



## ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

# ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

## Τίτλος

Αντιλήψεις και προσδοκίες ασθενών με χρόνια νοσήματα αναφορικά με τη σχέση  
ιατρού-ασθενούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

## Όνοματεπώνυμο Φοιτητή

Ειδικότητα

Μαρία Σταύρου

Τ.Ε Νοσηλεύτρια

Επιβλέποντες: **Χρήστος Λιονής**  
Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και  
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
Πανεπιστήμιο Κρήτης.

**Εμμανουήλ Λιναρδάκης**, Βιοστατιστικός,  
PhD, MSc, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής,  
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

**Εμμανουήλ Συμβουλάκης**, Επίκουρος  
Καθηγητής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας  
Υγείας, Κοινωνικής Ιατρικής στο Τμήμα  
Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης.

Συμβουλευτική  
Επιτροπή: **Φωτεινή Αναστασίου**, PhD, Γενική  
Ιατρός Επιμελήτρια Α ΕΣΥ, συντονίστρια  
4ης Τ.Ο.Μ.Υ. Ηρακλείου.

**Ελένη Μπορμπουδάκη** MSc, PhD(c),  
Οικονομολόγος Υγείας, Διοικήτρια της 7<sup>ης</sup>  
Υγειονομικής Περιφέρειας.

**Κυριάκος Σουλιώτης**, Αναπληρωτής  
Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή  
Κοινωνικών Επιστημών Πανεπιστήμιο  
Πελοποννήσου.



*Ηράκλειο, Δεκέμβριος 2020*

## Περιεχόμενα

<b>Ευχαριστίες</b> .....	5
Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας.....	6
Abstract .....	7
Εισαγωγή.....	8
Η επικοινωνία ανάμεσα στον Ιατρό και στον Ασθενή.....	9
Συναισθήματα του ασθενή κατά την διάρκεια της συνάντησης του με τον Ιατρό.....	11
Προσδοκίες Ασθενών .....	12
Παράγοντες επηρεάζουν τις προσδοκίες των ασθενών ως προς την επικοινωνία τους με τους γιατρούς.....	14
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	15
Σημαντικές με τη σχέση ιατρού-ασθενούς .....	16
Η διεπαγγελματική συνεργασία:.....	18
Family-oriented primary care .....	19
Motivational Interviewing (Παρακινητική Συνέντευξη).....	19
Health Literacy (Εγγραμματοσύνη της υγείας) ή Αναλφαβητισμός στην Υγεία .....	20
Empowerment (Ενδυνάμωση) .....	21
Πολιτισμικοί παράγοντες.....	23
Εκπαίδευση .....	24
Χρόνος .....	24
Παρουσίαση παρόμοιων μελετών που έχουν γίνει στο παρελθόν .....	57
T.OM.Y .....	29
<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b> .....	32
Ερευνητικά ερωτήματα.....	32
Σκοπος της Ερευνας.....	32
Σχεδιασμός μελέτης.....	32
Στατιστική ανάλυση.....	34
Τα ερευνητικά εργαλεία.....	35
<b>ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</b> .....	37
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	53
Συζήτηση.....	54
Συμπεράσματα .....	63
Τι θα μπορούσαμε να βελτιώσουμε στο μέλλον .....	64
Βιβλιογραφία .....	70
Παράθεση ερωτηματολογίων μεταπτυχιακής εργασίας.....	73

© 2020  
ΜΑΡΙΑ ΣΤΑΥΡΟΥ  
ALL RIGHTS RESERVED

## *Ευχαριστίες*

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, για την υπομονή τους και την βοήθεια τους και σε αυτό το βήμα μου. Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Λιονή για την ευκαιρία που μου έδωσε να βρίσκομαι σε αυτό το μεταπτυχιακό, και για την κατανόηση του στις δυσκολίες που υπήρξαν κατά την διάρκεια της προσπάθειας αυτής και για την πολύτιμη βοήθεια του. Τους καθηγητές στην επιβλέπουσα και συμβουλευτική επιτροπή για την αποδοχή τους να είναι στην εργασία αυτή, για την ενθάρρυνση τους, την βοήθεια τους και την άψογη συνεργασία. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όσους βοήθησαν να πραγματοποιηθεί αυτή η εργασία, από την γραμματεία της σχολής, τους υπαλλήλους στην Τ.ΟΜ.Υ και τους συμμετέχοντες που με προθυμία απάντησαν στα ερωτηματολόγια και συμμετείχαν στην έρευνα.

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

**Τίτλος:** Αντιλήψεις και προσδοκίες ασθενών με χρόνια νοσήματα αναφορικά με τη σχέση ιατρού-ασθενούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

**Εισαγωγή:** Ο γενικός γιατρός είναι το θεμέλιο του συστήματος υγείας. Η επικοινωνία του ιατρού-ασθενή είναι μια λεκτική και μη λεκτική διαδικασία μέσω της οποίας ο ιατρός αποκτά και μοιράζεται πληροφορίες με τον ασθενή, αναπτύσσοντας με θεραπευτική σχέση μαζί του. Όταν ο ιατρός καταλαβαίνει τον ασθενή στο δικό του πλαίσιο, μπορεί να προσφέρει καλύτερη ποιότητα φροντίδας.

**Σκοπός:** της παρούσας μελέτης είναι να καταγράψει τις αντιλήψεις και προσδοκίες ασθενών με χρόνια νοσήματα στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

**Πληθυσμός και Μέθοδος.** Ο πληθυσμός αναφοράς του δείγματος της παρούσας μελέτης ήταν  $n=100$  εγγεγραμμένοι ασθενείς στην 4<sup>η</sup> ΤΟΜΥ της περιοχής Ηρακλείου. Πρόκειται για άτομα που κατανοούν την ελληνική γλώσσα και δύναται να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια που τους δόθηκαν. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EUROPEP, και το PSQ- 18. Και τα δύο ερωτηματολόγια εξετάζουν την ικανοποίηση του ασθενή σε διάφορες υποκλιμακες ως προς την συμπεριφορά των γιατρών, τη γενική ικανοποίηση, τη τεχνική Ποιότητα, την επικοινωνία με τους γιατρούς και την οργάνωση της φροντίδας.

**Αποτελέσματα.** Το δείγμα της έρευνας περιελάμβανε 68% γυναίκες και 32% άνδρες. Οι πιο συχνές απαντήσεις των ασθενών σχετικά με το πόσες φορές επισκέπτονται τη 4<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ ήταν 6 και 8 το χρόνο με συχνότητα (-25,0%) και (-26,0%) αντίστοιχα. Το σύνολο του δείγματος συμφωνεί ότι θα έκανε σύσταση το γενικό γιατρό στους φίλους του, όπως επίσης ότι δεν θα άλλαζε τον γενικό γιατρό της 4<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ, ενώ το 90% συμφωνούν απολύτως ότι δεν θα άλλαζε τον οικογενειακό τους γιατρό. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι έως πολύ σε σχέση με την κλινική συμπεριφορά των γιατρών και το κομμάτι της επικοινωνίας, και στο χρόνο που τους δίνουν οι γιατροί. ( $p=0.001$ ). Όσον αφορά την οργάνωση, και προσβασιμότητα οι ασθενείς δείχνουν λιγότερο ικανοποιημένοι ( $p<0,001$ ). Επίσης η αυτοαναφερόμενη υγεία φαίνεται να επιδρά στην σχέση και την επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και τον γιατρό, με τους ασθενείς που δηλώνουν καλή/πολύ καλή να δείχνουν περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ όσοι δηλώσαν μέτρια λιγότερο ( $p=0,037$ ). Παρατηρούμε ότι απόφοιτοι Λύκειού είχαν χαμηλότερο μέσο όρο βαθμολόγησης όσον αφορά την κλινική συμπεριφορά του γιατρού ( $p<0,010$ ) σε σχέση με τους απόφοιτους Γυμνασίου. Επίσης τα άτομα που επισκέπτονται πάνω από 6 φορές τον χρόνο την 4<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ, δείχνουν να είναι λιγότερο ικανοποιημένα σε σχέση με όσους επισκέπτονται λιγότερο από 6 φορές το χρόνο ( $p<0.037$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς επιθυμούν ο γιατρός τους να τους διαθέτει χρόνο. Στη παρούσα έρευνα όλοι οι συμμετέχοντες δηλώσαν ότι δεν θα άλλαζαν τον

οικογενειακό τους γιατρό και απάντησαν απολύτως ικανοποιημένοι από την κλινική συμπεριφορά τους.

Λέξεις κλειδιά: Αντιλήψεις και προσδοκίες ασθενών, σχέση Ιατρού-Ασθενή, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

## **Abstract**

**Title:** Perspectives and expectations of patients with chronic disease, relative to doctor-patient relationship in Primary Health Care.

**Introduction:** The communication between patient and doctor is an important asset for clinical effectiveness. Every patient has different perceptions and expectations. The doctors need to give time to their patients in order to gather information about their health.

**Aim:** The paper is a cross-sectional-study and aims to examine the patient's satisfactions and perspectives based on expectations of patients in primary health care system.

**Method:** Data was collected from a sample of 100 patient. We asked to answer the EUROPEP Questionnaire and the PSQ-18 Questionnaire. The survey was consisted of patients who visited the Health Care of 4<sup>th</sup> TOMY Of Heraklion.

**Results:** The survey sample included 100 people, 68 female (68%) and (32%) male. Respondents who self-identify their health status as good seemed to be more satisfied about their relationship between doctor and patient. The majority of respondents (90%) reported high satisfaction relative doctor-patient relationship and were absolutely recommending the family doctors of health care center of 4<sup>th</sup> T.OM.Y Heraklion to other patients or to their friends. Results illustrated that educational status affects to the rate of satisfaction. Patients who complete their primary school education tended to rate lower scores of general practice care compare to patients who complete high-school education. There's no statistical significance between age of patient and patient satisfaction. The 74,0% of respondents have no doubt about clinical skills of the general doctors. Furthermore, a decently percentage of patients rated lower score of waiting time issues before the consultation with the doctors.

**Key Words:** Primary Health Care, relationship doctor-patient, perspectives, and expectations of patients.

## Εισαγωγή

Η επικοινωνία γιατρού- ασθενή αποτελεί βασική προϋπόθεση για την άσκηση της ιατρικής επιστήμης και τέχνης, πρωταρχικό στοιχείο για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης. Η προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή θεωρείται διεθνώς ότι παρέχει υψηλής ποιότητας παροχής προσωπικής φροντίδας.

Προκειμένου να γίνει η σωστή διάγνωση και να παρασχεθεί η κατάλληλη θεραπεία, το πλαίσιο επικοινωνίας θα έπρεπε να εκείνο το οποίο ο ιατρός μπορεί να συλλέξει όσον τον δυνατόν περισσότερες ειδικές πληροφορίες σχετικές με την ασθένεια του ασθενή. Είναι αποδεκτό ότι ο γιατρός χρειάζεται την ενεργό συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία του, και δεν μπορεί να θεραπεύει τον ασθενή εάν ο ασθενής δεν συνεργάζεται ή δεν τον εμπιστεύεται. Η μη ενδεδειγμένη επικοινωνία ανάμεσα σε ασθενή και γιατρό οδηγεί στη χρήση περιττών και δαπανηρών εργαστηριακών εξετάσεων και διαγνωστικών επεμβάσεων και κατ'επέκταση επιβαρύνει κόστος των συστημάτων υγείας. Η διαδικασία της επικοινωνίας μεταξύ ανθρώπων θεωρείται επιτυχημένη όταν παρά τη διαφορετικότητα αυτού του προσωπικού τους πλαισίου αναφοράς, καταφέρνουν τελικά να εντοπίσουν και να αποδώσουν την ίδια ερμηνεία που μηνύματα που εκφράζονται λεκτικά λεκτικά και μη. (Λιονής & Πιτελου 2014).

Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας και η μέτρησή της αποτελεί δείκτη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αποτελώντας έννοιες που βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση. Η ανασκόπηση της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας αποδεικνύει ότι τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν οι έρευνες ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας σε όλες τις βαθμίδες περίθαλψης των συστημάτων υγείας, με τις προσπάθειες των ερευνητών να επικεντρώνονται στους προσδιοριστικούς παράγοντες που διαμορφώνουν το βαθμό της ικανοποίησης. (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2011). Ο παράγοντας που αφορά στις προσδοκίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας εμφανίζει αντικρουόμενα αποτελέσματα, καθώς οι προσδοκίες μεταξύ των ατόμων διαφέρουν. Η σχέση μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης φαίνεται να είναι αντιστρόφως ανάλογη, καθώς όσο λιγότερες προσδοκίες έχουν οι ασθενείς, τόσο πιο ικανοποιημένοι εμφανίζονται (Aharony & Strasser, 1993). Η σχέση γιατρού και ασθενούς, είναι δυναμική και αμφίδρομη. Η καλή επικοινωνία αποτελεί το σημαντικό στοιχείο της καλής ιατρικής πρακτικής, που συμβάλει στη γρήγορη και ακριβή αποκάλυψη του προβλήματος, αλλά και στον προσδιορισμό των προσδοκιών του ασθενούς από τη θεραπεία. Με αυτόν τον τρόπο παγιώνεται η εμπιστοσύνη μεταξύ γιατρού και ασθενούς και αυξάνεται η πιθανότητα για καλύτερη έκβαση στη θεραπεία και στην ποιότητα ζωής του. Η ικανοποίηση του ασθενούς διαδραματίζει πολύ σπουδαίο ρόλο και πιστοποιεί ποιοτικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ο ασθενής με σοβαρό πρόβλημα υγείας εναποθέτει τις ελπίδες του στα χέρια του γιατρού. Σε πολλές περιπτώσεις η σχέση εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και του γιατρού του, μπορεί να λειτουργήσει ως «εικονικό φάρμακο» και να επηρεάσει τα αποτελέσματα της θεραπείας.



## Η επικοινωνία ανάμεσα στον Ιατρό και στον Ασθενή.

Οι ανθρώπινες σχέσεις αποτελούν σημείο συνάντησης πολλών τομέων της επιστήμης και ιδιαίτερα όταν μελετάμε τη σχέση ιατρού και ασθενή. Τα δύο άτομα, γιατρός και ασθενής έρχονται σε επαφή μεταφέροντας μαζί τους διαφορετικές αντιλήψεις για την ασθένεια.

Η επικοινωνία γιατρού-ασθενή αποτελεί βασική προϋπόθεση για την άσκηση της ιατρικής επιστήμης, πρωταρχικό στοιχείο για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης. Η προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή θεωρείται διεθνώς ότι παρέχει υψηλής ποιότητας παροχής προσωπικής φροντίδας. Σε παγκόσμιο επίπεδο τα δύο τρίτα κατά προσέγγιση αισθάνονταν ότι ο Ιατρός δεν τους αντιμετώπιζε με σεβασμό. Ως κύριος παράγοντας δυσαρέσκειας θεωρήθηκε η ασάφεια στην επικοινωνία μεταξύ Ιατρού και ασθενή, ενώ το ένα τέταρτο περίπου απάντησαν ότι οι Ιατροί δεν απαντούν στα ερωτήματα τους και δεν τους επιτρέπουν να συμμετέχουν ενεργά στην λήψη κλινικών αποφάσεων, χρησιμοποιώντας αυστηρά ιατρικούς όρους γεγονός που κάνει τον ασθενή να μην κατανοεί τα λόγια του γιατρού και κατά επέκταση να οδηγείται σε λανθασμένη επικοινωνία μεταξύ τους. Επίσης ένας άλλος αρνητικός παράγοντας είναι αυτός ο χρόνος αναμονής και η ασυνέπεια των ιατρών στις προγραμματισμένες επισκέψεις. (WHO, 2017).

Ο γενικός γιατρός είναι το θεμέλιο του συστήματος υγείας. Η επικοινωνία του ιατρού-ασθενή είναι μια λεκτική και μη λεκτική διαδικασία μέσω της οποίας ο ιατρός αποκτά και μοιράζεται πληροφορίες με τον ασθενή, αναπτύσσοντας με θεραπευτική σχέση μαζί του. Όταν ο ιατρός καταλαβαίνει τον ασθενή στο δικό του πλαίσιο, μπορεί να προσφέρει καλύτερη ποιότητα φροντίδας.

Είναι σημαντικό στη σχέση αυτή να υπάρχει κλίμα εμπιστοσύνης. Αυτό επιτυγχάνεται όταν δείχνουν και ακούν με προσοχή τους ασθενείς. Συνήθως η μη ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την ελάχιστη ενημέρωση που λαμβάνουν, τόσο από τον γιατρό όσο και από την θεραπευτική ομάδα. Η μη αναζήτηση των προσδοκιών του ασθενή ή η αποτυχία εκπλήρωσής τους συνδέονται με τη μειωμένη ικανοποίηση, την ανεπαρκή ανοχή και τη μη αποτελεσματική ακολούθηση της θεραπευτικής αγωγής (Barry *et al*, 2000). Η σχέση ιατρού-ασθενή φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από τις αξίες και τις πεποιθήσεις του ασθενή. Ιδιαίτερα, οι αποφάσεις που λαμβάνονται αναφορικά με τη θεραπευτική προσέγγιση του ατόμου ενδέχεται να έχουν και αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του, όταν υπάρχει έλλειψη εμπιστοσύνης και αμφισβήτηση της προτεινόμενης θεραπείας ή φόβος για το σύστημα υγείας γενικότερα (Fong *Surgr et a.*, 2010).

Είναι αποδεκτό ότι ο γιατρός χρειάζεται την ενεργό συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία του. Δεν μπορεί να θεραπεύσει τον ασθενή που δεν συνεργάζεται ή που δεν εμπιστεύεται τον ιατρό του, επομένως το τι πιστεύει ο ίδιος ο πάσχων για την υγεία του, για τη φύση της ασθένειά του, καθώς οι πεποιθήσεις και οι στάσεις του ασθενή είναι πολιτισμικά προσδιορισμένες είναι σημαντικό ο ιατρός να είναι ευαίσθητοποιημένος και ενήμερος ως προς τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή.

Ο ορισμός της εστιασμένης φροντίδας στον ασθενή φροντίδας (**patient-centered care**), πρόκειται για την παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις προσωπικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες του ασθενή, διασφαλίζοντας την καθοδήγηση στην λήψη της κλινικής απόφασης με βάση αυτές. Υποδεικνύει μια αυθεντική, ειλικρινή και αμοιβαία σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Ο ιατρός δεν είναι το επίκεντρο της σχέσης και ο ασθενής διατηρεί μια δίκαιη και αποδοτική θέση στη σχέση με στόχο την παροχή φροντίδας που ανταποκρίνεται στις προσδοκίες, ανάγκες και προτιμήσεις του ασθενούς. Οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν τις αποφάσεις σε συνεργασία με τον ασθενή χρησιμοποιώντας τις καλύτερες διαθέσιμες αποδείξεις, ενημερώνοντας τους ασθενείς, ενθαρρύνοντας την ανάπτυξη των προσωπικών προτιμήσεων και παρέχοντας εξειδικευμένη καθοδήγηση όποτε απαιτείται.

Έξι χαρακτηριστικά που χαρακτηρίζουν και καθορίζουν την υψηλής φροντίδας ποιότητας της υγείας του ασθενή

- Ασφάλεια
- Αποδοτικότητα
- Αποτελεσματικότητα
- Ισότητα
- Εγκυρότητα
- Εστίαση στον Ασθενή

Βασικές αρχές:

- Συνεχή σχέση με προσωπικό ιατρό εκπαιδευμένο στην πρώτη συνάντησή του με τον ασθενή.
- Παρουσία ομάδας κλινικών επαγγελματιών υγείας που εργάζονται ως ομάδα και αναλαμβάνουν την ευθύνη της συνεχιζόμενης φροντίδας.
- Προσανατολισμό στο σύνολο των αναγκών του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων όλων των σταδίων της ζωής όπως η άμεση φροντίδα, η χρόνια φροντίδα, η πρόληψη και η φροντίδα στο τέλος της ζωής.
- Παρουσία συμπονετικής συνεργασίας μεταξύ γενικών ιατρών/προσωπικών ιατρών, ασθενών και των οικογενειών των ασθενών.
- Ενεργή συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα υγείας τους.
- Ανατροφοδότηση για τη διασφάλιση της ποιότητας και την ικανοποίηση των προσδοκιών του ασθενούς. Βελτιωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. (A. Clarke, 2010).

Στα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας παρατηρούμαι ότι απουσιάζει ο ορισμός της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδα, υπάρχουν:

- Ανεπαρκής έμφαση στην εκπαίδευση στην εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα
- Έλλειψη προσωπικού
- Απουσία καλών διδακτικών μοντέλων και προγραμμάτων στην εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα Κυριαρχία του βιοιατρικού μοντέλου στην φροντίδα υγείας

- Απουσία συντονισμού συνεργασίας συνέχειας στη φροντίδα.

## **Συναισθήματα του ασθενή κατά την διάρκεια της συνάντησης του με τον Ιατρό.**

Η συμπεριφορά του γιατρού καθιστά να είναι αντικειμενική και συναισθηματικά αμερόληπτη. Ο ασθενής εξομολογούμενος στον ιατρό τα προβλήματα υγείας του εξιστορώντας του πολλές φορές τα γεγονότα από τη προσωπική του ζωή τις ιδέες του αναζητά στο πρόσωπο του ιατρού τη συμπάθεια και τη κατανόηση. Η προσδοκία αυτή αποτελεί συχνά πηγή προβλημάτων στη σχέση ιατρού ασθενή, αφού απαιτείται από τον ιατρό ουδετερότητα, έλεγχος των συναισθημάτων του και υψηλού βαθμού δεξιότητες επικοινωνίας με τον ασθενή. Ιδιαίτερη θέση κατέχουν οι σχέσεις ιατρού ασθενή και στη καθημερινή ιατρική πράξη σε θέματα που αφορούν την κατανόηση της ψυχολογίας του πάσχοντος, τον τρόπο της λήψης του ιστορικού, την επιλογή της θεραπείας του, αν είναι κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και συμμόρφωση για τη λήψη της θεραπείας του, και τη προσπάθεια κατανόησης της φοβία του. Αναφέρθηκε ήδη ότι ο φόβος, το άγχος, η ανησυχία, η αγωνία και η περιέργεια αποτελούν, μεταξύ άλλων, συναισθήματα που συνοδεύουν τον ασθενή κατά την αναμονή της συνάντησής του με τον ιατρό. Έχοντας ήδη την εμπειρία του συμπτώματος, υποθέτει και υποδύεται τον ρόλο του ασθενή και προσέρχεται στον ιατρό προκειμένου να κατανοήσει τι του συμβαίνει, να το διαχειριστεί και να το αντιμετωπίσει. Η φύση και ο χαρακτήρας της ασθένειας, η επίδρασή της στη ζωή του, ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπιστεί και ο τρόπος που θα τη διαχειριστεί, αποτελούν τους άξονες γύρω από τους οποίους κινείται η λογική και το συναίσθημα του ασθενή κατά την αναμονή της συνάντησής του με τον ιατρό. (*Silverman et al, 2005*).

Οι προηγούμενες εμπειρίες του ασθενή επηρεάζουν σαφώς τη στάση και τη συμπεριφορά του απέναντι στον ιατρό. Η μη αναζήτηση των προσδοκιών του ασθενή ή αποτυχία εκπλήρωσης του συνδέονται με τη μειωμένη ικανοποίηση, την ανεπαρκή ανοχή και μη αποτελεσματική ακολούθηση της θεραπευτικής αγωγής. Η στάση η συμπεριφορά του ασθενή καθώς τα συναισθήματα και οι προσδοκίες που συνδέουν την επικοινωνία με τον γιατρό, αποτελούν αναμφίβολα ένα σημαντικό παράγοντα για τη ποιότητα και την αποτελεσματικότητά της πορείας της θεραπείας του. Οι αντιλήψεις του ασθενή βασίζονται στις προηγούμενες εμπειρίες του ξεκινώντας από τη παιδική ηλικία, οπότε κάθε ασθενής είναι ξεχωριστός και χρειάζεται διαφορετικές επικοινωνιακές δεξιότητες με τον γιατρό να προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες του. Ο ασθενής προσδοκά από τον ιατρό την υπομονή την αποδοχή του, τον σεβασμό τη κατανόηση τη τεκμηριωμένη διερεύνηση του και την ανάπτυξη μιας λειτουργικής σχέσης. Ο σεβασμός η αποδοχή η μείωση κάθε περιττού αισθήματος αμφιβολίας και αβεβαιότητας αποτελούν τους στόχους του προσωπικού της μονάδας υγείας στη φάση αυτή. Να νιώσει ευπρόσδεκτος. Η διαδικασία επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων θεωρείται επιτυχημένη όταν καταφέρουν να αποδώσουν την ίδια ερμηνεία στα μηνύματα που εκφράζονται λεκτικά και μη λεκτικά. (*Barry et al., 2000*).

Η αποτελεσματική επικοινωνία στη σχέση ιατρού-ασθενούς επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την τήρηση ή μη των θεραπευτικών οδηγιών και την εξέλιξη της πορείας της

νόσου. Η χρήση των κατάλληλων τεχνικών επικοινωνίας και η σημασία του επίπεδου της εν συναίσθησης του ιατρού βοηθούν στην οικοδόμηση μιας σχέσης και συνεργασίας και μπορούν να καλλιεργηθούν μέσω της εκπαίδευσης και της προσωπικής επιμονής με γνώμονα την ολιστική αντιμετώπιση της νόσου. Αναμφίβολα η επικοινωνία μεταξύ Ιατρού και ασθενούς δεν αναπτύσσεται επί «ίσοις όροις». Οι τεχνικές επικοινωνίας θα συμβάλουν στην κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση επικοινωνίας των λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων, ώστε η απόσταση που χωρίζει τον Ιατρό και Ασθενή να μειωθεί. Οι μεταβαλλόμενες συνθήκες στην παροχή υπηρεσιών υγείας και αυξανόμενες απαιτήσεις των ασθενών σε συνδυασμό με τη ραγδαία ιατρική τεχνολογική εξέλιξη επαναπροσδιορίζουν τον ρόλο της σχέσης ιατρού-ασθενούς. Οι βελτιωμένες επικοινωνιακές δεξιότητες των ιατρών και αποκωδικοποίηση της κοινωνικοσυναισθηματικής πλευράς των ασθενών θα αποτελέσουν τον ακρογωνιαίο λίθο οικοδόμησης μια υγιούς σχέσης με αντανάκλασής στη ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας. (Σουλίου, 2019).

Ένας από τους πλέον συνήθεις δείκτες της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρηστών αλλά και ο απολογισμός της συμπεριφοράς αυτών σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας. Ακριβώς το ίδιο αναφέρει και ο (Donabedian, 1966), ότι δηλαδή η ικανοποίηση του ασθενούς διαδραματίζει πολύ σπουδαίο ρόλο για το λόγο αυτό πιστοποιεί ποιοτικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών βοηθά στη

- Διαπίστωση των προβλημάτων όχι μόνο του ασθενή αλλά στην μεταξύ του επικοινωνία αλλά και στην παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Στην απόκτηση σημαντικών πληροφοριών.
- Σωστή διαχείριση οικονομικών πόρων των υπηρεσιών υγείας.

## Προσδοκίες Ασθενών

Η καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών βοηθά στη διαπίστωση των προβλημάτων, στην απόκτηση σημαντικών πληροφοριών και στη σωστή διαχείριση των οικονομικών πόρων των υπηρεσιών υγείας. Ο βαθμός ικανοποίησης έχει στενή σχέση με τις προσδοκίες των ασθενών και τα κοινωνικοοικονομικά και ψυχοκοινωνικά τους χαρακτηριστικά. Ο βαθμός ικανοποίησης στην ουσία αποδεικνύει ότι οι προσδοκίες των ασθενών χρηστών πραγματοποιήθηκαν και καθορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αυτό που ήλπιζαν να συμβεί και αυτό που τελικά συνέβη.

Οι προσδοκίες αναφέρονται στις προκατασκευασμένες σκέψεις των ασθενών σχετικά με το είδος της φροντίδας που θεωρούν ότι πρέπει να λάβουν και επηρεάζουν σημαντικά το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη υπηρεσιών υγείας (Petersen, 1988). Διακρίνονται δυο τύποι προσδοκιών: α) σχετικά με τις υπηρεσίες που επιθυμεί να λάβει ο ασθενής και β) σχετικά με τις υπηρεσίες που τελικά λαμβάνει (O'Connor et al., 2000). Η ικανοποίηση εκτιμάται ως η διαφορά μεταξύ αυτού που περιμένουν και αυτού που τελικά συναντούν οι ασθενείς, δηλαδή είναι αποτέλεσμα των παρεχόμενων

υπηρεσιών σε σχέση με τις αρχικά προσδοκώμενες (Καλογεροπούλου, 2011; Μιαουλis et al., 2009).

