



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΣΤΕΛΕΧΗ (EXECUTIVE MBA)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Υιοθέτηση Καινοτόμων Θεραπειών στα Χρόνια της Κρίσης:
Ο ρόλος των Κατευθυντήριων Οδηγιών»**

Ευάγγελος Δ. Καλευράς

Επιβλέπων Καθηγητής:

Μάρκος Τσόγκας

Πειραιάς 2019

Παράρτημα Β: Βεβαίωση Εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΣΤΕΛΕΧΗ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι η διπλωματική εργασία για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, του Πανεπιστημίου Πειραιώς, στη Διοίκηση Επιχειρήσεων για Στελέχη : E-MBA» με τίτλο : **«Υιοθέτηση Καινοτόμων Θεραπειών στα Χρόνια της Κρίσης: Ο ρόλος των Κατευθυντήριων Οδηγιών»** έχει συγγραφεί από εμένα αποκλειστικά και στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης υπεύθυνα ότι οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας, αναφέρονται στο σύνολό τους, κάνοντας πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kalivas Evangelos'.

Όνοματεπώνυμο **ΚΑΛΕΥΡΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**

Ημερομηνία **26/11/2019**

Η παρούσα διπλωματική εργασία αφιερώνεται στο γιό μου, τον Δημητράκη.

03.11.2018

“...Αν εξετάσεις κάποιον με παρεκτόπιση της κάτω γνάθου, που δεν μπορεί να κλείσει το στόμα του, βάλε τα δάχτυλά σου στο πίσω μέρος της γνάθου και τα άλλα δάχτυλα κάτω από το σαγόι, κι έτσι η γνάθος θα επανέλθει στη σωστή θέση. Στη συνέχεια εφάρμοσε επίδεση με μέλι μέχρι να αναρρώσει πλήρως...” Χειρουργικός πάπυρος Edwin Smith 1550 π.Χ.

New York Academy of Medicine

«Τι είναι οι κατευθυντήριες οδηγίες και τι ορίζουμε ως Τεκμηριωμένη Ιατρική. Ποια η άποψη των Ελλήνων γιατρών αναφορικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες και ποιοι οι λόγοι που μπορούν να οδηγήσουν σε μη συμμόρφωση σε αυτές»

Ευάγγελος Δ. Καλευράς

Σημαντικοί όροι: κατευθυντήριες οδηγίες, θεραπευτικά πρωτόκολλα, τεκμηριωμένη ιατρική, σύστημα Grade, μοντέλο PICO, αξιολόγηση συστάσεων, μελέτες, κλινική πρακτική, μεταanalύσεις, τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη.

Περίληψη

Είναι αλήθεια ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες ορισμένες φορές είναι πολύπλοκες και εμφανίζουν μικρές ή και μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ τους. Η πολυπλοκότητα αυτή είναι αλήθεια ότι μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση.

Είναι απαραίτητη όμως να ενθαρρύνουμε την απουσία κλινικών μονόδρομων στην κλινική πράξη με στόχο να προτάξουμε την πρόοδο και την εξέλιξη στον επιστημονικό κλάδο και παράλληλα να προστατέψουμε τους ιατρούς από την προσκόλληση σε μια συγκεκριμένη πρακτική. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι ειδικοί που ασχολούνται με τις κατευθυντήριες οδηγίες και την τεκμηριωμένη ιατρική δηλώνουν ευθαρσώς ότι οι οδηγίες αποτελούν συστάσεις και όχι κανόνες. Κάθε ασθενής θα πρέπει να αναλύεται και να αξιολογείται η κατάσταση του ως μια ξεχωριστή οντότητα και σίγουρα μόνο ως τέτοια θα πρέπει να αντιμετωπίζεται.

Η παροχή κατευθυντηρίων οδηγιών είναι δεδομένο ότι συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Είναι σημαντικό όμως παράλληλα να μετρήσουμε και το αποτέλεσμα. Θα πρέπει να συμφωνήσουμε ότι μαγικές συνταγές δεν υπάρχουν όπου και μπορούν να λύσουν τα προβλήματα και να παρέχουν βελτίωση άμεση όσον αφορά την παροχή στην ποιότητα φροντίδας της υγείας. Υπάρχει, όμως, ένα μεγάλο φάσμα παρεμβάσεων, τις οποίες και

μπορούμε να υλοποιήσουμε ώστε να μας οδηγήσουν σε ουσιαστική εφαρμογή των συμπερασμάτων της έρευνας, με απώτερο μελλοντικό στόχο την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας προς όλους.

Επιπλέον, η παρούσα εργασία παρουσιάζει τα αποτελέσματα μιας έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε 126 Έλληνες Γιατρούς και αξιολόγησε την άποψη τους αναφορικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες στην Ελλάδα . Διερεύνησε επίσης πέραν των αντικειμενικών λόγων μη συμμόρφωσης και κάποιους επιπρόσθετους προσωπικούς λόγους μη συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας.

Ευχαριστίες

Πρώτο από όλους θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής εργασίας, καθηγητή Τσόγκα Μάρκο, για την πολύτιμη καθοδήγηση του, την εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μου έδειξε. .

Παράλληλα θα ήθελα να ευχαριστήσω την σύζυγο μου Ελευθερία για την υπομονή της, την στήριξη και την αμέριστη βοήθεια της όλο αυτό το διάστημα. Τέλος ένα τεράστιο ευχαριστώ στους γονείς μου ,Δημήτρη και Ευδοξία, που ήταν δίπλα μου σε κάθε βήμα όλα αυτά τα χρόνια.

Κατάλογος Πινάκων

| | |
|--|-----|
| Πίνακας 1. Συνόψεις τεκμηρίων..... | 26 |
| Πίνακας 2. Αναζήτηση Τεκμηρίων..... | 27 |
| Πίνακας 3. Κατεύθυνση για επιλογή τύπου μελέτης..... | 34 |
| Πίνακας 4. Βήματα αξιολόγησης των μελετών σχετικών με διαγνωστικές μεθόδους | 38 |
| Πίνακας 5. Βήματα αξιολόγησης των μελετών των σχετικών με λήψη κλινικών αποφάσεων . | 39 |
| Πίνακας 6. Η βαθμολόγηση των συστάσεων των κατευθυντήριων οδηγιών σύμφωνα με το σύστημα GRADE. | 54 |
| Πίνακας 7. Συγκεντρωτικός πίνακας – Άποψη των ιατρών ανά ειδικότητα | 99 |
| Πίνακας 8. Ποσοστά Συμφωνίας ή διαφωνίας – Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης | 100 |
| Πίνακας 9. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας - Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία | 101 |
| Πίνακας 10. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών | 102 |
| Πίνακας 11. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Συμμόρφωση των ασθενών στην θεραπεία | 104 |
| Πίνακας 12. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Άποψη των ιατρών ανά επαγγελματική ιδιότητα..... | 105 |
| Πίνακας 13. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Κατευθυντήριες οδηγίες ως χρήσιμη πηγή καθοδήγησης..... | 106 |
| Πίνακας 14. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Κατευθυντήριες οδηγίες που βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία | 106 |
| Πίνακας 15. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Καθημερινή ρουτίνα | 106 |
| Πίνακας 16. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών .. | 107 |
| Πίνακας 17. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Άποψη των ιατρών ανά εργασιακή εμπειρία | 108 |
| Πίνακας 18. Άποψη των ιατρών ανά εργασιακή εμπειρία – Υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών | 109 |
| Πίνακας 19. Άποψη των ιατρών ανά εργασιακή εμπειρία – Ρουτίνα..... | 109 |
| Πίνακας 20. Άποψη των ιατρών ανά εργασιακή εμπειρία – Προσωπικές δεξιότητες | 109 |
| Πίνακας 21. Άποψη των ιατρών ανά εργασιακή εμπειρία – Υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών | 110 |
| Πίνακας 22. Άποψη των ιατρών ανά εργασιακή εμπειρία – Χρόνος | 110 |
| Πίνακας 23. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Άποψη των ιατρών ανά φύλο..... | 111 |
| Πίνακας 24. Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης..... | 112 |
| Πίνακας 25. Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία..... | 112 |
| Πίνακας 26. Βαθμός δυσκολίας καθημερινής ρουτίνας | 113 |
| Πίνακας 27. Άποψη ιατρών ανά φύλο – Απαιτούμενος χρόνος | 113 |
| Πίνακας 28. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Άποψη των ιατρών ανά ηλικία | 114 |
| Πίνακας 29. Άποψη ιατρών ανά ηλικία – κατευθυντήριες οδηγίες ως χρήσιμη πηγή καθοδήγησης..... | 115 |
| Πίνακας 30. Άποψη ιατρών ανά ηλικία – κατευθυντήριες οδηγίες μέσω αξιόπιστων στοιχείων | 115 |
| Πίνακας 31. Άποψη ιατρών ανά ηλικία – βαθμός δυσκολίας αλλαγής της καθημερινής ρουτίνας..... | 115 |
| Πίνακας 32. Άποψη ιατρών ανά ηλικία – υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών..... | 116 |

| | |
|---|-----|
| Πίνακας 33. Άποψη ιατρών ανά ηλικία – συστηματική χρήση κατευθυντήριων οδηγιών..... | 116 |
| Πίνακας 34. Συγκεντρωτικά Στοιχεία -Αντικειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά ειδικότητα | 117 |
| Πίνακας 35. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες..... | 118 |
| Πίνακας 36. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες..... | 119 |
| Πίνακας 37. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών | 120 |
| Πίνακας 38. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – ξεπερασμένες κατευθυντήριες οδηγίες..... | 121 |
| Πίνακας 39. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Περιορισμοί..... | 122 |
| Πίνακας 40. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Αντικειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά επαγγελματική ιδιότητα | 123 |
| Πίνακας 41. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Υπό-οδηγίες..... | 123 |
| Πίνακας 42. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Λόγοι διαφωνίας | 124 |
| Πίνακας 43. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Περιορισμοί..... | 124 |
| Πίνακας 44. Συγκεντρωτικά Στοιχεία – αντικειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά εργασιακή εμπειρία | 125 |
| Πίνακας 45. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Περιπλοκότητα..... | 126 |
| Πίνακας 46. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Υπό-οδηγίες | 126 |
| Πίνακας 47. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Λόγοι διαφωνίας | 126 |
| Πίνακας 48. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Ξεπερασμένες κατευθυντήριες οδηγίες | 126 |
| Πίνακας 49. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Περιορισμοί | 127 |
| Πίνακας 50. Συγκεντρωτικά στοιχεία – αντικειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά φύλο..... | 128 |
| Πίνακας 51. Ποσοστά ανά φύλο – Υπό-οδηγίες | 129 |
| Πίνακας 52. Ποσοστά ανά φύλο – Λόγοι διαφωνίας | 129 |
| Πίνακας 53. Ποσοστά ανά φύλο – Περιορισμοί..... | 129 |
| Πίνακας 54. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Αντικειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά ηλικία | 130 |
| Πίνακας 55. Ποσοστά ανά ηλικία – Περιπλοκότητα..... | 131 |
| Πίνακας 56. Ποσοστά ανά ηλικία – Υπό-οδηγίες..... | 131 |
| Πίνακας 57. Ποσοστά ανά ηλικία – Αντικρουόμενοι κανόνες..... | 131 |
| Πίνακας 58. Ποσοστά ανά ηλικία – Ξεπερασμένες κατευθυντήριες οδηγίες | 132 |
| Πίνακας 59. Ποσοστά ανά ηλικία – Περιορισμοί | 132 |
| Πίνακας 60. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Υποκειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά ειδικότητα | 133 |
| Πίνακας 61. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Υποτίμηση κλινικού κινδύνου..... | 134 |
| Πίνακας 62. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Υπερβολική αυτοπεποίθηση | 135 |
| Πίνακας 63. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Πίεση χρόνου για λήψη απόφασης | 136 |
| Πίνακας 64. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Επείγουσα διαχείριση περιστατικού..... | 137 |
| Πίνακας 65. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Πίεση από ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα..... | 138 |
| Πίνακας 66. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Συνήθης κλινική πρακτική..... | 140 |
| Πίνακας 67. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Πολύπλοκες καταστάσεις | 142 |
| Πίνακας 68. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Πρακτική και κατευθυντήριες οδηγίες | 143 |
| Πίνακας 69. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Υποκειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά επαγγελματική ιδιότητα | 144 |
| Πίνακας 70. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Επείγουσα διαχείριση περιστατικού ... | 145 |
| Πίνακας 71. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Πίεση από τους ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα..... | 145 |

| | |
|--|-----|
| Πίνακας 72. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Μη τήρηση θεραπευτικού πρωτοκόλλου | 145 |
| Πίνακας 73. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Πολύπλοκες καταστάσεις | 146 |
| Πίνακας 74. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Υποκειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά εργασιακή εμπειρία | 147 |
| Πίνακας 75. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Υπερβολική αυτοπεποίθηση | 148 |
| Πίνακας 76. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Πίεση χρόνου | 148 |
| Πίνακας 77. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Μεγάλος όγκος πληροφοριών | 148 |
| Πίνακας 78. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Υποκειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά φύλο | 149 |
| Πίνακας 79. Ποσοστά ανά φύλο – Κλινικός κίνδυνος | 150 |
| Πίνακας 80. Ποσοστά ανά φύλο – Συμμόρφωση πρακτικής σε κατευθυντήρια οδηγία | 150 |
| Πίνακας 81. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Υποκειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά ηλικία ... | 151 |
| Πίνακας 82. Ποσοστά ανά ηλικία – Κλινικός κίνδυνος | 152 |
| Πίνακας 83. Ποσοστά ανά ηλικία -Υπερβολική αυτοπεποίθηση | 152 |
| Πίνακας 84. Ποσοστά ανά ηλικία – Επείγουσα διαχείριση περιστατικού | 152 |
| Πίνακας 85. Ποσοστά ανά ηλικία – Μεγάλος όγκος πληροφοριών | 153 |
| Πίνακας 86. Ποσοστά ανά ηλικία – Συνήθης κλινική πρακτική | 153 |
| Πίνακας 87. Ποσοστά ανά ηλικία – Πρακτική σε συμμόρφωση με την κατευθυντήρια οδηγία | 153 |

Κατάλογος διαγραμμάτων

| | |
|---|-----|
| Διάγραμμα 1. Ειδικότητες Ιατρών | 93 |
| Διάγραμμα 2. Επαγγελματική ιδιότητα δείγματος | 94 |
| Διάγραμμα 3. Φύλο δείγματος | 94 |
| Διάγραμμα 4. Ηλικία Δείγματος | 95 |
| Διάγραμμα 5. Εργασιακή Εμπειρία | 95 |
| Διάγραμμα 6. Χώρα Σπουδών | 96 |
| Διάγραμμα 7. Χώρα Ειδικότητας | 96 |
| Διάγραμμα 8. Επίπεδο Εκπαίδευσης | 97 |
| Διάγραμμα 9. Γεωγραφική Κατανομή | 97 |
| Διάγραμμα 10. Βαθμός Συμφωνίας ή διαφωνίας – Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης | 100 |
| Διάγραμμα 11. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία | 101 |
| Διάγραμμα 12. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών | 102 |
| Διάγραμμα 13. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Προσωπικές δεξιότητες | 103 |
| Διάγραμμα 14. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Χρόνος | 103 |
| Διάγραμμα 15. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες | 118 |
| Διάγραμμα 16. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες | 119 |

| | |
|---|-----|
| Διάγραμμα 17. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών | 120 |
| Διάγραμμα 18. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – ξεπερασμένες κατευθυντήριες οδηγίες .. | 121 |
| Διάγραμμα 19. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Περιορισμοί | 122 |
| Διάγραμμα 20. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Υποτίμηση κλινικού κινδύνου | 134 |
| Διάγραμμα 21. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Υπερβολική αυτοπεποίθηση | 135 |
| Διάγραμμα 22. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Πίεση χρόνου για λήψη απόφασης..... | 136 |
| Διάγραμμα 23. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Επείγουσα διαχείριση περιστατικού | 137 |
| Διάγραμμα 24. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Πίεση από ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα..... | 138 |
| Διάγραμμα 25. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Διαχείριση μεγάλου όγκου αντιφατικών πληροφοριών | 139 |
| Διάγραμμα 26. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Συνήθης κλινική πρακτική..... | 140 |
| Διάγραμμα 27. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Μη τήρηση θεραπευτικού πρωτοκόλλου | 141 |
| Διάγραμμα 28. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Πολύπλοκες καταστάσεις..... | 142 |
| Διάγραμμα 29. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Πρακτική και κατευθυντήριες οδηγίες..... | 143 |

Κατάσταση Ακρωνυμίων

| | | |
|-------|---|---|
| CPGs | : | Clinical practice guidelines |
| IMO | : | Institute of Medicine |
| NICE | : | National Institute for Care and Health Excellence |
| EBM | : | Evidence based medicine |
| RCT's | : | Randomized controlled trial |
| IMO | : | Institute of Medicine |
| TKΔ | : | Τυχαία κλινική δοκιμή |
| MeSH | : | Medical Subject Headings |
| AGREE | : | Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation |
| GDG | : | Guidelines Development Group |
| COI | : | Conflict of Interest Management |
| NHS | : | National Health Service |
| NICE | : | National Institute for Care and Health Excellence |

Περιεχόμενα

| | |
|--|------|
| Περίληψη..... | v |
| Κατάλογος Πινάκων | viii |
| Κατάλογος διαγραμμάτων | x |
| Κατάσταση Ακρωνυμίων | xii |
| Περιεχόμενα..... | xiii |
| Εισαγωγή | 16 |
| 1. Κατευθυντήριες οδηγίες..... | 17 |
| 1.1 Ο ρόλος τους, τα πρώτα βήματα και οι πρώτοι ορισμοί | 17 |
| 1.2 Με τι σχετίζονται και που αποσκοπούν οι κατευθυντήριες οδηγίες..... | 20 |
| 1.3 Το χτες και το σήμερα αναφορικά με κατευθυντήριες οδηγίες | 22 |
| 1.4 Τεκμηριωμένη ιατρική..... | 24 |
| 2. Η ανάπτυξη των κατευθυντήριων οδηγιών | 30 |
| 2.1 Η ανάπτυξη | 30 |
| 2.2 Το πρώτο βήμα – Η διατύπωση ενός συγκεκριμένου ερωτήματος και τα κριτήρια προκειμένου να απαντηθεί..... | 32 |
| 2.3 Κλινικό σενάριο..... | 32 |
| 2.4 Το μοντέλο PICO – Ένα σύστημα τεσσάρων κριτηρίων..... | 33 |
| 2.5 Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας | 35 |
| 2.6 Αξιολόγηση της βιβλιογραφίας..... | 37 |
| 2.7 Ενσωμάτωση των αποδεικτικών στοιχείων με βάση την κλινική εμπειρία και τα χαρακτηριστικά του ασθενή..... | 42 |
| 2.8 Αξιολόγηση της διαδικασίας | 42 |
| 2.9 Πλεονεκτήματα της Τεκμηριωμένης Ιατρικής..... | 43 |
| 2.10 Περιορισμοί κατά τη χρήση της Τεκμηριωμένης Ιατρικής..... | 43 |
| Βιβλιογραφικές Αναφορές | 47 |
| 3. Αξιολόγηση κατευθυντήριων οδηγιών..... | 49 |
| 3.1 Αξιολόγηση συστάσεων | 52 |
| 3.2 Επίπεδα αποδεικτικών στοιχείων | 54 |
| 3.3 Μελέτες έρευνας..... | 55 |
| 3.4 Τύποι μελετών | 57 |
| 4.Πρότυπα για την ανάπτυξη αξιόπιστων κατευθυντήριων γραμμών (CPG)..... | 63 |
| Πρότυπο 1. Καθιέρωση διαφάνειας | 63 |

| | |
|---|----|
| Πρότυπο 2. Διαχείριση της σύγκρουσης συμφερόντων (COI)..... | 63 |
| Πρότυπα 3 .Σύνθεση της ομάδας ανάπτυξης κατευθυντήριων γραμμών..... | 64 |
| Πρότυπα 4 .Συστηματική επανεξέταση των οδηγιών κλινικής πρακτικής..... | 65 |
| Πρότυπα 5 . Δημιουργία των βάσεων τεκμηρίωσης και της διαβάθμισης των συστάσεων . | 65 |
| Πρότυπα 6. Διατύπωση των συστάσεων..... | 66 |
| Πρότυπα 7.Εξωτερική ανασκόπηση | 66 |
| Πρότυπα 8. Συνεχής ενημέρωση και επαναξιολόγηση..... | 67 |
| 5. Επισκόπηση της διεθνούς δραστηριότητας σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες | 70 |
| 5.1 Ηνωμένο Βασίλειο..... | 70 |
| 5.2 Ολλανδία | 70 |
| 5.3 Φινλανδία και Σουηδία..... | 71 |
| 5.4 Γαλλία..... | 71 |
| 5.5 Γερμανία, Ιταλία και Ισπανία..... | 72 |
| 5.6 Βόρεια Αμερική..... | 72 |
| 5.7 Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία..... | 73 |
| 5.8 Ελλάδα..... | 73 |
| 6 Πιθανά οφέλη από τις οδηγίες συνταγογράφησης..... | 76 |
| 6.1 Πιθανά οφέλη για τους ασθενείς..... | 76 |
| 6.2 Πιθανά οφέλη για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας..... | 77 |
| 6.3 Πιθανά οφέλη για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης..... | 79 |
| 6.4 Πιθανοί περιορισμοί και βλάβες κατευθυντήριων γραμμών | 80 |
| 6.5 Πιθανές βλάβες στους ασθενείς..... | 81 |
| 6.6 Πιθανές βλάβες στους επαγγελματίες υγείας..... | 82 |
| 6.7 Πιθανές βλάβες στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης..... | 83 |
| 7 Παρουσίαση προβλήματος – μεθοδολογία | 86 |
| 7.1 Παρουσίαση προβλήματος και σκοπός έρευνας..... | 86 |
| 7.2 Μέθοδος δειγματοληψίας..... | 87 |
| 7.3 Πληθυσμός και μέγεθος | 88 |
| 7.4 Η «Άποψη των ιατρών» και «οι Λόγοι μη συμμόρφωσης» | 89 |
| 7.5 Παρουσίαση του ερωτηματολογίου της έρευνας..... | 91 |
| Βιβλιογραφία..... | 92 |
| 8 Στατιστικά αποτελέσματα έρευνας..... | 93 |
| 8.1 Στατιστικά αποτελέσματα γενικών – δημογραφικών ερωτήσεων | 93 |
| 8.2 Στατιστικά αποτελέσματα αναφορικά με την «Άποψη των ιατρών» και «οι Λόγοι μη συμμόρφωσης» | 97 |
| 8.3 Στατιστικά αποτελέσματα αναφορικά με την «Άποψη των ιατρών» ανά ειδικότητα | 99 |

| | |
|---|-----|
| 8.4 Στατιστικά αποτελέσματα αναφορικά με την «Άποψη των ιατρών» ανά «επαγγελματική ιδιότητα» | 105 |
| 8.5 Στατιστικά αποτελέσματα αναφορικά με την «Άποψη των ιατρών» ανά «εργασιακή εμπειρία» | 108 |
| 8.6 Στατιστικά αποτελέσματα αναφορικά με την «Άποψη των ιατρών» ανά «φύλο» | 111 |
| 8.7 Στατιστικά αποτελέσματα αναφορικά με την «Άποψη των ιατρών» ανά «ηλικία» | 114 |
| 8.8 Στατιστικά αποτελέσματα, «αντικειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «ειδικότητα» | 117 |
| 8.9 Στατιστικά αποτελέσματα, «αντικειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «επαγγελματική ιδιότητα» | 123 |
| 8.10 Στατιστικά αποτελέσματα, «αντικειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «εργασιακή εμπειρία» | 125 |
| 8.10 Στατιστικά αποτελέσματα, «αντικειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «φύλο» | 128 |
| 8.11 Στατιστικά αποτελέσματα, «αντικειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «ηλικία» | 130 |
| 8.12 Στατιστικά αποτελέσματα, «υποκειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «ειδικότητα» | 133 |
| 8.13 Στατιστικά αποτελέσματα, «υποκειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «επαγγελματική ιδιότητα» | 144 |
| 8.14 Στατιστικά αποτελέσματα, «υποκειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «εργασιακή εμπειρία» | 147 |
| 8.15 Στατιστικά αποτελέσματα, «υποκειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «φύλο» | 149 |
| 8.16 Στατιστικά αποτελέσματα, «υποκειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «ηλικία» | 151 |
| Βιβλιογραφία | 154 |
| 9 Συμπεράσματα | 155 |
| Βιβλιογραφία | 159 |
| Ελληνική | 159 |
| Ξένα | 159 |
| Websites | 164 |
| Παράρτημα 1 | 167 |
| Παράρτημα 2 | 175 |
| Παράρτημα 3 Συγκεντρωτικά - Απόψεις | 176 |
| Παράρτημα 4 Συγκεντρωτικά αντικειμενικοί λόγοι | 180 |
| Παράρτημα 5 Συγκεντρωτικά υποκειμενικοί λόγοι | 183 |

Εισαγωγή

Οι κατευθυντήριες οδηγίες διατυπώνονται από αναγνωρισμένους οργανισμούς και περιέχουν συστάσεις προς τους κλινικούς γιατρούς για τη φροντίδα των ασθενών. Στόχος τους είναι να βοηθήσουν και να οδηγήσουν στη λήψη των καταλληλότερων διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων. Αναπτύσσονται με συστηματικό τρόπο και βασίζονται στα καλύτερα διαθέσιμα επιστημονικά τεκμήρια.

Παρά την ευρεία διάδοση των κατευθυντήριων οδηγιών έχει παρατηρηθεί περιορισμένη αλλαγή σε ότι αφορά τη στάση και τη συμπεριφορά των γιατρών ως προς την εφαρμογή τους στην καθημερινή κλινική πράξη. Τόσο οι γιατροί όσο και οι ασθενείς μπορούν να ευθύνονται για τη μη εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών. Οι λόγοι μη τήρησης απαριθμούν πολλές και διαφορετικές παραμέτρους.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αναπτυχθεί διάφορα συστήματα που έχουν σκοπό να αξιολογήσουν την ισχύ καθώς και να βαθμολογήσουν τις διάφορες συστάσεις. Ο κάθε οργανισμός που αναπτύσσει μια κατευθυντήρια οδηγία, παράλληλα ορίζει και το σύστημα βαθμολόγησής των συστάσεων που προτείνει.

Η λήψη ιατρικής απόφασης αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία. Η γνώση των κατευθυντήριων οδηγιών από την πλευρά του γιατρού θα τον βοηθήσει να γνωρίζει πόσο απέχει η κλινική απόφαση που σκοπεύει να πάρει, σε σχέση με αυτή που προτείνεται για τον ασθενή από τη διεθνή βιβλιογραφία.

1. Κατευθυντήριες οδηγίες

1.1 Ο ρόλος τους, τα πρώτα βήματα και οι πρώτοι ορισμοί

Οι σωρευμένες ενδείξεις υποστηρίζεται από πολλούς, ότι αποτελούν τον πλέον πρόσφορο τρόπο λήψης αποφάσεων, προκειμένου να επιτευχθεί ο επιδιωκόμενος στόχος. Στην κλινική πράξη η βασισμένη σε ενδείξεις ιατρική (Evidence Based Medicine) αναπτύχθηκε τα τελευταία 20 χρόνια, αρχικώς ως μια μέθοδος κλινικής μάθησης που γεφυρώνει το χάσμα ανάμεσα στις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και στην άσκηση της ιατρικής.

Η νέα αυτή μέθοδος εξελίχθηκε από το πώς να διαβάζει κάποιος τη βιβλιογραφία στο πώς να την εφαρμόζει για τη φροντίδα του συγκεκριμένου αρρώστου. Έχει πλέον δημιουργηθεί ένας σκληρός πυρήνας, οι υποστηρικτές του οποίου θεωρούν ότι έχει αλλάξει την άσκηση της ιατρικής, με συνέπειες στην εκπαίδευση, στην έρευνα και στην πολιτική στα θέματα υγείας.

Οι ποιοτικές κατευθυντήριες οδηγίες για την κλινική πρακτική (CPGs) που παρέχονται βάσει αποδεικτικών στοιχείων προσφέρουν τη δυνατότητα να γεφυρωθεί το χάσμα μεταξύ της πολιτικής, των βέλτιστων πρακτικών και των διάφορων και διαφορετικών πρακτικών που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως για την αντιμετώπιση των κλινικών καταστάσεων των ασθενών.

Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες έχουν διατηρηθεί ως ουσιαστικό μέρος της ποιοτικής ιατρικής πρακτικής εδώ και αρκετές δεκαετίες. Ένας πρώιμος ορισμός των CPG από το Ινστιτούτο Ιατρικής τις περιέγραψε ως *“συστηματικά καταρτισμένες δηλώσεις για να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας ώστε να λάβουν αποφάσεις για τους ασθενείς με γνώμονα την καταλληλότερη υγειονομική περίθαλψη”*. Ο ορισμός αυτός επικαιροποιήθηκε το 2011 για να τονίσει πιο έντονα την αυστηρή μεθοδολογία στις διαδικασίες ανάπτυξης κατευθυντήριων γραμμών:

“Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες είναι δηλώσεις που περιλαμβάνουν συστάσεις που αποσκοπούν στη βελτιστοποίηση της περίθαλψης των ασθενών, οι οποίες ενημερώνονται μέσω συστηματικής ανασκόπησης αποδεικτικών στοιχείων και αξιολόγησης του οφέλους και βλαβών των εναλλακτικών επιλογών περίθαλψης”.

Σε αυτό τον ταχέως εξελισσόμενο τομέα έρευνας, ένας πιο πρόσφατος ορισμός πρότεινε μια σύγχρονη συσχέτιση για την περιγραφή των κατευθυντήριων οδηγιών:

“Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι ένας εύχρηστος τρόπος συλλογής αποδεικτικών στοιχείων. Αποτελούν συστάσεις προς στους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση ασθενών με το συγκεκριμένο πρόβλημα, σταθμίζοντας όλες τις άλλες πιθανώς εμπλεκόμενες παραμέτρους” (Trewick et. al. 2013, pp. 8).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες (CPG) έχουν ένα ευρύ πλαίσιο στόχων. Αποσκοπούν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της περίθαλψης και στη σύγκλιση προς την ίδια αποδεκτή κατεύθυνση των διαφορετικών κλινικών πρακτικών που χρησιμοποιούνται.

Ταυτόχρονα θα πρέπει να στοχεύουν στη όσον δυνατόν γίνεται μεγαλύτερη μείωση των κοστοβόρων σφαλμάτων που θα μπορούσαν να αποτραπούν καθώς και των δυσμενών καταστάσεων που ενδεχομένως να προκύψουν. (Woolf et. al. 1999) (Royal College of General Practitioners, 1995). Κατά κύριο λόγο προτείνουν κοινά αποδεκτά από την επιστημονική κοινότητα πρακτικές.

Παρέχουν τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας που λειτουργούν ως πρότυπα αναφοράς ή ως πρότυπα βάσει των οποίων μπορούν να ελέγχουν οι εκάστοτε ενδιαφερόμενοι, να συγκρίνουν και ενδεχομένως να βελτιώνουν τις πρακτικές τους, καθώς και καθοδήγηση σχετικά με την ανάληψη συγκεκριμένων καθηκόντων (Woolf et. al., ό.π.) (Royal College of General Practitioners, ό.π.)

Οι περισσότερες πρωτοβουλίες που αποσκοπούν στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών συνδέονται όλο και πιο πολύ με τις CPG. Αυτό είναι απόλυτα

λογικό γιατί οι συστάσεις των CPG βασίζονται σε τεκμηριωμένες αναλύσεις που αποτελούν τη βάση στην οποία δομούνται καθιερωμένα πρότυπα περίθαλψης (National Institute for Care and Health Excellence, 2015).

Σε διεθνές επίπεδο και ειδικότερα κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, ένας ιδιαίτερα σημαντικός κλάδος φαίνεται να έχει αναπτυχθεί γύρω από την ανάπτυξη, την αξιολόγηση και την εφαρμογή των CPG. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες έχουν γίνει ολοένα και περισσότερο μέρος της κλινικής πρακτικής. Κάθε μέρα, οι κλινικές αποφάσεις, οι κανόνες λειτουργίας στα νοσοκομεία και στις κλινικές αλλά και οι δαπάνες για την υγεία επηρεάζονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες.

Όπως ορίζεται από το Ινστιτούτο Ιατρικής, οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες είναι: *“συστηματικά αναπτυγμένες προτάσεις για να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς ώστε να λάβουν αποφάσεις σχετικά με την κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη για συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις”* (Field & Lohr, 1990, pp 22.).

Μπορούν να παρέχουν από σύντομες οδηγίες σχετικά με τις διαγνωστικές εξετάσεις μέχρι και εξειδικευμένες ιατρικές ή χειρουργικές συστάσεις, όπως τον ακριβή χρόνο που θα πρέπει παραμείνουν οι ασθενείς στο νοσοκομείο για παρακολούθηση.

Το ενδιαφέρον για τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες εκτείνεται σε ολόκληρη την Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική, την Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία και την Αφρική. Προέρχεται από ζητήματα που αντιμετωπίζουν τα περισσότερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης όπως το αυξανόμενο κόστος υγειονομικής περίθαλψης που ολοένα και τροφοδοτείται από την αυξημένη ζήτηση για φροντίδα.

Άλλοι παράγοντες είναι η γήρανση του πληθυσμού, οι διάφορες και διαφορετικές προσεγγίσεις στην παροχή υπηρεσιών μεταξύ των οργανισμών υγείας, νοσοκομείων και γεωγραφικών περιοχών καθώς και από το τεκμήριο ότι τουλάχιστον ορισμένες από τις παλαιότερες προσεγγίσεις οδηγούν σε ακατάλληλη φροντίδα των ασθενών, είτε από υπερβολική χρήση είτε από ανεπαρκή χρήση υπηρεσιών.

Σημαντική πίεση ασκεί και η εγγενή επιθυμία των επαγγελματιών υγείας να προσφέρουν, και των ασθενών να λάβουν, την καλύτερη δυνατή περίθαλψη (Hemming & Mashford, 1993).

Οι κλινικοί γιατροί, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη των πολιτικών υγείας και όσοι γενικότερα δαπανούν ή επενδύουν χρήματα στον κλάδο της υγείας βλέπουν τις κατευθυντήριες οδηγίες ως ένα εργαλείο για τη βελτίωση της συνεκτικότητας και της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης και ως ένα κοινά αποδεκτό εργαλείο που θα γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ στο τι κάνουν οι κλινικοί ιατροί και στο τι τα επιστημονικά στοιχεία υποστηρίζουν.

1.2 Με τι σχετίζονται και που αποσκοπούν οι κατευθυντήριες οδηγίες

Οι κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) περιέχουν συστάσεις (recommendations) που διατυπώνονται με σκοπό την υποβοήθηση του κλινικού γιατρού στη λήψη διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων για την παροχή της κατάλληλης φροντίδας σε συγκεκριμένα νοσήματα ή κλινικές καταστάσεις.

Βασίζονται στα καλύτερα διαθέσιμα τεκμήρια (evidence), όπως αυτές προκύπτουν ως αποτέλεσμα συστηματικής αναζήτησης στη βιβλιογραφία (Davis *et. al.* 1997): αποσκοπούν δε στο να καθορίζουν πότε μια ιατρική ενέργεια ή πράξη είναι αναγκαία, πότε ενδείκνυται, πότε αντενδείκνυται και ποια είναι η «γκρίζα περιοχή», όπου τα τεκμήρια για τη σχέση κινδύνου–ωφέλειας των δυνητικών επιλογών είναι ανεπαρκή ή και αντιφατικά (Shekelle *et. al.*, 1999)

Οι κατευθυντήριες οδηγίες σχετίζονται και με ευρύτερα συστήματα διαχείρισης εκτός όπως εκείνα που εντοπίζονται στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη υγείας (π.χ. στον έλεγχο της ποιότητας νερού ή αέρα, σε όλο τον ελεγκτικό μηχανισμό τροφίμων, στη διερεύνηση ατυχημάτων κ.λπ.) και γενικά αναπτύσσονται και χρησιμοποιούνται από τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής, οργανισμών παροχής υπηρεσιών, χρηματοδότες ή ρυθμιστικές αρχές.

Οι CPG όμως ειδικότερα σχετίζονται με κλινικά θέματα, τα οποία ασχολούνται με κλινικές καταστάσεις και προορίζονται κατά κύριο λόγο σε όσους συμμετέχουν στη παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Woolf *et. al.* 1999). Μπορούν να περιλαμβάνουν δηλώσεις βέλτιστης πρακτικής για κάθε μία ή συνδυασμό προβληματισμών σχετικά με την εξέταση, τη διάγνωση, τη διαχείριση ή την παρακολούθηση.

Ο όρος «πρωτόκολλο» χρησιμοποιείται συνήθως για να περιγράψει συμπεριφορές που ορίζουν την συμπεριφορά μας σε διάφορες περιστάσεις της κοινωνικής ζωής μας. Στην υγεία όμως έχει την έννοια αυστηρών και ρητών κανόνων και οδηγιών για το πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί μια κλινική κατάσταση αποτελεσματικά με ταυτόχρονα την μείωση του ποσοστού λάθους στο ελάχιστο.

Οι οδηγίες σχετίζονται με τους κανόνες αντιμετώπισης ή περίθαλψης και διαμορφώνονται από ειδικές ομάδες ειδικών σε στάδια, τα οποία περιλαμβάνουν και ορίζουν ανά περίπτωση τα επίπεδα και τους τρόπους φροντίδας των ασθενών. Πρωταρχικό στόχο έχουν να ορίσουν το «ταξίδι της φροντίδας» των ασθενών με συγκεκριμένη διάγνωση (Rotter *et. al.* 2010).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι για να εξυπηρετούν τους κάτωθι στόχους:

- να κάνουν τους καθιερωμένους κανόνες, που βασίζονται σε τεκμήρια, πιο ξεκάθαρους και πιο προσιτούς,
- να μετατρέπουν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε πιο εύκολη και πιο αντικειμενική για τον γιατρό
- να αποτελούν μέτρο σύγκρισης για την αξιολόγηση της επίδοσης στην εργασία
- να ορίζουν και να περιγράφουν πιο αναλυτικά τα καθήκοντα μιας εργασίας
- να αποτελούν πηγή ενημέρωσης για τους ασθενείς, αλλά και για τους γιατρούς, για τις νεότερες εξελίξεις, στοχεύοντας στη καλύτερη άσκηση του επαγγέλματος και παροχή υπηρεσιών υγείας
- να αυξάνουν τη σχέση κόστους–όφελος στις υπηρεσίες υγείας πάντα προς όφελος του χρήστη
- να χρησιμοποιούνται ως ένα αποτελεσματικό εργαλείο προκειμένου να ελεγχθεί η σωστή διοίκηση των μονάδων υγείας.

Σήμερα ο πιο διαδεδομένος και αποδεκτός όρος αναφέρεται ως: “Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες είναι κείμενα που περιέχουν συστάσεις οι οποίες αποσκοπούν στη βελτιστοποίηση της φροντίδας υγείας, και οι οποίες προκύπτουν από τη συστηματική ανασκόπηση των στοιχείων και την αξιολόγηση του οφέλους και της ζημίας των εναλλακτικών θεραπευτικών επιλογών” (Shekelle *et. al.* ό.π. pp. 593–596).

1.3 Το χτες και το σήμερα αναφορικά με κατευθυντήριες οδηγίες

Ως τεκμηριωμένη ιατρική ορίζουμε τον τρόπο λήψης των κλινικών αποφάσεων που βασίζεται στην χρήση της ιατρικής κλινικής έρευνας, της κατανόησης της παθοφυσιολογίας σε συνεργασία και με την κλινική εμπειρία δίνοντας ταυτόχρονα μεγάλη προσοχή στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή (Αποστολάκης *et.al.* 2006).

Δίνει λιγότερο βάρος στη διαίσθηση και στη μη συστηματική κλινική εμπειρία και περισσότερη έμφαση στη συστηματική αξιολόγηση των τεκμηρίων από τις κλινικές έρευνες, επιτυγχάνοντας τον βέλτιστο συνδυασμό της ιατρικής έρευνας με την κλινική εμπειρία.

Η ρίζα της λέξης “guideline” βρίσκεται στις αρχές του 18ου αιώνα και πρώτο χρησιμοποιήθηκε για να ορίσει ένα : *“σχοινί ή κορδόνι που εξυπηρετεί ώστε να καθοδηγήσει τα βήματα κάποιου ενώ αυτός βρίσκεται σε βραχώδες έδαφος και εν μέσω υπογείων περασμάτων”*. Σήμερα χρησιμοποιείται μεταφορικά για να ορίσει :*“την ένδειξη προσανατολισμού για μελλοντική ανάληψη δράσης”*.

Στην ιατρική σήμερα χρησιμοποιούνται μια σειρά από διαφορετικές ορολογίες οι οποίες όμως περιστρέφονται γύρω από το ίδιο θέμα. Μερικές από αυτές είναι :

- « Γενικές Κατευθυντήριες Οδηγίες» ή “CPG’s”
- « Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες»
- « Ιατρικές Κατευθυντήριες Οδηγίες»
- « Πρακτικές Κατευθυντήριες Οδηγίες»
- « Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις» ή “EBM”

- « Ιατρική Βασισμένη σε Ενδείξεις»

Αυτές ορίζονται με ποικίλους και αρκετά παρομοίους τρόπους. Ένας ευρύτερος ορισμός της έννοιας των CPG's είναι ότι στοχεύουν στην καθοδήγηση των αποφάσεων και των κριτηρίων που θα πρέπει να ακολουθήσει κάποιος σχετικά με το πως μπορεί να προχωρήσει σε μια πιο αποτελεσματικά διάγνωση , πως να διαχειριστεί αυτήν και τι θεραπεία να επιλέξει. Όλες αυτές οι οδηγίες αναφέρονται σε ένα τεράστιο εύρος κλινικών περιστατικών (Μουντοκαλάκης, 2006) (Αποστολάκης *et. al.* 2006).

Κατά τη διάρκεια των σπουδών στην ιατρική σχολή, οι γιατροί αποκτούν ένα τεράστιο εύρος γνώσεων και δεξιοτήτων. Παρόλα αυτά οι γνώσεις και οι δεξιότητες δεν επαρκούν από μόνες τους για την επιτυχημένη άσκηση της ιατρικής. Ένας γιατρός κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του ζωής, στη λήψη των κλινικών του αποφάσεων θα στηριχτεί σε μεγάλο ποσοστό στην εμπειρία του.

Θα στηριχτεί όμως παράλληλα και σε γνώσεις που απέκτησε από συστηματικές παρατηρήσεις που έγιναν κατά τη διάρκεια της άσκησης του, που όμως πλέον είναι ξεπερασμένες. Γιαυτό θα πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς για τα νέα ευρήματα της ιατρικής έρευνας. Υπάρχουν, επίσης, φορές που τρέχουσες ιατρικές πρακτικές αποδεικνύονται ξεπερασμένες και ο ασθενής δεν λαμβάνει την καλύτερη ιατρική φροντίδα.

Ο Archie Cochrane είχε δηλώσει πως “αποτελεί σίγουρα μεγάλο πρόβλημα στο επάγγελμά μας το ότι δεν έχει οργανωθεί η συγγραφή μιας περίληψης όλων των τυχαιοποιημένων, ελεγχόμενων δοκιμών, ανά ειδικότητα ή υπό-ειδικότητα, που να ενημερώνεται περιοδικά” (Chow, 2009, pp.1720-1).

Στις μέρες μας η Τεκμηριωμένη Ιατρική έχει εξελιχθεί σε ένα πολύτιμο εργαλείο που καταφέρνει να μεταφέρει τα αποτελέσματα της έρευνας στην κλινική πρακτική, με απώτερο σκοπό να βελτιώσει την ιατρική φροντίδα του ασθενή. Είναι σημαντικό όμως να χρησιμοποιείται ως εργαλείο και όχι ως υποκατάστατο της λήψης ιατρικών αποφάσεων. Σήμερα όταν γίνεται αναφορά σε « Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις» ή “EBM” είτε σε «Γενικές Κατευθυντήριες Οδηγίες» ή “CPG's” είναι κατουσία το ίδιο.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι σημαντικό εργαλείο για τα συστήματα υγείας και μέσα από μια συνεχόμενη διαδικασία ενίσχυσης της υπευθυνότητας των κύριων παροχών υγείας μπορούν να εξομαλυνθούν οι διάφορες που παρατηρούνται στις διάφορες ιατρικές πρακτικές και εξοικονόμησης πόρων σε κάθε επίπεδο, ενώ, τέλος, παρέχουν τη δυνατότητα ελέγχου και διαφάνειας σε όλα τα στάδια λήψης αποφάσεων (Hurwitz et. al. 2004).

Οι πολιτικές υγείας που εφαρμόζουν οι χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα υγείας είναι στενά συνδεδεμένες με την κλινική διακυβέρνηση (clinical governance). Το σύνολο των δραστηριοτήτων, δηλαδή, που απαιτούνται για να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ένα σύστημα και αποτελεί τη βασική κατεύθυνση στρατηγικού σχεδιασμού τους (Samanta et.al. 2003).

Μερικά από τα μέτρα που έχουν προταθεί για την εκτίμηση της ποιότητας παροχής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί και η τήρηση συγκεκριμένου ποσοστού των κατευθυντήριων οδηγιών από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τη λήψη της κλινικής απόφασης (Kringos et. al., 2010).

1.4 Τεκμηριωμένη ιατρική

Από μόνα τους τα τεκμήρια δεν είναι αυτά που μπορούν να προσδιορίσουν την Τεκμηριωμένη Ιατρική. Ο καλύτερος τρόπος για να την περιγράψει κανείς, είναι ως μια διαδικασία, κατά την οποία θέτουμε συγκεκριμένα κλινικά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν, αναζητούμε τη βιβλιογραφία, προκειμένου να βρούμε απαντήσεις στα συγκεκριμένα ερωτήματα και αξιολογούμε με κριτική ματιά την ιατρική βιβλιογραφία (Μουντοκαλάκης,ό.π.) (Winona, 2019).

Κατανοώντας τη βαρύτητα των αποδεικτικών στοιχείων πίσω από μια συγκεκριμένη ιατρική σύσταση εφαρμόζουμε τα τεκμήρια με τρόπο που να εξυπηρετούν τον συγκεκριμένο ασθενή ή την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης πάθησης (Αποστολάκης et. al. ό.π.). Χρησιμοποιούμε την Τεκμηριωμένη Ιατρική για να απαντήσουμε σε

σημαντικές ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση διαγνωστικών δοκιμασιών και τη λήψη ιατρικών αποφάσεων.

Ο αρχικός στόχος της Τεκμηριωμένης Ιατρικής ήταν να ελαχιστοποιηθεί η χρήση της μη τεκμηριωμένης γνώσης στην κλινική πρακτική και να δοθεί έμφαση στα αποτελέσματα τυχαιοποιημένων μελετών (RCT's). Έγινε γρήγορα σαφής η σημασία της εμπειρικής γνώσης και υπήρξαν προτάσεις για ενσωμάτωσή της στην πρακτική της τεκμηριωμένης ιατρικής.

Η τεκμηριωμένη ιατρική σιγά σιγά μετεξελίχθηκε σε κάτι εντελώς διαφορετικό από την αρχική σύλληψή της. Έτσι αντί να αντικαταστήσει την παραδοσιακή ιατρική, ο στόχος της μετατοπίστηκε στην ενσωμάτωση της γνώσης της παθοφυσιολογίας, της κλινικής εμπειρίας και των ξεχωριστών χαρακτηριστικών του κάθε ασθενή στη διαδικασία λήψης των ιατρικών αποφάσεων (Αποστολάκης *et. al.*, *ό.π.*).

Αυτή η αλλαγή αποτέλεσε ένα κρίσιμο και απαραίτητο βήμα που όμως ανέδειξε την αξία των εναλλακτικών μορφών ιατρικής γνώσης και συλλογιστικής αποτέλεσμα της οποίας ήταν η τεκμηριωμένη ιατρική να διαμορφωθεί σε κάτι που προσπαθεί να δώσει σημαντική ενίσχυση και όχι να αντικαταστήσει την εμπειρία του γιατρού στην κατανόηση των βασικών μηχανισμών της νόσου (Porzsolt *et.al.*, 2003).

Ο τελικός στόχος της τεκμηριωμένης ιατρικής είναι η διάδοση και η εφαρμογή των πιο έγκυρων ευρημάτων της κλινικής έρευνας που αναφέρονται στη καθημερινή κλινική πρακτική με σκοπό τη βελτιστοποίηση της ιατρικής φροντίδας. Ασκείται με τέτοιο τρόπο, ώστε οι καθημερινές κλινικές αποφάσεις να θεμελιώνονται σε τεκμήρια από την τρέχουσα κλινική έρευνα. Η τεχνολογία της πληροφορικής παρέχει τη δυνατότητα μιας πολύ πιο εύκολης πρόσβασης στις δημοσιευμένες κλινικές μελέτες (Grimshaw & Russell, 1993).

Το πλήθος των μελετών χρειάζεται τη διάθεση αρκετού χρόνου, ακόμη και για την απλή ανάγνωσή τους. Η χρήση τους και η υλοποίησή τους στην καθημερινή πράξη απαιτούν εξαιρετικά ειδικές γνώσεις, μεγάλη εξοικείωση με τη μεθοδολογία και, κυρίως, εκτίμηση της εσωτερικής και εξωτερικής εγκυρότητάς τους (Worrall, Chaulk, & Freake, 1997).

Η έλλειψη χρόνου και η απουσία γνώσης των διάφορων και διαφορετικών μεθοδολογικών παραμέτρων που συντελούν στην ποιότητα των δημοσιευμένων άρθρων είναι μέσα στους σημαντικούς ανασταλτικούς παράγοντες στην καθημερινή χρήση του διαδικτύου από τον κλινικό γιατρό, που έχει ως σκοπό την εύρεση απαντήσεων σε κλινικά ερωτήματα.

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις αποτελούν προσπάθειες, ώστε οι δυσκολίες αυτές να αντιμετωπιστούν με τη δημιουργία συνόψεων (synopses) τεκμηρίων και ηλεκτρονικών καταλόγων (registries). Οι συνόψεις και οι κατάλογοι των συστηματικών ανασκοπήσεων δεν καταλήγουν σε συγκεκριμένες συστάσεις για τον κλινικό γιατρό, ο οποίος θα πρέπει να επεξεργαστεί περαιτέρω τα δεδομένα τους για να καταλήξει στην υιοθέτηση ή όχι μιας κλινικής πρακτικής.

Πίνακας 1. Συνόψεις τεκμηρίων

| Συνόψεις τεκμηρίων | Ιστότοπος |
|---|---|
| British Medical Journal (BMJ) Clinical Evidence | www.clinicalevidence.com |
| Bandolier | http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/ |
| National Institute for Health and Care Excellence (NICE) | www.library.nhs.uk |

Ο κατάλογος του Οργανισμού Cochrane (Cochrane Database for Systematic Reviews), ο οποίος εμπλουτίζεται συνεχώς (Ahmed et.al., 2011) αποτελεί τον πιο άρτια συμπληρωμένο κατάλογο με συστηματικές ανασκοπήσεις. Οι ανασκοπήσεις αυτές ακολουθούν συγκεκριμένη μεθοδολογία στη δημιουργία τους.

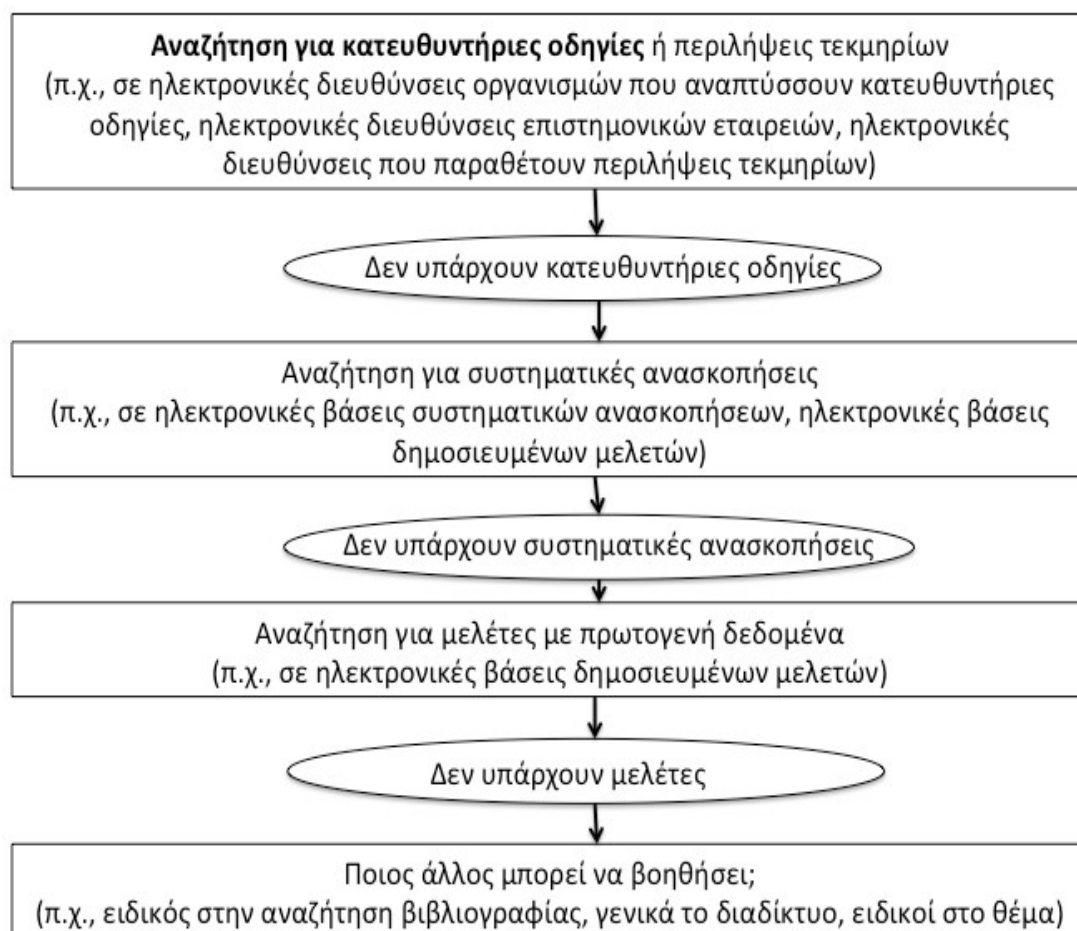
Οι κατευθυντήριες οδηγίες κάνουν ένα έξτρα βήμα πέρα από τη σύνθεση των

διαθέσιμων τεκμηρίων: Αξιολογούν την ισχύ των τεκμηρίων και καταλήγουν σε συστάσεις, έτοιμες να χρησιμοποιηθούν από τους γιατρούς.

Με αυτό τον τρόπο ο γιατρός έχει στη διάθεση του ένα προϊόν έτοιμο προς χρήση κάθε φορά που θα το χρειαστεί. Υπάρχει όμως πάντα το ερώτημα πώς εφαρμόζει κάποιος την τεκμηριωμένη ιατρική, όταν πρέπει να λάβει αποφάσεις για τις οποίες δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμη κατευθυντήριες οδηγίες.

Ο πίνακας 2 δίνει ένα σχεδιάγραμμα για το πού και με ποια σειρά μπορεί ο κλινικός γιατρός να αναζητήσει τεκμήρια, τα οποία θα τον βοηθήσουν στην απάντηση κλινικών ερωτημάτων που αντιμετωπίζει στην καθημερινή κλινική πράξη (Ahmed et. al., ό.π.).

