αυτό, εφαρμόστηκε ένας γενικός κανόνας που επιβάλλεται να τηρείται, ότι δηλαδή οι εξεταζόμενοι πρέπει να είναι όσο το δυνατόν περισσότεροι, ένας κανόνας που ενισχύθηκε έπειτα κι από την καθοδήγηση και υπόδειξη των κ. Γεώργα (Georgas, 1971· Γεώργας και συνεργάτες, 1977)<sup>449, 450</sup> και κ. Παρασκευόπουλου (1992, 1993)<sup>451, 452</sup>.

Για τους σκοπούς της έρευνας εφαρμόστηκαν και τα δύο είδη παραγοντικής ανάλυσης, που είναι τα παρακάτω:

- A) *ανάλυση διερεύνησης (exploratory factor analysis)*, με σκοπό την εξέταση της δομής των συσχετίσεων που παρατηρήθηκαν και την ανακάλυψη των βασικών εννοιών ή διαστάσεων των παραγόντων που εντοπίστηκαν και
- B) *ανάλυση επικύρωσης (confirmatory factor analysis)*, με σκοπό τη διερεύνηση των συναφειών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των παραγόντων.



Τα στάδια που ακολουθήθηκαν κατά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης ήταν τα παρακάτω:

- Αρχικά υπολογίστηκαν όλες οι συνάφειες μεταξύ των μεταβλητών/ ερωτήσεων που επιλέχθηκαν για να αντιπροσωπεύουν την ιδιότητα της θεραπευτικής σχέσης. Ο υπολογισμός αυτός επιτεύχθηκε με τη συγκέντρωση των ιδιοτιμών (eigenvalues) των ερωτήσεων, σε κάθε παράγοντα και την εξέταση των μεταξύ τους συναφειών, οι οποίες ανέδειξαν ως ποιο βαθμό είναι όμοιες οι μεταβλητές /ερωτήσεις.
- Ακολούθησε η επεξεργασία των δεδομένων μέσω του ηλεκτρονικού υπολογιστή, στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS (Statistical Package for Social Sciences), που οδήγησε στον πίνακα παραγόντων, που περιλαμβάνει τις μεταβλητές/ερωτήσεις, τους παράγοντες και τις παραγοντικές τους φορτίσεις.
- Τα αποτελέσματα αυτά οδήγησαν στον υπολογισμό και την εξαγωγή των παραγόντων, που εν τέλει διατηρήθηκαν, καθώς και της ισχύος του κάθε παράγοντα, ενώ παράλληλα, πραγματοποιήθηκε και η περιστροφή των παραγόντων, με σκοπό τη διεξαγωγή μιας ερμηνεύσιμης λύσης.



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°****ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ  
ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ**

#### 4.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (ΓΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ)

Συνολικά το δείγμα της επίσημης φάσης της έρευνας αποτέλεσαν 72 γιατροί και 461 ασθενείς, οι οποίοι στο σύνολό τους συμπλήρωσαν και παρέδωσαν στον ερευνητή 922 ερωτηματολόγια. Αναλυτικότερα, η συλλογή ισάριθμων ερωτηματολογίων γιατρών και ασθενών ανά κλινική σε αντιστοιχία, οδήγησε στη συγκέντρωση 922 ερωτηματολογίων, εκ των οποίων τα 461 προέρχονταν από δείγμα 72 γιατρών του ΓΠΠΝΙ και τα υπόλοιπα 461 ερωτηματολόγια από δείγμα 461 ασθενών, στο σύνολο των τεσσάρων κλινικών που πραγματοποιήθηκε η έρευνα.

Η κωδικοποίηση και η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν, οδήγησαν στον εντοπισμό των δημογραφικών στοιχείων των δύο ομάδων του δείγματος και στον προσδιορισμό των επιμέρους ατομικών χαρακτηριστικών των ομάδων, όπως είναι η ειδικότητα των γιατρών που συμμετείχαν, η διάρκεια παρακολούθησης του ασθενή από το γιατρό, η συνάντηση κατά την οποία συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο, ο τόπος και η διάρκεια της συνάντησης κ.α. Αναλυτική παρουσίαση των δημογραφικών στοιχείων και των επιμέρους χαρακτηριστικών, που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια των γιατρών και των ασθενών, γίνεται στους Πίνακες 11 και 13.

##### 4.1.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

Όπως διαφαίνεται από τον Πίνακα 10, η συμμετοχή των γιατρών ανά ειδικότητα χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα υψηλή, δεδομένου ότι το σύνολο του δείγματος (N=72 γιατροί) αποτελεί το μέγιστο των υποκειμένων που εργάζονταν ή ασκούσαν την ειδικότητά τους στις τέσσερις κλινικές που συμμετείχαν στην έρευνα, κατά το διάστημα υλοποίησής της.

Πιο συγκεκριμένα, τα ποσοστά κατανομής των ερωτηματολογίων που συγκεντρώθηκαν από τους γιατρούς ανά ειδικότητα, στο σύνολο των ερωτηματολογίων, ήταν τα ακόλουθα (Πίνακας 11):

- *Ψυχιατρική* :N=77 (16.7%)
- *Ογκολογική* :N=95 (20.6%)
- *Καρδιολογική* :N=89(19.3%)
- *Ορθοπαιδική* :N=102(22.1%)
- *Γενική ιατρική*:N=93(20.2%)
- *Παθολογική* :N=5(1.1%)



**Πίνακας 10. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΓΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ  
ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ, ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ**

<i>ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΙΠΝΙ</i>	<i>ΓΙΑΤΡΟΙ</i>		<i>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Γιατρών (για ασθενείς)</i>	
			<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Καρδιολογική</i>	25	34.7	120	26.0
<i>Ογκολογική</i>	11	15.2	103	22.3
<i>Ορθοπαιδική</i>	19	26.3	112	24.2
<i>Ψυχιατρική</i>	17	23.6	126	27.3
<b>Σύνολο Δείγματος</b>	<b>N=72</b>		<b>N=461</b>	

Όσον αφορά στο προφίλ των γιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα, σύμφωνα με τον Πίνακα 11, ένα ποσοστό της τάξεως του 72.2% (N=52) ανήκε στο άρρεν φύλο, με 380 ερωτηματολόγια που αφορούσαν στη σχέση τους με τον ασθενή τους, ενώ το ποσοστό των γυναικών κυμάνθηκε στο 27.7% (N=20), με 81 ερωτηματολόγια. Κι ενώ τα 380 ερωτηματολόγια των αντρών γιατρών αντιπροσωπεύουν το 82,4% στο σύνολο των 461 ερωτηματολογίων από την πλευρά των γιατρών, τα 81 ερωτηματολόγια των γυναικών προσδίδουν ένα κατά πολύ μικρότερο ποσοστό, της τάξεως του 17,6%. Ο Μ.Ο. ηλικίας των αντρών γιατρών ήταν το 37<sup>ο</sup> έτος ηλικίας, ενώ για τις γυναίκες γιατρούς προσδιορίστηκε το 32<sup>ο</sup> έτος.

Από τους 72 γιατρούς των τεσσάρων κλινικών, οι 24 κατείχαν θέσεις ειδικευμένων, σε ποσοστό 33.3%, ενώ οι 48 κατείχαν θέση ειδικευόμενου, με ποσοστό 66.6%. Αναλυτικότερα, κατά το διάστημα υλοποίησης της έρευνας, στην Ψυχιατρική κλινική του ΓΠΠΝΙ εντοπίστηκαν 5 ειδικευμένοι γιατροί (ποσοστό 29.5%) σε αντίθεση με τους ειδικευόμενους που ήταν 12 (ποσοστό 70.5%). Στο σύνολο των 126 ερωτηματολογίων που αποτέλεσαν το δείγμα της γιατρών της Ψυχιατρικής κλινικής, ένα ποσοστό 61,1% (N=77), ανήκε στην ίδια ειδικότητα, σε σχέση με το 38,9% (N=49) που ειδικευόταν στη Γενική Ιατρική.



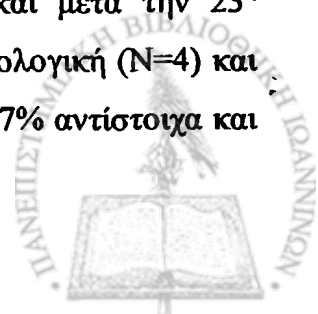
Αντίστοιχα, στην Καρδιολογική κλινική, το ποσοστό των γιατρών που κατείχε την ίδια ειδικότητα ή ειδικεύονταν σ' αυτή, κυμάνθηκε στο 74,2% (N=89), ενώ ένα ποσοστό 25.8% (N=31), ασκούσε την ειδικότητά του στη Γενική Ιατρική. Στο σύνολο των 120 ερωτηματολογίων που συγκεντρώθηκαν στην Καρδιολογική κλινική, 8 συνολικά γιατροί, ποσοστό 32.0% ήταν ειδικευμένοι, ενώ οι υπόλοιποι 17, ποσοστό που κυμαίνεται στο 68%, πραγματοποιούσαν την ειδικότητά τους στην Καρδιολογική και τη Γενική Ιατρική.

Όσον αφορά στην Ογκολογική Κλινική, από το σύνολο των 103 ερωτηματολογίων που συγκεντρώθηκαν, τα 95 συμπληρώθηκαν από γιατρούς της ίδιας ειδικότητας, ποσοστό που κυμάνθηκε στο 93%, ενώ ένα ελάχιστο ποσοστό σε σχέση με τις υπόλοιπες κλινικές, της τάξεως του 7%, ανήκε στη Γενική Ιατρική και στην Παθολογική.

Τέλος, στην Ορθοπεδική κλινική, στο σύνολο των 112 ερωτηματολογίων που συγκεντρώθηκαν, τα 102 ερωτηματολόγια, ποσοστό που κυμάνθηκε στο 91.1%, συμπληρώθηκαν από γιατρούς της ίδιας ειδικότητας, ενώ μόλις ένα 8.9% (N=10), πραγματοποιούσε την ειδικότητά του στη Γενική Ιατρική. Κατά το διάστημα υλοποίησης της έρευνας, στην Ορθοπεδική κλινική, το 36,8% των γιατρών αποτελούνταν από ειδικευμένους (N=7), ενώ το 63.1% αποτελούνταν από ειδικευόμενους (N=12).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποκτά η σύγκριση των διαστημάτων κατά τα οποία πραγματοποιήθηκαν οι συναντήσεις γιατρών και ασθενών και συλλέχθηκαν τα δεδομένα ανά κλινική. Τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν και αφορούσαν την 1<sup>η</sup> συνάντηση του γιατρού με τον ασθενή του, ανεξαρτήτου κλινικής ήταν 21, ποσοστό της τάξεως του 4.5%, ένα ποσοστό που δεν διαφοροποιείται παρά μόνο στην ορθοπεδική κλινική.

Οι απαντήσεις ωστόσο των γιατρών υποδηλώνουν ότι οι ίδιοι, ανεξαρτήτου ειδικότητας, κυμάνθηκαν περισσότερο μεταξύ της 2<sup>ης</sup> και 10<sup>ης</sup> συνάντησης. Στο σημείο αυτό, εντοπίζεται συμπτωματικά μία ταύτιση μεταξύ των γιατρών της καρδιολογικής και της ορθοπεδικής, σε ποσοστό που κυμαίνεται από 77.5% έως 83%. Το συγκεκριμένο διάστημα συγκεντρώθηκαν 329 ερωτηματολόγια που αφορούσαν συναντήσεις μέσα στο ίδιο χρονικό πλαίσιο, σε ποσοστό 71.3%. Από την 11<sup>η</sup> έως την 20<sup>η</sup> συνάντηση, συγκεντρώθηκαν 88 ερωτηματολόγια ανεξαρτήτου κλινικής, τα οποία υποδηλώνουν μία τυχαία σύγκλιση των ποσοστών στην ψυχιατρική και ογκολογική κλινική. Όπως ήταν αναμενόμενο, ο αριθμός των συναντήσεων παρέμεινε ιδιαίτερα υψηλός στην ψυχιατρική κλινική, και μετά την 23<sup>η</sup> συνάντηση, σε ποσοστό που αγγίζει το 18,3%, εν αντιθέσει με την καρδιολογική (N=4) και την ορθοπεδική κλινική (N=9), που ακολουθούν, με ποσοστό 3.3% και 8.7% αντίστοιχα και την ογκολογική κλινική, με ποσοστό 2.7% (N=3).



Πίνακας 11. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ N=17 (23.6%) N Ερωτηματολογίων=126	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ N=25 (34.7%) N Ερωτηματολογίων=120	ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ N=11 (15.2%) N Ερωτηματολογίων=103	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ N=19 (26.3%) N Ερωτηματολογίων=112	ΣΥΝΟΛΟ N=72
Φύλο	Άνδρες	10	16	9	17	52 (72.2%)
	Γυναίκες	7	9	2	2	20 (27.7%)
Ερωτηματολόγιο / Φύλο	Άνδρες	95	91	98	96	380 (82.4%)
	Γυναίκες	31	29	5	16	81 (17.6%)
Ερωτηματολόγιο / Ηλικία	M.O.	40	34	39	36	37
	Γυναίκες	32	34	32	29	32
Σ.Α	Άνδρες	6	6	6	5	6
	Γυναίκες	6	7	0	1	6
Ερωτηματολόγιο / Ειδικότητα	Ψυχιατρική	77	-	-	-	77 (16.7%)
	Ογκολογική	-	-	95	-	95 (20.6%)
	Καρδιολογική	-	89	-	-	89 (19.3%)
	Ορθοπαιδική	-	-	-	102	102 (22.1%)
	Γενική Ιατρική	49	31	3	10	93 (20.2%)
Παθολογική	-	-	5	-	5 (1.1%)	
Έτη από κτήση πτυχίου	M.O	13	9	12	10	11
	Σ.Α	6	6	4	5	6
Έτη από λήψη ειδικότητας	M.O	6	4	5	3	5
	Σ.Α	5	4	3	4	4
Επαγγελματική θέση	Ειδικευμένος	5	8	4	7	24 (33.3%)
	Ειδικευόμενος	12	17	7	12	48 (66.6%)
Οικογενειακή κατάσταση / ερωτηματολόγιο	Άγαμος	39	72	8	22	141 (30.6%)
	Έγγαμος	87	46	95	90	318 (69.0%)
	Διαζευγμένος Χήρος/α	-	2	-	-	2 (.4%)
Συνάντηση κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου	1 <sup>η</sup>	5	8	7	1	21 (4.5%)
	2 <sup>η</sup> -10 <sup>η</sup>	81	93	62	93	329 (71.3%)
	11 <sup>η</sup> -20 <sup>η</sup>	17	15	25	15	72 (15.6%)
	21 <sup>η</sup> +	23	4	9	3	39 (8.4%)



#### 4.1.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Όπως διαφαίνεται στον Πίνακα 12, η συμμετοχή των ασθενών ανά κλινική ποικίλλει, δεδομένου ότι ο επιμέρους αριθμός των ασθενών που διακινήθηκαν στις τέσσερις κλινικές αντίστοιχα, διέφερε μεταξύ των κλινικών. Στο σύνολο των 461 ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από τους ασθενείς, οι κλινικές συμμετείχαν ως ακολούθως:

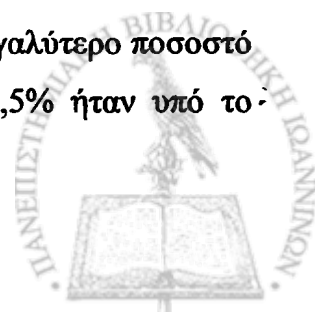
- *Ψυχιατρική* : N=126 (27,3%),
- *Καρδιολογική* : N=120 (26%),
- *Ορθοπεδική* : N=112 (24,2%),
- *Ογκολογική* : N=103 (22,3%).

**Πίνακας 12. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ, ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ**

<i>ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΙΠΝΙ</i>	<i>ΑΣΘΕΝΕΙΣ</i>		<i>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Ασθενών</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Καρδιολογική</i>	120	26.0	120	26.0
<i>Ογκολογική</i>	103	22.3	103	22.3
<i>Ορθοπεδική</i>	112	24.2	112	24.2
<i>Ψυχιατρική</i>	126	27.3	126	27.3
<b>Σύνολο Δείγματος</b>	<b>N=461</b>		<b>N=461</b>	

Όσον αφορά στο προφίλ των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, αναλυτική παρουσίαση του οποίου γίνεται στον Πίνακα 13, το δείγμα αποτέλεσαν 251 άντρες και 210 γυναίκες (ποσοστό 54,4% και 45,6% αντίστοιχα). Η ηλικία των ασθενών που συμμετείχαν, κυμάνθηκε από 17-35 ετών (ποσοστό 17%), 36-55 ετών (ποσοστό 35%) και 66-86 (ποσοστό 25%).

Όσον αφορά δε στην οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, το μεγαλύτερο ποσοστό (71,4%) ήταν έγγαμοι, το 19% άγαμοι, το 6% είχε χηρέψει, ενώ το 3,5% ήταν υπό το καθεστώς διαζυγίου.



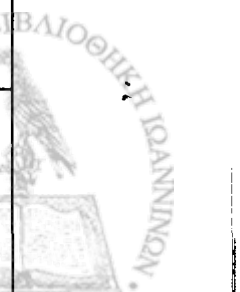
Το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών παρουσίαζε ποικιλομορφία ανά κλινική, χωρίς όμως να παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από τη μία κλινική στην άλλη. Έτσι, από τους 461 ασθενείς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, οι 197, ποσοστό που κυμάνθηκε στο 42.7% ήταν απόφοιτοι δημοτικού, με ένα ποσοστό της τάξεως του 15.8% (N=73) που είχε διακόψει το δημοτικό. Από την αναλυτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων της περιγραφικής ανάλυσης ανά κλινική, προκύπτει ότι δεν εντοπίζονται σημαντικές διαφορές, όσον αφορά στην κατανομή των ασθενών ανά κλινική, με βάση το μορφωτικό επίπεδο. Στην κατάταξη ακολουθούν οι απόφοιτοι λυκείου, με ποσοστό της τάξεως του 12.8% (N=59), ενώ οι απόφοιτοι Πανεπιστημίου, ιδιωτικών σχολών, καθώς επίσης και οι φοιτητές κατέχουν στο σύνολό τους το ποσοστό του 20% (N=92).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα του Πίνακα 13, όσον αφορά στον καθορισμό της διάρκειας της νόσου σε μήνες, όπου εντοπίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην ψυχιατρική κλινική έναντι των υπολοίπων. Συγκεκριμένα, ο Μ.Ο. διάρκειας της ασθένειας σε μήνες κυμαίνεται από 85.29 έως 26.72 μήνες, ποσοστά που ανήκουν στην ψυχιατρική και την καρδιολογική κλινική αντίστοιχα. Ωστόσο δεν εντοπίζονται έντονες διαφορές μεταξύ της ογκολογικής και ορθοπεδικής κλινικής, με ποσοστά 31.94 και 34.34 αντίστοιχα, ενώ ως τόπος συνάντησης ορίζεται το γραφείο του γιατρού, σε ποσοστό 55.1%. Σημαντικές αποκλίσεις εντοπίζονται ανά ζεύγη ειδικοτήτων, όπου στην ψυχιατρική και την ογκολογική κλινική το ποσοστό συναντήσεων στο γραφείο κυμαίνεται από 87.3 έως 100% αντίστοιχα, ενώ στην καρδιολογική και την ορθοπεδική κλινική οι συναντήσεις πραγματοποιήθηκαν κυρίως στο θάλαμο του ασθενή, ποσοστό που κυμάνθηκε από 72.3 έως 91.7%. Σε σχέση ωστόσο με τη χρονική διάρκεια της συνάντησης δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές, παρά το γεγονός ότι διαφαίνεται πως στην ψυχιατρική και την ογκολογική κλινική, ο Μ.Ο. διάρκειας της συνάντησης γιατρού και ασθενή ήταν 16-17 λεπτά, ενώ στην καρδιολογική και την ορθοπεδική μειώνονταν στα 12 περίπου λεπτά.



**Πίνακας 13. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ**

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ		ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ		ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ		ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ		ΣΥΝΟΛΟ	
	N=126	27.3%	N=120	26.0%	N=103	22.3%	N=112	24.2%		N=461 (100%)
Φύλο	Άνδρες	66	52.4%	77	64.2%	44	42.7%	64	57.1%	N=251 (54.4%)
	Γυναίκες	60	47.6%	43	35.8%	59	57.3%	48	42.9%	N=210 (45.6%)
Ηλικία	Άνδρες	$\bar{x} = 43$ (SD=14)		$\bar{x} = 60$ (SD=10)		$\bar{x} = 59$ (SD=13)		$\bar{x} = 49$ (SD=17)		$\bar{x} = 52$ (SD=15)
	Γυναίκες	$\bar{x} = 44$ (SD=16)		$\bar{x} = 65$ (SD=8)		$\bar{x} = 53$ (SD=13)		$\bar{x} = 59$ (SD=16)		$\bar{x} = 54$ (SD=16)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	56	44.4%	2	1.7%	5	4.9%	25	22.3%	N=88 (19.1%)
	Έγγαμος	53	42.1%	112	93.3%	89	86.4%	75	67.0%	N=329 (71.4%)
	Διαζευγμένος	9	7.1%	1	.8%	-	-	3	2.7%	N=13 (2.8%)
	Εν διαστάσει	2	1.6%	-	-	1	1.0%	-	-	N=3 (.7%)
	Χήρος / α	6	4.8%	5	4.2%	8	7.8%	9	8.0%	N=28 (6.1%)
	>6 έτη	14	11.1%	32	26.7%	15	14.6%	12	10.7%	N=73 (15.8%)
Εκπαίδευση	Απόφοιτος Δημοτικού	48	38.1%	51	42.5%	40	38.8%	58	51.8%	N=197 (42.7%)
	Απόφοιτος Γυμνασίου	15	11.9%	10	8.3%	6	5.8%	9	8.0%	N=40 (8.7%)
	Απόφοιτος Λυκείου	17	13.5%	10	8.3%	18	17.5%	14	12.5%	N=59 (12.8%)
	Φοιτητής / τρια	5	4.0%	1	.8%	1	1.0%	6	5.4%	N=13 (2.8%)
	Απόφοιτος Πανεπιστημίου	9	7.1%	10	8.3%	17	16.5%	7	6.3%	N=43 (9.3%)
	Απόφοιτος Επαγγ. σχολών	18	14.3%	6	5.0%	6	5.8%	6	5.4%	N=36 (7.8%)
Διάρκεια νόσου (μήνες)	$\bar{x}$	85,29		26,72		31,94		34,34		45,75
	(SD)	(96,37)		(44,54)		(51,19)		(64,02)		(72,14)
Διάρκεια παρακολούθησης σε μήνες	$\bar{x}$	17,95		4,96		16,56		21,25		15,06
	(SD)	(31,91)		(12,31)		(29,24)		(59,72)		(37,48)
Συνάντηση κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου	1 <sup>η</sup>	5	4.0%	8	6.7%	7	6.8%	1	.9%	N=21 (4.5%)
	2 <sup>η</sup> -10 <sup>η</sup>	81	64.3%	93	77.5%	62	60.2%	93	83.0%	N=329 (71.3%)
	11 <sup>η</sup> -20 <sup>η</sup>	17	13.5%	15	12.5%	25	24.3%	15	13.4%	N=72 (15.6%)
	21 <sup>η</sup> +	23	18.3%	4	3.3%	9	8.7%	3	2.7%	N=39 (8.4%)
Τόπος συνάντησης	Γραφείο	110	87.3%	10	8.3%	103	100%	31	27.7%	N=254 (55.1%)
	Θάλαμος	16	12.7%	110	91.7%	-	-	81	72.3%	N=207 (44.9%)
Διάρκεια συνάν. (λεπτά / ώρα)	$\bar{x}$	16		12		17		12		14
	(SD)	(9)		(6)		(11)		(7)		(9)



Η επαγγελματική κατάσταση των ασθενών (Δημητρόπουλος, 1994)<sup>491</sup> παρουσιάζεται στο Πίνακα 14, σύμφωνα με τον οποίο, το ενδιαφέρον εστιάζεται στις κατηγορίες των οικιακών και των συνταξιούχων, με ποσοστά που ξεχωρίζουν των υπολοίπων, κατέχοντάς το 28.1% σε δείγμα 130 και το 19.9% σε δείγμα 92 ασθενών αντίστοιχα. Ο Μ.Ο. ηλικίας των ασθενών του δείγματος, δικαιολογεί το αποτέλεσμα αυτό, δεδομένου ότι είναι το 52<sup>ο</sup> έτος για τους άντρες (SD=15) και το 54<sup>ο</sup> για τις γυναίκες (SD=16). Παρουσιάζεται δε, μία ταύτιση του ποσοστού των ανέργων, των δημοσίων υπαλλήλων και των αγροτών, της τάξεως του 7,8% επί του συνόλου, γεγονός που υποδηλώνει την ποικιλομορφία της σύνθεσης των κοινωνικών στρωμάτων του δείγματος.

**Πίνακας 14. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ (N=461)**

1. <i>Ιατρικά επαγγέλματα</i>	N=10 (2.1%)
2. <i>Δημόσιος Υπάλληλος</i>	N=36 (7.8%)
3. <i>Ιδιωτικός Υπάλληλος</i>	N=38 (8.2%)
4. <i>Ελεύθερος Επαγγελματίας</i>	N=52 (11.2%)
5. <i>Αγρότης / τισσα</i>	N=36 (7.8%)
6. <i>Εργάτης</i>	N=31 (6.7%)
7. <i>Συνταξιούχος</i>	N=92 (19.9%)
8. <i>Οικιακά</i>	N=130 (28.1%)
9. <i>Ανεργος / η</i>	N=36 (7.8%)

Όσον αφορά δε στη διάγνωση των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα και εντοπίστηκαν ανά κλινική, κατά τη διάρκεια της επίσημης φάσης της έρευνας, αναλυτική παρουσίαση για κάθε ειδικότητα γίνεται στον Πίνακα 15.



**Πίνακας 15. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΕΩΝ, ΜΕΣΩΝ ΟΡΩΝ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΑΥΤΩΝ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΚΛΙΝΙΚΗ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	% ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ	% ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ	ΚΛΙΝΙΚΗ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	% ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ	% ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ</b> <b>ΚΛΙΝΙΚΗ</b> <b>N=126</b> <b>(27.3%)</b>	Χρόνια ψυχωσική συνδρομή	33,3	(9,1%)	<b>ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ</b> <b>ΚΛΙΝΙΚΗ</b> <b>N=112</b> <b>(24.2%)</b>	Εξάρθρση, κάταγμα, κάκωση, ρήξη μηνίσκου	20,5	(5,0%)
	Καταθλιπτική συνδρομή	17,5	(4,8%)		Ολική ισχύος	18,8	(4,6%)
	Αλκοολισμός	11,1	(3,0%)		Υποδιατροχαντήριο	7,1	(1,7%)
	Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση	7,9	(2,2%)		Υποκεφαλικό ισχύος	6,3	(1,5%)
	Αγχώδης κατάθλιψη	7,1	(2,0%)		Φλεγμονή	5,4	(1,3%)
	Κατάθλιψη με σωματικό σύνδρομο	4,8	(1,3%)		Αφαίρεση ολικών ΑΝΜΚ	4,5	(1,1%)
	Σχιζοφρονασθηματική ψύχωση	3,2	(0,9%)		Αρθροσκόπηση γόνατος	4,5	(1,1%)
	1 <sup>ο</sup> ψυχωσικό επεισόδιο	3,2	(0,9%)		Τροχαιο, κολοκατάγματα Revision	2,7	(0,7%)
	Κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία	2,4	(0,7%)		Σπονδυλική στένωση, σπονδυλολίσθηση	1,8	(0,4%)
	Διαταραχή προσωπικότητας	2,4	(0,7%)		Εκτομή οστεοποίησης	1,8	(0,4%)
	Οριακή προσωπικότητα	1,6	(0,4%)		Ελλειμμα οστικής κνήμης	1,8	(0,4%)
	Οριακή νοημοσύνη	1,6	(0,4%)		Ψυχοδέρθρωση κνήμης	1,8	(0,4%)
	Ψυχογενής ανορεξία	0,8	(0,2%)		Ενδοαστικό λίκωμα	1,8	(0,4%)
	Παραληρητική διαταραχή	0,8	(0,2%)		Μόλωση	1,8	(0,4%)
	Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	0,8	(0,2%)		Διδασκαση τραυμάτων	1,8	(0,4%)
Σωματόμορφη διαταραχή επίμονων δάγων	0,8	(0,2%)	Προς παρακέντηση ισχύος	1,8	(0,4%)		
Οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο	0,8	(0,2%)	Νέκρωση έσω μηριαίου σπονδύλου	0,9	(0,2%)		
				Ενδομυϊκό μείζωμα	0,9	(0,2%)	
				Μεταστατικό Ca ισχύων άμφω	0,9	(0,2%)	
				Διάχρτα οστικά άλγη	0,9	(0,2%)	
				Διατομή έσω βαθιά	0,9	(0,2%)	
				Σορήγιο	0,9	(0,2%)	
				Λιμάτωμα	0,9	(0,2%)	
				Αγκύλωση	0,9	(0,2%)	
				Οστεοαρθρίτις ισχύος	0,9	(0,2%)	
<b>ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ</b> <b>ΚΛΙΝΙΚΗ</b> <b>N=103</b> <b>(22.3%)</b>	Ca μαστού	24,3	(5,4%)	<b>ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ</b> <b>ΚΛΙΝΙΚΗ</b> <b>N=120</b> <b>(26%)</b>	Στεφανιογραφία	34,2	(8,9%)
	Ca πνεύμονα	18,4	(4,1%)		Ασταθής στηθάγχη	15,8	(4,1%)
	Ca εντέρου + παχέος εντέρου	17,5	(3,9%)		Αγγειοπλαστική	14,2	(3,7%)
	Ca ωοθηκών, μήτρας, ενδομητρίου, μεσοθηλίωνα	9,7	(2,2%)		ΟΕΜ	11,7	(3,0%)
	Ca προστάτη, ουροδόχου, πέους, όρχεως	5,8	(1,3%)		Καρδιακή ανεπάρκεια	6,7	(1,7%)
	Ca στομάχου	5,8	(1,3%)		Σταγτικό κλειστικό	4,2	(1,1%)
	Ca νεφρών	2,9	(0,7%)		Προκάρδιο άλγος	3,3	(0,9%)
	ΚΑΙΠΕ	2,9	(0,7%)		Δύσπνοια	1,7	(0,4%)
	Λέμφωμα	1,9	(0,4%)		Δυσλειτουργία βηματοδότη	1,7	(0,4%)
	Μελάνωμα	1,9	(0,4%)		Κολπική μαρμαρυγή	1,7	(0,4%)
	Ca δέρματος	1,0	(0,2%)		Τοκοθιτήση βηματοδότη	0,8	(0,2%)
	Hogkin	1,0	(0,2%)		Σταθερή στηθάγχη	0,8	(0,2%)
	Λεμφαδένες	1,0	(0,2%)		Βραδυαρρυθμία	0,8	(0,2%)
	Ca σκύατι	1,0	(0,2%)		Κολποκοιλιακός αποκλεισμός	0,8	(0,2%)
	Ca παγκρέατος	1,0	(0,2%)		Κοιλιακή ταχυκαρδία	0,8	(0,2%)
Ca χοληδόχου	1,0	(0,2%)	Μυοκαρδιοπάθεια	0,8	(0,2%)		
Ca σισσαφάνου	1,0	(0,2%)					
Non Hogkin Lymphoma	1,0	(0,2%)					



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ  
ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ  
ΓΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**



## 5.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Εφαρμόστηκε Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis) με το στατιστικό πακέτο SPSS. Για την καταλληλότητα της επιλογής της μεθόδου ανάλυσης, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος του Bartlett και το μέτρο των Kaizer-Mayer-Olkin. Επιπλέον, οι υποθέσεις για μοναδιαίους πίνακες συσχετίσεων των αντίστοιχων πληθυσμών, απορρίφθηκαν με τον έλεγχο του Bartlett ( $p < 0.001$ ).

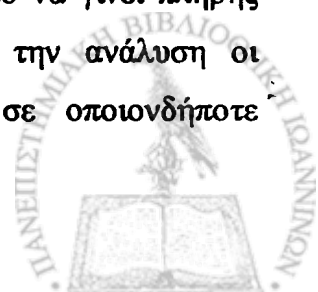
Όπως προαναφέρθηκε, για την εξασφάλιση της ορθής επιλογής του τύπου ανάλυσης που θα εφαρμόζονταν, ήταν σκόπιμο να τηρηθούν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- A) η ποιότητα των δεδομένων – η οποία διασφαλίστηκε με τη χρησιμοποίηση της κλίμακας ίσων διαστημάτων Likert και
- B) το μέγεθος του δείγματος (Anastasi, 1976)<sup>470</sup>. Η τιμή του μέτρου των Kaizer-Mayer-Olkin ήταν 96%, υποδεικνύοντας ότι το δείγμα είναι κατάλληλο για παραγοντική ανάλυση.

Σκοπός της παραγοντικής ανάλυσης ήταν να προσδιορίσει το αν ένας μικρός αριθμός παραγόντων μπορεί να εξηγήσει τις διάφορες τιμές που προκύπτουν, από μία συστοιχία τεστ ή από διάφορες ερωτήσεις ενός τεστ. Κατ' αυτό τον τρόπο, για να κατανοήσουμε την ισχύ της σχέσης μεταξύ μεταβλητής και παράγοντα, οι τιμές που ήταν μεγαλύτερες του .40, κατά κανόνα θεωρήθηκαν σημαντικές, ενώ απάντηση αναζητήθηκε και στην περίπτωση που πολλές από τις μεταβλητές ήταν περίπλοκες από παραγοντική άποψη (factory complex), δηλαδή φόρτιζαν σε περισσότερους από ένα παράγοντα, π.χ. έχουν φορτίσεις υψηλές σε δύο τουλάχιστον παράγοντες.

Η εξαγωγή των παραγόντων αντιμετωπίστηκε με τις μεθόδους Παραγοντοποίησης κατά τον Κύριο Άξονα – Κυρίων Συνιστωσών (Principal Axis Factoring-Principal Components), Μεγίστης Πιθανοφάνειας (Maximum Likelihood) και Γενικευμένων Ελαχίστων Τετραγώνων (Generalized Least Squares), σε συνδυασμό με τις μεθόδους περιστροφής Varimax και Equamax. Δεν κρίθηκε αναγκαία η εφαρμογή-χρήση πλάγιων περιστροφών.

Αρχικά, κατεγράφησαν όλες οι παραγοντικές φορτίσεις, με σκοπό να γίνει πλήρης αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Στη συνέχεια, απαλείφθηκαν από την ανάλυση οι μεταβλητές/ερωτήσεις, που δεν παρουσίαζαν σημαντική φόρτιση σε οποιονδήποτε



παράγοντα. Θεωρήθηκαν ικανοποιητικές οι παραγοντικές φορτίσεις άνω του .40. Σημείο προβληματισμού αποτέλεσε:

- το κριτήριο ποσοστού ερμηνείας της διακύμανσης των μεταβλητών/ερωτήσεων, που συγκεντρώνει ένας παράγοντας, συνήθως το 50% της ολικής διακύμανσης και
- ο αριθμός των μεταβλητών, που θεωρήθηκε περίπλοκος από περιβαλλοντική άποψη (factorial complex), των μεταβλητών δηλαδή, που φόρτιζαν σε περισσότερους από ένα παράγοντα.

Οι κανόνες με τους οποίους αποφασίστηκε ο αριθμός των παραγόντων που θα διατηρούνταν, διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- A) Στα μαθηματικά και τα ψυχομετρικά κριτήρια, με σκοπό τον εντοπισμό του αριθμού των παραγόντων που θα εξαχθούν. Το κριτήριο που χρησιμοποιήθηκε για την εξαγωγή των παραγόντων ήταν η ιδιοτιμή, μεγαλύτερη του 1.00 και το κριτήριο των Kaiser-Guttman.
- B) Στις εμπειρικές μεθόδους και συγκεκριμένα στο διάγραμμα των ιδιοτιμών (scree test). Στην εν λόγω μέθοδο οι γραφικές μέθοδοι παραστήθηκαν γραφικώς.

## 5.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Για την επιλογή του τελικού αριθμού των παραγόντων και λύσεων, συγκεράστηκαν τα παρακάτω: τα αποτελέσματα του κριτηρίου του Kaiser, τα αποτελέσματα του γραφήματος του 'αγκώνα', η ατομική και συνολική μεταβλητότητα που εξηγούσαν οι παράγοντες, οι προσαρμογές των μεθόδων στα δείγματα σύμφωνα με τα υπόλοιπα των συσχετίσεων και τέλος, η ευκολία της ερμηνείας τους.

Για τα δείγματα των ανταποκρίσεων των γιατρών και ασθενών, το κριτήριο Kaiser υποδείκνυε 24 και 31 παράγοντες, ενώ το γράφημα του 'αγκώνα' δέκα (10). Στην τελευταία περίπτωση, ο εντοπισμός του αριθμού των παραγόντων δεν ήταν τόσο ξεκάθαρος. Μετά τους τρεις πρώτους παράγοντες, το γράφημα φθίνει βαθμιαία, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολος ο εντοπισμός του παράγοντα που σηματοδοτεί τη σταθεροποίηση των ιδιοτιμών.

Δοκιμάστηκαν λύσεις με διάφορους αριθμούς παραγόντων και ως τελικός συμβιβασμός, αποφασίστηκε η εξαγωγή 24 παραγόντων για το ερωτηματολόγιο των γιατρών και 31 παραγόντων για το ερωτηματολόγιο των ασθενών.





Η διασπορά των ερωτήσεων σε κάθε παράγοντα, οδήγησε αρχικά στον εντοπισμό 24 παραγόντων, βάσει των οποίων διαμορφώνεται η θεραπευτική σχέση στο ερωτηματολόγιο των γιατρών και 31 παραγόντων στο ερωτηματολόγιο των ασθενών. Με βάση το είδος της ανάλυσης που επιλέχθηκε, το ποσοστό μεταβλητότητας που κάλυπταν οι παράγοντες ήταν 73,315% και 70,8%, σε δείγμα 461 συναντήσεων αντίστοιχα. Το ποσοστό θεωρήθηκε ιδιαίτερα ψηλό και ικανοποιητικό.

Αναλυτική παρουσίαση των παραγόντων που εντοπίστηκαν ανά κατηγορία, καθώς και των φορτίων που αντιπροσωπεύει κάθε παράγοντας, γίνεται στους Πίνακες 16 και 17, για γιατρούς και ασθενείς αντίστοιχα. Αναλυτική παρουσίαση της σύνθεσης των παραγόντων, της μεταβλητότητάς τους, των ερωτημάτων που συγκεντρώνονται ανά παράγοντα και των φορτίων τους, όσον αφορά το ερωτηματολόγιο των γιατρών και των ασθενών, γίνεται στα Παραρτήματα VIII και IX αντίστοιχα.

Σχετικά με την ερμηνεία των παραγόντων, όλες οι μέθοδοι εξαγωγής και περιστροφής έδωσαν παραπλήσια αποτελέσματα, με μόνη αλλά αναμενόμενη διαφορά, το μικρότερο αριθμό σημαντικών ερωτήσεων ανά παράγοντα στην περίπτωση της περιστροφής Equamax. Η σταθερότητα της τελικής λύσης επιβεβαιώθηκε σε τυχαία υποσύνολα του δείγματος, ενώ οι συντελεστές των παραγοντικών βαθμών (factor scores) εκτιμήθηκαν με τη μέθοδο Anderson-Rubin.

Στη συνέχεια, οι συντελεστές αυτοί χρησιμοποιήθηκαν για ελέγχους ύπαρξης διαφορών μεταξύ κλινικών, καθώς και γιατρών με ασθενείς, εφαρμόζοντας ανάλυση της διακύμανσης κατά δύο παράγοντες, σε μικτό φωλιασμένο πειραματικό σχέδιο (mixed two-way nested-hierarchical design), θεωρώντας τις κλινικές ως σταθερές και προεπιλεγμένες, ενώ τους γιατρούς-ασθενείς ως επιλεγμένους τυχαία, μέσα στην κάθε κλινική.

Στους Πίνακες 16 και 17 γίνεται παρουσίαση των παραγόντων που προέκυψαν από την ανάλυση που επιλέχθηκε, για το ερωτηματολόγιο των γιατρών και των ασθενών, που συγκεντρώνουν τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης, ερμηνεύοντας ανάλογα ποσοστά μεταβλητότητας, άλλοτε υψηλότερα κι άλλοτε χαμηλότερα, ανάλογα με τη θέση στην οποία βρίσκονταν.



### 5.3 ΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

Ο εντοπισμός ενός τόσο μεγάλου αριθμού παραγόντων που ανέδειξε η ανάλυση, τόσο στο ερωτηματολόγιο των γιατρών όσο και των ασθενών, αποτέλεσε αρχικά σημείο έντονου προβληματισμού, γεγονός που ξεπεράστηκε με την επισήμανση πως, ενώ στους πρώτους παράγοντες η σύνθεση των ερωτήσεων ήταν σαφής, ο αριθμός τους ικανοποιητικός και συγκροτούσαν με ευκολία το νόημα του παράγοντα, από τον 14<sup>ο</sup> παράγοντα κι έπειτα για τους γιατρούς και τον 12<sup>ο</sup> για τους ασθενείς, άρχιζαν να εξασθενούν οι ερωτήσεις που συγκεντρώνονταν στον καθένα, με αποτέλεσμα η χρησιμοποίησή τους να μην έχει ισχύ και νόημα στο σκοπό της έρευνας.

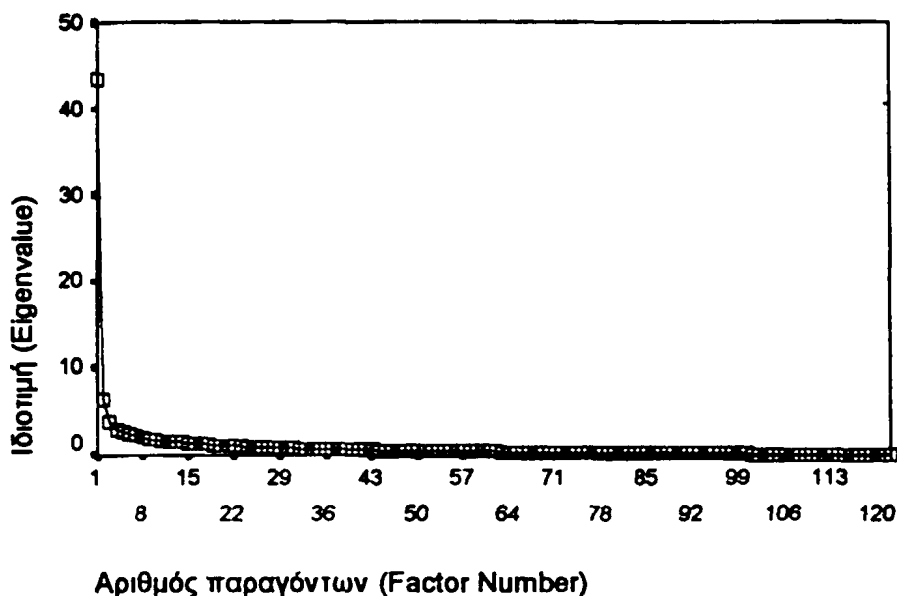
Αναλυτικότερα, ο πρώτος παράγοντας συγκέντρωνε το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτήσεων, ποσοστό που κυμαίνεται στο 28% περίπου της συνολικής μεταβλητότητας, δεδομένου ότι, τα ποσοστά που ακολουθούσαν, εμφάνιζαν αξιοσημείωτη διαφορά σε σχέση με το ποσοστό μεταβλητότητας που ερμηνεύεται από τον πρώτο παράγοντα. Αυτό αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της παραγοντικής ανάλυσης, όπου ο πρώτος παράγοντας θεωρείται ως ένα πρώτο μέσο μέτρησης της ιδιότητας που μελετάται, που καθορίστηκε από την τράπεζα ερωτήσεων (Αλεξόπουλος, 1998)<sup>444</sup>. Σύμφωνα με τον ίδιο, ο πρώτος παράγοντας συγκεντρώνει τις υψηλότερες συνάψεις, (δηλαδή φορτίσεις), μεταξύ των μεταβλητών και του παράγοντα κι έτσι μεγιστοποιεί το ποσοστό της διακύμανσης που εξηγεί.

Στη συνέχεια, υπολογίστηκαν οι επόμενοι παράγοντες που είχαν μικρότερη διακύμανση από τους προηγούμενους τους. Η ατομική και συνολική μεταβλητότητα που εξηγούσαν οι παράγοντες, όσο και η εφαρμογή του γραφήματος του 'αγκώνα', οδήγησαν στην επιλογή των παραγόντων εκείνων που η ερμηνεία τους ήταν ουσιαστική. Στο γράφημα του 'αγκώνα' και στον Πίνακα 16 που ακολουθούν, παρουσιάζονται οι παράγοντες που προέκυψαν από την ανάλυση που επιλέχθηκε, για το ερωτηματολόγιο των γιατρών, οι ιδιοτιμές τους και τα ποσοστά μεταβλητότητας που ερμηνεύονται. Αναλυτική παρουσίαση της σύνθεσης των παραγόντων, της μεταβλητότητάς τους, των ερωτημάτων που συγκεντρώνονται ανά παράγοντα και των φορτίων τους όσον αφορά το ερωτηματολόγιο των γιατρών, γίνεται στο Παράρτημα VIII.



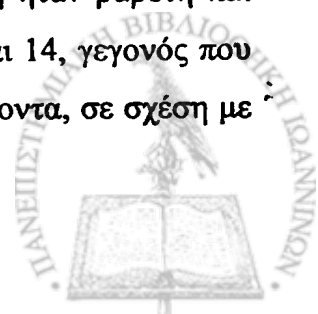
## Γράφημα του 'αγκώνα' (scree plot)

για το ερωτηματολόγιο των γιατρών



Αναλυτικότερα, το γράφημα του 'αγκώνα' οδήγησε στον εντοπισμό 24 παραγόντων για το ερωτηματολόγιο των γιατρών, όπου συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Πίνακα 16, ο 1<sup>ος</sup> παράγοντας με ιδιοτιμή 43.482, συγκεντρώνει το 35.641% της συνολικής μεταβλητότητας. Αποτελείται από 58 ερωτήσεις με θετικό και αρνητικό φορτίο, οι οποίες αναφέρονται ως επί το πλείστον στο βαθμό κατανόησης που ενυπάρχει στη θεραπευτική σχέση π.χ 'είμαι σίγουρος ότι ο ασθενής κατάλαβε όλα όσα του είπα', 'υπάρχει κατανόηση ανάμεσα σε μένα και τον ασθενή', 'ο ασθενής κατανοεί τις εξηγήσεις που του δίνω για τη φύση του προβλήματος και τη θεραπεία' κ.α.

Ο 2<sup>ος</sup> παράγοντας συγκεντρώνει το 5.362% της μεταβλητότητας και αναφέρεται κυρίως σε αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας και της επαφής που αναπτύσσεται ανάμεσα στον ασθενή και το γιατρό. Ορισμένες από τις ερωτήσεις που συγκεντρώνονται στο 2<sup>ο</sup> παράγοντα κι εκφράζουν αντίστοιχα αγανάκτηση και έλλειψη επικοινωνίας είναι οι παρακάτω: 'ένωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ', 'οι ενέργειες που ο ασθενής μου ζητά να κάνω, δεν έχουν νόημα', 'ο ασθενής αυτός δεν με σέβεται', 'ο ασθενής προσπαθεί να με χρησιμοποιήσει', 'η επίσκεψη αυτή ήταν βαρετή και χωρίς ουσία' κ.α. Ο αριθμός των ερωτήσεων σ' αυτόν τον παράγοντα είναι 14, γεγονός που επισημαίνει την αισθητή μείωση των ερωτήσεων που φορτίζουν ανά παράγοντα, σε σχέση με τον πρώτο.



**Πίνακας 16. ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΕΞΗΓΕΙΤΑΙ ΑΝΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ**  
*Extraction Method: Maximum Likelihood*

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΙΔΙΟΤΙΜΗ	%	ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ %	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΙΔΙΟΤΙΜΗ	%	ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ %	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΙΔΙΟΤΙΜΗ	%	ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ %
1 <sup>ος</sup>	43,482	35,641	35,641	42 <sup>ος</sup>	,600	,492	84,559	83 <sup>ος</sup>	,199	,163	96,503
2 <sup>ος</sup>	6,541	5,362	41,002	43 <sup>ος</sup>	,583	,478	85,037	84 <sup>ος</sup>	,195	,160	96,662
3 <sup>ος</sup>	3,928	3,220	44,222	44 <sup>ος</sup>	,571	,468	85,505	85 <sup>ος</sup>	,189	,155	96,818
4 <sup>ος</sup>	3,075	2,520	46,742	45 <sup>ος</sup>	,558	,457	85,962	86 <sup>ος</sup>	,185	,152	96,969
5 <sup>ος</sup>	2,843	2,330	49,073	46 <sup>ος</sup>	,546	,448	86,410	87 <sup>ος</sup>	,180	,147	97,117
6 <sup>ος</sup>	2,547	2,088	51,161	47 <sup>ος</sup>	,517	,423	86,833	88 <sup>ος</sup>	,171	,140	97,257
7 <sup>ος</sup>	2,397	1,964	53,125	48 <sup>ος</sup>	,498	,408	87,242	89 <sup>ος</sup>	,163	,133	97,390
8 <sup>ος</sup>	2,161	1,771	54,896	49 <sup>ος</sup>	,491	,402	87,644	90 <sup>ος</sup>	,160	,131	97,522
9 <sup>ος</sup>	1,886	1,546	56,442	50 <sup>ος</sup>	,479	,392	88,037	91 <sup>ος</sup>	,155	,127	97,649
10 <sup>ος</sup>	1,762	1,444	57,886	51 <sup>ος</sup>	,464	,380	88,417	92 <sup>ος</sup>	,148	,121	97,770
11 <sup>ος</sup>	1,710	1,402	59,288	52 <sup>ος</sup>	,448	,367	88,784	93 <sup>ος</sup>	,142	,116	97,886
12 <sup>ος</sup>	1,634	1,339	60,627	53 <sup>ος</sup>	,436	,357	89,142	94 <sup>ος</sup>	,139	,114	98,000
13 <sup>ος</sup>	1,578	1,293	61,921	54 <sup>ος</sup>	,424	,347	89,489	95 <sup>ος</sup>	,136	,112	98,111
14 <sup>ος</sup>	1,534	1,257	63,178	55 <sup>ος</sup>	,413	,338	89,827	96 <sup>ος</sup>	,131	,107	98,218
15 <sup>ος</sup>	1,492	1,223	64,401	56 <sup>ος</sup>	,406	,333	90,160	97 <sup>ος</sup>	,129	,105	98,324
16 <sup>ος</sup>	1,455	1,193	65,594	57 <sup>ος</sup>	,394	,323	90,483	98 <sup>ος</sup>	,122	,100	98,424
17 <sup>ος</sup>	1,336	1,095	66,689	58 <sup>ος</sup>	,377	,309	90,791	99 <sup>ος</sup>	,120	9,837E-02	98,523
18 <sup>ος</sup>	1,287	1,055	67,744	59 <sup>ος</sup>	,371	,304	91,096	100 <sup>ος</sup>	,118	9,650E-02	98,619
19 <sup>ος</sup>	1,253	1,027	68,771	60 <sup>ος</sup>	,364	,298	91,394	101 <sup>ος</sup>	,111	9,108E-02	98,710
20 <sup>ος</sup>	1,146	,940	69,710	61 <sup>ος</sup>	,355	,291	91,685	102 <sup>ος</sup>	,110	9,011E-02	98,800
21 <sup>ος</sup>	1,134	,929	70,640	62 <sup>ος</sup>	,350	,287	91,972	103 <sup>ος</sup>	,106	8,719E-02	98,887
22 <sup>ος</sup>	1,097	,899	71,539	63 <sup>ος</sup>	,339	,278	92,250	104 <sup>ος</sup>	,103	8,404E-02	98,971
23 <sup>ος</sup>	1,062	,870	72,409	64 <sup>ος</sup>	,333	,273	92,522	105 <sup>ος</sup>	,100	8,218E-02	99,054
24 <sup>ος</sup>	1,036	,849	73,258	65 <sup>ος</sup>	,326	,267	92,789	106 <sup>ος</sup>	9,686E-02	7,939E-02	99,133
25 <sup>ος</sup>	,990	,812	74,070	66 <sup>ος</sup>	,319	,262	93,051	107 <sup>ος</sup>	9,194E-02	7,536E-02	99,208
26 <sup>ος</sup>	,947	,777	74,847	67 <sup>ος</sup>	,303	,248	93,299	108 <sup>ος</sup>	8,862E-02	7,264E-02	99,281
27 <sup>ος</sup>	,936	,767	75,614	68 <sup>ος</sup>	,293	,240	93,539	109 <sup>ος</sup>	8,708E-02	7,137E-02	99,352
28 <sup>ος</sup>	,885	,725	76,339	69 <sup>ος</sup>	,289	,237	93,776	110 <sup>ος</sup>	8,378E-02	6,867E-02	99,421
29 <sup>ος</sup>	,861	,706	77,044	70 <sup>ος</sup>	,278	,228	94,004	111 <sup>ος</sup>	7,671E-02	6,288E-02	99,484
30 <sup>ος</sup>	,836	,685	77,729	71 <sup>ος</sup>	,267	,219	94,223	112 <sup>ος</sup>	7,521E-02	6,164E-02	99,546
31 <sup>ος</sup>	,818	,671	78,400	72 <sup>ος</sup>	,266	,218	94,441	113 <sup>ος</sup>	7,140E-02	5,852E-02	99,604
32 <sup>ος</sup>	,796	,653	79,052	73 <sup>ος</sup>	,260	,213	94,654	114 <sup>ος</sup>	6,930E-02	5,680E-02	99,661
33 <sup>ος</sup>	,775	,635	79,687	74 <sup>ος</sup>	,255	,209	94,863	115 <sup>ος</sup>	6,628E-02	5,432E-02	99,715
34 <sup>ος</sup>	,732	,600	80,287	75 <sup>ος</sup>	,250	,205	95,067	116 <sup>ος</sup>	5,972E-02	4,895E-02	99,764
35 <sup>ος</sup>	,702	,575	80,862	76 <sup>ος</sup>	,239	,196	95,263	117 <sup>ος</sup>	5,825E-02	4,775E-02	99,812
36 <sup>ος</sup>	,695	,570	81,432	77 <sup>ος</sup>	,236	,193	95,457	118 <sup>ος</sup>	5,356E-02	4,390E-02	99,856
37 <sup>ος</sup>	,666	,546	81,978	78 <sup>ος</sup>	,227	,186	95,643	119 <sup>ος</sup>	4,930E-02	4,041E-02	99,896
38 <sup>ος</sup>	,649	,532	82,509	79 <sup>ος</sup>	,222	,182	95,825	120 <sup>ος</sup>	4,578E-02	3,753E-02	99,934
39 <sup>ος</sup>	,645	,529	83,038	80 <sup>ος</sup>	,219	,179	96,004	121 <sup>ος</sup>	4,256E-02	3,489E-02	99,969
40 <sup>ος</sup>	,631	,517	83,555	81 <sup>ος</sup>	,208	,170	96,175	122 <sup>ος</sup>	3,822E-02	3,133E-02	100,000
41 <sup>ος</sup>	,625	,513	84,068	82 <sup>ος</sup>	,201	,165	96,340				

Από τον 3<sup>ο</sup> έως τον 6<sup>ο</sup> παράγοντα παρατηρείται μία ταύτιση των ποσοστών μεταβλητότητας που αυτοί αντιπροσωπεύουν, της τάξεως του 3.220% έως 2.330%, φτάνοντας στο 51.161% της συνολικής μεταβλητότητας. Οι ερωτήσεις που φορτίζουν στους εν λόγω παράγοντες αναφέρονται στη σύγκρουση, στην ύπαρξη κριτικής και γενικότερης ανησυχίας που εντοπίζεται στη θεραπευτική σχέση, σε σχέση πάντα με το αποτέλεσμα της θεραπείας. Ερωτήσεις όπως: 'εκφράζει το θυμό του για το πρόσωπό μου', 'με προκαλεί', 'ο ασθενής αυτός μου ασκεί κριτική', 'ανησυχώ για το αποτέλεσμα αυτών των συνεντεύξεων', εκφράζουν τους συγκεκριμένους παράγοντες.

Οι παράγοντες που ακολουθούν, από το 7<sup>ο</sup> έως τον 24<sup>ο</sup> παρουσιάζουν μία ταυτόσημη 'συμπεριφορά' σε σχέση με το ποσοστό μεταβλητότητας που ερμηνεύουν, το οποίο κυμαίνεται από 2,088% έως ,870%, προσθέτοντας ένα ποσοστό της τάξεως του 21% στο σύνολο της μεταβλητότητας. Στους παράγοντες αυτούς εντοπίζονται ερωτήσεις όπως: 'είμαι ευχαριστημένος από τη θεραπεία του', 'ερωτοτροπεί μαζί μου', 'δεν πραγματοποίησα την εξέταση όπως θα επιθυμούσα', 'προσπαθεί να δημιουργήσει σχέση μαζί μου, κάνοντάς μου πολλές προσωπικές ερωτήσεις', 'αυτός ο ασθενής απαιτεί από μένα πολύ προσοχή', 'είναι ακριβής στα ραντεβού του', 'μου είναι δύσκολο να αναλάβω τον ασθενή, γιατί το πρόγραμμά μου είναι φορτωμένο', 'μπορώ να έρθω στη θέση του ασθενή και να καταλάβω το πρόβλημά του', 'η σχέση μου με τον ασθενή είναι πολύ σημαντική για την πορεία του', 'μετά τη συνάντησή μου με τον ασθενή, νιώθω καταπονημένος', 'ο χρόνος μου δεν διατέθηκε σωστά κατά τη διάρκεια της επίσκεψης' κ.α. Οι ερωτήσεις που φορτίζουν αντίστοιχα στους παραπάνω παράγοντες εκφράζουν έλλειψη συμμόρφωσης, ανησυχία, ευχαρίστηση, εμπιστοσύνη, ακρίβεια στα ραντεβού, ηθική δεοντολογία του επαγγέλματος, ενσυναίσθηση, κατανόηση των αδυναμιών τόσο του ασθενή, όσο και του ιδίου, καθώς επίσης και του πλαισίου στο οποίο πραγματοποιείται η επίσκεψη του ασθενή στο γιατρό.

Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο να επισημανθεί πως ο αριθμός των ερωτημάτων που φορτίζουν σε κάθε παράγοντα κυμαίνεται από πέντε έως δύο, γεγονός που από μόνο του περιορίζει τη δυνατότητα αξιοποίησης της συγκεκριμένης λύσης, δεδομένης της βαρύτητας που εμφανίζει ο πρώτος παράγοντας και της αποδυνάμωσης σε ποσοστό ερωτήσεων που χαρακτηρίζει αυτούς που ακολουθούν.

*Συνοπτικά, όσον αφορά στους γιατρούς, οι παράγοντες που εντοπίστηκαν περιλαμβάνουν ερωτήσεις που εκφράζουν τόσο:*



- α) *θετικά χαρακτηριστικά* και συμπεριφορές όπως είναι ο σεβασμός, η κατανόηση, η ειλικρίνεια, η επαφή, η επικοινωνία, η συνεργασία, η εμπιστοσύνη, η συμμόρφωση, το ενδιαφέρον, η ικανοποίηση, η πληροφόρηση, αλλά και
- β) *αρνητικά χαρακτηριστικά*, όπως η διαφωνία, οι δυσκολίες που προκύπτουν από την έλλειψη συνέχειας στη θεραπεία, ο θυμός, η καταπίεση, η έλλειψη άντλησης ικανοποίησης και ο ρόλος του ερωτικού στοιχείου.

Τα στοιχεία αυτά συνθέτουν μία αρχική εικόνα των χαρακτηριστικών, που οι γιατροί προσδίδουν στη θεραπευτική σχέση. Ερωτήσεις όπως, το αν καταλαβαίνει ο ασθενής τους στόχους που θέτει ο γιατρός, την ύπαρξη ή όχι συνεργασίας, επικοινωνίας, εμπιστοσύνης, σεβασμού, πειθαρχίας, επαγγελματικής ακρίβειας σε θέματα χρόνου, αμφισβήτησης, ανειλικρίνειας κ.α., αποτέλεσαν τον κορμό των παραγόντων που αναδείχθηκαν με τη συγκεκριμένη ανάλυση στο ερωτηματολόγιο των γιατρών.

#### 5.4 ΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους ασθενείς, σύμφωνα με τη διασπορά των ερωτήσεων, ο 1<sup>ος</sup> παράγοντας εμπεριέχει ερωτήσεις που αφορούν στην προσπάθεια που κάνει ο γιατρός για να βοηθήσει τον ασθενή, στον τρόπο που ο ίδιος κάνει τον ασθενή να αισθάνεται, στην οικειότητα που αναπτύσσεται μεταξύ τους, στην υποστήριξη που του παρέχει ο γιατρός, στον τρόπο που εξηγείται στον ασθενή από το γιατρό η κατάσταση της υγείας του, στο ποσοστό συμμετοχής του γιατρού στη θεραπεία, καθώς επίσης και στον επαγγελματισμό του γιατρού.

Συγκεκριμένα, οι ασθενείς προσδίδουν παρόμοια αλλά και διαφορετικά χαρακτηριστικά στη σχέση γιατρού-ασθενή:

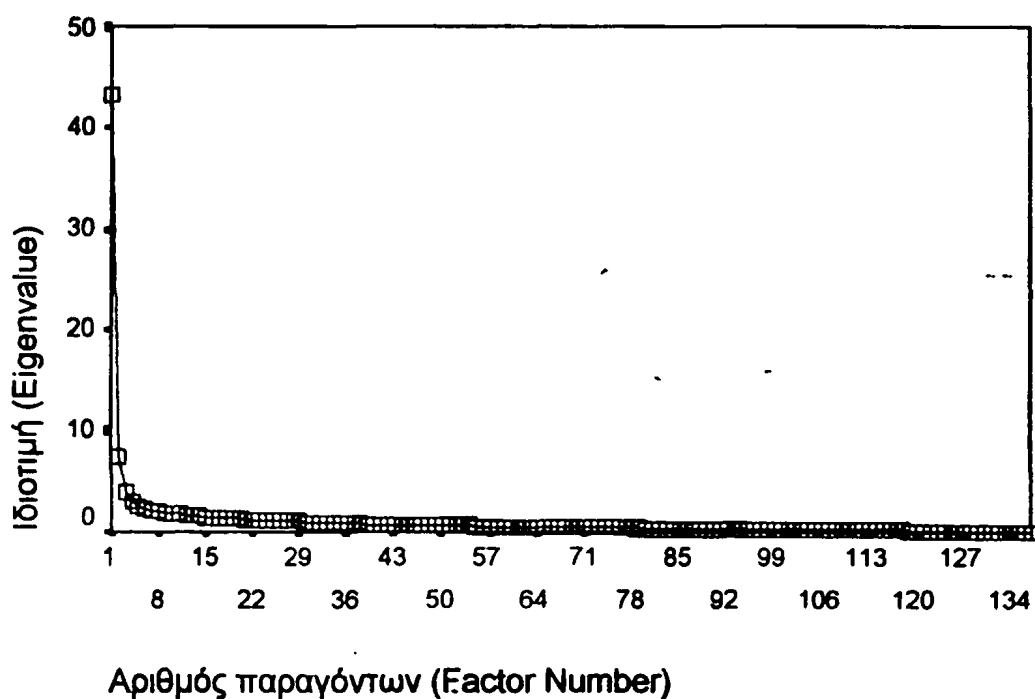
- α) *θετικά χαρακτηριστικά*, όπως οικειότητα, επεξήγηση, διάθεση για επικοινωνία, ενθάρρυνση, ικανοποίηση, κατανόηση, ασφάλεια, συμμετοχή, συμπάθεια, συμμόρφωση, συνεργασία, αλλά και
- β) *αρνητικά χαρακτηριστικά*, όπως περιορισμένη διάθεση χρόνου, απογοήτευση, έλλειψη συμπράξεως, καθώς και ανθρωπισμού - αλτρουισμού, συνέπειας κι επιστημονικότητας, αδιαφορία, κατάχρηση του ρόλου τους και της εξουσίας, είναι τα



στοιχεία εκείνα που οι ασθενείς στρέφουν την προσοχή τους και αναγνωρίζουν ως τα σημαντικότερα στη θεραπευτική σχέση.

Στο γράφημα του 'αγκώνα' παρουσιάζεται ο αριθμός των παραγόντων που υποδεικνύεται για το ερωτηματολόγιο των ασθενών.

### Γράφημα του 'αγκώνα' (Scree plot) για το ερωτηματολόγιο των ασθενών

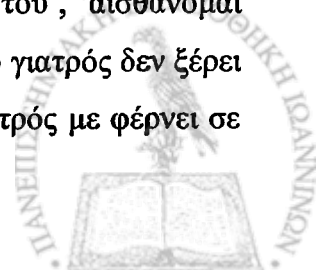


Αναλυτικότερα, στον Πίνακα 17 γίνεται παρουσίαση των παραγόντων που προέκυψαν από την ανάλυση που επιλέχθηκε, για το ερωτηματολόγιο των ασθενών, των ιδιοτιμών τους και των ποσοστών μεταβλητότητας που ερμηνεύονται. Συγκεκριμένα, ο 1<sup>ος</sup> παράγοντας που εντοπίζεται στο ερωτηματολόγιο των ασθενών συγκεντρώνει το 31.556% της συνολικής μεταβλητότητας που εξηγούν οι παράγοντες στο ερωτηματολόγιο των ασθενών. Τον αποτελούν 68 ερωτήσεις, με θετικό και αρνητικό φορτίο, οι οποίες αφορούν κυρίως το βαθμό κατανόησης, ενσυναίσθησης, ασφάλειας και υποστήριξης, που νιώθει ο ασθενής από το γιατρό του, καθώς επίσης συμπεριφορές και χαρακτηριστικά γνωρίσματα που ενυπάρχουν στη θεραπευτική σχέση. Στον ίδιο παράγοντα υπάρχουν ωστόσο ερωτήσεις που αφορούν στα θετικά χαρακτηριστικά που αποδίδονται από τους ασθενείς στη θεραπευτική σχέση και

αναφέρονται σε θέματα εμπιστοσύνης, ενεργητικής συμμετοχής του ασθενή στη θεραπεία που προτείνεται από το γιατρό, φροντίδας του ασθενή από το γιατρό, ανακούφισης, ελπίδας, φιλικής διάθεσης του γιατρού απέναντι στον ασθενή, συμμόρφωσης αλλά και απουσία αυτής, σημασίας των στόχων που τίθενται στις συναντήσεις, συνεργασίας, συμπάθειας, σεβασμού και ευγένειας αλλά και αρνητικά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν τη θεραπευτική σχέση, όπως η έλλειψη χρόνου, απογοήτευσης, απόκρυψης αλήθειας, απουσίας ενσυναίσθησης, έλλειψης πληροφόρησης, ανασφάλειας που βιώνει ο ασθενής σε σχέση με τη συνάντηση που είχε με τον γιατρό.

Κατά συνέπεια, στον 1<sup>ο</sup> παράγοντα εντοπίζονται ερωτήσεις με θετικό περιεχόμενο που αποδίδεται στη σχέση από την πλευρά του ασθενή, όπως: 'νιώθω τον γιατρό σαν δικό μου άνθρωπο', 'ο γιατρός μου δίνει κουράγιο', 'ο γιατρός με καταλαβαίνει', 'μετά τη συνάντηση με το γιατρό, αισθάνομαι ανακουφισμένος', 'ο γιατρός με βοηθά να πάρω έναν πιο ενεργό ρόλο στη φροντίδα μου', 'υπάρχει εμπιστοσύνη ανάμεσά μας', 'ο γιατρός φαίνεται να ξέρει καλά ποιο είναι το πρόβλημά μου και τι πρέπει να γίνει γι αυτό', 'αισθάνομαι ότι με φροντίζει', 'μετά τη συνάντηση με το γιατρό, αισθάνομαι γεμάτος ελπίδα', 'ο γιατρός μου φέρεται με φιλικό τρόπο', 'αισθάνομαι ασφάλεια από τη φροντίδα που μου παρέχει ο γιατρός', 'θα ακολουθήσω τις συμβουλές του γιατρού, επειδή πιστεύω πως έχει απόλυτο δίκαιο', 'οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί για μένα', 'συνεργάζεται καλά μαζί μου', 'ο γιατρός μου είναι συμπαθής', 'ο γιατρός μου φέρθηκε με σεβασμό και ευγένεια', κ.α. αλλά και με αρνητικό περιεχόμενο, όπως 'αγνοεί τα συναισθήματά μου', 'δεν διαθέτει αρκετό χρόνο στα ραντεβού μας', 'είμαι απογοητευμένος από τη θεραπεία που μου προτείνει ο γιατρός', 'δεν μου λέει όλη την αλήθεια', 'ο γιατρός θεραπεύει την ασθένεια, αλλά δεν έχει συναισθήματα για τον ασθενή', 'όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα ανασφαλής', 'αποφεύγει τις ερωτήσεις μου', 'μετά τη συνάντηση με το γιατρό, αισθάνομαι απογοητευμένος', κ.α.

Σε σύγκριση με τον 1<sup>ο</sup>, ο 2<sup>ος</sup> παράγοντας συγκεντρώνει αρνητικά γνωρίσματα και συμπεριφορές που εντοπίζονται στη θεραπευτική σχέση από τον ίδιο τον ασθενή. Καλύπτει το 5,509% της μεταβλητότητας και εκφράζει τη δυσαρέσκεια και την αγανάκτηση που εκφράζει ο ασθενής στο γιατρό, σε σχέση με την επιστημονική επάρκεια του γιατρού, την επαγγελματική και την προσωπική του συμπεριφορά και την ένδειξη ανειλικρίνειας από τον ίδιο ή της ελλιπούς πληροφόρησης. Ερωτήσεις όπως: 'δεν κρατά το λόγο του', 'αισθάνομαι ότι τα συναισθήματά του γιατρού για μένα δεν είναι απολύτως ειλικρινή', 'ο γιατρός δεν ξέρει τι κάνει', 'ελπίζω να μην ξαναδώ τον ίδιο γιατρό', 'ορισμένες φορές ο γιατρός με φέρνει σε





δύσκολη θέση και με κάνει να αισθανθώ ανόητος', 'πιστεύω πως ο χρόνος της συνάντησής μου με το γιατρό μου δεν χρησιμοποιείται με ικανοποιητικό τρόπο', 'ο γιατρός δεν θα το παραδεχτεί όταν δεν ξέρει τι μου συμβαίνει', αποτελούν τον κορμό του συγκεκριμένου παράγοντα.

Με παρόμοιο τρόπο, εντοπίζονται ερωτήματα στον 3<sup>ο</sup> παράγοντα που εκφράζουν παράπονα σε σχέση με την προσωπική αντιμετώπιση που είχε ο ασθενής από το γιατρό, την επιστημονική του επάρκεια και την απουσία τήρησης ακρίβειας του χρόνου στο ραντεβού, γεγονός που φέρνει στην επιφάνεια τυχόν αδυναμίες του συστήματος υγείας γενικότερα. Το ποσοστό μεταβλητότητας που εξηγείται από τον 3<sup>ο</sup> παράγοντα είναι 2.819% και εκφράζεται με ερωτήσεις όπως: 'ο γιατρός θα πρέπει να είναι λίγο πιο φιλικός', 'δεν μπορώ να αναφέρω στο γιατρό, όσα με ενοχλούν στη συμπεριφορά του', 'ο γιατρός θα μπορούσε να με συμβουλευτεί καλύτερα', 'πρέπει να περιμένω πολύ για να δω το γιατρό'.

Από τον 4<sup>ο</sup> έως τον 8<sup>ο</sup> παράγοντα, τα ποσοστά μεταβλητότητας κυμαίνονται από 2.226% έως 2.035%, ενώ στο σύνολό τους οι οχτώ πρώτοι παράγοντες καλύπτουν το 48.624% της συνολικής μεταβλητότητας των παραγόντων στο ερωτηματολόγιο των ασθενών. Εκφράζουν θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης και τονίζουν την ύπαρξη αλληλοσεβασμού, επιστημονικής επάρκειας, εύθυμης αλλά και σοβαρής συνάμα αντιμετώπισης των προβλημάτων, ασφάλειας, διακριτικότητας, αλλά και της ύπαρξη συμφερόντων από την πλευρά του γιατρού, προχειρότητας κατά τη διάρκεια της εξέτασης, κατάχρησης εξουσίας, επιμονής στη χρήση φαρμάκων κι έλλειψης επαφής.

Ερωτήσεις που συγκεντρώνονται σ' αυτούς τους παράγοντες είναι λόγω χάρη οι παρακάτω: 'σέβεται την ιδιωτική μου ζωή', 'μεταξύ μας υπάρχει αλληλοσεβασμός', 'δείχνει να βρίσκεται σε ένταση', 'πρωταρχικό ενδιαφέρον του γιατρού είναι να βγάλει όσο γίνεται πιο πολλά χρήματα', 'με καταφέρνει να κάνω διάφορες πράξεις που δεν επιθυμώ', 'ο γιατρός βασίζεται πολύ στα φάρμακα'.

Το ποσοστό μεταβλητότητας που εκφράζεται από τον 9<sup>ο</sup> έως και τον 18<sup>ο</sup> παράγοντα κυμαίνεται από 1.951% έως 1.378% και προσδίδει ένα επιπλέον 10% επί του συνόλου της μεταβλητότητας, φτάνοντας στο 60.536% για το ερωτηματολόγιο των ασθενών. Ερωτήσεις όπως: 'ο γιατρός δεν είναι υπομονετικός μαζί μου', 'όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα ανασφαλής', 'μετά τη συνάντηση με το γιατρό, νιώθω συχνά θυμωμένος', 'όταν μιλάω με το γιατρό, βρίσκομαι σε ένταση', 'ανησυχώ για το αποτέλεσμα των συναντήσεών μου με το γιατρό', 'δείχνει απορροφημένος από άλλα πράγματα όταν μιλάμε', αλλά και 'έχω εμπιστοσύνη στην ικανότητά του να με βοηθήσει', 'αισθάνομαι ασφάλεια από τη φροντίδα

που μου παρέχει ο γιατρός', 'ο γιατρός με ενημερώνει για τις παρενέργειες των φαρμάκων', 'η σχέση μου με το γιατρό είναι πολύ σημαντική για μένα', εντοπίζονται στην παραπάνω ομάδα παραγόντων.

Όπως διαφαίνεται, παρατηρείται μία εναλλαγή θετικών και αρνητικών συμπεριφορών που εντοπίζονται στους παράγοντες που αναδεικνύονται από τη στατιστική ανάλυση, καθώς επίσης και μία σταδιακή μείωση των ερωτημάτων από παράγοντα σε παράγοντα, γεγονός που αποδυναμώνει την ισχύ αυτών σε σχέση με τους πρώτους. Κατά συνέπεια εντοπίζονται παράγοντες των οποίων οι ερωτήσεις είτε έχουν χαμηλό φορτίο, είτε εκφράζονται σε δύο με τρεις ερωτήσεις.

Από τον 19<sup>ο</sup> έως τον 31<sup>ο</sup> παράγοντα που υποδεικνύεται από το γράφημα του 'αγκώνα' για το ερωτηματολόγιο των ασθενών, τα ποσοστά μεταβλητότητας που ερμηνεύονται κυμαίνονται από 1.332% έως 1.007%, προσδίδοντας ένα επιπλέον 10% επί του συνόλου της μεταβλητότητας, φτάνοντας στο 71.446% για το ερωτηματολόγιο των ασθενών. Η διασπορά ωστόσο των ερωτήσεων από το 19<sup>ο</sup> παράγοντα έως τον 31<sup>ο</sup> αποδεικνύεται ιδιαίτερα μεγάλη, γεγονός που αποκτά ιδιαίτερη σημασία όσον αφορά το δίλημμα επιλογής και υιοθέτησης ενός τόσο μεγάλου αριθμού παραγόντων, για χάρη των ποσοστών μεταβλητότητας που αυτοί επιτυγχάνουν. Στους παράγοντες αυτούς εντοπίζονται ερωτήματα που αφορούν τόσο σε θετικά χαρακτηριστικά, όπως στη χρήση του κατάλληλου λεξιλογίου από το γιατρό έτσι ώστε να γίνεται κατανοητός από τον ασθενή, σε προσωπικά χαρακτηριστικά που αποδίδονται στο γιατρό, όπως αυτοπεποίθηση, ικανότητα συνεργασίας, ενημέρωσης του ασθενή για την αιτιολογία του προβλήματος, όσο και σε αρνητικά χαρακτηριστικά, όπως απουσία οικειότητας και επιθυμία για αλλαγή γιατρού.

Τα στοιχεία αυτά που παρατίθενται στο Πίνακα 17 συνθέτουν μία αρχική εικόνα των χαρακτηριστικών, που οι ασθενείς προσδίδουν στη θεραπευτική σχέση. Αναλυτική παρουσίαση της σύνθεσης των παραγόντων, της μεταβλητότητάς τους, των ερωτημάτων που συγκεντρώνονται ανά παράγοντα και των φορτίων τους όσον αφορά το ερωτηματολόγιο των ασθενών γίνεται στο Παράρτημα ΙΧ.