Οι προσδοκίες διαμορφώνονται συνδυάζοντας παράγοντες και χαρακτηριστικά στα οποία περιλαμβάνονται: Οι ανάγκες και οι αξίες του ασθενούς, τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του, η στάση του προς την κεντρική εξουσία, η προηγούμενη εμπειρία από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. (Κωσταγιόλας και συν., 2006).

Ο *(Freeodson, 2001)* περιγράφει μια διαφορετική περίπτωση όπου παρουσιάζεται η σχέση ιατρού ασθενούς ως σχέση συγκρούσεων. Οι συγκρούσεις αυτές μπορούν να εμφανιστούν προοδευτικά γιατί και τα δύο μέρη της συγκεκριμένης σχέσης έχουν διαφορετική απτική και προτεραιότητες.

Οι προσδοκίες των ασθενών μπορεί να είναι διαφορετικές από τις πραγματικές τους ανάγκες του, έτσι όπως αυτές αξιολογούνται κάθε φορά από επαγγελματίες υγείας. Και οι δύο οπτικές μπορεί να έρχονται σε σύγκρουση με τη διαθεσιμότητα πόρων. Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών πραγματοποιείται με τη χρήση μεθόδων όπως π.χ, οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται με τον ασθενή προκειμένου να συμφωνήσουν στη καλύτερη δυνατή θεραπεία. Η τεκμηριωμένη γνώση και αυτό θα πρέπει να είναι μια σημαντική προτεραιότητα για ένα σύγχρονο σύστημα υγείας στη χώρα μας.

Ο φόβος και το άγχος μεταξύ ποικίλων συναισθημάτων φαίνεται να διακατέχουν τον ασθενή που περιμένει να εξεταστεί από τον γιατρό. Ο ασθενής προσδοκά από τον ιατρό όχι μόνο να καθησυχάσει τους φόβους του, τις ανησυχίες του και το άγχος σχετικά με τη πιθανότητα παρουσίας ασθένειας αλλά και σε περίπτωση αυτή που υπάρχει να αντιμετωπιστεί πριν εξελιχθεί και επηρεάσει τη ζωή του. Φόβος και άγχος διακατέχει τον ασθενή καθώς δεν γνωρίζει τι πρόκειται να συμβεί περαιτέρω. Πριν την ιατρική επίσκεψη ο ασθενής αναρωτιέται πως θα τον αντιμετωπίσει εάν του συμπεριφερθεί ευγενικά εάν θα ενδιαφερθεί και θα δείξει κατανόηση. Η συνάντηση του ασθενή με τον ιατρό σηματοδοτεί και προάγει την ανάπτυξη μιας ιδιαίτερης διαπροσωπικής σχέσης. Η σχέση διαμορφώνεται από πολιτισμικές κοινωνικές ψυχολογικές και οικονομικές επιδράσεις. (*Silverman et al, 2005*).

Θα είναι χρήσιμο να υπάρχει θετική στάση απέναντι στον ασθενή και τις απαντήσεις που δίνει για να δημιουργείται το αίσθημα της επιβεβαίωσης απέναντι στις απορίες που εκφράζουν οι ασθενείς. Για να επιτευχθεί αυτό ο ιατρός οφείλει να αναπτύξει μια αρμονική σχέση με τον ασθενή και να τον ενθαρρύνει να μιλά ειλικρινά και να του αφιερώνει ένα σημαντικό ποσοστό ενεργητικής ακρόασης.

Η ενεργός συμμετοχή του ασθενή στη θεραπευτική διαδικασία προάγει καλύτερα κλινικά αποτελέσματα ελαχιστοποιεί τη πιθανότητα λάθους, ενώ παράλληλα του δίνεται η ενθάρρυνση, το κίνητρο και η προτροπή για αλλαγή συμπεριφοράς ως προς τους παράγοντες κίνδυνου. Ο παραπάνω ορισμός είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς οι ασθενείς θα έχουν την ικανότητα να έχουν πρόσβαση σε ιατρικά και κλινικά ζητήματα, όπως επίσης να κατανοούν τους παράγοντες κινδύνου σχετικά με την υγεία τους. (WHO,2013).

Οι ασθενείς πολλές φορές είναι καχύποπτοι απέναντι στους γιατρούς. Το γεγονός αυτό τους προδιαθέτει αρνητικά πριν την επίσκεψη τους στον γιατρό. Με τον φόβο να κυριαρχεί κατά τη διάρκεια τη συνεδρία τους. Ο φόβος είναι ένας αρνητικός ανασταλτικός παράγοντας ώστε να μην υπάρχει μια επιτυχής επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και του γιατρού. Οι οδηγίες που δίνουν οι γιατροί θα πρέπει να είναι κατανοητές και προσβάσιμες από οποιοδήποτε ασθενή ανεξαιρέτου εκπαιδευτικού υπόβαθρου. Όσο πιο κατανοητή είναι η πληροφορία που δέχεται ο ασθενής τόσο πιο πιθανόν είναι να ακολουθήσει τις οδηγίες των γιατρών.

Ο Γιατρός προκειμένου να διαχειριστεί αποτελεσματικά τον ασθενή πρέπει να γνωρίζει τις αντιλήψεις του για τη νόσο ώστε να κατανοήσει καλύτερα τον ασθενή του

- Να αναγνωρίσει τα κύρια του σημεία και τα πλέον σοβαρά συμπτώματα
- Να καταλήξει σε μια σωστή διάγνωση
- Να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα προβλήματα υγείας του.

Η ελλιπής επικοινωνία και η μη ικανοποίηση του ασθενούς είναι παράμετροι που συνδέονται άρρηκτα με τη πιθανότητα ιατρικών λαθών. (WHO, 2015).

## **Παράγοντες που επηρεάζουν τις προσδοκίες των ασθενών ως προς την επικοινωνία τους με τους γιατρούς.**

Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από πλήθος διαφορετικών παραγόντων. Σύμφωνα με τις περισσότερες έρευνες οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση είναι η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, η κατάσταση της υγείας, η οικογενειακή κατάσταση (*Γαβριήλ και συν, 2012*).

### **➤ Ηλικία**

Η ηλικία επηρεάζει την ικανοποίηση και μάλιστα τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζονται πιο ικανοποιημένα. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο υπομονετικά και δεκτικά ή έχουν μικρότερες απαιτήσεις, λόγω προηγούμενων βιωμάτων. Μια άλλη εξήγηση είναι ότι ίσως λόγω ηλικίας χαίρουν μεγαλύτερου σεβασμού από τους επαγγελματίες υγείας (Crow et al., 2002). Αντίθετα, οι έρευνες των Otani et al. (2009) και (2004) έδειξαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης στους νεότερους ασθενείς

Κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες είναι πιο ικανοποιημένες και εμφανίζουν και μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων στα νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα πολλών μελετών θεωρούν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένες (Pini et al., 2014, Mohan & Kumar, 2011)

### **➤ Εκπαίδευση**

Το εκπαιδευτικό επίπεδο εμφανίζει σχέση αντιστρόφως ανάλογη με την ικανοποίηση. Άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχουν καλύτερη πληροφόρηση και υψηλότερες προσδοκίες. Άτομα με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, δείχνουν περισσότερο ικανοποιημένοι, όπως διαπιστώνεται και σε διεθνείς αλλά και σε ελληνικές μελέτες (Paul et al., 2016). Οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς, με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με πιο νέους αλλά υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου, λόγω διαφορετικού επιπέδου προσδοκιών (Gwozdz & Poza, 2010).

#### ➤ Οικονομική Κατάσταση

Η οικονομική κατάσταση έχει επίσης μελετηθεί ως παράγοντας που επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης. Ωστόσο, τα ευρήματα των μελετών δεν ταυτίζονται. Άτομα χαμηλού Ωστόσο, το υψηλό εισόδημα οδηγεί σε μεγαλύτερες απαιτήσεις, οπότε τελικά η συσχέτιση ικανοποίησης και οικονομικής κατάστασης μπορεί να εμφανίσει σχέση αντιστρόφως ανάλογη (Drosos et al., 2015).

## Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

- αποτελεί τη βασική φροντίδα υγείας (που βασίζεται σε πρακτικές επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους προσιτές σε όλους τους πολίτες.
- η συμμετοχή των ατόμων είναι πλήρης και το κόστος της για την παροχή των υπηρεσιών, καταβάλλεται από το κράτος.
- αποτελεί τον άμεσο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.
- αποτελεί το πρωταρχικό στοιχείο της διαδικασίας παροχής συνεχούς φροντίδας υγείας (WHO, 1978).

Η ΠΦΥ, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας ενός κράτους, και ταυτόχρονα βασικό μοχλό ανάπτυξης τόσο οικονομικά όσο και κοινωνικά, αποτελεί πεδίο στο οποίο η ικανοποίηση και η ποιότητα διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για την εύρυθμη λειτουργία ενός συστήματος υγείας. (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2011).

Παρ' όλα αυτά, η παραπάνω συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και άλλων φορέων μπορεί να συναντήσει δυσκολίες λόγω του νομικού και κοινωνικού πλαισίου στην ελληνική πραγματικότητα. Για να διασφαλιστεί η αποτελεσματική φροντίδα, οι επαγγελματίες υγείας – μέλη της ομάδας ΠΦΥ θα πρέπει να διαθέτουν τις παρακάτω δεξιότητες (Jurgutis et al, 2013).

- Να διενεργούν ολοκληρωμένη και ολιστική προσέγγιση/φροντίδα για τις ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου και της οικογένειάς του.
- Να αναγνωρίζουν τον ρόλο του ατόμου ή/και της οικογένειάς του

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη χώρα μας και η αναγκαιότητα του ιατρού γενικής ιατρικής. Η ανάγκη χάραξης μιας εθνικής στρατηγικής που να προασπίζει και να διασφαλίζει το δικαίωμα κάθε πολίτη της χώρας μας στην υγεία και, φυσικά, στην κάλυψη των βασικών του αναγκών σε υγεία και φροντίδα ανεξαρτήτως φυλής, θρησκείας και οικονομικής κατάστασης σε μία περίοδο πρωτόγνωρης οικονομικής κρίσης αναδεικνύει την ΠΦΥ και τις υπηρεσίες της ως τον βασικότερο παράγοντα για την επίτευξη του στόχου αυτού. Στη χώρα μας τις τελευταίες δεκαετίες έγιναν αρκετές προσπάθειες για την ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής και ολοκληρωμένης ΠΦΥ, που όμως δεν κατάφεραν να την καθιερώσουν παρά τη ρητορική που τις συνόδευε. Στην ιστορική εδώ και χρόνια διακήρυξη της Άλμα-Άτα αναφέρεται ότι «Η ΠΦΥ στοχεύει στην:

- επίλυση των βασικότερων προβλημάτων υγείας στο πλαίσιο της κοινότητας, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης, προώθησης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας
- Βασίζεται σε κατάλληλα εκπαιδευμένους και καταρτισμένους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται ως ομάδα υγείας για να ανταποκρίνονται με επιτυχία

Ο γενικός ιατρός οφείλει με διορατικότητα να προβλέπει και να αναγνωρίζει τις ανάγκες υγείας και φροντίδας του πληθυσμού στον οποίο η ομάδα υγείας απευθύνεται και να συμβάλλει στην εκτίμησή τους, καθώς και στον σχεδιασμό στρατηγικών βέλτιστης αξιοποίησης των πόρων και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού της ομάδας υγείας, με στόχο πάντα την παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Ως ηγετικό μέλος της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ θα πρέπει να εμψυχήσει ένα κοινό όραμα και φιλοσοφία στα υπόλοιπα μέλη της ώστε η ομάδα να γίνει πιο ευέλικτη και να αναλαμβάνει μεγαλύτερη ευθύνη, συμβάλλοντας στη διεύρυνση του προκαθορισμένου ρόλου της. Ο γενικός ιατρός πρέπει να συμβάλλει στη βελτίωση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ και να δημιουργήσει αποτελεσματικά κανάλια επικοινωνίας και διάχυσης της πληροφορίας. (Royal College of General Practitioners, 2013), κάτι όμως που είναι ακόμα μακριά από τη σημερινή ελληνική πραγματικότητα.

## Σημαντικές με τη σχέση ιατρού-ασθενούς

Συμπόνια και ενσυναίσθηση: Δυο έννοιες που απαιτούν δεξιότητες επικοινωνίας-εστιάζοντας στην πνευματική φροντίδα του ασθενή.

**Συμπονετική φροντίδα** (compassionate care) είναι η ενσυναίσθηση ως προς τον πόνο του ατόμου με στόχο την ανακούφιση του στο αίσθημα του πόνου.

**Συμπόνια** (compassion) είναι μια σύνθετη έννοια που εμπεριέχει και άλλες αξίες όπως την κατανόηση, ενσυναίσθηση (empathy), την συμπάθεια, την ευγένεια και τον σεβασμό. Να αναγνωρίζει τα αρνητικά συναισθήματα του ασθενή όπως π.χ το άγχος με στόχο να τον βοηθήσει ως προς αυτό το συναίσθημα. Με απλά λόγια να προσπαθεί να μπαίνει στην θέση του ασθενή ώστε να καταλαβαίνει την συναισθηματική του κατάσταση. (Weisz and Zaki, 2017). Η έλλειψη της συμπόνιας φαίνεται να συνδέεται



με την αδυναμία του συστήματος υγείας να καλύψει τις θεμελιώδεις ανάγκες των ασθενών. (Sepalla et al, 2017).

### Ο ορισμός της πνευματικότητας και της πνευματικής φροντίδας (Spiritual Care)

- Η πνευματική φροντίδα συνεπάγεται συμπόνια, συναισθηματική παρουσία, ακρόαση και ενθάρρυνση για ρεαλιστική προσδοκία και ελπίδα και δε θα πρέπει πάντα να εμπλέκει συζήτηση για το Θεό ή τη θρησκεία γενικά.

(Anandarajah and Hight, *Ann Fam Physician* 2001; Manning-Walsh, *Oncol Nurs Forum* 2005; Astrow, *J Clin Oncol* 2009).

**Ειλικρίνεια (Dignity).**

Ο Ιατρός πρέπει να αντιμετωπίζει με ειλικρίνεια τον ασθενή.

### Compassion fatigue

Στη επαγγελματική καθημερινότητα των γιατρών υπάρχει αρκετό φόρτο εργασίας σε συνδυασμό με την έλλειψη χρόνου, μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο **Compassion fatigue**. Ο ορισμός αυτός, περιγράφει την συναισθηματική κόπωση των επαγγελματιών υγείας στην προσπάθειά τους να καλύψουν τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, δείχνοντας τους ενσυναίσθηση ως προς τον πόνο τους. Το γεγονός αυτό καθιστά δύσκολη τη καθημερινότητα των γιατρών ώστε να δείχνουν επαρκή συμπόνια και να ακούσουν τους προβληματισμούς των ασθενών. Η διαφορά ανάμεσα στο Burn out και το (Compassion Fatigue) είναι ότι στον πρώτο ορισμό η συναισθηματική εξάντληση εξαρτάται από το γενικό σύνολο των διεργασιών, η συνεργασία με τους συναδέλφους, η πίεση του χρόνου που υπάρχει στη καθημερινότητα των νοσοκομειακών ιδρυμάτων στα συστήματα υγείας. Ενώ η δεύτερη έννοια αναφέρεται αποκλειστικά στη «**συναισθηματική σχέση**» που αναπτύσσεται ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό η οποιαδήποτε επαγγελματία υγείας. (Sinclair et al, 2017)

Ο Νοσηλευτής αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι μέλος της ομάδας της ΠΦΥ. Ο νοσηλευτής υπό το πλαίσιο της λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας και ως μέλος αυτής, μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ομάδας, με αποδέκτες τόσο το άτομο/χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Η συνεργασία μεταξύ νοσηλευτή και ιατρού τεκμηριώνεται και βιβλιογραφικά ως πιο αποτελεσματική προς τη ικανοποίηση των σθενών ως προς τη φροντίδα που δεχόταν ενώ ή συμβολή του νοσηλευτή στο θέμα χρόνου ως προς τον όγκο εργασίας των γιατρών ήταν σε μεγάλο βαθμό βοηθητική. (Αδαμακίδου, και συν, 2015).

### Πατερναλιστικό μοντέλο

Τοποθετεί τον ιατρό σε μια «εξουσιαστική» θέση στη σχέση του με τον ασθενή, βασιζόμενο στην υπόθεση ότι έχει όλη τη διαθέσιμη γνώση ώστε να λαμβάνει αποφάσεις για τον ασθενή, χωρίς να τον εμπλέκει καθόλου στη διαδικασία λήψης της

απόφασης. Αντίθετα η σχέση ιατρού-ασθενή στηρίζεται στον αλληλοσεβασμό και στην από κοινού συνεργασία προς όφελος του ασθενή. Σύμφωνα με την πατερναλιστική θεώρηση, αποτελεί υποχρέωση του ασθενή η συμμόρφωσή του στις εντολές του ιατρού. Πρόκειται για ένα πρότυπο ενεργητικότητας-παθητικότητας και αφορά έναν ασθενή πλήρως παθητικό και τυφλά υπάκουο στις αποφάσεις του απόλυτα ενεργού ιατρού. Ένας λιγότερο παθητικός ασθενής που παραμένει, ωστόσο, υπάκουος στις αποφάσεις-εντολές του ιατρού επιδεικνύει συμπεριφορά η οποία εντάσσεται στο πρότυπο της καθοδήγησης.

## Η διεπαγγελματική συνεργασία:

- Βελτιώνει το συντονισμό, την επικοινωνία και, τελικά, την ποιότητα και την ασφάλεια στην φροντίδα υγείας.
- Χρησιμοποιεί τις ατομικές και συλλογικές δεξιότητες και την εμπειρία των μελών της ομάδας, που τους επιτρέπει να λειτουργήσουν πιο αποτελεσματικά και να παραδώσουν ένα υψηλότερο επίπεδο υπηρεσιών από ότι εάν δούλευαν ο καθένας μόνος.
- Πολλοί εργαζόμενοι στην υγεία από διαφορετικά επαγγελματικά υπόβαθρα εργάζονται από κοινού με τους ασθενείς, τις οικογένειες, τους φροντιστές, και τις κοινότητες για να διανεμήσουν την υψηλότερη ποιότητα της περίθαλψης.

## Η συνεργασία απαιτεί άριστες δεξιότητες επικοινωνίας, συμπεριλαμβανοντας:

- Ικανότητα διαπραγμάτευσης
- Από κοινού λήψη αποφάσεων
- Συλλογική επίλυση προβλημάτων
- Θέσπιση στόχων
- Υλοποίηση δράσεων
- Αναγνώριση δυνατών & αδύναμων σημείων
- Διευκρίνιση ρόλων και ευθυνών
- Αξιολόγηση προόδου

(Robert Wood Johnson Foundation, 2011).

**Η προσωποκεντρική προσέγγιση** (People-centred Care), είναι η παροχή φροντίδας που δείχνει σεβασμό σε κάθε ασθενή ξεχωριστά, ανάλογα με τις ανάγκες τους, τις αξίες του διασφαλίζοντας ότι ασθενής ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες. Με αυτήν την προσέγγιση δημιουργείται μια καλή διαπροσωπική σχέση με τον ασθενή, διευκολύνοντας την ανταλλαγή πληροφοριών, καθώς συμπεριλαμβάνει τον ασθενή στη διαδικασία λήψης της απόφασης (Franks et al, 2006).

## Ομάδα υγείας και ολοκληρωμένη (integrated) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η ολοκληρωμένη όπως αποδίδεται ο όρος «integrated» στη ΠΦΥ είναι η φροντίδα που προσφέρει μια ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας συνεργαζόμενη με άλλους επαγγελματίες υγείας, καθώς και με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, με τη

χρήση μιας συστηματικής και αποδοτικής προσέγγισης φροντίδας υγείας εστιασμένης στον ασθενή (Peek and the National Integration Academy Council, 2013).

## Family-oriented primary care

Επίκεντρο της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας θα πρέπει να είναι η οικογένεια (**Family-oriented primary care**) καθώς αποτελεί σημαντικό μέρος του κοινωνικού συστήματος στο οποίο αναπτύσσεται η σχέση του γιατρού- ασθενή. Ο προσανατολισμένος στην οικογένεια ιατρός συλλέγει πληροφορίες, όχι μόνο για τα προβλήματα που αναφέρει ο ασθενής αλλά για τις οικογενειακές του σχέσεις, και τα πρότυπα υγείας που υπάρχουν στο οικογενειακό περιβάλλον. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι οι δείκτες θνησιμότητας είναι μικρότερα σε άτομα που βρίσκονται σε ένα ασφαλές οικογενειακό περιβάλλον συγκριτικά με άτομα που δεν έχουν ένα οικογενειακό υποστηρικτικό περιβάλλον. Είναι σημαντικό να αναφερθεί σε όλα τα μέλη της οικογένειας, να καταγράψει τις συνήθειες τους, και τις συμπεριφορές υγείας τους. Ο ρόλος της οικογένειας είναι σημαντικός ως προς τους γνωστούς παράγοντες κινδύνους για τα χρόνια νοσήματα, όπως παχυσαρκία, αρτηριακή πίεση, και ο σακχαρώδης διαβήτης, καθώς συμβάλουν στο να ακολουθεί ο ασθενής τις οδηγίες των γιατρών, γεγονός που έχει τεράστια σημασία από πλευρά πρόληψης και αντιμετώπισης χρόνιων νοσημάτων καθώς υπάρχει τεράστιο κόστος για τα συστήματα υγείας. (Samoli et al., 2015).

## Motivational Interviewing (Παρακινητική Συνέντευξη)

Η κινητοποιός συνέντευξη (Motivational Interviewing)

«Motivational interviewing is a collaborative conversation style for strengthening a person's own motivation and commitment to change»

- Σχεδιάστηκε αρχικά από τον William R. Miller. που σχεδίασε και την τεχνική για άτομα με προβλήματα με το αλκοόλ το 1983.
- Εστιασμένη στον ασθενή προσέγγιση ως βοήθεια στην αλλαγή συμπεριφοράς αυξάνοντας την εσωτερική κινητοποίηση
- Responsibility- Ανάθεση προσωπικής ευθιγής του ασθενούς για αλλαγή
- Advice- Σαφή Συμβουλή για την αναγκαιότητα της αλλαγής
- Menu- Παροχή Εναλλακτικών στρατηγικών
- Empathy- Κατανόηση εμπειρίας και αναγκών του ασθενούς
- Supporting Self Efficacy- Παρακίνηση του ασθενούς

Βασικές έννοιες της παρακινητικής συνέντευξης είναι αρχικά ότι πρέπει να γίνονται με ανοικτές ερωτήσεις με σκοπό ο ασθενής να μοιραστεί τις σκέψεις και τις απόψεις του μαζί με τον γιατρό. Ο γιατρός θα πρέπει να επιδιώκει να κατανοήσει τις αξίες, τις ανάγκες, τους πιθανούς φραγμούς στην μεταξύ τους επικοινωνία καθώς ακούει προσεκτικά τον ασθενή. Στόχος της παρακινητικής συνέντευξης είναι η ενδυνάμωση(empowerment) του ατόμου αποκτώντας με αυτόν τον τρόπο τον έλεγχο στην υγεία του. (Chris Wanger et al, 2017)

## Health Literacy (Εγγραμματοσύνη της υγείας) ή Αναλφαβητισμός στην Υγεία

Προβληματική φαίνεται να είναι η επικοινωνία γιατρού -ασθενούς, καθώς να μην στην πλειονοτητά τους οι ασθενείς εμπιστεύονται το γιατρό τους και μιλούν με ειλικρίνεια για οτιδήποτε αφορά την υγεία τους, οι γιατροί από την άλλη δεν αφιερώνουν χρόνο και εξηγούν τα αποτελέσματα των εξετάσεων, ωστόσο οι ασθενείς φεύγουν με απορίες, καθώς οι όροι που χρησιμοποιούν οι γιατροί είναι «επιστημονικοί». Οι κοινωνικές ικανότητες που χρειάζεται το κάθε άτομο ξεχωριστά αλλά και οι κοινότητες για να καταλάβουν, να αξιολογήσουν, να αποκτήσουν, και να κατανοήσουν την προσφερόμενη πληροφορία από τη παροχή υπηρεσιών με σκοπό να πάρουν αποφάσεις για την υγεία τους αναφέρεται ως εγγραμματοσύνη της υγείας (Health Literacy). (WHO 2015).

## Empathy (Εν συναίσθηση)

Προσφέρει άνεση στον ασθενή οπότε μπορεί να μιλήσει πιο ελεύθερα. Ο γιατρός μπορεί να αντλήσει και άλλες πληροφορίες και να παρατηρήσει τη συμπεριφορά του ασθενή να αναγνωρίζει τον εσωτερικό κόσμο του ασθενή, να καταλαβαίνει τις ανάγκες του σαν να μπαίνει στην θέση του ασθενή. (Sepalla et al, 2017).

Ο ιατρός επιδιώκει τη σωστή διάγνωση και εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας. Ο ασθενής νιώθει την ανάγκη να γνωρίζει να κατανοεί, ενώ ταυτόχρονα επιθυμεί να γίνει αποδεκτός από τον ιατρό σε κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και ισοτιμίας. Η **ενσυναίσθηση**, ο **σεβασμός**, η **ειλικρίνεια** η **αποδοχή** και η **συμπόνια** αποτελούν συνθήκες σημαντικές για τη αποτελεσματικότητα της σχέσης αυτή. Ο ιατρός καλείται να αναλάβει την εκπαίδευση και τη παρότρυνση του ασθενή με όρους εν συναίσθηση και συμπόνιας με βάση προτροπής και ενθάρρυνσης που θα οδηγήσει στη συμμόρφωση και στην αλλαγή συμπεριφοράς. Η ενεργός συμμετοχή του ασθενή στη θεραπευτική διαδικασία προάγει καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, ελαχιστοποιεί τη πιθανότητα λάθους. Η χρήση των κατάλληλων τεχνικών επικοινωνίας και η σημασία της εν συναίσθησης του ιατρού βοηθούν στην οικοδόμηση μια σχέσης και συνεργασίας και μπορούν να καλλιεργηθούν μέσω της εκπαίδευσης και της προσωπικής επίμονης με γνώμονα την ολιστική αντιμετώπιση της νόσου. Η επικοινωνία του ασθενούς και του γιατρού δεν αναπτύσσεται επί ισοις οροίς. Οι τεχνικές επικοινωνίας θα συμβάλουν στην κωδικοποίηση και στην αποκωδικοποίηση των λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων ώστε η απόσταση που χωρίζει τον Ιατρό με τον ασθενή να μειωθεί.

Είναι σημαντικό να γίνεται η αποφυγή δυσνόητων ιατρικών όρων, και χρήση γλώσσας όπου ο ασθενής δεν μπορεί να κατανοήσει. Η ανατροφοδότηση (**feedback**) της ενεργητικής ακρόασης είναι ο τελικός έλεγχος από τον ιατρό καθώς επιβεβαιώνει ότι γίνεται αντιληπτός από τον ασθενή. Η ελλιπής ενημέρωση του ασθενή είναι ένα σημαντικό κομμάτι καθώς μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τα συναισθήματα του ασθενή και την και τη αποτελεσματικότητας της θεραπείας και της διαδικασίας. Η ρεαλιστική ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τη φύση των προβλημάτων της

υγείας κάνει πιο εύκολη του συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία και του δίνει την αυτονομία στην επιλογή της θεραπευτικής αγωγής.

Η σημασία της κοινωνικής επαφής όπως ο χαιρετισμός το άγγιγμα η χειραψία, δείχνουν μια αποδοχή εκ μέρους του γιατρού γεγονός που βοηθάει τον ασθενή να νιώσει ευπρόσδεκτος και πιο οικεία στη συνάντηση με τον γιατρό.

## **Empowerment (Ενδυνάμωση)**

Στα πλαίσια της σωστής επικοινωνίας μεταξύ ασθενή και γιατρού οι ασθενείς θα πρέπει να ενδυναμώνονται και να εκπαιδεύονται ώστε να μπορούν να ελέγξουν οι ίδιοι την κατάσταση της υγείας τους και να ακολουθήσουν τις οδηγίες των γιατρών. Η εκπαίδευση των ασθενών να γίνεται με βάση τις ρεαλιστικές προσδοκίες τους. Η ενδυνάμωση είναι η διαδικασία διαμέσου της οποίας τα άτομα και οι κοινωνικές ομάδες μπορούν να εκφράσουν τις ανάγκες τους, να παρουσιάσουν τις ανησυχίες τους, και να εφεύρουν στρατηγικές για την ανάμειξη τους, στη λήψη.