Πίνακας 2. Αναζήτηση Τεκμηρίων



Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Treweek S., Oxman A.D., Alderson P., et al.,(2013) Developing and evaluating communication strategies to support informed decisions and practice based on evidence (DECIDE): protocol and preliminary results, *Implement Sci*, 8, 1-12.
2. Woolf SH, Grol R., Hutchinson A., et al: Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, 318:527-530, 1999
3. Royal College of General Practitioners, (1995), Significant even auditing; a study of the feasibility and potential of case -based auditing in primary medical care, *Royal Collee of General Practitioners*, Occasional paper no.70
4. National Institute for Care and Health Excellence, (2015), Report of the Triennial Review of the National Institute for Health and Care Excellence, *Corporate Report NICE Triennial Review Team*
5. Field M.J, Lohr K.N, (1990). *Clinical Practice Guidelines Directions of a New Program*, Institute of Medicine (US), Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, Washington (DC)
6. Hemming M., Mashford, M.L., (1993) Implementing clinical guidelines. It works in Australia. *British Medical Journal*, 307 (6905)
7. Davis D.A, Taylor-Vaisey A., (1997) Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines, *CMAJ*, 157 (4) 408-416
8. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, et al. (1999) Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ* 318: 593–596
9. Rotter J, Franke A., McGovern D. et al. (2010) Genome-wide meta-analysis increases to 71 the number of confirmed Crohn’s disease susceptibility loci, *NT Genet*, 42, 1118-1125
10. Αποστολάκης Ι, Ισπόγλου Σ. Τεκμηριωμένη ιατρική. Σεϊτανίδης Β, Γεωργιλήs Κ, Αποστολάκης Ι. (2006). *Εξελίξεις στην Παθολογία – Νεότερες απόψεις στη διάγνωση και θεραπεία*, Εκδόσεις ΔΘΚΑ «Υγεία», Αθήνα.

11. Μουντοκαλάκης Θ. (2006). *Η νέα ιατρική βασισμένη στις ενδείξεις, επικεντρωμένη στον άρρωστο*, Εκδόσεις Γιάννη Β. Παρισιάνου, Αθήνα.
12. Chow T. K. (2009), "It is the 30th birthday of "Evidence Based Medicine" and time to meet Cochrane's challenge," *Anesth Analg*, 108, 1720-1
13. Hurwitz H, Fehrenbacher L, Novotny W, et al. (2004). Bevacuzumab plus irinotecan, glutouracul, and leucovorin for metastatic colorectal cancer. *Engl J Med*, 350:2335-42
14. Samanta A, Samanta J, Gunn M. (2003), Legal considerations of guidelines: Will NICE, *Journal of the Royal Society of Medicine*
15. Winona State University, (2019), Evidence Based Practice Toolkit [Πρόσβαση 9 Οκτωβρίου 2019], <https://libguides.winona.edu/c.php?g=11614&p=61582>
16. Porzsolt F., Ohletz A., Thim A., Gardner D., Ruatti H., Meier H, et al., "Evidence-based decision making--the 6-step approach," *ACP J Club*, vol. 139, pp. A11-2, Nov-Dec 2003
17. Grimshaw J.M., Russell I.T., (1993) Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations, *The Lancet*, 342, 8883, 1317-1322
18. Worrall G, Chaulk P., Freake D. (1997). The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review, *CMAJ*, 156(12) 1705-1712
19. Ahmed F., Temte JL., Campos-Outcalt D., Schunemann HJ: ACIP Evidence Based Recommendations Work Group (EBRWG) (2011). Methods of developing evidence-based recommendations by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Vaccine*, 29:9171-6

2. Η ανάπτυξη των κατευθυντήριων οδηγιών

2.1 Η ανάπτυξη

Σήμερα υπάρχουν πλέον δομημένες και με πλήρη λεπτομέρεια όλες οι απαιτούμενες διαδικασίες και τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται προκειμένου ένας οργανισμός ή μια ομάδα ειδικών να σχεδιάσει και να αναπτύξει μια CPG. Στην αρχή της γέννησης τους οι προσπάθειες ανάπτυξης κατευθυντήριων οδηγιών έπρεπε να πληρούν 3 βασικά απλά στάδια:

- Δημιουργία μιας ομάδας από ειδικούς με διαφορετικούς ρόλους
- Αναγνώριση συγκεκριμένων κλινικά σημαντικών ερωτημάτων
- Συγκέντρωση και αξιολόγηση όλων των σχετικών ερευνητικών δεδομένων μέσω μιας συστηματικής ανασκόπησης

Ο κατάλογος του Οργανισμού Cochrane (Cochrane Database for Systematic Reviews), ο οποίος εμπλουτίζεται συνεχώς (Ahmed *et.al.*, 2011) αποτελεί τον πιο άρτια συμπληρωμένο κατάλογο με συστηματικές ανασκοπήσεις. ο οποίος εμπλουτίζεται συνεχώς (Ahmed *et.al.*, 2011).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες, πλέον, κάνουν ένα σημαντικό επιπλέον βήμα και πέρα από τη σύνθεση των διαθέσιμων τεκμηρίων: Αφού αξιολογήσουν την ισχύ των τεκμηρίων, προχωρούν στο επόμενο βήμα και καταλήγουν σε συστάσεις. Αυτές είναι έτοιμες να χρησιμοποιηθούν από τους γιατρούς. Πλέον ο γιατρός έχει μπροστά του ένα προϊόν έτοιμο προς χρήση κάθε φορά που θα το χρειαστεί.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες στην ιατρική όμως, διατυπώνονται όχι μόνο από έναν αλλά από πολλούς και διαφορετικούς αναγνωρισμένους οργανισμούς που κάνουν συστάσεις προς τους κλινικούς γιατρούς για τη φροντίδα ασθενών με συγκεκριμένα προβλήματα, υποβοηθώντας τους στη λήψη διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων (Bonten *et.al.*, 2014).

Στην ιδανική περίπτωση, οι κατευθυντήριες οδηγίες έχουν ως κύριο στόχο τους να βασιστούν στη βέλτιστη διαθέσιμη επιστημονική τεκμηρίωση και πρακτική εμπειρία. Η ανάπτυξη μιας οδηγίας είναι μια συστηματική διαδικασία, η οποία ακολουθεί μια συγκεκριμένη και ευρέως αποδεκτή μεθοδολογία (Jackson *et. al.*, 2013).

Πλέον τα βήματα για την ανάπτυξη μιας κατευθυντήριας οδηγίας είναι αυστηρά τα ακόλουθα:

- Επιλογή του θέματος– προβλήματος προς επίλυση.
- Δημιουργία ομάδας ειδικών (expert panel), στην οποία συμμετέχουν τόσο μέλη που έχουν κυρίως μεθοδολογική γνώση στην ανάπτυξη των κατευθυντήριων οδηγιών όσο και μέλη που διαθέτουν κλινική γνώση σχετική με το πεδίο στο οποίο αναφέρεται η οδηγία, καθώς και ομάδες που πρόκειται να χρησιμοποιήσουν την κατευθυντήρια οδηγία. Τέτοιες ομάδες μπορεί να περιλαμβάνουν γιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων, άλλους επαγγελματίες υγείας, αλλά και ασθενείς οι οποίοι θα κληθούν να εφαρμόσουν την οδηγία.
- Εύρεση και συλλογή των ερευνητικών τεκμηρίων που θα αφορούν το συγκεκριμένο κλινικό ερώτημα.
- Κριτική αξιολόγηση και βαθμολόγηση των τεκμηρίων, με μοναδική έμφαση στην ισχύ των τεκμηρίων στα οποία βασίζεται η κλινική απόφαση.
- Εκτίμηση της βαθμολογίας των τεκμηρίων και καθορισμό αυτών που θα χρησιμοποιηθούν.
- Συγγραφή των οδηγιών με συστάσεις για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των ασθενών που αντιμετωπίζουν με το συγκεκριμένο πρόβλημα, με ταυτόχρονη όμως στάθμιση και όλων των άλλων πιθανώς εμπλεκόμενων παραμέτρων.
- Δημοσίευση της οδηγίας για ανασκόπηση και τυχόν τροποποίηση.
- Δημοσίευση της οδηγίας.
- Συνεχής ανασκόπηση και ανανέωση (Jackson *et. al.*, 2013) (Kringos *et al.*, 2010).

Η συμβολή των εκπροσώπων είναι ουσιαστική από τον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών για κλινικά ερωτήματα που εμφανίζονται συχνά στον χώρο αυτό. Οι επιστημονικές ομάδες που προέρχονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα συμμετέχουν και οργανώνουν την ανάπτυξη των κατευθυντήριων οδηγιών σε τοπικό ή και σε ευρωπαϊκό αλλά και διεθνές επίπεδο.

(Jackson *et al.*, ό.π.).

2.2 Το πρώτο βήμα – Η διατύπωση ενός συγκεκριμένου ερωτήματος και τα κριτήρια προκειμένου να απαντηθεί

Το πρώτο και κύριο βήμα στην πρακτική της είναι η μετατροπή της ανάγκης για πληροφορία σε μια ερώτηση εστιασμένη στον ασθενή. Η ανάγκη για πληροφορία πάντα μπορεί να σχετίζεται ή με την εξεύρεση της βέλτιστης ιατρικής φροντίδας στο πλαίσιο της εντατικής θεραπείας, δεδομένης της συγκεκριμένης παθολογικής κατάστασης, ή με την εύρεση της πιθανότερης εξέλιξης της αλλά και της διαχείρισής της.

Παράλληλα μπορεί να σχετίζεται και με την πρόβλεψη της έκβασής της, ή με τη διάγνωση ενός ιατρικού προβλήματος, ή με την απάντηση ενός ερωτήματος που η διατύπωση έγινε από τον ασθενή ή από συγγενή και αναφέρεται στην πρόγνωση της κλινικής του κατάστασης.

Στη βιβλιογραφία έχει περιγράψει ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο (το οποίο και ονομάζεται το μοντέλο PICO), το οποίο θα μπορούσε να υιοθετήσει κάποιος εύκολα κατά τη διαδικασία διατύπωσης ενός ερωτήματος και που είναι εστιασμένο στον συγκεκριμένο ασθενή ή σε συγκεκριμένη πάθηση. (Sackett *et.al.*, 1998.)

2.3 Κλινικό σενάριο

Στη ΜΕΘ ενός νοσοκομείου έφεραν έναν ασθενή, ο οποίος κατανάλωσε οργανοφωσφορικό εντομοκτόνο πριν από 4 ώρες. Όταν ο ασθενής εισήχθη ήταν σε κωματώδη κατάσταση, αλλά αιμοδυναμικά σταθερός. Ο γιατρός, βάσει της εμπειρίας του και των γνώσεων του, του χορήγησε στάγδην χορήγηση ατροπίνη. Παρ' όλα αυτά, ο ασθενής λίγο μετά παρουσίασε άπνοια τις επόμενες 2 ώρες. Ο γιατρός, χρησιμοποιώντας τις γνώσεις του, αντιμετώπισε την κατάσταση, θέτοντας τον ασθενή σε μηχανικό αερισμό.

Σ' αυτό το σημείο, ο γιατρός συνειδητοποίησε ένα σημαντικό κενό στη γνώση του σε ό,τι αφορά την περαιτέρω αντιμετώπιση του ασθενή. Η πρώτη του σκέψη ήταν να χρησιμοποιήσει πραλιδοξίμη, αλλά δεν ήταν και απόλυτα σίγουρος ούτε για τη δοσολογία που θα έπρεπε να ακολουθήσει αλλά ούτε για τον τρόπο χορήγησης (εφάπαξ δόση ή συνεχής έγχυση).

Τότε προέκυψε και η μεγάλη ανάγκη εύρεσης της πιο κατάλληλης αγωγής για την αντιμετώπιση της δηλητηρίασης από οργανοφωσφορικό εντομοκτόνο (Κάλλιπος, 2019).

2.4 Το μοντέλο PICO – Ένα σύστημα τεσσάρων κριτηρίων

Το ακρωνύμιο PICO έχει χρησιμοποιηθεί με σκοπο να περιγράψουν τα τέσσερα στοιχεία που χαρακτηρίζουν την ερώτηση που πρέπει να διατυπωθεί: P (ασθενής ή πληθυσμός ασθενών, patient/population), I (διερεύνηση παρέμβασης, investigation), C (σύγκριση, comparison) και O (έκβαση/outcome).

- P – Πρόβλημα ασθενή: Πώς θα μπορούσα να περιγράψω την ομάδα των ασθενών με πρόβλημα παρόμοιο με αυτό που παρουσιάζει ο ασθενής μου; Στο συγκεκριμένο παράδειγμα, έχουμε να αντιμετωπίσουμε έναν ασθενή με δηλητηρίαση από οργανοφωσφορικό εντομοκτόνο.
- I – Στρατηγική Παρέμβαση: Ποια πρέπει να είναι η κύρια παρέμβαση και ποιος ο βασικός προγνωστικός παράγοντας που με απασχολεί; Στο συγκεκριμένο παράδειγμα, η κύρια παρέμβαση θα πρέπει να είναι η θεραπεία με πραλιδοξίμη και η βέλτιστη δοσολογία που θα χορηγηθεί.
- C – Σύγκριση: Ποια θα πρέπει να είναι η κύρια εναλλακτική λύση που θα μπορεί να συγκριθεί head-to-head με την παρέμβαση; Στο συγκεκριμένο

παράδειγμα, η δοσολογία της πραλιδοξίμης (μεγάλη έναντι μικρής δόσης) καθώς και ο τρόπος χορήγησης, εφάπαξ δόση ή στάγδην έγχυσης.

- Ο – Αποτελέσματα: Τι θα πρέπει να ελπίζω και τι αποσκοπώ να επιτύχω; Στο συγκεκριμένο παράδειγμα, η ανάνηψη από την δηλητηρίαση με οργανοφωσφορικό καθώς και η μελλοντική μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας αποτελούν το βασικό στόχο του γιατρού. (Αντωνιάδου, 2010)

Εκτός από τα τέσσερα κριτήρια του μοντέλου PICO, υπάρχουν δύο πρόσθετα κριτήρια που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη διατύπωση της ερώτησης:

- *Ο τύπος της ερώτησης:* Πώς θα ταξινομούσα το είδος της ερώτησης; Έχει σχέση με την αιτιολογία, τη διάγνωση, τη θεραπεία ή την πρόγνωση; Σ' αυτό το παράδειγμα, η ερώτηση είναι σχετική με την αντιμετώπιση της δηλητηρίασης με οργανοφωσφορικό.
- *Το είδος της μελέτης* που θα απαντήσει στο ερώτημα σχετικά με τη θεραπεία. Υπάρχουν πολλές και διαφορετικές στον σχεδιασμό μελέτες που μπορούν να δώσουν συγκεκριμένες απαντήσεις. Ο Πίνακας 2.1 δίνει μια εικόνα για την επιλογή της μελέτης και σε τι είδος ερώτηση μπορεί να απαντήσει.

Πίνακας 3. Κατεύθυνση για επιλογή τύπου μελέτης

| | |
|----------------------------|--|
| Τύπος ερώτησης | Προτεινόμενος καλύτερος τύπος μελέτης (σε σειρά φθίνουσας σημαντικότητας) |
| Θεραπεία | ΤΚΔ → κοόρτης → ασθενών-μαρτύρων → αναφορές περιστατικών |
| Διάγνωση ή Κλινική εξέταση | Προοπτική, τυφλή μελέτη και σύγκριση με διαγνωστικό τρόπο αναφοράς |
| Αιτιολογία | ΤΚΔ → κοόρτης → ασθενών-μαρτύρων → αναφορές περιστατικών |

| | |
|----------|---|
| Πρόγνωση | Κοόρτης → ασθενών-μαρτύρων → αναφορές περιστατικών |
| Πρόληψη | ΤΚΔ → κοόρτης → ασθενών-μαρτύρων → αναφορές περιστατικών |

Πίνακας 2.1 Τύπος ερώτησης και προτεινόμενος τύπος μελέτης που δίνει απάντηση στο σχετικό ερώτημα (Αντωνιάδου, ό.π.).

2.5 Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Το επόμενο βήμα στη διαδικασία είναι να εντοπίσει ο ερευνητής ποιες είναι οι καλύτερες αποδείξεις που μπορούν να δώσουν απάντηση στο υποβληθέν ερώτημα. Η εκάστοτε ομάδα ανάπτυξης έχει δύο βασικές επιλογές για την εύρεση των αποδεικτικών στοιχείων: Μπορεί να ανατρέξει στα «παραδοσιακά» μέσα, όπως εγχειρίδια ή περιοδικά, ή να εκτελέσει σύνθετες αναζητήσεις σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Αποθετήριο Κάλλιπος, 2019).

Είναι σημαντικό να δοθεί απάντηση στο ερώτημα όσο πιο σύντομα και όσο πιο αποτελεσματικά δύναται. Ως εκ τούτου η όποια αναζήτηση περαιτέρω αποδεικτικών στοιχείων στην σαφέστατα ογκώδη βιβλιογραφία με τον παραδοσιακό τρόπο απαιτεί τεράστιο χρόνο, χρόνος που συνήθως δεν είναι διαθέσιμος μιας και ο ασθενής είναι σε κίνδυνο.

Η αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων δείχνει να είναι η πιο λογική επιλογή. Μέσα από μια πλειάδα ηλεκτρονικών πηγών πληροφόρησης δύναται πλέον ο κλινικός γιατρός να αξιοποιήσει ώστε για να βρει τα αποδεικτικά στοιχεία. Αυτές περιλαμβάνουν εγχειρίδια, περιοδικά, περιγραφές περιπτώσεων ασθενών, πρακτικές κατευθυντήριες οδηγίες και ανασκοπήσεις.

Η MEDLINE είναι μια πρωτοποριακή βιοιατρική βάση δεδομένων από την Εθνική Βιβλιοθήκη της Ιατρικής (National Library of Medicine, USA) και είναι η δημοφιλέστερη (επειδή είναι ελεύθερης πρόσβασης) και η πιο αναλυτική. Με σκοπό την αναζήτηση

διάφορων πληροφοριών μέσω αυτής αναπτύχθηκαν και διαφορετικές μηχανές αναζήτησης. Η μηχανή αναζήτησης Pubmed (www.pubmed.com) αναπτύχθηκε από τον ίδιο πάροχο με αυτήν της MEDLINE και, ίσως, αποτελεί την πιο ευέλικτη μηχανή αναζήτησης.

Μέσω της PubMed επιτρέπεται η ελεύθερη πρόσβαση σε περιλήψεις αλλά και στο πλήρες κείμενο άρθρων. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα νοσοκομεία και τα πανεπιστήμια εξασφαλίζουν υψηλότερο επίπεδο πρόσβασης σε πλήρη κείμενα των άρθρων μέσω κεντρικών συνδρομών. Ταυτόχρονα μπορεί κάποιος να επιλέξει αλλά και να χρησιμοποιήσει και άλλες πηγές ενημέρωσης, όπως είναι η υπηρεσία UpToDate, που παρουσιάζει τα τελευταία διαθέσιμα νέα για ένα θέμα και, υπάρχουν και φορές, που προχωρά σε συστάσεις.

Υπάρχουν όμως και άλλες πηγές όπου μπορεί κάποιος να βρει πλούσια βιβλιογραφία. Τέτοιες είναι οι EMBASE, LILACS, CINAHL και Cochrane Collaboration. Για όσους έχουν πρόσβαση σε αυτές τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων είναι καλό να ξεκινούν την αναζήτηση από εκεί, και αυτό γιατί έχουν την δυνατότητα να εισάγουν πολύ συγκεκριμένα κριτήρια αναζήτησης και με αυτόν τον τρόπο να περιορίσουν την αναζήτηση ανάλογα με την περίπτωση (Αποθετήριο Κάλλιπος, 2019).

Μόλις συνδεθεί ο ενδιαφερόμενος σε μια βάση δεδομένων, όπως είναι η MEDLINE, δύναται να εκτελέσει την αναζήτηση, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες λέξεις, ή να χρησιμοποιήσει μια διαφορετική και πιο αυστηρή προσέγγιση με τη χρήση του συστήματος MeSH (Medical Subject Headings). Είναι ένα ειδικό λεξιλόγιο που χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση των διάφορων άρθρων στη MEDLINE και στην PubMed.

Αποτελεί πιθανότατα τον καλύτερο τρόπο αναζήτησης και αυτό γιατί πολλές φορές για το ίδιο θέμα χρησιμοποιείται διαφορετική ορολογία (όπως για παράδειγμα, σχετικά με τη δύσπνοια: shortness of breath, respiratory distress, dyspnea, breathlessness).

Ακόμα ένας άλλος τρόπος αναζήτησης είναι μέσω της επιλογής «Κλινική Έρευνα»

(Clinical Query), η οποία δίνει την δυνατότητα στον χρήστη να ψάξει για αποτελέσματα κλινικών ερευνών με βάση και άλλες συγκεκριμένες κατηγορίες:

- Θεραπεία
- Αιτιολογία
- Διάγνωση
- πρόγνωση
- πρόβλεψη ή
- κάποιον οδηγό κλινικής πρόγνωσης (Haynes *et. al.*, 2004)

Επίσης αυτό κάποιος μπορεί να κάνει είναι να χρησιμοποιήσει κατά την διάρκεια της αναζήτησης διάφορους περιορισμούς (limits). Αυτοί οι περιορισμοί επιτρέπουν την αναζήτηση μόνο σε συγκεκριμένα άρθρα, όπως σε ανασκοπήσεις, ή σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες, φύλο ασθενή ημερομηνία και γλώσσα δημοσίευσης.

2.6 Αξιολόγηση της βιβλιογραφίας

Το επόμενο βήμα ονομάζεται κριτική αξιολόγηση της βιβλιογραφίας και σκοπό έχει να διαπιστώσει αν τα διαθέσιμα αποδεικτικά στοιχεία είναι και τα ποιοτικότερα. Η κριτική αξιολόγηση αποτελεί πολύ σημαντικό βήμα σε όλη τη διαδικασία και αποτελεί πολύ βασικό συστατικό που οι κλινικοί γιατροί πρέπει να αποκτήσουν, εάν σκοπεύουν να εφαρμόσουν την Τεκμηριωμένη Ιατρική ώστε να αντιμετωπίσουν τα πολλά προβλήματα που εμφανίζονται στην καθημερινή κλινική πρακτική. (Αποθετήριο Κάλλιπος, 2019).

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι κλινικοί γιατροί, δυστυχώς, δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο, ώστε να διαθέσουν αρκετές ώρες για να αξιολογήσουν το ποσοστό αξιοπιστίας των πηγών τους.

Για ακριβώς αυτόν τον λόγο χρειάζονται μια σύντομη και αποτελεσματική μέθοδο διαλογής, ώστε να είναι πιο εύκολο να διαπιστωθεί εάν οι πληροφορίες που

λαμβάνουν είναι έγκυρες και εάν η όποια νέα πληροφορία μπορεί να εφαρμοστεί στην κλινική πρακτική.

Η κριτική αξιολόγηση της βιβλιογραφίας περιλαμβάνει 3 στάδια: (1) Την εξέταση της πηγής για τον αν είναι έγκυρη και σαφής, (2) προσδιορίζει τον στόχο του άρθρου και (3) αξιολογεί της εγκυρότητα του στόχου. Εφαρμόζοντας τη μεθόδου αυτή μπορεί κάποιος να εκτιμήσει ότι είναι δυνατόν να προσεγγίσει κανείς τη βιβλιογραφία με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και να λάβει τις κλινικές του αποφάσεις με βάση αποδεικτικά στοιχεία και όχι ακολουθώντας την ελπίδα.

Ταυτόχρονα με τη διεξαγωγή μιας κλινικής μελέτης εμφανίζονται πολλά και διαφορετικά είδη σφαλμάτων (Miser, 1999). Υπάρχουν βέβαια τρόποι και μέσα για να μηδενίσει κανείς τα εν λόγω σφάλματα, όπως είναι η διεξαγωγή μιας τυφλής μελέτης, η τυχαιοποίηση, η χρήση πληθυσμών με εικονικό φάρμακο (placebo), η ελαχιστοποίηση των απωλειών κατά το διάστημα της παρακολούθησης των ασθενών καθώς και η επεξεργασία των δεδομένων με την κατάλληλη ανά περίπτωση στατιστική ανάλυση.

Ο κλινικός γιατρός πάντα θα πρέπει να είναι σε θέση να εξακριβώσει το αν οι συγγραφείς μιας μελέτης χρησιμοποίησαν κάποια από τις παραπάνω μεθόδους, ή όχι προκειμένου να ελαχιστοποιήσουν τα σφάλματα κατά τη διεξαγωγή της μελέτης τους

Πίνακας 4. Βήματα αξιολόγησης των μελετών σχετικών με διαγνωστικές μεθόδους

Βήμα 1: Πραγματοποιήθηκε ανεξάρτητη, τυφλή σύγκριση με μια διαγνωστική μέθοδο που θεωρείται το χρυσό πρότυπο (gold standard);

Βήμα 2: Ο έλεγχος της διαγνωστικής δοκιμασίας έγινε στην ίδια ομάδα ασθενών με τον ασθενή που μας ενδιαφέρει; Η απάντηση

στην ερώτηση αυτή μπορεί να δοθεί με βάση την ηλικία, το φύλο, ή τα παρουσιαζόμενα συμπτώματα (π.χ., πόνος στο στήθος).

Βήμα 3: Είχαν εξεταστεί όλοι οι ασθενείς με τη διαγνωστική μέθοδο αναφοράς ή παρακολουθούνταν για ικανή χρονική περίοδο, ώστε να είναι κανείς πεπεισμένος ότι η δοκιμή ήταν θετική ή αρνητική;

Πίνακας 5. Βήματα αξιολόγησης των μελετών των σχετικών με λήψη κλινικών αποφάσεων

Βήμα 1: Έγινε η επιλογή των ασθενών κατά τρόπο αμερόληπτο; Αντιπροσωπεύουν οι ασθενείς της ομάδας μελέτης ένα ευρύ φάσμα βαρύτητας της νόσου;

Βήμα 2: Αντιμετωπίστηκαν οι ασθενείς της μελέτης κατά τρόπο τυφλό;

Βήμα 3: Υπήρξε σαφής και ακριβής ερμηνεία των προγνωστικών παραγόντων και της κλινικής απόφασης χωρίς να υπάρχει γνώση της έκβασης;

Βήμα 4: Κατά το διάστημα παρακολούθησης, παρακολουθήθηκε το 100 % του πληθυσμού των ασθενών;

(Αντωνιάδου, ό.π.).

Στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται οι μεταanalύσεις. Οι μεταanalύσεις συλλέγουν από έγκυρες μελέτες που γίνονται σε ένα συγκεκριμένο θέμα και χρησιμοποιούν μια στατιστική μεθοδολογία για τον ταυτόχρονο έλεγχο τους σαν να είναι όλες μέρος μιας ενιαίας μεγάλης μελέτης.

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις κατά κύριο λόγο επικεντρώνονται σε ένα συγκεκριμένο θέμα και σε με μια συγκεκριμένη ερώτηση και διεξάγονται με τη μεθοδολογική χρήση μιας εκτεταμένης ανασκόπησης που γίνεται στη βιβλιογραφία . Οι μελέτες που θα περιληφθούν σε αυτή, στη συνέχεια, ανασκοπούνται και αξιολογούνται, και στο τέλος τα αποτελέσματα συνοψίζονται. Η Cochrane Collaboration είναι μια υπηρεσία που έχει συνδράμει πάρα πολύ σε αυτό το σημαντικό έργο που αφορά τις συστηματικές ανασκοπήσεις.

Πιο χαμηλά στην «πυραμίδα των αποδεικτικών στοιχείων» βρίσκονται οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, η οποίες μελετούν το αποτέλεσμα μιας θεραπευτικής παρέμβασης ή μιας διαγνωστικής δοκιμασίας σε πραγματικούς ασθενείς.

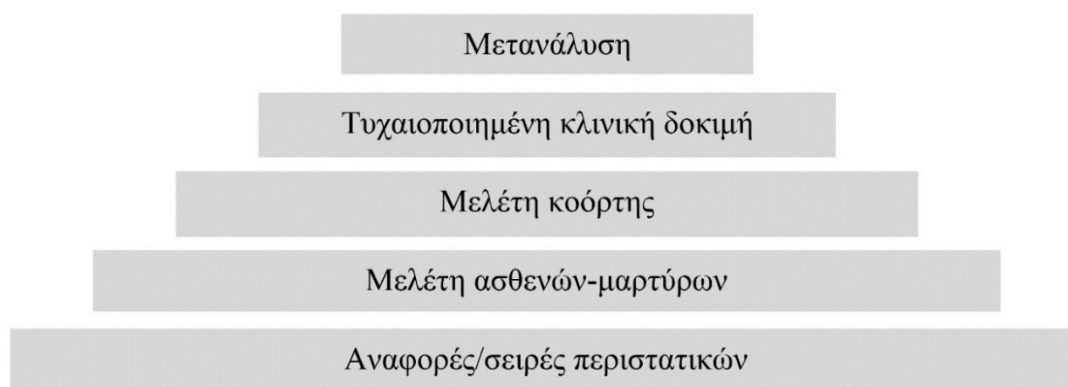
Η τυχαιοποίηση μπορεί να γίνει είτε στο επίπεδο του ασθενή (π.χ., δλδ κάθε ασθενής τυχαιοποιείται για να υποβληθεί στη μία ή στην άλλη διαγνωστική ή θεραπευτική δοκιμασία) ή σε επίπεδο ομάδας (π.χ., ένα νοσοκομείο τυχαιοποιείται για να ακολουθήσει έναν συγκεκριμένο αλγόριθμο κλινικής απόφασης).

Η τυχαιοποίηση έχει τον στόχο να μειώσει την όποια πιθανότητα σφάλματος και επιτρέπει να συγκριθούν μεταξύ τους οι θεραπείες ή οι διαγνωστικές δοκιμασίες ανάμεσα στις ομάδες που υποβάλλονται στη θεραπεία ή στη διαγνωστική δοκιμασία καθώς και στις ομάδες ελέγχου, έτσι ώστε οι μη μετρήσιμοι παράγοντες «σύγχυσης» να εξισορροποούνται ανάμεσα στις ομάδες (Αντωνιάδου, ό.π.) (Winona, 2019).

Στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται οι μεταanalύσεις. Οι μεταanalύσεις συλλέγουν τις έγκυρες μελέτες που υπάρχουν για ένα συγκεκριμένο θέμα και χρησιμοποιούν τη στατιστική μεθοδολογία για τον ταυτόχρονο έλεγχο τους σαν να είναι όλες μέρος μιας μεγάλης μελέτης.

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους σε ένα συγκεκριμένο θέμα και σε με μια συγκεκριμένη ερώτηση και διεξάγονται με τη μεθοδολογική χρήση εκτεταμένης ανασκόπησης της βιβλιογραφίας . Οι μελέτες που τις

αποτελούν, στη συνέχεια, ανασκοποούνται και αξιολογούνται, και γίνεται η σύνοψη των αποτελεσμάτων τους. Η Cochrane Collaboration είναι ή κατεξοχήν υπηρεσία που έχει διατελέσει σημαντικό έργο σε ότι αφορά τις συστηματικές ανασκοπήσεις (Αποθετήριο Κάλλιπος, 2019) (ΤΕΙ Ηπείρου, 2019)



Εικόνα 1. Η πυραμίδα των αποδεικτικών στοιχείων

(Winona State University, ό.π.)

Οι μελέτες κοόρτης, συνήθως, παρακολουθούν έναν μεγάλο πληθυσμό ασθενών χωρίς νόσο για μεγάλο χρονικό διάστημα και εξετάζουν την πιθανότητα ανάπτυξης μιας συγκεκριμένης κατάστασης βάσει της έκθεσης σε μια συγκεκριμένη θεραπεία ή συνθήκη. Οι μελέτες κοόρτης είναι μελέτες παρατήρησης. Δεν είναι τόσο καλές σε σύγκριση με τις τυχαιοποιημένες μελέτες με ομάδες ελέγχου, και ο λόγος είναι ότι οι δύο ομάδες μπορεί να διαφέρουν τόσο σε μετρήσιμους όσο και σε μη μετρήσιμους τρόπους (Τει Ηπείρου, ό.π.)

Οι μετρήσιμες διαφορές ελέγχονται με πολυπαραγοντική ανάλυση, ενώ οι μη μετρήσιμες όχι. Οι μελέτες ασθενών-μαρτύρων (case-control) είναι για να συγκρίνουν μια ομάδα ασθενών που βρίσκονται σε συγκεκριμένη κατάσταση με μια άλλη ομάδα ασθενών που δεν βρίσκονται στην κατάσταση αυτή, ενώ στη συνέχεια, αξιολογούν την επίδραση που έχει η συγκεκριμένη έκθεση στις δύο ομάδες.

Οι μελέτες των ασθενών-μαρτύρων είναι, συνήθως, οι λιγότερο αξιόπιστες και από τις τυχαιοποιημένες μελέτες με ομάδες ελέγχου αλλά και από τις μελέτες κοόρτης. Οι

σειρές περιστατικών αποτελούν μεμονωμένες αναφορές ή απλά σειρές περιγραφής ασθενών σχετικά με την αντιμετώπιση ενός ασθενή ή μιας ομάδας ασθενών.

Και στις δύο περιπτώσεις είναι σημαντικό να τονιστεί ότι δεν χρησιμοποιούνται ομάδες ελέγχου ως εκ τούτου, δεν υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης ή στατιστικής μεθοδολογίας (Αποθετήριο Κάλλιπος, ό.π.).

2.7 Ενσωμάτωση των αποδεικτικών στοιχείων με βάση την κλινική εμπειρία και τα χαρακτηριστικά του ασθενή

Μέσω της διαδικασίας που έχει ακολουθηθεί, ο κάθε κλινικός γιατρός πρέπει να έχει πάντοτε πρώτα πρόσβαση στην καλύτερα τεκμηριωμένη βιβλιογραφία και να προχωρά στη βέλτιστη ενσωμάτωση των αποδεικτικών στοιχείων με γνώμονα την κλινική του εμπειρία και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενή. Αυτό είναι εξ ορισμού η Τεκμηριωμένη Ιατρική.

2.8 Αξιολόγηση της διαδικασίας

Όταν εφαρμοστεί η θεραπεία, ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να αξιολογήσει και τα τέσσερα προηγούμενα βήματα. Διατυπώθηκε μια συγκεκριμένη ερώτηση; Εκτελέστηκε μια ακριβή στρατηγική έρευνας για τον εντοπισμό των τεκμηρίων; Έγινε επιλογή της πλέον κατάλληλης πηγής; Είχε στη διάθεσή του τους πιο σύγχρονους πόρους, όπως για παράδειγμα τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες; Αποτέλεσαν τα συγκεκριμένα τεκμήρια αποτελεσματικά για τον ασθενή;

Το τελευταίο βήμα είναι η αξιολόγηση της στρατηγικής που ακολουθήθηκε. Ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να είναι σε θέση να καταγράψει τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εφαρμογή των τεκμηρίων και βάση των προσωπικών του εμπειριών αλλά και των εμπειριών των συναδέλφων του, να αναπτύξει πρωτόκολλα αντιμετώπισης ασθενών.

Είναι σημαντικό ταυτόχρονα να συνεργαστεί με επίσημους φορείς στην ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών. Με αυτό το τελευταίο βήμα ολοκληρώνεται το feedback loop της Τεκμηριωμένης Ιατρικής (Αποθετήριο Κάλλιπος, ό.π.)

2.9 Πλεονεκτήματα της Τεκμηριωμένης Ιατρικής

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της Τεκμηριωμένης Ιατρικής είναι ότι προσφέρει ελαχιστοποίηση στα λάθη που αφορούν την ιατρική φροντίδα ενώ παράλληλα μειώνει το κόστος της θεραπείας για τον ασθενή και ταυτόχρονα βελτιστοποιεί την ποιότητα της φροντίδας του ασθενή. Η συνήθεια της πρόσβασης στη βιβλιογραφία σε καθημερινή βάση αποτελεί σίγουρα την καλύτερη εγγύηση που μπορεί να εξασφαλίσει την προαγωγή της γνώσης και την επιστημονική πρόοδο.

2.10 Περιορισμοί κατά τη χρήση της Τεκμηριωμένης Ιατρικής

Υπάρχουν τρεις μεγάλες προκλήσεις που αφορούν τη χρήση της Τεκμηριωμένης Ιατρικής: Πρώτη είναι η τεχνολογία και οι διαδικτυακές πληροφορίες (βάσεις δεδομένων) που πρέπει να είναι διαθέσιμες στον κλινικό γιατρό. Παρόλο που η παραγωγή τεκμηρίων γίνεται πλέον με τρομακτικά γρήγορο ρυθμό, μερικές φορές αυτά δεν είναι άμεσα διαθέσιμα και ο τεράστιος όγκος των τεκμηρίων που συσσωρεύονται αποτελούν ένα από τα βασικά εμπόδια για την καλύτερη χρήση της γνώσης.

Το πρόβλημα επιδεινώνεται από την αδυναμία των γιατρών να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο κάθε φορά στις πρακτικές τους για την εξεύρεση και την αφομοίωση των αποδεικτικών στοιχείων. Το πρόβλημα αυτό φαίνεται να επιλύεται μέσω του γρήγορου ρυθμού με τον οποίο καλπάζει η τεχνολογία (Straus *et al.*, 2009).

Το κόστος των προσωπικών υπολογιστών και της χρήσης του διαδικτύου μειώνεται, και παράλληλα μια σειρά από διαδικτυακές πύλες που αφορούν την υγεία και βάσεις δεδομένων προσφέρουν πλέον δωρεάν την πρόσβαση σε ηλεκτρονικά περιοδικά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δώσει τη δυνατότητα στον επαγγελματία υγείας να έχει πρόσβαση στα διάφορα αποδεικτικά στοιχεία σε καθημερινή βάση από το σπίτι ή τη κλινική στην οποία εργάζεται.

Η δεύτερη πρόκληση για τον κλινικό γιατρό αποτελεί η εκμάθηση των δεξιοτήτων που απαιτούνται ώστε να υπάρχει η πρόσβαση στην ιατρική βιβλιογραφία και στην εύρεση των καλύτερων αποδεικτικών στοιχείων. Από τη στιγμή που εντοπίζονται τα αποδεικτικά στοιχεία, θα πρέπει να είναι σε θέση να προσδιορίσει και τον βαθμό της εγκυρότητά τους.

Αυτό απαιτεί σίγουρα την κατανόηση των στατιστικών σχεδιασμών των μελετών καθώς και των εννοιών της στατιστικής. Οι αναγνώστες πρέπει να είναι σε θέση να αναλάβουν προσωπικά την ευθύνη για την αξιολόγηση της εγκυρότητας καθώς και της κλινικής σημασίας της ιατρικής βιβλιογραφίας.

Παρόλο που στην αρχή η πλειοψηφία των καθηγητών στις Ιατρικές Σχολές αγκάλιασαν την Τεκμηριωμένη Ιατρική ως μια καινοτόμο προσέγγιση στην ιατρική εκπαίδευση, η εκπαίδευση των βασικών δεξιοτήτων της άσκησης της παραμένει μια πρόκληση (Αποθετήριο Κάλλιπος ό.π.) (Straus *et al.*, 2018).

Η πιο σημαντική, όμως, πρόκληση αναφορικά με την υιοθέτηση της Τεκμηριωμένης Ιατρικής είναι η πρόκληση της συμπεριφοράς. Κατόπιν συστηματικής ανασκόπησης μελετών που εξέτασαν με λεπτομέρεια τους τρόπους με τους οποίους αναζητούν τις πληροφορίες οι γιατροί, διαπιστώθηκε ότι η συχνότερη πηγή αποτελούν τα εγχειρίδια και, στη συνέχεια, η αναζήτηση συμβουλευτικής μέσω των συναδέλφων τους.

Όμως, τα εγχειρίδια διαθέτουν και ξεπερασμένες γνώσεις, και οι συμβουλές που λαμβάνουμε από τους συναδέλφους είναι συχνά ανακριβείς (Straus *et. al.* ό.π.).

Αλλαγή στη στάση αυτή θα επέλθει μόνο με τη συνειδητοποίηση ότι οι κλινικές επιδόσεις εξαρτώνται από την τακτική επικαιροποίηση της ιατρικής γνώσης και δεν προκύπτουν απλώς από την πολύχρονη κλινική εμπειρία. Επιπρόσθετα προβλήματα κατά τη χρήση της Τεκμηριωμένης Ιατρικής είναι:

Να θεωρηθούν τα τεκμήρια στατικά και όχι δυναμικά. Οι κατευθυντήριες οδηγίες που είναι σε θέση να επηρεάσουν την ιατρική πρακτική προκύπτουν όλο και περισσότερο από την επανεξέταση και αναθεώρηση που έχουν ως στόχο την ενσωμάτωση της νέας βιβλιογραφίας. Η χρήση των παλιών κατευθυντήριων γραμμών ενδεχομένως να σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα φροντίδας σε σύγκριση με την ποιότητα της φροντίδας που συνδέεται από τη χρήση των πιο πρόσφατων.

Η κλινική παρατήρηση και η εμπειρία τοποθετούνται στη βάση της ιεραρχίας των τεκμηρίων με την τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη να θεωρείται το πρότυπο για την κλινική παρέμβαση. Το γεγονός αυτό προκαλεί μάλλον διάσταση παρά συνεργασία μεταξύ ερευνητή, κλινικού γιατρού και ασθενή.

Η δημιουργία ισχυρών δεσμών μεταξύ αυτών των τριών επιμέρους παραμέτρων είναι αναγκαία. Και αυτό γιατί προάγει τη συνοχή στο εσωτερικό της ιατρικής κοινότητας . Παράλληλα επαναπροσδιορίζει την τεκμηριωμένη ιατρική ως την μία και ολοκληρωμένη ενσωμάτωση των καλύτερων αποδεικτικών στοιχείων, της κλινικής εμπειρίας και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των διάφορων ασθενών (Isaac *et.al.*, 2008).

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι κανένα στοιχείο που βασίζεται στην εμπειρία δεν δύναται να μας πει τι πρέπει να κάνουμε σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, καθώς η λήψη των αποφάσεων σχετικά με το τι θα πρέπει να γίνει βασίζεται σε αξίες. Το χάσμα μεταξύ της κλινικής έρευνας και την ιατρικής πρακτικής σημαίνει ότι τα αποδεικτικά στοιχεία δεν θα είναι σε θέση πάντα να υπαγορεύουν άμεσα την ιατρική φροντίδα, όπως επίσης δεν θα μπορούν να μας πουν πάντοτε πότε είναι καλύτερο να τα αγνοήσουμε.

Τα μέχρι τώρα όρια της τεκμηριωμένης ιατρικής ορίζονται γενικά από τα εμπόδια που προκύπτουν κατά την ανάπτυξη, τη διάδοση και την ενσωμάτωση των ιατρικών τεκμηρίων που προκύπτουν , και η προσέγγιση της τεκμηριωμένης ιατρικής από σκοπιά καθαρά φιλοσοφικής μπορεί να επιτρέψει μια πιο αυστηρή οριοθέτηση των υποσχέσεων και των παγίδων που κρύβονται (Tonelli, 1998).

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Ahmed F, Temte JL, Campos-Outcalt D, Schünemann HJ (2011), ACIP Evidence Based Recommendations Work Group (EBRWG) Methods for developing evidence-based recommendations by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Vaccine*. 29:9171–6
2. Bonten M, Bolkenbaas M, Huigts S, et al. (2014) Community Acquired Pneumonia Immunization Trial in Adults (CAPITA) Abstract #0541, *International Symposium on Pneumococci and Pneumococcal Diseases*
3. Jackson LA, Gurtman A, van Cleeff M, Jayawardene D, Devlin C, Scott DA, Emini EA, Gruber WC, Schmoele-Thoma B (2013), Immunogenicity and safety of a 13-valent pneumococcal conjugate vaccine compared to a 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine in pneumococcal vaccine-naive adults, *Vaccine*, 31(35), 3577-84
4. Kringos D., Boerma W., Hutchinson A, Van der Zee J., Groenewegen P. (2010), The breath of primary care: a Systematic literature review of its core dimensions, *BMC Health Services Research*, 10, 65
5. Schaefer, G., Mendelsohn, N. (2013) Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders: 2013 guideline revisions. *Genet Med* 15, 399–407
6. Sackett D, Richardson S., Rosenberg W., Haynes R. (1998). "Chapter 1.2," in *Evidence based medicine: How to practice & teach EBM*, Editions Edinburgh, Churchill Livingstone.
7. Αποθετήριο Κάλλιπος, Τεκμηριωμένη Ιατρική (Evidence- Based Medicine) [Πρόσβαση 9 Σεπτεμβρίου 2019], https://repository.kallipos.gr/pdfviewer/web/viewer.html?file=/bitstream/11419/857/1/02_chapter_EIV.pdf
8. Αντωνιάδου, (2010), Ιατρική Βασισμένη σε ενδείξεις: Η πρόκληση της αλλαγής [Πρόσβαση 9 Οκτωβρίου 2019], <http://www.hospitaldentistry.gr/assets/documents/journal/2009/11.pdf>
9. ΤΕΙ Ηπείρου, Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις (Evidence Based Practice) [Πρόσβαση 26 Σεπτεμβρίου 2019] https://www.lib.teiep.gr/images/stories/ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ_ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ_ΣΕ_ΕΝ_ΔΕΙΞΕΙΣ_2_1_3.pdf

10. Haynes R. B., Wilczynski N. L., (2004), "Optimal search strategies for retrieving scientifically strong studies of diagnosis from Medline: analytical survey," *BMJ*, 328, 1040
11. Miser W. F., (1999), "Critical appraisal of the literature," *J Am Board Fam Pract*, 12, 315-33
12. Winona State University, (2019), Evidence Based Practice Toolkit [Πρόσβαση 9 Οκτωβρίου 2019], <https://libguides.winona.edu/c.php?g=11614&p=61582>
13. Straus S., Haynes R. B., (2009), "Managing evidence-based knowledge: the need for reliable, relevant and readable resources," *CMAJ*, 180, 942-5
14. Isaac C. A., Franceschi A.,(2008), "EBM: evidence to practice and practice to evidence," *J Eval Clin Pract*, 14, 656-9
15. Tonelli M. R., (1998) "The philosophical limits of evidence-based medicine," *Acad Med*, 73, 1234-40
16. Straus S., Glasziou P., Scott Richardson W, Haynes R (2018), Evidence – Based Medicine E- Book: How to practice the Teach EBM, *Elsevier Health Sciences*, 336

3. Αξιολόγηση κατευθυντήριων οδηγιών

Η ποιότητα των κατευθυντήριων οδηγιών εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη μεθοδολογία με την οποία αναπτύχθηκαν. Η αξιολόγησή τους είναι δυνατή μόνο αν υπάρχει αναλυτική παρουσίαση του τρόπου με τον οποίο αναπτύχθηκε.

Όταν η πληροφορία είναι διαθέσιμη από τους οργανισμούς που είναι σε θέση να αναπτύξουν τις κατευθυντήριες οδηγίες, τότε μπορεί κανείς να αξιολογήσει την ποιότητά τους, χρησιμοποιώντας το προτεινόμενο εργαλείο AGREE (The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation). Το εργαλείο AGREE έχει ως σκοπό την αξιολόγηση της μεθοδολογικής αυστηρότητας και της διαφάνειας με την οποία αναπτύσσεται μια κατευθυντήρια οδηγία και χρησιμοποιείται διεθνώς (AGREE Collaboration, 2003).

Το εργαλείο AGREE II αποτελείται από 23 στοιχεία τα οποία οργανώνονται σε έξι πεδία: i) το πεδίο εφαρμογής και τον σκοπό, ii) τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων, iii) την αυστηρότητα της ανάπτυξης, iv) την σαφήνεια της παρουσίασης, v) την εφαρμογή της και vi) την ανεξαρτησία. Καθένα από αυτά τα 23 στοιχεία στοχεύουν ώστε να αναπτύξουν τις διάφορες πτυχές της ποιότητας της κατευθυντήριας οδηγίας.

Το AGREE II περιλαμβάνει δύο τελικά στοιχεία αξιολόγησης τα οποία πρέπει ο εκτιμητής να ολοκληρώσει για να προβεί στη συνολική αποτίμηση της κατευθυντήριας οδηγίας. Πρέπει βέβαια πρώτα να λάβει υπόψη τον τρόπο που βαθμολόγησε τα 23 στοιχεία. Ο σκοπός του AGREE II είναι να δημιουργήσει ένα πλαίσιο για:

- να αξιολογεί την ποιότητα των κατευθυντήριων οδηγιών,
- να παρέχει συγκεκριμένη μεθοδολογία για την ανάπτυξή τους
- να ενημερώνει για τη χρησιμότητά τους.

Το εργαλείο AGREE II έχει μεταφραστεί σε αρκετές γλώσσες, μεταξύ των οποίων και η ελληνική, και είναι διαθέσιμο στο website: <http://www.agreecollaboration.org>

Οι κατευθυντήριες οδηγίες επικεντρώνουν την προσοχή τους, κυρίως, στην αποτελεσματικότητα των διαφόρων παρεμβάσεων που προτείνουν. Τελευταία, μεγαλύτερη προσοχή δίνεται στο «μέγεθος» του αποτελέσματος, αλλά και στην ισορροπία μεταξύ αποτελέσματος από τη μια πλευρά και πιθανών βλαβών και κόστους από την άλλη (Chua *et al.*, 2015) (Brouwers *et.al.*, 2019)

Ιδιαίτερη σημασία, επίσης, έχει αποκτήσει και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται και η εφαρμογή τους. Οι κατευθυντήριες οδηγίες αναφέρονται κυρίως στους κλινικούς γιατρούς, όμως, στην πράξη πολλοί άλλοι φορείς των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας (κυβερνητικοί φορείς, ασφαλιστικές εταιρείες, δικηγόροι, φαρμακευτικές εταιρείες) εμπλέκονται τόσο στη σύνταξη όσο και στη χρήση των οδηγιών (PMC National Library of Medicine, 2010).

Η συσσώρευση πληροφοριών από δημοσιευμένες μελέτες έχουν οδηγήσει στην ενίσχυση της ανάπτυξης των κατευθυντήριων οδηγιών ενώ ταυτόχρονα ενώ ταυτόχρονα υπάρχουν και άλλοι λόγοι όπως η σημασία που δίνεται σε θέματα ποιότητας, ασφάλειας, αποτελεσματικότητας, επάρκειας και κόστους των υπηρεσιών υγείας που συμβάλουν στην προσπάθεια βελτίωσής τους.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η τεκμηριωμένη ιατρική προσφέρει, μέσω των κατευθυντήριων οδηγιών, τις απαιτούμενες πληροφορίες και τους τρόπους για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν (PMC National Library of Medicine, ό.π.).

Η προσδοκία που υπάρχει για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε ένα περιβάλλον που οι πόροι ολοένα και περιορίζονται, η διαχείριση και η πληρωμή των υπηρεσιών από τρίτους, καθώς και οι απαιτήσεις για περαιτέρω έλεγχο, και προτυποποίηση της κλινικής πρακτικής έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη ολοένα και περισσότερων και διαφόρων μορφών κατευθυντήριων οδηγιών από ποικίλους φορείς (PMC National Library of Medicine, ό.π.).

Κάποια χαρακτηριστικά που μπορούν εύκολα να αναγνωριστούν συνδράμουν στη μεγαλύτερη αξιοπιστία μιας κατευθυντήριας οδηγίας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες που προέρχονται από ένα ευρύ φάσμα ειδικών (γενικούς γιατρούς, ειδικούς γιατρούς, νοσηλευτές, αναλυτές, οικονομολόγους κ.ά.) και που αφορούν ένα συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα είναι, συχνά, πιο έγκυρες σε σύγκριση με άλλες που ορίζονται από γιατρούς συγκεκριμένης υπό-ειδικότητας (Upshur, 2013).

Οι οδηγίες που βασίζονται στη συστηματική ανασκόπηση όλων των έγκυρων δημοσιευμένων ερευνητικών δεδομένων και λαμβάνουν υπόψη την επιστημονική ισχύ των αποτελεσμάτων θεωρούνται πιο αξιόπιστες (Semantic Scholar, ό.π.).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν συνταχθεί με βάση μόνο τη γνώμη ειδικών ή με πρακτικές που δεν υποστηρίζονται από επιστημονική τεκμηρίωση, πρέπει να αναφέρονται ως οι λιγότερο αξιόπιστες, και αυτό γιατί δεν καλύπτουν τα επιστημονικά δεδομένα (Semantic Scholar, ό.π.), (Upshur, 2003), (Grol *et. al.* 2006), (Lionis *et.al.* 1996)

Οι κατευθυντήριες οδηγίες πρέπει να είναι περιεκτικές και να λαμβάνουν υπόψη την ύπαρξη ή μη του αποτελέσματος μιας παρέμβασης, το μέγεθος αυτού, τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες που θα προκύψουν, το κόστος, τις προτιμήσεις που έχουν οι ασθενείς, τα προσόντα που πρέπει να έχει ο γιατρός ώστε να εκτελέσει με επιτυχία την παρέμβαση και τι επιπλέον προσωπικό χρειάζεται προκειμένου να εφαρμοστεί

- να αξιολογεί την ποιότητα των κατευθυντήριων οδηγιών,
- να παρέχει μια στρατηγική μεθοδολογία για την ανάπτυξή τους και
- να ενημερώνει για τη χρησιμότητά τους.

Εκτός από το εργαλείο αξιολόγησης AGREE, έχουν πραγματοποιηθεί και άλλες προσπάθειες ώστε να καθοριστούν τα στοιχεία που θα εκτιμούν τις κατευθυντήριες οδηγίες (Sackett *et al.*, 1996). Σύμφωνα με τα παραπάνω κριτήρια, αρκετές μελέτες τείνουν στο συμπέρασμα ότι πολλές από τις κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν δημοσιευθεί δεν πληρούν πλέον τα προβλεπόμενα κριτήρια ποιότητας (Zachariadou *et.al.* 2004), (Sackett, 1997) (Becker *et. al.* 2015) (Sackett *et al.*, 1996)

3.1 Αξιολόγηση συστάσεων

Για την αξιολόγηση και τη βαθμολόγηση των συστάσεων έχουν αναπτυχθεί διάφορα συστήματα. Κάθε οργανισμός που αναπτύσσει κατευθυντήριες οδηγίες θα πρέπει πάντα διευκρινίζει και το σύστημα βαθμολόγησης των συστάσεων.

Ενδεικτικά μπορεί να αναφέρει κανείς το σύστημα

- GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation system)
- το American College of Cardiology Foundation/American Heart Association (ACCF/AHA)
- το Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (version 2, updated in 2011) (Oxford Centre for Evidence-based Medicine, 2011),
- το U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (U.S. Preventive Services Task Force)
- το National Health and Medical Research Council (NHMRC) της Αυστραλίας.

Τα συστήματα που αξιολογούν τις συστάσεις στηρίζονται στις ίδιες αρχές. Στη συνέχεια παρουσιάζεται πιο αναλυτικά ως παράδειγμα το σύστημα GRADE.

Στο σύστημα GRADE η βαθμολόγηση αποτελείται από δύο στοιχεία: Έναν αριθμό (1 ή 2) που αντικατοπτρίζει την ισχύ της σύστασης (1 = ισχυρή σύσταση, 2 = ασθενής σύσταση), η οποία εκτιμάται από το μέγεθος του αποτελέσματος όπως αυτό έχει υπολογιστεί στις μελέτες, και από τη βεβαιότητα για το αποτέλεσμα.

