

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ  
ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

---

**Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της Πρωτοβάθμιας  
Φροντίδας Υγείας από τους  
ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων  
Αττικής**

**Συγγραφέας**

**Μαρίνα Μαθέ**

**ΑΜ: 20075**

**Επιβλέπων:**

**Δρ. Χαράλαμπος Πλατής**

**Αθήνα, Μάιος 2022**

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT  
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION  
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE  
MANAGEMENT

---

## **Diploma Thesis**

**Evaluation of the empathy of Primary Health Care physicians by  
their patients: Study in the population of the Southern Suburbs  
of Attica**

**Student name and surname:**

**Marina Mathe**

**Registration Number: 20075**

**Supervisor name and surname:**

**Dr. Charalambos Platis**

**Athens, May 2022**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ  
ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**Τίτλος εργασίας**  
**Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας**  
**Υγείας από τους**  
**ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

| A/α | ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ      | ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ                            | ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
|-----|--------------------|---|------------------|
| 1   | Χαράλαμπος Πλατής  | Επιστημονικός Συνεργάτης /<br>Επιβλέπων ΜΔΕ |                  |
| 2   | Γεώργιος Πιερράκος | Τακτικός Καθηγητής /<br>Αξιολογητής Α΄      |                  |
| 3   | Μάρκος Σαρρής      | Τακτικός Καθηγητής /                        |                  |

|  |  |                |  |
|--|--|----------------|--|
|  |  | Αξιολογητής Β΄ |  |
|--|--|----------------|--|

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένη Μαρίνα Μαθέ του Κωνσταντίνου, με αριθμό μητρώου 20075 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

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

*\*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι ..... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα  
Μαρίνα Μαθέ



**\* Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

**Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα**

(Υπογραφή)

**\* Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):**

[https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82\\_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81\\_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85\\_final.pdf](https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf)

## ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων και των σκέψεων του άλλου. Θεωρείται σημαντική επικοινωνιακή δεξιότητα ενός ιατρού, που συμβάλλει στην οικοδόμηση μιας σχέσεως εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Έχει συνδεθεί με πολυάριθμα οφέλη, τόσο για τους ιατρούς όσο και για τους ασθενείς. Ειδικά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), που αποτελεί το πρώτο βήμα για την είσοδο του ασθενούς στο Σύστημα Υγείας, η ενσυναίσθηση των ιατρών φαίνεται να σχετίζεται με την επίτευξη των βασικών στόχων της ΠΦΥ, που είναι η ικανοποίηση του ασθενούς και η υψηλή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η ενσυναίσθηση των θεραπόντων ιατρών στην ΠΦΥ, έτσι όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς τους, στα νότια προάστια της Αττικής, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη αυτή. Για τη διενέργειά της επιλέχθηκε η Κλίμακα Τζέφερσον των αντιλήψεων του ασθενούς για την ενσυναίσθηση του ιατρού. Στο ανώνυμο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, υπήρχαν και ερωτήσεις κοινωνικοδημογραφικού χαρακτήρα. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε ως τεχνική, η συμπτωματική δειγματοληψία και συμμετείχαν 378 ενήλικες, όλοι μόνιμοι κάτοικοι των νοτίων προαστίων της Αττικής. Από τη στατιστική ανάλυση προκύπτει, πως η αντιληπτή ενσυναίσθηση των ιατρών, είναι υψηλότερη από την αναμενόμενη. Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις πως οι άνδρες ιατροί έχουν κατά μέσο όρο υψηλότερη ενσυναίσθηση σε σύγκριση με τις γυναίκες συναδέλφους τους, ενώ φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην αντιληπτή ενσυναίσθηση των ιατρών και στο είδος της ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών, καθώς και στον τομέα της ΠΦΥ που εργάζεται ο θεράπων ιατρός. Το ενθαρρυντικό εύρημα του υψηλού επιπέδου ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ, έτσι όπως γίνεται αντιληπτό από τους μόνιμους κατοίκους των νοτίων προαστίων της Αττικής, υποδηλώνει μία τάση ικανοποίησης των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ.

### **Λέξεις – Κλειδιά**

Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς, επικοινωνιακές δεξιότητες, ενσυναίσθηση, οφέλη ενσυναίσθησης, ΠΦΥ

## ABSTRACT

Empathy is the ability to understand another's feelings and thoughts. It is considered an important communication skill of a doctor, which helps to build a relationship of trust with the patient. It has been associated with numerous benefits, both for physicians and patients. Especially in Primary Health Care (PHC), which is the first step for the patient to enter the Health System, the empathy of doctors seems to be related to the achievement of the basic goals of PHC, which is patient satisfaction and its high quality of care provided. In the present study, the empathy of the treating physicians in the PHC is studied, as perceived by their patients, in the southern suburbs of Attica, as well as the factors that influence this perception. The Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy was chosen to perform it. In the anonymous questionnaire used, there were also socio-demographic questions. In the study, random sampling used as a technique and involved 378 adults, all permanent residents of the southern suburbs of Attica. The statistical analysis shows that the perceived empathy of physicians is higher than expected. In addition, there is evidence that male physicians are on average more empathetic than their female counterparts, and there appears to be a correlation between physicians' perceived empathy and the type of patient's health insurance coverage, as well as the sector of PHC that the treating physician works. The encouraging finding of the high level of empathy of the PHC doctors, as perceived by the permanent residents of the southern suburbs of Attica, indicates a tendency of patients to be satisfied with the provision of PHC services.

### **Key words**

Doctor-patient communication, communication skills, empathy, benefits of empathy, PHC

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας, θα ήθελα να ευχαριστήσω εκ βάθρων, τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρ. Πλατή Χαράλαμπο, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση του, με επιστέγασμα την αγαστή συνεργασία μας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον εξάδελφό μου για την ανεκτίμητη βοήθειά του στην στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την ενσυναίσθηση που επέδειξε, προσφέροντάς μου αμέριστη κατανόηση και υπομονή.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|   |     |
|---|-----|
| ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....   | iii |
| ABSTRACT.....   | iv  |
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....  | v   |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....                   | 4   |
| ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....   | 5   |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....   | 7   |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....   | 10  |
| 1.Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....                     | 10  |
| 1.1 Η έννοια της επικοινωνίας.....                                  | 10  |
| 1.2 Η αναγκαιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς..... | 12  |
| 1.3 Μοντέλα επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς.....                       | 13  |
| 1.4 Εμπόδια στην επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς.....        | 16  |
| 1.5 Επικοινωνιακές δεξιότητες ιατρών.....                           | 18  |
| 2. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ.....  | 22  |
| 2.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ενσυναίσθησης.....                  | 22  |
| 2.2 Μορφές ενσυναίσθησης.....                                       | 24  |
| 2.3 Συνιστώσες της ενσυναίσθησης.....                               | 26  |
| 2.4 Οφέλη της ενσυναίσθησης στη σχέση ιατρού – ασθενούς.....        | 27  |
| 2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση.....                 | 29  |
| 2.6 Εκπαίδευση της ενσυναίσθησης.....                               | 32  |
| 3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ.....                         | 35  |
| 4. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....                                 | 41  |
| 4.1 Ιστορική αναδρομή.....  | 41  |
| 4.2 Η ΠΦΥ στην Ελλάδα.....  | 44  |

|  |    |
|--|----|
| 4.3 Η σημασία της ενσυναίσθησης στην ΠΦΥ.....  | 47 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....  | 51 |
| 5. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ.....   | 51 |
| 5.1 Αναγκαιότητα της μελέτης.....  | 51 |
| 5.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....  | 52 |
| 6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....  | 64 |
| 6.1 Ερευνητικός σκοπός και στόχοι.....   | 64 |
| 6.2 Τόπος διεξαγωγής της μελέτης.....  | 64 |
| 6.3 Ερευνητικές ερωτήσεις.....   | 66 |
| 6.4 Κύρια ερευνητική υπόθεση.....  | 67 |
| 6.5 Επιλογή μεθόδου έρευνας.....   | 67 |
| 6.6 Οριοθέτηση πληθυσμού μελέτης και επιλογή δείγματος.....  | 67 |
| 6.7 Υλικό και Μέθοδος.....   | 68 |
| 6.8 Εργαλείο μέτρησης.....   | 69 |
| 6.9 Ηθική και δεοντολογία.....   | 70 |
| 6.10 Στατιστική Ανάλυση.....   | 70 |
| 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....   | 72 |
| 7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία θεράποντος ιατρού.....   | 72 |
| 7.2 Διερεύνηση της μονοπαραγοντικής συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων και των στοιχείων του θεράποντος ιατρού με την κλίμακα ενσυναίσθησης..... | 81 |
| 7.3 Διερεύνηση της πολυπαραγοντικής συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων και των στοιχείων του θεράποντος ιατρού με την κλίμακα ενσυναίσθησης..... | 86 |
| 7.4 Σύνοψη στατιστικών συμπερασμάτων.....  | 89 |
| 8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....  | 90 |
| 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....  | 91 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....  | 95 |

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....          | 112 |
| ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΓΝΩΡΙΜΙΑΣ..... | 112 |
| ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....     | 113 |

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

|           |        |    |
|-----------|--------|----|
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ | 1..... |    |
| 74        |        |    |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ | 2..... |    |
| 75        |        |    |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ | 3..... |    |
| 75        |        |    |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ | 4..... |    |
| 76        |        |    |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ | 5..... |    |
| 76        |        |    |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ | 6..... |    |
| 77        |        |    |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ | 7..... |    |
| 77        |        |    |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ | 8..... |    |
| 78        |        |    |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ | 9..... |    |
| 78        |        |    |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ |        |    |
| 10.....   |        | 80 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ   |        |    |
| 1.....    |        | 73 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ   |        |    |

|                |    |
|----------------|----|
| 2.....         | 79 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ        |    |
| 3.....         | 83 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 4..... | 88 |
| ΣΧΗΜΑ 1.....   | 81 |
| ΣΧΗΜΑ 2.....   | 84 |
| ΣΧΗΜΑ 3.....   | 85 |
| ΣΧΗΜΑ 4.....   | 86 |

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

|        |   |
|--------|---|
| ΔΥΠε   | Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας           |
| ΕΙ     | Εξωτερικά Ιατρεία                           |
| ΕΛΣΤΑΤ | Ελληνική Στατιστική Αρχή                    |
| ΕΟΠΥΥ  | Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας |
| ΕΣΣΔ   | Ένωση Σοβιετικών Σοσιαλιστικών Δημοκρατιών  |
| ΕΣΥ    | Εθνικό Σύστημα Υγείας                       |
| ΗΒ     | Ηνωμένο Βασίλειο                            |
| ΗΠΑ    | Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής                 |
| ΙΚΑ    | Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων                |
| ΚΑΠΗ   | Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων      |
| ΚΥ     | Κέντρο Υγείας                               |
| ΠΕΔΥ   | Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας            |
| ΠεΣΥΠ  | Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας    |
| ΠΙ     | Περιφερειακά Ιατρεία                        |
| ΠΟΥ    | Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας                |
| ΠΦΥ    | Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας                 |

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

|          |  |
|----------|--|
| ΤΕΠ      | Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών  |
| TOMY     | Τοπικές Ομάδες Υγείας  |
| ToMY     | Τοπικές Μονάδες Υγείας   |
| ΥΠΕ      | Υγειονομική Περιφέρεια   |
| BEES     | Balanced Emotional Empathy Scale   |
| BLRI     | Barrett-Lennard Relationship Inventory   |
| C-CARE   | Chinese version of Consultation and Relational Empathy                         |
| C-PDRQ   | Chinese version of Patient-Doctor Relationship Questionnaire                   |
| C-WFPTS  | Chinese version of Wake Forest Physician Trust Scale                           |
| CARE     | Consultation and Relational Empathy  |
| COPC     | Community Oriented Primary Care  |
| ECRS     | Empathy Construct Rating Scale   |
| EQ       | Empathy Quotient   |
| Gr-JSPPE | Greek version of Jefferson Scale of Patients' Perceptions of Physician Empathy |
| HES      | Hogan Empathy Scale  |
| IRI      | Interpersonal Reactivity Index   |
| JSPE     | Jefferson Scale of Physicians' Empathy   |
| JSPE-HP  | Jefferson Scale of Physicians' Empathy – (for) Health Professionals            |
| JSPE-S   | Jefferson Scale of Physicians' Empathy – (for) Students                        |
| JSPPE    | Jefferson Scale of Patients' Perceptions of Physician Empathy                  |
| LET      | Layton Empathy Test  |
| MBI      | Maslach Burnout Inventory  |
| PHC      | Primary Health Care  |
| PHQ-9    | Patient Health Questionnaire   |
| QMEE     | Questionnaire Measure of Emotional Empathy                                     |
| QSI      | Quality Standard Indicator   |
| RES      | Reynolds Empathy Scale   |
| SAS      | Zung Self-Rating Anxiety Scale   |
| TCES     | Toronto Composite Empathy Scale  |
| TECA     | Test de Empatía Cognitiva y Afectiva   |

|        |  |
|--------|--|
| TEQ    | Toronto Empathy Questionnaire                          |
| UNICEF | United Nations International Children's Emergency Fund |
| VAS    | Visual Analog Scale                                    |

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς, θεωρείται βασικό στοιχείο της ιατρικής πρακτικής και ουσιώδες συστατικό της παροχής υψηλής ποιότητας φροντίδας. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημιουργία μιας σχέσεως εμπιστοσύνης που βασίζεται στην αποτελεσματική επικοινωνία, είναι οι επικοινωνιακές δεξιότητες που διαθέτουν οι ιατροί. (Μπελλάλη, 2018) Πολλές μελέτες έχουν εστιάσει στο γεγονός ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των ιατρών και των θετικών θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Οι βασικοί πυλώνες για την οικοδόμηση μιας σωστής σχέσης ιατρού-ασθενούς, είναι η χρησιμοποίηση απλής και κατανοητής γλώσσας, η εμπλοκή του ασθενούς στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και η προσέγγιση του ασθενούς με ενσυναίσθηση. (Sobczak, Leonuk, & Janaszczuk, 2018)

Η ενσυναίσθηση αναφέρεται στην ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων και των σκέψεων ενός άλλου ατόμου και θεωρείται σημαντική επικοινωνιακή δεξιότητα ενός ιατρού. (Yuguero et al, 2017) Μεγάλος αριθμός μελετών έχει πραγματοποιηθεί προκειμένου να διερευνηθεί η ενσυναίσθηση των ιατρών, αποδεικνύοντας πολυάριθμα οφέλη τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους ιατρούς. Η ενσυναίσθηση έχει σχετιστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια διαγνώσεων, με συμμόρφωση στη θεραπεία, με καλύτερα

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

θεραπευτικά αποτελέσματα, με την προστασία των ιατρών από την εξουθένωση, με λιγότερες μηνύσεις σε περίπτωση ιατρικού λάθους, με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών και με την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας. (Platis et al., 2020, Hojat, DeSantis & Gonnella, 2017; Kourakos, Vlachou & Kelesi, 2018) Μπορεί να είναι έμφυτη ή επίκτητη και να ενισχυθεί ή να αποκτηθεί μέσω της μάθησης και της εμπειρίας. (Κουρκούνη και Ηγουμενίδης, 2020)

Βαρύνουσα σημασία έχει η ενσυναίσθηση των ιατρών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), καθώς θεωρείται η βασική φροντίδα υγείας και το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με το Σύστημα Υγείας. Φαίνεται, ότι η αλληλεπίδραση ιατρού – ασθενούς, μπορεί να επηρεάσει την επιθυμία των ασθενών για επαναπρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ενώ η μη συμμόρφωση του ασθενούς στο θεραπευτικό πλάνο, επισημαίνεται ως πιθανή αιτία διαγνωστικού σφάλματος στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. (Amelung et al, 2020)

Προκειμένου να μετρηθεί η ενσυναίσθηση έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία, ένα εκ των οποίων είναι η Κλίμακα Τζέφερσον των αντιλήψεων του ασθενούς για την ενσυναίσθηση του ιατρού (Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy, JSPPPE), το οποίο αναπτύχθηκε από τους Kane et al, (2007). Το εργαλείο αυτό, χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, προκειμένου να ανιχνευθεί η αντίληψη των μονίμων κατοίκων των νοτίων προαστίων της Αττικής, για την ενσυναίσθηση των θεραπόντων ιατρών τους, που εργάζονται στην ΠΦΥ. Επιπλέον διερευνήθηκαν ορισμένοι δημογραφικοί παράγοντες που ενδεχομένως σχετίζονται με την αντίληψη αυτή.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, στο γενικό μέρος και στο ειδικό μέρος. Στο γενικό μέρος, αποσαφηνίζεται η έννοια της επικοινωνίας, αναδεικνύεται η αναγκαιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς, παρουσιάζονται τα μοντέλα επικοινωνίας μεταξύ τους, εντοπίζονται τα εμπόδια που παρουσιάζονται στην επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και υπογραμμίζεται η αναγκαιότητα των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των ιατρών. Στη συνέχεια προσεγγίζεται εννοιολογικά η ενσυναίσθηση, αναπτύσσονται οι μορφές της ενσυναίσθησης καθώς και οι συνιστώσες της, περιγράφονται τα οφέλη της ενσυναίσθησης στη σχέση ιατρού-ασθενούς, παρουσιάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση, αναπτύσσεται η αναγκαιότητα εκπαίδευσης της ενσυναίσθησης και παρουσιάζονται τρόποι που θα



μπορούσε να επιτευχθεί αυτό. Στο επόμενο κεφάλαιο, παρουσιάζονται αναλυτικά ορισμένα από τα κυριότερα εργαλεία μέτρησης της ενσυναίσθησης. Στο τελευταίο κεφάλαιο του γενικού μέρους, γίνεται μία ιστορική αναδρομή στην ΠΦΥ και στη συνέχεια παρουσιάζεται το κανονιστικό πλαίσιο της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Τέλος αναπτύσσεται η σημασία της ενσυναίσθησης στην ΠΦΥ.

Στο ειδικό μέρος, στην εισαγωγή στην έρευνα, παρουσιάζεται η αναγκαιότητα διενέργειας της μελέτης και επιχειρείται μία βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών, που αποτέλεσαν το έρεισμα για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, όπου περιγράφεται ο ερευνητικός σκοπός και οι στόχοι, ο τόπος διεξαγωγής της μελέτης, καταγράφονται οι ερευνητικές ερωτήσεις καθώς και η κύρια ερευνητική υπόθεση, διευκρινίζεται η επιλογή της μεθόδου έρευνας, περιγράφεται η οριοθέτηση του πληθυσμού μελέτης και η επιλογή του δείγματος, παρουσιάζεται το υλικό και η μέθοδος διεξαγωγής της μελέτης, καθώς και το όργανο μέτρησης, και αναφέρονται οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που τηρήθηκαν. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων. Ακολουθεί η καταγραφή των αποτελεσμάτων, όπου αναλύονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και των θεραπευόντων ιατρών και διερευνάται, τόσο η μονοπαραγοντική συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την κλίμακα ενσυναίσθησης, όσο και η πολυπαραγοντική. Έπεται η σύνοψη των στατιστικών συμπερασμάτων, αναφέρονται οι περιορισμοί της μελέτης και η εργασία ολοκληρώνεται με τη συζήτηση και την εξαγωγή των συμπερασμάτων.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

#### 1.1 Η έννοια της επικοινωνίας

Η λέξη «επικοινωνία» έχει τις ρίζες της στην λατινική λέξη *communis*, η οποία σημαίνει κοινός. (Lunenburg, 2010) Η έννοια της επικοινωνίας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ανθρώπινη εξέλιξη και ανάπτυξη. Ως όρος, χρησιμοποιείται σε πολλά και διαφορετικά επιστημονικά πεδία και κλάδους, χρωματισμένος με διαφορετικές έννοιες. Κατά τη διαδικασία της επικοινωνίας, πραγματοποιείται ανταλλαγή πληροφοριών και μηνυμάτων από ένα άτομο σε κάποιο άλλο μέσω συμβόλων, ήχων, αριθμών, γραμμάτων ή χειρονομιών. Μέσω της διαδικασίας της επικοινωνίας τα άτομα και οι ομάδες έρχονται σε επαφή μεταξύ τους, αναπτύσσοντας σχέσεις και οικοδομώντας διαύλους αμοιβαίας κατανόησης και επιρροής. (Saridi et al, 2017, pp. 7-8)

Σύμφωνα με τον Keyton ως επικοινωνία μπορεί να οριστεί «η διαδικασία μετάδοσης πληροφοριών και κοινής κατανόησης από ένα άτομο σε κάποιο άλλο» (Lunenburg, 2010) ενώ σύμφωνα με τον Μπουραντά «Επικοινωνία είναι η διαδικασία με την οποία ένας πομπός Α (άτομο ή ομάδα) μεταβιβάζει πληροφορίες, σκέψεις, ιδέες, συναισθήματα, ακόμη και ενέργεια, σε ένα δέκτη Β (άτομα, ομάδα) με στόχο να ενεργήσει πάνω του με τρόπο ώστε να προκαλέσει σε αυτόν την εμφάνιση ιδεών, πράξεων, συναισθημάτων, ενέργειας και σε τελική ανάλυση να επηρεάσει την κατάσταση του και την συμπεριφορά του». (Μπουραντάς, 2002)

Συναφής ορισμός δίνεται και από τον Rogers, σύμφωνα με τον οποίον «Η επικοινωνία είναι η διαδικασία της μετάδοσης ιδεών, πληροφοριών και στάσεων από μία πηγή σε κάποιον δέκτη με σκοπό τον εκ προθέσεως επηρεασμό». (Kourakos et al, 2018)

Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη (2012: 649) επικοινωνία είναι «η αποστολή μηνυμάτων- πληροφοριών από κάποιον που νοείται ως πομπός προς κάποιον που νοείται δέκτης και αντίστροφα, μέσω κοινού συστήματος σήματος, συμβόλων ή τρόπων συμπεριφοράς».

Τα βασικά στοιχεία στη διαδικασία της επικοινωνίας είναι :

- 1) Η πηγή (πομπός) του μηνύματος:** Είναι αυτός (άτομο ή ομάδα) που ξεκινά τη διαδικασία της επικοινωνίας. Αυτός που σχηματοποιεί το μήνυμα και το μεταβιβάζει.
- 2) Ο κώδικας του πομπού – κωδικοποίηση:** Η κωδικοποίηση είναι η συλλογή και προσαρμογή των πληροφοριών που θα μεταφερθούν μέσω λέξεων, συμβόλων ή χειρονομιών.
- 3) Το μήνυμα:** Είναι η πληροφορία που μεταφέρεται και μπορεί να περιέχει λεκτικά ή και μη λεκτικά δεδομένα. Το μη λεκτικό μέρος του μηνύματος σχετίζεται με τη γλώσσα του σώματος και το περιβάλλον.
- 4) Τα κανάλια ή δίκτυα μεταβίβασης μηνυμάτων:** Πρόκειται για τις διόδους (φυσικές ή τεχνητές), μέσω των οποίων μεταφέρεται το μήνυμα στο δέκτη (π.χ. αέρας, μικρόφωνα κ.λπ.).
- 5) Η σύλληψη (δέκτης):** Ο δέκτης μπορεί να είναι ένα άτομο ή μια ομάδα, και είναι αυτός που λαμβάνει το μήνυμα.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

**6) Ο κώδικας του δέκτη (αποκωδικοποίηση):** Ο δέκτης, μέσω μιας σύνθετης διανοητικής διαδικασίας, προσπαθεί να αποκωδικοποιήσει το μήνυμα, να μετατρέψει δηλαδή τα σύμβολα σε νοήματα.

**7) Η κατανόηση του μηνύματος ή αποτέλεσμα:** Ο δέκτης, μετά την αποκωδικοποίηση του μηνύματος λαμβάνει γνώση, κατανοεί, αισθάνεται, αλλάζει ιδέες, οδηγείται δηλαδή στο αποτέλεσμα της επικοινωνίας.

**8) Ο έλεγχος – ανατροφοδότηση (feedback):** Η διαδικασία της επικοινωνίας ολοκληρώνεται μέσω της ανατροφοδότησης, της διαδικασίας δηλαδή μέσω της οποίας ο δέκτης ανταποκρίνεται στο μήνυμα του πομπού. Ο πομπός αντιλαμβάνεται με αυτή τη διαδικασία, εάν το μήνυμα έχει γίνει κατανοητό. (Kourakos et al, 2018; Saridi et al, 2017; Ασπρίδης, Τσέλιος & Ρωσσίδης, 2018; Lunenburg, 2010).

## **1.2 Η αναγκαιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς**

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως θεμέλιος λίθος στην οικοδόμηση της θεραπευτικής τους σχέσης. Η αποτελεσματική επικοινωνία συμβάλλει καθοριστικά στην παροχή θεραπευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας. Ένας αξιόλογος αριθμός ερευνών αποδεικνύει, ότι η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις επικοινωνιακές δεξιότητες του ιατρού, ενώ η κατάρρευση της θεραπευτικής τους σχέσης, προκαλεί στους ασθενείς μεγάλη δυσαρέσκεια. (Τσουνής & Σαράφης, 2014; Ha & Longnecker, 2010)

Η ορθή επικοινωνία συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας εποικοδομητικής διαπροσωπικής σχέσης, που διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών και ωθεί τον ασθενή στο να συμμετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων. Αυτό έχει πολλαπλασιαστικές θετικές επιπτώσεις, τόσο για τον ιατρό, όσο και για τον ασθενή. Ο επαγγελματίας υγείας, μπορεί να οδηγηθεί σε ακριβέστερες διαγνώσεις και να αναγνωρίσει με μεγαλύτερη ευκολία τις ανάγκες, τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες του ασθενή. Ο ασθενής από την άλλη μεριά,

μπορεί να κατανοήσει σαφέστερα την ιατρική πληροφορία και να συμμορφωθεί ευκολότερα στις θεραπευτικές υποδείξεις και οδηγίες, γεγονός που οδηγεί στο μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επιπλέον, συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση των συναισθημάτων του ασθενή, στην αύξηση της ικανοποίησής του από την παρεχόμενη φροντίδα, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Η σωστή επικοινωνία, συμβάλλει στην ανάπτυξη αισθήματος εμπιστοσύνης των ασθενών στο πρόσωπο του ιατρού τους, ενθαρρύνει τους ασθενείς στην έκφραση των συναισθημάτων τους και ευνοεί τις προϋποθέσεις, ώστε να περιοριστεί το άγχος τους. (Βενιού και Τεντολούρης, 2013; Τσουνής και Σαράφης, 2014; Σαραντοπούλου, 2017; Ha & Longnecker, 2010).

Σε αρκετές μελέτες έχει ανιχνευθεί μία συσχέτιση μεταξύ αποτελεσματικής επικοινωνίας και βελτίωσης του επιπέδου ανοχής στον πόνο, βελτίωσης στην ανακούφιση από τα συμπτώματα, καλύτερης αποκατάστασης από την ασθένεια, καλύτερων κλινικών αποτελεσμάτων, πιο πιστής τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής, βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών και καλύτερης ψυχικής υγείας. Επιπλέον, σε ορισμένες μελέτες έχει βρεθεί ότι η αποτελεσματική επικοινωνία σχετίζεται με τη μείωση της διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο, καθώς και με τη μείωση των ατομικών ιατρικών επισκέψεων και των παραπομπών. (Ha & Longnecker, 2010; Sustersic et al., 2018; McCabe & Healey, 2018; Shiraly, Mahdaviazad & Pakdin, 2021) Αξίζει να αναφερθεί, ότι η αποτελεσματική επικοινωνία έχει σχετιστεί με μεγαλύτερη ασφάλεια των ασθενών καθώς και με μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων, ειδικά σε χώρους αυξημένης πίεσης, όπως είναι τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), των νοσοκομείων. (Pun et al, 2018)

Όσον αφορά στους ιατρούς, η βελτίωση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα, φαίνεται να δρα αποτρεπτικά στην κατάθεση καταγγελιών για κακή πρακτική και ιατρικά σφάλματα. Η βελτίωση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών, παρέχει στους ιατρούς αυξημένη εργασιακή ικανοποίηση, μειώνει το εργασιακό τους άγχος και την εργασιακή εξουθένωση. (Ha & Longnecker, 2010)

Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς, θεωρείται ισχυρός δείκτης ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης. Η αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού-ασθενούς έχει βαρύνουσα σημασία στη θεραπεία χρόνιων ασθενειών, λόγω της αναγκαιότητας των τακτικών συναντήσεων

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

και της λήψης πολύπλοκων ιατρικών αποφάσεων. Οι χρόνια πάσχοντες εμφανίζουν συνήθως πολλαπλές συννοσηρότητες, γι' αυτό απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή κατά τη διάρκεια της ιατρικής διαβούλευσης, ώστε να λαμβάνονται υπόψη και οι κοινωνικο – ψυχολογικές διαστάσεις της ασθένειας. (Matusitz & Spear, 2014)

### **1.3 Μοντέλα επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς**

Η σχέση ιατρού-ασθενούς έχει μετεξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου. Από το αρχικό πατερναλιστικό δίπολο θεραπευτή-αρρώστου, θα ήταν ίσως πιο δόκιμο να μιλάμε σήμερα για αλληλοδιάδραση μεταξύ ενός παρόχου υπηρεσιών υγείας και ενός χρήστη υπηρεσιών. (Harbishettar et al, 2019) Το πατερναλιστικό μοντέλο επικοινωνίας, παραδοσιακά επικεντρωμένο στον ιατρό, φαίνεται να χάνει έδαφος έναντι του ασθενοκεντρικού μοντέλου που θέτει τον ασθενή στο επίκεντρο, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες, τις προτιμήσεις, τις αξίες, τα δικαιώματα και την αυτονομία των ασθενών. Η ασθενοκεντρική προσέγγιση, που γίνεται όλο και πιο δημοφιλής στην κλινική πρακτική, προσανατολίζει τους ιατρούς στο να αλληλεπιδράσουν με τους ασθενείς, ώστε να καταφέρουν να δουν την ασθένεια από την οπτική γωνία των δεύτερων. (Shiraly, Mahdaviazad & Pakdin, 2021; Matusitz & Spear, 2014; Ha & Longnecker, 2010)

Η προσέγγιση αυτή προκρίνει την υπομονή στη συμμετοχική διαδικασία, την κοινή λήψη αποφάσεων και την εξατομικευμένη φροντίδα, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις βιολογικές όσο και τις ψυχο-κοινωνικές προεκτάσεις της ασθένειας. Ο επαγγελματίας υγείας συνεισφέρει τις εξειδικευμένες γνώσεις του, ενώ ο ασθενής καταθέτει τις γνώσεις για τον «εαυτό» και το σώμα του. Η σχέση που οικοδομείται με αυτόν τον τρόπο, θεμελιώνεται στην αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ επαγγελματία και ασθενή. Η αποτελεσματική επικοινωνία θα μπορούσε να θεωρηθεί ο κεντρικός πυλώνας για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, που αποφέρει αναμφισβήτητα οφέλη και στα δύο συμβαλλόμενα μέρη, όπως έχει αναφερθεί. (Pun et al, 2018; McCabe & Healey, 2018)

Όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), οι ωφελούμενοι φαίνεται να προτιμούν την επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή και συνακόλουθα την ανταλλαγή πληροφοριών πριν τη λήψη της απόφασης και τη διαμόρφωση της θεραπευτικής

διαδικασίας, την επίδειξη ενσυναίσθησης και ευαισθησίας στις ιδιαίτερες ανάγκες τους, την παροχή ενδυνάμωσης και την οικοδόμηση διαδραστικών σχέσεων. (Chandra & Mohammadnezhad, 2021; Pun et al, 2018)

Εκτός της ανωτέρω προσέγγισης, έχουν προταθεί ποικίλα μοντέλα επικοινωνίας που αφορούν στη σχέση ιατρού - ασθενούς. Οι Szasz & Hollender (1956), έχουν προτείνει τρία μοντέλα επικοινωνίας, τα οποία και συσχετίζουν με το βαθμό παθητικότητας του ασθενή. Τα δύο πρώτα μοντέλα έχουν ιατροκεντρική κατεύθυνση ενώ το τρίτο ασθενοκεντρική. Το πρώτο μοντέλο είναι η «ενεργητικότητα-παθητικότητα», σύμφωνα με το οποίο ο ιατρός έχει τον απόλυτο έλεγχο ενώ ο ασθενής δεν λαμβάνει μέρος στη διαδικασία αποφάσεων, λόγω της κρισιμότητας της κατάστασης του, όπως για παράδειγμα όταν βρίσκεται σε κώμα. Το δεύτερο μοντέλο είναι η «καθοδηγούμενη συνεργασία», στο οποίο ο ιατρός καθοδηγεί τον ασθενή, ο οποίος θέτει τις ερωτήσεις αλλά συνεργάζεται έχοντας τυφλή υπακοή στον ιατρό του. Το τρίτο μοντέλο είναι η «αμοιβαία συμμετοχή», όπου ο ασθενής τίθεται στο επίκεντρο, και πραγματώνεται αμοιβαία και συμμετοχική συνεργασία προκειμένου να καθορισθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση. (Πατσοπούλου και συν, 2021)

Οι Emanuel & Emanuel (1992), περιέγραψαν τέσσερα μοντέλα επικοινωνίας, σε σχέση με τους στόχους που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενούς, τις υποχρεώσεις του ιατρού, το ρόλο των αξιών και της αυτονομίας του ασθενούς. Το πατερναλιστικό μοντέλο, όπου ο ιατρός ως ειδικός, αποφασίζει κι ο ασθενής ακολουθεί τις οδηγίες. Το πληροφορικό, όπου ο ιατρός πληροφορεί και εκτελεί τις παρεμβάσεις που έχει επιλέξει ο ασθενής. Το ερμηνευτικό, όπου ο ιατρός βοηθά τον ασθενή να επιλέξει την ιατρική παρέμβαση που συνάδει με τις αξίες του ασθενούς. Τέλος το διαβουλευτικό, όπου ο ιατρός μέσω του διαλόγου, συμβάλλει ώστε ο ασθενής να επιλέξει την καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση που είναι σύμφωνη με τις αξίες του. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η ιδανική σχέση ιατρού-ασθενούς πραγματώνεται μέσω του διαβουλευτικού μοντέλου. (Emanuel & Emanuel, 1992)

Οι Roter & Hall (1992), πρότειναν τέσσερα μοντέλα επικοινωνίας το πατερναλιστικό, το καταναλωτικό, της αμοιβαιότητας και της πολύ περιορισμένης σχέσης. Στο πατερναλιστικό μοντέλο, ο ιατρός ως επαγγελματικά κυρίαρχος και αυτόνομος καθορίζει την πορεία της θεραπείας προς όφελος του ασθενούς, που έχει παθητικό ρόλο. Στο καταναλωτικό μοντέλο, ο ασθενής δρα ως καταναλωτής, τίθεται στο επίκεντρο και

απαιτεί πληροφόρηση, ενώ ο ιατρός συμμορφώνεται στις επιθυμίες του ασθενούς. Ο ρόλος του ιατρού είναι οιοσδήποτε ρόλος τεχνικού συμβούλου. Στο μοντέλο της αμοιβαιότητας, ιατρός και ασθενής συνεργάζονται αρμονικά και με αμοιβαίο σεβασμό, προκειμένου να καθορισθεί η βέλτιστη θεραπευτική παρέμβαση. Το μοντέλο της πολύ περιορισμένης σχέσης, χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία στην επικοινωνία και από έλλειψη κοινών στόχων και προσδοκιών, με κίνδυνο την πλημμελή φροντίδα του ασθενούς. Σύμφωνα με τις ερευνήτριες, προτιμητέο θεωρείται το μοντέλο της αμοιβαιότητας. (Roter & Hall, 2006; Πατσοπούλου και συν, 2021)

Οι Roter et al (1997), περιέγραψαν πέντε μοντέλα επικοινωνίας, που ανίχνευσαν σε έρευνά τους που αφορούσε στην ΠΦΥ. Το αμιγώς βιοϊατρικό, που χαρακτηρίζεται από ερωτήσεις κλειστού τύπου που θέτει ο ιατρός στον ασθενή, χρησιμοποιώντας ιατρικούς όρους, γεγονός που αποθαρρύνει τον ασθενή από την ενεργό συμμετοχή. Το διευρυμένο βιοϊατρικό, που μοιάζει με το προηγούμενο, αλλά επιδεικνύεται σε κάποιο βαθμό ενδιαφέρον για την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς. Το βιοψυχοκοινωνικό, όπου η βιοϊατρική και ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση του ασθενούς βρίσκονται σε σχετική ισορροπία. Το ψυχοκοινωνικό, όπου υπερτερεί η ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση. Το καταναλωτικό, όπου ο ασθενής θέτει τις ερωτήσεις και ο ιατρός παρέχει τις πληροφορίες. Στην ανωτέρω έρευνα, το ψυχοκοινωνικό μοντέλο συσχετίστηκε με τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών συνολικά. (Roter et al, 1997; Πατσοπούλου και συν, 2021)

#### **1.4 Εμπόδια στην επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς**

Η ποιότητα της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς, που εμπρικλείει την μη λεκτική επικοινωνία, τις δεξιότητες συλλογής δεδομένων και πληροφοριών, το βαθμό ενσυναίσθησης, την ανταλλαγή πληροφοριών και τον καθορισμό θεραπευτικών παρεμβάσεων, συσχετίζεται με θετικά αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών. (Zabar et al, 2020)

Το βάθος και η διάρκεια της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενούς, καθορίζεται από την ποιότητα των συναντήσεών τους, κατά την διάρκεια των οποίων πρωταγωνιστικό ρόλο παίζει η σωστή επικοινωνία. Αν και είναι σημαντικό να μπορεί ο



ασθενής να επικοινωνεί την πληροφορία με αποτελεσματικό τρόπο, η έμφαση δίνεται στις επικοινωνιακές δεξιότητες του ιατρού, προκειμένου να διευκολυνθεί η διαδικασία της επικοινωνίας. Σε μεγάλο αριθμό μελετών, καταγράφεται, ότι οι ασθενείς επιθυμούν οι ιατροί τους να επιδεικνύουν ενδιαφέρον, να ακούνε προσεκτικά, να εξηγούν με σαφήνεια, να είναι δεκτικοί στη συζήτηση και να συμπεριλαμβάνουν τον ασθενή στη λήψη αποφάσεων, εάν το επιθυμεί και ο ίδιος ο ασθενής. (Ridd et al, 2009)

Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς, ως δυναμική σχέση μεταξύ δύο οντοτήτων που φέρουν ορισμένα χαρακτηριστικά, είναι αναμενόμενο να επηρεάζεται από αυτά τα χαρακτηριστικά. Η προσωπικότητα, οι στάσεις και οι αντιλήψεις, οι αξίες, η φυλή, η εθνικότητα, η γλώσσα, η κοινωνική θέση, η οικονομική επιφάνεια, η εκπαίδευση, η καλλιέργεια, το φύλο, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η ηλικία, η σωματική, πνευματική και ψυχική υγεία, επηρεάζουν αναπόφευκτα τη διαδικασία της επικοινωνίας. (Kourakos et al, 2018; Βενιού και Τεντολούρης, 2013)

Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί, σε ότι αφορά στο φύλο, ότι οι γυναίκες ιατροί επιδεικνύουν πιο «ασθενοκεντρική» συμπεριφορά απ' ότι οι άντρες συναδέλφοί τους, ενώ οι γυναίκες ασθενείς εκφράζουν πιο εύκολα τα συναισθήματά τους απ' ότι οι άνδρες. Όσον αφορά στην επικοινωνία μεταξύ ασθενών που ανήκουν σε μειονότητες και ιατρών, φαίνεται να χαρακτηρίζεται από μεροληψία εκ μέρους των ιατρών, από την αντίληψη των ασθενών περί διακρίσεων εις βάρος τους. Η επικοινωνία με ασθενείς διαφορετικής εθνικότητας, χαρακτηρίζεται, από γλωσσική ασυμμετρία και διαφορές σε αντιλήψεις σχετικά με την ασθένεια, καθώς και διαφορές σε αξίες και πεποιθήσεις. Πολλοί ιατροί δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν με ασθενείς που ανήκουν σε μειονότητες, λόγω έλλειψης δεξιοτήτων και γνώσης όσον αφορά στην επικοινωνία με τις συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, καθώς και στην ύπαρξη γλωσσικών εμποδίων. Οι ασθενείς που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες, δυσκολεύονται να εκφραστούν σε προφορικό επίπεδο και είναι λιγότερο διεκδικητικοί κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνάντησης, σε σχέση με τους ασθενείς της κρατούσας εθνικής ομάδας του πληθυσμού. (Kourakos et al, 2018)

Ο τρόπος χρήσης της ιατρικής ορολογίας, λόγω του ότι εμπεριέχει δυσνόητους επιστημονικούς όρους, μπορεί να αποτελέσει ένα άλλο σημείο δυσλειτουργίας στην δυαδική αυτή επικοινωνία. Πολλές φορές, ο ιατρός δυσκολεύεται να αποδώσει με απλό και κατανοητό τρόπο την κατάσταση υγείας του ασθενούς, γεγονός που προκαλεί σύγχυση και άγχος στον ασθενή, δυσχεραίνοντας την αποτελεσματική επικοινωνία

μεταξύ τους. Κρίσιμο παράγοντα αποτελεί και η μη λεκτική επικοινωνία, η οποία οφείλει να συνάδει με την λεκτική εκφορά της πληροφορίας, προκειμένου να μην δημιουργεί πρόσθετο άγχος και σύγχυση στον ασθενή. (Τσουνής και Σαράφης, 2014; Βενιού και Τεντολούρης, 2013)

Προβλήματα επικοινωνίας ενδέχεται να προκύπτουν και από την ελλιπή χρήση τεχνικών επικοινωνίας, όπως είναι η ενεργητική ακρόαση και η ενσυναίσθηση. Πολύ συχνά, οι ιατροί, φαίνεται να μετατοπίζουν το βάρος των ιατρικών συναντήσεων, από την ασθενοκεντρική προσέγγιση που απαιτεί μια πιο ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς, σε περισσότερο βιοϊατρικά μοντέλα που εστιάζουν στην ασθένεια και στη χρήση ιατρικής ορολογίας, αποθαρρύνοντας τον ασθενή από την ενεργό συμμετοχή κατά τη διάρκεια της διαβούλευσης. Η μη χρήση ανοικτών ερωτήσεων, η μη αναγνώριση των συναισθημάτων και της προσωπικότητας του ασθενούς, η ταχεία διαμόρφωση άποψης και οι συχνές διακοπές του ασθενούς, ενδέχεται να μην οδηγήσουν στη σωστή εκτίμηση των πληροφοριών, ενώ μπορεί να αποθαρρύνουν τον ασθενή από το να θέσει τα ερωτήματα που επιθυμεί. Με τον τρόπο αυτό ενδέχεται να μειωθεί ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς. Επιπλέον, η μειωμένη ενσυναίσθηση που μπορεί να επιδεικνύουν οι ιατροί, τους κάνει να φαίνονται ψυχροί και απόμακροι, παρεμποδίζοντας με τον τρόπο αυτό την αποτελεσματική επικοινωνία, καθώς οι ασθενείς βιώνουν αισθήματα ανασφάλειας και απόρριψης. (Ανδριοπούλου και συν, 2020; Τσουνής και Σαράφης, 2014)

Ένα άλλο εμπόδιο, είναι ο περιορισμένος χρόνος που διατίθεται για συζήτηση με τον ασθενή. Σύμφωνα με τους Τσουνή και Σαράφη (2014), στην πλειονότητα των συναντήσεων ιατρού-ασθενούς, οι ασθενείς δεν προλαβαίνουν να θέσουν τα μισά από τα ερωτήματα που τους απασχολούν, ενώ έχει βρεθεί ότι διακόπτονται από τους ιατρούς, πριν περάσουν 20 δευτερόλεπτα από τη στιγμή που ξεκινούν να εκθέτουν τα αίτια της επισκέψεώς τους. (Τσουνής και Σαράφης, 2014; Al-Mansori & Reishaan, 2022)

Επιπροσθέτως, εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία επιφέρουν, η σωματική και ψυχολογική κόπωση των ιατρών, λόγω των αυξημένων ευθυνών και του μεγάλου φόρτου εργασίας, καθώς και το εργασιακό άγχος ή και η εργασιακή εξουθένωση, που τους επιβάλλεται από το ήδη επιβαρυνόμενο εργασιακό περιβάλλον. (Ανδριοπούλου και συν, 2020; Al-Mansori & Reishaan, 2022; Seshadri, 2020)

Το άγχος και ο φόβος των ασθενών, οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες τους, η διαφορά στο επίπεδο εγγραματοσύνης της υγείας που παρατηρείται μεταξύ των ασθενών, καθώς

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

και η αποφυγή ερωτήσεων προς τον ιατρό υπό το φόβο της αστοχίας ή της πρόκλησης δυσαρέσκειας, μπορούν να θεωρηθούν ως εμπόδια στην ομαλή διεξαγωγή της αποτελεσματικής επικοινωνίας. Μάλιστα, επειδή είναι πολύ δύσκολο ο ιατρός να διακρίνει, ποιος ασθενής έχει υψηλή και ποιος έχει χαμηλή εγγραματοσύνη της υγείας, θα πρέπει να εξηγεί με σαφήνεια τη θεραπευτική διαδικασία, διότι ελλοχεύει ο κίνδυνος να υπάρξουν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς. (Ha & Longnecker, 2010; Parker et al, 2020; Firdous & Hiba, 2019)

### **1.5 Επικοινωνιακές δεξιότητες ιατρών**

Η δυαδική σχέση ιατρού – ασθενούς δεν τελεί επί ίσοις όροις, λόγω της ασυμμετρίας των πληροφοριών μεταξύ των δύο, που τους καθιστά δύο συμμετέχοντες που εμφορούνται από διακριτούς ρόλους και ευθύνες. Η ουσιαστική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους, θεμελιώνεται στην αποτελεσματική επικοινωνία, η οποία εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τις επικοινωνιακές δεξιότητες του ιατρού. Τα οφέλη της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι πολλά και ποικίλα και συνδέονται με θετικά αποτελέσματα στην υγεία και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Γι' αυτό το λόγο, είναι πολύ σημαντικό οι ιατροί να διαθέτουν τις κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες, προκειμένου να αναπτύξουν μια θετική σχέση με τους ασθενείς τους. (Lings et al, 2003; Wu, Jin & Wang, 2021)

Οι δεξιότητες επικοινωνίας, ακόμα κι αν δεν είναι έμφυτες, μπορούν να διδαχθούν. Οι τεχνικές επικοινωνίας διδάσκονται στο βασικό πρόγραμμα σπουδών της ιατρικής επιστήμης, από πολλά πανεπιστήμια στον κόσμο. Οι βασικές τεχνικές επικοινωνίας δεν είναι πανάκεια και κάθε ιατρός οφείλει να τις χρησιμοποιεί, να τις αναπτύσσει και να τις βελτιώνει καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής του διαδρομής. (Korzh & Tsodikova, 2019)

Η εκπαίδευση στις τεχνικές επικοινωνίας περιλαμβάνει δύο επίπεδα, την εκμάθηση γενικών δεξιοτήτων και την εκμάθηση εξειδικευμένων τεχνικών. Στις γενικές δεξιότητες εντάσσονται, η ενεργητική ακρόαση, δηλαδή όχι μόνο η ακρόαση των λέξεων αλλά και η αντίληψη της γλώσσας του σώματος του συνομιλητή, η αντανάκλαση, δηλαδή η ικανότητα ελέγχου της κατανόησης όσων ειπώθηκαν και η ανατροφοδότηση, δηλαδή η

παροχή πληροφοριών με τρόπο σαφή και κατανοητό. Η εκμάθηση εξειδικευμένων τεχνικών αφορά, στην ορθή συλλογή πληροφοριών κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης για τη λήψη του ιστορικού του ασθενή, στη χρήση της ενσυναίσθησης, στον ενδεδειγμένο τρόπο ανακοίνωσης δυσάρεστων συμβάντων και νέων, στην ικανότητα ανάπτυξης θεραπευτικής συμμαχίας με τον ασθενή και το περιβάλλον του. (Ανδριοπούλου και συν, 2020; Τσουνής και Σαράφης, 2014)

Οι κατευθυντήριες γραμμές επικοινωνίας εστιάζουν, στη σημασία των δεξιοτήτων λεκτικής, μη λεκτικής και παραλεκτικής επικοινωνίας. Οι λεκτικές δεξιότητες αφορούν στο περιεχόμενο του μηνύματος και στην ορθή επιλογή των λέξεων. Οι μη λεκτικές δεξιότητες αφορούν στη γλώσσα του σώματος όπως η στάση, οι χειρονομίες, η έκφραση του προσώπου και η φυσική απόσταση από τον ασθενή. Οι παραλεκτικές δεξιότητες αφορούν στον τόνο, στον χρωματισμό, στον ρυθμό και στην ένταση της φωνής. Στο σημείο αυτό σκόπιμο θα ήταν να αναφερθεί, πως αν και κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας φαίνεται να μη δίνεται η πρέπουσα σημασία στα μη λεκτικά και στα παραλεκτικά στοιχεία της, έχει βρεθεί ότι αυτά συνιστούν το ενενήντα τοις εκατό του μεταφερόμενου μηνύματος, ενώ τα λεκτικά στοιχεία περιορίζονται στο δέκα τοις εκατό. Επιπλέον, οι μη λεκτικές δεξιότητες των ιατρών έχει βρεθεί ότι αποτελούν κρίσιμο στοιχείο για την ικανοποίηση του ασθενούς και τη συμμόρφωσή του στην προτεινόμενη θεραπεία. (Korzh & Tsodikova, 2019; Ranjan, Kumari & Chakrawarty, 2015)

Πιο συγκεκριμένα, η βλεμματική επαφή, οι θετικές εκφράσεις του προσώπου όπως το χαμόγελο, ο ευχάριστος τόνος ομιλίας, η ενθάρρυνση του ασθενούς με νεύματα ώστε να αρχίσει ή να συνεχίσει την ομιλία του, το άγγιγμα, η σωστή στάση και θέση του σώματος σε σχέση με τον ασθενή, οι χαλαροί μύες του προσώπου και η σταθερή αναπνοή αποτελούν σημαντικές δεξιότητες μη λεκτικής επικοινωνίας που σχετίζονται με την ικανοποίηση του ασθενούς και συμβάλλουν στη δημιουργία αισθήματος εμπιστοσύνης. Όταν το περιεχόμενο του λεκτικού μηνύματος δεν συνάδει με τη μη λεκτική επικοινωνία, τότε, μεταφέρονται αμφίσημα μηνύματα στον ασθενή, που μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση στην επικοινωνία. Εξίσου σημαντική θεωρείται και η ικανότητα των ιατρών να μπορούν να ερμηνεύουν σωστά τη μη λεκτική επικοινωνία των ασθενών τους. (Korzh & Tsodikova, 2019; Ali, 2018; Πασχόπουλος, Σιαφάκα & Δερβένη, 2019)

Στο λεκτικό επίπεδο, ο προφορικός λόγος, είναι το βασικό μέσο και εργαλείο του ιατρού, με το οποίο ενεργεί κυρίως συνειδητά. Οι δεξιότητες επικοινωνίας του ιατρού σε

αυτό το επίπεδο, αποβλέπουν στο να δημιουργήσουν τις κατάλληλες συνθήκες ώστε να ξεκινήσει η διαδικασία της διαβούλευσης, προτρέποντας τον ασθενή να εκφραστεί ελεύθερα χωρίς συνεχείς διακοπές, κριτική ή ηθικολογία, απειλή, προειδοποίηση ή πρόωρο εφησυχασμό, πρακτικές οι οποίες δυσχεραίνουν την αποτελεσματική επικοινωνία. Η χρήση ερωτήσεων ανοιχτού τύπου είναι προτιμητέα ως επικοινωνιακή τεχνική. (Datz, Wong & Löffler-Stastka, 2019; Πασχόπουλος, Σιαφάκα & Δερβένη, 2019)

Η σωστή πληροφόρηση καθώς και η σωστή χρήση του λεξιλογίου, με την επιλογή απλών και κατανοητών λέξεων και την αποφυγή δυσνόητων ιατρικών όρων, θεωρείται απαραίτητη προκειμένου να μετριαστεί η χαμηλή εγγραματοσύνη υγείας που διαθέτουν κάποιοι ασθενείς, καθώς και να αντιμετωπιστούν δυσκολίες που ανακύπτουν από πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα (γλωσσικές διαφορές, πολιτισμικές διαφορές κ.α). (Byrne, Whitaker & Black, 2021) Η χρήση μάλιστα κάποιων λέξεων στη μητρική γλώσσα αλλοδαπών ασθενών, δημιουργεί αισθήματα οικειότητας και εμπιστοσύνης, καθώς η γλωσσική και πολιτισμική ασυμφωνία, μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην ομαλή επικοινωνία και στη θεμελίωση της θεραπευτικής συμμαχίας. (Malik & Khan, 2020) Επιπλέον, η χρήση ενικού ή πληθυντικού, η διακοπή κατά τη διάρκεια της ομιλίας του ασθενούς, η αλλαγή θέματος, και η χρήση καυστικού χιούμορ, μπορεί να θεωρηθούν ως στοιχεία άσκησης ελέγχου, που υποδηλώνουν ανισότητα στη θεραπευτική σχέση. (Πασχόπουλος, Σιαφάκα & Δερβένη, 2019)

Τέλος, ζωτικής σημασίας θεωρούνται οι επικοινωνιακές δεξιότητες των ιατρών που σχετίζονται με την ενεργητική ακρόαση και την ενσυναίσθηση. Η ενεργητική ακρόαση είναι μια πολυδιάστατη επικοινωνιακή δεξιότητα, που «επιβάλλει» στον ιατρό να ακούει τον ασθενή με αμέριστη προσοχή, χωρίς να τον διακόπτει, προσπαθώντας ταυτόχρονα να αποκωδικοποιήσει τόσο το λεκτικό όσο και το μη λεκτικό περιεχόμενο του μηνύματος. Η δεξιότητα αυτή απαιτεί από τον ιατρό να απεκδυθεί προσωρινά τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, ώστε να εστιάσει αποκλειστικά στο μήνυμα του ασθενούς και να αντιληφθεί το πλαίσιο αναφοράς του. Η ενσυναίσθηση, για την οποία γίνεται λεπτομερής αναφορά στο επόμενο κεφάλαιο, αποτελεί ίσως την κορυφαία επικοινωνιακή δεξιότητα που πρέπει να διαθέτουν οι ιατροί, προκειμένου να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά και να αναπτύξουν ουσιαστική σχέση με τον ασθενή. Η ενσυναίσθηση βοηθά τους ιατρούς να αντιληφθούν τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς και να τον αποδεχτούν για αυτό που είναι, χωρίς κριτική και προϋποθέσεις. Η κατανόηση από τον ιατρό του τρόπου

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

που βιώνει ο ασθενής τα συναισθήματά του, αποτελεί εχέγγυο αγαστής συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των δύο. (Λιονής και συν, 2015; Ranjan, Kumari & Chakrawarty, 2015)

## 2. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

### 2.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ενσυναίσθησης

Ο όρος «ενσυναίσθηση» έλκει τις ρίζες του από τη γερμανική λέξη "Einfühlung". Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1872 από τον Γερμανό φιλόσοφο Robert Vischer, για να περιγράψει έναν ιδιαίτερο τρόπο αισθητικής προσέγγισης στην τέχνη. Ο όρος

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

εισάγεται στην ψυχολογία το 1907 από τον επίσης Γερμανό φιλόσοφο Theodor Lipps, για να περιγράψει την κατανόηση της υποκειμενικότητας του άλλου. Ο Άγγλος ψυχολόγος Edward Titchener, θέλοντας να μεταφράσει στα Αγγλικά τον γερμανικό όρο "Einfühlung" εισάγει, το 1909, τον όρο "Empathy" που έλκει τις ρίζες του από την ελληνική λέξη «εμπάθεια». (Esagian, Esagian-Rouftsis & Kaprinis, 2019) Αν και στη νεοελληνική γλώσσα η λέξη εμπάθεια είναι χρωματισμένη με αρνητικό περιεχόμενο και υποδηλώνει εκδήλωση αντιπάθειας και τήρηση εχθρικής στάσης απέναντι σε ένα άλλο άτομο, (Μπαμπινιώτης, 2012) στην αρχαία ελληνική γλώσσα η ίδια λέξη σημαίνει ισχυρό πάθος - συγκίνηση, ενώ ετυμολογικά προκύπτει από το έν και πάθος. (Σταματάκος, 1999) Στην ελληνική γλώσσα, ο όρος ενσυναίσθηση εισήχθη το 1933, από τον καθηγητή κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλη Ελευθερόπουλο για να μεταφράσει τον γερμανικό όρο "Einfühlung" (ein=εντός, fühlung=συναίσθημα). (Φαλάρας, 1999)

Ο πιο πολυχρησιμοποιημένος ορισμός της ενσυναίσθησης, είναι αυτός που δόθηκε από τον Carl Rogers (1959), τον θεμελιωτή της Προσωποκεντρικής Προσέγγισης στην ψυχοθεραπεία, σύμφωνα με τον οποίο «ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα να μπορούμε να αντιλαμβανόμαστε το εσωτερικό πλαίσιο ενός άλλου ανθρώπου με την ακρίβεια σαν να ήμουν εκείνο το άτομο, χωρίς όμως να χάνω αυτή τη «σαν να» συνθήκη. Είναι η κατάσταση στην οποία υπεισέρχομαι στον ιδιωτικό κόσμο του άλλου και τον βιώνω σαν να ήμουν εκείνος». (Rogers, 1959 στο Χαροκόπου, 2021)

Ο ψυχαναλυτής και εμπνευστής της αυτοψυχολογίας, Heinz Kohut (1959), θεωρεί την ενσυναίσθηση ως εκείνη την κατάσταση, που επιτρέπει σε κάποιον να αντιληφθεί τα αισθήματα ενός άλλου ατόμου, θέτοντας τον εαυτό του σε κάποια παρόμοια ψυχολογική κατάσταση, χωρίς όμως ποτέ να μπορεί να ταυτιστεί με τον άλλο. (Kohut, 1959). Σύμφωνα με τον ίδιο «η ενσυναίσθηση αποτελεί έναν ουδέτερο τρόπο του σχετίζεσθαι». (Kohut, 1984 στο Χαροκόπου, 2021)

Συναφής με την προσέγγιση του Carl Rogers είναι και αυτή των Bellet & Maloney (1991), οι οποίοι περιγράφουν την ενσυναίσθηση ως «την ικανότητα να καταλαβαίνει κάποιος τι βιώνει κάποιο άλλο άτομο μέσα από το πλαίσιο αναφοράς του άλλου ατόμου» δηλαδή όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν «να μπαίνει στα παπούτσια του άλλου». (Bellet & Maloney, 1991)

Σύμφωνα με τους Lavasseur & Vance (1993) «*Η ενσυναίσθηση δεν είναι μια ψυχολογική ή συναισθηματική εμπειρία, ούτε ένα ψυχικό άλμα στο μυαλό των ανθρώπων, αλλά ένα άνοιγμα με σεβασμό στην ατομικότητα του άλλου*». (Lavasseur & Vance, 1993 στο Κιοσσές, 2017)

Οι Mercer & Reynolds (2002), αναγνωρίζοντας τη δυσκολία στο να δοθεί ένας ορισμός που να περιγράφει επακριβώς την έννοια της ενσυναίσθησης, λόγω του πολυσύνθετου και πολυδιάστατου του περιεχομένου της, την περιέγραψαν ως εξής: «*Η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει την ικανότητα να (α) κατανοείς την κατάσταση, την προοπτική και τα συναισθήματα του ασθενούς (και τις συνημμένες έννοιές τους), (β) να επικοινωνείς αυτή την κατανόηση και να ελέγχεις την ακρίβειά της και, (γ) να ενεργείς, βάσει αυτής της κατανόησης, με τον ασθενή με χρήσιμο (θεραπευτικό) τρόπο*». (Mercer & Reynolds, 2002)

Σύμφωνα με πρόσφατη βιβλιογραφική έρευνα των Eklund & Meranius (2021), βρέθηκε, ότι αν και υπάρχει ποικιλία ορισμών προκειμένου να προσδιορισθεί η έννοια της ενσυναίσθησης, φαίνεται ότι η εννοιοδότηση εμπερικλείει τέσσερα κοινά στοιχεία: την κατανόηση (understanding), το συναίσθημα (feeling), την κοινή χρήση-μοίρασμα (sharing) και τη διαφοροποίηση του εαυτού από τον άλλον (self-other differentiation). Τα στοιχεία αυτά είναι προτιμότερο να μην εξετάζονται μεμονωμένα, διότι όταν συσχετίζονται παρέχουν μία πληρέστερη εικόνα της ενσυναίσθησης. Η ενσυναίσθηση χαρακτηρίζεται τόσο από εγγύτητα όσο και απόσταση, έχει και συναισθηματικό και γνωστικό υπόβαθρο και συμμετέχει τόσο το σώμα όσο και το μυαλό. Υπό το πρίσμα αυτής της θεώρησης οι ερευνητές όρισαν την ενσυναίσθηση ως εξής: «*Η ενσυναίσθηση είναι να κατανοείς, να αισθάνεσαι και να μοιράζεσαι αυτό που νιώθει κάποιος άλλος, με διαφοροποίηση του εαυτού σου από τον άλλο*». (Eklund & Meranius, 2021)

Στο σημείο αυτό σκόπιμο θα ήταν να επισημανθεί, ότι η ενσυναίσθηση δεν είναι απλά μία δεξιότητα ακρόασης, αλλά η βασική δεξιότητα ακρόασης. Ως έννοια διαφοροποιείται τόσο από τη συμπόνια (compassion), όσο και από τη συμπάθεια (sympathy). (Dohrenwend, 2018) Η συμπόνια, ως αμιγώς συναισθηματική διαδικασία, παρακινεί τα άτομα προς τον αλτρουισμό, καθώς εμπλέκει συναισθηματικά τον ιατρό με τον ασθενή, διακυβεύοντας την απώλεια αντικειμενικότητας του πρώτου. Η ενσυναίσθηση, επιτρέπει την αυτοκατανόηση και προφυλάσσει τον ιατρό από τη συναισθηματική εμπλοκή. (Dohrenwend, 2018; Halpern, 2003) Η ενσυναίσθηση δεν



ταυτίζεται με τη συμπάθεια. Η συμπάθεια (συν+πάθος), σημαίνει ότι κατακλύζομαι από το συναισθηματικό βίωμα του άλλου, όχι όμως ότι κατανοώ απαραίτητα και τη συναισθηματική του κατάσταση, όπως συμβαίνει με την ενσυναίσθηση. (Esagian, Esagian-Pouftsis & Kaprinis, 2019)

## **2.2 Μορφές ενσυναίσθησης**

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας φαίνεται, πως δύο είναι οι κρατούσες μορφές ενσυναίσθησης: η γνωστική ενσυναίσθηση και η θυμική (συναισθηματική) ενσυναίσθηση. (Guidi & Traversa, 2021)

Η «γνωστική ενσυναίσθηση» θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι η ικανότητα αντίληψης των συναισθημάτων, των βιωμάτων και του τρόπου σκέψης του άλλου. Σύμφωνα με τη «Θεωρία της Προσομοίωσης», αυτό επιτυγχάνεται μέσω μιας νοητικής διαδικασίας, με την οποία ο θεραπευτής τοποθετεί νοητικά τον εαυτό του στη θέση του άλλου, προσομοιώνοντας τα δικά του βιώματα με αυτά του άλλου. Η διαδικασία αυτή, που αποκλείει τη συναισθηματική εμπλοκή, επιτρέπει στον θεραπευτή να δει τα πράγματα υπό το πρίσμα του άλλου και να κατανοήσει με αυτόν τον τρόπο, τις σκέψεις και τις αντιδράσεις του. (Guidi & Traversa, 2021)

Η μορφή αυτή της ενσυναίσθησης φαίνεται να είναι προτιμητέα από την ιατρική κοινότητα, καθώς η αποστασιοποίηση από το συναίσθημα εξυπηρετεί στη λήψη αντικειμενικών κλινικών αποφάσεων. (Guidi & Traversa, 2021)

Η θυμική ενσυναίσθηση, είναι η ικανότητα του θεραπευτή να μοιράζεται τα συναισθήματα του θεραπευόμενου. Γίνεται αντιληπτό, ότι σε αυτή τη μορφή ενσυναίσθησης, τα συναισθήματα κατέχουν σημαντική θέση. (Bizzari et al, 2019) Καθώς αυτή η μορφή ενσυναίσθησης εμπεριέχει το στοιχείο της συναισθηματικής εμπλοκής, τείνει να αγνοείται από την ιατρική κουλτούρα, καθώς θεωρείται ως παράγοντας κινδύνου για την απώλεια της αντικειμενικότητας και την εκδήλωση συναισθηματικής δυσφορίας. (Guidi & Traversa, 2021)

Προκειμένου να ξεπεραστεί αυτή η αυστηρή ταξινόμηση, όσον αφορά στους επαγγελματίες υγείας, έχει προταθεί από τους ερευνητές μια επιπλέον μορφή, αυτή της κλινικής ενσυναίσθησης. Αν και η κλινική ενσυναίσθηση θεμελιώνεται στις αρχές της

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

γνωστικής ενσυναίσθησης, προϋποθέτει και τρεις επιπλέον ικανότητες: «την ικανότητα παρατήρησης συναισθημάτων στους άλλους, την ικανότητα να αισθάνεται ο θεραπευτής αυτά τα συναισθήματα και τελικά την ικανότητα να ανταποκρίνεται σε αυτά τα συναισθήματα.» (Finset, 2010)

Η Alligood, το 1992, πρότεινε ότι η αναγνώριση από την επιστημονική κοινότητα της ύπαρξης δύο διακριτών μορφών ενσυναίσθησης, θα μπορούσε να είναι ενδεχομένως η λύση σε μια σειρά μεθοδολογικών προβλημάτων. Σύμφωνα με την ερευνήτρια, οι δύο τύποι είναι η βασική ενσυναίσθηση, που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως έμφυτη ενσυναίσθηση και η εκπαιδευμένη ενσυναίσθηση, που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως επίκτητη. Η βασική ενσυναίσθηση, είναι μια ικανότητα σύμφυτη με την ανθρώπινη ύπαρξη, ενώ η εκπαιδευμένη ενσυναίσθηση είναι μία δεξιότητα που διδάσκεται ή μαθαίνεται κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής ζωής. (Alligood, 1992)

Η Bachelor (1988), κατέγραψε δύο επιπλέον μορφές ενσυναίσθησης, πέραν της γνωστικής και της θυμικής. Τη συμμετοχική ενσυναίσθηση, που είναι η εκδήλωση ενσυναίσθησης του θεραπευτή μέσα από την αποκάλυψη των δικών του συναισθημάτων. Την επικουρική ενσυναίσθηση, που εκδηλώνεται από το θεραπευτή με υποστηρικτικές πράξεις που διαπνέονται από ειλικρινές ενδιαφέρον. (Bachelor, 1988)

Επιπλέον, αναφέρεται και η συμπεριφορική ενσυναίσθηση με κατευθυντήριο άξονα τη δράση. Σε αυτή τη μορφή ενσυναίσθησης, η εξωτερίκευση των γνωστικών και συναισθηματικών διαδικασιών συμβάλλει στη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων. (Tamayo, Rizkalla, & Henderson, 2016)

Τέλος, καταγράφεται και η αισθητική ενσυναίσθηση, που σχετίζεται με την αρχική νοηματοδότηση της λέξης. Στη μορφή αυτή, συσχετίζεται αυτό που μπορεί να γίνει αντιληπτό από τον δέκτη, με το έργο τέχνης. Σύμφωνα με τον Lipps, η αισθητική αντίληψη διαμορφώνεται μέσω της ενσυναίσθησης, σε σχέση με κάποιον άλλον άνθρωπο. Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως διαδικασία «εσωτερικής μίμησης». (Bizzari et al, 2019)

### **2.3 Συνιστώσες της ενσυναίσθησης**

Οι διαστάσεις της ενσυναίσθησης, σύμφωνα με τον Carl Rogers (1951), είναι τρεις και απαρτίζονται από θυμικά, γνωστικά και επικοινωνιακά στοιχεία. (Rogers, 1951 in Bas-Sarmiento et al, 2020) Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει, ότι οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν στο ότι, η πολυδιάστατη φύση της ενσυναίσθησης μπορεί να γίνει κατανοητή μέσα από τα τρία αυτά σημαντικά συστατικά. Το θυμικό (συναισθηματικό) στοιχείο, αφορά στην ικανότητα αντίληψης, σύμφωνα με το υποκειμενικό πλαίσιο αναφοράς του καθενός, των εσωτερικών βιωμάτων και συναισθημάτων του άλλου. (Bernardo et al, 2018; Finset, 2010) Το γνωστικό στοιχείο, αφορά στην ικανότητα παρατήρησης και κατανόησης των συναισθημάτων του άλλου, καθώς και στην «είσοδο», κατά κάποιο τρόπο, στην οπτική γωνία του άλλου. (Bernardo et al, 2018; Finset, 2010; Guidi & Traversa, 2021) Το επικοινωνιακό στοιχείο, που σε άλλους αναφέρεται ως συμπεριφορικό στοιχείο (Bernardo et al, 2018; Morse et al, 1992) ή ως συστατικό δράσης, (Guidi & Traversa, 2021) αφορά στην ικανότητα ανταπόκρισης και επικοινωνίας των αντιληπτών συναισθημάτων στον άλλον. (Bernardo et al, 2018; Finset, 2010) Επιπλέον, ο Rogers στον «κύκλο ενσυναίσθησης» που εισάγει, διακρίνει τέσσερα στάδια: το στάδιο της κατανόησης και αναγνώρισης των συναισθημάτων, το στάδιο της επικοινωνίας αυτής της κατανόησης, το στάδιο στο οποίο αναγνωρίζεται ότι αυτή η επικοινωνία έχει γίνει κατανοητή και το στάδιο της ανατροφοδότησης. (Rogers, 1951 in Bas-Sarmiento et al, 2020)

Οι Morse et al το 1992, διέκριναν εκτός από τις προαναφερθείσες και την ηθική συνιστώσα της ενσυναίσθησης. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η ηθική συνιστώσα αναφέρεται σε μια εσωτερική δύναμη για παροχή βοήθειας, που κινητοποιείται από την επίδειξη ενσυναίσθησης. (Morse et al, 1992; Mercer & Reynolds, 2002).

Υπό το πρίσμα της νευροβιολογίας και της νευροσυμπεριφορικής, διακρίνονται τρεις διαστάσεις της ενσυναίσθησης: η συναισθηματική, η κινητήρια και η νοητική. Η συναισθηματική, αφορά στην ικανότητα συμμετοχής στην συναισθηματική κατάσταση του άλλου, ενώ διευκολύνεται η εξωλεκτική επικοινωνία ιδίως σε αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις. Η κινητήρια, επιφέρει ενδιαφέρον για τον άλλον. Η νοητική, αφορά στην ενσυνείδητη προσπάθεια κατανόησης της σκέψης και του συναισθήματος του άλλου. (Esagian, Esagian-Pouftsis, & Kaprinis, 2019)

Στην ενσυναίσθηση, η επεξεργασία πληροφοριών γίνεται και από κάτω προς τα πάνω και αφορά στην ανταλλαγή συναισθηματικών βιωμάτων, και από πάνω προς τα κάτω και

αφορά στον εκτελεστικό έλεγχο για τη ρύθμιση και προσαρμογή αυτής της εμπειρίας. Η διαδικασία αυτή λαμβάνει χώρα μέσω συγκεκριμένων νευρωνικών δικτύων. (Decety & Lamm, 2006)

## **2.4 Οφέλη της ενσυναίσθησης στη σχέση ιατρού - ασθενούς**

Σε πολλές μελέτες έχει βρεθεί, ότι τα οφέλη της ενσυναίσθησης είναι πολυποίκιλα όχι μόνο για τους ασθενείς και τους ιατρούς, αλλά και για τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, τους φοιτητές ιατρικής, αλλά και για το ευρύ κοινό. (Platis et al, 2020; Guidi & Traversa, 2021; Hojat, 2009) Όσον αφορά στη σχέση ιατρού – ασθενούς, έχει διαπιστωθεί, ότι καθοριστικό παράγοντα για τη θεμελίωσή της σε ορθές βάσεις, αποτελεί η ενσυναίσθηση. (Sadati, Tabei & Lankarani, 2018)

Η επίδειξη ενσυναίσθησης από τον ιατρό, δρα καταλυτικά στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας, ενώ ο ασθενής έχει την αίσθηση ότι βρίσκεται σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, από το οποίο προσλαμβάνει σεβασμό και επικύρωση. (Kim, Kaplowitz & Johnston, 2004; Mercer & Reynolds, 2002; Jani, Blane & Mercer, 2012; Charitou, Fifi & Vivilaki, 2019) Μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον, ο ασθενής ενθαρρύνεται να αποκαλύψει με πληρότητα και σαφήνεια πληροφορίες που αφορούν στην κατάσταση της υγείας του, γεγονός που οδηγεί σε ακριβέστερα διαγνωστικά και θεραπευτικά αποτελέσματα. (Derksen et al, 2017; Andersen et al, 2020; Hojat et al, 2013)

Επιπλέον, οι ιατροί που επιδεικνύουν ενσυναίσθηση είναι περισσότερο πιθανό να παρέχουν σαφείς και κατανοητές πληροφορίες σχετικά με τη νόσο, εμπλέκοντας και τον ασθενή στη διαμόρφωση του θεραπευτικού πλάνου. (Hojat, 2009; Guidi & Traversa, 2021) Το γεγονός αυτό συμβάλλει σημαντικά στην ικανοποίηση του ασθενούς, στην κινητοποίηση και ενδυνάμωσή του, στην καλύτερη διαχείριση του συναισθήματός του, στη βελτίωση της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα και στην καλύτερη συμμόρφωση του ασθενούς στις προτεινόμενες θεραπείες. (Mercer et al, 2016; Hojat et al, 2013; Finset, 2010; Jani, Blane & Mercer, 2012; Andersen et al, 2020; Kim, Kaplowitz & Johnston, 2004) Κατ' επέκταση, δε φαίνεται παράξενο που η ενσυναίσθηση έχει βρεθεί να συσχετίζεται με καλύτερη θεραπευτική έκβαση. (Jani, Blane & Mercer, 2012; Andersen et al, 2020; Kim, Kaplowitz & Johnston, 2004)

Η ενσυναίσθηση, έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με θετικά κλινικά αποτελέσματα, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις, φαίνεται ότι συμβάλλει στη μείωση του άγχους, του πόνου ή και της διάρκειας των συμπτωμάτων του ασθενούς. (Hojat et al, 2011; Kelm et al, 2014; Bas-Sarmiento et al, 2020; Moudatsou et al, 2020; Jani, Blane & Mercer, 2012) Επίσης, η ύπαρξη ενσυναίσθησης στη σχέση ιατρού – ασθενούς, φαίνεται να συσχετίζεται με λιγότερες ημέρες νοσηλείας, γεγονός που συμβάλλει στη μείωση του κόστους της ιατρικής περίθαλψης. (Hojat, 2009; Guidi & Traversa, 2021; Howick et al, 2018a) Στη μείωση του κόστους φαίνεται να συμβάλλει και η αποφυγή περιττών εργαστηριακών εξετάσεων και δαπανηρών επεμβατικών ή παρεμβατικών ιατρικών πράξεων, τακτικές που έχει βρεθεί ότι ακολουθούν οι ιατροί που επιδεικνύουν ενσυναίσθηση. (Nightingale et al, 1991 in Guidi & Traversa, 2021; Bas-Sarmiento et al, 2020)

Επιπλέον, η ενσυναίσθητική σχέση ιατρού – ασθενούς, όπου οι προσδοκίες του ασθενούς γίνονται κατανοητές, συμβάλλει όχι μόνο στη μείωση της δυσαρέσκειας του ασθενούς αλλά και στην αποτροπή του από την κατάθεση αγωγής για αμέλεια εναντίον του ιατρού. Επίσης, συσχετίζεται με μικρότερο ποσοστό ιατρικών σφαλμάτων. (Hojat, 2009; Hojat et al, 2002b; Bas-Sarmiento et al, 2020)