**Πίνακας 17. ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΕΞΗΓΕΙΤΑΓΑΝΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

*Extraction Method: Maximum Likelihood*

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΙΑΙΟΥΜΗ	%	ΕΠΙΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ %	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΙΑΙΟΥΜΗ	%	ΕΠΙΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ %	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΙΑΙΟΥΜΗ	%	ΕΠΙΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ %
1 <sup>ος</sup>	43,231	31,556	31,556	47 <sup>ος</sup>	,693	,506	81,015	93 <sup>ος</sup>	249	,181	95,610
2 <sup>ος</sup>	7,548	5,509	37,065	48 <sup>ος</sup>	,684	,499	81,514	94 <sup>ος</sup>	245	,179	95,789
3 <sup>ος</sup>	3,863	2,819	39,885	49 <sup>ος</sup>	,657	,480	81,994	95 <sup>ος</sup>	239	,174	95,964
4 <sup>ος</sup>	3,050	2,226	42,111	50 <sup>ος</sup>	,651	,475	82,469	96 <sup>ος</sup>	237	,173	96,137
5 <sup>ος</sup>	2,517	1,837	43,948	51 <sup>ος</sup>	,640	,467	82,936	97 <sup>ος</sup>	217	,159	96,295
6 <sup>ος</sup>	2,266	1,654	45,602	52 <sup>ος</sup>	,631	,461	83,397	98 <sup>ος</sup>	209	,152	96,448
7 <sup>ος</sup>	2,105	1,537	47,139	53 <sup>ος</sup>	,606	,443	83,840	99 <sup>ος</sup>	203	,148	96,596
8 <sup>ος</sup>	2,035	1,485	48,624	54 <sup>ος</sup>	,598	,437	84,276	100 <sup>ος</sup>	201	,147	96,743
9 <sup>ος</sup>	1,951	1,424	50,048	55 <sup>ος</sup>	,572	,417	84,693	101 <sup>ος</sup>	,196	,143	96,886
10 <sup>ος</sup>	1,840	1,343	51,391	56 <sup>ος</sup>	,564	,412	85,105	102 <sup>ος</sup>	,195	,142	97,028
11 <sup>ος</sup>	1,772	1,293	52,685	57 <sup>ος</sup>	,563	,411	85,516	103 <sup>ος</sup>	,191	,139	97,168
12 <sup>ος</sup>	1,726	1,260	53,945	58 <sup>ος</sup>	,553	,404	85,920	104 <sup>ος</sup>	,188	,137	97,305
13 <sup>ος</sup>	1,692	1,235	55,180	59 <sup>ος</sup>	,536	,391	86,311	105 <sup>ος</sup>	,180	,131	97,436
14 <sup>ος</sup>	1,602	1,169	56,349	60 <sup>ος</sup>	,522	,381	86,692	106 <sup>ος</sup>	,177	,129	97,565
15 <sup>ος</sup>	1,491	1,088	57,437	61 <sup>ος</sup>	,515	,376	87,068	107 <sup>ος</sup>	,172	,125	97,690
16 <sup>ος</sup>	1,449	1,058	58,495	62 <sup>ος</sup>	,497	,363	87,431	108 <sup>ος</sup>	,168	,123	97,813
17 <sup>ος</sup>	1,419	1,036	59,531	63 <sup>ος</sup>	,487	,355	87,786	109 <sup>ος</sup>	,165	,120	97,933
18 <sup>ος</sup>	1,378	1,006	60,536	64 <sup>ος</sup>	,482	,352	88,138	110 <sup>ος</sup>	,158	,115	98,048
19 <sup>ος</sup>	1,332	,973	61,509	65 <sup>ος</sup>	,472	,345	88,482	111 <sup>ος</sup>	,154	,112	98,160
20 <sup>ος</sup>	1,285	,938	62,447	66 <sup>ος</sup>	,466	,340	88,822	112 <sup>ος</sup>	,148	,108	98,269
21 <sup>ος</sup>	1,237	,903	63,350	67 <sup>ος</sup>	,455	,332	89,154	113 <sup>ος</sup>	,145	,106	98,374
22 <sup>ος</sup>	1,223	,892	64,242	68 <sup>ος</sup>	,448	,327	89,481	114 <sup>ος</sup>	,141	,103	98,477
23 <sup>ος</sup>	1,197	,874	65,116	69 <sup>ος</sup>	,434	,317	89,798	115 <sup>ος</sup>	,139	,101	98,578
24 <sup>ος</sup>	1,172	,856	65,972	70 <sup>ος</sup>	,429	,313	90,111	116 <sup>ος</sup>	,132	9,624E-02	98,675
25 <sup>ος</sup>	1,148	,838	66,810	71 <sup>ος</sup>	,414	,302	90,413	117 <sup>ος</sup>	,129	9,397E-02	98,769
26 <sup>ος</sup>	1,110	,810	67,620	72 <sup>ος</sup>	,410	,300	90,713	118 <sup>ος</sup>	,120	8,763E-02	98,856
27 <sup>ος</sup>	1,107	,808	68,429	73 <sup>ος</sup>	,401	,293	91,006	119 <sup>ος</sup>	,116	8,474E-02	98,941
28 <sup>ος</sup>	1,059	,773	69,201	74 <sup>ος</sup>	,400	,292	91,298	120 <sup>ος</sup>	,113	8,230E-02	99,023
29 <sup>ος</sup>	1,057	,771	69,973	75 <sup>ος</sup>	,385	,281	91,579	121 <sup>ος</sup>	,110	8,050E-02	99,104
30 <sup>ος</sup>	1,012	,739	70,712	76 <sup>ος</sup>	,378	,276	91,855	122 <sup>ος</sup>	,107	7,811E-02	99,182
31 <sup>ος</sup>	1,007	,735	71,446	77 <sup>ος</sup>	,367	,268	92,122	123 <sup>ος</sup>	,104	7,577E-02	99,258
32 <sup>ος</sup>	,963	,703	72,150	78 <sup>ος</sup>	,361	,263	92,386	124 <sup>ος</sup>	9,986E-02	7,289E-02	99,331
33 <sup>ος</sup>	,947	,691	72,841	79 <sup>ος</sup>	,350	,256	92,642	125 <sup>ος</sup>	9,353E-02	6,827E-02	99,399
34 <sup>ος</sup>	,931	,680	73,521	80 <sup>ος</sup>	,342	,250	92,892	126 <sup>ος</sup>	9,090E-02	6,635E-02	99,465
35 <sup>ος</sup>	,888	,648	74,169	81 <sup>ος</sup>	,335	,245	93,136	127 <sup>ος</sup>	8,876E-02	6,479E-02	99,530
36 <sup>ος</sup>	,866	,632	74,801	82 <sup>ος</sup>	,332	,242	93,379	129 <sup>ος</sup>	8,082E-02	5,899E-02	99,589
37 <sup>ος</sup>	,862	,629	75,430	83 <sup>ος</sup>	,314	,229	93,608	130 <sup>ος</sup>	8,030E-02	5,861E-02	99,648
38 <sup>ος</sup>	,847	,618	76,048	84 <sup>ος</sup>	,305	,223	93,830	131 <sup>ος</sup>	7,387E-02	5,392E-02	99,701
39 <sup>ος</sup>	,811	,592	76,640	85 <sup>ος</sup>	,294	,214	94,045	132 <sup>ος</sup>	7,110E-02	5,190E-02	99,753
40 <sup>ος</sup>	,803	,586	77,227	86 <sup>ος</sup>	,284	,207	94,252	133 <sup>ος</sup>	6,992E-02	5,104E-02	99,804
41 <sup>ος</sup>	,779	,569	77,795	87 <sup>ος</sup>	,277	,202	94,454	134 <sup>ος</sup>	6,259E-02	4,569E-02	99,850
42 <sup>ος</sup>	,772	,564	78,359	88 <sup>ος</sup>	,276	,202	94,655	135 <sup>ος</sup>	6,067E-02	4,429E-02	99,894
43 <sup>ος</sup>	,762	,556	78,915	89 <sup>ος</sup>	,273	,199	94,854	136 <sup>ος</sup>	5,192E-02	3,790E-02	99,932
44 <sup>ος</sup>	,748	,546	79,462	90 <sup>ος</sup>	,269	,196	95,051	137 <sup>ος</sup>	4,822E-02	3,519E-02	99,967
45 <sup>ος</sup>	,726	,530	79,991	91 <sup>ος</sup>	,261	,191	95,241	138 <sup>ος</sup>	4,455E-02	3,252E-02	100,000
46 <sup>ος</sup>	,710	,518	80,509	92 <sup>ος</sup>	,257	,187	95,429				

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΩΝ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ (ΙΤΥΣΙΟ)

## 5.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΓΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης, ήταν ιδιαίτερα κατατοπιστικά, όσον αφορά στην κατανόηση των παραμέτρων εκείνων που αποδίδουν στη θεραπευτική σχέση, αφενός οι γιατροί και αφετέρου οι ασθενείς. Ακολούθησε ανάλυση για τη διατήρηση ή την απόρριψη των ερωτήσεων εκείνων που, από τον τρόπο που κατανέμονταν μέσα στους παράγοντες, αλλά και από το φορτίο τους, δήλωναν την ομοιογένειά τους ή μη και το βαθμό συσχέτισής τους, με την ιδιότητα που θα μετρά το υπό-κατασκευή ερωτηματολόγιο. Πρωταρχικής σημασίας ήταν η απάντηση στο ερώτημα που τέθηκε για την αξιοπιστία της συγκεκριμένης λύσης, αν δηλαδή οι ερωτήσεις που συγκεντρώνονται, μετρούν σε ικανοποιητικό βαθμό ή όχι την ιδιότητα για την οποία κατασκευάστηκε το εν λόγω ερωτηματολόγιο, δηλαδή τη θεραπευτική σχέση.

Βασική προϋπόθεση αποτέλεσε επίσης η ύπαρξη ικανοποιητικού αριθμού ερωτήσεων ανά παράγοντα, καθώς και η απόδοση νοήματος στον παράγοντα, με βάση το περιεχόμενο των ερωτήσεων. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως έπειτα από τον 7<sup>ο</sup> παράγοντα, δεν ήταν εφικτό να αποδοθεί ερμηνεία στον τρόπο με τον οποίο συσχετιζόνταν οι ερωτήσεις, με σκοπό τη συγκρότηση του παράγοντα, ούτε όμως εμφανίζονταν δύο ή περισσότερες μεταβλητές που να έχουν φορτίο άνω του .40.

Συνοπτικά αναφέρεται πως ο αριθμός των παραγόντων που υπέδειξε η στατιστική ανάλυση με σκοπό την περιγραφή των δεδομένων, ήταν ιδιαίτερα μεγάλος, 24 για γιατρούς και 31 για ασθενείς, παρόλο που το ποσοστό μεταβλητότητας που καλύπτονταν ήταν ιδιαίτερα υψηλό. Με συμπληρωματικές αναλύσεις μέσω του ελέγχου του δείκτη αξιοπιστίας, αποφασίστηκε πως η λύση που παρέχονταν με τους 24 και 31 παράγοντες αντίστοιχα, δεν ήταν η καταλληλότερη, για τους λόγους που επισημάνθηκαν.

Για την υιοθέτηση ενός τόσο μεγάλου αριθμού παραγόντων, είναι απαραίτητο να συνεχιστεί η έρευνα διεξοδικά, με σκοπό τη συσχέτιση των ερωτήσεων που φορτίζουν σε κάθε παράγοντα, με τα χαρακτηριστικά του ρόλου που η ειδικότητα ή η ιδιομορφία της ασθένειας αποδίδει σε ειδικότητες και καταστάσεις .

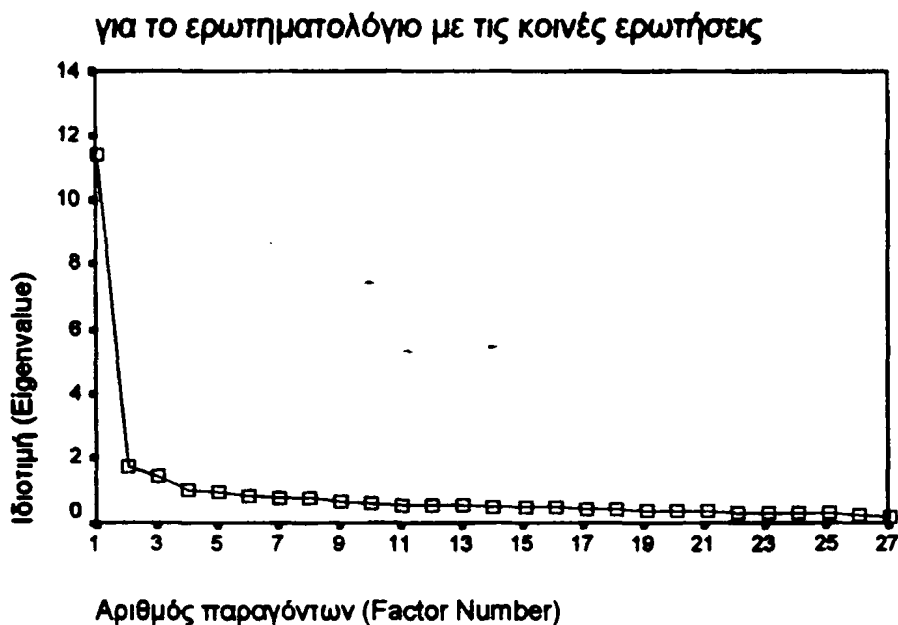


**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>****ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ  
ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ  
ΓΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

## 6.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Στην προσπάθεια ωστόσο εύρεσης κοινού κώδικα επικοινωνίας μεταξύ των γιατρών και των ασθενών, επιχειρήθηκε ο εντοπισμός των παραγόντων που ανέδειξαν οι ερωτήσεις εκείνες, που περιλαμβάνονταν και στα δύο ερωτηματολόγια και είχαν κοινή εννοιολογική και νοηματική προέλευση. Από την επιλογή αυτή προέκυψε μία αναθεωρημένη φόρμουλα του ερωτηματολογίου, με 26 ερωτήσεις, τις κοινές ερωτήσεις των δύο προηγούμενων ερωτηματολογίων για γιατρούς και ασθενείς. Η προσπάθεια αυτή εστιάζει σε μεγαλύτερο βαθμό στη σχέση γιατρού-ασθενή, όπως αυτή σχηματίζεται μεταξύ δύο ατόμων, ανεξάρτητα από το 'ρόλο' ή την 'ιδιότητα' που κατέχει το κάθε άτομο, ως 'γιατρός' ή 'ασθενής'. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο ίδιο δείγμα, των 461 συναντήσεων, 72 γιατρών με 461 ασθενείς, των τεσσάρων κλινικών του ΓΠΠΝΙ που συμμετείχαν στην έρευνα. Το κριτήριο του Kaiser (.959) και το γράφημα του 'αγκώνα' στο σχεδιάγραμμα που ακολουθεί, υπέδειξαν την τελική επιλογή τεσσάρων παραγόντων στο ερωτηματολόγιο με τα κοινά λήμματα.

### Γράφημα του 'αγκώνα' (Scree Plot)

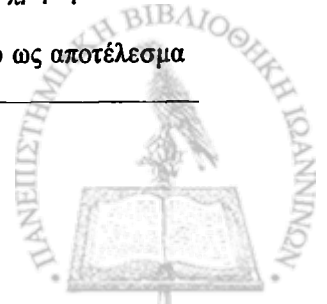


Παρουσίαση των ερωτήσεων που περιλαμβάνονταν από κοινού και στα δύο ερωτηματολόγια γίνεται στον Πίνακα 18. Στις συγκεκριμένες ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν στάσεις και συμπεριφορές θετικώς και αρνητικώς διακείμενες προς τη μία ή την άλλη πλευρά, πραγματοποιήθηκε ανάλυση που υπέδειξε την επιλογή των παραγόντων.



**Πίνακας 18. Παρουσίαση λημμάτων με κοινή εννοιολογική και νοηματική προέλευση που εντοπίζονται στο ερωτηματολόγιο γιατρών και ασθενών.**

A/A	Ερωτηματολόγιο Γιατρών	A/A	Ερωτηματολόγιο Ασθενών
6.	Νομίζω ότι ξέρω τι επιθυμεί ο ασθενής να κάνω στις συναντήσεις μας.	30.	Καταλαβαίνω τι θέλει ο γιατρός να κάνω στις συναντήσεις μας.
13.	Υπάρχει κατανόηση ανάμεσα σε μένα και τον ασθενή.	115.	Υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας.
26.	Ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα.	117.	Έμεινα απολύτως ικανοποιημένος με την επίσκεψή μου σ' αυτό το γιατρό.
38.	Συμφώνησα με τον ασθενή για τις ενέργειες που απαιτείται να γίνουν στα πλαίσια της θεραπείας του, με σκοπό να βελτιωθεί η κατάστασή του.	17.	Συμφωνώ με τον γιατρό για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασής μου.
42.	Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί.	81.	Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί για μένα.
49.	Πιστεύω ότι ο ασθενής με συμπαθεί.	68.	Πιστεύω ότι ο γιατρός με συμπαθεί.
50.	Μπορώ να έρθω στη θέση του ασθενή και να καταλάβω το πρόβλημά του.	104.	Αισθάνθηκα πως ο γιατρός γνωρίζει πραγματικά όσα σκέφτομαι.
52.	Ο ασθενής δείχνει να καταλαβαίνει όσα κάνω για τη θεραπεία του.	23.	Πιστεύω πως ο γιατρός συμμετέχει πολύ στη θεραπεία μου.
66.	Ο ασθενής μου είναι συμπαθής.	122.	Ο γιατρός μου είναι συμπαθής.
83.	Η σχέση μου με τον ασθενή είναι πολύ σημαντική για την πορεία του.	8.	Η σχέση μου με το γιατρό είναι πολύ σημαντική για μένα.
92.	Ο ασθενής μου πάει.	128.	Ο γιατρός μου πάει.
104.	Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη.	67.	Υπάρχει εμπιστοσύνη ανάμεσά μας.
7.	Ανησυχώ για το αποτέλεσμα αυτών των συνεντεύξεων.	24.	Ανησυχώ για το αποτέλεσμα των συναντήσεών μου με το γιατρό.
10.	Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρχαν στιγμές που ένιωσα θυμό.	41.	Μετά τη συνάντηση με το γιατρό, νιώθω συχνά θυμωμένος.
12.	Δεν αισθάνομαι άνετα με τον ασθενή.	77.	Δεν αισθάνομαι άνετα με το συγκεκριμένο γιατρό.
16.	Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής.	15.	Αισθάνομαι ότι τα συναισθήματα του γιατρού για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινή.
22.	Νομίζω ότι θέλει να αλλάξει γιατρό.	53.	Θέλω ν' αλλάξω γιατρό.
45.	Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων του.	4.	Οι απόψεις μας συγκρούονται για τη φύση των προβλημάτων μου.
74.	Έχω την αίσθηση πως εάν πω ή κάνω κάτι λάθος, ο ασθενής θα σταματήσει να δουλεύει μαζί μου.	20.	Έχω την αίσθηση πως εάν πω ή κάνω κάτι λάθος ο γιατρός θα διακόψει τη συνεργασία μας.
75.	Ο ασθενής αυτός μου ασκεί κριτική.	32.	Αισθάνομαι πως ο γιατρός με κριτικάρει.
81.	Ένωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ.	63.	Ελπίζω να μην ξαναδώ τον ίδιο γιατρό.
98.	Δεν μπορούσα να κατανοήσω όλα όσα ήθελε να μου πει ο ασθενής.	114.	Δεν καταλαβαίνω τι μου ζητά ο γιατρός να κάνω.
107.	Έχει εξαντλήσει την υπομονή μου.	97.	Ο γιατρός δεν είναι υπομονετικός μαζί μου.
109.	Οι ενέργειες που ο ασθενής μου ζητά να κάνω, δεν έχουν νόημα.	85.	Οι ενέργειες που ο γιατρός μου ζητά να κάνω, δεν έχουν νόημα.
111.	Ο χρόνος μου δεν διατέθηκε σωστά κατά τη διάρκεια της επίσκεψης.	11.	Πιστεύω πως ο χρόνος της συνάντησής μου με το γιατρό μου δεν χρησιμοποιείται με ικανοποιητικό τρόπο.
122.	Δεν ξέρω τι να περιμένω ως αποτέλεσμα της θεραπείας του.	61.	Δεν ξέρω τι να περιμένω ως αποτέλεσμα της θεραπείας μου.



Συγκεκριμένα, το συνολικό ποσοστό μεταβλητότητας που εξηγούσαν οι παράγοντες στο δείγμα των ασθενών ήταν από 49 έως 54% περίπου, ανάλογα με τη μέθοδο εξαγωγής. Οι απόλυτες τιμές των υπολοίπων των συσχετίσεων που ήταν μεγαλύτερες από 0.005 κυμαινόταν σε ποσοστά από 6% έως 10%, με μέγιστη τιμή όχι μεγαλύτερη από περίπου 0.1. Η παρουσίαση των παραγόντων που αναδείχθηκαν από την ανάλυση, γίνεται στον Πίνακα 19.

**Πίνακας 19. ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΕΞΗΓΕΙΤΑΙ ΑΝΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΕΛΑΧΙΣΤΩΝ ΤΕΤΡΑΓΩΝΩΝ ΜΕ ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΗ VARIMAX**

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΙΔΙΟΤΙΜΗ	%	ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ %
1 <sup>ος</sup>	11,404	42,235	42,235
2 <sup>ος</sup>	1,765	6,535	48,771
3 <sup>ος</sup>	1,455	5,388	54,159
4 <sup>ος</sup>	1,037	3,840	57,998
5 <sup>ος</sup>	,948	3,510	61,508
6 <sup>ος</sup>	,819	3,034	64,542
7 <sup>ος</sup>	,795	2,943	67,485
8 <sup>ος</sup>	,757	2,805	70,290
9 <sup>ος</sup>	,690	2,555	72,846
10 <sup>ος</sup>	,614	2,273	75,118
11 <sup>ος</sup>	,564	2,090	77,209
12 <sup>ος</sup>	,551	2,041	79,249
13 <sup>ος</sup>	,525	1,946	81,195
14 <sup>ος</sup>	,507	1,879	83,074
15 <sup>ος</sup>	,465	1,724	84,798
16 <sup>ος</sup>	,454	1,680	86,478
17 <sup>ος</sup>	,445	1,647	88,125
18 <sup>ος</sup>	,397	1,471	89,596
19 <sup>ος</sup>	,389	1,440	91,036
20 <sup>ος</sup>	,376	1,391	92,427
21 <sup>ος</sup>	,356	1,317	93,744
22 <sup>ος</sup>	,326	1,208	94,952
23 <sup>ος</sup>	,314	1,162	96,114
24 <sup>ος</sup>	,298	1,103	97,217
25 <sup>ος</sup>	,291	1,077	98,294
26 <sup>ος</sup>	,251	,929	99,223
27 <sup>ος</sup>	,210	,777	100,000

Η ερμηνεία των λύσεων ήταν παραπλήσια, ενώ η συνολική προσαρμογή της μεθόδου των Γενικευμένων Ελαχίστων Τετραγώνων με περιστροφή Varimax δείχνει να είναι καλύτερη από τους άλλους συνδυασμούς (εξηγείται το 50% της μεταβλητότητας, ενώ μόλις ένα 8% των υπολοίπων των συσχετίσεων είναι μεγαλύτερο από 0,005, με ένα μόνο υπόλοιπο, ίσο με περίπου 0.1), με μικρή όμως διαφορά από τη μέθοδο της Μέγιστης Πιθανοφάνειας.

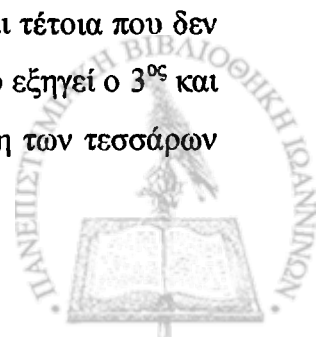


## 6.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Σε όλες τις περιπτώσεις, ο καθένας από τους δύο τελευταίους παράγοντες περιείχε δύο ή τρεις ερωτήσεις, με μέτρια κυρίως φορτία, ενώ η συνολική συνεισφορά τους στην εξήγηση της μεταβλητότητας ήταν περίπου 5%.

Αναλυτικότερα, ο 1<sup>ος</sup> παράγοντας συγκεντρώνει το 40.98% της συνολικής μεταβλητότητας. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις με θετικό φορτίο, οι οποίες αναφέρονται ως επί το πλείστον στο βαθμό κατανόησης, εμπιστοσύνης, ικανοποίησης, και συμπάθειας, χαρακτηριστικών που ενυπάρχουν στη θεραπευτική σχέση. Ερωτήσεις όπως: 'ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα', 'οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί', 'πιστεύω ότι με συμπαθεί', 'δείχνει να καταλαβαίνει όσα κάνω, 'μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη', 'μου πάει', 'η σχέση μας είναι πολύ σημαντική', 'καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου', 'μου είναι συμπαθής', 'μεταξύ μας υπάρχει κατανόηση', 'μεταξύ μας υπήρχε συμφωνία για τις ενέργειες που απαιτούνται, με σκοπό τη βελτίωση της κατάστασης', 'νομίζω ότι ξέρω τι επιθυμεί να κάνω στις συναντήσεις μας', συγκεντρώνονται στον πρώτο παράγοντα, με φορτία που κυμαίνονται από ,701 έως ,517.

Σε σύγκριση με τον 1<sup>ο</sup>, ο 2<sup>ος</sup> παράγοντας συγκεντρώνει αρνητικά γνωρίσματα και συμπεριφορές που εντοπίζονται στη θεραπευτική σχέση τόσο από τον γιατρό, όσο και από τον ασθενή. Καλύπτει το 6.53% της μεταβλητότητας και εκφράζει τη δυσαρέσκεια και την αγανάκτηση που παρουσιάζεται αμφότερα, σε σχέση με την ένδειξη ανειλικρίνειας, την εξάντληση της υπομονής, την επιθυμία διακοπής επαφής, την άσκηση κριτικής, την ύπαρξη θυμού, την έλλειψη άνεσης, καθώς επίσης και την ύπαρξη σύγκρουσης. Ερωτήσεις όπως: 'ένιωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ', 'έχει εξαντλήσει την υπομονή μου', 'οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω, δεν έχουν νόημα', 'μου ασκεί κριτική', 'κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, υπήρχαν στιγμές που ένιωσα θυμό', 'δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του', 'αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής', 'οι απόψεις μας συγκρούονται, όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων', συγκεντρώνονται στο 2<sup>ο</sup> παράγοντα, με φορτία που κυμαίνονται από ,740 έως ,480. Δυστυχώς οι δύο τελευταίοι παράγοντες που προκύπτουν από την ανάλυση, αφενός δεν αντιπροσωπεύονται από έναν ικανοποιητικό αριθμό ερωτήσεων, αφετέρου η σύνθεση των ερωτήσεων είναι τέτοια που δεν αποδίδει νόημα κυρίως στον 3<sup>ο</sup> παράγοντα. Το ποσοστό μεταβλητότητας που εξηγεί ο 3<sup>ος</sup> και ο 4<sup>ος</sup> παράγοντας είναι 5.41% και 3.83% αντίστοιχα. Αναλυτική παρουσίαση των τεσσάρων



παραγόντων με τις ερωτήσεις και τα φορτία αυτών, που προέκυψαν από το γράφημα του 'αγκώνα' στο ερωτηματολόγιο με τις κοινές ερωτήσεις για γιατρούς και ασθενείς, γίνεται στον Πίνακα 20.

**Πίνακας 20. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΕΛΑΧΙΣΤΩΝ ΤΕΤΡΑΓΩΝΩΝ ΜΕ ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΗ VARIMAX (56.75%)**

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ		ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ			
		1 <sup>ος</sup> (40.98%)	2 <sup>ος</sup> (6.53%)	3 <sup>ος</sup> (5.41%)	4 <sup>ος</sup> (3.83%)
1.	Ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα.	,701			
2.	Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί.	,694			
3.	Πιστεύω ότι με συμπαθεί.	,680			
4.	Δείχνει να καταλαβαίνει όσα κάνω.	,671			
5.	Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη.	,658			
6.	Μου πάει.	,652			
7.	Η σχέση μας είναι πολύ σημαντική.	,633			
8.	Καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου.	,607			
9.	Μου είναι συμπαθής.	,601			
10.	Μεταξύ μας υπάρχει κατανόηση.	,578			
11.	Μεταξύ μας υπήρχε συμφωνία για τις ενέργειες που απαιτούνται, με σκοπό τη βελτίωση της κατάστασης.	,562			
12.	Νομίζω ότι ξέρω τι επιθυμεί να κάνω στις συναντήσεις μας.	,517			
13.	Ένωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ.		,740		
14.	Έχει εξαντλήσει την υπομονή μου.		,724		
15.	Οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω, δεν έχουν νόημα.		,709		
16.	Μου ασκεί κριτική.		,698		
17.	Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, υπήρχαν στιγμές που ένιωσα θυμό.		,685		
18.	Δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του.		,590		
19.	Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής.		,523		
20.	Οι απόψεις μας συγκρούονται, όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων.		,480		
21.	Ο χρόνος δεν χρησιμοποιήθηκε σωστά κατά τη διάρκεια της επίσκεψης.			,753	
22.	Δεν μπορούσα να κατανοήσω όλα όσα μου έλεγε.			,568	
23.	Ανησυχώ για το αποτέλεσμα αυτών των συνεντεύξεων.				,746
24.	Δεν ξέρω τι να περιμένω ως αποτέλεσμα.				,736

### 6.3 ΤΕΛΙΚΗ ΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

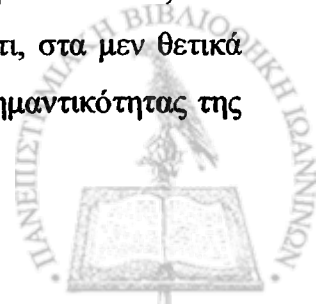
Για τους λόγους που προαναφέρθηκαν αποφασίστηκε η εξαγωγή δύο μόνο παραγόντων για το τελικό ερωτηματολόγιο. Ως αποτέλεσμα, το συνολικό ποσοστό της μεταβλητότητας που εξηγήθηκε μειώθηκε, κυμαινόμενο από 44 έως 49%, ανάλογα με τη μέθοδο της εξαγωγής. Οι απόλυτες τιμές των υπολοίπων των συσχετίσεων που ήταν μεγαλύτερες από 0,005, αυξήθηκαν κυμαινόμενες σε ποσοστά από 20% έως 39%, με ένα υπόλοιπο να έχει τιμή περίπου 0.37 και μερικά λίγο περισσότερο από 0.1. Αν και η ερμηνεία των λύσεων ήταν και πάλι παραπλήσια, οι μέθοδοι των Γενικευμένων Ελαχίστων Τετραγώνων και Μεγίστης Πιθανοφάνειας, με περιστροφή Varimax, δείχνουν να είναι καλύτερες από τους άλλους δύο συνδυασμούς.

Με την πρώτη μέθοδο, εξηγείται το 45% της μεταβλητότητας, ενώ το 25% των υπολοίπων των συσχετίσεων είναι μεγαλύτερο από 0.05. Με τη δεύτερη μέθοδο, εξηγείται το 44% της μεταβλητότητας ενώ το 20% των υπολοίπων είναι μεγαλύτερο από 0.05. Από τις δύο όμως μεθόδους, οι μεγαλύτερες απόλυτες τιμές των υπολοίπων αναπαράχθηκαν από αυτή της Μεγίστης Πιθανοφάνειας και έτσι, αφού δεν υπήρχαν διαφορές ως προς τις ερμηνείες των παραγόντων, προτιμήθηκε η μέθοδος των Γενικευμένων Ελαχίστων Τετραγώνων με περιστροφή Varimax.

Συγκεκριμένα, το συνολικό ποσοστό μεταβλητότητας που εξηγείται με τον εντοπισμό και την εξαγωγή των δύο παραγόντων είναι 45,24%, σε δείγμα 533 υποκειμένων (N=72 γιατροί και N=461 ασθενείς), στο σύνολο των 922 ερωτηματολογίων που συγκεντρώθηκαν. Αναλυτικότερα, η ερμηνεία των μεταβλητών, μας οδηγεί στον εντοπισμό δύο παραγόντων που αφορούν και χαρακτηρίζουν τη θεραπευτική σχέση, εκφραζόμενοι μέσα από 16 ερωτήσεις. Συγκεκριμένα:

- ο 1<sup>ος</sup> παράγοντας εκφράζει τα θετικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης με 8 ερωτήσεις, ενώ αντίστοιχα,
- ο 2<sup>ος</sup> παράγοντας εκφράζει τα αρνητικά χαρακτηριστικά αυτής, επίσης με 8 ερωτήσεις.

Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα, ο 1<sup>ος</sup> παράγοντας εξηγεί το 24,84% του συνολικού ποσοστού μεταβλητότητας, ενώ ο 2<sup>ος</sup> παράγοντας εξηγεί ένα 20,40%. Ερμηνεύοντας αρχικά τη σύνθεσή τους, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι, στα μεν θετικά χαρακτηριστικά εντοπίζεται ερώτηση που αναφέρεται στη διάσταση της σημαντικότητας της



σχέσης που δημιουργείται, γεγονός που αποτελεί και το σκοπό της κατασκευής του εν λόγω ερωτηματολογίου, ενώ παράλληλα, και οι δύο παράγοντες εμπεριέχουν ερωτήσεις, η σημασία των οποίων οριοθετεί και χαρακτηρίζει το νόημα της θεραπευτικής σχέσης, που και οι δύο πλευρές της αποδίδουν. Στον Πίνακα 21 που ακολουθεί, γίνεται αναλυτική παρουσίαση των μεταβλητών και των αντίστοιχων φορτίων τους, που συγκροτούν τον 1<sup>ο</sup> και τον 2<sup>ο</sup> παράγοντα αντίστοιχα.

**Πίνακας 21. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΕΛΑΧΙΣΤΩΝ ΤΕΤΡΑΓΩΝΩΝ ΜΕ ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΗ VARIMAX (45.24%)**

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ		ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (45,24%)	
		1 24.84%	2 20.40%
1.	Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη.	,742	
2.	Ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα.	,711	
3.	Μου είναι συμπαθής.	,697	
4.	Υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας.	,649	
-5.	Καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου.	,625	
6.	Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί.	,617	
7.	Συμφωνούμε για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασης.	,584	
8.	Η σχέση μας είναι πολύ σημαντική.	,577	
9.	Οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα.		,705
10.	Δεν είναι υπομονετικός μαζί μου.		,664
11.	Ένωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ.		,646
12.	Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξαν στιγμές που ένιωσα θυμό.		,613
13.	Δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του.		,589
14.	Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής.		,589
15.	Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων.		,576
16.	Μου ασκεί κριτική.		,526

Αναλυτικότερα, ερμηνεύοντας τα αποτελέσματα του Πίνακα 21, στον 1<sup>ο</sup> παράγοντα εντοπίζονται τα θετικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης. Οι μεταβλητές/ερωτήσεις που φορτίζουν υψηλότερα από τις άλλες είναι:

- *η ύπαρξη εμπιστοσύνης*, με φορτίο ,742 και
- *η άντληση ικανοποίησης ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή*, με φορτίο ,711.

Η τρίτη μεταβλητή αφορά στην ύπαρξη συμπάθειας με αντίστοιχο φορτίο ,697, γεγονός που προκαλεί εντύπωση, δεδομένου ότι οι μεταβλητές που αφορούν θέματα κατανόησης κι επικοινωνίας παρουσιάζουν μικρότερα φορτία της τάξεως του ,649 και ,625 αντίστοιχα. Τέλος, στον 1<sup>ο</sup> παράγοντα που εκφράζει στο σύνολό του τα θετικά χαρακτηριστικά της σχέσης, εμπεριέχονται επίσης οι μεταβλητές της σημαντικότητας των στόχων που τίθενται, με φορτίο ,617, της διαπίστωσης και συνάμα της αποδοχής της σημαντικότητας της σχέσης που δημιουργείται μεταξύ γιατρού και ασθενή με φορτίο ,577, καθώς και του βαθμού συμφωνίας, όσον αφορά το 'θεραπευτικό συμβόλαιο', με φορτίο ,584.

Από την άλλη πλευρά, στον 2<sup>ο</sup> παράγοντα συγκεντρώνονται τα αρνητικά χαρακτηριστικά της σχέσης γιατρού-ασθενή που εντοπίζονται και από τις δύο πλευρές. Οι πρώτες δύο ερωτήσεις είναι άμεσα αλληλοεξαρτώμενες και προσδιορίζουν την εικόνα που και οι δύο πλευρές έχουν, κυρίως για την πρώτη εντύπωση που αποκομίζουν από τη συνάντησή τους. Επομένως, τόσο:

- *η απουσία νοήματος στον τρόπο χειρισμού της κατάστασης*, με αντίστοιχο φορτίο ,705, όσο και
- *η έλλειψη υπομονής και διάθεσης για συνέχιση της σχέσης*, με φορτίο ,664 και ,646 αντίστοιχα,

προδηλώνουν κατά κάποιο τρόπο, την εικόνα που υπάρχει στην αντίληψη των δύο πλευρών για το πρότυπο και το ρόλο του ενός και του άλλου. Οι μεταβλητές που ακολουθούν εκφράζουν ορισμένα χαρακτηριστικά και συμπεριφορές τόσο του γιατρού όσο και του ασθενή γύρω από τη θεραπευτική σχέση, όπως είναι η ύπαρξη θυμού, με φορτίο ,613, η έλλειψη άνεσης – οικειότητας με το γιατρό ή τον ασθενή αντίστοιχα, αλλά και η απουσία ειλικρίνειας όσον αφορά στα συναισθήματα που εκφράζει, με ταυτόσημο φορτίο ,589, καθώς επίσης και η ύπαρξη σύγκρουσης, όσον αφορά στα προβλήματα της φύσης της ασθένειας και κριτικής, με φορτίο ,576 και ,526 αντίστοιχα.

Και οι δύο παράγοντες παρουσιάζονται περιεκτικοί και άμεσα υποστηρικτικοί στο σκοπό δημιουργίας του εν λόγω ερωτηματολογίου. Κατ' αυτό τον τρόπο, αποκλείστηκαν από την τελική μορφή του ερωτηματολογίου οι ερωτήσεις εκείνες που δεν φόρτωναν στον ένα ή



τον άλλο παράγοντα αντίστοιχα και δεν συγκροτούσαν από μόνες τους έναν παράγοντα, στον οποίο ήταν δυνατό να αποδοθεί νόημα. Προτείνεται λοιπόν η υιοθέτηση της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου που προκύπτει με τις 16 κοινές ερωτήσεις για γιατρούς και ασθενείς και κλίμακα απαντήσεων την ίδια, τύπου Likert, παρουσίαση της οποίας γίνεται στον Πίνακα 22, ενώ η πλήρης παρουσίαση αυτού, στη μορφή που χορηγήθηκε στην επόμενη φάση της έρευνας, γίνεται στο Παράρτημα Χ.

**Πίνακας 22. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΤΕΛΙΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ  
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΓΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

	<i>Ναι</i>	<i>Μάλλον ναι</i>	<i>Έτσι κι έτσι</i>	<i>Μάλλον όχι</i>	<i>Όχι</i>
1. Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Η σχέση μας είναι πολύ σημαντική.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξαν στιγμές που ένιωσα θυμό.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Μου είναι συμπαθής.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Δεν είναι υπομονετικός μαζί μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ένιωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Μου ασκεί κριτική.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Συμφωνούμε για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασης.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



#### 6.4 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Όσον αφορά στις τέσσερις κλινικές που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ γιατρών και ασθενών στα σημεία ή στα χαρακτηριστικά της διαπροσωπικής τους σχέσης. Όμως στην κάθε κλινική, οι απόψεις των γιατρών και ασθενών, γι' αυτές τις δύο διαστάσεις της σχέσης τους διέφεραν σημαντικά ( $p < 0,01$ ). Η σύγκριση των Μ.Ο. των απαντήσεων, αποδίδει την εικόνα της διαφορετικότητας που σημειώθηκε στις απαντήσεις που δόθηκαν από τους γιατρούς και τους ασθενείς, στις κοινές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Το γεγονός αυτό θεωρούνταν αναμενόμενο από την έναρξη της ερευνητικής διαδικασίας. Ως αποτέλεσμα όμως, αποτέλεσε έντονο σημείο προβληματισμού από την πρώτη κιόλας δοκιμή του ερωτηματολογίου. Η διαφορετικότητα των απαντήσεων στο δείγμα των γιατρών και των ασθενών θεωρήθηκε αρχικά ένα αποτέλεσμα που επηρεάζεται άμεσα από τη διαφορετικότητα των ρόλων. Τα αποτελέσματα όμως που αναδείχθηκαν έπειτα και από τη χορήγηση της σύντομης μορφής του ερωτηματολογίου με τα κοινά ερωτήματα για γιατρούς και ασθενείς, οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για μία διαφορετικότητα, η οποία εντοπίζεται στη διαπροσωπική σχέση και επηρεάζει ποικιλοτρόπως τις δύο πλευρές που εμπλέκονται, ρυθμίζοντας τη συμπεριφορά τους, ανεξάρτητα από συμπεριφορές που προέρχονται από την έννοια του 'ρόλου' και των χαρακτηριστικών που προσδίδονται από κάθε πλευρά.

Τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης στις απαντήσεις των γιατρών και των ασθενών, ανέδειξαν τόσο τις διαφορές, όσο και τη σύγκλιση που παρατηρείται σε ορισμένες μεταβλητές, που φτάνουν ακόμη και στο σημείο ταύτισης. Μελετώντας προσεκτικά τον Πίνακα 23, όπου παρουσιάζονται οι διαφορές που εντοπίστηκαν στις απαντήσεις που έδωσαν γιατροί και ασθενείς, για κάθε ερώτηση, γίνεται αντιληπτό ότι, οι μεγαλύτερες διαφορές στους Μ.Ο. εντοπίζονται στις ερωτήσεις που εμπλέκουν βαθμό κατανόησης, άντλησης ικανοποίησης, επιπέδου σημαντικότητας της σχέσης και ύπαρξης θυμού. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 8 και 12, παρουσιάζουν μία τυπική απόκλιση για τους γιατρούς της τάξεως του ,91 έως 1,19, σε σύγκριση με αυτή των ασθενών, που κυμαίνεται μεταξύ του ,65 έως ,99. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην ερώτηση 3 που αφορά στο βαθμό συμπάθειας, δεν παρουσιάζεται διαφορά στα ποσοστά της τυπικής απόκλισης, αλλά σύγκλιση των απόψεων γιατρών και ασθενών.



**Πίνακας 23. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ  
ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

	<b>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</b>	<i>Δείγμα N=72 Γιατροί N=461 Ασθενείς</i>	<i>Μέσος Όρος Μ.Ο.</i>	<i>Τοπική απόκλιση Sd</i>
1.	<i>Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>1,81 1,31</i>	<i>,91 ,83</i>
2.	<i>Ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>2,19 1,45</i>	<i>1,17 ,99</i>
3.	<i>Μου είναι συμπαθής.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>1,83 1,66</i>	<i>,91 ,90</i>
4.	<i>Υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>1,83 1,21</i>	<i>1,05 ,65</i>
5.	<i>Καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>1,83 1,21</i>	<i>1,05 ,65</i>
6.	<i>Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>1,84 1,37</i>	<i>1,03 ,93</i>
7.	<i>Συμφωνούμε για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασης.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>1,64 1,31</i>	<i>1,01 ,85</i>
8.	<i>Η σχέση μας είναι πολύ σημαντική.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>2,34 1,28</i>	<i>1,19 ,75</i>
9.	<i>Οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>4,35 4,68</i>	<i>1,22 ,92</i>
10.	<i>Δεν είναι υπομονετικός μαζί μου.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>4,54 4,75</i>	<i>1,01 ,82</i>
11.	<i>Ένωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>4,54 4,77</i>	<i>1,04 ,81</i>
12.	<i>Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξαν στιγμές που ένωσα θυμό.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>4,46 4,77</i>	<i>1,12 ,76</i>
13.	<i>Δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>4,61 4,73</i>	<i>,91 ,84</i>
14.	<i>Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>4,38 4,63</i>	<i>1,03 ,96</i>
15.	<i>Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>4,25 4,48</i>	<i>1,13 1,19</i>
16.	<i>Μου ασκεί κριτική.</i>	<i>Γιατροί Ασθενείς</i>	<i>4,52 4,74</i>	<i>,92 ,85</i>



Με βάση τον Πίνακα 23, οι αποκλίσεις που εντοπίζονται φέρνουν στην επιφάνεια θέματα που άπτονται κυρίως της συμμόρφωσης του ασθενή στη θεραπεία που του προτείνει ο γιατρός. Τα αποτελέσματα της 2<sup>ης</sup> ερώτησης είναι ενδεικτικά της παραπάνω διαπίστωσης, δεδομένου ότι ο Μ.Ο. των γιατρών δηλώνει ικανοποιημένος από την επίσκεψη που προηγήθηκε, ενώ ο Μ.Ο. των ασθενών, δηλώνει πως δεν ικανοποιήθηκε από την επίσκεψη, παρουσιάζοντας απόκλιση ίση με 0,18. Ωστόσο, ενδεικτικότερα αποτελέσματα προκύπτουν από τη διασταύρωση των απαντήσεων στην 4<sup>η</sup> ερώτηση που αφορά στο βαθμό κατανόησης που αναπτύσσεται μεταξύ γιατρού και ασθενή, όπου για μία ακόμη φορά, οι γιατροί θεωρούν πως ο ασθενής είναι σε θέση να καταλάβει τις αλλαγές που του προτείνει ο γιατρός, ενώ οι ασθενείς από την άλλη, δηλώνουν προβληματισμένοι, διαφοροποιώντας τη θέση τους, παρουσιάζοντας απόκλιση της τάξεως του 0.4. Ο προβληματισμός των ασθενών εντοπίζεται και στην 5<sup>η</sup> ερώτηση που αφορά στην κατανόηση των στόχων που τίθενται στη θεραπεία, με μία απόκλιση στις απαντήσεις, επίσης της τάξεως του 0.4.

Στον Πίνακα 24 που ακολουθεί, γίνεται αναλυτική παρουσίαση των τιμών των μέσων όρων και των τυπικών αποκλίσεων, ανά ερώτηση και ανά κλινική, με σκοπό τον ακριβή εντοπισμό των διαφορών που σημειώνονται ανά κλινική. Για την ανάγνωση του πίνακα, είναι σκόπιμο να επισημανθεί ξανά ότι, η βαθμολόγηση αντιστοιχεί στην κλίμακα Likert (1-5) και περιλαμβάνει την ακόλουθη κωδικοποίηση: όπου 1=Ναι, 2=Μάλλον ναι, 3=Έτσι κι έτσι, 4=Μάλλον όχι, και 5=Όχι.

Αναλυτικότερα, παρατηρείται μία ταύτιση απόψεων μεταξύ γιατρών και ασθενών, κυρίως στην ογκολογική κλινική, στην ερώτηση 6, που αφορά στη σημαντικότητα των στόχων που τίθενται στις συναντήσεις, με διαφορά απόκλισης ίση με .11. Η ταύτιση αυτή θα μπορούσε να αποδοθεί στην ιδιαιτερότητα της συγκεκριμένης ειδικότητας, λόγω της ιδιομορφίας των χαρακτηριστικών της ασθένειας. Απόλυτη σύγκλιση απαντήσεων εμφανίζεται να υπάρχει και στην ερώτηση 10 που αφορά στην εξάντληση της υπομονής, όπου γιατροί και ασθενείς κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα, εκτός ίσως από την ορθοπεδική κλινική, όπου παρατηρείται μία ανεπαίσθητη διαφορά μεταξύ γιατρών και ασθενών, ίση με 0.92. Οι απαντήσεις γιατρών και ασθενών τείνουν προς σύγκλιση και στην ερώτηση 9, που αναφέρεται στη σημαντικότητα των ενεργειών που προτείνονται και από τις δύο πλευρές, όπου παρατηρείται μία διαφοροποίηση σε σχέση με την αντιπαράθεση γιατρών και ασθενών ορθοπεδικής κλινικής. Αναλυτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων της περιγραφικής στατιστικής ανά κλινική-ειδικότητα και ανά κατηγορία (γιατροί-ασθενείς) γίνεται στον Πίνακα 24.



**Πίνακας 24. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΟΡΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΥΠΙΚΗΣ ΑΠΟΚΛΙΣΗΣ  
ΑΝΑ ΕΡΩΤΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΕ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**ΔΕΙΓΜΑ**

Α/Α	ΕΡΩΤΗΣΗ	ΓΙΑΤΡΟΙ										ΑΣΘΕΝΕΙΣ					
		ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ N=17		ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ N=11		ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ N=25		ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ N=19		ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ N=126		ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ N=103		ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ N=120		ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ N=112	
		M.O.	Sd	M.O.	Sd	M.O.	Sd	M.O.	Sd	M.O.	Sd	M.O.	Sd	M.O.	Sd	M.O.	Sd
1.	Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη.	1,96	,95	1,17	,41	1,92	,73	2,11	1,10	1,79	1,20	1,13	,55	1,12	,43	1,15	,62
2.	Ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα.	2,45	1,29	1,58	,87	2,21	1,04	2,43	1,21	1,87	1,21	1,15	,65	1,26	,76	1,46	1,04
3.	Μου είναι συμπαθής.	1,98	1,23	1,18	,57	1,91	1,05	2,18	1,17	1,44	,85	1,04	,19	1,11	,48	1,21	,72
4.	Υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας.	2,11	1,22	1,20	,55	1,80	,79	2,13	1,18	1,52	,94	1,02	,14	1,07	,34	1,21	,67
5.	Καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου.	2,44	1,28	1,36	,71	1,98	,88	2,43	1,19	2,06	1,26	1,28	,75	1,79	,99	1,55	,90
6.	Οι στόχοι που τίθενται στις συζητήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί.	2,21	1,26	1,14	,40	1,93	,88	1,96	1,02	1,85	1,35	1,15	,51	1,17	,63	1,24	,73
7.	Συμφωνούμε για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασής.	1,90	1,24	1,06	,27	1,66	,74	1,88	1,17	1,87	1,23	1,09	,47	1,08	,43	1,13	,60
8.	Η σχέση μας είναι πολύ σημαντική.	2,49	1,18	1,64	1,23	2,64	,98	2,48	1,11	1,56	1,03	1,10	,50	1,18	,50	1,23	,71
9.	Οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα.	4,12	1,37	4,98	,14	4,63	,93	3,73	1,49	4,10	1,37	4,95	,41	4,92	,53	4,84	,62
10.	Δεν είναι υπομονετικός μαζί μου.	4,42	1,12	4,94	,42	4,80	,57	4,04	1,35	4,42	1,18	4,95	,41	4,80	,82	4,89	,43
11.	Ένωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ.	4,26	1,26	4,97	,17	4,80	,71	4,18	1,30	4,45	1,19	4,94	,44	4,89	,58	4,86	,64
12.	Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξαν στιγμές που ένιωσα θυμό.	4,33	1,21	5,00	,00	4,68	,72	3,86	1,52	4,46	1,09	4,89	,59	4,88	,64	4,87	,41
13.	Δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του.	4,37	1,09	5,00	,00	4,83	,51	4,30	1,21	4,31	1,24	4,91	,49	4,80	,76	4,96	,27
14.	Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής.	4,39	1,04	4,92	,30	4,33	,92	3,92	1,31	4,07	1,45	4,87	,50	4,84	,61	4,81	,56
15.	Οι απόψεις μας συγκροτούνται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων.	4,02	1,26	4,85	,62	4,37	,81	3,80	1,36	3,42	1,66	4,70	,93	4,97	,37	4,93	,32
16.	Μου ασκεί κριτική.	4,59	,91	4,97	,17	4,55	,77	3,98	1,22	4,25	1,31	4,95	,41	4,85	,69	5,00	,00

## 6.5 ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Κατά τη διάρκεια της φάσης ελέγχου αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου με τις κοινές ερωτήσεις, η οποία πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Οκτωβρίου - Δεκεμβρίου 2000, δόθηκε σε γιατρούς και ασθενείς των τεσσάρων κλινικών, το κοινό ερωτηματολόγιο, που δημιουργήθηκε με την τελική εξαγωγή των δύο παραγόντων.

Για την υιοθέτηση ενός ερωτηματολογίου, με σκοπό να χρησιμοποιηθεί στην έρευνα, είναι σκόπιμο να έχει προηγουμένως εγκατασταθεί ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπιστίας (reliability) και εγκυρότητας (validity) (Barnett, 1964· Winer, 1970)<sup>496, 501</sup>. Σύμφωνα με τους ίδιους, εφόσον η σταθερότητα και η ακρίβεια των τιμών που λαμβάνονται από το όργανο, καθορίζουν την αξιοπιστία του οργάνου και εφόσον η εγκυρότητα αναφέρεται στη συνέπεια του οργάνου μέτρησης, είναι απαραίτητο στην ιατρική έρευνα να γίνεται έλεγχος και εξακρίβωση και των δύο ιδιοτήτων.

Η αξιοπιστία καταρχήν ενός οργάνου μέτρησης που δίνει ποσοτικά δεδομένα, είναι το κύριο κριτήριο της ποιότητάς του. Το ενδιαφέρον εντοπίζεται στα χαρακτηριστικά του οργάνου μέτρησης: σταθερότητα και εσωτερική συνοχή (internal consistency) (Anastasi, 1976)<sup>470</sup>.

Η εκτίμηση της εσωτερικής συνοχής της κλίμακας - το κατά πόσο δηλαδή όλες οι καταγραφές σε μία κλίμακα μετρούν την ίδια μεταβλητή, το αν έχουν δηλαδή συνοχή η μία με την άλλη, - έγινε με τον τύπο συντελεστή άλφα ( $\alpha$ ), που αναπτύχθηκε από τον Cronbach (1951)<sup>471</sup>. *Οι τιμές του κριτηρίου άλφα του Cronbach, την πρώτη εβδομάδα εφαρμογής της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου σε γιατρούς και ασθενείς, ήταν 0.96 και 0.94 αντίστοιχα και τη δεύτερη εβδομάδα 0.94 και 0.93 αντίστοιχα. Συνεπώς η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου χαρακτηρίζεται ως υψηλή.*

## 6.6 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου επιβεβαιώθηκε αρχικά από την έλλειψη σημαντικών διαφορών μεταξύ των βαθμολογιών των δύο εβδομάδων δοκιμής.

Το δείγμα της πρώτης και της δεύτερης φάσης ελέγχου της αξιοπιστίας του οργάνου μέτρησης αποτέλεσαν 160 συναντήσεις γιατρών και ασθενών. Συγκεκριμένα στην πρώτη φάση συγκεντρώθηκαν 80 ερωτηματολόγια από τις τέσσερις κλινικές, ενώ τα υπόλοιπα 80



συγκεντρώθηκαν στη δεύτερη φάση. Αναλυτικότερα, τα 80 ερωτηματολόγια προήλθαν αντίστοιχα από 20 συναντήσεις γιατρών και ασθενών ανά κλινική. Το μεσοδιάστημα μέτρησης κυμάνθηκε στις 2 εβδομάδες (Nunnally, 1978)<sup>473</sup> με σκοπό αφενός να αποφευχθούν τα αποτελέσματα εκ μεταφοράς κι αφετέρου για την αποφυγή πραγματικών αλλαγών στη μεταβλητή που μετρείται. Στη συνέχεια, έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων της πρώτης και της δεύτερης φάσης, με σκοπό τον έλεγχο της σταθερότητας των αποτελεσμάτων. Αναλυτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται στο επόμενο κεφάλαιο. Η δομή του ερωτηματολογίου, με την οποία δόθηκε σε γιατρούς και ασθενείς, στη φάση αυτή, παρουσιάζεται στο Παράρτημα Χ.

Ξεκινώντας από το γεγονός ότι η εγκυρότητα (validity) αναφέρεται στο βαθμό επίτευξης του σκοπού για τον οποίο έγινε το εργαλείο μέτρησης, ελέγχθηκαν τα παρακάτω είδη εγκυρότητας, με σκοπό την ερμηνεία και τη χρησιμοποίηση των ευρημάτων της έρευνας (Nunnally, 1978· Clark & Watson, 1995)<sup>473, 440</sup>:

- *Φαινομενική εγκυρότητα* (face validity).
- *Δομική εγκυρότητα* (construct validity).
- *Εξωτερική εγκυρότητα* (external validity).

Αναλυτικότερα:

1. Η *φαινομενική εγκυρότητα* αναφέρεται στο βαθμό που ένα όργανο μέτρησης φαίνεται ότι μετρά αυτό που θεωρείται ότι μετρά (Anastasi, 1976)<sup>470</sup>. Αυτό έγινε κατανοητό, - όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 24 που προηγήθηκε -, με τη σύγκριση των μέσων όρων των τιμών των απαντήσεων, γιατρών και ασθενών που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας.
2. Η *δομική εγκυρότητα* έχει σχέση με την ερμηνεία των αποτελεσμάτων του τεστ που στηρίζεται σε ψυχολογικές ιδιότητες (Σαχίνη-Καρδάση, 1997)<sup>443</sup>. Στην προκειμένη περίπτωση, ως κριτήριο εννοιολογικής κατασκευής θεωρήθηκε η ιδιότητα της διαπροσωπικής σχέσης γιατρού-ασθενή. Η δομική εγκυρότητα ελέγχθηκε με την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης (Kline, 1979· Kazdin, 1992)<sup>498, 497</sup> σύμφωνα με την οποία αναδείχθηκαν ομάδες σχετιζόμενων παραγόντων - μεταβλητών, οι οποίοι αντιπροσώπευαν ένα ενιαίο χαρακτηριστικό, αυτό της διαπροσωπικής σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ γιατρού και ασθενή.
3. Η *εξωτερική εγκυρότητα* αναφέρεται στη συσχέτιση της βαθμολογίας του test με μια άλλη ανεξάρτητη μέτρηση της σχέσης (Anastasi, 1976· Σαχίνη-Καρδάση, 1997)<sup>470, 443</sup>. Για να εξασφαλιστεί η εξωτερική εγκυρότητα αποφασίστηκε κατά τη διάρκεια της φάσης της δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας του ερωτηματολογίου με τις κοινές ερωτήσεις για γιατρούς

και ασθενείς, η ταυτόχρονη χορήγηση μιας *αναλογικής κλίμακας* με βαθμολογικές διαβαθμίσεις από το 1 έως το 10 (Goldstein & Hersen, 1984· Σαχίνη-Καρδάση, 1997)<sup>499</sup>,<sup>443</sup>. Σύμφωνα με τους ίδιους, πρόκειται για μία εμπειρική τεχνική, με την οποία επιχειρήθηκε η ανίχνευση πιθανής σχέσης μεταξύ των απαντήσεων γιατρών και ασθενών στις ερωτήσεις του κοινού ερωτηματολογίου μ' ένα εξωτερικό κριτήριο, - στην προκειμένη περίπτωση - την αναλογική κλίμακα. Η κλίμακα αυτή ζητούσε από τους μετέχοντες να αξιολογήσουν βαθμολογικά τη σχέση τους - με το γιατρό ή τον ασθενή αντίστοιχα - επιλέγοντας τη βαθμολογία 1 εάν θα χαρακτήριζαν τη σχέση τους 'πολύ κακή', 5 για το χαρακτηρισμό 'μέτρια' και 10 για το 'άριστα'. Στο Παράρτημα XI γίνεται η παρουσίαση της αναλογικής κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε.

Η συσχέτιση των αποτελεσμάτων της κλίμακας αυτής με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου, αποτέλεσε ασφαλές κριτήριο για τον έλεγχο της εξωτερικής εγκυρότητας του κοινού ερωτηματολογίου. Για το σκοπό αυτό, υπολογίστηκαν με την εφαρμογή παραμετρικών και μη παραμετρικών δοκιμασιών, μέσω της *δισειριακής συνάφειας σημείου* (point biserial correlation) (Nunnally, 1978)<sup>473</sup> ο συντελεστής συσχέτισης γινομένου ροπής Pearson (Pearson product moment correlation coefficient), καθώς και ο συντελεστής συσχέτισης κατά σειρά κατάταξης Spearman (Spearman rank order correlation coefficient), οι οποίοι ανέδειξαν το βαθμό συσχέτισης των απαντήσεων του μέτρου - ερωτηματολογίου με τους βαθμούς της μεταβλητής - κριτήριο (αναλογική κλίμακα) (McCall, 1975· Howell, 1992)<sup>502, 495</sup>.

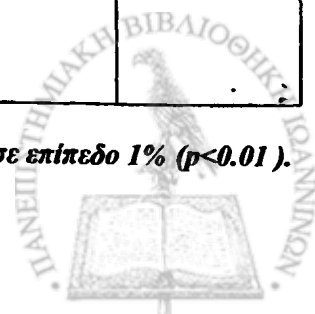
Συγκεκριμένα, σε όλες τις περιπτώσεις αναδείχθηκαν *θετικές γραμμικές συσχετίσεις* μεταξύ των απαντήσεων που εδόθησαν - από γιατρούς και ασθενείς - στις ερωτήσεις του κοινού ερωτηματολογίου και της αναλογικής κλίμακας. Αναλυτικότερα, εντοπίστηκε ισχυρή και μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ των τιμών των μεταβλητών και της αναλογικής κλίμακας. Καταρχήν, όσον αφορά στο στατιστικό έλεγχο που έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των ερωτήσεων του κοινού ερωτηματολογίου και της αναλογικής κλίμακας, στις απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς (N=160), διαπιστώθηκε *θετική γραμμική συσχέτιση* στο σύνολο των ερωτημάτων με την αναλογική κλίμακα, η οποία αποδεικνύεται στατιστικώς σημαντική ( $p < .001$ ). Στον Πίνακα 25 γίνεται αναλυτική παρουσίαση των συσχετίσεων που έγιναν στις απαντήσεις των ασθενών για κάθε ερώτηση, με την αναλογική κλίμακα, με συντελεστές συσχέτισης Pearson και Spearman.



**Πίνακας 25. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ, ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ (1-10) (N=160 ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ)**

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ (1-10)		ΚΛΙΜΑΚΑ (1-10)	
	<i>Pearson Correlation</i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>	<i>Spearman's rho</i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>
Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη.	,733**	,000	,755**	,000
Ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα.	,622**	,000	,664**	,000
Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής.	,641**	,000	,636**	,000
Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων.	,496**	,000	,519**	,000
Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί.	,484**	,000	,431**	,000
Η σχέση μας είναι πολύ σημαντική.	,614**	,000	,572**	,000
Οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα.	,528**	,000	,440**	,000
Δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του.	,453**	,000	,448**	,000
Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξαν στιγμές που ένιωσα θυμό.	,472**	,000	,473**	,000
Υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας.	,587**	,000	,601**	,000
Μου είναι συμπαθής.	,559**	,000	,579**	,000
Δεν είναι υπομονετικός μαζί μου.	,426**	,000	,405**	,000
Ένιωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ.	,473**	,000	,421**	,000
Καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου.	,588**	,000	,581**	,000
Μου ασκεί κριτική.	,408**	,000	,411**	,000
Συμφωνούμε για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασης.	,618**	,000	,625**	,000

\*\* Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο 1% ( $p < 0.01$ ).



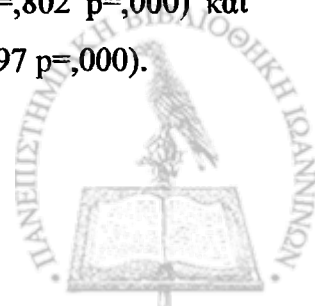
Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που υπέδειξε η εφαρμογή παραμετρικών και μη παραμετρικών δοκιμασιών, διαπιστώθηκε *ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση* μεταξύ της αναλογικής κλίμακας και της μεταβλητής 'μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη' ( $r_p=,733$   $p=,000$  και  $r_s=,755$   $p=,000$ ).

Διαπιστώθηκε επίσης *μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση* μεταξύ της αναλογικής κλίμακας και των παρακάτω μεταβλητών: 'Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής', ( $r_p=,641$   $p=,000$  και  $r_s=,636$   $p=,000$ ), 'ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα' ( $r_p=,622$   $p=,000$  και  $r_s=,664$   $p=,000$ ), 'συμφωνούμε για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασης' ( $r_p=,618$   $p=,000$  και  $r_s=,625$   $p=,000$ ), 'η σχέση μας είναι πολύ σημαντική' ( $r_p=,614$   $p=,000$  και  $r_s=,572$   $p=,000$ ), 'καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου' ( $r_p=,588$   $p=,000$  και  $r_s=,581$   $p=,000$ ), 'υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας' ( $r_p=,587$   $p=,000$  και  $r_s=,601$   $p=,000$ ), 'μου είναι συμπαθής' ( $r_p=,559$   $p=,000$  και  $r_s=,579$   $p=,000$ ), 'οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα' ( $r_p=,528$   $p=,000$  και  $r_s=,440$   $p=,000$ ), 'οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων' ( $r_p=,496$   $p=,000$  και  $r_s=,519$   $p=,000$ ), 'ένιωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ' ( $r_p=,473$   $p=,000$  και  $r_s=,421$   $p=,000$ ), 'οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί' ( $r_p=,484$   $p=,000$  και  $r_s=,431$   $p=,000$ ), 'κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξαν στιγμές που ένιωσα θυμό' ( $r_p=,472$   $p=,000$  και  $r_s=,473$   $p=,000$ ), 'δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του' ( $r_p=,453$   $p=,000$  και  $r_s=,448$   $p=,000$ ), 'δεν είναι υπομονετικός μαζί μου' ( $r_p=,426$   $p=,000$  και  $r_s=,405$   $p=,000$ ), 'μου ασκεί κριτική' ( $r_p=,408$   $p=,000$  και  $r_s=,411$   $p=,000$ ).

Όσον αφορά το στατιστικό έλεγχο που έγινε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των ερωτήσεων του κοινού ερωτηματολογίου και της αναλογικής κλίμακας, στις απαντήσεις που έδωσαν οι γιατροί ( $N=160$ ) διαπιστώθηκε *θετική γραμμική συσχέτιση* στο σύνολο των ερωτημάτων με την αναλογική κλίμακα, η οποία αποδεικνύεται στατιστικώς σημαντική ( $p<,001$ ).

Στον Πίνακα 26 γίνεται αναλυτική παρουσίαση των συσχετίσεων που έγιναν στις απαντήσεις των γιατρών για κάθε ερώτηση, με την αναλογική κλίμακα, με συντελεστές συσχέτισης Pearson και Spearman.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που υπέδειξε η ανάλυση διαπιστώθηκε *ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση* μεταξύ της αναλογικής κλίμακας και των παρακάτω μεταβλητών: 'Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη' ( $r_p=,808$   $p=,000$  και  $r_s=,802$   $p=,000$ ) και 'ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα' ( $r_p=,726$   $p=,000$  και  $r_s=,697$   $p=,000$ ).



**Πίνακας 26. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΤΩΝ  
ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ,  
ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ (1-10) (N=160 ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ)**

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ (1-10) <i>Pearson Correlation</i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>	ΚΛΙΜΑΚΑ (1-10) <i>Spearman's rho</i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>
Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη.	,808**	,000	,802**	,000
Ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα.	,726**	,000	,697**	,000
Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής.	,614**	,000	,639**	,000
Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων.	,620**	,000	,594**	,000
Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί.	,631**	,000	,582**	,000
Η σχέση μας είναι πολύ σημαντική.	,675**	,000	,553**	,000
Οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα.	,611**	,000	,522**	,000
Δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του.	,409**	,000	,396**	,000
Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξαν στιγμές που ένιωσα θυμό.	,431**	,000	,422**	,000
Υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας.	,672**	,000	,675**	,000
Μου είναι συμπαθής.	,608**	,000	,606**	,000
Δεν είναι υπομονετικός μαζί μου.	,456**	,000	,453**	,000
Ένιωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ.	,527**	,000	,411**	,000
Καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου.	,582**	,000	,535**	,000
Μου ασκεί κριτική.	,511**	,000	,508**	,000
Συμφωνούμε για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασης.	,695**	,000	,670**	,000

\*\* Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο 1% ( $p < 0.01$ ).



Διαπιστώθηκε επίσης *μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση* μεταξύ της αναλογικής κλίμακας και των παρακάτω μεταβλητών: 'Συμφωνούμε για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασης' ( $r_p=,695$   $p=,000$  και  $r_s=,670$   $p=,000$ ), 'η σχέση μας είναι πολύ σημαντική' ( $r_p=,675$   $p=,000$  και  $r_s=,553$   $p=,000$ ), 'υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας' ( $r_p=,672$   $p=,000$  και  $r_s=,675$   $p=,000$ ), 'οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί' ( $r_p=,631$   $p=,000$  και  $r_s=,582$   $p=,000$ ), 'οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων' ( $r_p=,620$   $p=,000$  και  $r_s=,594$   $p=,000$ ), 'αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής' ( $r_p=,614$   $p=,000$  και  $r_s=,639$   $p=,000$ ), 'οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα' ( $r_p=,611$   $p=,000$  και  $r_s=,522$   $p=,000$ ), 'μου είναι συμπαθής' ( $r_p=,608$   $p=,000$  και  $r_s=,606$   $p=,000$ ), 'καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου' ( $r_p=,582$   $p=,000$  και  $r_s=,535$   $p=,000$ ), 'ένιωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ' ( $r_p=,527$   $p=,000$  και  $r_s=,411$   $p=,000$ ), 'μου ασκεί κριτική' ( $r_p=,511$   $p=,000$  και  $r_s=,508$   $p=,000$ ), 'δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του' ( $r_p=,409$   $p=,000$  και  $r_s=,396$   $p=,000$ ), 'δεν είναι υπομονετικός μαζί μου' ( $r_p=,456$   $p=,000$  και  $r_s=,453$   $p=,000$ ), 'κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξαν στιγμές που ένιωσα θυμό' ( $r_p=,431$   $p=,000$  και  $r_s=,422$   $p=,000$ ).

Τέλος, από το στατιστικό έλεγχο που έγινε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των ερωτήσεων του κοινού ερωτηματολογίου και της αναλογικής κλίμακας, στις απαντήσεις που έδωσαν γιατροί ( $N=160$ ) και ασθενείς ( $N=160$ ) στο σύνολο του δείγματος ( $N=320$ ) διαπιστώθηκε *θετική γραμμική συσχέτιση* στο σύνολο των ερωτημάτων με την αναλογική κλίμακα, η οποία αποδεικνύεται στατιστικώς σημαντική  $p<,001$ . Στον Πίνακα 27 γίνεται αναλυτική παρουσίαση των συσχετίσεων που έγιναν στις απαντήσεις - στο σύνολο του δείγματος γιατρών και ασθενών - για κάθε ερώτηση, με την αναλογική κλίμακα, με συντελεστές συσχέτισης Pearson και Spearman.

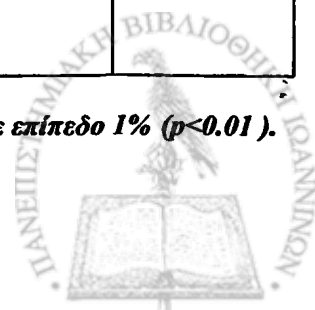
Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που υπέδειξε η στατιστική ανάλυση, διαπιστώθηκε *ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση* μεταξύ της αναλογικής κλίμακας και της μεταβλητής 'μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη' ( $r_p=,774$   $p=,000$  και  $r_s=,783$   $p=,000$ ).



**Πίνακας 27. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΚΑΙ ΓΙΑΤΡΩΝ, ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ,  
ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ (1-10), ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ  
(N=160 ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ)**

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ (1-10) Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	ΚΛΙΜΑΚΑ (1-10) Spearman's rho	Sig. (2-tailed)
Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη.	,774**	,000	,783**	,000
Ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα.	,662**	,000	,680**	,000
Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής.	,625**	,000	,636**	,000
Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων.	,564**	,000	,557**	,000
Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί.	,559**	,000	,504**	,000
Η σχέση μας είναι πολύ σημαντική.	,642**	,000	,563**	,000
Οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα.	,571**	,000	,481**	,000
Δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του.	,425**	,000	,420**	,000
Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξαν στιγμές που ένιωσα θυμό.	,446**	,000	,444**	,000
Υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας.	,628**	,000	,636**	,000
Μου είναι συμπαθής.	,581**	,000	,593**	,000
Δεν είναι υπομονετικός μαζί μου.	,442**	,000	,426**	,000
Ένιωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ.	,502**	,000	,415**	,000
Καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου.	,583**	,000	,558**	,000
Μου ασκεί κριτική.	,461**	,000	,460**	,000
Συμφωνούμε για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασης.	,653**	,000	,647**	,000

\*\* Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο 1% ( $p < 0.01$ ).



Διαπιστώθηκε επίσης *μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση* μεταξύ της αναλογικής κλίμακας και των παρακάτω μεταβλητών: 'Ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα' ( $r_p=,662$   $p=,000$  και  $r_s=,680$   $p=,000$ ), 'συμφωνούμε για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασης' ( $r_p=,653$   $p=,000$  και  $r_s=,647$   $p=,000$ ), 'η σχέση μας είναι πολύ σημαντική' ( $r_p=,642$   $p=,000$  και  $r_s=,563$   $p=,000$ ), 'υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας' ( $r_p=,628$   $p=,000$  και  $r_s=,636$   $p=,000$ ), 'αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής' ( $r_p=,625$   $p=,000$  και  $r_s=,636$   $p=,000$ ), 'καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου' ( $r_p=,583$   $p=,000$  και  $r_s=,558$   $p=,000$ ), 'μου είναι συμπαθής' ( $r_p=,581$   $p=,000$  και  $r_s=,593$   $p=,000$ ), 'οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα' ( $r_p=,571$   $p=,000$  και  $r_s=,481$   $p=,000$ ), 'οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων' ( $r_p=,564$   $p=,000$  και  $r_s=,557$   $p=,000$ ), 'οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί' ( $r_p=,559$   $p=,000$  και  $r_s=,504$   $p=,000$ ), 'ένωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ' ( $r_p=,502$   $p=,000$  και  $r_s=,415$   $p=,000$ ), 'μου ασκεί κριτική' ( $r_p=,461$   $p=,000$  και  $r_s=,460$   $p=,000$ ), 'κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξαν στιγμές που ένιωσα θυμό' ( $r_p=,446$   $p=,000$  και  $r_s=,444$   $p=,000$ ), 'δεν είναι υπομονετικός μαζί μου' ( $r_p=,442$   $p=,000$  και  $r_s=,426$   $p=,000$ ), 'δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του' ( $r_p=,425$   $p=,000$  και  $r_s=,420$   $p=,000$ ).

Τέλος, η σύγκριση των αποτελεσμάτων της δισειριακής συνάφειας σημείου για τους δύο δείκτες συσχέτισης Pearson και Spearman, δεν ανέδειξε διαφορές στα αποτελέσματα που αναδεικνύονται από την εφαρμογή των δύο δεικτών.



**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ**

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>****ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

## 7.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

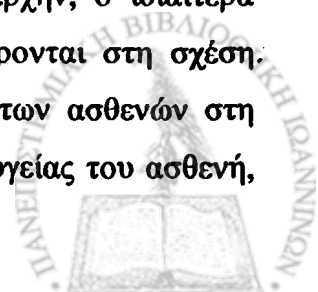
Η θεραπευτική σχέση κατέχει μία ιδιαίτερα σημαντική θέση στην πορεία της ιατρικής επιστήμης. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει πως πρόκειται για έναν παράγοντα που συμβάλλει καθοριστικά στη μη-συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή (Annas, 1989)<sup>109</sup> καθώς επίσης και στην αιτιολόγηση ενός σημαντικού ποσοστού υποτροπών της νόσου (Heszen-Klemens & Karinska, 1984· Brody et al, 1989)<sup>147, 29</sup>.

Σύμφωνα με τις διαστάσεις που δίνει η διεθνής βιβλιογραφία, εντοπίζεται αρχικά μία διαφοροποίηση, όσον αφορά στον τρόπο με τον οποίο γιατροί και ασθενείς τοποθετούνται απέναντι στη θεραπευτική σχέση. Ερευνητές όπως οι Cartwright και Anderson (1981)<sup>82</sup>, καθώς και οι Peay και Peay (1997)<sup>160</sup>, εντοπίζουν το πρόβλημα στον τρόπο με τον οποίο οι δύο πλευρές προσεγγίζουν την έννοια της νόσου. Σύμφωνα με τους παραπάνω, ασθενής και γιατρός κατανοούν με διαφορετικό τρόπο την ανάγκη που δημιουργείται για αναζήτηση πληροφορίας, ενεργούς συμμετοχής και υποστήριξης, καθώς, σύμφωνα με τους ίδιους, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων που εκδηλώνει ο ασθενής, καθορίζεται από τον τρόπο με τον οποίο θα ανταποκριθεί ο γιατρός στη νέα κατάσταση (Mechanic, 1962)<sup>158</sup>.

Κατά συνέπεια, στο μυαλό των περισσότερων ασθενών, η παρουσία του γιατρού δρα κατασταλτικά - ανεξαρτήτου νοσήματος - και ισοδυναμεί με τη δράση κάποιου φαρμάκου. Η λειτουργία αυτή σχολιάστηκε μεταφορικά από τη Shapiro (1959)<sup>479</sup> και τον Balint (1964)<sup>66</sup> (Smith & Thompson, 1993)<sup>473</sup>, οι οποίοι παρουσίασαν το γιατρό ως 'φάρμακο' για κάθε ασθένεια που παρουσιάζει ο ασθενής, ενώ σε κάθε περίπτωση, ήταν απαραίτητο να καθορίζεται - από τους ίδιους τους γιατρούς - η κατάλληλη 'δοσολογία' του 'φαρμάκου'.

Αντίστοιχα, οι Smith και Thompson (1993)<sup>473</sup>, μας παραπέμπουν στον 17<sup>ο</sup> αι. και στις θεραπευτικές προσεγγίσεις εκείνης της περιόδου, σχολιάζοντας το γεγονός πως οι ασθενείς θεωρούσαν ανέκαθεν τη βοήθεια που λάμβαναν από τους γιατρούς τους πολύτιμη, ακόμη κι όταν οι τότε παραδοσιακές θεραπείες, αποδεικνύονταν σκληρότερες από τις σημερινές. Θα μπορούσε επομένως και δικαίως να ειπωθεί ότι η σχέση γιατρού-ασθενή θέτει τις βάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας.

Προς αυτή την κατεύθυνση, σχεδιάστηκε κι εφαρμόστηκε η προτεινόμενη μεθοδολογία για την κατασκευή του εν λόγω ερωτηματολογίου. Καταρχήν, ο ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός των σχετικών άρθρων στη βιβλιογραφία, που αναφέρονται στη σχέση γιατρού-ασθενή, καθώς και στη συσχέτιση αυτής με τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, την πρόληψη των υποτροπών της νόσου και τη βελτίωση της υγείας του ασθενή,



αποτελέσει σημείο έντονου προβληματισμού, όσον αφορά στην προσπάθεια συγκέντρωσης του υλικού, στην κωδικοποίησή του και στην ανάπτυξη του ερευνητικού σχεδίου.

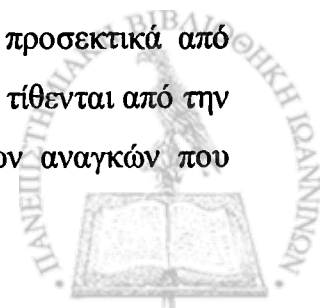
Πολλά και σημαντικά ήταν τα ερωτήματα που ζητούσαν απάντηση όσον αφορά στη σύλληψη της συγκεκριμένης μεθοδολογικής προσέγγισης, κυρίως σχετικά με την εύρεση ευέλικτων λύσεων στις μεθοδολογικές αδυναμίες των ερευνών που είχαν προηγηθεί. Οι τομείς που αποτέλεσαν κυρίως εστία προβληματισμού, όσον αφορά στον όγκο των ερευνών που είχαν προηγηθεί, ήταν οι ακόλουθοι:

1. Η λεπτομερής αναζήτηση βιβλιογραφικών πηγών, στην προσπάθεια εύρεσης αξιόπιστων κι έγκυρων ερωτηματολογίων, που να κατασκευάστηκαν με τους κανόνες της ψυχομετρίας και να διερευνούν τη σχέση γιατρού-ασθενή.
2. Ο εντοπισμός των ερευνών εκείνων, που χρησιμοποιούσαν μέτρα-ερωτηματολόγια, τα οποία εμπεριείχαν ως μεταβλητή τη σχέση γιατρού-ασθενή.
3. Η συγκέντρωση όλων των σχετικών ερωτημάτων που αφορούσαν στη θεραπευτική σχέση και αξιοποιήθηκαν με δόκιμο τρόπο από τους ερευνητές.