Όσον αφορά τον δείκτη της βεβαιότητας, αυτή επηρεάζεται από τέσσερις βασικές παραμέτρους:

- Την ποιότητα των τεκμηρίων. Όταν το αποτέλεσμα βασίζεται σε τεκμήρια κακής ποιότητας, τότε αυξάνεται η πιθανότητα σφάλματος. Η ποιότητα των τεκμηρίων πρέπει να αξιολογείται ξεχωριστά.
- Την ετερογένεια των τεκμηρίων. Η βεβαιότητα τείνει ελαττώνεται σημαντικά, όταν το αποτέλεσμα βασίζεται σε μελέτες ετερογενείς μεταξύ τους.
- Την αμεσότητα των τεκμηρίων. Όταν το αποτέλεσμα θα βασιστεί σε έμμεσα τεκμήρια, η βεβαιότητα για το αποτέλεσμα τείνει πάντα να μειώνεται.
- Την ακρίβεια του αποτελέσματος. Η βεβαιότητα θα ελαττώνεται κάθε φορά όταν υπάρχει μικρή ακρίβεια (μεγάλο διάστημα εμπιστοσύνης) στο αποτέλεσμα.

Ένα γράμμα (A, B ή C) αντικατοπτρίζει την ποιότητα της επιστημονικής τεκμηρίωσης που υποστηρίζει την σύσταση

- A = υψηλής ποιότητας τεκμηρίωση. Προέρχεται κατά κύριο λόγο από: συστηματικές ανασκοπήσεις, από μεταanalύσεις και από ελεγχόμενες, τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές.
- B = μέτριας ποιότητας τεκμηρίωση. Προέρχεται από λιγότερο καλές ελεγχόμενες, τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές και από μελέτες παρατήρησης.
- C = χαμηλής ποιότητας τεκμηρίωση. Προέρχεται από μελέτες παρατήρησης και από κλινικές δοκιμές που εμπεριέχουν όμως σημαντικούς περιορισμούς ή

σφάλματα ή από άλλους τύπους μελετών (Balshem et.al., 2011) (Jacobs et.al. 2013)

Πίνακας 6. Η βαθμολόγηση των συστάσεων των κατευθυντήριων οδηγιών σύμφωνα με το σύστημα GRADE.

| | 1 = ισχυρή σύσταση | 2 = ασθενής σύσταση |
|---|---------------------------|----------------------------|
| A = υψηλής ποιότητας τεκμηρίωση | A1 | A2 |
| B = μέτριας ποιότητας τεκμηρίωση | B1 | B2 |
| C = χαμηλής ποιότητας τεκμηρίωση | C1 | C2 |

3.2 Επίπεδα αποδεικτικών στοιχείων

Τα επίπεδα των αποδεικτικών στοιχείων (που μερικές φορές ονομάζονται ιεράρχηση των αποδεικτικών στοιχείων) αποδίδονται σε μελέτες που βασίζονται στη μεθοδολογική ποιότητα του σχεδιασμού, της εγκυρότητας και της δυνατότητας εφαρμογής τους στην περίθαλψη των ασθενών.

Επίπεδο 1 : Στοιχεία από μια συστηματική επανεξέταση ή μετα-ανάλυση όλων των σχετικών RCT (τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή) ή κατευθυντήριες γραμμές κλινικής πρακτικής βασισμένες σε αποδεικτικά στοιχεία που βασίζονται σε συστηματικές αξιολογήσεις RCT ή τριών ή περισσότερων RCT καλής ποιότητας που έχουν παρόμοια αποτελέσματα.

Επίπεδο 2 : Αποδεικτικά στοιχεία που προέρχονται από τουλάχιστον μια καλά σχεδιασμένη RCT.

Επίπεδο 3 : Στοιχεία που προέρχονται από καλά σχεδιασμένες ελεγχόμενες δοκιμές χωρίς

τυχαιοποίηση (π.χ. πειραματικές).

Επίπεδο 4 : Στοιχεία από καλά σχεδιασμένες μελέτες ελέγχου περιπτώσεων ή μελέτες κοόρτης.

Επίπεδο 5 : Στοιχεία από συστηματικές ανασκοπήσεις περιγραφικών και ποιοτικών μελετών (μετα-σύνθεση).

Επίπεδο 6 : Στοιχεία από μία μόνο περιγραφική ή ποιοτική μελέτη.

Επίπεδο 7 : Στοιχεία από τη γνώμη των αρχών ή/και εκθέσεις επιτροπών εμπειρογνομόνων (Winona, 2000)

3.3 Μελέτες έρευνας

Οι διάφορες κατηγορίες κλινικών ερωτήσεων απαντώνται καλύτερα με διαφορετικούς τύπους ερευνητικών μελετών. Μπορεί να μην μπορούμε να βρούμε πάντα το υψηλότερο επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων (π.χ. συστηματική επανεξέταση ή μετα-ανάλυση) για να απαντήσουμε στην ερώτηση μας (Hillier, 2011). Όταν συμβεί αυτό, πηγαίνουμε στο επόμενο υψηλότερο επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων. Παρακάτω παραθέτουμε τα καλύτερα σχέδια μελετών για να απαντήσουν σε κάθε είδος κλινικής ερώτησης.

Όλα τα κλινικά θέματα: Συστηματική επανεξέταση, μετα-ανάλυση (Systematic review, meta-analysis).

Θεραπεία: Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (RCT), μετα-ανάλυση. Επίσης μελέτη

ομάδας, μελέτη ελέγχου περιπτώσεων, σειρά περιπτώσεων.

Αιτιολογία: Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (RCT), μετα-ανάλυση. Επίσης μελέτη ομάδας, μελέτη ελέγχου περιπτώσεων, σειρά περιπτώσεων.

Διάγνωση: Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (RCT) και μελέτη ελέγχου περιπτώσεων.

Πρόληψη: Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (RCT), μετα-ανάλυση. Επίσης: μελέτη προοπτικών, μελέτη κοόρτης, μελέτη ελέγχου περιπτώσεων, σειρά περιπτώσεων.

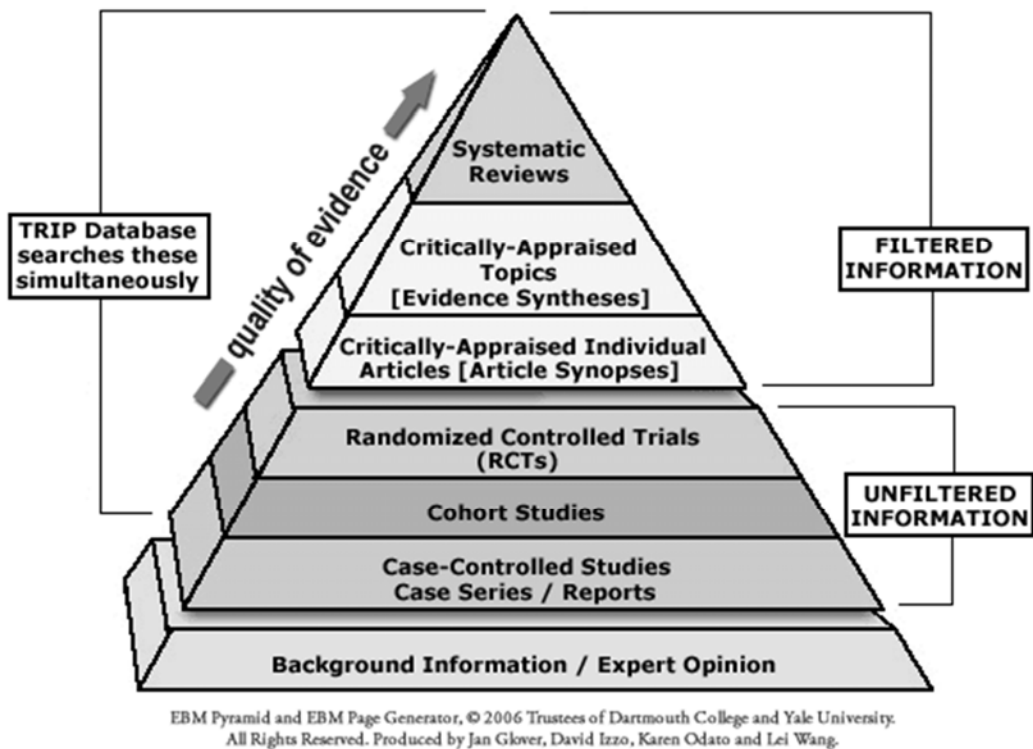
Πρόγνωση: Μελέτη κοόρτης. Επίσης: μελέτη ελέγχου περιπτώσεων, σειρά περιπτώσεων.

Έννοιας: Ποιοτική μελέτη.

Βελτίωση ποιότητας: Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (RCT) . Επίσης: ποιοτική μελέτη.

Κόστους: Μελέτη οικονομικής αξιολόγησης.

3.4 Τύποι μελετών



Εικόνα 2. Ιεράρχηση των μελετών ως προς την αξιοπιστία τους.

Κατά την αναζήτηση πληροφοριών βάσει αποδεικτικών στοιχείων, θα πρέπει να επιλεγεί το υψηλότερο δυνατό επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων, συστηματικές ή μετα-αναλύσεις. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και τα κρίσιμα θέματα/άρθρα έχουν περάσει από μια διαδικασία αξιολόγησης: έχουν "φιλτραριστεί" (Ackley et.al. 2008).

Πληροφορίες που δεν έχουν εκτιμηθεί με κριτικό τρόπο θεωρούνται "μη φιλτραρισμένες." Ωστόσο, καθώς ανεβαίνουμε την πυραμίδα, υπάρχουν λιγότερες διαθέσιμες μελέτες. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι μπορεί να μην υπάρχουν υψηλά επίπεδα αποδείξεων για το κλινικό ζήτημα που ψάχνουμε. Αν συμβαίνει αυτό, θα πρέπει να μετακινηθούμε προς τα κάτω στην πυραμίδα αν η αναζήτηση πόρων στην κορυφή της πυραμίδας είναι ανεπιτυχής.

Μετα-ανάλυση: Είναι η στατιστική ανάλυση, που μπορεί και συνδυάζει τα αποτελέσματα πολλών και ανεξάρτητων μεταξύ τους μελετών, οι οποίες θέτουν το ίδιο ερευνητικό ερώτημα. Βασίζεται στην ανασκόπηση όλων των διαθέσιμων δεδομένων.

Συστηματική ανασκόπηση: αποτελεί την περίληψη της ιατρικής βιβλιογραφίας που έχει ως βασικό σκοπό να συγκεντρώσει όλα τα διαθέσιμα δεδομένα που απαντούν σε ένα συγκεκριμένο και προκαθορισμένο ερευνητικό ερώτημα.

Αυστηρές αξιολογήσεις πηγών: Οι συγγραφείς αξιολογούν και συνθέτουν πολλαπλές ερευνητικές μελέτες.

Άρθρα με κριτική αξιολόγηση: Οι συγγραφείς αξιολογούν και συντονίζουν μεμονωμένες ερευνητικές μελέτες.

Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες μελέτες: «Πειραματική μελέτη για να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα μιας συγκεκριμένης μεταβλητής (π.χ. φαρμάκου ή θεραπείας), στην οποία τα άτομα έχουν τυχαία ενταχθεί στην πειραματική ομάδα, στην ομάδα placebo, ή στην ομάδα ελέγχου. Η πειραματική ομάδα λαμβάνει το φάρμακο ή ακολουθεί τη διαδικασία· το φάρμακο της ομάδας placebo έχει καλυφθεί ώστε να προσομοιάζει στο φάρμακο που ερευνάται. Η ομάδα ελέγχου δεν λαμβάνει τίποτε. Εργαστηριακές εξετάσεις ή κλινικές εκτιμήσεις γίνονται στις ομάδες (συντάχθηκαν χρησιμοποιώντας τη διπλή τυφλή τεχνική) για να καθορισθούν τα αποτελέσματα του φαρμάκου ή της διαδικασίας» (Iatronet, 2019).

Μελέτη κοόρτης: είναι ένας τύπος προοπτικής μελέτης που χρησιμοποιείται στις Επιστήμες Υγείας και ιδίως στην Επιδημιολογία. Είναι ένα είδος έρευνας. Στην επιδημιολογία, χρησιμοποιείται συχνά για την ανεύρεση ή την ανατροπή ενδείξεων για μία υποπτευόμενη σχέση μεταξύ μίας αιτίας και ενός αποτελέσματος (νοσήματος). Η απόρριψη μίας μηδενικής υπόθεσης ενισχύει τις ενδείξεις περί της ύπαρξης της σχέσης. Βασική προϋπόθεση για τη

διεξαγωγή μίας μελέτης κοόρτης είναι ο σαφής ορισμός των ομάδων, δηλαδή των κοορτών, των προκαθορισμένων εκείνων πληθυσμών στους οποίους είναι συγκεκριμένη η έκθεση που ελέγχεται όσον αφορά στη σχέση της με το νόσημα. Η έκθεση στους πληθυσμούς αυτούς καθορίζεται εκ των προτέρων.

Μελέτη Ελέγχου Περιπτώσεων: «Ερευνητική τεχνική η οποία χρησιμοποιείται στην επιδημιολογία και στην κλινική έρευνα και κατά την οποία οι περιπτώσεις επιλέγονται για μελέτη με βάση την εξαρτημένη μεταβλητή, δηλαδή την παρουσία (ομάδα μελέτης) ή την απουσία (ομάδα ελέγχου) του χαρακτηριστικού ή της ασθένειας υπό μελέτη. Στη συνέχεια συγκρίνονται οι διαφορές στις συχνότητες ενός παράγοντα, γνωρίσματος, έκθεσης, χαρακτηριστικού ή πιθανής αιτίας (ανεξάρτητες μεταβλητές) μεταξύ των δύο ομάδων. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι μελέτες περίπτωσης- ελέγχου δεν αποδεικνύουν την αιτιολογία αλλά μπορούν μόνο να προτείνουν σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Επειδή αυτός ο τύπος μελέτης είναι αναδρομικός, δεν υπάρχει τρόπος να ελεγχθεί το συστηματικό σφάλμα στη μελέτη από τη διαφορική αναφορά μεταξύ των δύο ομάδων, ούτε να ταυτισθούν οι δύο ομάδες στον βαθμό που χρειάζεται ώστε να αποκλειστούν πιθανοί παράγοντες σύγχυσης και να αποδειχθεί η σχέση αιτίας και αποτελέσματος» (Iatronet, 2019).

Βασικές πληροφορίες/Γνώμη εμπειρογνομόνων: σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνεται η οποιαδήποτε πληροφορία μπορεί να βρει κάποιος δημοσιευμένη και που συνοδεύεται με την μεθοδολογία που ο ερευνητής ακολούθησε. Υπάγονται σε αυτή την κατηγορία επίσης οι λεγόμενες «δηλώσεις» ειδικών . Οι opinion leaders αποτελούν ομάδες ειδικών γιατρών οι οποίες έχουν συνήθως την καθολική αποδοχή των συναδέλφων τους.

Έρευνα σε ζώα/Εργαστηριακές Μελέτες: αποτελούν την βάση της πυραμίδας. Είναι ο χώρος όπου οι ιδέες γεννιούνται. Οι ιδέες μετατρέπονται σε θεραπείες και διαγνωστικά εργαλεία, τα οποία παλαιότερα δοκιμάζονταν σε εργαστηριακά μοντέλα και σε ζώα (Oxford Centre for Evidence- Based Medicine 2016).

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. AGREE Collaboration (2003), *Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project*, Qual Saf Health Care
2. Chua J., Chrisman J., De Massis A. (2015). A Closer Look at Socioemotional Wealth : Its Flows, Stocks, and Prospects for Moving Forward, *Entrepreneurship Theory and Practice*, 1042-2587.
3. Brouwers M.C., Kho M.E., Browman G.P., Burgers J.S., Cluzeau F., Feder G., Fervers B., Graham D.I., Grimshaw J., Hanna S.E., Littlejohns P., Makarski J., Zitzelsberger L., AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001530/>
4. PMC National Library of Medicine National Institutes of Health, (2010), AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care [Πρόσβαση 09 Οκτωβρίου 2019], <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001530/>
5. Semantic Scholar, (2009), Reassessment of clinical practice guidelines: go gently into that good night [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019], <https://www.semanticscholar.org/paper/Reassessment-of-clinical-practice-guidelines%3A-go-Shaneyfelt-Centor/5e583b67bf456efb2a88993b15ed4abf35f17d6f>
6. Upshur R., (2003), Are all evidence-based practices alike? Problems in the ranking of evidence, *Canadian Medical Association Journal*, 169(7): 672-3
7. Brouwers M.C., Kho M.E., Browman G.P., et al.(2010), AGREE Next Steps Consortium. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20513780>
8. Becker Y, Eaton CJ, Brasell E, May KJ, Becker M, Hassing B, Cartwright GM, Reinhold L, Scott B. (2015). The fungal cell wall integrity MAPK cascade is crucial for hyphal network formation and maintenance of restrictive growth of *Epichloë festucae* in symbiosis with *Lolium perenne*. *Molecular Plant–Microbe Interactions* 28: 69– 85.

9. Grol R.P.T.M., Buchan H., (2006). Clinical Guidelines : what can we do to increase their use ?, *Medical Journal of Australia*, 185:6

10. Lionis, C., Frantzeskakis, G. (1996). Atrial fibrillation in a primary health care district in rural Crete. *Br J Gen Pract*, 46(411), 624.

11. Zachariadou, T., Floridou, D., Angelidou, E., Makri, L., Philalithis, A., & Lionis, C. (2004). Panorama of diagnoses in the primary healthcare setting in Cyprus-data from a pilot study. *Eur J Gen Pract*, 10(3), 103-104.

12. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.

13. Sackett, D. L. (1997). Evidence-based medicine. *Semin Perinatol*, 21(1), 3-5

14. Balshem, H., Helfand, M., Schunemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Guyatt, G. H. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*, 64(4), 401-406.

15. Jacobs, A. K., Kushner, F. G., Ettinger, S. M., Guyton, R. A., Anderson, J. L., Ohman, E. M., . Zoghbi, W. A. (2013). ACCF/AHA clinical practice guideline methodology summit report: a report of the American College of 145 Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 127(2), 268-310.

16. Essential Evidence Plus (2019) Levels of Evidence [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019] https://www.essentialevidenceplus.com/product/ebm_loe.cfm?show=sort#accept

17. Hillier S, Grimmer-Somers K, Merlin T, Middleton P, Salisbury J, Toohar R, Weston A.(2011), FORM: An Australian method for formulating and grading recommendations in evidence-based clinical guidelines.*BMC Medical Research Methodology*.

18. Ackley, B. J., Swan, B. A., Ladwig, G., & Tucker, S. (2008). *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions*. (p. 7). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

19. Winona (2000), Evidence Based Practice Toolkit [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019] <https://libguides.winona.edu/c.php?g=11614&p=61584>
20. Ιatronet (2019) Ιατρικό Λεξικό – Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή [Πρόσβαση 12 Σεπτεμβρίου 2019] <https://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/tyxaiopoiimeni-elegxomeni-dokimi.html>
21. Ιatronet (2019) Ιατρικό Λεξικό – Μελέτη ασθενών - μαρτύρων [Πρόσβαση 12 Σεπτεμβρίου 2019] <https://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/meleti-asthenwn-martyrwn.html>
22. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2016) Levels of Evidence [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019] <https://www.cebm.net/2016/05/ocebmllevels-of-evidence/>
23. Winona State University (2019), Evidence Based Practice Toolkit [Πρόσβαση 1^ο Οκτωβρίου 2019] <https://libguides.winona.edu/c.php?g=11614&p=61584#s-lq-box-179330>

4.Πρότυπα για την ανάπτυξη αξιόπιστων κατευθυντήριων γραμμών (CPG)

Πρότυπο 1. Καθιέρωση διαφάνειας

1.2.

Οι διαδικασίες με τις οποίες αναπτύσσεται και χρηματοδοτείται ένα CPG θα πρέπει να είναι λεπτομερείς και προσιτές στο κοινό.

Πρότυπο 2. Διαχείριση της σύγκρουσης συμφερόντων (COI)

2.1

Πριν από την επιλογή της Ομάδας Ανάπτυξης των Κατευθυντήριων Γραμμών (GDG), τα άτομα που εξετάζονται για ένταξη θα πρέπει να δηλώνουν όλα τα συμφέροντα και τις δραστηριότητες που ενδέχεται να οδηγήσουν σε COI με δραστηριότητα ομίλου ανάπτυξης, με γραπτή γνωστοποίηση σε όλους συγκαλούν τη GDG. Η δημοσιοποίηση θα πρέπει να αντικατοπτρίζει όλες τις τρέχουσες και προγραμματισμένες εμπορικές δραστηριότητες (συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών από τις οποίες ένας κλινικός ιατρός αντλεί σημαντικό ποσοστό εισοδήματος), μη εμπορικές, πνευματικές, θεσμικές και υπομονετικές/δημόσιες δραστηριότητες που σχετίζονται με το δυνητικό πεδίο εφαρμογής του CPG.

2.2

Όλες οι COI κάθε μέλους της GDG πρέπει να αναφέρονται και να συζητούνται από την μελλοντική ομάδα ανάπτυξης πριν από την έναρξη των εργασιών τους. Κάθε μέλος της επιτροπής θα πρέπει να εξηγήσει πώς το COI θα μπορούσε να επηρεάσει τη διαδικασία ανάπτυξης του CPG ή συγκεκριμένες συστάσεις.

2.3

Τα μέλη της GDG θα πρέπει να αποπονηθούν τις οικονομικές επενδύσεις που έχουν ή τα μέλη των οικογενειών τους σε οντότητες των οποίων τα συμφέροντα θα μπορούσαν να επηρεαστούν από τις συστάσεις της CPG και να μην συμμετέχουν σε δραστηριότητες μάρκετινγκ ή συμβουλευτικά συμβούλια.

2.4

- Οποτεδήποτε είναι δυνατό, τα μέλη της GDG δεν θα πρέπει να έχουν COI.
- Σε ορισμένες περιπτώσεις, ένας GDG μπορεί να μην είναι σε θέση να εκτελέσει το έργο του χωρίς μέλη που έχουν COI, όπως οι σχετικοί κλινικοί εμπειρογνώμονες που λαμβάνουν σημαντικό μέρος των εισοδημάτων τους από υπηρεσίες σχετικές με το CPG.
- Τα μέλη με COI δεν θα πρέπει να αντιπροσωπεύουν παρά μια μειοψηφία της GDG.
- Ο πρόεδρος ή ο αντί-πρόεδρος δεν πρέπει να είναι άτομα με COI.
- Οι χρηματοδότες δεν θα πρέπει να έχουν κανένα ρόλο στην ανάπτυξη του CPG

Πρότυπα 3 .Σύνθεση της ομάδας ανάπτυξης κατευθυντήριων γραμμών

3.1

Η GDG θα πρέπει να είναι διεπιστημονική και ισορροπημένη και θα πρέπει να περιλαμβάνει σημαντικό εύρος εμπειρογνομόνων και κλινικών «experts» .

3.2

Η συμμετοχή του ασθενούς και του συνολικού πληθυσμού της μελέτης θα πρέπει να διευκολύνεται με τη συμπερίληψη (τουλάχιστον κατά τη στιγμή της δημιουργίας κλινικών ερωτημάτων και του σχεδίου αναθεώρησης CPG) ενός υφιστάμενου ή πρώην ασθενούς και ενός συνηγόρου του ασθενούς ή του ασθενούς/ εκπροσώπου της καταναλωτικής οργάνωσης στη GDG

3.3

Οι CPG θα πρέπει να υιοθετήσουν στρατηγικές για την αύξηση της αποτελεσματικής συμμετοχής των εκπροσώπων των ασθενών και των καταναλωτών, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης στην αξιολόγηση των αποδεικτικών στοιχείων.

Πρότυπα 4 .Συστηματική επανεξέταση των οδηγιών κλινικής πρακτικής

4.1

Οι υπεύθυνοι ανάπτυξης του CPG θα πρέπει να χρησιμοποιούν συστηματικές αναθεωρήσεις που να πληρούν τα πρότυπα που έχει ορίσει η Επιτροπή Προτύπων του Ινστιτούτου Ιατρικής για τη συστηματική επανεξέταση της συγκριτικής έρευνας αποτελεσματικότητας.

4.2

Όταν διενεργούνται συστηματικές αναθεωρήσεις ειδικά για την ενημέρωση συγκεκριμένων κατευθυντήριων γραμμών, η GDG και η ομάδα συστηματικής εξέτασης θα πρέπει να αλληλοεπιδρούν όσον αφορά το πεδίο εφαρμογής, την προσέγγιση και την παραγωγή και των δύο διαδικασιών.

Πρότυπα 5 . Δημιουργία των βάσεων τεκμηρίωσης και της διαβάθμισης των συστάσεων

5.1

Για κάθε σύσταση πρέπει να παρέχονται τα ακόλουθα:

- Επεξήγηση του σκεπτικού στο οποίο βασίζεται η σύσταση, η οποία περιλαμβάνει:

- Σαφή περιγραφή των δυνητικών οφελών και βλαβών.
- Σύνοψη των σχετικών διαθέσιμων στοιχείων (και των αποδεικτικών κενών), περιγραφή της ποιότητας (συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας εφαρμογής), της ποσότητας (συμπεριλαμβανομένης της πληρότητας) και της συνέπειας των συνολικών διαθέσιμων στοιχείων.
- Επεξήγηση του ρόλου που διαδραματίζουν οι αξίες, η γνώμη, η θεωρία και η κλινική εμπειρία στην εξαγωγή της σύστασης.
- Αξιολόγηση του επιπέδου εμπιστοσύνης στα στοιχεία που στηρίζουν τη σύσταση
- Αξιολόγηση της ισχύος της σύστασης υπό το πρίσμα προηγούμενων συστάσεων
- Περιγραφή και επεξήγηση κάθε διαφορετικής γνώμης σχετικά με τη σύσταση.

Πρότυπα 6. Διατύπωση των συστάσεων

6.1

Οι συστάσεις θα πρέπει να διατυπώνονται σε τυποποιημένη μορφή, στην οποία θα περιγράφονται επακριβώς ποια είναι η συνιστώμενη δράση και υπό ποιες συνθήκες θα πρέπει να εκτελείται.

6.2

Θα πρέπει να διατυπώνονται ισχυρές συστάσεις, ώστε να μπορεί να αξιολογηθεί η συμμόρφωση με τις συστάσεις.

Πρότυπα 7.Εξωτερική ανασκόπηση

7.1

Οι εξωτερικοί αξιολογητές θα πρέπει να περιλαμβάνουν ένα πλήρες φάσμα σχετικών ενδιαφερομένων, συμπεριλαμβανομένων επιστημονικών και κλινικών εμπειρογνομώνων,

οργανισμών (π.χ., υγειονομικής περίθαλψης, ειδικών εταιρειών), οργανισμών (π.χ., ομοσπονδιακής κυβέρνησης), ασθενών και εκπροσώπων του κοινού.

7.2

Το έγγραφο εξωτερικών επανεξετάσεων που υποβάλλεται από άτομα ή/και οργανισμούς θα πρέπει να τηρείται εμπιστευτικό, εκτός εάν ο (οι) αναθεωρητής(-ές) έχει(-ουν) άρει την εν λόγω προστασία.

7.3

Η GDG θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη όλες τις παρατηρήσεις των εξωτερικών αναθεωρητών και να τηρεί γραπτή καταγραφή της λογικής για την τροποποίηση ή μη τροποποίηση ενός CPG σε απάντηση των παρατηρήσεων των αναθεωρητών.

7.4

Ένα προσχέδιο του CPG στο στάδιο της εξωτερικής αναθεώρησης ή αμέσως μετά (δηλαδή, πριν από το τελικό σχέδιο) θα πρέπει να τεθεί στη διάθεση του κοινού για σχολιασμό. Εύλογη προειδοποίηση για επικείμενη δημοσίευση θα πρέπει να παρέχεται στους ενδιαφερόμενους δημόσιους φορείς

Πρότυπα 8. Συνεχής ενημέρωση και επαναξιολόγηση

8.1

Η ημερομηνία δημοσίευσης της CPG, η ημερομηνία της σχετικής συστηματικής εξέτασης των αποδεικτικών στοιχείων και η προτεινόμενη ημερομηνία για μελλοντική αναθεώρηση της CPG θα πρέπει να τεκμηριώνονται στο CPG

8.2

Η βιβλιογραφία θα πρέπει να παρακολουθείται τακτικά μετά τη δημοσίευση του CPG για να εντοπίζεται η εμφάνιση νέων, δυνητικά σχετικών στοιχείων και να αξιολογείται η συνεχιζόμενη εγκυρότητα του CPG.

8.3

Τα CPG θα πρέπει να ενημερώνονται όταν νέα στοιχεία υποδεικνύουν την ανάγκη για τροποποίηση κλινικά σημαντικών συστάσεων. Για παράδειγμα, ένα CPG θα πρέπει να επικαιροποιείται εάν νέα στοιχεία δείχνουν ότι μια συνιστώμενη παρέμβαση προκαλεί στο παρελθόν άγνωστη σημαντική βλάβη, ότι μια νέα παρέμβαση είναι σημαντικά ανώτερη από μια προηγουμένως συνιστώμενη παρέμβαση από την άποψη της αποτελεσματικότητας ή των βλαβών ή ότι μια σύσταση μπορεί να εφαρμοστεί σε νέους πληθυσμούς.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. National Academies, (2011) Clinical Practice Guidelines We Can Trust [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019]
<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2011/Clinical-Practice-Guidelines-We-Can-Trust/Clinical%20Practice%20Guidelines%202011%20Insert.pdf>

5. Επισκόπηση της διεθνούς δραστηριότητας σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες

5.1 Ηνωμένο Βασίλειο

Οι κατευθυντήριες οδηγίες υπάρχουν στην Αγγλία επί δεκαετίες. Ειδικότερα όμως τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για τις κατευθυντήριες οδηγίες ως εργαλείο για την εφαρμογή της υγειονομικής περίθαλψης με βάση την απόδειξη της αποτελεσματικότητας. Τόσο οι ιδιώτες όσο και οι δημόσιοι λειτουργοί ενθαρρύνονται από το NHS (National Health Service) να καταρτίζουν κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση τους τόσο από τους παρόχους υγείας για τη βελτίωση της περίθαλψης. Παράλληλα κατευθυντήριες οδηγίες εκδίδονται τόσο από τους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς αλλά και από και τις ιδιωτικές ασφάλειες προκειμένου να υπάρχει καθοδήγηση ως προς το αν και σε τι ποσοστό θα αποζημιώνονται τωρινές και μελλοντικές αποφάσεις αναφορικά με τις διαγνωστικές και επεμβατικές πράξεις. Το NHS χρησιμοποιεί πλέον ένα μέσο κριτικής αξιολόγησης για να καθορίσει ποιες κατευθυντήριες οδηγίες θα εγκρίνει για τις υγειονομικές αρχές. Αν και ιστορικά οι περισσότερες βρετανικές κατευθυντήριες οδηγίες προέρχονται από συνέδρια συναίνεσης ή από γνωμοδοτήσεις εμπειρογνομόνων, υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη χρήση νέων και με μεγαλύτερη αποδοχή ρητών μεθόδων για την ανάπτυξη τεκμηριωμένων κατευθυντήριων οδηγιών.

Το Σκωτσέζικο Διασυλλογικό Δίκτυο Κατευθυντήριων Γραμμών χρησιμοποιεί μια συστηματική πολυεπιστημονική προσέγγιση για την κατάρτιση κατευθυντήριων γραμμών βάσει αποδεικτικών στοιχείων. Οι εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες μεταφέρονται σε τοπικό επίπεδο με τέτοιο τρόπο ώστε να ενθαρρύνουν την υιοθέτηση στην πράξη.

5.2 Ολλανδία

Στην Ολλανδία, το «Κολλέγιο των Γενικών Ιατρών» έχει καταρτίσει κατευθυντήριες οδηγίες από το 1987, εκδίδοντας περισσότερες από 70 κατευθυντήριες οδηγίες με ρυθμό 8-10 θεματικών ενοτήτων ανά έτος. Αποτελεί μια αυστηρή διαδικασία που περιλαμβάνει την ανάλυση της επιστημονικής βιβλιογραφίας. Έπειτα απαιτείται η συναίνεση όλων όσων συμμετάσχουν στα διάφορα επιστημονικά συμβούλια. Στα επιστημονικά συμβούλια συμμετέχουν τόσο γενικοί ιατροί όσο και ειδικοί όλων των ειδικοτήτων. Ένα συστηματικό πρόγραμμα εφαρμογής ακολουθεί την ανάπτυξη των κατευθυντήριων οδηγιών. Η ενημέρωση των κατευθυντήριων οδηγιών με νέα δεδομένα αποτελεί ζήτημα μεγάλης σπουδαιότητας. Οι κατευθυντήριες γραμμές κατέχουν εξέχουσα θέση στην ολλανδική πολιτική υγείας.

5.3 Φινλανδία και Σουηδία

Στη Φινλανδία, από το 1989, οι εθνικοί και τοπικοί φορείς έχουν εκδώσει περισσότερες από 700 κατευθυντήριες γραμμές. Πρόσφατα ξεκίνησε ένα νέο πρόγραμμα για την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών βασισμένο εξολοκλήρου σε τεκμήρια μελετών. Οι κατευθυντήριες γραμμές στη Σουηδία περιλαμβάνονται σε εκθέσεις του σουηδικού Συμβουλίου για την Αξιολόγηση της Τεχνολογίας στην Υγειονομική Περίθαλψη, ενός διεθνούς οργανισμού αξιολόγησης της τεχνολογίας, με διαβουλεύσεις, και σε συστάσεις από άλλους κυβερνητικούς φορείς.

5.4 Γαλλία

Στη Γαλλία, η «Agence Nationale de l'Accréditation et d'Évaluation en Santé» δημοσίευσε πάνω από 100 κατευθυντήριες οδηγίες που βασίζονται σε συνέδρια συναίνεσης ή σε τροποποιημένες κατευθυντήριες γραμμές από άλλες χώρες. Έχει επίσης αναπτύξει περισσότερες από 140 κατευθυντήριες γραμμές για τις διαδικασίες και ορίζουν ξεκάθαρα την πολιτική για κάθε ιατρική κάλυψη είτε περίθαλψης είτε φαρμακευτικής. Οι κατευθυντήριες

γραμμές διαδίδονται μέσω δικτύων γενικών ιατρών και η αποτελεσματικότητά τους αξιολογείται μέσω τοπικών ελέγχων.

5.5 Γερμανία, Ιταλία και Ισπανία

Οι κατευθυντήριες γραμμές αυξάνονται στη Γερμανία και την Ιταλία, όπου αναπτύσσεται μια βάση δεδομένων κατευθυντήριων γραμμών για τη στήριξη της μεταρρύθμισης του εθνικού συστήματος υγείας. Στην Ισπανία, ο Οργανισμός για την Αξιολόγηση της Τεχνολογία τη Υγεία άρχισε πρόσφατα να προετοιμάζει κατευθυντήριες οδηγίες και να μελετά μεθόδους χάραξης κατευθυντήριων οδηγιών. Η ανάπτυξη και υιοθέτηση των κατευθυντήριων γραμμών κατέχουν εξέχουσα θέση στη μεταρρύθμιση της υγείας που έχει προγραμματίσει η Ισπανία.

5.6 Βόρεια Αμερική

Στα αμερικανικά νοσοκομεία οι κατευθυντήριες γραμμές τα ειδικά πρωτόκολλα και οι συγκεκριμένοι οδοί περίθαλψης που αναπτύχθηκαν από επαγγελματικές κοινωνίες και άλλους φορείς είναι κοινές και χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ποιότητας και τον έλεγχο του κόστους εδώ και αρκετά χρόνια. Αν και ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές βάσει αποδεικτικών στοιχείων που έχουν συνταχθεί από κυβερνητικές επιτροπές και ιατρικές εταιρείες έχουν λάβει εξέχουσα θέση, πολλοί οργανισμοί υγείας υιοθετούν κατευθυντήριες οδηγίες που δίνουν έμφαση στη μείωση της διάρκειας παραμονής των ασθενών και στην εξοικονόμηση άλλων πόρων.

Η υγειονομική περίθαλψη στον Καναδά χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από το κρατικά κονδύλια, όπως και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τόσο οι δημόσιοι όσο και οι ιδιωτικοί οργανισμοί χρησιμοποιούν αυστηρά τις κατευθυντήριες γραμμές. Η μαζική βιομηχανία κατευθυντήριων γραμμών στην Αμερική όμως έχει δημιουργήσει ειδικά προβλήματα όπως

η υπερφόρτωση πληροφοριών. Οι ειδικοί κατάλογοι οδηγιών και τα ενημερωτικά δελτία έχουν καταστεί αναγκαία για την παρακολούθηση των εκατοντάδων θεμάτων των κατευθυντήριων οδηγιών και των φορέων που τις εκδίδουν. Οι Αμερικανοί έχουν διατυπώσει τεκμηριωμένες μεθόδους σε εγχειρίδια και άλλες περιοδικές εκθέσεις. Παρόλα αυτά όλη αυτή η προσπάθεια δεν έχει πάντοτε καταλήξει σε πραγματικές κατευθυντήριες οδηγίες, πολλές από τις οποίες παραμένουν ριζωμένες στο να περιμένουν τη συναίνεση ή τη σύμφωνη γνώμη πολλών διαφορετικών ειδικών ομάδων γιατρών ώστε να επισημοποιηθούν.

5.7 Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία

Οι κατευθυντήριες γραμμές στην Αυστραλία χρονολογούνται από τα τέλη της δεκαετίας του 1970, όταν η κρατική υπηρεσία υγείας άρχισε να εγκρίνει και να διανέμει ειδικά έντυπα οδηγιών δράση που συνεχίζει σε μεγάλη κλίμακα και σήμερα. Δίνεται ολόένα και μεγαλύτερη έμφαση στην ανάγκη για μεθόδους βασισμένες σε αποδεικτικά στοιχεία. Οι κατευθυντήριες γραμμές στη Νέα Ζηλανδία απορρέουν άμεσα από το εθνικό σύστημα υγείας. Υπάρχει απόφαση των κεντρικών κυβερνήσεων να περιορίσουν την όποια άσκηση ιατρικής πράξης ή περίθαλψης που δεν δικαιολογείται από τις επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες. Σημείο καμπής υπήρξε όταν μία κατευθυντήρια γραμμή για την υπέρταση και μία επακόλουθη κατευθυντήρια γραμμή για τη χοληστερόλη από το Εθνικό Ίδρυμα Καρδιακών Παθήσεων της Νέας Ζηλανδίας άνοιξε νέα βάση μεθοδολογικά συνδέοντας τις συστάσεις με τις απόλυτες πιθανότητες κινδύνου των ασθενών παρά με τα γενικά κριτήρια θεραπείας.

5.8 Ελλάδα

Αναφορικά με την Ελλάδα έχει ολοκληρωθεί πρόσφατα μια πολύ σημαντική προσπάθεια από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Αυτή η προσπάθεια οδήγησε στην ανάπτυξη 13 κατευθυντήριων οδηγιών γενικής ιατρικής και αφορούν τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην

πρωτοβάθμια φροντίδα. Τις οδηγίες αυτές μπορεί κάποιος να τις βρεί στον ιστότοπο που έχει αναπτυχθεί από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης (<http://www.greekphcguidelines.gr>) και αναφέρονται στα παρακάτω νοσήματα:

- καρδιακή ανεπάρκεια,
- στεφανιαία νόσο,
- υπέρταση,
- δυσλιπιδαιμία,
- χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια,
- άσθμα,
- οστεοπόρωση,
- οσφυαλγία,
- σακχαρώδη διαβήτη,
- κατάθλιψη,
- γενικευμένη αγχώδη διαταραχή,
- δυσπεψία και χρήση οινοπνεύματος.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, (2014) Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για την διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με κωδικό MIS:464637 [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019] <http://www.greekphcguidelines.gr>

6 Πιθανά οφέλη από τις οδηγίες συνταγογράφησης

Το κύριο όφελος από τις κατευθυντήριες οδηγίες είναι η βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης που λαμβάνουν οι ασθενείς. Παρόλο που έχει αποδειχθεί σε αυστηρές εκτιμήσεις ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες για την κλινική πρακτική μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της περίθαλψης, είναι λιγότερο σαφές αν αυτές επιτυγχάνουν την καθημερινή πρακτική. Αυτό συμβαίνει εν μέρει επειδή οι ασθενείς, οι γιατροί, οι πληρωτές και οι διαχειριστές ορίζουν διαφορετικά την ποιότητα και επειδή τα τρέχοντα στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των κατευθυντήριων γραμμών είναι ελλιπή (Woolf *et.al*, 1999).

6.1 Πιθανά οφέλη για τους ασθενείς

Για τους ασθενείς (και σχεδόν όλους τους άλλους στην υγειονομική περίθαλψη), το μεγαλύτερο όφελος που θα μπορούσε να επιτευχθεί με τις κατευθυντήριες οδηγίες είναι η βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες που προωθούν παρεμβάσεις αποδεδειγμένου οφέλους και αποθαρρύνουν τις αναποτελεσματικές, έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής, τουλάχιστον για ορισμένες συνθήκες. Οι κατευθυντήριες οδηγίες μπορούν επίσης να βελτιώσουν τη συνεκτικότητα της περίθαλψης. Οι μελέτες σε ολόκληρο τον κόσμο δείχνουν ότι η συχνότητα με την οποία διεξάγονται οι διαδικασίες ποικίλλει δραματικά μεταξύ των ιατρών, των ειδικοτήτων και των γεωγραφικών περιοχών, ακόμη και μετά την παρακολούθηση του συνδυασμού των περιπτώσεων.

Οι ασθενείς με πανομοιότυπα κλινικά προβλήματα λαμβάνουν διαφορετική φροντίδα ανάλογα με την κλινική ή το νοσοκομείο. Οι κατευθυντήριες οδηγίες παρέχουν μια θεραπεία, καθιστώντας πιο πιθανό ότι οι ασθενείς θα φροντίζονται με τον ίδιο τρόπο ανεξάρτητα από το πού ή από ποιον αντιμετωπίζονται. Οι κλινικές οδηγίες προσφέρουν στους ασθενείς και άλλα οφέλη. Εκείνες που συνοδεύονται από εκδόσεις "καταναλωτών" (φυλλάδια, ακουστικά

βίντεο ή βίντεο σε γλώσσα απλή) ή που δημοσιεύονται σε περιοδικά, ειδησεογραφικά δελτία και ιστοσελίδες ενημερώνουν τους ασθενείς και το κοινό για το τι πρέπει να κάνουν οι κλινικοί γιατροί τους.

Οι εν λόγω κατευθυντήριες οδηγίες παρέχουν στους ασθενείς τη δυνατότητα να κάνουν πιο ενημερωμένες επιλογές για την υγειονομική περίθαλψη και να εξετάζουν τις προσωπικές τους ανάγκες και προτιμήσεις κατά την επιλογή της καλύτερης δυνατής εναλλακτικής επιλογής, καθώς και την εκτίμηση της πιθανότητας ή του μεγέθους των πιθανών αποτελεσμάτων. Πράγματι, οι κλινικοί ιατροί μπορούν αρχικά να μάθουν για νέες κατευθυντήριες οδηγίες (ή να υπενθυμίζονται για υπερβολές) όταν οι ασθενείς ρωτούν για συστάσεις ή θεραπευτικές επιλογές. Τέλος, οι κλινικές οδηγίες μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς επηρεάζοντας τη δημόσια τάξη.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες δίνουν προσοχή σε υποεκτιμημένα προβλήματα υγείας, κλινικές υπηρεσίες και προληπτικές παρεμβάσεις και σε παραμελημένους πληθυσμούς ασθενών και ομάδες υψηλού κινδύνου.

Οι υπηρεσίες που δεν προσφέρθηκαν στο παρελθόν στους ασθενείς μπορεί να διατίθενται ως απάντηση σε πρόσφατα δημοσιευμένες κατευθυντήριες οδηγίες. Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες που αναπτύσσονται με προσοχή προς το δημόσιο συμφέρον μπορούν να προωθήσουν τη διανοητική δικαιοσύνη, υποστηρίζοντας την καλύτερη παροχή υπηρεσιών σε όσους έχουν ανάγκη. Σε ένα σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που περιορίζεται σε μετρητά, οι κατευθυντήριες οδηγίες που βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης απαλλάσσουν τους πόρους που απαιτούνται για άλλες (πιο δίκαια κατανομημένες) (Grimshaw *et.al.* 1993) (Chassin *et.al.*, 1986) (Entwistle *et.al.*, 2019).

6.2 Πιθανά οφέλη για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας

Οι κλινικές οδηγίες μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα των κλινικών αποφάσεων. Προσφέρουν ρητές συστάσεις για τους κλινικούς γιατρούς που είναι αβέβαιοι για το πώς να

προχωρήσουν, για να αλλάξουν τις πεποιθήσεις των γιατρών που είναι συνηθισμένες σε ξεπερασμένες πρακτικές, να βελτιώσουν τη συνέπεια της περίθαλψης και να παράσχουν έγκυρες συστάσεις που καθυστερούν τους επαγγελματίες σχετικά με την καταλληλότητα των θεραπευτικών τους πολιτικών. Οι κατευθυντήριες οδηγίες που βασίζονται σε κριτική αξιολόγηση επιστημονικών στοιχείων (κατευθυντήριες οδηγίες που βασίζονται σε στοιχεία) διευκρινίζουν ποιες παρεμβάσεις αποδεικνύονται ωφέλιμες και τεκμηριώνουν την ποιότητα των υποστηρικτικών δεδομένων. Ειδοποιούν τους ιατρούς για παρεμβάσεις που δεν υποστηρίζονται από την σωστή πρακτική, ενισχύουν τη σημασία και τις μεθόδους κρίσιμης αξιολόγησης και δίνουν έμφαση σε αναποτελεσματικές, επικίνδυνες και σπάταλες πρακτικές.

Οι κλινικές οδηγίες μπορούν να υποστηρίξουν δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας. Το πρώτο βήμα για το σχεδιασμό εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας (εντολές διαρκείας, συστήματα υπενθύμισης, κρίσιμες διαδρομές περίθαλψης, αλγόριθμοι, έλεγχοι κ.λπ.) είναι να επιτευχθεί συμφωνία σχετικά με τον τρόπο θεραπείας των ασθενών, συχνά με την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών. Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν κοινό σημείο αναφοράς για μελλοντικούς και αναδρομικούς ελέγχους των πρακτικών των κλινικών ή των νοσοκομείων: οι δοκιμές, οι θεραπείες και οι θεραπευτικοί στόχοι που συνιστώνται στις κατευθυντήριες οδηγίες παρέχουν έτοιμα μέτρα επεξεργασίας (κριτήρια επανεξέτασης) για την αξιολόγηση της συμμόρφωσης με τις καλύτερες πρακτικές περίθαλψης (Agency for Health Care Policy and Research, 1995).

Οι ιατρικοί επιστήμονες επωφελούνται από το προσκήνιο ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία για τα κενά των στοιχείων. Οι μέθοδοι ανάπτυξης κατευθυντήριων γραμμών που υπογραμμίζουν τις συστηματικές ανασκοπήσεις εστιάζουν την προσοχή σε βασικά ερευνητικά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης (Cook *et. al.*, 1997) και να επισημανθούν τα κενά στη γνωστή βιβλιογραφία.

Η κριτική εκτίμηση των στοιχείων καταδεικνύει τα ελαττώματα του σχεδιασμού στις υπάρχουσες μελέτες. Η αναγνώριση της παρουσίας και της απουσίας αποδεικτικών

στοιχείων μπορεί να αναπροσανατολίσει το έργο των ερευνητών και να ενθαρρύνει τους οργανισμούς χρηματοδότησης να υποστηρίξουν μελέτες που πληρούν αυτή την ημερήσια διάταξη αποτελεσματικότητας (Shapiro *et.al.* 1997).

Τέλος, ορισμένες χρήσεις κλινικών κατευθυντήριων γραμμών ξεπερνούν το όριο μεταξύ οφέλους και βλάβης. Σε ορισμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, οι κατευθυντήριες οδηγίες προτρέπουν κυβερνητικούς ή ιδιωτικούς πληρωτές να παρέχουν κάλυψη στους γιατρούς για υπηρεσίες. Οι κλινικοί γιατροί μπορούν να στραφούν σε κατευθυντήριες οδηγίες για την προστασία της ιατρικής φροντίδας ή να ενισχύσουν τη θέση τους όσον αφορά τους διαχειριστές που διαφωνούν με τις πρακτικές τους.

6.3 Πιθανά οφέλη για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν υπηρεσίες και οι κυβερνητικοί οργανισμοί και οι ιδιωτικοί ασφαλιστές που πληρώνουν για αυτούς έχουν διαπιστώσει ότι οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες μπορεί να είναι αποτελεσματικές στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας (συχνά με την τυποποίηση της περίθαλψης) και τη βελτιστοποίηση της αξίας των χρημάτων (Agency for Health Care Policy and Research,ό.π.).

Η εφαρμογή ορισμένων κατευθυντήριων γραμμών μειώνει τις δαπάνες νοσηλείας, σε συνταγογραφούμενα φάρμακα, σε χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες διαδικασίες. Η δημοσιοποίηση της τήρησης των κατευθυντήριων γραμμών μπορεί επίσης να βελτιώσει τη δημόσια εικόνα, στέλνοντας μηνύματα αφοσίωσης στην αριστεία και την ποιότητα. Τέτοια μηνύματα μπορούν να προωθήσουν την καλή θέληση, την πολιτική υποστήριξη και (σε ορισμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης) τα έσοδα. Πολλοί πιστεύουν ότι το οικονομικό κίνητρο πίσω από τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες είναι ο κύριος λόγος για τη δημοτικότητά τους.

6.4 Πιθανοί περιορισμοί και βλάβες κατευθυντήριων γραμμών

Ο σημαντικότερος περιορισμός των οδηγιών είναι ότι οι συστάσεις μπορεί να είναι λανθασμένες (ή εν μέρει λανθασμένες για μεμονωμένους ασθενείς). Εκτός από τις ανθρώπινες σκέψεις, όπως ακούσιες παραλείψεις από τα πολυάσχολα ή κουρασμένα μέλη της ομάδας, οι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών μπορεί να σφάλλουν στον καθορισμό του καλύτερου για τους ασθενείς για τρεις σημαντικούς λόγους.

Πρώτον, οι επιστημονικές αποδείξεις σχετικά με το τι να συστήνουν συχνά λείπουν, παραπλανούν ή παρερμηνεύονται. Μόνο ένα μικρό υποσύνολο αυτού που γίνεται στην ιατρική έχει δοκιμαστεί σε κατάλληλες, καλά σχεδιασμένες μελέτες. Όπου υπάρχουν μελέτες, τα ευρήματα μπορεί να είναι παραπλανητικά λόγω ελλείψεων στο σχεδιασμό που συμβάλλουν στην προκατάληψη ή στην κακή γενίκευση. Οι ομάδες ανάπτυξης των κατευθυντήριων γραμμών συχνά στερούνται τον χρόνο, τους πόρους και τις δεξιότητες για να συλλέξουν και να ελέγξουν κάθε τελευταίο αποδεικτικό στοιχείο. Ακόμη και όταν τα δεδομένα είναι ασφαλή, οι συστάσεις για ή κατά των παρεμβάσεων θα περιλαμβάνουν υποκειμενικές εκτιμήσεις αξίας όταν τα οφέλη ζυγίζονται έναντι των βλαβερών συνεπειών. Η αξιολόγηση της αξίας από μια ομάδα ανάπτυξης κατευθυντήριων γραμμών μπορεί να είναι η λανθασμένη επιλογή για μεμονωμένους ασθενείς.

Δεύτερον, οι συστάσεις επηρεάζονται από τις απόψεις και την κλινική εμπειρία και τη σύνθεση της ομάδας ανάπτυξης κατευθυντήριων γραμμών. Οι εξετάσεις και οι θεραπείες που πιστεύουν οι ειδικοί ότι είναι καλές για τους ασθενείς μπορεί στην πράξη να είναι κατώτερες από άλλες επιλογές, αναποτελεσματικές ή ακόμη και επιβλαβείς. Οι πεπειθήσεις στις οποίες συνυπογράφουν οι εμπειρογνώμονες, συχνά ενόψει συγκρουόμενων δεδομένων, μπορούν να βασίζονται σε παρερμηνείες και προσωπικές αναμνήσεις που παραπλανούν τα πρότυπα του πληθυσμού (Kane, 1995).

Τρίτον, οι ανάγκες των ασθενών μπορεί να μην αποτελούν τη μόνη προτεραιότητα για τη διατύπωση συστάσεων. Οι πρακτικές που δεν είναι οι βέλτιστες από την οπτική γωνία του

ασθενούς μπορεί να συνιστώνται για να βοηθήσουν στον έλεγχο των δαπανών, στην εξυπηρέτηση των κοινωνικών αναγκών ή στην προστασία ειδικών συμφερόντων (για παράδειγμα, γιατρών, διαχειριστών κινδύνου ή πολιτικών).

Η προώθηση ελλιπών κατευθυντήριων γραμμών από γιατρούς, πληρωτές ή συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να ενθαρρύνει, αν όχι θεσμοθετήσει, την παροχή αναποτελεσματικών, επιβλαβών ή σπατάλης παρεμβάσεων. Τα ίδια μέρη που επωφελούνται από τις κατευθυντήριες οδηγίες - ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, σύστημα υγειονομικής περίθαλψης - μπορεί όλοι να βλάπτονται.

6.5 Πιθανές βλάβες στους ασθενείς

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος ελλιπών κλινικών κατευθυντήριων γραμμών είναι στους ασθενείς. Οι συστάσεις που δεν λαμβάνουν δεόντως υπόψη τα στοιχεία μπορούν να οδηγήσουν σε υποβέλτιστες, αναποτελεσματικές ή επιβλαβείς πρακτικές. Οι κατευθυντήριες οδηγίες που είναι άκαμπτες μπορούν να βλάψουν αφήνοντας ανεπαρκές περιθώριο για τους κλινικούς ιατρούς να προσαρμόσουν την περίθαλψη στις προσωπικές περιστάσεις και το ιατρικό ιστορικό των ασθενών. Το καλύτερο για τους ασθενείς συνολικά, όπως συνιστάται στις κατευθυντήριες οδηγίες, μπορεί να είναι ακατάλληλο για τα άτομα, οι προτεινόμενες συστάσεις, παρότι είναι ένα μενού επιλογών ή συστάσεων για την από κοινού λήψη αποφάσεων, αγνοούν τις προτιμήσεις των ασθενών (Woolf, 1997). Έτσι, το συχνά επωφελημένο όφελος από τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες - πιο συνεπείς συνήθειες πρακτικής και μειωμένες διακυμάνσεις - μπορεί να στραφεί σε βάρος της μείωσης της εξατομικευμένης περίθαλψης για τους ασθενείς με ειδικές ανάγκες. Οι εκδόσεις των κατευθυντήριων γραμμών, εάν έχουν καταρτιστεί και διατυπωθεί λανθασμένα, ενδέχεται να παραπλανήσουν ή να προκαλέσουν σύγχυση στους ασθενείς και να διαταράξουν τη σχέση με τον ασθενή.

