



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ

Διευθυντής: Καθηγητής Χρήστος Χατζηχριστοδούλου

Διδακτορική Διατριβή

**«Πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη γνώσεων, στάσεων και συνηθειών (ΚΑΡ)
ιατρών που ασκούν πρωτοβάθμια περίθαλψη σε θέματα προσυμπτωματικού
ελέγχου διαλογής screening».**

υπό

Δρέσιου Χρήστου

Καρδιολόγου 2018

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2018

© 2018 ΔΡΕΣΙΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 202, παράγραφος 2 του Ν.5343/1932).

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής (5^η/01-04-2009 ΓΣΕΕΣ):

- 1^{ος} Εξεταστής
(Επιβλέπων)** **Χατζηχριστοδούλου Χρήστος.**
Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας
- 2^{ος} Εξεταστής** **Τρυποσκιάδης Φίλιππος**
Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 3^{ος} Εξεταστής** **Τσακάλωφ Ανδρέας**
Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Χημείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας
- 4^{ος} Εξεταστής** **Χατζόγλου Χρυσή,**
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 5^{ος} Εξεταστής** **Γιαμούζης Γρηγόριος**
Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας
- 6^{ος} Εξεταστής** **Ραχιώτης Γεώργιος**
Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 7^{ος} Εξεταστής** **Σκεντέρης Νικόλαος**
Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής-Κοινωνικής και Αναπτυξιακής
Παιδιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την συγγραφή και ολοκλήρωση της παρούσας διδακτορικής διατριβής πολύτιμη υπήρξε η αρωγή και συνεισφορά πολλών προσώπων, προς τα οποία εκφράζω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες.

Προς τον Καθηγητή κ. Χ. Χατζηχριστοδούλου, εκφράζω την βαθιά μου ευγνωμοσύνη για την καθοδήγηση και τη συνεχή υποστήριξη του καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης, τις παρατηρήσεις και τις ουσιαστικές υποδείξεις του στη διαμόρφωση του τελικού κειμένου.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες διατυπώνω προς τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, Καθηγητές κ. Τρυποσκιάδη και κ. Τσακάλωφ για την πολύτιμη βοήθεια και συμβολή τους στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ εκφράζω προς τον κ. Γεώργιο Παναγάκο την πολύτιμη βοήθειά του στην επιμέλεια της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων. Πολύτιμη υπήρξε επίσης η συνδρομή της κ. Ξανθής Ρούσσου, η οποία επιμελήθηκε μέρος της στατιστικής ανάλυσης.

Ευχαριστώ επίσης θερμά τον Επίκουρο καθηγητή κ. Ραχιώτη για τις συμβουλές και τις διορθώσεις του.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες εκφράζω προς ιατρούς, οι οποίοι παρά το βεβαρυμμένο ωράριο εργασίας τους δέχτηκαν να συμμετάσχουν στη δειγματοληψία της έρευνας.

Προς τα υπόλοιπα μέλη της επταμελούς επιτροπής Καθηγητές κα Χατζόγλου Χρυσή, κο Γιαμούζη Γρηγόριο και κο Σκεντέρη Νικόλαο, διατυπώνω τις θερμές ευχαριστίες μου για τις υποδείξεις τους.

Το φιλόλογο Γιώργο Μελιγκώνη, ευχαριστώ πολύ για τη γλωσσική επιμέλεια του τελικού κειμένου.

Με το αποτέλεσμα της παρούσας διατριβής εύχομαι να δικαιώσω τη σύζυγό μου για την ηθική συμπαράστασή της και την κατανόησή τους όλα αυτά τα χρόνια.

Χρήστος Δρέσιος

Αφιερωμένη

στη σύζυγο μου Σωτηρία

και στις κόρες μου Ελένη και Ιωάννα

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο	Χρήστος Δρέσιος
Ημερομηνία γέννησης	14/02/74
Επάγγελμα	Καρδιολόγος
Διεύθυνση	Βασίλη Ρώτα και Κανάρη
Περιοχή, ΤΚ	Νέα Μάκρη, 19005
Τηλέφωνο	6974071792
e - mail	cdresios@yahoo.gr

Εκπαίδευση

- Σεπτέμβρης 1994 – Σεπτέμβριος 2001: Φοίτηση στην Ιατρική σχολή University of L'Aquila, Ιταλία.
- Επαγγελματική πορεία
- Αύγουστος 2017- Φεβρουάριος 2018: Εξειδίκευση στις ειδικές τεχνικές υπερήχων καρδιάς στο Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας 251.
- Ιανουάριος 2016- Αύγουστος 2017: Εργασία ως καρδιολόγος στο Κέντρο Υγείας Νέας Μάκρης.
- Σεπτέμβριος 2013 – Σεπτέμβριος 2005: Εργασία ως specialist registrar στο Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust.

- Ιανουάριος 2013-Σεπτέμβριος 2013: Εργασία ως *Clinical Trial Physician* στο Birmingham City Hospital, (NHS).
- Απρίλιος 2018- Απρίλιος 2012: Άσκηση καρδιολογικής ειδικότητας στο 417 Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού.
- Οκτώβριος 2005 – Ιανουάριος 2008: Άσκηση παθολογικής ειδικότητας στο Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης.
- Μάιος 2004 – Σεπτέμβριος 2005: Υπηρεσία Υπαίθρου στο νομό Καρδίτσας
- Σεπτέμβριος 2003- Φεβρουάριος 2004:Υπηρεσία στον παθολογικό τομέα του Ναυτικού Νοσοκομείου Σαλαμίνας
- Σεπτέμβριος 2002- Σεπτέμβριος 2003: Υπηρεσία στον παθολογικό τομέα του Ναυτικού Νοσοκομείου Κρήτης

Δεξιότητες

- Άριστη γνώση Αγγλικής Γλώσσας
- Άριστη γνώση Ιταλικής Γλώσσας

**«Πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη γνώσεων, στάσεων και συνηθειών (ΚΑΡ)
ιατρών που ασκούν πρωτοβάθμια περίθαλψη σε θέματα προσυμπτωματικού
ελέγχου διαλογής screening».**

Δρέσιος Χρήστος

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, 2018

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. **Χατζηχριστοδούλου Χρήστος** Καθηγητής, Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Ίδρυμα (Επιβλέπων).
2. **Τρυποσκιάδης Φίλιππος** Καθηγητής, Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
3. **Τσακάλωφ Ανδρέας** Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Χημείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Περίληψη

Οι υπηρεσίες πρόληψης αποτελούν ένα σημαντικό μέρος του έργου του ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Κεντρικό ρόλο στην επίτευξη του βασικού στόχου του προσυμπτωματικού ελέγχου, που είναι η μείωση της θνητότητας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του γενικού πληθυσμού, έχουν οι ιατροί που επιτελούν το έργο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Καταλυτικό ρόλο στην αποτελεσματική εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου στον γενικό πληθυσμό με τη βέλτιστη σχέση κόστους-οφέλους αποκτά η πιστή εφαρμογή των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών που προτάθηκαν να κατευθύνουν τις κλινικές πρακτικές.

Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν μελέτες που αναδεικνύουν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, όσον αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη, τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) όσο και σε άλλες χώρες, ποικίλλει και δεν συνάδει με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Αυτές οι μελέτες φέρνουν στο φως την ανάγκη παρέμβασης, με στόχο την ενημέρωση και διευκόλυνση των ιατρών στην καθημερινή κλινική πράξη, καθώς και την ομογενοποίηση των γνώσεων που αφορούν τον προσυμπτωματικό έλεγχο στον γενικό πληθυσμό.

Ο πρώτος σκοπός της παρούσης διδακτορικής διατριβής είναι η αποτύπωση των γνώσεων, συνηθειών και πρακτικών που ακολουθούν οι ιατροί απέναντι στις στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) που αφορούν τον γενικό πληθυσμό, και να εκτιμηθεί ο βαθμός στον οποίο οι συστάσεις των ιατρών στηρίζονται σε διεθνώς αποδεκτές και σύγχρονες κατευθυντήριες γραμμές, όπως αυτές του U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Ο δεύτερος σκοπός της έρευνας είναι

να προσδιοριστούν οι πιθανοί παράγοντες κινδύνου των ιατρών που συσχετίζονται με λανθασμένες πρακτικές προσυμπτωματικού ελέγχου.

Μετά από συναφή βιβλιογραφική ενημέρωση και pre – testing, διαμορφώθηκαν τρία ξεχωριστά ερωτηματολόγια, προκειμένου να αξιολογηθούν οι γνώσεις - συνήθειες και πρακτικές των παθολόγων, των γενικών ιατρών, των καρδιολόγων και των παιδιάτρων. Η δειγματοληψία περιλαμβάνει δείγμα από όλη την επικράτεια της Ελλάδος. Η επιστημονική ομάδα αποφάσισε ότι ένας ικανοποιητικός αριθμός για να περιληφθεί στο δείγμα είναι το 10% του συνόλου των ιατρών της κάθε ειδικότητας στην Ελλάδα, δηλαδή περίπου 300 ιατροί από κάθε ειδικότητα πανελληνίως. Παρ' όλα αυτά, αναλύθηκαν τελικώς τα ερωτηματολόγια σε 297 παθολόγους, σε 299 γενικούς ιατρούς, σε 297 καρδιολόγους και σε 294 παιδίατρους. Η έρευνα των ιατρών ήταν τηλεφωνική, με βάση στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία.

Το τελικό ποσοστό συμμετοχής των ιατρών στην έρευνα διαμορφώθηκε στο 79.1 %.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης για τους παθολόγους αποκάλυψαν ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (99,7%) συγκλίνουν στην αναγκαιότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου. Η πλειοψηφία των παθολόγων έχει θετική στάση όσον αφορά τη χρήση κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα διευκόλυνε τη διαδικασία λήψης αποφάσεων (85,6%). Το πιο συνηθισμένο σφάλμα των συμμετεχόντων παθολόγων ήταν ο επανέλεγχος σε ετήσια βάση (98,9%) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε μια γυναίκα 22 ετών με αρνητικό test PAP. Η παράλειψη του προσυμπτωματικού ελέγχου για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών με ιστορικό καπνίσματος ήταν το λιγότερο συνηθισμένο λάθος που παρατηρήθηκε στη μελέτη μας (54,7%). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας, οι παθολόγοι ηλικίας κάτω των 50 ετών και εκείνοι με λιγότερα από 15 χρόνια προϋπηρεσίας είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να δηλώσουν ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες. Η στατιστική ανάλυση

λανθανουσών μεταβλητών ανέδειξε ότι οι παθολόγοι νεότεροι των 50 ετών, καθώς και ιατροί με μεταπτυχιακές σπουδές έχουν πιο πολλές πιθανότητες να έχουν θετική στάση ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τον προσυμπτωματικό έλεγχο και να είναι θετικά προσκείμενοι στην ιδέα της χρήσης υποστηρικτικών λογισμικών προγραμμάτων στην καθ' ημέρα πράξη.