Το αποτέλεσμα της αναζήτησης ανέδειξε ορισμένα σημαντικά σημεία που αποτέλεσαν και το έναυσμα για την κατασκευή του εργαλείου-μέτρου, με σκοπό τη μέτρηση της σχέσης γιατρού-ασθενή. Οι έρευνες καταρχήν που έγιναν στο συγκεκριμένο θεματικό πεδίο έχουν ένα κοινό παρονομαστή. Δεν μετρούν τη θεραπευτική σχέση αυτή-καθεαυτή, αλλά μεμονωμένα ορισμένους παράγοντες που την επηρεάζουν και κατά συνέπεια τη διαμορφώνουν. Το μεγαλύτερο άλλωστε ποσοστό προτιμήσεων των ερευνητών συγκεντρώνεται σε μελέτες που αφορούν στη συνεργασία γιατρού-ασθενή (Horvarth & Greenberg, 1989)<sup>60</sup> στην ανταλλαγή πληροφορίας (Francis et al, 1969· Buller & Buller, 1987)<sup>53, 61</sup> και στην άντληση ικανοποίησης (Ware et al, 1978· DiMatteo et al, 1980· Bartlett et al, 1984· Brody et al, 1989)<sup>62, 63, 64, 29</sup>.

Όσον αφορά στη διαπροσωπική διάσταση της σχέσης, αυτή δεν εξαντλείται στην απαρίθμηση των χαρακτηριστικών που συγκεντρώνονται από τη μία ή την άλλη πλευρά - κατά τη διάρκεια της επικοινωνιακής ανταλλαγής, αλλά στη διερεύνηση της αμοιβαιότητας, στον εντοπισμό και στην κατανόηση του βαθμού ύπαρξης ή μη των ίδιων περίπου συμπεριφορών και χαρακτηριστικών, τόσο για το γιατρό, όσο και για τον ασθενή.

Με γνώμονα τα όσα προαναφέρθηκαν, έγινε αντιληπτό ότι η κατασκευή ενός εργαλείου μέτρησης της θεραπευτικής σχέσης, θα έπρεπε να σχεδιαστεί προσεκτικά από μεθοδολογικής πλευράς, ούτως ώστε να πληρεί τα κριτήρια κατασκευής που τίθενται από την επιστήμη της Ψυχομετρίας. Σκοπός της κατασκευής είναι η κάλυψη των αναγκών που



δημιουργούνται στον τομέα, αναγνωρίζοντας την καθοριστική σημασία της θεραπευτικής σχέσης στη συμμόρφωση του ασθενή στη θεραπεία και κατ' επέκταση στην πρόληψη των υποτροπών της νόσου.

Ξεκινώντας λοιπόν από την πεποίθηση ότι η θεραπευτική σχέση είναι δυνατό να διαμορφωθεί ανεξαρτήτως:

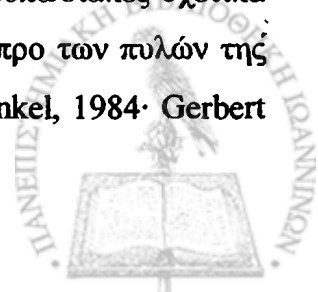
- ρόλου (γιατρού ή ασθενή) ή ειδικοτήτων,
- νοσήματος,
- πλαισίου (συγκεκριμένης κλινικής) αλλά και
- χρονικής στιγμής (ακόμη κι από την 1<sup>η</sup> συνάντηση),

η συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια επικεντρώθηκε στην κατασκευή ενός ερωτηματολογίου, με σκοπό την αποκλειστική διερεύνηση των χαρακτηριστικών που αποδίδονται στη θεραπευτική σχέση, από γιατρούς και ασθενείς.

Πρωταρχικό βήμα προς αυτή την κατεύθυνση, θεωρήθηκε η εξαντλητική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, με σκοπό την ανίχνευση και τον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν και κατ' επέκταση διαμορφώνουν τη θεραπευτική σχέση. Η συγκέντρωση όλων αυτών, καθώς και η προσθήκη ορισμένων νέων ερωτημάτων που παρουσίαζαν εγκυρότητα όψεως, οδήγησε στην κατασκευή ενός αρχικού ερωτηματολογίου προς δοκιμή.

Το σύνολο των 292 λημμάτων που επιλέχθηκαν από τον αριθμό μεταβλητών που εντοπίστηκαν στη βιβλιογραφία, συμπύχθηκε σε δύο βραχύτερα ερωτηματολόγια - ένα για τους γιατρούς κι ένα για τους ασθενείς - με πέντε διαβαθμίσεις απάντησης, τα οποία χορηγήθηκαν σε δείγμα 461 συναντήσεων γιατρών (N=72) και ασθενών (N=461). Για το σκοπό αυτό, εξασφαλίστηκε η συμμετοχή τεσσάρων κλινικών του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ψυχιατρικής, ογκολογικής, καρδιολογικής και ορθοπαιδικής κλινικής), παρά το γεγονός ότι επιδιώχθηκε η συμμετοχή περισσότερων ειδικοτήτων, όπως λ.χ. της χειρουργικής και της παθολογικής κλινικής.

Ο λόγος άρνησης των μη-συμμετεχόντων αφορούσε τη διαφωνία με την εκτίμηση του ερευνητή για την ύπαρξη θεραπευτικής σχέσης, καθώς επίσης και την έλλειψη διαθέσιμου χρόνου για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Ο λόγος ωστόσο γι' ανάλογου τύπου αντιδράσεις, δεν απέχει πολύ απ' ό,τι έχει και στον κοινό νου καθιερωθεί, ως το απυρόβλητο του ρόλου του γιατρού. Οι αντιστάσεις των γιατρών είναι πραγματικά εντυπωσιακές σχετικά με τη μελέτη του έργου τους, όταν το 'ερευνητικό νυστέρι' έχει φτάσει προ των πυλών της παρακολούθησης των επαγγελματιών αυτών της υγείας (Beckman & Frankel, 1984· Gerbert & Hargreaves, 1986)<sup>107, 385</sup>



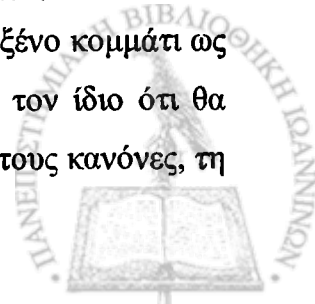


Όσον αφορά στα αποτελέσματα της επίσημης φάσης της έρευνας, από την παραγοντική ανάλυση που εφαρμόστηκε, αναδείχθηκε ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων που διαμορφώνουν τη θεραπευτική σχέση και τη σκιαγραφούν. Αναλυτικότερα, η συγκεκριμένη λύση οδήγησε στον εντοπισμό 31 παραγόντων για το ερωτηματολόγιο των ασθενών (με 71,446% ποσοστό ερμηνεύσιμης μεταβλητότητας) και 24 παραγόντων για το ερωτηματολόγιο των γιατρών (με 73,258% αντίστοιχο ποσοστό ερμηνεύσιμης μεταβλητότητας).

Το ερωτηματολόγιο που προέκυπτε από τη συγκέντρωση όλων των ερωτήσεων που είχαν ικανοποιητικό φορτίο (άνω του .40) σε κάθε παράγοντα, προκάλεσε προβληματισμό, καθώς δεν ήταν ιδιαίτερα ευέλικτο. Και στις δύο κατηγορίες, ο πρώτος παράγοντας συγκέντρωνε τις περισσότερες μεταβλητές/ερωτήματα, αποδυναμώνοντας την εκφραστική και συνθετική αξία των υπολοίπων. Όσον αφορά δε τους τελευταίους παράγοντες σε κάθε κατηγορία, παρατηρήθηκε μία φθίνουσα πορεία στον αριθμό των ερωτημάτων που εμφανίζονταν σε κάθε παράγοντα, με αποτέλεσμα να μειώνεται το ποσοστό μεταβλητότητας που ερμηνεύονταν επί του συνολικού.

Όσον αφορά στο χρόνο συμπλήρωσής του, παρέμενε ιδιαίτερα μακρός, ενώ οι ερωτήσεις που προέκυψαν – αφενός στο ερωτηματολόγιο των γιατρών και αφετέρου σ' αυτό των ασθενών – παρόλο που είχαν ένα κοινό σημείο σύγκλισης που αφορούσε στα χαρακτηριστικά της σχέσης, εντούτοις δεν ήταν οι ίδιες και στις δύο περιπτώσεις. Το εύρημα αυτό θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό, δεδομένου ότι επισημαίνει τις διαφορές που εντοπίζονται σε γιατρούς και ασθενείς, όσον αφορά στους παράγοντες που ερμηνεύουν και συνθέτουν τη θεραπευτική σχέση στα δύο ερωτηματολόγια. Ενθαρρυντικό ήταν ωστόσο το γεγονός ότι δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στις κλινικές - μεταξύ των γιατρών από τη μία πλευρά και των ασθενών από την άλλη. Το εύρημα αυτό στηρίζει κι ενισχύει το διπλό ρόλο που αποδίδουν στη θεραπευτική σχέση και οι δύο πλευρές - γιατροί και ασθενείς (Dazord et al, 1991)<sup>375</sup>.

Σύμφωνα με την ίδια (Dazord et al, 1991)<sup>375</sup>, η θεραπευτική σχέση εμπεριέχει αφενός το κομμάτι της τεχνογνωσίας που αφορά στη διάγνωση και στον τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος και αφετέρου το ανθρώπινο κομμάτι της δυποκειμενικής εμπειρίας, που εμπλέκει θέματα βαθύτερης κατανόησης του προβλήματος. Από τη στιγμή που γίνεται κατανοητό ότι η ασθένεια βιώνεται από τον ασθενή σαν ένα απειλητικό και ξένο κομμάτι ως προς την ιδιοσυγκρασία του (Dazord et al, 1996)<sup>474</sup>, είναι αυτονόητο για τον ίδιο ότι θα προσπαθήσει να βρει επίπεδα επικοινωνίας για να διαμορφώσει τους δικούς τους κανόνες, τη



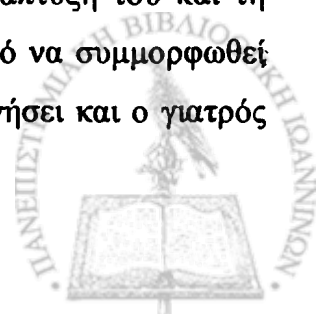
στιγμή που είναι πιθανό να αντιλαμβάνεται τη σίωπή ή την παρέμβαση-συμμετοχή του γιατρού, ως πυροδότηση των δικών του φόβων και αρνητικών σκέψεων (Dazord, 1999)<sup>236</sup>.

Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητο να έχουμε κατά νου ότι, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομειακό πλαίσιο, γεγονός που διαμορφώνει τους ρόλους του γιατρού και αντίστοιχα του ασθενή, ο οποίος εν τέλει επιβαρύνεται και από τη φύση της ασθένειας. Σύμφωνα με τον Rees (1993)<sup>112</sup>, το περιβάλλον του νοσοκομείου βιώνεται απειλητικά από τον ασθενή, καθώς υποδηλώνει την αβεβαιότητα και την αδυναμία του, ενώ υπερτονίζει την άσκηση εξουσίας από την πλευρά του γιατρού, με βάση την ιεραρχία που προσδίδουν στην ιδιότητά του τα χαρακτηριστικά του ρόλου του (Domenighetti et al, 1993)<sup>475</sup>.

Το γεγονός ότι η όποια μορφή ασθένειας είναι ένα είδος αδυναμίας (Hidalgo et al, 1992)<sup>476</sup>, όπως επίσης και το γεγονός ότι ο ασθενής αναζητά βοήθεια από το θεραπευτή, θέτει αναπόφευκτα τον τελευταίο σε μια θέση εξουσίας, καιτοι είναι μια θέση από την οποία αυτός ελπίζει να κατέλθει προοδευτικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Storr, 1990· Phillips, 1996)<sup>477, 426</sup>. Αυτό συμβαίνει κυρίως, για το λόγο που επισημάνθηκε από τους Katz (1982)<sup>472</sup> και Rees (1993)<sup>112</sup>, ότι δηλαδή στις περιπτώσεις που δεν έχει εδραιωθεί κλίμα συνεργασίας μεταξύ γιατρού και ασθενή, οι ασθενείς νιώθουν αναγκασμένοι να ακολουθήσουν ή όχι τις οδηγίες του γιατρού.

Κάτω από αντίστοιχες συνθήκες, είναι αυτονόητο λοιπόν, πως η εδραίωση ή μη της θεραπευτικής σχέσης επηρεάζει ως γεγονός την εξελικτική πορεία της νόσου. Δεδομένου ότι όλοι οι άνθρωποι αναζητούν την αυτό-συνειδητοποίηση, αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσα στο γόνιμο έδαφος των ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων. Είναι επομένως κατανοητό ότι, ένας από τους παράγοντες που καθορίζει τη θεραπευτική επιτυχία ή αποτυχία, είναι ο βαθμός στον οποίο ο θεραπευτής μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία αυτού του εδάφους (Henbest & Stewart, 1990)<sup>478</sup>.

Μέσα στο πλαίσιο αυτό, γίνεται εύκολα κατανοητή, η επιθυμία του ασθενή να επενδύσει στο άτομο με το οποίο μοιράζεται τη νέα κατάσταση, αυτή δηλαδή της ασθένειάς του, όχι απαραίτητα για τους ίδιους λόγους. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, ο γιατρός καλείται να παίξει το ρόλο του γονιού προς το παιδί. Όπως λοιπόν ο γονιός μπορεί να προσφέρει στο παιδί εκείνο το αίσθημα αγάπης και αποδοχής, που ενθαρρύνει την ανάπτυξή του και τη διαφοροποίησή του ως ξεχωριστού ατόμου και που δεν απαιτεί από αυτό να συμμορφωθεί προς ένα καθορισμένο πρότυπο, με τον ίδιο τρόπο καλείται να λειτουργήσει και ο γιατρός προς τον ασθενή.



Σύμφωνα όμως με την ερμηνεία που δίνεται από τον Katz (1967)<sup>54</sup>:

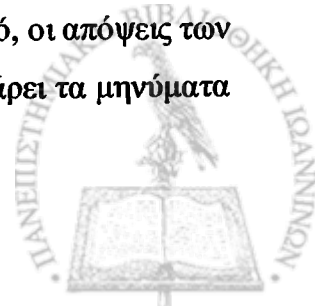
*‘η ιδέα του ότι οι γιατροί είναι δυνατό να γνωρίζουν από πριν τις επιθυμίες των ασθενών τους, έτσι ώστε να δρουν προς το συμφέρον τους, φαντάζει τόσο απόμακρη, που μπορεί κάποιος να απορήσει με το πάθος με το οποίο ο γιατρός μπορεί να υπερασπιστεί το αντίθετο’* (Rees, 1993, σελ. 4)<sup>112</sup>.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας επιβεβαιώνουν την παραπάνω διαπίστωση, δεδομένου ότι αναδεικνύουν τη διαφορετικότητα με την οποία αντιμετωπίζουν τη θεραπευτική σχέση αφενός οι γιατροί και αφετέρου οι ασθενείς, κάτι άλλωστε που ήταν αναμενόμενο. Σύμφωνα με την Kathryn Hunter (Rees, 1993)<sup>112</sup>, η ιστορία του κάθε ασθενή αντανακλά ένα χρονολογικό πίνακα της ασθένειάς του. Ο γιατρός λαμβάνει τη συγκεκριμένη πληροφορία με τον τρόπο που του υπαγορεύει η εκπαίδευσή του, η ειδικότητά του, η θέση του - δηλαδή ο ρόλος του - καθώς και ο χρόνος που διαθέτει για να τη μετατρέψει σε ιατρική γνώση, επιστρέφοντάς την στον ασθενή.

Βέβαια, στη συγκεκριμένη αλληλεπίδραση, δεν εμπλέκονται μόνο η ασθένεια και ο γιατρός αλλά και οι λόγοι που κινητοποιήσαν τον ασθενή να πάρει την απόφαση να πάει στο γιατρό και τελικά να τον επιλέξει, για να συνεχίσει τη θεραπεία μαζί του ή να τον απορρίψει (Barsky, 1981)<sup>274</sup>. Επισημαίνοντας τους κινδύνους που είναι πιθανό να απορρέουν από τις συνέπειες της προηγούμενης κατάστασης, ο Jung καταλήγει στο ότι είναι αναγκαία προϋπόθεση για τη συνέχιση της θεραπείας, να διακατέχεται ο γιατρός από μία στάση ‘αμερόληπτης αντικειμενικότητας’ (Storr, 1990)<sup>477</sup>.

Ως αποτέλεσμα των προαναφερθέντων, η θεραπευτική σχέση αποκτά προοδευτικά ένα ιδιόμορφο, δικό της, αξιακό σύστημα, τα επιμέρους χαρακτηριστικά του οποίου είναι σημαντικό να εξετάζονται και, κατά περιόδους, να επανεξετάζονται συνεργατικά, με σκοπό την εύρεση των καταλληλότερων δυνατών μεθόδων, που αξίζει να υπόκεινται ακόμη και σε καταχρηστικές τροποποιήσεις για την επιτυχία της.

Δεν είναι τυχαία επομένως η διαφορά που παρατηρείται στις απαντήσεις των γιατρών και των ασθενών, όσον αφορά τον παράγοντα ‘κατανόηση’. Η ανάγκη των γιατρών για κατανόηση της κατάστασης των ασθενών, εκφράζεται κυρίως με τη διατύπωση από πλευράς των ασθενών, του προβλήματος και των συμπτωμάτων, ενώ στο σημείο αυτό, οι απόψεις των ασθενών δίστανται. Αφενός γιατί η ίδια η ασθένεια είναι δυνατό να μπλοκάρει τα μηνύματα



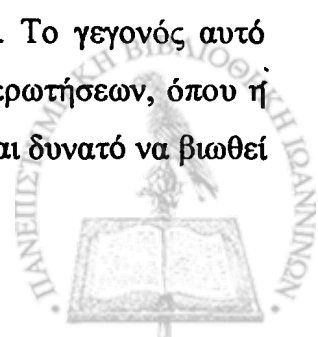
που εκτέμνονται και από τις δύο πλευρές και αφετέρου, γιατί η ιδιοσυγκρασία του κάθε ασθενή είναι διαφορετική.

Με βάση λοιπόν τα παραπάνω, ο ασθενής αποζητά ή όχι πληροφορίες, σε σχέση με θέματα διάγνωσης, αιτιολογίας, τρόπου διερεύνησης μέσω εξετάσεων που πρέπει να γίνουν, φαρμακευτικής ή άλλου τύπου αγωγής, πρόγνωσης και τρόπου αντιμετώπισης. Ανάλογα λοιπόν με τις απαντήσεις που θα πάρει στα ερωτήματα που θέτει αλλά και τον τρόπο με τον οποίο θα του δοθούν οι συγκεκριμένες απαντήσεις, θα αξιολογήσει το ποσοστό κατανόησης που εισέπραξε από το γιατρό.

Σύμφωνα με τον Rees (1993)<sup>112</sup>, για πενήντα χρόνια περίπου, το μόνο που ενδιέφερε τους γιατρούς να ακούσουν, ήταν μία περίληψη των συμπτωμάτων των ασθενών, κατά το μέγιστο δυνατό, ακριβή τρόπο και σε χρονολογική σειρά. Τα αποτελέσματα όμως της έρευνας, δε φαίνεται να ενισχύουν την προηγούμενη διαπίστωση.

Κατά συνέπεια, το ενδιαφέρον στρέφεται προς την κατεύθυνση της αντίδρασης του γιατρού προς τον ασθενή και του δικού του τρόπου συμπεριφοράς. Ο γιατρός είναι σε θέση κι έχει τη δυνατότητα να αντιληφθεί και να επιλέξει τα μηνύματα που θα στείλει στον ασθενή, καθώς επίσης και τον τρόπο με τον οποίο θα το κάνει. Προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση, πραγματοποιήθηκε μία σειρά μελετών, για την ανάγκη βελτίωσης των ικανοτήτων επικοινωνίας των γιατρών με τους ασθενείς, όταν από το 1977 επισημάνθηκε η ανάγκη συγκεκριμενοποίησης του νοήματος της 'κλινικής ικανότητας' (Council on General Internal Medicine & American Board of Internal Medicine, 1977· American Board of Internal Medicine, 1979· Byrne, 1976· Ley et al, 1976· Bird & Lindley, 1979· Knox et al, 1979· Argyle, 1983)<sup>480, 481, 249, 77, 297, 298, 299</sup>

Εντοπίζοντας λοιπόν τη διαφοροποίηση που σημειώθηκε στις απόψεις γιατρών και ασθενών που αφορούσαν στον παράγοντα 'κατανόηση', οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως ένας από τους λόγους για τους οποίους οι γιατροί δεν μοιράζονται μεγάλο ποσοστό πληροφορίας με τους ασθενείς, είναι δυνατό να οφείλεται στο γεγονός ότι επιθυμούν με αυτό τον τρόπο να αποκτήσουν τον απόλυτο έλεγχο της κατάστασης, καθώς και των ασθενών (Waitzkin & Stoeckle, 1976· Helman, 1985)<sup>1, 427</sup>. Το ζήτημα των ηθικών προβλημάτων και περιορισμών που διέπουν τα 'παιχνίδια εξουσίας' εκπορευόμενα, ιδίως εκ μέρους ορισμένων θεραπευτών, θίγεται εκτενώς και από τους Safran και Muran (1996)<sup>223</sup>. Το γεγονός αυτό αναγνωρίστηκε στην τελική συγκέντρωση των αντιπροσωπευτικότερων ερωτήσεων, όπου η κατανόηση των στόχων που θέτει ο γιατρός στη θεραπεία του ασθενή, είναι δυνατό να βιωθεί

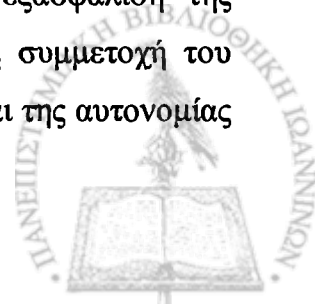


με απειλητικό τρόπο από τον ίδιο τον ασθενή και γενικότερα να επηρεάσει τη μεταξύ τους σχέση.

Σημείο προβληματισμού αποτέλεσαν επίσης οι διαφορές που εντοπίστηκαν στις απαντήσεις γιατρών και ασθενών, όσον αφορά στο βαθμό συμπάθειας και συμφωνίας και κατά προέκταση στο επίπεδο σημαντικότητας της σχέσης. Στο σημείο αυτό, οι απόψεις των ασθενών και των γιατρών διαφοροποιούνται, πιθανόν γιατί οι ασθενείς δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην έκφραση αποδοχής, συμπάθειας, κατανόησης και σημαντικότητας της σχέσης που δημιουργείται με το γιατρό για την εξέλιξη της πορείας τους, σε σύγκριση με τους γιατρούς, που αποδίδουν λιγότερη βαρύτητα και σημασία στη λειτουργία των συγκεκριμένων μεταβλητών. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα επιβεβαιώνεται από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο ίδιο νοσοκομειακό πλαίσιο από τον Pappas και τους συνεργάτες του (1997)<sup>482</sup>, όπου διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς βαθμολογούν ως πρώτο θεραπευτικό παράγοντα της πορείας τους, τη σχέση τους με το γιατρό, σε αντίθεση με τους γιατρούς, οι οποίοι αναγνωρίζουν ως πρώτο, το φάρμακο που λαμβάνουν οι ασθενείς.

Το γεγονός ότι η σχέση γιατρού-ασθενή επηρεάζει κατά ένα μεγάλο βαθμό τη συμμόρφωση ή μη του ασθενή στη φαρμακευτική αγωγή, επιβεβαιώνεται και από τα πορίσματα της συγκεκριμένης έρευνας. Ασθενείς και γιατροί καταλήγουν από κοινού στο συμπέρασμα πως οι ασθενείς συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, με σκοπό την αναγνώριση των προβλημάτων τους και την επιλογή της θεραπείας. Το εύρημα αυτό σχετίζεται έμμεσα με προηγούμενη έρευνα των Heszen-Klemens και Kapinska (1984)<sup>347</sup>, όπου διαφαίνονταν η διαφορετικότητα της αλληλεπίδρασης γιατρού και ασθενή σε διαφορετικά πολιτιστικά πλαίσια. Σύμφωνα με τους ίδιους, οι ασθενείς παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης από τη στιγμή που ο γιατρός ήταν φιλικός, συμπαθής και υπομονετικός, ενώ από την άλλη πλευρά, οι γιατροί συμμετείχαν με μεγαλύτερη προθυμία και ικανοποίηση, όταν ένιωθαν πως οι ασθενείς καταλαβαίνουν τους στόχους της θεραπείας και πως θα ακολουθήσουν τις οδηγίες τους.

Προς αυτή ακριβώς την κατεύθυνση, κρίνεται σκόπιμο να στραφεί η προσοχή των γιατρών. Η ύπαρξη μεταβλητών όπως, ικανοποίηση, κατανόηση στόχων, σημαντικότητα της σχέσης (ερωτήσεις: 2, 5, 8), καθώς επίσης και έλλειψη ουσίας, ειλικρίνειας και ύπαρξη σύγκρουσης (ερωτήσεις: 9, 14, 15) αφορούν άμεσα κι έμμεσα την εξασφάλιση της συμμόρφωσης του ασθενή. Η αποτυχία του γιατρού να εξασφαλίσει τη συμμετοχή του ασθενή, είναι πιθανόν να οδηγήσει στον παραμερισμό της πρωτοβουλίας και της αυτονομίας του ασθενή στη λήψη ορθολογικών αποφάσεων και δράσης πάνω σ' αυτές.



Ιδιαίτερη δε εντύπωση, προκαλεί η κατανομή των μεταβλητών στο δεύτερο παράγοντα, ο οποίος αναφέρεται στα αρνητικά χαρακτηριστικά της σχέσης, όπου προηγούνται στάσεις και συμπεριφορές που σχετίζονται περισσότερο με την ιδιοσυγκρασία του καθενός, παρά με τον τύπο της ασθένειας. Μεταβλητές όπως αυτές που σχετίζονται με την έλλειψη υπομονής, την επιθυμία διακοπής της επικοινωνίας, την ύπαρξη θυμού, καθώς επίσης και την έλλειψη άνεσης κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, προκαλούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, με τη σειρά που συναντώνται, τονίζοντας τη σημαντικότητα της διαπροσωπικής διάστασης στη θεραπευτική σχέση.

Αυτό το εύρημα παρουσιάζει ιδιαίτερη βαρύτητα, δεδομένου ότι, βάσει της ψυχοδυναμικής θεωρίας, τυχόν ψυχοτραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας μετατίθενται σε πρόσωπα και πράγματα, συναφή θεματικά κατά μεταγενέστερες φάσεις ζωής και βάσει της γνωσιακής θεωρίας, λειτουργούν ως μοντέλα αρνητικής επρροής και δημιουργούν το γόνιμο έδαφος για τη διαμόρφωση δυσλειτουργικών πλεγμάτων και τρόπου σκέψης και αντίδρασης σε μετέπειτα παρόμοιες θεματικά εμπειρίες.

Σύμφωνα δε και με τον Pendleton (1983)<sup>341</sup>, γιατροί και ασθενείς αλληλεπιδρούν σ' ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, εμπλέκοντας όμως ποικίλα και ανομοιογενή συστήματα αυτό-αναφοράς, που σχετίζονται κυρίως με τις προηγούμενες εμπειρίες τους. Τα συστήματα αυτά αναμένεται να είναι διαφορετικά και αποκλίνοντα, καθώς ο κώδικας επικοινωνίας απαιτεί από το άτομο να πραγματώνει τον εαυτό του, δια μέσου της διαφοροποίησης και της αντιπαράθεσης με τον άλλο. Ως απόρροια των αποτελεσμάτων, διαφαίνεται η αναγκαιότητα αναγνώρισης των συναισθημάτων και των πιθανών αντιδράσεων που θα προκύψουν από την αλληλεπίδραση των δύο συστημάτων.

Η ανάγκη λοιπόν διερεύνησης της σχέσης γιατρού-ασθενή έχει αναγνωριστεί εδώ και 70 περίπου χρόνια (Peabody, 1927)<sup>483</sup>. Κι ενώ πληθώρα ερευνητών εστιάζουν την προσοχή τους στην ικανοποίηση και την κάλυψη των αναγκών του ασθενή στο εκάστοτε σύστημα υγείας (Zyzanski et al, 1974· Martin, 1983· Helman, 1985· Tuckett et al, 1985· Hjortdahl, 1989, 1990, 1991, 1992· Carlberg, 1993)<sup>410, 84, 427, 349, 428, 429, 357, 359, 373</sup>, το κομμάτι των γιατρών έχει ιδιαίτερα παραμεληθεί, τα συναισθήματα των οποίων είναι εξίσου σημαντικά. Τα συναισθήματα που τρέφουν οι γιατροί για τους ασθενείς, την ασθένεια, το ρόλο που κατέχει ο ασθενής, καθώς επίσης και το ρόλο των ίδιων στη θεραπεία, αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν κατά ένα σημαντικό βαθμό την ορθότητα της διάγνωσης (Spitz & Bloch, 1981)<sup>432</sup>, όπως επίσης και τον τρόπο επικοινωνίας του γιατρού με τον ασθενή. Πολλές φορές, τα συναισθήματα καθορίζουν ακόμη και το αποτέλεσμα της θεραπείας (Grant, 1980)<sup>433</sup>.

Ξεκινώντας λοιπόν από τη διαπίστωση ότι και οι γιατροί είναι άνθρωποι, με τα δικά τους προβλήματα, συναισθήματα (θετικά ή αρνητικά), ευαισθησίες και πως πέρα από το ρόλο τους ως επιστήμονες, είναι πιθανό να βιώνουν καταστάσεις που μπορεί να τους αγχώνουν ή να τους προβληματίζουν, αλλά και να τους εξοργίσουν ακόμη, είτε λόγω της μορφής της ασθένειας, της προσωπικότητας του ασθενή, είτε ακόμη και λόγω της πίεσης που ασκείται από την ίδια την οικογένεια, κρίνεται σκόπιμο να τοποθετηθούμε απέναντι στη σχέση γιατρού-ασθενή με αντικειμενικότερο τρόπο.

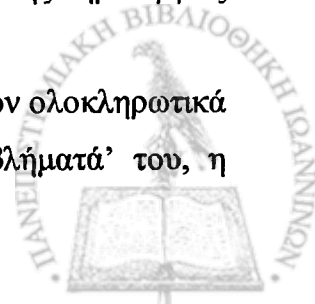
Σύμφωνα λοιπόν με το ψυχοδυναμικό μοντέλο, είναι δυνατές και απόλυτα κατανοητές οι συσχετίσεις που κάνει ο θεραπευτής ένεκα του ασθενή του με προσωπικά του βιώματα ή και πρόσωπα του ιδιωτικού του περιβάλλοντος και παρελθόντος. Η αντίστοιχα όμοια τάση του ασθενή για συσχετίσεις θεωρείται θετική, διότι παρελθούσες ψυχοσυνκρούσεις βρίσκουν οδό εξωτερίκευσης, άλλοτε εκτόνωσης, αλλά βέβαια και επεξεργασίας, ένεκα της καταλυτικής παρουσίας του θεραπευτή (Σάντλερ και συνεργάτες 1991)<sup>206</sup>.

Το ζητούμενο επομένως από το γιατρό είναι να μπορεί να καταλαβαίνει τη μοναδικότητα του ατόμου και της κατάστασης που αντιμετωπίζει, μέσα σε κλίμα ενσυναίσθησης. Μία έννοια που προέρχεται από τον αγγλικό όρο *empathy* κι εγκολλώνει έννοιες συμπάθειας, υπομονής, ανθρώπινης συνδετικότητας, ένθερμης υποστηρικτικότητας, κατανόησης και μέριμνας των συναισθημάτων και αναγκών του άλλου (Σάντλερ και συνεργάτες 1991)<sup>206</sup>. Για το λόγο αυτό, ένα τμήμα των ερευνών που έγιναν, επικεντρώθηκε κυρίως στο μερίδιο ευθύνης που φέρει ο γιατρός στην εδραίωση ή μη της σχέσης με τον ασθενή, γεγονός που επηρεάζει την ικανοποίηση και τη συμμόρφωση του ασθενή (Kernberg, 1965· Stewart, 1984· Smith, 1984, 1986· Garrity, 1981· Harris et al, 1985)<sup>434, 305, 436, 437, 435, 438</sup>.

Κατ' αυτό τον τρόπο, ο 'καλός' γιατρός νοείται 'ευαίσθητος', όχι υπό την έννοια του ευσυγκίνητου, αλλά υπό την έννοια του δεξιτέχνη φροντιστή των ανησυχιών του ασθενή του, στην ομαλή μετάβαση από τη δυσλειτουργική συνθήκη που τον οδήγησε η ασθένειά του, σε μία νέα συνθήκη, απελευθερωμένη των φόβων του για το αποτέλεσμα της θεραπείας.

Όλα αυτά πρέπει να τελεστούν υπό το πρίσμα του ότι κάποτε ο ασθενής εκλαμβάνει αυτή τη διαδικασία αλλαγής έως και ως υποτιμητική για τον εαυτό του. Κατά συνέπεια, η μετάβαση στην αλλαγή αυτή προϋποθέτει από πλευράς του γιατρού την ανάπτυξη ενσυναίσθησης, υπό την έννοια της περίθαλψης των αγωνιών του ασθενή και της δημιουργίας θαλαπωρής και ενίσχυσης στις απόπειρές του να επιτύχει.

Δεδομένου ότι, ο ασθενής απευθύνεται, ως επί το πλείστον, σε κάποιον ολοκληρωτικά άγνωστό του για να αποκαλύψει και να επιχειρήσει να λύσει τα 'προβλήματά' του, η



παρουσία του και μόνο στο γιατρό, σηματοδοτεί έκκληση αποδοχής της εν λόγω συγκυρίας. Η ίδια μετάβαση στην επίλυση και αλλαγή προαπαιτεί ενσυναίσθηση, μία συναισθηματική συμμαχία, υπό την έννοια της έμπρακτης επίδειξης ενδιαφέροντος, ειλικρινούς κατανόησης, αποδοχής και μη-κριτικής αντιμετώπισης. Τέλος, εν όψει του ότι ο ασθενής χρειάζεται μετά το πέρας της θεραπείας, μεγάλα χρονικά διαστήματα 'εμπέδωσης' της αλλαγής που φάνηκε να επιτεύχθηκε στην κυρίως πορεία της ασθένειας, - σ' αυτή τη φάση ακριβώς - απαιτείται ενσυναίσθηση από το γιατρό, υπό την έννοια της εκούσιας αυθεντικής 'συμμετοχικότητας' του θεραπευτή, ώστε η μετέπειτα περιοδική παρακολούθησή του να εξακολουθήσει να του προσφέρει ατμόσφαιρα σιγουριάς κι ένα αίσθημα υποστήριξης.

Από την πλευρά του ασθενή, το ενδιαφέρον της συμμετοχής του προσμετρείται κατ' αρχή σε υποκειμενική βάση, κρίνοντας από το εάν και κατά πόσο συναινεί έμπρακτα. Η ύπαρξη όμως ή και η καλλιέργεια ανάλογων χαρακτηριστικών αμοιβαιότητας - όσον αφορά στη στάση και τη συμπεριφορά του προς το γιατρό -, αναμφίβολα θα εξυπηρετούσε σε μεγάλο βαθμό τη θεραπευτική διαδικασία. Δεν αποτελεί ωστόσο, κανένα είδος, προαπαιτούμενου, τόσο για την έναρξη, όσο και για την συνέχεια της θεραπείας - γεγονός που γίνεται κατανοητό στο παράδειγμα των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια, που εκ των πραγμάτων αδυνατούν να αναπτύξουν πάντα σχέσεις αμοιβαίων συναισθημάτων με το γιατρό τους.

Μία αξιοσημείωτη προσπάθεια των Keijsers, Schaap, Hoogduin και Peters (1991)<sup>484</sup>, κατάφερε να προσεγγίσει το ζήτημα των 'ιδανικών' χαρακτηριστικών στην πλέον ίσως αντιπροσωπευτική του διάσταση: τη διαπροσωπική. Η βασική, και ταυτόχρονα παραδειγματική υπόθεση που θεμελίωσε τη σύλληψή τους, δεν αφορούσε τόσο στην απαρίθμηση χαρακτηριστικών του θεραπευτή, αλλά στη διερεύνηση της αμοιβαιότητας, όσον αφορά στον εντοπισμό και την κατανόηση του βαθμού ύπαρξης ή μη των ίδιων περίπου χαρακτηριστικών, τόσο για το θεραπευτή, όσο και για τον θεραπευόμενο, που εκτίμησαν ανά ζεύγη το θεραπευτικό τους 'έτερο ήμισυ'. Τα ερευνητικά δεδομένα της μελέτης τους προσεγγίζουν κατά πολύ τη δομή του εν λόγω ερωτηματολογίου, στο σημείο αντιπαράθεσης και αντιπαραβολής των θετικών και αρνητικών χαρακτηριστικών που είναι δυνατό να διέπουν και κατά συνέπεια να χαρακτηρίζουν τη θεραπευτική σχέση.

Οι δυάδες αντίθετων εννοιολογικά επιθέτων που δόθηκαν μεταξύ άλλων στο δείγμα γιατρών και ασθενών της προαναφερθείσας έρευνας, περιείχαν επίθετα, το βαθμό ύπαρξης των οποίων αναμενόταν να εντοπίσουν και να προσδιορίσουν οι δύο πλευρές, στο θεραπευτή και στον αντίστοιχο ασθενή. Αμφότερες οι καρτέλες ζητούσαν αξιολόγηση επί κλίμακας έξι



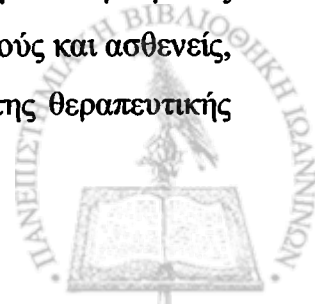
σημείων βαθμοθέτησης, από του 'πολύ αισθητό' έως του 'ανύπαρκτο'. Από την πλευρά των ασθενών, υπήρχε η δυνατότητα επιλογής μεταξύ θετικών επιθετικών προσδιορισμών, όπως αυθεντικός, ενδιαφέρων, συμπαθής, συγκρατημένος, κατανοητός, συνεργάσιμος, αλλά και αρνητικών, όπως πλαστός, αντιπαθής, αυθόρμητος, διστακτικός, μη συνεργάσιμος. Παράλληλα, από την πλευρά των γιατρών, υπήρχε η δυνατότητα επιλογής μεταξύ θετικών επιθετικών προσδιορισμών, όπως συνεργάσιμος, φιλικός, υπομονετικός, βοηθητικός, προσποιητός, εύκολος, αλλά και αρνητικών, όπως ανυπόμονος, αποθαρρυντικός, ιδιότροπος, διστακτικός, μη συνεργάσιμος.

Όπως έγινε αντιληπτό, τελικά, παρά τις διαφορές στην έμφαση, τα ίδια επίθετα ή και τα συνώνυμά τους, μπορούν να ελεγχθούν ως εποικοδομητικά ή μη εποικοδομητικά για την ευαγή θεραπευτική σχέση, αναφορικά προς τις δύο πλευρές που συμβάλλουν στη δημιουργία της. Υπενθυμίζεται, ωστόσο, ότι κάτι τέτοιο δεν συνεπάγεται την αναγκαστική συμμόρφωση του ασθενή σε κάποια τυπολογία ιδανικών προσόντων – που εάν διέθετε, ενδεχομένως να διέφευγε της απώλειας του σθένους του – αν και δε φαίνεται παρακινδυνευμένο να ισχυριστεί κανείς, ότι υπό ιδανικές συνθήκες είναι εξίσου φανερό πως με ανθρώπους που διαθέτουν θετικά χαρακτηριστικά, η θεραπευτική αγωγή είναι ομαλότερη και πιο αποτελεσματική.

Δεν φαίνεται να είναι, όμως, αξιοσημείωτη η προσωπικότητα που διεκδικεί επάξια το αλάθητο ή και το άψογο. Ο Storr (1990)<sup>477</sup> καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ανάπτυξη της σχέσης μεταξύ ασθενή και θεραπευτή βασίζεται στην ύπαρξη και το ρόλο του υποκειμενικού κοινού παράγοντα. Σύμφωνα με τον ίδιο, οι μέθοδοι και οι θεωρίες είναι αναμενόμενο να διαφέρουν ευρέως. Είναι απαραίτητο όμως να γίνει αντιληπτό ότι κάθε θεραπευτική κατάσταση περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο ανθρώπους – ένα γιατρό κι έναν ασθενή.

Εν κατακλείδι, ως αποτελεσματική θεραπευτική σχέση νοείται η διαδικασία ψυχοδιανοητικής ανάκαμψης, εν όψει δεδομένων προβλημάτων στη ζωή του ατόμου, η οποία είναι σκόπιμο να γίνεται αντιληπτή, ως διαδικασία, που πραγματοποιείται αποκλειστικά σε διαπροσωπικό επίπεδο, τόσο ως προς την απόφαση για την έναρξή της, όσο και με τον συνδιαμορφούμενο με αυτήν σχεδιασμό της και τα αποτελέσματά της.

Ως απόρροια της σύγκρισης του ερευνητικού σχεδίου και των αποτελεσμάτων αυτού με τα ήδη υπάρχοντα ερωτηματολόγια, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως η λίστα των στάσεων, συμπεριφορών και χαρακτηριστικών που συνοψίζεται στο ερωτηματολόγιο με τις κοινές ερωτήσεις, οι οποίες προσδίδονται στη θεραπευτική σχέση από γιατρούς και ασθενείς, αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο διερεύνησης και αξιολόγησης της θεραπευτικής σχέσης.



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°****ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

## 8.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

Τα αποτελέσματα της εν λόγω ερευνητικής διαδικασίας – που σκοπό είχε την κατασκευή εργαλείου-μέτρου, με σκοπό τη μέτρηση της σχέσης γιατρού-ασθενή – ανέδειξαν τα ακόλουθα συμπεράσματα.. Συγκεκριμένα:

**A) Όσον αφορά στα διαφορετικά ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν σε γιατρούς και ασθενείς:**

- i) Τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης υπέδειξαν 24 παράγοντες για το ερωτηματολόγιο των γιατρών, που περιλαμβάνουν τόσο θετικά, όσο και αρνητικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης. Συμπεριφορές και στοιχεία που εντάσσονται στα *θετικά χαρακτηριστικά* - όπως ο σεβασμός, η επικοινωνία, η κατανόηση, η ειλικρίνεια, η επαφή, η συνεργασία, η εμπιστοσύνη, η συμμόρφωση, το ενδιαφέρον, η ικανοποίηση -, αλλά και στα *αρνητικά χαρακτηριστικά* - όπως η διαφωνία, ο θυμός, η καταπίεση, η έλλειψη άντλησης ικανοποίησης, καθώς και οι δυσκολίες που προκύπτουν από την έλλειψη συνέχειας στη θεραπεία -, αποτέλεσαν μία πρώτη εικόνα των χαρακτηριστικών που οι γιατροί προσδίδουν στη θεραπευτική σχέση.
- ii) Τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης υπέδειξαν 31 παράγοντες για το ερωτηματολόγιο των ασθενών, όπως προσδίδονται από τους ίδιους για τη θεραπευτική σχέση. Αυτά παρουσίαζαν ομοιότητες αλλά και διαφορές σε σύγκριση με τα στοιχεία εκείνα που εντοπίστηκαν στην ανάλυση των ερωτηματολογίων των γιατρών. Οι παράγοντες που αναδείχθηκαν, διακρίνονται κι αυτοί σε δύο κατηγορίες, όπου εντοπίζονται *θετικά χαρακτηριστικά*, όπως οικειότητα, επεξήγηση, διάθεση για επικοινωνία, ενθάρρυνση, ικανοποίηση, κατανόηση, ασφάλεια, συμμετοχή, συμπάθεια, συμμόρφωση, συνεργασία, αλλά και *αρνητικά χαρακτηριστικά*, όπως περιορισμένη διάθεση χρόνου, απογοήτευση, έλλειψη συμπαράστασης, καθώς και ανθρωπισμού-αλτρουϊσμού, συνέπειας κι επιστημονικότητας, αδιαφορία και κατάχρηση του ρόλου τους και της εξουσίας.



iii) *Η λύση που παρέχονταν όμως με τους 24 και 31 παράγοντες για το ερωτηματολόγιο των γιατρών και των ασθενών αντίστοιχα, κατέδειξε τα εξής:*

- Ο αριθμός των παραγόντων που αναδείχθηκε ήταν ιδιαίτερα μεγάλος, παρόλο που το ποσοστό μεταβλητότητας που καλύπτονταν ήταν ιδιαίτερα υψηλό. Για το λόγο αυτό δεν θεωρήθηκε ως η καταλληλότερη λύση.
- Η απουσία ικανοποιητικού αριθμού ερωτήσεων ανά παράγοντα, καθώς και η δυσκολία απόδοσης νοήματος στους παράγοντες εκείνους όπου παρατηρούνταν ανομοιομορφία στο περιεχόμενο των ερωτήσεων, ενισχύει το προαναφερθέν συμπέρασμα και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.
- Εντοπίζονται διαφορές στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τη θεραπευτική σχέση αφενός οι γιατροί και αφετέρου οι ασθενείς, ανά κλινική, οι οποίες αναφέρονται σε χαρακτηριστικά, που η έννοια του 'ρόλου' προσδίδει στη σχέση.
- Είναι ενδιαφέρουσα η προοπτική της συνέχισης της έρευνας προς αυτή την κατεύθυνση, με σκοπό την υιοθέτηση ή την απόρριψη ενός τόσο μεγάλου αριθμού παραγόντων. Σκοπός της εργασίας ήταν άλλωστε η δημιουργία ενός κοινού εργαλείου - ερωτηματολογίου για γιατρούς και ασθενείς, για τη μέτρηση της διαπροσωπικής τους σχέσης, τα χαρακτηριστικά της οποίας εντοπίζονται σε κάθε είδος δυαδικής επικοινωνίας.

Δεδομένου ότι οι ερωτήσεις που εντοπίστηκαν ανά παράγοντα στην Α' φάση της έρευνας, εμπεριέχουν τεχνικές λεπτομέρειες που αφορούν στα χαρακτηριστικά της επιμέρους ειδικότητας, η προοπτική συνέχισης της έρευνας προς αυτή την κατεύθυνση, θα μπορούσε να οδηγήσει στη δημιουργία διαφορετικών ερωτηματολογίων ανά ειδικότητα, στο πλαίσιο των χαρακτηριστικών που προσδίδονται στη θεραπευτική σχέση από την εκάστοτε ειδικότητα.

**B) Όσον αφορά στα ερωτηματολόγια με τις κοινές ερωτήσεις για γιατρούς και ασθενείς:**

- i) Επιχειρήθηκε ο εντοπισμός των παραγόντων στις ερωτήσεις που ήταν κοινές και στα δύο ερωτηματολόγια. Η ενέργεια αυτή δίνει μεγαλύτερη σημασία στη διαπροσωπική σχέση γιατρού-ασθενή, όπως αυτή δημιουργείται μεταξύ δύο ατόμων, ανεξάρτητα από το 'ρόλο-στάση' που υιοθετεί το κάθε άτομο.



- ii) Η εν λόγω προσέγγιση οδήγησε σε μία αναθεωρημένη μορφή του ερωτηματολογίου, με 26 ερωτήσεις, τις κοινές ερωτήσεις των δύο προηγούμενων ερωτηματολογίων για γιατρούς και ασθενείς. Η τελική επιλογή των παραγόντων έγινε μέσω του κριτηρίου του Kaizer και του γραφήματος του 'αγκώνα', μέθοδοι οι οποίες υπέδειξαν την εξαγωγή 4 παραγόντων. Το συνολικό ποσοστό μεταβλητότητας που εξηγούνταν στο δείγμα των ασθενών και των γιατρών ήταν από 49 έως 54% περίπου, ανάλογα με τη μέθοδο εξαγωγής.
- iii) Ο 1<sup>ος</sup> παράγοντας συγκεντρώνει το 40.98% της συνολικής μεταβλητότητας, εκφραζόμενος σε 12 ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται στα *θετικά χαρακτηριστικά* της θεραπευτικής σχέσης - όπως είναι ο βαθμός κατανόησης, εμπιστοσύνης, ικανοποίησης, και συμπάθειας. Ο 2<sup>ος</sup> παράγοντας συγκεντρώνει το 6.53% της μεταβλητότητας, εκφραζόμενος σε 8 ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται στα *αρνητικά γνωρίσματα και συμπεριφορές* που εντοπίζονται στη θεραπευτική σχέση τόσο από τον γιατρό, όσο και από τον ασθενή. Καλύπτει και εκφράζει τη δυσαρέσκεια και την αγανάκτηση που παρουσιάζεται αμφότερα, σε σχέση με την ένδειξη ανειλικρίνειας, την εξάντληση της υπομονής, την επιθυμία διακοπής επαφής, την άσκηση κριτικής, την ύπαρξη θυμού, την έλλειψη άνεσης, καθώς επίσης και την ύπαρξη σύγκρουσης.
- iv) Σε όλες όμως τις περιπτώσεις, ο καθένας από τους δύο τελευταίους παράγοντες περιείχε δύο ή τρεις ερωτήσεις, με κυρίως μέτρια φορτία, ενώ η συνολική συνεισφορά τους στην εξήγηση της μεταβλητότητας, ήταν περίπου 5%.
- v) **Η λύση επομένως που παρέχονταν με τους 4 παράγοντες για το ερωτηματολόγιο με τις κοινές ερωτήσεις για γιατρούς και ασθενείς αντίστοιχα, κατέδειξε τα εξής:**
- Η απουσία ικανοποιητικού αριθμού ερωτήσεων στους τελευταίους δύο παράγοντες συγκριτικά με τους δύο πρώτους, καθώς και η δυσκολία απόδοσης νοήματος στον 3<sup>ο</sup> παράγοντα, όπου παρατηρήθηκε ανομοιομορφία στο περιεχόμενο των ερωτήσεων, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Ο καθένας από τους δύο τελευταίους περιείχε δύο ή τρεις ερωτήσεις, με κυρίως μέτρια φορτία, ενώ η συνολική συνεισφορά τους στην εξήγηση της μεταβλητότητας, ήταν περίπου 5%.
  - Είναι ενδιαφέρουσα η προοπτική της συνέχισης της έρευνας προς αυτή την κατεύθυνση, με σκοπό την υιοθέτηση ή την απόρριψη των τελευταίων δύο

παραγόντων. Για το λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμη η ανίχνευση της διάστασης του ρόλου και της σημαντικότητας των συγκεκριμένων ερωτήσεων, που φορτίζουν σε κάθε παράγοντα, ανά ιατρική ειδικότητα.

- Γ) Ως αποτέλεσμα, αποφασίστηκε η εξαγωγή δύο παραγόντων, με συνολικό ποσοστό μεταβλητότητας 45,24% σε δείγμα 533 υποκειμένων (N=72 γιατρών και N=461 ασθενών). Οι δύο παράγοντες εκφράζονται σε σύνολο 16 ερωτήσεων και εμπεριέχουν ερωτήσεις, η σημασία των οποίων οριοθετεί και χαρακτηρίζει το νόημα της θεραπευτικής σχέσης, που και οι δύο πλευρές της αποδίδουν.
- i) Ο πρώτος παράγοντας αναφέρεται στα θετικά χαρακτηριστικά της σχέσης γιατρού-ασθενή, ενώ ο δεύτερος παράγοντας συγκεντρώνει τα αρνητικά χαρακτηριστικά αυτής. Στα μεν θετικά χαρακτηριστικά εντοπίζονται η ύπαρξη εμπιστοσύνης, συμπάθειας, κατανόησης και επικοινωνίας, η άντληση ικανοποίησης ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή, η σημαντικότητα των στόχων που τίθενται, καθώς επίσης και η σημαντικότητα της σχέσης και του βαθμού συμφωνίας, όσον αφορά το 'θεραπευτικό συμβόλαιο' ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Ως αρνητικά χαρακτηριστικά της σχέσης, νοούνται η απουσία νοήματος στον τρόπο χειρισμού της κατάστασης, η έλλειψη υπομονής και διάθεσης για συνέχιση της σχέσης, η ύπαρξη θυμού, η έλλειψη άνεσης και ειλικρίνειας, καθώς επίσης και η ύπαρξη σύγκρουσης και κριτικής ανάμεσα στις δύο πλευρές.
- ii) Προς αυτή την κατεύθυνση, οι διαφορές που εντοπίστηκαν μεταξύ γιατρών και ασθενών ανά κλινική, αποτελούν ένδειξη του ότι η σχέση γιατρού-ασθενή αποτελεί μία διαπροσωπική σχέση, η οποία επηρεάζει ποικιλοτρόπως τις δύο πλευρές που εμπλέκονται και αλληλεπιδρούν και ρυθμίζει τη συμπεριφορά τους, ανεξάρτητα από συμπεριφορές που προέρχονται από την έννοια του 'ρόλου' και των χαρακτηριστικών που προσδίδονται σε κάθε πλευρά.
- iii) Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο άλφα του Cronbach και για τον έλεγχο της εγκυρότητάς του, το τεστ των Mann-Whitney. Οι τιμές του κριτηρίου άλφα του Cronbach, τόσο την πρώτη εβδομάδα εφαρμογής της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου - με τις κοινές

ερωτήσεις - σε γιατρούς και ασθενείς, όσο και τη δεύτερη εβδομάδα, καθιστούν την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου υψηλή.

- iv) Για τον έλεγχο της εγκυρότητας ελέγχθηκαν αρχικά οι βαθμολογίες των δύο εβδομάδων δοκιμής του κοινού ερωτηματολογίου, όπου δεν εντοπίστηκαν διαφορές. Στη συνέχεια ελέγχθηκε η εξωτερική εγκυρότητα με την παράλληλη χορήγηση μιας αναλογικής κλίμακας (1-10) και τη συσχέτιση των αποτελεσμάτων της κλίμακας αυτής με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου. Υπολογίστηκαν με την εφαρμογή παραμετρικών και μη παραμετρικών δοκιμασιών, μέσω της δισειριακής συνάφειας σημείου (point biserial correlation), ο συντελεστής συσχέτισης γινομένου ροπής Pearson, καθώς και ο συντελεστής συσχέτισης κατά σειρά κατάταξης Spearman, οι οποίοι ανέδειξαν το βαθμό συσχέτισης των απαντήσεων του εργαλείου - ερωτηματολογίου με τους βαθμούς της μεταβλητής - κριτήριο (αναλογική κλίμακα). Συγκεκριμένα, σε όλες τις περιπτώσεις αναδείχθηκαν θετικές γραμμικές συσχετίσεις μεταξύ των απαντήσεων που εδόθησαν - από γιατρούς και ασθενείς - στις ερωτήσεις του κοινού ερωτηματολογίου και της αναλογικής κλίμακας.
- v) Έχοντας ως στόχο την ανάδειξη της σημαντικότητας της σχέσης που δημιουργείται μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου στην πρόληψη των υποτροπών της νόσου, η διερεύνηση του εν λόγω θέματος με την εφαρμογή του Ερωτηματολογίου Σχέσης Ασθενή-Γιατρού, - με την αξιοποίηση των δύο παραγόντων -, στην κλινική πρακτική, θα αποδειχθεί ουσιαστική, όχι μόνο για τον έλεγχο της εξελικτικής πορείας της νόσου που φέρει ο ασθενής, αλλά και για τον ουσιαστικό επαναπροσδιορισμό της θεραπευτικής προσέγγισης που είχε αρχικά εφαρμοσθεί.



## 8.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, μας οδηγούν στη διαπίστωση πως το κλειδί για τη μέτρηση και αξιολόγηση της σχέσης γιατρού-ασθενή, βρίσκεται στην ανίχνευση της μοναδικότητας των χαρακτηριστικών, θετικών ή αρνητικών, που και οι δύο πλευρές της προσδίδουν.

Οι έρευνες ωστόσο που έχουν προηγηθεί, με σκοπό την ανίχνευση του ποσοτικού ή ποιοτικού περιεχομένου της θεραπευτικής σχέσης, περιορίζουν το πεδίο τους στην ανάλυση μεμονωμένων παραγόντων και όχι στη σφαιρική αντίληψη των παραμέτρων που τη χαρακτηρίζουν και εν τέλει τη διαμορφώνουν.

Για τη δημιουργία του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, τηρήθηκαν όλες οι απαραίτητες προϋποθέσεις, κατά τη μεθοδολογική προσέγγιση του θέματος, με σκοπό να επιτευχθεί η διασφάλιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του. Με την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης, οδηγηθήκαμε σε αναλύσεις που υπέδειξαν τις κατανομές των ερωτήσεων. Κατ' αυτό τον τρόπο, ο σχεδιασμός του εν λόγω ερωτηματολογίου, έγινε με ακρίβεια και πληρότητα. Σκιαγραφήθηκε επαρκώς η ιδιότητα της θεραπευτικής σχέσης και έλαβε την τελική της μορφή με σαφήνεια, ώστε το ερωτηματολόγιο που προέκυψε, να αποτελέσει μία νέα σημαντική συνεισφορά στον τομέα της αξιολόγησής της.

Προς αυτή την κατεύθυνση, ο υψηλός βαθμός αξιοπιστίας κι εγκυρότητας του εν λόγω ερωτηματολογίου επισημαίνει τη σημαντικότητα μελλοντικών αποτελεσμάτων στην κλινική πρακτική. Για το λόγο αυτό, η εφαρμογή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου στην κλινική έρευνα, θα μπορούσε να οδηγήσει σε σημαντικά ευρήματα, σε σχέση με τα ποσοστά υποτροπών των ασθενών και να συμβάλλει κατ' αυτό τον τρόπο, στην ενίσχυση των ποσοστών συμμόρφωσής τους, αλλά και στον επαναπροσδιορισμό της στάσης του γιατρού απέναντι στον ασθενή.

Σ' ένα πλαίσιο όπου οι ανάγκες των χρηστών αλλάζουν διαρκώς, το ίδιο και η πολιτισμική άποψή τους για την υγεία και την ασθένεια, είναι απαραίτητη η επανατοποθέτηση της σχέσης γιατρού-ασθενή, προσαρμοσμένη στις σημερινές επικοινωνιακές απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας, που θέτουν τους κανόνες του παιχνιδιού. Ο ασθενής αυξάνει τις προσδοκίες του απέναντι στο γιατρό, ενώ ταυτόχρονα, είναι δυνατό να χάσει την εμπιστοσύνη του σ' αυτόν. Από την παράθεση λοιπόν των συμπερασμάτων, προκύπτει αρχικά η δυνατότητα συνέχισης της έρευνας προς αυτή την κατεύθυνση, με τη χρησιμοποίηση των δύο διαφορετικών ερωτηματολογίων που προέκυψαν – με τους 24 και 31 παράγοντες αντίστοιχα



για γιατρούς και ασθενείς, ξεχωριστά, για κάθε ιατρική ειδικότητα. Η συνέχιση της έρευνας, με τη χρήση των ερωτηματολογίων που προέκυψαν με βάση τους 24 και 31 παράγοντες - που διαμορφώνουν και συμβάλλουν στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης αντίστοιχα για γιατρούς και ασθενείς -, είναι δυνατό να αποτελέσει σημαντικό βοήθημα για τον καθορισμό και τη συγκεκριμενοποίηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και αναγκών που οι ρόλοι προσδίδουν στο προφίλ της κάθε ειδικότητας.

Κατά δεύτερο λόγο, η εφαρμογή του Ερωτηματολογίου Σχέσης Ασθενή-Γιατρού στην κλινική πρακτική, με τις 16 κοινές ερωτήσεις για γιατρούς και ασθενείς, είναι δυνατό να αποτελέσει το πρώτο βήμα για την αξιολόγηση και τη μέτρησή της, συμβάλλοντας κατ' αυτό τον τρόπο, στην πρόληψη των υποτροπών της νόσου.

Ως ερευνητικό εργαλείο, το ερωτηματολόγιο των κοινών ερωτήσεων για γιατρούς και ασθενείς, αποδεικνύεται ιδιαίτερα εύχρηστο, εύκολο στη συμπλήρωσή του, εύστοχο, όσον αφορά το σκοπό του και καθόλου χρονοβόρο. Έχοντας ως στόχο την ανάδειξη της διαπροσωπικής διάστασης της σχέσης, η οποία εμπεριέχεται και αναπτύσσεται σε κάθε μορφή σχέσης, πέρα από χαρακτηριστικά που οι ρόλοι της προσδίδουν, η εφαρμογή του ερωτηματολογίου στην κλινική πρακτική αποδεικνύεται ουσιαστική.

*Οι κοινές ερωτήσεις για γιατρούς και ασθενείς* συμβάλλουν στη διερεύνηση της ισότιμης σχέσης, θέτοντας τις βάσεις αφενός για την ανίχνευση της 'θερμοκρασίας' της θεραπευτικής σχέσης και τη μέτρησή της και αφετέρου για την αξιολόγηση του πυρήνα της.

*Με βάση τα παραπάνω, η εφαρμογή του Ερωτηματολογίου Σχέσης Ασθενή-Γιατρού είναι δυνατό να συμβάλει:*

- A) στον προσδιορισμό της πιθανότητας υποτροπής της νόσου, σε συνάρτηση με την εκτίμηση και αξιολόγηση της σχέσης γιατρού-ασθενή.
- B) στην αναζήτηση τρόπων αποτελεσματικότερης παρέμβασης στο σύστημα Υγείας, θέτοντας ως στόχο την ουσιαστική βελτίωση της παροχής υπηρεσιών που ήδη υπάρχουν και την κατάρτιση νέων, με σκοπό τον περιορισμό των δαπανών περίθαλψης ανά ασθενή.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχέση γιατρού-ασθενή κατέχει πρωτεύοντα ρόλο στην Ιατρική. Η ποιότητα της μεταξύ τους σχέσης καθορίζει όχι μόνο το βαθμό ικανοποίησης του ασθενή, αλλά και τη συμμόρφωσή του στη φαρμακευτική αγωγή και κατ' επέκταση την πρόληψη των υποτροπών της νόσου. Παρ' ό,τι λοιπόν η σημασία της έχει τονιστεί από έναν αριθμό συγγραφέων, η δημιουργία ενός ικανοποιητικού εργαλείου για τη μέτρησή της, που θα υπόκειται στους κανόνες της ψυχομετρίας, δεν έχει πραγματοποιηθεί.

*Στόχος της συγκεκριμένης εργασίας* είναι η δημιουργία ενός εργαλείου υπό μορφή ερωτηματολογίου, κατάλληλου για την εκτίμηση της σχέσης γιατρού - ασθενή.

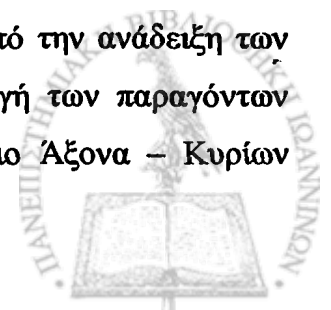
*Μεθοδολογία της κατασκευής του ερωτηματολογίου:* Αρχικά έγινε ο εντοπισμός των ερωτηματολογίων που αφορούσαν τη σχέση γιατρού-ασθενή ή την εμπεριείχαν ως μεταβλητή, καθώς επίσης και των ερωτήσεων που αφορούσαν σε χαρακτηριστικά ή συμπεριφορές που την προσδιορίζουν.

Δημιουργήθηκαν κατ' αυτό τον τρόπο δύο ξεχωριστοί τύποι ερωτηματολογίων, αποτελούμενοι από 122 ερωτήσεις για τους γιατρούς και 137 ερωτήσεις για τους ασθενείς, οι οποίοι χορηγήθηκαν σε δείγμα 72 γιατρών και 461 ασθενών σε 461 μεταξύ τους συναντήσεις. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων κατά το χρονικό διάστημα Μαρτίου 1999 - Ιουλίου 2000. Οι ιατρικές ειδικότητες που συμμετείχαν ήταν οι ακόλουθες:

- *Ψυχιατρική* (N=126 συναντήσεις γιατρών-ασθενών, N=17 Γιατροί + N= 126 Ασθενείς),
- *Ογκολογική* (N=103 συναντήσεις γιατρών-ασθενών, N=11 Γιατροί + N= 103 Ασθενείς),
- *Καρδιολογική* (N=120 συναντήσεις γιατρών-ασθενών, N= 25 Γιατροί + N= 120 Ασθενείς),
- *Ορθοπαιδική* (N=112 συναντήσεις γιατρών-ασθενών, N=19 Γιατροί + N=112 Ασθενείς).

Έγινε επίσης καταγραφή των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, για κάθε ασθενή και γιατρό, συμπεριλαμβανομένων των παρακάτω χαρακτηριστικών: ηλικίας, γένους, μορφωτικού επιπέδου, επαγγελματικής κατάστασης, διάρκειας των συμπτωμάτων, αριθμού των νοσηλείων κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών, καθώς επίσης και διάρκειας της θεραπευτικής σχέσης.

Εφαρμόστηκε Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis) με σκοπό την ανάδειξη των παραγόντων που διαμορφώνουν τη σχέση γιατρού-ασθενή. Η εξαγωγή των παραγόντων αντιμετωπίστηκε με τις μεθόδους Παραγοντοποίησης κατά τον Κύριο Άξονα - Κυρίων



Συνιστωσών (Principal Axis Factoring-Principal Components), Μείστης Πιθανοφάνειας (Maximum Likelihood) και Γενικευμένων Ελαχίστων Τετραγώνων (Generalized Least Squares), σε συνδυασμό με τις μεθόδους περιστροφής Varimax και Equamax. Για την επιλογή του τελικού αριθμού των παραγόντων και λύσεων, συγκεράστηκαν τα αποτελέσματα του κριτηρίου του Kaiser, τα αποτελέσματα του γραφήματος του 'αγκώνα', η ατομική και συνολική μεταβλητότητα που εξηγούσαν οι παράγοντες, καθώς επίσης και η ευκολία της ερμηνείας τους.

Η σταθερότητα της τελικής λύσης επιβεβαιώθηκε σε τυχαία υποσύνολα του δείγματος, ενώ οι συντελεστές των παραγοντικών βαθμών (factor scores) εκτιμήθηκαν με τη μέθοδο Anderson-Rubin και αναλύθηκαν εφαρμόζοντας ανάλυση της διακύμανσης κατά δύο παράγοντες, σε μικτό φωλιασμένο πειραματικό σχέδιο (mixed two-way nested-hierarchical design), θεωρώντας τις κλινικές ως σταθερές και προεπιλεγμένες, ενώ τους γιατρούς-ασθενείς ως επιλεγμένους τυχαία, μέσα στην κάθε κλινική. Η διασπορά των ερωτήσεων σε κάθε παράγοντα, οδήγησε στον εντοπισμό 24 παραγόντων, βάσει των οποίων διαμορφώνεται η θεραπευτική σχέση στο ερωτηματολόγιο των γιατρών και 31 παραγόντων στο ερωτηματολόγιο των ασθενών, καλύπτοντας το 73,315% και το 70,8% αντίστοιχα, του ποσοστού μεταβλητότητας. Τα αποτελέσματα αυτά ωστόσο ανέδειξαν τις διαφορές που εντοπίζονται αφενός στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τη θεραπευτική σχέση οι γιατροί και οι ασθενείς και αφετέρου στις επιμέρους ειδικότητες.

Στην προσπάθεια ωστόσο εύρεσης κοινού κώδικα επικοινωνίας μεταξύ των γιατρών και των ασθενών, επιλέχθηκαν οι ερωτήσεις εκείνες που ήταν κοινές και στα δύο ερωτηματολόγια. Από την επιλογή αυτή προέκυψε μία αναθεωρημένη φόρμουλα του ερωτηματολογίου, με 26 ερωτήσεις, τις κοινές ερωτήσεις των δύο προηγούμενων ερωτηματολογίων για γιατρούς και ασθενείς.

Το κριτήριο του Kaiser (.959) και το γράφημα του 'αγκώνα' υπέδειξαν την τελική επιλογή τεσσάρων παραγόντων στο ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε τις κοινές ερωτήσεις. Το συνολικό ποσοστό μεταβλητότητας που εξηγούσαν οι παράγοντες στο δείγμα των ασθενών ήταν από 49 έως 54% περίπου, ανάλογα με τη μέθοδο εξαγωγής. Σε όλες όμως, τις περιπτώσεις, ο καθένας από τους δύο τελευταίους παράγοντες περιείχε δύο ή τρεις ερωτήσεις, με κυρίως μέτρια φορτία, ενώ η συνολική συνεισφορά τους στην εξήγηση της μεταβλητότητας ήταν περίπου 5%. Έτσι αποφασίστηκε η επιλογή δύο μόνο παραγόντων. Το συνολικό ποσοστό μεταβλητότητας που εξηγείται με τον εντοπισμό και την εξαγωγή των δύο παραγόντων είναι 45,24% σε δείγμα 461 συναντήσεων γιατρών (N= 72) και ασθενών (N=

461). Η ερμηνεία των μεταβλητών, μας οδηγεί στον εντοπισμό δύο παραγόντων που αφορούν και χαρακτηρίζουν τη θεραπευτική σχέση και εκφράζονται σε 16 ερωτήσεις. Ο πρώτος παράγοντας, εκφραζόμενος σε 8 ερωτήσεις, αναφέρεται στα θετικά χαρακτηριστικά της σχέσης γιατρού-ασθενή, ενώ ο δεύτερος παράγοντας, εκφραζόμενος σε άλλες 8 ερωτήσεις συγκεντρώνει τα αρνητικά χαρακτηριστικά της σχέσης.

Η αξιοπιστία της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με το κριτήριο άλφα του Cronbach και η εγκυρότητά του με το τεστ των Mann-Whitney. Οι τιμές του κριτηρίου άλφα του Cronbach, την πρώτη εβδομάδα εφαρμογής της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου σε δείγμα 80 συναντήσεων γιατρών (N=40) και ασθενών (N=80), ήταν 0.96 και 0.94 αντίστοιχα και τη δεύτερη εβδομάδα 0.94 και 0.93 αντίστοιχα, σε δείγμα 80 συναντήσεων γιατρών (N=40) και ασθενών (N=80). Επομένως η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου είναι υψηλή.

Ως ερευνητικό εργαλείο, το ερωτηματολόγιο των κοινών ερωτήσεων για γιατρούς και ασθενείς, αποδεικνύεται ιδιαίτερα εύχρηστο, εύκολο στη συμπλήρωσή του, εύστοχο, όσον αφορά το σκοπό του και καθόλου χρονοβόρο. Έχοντας ως στόχο την ανάδειξη της ανθρώπινης διάστασης της σχέσης, η οποία εμπεριέχεται και αναπτύσσεται σε κάθε μορφή σχέσης, πέρα από χαρακτηριστικά που οι ρόλοι της προσδίδουν, η εφαρμογή του ερωτηματολογίου στην κλινική πρακτική αποδεικνύεται ουσιαστική. Το γεγονός ότι αποτελείται από ερωτήσεις κοινές για γιατρούς και ασθενείς συμβάλλει στην κωδικοποίηση της μεταξύ τους επικοινωνίας, θέτοντας τις βάσεις αφενός για την ανίχνευση της 'θερμοκρασίας' της θεραπευτικής σχέσης και αφετέρου για την αξιολόγησή της.



**ABSTRACT****DEVELOPMENT OF AN INSTRUMENT FOR THE MEASUREMENT OF DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP****KOUTSOSSIMOU MELPOMENI****UNIVERSITY OF IOANNINA, MEDICAL SCHOOL, PSYCHIATRIC CLINIC, GREECE**

Doctor-patient relationship has been increasingly recognized as an important variable in medical practice. The quality of their relationship determines not only the patient's satisfaction but also the patient's compliance, coping, relapse rate, and, to some extent, even state of health. However, there are no doctor-patient relationship questionnaires devised for use in medical practice that have been subjected to thorough psychometric testing.

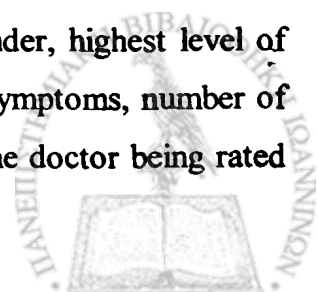
*The aim of the present study* is to develop an instrument for the measurement of the doctor-patient relationship, meeting appropriate psychometric standards.

*Construction of the questionnaire:* An initial review of other questionnaires on doctor-patient relationship together with other relevant studies, that included surveys of doctors' and patients' opinions was therefore undertaken in order to determine what aspects of care had been found to be of concern to both sights.

Two separate forms of questioning were formed consisted of 122 questions for doctors and 137 questions for patients, which were administered to a sample of 72 doctors and 461 patients in 461 meetings. The present study was carried out during March 1999 until July 2000, at the University of Ioannina Hospital. Four different medical specialties were participated in the research, such as:

- *Psychiatry* (N=126 doctor-patient's meetings, N=17 Doctors + N=126 Patients),
- *Oncology* (N=103 doctor-patient's meetings, N=11 Doctors + N=103 Patients),
- *Cardiology* (N=120 doctor-patient's meetings, N=25 Doctors + N=120 Patients),
- *Orthopedics* (N=112 doctor-patient's meetings, N=19 Doctors + N=112 Patients).

As additional data for the analysis of results, a group of demographic and clinical characteristics was noted for each patient and doctor, included age, gender, highest level of educational attainment, current employment status, duration of current symptoms, number of hospitalizations within the last five years, duration of relationship with the doctor being rated



and the self-reported severity of illness.

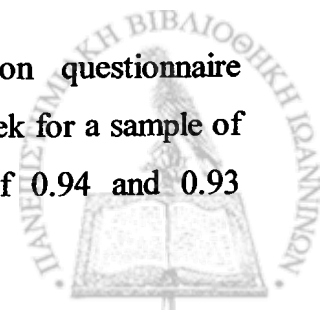
Factor analysis was performed as an attempt to describe the doctor-patient relation, in terms of few underlying but unobservable factors. For the extraction of factors the methods Principal Axis Factoring, Maximum Likelihood and Generalized Least Squares with varimax rotations were employed (Varimax – Equamax). The data were also analyzed by the method of Principal Components. The choice of the number of factors requested was based on Kaiser's criterion, the scree plot, the portion of variance accounted by each factor, as well as the amount of total variance explained and, finally, the interpretation of each factor.

Finally, factor scores were obtained using the Anderson-Rubin method and subsequently analyzed using the mixed two-way nested (hierarchical) design approach, with clinics regarded as a fixed factor and doctors-patients as a random factor nested within clinics. Principal components did reveal 24 factors for doctors and 31 factors for patients, accounting for 73,315% and 70,8% of variance retrospectively. However, the results showed of the differences mentioned in the way doctors and patients confront the therapeutic relationship, due to the different specialties as well.

Due to the fact that it has to be found a common code of communication between both sights, a second analysis of common questions (same for doctors and patients), led to a revised version of the questionnaire, that included the common questions in both forms. A pool of 26 items was finally included in one instrument, common for doctors and patients.

Based on Kaiser's criterion (,959) and scree plot results, 4 factors of relationship did reveal, accounting for 49 to 54% of variance, according to the analysis used. Although the percentage of variance that the four factors covered was high, the number of items included in the last two factors was weak, due to the fact that their factor loadings were medium rated, accounting for 5% of the total variance. As a result, 2 factors of relationship (with a total of 16 items) accounting for 45,24% of variance were extracted in a sample of 461 meetings of 72 doctors with 461 patients, by combining information from Kaizer's criterion, the scree plot, the amount of total variance explained and the fit of each method and model as judged by the residual correlations. Factor one with 8 questions is concerned with the positive characteristics of doctor-patient relationship, where at the same point, factor two in 8 more questions represented quite the opposite.

According to Cronbach  $\alpha$ , during the phase of the common questionnaire implementation, (where a value of 0.96 and 0.94 mentioned for the first week for a sample of 80 meetings of doctors (N=40) with patients (N=80), and a value of 0.94 and 0.93



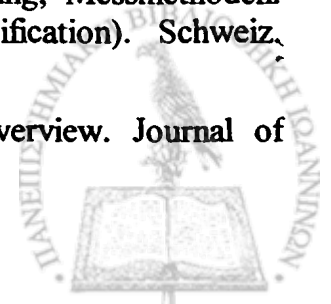
retrospectively for a sample of 80 meetings of doctors (N=40) with patients (N=80), for the second week) and Mann-Whitney's test results as well, the questionnaire is evidently reliable and valid under the conditions of this study.

As a research tool applied to medical practice, the questionnaire with common questions for doctors and patients proved to be particular brief, understandable and easy to complete for both parts. It seems that the specific questionnaire pays particular attention to the emotional atmosphere in the doctor-patient relationship. The fact that common questions are included for doctors and patients might be of great importance, as far as it concerns future research, based on a common communication code. As a research tool it could help define the styles of behaviors that lead to a good or bad doctor-patient relationship, contributing to the measurement of its 'temperature' and valuation.



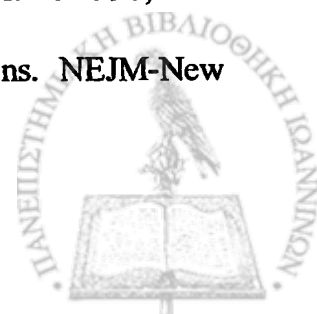
## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Waitzkin H, Stoeckle JD. Information control and the micropolitics of health care: summary of an ongoing research project. *Social Science & Medicine* 1976;10:263.
2. Blackwell B. Drug therapy. *NEJM-New England Journal of Medicine* 1973;2:249-252.
3. Stoudemire A, Thompson TL. II The borderline personality in the medical setting. *Annals of Internal Medicine* 1982;96:76-9.
4. Kane JM. Compliance issues in outpatient treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1985;5:225-275.
5. Consoli SM, Safar ME. Valeur prédictive du profil psychologique du patient et du style de relation médecin-malade vis-à-vis de l'observance d'un traitement antihypertenseur. (Predictive value of the patient's psychological profile and the type of patient-practitioner relationship in compliance with antihypertensive treatment). *Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux* 1988;81(supplement HTA):145-50.
6. Linden M, Nather J, Wilms U. Zur definition, bedeutung und messung der krankheitskonzepte von patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten', Fortschritte der Neurologie. *Psychiatrie* 1988;56:35-43.
7. Bochmann F, Petermann B. Compliance bei medikamentösen therapieformen unter besondere Berücksichtigung von Vertrauensaspekten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 1989;37:162-75.
8. Günther V, Meise U. Compliance – ein komplexes problem. (Compliance – A complex Problem). *Wiener Medizinische Wochenschrift* 1990;13:365-369.
9. Ludwig W, Huber D, Schmidt S, Bender W, Greil W. Assessment of compliance-related attitudes in psychiatry: a comparison of two questionnaires based on the health belief model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1990;25:298-303.
10. Gudas LJ, Koocher GP, Wypij D. Perceptions of medical compliance in children adolescents with cystic fibrosis. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 1991;12:236-242.
11. Meise U, Günther V, Gritsch S. Die bedeutung der artzt-patient-beziehung für die patientencompliance. (The significance of the doctor-patient relationship in patient compliance). *Wiener Klin Wochenschrift* 1992;104(9):267-271.
12. Fleischhacker WW, Meise U, Günther V, Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89:Suppl 382:11-15.
13. Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89:Supplement 382:16-24.
14. Steiner A, Vetter W. Patientencompliance – Begriffsbestimmung, Messmethoden. (Patient Compliance – Definition and Methods for Quantification). *Schweiz Rundschau Med. (PRAXIS)* 1994;83(31):841-845.
15. Stockwell Morris L, Schulz RM. Patient compliance: an overview. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 1992;17:283-95.

