

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας»
MSc in Health and Social Care Management

**“Η εξέλιξη του Μοντέλου του Οικογενειακού γιατρού: Από τη σχέση
Γιατρός - Ασθενής στην οργάνωση Ομάδων Υγείας στην Τοπική
Κοινωνία και η Αντιμετώπιση Επιδημικών Φαινομένων όπως ο Ιός
Covid-19”**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σαβούρη Δήμητρα
Α.Μ: 19051

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Γεώργιος Πιερράκος

ΑΘΗΝΑ 2021

**“Η εξέλιξη του Μοντέλου του Οικογενειακού γιατρού: Από τη σχέση
Γιατρός - Ασθενής στην οργάνωση Ομάδων Υγείας στην Τοπική
Κοινωνία και η Αντιμετώπιση Επιδημικών Φαινομένων όπως ο Ιός
Covid-19”**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Επιβλέπων Καθηγητής

Καθηγητής

Δρ. Γεώργιος Πιερράκος

Μέλος

Καθηγητής

Μάρκος Σαρρής

Μέλος

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Ασπασία Γούλα

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Σαβούρη Δήμητρα του Δημητρίου με αριθμό μητρώου 19051 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 30/6/2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Σαβούρη Δήμητρα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	7
Η ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	7
1.1 Η Έννοια και τα Χαρακτηριστικά του Μοντέλου του Οικογενειακού Γιατρού..	7
1.2 Ο Οικογενειακός Ιατρός στη Σύγχρονη Ιατρική.....	9
1.3 Παράγοντες που Επηρεάζουν την Εφαρμογή των Μεθόδων του Μοντέλου του Οικογενειακού Γιατρού στην Ελλάδα.....	12
1.4 Τρόπος Εφαρμογής των Μεθόδων του Μοντέλου του Οικογενειακού Γιατρού στην Ελλάδα	16
1.5 Ενδεχόμενα Προβλήματα στην Υγεία των Οικογενειακών Ιατρών από τις Υπηρεσίες που Προσφέρουν στους Ασθενείς	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	21
Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΣ – ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ (2) ΜΕΡΩΝ	21
2.1 Παράγοντες που Οριοθετούν τη Σχέση Γιατρός - Ασθενής στο Μοντέλο του Οικογενειακού Γιατρού	21
2.2 Προέλευση του Μοντέλου του Οικογενειακού Γιατρού και Οριοθέτηση της Σχέσης Γιατρός Ασθενής	25
2.3 Βασικές Αρχές του Προγράμματος στο Μοντέλο του Οικογενειακού Γιατρού στις Μέρες μας και ως προς την Διαμόρφωση Σχέσης Γιατρού - Ασθενής	28
2.4 Ο ιός Covid- 19 (SARS-coV-2).....	29
2.4.1 Αιτίες Μετάδοσης.....	32
2.4.2 Διάγνωση του Ιού	33
2.4.3 Ίαση από Μέρους των Ιατρών και Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.....	35
2.5 Ο Ρόλος των Οικογενειακών Ιατρών και της Ιατρικής Ομάδας στην Αντιμετώπιση της Πανδημίας όπως ο Ιός Covid-19.....	38
2.6 Ειδικότερος Ρόλος των Οικογενειακών Γιατρών στην Κοινωνία και ως προς την Αντιμετώπιση του Ιού Covid-19	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	49
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗΣ	49
3.1 Μεθοδολογία Έρευνας.....	49
3.2 Ερευνητική Προσέγγιση.....	50
3.3 Μέθοδος και Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων	50
3.4 Άρθρα που Χρησιμοποιήθηκαν στην Εν Λόγω Εργασία.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	54
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΚΩΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ ΟΠΩΣ Ο ΙΟΣ COVID-19	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	61
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	69
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	72

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με όσα θα αναφερθούν και θα σχολιαστούν στις ακόλουθες σελίδες της εργασίας, θα λέγαμε πως βασικός σκοπός αυτής, αναφέρεται σχετικά η συλλογή, αξιολόγηση και συζήτηση στοιχείων που τοποθετούνται στο πλαίσιο της ανάλυσης για τον Οικογενειακό Ιατρό στην Ελλάδα καθώς και στην εξέλιξη του μοντέλου του οικογενειακού ιατρού στην Ελλάδα από τη σχέση Γιατρός – Ασθενής και ο ρόλος της εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο (2) Μερών καθώς και ως προς τον Ρόλο του Οικογενειακού Γιατρού στην αντιμετώπιση επιδημικών φαινομένων όπως ο Ιός Covid-19.

Ως εκ τούτου, και προκειμένου η εν λόγω εργασία να θεωρείται ορθή και αποτελεσματική ως προς τα στοιχεία που εξετάζει, διαχωρίζεται σε έξι (6) κεφάλαια, με το Κεφάλαιο 1 να αναφέρεται στην Έννοια και τα Χαρακτηριστικά του Μοντέλου του Οικογενειακού Γιατρού στην Ελλάδα, το Κεφάλαιο 2 να οριοθετείτε στην Εξέλιξη του Μοντέλου του Οικογενειακού Γιατρού στην Ελλάδα από τη Σχέση Γιατρός – Ασθενής και ο Ρόλος της Εμπιστοσύνης Μεταξύ των Δύο (2) Μερών και ως προς την Αντιμετώπιση Ιατρικών Σφαλμάτων, το Κεφάλαιο 3 αναφέρεται στην Μεθοδολογία Βιβλιογραφικής Επισκόπησης, το Κεφάλαιο 4 αναφέρεται στον Ρόλο του Οικογενειακού Γιατρού στην Αντιμετώπιση Επιδημικών Φαινομένων όπως ο Ιός Covid-19, το Κεφάλαιο 5 αναφέρεται στην Συζήτηση Αποτελεσμάτων και τέλος το Κεφάλαιο 6 αναφέρεται στον Επίλογο και τα συμπεράσματα της εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και οι εφαρμογές της συνιστούν ένα εξελισσόμενο τομέα της νοσηλευτικής επιστήμης (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2005) και θα συνεχίσουν να αποτελούν σημαντικό τμήμα της φροντίδας υγείας στο μέλλον, ιδιαίτερα μετά τις πρόσφατες και τρέχουσες μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας, όπου το ενδιαφέρον στρέφεται προς την κοινότητα και επομένως την οικογένεια.

Η έρευνα στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού μέχρι στιγμής έχει εστιαστεί στα άτομα και τη φροντίδα υγείας τους. Ακόμα, η έρευνα που αναφέρεται στη ψυχική υγεία των οικογενειών είναι πιο ανεπτυγμένη απ' ό τι η έρευνα για την οικογένεια και τη σωματική υγεία (Μελιτζανά, Χατζίδου, 2000). Πρόσφατα το ενδιαφέρον στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού έχει στραφεί προς την συσχέτιση και σύνδεση της δυναμικής της οικογένειας με την υγεία και την αρρώστια. Χρειάζεται, ωστόσο, να διεξαχθεί και να αναπτυχθεί από τους κοινοτικούς νοσηλευτές περαιτέρω έρευνα εστιασμένη στην οικογένεια.

Η εκπαίδευση στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού περιλαμβάνεται πλέον πιο συχνά στα προγράμματα των νοσηλευτικών σχολών, τόσο των ΗΠΑ όσο και του Καναδά, σε σύγκριση με το παρελθόν. Πρόσφατες μελέτες σχετικά με την οικογενειακή νοσηλευτική (Nies, McEwen, 2001) κατέληξαν στα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Περισσότερα μαθήματα με περιεχόμενο που άπτεται της Οικογενειακής Ιατρικής περιλαμβάνονται στα προγράμματα προπτυχιακών και μεταπτυχιακών σπουδών, αλλά θα μπορούσαν να διδάσκονται πιο ολοκληρωμένα και ως αυτόνομα μαθήματα.
- Διδάσκεται κυρίως μια εκλεκτική προσέγγιση της οικογενειακής αξιολόγησης, παρά συγκεκριμένα μοντέλα και «εργαλεία» αξιολόγησης.
- Πολλές θεωρίες και εφαρμογές παραμένουν εστιασμένες στο άτομο και όχι στην οικογένεια ως σύνολο.
- Για να είναι εφικτή η εξάσκηση της Οικογενειακής Ιατρικής στην κοινότητα απαιτείται η εκπαίδευση περισσότερων νοσηλευτών στο εν λόγω αντικείμενο.

Σύμφωνα με τα παραπάνω λοιπόν, η παρούσα εργασία διαχωρίζεται σε έξι (6) κεφάλαια, με το Κεφάλαιο 1 να αναφέρεται στην Έννοια και τα Χαρακτηριστικά του Μοντέλου του Οικογενειακού Γιατρού στην Ελλάδα, το Κεφάλαιο 2 να οριοθετείτε στην Εξέλιξη του του Μοντέλου του Οικογενειακού Γιατρού στην Ελλάδα από τη Σχέση Γιατρός – Ασθενής και ο Ρόλος της Εμπιστοσύνης Μεταξύ των Δύο (2) Μερών και ως προς την Αντιμετώπιση Ιατρικών Σφαλμάτων, το Κεφάλαιο 3 αναφέρεται στην Μεθοδολογία Βιβλιογραφικής Επισκόπησης, το Κεφάλαιο 4 αναφέρεται στον Ρόλο του Οικογενειακού Γιατρού στην Αντιμετώπιση Επιδημικών Φαινομένων όπως ο Ιός Covid-19, το Κεφάλαιο 5 αναφέρεται στην Συζήτηση Αποτελεσμάτων και τέλος το Κεφάλαιο 6 αναφέρεται στον Επίλογο και τα συμπεράσματα της εργασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 Η Έννοια και τα Χαρακτηριστικά του Μοντέλου του Οικογενειακού Γιατρού

Αποτελεί γεγονός πως τα δύο κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που εφαρμόστηκε εντός του 2017, ήταν η εισαγωγή οικογενειακών ιατρών και η δημιουργία τοπικών μονάδων υγείας σε κάθε γειτονιά (Kousoulis, Angeloroulou, & Lionis, 2017). Αρχικά, αυτό το νέο σύστημα είχε ως πλάνο να απασχολεί 3.000 επαγγελματίες υγείας και να χρηματοδοτήσει 250 τοπικές μονάδες υγείας, για να λειτουργήσει σε 60 μεγάλες πόλεις - καλύπτοντας το 30% του αστικού πληθυσμού της Ελλάδας (Schäfer et al., 2018). Κάθε οικογενειακός γιατρός είναι υπεύθυνος για περίπου 2.000 άτομα και κάθε μονάδα υγείας καλύπτει κατά μέσο όρο πληθυσμό 10.000. Ακολουθούνται οδηγίες και πρωτόκολλα, προκειμένου να αποφευχθεί η επαγόμενη ζήτηση και το περιττό διοικητικό και ιατρικό κόστος.

Το νομοσχέδιο που έχει θεσπίσει αυτό το νέο σύστημα τέθηκε αρχικά σε δημόσια διαβούλευση. Εκτός από τις υπάρχουσες δομές υγείας, το σύστημα βασίζεται σε νέες αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που ονομάζονται Τοπικές Μονάδες Υγείας. Ο τότε Υπουργός Υγείας εξήγησε το λειτουργικό τους μοντέλο, επισημαίνοντας πως αυτές οι Τοπικές Μονάδες Υγείας θα λειτουργούν με βάση το μοντέλο της οικογενειακής ιατρικής.

Στον πυρήνα αυτού του μοντέλου βρίσκεται ο οικογενειακός γιατρός, μαζί με νοσοκόμες, επισκέπτες υγείας και κοινωνικούς λειτουργούς. Κάθε οικογενειακός γιατρός είναι υπεύθυνος για περίπου 2.000 άτομα, όσον αφορά τον εμβολιασμό, τους προληπτικούς ελέγχους, τους τακτικούς ελέγχους, την εκπαίδευση υγείας, την

παρακολούθηση των χρόνιων ασθενειών και φυσικά τις παραπομπές (Kousoulis, Angeloroulou, & Lionis, 2017).

Από το 2018 ωστόσο, οι γιατροί που απασχολούνται στο νέο Σύστημα Πρωτοβάθμιας Υγείας, έχουν προσληφθεί σε πλήρη και αποκλειστική βάση. Σύμφωνα με τους ειδικούς, ήταν ανάγκη να προσληφθούν περίπου 3.200 γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Συνολικά, το ένα τρίτο του προσωπικού είναι γιατροί τριών ειδικοτήτων, όπως παθολόγοι, παιδίατροι και γενικοί ιατροί. Για να εκπαιδευτούν εκ νέου ως οικογενειακοί γιατροί, οι παθολόγοι και οι παιδίατροι υποβλήθηκαν σε ένα σύντομο εκπαιδευτικό πρόγραμμα που σχεδιάστηκε από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και το Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Μια βασική προϋπόθεση του συστήματος, που βασίζεται στο πορτογαλικό μοντέλο για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, είναι ότι οι πολίτες έχουν εμπιστευθεί την τοπική μονάδα υγείας και τον οικογενειακό γιατρό να τους καθοδηγήσουν και να τους συμβουλευσουν στις αποφάσεις τους για την υγεία. Αυτό έχει σηματοδοτήσει μια μεγάλη αλλαγή από τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος στην Ελλάδα αυτή τη στιγμή, όπου οι περισσότεροι πολίτες επισκέπτονται απευθείας όποιο ιατρικό προσωπικό πιστεύουν ότι μπορούν να τους βοηθήσουν.

1.2 Ο Οικογενειακός Ιατρός στη Σύγχρονη Ιατρική

Πολλοί είναι εκείνοι στο χώρο της υγείας που πιστεύουν πως ο ασθενής θα πρέπει να επιχειρηματολογεί σχετικά με τις αντιλήψεις του για την κατάσταση του και ξαναδίνει στον οικογενειακό ιατρό, πολύτιμη πληροφόρηση, στην οποία μπορεί να βασιστεί οποιαδήποτε περαιτέρω επικοινωνία. Επιδέξια χρήση των ανοικτών ερωτήσεων και ενδυναμωμένη στρατηγική σε συνδυασμό με την ενεργητική ακρόαση και παρατήρηση, θα εξασφαλίσουν ότι ο νοσηλευτής είναι ικανός να κάνει μια ακριβή αξιολόγηση των ψυχολογικών και σωματικών αναγκών του ασθενή. Μια προσεκτική εικόνα μπορεί να βασιστεί τότε στην ικανότητα κατανόησης του ασθενή και του συγγενή, τι θέλουν να ξέρουν, τι πιστεύουν και πως αυτοί μπορούν να βοηθηθούν στο να ανταπεξέλθουν στα προβλήματα τους (De Britto, Guirardello, 2011).

Η Clark (1985a, b) θεωρεί ότι ο οικογενειακός ιατρός πρέπει να είναι πολυδύναμος, ικανός να ανταποκρίνεται σε πολλαπλούς ρόλους και λειτουργίες, να δημιουργούν το περιβάλλον εργασίας τους και να το οργανώνουν, να αποφασίζουν και να ενεργούν κατάλληλα για την εκπλήρωση των στόχων τους, χωρίς άμεση αναφορά σε κάποιον άλλον. επισημαίνει επίσης ότι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της εργασίας τους είναι η προσφορά των υπηρεσιών τους στους πελάτες τους – ακόμη και όταν αυτοί δεν τις επιδιώκουν – και ο ρόλος τους εστιάζει στη διδασκαλία, στην παρακίνηση και στην διευκόλυνση.

Ο κύριος σκοπός του θα πρέπει να είναι η ενδυνάμωση των ατόμων, οικογενειών και ομάδων ώστε να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους και να αναλαμβάνουν με περισσότερη υπευθυνότητα την επίλυση προβλημάτων που αφορούν στην υγεία τους. Για την κατάλληλη και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού είναι ανάγκη ο οικογενειακός ιατρός να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για την υγεία σε όλα τα επίπεδα. Γενικά ο οικογενειακός ιατρός ασχολείται με την (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2005):

- Επίβλεψη του περιβάλλοντος της κοινότητας, καθώς και του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως επίβλεψη τροφίμων, ύδρευσης, αποχέτευσης, έλεγχος εντόμων τρωκτικών κ.α.

- Πρόληψη ασθένειας, αναπηρίας ή πρόωρου θανάτου. Πρόληψη μεταδοτικών νοσημάτων, ψυχικών νοσημάτων και διανοητικής καθυστέρησης, αλλεργιών, νεοπλασμάτων, κληρονομικών ή γενετικών καταστάσεων, διαταραχών συμπεριφοράς, αλκοολισμού, χρήσης ναρκωτικών, επαγγελματικών νοσημάτων και ατυχημάτων, κινδύνων μητρότητας, ανάπτυξης και διάπλασης, θεμάτων διατροφής και στοματικής υγείας κ.α.
- Παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και νοσηλείας μέσω ισομερούς κατανομής προσωπικού και πόρων, χρήσης νοσοκομείων ημέρας, αναρρωτηρίων, κέντρων αποκατάστασης, ξενόνων, οίκων ευγηρίας, γηροκομείων, κέντρων υγείας, παροχής κατ' οίκον νοσηλείας και συνεχιζόμενης παρακολούθησης ασθενών.
- Υγειονομική διαπαιδαγώγηση του κοινού και κινητοποίηση της κοινότητας για συμμετοχή στα θέματα υγείας.
- Συλλογή και διατήρηση στοιχείων και επιδημιολογική έρευνα.
- Συμμετοχή στον προγραμματισμό υπηρεσιών υγείας και αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- Ανάπτυξη κοινοτικής νοσηλευτικής έρευνας και συμμετοχή σε διεπιστημονική έρευνα
- Συμμετοχή στην εκπαίδευση προσωπικού υγείας
- Διεπιστημονική συνεργασία στα πλαίσια της ομάδας Π.Φ.Υ., αλλά και των υπηρεσιών διασύνδεσης με άλλα επίπεδα και τομείς της φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Η συμμετοχή του ατόμου/ασθενούς και της οικογένειάς του σ' όλες τις φάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO 1985) προσθέτει στις ευθύνες του κοινοτικού νοσηλευτή:

- Την ενθάρρυνση της συμμετοχής της κοινότητας
- Τη συνεργασία με άτομα, οικογένειες και την κοινότητα
- Την ενδυνάμωση ατόμων, οικογενειών και της κοινότητας
- Την καθοδήγηση και την υποστήριξη άλλων εργαζόμενων στην Π.Φ.Υ.

-
- Τον συντονισμό δραστηριοτήτων ανάπτυξης της κοινότητας που σχετίζεται με την υγεία, σε συνεργασία με τους υπεύθυνους για το κοινωνικό και οικονομικό σκέλος των προγραμμάτων.
-

1.3 Παράγοντες που Επηρεάζουν την Εφαρμογή των Μεθόδων του Μοντέλου του Οικογενειακού Γιατρού στην Ελλάδα

Ως μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ με ηγετικό ρόλο, ο οικογενειακός ιατρός θα πρέπει να συμβάλλει στον συντονισμό και στη συνέχεια της φροντίδας, ειδικά όταν αυτή απαιτεί την εμπλοκή επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και μάλιστα από δομές εκτός ΠΦΥ. Σημαντική υποστήριξη στο έργο του αναμένεται να του προσφέρουν τα πληροφοριακά συστήματα ηλεκτρονικής καταγραφής του ιστορικού υγείας. Δεδομένα από συστηματική ανασκόπηση αναφορικά με το ζήτημα αυτό στην ΠΦΥ, όπως αυτή υφίσταται στην Ελλάδα, δείχνουν ότι η συνέχεια στη φροντίδα υγείας από την ίδια ομάδα υγείας παραμένει ακόμα μία ανεκπλήρωτη ανάγκη, ενώ η ανάπτυξη και η χρήση ενός ηλεκτρονικού συστήματος καταγραφής του ιστορικού υγείας, παρά την πρόοδο που έχει παρατηρηθεί, έχει ακόμα αρκετό δρόμο για την ολοκληρωμένη εφαρμογή του.

Επιπλέον, ο οικογενειακός ιατρός οφείλει με διορατικότητα να προβλέπει και να αναγνωρίζει τις ανάγκες υγείας και φροντίδας του πληθυσμού στον οποίο η ομάδα υγείας απευθύνεται και να συμβάλλει στην εκτίμησή τους, καθώς και στον σχεδιασμό στρατηγικών βέλτιστης αξιοποίησης των πόρων και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού της ομάδας υγείας, με στόχο πάντα την παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών υγείας (Kousoulis, Angeloroulou, & Lionis, 2017).

Ως ηγετικό μέλος της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ θα πρέπει να εμφυσήσει ένα κοινό όραμα και φιλοσοφία στα υπόλοιπα μέλη της ώστε η ομάδα να γίνει πιο ευέλικτη και να αναλαμβάνει μεγαλύτερη ευθύνη, συμβάλλοντας στη διεύρυνση του προκαθορισμένου ρόλου της. Ο οικογενειακός ιατρός πρέπει να συμβάλλει στη βελτίωση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ και να δημιουργήσει αποτελεσματικά κανάλια επικοινωνίας και διάχυσης της πληροφορίας. Η ενίσχυση ειδικά του ρόλου των επαγγελματιών υγείας μέσω ανάθεσης περισσότερων ευθυνών μπορεί να βελτιώσει τη διαχείριση των ασθενών με χρόνια νοσήματα και τις δράσεις για την προαγωγή υγείας και την πρόληψη της νόσου (Royal College of General Practitioners, 2013), κάτι όμως που είναι ακόμα μακριά από τη σημερινή ελληνική πραγματικότητα.