Οι κλινικές οδηγίες μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς τη δημόσια τάξη των ασθενών. Οι συστάσεις κατά μιας παρέμβασης μπορούν να οδηγήσουν τους παρόχους να αποκλείσουν

την πρόσβαση ή την κάλυψη για υπηρεσίες. Οι συνεχείς συστάσεις για δαπανηρές παρεμβάσεις ενδέχεται να μετατοπίσουν τους περιορισμένους πόρους που χρειάζονται για άλλες υπηρεσίες μεγαλύτερης αξίας για τους ασθενείς. Η τάση των κατευθυντήριων γραμμών να εστιάζουν την προσοχή τους σε συγκεκριμένα θέματα υγείας υπόκειται σε κατάχρηση εκ μέρους υπευθύνων και ομάδων υπεράσπισης, δίνοντας στο κοινό (και στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας) λάθος εντύπωση σχετικά με τη σχετική σημασία των ασθενειών και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

6.6 Πιθανές βλάβες στους επαγγελματίες υγείας

Οι ελλιπείς κλινικές οδηγίες βλάπτουν τους επαγγελματίες παρέχοντας ανακριβείς επιστημονικές πληροφορίες και κλινικές συμβουλές, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο την ποιότητα της περίθαλψης. Μπορούν να ενθαρρύνουν τις αναποτελεσματικές, βλαβερές ή σπάταλες παρεμβάσεις. Ακόμη και όταν οι οδηγίες είναι σωστές, οι κλινικοί ιατροί συχνά τις βρίσκουν ενοχλητικές και χρονοβόρες για χρήση. Οι συγκρουόμενες κατευθυντήριες οδηγίες από διάφορους επαγγελματικούς φορείς μπορούν επίσης να συγχέουν και να εμποδίζουν τους επαγγελματίες. Οι παρωχημένες συστάσεις ενδέχεται να διαιωνίζουν τις ξεπερασμένες πρακτικές και τεχνολογίες. Οι κλινικές οδηγίες μπορούν επίσης να βλάψουν τους επαγγελματίες κλινικούς ιατρούς. Οι ελεγκτές και οι διαχειριστές μπορούν να κρίνουν άδικα την ποιότητα της περίθαλψης με βάση κριτήρια από άκυρες οδηγίες.

Η καλοπροαίρετη προσπάθεια να καταστούν σαφείς και πρακτικές οι κατευθυντήριες οδηγίες ενθαρρύνει την αδικαιολόγητη χρήση ορισμένων λέξεων ("πρέπει" αντί για "μπορεί"), αυθαίρετους αριθμούς (όπως μήνες θεραπείας, διαστήματα μεταξύ δοκιμών ελέγχου) και απλοϊκούς αλγόριθμους όταν ενδέχεται να μην υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία. Οι αλγόριθμοι που μειώνουν τη φροντίδα των ασθενών σε μια ακολουθία δυαδικών αποφάσεων (ναι / όχι) συχνά κρίνουν ως άδικη την πολυπλοκότητα της ιατρικής και τις παράλληλες και επαναληπτικές διεργασίες σκέψης που ενυπάρχουν στην κλινική κρίση. Κλάσματα, αριθμοί και απλοϊκοί αλγόριθμοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν από εκείνους που κρίνουν τους κλινικούς ιατρούς και κατακρίνουν άδικα αυτούς που, για νόμιμους λόγους, ακολουθούν διαφορετικές πολιτικές πρακτικής. Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι επίσης

δυναμικά επιβλαβείς για τους γιατρούς ως αξιόπιστες αποδείξεις για την άσκηση αγωγών κατά παραλείψεων και λόγω των οικονομικών τους επιπτώσεων (Effective Health Care, 1994).

Οι οδηγίες παραπομπής μπορούν να μεταφέρουν τους ασθενείς από μια ειδικότητα σε άλλη. Μια αρνητική (ή ουδέτερη) σύσταση μπορεί να ζητήσει από τους παρόχους να αποσύρουν τη διαθεσιμότητα ή την κάλυψη. Μια θεωρητική ανησυχία είναι ότι οι κλινικοί γιατροί μπορεί να εναχθούν για μη τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών, αν και αυτό δεν έχει γίνει ακόμα μια σημαντική πραγματικότητα. Οι κατευθυντήριες οδηγίες μπορούν να βλάψουν τους ιατρούς ερευνητές και την επιστημονική πρόοδο σε περίπτωση που η περαιτέρω έρευνα αποθαρρυνθεί ακατάλληλα. Οι κατευθυντήριες οδηγίες που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι μια διαδικασία ή μια θεραπεία δεν διαθέτει αποδεικτικά στοιχεία οφέλους μπορεί να παρερμηνευθούν από τους οργανισμούς χρηματοδότησης ως βάση για να μην επενδύσουν σε περαιτέρω έρευνα και να μην υποστηρίξουν τις προσπάθειες βελτίωσης των προηγούμενων αναποτελεσματικών τεχνολογιών (Feder, 1994) (Chassin *et al.* 1986).

6.7 Πιθανές βλάβες στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και οι πληρωτές ενδέχεται να βλάπτονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες εάν ακολουθούν την κλιμάκωση της χρήσης τους θέτοντας σε κίνδυνο τη λειτουργική αποτελεσματικότητά τους. Ορισμένες κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, ειδικά αυτές που αναπτύσσονται από ιατρικές και άλλες ομάδες που δεν ενδιαφέρονται για τη χρηματοδότηση, ενδέχεται να υποστηρίξουν δαπανηρές παρεμβάσεις που δεν είναι προσβάσιμες ή που μειώνουν τους πόρους που απαιτούνται για πιο αποτελεσματικές υπηρεσίες (Mulrow *et al.* 1997).

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Woolf SH, Grol R., Hutchinson A., et al (1999) Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, 318:527-530
2. Grimshaw JM, Russell IT. (1993) Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*. 342:1317–1322.
3. Chassin MR, Brook RH, Park RE, Keesey J, Fink A, Kosecoff J, et al. (1986) Variations in the use of medical and surgical services by the Medicare population. *N Engl J Med*. 314:285–290.
4. Entwistle VA, Watt IS, Davis H, Dickson R, Pickard D, Rosser J. (2019) Developing information materials to present the findings of technology assessments to consumers: the experience of the NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Int J Tech Assess Health Care*
5. Agency for Health Care Policy and Research. (1995) *Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care. 1. Issues*. MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Services, Rockville.
6. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. (1997) Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical practice. *Ann Intern Med*. 126:376–380
7. Shapiro DW, Lasker RD, Bindman AB, Lee PR. (1993) Containing costs while improving quality of care: the role of profiling and practice guidelines. *Annu Rev Public Health*. 14:219–241
8. Kane RL. (1995) Creating practice guidelines: the dangers of over-reliance on expert judgment. *J Law Med Ethics*. 23:62–64.
9. Woolf SH. (1997) Shared decision-making: the case for letting patients decide which choice is best. *J Fam Pract*. 45:205–208
10. Effective Health Care (1994) Implementing Clinical practice Guidelines. Can guidelines be used to improve clinical practice? [Πρόσβαση 21 Οκτωβρίου 2019] <https://www.york.ac.uk/media/crd/ehc18.pdf>

11. CEBM (2009) Oxford Centre for Evidence – based Medicine – Levels of Evidence (March 2009) [Πρόσβαση 25 Οκτωβρίου 2019]
<https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>
12. Feder G. (1994) Management of mild hypertension: which guidelines to follow? *BMJ*. 308:470–471.
13. Chassin M.R., M.D., M.P.H., Brook R.H., Park R.E., Keesey J (1986) Variations on the Use of Medical and Surgical Services by the Medicare Population, *The new England Journal of Medicine*, 314:285-290
14. Mulrow C., Cook D. (1997), Systematic Reviews: Synthesis of Best Evidence for Clinical Decisions, *Annals of Internal Medicine* [Πρόσβαση 21 Οκτωβρίου 2019]
<https://annals.org/aim/fullarticle/710356/systematic-reviews-synthesis-best-evidence-clinical-decisions>

7 Παρουσίαση προβλήματος – μεθοδολογία

7.1 Παρουσίαση προβλήματος και σκοπός έρευνας

Η αξιολόγηση του ρόλου καθώς και της σημασίας των κατευθυντηρίων οδηγιών είναι σαφώς μια δύσκολη υπόθεση. Παρά τον ενθουσιασμό και τη συσσώρευση αυτού του διαρκώς αυξανόμενου πλήθους οδηγιών, υπάρχει αβεβαιότητα ως προς την κλινική αποτελεσματικότητα, την εγκυρότητα, την εφαρμοσιμότητάς και την ηθική και νομική υπόστασή τους.

Η εφαρμογή ή όχι είναι σε θέση να επηρεάσει τους γιατρούς, τους ασθενείς, το σύστημα υγείας και γενικότερα όλο το κοινωνικό σύνολο. Πολλές φορές όλοι αυτοί μπορούν και να δρουν με διαφορετικά και συχνά αντικρουόμενα συμφέροντα και επιδιώξεις.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες έχουν πολύ μεγάλη αξία ειδικά όταν οι ιατροί δε γνωρίζουν την κατάλληλη πρακτική και οι διάφορες επιστημονικές ενδείξεις δίνουν περισσότερες από μία απαντήσεις. Οι περιπτώσεις αυτές, όμως, αποτελούν μάλλον την εξαίρεση.

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της εργασίας εργασίας και έγινε για μη κερδοσκοπικούς σκοπούς . Σκοπός της έρευνας είναι η διεξαγωγή συμπερασμών όσον αφορά την άποψη των Ελλήνων γιατρών αναφορικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες και ποιοι είναι οι λόγοι που μπορούν να οδηγήσουν σε μη συμμόρφωση με αυτές. Για την πραγματοποίηση της έρευνας σχεδιάστηκε ερωτηματολόγιο προκειμένου να συλλεχθούν οι πληροφορίες αναφορικά με τον σκοπό τη ερευνάς όπως και παρουσιάζονται στη συνέχεια.

7.2 Μέθοδος δειγματοληψίας

«Δειγματοληψία στη στατιστική είναι η τεχνική της επιλογής ενός μέρους του πληθυσμού (το οποίο ονομάζεται δείγμα). Με την ορολογία πληθυσμός εννοούμε ένα πλήθος παρατηρήσεων ή μετρήσεων ο οποίος μπορεί να αποτελεί ένα πεπερασμένο ή άπειρο πλήθος στοιχείων (ονομάζεται μέγεθος του πληθυσμού και συμβολίζεται με N). Το πλήθος των στοιχείων ενός δείγματος ονομάζεται μέγεθος του δείγματος και συμβολίζεται με n).

Όταν έχουμε ένα πληθυσμό μπορούμε κατά την δειγματοληψία είτε επανατοποθετώντας το στοιχείο πάλι πίσω στο πληθυσμό είτε χωρίς επανατοποθέτηση. Η πρώτη περίπτωση ονομάζεται δειγματοληψία με επανατοποθέτηση ενώ η δεύτερη περίπτωση ονομάζεται δειγματοληψία χωρίς επανατοποθέτηση.

Στην δειγματοληψία χωρίς επανατοποθέτηση το κάθε στοιχείο του πληθυσμού μπορεί να επιλεγεί το πολύ μόνο μια φορά. Όταν η επιλογή του στοιχείου μέσα από το πληθυσμό γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να επιλέγεται με την ίδια πιθανότητα οποιοδήποτε στοιχείο του πληθυσμού τότε το δείγμα αυτό ονομάζεται τυχαίο δείγμα» (Spiegel *et al.* 1975).

«Ο όρος δειγματοληψία υποδηλώνει την στατιστική διερεύνηση του μέρους (δείγμα) ενός συνόλου (πληθυσμός), με σκοπό την διεξαγωγή συμπερασμάτων για το σύνολο αυτό.» (Krishnaiah 1988).

Το πόσο καλά το δείγμα που ορίστηκε μπορεί και αντιπροσωπεύει τον πληθυσμό εξαρτάται από το δειγματολογικό πλαίσιο, το μέγεθος του δείγματος αλλά και από τον ειδικότερο σχεδιασμό που ακολουθήθηκε κατά τη διαδικασία συλλογής.

Οι διάφορες μέθοδοι μπορούν να χωριστούν σε 2 μεγάλες κατηγορίες, την τυχαία και την μη τυχαία δειγματοληψία και αυτές με την σειρά τους σε υποκατηγορίες:

- Τυχαία δειγματοληψία : η Απλή και η Σύνθετη
- Μη τυχαία δειγματοληψία : Ευκολίας , Κρίσεως και Αναλογική (Μπένος 1991).

Συγκεκριμένα για τη διεξαγωγή της ερευνάς χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της «αναλογίας» . Το δείγμα επιλέχθηκε με τρόπο βολικό προς την συγκέντρωση της πληροφορίας , με στόχο να διατηρηθεί η αναλογία των υποκείμενων στα στρώματα του πληθυσμού. Σκοπός μας ήταν να βελτιώσουμε την σύνθεση του δείγματος. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε συναδέλφους ιατρικούς επισκέπτες, 13 τον αριθμό, με οδηγίες να τα μοιράσουν σε 4 βασικές ειδικότητες γιατρών σε αναλογία περίπου 25% ανά ιατρική ειδικότητα και 50% ανά ιδιώτες και νοσοκομειακούς:

- Παθολόγος
- Γενικός ιατρός
- Πνευμονολόγος
- Καρδιολόγος

και σε 2 βασικές κατηγορίες:

- Ιδιώτες γιατροί
- Ιατρός του Ε.Σ.Υ

Η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε το διάστημα Ιούνιος - Σεπτέμβριος 2019.

7.3 Πληθυσμός και μέγεθος

Ως πληθυσμός ορίζεται το σύνολο των υπό-μελέτη στοιχείων . Στη δική μας έρευνα ο πληθυσμός είναι όλοι οι γιατροί ανεξάρτητου ειδικότητας. Ο συγκεκριμένος πληθυσμός, όπως και πολλοί άλλοι προς διερεύνηση πληθυσμοί σε άλλες έρευνες, είναι πολύ μεγάλοι προκειμένου να μελετηθούν.

Ο λόγος αυτός ωθεί τον ερευνητή να επιλέξει ένα δείγμα το οποίο και θα αντιπροσωπεύει ως υποομάδα τον πληθυσμό που έχει οριστεί για να αναλυθεί. Στη δική μας περίπτωση προσπαθώντας να έχουμε ένα όσον το δυνατό πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα επιλέχθηκαν 130 ιατροί στους οποίους και δόθηκε το ερωτηματολόγιο όπου και συλλέχθηκε σε κλειστό φάκελο. Απαντήθηκαν σωστά και άρτια 127 συνολικά ερωτηματολόγια.

7.4 Η «Άποψη των ιατρών» και «οι Λόγοι μη συμμόρφωσης»

Η συλλογή των απόψεων των ιατρών αναφορικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες και ο καθορισμός των λόγων μη συμμόρφωσης τους προς αυτές αποτελούν αναμφισβήτητα ένα από τα σημαντικότερα βήματα ανάπτυξης του ερωτηματολογίου. Θα πρέπει λοιπόν να προσδιοριστούν και να καταγραφούν όσον δυνατόν με μεγαλύτερη ακρίβεια οι απόψεις όσο και οι λόγοι μη-συμμόρφωσης των ιατρών αναφορικά με αυτές.

Στη περίπτωση μας έχουμε 3 βασικές διαστάσεις, μία που ερευνά την άποψη των γιατρών και δύο που ερευνούν τους λόγους μη συμμόρφωσης και χωρίζονται σε «αντικειμενικούς» και «προσωπικούς» λόγους.

Άποψη :

- Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης
- Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία
- Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα διάγνωσης και διαχείρισης των ασθενών
- Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η καθημερινή ρουτίνα των γιατρών
- Οι προσωπικές δεξιότητες του κάθε γιατρού περιπλέκουν τη συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες

- Πολλοί γιατροί έχουν την τάση να αντιστέκονται στην υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών
- Οι περισσότεροι γιατροί αναφέρουν ότι κάνουν συστηματική χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών
- Αρκετοί γιατροί αναφέρουν ότι δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεση τους προκειμένου να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες
- Η χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από τους γιατρούς φαίνεται ότι δεν αυξάνει το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία τους

Λόγοι μη συμμόρφωσης «Αντικειμενικοί» :

- Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες
- Μια κατευθυντήρια οδηγία ενδέχεται να εμπεριέχει πολλαπλές υπό-οδηγίες και να δυσχεραίνει την υιοθέτηση της
- Συχνά υπάρχουν λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες
- Υπάρχουν αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών και σε αρκετές περιπτώσεις ενδέχεται να συγκρούονται και μεταξύ τους
- Συχνά υπάρχει η αντίληψη ότι μια κατευθυντήρια οδηγία είναι ήδη ξεπερασμένη
- Πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα/ Ευκολία, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση

Λόγοι μη συμμόρφωσης «Προσωπικοί» :

- Οι γιατροί τείνουν να υποτιμούν τον κλινικό κίνδυνο.
- Η υπερβολική αυτοπεποίθηση ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση
- Η πίεση χρόνου για τη λήψη απόφασης ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση
- Η ανάγκη για επείγουσα διαχείριση ενός περιστατικού ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση

- Η πίεση από τους ίδιους τους ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση
- Η διαχείριση μεγάλου όγκου και συχνά αντιφατικών πληροφοριών ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση
- Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η έως τώρα συνήθης κλινική πρακτική και να εφαρμοστούν τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα
- Η μη τήρηση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου δεν συνεπάγεται ανεπαρκή φροντίδα των ασθενών
- Είναι δύσκολη η εφαρμογή τους σε πολύπλοκες καταστάσεις
- Συχνά οι γιατροί θεωρούν ότι η όποια πρακτική τους τελικά συμμορφώνεται με κάποια κατευθυντήρια οδηγία

7.5 Παρουσίαση του ερωτηματολογίου της έρευνας

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι αυτό που παρουσιάζεται μεταφρασμένο στα ελληνικά στο παράρτημα 1 και στα αγγλικά από όπου μεταφράστηκε στο παράρτημα 2 . Είναι χωρισμένο σε 3 ενότητες. Κάθε μία περιλαμβάνει ερωτήσεις για τις επιμέρους διαστάσεις.

Οι δημογραφικές ερωτήσεις υπάρχουν στην αρχή και στο τέλος του ερωτηματολογίου . Χρησιμοποιήθηκε μια πενταβάθμια κλίμακα Likert. Οι τιμές ήταν λεκτικές: «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ», «συμφωνώ», «συμφωνώ απόλυτα».

Βιβλιογραφία

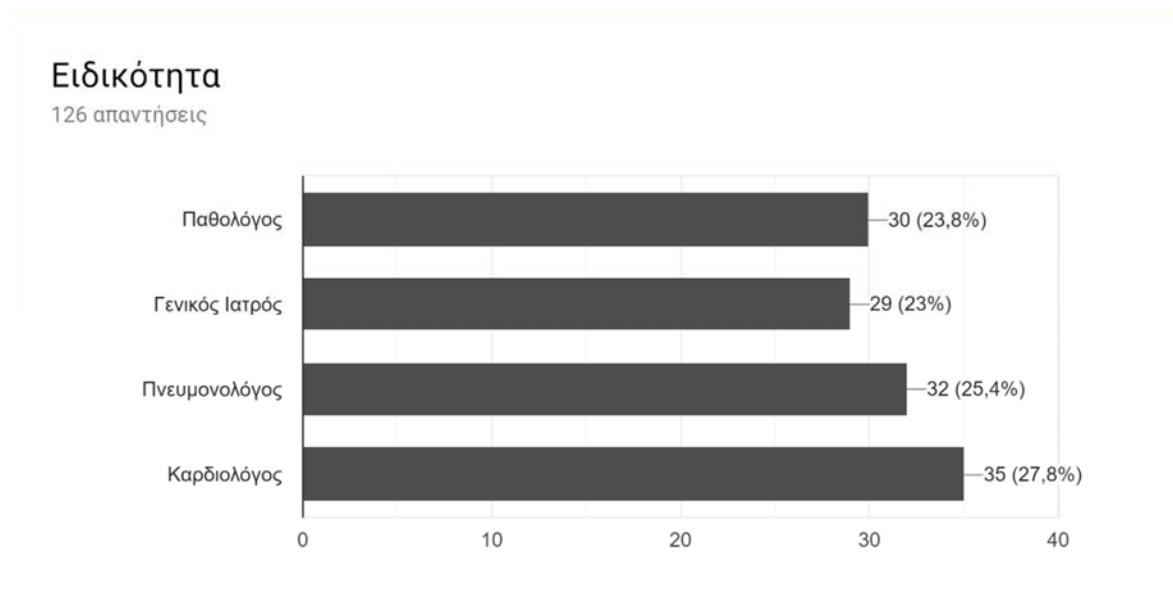
1. Spiegel R, Murray (1975). *Πιθανότητες και Στατιστική*. Schaum's Outline Series. pp 155–156.
2. Krishnaiah, P. R, (1988). *Sampling*. Elsevier. 16.
3. Μπένος, Βασίλειος Κιμ. (1991). *Μέθοδοι και τεχνικές δειγματοληψίας*. Εκδόσεις Σταμούλης, Πειραιάς, σελ. 218.

8 Στατιστικά αποτελέσματα έρευνας

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει η παρουσίαση και ο σχολιασμός των στατιστικών αποτελεσμάτων της έρευνας που αφορούν τόσο τα γενικά – δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, των διαστάσεων καθώς και των γραφημάτων που τα συνοδεύει.

8.1 Στατιστικά αποτελέσματα γενικών – δημογραφικών ερωτήσεων

Στο παρακάτω διάγραμμα διακρίνονται οι τέσσερις κατηγορίες των ιατρών και ο ακριβής αριθμός τους ανά ειδικότητα (Παθολόγος, Γενικός Ιατρός, Πνευμονολόγος και Καρδιολόγος) όπου συμμετείχαν στη έρευνα. Κάθε ειδικότητα αποτελεί περίπου το 25% του συνολικού του δείγματος.

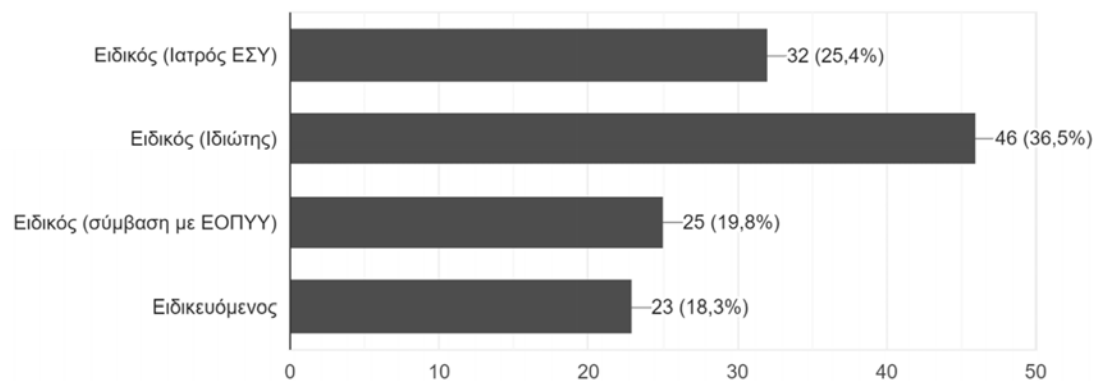


Διάγραμμα 1. Ειδικότητες Ιατρών

Στη συνέχεια ακολουθεί η διάρθρωση του δείγματος ανά ιδιώτες και νοσοκομειακούς και όπως μπορούμε να δούμε έγινε συγκεκριμένη στόχευση ώστε η αναλογία του δείγματος να είναι όσον δυνατόν κοντά στο 50%-50%.

Επαγγελματική ιδιότητα

126 απαντήσεις

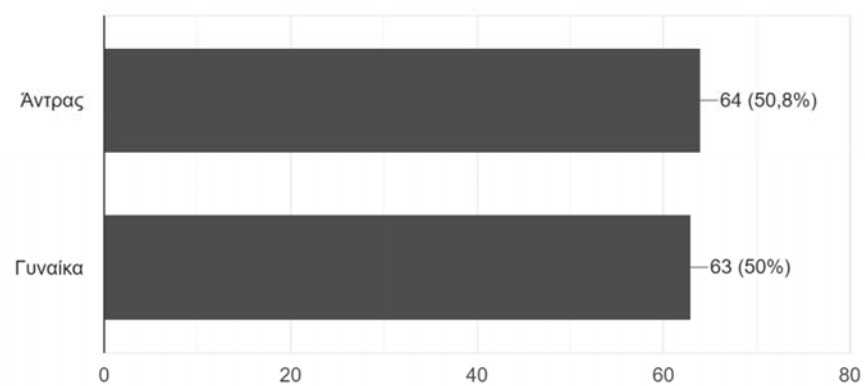


Διάγραμμα 2. Επαγγελματική ιδιότητα δείγματος

Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από 64 άντρες και 63 γυναίκες

Φύλο

126 απαντήσεις

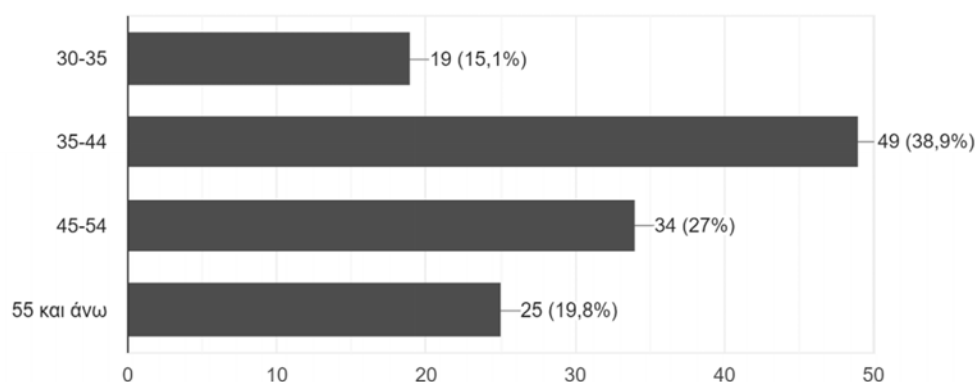


Διάγραμμα 3. Φύλο δείγματος

Η ηλικία των οποίων ποικίλει όπως φαίνεται και στο διάγραμμα, με το μεγαλύτερο ποσοστό να δηλώνει 35-44 και να ακολουθεί η ομάδα της ηλικιακής τάξης των 45-54.

Ηλικία

126 απαντήσεις

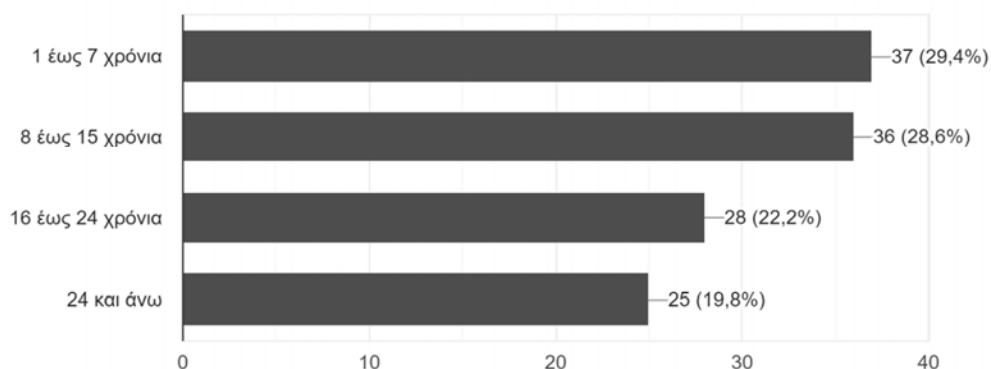


Διάγραμμα 4. Ηλικία Δείγματος

Η εργασιακή εμπειρία όπως δηλώθηκε από τους γιατρούς παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα με το μεγαλύτερο ποσοστό να δηλώνει τα 8-15 χρόνια και 1-7 χρόνια και ακολουθούν αυτοί που έχουν εργασθεί για 16-24 και 24 και άνω.

Εργασιακή εμπειρία

126 απαντήσεις

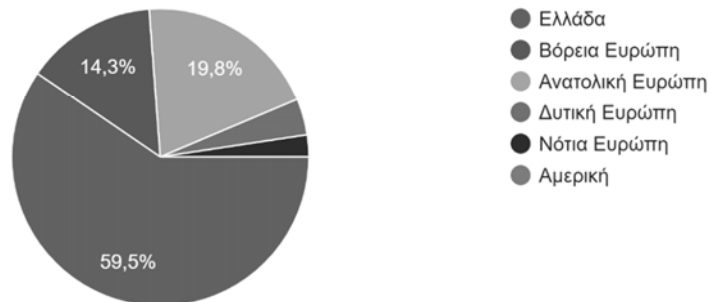


Διάγραμμα 5. Εργασιακή Εμπειρία

Ως χώρα σπουδών το 60% δηλώνει την Ελλάδα και ακολουθούν οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και η Βόρεια Ευρώπη

Χώρα σπουδών

126 απαντήσεις

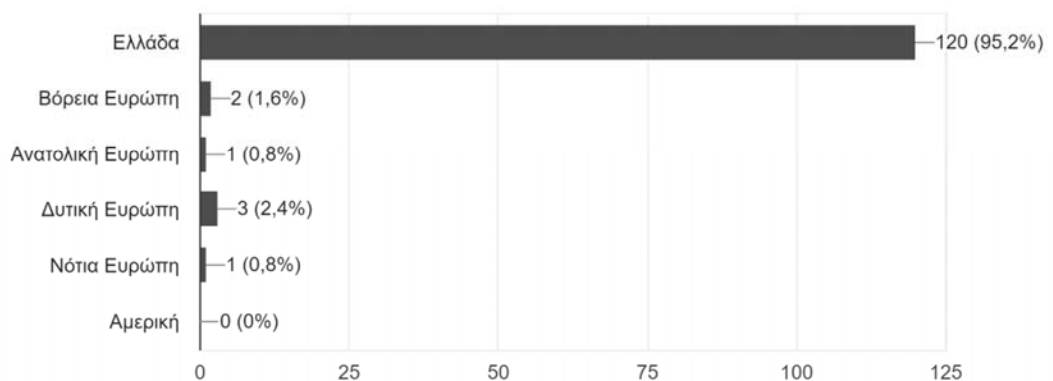


Διάγραμμα 6. Χώρα Σπουδών

Και είναι πολύ χαρακτηριστικό να τονίσουμε ότι η πλειοψηφία αυτών, 95,2% επέστρεψε για ειδικότητα στην Ελλάδα.

Χώρα Ειδικότητας

126 απαντήσεις

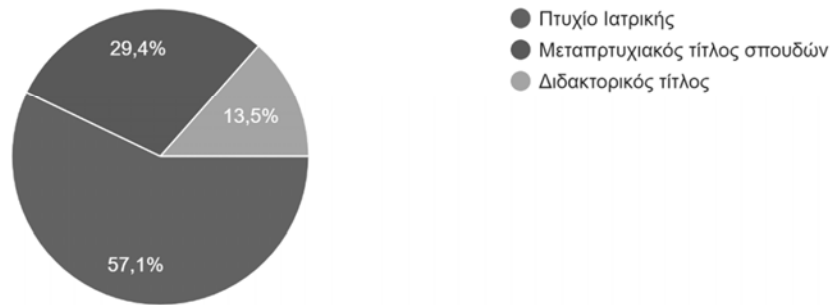


Διάγραμμα 7. Χώρα Ειδικότητας

Επίσης σημαντικό να αναφερθεί είναι το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος

Επίπεδο εκπαίδευσης

126 απαντήσεις

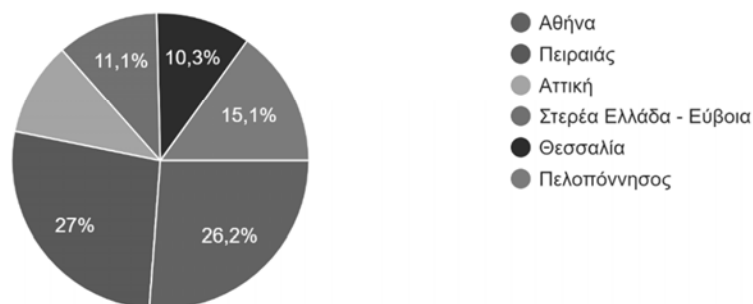


Διάγραμμα 8. Επίπεδο Εκπαίδευσης

Όπου το 30% έχει στην κατοχή του και μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και ένα διόλου ευκαταφρόνητο 13,5% κατέχει και διδακτορικό τίτλο. Τέλος η γεωγραφική κατανομή του δείγματος περιλαμβάνει την Αθήνα και τον ευρύτερο νομό της Αττικής, τις διάφορες περιοχές που απαρτίζουν τον νομό του Πειραιά και από επαρχία την Εύβοια την Θεσσαλία, την Λαμία και την Πελοπόννησο. Διάγραμμα 9. Γεωγραφική Κατανομή

Γεωγραφική κατανομή

126 απαντήσεις



8.2 Στατιστικά αποτελέσματα αναφορικά με την «Άποψη των ιατρών» και «οι Λόγοι μη συμμερφωσης»

Στους παρακάτω πίνακες θα δούμε την ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτήσεων αναφορικά με την άποψη των γιατρών και τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους όσον αφορά μια σειρά αντικειμενικών και υποκειμενικών λόγων, που χρήζουν την μεγαλύτερη προσοχή μας. Μετά την απογραφή και την συλλογή των ερωτηματολογίων περάσαμε τα δεδομένα στο Google Drive για μια πρώτη αξιολόγηση και μετά σε υπολογιστικό φύλλο excel όπου με την χρήση Pivot Analysis έγινε επιμέρους ανάλυση ανά ειδικότητα, ανά επαγγελματική ιδιότητα, ανά εργασιακή εμπειρία, ανά φύλο και ανά ηλικία. Οι παρακάτω πίνακες αφορούν τις απαντήσεις των γιατρών στην πενταβάθμια κλίμακα ως ακολούθως:

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Διαφωνώ
3. Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Συμφωνώ απόλυτα

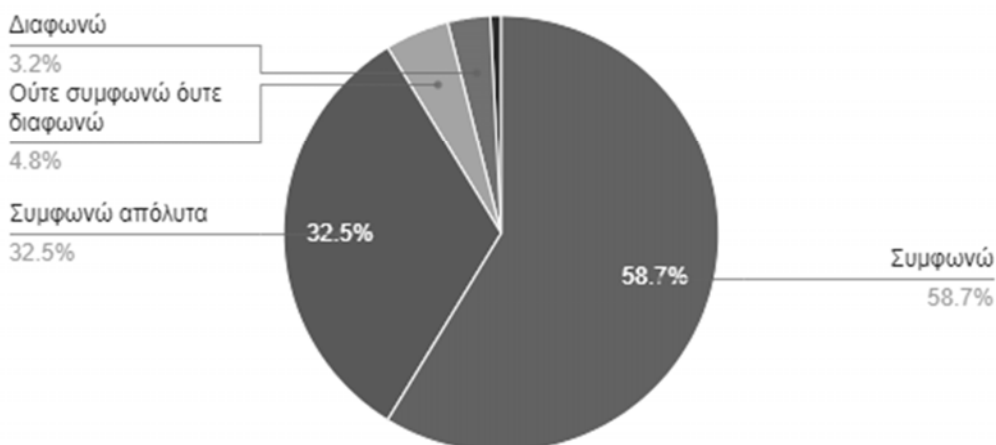
Στα παραρτήματα παρατίθενται όλοι οι συγκεντρωτικοί πίνακες καθώς και η υπό-ανάλυση τους.

8.3 Στατιστικά αποτελέσματα αναφορικά με την «Άποψη των ιατρών» ανά ειδικότητα

Πίνακας 7. Συγκεντρωτικός πίνακας – Άποψη των ιατρών ανά ειδικότητα

| Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης] | | | | | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | |
|--|----------------------|--------------------|------------------|----------------------|--------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Row Labels | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | | | | | |
| Διαφωκί | Γενικός Ιατρός | 1 | 2 | 1 | 4 | 3.45% | 0.00% | 6.87% | 3.13% | |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 2 | 1 | 1 | 2 | 6.90% | 2.86% | 3.33% | 6.25% | |
| Συμφωνώ | | 19 | 21 | 14 | 20 | 74 | 65.52% | 60.00% | 46.87% | 62.50% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 7 | 13 | 13 | 9 | 42 | 24.14% | 37.14% | 43.33% | 28.13% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία | | | | | | | | | | |
| Row Labels | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | | | | | |
| Διαφωκί | Γενικός Ιατρός | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 3.13% | |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 5 | 3 | 6 | 3 | 17 | 17.24% | 8.57% | 20.00% | 9.38% |
| Συμφωνώ | | 17 | 25 | 16 | 22 | 80 | 58.62% | 71.43% | 53.33% | 68.75% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 7 | 7 | 8 | 6 | 28 | 24.14% | 20.00% | 26.67% | 18.75% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα διάγνωσης και διαχείρισης των ασθενών | | | | | | | | | | |
| Row Labels | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | | | | | |
| Διαφωκί | Γενικός Ιατρός | 2 | 5 | 3 | 2 | 12 | 6.90% | 14.29% | 10.00% | 6.25% |
| Διαφωκί απόλυτα | | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0.00% | 2.86% | 0.00% | 0.00% |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 16 | 11 | 6 | 14 | 47 | 55.17% | 31.43% | 20.00% | 43.75% |
| Συμφωνώ | | 11 | 10 | 16 | 15 | 52 | 37.51% | 28.57% | 53.33% | 46.88% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 2 | 8 | 5 | 1 | 14 | 0.00% | 22.86% | 16.67% | 3.13% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Υπάρχει βαθμιαία δυσκολία προκειμένου να αλλάξει η καθημερινή ρουτίνα των | | | | | | | | | | |
| Row Labels | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | | | | | |
| Διαφωκί | Γενικός Ιατρός | 2 | 3 | 4 | 3 | 12 | 6.90% | 8.57% | 13.33% | 9.38% |
| Διαφωκί απόλυτα | | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0.00% | 5.71% | 0.00% | 0.00% |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 11 | 7 | 8 | 11 | 37 | 37.93% | 20.00% | 26.67% | 34.38% |
| Συμφωνώ | | 15 | 19 | 14 | 16 | 64 | 51.72% | 54.29% | 46.67% | 50.00% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | 4 | 4 | 2 | 11 | 3.45% | 11.43% | 13.33% | 6.25% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Οι προσωπικές δεξιότητες του κάθε γιατρού περιπλέκουν τη συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες | | | | | | | | | | |
| Row Labels | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | | | | | |
| Διαφωκί | Γενικός Ιατρός | 3 | 3 | 7 | 5 | 18 | 10.34% | 8.57% | 23.33% | 14.29% |
| Διαφωκί απόλυτα | | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0.00% | 5.71% | 0.00% | 0.00% |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 11 | 9 | 7 | 6 | 33 | 37.93% | 25.71% | 23.33% | 18.75% |
| Συμφωνώ | | 12 | 19 | 14 | 19 | 64 | 41.38% | 54.29% | 46.67% | 50.00% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 3 | 2 | 2 | 2 | 9 | 10.34% | 5.71% | 6.67% | 6.25% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Πολλοί γιατροί έχουν την τάση να αντιστέκονται στην υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών | | | | | | | | | | |
| Row Labels | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | | | | | |
| Διαφωκί | Γενικός Ιατρός | 3 | 9 | 6 | 7 | 25 | 10.34% | 25.71% | 20.00% | 21.88% |
| Διαφωκί απόλυτα | | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0.00% | 5.71% | 0.00% | 0.00% |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 13 | 5 | 9 | 6 | 33 | 44.83% | 14.29% | 30.00% | 18.75% |
| Συμφωνώ | | 11 | 18 | 12 | 16 | 57 | 37.93% | 51.43% | 40.00% | 50.00% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 2 | 1 | 3 | 3 | 9 | 6.90% | 2.86% | 10.00% | 9.38% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Οι περισσότεροι γιατροί αναφέρουν ότι κάνουν συστηματική χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών | | | | | | | | | | |
| Row Labels | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | | | | | |
| Διαφωκί | Γενικός Ιατρός | 4 | 5 | 7 | 8 | 24 | 13.79% | 14.29% | 23.33% | 25.00% |
| Διαφωκί απόλυτα | | 1 | 1 | 4 | 10 | 31 | 3.45% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 10 | 7 | 4 | 10 | 31 | 34.48% | 20.00% | 13.33% | 31.25% |
| Συμφωνώ | | 12 | 21 | 16 | 14 | 63 | 41.38% | 60.00% | 53.33% | 43.75% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 2 | 2 | 3 | 7 | 7 | 6.90% | 5.71% | 10.00% | 5.56% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Άρκετοι γιατροί αναφέρουν ότι δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεση τους προκειμένου να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες | | | | | | | | | | |
| Row Labels | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | | | | | |
| Διαφωκί | Γενικός Ιατρός | 10 | 15 | 10 | 4 | 39 | 34.48% | 42.86% | 33.33% | 12.50% |
| Διαφωκί απόλυτα | | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 0.00% | 5.71% | 6.67% | 0.00% |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 9 | 9 | 10 | 15 | 43 | 31.03% | 25.71% | 33.33% | 46.88% |
| Συμφωνώ | | 9 | 8 | 8 | 13 | 38 | 31.03% | 22.86% | 26.67% | 40.63% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 3.45% | 2.86% | 0.00% | 0.00% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Η χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από τους γιατρούς φαίνεται ότι δεν αυξάνει το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία τους | | | | | | | | | | |
| Row Labels | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | | | | | |
| Διαφωκί | Γενικός Ιατρός | 6 | 15 | 9 | 9 | 39 | 20.69% | 42.86% | 30.00% | 28.13% |
| Διαφωκί απόλυτα | | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3.45% | 0.00% | 3.33% | 0.00% |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 11 | 6 | 14 | 8 | 39 | 37.51% | 17.14% | 46.67% | 25.00% |
| Συμφωνώ | | 9 | 11 | 5 | 10 | 35 | 31.03% | 31.43% | 16.67% | 31.25% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 2 | 3 | 1 | 5 | 11 | 6.90% | 8.57% | 3.33% | 8.73% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης]
NOT_FOUND



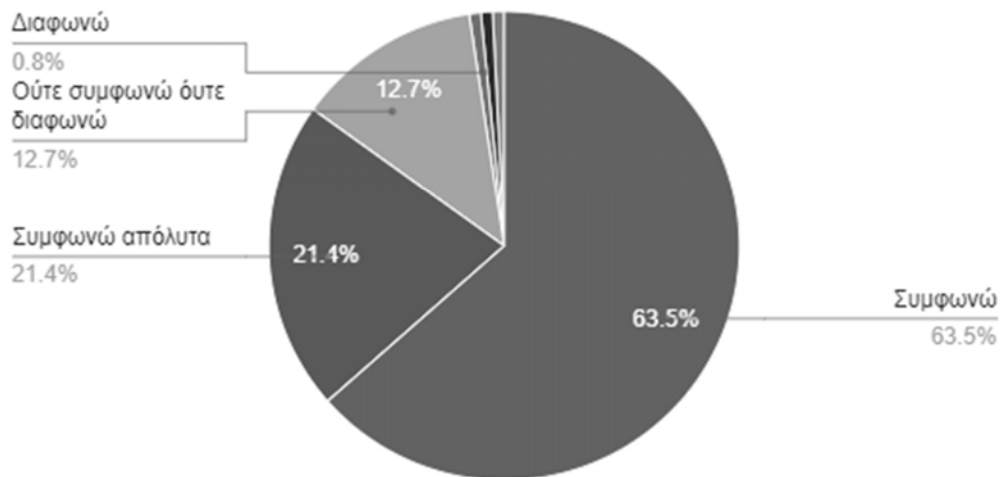
Διάγραμμα 10. Βαθμός Συμφωνίας ή διαφωνίας – Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης

Πίνακας 8. Ποσοστά Συμφωνίας ή διαφωνίας – Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 3,45% | 0,00% | 6,67% | 3,13% | 3,17% |
| 6,90% | 2,86% | 3,33% | 6,25% | 4,76% |
| 65,52% | 60,00% | 46,67% | 62,50% | 58,73% |
| 24,14% | 37,14% | 43,33% | 28,13% | 33,33% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Σχεδόν το 90% των γιατρών συμφωνούν ή και συμφωνούν απόλυτα ανεξαρτήτως ειδικότητας ότι οι οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης. Ενώ παράλληλα δηλώνουν σχεδόν στο 90% ότι βασίζονται και σε αξιόπιστα στοιχεία ανεξαρτήτως ειδικότητας με τους καρδιολόγους όμως να συμφωνούν κατά 70%. Υπάρχει ένα 20% παθολόγων και ένα 20% αντίστοιχο γενικών ιατρών που διαφωνεί.

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία] NOT_FOUND



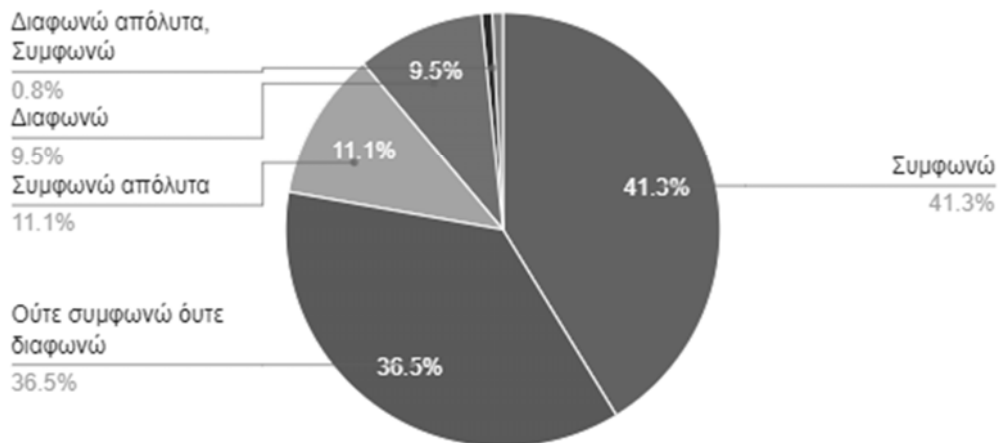
Διάγραμμα 11. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία

Πίνακας 9. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας - Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 0,00% | 0,00% | 0,00% | 3,13% | 0,79% |
| 17,24% | 8,57% | 20,00% | 9,38% | 13,49% |
| 58,62% | 71,43% | 53,33% | 68,75% | 63,49% |
| 24,14% | 20,00% | 26,67% | 18,75% | 22,22% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών μάλλον θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα διάγνωσης και διαχείρισης των ασθενών

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα διάγνωσης και διαχείρισης των ασθενών] NOT_FOUND



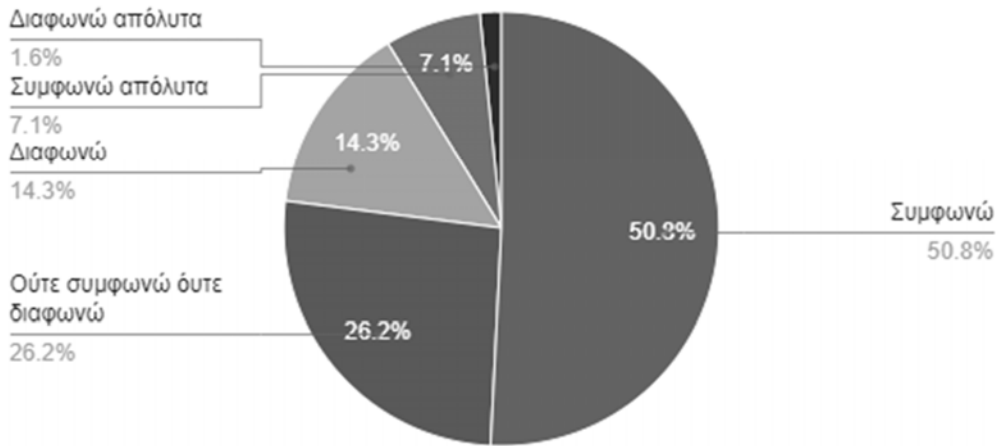
Διάγραμμα 12. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών

Πίνακας 10. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 6,90% | 14,29% | 10,00% | 6,25% | 9,52% |
| 0,00% | 2,86% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| 55,17% | 31,43% | 20,00% | 43,75% | 37,30% |
| 37,93% | 28,57% | 53,33% | 46,88% | 41,27% |
| 0,00% | 22,86% | 16,67% | 3,13% | 11,11% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Ένα 40% δηλώνει ότι «δεν συμφωνεί ούτε διαφωνεί». Συμφωνούν ότι υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η καθημερινή ρουτίνα των γιατρών σχεδόν με 60% χωρίς κάποια ειδικότητα όμως να διαφοροποιεί την στάση της. Οι προσωπικές δεξιότητες του κάθε γιατρού περιπλέκουν τη συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες με το ποσοστό των απαντήσεων που συμφωνούν να αγγίζει το 50% με τους πνευμονολόγους και τους καρδιολόγους να διαφοροποιούνται κάπως δηλώνοντας την συμφωνία τους σε ποσοστό άνω του 60%.

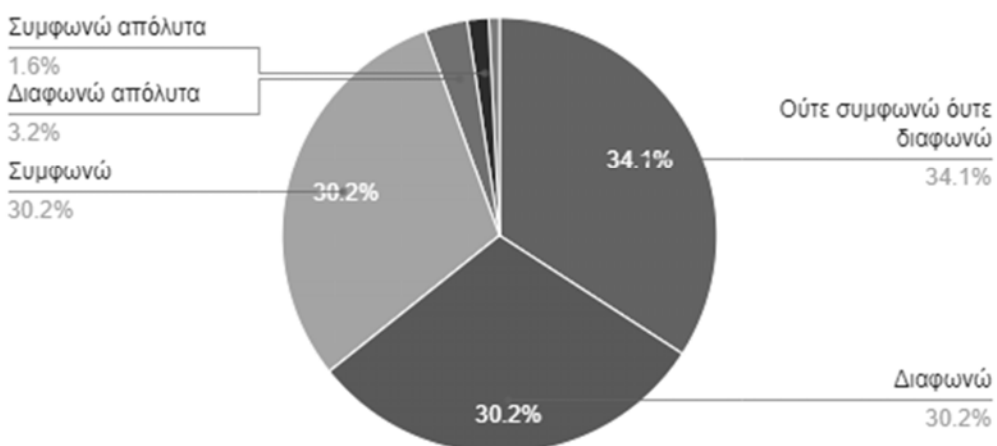
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Οι προσωπικές δεξιότητες του κάθε γιατρού περιπλέκουν τη συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες] NOT_FOUND



Διάγραμμα 13. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Προσωπικές δεξιότητες

Θα μπορούσαμε να σταθούμε στο ερώτημα ότι αρκετοί γιατροί αναφέρουν ότι δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεση τους προκειμένου να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες μιας και οι απαντήσεις έχουν αρκετή διασπορά.

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Αρκετοί γιατροί αναφέρουν ότι δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεση τους προκειμένου να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες] NOT_FOUND



Διάγραμμα 14. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Χρόνος

Όπως φαίνεται και από το διάγραμμα το 30% συμφωνεί με τους πνευμονολόγους να ταυτίζονται με 42% ενώ παράλληλα ένα άλλο 30% διαφωνεί με τους καρδιολόγους να απαντούν σε ποσοστό 43% , και ταυτόχρονα το 35% δεν μπορεί να εκφράσει με βεβαιότητα αν συμφωνεί ή διαφωνεί.

Παράλληλα δηλώνουν ότι η χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από αυτούς φαίνεται ότι δεν αυξάνει το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία τους σε ποσοστό 30%, ενώ το 40% δηλώνουν το αντίθετο. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι μόνο το 17% των παθολόγων πιστεύουν ότι οι οδηγίες μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο και να αυξήσουν το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία τους.

Πίνακας 11. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Συμμόρφωση των ασθενών στην θεραπεία

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 20,69% | 42,86% | 30,00% | 28,13% | 30,95% |
| 3,45% | 0,00% | 3,33% | 0,00% | 1,59% |
| 37,93% | 17,14% | 46,67% | 25,00% | 30,95% |
| 31,03% | 31,43% | 16,67% | 31,25% | 27,78% |
| 6,90% | 8,57% | 3,33% | 15,63% | 8,73% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

8.4 Στατιστικά αποτελέσματα αναφορικά με την «Άποψη των Ιατρών» ανά «επαγγελματική ιδιότητα»

Πίνακας 12. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Άποψη των Ιατρών ανά επαγγελματική ιδιότητα

| Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης των γιατρών που γράφουν Row Labels | Column Labels | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικολόγος | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
|--|---------------|----------------------|--------------------|-----------------------------|-------------|----------------|----------------------|--------------------|-----------------------------|----------------|
| Διαφωνώ | Ειδικολόγος | 1 | 2 | 1 | 4 | 0.00% | 3.13% | 4.35% | 4.00% | 3.17% |
| Όχι συμφωνώ διατε Διαφωνώ | | 1 | 4 | 1 | 6 | 4.35% | 0.00% | 8.70% | 4.00% | 4.76% |
| Συμφωνώ | | 17 | 21 | 22 | 60 | 73.91% | 65.63% | 47.83% | 56.00% | 58.73% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 3 | 10 | 18 | 31 | 13.04% | 18.75% | 26.09% | 36.00% | 33.33% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία | Column Labels | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικολόγος | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφωνώ | Ειδικολόγος | 3 | 2 | 8 | 13 | 0.00% | 0.00% | 2.17% | 0.00% | 0.79% |
| Όχι συμφωνώ διατε Διαφωνώ | | 3 | 2 | 8 | 13 | 13.04% | 6.25% | 17.39% | 16.00% | 13.49% |
| Συμφωνώ | | 17 | 24 | 25 | 66 | 73.91% | 75.00% | 54.35% | 56.00% | 63.49% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 3 | 6 | 12 | 21 | 13.04% | 18.75% | 26.09% | 28.00% | 22.22% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών θα οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα διαγωγής και διαχείρισης των ασθενών | Column Labels | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικολόγος | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφωνώ | Ειδικολόγος | 1 | 4 | 6 | 11 | 4.35% | 12.50% | 13.04% | 4.00% | 9.52% |
| Διαφωνώ απόλυτα | | 1 | 1 | 1 | 3 | 0.00% | 3.13% | 0.00% | 0.00% | 0.79% |
| Όχι συμφωνώ διατε Διαφωνώ | | 10 | 10 | 16 | 36 | 43.48% | 31.25% | 34.78% | 44.00% | 37.90% |
| Συμφωνώ | | 11 | 13 | 18 | 42 | 47.83% | 49.63% | 39.13% | 40.00% | 41.27% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | 4 | 6 | 11 | 4.35% | 12.50% | 13.04% | 12.00% | 11.11% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Υπάρχει βαθμιά δυσκολία προκειμένου να αλλαχτεί η καθημερινή ρουτίνα | Column Labels | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικολόγος | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφωνώ | Ειδικολόγος | 2 | 4 | 4 | 10 | 8.70% | 12.50% | 8.70% | 8.00% | 9.52% |
| Διαφωνώ απόλυτα | | 1 | 1 | 1 | 3 | 0.00% | 3.13% | 2.17% | 0.00% | 1.59% |
| Όχι συμφωνώ διατε Διαφωνώ | | 6 | 7 | 16 | 29 | 26.09% | 21.88% | 34.78% | 32.00% | 26.19% |
| Συμφωνώ | | 15 | 16 | 22 | 53 | 65.22% | 50.00% | 47.83% | 44.00% | 50.79% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | 4 | 2 | 7 | 0.00% | 12.50% | 6.52% | 16.00% | 8.73% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Οι προσωπικές δεξιότητες του κάθε γιατρού περιλαμβάνουν τη συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες | Column Labels | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικολόγος | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφωνώ | Ειδικολόγος | 3 | 4 | 6 | 13 | 13.04% | 12.50% | 17.39% | 12.00% | 14.29% |
| Διαφωνώ απόλυτα | | 1 | 1 | 1 | 3 | 0.00% | 3.13% | 2.17% | 0.00% | 1.59% |
| Όχι συμφωνώ διατε Διαφωνώ | | 5 | 9 | 11 | 25 | 21.74% | 28.13% | 23.91% | 32.00% | 26.19% |
| Συμφωνώ | | 12 | 15 | 23 | 50 | 52.17% | 46.88% | 50.00% | 56.00% | 50.79% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 3 | 3 | 3 | 9 | 13.04% | 9.38% | 6.52% | 0.00% | 7.14% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Πολλοί γιατροί έχουν την πίστη να αντιστέκονται στην υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών | Column Labels | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικολόγος | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφωνώ | Ειδικολόγος | 6 | 6 | 9 | 21 | 26.09% | 18.75% | 19.57% | 16.00% | 19.84% |
| Διαφωνώ απόλυτα | | 1 | 1 | 1 | 3 | 0.00% | 3.13% | 2.17% | 0.00% | 1.59% |
| Όχι συμφωνώ διατε Διαφωνώ | | 2 | 7 | 15 | 24 | 8.70% | 21.88% | 32.61% | 36.00% | 26.19% |
| Συμφωνώ | | 14 | 16 | 18 | 48 | 60.87% | 50.00% | 29.13% | 36.00% | 45.24% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | 2 | 3 | 6 | 4.35% | 6.25% | 6.52% | 12.00% | 7.14% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Οι περισσότεροι γιατροί αναφέρουν ότι κάνουν συστηματική χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών | Column Labels | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικολόγος | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφωνώ | Ειδικολόγος | 2 | 7 | 12 | 21 | 8.70% | 21.88% | 26.09% | 12.00% | 19.05% |
| Διαφωνώ απόλυτα | | 5 | 7 | 12 | 24 | 21.74% | 21.88% | 26.09% | 28.00% | 24.60% |
| Όχι συμφωνώ διατε Διαφωνώ | | 16 | 15 | 19 | 50 | 69.57% | 46.88% | 41.30% | 52.00% | 50.00% |
| Συμφωνώ | | 3 | 3 | 3 | 9 | 0.00% | 9.38% | 6.52% | 4.00% | 5.56% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Αρκετοί γιατροί αναφέρουν ότι δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεση τους προκειμένου να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες | Column Labels | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικολόγος | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφωνώ | Ειδικολόγος | 7 | 12 | 13 | 32 | 30.43% | 37.50% | 28.26% | 29.00% | 30.95% |
| Διαφωνώ απόλυτα | | 1 | 3 | 3 | 7 | 4.35% | 9.38% | 0.00% | 0.00% | 3.17% |
| Όχι συμφωνώ διατε Διαφωνώ | | 7 | 7 | 19 | 33 | 30.43% | 21.88% | 41.30% | 40.00% | 34.13% |
| Συμφωνώ | | 8 | 10 | 13 | 31 | 34.78% | 31.25% | 28.26% | 29.00% | 30.16% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | 1 | 1 | 3 | 0.00% | 0.00% | 2.17% | 4.00% | 1.59% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Η χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από τους γιατρούς φαίνεται ότι δεν αυξάνει το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία τους | Column Labels | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικολόγος | Ειδικός (βπαρής ΕΣΥ) | Ειδικός (βθιστική) | Ειδικός (επίβλεψη με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφωνώ | Ειδικολόγος | 8 | 3 | 12 | 23 | 34.78% | 28.13% | 26.09% | 40.00% | 30.95% |
| Διαφωνώ απόλυτα | | 1 | 1 | 1 | 3 | 0.00% | 3.13% | 2.17% | 0.00% | 1.59% |
| Όχι συμφωνώ διατε Διαφωνώ | | 7 | 9 | 12 | 28 | 30.43% | 28.13% | 26.09% | 44.00% | 30.95% |
| Συμφωνώ | | 7 | 10 | 17 | 34 | 30.43% | 31.25% | 36.96% | 4.00% | 27.78% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | 3 | 3 | 7 | 4.35% | 9.38% | 8.70% | 12.00% | 8.73% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

Οι ειδικευόμενοι με ποσοστό 70% πιστεύουν ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης, ενώ από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι νοσοκομειακοί βλέπουν τις οδηγίες με πιο θετική ματιά έναντι των ιδιωτών.