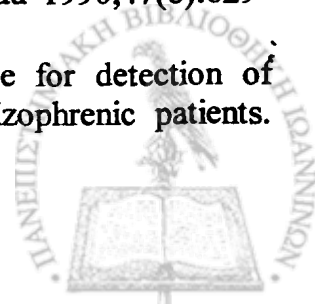




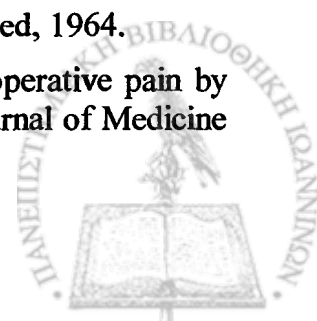
16. Koltun A, Stone GC. Past and current trends in patient non-compliance research: focus on diseases, regimens-programs, and provider-disciplines. *Journal of Compliance in Health Care* 1986;1:21-32.
17. Klein LE. Compliance and blood pressure control (Review). *Hypertension* 1988;11(3):II61-4.
18. Schlar DA. Improving medication compliance: a review of selected issues. *Clinical Therapeutics* 1991;13:436-40.
19. Proos M, Reily P, Eagan J, Stengrevics S, Castile J, Arian D. A study of the effects of self-medication on patients' knowledge of and compliance with their medication regimen. *Journal of Nursing Care Quarterly* 1992;18-26.
20. *Annals of Pharmacotherapy*. Patient compliance (editorial). *Annals of Pharmacotherapy* 1993;27:S5-S24.
21. Kjellgren KI, Ahlner J, Saljo R. Taking antihypertensive medication-controlling or co-operating with patients? (Review). *International Journal of Cardiology* 1995;47(3):257-68.
22. Winefield HR, Murrell TG, Clifford J. Process and outcomes in general practice consultations: problems in defining high quality care. *Social Science & Medicine* 1995;Oct 41(7):969-75.
23. Ware JE, Snyder MK. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care* 1975;13:669-82.
24. Bain D. The content of physician-patient communication in family practice. *Journal of Family Practice* 1979;8:745.
25. Pendleton D, Hasler J. (eds), *Doctor-patient communication*. London: Academic Press, 1983.
26. Kane JM, Borenstein M. Compliance in the long-term treatment of schizophrenia. *Psychopharmacology Bulletin* 1985;21:23-227.
27. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988;25:25-36.
28. Adamson TE, Tschann JM, Guillion DS, Oppenberg AA. Physician communication skills and malpractice claims: a complex relationship. *Western Journal of Medicine* 1989;150:356-360.
29. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Medical Care* 1989;27:1027-35.
30. Weiss GL, Ramsey LA. Regular source of primary medical care and patient satisfaction. *Quality Review Bulletin* 1989;15:180-4.
31. Lerman Ce, Brody DS, Caputo GC, Smith DG, Lazaro CG, Wolfson HG. Patients' perceived involvement in care scale. *Journal of General Internal Medicine* 1990;5:29-33.
32. Kessler DA. Communicating with patients about their medications. *NEJM-New England Journal of Medicine* 1991;325:1650-52.



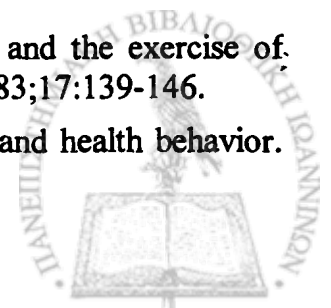
33. Tarrier N. Some aspects of family interventions in Schizophrenia. I: Adherence to Intervention Programmes. *British Journal of Psychiatry* 1991;159:475-480.
34. Holloway RL, Rogers JC, Gershenhorn SL. Differences between patient and physician perceptions of predicted compliance. *Family Practice* 1992;9(3):318-22.
35. Schwartz D, Ang M, Zeitz L, Goss ME. Medication errors made by elderly, chronically ill patients. *American Journal of Public Health* 1962;52:2018-2029.
36. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit: A randomized clinical trial. *NEJM-New England Journal of Medicine* 1984;311:1664-1670.
37. Allen CM, Becker PM, McVey LJ, et al. A randomized controlled clinical trial of a geriatric consultation team: compliance with recommendations. *JAMA - The Journal of the American Medical Association* 1986;255:2617-2621.
38. McVey LJ, Becker PM, Saltz CC, et al. Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients. *Annals of Internal Medicine* 1989;110:79-84.
39. Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, et al. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *NEJM-New England Journal of Medicine* 1990;322:1572-1578.
40. Buchholz WM. When competent patients make irrational choices (letter). *NEJM-New England Journal of Medicine* 1990;323:1354.
41. Meterko M, Nelson EC, Rubin HR. Patient judgements of hospital quality. *Medical Care* 1990;28:1-56 Supplement.
42. Winograd CH, Gerety MB, Lai NA. A negative trial of inpatient geriatric consultation: lessons learned and recommendations for future research. *Archives of Internal Medicine* 1993;153:2017-2023.
43. Saltzman C. Medication Compliance in the elderly (Review). *Journal of Clinical Psychiatry* 1995;56 Supplement 1:18-22.
44. Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadik G, et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *NEJM-New England Journal of Medicine* 1995;332:1345-1350.
45. Reuben DB, Maly RC, Hirsch SH, Frank JC. Physician implementation of and patient adherence to recommendations from comprehensive geriatric assessment. *American Journal of Medicine* 1996;100:444-451.
46. Ιεροδιακόνου ΧΣ. Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία: Κείμενα και περιπτώσεις. Εκδόσεις Μαστοριδη, Θεσσαλονίκη, 2001.
47. Weber E, Kruse W. Abteilung Klinische Pharmakologie der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg (Does your patient take his medicine? Compliance problems in clinical practice) (German). *Therapeutische Umschau* 1990;47(8):629-34.
48. Mantonakis J, Markidis M, Kontaxakis V, Liakos A. A scale for detection of negative attitudes towards medication among relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1985;71:186-189.



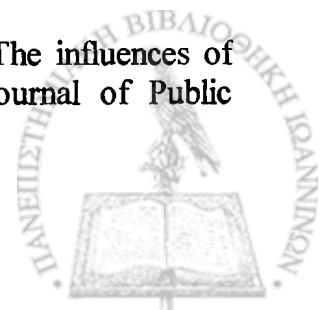
49. Horder J, Byrne P, Freeling P, Harris C, Irvine D, Marinker M. The future general practitioner: learning and teaching. p. 142, Royal College of General Practitioners, London, 1972.
50. Parsons T. Epilogue: in the doctor-patient relationship. (Edited by Callagher E.) National Institute of Health, Washington DC, 1978.
51. Ley P. Communication with patients: improving satisfaction and compliance. London: Groom-Helm, 1988.
52. DiMatteo MR. Enhancing patient adherence to medical recommendations. *Journal of the American Association of Medicine* 1994;271:79-83.
53. Francis V, Korsch B, Morris M. Gaps in doctor-patient communication. *NEJM-New England Journal of Medicine* 1969;280:535-38.
54. Katz E, Gurwitch M, Tsiyona P, Danet B. Doctor-patient exchanges: a diagnostic approach to organizations and professions. *Human Relations* 1967;22:309.
55. Bales RF. Interaction process analysis. In Sills DL (ed) 'International encyclopedia for the social sciences', vol 7, Mcmillan and the Free Press, 1968.
56. Roter DL. Patient participation in patient provider interaction: the effects of patient question-asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monographs* 1977;5:281-315.
57. Stiles WB. Verbal response-modes and dimensions of interpersonal roles: a method of discourse analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 1978;36:693.
58. Donovan JL. Patient education and the consultation: the importance of lay beliefs. *Annals of the Rheumatic Diseases* 1991;50:418-21.
59. Donovan JL, Blake DR. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making?. *Social Science & Medicine* 1992;34:507-13.
60. Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology* 1989;36(2):223-233.
61. Buller MK, Buller DB. Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior* 1987;28:375.
62. Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Med Care Services Rev.* 1978;1:1-15.
63. DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, et al. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care* 1980;18:376-387.
64. Bartlett EE, Grayson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Libber S. The effects on physician communication skills on patient satisfaction, recall and adherence. *Journal of Chronic Disease* 1984;37:755-64.
65. Janis IL. Psychological stress: psychoanalytic and behavioural studies of surgical patients. Wiley, New York, 1958.
66. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman, 2<sup>nd</sup> ed, 1964.
67. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Barlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *NEJM-New England Journal of Medicine* 1964;270:825-827.



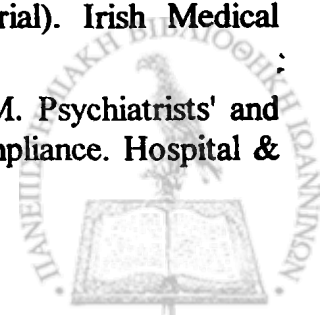
68. Ley P, Spellman MS. Communicating with the patient. Staple Press, London, 1967.
69. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. I. doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics* 1968;42:855.
70. Skipper JK, Leonard RC. Children, stress and hospitalization. *Journal of Health and Social Behavior* 1968;9:275-286.
71. Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Medical Care* 1970;8(5):429-435.
72. Fletcher CM. (Ed.) Communication with patients. In *Communication in Medicine*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, Oxford, 1973.
73. Svastad B. The doctor-patient encounter: an observational study of communication and outcome. Doctoral Dissertation, Department of Sociology, University of Wisconsin, Madison, WI, 1974.
74. Van Putten T. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs?. *Archives of General Psychiatry* 1974;31:67-72.
75. Stimson G, Webb B. *Going to see the Doctor*. Routledge & Kegan Paul, London, 1975.
76. Hart JT. The middle years. In *Practice: A Handbook of Primary Medical Care* (Edited by Cormack J., Marinker M. and Morrell D.), Vol. 5, pp 4.5.01-4.5.30, Kluwer-harrap Handbooks, London, 1976.
77. Ley P, Whitworth MA, Skilbeck CE, Woodward R, Pinsent RJHF, Pike LA, Clarkson ME, Clark PB. Improving doctor-patient communication in general practice. *Journal of Royal College General Practice* 1976;26:720-724.
78. Hawkins C. Patients' reactions to their investigations: a study of 504 patients. *British Medical Journal* 1979;2:638-640.
79. Tuckett D. Choices for health education: a sociological view. In *Health Education: Perspectives and Choices* (Edited by Sutherland I.), Allen & Unwin, London, 1979:39-63.
80. Simpson MA. *Clinical psycholinguistics: the languages of illness and healing*. New York: Irvington, 1980.
81. Walton H, Duncan AS, Fletcher CM, Freeling P, Hawkins C, Kessel N, McCall I. *Talking with Patients*. Nuffield Foundation, London, 1980.
82. Cartwright A, Anderson R. *General practice revisited: a second study of patients and their doctors*. Tavistock, London, 1981.
83. Faden RR, Becker C, Lewis C, Freeman J, Faden AI. Disclosure of information to patients in medical care. *Medical Care* 1981;19:718-33.
84. Martin AR. Exploring patient beliefs. *Archives of Internal Medicine* 1983;143:1773-5.
85. Shapiro MC, Najman JM, Chang A, et al. Information control and the exercise of power in the obstetrical encounter. *Social Science & Medicine* 1983;17:139-146.
86. Lenz ER. Information seeking: a component of client decisions and health behavior. *Advances in Nursing Science* 1984;6(3):59-72.



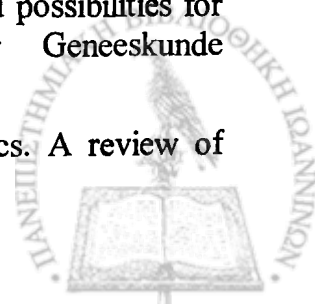
87. Tuckett D, Williams A. Approaches to the measurement of explanation and information-giving in medical consultations: a review of empirical studies. *Social Science & Medicine* 1984;18(7):571-580.
88. Waitzkin H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA- The Journal of the American Medical Association* 1984;252:2441-6.
89. Freeling P, Rao BM, Paykel ES, Sireling LI, Burton RH. Unrecognised depression in general practice. *British Medical Journal* 1985;290:1880-3.
90. Fallowfield LJ, Baum M, Maguire GP. Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnostic and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal* 1986;293:1331-4.
91. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal* 1990;301:575-80.
92. Blanchard CG, Ruckdesschel JC, Fletcher BA, Blanchard EB. The impact of oncologists' behaviours on patient satisfaction with morning rounds. *Cancer* 1986;58:387-93.
93. Armstrong D. What do patients want? Someone who will hear their questions. *British Medical Journal* 1991;3:303:261.
94. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor - patient communication: the Toronto consensus statement. *British Medical Journal* 1991;303:1385-1387.
95. Morris LS, Schulz RM. Medication compliance: The patient's perspective (Review). *Clinical Therapeutics* 1993;15(3):593-606.
96. Paynter ET, Wilson BM, Jordan WJ. Improved patient compliance with cleft palat team regimes. *Cleft Palate-Craniofacial Journal* 1993;30(3):292-301.
97. Battle CC, Imber SD, Hoehn-Saric R, Stone AR, Nash ER, Frank JD. Target complaints as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy* 1996;20:184-192.
98. Caron HS, Roth H. Patients' Cooperation with a Medical Regimen - Difficulties in identifying the Noncooperator. *JAMA-The Journal of the American Medical Association* 1968;203:11.
99. Hulka B, Kupper LL, Cassel JC, Thompson SJ. A method for Measuring Physicians' Awareness of Patients' Concerns. *HSMHA Health Reports* 1971;86(8):741-750.
100. Groves JE. Taking care of the hateful patient. *NEJM-New England Journal of Medicine* 1978;298:883-7.
101. Starfield B, Steinwachs D, Morris I, Bause G, Siebert S, Westin C. Patient-doctor agreement about problems needing follow-up visit. *JAMA-The Journal of the American Medical Association* 1979;242:344-6.
102. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influences of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health* 1981;71:127-32.



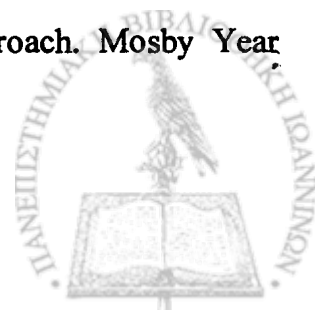
103. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. *Journal of Royal College General Practice* 1979;29:77-82.
104. Longhurst MF. Angry patient, angry doctor. *CMAJ-Canadian Medical Association Journal* 1980;123:597-8.
105. Adler G. The physician and the hypochondriacal patient. *New England Journal of Medicine* 1981;304:1394-6.
106. Cousins N. The physician as communicator. *JAMA-The Journal of the American Medical Association* 1982;248(5):588.
107. Beckman HB, Frankel RM. The effects of physician behaviour on the collection of data. *Annals of Internal Medicine* 1984;101:692-6.
108. Bass MJ, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G, Robinson HC. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. *Journal of Family Practice* 1986;23:43-7.
109. Annas GJ. *The rights of patients: the basic ACLU guide to patient rights*. 2<sup>nd</sup> ed, Carbondale IL: Southern Illinois Press, 1989:83-4.
110. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care* 1989;27:Supplement 3:S110-27.
111. Levinson W, Stiles WB, Inui TS, Engle R. Physician frustration in communicating with patients. *Medical Care* 1993;31(4):285-95.
112. Rees AM. Communication in the physician-patient relationship. *Bulletin of the Medical Library Association* 1993;81(1):1-10.
113. Mæland JG. Å påvirke pasienters helserelaterte atferd – konsultasjonen og lege-pasient-forholdet. (Achieving a change in health behaviour – the consultation and the doctor-patient relationship). *Tidsskr Nor Loegeforen nr* 1993;1(113):47-50.
114. Waldvogel VB, Vogt C, Seidl O. Das Beziehungserleben von Ärzten in der Beziehung zu AIDS-, Krebs- und Stoffwechselfpatienten: Zentrales Beziehungskonflikt – Thema und Affekte. (How physicians experience their doctor-patient relationship to patients with AIDS, Cancer and Metabolic disorders: Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) and Affects). *Zsch Psychosom Med* 1994;41:158-169.
115. Fernandez MJA, Ule CE, Temptra S. Factores de insatisfaccion con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. (Factors of dissatisfaction with health care. A Delphi study). *Atencion Primaria* 1996;31(17):348-352.
116. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication compliance. *Medical Care* 1986;24:67-74.
117. Lassen LC. Connections between the quality of consultations and patients, compliance in general practice. *Family Practice* 1991;8:154-60.
118. McGee HM. Good communication is good medicine (editorial). *Irish Medical Journal* 1992;85(2):43-4.
119. Warner LA, Silk K, Yeaton WH, Bargal D, Janssen J, Hill EM. Psychiatrists' and patients' views on drug information sources and medication compliance. *Hospital & Community Psychiatry* 1994;45(12):1235-7.



120. Sbarbaro JA, Sbarbaro JB. Compliance and supervision of chemotherapy of tuberculosis (Review). *Seminars in Respiratory Infections* 1994;9(2):120-7.
121. Bebbington PE. Review: the content and context of compliance. *International Clinical Psychopharmacology* 1995;9:Supplement 5:41-50.
122. Donovan JL. Patient decision making – The missing ingredient in Compliance Research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1995;11(3):443-455.
123. Anstett R. The difficult patient and the physician-patient relationship. *Journal of Family Practice* 1980;11:281-6.
124. Malkom R, Foster HK, Smith C. The Problem Patient as Perceived by Family Physicians. *The Journal of Family Practice* 1977;5(3)361-364.
125. McGathie W, Whitenack D. A Scale for the Measurement of the Problem Patient Labeling Process. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1982;170(10):598-604.
126. Gariti P, Greenstein RA, Olsen K, Harris PE. Scheduled appointments and patient-staff compliance. *American Journal of Orthopsychiatry* 1987;57(1):135-137.
127. Feuerstein M, Lieb-Juckstock V, Schnaus H, Springmann E, Weber B, Wunderlich M. Compliance - a joint effort for the patient and his doctor. *Epilepsy Research - Supplement* 1988;1:51-6.
128. Carrer R, Weintraub JK, Scheir M. Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989;56:267-283.
129. Hansson L, Berglund M. Stability of therapeutic alliance and its relationship to outcome in short-term inpatient psychiatric care. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1992;Mar 20(1):45-50.
130. Golay A, Nikolet J, Lacroix A, Assal JP. How can compliance be ameliorated in diabetic patients? (French) *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis* 1993;82(48):1373-7.
131. Leffell DJ, Berwick M, Bologna J. The effect of pre-education on patient compliance with full-body examination in a public skin cancer screening. *Journal of Dermatologic Surgery & Oncology* 1993;19(7):660-3.
132. Pachter LM, Weller SC. Acculturation and compliance with medical therapy. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 1993;14(3):163-8.
133. Viinamaki H, Niskanen L, Korhonen T, Tahka V. The patient-doctor relationship and metabolic control in patients with type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1993;23(3):265-74.
134. Broekhuysen AM, Vreugdenhil G, Thien T. Compliance with therapy: determining factors and possibilities for improvement (Dutch). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1994;138(17):850-4.
135. Paes AH, Leufkens HG. Patient compliance: determining factors and possibilities for improvement (letter) (Dutch). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1994;138(31):1586-7.
136. Urquhart J. Role of patient compliance in clinical pharmacokinetics. A review of recent research. *Clinical Pharmacokinetics* 1994;27(3):202-15.

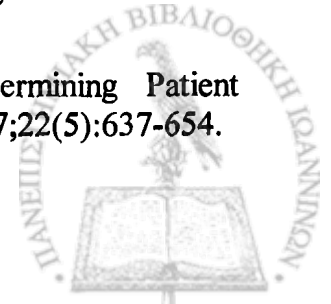


137. Fishman T. The 90-Second Intervention: A patient compliance mediated technique to improve and control hypertension. *Public Health Reports* 1995;110(2):173-178.
138. Johnson TM. Managing patients (editorial). *Family Medicine* 1995;27(7):460-2.
139. Uyeda RY. Patients from Japan and physician-patient communication (letter; comment). *Western Journal of Medicine* 1995;163(5):487.
140. Blair S, Bowes G. Compliance issues in adolescence: practical strategies. *Australian Family Physician* 1995;24(11):2037-40.
141. Clark NM, Northwehr F, Gong M, Evans D, Maiman LA, Hurwitz ME, Roloff D, Mellins RB. Physician-patient partnership in managing chronic illness. *Academic Medicine* 1995;70(11):957-9.
142. Van Sciver MM, D'Angelo EJ, Rappaport L, Woolf AD. Pediatric compliance and the roles of distinct treatment characteristics, treatment attitudes, and family stress: a preliminary report. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 1995;16(5):350-8.
143. Butler C, Rollnick S, Stott N. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. *Canadian Medical Association Journal* 1996;154(9):1357-62.
144. Donati P. Modelli e trasformazioni del rapporto medico-paziente. *Manuale di Sociologia Sanitaria La Nuova Italia Scientifica* 1991; 53-65.
145. Olivier-Martin R. Psychological factors, compliance and resistance to antidepressant treatment (French). *Encephale* 1986;12:197-203.
146. German PS. Compliance and Chronic disease (Review). *Hypertension* 1988;11(3):II56-60.
147. Loiseau P, Marchal C. Determinants of compliance in epileptic patients. *Epilepsy Research - Supplement* 1988;1:135-40.
148. Fabre J, Assal JP, Balant L, Dayer P. Therapy compliance. A matter of concern in clinical medicine (French). *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis* 1992;81(6):129-32.
149. Epstein RM, Campbell TL, Cohen Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G. Perspectives on patient-doctor communication. *Journal of Family Practice* 1993;37(4):331-3.
150. Alvin P, Rey C, Frappier JY. Therapeutic compliance in adolescents with chronic disease (Review) (French). *Archives de Pédiatrie* 1995;2(9):874-82.
151. Ogn LM, de-Haes-JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine* 1995;40(7):903-18.
152. Lipkin M. Medical interview and related skills. In: Branch WT, ed. *The office practice of medicine*, Philadelphia, WB Saunders, 1987;1287-306.
153. Maguire P. Can communication skills be taught?. *British Journal of Hospital Medicine* 1990;43:215-6.
154. Cohen-Cole SA. *The medical interview: a three function approach*. Mosby Year Book, St. Louis, 1991.

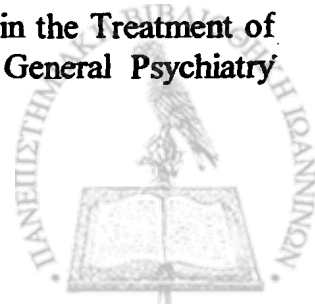




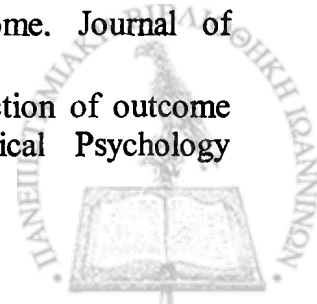
155. Eguskiza PI, Arrate AO, Arruti VS, Sáenz JS, Fernández de Retana AO, Liménez LR. Satisfacción de usuarios de equipos de atención primaria: relación con la formación del médico en el área de la relación médico-paciente. (User satisfaction with primary care teams: relationship of satisfaction to the doctor's training in the field of doctor-patient relations). *Atencion Primaria* 1995;15:485-490.
156. Mechanic D. Health an illness behavior and patient-practitioner relationships. *Social Science & Medicine* 1992;34(12):1345-1350.
157. Mechanic D. Response factors in illness: The study of illness behavior. *Social Psychiatry* 1966;1(1):11-20.
158. Mechanic D. The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Disease*. 1962;15:189-194.
159. Zola IK. Pathways to the doctor – From person to patient. *Social Science & Medicine* 1973;7:677-689.
160. Peay MY, Peay ER. The Evaluation of Medical Symptoms by Patients and Doctors. *Journal of Behavioral Medicine* 1998;21(1):57-81.
161. Goerg D, Fischer W, Zbinden E, Guimón J. Opinions des médecins sur les contenus psychologiques et psychiatriques dans la formation médicale prégraduée. *Médical Hygiène* 1996;54:1768-72.
162. DiMatteo MR, DiNicola DD. Achieving patient compliance – the psychology of the medical practitioner's role. New York : Pergamon Press, 1982.
163. Oleinik A. Influence of changes in physicians' patterns of explanation on patients' compliance (Hebrew). *Harefuah* 1990;118(9):514-7.
164. O'Brien R. The doctor-patient relationship. *Annals of New York Academic Science* 1994;4:729:22-6.
165. Feinstein AR. Art, science, and the doctor-patient relationship. *Annals of New York Academic Science* 1994;4:729:19-21.
166. Langewitz W, Keller A, Denz M, Wössmer-Buntschu B, Kiss A. Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient-Beziehung?. (Patient Satisfaction Questionnaire: a valuable tool to assess the quality of doctor-patient relationships). *Psychotherapy and Psychosomatic Medical Psychology* 1995;45:351-357.
167. Callahan EJ, Bertakis KD. Development and Validation of the Davis Observation Code. *Family Medicine* 1991;23(1)19-24.
168. Roter D, Frankel R. Quantitative and qualitative approaches to the evaluation of the medical dialogue (Review). *Social Science and Medicine* 1992;34(10):1097-103.
169. Cox J, Mulholand H. An instrument for assessment of videotapes of general practitioners' performance. *British Medical Journal* 1993;306:1043-1046.
170. Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. The medical interview satisfaction scale: Development of a scale to measure patient perceptions of physician behaviour. *Journal of Behavioral Medicine* 1978;4:391-401.
171. Roberts JG, Tugwell P. Comparison of Questionnaires Determining Patient Satisfaction with Medical Care. *HSR: Health Services Research* 1987;22(5):637-654.



172. Kamien M, Ward A, Mansfield F, Fatovich B, Mather C, Anstey K. Type 2 diabetes. Patient practices and satisfaction with GP care. *Australian Family Physician* 1995;24(6):1043-51.
173. Schmeling-Kludas C. Treatment satisfaction and cooperation in the hospital and general practice-attitude of an internal medicine patient sample and physicians responsible for their treatment. *German. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 1995;45(6):193-201.
174. Adams GP, Cook M. The houseman and the dying patient. *Journal of Medical Ethics* 1981;7:142-5.
175. Goldstein M. Drug treatment and Family Intervention during the Aftercare Treatment of Schizophrenics. *Psychopharmacology Bulletin* 1981;17(3):87-88.
176. Pantell R, Stewart T, Dias J, Wells P, Ross W. Physician communication with children and parents. *Pediatrics* 1982;70:396.
177. Lewis C, Scott D, Pantell R, Welf M. Parent satisfaction with children's medical care. *Medical Care* 1986;24(3):209.
178. Hogarty GE, Anderson Cm, Douglas JR, Kornblith SJ, Greenwald DP, Madonia MJ. Family Psychoeducation. Social Skills Training and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia: I. One-Year Effects of a Controlled Study on Relapse and Expressed Emotion. *Archives of General Psychiatry* 1986;43:633-642.
179. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, Carter MC. Family Psychoeducation Social Skills Training and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia: II Two-Year Effects of a Controlled Study on Relapse and Adjustment. *Archives of General Psychiatry* 1991;48:340-347.
180. Wolkenstein AS. Physician involvement with patients and families (letter). *Journal of Family Practice* 1995;40(4):406-7.
181. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine* 1956;97:585-592.
182. Γκυρ Ζαν. Ψυχοσωματική και Καρκίνος. Εκδόσεις Ι. Χατζηνικολή, 1993.
183. Cassell E. The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine* 1982;306:639-645.
184. Bower P. Understanding patients: implicit personality theory and the general practitioner. *British Journal of Medical Psychology* 1998;71:153-163.
185. Μάνος Ν. Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχιατρικών Όρων. University Studio Press, 1987:276.
186. Frank AF, Gunderson JG. The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia: Relation to course and outcome. *Archives of General Psychiatry* 1990;47:228-236.



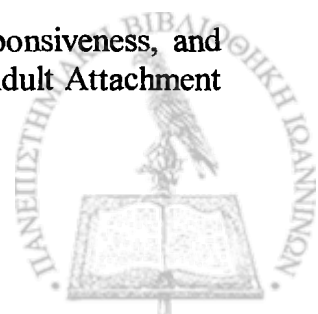
187. Zetzel ER. Current Concepts of Transference. *International Journal of Psycho-Analysis* 1956;37:369-76.
188. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1976;16:252-260.
189. Bordin ES. The Working Alliance: basis for a general theory of psychotherapy. Paper presented at a symposium of the American Psychological Association, Washington, DC, 1975.
190. Greenson R. The working alliance and transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly* 1965;34:158-181.
191. Luborsky L. *Helping Alliances in Psychotherapy*. Claghorn GL ed, NY Brunner Mazel 1976;99-116.
192. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 2000;51:1087-1110.
193. Marziali A. Three viewpoints on the Therapeutic Alliance – Similarities, Differences, and Associations with Psychotherapy outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1984;172(7):417-423.
194. Luborsky L, McLellan T, Woody G, O'Brien CP, Auerbach A. Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry* 1985;42:602-611.
195. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 1991;38:139-149.
196. Priebe S, Gruyters T. The role of the helping alliance in psychiatric community care: a prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1993;181:552-557.
197. Tomasz PA, Tang TZ, Derubeis RJ, Luborsky L. The factor Structure of the Working Alliance Inventory in Cognitive-Behavioral Therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2001;10:173-178.
198. Eisenthal S, Emery R, Lazare A, Udin H. 'Adherence' and the negotiated approach to patienthood. *Archives of General Psychiatry* 1979;36:393-398.
199. Bowman M. Good physician-patient relationship = improved patient outcome?. *Journal of Family Practice* 1991;32(2):135-6.
200. Bender W, Haag M, Greil W, Engel R. Compliance in Psychiatry: Development of a Patient Questionnaire. *Pharmacopsychiatry* 1986;19:176-177.
201. Howard K, Rickels K, Mock JE, Lipman RS, Covi L, Baumm NC. Therapeutic style and attrition rate for psychiatric drug treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1970;150:102-10.
202. Fiester AR, Rudestam KE. A multivariate analysis of the early dropout process. *Journal of Consult and Clinical Psychology* 1975;43:528-535.
203. Saltzman C, Luetgert MJ, Roth CU, Creaser J, Howard Student Counseling Service. Formation of a therapeutic relationship: Experiences during the initial Phase of Psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1976;44(4):546-555.
204. Gomes-Schwartz B. Effective ingredients in Psychotherapy: Prediction of outcome from a Process Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978;46(5):1023-1035.



205. Alexander LB, Luborsky L. The Penn Helping Alliance Scales. In: Greengerg L, Pinsof W, eds. *The Psychotherapeutic Process: A research Handbook*. New York, NY: Guilford Press; 1986:325-366.
206. Σάντλερ Γ, Νταϊήρ Κ, Χόλντερ Α. Αναλυόμενος και αναλυτής, η ανάπτυξη των ψυχαναλυτικών εννοιών. Πρίσμα, 1991.
207. Bowlby J. *Attachment and loss: Attachment*. Νέα Υόρκη: Basic Books, 1969/1982.
208. Parsons T. *The Social System*. Glencoe, IL: The Free Press, 1951.
209. Freidson E. Client control and medical practice. In *Patients, Physicians and Illness* (Edited by Jaco E.), cap. 15, Free Press, New York, 1972.
210. West C. 'Ask me no questions...' An analysis of queries and replies in physician-patient dialogues. In Fisher S, Todd AD (eds): *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. Washington, DC, Center for Applied Linguistics, 1983.
211. Heimann P. On Counter-Transference. *International Journal of Psycho-analysis* 1950;31:81-4.
212. Little M. Counter-Transference and the - patient's response to it'. *International Journal of Psycho-analysis* 1951;32:32-40.
213. Luborsky L, Crits-christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M. Two helping alliance methods for predicting outcome of psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1983;171(8):480-491.
214. Barber JP, Crits-Christoph P, Luborsky L. Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1996;64(3):619-622.
215. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Piconis PA. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1996;64(3):532-539.
216. Krupnick JL. Brief psychodynamic treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology* 2002;58(8):919-932.
217. Friedman L. The Therapeutic Alliance. *International Journal of Psycho-Analysis* 1969;50:139-53.
218. Menninger K. *Theory of Psychoanalytic Technique*. New York: Basic Books, 1958.
219. Tyson RL, Sandler J. Problems in the Selection of Patients for Psychoanalysis. *British Journal of Medical Psychology* 1971;44:211-28.
220. Laplanche J, Pontalis JB. Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης. Κέδρος 1986:305-317.
221. Chitalkar Y, Pande N, Shetty J. Collusion and entanglement in the therapy of a patient with multiple personalities. *American Journal of Psychotherapy* 1996;50(2):243-251.
222. Frayn DH. Enactments: an evolving dyadic concept of acting out. *American Journal of Psychotherapy* 1996;50(2):194-207.
223. Safran JD, Muran JC. The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64(3):447-458.
224. Bain D. Doctor-patient communication in general practice consultations. *Medical Education* 1976;10:125.



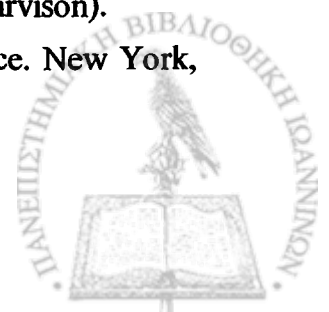
225. Reich A. On Counter-Transference. *International Journal of Psycho-analysis* 1951;32:25-31.
226. Winnicott D W. 'Countertransference'. *British Journal of Medical Psychology* 1960;33:17-21.
227. Parsons T. The Sick Role and the Role of the Physician reconsidered. *Milbank Fund Quaterly* 1975;53:3.
228. Sexton HC, Hembre K, Krarme G. The interaction of the alliance and therapy microprocesses: a sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64(3):471-480.
229. Marziali E, Marmar C, Krupnick. Therapeutic alliance scales: development and relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry* 1981;138:361-364.
230. Highlen PS, Hill CE. Factors affecting client change in individual counseling: current status and theoretical speculations. In S.D. Brown & R.W. Lent (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* Wiley N.Y., 1984;334-398.
231. Allen JG, Deering CD, James R, et al. Assessment of therapeutic alliances in the psychiatric hospital milieu. *Psychiatry* 1988;51:291-9.
232. Allen JG, Tarnoff G, Coyne L. Therapeutic alliance and long-term hospital outcome. *Comprehensive Psychiatry* 1985;26:187-94.
233. Clarkin JF, Hurt SW, Crilly JL. Therapeutic alliance and hospital treatment outcome. *Hospital and Community Psychiatry* 1987;38:871-875.
234. Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach. Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes. Basic Books New York, 1988.
235. Henry WP, Strupp HH. The therapeutic alliance as interpersonal process. In A.O. Hovarth & L.S. Greenberg (Eds.), 'The working alliance: Theory, research and practice', Wiley New York 1994:51-84.
236. Dazord A. Assessing psychotherapy outcome: the state of the art. *Manage of Perish: the challenges of Managed Health Care in Europe*, 1999.
237. Erikson E. *Child and Society*. New York: W.W. Norton & Co. Inc. 1950.
238. Bowlby J. *The making and breaking of affectional bonds*. New York, Tavistock/Routledge 1979.
239. Bretherton I. New perspectives on attachment relations: Security, communication and internal working models. In Osofsky, *Handbook of Infant development* (2nd ed) 1987 New York: John Wiley pp.1061-1100.
240. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters. *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development 1985;50(209):66-104.
241. Van Ijzendoorn M. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin* 1995;117(3):387-403.



242. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of Attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale (NJ): Erlbaum 1978.
243. Bowlby J. A secure base. Clinical application of attachment theory. London: Routledge; 1988.
244. D' Elia G. Attachment: a biological basis for the therapeutic relationship? Nord J Psychiatry 2001;55:329-336.
245. Donati P. Introduzione alla sociologia relagionale. F. Angeli, Milano, 1983a.
246. Donati P. (a cura di). La sociologia Sanitaria, F. Angeli, Milano, 1983b.
247. Donati P. La sociologia sanitaeria: questioni d' oggetto e di metodo, in Peruna sociologia della salute. F. Angleli, Milano 1981.
248. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Patient-physician communication: a descriptive summary of the literature. Patient Education and Counseling 1988;12:99-119.
249. Byrne P. Teaching and learning verbal behaviours. In Language and Communication in General Practice (Edited by Tanner B), p. 52, Hodder & Stoughton, London, 1976.
250. Pietroni P. Non-verbal communication in the general practice surgery. In Language and Communication in General Practice (Edired by Tanner B.), p. 162, Hodder & Stiughton, London, 1976.
251. Mehrabian A. Communication without words. Psychology Today 1968;2(4):53-55.
252. Mehrabian A. Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships. Psychological Bulletin 1969;71:359-372.
253. Larsen K, Smith C. Assessment of nonverbal communication in the physician-patient interview. Journal of Family Practice 1981;12:481.
254. Ley P, Bradshaw PW, Eaves D, Walker CM. A method for increasing patients' recall of information by doctors. Psychological Medicine 1973;3:217-220.
255. Ley P, Spellman MS. Communicating with the patient. British Journal of Social and Clinical Psychology 1965;4:114.
256. Inui TS, Carter WB, Kukull WA, Haigh VH. Outcome-based doctor-patient interaction analysis: I. Comparison of techniques. Medical Care 1982;20:535-549.
257. Wasserman RC, Inui TS. Systematic analysis of clinician-patient interactions; a critique of recent approaches with suggestions for future research. Medical Care 1983;21:279-285.
258. Longabaugh R. A category system for coding interpersonal behavior as social exchange. Sociometry 1963;26:319.
259. Freemon B, Negrete VF, Davis M, Korsch BM. Gaps in doctor-patient communication: doctor-patient interaction analysis. Pediatric Research 1971;5:298.
260. Davis MS. Variations in patient's compliance with doctor's advice: an empirical analysis of patterns of communication. American Journal of Public Health 1968;58:274.
261. Davis MS. Compliance with doctors' orders: medical practice and doctor-patient: interaction. Psychiatry in Medicine 1971;2:31.



262. Korsch BM, Freeman B, Negrete VF. Practical implications of the doctor-patient interaction analysis for pediatric practice. *American Journal of Diseases of Childhood* 1971;121:110-14.
263. Advani M. Observing doctor-patient interaction in a small community general hospital. *Manas* 1973;20:9-19.
264. Korsch BM, Negrete F. Doctor-patient communication. *Scientific American* 1972;74:227-66.
265. Bain D. Patient knowledge and the content of the consultation in general practice. *Medical Education* 1977;11:347.
266. Byrne PS, Long BEL. *Doctors talking to patients*. HMSO, London, 1976.
267. Pridham K, Hansen M. An observation methodology for the study of interactive clinical problem-solving behavior in primary care settings. *Medical Care* 1980;18:360.
268. Stiles WB, Putnam SM, Wolf MH, James SA. Verbal response mode profiles of patients and physicians in medical screening interviews. *Journal of Medical Education* 1979;54:81.
269. Boreham P, Gibson D. The informative process in private medical consultations a preliminary investigation. *Social Science & Medicine* 1978;93:718.
270. Rost K, Roter D, Bertakis K, Quill T. The Collaborative Study Group of the SGIM, Task Force on the Doctor and Patient. *Family Medicine* 1990;22(6):453-457.
271. LaGrosse MB, Barak A. Differential perception of counselor behavior. *Journal of Counseling Psychology* 1976;23:170-172.
272. Hulka BS, Cassel JC, Kupper KK, Burdette JA. Communication, compliance, and concordance between physicians and patients with prescribed medications. *American Journal of Public Health* 1976;66:847-853.
273. Lærum E, Steine S, Finset A, Lundevall S. Complex health problems in general practice: do we need an instrument for consultation improvement and patient involvement? Theoretical foundation, development and user evaluation of the Patient Perspective Survey (PPS). *Family Practice*, 1998;15:172-181.
274. Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Annals of Internal Medicine* 1981;94(1):492-498.
275. Rees AM. *The consumer health information source book*. 3<sup>rd</sup> edition, Phoenix: Oryx, 1990;4.
276. Perry S, Viederman M. Adaptation of residents to consultation-liaison psychiatry. I. Working with the physically ill. *General Hospital Psychiatry* 1981;3:141-7.
277. Reading AE. The short term effects of psychological preparation for surgery. *Social Science & Medicine* 1979;13:641.
278. Petersdorf RG, Adams RD, Braunwald E, et al. (eds). *Harrison's principles of internal medicine*. New York, McGraw-Hill Book Co, pp 4-5, 1983 (Harvison).
279. Goffman E. *Frame analysis: an essay on the organization of experience*. New York, Harper & Row Publishers Inc, 1974.



280. Mumford E, Schlesinger HJ, Glass VG. The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *American Journal of Public Health* 1982;72:141.
281. Speedling EJ, Rose DN. Building an effective doctor-patient relationship: from patient satisfaction to patient participation. *Social Science & Medicine* 1985;21:115-120.
282. Ware Jr JE. Effects of acquiescent response set on patient satisfaction ratings. *Medical Care* 1978;16:327-36.
283. Lorber J. Good patients and problem patients: conformity and deviance in a general hospital. *Journal of Health & Social Behavior* 1975;16:213-224.
284. Davis F. Uncertainty in medical prognosis: clinical and functional. *American Journal of Sociology* 1960;66:41-47.
285. Trostle JA. Medical Compliance as an ideology-Review. *Social Science & Medicine* 1988;27(12):1299-308.
286. Gerbert B, Stone G, Stulbarg M, Gullion DS, Greenfield S. Agreement among physician assessment methods. *Medical Care* 1988;26(6):519-535.
287. Eraker SA, Kirscht JP, Becker MH. Understanding and improving patient compliance. *Annals of Internal Medicine* 1984;100:258.
288. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in care. *Annals of Internal Medicine* 1985;102:520.
289. Delbanco TL. Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. *Annals of Internal Medicine* 1992;116:415-418.
290. Ende J, Kazis L, Arlene A, Moskowitz MA. 'Decision Making and Information-seeking Preferences among Medical Patients'. *Journal of General Internal Medicine* 1989a;4:23-30.
291. Durántez JT, Tirado MCG. Relación médico-paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencias de los médicos. (The physician-patient relationship and the clinical interview (II): the opinion and preferences of physicians) *Atención Primaria* 1997;19(1):63-74.
292. Marteau TM, Humphrey C, Matoon G, Kidd J, Lloyd M, Horder J. Factors influencing the communication skills of first-year clinical medical students. *Medical Education* 1991;25(2):127-34.
293. Headache Study Group of the University of Western Ontario. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians – a one year prospective study. *Headache Journal* 1986;26:285-94.
294. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennritus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychology* 1987;6:29-42.
295. Wallen J, Waitzkin H, Stoeckle JD. Physician stereotypes about female health and illness: A study of patient's sex and the informative process during medical interviews. *Women Health* 1979;4:135-146.

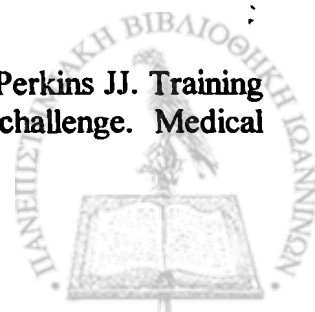




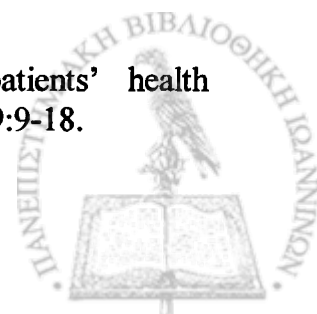
296. Joyce CRB, Caple G, Mason M, Reynolds E, Mathews JA. Quantitative study of doctor-patient communication. *Quarterly Journal of Medicine New Series* 1969;XXXVIII No.150:183-194.
297. Bird J, Lindley P. Interviewing skill: the effects of ultra-brief training for general practitioners: a preliminary report. *Medical Education* 1979;13:349.
298. Knox JDE, Alexander DW, Morrison AT, Bennett A. Communication skills and undergraduate medical communication. *Medical Education* 1979;13:345.
299. Argyle M. Doctor-patient skills. In *Doctor-Patient Communication*. Edited by Pendleton D and Hasler J. Academic Press, London, 1983.
300. Lipkin MJR, Quill TE, Napedano RJ, et al. The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Annals of Internal Medicine* 1984;100:277-84.
301. Platt FW, McMath JC. Clinical hycompetence: the interview. *Annals of Internal Medicine* 1979;91:898-902.
302. Mason JL, Barkley SE, Kappelman MM, Carter DE, Beachy WV. Evaluation of a self-instructional method for improving doctor-patient communication. *Journal of Medical Education* 1988;63:629-635.
303. McCue J. The effects of stress on physicians and their medical practice. *NEJM-New England Journal of Medicine* 1982;306:458-463.
304. Duffy PL, Hamerman D, Cohen MA. Communication skills of house officers: a study in a medical clinic. *Annals of Internal Medicine* 1980;93:354-7.
305. Stewart M. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science & Medicine* 1984;19:167-175.
306. Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic and treatment research directions. *General Hospital Psychiatry* 1988;10:79-87.
307. Rezler AG. Attitude changes during medical school: a review of the literature. *Journal of Medical Education* 1974;49:1023-1030.
308. Maguire P, Tait A, Brook M. Effect of counseling in the psychiatric morbidity associated with mastectomy. *British Medical Journal* 1981;281:1454-6.
309. Blurton RR, Mazzaferri EL. Assessment of interpersonal skills and humanistic qualities in medical residents. *Journal of Medical Education* 1985;60:648-650.
310. Maguire P, Faulkner A. How to do it – improve the counseling skills of doctors and nurses in cancer care. *British Medical Journal* 1988a;2:847-50.
311. Maguire P, Faulkner A. How to do it – communication with cancer patients: handling bad news and difficult questions. *British Medical Journal* 1988b;297:907-9.
312. Maguire P, Faulkner A. How to do it – communication with cancer patients: handling uncertainty, collusion and denial. *British Medical Journal* 1988c;297:972-4.
313. Davis H, Nicholaou T. A comparison of the interviewing skills of first - and final – year medical students. *Medical Education* 1992;26(6):441-7.
314. Usherwood T. Subjective and behavioural evaluation of the teaching of patient interview skills. *Medical Education* 1993;27(1):41-7.



315. Hodges B, Turnbull J, Cohen R, Bienestock D, Norman G. Assessment of communication skills with complex cases using OSCE Format. in Proceedings 'The Sixth Ottawa Conference on Medical Education', Rothman AI and Cohen R, (eds), June 26-29, Toronto, Ontario, Canada, 1994:269-272.
316. Hodges B, Turnbull J, Cohen R, Bienenstock A, Norman G. Evaluating communication skills in the OSCE format: reliability and generalizability. *Medical Education* 1996;30(1):38-43.
317. Matthews DA, Sledge WH, Lieberman PB. Evaluation of intern performance by medical inpatients. *The American Journal of Medicine* 1987;35:936-44.
318. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker R, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress', *Archives of Internal Medicine* 1995;155:1877-1884.
319. Schilling K, Ginn DS, Mickelson P, Roth LH. Integration of information-seeking skills and activities into a problem-based curriculum. *Bulletin of the Medical Library Association* 1995;83(2):176-83.
320. Ende J. Feedback in clinical medical education. *Journal of the American Medical Association* 1983;250:777-81.
321. Maguire P, Roe P, Goldberg D, Jones S, Hyde C, O'Dowd T. The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. *Psychological Medicine* 1978;8:695-704.
322. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: 1 – benefits of feedback training in interviewing as students persists. *British Medical Journal* 1986a;292:1573-6.
323. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: 2 – most young doctors are bad at giving information. *British Medical Journal* 1986b;292:1576-8.
324. Kinnersley P, Pill R. Potential of using simulated patients to study performance of general practitioners. *British Journal of General Practice* 1993;43:297-300.
325. Eron LD. The effect of medical education upon attitudes: a follow-up study. *Journal of Medical Education* 1958;33:25-33.
326. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge referenced observation guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programs. *Medical Education* 1996;30:83-89.
327. Stillman PL, Sabars DL, Redfield DL. Use of trained mothers to teach interviewing skills to first year medical students: a follow up study. *Pediatrics* 1977;60:165-9.
328. Norman GR, Tugwell P. A comparison of resident performance on real and simulated patients. *Journal of Medical Education* 1982;57:708-15.
329. Tamburrino MB, Lynch DJ, Nagel R. Assessment of a brief interviewing course using the helping relationship inventory: an interviewing course assessment. *Medical Teacher* 1990;12(3-4):273-7.
330. Sanson-Fisher RW, Redman S, Walsh R, Mitchell K, Reid ALA, Perkins JJ. Training medical practitioners in information transfer skills: the new challenge. *Medical Education* 1991;25:322-33.



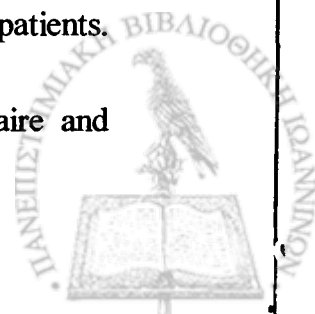
331. Kendrick T, Freeling P. A communication skills course for preclinical students: evaluation of general practice based teaching using group methods. *Medical Education* 1993;27(3):211-7.
332. Pieters HM, Touw-Otten Fwvm, De Melker RA. Simulated patients in assessing consultation skills of trainees in general practice vocational training: a validity study. *Medical Education* 1994;28:226-33.
333. Gorlin R, Howard DZ. Special article: physicians' reactions to patients; a key to teaching humanistic medicine. *NEJM - New England Journal of Medicine* 1983;308(18):1059-1063.
334. Gorlin R, Zucker HD. Physicians' reactions to patients: a key to teaching humanistic medicine. *New England Journal of Medicine* 1983;308:1059-1063.
335. Smith RC, Zimny GH. Physicians' emotional reactions to patients'. *Psychosomatics* 1988;29(4):392-397.
336. Roter DL, Cole KA, Kern DE, Barker LR, Grayson M. An evaluation of residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. *Journal of General Internal Medicine* 1990;5(4):347-54.
337. Van der Vleuten CPM, Swanson DB. Assessment of clinical skills with standardized patients: state of the art. *Teaching and learning in Medicine* 1990;2:58-76.
338. Gask L, Goldberg D, Boardman A. Training general practitioners to teach psychiatric interviewing skills: an evaluation of group training. *Medical Education* 1991;25:444-51.
339. Ziv A, Lemau O, Friedman M. Peer assessment increases awareness of interpersonal skills and humanistic qualities of medical students. *Proceedings: The Sixth Ottawa Conference on Medical Education June 26-29 Toronto, Ontario, Canada, 1994:257-258.*
340. Evans BJ, Coman GJ, Goss B. Consulting skills training and medical students' interviewing efficiency. *Medical Education* 1996;30(2):121-8.
341. Pendleton D. Doctor-patient communication: a review. In Pendleton D and Hasler J eds., *New York Academic Press, 1983.*
342. Inui TS, Carter WB. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Medical Care* 1985;23:521-38.
343. Green BR, Hall JA. Quantitative methods for literature reviews. *Annual Review of Psychology* 1984;35:37-53.
344. Bertakis KD, Callahan EJ. A comparison of initial and established patient encounters using the Davis Observation Code. *Family Medicine* 1992;24:307-11.
345. Mathews JJ. The communication process in clinical settings. *Social Science & Medicine* 1983;17:1371.
346. Pendleton DA, Bochner S. The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class. *Social Science & Medicine* 1980;14A:669.
347. Heszen-Klemems I, Kapińska E. Doctor-patient interaction, patients' health behaviour and effects of treatment. *Social Science & Medicine* 1984;19:9-18.



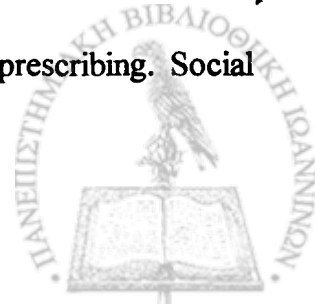
348. Davis MS. Variations in patients' compliance with doctors' orders: analysis of congruence between survey responses and results of empirical investigations. *Journal of Medical Education* 1966;41:1037.
349. Tuckett D, Boulton M, Olson C, et al. Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. London: Tavistock, 1985.
350. De Young M. Review article: research on the effects of pharmacist-patient communication in institutions and ambulatory care sites, 1969-1994. *American Journal of Health-System Pharmacy* 1996;53:1277-91.
351. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care* 1988;26:657-75.
352. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research design and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine* 1988a;27:637.
353. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science & Medicine* 1988b;27(9):935-39.
354. Zyzanski SJ, Hulka BS, Cassel JC. Scale for the measurement of 'satisfaction' with medical care: modifications in content, format and scoring. *Medical Care* 1974;12:611-20.
355. Sparr LF, Gordon GH, Hickam DH, Girard DE. The doctor-patient relationship during medical internship: the evolution of dissatisfaction. *Social Science & Medicine* 1988;26(11):1095-1101.
356. Kazis LE, Callahan LF, Meenan RF, Pincus T. Health status reports in the care of patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Epidemiology* 1990;43(11):1243-1253.
357. Hjordahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal* 1991;303:1181-4.
358. Chaitchik S, Kreitler S, Shaked S, Schwartz I, Rosin R. Doctor-Patient communication in a cancer ward. *Journal of Cancer Education* 1992;7(1):41-54.
359. Hjordahl P, Lærum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *British Medical Journal* 1992;304:1287-90.
360. Schnabl GK, Hassard TH, Kopelow ML. Extending the skills measured with standardized patient examinations: the assessment of interpersonal skills using standardized patients. *Academic Medicine* 1991;66(9):S34-S36.
361. Schnabl GK, Kopelow ML, Grott M. Assessing and designing enhancement of interpersonal skills of practicing physicians. *Proceedings: The Sixth Ottawa Conference on Medical Education* pp. 262-264, Toronto, Ontario, Canada, 1994 June 26-29.
362. Petrusa ER, Camp MG, Harward DH, Richards BF, Smith III AC, Willis SE, Bolton CA. Measuring the doctor-patient relationship and communication in a clinical performance examination. *Proceedings: The Sixth Ottawa Conference on Medical Education*, June 26-29 Toronto, Ontario, Canada, 1994:259-261.



363. Lin EH, Von Korff M, Katon W, Bush T, Simon GE, Walker E, Robinson P. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Medical Care* 1995;33(1):67-74.
364. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB, Linzer M, Verloin deGruy III F. The Difficult Patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *Journal of General Internal Medicine* 1996;11:1-8.
365. Suchman AL, Roter D, Green M, Lipkin M, The Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. Physician satisfaction with primary care office visits. *Medical Care* 1993;31(12):1083-1092.
366. Arborelius E, Timpka T. General practitioners' comments on video recorded consultations as an aid to understanding the doctor-patient relationship. *Family Practice* 1990;7(2):84-90.
367. Awad AG, Hogan TP, Voruganti LNP, Heslegrave RJ. Patients' subjective experiences on antipsychotic medications: implications for outcome and quality of life. *International Clinical Psychopharmacology* 1995;10 Supplement 3:123-132.
368. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice* 1990;40:487-90.
369. Barrett-Lennard GT. Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied* 1962 Whole No. 562;76(43):1-36.
370. Barrett-Lennard G T. 'The relationship Inventory: Later development and Adaptations'. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology* 1978;8:68.
371. Bender W, Haag M. 'Zur Compliance psychiatrischer Patienten: Entwicklung eines Fragebogens' *Psycho* 1986;12:384-385.
372. Bergner M, Bobbitt RA. The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure. *Medical Care* 1981;XIX(8):787-805.
373. Carlberg A. Patient satisfaction and design of treatment. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1993;11:105-110.
374. Cooley EJ, Lajoy R. Therapeutic relationship and improvement as perceived by clients and therapists. *Journal of Clinical Psychology* 1980;36(2):562-570.
375. Dazord A, Gerin P, Iahns JF, Andreoli A, Reith B, Abensur J. Pretreatment and process measures in crisis intervention as predictors of outcome. *Psychotherapy Research* 1991;1(2):135-147.
376. De Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. 'Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating'. *Medical Education* 1988;22;231-239.
377. Dormaar M, Dijkman CIM, De Vries MW. Consensus in Patient-Therapist Interactions. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1989;51:69-76.
378. Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. 'Measuring patients' desire for autonomy: Decision-making and information-seeking preferences among medical patients'. *Journal of General Internal Medicine* 1989b;4:23-30 .
379. Finlay IG, Stott NCH, Kinnersley P. The assessment of communication skills in palliative medicine: a comparison of the scores of examiners and simulated patients. *Medical Education* 1995;29:424-429.
380. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II - designing a questionnaire and conducting a survey. *British Medical Journal* 1991;302:1129-32.



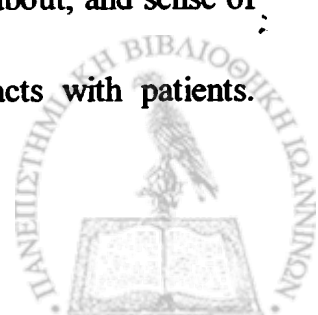
381. Foreman SA, Marmar CR. Therapist Actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 1985;142:922-926.
382. Franklin BJ, Dale McLemore DS. A scale for measuring attitudes toward student health services. *The Journal of Psychology* 1967;66:143-147.
383. Freeman GK, Richards SC. Personal continuity and the care of patients with epilepsy in general practice. *British Journal of General Practice*, September 1994;44:395-9.
384. Ganther JM, Wiederholt JB, Kreling DH. Measuring Patients' Medical Care Preferences: Care Seeking versus Self-Treating. *Medical Decision Making* 2001;21:133-140.
385. Gerbert B, Hargreaves WA. Measuring physician behavior. *Medical Care* 1986;24(9):838-847.
386. Girard DE, Elliot DL, Hickam DH, Sparr L, Clarke NG, Warren L, Koski J. The Internship - A prospective Investigation of Emotion and Attitudes. (*Medical Education*) *Western Journal of Medicine* 1986;144:93-98.
387. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal* 1997;314:1014-8.
388. Greco M, Francis W, Buckley J, Brownlea A, McGovern J. Real-patient evaluation of communication skills teaching for GP registrars. *Family Practice* 1998;15(1):51-57.
389. Grol R, Mokkink H, Smits A, Eijk JV, Beek M, Mesker P, Mesker-Nielsen. Work Satisfaction of General Practitioners and the Quality of Patient Care. *Family Practice* 1985;Vol 2(3):128-135.
390. Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE Binder. Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61(3):434-440.
391. Moras K, Strupp HH. Pretherapy Interpersonal Relations, Patients' alliance, and Outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry* 1982;39:405-409.
392. Holloway RL, Rogers JC. Physician Adaptation to Patients' Locus of control and congruence with Health Recommendations. *Health Communication* 1992a;4(1):67-78.
393. Kurth RA, Pokorny D, Körner A, Der Beziehungs-Muster-Fragebogen (BeMus) MG, Validierung anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (The Relationship Patterns Questionnaire (RPQ): Validation by Using a Representative Sample). *Psychother Psych Med* 2002;52:179-188.
394. Luborsky L. Clinicians' Judgments of Mental Health-A proposed scale. *Archives of General Psychiatry* 1962;7:35-45.
395. Malterud K. Key questions - A strategy for modifying clinical communication. Transforming tacing skills into a clinical method. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1994;12:121-7.
396. Matthews DA, Feinstein AR. A new instrument for patients' ratings of physician performance in the hospital setting. *Journal of General Internal Medicine* 1989;4:14-22.
397. Melville A. Job satisfaction in general practice: implications for prescribing. *Social Science & Medicine* 1980;14A:495-499.



398. Meredith LS, Albert LS. Variation and Quality of Self-Report Health Data. *Medical Care* 1995;33:1120-1131.
399. Meredith LS, Siu AL. Variation and quality of self-report health data. *Medical Care* 1995;33(11):1120-1131.
400. Stewart AL, Hays RD, Ware JE, The MOS short-form General Health Survey: Reliability and validity of in a patient population. *Medical Care* 1988;26:724.
401. Mira JJ, Vitaller J, Bull JA, Aranaz J, Rodriguez-Mari. Satisfaccion y estres laboral en medicos generalistas del sistema publico de salud. (Job satisfaction and stress among general physicians in the public health system). *Atencion Primaria* 1994;14:1135-40.
402. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication compliance. *Medical Care* 1986;24:67-74.
403. Morgan R, Luborsky L, Crits-Cristoph P, Curtis H, Solomon J. Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Archives of General Psychiatry* 1982;39:397-402.
404. Muran JC, Samstag LW, Jilton R, Batchelder S, Winston A. Development of a suboutcome strategy to measure interpersonal process in psychotherapy from an observer perspective. *Journal of Clinical Psychology* 1997;53(5):405-420.
405. Wiggins JS. A psychological taxonomy of trait-descriptive terms: The interpersonal domain. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979;37:395-412.
406. Wiggins JS, Trapnell P, Phillips N. Psychometric and geometric characteristics of the revised Interpersonal Adjective Scale. *Multivariate Behavioral Research* 1988;23:517-530.
407. Nnodim JO, Osuji CU. Comparison of medical and non-medical student attitudes to social issues in medicine. *Medical Education* 1995;29:273-277.
408. Orlinsky DE, Howard KI. *Psychotherapy Session Report, Form P and form T*. Chicago: Institute of Juvenile Research, 1966.
409. Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education, Essential elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement, *Academic Medicine* 2001;76:390-393.
410. Zyzanski SJ, Hulka BS, Cassel JC. Scale for the Measurement of 'Satisfaction' with Medical Care: Modifications in content, format and scoring'. *Medical Care* 1974;XII(7):611-620.
411. Hulka BS, Zyzanski SJ. Validation of a patient satisfaction scale: Theory, methods and practice. *Medical Care* 1982;6:649-53.
412. Roland MO, Porter RW, Matthews JG, Redden JF, Simonds GW, Bewley B. Improving care: a study of orthopaedic outpatient referrals. *British Medical Journal* 1991;302:1124-1128.
413. Russel NK, Boekeloo BO, Rafi IZ, Rabin DL. Using Unannounced Simulated Patients to Evaluate Sexual Risk Assessment and Risk Reduction Skills of Practicing Physicians', (Extending the Skills Measured with Standardized Patient Examinations), *Academic Medicine*, Vol. 66(9):S37-S39, September Supplement 1991.
414. Salomon L, Gasquet I, Mesbah M, Ravaud P. Construction of a scale measuring inpatient's opinion on quality of care. *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11(6):507-516.

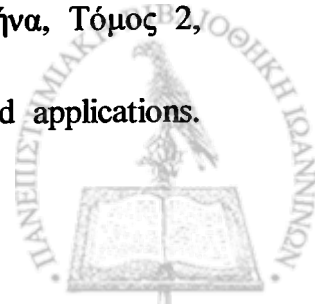


415. Samstag IW, Batchelder ST, Muran JC, Safran JD, Winston A. Early Identification of Treatment Failures in Short-Term Psychotherapy - An Assessment of Therapeutic Alliance and Interpersonal Behavior. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1998;7:126-143.
416. Todd A. The prescriptions of contraceptions: negotiations between doctor and patients. *Discourse Processes* 1984;7:171-200.
417. Van Thiel J, Kraan HF, Van Der Vleuten. Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht History - Taking and Advice Checklist. *Medical Education* 1991;25:224-229.
418. Wallston SB, Wallston KA, Kaplan GD, Maides A. Development and Validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1976;44(4):580-585.
419. Ware JE, Snyder MK, Wright WR. Development and validation of scales to measure patient satisfaction with health care services. National Center for Health Services Research, Vol. I, Part A, Report No. NCHSR, 1976:79-17.
420. Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brankati FL. Attributes of excellent attending-physician role models. *The New England Journal of Medicine* 1998;339:1986-93.
421. Andrusyna TP, Tang TZ, DeRubeis RJ, Luborsky L. The Factor Structure of the Working Alliance Inventory in Cognitive-Behavioral Therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2001;10:173-178.
422. Barak A, LaGrosse MB. Multidimensional Perception of Counselor Behavior. *Journal of Counseling Psychology* 1975;22(3):471-476.
423. Goerg D, de Saussure C, Guimón J. Objectives for the undergraduate teaching of psychiatry : survey of doctors and students. *Medical Education* 1999;33:639-647.
424. Hayes JA, Gelso CJ. Effects of Therapist-Trainees' Anxiety and Empathy of Countertransference Behavior. *Journal of Clinical Psychology* 1991;47(2):284-290.
425. Hogan R. Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;33(3):307-316.-
426. Phillips D. Medical professional dominance and client dissatisfaction. *Social Science & Medicine* 1996;42(10):1419-1425.
427. Helman CG. Communication in primary care: the role of patient and practitioner explanatory models. *Social Science & Medicine* 1985;20:923-41.
428. Hjortdahl P. General practice and continuity of care: organizational aspects. *Family Practice* 1989;6:292-8.
429. Hjortdahl P. Ideology and reality of continuity of care. *Family Medicine* 1990;22:361-4.
430. Hjortdahl P. The influence of general practitioners' knowledge about their patients on the clinical decision making process. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1992a;10:in press.
431. Hjortdahl P. Continuity of care: general practitioners' knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *Family Practice* 1992b;9:3-8.
432. Spitz L, Bloch E. Denial and minimization in telephone contacts with patients. *Journal of Family Practice* 1981;12:93-8.

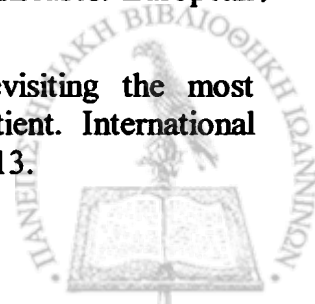




433. Grant WB. The hated patient and his hating attendants. *Medical Journal of Australia* 1980;2:727-9.
434. Kernberg O. Notes on countertransference. *Journal of American Psychoanalytic Association* 1965;13:38-56.
435. Garrity TF. Medical compliance and the clinical-patient relationship: a review. *Social Science & Medicine* 1981;15E:215-222.
436. Smith RC. Teaching interviewing skills to medical students: the issue of 'countertransference'. *Journal of Medical Education* 1984;59:582-588.
437. Smith RC. Unrecognized responses and feelings of residents and fellows during interviews of patients. *Journal of Medical Education* 1986;61:982-984.
438. Harris IB, Rich EC, Crowson TW. Attitudes of internal medicine residents and staff physicians toward various patient characteristics. *Journal of Medical Education* 1985;60:192-195.
439. Rosenzweig S. Emergency rapport. *Journal of Emergency Medicine* 1993;11(6):775-8.
440. Clark LA, Watson D. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment* 1995;7:309-319.
441. Polit DF, Hungler BP. *Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. 3<sup>rd</sup> edition Philadelphia, JB Lippincott Co, 1993.
442. Walsh WB, Betz NE. *Tests and measurement*. 2<sup>nd</sup> edition London: Prentice-Hall, 1990.
443. Σαχίνη-Καρδάση Α. *Μεθοδολογία Έρευνας – Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Γ΄ Έκδοση, Αθήνα 1997.
444. Αλεξόπουλος ΔΣ, *Ψυχομετρία – Σχεδιασμός τεστ και ανάλυση ερωτήσεων*. Τόμος Α΄, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.
445. Davidson J. *Outdoor Recreation Surveys: The design and Use of Questionnaires for Site Surveys*. Countryside Commission, London, 1970.
446. Mehrens WA, Lehman IJ. *Measurement and evaluation in education and psychology*. 2nd ed New York: Holt, Rinehart and Winston, 1978.
447. Van de Vijver F, Hambleton RK. Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist* 1996;1:89-99.
448. Hambleton RK. Translating achievement tests for use in cross-national studies. *European Journal of Psychological Assessment* 1993;9:57-68.
449. Georgas JG. *Το Georgas Τεστ Νοημοσύνης για παιδιά*. Αθήνα, Κέδρος 1971.
450. Γεώργας ΔΔ, Παρασκευόπουλος ΙΝ, Μπεζεβέγκης ΙΝ, Γιαννίτσας ΝΔ. *Υπεύθυνοι Ελληνικής Έκδοσης. Ελληνικό WISC-III: Wechsler Κλίμακες Νοημοσύνης για Παιδιά*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα 1997.
451. Παρασκευόπουλος ΙΝ. *Ψυχολογία Ατομικών Διαφορών*. Αθήνα, Συγγραφέας 1992.
452. Παρασκευόπουλος ΙΝ. *Μεθοδολογία Επιστημονικής έρευνας*. Αθήνα, Τόμος Β΄, Συγγραφέας 1993.
453. Murphy KR, Davidshofer CO. *Psychological testing: Principles and applications*. Englewood Clift, NJ: Prentice Hall 1994.



454. Edwards AL. Social desirability or acquiescence in the MMPI? A case study with the SD scale. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1961;63:351-359.
455. Selltiz C, Wrightsman LS, Cook SW. *Research Methods in Social Relations*. Holt, Rinehart & Winston, New York, 1976.
456. Thorndike RM, Cunningham GK, Thorndike RL, Hagen EP. *Measurement and evaluation in psychology and education*. 5<sup>th</sup> ed, New York: Macmillan, 1991.
457. Stone DH. Design a questionnaire. *British Medical Journal* 1993;307:1264-6.
458. Nunnally JC, Bernstein H. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1994.
459. Javeau C. Η έρευνα με ερωτηματολόγιο – Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή', Εκδόσεις Τυπωθήτω, Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα 1996.
460. Aiken LR. *Psychological testing and assessment*. 8th ed, Boston: Allyn and Bacon, 1994.
461. Σταυρινός ΒΓ. Στατιστική για τις Επιστήμες της Υγείας. Α' Τόμος, Gutenberg, Αθήνα, 1998.
462. Robson C. *Experiment, Design and Statistics in Psychology*. Third edition, Penguin Books, 1994.
463. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology (New York)* 1932;140:44-53.
464. Cattell RB. The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research* 1966;1:245-276.
465. Gregory RJ. *Psychological Testing. History, principles, and applications*. Boston: Allyn and Bacon, 1992.
466. Hoinville G, Jowell R. *Survey Research Practice*. Heinemann Educational Books, London, 1978.
467. Gorsuch RL. *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 2<sup>nd</sup> ed, 1983.
468. Streiner DL. Figuring out factors: The use and misuse of factor analysis. *Canadian Journal of Psychiatry* 1994;39:135-140.
469. Guadagnoli E, Velicer WF. Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin* 1988;103:265-275.
470. Anastasi A. *Psychological Testing*. 4th Edition. Macmillan Publishing Co., Inc New York 1976.
471. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297.
472. Katz J. *The silent word of doctor and patient*. New York: Macmillan, 1982.
473. Nunnally JC. *Psychometric theory*. New York, McGraw-Hill, 1978.
474. Dazord A, Augier-Astolfi F, Guisti P, Frot-Coutaz E. Quality of life and socio-professional rehabilitation: study on patients with chronic mental diseases. *European Psychiatry* 1996;11:277-285.
475. Domenighetti G, Casabianca A, Gutzwiller F, Martinolis. Revisiting the most informed consumer of surgical services – The physician – patient. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1993;9(4):505-513.



476. Hidalgo JLT, Escobar F, Fernández C, González C, Urbistondo L, Requeza M. Trantornos mentales y utilización de las consultas de medicina general. (Mental disorders and visits to the general practitioner). *Atención Primaria* 1992;3(10):665-70.
477. Storr A. *The art of psychotherapy*, 2<sup>nd</sup> edition, Chapman & Hall, N.Y, 1990.
478. Henbest RJ, Stewart M. Patient centeredness in the consultation: does it really make a difference?. *Family Practice* 1990;7:28-33.
479. Shapiro AK. Factors contributing to the placebo effect: their implications for psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 1959;116:298-304.
480. Council on General Internal Medicine & American Board of Internal Medicine. Attributes of the general internist and recommendations for training. *Annals of Internal Medicine* 1977;86:472-473.
481. American Board of Internal Medicine. Clinical competence in internal medicine. *Annals of Internal Medicine* 1979;90:402-411.
482. Pappas D, Yannitsi S, Liakos A. Evaluation of in-patient groups in a general psychiatric unit. *Therapeutic Communities* 1997;18(4):285-296.
483. Peabody FW. The care of the patient. *JAMA-The Journal of the American Medical Association* 1927;88:877-82.
484. Keijsers G, Schaap C, Hoogduin K, Peters W. The therapeutic relationship in the behavioural treatment. *Behavioural Psychotherapy* 1991;19(4):359-367.
485. Bertakis KD. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. *Journal of Family Practice* 1977;5:217-222.
486. Diener E, Crandall R. *Ethics in Social and Behavioral Research*. University of Chicago Press, Chicago, 1978.
487. Debaty P. Η μέτρηση των στάσεων. P.U.F., Paris, Collection, 'SUP', 1967:202.
488. Everitt BS. *Making sense of Statistics in Psychology*. OXFORD: Oxford University Press, 1996.
489. Frankfort-Nachmias C, Nachmias D. *Research Methods in the Social Sciences*. Edward Arnold, London, 1992.
490. Lucas S. *Health Education in General Practice: an analysis of information and advice given by doctors in consultation with elderly patients*. Mimeo, H.E.C., London, 1978.
491. Saunders SM, Howard KI, Orlinsky DE. The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989;1:323-330.
491. Δημητρόπουλος ΓΕ. *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας*. Αθήνα, Έλλην, 1994.
492. Stoudemire A, Thompson TL. Medication noncompliance: systematic approaches to evaluation and intervention. *General Hospital Psychiatry* 1983; 5:233-239.
493. Krueger DW. Patient suicide: model for medical student teaching and mourning. *General Hospital Psychiatry* 1979;1:229-33.
494. Krakowski A. Stress and the practice of medicine – the myths and reality. *Journal of Psychosomatic Research* 1982;26:91-98.



495. Howell DC. Statistical Methods for Psychology. Duxbury Press 1992.
496. Barnette WL. Readings in Psychological tests and Measurements. The Dorsey Press, 1964.
497. Kazdin AE. Methodological Issues & Strategies in Clinical Research. American Psychological Association 1992.
498. Kline P. Psychometrics and Psychology. Academic Press 1979.
499. Goldstein G, Hersen M. Handbook of Psychological Assessment. Pergamon General Psychology Series 1984.
500. Guilford JP. Psychometric Methods. McGraw-Hill Book Company 1954.
501. Winer BJ. Statistical Principles in Experimental Design. McGraw-Hill 1970.
502. McCall RB. Fundamental Statistics for Psychology. 2<sup>nd</sup> edition, Harcourt Brace Jovanovich 1975.
503. Marmar CR, Weiss DS, Gaston L. Toward the Validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology 1989;1(1):46-52.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι** Παρουσίαση των ερωτηματολογίων που ελήφθησαν υπόψη κατά τη διάρκεια της παρούσας έρευνας και των βιβλιογραφικών-πηγών κατά αλφαβητική σειρά.
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ** Συνοδευτική επιστολή προς τους Διευθυντές των κλινικών του ΓΠΠΝΙ, για τη γνωστοποίηση των σκοπών της έρευνας
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ** Πύλοτική φάση:  
*Α) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ:  
 ΚΛΙΜΑΚΑ Α' ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ*  
*Β) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ:  
 ΚΛΙΜΑΚΑ Β' ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ*
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV** Επίσημη φάση:  
*Α) Εξώφυλλο ερωτηματολογίου Γιατρών*  
*Β) Εξώφυλλο ερωτηματολογίου Ασθενών*
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V** Επίσημη φάση:  
 Συνοδευτική επιστολή: Οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου για τα παρακάτω:  
*Α) Ερωτηματολόγιο γιατρών*  
*Β) Ερωτηματολόγιο ασθενών*
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI** Επίσημη φάση:  
*Α) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ:  
 ΚΛΙΜΑΚΑ Α' ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ*  
*Β) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ:  
 ΚΛΙΜΑΚΑ Β' ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ*
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII** Επίσημη φάση:  
*Α) ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΑΣ Α' ΓΙΑ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ*  
*Β) ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΑΣ Β' ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ*
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII** ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α' ΓΙΑΤΡΩΝ: ΕΞΑΓΩΓΗ 24 ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙX** ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β' ΑΣΘΕΝΩΝ: ΕΞΑΓΩΓΗ 31 ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ X** Φάση Εγκυρότητας και Αξιοπιστίας  
 ΚΟΙΝΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XI** Φάση Εγκυρότητας και Αξιοπιστίας  
 ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ 1-10



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Παρουσίαση των ερωτηματολογίων που ελήφθησαν υπόψη κατά τη διάρκεια της παρούσας έρευνας και των βιβλιογραφικών πηγών, κατά αλφαβητική σειρά.



Andrusyna TP, Tang TZ, DeRubeis RJ, Luborsky L. The Factor Structure of the Working Alliance Inventory in Cognitive-Behavioral Therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2001;10:173-178.

## COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY (CBT ALLIANCE)

### WAI-O-S

#### (WORKING ALLIANCE INVENTORY, SHORTENED OBSERVER-RATED VERSION)

#### Factor 1: Agreement/Confidence

##### *Goal*

4. There are doubts or a lack of understanding about what participants are trying to accomplish in therapy.
6. The client and therapist are working on mutually agreed-upon goals.
10. The client and therapist have different ideas about what the client's real problems are.
11. The client and therapist have established a good understanding of the changes that would be good for the client.

##### *-Task*

1. There is agreement about the steps taken to help improve the client's situation.
2. There is agreement about the usefulness of the current activity in therapy (i.e., the client is seeing new ways to look at his/her problem).
8. There is agreement on what is important for the client to work on.
12. The client believes that the way they are working with his/her problem is correct.

##### *Bond (confidence item)*

5. The client feels confident in the therapist's ability to help the client.

#### Factor 2: Relationship

##### *Bond (remaining Bond items)*

3. There is a mutual liking between the client and therapist.
7. The client feels that the therapist appreciates him/her as a person.
9. There is mutual trust between the client and therapist.

*The items are rated on a 7-point Likert type scale.*



Arborelius E, Timpka T. General practitioners' comments on video recorded consultations as an aid to understanding the doctor-patient relationship. *Family Practice* 1990;7(2):84-90.

### DIFFICULTIES IN DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION

- *Difficulties understanding the patient* (dealt with the fact that the general practitioner did not really understand the patient or what the patient meant).
- *Difficulties sorting the patient's information* (with regard to the problem of unsorted information from the patient).
- *Difficulties with previous personal information about the patient himself or about similar symptoms the patient has.*
- *Difficulties in the methods of the conversation* (dealt with the inability to break and/or to direct the talk, to not know what to ask or say next time, the feeling of talking too much, that the talk is fragmented or that there are misunderstandings).
- *Own shortcomings in communication* (with regard to the information that practitioners give to the patient)
- *Relationship to the patient* (with regard to the patient's ability to give information)
- *Difficulties for the patient in the consultation* (dealt with practitioners' own behaviour towards the patient and their comments on events, which they thought might be difficult for the patients)
- *Attempts to facilitate communication for the patient* (dealing with practitioners' attempts to facilitate communication, consciously or unconsciously).
- *Insufficient truthfulness* (dealt with the phenomenon that the general practitioner felt uncertain whether the patient spoke about significant things, whether the patient omitted something or if he did not want to reveal important facts).
- *Inadequate understanding* (dealt with the direct utterances the patient used, but most commonly they concerned the fact that the general practitioner did not understand in what context the patient asked his questions).
- *Disagreement about facts* (dealt with the fact that the general practitioner did not agree with the patient's explanation of his symptoms).
- *Violation of social norms* (dealt with the fact that the general practitioner noted that the patient behaved in a manner that was a bit unusual in the situation).
- *Disturbances in the environment*





Awad AG, Hogan TP, Voruganti LNP, Heslegrave RJ. Patients: subjective experiences on antipsychotic medications: implications for outcome and quality of life. *International Clinical Psychopharmacology* 1995;10 Supplement 3:123-132.