Η διαχείριση ασθενών με πολλαπλές ανάγκες υγείας και φροντίδας απαιτεί μεγαλύτερης διάρκειας επισκέψεις στον γενικό ιατρό και συναντήσεις με την ομάδα υγείας στην ΠΦΥ ώστε να μπορούν να συζητηθούν εκτενέστερα όλα τα ζητήματα υγείας τους και να επιτευχθεί η επιθυμητή ποιότητα στην ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα τους, στην οποία αναμένεται να εμπλακούν και άτομα εκτός ομάδας, όπως οι οικιακοί φροντιστές (Pullon, 2008). Η ομάδα υγείας θα πρέπει στο σύνολό της να επανασχεδιάζει και να προσαρμόζει το πρόγραμμά της στο προφίλ και στις ανάγκες του κάθε ασθενούς, και αυτό είναι ένα θέμα που πρέπει να συζητηθεί διεξοδικά μέσα στα κεφάλαια αυτού του βιβλίου.

Η μελέτη των Wright, Lockyer, Fidler και Hofmeister (2007) διερεύνησε την ισχύ και τη δυναμική που ασκούν τέσσερις ρόλοι του οικογενειακού ιατρού στις ομάδες υγείας και ειδικά σε αυτές που αφορούν την παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένους. Σύμφωνα με το παραδοσιακό μοντέλο, ο οικογενειακός ιατρός έχει μεγαλύτερη αυτονομία, αναλαμβάνει το κύριο μερίδιο της ευθύνης, είναι ηγέτης της ομάδας και την επιβλέπει ως εξωτερικό μέλος. Αντίθετα, καθώς μετακινούμαστε προς το μοντέλο της διεπιστημονικής συνεργασίας, αυξάνεται η συνεργατικότητα, οι ευθύνες μοιράζονται με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας και ο οικογενειακός ιατρός προσαρμόζεται καλύτερα στον ρόλο του για την επίτευξη της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας και της συνοχής της ομάδας υγείας (Schäfer et al., 2018).

Ως προς την επιδημία του ιού COVID-19, αυτή έχει επηρεάσει από τον Ιανουάριο του 2020, όλα τα τμήματα του πληθυσμού και είναι ιδιαίτερα επιζήμια για τα μέλη αυτών των κοινωνικών ομάδων στις πιο ευάλωτες καταστάσεις, όπου ακόμα και σήμερα, συνεχίζει να επηρεάζει τους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπων που ζουν σε καταστάσεις φτώχειας, ατόμων με αναπηρίες αλλά και λαών με οικονομικά προβλήματα (Congrex Team, 2020).

Τα πρώιμα στοιχεία δείχνουν ότι οι επιπτώσεις στην υγεία και οι οικονομικές επιπτώσεις του ιού, βαρύνουν δυσανάλογα τους φτωχούς ανθρώπους. Για παράδειγμα, οι άστεγοι, επειδή ενδέχεται να μην μπορούν να προστατευθούν με ασφάλεια στη θέση τους, εκτίθενται πολύ στον κίνδυνο του ιού. Άτομα χωρίς πρόσβαση σε τρεχούμενο νερό, πρόσφυγες, μετανάστες ή εκτοπισμένοι επίσης

υποφέρουν δυσανάλογα, τόσο από την πανδημία όσο και από τα επακόλουθά της - είτε λόγω περιορισμένης κυκλοφορίας, λιγότερων ευκαιριών απασχόλησης, αυξημένης ξενοφοβίας κ.λπ. (World Health Organization. Novel Coronavirus—China, 2020).

Εάν δεν αντιμετωπιστεί σωστά μέσω της πολιτικής, η κοινωνική κρίση που δημιουργήθηκε από την πανδημία COVID-19, μπορεί επίσης να αυξήσει την ανισότητα, τον αποκλεισμό, τις διακρίσεις και την παγκόσμια ανεργία μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Τα ολοκληρωμένα, καθολικά συστήματα κοινωνικής προστασίας, όταν υπάρχουν, διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην προστασία των εργαζομένων και στη μείωση του επιπολασμού της φτώχειας, δεδομένου ότι δρουν ως αυτόματοι σταθεροποιητές των κοινωνικών ανακατατάξεων. Δηλαδή, παρέχουν βασική ασφάλεια εισοδήματος ανά πάσα στιγμή, ενισχύοντας έτσι την ικανότητα των ανθρώπων να διαχειρίζονται και να ξεπερνούν τους σοκ.

Τα ηλικιωμένα άτομα δεν παλεύουν μόνο με μεγαλύτερους κινδύνους για την υγεία, αλλά είναι επίσης πιθανό να είναι λιγότερο ικανοί να στηρίζονται μεμονωμένα στις δυνάμεις τους (Congrex Team, 2020). Αν και η κοινωνική απομάκρυνση είναι απαραίτητη για τη μείωση της εξάπλωσης της νόσου, εάν δεν εφαρμοστεί σωστά, τέτοια μέτρα μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε αυξημένη κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων σε μια εποχή που μπορεί να χρειάζονται περισσότερο υποστήριξη.

Ο λόγος λοιπόν γύρω από τον ιό COVID-19, ο οποίος θεωρείται περισσότερο ως ασθένεια των ηλικιωμένων, επιδεινώνει τα αρνητικά στερεότυπα για τους ηλικιωμένους που μπορεί να θεωρηθούν αδύναμοι, ασήμαντοι και πως επιβαρύνουν την κοινωνία. Τέτοιες διακρίσεις λόγω ηλικίας, μπορεί να εκδηλωθούν στην παροχή υπηρεσιών επειδή η μεταχείριση των ηλικιωμένων μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει λιγότερη αξία από τη μεταχείριση των νεότερων γενεών που έχουν να εργαστούν και να προσφέρουν στη κοινωνία (World Health Organization. Novel Coronavirus—China, 2020).

Στο πλαίσιο αυτό ωστόσο, το διεθνές δίκαιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα εγγυάται σε όλους το δικαίωμα στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας και υποχρεώνει τις κυβερνήσεις να λάβουν μέτρα για να παρέχουν ιατρική περίθαλψη σε όσους τη χρειάζονται. Οι ελλείψεις αναπνευστικών συστημάτων, για παράδειγμα, απαιτούν την

υιοθέτηση πολιτικών και πρωτοκόλλων βάσει ιατρικών, τεκμηριωμένων και ηθικών παραγόντων, και όχι αυθαίρετων αποφάσεων με βάση την ηλικία των νοσούντων.

1.4 Τρόπος Εφαρμογής των Μεθόδων του Μοντέλου του Οικογενειακού Γιατρού στην Ελλάδα

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης και ενός ισχυρού εθελοντικού ιδιωτικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει καθολική κάλυψη στον πληθυσμό και επιπλέον, ολόκληρος ο πληθυσμός καλύπτεται από ταμεία κοινωνικής ασφάλισης όπου το 15% του πληθυσμού διατηρεί συμπληρωματική εθελοντική κάλυψη ασφάλισης υγείας, η οποία, μαζί με πληρωμή από μέρους των ασφαλισμένων, χρηματοδοτεί ένα αρκετά μεγάλο ιδιωτικό αγορά υγειονομικής περίθαλψης (Schäfer et al., 2018).

Στην Ελλάδα ωστόσο, η *πειθαρχία* της Οικογενειακής Ιατρικής εξακολουθεί να αυξάνεται και επιδιώκει ακόμα αναγνώριση από τον ελληνικό πληθυσμό, πολιτικούς ηγέτες, αρχές υγειονομικής περίθαλψης και ακαδημία. Υπάρχουν πολλές προκλήσεις αυτή τη στιγμή όπου η Ελλάδα αντιμετωπίζει μια μεγάλη ύφεση, και πρέπει να καταβληθούν πολλές προσπάθειες για την οικοδόμηση ικανοτήτων. Ο ρόλος των ιατρικών σχολών και του πανεπιστημίου γενικά, είναι ζωτικής σημασίας, αλλά παραμένει κάποια απροθυμία να αναγνωριστεί η γενική πρακτική ως ανεξάρτητη ακαδημαϊκή πειθαρχία. Οι συνδυασμένες προσπάθειες μεταξύ της ακαδημαϊκής ικανότητας, της Ελληνικής Ένωσης Γενικών Ιατρών και του Υπουργείου Υγείας και Αλληλεγγύης αποτελούν επείγουσα ανάγκη (Kousoulis, Angelopoulou, & Lionis, 2017).

Η Ελλάδα έχει πλεόνασμα τουλάχιστον 20.000 εξειδικευμένων ιατρών και ο αριθμός αυξάνεται αναλογικά κάθε έτος. Η Ελλάδα έχει δημιουργήσει έναν αριθμό γιατρών που είναι δυσανάλογοι με τον πληθυσμό της περίπου 10,7 εκατομμυρίων - μια τάση που εντάθηκε τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Ένα σημαντικό ποσοστό αυτών των επαγγελματιών, είναι είτε άνεργοι είτε υποαπασχολούμενοι. Το ποσοστό ανέρχεται στο 28% μεταξύ των γιατρών της Αθήνας (Schäfer et al., 2018).

Επίσης, δεν είναι τυχαίο ότι, σήμερα, περίπου 17.500 Έλληνες γιατροί εργάζονται εκτός της χώρας. Η ειρωνεία είναι ότι, παρά το πλεόνασμα των ιατρών, η συνεχιζόμενη οικονομική κρίση έχει αφήσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με έλλειψη γιατρών και επαγγελματιών στον τομέα της υγείας. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν έως και 6.000 κενές θέσεις για ιατρούς σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Ταυτόχρονα, σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, υπάρχει έλλειψη γενικών ιατρών ή οικογενειακών ιατρών - γεγονός που αντικατοπτρίζει την κατάσταση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα (Wright, et al., 2017).

Η υπερπροσφορά εξειδικευμένων ιατρών και η έλλειψη γενικών ιατρών επιβεβαιώνεται από μια μελέτη που διεξήχθη από το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η οποία δημοσιεύθηκε με τον τίτλο «Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα της Υγείας στην Εθνική Στρατηγική» Πλαίσιο αναφοράς 2014-2020. " Σύμφωνα με τη μελέτη, στην Ελλάδα υπάρχουν σήμερα περίπου 3.800 γενικοί ιατροί όταν, σύμφωνα με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα πρέπει να υπάρχουν περίπου 8,140. Η Ελλάδα, με άλλα λόγια, χρειάζεται επιπλέον 4.350 οικογενειακούς γιατρούς. Εν τω μεταξύ, ο αριθμός των εξειδικευμένων ιατρών υπερβαίνει κατά πολύ τον μέσο όρο της ΕΕ. Το 2014, υπήρχαν 42.647 εξειδικευμένοι γιατροί στην Ελλάδα, όταν, σύμφωνα με τον μέσο όρο της ΕΕ, ο αριθμός τους έπρεπε να ήταν περίπου 20.283 (Wright, et al., 2017).

Η ίδια μελέτη δείχνει ένα πλεόνασμα εργαστηριακών ιατρών, που αριθμούν περίπου 4.500 όταν η χώρα θα έπρεπε να έχει περίπου 600, και πάλι, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ. Σύμφωνα με τη μελέτη, συνολικά, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της χώρας, εκτιμάται ότι υπάρχει πλεόνασμα περισσότερων από 20.000 εξειδικευμένων γιατρών στη χώρα, αριθμός που συνεχίζει να αυξάνεται κάθε χρόνο (Lionis, et al., 2012).

Τέλος, σημειώνεται πως ο συνολικός αριθμός γιατρών στην Ελλάδα (εξειδικευμένοι και γενικοί ιατροί) είναι περίπου 69.000. Αυτός ο αριθμός τοποθετεί την Ελλάδα στην πρώτη θέση μεταξύ των χωρών-μελών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) στην αναλογία των ιατρών προς τον πληθυσμό. Έτσι, στην Ελλάδα υπάρχουν 6,3 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους, όταν ο

μέσος όρος στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι 3,3 γιατροί ανά 1.000. Η Κίνα, η Τουρκία και η Κολομβία έχουν λιγότερους από 2 γιατρούς ανά 1.000 άτομα (Lionis, et al., 2012).

Όλα τα παραπάνω στοιχεία λοιπόν, συγκλίνουν στο γεγονός πως ο οικογενειακός ιατρός λοιπόν προσκαλείται να αναλάβει έναν ηγετικό ρόλο στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ. Για την επίτευξη αυτού του ρόλου του, ο οικογενειακός ιατρός γενικής ιατρικής θα πρέπει να εξετάσει την εφαρμογή ενός στρατηγικού σχεδίου που θα εμπλέκει ενεργά όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, ανεξαρτήτως του ρόλου που θα τους έχει ανατεθεί. Επιπρόσθετα σε αυτό, σημαντικούς παράγοντες επιτυχίας αποτελούν η κουλτούρα και το στιλ ηγεσίας που θα εφαρμόσει, ώστε να συμβάλλει επιτυχώς στην υιοθέτηση κανόνων για την επίτευξη της πιο κατάλληλης φροντίδας για τους ασθενείς και τη δημιουργία αισθήματος ικανοποίησης και πληρότητας σε όλα τα μέλη της ομάδας υγείας.

Κάτω από την ευθύνη της ομάδας υγείας της ΠΦΥ για την παροχή ολοκληρωμένης, συντονισμένης και συμπονετικής φροντίδας, ο οικογενειακός ιατρός προσκαλείται να αναλάβει πολλαπλούς ρόλους, όπως η διαχείριση ποικίλων προκλήσεων στην υγεία, στις οποίες συγκαταλέγονται τα χρόνια νοσήματα, οι διαταραχές ψυχικής υγείας, η πολυφαρμακία, η φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία, η αντιμετώπιση της πολλαπλής νοσηρότητας, η παρηγορητική φροντίδα στο τέλος της ζωής και η επίτευξη ψυχοκοινωνικής ευεξίας στο πλαίσιο των αναγκών του ασθενούς, της οικογένειάς του αλλά και των μελών μιας γεωγραφικά προσδιορισμένης κοινότητας (Kousoulis, Angelopoulou, & Lionis, 2017).

Στο πλαίσιο της διαχείρισης των πολυποικίλων προκλήσεων που έχει να αντιμετωπίσει στην ΠΦΥ, ο οικογενειακός γιατρός πρέπει να είναι εξοπλισμένος με εξειδικευμένες κλινικές γνώσεις που θα του επιτρέπουν την εφαρμογή τεκμηριωμένων παρεμβάσεων με τη συνεργασία του ασθενούς και γενικά του αποδέκτη των υπηρεσιών του στη λήψη της απόφασης (Schäfer et al., 2018). Επιπλέον, ο οικογενειακός ιατρός πρέπει να διαθέτει υψηλής ποιότητας κλινικές δεξιότητες για την παροχή βέλτιστης φροντίδας σε ομάδες του πληθυσμού όπως τα παιδιά και οι έφηβοι, άτομα με ψυχικές διαταραχές, άτομα που κάνουν χρήση ουσιών και αλκοόλ, που απαιτούν άμεση αποκατάσταση λόγω τραυματισμού ή με αναπηρία.

1.5 Ενδεχόμενα Προβλήματα στην Υγεία των Οικογενειακών Ιατρών από τις Υπηρεσίες που Προσφέρουν στους Ασθενείς

Αποτελεί γεγονός πως η όποια ιατρική φροντίδα, επιβαρύνει τους οικογενειακούς γιατρούς σε όλη την πορεία παροχής βοήθειας στην κοινότητα και στις οικογένειες (Steppacher & Kissler, 2018). Οι οικογενειακοί γιατροί αναφέρουν συχνά μια επιδεινούμενη υγεία και άγχος / αγωνία (Bauer & Sousa - Poza, 2015, Richardson, Lee, Berg - Weger, & Grossberg, 2013). Η φροντίδα της οικογένειας έχει γίνει πιο επαχθής καθώς η όποια ασθένεια, η αδυναμία και οι δυσλειτουργίες γίνονται πιο σοβαρές, ωστόσο τις τελευταίες δύο δεκαετίες οι ιατρικές εξελίξεις, η αυξημένη μακροζωία, οι βραχύτερες διαμονές στο νοσοκομείο και η ώθηση για κοινοτική φροντίδα, έχουν καταστήσει τη φροντίδα ακόμη πιο περίπλοκη και με μεγαλύτερη διάρκεια (Health Quality Ontario, 2016, Schulz et al., 2018; Sinha, 2018).

Από σχετικές έρευνες, σημειώνεται πως το 2016, πάνω από το ένα τρίτο (34%) των οικογενειακών γιατρών διακατέχονταν από άγχος και στεναχώρια (Health Quality Ontario, 2016), σε σύγκριση με το 16,6% του εν λόγω ποσοστού, το 2010. Επιπλέον, οι ο οικογενειακοί γιατροί που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο άγχους, είναι εκείνοι που ζουν με τον παραλήπτη της φροντίδας, παρέχουν περισσότερο από 20 ώρες φροντίδας, φροντίζουν ένα άτομο με μέτριες έως σοβαρές διαταραχές (λειτουργική, γνωστική) ή / και κατάθλιψη και συντονίζουν τη φροντίδα ή να παρέχουν ιατρικές θεραπείες (Pauley, Chang, Wojtak, Seddon, & Hirdes, 2018, Sinn et al., 2018). Δεδομένου ότι οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν τη δυνατότητα να προσεγγίσουν την πλειονότητα των φροντιστών σε όλη την πορεία φροντίδας (Pindus et al., 2016), υπάρχει μια ευκαιρία για τους οικογενειακούς γιατρούς να επωφεληθούν από τη φροντίδα και την υποστήριξη από ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Afram, Verbeek, Bleijlevens, & Hamers, 2015, Richardson et al., 2013).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα πιστώνεται την φροντίδα για καλύτερη υγεία του πληθυσμού, περισσότερη ισότητα στην υγεία και καλύτερη χρήση των ιατρικών πόρων (Starfield, 2012). Τέσσερις βασικοί τομείς σχετίζονται με την πρωτοβάθμια φροντίδα υψηλής ποιότητας από μέρους των οικογενειακών γιατρών, όπως η

πρόσβαση πρώτης επαφής για κάθε ανάγκη, εστίαση σε άτομα (όχι ασθένεια) με την πάροδο του χρόνου, πληρότητα και συντονισμός της φροντίδας (Hochman & Asch, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΣ – ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ (2) ΜΕΡΩΝ

2.1 Παράγοντες που Οριοθετούν τη Σχέση Γιατρός - Ασθενής στο Μοντέλο του Οικογενειακού Γιατρού

Αποτελεί γεγονός πως η φυσική, ψυχολογική αλλά κι η πνευματική κατάσταση ενός ανθρώπου, είναι άμεσα συνδεδεμένη με το στοιχείο της υγείας. Η υγεία ουσιαστικά ως στοιχείο, προσδιορίζεται από την μέτρηση και εντοπισμό των παραπάνω παραγόντων (Nies, McEwen, 2001).

Υπάρχει βέβαια ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία σε μια κοινωνία και βρίσκονται σε άμεση σχέση με τη κοινωνική αναπαράσταση αυτής της κοινωνίας και κατ' επέκταση την οικογενειακή νοσηλευτική στην Ευρώπη και στην Αμερική. Οι παράγοντες αυτοί είναι περιβαλλοντικοί όπως οι τρόποι διαβίωσης, η κατοικία, η εργασία, η ρύπανση του περιβάλλοντος, παράγοντες που αφορούν συνθήκες ζωής όπως το κάπνισμα, η άσκηση, η χρήση ουσιών, παράγοντες που αφορούν το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας αλλά και τη κοινωνική αναπαράσταση του δίπολου υγείας και ασθένειας (De Britto, Guirardello, 2011).

Σημειώνεται αντίστοιχα πως η έννοια της ασθένειας δεν λαμβάνεται παρά η μη φυσιολογική κατάσταση της ομοιόστασης κατά την οποία οι ασθενείς μπορεί να αντιμετωπίσουν κάποια βλάβη ή/και ξαφνικό θάνατο (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2005). Υπάρχουν βέβαια ποικίλοι παράγοντες στους οποίους οφείλονται οι ασθένειες. Αναφέρονται χαρακτηριστικά η περίπτωση της μόλυνσης και της λοίμωξης στον ανθρώπινο οργανισμό.

Οι λόγοι βέβαια για τις ασθένειες, μπορεί να είναι οι παθογόνοι μικροοργανισμοί που είναι οι ιοί και τα μικρόβια. Υπάρχουν όμως και τα κληρονομικά αίτια και εκείνα της διανοητικής φύσεως. Αυτά μπορεί να είναι κάποιο

ατύχημα, βλαβερές ουσίες ή το τέλος μιας μάχης. Οι ασθένειες ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται, δύναται να είναι «ελαφριές» όπως κάποιο κρυολόγημα, κάποιος πυρετός, μέτριες όπως την ανεμοβλογιά, και σοβαρές όπως ο καρκίνος. Μια ασθένεια μπορεί να οφείλεται και στους εξής παρακάτω λόγους, όπως (Κούτα, 2007)

- ❖ Μικροοργανισμοί (ιοί, βακτήρια, πρωτόζωα, μύκητες)
- ❖ Γενετικές ανωμαλίες που οφείλονται σε ανωμαλίες του DNA ή του RNA
- ❖ Περιβάλλον και τρόπος ζωής (κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, ανθυγιεινή ατμόσφαιρα, κατανάλωση ακατάλληλων τροφίμων, ναρκωτικά)
- ❖ Τέλος, υπάρχουν οι ψυχικές (ή πνευματικές) ασθένειες, η πραγματική αιτία των οποίων παραμένει, εν πολλοίς, άγνωστη

Έτσι εμφανίζονται και ορισμένα συμπτώματα τα οποία αντιμετωπίζονται με φάρμακα ή με σχετικές ασκήσεις. Οι μόνιμες βλάβες αντιμετωπίζονται με τεχνητά μέλη αλλά και οι πιο σοβαρές καταστάσεις με ραδιενέργεια ή με χειρουργείο. Ωστόσο, κατά των παθογονικών μικροοργανισμών επιτίθεται το ανοσοποιητικό σύστημα. Ο ανθρώπινος οργανισμός στην αρχή, εμφανίζεται ως ιδιαίτερα ευαίσθητος σε αυτούς τους οργανισμούς και τις ασθένειες αλλά το ανοσοποιητικό σύστημα καταφέρνει ν' αντιμετωπίζει τις περιπτώσεις αυτές με την πάροδο του χρόνου (Μελιτζανά, Χατζίδου, 2000).