Όλοι οι γενικοί ιατροί συμφώνησαν στην αναγκαιότητα για προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) στον πληθυσμό, ενώ το 88% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι υπάρχει ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα τους βοηθούσε στην επιλογή των ασθενών που πρέπει να περιληφθούν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Η σύσταση για προσυμπτωματικό έλεγχο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε μια γυναίκα ηλικίας 45 ετών, ελλείπει παραγόντων κινδύνου (98%), αποτέλεσε το συχνό σφάλμα των συμμετεχόντων γενικών ιατρών. Η παράλειψη του προσυμπτωματικού ελέγχου για κατάθλιψη σε γυναίκα 25 ετών με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ήταν το λιγότερο συνηθισμένο λάθος που παρατηρήθηκε στη μελέτη μας (50,2%).

Οι γενικοί ιατροί ηλικίας άνω των 50 ετών με περισσότερα από 15 χρόνια προϋπηρεσίας, οι ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα και οι ιατροί που εξετάζουν περισσότερους από 100 ασθενείς την εβδομάδα εμφάνισαν μικρότερο βαθμό συμμόρφωσης στις οδηγίες του USPTF. Επίσης, η στατιστική ανάλυση λανθανουσών μεταβλητών ανέδειξε ότι οι άνδρες ιατροί που απασχολούνται στον δημόσιο τομέα και όσοι ισχυρίζονται ότι δεν ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες συμμόρφωσης με τις συστάσεις της USPTF.

Η συντριπτική πλειοψηφία των καρδιολόγων (99%) συμφώνησε σχετικά με το σημαντικό ρόλο του προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού και το 69,4% των καρδιολόγων ανέφερε ότι η

χρήση κάποιου λογισμικού προγράμματος θα διευκόλυνε τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Εντούτοις, η πλειοψηφία των καρδιολόγων (53.7%) παραλείπει να συστήσει έλεγχο για το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής (AAA) σε έναν άνδρα 67 ετών με ιστορικό καπνίσματος. Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία των καρδιολόγων, αντίθετα με τις συστάσεις του USPSTF, συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για δυσλιπιδαιμία σε άνδρα 23 ετών (80%), σε γυναίκα 36 ετών (83,45%), καθώς και σε γυναίκα 46 ετών (93,58%). Επιπρόσθετα, η πλειοψηφία των καρδιολόγων λανθασμένα θα συνιστούσε προσυμπτωματικό έλεγχο για στεφανιαία νόσο σε έναν άνδρα 47 ετών (83,6%), καθώς και σε μια γυναίκα 57 ετών (82,09%), παρά τις αντίθετες συστάσεις του USPSTF. Τέλος, παρά την έλλειψη στοιχείων που υποστηρίζουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο για στένωση της καρωτιδικής αρτηρίας, η πλειονότητα των καρδιολόγων θα συνιστούσε έλεγχο για στένωση της καρωτιδικής αρτηρίας σε έναν παχύσαρκο υπερτασικό άνδρα ηλικίας 53 ετών. Ο πιο σημαντικός προγνωστικός δείκτης μη συμμόρφωσης, καθώς και αρνητικής στάσης ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες, ήταν ηλικία. Οι καρδιολόγοι ηλικίας άνω των 50 ετών όχι μόνο βρέθηκαν να υστερούν όσο αφορά το επίπεδο γνώσεων συγκριτικά με τους νεότερους καρδιολόγους αναφορικά με τις κατευθυντήριες γραμμές του USPTF, αλλά φάνηκε ότι συμβουλευονται λιγότερο συχνά τις κατευθυντήριες γραμμές. Επίσης, οι καρδιολόγοι άνω των 50 ετών δηλώνουν πιο συχνά σε σχέση με τους νεότερους συναδέλφους τους ότι δεν υπάρχουν σαφείς και ευρέως διαδεδομένες συστάσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Επίσης, παρά το γεγονός ότι οι απόψεις της πλειοψηφίας των καρδιολόγων συγκλίνουν προς την ανάγκη χρήσης λογισμικών στην καθ' ημέρα πράξη, παρατηρήθηκε ότι οι καρδιολόγοι άνω των 50 ετών είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι αρνητικοί ως προς τη χρησιμότητα των λογισμικών στη λήψη των κλινικών αποφάσεων.

Τέλος, όσον αφορά στους παιδίατρος, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (99%) συμφώνησε σχετικά με τον σημαντικό ρόλο του προσυμπτωματικού ελέγχου του γενικού πληθυσμού για την

προαγωγή της δημόσιας υγείας και η πλειοψηφία (78,8%) δήλωσε ότι η χρήση κάποιου λογισμικού προγράμματος θα διευκόλυνε τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Επιπλέον, το 61,1% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι οι συστάσεις τους βασίζονται σε διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Οι περισσότεροι από τους μισούς παιδίατρος (51,4%) δεν είναι πεπεισμένοι ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες για τον προσυμπτωματικό. Η μελέτη μας έδειξε ότι οι παιδίατροι εμφανίζουν χαμηλό βαθμό συμμόρφωσης (12,3%) με τις συνιστώμενες πρακτικές, όπως ο υπολογισμός του δείκτη μάζας σώματος. Παρά την έλλειψη στοιχείων που υποστηρίζουν τον προληπτικό έλεγχο για δυσπλασία του ισχίου, οι περισσότεροι παιδίατροι (86,39%) βρέθηκαν να έχουν ευνοϊκή στάση απέναντι στον έλεγχο σε αγόρι ηλικίας 2 μηνών με οικογενειακό ιστορικό δυσπλασίας ισχίου. Επιπλέον, οι περισσότεροι παιδίατροι (80,27%) συνιστούν έλεγχο για σκολίωση σε αγόρι ηλικίας 13 ετών. Πρακτική που έρχεται σε αντίθεση με τις οδηγίες του USPSTF. Η μελέτη μας αποκάλυψε επίσης ότι η πλειοψηφία των παιδίατρων συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για διαταραχές των λιπιδίων σε ένα αγόρι ηλικίας 7 ετών (54%). Επίσης, παρά τις οδηγίες του USPSTF, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (60,8%) δεν συνιστά έλεγχο για κατάθλιψη σε ένα ασυμπτωματικό κορίτσι ηλικίας 14 ετών με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης. Τέλος, στην περίπτωση του προσυμπτωματικού ελέγχου για την υπέρταση (Q22), όπου οι σχετικές οδηγίες του USPSTF είναι ασύμφωνες με τις οδηγίες που εκδόθηκαν από την American Academy of Pediatrics (AAP), οι παιδίατροι έδειξαν χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης με τις συστάσεις της USPSTF. Οι γυναίκες, οι παιδίατροι ηλικίας μικρότερης των 50 ετών, οι παιδίατροι που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα και οι ιατροί που δήλωσαν ότι ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης με τις συστάσεις της USPSTF.

Η έρευνα αυτή έχει προσδιορίσει τις κύριες ομάδες των ιατρών στις οποίες θα έπρεπε να στοχεύουν προγράμματα παρέμβασης στο μέλλον. Περισσότερος χρόνος χρειάζεται να επενδυθεί στην εκπαίδευση πρωταρχικά των ιατρών σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του πληθυσμού.

Abstract

Evidence-based public health (EBPH) developed as a practice model which aims at whole communities and is based on evidence based medicine (EBM) approach.

Increased emphasis on EBPH has several benefits, which converge to the concept of health promotion and disease prevention.

EBPH can be defined as the process of integrating science-based interventions with community preferences to improve the health of populations.

Screening as a key component in the setting of evidence-based public health (EBPH) should involve incorporate evidence based practices into a population-centered model of preventive health care in order to improve and maintain population health.

Despite the major progress made in the field of public health in the last years, there is evidence of non-compliance with the recommendations offered by national advisory groups such as the United States

We aimed to assess the knowledge, attitudes and practices of doctors toward U.S. Preventive Services Task Force (USPTF) screening guidelines. The second purpose of the study was to identify the risk factors a contributing to poor adherence to USPSTF screening guidelines.

The survey was conducted within a six month period in a stratified random sample of 370 internal medicine specialists (IMS), 382 GPs, 371 practicing Cardiologists and 371 pediatricians. Participants were queried about sociodemographic characteristics, their knowledge, attitudes, and self-reported practice patterns regarding screening in primary care setting. Socio-demographic

characteristics associated with inappropriate screening were identified using multivariable logistic regression models.

To achieve health goals for improved population health, more widespread and uniform implementation of evidence-based strategies has been recommended

Specifically, the role of the primary care physicians in health care supply is particularly relevant as they are in a unique position to promote screening. Since the screening recommendations and profile of medical doctors in Greece is more or less unknown, our survey aimed to evaluate knowledge, attitude and practices (KAP) doctors in regard to screening and to current recommendations in primary care setting.

Following review of previous literature, and pre-testing, three separate questionnaires were prepared to assess the knowledge, attitude and practices of internal medicine specialists, general practitioners, cardiologists and pediatricians.

Medical doctors were selected by using geographically stratified random sampling methodology. It was estimated that the inclusion of approximately 10% of Greek doctors for *each* of the 4 specialty categories it would be satisfactory. In total 382 GPs, 371 pediatricians, 371 practicing Cardiologists and 370 internal medicine specialists (IMS) were randomly selected to participate in our study. Nevertheless, the questionnaires were finally analyzed in 297 physicians, 299 general practitioners, 297 cardiologists and 294 pediatricians. Data collection through telephone interviews was the method of choice, since it reduces the response time increases the response rate and offers anonymity and confidentiality. All interviews were contacted by one particular expert (medical doctor) in order to minimize bias and ensure objectivity. The final percentage of doctors' participation in the survey stood at 79.1%.

Data collection through telephone interviews was the method of choice, since it reduces the response time increases the response rate and offers anonymity and confidentiality. All interviews were contacted by one particular expert (medical doctor) in order to minimize bias and ensure objectivity.

Nearly all IMS (99, 7 %) agreed on the important role of population based screening in improving patient care. Moreover, despite variation in the implementation of guidelines among IMS, 61 % of the respondents reported that their screening recommendations are based on major international guidelines. Furthermore the majority of IMS (65, 4%) claimed that not only explicit screening guidelines are available but also that guidelines are widely disseminated among health professionals practicing in primary care setting. Finally 85, 6% of IMS claims that their performance and consequently the quality of patient care would be improved with the implementation of computer based decision support systems in clinical practice.

However, IMS screening recommendations appeared to be in contrast with USPSTF guidelines in many clinical entities. The most common error made by participants involved incorrectly repeating screening for cervical cancer in a woman 22 years old who tested negative on annual basis (98.9%). Failure to screen for AAA in a man 67 years old with smoking history was the least common mistake observed in our study (54.7%). According to the results of our study, IMS younger than 50 years of age and those with less than 15 years of practice were more likely to declare that there are clear and widespread guidelines.

In latent class analysis we found that IMS younger than 50 of age as well as doctors with postgraduate studies are more likely to report that their performance would be facilitated by the use of computer based decision support systems.