### DRUG ATTITUDE INVENTORY (DAI)-30

	Question	Response	
1.	I don't need to take medications once I feel better.	T	F
2.	For me the good things about medication outweigh the bad.	T	F
3.	I feel weird, like a 'zombie' on medication.	T	F
4.	Even when I'm not in hospital I need medication regularly.	T	F
5.	If I take medication it's only because of pressure from other people.	T	F
6.	I am more aware of what I am doing, of what is going on around me when I am on medication.	T	F
7.	Taking medication will do me no harm.	T	F
8.	I take medication on my own free choice.	T	F
9.	Medications make me feel more relaxed.	T	F
10.	I am no different on or off medication.	T	F
11.	The unpleasant effects of medication are always present.	T	F
12.	Medication makes me feel tired and sluggish.	T	F
13.	I take medication only I am sick.	T	F
14.	Medication is slow-acting poison.	T	F
15.	I get along better with people when I am on medication.	T	F
16.	I can't concentrate on anything when I am taking medication.	T	F
17.	I know better than the doctor when to go off medication.	T	F
18.	I feel more normal on medication.	T	F
19.	I would rather be seek than taking medications.	T	F
20.	It is natural for my mind and body to be controlled by medication.	T	F
21.	My thoughts are clearer on medication.	T	F
22.	I should stay on medication even if I feel alright.	T	F
23.	Taking medication will prevent me from having a breakdown.	T	F
24.	It is up to the doctor when I go off medication.	T	F
25.	Things that I could do easily are much more difficult when I am on medication.	T	F
26.	I am happier, feel better, when taking medications.	T	F
27.	I am given medication to control behaviour than other people (not myself) don't like.	T	F
28.	I can't relax on medication.	T	F
29.	I am in better control of myself.	T	F
30.	By staying on medication I can prevent getting sick.	T	F



**Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. British Journal of General Practice 1990;40:487-490.**

## **QUESTIONNAIRE TO ASSESS PATIENTS' SATISFACTION WITH CONSULTATIONS**

### **General satisfaction**

- (1) I am totally satisfied with my visit to this doctor.
- (7) Some things about my consultation with the doctor could have been better.
- (17) I am not completely satisfied with my visit to the doctor.

### **Professional care**

- (2) This doctor was very careful to check everything when examining me.
- (9) This doctor examined me very thoroughly.
- (6) This doctor told me everything about my treatment.
- (10) I thought this doctor took notice of me as a person.
- (3) I will follow this doctor's advice because I think he/she is absolutely right.
- (13) This doctor was interested in me as a person, and not just my illness.
- (12) I understand my illness much better after seeing this doctor.

### **Depth of relationship**

- (8) There are some things this doctor does not know about me.
- (14) This doctor knows all about me.
- (15) I felt this doctor really knew what I was thinking.
- (4) I felt able to tell this doctor about very personal things.
- (18) I would find it difficult to tell this doctor about some private.

### **Perceived time**

- (11) The time I was allowed to spend with the doctor was not long enough to deal with everything I wanted.
- (16) I wish it had been possible to spend a little longer with the doctor.
- (5) The time I was able to spend with the doctor was a bit too short.



Barak A, LaGrosse MB. Multidimensional Perception of Counselor Behavior. *Journal of Counseling Psychology* 1975;22(3):471-476.

LaGrosse MB. Perceived Counselor Social Influence and Counseling Outcomes: Validity of the Counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology* 1980;27(4):320-327.

### COUNSELOR RATING FORM (CRF)

#### Expertness dimension

Alert-unalert  
 Analytic-diffuse  
 Clear-vague  
 Confident-unsure  
 Experienced-inexperienced  
 Expert-inexperienced  
 Expert-inexpert  
 Informed-ignorant  
 Insightful-insightless  
 Intelligent-stupid  
 Logical-illogical  
 Prepared-unprepared  
 Skillful-unskillful

#### Attractiveness dimension

Agreeable-disagreeable  
 Appreciative-unappreciative  
 Attractive-unattractive  
 Causal-formal  
 Cheerful-depressed  
 Close-distant  
 Compatible-incompatible  
 Enthusiastic-indifferent  
 Friendly-unfriendly  
 Likeable-unlikeable  
 Sociable-unsociable  
 Warm-cold

#### Trustworthiness dimension

Confidential-revealing  
 Dependable-undependable  
 Honest-dishonest  
 Open-closed  
 Reliable-unreliable  
 Respectful-disrespectful  
 Responsible-irresponsible  
 Selfless-selfish  
 Sincere-insincere  
 Straightforward-deceitful  
 Trustworthy-untrustworthy  
 Unbiased-biased

*It is used to measure the social influence dimensions of perceived counselor.*



Barrett-Lennard GT. Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change.

Psychological Monographs: General and Applied 1962 Whole No. 562;76(43):1-36.

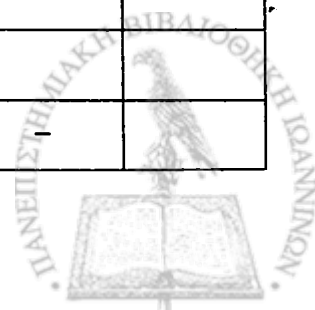
Barrett-Lennard, GT. The relationship Inventory: Later development and Adaptations, JSAS

Catalog of Selected Documents in Psychology 1978;8:68.

### BARRETT-LENNARD RELATIONSHIP INVENTORY

	Items	<i>R</i> Level of regard	<i>E</i> Empathic understanding	<i>C</i> Congruence	<i>U</i> Unconditionality of regard	<i>W</i> Willing ness to be known
1.	He respects me.	+				
2.	He tries to see things through my eyes.		+			
3.	He pretends that he likes me or understands me more than he really does.			-		
4.	His interest in me depends partly on what I am talking to him about.				-	
5.	He is willing to tell me his own thoughts and feelings when he is sure that I really want to know them.					+
6.	He disapproves of me.	-				
7.	He understands my words but not the way I feel.		-			
8.	What he says to me never conflicts with what he thinks or feels.			+		
9.	He always responds to me with warmth and interest - or always with coldness and disinterest.				+	
10.	He tells me his opinions or feelings more than I really want to know them.					-
11.	He is curious about 'the way I tick', but not really interested in me as a person.	-				
12.	He is interested in knowing what my experiences mean to me.		+			
13.	He is disturbed whenever I talk about or ask about certain things.			-		
14.	His feeling toward me does not depend on how I am feeling towards him.				+	
15.	He prefers to talk only about me and not at all about him.					-
16.	He likes seeing me.	+				
17.	He nearly always knows exactly what I mean.		+			
18.	I feel that he has unspoken feelings or concerns that are getting in the way of our relationship.			-		
19.	His attitude toward me depends partly on how I am feeling about myself.				-	
20.	He will freely tell me his own thoughts and feelings, when I want to know them.					+

		<i>R</i> <i>Level of</i> <i>regard</i>	<i>E</i> <i>Empathic</i> <i>understanding</i>	<i>C</i> <i>Congruence</i>	<i>U</i> <i>Unconditionality</i> <i>of regard</i>	<i>W</i> <i>Willingness</i> <i>to be</i> <i>known</i>
21.	He is indifferent to me.					
22.	At times he jumps to the conclusion that I feel more strongly or more concerned about something than I actually do.		-			
23.	He behaves just the way that he is, in our relationship.			+		
24.	Sometimes he responds to me in a more positive and friendly way than he does at other times.				-	
25.	He says more about himself than I am really interested to hear.					-
26.	He appreciates me.	+				
27.	Sometimes he thinks that I feel a certain way, because he feels that way.		-			
28.	I do not think that he hides anything from himself that he feels with me.			+		
29.	He likes me in some ways, dislikes me in others.				-	
30.	He adopts a professional role that makes it hard for me to know what he is like as a person.					-
31.	He is friendly and warm toward me.	+				
32.	He understands me.		+			
33.	If I feel negatively toward him he responds negatively to me.			-		
34.	He tells me what he thinks about me, whether I want to know it or not.				-	
35.	He cares about me.					+
36.	His own attitudes toward some of the things I say, or do, stop him from really understanding me.	-				
37.	He does not avoid anything that is important for our relationship.		+			
38.	Whether I am expressing 'good' feelings or 'bad' ones seems to make no difference to how positively - or how negatively - he feels toward me.			+		
39.	He is uncomfortable when I ask him something about himself.				-	
40.	He feels that I am dull and uninteresting.					-
41.	He understands what I say, from a detached, objective point of view.	-				
42.	I feel that I can trust him to be honest with me.		+			
43.	Sometimes he is warmly responsive to me, at other times cold or disapproving.			-		
44.	He expresses ideas or feelings of his own that I am not really interested in.					



		<i>R</i> Level of regard	<i>E</i> Empathic understanding	<i>C</i> Congruence	<i>U</i> Unconditionality of regard	<i>W</i> Willingness to be known
45.	He is interested in me.					+
46.	He appreciates what my experiences feel like to me.	+				
47.	He is secure and comfortable in our relationship.		+			
48.	Depending on his mood, he sometimes responds to me with quite a lot more warmth and interest than he does at other times.			-		
49.	He wants to say as little as possible about his own thoughts and feelings.				-	
50.	He just tolerates me.					
51.	He is playing a role with me.	-				
52.	He is equally appreciative - or equally unappreciative - of whatever I am telling him about myself.		+			
53.	His own feelings and thoughts are always available to me, but never imposed on me.			+		
54.	He does not really care what happens to me.				-	
55.	He does not realize how strongly I feel about some of the things we discuss.					-
56.	There are times when I feel that his outward response is quite indifferent from his inner reaction to me.	-				
57.	His general feeling toward me varies considerably.		-			
58.	He is willing for me to use as much time I get to know him better or when I want to.			+		
59.	He seems to really value me.				+	
60.	He responds to me mechanically.					
61.	I don't think that he is being honest with himself about the way he feels toward me.	-				
62.	Whether I like or dislike myself, makes no difference to the way he feels about me.		+			
63.	He is more interesting in expressing and communicating himself, than knowing and understanding me.			-		
64.	He dislikes me.					
65.	I feel that he is being genuine with me.					+
66.	Sometimes he is not at all comfortable but we go on, ignoring it.	-				
67.	He likes me better when I behave in some ways than he does when I behave in other ways.		-			
68.	He is willing to tell me his active response to anything I say or do.			+		



		<i>R</i> Level of regard	<i>E</i> Empathic understanding	<i>C</i> Congruence	<i>U</i> Unconditionality of regard	<i>W</i> Willingness to be known
69.	He feels deep affection for me.				+	
70.	He usually understands all of what I say to him.					+
71.	He does not try to mislead about his own thoughts or feelings.	+				
72.	Whether I feel fine or feel awful makes no difference to how warmly and appreciatively – or how coldly and unappreciatively – he feels toward me.		+			
73.	He tends to evade any attempt that I make to get to know him better.			-		
74.	He regards me as a disagreeable person.				-	
75.	What he says gives a false impression of his total reaction to me.					-
76.	I can be very critical of him without it changing his feeling toward me.	+				
77.	At times he feels contempt for me.					
78.	When I do not say what I mean at all clearly he still understands me.			+		
79.	He tries to avoid telling me anything that might upset me.				-	
80.	His general feeling toward me (of liking, respect, dislike, trust, criticism, anger, etc.) reflects the way that I am feeling toward him.					-
81.	He tries to understand me from his own point of view.	-				
82.	He can be deeply and fully aware of my most painful feelings without being distressed or burdened by them himself.		+			

**Scale of answers**

+1: *I feel that it is probably true, or more true than untrue.*

+2: *I feel it is true.*

+3: *I strongly feel that it is true.*

-1: *I feel that it is probably untrue, or more untrue than true.*

-2: *I feel it is not true.*

-3: *I strongly feel that it is not true.*



Beckman HB, Frankel RM. The effect of Physician Behavior on the Collection of Data. *Annals of Internal Medicine* 1984;101:692-696.

### A CODING METHOD

A coding method was used to the production and timing of dialogue.

- The segment studied was what most textbooks on interviewing define as the first phase of the medical interview.
- The solicitation studied was of the chief complaints or current concerns.

*The solitation defined as a request for information such as:*

- 'What brings you to the office or clinic?'
- 'What seems to be the problem?'

*If no solitation occurred, and the physician opened by explaining the purpose of the visit, the sequence was coded as 'chief complaint not solicited', such as:*

- 'I had you come back today to check your blood pressure'.

*The segment was concluded when either the physician began to recount the history of the present illness, defined by three or more topically specific closed-ended questions, for example:*

- 'Tell me about the pain'.
- How long have you been dealing with this symptom?

*or when the patient marked his or her own statement as completed.*

*Completion was defined as an announcement, for example: 'That's all'*

- A concern-related question asked of the physician: 'Is my chest pain serious?'

*A pause of more than 1 second at the completion of a patient's turn at talk; or a negative response to a physician query, such as:*

*'Is there anything else you'd like to add?'*

*The timing and content of the physician's response to the information presented was assessed. Any response that physically disrupted the speech stream or inhibited further topical development was labeled an interruption. There were four types of interruptions:*

- A closed question in an interrogative statement that narrows the range of the co-participants' appropriate responses to one or a limited set of options.
- An elaborator describes utterances used to encourage the patient to continue speaking on a topic or a particular aspect of a topic.
- A recompleter refers to an utterance that restates the content or sense of the content of the previous statement.
- A statement is a noninterrogative utterance that pertains to a patient's previous statement.

The impact of interruption on subsequent completion by the patient was then reviewed.

The segment studied was also evaluated for total number of patient concerns expressed, number of concerns expressed before interruption, time from onset of the study segment to the point of interruption if present, and the total time for the study segment.





Bender W, Haag HH, Greil W, Engel R. Compliance in Psychiatry: Development of a Patient Questionnaire. *Pharmacopsychiatry* 1986;19:176-177.

### COMPLIANCE SELF-RATING SCALE (COSS)

#### *Reliance on the professional competency of the physician*

I completely rely on the doctor.

The doctor should determine the treatment since he is the expert.

With psychiatric diseases one must rely on medications.

#### *Recognition of being seriously ill*

There is a risk of a relapse of my illness.

My psychological power of resistance is too weak.

#### *No belief in the efficacy of medication*

I don't think there are effective medications for threatening my illness.

Medical examinations often are bothersome and time consuming.

#### *General attribution of guilt towards oneself, the physician, and the others*

I am a very difficult person.

I am under the impression that the doctor is not interested in my problems.

Other people drove me into this condition.

#### *Fear of negative effects of medications*

Medications impair people in their daily life.

One can never be sure that medication will not have some unpleasant side-effects.

---

*Patients can express agreement or disagreement with each item on a 5-point scale.*



**Bergner M, Bobbitt RA. The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure. Medical Care 1981;XIX(8):787-805.**

**THE SICKNESS IMPACT PROFILE**

1. I sit during much of the day.
2. I sleep or nap during the day.
3. I am eating no food at all nutrition is taken through tubes or intravenous fluids.
4. I am eating special or different food.
5. I am not working at all.
6. I often act irritable toward my work associates.
7. I am not doing any of the maintenance or repair work around the house that I usually do.
8. I am not doing heavy work around the house.
9. I am going out for entertainment less.
10. I am not going any of my usual physical recreation or activities.
11. I walk shorter distances or stop to rest often.
12. I do not walk at all.
13. I stay within one room.
14. I stay away from home only for brief periods of time.
15. I do not bath myself at all, but am bathed by someone else.
16. I am very clumsy in body movements.
17. I am doing fewer social activities with groups of people.
18. I isolate myself as much as I can from the rest of the family.
19. I have difficulty reasoning and solving problems, for example, making plans, making decisions, learning new things.
20. I sometimes behave as if I were confused or disoriented in place or time, for example where I am, who is around, directions, what day it is.
21. I laugh or cry suddenly.
22. I act irritable and impatient with myself, for example, talk badly about myself, swear at myself, blame myself for things that happen.
23. I am having trouble writing or typing.
24. I do not speak clearly when I am under stress.



**Bertakis KD, Callahan EJ. A comparison of initial and established patient encounters using the Davis Observation Code. Family Medicine 1992;24(4):307-11.**

**Callahan EJ, Bertakis KD. Development and Validation of the Davis Observation Code. Family Medicine 1991;23:19-24.**

**DAVIS OBSERVATION CODE (DOC): 20-item  
PHYSICIAN – PATIENT INTERACTION CODE**

***CH: Chatting***

Physician or patient discussing topics not related to current visit, eg. small talk or humor which might be used to build rapport.

***SI: Structuring Interaction***

Physician or patient discussing what is to be accomplished in current interaction ; or physician asks patient for any questions. Excludes requests by physician for patient to do anything which is part of the physical exam. Excludes planning treatment. Can include statements describing what will be done in physical exam.

***CO : Counseling***

Physicians discusses interpersonal relations or current emotional state of patient or patient's family, provides reassurance, advice or support, or uses self-disclosure to reassure patient.

Excludes 'advice' asking for health behavior change. Physician restates what patient has said (in regards to above) or reflects on the patient's nonverbal behavior.

***HT : History taking***

Physician inquiring about or patient describing details related to the current chief complaint or to prior illnesses or treatment. Includes physician reading medical record. Excludes patient response to current treatment. Includes physician asking if physical exam maneuver produces pain or feeling described in chief complaint or history.

***FI : Family information***

Physician inquires about or discusses family medical or social history or about current functioning of family. (Family can include unrelated significant others from social or work groups).

***TE: Treatment Effects***

Physician inquires about or patient describes results of ongoing therapeutic intervention for current episode of problem.

***HK: Health knowledge***

Physician asks or patient spontaneously offers what patient knows or believes about health or disease (as opposed to patient's own treatment history which is coded History Taking).

***EF: Evaluation feedback***

Physician tells patient about results of history, physical, lab work, etc. (includes telling that lab tests are incomplete, inconclusive, etc.). Results can be preliminary or speculative.

***PE: Physical Examination***

Physician conducts any aspect of physical examination of patient including taking samples for lab tests or diagnostic procedures: also includes asking patient to prepare for physical exam, telling patient to do something in physical exam, or asking if maneuver hurts or is tender.

***PQ: Patient Question***

Patient asks question of physician about diagnosis, treatment, side effects, history, or disease.



**CM : Compliance**

Physician inquiring about or discussing what patient is currently doing or has done recently regarding previously requested behavior around taking medication, changing nutrition, or doing exercise or other behavior change.

**PS : Preventive Services**

Physician discusses, plans, or performs any screening task associated with disease prevention or takes history on disease prevention.

**HE : Health Examination**

Physician presents information regarding health to patient. This may include information regarding diagnosis, etiology, drug effects and treatment, or accident prevention. May also include statements about health attitudes and motivation.

**HP: Health Promotion**

Physician asks for a change in patient's behavior in order to increase or promote patient's health (including accident prevention). This excludes changing behavior around taking medication. Any explanation of the procedure itself, its side effects, drug interactions, or contraindications should be coded HE. Excludes asking patient to take medication.

**PT: Planning Treatment**

Physician prescribes a medication, diagnostic, or treatment plan to be followed other than behavior change. Includes physician asking if prescription refill is needed.

**EX: Exercise**

Any question about or discussion to exercise.

**SM : Smoking behavior**

Any question about or discussion of smoking or other use of tobacco.

**NU : Nutrition**

Any question about or discussion of nutrition. Includes discussion of diet and/ or food intake (excludes questions regarding only appetite, which is coded as history).

**SU : Substance Use**

Any question about or discussion of drinking alcohol or use of other substance.

**PR : Procedure**

Any treatment or diagnostic procedure done in the office.



**Bochmann F, Petermann F. Compliance bei medikamentösen Therapieformen unter besonderer Berücksichtigung von Vertrauensaspekten. (Compliance in forms of drug therapy with special reference to aspects of trust). Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 1989;37:162-75.**

**Compliance:**

1. Veränderung von Compliance durch die Behandlungsdauer.
2. Medikamentöse Nebenwirkungen und daraus resultierende Complianceveränderungen.
3. Kenntnisstand des Patienten über die Krankheit.
4. Compliance in Abhängigkeit von der Anzahl der verschiedenen in einer Therapie verordneten Medikamente.
5. Die Beeinflussung der Compliance durch eine große Anzahl verschiedener Medikamentengruppen (z.B. Erkältungsmittel, Psychopharmaka).
6. Die Auswirkung der eigenen Erfahrungen im Umgang mit Medikamenten auf Compliance.
7. Einfluß der Beurteilung der eigenen Gesundheit auf die Compliance.
8. Emotionale Bewertung verschiedener Medikamentengruppen und die dadurch verursachte Beeinflussung von Compliance.
9. Abhängigkeit der Compliance von der Entwicklung der Symptome im Laufe der Behandlung.
10. Einfluß der Behandlungskosten auf Compliance.
11. Beeinflussung der Compliance durch unverständliche Ausführungen des Arztes.
12. Wirkung einer Wartezeit vor oder während der Behandlung auf die Compliance.
13. Abgrenzung zwischen dem Vergessen der Medikamenteneinnahme und einer bewussten Weigerung mitzuarbeiten.
14. Auswirkungen der emotionalen Einstellung zu Medikamenten auf die Compliance.

**Vertrauen:**

1. Einfluß des Sprachmodus in der Arzt-Patienten-Interaktion für den Aufbau und die Aufrechterhaltung von Vertrauen.
2. Wirkungen des äußeren Erscheinungsbildes eines Arztes auf den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung.
3. Beeinflussung des Vertrauens durch ein ‚arzttypisches‘ Verhalten.
4. Auswirkungen der Wirkungskennntnis von Medikamenten auf das Vertrauen.
5. Veränderung von Vertrauen durch die Verpackungsform von Arzneimitteln, unter besonderer Berücksichtigung einer exakten Dosierungsmöglichkeit.
6. Entwicklung von Vertrauen durch die individuelle Beurteilung der Klinik.
7. Indikatoren des Vertrauens bezüglich des Pflegepersonals.
8. Einfluß von Informationen Dritter über Behandlungsformen auf das Vertrauen.
9. Selbstbeurteilung des Vertrauens relativ zum Bevölkerungsdurchschnitt.



**Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. Medical Care 1989;27(11):1027-1035.**

### **WARE SATISFACTION SCALE**

1. I can reach a doctor to ask him questions at any time.
2. My doctor treats anyone in my family.
3. I see the same doctor just about every time I go.
4. The cost of medical care is reasonable.
5. Sometimes doctors make the patient feel foolish.
6. Sometimes doctors ignore people's feelings.
7. I think my doctor's office is complete with all necessary facilities.
8. I think my doctor forgets to ask about the problems I've had in the past.
9. The doctor seemed to have a genuine interest in me as a person.
10. The doctor should have been more thorough in treating me.



Carlberg A. Patient satisfaction and design of treatment. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1993;11;105-110.

## PATIENT SATISFACTION

### *Accessibility*

1. Difficulty in accessibility when extra visits are needed.
2. Waiting time for health center visits.
3. Waiting time at the health center.

### *Continuity*

1. Was the patient well recognized at the health center at the latest visit.

### *Patient-doctor relations*

1. Rapport with doctor
2. Attitude at the health center
3. To what extent did the doctor listen
4. Degree of nervousness/ease towards the doctor
5. Possibility of talking about other problems

### *Participation*

1. Patient participation in treatment
2. Encouraged to participate

### *Responsibility*

1. Felt responsible for the treatment

### *Control*

1. Belief in lifestyle influence on blood pressure
2. Belief in self influence on blood pressure

### *Knowledge*

1. Belief in knowledge about causes of hypertension



Caron HS, Roth HP. Patients' cooperation with a medical regimen – Difficulties in identifying the noncooperator. JAMA - The Journal of the American Medical Association 1968;203(11):120-124.

### Questions for doctors

Could you assist in your patient behavior by rating him on the following characteristics?

- Cooperativeness
- Intelligence
- Dependability
- Ambition
- Percent of antacid consumed


*Indicate the degree of your confidence in each rating as:*

*high (h), moderate (m), or low (l).*





Chaitchik S, Kreitler S, Shaked S, Schwartz I, Rosin R. Doctor-Patient communication in a cancer ward. *Journal of Cancer Education* 1992;7(1):41-54.

**THE PATIENT ATTITUDES QUESTIONNAIRE 1 (ADMINISTERED BEFORE THE MEETING)**

**Information received/possessed:** What do you know now concerning your disease? The treatment you will get? Your general state? (*open questions*)

**Information that should receive/ desirable**

Are there things that you think you should know, that it would be desirable and necessary for you to know about your disease? The treatment you will get? Your general state?

*A lot/ A little/ Nothing/ To know less than I do (if 'a lot' or 'a little', what things would you should know)*

**Emotional state/ feelings**

What is your feeling now concerning your disease? The treatment you will get? Your general state?

*Good/ Medium/ Bad*

**Information that wants/ desired:** Are there things you would like to know about your disease? The treatment you will get? Your general state? *A lot/ A little/ Nothing/ To know less than I do (if 'a lot' or 'a little', what things would you like to know?)*

**THE PATIENT ATTITUDES QUESTIONNAIRE 2 (ADMINISTERED AFTER THE MEETING)**

**Information received/possessed:** What did you hear in the meeting about your disease? The treatment you will get? Your general state? (*open questions*)

Have you learned in the meeting new things you did not know about your disease? The treatment you will get? Your general state?

*A lot/A little/ Nothing (if 'a lot' or 'a little', what things?)*

To what extent do you think you have understood the communicated information?

*Very well/ Well/ Medium/ Very little/ Nothing at all*

**Information that should receive/ desirable**

Are there things that you think now that you should know, that it would be desirable and necessary for you to know about your disease? The treatment you will get? Your general state?

*A lot/ A little/ Nothing/ To know less than I do (if 'a lot' or 'a little', what things would you should know)*

**Emotional state/ feelings**

What is your feeling now concerning your disease? The treatment you will get? Your general state?

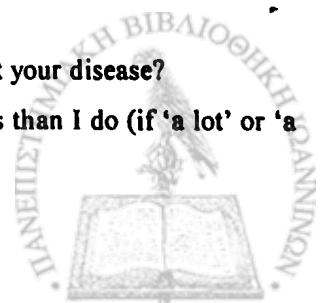
*Good/ Medium/ Bad*

Compared to your feeling before the meeting, how do you feel now concerning your disease? The treatment you will get? Your general state?

*Better/ Worse/The same*

**Information that wants/ desired:** Are there things you would like to know now about your disease?

The treatment you will get? Your general state? *A lot/ A little/ Nothing/ To know less than I do (if 'a lot' or 'a little', what things would you like to know?)*



Chaitchik S, Kreitler S, Shaked S, Schwartz I, Rosin R. Doctor-Patient communication in a cancer ward. *Journal of Cancer Education* 1992;7(1):41-54.

### A QUESTIONNAIRE FOR THE PHYSICIANS

#### **Emotional state/ feelings**

**(After meeting)**

What was the patient's emotional state when he (she) left the meeting concerning his (her) disease? The treatment he (she) will get? His (her) general state?

*Good/ Medium/ Bad*

#### **Information received/possessed**

**(After meeting)**

Which information was communicated in the meeting to the patient about his (her) disease? The treatment he (she) will get? His (her) general state?

*(open questions)*

Has the patient learned in the meeting new things he (she) did not know before about his (her) disease? The treatment he (she) will get? His (her) general state?

*A lot/ A little/ Nothing*

To what extent did the patient understand/grasp the communicated information?

*Very well/ Well/ Medium/ Very little/ Nothing at all*

#### **Information that wants/ desired**

**(After meeting)**

How much information do you think the patient wanted to get in the meeting about his (her) disease?

The treatment he (she) will get? His (her) general state?

*A lot more/ A little more/ Just what he (she) got/ Less than what he (she) got*

#### **Information that should receive/ desirable**

**(After meeting)**

How much information do you think the patient should have received about his (her) disease?

The treatment he (she) will get? His (her) general state?

*A lot more/ A little more/ Just what he (she) got/ Less than what he (she) got*



**Cohen-Cole SA. The medical interview: a three function approach. Mosby Year Book, St. Louis, 1991.**

**STATION #1**

**Examiner Rating Form - 1<sup>st</sup> Patient encounter**

	1	2	3	4	5
<b>HISTORY</b>	1 inaccurate or missing important information	2 borderline	3 Missing some minor But relatively Complete and accurate	4	5 Precise and thorough
<b>PHYSICAL</b>	1 Incomplete or not adequate	2 borderline	3 Adequate for surgical practice	4	5 Excellent technique, Appropriately thorough
<b>KNOWLEDGEE (based on patient information, consent obtained)</b>	1 Lacks important information	2 borderline	3 Appropriate knowledge level, Minor deficiencies That would not affect outcome	4	5 Thorough in depth Edge demonstrated
<b>COMMUNICATION SKILLS</b>	1 Unprofessional manner and/or poor explanations, vague, poor technique	2	3 Explanations adequate, Professional manner, appropriate communication skills	4	5 Exceptional rapport, puts patient at ease, professional at all times
<b>OVERALL ON THIS STATION</b>	1 Lacks knowledge and skills for and/or attitude necessary for independent practice in the area	2 borderline	3 Adequate for independent practice	4	5 Exceeds expectations

Did the candidate demonstrate sufficient skill to practice independently in the areas assessed?

YES

BORDERLINE

NO

CANDIDATE LABEL

EXAMINER: \_\_\_\_\_



## STATION #1

PATIENT SATISFACTION RATING SCALE - 1<sup>st</sup> Patient encounter

## HOW WAS THE DOCTOR YOU JUST SAW IN:

		POOR	FAIR	GOOD	VERY GOOD	EXCELLENT
1.	Telling you everything; being truthful, upfront and frank; not keeping things from you that you should know					
	NOT APPLICABLE					
2.	Greeting you warmly; calling you by the name you prefer; being friendly, never crabby or rude					
	NOT APPLICABLE					
3.	Treating you like you're on the same level; never 'talking down' or treating you like a child					
	NOT APPLICABLE					
4.	Letting you tell your story; listening carefully; asking thoughtful questions; not interrupting you while you are talking					
	NOT APPLICABLE					
5.	Showing interest in you as a person; not acting bored or ignoring what you have to say					
	NOT APPLICABLE					
6.	Warning you during the physical exam about what he/she is going to do and why; telling you what he/she finds					
	NOT APPLICABLE					
7.	Discussing options with you; asking your opinion; offering choices and letting you help decide what to do; asking what you think before telling you what to do					
	NOT APPLICABLE					
8.	Encouraging you to ask questions; answering them clearly; never avoiding your questions or lecturing you					
	NOT APPLICABLE					
9.	Explaining what you need to know about your problems, how and why they occurred, and what to expect next					
	NOT APPLICABLE					
10.	Using words you can understand when explaining your problems and treatment; explaining any technical medical terms in plain language					
	NOT APPLICABLE					
11.	Would you trust this surgeon to operate on you?					
	NOT APPLICABLE					

CANDIDATE LABEL

PATIENT: \_\_\_\_\_



22. Candidate comes up with clear recommendation on request

THIS RATING SCALE TO BE USED FOR CATEGORIES A TO I:

- A= carried out all or most of the items under this heading in an adequate manner 3
- B= carried out at least half of the items under this heading in an adequate manner 2
- C= carried out less than half of the items under this heading in an adequate manner 1
- D= did not carry out any of the items and/or behaved in an incompetent and inefficient manner 0

1. Initiation of the Interview

- a. introduces self to patient
- b. uses name of patient in greeting
- c. presents in a positive and attentive manner, establishes rapport
- d. attends to a patient's comfort
- e. is at ease with the patient
- f. places patient at ease

SCORE \_\_\_\_\_

2. NON - VERBAL COMMUNICATION

- 3. maintains good eye contact
- 4. has appropriate body posture
- 5. makes empathic gestures
- 6. uses silence appropriately
- 7. is attentive to patient's agenda
- 8. avoids distracting activities

SCORE \_\_\_\_\_

9. ATTITUDE

- 10. avoids condescending, sychophantic or rude behaviour
- 11. appropriately congenial and non-judgemental

SCORE \_\_\_\_\_

12. QUESTIONING SKILLS

- 13. speaks fluently
- 14. has good verbal tone
- 15. speaks clearly
- 16. uses body language understandable to the patient
- 17. asks one question at a time
- 18. asks appropriate probing questions
- 19. uses facilitating techniques
- 20. controls the direction of the interview

SCORE \_\_\_\_\_

FOR THE NEXT 2 ITEMS USE THE FOLLOWING SCALE  
(HIGH) A B C D E (LOW)

Rate the extent to which the candidate demonstrated an organized approach to the examination of the patient.

Rate the extent to which the candidate showed a courteous and compassionate attitude toward the patient.

OVERALL, DOES THIS CANDIDATE DESERVE TO (A) PASS OR (B) FAIL THIS STATION?



Consoli SM, Safar ME. Valeur prédictive du profil psychologique du patient et du style de relation médecin-malade vis-à-vis de l'observance d'un traitement antihypertenseur (Predictive value of patient psychological profile and type of physician-patient relationship in compliance of antihypertensive treatment) (French). Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux, 1988;81 Spec:145-50.

### ANALYSE DE LA STRATÉGIE THÉRAPETIQUE

Dénomination des variables factorielles	CF	PED	INV	MED	DR
Évocation d'un sentiment de détente	0,79				
Évocation de la disparition des signes fonctionnels	0,73				
Conseils de décontraction	0,59				
Évocation de la possibilité d'effets secondaires	0,53				
Information sur les chiffres tensionnels à l'initiative du médecin		0,75			
Information sur la maladie hypertensive		0,75			
Information sur la thérapeutique		0,75			
Information sur le mode de vie		0,75			
Diminution ou arrêt du tabac (si risque présent)			0,64		
Diminution ou arrêt de l'alcool			0,76		
Régime envisagé			0,56		
Conseil de pratiquer un sport			0,56		
Insistance sur le mode de vie			0,64		
Hypertension présentée comme une maladie à part entière				0,80	
Évocation d'une prescription à vie				0,80	
Présentation dramatisante des chiffres tensionnels					0,66
Insistance sur les complications possibles					0,57
Besoin de faire peur					0,53
Consultation plus longue que d'habitude					0,59



Cooley EJ, Lajoy R. Therapeutic relationship and improvement as perceived by clients and therapists. *Journal of Clinical Psychology* 1980;36(2):562-570.

***Understanding***

My therapist realizes and understands how my experiences feel to me.

My therapist understands me even when I don't express myself well.

***Critical***

My therapist becomes impatient when I make mistakes.

My therapist acts as though he were trying to out-smart me.

***Independence-Encouraging***

My therapist thinks people should be able to help themselves.

My therapist expects an individual to shoulder his responsibilities.

***Directive (Authoritarian)***

My therapist tells me what to do when I have difficult decisions to make.

My therapist is full of advice about everything I do.

*A 6-point scale was used that ranged from strongly agree to strongly disagree.*



Dazord A, Gerin P, Iahns JF, Andreoli A, Reith B, Abensur J. Pretreatment and process measures in crisis intervention as predictors of outcome. *Psychotherapy Research* 1991;1(2):135-147.

### THE HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE

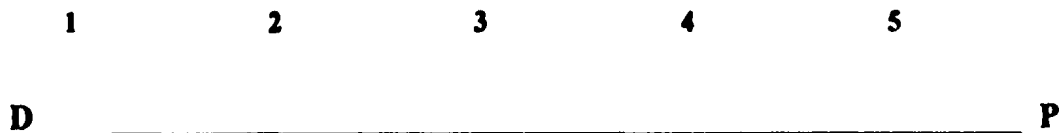
1. I believe that my therapist is helping me.
2. I believe that the treatment is helping me.
3. I have obtained some new understanding.
4. I have been feeling better recently.
5. I can already see that I will eventually work out the problems I came to treatment for.
6. I feel I can depend upon the therapist.
7. I feel the therapist understands me.
8. I feel the therapist wants me to achieve my goals.
9. I feel I am working together with the therapist in a joint effort.
10. I believe we have similar ideas about the nature of my problems.
11. I feel now that I can understand myself and deal with myself on my own (that is, even if the therapist and I were no longer meeting for treatment appointments).





De Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. *Medical Education* 1988;22;231-239.

### THE DOCTOR-PATIENT SCALE (DP Scale)



<i>Doctor-centred/disease-oriented</i>	<i>Patient-centred/problem-oriented</i>
Sees his task as a doctor in medical terms	Sees his task as a doctor in human terms
Needs a diagnosis of (physical) disease	Looks for the problem of the patient
Heavy reliance on routine procedures and protocols	Prefers individually varied approach
Scientific interest directed to biological research and measurable approaches	Scientific interest directed to applied clinical experiments, behavioral aspects of medicine and speculative thinking
Considers the opinion of doctor decisive in matters of medical management.	Considers the opinion of the doctor as part of a team approach (patient, family, other professionals)
Considers the patient basically unequal to the doctor barring expectations	Considers the patient basically equal, barring exceptions
Has habitually an active, talking approach to the patient	Has habitually a listening approach to the patient
Reluctant to give the patient information	Wants the patient to be fully informed
Will not easily permit the patient to decide	Will let the patient decide after have been fully informed
Sees few or no possibilities for collaboration with behavioural scientists	Considers collaboration with behavioural scientists and social workers important
Sees ideal health care delivery as <ul style="list-style-type: none"> <li>- more high technology</li> <li>- more efficient</li> <li>- better cure statistics</li> </ul>	Sees ideal health care delivery as <ul style="list-style-type: none"> <li>- more personalized</li> <li>- more caring</li> <li>- less threatening to the patient</li> </ul>

**Dormaar M, Dijkman CIM, De Vries MW. Consensus in Patient-Therapist Interactions. Psychotherapy and Psychosomatics 1989;51:69-76.**

*The measures themselves are from the interpersonal perceived consensus (ICP) list.*

- Interpersonal relations (outside family)
- Fear and anxiety
- Education, leisure and household
- Family and marriage
- Somatic complaints
- Decision-making and self-concept
- Coping with trauma and problems of development
- Total of 3 remaining areas (addiction, depression, practical problems)

*Experienced consensus is measured with a 5-point checklist of 8 items regarding the subjective experience of patients and therapists of understanding the other party and of feeling understood.*



**Durántez JT, Tirado MCG. Relación médico-paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencias de los médicos (Doctor-Patient relationship and Clinical Interview (y II): Views and preferences of the doctors). Atención Primaria 1997;19(1):63-74.**

### **CLINICAL INTERVIEW**

- Utilizar palabras comprensibles
- Aclarar las dudas
- Animar a seguir el tratamiento
- Escribir en la historia clínica
- Consulta sea cómoda y agradable
- Resumir al final lo más importante
- Informe sobre el tratamiento
  
- Demostrar estar interesado
- Utilizar palabras comprensibles
- Tranquilizar
- Informar sobre el tratamiento
- Facilitar que el paciente comente sus opiniones y puntos de vista
- Aconsejar lo que hacer y sea el paciente quien tome la decisión
- Preguntar al paciente su opinión sobre el tratamiento



Ende J, Kazis L, Arlene A, Moskowitz MA. Decision Making and Information-seeking Preferences among Medical Patients. *Journal of General Internal Medicine* 1989a;4:23-30.

Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. Measuring patients' desire for autonomy: Decision-making and information-seeking preferences among medical patients *Journal of General Internal Medicine* 1989b;4:23-30.

### DECISION MAKING PREFERENCE SCALE

*(Patients respond to each item on a five-point Likert scale. Response choices range from 'strongly disagree' to 'strongly agree' - Scoring for 1, 3 and 5 is reversed, and goes from 5 to 1, rather than 1 to 5)*

1. The important medical decisions should be made by your doctor, not by you.
2. You should go along with your doctor's advice even if you disagree with it.
3. When hospitalized, you should *not* be making decisions about your own care.
4. You should feel free to make decisions about everyday medical problems.
5. If you were sick, as your illness became worse you would want your doctor to take greater control.
6. You should decide how frequently you need a check-up.

### INFORMATION-SEEKING PREFERENCE SCALE

*(Patients respond to each item on a five-point Likert scale. Response choices range from 'strongly disagree' to 'strongly agree' - Scoring for 11 is reversed, and goes from 5 to 1, rather than 1 to 5)*

7. As you become sicker you should be told more and more about your illness.
8. You should understand completely what is happening inside your body as a result of your illness.
9. Even if the news is bad, you should be well informed.
10. Your doctor should explain the purpose of your laboratory tests.
11. You should be given information only when you ask for it.
12. It is important for you to know all the side effects of your medication.
13. Information about your illness is as important to you as treatment.
14. When there is more than one method to treat a problem, you should be told about each one.



**Fernández GAF, Ule EC, Temprano MS, Gómez AA, Barrientos BAC. Factore de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi (Factors of dissatisfaction with health care. A Delphi studi) Atención Primaria 1996;17(5):348-352.**

### **FACTORS OF DISSATISFACTION WITH HEALTH CARE**

*En él se plantearon las siguientes preguntas abiertas:*

1. Que opina de la discrepancia existente entre el ambiente general de insatisfacción con la asistencia sanitaria y los favorables resultados de las encuestas de satisfacción que se han n realizado ?
2. Cuáles son, en su opinion, los motivos de queja más importantes que tienen los usuarios respecto a la asistencia sanitaria que reciben?
3. Cuáles son los aspectos de la asistencia sanitaria que más satisfacen a la población?
4. Sobre qué aspectos cree usted que se debe actuar para mejorar la asistencia sanitaria?



Finlay IG, Stott NCH, Kinnersley P. The assessment of communication skills in palliative medicine: a comparison of the scores of examiners and simulated patients. *Medical Education* 1995;29:424-429.

### 1. Actor-patient score

---

Candidate's name \_\_\_\_\_

1. Were you put at ease? \_\_\_\_\_

Very quickly/gradually/not really

2. Did doctor realize what was really wrong? \_\_\_\_\_

Completely/partly/not really

3. Did you feel confident in the doctor's ability to understand? \_\_\_\_\_

Completely/partly/not really

4. Did the doctor understand:

*the main impact of the problem on you emotionally*

(fears, depression) \_\_\_\_\_

Completely/partly/not really

*the impact of the problem on you socially*

(home, family)? \_\_\_\_\_

Completely/partly/not really

*the impact of the problem on you spiritually?*

('the unknown' etc.) \_\_\_\_\_

Completely/partly/not really

5. Did the doctor explain a plan of treatment/management to you? \_\_\_\_\_

Completely/partly/not really

6. Did you understand the plan? \_\_\_\_\_

Completely/partly/not really

7. Did the doctor respect you as a person? \_\_\_\_\_

Completely/partly/not really

7. When you left the room did you feel:

relieved/about the same/frustrated \_\_\_\_\_

more confident/about the same/insecure \_\_\_\_\_

calmer/about the same/angry \_\_\_\_\_

hopeful/about the same/hopeless \_\_\_\_\_

8. Would you see this doctor again? \_\_\_\_\_

Anytime/with hesitation/I hope not

Score 2/1/0

Total 0



Finlay IG, Stott NCH, Kinnersley P. The assessment of communication skills in palliative medicine: a comparison of the scores of examiners and simulated patients. *Medical Education* 1995;29:424-429.

## 2. Examiner score sheet

Please score = 2 for each excellent  
 = 1 for each quite good  
 = 0 for each poor

Examiner \_\_\_\_\_

Candidate \_\_\_\_\_

- |  |       |
|--|-------|
| 1. Puts patient at ease  | _____ |
| 2. Established problems sufficiently to plan care                | _____ |
| 3. Prioritizes problems  | _____ |
| 4. Checks back on problem list                                   | _____ |
| 5. Elicits fears/concerns  | _____ |
| 6. Elicits beliefs/concepts/attitudes                            | _____ |
| 7. Establishes physical/psycho-social relationship of complaints | _____ |
| 8. Explores physical issues appropriately                        | _____ |
| 9. Evolves plan acceptable to patient                            | _____ |
| 10. Checks back that plan is understood/agreed                   | _____ |
| 11. Overall - Non-verbals facilitate                             | _____ |
| 12. Overall - Verbals appropriate                                | _____ |
| 13. Overall - Patient appears comfortable/safe                   | _____ |
| 14. Overall - Respects patient's pace                            | _____ |
| 15. Overall - Closes interview well                              | _____ |

Total score divided by 3 = \_\_\_\_\_ = Final Mark

Total score 0



**Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II - Designing a questionnaire and conducting a survey. BMJ – British Medical Journal 1991;302:1129-32.**

*The questions used were from the questionnaire that have been developed for use in general practice from Baker (1990) to measure satisfaction with consultations:*

- 'Did the doctor give you a clear enough explanation of what was wrong with you?'
- 'Does your doctor give you sufficiently clear explanations of what is wrong with you?'
- 'How satisfied were you with your doctor?'
- 'Did the doctor answer all of the questions about your problem?'
- 'The doctor gave me a helpful explanation of what was wrong with me'.

*Each item scored from 5=strongly agree, 4=agree, 3=uncertain, 2=disagree, 1=strongly disagree*

#### **SUMMED SCALE OF SATISFACTION AMONG CHRONICALLY ILL PATIENTS**

- (1) I am in better health now because of the care I received there.
- (2) The doctors did as much as could be expected to help me get well.
- (3) Some of the things the doctor did were not very helpful.
- (4) The doctor helped me feel a lot better.

*Each item scored from 5 (strongly agree) to 1 (strongly disagree), except item 3 in which scoring is reversed.*

*Total range of scores from 4 to 20.*





Foreman SA, Marmar CR. Therapist Actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 1985;142:922-926.

**CODING THERAPIST ACTIONS WITH IMPROVED OR UNIMPROVED  
THERAPEUTIC ALLIANCES**

***Patient-therapist relationship***

Defenses

Problematic feelings

Problematic relationship patterns

    Problematic powerful images

    Problematic vulnerable images

Triangle of punishment

***Patient-other relationships***

Defenses

Problematic feelings

Problematic relationship patterns

    Problematic powerful images

    Problematic vulnerable images

Triangle of punishment

---

*0=did not occur, 1=minor emphasis, 2=moderate emphasis, 3=major emphasis*



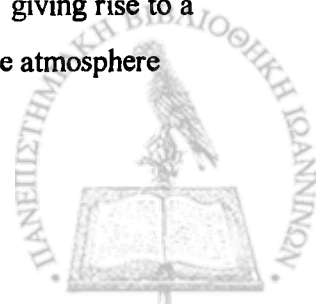
Frank AF, Gunderson JG. The role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia. Archives of General Psychiatry 1990;47:228-236.

## THE PSYCHOTHERAPY STATUS REPORT

### END POINT DESCRIPTORS

---

Scale	Good (1)	Poor (5)
1	Patient perceives treatment as clearly being in his/ her interest and, despite anxiety, sticks to the therapeutic task without much interruption or denial of its unpleasantness	Patient has no perception that treatment is in his/her interest and shows only fleeting and confused or unpredictable participation in the treatment
2	Patient frequently volunteers relevant, personal material and is responsive on a meaningful level, giving feedback and elaborating on feelings and problems	Patient refuses, even when probed, to share relevant, personal information and is silent and unresponsive, providing minimal feedback on verbal, postural, or gestural levels
3	Patient is consistently and expressly positive and optimistic regarding the usefulness of therapy	Patient is consistently negative regarding the usefulness of therapy, and expressed feelings are of getting nowhere in treatment
4	Patient shows considerable interest in an understanding of his/her illness and the impact it has on self and others	Patient shows no interest in or understanding of his/her illness and the impact it has on self and others
5	Patient has clear and realistic perceptions of the therapist, including how the therapist feels about him/her, and is able to maintain this view for the most part	Patient has grossly distorted or transference-dominated perceptions of the therapist, that override realistic perceptions almost continuously and are immune to realistic criticism or interpretation
6	Patient is clearly getting involved in the therapy in a meaningful way and is relating well to the therapist, giving rise to a consistently positive affective atmosphere	Patient clearly is not getting involved in the therapy in any meaningful way and is not relating well to the therapist, giving rise to a consistently negative affective atmosphere



**Franklin BJ, Dale McLemore DS. A scale for measuring attitudes toward student health Services. The Journal of Psychology 1967;66:143-147.**

### **STUDENT HEALTH SERVICES (SHS) SCALE**

1. The doctors at the Student Health Center are incompetent.
2. The personnel at the Student Health Center prescribe medications that are largely outdated.
3. The doctors at the Student Health Center seem to be abreast of the latest medical developments.
4. Patients' requests are frequently ignored at the Student Health Center.
5. One never feels rushed during an office call at the Student Health Center.
6. The Student Health Center provides excellent medical care for university students.
7. The Student Health Center provides adequate medical care at minimum expense.
8. The doctors at the Student Health Center show genuine interest in their patients.
9. The doctors at the Student Health Center are careless in their diagnoses.
10. There is really no difference in the Student Health Center and any other hospital or clinic.
11. If the Student Health Center didn't have a captive clientele, it would go out of business.
12. The doctors at the Student Health Center prescribe medications that are largely outdated.
13. The procedure for making an office call at the Student Health Center is an unnecessary inconvenience.
14. The personnel at the Student Health Center tend to believe that too many students come for help for nonexistent illnesses.
15. Having specialists available for consultation at little or no extra cost to the student results in a superior quality of medical care at the Student Health Center.
16. The services provided by the Student Health Center are quite adequate for minor illnesses.
17. The nurses at the Student Health Center are well trained.
18. Since the patient pays for services before they are rendered at the Student Health Center, his demands or preferences seldom receive any consideration.
19. The Student Health Center has the advantage of providing immediate attention, thereby eliminating long waiting periods in the office of a private physician.
20. Students who can afford the expense consult private physicians for their medical care.



**Freeman GK, Richards SC. Personal continuity and the care of patients with epilepsy in general practice. British Journal of General Practice 1994;44:395-9.**

### **QUESTIONS FOR PATIENT**

- Do you feel you have a good relationship with your usual doctor/any doctor in the practice?
- Do you feel you know him/her sufficiently?
- Would you say it is easy to talk to your usual doctor/any doctor, and ask questions, or do you feel it is not possible to ask him/her as much as you would like?



Ganther JM, Wiederholt JB, Kreling DH. Measuring Patients' Medical Care Preferences: Care Seeking versus Self-Treating. *Medical Decision Making* 2001;21:133-140.

### MEDICAL CARE PREFERENCE SCALE

1. For most health problems, I would rather treat myself than go to the doctor.
2. For most health problems, I prefer to avoid taking prescription drugs.
3. I usually like to talk to a doctor when I have a health problem. (*reverse code*)
4. For most health problems, I wait and see if I get better on my own before going to see a doctor.
5. For most health problems, I wait and see if I get better on my own before taking a prescription drug.
6. When I have a health problem, I often prefer to use home remedies instead of prescription drugs.
7. When I have a health problem, I usually contact a doctor right away. (*reverse code*)
8. For most health problems, I would rather take a prescription drug than a nonprescription drug.  
(*reverse code*)
9. When I have a health problem, it is sometimes hard to convince me to see a doctor.
10. I prefer to treat most health problems without help from doctors or prescription drugs. (*Global item*  
– *not part of Medical Preference Scale*)

*1=strongly agree*

*2=agree*

*3=uncertain*

*4=disagree*

*5=strongly disagree*



Girard DE, Elliot DL, Hickam DH, Sparr L, Clarke NG, Warren L, Koski J. The Internship – A prospective Investigation of Emotion and Attitudes. *Western Journal of Medicine* 1986;144:93-98.

### THE INTERNSHIP

*Do you feel satisfied with your decision to become a physician?*

*Rank your agreement or disagreement with your decision as following:*

	Excited	Nervous
	Relieved	Anxious
	Important	Overwhelmed
	Competent	Depressed
	Useful	Defeated
		Inferior
		Fatigued

*Which of the following interventions do you think might improve your ability to cope with the stresses of the year?*

1. Changing the work load:
  - Decrease night call
  - Fewer patients
  - More vacation time
  - Increased administrative help
2. Increasing the role of the faculty:
  - Establishing discussion groups
  - Sharing night call
  - Strengthening the faculty-in-tern sponsorship program
  - Improving the orientation program
  - Providing counseling services
3. Improving opportunities for social outlet
  - Establishing a house officer lounge
  - Increasing house officer social activities

*You can choose any number of the following factors, that you felt added to or detracted from satisfaction with the year:*

#### **Patient care**

*Seeing seek people get well*  
*Being responsible for clinical decisions*  
*Maintaining good communication*  
*Making good clinical judgments*  
*Feeling competent as a physician*

#### **Or**

*Seeing patients die*  
*Recognizing self-destructive disease*  
*Making decisions beyond competency*

#### **Interpersonal relationships**

*Interacting with patients*  
*Seasoned physicians*  
*Peers and loved ones*

#### **Education**

*Teaching medical students*  
*Learning from interesting clinical cases*

#### **Overwork**

*Too little sleep*  
*Too many patients*  
*Too much paper-work*

#### **Personal factors**

*Inability to meet unrealistic faculty expectations*  
*Lack of free time*  
*Missing family*



Goerg D, de Saussure C, Guimón J. Objectives for the undergraduate teaching of Psychiatry: survey of doctors and students. *Medical Education* 1999;33:639-647.

Goerg D, Fischer W, Zbinden E, Guimón J. Opinions des médecins sur les contenus psychologiques et psychiatriques dans la formation médicale prégraduée. *Médical Hygiène* 1996;54:1768-72.

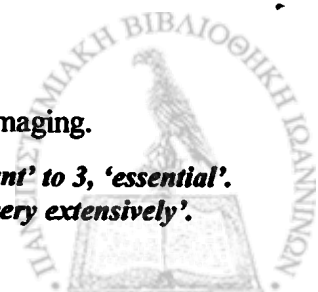
For doctors: *'What specific psychiatric information and skills should a non-psychiatric doctor have?'*

For students: *'To which extent had the following topics been taught during undergraduate studies?'*

1. The ability to talk with patients about their personal problems.
2. The ability to evaluate the risk of suicide or the need for psychiatric hospitalization.
3. An awareness of when and how to refer a patient to a psychiatrist.
4. A familiarity with the dynamics of the doctor-patient relationship.
5. A basic knowledge of alcohol and drug abuse.
6. An understanding of the emotional aspects of the chronically or dying patient.
7. An understanding of the physiological concomitants of emotional stress.
8. A working knowledge of common psychopharmacologic medications.
9. A working knowledge of the social resources available to the patient.
10. The ability to differentially diagnose the principal psychiatric syndromes.
11. A working knowledge of normal and pathological ageing.
12. A basic knowledge of current psychiatric treatment modalities.
13. An awareness of psychodynamic principles in evaluating a patient's behaviour.
14. An understanding of the behaviour disorders of children and adolescents.
15. An understanding of normal personality development.
16. The ability to diagnose and treat family and marital disturbances.
17. An understanding of sexual problems and their management.
18. The ability to carry out brief psychotherapy.
19. A familiarity with the principles of behaviour modification.
20. The ability to diagnose and manage the mentally retarded.
21. An understanding of the principles of psychoanalytic theory.
22. A familiarity with the major types and uses of psychological tests.
23. Basic knowledge of psychiatric aspects of molecular biology and neuroimaging.

For doctors: *Each topic was rated on a scale ranging from 0, 'not at all important' to 3, 'essential'.*

For students: *Each topic was rated on a scale ranging from 0, 'not at all' to 3, 'very extensively'.*



Greco M, Francis W, Buckley J, Brownlea A, McGovern J. Real-patient evaluation of communication skills teaching for GP registrars. *Family Practice* 1998;15(1):51-57.

### DOCTOR'S INTERPERSONAL SKILLS QUESTIONNAIRE (DISQ)

1. Are you satisfied from the visit?
2. Did you feel warmth from his greeting?
3. Did the doctor have the ability to listen to your concerns?
4. Did the doctor explain to you the whole situation?
5. Did the doctor reassure you?
6. Do you feel confidence in his ability?
7. Did the doctor encourage you to express your concerns and fears?
8. Did the doctor saw the appropriate respect?
9. Did the doctor give you the appropriate time to express yourself?
10. Have your personal situation considered by the doctor?
11. Did you find time to express your concerns as a person?
12. Would you recommend this doctor to your friends?





Grol R, Mookkink H, Smiths A, Eijk JV, Beek M, Mesker P, Mesker-Niesten J. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Family Practice* 1985;2(3):128-135.

**1. How often do these feelings occur when helping patients with diagnosable physical affections?**

- a) Feelings of contentness
- b) Feelings of lack of time
- c) Feelings of frustration
- d) Feelings of challenge
- e) Feelings of tension
- f) Feelings of self-esteem
- g) Feelings of doubt
- h) Feelings of well-being

	<i>very often</i>	<i>often</i>	<i>sometimes</i>	<i>seldom</i>	<i>never</i>

**2. How often do these feelings occur when helping patients with psychosomatic complaints and psychosocial problems?**

- a) Feelings of contentness
- b) Feelings of lack of time
- c) Feelings of frustration
- d) Feelings of challenge
- e) Feelings of tension
- f) Feelings of self-esteem
- g) Feelings of doubt
- h) Feelings of well-being

	<i>very often</i>	<i>often</i>	<i>sometimes</i>	<i>seldom</i>	<i>never</i>

**3. How often do these feelings occur when involved in extra activities in addition to consulting hour encounters and home visits (visiting patients in the hospital, continuing medical education, reading, etc.)**

- a) Feelings of contentness
- b) Feelings of lack of time
- c) Feelings of frustration
- d) Feelings of challenge
- e) Feelings of tension
- f) Feelings of self-esteem
- g) Feelings of doubt
- h) Feelings of well-being

	<i>very often</i>	<i>often</i>	<i>sometimes</i>	<i>seldom</i>	<i>never</i>



Gudas LJ, Koocher GP, Wypij D. Perceptions of Medical Compliance in Children and Adolescents with Cystic Fibrosis. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 1994;12(4):236-242.

### MEDICAL COMPLIANCE INCOMPLETE STORIES TEST (MCIST)

5 μη-συμπληρωμένες ιστορίες για παιδιά, τα οποία δέχονται διαφορετικού τύπου ιατρικής περίθαλψης. Ο συμμετέχων καλείται να ολοκληρώσει την ιστορία και προσεγγίζεται και με πλάγιο τρόπο εάν κριθεί απαραίτητο, π.χ., 'Can you tell me more?', 'How does the story end?'. Τα αποτελέσματα βαθμολογούνται με βάση μία κλίμακα τριών σημείων:

**compliance/ coping, optimism, and self-efficacy.**

• ***Rate the seriousness of your condition / 'your child's' / 'your patient's illness'***

(σε σύγκριση με άλλα παιδιά ασθενείς με διάγνωση CF, κατατάσσοντάς τα σε μία κλίμακα, όπου 'healthier'(=0), 'about the same'(=5), or 'sicker'(=10)

1            2            3            4            5            6            7            8            9            10

---

Thus, the higher the score, the less healthy the respondent perceived the child to be. These two questions provide both a self-referent question and a reference to others with the illness and were averaged to give a patient, parent and physician measure of severity

• ***How optimistic are you (is your patient) as far as it concerns your situation?***

0                            1                            2                            3                            4

---

Η αισιοδοξία (optimism) ελέγχθηκε με ερωτήσεις προς τον ασθενή, το γονιό καθώς επίσης και το γιατρό που ζητούσαν το βαθμό αισιοδοξίας των ασθενών με βάση μία κλίμακα, όπου:

- 4 = 'always optimistic'
  - 3 = 'generally more optimistic than pessimistic'
  - 2 = 'equal numbers of optimistic and pessimistic periods'
  - 1 = 'generally more pessimistic than optimistic'
  - 0 = 'always pessimistic'.
- ***Do you prefer to be seen alone or with a person from your family?***
    - 4 = 'Yes' or 'Always prefer to be alone'
    - 2 = 'Sometimes' and
    - 0 = 'No', or 'Always prefer to be with parent'.
  - ***What medications do you take for CF?***
  - ***What impact does taking these medicines have on your CF?***



Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal* 1997;314:1014-8.

## QUESTIONS FOR PATIENTS AND DOCTORS

*Questions mapping exposure to nine indicator psychosocial problems, as experienced by patients.*

*Questions for doctors were mirrors of these:*

*'Does / Is / Has this patient ...'*

- Have you ever been weighed down by sorrow?
- Do you have a demanding caregiving task in your private life?
- Have you ever been subject to threats or violence from someone you know very well?
- Is anyone that you feel close to subject to substance abuse?
- Are you having a difficult conflict with someone that you feel close to?
- Do you usually feel lonely?
- Have you yourself been through family splitting?
- Have you been unemployed for more than six months?
- Do you feel that your job is a strain, physically or mentally?

*very great, great, fair, somewhat, slight and no satisfaction, uncertain*



Günther V, Meise U. Compliance – ein komplexes problem (Compliance – A complex problem).  
 WMW 1990;13:365-369.

### COMPLIANCE INDEX FOR DOCTORS

1. Habe ich eine mangelnde Behandlungsmotivation des Patienten ausschließen können?
2. Können bei dem Patienten aufgrund seines Alters bzw. seiner Erkrankung besondere Schwierigkeiten bei der Befolgung des Behandlungsregimes auftreten?
3. Habe ich dem Patienten/Klienten innerhalb der nächsten Woche einen Termin gegeben und diesen mit ihm persönlich und schriftlich vereinbart?
4. Wartet der Klient/Patient nicht länger als 15 Minuten im Wartezimmer?
5. Gelingt es mir, eine gute Beziehung zum Patienten herzustellen?
6. Habe ich das Krankheitskonzept des Patienten erfaßt, kann ich es akzeptieren?
7. Habe ich den Patienten ausführlich über seine Krankheit, über Sinn, Zweck, Wirkmechanismen und mögliche Nebenwirkungen der therapeutischen Interventionen informiert, kann dies der Patient wiederholen?
8. Wurde die Therapie den individuellen Lebensgewohnheiten des Patienten angepasst?
9. Ist die Behandlungsstrategie so einfach wie möglich?
10. Kann der Patient den (die) Namen der Medikamente bzw. der therapeutischen Intervention (en) sowie Zeitpunkt und Art der Durchführung wiedergeben?
11. Habe ich die Bedeutung der Kontinuität der Behandlung besprochen?
12. Habe ich die Therapieerwartungen des Patienten abgeklärt, und ist er überzeugt, dass meine Strategien zum Ziel führen können?
13. Habe ich die möglichen Ängste des Patienten bezüglich Medikation oder auch Psychotherapie bedacht, habe ich diese Ängste angesprochen?
14. Habe ich den Patienten gefragt, ob er überzeugt ist, dass er meine Empfehlungen im vorgeschriebenen Ausmaß durchführen kann?
15. Habe ich mit dem Patienten die möglichen Folgen einer Non-Compliance erwogen?
16. Habe ich in gleicher Weise wie den Patienten eventuelle Bezugspersonen bezüglich seiner Krankheit und Therapie aufgeklärt?
17. Hat der Patient Angst, durch die Behandlung von seiner Umgebung als krank definiert zu werden, bestehen Stigmatisierungsmöglichkeiten?
18. Habe ich im Laufe der Behandlung seine ‚Therapiezufriedenheit‘ abgeklärt?
19. Habe ich die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass sich verschiedene der vorangegangenen Punkte seit dem letzten Behandlungskontakt verändert haben?
20. Bin ich selbst compliant?



Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB, Linzer M, Verloin deGruy III F. The Difficult Patient: Prevalence, Psychopathology, and Functional Impairment. *Journal of General Internal Medicine* 1996;11:1-8.

**THE DIFFICULT DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE  
TEN-ITEM VERSION  
(DDPRQ-10)**

1. How much are you looking forward to this patient's next visit after seeing this patient today?
2. How 'frustrating' do you find this patient?
3. How manipulative is this patient?
4. How difficult is it to communicate with this patient?
5. To what extent are you frustrated by this patient's vague complaints?
6. How self-destructive is this patient?
7. Do you find yourself secretly hoping that this patient will not return?
8. How at ease did you feel when you were with this patient today?
9. How much time-consuming is caring for this patient?
10. How enthusiastic do you feel about caring for this patient?

*Each item is scored on a six-point scale:*

*1 = 'Not at all'*

*6 = 'A great deal'*



Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of Satisfaction with Medical Care: Description of Research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine* 1988;27(6):637-644.

### SATISFACTION WITH MEDICAL CARE

#### Directness (*direct-indirect-both*)

'How satisfied were you with the explanations offered by your provider?'

'My provider offered complete explanations of my medical condition and treatment' (agree-disagree)

#### Specificity

Particular event or episode

Particular provides or services

One's own general experience

Doctors or health care in general

#### Type of care asked about

Health care or services in general

Inpatient

#### Dimensionality

Humaneness

Informativeness

Overall quality

Technical competence

Bureaucratic procedures

Access or availability

Cost

Physical facilities

Continuity

Outcome

Handling of non-medical problems



Hayes JA, Gelso CJ. Effects of Therapist - Trainees' Anxiety and Empathy of Countertransference Behavior. *Journal of Clinical Psychology* 1991;47(2):284-290.

### 16-ITEM EMPATHY SUBSCALE

(of the Barrett-Lennard Relationship Inventory -BLRI)

1. He tries to see things through my eyes.
2. He understands my words but not the way I feel.
3. He is interested in knowing what my experiences mean to me.
4. He nearly always knows exactly what I mean.
5. At times he jumps to the conclusion that I feel more strongly or more concerned about something than I actually do.
6. Sometimes he thinks that I feel a certain way, because he feels that way.
7. He understands me.
8. He does not avoid anything that is important for our relationship.
9. I feel that I can trust him to be honest with me.
10. He is secure and comfortable in our relationship.
11. He is equally appreciative - or equally unappreciative - of whatever I am telling him about myself.
12. His general feeling toward me varies considerably.
13. Whether I like or dislike myself, makes no difference to the way he feels about me.
14. He likes me better when I behave in some ways than he does when I behave in other ways.
15. Whether I feel fine or feel awful makes no difference to how warmly and appreciatively - or how coldly and unappreciatively - he feels toward me.
16. At times he feels contempt for me.

The answers were given in a 6-point Likert scale.

Clients asked to rate items along a continuum from -3 (strongly disagree) to +3 (strongly agree).



Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE Binder. Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;61(3):434-440.

Moras K, Strupp HH. Pretherapy Interpersonal Relations, Patients' alliance, and Outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry* 1982;39:405-409.

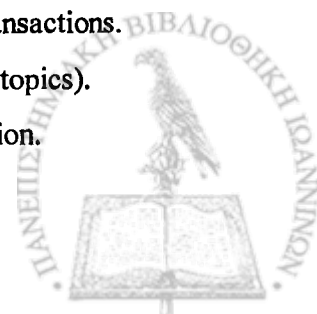
### VANDERBILT THERAPEUTIC STRATEGIES SCALE

#### Interviewing Style

1. Therapist encourages patient to experience/express affect in session.
2. Therapist encourages patient's expression/exploration of feelings in relation to significant others.
3. Therapist encourages patient's expression/exploration of thoughts and beliefs in relation to a significant other.
4. Therapist actively attempts to engage patient in collaboration.
5. Therapist responds to patient in accepting/understanding manner.
6. Therapist attempts to maintain a focused line of inquiry.
7. Therapist inquires into personal unique meanings of patient's words.
8. Therapist responds to patient's statements by seeking concrete detail.
9. Therapist attends to seemingly important statements or events.
10. Therapist shows evidence of listening receptively.
11. Therapist appears to maintain optimal participant-observer stance.
12. Therapist uses open-ended questions.

#### Specific Strategies

13. Therapist specifically addresses transactions in patient-therapist relationship.
14. Therapist encourages patient to explore feelings/thoughts about therapist/therapeutic relationship.
15. Therapist encourages patient to discuss how therapist might feel or think about the patient.
16. Therapist uses own reactions to some aspect of patient's behavior to clarify communications/guide exploration of possible distortions in patient's perceptions.
17. Therapist explores pattern that might constitute cyclical maladaptive pattern in patient's relationships.
18. Therapist asks about the patient's introject.
19. Therapist links recurrent behaviors or interpersonal conflict to patient-therapist transactions.
20. Therapist addresses obstacles (e.g. silences, coming late, avoidance of meaningful topics).
21. Therapist discusses time limits of time-limited dynamic psychotherapy or termination.





Heszen-Klemens I, Kapińska E. Doctor-Patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment. *Social Science & Medicine* 1984;19:9-18.

### RECORDING AND ANALYSIS OF DOCTOR-PATIENT INTERACTION

*Recordings were done by the doctor themselves in order to prevent disturbances which might be caused by outside presence.*

1. Doctor's directiveness, indicated by the amount of different orders given to the patient.
2. Doctor's activity, indicated by the proportion of his utterances to the total amount of utterances in the interview.
3. Patient's activity, evaluated as in the case of the doctor.
4. Doctor's emotional attitude towards the patient.

Its different forms were coded from 1 to 3, as follows:

1 – unfavorable

2 – changing

3 – favorable

5. Patient's partnership status.

Its degree was coded from 1 to 3, as follows:

1 – patient does not initiate activity on his own, such as asking for or giving additional information, making suggestions, etc.

2 – patient tries to act as partner to some extent but doctor does not admit such forms of patient participation, ignores or rejects patient's initiatives.

3 – patient does act as partner to some extent, giving information or making suggestions which are taken into consideration by doctor.



Hjortdahl P, Borchgrevink C. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal* 1991;303:1181-1184.

### QUESTIONNAIRE RELATED TO CONTINUITY AND USE OF RESOURCES

1. Pasientens kjønn:	Sett bare ett kryss for hvert spørsmål: 1=Kvinne 2=Mann
2. Pasientens fødselsår :	_____
3. Hoved-diagnose :	_____
4. Konsultasjonen i dag var :	<input type="checkbox"/> 1= Avtalt time <input type="checkbox"/> 2= 'Innimellom' <input type="checkbox"/> 3= Ø.hjelp/legevakt
5. Pasienten kom i dag var :	<input type="checkbox"/> 1= Ny sykdoms-episode eller skade <input type="checkbox"/> 2= Oppfølging/kontroll av 'ny' sykdom eller skade (<6mnd) <input type="checkbox"/> 3= 'Oppbluss' eller kontroll av kronisk sykdom/skade (>6mnd) <input type="checkbox"/> 4= Forebyggende (helsekontroll, sjekk' o.l.) <input type="checkbox"/> 5= Annet, eventuelt hva:
6. Når var pasienten hos deg første gang ? (medregnet tidligere sykdoms-episoder)	<input type="checkbox"/> 1= Første kontakt i dag <input type="checkbox"/> 2= <3 mnd siden <input type="checkbox"/> 3= 3-12 mnd <input type="checkbox"/> 4= 1-5 år <input type="checkbox"/> 5= >5 år
7. Antall konsultasjoner/sykebesøk pasienten har hatt med deg siste 12 mnd (medregnet kontakten i dag):	Ganger: _____
8. Hvilket kjennskap hadde du til pasientens tidligere, generelle sykehistorie (vita ante acta) før Konsultasjonen i dag?	<input type="checkbox"/> 1= Ingen <input type="checkbox"/> 2= Noe <input type="checkbox"/> 3= Godt <input type="checkbox"/> 4= Meget godt <input type="checkbox"/> 5= Svært godt
9. Hvilket kjennskap hadde du til pasientens personlighet før konsultasjonen i dag ?	<input type="checkbox"/> 1= Ingen <input type="checkbox"/> 2= Noe <input type="checkbox"/> 3= Godt <input type="checkbox"/> 4= Meget godt <input type="checkbox"/> 5= Svært godt
10. Hvilket kjennskap hadde du til pasientens sociale nettverk (familie, nærmiljø, arbeid o.l.) før kontakten i dag?	<input type="checkbox"/> 1= Ingen <input type="checkbox"/> 2= Noe <input type="checkbox"/> 3= Godt <input type="checkbox"/> 4= Meget godt <input type="checkbox"/> 5= Svært godt
11. Kjennskap om pasienten hadde du:	<input type="checkbox"/> 1= Vesentlig fra egne tidligere kontakter med pasienten <input type="checkbox"/> 2= Vesentlig fra andre legers journalnotater, epikriser o.l.) <input type="checkbox"/> 3= Vesentlig fra andre i helsevesenet (hjemmesykepleier o.l.) <input type="checkbox"/> 4= Vesentlig fra andre i pasientens nærmiljø (familie, arbeidssted o.l.) <input type="checkbox"/> 5= Annet eller ikke relevant; hadde ingen kjennskap til pasienten fra før

12. I et behandlings-og tidsperspektiv, hvilket medisinsk ansvar føler du for denne pasienten?     1= Avgrenset til kontakten i dag  
 2= Avgrenset til denne sykdomsepisoden eller til et ,organ system'  
 3= Et helhetlig og koordinerende medisinsk ansvar for-pasientens ulike helsebehov over lengre tid (pasientens ,faste lege')
13. Kunne denne konsultasjonen ha vært erstattet av kontakt pr. telefon eller bud dersom du hadde kjent pasienten bedre ?     1= Ja, eller sansynligvis  
 2= Nei, eller lite sannsynlig  
 3= Usikker  
 4= Ikke relevant; kjenner pasienten godt fra før
14. Invirket ditt tidligere kjennskap (eller manglende kjennskap) til pasienten på bruk av tid I konsultasjonen I dag?     1= Ja, brukte vesentlig lenre tid enn jeg ellers ville ha ghort (>50% lengre tid)  
 2= Ja, brukte noe lengre tid (20-50% lengre tid)  
 3= Ja, brukte noe kortere tid (20-50% lengre tid)  
 4= Ja, brukte vesentlig kortere tid (>50% kortere tid)  
 5= Nei, hadde liten eller ingen innvirkning på bruken av tid
15. Vurderte du I denne konsultasjonen å benytte laboratorieprøver?     1= Ja     2= Nei / ikke aktuelt
16. -hvis Ja:

- 1=Tidligere kjennskap til pasienten medvirket til at jeg tok flere laboratorieprøver enn jeg ellers ville ha gjort  
 2= Tidligere kjennskap til pasienten medvirket til at jeg tok færre laboratorieprøver enn jeg ellers ville ha gjort  
 3= Manglende kjennskap til pasienten medvirket til at jeg tok flere laboratorieprøver enn jeg ellers ville ha gjort  
 4= Manglende kjennskap til pasienten medvirket til at jeg tok færrelaboratorieprøver enn jeg ellers ville ha gjort  
 5= Tidligere, eller manglende kjennskap til pasienten hadde liten eller ingen innvirkning

17. -hvis Ja: Tok eller bestilt du laboatorieprøver?     1= Ja     2= Nei
18. Vurderte du å bruke observasjon (se det an, ta kontakt hvis ikke bedre)?     1= Ja     2= Nei / ikke aktuelt
19. -hvis Ja:

- 1=Tidligere kjennskap til pasienten medvirket til at jeg brukte observasjon mer enn jeg ellers ville ha gjort  
 2= Tidligere kjennskap til pasienten medvirket til at jeg brukte observasjon mindre enn jeg ellers ville ha gjort  
 3= Manglende kjennskap til pasienten medvirket til at jeg brukte observasjon mer enn jeg ellers ville ha gjort  
 4= Manglende kjennskap til pasienten medvirket til at jeg brukte observasjon mindre enn jeg ellers ville ha gjort  
 5= Tidligere, eller manglende kiennskap til pasienten hadde liten eller ingen innvirkning

20. -hvis Ja: Brukte du ,observasjon'?'     1= Ja     2= Nei
21. Vurderte du å forskrive legemidler i løpet av denne konsultasjonen?     1= Ja     2= Nei / ikke aktuelt
22. -hvis Ja:

- 1=Tidligere kjennskap til pasienten medvirket til at jeg forskrev mer legemidler enn jeg ellers ville ha gjort  
 2= Tidligere kjennskap til pasienten medvirket til at jeg forskrev mindre legemidler enn jeg ellers ville ha gjort  
 3= Manglende kjennskap til pasienten medvirket til at jeg forskrev mer legemidler enn jeg ellers ville ha gjort  
 4= Manglende kjennskap til pasienten medvirket til at jeg forskrevmindre legemidler enn jeg ellers ville ha gjort  
 5= Tidligere, eller manglende kjennskap til pasienten hadde liten eller ingen innvirkning

23. -hvis Ja: Forskrev du legemidler?     1= Ja     2= Nei
24. Vurderte du å skrive sykmelding (sykpengeattest, friskmelding)?     1= Ja     2= Nei / ikke aktuelt
25. -hvis Ja:

- 1=Tidligere kjennskap medvirket til at terskelen for å skrive sykmelding var høyere enn den ellers ville ha vært  
 2= Tidligere kjennskap til medvirket til at terskelen for å skrive sykmeldingvar høyere enn denellers villeha vært  
 3= Manglende kjennskap til medvirket til at terskelenfor å skrivesykmeldingvar høyereenn denellersville ha vært  
 4= Manglende kjennskap til medvirket til at terselen for å skrivesykmeldingvarlavereenn den ellers ville ha vært  
 5= Tidligere, eller manglende kjennskap til pasienten hadde liten eller ingen innvirkning

26. –hvis Ja: Skrev du sykmelding?

☒ 1= Ja ☒ 2= Nei

27. Vurdertedu åhenvise tiløvragedelav helsetjenesten (specialist, innleggelse o.l.)? ☒ 1= Ja ☒ 2= Nei/ikke aktuelt

28. –hvis Ja:

- ☒ 1= Tidligere kjennskap til pasienten medvirket til at jeg henviste mer/lettere enn jeg ellers ville ha gjort
- ☒ 2= Tidligere kjennskap til pasienten medvirket til at jeg henviste mindre enn jeg ellers ville ha gjort
- ☒ 3= Manglende kjennskap til pasienten medvirket til at jeg henviste mer/lettere enn jeg ellers ville ha gjort
- ☒ 4= Manglende kjennskap til pasienten medvirket til at jeg henviste mindre enn jeg ellers ville ha gjort
- ☒ 5= Tidligere. eller manglende kiennskap til pasienten hadde liten eller ingen innvirkning

29. –hvis Ja: Henviste du eller la du pasienten inn?

☒ 1= Ja ☒ 2= Nei

30. Mener du ditt tidligere kjennskap (eller manglende kjennskap) til pasienten i denne konsultasjonen var:

- ☒ 1= En meget sikrere/riktigere diagnose
- ☒ 2= En noe sikrere/ riktigere diagnose
- ☒ 3= En noe mer usikker diagnose
- ☒ 4= En meget mer usikker diagnose
- ☒ 5= Liten eller ingen diagnostisk betydning

31. Mener du ditt tidligere kjennskap (eller manglende kjennskap) til pasienten, i dag medvirket til:

- ☒ 1= En meget mer gjennomførbart behandlingsopplegg
- ☒ 2= En noe mer gjennomførbart behandlingsopplegg
- ☒ 3= En noe mer usikkert behandlingsopplegg
- ☒ 4= En meget mer usikkert behandlingsopplegg
- ☒ 5= Liten eller ingen usikkert behandlingsopplegg

32.