Όλα τα παραπάνω λοιπόν σε συνδυασμό με το γεγονός πως στην Ευρώπη και την Αμερική τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί η ολοένα αύξηση πληθυσμιακών ομάδων με υπόβαθρο εθνικό και κοινωνικο-οικονομικό, οδήγησαν στην οικογενειακή νοσηλευτική και στο πεδίο της εμφάνισης και λειτουργίας του οικογενειακού ιατρού. Σημαντικός λόγος για κάτι τέτοιο, είναι η γεωγραφική θέση των ηπείρων αλλά και οι συνθήκες οι οποίες επικρατούν σ' αυτές όπως οι οικονομικές και οι κοινωνικές. Ως αποτέλεσμα αυτής της συνεχούς μετακίνησης και της ολοένα αύξησης εγκατάστασης των πληθυσμιακών ομάδων στην Ευρώπη και στην Αμερική, είναι η συνύπαρξη πολλών κοινωνικών ομάδων με διαφορετικά ήθη και έθιμα, αξίες, πεποιθήσεις. Η ελληνική κοινωνία ουσιαστικά έχει μετατραπεί σε μια κοινωνία πολυπολιτισμική.

Σ' ότι αφορά το τομέα υγείας και κατ' επέκταση την οικογενειακή νοσηλευτική και στο πεδίο της εμφάνισης και λειτουργίας του οικογενειακού ιατρού στην Ευρώπη και στην Αμερική, αποτελεί γεγονός οι ανάγκες των πολιτών έχουν αλλάξει πλέον και λόγω αυτής της πολυπολιτισμικότητας. Τόσο στο θέμα της υγείας όσο και της ασθένειας, η κουλτούρα είναι ένα σημαντικό στοιχείο. Δεν είναι τυχαίο ότι σε θέματα υγείας ειδικά σε μετανάστες, έχει παρατηρηθεί μια αύξηση το τελευταίο καιρό, απ' ότι στο γενικό πληθυσμό.

Ειδικά όμως σε αυτό το σημείο, κυριαρχεί το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού το οποίο είναι και ο πιο σοβαρός λόγος για τα άτομα αυτά αφού τα αποθαρρύνει να απαιτήσουν μια σωστή ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Το πλέον χειρότερο απ' όλα είναι ότι κάποια άτομα από τους μετανάστες δεν έχουν αντιμετωπίσει τις σοβαρές ασθένειες από τις οποίες μπορεί να υποφέρουν λόγω του ότι δεν υπάρχει η ιατρονοσηλευτική περίθαλψη (Μελιτζανά, Χατζίδου, 2000).

Οι συνθήκες στις οποίες ζουν κάποιοι απ' αυτούς χαρακτηρίζονται ως άθλιες και οι ίδιοι γνωρίζουν την άσχημη κατάσταση την οποία έζησαν όταν στο παρελθόν έζησαν την κακή εξυπηρέτηση από τις υπηρεσίες υγείας. Η ανάγκη αυτών των ανθρώπων για φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας είναι μεγαλύτερη από του γενικού πληθυσμού αφού πέρα από τα προβλήματά τους πρέπει να αντιμετωπίσουν το κοινωνικό αποκλεισμό αλλά και τον αποκλεισμό τους από το σύστημα υγείας. Οπότε τα προβλήματά τους μέρα με τη μέρα μεγαλώνουν και το ίδιο η ανασφάλειά τους, κάνοντας συνεπώς αναγκαία την ανάπτυξη της οικογενειακής νοσηλευτικής στην Ευρώπη και την Αμερική (Nies, McEwen, 2001).

Σημειώνεται λοιπόν πως η εφαρμογή λειτουργίας του οικογενειακού ιατρού στην Ευρώπη και την Αμερική, έχει γίνει πραγματικότητα περισσότερο από ποτέ και μάλιστα με μοναδικό σκοπό να παρέχει μια ολοκληρωτική φροντίδα σε άτομα που είναι ασθενείς και ανήκουν σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες. Απαραίτητος όρος, πρέπει να είναι η ενημέρωση από τη πλευρά των ιατρών σ' ότι έχει να κάνει με τα άτομα με διαφορετικές αξίες και πεποιθήσεις, πολιτισμικές ανάγκες και απόψεις.

Οι ίδιοι θα πρέπει να δείχνουν την απαιτούμενη κατανόηση με τρόπο αποτελεσματικό και να παρέχουν μια προσαρμοσμένη ιατρική φροντίδα με τέτοιο τρόπο ώστε να ικανοποιούν τα άτομα αυτά. Την ίδια στιγμή, είναι σημαντικό πως στο

πεδίο της εμφάνισης και λειτουργίας του οικογενειακού ιατρού στην Ευρώπη και στην Αμερική, να έχουν την ικανότητα να προσαρμόζονται στις παραδόσεις και τους κανόνες κάποιων ασθενών χωρίς να υπολογίζουν τις προσωπικές τους θεωρίες και πιστεύω.

2.2 Προέλευση του Μοντέλου του Οικογενειακού Γιατρού και Οριοθέτηση της Σχέσης Γιατρός Ασθενής

Σχετικά με την προέλευση του μοντέλου οικογενειακού ιατρού και στην οριοθέτηση της σχέσης ιατρός – ασθενής, σημειώνεται πως η φροντίδα υγείας προς ένα άρρωστο μέλος της οικογένειας παρεχόταν σχεδόν στο σύνολό της στο σπίτι μέχρι το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα (Γκαιτατζή, Γασγαλίδου, 2000). Οι εκρηκτικές εξελίξεις της ιατρικής και τεχνολογίας με την αλματώδη ανάπτυξη της χειρουργικής, της αναισθησίας, των αντιβιοτικών και η ανάπτυξη υποστηρικτικών συστημάτων ζωής συνέβαλαν να αναπτυχθεί ένα αίσθημα ασφάλειας προς το νοσοκομείο με συνέπεια να παρατηρείται αυξημένη προσέλευση αρρώστων μέσα σ' αυτό (Γκαιτατζή, Γασγαλίδου, 2000).

Η νοσηλεία για όλους τους πολίτες με μικρή οικονομική συμμετοχή λόγω της επέκτασης του θεσμού των κοινωνικών ασφαλίσεων και ο περιορισμός του νοσηλευτικού ρόλου της οικογένειας στη σύγχρονη κοινωνία ήταν επίσης ερέθισμα για αύξηση ζήτησης νοσοκομειακών υπηρεσιών. Παρατηρήθηκε επίσης αύξηση του δείκτη θανάτων μέσα στο νοσοκομείο, η οποία μπορεί να ερμηνεύσει το φόβο του ανθρώπου προς το θάνατο και την άρνησή του να τον αποδεχθεί στην κοινωνική του ζωή. Ωστόσο άλλοι σημαντικοί λόγοι που συνέβαλλαν στην υπέρμετρη ανάπτυξη των κοινοτικών νοσοκομειακών υπηρεσιών, είναι οι εξής (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2005)

- Η αμεσότητα της ανάγκης. Η παρουσία συμπτωμάτων και η ένταση με την οποία συχνά παρουσιάζονται ο κίνδυνος του θανάτου ή της ανικανότητας, είχαν περισσότερη συγκινησιακή φόρτιση και αμεσότητα
- Η ιατροκεντρική ανάπτυξη του τομέα υγείας
- Ο επιστημονικός προσανατολισμός των ιατρών αλλά ακόμη και λόγοι επαγγελματικής και κοινωνικής καταξίωσης είναι φυσικό να στρέφονται στο μεγαλύτερο "αντίκρισμα".
- Η δυνατότητα πολιτικής "αξιοποίησης". Φαίνεται ότι η παροχή υπηρεσιών περίθαλψης συχνά με τη μορφή εντυπωσιακής υγειονομικής υποδομής, ήταν φυσικό να επιδράσει στη φάση σχεδιασμού της πολιτικής υγείας.

Σημειώνεται δε πως τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια τάση να εφαρμοστούν εναλλακτικές- εξωνοσοκομειακές μορφές περίθαλψης. Το πεδίο της εμφάνισης και λειτουργίας του οικογενειακού ιατρού είναι μια από αυτές και δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα της αυξημένης ζήτησης τέτοιου είδους υπηρεσιών. Οι σπουδαιότερες αιτίες που οδήγησαν το πεδίο της εμφάνισης και λειτουργίας του οικογενειακού ιατρού, ήταν (De Britto, Guirardello, 2011):

- Η φροντίδα είναι φτηνότερη από τη νοσοκομειακή φροντίδα. Έτσι επιβάλλεται συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στο νοσοκομείο πριν την πλήρη ανάρρωσή τους λόγω του μεγάλου ημερήσιου κόστους νοσηλείας.
- Η άνοδος του ποσοστού των ηλικιωμένων που έχει σαν συνέπεια την ανάγκη παροχής περισσότερης φροντίδας για πολλαπλά χρόνια νοσήματα και ανάγκες.
- Το άτομο μπορεί να μην έχει κάποιο άτομο της οικογένειάς του διαθέσιμο ή ικανό να παρέχει φροντίδα στο σπίτι.
- Πολλά άτομα προτιμούν να δέχονται φροντίδα στο σπίτι τους, ειδικότερα τα τελευταία χρόνια με την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι, ιδιαίτερα στις χώρες όπου οι υπηρεσίες είναι σωστά οργανωμένες και αποτελεσματικές.
- Φαίνεται επίσης ότι αυτοί και οι οικογένειές τους δέχονται λιγότερη συναισθηματική πίεση στο σπίτι από ότι στο νοσοκομείο, αποφεύγοντας το χωρισμό από τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους και το περιβάλλον που ζουν.
- Πολλοί άνθρωποι προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι και χρειάζεται η ανάλογη φροντίδα.
- Η ανακάλυψη υπερσύγχρονων ηλεκτρονικών συσκευών, αλλά και η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο σπίτι ώθησε πολλά άτομα να εκτελούν τη θεραπεία στο σπίτι με τη βοήθεια των νοσηλευτών ή των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας.

Αναφερόμενοι σχετικά στην εξέλιξη στο πεδίο της εμφάνισης και λειτουργίας του οικογενειακού ιατρού, θα λέγαμε πως η εξέλιξη αυτή βασίστηκε ουσιαστικά στο επάγγελμα και ανθρώπινο χαρακτήρα των ιατρών, αφού εκείνοι αναφέρονται ως οι κατέχοντες του μεγαλύτερου ποσοστού ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας

και ουσιαστικά έχουν την πρωταρχική ευθύνη για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στους πολίτες (Nies, McEwen, 2001).

Καταλήγοντας τέλος, θα λέγαμε πως οι λόγοι που επιβάλλουν και ουσιαστικά εξελίσσουν στις μέρες μας την εφαρμογή στο πεδίο της εμφάνισης και λειτουργίας του οικογενειακού ιατρού, είναι οι εξής (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2005):

- Η έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών. Όταν νοσηλεύονται ασθενείς με χρόνια προβλήματα για μεγάλο χρονικό διάστημα, στο νοσοκομείο δημιουργούνται προβλήματα διακίνησης των αρρώστων.
- Η εκρηκτική αύξηση του κόστους νοσηλείας, η οποία κλονίζει τα κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα. Η νοσηλεία στο σπίτι εξασφαλίζει άριστη περίθαλψη με μικρό σχετικά κόστος.
- Η αστικοποίηση του πληθυσμού και οι αλλαγές στη δομή της οικογένειας.
- Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και συνεπώς η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων και χρόνιων πασχόντων, που παρουσιάζουν και τα περισσότερα προβλήματα υγείας.
- Η καλύτερη ψυχολογική κατάσταση των αρρώστων όταν αυτοί νοσηλεύονται στο χώρο τους παρά στον άγνωστο χώρο του νοσοκομείου.
- Ο περιορισμός αποχής των ατόμων από την εργασία τους και τις άλλες δραστηριότητες τους.
- Η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών (όπως χημειοθεραπεία) και στον χώρο του σπιτιού

2.3 Βασικές Αρχές του Προγράμματος στο Μοντέλο του Οικογενειακού Γιατρού στις Μέρες μας και ως προς την Διαμόρφωση Σχέσης Γιατρού - Ασθενής

Η πρωτοβάθμια φροντίδα θεωρείται το ιδανικό πλαίσιο για την προσέγγιση των περισσότερων φροντιστών υγείας, όπως οι οικογενειακοί ιατροί. Οι ερευνητές αναγνώρισαν ότι οι οικογενειακοί ιατροί χρειάζονται υποστήριξη και πιστεύουν ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι το ιδανικό πλαίσιο για την επίτευξη των φροντιστών (περιλαμβάνονται όλα τα έγγραφα). Συνήθως, η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι το πρώτο σημείο επαφής που καθιστά δυνητικά έναν πολύτιμο πόρο για την προσέγγιση των περισσότερων ιατρών.

Η συμμετοχή του γιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην υποστήριξη των οικογενειακών ιατρών, θα μπορούσε να βελτιώσει τα αποτελέσματα όπως η υγεία των ιδίων, η καλύτερη φροντίδα για τον παραλήπτη της φροντίδας και η ικανοποίηση με τη φροντίδα. Ωστόσο, υπάρχει αμφιβολία σχετικά με το ρόλο του ιατρού στην υποστήριξη των οικογενειακών φροντιστών, ιδιαίτερα εάν ο φροντιστής συνόδευε τον ασθενή. Για παράδειγμα, οι Burrige et al. (2011) ανέφεραν ότι στη θεραπεία του καρκίνου τόσο οι οικογενειακοί ιατροί όσο και οι φροντιστές θεώρησαν ότι η συζήτηση των αναγκών των οικογενειακών φροντιστών δεν ήταν νόμιμη όταν ο ασθενής ήταν τόσο άρρωστος.

Οι Carduff et al. (2014) ανέφεραν επίσης αμφισημία επειδή οι γιατροί ήταν αντιδραστικοί και όχι προληπτικοί. Οι γιατροί περίμεναν οι φροντιστές να ρωτήσουν εάν χρειάζονταν υποστήριξη. Οι αναθεωρητές ηθικής κατηγόρησαν αυτήν την ασάφεια σε περιοριστικά περιβάλλοντα παροχής υγείας που εστιάζουν στην εμπιστευτικότητα του ασθενούς και του ασθενούς (Barnard & Yaffe, 2014, Gitlin & Hodgson, 2016, Mitnick et al., 2010). Όλοι πρότειναν να παραμείνει η εστίαση στον ασθενή, αλλά δήλωσαν ότι οι οικογενειακοί ιατροί έχουν ηθική ευθύνη έναντι των οικογενειακών φροντιστών και ασθενών.

Οι Gitlin και Hodgson (2016) διατύπωσαν την ευρύτερη άποψη της ευθύνης έναντι των οικογενειακών ιατρών, δηλώνοντας ότι η μη επικοινωνία με τους οικογενειακούς φροντιστές και ασθενείς, είναι ανήθικη. Οι Barnard και Yaffe (2014)

θεώρησαν σκόπιμο να υποστηρίξουν τις επιλογές των ασθενών, όταν το κόστος για την υγεία του οικογενειακού φροντιστή είναι πολύ μεγάλο. Οι Mitnick et al. (2010) συνιστούν τον σεβασμό της αξιοπρέπειας του ασθενούς, τα δικαιώματα και τις αξίες που πρέπει να καθοδηγούν τις αλληλεπιδράσεις ασθενούς / ιατρού, αλλά οι γιατροί θα πρέπει να επικυρώσουν το ρόλο τους, να παραμείνουν σε εγρήγορση για σημάδια ταλαιπωρίας, να αναφερθούν κατάλληλα και να αναπτύξουν ξεχωριστά σχέδια φροντίδας (ασθενής, φροντιστής) όπου τα σχέδια του ιατρού θα πρέπει να επικεντρώνονται στη μεγιστοποίηση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

2.4 Ο ιός Covid- 19 (SARS-coV-2)

Στις 31 Δεκεμβρίου του 2019: Η Κίνα προειδοποίησε τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για 27 κρούσματα μιας «ιογενούς πνευμονίας» στην κεντρική πόλη Ουχάν της επαρχίας Χουμπέι. Επρόκειτο για έναν νέο κορωνοϊό. Πολύ γρήγορα έγινε αντιληπτό από την παγκόσμια ιατρική και επιστημονική κοινότητα ότι σε αντίθεση με το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS) που προκαλεί λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, ο νέος κορωνοϊός προσέβαλε τόσο το ανώτερο όσο και το κατώτερο αναπνευστικό. Αυτό τον καθιστούσε ικανό να προκαλεί σοβαρή πνευμονία και, ταυτόχρονα, εύκολα μεταδόσιμο όπως π.χ. η γρίπη ή το κοινό κρυολόγημα.

Στις 22 Ιανουαρίου: Ο ΠΟΥ συγκάλεσε έκτακτη σύσκεψη με υγειονομικές αρχές σε όλο τον κόσμο. Ο γενικός διευθυντής του Οργανισμού, Τέντρος Αντανόμ Γκεμπρεγέσους, δηλώνει ότι ο νέος κορωνοϊός δεν συνιστά ακόμη μια διεθνή έκτακτη ανάγκη. Στις 30 Ιανουαρίου: Ο ΠΟΥ κήρυξε κατάσταση έκτακτης ανάγκης διεθνούς ενδιαφέροντος για τη δημόσια υγεία. 24 Φεβρουαρίου: Ο ΠΟΥ αναφέρει ότι το ξέσπασμα μπορεί ακόμη να αντιμετωπιστεί, επιμένοντας ότι είναι πρόωρο να κηρυχθεί πανδημία η COVID-19. 11 Μαρτίου: Ο γενικός διευθυντής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας Τέντρος Αντανόμ Γεμπρεγέσους κήρυξε την κρίση του κορωνοϊού πανδημία, εξηγώντας ότι πλέον τα κρούσματα ξεπέρασαν τις 118.000 σε 114 χώρες, ενώ συνολικά έχουν χάσει τη ζωή τους 4.291 άνθρωποι (<https://www.who.int/>).

Η επιδημία του ιού COVID-19, έχει επηρεάσει από τον Ιανουάριο του 2020, όλα τα τμήματα του πληθυσμού και είναι ιδιαίτερα επιζήμια για τα μέλη αυτών των κοινωνικών ομάδων στις πιο ευάλωτες καταστάσεις, όπου ακόμα και σήμερα, συνεχίζει να επηρεάζει τους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπων που ζουν σε καταστάσεις φτώχειας, ατόμων με αναπηρίες αλλά και λαών με οικονομικά προβλήματα (Congrex Team, 2020).

Τα πρώτα στοιχεία δείχνουν ότι οι επιπτώσεις στην υγεία και οι οικονομικές επιπτώσεις του ιού, *βαρύνουν* δυσανάλογα τους φτωχούς ανθρώπους. Για παράδειγμα, οι άστεγοι, επειδή ενδέχεται να μην μπορούν να προστατευθούν με ασφάλεια στη θέση τους, εκτίθενται πολύ στον κίνδυνο του ιού. Άτομα χωρίς πρόσβαση σε τρεχούμενο νερό, πρόσφυγες, μετανάστες ή εκτοπισμένοι επίσης υποφέρουν δυσανάλογα, τόσο από την πανδημία όσο και από τα επακόλουθά της - είτε λόγω περιορισμένης κυκλοφορίας, λιγότερων ευκαιριών απασχόλησης, αυξημένης ξеноφοβίας κ.λπ. (World Health Organization. Novel Coronavirus—China, 2020).

Εάν δεν αντιμετωπιστεί σωστά μέσω της πολιτικής, η κοινωνική κρίση που δημιουργήθηκε από την πανδημία COVID-19, μπορεί επίσης να αυξήσει την ανισότητα, τον αποκλεισμό, τις διακρίσεις και την παγκόσμια ανεργία μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Τα ολοκληρωμένα, καθολικά συστήματα κοινωνικής προστασίας, όταν υπάρχουν, διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην προστασία των εργαζομένων και στη μείωση του επιπολασμού της φτώχειας, δεδομένου ότι δρουν ως αυτόματοι σταθεροποιητές των κοινωνικών ανακατατάξεων. Δηλαδή, παρέχουν βασική ασφάλεια εισοδήματος ανά πάσα στιγμή, ενισχύοντας έτσι την ικανότητα των ανθρώπων να διαχειρίζονται και να ξεπερνούν τους σοκ.

Τα ηλικιωμένα άτομα δεν *παλεύουν* μόνο με μεγαλύτερους κινδύνους για την υγεία, αλλά είναι επίσης πιθανό να είναι λιγότερο ικανοί να στηρίζονται μεμονωμένα στις δυνάμεις τους (Congrex Team, 2020). Αν και η κοινωνική απομάκρυνση είναι απαραίτητη για τη μείωση της εξάπλωσης της νόσου, εάν δεν εφαρμοστεί σωστά, τέτοια μέτρα μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε αυξημένη κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων σε μια εποχή που μπορεί να χρειάζονται περισσότερο υποστήριξη.

Ο λόγος λοιπόν γύρω από τον ιό COVID-19, ο οποίος θεωρείται περισσότερο ως ασθένεια των ηλικιωμένων, επιδεινώνει τα αρνητικά στερεότυπα για τους ηλικιωμένους που μπορεί να θεωρηθούν αδύναμοι, ασήμαντοι και πως επιβαρύνουν την κοινωνία. Τέτοιες διακρίσεις λόγω ηλικίας, μπορεί να εκδηλωθούν στην παροχή υπηρεσιών επειδή η μεταχείριση των ηλικιωμένων μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει λιγότερη αξία από τη μεταχείριση των νεότερων γενεών που έχουν να εργαστούν και να προσφέρουν στη κοινωνία (World Health Organization. Novel Coronavirus—China, 2020).