All GPs agreed on the important role of population based screening in improving patient care and 88% of GPs reported that their performance would be improved with the implementation of computer based support systems in clinical practice. Despite that, GPs' screening recommendations are in stark contrast with USPSTF guidelines in many clinical entities. The most common error made by participants was to incorrectly recommending screening for type 2 diabetes in a woman 45 years old in the absence of risk factors (98%). Failure to screen for depression in a woman 25 years old in the presence of family history suggestive of depression was the least common mistake observed in our study. GPs older than 50 years of age, those who practicing for more than 15 years, private practitioners and GPs reviewing more than 100 patients per week were less likely to be compliant with USPTF guidelines. In latent class analysis we found that male practitioners, government practitioners and those who claimed that do not consult screening guidelines for their decisions are more likely to adhere to USPTF recommendations than their counterparts.

The vast majority of Cardiologists (99%) agreed on the important role of population based screening in improving patient care and 69.4% of Cardiologists reported that their performance would be facilitated by the use of computer based decision support systems. Our survey revealed that more than half of the cardiologists (53.7%) failed to screen for abdominal aortic aneurysm (AAA) in a man 67 years with smoking history. The vast majority of the Cardiologists were also found to incorrectly offer screening for dyslipidemia in a man 23 years (80%), in a woman 36 years (83.45%) as well as in a woman 46 years (93.58%). Most of cardiologists would inappropriately screen for coronary heart disease (CHD) in a man 47 years (83.6%) as well as in a woman 57 years old (82.09%). Furthermore, contrary to USPSTF recommendation, the majority of cardiologists would screen for carotid artery stenosis (CAS) (84, 12%) in an obese hypertensive man 53 years old. In addition more than half of the participants would erroneously consider prescribing aspirin in a woman 60 years old with

smoking history (53.4%). Being over age 50 was the most important predictor of non-compliance as well as of poor attitude regarding screening guidelines revealed by latent class analysis.

The vast majority of the pediatricians (99%) agreed on the important role of population based screening in promoting public health and most of the responders (78.8%) stated that the use of an on line software would facilitate their decision making process. Moreover, 61.1% of the respondents reported that their screening recommendations are based on major international guidelines. In addition, more than half of the Pediatricians (51.4%) are not convinced that screening guidelines are clear and widespread. Our study revealed the insufficient implementation of international guidelines for screening of pediatric obesity (87.71%). Despite the lack of evidence supporting screening for hip dysplasia, most Pediatricians (86.39%) were found to hold favourable attitude towards screening in a boy 2 months old with family history of hip dysplasia. Furthermore most Pediatricians (80.27%) would inappropriately screen for scoliosis in a boy 13 years old. Our study revealed also that the majority of Pediatricians erroneously tend to screen for lipid disorders in a boy 7years old (54%) as well as in an obese boy 10 years old (94%) Finally, the majority of the participants (60, 8%) failed to screen for depression in an asymptomatic girl 14 years old with family history of depression. Female practitioners, younger than 50 years of age, working in the private sector and those who declared that they use specific screening guidelines for their decisions were found to have a poor knowledge towards these screening guidelines. The results of our survey suggest the need for educational intervention in order to promote the routine adoption of national evidence based screening recommendation in clinical practice.

Κεφάλαιο 1	Εισαγωγή	25
Κεφάλαιο 2	Γενικό μέρος	27
2.1	Ιστορική αναδρομή	27
2.2	Προληπτική ιατρική: Εννοιολογική εξέλιξη	34
2.4	Στοιχεία νοσηρότητας και θνησιμότητας στην Ελλάδα	36
2.5	Προσυμπτωματικός έλεγχος	37
2.6	Εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου	44
2.7	Επίδοση του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα στην αντιμετώπιση ασθενειών υψηλού φορτίου νοσηρότητας και θνησιμότητας	52
2.8	Αίτια μειωμένης αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ελλάδα	53
2.9	Εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών στον προσυμπτωματικό έλεγχο	59
2.10	Σκοπός της έρευνας	61
Κεφάλαιο 3	Ειδικό μέρος	63
3.1	Μεθοδολογία – Οργανόγραμμα	63
3.1.1	Οι Μελέτες αποτίμησης Γνώσεων – Συνηθειών - Πρακτικών (KAP studies: Knowledge, Attitudes and Practices)	63
3.1.2	Σχεδιασμός ερωτηματολογίων	65
3.1.3	Δειγματοληψία	68
3.2.	Καταχώριση και ανάλυση των δεδομένων	76
3.3.	Αποτελέσματα της έρευνας των ιατρών	77
3.3.1	Ποσοστά συμμετοχής στην έρευνα	77
3.3.2	Ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα	78
3.4	Αποτελέσματα της έρευνας των παθολόγων	81
3.4.1	Μονοπαραγοντική ανάλυση των τομέων (γνώσεις – στάσεις – πρακτικές) σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους παθολόγους	81
3.4.1.1	Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές των παθολόγων	

σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο)	81
3.4.1.2 Τομέας Β (στάσεις των παθολόγων σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)	103
3.4.2. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με απαντήσεις που υποδηλώνουν μειωμένη γνώση, λανθασμένες στάσεις και κακές πρακτικές των παθολόγων	105
3.4.2.1 Τομέας Α (γνώσεις σχετικά με την ορθές συστάσεις για προληπτικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)	105
3.4.2.2 Τομέας Β (στάσεις των παθολόγων σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο ποσοστιαίες απαντήσεις)	111
3.4.3 Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης	113
3.4.3.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο)	113
3.4.3.2 Τομέας Β (στάσεις των παθολόγων σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο	114
3.4.4 Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της στατιστική ανάλυσης λανθανουσών μεταβλητών	115
3.4.4.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο)	115
3.4.4.2 Τομέας Β (στάσεις των παθολόγων σχετικά με τις συστάσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο	116
3.5 Αποτελέσματα της έρευνας των γενικών ιατρών	118
3.5.1. Μονοπαραγοντική ανάλυση των τομέων (γνώσεις – στάσεις – πρακτικές) σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους γενικούς ιατρούς.	118
3.5.1.1. Ανάλυση του τομέα Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους γενικούς ιατρούς)	118
3.5.1.2. Τομέας Β (στάσεις των γενικών ιατρών σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)	140
3.5.2. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με απαντήσεις που υποδηλώνουν μειωμένη γνώση, λανθασμένες στάσεις και κακές πρακτικές των γενικών ιατρών.	142
3.5.2.1. Τομέας Α (γνώσεις σχετικά με την ορθές συστάσεις για προληπτικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)	142

3.5.2.2. Τομέας Β (στάσεις των γενικών ιατρών σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο ποσοστιαίες απαντήσεις)	151
3.5.3. Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης	153
3.5.3.1. Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)	153
3.5.4. Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της στατιστική ανάλυσης λανθανουσών μεταβλητών	158
3.5.4.1. Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο)	158
3.5.4.2. Τομέας Β (στάσεις των γενικών ιατρών σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο)	160
3.6. Αποτελέσματα της έρευνας των καρδιολόγων	162
3.6.1 Μονοπαραγοντική ανάλυση των τομέων (γνώσεις – στάσεις – πρακτικές) σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους καρδιολόγους.	162
3.6.1.1 Ανάλυση του τομέα Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους καρδιολόγους)	162
3.6.1.2 Τομέας Β (στάσεις των καρδιολόγων σχετικά με τις συστάσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)	178
3.6.2. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με απαντήσεις που υποδηλώνουν μειωμένη γνώση, λανθασμένες στάσεις και κακές πρακτικές των καρδιολόγων	180
3.6.2.1 Τομέας Α (γνώσεις σχετικά με την ορθές συστάσεις για προληπτικό έλεγχο –ποσοστιαίες απαντήσεις)	180
3.6.2.2 Τομέας Β (στάσεις των καρδιολόγων σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο ποσοστιαίες απαντήσεις)	186
3.6.3 Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης	188
3.6.3.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)	188
3.6.4 Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της στατιστική ανάλυσης λανθανουσών μεταβλητών.	190

3.6.4.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο)	190
3.6.4.2 Τομέας Β (στάσεις των καρδιολόγων σχετικά με τις συστάσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο).	192
3.7. Αποτελέσματα της έρευνας των παιδιάτρων	194
3.7.1. Μονοπαραγοντική ανάλυση των τομέων (γνώσεις – στάσεις – πρακτικές) σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους παιδίατρος	194
3.7.1.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους παιδίατρος	194
3.7.1.2 Τομέας Β (στάσεις των παιδιάτρων σχετικά με τις συστάσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)	199
3.7.2. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με απαντήσεις που υποδηλώνουν μειωμένη γνώση, λανθασμένες στάσεις και κακές πρακτικές των παιδιάτρων	201
3.7.2.1 Τομέας Α (γνώσεις σχετικά με την ορθές συστάσεις για προληπτικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)	201
3.7.2.2 Τομέας Β (στάσεις των παιδιάτρων σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο ποσοστιαίες απαντήσεις)	208
3.7.3. Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης	211
3.7.3.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)	211
3.7.4 Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης λανθανουσών μεταβλητών	215
3.7.4.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο)	215
3.7.4.2 Τομέας Β (στάσεις σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο)	218
Κεφάλαιο 4 Συζήτηση	219
Κεφάλαιο 5 Συμπεράσματα	244
Βιβλιογραφικές αναφορές	246
Συντμήσεις	271
Παράρτημα	274

Ερωτηματολόγιο παθολόγων και γενικών ιατρών	275
Ερωτηματολόγιο καρδιολόγων	293
Ερωτηματολόγιο παιδιάτρων	304

Κεφάλαιο Πρώτο

Εισαγωγή

Ως προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) ορίζεται η προσπάθεια ανίχνευσης παθήσεων ή των παραγόντων κινδύνου νοσημάτων, πριν την εμφάνιση των αντίστοιχων κλινικών εκδηλώσεων. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να αποφέρει σημαντικά ατομικά οφέλη εφόσον υφίσταται εγκεκριμένη θεραπεία που οδηγεί στην βελτίωση την πρόγνωσής του [1].

Πράγματι, η ανίχνευση με τον κατάλληλο προσυμπτωματικό έλεγχο και η έγκαιρη αντιμετώπιση των ασθενειών σε πρώιμα στάδια, μπορεί να ελαττώσει κατά πολύ τα ποσοστά θνητότητας συμβάλλοντας στην προαγωγή της δημόσιας υγείας.