Οι επαγγελματίες υγείας θα είναι σωστό να εκπαιδεύονται και να επικοινωνούν τόσο με τις οικογένειές τους, να προσφέρονται οι υπηρεσίες υγείας με ένα ρεαλιστικό τρόπο σύμφωνα, τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες τους.

Η ενδυνάμωση των ασθενών μπορεί να γίνει εφικτή είτε με την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και σωστή πρακτικών υγιεινής που θα βελτιώσουν την καθημερινότητα των ασθενών με χρόνια νοσήματα μέρα με τη μέρα. Αυτή η διαδικασία μπορεί να γίνει με βαθμιαίο ρυθμό ιδιαίτερα με τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα και θα είναι ιδιαίτερα βοηθητικό τόσο για τους ίδιους τους γιατρούς όσο και για τους ασθενείς.

Η προκήρυξη της Astana υποστηρίζει, ότι πρέπει να ενθαρρύνεται η συμμετοχή του κάθε ατόμου ξεχωριστά, της οικογένειας, της κοινότητας, και της δημόσιας κοινωνίας μέσω της συμμετοχής στην ανάπτυξη και της υλοποίηση πολιτικών δράσεων, και σχεδίου έχοντας αντίκτυπο στην υγεία. Επίσης θα πρέπει να προωθείται η εγγραματοσύνη στην υγεία, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην ικανοποίηση των προσδοκιών των ατόμων, και των κοινοτήτων για την παροχή αξιόπιστων πληροφοριών σχετικά με την υγεία. Θα ενθαρρύνουμε την απόκτηση γνώσεων, ικανοτήτων και παροχή πηγών που χρειάζονται για να διατηρήσουν την υγεία τους (απευθύνεται σε κάθε ενδιαφερόμενο άτομο της κοινότητας), από τους επαγγελματίες υγείας. Θα προστατεύεται και θα προωθείται η αλληλεγγύη, και η ηθική υποστηρίζοντας τα ανθρώπινα δικαιώματα. Θα αυξηθεί η αυτοδυναμία της κοινότητας, με αυτό τον τρόπο συμβάλλοντας στην ανάληψη ευθηνής του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ώστε περισσότεροι άνθρωποι να είναι υγιείς, επιτρέποντας τους να ζουν σε ένα πιο ευνοϊκό περιβάλλον όσον αφορά την υγεία τους.

(WHO, 2017)

## Balancing act

Η ισορροπία που πρέπει να κρατήσει ο γιατρός θα πρέπει να μαθαίνει να κρατάει τα όριά, αν δεθεί συναισθηματικά με τον ασθενή οδηγηθεί σε Compassion Fatigue.

Είναι δύσκολο για τον γιατρό να δείχνει εμπάθεια και ενσυναίσθηση σε κάθε ασθενή. (Alleviate listening)

- Ο γιατρός να καταλαβαίνει όλες τις πτυχές του ασθενούς.
- Να γνωρίζει τον άνθρωπό

## Μη λεκτική επικοινωνία

Η μη λεκτική επικοινωνία είναι υπό τη μορφή του τόνου φωνής, έκφρασης προσώπου, βελτιώνει τη λεκτική επικοινωνία ως πρωταρχικό μέσο έκφρασης συναισθημάτων και μη λεκτικών συμπεριφορών. Πολλές φορές η μη λεκτική συμπεριφορά θεωρείται μια καλύτερη ένδειξη ποιότητας της επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και σθενών και αποτελεσματικότερη αντιμετώπισης αναγκών ασθενών διαφορετικής εθνικότητας. Η μη λεκτική επικοινωνία εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία των διαπροσωπικών σχέσεων. Αρκετοί ερευνητές της ανθρώπινης συμπεριφοράς υπολογίζουν ότι το 90% της διαπροσωπικής επικοινωνίας διεξάγεται μέσω της μη λεκτικής οδού, ενώ μόνο το 10% γίνεται μέσω του λόγου (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1995).

Τα **μη λεκτικά μηνύματα** εκφράζονται με χειρονομίες, στάσεις σώματος, εκφράσεις προσώπου η άλλες συμπεριφορές. Η σιωπή ή παύση και η παθητική ακρόαση είναι ένα δυνατό μη λεκτικό μήνυμα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά ώστε να κάνει ένα άτομο να αισθανθεί ότι γίνεται γνήσια αποδεκτό. Είναι πολύ σημαντικό να γίνεται και η συστηματική χρήση της σιωπής αυτό κάνει τον ασθενή να αισθάνεται ότι γίνεται αποδεκτός από τον ιατρό. Ο ασθενής περιγράφει την εμπειρία του σαν μια συνομιλία πως κάποιος απλά τον άκουγε. (Cocksedge et al. (2013).

## Γλωσσικός Φραγμός

Ο γλωσσικός φραγμός στην επικοινωνία προκύπτει όταν δυο άτομα δεν μιλούν την ίδια γλώσσα. Στο πλαίσιο χρήσης των υπηρεσιών υγείας, ο γλωσσικός φραγμός προκύπτει όταν ένας γιατρός δεν μιλά την ίδια γλώσσα με τον ασθενή, γεγονός που δυσχεραίνει την επικοινωνία μεταξύ τους. Πρέπει να τονιστεί ότι οι κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές εξελίξεις διαρκώς μεταβάλλουν τη δημογραφία της Ευρώπης και φυσικά της Ελλάδος ειδικότερα είναι σημαντικό να διερευνηθεί επίδραση του γλωσσικού φραγμού στη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας κατά την άμεση επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. (WHO,2017).

## Πολιτισμικοί παράγοντες

Ο γιατρός πρέπει να είναι καλά πληροφορημένος ως προς κουλτούρες και για ιδιαίτερες κοινωνικές ομάδες όπως αυτές που ανήκουν στα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα ή αυτές που ανήκουν στις αγροτικές περιοχές.

Ο πολιτισμός (culture) διαδραματίζει, τον σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων σε σχέση με την αρρώστια και την υγεία του πληθυσμού. Ο όρος «πολιτισμός» χρησιμοποιείται εδώ με την ανθρωπολογική έννοιά του και δηλώνει ένα σύμπλεγμα γλώσσας, ηθών, εθίμων, «πιστεύω» κ.ά., το οποίο κληρονομείται από γενιά σε γενιά (*Blum, 1960*).

Η σχέση ιατρού-ασθενή φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από τις αξίες και τις πεποιθήσεις του ασθενή. Ο ορισμός της αρρώστιας ποικίλλει από λαό σε λαό και από άτομο σε άτομο. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε πολιτιστικούς, κοινωνικό-οικονομικούς. Ο γιατρός οφείλει να κατανοήσει τον τρόπο που ο ασθενής αντιλαμβάνεται την αρρώστια, με βάση τις εμπειρίες και τις προσδοκίες του, και να επεξηγήσει στον ασθενή το πρόβλημα από τη δική του οπτική, ώστε να έρθει σε τελική συμφωνία μαζί του, εξασφαλίζοντας την επιτυχία στη μεταξύ τους επικοινωνία και, κατ' επέκταση, τη λήψη των κατάλληλων αποφάσεων για την καλύτερη έκβαση της υγείας του ασθενή (*Fong, Surg et al, 2010*).

Οι ασθενείς ενδέχεται να αναζητήσουν εναλλακτικές θεραπείες για διάφορους λόγους, μέχρι και σήμερα ασθενείς ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που είτε υποβλήθηκαν σε αποτυχημένες θεραπείες από τον ιατρό τους ή όταν ο ιατρός τους είχε προσβλητική συμπεριφορά απέναντι σε όσους είχαν διαφορετική άποψη σχετικά με τη φροντίδα τους (*Vincent and Furnham, 1996*).

**Πολιτισμικές ιδιαιτερότητες:** Η αυξανόμενη μετακίνηση πληθυσμών και η παγκοσμιοποίηση έχουν οδηγήσει σταδιακά στη σύσταση πολυφυλετικών και συγχρόνως πολυπολιτισμικών κοινωνιών ανά τον κόσμο. Είναι εύλογο, λοιπόν, η ποικιλομορφία πολιτιστικών χαρακτηριστικών να αντανακλάται και στον χώρο της υγείας. Με τον όρο «πολιτισμικές ιδιαιτερότητες», εννοούνται ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που αναπτύσσουν διάφορες ομάδες ενός πληθυσμού, όπως συνήθειες, πεποιθήσεις, γλώσσα, τα οποία ασκούν σημαντικές επιδράσεις στη διαμόρφωση των αντιλήψεων των ατόμων σχετικά με την αρρώστια.

Αξίζει να αναφερθούν ότι στις αγροτικές περιοχές οι ασθενείς τείνουν να ακολουθούν τις δικές τους πρακτικές πιστεύοντας ότι οι παραδοσιακές θεραπείες με βότανα ή άλλες παραδόσεις είναι πιο αποτελεσματικές από τη θεραπεία που προτείνει ο γιατρός. Ο πληθυσμός των αγροτικών περιοχών και κυρίως σε χωριά όπου είναι περισσότερο απομονωμένοι χρειάζεται ειδική μεταχείριση στην επικοινωνία και περισσότερη προσπάθεια να τους πλησιάσει καθώς έχουν δημιουργηθεί στα στερεότυπα και παραδόσεις μέσα στο χρόνο και είναι δύσκολο να αλλάξουν τρόπο σκέψης. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο γιατρός πρέπει να είναι πολύ καλά καταρτισμένος ως προς τις επικοινωνιακές δεξιότητες, ώστε να μπορεί να διαχειριστεί τις συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού με αυτές τις ιδιαιτερότητες. Οι ασθενείς

καταφεύγουν όλο και πιο πολύ στο διαδίκτυο για να λάβουν πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή τους.

**Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες:** Εκτός από τον πολιτισμό, και η κοινωνικοοικονομική τάξη επηρεάζει τις συνήθειες των ατόμων σε σχέση με τη νόσο, τόσο αναφορικά με την αντίληψή της όσο και με τη διαχείρισή της. Με τον όρο «κοινωνικοοικονομική τάξη» εννοούνται οι κοινωνικές ομάδες ατόμων με παρόμοιο εισόδημα, και εκπαιδευτικό επίπεδο.

## Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση είναι θεμελιώδης συστατικό στη σχέση Ιατρού- ασθενή για τη παροχή ολιστικής φροντίδας. Έχει παρατηρηθεί ότι η σχέση γιατρού ασθενή επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως κοινωνικοί-πολιτισμικοί. Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς ενδεχομένως να μην ακολουθούν την θεραπεία τους και να υιοθετούν εναλλακτικές θεραπείες είτε για οικονομικούς λόγους είτε από λανθασμένα στερεότυπα προτύπων και αντιλήψεις σχετικά με τη θεραπεία τους. Η κακή σχέση ανάμεσα σε ένα γιατρό και ασθενή οδηγεί τον ασθενή στο να αναζητήσει πληροφορίες στο ίντερνέτ. Για αυτό είναι σημαντικό οι γιατροί να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς με ειλικρίνεια. Το 33% των γιατρών δεν ασκούν ολιστική φροντίδα με επίκεντρο τον άνθρωπό. Ένα συχνό φαινόμενο στην καθημερινότητα των ιατρικών υπηρεσιών είναι ο γιατρός να κοιτάει τον υπολογιστή αντί να κοιτάει τον ασθενή. Ενώ το σωστό είναι ο γιατρός να έχει πιο ανθρωποκεντρική προσέγγισή προς τον ασθενή. (Λιονής& Πιτέλου, 2014).

## Χρόνος

Η **εμπιστοσύνη** η **εν συναίσθηση**, η **ειλικρίνεια** και ο **σεβασμός**, είναι βασικό στοιχείο για τη σχέση της σχέσης Ιατρού-ασθενή. Για να επιτευχθεί η ικανοποίηση του ασθενή βασικό στοιχείο είναι ο χρόνος. Το γεγονός αυτό βοηθάει τόσο τον γιατρό όσο και τον ασθενή σχετικά με την επιλογή της θεραπείας που θα μπορεί να επιλέξει. Αυτό δεν είναι πάντα εφικτό καθώς οι γιατροί δεν είναι σε θέση να διαθέσουν τον απαραίτητο χρόνο σε κάθε ασθενή ξεχωριστά. (Λιονής&Πιτέλου 2014).

Είναι συχνό φαινόμενο των ιατρικών ιδρυμάτων της χώρας, οι γιατροί να μην έχουν τον απαιτούμενο χρόνο να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς. Αυτό συμβάλει στη παροχή μη ποιοτικής φροντίδας προς τους ασθενείς. Η κατανόηση εκ μέρους των γιατρών για να μπορούν να ενστερνιστούν τις ανάγκες και τις αντιλήψεις των ασθενών είναι η βάση για μια ουσιώδης και σωστή επικοινωνία μεταξύ τους. Όταν δίνεται ενθάρρυνση προς τους ασθενείς υπάρχει η δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράζουν τις ανησυχίες τους, τις απορίες τους, τους ενδοιασμούς και τους φόβους τους και να κάνουν ερωτήσεις προς τους γιατρούς. Οι ασθενείς πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο στον σχεδιασμό της φροντίδας τους σε συνεργασία με τους γιατρούς. Ένα άλλο πρόβλημα, ίσως το πιο σημαντικό είναι η έλλειψη χρόνου από την πλευρά του ιατρικού προσωπικού, κυρίως λόγω φόρτου εργασίας. Έχοντας περιορισμένο χρόνο, δεν λαμβάνεται πάντα υπόψη η πιθανή πληροφόρηση που μπορεί να έχει ο



ασθενής, καθώς και το εάν έχει κατανοήσει τα όσα έχουν λεχθεί. Επίσης πολλές φορές δεν δίνεται ευκαιρία για ερωτήσεις από την πλευρά του ασθενούς. Έτσι ο ιατρός δεν μπορεί να είναι σίγουρος ότι ο ασθενής του ενημερώθηκε σωστά.

Ο ασθενής προσπαθεί να λύσει αποκλειστικά το δικό του πρόβλημα επιθυμώντας το μέγιστο χρόνο προσοχής του ιατρού σε όλα τα στάδια της ιατρικής εξέτασης. Σε αντίθεση ο ιατρός στην προσπάθεια του να εξυπηρετήσει μεγάλο αριθμό ασθενών και να καταναίμει το χρόνο του ισόποσα σε όλους ενεργεί τελικά αντίθετα προς τη κατεύθυνσή που θα επιθυμούσε ο ασθενής ως μεμονωμένη περίπτωση. Η παρουσίαση του προβλήματος στον ιατρό είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για τον ασθενή. Στην προσπάθεια του ο ασθενής να μεταφέρει λεκτικά τη κατάσταση της υγείας του στον ιατρό και τα προβλήματα που παρουσιάζονται πολλές φορές πλατειάζει και παραθέτει και άλλα γεγονότα τα οποία θεωρεί εκείνος πολλή σημαντικά. Η προσπάθεια της αυτοδιάγνωσης και του προσανατολισμού του ιατρού στο κατάλληλο σημείο ίσως να μην απασχολεί με την ίδια βαρύτητα τον ιατρό, ο οποίος με τη σειρά του προσπαθεί να εκμαιεύσει νέες πληροφορίες που θα τον οδηγήσουν ευκολότερα στην επίλυση του προβλήματος. Υπάρχουν φορές που ασθενείς αποκρύπτει στοιχεία η δεν έχει χρόνο να παρουσιάσει λεπτομερώς τα συμπτώματα του κτλ. Σε μια κανονική εξέταση το 45% των προβλημάτων που απασχολούν τον ασθενή δεν αναφέρονται στον γιατρό, με αποτέλεσμα να μην συζητηθούν ποτέ και αντίστοιχα δεν τους παρέχεται αρκετός χρόνος αφού σε τιμές μέσου όρου οι γιατροί διακόπτουν τον ασθενή μόλις 18 sec από τη στιγμή που έχει αρχίσει να μιλάει και να αναλύει το σκοπό της επίσκεψής του. Σε περίπτωση που ασθενής έχει αντίθετη γνώμη με τις συμβουλές του ιατρού τις περισσότερες φορές δεν θα εκφράσει την άποψη του. (Who, 2015).

Η οικονομική κρίση έχει επιδράσει ουσιαστικά στις διαφοροποιήσεις αυτές, έτσι η ανθρωποκεντρική προσέγγιση είναι ακόμα μεγαλύτερη πρόκληση για τις υπηρεσίες υγείας σήμερα. Ο όρος της συμπόνιας στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ είναι υπεύθυνοι για τον ασθενή ώστε να νιώσει ασφάλεια, δημιουργώντας ένα φιλικό περιβάλλον τόσο για τον ίδιο, όσο και την οικογένεια του. Με αυτόν τον τρόπο ενδυναμώνεται ο ασθενής δίνοντας του κίνητρό για να βελτιώσει την υγεία του.

Η χώρα μας έχει τον μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευτών ανά κάτοικους, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζει υπερδιπλάσια αύξηση του ιατρικού της δυναμικού. Η ανεπαρκής στελέχωση πολλών υπηρεσιών υγείας λόγω μειωμένων προσλήψεων και η γήρανση όσων συνεχίζουν να υπηρετούν καθιστούν δυσχερή την λειτουργία τους. Υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε μη ιατρικό προσωπικό και κυρίως σε νοσηλευτές. Πολλά τμήματα λειτουργούν με προσωπικό κάτω από τα όρια ασφάλειας. (Κυριόπουλος, 2019).

Στα πλαίσια της σωστής επικοινωνίας και φροντίδας που πρέπει να παρέχονται, ο γιατρός είναι ωφέλιμο να δίνει οδηγίες και συνεργάζεται με τη οικογένεια των ασθενών ώστε και το οικογενειακό περιβάλλον να συμβάλει στη κατανόηση των ιατρικών οδηγιών. Είναι σημαντικό τόσο οι ασθένειες όσο και οι οικογένειές τους

να σέβονται τον προσωπικό χρόνο και τις ανάγκες των γιατρών ως προς τον καθημερινό φόρτο εργασίας τους. (WHO 2015).

Η κακή σχέση μεταξύ Ασθενούς-Ιατρού, η στρεβλή πληροφόρηση των πολιτών, με θέματα σχετικά με την υγεία οδηγούν όχι μόνο στη κακή συμμόρφωση στη θεραπεία αλλά και στην αύξηση του κόστους των συστημάτων υγείας. (Σουλιώτης, 2019)

Εμπόδια κατά την κάλυψη των αναγκών για την ιατρική επίσκεψη το 2017:

Οι πολίτες απάντησαν:

- Υπήρχε καθυστέρηση στο κλείσιμο των ραντεβού το 64.1 %,
- Δυσκολία κλεισίματος ραντεβού σε συμβεβλημένο ιδιώτη ιατρό 41,4%.
- Αδυναμία πληρωμής της ιατρικής επίσκεψής σε μη συμβεβλημένο ιδιώτη γιατρό
- Δεν έχω ασφαλιστική κάλυψη 5.5 %

Παρατηρητήριο Μεταρρυθμίσεων στην υγεία. Έρευνα για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία στην Ελλάδα, Αθήνα Οκτώβριος 2017.

## Προαγωγή Υγείας και Πρόληψη

«Το προλαμβάνειν κάλλιον του θεραπεύειν»

Ιπποκράτης, 460-370 π.Χ.

Ο ασθενής αποτελεί επίκεντρο της συζήτησης στην ΠΦΥ. Οι υπηρεσίες σχεδιάζονται χωρίς αναφορά στις προσδοκίες επιθυμίες, αξίες και τις ανάγκες του. Οι λέξεις **προαγωγή υγείας** και **πρόληψη** πρέπει να υπάρχουν από την προπτυχιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, κυρίως οι γιατροί θα πρέπει να εκπαιδεύονται.

Ως πρόληψη ορίζεται κάθε υγειονομική ή άλλη παρέμβαση που αποσκοπεί στην αποτροπή συμβάντων που προκαλούν νόσο. Ο ορισμός αυτός κατ' ουσία ταξινομεί περίπου όλες τις ιατρικές πράξεις σαν προληπτικές. Αν και η πρόληψη εφαρμόζεται σήμερα σε μεγάλη έκταση, οι γιατροί εξακολουθούν να δαπανούν τον περισσότερο χρόνο τους στη διάγνωση και θεραπεία της νόσου και όχι στη πρόληψη.

Οι υπηρεσίες πρόληψης έχουν σκοπό να ελαττώσουν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα που προσβάλλουν πολλά άτομα σε νεαρή ηλικία και έχουν καλύτερη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας από τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

**Προαγωγή Υγείας:** ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

**Στόχοι:**

- Αναβάθμιση παραγόντων που επηρεάζουν θετικά την υγεία, φυσικό, κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον
- Ενδυνάμωση ατόμων και κοινοτήτων (συλλογική προσπάθεια)
- Εξασφάλιση της πρόσβασης στην υγεία (μείωση ανισοτήτων
- Αύξηση ευκαιριών για βελτίωση
- Διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών
- Διεπιστημονική συνεργασία (υγειονομικοί, πολιτικοί, διοικητικοί κ.α. φορείς)

## Αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας

Οι χρόνιες ασθένειες και η αντιμετώπιση τους αποτελούν ένα σπουδαιότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι σύγχρονες κοινωνίες στα νοσηλευτικά ιδρύματα λόγω των αυξημένων αναγκών τους οι χρόνιοι ασθενείς επιβαρύνουν τις υπηρεσίες υγείας και ανεβάζουν το κόστος των συστημάτων υγείας. Ενώ κάθε ασθένεια έχει διαφορετική εκδήλωση συμπτωμάτων και κάθε ασθενής βιώνει διαφορετικά τη νόσο του, υπάρχει μια σειρά προβλημάτων που βιώνουν οι χρόνιοι ασθενείς ανεξάρτητα από τη νόσο που υπάρχουν.

Σύμφωνα με τους Muss and Tsu (1996) προσδιόρισαν από μια σειρά κανόνων που αναφέρονται στα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται από τους χρόνιους ασθενείς και τις οικογένειες τους για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας. Οι κανόνες αυτοί αποτελούν ένα χρήσιμο οδηγό τόσο για τους νοσηλευτές όσο και για τους γιατρούς

### Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ή άλλων παραμέτρων της ασθένειάς που συνδέονται με την έκπτωση λειτουργιών.

- Τήρηση προγράμματος θεραπευτικής αγωγής.
- Διατήρηση ανάπτυξη σχέσεων με τους επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα υγείας.
- Γενικοί κανόνες για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας
- Τροποποιήσεις στην καθημερινότητα και στον τρόπο ζωής
- Χειρισμός συναισθημάτων
- Διατήρηση θετικής αυτοεικόνας
- Αντιμετώπιση των αλλαγών
- Διατήρηση ανάπτυξη σχέσεων με άτομα της οικογένειας και φίλους

(Αναγνωστόπουλος Φ, 2000).

## Κλινική βασισμένη σε ενδείξεις

Ως evidence based medicine ορίζεται η πρακτική που ενσωματώνει τις καλύτερες ενδείξεις που πηγάζουν από την ερευνά, με την κλινική εμπειρία και τις αξίες του ασθενούς, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του ασθενούς. (Μουντοκαλάκης, 2006). Η άσκηση της ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις είναι η ενσυνείδητη χρήση των εγκυρότερων και πιο πρόσφατων ενδείξεων για τη λήψη αποφάσεων αναφορικά με τη φροντίδα του ασθενή ατομικά. Ο Miivir Grey (1996) περιέγραψε ότι η κλινική πράξη που βασίζεται σε ενδείξεις είναι μια

προσέγγιση για τη λήψη αποφάσεων, στην οποία ο γιατρός χρησιμοποιεί τις καλύτερες διαθέσιμες ενδείξεις για να ενημερώσει έναν ασθενή για να αποφασίσει ποια από τις θεραπευτικές επιλογές είναι η πιο κατάλληλη για τη περίπτωση του κάθε ασθενούς με ταχύτερο τρόπο εξατομικεύοντας τις ανάγκες κάθε ασθενούς ξεχωριστά, σε σχέση με τους ατομικούς κινδύνους και τα οφέλη από τις ενδεχόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις σε σχέση με τις προσωπικές αξίες και τις προσδοκίες του κάθε ασθενή.

- Εκτίμηση κινδύνου
- Χρήση κλίμακων εκτίμησης κίνδυνου

### **Αναφορικά με τους ασθενείς τα κυριότερα οφέλη είναι:**

- Προσφέρεται η καλύτερη παρεχόμενη φροντίδα υγείας
- Διασφαλίζεται η αποτελεσματικότερη δυνατή θεραπεία και φροντίδα σε κάθε ασθενή εξατομικευμένα
- Αυξάνεται η ικανοποίηση του ασθενή
- Συμμετέχει ο ίδιος ο ασθενής στις κλινικές αποφάσεις σε συνεργασία με τον γιατρό, καθώς ο γιατρός θα έχει τη δυνατότητα να του προσφέρει και εναλλακτικές θεραπείες σύμφωνα και με τις αντιλήψεις και προσδοκίες του ασθενή

Ως **evidence based medicine** ορίζεται η πρακτική που ενσωματώνει τις καλύτερες ενδείξεις που πηγάζουν από την έρευνα με την κλινική εμπειρία και τις αξίες του ασθενούς, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του ασθενούς. Οι κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) αποτελούν δηλώσεις που αναπτύσσονται συστηματικά με σκοπό να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς να λάβουν τις σωστές αποφάσεις σχετικά με την πλέον για αυτούς κατάλληλη φροντίδα σε συγκεκριμένες περιστάσεις. Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις των επαγγελματιών υγείας, αλλά και του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, είναι η προσπάθεια για τη βέλτιστη χρήση των περιορισμένων πόρων που διαθέτει η χώρα μας, ενώ ταυτόχρονα παρέχονται θα παρέχονται υψηλής ποιότητας και τεκμηριωμένες με βάση τις ενδείξεις καλές πρακτικές φροντίδας υγείας. Η εφαρμογή των πρότυπων Κλινικής Διακυβέρνησης αποσκοπεί στον εξ ορθολογισμό της δαπάνης με τον κόστους διαχείρισης των νοσημάτων, καθώς και στη πρόσβαση στα δεδομένα υγείας και καθιστά την αποτελεσματική τους διαχείριση.

Να τονιστεί ότι είναι σημαντικό κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) και τα κλινικά πρωτόκολλα (clinical protocols) είναι συστηματικά οδηγίες με στόχο να βοηθήσουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και τους ασθενείς να λάβουν τις καλύτερες δυνατές αποφάσεις για την επιλογή της καλύτερης δυνατής φροντίδας.

### **Ολοκληρωμένη παροχή ποιοτικής ιατρικής φροντίδας**

Η ολοκλήρωση των υπηρεσιών υγείας ΠΦΥ συνεπάγεται με:

- ανάπτυξη βελτίωση υποδομών
- χρήση υφιστάμενης πληροφορίας
- σχεδιασμό παρεμβάσεων κοινότητας
- εκτίμηση αναγκών ατόμων κινδύνου-αλλαγή τρόπου σκέψης
- απαιτούμενος αριθμός προσωπικού
- ποιότητα, επίπεδο εμπειρίας, εξοπλισμός
- φυσικός χώρος
- Να καταλαβαίνει πως αισθάνεται
- Να μην κρίνει
- Ακούει
- Να ενδυναμώνει τον ασθενή
- Πρόσβαση στο σύστημα υγείας
- Ανάγκη εκπαίδευσης
- Καλύτερα κλινικά αποτελέσματα
- Καλύτερη επικοινωνία άνεση ασθενούς
- Χαμηλότερο κόστος στο σύστημα υγείας
- Χαμηλότερο ποσοστό ιατρικού λάθους

## Χώρος

Είναι σημαντικό το περιβάλλον το ιατρείο πριν την καθιερωμένη εξέταση να είναι φιλικό προς τον ασθενή, ο χώρος να είναι λειτουργικός καθώς ο χρόνος αναμονής δίνει την αίσθηση ποιοτικότερου επιπέδου υγείας. Ο ιδιωτικός τομέας πολλές φορές προτιμάται όχι μόνο προτιμάται από τα ανώτερα κοινωνικά οικονομικά στρώματα αλλά και τα μεσαία που ενδεχόμενος να μην έχουν την οικονομική άνεση να τον κάνουν. Οι προσδοκίες των ασθενών αυξάνονται όταν επισκέπτονται ένα ιδιωτικό ιατρείο καθώς πιστεύουν ότι θα έχουν καλύτερη αντιμετώπιση και θα τους δοθεί ο απαραίτητος χρόνος να μιλήσουν και ο χρόνος αναμονής θα είναι λιγότερος σε σχέση με ένα δημόσιο νοσοκομείο. Ο ιδιωτικός τομέας δίνει την αίσθηση στους ασθενείς ότι μπορεί να τους προσφέρει ποιοτικότερη φροντίδα υγείας μέσω την τεχνολογίας και καλύτερου λειτουργικού περιβάλλοντος. (Βενιού & Τεντολούρη, (2013).