Στο πλαίσιο αυτό ωστόσο, το διεθνές δίκαιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα εγγυάται σε όλους το δικαίωμα στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας και υποχρεώνει τις κυβερνήσεις να λάβουν μέτρα για να παρέχουν ιατρική περίθαλψη σε όσους τη χρειάζονται. Οι ελλείψεις αναπνευστικών συστημάτων, για παράδειγμα, απαιτούν την υιοθέτηση πολιτικών και πρωτοκόλλων βάσει ιατρικών, τεκμηριωμένων και ηθικών παραγόντων, και όχι αυθαίρετων αποφάσεων με βάση την ηλικία των νοσούντων.

Από την τρίτη εβδομάδα του Ιανουαρίου, 2020, τεράστιες παρεμβάσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας έχουν εφαρμοστεί σε ολόκληρη την Κίνα για τον περιορισμό της εξάπλωσης της νόσου του κορονοϊού 2019 (COVID-19) (Congrex Team, 2020). Η Γουχάν, το επίκεντρο της επιδημίας, είχε απομονωθεί από τις 23 Ιανουαρίου, με 16 από τις γειτονικές πόλεις της στην επαρχία Χουμπέι να περιλαμβάνονται πίσω από το γενικό lockdown που επιβληθεί.

Καθώς ωστόσο τελείωσε η γιορτή της Κινέζικης Πρωτοχρονιάς, τα αυστηρά μέτρα κοινωνικής απόστασης και οι περιορισμοί στην κινητικότητα, συντονίστηκαν και εφαρμόστηκαν από τις κεντρικές και τοπικές κυβερνήσεις σε πολλές κινεζικές μεγαλουπόλεις, συμπεριλαμβανομένου του Πεκίνου (βόρεια του Γουχάν), του Γκουάνγκτζου και Σενζέν (νότια), Σανγκάη και Χανγκζού (ανατολικά) και Τσενγκντού (δυτικά). Για παράδειγμα, μόνο οι κάτοικοι είχαν τη δυνατότητα να εισέλθουν σε κατοικημένες κοινότητες, η μάσκα προσώπου έγινε υποχρεωτική και οι μη απαραίτητες κοινοτικές υπηρεσίες έκλεισαν (World Health Organization. Novel Coronavirus—China, 2020).

Από την άλλη πλευρά έως σήμερα, ο ιός COVID-19 έχει εξαπλωθεί σε περισσότερες από 100 χώρες ή περιοχές, και οι τοπικές επιδημίες έχουν καθιερωθεί

σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένων των ΗΠΑ και των περισσότερων χωρών στην Ευρώπη. Στις 10 Μαρτίου, η Ιταλία, η χώρα που έχει πληγεί περισσότερο από την Κίνα, με περισσότερες από 10,000 περιπτώσεις, επέβαλε σε εθνικό επίπεδο κλείδωμα, το οποίο αναμένεται να τεθεί σε τελειωτική ισχύ έως τουλάχιστον τις αρχές Ιουνίου 2020.

Οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης έχουν επίσης επιβάλει αυστηρά μέτρα ελέγχου για τον περιορισμό των κοινωνικών επαφών. Καθώς ο ιός COVID-19 συνεχίζει να εξαπλώνεται παγκοσμίως, κλιμακώνοντας την εισαγωγή περιπτώσεων από υπερπόντιους ή υπολειμματικούς μολυσμένους ασθενείς εντός της Κίνας (παρα την πολιτική απομόνωσης σχεδόν 2 μηνών σε εθνικό επίπεδο), σε συνδυασμό με την επανάληψη των οικονομικών δραστηριοτήτων, ένα δεύτερο κύμα COVID-19 φαίνεται πιθανό το φθινόπωρο (World Health Organization, Novel Coronavirus, 2020-nCoV).

2.4.1 Αιτίες Μετάδοσης

Η μόλυνση με το νέο κορωνοϊό (σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο coronavirus 2 ή SARS-CoV-2) προκαλεί τη νόσο του κορωνοϊού 2019 (COVID-19). Ο ιός που προκαλεί το COVID-19, εξαπλώνεται εύκολα μεταξύ των ανθρώπων και συνεχίζει να ανακαλύπτεται με την πάροδο του χρόνου σχετικά με το πώς εξαπλώνεται. Τα δεδομένα έχουν δείξει ότι εξαπλώνεται κυρίως από άτομο σε άτομο μεταξύ αυτών που βρίσκονται σε στενή επαφή (σε απόσταση περίπου 6 μέτρων ή 2 μέτρων). Ο ιός εξαπλώνεται από αναπνευστικά σταγονίδια που απελευθερώνονται όταν κάποιος με τον ιό βήχει, φτερνίζεται, αναπνέει, τραγουδάει ή μιλάει. Αυτά τα σταγονίδια μπορούν να εισπνευστούν ή να προσγειωθούν στο στόμα, τη μύτη ή τα μάτια ενός ατόμου που βρίσκεται κοντά (Huang, Wang, Li, et al., 2020).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο ιός COVID-19 μπορεί να εξαπλωθεί από ένα άτομο που εκτίθεται σε μικρά σταγονίδια ή αερολύματα που παραμένουν στον αέρα για αρκετά λεπτά ή ώρες - που ονομάζεται αερομεταφερόμενη μετάδοση. Δεν είναι ακόμη γνωστό πόσο συχνή είναι η εξάπλωση του ιού με αυτόν τον τρόπο. Μπορεί επίσης να εξαπλωθεί εάν ένα άτομο αγγίζει μια επιφάνεια ή ένα αντικείμενο με τον ιό πάνω του και έπειτα αγγίζει το στόμα, τη μύτη ή τα μάτια του, αν και αυτός δεν θεωρείται ο κύριος τρόπος με τον οποίο εξαπλώνεται. Έχουν συμβεί ορισμένες

μολύνσεις του ιού που προκαλούν το COVID-19, αλλά αυτές ήταν ασυνήθιστες (Huang, Wang, Li, et al., 2020).

2.4.2 Διάγνωση του Ιού

Η διάγνωση του COVID-19 βασίζεται σε συνδυασμό επιδημιολογικών κριτηρίων (επαφή εντός περιόδου επώασης), παρουσία κλινικών συμπτωμάτων καθώς και εργαστηριακές δοκιμές (δοκιμές ενίσχυσης νουκλεϊκών οξέων) και δοκιμές βασισμένες σε κλινική απεικόνιση. Οι δοκιμές ανοσοπροσροφητικού (ELISA) που συνδέονται με αντιγόνο και SARS-CoV - 2 βασίζονται σε αντιγόνο βρίσκονται υπό ανάπτυξη και δεν έχουν ακόμη πλήρως επικυρωθεί. Οι εκτεταμένες δοκιμές αποδεικνύονται αποτελεσματικές στη φάση συγκράτησης της επιδημίας.

Η ποιότητα της συλλογής δειγμάτων (βαθιά ρινική μπατονέτα) και η μεταφορά (χρόνος) στα εργαστήρια είναι απαραίτητες για την αποφυγή ψευδών αρνητικών αποτελεσμάτων. Η απεικόνιση της τομογραφίας με πνευμονική τομογραφία (CT) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστικό τεστ στο COVID-19. Όπως αποδεικνύεται από προηγούμενες επιδημίες, συμπεριλαμβανομένων των SARS και MERS, τα ιδιαίτερα ευαίσθητα και ειδικά εργαστηριακά διαγνωστικά είναι απαραίτητα για την αναγνώριση περιπτώσεων, την ανίχνευση επαφών, την εύρεση πηγών ζώων και αποτελεσματικά και ορθολογικά μέτρα περιορισμού.

Η ακριβής αναγνώριση περιπτώσεων είναι απαραίτητη για την απομόνωση ευάλωτων ατόμων. Με βάση την τρέχουσα επιδημιολογική ανάλυση, η CVD μεταδίδει τον κίνδυνο σοβαρότερου αποτελέσματος του COVID-19, επομένως 21,44, οι δοκιμές θα πρέπει να λαμβάνονται ιδιαίτερα ευρέως υπόψη σε ασθενείς με CVD. Επιπλέον, σε ομοιότητα με τη γρίπη, ο αποτελεσματικός έλεγχος των φροντιστών και των ατόμων που έρχονται σε επαφή με ασθενείς υψηλού κινδύνου μπορεί να επιτρέψει την προστασία ατόμων με πολλαπλές συννοσηρότητες. Η απόφαση για εξέταση πρέπει να βασίζεται σε κλινικούς και επιδημιολογικούς παράγοντες και να συνδέεται με την εκτίμηση της πιθανότητας μόλυνσης, ιδίως όταν η διαθεσιμότητα των δοκιμών είναι περιορισμένη (Huang, Wang, Li, et al., 2020).

Οι διαθέσιμες στρατηγικές δοκιμών περιγράφονται παρακάτω (Πίνακας 1). Ενώ η απομόνωση του ίδιου του ιού χρησιμοποιώντας ηλεκτρονική μικροσκοπία θα ήταν η πιο συγκεκριμένη διάγνωση, απαιτεί εγκαταστάσεις βιοασφάλειας επιπέδου-3 που δεν είναι διαθέσιμες στα περισσότερα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι δοκιμασίες ανίχνευσης αντισωμάτων και αντιγόνων στον ορό θα ήταν οι ευκολότερες και ταχύτερες, αλλά δεν έχουν ακόμη επικυρωθεί και μπορεί να υπάρχει διασταυρούμενη αντιδραστικότητα με άλλους κορωνοϊούς, ειδικά SARS-κορωνοϊούς. Επιπλέον, τα αντισώματα δεν είναι μετρήσιμα στην αρχική φάση της μόλυνσης. Επομένως, το PCR σε πραγματικό χρόνο παραμένει το πιο χρήσιμο εργαστηριακό διαγνωστικό τεστ για το COVID-19 παγκοσμίως.

2.4.3 Ίαση από Μέρους των Ιατρών και Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων

2.4.3.1 Ίαση σε Κοινωνικό Επίπεδο

Αναφερόμενος κανείς στην ανάπτυξη του ρίσκου για την πανδημία του ιού COVID-19, θα πρέπει να έχει κατά νου πως ο γενικός στόχος κάθε κράτους ως προς την αξιολόγηση των κινδύνων που προέρχονται από την ύπαρξη του ιού, είναι να παράσχει ένα σύνολο στόχων και θεμάτων δημόσιας υγείας για επιδημιολογικά κριτήρια, δείκτες και συνοδευτικά μέτρα, που υποστηρίζουν την εφαρμογή αυτού του οδικού χάρτη βάσει των διαθέσιμων επιστημονικών στοιχείων και ως προς τους στόχους της δημόσιας υγείας (Remuzzi, Remuzzi, 2020). Οι στόχοι αυτοί λοιπόν, αναφέρονται στα εξής στοιχεία

- ✓ Μείωση της νοσηρότητας, της σοβαρής νόσου και της θνησιμότητας στον πληθυσμό μέσω αναλογικών μη ιατρικών αντιμέτρων, με έμφαση στην προστασία ευάλωτων ομάδων (υψηλού κινδύνου), έως ότου γίνουν διαθέσιμα αποτελεσματικά εμβόλια, θεραπείες και φάρμακα.
- ✓ Περιορισμός και έλεγχος στην κυκλοφορία και τη μετάδοση ιών στον γενικό πληθυσμό και για τα επόμενα χρόνια για να διατηρήσετε τον αριθμό των νέων λοιμώξεων SARS-CoV-2 σε διαχειρίσιμα επίπεδα για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και πιθανώς επιτρέποντας τη σταδιακή απόκτηση ασυλία πληθυσμού.
- ✓ Μια ισχυρή στρατηγική επιτήρησης που βασίζεται σε βελτιωμένες δοκιμές, η οποία παρακολουθεί διεξοδικά και συνεχώς τον πανικό συγκεντρώνοντας συγκρίσιμα δεδομένα μεταξύ των κρατών μελών, παρακολουθεί την ένταση και τη γεωγραφική εξάπλωση, εντοπίζει νοσοκομειακές εστίες, εντοπίζει και παρακολουθεί τις αλλαγές σε ομάδες κινδύνου, παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον πληθυσμό για συγκεκριμένες ηλικίες ασυλία, μετρά τον αντίκτυπο στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, παρακολουθεί τις ιογενείς αλλαγές και μετρά τον αντίκτυπο των μέτρων μετριασμού και φυσικής απόστασης (και τις προσαρμογές τους) μέσω κατάλληλων επιδημιολογικών δεικτών και κριτηρίων.
- ✓ Διευρυμένη ικανότητα δοκιμών και εναρμονισμένες μεθοδολογίες δοκιμών με σκοπό την επιδημιολογική παρακολούθηση, έγκαιρη ανίχνευση και απομόνωση περιπτώσεων, κλινική διαχείριση, παρακολούθηση επαφών,

προστασία ομάδων κινδύνου, αξιολόγηση της ασυλίας του πληθυσμού, στρατηγικές επιστροφής στην εργασία. Αυτό περιλαμβάνει την ευθυγράμμιση των μεθοδολογιών δοκιμών, την ανάπτυξη και την αύξηση της διαρκούς ικανότητας διαγνωστικής COVID-19, τη δημιουργία κατάλληλων σχεδίων δοκιμών, την επικύρωση και την ανάπτυξη ορολογικών δοκιμών.

- ✓ Ένα πλαίσιο για την ανίχνευση επαφών, βασισμένο σε εκτεταμένες δοκιμές, ενεργή εύρεση περιπτώσεων, έγκαιρη ανίχνευση περιπτώσεων, απομόνωση περιπτώσεων, καραντίνα και παρακολούθηση επαφών, που ενδεχομένως υποστηρίζεται από ηλεκτρονικά εργαλεία και εφαρμογές.
- ✓ Επαρκής ικανότητα υγειονομικής περίθαλψης και ανθεκτικότητα, συμπεριλαμβανομένης της ανακτημένης γενικής χωρητικότητας (δεν σχετίζεται με το COVID-19) και επαρκών κλινών νοσοκομειακής και εντατικής μονάδας (ICU). Η παρακολούθηση και η εκτίμηση των αναγκών σε πόρους είναι ζωτικής σημασίας για να διασφαλιστεί ότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν την ικανότητα να ανταποκρίνονται σε μια νέα αύξηση των περιπτώσεων. Πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στη δημιουργία ικανοτήτων που σχετίζονται με ιατρικό, IPC, εργαστήριο και εξοπλισμό ανίχνευσης επαφών καθώς και ανθρώπινους πόρους.
- ✓ Μια αξιολόγηση της απόκρισης στο COVID-19 μέχρι στιγμής, για τον εντοπισμό βέλτιστων πρακτικών και διδαγμάτων που μπορούν να αντλήσουν μελλοντικά μέτρα αντιμετώπισης. Οι αξιολογήσεις μετά τη δράση (AAR) και οι ανασκοπήσεις σε δράση (IAR) μπορούν να διεξαχθούν για την αξιολόγηση τόσο των δυνατοτήτων όσο και των ικανοτήτων για την εφαρμογή στρατηγικών απόκρισης.
- ✓ Μια ισχυρή στρατηγική επικοινωνίας κινδύνου για ενημέρωση και συμμετοχή του κοινού και των ευάλωτων ομάδων που εξηγούν τη λογική της σταδιακής κατάργησης των πολιτικών «παραμονής στο σπίτι» και προσαρμογής των κοινοτικών μέτρων.

Τέλος, στην παρούσα κατάσταση, όπου αρκετές χώρες εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν συνεχή μετάδοση της κοινότητας και άλλες χώρες σχεδιάζουν να διευκολύνουν τα μέτρα απομακρυσμένης φυσικής απόστασης σε κοινοτικό επίπεδο, η εκτίμηση κινδύνου θα εξετάσει τα ακόλουθα ερωτήματα:

- ✓ Ποιος είναι ο κίνδυνος για σοβαρή ασθένεια που σχετίζεται με μόλυνση από SARS-CoV-2 στον γενικό πληθυσμό στην ΕΕ / ΕΟΧ και στο ΗΒ;
- ✓ Ποιος είναι ο κίνδυνος για σοβαρή νόσο που σχετίζεται με μόλυνση από SARS-CoV-2 σε πληθυσμούς με καθορισμένους παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για COVID-19 στην ΕΕ / ΕΟΧ και στο ΗΒ;
- ✓ Ποιος είναι ο κίνδυνος επανεμφάνισης της διαρκούς κοινοτικής μετάδοσης στην ΕΕ / ΕΟΧ και το Ηνωμένο Βασίλειο τις επόμενες εβδομάδες, ως συνέπεια της σταδιακής κατάργησης των πολιτικών «παραμονής στο σπίτι» και της προσαρμογής των μέτρων φυσικής απόστασης σε κοινοτικό επίπεδο χωρίς κατάλληλα συστήματα και ικανότητες θέση?

2.5 Ο Ρόλος των Οικογενειακών Ιατρών και της Ιατρικής Ομάδας στην Αντιμετώπιση της Πανδημίας όπως ο Ιός Covid-19

Αποτελεί γεγονός πως οι πανδημίες είναι μια σημαντική δοκιμασία άγχους για τα οικονομικά, πολιτικά και συστήματα υγείας μιας χώρας. Μια αποτελεσματική αντίδραση πανδημίας, απαιτεί μια πολυεπίπεδη προσέγγιση, που περιλαμβάνει την επιτήρηση, τον περιορισμό, τον έλεγχο των συνόρων, καθώς και διάφορα κοινωνικά και κοινοτικά μέτρα. Μετά την πανδημία της νέας νόσου του ιού COVID-19, η οποία έχει μολύνει πλέον περισσότερους από 7 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, τα αυστηρά μέτρα *καραντίνας* είναι συνηθισμένα και το ένα τρίτο του παγκόσμιου πληθυσμού έχει πλέον περάσει σε κάποια μορφή lockdown (Royal College of General Practitioners, 2013).

Με εξαίρεση τον έλεγχο των συνόρων, όλα αυτά τα μέτρα αντιμετώπισης περιλαμβάνουν τη συμβολή των οικογενειακών και των γενικών ιατρών με τον ένα ή τον άλλο τρόπο. Οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτελούν και καθοδηγούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, το οποίο με τη σειρά του αποτελεί τη ραχοκοκαλιά οποιουδήποτε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Όντας το πρώτο σημείο επαφής για ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών, οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης *παίζουν* μια ουσιαστική στρατηγική λειτουργία για την καταπολέμηση της νόσου, τόσο κατά την ειρήνη όσο και σε περίπτωση κρίσης στη δημόσια υγεία (Royal College of General Practitioners, 2013).

Αυτές οι σχετικές αποφάσεις και υπηρεσίες περιλαμβάνουν την (1) διενέργεια και αντιμετώπιση υπόπτων ή επιβεβαιωμένων περιπτώσεων, (2) κατανομή πόρων, (3) επιτήρηση και παρακολούθηση, (4) προληπτική φροντίδα, (5) παροχή προσιτής φροντίδας και (6) συνεχιζόμενη παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ασθενείς με άλλες οξείες ασθένειες και χρόνιες παθήσεις.

Μετά την πανδημία της νέας νόσου COVID-19, η οποία έχει μολύνει πλέον περισσότερα από 7 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως, τα αυστηρά μέτρα *καραντίνας* είναι συνηθισμένα και το ένα τρίτο του παγκόσμιου πληθυσμού έχει πλέον λάβει κάποια μορφή κλειδώματος (Remuzzi, Remuzzi, 2020). Οι γιατροί πρωτοβάθμιας

περίθαλψης αποτελούν την πρώτη γραμμή άμυνας σε οποιοδήποτε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζονται πρώτα στους οικογενειακούς γιατρούς τους ή στους ιατρούς τους, οι οποίοι στη συνέχεια κάνουν κλήση κρίσης εάν η ασθένεια μπορεί να αντιμετωπιστεί εκεί και εκεί, ή εάν απαιτείται κλιμάκωση της φροντίδας. Ένα ισχυρό δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης γιατρών και οικογενειακών ιατρών χρησιμεύει ως το θεμέλιο για ένα αποτελεσματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Μειώνει το βάρος για δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες εγκαταστάσεις, μειώνοντας έτσι το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης για τη χώρα (Remuzzi, Remuzzi, 2020).

Αυτό το προσχέδιο ισχύει για σχεδόν όλα τα ιατρικά σενάρια και μια πανδημική κατάσταση δεν αποτελεί εξαίρεση. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας H1N1-2009, καθώς και της συνεχιζόμενης πανδημίας COVID-19, οι κλινικές σε ολόκληρη την υφήλιο, έχουν εφαρμόσει αυστηρό έλεγχο βάσει κριτηρίων, παραπέμποντας μόνο ασθενείς που πληρούν ορισμούς περιστατικών στα τμήματα έκτακτης ανάγκης ή στο Εθνικό Κέντρο Λοιμωδών Νοσημάτων (NCID) (Chen, et al., 2020).

Καθώς η τοπική μετάδοση έγινε πιο διαδεδομένη, οι κλινικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης προσκλήθηκαν στη συνέχεια να πραγματοποιήσουν δοκιμές COVID-19 για μια επιλεγμένη υποομάδα ασθενών χαμηλού κινδύνου (ιατρικά σταθερού), υπό την Πρόγραμμα "Swab and Send Home". Χωρίς τέτοιες δυνατότητες κοινοτικής θεραπείας και ένα σύστημα φύλαξης πυλών, πολλές περιπτώσεις κοινού κρυολογήματος και ακόμη και αλλεργιών με συμπτώματα ανώτερου αναπνευστικού θα είχαν φτάσει στο ήδη συντριπτικό τμήμα έκτακτης ανάγκης. Αυτό μπορεί να σχετίζεται ιδιαίτερα με την πανδημία COVID-19, καθώς η πλειονότητα των ασθενών είναι ιατρικά σταθεροί και δεν έχουν ήπια έως καθόλου συμπτώματα (Patel, Jernigan, 2020).

Στην περίπτωση της πανδημίας H1N1-2009, οι γιατροί έπαιξαν επίσης τον πρόσθετο ρόλο στη θεραπεία ασθενών, για να μειώσουν την πιθανότητα εμφάνισης

επιπλοκών που απαιτούν νοσηλεία, απελευθερώνοντας πόρους για σοβαρές και κρίσιμες περιπτώσεις (Royal College of General Practitioners, 2013).