Η εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου αποτέλεσε διεθνώς μια εξαιρετικά επιτυχημένη πολιτική υγείας και συνέβαλλε σημαντικά στην μείωση της θνητότητας καθώς και στην συγκράτηση των δαπανών υγείας. Παρά το γεγονός ότι τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου αποτέλεσαν τον πυρήνα εθνικών προγραμμάτων πρόληψης στη πλειοψηφία των ανεπτυγμένων χωρών, η επίδοση του συστήματος υγείας της χώρας μας υστερεί σημαντικά στην εφαρμογή παρόμοιων προγραμμάτων με δυσάρεστες συνέπειες τόσο στην υγεία του πληθυσμού όσο και στις δαπάνες υγείας. Σύμφωνα με έρευνα του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, η εφαρμογή των προσυμπτωματικών ελέγχων στην χώρα μας βρίσκεται σε ανησυχητικά χαμηλά επίπεδα στην Ελλάδα και διενεργείται με μη συστηματικό τρόπο και σε άτακτα χρονικά διαστήματα [2,3].

Λαμβάνοντας υπόψη τον σημαντικό ρόλο των ιατρών, που παρέχουν υπηρεσίες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στην επίτευξη των στόχων του screening, καθώς και τη σημασία της εφαρμογής των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών που έχουν προταθεί ώστε να κατευθύνουν τις

κλινικές πρακτικές, η παρούσα μελέτη έχει σκοπό την αναζήτηση των παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με την κακή επίδοση του συστήματος υγείας όσο αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Συγκεκριμένα, πρόκειται για έρευνα γνώσεων, συνηθειών και πρακτικών (Knowledge, Attitude and Practices study - KAP) των ιατρών όσον αφορά την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών που διέπουν τα προγράμματα screening. Με αυτόν τον τρόπο έγινε αναζήτηση, με τη βοήθεια δημογραφικών στοιχείων, ομάδων ιατρών των οποίων οι συστάσεις δεν συνάδουν με τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως βάση για την εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης στο μέλλον.

Κεφάλαιο Δεύτερο

Γενικό μέρος

2.1 Ιστορική αναδρομή

Η υγεία, ως υπέρτατο αγαθό, αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου, η διασφάλιση του οποίου αποτελεί ύψιστο στόχο κάθε οργανωμένης κοινωνίας. Το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας προασπίζεται από το άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (10 Δεκεμβρίου 1948), που επισημαίνει ότι: «Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένειά του υγεία και ευημερία, και ειδικότερα τροφή, ρουχισμό, κατοικία, ιατρική περίθαλψη, όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες» [4].

Ο κεντρικός ρόλος και η υπεροχή της πρόληψης των ασθενειών έναντι της θεραπείας ήταν ευρέως γνωστή και διατυπωμένη ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη. Πράγματι, ο Ιπποκράτης έδωσε τεράστια σημασία στην πρόληψη των ασθενειών και είναι γνωστή η φράση του: «κάλλιον τό προλαμβάνειν, παρά τό θεραπεύειν». Αλλά και άλλοι ιατροί της αρχαίας Ελλάδας, όπως ο Πυθαγόρας, αναγνώρισαν και θεμελίωσαν την αξία της πρόληψης, διατυπώνοντας συμβουλές πρόληψης :«Ουδ' υγείας της κατά σώμα αμέλειαν έχειν χρεϊ. αλλά ποτού τε μέτρον, και σίτου, γυμνασίων τε ποιείσθαι.»

Στο θέμα της προληπτικής ιατρικής, όμως, οι βάσεις ετέθησαν πριν από δυο αιώνες, όταν ο Άγγλος ιατρός Edward Jenner (1749- 1823) παρατήρησε ότι η λοίμωξη από τον ιό της ευλογιάς της αγελάδας είχε ευεργετικά αποτελέσματα κατά της ευλογιάς του ανθρώπου, η οποία είχε προκαλέσει το θάνατο σε περίπου 60 εκατομμύρια ανθρώπους στην Ευρώπη. Η εφαρμογή της μαζικής

ακτινογράφησης τη δεκαετία του 1940, στα πλαίσια της διάγνωσης της φυματίωσης, καθιέρωσε τον προληπτικό έλεγχο ως μέσο για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση παθήσεων υψηλού φορτίου νοσηρότητας και θνητότητας.

Μετά το δεύτερο μισό του προηγούμενου αιώνα, με τη ραγδαία ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, προτεραιότητα δόθηκε στη θεραπεία των νοσημάτων, καθώς και στην παραγωγή νέων φαρμάκων. Με την πάροδο των χρόνων, όμως, παρατηρήθηκε ότι η μείωση της θνητότητας και νοσηρότητας η οποία επιτεύχθηκε με την ανάπτυξη νέων θεραπειών και φαρμάκων, δεν επέφερε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Αυτό είχε ως συνέπεια ακόμα και αναπτυγμένες χώρες να αδυνατούν να ανταποκριθούν στις αυξημένες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία αφορούν τον θεραπευτικό τομέα.

Η διαπίστωση ότι τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού δεν δύνανται να αντιμετωπιστούν μόνο μέσω της περίθαλψης, οδήγησε στη διάσκεψη της Alma-Ata (1978) του Καζακστάν, που οργανώθηκε από τον ΠΟΥ, και η οποία καθόρισε την έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και ανέδειξε τη σημασία της πρόληψης των νοσημάτων στα πλαίσια του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Η διάσκεψη για την ΠΦΥ στην Άλμα-Άτα, εκφράζοντας την ανάγκη για άμεση λήψη μέτρων από όλες τις κυβερνήσεις, τους παρόχους υγείας αλλά και την παγκόσμια κοινότητα, με σκοπό την προάσπιση του δικαιώματος της υγείας, κατέληξε σε μια διακήρυξη η οποία έθεσε τις θεωρητικές βάσεις για μια επαναστατική αλλαγή στη θεώρηση του ρόλου των υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη της ΠΦΥ θεωρήθηκε βασικός μοχλός αυτής της προσπάθειας [5].

Η διακήρυξη του ΠΟΥ διαπνέεται από τις ακόλουθες αρχές: (α) ισότητα, κοινωνική δικαιοσύνη και υγεία για όλους, (β) κοινωνική συμμετοχή, (γ) προαγωγή υγείας, (δ) ορθολογική χρήση των πόρων, (ε) διατομεακή δράση και συνεργασία [6].

Στην κατεύθυνση αυτή ο ΠΟΥ προσδιόρισε αναλυτικά το πεδίο δράσης της ΠΦΥ, το οποίο συνοψίζεται σε επτά σημεία:

1) Η ΠΦΥ αντανακλά και εξελίσσεται από τις οικονομικές συνθήκες, τα κοινωνικο-πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά των κρατών και των κοινωνιών, και βασίζεται στην εφαρμογή των σχετικών αποτελεσμάτων από τις κοινωνικές, βιοϊατρικές και ιατρικές έρευνες, καθώς και την εμπειρία από τη δημόσια υγεία.

2) Αντιμετωπίζει τα κύρια προβλήματα υγείας στην κοινότητα, παρέχοντας αντίστοιχες υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

3) Περιλαμβάνει τουλάχιστον: Εκπαίδευση σχετικά με τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας και μεθόδους για την πρόληψη και τον έλεγχο αυτών, προώθηση της παροχής τροφής και της σωστής διατροφής, επαρκή παροχή καθαρού νερού και βασικής στέγης, φροντίδα για τη μητρότητα, τα παιδιά, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού, ανοσοποίηση έναντι των κυριότερων μολυσματικών νοσημάτων, πρόληψη και έλεγχο των ενδημικών νοσημάτων, κατάλληλη θεραπεία βασικών νοσημάτων και τραυμάτων καθώς και παροχή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής

4) Επιπρόσθετα, περιλαμβάνει, εκτός από τον τομέα υγείας, όλους τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινωνικής ανάπτυξης και ιδιαίτερα τη γεωργία, την κτηνοτροφία, τα τρόφιμα, τη βιομηχανία, την εκπαίδευση, τις πολιτικές στέγασης, τα δημόσια έργα, την επικοινωνία. Απαιτεί τον συντονισμό και την συνεργασία των τομέων αυτών για τις αντίστοιχες δράσεις

5) Απαιτεί και προωθεί στο μέγιστο την κοινωνική και την ατομική συμμετοχή στο σχεδιασμό, στην οργάνωση, λειτουργία και στον έλεγχο της ΠΦΥ, κάνοντας πλήρη χρήση των τοπικών, εθνικών και άλλων πόρων. Στο πλαίσιο αυτό παρέχει εκπαίδευση ώστε να αναπτυχθεί η ικανότητα για συμμετοχή.

6) Θα πρέπει να στηριχθεί μέσω ενιαίων, λειτουργικών, αμοιβαία υποστηρικτικών συστημάτων, τα οποία οδηγούν στην προοδευτική βελτίωση της υγείας για όλους. Δίνει προτεραιότητα σε όσους έχουν μεγαλύτερη ανάγκη.

7) Βασίζεται, τόσο σε τοπικό όσο και σε επίπεδο παραπομπής, σε λειτουργούς υγείας (ιατροί, νοσηλεύτες, μαίες, επικουρικό προσωπικό, εργάτες) που έχουν τα κατάλληλα κοινωνικά και τεχνικά προσόντα για να εργαστούν ως «ομάδα υγείας» και να ανταποκριθούν στις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας.

Τα επόμενα χρόνια ο ρόλος της ΠΦΥ αναδείχθηκε, τόσο το 1981στην 34^η γενική συνέλευση του Π.Ο.Υ όσο και με τη διακήρυξη της Οτάβας το 1986 [7].

Στην 34^η γενική συνέλευση του Π.Ο.Υ επιβεβαιώθηκε η ανάγκη για ανάπτυξη της ΠΦΥ και αναδείχθηκε η ανάγκη αναπροσανατολισμού των υπηρεσιών υγείας ως ένας από τους βασικούς στόχους. Οι άλλοι βασικοί στόχοι ήταν η πρόληψη των νοσημάτων, η αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, και η υιοθέτηση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών. Επίσης, η 34^η γενική συνέλευση έθεσε ως στρατηγικό στόχο για τα κράτη και τον ΠΟΥ το «Υγεία για όλους το έτος 2000», που συνίσταται στην επίτευξη ενός επιπέδου υγείας που θα επιτρέπει στους πολίτες να διάγουν μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική.

Με τη διακήρυξη της Οτάβας το 1986 θεσμοθέτησε την πολιτική της Προαγωγής Υγείας, η οποία αποτελεί ένα από τα βασικά εργαλεία που έχουμε στα χέρια μας για την επίτευξη των στόχων της πρωτογενούς πρόληψης.

2.2 Πρόληπτική ιατρική: Εννοιολογική εξέλιξη

Η ασφάλεια των ασθενών καθώς και η διατήρηση ενός ικανοποιητικού επίπεδου υγείας αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η πρόληψη σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης παραμένει προτεραιότητα σε κάθε οργανωμένο σύστημα υγείας. Οι υπηρεσίες πρόληπτικής ιατρικής περιλαμβάνουν το σύνολο των δράσεων των λειτουργών της υγείας, που σκοπό έχουν να αποτρέψουν την εκδήλωση ασθενειών, καθώς και των συνεπειών που απορρέουν από αυτές τόσο σε ατομικό όσο και κοινωνικό επίπεδο.