## T.OM.Y

Η 4<sup>η</sup> T.OM.Y λειτουργεί ως οντότητά από τις 12 Ιουνίου το 2018 μετά από συμφωνία της 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης και του Δήμου Ηράκλειου για παραχώρηση του κτιρίου επί της οδού Υακινθού 9, όπου λειτουργούσε ήδη από το 2017 το Δημοτικού Ιατρείου Ηράκλειου-Μονάδα ΠΦΥ Κλινικής Κοινωνικής και οικογενειακής ιατρικής Ηρακλείου.

Η συστέγαση της 4<sup>ης</sup> T.OM.Y από τον Ιούνιο του 2018 οδήγησε στην καλύτερη στελέχωση του Ιατρείου αφού προστέθηκαν ήδη 3 γενικοί Ιατροί, ένας παιδίατρος δύο νοσηλεύτριες και δύο διοικητικοί υπάλληλοι. Η τακτική λειτουργία 4 ιατρείων

από το Νοέμβριο του 2018 είχε σαν αποτέλεσμα την κατακόρυφη αύξηση της κίνησης της δομής σε αριθμό επισκεπτών ασθενών.

- Οι εγγεγραμμένοι ασθενείς στη Τ.ΟΜ.Υ μέχρι το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ανέρχονται στις 7.750.

### **Ακαδημαϊκή Μονάδα**

Σημαντική ημερομηνία για τη λειτουργία της μονάδας αυτής αποτελεί αυτή τη; 31<sup>η</sup> Μαΐου 2019 όπου μετά από κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών υγείας και Παιδείας Ερευνάς και Θρησκευμάτων ενεργή λειτουργία Τοπικών μονάδων υγείας Ηράκλειου ορίζεται ως Ακαδημαϊκή Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπό τον συντονισμό και την επιστημονική ευθύνη της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Στατιστικά Λειτουργίας 4<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ

Ανάλυση επισκέψεων έγινε από Ιούνιο 2018 έως 1/10/2019: 18.589

- Συνταγογραφήσεις
- Εμβολισμοί
- Προληπτικές Εργαστηριακές εξετάσεις (Μαστογραφίες, ΤΕΣΤ ΠΑΠ PSA FOBT/ FIT 426
- Σπειρομετρήσεις
- Ερωτηματολόγια για την άνοια
- Αιμοληψίες
- Κάτοικόν επισκέψεις
- Καταγραφή εργαστηριακών εξετάσεων στήριξη δράσεων στην κοινότητα
- Εμβόλια
- Φλεβοκεντησεις
- Υπάρχουν κοινωνικοί λειτουργοί για τη στήριξη ευπαθών κοινωνικών ομάδων
- Έργο επισκεπτών υγείας σε συνεργασία με τον παιδίατρο με εμβολιασμούς αλλά και προγράμματα προαγωγής υγείας σε πληθυσμούς στόχους, ενημερώσεις σε σχολεία
- Έργο Διοικητικών ρυθμίζουν την λειτουργία του ιατρικού σε συνεργασία με την Νοσηλεύτρια, ενημέρωση των ασθενών παραλαβή ιατρικών εξετάσεων, διεκπεραίωση εγγράφων κλείσιμο ραντεβού των ασθενών, Ετοιμασία πρόγραμμα ιατρού, φροντίζουν για την ομαλή λειτουργία, εξασφαλίζοντας τον εξοπλισμό της δομής κτλ.
- Κατ 'όικον επισκέψεις

Συνολικά έχουν γίνει 277 επισκέψεις από το 2018-10 2019. Ενώ από τον Σεπτέμβριο του 2019 χρησιμοποιείται και το σύστημα τηλε-ιατρικής και Feedback (Εκτίμηση της παρούσας κατάστασης του ασθενούς).

Η παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας υγείας και αφορά τη συστηματική προσπάθεια του συστήματος υγείας να ανταποκριθεί στη δομική αναγκαιότητα της ΠΦΥ για υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης που προσφέρονται όσο το δυνατόν εγγύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν (και δραστηριοποιούνται). Ο στόχος της παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας υγείας είναι η διατήρηση, η προαγωγή και η αποκατάσταση της υγείας των ατόμων/ασθενών βοηθώντας τους να αυξήσουν το επίπεδο αυτοφροντίδας και ανεξαρτησίας τους και περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της αναπηρίας ή της αρρώστιας

## **B' Μέρος**

**Ερευνητική υπόθεση:** Η ενδεδειγμένη επικοινωνία ανάμεσα σε γιατρό και σε ασθενή φαίνεται πως συμβάλει σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, ελαχιστοποιεί τη πιθανότητα λάθους, και οδηγεί στην καλύτερη αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων.

### **Ερευνητικά Ερωτήματα:**

- Ποιες είναι οι αντιλήψεις και ποιες οι προσδοκίες των ασθενών με χρόνια νοσήματα;
- Ποιοι είναι οι επικοινωνιακοί φραγμοί που οδηγούν σε ένα μη ενδεδειγμένο τρόπο επικοινωνίας ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή;

## **Σκοπός της Ερευνάς**

**Σκοπός:** της παρούσας μελέτης είναι να καταγράψει τις αντιλήψεις και προσδοκίες ασθενών με χρόνια νοσήματα στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

### **Στόχοι:**

- Η διερεύνηση των αντιλήψεων και προσδοκιών των ασθενών ανάμεσα σε ασθενή και γιατρό ως προς τη συμμόρφωση των ιατρικών οδηγιών και στη διαμόρφωση προτύπων που στη συμβάλουν στη αλλαγή συμπεριφορών υγείας.
- Η εκτίμηση της ενδεδειγμένης επικοινωνίας μεταξύ Ιατρού και Ασθενή, στη συμβολή και τήρηση των ιατρικών οδηγιών, στις αντιλήψεις της υγείας των ασθενών, και παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς.
- Η ανάδειξη της σημασίας του χρόνου αναμονής και κατά τη διάρκεια των συνεδριών ανάμεσα στους γιατρούς και τους ασθενείς στη παροχή ποιοτικής φροντίδας, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, στη καταγραφή του ιατρικού ιστορικού και συλλογή πληροφοριών.

## **Μεθοδολογία ερευνάς**

### **Σχεδιασμός μελέτης**

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης, (observational-study) καθώς τα αποτελέσματα της ανάλυσης θα είναι αντιπροσωπευτικά της συγκεκριμένης χρονικής στιγμής.

### **Πληθυσμός μελέτης:**

Στη παρούσα μελέτη ο πληθυσμός αποτελούταν από άτομα που ήταν εγγεγραμμένα στην 4<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ Ηρακλείου. Ο πληθυσμός της μελέτης διαμορφώθηκε με βάση τα



κριτήρια εισαγωγής, ανδρες-γυναίκες που έχουν διαγνωσθεί με ένα χρόνιο νόσημα τουλάχιστον και επισκέπτονται σε τακτικά χρονικά διαστήματα την 4<sup>η</sup> Τοπική Μονάδα Ηρακλείου. Το σύνολο του δείγματος αποτελείται από 100 ασθενείς. Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της ερευνάς περιείχαν δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως, το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η συχνότητα επίσκεψης τους στα κέντρα υγείας, και η κατάσταση της υγείας τους. Οι συμμετέχοντες στην ερευνά συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο σε ένα ξεχωριστό δωμάτιο στον χώρο της 4 Τ.ΟΜ.Υ Ηρακλείου. Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας σε 13 ημερολογιακές μέρες (8 Ιουλίου-17 Αυγούστου).

### **Κριτήρια συμμετοχής στην μελέτη:**

Τα κριτήρια συμμετοχής στην ερευνά είναι:

- Η συμπλήρωση του 18<sup>η</sup> έτους ηλικίας των ασθενών.
- Να μιλούν την ελληνική γλώσσα
- Να έχουν την ικανότητα να επικοινωνούν.

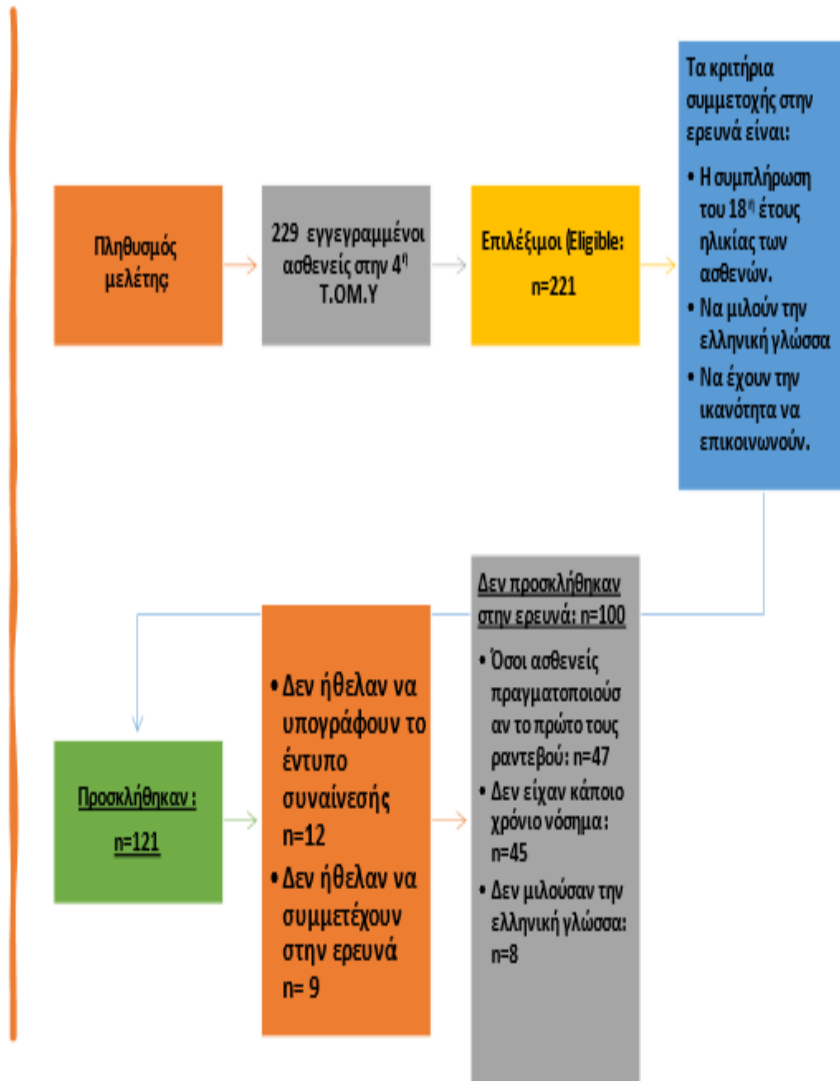
Η επιλογή ασθενών (επισκεπτών) έγινε με βάση τους ονομαστικούς καταλόγους των προγραμματισμένων ραντεβού κατά τις απογευματινές και πρωινές ώρες. Στην έρευνα δεν συμμετείχαν όσοι

- Ασθενείς δεν επιθυμούσαν να συμμετέχουν
- Πρώτη επίσκεψη στις Τ.ΟΜ.Υ
- Ασθενείς χωρίς χρόνια νοσήματα

Η ενημέρωση, η ενδεχόμενη συμμετοχή των ασθενών και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε ένα ανεξάρτητο κλειστό χώρο στην 4<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ.

Flow chart  
Διάγραμμα Ροής  
Συμμετέχοντες  
στην ερευνά:

↓  
n=100



## Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί με την χρήση του IBM SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences). Αρχικά θα γίνει έλεγχος κανονικότητας των κατανομών των κλιμάκων και υποκλιμάκων θα ακολουθήσει περιγραφική ανάλυση των δεδομένων με κατανομή συχνοτήτων (απόλυτες και σχετικές συχνότητες), καθώς και οι εκτιμήσεις ποσοτικών μεταβλητών. Οι Κλίμακες αντιλήψεων και προσδοκιών θα συσχετιστούν με τα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών μέσω των μεθόδων Spearman ή Pearson, ενώ θα ακολουθήσουν πολυμεταβλητές μέθοδοι παλινδρόμησης για τον έλεγχο των συνεπιδράσεων και συσχετίσεων τους. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίζεται το 5%.

Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με την μορφή μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης όπως οι βαθμολογίες στις κλίμακες EUROPEP και PSQ18. Οι κατηγορικές μεταβλητές (διακριτές ποσοτικές και ποιοτικές) εκφράστηκαν με τη μορφή συχνοτήτων %συχνοτήτων.

Η κανονικότητα της κατανομής εξετάστηκε με τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov, ενώ η συνάφεια των ερωτήσεων με τον συντελεστή alpha ( $\alpha$ ) του Cronbach. Η εύρεση διαφορών μεταξύ δύο μέσων τιμών έγινε με τον έλεγχο t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων και εφόσον τηρούνταν οι υποθέσεις της κανονικότητας, ενώ σε αντίθετη περίπτωση μη τήρησης εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney. Για εύρεση διαφορών μέσων τιμών μεταξύ περισσότερων των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος one-way ANOVA εφόσον τηρούνται οι υποθέσεις της κανονικότητας αλλιώς ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-wallis. Η συσχέτιση δύο συνεχών μεταβλητών έγινε με τον συντελεστή Pearson's ή Spearman's rho, ανάλογα με το αν τηρούνταν η κανονικότητα ή όχι. Η συσχέτιση δύο κατηγορικών μεταβλητών έγινε με τον έλεγχο  $\chi^2$  του Pearson's για πίνακες συνάφειας.

Η γραφική αναπαράσταση των δεδομένων έγινε με θηκογράμματος, διαγράμματα διασποράς για τις συνεχείς μεταβλητές, ενώ για τις κατηγορικές μεταβλητές έγινε με ραβδογράμματα και κυκλικά διαγράμματα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε στο υπολογιστικό φύλο EXCEL 365 για Windows και η στατιστική ανάλυση με το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 26.0. Ως όριο αποδοχής των υποθέσεων (βαθμός σημαντικότητας  $\alpha$ ) τέθηκε το  $\alpha=0,05$ .

## Τα ερευνητικά εργαλεία

### Ερωτηματολόγιο:

Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EUROPEP (European Task Force for Patient Evaluation of General Practice) που αποτελεί ένα ευρωπαϊκό εργαλείο για τη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή και την αξιολόγηση της φροντίδας του και έχει αποδεχθεί ότι είναι κατάλληλο και ικανό για διεθνείς συγκρίσεις. Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις δομημένες σε έξι μέρη που αφορούν τη σχέση Ιατρού-Ασθενή(6 ερωτήσεις), τις τεχνικές που χρησιμοποιεί ο γιατρός(3 ερωτήσεις), την πληροφορία

και την υποστήριξη, την οργάνωση της φροντίδας, τον συντονισμό της φροντίδας, και την τελική γνώμη για τον γιατρό. (Grol et al., 2000; Jung et al., 2002; Wensing et al., 2003). Το EUROPEP έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά από την κλινική Κοινωνικής Ιατρικής του πανεπιστημίου Κρήτης. Στο EUROPEP χρησιμοποιείται η κλίμακα Likert για να αποτυπώσει την άποψη των ασθενών. 1=κακή, μέχρι το 5= που είναι το άριστα. Επίσης χρησιμοποιήθηκε το PSQ- 18 (The patient satisfaction questionnaire) (Marshall GN, Ron DH, 1994), το οποίο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά στην κλινική έρευνα «Κατάθλιψη και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας του Νομού Ηλείας» (Τσίρος, 2017). Το Ερωτηματολόγιο PSQ18 είναι ένα σύνθετο ερωτηματολόγιο που εξετάζει την ικανοποίηση των ασθενών σε 7 υποκλίμακες (Γενική Ικανοποίηση, Τεχνική Ποιότητα, Συμπεριφορά γιατρών, την επικοινωνία με τους γιατρούς, τον χρόνο που αφιερώνει ο Ιατρός στους ασθενείς του, την πρόσβαση στην Ιατρική Φροντίδα).

## Παρουσίαση Αποτελεσμάτων

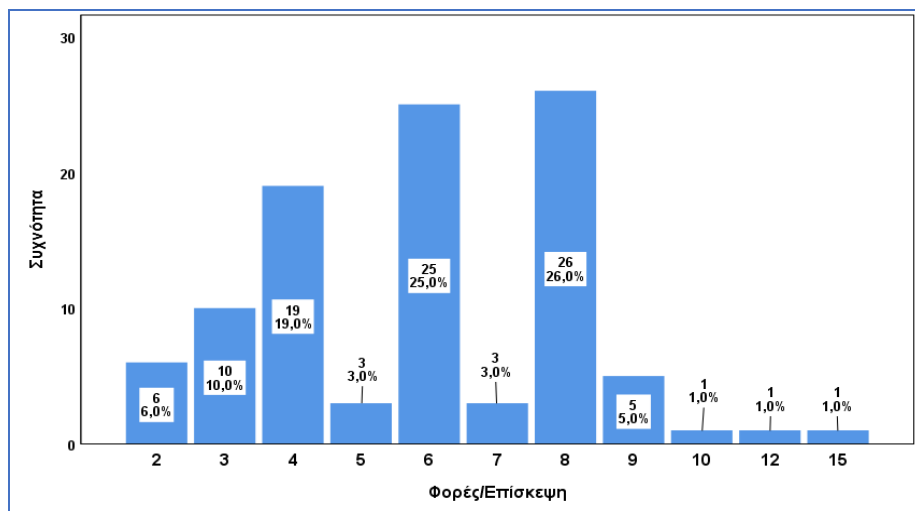
Οι συμμετέχοντες ασθενείς που επισκέφθηκαν τη 4<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ ήταν συνολικά 100. Οι γυναίκες αποτελούσαν το μεγαλύτερο τμήμα των συμμετεχόντων (68, 68,0%) και η πιο συχνή τους ηλικία ήταν μεταξύ 61-70 ετών (39, 39,0%). Οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες κυμάνθηκαν σε ισόποσες ομάδες των περίπου 20 ατόμων (<=50, 51-60, 71+) με την υπολογιζόμενη μέση ηλικία να είναι  $59,0 \pm 13,0$  (εύρος 22-80). Ως προς την εκπαίδευση οι πιο πολλοί ήταν απόφοιτοι γυμνασίου (34, 34,0%) με τους απόφοιτους Λυκείου να είναι η δεύτερη σε συχνότητα ομάδα (31, 31,0%). (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

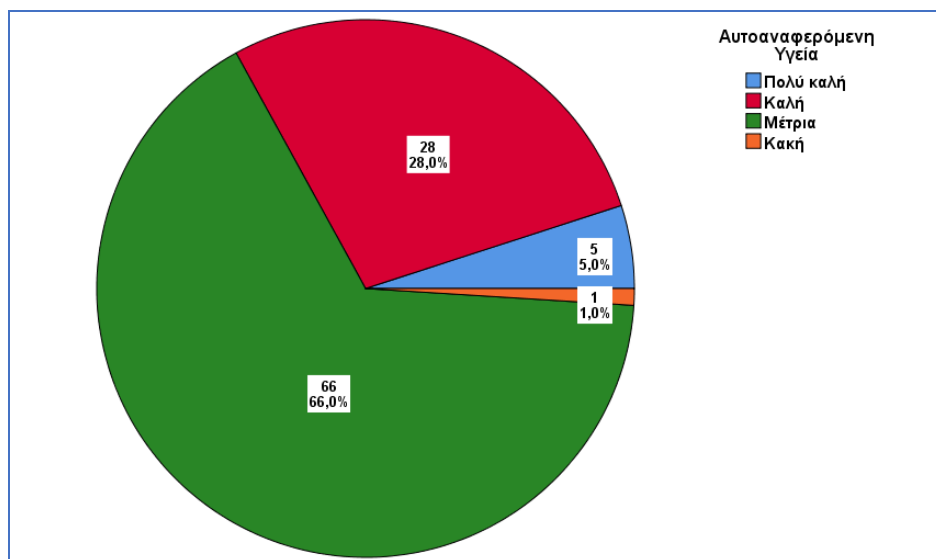
		n	%
<b>Φύλο</b>	<b>Άνδρας</b>	32	32,0%
	<b>Γυναίκα</b>	68	68,0%
<b>Ηλικία</b>	<b>&lt;= 50</b>	20	20,0%
	<b>51 - 60</b>	21	21,0%
	<b>61 - 70</b>	39	39,0%
	<b>71+</b>	20	20,0%
<b>Εκπαίδευση</b>	<b>Έως δημοτικό</b>	3	3,0%
	<b>Δημοτικό</b>	7	7,0%
	<b>Γυμνάσιο</b>	34	34,0%
	<b>Λύκειο</b>	31	31,0%
	<b>ΑΕΙ</b>	25	25,0%

Ο αριθμός των επισκέψεων στην 4<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 1. Οι πιο συχνές απαντήσεις ήταν 6 και 8 επισκέψεις με συχνότητα 25, (25,0%) και 26 (26,0%) αντίστοιχα. Ο μέσος όρος επισκέψεων κυμάνθηκε σε  $5,9 \pm 2,3$  ενώ η διάμεσος τιμή ήταν 6,0. (Διάγραμμα 1).

Ως προς την αυτοαναφερόμενη υγεία 66 ερωτώμενοι (66,0%) δήλωσαν μέτρια κατάσταση υγείας ενώ σημαντικός αριθμός (28 άτομα, 28,0%) καλή υγείας (Διάγραμμα 2)



**Διάγραμμα 1.** Αριθμός επισκέψεων στην TOMY



**Διάγραμμα 2.** Κατανομή απαντήσεων για αυτοαναφερόμενη υγεία

Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν EUROPEP και PSQ18 παρουσιάζονται σε αυτή την ενότητα. Η σύνοψη των 23 ερωτήσεων που απαρτίζουν το EUROPEP και αφορούν την επικοινωνία με το γιατρό παρουσιάζονται στον Πίνακα 2, ενώ για το PSQ18 που αφορούν την ικανοποίηση του ασθενή στον Πίνακα 3.

Από τα καταγεγραμμένα στοιχεία στον Πίνακα 2 δεν παρατηρήθηκαν απαντήσεις στις επιλογές 1 και 2 που αντιστοιχούν σε μικρή ικανοποίηση. Η επιλογή 3 που αντιστοιχεί σε μέτρια επικοινωνία παρουσιάστηκε μόνο στις ερωτήσεις q19 με q23 που αφορούν την οργάνωση του ιατρού με ποσοστά 31,0% (q19), 26,0% (q20), 27,0% (q21), 35,0 (q22) και 25,0% (q23). Άριστη επικοινωνία με το γιατρό (βαθμολόγηση με 5) παρουσίασαν οι περισσότερες από τις ερωτήσεις με ποσοστά 90,0% για τις ερωτήσεις q1-q4, q7, q9-q17 και 89,9% για τις ερωτήσεις q5-q6, q8.

**Πίνακας 2.** Σύνοψη απαντήσεων για το ερωτηματολόγιο EUROPEP

Eurorep	3		4		5	
	n	%	n	%	n	%
1)Σας κάνει να αισθάνεστε ότι είχατε αρκετό χρόνο στη διάθεση σας στη διάρκεια των επισκέψεων;	0	0,0%	10	10,0%	90	90,0%
2)Δείχνει ενδιαφέρον για την προσωπική σας κατάσταση;	0	0,0%	10	10,0%	90	90,0%
3)Σας διευκολύνει να του /της μιλήσετε για τα προβλήματα σας;	0	0,0%	10	10,0%	90	90,0%
4) Σας δίνει τη δυνατότητα να συμμετέχετε στις αποφάσεις για την ιατρική φροντίδα σας;	0	0,0%	10	10,0%	90	90,0%
5)Σας ακούει;	0	0,0%	10	10,1%	89	89,9%
	0	0,0%	10	10,1%	89	89,9%
6)Διατηρεί τα στοιχεία του ιατρικού σας φακέλου εμπιστευτικά;	0	0,0%	10	10,0%	90	90,0%
7)Ανακουφίζει γρήγορα τα συμπτώματα σας;	0	0,0%	10	10,1%	89	89,9%
8)Σας βοηθάει να αισθανθείτε αρκετά καλά ώστε να μπορείτε να αποδίδετε στις συνηθισμένες καθημερινές σας δραστηριότητες;	0	0,0%	10	10,0%	90	90,0%
9)Ασκεί προσεκτικά και με επιμέλεια τα καθήκοντα του;	0	0,0%	10	10,0%	90	90,0%
Επιτελεί την Φυσική						
10)Εξέταση επαρκώς (εξετάζει δηλαδή με προσοχή την κοιλιά, την καρδιά, τους πνεύμονες, τα μάτια, το δέρμα σας κτλ);	0	0,0%	10	10,0%	90	90,0%
11)Σας εξηγεί τον σκοπό των ιατρικών/εργαστηριακών εξετάσεων και της θεραπείας;	0	0,0%	10	10,0%	90	90,0%

<b>12)</b> Σας λέει αυτά που θέλετε να γνωρίζετε για τα συμπτώματα και την ασθένεια σας;	0	0,0%	10	10,0%	90	90,0%
<b>13)</b> Σας βοηθάει να αντιμετωπίσετε τα συναισθηματικά προβλήματα που έχουν σχέση με την κατάσταση της υγείας σας;	0	0,0%	10	10,0%	90	90,0%
<b>14)</b> Σας βοηθάει να καταλάβετε πόσο σημαντικό είναι να ακολουθήσετε τις οδηγίες που σας έδωσε;	0	0,0%	10	10,0%	90	90,0%
<b>15)</b> Σας προετοιμάζει σε σχέση με το τι πρέπει να περιμένετε κατά την επίσκεψη σας στον ειδικό ή στο νοσοκομείο;	0	0,0%	10	10,0%	90	90,0%
<b>16)</b> Πόσο σας εξυπηρετεί του πόλοπιπο (μη ιατρικό) προσωπικό;	3	3,0%	27	27,0%	70	70,0%
<b>17)</b> Πόσο εύκολα σας κλείνει ραντεβού σε ώρα που σας διευκολύνει;	31	31,0%	59	59,0%	10	10,0%
<b>18)</b> Πόσο εύκολα επικοινωνείτε τηλεφωνικά με το ιατρείο του;	26	26,0%	68	68,0%	6	6,0%
<b>19)</b> Πόσο εύκολα επικοινωνείτε τηλεφωνικά με τον ιατρό Γενικής Ιατρικής;	27	27,0%	66	66,0%	7	7,0%
<b>20)</b> Πώς είναι ο χρόνος παραμονής στην αίθουσα αναμονής;	35	35,0%	59	59,0%	6	6,0%
<b>21)</b> Παρέχονται άμεσα οι αναγκαίες υπηρεσίες για τα επείγοντα προβλήματα υγείας;	25	25,0%	67	67,0%	8	8,0%

\* σε σύνολο 99 ερωτηθέντων

Από το σύνολο των 18 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου οι μισές έχουν αρνητική κατεύθυνση (ανάστροφη βαθμολόγηση) (q1-q3, q5-q6, q8, q11, q15, q18). Τα υψηλότερα ποσοστά στην επιλογή «Συμφωνώ απολύτως» παρουσιάζονται στις ερωτήσεις q1 (73, 73,0%), q6 (59, 59,0%), q11 (94, 94,0%) και q15 (90, 90,0%). Η επιλογή «Συμφωνώ» παρουσίασε υψηλότερα ποσοστά στις ερωτήσεις q2 (81, 81,0%), q3 (77, 77,0%), q2 (53, 53,0%), q8 (62, 62,0%) και q18 (81, 81,0%). Η «επιλογή δεν είμαι σίγουρος» παρουσίασε το μεγαλύτερο ποσοστό στην ερώτηση q9 (45, 45,0%). Η επιλογή διαφωνώ είχε τα υψηλότερα ποσοστά στις ερωτήσεις q7 (63, 63,0%), q16 (46, 46,0%) και q17 (49, 49,0%). Τέλος το «διαφωνώ απολύτως» είχε τα υψηλότερα



ποσοστά σε σχέση με τις υπόλοιπες επιλογές στις ερωτήσεις q4 (64, 64,0%), q10 (78, 78,0%), q12 (85, 85,0%), q13 (85, 85,0%) και q14 (74, 74,0%).