Επίσης δεδομένου ότι οι ιατρικοί πόροι είναι πεπερασμένοι, πανδημικές καταστάσεις συχνά οδηγούν σε έλλειψη πόρων, με αντι-ικά φάρμακα, εμβόλια, αναπνευστήρες και ατομικό προστατευτικό εξοπλισμό σε έλλειψη. Σε εθνικό επίπεδο, τα υπουργεία υγείας θα είχαν πραγματοποιήσει έναν γύρο κατανομής πόρων ως *δίχτυ ασφαλείας*. Αυτό βασίζεται στην αρχή ότι οι πόροι πρέπει να παρέχονται σε εκείνους που είναι πιο άρρωστοι ή που είναι αναπόσπαστοι σε μια λειτουργούσα κοινωνία κατά τη διάρκεια μιας κρίσης. Αυτό, ωστόσο, δεν απαλλάσσει την ανάγκη κατανομής σε επίπεδο λειτουργίας των οικογενειακών ιατρών.

Ο γιατρός θα πρέπει ακόμη να λάβει υπολογιζόμενες αποφάσεις για τις οποίες οι ασθενείς θα ωφεληθούν περισσότερο από αυτές τις θεραπευτικές ή προληπτικές θεραπείες. Σε αντίθετη περίπτωση, θα υπονομεύσει την προαναφερθείσα λειτουργία κοσκινίσματος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και θα διαταράξει την ισορροπία που καθορίζεται σε εθνικό επίπεδο. Κατά τη διάρκεια των πρώτων σταδίων της πανδημίας, η αδιάκριτη συνταγή ενός αντι-ϊικού φαρμάκου από φαρμακεία και κλινικές, είχε ως αποτέλεσμα να καταλήξουν στα ανεπιθύμητα χέρια ασθενών με ήπια ασθένεια, και ακόμη και συσσωρευτές σε ορισμένες χώρες, απειλώντας την ικανότητα σε εθνικά αποθέματα για την κάλυψη ασθενών υψηλού κινδύνου και σοβαρά ασθενών αργότερα (Royal College of General Practitioners, 2013).

Ίσως πιο σχετικοί με μια κατάσταση πριν από την πανδημία, οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν τεράστια δυνατότητα να αναλάβουν ρόλο παρακολούθησης ασθενών. Όντας το πρώτο σημείο επαφής για πολλές μολυσματικές ασθένειες, ένα δίκτυο ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως σε επίπεδο λειτουργίας των οικογενειακών ιατρών, θα μπορούσε ενδεχομένως να χρησιμεύσει ως σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης για την ανίχνευση ξαφνικών αιχμών σε περιστατικά ασθένειας ή την εμφάνιση νέων στελεχών (Chen, et al., 2020).

Οι κλινικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, αποτελούν ένα μεγάλο συστατικό του Δικτύου Παρακολούθησης Ασθένειας των εξωτερικών ασθενών των ΗΠΑ (ILINet), όπου παρακολουθούνται εβδομαδιαία ποσοστά

επισκέψεων ασθενών. Αν και δεν αποτελεί παράδειγμα μιας πανδημικής κατάστασης, δεν θα ήταν δύσκολο να φανταστεί κανείς ότι ένα τέτοιο σύστημα συναγερμού πραγματοποιείται σε μια πανδημική κατάσταση. Η χρησιμότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ως συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης, ωστόσο, παραμένει περιορισμένη σε πολλές χώρες, λόγω της έλλειψης ενός πολύ διασυνδεδεμένου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Patel, Jernigan, 2020).

Ενώ η αίθουσα αναμονής ενός γιατρού μπορεί να είναι το τελευταίο μέρος που θέλει κάποιος να είναι κατά τη διάρκεια πανδημίας, οι γιατροί μπορούν να παρέχουν ευκαιριακούς εμβολιασμούς όταν οι ασθενείς έρχονται να συμβουλευτούν για ξεχωριστά ζητήματα, π.χ. μόλυνση του ουροποιητικού συστήματος. Στην Αυστραλία, οι παθολόγοι έχουν καταβάλει επιπλέον προσπάθειες για να ξεκινήσουν υπηρεσίες εμβολιασμού μέσω της γρίπης, παρέχοντας εμβολιασμούς κατά της γρίπης σε ασθενείς από την άνεση και την ασφάλεια (απόσταση) του αυτοκινήτου τους (Royal College of General Practitioners, 2013).

Η εκπαίδευση των ασθενών είναι επίσης βασική αρχή της ιατρικής πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Λόγω των διαρκών και εμπιστευτικών σχέσεων τους με τους ασθενείς, οι γιατροί είναι μοναδικά κατάλληλοι για να παρέχουν πολύ απαραίτητη σαφήνεια και λύσεις, ειδικά κατά τη διάρκεια των αποπροσανατολιστικών χρόνων μιας πανδημίας (Remuzzi, Remuzzi, 2020).

Για παράδειγμα, μια έρευνα που διεξήχθη από το Κολλέγιο Οικογενειακών Ιατρών του Καναδά, διαπίστωσε ότι η συντριπτική πλειοψηφία (86%) των ερωτηθέντων εξέφρασε ότι θα έπρεπε να είναι σε θέση να απευθυνθούν στον οικογενειακό γιατρό τους για πληροφορίες και συμβουλές σε μια στιγμή σοβαρής ιατρικής έκτακτης ανάγκης (Patel, Jernigan, 2020).

Σε μια ταχέως εξελισσόμενη κατάσταση πανδημίας, είναι εύκολο για τον απλό να χαθεί σε μια θάλασσα πληροφοριών και όχι ασυνήθιστα, παραπληροφόρηση που δεν βοηθά στην καλύτερη περίπτωση και θανατηφόρα στη χειρότερη. Αυτό μπορεί να ισχύει ιδιαίτερα για τη συνεχιζόμενη πανδημία COVID-19, καθώς εξακολουθεί να υπάρχει μεγάλη αβεβαιότητα και εικασίες σχετικά με την επιδημιολογία και την

ιολογία του COVID-19, συμπεριλαμβανομένης της ισχυρής πιθανότητας ασυμπτωματικών ασθενών.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας H1N1-2019, για παράδειγμα, οι οικογενειακοί γιατροί στις ΗΠΑ που εξυπηρετούν κοινότητες μεταναστών και εποχιακών εργαζομένων στη γεωργία, διαβίβασαν μηνύματα δημόσιας υγείας Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) και δίγλωσσα εργαλεία εκπαίδευσης ασθενών απευθείας σε ασθενείς, καθώς και μέσω περιφερειακών μεταναστών συντονιστές υγείας (Ding, et al., 2020). Με γνώση των μοναδικών συνθηκών υγείας και ζωής κάθε ασθενούς, οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι σε θέση να παρέχουν εξατομικευμένες συστάσεις στις οποίες οι δημόσιες ανακοινώσεις δεν μπορούν.

Μπορούν επίσης να επαναλάβουν στους ασθενείς τη σημασία της καλής προσωπικής υγιεινής και της κοινωνικής απόστασης για να σταματήσουν την εξάπλωση του COVID-19. Οι πανδημίες συχνά οδηγούν σε δύσκολους καιρούς για την οικονομία. Μόνο την τελευταία εβδομάδα του Μαρτίου 2020, περισσότερα από εξίμιση εκατομμύρια άτομα υπέβαλαν αίτηση για επιδόματα ανεργίας στις ΗΠΑ, λόγω των επιπτώσεων της πανδημίας COVID-19 (Ding, et al., 2020). Θα ήταν εξαιρετικά επιζήμιο για τις προσπάθειες περιορισμού των ασθενειών εάν οι ασθενείς δεν είχαν πρόσβαση σε δοκιμές και θεραπεία λόγω οικονομικών περιορισμών.

Στο πλαίσιο του προγράμματος, οι πολίτες και οι μόνιμοι κάτοικοι απολαμβάνουν εξαιρετικά επιδοτούμενες και ακόμη δωρεάν συμβουλές και θεραπεία όταν επισκέπτονται μια συμμετέχουσα κλινική για αναπνευστικά προβλήματα. Μια αποτελεσματική αντίδραση πανδημίας πρέπει επίσης να περιλαμβάνει απόκριση ψυχικής υγείας και οι γιατροί θα μπορούσαν να αποτελέσουν αποτελεσματικό μέρος αυτής της απόκρισης. Το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης δεν πρέπει να αποτελεί απαγορευτικό παράγοντα για άτομα με συναισθηματική αγωνία και σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας (Chen, et al., 2020).

Ωστόσο, κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας, οι οικογενειακοί ιατροί έχουν την πρόσθετη ευθύνη να αποτρέψουν τη μετάδοση μεταξύ των ασθενών στις εγκαταστάσεις τους, ειδικά όταν οι συννοσηρότητες συχνά παρέχουν φτωχότερα

κλινικά αποτελέσματα σε μια λοίμωξη (Patel, Jernigan, 2020). Το κάνουν μέσα από μια ποικιλία προσεγγίσεων, με τον επαρκή διαχωρισμό, την απολύμανση και τη φυσική απόσταση να είναι οι πιο βασικές από αυτές. Για να παρακάμψουν εντελώς τη φυσική επαφή, ορισμένοι οικογενειακοί γιατροί αξιοποιούν τις υπηρεσίες τηλεϊατρικής και παράδοσης φαρμάκων.

Αναγνωρίζοντας τη δυνατότητά του να ανακουφίσει το φόρτο εργασίας των νοσοκομείων και να διακόψει τη μετάδοση κατά τη διάρκεια του COVID-19, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας της Νότιας Κορέας κατάργησε προσωρινά την απαγόρευση της τηλεϊατρικής, επιτρέποντας σε πολλούς ευάλωτους ασθενείς να έχουν πρόσβαση στη συνεχή πρωτοβάθμια φροντίδα από την ασφάλεια των σπιτιών τους (Royal College of General Practitioners, 2013).

Η Αμερικανική Ακαδημία Οικογενειακών Ιατρών (AAFP) υποστηρίζει επίσης την εκτεταμένη χρήση της τηλεϊατρικής ως ένα σημαντικό και αποτελεσματικό εργαλείο για να βοηθήσει στη φροντίδα των ασθενών, καθώς η πανδημία COVID-19 μαίνεται (Ding, et al., 2020). Δεδομένου ότι οι πόροι θα μπορούσαν να είναι ιδιαίτερα λιγοστοί κατά τη διάρκεια μιας σοβαρής πανδημικής κατάστασης, η έγκαιρη ψυχολογική υποστήριξη θα μπορούσε επίσης να λάβει πολλές μορφές (Remuzzi, Remuzzi, 2020).

Είναι επιθυμητή λοιπόν και απαραίτητη μια συνεργατική σχέση εργασίας μεταξύ των οικογενειακών ιατρών και των συναφών επαγγελματιών στον τομέα της υγείας. Ωστόσο, παραμένουν χαμηλά σε παγκόσμιο επίπεδο λόγω της νομικής αβεβαιότητας, των ζητημάτων πληρωμής και των τεχνικών δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά αυτό είναι συχνά δύσκολο να επιτευχθεί, όπως έχουν αποκαλύψει προηγούμενες μελέτες.

2.6 Ειδικότερος Ρόλος των Οικογενειακών Γιατρών στην Κοινωνία και ως προς την Αντιμετώπιση του Ιού Covid-19

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, θα λέγαμε πως οι οικογενειακοί γιατροί έχουν μια αίσθηση καθήκοντος και ευθύνης που είναι σεβαστή στο χρόνο για να βοηθήσουν όσους έχουν ανάγκη, ακόμη και αν η ζωή τους κινδυνεύει. Η επιδημία SARS και η πανδημία H1N1 έφεραν κινδύνους που δεν είχαν παρατηρηθεί εδώ και δεκαετίες. Πλέον, ο ιός COVID19 επέφερε ένα νέο, δραματικό και καθαρό φως στις επιπτώσεις των μολυσματικών ασθενειών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, όχι μόνο όσον αφορά τις «περιπτώσεις ασθένειας» στα νοσοκομεία αλλά και στην παροχή περίθαλψης στην κοινότητα. Ποιο είναι το «καθήκον της φροντίδας» για τους οικογενειακούς γιατρούς κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας λοιπόν;

Το 2011, μετά τον ιό SARS και την πανδημία H1N1, σημειώθηκε πως ο κίνδυνος μιας άλλης πανδημίας βρίσκεται στο εγγύς μέλλον. Η ύπαρξη αρκετών εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης για την παροχή φροντίδας, αποτελεί σημαντικό ζήτημα στον προγραμματισμό πανδημιών. Για το λόγο αυτό, οι οικογενειακοί γιατροί της οικογένειας, αποτελούν ζωτικό στοιχείο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Royal College of General Practitioners, 2013).

Το καθήκον της φροντίδας των ιατρών και άλλων μελών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, έχει αποκαλυφθεί στην πρόσφατη πανδημία SARS και H1N1. Έχουν βρεθεί διάφοροι λόγοι που επηρεάζουν τον δισταγμό, τα κίνητρα και την ικανότητα, όπως φόβο, προσωπική ασφάλεια, ανεπαρκή προστατευτικό εξοπλισμό, φόβο αναπηρίας ή ασθένεια, άγχος και κίνδυνος για τις οικογένειες, άγνωστες προσδοκίες και αίσθημα απροετοίμαστων για την αντιμετώπιση έκτακτης ανάγκης στη δημόσια υγεία.

Σαφώς, καθώς προχωράμε στην τρέχουσα πανδημία του ιού COVID-19, οι οικογενειακοί γιατροί συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα σήμερα καθώς προσπαθούμε να διαχειριστούμε τα γραφεία μας, να παρέχουμε φροντίδα στους ασθενείς μας στην κλινική και στα σπίτια τους και να διασφαλίσουμε ότι εμείς οι ίδιοι παραμένουμε υγιείς. Η ένταση μεταξύ της προσωπικής μας ασφάλειας και του

καθήκοντός μας φροντίδας ως οικογενειακών ιατρών δεν έχει αντιμετωπιστεί πλήρως παρά την πανδημία SARS το 2003 (Chen, et al., 2020).

Ο αναθεωρημένος κώδικας δεοντολογίας του Καναδικού Ιατρικού Συλλόγου (CMA) 2018 δεν περιλαμβάνει καμία σαφή περιγραφή του καθήκοντος φροντίδας κατά τη διάρκεια πανδημίας. Ο κώδικας «ενημερώνει τη δεοντολογική λήψη αποφάσεων», αλλά δεν πληροί τις πολιτικές κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης στη δημόσια υγεία.

Δεν εξετάζει τον τρόπο διαχείρισης αυτής της σύγκρουσης όταν κινδυνεύει η ασφάλεια του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης. Στη παρούσα χρονιά, η επιτροπή CMA κυκλοφόρησε το Πλαίσιο για την Ηθική Λήψη Αποφάσεων. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας *Coronavirus* που αναγνωρίζει τη μοναδική κατάσταση κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας, συνιστά τον διαχωρισμό της κλινικής λήψης αποφάσεων και την κατανομή των πόρων και αναγνωρίζει τους ιατρικούς-νομικούς κινδύνους σε περιόδους αβεβαιότητας.

Ωστόσο, το έγγραφο δεν εξετάζει συγκεκριμένα το πλήρες εύρος των εντάσεων που βιώνουν οι γιατροί γύρω από το καθήκον φροντίδας. Στο παρελθόν, τόσο η CMA στον κώδικα δεοντολογίας του 1922 όσο και η Αμερικανική Ιατρική Ένωση (AMA) στον κώδικα δεοντολογίας τους από το 1846 έως το 1950 είχαν συγκεκριμένα διατυπώσει δηλώσεις σχετικά με τους ρόλους, τις ευθύνες και τις προσδοκίες των ιατρών κατά τη διάρκεια εκδηλώσεων μολυσματικών ασθενειών (Royal College of General Practitioners, 2013).

Όπως έγραψε το Chalmers Clark του Πανεπιστημίου του Yale στο «In Harm's Way: AMA Physicians and the Duty to Treat», η αφαίρεση αυτών των δηλώσεων οφείλεται εν μέρει στην πεποίθηση μετά τη δεκαετία του 1950 ότι ήταν πιθανές σημαντικές μολυσματικές ασθένειες. Οι ηθικές υποχρεώσεις των ιατρών και της κοινωνίας κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας, που προσδιορίζει ορισμένες από τις ανησυχίες των ασκούμενων ιατρών.

Ειδικότερα, για τους οικογενειακούς γιατρούς, η περιορισμένη πρόσβαση στην εξειδίκευση στην πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων (IPAC), η ασυνεπής πρόσβαση σε εξοπλισμό ατομικής προστασίας (ΜΑΠ) και η έλλειψη προετοιμασίας

για πανδημία με βάση το γραφείο σήμαινε ότι πολλά γραφεία έχουν κλείσει. Κάποιοι αγωνίστηκαν να ανοίξουν ξανά καθώς το Οντάριο «ισοπεδώνει την καμπύλη» και αυξάνεται η ανάγκη για φροντίδα στην κοινότητα.

Για όσους παρέχουν φροντίδα πρόσωπο με πρόσωπο, οι υλικοτεχνικοί περιορισμοί της φυσικής απόστασης και οι αυξημένες απαιτήσεις καθαρισμού κινδυνεύουν να επιβραδύνουν τη ραντεβού με βάση το ραντεβού, σε μια στιγμή που χρειαζόμαστε την ικανότητα της οικογενειακής ιατρικής να βελτιστοποιηθεί. Οι περισσότεροι ασθενείς απευθύνονται πρώτα στον αξιόπιστο οικογενειακό γιατρό τους για συμβουλές και φροντίδα.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στρέφεται επίσης σε οικογενειακούς γιατρούς για να υποστηρίξει τις ανάγκες της κοινότητας και τον τομέα της μακροχρόνιας περίθαλψης, να διασφαλίσει τη φροντίδα για τους ασθενείς στο σπίτι και, όπως έχουμε δει στην τρέχουσα πανδημία, να διασφαλίσει ότι τα κέντρα αξιολόγησης είναι στελεχωμένα και ότι η αίθουσα έκτακτης ανάγκης είναι όχι συγκλονισμένοι.

Ενώ η εικονική φροντίδα εξελίχθηκε γρήγορα, θα παραμείνει ένα εργαλείο φροντίδας μόνο για ένα μέρος των ασθενών που βρίσκονται σε πρωτοβάθμια περίθαλψη και μόνο για κάποιο χρονικό διάστημα. Πολλοί ασθενείς χρειάζονται προσωπική αξιολόγηση για διάφορα θέματα, όπως οξεία επεισοδιακή ασθένεια, προγεννητική φροντίδα, καλή φροντίδα του μωρού και διαχείριση χρόνιων ασθενειών. Φροντίδα πρόσωπο με πρόσωπο καθαρά απαιτείται για διαδικαστική φροντίδα (π.χ., βιοψίες δέρματος, παρεμβολές IUD, φροντίδα τραυμάτων) και, φυσικά, για τη χορήγηση ανοσοποιήσεων για την πρόληψη άλλων μολυσματικών ασθενειών. Πρέπει να συνεχίσουμε να διασφαλίζουμε ότι έχουμε εξοπλιστεί οικογενειακούς γιατρούς για να συνεχίσουμε να παρέχουμε αυτήν την απαραίτητη φροντίδα (Remuzzi, Remuzzi, 2020).

Παρόλο που ο σχεδιασμός ετοιμότητας για πανδημία ήταν στο προσκήνιο στον τομέα των νοσοκομείων από το SARS και το H1N1, δεν πραγματοποιήθηκε οργανωμένη προσέγγιση για να διασφαλιστεί η ετοιμότητα της κοινότητας μεταξύ του 2009 και του 2020 και οι οικογενειακοί ιατροί και άλλοι εργαζόμενοι στον τομέα

της υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν σημαντικό προσωπικό κίνδυνο τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τους οικογένειες.

Η αναγνώριση αυτών των κινδύνων είναι ζωτικής σημασίας για να διασφαλιστεί ότι οι γιατροί θα συνεχίσουν να παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς τους στο Οντάριο. Οι αυτοαπασχολούμενοι γιατροί στην πρακτική της κοινότητας έχουν ευθύνη για την ασφάλεια των εργαζομένων τους, ωστόσο δεν επωφελούνται από τα νομοθετικά δικαιώματα άλλων εργαζομένων. Πρέπει να αντιμετωπιστεί καλύτερα η πιθανότητα σύγκρουσης μεταξύ των ηθικών και ηθικών ευθυνών που περιγράφονται στον κώδικα δεοντολογίας της CMA για τους γιατρούς έναντι ενός νομικού δικαιώματος άρνησης εργασίας λόγω ενός μη ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος.

Για παράδειγμα, οι πυροσβέστες δεν μπορούν να αρνηθούν να εισέλθουν σε ένα φλεγόμενο κτίριο, καθώς αυτό συνεπάγεται κίνδυνο για τη δουλειά τους. Ωστόσο, δεν αναμένεται επίσης να αναλάβουν αυτούς τους κινδύνους χωρίς την παροχή κατάλληλων εργαλείων και εξοπλισμού ασφαλείας. Κάθε επαρχία και επικράτεια έχει νομοθεσία που προστατεύει τους εργαζομένους από ασθένειες ή τραυματισμούς στην εργασία, θέτοντας οδηγίες για τη μείωση του κινδύνου για τους εργαζόμενους. Στη συνέχεια, τίθεται το ερώτημα ποιο επίπεδο κινδύνου είναι ηθικό να μην παρέχουμε καθήκον φροντίδας (Royal College of General Practitioners, 2013).