Η πρόληψη των νοσημάτων στηρίζεται στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, που σκοπό έχουν τη διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ των παραγόντων που καθορίζουν την εμφάνιση της νόσου [8]. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Το άτομο (ξενιστής)
- Οι αιτιολογικοί παράγοντες
- Οι γενετικοί παράγοντες
- Το περιβάλλον

Πρωτεύοντα ρόλο στην πρόληψη των νοσημάτων έχει τόσο η γνώση της φυσικής ιστορίας της νόσου όσο και η επιλογή της χρονικής περιόδου κατά την οποία η εφαρμογή της παρέμβασης λαμβάνει χώρα.

Η πρόληψη λοιπόν είναι μια δυναμική διαδικασία που περιλαμβάνει τρία επίπεδα, ανάλογα με το χρονικό σημείο που ασκήθηκε κατά τη διάρκεια της φυσικής ιστορίας της νόσου:

α) Πρωτογενής πρόληψη

Ως πρωτογενής πρόληψη ορίζεται η λήψη μέτρων που μειώνουν την έκθεση ή αναστέλλουν τις συνέπειες από την έκθεση του ατόμου σε νοσογόνους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μιας νόσου.

Με βάση τη συμμετοχή του ατόμου στη διαδικασία της πρόληψης, τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης δύνανται να διακριθούν σε ενεργητικά και σε παθητικά. Τα μέτρα ενεργητικής πρόληψης απαιτούν την ενεργό συμμετοχή των ατόμων, ενώ στην περίπτωση των παθητικών μέτρων πρόληψης, η συμμετοχή των ατόμων δεν είναι απαραίτητη.

Στην κατηγορία των ενεργητικών πολιτικών πρόληψης περιλαμβάνονται τα προγράμματα εμβολιασμών, η διακοπή του καπνίσματος, η μείωση της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών, η χρήση ζώνης ασφαλείας κ.α.

Αντίστοιχα, στη κατηγορία των παθητικών μέτρων πρόληψης ανήκει η φθορίωση του συστήματος ύδρευσης.

β) Δευτερογενής πρόληψη : Ως δευτερογενής πρόληψη ορίζεται η λήψη κατάλληλων μέτρων, ώστε να σταματήσει η εξέλιξη μιας νόσου όταν ήδη έχει αρχίσει. Το κρίσιμο σημείο αυτής της μορφής πρόληψης είναι η έγκαιρη ανίχνευση ή έγκαιρη διάγνωση.

Συνεπώς, βασικός στόχος των παρεμβάσεων που λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο της δευτερογενούς πρόληψης είναι οι ασυμπτωματικοί ασθενείς. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος, αποτελεί τη κύρια στρατηγική της δευτερογενούς πρόληψης. Χαρακτηριστικά παραδείγματα δευτερογενούς πρόληψης είναι τα προγράμματα προσυμπτωματικού έλεγχου για νοσήματα όπως ο καρκίνος.

γ) Τριτογενής πρόληψη: Η τριτογενής πρόληψη, αφορά στην πρόληψη ανικανότητας ή την αποκατάσταση βλαβών ή την πρόληψη υποτροπών από μια νόσο, που ήδη έχει εγκατασταθεί.

Παραδείγματα τριτογενούς πρόληψης αποτελούν τα προγράμματα αποκατάστασης μετά αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, έμφραγμα του μυοκαρδίου, όπως και τα προγράμματα απεξάρτησης για χρήστες ναρκωτικών ουσιών [9,10,11].

Η αναγνώριση της πρακτικής δυσκολίας που έγκειται σε ορισμένες περιπτώσεις στην αναγνώριση του ουδού της νόσου, ειδικά σε νοσήματα που τόσο η συχνότητα όσο και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων αποτελούν ένα συνεχές, οδήγησε σε μια πιο σύγχρονη θεώρηση της πρόληψης [12].

Η πρόληψη λοιπόν, βάσει αυτής της εναλλακτικής θεώρησης, έχει σαν κεντρικό άξονα τον αποδέκτη των υπηρεσιών πρόληψης και δύναται να διακριθεί σε:

α) Καθολική (universal prevention), που αναφέρεται στον γενικό πληθυσμό

β) Στοχευόμενη (targeted prevention) πρόληψη, που αναφέρεται σε ομάδες που αναγνωρίζονται ως υψηλού κινδύνου

γ) Ενδεδειγμένη πρόληψη (indicated prevention), που περιλαμβάνει στρατηγικές οι οποίες έχουν σαν στόχο ευπαθή άτομα ως προς μια συγκεκριμένη νόσο [13].

Τα προγράμματα αυτά θα μπορούσαν επιπρόσθετα να λειτουργήσουν παράλληλα και αλληλοσυμπληρωματικά [14].

Ανεξάρτητα των κατηγοριοποιήσεων, είναι αναμφισβήτητο γεγονός ότι η πρόληψη των νοσημάτων αποτελεί υποχρέωση της πολιτείας και η πρόσβαση στις υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής αποτελούν αναφαίρετο δικαίωμα των πολιτών.

Ο απώτερος σκοπός της πρόληψης είναι η μείωση της θνητότητας και νοσηρότητας, η βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής καθώς και η ανάπτυξη συμπεριφορών που εξασφαλίζουν την υγεία του πληθυσμού.

2.3 Προαγωγή Υγείας, η Αγωγή Υγείας και η Προληπτική Ιατρική

Σημαντικό ρόλο στην επίτευξη των στόχων της πρωτογενούς πρόληψης έχει η Προαγωγή Υγείας, η Αγωγή Υγείας και η Προληπτική Ιατρική.

Η Προαγωγή της Υγείας είναι το σύνολο των διαδικασιών οι οποίες καθιστούν τα άτομα ικανά να αυξήσουν τον έλεγχο στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν (Χάρτης Οτάβα, 1986) [7].

Η Προαγωγή Υγείας συνίσταται στη συνδυασμένη δράση των λειτουργιών της υγείας, που έχει σκοπό την υιοθέτηση ενός υγιούς μοντέλου διαβίωσης το οποίο επιδρά θετικά στην υγεία των ατόμων. Η Προαγωγή Υγείας στοχεύει στην αναβάθμιση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, όπως είναι οι κοινωνικοί, οικονομικοί, περιβαλλοντολογικοί παράγοντες κ.ά.

Συγκεκριμένα, βάσει του ΠΟΥ (Χάρτης Οτάβα, 1986), οι στρατηγικές που εξασφαλίζουν την προαγωγή της υγείας είναι:

- Η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος
- Η οικοδόμηση δημόσιας πολιτικής που υποστηρίζει την υγεία
- Η προαγωγή της υγείας που βασίζεται στην ενδυνάμωση του ρόλου της κοινότητας.
- Η ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων
- Ο επανασχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας

Η Προαγωγή Υγείας αφορά στον γενικότερο πληθυσμό, παρά στα άτομα που θεωρούνται υψηλού κίνδυνου ως προς μια συγκεκριμένη νόσο. Η παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης και πληροφόρησης διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην επίτευξη των παραπάνω στόχων. Η προαγωγή Υγείας πράγματι αποσκοπεί στο να παρέχει στο κοινωνικό σύνολο όλα τα επιστημονικά δεδομένα, βάσει των οποίων τα μέλη του κοινωνικού συνόλου θα διαμορφώσουν τις στάσεις και συμπεριφορές τους ώστε να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω στους παράγοντες που επιδρούν στην υγεία τους, και έτσι να βελτιώσουν την υγεία τους [9].

Η συνεχής εκπαίδευση, η πληροφόρηση και η επικοινωνία για θέματα υγείας αποκτούν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της υγείας, και επιδιώκουν να καταστήσουν τα άτομα ικανά να αναλαμβάνουν δράση για την υγεία τους.

Πάρα το γεγονός ότι οι φορείς της υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Προαγωγής Υγείας, η επίτευξη των στόχων της απαιτεί τη στενή συνεργασία όλων των υπηρεσιών που εμπλέκονται στη ρύθμιση των παραγόντων που επιδρούν στην υγεία, όπως για παράδειγμα η εκπαίδευση, το εργασιακό περιβάλλον και η διατροφή.

Επίσης, η Προαγωγή Υγείας έχει σκοπό την εξάλειψη των υγειονομικών ανισοτήτων που σχετίζονται με τις οικονομικές, περιβαλλοντικές και κοινωνικές συνθήκες.

Ως αγωγή υγείας ορίζεται η διαδικασία που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και η προαγωγή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής τους ευεξίας [15].

Η Αγωγή της Υγείας έχει κοινωνική διάσταση, καθώς οι δράσεις της αυτές δεν επηρεάζουν μόνο την προσωπική υγεία του ατόμου, αλλά και αυτήν του οικογενειακού και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος [8].

Σύμφωνα με τον Horner, η Αγωγής Υγείας περιλαμβάνει το σύνολο των επιρροών που καθορίζουν τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις, τη συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία [16].

Σύμφωνα με τους Tones and Tilford, οι βασικοί στόχοι της Αγωγής Υγείας είναι οι παρακάτω:

- Η ευαισθητοποίηση των ατόμων σχετικά με την υγεία
- Η εκπαίδευση στα θέματα υγείας.
- Η διερεύνηση και ιεράρχηση των αξιών
- Η αλλαγή των απόψεων και του τρόπου σκέψης

- Η αλλαγή των πεποιθήσεων και των στάσεων
- Η λήψη αποφάσεων
- Η απόκτηση δεξιοτήτων ζωής
- Η διαμόρφωση ορθών στάσεων και συμπεριφορών σε θέματα υγείας.
- Η βελτίωση του περιβάλλοντος [17].

Η προληπτική ιατρική ενασχολείται τόσο με την πρωτογενή πρόληψη όσο και με την πρώιμη διάγνωση (δευτερογενή πρόληψη).

Πράγματι, στην προληπτική ιατρική οφείλεται η σημαντικότερη επιτυχία της ιατρικής στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης, που είναι η αντιμετώπιση των σοβαρών λοιμωδών νόσων με τη χρήση εμβολιασμών.

Στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης ο ρόλος της Προληπτικής Ιατρικής συνίσταται στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μιας νόσου πριν εκδηλωθεί κλινικά.

Σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης, ο λεγόμενος προσυμπτωματικός έλεγχος, ο οποίος αφορά παθήσεις υψηλού φορτίου νοσηρότητας και θνησιμότητας, είναι ιδιαίτερα σημαντικός και έχει σαν κριτήριο επιτυχίας την ικανοποιητική σχέση αποτελέσματος και οφέλους.

2.4 Στοιχεία Νοσηρότητας και Θνησιμότητας στην Ελλάδα

Στις μέρες μας, Εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου υλοποιούνται διεθνώς και αφορούν σε ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων, όπως τους καρκίνους, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το διαβήτη, την οστεοπόρωση καθώς και άλλα.