Πίνακας 13. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Κατευθυντήριες οδηγίες ως χρήσιμη πηγή καθοδήγησης

| Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
|---------------|----------------------|-------------------|----------------------------|-------------|
| 0,00% | 3,13% | 4,35% | 4,00% | 3,17% |
| 4,35% | 0,00% | 8,70% | 4,00% | 4,76% |
| 73,91% | 65,63% | 47,83% | 56,00% | 58,73% |
| 21,74% | 31,25% | 39,13% | 36,00% | 33,33% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Ίδια εικόνα παρατηρούμε και στην ερώτηση αναφορικά με το αν οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία με τους νοσοκομειακούς και πάλι να συμφωνούν σε ποσοστά άνω του 90%.

Πίνακας 14. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Κατευθυντήριες οδηγίες που βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία

| Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
|---------------|----------------------|-------------------|----------------------------|-------------|
| 0,00% | 0,00% | 2,17% | 0,00% | 0,79% |
| 13,04% | 6,25% | 17,39% | 16,00% | 13,49% |
| 73,91% | 75,00% | 54,35% | 56,00% | 63,49% |
| 13,04% | 18,75% | 26,09% | 28,00% | 22,22% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Παράλληλα οι ειδικευόμενοι συμφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η καθημερινή ρουτίνα των γιατρών με 65% έναντι 50% του συνόλου.

Πίνακας 15. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Καθημερινή ρουτίνα

| Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
|---------------|----------------------|-------------------|----------------------------|-------------|
| 8,70% | 12,50% | 8,70% | 8,00% | 9,52% |
| 0,00% | 3,13% | 2,17% | 0,00% | 1,59% |
| 26,09% | 21,88% | 34,78% | 32,00% | 29,37% |
| 65,22% | 50,00% | 47,83% | 44,00% | 50,79% |
| 0,00% | 12,50% | 6,52% | 16,00% | 8,73% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Σημαντική απόσταση με τους ειδικευόμενους και πάλι να διαφοροποιούν την στάση τους εμφανίζει η ερώτηση στο αν οι γιατροί έχουν την τάση να αντιστέκονται στην υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών

Πίνακας 16. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών

| Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
|---------------|----------------------|-------------------|----------------------------|-------------|
| 26,09% | 18,75% | 19,57% | 16,00% | 19,84% |
| 0,00% | 3,13% | 2,17% | 0,00% | 1,59% |
| 8,70% | 21,88% | 32,61% | 36,00% | 26,19% |
| 60,87% | 50,00% | 39,13% | 36,00% | 45,24% |
| 4,35% | 6,25% | 6,52% | 12,00% | 7,14% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Με τους ειδικευόμενους να συμφωνούν σε ποσοστό 61% έναντι 36% των ιδιωτών συμβασιούχων του ΕΟΠΥΥ.

8.5 Στατιστικά αποτελέσματα αναφορικά με την «Άποψη των Ιατρών» ανά «εργασιακή εμπειρία»

Πίνακας 17. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Άποψη των Ιατρών ανά εργασιακή εμπειρία

| Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|--|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|----------------|------------------|----------------|-----------------|----------------|
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφωνώ | | 2 | 1 | 1 | 4 | 0.00% | 7.14% | 4.00% | 2.78% | 3.17% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 2 | | 2 | 2 | 6 | 5.41% | 0.00% | 8.00% | 5.56% | 4.76% |
| Συμφωνώ | 22 | 17 | 14 | 21 | 74 | 59.46% | 60.71% | 56.00% | 58.33% | 58.73% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 13 | 9 | 8 | 12 | 42 | 35.14% | 32.14% | 32.00% | 33.33% | 33.33% |
| Grand Total | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφωνώ | | 1 | | | 1 | 0.00% | 3.57% | 0.00% | 0.00% | 0.79% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 6 | 3 | 3 | 5 | 17 | 16.22% | 10.71% | 12.00% | 13.89% | 13.49% |
| Συμφωνώ | 24 | 18 | 16 | 22 | 80 | 64.86% | 64.29% | 64.00% | 61.11% | 63.49% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 7 | 6 | 6 | 9 | 28 | 18.92% | 21.43% | 24.00% | 25.00% | 22.22% |
| Grand Total | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών θα οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα διάγνωσης και διαχείρισης των ασθενών | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφωνώ | | 4 | 2 | 5 | 11 | 2.70% | 14.29% | 8.00% | 13.89% | 9.52% |
| Διαφωνώ απόλυτα | 1 | | | | 1 | 0.00% | 0.00% | 4.00% | 0.00% | 0.79% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 13 | 9 | 10 | 15 | 47 | 35.14% | 32.14% | 40.00% | 41.67% | 37.30% |
| Συμφωνώ | 19 | 12 | 11 | 10 | 52 | 51.35% | 42.86% | 44.00% | 27.78% | 41.27% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 4 | 3 | 1 | 6 | 14 | 10.81% | 10.71% | 4.00% | 16.67% | 11.11% |
| Grand Total | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η καθημερινή ρουτίνα των γιατρών | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφωνώ | | 5 | 2 | 3 | 10 | 5.41% | 17.86% | 8.00% | 8.33% | 9.52% |
| Διαφωνώ απόλυτα | 2 | | | | 2 | 0.00% | 0.00% | 4.00% | 0.00% | 1.59% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 9 | 9 | 10 | 9 | 37 | 24.32% | 32.14% | 40.00% | 25.00% | 29.37% |
| Συμφωνώ | 25 | 8 | 12 | 19 | 64 | 67.57% | 28.57% | 48.00% | 52.78% | 50.79% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 5 | 5 | 5 | 11 | 2.70% | 17.86% | 0.00% | 13.89% | 8.73% |
| Grand Total | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Οι προσωπικές δεξιότητες του κάθε γιατρού περιπλέκουν τη συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφωνώ | | 7 | 4 | 2 | 13 | 13.51% | 25.00% | 16.00% | 5.56% | 14.29% |
| Διαφωνώ απόλυτα | 5 | | | | 5 | 0.00% | 3.57% | 4.00% | 0.00% | 1.59% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 10 | 4 | 8 | 11 | 33 | 27.03% | 14.29% | 32.00% | 30.56% | 26.19% |
| Συμφωνώ | 18 | 14 | 12 | 20 | 64 | 48.65% | 50.00% | 48.00% | 55.56% | 50.79% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 4 | 2 | 3 | 3 | 12 | 10.81% | 7.14% | 0.00% | 8.33% | 7.14% |
| Grand Total | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Πολλοί γιατροί έχουν την τάση να αντιστέκονται στην υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφωνώ | | 7 | 6 | 6 | 19 | 16.22% | 25.00% | 24.00% | 16.67% | 19.84% |
| Διαφωνώ απόλυτα | 6 | | | | 6 | 0.00% | 3.57% | 4.00% | 0.00% | 1.59% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 7 | 7 | 8 | 11 | 33 | 18.92% | 25.00% | 32.00% | 30.56% | 26.19% |
| Συμφωνώ | 20 | 10 | 10 | 17 | 57 | 54.05% | 35.71% | 40.00% | 47.22% | 45.24% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 4 | 3 | 2 | 2 | 11 | 10.81% | 10.71% | 0.00% | 5.56% | 7.14% |
| Grand Total | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Οι περισσότεροι γιατροί αναφέρουν ότι κάνουν συστηματική χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφωνώ | | 6 | 5 | 7 | 18 | 16.22% | 21.43% | 20.00% | 19.44% | 19.05% |
| Διαφωνώ απόλυτα | 6 | | | | 6 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 2.78% | 0.79% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 9 | 9 | 4 | 9 | 31 | 24.32% | 32.14% | 16.00% | 25.00% | 24.60% |
| Συμφωνώ | 19 | 12 | 15 | 17 | 63 | 51.35% | 42.86% | 60.00% | 47.22% | 50.00% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 3 | 1 | 2 | 2 | 8 | 8.11% | 3.57% | 4.00% | 5.56% | 5.56% |
| Grand Total | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Αρκετοί γιατροί αναφέρουν ότι δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεση τους προκειμένου να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφωνώ | | 9 | 7 | 15 | 31 | 21.62% | 32.14% | 28.00% | 41.67% | 30.95% |
| Διαφωνώ απόλυτα | 1 | | | | 1 | 2.70% | 3.57% | 0.00% | 2.78% | 1.59% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 10 | 9 | 10 | 14 | 43 | 27.03% | 32.14% | 40.00% | 38.89% | 34.13% |
| Συμφωνώ | 18 | 8 | 6 | 6 | 38 | 48.65% | 28.57% | 24.00% | 16.67% | 30.16% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0.00% | 3.57% | 0.00% | 2.78% | 1.59% |
| Grand Total | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Η χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από τους γιατρούς φαίνεται ότι δεν αυξάνει το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία τους | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφωνώ | | 7 | 9 | 12 | 28 | 28.73% | 25.00% | 36.00% | 33.33% | 30.95% |
| Διαφωνώ απόλυτα | 1 | | | | 1 | 0.00% | 0.00% | 4.00% | 2.78% | 1.59% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 14 | 9 | 5 | 11 | 39 | 37.84% | 32.14% | 20.00% | 30.56% | 30.95% |
| Συμφωνώ | 9 | 8 | 8 | 10 | 35 | 24.32% | 28.57% | 32.00% | 27.78% | 27.78% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 3 | 4 | 2 | 2 | 11 | 8.11% | 14.29% | 8.00% | 5.56% | 8.73% |
| Grand Total | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

Οι νέοι γιατροί με εργασιακή εμπειρία 1-7 έτη δηλώνουν με ποσοστό 62% ότι η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα διάγνωσης και διαχείρισης των ασθενών σε αντίθεση με τους πιο «παλιούς» να δηλώνουν ότι συμφωνούν λιγότερο.

Πίνακας 18. Άποψη των ιατρών ανά εργασιακή εμπειρία – Υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών

| 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| | | | | |
| 2,70% | 14,29% | 8,00% | 13,89% | 9,52% |
| 0,00% | 0,00% | 4,00% | 0,00% | 0,79% |
| 35,14% | 32,14% | 40,00% | 41,67% | 37,30% |
| 51,35% | 42,86% | 44,00% | 27,78% | 41,27% |
| 10,81% | 10,71% | 4,00% | 16,67% | 11,11% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Ενώ ταυτόχρονα δηλώνουν με ποσοστό το 70% ότι παρατηρούν ότι είναι δύσκολο να αλλάξει η ρουτίνα του γιατρού

Πίνακας 19. Άποψη των ιατρών ανά εργασιακή εμπειρία – Ρουτίνα

| 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| | | | | |
| 5,41% | 17,86% | 8,00% | 8,33% | 9,52% |
| 0,00% | 3,57% | 4,00% | 0,00% | 1,59% |
| 24,32% | 32,14% | 40,00% | 25,00% | 29,37% |
| 67,57% | 28,57% | 48,00% | 52,78% | 50,79% |
| 2,70% | 17,86% | 0,00% | 13,89% | 8,73% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Η εργασιακή εμπειρία φαίνεται να μην επηρεάζει την στάση των γιατρών στην ερώτηση αν «οι προσωπικές δεξιότητες του κάθε γιατρού περιπλέκουν τη συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες» και συμφωνούν όλοι με ποσοστό σχεδόν 60% .

Πίνακας 20. Άποψη των ιατρών ανά εργασιακή εμπειρία – Προσωπικές δεξιότητες

| 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| | | | | |
| 13,51% | 25,00% | 16,00% | 5,56% | 14,29% |
| 0,00% | 3,57% | 4,00% | 0,00% | 1,59% |
| 27,03% | 14,29% | 32,00% | 30,56% | 26,19% |
| 48,65% | 50,00% | 48,00% | 55,56% | 50,79% |
| 10,81% | 7,14% | 0,00% | 8,33% | 7,14% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Οι έχοντες εμπειρία 16-24 ετών δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την συμφωνία τους ότι πολλοί γιατροί έχουν την τάση να αντιστέκονται στην υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών

Πίνακας 21. Άποψη των ιατρών ανά εργασιακή εμπειρία – Υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών

| 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| 16,22% | 25,00% | 24,00% | 16,67% | 19,84% |
| 0,00% | 3,57% | 4,00% | 0,00% | 1,59% |
| 18,92% | 25,00% | 32,00% | 30,56% | 26,19% |
| 54,05% | 35,71% | 40,00% | 47,22% | 45,24% |
| 10,81% | 10,71% | 0,00% | 5,56% | 7,14% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Οι έχοντες 1-7 χρόνια εργασιακή εμπειρία συμφωνούν σε ποσοστό 50% ότι δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεση τους προκειμένου να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο από τις άλλες ομάδες

Πίνακας 22. Άποψη των ιατρών ανά εργασιακή εμπειρία – Χρόνος

| 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| 21,62% | 32,14% | 28,00% | 41,67% | 30,95% |
| 2,70% | 3,57% | 8,00% | 0,00% | 3,17% |
| 27,03% | 32,14% | 40,00% | 38,89% | 34,13% |
| 48,65% | 28,57% | 24,00% | 16,67% | 30,16% |
| 0,00% | 3,57% | 0,00% | 2,78% | 1,59% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

8.6 Στατιστικά αποτελέσματα αναφορικά με την «Άποψη των ιατρών» ανά «φύλο»

Πίνακας 23. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Άποψη των ιατρών ανά φύλο

| Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης | | | | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
|--|-----------------------------|-----------|-------------|----------------|----------------|----------------|
| Row Labels | Column Labels ..T Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | | |
| Διαφωμό | 2 | 2 | 4 | 3,17% | 3,17% | 3,17% |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 2 | 4 | 6 | 3,17% | 6,35% | 4,76% |
| Συμφωμό | 34 | 40 | 74 | 53,97% | 63,49% | 58,73% |
| Συμφωμό απόλυτα | 25 | 17 | 42 | 39,68% | 26,98% | 33,33% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία] | | | | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
| Row Labels | Column Labels ..T Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | | |
| Διαφωμό | | 1 | 1 | 0,00% | 1,59% | 0,79% |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 10 | 7 | 17 | 15,87% | 11,11% | 13,49% |
| Συμφωμό | 38 | 42 | 80 | 60,32% | 66,67% | 63,49% |
| Συμφωμό απόλυτα | 15 | 13 | 28 | 23,81% | 20,63% | 22,22% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα διάγνωσης και διαχείρισης των ασθενών | | | | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
| Row Labels | Column Labels ..T Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | | |
| Διαφωμό | 6 | 6 | 12 | 9,52% | 9,52% | 9,52% |
| Διαφωμό απόλυτα | | 1 | 1 | 0,00% | 1,59% | 0,79% |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 21 | 26 | 47 | 33,33% | 41,27% | 37,30% |
| Συμφωμό | 27 | 25 | 52 | 42,86% | 39,68% | 41,27% |
| Συμφωμό απόλυτα | 9 | 5 | 14 | 14,29% | 7,94% | 11,11% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η καθημερινή ρουτίνα των γιατρών | | | | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
| Row Labels | Column Labels ..T Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | | |
| Διαφωμό | 6 | 6 | 12 | 9,52% | 9,52% | 9,52% |
| Διαφωμό απόλυτα | 1 | 1 | 2 | 1,59% | 1,59% | 1,59% |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 20 | 17 | 37 | 31,75% | 26,98% | 29,37% |
| Συμφωμό | 32 | 32 | 64 | 50,79% | 50,79% | 50,79% |
| Συμφωμό απόλυτα | 4 | 7 | 11 | 6,35% | 11,11% | 8,73% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Οι προσωπικές δεξιότητες του κάθε γιατρού περιπλέκουν τη συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες | | | | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
| Row Labels | Column Labels ..T Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | | |
| Διαφωμό | 10 | 8 | 18 | 15,87% | 12,70% | 14,29% |
| Διαφωμό απόλυτα | 1 | 2 | 3 | 1,59% | 3,17% | 2,38% |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 19 | 14 | 33 | 30,16% | 22,22% | 26,19% |
| Συμφωμό | 31 | 33 | 64 | 49,21% | 52,38% | 50,79% |
| Συμφωμό απόλυτα | 2 | 7 | 9 | 3,17% | 11,11% | 7,14% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Πολλοί γιατροί έχουν την τάση να ανησυχούν στην υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών] | | | | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
| Row Labels | Column Labels ..T Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | | |
| Διαφωμό | 12 | 13 | 25 | 19,05% | 20,63% | 19,84% |
| Διαφωμό απόλυτα | 1 | 1 | 2 | 1,59% | 1,59% | 1,59% |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 17 | 16 | 33 | 26,98% | 25,40% | 26,19% |
| Συμφωμό | 31 | 26 | 57 | 49,21% | 41,27% | 45,24% |
| Συμφωμό απόλυτα | 2 | 7 | 9 | 3,17% | 11,11% | 7,14% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Οι περισσότεροι γιατροί αναφέρουν ότι κάνουν συστηματική χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών | | | | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
| Row Labels | Column Labels ..T Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | | |
| Διαφωμό | 13 | 11 | 24 | 20,63% | 17,46% | 19,05% |
| Διαφωμό απόλυτα | 1 | 1 | 2 | 1,59% | 1,59% | 1,59% |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 16 | 15 | 31 | 25,40% | 23,81% | 24,60% |
| Συμφωμό | 29 | 34 | 63 | 46,03% | 53,97% | 50,00% |
| Συμφωμό απόλυτα | 4 | 3 | 7 | 6,35% | 4,76% | 5,56% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Αρκετοί γιατροί αναφέρουν ότι δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεση τους προκειμένου να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες | | | | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
| Row Labels | Column Labels ..T Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | | |
| Διαφωμό | 18 | 21 | 39 | 28,57% | 33,33% | 30,95% |
| Διαφωμό απόλυτα | 2 | 2 | 4 | 3,17% | 3,17% | 3,17% |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 24 | 19 | 43 | 38,10% | 30,16% | 34,13% |
| Συμφωμό | 17 | 21 | 38 | 26,98% | 33,33% | 30,16% |
| Συμφωμό απόλυτα | 2 | 2 | 4 | 3,17% | 3,17% | 3,17% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Η χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από τους γιατρούς φαίνεται ότι δεν αυξάνει το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία τους | | | | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
| Row Labels | Column Labels ..T Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | | |
| Διαφωμό | 15 | 24 | 39 | 23,81% | 38,10% | 30,95% |
| Διαφωμό απόλυτα | | 2 | 2 | 0,00% | 3,17% | 1,59% |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 26 | 13 | 39 | 41,27% | 20,63% | 30,95% |
| Συμφωμό | 18 | 17 | 35 | 28,57% | 26,98% | 27,78% |
| Συμφωμό απόλυτα | 4 | 7 | 11 | 6,35% | 11,11% | 8,73% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Γυναίκες και άντρες γιατροί ταυτίζονται σε πολύ μεγάλο ποσοστό. Σε καμία από τις 9 ερωτήσεις δεν διαφοροποιούνται σε βαθμό που να κινεί το ενδιαφέρον για μεγαλύτερη ανάλυση.

Αναφέρονται ενδεικτικά οι απαντήσεις σε κάποιες από τις ερωτήσεις όπως :

Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης

Πίνακας 24. Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης

| Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
|---------|---------|-------------|
| | | |
| 3,17% | 3,17% | 3,17% |
| 3,17% | 6,35% | 4,76% |
| 53,97% | 63,49% | 58,73% |
| 39,68% | 26,98% | 33,33% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία

Πίνακας 25. Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία

| Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
|---------|---------|-------------|
| | | |
| 0,00% | 1,59% | 0,79% |
| 15,87% | 11,11% | 13,49% |
| 60,32% | 66,67% | 63,49% |
| 23,81% | 20,63% | 22,22% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η καθημερινή ρουτίνα των γιατρών

Πίνακας 26. Βαθμός δυσκολίας καθημερινής ρουτίνας

| Αντρας | Γυναίκα | Grand Total |
|---------|---------|-------------|
| | | |
| 9,52% | 9,52% | 9,52% |
| 1,59% | 1,59% | 1,59% |
| 31,75% | 26,98% | 29,37% |
| 50,79% | 50,79% | 50,79% |
| 6,35% | 11,11% | 8,73% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Αρκετοί γιατροί αναφέρουν ότι δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεση τους προκειμένου να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες

Πίνακας 27. Άποψη ιατρών ανά φύλο – Απαιτούμενος χρόνος

| Αντρας | Γυναίκα | Grand Total |
|---------|---------|-------------|
| | | |
| 28,57% | 33,33% | 30,95% |
| 3,17% | 3,17% | 3,17% |
| 38,10% | 30,16% | 34,13% |
| 26,98% | 33,33% | 30,16% |
| 3,17% | 0,00% | 1,59% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% |

8.7 Στατιστικά αποτελέσματα αναφορικά με την «Άποψη των ιατρών» ανά «ηλικία»

Πίνακας 28. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Άποψη των ιατρών ανά ηλικία

| Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|--|---------------|-----------|-----------|------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------|-------------|
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωμό | 1 | 2 | 1 | 4 | 0,00% | 2,04% | 5,88% | 4,00% | 3,17% | | |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 1 | 3 | 2 | 6 | 5,56% | 6,12% | 0,00% | 8,00% | 4,76% | | |
| Συμφωμό | 14 | 25 | 21 | 14 | 77,78% | 51,02% | 61,76% | 56,00% | 58,73% | | |
| Συμφωμό απόλυτα | 3 | 20 | 11 | 8 | 16,67% | 40,82% | 32,35% | 32,00% | 33,33% | | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | |
| Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία | | | | | | | | | | | |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωμό | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,00% | 0,00% | 2,94% | 0,00% | 0,79% | | |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 2 | 9 | 2 | 4 | 11,11% | 18,37% | 5,88% | 16,00% | 13,49% | | |
| Συμφωμό | 14 | 27 | 24 | 15 | 80 | 77,78% | 55,10% | 70,59% | 60,00% | | |
| Συμφωμό απόλυτα | 2 | 13 | 7 | 6 | 28 | 11,11% | 26,53% | 20,59% | 24,00% | | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | |
| Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα διάγνωσης και διαχείρισης των ασθενών | | | | | | | | | | | |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωμό | 2 | 4 | 4 | 2 | 12 | 11,11% | 8,16% | 11,76% | 8,00% | 9,52% | |
| Διαφωμό απόλυτα | 1 | 4 | 5 | 2 | 12 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 4,00% | 0,79% | |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 8 | 15 | 15 | 9 | 47 | 44,44% | 30,61% | 44,12% | 36,00% | 37,50% | |
| Συμφωμό | 7 | 21 | 12 | 12 | 52 | 38,89% | 42,86% | 35,29% | 48,00% | 41,27% | |
| Συμφωμό απόλυτα | 1 | 9 | 3 | 1 | 14 | 5,56% | 18,37% | 8,82% | 4,00% | 11,11% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | |
| Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η καθημερινή ρουτίνα των ιατρών | | | | | | | | | | | |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωμό | 1 | 4 | 5 | 2 | 12 | 5,56% | 8,16% | 14,71% | 8,00% | 9,52% | |
| Διαφωμό απόλυτα | 1 | 4 | 5 | 2 | 12 | 0,00% | 0,00% | 2,94% | 4,00% | 1,59% | |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 6 | 10 | 12 | 9 | 37 | 33,33% | 20,41% | 35,29% | 36,00% | 29,37% | |
| Συμφωμό | 11 | 30 | 10 | 13 | 64 | 61,11% | 61,22% | 29,41% | 52,00% | 50,79% | |
| Συμφωμό απόλυτα | 5 | 6 | 6 | 11 | 11 | 0,00% | 10,20% | 17,65% | 0,00% | 8,73% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | |
| Οι προσωπικές δεξιότητες του κάθε γιατρού περιπλέκουν τη συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες | | | | | | | | | | | |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωμό | 1 | 7 | 7 | 3 | 18 | 5,56% | 14,29% | 20,59% | 12,00% | 14,29% | |
| Διαφωμό απόλυτα | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0,00% | 0,00% | 2,94% | 4,00% | 1,59% | |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 5 | 14 | 6 | 8 | 33 | 27,78% | 28,57% | 17,65% | 32,00% | 26,19% | |
| Συμφωμό | 10 | 23 | 18 | 13 | 64 | 55,56% | 46,94% | 52,94% | 52,00% | 50,79% | |
| Συμφωμό απόλυτα | 2 | 5 | 2 | 9 | 11 | 11,11% | 10,20% | 5,88% | 0,00% | 7,14% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | |
| Πολλοί γιατροί έχουν την τάση να αντιτάσσονται στην υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών | | | | | | | | | | | |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωμό | 6 | 6 | 7 | 6 | 25 | 33,33% | 12,24% | 20,59% | 24,00% | 19,84% | |
| Διαφωμό απόλυτα | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0,00% | 0,00% | 2,94% | 4,00% | 1,59% | |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 1 | 14 | 9 | 9 | 33 | 5,56% | 28,57% | 26,47% | 36,00% | 26,19% | |
| Συμφωμό | 11 | 23 | 14 | 9 | 57 | 61,11% | 46,94% | 41,18% | 36,00% | 45,24% | |
| Συμφωμό απόλυτα | 6 | 6 | 3 | 9 | 9 | 0,00% | 12,24% | 8,82% | 0,00% | 7,14% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | |
| Οι περισσότεροι γιατροί αναφέρουν ότι κάνουν συστηματική χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών | | | | | | | | | | | |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωμό | 2 | 9 | 8 | 5 | 24 | 11,11% | 18,37% | 23,53% | 20,00% | 19,05% | |
| Διαφωμό απόλυτα | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0,00% | 2,04% | 0,00% | 0,00% | 0,79% | |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 5 | 13 | 9 | 4 | 31 | 27,78% | 26,53% | 26,47% | 16,00% | 24,60% | |
| Συμφωμό | 11 | 21 | 16 | 15 | 63 | 61,11% | 42,86% | 47,06% | 60,00% | 50,00% | |
| Συμφωμό απόλυτα | 5 | 5 | 1 | 7 | 7 | 0,00% | 10,20% | 2,94% | 4,00% | 5,56% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | |
| Άρκετοι γιατροί αναφέρουν ότι δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεση τους προκειμένου να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες | | | | | | | | | | | |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωμό | 5 | 15 | 11 | 8 | 39 | 27,78% | 30,61% | 32,35% | 32,00% | 30,95% | |
| Διαφωμό απόλυτα | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 5,56% | 0,00% | 5,88% | 4,00% | 3,17% | |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 7 | 14 | 11 | 11 | 43 | 38,89% | 28,57% | 32,35% | 44,00% | 34,13% | |
| Συμφωμό | 5 | 19 | 9 | 5 | 38 | 27,78% | 38,78% | 26,47% | 20,00% | 30,16% | |
| Συμφωμό απόλυτα | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 0,00% | 2,04% | 2,94% | 0,00% | 1,59% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | |
| Η χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από τους γιατρούς φαίνεται ότι δεν αυξάνει το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία τους | | | | | | | | | | | |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωμό | 6 | 15 | 10 | 8 | 39 | 33,33% | 30,61% | 29,41% | 32,00% | 30,95% | |
| Διαφωμό απόλυτα | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 0,00% | 2,04% | 2,94% | 0,00% | 1,59% | |
| Όχι συμφωμό ούτε διαφωμό | 6 | 15 | 11 | 7 | 39 | 33,33% | 30,61% | 32,35% | 28,00% | 30,95% | |
| Συμφωμό | 4 | 14 | 9 | 8 | 35 | 22,22% | 28,57% | 26,47% | 32,00% | 27,78% | |
| Συμφωμό απόλυτα | 2 | 4 | 3 | 2 | 11 | 11,11% | 8,16% | 8,82% | 8,00% | 8,73% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | |

Ανεξαρτήτου ηλικίας οι γιατροί πιστεύουν ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης και μάλιστα συμφωνούν με πολύ μεγάλα ποσοστά που αγγίζουν το 90%.

Πίνακας 29. Άποψη ιατρών ανά ηλικία – κατευθυντήριες οδηγίες ως χρήσιμη πηγή καθοδήγησης

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 0,00% | 2,04% | 5,88% | 4,00% | 3,17% |
| 5,56% | 6,12% | 0,00% | 8,00% | 4,76% |
| 77,78% | 51,02% | 61,76% | 56,00% | 58,73% |
| 16,67% | 40,82% | 32,35% | 32,00% | 33,33% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Ταυτόχρονα δηλώνουν την συμφωνία τους ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία

Πίνακας 30. Άποψη ιατρών ανά ηλικία – κατευθυντήριες οδηγίες μέσω αξιόπιστων στοιχείων

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 0,00% | 0,00% | 2,94% | 0,00% | 0,79% |
| 11,11% | 18,37% | 5,88% | 16,00% | 13,49% |
| 77,78% | 55,10% | 70,59% | 60,00% | 63,49% |
| 11,11% | 26,53% | 20,59% | 24,00% | 22,22% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Όσον αφορά την ερώτηση στο αν υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η καθημερινή ρουτίνα των γιατρών η ηλικιακή ομάδα των 45-54 δείχνει να δηλώνει ότι συμφωνεί απόλυτα με ποσοστό 20% έναντι 0% των ομάδων 55 και άνω και 30-35 και 10% μεταξύ 35-44.

Πίνακας 31. Άποψη ιατρών ανά ηλικία – βαθμός δυσκολίας αλλαγής της καθημερινής ρουτίνας

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 5,56% | 8,16% | 14,71% | 8,00% | 9,52% |
| 0,00% | 0,00% | 2,94% | 4,00% | 1,59% |
| 33,33% | 20,41% | 35,29% | 36,00% | 29,37% |
| 61,11% | 61,22% | 29,41% | 52,00% | 50,79% |
| 0,00% | 10,20% | 17,65% | 0,00% | 8,73% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Οι νεαροί σε ηλικία γιατροί δηλώνουν για τους συναδέλφους τους ότι έχουν την τάση να αντιστέκονται στην υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών σε ποσοστό 61% . Είναι πολύ ενδιαφέρον να παρατηρήσει κάποιος ότι όσο ανεβαίνει η ηλικιακή ομάδα τόσο τα ποσοστά φθίνουν.

Πίνακας 32. Άποψη ιατρών ανά ηλικία – υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 33,33% | 12,24% | 20,59% | 24,00% | 19,84% |
| 0,00% | 0,00% | 2,94% | 4,00% | 1,59% |
| 5,56% | 28,57% | 26,47% | 36,00% | 26,19% |
| 61,11% | 46,94% | 41,18% | 36,00% | 45,24% |
| 0,00% | 12,24% | 8,82% | 0,00% | 7,14% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Τέλος στην ερώτηση, οι περισσότεροι γιατροί αναφέρουν ότι κάνουν συστηματική χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών οι τρεις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες δείχνουν να διαφωνούν και μάλιστα απόλυτα με διπλάσιο ποσοστό έναντι της νεότερης ηλικιακής ομάδας των 30-35 ετών .

Πίνακας 33. Άποψη ιατρών ανά ηλικία – συστηματική χρήση κατευθυντήριων οδηγιών

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 11,11% | 18,37% | 23,53% | 20,00% | 19,05% |
| 0,00% | 2,04% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| 27,78% | 26,53% | 26,47% | 16,00% | 24,60% |
| 61,11% | 42,86% | 47,06% | 60,00% | 50,00% |
| 0,00% | 10,20% | 2,94% | 4,00% | 5,56% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

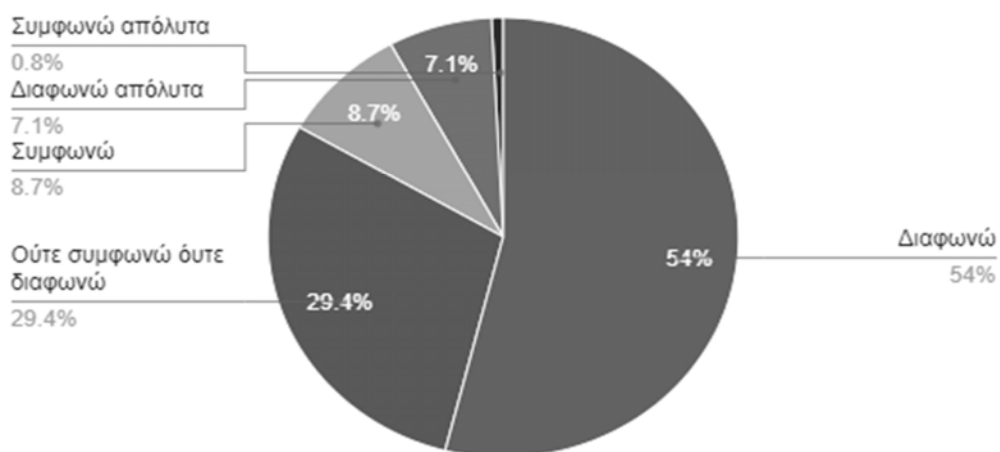
8.8 Στατιστικά αποτελέσματα, «αντικειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «ειδικότητα»

Πίνακας 34. Συγκεντρωτικά Στοιχεία -Αντικειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά ειδικότητα

| Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|---|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαφωκί | 15 | 22 | 19 | 12 | 68 | 51.72% | 62.86% | 63.33% | 37.50% | 53.97% |
| Διαφωκί απόλυτα | 2 | 4 | 2 | 1 | 9 | 6.90% | 11.43% | 6.67% | 3.13% | 7.14% |
| Όχιτε συμφωκί ούτε διαφωκί | 10 | 5 | 5 | 17 | 37 | 34.48% | 14.29% | 16.67% | 53.13% | 29.37% |
| Συμφωκί | 1 | 4 | 4 | 2 | 11 | 3.45% | 11.43% | 13.33% | 6.25% | 8.73% |
| Συμφωκί απόλυτα | 1 | | | | 1 | 3.45% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.79% |
| Grand Total | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Μια κατευθυντήρια οδηγία ενδέχεται να εμπιρέχια πολλαπλές υπό-οδηγίες | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαφωκί | 7 | 11 | 9 | 7 | 34 | 24.14% | 31.43% | 30.00% | 21.88% | 26.96% |
| Διαφωκί απόλυτα | 1 | | | | 1 | 3.45% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.79% |
| Όχιτε συμφωκί ούτε διαφωκί | 12 | 7 | 12 | 7 | 38 | 41.38% | 20.00% | 40.00% | 21.88% | 30.16% |
| Συμφωκί | 9 | 17 | 8 | 18 | 52 | 31.03% | 48.57% | 26.67% | 56.25% | 41.27% |
| Συμφωκί απόλυτα | | | 1 | | 1 | 0.00% | 0.00% | 3.33% | 0.00% | 0.79% |
| Grand Total | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Σίχνα υπάρχουν λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαφωκί | 4 | 3 | 4 | 3 | 14 | 13.79% | 8.57% | 13.33% | 9.38% | 11.11% |
| Διαφωκί απόλυτα | 15 | 12 | 11 | 11 | 49 | 51.72% | 34.29% | 36.67% | 34.38% | 38.89% |
| Όχιτε συμφωκί ούτε διαφωκί | 10 | 19 | 13 | 17 | 59 | 34.48% | 54.29% | 43.33% | 53.13% | 46.83% |
| Συμφωκί | | 1 | 2 | 1 | 4 | 0.00% | 2.86% | 6.67% | 3.13% | 3.17% |
| Συμφωκί απόλυτα | | | | | | | | | | |
| Grand Total | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Υπάρχουν αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών και σε αρκετές | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαφωκί | 5 | 13 | 6 | 9 | 33 | 17.24% | 37.14% | 20.00% | 26.13% | 26.19% |
| Διαφωκί απόλυτα | | 3 | 4 | 3 | 14 | 0.00% | 0.00% | 3.33% | 0.00% | 0.79% |
| Όχιτε συμφωκί ούτε διαφωκί | 12 | 9 | 12 | 17 | 50 | 41.38% | 25.71% | 40.00% | 53.13% | 39.68% |
| Συμφωκί | 8 | 10 | 8 | 6 | 32 | 27.59% | 28.57% | 26.67% | 18.75% | 25.40% |
| Συμφωκί απόλυτα | 4 | 3 | 3 | | 10 | 13.79% | 8.57% | 10.00% | 0.00% | 7.94% |
| Grand Total | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Σίχνα υπάρχει η αντίληψη ότι μια κατευθυντήρια οδηγία είναι ήδη | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαφωκί | 11 | 12 | 8 | 18 | 49 | 37.93% | 34.29% | 26.67% | 56.25% | 36.89% |
| Διαφωκί απόλυτα | | 3 | 1 | | 4 | 0.00% | 8.57% | 3.33% | 0.00% | 3.17% |
| Όχιτε συμφωκί ούτε διαφωκί | 7 | 8 | 11 | 8 | 34 | 24.14% | 22.86% | 36.67% | 25.00% | 26.96% |
| Συμφωκί | 10 | 12 | 9 | 6 | 37 | 34.48% | 34.29% | 30.00% | 18.75% | 29.37% |
| Συμφωκί απόλυτα | 1 | | 1 | | 2 | 3.45% | 0.00% | 3.33% | 0.00% | 1.59% |
| Grand Total | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα Ειδικότητα, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν | Column Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαφωκί | 4 | 5 | 4 | 4 | 17 | 13.79% | 14.29% | 13.33% | 12.50% | 13.49% |
| Διαφωκί απόλυτα | 3 | 2 | 1 | 1 | 7 | 10.34% | 5.71% | 3.33% | 3.13% | 5.56% |
| Όχιτε συμφωκί ούτε διαφωκί | 3 | 5 | 7 | 2 | 17 | 10.34% | 14.29% | 23.33% | 6.25% | 13.49% |
| Συμφωκί | 18 | 21 | 16 | 23 | 78 | 62.07% | 60.00% | 53.33% | 71.88% | 61.90% |
| Συμφωκί απόλυτα | 1 | 2 | 2 | 2 | 7 | 3.45% | 5.71% | 6.67% | 6.25% | 5.56% |
| Grand Total | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

Οι πνευμονολόγοι με συγκριτικά πολύ μεγαλύτερο ποσοστό έναντι των άλλων ειδικοτήτων δείχνει να συμμερίζονται την άποψη ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες ενδέχεται να είναι περίπλοκες. Από όλες τις ειδικότητες οι καρδιολόγοι συμφωνούν με ποσοστό 70% ότι δεν είναι .

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες] NOT_FOUND



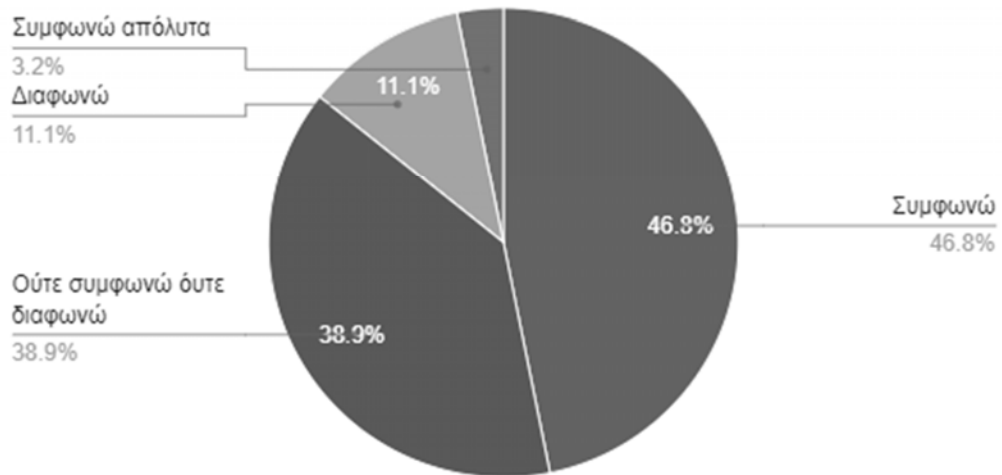
Διάγραμμα 15. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες

Πίνακας 35. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 51,72% | 62,86% | 63,33% | 37,50% | 53,97% |
| 6,90% | 11,43% | 6,67% | 3,13% | 7,14% |
| 34,48% | 14,29% | 16,67% | 53,13% | 29,37% |
| 3,45% | 11,43% | 13,33% | 6,25% | 8,73% |
| 3,45% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Ταυτόχρονα όμως οι καρδιολόγοι είναι αυτοί που με μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνουν ότι συχνά υπάρχουν λόγοι διαφωνίας με αυτές με ποσοστό 58%.

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Συχνά υπάρχουν λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες] NOT_FOUND



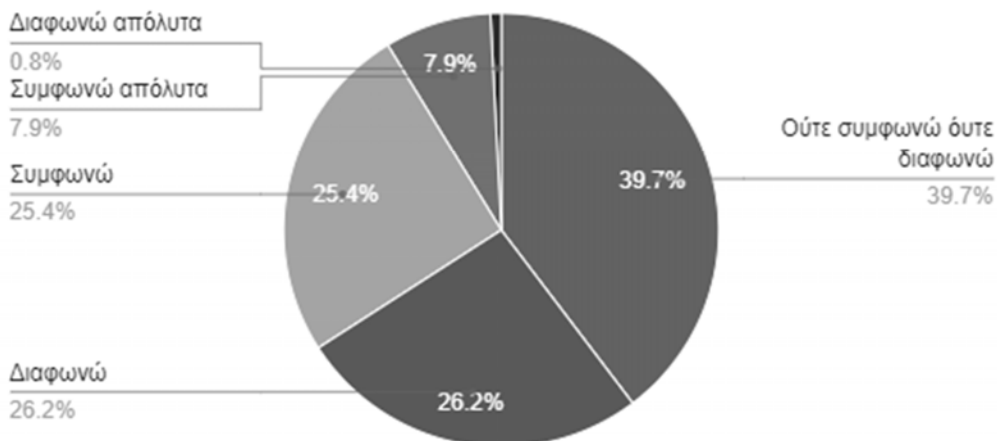
Διάγραμμα 16. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες

Πίνακας 36. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 13,79% | 8,57% | 13,33% | 9,38% | 11,11% |
| 51,72% | 34,29% | 36,67% | 34,38% | 38,89% |
| 34,48% | 54,29% | 43,33% | 53,13% | 46,83% |
| 0,00% | 2,86% | 6,67% | 3,13% | 3,17% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Όλες οι ειδικότητες εμφανίζονται μοιρασμένες στο αν υπάρχουν αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών και σε αρκετές περιπτώσεις ενδέχεται να συγκρούονται και μεταξύ τους

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Υπάρχουν αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών και σε αρκετές περιπτώσεις ενδέχεται να συγκρούονται και μεταξύ τους] NOT_FOUND



Διάγραμμα 17. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών

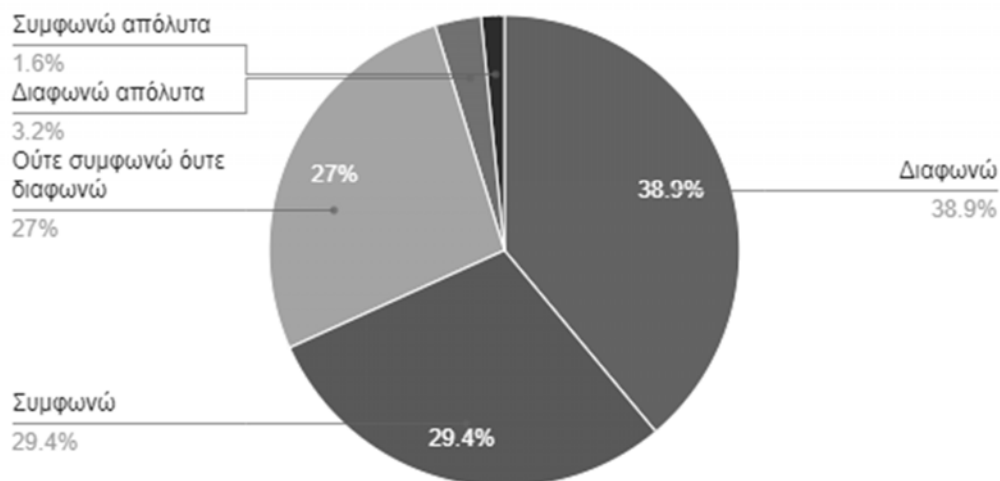
Πίνακας 37. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 17,24% | 37,14% | 20,00% | 28,13% | 26,19% |
| 0,00% | 0,00% | 3,33% | 0,00% | 0,79% |
| 41,38% | 25,71% | 40,00% | 53,13% | 39,68% |
| 27,59% | 28,57% | 26,67% | 18,75% | 25,40% |
| 13,79% | 8,57% | 10,00% | 0,00% | 7,94% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Με τα ποσοστά συμφωνώ και διαφωνώ να έχουν σχεδόν τα ίδια ποσοστά, 26,16% και 25,40 αντίστοιχα.

Ταύτιση ανάλογη υπάρχει και στην ερώτηση αν υπάρχει η αντίληψη ότι μια κατευθυντήρια οδηγία είναι ήδη ξεπερασμένη

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Συχνά υπάρχει η αντίληψη ότι μια κατευθυντήρια οδηγία είναι ήδη ξεπερασμένη] NOT_FOUND



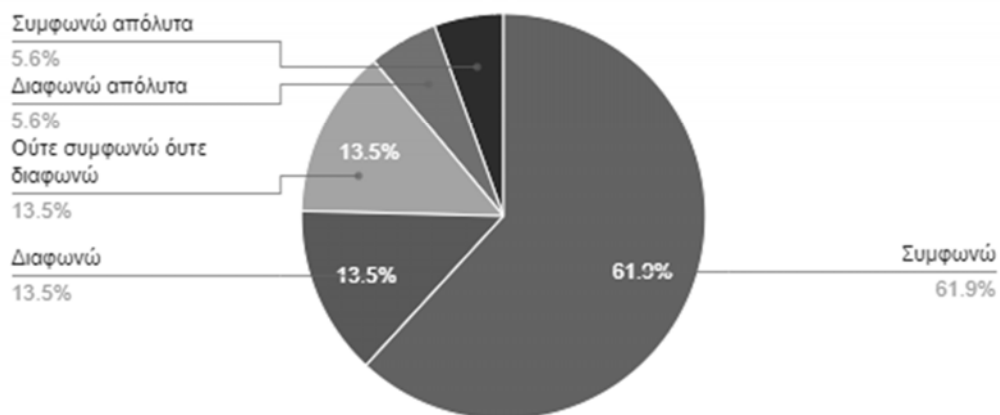
Διάγραμμα 18. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – ξεπερασμένες κατευθυντήριες οδηγίες

Πίνακας 38. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – ξεπερασμένες κατευθυντήριες οδηγίες

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 37,93% | 34,29% | 26,67% | 56,25% | 38,89% |
| 0,00% | 8,57% | 3,33% | 0,00% | 3,17% |
| 24,14% | 22,86% | 36,67% | 25,00% | 26,98% |
| 34,48% | 34,29% | 30,00% | 18,75% | 29,37% |
| 3,45% | 0,00% | 3,33% | 0,00% | 1,59% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Τέλος όλες οι ειδικότητες συμφωνούν ότι υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα/ Ευκολία, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα/ Ευκολία, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση] NOT_FOUND



Διάγραμμα 19. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Περιορισμοί

Πίνακας 39. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Περιορισμοί

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 13,79% | 14,29% | 13,33% | 12,50% | 13,49% |
| 10,34% | 5,71% | 3,33% | 3,13% | 5,56% |
| 10,34% | 14,29% | 23,33% | 6,25% | 13,49% |
| 62,07% | 60,00% | 53,33% | 71,88% | 61,90% |
| 3,45% | 5,71% | 6,67% | 6,25% | 5,56% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

8.9 Στατιστικά αποτελέσματα, «αντικειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «επαγγελματική ιδιότητα»

Πίνακας 40. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Αντικειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά επαγγελματική ιδιότητα

| Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περιπλοκές | | | | | Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | |
|---|---------------|----------------------|-------------------|----------------------------|---------------|----------------------|----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|
| Row Labels | Column Labels | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφάνει | Ειδικευόμενος | 14 | 19 | 21 | 54 | 60,87% | 59,38% | 45,65% | 56,00% | 53,97% |
| Διαφάνει απόλυτα | Ειδικευόμενος | 3 | 3 | 3 | 9 | 13,04% | 9,38% | 6,52% | 0,00% | 7,14% |
| Όχι συμφωνία διατε διαφανούς | Ειδικευόμενος | 6 | 6 | 18 | 30 | 26,09% | 18,13% | 39,13% | 28,00% | 29,37% |
| Συμφωνία | Ειδικευόμενος | 1 | 4 | 4 | 9 | 0,00% | 12,69% | 8,70% | 12,00% | 9,73% |
| Συμφωνία απόλυτα | Ειδικευόμενος | 1 | 1 | 1 | 3 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 4,00% | 0,79% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 125 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Μια κατευθυντήρια οδηγία ενδέχεται να εμπεριέχει πολλαπλές υπό-οδηγίες και να δυσχεραίνει την υλοποίησή της | | | | | | | | | | |
| Row Labels | Column Labels | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφάνει | Ειδικευόμενος | 6 | 12 | 12 | 30 | 26,09% | 37,50% | 26,09% | 16,00% | 26,98% |
| Διαφάνει απόλυτα | Ειδικευόμενος | 1 | 3 | 6 | 10 | 0,00% | 3,13% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| Όχι συμφωνία διατε διαφανούς | Ειδικευόμενος | 9 | 7 | 14 | 30 | 39,13% | 21,88% | 30,43% | 32,00% | 30,16% |
| Συμφωνία | Ειδικευόμενος | 8 | 11 | 20 | 39 | 34,78% | 34,38% | 43,48% | 52,00% | 41,27% |
| Συμφωνία απόλυτα | Ειδικευόμενος | 1 | 1 | 1 | 3 | 0,00% | 3,13% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Σχετικά υπάρχουν λίγα διαφανείς με τις οδηγίες | | | | | | | | | | |
| Row Labels | Column Labels | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφάνει | Ειδικευόμενος | 1 | 3 | 6 | 10 | 4,35% | 9,38% | 13,04% | 16,00% | 11,11% |
| Διαφάνει απόλυτα | Ειδικευόμενος | 8 | 10 | 22 | 40 | 34,78% | 31,25% | 47,83% | 36,00% | 38,89% |
| Όχι συμφωνία διατε διαφανούς | Ειδικευόμενος | 13 | 17 | 18 | 48 | 56,52% | 53,13% | 39,13% | 44,00% | 46,83% |
| Συμφωνία | Ειδικευόμενος | 1 | 2 | 4 | 7 | 4,35% | 6,25% | 9,00% | 4,00% | 3,17% |
| Συμφωνία απόλυτα | Ειδικευόμενος | 1 | 1 | 1 | 3 | 0,00% | 3,13% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Υπάρχουν αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών και σε αρκετές περιπτώσεις ενδέχεται να συγκρούονται και μεταξύ τους | | | | | | | | | | |
| Row Labels | Column Labels | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφάνει | Ειδικευόμενος | 7 | 12 | 10 | 29 | 30,43% | 37,50% | 21,74% | 16,00% | 28,19% |
| Διαφάνει απόλυτα | Ειδικευόμενος | 5 | 9 | 1 | 15 | 0,00% | 0,00% | 2,17% | 0,00% | 0,79% |
| Όχι συμφωνία διατε διαφανούς | Ειδικευόμενος | 9 | 6 | 10 | 25 | 21,74% | 28,13% | 50,00% | 52,00% | 30,68% |
| Συμφωνία | Ειδικευόμενος | 2 | 5 | 2 | 9 | 8,70% | 15,63% | 4,35% | 4,00% | 7,94% |
| Συμφωνία απόλυτα | Ειδικευόμενος | 1 | 1 | 1 | 3 | 0,00% | 3,13% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Σχετικά υπάρχει η αντίληψη ότι μια κατευθυντήρια οδηγία είναι ήδη εμπεριεχόμενη | | | | | | | | | | |
| Row Labels | Column Labels | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφάνει | Ειδικευόμενος | 6 | 12 | 22 | 40 | 26,09% | 37,50% | 47,83% | 36,00% | 38,89% |
| Διαφάνει απόλυτα | Ειδικευόμενος | 1 | 2 | 1 | 4 | 4,35% | 6,25% | 2,17% | 0,00% | 3,17% |
| Όχι συμφωνία διατε διαφανούς | Ειδικευόμενος | 7 | 8 | 9 | 24 | 30,43% | 25,00% | 19,57% | 40,00% | 26,98% |
| Συμφωνία | Ειδικευόμενος | 9 | 9 | 13 | 31 | 39,13% | 28,13% | 28,26% | 24,00% | 29,37% |
| Συμφωνία απόλυτα | Ειδικευόμενος | 1 | 1 | 1 | 3 | 0,00% | 3,13% | 2,17% | 0,00% | 1,59% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, ποσότητα, Προσβασιμότητα Ευκαλία, διαθέσιμα, υλοποιητικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση | | | | | | | | | | |
| Row Labels | Column Labels | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
| Διαφάνει | Ειδικευόμενος | 2 | 4 | 9 | 15 | 8,70% | 12,50% | 19,57% | 8,00% | 13,49% |
| Διαφάνει απόλυτα | Ειδικευόμενος | 1 | 2 | 2 | 5 | 0,00% | 6,25% | 4,35% | 0,00% | 5,56% |
| Όχι συμφωνία διατε διαφανούς | Ειδικευόμενος | 3 | 3 | 7 | 13 | 13,04% | 9,38% | 15,22% | 16,00% | 13,49% |
| Συμφωνία | Ειδικευόμενος | 16 | 22 | 24 | 62 | 69,57% | 68,75% | 52,17% | 64,00% | 61,90% |
| Συμφωνία απόλυτα | Ειδικευόμενος | 2 | 1 | 4 | 7 | 8,70% | 3,13% | 8,70% | 0,00% | 5,56% |
| Grand Total | | 23 | 32 | 46 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Οι νοσοκομειακοί γιατροί στο σύνολο τους τείνουν να διαφωνούν σε σύγκριση με τους ιδιώτες ότι μια κατευθυντήρια οδηγία ενδέχεται να εμπεριέχει πολλαπλές υπό-οδηγίες που να δυσχεραίνει την υιοθέτησή της.