Οι γιατροί που αισθάνονται ανασφαλείς είναι πιθανότερο να μην παρέχουν φροντίδα κατά τη διάρκεια πανδημίας. Οι κυβερνήσεις καθώς και οι εξελισσόμενες ομάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις Ομάδες Υγείας του Οντάριο μπορούν να διασφαλίσουν ότι διατίθεται η απαραίτητη υποστήριξη, εκπαίδευση και κατάρτιση. Θα πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη και άλλες αμοιβαίες υποχρεώσεις, συμπεριλαμβανομένης της εξασφάλισης αναπηρίας ή ασφάλισης ζωής για όσους αρρωσταίνουν από ασθένειες που σχετίζονται με πανδημία.

Οι επιχορηγήσεις ή οι επιδοτήσεις για τους γιατρούς να αλλάξουν, να αλλάξουν ή να επανασχεδιάσουν γραφεία για να ευθυγραμμιστούν με τις βέλτιστες πρακτικές για την πρόληψη της εξάπλωσης των μολυσματικών ασθενειών θα καθησυχάσουν τους φόβους των ιατρών και των ασθενών και θα έχουν σημαντικό μελλοντικό όφελος για ολόκληρο τον πληθυσμό. Φαίνεται αδιανόητο ότι οι γιατροί

με βάση την κοινότητα δεν είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν σε μια πανδημία και ενδέχεται να επιδεινώσουν το ζήτημα της κακής πρόσβασης στην περίθαλψη αρρώστησαν οι ίδιοι. Αυτός ο τύπος κοινωνικής σύμβασης, κατάλληλα σχεδιασμένος, θα επιτρέψει στους γιατρούς να επικεντρωθούν στη σημασία των ιατρικών πτυχών της πανδημικής υγείας και όχι στις επιχειρηματικές πτυχές της ιατρικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗΣ

3.1 Μεθοδολογία Έρευνας

Προκειμένου να ικανοποιηθούν οι στόχοι της παρούσης εργασίας, πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα. Το κύριο χαρακτηριστικό της ποιοτικής έρευνας είναι ότι είναι κυρίως κατάλληλη για βιβλιογραφικά θέματα και ποιοτικά δείγματα ανάλυσης, ενώ τα αποτελέσματά της δεν είναι μετρήσιμα και ποσοτικοποιήσιμα. Το βασικό του πλεονέκτημα, το οποίο αποτελεί επίσης τη βασική του διαφορά με την ποσοτική έρευνα, είναι ότι προσφέρει μια πλήρη περιγραφή και ανάλυση ενός ερευνητικού θέματος, χωρίς περιορισμό του πεδίου της έρευνας και της φύσης των απαντήσεων των συμμετεχόντων (Collis & Hussey, 2003).

Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της ποιοτικής έρευνας βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στις δεξιότητες και τις ικανότητες των ερευνητών, ενώ τα αποτελέσματα ενδέχεται να μην θεωρηθούν αξιόπιστα, επειδή προέρχονται κυρίως από προσωπικές κρίσεις και ερμηνείες του ερευνητή. Επειδή είναι πιο κατάλληλο για μικρά δείγματα, είναι επίσης επικίνδυνο τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας να θεωρούνται ότι αντικατοπτρίζουν τις απόψεις ενός ευρύτερου πληθυσμού (Bell, 2005).

3.2 Ερευνητική Προσέγγιση

Η ερευνητική προσέγγιση που ακολουθήθηκε για τους σκοπούς αυτής της έρευνας, ήταν η επαγωγική. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, οι ερευνητές ξεκινούν με συγκεκριμένη παρατήρηση, η οποία χρησιμοποιείται για την παραγωγή γενικευμένων θεωριών και συμπερασμάτων που αντλούνται από την έρευνα. Οι λόγοι για την κατάληψη της επαγωγικής προσέγγισης ήταν ότι λαμβάνει υπόψη το πλαίσιο όπου η ερευνητική προσπάθεια είναι ενεργή, ενώ είναι επίσης καταλληλότερη για μικρά δείγματα που παράγουν ποιοτικά δεδομένα. Ωστόσο, η κύρια αδυναμία της επαγωγικής προσέγγισης είναι ότι παράγει γενικευμένες θεωρίες και συμπεράσματα που βασίζονται μόνο σε ένα μικρό αριθμό παρατηρήσεων, με αποτέλεσμα να αμφισβητείται η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της έρευνας (Denzin & Lincoln, 2005).

3.3 Μέθοδος και Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Για τους σκοπούς αυτής της έρευνας, χρησιμοποιήθηκαν σε βάθος βιβλιογραφικές αναλύσεις που αναφέρονται στην εξέλιξη του μοντέλου του Οικογενειακού γιατρού εξετάζοντας τη σχέση Γιατρού -Ασθενή στην οργάνωση ομάδων υγείας στην τοπική κοινωνία και την αντιμετώπιση επιδημικών φαινομένων, όπως ο ιός Covid-19.

Σε βάθος οι βιβλιογραφικές αναλύσεις, είναι προσωπικές και μη δομημένες αναλύσεις βιβλιογραφίας, με σκοπό να εντοπίσουν τα συναισθήματα, τα συναισθήματα και τις απόψεις των συμμετεχόντων σε μια έρευνα και ανάλυση αυτής και σχετικά με ένα συγκεκριμένο ερευνητικό θέμα. Το κύριο πλεονέκτημα των βιβλιογραφικών αναλύσεων, είναι ότι περιλαμβάνουν προσωπική επαφή μεταξύ των αναλύσεων, καθώς και την εξάλειψη των ποσοστών μη απάντησης, αλλά οι ερευνητές πρέπει να έχουν αναπτύξει τις απαραίτητες δεξιότητες για να πραγματοποιήσουν επιτυχώς μια βιβλιογραφική ανάλυση (Fisher, 2005, Wilson, 2003).

Όσον αφορά τα εργαλεία συλλογής δεδομένων, η διεξαγωγή της έρευνας περιελάμβανε τη συλλογή στοιχείων από βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, το οποίο

χρησιμοποιήθηκε ως οδηγός συνέντευξης για τον ερευνητή. Σύμφωνα με αυτήν τη μέθοδο, η οποία ανήκει στην κατηγορία των τεχνικών δειγματοληψίας χωρίς πιθανότητα, τα μέλη του δείγματος επιλέγονται με βάση τις γνώσεις, τις σχέσεις και την εμπειρία τους σχετικά με ένα ερευνητικό θέμα (Freedman et al., 2007).

Στην τρέχουσα μελέτη, τα βιβλιογραφικά στοιχεία του δείγματος που επιλέχθηκαν, είχαν ιδιαίτερη σχέση με το υπό εξέταση φαινόμενο καθώς και αποδεδειγμένο ερευνητικό υπόβαθρο και κατανόηση των πρώτων δεδομένα σχετικά με τα ευρήματα που αναλύονται. Η ανάλυση περιεχομένου χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν από προσωπικές συνεντεύξεις. Σύμφωνα με τους Moore & McCabe (2005), αυτός είναι ο τύπος έρευνας σύμφωνα με τον οποίο τα δεδομένα που συλλέγονται κατηγοριοποιούνται σε θέματα και υποθέματα, ώστε να είναι συγκρίσιμα. Ένα βασικό πλεονέκτημα της ανάλυσης περιεχομένου είναι ότι βοηθά στη μείωση και απλοποίηση των δεδομένων που συλλέγονται, ενώ παράλληλα παράγει αποτελέσματα που μπορούν στη συνέχεια να μετρηθούν χρησιμοποιώντας ποσοτικές τεχνικές.

Επιπλέον, η ανάλυση περιεχομένου δίνει τη δυνατότητα στους ερευνητές να δομήσουν τα ποιοτικά δεδομένα που συλλέγονται με τρόπο που να ικανοποιεί την επίτευξη των ερευνητικών στόχων. Ωστόσο, το ανθρώπινο σφάλμα εμπλέκεται σε μεγάλο βαθμό στην ανάλυση περιεχομένου, καθώς υπάρχει ο κίνδυνος για τους ερευνητές να παρερμηνεύσουν τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, δημιουργώντας έτσι ψευδή και αναξιόπιστα συμπεράσματα (Krippendorff & Bock, 2008).

3.4 Άρθρα που Χρησιμοποιήθηκαν στην Εν Λόγω Εργασία

Baker-Mc Clearm D., Carmel S., (2008), Impact of Critical Care Outreach Services on the Delivery and Organization of Hospital Care, *Journal Of Health Services Research and Policy*, 13(3): 152-7

Bonetti L., Destrobecq A., Nucchi M., (2009), Reception and Integration of Novice Nurses: A study in ICU's in 10 Hospitals in Milan, *Prof Inferm* 62(1): 49-54

Chen, J.; Qi, T.; Liu, L.; Ling, Y.; Qian, Z.; Li, T.; Li, F.; Xu, Q.; Zhang, Y.; Xu, S.; et al. (2020). Clinical progression of patients with COVID-19 in Shanghai, China. *J. Infect.*, 80, e1–e6

COVID-19 Management guidelines Compiled by Ali S M Jawad The Author(s) 2020. Published by Oxford University Press for the Infectious Diseases Society of America. All rights reserved

Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020 Jan 24 [Epub ahead of print] [Published correction appears in *Lancet* 2020 Jan 30.].

Chinazzi, M., Davis, J. T., Ajelli, M., Gioannini, C., Litvinova, M., Merler, S., ... & Viboud, C. (2020). The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. *Science*.

Congrex Team. (2020). Disruption in the business events industry; Rising to the challenges of Covid-19. Online available at <https://congrex.com/blog/disruptionbusiness-events-industry-challenges-covid-19/>.

Daily FT. (2020). Tourism industry meets to assess COVID-19 impact, way forward. Retrieved from <http://www.ft.lk/front-page/Tourism-industry-meets-to-assess-COVID-19-impact-way-forward/44-696983>

Daily Ft. (2020). Tourist arrivals fall 17.7% in Feb. Retrieved from aily FT. (2020). Tourism industry meets to assess COVID-19 impact, way forward. Retrieved from <http://www.ft.lk/front-page/Tourism-industry-meets-to-assess-COVID-19-impact-way-forward/44-696983>

Kousoulis, A.A., Angelopoulou, K.-E. & Lionis, C. (2017). Exploring health care reform in a changing Europe: Lessons from Greece. *European Journal of General Practice*, 19, pp. 194-199.

Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N. et al. (2012). Integrated primary health care in Greece, a missing issue

in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*.

Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*.

Schäfer W., Boerma, G.W., Murante, M.A., Sixma, H., Schellevis, F.G. & Groenewegen, P.P. (2018). Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(3), pp. 161-168.

Wright, B., Lockyer, J., Fidler, H. & Hofmeister, M. (2017). Roles and responsibilities of family physicians on geriatric health care teams – Health care team member' s perspectives. *Canadian Family Physician*, 53, pp. 1954-1955.

Wen, J., Aston, J., Liu, X., & Ying, T. (2020). Effects of misleading media coverage on public health crisis: A case of the 2019 novel coronavirus outbreak in China. *Anatolia*

World Health Organization. Novel Coronavirus (2020-nCoV) Situation Report-21, 2020. Available online: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200210-sitrep-21-ncov.pdf>

World Health Organization. Novel Coronavirus—China, 2020. Available online: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>.

Congrex Team. (2020). Disruption in the business events industry; Rising to the challenges of Covid-19. Online available at <https://congrex.com/blog/disruptionbusiness-events-industry-challenges-covid-19/>.
retrieved on 25th April 2020.

World Health Organization. Novel Coronavirus (2020-nCoV) Situation Report-21, 2020. Available online: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200210-sitrep-21-ncov.pdf>

World Health Organization. Novel Coronavirus—China, 2020. Available online: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΚΩΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ ΟΠΩΣ Ο ΙΟΣ COVID-19

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαφόρων βιβλιογραφικών ερευνών, κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, ο κόσμος αντιμετώπισε μια σειρά από δυνητικά θανατηφόρες εκρήξεις κορονοϊού (CoV) που έχουν προκαλέσει σοβαρές ασθένειες, όπως σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS) και αναπνευστικό σύνδρομο της Μέσης Ανατολής (MERS) (Ding, et al., 2020). Ωστόσο στο τέλος του 2019, ένας νέος κορονοϊός CoV, που ονομάστηκε αργότερα ως ιός SARS-CoV-2, εμφανίστηκε στο Wuhan της Κίνας και προκάλεσε πολλούς θανάτους παγκοσμίως (Chen, et al., 2020).

Από τις 8 Ιουλίου 2020, έχουν υπάρξει περισσότερες από 11.669.000 επιβεβαιωμένες περιπτώσεις νόσου COVID-19 παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένων περίπου 539.000 επιβεβαιωμένων θανάτων, σε 215 χώρες, περιοχές ή εδάφη με κρούσματα, όπως αναφέρεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (Patel, Jernigan, 2020). Οι κορονοϊοί είναι μια μεγάλη *οικογένεια ιών* που προκαλούν ασθένειες που κυμαίνονται από το κοινό κρυολόγημα έως τις απειλητικές για τη ζωή ασθένειες.

Ο νέος ιός COVID-19 έχει αποδειχθεί ότι είναι η αιτία της πρόκλησης αναπνευστικής ανεπάρκειας. Για την πρόληψη και / ή τη θεραπεία των ασθενειών που προκαλούνται από το νέο ιό COVID-19, διεξάγονται μελέτες εμβολίων και φαρμακευτικών προϊόντων. Επομένως, η εφαρμογή προληπτικών μέτρων για τη μείωση της εξάπλωσης του ιού, είναι πολύ σημαντική.

Ο ΠΟΥ και τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) έχουν δημοσιεύσει συστάσεις για την πρόληψη και τον έλεγχο των μολύνσεων από το νέο ιό COVID-19 σε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό περιλαμβάνει την υγιεινή των χεριών και τη χρήση προσωπικού προστατευτικού εξοπλισμού (Ding, et al., 2020). Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (HCP) διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο

στη διαχείριση και τη θεραπεία ασθενών, αλλά ταυτόχρονα, οι ίδιοι αντιμετωπίζουν μεγάλους κινδύνους (Chen, et al., 2020). Κατά τη διάρκεια αυτής της επιδημίας, που δηλώθηκε ως παγκόσμια κατάσταση έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία, χιλιάδες πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, έχουν μολυνθεί και έχουν πεθάνει από το νέο ιό COVID-19, ενώ φροντίζουν ασθενείς που προκαλούν αυτήν την εξαιρετικά μεταδοτική και θανατηφόρα ασθένεια.

Οι περισσότεροι γιατροί εκπαιδεύονται για να βάλουν τους ασθενείς σε πρώτη προτεραιότητα και θεωρούνται ουσιαστικά ήρωες. Ωστόσο, ως άνθρωποι μπορούν να βιώσουν τα ίδια συναισθήματα με τους άλλους. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να αισθάνονται θυμό, θλίψη, φόβο και άγχος, σε περιπτώσεις που οδηγούνται σε αυτοκτονία. Λόγω στίγματος, ωστόσο, πολλές αυτοκτονίες δεν πρόκειται ποτέ να αναφερθούν (Ding, et al., 2020).

Ωστόσο οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν μεγάλη πίεση λόγω διαφόρων παραγόντων, όπως ανεπαρκής προσωπικός προστατευτικός εξοπλισμός, βαριά φορτία εργασίας, απομόνωση, εξάντληση, υψηλός κίνδυνος μόλυνσης, οικογενειακός διαχωρισμός και φόβος μετάδοσης της νόσου (Patel, Jernigan, 2020). Οι οικογενειακοί γιατροί δεν μπορούν να αποφύγουν τέτοιες καταστάσεις, καθώς αποτελούν το σημείο εισόδου του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Οι οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος είναι από τους πιο κοινούς λόγους για την επίσκεψη σε οικογενειακούς γιατρούς.

Στα αρχικά στάδια των πανδημιών, οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη στη πόλη Γουχάν και τις γύρω περιοχές, απέκτησαν αυξημένη αίσθηση ευθύνης και πνεύμα ομαδικής εργασίας στη θεραπεία ασθενών. Οι οικογενειακοί ιατροί ήταν στην πρώτη γραμμή σε κάθε στάδιο, αλλά δεν συμμετείχαν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αποτελεί βέβαια γεγονός πως στον συνεχώς μεταβαλλόμενο κόσμο, αλλάζει και η φύση των μεταδοτικών ασθενειών. Πώς μπορούμε λοιπόν να αξιολογήσουμε τη στάση των οικογενειακών ιατρών σε συνθήκες υπό τις οποίες απειλούνται οι οικογένειές τους, οι ασθενείς τους και οι ίδιοι; Μελέτες έχουν δείξει ότι ο φόβος του άγνωστου και της ανασφάλειας, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη διαταραχών ψυχικής υγείας, στρες, άγχους και κατάθλιψης (Chen, et al., 2020).

Οι μαζικές τραγωδίες - όπως οι πανδημικές μολυσματικές ασθένειες - μπορούν να προκαλέσουν κύματα αυξημένου φόβου, οδηγώντας σε διαταραχές στην καθημερινή λειτουργία και ευεξία μεγάλων μερίδων του πληθυσμού συμπεριλαμβανομένων των ιατρών. Οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις και τις συμπεριφορές των γιατρών, είναι πιθανό να είναι τα επίπεδα γνώσεων COVID-19, αλλά ο φόβος του θανάτου, η ικανοποίηση της ζωής, το αντιληπτό άγχος και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο (Remuzzi, Remuzzi, 2020).

Είναι επίσης σημαντικό να εστιάσει κανείς σε αυτούς τους παράγοντες για την καλύτερη κατανόηση της προγραμματισμένης συμπεριφοράς, έναντι του COVID-19. Από όσα γνωρίζουμε, υπάρχουν λίγες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των οικογενειακών ιατρών, για να εκτιμηθεί η γνώση και η στάση τους απέναντι στον ιό COVID-19 μέχρι σήμερα. Είναι γνωστό ότι οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη, ειδικά οι γιατροί της Οικογενειακής Ιατρικής, εργάζονται στην πρώτη γραμμή και αντιμετωπίζουν τη συναισθηματική πλευρά της ιατρικής καθημερινά.

Ο ρόλος τους στην αντιμετώπιση της πανδημίας είναι ζωτικής σημασίας. Παρ'όλα αυτά, οι γνωστές πληροφορίες σχετικά με τις γνώσεις, τις στάσεις και τις πρακτικές τους απέναντι στο SARS-Cov-2 είναι εξαιρετικά περιορισμένες. Η μελέτη μας δημιούργησε πρόσθετες γνώσεις σχετικά με τη γνώση και τη στάση των οικογενειακών ιατρών, απέναντι του ιού COVID-19 και μπορεί να αναληφθεί περαιτέρω δράση πολιτικής με βελτιωμένη εκπαίδευση, συμβουλευτική για την πρόληψη της εξάντλησης, εάν απαιτείται.

Ως εκ τούτου, η υπόθεση πολλών βιβλιογραφικών μελετών το τελευταίο διάστημα, είναι ότι οι οικογενειακοί ιατροί έχουν καλή γνώση και θετικές στάσεις απέναντι στον ιό COVID-19. Επιπλέον, προτείνουν, ότι όσο υψηλότερη είναι η φυσική ευεξία όσον αφορά την ποιότητα ζωής των ιατρών και όσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα φόβου και άγχους, τόσο πιο θετική θα είναι η στάση τους έναντι των ασθενών με τον ιό COVID-19 (Ding, et al., 2020). Έτσι, στοχεύουν στο να αξιολογήσουν, εκτός από τη γνώση και τη στάση, τη σχέση μεταξύ της γνώσης των οικογενειακών ιατρών και της στάσης του ιού COVID-19, με τις συμπεριφορές τους,

τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας αυτών των ασθενών.

Σχετική μελέτη έδειξε καλές γνώσεις των οικογενειακών ιατρών σχετικά με τον ιό SARS-2 coronavirus όσον αφορά τη μόλυνση, την πρόληψη, τα συμπτώματα και τη θεραπευτική προσέγγιση και ως επί το πλείστον θετικές στάσεις απέναντι στους ασθενείς με COVID-19. Παρόμοια συμπεράσματα παρατηρήθηκαν στη μελέτη των Zhou M. et al, όπου η πλειοψηφία των συμμετεχόντων επέδειξε επαρκή γνώση του ιού COVID-19, και αυτό είναι σημαντικό καθώς η γνώση επηρεάζει άμεσα τις στάσεις. Τα συμπεράσματά μας αποκάλυψαν ότι τα ιατρικά περιοδικά ήταν η κύρια πηγή των γνώσεων τους. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε μέρα με τη μέρα η γνώση σχετικά με το COVID-19 εξελίσσεται, και λόγω της τρέχουσας τάσης των οικογενειακών ιατρών που τους κράτησαν ενήμερους μέσω αυθεντικών πόρων γνώσεων όπως ιατρικά περιοδικά και αυτό είναι ένα καλό σημάδι (Chen, et al., 2020).

Δεδομένου του τρόπου μετάδοσης, οι οικογενειακοί ιατροί που ήρθαν σε επαφή με ασθενείς με COVID-19, αναμένεται να έχουν υψηλό κίνδυνο λοιμώξεων. Προηγούμενες κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο επιπολασμός των ιών MERS μεταξύ των οικογενειακών ιατρών σε επαφή με μολυσμένους ασθενείς κυμαινόταν από 0,3% έως 20,9% (Remuzzi, Remuzzi, 2020). Στη σχετική μελέτη, τα περισσότερα από τα άτομα των οικογενειακών ιατρών, έκριναν ότι η χρήση εξοπλισμού ατομικής προστασίας είναι ζωτικής σημασίας για τη μείωση της μετάδοσης. Συνέστησαν επίσης τη χρήση φορέματα, γάντια και χειρουργικές μάσκες για την προφύλαξη των σταγονιδίων, οι οποίες αντικατοπτρίζουν την καλή γνώση τους για την πρόληψη του ιού COVID-19.