Το 2004 με βάση τον ΠΟΥ, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τα κακοήθη νεοπλάσματα στη χώρα μας αποτελούν τις σοβαρότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Συγκεκριμένα, το 49% του συνόλου των θανάτων στη χώρα οφείλονται σε καρδιαγγειακές παθήσεις και το 25% σε

κακοήθη νεοπλάσματα. Ακολουθούν, με αρκετά μικρότερα ποσοστά, οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (7%) και οι εξωτερικές αιτίες που προκαλούν τραύματα και δηλητηριάσεις (5%) [18,19].

Μεταξύ των νοσημάτων του κυκλοφορικού συστήματος, συχνότερη αιτία θανάτου αποτελούν αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, ενώ ακολουθεί η ισχαιμική καρδιοπάθεια. ενώ την περίοδο

αυτή στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η ισχαιμική καρδιοπάθεια αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου.

Στους άνδρες, η πρώτη αιτία θανάτου, από κακοήθη νεοπλάσματα, είναι τα νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος, και ακολουθεί με μεγάλη διαφορά ο καρκίνος του προστάτη.

Στις γυναίκες, τα νεοπλάσματα του μαστού αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλάσματα και ακολουθούν τα νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος, του παχέος εντέρου και του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού.

Με βάση τη μελέτη υγείας της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας για την περίοδο 2000-2012

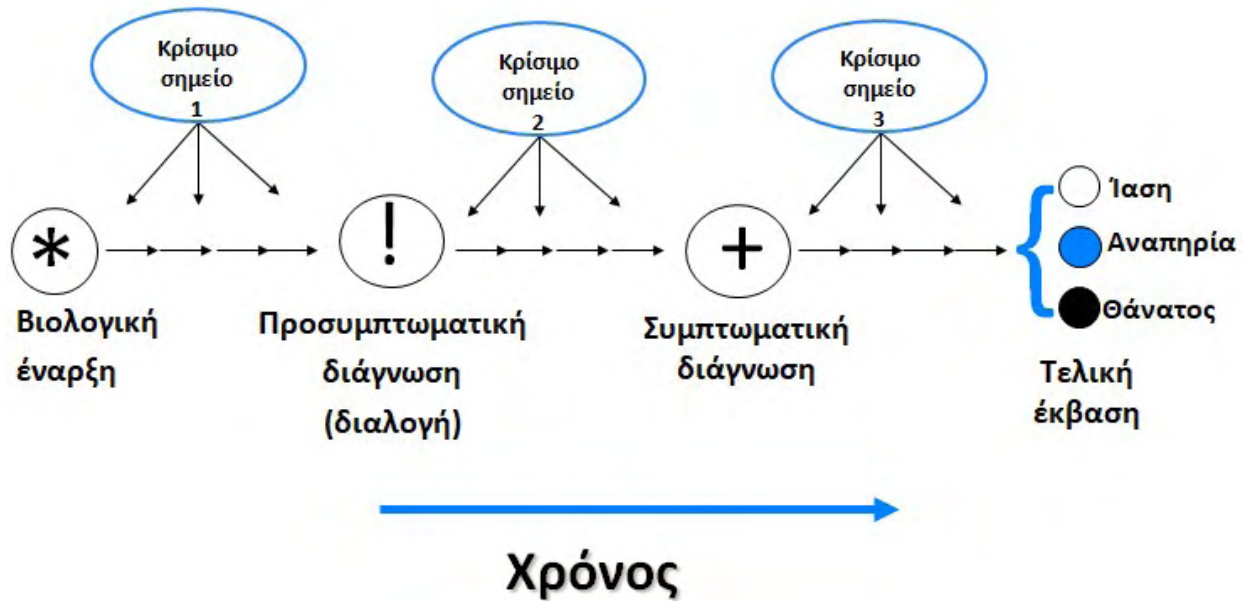
οι θάνατοι από καρδιαγγειακές παθήσεις για την περίοδο αυτή παραμένουν η πρώτη αιτία απώλειας ζωής των Ελλήνων[20].

2.5 Προσυμπτωματικός έλεγχος

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος ορίζεται ως η εφαρμογή μιας ή περισσότερων εξετάσεων, ή άλλων δοκιμασιών για να ανιχνευθεί πιθανό νόσημα ή πρόδρομος κατάσταση όσο το δυνατόν νωρίτερα κατά τη διάρκεια της ασυμπτωματικής φάσης, με στόχο την εφαρμογή μιας θεραπευτικής παρέμβασης που τροποποιεί την έκβαση της νόσου. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος ο οποίος αποτελεί τη βάση της δευτερογενούς πρόληψης. στηρίζεται στο γεγονός ότι μια θεραπευτική αγωγή είναι

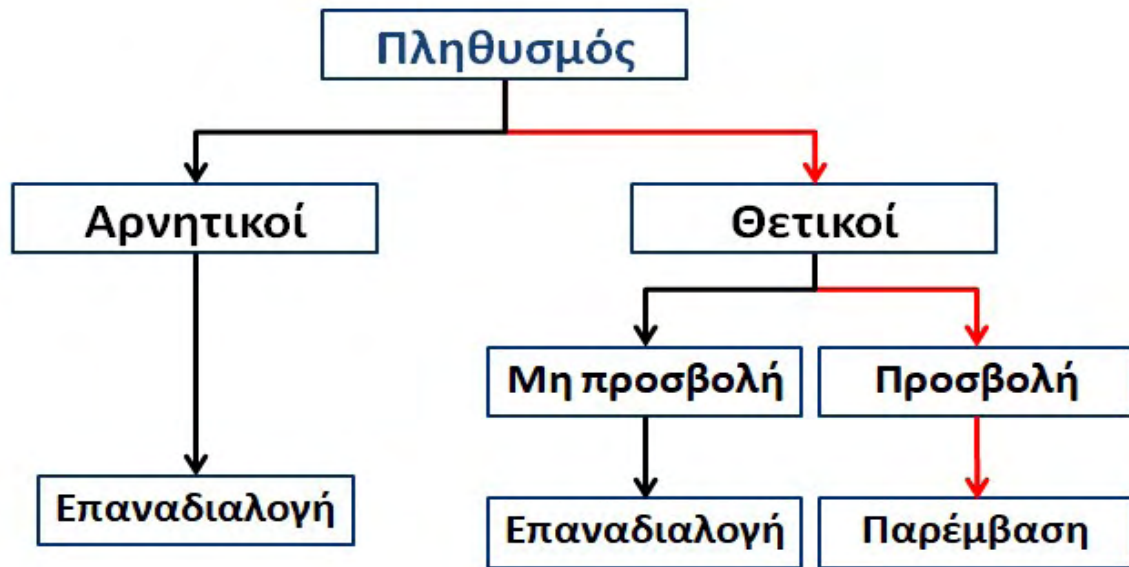
πιθανότερο να είναι αποτελεσματικότερη εάν εφαρμοστεί νωρίς (σε πρώιμο στάδιο της νόσου (Εικόνα 1).

Εικόνα 1. Φυσική ιστορία χρόνιας νόσου



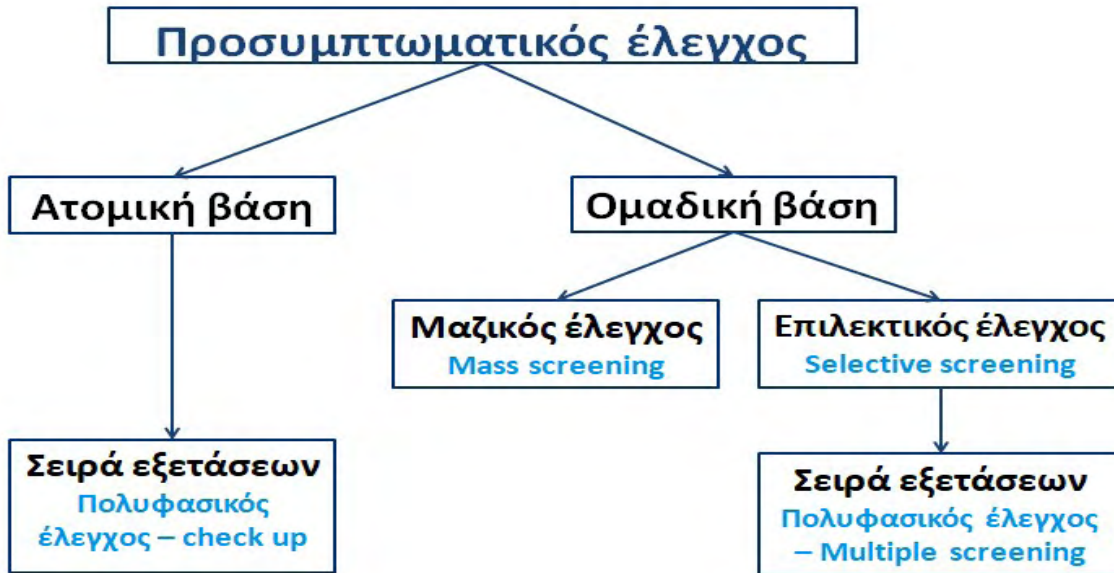
Η εφαρμογή των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου και έγκαιρης διάγνωσης αποτελεί σημαντικό μέσο προαγωγής της δημόσιας υγείας και είναι ένας από τους παράγοντες που οδήγησαν μέσω των έγκαιρων παρεμβάσεων, στη μείωση της θνητότητας πολλών νοσημάτων στις ανεπτυγμένες χώρες [21], (Εικόνα 2).

Εικόνα 2: Διάγραμμα ροής προγράμματος screening



Υπάρχουν διάφορα προγράμματα και προσεγγίσεις, ανάλογα με την έκταση και τον πληθυσμό αναφοράς του προσυμπτωματικού ελέγχου (μαζικός, ατομικός, εκλεκτικός στοχοποιημένος και ευκαιριακός προσυμπτωματικός έλεγχος) καθώς και τον αριθμό των εξετάσεων που εφαρμόζονται κάθε φορά για την πρώιμη διάγνωση ενός ή περισσότερων νοσημάτων (multiple screening) (Εικόνα 3)

Εικόνα 3: Κατηγορίες προσυμπτωματικού ελέγχου.



Σύμφωνα με τον Chamberlain, τα δυνητικά οφέλη όμως που απορρέουν από την εφαρμογή προγραμμάτων του προσυμπτωματικού ελέγχου δεν μπορούν να αποτελέσουν το μοναδικό κριτήριο επιλογής τους. Όπως επισημαίνει, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι επιπλοκές καθώς και οι κίνδυνοι που μπορεί να επιφέρει η εφαρμογή τους στην κλινική πράξη [1].

Τα μειονεκτήματα του προσυμπτωματικού ελέγχου σύμφωνα με τον Chamberlain είναι:

- α) Παρατεταμένη νοσηρότητα στις περιπτώσεις που η πρόγνωση παραμένει αμετάβλητη.
- β) Υπερθεραπεία για αμφισβητούμενες ανωμαλίες
- γ) Το κόστος των πόρων
- δ) Εσφαλμένος καθησυχασμός των ατόμων με ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα.
- ε) Ανησυχία, και σε αρκετές περιπτώσεις νοσηρότητα (βιοψία), ως απόρροια ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων.