PSQ-18 *	Συμφωνώ απολύτως		Συμφωνώ		Δεν είμαι σίγουρος		Διαφωνώ		Διαφωνώ απολύτως	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1)Οι ιατροί είναι καλοί στο να εξηγούν το λόγο των ιατρικών εξετάσεων.	73	73,0%	26	26,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%
2)Νομίζω ότι το ιατρείο του ιατρού μου έχει όσα χρειάζονται για να παρέχει πλήρη ιατρική περίθαλψη.	17	17,0%	81	81,0%	1	1,0%	1	1,0%	0	0,0%
3)Η ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω είναι σχεδόν τέλεια.	18	18,0%	77	77,0%	5	5,0%	0	0,0%	0	0,0%
4)Κάποιες φορές οι ιατροί με κάνουν να αναρωτιέμαι αν η διάγνωσή τους είναι σωστή.	0	0,0%	1	1,0%	2	2,0%	33	33,0%	64	64,0%
5)Αισθάνομαι σίγουρος ότι μπορώ να λάβω την ιατρική περίθαλψη που χρειάζομαι χωρίς να έχω μεγάλη οικονομική επιβάρυνση.	1	1,0%	53	53,0%	37	37,0%	9	9,0%	0	0,0%
6)Όταν πηγαίνω για ιατρική περίθαλψη, προσέχουν ώστε να ελέγχξουν τα πάντα όταν μου κάνουν κάποια θεραπεία ή με εξετάζουν.	59	59,0%	40	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%
7)Πρέπει να πληρώνω περισσότερο απ'όσο μπορώ να διαθέσω για την ιατρική μου περίθαλψη.	3	3,0%	6	6,0%	23	23,0%	63	63,0%	5	5,0%
8)Έχω εύκολη πρόσβαση στους ειδικούς που χρειάζομαι.	24	24,0%	62	62,0%	8	8,0%	5	5,0%	1	1,0%
9)Στο μέρος που λαμβάνω ιατρική περίθαλψη, οι άνθρωποι χρειάζεται να περιμένουν πάρα πολύ για επείγουσα φροντίδα.	3	3,0%	3	3,0%	45	45,0%	41	41,0%	8	8,0%
10)Οι ιατροί φέρονται υπερβολικά επαγγελματικά και απρόσωπα προς εμένα.	3	3,0%	0	0,0%	6	6,0%	13	13,0%	78	78,0%
11)Οι ιατροί μου μου φέρονται με πολύ φιλικό και ευγενικό τρόπο	94	94,0%	5	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%
12)Εκείνοι που μου παρέχουν ιατρική περίθαλψη κάποιες φορές βιάζονται υπερβολικά όταν μου παρέχουν φροντίδα.	1	1,0%	1	1,0%	0	0,0%	13	13,0%	85	85,0%
13)Οι ιατροί κάποιες φορές αγνοούν αυτά που τους λέω.	3	3,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	12,0%	85	85,0%
14)Έχω κάποιες αμφιβολίες για την ικανότητα των ιατρών που με φροντίζουν.	5	5,0%	0	0,0%	2	2,0%	19	19,0%	74	74,0%
15) Οι ιατροί συνήθως ξοδεύουν αρκετό χρόνο μαζί μου.	90	90,0%	10	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
16) Δυσκολεύομαι να κλείσω ραντεβού για ιατρική περίθαλψη αμέσως.	3	3,0%	9	9,0%	35	35,0%	46	46,0%	7	7,0%
Είμαι δυσαρεστημένος με ορισμένα πράγματα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω.	0	0,0%	1	1,0%	41	41,0%	49	49,0%	9	9,0%
18)Μπορώ να λαμβάνω ιατρική περίθαλψη όποτε τη χρειάζομαι	15	15,0%	81	81,0%	3	3,0%	0	0,0%	1	1,0%

Πίνακας 3. Σύνοψη απαντήσεων για το ερωτηματολόγιο PSQ-18

\* Αριστερή στοίχιση αρνητικής κατεύθυνσης ερωτήσεις,  
Δεξιά στοίχιση θετικής κατεύθυνσης ερωτήσεις.

Οι κλίμακες του EUROPEP καθώς και τα περιγραφικά στατιστικά των επιμέρους ερωτήσεων παρουσιάζονται στον Πίνακα 4 και στο Διάγραμμα 3. Οι τρεις μελετώμενες κλίμακες του «Κλινική συμπεριφορά», «Υποστήριξη και Υπηρεσίες» και «Οργάνωση της φροντίδας» παρουσίασαν απόκλιση από την κανονική κατανομή με  $p < 0,001$  όπως υπολογίστηκε με τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov. Επίσης και οι τρεις κλίμακες έδειξαν υψηλή εσωτερική συνάφεια ( $\alpha > 0,700$ ) συνολικά ( $\alpha = 0,957$ ) όσο και στις επιμέρους (κλινική συμπεριφορά  $\alpha = 0,998$ , υποστήριξη και υπηρεσίες,  $0,876$ , οργάνωση της φροντίδας  $\alpha = 0,842$ )

Οι κλίμακες του EUROPEP είχαν μέση τιμή  $58,7 \pm 3,7$  στη κλίμακα «Κλινική συμπεριφορά»,  $28,3 \pm 1,7$  για την κλίμακα «υποστήριξη και υπηρεσίες» και  $19,8 \pm 2,2$  για την κλίμακα «Οργάνωση της φροντίδας».

**Πίνακας 4.** Περιγραφικά στατιστικά, έλεγχος κανονικότητας και μέτρηση αξιοπιστίας κλιμάκων EUROPEP

	Μέση	Τυπική	Τεταρτημόρια			P*	$\alpha^{**}$
	Τιμή	Απόκλιση	1ο	2ο	3ο		
<b>Κλινική συμπεριφορά</b>	58,7	3,7	60,0	60,0	60,0	<0,001	0,998
<b>Υποστήριξη και υπηρεσίες</b>	28,3	1,7	28,0	29,0	29,0	<0,001	0,876
<b>Οργάνωση της φροντίδας</b>	19,8	2,2	18,0	20,0	21,0	<0,001	0,842
<b>Σύνολο</b>	106,8	6,4	105,5	109,0	110,0	<0,001	0,957

\*p αποτέλεσμα του ελέγχου κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov

\*\* Συντελεστής alpha του Cronbach

Οι αντίστοιχοι έλεγχοι κανονικότητας και εσωτερικής συνάφειας έδειξαν ότι καμία από τις παραγόμενες από το PSQ-18 κλίμακες δεν ακολουθεί κανονική κατανομή ( $p < 0,001$ ). Επίσης η μέτρηση της αξιοπιστίας των υποκλιμάκων έδειξε χαμηλές τιμές μικρότερες του  $0,700$

Η υψηλότερη μέση τιμή ικανοποίησης ήταν στην κλίμακα «σχέσεις με το γιατρό με μέση τιμή  $4,9 \pm 0,4$ , ενώ ακολουθούν οι κλίμακες «Διαπροσωπικές σχέσεις»  $4,8 \pm 0,6$

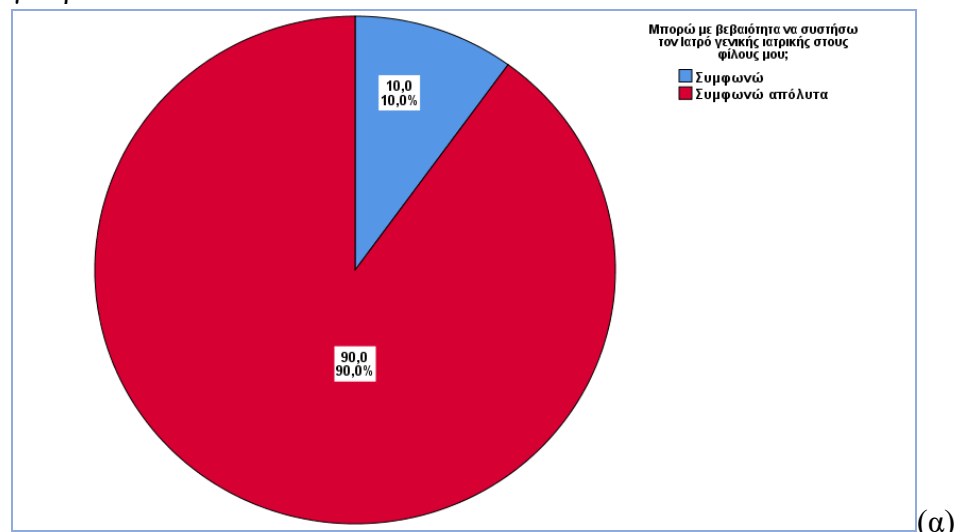
και «Επικοινωνία» ( $4,7 \pm 0,4$ ). Χαμηλές μέσες τιμές παρουσιάστηκαν στις κλίμακες «οικονομικές απόψεις ( $3,5 \pm 0,5$ ), «προσβασιμότητα και ευκολία» ( $3,8 \pm 0,5$ ) και γενική ικανοποίηση ( $3,9 \pm 0,4$ ).

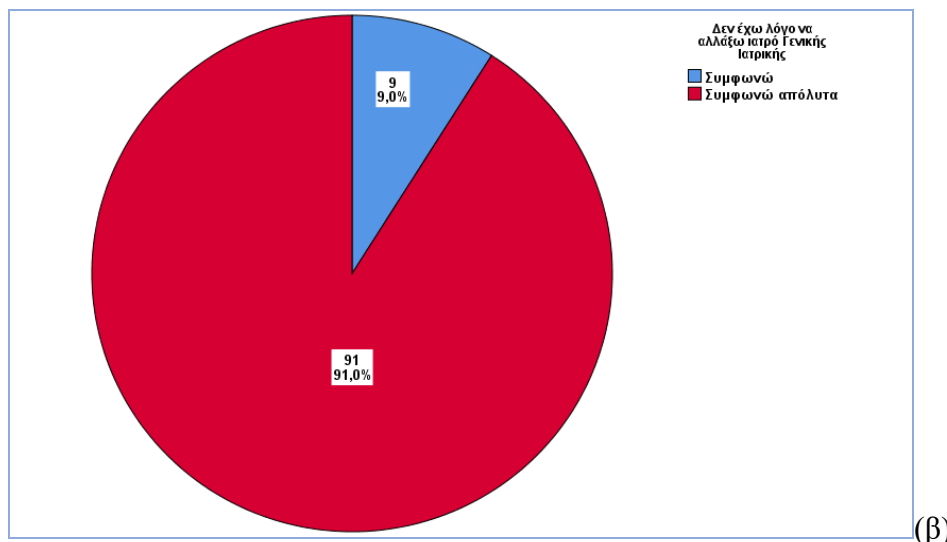
**Πίνακας 5.** Περιγραφικά στατιστικά, έλεγχος κανονικότητας και μέτρηση αξιοπιστίας κλιμάκων PSQ-18

	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	Τεταρτημόρια			p*
			1ο	2ο	3ο	
Γενική ικανοποίηση	3,9	0,4	3,5	4,0	4,0	<0,001
Τεχνική ποιότητα	4,5	0,4	4,3	4,5	4,8	<0,001
Διαπροσωπικές Σχέσεις	4,8	0,6	5,0	5,0	5,0	<0,001
Επικοινωνία	4,7	0,4	4,5	5,0	5,0	<0,001
Οικονομικές απόψεις	3,5	0,5	3,0	3,5	4,0	<0,001
Σχέσεις με το γιατρό	4,9	0,4	5,0	5,0	5,0	<0,001
Προσβασιμότητα και ευκολία	3,8	0,5	3,5	3,8	4,0	<0,001

\*p αποτέλεσμα του ελέγχου κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov

Στο Διάγραμμα 3 παρουσιάζονται οι απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με το αν προτείνανε σε κάποιον άλλο το γιατρό τους ή να θα άλλαζαν γιατρό. Το 100% συμφωνεί ότι θα έκανε σύσταση το γενικό γιατρό στους φίλους του, όπως επίσης ότι δεν θα άλλαζε γενικό γιατρό. Το ποσοστό των ερωτώμενων που συμφωνούν απολύτως με την σύσταση είναι 90,0% ενώ το 91,0% δεν έχει λόγο να αλλάξει γιατρό.





**Διάγραμμα 3.** Θα συστήνατε τον γενικό γιατρό σε φίλους (α) έχετε λόγο να αλλάξετε γενικό γιατρό (β)

Η διαφοροποίηση των κλιμάκων EUROPER ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον Πίνακα 6. Το φύλο των ασθενών δεν δείχνει να επηρεάζει την κλίμακα «Κλινική συμπεριφορά» ( $p=0,157$ ), όπως επίσης και τις κλίμακες «υποστήριξη και υπηρεσίες» ( $p=0,659$ ) και «οργάνωση της φροντίδας» ( $p=0,359$ ). Παρόμοια, η ηλικία των ασθενών δεν έδειξε να επηρεάζει καμία από τις κλίμακες EUROPER με τιμές  $p=0,551$  για την «Κλινική συμπεριφορά»,  $p=0,455$  για την κλίμακα «Υποστήριξη και υπηρεσίες» και  $p=0,640$ . Η αυτοαναφερόμενη υγεία κωδικοποιημένη ως καλή/πολύ καλή και έως μέτρια δεν επιδρά σημαντικά στην κλίμακα «κλινική συμπεριφορά» ( $p=0,510$ ), στην κλίμακα «υποστήριξη και υπηρεσίες» ( $p=0,213$ ) και στην κλίμακα «οργάνωση και φροντίδα» ( $p=0,247$ ).

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάστηκαν στην κλίμακα «κλινική συμπεριφορά» ( $p=0,010$ ) όπου η μέση τιμή των απόφοιτων Λυκείου ( $57,4\pm 4,8$ ) ήταν χαμηλότερη από εκείνη των μέχρι γυμνάσιο αποφοίτων ( $59,7\pm 1,8$ ) και των αποφοίτων ΑΕΙ ( $58,6\pm 4,0$ ). Η εκπαίδευση δείχνει να επηρεάζει και την κλίμακα «υποστήριξη και υπηρεσίες» ( $p=0,017$ ) με τους αποφοίτους του Λυκείου να έχουν τη χαμηλότερη μέση τιμή  $27,7\pm 2,0$  σε σχέση με τους έως απόφοιτους Γυμνασίου ( $28,7\pm 1,3$ ) και απόφοιτους ΑΕΙ ( $28,3\pm 1,9$ ). Τέλος τα άτομα που επισκέπτονται περισσότερο από 6 φορές τον ιατρό δηλώνουν χαμηλότερο μέσο όρο  $23,1\pm 2,8$  σε σχέση με όσους επισκέφθηκαν λιγότερο από 6 φορές ( $24,4\pm 2,2$ ) ( $p=0,031$ )

**Πίνακας 6.** Διαφοροποίηση των κλιμάκων EUROPEP με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

		Κλινική συμπεριφορά			Υποστήριξη και υπηρεσίες			Οργάνωση της φροντίδας		
		ΜΟ***	ΤΑ***	Δ***	ΜΟ	ΤΑ	Δ	ΜΟ	ΤΑ	Δ
<b>Φύλο</b>	<b>Άνδρας</b>	58,0	4,4	60,0	28,2	2,0	29,0	24,0	2,5	24,0
	<b>Γυναίκα</b>	59,0	3,2	60,0	28,3	1,6	29,0	23,4	2,7	24,0
	<b>p*</b>	0,157			0,659			0,359		
<b>Ηλικία</b>	<b>&lt;= 50</b>	59,2	2,9	60,0	28,6	1,4	29,0	23,5	3,2	24,5
	<b>51 - 60</b>	57,7	4,8	60,0	27,6	2,3	28,0	23,4	2,7	24,0
	<b>61 - 70</b>	58,6	3,7	60,0	28,3	1,7	29,0	23,9	2,6	25,0
	<b>71+</b>	59,4	2,7	60,0	28,6	1,2	29,0	23,4	2,4	23,0
	<b>p**</b>	0,551			0,455			0,640		
<b>Εκπαίδευση</b>	<b>Έως Γυμνάσιο</b>	59,7	1,8	60,0	28,7	1,3	29,0	23,8	2,5	24,0
	<b>Λύκειο</b>	57,4	4,8	60,0	27,7	2,0	28,0	22,8	2,6	23,0
	<b>ΑΕΙ</b>	58,6	4,0	60,0	28,3	1,9	29,0	24,2	2,9	25,0
	<b>p**</b>	<b>0,010</b>			<b>0,017</b>			<b>0,058</b>		
<b>Αυτοαναφερόμενη Υγεία</b>	<b>Καλή/πολύ καλή</b>	58,9	3,5	60,0	28,5	1,5	29,0	23,9	2,0	24,5
	<b>Έως μέτρια</b>	58,6	3,8	60,0	28,2	1,8	29,0	23,4	2,9	24,0
	<b>p*</b>	0,510			0,213			0,247		
<b>Επισκέψεις</b>	<b>&lt;6</b>	58,3	4,1	60,0	28,3	1,8	29,0	24,4	2,2	25,0
	<b>&gt;=6</b>	59,0	3,3	60,0	28,3	1,7	29,0	23,1	2,8	23,5
	<b>P*</b>	0,364			0,220			0,031		

\* Mann-Whitney p

\*\* Kruskal-Wallis

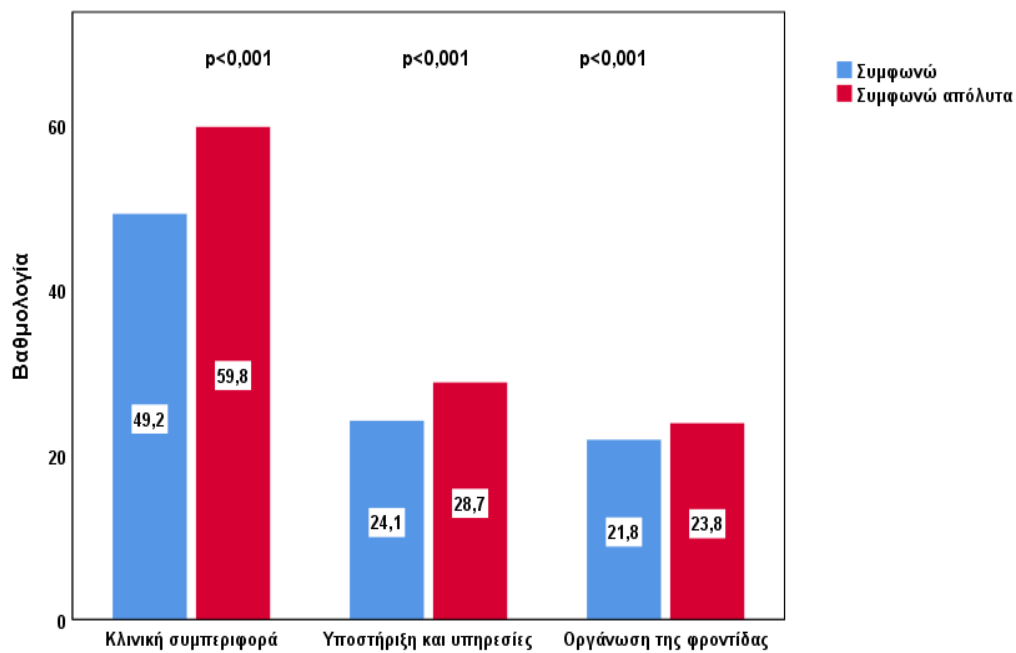
\*\*\* ΜΟ: Μέσος όρος ΤΑ: Τυπική απόκλιση Δ: Διάμεσος

Στο Διάγραμμα 4 παρουσιάζονται οι διαφορές στις κλίμακες του EUROPEP σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με τις δηλώσεις «Μπορώ με βεβαιότητα να συστήσω τον Ιατρό γενικής ιατρικής στους φίλους μου» (Διάγραμμα 4(α)) και «Δεν έχω λόγο να αλλάξω ιατρό Γενικής Ιατρικής» (Διάγραμμα 4(β)).

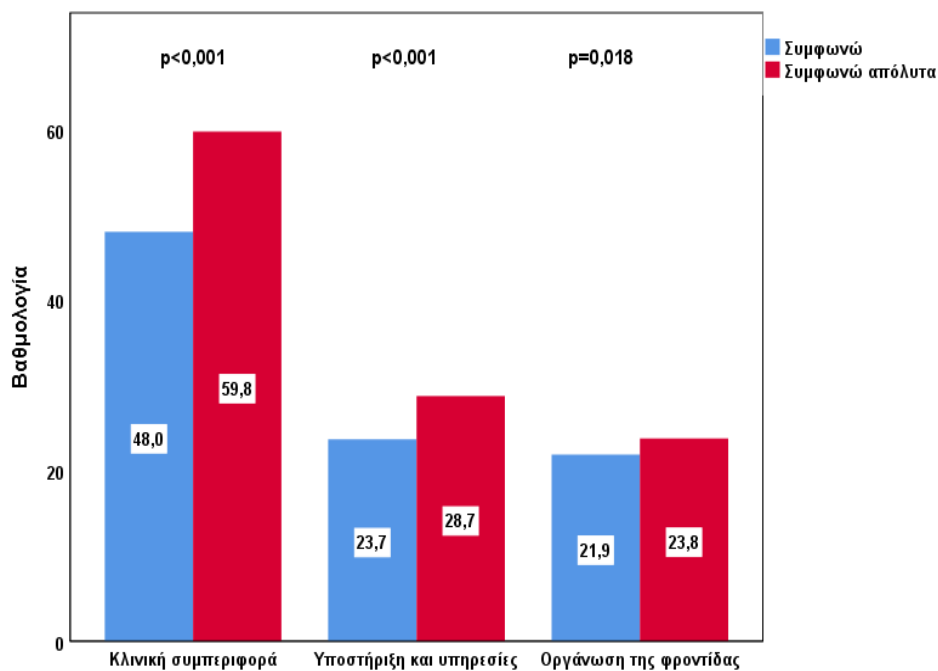
Όλες οι συγκρίσεις έδειξαν υψηλότερες μέσες τιμές για εκείνους που συμφωνούν απολύτως σε σχέση με εκείνους που απλά συμφωνούν. Πιο αναλυτικά στην ερώτηση της «σύστασης σε φίλους» η μέση τιμή στους «συμφωνώ απόλυτα» ήταν 59,8±1,5 έναντι 49,2±3,8 για τους ερωτώμενους με επιλογή «συμφωνώ» στην κλίμακα «κλινική συμπεριφορά». Παρόμοια για την κλίμακα «υποστήριξη και υπηρεσίες» η

μέση τιμή σε εκείνους που δήλωσαν «συμφωνώ απόλυτα» ήταν  $28,7 \pm 1,0$  ενώ η μέση τιμή για τους υπόλοιπους ήταν  $24,1 \pm 1,4$ . Στην Τρίτη κλίμακα της «οργάνωσης της φροντίδας» οι μέσες τιμές ήταν  $23,8 \pm 2,6$  (συμφωνώ απόλυτα) και  $21,8 \pm 2,4$  (συμφωνώ). Αντίστοιχη διαφορά παρουσιάζεται και στις διάμεσες τιμές των κλιμάκων EUROPEP.

Στην ερώτηση της «μη αλλαγής γιατρού» και συγκεκριμένα στην κλίμακα «Κλινική συμπεριφορά» εκείνοι που «συμφωνούν απόλυτα» είχαν μέση τιμή  $59,8 \pm 1,4$ , ενώ εκείνοι που «συμφωνούν» είχαν μέση τιμή  $48,0 \pm 0,0$  με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $p < 0,001$ . Αντίστοιχη εικόνα παρατηρήθηκε στην κλίμακα «υποστήριξη και υπηρεσίες» με τη μέση τιμή στους «συμφωνώ απόλυτα» να είναι  $28,7 \pm 1,0$  και στους «συμφωνώ να είναι  $23,7 \pm 0,5$  ( $p < 0,001$ ). Η τρίτη κλίμακα της «οργάνωσης της φροντίδας» είχε μέση τιμή  $23,8 \pm 2,6$  («συμφωνώ απόλυτα») και  $21,9 \pm 2,5$  για το «συμφωνώ» ( $p = 0,018$ ). Παρόμοια εικόνα παρατηρήθηκε και για τις διάμεσες τιμές των κλιμάκων. σ



(α)



**Διάγραμμα 4.** Μέσες τιμές κλίμακων EUROPEP για το εάν θα συστήνατε το γενικό γιατρό σε άλλους (α) εάν θα αλλάζατε το γενικό γιατρό σας (β)

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι επιδράσεις του φύλου στις κλίμακες ικανοποίησης του ερωτηματολογίου PSQ-18. Από το σύνολο των κλιμάκων παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στην κλίμακα «οικονομικές απόψεις» με τους άνδρες να έχουν υψηλότερη μέση τιμή  $3,7 \pm 0,4$  ( $\Delta=4,0$ ) σε σχέση με τις γυναίκες  $3,5 \pm 0,6$  ( $\Delta=3,5$ ) ( $p=0,037$ ).

**Πίνακας 7.** Διαφορές στις κλίμακες PSQ-18 ως προς το φύλο

	Φύλο						p
	Ανδρας			Γυναίκα			
	ΜΟ*	ΤΑ*	Δ*	ΜΟ	ΤΑ	Δ	
Γενική ικανοποίηση	3,9	0,4	4,0	3,9	0,4	4,0	0,433
Τεχνική ποιότητα	4,4	0,4	4,5	4,5	0,4	4,5	0,591
Διαπροσωπικές Σχέσεις	4,7	0,5	5,0	4,8	0,6	5,0	0,327
Επικοινωνία	4,7	0,5	5,0	4,8	0,4	5,0	0,507
Οικονομικές απόψεις	3,7	0,4	4,0	3,5	0,6	3,5	<b>0,037</b>
Σχέσεις με το γιατρό	4,8	0,4	5,0	4,9	0,3	5,0	0,707
Προσβασιμότητα και ευκολία	3,8	0,4	3,9	3,7	0,5	3,8	0,796

\*ΜΟ: Μέσος όρος ΤΑ: Τυπική απόκλιση Δ: Διάμεσος

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά των κλιμάκων PSQ-18 ανά βαθμίδες εκπαίδευσης. Δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική

διαφορά ανάμεσα στις κλίμακες «γενική ικανοποίηση» ( $p=0,196$ ), «Τεχνική ποιότητα» ( $p=0,549$ ), «Διαπροσωπικές Σχέσεις» ( $p=0,941$ ), «Επικοινωνία» ( $p=0,120$ ), «Οικονομικές απόψεις» ( $p=0,334$ ), «Σχέσεις με το γιατρό» ( $p=0,102$ ) και «Προσβασιμότητα και ευκολία» ( $p=0,291$ ).

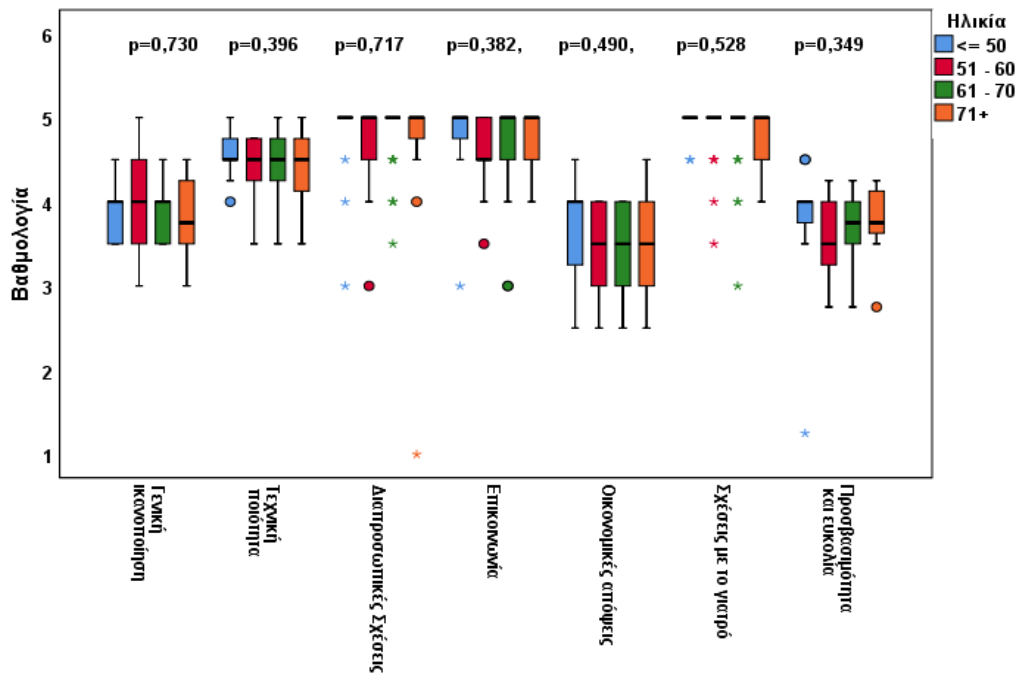
**Πίνακας 8.** Διαφορές στις κλίμακες PSQ-18 ως προς την εκπαίδευση

	Εκπαίδευση									p
	Έως Γυμνάσιο			Λύκειο			ΑΕΙ			
	ΜΟ*	ΤΑ*	Δ*	ΜΟ	ΤΑ	Δ	ΜΟ	ΤΑ	Δ	
Γενική ικανοποίηση	4,0	0,5	4,0	3,8	0,3	4,0	3,8	0,4	4,0	0,196
Τεχνική ποιότητα	4,5	0,3	4,5	4,4	0,4	4,5	4,5	0,4	4,5	0,549
Διαπροσωπικές Σχέσεις	4,8	0,4	5,0	4,7	0,8	5,0	4,8	0,5	5,0	0,941
Επικοινωνία	4,8	0,4	5,0	4,6	0,5	4,5	4,7	0,5	5,0	0,120
Οικονομικές απόψεις	3,5	0,5	3,5	3,6	0,5	3,5	3,6	0,6	4,0	0,334
Σχέσεις με το γιατρό	4,8	0,4	5,0	4,9	0,3	5,0	4,9	0,2	5,0	0,102
Προσβασιμότητα και ευκολία	3,8	0,5	3,9	3,7	0,4	3,8	3,8	0,4	4,0	0,291

\* ΜΟ: Μέσος όρος ΤΑ: Τυπική απόκλιση Δ: Διάμεσος

Στο Διάγραμμα 5 παρουσιάζεται με την μορφή θηκογραμμάτων η σχέση των κλιμάκων PSQ-18 ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες. Δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις κλίμακες και τις ηλικιακές ομάδες. Πιο αναλυτικά οι τιμές p που αντιστοιχούν στις κλίμακες είναι: «γενική ικανοποίηση» ( $p=0,730$ ), «Τεχνική ποιότητα» ( $p=0,396$ ), «Διαπροσωπικές Σχέσεις» ( $p=0,717$ ), «Επικοινωνία» ( $p=0,382$ ), «Οικονομικές απόψεις» ( $p=0,490$ ), «Σχέσεις με το γιατρό» ( $p=0,528$ ) και «Προσβασιμότητα και ευκολία» ( $p=0,349$ ).