Όσον αφορά στους ιατρούς, η ενσυναίσθηση έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται τόσο με την ικανοποίηση από την εργασία, όσο και με την προστασία από την επαγγελματική εξουθένωση. Από έρευνες έχει βρεθεί, ότι οι ιατροί που επιδεικνύουν ενσυναίσθηση βιώνουν συναισθήματα ολοκλήρωσης, επαγγελματικής ικανοποίησης, ευεξίας και περηφάνειας, τα οποία δρουν αντίρροπα προς τα συναισθήματα της κατάθλιψης και της εξουθένωσης. (Derksen et al, 2015; Andersen et al, 2020; Bas-Sarmiento et al, 2020; Yuguero et al, 2018) Στο σημείο αυτό χρήσιμο θα ήταν να επισημανθεί, ότι ορισμένες μελέτες παρουσιάζουν συσχέτιση μεταξύ επίδειξης υψηλών επιπέδων ενσυναίσθησης και πρόσθετης συναισθηματικής επιβάρυνσης. (Derksen et al, 2015) Επιπλέον, η ενσυναίσθηση φαίνεται να σχετίζεται με μείωση της επιθετικής συμπεριφοράς και των εργασιακών συγκρούσεων, καθώς και με μείωση του άγχους των ιατρών. (Bas-Sarmiento et al, 2020; Guidi & Traversa, 2021)

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί, ότι οι μελέτες για την ενσυναίσθηση σε φοιτητές ιατρικής διχάζονται, για τον αν η ενσυναίσθηση αυξάνεται ή μειώνεται με την πάροδο των ετών της εκπαίδευσής τους. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να οφείλεται στους διαφορετικούς ορισμούς και στους διαφορετικούς τρόπους μέτρησης της ενσυναίσθησης. (Andersen et

al, 2020) Αιτία διχασμού δεν αποτελεί όμως η διαπίστωση, ότι η ενσυναίσθηση συμβάλλει στην ποιοτικότερη επικοινωνία, καθώς βελτιώνει τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ιατρού – ασθενούς. (Hojat et al, 2002b)

## **2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση**

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας γίνεται φανερό, πως η ενσυναίσθηση θεωρείται απαραίτητη δεξιότητα προκειμένου να οικοδομηθεί μία εποικοδομητική σχέση, μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Όμως έχει βρεθεί ότι διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν την ενσυναίσθηση, οι οποίοι θα μπορούσαν να ταξινομηθούν αδρά σε τρεις κατηγορίες. Στους παράγοντες που σχετίζονται με τους ιατρούς, στους οργανωσιακούς παράγοντες και στους παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς. (Jani, Blane & Mercer, 2012)

Όσον αφορά στους ιατρούς, η ηλικία πιθανόν να επηρεάζει την ενσυναίσθηση. Η εκδήλωση της ενσυναίσθησης διαφέρει καθώς αναπτύσσεται ο άνθρωπος, και αυτό μπορεί να οφείλεται, είτε στη διαδικασία ωρίμανσης του ατόμου, είτε στη διαδικασία της εκπαίδευσης και της μάθησης. (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2003) Σε έρευνα που έγινε σε Δανούς γενικούς ιατρούς, βρέθηκε, ότι η ενσυναίσθηση σχετίζεται αρνητικά με τη μέση ηλικία των ιατρών, δηλαδή από 45 – 54 ετών. (Charles et al, 2018)

Ένας άλλος παράγοντας που πιθανόν να επηρεάζει την ενσυναίσθηση των ιατρών, είναι το φύλο. Οι περισσότερες έρευνες υποστηρίζουν, ότι οι γυναίκες ιατροί είναι περισσότερο ενσυναίσθητες απ' ότι οι άνδρες συνάδελφοί τους, ενώ οι ίδιες αυτοαξιολογούνται με υψηλότερη βαθμολογία απ' ότι οι άνδρες. (Hojat et al, 2002a; Elayyan, Rankin & Chaarani, 2018) Η διαφοροποίηση της ενσυναίσθησης μεταξύ των φύλων, δεν είναι σαφές αν οφείλεται σε στερεότυπα ή αν είναι αποτέλεσμα φυσικής προδιάθεσης ή και κοινωνικής επιρροής. Στην πρώτη περίπτωση, μεγαλύτερες διαφορές είναι πιθανόν να παρατηρηθούν σε ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης, ενώ στη δεύτερη περίπτωση σε ερωτηματολόγια που μετράτε η ενσυναίσθηση των ιατρών από άλλους. Σε πρόσφατη έρευνα βρέθηκε, ότι διαφορές μεταξύ των φύλων παρατηρήθηκαν πιο συχνά σε μετρήσεις αυτοαξιολόγησης της ενσυναίσθησης, παρά σε μετρήσεις εξωτερικής παρατήρησης, υποδεικνύοντας μια πιθανή μεροληψία κοινωνικής επιθυμίας. (Surchat et al, 2022)

Η προσωπικότητα φαίνεται να σχετίζεται με την ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται θετικά από στοιχεία της προσωπικότητας, όπως το να είναι κάποιος δεκτικός στις εμπειρίες διαθέτοντας ενεργή φαντασία και αισθητική ευαισθησία, να είναι ευχάριστος και να εκδηλώνει αλτρουιστικές, συναισθηματικές και συνεργατικές συμπεριφορές, να είναι ευσυνείδητος διαθέτοντας αυτοπειθαρχία και επιμονή προσπαθώντας για την επίτευξη των στόχων, να είναι εξωστρεφής δηλαδή να διαθέτει κοινωνικότητα, θετικό συναίσθημα και ενεργητική συμπεριφορά. (Suciu, Melit & Marginean, 2021; O'Tuathaigh, 2019; Abe et al, 2018) Αντίθετα, αρνητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, που δεν συμβάλλουν στην οικοδόμηση υγιών σχέσεων, όπως άγχος, φόβος, ανασφάλεια στις σχέσεις, επιθετικότητα και εχθρικότητα, έχει βρεθεί ότι σχετίζονται αρνητικά με την ενσυναίσθηση. (Hojat et al, 2020; Hojat et al. 2019; Hojat et al. 2018)

Οι ιατροί που κατατάσσουν τις διαπροσωπικές σχέσεις υψηλά στην αξιακή τους κλίμακα, είναι πιθανόν να διαθέτουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης, από τους ιατρούς που δεν διακατέχονται από τις ίδιες αξίες. (Charles et al, 2018) Επιπλέον, η αντιληπτή ενσυναίσθηση βελτιώνεται, όταν οι ιατροί κάνουν χρήση τόσο των λεκτικών όσο και των μη λεκτικών τους δεξιοτήτων, ειδικά της διατήρησης της οπτικής επαφής και του ορθού προσανατολισμού του σώματός τους. (Brugel, Postma-Nilsenová & Tates, 2015) Επιπροσθέτως, η συναισθηματική νοημοσύνη και η βιωματική εμπειρία των ιατρών, φαίνεται να συμβάλλουν στην επίδειξη υψηλότερων επιπέδων ενσυναίσθησης. (Shi & Du, 2020; Elayyan, Rankin & Chaarani, 2018)

Οι πολιτισμικές διαφορές των ιατρών φαίνεται να σχετίζονται με την ενσυναίσθηση. Σε έρευνες έχει βρεθεί, ότι οι βαθμολογίες της ενσυναίσθησης φοιτητών ιατρικής στις χώρες της Δύσης, ήταν υψηλότερες από αυτές των φοιτητών ιατρικής στις ασιατικές χώρες. (Abe et al, 2018) Επίσης σε έρευνα για την ενσυναίσθηση των Hojat et al (2020) σε φοιτητές οστεοπαθητικής ιατρικής των ΗΠΑ, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και στη φυλή – εθνότητα, με υψηλότερες βαθμολογίες να εμφανίζουν οι Αφροαμερικανοί, οι Ισπανόφωνοι, οι Λατίνοι και οι Ισπανοί. (Hojat et al, 2020)

Στην ίδια έρευνα, η ενσυναίσθηση σχετίστηκε με το ακαδημαϊκό υπόβαθρο των φοιτητών, με υψηλότερες βαθμολογίες να εμφανίζουν οι φοιτητές των Κοινωνικών και Συμπεριφορικών Επιστημών καθώς και των Τεχνών και Ανθρωπιστικών Επιστημών.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Επίσης, οι φοιτητές που επέλεξαν ειδικότητες με προσανατολισμό στους ανθρώπους και στην ψυχιατρική, εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες στην ενσυναίσθηση. (Hojat et al, 2020) Αξίζει σε αυτό το σημείο να σημειωθεί, ότι μεγάλος αριθμός ερευνών δείχνει, ότι το επίπεδο ενσυναίσθησης των φοιτητών μειώνεται κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. (Chen et al, 2007; Abe et al, 2018)

Η εκπαίδευση, είναι πιθανό να σχετίζεται θετικά με την ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση φαίνεται να ενισχύεται, όταν οι επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύονται σε δεξιότητες που άπτονται του πεδίου της. (Levett-Jones, Cant & Lapkin, 2019)

Όσον αφορά στους οργανωσιακούς παράγοντες, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι ο αυξημένος φόρτος εργασίας ενοχοποιείται για την ύπαρξη μειωμένων επιπέδων ενσυναίσθησης στους ιατρούς. Ο εξαντλητικός ρυθμός εργασίας, εξουθενώνει τους ιατρούς και περιορίζει το διαθέσιμο προς διαβούλευση χρόνο τους. Η έλλειψη του χρόνου, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται αρνητικά με την ενσυναίσθηση των ιατρών. (Elayyan, Rankin & Chaarani, 2018; Mercer et al, 2007)

Ανάλογα αποτελέσματα έχει βρεθεί ότι εμφανίζει και η εργασιακή εξουθένωση (burn out). Η εργασιακή εξουθένωση ενοχοποιείται για τα μειωμένα επίπεδα ενσυναίσθησης που επιδεικνύουν οι ιατροί στους ασθενείς, ως αποτέλεσμα της συναισθηματικής, νοητικής και σωματικής εξάντλησης των ιατρών, λόγω του εξαντλητικού ρυθμού εργασίας και της έλλειψης ύπνου. (Elayyan, Rankin & Chaarani, 2018; Wilkinson et al, 2017)

Υπάρχει το ενδεχόμενο, η μειωμένη ενσυναίσθηση των ιατρών να σχετίζεται με την έλλειψη οργανωτικής υποστήριξης. Οι έλλειψη φυσικών και υλικών πόρων, καθώς και η ανυπαρξία εποπτών που είναι υπεύθυνοι για την ενσυναίσθητη φροντίδα, συμβάλουν αρνητικά στην επίδειξη ενσυναίσθησης των ιατρών. Αντίθετα, το καλό εργασιακό κλίμα, η θετική αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους, τα επιμορφωτικά εργαστήρια και σεμινάρια καθώς και άλλες παρεμφερείς δράσεις, που παρέχονται από τους οργανισμούς, φαίνεται να ενδυναμώνουν την ενσυναίσθηση τόσο των ιατρών όσο και των λοιπών επαγγελματιών υγείας. (Elayyan, Rankin & Chaarani, 2018; Charles et al, 2018)

Καθώς η ενσυναίσθητη συμπεριφορά προκειμένου να εκδηλωθεί προϋποθέτει την ύπαρξη του άλλου, γίνεται κατανοητό ότι η ενσυναίσθηση των ιατρών επηρεάζεται και από τους ίδιους τους ασθενείς. Έχει βρεθεί ότι οι ιατροί επιδεικνύουν υψηλότερη



*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

ενσυναίσθηση όταν αντιμετωπίζουν συναισθήματα θλίψης και πόνου, ενώ αντιδρούν λιγότερο ενσυναίσθητα όταν έρχονται αντιμέτωποι με συναισθήματα θυμού ή δυσπιστίας. (Elayyan, Rankin & Chaarani, 2018)

Όσον αφορά στο φύλο και στη φυλή του ασθενούς, σε έρευνα των Hooper et al (1982), διαπιστώθηκε, ότι οι ιατροί επέδειξαν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση με γυναίκες και Αγγλοαμερικανούς ασθενείς, σε σύγκριση με άνδρες και Ισπανοαμερικανούς ασθενείς, αντίστοιχα (Hooper et al, 1982 in Kline et al, 2020)

## **2.6 Εκπαίδευση της ενσυναίσθησης**

Η ενσυναίσθηση, λόγω των αναμφισβήτητων οφελών της τόσο σε ιατρούς όσο και σε ασθενείς, έχει γίνει αντικείμενο μελέτης προκειμένου να διαπιστωθεί εάν μπορεί να ενισχυθεί μέσω της εκπαίδευσης. Μεγάλος αριθμός μελετών καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι η ενσυναίσθηση των ιατρών επιδέχεται βελτίωσης, μέσω κατάλληλων παρεμβάσεων. (Kelm et al, 2014; Laughy et al, 2021; Paulus & Meinken, 2022) Λόγω της πολυδιάστατης φύσης της, υπάρχει ακόμα αβεβαιότητα στα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με το ποιες διαστάσεις της μπορούν ευκολότερα να ενισχυθούν. (Stepien & Baernstein, 2006) Σε μία βιβλιογραφική έρευνα αναφέρεται, ότι τα εργαστήρια δεξιοτήτων επικοινωνίας που ασχολούνται με τη συμπεριφορική διάσταση της ενσυναίσθησης, παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη ποσοτική επίδραση στους συμμετέχοντες, (Stepien & Baernstein, 2006) ενώ σε μία έρευνα για τις επιπτώσεις της εκπαίδευσης της ενσυναίσθησης στους κλινικούς ιατρούς βρέθηκε, ότι ο τομέας λήψη προοπτικής που σχετίζεται με τη γνωστική διάσταση της ενσυναίσθησης ανταποκρίθηκε καλύτερα στις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις. (Mehta et al, 2021)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Ολλανδούς ασκούμενους γενικούς ιατρούς διαπιστώθηκε, ότι οι ασκούμενοι αντιμετώπισαν ποικίλα εμπόδια στην ανάπτυξη δεξιοτήτων ενσυναίσθησης, με κυριότερο εμπόδιο τη διαχείριση των συναισθηματικών τους αντιδράσεων. Οι ασκούμενοι θεώρησαν, ότι η εκπαίδευση της ενσυναίσθησης, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο, είναι επιβεβλημένη και πρέπει να εμπεριέχεται στο πρόγραμμα σπουδών τους. (Derksen et al, 2021)

Η Αμερικανική Ένωση Ιατρικών Σχολών, έχει θέσει ως βασικό μαθησιακό στόχο την εκπαίδευση της ενσυναίσθησης των φοιτητών ιατρικής. (Stepien & Baernstein, 2006) Οι εκπαίδευση της ενσυναίσθησης καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μέσω διδακτικής αλλά και βιωματικής κατάρτισης μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο ενσυναίσθησης των φοιτητών ιατρικής. (Ratka, 2018) Η εκπαιδευτική κατάρτιση κρίνεται απαραίτητο να εμπλουτιστεί με μεθόδους ενδυνάμωσης των συναισθηματικών δεξιοτήτων, καθώς οι φοιτητές θεωρούν ότι υστερούν σε αυτό το κομμάτι, γεγονός που τους αποθαρρύνει από το να είναι πλήρως ανοιχτοί στη διαβούλευση με ενσυναίσθηση. (Ratka, 2018; Laughy et al, 2021)

Έμφαση πρέπει επίσης να δοθεί στην εκπαίδευση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, στην ορθολογική διαχείριση του χρόνου, στην ενίσχυση του φιλικού τρόπου συμπεριφοράς και στην ευχέρεια χρήσης ενσυναίσθητων απαντήσεων, με δηλώσεις υποστήριξης, αναγνώρισης και επικύρωσης. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην αναγνώριση και χρήση της μη λεκτικής συμπεριφοράς, καθώς και στον τρόπο ενημέρωσης του ασθενή για τη θεραπευτική παρέμβαση. Μείζονος σημασίας θεωρείται και η εκπαίδευση των ιατρών στη δεξιότητα της ενεργητικής ακρόασης. (Smith et al, 2020; Patel et al, 2019)

Εκτός από τη διδασκαλία της ενσυναίσθησης και των συναφών δεξιοτήτων, θα πρέπει να γίνεται μοντελοποίηση και συστηματική αξιολόγηση καθ' όλη τη διάρκεια των προγραμμάτων σπουδών. (Ratka, 2018) Προτείνεται ο έλεγχος των προγραμμάτων σπουδών να πραγματοποιείται με επικυρωμένα εργαλεία, που μετρούν την αντιληπτή ενσυναίσθηση του ιατρού από τους ασθενείς. (Patel et al, 2019)

Ο Hojat έχει προτείνει, ότι η ενίσχυση της ενσυναίσθησης των ιατρών, μπορεί να γίνει μέσω της βελτίωσης των διαπροσωπικών δεξιοτήτων, με τη χρήση βιντεοσκοπημένων ή μαγνητοφωνημένων συναντήσεων με ασθενείς, με την έκθεση σε πρότυπα, με παιχνίδι ρόλων, με την παρακολούθηση του ασθενούς, με εμπειρίες νοσηλείας, με τη μελέτη και τη χρήση της λογοτεχνίας και των τεχνών, με τη βελτίωση των αφηγηματικών δεξιοτήτων, με θεατρικές παραστάσεις και με τη μέθοδο Balint. (Hojat, 2009)

Σύμφωνα με μία μελέτη ανασκόπησης, οι διδακτικές διαλέξεις και η εξάσκηση των ιατρών σε δεξιότητες που έχουν μάθει, θεωρούνται αποτελεσματικές μέθοδοι κατάρτισης των ιατρών και συμβάλλουν στην ενίσχυση της ενσυναίσθησής τους. Η εξάσκηση σε

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

δεξιότητες, καλό είναι να γίνεται σε πραγματικό χρόνο με ασθενείς και με επίβλεψη από επόπτες. Επίσης η χρήση της βιντεοσκόπησης των ασθενών, πάντα με τη σύμφωνη γνώμη τους, και η μελέτη των λεκτικών και μη λεκτικών συμπεριφορών τους, φαίνεται να είναι μία αποτελεσματική μέθοδος κατάρτισης των ιατρών. Αντίθετα, η μελέτη έδειξε, ότι μόνο οι διδακτικές διαλέξεις και οι μικρές ομαδικές συνεδρίες είναι μάλλον αναποτελεσματικές μέθοδοι. Επίσης, από τη μελέτη φάνηκε, πως η χρήση της τέχνης δεν συνέβαλλε στη βελτίωση των αυτοαναφερόμενων επιπέδων ενσυναίσθησης των ιατρών, ενώ μόνο σε μία μελέτη αναφέρθηκαν θετικά αποτελέσματα από την κατάρτιση με τη μέθοδο Balint. (Patel et al, 2019)

Μολονότι, σε πολλές έρευνες έχει βρεθεί ότι ορισμένες παρεμβάσεις φαίνεται να ενισχύουν αποτελεσματικά την ενσυναίσθηση των ιατρών, δεν έχει αποσαφηνιστεί ο χρονικός ορίζοντας που υφίσταται η οποιαδήποτε βελτίωση. (Kiosses, Karathanos & Tatsioni, 2016) Σύμφωνα με μία μελέτη βιβλιογραφικής ανασκόπησης υποδείχθηκε, ότι οι σύντομες και στοχευμένες παρεμβάσεις, ενδέχεται να έχουν σημαντικό και μόνιμο αντίκτυπο στην ικανότητα του φοιτητή να επιδεικνύει ενσυναίσθηση στους ασθενείς. (Stepien & Baernstein, 2006) Σύμφωνα με μία άλλη αντίστοιχη μελέτη διαπιστώθηκε, ότι η ενσυναίσθηση των εκπαιδευόμενων ιατρών έφθινε με την πάροδο του χρόνου. (Baugh, Hoogland & Baugh, 2020) Χρήσιμο θα ήταν, η εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση να μην πραγματοποιείται μόνο κατά τη διάρκεια των βασικών σπουδών, αλλά και καθ' όλη την επαγγελματική πορεία ενός ιατρού, (Riess et al, 2012) καθώς δεν έχει διερευνηθεί, εάν η εκπαίδευση της ενσυναίσθησης που πραγματοποιείται σε μια μακρά χρονική περίοδο είναι πιο αποτελεσματική και βιώσιμη, από την εφάπαξ εκπαίδευση. (Paulus & Meinken, 2022)

### 3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Προκειμένου να μετρηθεί η ενσυναίσθηση και οι διαστάσεις της, οι ερευνητές έχουν αναπτύξει αρκετά εργαλεία, τα περισσότερα εξ αυτών με μορφή ερωτηματολογίου. Πριν παραθέσουμε τα κυριότερα από αυτά που χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας, χρήσιμο θα ήταν να αναφερθεί ότι τα εργαλεία θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με το πρόσωπο από το οποίο γίνεται η χρήση του εργαλείου. Έτσι η ενσυναίσθηση μπορεί να μετρηθεί με τη μέθοδο της αυτοαξιολόγησης, όπου η ενσυναίσθηση μετριέται από τη συμπλήρωση των εργαλείων από τα ίδια τα άτομα στα οποία διενεργείται η μέτρηση. Η αξιολόγηση μπορεί να διενεργηθεί από τους ασθενείς, οι οποίοι καλούνται να κάνουν χρήση του ερωτηματολογίου προκειμένου να αξιολογήσουν τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, η αξιολόγηση μπορεί να διενεργηθεί από ένα τρίτο πρόσωπο, έναν παρατηρητή, ο οποίος καλείται να κάνει χρήση του ερωτηματολογίου προκειμένου να μετρηθεί η ενσυναίσθηση των υποκειμένων, χωρίς ο ίδιος να αλληλοεπιδρά μαζί τους. (Hemmerdinger, Stoddart & Lilford, 2007)

### **The Toronto Empathy Questionnaire (TEQ)**

Το Ερωτηματολόγιο Ενσυναίσθησης του Τορόντο (The Toronto Empathy Questionnaire, TEQ), είναι ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης της ενσυναίσθησης. Δεν απευθύνεται μόνο στους ιατρούς αλλά και σε άλλες ομάδες του πληθυσμού. Κατασκευάστηκε από τους Spreng, McKinnon, Mar & Levine (2009) και μετρά κυρίως τη συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης. Αποτελείται από 16 ερωτήσεις, που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα τυπικών χαρακτηριστικών της ενσυναίσθησης. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε 5-βάθμια κλίμακα Likert ως εξής: 1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές φορές, 4= Συχνά, 5=Πάντα. Οι ερωτώμενοι καλούνται να δώσουν μία και μόνο απάντηση, σε ερωτήματα που αφορούν στη συναισθηματική μετάδοση, στην κατανόηση των συναισθημάτων, στην συναισθηματική ανταπόκριση (φυσιολογική διέγερση συμπαθητικού) και στον ομοειδή αλτρουισμό. Οκτώ ερωτήσεις βαθμολογούνται αρνητικά, ανιχνεύοντας με αυτό τον τρόπο τη συχνότητα της αδιαφορίας για την κατάσταση ενός άλλου ατόμου, ως προς τις αντίστοιχες εξεταζόμενες παραμέτρους. Οι βαθμολογίες των απαντήσεων αθροίζονται και κυμαίνονται από 0 έως 64. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης. Το TEQ μετρά την ενσυναίσθηση σε διάφορες ηλικιακές ομάδες και εμφανίζει ισχυρές ψυχομετρικές

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

ιδιότητες. Θεωρείται ένα λιτό, σύντομο, αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης. (Spreng et al, 2009; Kourmousi et al, 2017).

### **Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE)**

Η «Κλίμακα Τζέφερσον των αντιλήψεων των ασθενών για την ενσυναίσθηση του ιατρού» (Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy, JSPPPE), είναι ένα εργαλείο που μετρά την ενσυναίσθηση των ιατρών έτσι όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς τους. Δημιουργήθηκε από τους Kane, Gotto, Mangione, West, Hojat, (2007) προκειμένου να μετρήσει τις αντιλήψεις των ίδιων των ασθενών σχετικά με το βαθμό της ενσυναίσθησης που δείχνουν σε αυτούς οι ιατροί. Το JSPPPE, αποτελείται από 5 ερωτήσεις που απαντώνται σε 5-βάθμια κλίμακα Likert, με το 1 να σημαίνει διαφωνώ έντονα και το 5 να σημαίνει συμφωνώ έντονα. Είναι ένα σύντομο εργαλείο, που επιδεικνύει καλά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά. (Kane et al, 2007). Θεωρείται ένα ιδιαίτερος εύχρηστο, έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο. (Kane et al, 2007; Hojat, DeSantis & Gonnella, 2017; Borracci et al, 2017)

Σε έρευνα των Katsari, Tyritidou, & Domeyer, το 2020, πραγματοποιήθηκε μετάφραση, προσαρμογή και επικύρωση του ερωτηματολογίου JSPPPE στον ελληνικό πληθυσμό και αναδείχθηκε η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του. (Katsari, Tyritidou & Domeyer, 2020)

### **Jefferson Scale of Physicians' Empathy (JSPE)**

Η κλίμακα Τζέφερσον της ενσυναίσθησης των ιατρών (Jefferson Scale of Physicians' Empathy, JSPE), δημιουργήθηκε από τους Hojat, Mangione, Nasca, Cohen, Gonnella, Erdmann, Veloski & Magee (2001), προκειμένου να μετρηθεί η ενσυναίσθηση των ιατρών. Αποτελεί ένα αυτοαξιολογητικό εργαλείο και μετράει κυρίως τη γνωστική διάσταση της ενσυναίσθησης. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται σε μία 7-βάθμια κλίμακα Likert, με το 1 να σημαίνει διαφωνώ απόλυτα και το 7 να σημαίνει συμφωνώ απόλυτα. Οι 17 ερωτήσεις βαθμολογούνται θετικά και οι 3 ερωτήσεις βαθμολογούνται αντίστροφα. Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα αντιστοιχεί, σε υψηλότερη ενσυναίσθηση του ιατρού. Θεωρείται ένα αρκετά έγκυρο και αξιόπιστο ψυχομετρικό εργαλείο. (Hojat et al, 2001)

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Η JSPE-S, είναι μία τροποποιημένη έκδοση του ερωτηματολογίου που απευθύνεται σε φοιτητές, ενώ με μία ελαφριά τροποποίηση της έκδοσης “S” αναπτύχθηκε η JSPE-HP έκδοση, που απευθύνεται σε ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να μετρηθεί η ενσυναίσθητη συμπεριφορά των επαγγελματιών, παρά οι ενσυναίσθητες αντιλήψεις. (Hojat et al, 2002a; Yu & Kirk, 2009).

### **The Interpersonal Reactivity Index (IRI)**

Ο Δείκτης Διαπροσωπικής Αντιδραστικότητας (The Interpersonal Reactivity Index, IRI), αναπτύχθηκε από τον Davis (1980) και απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό. Είναι ένα αυτοαξιολογητικό εργαλείο, που μετράει τη γνωστική και τη συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης. Αποτελείται από μία κλίμακα 28 στοιχείων, όπου κάθε ερώτηση υποδεικνύει πόσο καλά περιγράφει τους ερωτώμενους το κάθε στοιχείο. Οι απαντήσεις δίνονται σε 5-βάθμια κλίμακα Likert, με το 0 να αντιστοιχεί στο δεν με περιγράφει καλά και το 4 να αντιστοιχεί στο με περιγράφει πολύ καλά. Η κλίμακα χωρίζεται σε τέσσερις υποκλίμακες, των 7 στοιχείων η κάθε μία. Στις υποκλίμακες, εξετάζονται τέσσερις διαφορετικές πτυχές της ενσυναίσθησης. Η λήψη προοπτικής, όπου αξιολογούνται οι αυθόρμητες προσπάθειες να υιοθετήσουμε την οπτική γωνία του άλλου. Η φαντασία, όπου αξιολογείται η τάση ταύτισης του ερωτώμενου με φανταστικούς χαρακτήρες. Η ενσυναίσθηση ανησυχίας, όπου διερευνώνται συναισθήματα ζεστασιάς, συμπόνοιας και ανησυχίας για τους άλλους. Τέλος, η προσωπική δυσφορία, όπου μετρούνται τα συναισθήματα άγχους και δυσφορίας που προκαλούνται από τα αρνητικά βιώματα του άλλου. Το εργαλείο παρουσιάζει εξαιρετικές ψυχομετρικές ιδιότητες και θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο. (Davis, 1980; Davis, 1983)

### **Layton Empathy Test (LET)**

Το Τεστ Ενσυναίσθησης Layton (Layton Empathy Test, LET), αναπτύχθηκε από τον Layton το 1979, με συμμετέχοντες φοιτητές νοσηλευτικής. Το εργαλείο αυτό αναπτύχθηκε σε δύο μορφές, που η κάθε μία αποτελείται από τρία μέρη. Παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα εγκυρότητας και αξιοπιστίας. (Yu & Kirk, 2009)

### **Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE)**

Το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης της Συναισθηματικής Ενσυναίσθησης (Questionnaire Measure of Emotional Empathy, QMEE) ή Κλίμακα Τάσης Συναισθηματικής Ενσυναίσθησης (Emotional Empathy Tendency Scale, EETS) (Yu &

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Kirk, 2009) ή Κλίμακα Συναισθηματικής Ενσυναίσθησης (The Emotional Empathy Scale, EES) (Olivera, Braun & Roussos, 2011), αναπτύχθηκε από τους Mehrabian & Epstein το 1972. (Mehrabian & Epstein, 1972) Επικυρώθηκε σε προπτυχιακούς φοιτητές ψυχολογίας και μετρά τη συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης. Αποτελείται από 33 ερωτήσεις, που απαντώνται σε κλίμακα Likert με το (+)4 να σημαίνει πολύ ισχυρή συμφωνία και το (-)4 να σημαίνει πολύ ισχυρή διαφωνία, ενώ τα πρόσημα (+) και (-) υποδηλώνουν την κατεύθυνση βαθμολόγησης. Το εργαλείο εξετάζει τη συσχέτιση της συναισθηματικής ενσυναίσθησης, με την επιθετική συμπεριφορά και με τη συμπεριφορά προσφοράς βοήθειας, και περιλαμβάνει επτά υποκλίμακες. (Mehrabian & Epstein, 1972; Yu & Kirk, 2009; Olivera, Braun & Roussos, 2011) Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του θεωρούνται ικανοποιητικές. (Yu & Kirk, 2009)

### **Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)**

Η Κλίμακα Ισόρροπης Συναισθηματικής Ενσυναίσθησης (Balanced Emotional Empathy Scale, BEES), αποτελεί μια νεότερη έκδοση του προηγούμενου εργαλείου. Σε αυτή την έκδοση ο Mehrabian (1996), κατάφερε να αυξήσει το δείκτη εσωτερικής συνέπειας, παρουσιάζοντας ένα εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής διάστασης της ενσυναίσθησης, αποτελούμενο από 30 ερωτήσεις. (Olivera, Braun & Roussos, 2011) Το BEES, είναι ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης της ικανότητας κάποιου, να βιώνει τα συναισθήματα ενός άλλου ατόμου, καθώς και της ικανότητάς του να παρουσιάζει θετική ανταπόκριση στη διαπροσωπική επικοινωνία. Από τις 30 ερωτήσεις, οι μισές έχουν αρνητική διατύπωση, ενώ οι άλλες μισές έχουν θετική διατύπωση. Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται σε 9-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, με το (-)4 να σημαίνει πολύ ισχυρή διαφωνία και το (+)4 να σημαίνει πολύ ισχυρή συμφωνία. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής ενσυναίσθησης. Το εργαλείο παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες. (Neumann et al, 2015)

### **Reynolds Empathy Scale (RES)**

Η Κλίμακα Ενσυναίσθησης Reynolds (Reynolds Empathy Scale, RES) αναπτύχθηκε από τον Reynolds (2000), με νοσηλευτές στο Ηνωμένο Βασίλειο. Είναι ένα αυτοαξιολογητικό εργαλείο, που αποτελείται από 12 ερωτήσεις – δηλώσεις, που απαντώνται σε μία 7-βάθμια κλίμακα Likert. Οι τιμές κυμαίνονται από "πάντα αποδεικνύεται" έως "δεν αποδείχθηκε ποτέ". Οι μισές ερωτήσεις θεωρούνται ως «υψηλή ενσυναίσθηση» και οι άλλες μισές ως «χαμηλή ενσυναίσθηση» και βαθμολογούνται

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

αντίστροφα. Το εργαλείο μετράει τη συμπεριφορική και γνωστική διάσταση της ενσυναίσθησης και χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα εσωτερικής συνέπειας, εγκυρότητας και αξιοπιστίας. (Yu & Kirk, 2009; Bas-Sarmiento et al, 2020)

### **Hogan Empathy Scale (HES)**

Η Κλίμακα Ενσυναίσθησης Hogan (Hogan Empathy Scale, HES), αναπτύχθηκε από τον Hogan το 1969, με συμμετέχοντες από τον γενικό πληθυσμό. Μετράει τη γνωστική διάσταση της ενσυναίσθησης και δεν απευθύνεται αποκλειστικά στους επαγγελματίες υγείας. Είναι αυτοαξιολογητικό εργαλείο και αποτελείται από 64 ερωτήσεις και τέσσερις υποκλίμακες. Η κάθε υποκλίμακα, σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση, την ιδιοσυγκρασία, την ευαισθησία και την έλλειψη συμμόρφωσης. Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0-39 βαθμούς, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη ικανότητα ενσυναίσθησης. Το εργαλείο αυτό συνδέθηκε με την ηθική ανάπτυξη και την κοινωνικά κατάλληλη συμπεριφορά. Επιδεικνύει χαμηλά επίπεδα εγκυρότητας και αποδεκτά επίπεδα εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας. (Yu & Kirk, 2009; Olivera, Braun & Roussos, 2011)

### **Barret - Lennard Relationship Inventory (BLRI)**

Το Barret - Lennard Relationship Inventory (BLRI) αναπτύχθηκε το 1962 από τον Barret – Lennard, για να αξιολογήσει τη θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτή-ασθενή στην ψυχοθεραπεία. Είναι ένα όργανο μέτρησης της ενσυναίσθησης, του σεβασμού και της συμφωνίας. Αν και δοκιμάστηκε σε μικρό αριθμό ασθενών και θεραπειών, επιδεικνύει εγκυρότητα και αξιοπιστία καθώς και καλή δομή περιεχομένου. (Ganley, 1989; Yu & Kirk, 2009)

### **Empathy Quotient (EQ)**

Το Πηλίκιο Ενσυναίσθησης (Empathy Quotient, EQ) αναπτύχθηκε από τις Baron-Cohen & Wheelwright (2004), και μετράει τη γνωστική και συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης στους ενήλικες του γενικού πληθυσμού. Αναπτύχθηκε με ενήλικες με σύνδρομο Asperger ή υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό και με ενήλικες του γενικού πληθυσμού. Είναι ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης, που αποτελείται από 40 ερωτήσεις που σχετίζονται με την ενσυναίσθηση και 20 ερωτήσεις ελέγχου. Κάθε ερώτηση ενσυναίσθησης βαθμολογείται από 0 έως 2 βαθμούς, με μέγιστη βαθμολογία τους 80



*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

βαθμούς και ελάχιστη τους 0 βαθμούς. Θεωρείται εύχρηστο, έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο. (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004)

### **Empathy Construct Rating Scale (ECRS)**

Το Empathy Construct Rating Scale (ECRS), αναπτύχθηκε από τη La Monica (1981) για νοσηλευτές και είναι πολύ διαδομένο στη νοσηλευτική έρευνα. Είναι ένα περιεκτικό αλλά όχι σύντομο εργαλείο, 84 ερωτήσεων, που μετρά την αλληλεπίδραση ασθενών-νοσηλευτών. Θεωρείται εργαλείο με εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία. (Yu & Kirk, 2009)

### **Consultation and Relational Empathy (CARE)**

Το Μέτρο Συμβουλευτικής και Σχισιακής Ενσυναίσθησης (Consultation and Relational Empathy, CARE), αναπτύχθηκε από τους Mercer, Maxwell, Heaney & Watt (2004), προκειμένου να μετρήσει την ενσυναίσθηση στη σχέση ιατρού – ασθενούς κατά τη διάρκεια της διαδικασίας διαβούλευσης, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς. Καθώς βασίζεται στον ευρύ ορισμό της ενσυναίσθησης, το εργαλείο αυτό μετρά την ηθική, συναισθηματική, γνωστική και συμπεριφορική διάσταση της ενσυναίσθησης. (Mercer et al, 2004) Το CARE αποτελείται από 10 ερωτήσεις, που απαντώνται από τους ασθενείς σε 5-βάθμια κλίμακα Likert (1=φτωχό, 2=δίκαιο, 3=καλό, 4=πολύ καλό, 5=εξαιρετικό). (Neumann et al, 2012) Θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο ψυχομετρικό εργαλείο. (Mercer et al, 2004)

### **Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) - Cognitive and Affective Empathy Test**

Το Τεστ Γνωστικής και Συναισθηματικής Ενσυναίσθησης (Test de Empatía Cognitiva y Afectiva, TECA), αναπτύχθηκε στην Ισπανία από τους López-Pérez, Fernández-Pinto και Abad το 2008. Αποτελείται από 33 ερωτήσεις και τέσσερις υποκλίμακες. Η κάθε υποκλίμακα εξετάζει τη λήψη προοπτικής, τη συναισθηματική κατανόηση, το ενσυναίσθητο άγχος και την ενσυναίσθητη χαρά. Το τεστ είναι κατάλληλο για χρήση σε ενήλικες. (Olivera, Braun & Roussos, 2011)