στ) Δυνητικοί κίνδυνοι που σχετίζονται με τον διαγνωστικό έλεγχο που λαμβάνει χώρα στα πλαίσια του προσυμπτωματικού ελέγχου.

Η οργάνωση και η εφαρμογή προγραμμάτων μαζικού προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου για χρόνια νοσήματα απαιτεί βεβαιότητα για την καταλληλότητα, την κλινική αποτελεσματικότητα και την οικονομική αποδοτικότητά του [22].

Τα κριτήρια για την αξιολόγηση της βιωσιμότητας, της αποτελεσματικότητας και της καταλληλότητας ενός προγράμματος screening περιγράφηκαν πρώτα από τους Wilson and Jungner για τον ΠΟΥ το 1968, αλλά εφαρμόζονται ακόμα και σήμερα [23]. Τα κριτήρια βασίζονται σε 4 άξονες που έχουν να κάνουν με:

- α) Τη γνώση που σχετίζεται με την ασθένεια
- β) Τη γνώση που σχετίζεται με τις δοκιμασίες διάγνωσης
- γ) Τη θεραπεία της ασθένειας.
- δ) Το κόστος που σχετίζεται με το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Οι κίνδυνοι και τα μειονεκτήματα που ενέχει ο προσυμπτωματικός έλεγχος λήφθηκαν σοβαρά υπόψη από την Εθνική Επιτροπή Προσυμπτωματικού Ελέγχου του Ηνωμένου Βασιλείου (UK National Screening Committee), η οποία τόνισε την έννοια του κινδύνου στον ορισμό του, αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα την αξία της ανίχνευσης του φαινομενικά υγιούς πληθυσμού, που είναι πιθανότερο να ωφεληθεί παρά να ζημιωθεί από την ένταξή του σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Τα κριτήρια του UK National Screening Committee για την αξιολόγηση ενός προγράμματος screening βασίζονται στις αρχές που καθορίστηκαν το 1968 [24].

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το UK National Screening Committee:

- Η πάθηση θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από υψηλό φορτίο νοσηρότητας και θνητότητας, και η φυσική της ιστορία καθώς και η επιδημιολογία της να είναι επαρκώς κατανοητή. Θα πρέπει να υπάρχει ένας ανιχνεύσιμος παράγοντας κινδύνου και η πάθηση θα πρέπει να έχει ένα αναγνωρίσιμο λανθάνον ή πρώιμο συμπτωματικό στάδιο.
- Θα πρέπει να υπάρχει μια κατάλληλη δοκιμασία η οποία να είναι απλή, ακριβής επιστημονικά επικυρωμένη, ασφαλής και αποδεκτή από το κοινό. Θα πρέπει να υπάρχει μια αποδεκτή πολιτική όσο αφορά στην περαιτέρω διαγνωστική διερεύνηση στην περίπτωση παθολογικών αποτελεσμάτων, καθώς και στις επιλογές που παρέχονται τους ασθενείς στα συγκεκριμένα άτομα.
- Θα πρέπει να υπάρχει μια αποτελεσματική θεραπεία ή παρέμβαση για τα άτομα που θα διαγνωσθούν να έχουν την ασθένεια, καθώς και σαφής επιστημονική τεκμηρίωση ότι η θεραπεία βελτιώνει την πρόγνωση της νόσου.
- Το κόστος (συμπεριλαμβανομένης της διάγνωσης, θεραπείας, διαχείρισης, εκπαίδευσης) θα πρέπει να είναι οικονομικά ισορροπημένο σε σχέση με το κόστος της ιατρικής φροντίδας στο σύνολό της.

Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η εφαρμογή των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στην κλινική πρακτική είναι μια σύνθετη διαδικασία με δυνητικά αρνητικές επιπτώσεις, τόσο στην υγεία των πολιτών όσο και στο σύστημα υγείας. Κατά συνέπεια, η εισαγωγή των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στην κλινική πράξη απαιτεί τον ενδελεχή έλεγχο της καταλληλότητας, εγκυρότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητάς του [25]. Επίσης, ένα πρόγραμμα διαλογής θα πρέπει να έχει υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα για να είναι αποτελεσματικό, ώστε να μην οδηγεί σε υπερδιάγνωση και περιττή θεραπεία.

Σύμφωνα με τους Cochrane και Holland, τα πέντε κριτήρια με βάση τα οποία πρέπει να αξιολογούνται τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου είναι τα παρακάτω:

- Η δοκιμασία θα πρέπει να είναι απλή στην εφαρμογή της, εύκολη στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων και, αν είναι δυνατό, ικανή να πραγματοποιηθεί και από παραϊατρικό προσωπικό.
- Η δοκιμασία θα πρέπει να είναι αποδεκτή από το κοινό
- Η δοκιμασία θα πρέπει να είναι αξιόπιστη και ακριβής ως προς τα αποτελέσματα.
- Το κόστος της δοκιμασίας καθώς και το κόστος των μετέπειτα εξετάσεων στα άτομα με θετικά αποτελέσματα πρέπει να συνεκτιμηθεί με τα αναμενόμενα οφέλη που προκύπτουν από την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.
- Η δοκιμασία θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από υψηλή επαναληψιμότητα
- Η δοκιμασία θα πρέπει έχει υψηλή ευαισθησία
- Η δοκιμασία θα πρέπει να έχει υψηλή ειδικότητα [23].

Είναι ευνόητο ότι τα προγράμματα προσυμπτωματικού έλεγχου θα πρέπει μεθοδεύονται με τέτοιο τρόπο ώστε να ελέγχεται όσο τον δυνατό μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού-στόχου σε εθνικό επίπεδο. Σε αυτή την προσπάθεια, σημαντικό ρόλο έχει η ευαισθητοποίηση των πολιτών, η οποία καθορίζει τον βαθμό συμμετοχής τους στον μαζικό πληθυσμιακό προσυμπτωματικό έλεγχο.

Η οργάνωση προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου απαιτεί επίσης τη συνεργασία των υπηρεσιών, την εξασφάλιση της απαιτούμενης εργαστηριακής υποστήριξης, καθώς και των αναγκαίων θεραπευτικών υπηρεσιών.

Έχει ήδη αποδειχθεί ότι ο οργανωμένος μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος που λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο μιας συντονισμένης λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, συμβάλλει στην έγκαιρη

διάγνωση και βελτιώνει σημαντικά τη σχέση κόστους - οφέλους. Αντίθετα, ο προσυμπτωματικός έλεγχος που πραγματοποιείται ευκαιριακά υστερεί, τόσο αναφορικά με την αποτελεσματικότητα όσο και με τη σχέση κόστους -οφέλους [26].

2.6 Εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου

Τα εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου που εφαρμόζονται επιτυχώς σε διάφορες χώρες και σε διαφορετικά συστήματα υγείας είναι τα παρακάτω:

- Το εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.

Η εφαρμογή του προγράμματος οδήγησε στη σημαντική μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού. Όσον αφορά την κλινική αποτελεσματικότητα, σε παλαιότερη μελέτη το πρόγραμμα είχε συμβάλει στη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού έως και 30%, αποτρέποντας 5,7 θανάτους για κάθε 1.000 γυναίκες που υποβάλλονται σε αυτό [27].

Σχετικά με τη σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας του προγράμματος, διεξαχθείσες μελέτες οικονομικής αξιολόγησης έχουν τεκμηριώσει την οικονομική αποδοτικότητα του προγράμματος [28-34].

- Εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου

της μήτρας.

Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος έχει αποδειχθεί από διεθνείς μελέτες, οι οποίες έδειξαν ότι η σωστή εφαρμογή του μπορεί να συμβάλει στη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έως και 80% [35,36].

Όσον αφορά τη σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας του προγράμματος, πληθώρα μελετών οικονομικής αξιολόγησης που έλαβαν χώρα σε διαφορετικά συστήματα υγείας απέδειξαν την οικονομική του αποδοτικότητα [35-39].

- Εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Παλαιότερες μελέτες που αφορούσαν την κλινική αποτελεσματικότητα του προγράμματος υποστηρίζουν ότι η σωστή εφαρμογή του μπορεί σε διάστημα 10 ετών να οδηγήσει στη μείωση της θνησιμότητας ως και 23%, αποτρέποντας 3,6 έως 13,5 θανάτους για κάθε 10.000 άτομα που υποβάλλονται σε έλεγχο [40, 41].

Η οικονομική αποτελεσματικότητα του προγράμματος έχει τεκμηριωθεί από πληθώρα μελετών οικονομικής αξιολόγησης [40, 42,43,44,45,46].

- Εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για την ανίχνευση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής

Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος στην κλινική πράξη έχει αποδειχθεί με μελέτες που έδειξαν ότι η ορθή εφαρμογή του προγράμματος σε άνδρες 65 ετών και άνω μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της θνησιμότητας από ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής κατά 50%, αποτρέποντας έως και 23,5 θανάτους για κάθε 1000 άνδρες που υποβάλλονται σε έλεγχο [47,48].

- Το πρόγραμμα αγγειακών ελέγχων.

Το πρόγραμμα αγγειακών ελέγχων μπήκε προσφάτως σε εφαρμογή στην Αγγλία, με σκοπό την πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων, διαβήτη, παθήσεων του νεφρού και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών του Υπουργείου Υγείας της Αγγλίας, το πρόγραμμα αναμένεται να αποτελέσει μια εξαιρετικά επιτυχημένη πολιτική υγείας, τόσο από κλινικής όσο και από οικονομικής άποψης [49,50].

Στις ΗΠΑ, οι οδηγίες της Αμερικανικής Ακαδημίας των οικογενειακών ιατρών (American Academy of Family Physicians, AAFP) για τον προσυμπτωματικό έλεγχο, οι οποίες ενημερώνονται περιοδικά μέσα από το έργο της Επιτροπής Δημόσιας Υγείας και Επιστήμης, βασίζονται στα συμπεράσματα της αυστηρής ανάλυσης των διαθέσιμων επιστημονικών γνώσεων από την Ομάδα Εργασίας Υπηρεσιών Πρόληψης των Ηνωμένων Πολιτειών (United States Preventive Services Task Force, USPSTF). Η USPSTF, λαμβάνοντας υπόψη της όλα τα αποτελέσματα συστηματικών ανασκοπήσεων τεκμηρίων, προβαίνει σε συστάσεις που ταξινομούνται σε πέντε κατηγορίες (grades), βάσει του επίπεδου και της ασφάλειας των επιστημονικών στοιχείων που υποστηρίζουν την παροχή μιας ειδικής υπηρεσίας προληπτικού ελέγχου.

Οι κατηγορίες αυτές απεικονίζονται στους παρακάτω πίνακες (Πίνακες 1, 2).