Διάγραμμα 5. Θηκογράμματα των κλιμάκων PSQ-18 ανά ηλικιακή ομάδα

Οι κλίμακες PSQ-18 ελέγχθηκαν ως προς τις απαντήσεις των ερωτώμενων σχετικά με την αυτοαναφερόμενη υγεία και τις επισκέψεις στο γιατρό (Πίνακας 9). Η μόνη PSQ-18 κλίμακα που παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις αυτοαναφερόμενη υγεία ήταν η επικοινωνία ( $p=0,037$ ) με τους ασθενείς που δηλώνουν καλή/πολύ καλή να έχουν μέση τιμή  $4,9\pm 0,3$ , ενώ όσων δηλώνουν έως μέτρια να είναι  $4,7\pm 0,5$ . Δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες PSQ-18 και τον αριθμό των επισκέψεων ( $p>0,05$ )

Πίνακας 9. Διαφορές στις κλίμακες PSQ-18 ως προς την αυτοαναφερόμενη φροντίδα

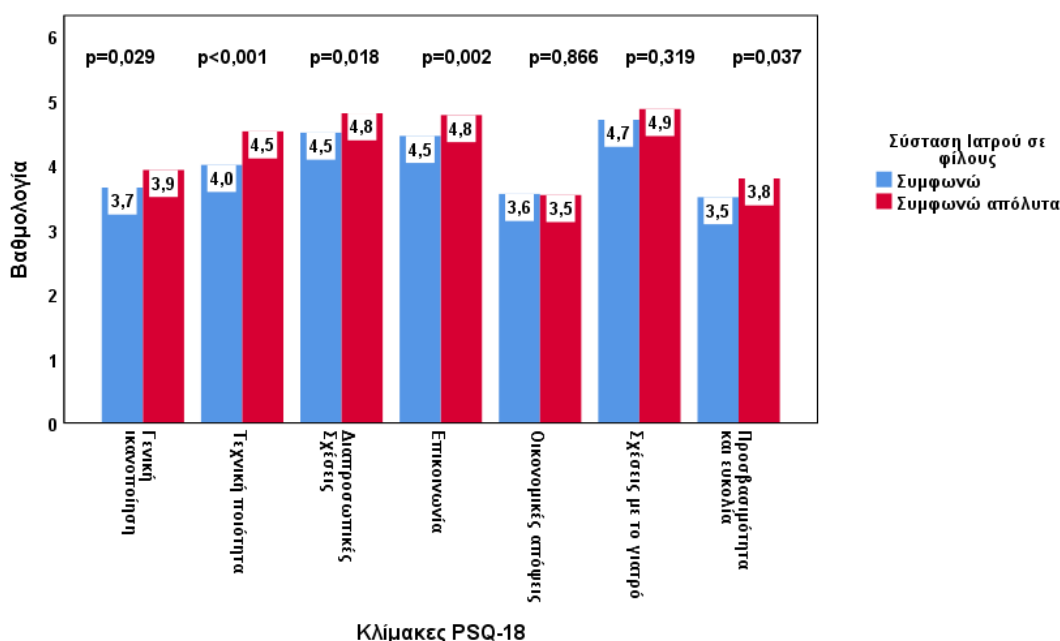
	Αυτοαναφερόμενη Υγεία						p
	Καλή/πολύ καλή			Έως μέτρια			
	ΜΟ	ΤΑ	Δ	ΜΟ	ΤΑ	Δ	
Γενική ικανοποίηση	4,0	0,4	4,0	3,8	0,4	4,0	0,055
Τεχνική ποιότητα	4,6	0,3	4,5	4,4	0,4	4,5	0,137
Διαπροσωπικές Σχέσεις	4,9	0,4	5,0	4,7	0,6	5,0	0,202
Επικοινωνία	4,9	0,3	5,0	4,7	0,5	5,0	<b>0,037</b>
Οικονομικές απόψεις	3,6	0,5	3,5	3,5	0,5	3,5	0,353
Σχέσεις με το γιατρό	4,9	0,2	5,0	4,8	0,4	5,0	0,954
Προσβασιμότητα και ευκολία	3,8	0,6	4,0	3,7	0,4	3,8	0,122

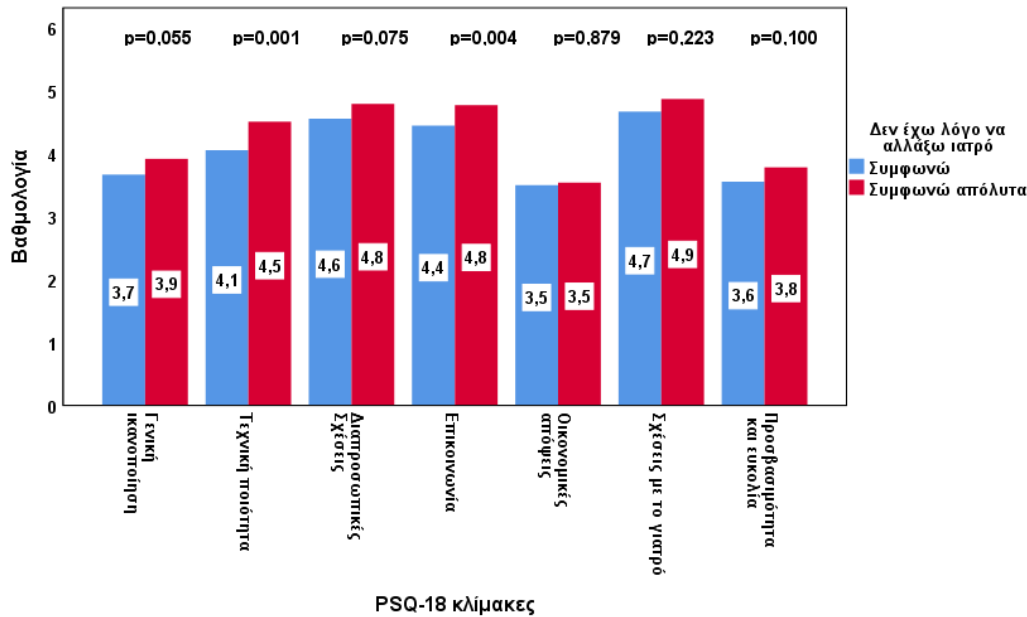
	Επισκέψεις						Total p
	<6			≥6			
	ΜΟ	ΤΑ	Δ	ΜΟ	ΤΑ	Δ	

Γενική ικανοποίηση	3,9	0,4	4,0	3,9	0,4	4,0	0,297
Τεχνική ποιότητα	4,5	0,4	4,5	4,5	0,4	4,5	0,558
Διαπροσωπικές Σχέσεις	4,7	0,5	5,0	4,8	0,6	5,0	0,158
Επικοινωνία	4,8	0,3	5,0	4,7	0,5	5,0	0,080
Οικονομικές απόψεις	3,6	0,5	3,8	3,5	0,5	3,5	0,465
Σχέσεις με το γιατρό	4,9	0,3	5,0	4,8	0,4	5,0	0,919
Προσβασιμότητα και ευκολία	3,8	0,6	4,0	3,8	0,4	3,8	0,459

Η απόλυτη συμφωνία στο να συστήσει κάποιος από τους ερωτώμενους τον γενικό γιατρό σε φίλους του δείχνει να διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά τις κλίμακες ικανοποίησης PSQ-18 σε σχέση με όσους απλά συμφωνούν. Πιο αναλυτική η κλίμακα «Γενική ικανοποίηση» παρουσιάζει μεγαλύτερη μέση τιμή στους «συμφωνώ απόλυτα»  $3,9 \pm 0,4$  σε σχέση με όσους δήλωσαν «συμφωνώ»  $3,7 \pm 0,2$  ( $p=0,029$ ), ενώ η αντίστοιχες μέσες τιμές για την κλίμακα «τεχνική ποιότητα» ήταν  $4,5 \pm 0,3$  και  $4,0 \pm 0,4$  αντίστοιχα ( $p<0,001$ ). Οι «διαπροσωπικές σχέσεις» της κλίμακας IPQ παρουσιάζουν μέση τιμή  $4,8 \pm 0,6$  στους ερωτώμενους που «συμφωνούν απόλυτα» σε σχέση με αυτούς που απλά συμφωνούν  $4,5 \pm 0,6$  ( $p=0,002$ ). Τέλος η κλίμακα «Προσβασιμότητα και ευκολία» παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,037$ ) με μέση τιμή  $3,8 \pm 0,5$  στους ερωτώμενους που συμφωνούν απόλυτα» και  $3,5 \pm 0,4$  για όσους απλά «συμφωνούν».



**Διάγραμμα 6.** Μέσες τιμές των κλιμάκων PSQ-18 σε σχέση με την σύσταση του γενικού ιατρού σε φίλους



**Διάγραμμα 7.** Μέσες τιμές των κλιμάκων PSQ-18 σε σχέση το λόγο αλλαγής γενικού ιατρού σε φίλους

Στην δήλωση «Δεν έχω λόγο να αλλάξω ιατρό Γενικής Ιατρικής» παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις PSQ-18 κλίμακες «Τεχνική ποιότητα» με  $p=0,001$ , «Επικοινωνία» με  $p=0,004$ . Τάση για σημαντικότητα ( $0,50 < p < 0,100$ ) παρουσιάστηκαν στις κλίμακες «γενική ικανοποίηση», «Διαπροσωπικές σχέσεις» και «προσβασιμότητα/ευκολία».

Στην κλίμακα «τεχνική ποιότητα» οι ερωτώμενοι με επιλογή «συμφωνώ απόλυτα» είχαν μέση τιμή  $4,5 \pm 0,3$  και οι ερωτώμενοι με επιλογή «συμφωνώ» είχαν μέση τιμή  $4,1 \pm 0,4$ . Οι αντίστοιχες τιμές για την κλίμακα «επικοινωνία» ήταν  $4,8 \pm 0,4$  και  $4,4 \pm 0,4$  αντίστοιχα.

**Πίνακας 10.** Συσχέτιση των κλιμάκων ικανοποίησης EUROPEP και PSQ-18.

Spearman's rho		EUROPEP					
		Κλινική συμπεριφορά		Υποστήριξη και υπηρεσίες		Οργάνωση της φροντίδας	
		rs	p	rs	p	rs	p
PSQ-18	Γενική ικανοποίηση	0,290	0,003	0,065	0,522	-0,031	0,762
	Τεχνική ποιότητα	0,319	0,001	0,273	0,006	0,135	0,179
	Διαπροσωπικές Σχέσεις	0,194	0,054	0,040	0,690	-0,013	0,902

<b>Επικοινωνία</b>	<b>0,331</b>	<b>0,001</b>	<b>0,372</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,266</b>	<b>0,007</b>
<b>Οικονομικές απόψεις</b>	0,107	0,291	0,101	0,317	0,150	0,135
<b>Σχέσεις με το γιατρό</b>	0,139	0,167	0,156	0,121	0,098	0,331
<b>Προσβασιμότητα και ευκολία</b>	0,189	0,060	0,191	0,057	<b>0,279</b>	<b>0,005</b>

Η σχέση των κλιμάκων EUROPEP και PSQ-18 παρουσιάζεται στον Πίνακα 10. Η κλίμακα «Κλινική συμπεριφορά» του EUROPEP συσχετίζεται σημαντικά με τις κλίμακες PSQ-18 «Γενική ικανοποίηση» ( $r_s=0,290$ ,  $p=0,003$ ), την «τεχνική ποιότητα» ( $r_s=0,319$ ,  $p<0,001$ ) και «Επικοινωνία» ( $r_s=0,331$ ,  $p=0,001$ ).

Η κλίμακα του EUROPEP «Υποστήριξη και υπηρεσίες» σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την PSQ-18 κλίμακες «Τεχνική ποιότητα» ( $r_s=0,273$ ,  $p=0,006$ ) και «Επικοινωνία» ( $r_s=0,372$ ,  $p<0,001$ ).

Τέλος η κλίμακα του EUROPEP «Οργάνωσης της φροντίδας» σχετίζεται σημαντικά με την κλίμακα «Επικοινωνία» της PSQ-18 ( $r_s=0,266$ ,  $p=0,007$ ) και «Προσβασιμότητα και ευκολία» ( $r_s=0,279$ ,  $p=0,005$ ).

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη παρούσα έρευνα έγινε μια προσπάθεια να γίνει μια βαθύτερη κατανόηση στις προσδοκίες των ασθενών, σε σχέση με την επικοινωνία με τους ασθενείς που επισκέπτονται τη 4<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Ηρακλείου. Διερευνήθηκαν μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν την αντίληψη για την υγεία τους και την ικανοποίηση τους σε σχέση όχι μόνο με την επαφή τους με τον γιατρό, και κατ'έκταση από τις υπηρεσίες υγείας και από τη ΠΦΥ.

Τα αποτελέσματα αποτυπώνουν μια πρώτη εικόνα για την επικοινωνιακή συμπεριφορά που εκτυλίσσεται κατά την ιατρική επίσκεψη στο θάλαμο του ασθενούς, από δύο διαφορετικές οπτικές γωνίες του γιατρού και του ασθενή με έμφαση στη φροντίδα υγείας. Αναδεικνύουν περιοχές υψηλής προτεραιότητας για την αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς και υπογραμμίζουν τη σημασία της και τη συμβολή της στην αναβάθμιση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας και των υπηρεσιών υγείας γενικότερα.

Ο πληθυσμός του δείγματος της παρούσας μελέτης ήταν στους 100 ασθενείς. Οι πιο συχνές απαντήσεις των ασθενών σχετικά με το πόσες φορές επισκέπτονται τη 4<sup>η</sup> Τ.Ο.Μ.Υ ήταν 6 και 8 το χρόνο με συχνότητα (25,0%) και (26,0%) αντίστοιχα. Το 66% δήλωσε μέτρια υγεία το 28% καλή και το 5% πολύ καλή, ενώ μόλις το 1% κακή. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων στο ερωτηματολόγιο PSQ18, οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι έως πολύ σε σχέση με την συμπεριφορά των γιατρών και την επικοινωνία, ενώ στο θέμα της οργάνωσης, προσβασιμότητας και της οικονομικών απόψεων οι ασθενείς δείχνουν λιγότερο ικανοποιημένοι ( $p < 0,001$ ). Επίσης η αυτοαναφερόμενη υγεία φαίνεται να επιδρά στην σχέση και την επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και τον γιατρό, με τους ασθενείς που δηλώνουν καλή/πολύ καλή να δείχνουν περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ όσοι δήλωσαν μέτρια λιγότερο ( $p = 0,037$ ). Παρατηρούμε ότι απόφοιτοι Λύκειού είχαν χαμηλότερο μέσο όρο βαθμολόγησης όσον αφορά την κλινική συμπεριφορά του γιατρού ( $p < 0,010$ ) σε σχέση με τους απόφοιτους Γυμνασίου. Επίσης τα άτομα που επισκέπτονται πάνω από 6 φορές τον χρόνο τη 4<sup>η</sup> Τ.Ο.Μ.Υ, δείχνουν να είναι λιγότερο ικανοποιημένα σε σχέση με όσους επισκέπτονται λιγότερο από 6 φορές το χρόνο ( $p < 0,037$ ). Αξίζει να σημειωθεί πως το ποσοστό του 100% του δείγματος συμφωνεί ότι θα έκανε σύσταση το γενικό γιατρό στους φίλους του, όπως επίσης ότι δεν θα άλλαζε τον γενικό γιατρό της 4<sup>η</sup> Τ.Ο.Μ.Υ, ενώ το 90% των ερωτώμενων της παρούσας έρευνας συμφωνούν απολύτως ότι δεν θα άλλαζε τον οικογενειακό γιατρό. Όσον αφορά το κομμάτι της κλίμακας «τεχνική ποιότητα» (επαρκής εξοπλισμός, εμπιστοσύνη στη διάγνωση, προσοχή εξέτασης, αμφιβολίες θεραπευτικών ικανοτήτων του γιατρού) το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών συμφωνούν απολύτως ( $p < 0,001$ ). Οι «διαπροσωπικές σχέσεις» παρουσιάζουν μέση τιμή  $4,8 \pm 0,6$  στους ερωτώμενους που «συμφωνούν απόλυτα» σε σχέση με αυτούς που απλά συμφωνούν  $4,5 \pm 0,6$  ( $p = 0,002$ ). Τέλος η κλίμακα «Προσβασιμότητα και ευκολία» παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,037$ ) με μέση τιμή να είναι υψηλότερη στους ερωτώμενους που συμφωνούν απόλυτα και χαμηλότερη για όσους απλά «συμφωνούν».

Αν και ερευνά που πραγματοποιήθηκε ήταν συγχρονική μελέτη, ωστόσο μπορούμε να παραθέσουμε κάποια ποιοτικά χαρακτηριστικά στη ερευνά καθώς, στο ερωτηματολόγιο EUROPEP οι ασθενείς μπορούσαν να συμπληρώσουν προαιρετικά ένα σχόλιο για να εκφράσουν οπουδήποτε άποψή την ικανοποίηση τους τόσο για τον οικογενειακό γιατρό, όσο για την υπηρεσία πρωτοβάθμιας υγείας. Σε πολλά από τα σχόλια των ασθενών υπήρξε ικανοποίησης ως προς το θέμα χρόνου που τους έδινε ο γιατρός, ιδιαίτερα στο κομμάτι της πρόληψης, όχι όμως στο θέμα την αναμονής έξω στο ιατρεία τους πριν την μεταξύ τους συνεδρία. Ανάμεσα στις απαντήσεις ιδιαίτερο ενδιαφέρον είχε ότι οι γιατροί της 4<sup>ης</sup> Τ.ΟΜ.Υ Ηρακλείου, έδιναν προτεραιότητα σε προληπτικές εξετάσεις έτσι οι ασθενείς ανακαλύπταν, ότι έπασχαν από σοβαρές παθήσεις τις οποίες θεράπευσαν έγκαιρα, τονίζοντας ότι αν δεν τους έλεγε ο γιατρός δεν θα τις έκαναν. Επίσης οι ασθενείς που επισκεπτόταν την 4<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ είναι ικανοποιημένοι από το γεγονός ότι ο γιατρός τους ακούει και αισθάνονται άνετα και οικεία, όταν μπαίνουν στο ιατρείο και τους εξετάζει. Επιπρόσθετα σύμφωνα με τα σχόλια των ασθενών υπάρχει η ανάγκη για να βελτιωθεί το θέμα χρόνου στις τοπικές μονάδες υγείας ως προς τον χρόνο αναμονής. Επίσης οι ασθενείς έχουν αξιολογήσει θετικά την κάτοικόν νοσηλεία και ότι υπάρχει εύκολη πρόσβαση στη 4<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ. Είναι σημαντικό να τονιστεί ο σημαντικός ρόλος του διοικητικού κομματιού αλλά και των κοινωνικών λειτουργών στην 4<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ. Είναι γεγονός ότι υπάρχουν πολλοί μετανάστες ασθενείς που προέρχονται από άλλη χώρα και έχουν πρόβλημα στην ελληνική γλώσσα και κατ' επέκταση στο θέμα της επικοινωνίας, ακόμα και τα άτομα με διαφορά κοινωνικά ζητήματα, όπως με ειδικές ανάγκες που επισκέπτονται τη συγκεκριμένη μονάδα ΠΦΥ. Παρατηρούμε ότι η διεπιστημονική ομάδα είναι απαραίτητη για να λειτουργεί ομαλά και ολοκληρωμένα ένα κέντρο υγείας. Το μεγαλύτερο μέρος των απαντήσεων ως προς τις ΤΟΜΥ ήταν να μην κλείσουν καθώς ο ρόλος τους είναι σημαντικός γεγονός που αποδεικνύει την ανάγκη για τη ΠΦΥ στη χώρα μας. Η καθυστέρηση στο κλείσιμό των ραντεβού ο χρόνος αναμονής όπως του χώρου του ιατρείου και των εγκαταστάσεων χρήζουν βελτίωση σύμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών. Ωστόσο ο χρόνος που δίνεται από τους γιατρούς προς τους ασθενείς είναι ένα σημαντικό κομμάτι ως προς την ψυχολογία των ασθενών και την έκβαση των ενδεχόμενων ασθενειών και στην βελτίωση της υγείας τους ως προς την καθημερινότητα τους. Τέλος στα σχόλια των ασθενών υπήρχε μια δυσαρέσκεια ως προς την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, αναφέροντας πως αν απαντούσαν τα ίδια ερωτηματολόγια για κάποιο από τα παραπάνω ιδρύματα, οι απαντήσεις θα ήταν διαφορετικές και αρνητικές ως προς το θέμα αντιμετώπισης του γιατρού και του χρόνου.

## Συζήτηση

Από τα δεδομένα που συλλέξαμε από αντίστοιχες έρευνες τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα είναι φανερό ότι, οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως γιατροί, που είναι ο πυρήνας του συστήματος υγείας. Το αίσθημα της συμπόνιας επιδρά θετικά όχι μόνο στη ψυχολογία του ασθενή αλλά υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να υπάρχει καλύτερη έκβαση στο πρόβλημα υγείας του κάθε ασθενή. Ο οικογενειακός γιατρός είναι ο πυρήνας στη σχέση γιατρού-ασθενή, ωστόσο είναι πολύ σημαντική η

συμβολή του νοσηλευτή και των άλλων επαγγελματιών υγείας στο θέμα χρόνου και οργάνωσης, όπως στη διεκπεραίωση σημαντικών ιατρικών διεργασιών όπως η λήψη ιστορικού. Ο ασθενής πριν την επίσκεψη του στον γιατρό του νιώθει άγχος όχι μόνο για το πρόβλημα υγείας αλλά και πως θα τον αντιμετωπίσει ο γιατρός. Υπάρχει ακόμα η αντίληψη ότι ο ασθενής κάνει ότι του ζητήσει ο ιατρός χωρίς να υπάρχει η δική του άποψη (πατερναλιστικό μοντέλο). Ωστόσο σύμφωνα με τις έρευνες οι ασθενείς επιθυμούν ακριβώς το αντίθετο, να νιώθουν οικεία με τον γιατρό τους, να είναι προτεραιότητα των γιατρών, να τους ακούν γεγονός που χρήζει βελτίωση και δεν συμβαίνει λόγω έλλειψης χρόνου. Επίσης και ο γλωσσικός φραγμός πρέπει να βελτιωθεί. Οι ασθενείς πολλές φορές δεν κατανοούν τους ιατρικούς όρους και μπορεί να ακολουθήσουν λάθος οδηγίες. Για να θεωρηθεί επιτυχημένη η σχέση γιατρού-ασθενούς πρέπει να υπάρξει εμπιστοσύνη και να καταλήγουν από κοινού στην κατάλληλη θεραπεία. Παρατηρούμε ότι ο χρόνος είναι από τα σημαντικότερα ζητήματα. Οι ασθενείς επιθυμούν περισσότερο χρόνο με τον οικογενειακό γιατρό και λιγότερο χρόνο αναμονής καθώς το γεγονός αυτό τους δημιουργεί περισσότερο άγχος. Αξίζει να σημειωθεί ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των ασθενών που επισκέπτονται ένα ιατρείο της ΠΦΥ, είναι για συνταγογράφηση έχοντας σε μη προτεραιότητα προγράμματα προαγωγής υγείας πρόληψης. Πολλοί ασθενείς καταφεύγουν σε ιδιωτικές κλινικές/ιατρεία θεωρώντας ότι ο ιδιωτικός γιατρός θα τους δώσει τον χρόνο και την προσοχή που επιθυμούν.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών σε παρόμοιες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, το ¼ περίπου των ασθενών απάντησαν ότι οι γιατροί δεν απαντούν στα ερωτήματα τους και δεν τους επιτρέπουν να συμμετέχουν ενεργά στην λήψη κλινικών αποφάσεων, χρησιμοποιώντας αυστηρά ιατρικούς όρους γεγονός που κάνει τον ασθενή να μην κατανοεί τα λόγια του γιατρού και κατά επέκταση να υπάρχει λανθασμένη επικοινωνία μεταξύ τους. Επίσης ένας άλλος αρνητικός παράγοντας είναι αυτός ο χρόνος αναμονής και η ασυνέπεια των ιατρών στις προγραμματισμένες επισκέψεις. Η διαφορά κοινωνικού επίπεδου ιατρού και ασθενούς δημιουργεί προβλήματα στην επικοινωνία. Πολλές φορές οι άνθρωποι που δεν έχουν το κατάλληλο εκπαιδευτικό υπόβαθρο συχνά δυσκολεύονται να κατανοήσουν τους ιατρικούς όρους όπως και να εκφράσουν τον πρόβλημα τους στον ιατρό. Οι ασθενείς διαφορετικής εθνικότητας λάμβαναν λιγότερη πληροφόρηση. Ο γλωσσικός φραγμός στο πλαίσιο επικοινωνίας του παρόχου με τον χρηστή επικοινωνίας επιδρά αρνητικά στη ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η βελτίωση της επικοινωνίας στο σημείο πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας θα συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Δεδομένου ότι η ελληνική κοινωνία μεταβάλλεται δημογραφικά, η βελτίωση της επικοινωνίας κρίνεται αναγκαία καθώς θα διευκολύνει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού και θα ευνοηθεί μακροπρόθεσμα τη διαδικασία της κομβικής ένταξης στο πλαίσιο της προσφυγικής κρίσης. (Σίουτης, 2019).

Για αυτό τον λόγο η λήψη του ιστορικού υγείας και η συνέντευξη είναι σημαντική καθώς εκεί ο γιατρός μπορεί να αντλήσει πολλές πληροφορίες να μεταδώσει την πληροφορία. Ωστόσο είναι σημαντικό σε αυτή τη σχέση οι ασθενείς να καταλαβαίνουν τα δικαιώματά τους και τις ευθύνες τους δηλαδή να δίνουν χώρο και

χρόνο στον γιατρό παρόλο το συναισθηματικό φορτίο που μπορεί να υπάρξει στη μεταξύ τους σχέση για αυτόν τον λόγο πρέπει να κρατηθούν τα μεταξύ τους όρια. (Βενιού & Τεντολούρης, 2013).

Κάποιες φορές παρατηρείται ότι εξαιτίας της διαφοράς στο επίπεδο των γνώσεων, οι γιατροί παρέχουν ελάχιστη πληροφόρηση στους ασθενείς τους. Τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση- τις περισσότερες φορές- έχουν τη μέγιστη πληροφόρηση πριν από την επίσκεψη στον γιατρό τους. (Simou 2016). Οι περισσότεροι ασθενείς υπογραμμίζουν τη χρήση απλής καθημερινής γλώσσας βοηθάει τους ίδιους να καταλαβαίνουν περισσότερο τις οδηγίες των γιατρών και να νιώθουν περισσότερο οικεία και ανετά. Το καθημερινό λεξιλόγιο σε σχέση με το ιατρικό λεξιλόγιο κατά την αλληλεπίδραση με τους γιατρούς φαίνεται να επηρεάζει τη σχέση γιατρού- ασθενή. Παρατηρούμε ότι οι αντιλήψεις για την ασθένεια αλλά και η ικανοποίηση για την παροχή φροντίδας διαφοροποιείται ανάλογα με την υγεία του ασθενούς. Οι ασθενείς που είχαν κακή κατάσταση υγείας θα επιθυμούσαν καλύτερη θα επιθυμούσαν καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με τους ασθενείς με μέτρια και καλή κατάσταση της υγείας. (Παπαγεωργίου Α, 2019).