- ☒ 1= Til stor hjelp/nytte
- ☒ 2= Til noe hjelp/nytte
- ☒ 3= Til en viss hindring
- ☒ 4= Til stor hindring
- ☒ 5= Hyggelig, men ikke til spesiell hjelp eller hindring
- ☒ 6= Hadde liten eller ingen betydning i denne konsultasjonen



Hjortdahl P, L rum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction.  
British Medical Journal 1992;304:1287-90.

### CONTINUITY OF CARE – CONSULTATION

#### Factors related to patient

(Age - years:  $\geq 15$ , 16-69,  $\geq 70$ )

#### Factors related to doctor

(Age - years, sex { male, female }, Stability of doctor in practice { years }, location of practice { major cities, towns, rural area }, type of practice { solo practitioner, dual partnership, group practice }, reimbursement { set salary, fee for service }, availability (clinical hours a week)

#### Continuity of care

- Today's doctor was:
  - a) Not my personal doctor.
  - b) My personal doctor for (some of my health problems, most of my health problems, all my health problems)
  - c) Duration of doctor-patient relationship (time since first encounter)  
(First contact today, <3 Months, 3-12 Months, 1-5 Years, >5 Years)
  - d) Intensity of doctor-patient relationship (No of encounters in past 12 months) (Present encounter only, 2-3, 4-5, 6-10,  $\geq 11$ )

#### Consultation

Type (scheduled, unscheduled, emergency),

Type of illness (somatic or non-psychosocial, psychosocial),

Duration of problem (new, follow-up, chronic, preventive or other).



Hodges B, Tumbull J, Cohen R, Bienenstock D, Norman G. **Assessment of Communication Skills with Complex Cases Using OSCE Format. Proceedings - The Sixth Ottawa Conference on Medical Education, Canada, Rothman AI, Cohen R. (eds) 1994;269-272.**

### **OSCE FORMAT**

**(Observed structured clinical exam)**

#### **Assessment of Communication Skills**

##### ***Interviewing skills***

History taking station

Perform a physical examination

##### ***Interpersonal skills***

Rapport

Empathy

Control of emotions

##### ***Patient education***

***Response to emotional issues***



**Hogan R. Development of an empathy scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1989;33(3):307-316.**

### **DEVELOPMENT OF AN EMPATHY SCALE**

1. Is socially perceptive of a wide range of interpersonal cues.
2. Seems to be aware of the impression he makes on others.
3. Is skilled in social techniques of imaginative play, pretending, and humor.
4. Has insight into own motives and behavior.
5. Evaluates the motivation of others in interpreting situations.
  
6. Does not vary roles; relates to everyone in the same way.
7. Judges self and others in conventional terms like 'popularity', 'the correct thing to do', social pressures, etc.
8. Is uncomfortable with uncertainty and complexities.
9. Extrapunitive; tends to transfer or project blame.
10. Handles anxiety and conflicts by, in effect, refusing to recognize their presence; repressive or dissociative tendencies.



**Holloway RL, Rogers JC. Physician Adaptation to Patients' Locus of control and congruence with Health Recommendations. Health Communication 1992;4(1):67-78.**

What recommendations did you and the doctor agree on today? (*Level of congruence*)

---



---



---



---

Estimate the likelihood of the patient following through with recommendations, scored on a 10-point scale. (*Likelihood of compliance*)

---

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Estimate your independent judgment of the commitment to follow through with recommendations, scored on a 10-point scale. (*Commitment to compliance*)

---

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

How satisfied are you that this doctor/this patient is a good match for you scored on a 10-point scale. (*Satisfaction with match*)

---

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10





**Holloway RL, Rogers JC, Gershenhorn SL. Differences between patient and physician perceptions of predicted compliance. Family Practice 1992;9(3):318-22.**

- **Would a community-based study show similar interference with congruence?**
- **Would this congruence change over time?**
- **Would congruence on satisfaction of the match between patient and physician be significant in a community-based study?**



Horvath AO, Greenberg LS. Development and Validation of the Working Alliance Inventory.  
*Journal of Counseling Psychology* 1989;36(2):223-233.

**ITEMS OF THE WORKING ALLIANCE INVENTORY**  
*(CASE MANAGER and CLIENT FORMS)*

1. I feel uncomfortable with .....
2. .... and I agree about the things I will need to do in therapy to help improve my situation.
3. I am worried about the outcome of these sessions.
4. What I am doing in therapy gives me new ways of looking at my problem.
5. .... and I understand each other.
6. .... perceives accurately what my goals are.
7. I find what I am doing in therapy confusing.
8. I believe ..... likes me.
9. I wish ..... and I could clarify the purpose of our sessions.
10. I disagree with ..... about what I ought to get out of therapy.
11. I believe the time ..... and I are spending together is not spent efficiently.
12. .... does not understand what I am trying to accomplish in therapy.
13. I am clear on what my responsibilities are in therapy.
14. The goals of these sessions are important to me.
15. I find what ..... and I are doing in therapy are unrelated to my concerns.
16. I feel that the things I do in therapy will help me to accomplish the changes that I want.
17. I believe ..... is genuinely concerned for my welfare.
18. I am clear as to what ..... wants me to do in these sessions.
19. .... and I respect each other.
20. I feel that ..... is not totally honest about his/her feelings toward me.
21. I am confident in ..... 's ability to help me.
22. .... and I are working towards mutually agreed upon goals.
23. I feel that ..... appreciates me.
24. We agree on what is important for me to work on.
25. As a result of these sessions I am clearer as to how I might be able to change.
26. .... and I trust one another.
27. .... and I have different ideas on what my problems are.
28. My relationship with ..... is very important to me.
29. I have the feeling that if I say or do the wrong things. .... will stop working with me.
30. .... and I collaborate on setting goals for my therapy.
31. I am frustrated by my things I am doing in therapy.
32. We have established a good understanding of the kind of changes that would be good for me.
33. The things that ..... is asking me to do don't make sense.
34. I don't know what to expect as the result of my therapy.
35. I believe the way we are working with my problem is correct.
36. I feel ..... cares about me even when I do things that he/she does not approve of.

*Answers are given in a 7 Likert scale:*

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always



Hulka B, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Medical Care* 1970;VIII(5):429-435.

Roberts JG, Tugwell P. Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *HSR: Health Services Research* 1987;22(5):637-654.

### HULKA QUESTIONNAIRE

*(For items expressing a positive sentiment, the multiplication factor is as follows: strongly agree (2), agree (1), uncertain (0), disagree (-1) and strongly disagree (-2). On the other hand, for items expressing a negative statement, the multiplication factor is strongly agree (-2), agree (-1), uncertain (0), disagree (1), strongly disagree (2).*

#### Professional competence

1. People do not know how many mistakes doctors really make. (Neg.)
2. Today's doctors are better trained than ever before. (Pos.)
3. Doctors rely on drugs and pills too much. (Neg.)
4. Given a choice between using an old reliable drug and a new experimental one, many doctors will choose the new one. (Neg.)
5. No two doctors will agree on what is wrong with a person. (Neg.)
6. Doctors will not admit it when they do not know what is wrong with you. (Neg.)
7. When doctors do not cure mildly ill patients, it is because the patients do not cooperate. (Pos.)
8. Doctors will do everything they can to keep from making a mistake. (Pos.)
9. Many doctors just do not know what they are doing. (Neg.)
10. Doctors spend more time trying to cure an illness you already have than they possibly could. (Neg.)
11. Doctors are put in the position of needing to know more than they possibly could. (Pos.)
12. Even if a doctor cannot cure you right away, he can make you feel more comfortable. (Pos.)
13. Doctors can help you both in health and in sickness. (Pos.)
14. Doctors sometimes fail because patients do not call them in time. (Pos.)

#### Personal qualities

1. You cannot expect anyone doctor to be perfect. (Pos.)
2. Doctors make you feel like everything will be all right. (Pos.)
3. A doctor's job is to make people feel better. (Pos.)
4. Too many doctors think you cannot understand the medical explanation of your illness, so they do not bother explaining. (Neg.)



5. Doctors act like they are doing you a favor by treating you. (Neg.)
6. A lot of doctors do not care whether or not they hurt you during the examination. (Neg.)
7. Many doctors treat the disease but have no feeling for the patient. (Neg.)
8. Doctors should be a little more friendly than they are. (Neg.)
9. Most doctors let you talk out your problems. (Pos.)
10. Doctors do their best to keep you from worrying. (Pos.)
11. Doctors are devoted to their patients. (Pos.)
12. With so many patients to see, doctors cannot get to know them all. (Pos.)
13. Most doctors have no feeling for their patients. (Neg.)
14. Most doctors take a real interest in their patients. (Pos.)

### **Cost/convenience**

1. Nowadays you really cannot get a doctor to come out during the night. (Neg.)
2. You may have to wait a little, but you can always get a doctor. (Pos.)
3. It is easier to go to the drugstore for medicine than to bother with a doctor. (Neg.)
4. The more money you have the easier it is to see the doctor. (Neg.)
5. A doctor has a right to charge what he does since he struggled for years to become a doctor.  
(Pos.)
6. In an emergency you can always get a doctor. (Pos.)
7. There just are not enough doctors to go around. (Pos.)
8. Doctors try to have their offices and clinics in convenient locations. (Pos.)
9. More and more doctors are refusing to make house calls. (Neg.)
10. People complain too much about how hard it is to see a doctor. (Pos.)
11. It is hard to get a quick appointment to see a doctor. (Neg.)
12. Doctors should have evening office hours for working people. (Neg.)
13. Most doctors are willing to treat patients with low incomes. (Pos.)
14. A doctor's main interest is in making as much money as he can. (Pos.)



**Kaplan SH, Grenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Medical Care 1989;27(3):S110-S27.**

*Audiotape recordings of the physician-patient office visits before and after the intervention were analyzed using a coding scheme that classified each utterance by patient or physician into one of thirty codes, only one of which could be assigned to each utterance. These codes were grouped into three categories:*

- *control,*
- *communication, or*
- *affect*

*based on whether the utterance was aimed at controlling the behavior of the other party, communicating information, or conveying emotion.*

## **PHYSICIAN-PATIENT INTERACTION INDICATORS - MEASURES**

### ***Level of patient participation***

#### ***More patient control***

- Control attempts by patient during interaction
- Sum of all controlling utterances made by the patient (that is, those intended to influence behavior of the physician or to control the nature of the conversation, such as interruptions, suggestions, assertions)

#### ***More patient involvement***

- Ratio of patient to physician utterances
- Sum of all patient utterances during the encounter divided by all physician utterances; an indicator of patient assertiveness relative to the physician

### **Effectiveness of patient information seeking**

#### ***More effective information seeking***

- Ratio of physicians' information – conveying statements to patients' control attempts
- Sum of all factual statements made by the physician divided by the sum of all patient controlling utterances; an indicator of patients' ability to elicit information effectively from the physician

### **Interaction pattern**

#### ***More doctor direction***

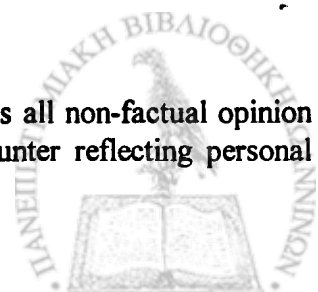
- Physician direction of interaction
- Sum of all physician controlling utterances and all patient factual statements divided by length of encounter in minutes; portion of the encounter directed by the physician

#### ***More patient direction***

- Patient direction of interaction
- Sum of all patient controlling utterances and all patient factual statements divided by length of encounter in minutes; portion of the encounter directed by the physician

#### ***More affect and opinions***

- Affect-opinion sharing between physician and patient
- Sum of all affect (emotion) expressed by physicians and patients, plus all non-factual opinion statements of physicians and patients divided by length of the encounter reflecting personal involvement

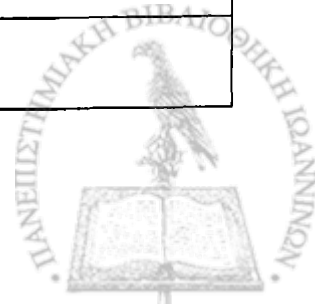


Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Pilkonis PA. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64(3):532-539.

### VANDERBILT THERAPEUTIC ALLIANCE SCALES (VTAS)

Patient factor		Therapist factor		Total alliance	
14.	Patient expresses feeling better	1.	Therapist conveys idea of his competence	8.	Therapist intrudes own ideas or values (a)
15.	Patient experiences therapist as understanding and supportive	2.	Therapist expresses hope and encouragement	10.	Therapist fosters undue dependency (a)
16.	Patient identifies with therapist's method of working	3.	Therapist commits himself and his skills to helping patient	31.	Therapist and patient focus on therapeutic task
17.	Patient expects therapist to change him (a)	4.	Therapist shows respect, acceptance, and compassion	34.	Therapist and patient allow session to become empty, boring (a)
18.	Patient makes effort to carry out therapeutic procedures	5.	Therapist acknowledges validity of patient's thoughts, feelings	36.	Therapist and patient refer back to experiences together
19.	Patient acknowledges problems therapist could help him with	6.	Therapist makes sure patient understands procedures of therapy	37.	Therapist and patient have awkward silences or pauses (a)
20.	Patient indicates strong desire to overcome problems	7.	Therapist intervenes in way to preserve patient's self-esteem		
21.	Patient talks freely, openly, and honestly about himself	9.	Therapist expresses own reactions in appropriate ways		
22.	Patients acts in hostile, attacking, or critical manner (a)	11.	Therapist makes irrelevant comments (a)		
23.	Patient acts in mistrustful or defensive manner	12.	Therapist builds mutuality by using the terms 'we' and 'us'		
24.	Patient becomes so anxious it interferes with therapy (a)	13.	Therapist misses interventions when needed		
25.	Patient misses appointment, comes late, or resists next appointment (a)				
26.	Patient shows enthusiasm that makes session alive				
27.	Patient and therapist work in a joint effort				
28.	Patient and therapist share common viewpoint about patient's problems				
29.	Patient and therapist relate in honest, straightforward way				
30.	Patient and therapist agree on tasks and goals				
32.	Patient and therapist seem engaged in power struggle (a)				
33.	Patient and therapist express possibility of premature termination				
35.	Patient and therapist accept different roles and responsibilities				

(a) *These items are reverse keyed*



Kurth RA, Pokorny D, Körner A, Der Beziehungs-Muster-Fragebogen (BeMus) MG. Validierung anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (The Relationship Patterns Questionnaire (RPQ): Validation by Using a Representative Sample). Psychother Psych Med 2002;52:179-188.

### THE RELATIONSHIP PATTERNS QUESTIONNAIRE (RPQ)

Auszug aus dem ersten Teil: RO-RS

Sein/Ihr Verhalten  Wenn Er/Sie folgendes tut...	Meine eigene Reaktion  Dann tue Ich folgendes...					
		nicht zutreffend	weniger zutreffend	mittelm. Zutreffend	mehr zutreffend	stark zutreffend
Er/sie akzeptiert mich so, wie ich bin.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ich akzeptiere ihn/sie auch so, wie er/sie ist.</li> <li>- ich kritisiere ihn/sie.</li> <li>- ich rede offen mit ihm/ihr über das, was mich bewegt.</li> <li>- ich rechtfertige mich dennoch.</li> </ul>					
Er/sie wendet sich mir liebevoll zu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ich gehe auch liebevoll auf ihn/sie ein.</li> <li>- ich weise ihn/sie zurück.</li> <li>- ich genieße seine/ ihre Nähe.</li> <li>- ich wehre mich gegen seine/ ihre Nähe.</li> </ul>					

Mein eigenes Verhalten  Wenn Ich folgendes tue...	Seine/Ihre Reaktion  Dann tut Er/Sie folgendes...					
		nicht zutreffend	weniger zutreffend	mittelm. zutreffend	mehr zutreffend	stark zutreffend
Ich akzeptiere ihn/sie so, wie er/sie ist.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- er/ sie akzeptiert mich auch so, wie ich bin.</li> <li>- er/ sie kritisiere mich.</li> <li>- er/ sie redet offen mit mir über das, was ihn/sie bewegt.</li> <li>- er/ sie rechtfertigt sich dennoch.</li> </ul>					
Ich wende mich ihm/ihr liebevoll zu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- er/ sie geht auch liebevoll auf mich ein.</li> <li>- er/ sie weist mich zurück.</li> <li>- er/ sie genieße meine Nähe.</li> <li>- er/ sie wehrt sich gegen meine Nähe.</li> </ul>					



**Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programs. Medical Education 1996;30:83-89.**

### **'CALGARY-CAMBRIDGE REFERENCED OBSERVATION GUIDES'**

- **Guide One 'Interviewing the Patient'**
- **Guide Two 'Explanation and Planning with the Patient'**

**It is similar to that adopted by Cohen-Cole in 1991 OSCE Format  
(Observed structured clinical exam):**

#### **GUIDE ONE 'INTERVIEWING THE PATIENT'**

- **Assessment of Communication Skills**  
*Initiating the session*  
*Interviewing skills – Gathering information*  
History taking station  
Perform a physical examination
- **Building relationship / facilitating patient's involvement**  
*Interpersonal skills*  
Rapport  
Empathy  
Control of emotions
- **Explaining and planning**  
*Patient education*  
*Response to emotional issues*
- **Closing the session**

#### **GUIDE TWO 'EXPLANATION AND PLANNING WITH THE PATIENT'**

- Aiding accurate understanding and recall
- Collaborating with the patient: shared understanding and decision-making
- Closing the session
- If discussing opinion and significance of problems.
- If negotiating mutual plan of action.
- If discussing investigations and procedures.

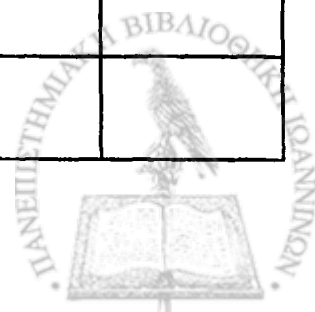




Lærum E, Steine S, Finset A, Lundevall S. Complex health problems in general: do we need an instrument for consultation improvement and patient involvement? Theoretical foundation, development and user evaluation of the Patient Perspective Survey (PPS). *Family Practice* 1998;15(2):172-181.

### DOCTOR EVALUATION FORM

Item	Strongly agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly disagree
Better insight into the patient's situation in life					
Less effective consultation					
New and relevant information about somatic complaints					
New and relevant information about psychological complaints					
New and relevant information about social conditions					
Less effective communication					
Important information about patient's worries and expectations					
Important information about self-mastery and coping					
Unexpected information about quality of life or general health					
Has to use longer time than decided when estimated prior to the consultation					
Induced important processes in the patient					
Induced positive change in my relation to the patient					
Information was received that was difficult to handle					
I was very satisfied with this consultation					



Lærum E, Steine S, Finset A, Lundevall S. Complex health problems in general: do we need an instrument for consultation improvement and patient involvement? Theoretical foundation, development and user evaluation of the Patient Perspective Survey (PPS). *Family Practice* 1998;15(2):172-181.

### PATIENT EVALUATION FORM

Item	Strongly agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly disagree
I found the questions easy to understand.					
It took quite a long time to fill in the questionnaire.					
The questions had little to do with my reasons for contacting the doctor.					
The questions made me think about other important aspects of my life.					
I think it was useful to have questions regarding what I can do myself to reduce/get rid of my complaints.					
The questionnaire was easy to fill in.					
I think the doctor received valuable information about me and my complaints/health problems which he/she otherwise would not have obtained.					
It is a good thing that positive and strong sides of my health have also been recorded.					
I think it is unnecessary for the doctor to have other information about me beyond that referring to my complaints and symptoms.					
I think that the questionnaire provided the doctor with information that was useful in deciding the most appropriate treatment.					
I think the doctor understands me and my problems better as a result of the information from the questionnaire.					
I find it strange that I should have thoughts about what might be the best help for my health problem.					
I think the questionnaire had a positive effect on the communication between me and my doctor.					
I think the questionnaire made the discussion between me and the doctor more meaningful.					
I think the questionnaire helped to improve contact between me and the doctor.					
The doctor seemed to be very interested in how I answered the questionnaire.					
The questionnaire should be used only when a person consults a doctor about new or severe problems.					
I think the questionnaire helped the doctor, and me, to take a more holistic view of my health.					
The information from the questionnaire merely disturbed communication between me and the doctor.					
Filling in this questionnaire at home had a positive effect on me (for instance, useful communication within the family).					
To me, answering the questionnaire was a positive experience.					
All in all, I think the questionnaire had a good effect on the consultation.					



Langewitz W, Keller A, Denz M, Wössmer-Buntschu B, Kiss A. Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient Beziehung? (Patient Satisfaction Questionnaire: a valuable tool to access the quality of doctor-patient relationships). Psychother Psychosom med Psychol 1995;45:351-357.

**PATIENTENZUFRIEDENHEITS-FRAGEBOGEN (PZF)**

1. Dieser Arzt/ diese Ärztin hat mich freundlich behandelt.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

2. Ich habe gewisse Zweifel über die Fähigkeit dieses Arztes/ dieser Ärztin.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

3. Dieser Arzt/diese Ärztin wirkte kühl und unpersönlich.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

4. Dieser Arzt/diese Ärztin hat sein Bestes getan, um mich nicht zu beunruhigen.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

5. Dieser Arzt/diese Ärztin hat mich so sorgfältig es notwendig war, untersucht.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

6. Dieser Arzt/diese Ärztin hätte mich rücksichtsvoller behandeln sollen.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

7. Ich habe gewisse Zweifel über die von diesem Arzt/dieser Ärztin empfohlene Behandlung.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

8. Dieser Arzt/diese Ärztin wirkte sehr kompetent und erfahren.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

9. Dieser Arzt/diese Ärztin schien ein echtes und persönliches Interesse an mir zu haben.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

10. Dieser Arzt/diese Ärztin hat mich mit vielen unbeantworteten Fragen über meinen Zustand und die notwendige Behandlung zurückgelassen.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

11. Dieser Arzt/diese Ärztin verwendete Fachausdrücke, die ich nicht verstanden habe.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

12. Ich habe großes Vertrauen in diesen Dienen Arzt/diese Ärztin.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

13. Ich habe das Gefühl, dass ich diesem Arzt/diese Ärztin sehr persönliche Probleme hätte anvertrauen können.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

14. Ich habe mich nicht getraut, diesem Arzt/dieser Ärztin Fragen zu stellen.

Behauptung Ist sehr zutreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behauptung trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5	

15. Ich schätze die Art dieses Arztes/dieser Ärztin

ja  nein

16. Ich würde diesen Arzt/diese Ärztin einem Freund/einer Freundin auf der Suche nach einem Doktor mit einem guten persönlichen Umgangstil witerempfehlen

ja  nein

Levinson W, Stiles WB, Inui TS, Engle R. Physician Frustration in Communicating with Patients Medical Care 1993;31(4):285-95.

### PHYSICIAN FRUSTRATION

<b>Lack of trust or agreement</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. There was a lack of trust between us.</li> <li>2. The patient was unwilling to accept the diagnosis.</li> <li>3. The patient and I could not see eye to eye on the goal of the visit.</li> <li>4. I felt that the patient didn't believe me.</li> </ol>
<b>Too many problems</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>5. The patient had a million complaints.</li> <li>6. There were too many problems.</li> <li>7. I spent more time in the visit than I wanted to.</li> <li>8. On the way out the door, the patient said, 'Oh, by the way ...'</li> </ol>
<b>Feeling distressed</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>9. I felt depressed after seeing the patient.</li> <li>10. There were times when I didn't know what to do next.</li> <li>11. I felt angry after seeing the patient.</li> <li>12. I felt overwhelmed.</li> </ol>
<b>Lack of adherence</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>13. The patient didn't follow my instructions.</li> <li>14. The patient had not complied with the therapy I prescribed.</li> <li>15. The patient did not accept responsibility for his/her own health care.</li> </ol>
<b>Lack of understanding</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>16. The patient couldn't give me a clear history.</li> <li>17. We couldn't understand each other.</li> <li>18. I couldn't understand what the patient wanted to tell me.</li> </ol>
<b>Demanding/controlling patient</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>19. The patient was trying to manipulate me.</li> <li>20. The patient was too controlling.</li> <li>21. The patient was telling me what to do to diagnose or treat the problem.</li> <li>22. The family was demanding and complaining.</li> </ol>
<b>Special problems (alcohol, drugs, chronic pain)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>23. Working with this drug abusing patient was difficult for me.</li> <li>24. Working with this alcoholic patient was difficult for me.</li> <li>25. This patient with chronic pain gave me trouble.</li> </ol>



**Lin EH, Von Korff M, Katon W, Bush T, Simon GE, Walker E, Robinson P. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. Medical Care 1995;33(1):67-74.**

### **QUESTIONNAIRE ON PATIENT EDUCATION**

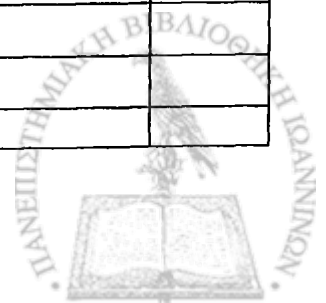
1. Were you given a simple explanation of how the medicine works?
2. Were you told how long it would take before the medicine would start to have a noticeable effect?
3. How long were you told it would take?
4. Were you told how long to expect to continue taking the medication?
5. Which of the following instructions were you given about taking the medicine?
  - a. Keep taking it even if you start to feel better.
  - b. Don't stop taking it without checking with the office.
  - c. Take it on a daily basis without interruption.
6. Did your doctor discuss side-effects that are common when taking the medicine?
  - a. Were you given advice on how to manage minor side-effects?
  - b. Were you advised on what to do if you experienced major side-effects?
  - c. Were you advised about when or how long you might have side-effects?
7. Were you told what to do if you had questions about the use of medicine after leaving the office?
8. Were you asked about prior use of similar medicine?
9. Did your doctor discuss any of the following with you?
  - a. Identifying things you were already doing that helped you feel better?
  - b. Planning pleasurable activities?
  - c. Planning activities that boost confidence?
  - d. Ways of solving some problems you're having in life, such as problems with your job or relationships?
  - e. Seeking counseling or other professional help?
  - f. Identifying and changing thoughts that get you down?



Linden M, Nather J, Wilms HU. Zur definition, bedeutung und messung der krankheitskonzepte von patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene patienten. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1988;56:35-43.

### KRANKHEITSKONZEPTSKALA (KK-Skala)

Der folgenden Aussage stimme ich...	gar nicht zu	Kaum zu	Teilweise zu	Überwiegend zu	Voll zu
Wenn ich krank werde, ist es meist sehr ernsthaft.					
Medikamente unterstützen meine Gesundheit.					
Wenn ich zu einem Arzt gehe, weiß ich, dass mir dort geholfen wird.					
Gesund zu sein, ist zu einem großen Teil Glückssache.					
Medikamente nehmen heißt, dass ich zu schwach bin, um meine Probleme selbst zu lösen.					
Wenn ich krank bin, hilft mir gute medizinische Betreuung besser als alles andere, um wieder gesund zu werden.					
Bei psychischen Erkrankungen muß man auf die Wirksamkeit von Medikamenten vertrauen.					
Ob ich gesund werde oder nicht, hängt vom Zufall ab.					
Vor Krankheiten muß ich mich sehr in acht nehmen.					
Medikamente behindern mich im Alltag.					
Es gibt so viele Krankheiten, dass es ein Wunder ist, gesund zu sein.					
Seelische Leiden kann man nicht mit chemischen Mitteln behandeln.					
Wenn in meinem Körper eine Krankheit steckt, werde ich auch krank unabhängig davon, was ich dagegen unternehme.					
Ich habe die Befürchtung, dass Medikamente meine Persönlichkeit verändern können.					
Wenn ich krank werde, liegt es häufig an meiner eigenen Nachlässigkeit.					
Bei mir helfen Medikamente.					
Das Beste ist, den Anweisungen des Arztes zu folgen.					
Ich befürchte, dass meine Mitmenschen mich für schwach halten, wenn ich Medikamente nehme.					
Bei psychischen Erkrankungen sind Medikamente eine große Hilfe.					
Regelmäßige Besuche beim Arzt sind der beste Weg, um gesund zu bleiben.					
Unter Einfluß von Medikamenten verliert man den Blick für die Wirklichkeit.					
Wenn ich krank werde, habe ich meist etwas falsch gemacht.					
Medikamente müssen irgendwann einmal abgesetzt werden.					
Wenn ich krank bin weiß ich, dass ich mich nicht genug körperlich betätigt oder nicht vernünftig ernährt habe.					
Wenn ich die richtigen Medikamente nehme, dann helfen sie.					
Ich muß sehr auf meine Gesundheit aufpassen.					
Menschen, die nicht krank werden, haben ganz einfach viel Glück.					
Medikamente zu schlucken, ist für mich ganz einfach lästig.					
Natürliche Heilung ist Medikamenten überlegen.					



Luborsky L. Clinicians' Judgments of Mental Health - A proposed scale. Archives of General Psychiatry 1962;7:35-45.

**HEALTH-SICKNESS RATING SCALE**

- A. Read over the definition of the scale points and the sample cases that are placed at each point.
- B. To rate any particular case:
1. Refer to the scale, decide on the general 'region' in which your case falls.
  2. Turn to the sample cases in that region of the scale. Either match your case with one of the samples, or find a pair of sample cases between which yours seems to fall; then assign definite rating. This step of looking at the neighboring sample cases should give much more reliable ratings than from merely consulting the rating scales.
- C. In each of the sample cases the following criteria are balanced off in arriving at a single over-all rating:
1. The patient's need to be protected and/or supported by the therapist or hospital, vs. the ability to function autonomously.
  2. The seriousness of the symptoms (e.g., the degree to which they reflect personality disorganization).
  3. The degree of the patient's subjective discomfort and distress.
  4. The patient's effect on his environment: danger, discomfort, etc.
  5. The degree to which he can utilize his abilities, especially in work.
  6. The quality of his interpersonal relationships (warmth, intimacy, genuineness, closeness, distortion of perception of relationship, impulse control in relationships).
  7. The breadth and depth of his interests.

<i>Definition of Scale Points</i>		<i>Examples of Scale Points</i>
At 100: An ideal state of complete functioning integration, resiliency in the face of stress, happiness and social effectiveness (99 to 76: Degrees of 'everyday' adjustment. Few of these people seek treatment.)	100	(Some patients who complete treatment will fall within this range, and some patients who come for and need only 'situational' counseling.)
At 75, inhibitions, symptoms, character problems become severe enough to cause more than 'everyday' discomfort. May occasionally seek treatment.	75	Very mild neuroses or mild addictions and behavior disorders begin here and go on down, depending on severity.
At 65, generally functioning pretty well but have focalized problem or more generalized lack of effectiveness without specific symptoms.	65	Clearly neurotic conditions (most phobias, anxiety neuroses, neurotic characters).
At 50, definitely needs treatment to continue work satisfactorily and has increasing difficulty in maintaining himself autonomously (even without expressed or recognized need for formal treatment). Patient may either be in a stable unsatisfactory adjustment (where most energy is bound in the conflicts) or an unstable adjustment from which he will very likely regress.	50	Severe neuroses such as severe obsessive-compulsive, may be rated at 50 or lower, rarely below 35. Some compensated psychoses. Many character disorders, neurotic depressions.
At 25, person obviously unable to function autonomously. Needs hospital protection (or would need it if it were not for the support of the therapist). (The fact that the patient is in the hospital does not mean he must be rated at this point-he may have changed since admission or be in for a variety of reasons.)	35	Most borderline schizophrenics; severe character problems. Psychotic depressions may be this high, or go all the way to 0.
(24 to 1: Increased loss of contact with the reality; need for protection of patient or others from the patient; high degree of regression.)	25	Most clear-cut, overt psychoses, psychotic characters, severe addictions (which require hospital care).
At 10, extremely difficult to make any contact with patient. Needs closed ward care. Not much chance of continued existence without care.	10	'Closed ward' patients such as chronic schizophrenics, excited maniacs, profound suicidal depressions.
At 0, any condition which, if unattended, would quickly result in the patient's death, but not necessarily by his own hand.	0	Completely regressed schizophrenics, incontinent, out of contact, who require complete nursing care, tube feedings.

Luborsky L, Crits-Cristoph P, Minomtz J, Auerbach A. Who Will Benefit from Psychotherapy?.  
Predicting Therapeutic Outcomes. Basic Books: New York, 1988.

### THE HELPING RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE

*Below are listed a variety of ways that one person may feel or behave in relation to another person. Please consider each statement with reference to your present relationship with your therapist. Make each statement according to how strongly you feel that it is true, or not true in this relationship. Please mark every one. Write in +3, +2, +1 or -1, -2,-3, to stand for the following answers:*

- +3. Yes, I strongly feel that it is true.
- +2. Yes, I feel it is true.
- +1. Yes, I feel that it is probably true, or more true than untrue.
- 1. No, I feel that it is probably untrue, or more untrue than true.
- 2. No, I feel it is not true.
- 3. No, I strongly feel that it is not true.

1. I believe that my therapist is helping me.
2. I believe that the treatment is helping me.
3. I have obtained some new understanding.
4. I have been feeling better recently.
5. I can already see that I will eventually work out the problems I came to treatment for.
6. I feel I can depend upon the therapist.
7. I feel the therapist understands me.
8. I feel the therapist wants me to achieve my goals.
9. I feel I am working together with the therapist in a joint effort.
10. I believe we have similar ideas about the nature of my problems.
11. I feel now that I can understand myself and deal with myself on my own (that is, even if the therapist and I were no longer meeting for treatment appointments).

#### *Kinds of Change:*

- I feel improved in the following ways:

1	2	3	4	5
<i>Not at all</i>	<i>Slightly</i>	<i>Moderately</i>	<i>Much</i>	<i>Very Much</i>

- I feel worse in the following ways:

1	2	3	4	5
<i>Not at all</i>	<i>Slightly</i>	<i>Moderately</i>	<i>Much</i>	<i>Very Much</i>

- Estimate of Improvement so far:

1	2	3	4	5
<i>Not at all</i>	<i>Slightly</i>	<i>Moderately</i>	<i>Much</i>	<i>Very Much</i>





Luborsky L, Crits-christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M. Two helping alliance methods for predicting outcome of psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1983;171(8):480-491.

### MANUAL FOR COUNTING SIGNS OF HELPING ALLIANCES IN PSYCHOTHERAPY SESSIONS (Hacs)

1. Read through the transcripts of the sessions and score every example (i.e., sign) of each of the seven positive or negative subtypes listed in this manual. Give a score for each explicit, or nearly explicit, example. The example must clearly fit one of the seven subtypes in this manual.  
It is important for the judge to keep in mind that what is being scored is the patient's indication of his perception of the treatment, or the relationship with the therapist as helpful or potentially helpful. Usually these are explicit implications given by the patient that he is getting better or getting worse. Occasionally, a self-description which is not explicit is clear and scorable, nevertheless, from the context; e.g., 'I am not depressed', in a patient who has been depressed.
2. The scoring unit is usually a single sentence, although sometimes a group of sentences can represent one scorable unit if they reiterate the same theme. If the patient says the same thing more than once around the same place, only one score is given for each type of sign.
3. A score includes these components: whether it is positive or negative, type 1 or 2, subtype a, b, etc. and intensity. For example HA + 1a5: HA= helping alliance; + 1=positive, type 1; a=P says he believes T is helping him; 5=5 on a 1 to 5 scale of intensity where 1= 'very low' and 5= 'very high'.

Positive Type 1	Negative Type 1	Positive Type 2	Negative Type 2
A helping relationship which depends upon the patient's experiencing the therapist as helpful, supportive, and facilitating achievement of the treatment goals:	A hindering relationship in which the patient experiences the therapist as unhelpful, non-supportive, or impeding achievement of the treatment goals:	A helping relationship based on the sense of working together in a joint struggle against what is impending the patient. The emphasis is upon shared responsibility for working out the treatment goals, and on the patient's ability to do what the therapist does.	A hindering relationship based on a sense of not working together in a joint struggle against what is impending the patient. A sense that the responsibility for working out the patient's goals, is not being shared and the patient is not able to do what the therapist does.
a. The patient believes the therapist (or therapy) is helping him and gives evidences of the benefits. <i>Example:</i> 'I was pleased with the new understanding you gave me in the last session'.	a. The patient believes the therapist (or therapy) is not helping him. <i>Example:</i> 'Treatment is not helping me'. 'The problem I came to treatment for is still with me'.	a. The patient experiences himself as working together with the therapist in a joint effort, as part of the same team. <i>Example:</i> 'We are doing the work of the treatment together.' (Use of 'we' may imply an alliance.)	a. The patient experiences himself as not working together with the therapist in a joint effort, as not part of the same team. <i>Example:</i> 'I am the patient and you are the doctor and that puts me in an inferior position.'
b. The patient feels changed since beginning the treatment in ways he considers to be better. <i>Example:</i> 'I am feeling better recently'.	b. The patient feels changed in ways he considers to be worse. <i>Example:</i> 'I am feeling worse recently'.	b. The patient shares similar conceptions about the source of his problems. <i>Example:</i> 'I know it is through understanding of my symptoms that I will get relief'.	b. The patient has different conceptions about the etiology of his problems. <i>Example:</i> 'I think I need medication and that my depressions are physical and that you think they are psychologically based'.
c. The patient feels understood and accepted. <i>Example:</i> 'I feel you understand me'.	c. The patient feels not understood and not accepted by the therapist. <i>Example:</i> 'I feel you do not understand me'.	c. The patient demonstrates qualities which are similar to those of the therapist, especially those having to do with tools for understanding. <i>Example:</i> 'I feel I can analyze myself now, much as we have done here'.	c. The patient seems himself as not having the tools for understanding himself. <i>Example:</i> 'As soon as I am away from here (the treatment) I find I can't function'.
d. The patient expresses feelings of optimism and confidence that the treatment can help. <i>Example:</i> 'I feel you can help me'.	d. The patient feels pessimistic and unsure that the therapist and treatment can help. <i>Example:</i> 'You expect things of me which I can't do so I don't feel that the treatment is helping'.		

Luborsky L, Crits-christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M. Two helping alliance methods for predicting outcome of psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1983;171(8):480-491.

**MANUAL FOR COUNTING SIGNS OF THERAPIST BEHAVIORS  
WHICH FACILITATE OR INHIBIT THE DEVELOPMENT OF HELPING ALLIANCES  
IN PSYCHOTHERAPY SESSIONS (Har-TFBcs)**

1. These therapist behavior subtypes are mostly the counterpart of those in the Hacs manual – they are the therapist behaviors which facilitate or inhibit the helping alliance. Every example in the transcript is to be scored.
2. The score is usually a single sentence, although sometimes a group of sentences can represent one scorable unit if they reiterate the same theme. If the therapist says the same thing more than once around the same place, only one score is given for each type of sign.
3. A score includes these components: Whether it is positive or negative, type 1 or 2, subtypes a, b, etc., and intensity. For example, TFB+1a5:TFB=therapist facilitating behaviors; +1=positive type 1; a=therapist conveys wanting the patient to achieve the patient's goals; 5=5 on a 1 to 5 scale of intensity where 1= 'very low' and 5= 'very high'.

Positive Type 1 <i>Giving help behaviors</i>	Negative Type 1	Positive Type 2 <i>Facilitating 'we' behaviors</i>	Negative Type 2
a. The therapist conveys a sense of waiting the patient to achieve the patient's goals.	a. The therapist conveys a sense of disinterest in whether the patient achieves the patient's goals.	a. The therapist says things which show that he feels a 'we' bond with the patient, that he feels a sense of alliance with the patient in a joint struggle against what is impending the patient. <i>Example:</i> 'We have worked well together in trying to get you to your goals'.	a. The therapist says things which show that he does not feel a 'we' bond with the patient.
b. The therapist conveys that he feels that he understands and accepts and respects the patient.	b. The therapist conveys a sense of lack of understanding acceptance and respect. <i>Example:</i> 'I do not understand you'.	b. The therapist conveys that he accepts the patient's growing sense of being able to do what the therapist does in terms of using the basic tools of the treatment. <i>Example:</i> 'You came up with that understanding yourself'.	b. The therapist conveys that he does not accept the patient as someone who can use the basic tools of the treatment.
c. The therapist is warm and receptive.	c. The therapist is cold and unresponsive.	c. The therapist refers to experiences that he and the patient have been through together, building up, as it were, a joint backlog of common experiences. <i>Example:</i> 'Yes, you and I are familiar with that kind of problem; we discussed it on other occasions.'	c. The therapist does not refer to experiences he and the patient have been through together.
d. The therapist conveys a sense of hopefulness that the patient's treatment goals can be achieved.	d. The therapist conveys a sense of lack of hopefulness that the patient's goals can be achieved.	d. The therapist is effectively supportive, in the sense of assisting the patient to maintain helpful defenses or helping to maintain activities which are supportive. <i>Example:</i> 'I see you are finding ways of managing your job (or school) which are helpful to you'.	The therapist is unsupportive, therapist undermines or does not support necessary defenses or necessary activities. (This subcategory was not in the original manual used in the present paper, but may be useful further research).
e. The therapist gives recognition where appropriate that the patient has in some way made some progress toward the patient's goals. <i>Example:</i> 'You wanted to do well in your work. It must please you that you do now.'	e. The therapist believes the patient has not make progress toward the patient's goals. <i>Example:</i> 'You have not achieved what you wanted out of the treatment.'		



Ludwig W, Huber D, Schmidt S, Bender W, Greil W. Assessment of compliance-related attitudes in psychiatry. A comparison of two questionnaires based on the Health Belief Model. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 1990;25(6):298-303.

#### KRANKHEITS KONZEPT-SKALA (KK-Skala)

- Reliance on medication
- Reliance on the physician
- Fear of side-effects of medication
- Attribution of guilt
- Susceptibility to illness and to relapse
- Attribution of illness to chance
- Negative attitudes toward medication as such

#### DISEASE CONCEPT SCALE

- Trust in medication
- Trust in the treating physician
- Negative treatment expectations
- Guilt
- Control
- Susceptibility
- Idiosyncratic assumptions



**Malterud K. Key questions – A strategy for modifying clinical communication. Scandinavian Journal of Primary Health Care 1994;12:121-127.**

1. What kind of investigation or treatment do you wish?
2. What do you think I should do with X?
3. I am sure you have thought of that before you came here...



Marmar CR, Weiss DS, Gaston L. Toward the Validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;1(1):46-52.

### CALIFORNIA THERAPEUTIC ALLIANCE RATING SYSTEM (CALTARS)

- **Therapist understanding and Involvement\***

Conveys a warm bond with the patient.

Promotes the patient's curiosity.

Manifests a desire to understand the patient.

Shows confidence in the treatment.

Communicates rapport and respect toward the patient.

- **Patient Hostile Resistance\*\***

Conveys mistrust and suspicion.

Defies efforts to understand thoughts and feelings.

Shows hostility toward the therapist

Engages in a power struggle with the therapist.

- **Patient Commitment\*\***

Believes that therapy is helpful.

Believes that therapy is a positive experience.

Believes that it is important to come to treatment.

- **Therapist Negative Contribution\***

Is rigid in planning the treatment.

Has disregard for the patient's aims and needs.

Uses the patient to gratify personal needs.

Criticizes the patient.

- **Patient Working Capacity\*\***

Explores his or her contribution to problems.

Self-reflects on thoughts, feelings, and behaviors.

Demonstrates a positive identification with the therapist's method of working.

\* *It includes therapist items.*

\*\* *It includes patient items.*



Marteau TM, Humphrey C, Matoon G, Kidd M, Lloyd M, Horder J. Factors influencing the communication skills of first-year clinical medical students. *Medical Education* 1991;25:127-134.

**CAREER INTENTIONS AND ATTITUDES TO COMMUNICATION SKILLS  
OF STUDENTS INTENDING TO SPECIALIZE  
IN SURGERY, HOSPITAL MEDICINE AND GENERAL PRACTICE**

Relevance of communication skills to medicine

Confidence to communicate effectively

Confidence to take a medical history

**Beginning interview**

**Ending interview**

***Areas covered***

No. questions of main problem

No. questions specific to complaint

No. questions about other symptoms

No. times seeks patient's view of problem

No. times seeks patient's feelings

No. questions about predisposing factors

Impact on patients

No. general screening questions

***No. students who found patient's main concern***

***Techniques used***

No. long complicated questions

No. closed questions

No. open questions

No. directed questions

No. clarifying questions

No. verbal facilitations

No. non-verbal facilitations

No. interruptions

No. times handled emotion

No. times picks up verbal or non-verbal lead

No. times misses verbal or non-verbal lead

***General ratings***

Self-assurance

Empathy

Warmth

Competence

***Patient ratings***

Empathy

***Student ratings***

Confidence at taking medical history

Confidence at effective communication



**Marziali A. Three viewpoints on the Therapeutic Alliance – Similarities, Differences, and Associations with Psychotherapy outcome. The Journal of Nervous and Mental Disease 1984;172(7):417-423.**

**Marziali E, Marmar C, Krupnick J. Therapeutic alliance scales: Development and relation to psychotherapy outcome. American Journal of Psychiatry 1981;138:361-364.**

### **THERAPEUTIC ALLIANCE SCALE (TAS)**

*The items used were selected from the scales of Luborsky*

- To what extent did your therapist's comments help you to feel good about yourself?
- To what extent did your comments help your patient to feel good about himself?
- To what extent did the therapist's comments help the patient to feel good about himself?
- The therapist is hopeful and encouraging, conveying the belief that the patient has made, is making, or can make progress.
- The therapist criticizes the patient and/or behaves in such a way that the patient may feel put down.
- The patient indicates that he or she experiences the therapist as understanding and accepting.
- The patient acts in a hostile, attacking and critical manner toward the therapist.

*Each item was rated on an 'intensity of presence' scale ranging from 0, not present, to 5, intensely present.*



Mason JL, Barkley SE, Kappelman MM, Carter DE, Beachy WV. Evaluation of a self-instructional method for improving doctor-patient communication. *Journal of Medical Education* 1988;63:629-635.

### THE DOCTOR – PATIENT INTERVIEW EVALUATION

#### Natural interviewing sequencing

- Physical setting
- Professional manner
- Interpersonal relations
- Information gathering
- Providing information
- Type of questions
- Terminating interview
- Maintenance of eye-contact





**Matthews DA, Feinstein AR. A New Instrument for Patient's Ratings of Physician Performance in the Hospital Setting. Journal of General Internal Medicine 1989;4:14-22.**

**A NEW INSTRUMENT FOR PATIENT'S RATINGS  
OF PHYSICIAN PERFORMANCE IN THE HOSPITAL SETTING**

**1. Personal style and amenities of physician ('bedside manner')**

**Availability**

**1.1.1 Accessibility/availability**

I can reach a doctor to ask him questions at any time

'He/she is around when I need him/her'.

'It is hard to reach in time of need'.

He/she responds quickly in time of need'.

**1.1.2 Punctuality**

'Is late when coming to see me'.

**1.1.3 Frequency and duration of visits**

'Spends enough time with me'.

**Courtesy**

**a) Handling of transitions**

'Comes suddenly to my bedside or into my room without first letting me know he/she's there'.

'Knocks on my door or asks my permission to enter when visiting me'.

Introduces other medical people when they come with him/her to visit me'.

'Starts the visit before I'm ready to be seen'.

'Comforts me if I'm upset'.

'Asks me how I'd like my bed and room arranged after finishing our visit'.

**1.2.2 Politeness**

'Respects my privacy when examining me'.

'Calls me by the name I want to be called'.

'Sits down while talking to me'.

Speaks right to me, rather than to others in room'.

'Repeats questions over and over without needing to'.

'Interrupts me when I'm trying to speak'.

**1.2.3 Reliability**

'Breaks promises.

**Demeanor**

**1.3.1 Amiability**

• 'Makes me feel nervous or tense'.

• 'Touches my arm or parts me on the back when it's appropriate'.

• 'Makes jokes when it's appropriate'.

**1.3.2 Respectfulness**

• 'Trusts my word'.

• 'Talks down to me, making me feel dumb'.

• 'Makes fun of me'.

• 'Makes me to do things I don't want to do'.

• 'Acts superior to me'.



### 1.3.3 Equanimity

- 'Looks tense'.

#### a) Forbearance

'Puts up with me when I am in a bad mood'.

'Cooperates with me'.

### 1.3.5 Professionalism

- 'Looks confident'.
- 'Seems to know a lot about my medical problems and what to do for me'.
- 'Appears to be in charge'.
- 'Takes his/her job seriously'.
- 'Looks professional'.

## 1.4 Manner of communication

### 1.4.1 Clarity

'Uses words I don't understand'.

- Often mumbles when talking to me'.
- Often beats around the bush while talking to me'.

### 1.4.2 Candor

'Is too blunt when telling me about my illness and treatment'.

- 'Seems to tell me the truth'.
- 'Tells me about problems that he/she might be facing in taking care of me'.

## 2. Emphasis on the patient's uniqueness

### 2.1 Attentiveness to the individual patient

#### 2.1.1 Maintaining focus

- 'Seems distracted by other things when we talk'.
- 'Is willing to take the time to listen'.

#### 2.1.2 Discerning individual attributes

- 'Treats me more as a case of disease than as a person'.
- 'Asks me about my personal life and interests'.
- 'Ignores my feelings'.

#### 2.1.3 Demonstrating solicitude

- 'Is personally concerned about me'.

#### a) Responsiveness to patient's concerns

##### 2.2.1 Eliciting expectations and desires

'Asks me what I want and how I expect to be treated'.

##### 2.2.2 Inviting opinions

'Asks me what I think about my illness and treatment'.

##### 2.2.3 Answering questions

- 'Avoids my questions'.

##### 2.2.4 Relieving worries

- 'Relieves my worries'.

#### a) Performance of clinical activities

#### a) General clinical approach

##### 3.1.1 Thoroughness

- 'Seems to check up on everything that's done in my care'.

##### 3.1.2 Diligence

- 'Seems to work hard'.



**3.1.3 Efficiency**

- 'Uses the time with me well'.

**3.1.4 Proficiency**

- 'Seems to do the right things in my care'.

**b) Preparation for events****3.2.1 Routine activities**

- 'Tells me how routine things are done here from day to day'.

**3.2.2. Decision making process**

'Tells me how the doctors decide what to do for me'.

**3.2.3 Special tests**

- 'Explains in advance how special tests are done'.
- 'Explains the risks and benefits of special tests'.

**3.2.4 Impending events**

- 'Keeps me in the dark about what's going on'.

**c) Execution of technical procedures****3.3.1 Adeptness**

- 'Does a good job on tests such as drawing blood or doing examinations'.

**3.3.2 Gentleness**

- 'Is rough during examinations and procedures'.

**d) Discussion of findings****3.4.1 Reporting results**

- 'Tells me the results of my tests'.
- 'Tells me what the test results mean and what I should think about them'.

**3.4.2 Characteristics of illness**

- 'Tells me about my illness and what it might mean for me'.

**e) Coordination of care****3.5.1 Implementation of plans**

- 'Makes sure things get done as planned'.

**3.5.2 Consultations**

- 'Asks other doctors to see me if needed'.
- 'If other doctors have seen me, he/she tells me what they've said about my problems and treatment'.
- 'Tells me things that go against what other doctors have said'.

**3.5.3 Alliance with family**

- 'Gets my family involved in my care, if I want them involved'.

**3.5.4 Alliance with patient**

- 'Tells me what I can do to help take care of myself'.
- 'Lets me help to make the decisions in my own care'.



McGaghie WC, Whitenack DC. A scale for Measurement of the Problem Patient Labeling Process. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1982;170(10):598-604.

**PATIENT DESCRIPTION QUESTIONNAIRE (PDQ)  
(PHYSICIANS' PERCEPTIONS OF PROBLEM PATIENTS)**

1. This patient gives evidence of physical problems with visible or measurable signs.
2. This patient uses decreased physical activity as a mean of coping with illness.
3. This patient over-reacts to normal physiological conditions or changes.
4. This patient discusses his/her symptoms in a dramatic or exaggerated manner (for example, pain like a twisting knife).
5. Laboratory test results and clinical signs suggest that this patient has physical disease.
6. This patient was engaging, even likable, at the initial encounter.
7. This patient exhibits acceptance and/or adjustment to his/her physical condition.
8. This patient frequently complains about his/her physical condition.
9. This patient complies with past and present health care instructions.
10. This patient believes that, compared to other people, he/she deserves more attention from health care professionals.
11. As a physician, I believe this patient's problem can be resolved using traditional medical diagnosis and treatment.
12. This patient has realistic expectations about the outcomes of encounters with health care professionals.
13. This patient's symptoms adjust in severity, change, or shift following work-up and/or attempts at diagnosis.
14. As a physician, I would like to have this patient as part of my continuity-of-care practice.
15. This patient's symptoms fit a reasonable or known disease pattern.

*(All items are scored on a standard 5-point Likert scale 1=strongly disagree, 2=disagree, 3=uncertain, 4=agree, 5=strongly agree, except from 1, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 14 και 15 which are scored in reverse 5=1, 4=2, 2=4, 1=5)*



Melville A. Job satisfaction in general practice: Implications for prescribing. *Social Science of Medicine* 1980;14A:495-499.

### JOB SATISFACTION

1. I feel that some parts of my work do not really make sense.
2. Assuming that pay and conditions were similar, I would just as soon do non-medical work.
3. My work still interests me as much as it ever did.
4. I find real enjoyment in my work.
5. My work involves a great deal of wasted effort on my part.

*Five response categories are available for each item: disagree strongly, tend to disagree, uncertain, tend to agree and agree strongly.*



Meredith LS, Albert LS. Variation and Quality of Self-Report Health Data. *Medical Care* 1995;33:1120-1131.

Meredith LS, Siu AL. Variation and quality of self-report health data. *Medical Care* 1995; 33(11):1120-1131.

Stewart AL, Hays RD, Ware JE. The MOS short-form General Health Survey: Reliability and validity of in a patient population. *Med Care* 1988;26:724.

### MOS 20-ITEM (SHORT-FORM)

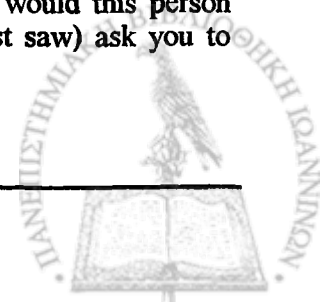
#### *Physical functioning*

For how long (if at all) has your health limited you in each of the following activities?

- a Lifting heavy objects
- b Running
- c Participating in strenuous sports
- d Moving a table
- e Carrying groceries
- f Bowling
- g Walking uphill
- h Climbing a few flights of stairs
- i Bending, lifting or stooping
- j Walking one block
- k Eating, dressing, bathing or using the toilet

*Responses ranged from 1 = yes, limited a lot, to 3 = no, not limited at all*

Measure	Sample Item
<b>Role functioning</b> <i>Responses ranged from yes=1 to no=2</i>	Does your health keep you from working at a job, doing work around the house, or going to school?
<b>Social functioning</b> <i>Responses ranged from 1 (all of the time) to 6 (none of the time)</i>	How much of the time, during the past month, has your health limited your social activities?
<b>Mental health (during the past month)</b> <i>Responses ranged from 1 = none of the time, to 5 = all of the time</i>	How much of the time during the past month have you felt downhearted and blue?
<b>Health perceptions</b> <i>Responses ranged from 1 (excellent) to 5 (poor)</i>	In general, how would you say your health is?
<b>Pain (during the past 4 weeks)</b> <i>Responses ranged from 1 = none to 6 = very severe</i>	How much bodily pain have you had during the past 4 weeks?
<b>Patient satisfaction</b> <i>Using an overall rating of care on a 1 to 5 scale, from excellent to poor</i>	In terms of your satisfaction, how would you rate this visit overall?
<b>Participation style (or the degree of shared decision making between the patient and the clinician)</b> <i>Responses ranged on a scale from 1 to 5, from definitely yes to definitely not</i>	If there were a choice between treatments, would this person (doctor or other health professional you just saw) ask you to help make the decision?



Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranz J, Rodriguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud (Work satisfaction and stress among general physicians in the public health system). *Atencion Primaria* 1994;14:1135-40.

### CUESTIONARIO FONT ROJA-AP

	Satisfacción	Presión	Relación	Distensión	Adecuación	Control	Variedad
El trabajo nunca es el mismo todos los días	-	-	-	-	-	-	0,66
Al final de la jornada me encuentro descansado	-	0,63	-	-	-	-	-
Desconecto del trabajo en casa fácilmente	-	-	-	0,52	-	-	-
Pocas veces me tengo que emplear a fondo	-	-	-	-	-	-	-0,62
Pocas veces el trabajo altera mi ánimo	-	-	-	-	-	-0,44	-
En mi trabajo me encuentro muy satisfecho	0,71	-	-	-	-	-	-
Tengo independencia para organizar mi trabajo.	-	-	-	-	-	0,61	-
Tengo oportunidad de aprender cosas nuevas	-	-	-	-	-	0,56	-
Tengo interés por las cosas que hago	0,69	-	-	-	-	-	-
Tengo la idea de que lo que hago vale la pena	0,76	-	-	-	-	-	-
Obtengo reconocimiento por me trabajo	0,47	-	-	-	-	-	-
La relación con los coordinadores es cordial	-	-	0,74	-	-	-	-
La relación con los compañeros es cordial	-	-	0,57	-	-	-	-
El sueldo es adecuado	-	-	-	-0,46	-	-	-
Ocupo el puesto que merezco	-	-	-	-	0,68	-	-
Tengo posibilidades de promoción	-	-	-	-	0,37	-	-
No me encuentro agobiado por el factor tiempo	-	0,81	-	-	-	-	-
Sé lo que se espera de mi en el trabajo	-	-	0,68	-	-	-	-
Puedo con el trabajo que tengo que realizar	-	0,82	-	-	-	-	-
Me encuentro capacitado para mi trabajo	-	-	-	0,76	-	-	-
Tengo recursos suficientes para el trabajo	-	-	-	-	0,66	-	-
La competitividad no es un problema para mi	-	-	-	0,67	-	-	-
<b>Eigenvalue</b>	<b>4,16</b>	<b>2,27</b>	<b>2,19</b>	<b>1,45</b>	<b>1,23</b>	<b>1,11</b>	<b>1,07</b>

**Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication compliance. Medical Care 1986;24:67-74.**

### COMPLIANCE INDEX

- Did you forget to take your medication?
- Have you been carelessness about taking your medication?
- Did you stop taking your medication when you felt better?
- Did you stop taking your medication when you felt worse?
- Did you stop taking your medication because you didn't understand doctor's advice?

*(Scores for the compliance index from 1 to 4, where higher scores indicate worse compliance behavior).*





Morgan R, Luborsky L, Crits-Cristoph P, Curtis H, Solomon J. Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Archives of General Psychiatry* 1982;39:397-402.

## PENN HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE

### MANUAL FOR RATINGS HELPING ALLIANCES IN PSYCHOTHERAPY SESSIONS

Read through the transcript of the therapy session and rate these ten helping alliance scales. Each scale has the low or negative pole on the left and the high or positive pole on the right, as follows:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Very little or none		Some		Moderate Amount			Much		Very Much

#### Type 1

*Type 1 is a helping alliance that depends on the patient's experiencing the therapist as warm, helpful and supportive, with himself as the recipient.*

1. The patient feels that the therapist is warm and supportive.
2. The patient believes the therapist is helping him (without indicating that his own efforts and abilities have gone into his own change). Example: 'I was pleased with the new understanding you gave me in the last session'.
3. The patient feels changed by the treatment. Example: 'I am improving', or 'I am less anxious'.
4. The patient feels a rapport with the therapist; he feels understood and accepted.
5. The patient feels that the therapist respects and values him.
6. The patient conveys a belief in the value of the treatment process in helping him to overcome his problems.

#### Type 2

*Type 2 is working alliance based on the sense of working together in a joint struggle against what is impeding the patient. The emphasis is on shared responsibility for working out the treatment goals and on the patient's ability to do what the therapist does.*

1. The patient experiences himself as working together in a joint effort, as part of the same team.
2. The patient shares similar conceptions about the etiology of his problems. (To score this it is necessary to know the therapist's conceptions.)
3. The patient expresses his belief that he is increasingly able to cooperate with the therapist in terms of understanding his own behavior.
4. The patient actually demonstrates abilities similar to those of the therapist, especially with regard to tools for understanding. (This sign begins to show the development of a capacity to do for himself without the therapist, ie, autonomously, what they did together.)



Morgan R, Luborsky L, Crits-Cristoph P, Curtis H, Solomon J. Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Archives of General Psychiatry* 1982;39:397-402.

## PENN HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE

### MANUAL FOR RATING THERAPISTS' BEHAVIORS

### THAT FACILITATE OR INHIBIT DEVELOPMENT OF HELPING ALLIANCES

These scales are the counterpart of the Helping Alliance Method Manual. Read through the transcript and rate these ten therapist facilitative behaviors scales. Each scale has the low or negative pole on the left and the high or positive pole on the right, as follows:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Very little or none		Some		Moderate Amount			Much		Very Much

#### Type 1

1. The therapist is warm and supportive.
2. The therapist conveys a sense of wanting the patient to achieve treatment goals.
3. The therapist conveys a sense of hopefulness that treatment goals can be achieved.
4. The therapist conveys a sense that he feels a rapport with the patient, that he understands him.
5. The therapist conveys feelings of acceptance and respect for the patient as opposed to behavior in which the patient is put down (eg, by jokes at the patient's expense).

#### Type 2

1. The therapist says things that show that he feels a 'we' bond with the patient, that he feels a sense of alliance with the patient in a joint struggle against what is impending the patient.
2. The therapist conveys recognition of the patient's growing sense of being able to do what the therapist indicates needs to be done in terms of the basic tools of the treatment (eg, ability to introspect and analyze his own behaviors).
3. The therapist shows acceptance of the patient's increased ability to understand his own (the patient's) experiences.
4. The therapist acknowledges and confirms the patient's accurate perceptions of him (the therapist).
5. The therapist can accept the fact that the patient also can reflect on what the patient and he have been through together, building up, as it were, a joint backlog of common experiences. (References by the therapist to past patient-therapist exchanges sometimes may fit here.)



Muran JC, Samstag LW, Jilton R, Batchelder S, Winston A. Development of a suboutcome strategy to measure interpersonal process in psychotherapy from an observer perspective. *Journal of Clinical Psychology* 1997;53(5):405-420.

Wiggins JS. A psychological taxonomy of trait-descriptive terms: The interpersonal domain. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979;37:395-412.

Wiggins JS, Trapnell P, Phillips N. Psychometric and geometric characteristics of the revised Interpersonal Adjective Scale. *Multivariate Behavioral Research* 1988;23:517-530.

### THE INTERPERSONAL ADJECTIVE SCALE (IAS-16)

**Patient:**

1. ASSERTIVE-FORCEFUL-PERSISTENT-INDUSTRIUS (D)
2. TRICKY-BOASTFUL-CONCEITED-CRAFTY (HD)
3. COLDHEARTED-IMPOLITE-UNSYMPATHETIC-UNCORDIAL (H)
4. UNSOCIABLE-INTROVERTED-DISTANT-SHY (HS)
5. MEEK-INCONSISTENT-UNPRODUCTIVE-UNAUTHORITATIVE (S)
6. UNDECEPTIVE-UNARGUMENTATIVE-NONEGOTISTICAL-UNDEVIOUS (FS)
7. KIND-TENDER-FORGIVING-COOPERATIVE (F)
8. FRIENDLY-OUTGOING-CHEERFUL-APPROACHABLE (FD)

**Therapist:**

1. ASSERTIVE-FORCEFUL-PERSISTENT-INDUSTRIUS
2. TRICKY-BOASTFUL-CONCEITED-CRAFTY
3. COLDHEARTED-IMPOLITE-UNSYMPATHETIC-UNCORDIAL
4. UNSOCIABLE-INTROVERTED-DISTANT-SHY
5. MEEK-INCONSISTENT-UNPRODUCTIVE-UNAUTHORITATIVE
6. UNDECEPTIVE-UNARGUMENTATIVE-NONEGOTISTICAL-UNDEVIOUS
7. KIND-TENDER-FORGIVING-COOPERATIVE
8. FRIENDLY-OUTGOING-CHEERFUL-APPROACHABLE

*H-hostile*

*HD=hostile-dominant*

*D=dominant*

*F=friendly*

*FD=friendly-dominant*

*S=submissive*

*FS=friendly-submissive*



Nnodim JO, Osuji CU. Comparison of medical and non-medical student attitudes to social issues in medicine. *Medical Education* 1995;29:273-277.

### ATTITUDES TO SOCIAL ISSUES IN MEDICINE: SUBSCALE DEFINITIONS

Subscale	Positive attitude
1. Social factors	Recognizes the importance of social factors in the patient's environment as determinants of his/her health or illness
2. Paramedical cooperation	Aware of contributions of allied health professions and desires a cooperative working relationship
3. Preventive medicine	Recognizes the role of preventive medicine in maintaining health and is willing to adopt the methods implied
4. Doctor-patient relationship	Recognizes the importance of emotional factors and interpersonal relations between doctor and patient in effective patient care
5. Government role	Endorses government involvement in the health care system, including the regulation of costs and remuneration patterns
6. General liberalism	Has liberal views on social problems outside of medicine
7. Social desirability	Endorses statements which reflect on him/her in a favourable and socially desirable light



Orlinsky DE, Howard KI. Psychotherapy Session Report, Form P and form T. Chicago: Institute of Juvenile Research 1966.

**THERAPY SESSION REPORT (TSR) QUESTIONNAIRE**

**Working Alliance (WA) Scale**

1. How did you feel about coming to therapy this session?
2. To what extent are you looking forward to your next session?

This session I hoped or wanted to:

3. Get a chance to let go and get things of my chest.
4. Get relief from tensions or unpleasant feelings.
5. Understand the reasons behind my feelings and behavior.
6. Find out what my feelings really are, and what I really want.
7. Work out a particular problem that's been bothering me.

During this session how much did you feel:

8. Determined
9. Serious

During this session, how much:

10. Were you able to focus on what was of real concern to you?
11. Did you take initiative in bringing up the subjects that were talked about?
12. Did you talk?

During this session my therapist seemed to feel:

13. Thoughtful
14. Involved
15. Confident

**Empathic Resonance (ER) Scale**

1. How well did your therapist seem to understand what you were feeling and thinking?

During this session I felt:

2. Frustrated (-)
3. Impatient (-)
4. Withdrawn (-)
5. Confused (-)
6. Cautious (-)
7. Strange (-)
8. Embarrassed (-)
9. Confident (-)
10. Inhibited (-)
11. Helpless (-)

During this session, how much:

12. Was your therapist attentive to what you were trying to get across?
13. Were you attentive to what your therapist was trying to get across to you?
14. Did you talk about what you were feeling?

During this session my therapist seemed to feel:

15. Bored (-)
16. Interested
17. Alert

(-) These items were reversed so that low endorsement corresponded to a better bond score

**Mutual Affirmation (MA) Scale**

This session I felt:

1. Grateful
2. Accepted
3. Hopeful
4. Close
5. Pleased
6. Likeable
7. Affectionate

I feel that I got:

8. More of a person-to person relationship with my therapist

During this session how much:

9. Was your therapist friendly and warm towards you?
10. Did you tend to accept or agree with what your therapist said?
11. Did your therapist tend to accept or agree with your ideas and point of view?
12. Friendliness or respect did you show your therapist?

During this session my therapist seemed to feel:

13. Pleased
14. Close
15. Cheerful
16. Affectionate
17. Optimistic
18. Attracted



**Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education, Essential elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. Academic Medicine 2001;76:390-393.**

## **THE ESSENTIAL ELEMENTS OF COMMUNICATION IN MEDICAL ENCOUNTERS**

### **Open the discussion**

- Allow the patient to complete his or her opening statement
- Elicit the patient's full set of concerns
- Establish/maintain a personal connection

### **Gather Information**

- Use open-ended and closed-ended questions appropriately
- Structure, clarify, and summarize information
- Actively listen using nonverbal (e.g., eye contact) and verbal (e.g., words of encouragement) techniques

### **Understand the patient's Perspective**

- Explore contextual factors (e.g., family, culture, gender, age, socioeconomic status, spirituality)
- Explore beliefs, concerns, and expectations about health and illness
- Acknowledge and respond to the patient's ideas, feelings, and values

### **Share information**

- Use language the patient can understand
- Check for understanding
- Encourage questions

### **Reach Agreement on Problems and Plans**

- Encourage the patient to participate in decisions to the extent he or she desires
- Check the patient's willingness and ability to follow the plan
- Identify and enlist resources and supports

### **Provide Closure**

- Ask whether the patient has other issues or concerns
- Summarize and affirm agreement with the plan of action
- Discuss follow-up (e.g., next visit, plan for unexpected outcomes)



Peay MY, Peay ER. The Evaluation of Medical Symptoms by Patients and Doctors. *Journal of Behavioral Medicine* 1998;21(1):57-81.

**SYMPTOM EVALUATION BY GENERAL PRACTITIONERS,  
PATIENTS AND POTENTIAL PATIENTS**

***Serious symptoms***

Chest pain  
 Skin mole that changes color or enlarges  
 Coughing up blood  
 Shortness of breath  
 Hearing voices when there is no one around  
 Double vision  
 Blood in urine  
 Pain in upper abdomen  
 Persistent cough  
 Irregular heartbeat  
 Unexplained lump under the skin  
 Depressed  
 Desired to quit smoking  
 Stomach pain  
 Sore that does not heal  
 Loss of memory and concentration  
 All serious symptoms

***Non serious symptoms***

Eye infection  
 Feeling dizzy  
 Diarrhea  
 Headache  
 Vomiting  
 Aching or stiff joints  
 Sexual difficulty  
 Fever  
 Backache  
 Bloody nose  
 Anxious  
 Desire to lose weight  
 Earache  
 Feeling a bit low  
 Feeling tired and run down  
 Skin rash  
 Upset or distressed about a family matter  
 Feeling irritable  
 Head cold  
 All nonserious symptoms



Petrusa ER, Camp MG, Harward DH, Richards BF, Smith III AC, Willis SE, Bolton CA.  
**Measuring the Doctor-patient Relationship and Communication in a Clinical Performance Examination. Proceedings: The Sixth Ottawa Conference on Medical Education, June 26-29, Toronto, Ontario, Canada, 1994:259-261.**

**MEASURING THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP AND COMMUNICATION  
 IN A CLINICAL PERFORMANCE EXAMINATION**

**Figure 1: *Socio-Emotional Component Items***

The student-physician appeared ...

1. empathetic.
2. respectful.
3. interested.

As a patient I felt ...

1. the student-physician understood me.
2. I would respect the advice given me.
3. comfortable asking for additional information.
4. this encounter could be the beginning of a good doctor-patient relationship.

**Figure 2: *Communication Component Items***

The student-physician ...

9. helped me explain my situation and clarify my concerns.
10. summarized what I said.
11. gave me opportunities to ask questions and make comments.
12. provided clear information.
13. checked my understanding of what s/he said.
14. helped me take an active role in my care.
15. asked about my needs and interests.





**Phillips D. Medical Professional Dominance and Client Dissatisfaction – A study for doctor-patient interaction and reported dissatisfaction with medical care among female patients at four hospitals in Trinidad and Tobago. Social Science & Medicine 1996;10:1419-1425.**

### **PROFESSIONAL DOMINANCE / DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP**

*In order to measure the doctor-patient relationship, participant and non-participant observation techniques were used and data were recorded.*

#### **Doctors**

- Meaningful communication initiated by the physician
- Expressed unwillingness to interact meaningfully with patients.
- Use of medical jargon in dealing with the patient.
- Evasion of direct questions

#### **Patients**

- Information received
- Satisfaction with care



Priebe S, Gruyters T. The Role of the Helping Alliance in Psychiatric Community Care - A Prospective Study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1993;181:552-557.

### HELPING ALLIANCE

1. Do you feel understood by your case manager?
2. Do you feel criticized by your case manager?
3. How much is your case manager committed to and actively involved in the treatment?
4. Is the treatment you are currently receiving right for you?
5. How do you feel immediately after a session with your case manager?

*(‘not at all’=0, ‘entirely’=100)*



**Reuben DB, Maly RC, Hirsch SH, Frank JC. Physician Implementation of the patient adherence to recommendations from comprehensive geriatric assessment. The American Journal of Medicine 1996;100:444-451.**

- What would be the best way to communicate to your recommendations about geriatric issues concerning your patients?
- If you are in agreement with the recommendations, what might be helpful to you, to actually implement them?
- If you have doubts about these recommendations, what might help persuade you to implement them?



Roberts JG, Tugwell P. Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *HSR: Health Services Research* 1987;22(5):637-654.

## WARE QUESTIONNAIRE

### *Access/Convenience*

1. Parking is a problem when you have to get medical care.
2. If I have a medical question, I can reach someone for help without any problem.
3. In an emergency, it's very hard to get medical care quickly.
4. 'It's hard to get an appointment for medical care right away.
5. It takes me a long time to get to the place where I receive medical care.
6. Places where you can get medical care are very conveniently located.
7. Office hours when you can get medical care are good for most people.
8. People are usually kept waiting a long time when they are at the doctor's office.

### *Finances*

1. Medical insurance coverage should pay for more expenses than it does.
2. I think you can get medical care easily even if you don't have money with you.
3. I am happy with the coverage provided by medical insurance plans.

### *Availability of Resources*

1. More hospitals are needed in this area.
2. There is a big shortage of family doctors around here.
3. There are enough doctors in this area who specialize.
4. There are enough hospitals in this area.
5. There is a big shortage of general practitioners.

### *Continuity of care*

1. I hardly ever see the same doctor when I go for medical care.
2. If more than one family member needs medical care, we have to go to different doctors.
3. I see the same doctor just about every time I go for medical care.

### *Quality/Competence of Physician*

1. Doctors aren't as thorough as they should be.
2. Most people are encouraged to get a yearly exam when they do to medical care.
3. Sometimes doctors take unnecessary risks in treating their patients.
4. Doctors are very careful to check everything when examining their patients.
5. I think my doctor's office has everything needed to provide complete medical care.
6. Doctors ask what foods patients eat and explain why certain foods are best.



7. My doctor's office lacks some things needed to provide complete medical care.
8. The medical problems I've had in the past are ignored when I seek care for new medical problems.
9. Doctors don't advise patients about ways to avoid illness or injury.

### *Humanness of physician*

1. Doctors always do their best to keep the patient from worrying.
2. Doctors always treat their patients with respect.
3. Sometimes doctors make the patient feel foolish.
4. Doctors always avoid unnecessary patient expenses.
5. Doctors cause people to worry a lot because they don't explain medical problems to patients.
6. Doctors respect their patient's feelings.
7. Doctors never recommend surgery (an operation) unless there is no other way to solve the problem.
8. Doctors hardly ever explain the patient's medical problems to him (her).

### *General Satisfaction*

1. I'm very satisfied with the medical care I receive.
2. The care I have received from doctors in the last few years is just about perfect.
3. Most people receive medical care that could be better.
4. There are things about the medical care I receive that could be better.

### *Efficacy of Care*

1. If you wait long enough, you can get over almost any illness without seeing a doctor.
2. Most sick people are helped a great deal when they go to a doctor.
3. Good personal health depends more on a person's strong willpower than on vaccinations, shots, and vitamins.
4. Some home remedies are as good as the drugs that doctors give for curing illness.
5. Doctors can almost always help a person to feel better.
6. People understand their own health better than most doctors do.
7. Recovery from illness requires good medical care more than anything else.
8. Doctors make a great many mistakes that people never hear about.
9. Doctors are able to relieve or cure most medical problems that people have.
10. Whether or not people get well is sometimes a matter of chance.



**Roland MO, Porter RW, Matthews JG, Redden JF, Simonds GW, Bewley B. Improving care: a study of orthopaedic outpatient referrals. British Medical Journal 1991;302:1124-1128.**

### IMPROVING CARE

*Before the meeting (for the doctor):*

- What is your opinion on the reasons for making the referral to the patient?
- How necessary do you think the referral was?
- How much pressure had been applied by the patient to make the referral?
- Whether the provision of other facilities might have prevented the referral.

*After the meeting (for the patient):*

- Do you think that you have been helped by seeing the specialist?
- Do you think that their general practitioner could have managed without a referral?

*Returned by the post office (for the patient):*

- How necessary do you finally think your referral was?
- Did enough time have been given to you with the consultant?
- Are you satisfied by the information you get?
- Are you satisfied with the consultant's explanation of
  - a) the problem
  - b) the treatment
  - c) both
- Fill in whatever might be useful

---



---



---



Rost K, Roter D, Bertakis K, Quill T, the Collaborative Study Group of SGIM. Task Force on the Doctor and Patient. *Family Medicine* 1990;22(6):453-7.

### ROTER INTERACTION ANALYSIS SYSTEM (RIAS)

#### ***Informative***

Physician gives information (with emotional support)

*Reduction in distress*

*Symptom resolution*

*Blood pressure control*

Patient is given information (with informational packages and programs)

*Pain reduction*

*Improvement in mood*

*Improvement in function*

*Reduction in distress*

#### ***Participatory***

Physician asks about patients' understanding, concerns, and expectations.

*Symptom resolution*

Physician asks for impact of the problem on functioning

*Reduction in anxiety*

Physician encourages patients to ask questions

*Reduction in role limitations*

*Reduction in physical limitation*

Patients perceive a full and open discussion of the problem

Physician is willing to share decision making

Physician and patient agree on the nature of the problem and the need for follow-up.

#### ***Responsive***

Physician probes explicitly about feelings and emotions

Physician expression of support and empathy

#### ***Facilitative***

Full patient expression of feelings, opinions and information

*Physical and social role limitations*

Patient is successful at obtaining information

*Health status, functional status and blood pressure control*

*Improvement in physiologic status*

*Improvement in function*



Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving Physicians' Interviewing Skills and Reducing Patients' Emotional Distress - A randomized Clinical Trial. *Archives of Internal Medicine* 1995;155:1877-1884.

## IMPROVING PHYSICIANS' INTERVIEWING SKILLS

### 1. Recognition of Emotional Problems

Physicians were asked to list the problems discussed during the visit (main problems and other problems). Any mention of the following, was counted as recognition of an emotional problem: *anxiety, depression, mood changes, nerves, stress, tension, problematic living arrangements, work, family problems, family health, death in family, and need for support or reassurance.*

### 2. Recognition of Emotional Distress

- 'Compared to other patients of similar age and physical condition, to what extent were the following evident:

- anxiety            1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4
- depression        1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4
- somatization      1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4
- social isolation    1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4

*Based on a 1 {no signs} to 4 {many signs} rating scale for each - ratings of 3 and 4 on any indicator were counted as recognition of a patient's emotional distress*

- How would you rate the patient's emotional condition today?  
excellent, good, fair, or poor - ratings of fair or poor in GHQ-positive patients were counted as recognition of emotional distress

### 3. Management of emotional problems

- Indicate if any of the following occurred during the visit:
- Referral to mental health specialist
- Prescription or continuation of psychotropic drugs
- Counseling for psychological problems, or evaluation of the patient's psychiatric status.





Salomon L, Gasquet I, Mesbah M, Ravand P. Construction of a scale measuring inpatient's opinion on quality of care. *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11(6):507-516.