## 4. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 4.1 Ιστορική αναδρομή

Η οργάνωση του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), είναι αποτέλεσμα προσπαθειών που πραγματοποιήθηκαν τον 20<sup>ο</sup> αιώνα. Η πρώτη προσπάθεια πραγματοποιήθηκε το 1920 στο Ηνωμένο Βασίλειο, με την «Έκθεση Dawson», η οποία όμως δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Σύμφωνα με την πρωτοπόρο για την εποχή Έκθεση, προτάθηκε η οργάνωση Πρωτοβάθμιων και Δευτεροβάθμιων Κέντρων Υγείας γεωγραφικά εντοπισμένων, καθώς και πανεπιστημιακών νοσοκομείων και άλλων ειδικών νοσοκομείων, τα οποία θα δρούσαν υποστηρικτικά στη λειτουργία των Κέντρων Υγείας. Το 1940, οι ιατροί Sidney και Emily Kark, εφάρμοσαν το πρόγραμμα «η προσανατολισμένη στην κοινότητα πρωτοβάθμια φροντίδα» (Community Oriented Primary Care, COPC), σε περιοχές της Νότιας Αφρικής όπου εμφανίζονταν υψηλά ποσοστά νοσηρότητας. Η COPC εφάρμοσε στην πράξη μεθοδολογίες της δημόσιας υγείας (καταγραφή της νοσηρότητας) και πρακτικές της ΠΦΥ (παρέμβαση για την πρόληψη και τη θεραπεία των ασθενειών), με την παράλληλη συμμετοχή της τοπικής κοινότητας. Το εγχείρημα διήρκεσε μέχρι το 1948 περίπου και επέφερε θεαματική βελτίωση στην υγεία των κατοίκων. Το 1961, οι White, Williams και Greenberg δημοσίευσαν μία μελέτη για τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας, από το γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ και του ΗΒ. Τα ευρήματα της μελέτης αυτής, καταδεικνύουν τρεις βαθμίδες φροντίδας (η «οικολογία της υγείας» ή η πυραμίδα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας), θέτοντας με αυτόν τον τρόπο τα θεμέλια για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως τη γνωρίζουμε σήμερα. Σταθμός όμως για την οργάνωση της ΠΦΥ, όπως τη γνωρίζουμε σήμερα, ήταν η Διακήρυξη της Άλμα – Άτα, που εγκρίθηκε ομόφωνα από τους εκπροσώπους 134 κρατών μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ανάγοντας την ΠΦΥ σε θεμελιώδες δομικό στοιχείο των συστημάτων υγείας. (Φιλαλήθης, 2021α)

Στη Διεθνή Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που πραγματοποιήθηκε υπό την αιγίδα του ΠΟΥ και της UNICEF, στην Άλμα-Άτα του Καζακστάν (τότε Ε.Σ.Σ.Δ.), το 1978, τέθηκαν οι βάσεις για την ανάδειξη του

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

θεμελιώδους ρόλου της ΠΦΥ, στην πραγματοποίηση του παγκόσμιου κοινωνικού στόχου για την επίτευξη του ανώτατου επιπέδου υγείας των πολιτών. Με την ιστορική διακήρυξη της Άλμα - Άτα και την στρατηγική «Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000», όχι μόνο αναγνωρίστηκε η υγεία ως αναπαλλοτρίωτο δικαίωμα του ανθρώπου, αλλά καθορίστηκε και το περίγραμμα μέσα στο οποίο πρέπει να κινηθεί, ώστε να συμβάλλει στην υλοποίηση αυτής της στρατηγικής. (Declaration of Alma-Ata, 1978)

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη, η ΠΦΥ είναι βασική φροντίδα υγείας και αποτελεί δομικό συστατικό του Συστήματος Υγείας μιας χώρας. Παρέχει υγειονομική περίθαλψη, με μεθόδους και πρακτικές που χαρακτηρίζονται από επιστημονική εγκυρότητα και κοινωνική αποδοχή. Αρωγός σε αυτή την προσπάθεια είναι η χρήση της τεχνολογίας. Στην ΠΦΥ μπορεί να έχει πρόσβαση ο κάθε πολίτης και του παρέχεται σε κόστος στο οποίο μπορεί να ανταπεξέλθει τόσο η τοπική κοινωνία όσο και η χώρα. Διαπνέεται από την αρχή της εγγύτητας, καθώς η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται πλησιέστερα στον τόπο κατοικίας και εργασίας των πολιτών και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής τους με το σύστημα υγείας και το πρώτο βήμα για τη συνέχεια της φροντίδας. (Declaration of Alma-Ata, 1978)

Κατευθυντήριοι άξονες στην ΠΦΥ τέθηκε η ασθενοκεντρική και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, που προσφέρεται από ένα συγκροτημένο και άρτια εκπαιδευμένο σύνολο επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία και να μειωθούν οι ανισότητες στο επίπεδό της. Για την υλοποίηση αυτών των στόχων, παρέχονται προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, καθώς και υπηρεσίες αποκατάστασης, εκπαίδευσης σε βασικά θέματα υγείας, προώθησης της ενεργού συμμετοχής της τοπικής κοινωνίας στη λήψη αποφάσεων για την υγεία. (Καλοκαιρινού και συν, 2015, σ.17; Τατσιώνη, Καραθάνος και Μίσσιου, 2015, σ.16)

Η σπουδαιότητα της οριζόντιας οργάνωσης της ΠΦΥ, τονίστηκε στην Παγκόσμια Έκθεση Υγείας που εξέδωσε ο ΠΟΥ το 2008, με τίτλο: «ΠΦΥ: τώρα όσο ποτέ άλλοτε». Σύμφωνα με την Έκθεση, οι κυριότεροι σκόπελοι για την εφαρμογή και ανάπτυξη της ΠΦΥ, που είναι το νοσοκομειοκεντρικά προσανατολισμένο σύστημα υγείας καθώς και η εμπορευματοποίηση και ο κατακερματισμός των υπηρεσιών, μπορούν να ξεπεραστούν, αρκεί το οικοδόμημα της ΠΦΥ να θεμελιωθεί σε τέσσερις πυλώνες. Στις ανθρωποκεντρικά εστιασμένες υπηρεσίες υγείας, στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας, στις δημόσιες πολιτικές που

προάγουν και προστατεύουν την υγεία της κοινότητας και στην επιτυχημένη ηγεσία της υγείας, προκειμένου να αυξηθεί η διαφάνεια και η λογοδοσία. (Φιλαλήθης, 2021α)

Σαράντα χρόνια μετά τη Διακήρυξη της Άλμα – Άτα, πραγματοποιήθηκε στην Αστάνα του Καζακστάν, τον Οκτώβριο του 2018, Παγκόσμια διάσκεψη για την ΠΦΥ με τίτλο «Από την Alma-Ata προς την καθολική κάλυψη υγείας και τους Στόχους της Βιώσιμης Ανάπτυξης». Η Διακήρυξη της Αστάνα, επικαιροποιεί και εμπλουτίζει τις αρχές της Άλμα Άτα, υπογραμμίζοντας το αξιακό φορτίο της ΠΦΥ για την καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας της κοινότητας, μέσα από την παροχή κατάλληλων και εξατομικευμένων υπηρεσιών υψηλού επιπέδου, που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού και δεν επιδέχονται διακρίσεων. Οι υπηρεσίες πρέπει να είναι άμεσα προσβάσιμες και να παρέχονται από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες, με σεβασμό στον άνθρωπο και τις ανάγκες του. (Declaration of Astana 2018; Πιερράκος, 2021α; Ζερβέα, Αποστολάκης & Σαράφης, 2020)

Με τη Διακήρυξη της Αστάνα, εισάγεται για πρώτη φορά στην ΠΦΥ η έννοια της προαγωγής της υγείας, και της ανακουφιστικής φροντίδας. Η προαγωγή της υγείας των ατόμων και της κοινότητας, προϋποθέτει τη μεταλαμπάδευση των απαραίτητων γνώσεων και δεξιοτήτων, προκειμένου τα άτομα να διατηρήσουν την υγεία τους και να αυξήσουν τον έλεγχό τους σε αυτήν. Η χρήση τεχνολογικών παρεμβάσεων όπως είναι η ψηφιακή υγεία, μπορεί να συμβάλλει προς αυτή την κατεύθυνση. (Φιλαλήθης, 2021α; Jungo, Anker & Wildisen, 2020)

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ορθολογική οργάνωση και ανάπτυξη της ΠΦΥ, είναι η διασφάλιση της βιωσιμότητάς της. Όχι μόνο η πρόληψη και προαγωγή της υγείας, αλλά και ο εντοπισμός και η αντιμετώπιση μολυσματικών ασθενειών ενισχύουν το στόχο της βιώσιμης ανάπτυξης. Η διατομεακή και επιστημονική δράση, η ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας με έμφαση στη μακροχρόνια φροντίδα, η συνέχεια της φροντίδας που θα καλύπτει δια βίου της ανάγκες υγείας του πολίτη, θα συμβάλλει στην αποφυγή του κατακερματισμού των υπηρεσιών υγείας ενισχύοντας τη διασυνδεσιμότητα σε οριζόντιο και κάθετο επίπεδο φροντίδας. (Πιερράκος, 2021α) Επιπλέον, η διάχυση της νέας γνώσης που προκύπτει από την έρευνα και που διευκολύνεται από πρωτοποριακές τεχνολογίες πληροφοριών, μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα και την καινοτομία της ΠΦΥ, συντελώντας στη διασφάλιση της βιωσιμότητάς της. Στο ίδιο μήκος κύματος κινείται και η χρήση τεχνολογικών

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

παρεμβάσεων, όπως είναι η ψηφιακή υγεία. (Jungo, Anker & Wildisen, 2020) Κρίσιμος παράγοντας στο όλο εγχείρημα θεωρείται, η ενίσχυση της ΠΦΥ από τις Τοπικές Κοινωνίες κυρίως μέσω συνεργατικών και συμμετοχικών διαδικασιών. (Πιερράκος, 2021α)

#### **4.2 Η ΠΦΥ στην Ελλάδα**

Ορόσημο για την οργάνωση και ανάπτυξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα, αποτέλεσε ο Ν.1397/1983: «Εθνικό Σύστημα Υγείας», που ήταν ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ. Εξαίρεση αποτελεί το Ν.Δ.2592/53: «Περί οργάνωσης της Ιατρικής αντιλήψεως», που εφάρμοσε το θεσμό των κοινοτικών υγειονομικών σταθμών σε απομακρυσμένες αγροτικές περιφέρειες της Ελλάδας, και κάποιες άτολμες προσπάθειες, που επιχείρησαν την εισαγωγή εννοιών όπως ο οικογενειακός ιατρός, και ανιχνεύονται το 1961. (Ποτήρης & Σαράφης, 2014; Καραθανάση και συν, 2009) Ο Ν.1397/1983 διαπνέεται από την ιδέα της ισοτιμίας στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, στα πλαίσια ενός ενιαίου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Οι ανάγκες των ληπτών υπηρεσιών ΠΦΥ, εξυπηρετούνται από τα νεοσυσταθέντα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και τα Εξωτερικά Ιατρεία (ΕΙ) των νοσοκομείων. Για το λόγο αυτό συστάθηκαν 176 ΚΥ αγροτικού τύπου, που αποτέλεσαν αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων, με λειτουργική, οικονομική και επιστημονική διασύνδεση μαζί τους. Αποκεντρωμένη δομή των ΚΥ αποτέλεσαν, τα επίσης νεοσυσταθέντα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ). Τα ΚΥ αστικού τύπου, η ένταξη των ιατρείων του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) στο ΕΣΥ, και ο κοινός ειδικός λογαριασμός για κάλυψη των αναγκών τους, ενώ προβλέπονταν στο νόμο, δεν υλοποιήθηκαν. (Σταχτέας και Σταχτέας, 2021; Τσίγκου, Αποστολάκης και Σαράφης, 2021)

Με το Ν.2519/1997: «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», επιχειρείται αναδιάρθρωση της ΠΦΥ στις αγροτικές περιοχές, ενώ με το Ν.3235/2004: «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», επιχειρείται η τομεοποίηση των μονάδων ΠΦΥ, που οργανώνονται μέσα στα γεωγραφικά όρια των Διοικήσεων Υγειονομικής Περιφέρειας ΔΥ.Πε (πρώην ΠεΣΥΠ). Παράλληλα, νομοθετείται η ηλεκτρονική κάρτα υγείας του πολίτη. (Πιερράκος, 2013)

Με τον Ν.3918/2011: «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

(ΕΟΠΥΥ), από την ενοποίηση των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, ενώ με το Ν. 4238/2014: «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», εντάχθηκαν οι υγειονομικές υπηρεσίες του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και δημιουργήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). (Φιλαλήθης, 2021β) Με τον ίδιο νόμο, θεσπίζεται και περιγράφεται η λειτουργία του οικογενειακού ιατρού, επισημαίνεται ότι στην ΠΦΥ περιλαμβάνονται υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, καθώς και υπηρεσίες αποκατάστασης, και νομοθετείται ο Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος. (Πιερράκος, 2021β)

Με το άρθρο 106 του Ν.4461/2017: «Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν.4387/2016 και άλλες διατάξεις», συστήνονται οι Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.Ο.Μ.Υ.), προκειμένου να υποστηριχθεί το έργο που προσφέρουν οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ του ΠΕΔΥ και οι αποκεντρωμένες μονάδες του, παρέχοντας δηλαδή υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, διάγνωσης και θεραπείας. Αποτελούνται από προσωπικό 12 ατόμων το μέγιστο, των εξής ειδικοτήτων: Ιατροί με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής, Νοσηλευτές, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Επισκέπτες/τριες Υγείας, Βοηθοί Νοσηλευτών και Διοικητικοί υπάλληλοι. Ο ελάχιστος αριθμός επαγγελματιών, που μπορούν να πλαισιώσουν μία ΤΟΜΥ είναι, ένας ιατρός Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας ή Παιδιατρικής, ένας Νοσηλευτής ή Επισκέπτης Υγείας και ένας διοικητικός υπάλληλος. Κάθε ΤΟΜΥ είναι υπεύθυνη για μία γεωγραφικά προσδιορισμένη περιοχή, με πληθυσμό που κυμαίνεται από 10.000 έως 12.000 κατοίκους. Σε ειδικές περιπτώσεις αυτό μπορεί να μεταβάλλεται. (Πιερράκος, 2021β)

Τέλος, με το Ν.4486/2017: «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», συστήνονται οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας. Οι ΤοΜΥ, θα είναι δικτυωμένες με άλλες δομές της ΠΦΥ, όπως μονάδες ψυχικής υγείας, αντιμετώπισης εξαρτήσεων, ΚΑΠΗ, κοινωνικές δομές και υπηρεσίες των δήμων. (Πιερράκος, 2021β) Λειτουργούν με εγγεγραμμένους χρήστες και στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα υγείας, που ονομάζεται Ομάδα Υγείας. Ως Ομάδα Υγείας νοείται και η ΤΟΜΥ, όπως έχει αναλυθεί ανωτέρω. Η Ομάδα Υγείας στελεχώνεται με προσωπικό κατά τον τρόπο στελέχωσης της ΤΟΜΥ, με τον οικογενειακό ιατρό να συντονίζει την Ομάδα Υγείας. Ως οικογενειακός ιατρός θεωρείται

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

ο ιατρός ειδικότητας Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό ή ο Παιδίατρος για τον παιδικό πληθυσμό. (Ν. 4486/2017) Ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να είναι: α) ιατρός κλάδου ιατρών ΕΣΥ, που υπηρετεί και παρέχει τις υπηρεσίες του στις ΤοΜΥ, στα ΚΥ και σε λοιπές δημόσιες μονάδες ΠΦΥ, β) ιατρός που παρέχει τις υπηρεσίες του σε ΤοΜΥ γ) ιατρός συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ και με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης. Ο οικογενειακός ιατρός, είναι αρμόδιος να παραπέμψει τον εγγεγραμμένο χρήστη σε εξειδικευμένο γιατρό ή σε νοσοκομείο, αν παραστεί ανάγκη. Η πρόσβαση στις ΤοΜΥ μπορεί να πραγματοποιηθεί τις καθημερινές, σε ένα διευρυμένο ωράριο από τις 8 το πρωί μέχρι τις 9 το βράδυ, ενώ η παροχή υπηρεσιών είναι δωρεάν για όλους τους πολίτες, ακόμα και για τις κατ' οίκον επισκέψεις των οικογενειακών ιατρών. (Πιερράκος, 2021β)

Στις ΤοΜΥ, εκτός από την παροχή οικογενειακής ιατρικής, δίνεται έμφαση στην προληπτική ιατρική, στη Δημόσια Υγεία, στη μακροχρόνια φροντίδα, στην κατ' οίκον φροντίδα και νοσηλεία, καθώς και στη συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα του χρηστών υπηρεσιών υγείας. Αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το ΕΣΥ. Σε πρώτη φάση, σχεδιάστηκε η ανάπτυξη 239 ΤοΜΥ σε 65 αστικές περιοχές, ενώ μέχρι τον Οκτώβριο του 2020, λειτουργούσαν 127 ΤοΜΥ (Σταχτέας και Σταχτέας, 2021; Φιλαλήθης, 2021β)

Επιπλέον, με το νόμο Ν.4486/2017, καταργήθηκε η ονομασία ΠΕΔΥ, ενώ οι μονάδες του ΠΕΔΥ δηλαδή τα παλαιά πολυϊατρεία του ΙΚΑ, καθώς και τα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου μετονομάστηκαν σε Κέντρα Υγείας (ΚΥ). Στα ΚΥ υπάγονται οι ΤοΜΥ, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία. Κάθε ΚΥ αντιστοιχεί σε μια περιοχή ευθύνης που ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) και υπάγεται στην αρμόδια υγειονομική περιφέρεια (Δ.Υ.Πε.), ενώ σε κάθε δήμο προβλέπεται να αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα κέντρο υγείας ή κάποια δομή ΠΦΥ. (Σταχτέας και Σταχτέας, 2021; Τσίγκου, Αποστολάκης και Σαράφης, 2021) Τα ΚΥ στελεχώνονται με ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό, λοιπούς επαγγελματίες υγείας, βοηθητικό προσωπικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό. Στόχος είναι η παροχή ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας σε ασθενείς, η παροχή υπηρεσιών σε έκτακτα και επείγοντα περιστατικά, η διενέργεια εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου, η οδοντιατρική φροντίδα ενηλίκων και παιδιών, η φροντίδα της μητέρας και του παιδιού, η φροντίδα παιδιών και εφήβων, η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

της υγείας, η παροχή θεραπειών αποκατάστασης, η ιατρική της εργασίας και η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας. (Τσίγκου, Αποστολάκης και Σαράφης, 2021; Ν. 4486/2017)

Σήμερα, οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από τα ΚΥ και τα ΚΥ αγροτικού τύπου, από τις ΤοΜΥ, από ιατρούς συμβεβλημένους (και μη) με τον ΕΟΠΥΥ και από τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. (Τσίγκου, Αποστολάκης και Σαράφης, 2021)

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί, ότι στις 18 Απριλίου 2022, ολοκληρώθηκε η δημόσια διαβούλευση του νέου νομοσχεδίου που προωθείται από την κυβέρνηση για την ΠΦΥ με τίτλο «Γιατρός Για Όλους, Ισότιμη και Ποιοτική Πρόσβαση στις Υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες διατάξεις.» Σύμφωνα με τον Υπουργό Υγείας, κ. Αθανάσιο Πλεύρη, οι τροποποιήσεις των υφιστάμενων και η θέσπιση νέων διατάξεων θα αφορά στην αποτελεσματικότητα και λειτουργικότητα του συστήματος της ΠΦΥ, και θα περιλαμβάνει την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία με τη σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με στόχο την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας στους πολίτες. Αυτό θα γίνει μέσω:

α) Του εξορθολογισμού στη διάρθρωση, στελέχωση και διοίκηση των δημοσίων μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και των ΤοΜΥ, με ιδιαίτερη μέριμνα για τις άγονες και προβληματικές περιοχές,

β) Της εισαγωγής του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού για κάθε πολίτη, που θα είναι επιφορτισμένος με την ευθύνη της πρόληψης, ενημέρωσης και καθοδήγησης του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας

γ) Της εφαρμογής κινήτρων και αντικινήτρων για την εγγραφή των πολιτών στον προσωπικό ιατρό, που θα λειτουργεί και ως «πύλη εισόδου» για την παραπομπή στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές υγείας.

Επιπλέον, στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, θα συμβάλλει και η ενίσχυση και ο εκσυγχρονισμός των φορέων παροχής κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας. (Πλεύρης, 2022)

#### **4.3 Η σημασία της ενσυναίσθησης στην ΠΦΥ**



Η αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού-ασθενούς στην ΠΦΥ αποτελεί κρίσιμο παράγοντα στη δέσμευση για θεραπεία, καθώς και στη συμμόρφωση και ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η μη αποτελεσματική επικοινωνία, από την άλλη μεριά, μπορεί να αποδειχθεί επιβλαβής για τους ασθενείς σε ψυχολογικό, συναισθηματικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Η επίδειξη ενσυναίσθησης έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει θετικά στην επίτευξη του στόχου της αποτελεσματικής επικοινωνίας. (Hughes et al, 2022)

Η ενσυναίσθηση των ιατρών που γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται θετικά με βελτιωμένα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Σε αυτό συμβάλλει το γεγονός, ότι η ενσυναίσθηση δρα βοηθητικά στην παρακίνηση και ενδυνάμωση των ασθενών, ώστε να αποκτήσουν την ικανότητα να ανταποκρίνονται στις δικές τους ανάγκες, να επιλύουν οι ίδιοι προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία τους και να κινητοποιούν τους απαραίτητους πόρους, ώστε να αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της υγείας τους ή ότι διαχειρίζονται αποτελεσματικά οι ίδιοι την ασθένειά τους. (Hughes et al, 2022; Simões et al, 2021)

Επιπλέον, υπάρχουν ευρήματα που σχετίζουν την ενσυναίσθηση με την ενίσχυση της διαγνωστικής ακρίβειας, με τη θετική έκβαση ασθενειών, όπως για παράδειγμα η μείωση της διάρκειας και της σοβαρότητας του κοινού κρυολογήματος, με την μείωση των φυλετικών ανισοτήτων στη θεραπεία του πόνου, καθώς και με την μείωση της κατασπατάλησης των χρησιμοποιούμενων πόρων, όπως για παράδειγμα η μείωση των επαναλαμβανόμενων εξετάσεων και του χρόνου νοσηλείας των ασθενών καθώς και ο μικρότερος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων. (Lelorain et al, 2013; Chandra & Mohammadnezhad, 2021; Howick et al, 2018b)

Η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και της επιστημονικής γνώσης και η ανάγκη ενσωμάτωσής τους στην πρακτική της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, καθώς και οι μεγαλύτερες απαιτήσεις των ασθενών λόγω της ευκολότερης πρόσβασης στην πληροφόρηση, ώθησε το ιατρικό προσωπικό στην αναγκαστική προσαρμογή του στα νέα δεδομένα. (Ayre et al, 2019; Yuguero et al, 2017) Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις κοινωνικο – οικονομικές μεταβολές που έχουν συντελεστεί τα τελευταία έτη, ιδιαίτερα στον ελλαδικό χώρο, αυξάνοντας τον φόρτο εργασίας με ταυτόχρονη μείωση των φυσικών και υλικών πόρων, ανέδειξε τη σημασία της ενσυναίσθησης προκειμένου να

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

διασφαλιστεί ότι ο ασθενής παραμένει στο επίκεντρο της φροντίδας. Καθώς οι επιβαρυντικοί αυτοί παράγοντες ενδέχεται να οδηγήσουν τους ιατρούς σε επαγγελματική εξουθένωση, το ρόλο του αντίβαρου φαίνεται να παίζει η ενσυναίσθηση. Σε μελέτη των Yuguero et al. (2017) που πραγματοποιήθηκε σε ιατρούς της ΠΦΥ στην Ισπανία, βρέθηκε ότι οι πιο ενσυναίσθητοι ιατροί εμφάνιζαν χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης. (Yuguero et al, 2017)

Η ενσυναίσθητη επικοινωνία, φαίνεται να εξυπηρετεί το στόχο της ΠΦΥ για παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας υψηλής ποιότητας στους χρήστες υπηρεσιών υγείας, καθώς αυξάνει τόσο την εμπιστοσύνη των ασθενών στους ιατρούς όσο και το επίπεδο ικανοποίησής τους. (Yuguero et al, 2017) Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα σχετικά με τις διαστάσεις της ποιότητας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, βρέθηκε, ότι η ενσυναίσθηση του προσωπικού θεωρείται από τους χρήστες των υπηρεσιών, μία από τις σημαντικές διαστάσεις της ποιότητας. (Ραφτόπουλος και συν, 2001 στο Κουλούρη, 2020) Ένας αριθμός μελετών, έχει αναδείξει, ότι στην ΠΦΥ οι ασθενείς δείχνουν μία σαφή προτίμηση στην προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή, με κυρίαρχα στοιχεία την επικοινωνία, την ενεργό συμμετοχή των ασθενών, τη συνεργασία και την εκπαίδευση υγείας. Η επίτευξη αυτού του στόχου, φαίνεται να εξυπηρετείται αποτελεσματικά με την εφαρμογή των δεξιοτήτων ενσυναίσθησης, καθώς απαιτείται η αναγνώριση και ανταπόκριση των ιατρών στις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις αξίες των ασθενών προκειμένου να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα θεραπείας. (Chandra & Mohammadnezhad, 2021) Επιπροσθέτως, στις μέρες μας που γίνονται περικοπές δημοσίων πόρων και οι πρωτοβουλίες επικεντρώνονται στην βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων, η ενσυναίσθηση φαίνεται να συμβάλλει στην παροχή αποτελεσματικότερων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, χωρίς επιπλέον κόστος. (Yuguero et al, 2017)

Με το κόστος και την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης στην ΠΦΥ σχετίζεται και το γεγονός, ότι οι περισσότερο ενσυναίσθητοι ιατροί δέχονται λιγότερες επισκέψεις ανά ασθενή το έτος, απ' ότι οι λιγότερο ενσυναίσθητοι συνάδελφοί τους. Το εύρημα αυτό παρουσίασαν οι Yuguero et al. (2018), σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε ιατρούς και νοσηλευτές της ΠΦΥ στην Ισπανία. Ο αριθμός των επισκέψεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης ανά ασθενή, χρησιμοποιείται από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) ως ένα από τα μέτρα ποιότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. (Yuguero et al, 2018)

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμο να αναφερθεί, ότι αν και η επίδειξη ενσυναίσθησης έχει προταθεί ως στρατηγική για τη μείωση της συνταγογράφησης, σε έρευνα των Sun et al. (2017) για τη συσχέτιση της ενσυναίσθησης και της συνταγογράφησης αντιβιοτικών για οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις στην ΠΦΥ στις ΗΠΑ, δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση. (Sun et al, 2017) Αντίθετα, τα ευρήματα των Yuguero et al. (2018) σε παρεμφερή έρευνα στην Ισπανία, έδειξαν ότι οι πρακτικές συνταγογράφησης στην ΠΦΥ, που αξιολογήθηκαν με τη χρήση διεθνών δεικτών ποιότητας, ήταν σημαντικά καλύτερες μεταξύ των ιατρών με μεγαλύτερη ενσυναίσθηση. (Yuguero et al, 2019)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα σχετικά με τις διαστάσεις της ποιότητας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδας υγείας, βρέθηκε, ότι η ενσυναίσθηση του προσωπικού θεωρείται από τους χρήστες των υπηρεσιών, μία από τις σημαντικές διαστάσεις της ποιότητας. (Ραφτόπουλος και συν, 2001 στο Κουλούρη, 2020)

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 5. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

#### 5.1 Αναγκαιότητα της μελέτης

Η σχέση εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενούς, θεωρείται ουσιώδες συστατικό της υψηλής ποιότητας φροντίδας. Για το λόγο αυτό, οι ιατροί πρέπει να διαθέτουν ή να αναπτύσσουν, κάποιες βασικές επικοινωνιακές δεξιότητες, μία εκ των οποίων είναι η ενσυναίσθηση. (Platis et al, 2020, Wu, Jin, & Wang, 2021) Η σχέση ιατρού-ασθενούς αποκτά βαρύνουσα σημασία στην ΠΦΥ, καθώς αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με το Σύστημα Υγείας. Η έρευνα που συσχετίζει την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας και ενσυναίσθησης στην ΠΦΥ, θα μπορούσε να συμβάλλει στη βελτίωση αυτής της σχέσης. (Yuguero et al, 2017)

Η ενσυναίσθηση, όπως έχει περιγραφεί αναλυτικά στο αντίστοιχο κεφάλαιο, έχει σχετισθεί με πολυάριθμα οφέλη (συμμόρφωση στη θεραπεία, λιγότερες επιπλοκές, προστασία επαγγελματιών από την εξουθένωση) και μπορεί να μετρηθεί από μία ποικιλία εργαλείων που έχουν αναπτυχθεί. (Platis et al, 2020, Hojat, DeSantis & Gonnella, 2017) Τα εργαλεία αυτά απευθύνονται είτε στους ιατρούς είτε στους ασθενείς, αποδεικνύοντας σε κάποιες περιπτώσεις, ότι ανάμεσα στον ασθενή και στον ιατρό μπορεί να υπάρχει μία διάσταση απόψεων σχετικά με τον τρόπο και τον βαθμό που γίνεται αντιληπτή η ενσυναίσθηση. (Bernardo et al, 2018) Καθώς, τόσο η προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή όσο και η ικανοποίηση του ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι ζητούμενο στην ΠΦΥ, η ενσυναίσθηση των ιατρών που γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς, αξίζει περαιτέρω διερεύνησης και εμβάθυνσης. (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016)

Επιπλέον, η συσχέτιση της ενσυναίσθησης με το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στην ΠΦΥ, φαίνεται να επηρεάζει γενικότερα

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

το σύστημα υγείας της χώρας. Ο υψηλότερος βαθμός ικανοποίησης, συμβάλλει στην υλοποίηση των στόχων της ΠΦΥ, για συγκράτηση των ασθενών από την παροχή μη αναγκαίων ιατρικών υπηρεσιών, για την αποσυμφόρηση της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για τη μείωση των δαπανών υγείας και κατ' επέκταση για την αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας της χώρας. (Mitropoulos, Vasileiou, & Mitropoulos, 2018; Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2019)

Η αναγκαιότητα της διερεύνησης της ενσυναίσθησης των ιατρών στην ΠΦΥ, επιβάλλεται και από τις εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις που έχουν πραγματοποιηθεί και αναμένεται να πραγματοποιηθούν στην ΠΦΥ, ως απόρροια του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής της χώρας. Καθώς υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις, ότι τα συστήματα υγείας είναι περισσότερο βιώσιμα και επιφέρουν καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία, όταν υπάρχει ΠΦΥ με ισχυρή ανθρωποκεντρική, συνεχή, ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα, γίνεται φανερό πως η ενσυναίσθηση των ιατρών αξίζει τουλάχιστον περαιτέρω διερεύνησης. (Myloneros, & Sakellariou, 2021; Μαλαβάζος και συν, 2019)

Δυστυχώς, στην Ελλάδα παρατηρείται το φαινόμενο του κατακερματισμού και της αποσπασματικότητας στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ. Αντί της παροχής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, που σέβεται και λαμβάνει υπόψη τις ατομικές προτιμήσεις, τις αξίες και τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας, η βαρύτητα δίνεται στο μεμονωμένο ιατρικό περιστατικό, χωρίς να δίνεται ταυτόχρονα η πρέπουσα σημασία σε ψυχολογικούς, κοινωνικοοικονομικούς και οικογενειακούς παράγοντες. (Μαλαβάζος και συν, 2019; Φιλαλήθης, 2021β) Επιπλέον, το έλλειμμα που παρατηρείται στην πρώτη επαφή του ασθενούς με την ΠΦΥ στη χώρα μας, εστιάζεται κυρίως στην καταλληλότητα της πρώτης επικοινωνίας του ασθενούς με τον ιατρό, που απαιτεί δεξιότητες επικοινωνίας και ενσυναίσθησης από τη μεριά του δεύτερου, προκειμένου να οικοδομηθεί μία ουσιαστική και εποικοδομητική σχέση. (Λιονής, 2020)

Αξίζει να σημειωθεί, ότι το θέμα της ενσυναίσθησης των ιατρών στην ΠΦΥ, δεν έχει ακόμα μελετηθεί επαρκώς, τουλάχιστον στον ελλαδικό χώρο. (Platis et al, 2020)

## **5.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση**

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, περιλαμβάνει έντεκα έρευνες, που έλαβαν χώρα στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Στις έρευνες, που ήταν κυρίως ποσοτικές, χρησιμοποιήθηκαν ανώνυμα ερωτηματολόγια, με επικρατέστερα την αυτοαξιολογητική «Κλίμακα Τζέφερσον για την ενσυναίσθηση του ιατρού» (JSPE) και την «Κλίμακα Τζέφερσον των αντιλήψεων του ασθενούς για την ενσυναίσθηση του ιατρού» (JSPPPE). Σε όλες τις έρευνες, λήφθηκαν τα απαραίτητα μέτρα για την τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και για τη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων.

Το 2019, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα στην Εύβοια, προκειμένου να αξιολογηθεί η ενσυναίσθηση των ιατρών έτσι όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς τους. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν, διερευνούν την ενσυναίσθηση των ιατρών έτσι όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς, σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τις συνθήκες διαβίωσης, το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική κατάσταση, το εισόδημα και το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών, καθώς και τη σχέση της αντιληπτής ενσυναίσθησης με τη σχέση εργασίας του ιατρού. Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας, που απαρτιζόταν από 201 μόνιμους κατοίκους του νομού, που ήταν ενήλικες. Απαραίτητη προϋπόθεση συμμετοχής τους στην έρευνα, ήταν να παρακολουθούνται σε τακτική βάση από ειδικευμένο ιατρό, οποιασδήποτε ειδικότητας. Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, που συνδύαζε ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα και το JSPPPE, έτσι όπως μεταφράστηκε για την Ελλάδα από τον Δρ. Δομάγερ Φίλιππο – Ριχάρδο, στο πλαίσιο της έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τον ίδιο και τις Κατσάρη και Τυριτίδου. Το JSPPPE, αποτελείται από 5 ερωτήσεις προκειμένου να αξιολογηθεί το ενδιαφέρον και η κατανόηση του ιατρού, που απαντώνται σε 5-βάθμια κλίμακα Likert. Το 1 δηλώνει έντονη διαφωνία και το 5 έντονη συμφωνία. Για τη στατιστική ανάλυση, χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS 24.0. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την αντιληπτή ενσυναίσθηση και το επάγγελμα, το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης και το εισόδημα των ερωτώμενων, καθώς και με την εργασιακή σχέση με την οποία απασχολείται ο ιατρός. Οι εργαζόμενοι με σταθερή σχέση εργασίας και υψηλό εισόδημα, καθώς και οι ιδιώτες ιατροί, εμφάνισαν τις υψηλότερες βαθμολογίες. (Platis et al., 2020)

Μια ενιαία, τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη, σε 446 εξωτερικούς ασθενείς πραγματοποιήθηκε στην Ταϊβάν, προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση της εμπιστοσύνης, της αλληλεπίδρασης και της ενσυναίσθησης στη σχέση ιατρού-ασθενούς,

στην ικανοποίηση των ασθενών. Τα 446 ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν αντιστοιχούσαν στο 70,2% των ερωτηματολογίων που δόθηκαν. Για τις ανάγκες της μελέτης, κατασκευάστηκε το ερευνητικό εργαλείο «σχέση ιατρού-ασθενούς», ένα ερωτηματολόγιο 4 διαστάσεων και 41 ερωτήσεων, που απαντώνται σε κλίμακα Likert 5 σημείων, που ακολουθεί τη διαβάθμιση, συμφωνώ απόλυτα/συμφωνώ/δεν ξέρω/διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα. Η υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε μεγαλύτερη ικανοποίηση του ασθενούς από την σχέση του με τον ιατρό. Οι διαστάσεις αναφέρονται στην εμπιστοσύνη, αλληλεπίδραση, ενσυναίσθηση και ικανοποίηση των ασθενών. Το εργαλείο επικυρώθηκε από εμπειρογνώμονες και παρουσίασε υψηλό δείκτη εγκυρότητας περιεχομένου. Για τη στατιστική ανάλυση, χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS για Windows 19.0. Βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση της εμπιστοσύνης, της αλληλεπίδρασης και της ενσυναίσθησης με την ικανοποίηση των ασθενών, γεγονός που επιβεβαιώνει τον ουσιώδη ρόλο της ενσυναίσθητης επικοινωνίας στη σχέση ιατρού-ασθενούς. (Lan & Yan, 2017)

Μία συγχρονική περιγραφική μελέτη, πραγματοποιήθηκε από το Μάιο έως τον Ιούλιο του 2014, στην Lleida της Ισπανίας, προκειμένου να μελετηθεί η συσχέτιση μεταξύ ποιότητας φροντίδας, ενσυναίσθησης και επαγγελματικής εξουθένωσης στην ΠΦΥ. Στη μελέτη συμμετείχαν 108 οικογενειακοί ιατροί και 112 νοσηλευτές, από 22 μονάδες ΠΦΥ, από τους 418 συνολικά ιατρούς και νοσηλευτές που ήταν εγγεγραμμένοι στην περιφέρεια. Όλοι οι επαγγελματίες ενημερώθηκαν ηλεκτρονικά, ενώ οι 220 που τελικά συμμετείχαν στην έρευνα, απάντησαν επίσης ηλεκτρονικά σε ανώνυμα ερωτηματολόγια. Για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης, χρησιμοποιήθηκε η ισπανική έκδοση του αυτοαξιολογητικού ερωτηματολογίου JSPE, που αποτελείται από 20 στοιχεία, που μετρούν τον ενσυναίσθητο προσανατολισμό και τη συμπεριφορά του ιατρού. Για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, χρησιμοποιήθηκε η ισπανική έκδοση του Maslach Burnout Inventory (MBI), που αποτελείται από 22 στοιχεία και μετρά τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι απαντήσεις και στα δύο ερωτηματολόγια, δίνονται σε 7-βάθμια κλίμακα τύπου Likert. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη ενσυναίσθηση και επαγγελματική εξουθένωση αντίστοιχα. Προκειμένου να μετρηθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, χρησιμοποιήθηκαν οι βαθμολογίες του Δείκτη Ποιότητας (Quality Standard Indicator, QSI) που κυμαίνονται από 0 έως 1000 πόντους. Οι υψηλότερες βαθμολογίες, υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα φροντίδας. Για τη στατιστική ανάλυση,

χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS 15.0. Στη συγκεκριμένη έρευνα, η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, δεν συσχετίστηκε με την ενσυναίσθηση ή την επαγγελματική εξουθένωση. (Yughero et al., 2017)

Μια μελέτη παρατήρησης, στην οποία συμμετείχαν 945 ασθενείς και 51 ιατροί από ακτινολογικές, κλινικές και χειρουργικές ειδικότητες, πραγματοποιήθηκε στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας, προκειμένου να συγκριθούν οι αντιλήψεις των ιατρών για τη δική τους ενσυναίσθηση, με τις αντιλήψεις των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν, ήταν το πως σχετίζονται οι βαθμολογίες στα εργαλεία αξιολόγησης των ασθενών, αν υπάρχει διαφορά στις βαθμολογίες των ασθενών ανάλογα με το φύλο, την τοποθεσία, την ειδικότητα και το είδος της επίσκεψης (πρώτη ή επαναλαμβανόμενη) και αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών των ιατρών που λήφθηκαν από τα αυτοαξιολογούμενα εργαλεία και των βαθμολογιών των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών. Στους ιατρούς δόθηκαν οι πορτογαλικές εκδόσεις των αυτοαξιολογητικών κλιμάκων JSPE και το IRI, ενώ οι ασθενείς συμπλήρωσαν την πορτογαλική έκδοση της κλίμακας CARE και το JSPPPE. Επειδή δεν υπήρχε πορτογαλική έκδοση για το JSPPPE, μεταφράστηκε στα πορτογαλικά από τέσσερις δίγλωσσους ιατρούς και ελέγχθηκε για την ακρίβεια και την αποτελεσματικότητά του. Τα εργαλεία είναι επικυρωμένες ψυχομετρικές κλίμακες και θεωρούνται έγκυρα και αξιόπιστα. Το IRI αποτελείται από 28 στοιχεία, που το καθένα βαθμολογείται σε μια 5-βάθμια κλίμακα Likert και περιλαμβάνει τέσσερις διακριτές διαστάσεις: Τη Λήψη Προοπτικής, την Ενσυναίσθηση, την Προσωπική αγωνία και τη Φαντασία. Το JSPPPE αποτελείται από 5 στοιχεία, βαθμολογημένα σε κλίμακα Likert 7 βαθμών, ενώ το CARE αποτελείται από 10 στοιχεία, που βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert 6 βαθμών. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του IBM-SPSS 21.0 και του AMOS 18. Από την έρευνα βρέθηκε, ότι τα αυτοαξιολογούμενα επίπεδα ενσυναίσθησης των ιατρών, που μετρήθηκαν με το JSPE και το IRI, δεν συμφωνούσαν με τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με την ενσυναίσθησή τους, όπως μετρήθηκαν με το CARE και το JSPPPE. Συμπεραίνεται, ότι η μέτρηση της ενσυναίσθησης του ιατρού που βασίζεται σε εργαλεία αυτοαξιολόγησης, δεν πρέπει να θεωρείται ως αντιπροσωπευτική των αντιλήψεων των ασθενών. Οι γυναίκες ιατροί είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα JSPPPE, αλλά όχι στην κλίμακα CARE. Ο τομέας εργασίας των ιατρών επηρέασε τη βαθμολογία και στις δύο κλίμακες (JSPPPE και CARE), επιφέροντας



*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

υψηλότερη βαθμολογία στους ιδιώτες ιατρούς, ενώ η ιατρική ειδικότητα και η φύση του ραντεβού (αρχικό έναντι μεταγενέστερου), επηρέασαν το μέτρο CARE. (Bernardo et al., 2018)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ Μαρτίου και Μαΐου του 2018, στην Γ' Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης, διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ της αυτοαξιολογούμενης ενσυναίσθησης των ιατρών και των αντιλήψεων των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών τους και αξιολογήθηκαν οι προγνωστικοί τους παράγοντες. Επιπλέον, η έρευνα στόχευε στη μετάφραση, στην πολιτιστική προσαρμογή και στην επικύρωση του ερωτηματολογίου JSPPPE για τα ελληνικά δεδομένα. Το δείγμα αποτελούνταν από δύο ομάδες. Στην Α ομάδα, συμμετείχαν όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στην κλινική την περίοδο που διενεργείτο η έρευνα και στη Β ομάδα συμμετείχαν οι ιατροί των ασθενών αυτών. Συμμετείχαν συνολικά 189 ασθενείς και 17 εσωτερικοί ιατροί. Στους ασθενείς δόθηκε ένα σύνθετο ερωτηματολόγιο, που αποτελούνταν από κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, από ερωτήσεις σχετικά με τη νοσηλεία, από την αυτοαξιολογητική κλίμακα άγχους Zung, από το ερωτηματολόγιο υγείας του ασθενούς (PHQ-9), από το Ερωτηματολόγιο EQ-5D-5L, από την ελληνική έκδοση του JSPPPE (Gr - JSPPPE) και από την Οπτική Αναλογική Κλίμακα για τον πόνο. Στους ιατρούς δόθηκε σύνθετο ερωτηματολόγιο, που αποτελούνταν από κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, από το ερωτηματολόγιο EQ-5D-5L και από τη σύνθετη κλίμακα ενσυναίσθησης του Τορόντο (TCES).