Πίνακας 41. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Υπό-οδηγίες

| Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
|---------------|----------------------|-------------------|----------------------------|-------------|
| 26,09% | 37,50% | 26,09% | 16,00% | 26,98% |
| 0,00% | 3,13% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| 39,13% | 21,88% | 30,43% | 32,00% | 30,16% |
| 34,78% | 34,38% | 43,48% | 52,00% | 41,27% |
| 0,00% | 3,13% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Ενώ ταυτόχρονα συμφωνούν και σε μεγαλύτερο ποσοστό έναντι των ιδιωτών ότι συχνά υπάρχουν λόγοι διαφωνίας με αυτές

Πίνακας 42. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Λόγοι διαφωνίας

| Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
|---------------|----------------------|-------------------|----------------------------|-------------|
| 4,35% | 9,38% | 13,04% | 16,00% | 11,11% |
| 34,78% | 31,25% | 47,83% | 36,00% | 38,89% |
| 56,52% | 53,13% | 39,13% | 44,00% | 46,83% |
| 4,35% | 6,25% | 0,00% | 4,00% | 3,17% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Πρέπει να ληφθεί υπόψιν ότι νοσοκομειακοί και ιδιώτες ταυτίζονται με ποσοστό ομοφωνίας κοντά στο 60% ότι πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα/ Ευκολία, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση.

Πίνακας 43. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Περιορισμοί

| Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
|---------------|----------------------|-------------------|----------------------------|-------------|
| 8,70% | 12,50% | 19,57% | 8,00% | 13,49% |
| 0,00% | 6,25% | 4,35% | 12,00% | 5,56% |
| 13,04% | 9,38% | 15,22% | 16,00% | 13,49% |
| 69,57% | 68,75% | 52,17% | 64,00% | 61,90% |
| 8,70% | 3,13% | 8,70% | 0,00% | 5,56% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

8.10 Στατιστικά αποτελέσματα, «αντικειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «εργασιακή εμπειρία»

Πίνακας 44. Συγκεντρωτικά Στοιχεία – αντικειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά εργασιακή εμπειρία

| Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες | | | | | | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | |
|--|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|----------------|------------------|----------------|-----------------|----------------|--------|
| Row Labels | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | |
| Διαφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 20 | 11 | 17 | 20 | 54,05% | 39,29% | 68,00% | 55,56% | 53,97% | |
| Διαφωκί απόλυτα | 1 έως 7 χρόνια | 3 | 2 | 1 | 3 | 8,11% | 7,14% | 4,00% | 8,33% | 7,14% | |
| Όλες συμφωκί όπτε Διαφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 12 | 11 | 2 | 12 | 32,43% | 39,29% | 8,00% | 33,33% | 29,37% | |
| Συμφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 2 | 4 | 5 | 11 | 5,41% | 14,29% | 20,00% | 0,00% | 8,73% | |
| Συμφωκί απόλυτα | 1 έως 7 χρόνια | | | | 1 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 2,78% | 0,79% | |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | |
| | | | | | | | | | | | |
| Μια κατευθυντήρια οδηγία ενδέχεται να εμπεριέχει πολλαπλές υπό-οδηγίες και να δυσχεραίνει την υιοθέτηση της | | | | | | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | |
| Row Labels | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | |
| Διαφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 7 | 6 | 10 | 11 | 34 | 18,92% | 21,43% | 40,00% | 30,56% | 26,98% |
| Διαφωκί απόλυτα | 1 έως 7 χρόνια | | | | 1 | 1 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 2,78% | 0,79% |
| Όλες συμφωκί όπτε Διαφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 15 | 9 | 5 | 9 | 38 | 40,54% | 32,14% | 20,00% | 25,00% | 30,16% |
| Συμφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 15 | 13 | 9 | 15 | 52 | 40,54% | 46,43% | 36,00% | 41,67% | 41,27% |
| Συμφωκί απόλυτα | 1 έως 7 χρόνια | | | 1 | 1 | 1 | 0,00% | 0,00% | 4,00% | 0,00% | 0,79% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | |
| | | | | | | | | | | | |
| Σχέτα υπάρχουν λόγοι διαφωκί με τις οδηγίες | | | | | | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | |
| Row Labels | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | |
| Διαφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 2 | 3 | 2 | 7 | 14 | 5,41% | 10,71% | 8,00% | 19,44% | 11,11% |
| Όλες συμφωκί όπτε Διαφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 14 | 13 | 8 | 14 | 49 | 37,64% | 46,43% | 32,00% | 38,89% | 38,89% |
| Συμφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 20 | 11 | 14 | 14 | 59 | 54,05% | 39,29% | 56,00% | 38,89% | 46,83% |
| Συμφωκί απόλυτα | 1 έως 7 χρόνια | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2,70% | 3,57% | 4,00% | 2,78% | 3,17% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | |
| | | | | | | | | | | | |
| Υπάρχουν αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών και σε αρκετές περιπτώσεις ενδέχεται να συγκρούονται και μεταξύ τους | | | | | | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | |
| Row Labels | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | |
| Διαφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 10 | 8 | 10 | 5 | 33 | 27,03% | 28,57% | 40,00% | 13,89% | 26,19% |
| Διαφωκί απόλυτα | 1 έως 7 χρόνια | | | | 1 | 1 | 0,00% | 3,57% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| Όλες συμφωκί όπτε Διαφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 12 | 10 | 8 | 20 | 50 | 32,43% | 35,71% | 32,00% | 55,56% | 39,68% |
| Συμφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 13 | 5 | 6 | 8 | 32 | 35,14% | 17,86% | 24,00% | 22,22% | 25,40% |
| Συμφωκί απόλυτα | 1 έως 7 χρόνια | 2 | 4 | 1 | 3 | 10 | 5,41% | 14,29% | 4,00% | 8,33% | 7,94% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | |
| | | | | | | | | | | | |
| Σχέτα υπάρχει η αντίληψη ότι μια κατευθυντήρια οδηγία είναι ήδη ζήτηρσμένη | | | | | | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | |
| Row Labels | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | |
| Διαφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 12 | 9 | 9 | 19 | 49 | 32,43% | 32,14% | 36,00% | 52,78% | 38,89% |
| Διαφωκί απόλυτα | 1 έως 7 χρόνια | | 2 | 1 | 1 | 4 | 0,00% | 7,14% | 4,00% | 2,78% | 3,17% |
| Όλες συμφωκί όπτε Διαφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 9 | 8 | 10 | 7 | 34 | 24,32% | 28,57% | 40,00% | 19,44% | 26,98% |
| Συμφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 15 | 8 | 5 | 9 | 37 | 40,54% | 28,57% | 20,00% | 25,00% | 29,37% |
| Συμφωκί απόλυτα | 1 έως 7 χρόνια | 1 | 1 | | 2 | 2 | 2,70% | 3,57% | 0,00% | 0,00% | 1,59% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | |
| | | | | | | | | | | | |
| Πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα, Ευκολία, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση | | | | | | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | |
| Row Labels | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | |
| Διαφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 6 | 6 | 4 | 1 | 17 | 16,22% | 21,43% | 16,00% | 2,78% | 13,49% |
| Διαφωκί απόλυτα | 1 έως 7 χρόνια | 2 | 1 | 1 | 3 | 7 | 5,41% | 3,57% | 4,00% | 8,33% | 5,56% |
| Όλες συμφωκί όπτε Διαφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 4 | 2 | 3 | 8 | 17 | 10,81% | 7,14% | 12,00% | 22,22% | 13,49% |
| Συμφωκί | 1 έως 7 χρόνια | 21 | 18 | 16 | 23 | 78 | 56,76% | 64,29% | 64,00% | 63,89% | 61,90% |
| Συμφωκί απόλυτα | 1 έως 7 χρόνια | 4 | 1 | 1 | 1 | 7 | 10,81% | 3,57% | 4,00% | 2,78% | 5,56% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | |

Στις ερωτήσεις αν οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες και αν μια κατευθυντήρια οδηγία ενδέχεται να εμπεριέχει πολλαπλές υπό-οδηγίες και να δυσχεραίνει την υιοθέτηση της παρατηρείται μια σχετική ταύτιση

Πίνακας 45. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Περιπλοκότητα

| 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| 54,05% | 39,29% | 68,00% | 55,56% | 53,97% |
| 8,11% | 7,14% | 4,00% | 8,33% | 7,14% |
| 32,43% | 39,29% | 8,00% | 33,33% | 29,37% |
| 5,41% | 14,29% | 20,00% | 0,00% | 8,73% |
| 0,00% | 0,00% | 0,00% | 2,78% | 0,79% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Πίνακας 46. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Υπό-οδηγίες

| 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| 18,92% | 21,43% | 40,00% | 30,56% | 26,98% |
| 0,00% | 0,00% | 0,00% | 2,78% | 0,79% |
| 40,54% | 32,14% | 20,00% | 25,00% | 30,16% |
| 40,54% | 46,43% | 36,00% | 41,67% | 41,27% |
| 0,00% | 0,00% | 4,00% | 0,00% | 0,79% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Παρόμοια αποτελέσματα λαμβάνουμε και αναφορικά με το αν συχνά υπάρχουν λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες

Οι έχοντες εργασιακή εμπειρία 8 έως 15 χρόνια τείνουν να διαφωνούν σημαντικά περισσότερο τόσο στο αν συχνά υπάρχουν λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες

Πίνακας 47. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Λόγοι διαφωνίας

| 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| 5,41% | 10,71% | 8,00% | 19,44% | 11,11% |
| 37,84% | 46,43% | 32,00% | 38,89% | 38,89% |
| 54,05% | 39,29% | 56,00% | 38,89% | 46,83% |
| 2,70% | 3,57% | 4,00% | 2,78% | 3,17% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

αλλά και στο αν υπάρχει η αντίληψη ότι μια κατευθυντήρια οδηγία είναι ήδη ξεπερασμένη

Πίνακας 48. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Ξεπερασμένες κατευθυντήριες οδηγίες

| 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| 32,43% | 32,14% | 36,00% | 52,78% | 38,89% |
| 0,00% | 7,14% | 4,00% | 2,78% | 3,17% |
| 24,32% | 28,57% | 40,00% | 19,44% | 26,98% |
| 40,54% | 28,57% | 20,00% | 25,00% | 29,37% |
| 2,70% | 3,57% | 0,00% | 0,00% | 1,59% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Όλοι συμφωνούν ότι πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα/ Ευκολία, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση, με ποσοστά κοντά στο 70%.

Πίνακας 49. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Περιορισμοί

| 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| 16,22% | 21,43% | 16,00% | 2,78% | 13,49% |
| 5,41% | 3,57% | 4,00% | 8,33% | 5,56% |
| 10,81% | 7,14% | 12,00% | 22,22% | 13,49% |
| 56,76% | 64,29% | 64,00% | 63,89% | 61,90% |
| 10,81% | 3,57% | 4,00% | 2,78% | 5,56% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

8.10 Στατιστικά αποτελέσματα, «αντικειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «φύλο»

Πίνακας 50. Συγκεντρωτικά στοιχεία – αντικειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά φύλο

| Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες | | | | Column Labels | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
|--|-----------|-----------|-------------|----------------|----------------|----------------|-------------|
| Row Labels | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | | | |
| Διαφωνώ | 31 | 37 | 68 | 49,21% | 58,73% | 53,97% | |
| Διαφωνώ απόλυτα | 6 | 3 | 9 | 9,52% | 4,76% | 7,14% | |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 18 | 19 | 37 | 28,57% | 30,16% | 29,37% | |
| Συμφωνώ | 7 | 4 | 11 | 11,11% | 6,35% | 8,73% | |
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | | 1 | 1,59% | 0,00% | 0,79% | |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | |
| Μια κατευθυντήρια οδηγία ενδέχεται να εμπεριέχει πολλαπλές υπό-οδηγίες και να δυσχεραίνει την υιοθέτηση της | | | | | | | |
| Row Labels | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Διαφωνώ | 16 | 18 | 34 | 25,40% | 28,57% | 26,98% | |
| Διαφωνώ απόλυτα | 1 | | 1 | 1,59% | 0,00% | 0,79% | |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 15 | 23 | 38 | 23,81% | 36,51% | 30,16% | |
| Συμφωνώ | 31 | 21 | 52 | 49,21% | 33,33% | 41,27% | |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | 1 | 0,00% | 1,59% | 0,79% | |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | |
| Συχνά υπάρχουν λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες | | | | | | | |
| Row Labels | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Διαφωνώ | 8 | 6 | 14 | 12,70% | 9,52% | 11,11% | |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 22 | 27 | 49 | 34,92% | 42,86% | 38,89% | |
| Συμφωνώ | 33 | 26 | 59 | 52,38% | 41,27% | 46,83% | |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 4 | 4 | 0,00% | 6,35% | 3,17% | |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | |
| Υπάρχουν αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών και σε αρκετές περιπτώσεις ενδέχεται να συγκρούονται και μεταξύ τους | | | | | | | |
| Row Labels | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Διαφωνώ | 15 | 18 | 33 | 23,81% | 28,57% | 26,19% | |
| Διαφωνώ απόλυτα | 1 | | 1 | 1,59% | 0,00% | 0,79% | |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 27 | 23 | 50 | 42,86% | 36,51% | 39,68% | |
| Συμφωνώ | 17 | 15 | 32 | 26,98% | 23,81% | 25,40% | |
| Συμφωνώ απόλυτα | 3 | 7 | 10 | 4,76% | 11,11% | 7,94% | |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | |
| Συχνά υπάρχει η αντίληψη ότι μια κατευθυντήρια οδηγία είναι ήδη ξεπερασμένη | | | | | | | |
| Row Labels | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Διαφωνώ | 23 | 26 | 49 | 36,51% | 41,27% | 38,89% | |
| Διαφωνώ απόλυτα | 3 | 1 | 4 | 4,76% | 1,59% | 3,17% | |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 20 | 14 | 34 | 31,75% | 22,22% | 26,98% | |
| Συμφωνώ | 16 | 21 | 37 | 25,40% | 33,33% | 29,37% | |
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 1 | 2 | 1,59% | 1,59% | 1,59% | |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | |
| Πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα/ Ευκολία, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση | | | | | | | |
| Row Labels | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Διαφωνώ | 8 | 9 | 17 | 12,70% | 14,29% | 13,49% | |
| Διαφωνώ απόλυτα | 4 | 3 | 7 | 6,35% | 4,76% | 5,56% | |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 10 | 7 | 17 | 15,87% | 11,11% | 13,49% | |
| Συμφωνώ | 36 | 42 | 78 | 57,14% | 66,67% | 61,90% | |
| Συμφωνώ απόλυτα | 5 | 2 | 7 | 7,94% | 3,17% | 5,56% | |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | |

Οι άντρες σε μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύουν ότι μια κατευθυντήρια οδηγία ενδέχεται να εμπεριέχει πολλαπλές υπό-οδηγίες και να δυσχεραίνει την υιοθέτηση της

Πίνακας 51. Ποσοστά ανά φύλο – Υπό-οδηγίες

| Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
|----------------|---------|-------------|
| | | |
| 25,40% | 28,57% | 26,98% |
| 1,59% | 0,00% | 0,79% |
| 23,81% | 36,51% | 30,16% |
| 49,21% | 33,33% | 41,27% |
| 0,00% | 1,59% | 0,79% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Αλλά και ότι υπάρχουν συχνά λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες

Πίνακας 52. Ποσοστά ανά φύλο – Λόγοι διαφωνίας

| Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
|---------|---------|-------------|
| | | |
| 12,70% | 9,52% | 11,11% |
| 34,92% | 42,86% | 38,89% |
| 52,38% | 41,27% | 46,83% |
| 0,00% | 6,35% | 3,17% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Τέλος και οι δυο ομάδες συμφωνούν με ποσοστά κοντά στο 60% ότι πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα/ Ευκολία, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση

Πίνακας 53. Ποσοστά ανά φύλο – Περιορισμοί

| Άντρας | Γυναίκα | Grand Total |
|---------|---------|-------------|
| | | |
| 12,70% | 14,29% | 13,49% |
| 6,35% | 4,76% | 5,56% |
| 15,87% | 11,11% | 13,49% |
| 57,14% | 66,67% | 61,90% |
| 7,94% | 3,17% | 5,56% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% |

8.11 Στατιστικά αποτελέσματα, «αντικειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «ηλικία»

Πίνακας 54. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Αντικειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά ηλικία

| Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες | | | | | | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | |
|--|---------------|-----------|-----------|-----------|------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Row Labels | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Διαφωνώ | 30-35 | 10 | 26 | 18 | 14 | 68 | 55,56% | 53,06% | 52,94% | 56,00% | 53,97% |
| Διαφωνώ απόλυτα | 30-35 | 2 | 4 | 1 | 2 | 9 | 11,11% | 8,16% | 2,94% | 8,00% | 7,14% |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 30-35 | 6 | 16 | 11 | 4 | 37 | 33,33% | 32,65% | 32,35% | 16,00% | 29,37% |
| Συμφωνώ | 30-35 | | 2 | 4 | 5 | 11 | 0,00% | 4,08% | 11,76% | 20,00% | 8,73% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 30-35 | | 1 | | | 1 | 0,00% | 2,04% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| Grand Total | | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Μια κατευθυντήρια οδηγία ενδέχεται να περιέχει πολλαπλές υπό-οδηγίες και να δυσχεραίνει την υιοθέτησή της | | | | | | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | |
| Row Labels | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Διαφωνώ | 30-35 | 5 | 11 | 8 | 10 | 34 | 27,78% | 22,45% | 23,53% | 40,00% | 26,98% |
| Διαφωνώ απόλυτα | 30-35 | | 1 | | | 1 | 0,00% | 2,04% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 30-35 | 8 | 17 | 7 | 6 | 38 | 44,44% | 34,69% | 20,59% | 24,00% | 30,16% |
| Συμφωνώ | 30-35 | 5 | 20 | 18 | 9 | 52 | 27,78% | 40,82% | 52,94% | 36,00% | 41,27% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 30-35 | | | 1 | | 1 | 0,00% | 0,00% | 2,94% | 0,00% | 0,79% |
| Grand Total | | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Συχνά υπάρχουν λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες | | | | | | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | |
| Row Labels | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Διαφωνώ | 30-35 | 1 | 7 | 4 | 2 | 14 | 5,56% | 14,29% | 11,76% | 8,00% | 11,11% |
| Διαφωνώ απόλυτα | 30-35 | | 1 | | | 1 | 0,00% | 2,04% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 30-35 | 9 | 17 | 14 | 9 | 49 | 50,00% | 34,69% | 41,18% | 36,00% | 38,89% |
| Συμφωνώ | 30-35 | 7 | 25 | 13 | 14 | 59 | 38,89% | 51,02% | 38,24% | 56,00% | 46,83% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 30-35 | 1 | | 3 | | 4 | 5,56% | 0,00% | 8,82% | 0,00% | 3,17% |
| Grand Total | | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Υπάρχουν αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών και σε αρκετές περιπτώσεις ενδέχεται να συγκρούονται και μεταξύ τους | | | | | | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | |
| Row Labels | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Διαφωνώ | 30-35 | 3 | 11 | 10 | 9 | 33 | 16,67% | 22,45% | 29,41% | 36,00% | 26,19% |
| Διαφωνώ απόλυτα | 30-35 | | | | 1 | 1 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 4,00% | 0,79% |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 30-35 | 6 | 22 | 16 | 6 | 50 | 33,33% | 44,90% | 47,06% | 24,00% | 39,68% |
| Συμφωνώ | 30-35 | 7 | 13 | 4 | 8 | 32 | 38,89% | 26,53% | 11,76% | 32,00% | 25,40% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 30-35 | 2 | 3 | 4 | 1 | 10 | 11,11% | 6,12% | 11,76% | 4,00% | 7,94% |
| Grand Total | | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Συχνά υπάρχει η αντίληψη ότι μια κατευθυντήρια οδηγία είναι ήδη ξεπερασμένη | | | | | | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | |
| Row Labels | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Διαφωνώ | 30-35 | 4 | 26 | 12 | 7 | 49 | 22,22% | 53,06% | 35,29% | 28,00% | 38,89% |
| Διαφωνώ απόλυτα | 30-35 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 5,56% | 0,00% | 5,88% | 4,00% | 3,17% |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 30-35 | 6 | 7 | 11 | 10 | 34 | 33,33% | 14,29% | 32,35% | 40,00% | 26,98% |
| Συμφωνώ | 30-35 | 7 | 15 | 8 | 7 | 37 | 38,89% | 30,61% | 23,53% | 28,00% | 29,37% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 30-35 | | 1 | 1 | | 2 | 0,00% | 2,04% | 2,94% | 0,00% | 1,59% |
| Grand Total | | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα/ Ευκολία, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση | | | | | | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | |
| Row Labels | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Διαφωνώ | 30-35 | 3 | 6 | 3 | 5 | 17 | 16,67% | 12,24% | 8,82% | 20,00% | 13,49% |
| Διαφωνώ απόλυτα | 30-35 | | 4 | 3 | | 7 | 0,00% | 8,16% | 8,82% | 0,00% | 5,56% |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | 30-35 | 1 | 11 | 2 | 3 | 17 | 5,56% | 22,45% | 5,88% | 12,00% | 13,49% |
| Συμφωνώ | 30-35 | 14 | 23 | 25 | 16 | 78 | 77,78% | 46,94% | 73,53% | 64,00% | 61,90% |
| Συμφωνώ απόλυτα | 30-35 | | 5 | 1 | 1 | 7 | 0,00% | 10,20% | 2,94% | 4,00% | 5,56% |
| Grand Total | | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Οι άνω των 55 συμφωνούν περισσότερο με ποσοστό 20% ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες

Πίνακας 55. Ποσοστά ανά ηλικία – Περιπλοκότητα

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 55,56% | 53,06% | 52,94% | 56,00% | 53,97% |
| 11,11% | 8,16% | 2,94% | 8,00% | 7,14% |
| 33,33% | 32,65% | 32,35% | 16,00% | 29,37% |
| 0,00% | 4,08% | 11,76% | 20,00% | 8,73% |
| 0,00% | 2,04% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Ενώ και γενικότερα οι άνω των 35 ετών δηλώνουν ότι μια κατευθυντήρια οδηγία ενδέχεται να εμπεριέχει πολλαπλές υπό-οδηγίες και να δυσχεραίνει την υιοθέτηση της

Πίνακας 56. Ποσοστά ανά ηλικία – Υπό-οδηγίες

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 27,78% | 22,45% | 23,53% | 40,00% | 26,98% |
| 0,00% | 2,04% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| 44,44% | 34,69% | 20,59% | 24,00% | 30,16% |
| 27,78% | 40,82% | 52,94% | 36,00% | 41,27% |
| 0,00% | 0,00% | 2,94% | 0,00% | 0,79% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Οι άνω των 45 δηλώνουν ότι υπάρχουν αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών και σε αρκετές περιπτώσεις ενδέχεται να συγκρούονται και μεταξύ τους

Πίνακας 57. Ποσοστά ανά ηλικία – Αντικρουόμενοι κανόνες

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 16,67% | 22,45% | 29,41% | 36,00% | 26,19% |
| 0,00% | 0,00% | 0,00% | 4,00% | 0,79% |
| 33,33% | 44,90% | 47,06% | 24,00% | 39,68% |
| 38,89% | 26,53% | 11,76% | 32,00% | 25,40% |
| 11,11% | 6,12% | 11,76% | 4,00% | 7,94% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Σε μεγαλύτερο ποσοστό οι νέες ηλικίες κοντά στο 35% δηλώνουν ότι συχνά υπάρχει η αντίληψη ότι μια κατευθυντήρια οδηγία είναι ήδη ξεπερασμένη

Πίνακας 58. Ποσοστά ανά ηλικία – Ξεπερασμένες κατευθυντήριες οδηγίες

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| | | | | |
| 22,22% | 53,06% | 35,29% | 28,00% | 38,89% |
| 5,56% | 0,00% | 5,88% | 4,00% | 3,17% |
| 33,33% | 14,29% | 32,35% | 40,00% | 26,98% |
| 38,89% | 30,61% | 23,53% | 28,00% | 29,37% |
| 0,00% | 2,04% | 2,94% | 0,00% | 1,59% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Τέλος όλες ανεξαρτήτου ηλικίας πιστεύουν με ποσοστά που αγγίζουν το 70% ότι πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα/ Ευκολία, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση

Πίνακας 59. Ποσοστά ανά ηλικία – Περιορισμοί

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| | | | | |
| 16,67% | 12,24% | 8,82% | 20,00% | 13,49% |
| 0,00% | 8,16% | 8,82% | 0,00% | 5,56% |
| 5,56% | 22,45% | 5,88% | 12,00% | 13,49% |
| 77,78% | 46,94% | 73,53% | 64,00% | 61,90% |
| 0,00% | 10,20% | 2,94% | 4,00% | 5,56% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

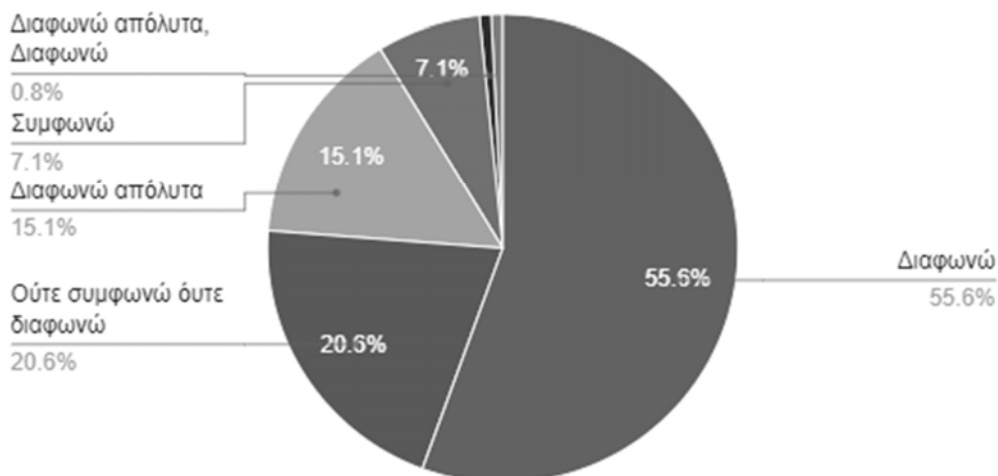
8.12 Στατιστικά αποτελέσματα, «υποκειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «ειδικότητα»

Πίνακας 60. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Υποκειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά ειδικότητα

| Οι γιατροί τείνουν να υποτιμούν τον κλινικό κίνδυνο | Column n Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|--|-----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαρκώς | | 14 | 19 | 17 | 20 | 70 | 48.28% | 54.29% | 56.67% | 62.50% |
| Διαρκώς απόλυτα | | 6 | 8 | 5 | 1 | 20 | 20.69% | 22.86% | 18.67% | 3.13% |
| Όχιτε συστηματικά ούτε διαρκώς | | 7 | 6 | 7 | 6 | 26 | 24.14% | 17.14% | 23.33% | 18.75% |
| Συμμερικώς | | 2 | 2 | 7 | 5 | 9 | 6.90% | 5.71% | 0.00% | 15.63% |
| Συμμερικώς απόλυτα | | | | 1 | | 1 | 0.00% | 0.00% | 3.33% | 0.00% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Η υπερβολική αυτοπεποίθηση ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column n Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαρκώς | | 3 | 15 | 7 | 7 | 32 | 10.34% | 42.86% | 23.33% | 21.88% |
| Διαρκώς απόλυτα | | 3 | 3 | 2 | 1 | 9 | 10.34% | 8.57% | 6.67% | 3.13% |
| Όχιτε συστηματικά ούτε διαρκώς | | 5 | 4 | 8 | 10 | 27 | 17.24% | 11.43% | 26.67% | 31.25% |
| Συμμερικώς | | 17 | 13 | 11 | 9 | 50 | 58.62% | 37.14% | 36.67% | 28.13% |
| Συμμερικώς απόλυτα | | 1 | | 2 | 5 | 8 | 3.45% | 0.00% | 6.67% | 15.63% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Η πίεση χρόνου για τη λήψη απόφασης ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column n Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαρκώς | | 11 | 15 | 14 | 5 | 45 | 37.63% | 42.86% | 46.67% | 15.63% |
| Διαρκώς απόλυτα | | 2 | 1 | 2 | 1 | 6 | 8.50% | 2.86% | 6.67% | 3.13% |
| Όχιτε συστηματικά ούτε διαρκώς | | 3 | 9 | 8 | 4 | 24 | 10.34% | 25.71% | 26.67% | 19.05% |
| Συμμερικώς | | 13 | 10 | 6 | 20 | 49 | 44.83% | 28.57% | 20.00% | 62.50% |
| Συμμερικώς απόλυτα | | | | 2 | 2 | 4 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 1.56% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Η ανάγκη για επείγουσα διαχείριση ενός περιστατικού ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column n Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαρκώς | | 9 | 15 | 12 | 8 | 44 | 31.03% | 42.86% | 40.00% | 25.00% |
| Διαρκώς απόλυτα | | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 | 3.45% | 5.71% | 6.67% | 3.13% |
| Όχιτε συστηματικά ούτε διαρκώς | | 7 | 4 | 4 | 6 | 21 | 24.14% | 11.43% | 13.33% | 18.75% |
| Συμμερικώς | | 12 | 14 | 12 | 17 | 55 | 41.38% | 40.00% | 40.00% | 53.13% |
| Συμμερικώς απόλυτα | | | | | | | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Η πίεση από τους ίδιους τους ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column n Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαρκώς | | 6 | 13 | 10 | 11 | 40 | 20.69% | 37.14% | 33.33% | 34.38% |
| Διαρκώς απόλυτα | | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 6.90% | 2.86% | 3.33% | 3.13% |
| Όχιτε συστηματικά ούτε διαρκώς | | 9 | 8 | 8 | 12 | 37 | 31.03% | 22.86% | 26.67% | 37.50% |
| Συμμερικώς | | 12 | 11 | 10 | 7 | 40 | 41.38% | 31.43% | 33.33% | 21.88% |
| Συμμερικώς απόλυτα | | | 2 | 1 | 1 | 4 | 0.00% | 5.71% | 3.33% | 3.13% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Η διαχείριση μεγάλου όγκου και συχνά αντιφατικών πληροφοριών ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column n Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαρκώς | | 5 | 10 | 8 | 5 | 28 | 17.24% | 28.57% | 26.67% | 15.63% |
| Διαρκώς απόλυτα | | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 | 3.45% | 5.71% | 6.67% | 3.13% |
| Όχιτε συστηματικά ούτε διαρκώς | | 10 | 10 | 10 | 11 | 41 | 34.48% | 28.57% | 33.33% | 34.38% |
| Συμμερικώς | | 13 | 13 | 9 | 14 | 49 | 44.83% | 37.14% | 30.00% | 43.75% |
| Συμμερικώς απόλυτα | | | | 1 | 2 | 3 | 0.00% | 0.00% | 3.33% | 1.56% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκείμενου να αλλάξει η έως τώρα συνήθης κλινική πρακτική και να εφαρμοστούν τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα | Column n Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαρκώς | | 6 | 3 | 7 | 6 | 22 | 20.69% | 8.57% | 23.33% | 18.75% |
| Διαρκώς απόλυτα | | 1 | 2 | 7 | 3 | 13 | 3.45% | 5.71% | 0.00% | 2.38% |
| Όχιτε συστηματικά ούτε διαρκώς | | 14 | 12 | 7 | 13 | 46 | 48.28% | 34.29% | 23.33% | 40.63% |
| Συμμερικώς | | 8 | 17 | 16 | 11 | 52 | 27.58% | 48.57% | 53.33% | 34.38% |
| Συμμερικώς απόλυτα | | | | | 2 | 3 | 0.00% | 2.86% | 0.00% | 2.38% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Η μη τήρηση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου δεν συνεπάγεται ανεπαρκή φροντίδα των ασθενών | Column n Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαρκώς | | 5 | 7 | 10 | 2 | 24 | 17.24% | 20.00% | 33.33% | 6.25% |
| Διαρκώς απόλυτα | | 1 | 3 | 2 | 1 | 6 | 0.00% | 8.57% | 6.67% | 3.13% |
| Όχιτε συστηματικά ούτε διαρκώς | | 10 | 10 | 10 | 6 | 29 | 34.48% | 14.29% | 26.67% | 18.75% |
| Συμμερικώς | | 11 | 19 | 10 | 13 | 53 | 37.93% | 54.29% | 33.33% | 40.63% |
| Συμμερικώς απόλυτα | | 3 | 1 | 10 | 14 | 14 | 10.34% | 2.86% | 0.00% | 31.25% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Είναι δύσκολη η εφαρμογή τους σε πολύπλοκες καταστάσεις | Column n Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαρκώς | | 2 | 11 | 9 | 7 | 29 | 6.90% | 31.43% | 30.00% | 21.88% |
| Διαρκώς απόλυτα | | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3.45% | 2.86% | 3.33% | 0.00% |
| Όχιτε συστηματικά ούτε διαρκώς | | 16 | 5 | 13 | 12 | 46 | 55.17% | 14.29% | 43.33% | 37.50% |
| Συμμερικώς | | 9 | 18 | 7 | 11 | 45 | 31.03% | 51.43% | 23.33% | 34.38% |
| Συμμερικώς απόλυτα | | 1 | | | 2 | 3 | 3.45% | 0.00% | 0.00% | 6.25% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Συχνά οι γιατροί θεωρούν ότι η όποια πρακτική τους τελικά συμμορφώνεται με κάποια κενυθεντήρια οδηγία | Column n Labels | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total | Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
| Row Labels | Γενικός Ιατρός | | | | | | | | | |
| Διαρκώς | | 1 | 6 | 4 | 5 | 16 | 3.45% | 17.14% | 13.33% | 15.63% |
| Διαρκώς απόλυτα | | 1 | | 7 | 1 | 9 | 3.45% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| Όχιτε συστηματικά ούτε διαρκώς | | 7 | 5 | 7 | 15 | 34 | 24.14% | 14.29% | 23.33% | 46.88% |
| Συμμερικώς | | 20 | 21 | 19 | 12 | 72 | 68.97% | 60.00% | 63.33% | 37.50% |
| Συμμερικώς απόλυτα | | | 3 | | | 3 | 0.00% | 8.57% | 0.00% | 0.00% |
| Grand Total | | 29 | 35 | 30 | 32 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

Οι γιατροί δεν υποτιμούν σε καμία περίπτωση τον κλινικό κίνδυνο

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Οι γιατροί τείνουν να υποτιμούν τον κλινικό κίνδυνο.] NOT_FOUND



Διάγραμμα 20. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Υποτίμηση κλινικού κινδύνου

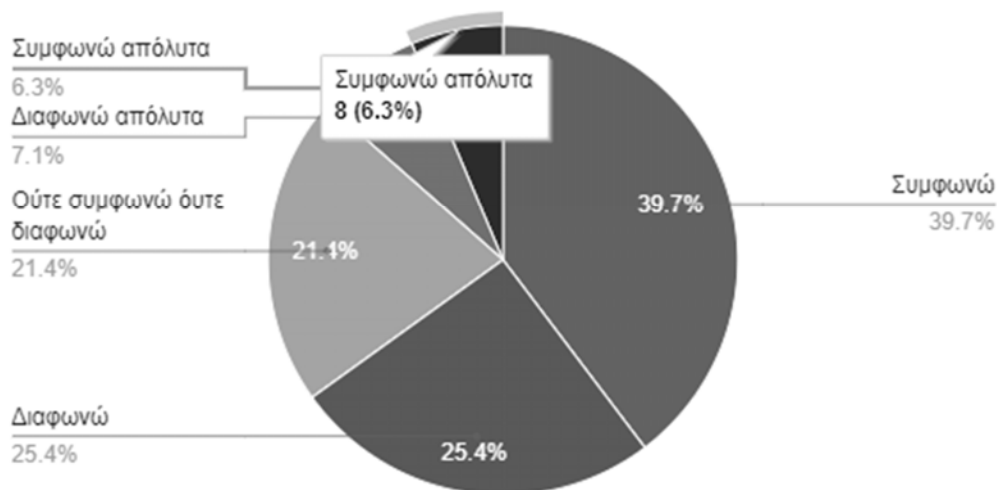
Με ποσοστά που αγγίζουν και το 70% ανά ειδικότητα

Πίνακας 61. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Υποτίμηση κλινικού κινδύνου

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 48,28% | 54,29% | 56,67% | 62,50% | 55,56% |
| 20,69% | 22,86% | 16,67% | 3,13% | 15,87% |
| 24,14% | 17,14% | 23,33% | 18,75% | 20,63% |
| 6,90% | 5,71% | 0,00% | 15,63% | 7,14% |
| 0,00% | 0,00% | 3,33% | 0,00% | 0,79% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Αλλά ταυτόχρονα συμφωνούν με ποσοστό 45% ότι η υπερβολική αυτοπεποίθηση ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση, ενώ διαφωνεί το 33% αυτών.

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η υπερβολική αυτοπεποίθηση ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση] NOT_FOUND



Διάγραμμα 21. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Υπερβολική αυτοπεποίθηση

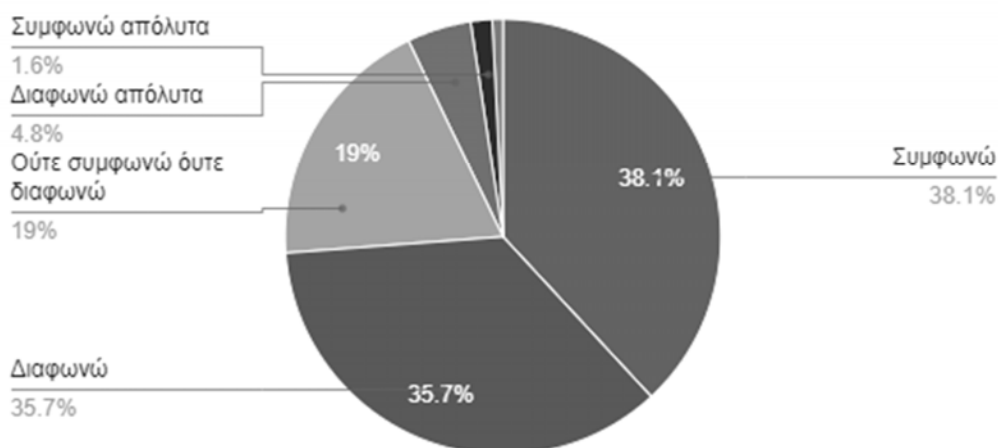
Κύριοι εκφραστές της διαφωνίας αυτής είναι οι καρδιολόγοι με ποσοστά κοντά στο 50% ενώ συμφωνούν κυρίως οι γενικοί ιατροί με 61%.

Πίνακας 62. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Υπερβολική αυτοπεποίθηση

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 10,34% | 42,86% | 23,33% | 21,88% | 25,40% |
| 10,34% | 8,57% | 6,67% | 3,13% | 7,14% |
| 17,24% | 11,43% | 26,67% | 31,25% | 21,43% |
| 58,62% | 37,14% | 36,67% | 28,13% | 39,68% |
| 3,45% | 0,00% | 6,67% | 15,63% | 6,35% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι απαντήσεις αναφορικά με το πώς η πίεση χρόνου για τη λήψη απόφασης ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση με το 40% να δηλώνει πως συμφωνεί και το 40% να διαφωνεί.

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η πίεση χρόνου για τη λήψη απόφασης ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση]
NOT_FOUND



Διάγραμμα 22. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Πίεση χρόνου για λήψη απόφασης

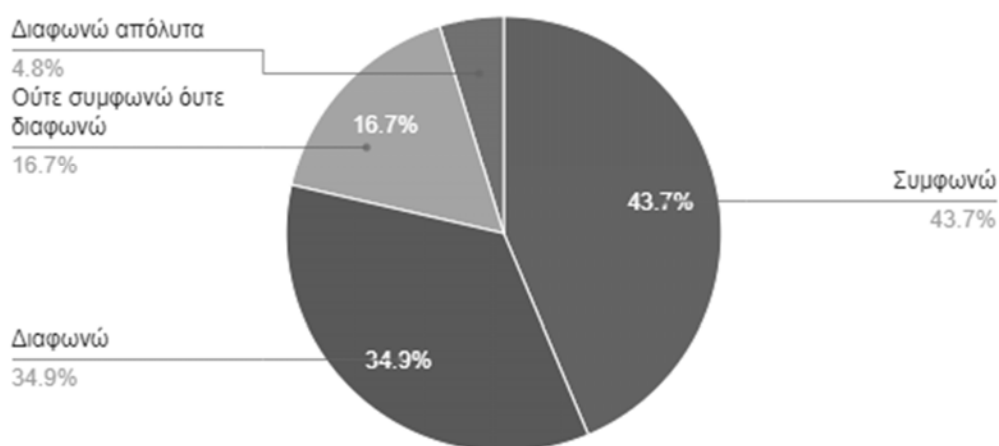
Από τις 4 ειδικότητες οι πνευμονολόγοι διαφωνούν με ποσοστό κοντά στο 20% ενώ ταυτόχρονα συμφωνούν σχεδόν στο 70%. Αντίθετα οι παθολόγοι συμφωνούν μόνο κατά 20% και διαφωνούν περισσότεροι από τους μισούς με 53%. Οι καρδιολόγοι συμφωνούν με 28% και διαφωνούν σχεδόν οι μισοί. Τέλος οι γενικοί ιατροί είναι σχεδόν 50%-50% .

Πίνακας 63. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Πίεση χρόνου για λήψη απόφασης

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 37,93% | 42,86% | 46,67% | 15,63% | 35,71% |
| 6,90% | 2,86% | 6,67% | 3,13% | 4,76% |
| 10,34% | 25,71% | 26,67% | 12,50% | 19,05% |
| 44,83% | 28,57% | 20,00% | 62,50% | 38,89% |
| 0,00% | 0,00% | 0,00% | 6,25% | 1,59% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Η ανάγκη για επείγουσα διαχείριση ενός περιστατικού ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση απαντούν κοντά στο 45% ενώ την διαφωνία τους εκφράζει περίπου παρόμοιο ποσοστό 41%.

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η ανάγκη για επείγουσα διαχείριση ενός περιστατικού ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση] NOT_FOUND



Διάγραμμα 23. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Επείγουσα διαχείριση περιστατικού

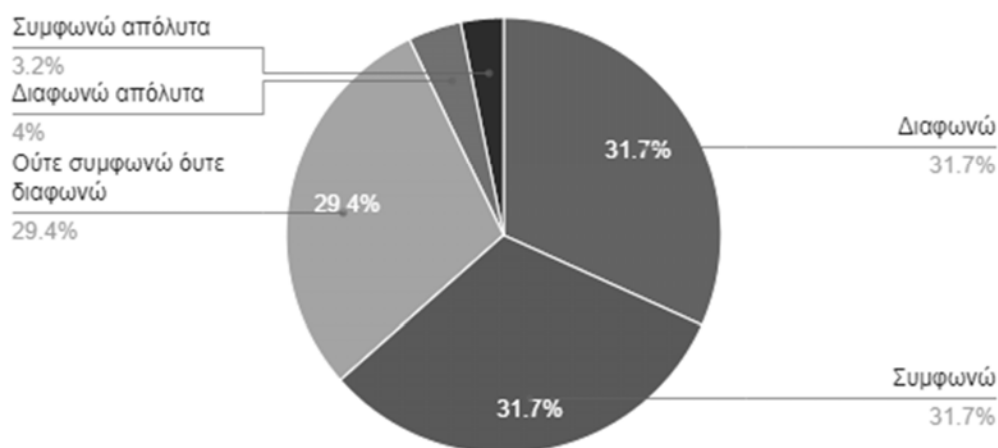
Οι απαντήσεις μεταξύ των ειδικοτήτων δεν παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις

Πίνακας 64. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Επείγουσα διαχείριση περιστατικού

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 31,03% | 42,86% | 40,00% | 25,00% | 34,92% |
| 3,45% | 5,71% | 6,67% | 3,13% | 4,76% |
| 24,14% | 11,43% | 13,33% | 18,75% | 16,67% |
| 41,38% | 40,00% | 40,00% | 53,13% | 43,65% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Μοιρασμένες εμφανίζονται και οι απαντήσεις και στο ερώτημα αν η πίεση από τους ίδιους τους ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η πίεση από τους ίδιους τους ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση] NOT_FOUND



Διάγραμμα 24. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Πίεση από ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα

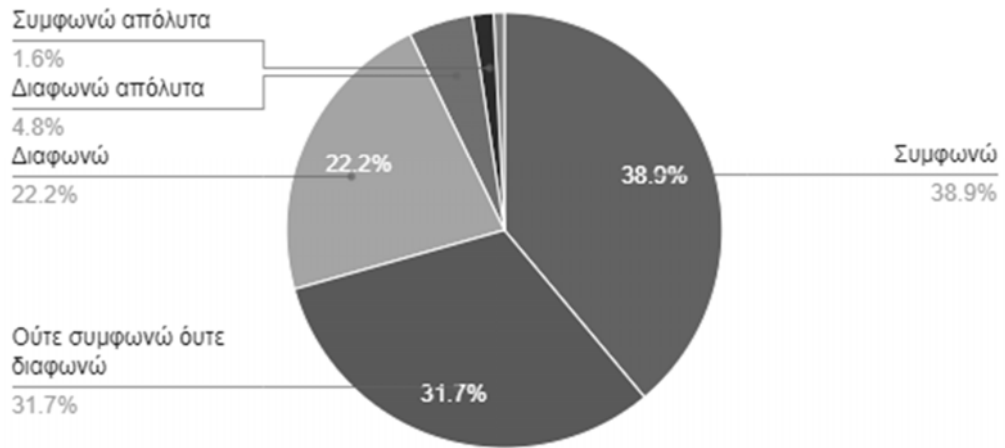
Με τους γιατρούς συμφωνούν και να διαφωνούν με το ίδιο ποσοστό 32% . Ενώ το 30% είναι μεταξύ του συμφωνώ και διαφωνώ ταυτόχρονα.

Πίνακας 65. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Πίεση από ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 20,69% | 37,14% | 33,33% | 34,38% | 31,75% |
| 6,90% | 2,86% | 3,33% | 3,13% | 3,97% |
| 31,03% | 22,86% | 26,67% | 37,50% | 29,37% |
| 41,38% | 31,43% | 33,33% | 21,88% | 31,75% |
| 0,00% | 5,71% | 3,33% | 3,13% | 3,17% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Το γεγονός ότι η διαχείριση μεγάλου όγκου και συχνά αντιφατικών πληροφοριών ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση απαντάει ότι τον βρίσκει σύμφωνο το 39% ενώ διαφωνεί το 22%.

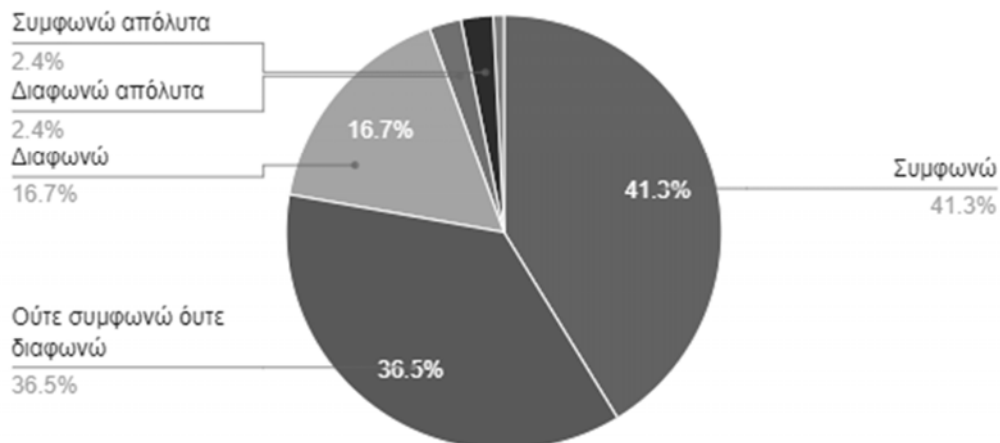
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η διαχείριση μεγάλου όγκου και συχνά αντιφατικών πληροφοριών ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση] NOT_FOUND



Διάγραμμα 25. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Διαχείριση μεγάλου όγκου αντιφατικών πληροφοριών

Οι καρδιολόγοι και οι παθολόγοι συμφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η έως τώρα συνήθης κλινική πρακτική και να εφαρμοστούν τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η έως τώρα συνήθης κλινική πρακτική και να εφαρμοστούν τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα] NOT_FOUND



Διάγραμμα 26. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Συνήθης κλινική πρακτική

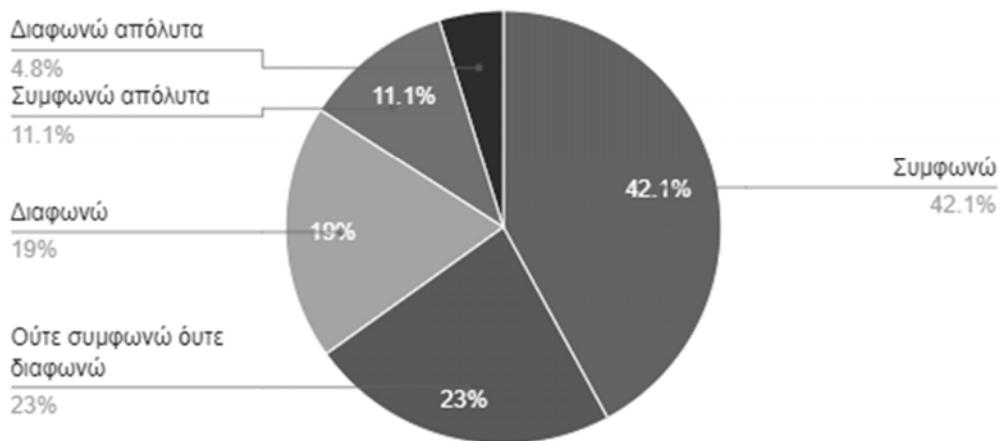
Έναντι των πνευμονολόγων και των γενικών ιατρών

Πίνακας 66. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Συνήθης κλινική πρακτική

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 20,69% | 8,57% | 23,33% | 18,75% | 17,46% |
| 3,45% | 5,71% | 0,00% | 0,00% | 2,38% |
| 48,28% | 34,29% | 23,33% | 40,63% | 36,51% |
| 27,59% | 48,57% | 53,33% | 34,38% | 41,27% |
| 0,00% | 2,86% | 0,00% | 6,25% | 2,38% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Η μη τήρηση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου δεν συνεπάγεται ανεπαρκή φροντίδα των ασθενών δηλώνει το 53%

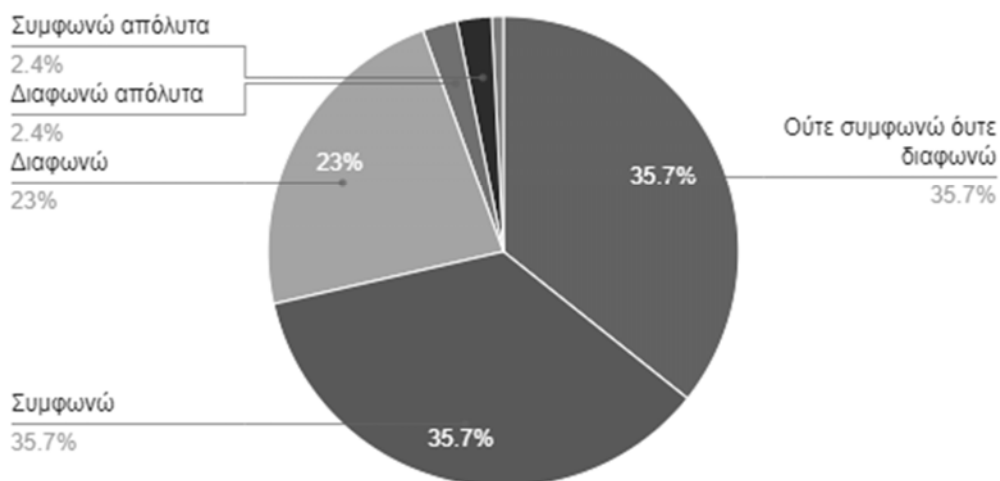
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η μη τήρηση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου δεν συνεπάγεται ανεπαρκή φροντίδα των ασθενών] NOT_FOUND



Διάγραμμα 27. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Μη τήρηση θεραπευτικού πρωτοκόλλου

Είναι δύσκολη η εφαρμογή τους σε πολύπλοκες καταστάσεις δηλώνει το 39% ενώ το 25% δηλώνει πως διαφωνεί.

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Είναι δύσκολη η εφαρμογή τους σε πολύπλοκες καταστάσεις] NOT_FOUND



Διάγραμμα 28. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Πολύπλοκες καταστάσεις

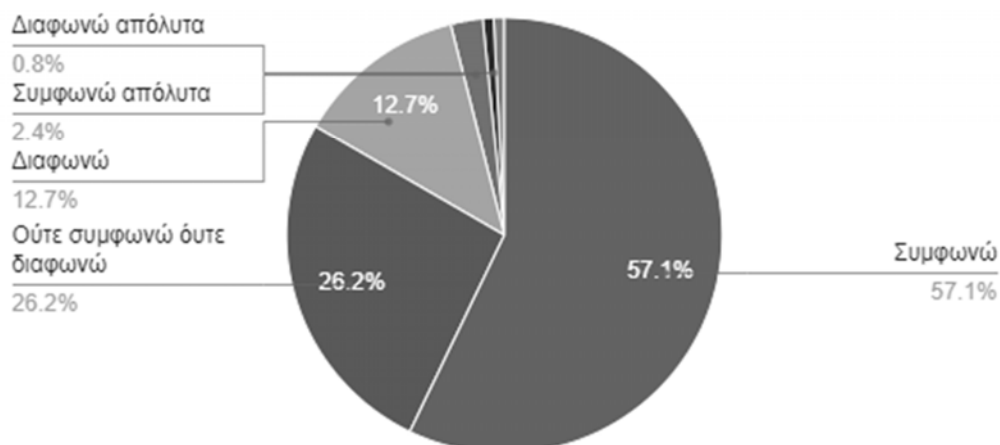
Οι γενικοί ιατροί παρουσιάζουν σημαντική διαφοροποίηση αφού διαφωνεί μόνο το 10% και συμφωνεί το 35% . Καρδιολόγοι, παθολόγοι και πνευμονολόγοι συμφωνούν με πάνω από 25%.