Η **ενσυναίσθηση**, ο **σεβασμός**, η **ειλικρίνεια** η **αποδοχή** και η **συμπόνια** οδηγούν στη συμμόρφωση και στην αλλαγή συμπεριφοράς. ελαχιστοποιεί τη πιθανότητα λάθους. και δίνει τη δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράζουν τις ανησυχίες τους, τις απορίες τους, τους ενδοιασμούς και τους φόβους τους και να κάνουν ερωτήσεις προς τους γιατρούς.

Η εν συναίσθηση οδηγεί:

- Μεγαλύτερη ικανοποίηση του ασθενή
- Καλύτερη τήρηση των ιατρικών οδηγιών και θεραπείας που λαμβάνει ο ασθενής
- Καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.
- Η εν συναίσθηση είναι ένα ανθρώπινο γνώρισμά που συμπεριλαμβάνει την ικανότητα να καταλαβαίνει τις εσωτερικές ανάγκες, τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις του ασθενή.

Σύμφωνα με μια πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Παγκόσμιο οργανισμό υγείας μόνο το 40% των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι από τη διαθεσιμότητα του χρόνου εκ μέρους των γιατρών ενώ το 60% θα επιθυμούσε περισσότερο χρόνο για να επικοινωνήσουν με τον γιατρό τους και να εκφράσουν τις απορίες τους.

Το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλει θετικά στη πορεία της θεραπείας του ασθενή όσο και στην ακολουθία των ιατρικών οδηγιών. Όσοι ασθενείς είχαν οικογένεια με μέχρι και πάνω από τέσσερα μέλη επισκεπτόταν πολλές φορές μαζί τον ιατρό γεγονός που τους βοηθήσει καλύτερα στη κατανόηση των οδηγιών, στην εκπαίδευση της τους θεραπείας τους στο σπίτι αλλά και στην τήρηση των οδηγιών. (WHO, 2015).

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδούνται συνεχώς. Η εκπαίδευση και ανάπτυξη αποτελούν πυρήνα μιας συνεχούς προσπάθειας αύξηση αποτελεσματικότητας. Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς ενδεχομένως να μην ακολουθούν την θεραπεία τους και να υιοθετούν εναλλακτικές θεραπείες είτε για οικονομικούς λόγους είτε από λανθασμένα στερεότυπα προτύπων και αντιλήψεις



σχετικά με τη θεραπεία τους. Η κακή σχέση ανάμεσα σε ένα γιατρό και ασθενή οδηγεί τον ασθενή στο να αναζητήσει πληροφορίες στο ιντερνέτ. Για αυτό είναι σημαντικό οι γιατροί να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς με ειλικρίνεια. Το 33% των γιατρών δεν ασκούν ολιστική φροντίδα με επίκεντρο τον άνθρωπό. Ένα συχνό φαινόμενο στην καθημερινότητα των ιατρικών υπηρεσιών είναι ο γιατρός να κοιτάει τον υπολογιστή αντί να κοιτάει τον ασθενή. Ενώ το σωστό είναι ο γιατρός να έχει πιο ανθρωποκεντρική προσέγγισή προς τον ασθενή. (Λιονής & Πιτέλου, 2014). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με πιο σοβαρές ασθένειες έχουν περισσότερες απαιτήσεις και προσδοκίες από το υγειονομικό σύστημα, (Πίνη & Σαράφης, 2010). Οι ασθενείς που είχαν κακή κατάσταση υγείας θα επιθυμούσαν καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με τους ασθενείς με μέτρια και καλή κατάσταση της υγείας. (Παπαγεωργίου Α, 2019).

## **Παρουσίαση παρόμοιων μελετών που έχουν γίνει στο παρελθόν**

### **Μελέτη «Αξιολόγηση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας στις Μονάδες υγείας: Προσδοκίες και αντιλήψεις των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας»**

Η εκτίμηση της ποιότητας των περιεχόμενων υπηρεσιών υγείας από πλευρά των ασθενών του Γ.Ν Παπαγεωργίου. Διερευνήθηκαν οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψιν τις πέντε διαστάσεις ποιότητας (Αξιοπιστία, εν συναίσθηση, διασφάλιση και ανταπόκριση).

Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) σε δείγμα 102 ασθενών. αποτελέσματα, η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 56 χρόνια, ενώ το ποσοστό 68% ήταν άνδρες. Το 68,6% των ασθενών που βαθμολόγησαν τις υπηρεσίες είχαν κακή κατάσταση υγείας, το 23,5% είχαν μέτρια και το 7,9 καλή κατάσταση υγείας. Η ανάλυση έδειξε ότι δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου, της ηλικίας και του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών, ούτε στην αντιλαμβανόμενη ούτε στη προσδοκώμενη ποιότητα των υπηρεσιών. Οι ασθενείς που είχαν καλή κατάσταση υγείας είχαν καλύτερη άποψη για την ποιότητα των υπηρεσιών ως προς την ανταπόκριση, σε σύγκριση με τους ασθενείς με μέτρια και κακή κατάσταση υγείας. Οι ασθενείς που είχαν κακή κατάσταση υγείας θα επιθυμούσαν καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με τους ασθενείς με μέτρια και καλή κατάσταση της υγείας. (Παπαγεωργίου Α, 2019).

Σε ένα δείγμα ασθενών με καρκίνο οι γιατροί αποφάσισαν να δείξουν κατανόηση, ενσυναίσθηση και να ακούσουν τους ασθενείς τους σχετικά με τους προβληματισμούς τους ως προς την ασθένεια τους. Στη συνέχεια οι ερευνητές ήθελαν να δουν σε τι βαθμό υπήρχε επίδραση στη θεραπεία τους σε σύγκριση με τους ασθενείς που απλά τους έδωσαν τις ιατρικές οδηγίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ένταση του πόνου μειώθηκε αρκετά και αυξήθηκε η ανοχή του πόνου, σε σύγκριση με τους ασθενείς που ακολούθησαν τις ιατρικές οδηγίες χωρίς καμία συναισθηματική παρέμβαση.

Σε μια προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε Γενικό Νοσοκομείο της Γερμανίας, οι ερευνητές προσπάθησαν να καταγράψουν τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών απέναντι στους επαγγελματίες υγείας. Παρόλο που ασθενείς ανέφεραν πως ήταν ευχαριστημένοι με τις υπηρεσίες που δέχονταν παρόλα αυτά θα επιθυμούσαν να υπήρχε περισσότερος ποιοτικός χρόνος επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας.

(*Felicity Goodyear-Smith, Mash et al, 2017*).

### «Ενδυναμώνοντας τη Σχέση Γιατρού-Ασθενή»

Σύμφωνα με μια πρόσφατη ερευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Παγκόσμιο οργανισμό υγείας. Μόνο το 40% των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι από τη διαθεσιμότητα του χρόνου εκ μέρους των γιατρών ενώ το 60% θα επιθυμούσε περισσότερο χρόνο για να επικοινωνήσουν με τον γιατρό τους και να εκφράσουν τις απορίες τους.

Ο βαθμός ικανοποίησης που δέχονται οι ασθενείς από τις ιατρικές υπηρεσίες που δέχεται όσο και από τη φροντίδα που του παρέχεται από τον γιατρό είναι χαμηλότερος με αυτούς δεν έχουν ένα εκπαιδευτικό υπόβαθρό, σε σχέση με τους ασθενείς που έχουν πάνω από δέκα χρόνια εκπαίδευσης. Επίσης οι ασθενείς που ανήκαν σε φτωχότερα οικονομικά στρώματα είχαν περισσότερες απαιτήσεις σε σύγκριση με αυτούς που είχαν ένα καλύτερο μηνιαίο εισόδημα. Τα νεότερα ηλικιακά στρώματα (19-25) βαθμολογήσαν υψηλότερο βαθμό τους γιατρούς και τις υπηρεσίες που τους παρείχαν σε σύγκρισής με τι ηλικιακό γκρουπ (36-45) όπου είχαν περισσότερες απαιτήσεις και ήταν πιο αυστηροί.

Το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλει θετικά στη πορεία της θεραπείας του ασθενή όσο και στην ακολουθία των ιατρικών οδηγιών. Όσοι ασθενείς είχαν οικογένεια με μέχρι και πάνω από τέσσερα μέλη επισκεπτόταν πολλές φορές μαζί τον ιατρό γεγονός που τους βοηθήσει καλύτερα στη κατανόηση των οδηγιών, στην εκπαίδευση της τους θεραπείας τους στο σπίτι αλλά και στην τήρηση των οδηγιών. (*WHO, 2015*).

### «Η σημασία της εκπαίδευσής της έννοιας της εν συναίσθησης σε φοιτητές ιατρικής»

Το 2013 πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφία που με θέμα η θετική επίδραση της συμπόνοιας σε σχέση με τους ασθενείς και πως μπορεί να διδαχτεί η έννοια αυτή στους φοιτητές ιατρικής. Έπειτα οι ερευνητές δημιούργησαν εργαστήρια με θέμα «Δεξιότητες επικοινωνίας» όπου διήρκησαν τέσσερις μήνες. Έτσι δημιουργήθηκαν γκρουπ παρέμβασης. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστήμιο John Hopkins στη πόλη Maryland των Ηνωμένων πολιτειών Αμερικής.

#### Πρακτικές εκπαίδευσης

- Ορθή διατύπωση φράσεων που έχουν σχέση με τους όρους συμπόνοιας και εν συναίσθησης.

- Σωστές έκφρασης επικοινωνίας που θα οδηγούν σε σωστές λεκτικές και μη λεκτικές επικοινωνιακές δεξιότητες.
- Ανάπτυξη και εκπαίδευση διαπροσωπικών σχέσεων αναμεσα σε ασθενή και γιατρό.
- Εξατομικευμένη συνέντευξής σε ειδικές ομάδες ασθενών όπως αυτών με αυξημένη γήρανση.

Έπειτα από αυτές τις παρεμβάσεις, ιδιαίτερα στο κομμάτι της εκπαίδευσης, οι φοιτητές χωριστήκαν σε γκρουπ και πραγματοποίησαν συνεντεύξεις με ασθενείς.

Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι φοιτητές μπορούσαν να εκφράσουν καλύτερα συναισθήματα σε σχέση με τη συμπόνοια και την εν συναίσθηση. Καθώς είχαν λάβει μια καθοδήγηση και εκπαίδευσή στο πως θα μπορούσαν να βελτιώσουν τις τεχνικές επικοινωνίας ως προς τους ασθενείς. Μερικά σημαντικά αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν είναι ότι, οι γυναίκες είχαν περισσότερο σκορ στην έκφραση των παραπάνω συναισθημάτων σε σύγκριση με τους άνδρες φοιτητές πριν την εκπαίδευση που έλαβαν.

Επίσης είναι σημαντικό να γίνεται σωστά η λήψη του ιστορικού υγείας ενός ασθενή καθώς μέσα από αυτό καταγραφούμε και αντλούμε όχι μόνο πληροφορίες για την υγεία του αλλά και τις πεποίθησης τους και τις αντιλήψεις τους.

Ενώ μετά την παρέμβασή, οι ερευνητές παρατήρησαν ότι οι άνδρες φοιτητές σημείωσαν υψηλότερο σκορ σε σύγκριση πώς εξέφραζαν τα συναισθήματα τους πριν την εκπαίδευση που έλαβαν. Οι δεξιότητες επικοινωνίας πρέπει να προσαρμόζονται στις ανάγκες του κάθε ασθενούς όπως π.χ οι ασθενείς σε μεγαλύτερη ηλικία υπάρχει απώλεια όρασης, ακοής κτλ. Είναι φανερό ότι χρειάζεται ιδιαίτερη εκπαίδευση των γιατρών ως προς την επικοινωνία καθώς αποτελεί μια καθημερινή πρόκληση στη προσφερόμενη ιατρική φροντίδα. Συνοπτικά οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στους φοιτητές ιατρικής μπορούν να οδηγήσουν σε μια αποτελεσματική σχέση με τους ασθενείς και κατ' επέκταση οδηγεί σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.

Οι μελέτες δείχνουν ότι η εκπαίδευση ως προς το κομμάτι της επικοινωνίας και των διαπροσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς είναι ελλείψεις κατά τη διάρκεια της φοίτησης τους.

Η εν συναίσθηση οδηγεί:

- Μεγαλύτερη ικανοποίηση του ασθενή
- Καλύτερη τήρηση των ιατρικών οδηγιών και θεραπείας που λαμβάνει ο ασθενείς
- Καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.
- Η εν συναίσθηση είναι ένα ανθρώπινο γνώρισμά που συμπεριλαμβάνει την ικανότητα να καταλαβαίνει τις εσωτερικές ανάγκες, τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις του ασθενή.

Συνοπτικά παρόλο που γίνονται προσπάθειες για εμπεδώσουν και να ενστερνιστούν την έννοια της συμπόνοιας και της εν συναίσθησης οι φοιτητές ώστε ως γιατροί

αργότερα να μπορούν και να είναι σε θέση να κατανοούν τις ανάγκες των ασθενών, χρειάζεται μια διαρκής εκπαίδευση και βελτίωσης τις ικανότητας των επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Είναι σημαντικό οι φοιτητές να λαμβάνουν από τους καθηγητές και την ιατρική κοινότητα όπως και την προπτυχιακή τους εκπαίδευση την ικανότητα να κατανοήσουν τις παραπάνω εννοιές. Οι παραπάνω εννοιές πρέπει να είναι θεμελιώδες στοιχείο στην εκπαίδευση τους.

Επίσης είναι σημαντικό να υπάρχει ειδική εκπαίδευση σε ειδικές ομάδες ασθενών είτε με πιο σοβαρά προβλήματα υγείας είτε ασθενείς όπως π.χ. μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Είναι σημαντικό να υπάρχουν στοχευμένες παρεμβάσεις για τη παροχή της ολιστικής φροντίδας και στις ιδιαίτερες ομάδες ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδεύονται συνεχώς. Εκπαίδευση και ανάπτυξη αποτελούν πυρήνα μιας συνεχούς προσπάθειας αύξηση αποτελεσματικότητας.

*(Samantha A, 2013)*

Η διαφορά μορφωτικού επιπέδου με βάση τα αποτελέσματα των μελετών και η διαφορά στο επίπεδο γνώσεων είναι η αφορμή για το γεγονός ότι μερικές φορές οι γιατροί παρέχουν ελάχιστη πληροφόρηση στους ασθενείς τους. Τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση-τις περισσότερες φορές έχουν τη μέγιστη πληροφόρηση πριν από την επίσκεψή τους από τον γιατρό τους. Αυτό συμβαίνει πολλές φορές καθώς οι γιατροί θα χρειαστεί να καταβάλουν περισσότερη προσπάθεια σε άτομα με χαμηλότερη κοινωνική μόρφωση για να μεταδώσουν την πληροφορία του και θα χρειαστεί αρκετά καλές επικοινωνιακές δεξιότητες.

Η διαφορά κοινωνικού επιπέδου ιατρού και ασθενούς δημιουργεί προβλήματα στην επικοινωνία. Πολλές φορές οι άνθρωποι που δεν έχουν το κατάλληλο εκπαιδευτικό υπόβαθρο συχνά δυσκολεύονται να κατανοήσουν τους ιατρικούς όρους όπως και να εκφράσουν τον πρόβλημα τους στον ιατρό. Οι ασθενείς διαφορετικής εθνικότητας λάμβαναν λιγότερη πληροφόρηση.

Για αυτό τον λόγο η λήψη του ιστορικού υγείας και η συνέντευξη είναι σημαντική καθώς εκεί ο γιατρός μπορεί να αντλήσει πολλές πληροφορίες να μεταδώσει την πληροφορία. Ωστόσο είναι σημαντικό σε αυτή τη σχέση οι ασθενείς να καταλαβαίνουν τα δικαιώμα τους και τις ευθύνες τους δηλαδή να δίνουν χώρο και χρόνο στον γιατρό παρόλο το συναισθηματικό φορτίο που μπορεί να υπάρξει στη μεταξύ τους σχέση για αυτόν τον λόγο πρέπει να κρατηθούν τα μεταξύ τους όρια. *(Βενιού & Τεντολούρης, 2013).*

## **Η μελέτη QUALICOPC**

Η Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ) εκπροσώπησαν την Ελλάδα στο πρόγραμμα QUALICOPC. Διακόσιοι δέκα εννέα ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο EUROPEP για τις προσδοκίες του από το σύστημα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας της Ελλάδας, ενώ δήλωσαν ότι πάσχουν από ένα χρόνιο νόσημα τουλάχιστον. Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης

/συνεδρίας με τον Γενικό Ιατρό, η πλειοψηφία τους αξιολόγησε ως πιο σημαντικό γεγονός τον Γενικό Ιατρό να τους ακούσει με προσοχή (68.8%), να είναι ήρεμος (59.4%) και να τους αντιμετωπίζει ως άτομα και όχι ως ιατρικά προβλήματα (57.8%). Ο γιατρός να με κάνει να με κάνει να αισθάνομαι ευπρόσδεκτος μέσω της βλεμματικής επαφής (49,8&). Ο γιατρός να λαμβάνει σοβαρά υπόψιν του όσα λέω (54,7%). Ο γιατρός να μην δίνει την αίσθηση ότι βρίσκεται υπό πίεση του χρόνου (59,4%). Οι ασθενείς αξιολόγησαν ως σημαντικό γεγονός, να μην υπάρχει το αίσθημα της πίεσης του χρόνου κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και ο γιατρός να είναι ευγενικός, και να γνωρίζει το ιατρικό ιστορικό του ασθενή. Ως ασθενείς έκριναν ότι κατά τη διάρκεια της συνεδρίας το πιο σημαντικό γεγονός για αυτούς είναι να είναι ειλικρινής και να μην αισθάνονται ότι ντρέπονται να μιλήσουν για το πρόβλημα τους (43%). (Lionis et al, 2017).

## **Πανελλαδική έρευνά με θέμα «Η επικοινωνία Ιατρού και Ασθενή».**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πανελλαδικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε στη Ελλάδα το 2019, δείχνει ότι σε ποσοστό 15,6% οι ασθενείς δεν επισκέφθηκαν γιατρό επειδή δεν είχαν χρήματα, το 12% των πασχόντων θεωρεί ότι είναι θέλημα Θεού εάν θα πάει καλά η υγεία και η θεραπεία του, και άλλοι απευθύνονται σε άλλους ασθενείς που έχουν την ίδια πάθηση και αναζητούν πληροφορίες στο διαδίκτυο για τα συμπτώματα τους.

### **Αποτελέσματα έρευνας**

Ποσοστό 81,4% εμπιστεύεται πάντα και συχνά το γιατρό του ,ενώ αντίστοιχα σε ποσοστό 90,1% μπορεί να μιλήσει σε αυτόν με ειλικρίνεια για οτιδήποτε αφορά την υγεία του. Παρόλα αυτά 23,3% διστάζει να μιλήσει στο γιατρό για τον τρόπο ζωής τους και τις καθημερινές τους συνήθειες.

Σε ποσοστό 27,3% απάντησαν ότι αποφεύγουν να κάνουν ερωτήσεις στο γιατρό τους, γιατί έχουν την αίσθηση ότι βιάζεται ή δεν έχει χρόνο. Σε ποσοστό 30% οι ασθενείς έψαξαν στο διαδίκτυο και 21,1% αναζήτησαν ομάδες ασθενών με παρόμοια προβλήματα και ρώτησαν τη γνώμη τους.

Επίσης, σε ποσοστό 73,5% οι ασθενείς δήλωσαν ότι διαβάζουν πάντα τα αποτελέσματα των ιατρικών εξετάσεων μόνο 28% τα καταλαβαίνει, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αναφορικά με τις οδηγίες στο κουτί των φαρμάκων καταγράφεται σε ποσοστό 54,4% και 40% αντίστοιχα.(Simou et al, 2019).

### **«Γλωσσικός Φραγμός και ποιότητα υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση ενός γενικού δημόσιου νοσοκομείου»**

Μελετήθηκε η περίπτωση ενός μεγάλου Δημοσίου Νοσοκομείου στην Αθήνα. Συγκεντρωθήκαν δεδομένα από εννέα συνεντεύξεις από γιατρούς και νοσηλευτές τα οποία απομαγνητοφωνήθηκαν και αναλύθηκαν από τους ερευνητές. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι ο γλωσσικός φραγμός δυσχεραίνει την επικοινωνία του παρόχου με του χρηστή γεγονός που επιδρά αρνητικά στη ποιότητα παρεχόμενης

υπηρεσία υγείας π.χ (λανθασμένη διάγνωση). Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι γλωσσικός φραγμός αποτελεί σημαντικό εμπόδιο τόσο για τη πρόσβαση του χρηστή σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας όσο και για τον τρόπο εργασίας των επαγγελματιών υγείας. Ο γλωσσικός φραγμός στο πλαίσια επικοινωνίας του παρόχου με τον χρηστή επικοινωνίας επιδρά αρνητικά στη ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η βελτίωση της επικοινωνίας στο σημείο πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας θα συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Δεδομένου ότι η ελληνική κοινωνία μεταβάλλεται μεταβάλλεται δημογραφικά, η βελτίωση της επικοινωνίας κρίνεται αναγκαία καθώς θα διευκολύνει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού και θα ευνοηθεί μακροπρόθεσμα τη διαδικασία της κομβικής ένταξης στο πλαίσιο της προσφυγικής κρίσης. (Σίουτης, 2019).

### **Μελέτη «Διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ: Η Περίπτωση των Τ.ΟΜ.Υ της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ».**

Συγκεντρώθηκαν 320 ερωτηματολόγια από ασθενείς που επισκέφτηκαν τις ΤΟΜΥ της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ, από Σεπτέμβριου 2018 έως Φεβρουαρίου 2019, με δειγματοληψία ευκολίας. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το PSQ-18.

Αποτελέσματα. Οι σημαντικότεροι λόγοι επισκέψεις ήταν η συνταγογράφηση φαρμάκων 20% και η ιατρική εξέταση 18,4%). Το μέσο χρονικό διάστημα μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ημερομηνίας του ραντεβού ήταν 10,3 μέρες. Σε γενικές γραμμές η ικανοποίηση ήταν υψηλή έως αρκετά υψηλή με την εξής ταξινόμηση επικοινωνία 4.3, η διαπροσωπικές σχέσεις 4.2 χρόνος με τον ιατρό 4, τεχνικές ποιότητας 3.9, γενική ικανοποίηση 3.9 και προσβασιμότητα 3,6. Το 93,4% θα πρότεινε τα Τ.ΟΜ.Υ σε άλλους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αύξηση του μορφωτικού επιπέδου σχετιζόταν με τη μείωση της ικανοποίησης, αύξηση της αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας σχετιζόταν με την αύξησή της ικανοποίησης. Οι εργαζόμενοι είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με συνταξιούχους ανέργους, η αύξηση των επισκέψεων στις ΤΟΜΥ σχετιζόνταν με αύξηση ικανοποίησης, οι ασθενείς που επισκέφτηκαν τους παθολόγους/παιδίατρούς είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφτηκαν γενικούς ιατρούς νοσηλευτές. Η αύξηση του χρονικού διαστήματος μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ημερομηνίας ραντεβού σχετιζόταν με τη μείωση ικανοποίησης. Συμπερασματικά Οι ασθενείς των Τ.ΟΜ.Υ της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής είναι αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες ΠΦΥ που λαμβάνουν. (Γαβρίλη 2019).

## Περιορισμοί Μελέτης

Η παρούσα μελέτη υπόκειται σαφώς σε κάποιους περιορισμούς. Το δείγμα δε μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό, εφόσον στην έρευνα δεν συμπεριλήφθηκαν και άλλες μονάδες υγείας των κέντρων υγείας του Νομού. Επίσης στη παρούσα έρευνα δεν γνωρίζουμε σε τι ποσοστό είναι επηρεασμένοι συναισθηματικά από τη σχέση που έχουν αναπτύξει κατά τη διάρκεια των συνεδρίων τους με τους γιατρούς. Είναι πιθανόν σε ένα ποσοστό των ασθενών να υπήρχε ο φόβος της αρνητικής βαθμολογίας ως προς το πρόσωπο του οικογενειακού Ιατρού και οι ασθενείς να μην απάντησαν με ειλικρίνεια. Αν και κατά τη διάρκεια των απαντήσεων του ερωτηματολογίου για το σκοπό της έρευνας τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες για την τήρηση των προσωπικών δεδομένων, ώστε οι απαντήσεις με μεταφερθούν στο φάκελο με απόλυτη εχεμύθεια πολύ πιθανόν να υπήρξε στους ασθενείς ο φόβος ότι μπορεί να αποκαλυφθούν και να μην απάντησαν με ειλικρίνεια, παρά τις διαβεβαιώσεις της ερευνήτριας ότι η συμπλήρωση είναι ανώνυμη και τα στοιχεία διατηρούνται εμπιστευτικά..Υπάρχει το ζήτημα αντικειμενικότητας και μεροληψίας των απαντήσεων, καθώς οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας νιώθουν ότι βρίσκονται σε μια σχέση «εξάρτησης» από το γιατρό και τη μονάδα υγείας, γεγονός που εγείρει το ερώτημα του κατά πόσο απαντούν με ειλικρίνεια (Nelson & Neiderberrger, 1990).Επίσης στη παρούσα έρευνα το θέμα της ήταν τα χρόνια νοσήματα. Ωστόσο στο δείγμα μας δεν υπήρχε ικανοποιητικό ποσοστό νεότερων ηλικιών με χρόνια νοσήματα ώστε να διατυπώσουμε τις απόψεις τους ως προς τη σχέση με τους γιατρούς και να μπορέσουμε να διερευνήσουμε τη σχέση αυτή. Επίσης το ποσοστό 66,0% των ασθενών που συμμετείχε στην έρευνα μας ανέφεραν ότι ή υγεία τους ήταν μέτρια, ενώ το 1% κακή, γεγονός που δεν είναι ικανοποιητικό ποσοστό για να δούμε και να διερευνήσουμε την άποψη των ασθενών με κακή αυτοαναφερόμενη υγεία και ο βαθμός δυσκολίας ως προς την επικοινωνία τους με το γιατρό.

## Συμπεράσματα

Συμπερασματικά διαπιστώνουμε ότι οι ασθενείς επιθυμούν χρόνο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον γιατρό. Πολλές φορές οι ασθενείς δεν κατανοούν τις ιατρικές οδηγίες των γιατρών το τον λόγο θα ήταν ιδανικό να χρησιμοποιείται μια γλώσσα κατανοητή που θα μπορούν όλοι οι ασθενείς να καταλαβαίνουν ανεξαρτήτου εκπαιδευτικού υπόβαθρου. Στη καθημερινότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων υπάρχει έλλειψη χρόνου. Οι γιατροί χρειάζεται να διαθέσουν χρόνο προς τους ασθενείς ώστε να μπορέσουν να κάνουν ερωτήσεις να εκφράσουν τους ενδοιασμούς τους. Επίσης είναι σημαντικό να υπάρξει επαρκής στελέχωση προσωπικού ώστε να γίνεται σωστός καταμερισμός ιατρικών διεργασιών ώστε να γίνεται σωστή διαχείριση χρόνου. Επιπλέον η εκπαίδευση είναι ένα σημαντικό κομμάτι τόσο για τους γιατρούς ιδιαίτερα στην προπτυχιακή τους εκπαίδευση, όσο για τους ασθενείς και το υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον. Οι γιατροί θα πρέπει να εκπαιδεύονται όχι μόνο όσο αφορά τις δεξιότητες που αφορά το ιατρικό κομμάτι αλλά και στις επικοινωνιακές δεξιότητες και στις ιδιαίτερες ομάδες όπως είναι οι υπερηλικές, ασθενείς με σοβαρές παθήσεις, άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές, άτομα άλλων

εθνικότητων. Έτσι το αίσθημα την συμπόνοιας, της ενθάρρυνσης πρέπει να ενστερνιστεί από τους επαγγελματίες υγείας ώστε να μπορέσουν να το μεταδώσουν και τους ασθενείς τους. Για αυτό τον λόγο θα ήταν σημαντικό να υπάρξει σωστή εκπαίδευση σε όλους τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα στους γιατρούς. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ είναι σημαντικό να δίνεται στο κομμάτι της έμφασης στην ενδυνάμωση ασθενών (empowerment) και να μειωθεί η εγγραματοσύνη στον χώρο της υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διαπιστώνουμε ότι δίνεται ιδιαίτερη προσοχή το κομμάτι της πρόληψης γεγονός που όπως απάντησαν οι ίδιοι ασθενείς η σωστή πρόληψη εκ μέρος των γιατρών τους βοήθησε ώστε να προλάβουν σοβαρές παθήσεις. Οπότε όταν δίνεται έμφαση στο κομμάτι της πρόληψης υπάρχουν πολύ καλά αποτελέσματα. Επίσης η ύπαρξη διοικητικού προσωπικού κοινωνικών λειτουργών κρίνεται θετικά από τους ερωτώμενους καθώς στη καθημερινότητα ενός νοσηλευτικού ιδρύματος όπως το κέντρο υγείας της 4<sup>η</sup> Τ.Ο.Μ.Υ. προφέρεται ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας.