Η Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS), είναι ένα αυτοαξιολογητικό εργαλείο 20 στοιχείων, που αξιολογεί τα επίπεδα άγχους. Οι απαντήσεις, αξιολογώντας τη συχνότητα των συμπτωμάτων, δίνονται σε μια 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert («λίγο τον χρόνο», «κάποια στιγμή», «καλό μέρος του χρόνου» και «τις περισσότερες φορές»). Η βαθμολογία κυμαίνεται από 20 έως 80 με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν αυξημένο άγχος.

Το Ερωτηματολόγιο Υγείας του Ασθενούς (PHQ-9), είναι ένα αυτοαξιολογητικό εργαλείο 9 σημείων. Οι βαθμολογίες δίνονται σε μια κλίμακα τύπου Likert 4 σημείων, που αξιολογεί τον βαθμό κατάθλιψης, σύμφωνα με τη συχνότητα των συμπτωμάτων («καθόλου», «αρκετές ημέρες», «περισσότερες από τις μισές μέρες» και «σχεδόν κάθε

μέρα»). Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 27 βαθμούς. Η βαθμολογία 10, έχει προταθεί ως διαχωριστικό για την ύπαρξη κατάθλιψης.

Το ερωτηματολόγιο EQ-5D-5L, είναι ένα γενικό όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής. Χρησιμοποιούνται 5 βαθμοί σοβαρότητας του προβλήματος (κανένας, ελαφρύ, μέτριο, σοβαρό και ακραίο) για καθεμία από τις 5 διαστάσεις (κινητικότητα, αυτοφροντίδα, συνήθειες δραστηριότητες, πόνος/δυσφορία και άγχος/κατάθλιψη).

Η Σύνθετη Κλίμακα Ενσυναίσθησης του Τορόντο (TCES), αποτελείται από 52 ερωτήσεις, που αξιολογούν τις γνωστικές και συναισθηματικές πτυχές της ενσυναίσθησης. Χωρίζεται σε τέσσερις υποκλίμακες, των 13 ερωτήσεων η καθεμία. Κάθε ερώτηση απαντάται σε 6-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, ανάλογα με τη συχνότητα εμφάνισης σκέψεων και συμπεριφορών («όλες τις φορές», «τις περισσότερες φορές», «λίγο περισσότερο από τις μισές φορές», «ελαφρώς λιγότερο από τις μισές φορές», «μερικές φορές» και «σε καμία περίπτωση»). Η βαθμολογία κάθε υποκλίμακας κυμαίνεται μεταξύ 13 και 78 βαθμών, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν αυξημένη ενσυναίσθηση. Η κλίμακα έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει δείξει στοιχεία εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

Μετά από σχετική άδεια, το JSPPPE μεταφράστηκε στα ελληνικά από δύο ανεξάρτητους έμπειρους ερευνητές και κλινικούς ιατρούς, ομιλούντες την ελληνική και άριστοι γνώστες της αγγλικής γλώσσας. Συμμετείχε και τρίτος ανεξάρτητος κριτής, προκειμένου να υπάρξει μία συναινετική μετάφραση. Η συναινετική μετάφραση, μεταφράστηκε εκ νέου στην αρχική γλώσσα, από δύο δίγλωσσους ιατρούς, που δεν είχαν προηγούμενη γνώση του εργαλείου. Συγκρίθηκαν οι μεταφράσεις και αντιμετωπίστηκαν οι ασυνέπειες. Η τελική μετάφραση, συγκρίθηκε με την αρχική αγγλική έκδοση του JSPPPE, για τελική επιβεβαίωση της γλωσσικής ακρίβειας. Στη συνέχεια, δόθηκε σε πέντε εγγεγραμμένους ιατρούς, για να εξακριβωθεί η εγκυρότητά του και απεστάλη σε δέκα ακαδημαϊκούς και εμπειρογνώμονες στον τομέα της υγείας, για να επισημανθούν άσχετα, διφορούμενα ή προβληματικά στοιχεία, διασφαλίζοντας επομένως την εγκυρότητα του περιεχομένου του.

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με IBM SPSS Statistics έκδοση 24 και IBM SPSS AMOS έκδοση 25. Διεξήχθησαν διερευνητικές και επιβεβαιωτικές αναλύσεις παραγόντων, για την αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του Gr-JSPPPE και βρέθηκαν στοιχεία, που επιβεβαιώνουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Θεωρείται, το πρώτο επικυρωμένο εργαλείο για την αξιολόγηση των αντιλήψεων των ασθενών για την ενσυναίσθηση του ιατρού, στην ελληνική γλώσσα. Επιπλέον, βρέθηκε, ότι η αυτοαξιολογούμενη ενσυναίσθηση του ιατρού, σχετίζεται αντίστροφα με τις αντιλήψεις των ασθενών. Το γυναικείο φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η διάρκεια της απασχόλησης στην τρέχουσα θέση και η ποιότητα ζωής, εμφανίστηκαν ως σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της ενσυναίσθησης του ιατρού, ενώ η ποιότητα ζωής των ασθενών φάνηκε ο μόνος προγνωστικός παράγοντας της αντίληψης των ασθενών για την ενσυναίσθηση του ιατρού. (Katsari, Tyritidou, & Domeyer, 2020)

Το 2010, πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία έρευνα, προκειμένου να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ κλινικής ενσυναίσθησης, ενσυναίσθησης και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των γενικών ιατρών, όπως η διάρκεια διαβούλευσης και η κλινική εμπειρία του ιατρού. Επίσης, διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ κλινικής ενσυναίσθησης και συμμετοχής των ιατρών ως εποπτών σε ομάδες επίβλεψης ή η συμμετοχή τους σε ομάδες Balint. Το δείγμα αποτελούνταν από 295 Γάλλους γενικούς ιατρούς. Από τους 761 ιατρούς που κλήθηκαν να συμμετέχουν, οι 81 προσεγγίστηκαν κατά τη διάρκεια του ετήσιου Γαλλικού Εθνικού Συνεδρίου Γενικής Ιατρικής, που πραγματοποιήθηκε στη Νίκαια, τον Ιούνιο του 2010, ενώ οι υπόλοιποι, προσεγγίστηκαν μέσω του μητρώου ηλεκτρονικού ταχυδρομείου της εθνικής επαγγελματικής εταιρείας «Société de Formation Thérapeutique du Généraliste», που είναι μία επαγγελματική εταιρεία για τη συνεχή εκπαίδευση των γενικών ιατρών. Το ποσοστό ανταπόκρισης ανήλθε στο 37%. Από τα 308 ερωτηματολόγια που ελήφθησαν, τα 13 απορρίφθηκαν λόγω ελλιπών στοιχείων. Η κλινική ενσυναίσθηση των ιατρών μετρήθηκε με το αυτοαναφερόμενο εργαλείο JSPE, ενώ η ενσυναίσθηση μετρήθηκε με το TEQ. Το TEQ, είναι ένα αυτοαξιολογητικό εργαλείο 16 ερωτήσεων, που απαντώνται σε 5-βάθμια κλίμακα Likert και μετράει τη συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης. Βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ενσυναίσθησης και διάρκειας διαβούλευσης, με την κλινική ενσυναίσθηση. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η συμμετοχή σε μία αναστοχαστική δραστηριότητα (κλινικός επόπτης, ομάδες Balint), καθιστά την κλινική ενσυναίσθηση λιγότερο εξαρτημένη από την ενσυναίσθηση. (Lelorain et al, 2013)

Τον Μάρτιο του 2013, διεξήχθη έρευνα σε ένα μη τυχαίο δείγμα 400 ισπανόφωνων εξωτερικών ασθενών, από ένα αστικό δημόσιο νοσοκομείο, ένα αστικό ιδιωτικό ιατρικό κέντρο και μια προαστιακή κλινική του Μπουένος Άιρες της Αργεντινής. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την εγκυρότητα μιας

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

τροποποιημένης ισπανικής έκδοσης του JSPPPE και να διερευνήσει, πώς τα τοπικά δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τις αντιλήψεις των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών τους. Στο JSPPPE, που αποτελείται από 5 στοιχεία που απαντώνται σε μια 5-βάθμια κλίμακα Likert, με διακύμανση από 1 = διαφωνώ κάθιστα έως 5 = συμφωνώ απόλυτα, έγινε διπλή μετάφραση που ελέγχθηκε για την ακρίβειά της. Προστέθηκε η ερώτηση «*Μου αφιερώνει ο γιατρός αρκετό χρόνο;*» ως επιπλέον κριτήριο αξιολόγησης της αντιληπτής ενσυναίσθησης και η ερώτηση «*Θα συνιστούσατε τον γιατρό στην οικογένεια ή τους φίλους σας;*» ως ερώτηση επικύρωσης. (Borracci et al, 2017) Η αρχική κλίμακα JSPPPE, ονομάστηκε "*JSPPPE 5 στοιχείων*", ενώ η κλίμακα με την πρόσθετη ερώτηση ονομάστηκε "*JSPPPE 6 στοιχείων*". Η ερώτηση επικύρωσης εξαιρέθηκε από τις κλίμακες. Στους ασθενείς, δόθηκε το JSPPPE 6 στοιχείων και η ερώτηση επικύρωσης που έπρεπε να απαντηθεί. Στις δημογραφικές μεταβλητές περιλαμβάνονταν η ηλικία, το φύλο, η γεωγραφικής καταγωγή, η εκπαίδευση, η κάλυψη υγείας του νοσοκομείου και του τακτικού ιατρού, προκειμένου να διερευνηθούν οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την αντιληπτή ενσυναίσθηση. Επιπλέον, ελέγχθηκε η αντιληπτή κατάσταση υγείας των ασθενών, μέσω μιας κλίμακας Likert 5 σημείων με διακύμανση από 1=κακή έως 5=εξαιρετική. Για τις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το SPSS Statistics for Windows, Έκδοση 17.0. Από την έρευνα βρέθηκε, ότι η ισπανική έκδοση του JSPPPE είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, ενώ η πρόσθετη ερώτηση του JSPPPE 6 στοιχείων, δεν βελτίωσε την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του αρχικού ερωτηματολογίου JSPPPE. Οι χαμηλότερες βαθμολογίες δόθηκαν στα ερωτήματα «*ο γιατρός ρωτά για το τι συμβαίνει στην καθημερινή μου ζωή*» και «*ο γιατρός μπορεί να δει τα πράγματα από τη δική μου οπτική γωνία*». Οι άνδρες, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, οι απόγονοι της Νότιας Αμερικής, και οι λιγότερο μορφωμένοι ασθενείς αξιολόγησαν την αντιληπτή ενσυναίσθηση των ιατρών με υψηλότερη βαθμολογία. (Borracci et al, 2017)

Μία έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ καρδιολόγων της Αργεντινής, προκειμένου να αξιολογηθεί η ισπανική έκδοση του JSPE, καθώς και να διερευνηθούν τυχόν διαφορές σε σχέση με την ηλικία, το φύλο και την υποειδικότητα των ιατρών. Η έρευνα έλαβε χώρα μεταξύ Αυγούστου και Σεπτεμβρίου του 2012. Από τους 900 ερωτηθέντες ισπανόφωνους καρδιολόγους, συμμετείχαν τελικά 566 καρδιολόγοι (ποσοστό ανταπόκρισης 62,9%) που ήταν εγγεγραμμένοι στο μητρώο της Εταιρείας Καρδιολογίας της Αργεντινής και αποτελούσαν ένα μη τυχαιοποιημένο δείγμα. Τους

δόθηκε μία επικυρωμένη ισπανική έκδοση του ερωτηματολογίου JSPE, στο οποίο και απάντησαν διαδικτυακά. Οι συμμετέχοντες, απάντησαν επιπλέον σε ερωτήσεις που αφορούσαν στην ηλικία, στο φύλο και στην υποειδικότητα τους. Για τις στατιστικές αναλύσεις, χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS 17.0. Σε αυτήν την έρευνα αποτυπώθηκε, ότι το JSPE είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο αυτοαναφερόμενο εργαλείο, για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης των Αργεντινών καρδιολόγων. Βρέθηκε μία θετική συσχέτιση μεταξύ φύλου, ηλικίας και ενσυναίσθησης. Οι γυναίκες και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ιατροί, φάνηκε να είναι πιο ενσυναίσθητοι, σε σχέση με τους άνδρες και τους νεότερους καρδιολόγους αντίστοιχα. Δεν βρέθηκαν διαφορές στις βαθμολογίες ενσυναίσθησης και στην υποειδικότητα. (Borracci et al, 2015)

Διατομεακή έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Κίνα, μεταξύ Σεπτεμβρίου 2019 και Φεβρουαρίου 2020, προκειμένου να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ της σχέσης ιατρού-ασθενούς, της ενσυναίσθησης του ιατρού και της εμπιστοσύνης του ασθενούς. Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας 3289 ασθενών (ποσοστό ανταπόκρισης 68,6%), από 103 νοσοκομεία των ανατολικών ανεπτυγμένων περιοχών, των κεντρικών λιγότερο αναπτυγμένων περιοχών και των δυτικών υπανάπτυκτων περιοχών της Κίνας. Στους συμμετέχοντες δόθηκαν η κινεζική έκδοση του CARE (C-CARE) για την μέτρηση της ενσυναίσθησης, η κινεζική έκδοση της κλίμακας εμπιστοσύνης Wake Forest (C-WFPTS) για την αξιολόγηση της εμπιστοσύνης των ασθενών στους ιατρούς και η κινεζική έκδοση του ερωτηματολογίου για τη σχέση ασθενούς-ιατρού (C-PDRQ), για την αξιολόγηση της αντίληψης των ασθενών για τη σχέση ιατρού-ασθενούς. Το C-CARE αποτελείται από 10 στοιχεία που απαντώνται σε 5-βάθμια κλίμακα Likert, με διακύμανση από 1 για «φτωχό» έως 5 για «άριστα». Η συνολική βαθμολογία του C-CARE κυμαίνεται από 10 έως 50. Η υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε μεγαλύτερη αντίληψη για την ενσυναίσθηση των ιατρών. Το εργαλείο μετρά τη γνωστική, συναισθηματική και συμπεριφορική διάσταση της ενσυναίσθησης. Το C-WFPTS αποτελείται από 10 στοιχεία, με θετική και αρνητική διατύπωση και δύο διαστάσεις, εμπιστοσύνη στην καλοσύνη και εμπιστοσύνη στην ικανότητα. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε 5-βάθμια κλίμακα Likert και κυμαίνονται από «διαφωνώ απόλυτα» έως «συμφωνώ απόλυτα». Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 10 έως 50, με υψηλότερη βαθμολογία να αντιστοιχεί σε υψηλότερη εμπιστοσύνη. Το C-PDRQ αποτελείται από τρεις διαστάσεις και 15 στοιχεία, τα οποία βαθμολογούνται σε 5-βάθμια κλίμακα Likert, με διακύμανση από «καθόλου κατάλληλο» έως «απόλυτα κατάλληλο». Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με χρήση του SPSS Version

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

21.0. Διαπιστώθηκε, ότι η ενσυναίσθηση είχε ισχυρό αποτέλεσμα, ισχυρότερο από τη συνολική εμπιστοσύνη ή την εμπιστοσύνη στην καλοσύνη του ιατρού. Φάνηκε μάλιστα ότι η συνολική εμπιστοσύνη των ασθενών και η εμπιστοσύνη των ασθενών στην καλοσύνη και στην ικανότητα του ιατρού, θα μπορούσαν να επηρεαστούν άμεσα από την αντίληψη του ασθενούς για την ενσυναίσθηση του ιατρού. (Wu, Jin & Wang, 2021)

Μία μελέτη διενεργήθηκε το 2003 και το 2004, στην Περιπατητική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Thomas Jefferson, στη Φιλαδέλφεια των ΗΠΑ, προκειμένου να αναπτυχθεί μια σύντομη κλίμακα για τη μέτρηση των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ενσυναίσθηση του ιατρού τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 225 από τους 436 ασθενείς (ποσοστό ανταπόκρισης 52%) και 166 εσωτερικοί ιατροί από το πρόγραμμα ειδικότητας ιατρών στο Jefferson Hospital Ambulatory Clinic, ως μέρος της περιπατητικής εκπαίδευσής τους στο νοσοκομείο. Αφού πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση, αναπτύχθηκε ένα σύντομο εργαλείο 5 στοιχείων, με σκοπό να μετρήσει την αντίληψη των ασθενών για το ενδιαφέρον και την κατανόηση που επέδειξε ο ιατρός τους. Το εργαλείο που ονομάστηκε «Κλίμακα Τζέφερσον των Αντιλήψεων του Ασθενούς για την Ενσυναίσθηση του Ιατρού» (Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy, JSPPPE), δόθηκε στους ασθενείς με την οδηγία να απαντήσουν σε όλα τα στοιχεία, τα οποία βαθμολογούνταν σε 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, με το 1 να σημαίνει διαφωνώ κάθιστα και το 5 να σημαίνει συμφωνώ απόλυτα. Προκειμένου να αποτυπωθεί η εγκυρότητα του εργαλείου, εξετάστηκαν η παραγοντική δομή του, οι συσχετίσεις βαθμολογίας στοιχείων-ολικής βαθμολογίας και οι συσχετίσεις με διάφορα σχετικά μέτρα κριτηρίου. Διαπιστώθηκε, ότι το εργαλείο JSPPPE είναι μία μονοδιάστατη κλίμακα, που μετρά έναν μεμονωμένο παράγοντα που μπορεί να ονομαστεί «η ενσυναίσθηση του ιατρού όπως γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή». Η κλίμακα εμφάνισε καλά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση των αντιλήψεων των ασθενών. (Kane et al, 2007)

Αυτή η μελέτη έλαβε χώρα στη Φιλαδέλφεια των ΗΠΑ, με σκοπό να διερευνήσει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία ενός νέου εργαλείου μέτρησης της ενσυναίσθησης, καθώς και τη συσχέτιση της ενσυναίσθησης με το φύλο και την ειδικότητα των ιατρών. Στην έρευνα συμμετείχαν 704 από τους 1.007 ιατρούς (ποσοστό ανταπόκρισης 70%), που κλήθηκαν μέσω ταχυδρομικής επιστολής να συμμετέχουν. Όλοι οι ιατροί σχετίζονταν με το Σύστημα Υγείας Τζέφερσον. Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, αναπτύχθηκε

μια αναθεωρημένη έκδοση του JSPE, που απευθύνεται σε ιατρούς και επαγγελματίες υγείας η έκδοση «HP», μέσω της ελαφράς τροποποίησης της έκδοσης «S», που απευθύνεται σε φοιτητές ιατρικής. Με τον τρόπο αυτό, οι ερευνητές θέλησαν να συσχετίσουν το εργαλείο με την ενσυναίσθητη συμπεριφορά του ιατρού, παρά με τις ενσυναίσθητες αντιλήψεις και στάσεις του. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές είναι δύο διαφορετικές πτυχές της ενσυναίσθησης. Το JSPE – HP αποτελούνταν από 10 θετικά διατυπωμένα στοιχεία και 10 αρνητικά διατυπωμένα στοιχεία, τα οποία βαθμολογούνταν σε 7-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, με το 1 να σημαίνει διαφωνώ απόλυτα και το 7 να σημαίνει συμφωνώ απόλυτα. Βρέθηκε ότι το JSPE – HP, είναι ένα ορθό ψυχομετρικά εργαλείο αυτοαξιολόγησης, που παρουσιάζει εσωτερική συνέπεια και εγκυρότητα. Σημειώθηκαν υψηλότερες βαθμολογίες στις γυναίκες ιατρούς απ’ ότι στους άνδρες, σε σχεδόν σημαντικό βαθμό. Οι ψυχίατροι σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία από τους αναισθησιολόγους, ορθοπαιδικούς χειρουργούς, νευροχειρουργούς, ακτινολόγους, καρδιοχειρουργούς, γυναικολόγους και γενικούς χειρουργούς, όχι όμως από τους ιατρούς με ειδίκευση στην εσωτερική ιατρική, την παιδιατρική, την επείγουσα ιατρική και την οικογενειακή ιατρική. (Hojat et al, 2002a)

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, διαπιστώθηκε, ότι τα ερευνητικά ερωτήματα διερευνούν την ενσυναίσθηση σε σχέση με: κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση κ.α.), ειδικότητα ιατρού, σχέση εργασίας ιατρού, επαγγελματική εμπειρία, τόπος άσκησης επαγγέλματος, ποιότητα ζωής, ποιότητα φροντίδας, ικανοποίηση ασθενών, εμπιστοσύνη στον ιατρό, σχέση ιατρού – ασθενούς, κλινική ενσυναίσθηση, κατάσταση υγείας, τρόπο που αντιλαμβάνεται την ενσυναίσθηση ο ασθενής.

Επιπλέον, τεκμηριώνεται ότι το JSPPPE αποτελεί έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ενσυναίσθησης. Η αντιλαμβανόμενη ενσυναίσθηση φαίνεται να συσχετίζεται με το φύλλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τη γεωγραφική προέλευση, το επάγγελμα, το εισόδημα, την ασφάλιση υγείας και την επαγγελματική κατάσταση των ασθενών. Συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει και με το φύλλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον τομέα εργασίας και τη διάρκεια εργασίας σε μία θέση, των ιατρών. Φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ ενσυναίσθησης και ικανοποίησης των ασθενών. Η αυτοαξιολογούμενη ενσυναίσθηση του ιατρού βρέθηκε ότι συνδέεται αντίστροφα με τις αντιλήψεις των ασθενών.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Συμπεραίνεται, ότι η ενσυναίσθηση είναι μια πολυδιάστατη έννοια που μπορεί να μετρηθεί με ένα ψυχομετρικά υγιές εργαλείο όπως το JSPPPE και πρέπει να μετράται και από την οπτική των ασθενών. Η συσχέτιση του βαθμού ενσυναίσθησης με δημογραφικά στοιχεία, καθώς και οι υψηλές βαθμολογίες που επιδεικνύουν οι ιδιώτες ιατροί σε σχέση με τους ιατρούς στο δημόσιο τομέα αξίζουν περαιτέρω διερεύνησης. Οι σχετικές έρευνες μπορούν να συμβάλλουν στην οικοδόμηση πιο υγιών σχέσεων μεταξύ ιατρού-ασθενούς, με αποτέλεσμα την μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών.



## **6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **6.1 Ερευνητικός σκοπός και στόχοι**

Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η ανίχνευση και αποτύπωση της αντίληψης των κατοίκων των νοτίων προαστίων της Αττικής, για την ενσυναίσθηση των θεραπόντων ιατρών τους, που εργάζονται στην ΠΦΥ. Επιπλέον, η διερεύνηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών / παραγόντων, που επηρεάζουν την αντίληψη που έχουν τα άτομα αυτά, για την ενσυναίσθηση των θεραπόντων ιατρών τους.

Με βάση τις έρευνες των Borracci et al, (2017), Platis et al, (2020) και Katsari, Tyritidou, & Domeyer, (2020), ορισμένα από τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των ασθενών, φαίνεται να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτός ο βαθμός ενσυναίσθησης των ιατρών από τους ασθενείς τους.

Με έναυσμα την έρευνα των Platis et al, (2020) και των Bernardo et al, (2018), στόχος της έρευνας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των ασθενών, σε σχέση με τη δομή της ΠΦΥ στην οποία εργάζονται οι ιατροί τους. Επιπλέον, με έρεισμα τις έρευνες των Hojat et al, (2002a), Bernardo et al, (2018), Borracci et al, (2015) και Katsari, Tyritidou, & Domeyer, (2020), στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ φύλου των ιατρών και της αντιλαμβανόμενης ενσυναίσθησής τους από τους ασθενείς.

### **6.2 Τόπος διεξαγωγής της μελέτης**

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα νότια προάστια του νομού Αττικής και συγκεκριμένα σε όλη την Περιφερειακή Ενότητα Νότιου Τομέα Αθηνών, καθώς και στο δήμο Βάρης – Βούλας – Βουλιαγμένης. Στην Περιφερειακή Ενότητα Νότιου Τομέα Αθηνών ανήκουν οι δήμοι Αγ. Δημητρίου, Αλίμου, Γλυφάδας, Ελληνικού – Αργυρούπολης, Καλλιθέας, Μοσχάτου – Ταύρου, Νέας Σμύρνης και Παλαιού Φαλήρου.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Οι ανωτέρω δήμοι στους οποίους διεξήχθη η έρευνα, θα αναφέρονται εφεξής, ως νότια προάστια. (<https://www.patt.gov.gr/>)

Τα νότια προάστια, θεωρούνται αστικές περιοχές και εκτείνονται σε 102,84 τ.χλμ., στο νοτιότερο τμήμα του λεκανοπεδίου της Αττικής. Σύμφωνα με την απογραφή του 2011, ο πληθυσμός τους ανέρχεται σε 578.225 κατοίκους και η πληθυσμιακή πυκνότητα τους είναι 5.622,56 κάτοικοι ανά τ.χλμ. (<https://www.statistics.gr/>) Αξίζει να σημειωθεί, ότι τους θερινούς μήνες, ο πληθυσμός των νοτίων προαστίων αυξάνεται, καθώς κάποιοι δήμοι αποτελούν σημαντικό πόλο έλξης των κατοίκων της Αττικής. Εκτιμάται ότι μόνο στο δήμο Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης, οι επισκέπτες ανέρχονται σε άνω των 100.000 ατόμων κατά τους θερινούς μήνες. (<https://3vita.gr/wp-content/uploads/2021/06/sxedio-klimatiki-allagi-2050.pdf>)

Σύμφωνα με την απογραφή του 2011, οι κάτοχοι διδακτορικού ή μεταπτυχιακού τίτλου και οι πτυχιούχοι ανώτερων και ανώτατων σχολών, ανέρχονται στο 26% του γενικού πληθυσμού, ενώ οι απόφοιτοι δημοτικού στο 14% του γενικού πληθυσμού, τη στιγμή που τα αντίστοιχα ποσοστά για το σύνολο της επικράτειας ανέρχονται στο 17% και 23% αντίστοιχα, ενώ στην περιφέρεια Αττικής τα ποσοστά ανέρχονται σε 22% και 16% αντίστοιχα. (<https://www.statistics.gr/>)

Στα νότια προάστια λειτουργούν 4 ΚΥ, στους δήμους Γλυφάδας, Αγ. Δημητρίου, Καλλιθέας, Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης, από τα 17 ΚΥ που λειτουργούν στην περιφέρεια Αττικής, 5 Τοπικά Ιατρεία, στους δήμους Αλίμου, Ελληνικού-Αργυρούπολης, Μοσχάτου – Ταύρου, Παλαιού Φαλήρου, Νέας Σμύρνης, από τα 24 Τοπικά Ιατρεία που λειτουργούν στην Αττική, 2 ΤΟΜΥ στο δήμο Αγίου Δημητρίου και 1 ΤοΜΥ στο δήμο Μοσχάτου-Ταύρου, από τις 29 ΤΟΜΥ που δραστηριοποιούνται στην Αττική. Επιπλέον, στο δήμο Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης λειτουργεί το Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας. (<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry;> <https://www.statistics.gr/>)

Στην Αττική, σύμφωνα με τον Άτλαντα Υγείας για το έτος 2022, για πληθυσμό 3.822.843 κατοίκων, ενδεικτικά αναφέρεται η λειτουργία 11.871 ιδιωτικών ιατρείων, που καλύπτουν 3,10 σημεία πρόσβασης ανά 1000 κατοίκους, 163 δομών του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), που καλύπτουν 0,04 σημεία ανά 1000 κατοίκους και

39 νοσοκομείων, που καλύπτουν 0,01 σημεία ανά 1000 κατοίκους. (<https://healthatlas.gov.gr/#!/>)

### **6.3 Ερευνητικές ερωτήσεις**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και συγκεκριμένα από τις έρευνες των Platis et al, (2020), Bernardo et al, (2018), Katsari, Tyritidou, & Domeyer, (2020), Borracci et al, (2017) Borracci et al, (2015) και Hojat et al, (2002a), που συσχέτισαν την αντίληψη για την ενσυναίσθηση των ιατρών με δημογραφικά στοιχεία του υπό μελέτη δείγματος, με τη χρήση της κλίμακας Jefferson, προκύπτουν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Η αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού του, μπορεί να επηρεάζεται από το φύλο του ασθενούς;
2. Η αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού του, μπορεί να επηρεάζεται από την ηλικία του ασθενούς;
3. Η αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού του, μπορεί να επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς;
4. Η αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού του, μπορεί να επηρεάζεται από τις συνθήκες ζωής του ασθενούς;
5. Η αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού του, μπορεί να επηρεάζεται από το εκπαιδευτικό επίπεδο του ασθενούς;
6. Η αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού του, μπορεί να επηρεάζεται από την επαγγελματική κατάσταση του ασθενούς;
7. Η αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού του, μπορεί να επηρεάζεται από τον τύπο της ασφαλιστικής κάλυψης του ασθενούς;
8. Η αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού του, μπορεί να επηρεάζεται από το εισόδημα του ασθενούς;

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

9. Η αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού του, μπορεί να επηρεάζεται από τη δομή ΠΦΥ που εργάζεται ο ιατρός;
10. Η αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού του, μπορεί να επηρεάζεται από το φύλο του ιατρού;

#### **6.4 Κύρια ερευνητική υπόθεση**

Στην παρούσα μελέτη, η κύρια ερευνητική υπόθεση που τίθεται και η οποία είναι μη-κατευθύνουσα, είναι η ακόλουθη:

Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των θεραπόντων ιατρών της ΠΦΥ όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής.

Καθορίζεται ως εξαρτημένη μεταβλητή η ενσυναίσθηση των ιατρών και ως ανεξάρτητη μεταβλητή ο τρόπος με τον οποίο την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς.

#### **6.5 Επιλογή μεθόδου έρευνας**

Για την διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων και τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης, επιλέχθηκε ως προτιμώμενη μέθοδος η ποσοτική έρευνα, καθώς στόχος της είναι, η εύρεση σχέσεων μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών. Με την ποσοτική μέθοδο έρευνας, πραγματοποιείται με συστηματικό τρόπο η συλλογή δεδομένων και πληροφοριών, που στη συνέχεια μπορούν να αναλυθούν και να επεξηγηθούν. Επίσης, από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε, πως σχεδόν όλες οι έρευνες χρησιμοποίησαν την ποσοτική έρευνα ως την καταλληλότερη για τα υπό διερεύνηση ερωτήματα.

#### **6.6 Οριοθέτηση πληθυσμού μελέτης και επιλογή δείγματος**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στον πληθυσμό των μονίμων κατοίκων των νοτιών προαστίων της Αττικής. Ως κριτήρια επιλογής του δείγματος, τέθηκε η ενηλικότητα (18 ετών και άνω) και η κατανόηση και χρήση της ελληνικής γλώσσας. Αναγκαία προϋπόθεση, ήταν η παρακολούθησή τους από ιατρό ανεξαρτήτου ειδικότητας σε τακτική βάση (θεράπων ιατρός), για κάποιο ζήτημα υγείας που αντιμετωπίζουν, ο οποίος εντάσσεται στην ΠΦΥ.

Ως τεχνική δειγματοληψίας, προτιμήθηκε η συμπτωματική δειγματοληψία, λόγω της μεγάλης δυσκολίας εξεύρεσης δειγματοληπτικού πλαισίου, του περιορισμένου χρόνου και των φτωχών διαθέσιμων πόρων.

## **6.7 Υλικό και Μέθοδος**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 10 Ιανουαρίου έως 28 Φεβρουαρίου 2022, στον γενικό, ενήλικο πληθυσμό, των νοτιών προαστίων της Αττικής. Διανεμήθηκαν 450 ερωτηματολόγια, μέρος των οποίων δεν επιστράφηκε ποτέ στην ερευνήτρια. Συλλέχθηκαν 378 ερωτηματολόγια, από συμμετέχοντες που διαμένουν μόνιμα στα νότια προάστια της Αττικής.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο δόθηκε στους συμμετέχοντες από την ερευνήτρια, ενώ η συλλογή του έγινε σε ειδικό φάκελο, ώστε να εξασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από ενημερωτική επιστολή για τους σκοπούς της έρευνας, το προαιρετικό της συμμετοχής τους, την εξασφάλιση της ανωνυμίας και την τήρηση του απορρήτου σύμφωνα με τις ισχύουσες νομοθετικές διατάξεις, καθώς και τη μη χρήση των στοιχείων σε άλλες έρευνες ή άλλους σκοπούς.

Η συμπλήρωση των περισσότερων ερωτηματολογίων έγινε παρουσία της ερευνήτριας, με σκοπό την παροχή διευκρινήσεων σχετικά με τον σκοπό της μελέτης και τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των συμμετεχόντων.

Σε αρκετές περιπτώσεις, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με τη συμμετοχή της ερευνήτριας, συνήθεστερα σε άτομα μεγάλης ηλικίας ή χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Στις περιπτώσεις αυτές, η ερευνήτρια διάβαζε στους

συμμετέχοντες τις ερωτήσεις καθώς και τις απαντήσεις, και οι συμμετέχοντες επέλεξαν την βαθμολογία που τους αντιπροσώπευε.

## **6.8 Εργαλείο μέτρησης**

Για τη συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος, περιλαμβάνονται 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου που σχετίζονται με τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων, ενώ δύο ερωτήσεις αφορούν στον τομέα της ΠΦΥ στον οποίο εργάζεται ο ιατρός (ΚΥ, ΤΟΜΥ, εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου, ιδιώτης συμβεβλημένος ή μη με τον ΕΟΠΥΥ) και στο φύλο του ιατρού. Τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία σχετίζονται με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τις συνθήκες ζωής (αν μένει μόνος ή όχι), το εκπαιδευτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση, τον τύπο της ασφαλιστικής κάλυψης (δημόσια ή ιδιωτική) και το εισόδημα του ασθενούς. Ανάλογα ερωτήματα χρησιμοποιήθηκαν σε έρευνες των Platis et al, (2020), Bernardo et al, (2018), Katsari, Tyritidou, & Domeyer, (2020), Borracci et al, (2017) Borracci et al, (2015) και Hojat et al, (2002a).