## SCALE FOR MEASURING INPATIENT'S OPINION ON QUALITY OF HOSPITAL CARE

### Medical Information

*I received clear information about:*

My disease

*Symptoms*

*The purpose of the tests*

*The results of the tests*

Possible pain related to tests

*The purpose of the treatments (drugs, operation...)*

Possibilities of treatment

*Possible side effects of these treatments*

The possible development of my disease

*Warning signs to look for*

*When to resume activities after discharge*

A healthier way of life

I was given the name of drugs I took

The physicians and nurses gave me contradictory information

*My relatives were fully informed*

*I was involved in information sessions for my relatives*

### Medical practice

*I was upset by physicians' bedside statements*

I felt uncomfortable during bedside staff meetings

*Everything possible was done to relieve my pain*

I was involved in the choice of my treatment

I underwent a thorough medical examination

I saw the physicians as often as I wished

The physician in charge of the ward took care of me

I was encouraged to ask questions by the physicians

Physicians were fully available

*Physicians answered all my questions*

I understood the explanations of the physicians

### Availability and attentiveness of nurses

*I saw the nurses as often as I wished*

*The nurses were too overworked to take care of me*

I was encouraged to ask questions by the nurses

The nurses 'translated' physicians' statements for me

The nurses described to me the care they were about to give me

The nurses were fully available



**Respect of patients**

Care providers entered my room without knocking

My beliefs and culture were respected

I was treated like a child

*There was enough privacy during medical care*

The nurses introduced themselves to me

The physicians introduced themselves to me

I was respected as a human being

*The staff discussed medical issues at my bedside, ignoring me*

**Psychological and social support**

*I received enough help for my psychological problems*

I received enough help for financial and administrative problems

The nurses and physicians paid attention to my psychological problems

I received information on the possibility of meeting with a psychologist

I felt uncomfortable during bedside staff meetings

**Staff support and daily routine**

*I received enough help in my daily routine*

*I received enough help with meals*

*I received enough help with washing*

*I received enough help with going to the toilet*

*There was a good atmosphere in the department*

**Continuity and co-ordination**

I received information on the possible length of my hospitalization

*There was good co-ordination in the department*

The ward schedule was explained to me

*I could identify the physician in charge of me*

I could identify the nurse in charge of me

There was a good co-ordination between departments

**Discharge management**

The department will get in touch with my general practitioner

*I received clear information about medical follow-up*

*I was involved in discharge management*

*Items in italics were selected for the final scale*



**Saltzman C, Luetgert MJ, Roth CH, Creaser J, Howard L. Formation of a Therapeutic Relationship: Experiences during the Initial Phase of psychotherapy a predictors of treatment duration and outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1976;44(4):546-555.**

### **THERAPEUTIC RELATIONSHIP: CLIENT DIMENSIONS**

**Respect:** The client's conviction that no matter what he/she does, the therapist basically respects him/her as a human being.

**Understanding:** The client's feeling that he/she understands what the therapist tries to convey to him/her and that the therapist understands him/her.

**Openness:** The client's ability to express thoughts and feelings openly during his/her sessions and his/her conviction that the therapist in turn reacts openly to him/her.

**Security:** The clients' confidence that his/her therapist is both competent and committed to be of help to him/her as long as help is needed.

**Uniqueness:** The client's feeling that the therapeutic relationship is different from any other relationship both in terms of his/her experience with the therapist and of the therapist's response to him/her.

**Continuity:** The client's experience of being involved in a continuing relationship, that is, one that he/she thinks about outside of his/her sessions and anticipates in some way between sessions.

**Responsibility:** The client's recognition and acceptance of the responsibility for solving his/her own problems and changing his/her own behavior, rather than relying on his/her therapist to do this.

**Movement:** The clients' feeling that he/she is able to come to grips with his/her problems and is making progress in solving them.

**Affect 1 (non focused feelings):** The client's capacity to experience and acknowledge emotional reactions (i.e., hostility, anxiety, depression) other than those focused on his/her therapist;

**Affect 2 (focused feelings):** The client's capacity to experience and acknowledge emotional reactions that are focused on his/her therapist.

### **THERAPEUTIC RELATIONSHIP: THERAPIST DIMENSIONS**

**Respect:** The therapist's capacity to accept and respect the client as the person he/she is.

**Understanding:** The therapist's feeling that he/she understands what the client tries to convey to him/her and that the client understands him/her.

**Openness:** The extent to which the therapist feels he/she is able to express the things he/she wishes to communicate.

**Involvement (Security):** The therapist's sense of concern for the client and his/her sense of his/her activate participation in the clients' therapeutic exploration.

**Continuity:** The therapist's experience of being involved in a continuing relationship, that he/she anticipates in some way between sessions.

**Responsibility:** The therapist's assessment of the extent to which the client relies on him/her to solve his/her problems.

**Movement:** The therapist's assessment of the extent to which the client is able to come to grips with his/her problems and make progress in solving them.

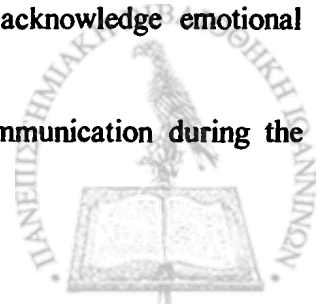
**Affect 1 (non focused feelings):** The therapist's capacity to experience and acknowledge emotional reactions (i.e., hostility, anxiety, depression) other than those focused on his/her client.

**Affect 2 (focused feelings):** The therapist's capacity to experience and acknowledge emotional reactions that are focused on his/her client.

**Prognosis:** The therapist's assessment of his/her client's ability to change.

**Emotional availability:** The therapist's ability to attend to the client's communication during the session.

*The answers are arranged on a notated 5-point scale.*



Samstag IW, Batchelder ST, Muran JC, Safran JD, Winston A. Early Identification of Treatment Failures in Short-Term Psychotherapy - An Assessment of Therapeutic Alliance and Interpersonal Behavior. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1998; 7:126-143.

**BRIEF PSYCHOTHERAPY RESEARCH PROJECT  
BETH ISRAEL MEDICAL CENTER, NEW YORK, NY 10003  
THERAPIST POST-SESSION QUESTIONNAIRE**

**THERAPIST POST-SESSION QUESTIONNAIRE**

**Complete immediately after session. Please answer all questions.**

Your patient' initials \_\_\_\_\_  
Session number \_\_\_\_\_

Your initials \_\_\_\_\_  
Date of session \_\_\_\_\_

**PART A**

1. Please rate how helpful or hindering to you this session was overall by circling the appropriate number below.

1      2      3      4      5      6      7      8      9  
Extremely hindering                      Neutral                      Extremely helpful

2. Please rate to what extent you feel that the problems you had at the beginning of therapy are resolved.

1      2      3      4      5      6      7      8      9  
Not at all                      Moderately                      Completely

**PART B**

1. Did you experience any problem or tension in your relationship with your patient during the session?

Beginning                      Middle                      End  
1      2      3      4      5

2. If so, about where in the session did this problem begin?

1      2      3      4      5

3. Please rate the highest degree of tension you felt during the session as a result of this problem.

Low                      Moderate                      High  
1      2      3      4      5

4. Please describe the problem:

5. To what extent was this problem addressed in this session?

1      2      3      4      5  
Not at all      Somewhat      Very much

6. To what degree do you feel this problem was resolved by the end of the session?

1      2      3      4      5  
Not at all      Somewhat      Very much

**PART C:** The following items reflect your working relationship with your patient based on your most recent session. Please rate each item by circling the appropriate number in terms of how you felt about this session.

- |   | Never |   | Sometimes |   | Always |     |
|---|-------|---|-----------|---|--------|-----|
| 1. My patient and I agreed about the things I need to do in therapy to help improve his/her situation.        | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |
| 2. My patient believed that what we are doing in therapy gave him/her new ways of looking at his/her problem. | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |
| 3. My patient believed that I like him/her.   | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |
| 4. My patient believed that I did not understand what he/she is trying to accomplish in therapy.              | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |
| 5. My patient was confident in my ability to help him/her.  | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |
| 6. My patient and I worked towards mutually agreed-upon goals.  | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |
| 7. My patient felt appreciated by me.   | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |
| 8. We agreed on what is important for him/her to work on.   | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |

*continued*



	Never		Sometimes			Always	
9. My patient and I seemed to trust one another.	1	2	3	4	5	6	7
10. My patient and I seemed to have different ideas on what his/her problems are.	1	2	3	4	5	6	7
11. We have established a good understanding of the kind of changes that would be good for him/her.	1	2	3	4	5	6	7
12. My patient believed the way we were working with his/her problem was correct.	1	2	3	4	5	6	7

**PART D: Please circle the appropriate number to show how you feel about this session. This session was:**

Bad	1	2	3	4	5	6	7	Good
Safe	1	2	3	4	5	6	7	Dangerous
Difficult	1	2	3	4	5	6	7	Easy
Valuable	1	2	3	4	5	6	7	Worthless
Shallow	1	2	3	4	5	6	7	Deep
Relaxed	1	2	3	4	5	6	7	Tense
Unpleasant	1	2	3	4	5	6	7	Pleasant
Full	1	2	3	4	5	6	7	Empty
Weak	1	2	3	4	5	6	7	Powerful
Special	1	2	3	4	5	6	7	Ordinary
Rough	1	2	3	4	5	6	7	Smooth
Comfortable	1	2	3	4	5	6	7	Uncomfortable

**PART E: Please rate how well each of the following sets of four adjectives, taken all together, describes YOUR PATIENT in the session just completed.**

	Not at all							Very much
ASSERTIVE-FORCEFUL-PERSISTENT-INDUSTRIOUS	1	2	3	4	5	6	7	7
TRICKY-BOASTFUL-CONCEITED-CRAFTY	1	2	3	4	5	6	7	7
UNSOCIABLE-INTROVERTED-DISTANT-SHY	1	2	3	4	5	6	7	7
MEEK-INCONSISTENT-UNPRODUCTIVE-UNAUTHORITATIVE	1	2	3	4	5	6	7	7
UNDECEPTIVE-UNARGUMENTATIVE-NONEGGOTISTICAL-UNDEVIO	1	2	3	4	5	6	7	7
KIND-TENDER-FORGIVING-COOPERATIVE	1	2	3	4	5	6	7	7
COLDHEARTED-IMPOLITE-UNSYMPATHETIC-UNCORDIAL	1	2	3	4	5	6	7	7
FRIENDLY-OUTGOING-CHEERFUL-APPROACHABLE	1	2	3	4	5	6	7	7



**BRIEF PSYCHOTHERAPY RESEARCH PROJECT  
BETH ISRAEL MEDICAL CENTER, NEW YORK, NY 10003  
PATIENT POST-SESSION QUESTIONNAIRE**

**PATIENT POST-SESSION QUESTIONNAIRE**

**Complete immediately after session. Please answer all questions.**

Your number \_\_\_\_\_  
Session number \_\_\_\_\_

Your therapist's initials \_\_\_\_\_  
Date of session \_\_\_\_\_

**PART A**

1. Please rate how helpful or hindering to you this session was overall by circling the appropriate number below.

1      2      3      4      5      6      7      8      9  
Extremely hindering                      Neutral                      Extremely helpful

2. Please rate to what extent you feel that the problems you had at the beginning of therapy are resolved.

1      2      3      4      5      6      7      8      9  
Not at all                      Moderately                      Completely

**PART B**

1. Did you experience any problem or tension in your relationship with your therapist during the session?

Beginning                      Middle                      End  
1      2                      3      4                      5

2. If so, about where in the session did this problem begin?

1      2                      3      4                      5

3. Please rate the highest degree of tension you felt during the session as a result of this problem.

Low                      Moderate                      High  
1      2                      3      4                      5

4. Please describe the problem:

5. To what extent was this problem addressed in this session?

1      2                      3                      4                      5  
Not at all                      Somewhat                      Very much

6. To what degree do you feel this problem was resolved by the end of the session?

1      2                      3                      4                      5  
Not at all                      Somewhat                      Very much

**PART C:** The following items reflect your working relationship with your patient based on your most recent session. Please rate each item by circling the appropriate number in terms of how you felt about this session.

- |  | Never |   | Sometimes |   | Always |     |
|--|-------|---|-----------|---|--------|-----|
| 1. My therapist and I agreed about the things I need to do in therapy to help improve his/her situation.   | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |
| 2. My therapist believed that what we are doing in therapy gave him/her new ways of looking at my problem. | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |
| 3. My therapist believed that he likes me.   | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |
| 4. My therapist believed that I did not understand what he/ she is trying to accomplish in therapy.        | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |
| 5. My therapist was confident in his/her ability to help me.   | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |
| 6. My therapist and I worked towards mutually agreed-upon goals.   | 1     | 2 | 3         | 4 | 5      | 6 7 |

*continued*



	Never		Sometimes			Always	
7. I felt that my therapist appreciates me.	1	2	3	4	5	6	7
8. We agreed on what is important for me to work on.	1	2	3	4	5	6	7
9. My therapist and I seemed to trust one another.	1	2	3	4	5	6	7
10. My therapist and I seemed to have different ideas on what my problems are.	1	2	3	4	5	6	7
11. We had a good understanding of the kind of changes that would be good for me.	1	2	3	4	5	6	7
12. I believed the way we were working with my problem was correct.	1	2	3	4	5	6	7

**PART D:** Please circle the appropriate number to show how

Bad	1	2	3	4	5	6	7	Good
Safe	1	2	3	4	5	6	7	Dangerous
Difficult	1	2	3	4	5	6	7	Easy
Valuable	1	2	3	4	5	6	7	Worthless
Shallow	1	2	3	4	5	6	7	Deep
Relaxed	1	2	3	4	5	6	7	Tense
Unpleasant	1	2	3	4	5	6	7	Pleasant
Full	1	2	3	4	5	6	7	Empty
Weak	1	2	3	4	5	6	7	Powerful
Special	1	2	3	4	5	6	7	Ordinary
Rough	1	2	3	4	5	6	7	Smooth
Comfortable	1	2	3	4	5	6	7	Uncomfortable

**PART E:** Please rate how well each of the following sets of four adjectives, taken all together, describes YOUR THERAPIST in the session just completed.

	Not at all							Very much
ASSERTIVE-FORCEFUL-PERSISTENT-INDUSTRIOUS								
TRICKY-BOASTFUL-CONCEITED-CRAFTY	1	2	3	4	5	6	7	
UNSOCIABLE-INTROVERTED-DISTANT-SHY	1	2	3	4	5	6	7	
MEEK-INCONSISTENT-UNPRODUCTIVE-UNAUTHORITATIVE	1	2	3	4	5	6	7	
UNDECEPTIVE-UNARGUMENTATIVE-NONEGOTISTICAL-UNDEVI	1	2	3	4	5	6	7	
KIND-TENDER-FORGIVING-COOPERATIVE	1	2	3	4	5	6	7	
COLDHEARTED-IMPOLITE-UNSYMPATHETIC-UNCORDIAL	1	2	3	4	5	6	7	
FRIENDLY-OUTGOING-CHEERFUL-APPROACHABLE	1	2	3	4	5	6	7	



Saunders SM, Howard KI, Orlinsky DE. The Therapeutic Bond Scales:

Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;1:323-330.

### THERAPEUTIC BOND SCALE (TBS)

1. I believe client likes me. (*I believe the case manager likes me.*)
2. Client and I respect each other. (*Case manager and I respect each other.*)
3. Client and I trust each other. (*Case manager and I trust each other.*)
4. I am genuinely concerned for his/her welfare. (*He is genuinely concerned for my welfare.*)
5. I feel I understand the client. (*I feel I understand the case manager.*)
6. Our relationship is important to client. (*The relationship with case manager is very important to me.*)
7. I appreciate client as a person. (*I feel case manager appreciates me.*)
8. He is not totally honest about feeling toward me.
9. I respect him/her even when the client (*or the case manager*) does unapproved things.
10. I am confident in my ability to help client. (*I am confident in his/her ability to help me.*)
11. I feel uncomfortable with the case manager (*or the client*).

---

*The working alliance subscale of the Therapeutic Bond Scale*





**Schmeling-Kludas C. Behandlungszufriedenheit und Kooperation im Krankenhaus und in der Praxis - Einstellungen bei einer Stichprobe internistischer Patienten und ihren behandelnden Ärzten (Content with treatment and cooperation in the inpatient and outpatient setting - attitudes of a sample of patients with internal diseases and their threatening doctors). Psychother Psychosom med. Psychol. 1995;54:193-201.**

***Skala Behandlungszufriedenheit***

- Ich beurteile den behandelnden Arzi sehr gut.
- Komme mit ihm gut zurecht.
- Fühle mich von ihm gut aufgeklärt und informiert.
- Der behandelnde Arzi ist nett und freundlich.
- Er betreut mich gut.
- Ich fühle mich menschlich gut betreut.
- Die Behandlung ist wirksam.
- Ich bin mit ihr Zufrieden.
- Man hat mir immer genau erklärt
- Welche medizinischen Maßnahmen auf mich zukommen
- Die gute Betreuung durch die Ärzte hat bei der Belastungsbewältigung geholfen.

***Skala Patient kooperativ***

- Der Patient unternimmt aktive Anstrengungen zur Problemlösung.
- Ist gut über die Krankheit informiert.
- Gut über die Behandlung informiert.
- Befolgt die ärztlichen Anordnungen und Ratschläge.

***Skala Patient bedürftig/belastet***

- Der Patient ist seelisch stark belastet.
- Der Patient kommt viel ins Grübeln.
- Der Patient will das Geschehene nicht wahrhaben.
- Der Patient möchte umsorgt werden.
- Der Patient wird mit der seelischen Belastung gut fertig.



Schnabl GK, Hassard TH, Kopelow ML. The Assessment of Interpersonal Skills Using Standardized Patients (Extending the Skills Measured with standardized patient examinations). *Academic Medicine* 1991;66(9):S34-S36.

### INTERPERSONAL SKILLS/DEGREE OF EMPATHY

1. The doctor wanted to understand how I saw things.
2. The doctor usually sensed or realized what I was feeling.
3. The doctor just took no notice of some things that I thought or left.
4. The doctor's response to me was usually so fixed and automatic that I didn't really get through to him/her.
5. The doctor treated me with respect and courtesy.
6. I was able to explain my problem to the doctor as fully as I needed to.
7. The doctor explained things so now I know what may be the matter with me.
8. The doctor explained what treatment, tests, or other follow-up is going to happen.
9. The doctor gave me the opportunity to express my feelings or ideas in planning treatment, tests, or follow-up.
10. The doctor gave me the opportunity to ask questions.
11. The doctor used understandable and non-technical language.
12. The doctor was careful and thorough.
13. I feel satisfied with the medical care that I received.

*(All the items are scored from 7= 'strongly agree', 6= 'agree', 5= 'probably agree', 4= 'not sure', 3= 'probably disagree', 2= 'disagree', 1='strongly disagree' / except numbers 3 and 4 which starts from 1= 'strongly agree' etc.*



Schnabl GK, Kopelow ML, M. Grott. Assessing and Designing Enhancement of Interpersonal Skills of Practicing Physicians. Proceedings: The Sixth Ottawa Conference on Medical Education, pp. 262-264, Toronto, Ontario, Canada, June 1994.

---

**INTERPERSONAL SKILLS RATING SCALE**

---

1. Wanted to understand my view	1	2	3	4	5	6	7
2. Sensed my feelings	1	2	3	4	5	6	7
3. Ignored my feelings	1	2	3	4	5	6	7
4. Rigid approach	1	2	3	4	5	6	7
5. Respect and courtesy	1	2	3	4	5	6	7
6. I was able to tell my story	1	2	3	4	5	6	7
7. MD explained my problem	1	2	3	4	5	6	7
8. MD explained treatment/follow-up	1	2	3	4	5	6	7
9. Able to give my feelings/ideas	1	2	3	4	5	6	7
10. Able to ask questions	1	2	3	4	5	6	7
11. Used understandable language	1	2	3	4	5	6	7
12. Careful/thorough	1	2	3	4	5	6	7
13. Satisfied with care	1	2	3	4	5	6	7

---

*Scale of 1 to 7*

*F1 = Sensitivity/Rapport, F2 = Involvement with the patient, F3 = Providing explanations*



Smith RC, Zimny GH. Physicians' Emotional Reactions to Patients. *Psychosomatics* 1988;29(4):392-397.

---

Emotion for 33 statements of patient circumstances or behaviors as reported

by 59 board-certified internists in St. Louis, 1985

---

Is disrespectful, critical, or demeaning of me.

Expresses anger toward me.

Keeps trying to control our interaction by interrupting, not listening, or changing the subject.

Wants me to certify him/her as disabled but I don't think that he/she is.

Wants lab tests or medications such as narcotics but I think they are unnecessary.

Is getting worse even though I know I've done everything possible.

Presents what appears to be a serious problem that I do not understand.

Wants me to fill out many legal or insurance papers.

Is seductive, making suggestive remarks or behaving in a sexual way toward me.

Has poor general hygiene, is malodorous, or has an unkempt appearance.

Has multiple needs that require more than the usual amount of time and attention from me.

Tells me he/she is going to change to another physician.

Appears troubled but is necessary that I give him/her some unpleasant information.

Does not accept my explanation that there is no serious organic disease.

Is complaining about not getting better although things are going as well as could be expected.

Is noncompliant for medications, recommended testing, or follow-up visits.

Is psychologically unstable.

Express sadness, depression, inability to cope, or suicidal ideation.

Requests to be seen in his/her home.

Behaves in a passive way, expecting others including me to be more active and responsible for his/her care.

Becomes familiar with me by asking personal questions or otherwise showing undue interest in me.

Relatives want a meeting to discuss the patient's problem, although I've fully discussed it already with the patient.

Presents multiple somatic complaints without an apparent organic basis for them.

Is an unreliable historian.

Is dying and keeps bringing up concerns about death and seems to want to discuss it.

Speaks only a foreign language so that another person must be present to translate his/her statements.

Has an unknown type of disease that could be proven in the future to be communicable.

Raises troublesome personal issues in their life such as divorce, job problems, or difficulties with children.

Appears to be of higher status than I am, such as being more intellectual, more influential, or having more money.

Has a communicable disease such as tuberculosis, to which I might be susceptible.

Asks for my advice about non-medical matters.

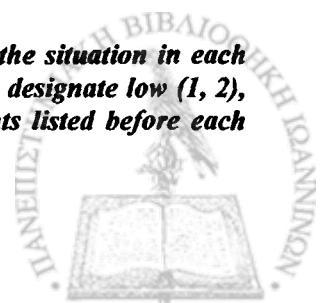
Indicates that he/she had very limited financial resources for paying me.

Skin color or ethnic origin is different from mine.

---

Each statement began with 'The patient' or 'The patient's'

**Rate the degree of emotion that you ordinarily experience when you are faced with the situation in each statement. Use the following scale to make your ratings. The seven points on the scale designate low (1, 2), moderate (3, 4, 5), and high (6, 7) degrees of emotion. Circle one of the scale points listed before each statement'.**



Sparr LF, Gordon GH, Hickam DH, Girard DE. The doctor-patient relationship during medical internship: The evolution of dissatisfaction. *Social Science & Medicine* 1988;26(11):1095-1101.

	Role of the doctor	Role of the patient
Model no. 1	Scientist	Research subject
Model no. 2	Expert resource	Active cooperative participant
Model no. 3	Expert resource	Noncooperative obstructionist
Model no. 4	Clerk, paper work processor	Subscriber, seeker of eligibility
Model no. 5	Parent	Child
Model no. 6	Unskilled, inept resource	Unsuspecting victim

*Likert scale of agreement – 1='strong disagreement' to 5='strong agreement'*

- Which one of the previous models do you think that characterizes doctor-patient relationship?
- Do you feel satisfied or not concerning the following?

#### Patient's care

- seeking sick people get well
- being responsible for clinical decisions
- maintaining good communication with patients
- making good clinical judgments
- feeling competent as a physician

#### Interpersonal relationships

- interacting with patients
- seasoned physicians
- peers and loved ones

#### Education

- teaching medical students
- learning from interesting clinical cases

#### Overwork

- too little sleep
- too many patients
- Too much paperwork

#### Patient's care

- seeing patients die
- coping with patients who have self-destructive diseases
- dealing with angry or disrespectful patients
- making decisions beyond competency

#### Personal factors

- inability to meet unrealistic faculty expectations
- lack of free time
- missing family

- Indicate in a narrative form which factors added to, or detracted from, satisfaction with internship.
- Level of satisfaction with your decision to become a doctor.  
*Statement 1 was 'I regret the decision and may drop out', and statement 5 was 'I am consistently pleased with my decision'.*
- Describe the way you feel for your career.
  - *positive feelings:* excited, relieved, important, competent, useful
  - *negative feelings:* nervous, anxious, overwhelmed, depressed, defeated, fatigued



Suchman AL, Roter D, Green M, Lipkin M, the Collaborative Study Group of the American Academy. Physician and Patient Physician Satisfaction with Primary care office visits. *Medical Care* 1993;31(12):1083-1092.

### PHYSICIAN SATISFACTION QUESTIONNAIRE

1. This was a very satisfying visit for me.
2. I got all the detail I needed regarding the patient's history.
3. This patient constantly complains.
4. This patient is very personable.
5. I would have liked to spend more time with this patient.
6. I didn't get all the detail I wanted on the patient's problem and symptoms.
7. I established effective rapport with this patient.
8. My time was NOT well spent in the visit.
9. This patient trusts me a great deal.
10. I was NOT effective in influencing this patient's behavior.
11. I felt adequately trained and confident in treating this patient.
12. I don't think this visit was necessary.
13. This patient understood my explanations of the medical problem and treatment.
14. I didn't get enough detail from this patient regarding his/her psychosocial condition.
15. This visit was boring and unchallenging.
16. I didn't conduct as detailed a physical exam as I would like.
17. There are aspects of my relationship to this patient that I would like to change.
18. I could NOT understand all that this patient wanted to tell me.
19. This patient demands a lot of personal attention.
20. I spent more time with this patient than I would have liked.

*(rated on a 5-point Likert scale ranging from 'Strongly Agree' to 'Strongly Disagree')*



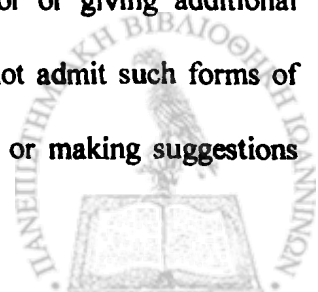
**Todd A. The prescriptions of contraceptions: negotiations between doctor and patients. Discourse Processes 1984;7:171-200.**

### RECORDING AND ANALYSIS OF DOCTOR - PATIENT INTERACTION

1. The intent in this utterance is to gain emotionally neutral information  
e.g. 'What is the name of this medicine?'\* (ερώτηση ασθενών)  
'How long have you been feeling that?」\*\* (ερώτηση γιατρών)
  2. The intent is to give the partner emotionally neutral information  
e.g. 'This test is performed in our laboratory'」\*\* (διαπίστωση γιατρών)  
'I am 34' (διαπίστωση ασθενών)\*
  3. The intent is to improve the partner's emotional state by giving him reassurance, emotional support, encouragement and so on  
e.g. 'Things are better now' (διαπίστωση ασθενών)\*  
'Don't worry' (διαπίστωση γιατρών)\*\*
  4. The intent is to influence partner's behavior by giving him advice, instructions, directions  
e.g. 'Open your mouth' (εντολή γιατρού)\*\*  
'Give me the same medicine as previously, please' (εντολή ασθενούς)\*
  5. The intent is to give the partner information which will improve his emotional state  
e.g. 'This illness is completely curable' (διαπίστωση γιατρών)\*\*  
'In my opinion you are an excellent doctor' (διαπίστωση ασθενών)\*
  6. The intent is to give the partner information which will cause the deterioration of his emotional state  
e.g. 'The results of tests are alarming' (διαπίστωση γιατρών)\*\*
  7. The intent is to influence partner's behavior not only by giving him instructions what to do but also by informing him how to do that  
e.g. 'Take these pills twice a day' (εντολή γιατρού)\*\*  
'Do this test unfed' (εντολή γιατρού)\*\*
  8. The intent is to influence partner's behavior not only by giving him instructions but also by encouraging him to follow them  
e.g. 'Be sure to take this medicine' (εντολή γιατρού)\*\*
  9. The intent is to influence partner's behavior by giving him instructions what to do and how to do that and by encouraging him to do that as well  
e.g. 'Be sure to take these pills twice a day' (εντολή γιατρού)\*\*
- ⇒ Doctor's directiveness, indicated by the amount of different orders given to the patient.  
⇒ Doctor's activity, indicated by the proportion of his utterances in the interview.  
⇒ Patient's activity, evaluated as in the case of the doctor.  
⇒ Doctor's emotional attitude towards the patient. Its different forms were coded from 1 to 3, as follows:
1. unfavorable
  2. changing
  3. favorable
- ⇒ Patient's partnership status. Its degree was coded from 1 to 3, as follows:
1. patient does not initiate activity on his own, such as asking for or giving additional information, making suggestions etc.
  2. patient tries to act as a partner to some extent but doctor does not admit such forms of patient participation, ignores or rejects patient's initiatives.
  3. patient does act as a partner to some extent, giving information or making suggestions which are taken into consideration by doctor.

\* It includes patient items.

\*\* It includes therapist items.



**Tomasz P, Andrusyna BA, Tony ZT, DeRubeis RJ, Luborsky L. The Factor Structure of The Working Alliance - Inventory in Cognitive-Behavioral Therapy. The Journal of Psychotherapy Practice and Research 2001;10:173-178.**

*All items on WAI-O-S as organized by the three subfactors of the General Therapeutic Alliance factor*

**Goal**

Item 4: There are doubts or a lack of understanding about what participants are trying to accomplish in therapy.

Item 6: The client and therapist are working on mutually agreed upon goals.

Item 10: The client and therapist have different ideas about what the client's real problems are.

Item 11: The client and therapist have established a good understanding of the changes that would be good for the client.

**Task**

Item 1: There is agreement about the steps taken to help improve the client's situation.

Item 2: There is agreement about the usefulness of the current activity in therapy (i.e., the client is seeing new ways to look at his/her problem).

Item 8: There is agreement on what is important for the client to work on.

Item 12: The client believes that the way they are working with his/her problem is correct.

**Bond**

Item 3: There is a mutual liking between the client and therapist.

Item 5: The client feels confident in the therapist's ability to help the client.

Item 7: The client feels that the therapist appreciates him/her as a person.

Item 9: There is mutual trust between the client and therapist.

**Note: WAI-O-S Working Alliance Inventory, shortened observer-rated version.**

Two factors of CBT (Cognitive-Behavioral Therapy) alliance as measured by the WAI-O-S

**Factor 1: Agreement/Confidence**

**Goal**

4. There are doubts or a lack of understanding about what participants are trying to accomplish in therapy.

6. The client and therapist are working on mutually agreed-upon goals.

10. The client and therapist have different ideas about what the client's real problems are.

11. The client and therapist have established a good understanding of the changes that would be good for the client.

**Task**

1. There is agreement about the steps taken to help improve the client's situation.

2. There is agreement about the usefulness of the current activity in therapy (i.e., the client is seeing new ways to look at his/her problem).

8. There is agreement on what is important for the client to work on.

12. The client believes that the way they are working with his/her problem is correct.

**Bond (confidence item)**

5. The client feels confident in the therapist's ability to help the client.

**Factor 2: Relationship**

**Bond (remaining Bond items)**

3. There is a mutual liking between the client and therapist.

7. The client feels that the therapist appreciates him/her as a person.

9. There is mutual trust between the client and therapist.

**Note: WAI-O-S items loading on Factor 1 and Factor 2.**

**CBT\_cognitive-behavioral therapy; WAI-O-S\_Working Alliance Inventory, shortened observer-rated version**





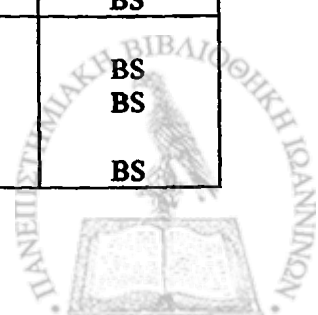
Van Thiel J, Kraan HF, Van Der Vleuten. Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht History - Taking and Advice Checklist. Medical Education 1991;25:224-229.

### MAASTRICHT HISTORY - TAKING AND ADVICE CHECKLIST (MAAS-R)

	Section	Item	Subscale
(1)	<i>Entry</i>	Doctor introduces himself/herself Makes functional relation clear	BS BS
(2)	<i>Overall orientation</i>	Asks for other reasons of visit	BS
(3)	<i>Exploration of reasons for encounter</i>	Asks what prompted the patient to come Asks for expectations: - in general about visit - about objective of visit	BS BS BS
(4)	<i>Diagnostic plan</i>	Proposition of a plan; announces; - medical history-taking - physical examination - ask for a reaction	BS BS BS
(5)	<i>History-taking</i>	Aspects of complaint; ask for: - characteristics - intensity - localization – irradiation Self-help: - asks for it - asks for its effects A summary during history-taking is: - concise - given in own words - correct for content - checking	MC MC MC MC MC BS BS BS BS
(6)	<i>Evaluation, information</i>	Findings, conclusions: - informs of findings - informs of diagnosis/conclusions - relates diagnosis with findings Informs about findings or conclusions before management plan	MC MC MC BS
(7)	<i>Management plan</i>	Proposal: - makes proposals about management - gives alternatives for the proposal - asks for a reaction Asks whether patient complies with the proposal Describes management plan in concrete behavioural terms	MC MC BS MC MC
(8)	<i>Evaluation of consultation</i>	Asks whether reasons for encounter are discussed sufficiently	BS
(9)	<i>Skills relevant for all sections</i>	Feelings; proper reflection of: - quality of feelings - intensity of feelings Uses jargon (punitive score)	BS BS BS

BS=Basic Skills

MC=Medical Content



Viinamaki H, Niskanen L, Korhonen T, Tabka V. The patient-doctor relationship and metabolic control in patients with type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1993;23(3):265-74.

### ILLUSTRATIVE ITEMS

from the Scales Used in the Formation of Scores 1-4

#### Score 1:

Question number:

- |                                       |            |   |   |   |   |            |
|---------------------------------------|------------|---|---|---|---|------------|
| 1. My doctor is friendly              | I agree    | 1 | 2 | 3 | 4 | I disagree |
| 2. I would like to get another doctor | I disagree | 1 | 2 | 3 | 4 | I agree    |

#### Score 2:

Question number:

- |   |         |   |   |   |   |            |
|---|---------|---|---|---|---|------------|
| 3. I am satisfied with my hospital<br>as a place of treatment | I agree | 1 | 2 | 3 | 4 | I disagree |
|---|---------|---|---|---|---|------------|

#### Score 3:

Question number:

- |  |            |   |   |   |   |            |
|--|------------|---|---|---|---|------------|
| 4. My doctor takes notice of me as<br>an individual                | I agree    | 1 | 2 | 3 | 4 | I disagree |
| 5. It takes too much time to wait for<br>getting to see the doctor | I disagree | 1 | 2 | 3 | 4 | I agree    |

#### Score 4:

Question number:

- |   |         |   |   |   |   |            |
|---|---------|---|---|---|---|------------|
| 6. I feel safe in my doctor's care            | I agree | 1 | 2 | 3 | 4 | I disagree |
| 7. I can contact the doctor when<br>necessary | I agree | 1 | 2 | 3 | 4 | I disagree |



**Waitzkin H. Doctor-Patient Communication. Clinical Implications of Social Scientific Research:  
JAMA -The Journal of the American Medical Association 1984;17:2522.**

### **DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION**

- Medical Education
- Information giving and Withholding
- Misattributions and Misperceptions
- Time spent in information giving
- Patients' characteristics
- Doctors' characteristics
- Nonverbal communication



Waldvogel VB, Vogt C, Seidl O. Das Beziehungserleben von Ärzten in der Beziehung zu AIDS-, Krebs - und Stoffwechselfpatienten: Zentrales Beziehungskonflikt-Thema und Affekte. (How Physicians experience their Doctor-Patient-Relationship to patients with Aids, Cancer, and Metabolic Disorders: Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) and Affects). Zsch. Psychosom. Med. 1994;41:158-169.

### CORE CONFLICTUAL RELATIONSHIP THEME (CCRT)

- W:** Gegenseitiges Verständnis, weniger belastetes Verhältnis  
Schnell Diagnose Stellen und Pat. behandeln, helfen, retten, bzw. überhaupt dazu in der Lage sein  
Pat. möge mitarbeiten und selbst Verantwortung übernehmen
- RO: (p)** Vertraut sich an  
Zeigt Hoffnung, fasst Mut  
Angstlich, depressiv, mutlos, verzweifelt  
Kooperativ, guter Kontakt  
Uneinsichtig, entzieht sich
- (n)** fordernd  
abweisend  
verleugnend  
(irrationale Hoffnungen)  
verleugnend (irrationale Hoffnungen)
- (-)** —  
gefasste, rationale Akzeptanz der Diagnose und Ablehnung weiterer Behandlung  
zunächst widerstrebend, dann kooperativ
- RS: (p)** empfindet Verhältnis als gut, führt lange Gespräche  
Zugewandt, mitfühlend, berührt  
Führt Gespräche, zeigt Verständnis, offene Übereinstimmung
- (n)** fühlt sich bedrängt  
frustriert, ärgerlich
- (-)** betroffen, bewegt, mitgenommen  
redet zu, macht Mut (partiell mit Skrupel)  
erschüttert, erschreckt, hilflos, deprimiert  
teilt schlechte Prognose nicht mit (häufig mit gemischten-, schlechten-, schuldgefühlen)  
belustigt, amüsiert, fröhlich ironisierend (Konfrontation vermeidend)
- |           |  |   |
|-----------|--|---|
| <b>W</b>  | <b>:Wünsche des Arztes in der Beziehung (p)</b>    | <b>positiv aus der Sicht des Arztes</b> |
| <b>RO</b> | <b>:Reaktionen des Objekts (des Patienten) (n)</b> | <b>negativ aus der Sicht des Arztes</b> |
| <b>RS</b> | <b>:Reaktionen des Selbsts (des Arztes) (-)</b>    | <b>ohne erkennbare Wertigkeit</b>       |



Wallston SB, Wallston KA, Kaplan GD, Maides A. Development and Validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1976;44(4):580-585.

### HEALTH LOCUS OF CONTROL SCALE ITEMS

1. If I take care of myself, I can avoid illness.

1	2	3	4	5	6
strongly disagree	almost disagree	disagree	agree	almost agree	strongly agree

2. Whenever I get sick it is because of something I've done or not done.

1	2	3	4	5	6
strongly disagree	almost disagree	disagree	agree	almost agree	strongly agree

3. Good health is largely a matter of good fortune.

1	2	3	4	5	6
strongly disagree	almost disagree	disagree	agree	almost agree	strongly agree

4. No matter what I do, if I am going to get sick I will get sick.

1	2	3	4	5	6
strongly disagree	almost disagree	disagree	agree	almost agree	strongly agree

5. Most people do not realize the extent to which their illnesses are controlled by accidental happenings.

1	2	3	4	5	6
strongly disagree	almost disagree	disagree	agree	almost agree	strongly agree

6. I can only do what my doctor tells me to do.

1	2	3	4	5	6
strongly disagree	almost disagree	disagree	agree	almost agree	strongly agree

7. There are so many strange diseases around that you can never know how or when you might pick one up.

1	2	3	4	5	6
strongly disagree	almost disagree	disagree	agree	almost agree	strongly agree

8. When I feel ill, I know it is because I have not been getting the proper exercise or eating right.

1	2	3	4	5	6
strongly disagree	almost disagree	disagree	agree	almost agree	strongly agree

9. People who never get sick are just plain lucky.

1	2	3	4	5	6
strongly disagree	almost disagree	disagree	agree	almost agree	strongly agree

10. People's ill health results from their own carelessness.

1	2	3	4	5	6
strongly disagree	almost disagree	disagree	agree	almost agree	strongly agree

11. I am directly responsible for my health.

1	2	3	4	5	6
strongly disagree	almost disagree	disagree	agree	almost agree	strongly agree

Ware JE, Snyder MK. Dimensions of Patient Attitudes regarding doctors and Medical Services.  
 Medical Care 1975;XVIII(8):669-682.

### THE PATIENT SATISFACTION SCALE

#### *Access/convenience*

1. I can reach a doctor to ask him questions at any time.
2. Doctors have their offices in very convenient locations.

#### *Availability*

1. In an emergency, it's very hard to get a doctor quickly.
2. There is a big shortage of general practitioners.
3. More hospitals are needed in this area.
4. There are enough doctors in this area who specialize.

#### *Continuity*

5. My doctor treats anyone in my family.
6. I see the same doctor just about every time I go.
7. It is easy to get a yearly medical examination.

#### *Financial*

1. The cost of medical care is reasonable.
2. Medical insurance should cover more things than it does.
3. It's cash in advance when you need medical care.

#### *Humanness*

1. Sometimes doctors make the patient feel foolish.
2. Doctors always try to explain about an operation so the patient won't worry.
3. Sometimes doctors ignore people's feelings.

#### *Perceived quality*

1. I think my doctor's office is complete with all necessary facilities.
2. I think my doctor forgets to ask about the problems I've had in the past.
3. Doctors are careful to explain what the patient is expected to do.
4. Doctors rarely suggest ways to keep from getting sick.
5. Sometimes doctors recommend surgery (an operation) when another treatment would be better.
6. Doctors keep up on all of the latest medical discoveries.
7. Doctors examine their patients carefully before deciding what is wrong.



Ware JE, Snyder MK, Wright WR. Development and validation of scales to measure patient satisfaction with health care services. National Center for Health Services Research 1976;1(A):79.

Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. Health Medical Care Service Review 1978;1:2-15.

### WARE SATISFACTION SCALE

1. I can reach a doctor to ask him questions at any time.
2. I think my doctor's office is complete with all necessary facilities.
3. I think my doctor forgets to ask about the problems I've had in the past.
4. The doctor seemed to have a genuine interest in me as a person

*Items are scored on a 5-point range from strongly agree to strongly disagree*



Winefield HR, Murrell TG, Clifford J. Process and outcomes in general practice consultations: problems in defining high quality care. *Social Science & Medicine* 1995;41(7):969-75.

### **KAGAN'S INTERPERSONAL PROCESS RECALL MODEL (DOCTOR)**

- Do you recall having any particular feelings about this patient? E.g. of liking or disliking?
- How well did you feel you understood what the patient really wanted from the consultation?
- How confident were you that you knew what the symptoms meant and what the best treatment would be?
- Did you at any point feel that what the patient wanted was at all unreasonable? (or too demanding, or too controlling, or unrealistic?)
- How confident were you that you could help this patient to feel better?
- What do you think about whether the patient had accepted your diagnosis and would follow your recommendations for a treatment or follow up plan?
- On the whole what is your impression of the patient's ability to use this consultation most effectively?
- On the whole what is your impression of your own ability to use this consultation most effectively?

*A visual analogue rating scale measured the doctor's satisfaction with the consultation*

0 = completely unsatisfying, 5 = average in satisfaction, and 10 = completely satisfying,

### **QUALITY OF CARE (PATIENT)**

- What did the doctor tell you to do about your symptoms?
- (Included patient health change from before the consultation to 4 days and patient compliance with doctor's treatment recommendations, as reported at 4 days post-consultation in response to the question. The possibilities are new medication, refer to specialist, advice, lifestyle or habits, or suggest follow-up).*

- Have you followed each instruction that doctor gave you?
- If not, could you mention the reasons?

### **PATIENT'S SATISFACTION WITH THE CONSULTATION**

- The doctor seemed to know what he or she was doing.
- I really felt understood by the doctor.

*(It was assessed both immediately and 4 days after the consultation)*





Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brankati FL. Attributes of excellent attending-physician role models. *The New England Journal of Medicine* 1998;339:1986-93.

### SELECTED CHARACTERISTICS OF ATTENDING PHYSICIANS WITH IDENTIFICATION AS AN EXCELLENT ROLE MODEL

#### **Additional time spent with house staff**

*Time spent with house staff when not attending*

< 2 hr/wk

3-5 hr/wk

> 6 hr/wk

*Time spent with team when attending*

< 10 hr/wk

11-24 hr/wk

> 25 hr/wk

#### **Training in teaching**

*Attended teaching workshops*

*Served as chief resident*

*Had any formal training in teaching*

*Attended faculty-development programs*

*Received feedback on teaching from colleagues*

#### **Teaching style and methods**

*Stresses importance of the doctor-patient relationship*

*Teaches psychosocial aspects of medicine*

*Gives in depth feedback*

*Prepares for teaching sessions*

*Directs teaching according to needs of learners*

#### **Attitudes toward teaching**

*Enjoys teaching house staff*

*Rates self highly as a role model for house staff*

*Enjoys teaching medical students*

*Perceives role models to be important in medical education*

*Believes role models influence trainee's career*

*Notes strong influence of role models on own career.*

#### **Building relationships with house officers**

*Organizes end-of-month dinner*

*Shares professional experiences with house staff*

*Shares personal life with house staff*

*Learns about the lives of house staff*

*Brings doughnuts to house-staff team*



Ziv A, Lemau O, Friedman M. Peer Assessment Increases Awareness of Interpersonal Skills and Humanistic Qualities of Medical Students. Proceedings: The Sixth Ottawa Conference on Medical Education. June 26-29, Canada 1994;257-258.

### PEER ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

Approach to patient	1	2	3	4	5	6	7
Ability for working as a team	1	2	3	4	5	6	7
Level of integrity	1	2	3	4	5	6	7
Open to criticism	1	2	3	4	5	6	7
Level of responsibility	1	2	3	4	5	6	7
Ability to cope under pressure and concern	1	2	3	4	5	6	7
Medical knowledge	1	2	3	4	5	6	7
Estimate yourself	1	2	3	4	5	6	7

*(1-7 Likert Scale)*

### FEEDBACK QUESTIONNAIRE

Approach to patient	1	2	3	4	5	6	7
Ability for working as a team	1	2	3	4	5	6	7
Level of integrity	1	2	3	4	5	6	7
Open to criticism	1	2	3	4	5	6	7
Level of responsibility	1	2	3	4	5	6	7
Ability to cope under pressure and concern	1	2	3	4	5	6	7
Medical knowledge	1	2	3	4	5	6	7
Estimate yourself	1	2	3	4	5	6	7

*(1-7 likert scale)*



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Συνοδευτική επιστολή προς τους Διευθυντές των κλινικών του ΓΠΠΝΙ, για τη γνωστοποίηση των σκοπών της έρευνας





ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ - ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΡΗΣ ΛΙΑΚΟΣ

Προς

Ιωάννινα 19/1/99

Σας γράφω για να ζητήσω τη βοήθειά σας στη συλλογή υλικού μιας έρευνας της Παν/κής Ψυχιατρικής Κλινικής που αφορά τη σχέση ιατρού - ασθενή, που αποτελεί και το θέμα διδακτορικής διατριβής της υποψήφιας διδάκτορος κ. Κουτσοσίμου Μελπομένης.

Η έρευνα αποσκοπεί στη δημιουργία οργάνου - ερωτηματολογίου - για τη μέτρηση της σχέσης ιατρού - ασθενή. Όπως σας είναι γνωστό, η σημασία του θέματος εκτείνεται σε όλες τις ειδικότητες και επηρεάζει τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία.

Θα ήθελα να παρακαλέσω για τη βοήθειά σας για τη συλλογή ερωτηματολογίων ιατρών - ασθενών. Εσωκλείω τους προκαταρκτικούς τύπους ερωτηματολογίων. Η κ. Κουτσοσίμου είναι στη διάθεσή σας για περαιτέρω διευκρινίσεις στο αντικείμενο της έρευνας.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη βοήθειά σας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Αρης Λιάκος

Καθηγητής Ψυχιατρικής



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ**

**Πιλοτική φάση:**

**Α) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ. ΚΑΙΜΑΚΑ Α' ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ**

**Β) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ. ΚΑΙΜΑΚΑ Β' ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ****ΚΛΙΜΑΚΑ Α' ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ**

## ΟΔΗΓΙΕΣ

**Οι παρακάτω φράσεις αφορούν τη σχέση σας με τον ασθενή που είδατε.**

Παρακαλώ σημειώστε με σταυρό (+) ή χι (x) την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τη γνώμη σας για κάθε μία από τις παρακάτω φράσεις, χωρίς να σκεφθείτε πάρα πολύ. Ενδιαφερόμαστε ιδιαίτερα για τις απόψεις σας που αφορούν τη σχέση σας με τον ασθενή.

Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες και θα μας βοηθήσουν στην αναγνώριση των δυσκολιών που αντιμετωπίζετε στη σχέση σας με τον ασθενή. Κανείς δεν θα μάθει τις απόψεις που έχετε εκφράσει σ' αυτό το ερωτηματολόγιο, συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού που εργάζεται στην υπηρεσία.

Μπορείτε να ζητήσετε τη βοήθεια του ερευνητή, εάν η ερώτηση δεν είναι σαφής, ή εάν αντιμετωπίζετε οποιοδήποτε πρόβλημα στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Είναι πολύ σημαντικό, κάθε απάντηση να εκφράζει την πραγματική σας άποψη.



- |   |                              |                              |                                   |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Πιστεύω πως αυτή η επίσκεψη δεν ήταν απαραίτητη.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 2. Ο ασθενής δεν ανέλαβε την ευθύνη για τη δική του / της ρόλο για τη φροντίδα του.                       | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 3. Δεν πραγματοποίησα μία εξέταση όπως θα επιθυμούσα.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 4. Ο ασθενής μου έλεγε τι να κάνω για να διαγνώσω ή για να αντιμετωπίσω το πρόβλημα.                      | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 5. Ανησυχώ για το αποτέλεσμα αυτών των συναντήσεων.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 6. Δεν αισθάνθηκα άνετα με τον ασθενή.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 7. Ο συγκεκριμένος ασθενής κατανόησε τις εξηγήσεις που του έδωσα για το ιατρικό πρόβλημα και τη θεραπεία. | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 8. Εμπιστεύτηκα τον εαυτό μου και την εκπαίδευσή μου, για να φροντίσω αυτόν τον ασθενή.                   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 9. Ο ασθενής αισθάνεται μπερδεμένος από όσα κάνω για τη θεραπεία του.                                     | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 10. Μετά τη συνάντησή μου με τον ασθενή, ένιωσα θυμωμένος.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 11. Μετά τη συνάντησή μου με τον ασθενή, αισθάνθηκα καταπονημένος.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 12. Αισθάνθηκα άσχημα έπειτα από τη συνάντησή μου με τον ασθενή.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 13. Προσπαθεί να δείξει ότι είναι σε καλύτερη κοινωνική κατάσταση απ' ό,τι είμαι εγώ.                     | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 14. Ο συγκεκριμένος ασθενής διαρκώς παραπονείται.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |





15. Πιστεύω πως ο τρόπος με τον οποίο εξετάζουμε το πρόβλημά του είναι ο σωστός. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
16. Ο ασθενής δεν ακολούθησε τις οδηγίες μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
17. Δεν υπήρχε μεταξύ μας συμφωνία για το σκοπό της επίσκεψης. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
18. Αυτός ο ασθενής απαιτεί από μένα πολύ προσοχή. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
19. Αισθάνομαι πως ο ασθενής ενδιαφέρεται για μένα ακόμη κι όταν κάνω πράγματα που εκείνος / η δεν εγκρίνει. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
20. Υπάρχει κατανόηση ανάμεσα σε μένα και τον ασθενή. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
21. Μου είναι ξεκάθαρο το τι επιθυμεί ο ασθενής να κάνω στις συναντήσεις αυτές. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
22. Θεωρείτε πως πρέπει να αφιερώνετε πολύ χρόνο στον ασθενή για να κατανοήσει ότι τον φροντίζετε; Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
23. Ο ασθενής αυτός δεν με σέβεται. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
24. Δεν στάθηκα αποτελεσματικός στο να επηρεάσω τη συμπεριφορά του ασθενή. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
25. Δεν υπήρχε κατανόηση μεταξύ μας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
26. Κατέληξα στο συμπέρασμα πως ό,τι κάνουμε για τη θεραπεία, δεν σχετίζεται με τις ανησυχίες μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
27. Η κατάσταση του χειροτερεύει, παρόλο που έκανα ό,τι ήταν δυνατό. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
28. Τα λεγόμενά του δεν παρουσιάζουν καμία αξιοπιστία. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
29. Αυτός ο ασθενής μου δείχνει μεγάλη εμπιστοσύνη. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω





45. Προσπαθεί να δημιουργήσει σχέση μαζί μου, κάνοντάς μου πολλές προσωπικές ερωτήσεις ή δείχνοντας αδικαιολόγητο ενδιαφέρον για μένα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
46. Φαίνεται δύσκολο, αλλά είναι απαραίτητο να του πω τα δυσάρεστα νέα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
47. Θεωρώ πως εδραίωσα μία ικανοποιητική επαφή με τον ασθενή. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
48. Συμπεριφέρεται παθητικά, περιμένοντας από τους άλλους, συμπεριλαμβανομένου κι εμένα, να είναι πιο δραστήριοι και υπεύθυνοι για την φροντίδα του / της. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
49. Συγκέντρωσα όλες όσες πληροφορίες χρειαζόμουν σχετικά με το ιστορικό του ασθενή. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
50. Παραπονιέται ότι η κατάστασή του δεν καλυτερεύει, παρόλο που όλα πηγαίνουν καλύτερα, όπως άλλωστε αναμενόταν. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
51. Αισθάνομαι πως ο ασθενής με εκτιμά. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
52. Δεν δέχεται την εξήγηση που του δίνω, πως δεν υπάρχει δηλαδή σοβαρή οργανική ασθένεια. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
53. Αυτός ο ασθενής είναι αυτοκαταστροφικός. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
54. Δεν υπήρχε μεταξύ μας συμφωνία για το σκοπό της επίσκεψης. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
55. Εκφράζει λύπη, κατάθλιψη, ανικανότητα να ανταπεξέλθει. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
56. Εκφράζει αυτοκτονικό ιδεασμό. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
57. Ζητά τη συμβουλή μου για μη ιατρικά θέματα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
58. Η οικογένεια του ασθενή ήταν απαιτητική και παραπονιόταν διαρκώς. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω



59. Υπήρχαν στιγμές όπου δεν γνώριζα τι να κάνω στη συνέχεια. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
60. Δεν συμμορφώθηκε με τη θεραπεία που του πρότεινα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
61. Είμαι απογοητευμένος από τις διαδικασίες που γίνονται για τη θεραπεία του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
62. Αισθάνθηκα να καταπιέζομαι έπειτα από τη συνάντησή μου με τον ασθενή. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
63. Υπήρξε συμφωνία μεταξύ μας όσον αφορά τις ενέργειες που πρέπει να γίνουν στη θεραπεία. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
64. Δεν μπορούσα να κατανοήσω όλα όσα ήθελε να μου πει ο ασθενής. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
65. Ο ασθενής προσπαθούσε να με χειριστεί. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
66. Ο ασθενής προσπαθούσε να με κατευθύνει. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
67. Ο ασθενής προσπαθούσε να με ελέγξει. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
68. Διακόπτει τη συζήτηση κάνοντας ερωτήσεις. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
69. Είμαι απολύτως βέβαιος για τις υποχρεώσεις που έχω κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
70. Συμφώνησα με τον ασθενή για τις ενέργειες που απαιτείται να γίνουν στα πλαίσια της θεραπείας του, με σκοπό να βελτιωθεί η κατάστασή του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
71. Υπάρχει μεταξύ μας συνεργασία, όσον αφορά τον προσδιορισμό των στόχων που αφορούν στη θεραπεία μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
72. Επικοινωνώ δύσκολα με τον ασθενή. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
73. Πιστεύω ότι ο ασθενής με συμπαθεί. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
74. Τονίζει ότι αυτό που δεν καταλαβαίνω αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για εκείνον. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω



75. Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί για μένα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
76. Οι ενέργειες που ο ασθενής μου ζητά να κάνω, δεν έχουν νόημα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
77. Αυτός ο ασθενής συμμορφώνεται με τις προηγούμενες και τις τωρινές οδηγίες θεραπείας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
78. Πιστεύω πως είναι πιθανό να προκύψουν δυσκολίες στην τήρηση του θεραπευτικού συμβολαίου λόγω της φύσεως της ασθένειάς του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
79. Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
80. Δεν ξέρω τι να περιμένω ως αποτέλεσμα της θεραπείας του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
81. Θα ήθελα να έχουμε διευκρινίσει το σκοπό των συναντήσεών μας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
82. Δεν είμαι σίγουρος ότι ο ασθενής κατάλαβε όλα όσα του είπα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
83. Μου είναι δύσκολο να παρακολουθήσω την πορεία του ασθενή, γιατί δεν έρχεται στις συναντήσεις που κανονίζουμε. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
84. Έχω την αίσθηση πως εάν πω ή κάνω κάτι λάθος, ο ασθενής θα σταματήσει να δουλεύει μαζί μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
85. Κατάφερα να προσδιορίσω τα κίνητρα του ασθενή για τη θεραπεία. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
86. Ο ασθενής αυτός μου ασκεί κριτική. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
87. Υπάρχει αλληλοσεβασμός μεταξύ μας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
88. Παραπλανεί, προτείνει διάφορα πράγματα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω



89. Αυτός ο ασθενής προσέχει πολύ την εμφάνισή του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
90. Συμπεριφέρεται ερωτοτροπόντας μαζί μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
91. Αυτός ο ασθενής έχει ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με την κατάληξη που θα έχει το πρόβλημά του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
92. Έχει πολλαπλές ανάγκες που απαιτούν περισσότερο χρόνο και προσοχή από μένα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
93. Περιμένετε την επόμενη επίσκεψη του ασθενή που είδατε σήμερα; Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
94. Ο ασθενής δεν ήταν πρόθυμος να δεχτεί τη διάγνωση. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
95. Η σχέση μου με τον ασθενή είναι πολύ σημαντική σε μένα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
96. Ζητά εργαστηριακές εξετάσεις ή φάρμακα, γεγονός που πιστεύω ότι δεν είναι απαραίτητο. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
97. Έχει καθιερωθεί μεταξύ μας μία σχέση κατανόησης όσον αφορά τις αλλαγές που θα ήταν καλύτερες για εκείνον. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
98. Μπορώ να έρθω στη θέση του ασθενή και να καταλάβω το πρόβλημά του; Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
99. Θέλει να επιβεβαιώσω πως είναι ανίκανος να εργασθεί, αλλά προσωπικά πιστεύω πως δεν ευσταθεί κάτι τέτοιο. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
100. Αυτός ο ασθενής πιστεύει πως, σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους, αξίζει μεγαλύτερο βαθμό προσοχής εκ μέρους των γιατρών. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
101. Μήπως νιώσατε την κρυφή επιθυμία να μην σας επισκεφθεί ξανά ο ασθενής; Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
102. Μου ανακοινώνει πως πρόκειται να αλλάξει γιατρό. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω



75. Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί για μένα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
76. Οι ενέργειες που ο ασθενής μου ζητά να κάνω, δεν έχουν νόημα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
77. Αυτός ο ασθενής συμμορφώνεται με τις προηγούμενες και τις τωρινές οδηγίες θεραπείας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
78. Πιστεύω πως είναι πιθανό να προκύψουν δυσκολίες στην τήρηση του θεραπευτικού συμβολαίου λόγω της φύσεως της ασθένειάς του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
79. Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
80. Δεν ξέρω τι να περιμένω ως αποτέλεσμα της θεραπείας του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
81. Θα ήθελα να έχουμε διευκρινίσει το σκοπό των συναντήσεών μας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
82. Δεν είμαι σίγουρος ότι ο ασθενής κατάλαβε όλα όσα του είπα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
83. Μου είναι δύσκολο να παρακολουθήσω την πορεία του ασθενή, γιατί δεν έρχεται στις συναντήσεις που κανονίζουμε. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
84. Έχω την αίσθηση πως εάν πω ή κάνω κάτι λάθος, ο ασθενής θα σταματήσει να δουλεύει μαζί μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
85. Κατάφερα να προσδιορίσω τα κίνητρα του ασθενή για τη θεραπεία. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
86. Ο ασθενής αυτός μου ασκεί κριτική. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
87. Υπάρχει αλληλοσεβασμός μεταξύ μας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
88. Παραπλανεί, προτείνει διάφορα πράγματα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω



89. Αυτός ο ασθενής προσέχει πολύ την εμφάνισή του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
90. Συμπεριφέρεται ερωτοτροπόντας μαζί μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
91. Αυτός ο ασθενής έχει ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με την κατάληξη που θα έχει το πρόβλημά του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
92. Έχει πολλαπλές ανάγκες που απαιτούν περισσότερο χρόνο και προσοχή από μένα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
93. Περιμένετε την επόμενη επίσκεψη του ασθενή που είδατε σήμερα; Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
94. Ο ασθενής δεν ήταν πρόθυμος να δεχτεί τη διάγνωση. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
95. Η σχέση μου με τον ασθενή είναι πολύ σημαντική σε μένα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
96. Ζητά εργαστηριακές εξετάσεις ή φάρμακα, γεγονός που πιστεύω ότι δεν είναι απαραίτητο. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
97. Έχει καθιερωθεί μεταξύ μας μία σχέση κατανόησης όσον αφορά τις αλλαγές που θα ήταν καλύτερες για εκείνον. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
98. Μπορώ να έρθω στη θέση του ασθενή και να καταλάβω το πρόβλημά του; Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
99. Θέλει να επιβεβαιώσω πως είναι ανίκανος να εργασθεί, αλλά προσωπικά πιστεύω πως δεν ευσταθεί κάτι τέτοιο. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
100. Αυτός ο ασθενής πιστεύει πως, σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους, αξίζει μεγαλύτερο βαθμό προσοχής εκ μέρους των γιατρών. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
101. Μήπως νιώσατε την κρυφή επιθυμία να μην σας επισκεφθεί ξανά ο ασθενής; Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
102. Μου ανακοινώνει πως πρόκειται να αλλάξει γιατρό. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω





- |   |                              |                              |                                   |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 103. Μεταξύ μας δεν υπήρχε εμπιστοσύνη.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 104. Δεν ακούει αυτά που του λέω.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 105. Ο ασθενής αυτός με αμφισβητεί.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 106. Εκφράζει το θυμό του στο πρόσωπό μου.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 107. Υπάρχουν πλευρές της σχέσης μου με τον ασθενή που θα επιθυμούσα να αλλάξω.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 108. Αισθάνθηκα πως ο ασθενής δεν με πίστευε.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 109. Αισθάνομαι πως όσον αφορά τα συναισθήματά του ασθενή για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής.                        | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 110. Αισθάνομαι ανακούφιση που του είπα τα νέα που αφορούν την υγεία του, παρόλο που ήταν δυσάρεστα.                      | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 111. Έδωσα ραντεβού στον ασθενή.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 112. Σκέφθηκα τις συνέπειες για τον ασθενή, από τη διακοπή της θεραπείας.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 113. Μου είναι δύσκολο να αναλάβω τον ασθενή, γιατί το πρόγραμμά μου είναι φορτωμένο.                                     | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 114. Μου ζητά να συμπληρώσω πολλά έγγραφα νομικής φύσεως ή σχετικά με θέματα ασφάλειας.                                   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 115. Πιστεύω πως είναι πιθανό να προκύψουν δυσκολίες στην τήρηση του θεραπευτικού συμβολαίου λόγω της ηλικίας του ασθενή. | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 116. Κατά το τέλος της συνάντησης ο ασθενής θυμήθηκε να ρωτήσει κάτι διαφορετικό.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 117. Θα επιθυμούσα να διαθέσω περισσότερο χρόνο με τον συγκεκριμένο ασθενή.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 118. Ο χρόνος μου δεν διατέθηκε σωστά κατά τη διάρκεια της επίσκεψης.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |



119. Δεν συγκέντρωσα όλες τις πληροφορίες που  
χρειαζόμουν σχετικά με το πρόβλημα του  
ασθενή και τα συμπτώματα.

Ναι Όχι Δεν ξέρω 

120. Ο ασθενής ήταν δύσκολος.

Ναι Όχι Δεν ξέρω 

**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Φύλο: \_\_\_\_\_

Ηλικία: \_\_\_\_\_

Χρόνος απόκτησης πτυχίου : \_\_\_\_\_

Χρόνος λήψης ειδικότητας : \_\_\_\_\_

Οικογενειακή κατάσταση : \_\_\_\_\_

Θεραπευτική Μονάδα : \_\_\_\_\_

Διάρκεια σχέσης με τον ασθενή (σε έτη) : \_\_\_\_\_

Συχνότητα θεραπευτικών συναντήσεων : \_\_\_\_\_

Τόπος συναντήσεων: \_\_\_\_\_



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ**

**ΚΛΙΜΑΚΑ Β' ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**



**ΟΔΗΓΙΕΣ**

**Οι παρακάτω φράσεις αφορούν τη σχέση σας με το γιατρό που σας είδε.**

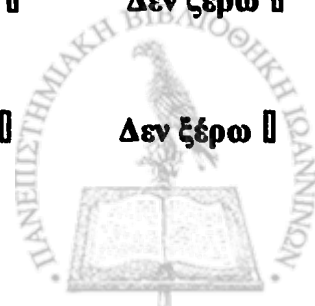
Παρακαλώ σημειώστε με σταυρό (+) ή χι (x) την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τη γνώμη σας για κάθε μία από τις παρακάτω φράσεις, χωρίς να σκεφθείτε πάρα πολύ. Ενδιαφερόμαστε ιδιαίτερα για τις απόψεις σας που αφορούν τη σχέση σας με το γιατρό.

Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες και θα μας βοηθήσουν στην αναγνώριση των δυσκολιών που αντιμετωπίζετε στη σχέση σας με το γιατρό. Κανείς δεν θα μάθει τις απόψεις που έχετε εκφράσει σ' αυτό το ερωτηματολόγιο, συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού που εργάζεται στην υπηρεσία.

Μπορείτε να ζητήσετε τη βοήθεια του ερευνητή, εάν η ερώτηση δεν είναι σαφής, ή εάν αντιμετωπίζετε οποιοδήποτε πρόβλημα στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Είναι πολύ σημαντικό, κάθε απάντηση να εκφράζει την πραγματική σας άποψη.



1. Διαφωνώ με το γιατρό μου σχετικά με τις προσδοκίες που θα πρέπει να έχω από τη θεραπεία. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
2. Όσα κάνω στη θεραπεία μου, μου δίνουν την ευκαιρία να δω με διαφορετικό τρόπο το πρόβλημά μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
3. Πιστεύω πως ο χρόνος της συνάντησής μου με το γιατρό μου δεν χρησιμοποιείται με ικανοποιητικό τρόπο. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
4. Αισθάνομαι ασφάλεια από τη φροντίδα που μου παρέχει ο γιατρός μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
5. Ο γιατρός μου δεν καταλαβαίνει όσα προσπαθώ να πετύχω στη θεραπεία. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
6. Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
7. Θα ήθελα να έχουμε διευκρινίσει το σκοπό των συναντήσεών μας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
8. Ο γιατρός δεν γνωρίζει ορισμένα πράγματα που με αφορούν. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
9. Ο γιατρός μου αντιλαμβάνεται με ακρίβεια τους στόχους μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
10. Πιστεύω πως οι ενέργειες που κάνω για τη θεραπεία μου, θα με βοηθήσουν να πραγματοποιήσω τις αλλαγές που επιθυμώ. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
11. Αισθάνομαι πως ο γιατρός μου όσον αφορά τα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
12. Η σχέση μου με το γιατρό μου είναι πολύ σημαντική σε μένα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
13. Μου είναι ξεκάθαρο τι επιθυμεί ο γιατρός μου να κάνω στις συναντήσεις αυτές. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω



14. Έχω την αίσθηση πως εάν πω ή κάνω κάτι λάθος ο γιατρός θα σταματήσει να δουλεύει μαζί μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
15. Είμαι απογοητευμένος από τις διαδικασίες που γίνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
16. Οι γιατροί συμπεριφέρονται στον ασθενή σαν να του κάνουν χάρη που τον εξετάζουν. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
17. Πολλοί γιατροί θεραπεύουν την ασθένεια, αλλά δεν έχουν συναισθήματα για τον ασθενή. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
18. Με τόσους ασθενείς που βλέπουν οι γιατροί, δεν είναι δυνατό να τους γνωρίζουν όλους. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
19. Συμφωνά με τον γιατρό μου για τις ενέργειες που απαιτείται να γίνουν στα πλαίσια της θεραπείας μου, με σκοπό να βελτιωθεί η κατάστασή μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
20. Επισκέπτεται ξαφνικά το χώρο στον οποίο βρίσκομαι, χωρίς προηγουμένως να με ενημερώσει για το ότι θα έρθει. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
21. Απαιτείται πολύς χρόνος αναμονής έως ότου καταφέρεις να δεις το γιατρό. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
22. Χτυπά την πόρτα ή ζητά την άδεια για να μπει στο δωμάτιο όταν με επισκέπτεται. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
23. Ξεκινά την επίσκεψη προτού να ετοιμαστώ. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
24. Μου συστήνει το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό όταν έρχονται μαζί του για επίσκεψη. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
25. Ο γιατρός έδειξε τη διάθεση να κατανοήσει τον τρόπο που αντιμετωπίζα την κατάσταση. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
26. Υπάρχει μεταξύ μας συνεργασία, όσον αφορά το σχηματισμό των στόχων που αφορούν στη θεραπεία μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω



27. Οι γιατροί δεν θα το παραδεχθούν όταν δεν ξέρουν τι σου συμβαίνει. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
28. Είμαι απολύτως βέβαιος για τις υποχρεώσεις που έχω κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
29. Οι γιατροί βασίζονται αρκετά στα φάρμακα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
30. Κανένας γιατρός δεν μπορεί να είναι τέλειος. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
31. Αισθάνομαι πως ο γιατρός μου ενδιαφέρεται για μένα ακόμη κι όταν κάνω πράγματα που δεν εγκρίνει. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
32. Οι γιατροί είναι πολύ προσεκτικοί όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο θα εξηγήσουν στον ασθενή τις ενέργειες που πρέπει να κάνει. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
33. Νομίζω πως ο γιατρός ξεχνά να με ρωτήσει για τα προβλήματα που είχα στο παρελθόν. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
34. Οι γιατροί ορισμένες φορές αποτυγχάνουν γιατί οι ασθενείς δεν τους καλούν όταν πρέπει. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
35. Ζητά από άλλους γιατρούς να με εξετάσουν, εάν εκείνος κρίνει απαραίτητο. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
36. Ορισμένες φορές οι γιατροί φέρνουν σε δύσκολη θέση τον ασθενή και τον κάνουν να αισθανθεί ανόητος. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
37. Ο γιατρός μου δίνει ευκαιρίες να κάνω ερωτήσεις και να σχολιάσω την κατάσταση. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
38. Πάρα πολλοί γιατροί νομίζουν ότι δεν είσαι σε θέση να κατανοήσεις την ιατρική εξήγηση της ασθένειας, οπότε δεν μπαίνουν στον κόπο να εξηγήσουν την κατάσταση στον ενδιαφερόμενο. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
39. Έχω εμπιστοσύνη στην ικανότητά του να με βοηθήσει. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
40. Όσο πιο πολλά χρήματα διαθέτεις, τόσο πιο εύκολο είναι να δεις το γιατρό. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω

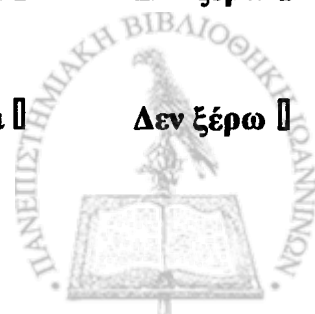




41. Δείχνει να γνωρίζει πολλά για τα ιατρικά μου προβλήματα και για το τι πρέπει να κάνει για μένα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
42. Παίρνει την εργασία του στα σοβαρά. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
43. Αυτός ο γιατρός ήταν πολύ προσεκτικός να ελέγξει τα πάντα κατά τη διάρκεια της εξέτασής μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
44. Δείχνει επαγγελματίας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
45. Οι γιατροί κάνουν ένα σωρό λάθη, για τα οποία οι άνθρωποι δεν μαθαίνουν το παραμικρό. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
46. Η δουλειά του γιατρού είναι να κάνει τους ανθρώπους να αισθάνονται καλύτερα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
47. Ο γιατρός μου εξήγησε τα πάντα σχετικά με τη θεραπεία μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
48. Αισθάνομαι μπερδεμένος από αυτά που πρέπει να κάνω για τη θεραπεία μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
49. Θα ήθελα να έχω άλλο γιατρό. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
50. Ο γιατρός βεβαιώνεται ότι έχω καταλάβει τι είπε. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
51. Με ενημερώνει για τα αποτελέσματα των εξετάσεων και για το τι σημαίνουν στην περίπτωσή μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
52. Ακόμη κι αν ο γιατρός δεν μπορεί να σε θεραπεύσει αμέσως, μπορεί να σε κάνει να αισθανθείς πιο άνετα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
53. Βεβαιώνεται ότι όλα γίνονται όπως τα συμφωνήσαμε. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
54. Οι ενέργειες που ο γιατρός μου ζητά να κάνω, δεν έχουν νόημα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω



55. Ο γιατρός μου παρείχε ακριβή πληροφόρηση. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
56. Μου λέει πράγματα που έρχονται σε αντίθεση με όλα όσα μου λένε οι άλλοι γιατροί. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
57. Αισθάνομαι πως ο γιατρός μου άσκησε κριτική. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
58. Ο γιατρός ενδιαφέρθηκε για μένα ως άτομο κι όχι απλά και μόνο για την ασθένειά μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
59. Πιστεύω πως ο γιατρός είναι δεσμευμένος και συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
60. Φαίνεται να μου λέει την αλήθεια. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
61. Δείχνει να έχει αυτοπεποίθηση. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
62. Μου λέει για τα προβλήματα που εκείνος / η μπορεί να αντιμετωπίσει κατά τη διάρκεια της φροντίδας μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
63. Είναι απότομος κατά τη διάρκεια των εξετάσεων και όλης της διαδικασίας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
64. Ο γιατρός με βοηθούσε να εξηγήσω την κατάστασή μου και να δικαιολογήσω τις ανησυχίες μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
65. Με ενημερώνει για το πώς αποφασίζουν οι γιατροί τι να κάνουν για μένα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
66. Συχνά γυρίζει γύρω-γύρω από ένα θέμα όταν μου μιλά. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
67. Αγνοεί τα συναισθήματά μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
68. Με αντιμετωπίζει περισσότερο ως μορφή ασθένειας παρά ως άτομο. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
69. Εξηγεί προκαταβολικά πώς θα γίνουν οι εξειδικευμένες εξετάσεις. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω



70. Εξηγεί τους κινδύνους καθώς επίσης και τα οφέλη των εξειδικευμένων εξετάσεων. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
71. Ο γιατρός ανακεφαλαίωσε ό,τι έλεγα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
72. Σας έχει ενημερώσει ο γιατρός για τις συχνές παρενέργειες που παρουσιάζονται κατά τη χορήγηση του φαρμάκου; Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
73. Επαναλαμβάνει συνεχώς τις ερωτήσεις, χωρίς αυτό να είναι απαραίτητο. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
74. Ο γιατρός ήταν προσεκτικός και επιμελέστατος. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
75. Με διακόπτει όταν προσπαθώ να μιλήσω. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
76. Πιστεύω πως το πρόγραμμα του γιατρού είναι φορτωμένο, γι' αυτό το λόγο δεν διαθέτει πιο πολύ χρόνο στο ραντεβού μας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
77. Μετά τη συνάντησή μου με το γιατρό, ένιωσα θυμωμένος. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
78. Δεν κρατά το λόγο του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
79. Ο γιατρός χρησιμοποιούσε κατανοητή και μη-επιστημονική γλώσσα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
80. Καταφέρνει να με κάνει να κάνω διάφορες πράξεις που δεν επιθυμώ. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
81. Σέβεται την ιδιωτική μου ζωή όταν με εξετάζει. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
82. Εμπλέκει την οικογένειά μου στη φροντίδα μου, εάν εγώ το επιθυμώ. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
83. Πολλοί γιατροί δεν νοιάζονται αν θα σε πονέσουν ή όχι κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
84. Συχνά μασά τα λόγια του όταν μου μιλάει. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω



- |   |                              |                              |                                   |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 85. Ο γιατρός μου, μου φέρεται με φιλικό τρόπο.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 86. Εμπιστεύεται το λόγο μου.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 87. Υπάρχει κατανόηση ανάμεσα σε μένα και τον γιατρό μου.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 88. Ο γιατρός με ρωτούσε σχετικά με τις ανάγκες μου και τα ενδιαφέροντά μου.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 89. Ενδιαφέρεται για τις ανάγκες μου και για τον τρόπο που αντιμετωπίζω τη θεραπεία μου.                                  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 90. Με ενημερώνει για το πώς θα πρέπει να γίνονται κάποιες ενέργειες ρουτίνας, οι οποίες θα επαναλαμβάνονται καθημερινώς. | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 91. Ο γιατρός δεν έδωσε προσοχή σε ορισμένα πράγματα που σκεφτόμουν ή αισθανόμουν.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 92. Δείχνει να βρίσκεται σε ένταση.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 93. Κάθεται όταν μου μιλά.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 94. Δεν με ενημερώνει για το τι συμβαίνει.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 95. Είναι πρόχειρος κατά τη διάρκεια της εξέτασης.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 96. Είναι πολύ απότομος όταν αναφέρεται στην ασθένειά μου και στη θεραπεία.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 97. Δείχνει απορροφημένος από άλλα πράγματα όταν μιλάμε.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 98. Αποφεύγει τις ερωτήσεις μου.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 99. Κάνει αστεία όταν είναι απαραίτητο.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 100. Με κοροϊδεύει.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 101. Ανησυχώ για το αποτέλεσμα αυτών των συναντήσεων.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |



102. Μιλά απευθείας σε μένα παρά σε άλλους στο δωμάτιο. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
103. Δεν κατάφερα να πλησιάσω το γιατρό, γιατί οι αντιδράσεις του ήταν συνήθως τόσο τυποποιημένες και αυτόματες. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
104. Φαίνεται να ελέγχει την κατάσταση. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
105. Υπάρχει εμπιστοσύνη ανάμεσά μας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
106. Με ανέχεται όταν η διάθεσή μου είναι κακή. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
107. Ο γιατρός μου κι εγώ εργαζόμαστε πάνω στην αμοιβαία συμφωνία σχετικά με τους στόχους. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
108. Προς το τέλος της συνάντησης θυμήθηκα να ρωτήσω κάτι διαφορετικό. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
109. Κάποια πράγματα σχετικά με τον τρόπο που με συμβούλεψε ο γιατρός, θα μπορούσαν να έχουν γίνει καλύτερα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
110. Όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα σχεδόν το ίδιο όπως πριν τη συνάντηση. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
111. Όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα απογοητευμένος. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
112. Ο χρόνος που μου επιτράπηκε να περάσω με το γιατρό δεν ήταν αρκετός για να συζητήσω όλα όσα επιθυμούσα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
113. Πιστεύω πως ο γιατρός μου δείχνει ενδιαφέρον για την ευημερία μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
114. Όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα θυμωμένος. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
115. Όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα χωρίς ελπίδα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
116. Πιστεύω ότι ο γιατρός μου με συμπαθεί. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω



117. Οι γιατροί θα πρέπει να είναι λίγο πιο φιλικοί απ' ό,τι είναι. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
118. Με ανακουφίζει όταν είμαι αναστατωμένος. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
119. Οι πιο πολλοί γιατροί δεν νιώθουν κάποιο συναίσθημα για τους ασθενείς τους. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
120. Δεν ξέρω τι να περιμένω ως αποτέλεσμα της θεραπείας μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
121. Υπάρχει αλληλοσεβασμός μεταξύ μας. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
122. Ορισμένοι γιατροί απλά δεν γνωρίζουν το τι κάνουν. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
123. Δεν θέλω να αναφέρω στο γιατρό, όλα όσα με ενοχλούν στη συμπεριφορά του. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
124. Αγγίζει το χέρι μου ή την πλάτη μου όταν είναι απαραίτητο. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
125. Συνεργάζεται μαζί μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
126. Αποκλείεται να υπάρξει συμφωνία ανάμεσα σε δύο γιατρούς για το τι συμβαίνει σε κάποιο πρόσωπο. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
127. Έχει καθιερωθεί μεταξύ μας μία σχέση κατανόησης όσον αφορά τις αλλαγές που θα ήταν καλύτερες για μένα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
128. Φαίνεται να ελέγχει τα πάντα σχετικά με τη φροντίδα μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
129. Οι γιατροί θα έπρεπε να έχουν ωράριο εργασίας και τη νύχτα για τους εργαζόμενους. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
130. Όταν οι γιατροί δεν μπορούν να θεραπεύσουν ελαφρά αρρώστους, είναι γιατί οι ασθενείς δεν συνεργάζονται. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
131. Έμεινα απολύτως ικανοποιημένος με την επίσκεψή μου σ' αυτό το γιατρό. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω



132. Κατανόησα τη φύση της ασθένειάς μου πολύ καλύτερα έπειτα από την επίσκεψή μου στο γιατρό. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
133. Υπήρξε συμφωνία μεταξύ μας όσον αφορά τις ενέργειες που πρέπει να γίνουν στη θεραπεία. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
134. Πρωταρχικό ενδιαφέρον του γιατρού είναι να βγάλει όσο γίνεται πιο πολλά χρήματα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
135. Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί για μένα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
136. Κατέληξα στο συμπέρασμα πως ό,τι κάνουμε για τη θεραπεία μου, δεν έχει σχέση με τις ανησυχίες μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
137. Θα ξαναβλέπατε αυτό το γιατρό με ευχαρίστηση; Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
138. Θα ξαναβλέπατε αυτό το γιατρό με δυσπιστία; Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
139. Ο γιατρός μου φέρθηκε με σεβασμό και ευγένεια. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
140. Όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα ανακουφισμένος. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
141. Ελπίζω να μην ξαναδώ τον ίδιο γιατρό. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
142. Όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα πιο ήρεμος. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
143. Όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα πιο σίγουρος. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
144. Αποφεύγει να με συναντήσει όταν του το ζητώ, προβάλλοντας δικαιολογίες. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
145. Ακυρώνει τις συναντήσεις μας, χωρίς να ενδιαφέρεται για τις ανάγκες μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω



146. Θα ζητήσω τη γνώμη και άλλων γιατρών, επειδή δεν έμεινα απόλυτα ικανοποιημένος. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
147. Δεν αισθάνομαι άνετα με το συγκεκριμένο γιατρό. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
148. Πιστεύω πως η θεραπεία που λαμβάνω δεν είναι η κατάλληλη για μένα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
149. Έχετε ενημερωθεί για το τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε απορίες για τη χορήγηση του φαρμάκου, όταν τελειώσει η επίσκεψη στο γιατρό; Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
150. Ο γιατρός δεν με ενημέρωσε για το πού μπορώ να απευθυνθώ σε περίπτωση που δεν μπορώ να επικοινωνήσω με τον ίδιο. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
151. Όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα γεμάτος ελπίδα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
152. Αισθάνθηκα άνετα να μιλήσω στο γιατρό μου για πολύ προσωπικά μου θέματα. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
153. Μας διακόπτουν συνεχώς κατά τη διάρκεια του ραντεβού. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
154. Αισθάνθηκα πως ο γιατρός γνώριζε πραγματικά όσα σκεφτόμουν. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
155. Ο γιατρός με βοηθούσε να πάρω έναν ενεργό ρόλο στη φροντίδα μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
156. Ο γιατρός δεν με φώναζε με το όνομά μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
157. Ο γιατρός δεν με κοιτάζει όταν μου μιλά. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
158. Ο γιατρός μου έδωσε την ευκαιρία να εκφράσω τα συναισθήματά μου ή τις ιδέες μου στο σχεδιασμό της θεραπείας και της παρακολούθησής μου. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
159. Όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα ανασφαλής. Ναι  Όχι  Δεν ξέρω





- |   |                              |                              |                                   |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 160. Νομίζω πως δεν είναι ειλικρινής μαζί μου.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 161. Ο γιατρός μου εξήγησε κάποια πράγματα, έτσι ώστε τώρα γνωρίζω ποια είναι η φύση του προβλήματός μου.         | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 162. Ο γιατρός δεν με ενημέρωσε για τις αιτίες που προκάλεσαν το πρόβλημά μου.                                    | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 163. Ο γιατρός μου εξήγησε τι θεραπεία, παρακολούθηση, ή ό,τι άλλο σχετικό με τα προηγούμενα πρόκειται να συμβεί. | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 164. Μπορώ να επικοινωνήσω με το γιατρό όποτε είναι απαραίτητο.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 165. Ο γιατρός δεν με ενημέρωσε για το χρόνο που απαιτείται σε περιπτώσεις σαν τη δική μου, για την ανάρρωσή μου. | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 166. Με βοηθά να πάρω μόνος αποφάσεις για τη φροντίδα μου.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 167. Πιστεύω πως ο γιατρός θέλει να με ξαναδεί.   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 168. Θα ακολουθήσω τις συμβουλές του γιατρού επειδή πιστεύω πως έχει απόλυτο δίκαιο.                              | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 169. Δεν έχω πει στο γιατρό μου τι θα κάνω με τις σκέψεις που με ενοχλούν.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 170. Ο γιατρός μου είπε πως είναι ευχαριστημένος από την πορεία της υγείας μου.                                   | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 171. Στις μέρες μας οι γιατροί είναι καλύτερα εκπαιδευμένοι απ' ό,τι ήταν στο παρελθόν.                           | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |
| 172. Με κάνει να αισθάνομαι νευρικός ή να βρίσκομαι σε ένταση.  | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω <input type="checkbox"/> |



## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης: \_\_\_\_\_

Οικογενειακή κατάσταση : \_\_\_\_\_

Εκπαίδευση: \_\_\_\_\_

Επάγγελμα : \_\_\_\_\_

Θεραπευτική Μονάδα : \_\_\_\_\_

Διάγνωση : \_\_\_\_\_

Διάρκεια της ασθένειας : \_\_\_\_\_

Διάρκεια σχέσης με το γιατρό (σε έτη) : \_\_\_\_\_

Συχνότητα θεραπευτικών συναντήσεων : \_\_\_\_\_

Τόπος συναντήσεων : \_\_\_\_\_



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Επίσημη φάση:

*A) Εξώφυλλο ερωτηματολογίου Γιατρών*

*B) Εξώφυλλο ερωτηματολογίου Ασθενών*



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ**

**ΚΛΙΜΑΚΑ Α΄ ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ**



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ**

**ΚΛΙΜΑΚΑ Β' ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Επίσημη φάση:

Συνοδευτική επιστολή: Οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου

*A) Ερωτηματολόγιο γιατρών*

*B) Ερωτηματολόγιο ασθενών*



**ΟΔΗΓΙΕΣ**

**Οι παρακάτω φράσεις αφορούν τη σχέση σας με τον ασθενή που είδατε,  
στη συνάντηση που προηγήθηκε.**

Παρακαλώ σημειώστε με σταυρό (+) ή χι (x) την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τη γνώμη σας για κάθε μία από τις παρακάτω φράσεις, χωρίς να σκεφθείτε πάρα πολύ. Ενδιαφερόμαστε ιδιαίτερα για τις απόψεις σας που αφορούν τη σχέση σας με τον ασθενή.

Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες και θα μας βοηθήσουν στην αναγνώριση των δυσκολιών που αντιμετωπίζετε στη σχέση σας με τον ασθενή.

Κανείς δεν θα μάθει τις απόψεις που έχετε εκφράσει σ' αυτό το ερωτηματολόγιο, συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού που εργάζεται στην υπηρεσία.

Μπορείτε να ζητήσετε τη βοήθεια του ερευνητή, εάν η ερώτηση δεν είναι σαφής, ή εάν αντιμετωπίζετε οποιοδήποτε πρόβλημα στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Είναι πολύ σημαντικό, κάθε απάντηση να εκφράζει την πραγματική σας άποψη.



**ΟΔΗΓΙΕΣ**

**Οι παρακάτω φράσεις αφορούν τη σχέση σας με το γιατρό που σας είδε,  
στη συνάντηση που προηγήθηκε.**

Παρακαλώ σημειώστε με σταυρό (+) ή χι (x) την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τη γνώμη σας για κάθε μία από τις παρακάτω φράσεις, χωρίς να σκεφθείτε πάρα πολύ. Ενδιαφερόμαστε ιδιαίτερα για τις απόψεις σας που αφορούν τη σχέση σας με το γιατρό.

Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες και θα μας βοηθήσουν στην αναγνώριση των δυσκολιών που αντιμετωπίζετε στη σχέση σας με το γιατρό.

Κανείς δεν θα μάθει τις απόψεις που έχετε εκφράσει σ' αυτό το ερωτηματολόγιο, συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού που εργάζεται στην υπηρεσία.

Μπορείτε να ζητήσετε τη βοήθεια του ερευνητή, εάν η ερώτηση δεν είναι σαφής, ή εάν αντιμετωπίζετε οποιοδήποτε πρόβλημα στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Είναι πολύ σημαντικό, κάθε απάντηση να εκφράζει την πραγματική σας άποψη.





## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

Επίσημη φάση:

**A) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ:**

**ΚΛΙΜΑΚΑ Α' ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ**

**B) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ:**

**ΚΛΙΜΑΚΑ Β' ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ**

**ΚΛΙΜΑΚΑ Α' ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ**



**ΟΔΗΓΙΕΣ**

**Οι παρακάτω φράσεις αφορούν τη σχέση σας με τον ασθενή που είδατε,  
στη συνάντηση που προηγήθηκε.**

Παρακαλώ σημειώστε με σταυρό (+) ή χι (x) την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τη γνώμη σας για κάθε μία από τις παρακάτω φράσεις, χωρίς να σκεφθείτε πάρα πολύ. Ενδιαφερόμαστε ιδιαίτερα για τις απόψεις σας που αφορούν τη σχέση σας με τον ασθενή.

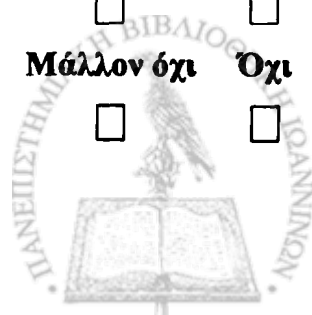
Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες και θα μας βοηθήσουν στην αναγνώριση των δυσκολιών που αντιμετωπίζετε στη σχέση σας με τον ασθενή.

Κανείς δεν θα μάθει τις απόψεις που έχετε εκφράσει σ' αυτό το ερωτηματολόγιο, συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού που εργάζεται στην υπηρεσία.

Μπορείτε να ζητήσετε τη βοήθεια του ερευνητή, εάν η ερώτηση δεν είναι σαφής, ή εάν αντιμετωπίζετε οποιοδήποτε πρόβλημα στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Είναι πολύ σημαντικό, κάθε απάντηση να εκφράζει την πραγματική σας άποψη.



- |     |  |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 1.  | Ο ασθενής κατανοεί τις εξηγήσεις που του δίνω για τη φύση του προβλήματος και τη θεραπεία.       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 2.  | Είναι ακριβής στα ραντεβού του.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 3.  | Πιστεύω πως η συγκεκριμένη επίσκεψη δεν ήταν απαραίτητη.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 4.  | Δεν πραγματοποίησα την εξέταση όπως θα επιθυμούσα.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 5.  | Πιστεύω πως ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής κι εγώ προσεγγίζουμε το πρόβλημά του είναι ο σωστός. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 6.  | Νομίζω ότι ξέρω τι επιθυμεί ο ασθενής να κάνω στις συναντήσεις μας.                              | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 7.  | Ανησυχώ για το αποτέλεσμα αυτών των συνεντεύξεων.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 8.  | Έχω την αίσθηση ότι ο ασθενής προσπαθεί να με παραπλανήσει.                                      | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 9.  | Ο ασθενής δεν ανέλαβε τις ευθύνες του για τη θεραπεία.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 10. | Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρχαν στιγμές που ένιωσα θυμό.                                | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 11. | Ερωτοτροπεί μαζί μου.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 12. | Δεν αισθάνομαι άνετα με τον ασθενή.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 13. | Υπάρχει κατανόηση ανάμεσα σε μένα και τον ασθενή.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



- |     |  |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 14. | Αυτός ο ασθενής μου δείχνει μεγάλη εμπιστοσύνη.                                  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 15. | Μετά τη συνάντησή μου με τον ασθενή, νιώθω καταπονημένος.                        | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 16. | Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής.     | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 17. | Μου είναι δύσκολο να αναλάβω τον ασθενή, γιατί το πρόγραμμά μου είναι φορτωμένο. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 18. | Ο συγκεκριμένος ασθενής διαρκώς παραπονείται.                                    | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 19. | Μπορώ να τον πλησιάσω.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 20. | Δεν υπήρχε μεταξύ μας συμφωνία για το σκοπό της επίσκεψης.                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 21. | Ο ασθενής καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου.                                    | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 22. | Νομίζω ότι θέλει να αλλάξει γιατρό.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 23. | Εκφράζει το θυμό του για το πρόσωπό μου.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 24. | Αισθάνθηκα πως ο ασθενής δεν με πιστεύει.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 25. | Διέθεσα περισσότερο χρόνο στην επίσκεψη απ' όσο ήθελα.                           | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 26. | Ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα.                                   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 27. | Συγκέντρωσα όλες όσες πληροφορίες χρειαζόμουν σχετικά με το ιστορικό του ασθενή. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



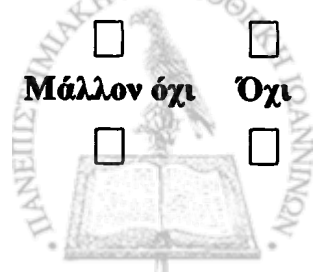
- |     |  |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 28. | Αισθάνομαι πως ο ασθενής με εκτιμά.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 29. | Θεωρώ πως εδραίωσα μία ικανοποιητική επαφή με τον ασθενή.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 30. | Αισθάνομαι άσχημα έπειτα από τη συνάντησή μου με τον ασθενή.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 31. | Αυτός ο ασθενής απαιτεί από μένα πολύ προσοχή.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 32. | Ο ασθενής δεν ήταν σε θέση να μου δώσει πλήρες ιστορικό.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 33. | Δεν αισθάνθηκα ότι κατάφερα να επηρεάσω τη συμπεριφορά του ασθενή.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 34. | Ο ασθενής αυτός δεν με σέβεται.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 35. | Προσπαθεί να δείξει ότι είναι σε καλύτερη κοινωνική κατάσταση απ' ό,τι είμαι εγώ.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 36. | Πιστεύω πως θα ακολουθήσει τις οδηγίες μου, παρ' ό,τι δεν συμφωνεί.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 37. | Με θεωρεί υπεύθυνο για ό,τι του συμβαίνει.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 38. | Συμφώνησα με τον ασθενή για τις ενέργειες που απαιτείται να γίνουν στα πλαίσια της θεραπείας του, με σκοπό να βελτιωθεί η κατάστασή του. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 39. | Υπάρχει μεταξύ μας συνεργασία, όσον αφορά τον προσδιορισμό των στόχων που αφορούν στη θεραπεία του.                                      | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



- |     |  |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 40. | Η κατάσταση του χειροτερεύει, παρόλο που έκανα ό,τι ήταν δυνατό.                         | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 41. | Αυτά που μου λέει ο ασθενής, δεν είναι πολύ αξιόπιστα.                                   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 42. | Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί.                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 43. | Αυτός ο ασθενής συμμορφώνεται με τις προηγούμενες και τις τωρινές οδηγίες θεραπείας.     | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 44. | Θεωρώ πως πρέπει να αφιερώνω πολύ χρόνο στον ασθενή για να κατανοήσει ότι τον φροντίζω.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 45. | Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων του.                      | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 46. | Μου ζητά πιστοποιητικά για το ταμείο του.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 47. | Πιστεύω πως είναι πιθανό να προκύψουν δυσκολίες στην τήρηση του θεραπευτικού συμβολαίου. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 48. | Με προκαλεί.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 49. | Πιστεύω ότι ο ασθενής με συμπαθεί.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 50. | Μπορώ να έρθω στη θέση του ασθενή και να καταλάβω το πρόβλημά του.                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 51. | Νομίζω ότι η σχέση μου με τον ασθενή πρέπει να αλλάξει.                                  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



- |     |  |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 52. | Ο ασθενής δείχνει να καταλαβαίνει όσα κάνω για τη θεραπεία του.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 53. | Συμμορφώνεται στην παρακολούθησή του και τον έλεγχο με διάφορες εξετάσεις.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 54. | Η επίσκεψη αυτή ήταν βαρετή και χωρίς ουσία.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 55. | Ο ασθενής είναι δύσκολος.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 56. | Ο ασθενής έχει φτωχή υγιεινή σε γενικές γραμμές, είναι δύσσοσμος, ή έχει ατημέλητη εμφάνιση.                         | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 57. | Με δυσκολία τον καταλαβαίνω.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 58. | Μου είναι δύσκολο να παρακολουθήσω την πορεία του ασθενή, γιατί δεν είναι τακτικός στις συναντήσεις που κανονίζουμε. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 59. | Προσπαθεί να δείξει ότι είναι πιο πνευματώδης από εμένα.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 60. | Είναι ψυχολογικά ασταθής.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 61. | Κατάφερα να προσδιορίσω τα κίνητρα του ασθενή για τη θεραπεία.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 62. | Η σχέση είναι δύσκολη λόγω διαφοράς φύλου.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 63. | Μου δίνει να καταλάβω ότι δεν μπορώ να τον βοηθήσω.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 64. | Ο ασθενής κάνει προσπάθειες να με βοηθήσει.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 65. | Ο ασθενής δείχνει ενδιαφέρον για τις συναντήσεις μας.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |





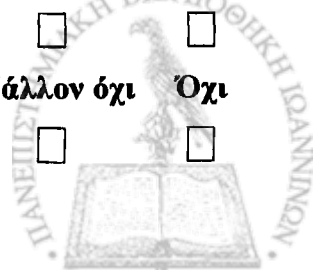
- |     |  |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 66. | Ο ασθενής μου είναι συμπαθής.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 67. | Προσπαθεί να δημιουργήσει σχέση μαζί μου, κάνοντάς μου πολλές προσωπικές ερωτήσεις.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 68. | Προσπαθεί να είναι καλός μαζί μου, δείχνοντας αδικαιολόγητο ενδιαφέρον για μένα.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 69. | Δυσκολεύομαι να του πω τα δυσάρεστα νέα.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 70. | Αυτός ο ασθενής προσέχει πολύ την εμφάνισή του.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 71. | Υπάρχει σεβασμός μεταξύ μας.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 72. | Συμπεριφέρεται παθητικά, περιμένοντας από τους άλλους, συμπεριλαμβανομένου κι εμένα, να είναι πιο δραστήριοι και υπεύθυνοι για την φροντίδα του. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 73. | Αυτός ο ασθενής πιστεύει πως, σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους, αξίζει μεγαλύτερο βαθμό προσοχής.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 74. | Έχω την αίσθηση πως εάν πω ή κάνω κάτι λάθος, ο ασθενής θα σταματήσει να δουλεύει μαζί μου.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 75. | Ο ασθενής αυτός μου ασκεί κριτική.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 76. | Παραπονιέται ότι η κατάστασή του δεν καλυτερεύει, παρόλο που όλα πηγαίνουν καλύτερα.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



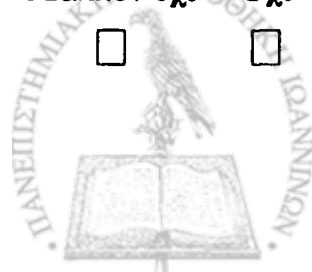
- |     |   |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|---|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 77. | Δεν δέχεται την εξήγηση που του δίνω, πως δεν υπάρχει δηλαδή σοβαρή οργανική ασθένεια.                    | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 78. | Η διαφορά ηλικίας δυσκολεύει τη δημιουργία σχέσης.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 79. | Αυτός ο ασθενής είναι αυτό-καταστροφικός.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 80. | Ο ασθενής αυτός με αμφισβητεί.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 81. | Ένωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 82. | Δεν συγκέντρωσα όλες τις πληροφορίες που χρειαζόμουν σχετικά με το πρόβλημα του ασθενή και τα συμπτώματα. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 83. | Η σχέση μου με τον ασθενή είναι πολύ σημαντική για την πορεία του.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 84. | Σκέφθηκα τις επιπτώσεις από τη διακοπή της θεραπείας για τον ασθενή.                                      | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 85. | Εκφράζει κατάθλιψη, γιατί δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες.                                      | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 86. | Μιλάει άσκοπα.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 87. | Η οικογένεια του ασθενή ήταν απαιτητική και παραπονοιόταν διαρκώς.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 88. | Έχει πολλαπλές ανάγκες που απαιτούν περισσότερο χρόνο και προσοχή από μένα.                               | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



- |      |  |                                 |  |  |  |                                 |
|------|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 89.  | Θέλει να βεβαιώσω πως είναι ανίκανος να εργασθεί, αλλά προσωπικά πιστεύω πως δεν ευσταθεί κάτι τέτοιο. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 90.  | Υπήρχαν στιγμές όπου δεν γνώριζα τι να κάνω στη συνέχεια.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 91.  | Αισθάνθηκα να καταπιέζομαι από τη συνάντησή μου με τον ασθενή.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 92.  | Ο ασθενής μου πάει.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 93.  | Έχω εμπιστοσύνη στον εαυτό μου ότι μπορώ να φροντίσω τον ασθενή.                                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 94.  | Παίρνει πολύ χρόνο για να μου εξηγήσει τι του συμβαίνει.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 95.  | Έδωσα ραντεβού στον ασθενή.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 96.  | Εκφράζει αυτοκτονικό ιδεασμό.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 97.  | Επικοινωνώ εύκολα με τον ασθενή.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 98.  | Δεν μπορούσα να κατανοήσω όλα όσα ήθελε να μου πει ο ασθενής.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 99.  | Ο ασθενής προσπαθούσε να με χειριστεί.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 100. | Ο ασθενής προσπαθούσε να με κατευθύνει.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 101. | Διακόπτει τη συζήτηση κάνοντας ερωτήσεις.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 102. | Ο ασθενής ήταν πρόθυμος να δεχτεί τη διάγνωση.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



- |      |   |                                 |  |  |  |                                 |
|------|---|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 103. | Ο ασθενής προσπαθεί να με χρησιμοποιήσει.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 104. | Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 105. | Ακούει με προσοχή όσα του λέω.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 106. | Προσπαθεί να μου πει ότι δεν καταλαβαίνω το πρόβλημά του.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 107. | Έχει εξαντλήσει την υπομονή μου.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 108. | Ζητά εργαστηριακές εξετάσεις ή φάρμακα, γεγονός που πιστεύω ότι δεν είναι απαραίτητο.                                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 109. | Οι ενέργειες που ο ασθενής μου ζητά να κάνω, δεν έχουν νόημα.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 110. | Πιστεύω πως είναι πιθανό να προκύψουν δυσκολίες στην τήρηση του θεραπευτικού συμβολαίου, λόγω της φύσεως της ασθένειάς του. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 111. | Ο χρόνος μου δεν διατέθηκε σωστά κατά τη διάρκεια της επίσκεψης.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 112. | Είναι πειθαρχικός.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 113. | Θεωρεί ότι πρέπει να του λύνω όλα τα προβλήματα.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 114. | Είμαι σίγουρος ότι ο ασθενής κατάλαβε όλα όσα του είπα.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 115. | Αυτός ο ασθενής έχει ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με την κατάληξη που θα έχει το πρόβλημά του.                            | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



- |      |  |                                 |  |  |  |                                 |
|------|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 116. | Ζητά τη συμβουλή μου για μη ιατρικά θέματα.                            | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 117. | Θα επιθυμούσα να διαθέσω περισσότερο χρόνο με τον συγκεκριμένο ασθενή. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 118. | Είμαι ευχαριστημένος από τη θεραπεία του.                              | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 119. | Ξέρω καλά τις υποχρεώσεις που έχω προς τον ασθενή.                     | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 120. | Αισθάνομαι ενθουσιασμό που φροντίζω αυτόν τον ασθενή.                  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 121. | Μου ζητά να τον επισκέπτομαι στο σπίτι.                                | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 122. | Δεν ξέρω τι να περιμένω ως αποτέλεσμα της θεραπείας του.               | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ****ΚΛΙΜΑΚΑ Β' ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**

**ΟΔΗΓΙΕΣ**

**Οι παρακάτω φράσεις αφορούν τη σχέση σας με το γιατρό που σας είδε,  
στη συνάντηση που προηγήθηκε.**

Παρακαλώ σημειώστε με σταυρό (+) ή χι (x) την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τη γνώμη σας για κάθε μία από τις παρακάτω φράσεις, χωρίς να σκεφθείτε πάρα πολύ. Ενδιαφερόμαστε ιδιαίτερα για τις απόψεις σας που αφορούν τη σχέση σας με το γιατρό.

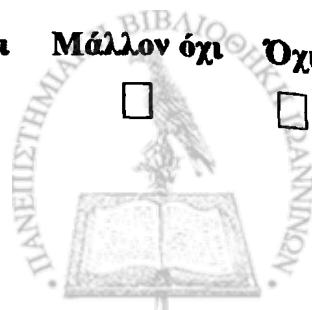
Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες και θα μας βοηθήσουν στην αναγνώριση των δυσκολιών που αντιμετωπίζετε στη σχέση σας με το γιατρό.

Κανείς δεν θα μάθει τις απόψεις που έχετε εκφράσει σ' αυτό το ερωτηματολόγιο, συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού που εργάζεται στην υπηρεσία.

Μπορείτε να ζητήσετε τη βοήθεια του ερευνητή, εάν η ερώτηση δεν είναι σαφής, ή εάν αντιμετωπίζετε οποιοδήποτε πρόβλημα στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Είναι πολύ σημαντικό, κάθε απάντηση να εκφράζει την πραγματική σας άποψη.



- |     |  |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 1.  | Αισθάνομαι ασφάλεια από τη φροντίδα που μου παρέχει ο γιατρός.                                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 2.  | Ο γιατρός προσέχει τις ενέργειες που πρέπει να κάνει.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 3.  | Ο γιατρός καταλαβαίνει με ακρίβεια τους στόχους μου.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 4.  | Οι απόψεις μας συγκρούονται για τη φύση των προβλημάτων μου.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 5.  | Θα ήθελα να έχουμε ξεκαθαρίσει με το γιατρό το σκοπό των συναντήσεων.                                | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 6.  | Έχω εμπιστοσύνη στην ικανότητά του να με βοηθήσει.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 7.  | Ο γιατρός δεν καταλαβαίνει όσα προσπαθώ να πετύχω στη θεραπεία.                                      | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 8.  | Η σχέση μου με το γιατρό είναι πολύ σημαντική για μένα.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 9.  | Πρέπει να περιμένω πολύ για να δω το γιατρό.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 10. | Μου συστήνει το ιατρικό προσωπικό που τον συνοδεύει.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 11. | Πιστεύω πως ο χρόνος της συνάντησής μου με το γιατρό μου δεν χρησιμοποιείται με ικανοποιητικό τρόπο. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 12. | Ο γιατρός καταλαβαίνει πώς αντιμετωπίζω το πρόβλημά μου.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |





- |     |   |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|---|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 13. | Ο γιατρός δεν ξέρει ορισμένα πράγματα που με αφορούν.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 14. | Αυτός ο γιατρός είναι πολύ προσεκτικός να ελέγξει τα πάντα κατά τη διάρκεια της εξέτασής μου.                     | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 15. | Αισθάνομαι ότι τα συναισθήματα του γιατρού για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινή.                                | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 16. | Ο γιατρός που μ' εξετάζει, μου συμπεριφέρεται σαν να μου κάνει χάρη.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 17. | Συμφωνώ με τον γιατρό για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασής μου.                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 18. | Ο γιατρός δεν θα το παραδεχθεί όταν δεν ξέρει τι μου συμβαίνει.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 19. | Ο γιατρός μου δίνει να καταλάβω καλά, τι πρέπει να κάνω για τη θεραπεία μου.                                      | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 20. | Έχω την αίσθηση πως εάν πω ή κάνω κάτι λάθος ο γιατρός θα διακόψει τη συνεργασία μας.                             | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 21. | Ορισμένες φορές ο γιατρός με φέρνει σε δύσκολη θέση και με κάνει να αισθανθώ ανόητος.                             | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 22. | Ο γιατρός θεωρεί ότι δεν είμαι σε θέση να καταλάβω την αρρώστια μου, οπότε δεν μπαίνει στον κόπο να μου εξηγήσει. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 23. | Πιστεύω πως ο γιατρός συμμετέχει πολύ στη θεραπεία μου.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



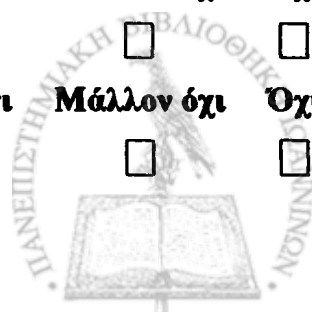
- |     |   |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|---|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 24. | Ανησυχώ για το αποτέλεσμα των συναντήσεών μου με το γιατρό.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 25. | Δεν κατάφερα να πλησιάσω το γιατρό, γιατί οι αντιδράσεις του είναι συνήθως τυποποιημένες και αυτόματες. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 26. | Ο γιατρός με ρωτά για τις ανάγκες μου και τα ενδιαφέροντά μου.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 27. | Ακόμη κι αν ο γιατρός δεν μπορεί να σε θεραπεύσει αμέσως, μπορεί να σε κάνει να αισθανθείς πιο άνετα.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 28. | Νομίζω πως ο γιατρός ξεχνά να με ρωτήσει για τα προβλήματα που είχα στο παρελθόν.                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 29. | Με τόσους ασθενείς που βλέπει ο γιατρός, δεν είναι δυνατό να τους γνωρίζει όλους.                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 30. | Καταλαβαίνω τι θέλει ο γιατρός να κάνω στις συναντήσεις μας.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 31. | Μου λέει πράγματα που έρχονται σε αντίθεση με όσα μου λένε οι άλλοι γιατροί.                            | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 32. | Αισθάνομαι πως ο γιατρός με κριτικάρει.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 33. | Ο γιατρός φαίνεται να ξέρει καλά ποιο είναι το πρόβλημά μου και τι πρέπει να γίνει γι' αυτό.            | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 34. | Ζητά από άλλους γιατρούς να με εξετάσουν, όταν το κρίνει απαραίτητο.                                    | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



- |     |   |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|---|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 35. | Είναι απότομος κατά τη διάρκεια των εξετάσεων και όλης της διαδικασίας.                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 36. | Αγνοεί τα συναισθήματά μου.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 37. | Αισθάνομαι πως ο γιατρός ενδιαφέρεται για μένα, ακόμη κι όταν κάνω πράγματα που δεν εγκρίνει. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 38. | Παίρνει την εργασία του στα σοβαρά.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 39. | Ο γιατρός μου έδωσε ακριβείς πληροφορίες.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 40. | Με διακόπτει όταν προσπαθώ να μιλήσω.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 41. | Μετά τη συνάντηση με το γιατρό, νιώθω συχνά θυμωμένος.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 42. | Ο γιατρός βεβαιώνεται ότι έχω καταλάβει τι είπε.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 43. | Δείχνει να έχει αυτοπεποίθηση.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 44. | Με καταφέρνει να κάνω διάφορες πράξεις που δεν επιθυμώ.                                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 45. | Ο γιατρός ενδιαφέρθηκε για μένα ως άτομο κι όχι απλά και μόνο για την ασθένειά μου.           | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 46. | Ο γιατρός δεν έδωσε προσοχή σε ορισμένα πράγματα που σκεφτόμουν ή αισθανόμουν.                | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 47. | Ο γιατρός βασίζεται πολύ στα φάρμακα.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



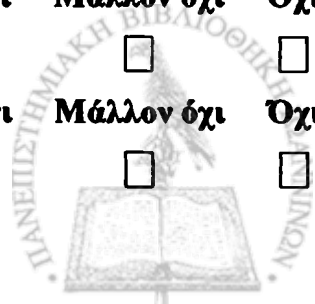
- |     |  |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 48. | Δεν κρατά το λόγο του.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 49. | Ο γιατρός μου δίνει ευκαιρίες να κάνω ερωτήσεις και να σχολιάσω την κατάσταση μου.         | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 50. | Πρωταρχικό ενδιαφέρον του γιατρού είναι να βγάλει όσο γίνεται πιο πολλά χρήματα.           | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 51. | Μου λέει για τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει κατά τη διάρκεια της φροντίδας μου. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 52. | Είμαι απογοητευμένος από τη θεραπεία που μου προτείνει ο γιατρός.                          | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 53. | Θέλω να αλλάξω γιατρό.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 54. | Ο γιατρός είναι προσεκτικός και επιμελής.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 55. | Ο γιατρός με βοηθά να καταλάβω την κατάσταση μου και να δικαιολογήσω τις ανησυχίες μου.    | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 56. | Ο γιατρός θα μπορούσε να με συμβουλεύσει καλύτερα.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 57. | Δείχνει απορροφημένος από άλλα πράγματα όταν μιλάμε.                                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 58. | Αποφεύγει τις ερωτήσεις μου.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 59. | Ο γιατρός ανακεφαλαίωσε ό,τι έλεγα.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 60. | Ο γιατρός μου εξηγεί τις εξετάσεις που θα γίνουν.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 61. | Δεν ξέρω τι να περιμένω ως αποτέλεσμα της θεραπείας μου.                                   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



- |     |  |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 62. | Μετά τη συνάντηση με το γιατρό, αισθάνομαι σχεδόν το ίδιο, όπως πριν τον δω. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 63. | Ελπίζω να μην ξαναδώ τον ίδιο γιατρό.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 64. | Ο γιατρός, μου φέρεται με φιλικό τρόπο.                                      | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 65. | Εξηγεί τους κινδύνους, καθώς επίσης και τα οφέλη των διαφόρων εξετάσεων.     | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 66. | Εμπλέκει την οικογένειά μου στη φροντίδα μου, εάν εγώ το επιθυμώ.            | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 67. | Υπάρχει εμπιστοσύνη ανάμεσά μας.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 68. | Πιστεύω ότι ο γιατρός με συμπαθεί.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 69. | Αγγίζει το χέρι μου ή την πλάτη μου όταν είναι απαραίτητο.                   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 70. | Δεν μπορώ να αναφέρω στο γιατρό, όσα με ενοχλούν στη συμπεριφορά του.        | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 71. | Μετά τη συνάντηση με το γιατρό, αισθάνομαι απογοητευμένος.                   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 72. | Ο γιατρός με κάνει να αισθάνομαι καλύτερα.                                   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 73. | Ο γιατρός με ενημερώνει για τις παρενέργειες των φαρμάκων.                   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 74. | Δεν μου λέει όλη την αλήθεια.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 75. | Ο γιατρός χρησιμοποιεί κατανοητή και μη-επιστημονική γλώσσα.                 | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



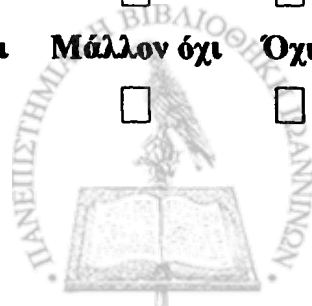
- |     |  |                                 |  |  |  |                                 |
|-----|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 76. | Εμπιστεύεται το λόγο μου.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 77. | Δεν αισθάνομαι άνετα με το συγκεκριμένο γιατρό.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 78. | Κάνει αστεία όταν είναι απαραίτητο.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 79. | Αισθάνθηκα άνετα να μιλήσω στο γιατρό για πολύ προσωπικά μου θέματα.                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 80. | Κατανόησα τη φύση της ασθένειάς μου πολύ καλύτερα, έπειτα από την επίσκεψή μου στο γιατρό. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 81. | Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί για μένα.                | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 82. | Διαφωνώ με το γιατρό για την έκβαση της θεραπείας.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 83. | Ο γιατρός θεραπεύει την ασθένεια, αλλά δεν έχει συναισθήματα για τον ασθενή.               | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 84. | Με ανέχεται όταν η διάθεσή μου είναι κακή.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 85. | Οι ενέργειες που ο γιατρός μου ζητά να κάνω, δεν έχουν νόημα.                              | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 86. | Μετά τη συνάντησή με το γιατρό, αισθάνομαι πιο σίγουρος.                                   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 87. | Καταλαβαίνω από το ύφος του όταν κάτι δεν πάει καλά.                                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 88. | Σέβεται την ιδιωτική μου ζωή.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 89. | Μεταξύ μας υπάρχει αλληλοσεβασμός.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



- |      |  |                                 |  |  |  |                                 |
|------|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 90.  | Ο γιατρός μπορεί να κάνει λάθη, για τα οποία κανείς δεν θα μάθει το παραμικρό. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 91.  | Δείχνει να βρίσκεται σε ένταση.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 92.  | Οι ενέργειες του γιατρού δεν με καθησυχάζουν.                                  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 93.  | Αποφεύγει να με συναντήσει όταν του το ζητώ, προβάλλοντας δικαιολογίες.        | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 94.  | Ο γιατρός με βοηθά να πάρω έναν ενεργό ρόλο στη φροντίδα μου.                  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 95.  | Μετά τη συνάντηση με το γιατρό, αισθάνομαι γεμάτος ελπίδα.                     | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 96.  | Ο γιατρός δεν με φωνάζει με το μικρό μου όνομα.                                | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 97.  | Ο γιατρός δεν είναι υπομονετικός μαζί μου.                                     | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 98.  | Μας διακόπτουν συνεχώς κατά τη διάρκεια του ραντεβού.                          | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 99.  | Συνεργάζεται καλά μαζί μου.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 100. | Ο γιατρός μου εξήγησε καλά τη θεραπεία, που θα κάνω.                           | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 101. | Μετά τη συνάντηση με το γιατρό, αισθάνομαι ανακουφισμένος.                     | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 102. | Μπορώ να επικοινωνήσω με το γιατρό όποτε είναι απαραίτητο.                     | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 103. | Ο γιατρός θα πρέπει να είναι λίγο πιο φιλικός.                                 | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



- |      |   |                                 |  |  |  |                                 |
|------|---|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 104. | Αισθάνθηκα πως ο γιατρός γνωρίζει πραγματικά όσα σκέφτομαι.                     | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 105. | Δείχνει προχειρότητα κατά τη διάρκεια της εξέτασης.                             | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 106. | Ακυρώνει τις συναντήσεις μας, χωρίς να ενδιαφέρεται για τις ανάγκες μου.        | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 107. | Ο γιατρός μου φέρθηκε με σεβασμό και ευγένεια.                                  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 108. | Ο γιατρός δεν απαντά σε όλες τις απορίες μου για τα φάρμακα που παίρνω.         | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 109. | Θα ακολουθήσω τις συμβουλές του γιατρού επειδή πιστεύω πως έχει απόλυτο δίκαιο. | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 110. | Ο γιατρός δεν με κοιτάζει όταν μου μιλά.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 111. | Με κάνει να νιώθω νευρικός.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 112. | Ο γιατρός με ενθαρρύνει.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 113. | Ο γιατρός δεν με ενημερώνει για τις αιτίες που προκάλεσαν το πρόβλημά μου.      | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 114. | Δεν καταλαβαίνω τι μου ζητά ο γιατρός να κάνω.                                  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 115. | Υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 116. | Συχνά μασά τα λόγια του όταν μου μιλάει.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 117. | Έμεινα απολύτως ικανοποιημένος με την επίσκεψή μου σ' αυτό το γιατρό.           | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |





- |      |  |                                 |  |  |  |                                 |
|------|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 118. | Μετά τη συνάντηση με το γιατρό, αισθάνομαι πιο ήρεμος.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 119. | Ο γιατρός δεν νοιάζεται αν θα σε πονέσει ή όχι κατά τη διάρκεια της εξέτασης.                          | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 120. | Επαναλαμβάνει συνεχώς ερωτήσεις, χωρίς αυτό να είναι απαραίτητο.                                       | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 121. | Όταν μιλάω με το γιατρό βρίσκομαι σε ένταση.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 122. | Ο γιατρός μου είναι συμπαθής.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 123. | Κανένας γιατρός δεν μπορεί να είναι τέλειος.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 124. | Ο γιατρός κάνει κάθε προσπάθεια να με βοηθήσει.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 125. | Όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα ανασφαλής.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 126. | Πιστεύω πως η θεραπεία που κάνω δεν είναι η καταλληλότερη.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 127. | Πιστεύω πως ο γιατρός είναι με το μέρος μου.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 128. | Ο γιατρός μου πάει.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 129. | Ο γιατρός μου δίνει κουράγιο.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 130. | Δεν διαθέτει αρκετό χρόνο στα ραντεβού μας.  | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 131. | Ο γιατρός με καταλαβαίνει.   | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |
| 132. | Ο γιατρός δεν με ενημέρωσε για το πού μπορώ να απευθυνθώ σε περίπτωση που δεν μπορώ να επικοινωνήσω με | Ναι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον ναι<br><input type="checkbox"/> | Έτσι κι έτσι<br><input type="checkbox"/> | Μάλλον όχι<br><input type="checkbox"/> | Όχι<br><input type="checkbox"/> |



τον ίδιο.

- |      |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 133. | Αισθάνομαι ότι με φροντίζει.                    | Ναι                      | Μάλλον ναι               | Έτσι κι έτσι             | Μάλλον όχι               | Όχι                      |
|      |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 134. | Θα ξανάβλεπα αυτό το γιατρό με ευχαρίστηση.     | Ναι                      | Μάλλον ναι               | Έτσι κι έτσι             | Μάλλον όχι               | Όχι                      |
|      |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 135. | Ο γιατρός δεν ξέρει τι κάνει.                   | Ναι                      | Μάλλον ναι               | Έτσι κι έτσι             | Μάλλον όχι               | Όχι                      |
|      |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 136. | Σκέπτομαι να ζητήσω τη γνώμη και άλλου γιατρού. | Ναι                      | Μάλλον ναι               | Έτσι κι έτσι             | Μάλλον όχι               | Όχι                      |
|      |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 137. | Νιώθω το γιατρό σαν δικό μου άνθρωπο.           | Ναι                      | Μάλλον ναι               | Έτσι κι έτσι             | Μάλλον όχι               | Όχι                      |
|      |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII**

Επίσημη φάση:

**A) ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΑΣ Α' ΓΙΑ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ**

**B) ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΑΣ Β' ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**



**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Φύλο : \_\_\_\_\_

Ηλικία: \_\_\_\_\_

Χρόνος απόκτησης πτυχίου : \_\_\_\_\_

Ειδικότητα : \_\_\_\_\_

Χρόνος λήψης ειδικότητας : \_\_\_\_\_

Παρούσα κατάσταση: \_\_\_\_\_

Οικογενειακή κατάσταση : \_\_\_\_\_

Θεραπευτική Μονάδα : \_\_\_\_\_

Διάρκεια σχέσης με τον ασθενή : \_\_\_\_\_

Αριθμός θεραπευτικών συναντήσεων : \_\_\_\_\_

Τύπος συναντήσεων : \_\_\_\_\_

Διάρκεια της συνάντησης : \_\_\_\_\_



**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Φύλο : \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης : \_\_\_\_\_

Οικογενειακή κατάσταση : \_\_\_\_\_

Εκπαίδευση : \_\_\_\_\_

Επάγγελμα : \_\_\_\_\_

Θεραπευτική Μονάδα : \_\_\_\_\_

Διάγνωση : \_\_\_\_\_

Διάρκεια της ασθένειας : \_\_\_\_\_

Διάρκεια σχέσης με το γιατρό : \_\_\_\_\_

Αριθμός θεραπευτικών συναντήσεων : \_\_\_\_\_

Τόπος συναντήσεων : \_\_\_\_\_

Διάρκεια συνάντησης: \_\_\_\_\_



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII****ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α' ΓΙΑΤΡΩΝ: ΕΞΑΓΩΓΗ 24 ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ**

Παρουσίαση παραγόντων για τους γιατρούς (για 24 factors)  
(73,258% of total variance)

Extraction Method: Principal Component Analysis

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ %	A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΟΡΤΙΟ
1 <sup>ος</sup> παράγοντας (35,641%)	52.	Ο ασθενής δείχνει να καταλαβαίνει όσα κάνω για τη θεραπεία του.	-,805
	21.	Ο ασθενής καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου.	-,802
	29.	Θεωρώ πως εδραίωσα μία ικανοποιητική επαφή με τον ασθενή.	-,796
	39.	Υπάρχει μεταξύ μας συνεργασία, όσον αφορά τον προσδιορισμό των στόχων που αφορούν στη θεραπεία του.	-,785
	97.	Επικοινωνώ εύκολα με τον ασθενή.	-,772
	104.	Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη.	-,771
	105.	Ακούει με προσοχή όσα του λέω.	-,763
	114.	Είμαι σίγουρος ότι ο ασθενής κατάλαβε όλα όσα του είπα.	-,761
	13.	Υπάρχει κατανόηση ανάμεσα σε μένα και τον ασθενή.	-,758
	1.	Ο ασθενής κατανοεί τις εξηγήσεις που του δίνω για τη φύση του προβλήματος και τη θεραπεία.	-,750
	19.	Μπορώ να τον πλησιάσω.	-,733
	65.	Ο ασθενής δείχνει ενδιαφέρον για τις συναντήσεις μας.	-,728
	38.	Συμφώνησα με τον ασθενή για τις ενέργειες που απαιτείται να γίνουν στα πλαίσια της θεραπείας του, με σκοπό να βελτιωθεί η κατάστασή του.	-,728
	14.	Αυτός ο ασθενής μου δείχνει μεγάλη εμπιστοσύνη.	-,717
	28.	Αισθάνομαι πως ο ασθενής με εκτιμά.	-,707
	71.	Υπάρχει σεβασμός μεταξύ μας.	-,703
	115.	Αυτός ο ασθενής έχει ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με την κατάληξη που θα έχει το πρόβλημά του.	-,687
	112.	Είναι πειθαρχικός.	-,676
	49.	Πιστεύω ότι ο ασθενής με συμπαθεί.	-,667
	26.	Ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα.	-,666
	57.	Με δυσκολία τον καταλαβαίνω.	,657



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ %	A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΟΡΤΙΟ
	43.	Αυτός ο ασθενής συμμορφώνεται με τις προηγούμενες και τις τωρινές οδηγίες θεραπείας.	-,654
	53.	Συμμορφώνεται στην παρακολούθησή του και τον έλεγχο με διάφορες εξετάσεις.	-,654
	47.	Πιστεύω πως είναι πιθανό να προκύψουν δυσκολίες στην τήρηση του θεραπευτικού συμβολαίου.	,646
	55.	Ο ασθενής είναι δύσκολος.	,644
	64.	Ο ασθενής κάνει προσπάθειες να με βοηθήσει.	-,629
	45.	Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων του.	,626
	5.	Πιστεύω πως ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής κι εγώ προσεγγίζουμε το πρόβλημά του είναι ο σωστός.	-,606
	33.	Δεν αισθάνθηκα ότι κατάφερα να επηρεάσω τη συμπεριφορά του ασθενή.	,599
	41.	Αυτά που μου λέει ο ασθενής, δεν είναι πολύ αξιόπιστα.	,597
	6.	Νομίζω ότι ξέρω τι επιθυμεί ο ασθενής να κάνω στις συναντήσεις μας.	-,594
	98.	Δεν μπορούσα να κατανοήσω όλα όσα ήθελε να μου πει ο ασθενής.	,593
	30.	Αισθάνομαι άσχημα έπειτα από τη συνάντησή μου με τον ασθενή.	,586
	32.	Ο ασθενής δεν ήταν σε θέση να μου δώσει πλήρες ιστορικό.	,581
	24.	Αισθάνθηκα πως ο ασθενής δεν με πιστεύει.	,581
	80.	Ο ασθενής αυτός με αμφισβητεί.	,574
	51.	Νομίζω ότι η σχέση μου με τον ασθενή πρέπει να αλλάξει	,569
	106.	Προσπαθεί να μου πει ότι δεν καταλαβαίνω το πρόβλημά του.	,569
	12.	Δεν αισθάνομαι άνετα με τον ασθενή.	,566
	120.	Αισθάνομαι ενθουσιασμό που φροντίζω αυτόν τον ασθενή.	-,558
	91.	Αισθάνθηκα να καταπιέζομαι από τη συνάντησή μου με τον ασθενή.	,543
	102.	Ο ασθενής ήταν πρόθυμος να δεχτεί τη διάγνωση.	-,538
	63.	Μου δίνει να καταλάβω ότι δεν μπορώ να τον βοηθήσω.	,537





ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ %	A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΟΡΤΙΟ
	110.	Πιστεύω πως είναι πιθανό να προκύψουν δυσκολίες στην τήρηση του θεραπευτικού συμβολαίου, λόγω της φύσεως της ασθένειάς του.	,534
	66.	Ο ασθενής μου είναι συμπαθής.	-,532
	56.	Ο ασθενής έχει φτωχή υγιεινή σε γενικές γραμμές, είναι δύσσοσμος, ή έχει ατημέλητη εμφάνιση.	,526
	9.	Ο ασθενής δεν ανάλαβε τις ευθύνες του για τη θεραπεία.	,520
	81.	Ένωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ.	,519
	109.	Οι ενέργειες που ο ασθενής μου ζητά να κάνω, δεν έχουν νόημα.	,517
	16.	Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής.	,507
	34.	Ο ασθενής αυτός δεν με σέβεται.	,497
	42.	Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί.	-,492
	92.	Ο ασθενής μου πάει.	-,489
	10.	Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρχαν στιγμές που ένιωσα θυμό.	,459
	7.	Ανησυχώ για το αποτέλεσμα αυτών των συνεντεύξεων.	,454
	18.	Ο συγκεκριμένος ασθενής διαρκώς παραπονείται.	,415
	22.	Νομίζω ότι θέλει να αλλάξει γιατρό.	,401
	75.	Ο ασθενής αυτός μου ασκεί κριτική.	,422
2 <sup>ος</sup> παράγοντας (5,362%)	91.	Αισθάνθηκα να καταπιέζομαι από τη συνάντησή μου με τον ασθενή.	,474
	81.	Ένωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ.	,463
	109.	Οι ενέργειες που ο ασθενής μου ζητά να κάνω, δεν έχουν νόημα.	,414
	34.	Ο ασθενής αυτός δεν με σέβεται.	,411
	103.	Ο ασθενής προσπαθεί να με χρησιμοποιήσει.	,749
	99.	Ο ασθενής προσπαθούσε να με χειριστεί.	,741
	100.	Ο ασθενής προσπαθούσε να με κατευθύνει.	,630
	54.	Η επίσκεψη αυτή ήταν βαρετή και χωρίς ουσία.	,561
	8.	Έχω την αίσθηση ότι ο ασθενής προσπαθεί να με παραπλανήσει.	,539
	107.	Έχει εξαντλήσει την υπομονή μου.	,523



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ %	A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΟΡΤΙΟ
	86.	Μιλάει άσκοπα.	,493
	22.	Νομίζω ότι θέλει να αλλάξει γιατρό.	,472
	73.	Αυτός ο ασθενής πιστεύει πως, σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους, αξίζει μεγαλύτερο βαθμό προσοχής.	,445
	89.	Θέλει να βεβαιώσω πως είναι ανίκανος να εργασθεί, αλλά προσωπικά πιστεύω πως δεν ευσταθεί κάτι τέτοιο.	,418
3 <sup>ος</sup> παράγοντας (3,220%)	35.	Προσπαθεί να δείξει ότι είναι σε καλύτερη κοινωνική κατάσταση απ' ό,τι είμαι εγώ.	,809
	59.	Προσπαθεί να δείξει ότι είναι πιο πνευματώδης από εμένα.	,731
	23.	Εκφράζει το θυμό του για το πρόσωπό μου.	,650
	48.	Με προκαλεί.	,620
	75.	Ο ασθενής αυτός μου ασκεί κριτική.	,457
4 <sup>ος</sup> παράγοντας (2,520%)	87.	Η οικογένεια του ασθενή ήταν απαιτητική και παραπονιόταν διαρκώς.	,744
	101.	Διακόπτει τη συζήτηση κάνοντας ερωτήσεις.	,493
	108.	Ζητά εργαστηριακές εξετάσεις ή φάρμακα, γεγονός που πιστεύω ότι δεν είναι απαραίτητο.	,433
	18.	Ο συγκεκριμένος ασθενής διαρκώς παραπονείται.	,402
5 <sup>ος</sup> παράγοντας (2,330%)	96.	Εκφράζει αυτοκτονικό ιδεασμό.	,835
	79.	Αυτός ο ασθενής είναι αυτοκαταστροφικός.	,826
	85.	Εκφράζει κατάθλιψη, γιατί δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες.	,681
6 <sup>ος</sup> παράγοντας (2,088%)	69.	Δυσκολεύομαι να του πω τα δυσάρεστα νέα.	,692
	25.	Διέθεσα περισσότερο χρόνο στην επίσκεψη απ' όσο ήθελα.	,528
	7.	Ανησυχώ για το αποτέλεσμα αυτών των συνεντεύξεων.	,421
7 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,964%)	118.	Είμαι ευχαριστημένος από τη θεραπεία του.	,597
	122.	Δεν ξέρω τι να περιμένω ως αποτέλεσμα της θεραπείας του.	,568
	40.	Η κατάστασή του χειροτερεύει παρόλο που έκανα ό,τι ήταν δυνατό.	,473
	93.	Έχω εμπιστοσύνη στον εαυτό μου ότι μπορώ να φροντίσω τον ασθενή.	,461



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ %	A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΟΡΤΙΟ
8 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,771%)	27.	Συγκέντρωσα όλες όσες πληροφορίες χρειαζόμουν σχετικά με το ιστορικό του ασθενή.	-,704
	82.	Δεν συγκέντρωσα όλες τις πληροφορίες που χρειαζόμουν σχετικά με το πρόβλημα του ασθενή και τα συμπτώματα.	,650
	32.	Ο ασθενής δεν ήταν σε θέση να μου δώσει πλήρες ιστορικό.	,471
9 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,546%)	11.	Ερωτοτροπεί μαζί μου.	,780
	62.	Η σχέση είναι δύσκολη λόγω διαφοράς φύλου.	,595
10 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,444%)	3.	Πιστεύω πως η συγκεκριμένη επίσκεψη δεν ήταν απαραίτητη.	,703
	4.	Δεν πραγματοποίησα την εξέταση όπως θα επιθυμούσα.	,675
11 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,402%)	67.	Προσπαθεί να δημιουργήσει σχέση μαζί μου, κάνοντάς μου πολλές προσωπικές ερωτήσεις.	,844
	68.	Προσπαθεί να είναι καλός μαζί μου, δείχνοντας αδικαιολόγητο ενδιαφέρον για μένα.	,824
12 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,339%)	3.1.	Αυτός ο ασθενής απαιτεί από μένα πολύ προσοχή.	,810
	44.	Θεωρώ πως πρέπει να αφιερώνω πολύ χρόνο στον ασθενή για να κατανοήσει ότι τον φροντίζω.	,430
13 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,293%)	2.	Είναι ακριβής στα ραντεβού του.	-,566
	58.	Μου είναι δύσκολο να παρακολουθήσω την πορεία του ασθενή, γιατί δεν είναι τακτικός στις συναντήσεις που κανονίζουμε.	,558
14 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,257%)	17.	Μου είναι δύσκολο να αναλάβω τον ασθενή, γιατί το πρόγραμμά μου είναι φορτωμένο.	,739
	117.	Θα επιθυμούσα να διαθέσω περισσότερο χρόνο με τον συγκεκριμένο ασθενή.	,523
	36.	Πιστεύω πως θα ακολουθήσει τις οδηγίες μου παρ' ό,τι δεν συμφωνεί.	-,414
	119.	Ξέρω καλά τις υποχρεώσεις που έχω προς τον ασθενή.	-,405
15 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,223%)	74.	Έχω την αίσθηση πως εάν πω ή κάνω κάτι λάθος, ο ασθενής θα σταματήσει να δουλεύει μαζί μου.	,629
16 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,193%)	50.	Μπορώ να έρθω στη θέση του ασθενή και να καταλάβω το πρόβλημά του.	,549



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ %	Α/Α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΟΡΤΙΟ
17 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,095%)	46.	Μου ζητά πιστοποιητικά για το ταμείο του.	,770
18 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,055%)	72.	Συμπεριφέρεται παθητικά, περιμένοντας από τους άλλους, συμπεριλαμβανομένου κι εμένα, να είναι πιο δραστήριοι και υπεύθυνοι για τη φροντίδα του.	,587
19 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,027%)	95.	Έδωσα ραντεβού στον ασθενή.	,790
	83.	Η σχέση μου με τον ασθενή είναι πολύ σημαντική για την πορεία του.	,424
20 <sup>ος</sup> παράγοντας (,940%)	84.	Σκέφθηκα τις επιπτώσεις από τη διακοπή της θεραπείας για τον ασθενή.	,807
21 <sup>ος</sup> παράγοντας (,929%)	61.	Κατάφερα να προσδιορίσω τα κίνητρα του ασθενή για τη θεραπεία.	,503
22 <sup>ος</sup> παράγοντας (,899%)	70.	Αυτός ο ασθενής προσέχει πολύ την εμφάνισή του.	,702
23 <sup>ος</sup> παράγοντας (,870%)	116.	Ζητά τη συμβουλή μου για μη ιατρικά θέματα.	,657
	15.	Μετά τη συνάντησή μου με τον ασθενή, νιώθω καταπονημένος.	-,498
24 <sup>ος</sup> παράγοντας (,849%)	111.	Ο χρόνος μου δεν διατέθηκε σωστά κατά τη διάρκεια της επίσκεψης.	,653



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΧ**

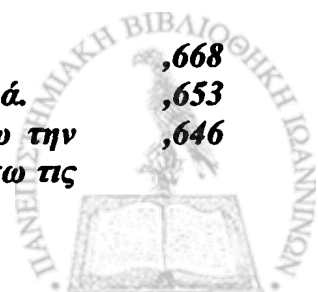
**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β' ΑΣΘΕΝΩΝ: ΕΞΑΓΩΓΗ 31 ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ**



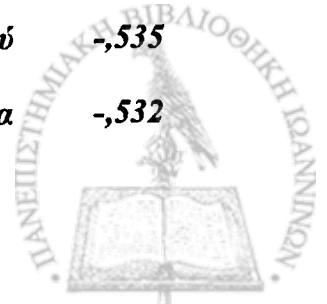
Παρουσίαση παραγόντων για τους ασθενείς (για 31 factors)  
(71,446 % of total variance)

Extraction Method: Principal Component Analysis  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

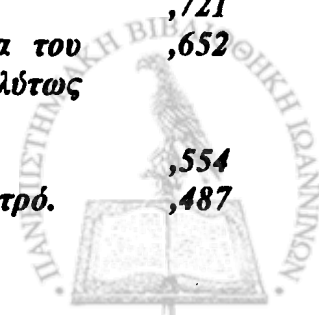
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ %	A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΟΡΤΙΟ
1 <sup>ος</sup> παράγοντας (31,556%)	124.	Ο γιατρός κάνει κάθε προσπάθεια να με βοηθήσει.	,778
	72.	Ο γιατρός με κάνει να αισθάνομαι καλύτερα.	,774
	137.	Νιώθω τον γιατρό σαν δικό μου άνθρωπο.	,766
	129.	Ο γιατρός μου δίνει κουράγιο.	,763
	131.	Ο γιατρός με καταλαβαίνει.	,758
	112.	Ο γιατρός με ενθαρρύνει.	,743
	118.	Μετά τη συνάντηση με το γιατρό αισθάνομαι πιο ήρεμος.	,735
	128.	Ο γιατρός μου πάει.	,727
	117.	Έμεινα απολύτως ικανοποιημένος με την επίσκεψή μου σ' αυτό το γιατρό.	,708
	39.	Ο γιατρός μου έδωσε ακριβείς πληροφορίες.	,703
	100.	Ο γιατρός μου εξήγησε καλά τη θεραπεία που θα κάνω.	,698
	101.	Μετά τη συνάντηση με το γιατρό, αισθάνομαι ανακουφισμένος.	,696
	94.	Ο γιατρός με βοηθά να πάρω έναν πιο ενεργό ρόλο στη φροντίδα μου.	,696
	67.	Υπάρχει εμπιστοσύνη ανάμεσά μας.	,696
	23.	Πιστεύω πως ο γιατρός συμμετέχει πολύ στη θεραπεία μου.	,688
	33.	Ο γιατρός φαίνεται να ξέρει καλά ποιο είναι το πρόβλημά μου και τι πρέπει να γίνει γι αυτό.	,684
	86.	Μετά τη συνάντηση με το γιατρό αισθάνομαι πιο σίγουρος.	,682
	133.	Αισθάνομαι ότι με φροντίζει.	,681
	95.	Μετά τη συνάντηση με το γιατρό, αισθάνομαι γεμάτος ελπίδα.	,677
	134.	Θα ξανάβλεπα αυτό το γιατρό με ευχαρίστηση.	,673
	80.	Κατανόησα τη φύση της ασθένειάς μου πολύ καλύτερα έπειτα από την επίσκεψή μου στο γιατρό.	,672
	68.	Πιστεύω ότι ο γιατρός με συμπαθεί.	,668
	38.	Παίρνει την εργασία του στα σοβαρά.	,653
	55.	Ο γιατρός με βοηθά να καταλάβω την κατάστασή μου και να δικαιολογήσω τις ανησυχίες μου.	,646



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ %	A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΟΡΤΙΟ
	12.	Ο γιατρός καταλαβαίνει πώς αντιμετωπίζω το πρόβλημά του.	,628
	27.	Ακόμη κι αν ο γιατρός δεν μπορεί να σε θεραπεύσει αμέσως, μπορεί να σε κάνει να αισθανθείς πιο άνετα.	,623
	6.	Έχω εμπιστοσύνη στην ικανότητά του να με βοηθήσει.	,616
	64.	Ο γιατρός μου φέρεται με φιλικό τρόπο.	,614
	1.	Αισθάνομαι ασφάλεια από τη φροντίδα που μου παρέχει ο γιατρός.	,614
	14.	Αυτός ο γιατρός είναι πολύ σημαντικός να ελέγξει τα πάντα κατά τη διάρκεια της εξέτασής μου.	,614
	109.	Θα ακολουθήσω τις συμβουλές του γιατρού, επειδή πιστεύω πως έχει απόλυτο δίκαιο.	,607
	19.	Ο γιατρός μου δίνει να καταλάβω καλά, τι πρέπει να κάνω για τη θεραπεία μου.	,601
	17.	Συμφωνώ με το γιατρό για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασής μου.	,587
	3.	Ο γιατρός καταλαβαίνει με ακρίβεια τους στόχους μου.	,584
	102.	Μπορώ να επικοινωνήσω με το γιατρό όποτε είναι απαραίτητο.	,584
	104.	Αισθάνθηκα πως ο γιατρός γνωρίζει πραγματικά όσα σκέφτομαι.	,580
	127.	Πιστεύω πως ο γιατρός είναι με το μέρος μου.	,579
	2.	Ο γιατρός προσέχει τις ενέργειες που πρέπει να κάνει.	,578
	60.	Ο γιατρός μου εξηγεί τις εξετάσεις που θα γίνουν.	,565
	30.	Καταλαβαίνω τι θέλει ο γιατρός να κάνω στις συναντήσεις μας.	,562
	45.	Ο γιατρός ενδιαφέρθηκε για μένα ως άτομο κι όχι απλά και μόνο για την ασθένειά μου.	,552
	36.	Αγνοεί τα συναισθήματά μου.	-,551
	46.	Ο γιατρός δεν έδωσε προσοχή σε ορισμένα πράγματα που σκεφτόμουν ή αισθανόμουν.	-,545
	81.	Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί για μένα.	,536
	130.	Δεν διαθέτει αρκετό χρόνο στα ραντεβού μας.	-,535
	52.	Είμαι απογοητευμένος από τη θεραπεία που μου προτείνει ο γιατρός.	-,532



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ %	Α/Α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΟΡΤΙΟ
	126.	Πιστεύω πως η θεραπεία που κάνω δεν είναι η καταλληλότερη.	-,525
	99.	Συνεργάζεται καλά μαζί μου.	,524
	37.	Αισθάνομαι πως ο γιατρός ενδιαφέρεται για μένα, ακόμη κι όταν κάνω πράγματα που δεν εγκρίνει.	,507
	65.	Εξηγεί τους κινδύνους, καθώς επίσης και τα οφέλη των διαφόρων εξετάσεων.	,505
	115.	Υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας.	,503
	74.	Δεν μου λέει όλη την αλήθεια.	-,503
	83.	Ο γιατρός θεραπεύει την ασθένεια, αλλά δεν έχει συναισθήματα για τον ασθενή.	-,501
	69.	Αγγίζει το χέρι μου ή την πλάτη μου όταν είναι απαραίτητο.	,496
	122.	Ο γιατρός μου είναι συμπαθής.	,494
	58.	Αποφεύγει τις ερωτήσεις μου.	-,484
	54.	Ο γιατρός είναι προσεκτικός κι επιμελής.	,481
	107.	Ο γιατρός μου φέρθηκε με σεβασμό και ευγένεια.	,474
	92.	Δείχνει να βρίσκεται σε ένταση.	-,469
	49.	Ο γιατρός μου δίνει ευκαιρίες να κάνω ερωτήσεις και να σχολιάσω την κατάσταση μου.	,459
	125.	Όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα ανασφαλής.	-,444
	85.	Οι ενέργειες που ο γιατρός μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα.	-,443
	71.	Μετά τη συνάντηση με το γιατρό, αισθάνομαι απογοητευμένος.	-,430
	42.	Ο γιατρός βεβαιώνεται ότι έχω καταλάβει τι είπε.	,429
	22.	Ο γιατρός θεωρεί ότι δεν είμαι σε θέση να καταλάβω την αρρώστια μου, οπότε δεν μπαίνει στον κόπο να μου εξηγήσει.	-,428
	108.	Ο γιατρός δεν απαντά σε όλες τις απορίες μου για τα φάρμακα που παίρνω.	-,412
	76.	Εμπιστεύεται το λόγο μου.	,412
	84.	Με ανέχεται όταν η διάθεσή μου είναι κακή.	,406
2 <sup>ος</sup> παράγοντας (5,509%)	16.	Ο γιατρός που μ' εξετάζει, μου συμπεριφέρεται σαν να μου κάνει χάρη.	,745
	48.	Δεν κρατά το λόγο του.	,721
	15.	Αισθάνομαι ότι τα συναισθήματα του γιατρού για μένα δεν είναι απολύτως ειλικρινή.	,652
	135.	Ο γιατρός δεν ξέρει τι κάνει.	,554
	63.	Ελπίζω να μην ξαναδώ τον ίδιο γιατρό.	,487

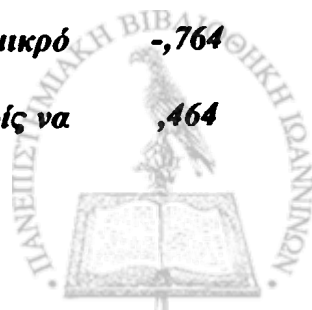




ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ %	A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΟΡΤΙΟ
	21.	Ορισμένες φορές ο γιατρός με φέρνει σε δύσκολη θέση και με κάνει να αισθανθώ ανόητος.	,474
	119.	Ο γιατρός δεν νοιάζεται αν θα σε πονέσει ή όχι κατά τη διάρκεια της εξέτασης.	,433
	11.	Πιστεύω πως ο χρόνος της συνάντησής μου με το γιατρό μου δεν χρησιμοποιείται με ικανοποιητικό τρόπο.	,421
	18.	Ο γιατρός δεν θα το παραδεχτεί όταν δεν ξέρει τι μου συμβαίνει.	,417
3 <sup>ος</sup> παράγοντας (2,819%)	103.	Ο γιατρός θα πρέπει να είναι λίγο πιο φιλικός.	,570
	70.	Δεν μπορώ να αναφέρω στο γιατρό, όσα με ενοχλούν στη συμπεριφορά του.	,536
	56.	Ο γιατρός θα μπορούσε να με συμβουλευτεί καλύτερα.	,531
	9.	Πρέπει να περιμένω πολύ για να δω το γιατρό.	,427
4 <sup>ος</sup> παράγοντας (2,226%)	88.	Σέβεται την ιδιωτική μου ζωή.	,847
	89.	Μεταξύ μας υπάρχει αλληλοσεβασμός.	,753
5 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,837%)	91.	Δείχνει να βρίσκεται σε ένταση.	,703
	50.	Πρωταρχικό ενδιαφέρον του γιατρού είναι να βγάλει όσο γίνεται πιο πολλά χρήματα.	,513
	93.	Αποφεύγει να με συναντήσει όταν του το ζητώ, προβάλλοντας δικαιολογίες.	,443
	120.	Επαναλαμβάνει συνεχώς ερωτήσεις, χωρίς αυτό να είναι απαραίτητο.	,434
	105.	Δείχνει προχειρότητα κατά τη διάρκεια της εξέτασης.	,420
6 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,654%)	44.	Με καταφέρνει να κάνω διάφορες πράξεις που δεν επιθυμώ.	,636
	47.	Ο γιατρός βασίζεται πολύ στα φάρμακα.	,532
	34.	Ζητά από άλλους γιατρούς να μ' εξετάσουν, όταν το κρίνει απαραίτητο.	,423
	78.	Κάνει αστεία όταν είναι απαραίτητο.	,400
7 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,537%)	29.	Με τόσους ασθενείς που βλέπει ο γιατρός δεν είναι δυνατό να τους γνωρίζει όλους.	,717
	13.	Ο γιατρός δεν ξέρει ορισμένα πράγματα που με αφορούν.	,532
	79.	Αισθάνθηκα άνετα να μιλήσω στο γιατρό για πολύ προσωπικά θέματα.	-,400
8 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,485%)	110.	Ο γιατρός δεν με κοιτάζει όταν μου μιλά.	,755
	116.	Συχνά μασά τα λόγια του όταν μου μιλάει.	,474
9 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,424%)	97.	Ο γιατρός δεν είναι υπομονετικός μαζί μου.	,523



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ %	A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΟΡΤΙΟ
10 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,343%)	125.	Όταν βγήκα από το γραφείο του γιατρού, αισθάνθηκα ανασφαλής.	,405
	41.	Μετά τη συνάντηση με το γιατρό, νιώθω συχνά θυμωμένος.	,608
11 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,293%)	121.	Όταν μιλάω με το γιατρό, βρίσκομαι σε ένταση.	,710
12 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,260%)	6.	Έχω εμπιστοσύνη στην ικανότητά του να με βοηθήσει.	,457
	1.	Αισθάνομαι ασφάλεια από τη φροντίδα που μου παρέχει ο γιατρός.	,469
	2.	Ο γιατρός προσέχει τις ενέργειες που πρέπει να κάνει.	,456
13 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,235%)	24.	Ανησυχώ για το αποτέλεσμα των συναντήσεών μου με το γιατρό.	,767
14 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,169%)	73.	Ο γιατρός με ενημερώνει για τις παρενέργειες των φαρμάκων.	,659
15 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,088%)	40.	Με διακόπτει όταν προσπαθώ να μιλήσω.	,729
16 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,058%)	8.	Η σχέση μου με το γιατρό είναι πολύ σημαντική για μένα.	,679
17 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,036%)	5.	Θα ήθελα να έχουμε ξεκαθαρίσει με το γιατρό το σκοπό των συναντήσεων.	,597
	57.	Δείχνει απορροφημένος από άλλα πράγματα όταν μιλάμε.	,488
18 <sup>ος</sup> παράγοντας (1,006%)	10.	Μου συστήνει το ιατρικό προσωπικό που τον συνοδεύει.	,754
19 <sup>ος</sup> παράγοντας (,973%)	66.	Εμπλέκει την οικογένειά μου στη φροντίδα μου, εάν εγώ το επιθυμώ.	,741
20 <sup>ος</sup> παράγοντας (,938%)	123.	Κανένας γιατρός δεν μπορεί να είναι τέλειος.	,704
21 <sup>ος</sup> παράγοντας (,903%)	113.	Ο γιατρός δεν μ' ενημερώνει για τις αιτίες που προκάλεσαν το πρόβλημά μου.	,642
22 <sup>ος</sup> παράγοντας (,892%)	75.	Ο γιατρός χρησιμοποιεί κατανοητή και μη-επιστημονική γλώσσα.	,797
23 <sup>ος</sup> παράγοντας (,874%)	43.	Δείχνει να έχει αυτοπεποίθηση.	,694
	99.	Συνεργάζεται καλά μαζί μου.	,400
24 <sup>ος</sup> παράγοντας (,856%)	62.	Μετά τη συνάντηση με το γιατρό, αισθάνομαι σχεδόν το ίδιο, όπως πριν τον δω.	,639
25 <sup>ος</sup> παράγοντας (,838%)	31.	Μου λέει πράγματα που έρχονται σε αντίθεση με όσα μου λένε οι άλλοι γιατροί.	,705
26 <sup>ος</sup> παράγοντας (,810%)	96.	Ο γιατρός δεν με φωνάζει με το μικρό μου όνομα.	,764
27 <sup>ος</sup> παράγοντας (,808%)	106.	Ακυρώνει τις συναντήσεις μας, χωρίς να ενδιαφέρεται για τις ανάγκες μου.	,464



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ %	A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΟΡΤΙΟ
28 <sup>ος</sup> παράγοντας (,773%)	87.	Καταλαβαίνω από το ύφος του, όταν κάτι δεν πάει καλά.	-,734
29 <sup>ος</sup> παράγοντας (,771%)	59. 51.	Ο γιατρός ανακεφαλαίωσε όσα έλεγα. Μου λέει για τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει κατά τη διάρκεια της φροντίδας μου.	,731 ,720
30 <sup>ος</sup> παράγοντας (,739%)	53.	Θέλω να αλλάξω γιατρό.	,773
31 <sup>ος</sup> παράγοντας (,735%)	98.	Μας διακόπτουν συνεχώς κατά τη διάρκεια του ραντεβού.	-,858



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Χ**

**Φάση Εγκυρότητας και Αξιοπιστίας**

**ΚΟΙΝΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ  
ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ**



**ΟΔΗΓΙΕΣ**

**Οι παρακάτω φράσεις αφορούν τη σχέση σας με το γιατρό ή τον ασθενή που είδατε, στη συνάντηση που προηγήθηκε.**

Παρακαλώ σημειώστε με σταυρό (+) ή χι (x) την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τη γνώμη σας για κάθε μία από τις παρακάτω φράσεις, χωρίς να σκεφθείτε πάρα πολύ.

Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες και θα μας βοηθήσουν στην αναγνώριση των δυσκολιών που αντιμετωπίζετε στη σχέση σας με το γιατρό ή τον ασθενή.

Κανείς δεν θα μάθει τις απόψεις που έχετε εκφράσει σ' αυτό το ερωτηματολόγιο, συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού που εργάζεται στην υπηρεσία.

Μπορείτε να ζητήσετε τη βοήθεια του ερευνητή, εάν η ερώτηση δεν είναι σαφής, ή εάν αντιμετωπίζετε οποιοδήποτε πρόβλημα στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Είναι πολύ σημαντικό, κάθε απάντηση να εκφράζει την πραγματική σας άποψη.



	<i>Ναι</i>	<i>Μάλλον ναι</i>	<i>Έτσι κι έτσι</i>	<i>Μάλλον όχι</i>	<i>Όχι</i>
1. Μεταξύ μας υπάρχει εμπιστοσύνη.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ήταν μία πολύ ικανοποιητική επίσκεψη για μένα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Αισθάνομαι πως στα συναισθήματά του για μένα, δεν είναι απολύτως ειλικρινής.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Οι απόψεις μας συγκρούονται όσον αφορά τη φύση των προβλημάτων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Οι στόχοι που τίθενται στις συναντήσεις μας είναι πολύ σημαντικοί.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Η σχέση μας είναι πολύ σημαντική.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Οι ενέργειες που μου ζητά να κάνω δεν έχουν νόημα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Δεν αισθάνομαι άνετα μαζί του.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξαν στιγμές που ένιωσα θυμό.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Υπάρχει κατανόηση μεταξύ μας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Μου είναι συμπαθής.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Δεν είναι υπομονετικός μαζί μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ένωσα την επιθυμία να μην τον ξαναδώ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Καταλαβαίνει καλά τους στόχους μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Μου ασκεί κριτική.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Συμφωνούμε για τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασης.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Φύλο : \_\_\_\_\_

Ηλικία : \_\_\_\_\_

Χρόνος απόκτησης πτυχίου : \_\_\_\_\_

Ειδικότητα : \_\_\_\_\_

Χρόνος λήψης ειδικότητας : \_\_\_\_\_

Παρούσα κατάσταση : \_\_\_\_\_

Οικογενειακή κατάσταση : \_\_\_\_\_

Θεραπευτική Μονάδα : \_\_\_\_\_

Διάρκεια σχέσης με τον ασθενή : \_\_\_\_\_

Αριθμός θεραπευτικών συναντήσεων : \_\_\_\_\_

Τόπος συναντήσεων : \_\_\_\_\_





**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Φύλο : \_\_\_\_\_

Ηλικία : \_\_\_\_\_

Οικογενειακή κατάσταση : \_\_\_\_\_

Εκπαίδευση : \_\_\_\_\_

Επάγγελμα : \_\_\_\_\_

Θεραπευτική Μονάδα : \_\_\_\_\_

Διάγνωση : \_\_\_\_\_

Διάρκεια της ασθένειας : \_\_\_\_\_

Διάρκεια σχέσης με το γιατρό : \_\_\_\_\_

Αριθμός θεραπευτικών συναντήσεων : \_\_\_\_\_

Τόπος συναντήσεων : \_\_\_\_\_



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΧΙ

Φάση Εγκυρότητας- Αξιοπιστίας

**ΚΑΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ 1-10**



Εάν σας ζητηθεί να βαθμολογήσετε τη σχέση σας με το γιατρό / ασθενή που είδατε, τι βαθμό θα βάζατε στη σχέση αυτή σε μία κλίμακα από το 1-10, όπου το 10 θα προσδιόριζε πως η σχέση είναι άριστη, το 5 μέτρια και το 1 κακή;

Τοποθετείστε την απάντησή σας σε κύκλο.

---

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