Όσον αφορά τα σημεία και τα συμπτώματα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων γνώριζε σωστά τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα του ιού COVID-19. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν στη μελέτη των Zhou M. et al. Ωστόσο, η πλειοψηφία από αυτούς πίστευαν εσφαλμένα ότι η ερυθρότητα των ματιών, τα εξανθήματα, η πολυουρία και η εσωτερική και εξωτερική αιμορραγία ενδέχεται να μην συμβούν στον ιό COVID-19. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι μια σχετική μελέτη, μπορεί να διεξήχθη σε πρώιμες φάσεις (εξελισσόμενη φάση) του COVID-19 και αυτά τα

προαναφερθέντα συμπτώματα μπορεί να μην περιγράφονται στην ιατρική βιβλιογραφία εκείνη την εποχή.

Οι ειδικοί στις έρευνες, έχουν διαπιστώσει ότι οι συμμετέχοντες σε έρευνες, τείνουν στην ευσυνειδησία, τη συναισθηματική σταθερότητα και το άνοιγμα στην εμπειρία, και οι οποίοι ήταν πιο ικανοποιημένοι με τη ζωή και είχαν λιγότερο άγχος θανάτου ανέφεραν πιο θετικές στάσεις απέναντι στον ιό COVID-19. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από την «ρεαλιστική απειλή» των πανδημιών COVID-19. Οι Kachano et al ανέφεραν ότι μια τέτοια ρεαλιστική απειλή προέβλεπε μεγαλύτερη αυτοαναφερόμενη συμμόρφωση.

Ο ιός COVID-19 περιγράφεται ως "Μια σχεδόν τέλεια δολοφονική μηχανή" είναι μια ρεαλιστική απειλή. Οι οικογενειακοί ιατροί που ήταν ανοιχτοί στην εμπειρία και πιο ικανοποιημένοι με τη ζωή μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν πιο εύκολα την απειλή. Το άγχος θεωρείται ως μια προσαρμοστική ψυχοφυσική αντίδραση ως απάντηση σε ένα φυσικό, κοινωνικό ή ψυχολογικό ερέθισμα. Η σχετική μελέτη αποκάλυψε ότι οι οικογενειακοί ιατροί βρίσκονταν υπό μέτριο άγχος (μέση βαθμολογία-17,3). Έτσι, η ικανότητα αντιμετώπισης του στρες είναι το κλειδί για τη διαχείριση της κρίσης του ιού COVID-19 με τους ασθενείς (Patel, Jernigan, 2020).

Επίσης ο Flesia et al. πραγματοποίησε μια μελέτη μεταξύ 2.053 συμμετεχόντων και αποκάλυψε ότι τη σημασία τριών βασικών προσωπικών ιδιοτήτων ως προς την διαμόρφωση σχέσεων με τους οικογενειακούς ιατρούς όπως την ηρεμία, συναισθηματική ισορροπία και αίσθηση αποδοχής Αυτές οι ιδιότητες είναι επίσης χρήσιμες για τη διαχείριση ασθενών και των οικογενειών τους σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, καθώς και για τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών. Ο πληθυσμός στόχος του ιού COVID-19 έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά ανάλογα με την ηλικία, αλλά η στάση και η κατάσταση φόβου των οικογενειακών ιατρών, επηρεάζονται από την ηλικία, το φύλο ή τα έτη εμπειρίας. Ο λόγος, θα μπορούσε να υποτεθεί, ήταν ότι ο ιός COVID-19 ήταν μια νέα εμπειρία σε όλους τους οικογενειακούς ιατρούς (Ding, et al., 2020).

Σε διαφορετική έρευνα, ο Flores υποστηρίζει ότι η κουλτούρα επηρεάζει την κλινική φροντίδα και μπορεί να έχει κλινικά αποτελέσματα στη σχέση μεταξύ

ασθενών και οικογενειακών ιατρών. Οι φυσιολογικές πολιτιστικές αξίες και η ικανότητα του πολιτισμού, θα μπορούσαν να συμβάλουν σε αυτό το αποτέλεσμα, αν και ένας άλλος πιθανός λόγος είναι ότι η Ελλάδα και η Τουρκία φιλοξένησαν έναν πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό προσφύγων από άλλες χώρες πρόσφατα, και αυτή είναι μια ρεαλιστική πρόκληση όχι μόνο για τους οικογενειακούς γιατρούς, αλλά και για τους κοινοτική δομή αυτών των δύο χωρών.

Υπάρχουν επίσης πολιτιστικοί παράγοντες. Σύμφωνα με τους Hofstede et al, η αποφυγή αβεβαιότητας και η απόσταση ισχύος στην Ελλάδα και την Τουρκία, είναι υψηλότερη από ό, τι στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι Hofstede et al. αποκάλυψαν επίσης ότι οι ΗΠΑ σημειώνουν υψηλότερο βαθμό στον ατομικισμό, ο οποίος σχετίζεται με τις πιο θετικές αντιδράσεις, ενώ η Τουρκία και η Ελλάδα είναι πιο κollectivιστικής φύσης. Αντίθετα, το άγχος του θανάτου είναι παγκόσμιο, εξηγώντας την έλλειψη σημασίας σε όλες τις χώρες. Η σχετική μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι συμμετέχοντες στη μελέτη, είχαν καλές γνώσεις και θετικές γνώσεις απέναντι στον ιό COVID-19. Η συνιστώσα της στάσης ήταν ιδιαίτερα θετική μεταξύ εκείνων που έτειναν προς την ευσυνειδησία, τη συναισθηματική σταθερότητα και το άνοιγμα στην εμπειρία, και που ήταν πιο ικανοποιημένοι με τη ζωή.

Ο φόβος του ιού COVID-19 ήταν γενικά υψηλός, και ιδιαίτερα μεταξύ εκείνων με υψηλότερο άγχος θανάτου, και εκείνων που δεν είχαν προσβληθεί ποτέ από μολυσματική ασθένεια από έναν ασθενή. Έχει παρατηρηθεί ότι η ετοιμότητα μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας για τον ιό COVID-19, ήταν το επίκεντρο πολλών ερευνητών μέχρι σήμερα.

Από όσα γνωρίζουμε, δεν έχει διεξαχθεί μελέτη αξιολόγησης της γνώσης και της στάσης μεταξύ των οικογενειακών ιατρών έναντι του ιού COVID-19. Επιπλέον, πολύ λίγες μελέτες έχουν διεξαχθεί για τις συμπεριφορές των οικογενειακών ιατρών, τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τον «φόβο του θανάτου» κατά τη διάρκεια του COVID-19 που επηρεάζει άμεσα τη γνώση και τη στάση των οικογενειακών ιατρών έναντι της θεραπείας του ιού COVID-19. Σε σχετική μελέτη επίσης, ο στόχος 30 συμμετεχόντων από κάθε επιλεγμένη χώρα (Τουρκία, Ελλάδα, ΗΠΑ, Ινδία και Πορτογαλία) επιτεύχθηκε για μόνο τρεις από τις

χώρες. Το ποσοστό απόκρισης για διαδικτυακές έρευνες θα μπορούσε να προβλεφθεί ότι κυμαίνεται από 52% έως 81%.

Για να αποφευχθεί η απώλεια δεδομένων, η «απάντηση» ήταν η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, αλλά αυτό μπορεί να ήταν ένας από τους κύριους λόγους για το χαμηλό ποσοστό απόκρισης (Remuzzi, Remuzzi, 2020). Τα αποτελέσματα ρίχνουν φως στη στάση των οικογενειακών ιατρών έναντι των μολυσματικών ασθενειών και θα αυξήσουν την ευαισθητοποίηση, οδηγώντας σε νέες μελέτες σε παρόμοιες καταστάσεις. Ως εκ τούτου, αυτή η πανδημία δεν έχει τελειώσει ακόμα. Εάν οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη, νιώθουν σωματική ή ψυχική αδιαθεσία, τότε η κοινότητά τους θα υποφέρει επίσης. Η ψυχική υγεία των πρώτων εργαζομένων πρέπει να αξιολογηθεί καλά, προκειμένου να δημιουργηθούν βιώσιμες λύσεις. Η «Κλίμακα Ψυχικής Ευεξίας Warwick-Εδιμβούργου» ή η «Κλίμακα Ψυχολογικής Κλίμακας Ευεξίας», θα μπορούσε να είναι ένα από τα εργαλεία για αυτόν τον στόχο για περαιτέρω μελέτες και διερεύνηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, θα λέγαμε πως η νέα επιδημία του κορονοϊού, μεταμορφώνει τον κόσμο στον οποίο ζούμε. Το σίγουρο είναι πως αυτή η πανδημία θα φέρει σαρωτικές αλλαγές παντού, ιδίως στον τομέα της ιατρικής πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Όπως είπε ένας από τους ιατρούς διεθνώς, μετά από αυτήν την κρίση, ίσως ακόμη και το ημερολόγιο των ανθρώπων θα πρέπει να επαναπροσδιοριστεί. Από τώρα και στο εξής, το «BC» μπορεί να σημαίνει «Πριν τον Κορονοϊό». Αυτό το απόσπασμα θέτει σε προοπτική πόσο σημαντική είναι η τρέχουσα εποχή για το επάγγελμά των οικογενειακών ιατρών.

Ως εκ τούτου, η κρίση του ιού επισημαίνει μια σειρά εγγενών αδυναμιών στο υπάρχον σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και ειδικότερα των οικογενειακών ιατρών. Πρώτον αναφέρεται, πως υπάρχουν προβλήματα με την πρόσβαση στους απαραίτητους πόρους που απαιτούνται για την αντιμετώπιση αυτής της πανδημίας, με έλλειψη αναπνευστικών συσκευών, προστατευτικού εξοπλισμού και, πάνω από όλα, ατόμων.

Το κλινικό προσωπικό μολύνεται μετά από επαφή με άρρωστους ασθενείς με αποτέλεσμα περιόδους καραντίνας και κάποιο κλινικό προσωπικό πληρώνει την υψηλότερη δυνατή τιμή - την απώλεια της ζωής τους. Εκτός από τις ελλείψεις εξοπλισμού και προσωπικού, πρέπει να αντιμετωπίσουμε τα συναισθηματικά προβλήματα που σχετίζονται με αυτήν την κρίση. Όλοι, αν και σε διάφορους βαθμούς, πάσχουν από άγχος, το οποίο εξαπλώνεται σχεδόν τόσο γρήγορα όσο η ίδια η πανδημία.

Τα κοινωνικά μέσα διαδραματίζουν ισχυρό ρόλο στην επικοινωνία συναισθημάτων αβεβαιότητας ή ακόμη και πανικού. Η ανασφάλεια, η μοναξιά, η αγωνία, ο φόβος για τα αγαπημένα του πρόσωπα, η έλλειψη υποστήριξης και η αυτοπεποίθηση εξαπλώθηκαν στους πίνακες μηνυμάτων. Η συναισθηματική επίδραση αυτής της πανδημίας στο κοινό είναι απaráμιλλη.

Οι οικογενειακοί γιατροί αντιμετωπίζουν επίσης νέες μορφές άγχους. Πολλοί από εμάς νιώθουμε άρρωστοι με τους νέους τρόπους εργασίας. Οι ίδιοι, έχουν συνηθίσει να αξιολογούν τα παράπονα για την υγεία με βάση τις γνώσεις τους για τον ασθενή καθώς και τις παρατηρήσεις τους, αφού αυτό που βλέπουν και ακούν είναι ζωτικής σημασίας. Η μη λεκτική επικοινωνία, καθώς και η φυσική εξέταση, είναι απαραίτητα εργαλεία για την πρακτική τους. Τώρα, όμως, πρέπει να λάβουν αποφάσεις χωρίς να δουν και να εξετάσουν τον ασθενή και μερικές φορές ακόμη και χωρίς να τον γνωρίζουν.

Η απάντηση σε μια ερώτηση όπως «Αυτά τα παράπονα στο στήθος οφείλονται στο COVID-19 ή θα μπορούσε να είναι καρδιακή ανεπάρκεια;», πλέον πρέπει να μπορεί να απαντηθεί με απλό τηλεφώνημα. Η φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από χρόνια ασθένεια μετατρέπεται από μια ολιστική, πολυεπαγγελματική υπηρεσία σε απλή παροχή συνταγών και πραγματοποίηση περιστασιακών τηλεφωνικών κλήσεων. Ακόμα κι αν οι οικογενειακοί ιατροί και οι ασθενείς τους, έχουν την ικανότητα να πραγματοποιούν βιντεοκλήσεις, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί εάν η κατάσταση ενός ασθενούς ΧΑΠ επιδεινώνεται, εάν ο διαβήτης είναι ακόμα υπό έλεγχο ή εάν το φάρμακο που ξεκίνησαν πριν από λίγες ημέρες, είναι αποτελεσματικό και είναι καλά ανεκτό.

Οι κατ'οίκον επισκέψεις θα πρέπει αποφεύγονται όσο το δυνατόν περισσότερο. Όταν οι οικογενειακοί γιατροί βλέπουν έναν ασθενή, πρέπει να προστατεύονται με μάσκες, γυαλιά και προστατευτικό κάλυμμα και να μπορούν να αγγίξουν τους ασθενείς μόνο φορώντας γάντια.

Ο χαιρετισμός ενός ασθενούς με μια ζεστή χειραψία φαίνεται να ανήκει σε μια εποχή πολύ παλιά. Αυτός ο ανεξάρτητος τρόπος να βλέπεις τους ασθενείς φαίνεται εξαιρετικά ακατάλληλος για ένα επάγγελμα στο οποίο η σχέση εμπιστοσύνης του γιατρού με τον ασθενή είναι ζωτικής σημασίας. Η αβεβαιότητα της κατάστασης αυξάνεται επειδή γνωρίζουμε ακόμα λίγα για την ασθένεια που προκαλείται από τον ιό SARS-CoV-2. Οι ακριβείς συνέπειες για την υγεία και την ευημερία των ανθρώπων, αν και μερικές φορές δραματικές, εξακολουθούν να είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθούν.

Ως οικογενειακοί γιατροί, δεν είναι πλέον σε θέση να διακρίνουν με ακρίβεια κλινικά μεταξύ εκείνων με κοινό κρυολόγημα ή βρογχίτιδα, και αυτών που πάσχουν από COVID-19. Δεν μπορούν ακόμη να προβλέψουν ποιος θα βιώσει μια ήπια αναπνευστική λοίμωξη και ποιος θα γίνει υποψήφιος ασθενής για τη μονάδα εντατικής θεραπείας. Μπορούν να υποψιάζονται μόνο ποιες θα είναι οι μελλοντικές επιπλοκές για όσους έχουν επιζήσει από σοβαρή λοίμωξη ή για διαμονή τριών εβδομάδων στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Τέλος, δεν έχουν ιδέα για πόσο καιρό θα διαρκέσει αυτή η πανδημία και η οικονομική και κοινωνική κρίση που θα την συνοδεύσει και δεν είναι γνωστό ακόμη ποιος θα είναι ο κόσμος σε παγκόσμιο επίπεδο.

Ωστόσο, μέσα σε όλη αυτή την αβεβαιότητα, η συνεργασία μεταξύ των χωρών φαίνεται να μειώνεται. Η πανδημία έχει κάνει πολλά κράτη να εφαρμόσουν ένα lockdown, όχι μόνο σε σωματικό επίπεδο - που, υπό αυτές τις συνθήκες, είναι σκόπιμο - αλλά και συναισθηματικά. Σε μια εποχή που είναι ζωτικής σημασίας να συναντηθούμε, να υποστηρίξουμε ο ένας τον άλλον και να μοιραστούμε πληροφορίες και ιδέες, η απόσταση φαίνεται να αυξάνεται συνεχώς. Όλα τα προηγούμενα συνεπάγονται σοβαρές απειλές για το μέλλον μας.

Η καραντίνα των ατόμων με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου, είναι πλέον δεδομένη. Σχεδόν παντού, είναι κλειστά τα σχολεία, τα πανεπιστήμια, οι αίθουσες συναυλιών, τα θέατρα, οι κινηματογράφοι, τα καταστήματα, οι παμπ, τα εστιατόρια και όλα τα άλλα μέρη όπου οι άνθρωποι συνήθιζαν να συναντιούνται. Πολλοί άνθρωποι βρίσκονται απομονωμένοι στο σπίτι με την οικογένειά τους - ή ακόμα χειρότερα - μόνοι τους, να εργάζονται εξ αποστάσεως, να φροντίζουν τα παιδιά τους ή να παρακολουθούν μόνο τηλεόραση. Πολλοί είναι μοναχικοί, φοβισμένοι ή υπό πίεση. Τα ψυχικά προβλήματα μπορεί κάλλιστα να γίνουν μια «δευτερεύουσα» επιδημία, παρουσιάζοντας νέες προκλήσεις.

Εκτός από τη συναισθηματική πίεση που αντιμετωπίζει αυτή η πανδημία, ήδη προβλέπονται πιο άμεσες και ποσοτικοποιήσιμες συνέπειες. Γνωρίζουμε ότι αυτός ο ιός, θα είναι η πηγή μιας καταστροφικής κοινωνικής και οικονομικής κρίσης - η πιο δύσκολη σειρά γεγονότων μετά τον Β Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο καθένας από εμάς θα υποστεί τις συνέπειες και θα βιώσει τα επακόλουθα.

Τέλος, υπάρχουν επίσης βάσιμες ανησυχίες σχετικά με την εκπαίδευση νέων επαγγελματιών του ιατρικού τομέα. Οι ιατρικές σχολές ενδέχεται να μην είναι επίσημα κλειστές, αλλά οι υπάλληλοι και οι κλινικές δοκιμές, αναβάλλονται «μέχρι νεωτέρας». Η εκμάθηση στο χώρο εργασίας αντικαθίσταται από διαδικτυακή διδασκαλία μεγάλων αποστάσεων. Παρά τις προσπάθειες πολλών καθηγητών ιατρικής, αυτή η κατάσταση δεν μπορεί να συνεχιστεί για πολύ χωρίς να μειωθεί η ποιότητα της ιατρικής εκπαίδευσης των μελλοντικών γιατρών.

Ωστόσο, πολλοί από εμάς δεν βιώνουμε την τρέχουσα κατάσταση ως καθαρά αρνητική. Ενώ αυτή η κρίση αποκάλυψε μερικές από τις αδυναμίες μας και θέτει υψηλές απαιτήσεις στην ικανότητά μας να αντιμετωπίζουμε τις ταλαιπωρίες της, έχει επίσης εντοπίσει ορισμένα από τα δυνατά μας σημεία. Σε αυτές τις δύσκολες στιγμές, οι άνθρωποι έχουν συγκεντρωθεί με διαφορετικούς τρόπους. Οι οικογένειες ξοδεύουν περισσότερο ποιοτικό χρόνο μαζί και οι γείτονες κάνουν ό, τι μπορούν για να φροντίσουν ο ένας τον άλλον, προσφέροντας βοήθεια για τις αγορές και επείγουσες επισκευές στα σπίτια άλλων.

Αυτό μπορεί να έχει διαρκή θετικό αντίκτυπο στις κοινωνικές σχέσεις μετά την κρίση, προωθώντας την κοινοτική συνοχή και οικοδομώντας ισχυρές γειτονιές. Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης χρησιμοποιούνται όχι μόνο για να μοιραστούν συναισθήματα, αλλά και για να κινητοποιήσουν τους ανθρώπους για δράση. Στέλνουν λόγια ενθάρρυνσης, υποστήριξης και ελπίδας. Δίνουν συμβουλές για τον τρόπο αντιμετώπισης συγκεκριμένων προβλημάτων. Παρέχουν γνώσεις και παραδείγματα βέλτιστων πρακτικών και μοιράζονται τα τελευταία στοιχεία. Δίνουν την αίσθηση του ανήκειν και της ενότητας σε περιόδους δυστυχίας. Ενώ μεμονωμένοι πολίτες αναλαμβάνουν θετική δράση, πολλές κυβερνήσεις ενισχύουν επίσης την πρόκληση.

Αν και οι αποφάσεις τους μπορεί να ποικίλλουν λεπτομερώς, όλοι έχουν λάβει παρόμοια μέτρα για τη μείωση, επιβράδυνση και με σκοπό τελικά να σταματήσουν εντελώς την εξάπλωση του ιού. Σε πολλές χώρες, τα μέτρα που ελήφθησαν βασίστηκαν στα καλύτερα στοιχεία που παρείχαν εμπειρογνώμονες, όπως επιδημιολόγοι, ιολόγοι, στατιστικοί, γιατροί και άλλοι.

Στην ίδια την υγειονομική περίθαλψη, πραγματοποιείται μια επανάσταση. Τα νοσοκομεία αναδιοργανώνονται με εντυπωσιακό ρυθμό δημιουργώντας νέους θαλάμους για μολυσματικές ασθένειες και εντατική φροντίδα. Δημιουργούνται εθνικά κέντρα συντονισμού. η περιφερειακή διασυνοριακή συνεργασία αναπτύχθηκε αυθόρμητα. Στην οικογενειακή ιατρική επίσης, γίνονται τεράστιες αλλαγές. Οι οικογενειακοί γιατροί έχουν αναδιοργανώσει τις πρακτικές τους όλη τη νύχτα για να δημιουργήσουν ξεχωριστές ροές ασθενών δυνητικών ασθενών με τον ιό COVID από ασθενείς που δεν είναι COVID, αντίστοιχα.

Η «φυσική απομάκρυνση» στην οικογενειακή πρακτική λειτουργεί με μια ποικιλία μέτρων, όπως το τρίγωνο, το τηλέφωνο ή η τηλε-συμβουλευτική, η αφαίρεση καρεκλών από τις αίθουσες αναμονής και η τοποθέτηση οθονών Plexiglas στη ρεσεψιόν, καθιστώντας δυνατή τη διατήρηση της ανοικτής πρακτικής και την υποδοχή των ασθενών που πρέπει να μας δουν. Σε πολλές χώρες, οι τοπικοί συλλογικοί ιατροί - σε συνηθισμένους χρόνους που δραστηριοποιούνται κυρίως στην οργάνωση εξωχρηματιστηριακών υπηρεσιών - ενώθηκαν δυνάμεις με άλλους οργανισμούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και πρόνοιας για να δημιουργήσουν τη φροντίδα που απαιτείται από τον πληθυσμό κατά τη διάρκεια αυτής της επιδημίας.