Το δεύτερο μέρος, περιλαμβάνει την κλίμακα Jefferson των αντιλήψεων του ασθενούς για την ενσυναίσθηση του ιατρού (JSPPPE). Το JSPPPE, είναι ένα σύντομο και εύχρηστο εργαλείο, που περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις, με το οποίο μετράται η ενσυναίσθηση των ιατρών έτσι όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς. Οι απαντήσεις αποτυπώνονται σε 5-βαθμη κλίμακα Likert, όπου το 1 αντιστοιχεί στο διαφωνώ απόλυτα και το 5 αντιστοιχεί στο συμφωνώ απόλυτα. (Kane et al, 2007) Σύμφωνα με τους Kane et al, (2007), Borracci et al, (2017) και Hojat, DeSantis, & Gonnella, (2017), το εργαλείο είναι εύχρηστο, έγκυρο και αξιόπιστο και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες. Η ανάπτυξή του έχει περιγραφεί αναλυτικά στην βιβλιογραφική ανασκόπηση στην έρευνα των Kane et al, (2007) και η περιγραφή του αναλύεται στο κεφάλαιο που αφορά στα εργαλεία μέτρησης της ενσυναίσθησης.

Στην έρευνα των Katsari, Tyritidou, & Domeyer, (2020), πραγματοποιήθηκε μετάφραση, προσαρμογή και επικύρωση του ερωτηματολογίου JSPPPE στον ελληνικό πληθυσμό και αναδείχθηκε η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του. Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η ελληνική απόδοση της κλίμακας, που πραγματοποιήθηκε από τον δρ. Δομάγερ Φίλιππο-Ριχάρδο. Η αναλυτική περιγραφή του Gr-JSPPPE, επιχειρείται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορά στην αντίστοιχη έρευνα.

Σε όλα τα ερωτηματολόγια επισυνάφθηκε μία επιστολή γνωριμίας, προκειμένου να ενημερωθούν οι συμμετέχοντες για το σκοπού της μελέτης, καθώς και να τους παρασχεθούν πληροφορίες για τα στοιχεία των ερευνητών και την ανωνυμία της έρευνας.

### **6.8 Ηθική και δεοντολογία**

Προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα, τηρήθηκαν οι απαιτούμενοι κανόνες δεοντολογίας. Κανείς δεν εξαναγκάστηκε να συμμετέχει στην έρευνα, ενώ τηρήθηκε η ανωνυμία και προστατεύθηκαν τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας γραπτά ή/και προφορικά, για το ενδεχόμενο δημοσίευσης των αποτελεσμάτων της, για τον εθελοντικό της χαρακτήρα, ενώ διασφαλίστηκε ότι οι ερωτήσεις δεν θίγουν τους ερωτώμενους. Το δικαίωμα χρήσης του ερωτηματολογίου παραχωρήθηκε από τον επιμελητή της ελληνικής απόδοσής του, δρ. Δομάγερ Φίλιππο-Ριχάρδο.

### **6.9 Στατιστική Ανάλυση**

Εξετάστηκαν και αναλύθηκαν οι περιγραφικοί δείκτες του συνόλου των μεταβλητών των ερωτηματολογίων. Έγινε χρήση των βασικών μέτρων θέσης και διασποράς, καθώς και των συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων για την περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των επιμέρους ερωτήσεων που αφορούν στην αποτύπωση των απόψεων και εμπειρίας των συμμετεχόντων, σχετικά με την ενσυναίσθηση των θεραπόντων ιατρών, καθώς και για την συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης. Τα περιγραφικά μέτρα υπολογίστηκαν βάση των έγκυρων απαντήσεων.

Από το ερωτηματολόγιο Jefferson έγινε σύνθεση των ερωτήσεων, προκειμένου να υπολογιστεί η συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης των ιατρών. Αποτελείται από 5 ερωτήσεις με τη δυνατότητα απάντησης σε μια 5-βάθμια κλίμακα από το 1 έως το 5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα). Σημειώνεται, ότι η κλίμακα μπορεί να πάρει τιμές από 5 έως και 25, με υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα να υποδηλώνει και υψηλή ενσυναίσθηση του θεράποντα ιατρού. Ο έλεγχος αξιοπιστίας της συνολικής κλίμακας ενσυναίσθησης υπολογίστηκε με τον δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha.

Για τη διερεύνηση των μονοπαραγοντικών συσχετίσεων των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της συνολικής κλίμακας ενσυναίσθησης εφαρμόστηκε ο έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα και η ανάλυση διακύμανσης κατά μια κατεύθυνση (ANOVA). Συμπληρωματικά, όπου βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μετά την εφαρμογή της ANOVA, εφαρμόστηκε και ο έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων Bonferroni. Στη συνέχεια, η διερεύνηση της πολυπαραγοντικής συσχέτισης της κλίμακας ενσυναίσθησης και των πιθανών προσδιοριστικών μεταβλητών, έγινε με την εφαρμογή μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Εξαρτημένη μεταβλητή του μοντέλου αποτέλεσε η κλίμακα ενσυναίσθησης. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές, λήφθηκαν υπόψη βασικοί δημογραφικοί παράγοντες των συμμετεχόντων (το φύλο, η ηλικία, η συγκατοίκηση), προσδιοριστές της κοινωνικό-οικονομικής τους κατάστασης (το επίπεδο εκπαίδευσης, το μηνιαίο καθαρό εισόδημα, την ασφάλιση υγείας) ως και οι πληροφορίες για τον θεράποντα ιατρό (τομέας ΠΦΥ όπου εργάζεται και φύλο).

Τα p-value που αναφέρονται βασίζονται σε αμφίπλευρους ελέγχους. Τα p-value με τιμή χαμηλότερη από 0,05, θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και με τιμή χαμηλότερη από 0,10 ενδεικτικά. Για την πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης, χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS v.26 (SPSS Inc., 2003, Chicago, USA).



## 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία θεράποντος ιατρού

Η συλλογή των δημογραφικών στοιχείων στην παρούσα μελέτη, περιλάμβανε την καταγραφή βασικών δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων, όπως το φύλο, την ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αν μένουν μόνοι τους ή όχι, το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική τους κατάσταση, αν έχουν ασφάλιση υγείας, το ατομικό μηνιαίο τους εισόδημα και πληροφορίες για τον θεράποντα ιατρό τους.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα στατιστικά μέτρα των δημογραφικών και άλλων στοιχείων που προαναφέρθηκαν. Το 66,2% του συνολικού δείγματος είναι γυναίκες και το υπόλοιπο 33,8% άντρες. Η μέση ηλικία του δείγματος είναι τα 49,3 έτη με Τυπική Απόκλιση – ΤΑ τα 16,0 έτη, μικρότερη ηλικία τα 18 έτη και μεγαλύτερη τα 90 έτη. Παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (56,5%) είναι παντρεμένοι και το 80,8% του δείγματος δεν κατοικεί μόνο του. Το 68,8% των ατόμων είναι απόφοιτοι ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης, ενώ μόλις το 7,9% του δείγματος είτε είναι απόφοιτοι δημοτικού, είτε δεν έχει πάει σχολείο, ενώ το 23,4% είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων, το 71,3% είναι ελεύθερος επαγγελματίας, δημόσιος ή ιδιωτικός υπάλληλος, το 3,2% εργάτης ή ασκεί χειρωνακτική εργασία, το 17,5% είναι συνταξιούχοι, το 5% φοιτητές/τριες, ενώ το 2,9% είναι άνεργοι ή ανήμποροι για εργασία. Η πλειοψηφία του δείγματος (72,1%) έχει δημόσια ασφάλεια, ενώ το 22,3% των ατόμων δηλώνει ότι έχει δημόσια και ιδιωτική ασφάλεια ταυτόχρονα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (40,4%) έχουν καθαρό ατομικό μηνιαίο εισόδημα από 501 έως 1000 ευρώ.

Όσον αφορά στα στοιχεία του θεράποντος ιατρού, το 58,9% έχει θεράπων ιατρό που ανήκει στον ιδιωτικό τομέα συμβεβλημένο με τα ασφαλιστικά ταμεία, το 24,5% έχει θεράπων ιατρό αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα, το 10,2% στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου, το 4,3% σε ΚΥ αστικού τύπου και το 2,2% σε ΤΟΜΥ. Το 73,9% των συμμετεχόντων έχει άνδρα θεράποντα ιατρό.

Τα παραπάνω περιγραφικά στατιστικά στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 1 και απεικονίζονται γραφικά στο Διάγραμμα 1 έως και Διάγραμμα 9.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 1**

***Περιγραφικά στατιστικά των δημογραφικών παραγόντων και των στοιχείων του θεράποντος ιατρού στο σύνολο του δείγματος (N=378)***

Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.

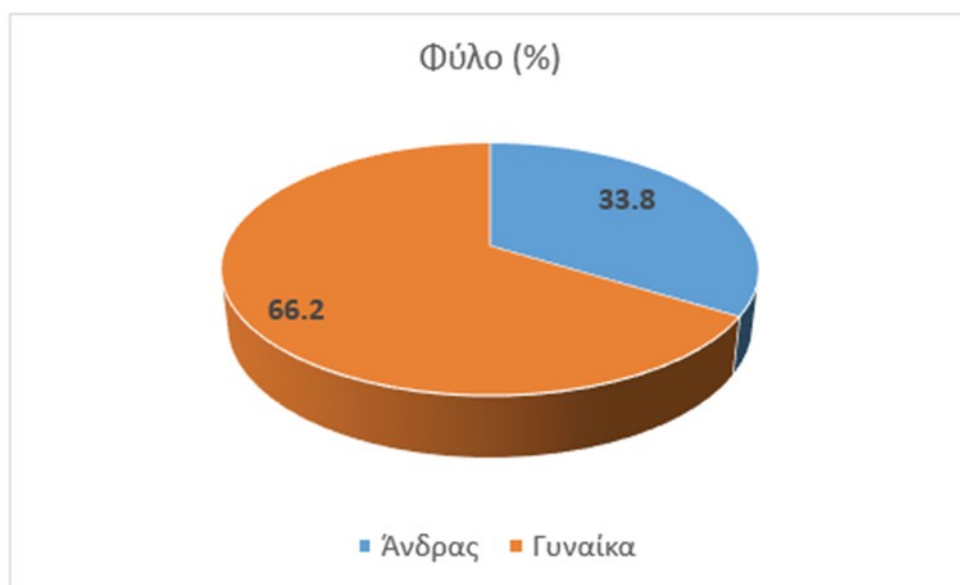
| <b>Δημογραφικά Χαρακτηριστικά</b>             |   | <b>Στατιστικό μέτρο</b> |
|---|---|-------------------------|
| ΤΑ: <b>Φύλο</b> (n, %)                        | Άνδρας  | 127 (33,8)              |
|   | Γυναίκα   | 249 (66,2)              |
| <b>Ηλικία</b> (έτη: μέση τιμή, ΤΑ)            |   | 49,3 (16,0)             |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> (n, %)          | Ανύπαντρος/η  | 99 (26,3)               |
|   | Παντρεμένος/η   | 213 (56,5)              |
|   | Χήρος/α   | 37 (9,8)                |
|   | Χωρισμένος/η  | 28 (7,4)                |
| <b>Μένετε:</b> (n, %)                         | Μόνος/η   | 69 (19,2)               |
|   | Όχι μόνος/η   | 291 (80,8)              |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b> (n, %)             | Δεν έχω πάει σχολείο  | 2 (0,5)                 |
|   | Δημοτικό  | 28 (7,4)                |
|   | Γυμνάσιο  | 21 (5,6)                |
|   | Λύκειο  | 67 (17,8)               |
|   | Τεχνική σχολή / ΙΕΚ   | 53 (14,1)               |
|   | ΤΕΙ   | 53 (14,1)               |
|   | ΑΕΙ   | 80 (21,2)               |
|   | Μεταπτυχιακές σπουδές   | 73 (19,4)               |
| <b>Επαγγελματική κατάσταση</b> (n, %)         | Εργάτης/τρια – Χειρωνακτική εργασία                             | 12 (3,2)                |
|   | Ελεύθερος/η επαγγελματίας                                       | 39 (10,3)               |
|   | Ιδιωτικός/ή υπάλληλος   | 113 (30,0)              |
|   | Δημόσιος/α υπάλληλος  | 117 (31,0)              |
|   | Φοιτητής/τρια   | 19 (5,0)                |
|   | Συνταξιούχος  | 66 (17,5)               |
|   | Άνεργος/η   | 9 (2,4)                 |
|   | Ανήμπορος/η για εργασία   | 2 (0,5)                 |
| <b>Έχετε ασφάλιση υγείας;</b> (n, %)          | Ναι – δημόσια ασφάλιση  | 271 (72,1)              |
|   | Ναι – ιδιωτική ασφάλιση   | 11 (2,9)                |
|   | Ναι – δημόσια & ιδιωτική ασφάλιση                               | 84 (22,3)               |
|   | Όχι   | 10 (2,7)                |
| <b>Καθαρό ατομικό μηνιαίο εισόδημα</b> (n, %) | 0 ευρώ  | 20 (5,3)                |
|   | 1 – 500 ευρώ  | 40 (10,7)               |
|   | 501 – 1000 ευρώ   | 151 (40,4)              |
|   | 1001 – 1500 ευρώ  | 110 (29,4)              |
|   | 1501 ευρώ και άνω   | 53 (14,2)               |
| <b>Στοιχεία θεράποντος ιατρού</b>             |   |                         |
| <b>Ο θεράπων ιατρός σας εργάζεται:</b> (n, %) | Στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου                      | 38 (10,2)               |
|   | Σε κέντρο υγείας αστικού τύπου (ΚΥ)                             | 16 (4,3)                |
|   | Σε τοπική ομάδα /μονάδα υγείας (ΤΟΜΥ)                           | 8 (2,2)                 |
|   | Στον ιδιωτικό τομέα   | 91 (24,5)               |
|   | Στον ιδιωτικό τομέα συμβεβλημένος με ασφαλιστικά ταμεία (ΕΟΠΥΥ) | 219 (58,9)              |
| <b>Ο θεράπων ιατρός σας είναι:</b> (n, %)     | Άνδρας  | 269 (73,9)              |
|   | Γυναίκα   | 95 (26,1)               |

### Τυπική Απόκλιση

Συνεπώς, το τυπικό προφίλ του συμμετέχοντα στην παρούσα μελέτη είναι γυναίκα, μέσης ηλικίας 49 ετών, παντρεμένη, που συγκατοικεί με άλλους, απόφοιτης ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης, που εργάζεται ως ελεύθερος επαγγελματίας, δημόσιος ή ιδιωτικός υπάλληλος, που έχει δημόσια ασφάλεια, και με καθαρό ατομικό μηνιαίο εισόδημα από 501 έως 1000 ευρώ. Έχει θεράποντα ιατρό άνδρα, ο οποίος ανήκει στον ιδιωτικό τομέα και είναι συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ.

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

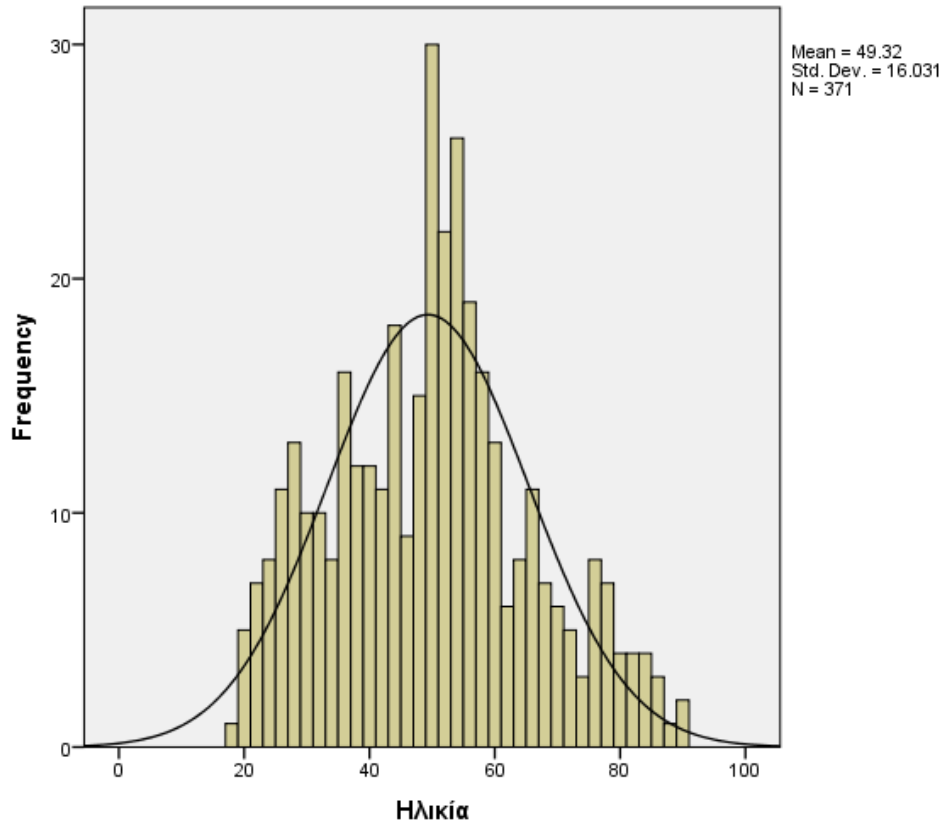
*Διαγραμματική απεικόνιση του φύλου των ερωτώμενων στο σύνολο του δείγματος*



### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

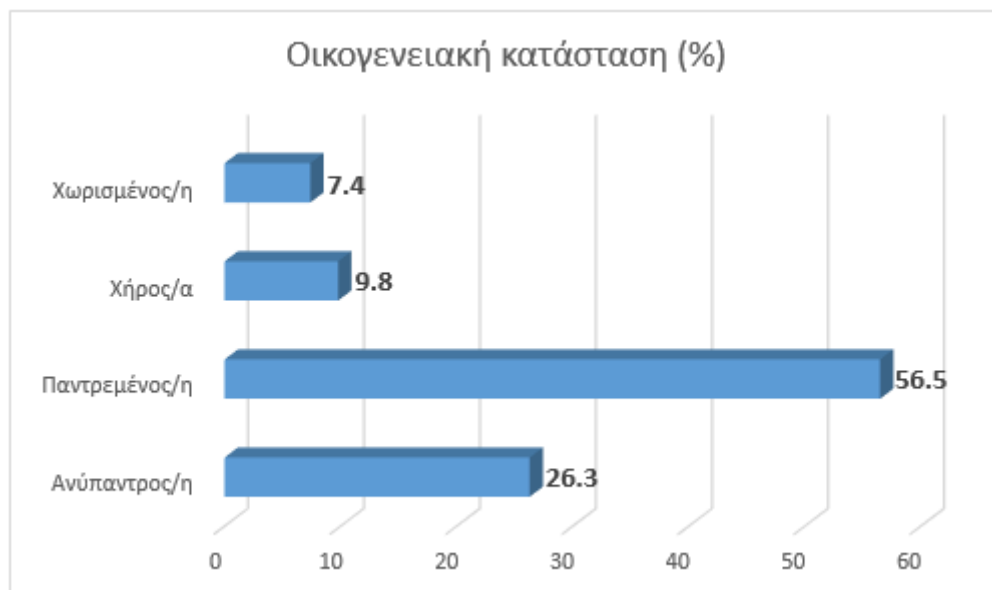
*Διαγραμματική απεικόνιση της ηλικίας των ερωτώμενων και της μέσης τιμής της, στο σύνολο του δείγματος*

Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3**

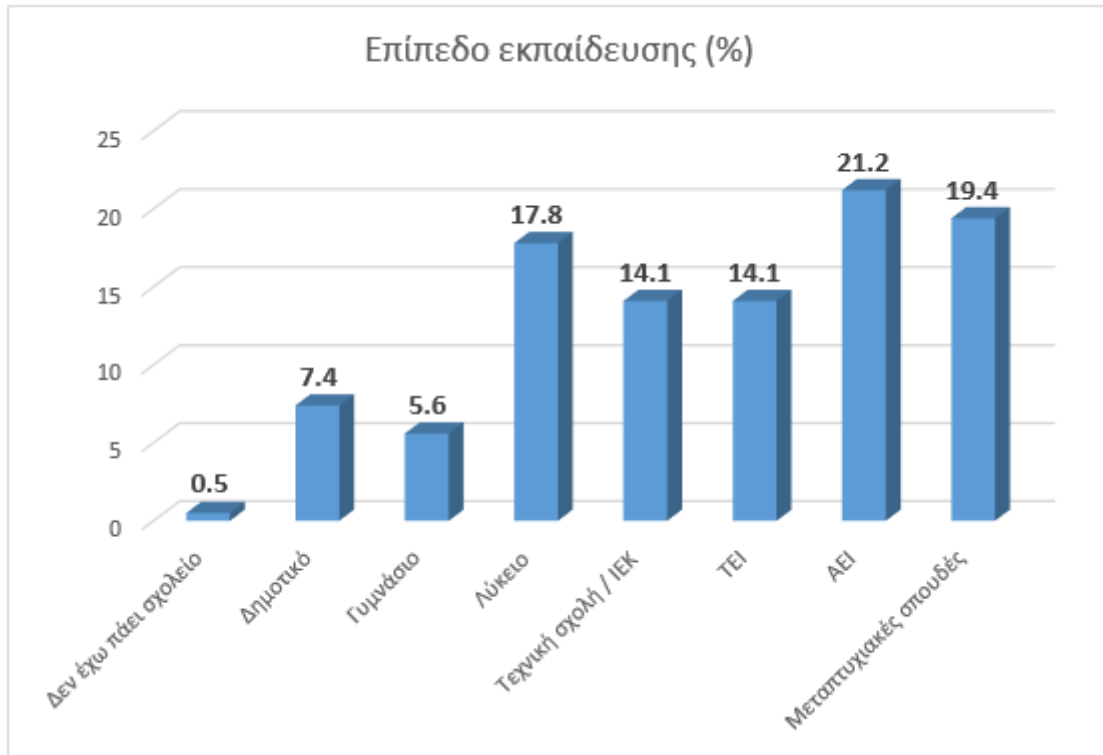
Διαγραμματική απεικόνιση της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος (N=378)



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4**

Διαγραμματική απεικόνιση του επιπέδου εκπαίδευσης των ερωτηθέντων στο σύνολο του δείγματος

Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5**

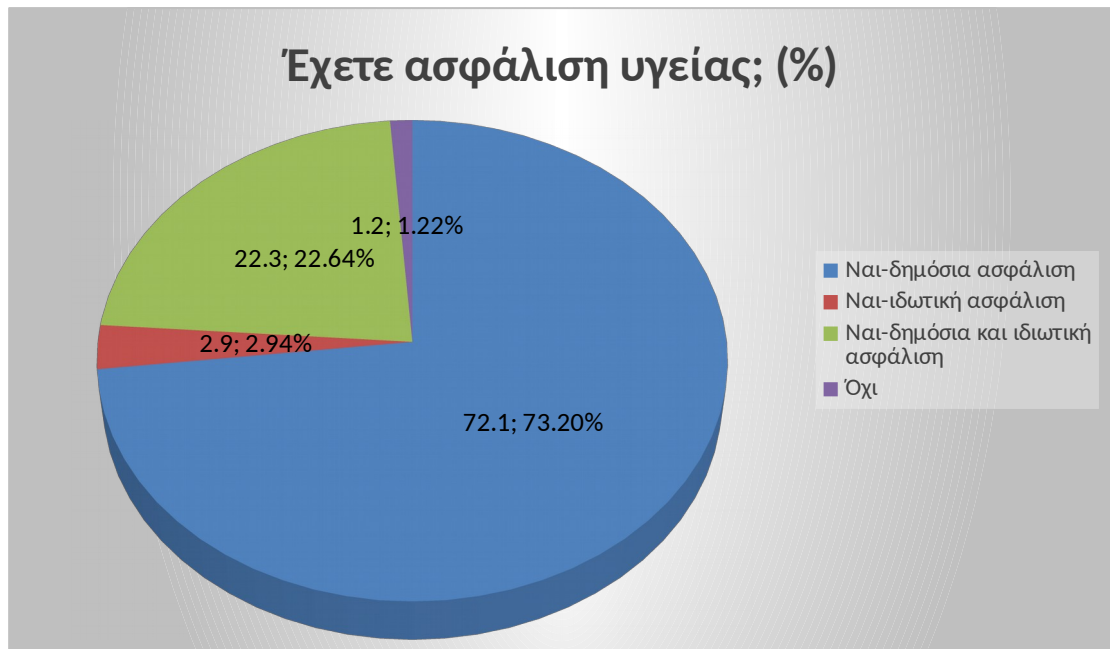
Απεικόνιση της επαγγελματικής κατάστασης των ερωτηθέντων σε σύνολο (N=378)



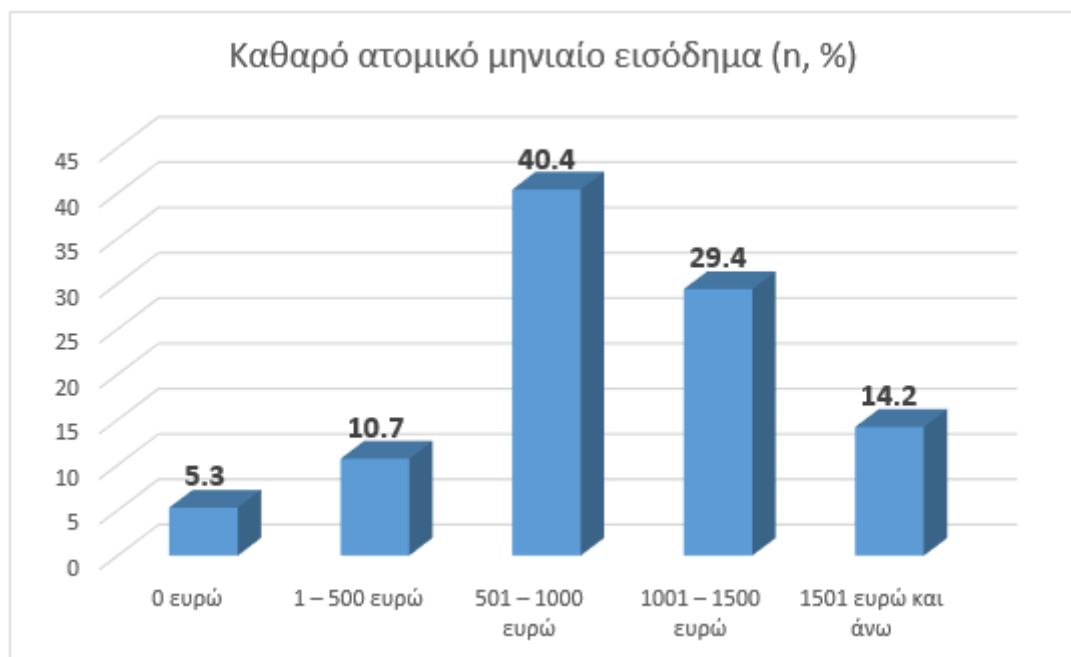
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6**

Διαγραμματική απεικόνιση της ασφαλιστικής κάλυψης των ερωτηθέντων στο σύνολο του δείγματος

Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.



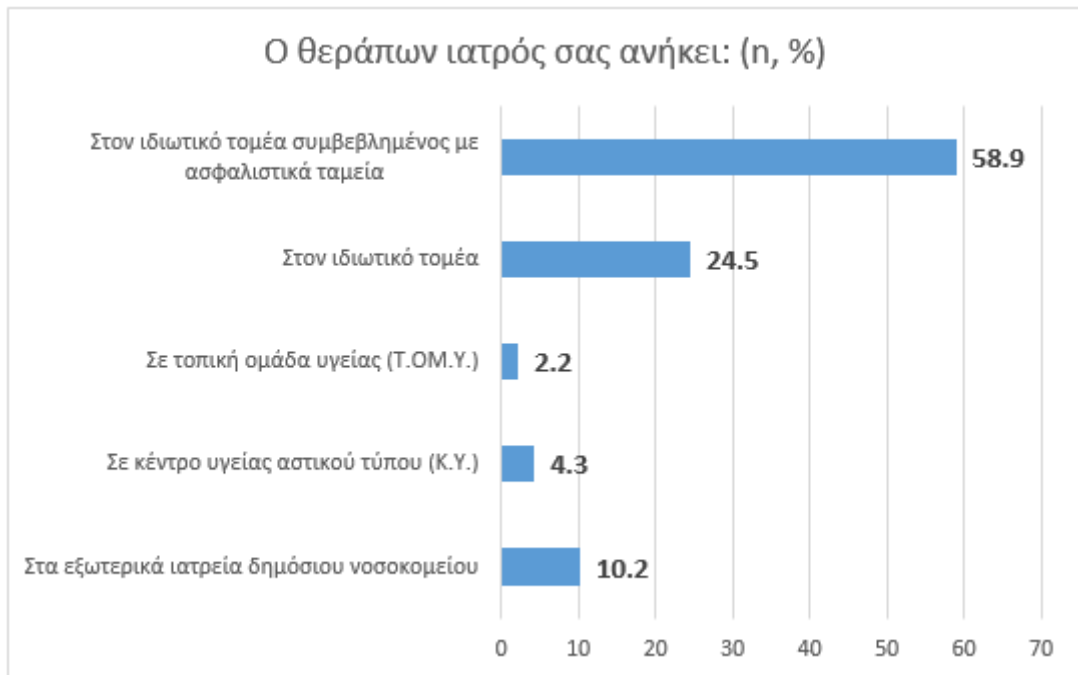
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7**  
Διαγραμματική απεικόνιση της ασφαλιστικής κάλυψης των ερωτηθέντων στο σύνολο του δείγματος



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8**

Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.

**Διαγραμματική απεικόνιση του τομέα ΠΦΥ που εργάζεται ο θεράπων ιατρός στο σύνολο των ερωτηθέντων**



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9**

**Διαγραμματική απεικόνιση του φύλου του ιατρού στο σύνολο του δείγματος**





Στον Πίνακα 2, παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα των επιμέρους ερωτήσεων, που συνθέτουν την κλίμακα ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού. Γενικά, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων «Συμφωνεί» ή «Συμφωνεί Απόλυτα» με τις δηλώσεις για τον θεράποντα ιατρό: «Μπορεί να δει τα πράγματα από τη δική μου οπτική» (56,7%), «Ρωτάει σχετικά με το τι συμβαίνει στην καθημερινή μου ζωή» (49,7%), «Δείχνει να νοιάζεται για μένα και την οικογένειά μου» (65,9%), «Κατανοεί τα συναισθήματα, τα αισθήματα και τις ανησυχίες μου» (66,7%) και «Είναι γιατρός με κατανόηση» (79,8%).

Τα παραπάνω περιγραφικά στατιστικά στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2 και απεικονίζονται γραφικά στο Διάγραμμα 10.

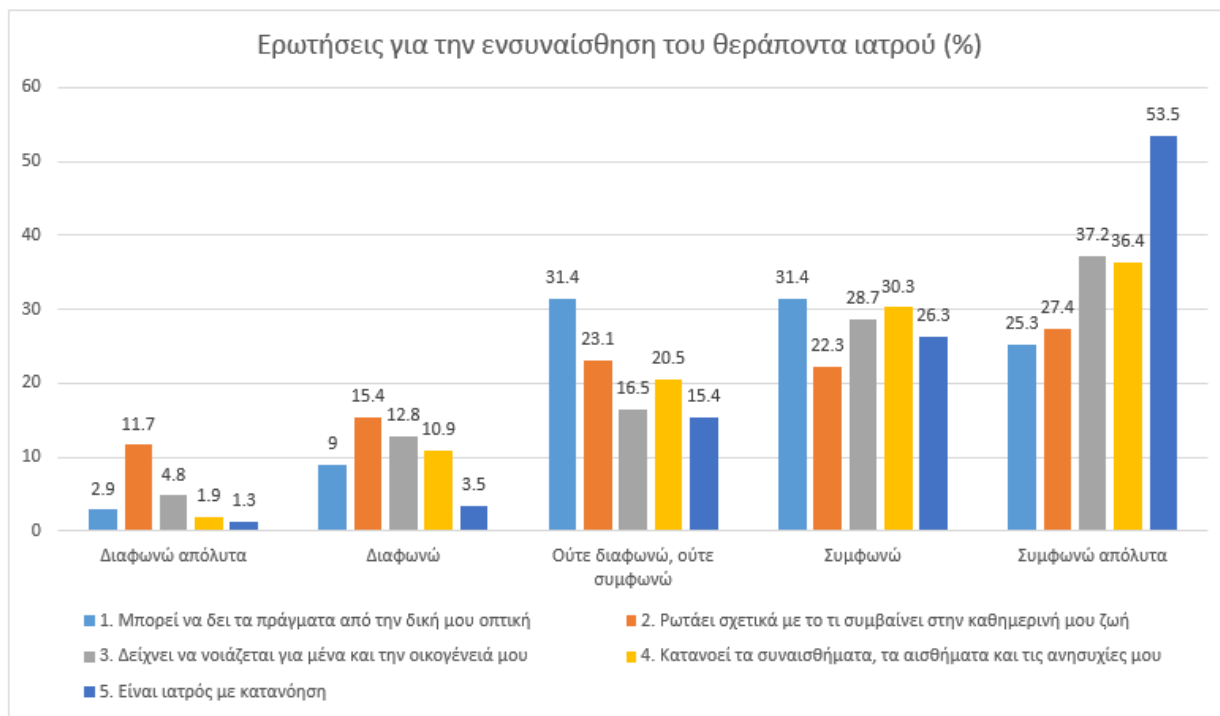
## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

### *Περιγραφικά στατιστικά των επιμέρους ερωτήσεων που συνθέτουν την κλίμακα ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού στο σύνολο του δείγματος (N=378)*

|   | Συχνότητα (%)      |           |                                     |            |                    |
|---|--------------------|-----------|-------------------------------------|------------|--------------------|
|   | Διαφωνώ<br>απόλυτα | Διαφωνώ   | Ούτε<br>διαφωνώ,<br>ούτε<br>συμφωνώ | Συμφωνώ    | Συμφωνώ<br>απόλυτα |
| 1. Μπορεί να δει τα πράγματα από την δική μου οπτική            | 11 (2,9)           | 34 (9,0)  | 118 (31,4)                          | 118 (31,4) | 95 (25,3)          |
| 2. Ρωτάει σχετικά με το τι συμβαίνει στην καθημερινή μου ζωή    | 44 (11,7)          | 58 (15,4) | 87 (23,1)                           | 84 (22,3)  | 103 (27,4)         |
| 3. Δείχνει να νοιάζεται για μένα και την οικογένειά μου         | 18 (4,8)           | 48 (12,8) | 62 (16,5)                           | 108 (28,7) | 140 (37,2)         |
| 4. Κατανοεί τα συναισθήματα, τα αισθήματα και τις ανησυχίες μου | 7 (1,9)            | 41 (10,9) | 77 (20,5)                           | 114 (30,3) | 137 (36,4)         |
| 5. Είναι ιατρός με κατανόηση                                    | 5 (1,3)            | 13 (3,5)  | 58 (15,4)                           | 99 (26,3)  | 201 (53,5)         |

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10

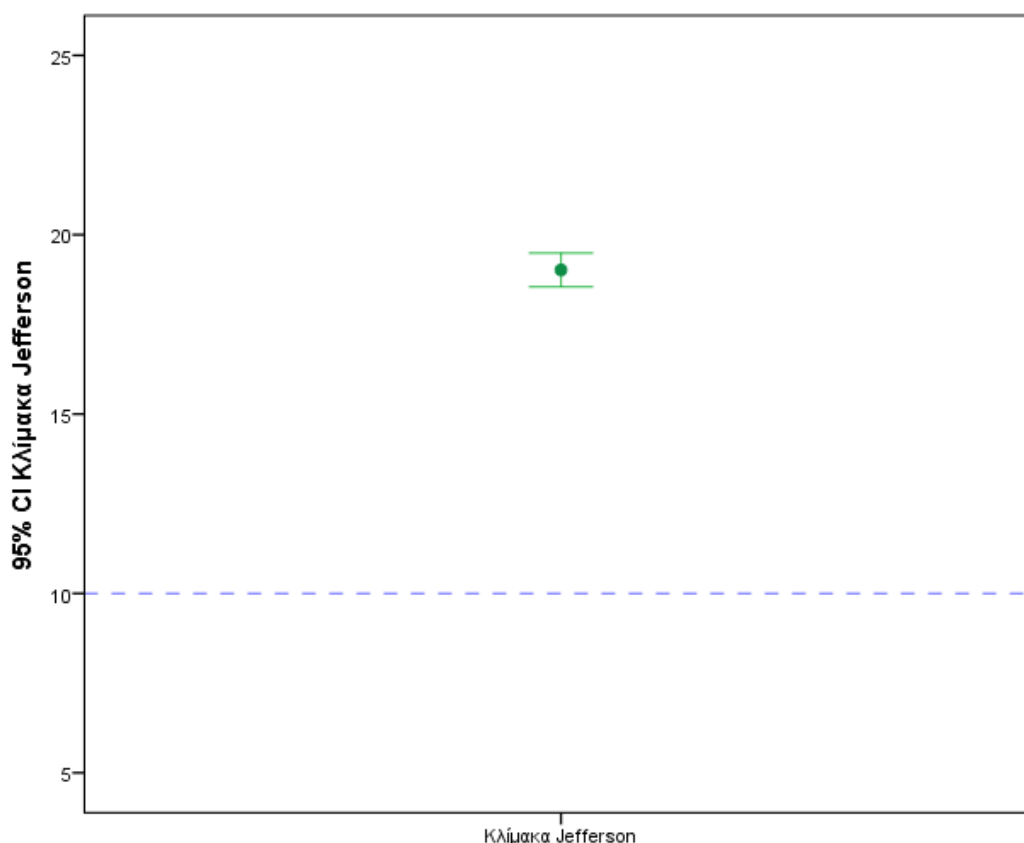
**Κατανομή των επιμέρους ερωτήσεων που συνθέτουν την κλίμακα ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού στο σύνολο του δείγματος (N=378)**



Για τη συνολική αξιολόγηση της αξιοπιστίας των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις 5 ερωτήσεις, που αποτυπώνουν την αντιληπτή ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού, υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha. Έτσι, προκύπτει ότι ο δείκτης αξιοπιστίας είναι 88%. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει εξαιρετική αξιοπιστία στις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Η μέση τιμή της κλίμακας ενσυναίσθησης είναι 19 μονάδες, με ΤΑ τις 4,6 μονάδες. Η μέση τιμή της κλίμακας ενσυναίσθησης διαφέρει στατιστικά σημαντικά από την αναμενόμενη τιμή 10 ( $25-5=20/2=10$  μονάδες), με 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης – Δ.Ε. της διαφοράς (8,5 έως 9,5) μονάδες και  $p\text{-value} < 0,001$ . Αυτό υποδεικνύει, ότι η αντιληπτή ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού, είναι κατά μέσο όρο υψηλότερη, από την αναμενόμενη τιμή της κλίμακας σε βαθμό στατιστικά σημαντικό (Σχήμα 1).