Πίνακας 67. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Πολύπλοκες καταστάσεις

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 6,90% | 31,43% | 30,00% | 21,88% | 23,02% |
| 3,45% | 2,86% | 3,33% | 0,00% | 2,38% |
| 55,17% | 14,29% | 43,33% | 37,50% | 36,51% |
| 31,03% | 51,43% | 23,33% | 34,38% | 35,71% |
| 3,45% | 0,00% | 0,00% | 6,25% | 2,38% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Τέλος όλοι οι γιατροί τείνουν με ποσοστό 60% να συμφωνήσουν ότι η όποια πρακτική τους τελικά συμμορφώνεται με κάποια κατευθυντήρια οδηγία

Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Συχνά οι γιατροί θεωρούν ότι η όποια πρακτική τους τελικά συμμορφώνεται με κάποια κατευθυντήρια οδηγία]



Διάγραμμα 29. Βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας – Πρακτική και κατευθυντήριες οδηγίες

Πίνακας 68. Ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας – Πρακτική και κατευθυντήριες οδηγίες

| Γενικός Ιατρός | Καρδιολόγος | Παθολόγος | Πνευμονολόγος | Grand Total |
|----------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 3,45% | 17,14% | 13,33% | 15,63% | 12,70% |
| 3,45% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| 24,14% | 14,29% | 23,33% | 46,88% | 26,98% |
| 68,97% | 60,00% | 63,33% | 37,50% | 57,14% |
| 0,00% | 8,57% | 0,00% | 0,00% | 2,38% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

8.13 Στατιστικά αποτελέσματα, «υποκειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «επαγγελματική ιδιότητα»

Πίνακας 69. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Υποκειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά επαγγελματική ιδιότητα

| Οι γιατροί τείνουν να υποσιμούν τον κλινικό κίνδυνο | Column n Labels | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
|---|-----------------|--|---------------|----------------------|--------------------|----------------------------|-------------|---------|---------|---------|
| Row Labels | Ειδικεύομενος | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Διαρκικό | 11 | 16 | 29 | 14 | 70 | 47.83% | 50.00% | 63.04% | 56.00% | 55.56% |
| Διαρκικό απόλυτο | 2 | 7 | 8 | 3 | 20 | 8.70% | 21.88% | 17.39% | 12.00% | 15.87% |
| Όχιτε συμριμά/οιτε διαρκικό | 7 | 6 | 8 | 5 | 20 | 30.43% | 18.75% | 17.39% | 20.00% | 20.69% |
| Συριμά | 3 | 2 | 1 | 3 | 9 | 13.04% | 6.25% | 2.17% | 12.00% | 7.14% |
| Συριμά απόλυτο | 3 | 1 | | | 1 | 0.00% | 3.13% | 0.00% | 0.00% | 0.79% |
| Grand Total | 23 | 32 | 46 | 25 | 128 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Η υπερβολική αυτοπεποίθηση ενδέχεται να οδηγεί σε μη συμμόρφωση | Column n Labels | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Row Labels | Ειδικεύομενος | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Διαρκικό | 4 | 10 | 11 | 7 | 32 | 17.39% | 31.25% | 23.91% | 28.00% | 25.40% |
| Διαρκικό απόλυτο | 1 | 2 | 3 | 3 | 9 | 4.35% | 6.25% | 6.52% | 12.00% | 7.14% |
| Όχιτε συμριμά/οιτε διαρκικό | 6 | 3 | 12 | 6 | 27 | 26.09% | 9.38% | 26.09% | 24.00% | 21.43% |
| Συριμά | 10 | 15 | 16 | 9 | 50 | 43.48% | 46.88% | 34.78% | 36.00% | 39.89% |
| Συριμά απόλυτο | 2 | 2 | 4 | | 6 | 8.70% | 6.25% | 8.70% | 0.00% | 6.35% |
| Grand Total | 23 | 32 | 46 | 25 | 128 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Η πίεση χρόνου για τη λήψη απόφασης ενδέχεται να οδηγεί σε μη συμμόρφωση | Column n Labels | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Row Labels | Ειδικεύομενος | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Διαρκικό | 6 | 14 | 15 | 10 | 45 | 26.09% | 43.75% | 32.61% | 40.00% | 35.71% |
| Διαρκικό απόλυτο | 2 | 1 | 2 | 1 | 6 | 8.70% | 3.13% | 4.35% | 4.00% | 4.70% |
| Όχιτε συμριμά/οιτε διαρκικό | 5 | 6 | 8 | 5 | 24 | 21.74% | 16.25% | 17.39% | 20.00% | 18.09% |
| Συριμά | 10 | 11 | 20 | 8 | 49 | 43.48% | 34.38% | 43.48% | 32.00% | 38.89% |
| Συριμά απόλυτο | 2 | 1 | 1 | 2 | 6 | 0.00% | 0.00% | 2.17% | 4.00% | 1.59% |
| Grand Total | 23 | 32 | 46 | 25 | 128 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Η ανάγκη για επείγουσα διαχείριση ενός περιστατικού ενδέχεται να οδηγεί σε μη συμμόρφωση | Column n Labels | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Row Labels | Ειδικεύομενος | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Διαρκικό | 10 | 12 | 17 | 5 | 44 | 43.48% | 37.50% | 36.96% | 20.00% | 34.92% |
| Διαρκικό απόλυτο | 2 | 1 | 2 | 1 | 6 | 8.70% | 3.13% | 4.35% | 4.00% | 4.70% |
| Όχιτε συμριμά/οιτε διαρκικό | 4 | 5 | 7 | 5 | 21 | 17.39% | 15.63% | 15.22% | 20.00% | 16.67% |
| Συριμά | 7 | 14 | 20 | 14 | 55 | 30.43% | 43.75% | 43.48% | 56.00% | 43.65% |
| Συριμά απόλυτο | 2 | 2 | 4 | | 6 | 8.70% | 6.25% | 8.70% | 0.00% | 6.35% |
| Grand Total | 23 | 32 | 46 | 25 | 128 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Η πίεση από τους ίδιους τους ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα ενδέχεται να οδηγεί σε μη συμμόρφωση | Column n Labels | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Row Labels | Ειδικεύομενος | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Διαρκικό | 7 | 11 | 17 | 5 | 40 | 30.43% | 34.38% | 36.96% | 20.00% | 31.75% |
| Διαρκικό απόλυτο | 1 | 1 | 2 | 1 | 6 | 4.35% | 3.13% | 4.35% | 4.00% | 3.97% |
| Όχιτε συμριμά/οιτε διαρκικό | 6 | 5 | 16 | 10 | 37 | 26.09% | 15.63% | 34.78% | 40.00% | 29.37% |
| Συριμά | 9 | 15 | 8 | 8 | 40 | 38.13% | 46.88% | 17.39% | 32.00% | 31.75% |
| Συριμά απόλυτο | 4 | 0 | 3 | 1 | 4 | 0.00% | 0.00% | 6.52% | 4.00% | 3.17% |
| Grand Total | 23 | 32 | 46 | 25 | 128 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Η διαχείριση μεγάλου όγκου και συχνά αντιφατικών πληροφοριών ενδέχεται να οδηγεί σε μη συμμόρφωση | Column n Labels | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Row Labels | Ειδικεύομενος | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Διαρκικό | 5 | 11 | 10 | 2 | 28 | 21.74% | 34.38% | 21.74% | 8.00% | 22.22% |
| Διαρκικό απόλυτο | 1 | 1 | 3 | 1 | 6 | 4.35% | 3.13% | 4.35% | 4.00% | 4.70% |
| Όχιτε συμριμά/οιτε διαρκικό | 4 | 8 | 18 | 11 | 41 | 17.39% | 25.00% | 39.13% | 44.00% | 32.64% |
| Συριμά | 13 | 12 | 14 | 10 | 49 | 56.52% | 37.50% | 30.43% | 40.00% | 38.89% |
| Συριμά απόλυτο | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0.00% | 0.00% | 2.17% | 4.00% | 1.59% |
| Grand Total | 23 | 32 | 46 | 25 | 128 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Υπάρχει βαθμιαία δυσκολία προκειμένου να αλλάξει η έως τώρα συνήθης κλινική πρακτική και να εφαρμοστούν τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα | Column n Labels | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Row Labels | Ειδικεύομενος | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Διαρκικό | 2 | 7 | 11 | 2 | 22 | 8.70% | 21.88% | 23.91% | 8.00% | 17.46% |
| Διαρκικό απόλυτο | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 0.00% | 3.13% | 2.17% | 4.00% | 2.38% |
| Όχιτε συμριμά/οιτε διαρκικό | 11 | 7 | 15 | 13 | 46 | 47.83% | 21.88% | 32.61% | 52.00% | 36.51% |
| Συριμά | 10 | 16 | 17 | 9 | 52 | 43.48% | 50.00% | 36.96% | 36.00% | 41.27% |
| Συριμά απόλυτο | 2 | 1 | 2 | | 5 | 0.00% | 3.13% | 4.35% | 0.00% | 2.38% |
| Grand Total | 23 | 32 | 46 | 25 | 128 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Η μη τήρηση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου δεν συνεπάγεται αναμενόμενη φροντίδα των ασθενών | Column n Labels | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Row Labels | Ειδικεύομενος | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Διαρκικό | 4 | 9 | 7 | 4 | 24 | 17.39% | 28.13% | 15.22% | 16.00% | 19.05% |
| Διαρκικό απόλυτο | 2 | 3 | 1 | | 6 | 8.70% | 9.38% | 2.17% | 0.00% | 4.70% |
| Όχιτε συμριμά/οιτε διαρκικό | 5 | 7 | 10 | 7 | 29 | 21.74% | 21.88% | 21.74% | 28.00% | 23.02% |
| Συριμά | 12 | 12 | 18 | 11 | 53 | 52.17% | 37.50% | 39.13% | 44.00% | 42.06% |
| Συριμά απόλυτο | 2 | 1 | 10 | 3 | 14 | 0.00% | 3.13% | 21.74% | 12.00% | 11.11% |
| Grand Total | 23 | 32 | 46 | 25 | 128 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Είναι δύσκολη η εφαρμογή τους σε πολύπλοκες καταστάσεις | Column n Labels | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Row Labels | Ειδικεύομενος | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Διαρκικό | 6 | 11 | 10 | 2 | 29 | 26.09% | 34.38% | 21.74% | 8.00% | 23.02% |
| Διαρκικό απόλυτο | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 4.35% | 3.13% | 2.17% | 0.00% | 2.38% |
| Όχιτε συμριμά/οιτε διαρκικό | 6 | 10 | 21 | 9 | 46 | 26.09% | 31.25% | 45.65% | 36.00% | 36.51% |
| Συριμά | 9 | 9 | 14 | 13 | 45 | 39.13% | 28.13% | 30.43% | 52.00% | 35.71% |
| Συριμά απόλυτο | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 4.35% | 3.13% | 0.00% | 4.00% | 2.38% |
| Grand Total | 23 | 32 | 46 | 25 | 128 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | | | | | |
| Συχνά οι γιατροί θεωρούν ότι η όποια πρακτική τους τελικά συμμορφώνεται με κάποια κατευθυντήρια οδηγία | Column n Labels | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Row Labels | Ειδικεύομενος | Ειδικός (σε Ειδικός (Κ)Ειδικός Grand Total | Ειδικεύομενος | Ειδικός (πατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (βιολήτης) | Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total | | | |
| Διαρκικό | 2 | 7 | 4 | 3 | 16 | 8.70% | 21.88% | 8.70% | 12.00% | 12.70% |
| Διαρκικό απόλυτο | 1 | | | | 1 | 0.00% | 0.00% | 2.17% | 0.00% | 0.79% |
| Όχιτε συμριμά/οιτε διαρκικό | 5 | 5 | 16 | 8 | 34 | 21.74% | 15.63% | 34.78% | 32.00% | 26.98% |
| Συριμά | 15 | 19 | 25 | 13 | 72 | 65.22% | 59.38% | 54.35% | 52.00% | 57.14% |
| Συριμά απόλυτο | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 4.35% | 3.13% | 0.00% | 4.00% | 2.38% |
| Grand Total | 23 | 32 | 46 | 25 | 128 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

Οι ειδικευόμενοι τείνουν να διαφωνούν συντριπτικά σε μεγαλύτερο ποσοστό 51% έναντι των ειδικών με σύμβαση στον ΕΟΠΥΥ, 24%, ότι η ανάγκη για επείγουσα διαχείριση ενός περιστατικού ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση

Πίνακας 70. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Επείγουσα διαχείριση περιστατικού

| Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | δικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
|---------------|----------------------|-------------------|--------------------------|-------------|
| 43,48% | 37,50% | 36,96% | 20,00% | 34,92% |
| 8,70% | 3,13% | 4,35% | 4,00% | 4,76% |
| 17,39% | 15,63% | 15,22% | 20,00% | 16,67% |
| 30,43% | 43,75% | 43,48% | 56,00% | 43,65% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Ενώ και οι ίδιοι οι ειδικευόμενοι μεταξύ τους δείχνουν να μοιράζονται στο αν συμφωνούν ή διαφωνούν στο αν η πίεση από τους ίδιους τους ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση

Πίνακας 71. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Πίεση από τους ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα

| Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | δικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
|---------------|----------------------|-------------------|--------------------------|-------------|
| 30,43% | 34,38% | 36,96% | 20,00% | 31,75% |
| 4,35% | 3,13% | 4,35% | 4,00% | 3,97% |
| 26,09% | 15,63% | 34,78% | 40,00% | 29,37% |
| 39,13% | 46,88% | 17,39% | 32,00% | 31,75% |
| 0,00% | 0,00% | 6,52% | 4,00% | 3,17% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Οι νοσοκομειακοί τείνουν να διαφωνούν έναντι των ιδιωτών στο αν η μη τήρηση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου συνεπάγεται ή όχι ανεπαρκή φροντίδα των ασθενών

Πίνακας 72. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Μη τήρηση θεραπευτικού πρωτοκόλλου

| Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | δικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | Grand Total |
|---------------|----------------------|-------------------|--------------------------|-------------|
| 17,39% | 28,13% | 15,22% | 16,00% | 19,05% |
| 8,70% | 9,38% | 2,17% | 0,00% | 4,76% |
| 21,74% | 21,88% | 21,74% | 28,00% | 23,02% |
| 52,17% | 37,50% | 39,13% | 44,00% | 42,06% |
| 0,00% | 3,13% | 21,74% | 12,00% | 11,11% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Τέλος οι Ειδικοί (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) συμφωνούν έναντι όλων ότι είναι δύσκολη η εφαρμογή τους σε πολύπλοκες καταστάσεις

Πίνακας 73. Ποσοστά ανά επαγγελματική ιδιότητα – Πολύπλοκες καταστάσεις

| Ειδικευόμενος | Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | Ειδικός (Ιδιώτης) | δικός (σύμβαση με ΕΟΠΥ | Grand Total |
|---------------|----------------------|-------------------|------------------------|-------------|
| 26,09% | 34,38% | 21,74% | 8,00% | 23,02% |
| 4,35% | 3,13% | 2,17% | 0,00% | 2,38% |
| 26,09% | 31,25% | 45,65% | 36,00% | 36,51% |
| 39,13% | 28,13% | 30,43% | 52,00% | 35,71% |
| 4,35% | 3,13% | 0,00% | 4,00% | 2,38% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

8.14 Στατιστικά αποτελέσματα, «υποκειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «εργασιακή εμπειρία»

Πίνακας 74. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Υποκειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά εργασιακή εμπειρία

| Οι γιατροί τείνουν να υποτιμούν τον κλινικό κίνδυνο | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|--|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφορικά | | 20 | 17 | 14 | 19 | 70 | 54.05% | 60.71% | 56.00% | 52.78% |
| Διαφορικά απόλυτα | | 5 | 6 | 4 | 5 | 20 | 13.51% | 21.43% | 16.00% | 13.89% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 8 | 5 | 6 | 7 | 26 | 21.62% | 17.86% | 24.00% | 19.44% |
| Συμφωνώ | | 4 | | | 5 | 9 | 10.81% | 0.00% | 0.00% | 13.89% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | | | 1 | | 1 | 0.00% | 0.00% | 4.00% | 0.79% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Η υπερβολική αυτοπεποίθηση ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφορικά | | 3 | 5 | 12 | 12 | 32 | 8.11% | 17.86% | 48.00% | 33.33% |
| Διαφορικά απόλυτα | | 1 | 5 | 1 | 2 | 9 | 2.70% | 17.86% | 4.00% | 5.56% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 15 | 5 | 3 | 4 | 27 | 40.54% | 17.86% | 12.00% | 11.11% |
| Συμφωνώ | | 16 | 11 | 7 | 16 | 50 | 43.24% | 39.29% | 28.00% | 44.44% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 5.41% | 7.14% | 8.00% | 5.56% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Η πίεση χρόνου για τη λήψη απόφασης ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφορικά | | 10 | 8 | 13 | 14 | 45 | 27.03% | 28.57% | 52.00% | 38.89% |
| Διαφορικά απόλυτα | | 2 | 2 | | 2 | 6 | 5.41% | 7.14% | 0.00% | 5.56% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 9 | 4 | 7 | 4 | 24 | 24.32% | 14.29% | 28.00% | 11.11% |
| Συμφωνώ | | 16 | 13 | 5 | 15 | 49 | 43.24% | 48.43% | 20.00% | 41.67% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | | 1 | | 1 | 2 | 0.00% | 3.57% | 0.00% | 2.78% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Η ανάγκη για επείγουσα διαχείριση ενός περιστατικού ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφορικά | | 14 | 6 | 11 | 13 | 44 | 37.84% | 21.43% | 44.00% | 36.11% |
| Διαφορικά απόλυτα | | 2 | 3 | | 1 | 6 | 5.41% | 10.71% | 0.00% | 2.78% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 4 | 4 | 9 | 4 | 21 | 10.81% | 14.29% | 36.00% | 11.11% |
| Συμφωνώ | | 17 | 15 | 5 | 18 | 55 | 45.95% | 53.57% | 20.00% | 50.00% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | | | | | | | | | |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Η πίεση από τους ίδιους τους ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφορικά | | 12 | 9 | 9 | 10 | 40 | 32.43% | 32.14% | 36.00% | 27.78% |
| Διαφορικά απόλυτα | | 1 | 2 | | 2 | 5 | 2.70% | 7.14% | 0.00% | 5.56% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 9 | 7 | 10 | 11 | 37 | 24.32% | 25.00% | 40.00% | 30.56% |
| Συμφωνώ | | 14 | 8 | 6 | 12 | 40 | 37.84% | 28.57% | 24.00% | 33.33% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | 2 | | 1 | 4 | 2.70% | 7.14% | 0.00% | 2.78% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Η διαχείριση μεγάλου όγκου και συχνά αντιφατικών πληροφοριών ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφορικά | | 9 | 3 | 9 | 8 | 28 | 21.62% | 10.71% | 36.00% | 22.22% |
| Διαφορικά απόλυτα | | 2 | 3 | | 1 | 6 | 5.41% | 10.71% | 0.00% | 2.78% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 9 | 6 | 9 | 17 | 41 | 24.32% | 21.43% | 36.00% | 47.22% |
| Συμφωνώ | | 17 | 15 | 7 | 10 | 49 | 45.95% | 53.57% | 28.00% | 27.78% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | 1 | | | 2 | 2.70% | 3.57% | 0.00% | 0.00% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκείμενου να αλλάξει η έως τώρα συνήθης κλινική πρακτική και να εφαρμοστούν τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφορικά | | 5 | 6 | 5 | 6 | 22 | 13.51% | 21.43% | 20.00% | 16.67% |
| Διαφορικά απόλυτα | | 1 | 1 | | 1 | 3 | 0.00% | 3.57% | 0.00% | 2.78% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 18 | 9 | 6 | 13 | 46 | 48.65% | 32.14% | 24.00% | 36.11% |
| Συμφωνώ | | 13 | 12 | 13 | 14 | 52 | 35.14% | 42.86% | 52.00% | 38.89% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | | | 2 | 3 | 2.70% | 0.00% | 0.00% | 5.56% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Η μη τήρηση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου δεν συνεπάγεται ανεπαρκή φροντίδα των ασθενών | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφορικά | | 7 | 5 | 8 | 4 | 24 | 18.92% | 17.86% | 32.00% | 11.11% |
| Διαφορικά απόλυτα | | 2 | 2 | | 2 | 6 | 5.41% | 7.14% | 8.00% | 0.00% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 10 | 6 | 2 | 11 | 29 | 27.03% | 21.43% | 8.00% | 30.56% |
| Συμφωνώ | | 17 | 9 | 12 | 15 | 53 | 45.95% | 32.14% | 48.00% | 41.67% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | 6 | 1 | 6 | 14 | 2.70% | 21.43% | 4.00% | 16.67% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Είναι δύσκολη η εφαρμογή τους σε πολύπλοκες καταστάσεις | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφορικά | | 8 | 7 | 8 | 6 | 29 | 21.62% | 25.00% | 32.00% | 16.67% |
| Διαφορικά απόλυτα | | 1 | 1 | | 1 | 3 | 2.70% | 3.57% | 0.00% | 2.78% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 15 | 7 | 8 | 16 | 46 | 40.54% | 25.00% | 32.00% | 44.44% |
| Συμφωνώ | | 12 | 13 | 9 | 11 | 45 | 32.43% | 46.43% | 36.00% | 30.56% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | | | 2 | 3 | 2.70% | 0.00% | 0.00% | 5.56% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Συχνά οι γιατροί θεωρούν ότι η όποια πρακτική τους τελικά συμμορφώνεται με κάποια κατευθυντήρια οδηγία | Column Labels | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total | 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
| Row Labels | 1 έως 7 χρόνια | | | | | | | | | |
| Διαφορικά | | 3 | 4 | 3 | 6 | 16 | 8.11% | 14.29% | 12.00% | 16.67% |
| Διαφορικά απόλυτα | | | | | 1 | 1 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 2.78% |
| Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ | | 9 | 9 | 3 | 13 | 34 | 24.32% | 32.14% | 12.00% | 36.11% |
| Συμφωνώ | | 24 | 15 | 17 | 16 | 72 | 64.86% | 53.57% | 68.00% | 44.44% |
| Συμφωνώ απόλυτα | | 1 | | | 3 | 3 | 2.70% | 0.00% | 8.00% | 0.00% |
| Grand Total | | 37 | 28 | 25 | 36 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

Οι 24 χρόνια και άνω ιατροί διαφωνούν ότι η υπερβολική αυτοπεποίθηση ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση με ποσοστά λίγο πάνω από 50% ενώ οι νεότεροι γιατροί συμφωνούν με ποσοστά κοντά στο 50%.

Πίνακας 75. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Υπερβολική αυτοπεποίθηση

| 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| 8,11% | 17,86% | 48,00% | 33,33% | 25,40% |
| 2,70% | 17,86% | 4,00% | 5,56% | 7,14% |
| 40,54% | 17,86% | 12,00% | 11,11% | 21,43% |
| 43,24% | 39,29% | 28,00% | 44,44% | 39,68% |
| 5,41% | 7,14% | 8,00% | 5,56% | 6,35% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Ενώ περίπου παρόμοια εικόνα παρατηρούμε και στην ερώτηση αν η πίεση χρόνου για τη λήψη απόφασης ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση

Πίνακας 76. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Πίεση χρόνου

| 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| 27,03% | 28,57% | 52,00% | 38,89% | 35,71% |
| 5,41% | 7,14% | 0,00% | 5,56% | 4,76% |
| 24,32% | 14,29% | 28,00% | 11,11% | 19,05% |
| 43,24% | 46,43% | 20,00% | 41,67% | 38,89% |
| 0,00% | 3,57% | 0,00% | 2,78% | 1,59% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Οι γιατροί με την μεγαλύτερη εμπειρία δείχνουν να διαφωνούν σε μεγαλύτερα ποσοστά με τους νεότερους αναφορικά με το αν η διαχείριση μεγάλου όγκου και συχνά αντιφατικών πληροφοριών ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση

Πίνακας 77. Ποσοστά ανά εργασιακή εμπειρία – Μεγάλος όγκος πληροφοριών

| 1 έως 7 χρόνια | 16 έως 24 χρόνια | 24 και άνω | 8 έως 15 χρόνια | Grand Total |
|----------------|------------------|------------|-----------------|-------------|
| 21,62% | 10,71% | 36,00% | 22,22% | 22,22% |
| 5,41% | 10,71% | 0,00% | 2,78% | 4,76% |
| 24,32% | 21,43% | 36,00% | 47,22% | 32,54% |
| 45,95% | 53,57% | 28,00% | 27,78% | 38,89% |
| 2,70% | 3,57% | 0,00% | 0,00% | 1,59% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

8.15 Στατιστικά αποτελέσματα, «υποκειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «φύλο»

Πίνακας 78. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Υποκειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά φύλο

| Οι γιατροί τείνουν να υποτιμούν τον κλινικό κίνδυνο. | Column Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
|--|---------------|--------|---------|-------------|-------------|---------|
| Row Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | |
| Διαρκώς | 40 | 30 | 70 | 63.49% | 47.62% | 55.56% |
| Διαρκώς απόλυτα | 8 | 12 | 20 | 12.70% | 19.05% | 15.87% |
| Όχιτε συμρικώς όποτε διαρκώς | 9 | 17 | 26 | 14.29% | 26.98% | 20.63% |
| Συρικώς | 6 | 3 | 9 | 9.52% | 4.76% | 7.14% |
| Συρικώς απόλυτα | 1 | 1 | 2 | 0.00% | 1.59% | 0.79% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | |
| Η υπερβολική αυτοπεποίθηση ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Row Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | |
| Διαρκώς | 19 | 13 | 32 | 30.16% | 20.63% | 25.40% |
| Διαρκώς απόλυτα | 5 | 4 | 9 | 7.94% | 6.35% | 7.14% |
| Όχιτε συμρικώς όποτε διαρκώς | 11 | 16 | 27 | 17.46% | 25.40% | 21.43% |
| Συρικώς | 26 | 24 | 50 | 41.27% | 36.10% | 39.68% |
| Συρικώς απόλυτα | 2 | 6 | 8 | 3.17% | 9.52% | 6.35% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | |
| Η πίεση χρόνου για τη λήψη απόφασης ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Row Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | |
| Διαρκώς | 23 | 22 | 45 | 36.51% | 34.92% | 35.71% |
| Διαρκώς απόλυτα | 4 | 2 | 6 | 6.35% | 3.17% | 4.76% |
| Όχιτε συμρικώς όποτε διαρκώς | 11 | 13 | 24 | 17.46% | 20.63% | 19.05% |
| Συρικώς | 24 | 25 | 49 | 38.10% | 39.68% | 38.89% |
| Συρικώς απόλυτα | 1 | 1 | 2 | 1.59% | 1.59% | 1.59% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | |
| Η ανάγκη για επείγουσα διαχείριση ενός περιστατικού ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Row Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | |
| Διαρκώς | 17 | 27 | 44 | 26.98% | 42.86% | 34.92% |
| Διαρκώς απόλυτα | 5 | 1 | 6 | 7.94% | 1.59% | 4.76% |
| Όχιτε συμρικώς όποτε διαρκώς | 11 | 10 | 21 | 17.46% | 15.87% | 16.67% |
| Συρικώς | 30 | 25 | 55 | 47.62% | 39.68% | 43.65% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | |
| Η πίεση από τους ίδιους τους ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Row Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | |
| Διαρκώς | 17 | 23 | 40 | 26.98% | 36.51% | 31.75% |
| Διαρκώς απόλυτα | 3 | 2 | 5 | 4.76% | 3.17% | 3.97% |
| Όχιτε συμρικώς όποτε διαρκώς | 21 | 16 | 37 | 33.33% | 25.40% | 29.37% |
| Συρικώς | 19 | 21 | 40 | 30.16% | 33.33% | 31.75% |
| Συρικώς απόλυτα | 3 | 1 | 4 | 4.76% | 1.59% | 3.17% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | |
| Η διαχείριση μεγάλου όγκου και συχνά αντιφατικών πληροφοριών ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Row Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | |
| Διαρκώς | 14 | 14 | 28 | 22.22% | 22.22% | 22.22% |
| Διαρκώς απόλυτα | 5 | 1 | 6 | 7.94% | 1.59% | 4.76% |
| Όχιτε συμρικώς όποτε διαρκώς | 22 | 19 | 41 | 34.92% | 30.16% | 32.54% |
| Συρικώς | 21 | 28 | 49 | 33.33% | 44.44% | 38.89% |
| Συρικώς απόλυτα | 1 | 1 | 2 | 1.59% | 1.59% | 1.59% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | |
| Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η εως τώρα συνήθης κλινική πρακτική και να εφαρμοστούν τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα | Column Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Row Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | |
| Διαρκώς | 10 | 12 | 22 | 15.87% | 19.05% | 17.46% |
| Διαρκώς απόλυτα | 2 | 1 | 3 | 3.17% | 1.59% | 2.38% |
| Όχιτε συμρικώς όποτε διαρκώς | 24 | 22 | 46 | 36.10% | 34.92% | 36.51% |
| Συρικώς | 25 | 27 | 52 | 39.68% | 42.86% | 41.27% |
| Συρικώς απόλυτα | 2 | 1 | 3 | 3.17% | 1.59% | 2.38% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | |
| Η μη τήρηση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου δεν συνεπάγεται ανεπαρκή φροντίδα των ασθενών | Column Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Row Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | |
| Διαρκώς | 12 | 12 | 24 | 19.05% | 19.05% | 19.05% |
| Διαρκώς απόλυτα | 4 | 2 | 6 | 6.35% | 3.17% | 4.76% |
| Όχιτε συμρικώς όποτε διαρκώς | 14 | 15 | 29 | 22.22% | 23.81% | 23.02% |
| Συρικώς | 27 | 26 | 53 | 42.86% | 41.27% | 42.00% |
| Συρικώς απόλυτα | 6 | 8 | 14 | 9.52% | 12.70% | 11.11% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | |
| Είναι δύσκολη η εφαρμογή τους σε πολύπλοκες καταστάσεις | Column Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Row Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | |
| Διαρκώς | 12 | 17 | 29 | 19.05% | 26.98% | 23.02% |
| Διαρκώς απόλυτα | 2 | 1 | 3 | 3.17% | 1.59% | 2.38% |
| Όχιτε συμρικώς όποτε διαρκώς | 23 | 23 | 46 | 36.51% | 36.51% | 36.51% |
| Συρικώς | 24 | 21 | 45 | 38.10% | 33.33% | 35.71% |
| Συρικώς απόλυτα | 2 | 1 | 3 | 3.17% | 1.59% | 2.38% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | | | | | |
| Συχνά οι γιατροί θεωρούν ότι η όποια πρακτική τους τελικά συμμορφώνεται με κάποια κατευθυντήρια οδηγία | Column Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | |
| Row Labels | Τ | Άντρας | Γυναίκα | Grand Total | | |
| Διαρκώς | 10 | 6 | 16 | 15.87% | 9.52% | 12.70% |
| Διαρκώς απόλυτα | 1 | 1 | 2 | 0.00% | 1.59% | 0.79% |
| Όχιτε συμρικώς όποτε διαρκώς | 19 | 15 | 34 | 30.16% | 23.81% | 26.98% |
| Συρικώς | 32 | 40 | 72 | 50.79% | 63.49% | 57.14% |
| Συρικώς απόλυτα | 2 | 1 | 3 | 3.17% | 1.59% | 2.38% |
| Grand Total | 63 | 63 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

Οι άντρες γιατροί διαφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό αναφορικά με το αν υποτιμούν τον κλινικό κίνδυνο.

Πίνακας 79. Ποσοστά ανά φύλο – Κλινικός κίνδυνος

| Αντρας | Γυναίκα | Grand Total |
|---------|---------|-------------|
| 63,49% | 47,62% | 55,56% |
| 12,70% | 19,05% | 15,87% |
| 14,29% | 26,98% | 20,63% |
| 9,52% | 4,76% | 7,14% |
| 0,00% | 1,59% | 0,79% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Οι γυναίκες γιατροί θεωρούν ότι η όποια πρακτική τους τελικά συμμορφώνεται με κάποια κατευθυντήρια οδηγία σε μεγαλύτερο βαθμό έναντι των αντρών

Πίνακας 80. Ποσοστά ανά φύλο – Συμμόρφωση πρακτικής σε κατευθυντήρια οδηγία

| Αντρας | Γυναίκα | Grand Total |
|---------|---------|-------------|
| 15,87% | 9,52% | 12,70% |
| 0,00% | 1,59% | 0,79% |
| 30,16% | 23,81% | 26,98% |
| 50,79% | 63,49% | 57,14% |
| 3,17% | 1,59% | 2,38% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% |

8.16 Στατιστικά αποτελέσματα, «υποκειμενικοί λόγοι» μη συμμόρφωσης ανά «ηλικία»

Πίνακας 81. Συγκεντρωτικά στοιχεία – Υποκειμενικοί λόγοι μη συμμόρφωσης ανά ηλικία

| Οι γιατροί τείνουν να υποτιμούν τον κλινικό κίνδυνο | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---|----------------------|--------------|--------------|--------------|-------------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|--------------------|
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωκί | 8 | 26 | 20 | 16 | 70 | 44.44% | 53.06% | 58.82% | 64.00% | 55.56% | |
| Διαφωκί απόλυτα | 2 | 8 | 6 | 4 | 20 | 11.11% | 16.33% | 17.65% | 16.00% | 15.87% | |
| Όχι συμφωκί ούτε διαφωκί | 6 | 10 | 5 | 5 | 26 | 33.33% | 20.41% | 14.71% | 20.00% | 20.63% | |
| Συμφωκί | 2 | 5 | 2 | | 9 | 11.11% | 10.20% | 5.88% | 0.00% | 7.14% | |
| Συμφωκί απόλυτα | | | 1 | | 1 | 0.00% | 0.00% | 2.94% | 0.00% | 0.79% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| Η υπερβολική αυτοπεποίθηση ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωκί | 2 | 13 | 5 | 12 | 32 | 11.11% | 26.53% | 14.71% | 48.00% | 25.40% | |
| Διαφωκί απόλυτα | 1 | 3 | 4 | 1 | 9 | 5.56% | 6.12% | 11.76% | 4.00% | 7.14% | |
| Όχι συμφωκί ούτε διαφωκί | 5 | 13 | 6 | 3 | 27 | 27.78% | 26.53% | 17.65% | 12.00% | 21.43% | |
| Συμφωκί | 9 | 16 | 18 | 7 | 50 | 50.00% | 32.65% | 52.94% | 28.00% | 39.68% | |
| Συμφωκί απόλυτα | 1 | 4 | 1 | 2 | 8 | 5.56% | 8.16% | 2.94% | 8.00% | 6.35% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| Η πίεση χρόνου για τη λήψη απόφασης ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωκί | 5 | 17 | 10 | 13 | 45 | 27.78% | 34.69% | 29.41% | 52.00% | 35.71% | |
| Διαφωκί απόλυτα | 2 | 3 | 1 | | 6 | 11.11% | 6.12% | 2.94% | 0.00% | 4.76% | |
| Όχι συμφωκί ούτε διαφωκί | 3 | 8 | 6 | 7 | 24 | 16.67% | 16.33% | 17.65% | 28.00% | 19.05% | |
| Συμφωκί | 8 | 20 | 17 | 4 | 49 | 44.44% | 40.82% | 50.00% | 16.00% | 38.89% | |
| Συμφωκί απόλυτα | | 1 | | 1 | 2 | 0.00% | 2.04% | 0.00% | 4.00% | 1.59% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| Η ανάγκη για επείγουσα διαχείριση ενός περιστατικού ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωκί | 8 | 15 | 9 | 12 | 44 | 44.44% | 30.61% | 26.47% | 48.00% | 34.92% | |
| Διαφωκί απόλυτα | 2 | 2 | 2 | | 6 | 11.11% | 4.08% | 5.88% | 0.00% | 4.76% | |
| Όχι συμφωκί ούτε διαφωκί | 3 | 7 | 2 | 9 | 21 | 16.67% | 14.29% | 5.88% | 36.00% | 16.67% | |
| Συμφωκί | 5 | 25 | 21 | 4 | 55 | 27.78% | 51.02% | 61.76% | 16.00% | 43.65% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| Η πίεση από τους ίδιους τους ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωκί | 6 | 16 | 10 | 8 | 40 | 33.33% | 32.65% | 29.41% | 32.00% | 31.75% | |
| Διαφωκί απόλυτα | 1 | 3 | 1 | | 5 | 5.56% | 6.12% | 2.94% | 0.00% | 3.97% | |
| Όχι συμφωκί ούτε διαφωκί | 5 | 11 | 10 | 11 | 37 | 27.78% | 22.45% | 29.41% | 44.00% | 29.37% | |
| Συμφωκί | 6 | 18 | 10 | 6 | 40 | 33.33% | 36.73% | 29.41% | 24.00% | 31.75% | |
| Συμφωκί απόλυτα | | 1 | 3 | | 4 | 0.00% | 2.04% | 8.82% | 0.00% | 3.17% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| Η διαχείριση μεγάλου όγκου και συχνά αντιφατικών πληροφοριών ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωκί | 2 | 12 | 6 | 8 | 28 | 11.11% | 24.49% | 17.65% | 32.00% | 22.22% | |
| Διαφωκί απόλυτα | 1 | 3 | 2 | | 6 | 5.56% | 6.12% | 5.88% | 0.00% | 4.76% | |
| Όχι συμφωκί ούτε διαφωκί | 3 | 20 | 8 | 10 | 41 | 16.67% | 40.82% | 23.53% | 40.00% | 32.54% | |
| Συμφωκί | 12 | 13 | 17 | 7 | 49 | 66.67% | 26.53% | 50.00% | 28.00% | 38.89% | |
| Συμφωκί απόλυτα | | 1 | 1 | | 2 | 0.00% | 2.04% | 2.94% | 0.00% | 1.59% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η έως τώρα συνήθης κλινική πρακτική και να εφαρμοστούν τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωκί | 3 | 8 | 6 | 5 | 22 | 16.67% | 16.33% | 17.65% | 20.00% | 17.46% | |
| Διαφωκί απόλυτα | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0.00% | 2.04% | 2.94% | 4.00% | 2.38% | |
| Όχι συμφωκί ούτε διαφωκί | 10 | 19 | 10 | 7 | 46 | 55.56% | 38.78% | 29.41% | 28.00% | 36.51% | |
| Συμφωκί | 5 | 18 | 17 | 12 | 52 | 27.78% | 36.73% | 50.00% | 48.00% | 41.27% | |
| Συμφωκί απόλυτα | | 3 | | | 3 | 0.00% | 6.12% | 0.00% | 0.00% | 2.38% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| Η μη τήρηση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου δεν συνεπάγεται ανεπαρκή | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωκί | 2 | 9 | 5 | 8 | 24 | 11.11% | 18.37% | 14.71% | 32.00% | 19.05% | |
| Διαφωκί απόλυτα | 2 | 3 | 1 | 1 | 6 | 11.11% | 0.00% | 8.82% | 4.00% | 4.76% | |
| Όχι συμφωκί ούτε διαφωκί | 7 | 12 | 7 | 3 | 29 | 38.89% | 24.49% | 20.59% | 12.00% | 23.02% | |
| Συμφωκί | 7 | 20 | 14 | 12 | 53 | 38.89% | 40.82% | 41.18% | 48.00% | 42.06% | |
| Συμφωκί απόλυτα | 8 | 5 | 1 | 14 | 30 | 0.00% | 16.33% | 14.71% | 4.00% | 11.11% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| Είναι δύσκολη η εφαρμογή τους σε πολύπλοκες καταστάσεις | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωκί | 4 | 10 | 8 | 7 | 29 | 22.22% | 20.41% | 23.53% | 28.00% | 23.02% | |
| Διαφωκί απόλυτα | 1 | 1 | 1 | | 3 | 5.56% | 2.04% | 2.94% | 0.00% | 2.38% | |
| Όχι συμφωκί ούτε διαφωκί | 5 | 25 | 7 | 9 | 46 | 27.78% | 51.02% | 20.59% | 36.00% | 36.51% | |
| Συμφωκί | 8 | 10 | 18 | 9 | 45 | 44.44% | 20.41% | 52.94% | 36.00% | 35.71% | |
| Συμφωκί απόλυτα | | 3 | | | 3 | 0.00% | 6.12% | 0.00% | 0.00% | 2.38% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| Συχνά οι γιατροί θεωρούν ότι η όποια πρακτική τους τελικά συμμορφώνεται με κάποια κατευθυντήρια οδηγία | Column Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
| Row Labels | 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total | | | | | | |
| Διαφωκί | 1 | 5 | 9 | 1 | 16 | 5.56% | 10.20% | 26.47% | 4.00% | 12.70% | |
| Διαφωκί απόλυτα | 1 | | | | 1 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.79% | |
| Όχι συμφωκί ούτε διαφωκί | 3 | 17 | 9 | 5 | 34 | 16.67% | 34.69% | 26.47% | 20.00% | 26.98% | |
| Συμφωκί | 14 | 25 | 15 | 18 | 72 | 77.78% | 51.02% | 44.12% | 72.00% | 57.14% | |
| Συμφωκί απόλυτα | | 1 | 1 | 1 | 3 | 0.00% | 2.04% | 2.94% | 4.00% | 2.38% | |
| Grand Total | 18 | 49 | 34 | 25 | 126 | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |

Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία γιατροί διαφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό έναντι των νέων στην ερώτηση ότι οι γιατροί τείνουν να υποτιμούν τον κλινικό κίνδυνο

Πίνακας 82. Ποσοστά ανά ηλικία – Κλινικός κίνδυνος

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 44,44% | 53,06% | 58,82% | 64,00% | 55,56% |
| 11,11% | 16,33% | 17,65% | 16,00% | 15,87% |
| 33,33% | 20,41% | 14,71% | 20,00% | 20,63% |
| 11,11% | 10,20% | 5,88% | 0,00% | 7,14% |
| 0,00% | 0,00% | 2,94% | 0,00% | 0,79% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Ενώ το ίδιο μοτίβο βλέπουμε να ακολουθείται και στην ερώτηση αν η υπερβολική αυτοπεποίθηση ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση

Πίνακας 83. Ποσοστά ανά ηλικία -Υπερβολική αυτοπεποίθηση

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 11,11% | 26,53% | 14,71% | 48,00% | 25,40% |
| 5,56% | 6,12% | 11,76% | 4,00% | 7,14% |
| 27,78% | 26,53% | 17,65% | 12,00% | 21,43% |
| 50,00% | 32,65% | 52,94% | 28,00% | 39,68% |
| 5,56% | 8,16% | 2,94% | 8,00% | 6,35% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Οι ηλικιακές ομάδες των γιατρών 35-44 και 45-54 διαφοροποιούν ξεκάθαρα τις απαντήσεις τους έναντι των 30-35 χρονών και 55 και άνω αναφορικά με το αν η ανάγκη για επείγουσα διαχείριση ενός περιστατικού ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση και απαντούν καταφατικά με ποσοστά άνω του 50%.

Πίνακας 84. Ποσοστά ανά ηλικία – Επείγουσα διαχείριση περιστατικού

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 44,44% | 30,61% | 26,47% | 48,00% | 34,92% |
| 11,11% | 4,08% | 5,88% | 0,00% | 4,76% |
| 16,67% | 14,29% | 5,88% | 36,00% | 16,67% |
| 27,78% | 51,02% | 61,76% | 16,00% | 43,65% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Οι άνω των 55 διαφωνούν ξεκάθαρα έναντι των 30-35 στην ερώτηση αν η διαχείριση μεγάλου όγκου και συχνά αντιφατικών πληροφοριών ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση

Πίνακας 85. Ποσοστά ανά ηλικία – Μεγάλος όγκος πληροφοριών

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 11,11% | 24,49% | 17,65% | 32,00% | 22,22% |
| 5,56% | 6,12% | 5,88% | 0,00% | 4,76% |
| 16,67% | 40,82% | 23,53% | 40,00% | 32,54% |
| 66,67% | 26,53% | 50,00% | 28,00% | 38,89% |
| 0,00% | 2,04% | 2,94% | 0,00% | 1,59% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Ότι υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η έως τώρα συνήθης κλινική πρακτική και να εφαρμοστούν τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα δηλώνουν οι δύο μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες

Πίνακας 86. Ποσοστά ανά ηλικία – Συνήθης κλινική πρακτική

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 16,67% | 16,33% | 17,65% | 20,00% | 17,46% |
| 0,00% | 2,04% | 2,94% | 4,00% | 2,38% |
| 55,56% | 38,78% | 29,41% | 28,00% | 36,51% |
| 27,78% | 36,73% | 50,00% | 48,00% | 41,27% |
| 0,00% | 6,12% | 0,00% | 0,00% | 2,38% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Τέλος όλες οι ηλικιακές ομάδες συμφωνούν ότι συχνά οι γιατροί θεωρούν ότι η όποια πρακτική τους τελικά συμμορφώνεται με κάποια κατευθυντήρια οδηγία με ποσοστά που αγγίζουν και το 70%

Πίνακας 87. Ποσοστά ανά ηλικία – Πρακτική σε συμμόρφωση με την κατευθυντήρια οδηγία

| 30-35 | 35-44 | 45-54 | 55 και άνω | Grand Total |
|---------|---------|---------|------------|-------------|
| 5,56% | 10,20% | 26,47% | 4,00% | 12,70% |
| 0,00% | 2,04% | 0,00% | 0,00% | 0,79% |
| 16,67% | 34,69% | 26,47% | 20,00% | 26,98% |
| 77,78% | 51,02% | 44,12% | 72,00% | 57,14% |
| 0,00% | 2,04% | 2,94% | 4,00% | 2,38% |
| 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Βιβλιογραφία

4. Spiegel R, Murray (1975). *Πιθανότητες και Στατιστική*. Schaum's Outline Series. pp 155–156.
5. Krishnaiah, P. R, (1988). *Sampling*. *Elsevier*. 16.
6. Μπένος, Βασίλειος Κιμ. (1991). *Μέθοδοι και τεχνικές δειγματοληψίας*. Εκδόσεις Σταμούλης, Πειραιάς, σελ. 218.

9 Συμπεράσματα

Σχεδόν το 90% των γιατρών συμφωνούν ή και συμφωνούν απόλυτα ανεξαρτήτως ειδικότητας ότι οι οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης. Ενώ παράλληλα δηλώνουν σχεδόν στο 90% ότι βασίζονται και σε αξιόπιστα στοιχεία ανεξαρτήτως ειδικότητας με τους καρδιολόγους όμως να συμφωνούν κατά 70%. Υπάρχει ένα 20% παθολόγων και ένα 20% αντίστοιχο γενικών ιατρών που διαφωνεί. Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών μάλλον θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα διάγνωσης και διαχείρισης των ασθενών.

Συμφωνούν ότι υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η καθημερινή ρουτίνα των γιατρών σχεδόν με 60% χωρίς κάποια ειδικότητα όμως να διαφοροποιεί την στάση της. Οι προσωπικές δεξιότητες του κάθε γιατρού περιπλέκουν τη συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες με το ποσοστό των απαντήσεων που συμφωνούν να αγγίζει το 50% με τους πνευμονολόγους και τους καρδιολόγους να διαφοροποιούνται κάπως δηλώνοντας την συμφωνία τους σε ποσοστό άνω του 60%.

Θα μπορούσαμε να σταθούμε στο ερώτημα ότι αρκετοί γιατροί αναφέρουν ότι δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεση τους προκειμένου να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες μιας και οι απαντήσεις έχουν αρκετή διασπορά . Το 30% του συνόλου συμφωνεί, με τους πνευμονολόγους να ταυτίζονται με 42% ενώ παράλληλα ένα άλλο 30% διαφωνεί, με τους καρδιολόγους να απαντούν σε ποσοστό 43% , και ταυτόχρονα το 35% δεν μπορεί να εκφράσει με βεβαιότητα αν συμφωνεί ή διαφωνεί.

Παράλληλα δηλώνουν ότι η χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από αυτούς φαίνεται ότι δεν αυξάνει το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία τους σε ποσοστό 30%,

ενώ το 40 % δηλώνουν το αντίθετο. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι μόνο το 17% των παθολόγων πιστεύουν ότι οι οδηγίες μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο και να αυξήσουν το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία τους. Οι ειδικευόμενοι με ποσοστό 70% πιστεύουν ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης, ενώ από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι νοσοκομειακοί βλέπουν τις οδηγίες με πιο θετική ματιά έναντι των ιδιωτών.

Οι νέοι γιατροί με εργασιακή εμπειρία 1-7 έτη δηλώνουν με ποσοστό 62% ότι η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα διάγνωσης και διαχείρισης των ασθενών σε αντίθεση με τους πιο «παλιούς» να δηλώνουν ότι συμφωνούν λιγότερο. Ενώ ταυτόχρονα δηλώνουν με ποσοστό το 70% ότι παρατηρούν ότι είναι δύσκολο να αλλάξει η ρουτίνα του γιατρού.

Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η καθημερινή ρουτίνα των γιατρών και η ηλικιακή ομάδα των 45-54 δείχνει να δηλώνει ότι συμφωνεί απόλυτα με ποσοστό 20% έναντι 0% των ομάδων 55 και άνω και 30-35 και 10% μεταξύ 35-44. Παράλληλα οι νεαροί σε ηλικία γιατροί δηλώνουν για τους συναδέλφους τους ότι έχουν την τάση να αντιστέκονται στην υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών σε ποσοστό 61% . Είναι πολύ ενδιαφέρον να παρατηρήσει κάποιος ότι όσο ανεβαίνει η ηλικιακή ομάδα τόσο τα ποσοστά φθίνουν.

Στην ερώτηση, αν κάνουν συστηματική χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών, οι τρεις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες δείχνουν να διαφωνούν και μάλιστα απόλυτα με διπλάσιο ποσοστό έναντι της νεότερης ηλικιακής ομάδας των 30-35 ετών . Οι πνευμονολόγοι με συγκριτικά πολύ μεγαλύτερο ποσοστό έναντι των άλλων ειδικοτήτων δείχνει να συμμαρμίζονται την άποψη ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες ενδέχεται να είναι περίπλοκες. Από όλες τις ειδικότητες οι καρδιολόγοι συμφωνούν με ποσοστό 70% ότι δεν είναι . Ταυτόχρονα όμως οι καρδιολόγοι είναι αυτοί που με μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνουν ότι συχνά υπάρχουν λόγοι διαφωνίας με αυτές με ποσοστό 58%.

Όλες οι ειδικότητες συμφωνούν ότι υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα/ Ευκολία, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση. Επίσης νοσοκομειακοί και ιδιώτες ταυτίζονται με ποσοστό ομοφωνίας κοντά στο 60% στο συγκεκριμένο ερώτημα.

Οι γιατροί δεν υποτιμούν σε καμία περίπτωση τον κλινικό κίνδυνο. Με ποσοστά που αγγίζουν και το 70% ανά ειδικότητα. Αλλά ταυτόχρονα συμφωνούν με ποσοστό 45% ότι η υπερβολική αυτοπεποίθηση ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση, ενώ διαφωνεί το 33% αυτών. Κύριοι εκφραστές της διαφωνίας αυτής είναι οι καρδιολόγοι με ποσοστά κοντά στο 50% ενώ συμφωνούν κυρίως οι γενικοί ιατροί με 61%.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι απαντήσεις αναφορικά με το πώς η πίεση χρόνου για τη λήψη απόφασης ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση με το 40% να δηλώνει πως συμφωνεί και το 40% να διαφωνεί. Από τις 4 ειδικότητες οι πνευμονολόγοι διαφωνούν με ποσοστό κοντά στο 20% ενώ ταυτόχρονα συμφωνούν σχεδόν στο 70%. Αντίθετα οι παθολόγοι συμφωνούν μόνο κατά 20% και διαφωνούν περισσότεροι από τους μισούς με 53%. Οι καρδιολόγοι συμφωνούν με 28% και διαφωνούν σχεδόν οι μισοί. Τέλος οι γενικοί ιατροί είναι σχεδόν 50%-50% .

Οι καρδιολόγοι και οι παθολόγοι συμφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η έως τώρα συνήθης κλινική πρακτική και να εφαρμοστούν τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα και παράλληλα δηλώνουν ότι η μη τήρηση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου δεν συνεπάγεται ανεπαρκή φροντίδα των ασθενών δηλώνει στο 53% .

Οι ηλικιακές ομάδες των γιατρών 35-44 και 45-54 διαφοροποιούν ξεκάθαρα τις απαντήσεις τους έναντι των 30-35 χρονών και 55 και άνω αναφορικά με το αν η ανάγκη για επείγουσα διαχείριση ενός περιστατικού ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση και απαντούν

καταφατικά με ποσοστά άνω του 50% . Ότι υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η έως τώρα συνήθης κλινική πρακτική και να εφαρμοστούν τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα δηλώνουν οι δύο μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες . Τέλος όλες οι ηλικιακές ομάδες συμφωνούν ότι συχνά οι γιατροί θεωρούν ότι η όποια πρακτική τους τελικά συμμορφώνεται με κάποια κατευθυντήρια οδηγία με ποσοστά που αγγίζουν και το 70%

Βιβλιογραφία

Ελληνική

1. Αποστολάκης Ι, Ισπόγλου Σ. Τεκμηριωμένη ιατρική. Σεϊτανίδης Β, Γεωργιλής Κ, Αποστολάκης Ι. (2006). *Εξελίξεις στην Παθολογία – Νεότερες απόψεις στη διάγνωση και θεραπεία*, Εκδόσεις ΔΘΚΑ «Υγεία», Αθήνα.
2. Μουντοκαλάκης Θ. (2006). *Η νέα ιατρική βασισμένη στις ενδείξεις, επικεντρωμένη στον άρρωστο*, Εκδόσεις Γιάννη Β. Παρισιάνου, Αθήνα.
3. Μπένος, Βασίλειος Κιμ. (1991). *Μέθοδοι και τεχνικές δειγματοληψίας*. Εκδόσεις Σταμούλης, Πειραιάς, σελ. 218.