## Τι θα μπορούσαμε να βελτιώσουμε στο μέλλον

- Στην κατεύθυνση μιας νέα κουλτούρας στην εκπαίδευση. Ενσωμάτωση επικοινωνιακών δεξιοτήτων στα προπτυχιακά μαθήματα ιατρικών σχολών.
- Αναγκαιότητα: η εστίαση στην εκπαίδευση τόσο του ασθενή, της οικογένειας τους, όσο και του γιατρού.
- Αναδιαμόρφωση της επικοινωνίας γιατρού-ασθενή
- Η **ενσυναίσθηση, η συμπόνια ο σεβασμός, η ειλικρίνεια η αποδοχή**, οδηγούν στη συμμόρφωση και στην αλλαγή συμπεριφοράς.
- Βελτίωση στο θέμα του χρόνου, επαρκή στελέχωση προσωπικού.
- Συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας.
- Σωστή λήψη ιστορικού/ κλίμακων εκτίμησης κίνδυνου/κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines)/κλινικά πρωτόκολλα (clinical protocols).

Στην κατεύθυνση μιας εθνικής προοπτικής και μιας νέα κουλτούρας στην εκπαίδευση. Οι δεξιότητες που πρέπει να αποκτήσει ο γιατρός από την προπτυχιακή του εκπαίδευση ώστε να είναι ικανός να ανταπεξέρχεται στις προσδοκίες και να ικανοποιεί τις επιθυμίες του ασθενή και ποια είναι η κατάλληλη συνεχής επαγγελματική εκπαίδευση για την επίτευξη ενός τέτοιου στόχου. (British Medical Association, 2013).

- Ενσωμάτωση επικοινωνιακών δεξιοτήτων στα προπτυχιακά μαθήματα ιατρικών σχολών.
- Διασύνδεση του μαθήματος αυτού με ανάλογα που αφορούν τη σχέση ιατρού-ασθενούς και την συμπόνια και ενσυναίσθηση.



- Ολοκλήρωση όλων αυτών των προπτυχιακών μαθημάτων μέσα από την κλινική άσκηση στην ΠΦΥ και στην κοινότητα.
- Ενσωμάτωση στην εκπαίδευση των ιατρών αλλά και των επαγγελματιών υγείας προγραμμάτων για την απόκτηση δεξιοτήτων επικοινωνίας και από κοινού λήψης της απόφασης.
- Συμπερίληψη της αξιολόγησης των δεξιοτήτων επικοινωνίας και λήψης απόφασης στην τελική αξιολόγηση των ιατρών στο τέλος της ιατρικής ειδικότητας.
- Αναγκαιότητα: η εστίαση στην εκπαίδευση
- Υπάρχει έλλειψη αναγνώρισης της σημασίας τους.
- Εξακολουθεί να υπάρχει συζήτηση για ένα ενιαίο αποδεκτό ορισμό της συμπόνιας και σε ποιο βαθμό η ενσυναίσθηση και η συμπόνια είναι δύο διαφορετικές έννοιες.
- Απαιτείται ένας νέος λειτουργικός ορισμός της υγείας για εφαρμογή στις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας με έμφαση στην αυτοφροντίδα και τη συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του.
- Η εστίαση στη φροντίδα του ασθενή με αυτόν ουσιαστικό συμμετοχο στην ανάλυση και τη λήψη της απόφασης θα πρέπει να τύχει της προσοχής από τις υπηρεσίες υγείας και παιδείας.
- Η εστίαση στον αντιλαμβανόμενο κίνδυνο και στη σχετική με αυτόν αλλαγή της συμπεριφοράς με άξονα και τις δεξιότητες επικοινωνίας αποτελεί μια πρόκληση για τη σύγχρονη ιατρική εκπαίδευση.
- Μια στρατηγική εμπλοκής του ασθενούς στην λήψη της απόφασης για την υγεία του απαιτεί ουσιαστική προώθηση της συμπονετικής φροντίδας και των δεξιοτήτων επικοινωνίας.
- Αξιοποίηση της τεχνολογίας στην αναγνώριση και συνειδητοποίηση του κινδύνου, στη βελτίωση της επικοινωνίας με τον ιατρό και στη διαχείριση των χρονίων νοσημάτων.

Το Institute for Family-Centered Care κάνει αναφορά στην αξιοπρέπεια και τον σεβασμό μέσω της ενεργού συμμετοχής και της συνεργασίας του ασθενούς και της διάχυσης της πληροφορίας (Scholle et al., 2010).

- Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (στο ίδιο το άτομο, στην οικογένεια και στις προτιμήσεις του).
- Ολοκληρωμένη φροντίδα (πρόληψη και προαγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας, διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, θεραπεία και αποκατάσταση).
- Παρουσία συμπονετικής και αποδεκτής συνεργασίας μεταξύ γενικών ιατρών/προσωπικών ιατρών, ασθενών και γενικά όλων των αποδεκτών φροντίδας υγείας και των οικογενειών τους.
- Ενεργός συμμετοχή των ασθενών και γενικά όλων των αποδεκτών φροντίδας υγείας στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα υγείας τους.

- Ανατροφοδότηση για τη διασφάλιση της ποιότητας και την ικανοποίηση των προσδοκιών του ασθενούς και γενικά όλων των αποδεκτών φροντίδας υγείας.
- Βελτιωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας

## **Η διδασκαλία της συμπονετικής φροντίδας**

- Ανάπτυξη καλής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς
- Διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφοριών
- Από κοινού λήψη αποφάσεων
- Έλεγχος συναισθημάτων των ασθενών
- Διευκόλυνση της ολοκληρωμένης πληροφόρησης της απόφασης
- Βοήθεια σε αναγνώριση των αναγκών των ασθενών Συμβολή στη μείωση του πόνου άγχους και βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων
- Ανάγκη εστίασης σε βασικές ανθρώπινες ανάγκες και να επιστροφή στον ανθρωπισμό
- Ανησυχητικές εκθέσεις της έλλειψης φροντίδας και της αξιοπρέπειας στα νοσοκομεία
- Η δυσaréσκεια στις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

(Fong Ha, et al, 2010).

## **Στρατηγικές κατάρτισης για εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα**

- Σεμινάρια εκμάθησης βασισμένα στο περιστατικό ή στο πρόβλημα που ολοκληρώνουν τις διαλέξεις, υπόδηση-ρόλων, ομαδική συζήτηση και συναντήσεις με τον ασθενή.
- Συνεχιζόμενα κίνητρα εκπαίδευσης
- Η εκπαίδευση συχνά υπονομεύει την ανάπτυξη της εστίασης στον ασθενή, παρά την έμφαση στον επαγγελματισμό και την ηθική πρακτική με επίκεντρο τον ασθενή.
- Οι κυρίαρχες προσεγγίσεις στην αξιολόγηση της απόδοσης των φοιτητών ή των επαγγελματιών υγείας συχνά αποτυγχάνουν να ενισχύσουν ή να προωθήσουν την εστίαση στον ασθενή
- Επιτυχημένες εκπαιδευτικές στρατηγικές για εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα Αύξηση αλληλεπίδρασης των φοιτητών με τους ασθενείς
- Αίσθηση οικειότητας μέσω κατάρτισης βασισμένης στο νοσοκομείο σε περιβάλλον γενικής πρακτικής
- Ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης των φοιτητών μέσω λεπτομερούς feedback από τον εκπαιδευτή
- Νέοι τρόποι επικοινωνίας με τους ασθενείς και βελτιωμένη ικανότητα αντιμετώπισης της αβεβαιότητας στην λήψη αποφάσεων μέσω της διεπιστημονικής κατάρτισης •

- Αυξημένη ευαισθητοποίηση και εκτίμησή της ολιστικής φροντίδας και σημασίας της επαγγελματικής ποικιλομορφίας και διεπαγγελματικός σεβασμός μέσα στην ομάδα, μέσω διεπιστημονικής κατάρτισης.

(M. Lévesque, 2013).

## **Αναδιαμόρφωση της επικοινωνίας Ιατρού-Ασθενή**

### ***Οδηγός Calgary - Cambridge***

Η οδηγός παρατήρησης Calgary – Cambridge (Kurtz, Silverman and Draper, 2005) για τη διδασκαλία και τη χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας στην ιατρική αποτελεί μια τέτοια ολοκληρωμένη προσέγγιση. Εναρμονίζεται πλήρως με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (Kalamazoo Consensus Statement, 2001) και επιχειρεί να εντάξει λειτουργικά την επικοινωνία στην ιατρική συνέντευξη. Το γενικό πλαίσιο της μεθόδου επισημαίνει επτά βασικά καθήκοντα με τα οποία ο ιατρός καλείται να στηρίξει μια αποτελεσματική ιατρική συνέντευξη.

Οδηγίες σύμφωνα με το Πανεπιστήμιο του Cambridge για την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ Ιατρού και Ασθενούς.

- Η διαδικασία όπου ο ασθενής αποκτά τον έλεγχο για να μπορεί να πάρει μόνος του αποφάσεις σχετικά με την υγεία του.
- Πρόσβαση στην υγεία
- Πρόσβαση στην πληροφορία
- Κατανόηση παράγοντα κινδύνου.

### **1. Initiating the session**

#### ***Establishing initial rapport (Καθιερώνοντας την αρχική αρμονική σχέση)***

- Χαιρετίστε τον ασθενή με το όνομα του
- Συστηθείτε και εξηγήστε το ρόλο σας
- Επιδείξτε ενδιαφέρον και σεβασμό, παρακολουθώντας εάν ο ασθενής σας κάθεται άνετα

### **2. Identifying the reason(s) for the consultation (Προσδιορίζοντας το λόγο της επίσκεψης)**

- Προσδιορίστε τα θέματα ή προβλήματα του ασθενούς που επιθυμεί να συζητήσει)
- Ακούστε τις πρώτες αναφορές του ασθενούς
- Ελέγχετε και επιβεβαιώσετε τον κατάλογο των αναφερθέντων προβλημάτων

### **3. Συλλέγοντας την πληροφορία- (Gathering information)**

- Ενθαρρύνετε τον ασθενή να σας πει τα προβλήματα του
- Χρησιμοποιείτε τεχνικές με ερωτήσεις ανοικτού τέλους
- Ακούστε προσεκτικά και χωρίς διακοπή τον ασθενή
- Διευκολύνετε τις απαντήσεις του ασθενή τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά
- Προσέξτε τις ασαφείς ερωτήσεις και αυτές που χρειάζονται περισσότερη επεξήγηση

- Σταματάτε περιοδικά για να κάνετε σύνοψη για αυτά που καταλάβατε από τα λεγόμενα του ασθενούς
  - Χρησιμοποιείτε συνοπτικές, εύκολα κατανοητές ερωτήσεις και σχόλια
  - Προσδιορίστε και υπογραμμίστε τις ιδέες του ασθενούς και τις ανησυχίες του για κάθε πρόβλημα)
  - Προσδιορίστε πως κάθε πρόβλημα επηρεάζει τη ζωή του ασθενούς
  - (Προσδιορίστε τους στόχους του ασθενούς)
  - Ενθαρρύνετε την ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων του ασθενούς
  - Συλλέξτε τους λεκτικούς και μη λεκτικούς συμβολισμούς/νύξεις του ασθενούς
  - Συνοψίστε στο τέλος κάθε θέματος και επιβεβαιώσετε την κατανόηση του ασθενούς
  - Χρησιμοποιείτε διασυνδεδετικές προτάσεις όταν μετακινείστε από το ένα θέμα στο άλλο
  - Η δομή της συνέντευξης να ακολουθεί μια λογική σειρά
  - Προσοχή στην τήρηση χρόνου και κρατείστε τη συνέντευξη στο στόχο της
4. **Building the relationship (Χτίζοντας τη σχέση)**

- Επιδείξτε την κατάλληλη μη λεκτική συμπεριφορά
- Προσοχή να μη διακόπτεται ο διάλογος με τον ασθενή
- Υπογραμμίστε τις απόψεις και τα συναισθήματα του ασθενούς, αποδεχτείτε τη γνησιότητα του λόγου
- Εκφράσετε το ενδιαφέρον, την κατανόηση και την επιθυμία να βοηθήσετε
- Δείξτε την ευαισθησία σας σε θέματα που φέρνουν σε αμηχανία και ενοχλούν

5. **Involving the patient (Εμπλέκοντας τον ασθενή)**

- Ανταλλάξτε σκέψεις με τον ασθενή και ενθαρρύνετε την ανάμιξη του
- Εξηγείστε τη λογική για τις ερωτήσεις και τα μέρη της φυσικής εξέτασης
  - Εξηγείστε τη διαδικασία στη διάρκεια της κλινικής εξέτασης και ζητείστε άδεια

6. **Explanation and planning**

Εξηγώντας και σχεδιάζοντας

- Προσφέρετε πληροφορία σε αφομοιώσιμα κομμάτια, ελέγξτε την κατανόηση, χρησιμοποιείτε τις απαντήσεις του ασθενή για να προχωρήσετε
- Εκτιμήσετε το σημείο από το οποίο ξεκίνησε η συζήτηση με τον ασθενή
- Ζητείστε από τον ασθενή τι άλλη πληροφορία θα του ήταν χρήσιμη
- Προσφέρετε επεξήγηση στον κατάλληλο χρόνο

**7. *Aiding accurate recall and understanding (βοηθώντας την ακριβή ανάκληση και την κατανόηση)***

- Οργανώστε την επεξήγηση)
- Χρησιμοποιείτε σαφή κατηγοριοποίηση ή σήμανση
- Χρησιμοποιείτε επαναλήψεις και συνοψίζετε
- Χρησιμοποιείτε περιεκτικές, εύκολα κατανοητές δηλώσεις
- Χρησιμοποιείτε οπτικές μεθόδους για να μεταφέρετε πληροφορία
- Ελέγξτε την κατανόηση του ασθενούς στην πληροφορία που του δώσατε

*(Επιτυγχάνοντας μια αμοιβαία κατανόηση: ενσωματώνοντας την προοπτική του ασθενή)*

**8. Explanation and planning**

Εξηγώντας και σχεδιάζοντας

- Συσχετίστε τις επεξηγήσεις σας με το πλαίσιο της ασθένειας
- Προσφέρετε ευκαιρίες και ενθαρρύνετε τον ασθενή να συμμετέχει
- Συλλέξτε τις λεκτικές ή μη λεκτικές νύξεις του ασθενή
- Εκμαιεύστε τις πεποιθήσεις του ασθενή, τις αντιδράσεις και τα συναισθήματα του
- Ανταλλάξτε τις σκέψεις σας
- Εμπλέξτε τον ασθενή υποβάλλοντας προτάσεις και όχι δίνοντας διαταγές
- Ενθαρρύνετε τον ασθενή να συμβάλλει με τις σκέψεις του
- Διαπραγματευτείτε ένα ώριμο και αποδεκτό σχέδιο
- Προσφέρετε επιλογές: ενθαρρύνετε τον ασθενή να εξετάσει επιλογές και να λάβει αποφάσεις
- Ελέγξτε με τον ασθενή: έγινε αποδεκτό το σχέδιο, έχουν οι ανησυχίες αντιμετωπισθεί

**9. Κλείνοντας τη συνάντηση του ασθενούς σε όλες τις πτυχές της φροντίδας**

- Συνοψίζοντας τη συνάντηση με συντομία και επεξηγείστε το σχέδιο φροντίδας
- επεξηγείστε τις πιθανές μη αναμενόμενες εκβάσεις
- Σχεδιασμός Φροντίδας
- Kurtz S. Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine/ The Calgary-Cambridge

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική Βιβλιογραφία

- Καλοκαιρινού Α., Αδαμακίδου Θ., Βελονάκη Β., Βιβιλάκη Β., Καπρέλη Ε., Κριεμπάρδης Α., Λάγιου Α., Λιονής Χ, Μαρκάκη Α., Μποδοσάκης Π., Παπαδακάκη Μ., Σακελλάρη Ε. (2015). Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Εφαρμογές Καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας υγείας. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3308>
- Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ. (1999). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας σελ 122-123, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.
- Βενιού Α., Τεντολούρης Ν. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ασθενούς-Ιατρού. Διαθέσιμο στο: Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30,5:613-618.
- Βραχάτης, Δ., Παπαδόπουλος, Α. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. Νοσηλευτική. 51:10-17.
- Γαβρίλη Α., Καπάκη Β., Πέτρος Γ., Σουλιώτης Κ. (2019). Διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ: Η Περίπτωση των Τ.Ο.Μ.Υ της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ.
- Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ., Middleton, Ν. (2012). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Διαθέσιμο στο: Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 29(6): 720-730.
- Τσίρος, Γ. (2017). Κατάθλιψη και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Νομού Ηλείας. ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ Τόμος 36ος, Τεύχος 1, Απρίλιος 2017.
- ΕΣΔΥ-Τομέας Οικονομικών της υγείας: Πανελλαδική Ερευνά Κοινής Γνώμης «Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Σεπτέμβριος 2006.
- Λιονής, Χ., Θηραίος Ε., Παπανικολάου Ν., (2016). Ποιότητα και αποδοτικότητα στην ΠΦΥ-Αξιολόγηση και σχεδιασμός των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ. Τόμος 28 Τεύχος 1
- Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιάρου, Μ., Μπαμίδης, Π., Νιάκας, Δ. (2011). Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 4(4):42-52.
- Παπαγεωργίου Α., Χαραλάμπους Γ., Παπανικολάου Βασιλική. (2019). Αξιολόγηση ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας στις μονάδες υγείας: Προσδοκίες και αντιλήψεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας.
- Σιούτης Δ., Ανδρή Μ., (2019). Γλωσσικός Φραγμός και ποιότητα υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση ενός γενικού δημόσιου νοσοκομείου.
- Σουλίου Ι. (2019). Σχέση Ιατρού-Ασθενούς στη σύγχρονη ιατρική επιστήμη.
- Ραζής, Ν., 2015. Σχέση ιατρού-ασθενή. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/5809>.
- Σουλιώτης, Κ. (2019). Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας Μια πρόταση για την Ελλάδα. Εκδόσεις Παπαζήση Αθήνα.

- Νικολαΐδου Χ. (2019). *Επικοινωνιακή Συμπεριφορά μεταξύ Ιατρών-Ασθενών κατά την ιατρική επίσκεψη.*

### Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

- Wanger C (2017). **Motivational Interviewing Network of Trainers. MINT. Available from:** <https://motivationalinterviewing.org/>
- Aharony, L., Strasser, S. (1993) *Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. Med Care Rev. 50(1): 49–79.*
- Bond, S., Thomas, L.H. (1992). *Measuring patients' satisfaction with nursing care. Journal of Advanced Nursing. 17: 52-63.*
- Bowers, M.R., Swan, J.E., and Koehler, W.F. (1994). *What attributes determine quality and satisfaction with healthcare delivery?. Health Care Management Review. 19 (4): 49- 55.*
- Goodyear-Smith F & Mash B (2017). *International Perspectives on Primary Care Research 255: 63-66.*
- Gwozdz, W., Sousa-Poza, A. (2009). *Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany. IZA Discussion Paper No. 4053. 40p. Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=1359989.*
- Kickbusch, I., Jürgen M. Franklin P, D. Tsouros (2013). *Health Literacy The solid Facts. WHO.*
- Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine/ The Calgary-Cambridge.*
- Lévesque M. (2013) *Advancing patient-centered care through transformative educational leadership: a critical review of health care professional preparation for patient-centered care. Journal of Healthcare Leadership- 5 35–46.*
- Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertsiyas, A., Duijker, G., Mekouris, P. B., Boerma, W., Schäfer, W., & Greek QUALICOPC team (2017). *Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). BMC health services research, 17(1), 255.*
- Marshall GN, Ron DH. *The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18). Santa Monica, CA: RAND Corporation, 1994*
- Nelson, A. (1990). *Patient satisfaction surveys: An opportunity for total quality improvement. Hosp Health Serv Adm. 35:409–427.*
- Rodrigues AM. (2012.) *Determinants of Overall Quality Of Life in People with Advanced Cancer. Dissertation, McGill University of Canada.*
- Wensing, M., Mainz, J and Grol, R. (2000). *A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. European Journal of General Practice, 6(3), pp82-87.*
- World Health Organization. *Regional Office for South-East Asia. (2013). Strengthening the doctor-patient relationship. WHO Regional Office for South-East Asia. https://apps.who.int/iris/handle/10665/205942*

- *Samoli, A., Sifaki-Pistolla, D., Tzanakis, N., Lionis, C. (2015). Frailty syndrome among younger and elder adults.*
- *Sepalla E (2017). The oxford Handbook of Compassion Science. Oxford University Press. Oxford Library of psychology.*
- *Shane Sinclair et al. (2017). Compassion Fatigue. A meta-narrative review of the health care literature International Journal of Nursing Studies 69: 9-24*
- *Somera LP. (2016). Comparative Analysis of Health Information Trends and Needs Between Guam and the United States. J Health Commun. 2016;21(4):469-478. doi:10.1080/10810730.2015.1095822*
- *Pini, A., Sarafis, P., Malliarou, M., Tsounis, A., Igoumenidis, M., Bamidis, P., Niakas, D. (2014). Assessment of patient satisfaction of the quality of health care provided by outpatient services of an oncology hospital. Glob J Health Sci. 2014; 6(5):196-203.*



## Παράθεση ερωτηματολογίων μεταπτυχιακής εργασίας

**ΣΥΝΤΟΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**  
**Οι επόμενες ερωτήσεις σχετίζονται με το πώς αισθάνεστε για την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνετε.**

Στις ακόλουθες σελίδες υπάρχουν κάποια πράγματα που λένε οι άνθρωποι για την ιατρική περίθαλψη. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε μία ερώτηση, έχοντας κατά νου την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνετε τώρα. (Εάν δεν έχετε λάβει περίθαλψη πρόσφατα, σκεφτείτε τι θα περιμένατε αν χρειάζοσασταν περίθαλψη σήμερα). Μας ενδιαφέρουν τα αισθήματά σας, καλά και άσχημα, σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που έχετε λάβει. Σε ποιο βαθμό **ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ** ή **ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ** με κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε γραμμή);

	Συμφωνώ απολύτως	Συμφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απολύτως
1. Οι ιατροί είναι καλοί στο να εξηγούν το λόγο των ιατρικών εξετάσεων.	5				
	1	2	3	4	5
2. Νομίζω ότι το ιατρείο του ιατρού μου έχει όσα χρειάζονται για να παρέχει πλήρη ιατρική περίθαλψη.	1	2	3	4	5
3. Η ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω είναι σχεδόν τέλεια.	1	2	3	4	5
4. Κάποιες φορές οι ιατροί με κάνουν να αναρωτιέμαι αν η διάγνωσή τους είναι σωστή.	1	2	3	4	5
5. Αισθάνομαι σίγουρος ότι μπορώ να λάβω την ιατρική περίθαλψη που χρειάζομαι χωρίς να έχω μεγάλη οικονομική επιβάρυνση.	1	2	3	4	5
6. Όταν πηγαίνω για ιατρική περίθαλψη, προσέχουν ώστε να ελέγχουν τα πάντα όταν μου κάνουν κάποια θεραπεία ή με	1	2	3	4	5

εξετάζουν.

7. Πρέπει να πληρώνω περισσότερο απ'όσο μπορώ να διαθέσω για την ιατρική μου περίθαλψη.	1	2	3	4	5
8. Έχω εύκολη πρόσβαση στους ειδικούς που χρειάζομαι.	1	2	3	4	5
9. Στο μέρος που λαμβάνω ιατρική περίθαλψη, οι άνθρωποι χρειάζεται να περιμένουν πάρα πολύ για επείγουσα φροντίδα.	1	2	3	4	5
10. Οι ιατροί φέρονται υπερβολικά επαγγελματικά και απρόσωπα προς εμένα.	1	2	3	4	5
11. Οι ιατροί μου μου φέρονται με πολύ φιλικό και ευγενικό τρόπο.	1	2	3	4	5
12. Εκείνοι που μου παρέχουν ιατρική περίθαλψη κάποιες φορές βιάζονται υπερβολικά όταν μου παρέχουν φροντίδα.	1	2	3	4	5
13. Οι ιατροί κάποιες φορές αγνοούν αυτά που τους λέω.	1	2	3	4	5
14. Έχω κάποιες αμφιβολίες για την ικανότητα των ιατρών που με φροντίζουν.	1	2	3	4	5
15. Οι ιατροί συνήθως ξοδεύουν αρκετό χρόνο μαζί μου.	1	2	3	4	5
16. Δυσκολεύομαι να κλείσω ραντεβού για ιατρική περίθαλψη αμέσως.	1	2	3	4	5
17. Είμαι δυσαρεστημένος με ορισμένα πράγματα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω.	1	2	3	4	5
18. Μπορώ να λαμβάνω ιατρική περίθαλψη όποτε τη χρειάζομαι.	1	2	3	4	5

## EUROPEP

Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης της γνώμης των ασθενών για τον ιατρό της γενικής ιατρικής για το κέντρο υγείας/Περιφερειακό ιατρείο.

	Κακή					Αρίστη
	1	2	3	4	5	
1)Σας κάνει να αισθάνεστε ότι είχατε αρκετό χρόνο στη διάθεση σας στη διάρκεια των επισκέψεων;						
2)Δείχνει ενδιαφέρον για την προσωπική σας κατάσταση; Σας διευκολύνει να του /της μιλήσετε για τα προβλήματα σας;						
3) Σας δίνει τη δυνατότητα να συμμετέχετε στις αποφάσεις για την ιατρική φροντίδα σας;						
4) Σας ακούει;						
5)Διατηρεί τα στοιχεία του ιατρικού σας φακέλου εμπιστευτικά;						
6)Ανακουφίζει γρήγορα τα συμπτώματά σας;						
7)Σας βοηθάει να αισθανθείτε αρκετά καλά ώστε να μπορείτε να αποδίδετε στις συνηθισμένες καθημερινές σας δραστηριότητες;						
8)Ασκεί προσεκτικά και με επιμέλεια τα καθήκοντά του						
9)Επιτελεί την Φυσική Εξέταση επαρκώς (εξετάζει δηλαδή με προσοχή την κοιλιά, την καρδιά, τους πνεύμονες, τα μάτια, το δέρμα σας κτλ);						
10)Σας προσφέρει υπηρεσίες						

πρόληψης της αρρώστιας;  
(π.χ. γενικές εξετάσεις,  
έλεγχος κατάστασης της  
υγείας, εμβολιασμοί)

11) Σας εξηγεί τον σκοπό των  
ιατρικών/εργαστηριακών  
εξετάσεων και της  
θεραπείας;

12) Σας λέει αυτά που θέλετε να  
γνωρίζετε για τα  
συμπτώματα και την  
ασθένεια σας;

13) Φροντίδα του ασθενή  
Σας βοηθάει να  
αντιμετωπίσετε τα  
συναισθηματικά  
προβλήματα που έχουν  
σχέση με την κατάσταση της  
υγείας σας;

14) Σας βοηθάει να καταλάβετε  
πόσο σημαντικό είναι να ακολουθήσετε τις  
συμβουλές που σας έδωσε;

15) Γνωρίζει τι είχε κάνει και τι  
σας είχε πει κατά τη  
διάρκεια των επισκέψεων;

16) Σας προετοιμάζει σε σχέση  
με το τι πρέπει να  
περιμένετε κατά την  
επίσκεψη σας στον ειδικό ή  
στο νοσοκομείο;

17) Πόσο σας εξυπηρετεί το  
υπόλοιπο (μη ιατρικό)  
προσωπικό;

18) Πόσο εύκολα σας κλείνει  
ραντεβού σε ώρα που σας  
διευκολύνει;

19) Πόσο εύκολα επικοινωνείτε  
τηλεφωνικά με το ιατρείο  
του;

20) Πόσο εύκολα επικοινωνείτε

τηλεφωνικά με τον ιατρό  
Γενικής Ιατρικής;

21) Πώς είναι ο χρόνος  
παραμονής στην αίθουσα  
αναμονής;

22) Παρέχονται άμεσα οι  
αναγκαίες υπηρεσίες για τα  
επείγοντα προβλήματα  
υγείας;

23) Μπορώ με  
βεβαιότητα  
να συστήσω  
τον ιατρό

24) Γενικής  
Ιατρικής  
στους  
φίλους μου.

25) Δεν έχω  
λόγο να  
αλλάξω  
ιατρό  
Γενικής  
Ιατρικής.