### ΣΧΗΜΑ 1

**Μέση τιμή της κλίμακας ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού και 95% Δ.Ε. της μέσης τιμής**



#### **7.2 Διερεύνηση της μονοπαραγοντικής συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων και των στοιχείων του θεράποντος ιατρού με την κλίμακα ενσυναίσθησης**

Στον Πίνακα 3, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων και των στοιχείων του θεράποντος ιατρού, με την κλίμακα ενσυναίσθησης. Σημειώνεται, ότι προκειμένου να υπάρχει επάρκεια συχνότητας στις κατηγορίες που συγκρίνονται, έγινε ομαδοποίηση κατηγοριών για τις μεταβλητές της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης και της επαγγελματικής κατάστασης. Προκύπτει, ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε  $\alpha=5\%$ , της κλίμακας ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού με το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης

των συμμετεχόντων και με τον τομέα της ΠΦΥ που εργάζεται ο θεράπων ιατρός, καθώς και σε  $\alpha=10\%$  με το φύλο του ιατρού.

Ειδικότερα, μετά από τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων, φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της κλίμακας ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού, ανάλογα με το είδος της ασφάλισης υγείας που διαθέτουν οι συμμετέχοντες και η σημαντική διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα σε όσους έχουν ιδιωτική και καθόλου ασφάλιση υγείας. Όσοι έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, δηλώνουν κατά μέσο όρο υψηλότερη ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού, σε σύγκριση με τα άτομα που είναι ανασφάλιστα.

Επιπλέον, μετά από τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων, φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της κλίμακας ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού ανάλογα με τον τομέα της ΠΦΥ που εργάζεται ο τελευταίος. Όσοι δηλώνουν πως ο θεράπων ιατρός τους εργάζεται σε ΤΟΜΥ, λαμβάνουν κατά μέσο όρο υψηλότερη βαθμολογία ενσυναίσθησης, σε σύγκριση με όσους έχουν θεράποντα ιατρό που εργάζεται σε ΚΥ, εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου και στον ιδιωτικό τομέα συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ.

Υπάρχουν ενδείξεις ( $\alpha=10\%$ ) για διαφορά στην μέση τιμή της κλίμακας ενσυναίσθησης, ανάλογα με το φύλο του θεράποντος ιατρού. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι άνδρες ιατροί λαμβάνουν κατά μέσο όρο υψηλότερη βαθμολογία ενσυναίσθησης σε σύγκριση με τις γυναίκες συναδέλφους τους.

Τέλος, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η συγκατοίκηση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η επαγγελματική κατάσταση και το καθαρό ατομικό μηνιαίο εισόδημα δεν συσχετίζονται με την κλίμακα ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού ( $p\text{-value} > 0,05$ ).

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3, ενώ όσες συσχετίσεις προέκυψαν στατιστικά σημαντικές απεικονίζονται και γραφικά στο Σχήμα 2 έως και Σχήμα 4.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 3**

Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.

**Αποτελέσματα συσχέτισης μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και των στοιχείων του θεράποντος ιατρού με την κλίμακα ενσυναίσθησης, στο σύνολο του δείγματος (N=378)**

| Δημογραφικά Χαρακτηριστικά                                    | Κλίμακα ενσυναίσθησης (μέση τιμή, ΤΑ) | p-value                   |
|---|---------------------------------------|---------------------------|
| <b>Φύλο</b>   |                                       |                           |
| <i>Ανδρας (n=127)</i>   | 18,8 (5,2)                            | 0,578 <sup>1</sup>        |
| <i>Γυναίκα (n=248)</i>  | 19,1 (4,4)                            |                           |
| <b>Ηλικία (έτη)</b>   | r= 0,08                               | 0,131 <sup>2</sup>        |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>                                 |                                       |                           |
| <i>Ανύπαντρος/η ή Χήρος/α ή Χωρισμένος/η (n=163)</i>          | 19,2 (4,7)                            | 0,619 <sup>1</sup>        |
| <i>Παντρεμένος/η (n=212)</i>                                  | 18,9 (4,6)                            |                           |
| <b>Μένετε:</b>  |                                       |                           |
| <i>Μόνος/η (n= 69)</i>  | 19,6 (3,9)                            | 0,231 <sup>1</sup>        |
| <i>Όχι μόνος/η (n= 289)</i>                                   | 18,9 (4,8)                            |                           |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>                                    |                                       |                           |
| <i>Δεν έχω πάει σχολείο ή Δημοτικό (n= 30)</i>                | 19,3 (4,5)                            | 0,725 <sup>3</sup>        |
| <i>Γυμνάσιο ή Λύκειο (n= 88)</i>                              | 19,3 (4,8)                            |                           |
| <i>Ανώτερη ή Ανώτατη εκπαίδευση (n= 257)</i>                  | 19,0 (4,6)                            |                           |
| <b>Επαγγελματική κατάσταση</b>                                |                                       |                           |
| <i>Μη εργαζόμενος (n= 96)</i>                                 | 19,5 (4,5)                            | 0,261 <sup>1</sup>        |
| <i>Εργαζόμενος (n= 279)</i>                                   | 18,9 (4,7)                            |                           |
| <b>Έχετε ασφάλιση υγείας;</b>                                 |                                       |                           |
| <i>Ναι – δημόσια ασφάλιση (n= 269)</i>                        | 18,8 (4,7)                            |                           |
| <i>Ναι – ιδιωτική ασφάλιση (n= 11)</i>                        | 21,9 (3,4)                            | <b>0,031<sup>3*</sup></b> |
| <i>Ναι – δημόσια &amp; ιδιωτική ασφάλιση (n=84)</i>           | 19,5 (4,3)                            | <b>0,038<sup>4*</sup></b> |
| <i>Όχι (n= 10)</i>  | 16,4 (4,4)                            |                           |
| <b>Καθαρό ατομικό μηνιαίο εισόδημα</b>                        |                                       |                           |
| 0 ευρώ  |                                       |                           |
| 1 – 500 ευρώ  |                                       |                           |
| 501 – 1000 ευρώ   | rho= -0,009                           | 0,865 <sup>5</sup>        |
| 1001 – 1500 ευρώ  |                                       |                           |
| 1501 ευρώ και άνω   |                                       |                           |
| <b>Στοιχεία θεράποντος ιατρού</b>                             |                                       |                           |
| <b>Ο θεράπων ιατρός σας εργάζεται:</b>                        |                                       |                           |
| <i>Στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου (n=37)</i>      | 17,2 (5,2)                            | <b>0,001<sup>3*</sup></b> |
| <i>Σε κέντρο υγείας αστικού τύπου (ΚΥ) (n=15)</i>             | 16,7 (5,4)                            | <b>0,004<sup>4*</sup></b> |
| <i>Σε τοπική ομάδα/μονάδα υγείας (ΤΟΜΥ) (n=8)</i>             | 23,6 (2,3)                            | <b>0,005<sup>4*</sup></b> |
| <i>Στον ιδιωτικό τομέα (n=91)</i>                             | 19,6 (4,6)                            | <b>0,055<sup>4</sup></b>  |
| <i>Στον ιδιωτικό τομέα συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ (n=219)</i> | 19,1 (4,4)                            |                           |
| <b>Ο θεράπων ιατρός σας είναι:</b>                            |                                       |                           |
| <i>Ανδρας (n=269)</i>   | 19,3 (4,6)                            | <b>0,087<sup>1</sup></b>  |
| <i>Γυναίκα (n=94)</i>   | 18,4 (4,6)                            |                           |

Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.

ΤΑ: Τυπική Απόκλιση

<sup>1</sup>t-test για ανεξάρτητα δείγματα

<sup>2</sup>Συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>3</sup>ANOVA

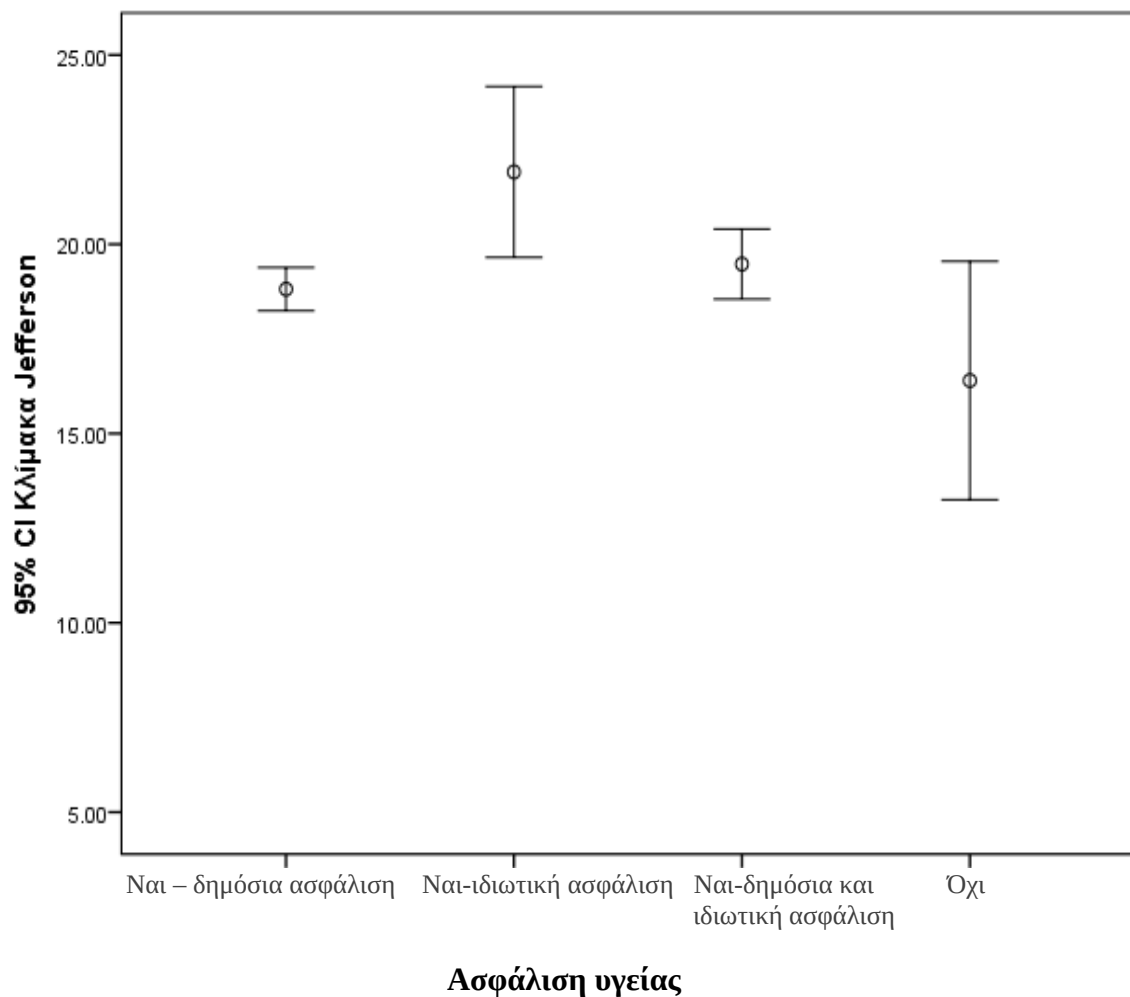
<sup>4</sup>Bonferroni

<sup>5</sup>Συντελεστής συσχέτισης Spearman

\*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε  $\alpha=5\%$

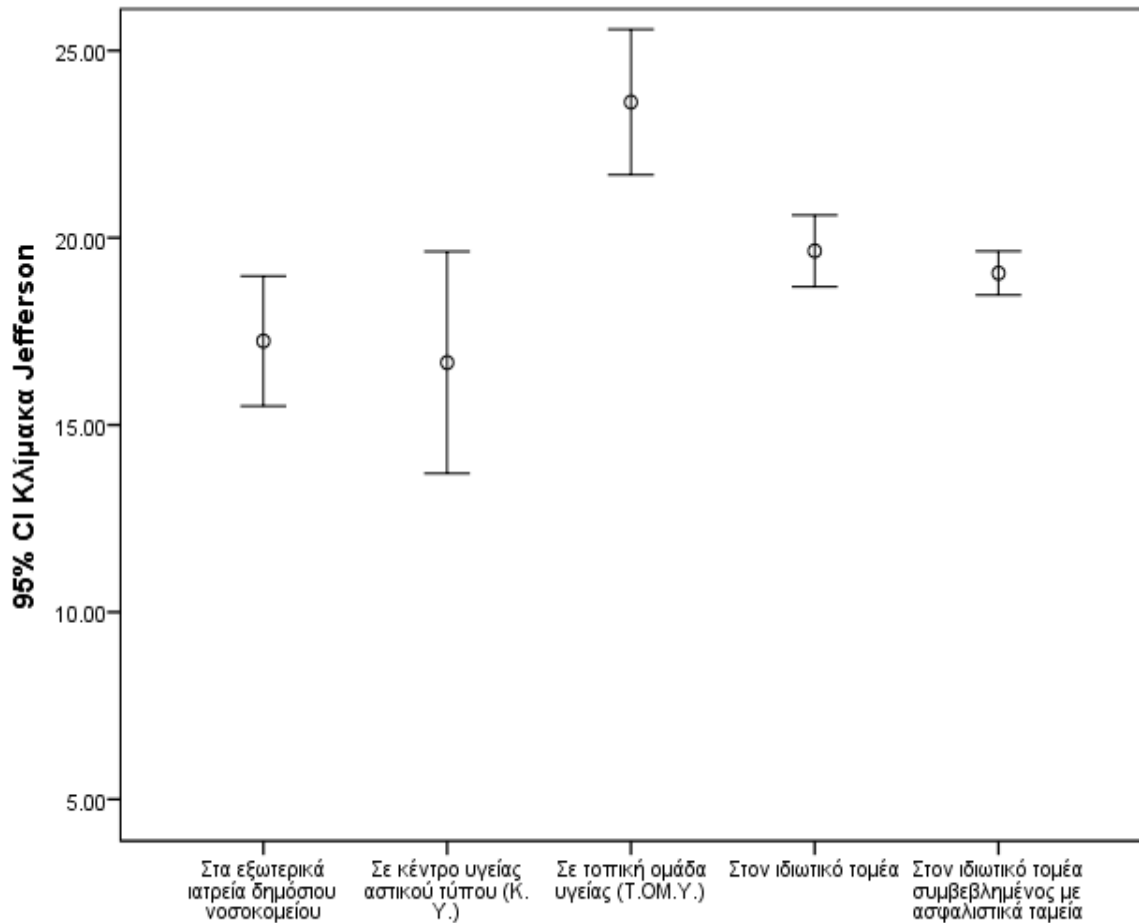
## ΣΧΗΜΑ 2

**Μέση τιμή της κλίμακας ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού και 95% Δ.Ε. της μέσης τιμής, ανάλογα με την ασφαλιστική κάλυψη των συμμετεχόντων**



### ΣΧΗΜΑ 3

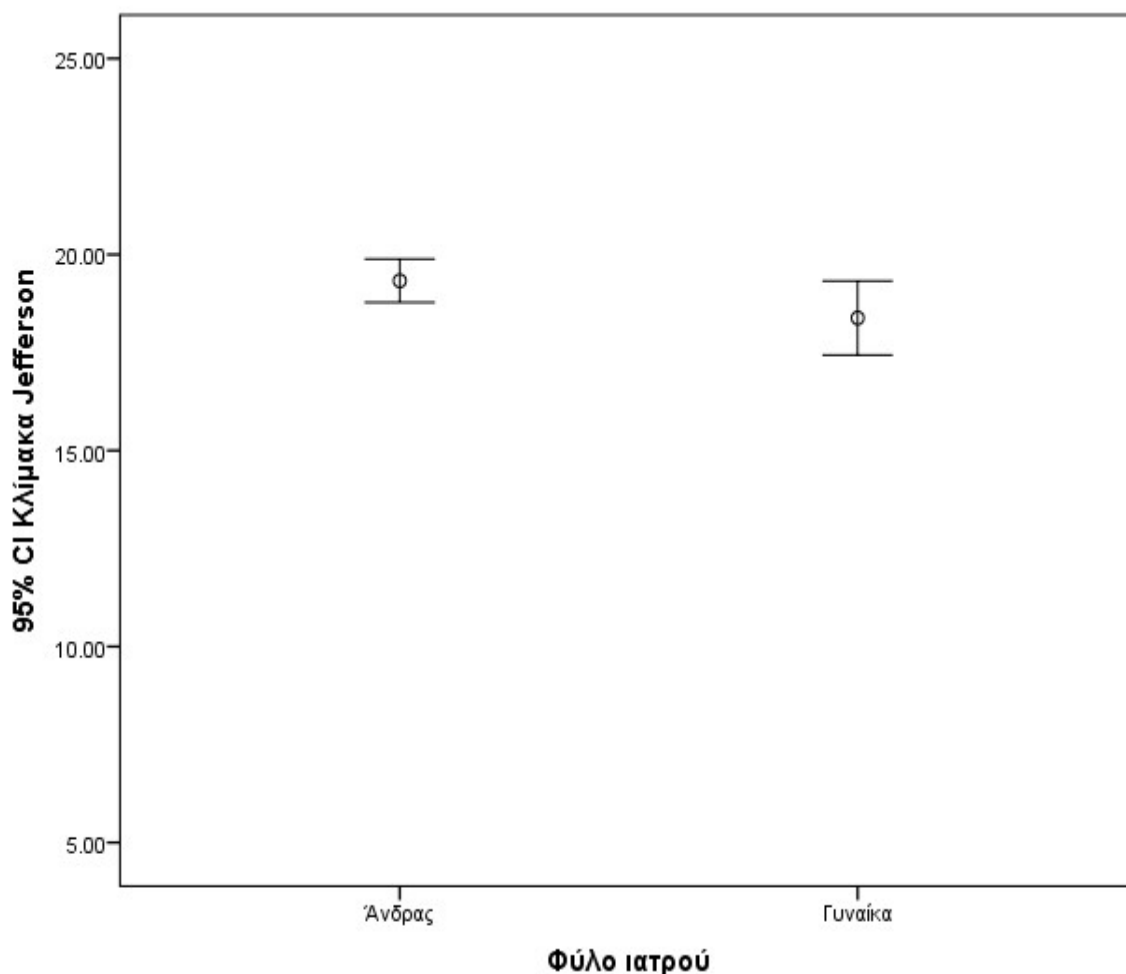
Μέση τιμή της κλίμακας ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού και 95% Δ.Ε. της μέσης τιμής, ανάλογα με τον τομέα ΠΦΥ που εργάζεται ο θεράπων ιατρός



**Ο θεράπων ιατρός εργάζεται:**

#### ΣΧΗΜΑ 4

**Μέση τιμή της κλίμακας ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού και 95% Δ.Ε. της μέσης τιμής, ανάλογα με το φύλο του θεράποντος ιατρού**



### 7.3 Διερεύνηση της πολυπαραγοντικής συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων και των στοιχείων του θεράποντος ιατρού με την κλίμακα ενσυναίσθησης

Στον Πίνακα 4, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Από την ανάλυση προκύπτει ότι:

- Οι συμμετέχοντες με δημόσια ασφάλιση υγείας, δηλώνουν κατά μέσο όρο υψηλότερη ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού κατά 3,14 μονάδες με 95% Δ.Ε. (-0,20 έως 6,47), σε σύγκριση με όσους δεν έχουν καθόλου ασφάλιση υγείας, κρατώντας τις υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου σταθερές.



- Οι συμμετέχοντες με ιδιωτική ασφάλιση υγείας, δηλώνουν κατά μέσο όρο υψηλότερη ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού κατά 6,43 μονάδες με 95% Δ.Ε. (2,20 έως 10,67), σε σύγκριση με όσους δεν έχουν καθόλου ασφάλιση υγείας, κρατώντας τις υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου σταθερές.
- Οι συμμετέχοντες με δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση υγείας, δηλώνουν κατά μέσο όρο υψηλότερη ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού κατά 4,11 μονάδες με 95% Δ.Ε. (0,51 έως 7,72), σε σύγκριση με όσους δεν έχουν καθόλου ασφάλιση υγείας, κρατώντας τις υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου σταθερές.
- Οι συμμετέχοντες των οποίων ο θεράπων ιατρός εργάζεται σε ΤΟΜΥ, δηλώνουν κατά μέσο όρο υψηλότερη ενσυναίσθηση κατά 6,08 μονάδες με 95% Δ.Ε. (2,49 έως 9,68), σε σύγκριση με όσους ο θεράπων ιατρός εργάζεται στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου, κρατώντας τις υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου σταθερές.
- Οι συμμετέχοντες των οποίων ο θεράπων ιατρός εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, δηλώνουν κατά μέσο όρο υψηλότερη ενσυναίσθηση κατά 1,95 μονάδες με 95% Δ.Ε. (0,06 έως 3,84), σε σύγκριση με όσους ο θεράπων ιατρός εργάζεται στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου, κρατώντας τις υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου σταθερές.
- Οι συμμετέχοντες των οποίων ο θεράπων ιατρός είναι γυναίκα, δηλώνουν κατά μέσο όρο χαμηλότερη ενσυναίσθηση κατά -1,03 μονάδες με 95% Δ.Ε. (-2,15 έως 0,09), σε σύγκριση με όσους ο θεράπων ιατρός είναι άνδρας, κρατώντας τις υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου σταθερές.
- Το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η συγκατοίκηση και το καθαρό ατομικό μηνιαίο εισόδημα δεν παίζουν στατιστικά σημαντικό ρόλο ( $p$ -value > 0,05) στον προσδιορισμό της κλίμακας ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού.

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Αποτελέσματα μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, προσαρμοσμένο για το φύλο, την ηλικία, τη συγκατοίκηση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το καθαρό ατομικό μηνιαίο εισόδημα, το είδος ασφάλισης υγείας, τον τομέα ΠΦΥ που εργάζεται ο θεράπων ιατρός και το φύλο του ιατρού. Εξαρτημένη μεταβλητή είναι η κλίμακα ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού

|  | $\beta$ | 95% Δ. Ε.          | t-test | p-value       |
|--|---------|--------------------|--------|---------------|
| <b>Φύλο</b>  |         |                    |        |               |
| Άνδρας   |         | Κατηγορία αναφοράς |        |               |
| Γυναίκα  | 0,67    | (-0,43 έως 1,76)   | 1,20   | 0,231         |
| <b>Ηλικία (έτη)</b>  | 0,02    | (-0,01 έως 0,06)   | 1,25   | 0,211         |
| <b>Μένει με άλλους</b>   |         |                    |        |               |
| Όχι  |         | Κατηγορία αναφοράς |        |               |
| Ναι  | -0,52   | (-1,79 έως 0,75)   | -0,80  | 0,423         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>                                     |         |                    |        |               |
| Δημοτικό ή καθόλου   |         | Κατηγορία αναφοράς |        |               |
| Δευτεροβάθμια  | 0,61    | (-1,39 έως 2,60)   | 0,60   | 0,549         |
| Τριτοβάθμια  | 0,22    | (-1,85 έως 2,29)   | 0,21   | 0,834         |
| <b>Καθαρό ατομικό μηνιαίο εισόδημα (ευρώ)</b>                  | -0,19   | (-0,81 έως 0,42)   | -0,63  | 0,531         |
| <b>Ασφάλιση υγείας</b>   |         |                    |        |               |
| Όχι  |         | Κατηγορία αναφοράς |        |               |
| Ναι – δημόσια ασφάλιση   | 3,14    | (-0,20 έως 6,47)   | 1,85   | <b>0,065</b>  |
| Ναι – ιδιωτική ασφάλιση  | 6,43    | (2,20 έως 10,67)   | 2,99   | <b>0,003*</b> |
| Ναι – δημόσια & ιδιωτική ασφάλιση                              | 4,11    | (0,51 έως 7,72)    | 2,24   | <b>0,026*</b> |
| <b>Ο θεράπων ιατρός σας εργάζεται:</b>                         |         |                    |        |               |
| Στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου                     |         | Κατηγορία αναφοράς |        |               |
| Σε κέντρο υγείας αστικού τύπου (ΚΥ)                            | -0,99   | (-3,83 έως 1,85)   | -0,69  | 0,492         |
| Σε τοπική ομάδα/μονάδα υγείας (ΤΟΜΥ)                           | 6,08    | (2,49 έως 9,68)    | 3,33   | <b>0,001*</b> |
| Στον ιδιωτικό τομέα  | 1,95    | (0,06 έως 3,84)    | 2,03   | <b>0,044*</b> |
| Στον ιδιωτικό τομέα συμβεβλημένος με ασφαλιστικά ταμεία(ΕΟΠΥΥ) | 1,23    | (-0,54 έως 3,00)   | 1,37   | 0,172         |
| <b>Φύλο ιατρού</b>   |         |                    |        |               |
| Άνδρας   |         | Κατηγορία αναφοράς |        |               |
| Γυναίκα  | -1,03   | (-2,15 έως 0,09)   | -1,81  | <b>0,072</b>  |

$\beta$ : Συντελεστής μερικής εξάρτησης

Δ.Ε.: Διάστημα Εμπιστοσύνης

\*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε  $\alpha=5\%$

#### **7.4 Σύνοψη στατιστικών συμπερασμάτων**

Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτέλεσε, η ανίχνευση και αποτύπωση της αντίληψης των μονίμων κατοίκων των νοτίων προαστίων Αττικής, για την ενσυναίσθηση των θεραπόντων ιατρών τους που εργάζονται στην ΠΦΥ, καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αντίληψη που έχουν για την ενσυναίσθηση των θεραπόντων ιατρών τους.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη είναι γυναίκα, μέσης ηλικίας 49 ετών, παντρεμένη, που συγκατοικεί με άλλους, απόφοιτη ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης, που εργάζεται ως ελεύθερη επαγγελματίας, δημόσια ή ιδιωτική υπάλληλος, που έχει δημόσια ασφάλιση υγείας και με καθαρό ατομικό μηνιαίο εισόδημα από 501 έως 1000 ευρώ. Έχει θεράποντα ιατρό άνδρα, ο οποίος ανήκει στον ιδιωτικό τομέα συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ. Σύμφωνα με την πλειοψηφία, ο θεράπων ιατρός μπορεί να δει τα πράγματα από την οπτική των ασθενών, ρωτάει σχετικά με το τι συμβαίνει στην καθημερινή τους ζωή, δείχνει να νοιάζεται για τους ίδιους και την οικογένειά τους, κατανοεί τα συναισθήματα, τα αισθήματα και τις ανησυχίες τους και γενικά είναι ιατρός με κατανόηση. Η αποτύπωση της ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού γίνεται με την αντίστοιχη κλίμακα, απ' όπου προκύπτει πως η ενσυναίσθηση που επιδεικνύουν είναι υψηλότερη από την αναμενόμενη.

Από τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής στατιστικής ανάλυσης, προκύπτουν ενδείξεις, πως οι άνδρες ιατροί έχουν κατά μέσο όρο υψηλότερη ενσυναίσθηση σε σύγκριση με τις γυναίκες συναδέλφους τους. Το εύρημα αυτό παραμένει, ακόμα και όταν λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες. Επιπλέον, από τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης, προκύπτει, ότι η ενσυναίσθηση των ιατρών εξαρτάται και από το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών, αλλά και από τον τομέα της ΠΦΥ στον οποίο εργάζεται ο ιατρός.

## 8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε στα νότια προάστια του νομού Αττικής και συγκεκριμένα στους δήμους Αγ. Δημητρίου, Αλίμου, Γλυφάδας, Ελληνικού – Αργυρούπολης, Καλλιθέας, Μοσχάτου – Ταύρου, Νέας Σμύρνης, Παλαιού Φαλήρου και Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης. Το δείγμα δεν στρωματοποιήθηκε κατά δήμο, λόγω της μεγάλης δυσκολίας εξεύρεσης δειγματοληπτικού πλαισίου, του περιορισμένου χρόνου και των φτωχών διαθέσιμων πόρων. Κατά συνέπεια, ο πληθυσμός του κάθε δήμου δεν αντιπροσωπεύεται αναλογικά στο εξεταζόμενο δείγμα.

## 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη, αξιολογείται η ενσυναίσθηση των ιατρών της ΠΦΥ, έτσι όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς τους, σε ένα γεωγραφικά προσδιορισμένο τμήμα του νομού Αττικής, στα νότια προάστια, ο πληθυσμός του οποίου θεωρείται αστικός. Καθώς ο νομός Αττικής δεν χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια δομών και προσωπικού στην ΠΦΥ, συγκρινόμενος με την ελληνική περιφέρεια και με δεδομένες τις επικρατούσες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, τις επιπτώσεις της πρόσφατης πανδημίας Covid-19 και τις συνεχόμενες μεταρρυθμίσεις στην ΠΦΥ, θα ήταν ενδιαφέρον να μελετήσουμε τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας.

Στο σημείο αυτό αξίζει να υπογραμμιστεί, ότι το JSPPPE μετρά την ενσυναίσθηση των ιατρών έτσι όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς και όχι τα πραγματικά επίπεδα ενσυναίσθησης που μπορεί να διαθέτει ο ιατρός. Υπό το πρίσμα αυτό, τα αποτελέσματα θα μπορούσαν εναλλακτικά να ερμηνευθούν ως προς την ικανοποίηση που νιώθει ο ασθενής από τον ιατρό του ή από το πόσο αρεστός είναι ο ιατρός στον ασθενή. (Borracci et al, 2017)

Από την στατιστική ανάλυση υποδείχθηκε ότι η ενσυναίσθηση του θεράποντος ιατρού στην ΠΦΥ, είναι κατά μέσο όρο υψηλότερη από την αναμενόμενη τιμή της κλίμακας, σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Ενδεχομένως, η υψηλή αυτή τιμή να μπορεί να ερμηνευθεί ως απόρροια του εγκλεισμού και της κοινωνικής αποστασιοποίησης, τα οποία βίωσαν οι συμμετέχοντες λόγω της πανδημίας Covid-19. Η ανάγκη τους για επικοινωνία και επαφή, καθώς και η διάθεση τους να διακρίνουν ενδιαφέρον από τον συνάνθρωπο, πόσο μάλλον από τον θεράποντα ιατρό τους, ίσως να τους έκανε περισσότερο ελαστικούς στην απόδοση βαθμολογίας. Το ενθαρρυντικό συμπέρασμα που προκύπτει από την έρευνα είναι, ότι οι ιατροί στην ΠΦΥ έτσι όπως αξιολογούνται από τους ασθενείς τους, φαίνεται να επιδεικνύουν υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης, γεγονός που συνάδει με τα ευρήματα της έρευνας των Platis et al, (2020), που υπέδειξε ότι οι ιατροί που δραστηριοποιούνται στην επαρχία επιδεικνύουν ικανοποιητικό βαθμό ενσυναίσθησης. Κρίνεται απαραίτητο να επεκταθεί η έρευνα σε μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού, ώστε να υπάρξει πιο ολοκληρωμένη εικόνα.

Μετά από τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων, φαίνεται ότι η μέση τιμή της κλίμακας ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού στην ΠΦΥ συσχετίζεται με το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, η στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα σε όσους έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας και στους ανασφάλιστους, με τους πρώτους να δίνουν υψηλότερες βαθμολογίες στους θεράποντες ιατρούς τους από ότι οι δεύτεροι. Το εύρημα αυτό ενδεχομένως να δικαιολογείται από το γεγονός, ότι οι συμμετέχοντες που καλύπτονται ασφαλιστικά από ιδιωτική ασφάλιση υγείας, μπορούν να επιλέξουν ελεύθερα τον θεράποντα ιατρό τους, χωρίς κανέναν περιορισμό και ειδικά χωρίς κανέναν οικονομικό περιορισμό, σε αντίθεση με τους ανασφάλιστους που δεν έχουν αυτή την ευχέρεια. Επίσης, θα πρέπει να αναφερθεί, ότι το συγκεκριμένο εύρημα αντιστοιχεί σε πολύ μικρό μέρος του δείγματος, δηλαδή στο 2,9% για όσους διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση και στο 2,7% για τους ανασφάλιστους. Αξίζει να σημειωθεί, ότι από το 2016 όλοι οι ανασφάλιστοι έχουν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Στατιστικά σημαντική διαφορά, βρέθηκε να υπάρχει στη μέση τιμή της κλίμακας ενσυναίσθησης του θεράποντος ιατρού, ανάλογα με τη δομή ΠΦΥ στην οποία εργάζεται. Οι ιατροί που εργάζονται σε ΤΟΜΥ, έλαβαν κατά μέσο όρο υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα ενσυναίσθησης από τους ιατρούς που εργάζονται σε ΚΥ, στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου και στον ιδιωτικό τομέα ως συμβεβλημένοι ή μη με τον ΕΟΠΥΥ. Η διαπίστωση αυτή παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον, καθώς οι ΤΟΜΥ είναι σχετικά νεοσύστατες δομές στον τομέα της ΠΦΥ και όπως έχει αναφερθεί, δεν έχουν ακόμα αναπτυχθεί πλήρως. Σε αυτό το σημείο θα μπορούσε να ειπωθεί, ότι η έλλειψη φόρτου εργασίας στις ΤΟΜΥ, καθώς ακόμα δεν έχει εγγραφεί ο μέγιστος αριθμός ατόμων που μπορεί να εξυπηρετηθεί, ενδεχομένως να συμβάλλει στην απόδοση υψηλότερων βαθμολογιών στους ιατρούς από τους χρήστες αυτών των υπηρεσιών. Το ενθαρρυντικό αυτό εύρημα αξίζει περαιτέρω διερεύνησης, καθώς ελάχιστα είναι γνωστά για την αντιληπτή ενσυναίσθηση των ιατρών που εργάζονται σε ΤΟΜΥ, τα οφέλη όμως από την ύπαρξη της είναι πολλά και αδιαμφισβήτητα για την επίτευξη των στόχων της ΠΦΥ.

Επίσης, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες των οποίων ο θεράπων ιατρός εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, αντιλαμβάνονται ότι ο ιατρός τους έχει υψηλότερη ενσυναίσθηση, σε σύγκριση με όσους, ο θεράπων ιατρός εργάζεται στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου. Αυτό το εύρημα εγείρει ερωτήματα για τον τρόπο λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων. Θα πρέπει βέβαια να ληφθεί σοβαρά

υπόψη, ο τεράστιος φόρτος εργασίας με τον οποίο επιβαρύνθηκαν τα δημόσια νοσοκομεία λόγω της πρόσφατης πανδημίας Covid-19, αλλά και γενικότερα να συνυπολογιστεί το γεγονός, ότι τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων εμφανίζουν υψηλό φόρτο εργασίας. Το γεγονός αυτό, πέραν του ότι εξαντλεί σωματικά και ψυχικά τους ιατρούς, δυσχεραίνει την εξεύρεση του απαραίτητου χρόνου που απαιτείται, προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο κάθε ασθενής με ενσυναίσθηση. Αντίθετα, ο ιδιώτης ιατρός, αφενός έχει τη δυνατότητα να αφιερώνει περισσότερο χρόνο στους ασθενείς του, καθιστώντας ευκολότερη την ενσυναίσθητη αντιμετώπιση του ασθενούς, αφετέρου, λόγω των πελατειακών σχέσεων που αναπτύσσονται, επιβάλλεται κατά κάποιο τρόπο, να επιδεικνύουν σε κάποιο βαθμό ενδιαφέρον και ενσυναίσθηση.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί, ότι το 83,4% του δείγματος επιλέγει ως θεράπων ιατρό στην ΠΦΥ, ιατρό που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα. Από το ποσοστό αυτό το 58,9% απευθύνεται σε ιδιώτη ιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ, ενώ το 24,5% σε ιδιώτη ιατρό. Το δεδομένο αυτό, ενισχύει τα ερωτηματικά για τον τρόπο λειτουργίας των λοιπών δομών ΠΦΥ και ενδεχομένως, για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας από τις δομές αυτές. Η τάση του δείγματος προς την κατεύθυνση του ιδιώτη ιατρού και μάλιστα του συμβεβλημένου με τον ΕΟΠΥΥ, θα πρέπει να μελετηθεί περαιτέρω και ενδεχομένως συναφή ευρήματα να ληφθούν σοβαρά υπόψη, ώστε η προσπάθεια της αναδιοργάνωσης της ΠΦΥ να βρίσκεται σε ορθή τροχιά. Ενδεχομένως, υποδεικνύεται η ανάγκη παροχής επαρκών κινήτρων, ώστε περισσότεροι ιδιώτες ιατροί να επιδιώξουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ, καλύπτοντας μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού και παρέχοντας υπηρεσίες με ενσυναίσθηση, εφάμιλλες αυτών που θα παρείχαν επ' αμοιβή.

Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις που υποδηλώνουν ότι η αντιληπτή ενσυναίσθηση των θεραπόντων ιατρών στην ΠΦΥ σχετίζεται με το φύλο του ιατρού. Σε αντίθεση με τις περισσότερες μελέτες, στην παρούσα μελέτη αποτυπώθηκε ότι οι άνδρες ιατροί έλαβαν κατά μέσο όρο υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα ενσυναίσθησης απ' ότι οι γυναίκες συνάδελφοί τους. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα από τις έρευνες των Bernardo et al. (2018), Katsari, Tyritidou, & Domeyer, (2020), Borracci et al. (2017) Borracci et al. (2015) και Hojat et al. (2002a) και μπορεί να οφείλεται στη μεθοδολογία, στην περιοχή που πραγματοποιήθηκε η μελέτη και στα διαφορετικά χαρακτηριστικά του ερευνητικού δείγματος. Αξίζει να σημειωθεί, ότι παραμένει αδιευκρίνιστο το αν η διαφοροποίηση της ενσυναίσθησης μεταξύ των φύλων είναι αποτέλεσμα στερεοτύπων ή

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

φυσικής προδιάθεσης και κοινωνικής επιρροής. Το εύρημα αυτό, θα ήταν ενδιαφέρον να ειδωθεί υπό το πρίσμα μιας τέτοιας θεώρησης και να διερευνηθεί περαιτέρω.

Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο, στην ηλικία, στην οικογενειακή κατάσταση, στις συνθήκες διαβίωσης, στο επίπεδο εκπαίδευσης, στην επαγγελματική κατάσταση, στο ύψος του ατομικού μηνιαίου εισοδήματος των συμμετεχόντων και στην ενσυναίσθηση των θεραπόντων ιατρών τους στην ΠΦΥ, έτσι όπως γίνεται αντιληπτή από τους συμμετέχοντες.

Εν κατακλείδι, το ενθαρρυντικό εύρημα του υψηλού επιπέδου ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ, έτσι όπως γίνεται αντιληπτό από τους μόνιμους κατοίκους των νοτίων προαστίων της Αττικής, υποδηλώνει μία τάση ικανοποίησης των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, θα μπορούσαν ίσως να χρησιμοποιηθούν προς την κατεύθυνση της ορθής αναδιοργάνωσης της ΠΦΥ, με ενίσχυση της ενσυναίσθησης των ιατρών στους τομείς της, που φαίνεται να υστερούν σε αυτό το σημείο. Η διαδικασία της πλήρους ανάπτυξης των ΤΟΜΥ, ίσως θα πρέπει να επιταχυνθεί, ενώ η παρότρυνση ιδιωτών ιατρών να ενταχθούν στον ΕΟΠΥΥ είναι ένα ζητούμενο. Η επέκταση της έρευνας σε μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου να υπάρξει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Νομοθετικό Διάταγμα 2592/53 - ΦΕΚ 254/Α/18-09-1953

Νόμος 1397/1983 - ΦΕΚ 143/Α/7-10-1983

Νόμος 2519/1997 - ΦΕΚ 165/Α//21-8-1997

Νόμος 3235/2004 - ΦΕΚ 53/Α/18-2-2004

Νόμος 3918/2011 - ΦΕΚ 31/Α/2-3-2011

Νόμος 4238/2014 – ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014

Νόμος 4461/2017 - ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017

Νόμος 4486/2017 - ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017

Ανδριοπούλου, Μ., Μάνος, Α., Δαλαμάγκα, Δ. και Χάρος, Δ. (2020) Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην αλληλεπίδραση της σχέσης ασθενών-ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(5): 625-630.

Ασπρίδης, Γ.Μ., Τσέλιος, Δ. και Ρωσσίδης, Γ.Φ. (2018) *Επιχειρησιακές επικοινωνίες Θεωρητική και πρακτική προσέγγιση*. Αθήνα: Κριτική.

Βενιού, Α. και Τεντολούρης, Ν. (2013) Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(5): 613-618.

Ζερβέα, Ε., Αποστολάκης, Ι. και Σαράφης, Π. (2020) Οι διεθνείς αρχές στην προσέγγιση της Ελλάδας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 12(1): 22-29.

Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ. και Σακελλάρη, Ε. (2015) *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. [ηλεκτρ. βιβλ.]. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Προσβάσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3301>

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Καραθανάση, Κ., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. και Ζυγά, Σ. (2009) Σύγκριση υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας των συστημάτων υγείας Κύπρου και Ελλάδας και προτεινόμενα μέτρα βελτίωσής τους. *Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά*, 10(3): 12-21.

Κιοσσές, Β. (2017) *Η ενσυναίσθηση στη σχέση γιατρού ασθενή. Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση του προγράμματος εκπαίδευσης φοιτητών ιατρικής στην ενσυναίσθηση « Έλα στη θέση μου, γιατρέ!»*. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Διδακτορική διατριβή.

Κουλούρη, Α. (2020) Διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 13(4): 38-50.

Κουρκούνη, Β. και Ηγουμενίδης, Μ. (2020) Σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και ηθικής ικανότητας σε νοσηλευτές. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(5): 640-649.

Λιονής, Χ. (2020) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα κάτω από το φως της Διακήρυξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Astana: Ένα κείμενο θέσεων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(2): 151-154.

Λιονής, Χ., Ιατράκη, Ε., Πιτέλου, Ε., Αλεξιάδης, Α., Ασπράκη, Γ., Γεωργιάννος, Ν., Μαρκάκη, Α. και Ραζής, Ν. (2015) *Σχέση ιατρού-ασθενή*. [ηλεκτρ. βιβλ.]. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Προσβάσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/5809>.

Μαλαβάζος, Θ., Μαρκασιώτη, Β., Μαλλιαρού, Μ. και Σαράφης, Π. (2019) Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα από την Alma-Ata στην Astana. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 11(3): 39-56.

Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2003) Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση. *Ψυχολογία*, 10 (2και3): 295-309.

Μπαλάσκα, Δ. και Μπιτσώρη, Ζ. (2019) Η Αναγκαιότητα της ίδρυσης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και η επίδρασή του στη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 8(1): 77-84.

Μπαμπινιώτης, Γ. (2012) *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*. Δ΄ έκδοση. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Μπελλάλη, Θ. (2018) Η επικοινωνία με τον ασθενή, στις μέρες μας: Αναγκαία ή περιττή κλινική δεξιότητα/πράξη; *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 11(1): 3-7.

Μπουραντάς, Δ. (2002) *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.

Πασχόπουλος, Μ., Σιαφάκα, Β. και Δερβένη, Ε. (2019) Η γλώσσα της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς. *Το Ελληνικό Βλέμμα*, 6: 49-56.

Πατσοπούλου, Α., Τερζούδης, Σ., Κραβαρίτης, Σ. και Κεσίσογλου Γ. (2021) Η σχέση ιατρού-ασθενή κατά τη διαδικασία λήψης των ιατρικών αποφάσεων και η διαχείριση της «καθησύχησης» σε ογκολογικούς ασθενείς. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 14(1): 3-15.

Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ, Φ.Ρ. (2016) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 15(4): 365-379.

Πιερράκος, Γ. (2013) *Μοντέλα διοίκησης μακροχρόνιας φροντίδας υγείας στην τοπική κοινωνία*. Αθήνα: Παπαζήση.

Πιερράκος, Γ. (2021α) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Διδακτικές σημειώσεις ΠΜΣ Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

Πιερράκος, Γ. (2021β) *Ελληνικό Περιβάλλον Σύστημα Υγείας*. Διδακτικές σημειώσεις ΠΜΣ Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

Πλεύρης, Α. (2022) *Γιατρός Για Όλους, Ισότιμη και Ποιοτική Πρόσβαση στις Υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας, Δικτυακός Τόπος Διαβουλεύσεων. Προσβάσιμο στο: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=3256>

Ποτήρης, Α. και Σαράφης, Π. (2014) Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(3): 116-121.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Σαραντοπούλου, Ζ. (2017) Η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών για την αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας. Η έννοια της ενσυναίσθησης. *Επιστημονικά χρονικά*, 22(3): 238-246.

Σταματάκος, Ι. (1999) *Λεξικόν της Αρχαίας Ελληνικής Γλώσσης*. 1η Έκδοση. Αθήνα: Βιβλιοπρομηθευτική.

Σταχτέας, Π. και Σταχτέας, Χ. (2021) Καταγραφή και Αξιολόγηση των Δομικών Αλλαγών του Ελληνικού Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 26(1): 88-101.

Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β. και Μίσιου, Α. (2015) *Εισαγωγή στη γενική ιατρική* [ηλεκτρ. βιβλ.]. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Προσβάσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3810>

Τσίγκου, Β., Αποστολάκης, Ι. και Σαράφης, Π. (2021) Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του ΕΣΥ έως σήμερα-Η διακήρυξη της Ασάνα και οι σύγχρονες προκλήσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 20(3): 273-289.

Τσουνής, Α. και Σαράφης, Π. (2014) Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(5): 534-540.

Φαλάρας, Β. (1999) *Η Ψυχαναλυτική Διαδικασία: Θεωρητικές έννοιες και όψεις της πρακτικής*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Φιλαλήθης, Α. (2021α) Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(5): 675-682.

Φιλαλήθης, Α. (2021β) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα Χαμένη στον λαβύρινθο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(4): 548-556.

Χαροκόπου, Δ. (2021) *Ενσυναίσθηση Λειτουργών Υγείας και Ενδυνάμωση του ασθενή*. Διδακτική Θεματική Ενότητα: Ποιότητα Φροντίδας - Θεραπευτική Αποτελεσματικότητα – Ποιότητα Ζωής. Διδακτικές σημειώσεις ΠΜΣ Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abe, K., Niwa, M., Fujisaki, K., & Suzuki, Y. (2018) Associations between emotional intelligence, empathy and personality in Japanese medical students. *BMC medical education*, 18(1): 47.

Al-Mansori, Z.K.A., & Reishaan, A.H.K. (2022) A pragmatic study of the communication skills in doctor-patient discourse. *Linguistics and Culture Review*, 6(S2): 383-406.

Ali, M. (2018) Communication skills 3: Non-verbal communication. *Nursing Times [online]*, 114(2): 41-42.

Alligood, M.R. (1992) Empathy: The Importance of Recognizing Two Types. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 30(3): 14-17.

Amelung, D., Whitaker, K.L., Lennard, D., Ogden, M., Sheringham, J., Zhou, Y., Walter, F.M., Singh, H., Vincent, C., & Black, G. (2020) Influence of doctor-patient conversations on behaviours of patients presenting to primary care with new or persistent symptoms: a video observation study. *BMJ Quality & Safety*, 29(3): 198–208.

Andersen, F.A., Johansen, A.B., Søndergaard, J., Andersen, C.M., & Assing Hvidt, E. (2020) Revisiting the trajectory of medical students' empathy, and impact of gender, specialty preferences and nationality: a systematic review. *BMC medical education*, 20(1): 52.

Ayre, J., Bonner, C., Bramwell, S., McClelland, S., Jayaballa, R., Maberly, G., & McCaffery, K. (2019) Factors for Supporting Primary Care Physician Engagement With Patient Apps for Type 2 Diabetes Self-Management That Link to Primary Care: Interview Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(1): e11885.

Bachelor, A. (1988) How clients perceive therapist empathy: A content analysis of "received" empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(2): 227–240.

Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004) The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences Simon Baron-Cohen<sup>1</sup> and Sally Wheelwright. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2): 163-175.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Baena-Baños, M., Corroero-Bermejoc, A., Soler-Martinsc, P.S., & Torre-Moyanod, S. (2020) Empathy training in health sciences: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, 44: 1-13.

Baugh, R.F., Hoogland, M.A., & Baugh, A.D. (2020) The Long-Term Effectiveness of Empathic Interventions in Medical Education: A Systematic Review. *Advances in Medical Education and Practice*, 11: 879-890.

Bellet, P.S., & Maloney, M.J. (1991) The Importance of Empathy as an Interviewing Skill in Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 266(13): 1831–1832.

Bernardo, M.O., Cecilio-Fernandes, D., Costa, P., Quince, T.A., Manuel João Costa, M.J., & Carvalho-Filho, M.A. (2018) Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS ONE*, 13(5): e0198488.

Bizzari, V., Dambha-Miller, H., Laughaey, W.F., & Carvalho, C. (2019) Defining therapeutic empathy: the philosopher's view. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 112(3): 91–95.

Borracci, R.A., Doval, H.C., Nuñez, C., Samarelli, M., Tamini, S., Tanus, E. (2015) Measurement of empathy among Argentine cardiologists: Psychometrics and differences by age, gender, and subspecialty. *Cardiology Journal*, 22(1): 52–56.

Borracci, R.A., Doval, H.C., Celano, L., Ciancio, A., Manente, D., & Calderon, J.G.E. (2017) Patients' perceptions of argentine physicians' empathy based on the jefferson scale of patient's perceptions of physician empathy: Psychometric data and demographic differences. *Education for Health*, 30(1): 19-25.

Brugel, S., Postma-Nilsenová, M., & Tates, K. (2015) The link between perception of clinical empathy and nonverbal behavior: The effect of a doctor's gaze and body orientation. *Patient education and counseling*, 98(10): 1260-1265.

Byrne, J.V., Whitaker, K.L., & Black, G.B. (2021) How doctors make themselves understood in primary care consultations: A mixed methods analysis of video data applying health literacy universal precautions. *PLoS ONE*, 16(9): e0257312.

Chandra, S., & Mohammadnezhad, M. (2021) Doctor–Patient Communication in Primary Health Care: A Mixed-Method Study in Fiji. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14): 7548.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Charitou, A., Ffli, P., & Vivilaki, V.G. (2019) Is empathy an important attribute of midwives and other health professionals? A review. *European Journal of Midwifery*, 3(Feb): 4.

Charles, J.A., Ahnfeldt-Mollerup, P., Søndergaard, J., & Kristensen, T. (2018) Empathy Variation in General Practice: A Survey among General Practitioners in Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3): 433.

Chen, D., Lew, R., Hershman, W., & Orlander, J. (2007) A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of general internal medicine*, 22(10): 1434–1438.

Datz, F., Wong, G., & Löffler-Stastka, H. (2019) Interpretation and Working through Contemptuous Facial Micro-Expressions Benefits the Patient-Therapist Relationship. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24): 4901.

Davis, M.H. (1980) A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy, *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(4): 85p.

Davis, M.H. (1983) Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1): 113-126.

Decety, J., & Lamm, C. (2006) Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, 6: 1146–1163.

Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Available at:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana, Kazakhstan, 25-26 October 2018. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

Derksen, F., Bensing, J., Kuiper, S., van Meerendonk, M., & Lagro-Janssen, A. (2015) Empathy: what does it mean for GPs? A qualitative study. *Family Practice*, 32(1): 94-100.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Derksen, F., Hartman, T.C.O., Van Dijk, A., Plouvier, A., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2017) Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients. *Patient education and counseling*, 100(5): 987-993.

Derksen, F.A.W.M., Olde Hartman, T.C., Lagro-Janssen, A.L.M., & Kramer, A.W.M. (2021) Clinical empathy in GP-training: Experiences and needs among Dutch GP-trainees. "Empathy as an element of personal growth". *Patient Education and Counseling*, 104(12): 3016-3022.

Dohrenwend, A. (2018) Defining Empathy to Better Teach, Measure, and Understand Its Impact. *Academic Medicine*, 93(12): 1754-1756.

Eklund, J.H., & Meranius, M.S. (2021) Toward a consensus on the nature of empathy: A review of reviews. *Patient Education and Counseling*, 104(2): 300–307.

Elayyan, M., Rankin, J., & Chaarani, M.W. (2018) Factors affecting empathetic patient care behaviour among medical doctors and nurses: an integrative literature review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(3): 311-318.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992) Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267(16): 2221-2226.

Esagian, G., Esagian-Pouftsis, S., & Kaprinis, S.G. (2019) Empathy in psychiatry and psychotherapy. *Psychiatriki*, 30(2): 156-164.

Finset, A. (2010) Emotions, narratives and empathy in clinical communication. *International Journal of Integrated Care*, 10: 53-56.

Firdous, J., & Hiba, S. (2019) Good Communication between Doctor-Patient Improves Health Outcome. *EJMED, European Journal of Medical and Health Sciences*, 1(4): 1-5.

Ganley, R.M. (1989) The Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI): current and potential uses with family systems. *Family Process*, 28(1): 107-115.

Guidi, C., & Traversa, C. (2021) Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern'. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 24(4): 573-585.

Ha, J.F., & Longnecker, N. (2010) Doctor-Patient Communication: A review. *The Ochsner Journal*, 10(1): 38-43.



*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Halpern, J. (2003) What is clinical empathy? *Journal of general internal medicine*, 18(8): 670-674.

Harbishettar, V., Krishna, K.R., Srinivasa, P., & Gowda, M. (2019) The enigma of doctor-patient relationship. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(S4): S776–S781.

Hemmerdinger, J.M., Stoddart, S.D.R., Lilford, R.J. (2007) A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education*, 7: 24.

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T.J., Cohen, M.J.M., Gonnella, J.S., Erdmann, J.B., Veloski, J.J., & Magee, M. (2001) The Jefferson Scale of Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2): 349-365.

Hojat, M., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002a) Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9): 1563-1569.

Hojat, M., Gonnella, J.S., Mangione, S., Nasca, T.J., Veloski, J.J., Erdmann, J.B., Callahan, C.A., & Magee, M. (2002b) Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education*, 36(6): 522-527.

Hojat, M. (2009) Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *Journal of Health and Human Services Administration*, 31(4): 412-450.

Hojat, M., Louis, D.Z., Markham, F.W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J.S. (2011) Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3): 359-364.

Hojat, M., Louis, D.Z., Maio, V., & Gonnella, J.S. (2013) Empathy and health care quality. *American Journal of Medical Quality*, 28(1): 6-7.

Hojat, M., DeSantis, J., & Gonnella, J.S. (2017) Patient Perceptions of Clinician's Empathy: Measurement and Psychometrics. *Journal of Patient Experience*, 4(2): 78-83.

Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S.C., Mortensen, L.H., Speicher, M.R., Bragan, L., LaNoue, M., & Calabrese, L.H. (2018) The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

national norms in medical students. *Advances in health sciences education: theory and practice*, 23(5): 899–920.

Hojat, M., Shannon, S.C., DeSantis, J., Speicher, M.R., Bragan, L., & Calabrese, L.H. (2019) Empathy in Medicine National Norms for the Jefferson Scale of Empathy: A Nationwide Project in Osteopathic Medical Education and Empathy (POME). *Journal of the American Osteopathic Association*, 119(8): 520-532.

Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S.C., Speicher, M.R., Bragan, L., & Calabrese, L.H. (2020) Empathy as related to gender, age, race and ethnicity, academic background and career interest: A nationwide study of osteopathic medical students in the United States. *Medical education*, 54(6): 571–581.

Howick, J., Bizzari, V., Dambha-Miller, H., & Oxford Empathy Programme (2018a) Therapeutic empathy: what it is and what it isn't. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7): 233–236.

Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T.R., Lewith, G., Bishop, F.L., Mistiaen, P., Roberts, N.W., Dieninytė, E., Hu, X.Y., Aveyard, P., & Onakpoya, I.J. (2018b) Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7): 240–252.

Hughes, S., Vennik, J.L., Smith, K.A., Bostock, J., Howick, J., Mallen, C., Little, P., Ratnapalan, M., Lyness, E., Leydon, G.M., Dambha-Miller, D., Morrison, L., Everitt, H.A., & Bishop, F.L. (2022) Clinician views on optimism and empathy in primary care consultations. *BJGP Open*, doi: <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0221>

Jani, B.D., Blane, D.N., & Mercer, S.W. (2012) The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship. *Forsch Komplementmed*, 19(5): 252-257.

Jungo, K.T., Anker, D., & Wildisen, L. (2020) Astana declaration: a new pathway for primary health care. *International Journal of Public Health*, 65: 511–512.

Kane, G.C., Gotto, J.L., Mangione, S., West, S., & Hojat, M. (2007) Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croatian medical journal*, 48(1): 81- 86.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Katsari, V., Tyritidou, A., & Domeyer, P.R. (2020) Physicians' Self-Assessed Empathy and Patients' Perceptions of Physicians' Empathy: Validation of the Greek Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy. *BioMed Research International*, 2020: 9379756, 10p.

Kelm, Z., Womer, J., Walter, J.K., & Feudtner, C. (2014) Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Medical Education*, 14: 219.

Kim, S.S., Kaplowitz, S., & Johnston, M.V. (2004) The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation and the Health Professions*, 27(3): 237-251.

Kiosses, V., Karathanos, V., & Tatsioni, A. (2016) Empathy promoting interventions for health professionals: a systematic review of RCTs. *Journal of Compassionate Health Care*, 3: 7.

Kline, J.A., Lin, M.P., Hall, C.L., Puskarich, M.A., Dehon, E., Kuehl, D.R., Wang, R. C., Hess, E.P., Runyon, M.S., Wang, H., & Courtney, D.M. (2020) Perception of Physician Empathy Varies With Educational Level and Gender of Patients Undergoing Low-Yield Computerized Tomographic Imaging. *Journal of patient experience*, 7(3): 386–394.

Kohut, H. (1959) Introspection, empathy, and psychoanalysis. An Examination of the Relationship between Mode of Observation and Theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7(3): 458-483.

Korzh, O., & Tsodikova, O. (2019) Improving doctor-patient communication in a primary care setting. *Romanian Journal of Medical Practice*, 14(1): 12-16.

Kourakos, M.I., Vlachou, E.D., & Kelesi, M.N. (2018) Empathy in the Health Professions: An Ally in the Care of Patients with Chronic Diseases. *International Journal of Health Sciences & Research*, 8(2): 233-240.

Kourakos, M., Fradelos, E.C., Papathanasiou, I.V., Saridi, M., & Kafkia, T. (2018) Communication as the Basis of Care for Patients with Chronic Diseases. *American Journal of Nursing Science*, 7(3-1): 7-12.

Kourmoussi, N., Amanaki, E., Tzavara, C., Merakou, K., Barbouni, A., & Koutras, V. (2017) The Toronto empathy questionnaire: reliability and validity in a nationwide sample of greek teachers. *Social Sciences*, 6(2): 62p.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Lan, Y.L., & Yan, Y.H. (2017) The Impact of Trust, Interaction, and Empathy in Doctor-Patient Relationship on Patient Satisfaction. *Journal of Nursing and Health Studies*, 2(2):8. doi: 10.21767/2574-2825.100015

Laughey, W.F., Atkinson, J., Craig, A.M., Douglas, L., Brown, M.E., Scott, J.L., Alberti, H., & Finn, G.M. (2021) Empathy in Medical Education: Its Nature and Nurture - a Qualitative Study of the Views of Students and Tutors. *Medical Science Educator*, 31(6): 1-10.

Lelorain, S., Sultan, S., Zenasni, F., Catu-Pinault, A., Jaury, P., Boujut, E., & Rigal, L. (2013) Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners. *The European Journal of General Practice*, 19(1): 23-28.

Levett-Jones, T., Cant, R., & Lapkin, S. (2019) A systematic review of the effectiveness of empathy education for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 75: 80-94.

Lings, P., Evans, P., Seamark, D., Seamark, C., Sweeney, K., Dixon, M., & Gray, D.P. (2003) The doctor-patient relationship in US primary care. *JRSM, Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(4): 180-184.

Lunenburg, F. C. (2010) Communication: The process, barriers, and improving effectiveness. *Schooling*, 1(1): 1-11.

Malik, A.P., & Khan, A.M. (2020) Bridging The Gap: A review of communication skills challenges for expatriate doctors in the Arabian Gulf. *World Family Medicine*, 18(10): 107-111.

Matusitz, J., & Spear, J. (2014) Effective Doctor-Patient Communication: An Updated Examination. *Social Work in Public Health*, 29(3): 252-266.

McCabe, R., & Healey, P.G.T. (2018) Miscommunication in Doctor-Patient Communication. *Topics in Cognitive Science*, 10(2): 409-424.

Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972) A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40(4): 525-543.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτιών Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Mehta, A., Adams, N., Fredrickson, M., Kraszkiwicz, W., Siy, J., Hamel, L., & Hendel-Paterson, B. (2021) Craving Empathy: Studying the Sustained Impact of Empathy Training on Clinicians. *Journal of Patient Experience*, 8:1-8.

Mercer, S.W., & Reynolds, W.J. (2002) Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52: S9-S13.

Mercer, S.W., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G.C.M. (2004) The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, 21(6): 699-705.

Mercer, S.W., Fitzpatrick, B., Gourlay, G., Vojt, G., McConnachie, A., & Watt, G.C.M. (2007) More time for complex consultations in a high-deprivation practice is associated with increased patient enablement. *British Journal of General Practice*, 57(545): 960-966.

Mercer, S.W., Higgins, M., Bikker, A.M., Fitzpatrick, B., McConnachie, A., Lloyd, S. M., Little, P., & Watt, G.C. (2016) General Practitioners' Empathy and Health Outcomes: A Prospective Observational Study of Consultations in Areas of High and Low Deprivation. *Annals of family medicine*, 14(2): 117–124.

Mitropoulos, P., Vasileiou, K., & Mitropoulos, I. (2018) Understanding quality and satisfaction in public hospital services: A nationwide inpatient survey in Greece. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40: 270-275.

Morse, J.M., Anderson, G., Bottorff, J.L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S.M., & McIlveen, K.H. (1992) Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image the Journal of Nursing Scholarship*, 24(4): 273-280.

Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020) The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel)*, 8(1): 26.

Myloneros, T., & Sakellariou, D. (2021) The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 21(1): 628. doi: [10.1186/s12913-021-06678-9](https://doi.org/10.1186/s12913-021-06678-9)

Neumann, D.L., Chan, R.C.K., Boyle, G.J., Wang, Y., & Westbury, H.R. (2015) *Chapter 10 - Measures of Empathy: Self-Report, Behavioral, and Neuroscientific Approaches*. pp

Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.

257-289. In: Boyle, G.J, Saklofske, D.H., & Matthews, G. (eds) *Measures of Personality and Social Psychological Constructs*. Academic Press.

Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M., & Edelhäuser, F. (2012) Physician empathy: Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29(1): 11.

Olivera, J., Braun, M., & Roussos, A.J. (2011) Instrumentos Para la Evaluación de la Empatía en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 20(2): 121-132.

O'Tuathaigh, C.M.P., Nadhirah Idris, A., Duggan, E., Costa, P., & Costa, M.J. (2019) Medical students' empathy and attitudes towards professionalism: Relationship with personality, specialty preference and medical programme. *PLoS One*, 14(5): e0215675.

Parker, D., Byng, R., Dickens, C., Kinsey, D., & McCabe, R. (2020) Barriers and facilitators to GP-patient communication about emotional concerns in UK primary care: a systematic review. *Family Practice*, 37(4): 434-444.

Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M.B., Kilgannon, H., Trzeciak, S., & Roberts, B.W. (2019) Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PloS one*, 14(8): 1-25.

Paulus, C.M., & Meinken, S. (2022) The effectiveness of empathy training in health care: a meta-analysis of training content and methods. *International Journal of Medical Education*, 13: 1-9.

Platis, C., Papagiannopoulou, D., Zoulias, E., Pierrakos, G., & Bellali, T. (2020) Evaluation of the Physicians' Empathy by their Patients: A Study among the Population of Evia Island, Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1): 620-625.

Pun, J.K.H., Chan, A., Wang, S., & Slade, D. (2018) Health professional-patient communication practices in East Asia: An integrative review of an emerging field of research and practice in Hong Kong, South Korea, Japan, Taiwan, and Mainland China. *Patient Education and Counseling*, 101(7): 1193-1206.

Ranjan, P., Kumari, A., & Chakrawarty, A. (2015) How can Doctors Improve their Communication Skills? *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(3): JE01-JE04.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Ratka, A. (2018) Empathy and the Development of Affective Skills. *American journal of pharmaceutical education*, 82(10): 7192.

Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009) The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *The British Journal of General Practice*, 59(561): e116-133.

Riess, H., Kelley, J.M., Bailey, R.W., Dunn, E.J., & Phillips, M. (2012) Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *Journal of general internal medicine*, 27(10): 1280-1286.

Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997) Communication patterns of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, 277(4): 350-356.

Roter, D.L., & Hall, J. A. (2006) *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. 2<sup>nd</sup> edition. Westport: Praeger.

Sadati, A.K., Tabei, S.Z., & Lankarani, K.B. (2018) A Qualitative Study on the Importance and Value of Doctor-Patient Relationship in Iran: Physicians' Views. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(10): 1895–1901.

Saridi, M., Kourtis, G., Kourakos, M., & Albani, E. (2017) *The role of nursing administration and communication regarding the best possible care provision*. In: Williams, E. (edr) *Patient Safety and Management: Perspectives, Principles and Emerging Issues*. New York: Nova Science Publishers.

Seshadri, K. (2020) *Doctor–Patient Communication*. In: Parija S.C, & Adkoli B.V. (eds) *Effective Medical Communication The A, B, C, D, E of it*. Singapore: Springer.

Shi, M., & Du, T. (2020) Associations of emotional intelligence and gratitude with empathy in medical students. *BMC medical education*, 20(1): 116.

Shiraly, R., Mahdaviyazad, H., & Pakdin, A. (2021) Doctor-patient communication skills: a survey on knowledge and practice of Iranian family physicians. *BMC Family Practice*, 22: 130.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Simões, J.A., Prazeres, F., Maricoto, T., Simões, P.A., Lourenço, J., Romano, J.P., & Santiago, L.M. (2021) Physician empathy and patient enablement: survey in the Portuguese primary health care. *Family Practice*, 38(5): 606-611.

Smith, K.A., Bishop, F.L., Dambha-Miller, H., Ratnapalan, M., Lyness, E., Vennik, J., Hughes, S., Bostock, J., Morrison, L., Mallen, C., Yardley, L., Everitt, H., Little, P., & Howick, J. (2020) Improving Empathy in Healthcare Consultations-a Secondary Analysis of Interventions. *Journal of General Internal Medicine*, 35(10): 3007-3014.

Sobczak, K., Leoniuk, K., & Janaszczyk, A. (2018) Delivering bad news: patient's perspective and opinions. *Patient preference and adherence*, 12: 2397–2404.

Spreng, R.N., McKinnon, M.C., Mar, R.A., & Levine, B. (2009) The Toronto Empathy Questionnaire: scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment*, 91(1): 62-71.

Stepien, K.A., & Baernstein, A. (2006) Educating for empathy: a review. *Journal of General Internal Medicine*, 21(5): 524–530.

Suciu, N., Meliț, L. E., & Mărginean, C.O. (2021) A Holistic Approach of Personality Traits in Medical Students: An Integrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(23): 12822.

Sun, B.Z., Chaitoff, A., Hu, B., Neuendorf, K., Manne, M., & Rothberg, M.B. (2017) Empathy, burnout, and antibiotic prescribing for acute respiratory infections: a cross-sectional primary care study in the US. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 67(661): e565–e571.

Surchat, C., Carrard, V., Gaume, J., Berney, A., & Clair, C. (2022) Impact of physician empathy on patient outcomes: a gender analysis. *British Journal of General Practice*, 72(715): e99-e107.

Sustersic, M., Gauchet, A., Kernou, A., Gibert, C., Foote, A., Vermorel, C., & Bosson, J.L. (2018) A scale assessing doctor-patient communication in a context of acute conditions based on a systematic review. *PLoS ONE*, 13(2): e0192306.

Tamayo, C.A., Rizkalla, M.N., & Henderson, K.K. (2016) Cognitive, Behavioral and Emotional Empathy in Pharmacy Students: Targeting Programs for Curriculum Modification. *Frontiers in Pharmacology*, 7(96): 1-8.



Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.

Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017) Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6:18-29.

Wu, Q., Jin, Z., & Wang, P. (2021) The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust. *Journal of General Internal Medicine*, 37: 1388–1393.

Yu, J., & Kirk, M. (2009) Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9): 1790-1806.

Yuguero, O., Marsal, J.R., Buti, M., Esquerda, M., & Soler-González, J. (2017) Descriptive study of association between quality of care and empathy and burnout in primary care. *BMC Medical Ethics*, 18: 54. doi: [10.1186/s12910-017-0214-9](https://doi.org/10.1186/s12910-017-0214-9)

Yuguero, O., Melnick, E.R, Marsal, J.R., Esquerda, M., & Soler-González, J., (2018) Cross-sectional study of the association between healthcare professionals' empathy and burnout and the number of annual primary care visits per patient under their care in Spain. *BMJ Open*, 8(7): 1-6.

Yuguero, O., Marsal, J.R., Esquerda, M., Galvan, L., & Soler-González, J. (2019) Cross-sectional study of the association between empathy and burnout and drug prescribing quality in primary care. *Primary health care research & development*, 20: e145.

Zabar, S., Hanley, K., Wilhite, J.A., Altshuler, L., Kalet, A., & Gillespie, C. (2020) In the room where it happens: do physicians need feedback on their real-world communication skills? *BMJ Quality & Safety*, 29(3): 182-184.

## ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

Περιφέρεια Αττικής <https://www.patt.gov.gr/> (προσβάσιμη στις 17-02-2022).

ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφή 2011 <https://www.statistics.gr/> (προσβάσιμη στις 17-02-2022).

Δήμος Βάρης Βούλας Βουλιαγμένης (2021) Μακροπρόθεσμος Σχεδιασμός για την Ενέργεια και το Κλίμα προς την Ανθρακική Ουδετερότητα 2050 <https://3vita.gr/wp-content/uploads/2021/06/sxedio-klimatiki-allagi-2050.pdf> (προσβάσιμη στις 18-02-2022)

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

Υπουργείο Υγείας (2022) Δημόσιες Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry> (προσβάσιμη στις 18-02-2022)

ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφή Κέντρων Υγείας του ΠΕΔΥ (2019) <https://www.statistics.gr/> (προσβάσιμη στις 17-02-2022).

Άτλας Υγείας (2022) <https://healthatlas.gov.gr/#/> (προσβάσιμη στις 18-02-2022)

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **1. ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΓΝΩΡΙΜΙΑΣ**

Ονομάζομαι Μαθέ Μαρίνα, είμαι εργοθεραπεύτρια στο Α ΚΑΠΗ (Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων), του Δήμου Ελληνικού-Αργυρούπολης ενώ παράλληλα ολοκληρώνω τις μεταπτυχιακές σπουδές μου, στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» στην σχολή Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ).

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας εξυπηρετεί την έρευνα που πραγματοποιείται στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας μου η οποία εκπονείται υπό την επίβλεψη του καθηγητή δρ. Πλατή Χαράλαμπου. Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η ανίχνευση και αποτύπωση της αντίληψης σας για την ενσυναίσθηση των θεραπόντων ιατρών σας που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).

Θα χρειαστεί να απαντήσετε σε κάποιες ερωτήσεις, διαδικασία που δε θα διαρκέσει πολύ. Μας ενδιαφέρουν οι απόψεις και οι εμπειρίες σας. Σας παρακαλούμε απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα χωρίς να παραλείπετε κανένα. Σε κάθε ερώτηση είναι δυνατή μόνο μια απάντηση. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και σας διαβεβαιώνουμε πως οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν αυστηρώς απόρρητες. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενδέχεται να δημοσιευθούν σε επιστημονικό περιοδικό.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση μη διστάσετε όπως επικοινωνήσετε μαζί μου.

## **2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

### **ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**1. ΦΥΛΟ**                    ΑΝΔΡΑΣ\_\_\_                    ΓΥΝΑΙΚΑ\_\_\_

**2. ΗΛΙΚΙΑ** \_\_\_\_\_

### **3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

1. ΑΝΥΠΑΝΤΡΟΣ / Η

2. ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ / Η

3. ΧΗΡΟΣ / Α

4. ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΣ / Η

### **4. ΜΕΝΕΤΕ:**

1. ΜΟΝΟΣ / Η

2. ΟΧΙ ΜΟΝΟΣ / Η

### **5. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΑΣ;**

1. ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΕΙ ΣΧΟΛΕΙΟ

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

2. ΔΗΜΟΤΙΚΟ

3. ΓΥΜΝΑΣΙΟ

4. ΛΥΚΕΙΟ

5. ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ / ΙΕΚ

6. ΤΕΙ

7. ΑΕΙ

8. ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

**6. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;**

1. ΕΡΓΑΤΗΣ /ΤΡΙΑ – ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

2. ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ / Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ

3. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ / Η ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

4. ΔΗΜΟΣΙΟ / Α ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

5. ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ

6. ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ

7. ΑΝΕΡΓΟΣ/Η

8. ΑΝΗΜΠΟΡΟΣ/Η ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ

**7. ΕΧΕΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ;**

1. ΝΑΙ – ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

2. ΝΑΙ – ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

3. ΝΑΙ – ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ

4. ΟΧΙ

**8. ΠΟΣΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΚΑΘΑΡΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΣΑΣ;**

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*

1. 0 ΕΥΡΩ
2. 1 – 500 ΕΥΡΩ
3. 501 – 1000 ΕΥΡΩ
4. 1001 – 1500 ΕΥΡΩ
5. 1501 ΕΥΡΩ ΚΑΙ ΑΝΩ

**9. Ο ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ ΣΑΣ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ:**

1. ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
2. ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΥ)
3. ΣΕ ΤΟΠΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΤΟΜΥ)
4. ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ
5. ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ (ΕΟΠΥΥ)

**10. Ο ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ:**

ΑΝΔΡΑΣ\_\_\_ ΓΥΝΑΙΚΑ\_\_\_

**Κλίμακα του Jefferson σχετικά με τις αντιλήψεις των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών**

Οδηγίες: Θα θέλαμε να γνωρίζουμε κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις σχετικά με τον ιατρό σας που αναφέρονται παρακάτω.

Παρακαλώ χρησιμοποιήστε την 5-βάθμια κλίμακα και σημειώστε την αξιολόγησή σας από 1 έως 5 στο υπογραμμισμένο διάστημα πριν από κάθε δήλωση (**το 1 σημαίνει ότι Διαφωνείτε Απόλυτα και το 5 σημαίνει ότι Συμφωνείτε Απόλυτα με την δήλωση**).

1----2----3----4----5

**Διαφωνώ πολύ**

**Συμφωνώ πολύ**

1. \_\_\_\_ Μπορεί να δει τα πράγματα από την δική μου οπτική (βλέπει τα πράγματα όπως τα βλέπω εγώ).
2. \_\_\_\_ Ρωτάει σχετικά με το τι συμβαίνει στην καθημερινή μου ζωή.
3. \_\_\_\_ Δείχνει να νοιάζεται για μένα και την οικογένειά μου.
4. \_\_\_\_ Κατανοεί τα συναισθήματα, τα αισθήματα και τις ανησυχίες μου.
5. \_\_\_\_ Είναι ιατρός με κατανόηση

**ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!**

Πηγή: Platis et al., 2020, ιδία επεξεργασία.

*Αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών της ΠΦΥ από τους ασθενείς τους: Μελέτη στον πληθυσμό των Νοτίων Προαστίων Αττικής. Μαρίνα Μαθέ.*