Ξένη

1. AGREE Collaboration (2003), *Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project*, Qual Saf Health Care
2. Agency for Health Care Policy and Research. (1995) *Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care. 1. Issues*. MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Services, Rockville
3. Ahmed F, Temte JL, Campos-Outcalt D, Schünemann HJ (2011), ACIP Evidence Based Recommendations Work Group (EBRWG) Methods for developing evidence-based recommendations by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Vaccine*. 29:9171–6
4. Ackley, B. J., Swan, B. A., Ladwig, G., & Tucker, S. (2008). *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions*. (p. 7). St. Louis, MO: Mosby Elsevier
5. Balshem, H., Helfand, M., Schunemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Guyatt, G. H. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*, 64(4), 401-406

6. Becker Y, Eaton CJ, Brasell E, May KJ, Becker M, Hassing B, Cartwright GM, Reinhold L, Scott B. (2015). The fungal cell wall integrity MAPK cascade is crucial for hyphal network formation and maintenance of restrictive growth of *Epichloë festucae* in symbiosis with *Lolium perenne*. *Molecular Plant–Microbe Interactions* 28: 69– 85

7. Bonten M, Bolkenbaas M, Huigts S, et al. (2014) Community Acquired Pneumonia Immunization Trial in Adults (CAPITA) Abstract #0541, *International Symposium on Pneumococci and Pneumococcal Diseases*

8. Chassin M.R., M.D., M.P.H., Brook R.H., Park R.E., Keeseey J (1986) Variations on the Use of Medical and Surgical Services by the Medicare Population, *The new England Journal of Medicine*, 314:285-290

9. Chow T. K. (2009), "It is the 30th birthday of "Evidence Based Medicine" and time to meet Cochrane's challenge," *Anesth Analg*, 108, 1720-1

10. Chua J., Chrisman J., De Massis A. (2015). A Closer Look at Socioemotional Wealth : Its Flows, Stocks, and Prospects for Moving Forward, *Entrepreneurship Theory and Practice*, 1042-2587

11. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. (1997) Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical practice. *Ann Intern Med.* 126:376–380

12. Davis D.A, Taylor-Vaisey A., (1997) Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines, *CMAJ*, 157 (4) 408-416

13. Feder G. (1994) Management of mild hypertension: which guidelines to follow? *BMJ.* 308:470–471

14. Field M.J, Lohr K.N, (1990). *Clinical Practice Guidelines Directions of a New Program*, Institute of Medicine (US), Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, Washington (DC)

15. Grol R.P.T.M., Buchan H., (2006). Clinical Guidelines : what can we do to increase their use ?, *Medical Journal of Australia*, 185:6

16. Grimshaw J.M., Russell I.T., (1993) Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations, *The Lancet*, 342, 8883, 1317-1322

17. Entwistle VA, Watt IS, Davis H, Dickson R, Pickard D, Rosser J. (2019) Developing information materials to present the findings of technology assessments to consumers: the experience of the NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Int J Tech Assess Health Care*

18. Haynes R. B., Wilczynski N. L., (2004), "Optimal search strategies for retrieving scientifically strong studies of diagnosis from Medline: analytical survey," *BMJ*, 328, 1040

19. Hemming M., Mashford, M.L., (1993) Implementing clinical guidelines. It works in Australia. *British Medical Journal*, 307 (6905)

20. Hillier S, Grimmer-Somers K, Merlin T, Middleton P, Salisbury J, Toohar R, Weston A.(2011), FORM: An Australian method for formulating and grading recommendations in evidence-based clinical guidelines.*BMC Medical Research Methodology*

21. Hurwitz H, Fehrenbacher L, Novotny W, et al. (2004). Bevacuzumab plus irinotecan, glutouracil, and leucovorin for metastatic colorectal cancer. *Engl J Med*, 350:2335-42

22. Isaac C. A., Franceschi A.,(2008), "EBM: evidence to practice and practice to evidence," *J Eval Clin Pract*, 14, 656-9

23. Jacobs, A. K., Kushner, F. G., Ettinger, S. M., Guyton, R. A., Anderson, J. L., Ohman, E. M., . Zoghbi, W. A. (2013). ACCF/AHA clinical practice guideline methodology summit report: a report of the American College of 145 Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 127(2), 268-310

24. Jackson LA, Gurtman A, van Cleeff M, Jayawardene D, Devlin C, Scott DA, Emini EA, Gruber WC, Schmoele-Thoma B (2013), Immunogenicity and safety of a 13-valent pneumococcal conjugate vaccine compared to a 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine in pneumococcal vaccine-naive adults, *Vaccine*, 31(35), 3577-84

25. Kane RL. (1995) Creating practice guidelines: the dangers of over-reliance on expert judgment. *J Law Med Ethics*. 23:62–64

26. Krishnaiah, P. R., (1988). Sampling. *Elsevier*. 16
27. Kringos D., Boerma W., Hutchinson A, Van der Zee J., Groenewegen P. (2010), The breath of primary care: a Systematic literature review of its core dimensions, *BMC Health Services Research*, 10, 65
28. Lionis, C., Frantzeskakis, G. (1996). Atrial fibrillation in a primary health care district in rural Crete. *Br J Gen Pract*, 46(411), 624
29. Miser W. F., (1999), "Critical appraisal of the literature," *J Am Board Fam Pract*, 12, 315-33
30. National Institute for Care and Health Excellence, (2015), Report of the Triennial Review of the National Institute for Health and Care Excellence, *Corporate Report NICE Triennial Review Team*
31. Porzsolt F., Ohletz A., Thim A., Gardner D., Ruatti H., Meier H, et al., "Evidence-based decision making--the 6-step approach," *ACP J Club*, vol. 139, pp. A11-2, Nov-Dec 2003
32. Rotter J, Franke A., McGovern D. et al. (2010) Genome-wide meta-analysis increases to 71 the number of confirmed Crohn's disease susceptibility loci, *NT Genet*, 42, 1118-1125
33. Royal College of General Practitioners, (1995), Significant even auditing; a study of the feasibility and potential of case -based auditing in primary medical care, *Royal Collee of General Practitioners*, Occasional paper no.70
34. Sackett, D. L. (1997). Evidence-based medicine. *Semin Perinatol*, 21(1), 3-5
35. Sackett D, Richardson S., Rosenberg W., Haynes R. (1998). "Chapter 1.2," in *Evidence based medicine: How to practice & teach EBM*, Editions Edinburgh, Churchill Livingstone
36. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72
37. Samanta A, Samanta J, Gunn M. (2003), Legal considerations of guidelines: Will NICE, *Journal of the Royal Society of Medicine*

38. Schaefer, G., Mendelsohn, N. (2013) Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders: 2013 guideline revisions. *Genet Med* 15, 399–407
39. Shapiro DW, Lasker RD, Bindman AB, Lee PR. (1993) Containing costs while improving quality of care: the role of profiling and practice guidelines. *Annu Rev Public Health.* 14:219–241
40. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, et al. (1999) Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ* 318: 593–596
41. Spiegel R, Murray (1975). *Πιθανότητες και Στατιστική*. Schaum's Outline Series. pp 155–156
42. Straus S., Haynes R. B., (2009), "Managing evidence-based knowledge: the need for reliable, relevant and readable resources," *CMAJ*, 180, 942-5
43. Straus S., Glasziou P., Scott Richardson W, Haynes R (2018), Evidence – Based Medicine E- Book: How to practice the Teach EBM, *Elsevier Health Sciences*, 336
44. Tonelli M. R., (1998) "The philosophical limits of evidence-based medicine," *Acad Med*, 73, 1234-40
45. Treweek S., Oxman A.D., Alderson P., et al.,(2013) Developing and evaluating communication strategies to support informed decisions and practice based on evidence (DECIDE): protocol and preliminary results, *Implement Sci*, 8, 1-12
- 46.
47. Upshur R., (2003), Are all evidence-based practices alike? Problems in the ranking of evidence, *Canadian Medical Association Journal*, 169(7): 672-3
48. Worrall G, Chaulk P., Freake D. (1997). The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review, *CMAJ*, 156(12) 1705-1712
49. Woolf SH. (1997) Shared decision-making: the case for letting patients decide which choice is best. *J Fam Pract.* 45:205–208
50. Woolf SH, Grol R., Hutchinson A., et al (1999) Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, 318:527-530
51. Zachariadou, T., Floridou, D., Angelidou, E., Makri, L., Philalithis, A., & Lionis, C. (2004). Panorama of diagnoses in the primary healthcare setting in Cyprus-data from a pilot study. *Eur J Gen Pract*, 10(3), 103-104

Websites

1. Αντωνιάδου, (2010), Ιατρική Βασισμένη σε ενδείξεις: Η πρόκληση της αλλαγής [Πρόσβαση 9 Οκτωβρίου 2019], <http://www.hospitaldentistry.gr/assets/documents/journal/2009/11.pdf>
2. Αποθετήριο Κάλλιπος, Τεκμηριωμένη Ιατρική (Evidence- Based Medicine) [Πρόσβαση 9 Σεπτεμβρίου 2019], https://repository.kallipos.gr/pdfviewer/web/viewer.html?file=/bitstream/11419/857/1/02_chapter_EIV.pdf
3. ΤΕΙ Ηπείρου, Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις (Evidence Based Practice) [Πρόσβαση 26 Σεπτεμβρίου 2019] https://www.lib.teiep.gr/images/stories/ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ_ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ_ΣΕ_ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ_2_1_3.pdf
4. Ιατροnet (2019) Ιατρικό Λεξικό – Τυχασιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή [Πρόσβαση 12 Σεπτεμβρίου 2019] <https://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/tyxaiopoiimeni-elegxomeni-dokimi.html>
5. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, (2014) Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για την διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με κωδικό MIS:464637 [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019] <http://www.greekphcguidelines.gr>
6. Brouwers M.C., Kho M.E., Browman G.P., et al.(2010), AGREE Next Steps Consortium. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20513780>
7. Brouwers M.C., Kho M.E., Browman G.P., Burgers J.S., Cluzeau F., Feder G., Fervers B., Graham D.I., Grimshaw J., Hanna S.E., Littlejohns P., Makarski J., Zitzelsberger L., AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001530/>

8. CEBM (2009) Oxford Centre for Evidence – based Medicine – Levels of Evidence (March 2009) [Πρόσβαση 25 Οκτωβρίου 2019] <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>
9. Essential Evidence Plus (2019) Levels of Evidence [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019] https://www.essentialevidenceplus.com/product/ebm_loe.cfm?show=sort#accept
10. Effective Health Care (1994) Implementing Clinical practice Guidelines. Can guidelines be used to improve clinical practice? [Πρόσβαση 21 Οκτωβρίου 2019] <https://www.york.ac.uk/media/crd/ehc18.pdf>
11. Mulrow C., Cook D. (1997), Systematic Reviews: Synthesis of Best Evidence for Clinical Decisions, *Annals of Internal Medicine* [Πρόσβαση 21 Οκτωβρίου 2019] <https://annals.org/aim/fullarticle/710356/systematic-reviews-synthesis-best-evidence-clinical-decisions>
12. National Academies, (2011) Clinical Practice Guidelines We Can Trust [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019] <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2011/Clinical-Practice-Guidelines-We-Can-Trust/Clinical%20Practice%20Guidelines%202011%20Insert.pdf>
13. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2016) Levels of Evidence [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019] <https://www.cebm.net/2016/05/ocebml-levels-of-evidence/>
14. Winona State University (2019), Evidence Based Practice Toolkit [Πρόσβαση 1^ο Οκτωβρίου 2019] <https://libguides.winona.edu/c.php?g=11614&p=61584#s-lg-box-179330>
15. PMC National Library of Medicine National Institutes of Health, (2010), AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care [Πρόσβαση 09 Οκτωβρίου 2019], <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001530/>
20. Semantic Scholar, (2009), Reassessment of clinical practice guidelines: go gently into that good night [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019], <https://www.semanticscholar.org/paper/Reassessment-of-clinical-practice-guidelines%3A-go-Shaneyfelt-Centor/5e583b67bf456efb2a88993b15ed4abf35f17d6f>
16. Winona State University, (2019), Evidence Based Practice Toolkit [Πρόσβαση 9 Οκτωβρίου 2019], <https://libguides.winona.edu/c.php?g=11614&p=61582>

17. Winona (2000), Evidence Based Practice Toolkit [Πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2019]
<https://libguides.winona.edu/c.php?g=11614&p=61584>

Παράρτημα 1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Προς τον/την ερωτώμενο/η :

Το ερωτηματολόγιο που κρατάτε στα χέρια σας αποτελεί μελέτη που διενεργείται στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών "Διοίκησης Επιχειρήσεων " στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς και έχει θέμα :

« Ποια η άποψη των Ελλήνων γιατρών αναφορικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες και ποιοι οι λόγοι που μπορούν να οδηγήσουν σε μη συμμόρφωση σε αυτές »

Παρακαλώ κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να λάβετε υπ' όψιν τα παρακάτω :

- Η συμμετοχή στην έρευνα γίνεται ανωνύμως.
- Δεν απαιτεί περισσότερο από 10 λεπτά.
- Είναι σημαντικό να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις.
- Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για επιστημονικούς λόγους

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι πληροφορίες που ζητούνται παρακάτω θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για στατιστική επεξεργασία και για κανένα άλλο σκοπό.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

| Ειδικότητα | |
|-------------------|--|
| Παθολόγος | |
| Γενικός Ιατρός | |
| Πνευμονολόγος | |
| Καρδιολόγος | |

| Επαγγελματική ιδιότητα | |
|-------------------------------|--|
| Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ) | |
| Ειδικός (Ιδιώτης) | |
| Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ) | |
| Ειδικευόμενος | |

| Εργασιακή εμπειρία | |
|---------------------------|--|
| 1 έως 7 | |
| 8 έως 15 | |
| 16 έως 24 | |
| 25 και άνω | |

| Χώρα σπουδών | |
|---------------------|--|
| Ελλάδα | |
| Βόρεια Ευρώπη | |
| Ανατολική Ευρώπη | |
| Δυτική Ευρώπη | |
| Νότια Ευρώπη | |
| Αμερική | |

| Χώρα ειδικότητας | |
|-------------------------|--|
| Ελλάδα | |
| Βόρεια Ευρώπη | |
| Ανατολική Ευρώπη | |
| Δυτική Ευρώπη | |
| Νότια Ευρώπη | |
| Αμερική | |

Ερωτηματολόγιο

Παρακαλώ συμπληρώστε :

1. Η άποψη σας αναφορικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες / θεραπευτικά πρωτόκολλα είναι :

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα |
|---|--------------------|---------|-------------------------------------|---------|--------------------|
| 1. Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης | | | | | |
| 2. Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία | | | | | |
| 3. Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα διάγνωσης και διαχείρισης των ασθενών | | | | | |
| 4. Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η καθημερινή ρουτίνα των γιατρών | | | | | |
| 5. Οι προσωπικές δεξιότητες του κάθε γιατρού περιπλέκουν τη συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες | | | | | |
| 6. Πολλοί γιατροί έχουν την τάση να αντιστέκονται στην υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών | | | | | |
| 7. Οι περισσότεροι γιατροί αναφέρουν ότι κάνουν συστηματική χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών | | | | | |
| 8. Αρκετοί γιατροί αναφέρουν ότι δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεση τους προκειμένου να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες | | | | | |
| 9. Η χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από τους γιατρούς φαίνεται ότι δεν αυξάνει το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία τους | | | | | |

2. Λόγοι μη συμμόρφωσης

2.1 Σε προηγούμενες διεθνείς έρευνες οι γιατροί ανέφεραν τους κάτωθι λόγους μη συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες/ θεραπευτικά πρωτόκολλα. Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας:

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα |
|---|--------------------|---------|-------------------------------------|---------|--------------------|
| 1. Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες | | | | | |
| 2. Μια κατευθυντήρια οδηγία ενδέχεται να εμπεριέχει πολλαπλές υπό-οδηγίες και να δυσχεραίνει την υιοθέτηση της | | | | | |
| 3. Συχνά υπάρχουν λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες | | | | | |
| 4. Υπάρχουν αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών και σε αρκετές περιπτώσεις ενδέχεται να συγκρούονται και μεταξύ τους | | | | | |
| 5. Συχνά υπάρχει η αντίληψη ότι μια κατευθυντήρια οδηγία είναι ήδη ξεπερασμένη | | | | | |
| 6. Πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα/ Ευκολία, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση | | | | | |

2.2 Πέραν των ανωτέρω αντικειμενικών λόγων μη συμμόρφωσης, οι έρευνες έχουν αναδείξει και κάποιους επιπρόσθετους προσωπικούς λόγους μη συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας .
 Διατυπώστε τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με αυτούς :

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα |
|---|--------------------|---------|-------------------------------------|---------|--------------------|
| 1. Οι γιατροί τείνουν να υποτιμούν τον κλινικό κίνδυνο. | | | | | |
| 2. Η υπερβολική αυτοπεποίθηση ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | | | | | |
| 3. Η πίεση χρόνου για τη λήψη απόφασης ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | | | | | |
| 4. Η ανάγκη για επείγουσα διαχείριση ενός περιστατικού ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | | | | | |
| 5. Η πίεση από τους ίδιους τους ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | | | | | |
| 6. Η διαχείριση μεγάλου όγκου και συχνά αντιφατικών πληροφοριών ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση | | | | | |
| 7. Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η έως τώρα συνήθης κλινική πρακτική και να εφαρμοστούν τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα | | | | | |
| 8. Η μη τήρηση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου δεν συνεπάγεται ανεπαρκή φροντίδα των ασθενών | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 9. Είναι δύσκολη η εφαρμογή τους σε πολύπλοκες καταστάσεις | | | | | |
| 10. Συχνά οι γιατροί θεωρούν ότι η όποια πρακτική τους τελικά συμμορφώνεται με κάποια κατευθυντήρια οδηγία | | | | | |

Οι πληροφορίες που ζητούνται παρακάτω θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για στατιστική επεξεργασία και για κανένα άλλο σκοπό.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

| | |
|-------------|--|
| Φύλο | |
| Άντρας | |
| Γυναίκα | |

| | |
|---------------|--|
| Ηλικία | |
| 30-35 | |
| 35-44 | |
| 45-54 | |
| 55 και άνω | |

| | |
|------------------------------|--|
| Επίπεδο εκπαίδευσης | |
| Πτυχίο Ιατρικής | |
| Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών | |
| Διδακτορικός τίτλος | |

| Οικογενειακή κατάσταση | |
|------------------------|--|
| Άγαμος | |
| Έγγαμος | |
| Έγγαμος με παιδιά | |

Πόσες κατά **μέσο όρο**, ώρες **εργασίας** συμπληρώνεται την εβδομάδα, συμπεριλαμβανομένης και της εφημεριακής απασχόλησης

| | |
|-----------------|--|
| έως 40 ώρες | |
| έως 56 ώρες | |
| έως 72 ώρες | |
| έως 88 ώρες | |
| 88 ώρες και άνω | |

| Γεωγραφική κατανομή | |
|------------------------|--|
| Αθήνα | |
| Πειραιάς | |
| Αττική | |
| Στερεά Ελλάδα - Εύβοια | |
| Θεσσαλία | |
| Πελοπόννησος | |

Παράρτημα 2

Table 1: Surveys of primary care physicians on CPG.

| | Dutch clinicians (A) | Clinicians from France, Germany, Italy, Sweden and UK (B) |
|--|----------------------|---|
| CPG are useful source of advice | 97% | 89% |
| CPG based on sound evidence | 94% | |
| Use of CPG would lead to better outcomes | 90% | |
| Difficulty changing personal routines | 35% | |
| Personal skills complicate compliance | 14% | |
| Clinician resistant to adhering to CPG | 6% | |
| Clinicians report use of CPG | | 81% |
| Clinicians report lack of time to be compliant | | 38% |
| Clinicians report lack of patient compliance | | 17% |

Surveys of primary care physicians regarding their views on CPG. Column A see ref. # 12. Column B see ref. # 13.

Table 2: Reasons for non-compliance.

| | |
|------------|---|
| CPG | <ul style="list-style-type: none"> CPG are too complex Multiple rules in a single CPG Disagreement with the CPG Multiple (and conflicting) rules between CPG Perception that a guideline that is out of date Different aspects of a guideline have different reasons for non compliance |
| Clinicians | <ul style="list-style-type: none"> Physicians not good at assessing risk [38, 39] Overconfidence Time pressures [26] Information overload Difficulty in changing usual practice Fragmentation of care Case complexity Different clinicians have different reasons |

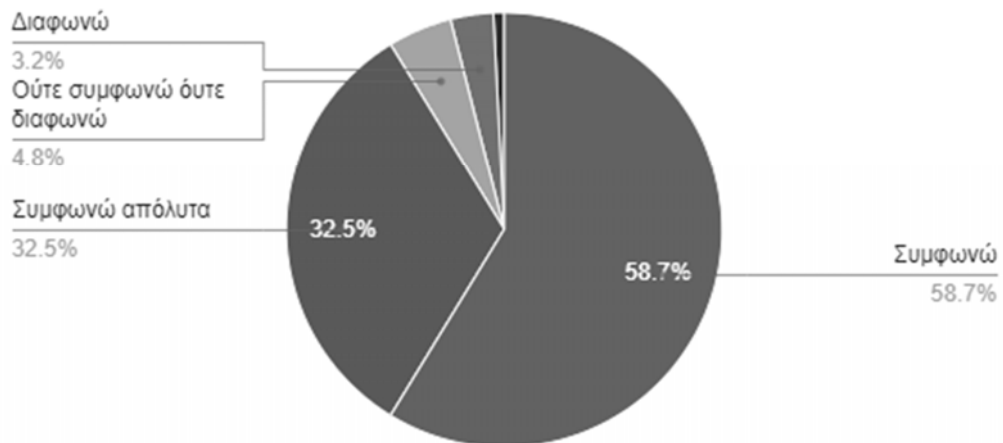
Table 3: Survey of laboratory medicine specialists.

| | Guideline 1 – diabetes | Guideline 2 – CKD |
|---|------------------------|-------------------|
| I am complaint with this guideline | 40% | 12% |
| Reason for non-compliance | yes (%) | yes (%) |
| I do not have the time | 13 | 13 |
| Disagree with guidance | 32 | 46 |
| The guidance is irrelevant to my practice | 3 | 2 |
| Not supported by my local management and/or colleagues | 24 | 51 |
| This guidance is too complex to implement | 10 | 18 |
| Guideline is too rigid | 33 | 23 |
| Implementing this guidance would mean wasting resources that could be really useful elsewhere | 17 | 22 |

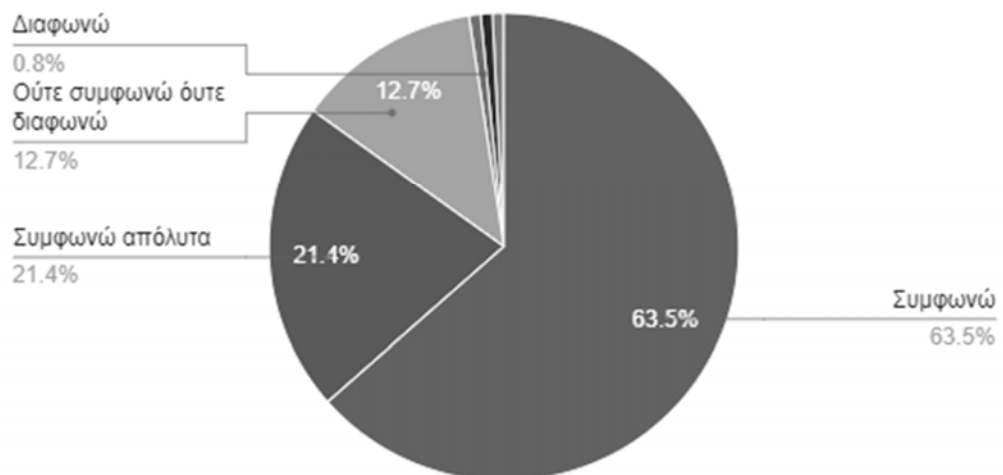
Survey of ACB (UK) members in January 2015 regarding CPG. This Table explains the reasons for non compliance.

Παράρτημα 3 Συγκεντρωτικά - Απόψεις

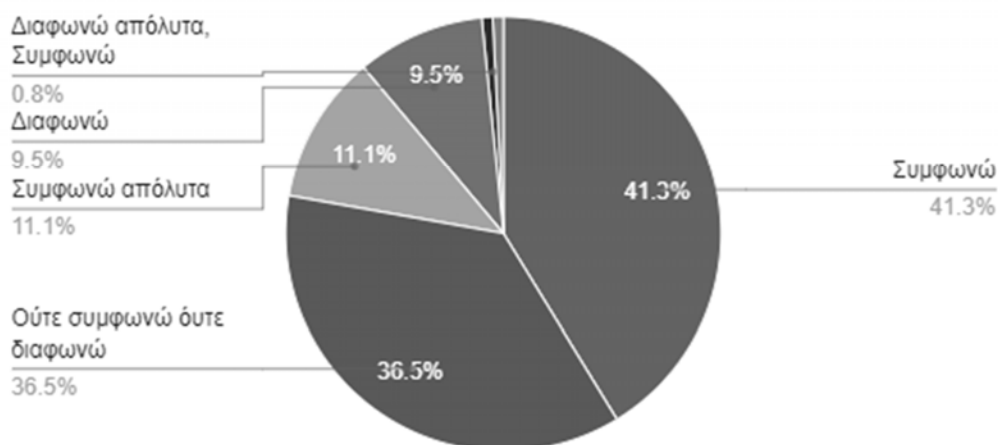
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν χρήσιμη πηγή καθοδήγησης]
NOT_FOUND



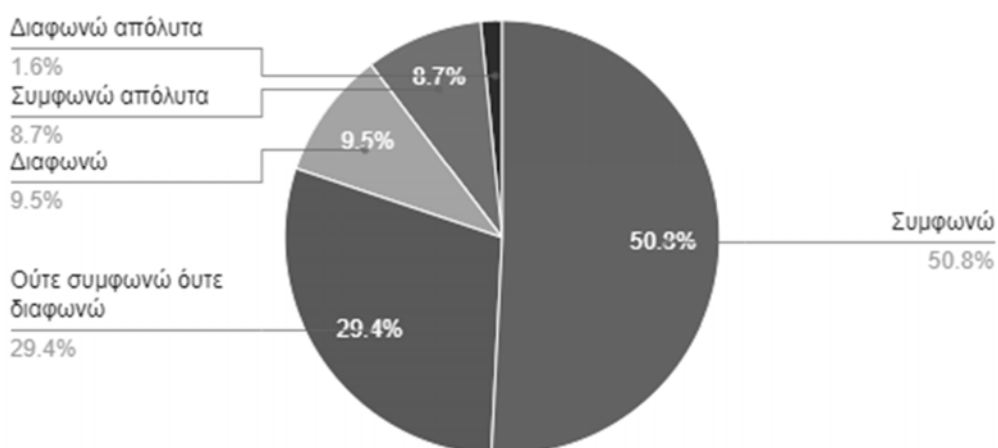
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία]
NOT_FOUND



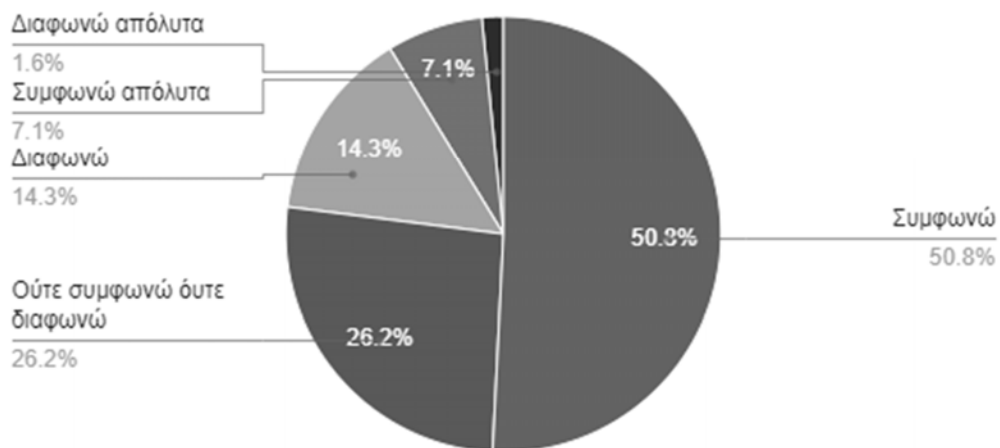
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η πλήρης υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα διάγνωσης και διαχείρισης των ασθενών] NOT_FOUND



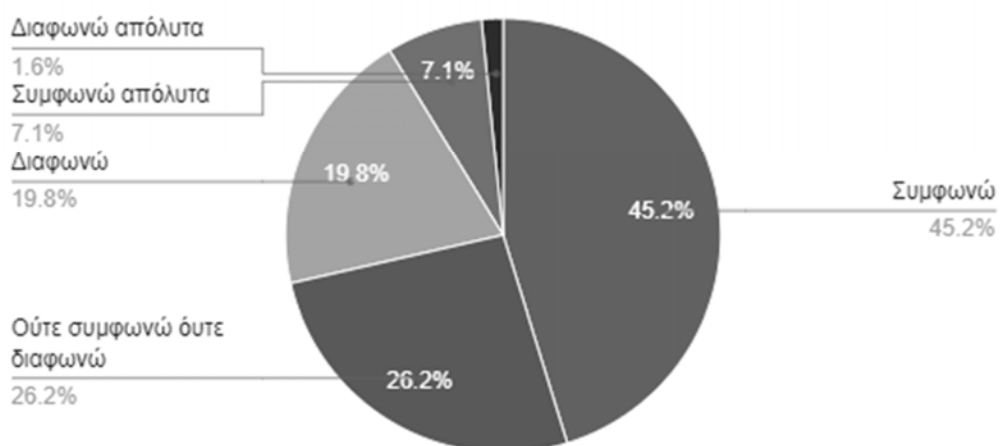
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η καθημερινή ρουτίνα των γιατρών] NOT_FOUND



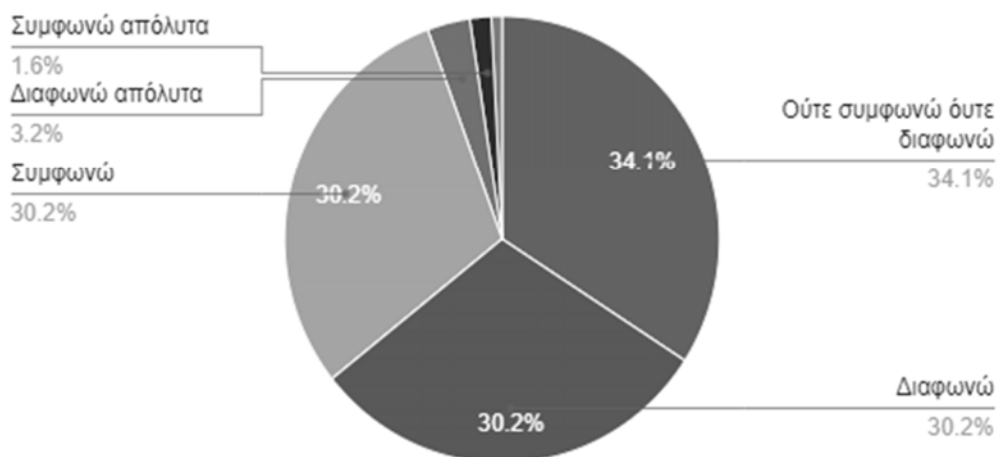
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Οι προσωπικές δεξιότητες του κάθε γιατρού περιπλέκουν τη συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες] NOT_FOUND



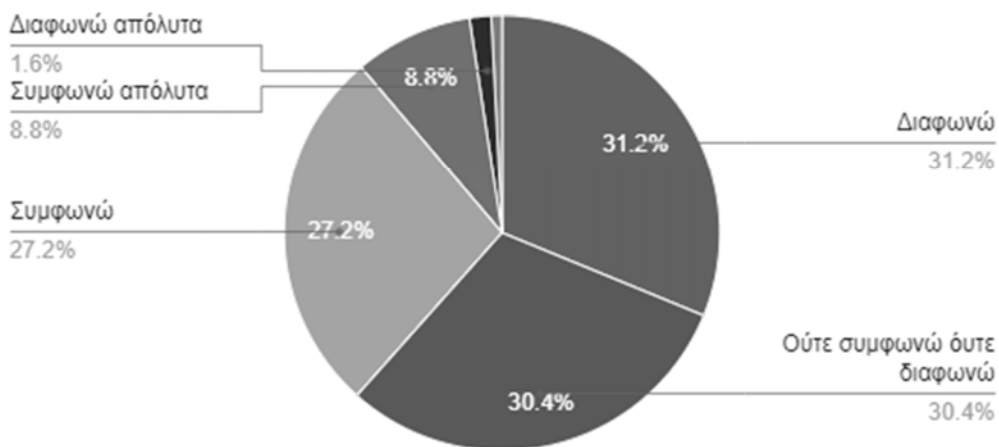
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Πολλοί γιατροί έχουν την τάση να αντιστέκονται στην υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών] NOT_FOUND



Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Αρκετοί γιατροί αναφέρουν ότι δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεση τους προκειμένου να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες] NOT_FOUND

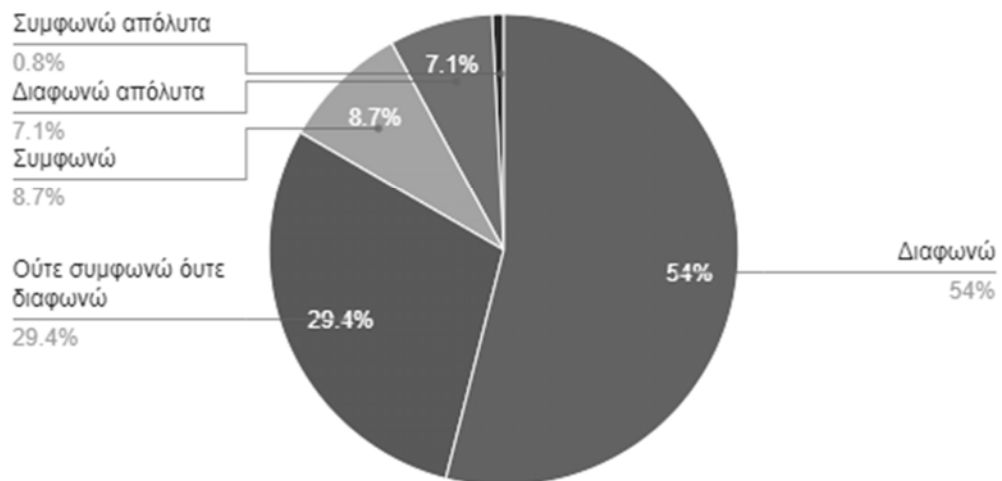


Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από τους γιατρούς φαίνεται ότι δεν αυξάνει το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία τους] NOT_FOUND

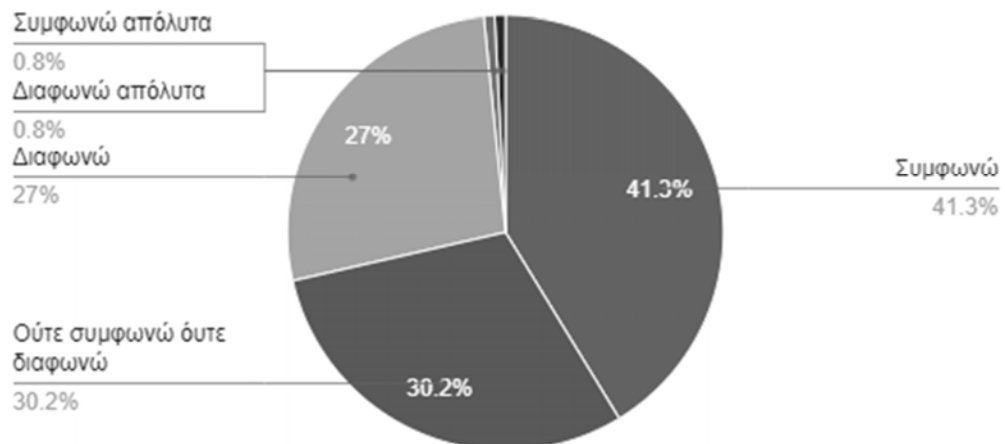


Παράρτημα 4 Συγκεντρωτικά αντικειμενικοί λόγοι

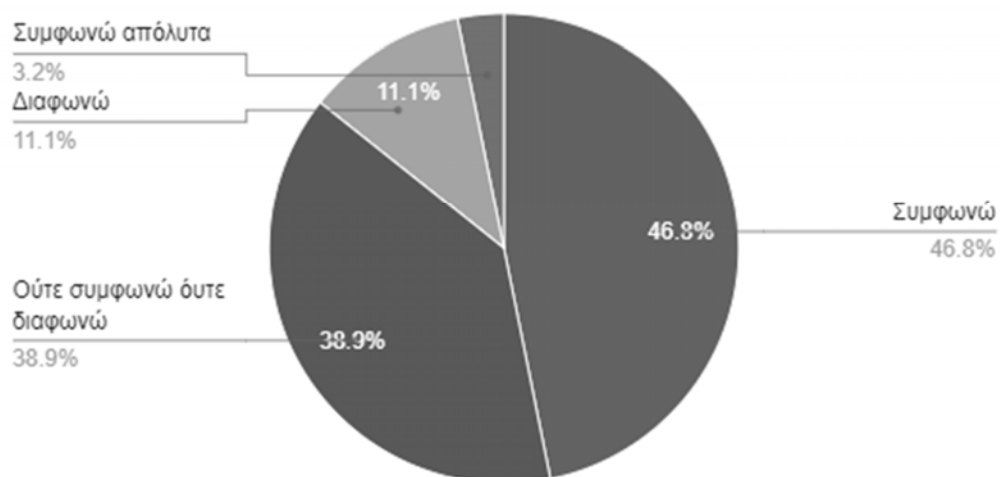
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πολύ περίπλοκες] NOT_FOUND



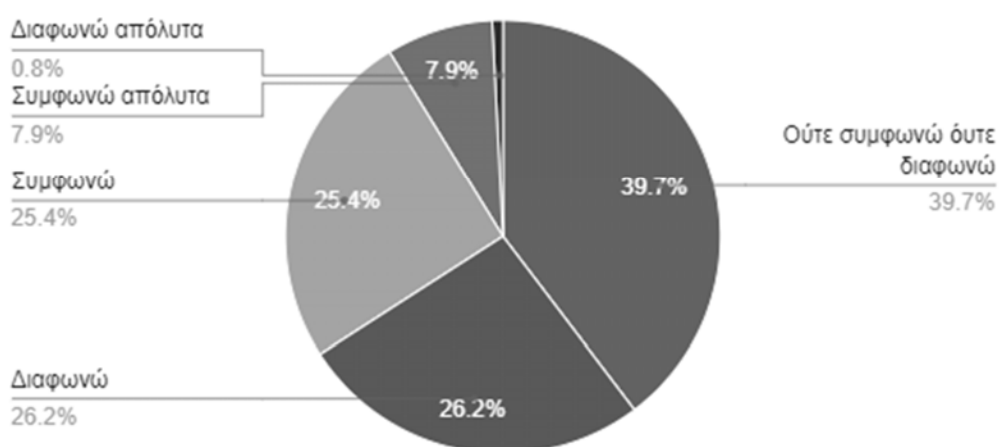
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Μια κατευθυντήρια οδηγία ενδέχεται να εμπεριέχει πολλαπλές υπό-οδηγίες και να δυσχεραίνει την υιοθέτηση της] NOT_FOUND



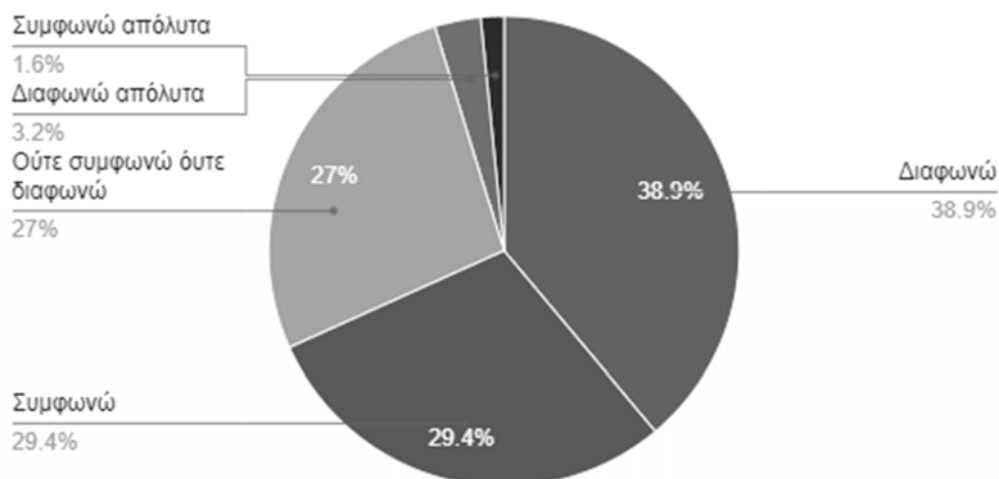
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Συχνά υπάρχουν λόγοι διαφωνίας με τις οδηγίες] NOT_FOUND



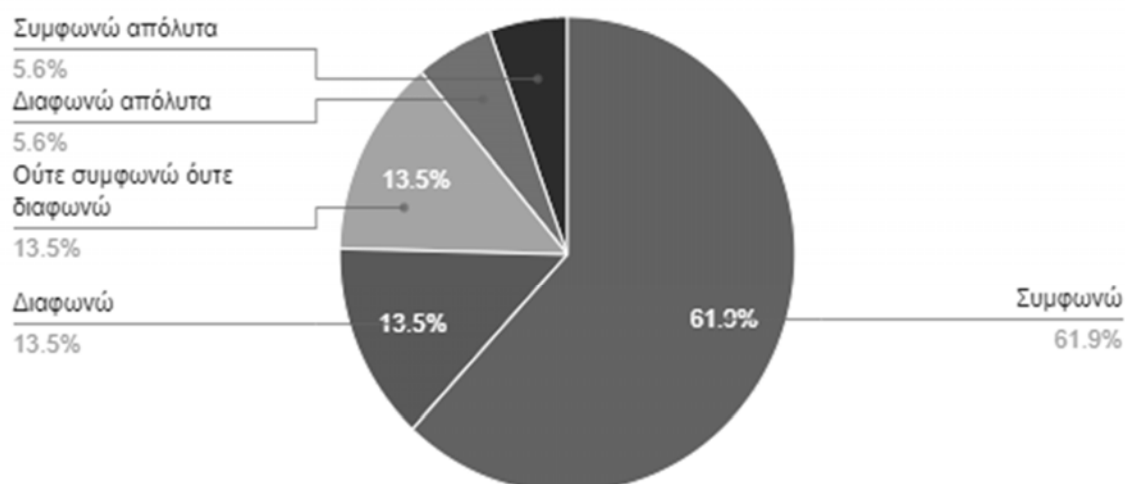
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Υπάρχουν αντικρουόμενοι κανόνες μεταξύ των οδηγιών και σε αρκετές περιπτώσεις ενδέχεται να συγκρούονται και μεταξύ τους] NOT_FOUND



Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Συχνά υπάρχει η αντίληψη ότι μια κατευθυντήρια οδηγία είναι ήδη ξεπερασμένη] NOT_FOUND

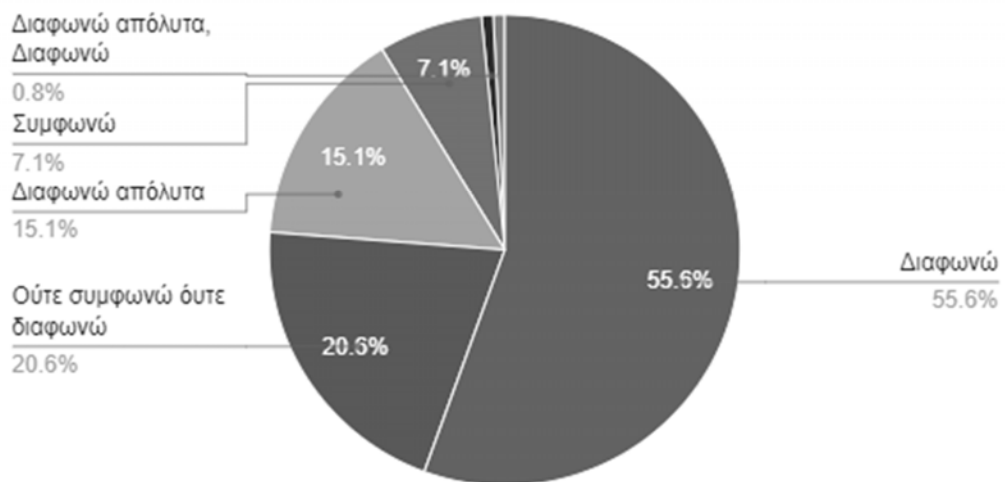


Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Πολλοί και διαφορετικοί περιορισμοί (χρόνος με τον ασθενή, τοποθεσία, Προσβασιμότητα/ Ευκολία, διαθεσιμότητα, υλικοτεχνικές υποδομές) οδηγούν αναγκαστικά σε μη συμμόρφωση] NOT_FOUND

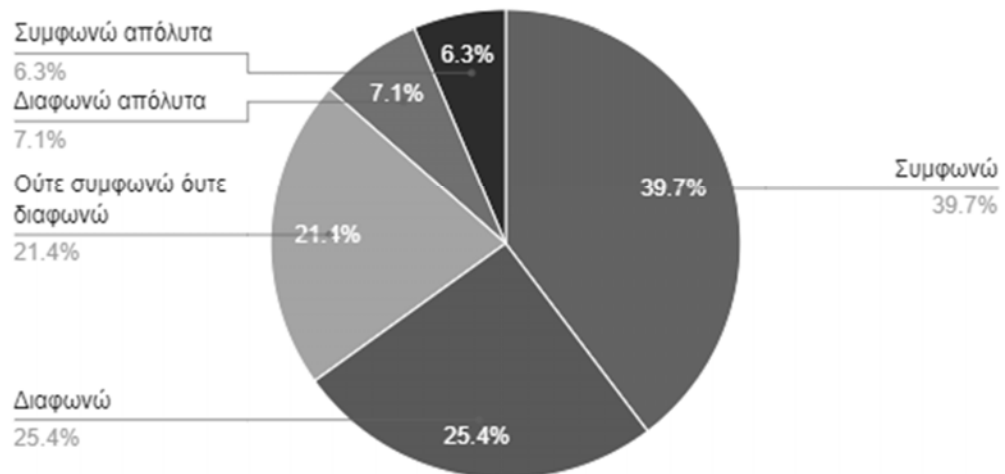


Παράρτημα 5 Συγκεντρωτικά υποκειμενικοί λόγοι

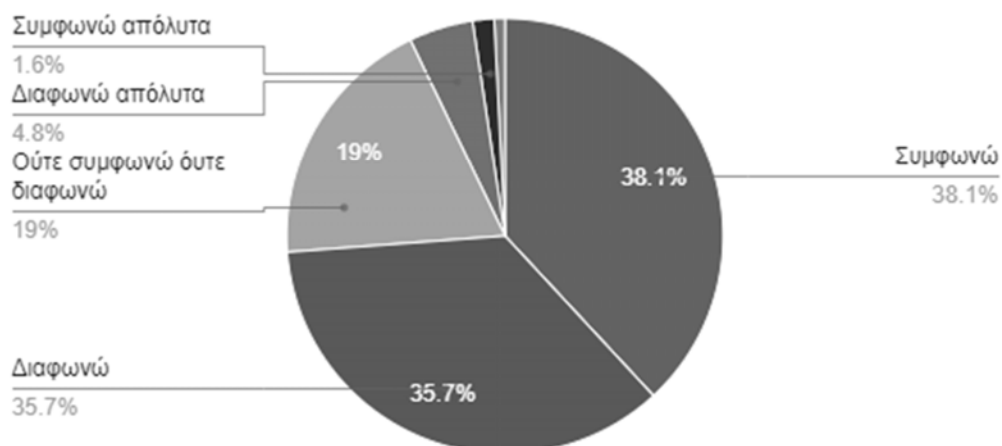
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Οι γιατροί τείνουν να υποτιμούν τον κλινικό κίνδυνο.] NOT_FOUND



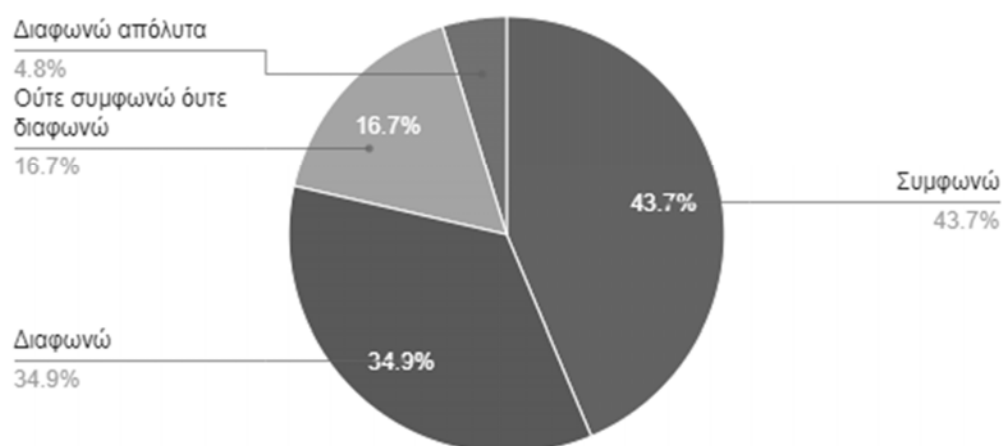
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η υπερβολική αυτοπεποίθηση ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση] NOT_FOUND



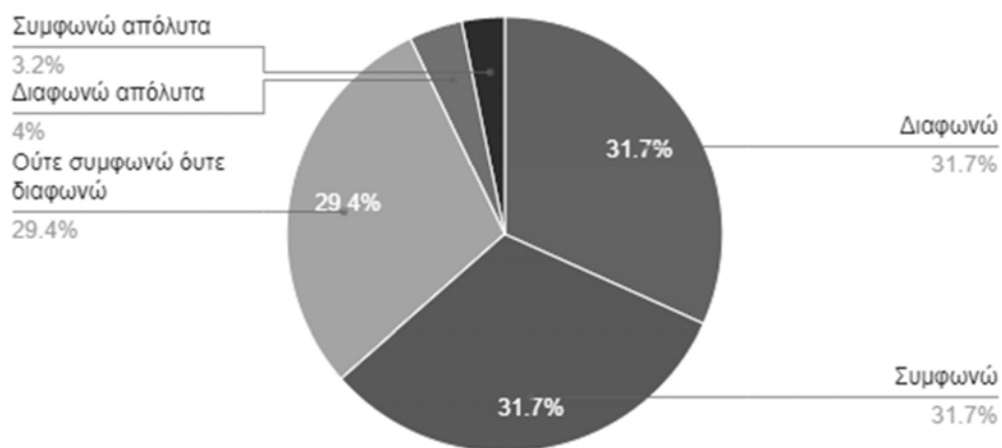
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η πίεση χρόνου για τη λήψη απόφασης ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση]
 NOT_FOUND



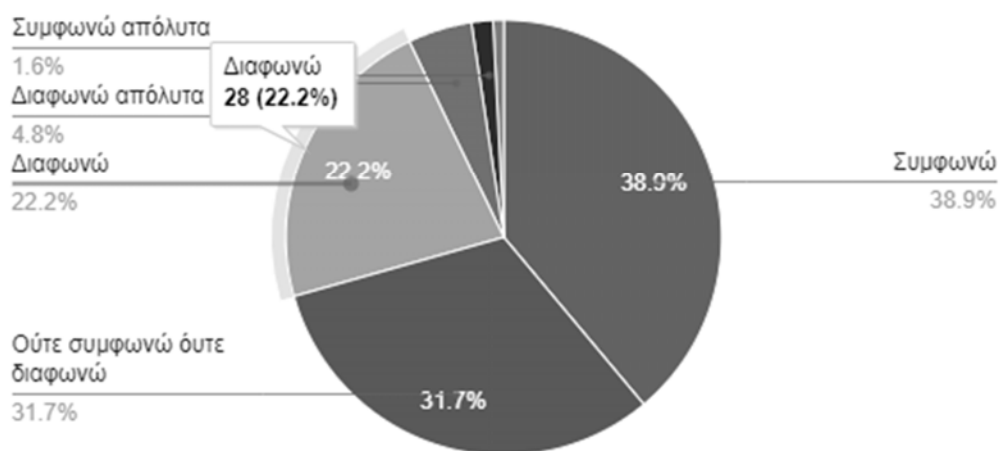
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η ανάγκη για επείγουσα διαχείριση ενός περιστατικού ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση]
 NOT_FOUND



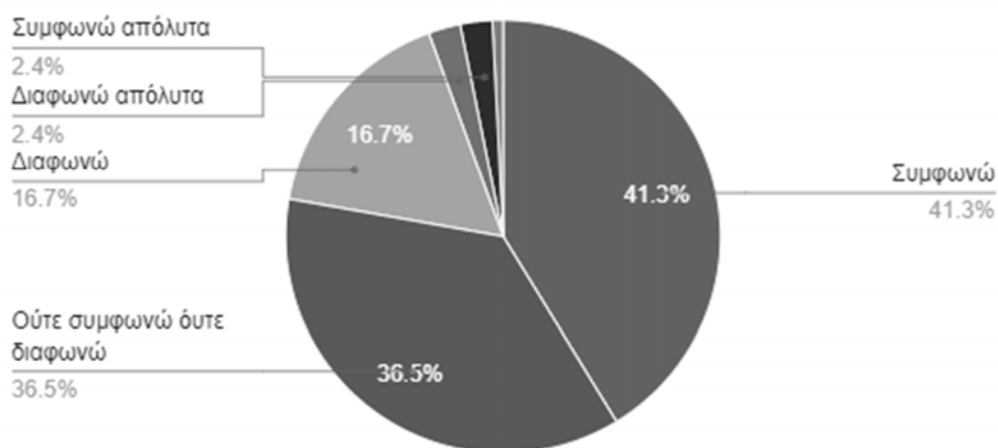
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η πίεση από τους ίδιους τους ασθενείς για άμεσα αποτελέσματα ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση] NOT_FOUND



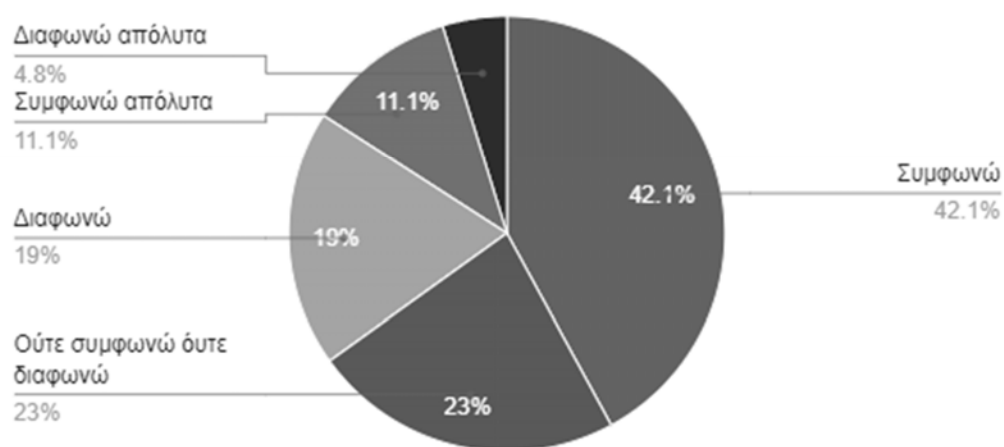
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η διαχείριση μεγάλου όγκου και συχνά αντιφατικών πληροφοριών ενδέχεται να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση] NOT_FOUND



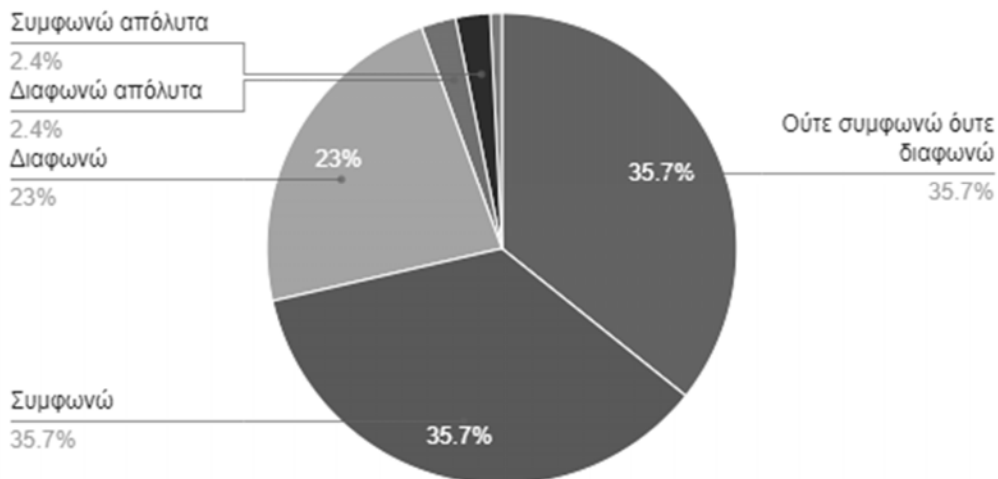
Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Υπάρχει βαθμός δυσκολίας προκειμένου να αλλάξει η έως τώρα συνήθης κλινική πρακτική και να εφαρμοστούν τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα] NOT_FOUND



Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Η μη τήρηση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου δεν συνεπάγεται ανεπαρκή φροντίδα των ασθενών] NOT_FOUND



Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Είναι δύσκολη η εφαρμογή τους σε πολύπλοκες καταστάσεις] NOT_FOUND



Διατυπώστε τον δικό σας βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας: [Συχνά οι γιατροί θεωρούν ότι η όποια πρακτική τους τελικά συμμορφώνεται με κάποια κατευθυντήρια οδηγία]