Σε σύντομο χρονικό διάστημα δεν έχουν αναπτύξει διαδικασίες και πρωτόκολλα, έχουν δημιουργήσει σημεία διανομής για προστατευτικό εξοπλισμό, έχουν εγκαταστήσει κέντρα τριγώνων και διαχειρίζονται «κέντρα του ιού» - για ασθενείς που δεν είναι αρκετά άρρωστοι για το νοσοκομείο αλλά είναι πολύ άρρωστοι για να μείνουν στο σπίτι. Ταυτόχρονα, νέες κατευθυντήριες γραμμές αναπτύχθηκαν από εταιρείες για την οικογενειακή ιατρική και από επαγγελματικές ομάδες εμπειρογνομόνων με ταχύτητα αδιανόητη σε κανονικούς χρόνους.

Τα θέματα ήταν - για παράδειγμα - προστατευτικά μέτρα, συστήματα βιντεοκλήσεων χωρίς προστασία της ιδιωτικής ζωής, διαρροή αναπνευστικών συμπτωμάτων, κοινή λήψη αποφάσεων για νοσηλεία ή παραπομπή σε μονάδα εντατικής θεραπείας, καθοδήγηση παρηγορητικής φροντίδας, αποφάσεις στο τέλος του κύκλου ζωής σε αδύναμους ασθενείς με COVID συμπτώματα και πολλά άλλα ζητήματα.

Συνολικά, αυτή η πανδημία έχει αποδείξει πραγματικά τη δύναμη του ιατρού να προσαρμόζεται, να εξελίσσεται και να ευδοκίμει, ακόμη και σε αυτές τις περιόδους άνευ προηγουμένου κρίσης. Εκτός από τις τεράστιες προκλήσεις που θέτει αυτό τον ιό - και θα συνεχίσει να δημιουργεί για πολύ καιρό ακόμη - παρουσιάζει επίσης νέα καθήκοντα.

Η κρίση έθεσε την οικογενειακή ιατρική στο επίκεντρο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, ακόμη και μεταξύ χωρών με σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που παραδοσιακά ήταν στο κέντρο του νοσοκομείου και έχει επισημάνει τα πλεονεκτήματά του, οι ασθενείς βασίζονται στον οικογενειακό γιατρό τους για πληροφορίες, συμβουλές, διαβεβαίωση, προώθηση παραπομπή, και όλα τα άλλα κρίσιμα συστατικά της πρωτοβάθμιας φροντίδας περισσότερο από ποτέ. Όσον αφορά τη νοσοκομειακή ιατρική, εν τω μεταξύ, ο ρόλος μας είναι απαραίτητος για τον έλεγχο όχι μόνο της εισροής ασθενών αλλά και της εξάπλωσης του ιού COVID-19 μεταξύ των επισκεπτών ασθενών ή του νοσοκομείου.

Οι γιατροί μπορούν - και ως εκ τούτου πρέπει - να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην έρευνα κατά του ιού COVID-19 μέσω της προσεκτικής εγγραφής όλων των ασθενών τους. Τόσο οι επιζώντες όσο και οι νεκροί, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών που είχαν θετικό τεστ για ιό, καθώς και ασθενείς με τυπικά συμπτώματα τύπου COVID που δεν δοκιμάστηκαν - και τις περισσότερες φορές δεν νοσηλεύτηκαν - αλλά ανάρρωσαν στο σπίτι, μόνοι τους. Αυτό είναι απαραίτητο για την απόκτηση αξιόπιστων δεδομένων σχετικά με το «πραγματικό» σημείο επικράτησης, τη σωρευτική επίπτωση και τη θνησιμότητα του COVID-19.

Επιπλέον, στο εγγύς μέλλον θα γίνουν διαθέσιμες έγκυρες εξετάσεις. Έτσι, μπορούμε στη συνέχεια να προσδιορίσουμε σε αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμού - αποτελούμενα από άτομα με ή χωρίς συμπτώματα, με ή χωρίς επαφή με μια υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης - ποιος είχε τον ιό COVID-19 και ποιος δεν έχει. Συνδυάζοντας τα αποτελέσματα - SARS-CoV-2 ανοσολογικής κατάστασης και θνησιμότητας από τον ιό COVID-19 - με δεδομένα που εξάγονται από νοσοκομειακά

και πρωτοβάθμια συστήματα πληροφοριών, μπορούν να δημιουργηθούν ενημερωτικές βάσεις δεδομένων.

Οικογενειακοί γιατροί, ειδικοί νοσοκομείων, ιολόγοι, ειδικοί στη δημόσια υγεία, επιδημιολόγοι και επιστήμονες δεδομένων πρέπει να ενώσουν τις δυνάμεις τους για να αναλύσουν αυτά τα σύνολα δεδομένων. Τα συστήματα πληροφοριών πρωτοβάθμιας φροντίδας, περιέχουν πληθώρα κλινικών δεδομένων - δηλαδή καταγραφές βασικών φυσικών χαρακτηριστικών (ηλικία, φύλο, ύψος, βάρος), παράγοντες τρόπου ζωής, συμπτώματα, σημεία, αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, συννοσηρές καταστάσεις και φάρμακα - που μπορεί να σχετίζονται με COVID-19.

Χρειαζόμαστε τα αποτελέσματα - εμφάνιση νόσων, παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες, διαγνωστικά μοντέλα, μοντέλα που προβλέπουν ευνοϊκό ή σοβαρό αποτέλεσμα και επιλογές για παρέμβαση και πρόληψη - για να καταπολεμήσουμε το επόμενο κύμα του ιού COVID-19. Η ανάπτυξη τυποποιημένων πρωτοκόλλων αναφοράς δεδομένων για πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών μπορεί να παρέχει ισχυρές πληροφορίες για μελλοντική έρευνα, λαμβάνοντας υπόψη τις περιφερειακές διαφορές στην εξάπλωση του ιού και τα μέτρα που έχουν ληφθεί.

Τέλος, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη δεν πρέπει να παραμείνει σε προσπάθειες που συνεχίζουν να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά της, την ασφάλεια και την ευαισθησία των ασθενών στην εποχή του ιού COVID-19. Για παράδειγμα, στο ένα άκρο του φάσματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι πολυκεντρικές κλινικές δοκιμές θα μπορούσαν να αξιολογήσουν τις λύσεις τηλεϊατρικής που χρησιμοποιούνται συνήθως κατά τη διάρκεια της κρίσης του ιού κορονοϊού, και από την άλλη πλευρά, θα μπορούσαν να αξιολογηθούν ολοκληρωμένα μοντέλα φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων επισκέψεων στο σπίτι.

Όλα τα παραπάνω υπογραμμίζουν το γεγονός πώς η επιδημία COVID-19 παρουσιάζει απαιτητικές προκλήσεις για την οικογενειακή ιατρική. Οι οικογενειακοί γιατροί και το προσωπικό τους εργάζονται στην πρώτη γραμμή της επιδημίας. Πρέπει να είναι σε θέση (και διαφορετικά να μπορούν) να προστατεύουν τον εαυτό τους - και

τους ασθενείς τους - και να παραμένουν ασφαλείς. Η οικογενειακή ιατρική, που αντιμετωπίζει, τόσο τη συναισθηματική όσο και την επιστημονική πλευρά της ιατρικής σε καθημερινή βάση, παίζει κεντρικό ρόλο στην αντιμετώπιση αυτής της πανδημίας. Η ανάληψη ευθύνης τόσο για τη φροντίδα όσο και για την έρευνα για τον ιό COVID-19, θα επαναπροσδιορίσει τη σημασία της οικογενειακής ιατρικής για τη δημόσια υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, θα λέγαμε πως βασικός σκοπός αυτής της εργασίας, ήταν σχετικά η συλλογή, αξιολόγηση και συζήτηση στοιχείων που τοποθετούνται στο πλαίσιο της ανάλυσης για τον Οικογενειακό Ιατρό στην Ελλάδα καθώς και στην εξέλιξη του μοντέλου του οικογενειακού ιατρού στην Ελλάδα από τη σχέση Γιατρός – Ασθενής και ο ρόλος της εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο (2) Μερών καθώς και ως προς τον Ρόλο του Οικογενειακού Γιατρού στην αντιμετώπιση επιδημικών φαινομένων όπως ο Ιός Covid-19.

Η έρευνα στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού μέχρι στιγμής έχει εστιαστεί στα άτομα και τη φροντίδα υγείας τους. Ακόμα, η έρευνα που αναφέρεται στη ψυχική υγεία των οικογενειών είναι πιο ανεπτυγμένη απ' ό τι η έρευνα για την οικογένεια και τη σωματική υγεία (Μελιτζανά, Χατζίδου, 2000). Πρόσφατα το ενδιαφέρον στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού έχει στραφεί προς την συσχέτιση και σύνδεση της δυναμικής της οικογένειας με την υγεία και την αρρώστια. Χρειάζεται, ωστόσο, να διεξαχθεί και να αναπτυχθεί από τους κοινοτικούς νοσηλευτές περαιτέρω έρευνα εστιασμένη στην οικογένεια.

Στην Ελλάδα ωστόσο, η *πειθαρχία* της Οικογενειακής Ιατρικής εξακολουθεί να αυξάνεται και επιδιώκει ακόμα αναγνώριση από τον ελληνικό πληθυσμό, πολιτικούς ηγέτες, αρχές υγειονομικής περίθαλψης και ακαδημία. Υπάρχουν πολλές προκλήσεις αυτή τη στιγμή όπου η Ελλάδα αντιμετωπίζει μια μεγάλη ύφεση, και πρέπει να καταβληθούν πολλές προσπάθειες για την οικοδόμηση ικανοτήτων. Ο ρόλος των ιατρικών σχολών και του πανεπιστημίου γενικά, είναι ζωτικής σημασίας, αλλά παραμένει κάποια απροθυμία να αναγνωριστεί η γενική πρακτική ως ανεξάρτητη ακαδημαϊκή πειθαρχία. Οι συνδυασμένες προσπάθειες μεταξύ της ακαδημαϊκής ικανότητας, της Ελληνικής Ένωσης Γενικών Ιατρών και του Υπουργείου Υγείας και Αλληλεγγύης αποτελούν επείγουσα ανάγκη (Kousoulis, Angelopoulou, & Lionis, 2017).

Σχετικά με την προέλευση του μοντέλου οικογενειακού ιατρού και στην οριοθέτηση της σχέσης ιατρός – ασθενής, σημειώνεται πως η φροντίδα υγείας προς

ένα άρρωστο μέλος της οικογένειας παρεχόταν σχεδόν στο σύνολό της στο σπίτι μέχρι το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα (Γκαιτατζή, Γασγαλίδου, 2000). Οι εκρηκτικές εξελίξεις της ιατρικής και τεχνολογίας με την αλματώδη ανάπτυξη της χειρουργικής, της αναισθησίας, των αντιβιοτικών και η ανάπτυξη υποστηρικτικών συστημάτων ζωής συνέβαλαν να αναπτυχθεί ένα αίσθημα ασφάλειας προς το νοσοκομείο με συνέπεια να παρατηρείται αυξημένη προσέλευση αρρώστων μέσα σ' αυτό (Γκαιτατζή, Γασγαλίδου, 2000).

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, θα λέγαμε πως οι οικογενειακοί γιατροί έχουν μια αίσθηση καθήκοντος και ευθύνης που είναι σεβαστή στο χρόνο για να βοηθήσουν όσους έχουν ανάγκη, ακόμη και αν η ζωή τους κινδυνεύει. Η επιδημία SARS και η πανδημία H1N1 έφεραν κινδύνους που δεν είχαν παρατηρηθεί εδώ και δεκαετίες. Πλέον, ο ιός COVID19 επέφερε ένα νέο, δραματικό και καθαρό φως στις επιπτώσεις των μολυσματικών ασθενειών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, όχι μόνο όσον αφορά τις «περιπτώσεις ασθένειας» στα νοσοκομεία αλλά και στην παροχή περίθαλψης στην κοινότητα. Ποιο είναι το «καθήκον της φροντίδας» για τους οικογενειακούς γιατρούς κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας λοιπόν;

Ο ιός COVID-19 περιγράφεται ως "Μια σχεδόν τέλεια δολοφονική μηχανή" είναι μια ρεαλιστική απειλή. Οι οικογενειακοί ιατροί που ήταν ανοιχτοί στην εμπειρία και πιο ικανοποιημένοι με τη ζωή μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν πιο εύκολα την απειλή. Το άγχος θεωρείται ως μια προσαρμοστική ψυχοφυσική αντίδραση ως απάντηση σε ένα φυσικό, κοινωνικό ή ψυχολογικό ερέθισμα. Η σχετική μελέτη αποκάλυψε ότι οι οικογενειακοί ιατροί βρίσκονταν υπό μέτριο άγχος (μέση βαθμολογία-17,3). Έτσι, η ικανότητα αντιμετώπισης του στρες είναι το κλειδί για τη διαχείριση της κρίσης του ιού COVID-19 με τους ασθενείς (Patel, Jernigan, 2020).

Ωστόσο, καταλήγοντας, θα λέγαμε πως οι οικογενειακοί γιατροί, ειδικοί νοσοκομείων, ιολόγοι, ειδικοί στη δημόσια υγεία, επιδημιολόγοι και επιστήμονες δεδομένων πρέπει να ενώσουν τις δυνάμεις τους για να αναλύσουν αυτά τα σύνολα δεδομένων. Τα συστήματα πληροφοριών πρωτοβάθμιας φροντίδας, περιέχουν πληθώρα κλινικών δεδομένων - δηλαδή καταγραφές βασικών φυσικών χαρακτηριστικών (ηλικία, φύλο, ύψος, βάρος), παράγοντες τρόπου ζωής,

συμπτώματα, σημεία, αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, συννοσηρές καταστάσεις και φάρμακα - που μπορεί να σχετίζονται με COVID-19.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγλική Βιβλιογραφία

Alspach G., (2007), Retaining Experienced Critical Care Nurses: What matters MOST... To You?, Crit Care Nurse, 27: 8-20

Baker-Mc Clearm D., Carmel S., (2008), Impact of Critical Care Outreach Services on the Delivery and Organization of Hospital Care, Journal Of Health Services Research and Policy, 13(3): 152-7

Bonetti L., Destrobecq A., Nucchi M., (2009), Reception and Integration of Novice Nurses: A study in ICU's in 10 Hospitals in Milan, Prof Inferm 62(1): 49-54

Boulanger C, 2008, The Advanced Critical Care Practitioner: Trailblazing or Selling out? The Intensive Care Society, Vol. 9, No 3 (Editorial)

Bouldin EL, Andresen EM, Dunton NE, Simon M, Waters TM, Liu M, Daniels MJ, Mion LC, Shorr RI. Falls among adult patients hospitalized in the United States: prevalence and trends. J Patient Saf. 2013 Mar;9(1):13-7.

Chen, J.; Qi, T.; Liu, L.; Ling, Y.; Qian, Z.; Li, T.; Li, F.; Xu, Q.; Zhang, Y.; Xu, S.; et al. (2020). Clinical progression of patients with COVID-19 in Shanghai, China. J. Infect., 80, e1–e6

COVID-19 Management guidelines Compiled by Ali S M Jawad The Author(s) 2020. Published by Oxford University Press for the Infectious Diseases Society of America. All rights reserved

Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020 Jan 24 [Epub ahead of print] [Published correction appears in Lancet 2020 Jan 30.].

Chinazzi, M., Davis, J. T., Ajelli, M., Gioannini, C., Litvinova, M., Merler, S., ... & Viboud, C. (2020). The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. Science.

Congrex Team. (2020). Disruption in the business events industry; Rising to the challenges of Covid-19. Online available at <https://congrex.com/blog/disruptionbusiness-events-industry-challenges-covid-19/>.

Daily FT. (2020). Tourism industry meets to assess COVID-19 impact, way forward. Retrieved from <http://www.ft.lk/front-page/Tourism-industry-meets-to-assess-COVID-19-impact-way-forward/44-696983>

Daily Ft. (2020). Tourist arrivals fall 17.7% in Feb. Retrieved from aily FT. (2020). Tourism industry meets to assess COVID-19 impact, way forward. Retrieved from <http://www.ft.lk/front-page/Tourism-industry-meets-to-assess-COVID-19-impact-way-forward/44-696983>

De Britto A., Guirardello E., (2011), Nursing Workload in an Inpatient Unit, *Rev. Latino-Am. Enfermagen*, 19(5): 1139-45

Delacroix R. Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: A phenomenological approach. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2017 Jul;29(7):403-409

Ding, Q.; Lu, P.; Fan, Y.; Xia, Y.; Liu, M. (2020). The clinical characteristics of pneumonia patients coinfectd with 2019 novel coronavirus and influenza virus in Wuhan, China. *J. Med. Virol.*

Grober ED, Bohnen JM. Defining medical error. *Can J Surg.* 2005 Feb;48(1):39-44

James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.* 2013 Sep;9(3):122-8

Krapohl et al, (2010), Nursing Specialty Certification and Nursing- Sensitive Patient Outcomes, *Am J Crit Care*, 19: 490-498

Kousoulis, A.A., Angelopoulou, K.-E. & Lionis, C. (2017). Exploring health care reform in a changing Europe: Lessons from Greece. *European Journal of General Practice*, 19, pp. 194-199.

Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N. et al. (2012). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*.

Morris et al, (2009), Outcome Evaluation of a New Model of Critical Care Orientation, *American Journal of Critical Care*, Volume 18, No 3

Oyebode F. Clinical errors and medical negligence. *Med Princ Pract*. 2013;22(4):323-33

Patel, A.; Jernigan, D.B., (2020). Initial public health response and interim clinical guidance for the 2019 novel coronavirus outbreak—United States, 31 December 2019–4. *Am. J. Transplant*. 2020, 20, 889–895

Pullon, S. (2008). What is the place of general practice within primary health care in the Aotearoa New Zealand context? *New Zealand Family Physician*, 35(5).

Robertson JJ, Long B. Suffering in Silence: Medical Error and its Impact on Health Care Providers. *J Emerg Med*. 2018 Apr;54(4):402-409

Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*.

Royal College of General Practitioners (2013). *The 2022 GP: A Vision for General Practice in the future NHS*. London: Royal College of General Practitioners.

Schäfer W., Boerma, G.W., Murante, M.A., Sixma, H., Schellevis, F.G. & Groenewegen, P.P. (2018). Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(3), pp. 161-168.

Singh H, Naik AD, Rao R, Petersen LA. Reducing diagnostic errors through effective communication: harnessing the power of information technology. *J Gen Intern Med*. 2008 Apr;23(4):489-94.

Singh H, Schiff GD, Graber ML, Onakpoya I, Thompson MJ. The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf*. 2017 Jun;26(6):484-494.

Walker JM, Carayon P, Leveson N, Paulus RA, Tooker J, Chin H, Bothe A, Stewart WF. EHR safety: the way forward to safe and effective systems. *J Am Med Inform Assoc.* 2008 May-Jun;15(3):272-7

Wright, B., Lockyer, J., Fidler, H. & Hofmeister, M. (2017). Roles and responsibilities of family physicians on geriatric health care teams – Health care team member' s perspectives. *Canadian Family Physician*, 53, pp. 1954-1955.

Wolf ZR, Hicks RW, Altmiller G, Bicknell P. Nursing student medication errors involving tubing and catheters: a descriptive study. *Nurse Educ Today.* 2009 Aug;29(6):681-8

United Nations World Tourism Organization, (2020). Impact assessment of the Covid- 19 outbreak on international tourism online available at <https://www.unwto.org/impact-assessment-of-the-covid-19-outbreak-on-international-tourism>.

Wen, J., Aston, J., Liu, X., & Ying, T. (2020). Effects of misleading media coverage on public health crisis: A case of the 2019 novel coronavirus outbreak in China. *Anatolia*

World Health Organization. Novel Coronavirus (2020-nCoV) Situation Report-21, 2020. Available online: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200210-sitrep-21-ncov.pdf>

World Health Organization. Novel Coronavirus—China, 2020. Available online: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>.

Congrex Team. (2020). Disruption in the business events industry; Rising to the challenges of Covid-19. Online available at <https://congrex.com/blog/disruptionbusiness-events-industry-challenges-covid-19/>.

retrieved on 25th April 2020.

World Health Organization. Novel Coronavirus (2020-nCoV) Situation Report-21, 2020. Available online: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200210-sitrep-21-ncov.pdf>

World Health Organization. Novel Coronavirus—China, 2020. Available online: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αθανασοπούλου Μ., Χριστοδούλου Ε., (2012), Διαπολιτισμική προσέγγιση οικογενειών με διαφορετική κουλτούρα από τους επαγγελματίες υγείας, Αθήνα

Γκαϊτατζή Π., Γασγαλίδου Σμ., (2000). Ο ρόλος των Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας σε άτομα που διαβιών στα προστατευμένα διαμερίσματα. Πρακτικά Ημερίδας «κατ'οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον», Θεσσαλονίκη.

Ζυγά Σ. (2010) Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη, Αθήνα Εκδ.Βήτα

Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π. (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις

Καλοκαιρινού Α, Κορδέλλα Κ, Τολίκα Φ. Θεωρητικές προσεγγίσεις της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής. Νοσηλευτική 2003, 42:451–456

Καλοκαιρινού Α., Αθανασοπούλου Μ., (2010) Νοσηλευτική της Οικογένειας, Αθήνα Εκδ. Βήτα

Μελιτζανά Π., Χατζίδου Στ., (2000). Νοσηλεία στο σπίτι. Πρακτικά Ημερίδας «κατ'οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον»

Κοτζαμπασάκη Στ., (2010), Διδασκαλία και Μάθηση στη Νοσηλευτική και Άλλες Επιστήμες Υγείας, Εκδόσεις ΒΗΤΑ

Ρουσσώ Ζ.Ζ., (2004), Το κοινωνικό συμβόλαιο, μτφρ. Δ. Π. Κωστελένος (Αθήνα: Παγκόσμια Λογοτεχνία)