Πίνακας 1: Διαβαθμίσεις (grades) του USPSTF

Διαβάθμιση (Grade)	Ορισμός	Συστάσεις
A	Το USPSTF συνιστά την πραγματοποίηση του ελέγχου. Υπάρχει μεγάλη βεβαιότητα ότι το καθαρό όφελος είναι σημαντικό.	Σύσταση υπέρ της πραγματοποίησης του ελέγχου.
B	Το USPSTF συνιστά την πραγματοποίηση του ελέγχου. Υπάρχει μεγάλη βεβαιότητα ότι το καθαρό όφελος είναι μέτριο ή υπάρχει μέτρια βεβαιότητα ότι το καθαρό όφελος είναι μέτριο έως σημαντικό.	Σύσταση υπέρ της πραγματοποίησης του ελέγχου.
C	Το USPSTF συνιστά την επιλεκτική πραγματοποίηση του ελέγχου, σε μεμονωμένους ασθενείς με βάση την επαγγελματική κρίση του ιατρού και τις προτιμήσεις των ασθενών. Υπάρχει τουλάχιστον μέτρια βεβαιότητα ότι το καθαρό όφελος είναι μικρό.	Σύσταση υπέρ της πραγματοποίησης του ελέγχου σε επιλεγμένους ασθενείς βάσει των ατομικών κλινικών χαρακτηριστικών...
D	Η USPSTF συνιστά ότι οι κλινικοί ιατροί δεν πρέπει να κάνουν τον έλεγχο σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Υπάρχει μέτρια ή μεγάλη βεβαιότητα ότι ο έλεγχος είναι αναποτελεσματικός ή ότι η βλάβη που προκαλεί είναι μεγαλύτερη του πιθανού οφέλους.	Αποθαρρύνετε την πραγματοποίηση του ελέγχου.
I	Η USPSTF αποφασίζει ότι τα στοιχεία είναι ανεπαρκή για να αποφασίσει υπέρ ή κατά του ελέγχου. Η USPSTF έχει φτωχά στοιχεία ή αντικρουόμενα για να αποφασίσει αν τα πιθανά οφέλη υπερτερούν των πιθανών βλαβών.	Πριν τη πραγματοποίηση του ελέγχου οι ασθενείς πρέπει να κατανοήσουν την αβεβαιότητα σχετικά με την σχέση κινδύνου οφέλους.

Πίνακας 2: Επίπεδο βεβαιότητας σχετικά με το καθαρό όφελος που προκύπτει από την πραγματοποίηση του ελέγχου.

Επίπεδο βεβαιότητας	Περιγραφή
Υψηλό	Τα διαθέσιμα στοιχεία συνήθως περιλαμβάνουν συμπεράσματα από καλά σχεδιασμένες μελέτες σε αντιπροσωπευτικούς πληθυσμούς στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτές οι μελέτες αξιολογούν τα αποτελέσματα του προληπτικού ελέγχου στην έκβαση της υγείας. Επομένως, το συμπέρασμα αυτό είναι απίθανο να επηρεαστεί σημαντικά από τα αποτελέσματα μελλοντικών μελετών
Μέτριο	Τα διαθέσιμα στοιχεία επαρκούν για τον προσδιορισμό των αποτελεσμάτων του προληπτικού ελέγχου στην έκβαση της υγείας, αλλά ο βαθμός βεβαιότητας της εκτίμησης περιορίζεται από παράγοντες όπως: <ul style="list-style-type: none"> • Ο αριθμός, το μέγεθος ή η ποιότητα των επιμέρους μελετών. • Ασυμφωνία μεταξύ μεμονωμένων μελετών . • Περιορισμένη γενικευσιμότητα των ευρημάτων στην καθ' ημέρα πράξη. • Έλλειψη συνοχής ανάμεσα στα αποδεικτικά στοιχεία. Καθώς διατίθεται μεγαλύτερος όγκος πληροφοριών, το μέγεθος ή η κατεύθυνση του παρατηρούμενου αποτελέσματος μπορεί να αλλάξει και η αλλαγή αυτή μπορεί να είναι αρκετά μεγάλη ώστε να μεταβάλει το συμπέρασμα.
Χαμηλό	Τα διαθέσιμα στοιχεία είναι ανεπαρκή για την εκτίμηση των επιπτώσεων του ελέγχου στην υγεία. Τα αποδεικτικά στοιχεία είναι ανεπαρκή λόγω των παρακάτω παραγόντων: <ul style="list-style-type: none"> • Ο περιορισμένος αριθμός ή το μέγεθος των μελετών. • Σημαντικές ατέλειες στο σχεδιασμό της μελέτης. • Ασυμφωνία μεταξύ μεμονωμένων μελετών • Έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων. • Περιορισμένη γενικευσιμότητα των ευρημάτων στην καθ' ημέρα πράξη. • Έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τα σημαντικά οφέλη που αποκομίζονται από την πραγματοποίηση του ελέγχου Περισσότερες πληροφορίες δύνανται να επιτρέψουν την εκτίμηση των επιπτώσεων του ελέγχου στα αποτελέσματα της υγείας.

Συνοπτικά, οι συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο που παρέχονται στους κλινικούς ιατρούς από την AAFP στις ΗΠΑ απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Συστάσεις AAFP

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ	ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ
Η AAFP συνιστά τον άπαξ έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής με υπερηχοτομογραφία κοιλιακής αορτής σε άνδρες ηλικίας μεταξύ 65 και 75 ετών οι οποίοι ήταν ή είναι καπνιστές	Διαβάθμιση B
Η AAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε ενήλικες 18 ετών και άνω για κατάχρηση αλκοόλ καθώς και σύντομες παρεμβάσεις συμβουλευτικού χαρακτήρα σε περιπτώσεις ατόμων που επιδίδονται σε επικίνδυνες συμπεριφορές όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ	Διαβάθμιση B
Η AAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ασυμπτωματική	Διαβάθμιση A

βακτηριουρία με καλλιέργεια ούρων για έγκυες γυναίκες στην 12^η-16^η εβδομάδα της κύησης ή την πρώτη προγεννητική επίσκεψη, αν είναι μεταγενέστερη.

Η AAFP προτείνει οι γυναίκες μεταξύ 50 και 74 ετών να κάνουν Διαβάθμιση B μια μαστογραφία κάθε δύο χρόνια .

Η AAFP συνιστά ότι η απόφαση για μαστογραφία σε γυναίκες Διαβάθμιση C νεότερες των 50 ετών πρέπει να εξατομικεύεται και να λαμβάνεται μετά από αξιολόγηση του πιθανού οφέλους και των πιθανών κινδύνων από απορρέουν από τον έλεγχο.

Η AAFP συνιστά στους κλινικούς ιατρούς να παραπέμπουν για Διαβάθμιση B γενετική συμβουλευτική και αξιολόγηση για τον έλεγχο BRCA, γυναίκες των οποίων το οικογενειακό ιστορικό σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για επιβλαβείς μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 ή BRCA2.

Η AAFP συνιστά σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό υψηλού Διαβάθμιση B κινδύνου για μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1 ή BRCA2 να παραπέμπονται για γενετική συμβουλευτική και να εξετάζεται το ενδεχόμενο του ελέγχου BRCA.

Η AAFP συνιστά τη χορήγηση ασπιρίνης σε άνδρες ηλικίας 45 Διαβάθμιση A ως 79 χρονών όταν το αναμενόμενο όφελος λόγω μείωσης του κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου ξεπερνά το δυνητικό κίνδυνο λόγω αιμορραγίας του πεπτικού συστήματος.

Η AAFP συνιστά τη χορήγηση ασπιρίνης σε γυναίκες ηλικίας Διαβάθμιση A 55 ως 79 ετών όταν το αναμενόμενο όφελος λόγω μείωσης του κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ξεπερνά το δυνητικό κίνδυνο λόγω αιμορραγίας του πεπτικού συστήματος.

Η AAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του Διαβάθμιση A τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες ηλικίας 21 έως 65 ετών μέσω κυτταρολογικής εξέτασης Παπανικολάου κάθε 3 χρόνια. Για γυναίκες ηλικίας 30 ως 65 ετών που επιθυμούν να επιμηκύνουν τα μεσοδιαστήματα ανάμεσα στον έλεγχο, η AAFP συνιστά έλεγχο με συνδυασμό κυτταρολογικής εξέτασης Παπανικολάου και HPV test κάθε 5 χρόνια.

Η AAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για λοίμωξη από Διαβάθμιση A χλαμύδια σε όλες τις μη εγκυμονούσες γυναίκες που είναι

σεξουαλικά ενεργές ηλικίας 24 ετών η νεότερες, καθώς και σε όλες τις γυναίκες μεγαλύτερες των 24 ετών που είναι αυξημένου κινδύνου.

Η AAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για λοίμωξη από γλαμύδια σε όλες τις έγκυες γυναίκες που είναι σεξουαλικά ενεργές ηλικίας 24 ετών η νεότερες, καθώς και σε όλες τις γυναίκες μεγαλύτερες των 24 ετών που είναι αυξημένου κινδύνου. Διαβάθμιση B

Σύμφωνα με τις οδηγίες της AAFP, προτείνεται έλεγχος για καρκίνο παχέος εντέρου με έλεγχο αιμοσφαιρίνης κοπράνων (FOBT), σιγμοειδοσκόπηση ή κολοσκόπηση, ο οποίος θα πρέπει να αρχίζει στην ηλικία των 50 ετών και να επαναλαμβάνεται περιοδικά μέχρι την ηλικία των 74 ετών. Διαβάθμιση A

Η AAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για συγγενή υποθυρεοειδισμό σε νεογνά. Διαβάθμιση A

Η AAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για την κατάθλιψη στον ενήλικο πληθυσμό όταν παρέχεται η δυνατότητα υποστήριξης από εξειδικευμένο προσωπικό που θα διασφαλίσει την ακριβή διάγνωση, την αποτελεσματική θεραπεία και την τακτική παρακολούθηση. Διαβάθμιση B

Η AAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για μείζων καταθλιπτική διαταραχή σε εφήβους (12 έως 18 ετών) όταν παρέχεται η δυνατότητα υποστήριξης από εξειδικευμένο προσωπικό που θα διασφαλίσει την ακριβή διάγνωση και ψυχοθεραπεία. Διαβάθμιση B

Η AAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για διαβήτη τύπου 2 σε ενήλικες με αρτηριακή πίεση σταθερά μεγαλύτερη από 135/80 mmHg. Διαβάθμιση B

Η AAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για λοίμωξη από γονόρροια σε όλες τις υψηλού κινδύνου σεξουαλικά ενεργές γυναίκες (συμπεριλαμβανομένων και των εγκύων). Διαβάθμιση B

Η AAFP συνιστά έλεγχο για την απώλεια ακοής σε όλα τα νεογννήτα βρέφη. Διαβάθμιση B

Η AAFP συνιστά έλεγχο για την ανίχνευση φαινυλκετονουρίας, αιμοσφαιρινοπαθειών και διαταραχών της λειτουργίας του Διαβάθμιση A

θυρεοειδούς στα νεογνά.

Η ΑAFP συνιστά έλεγχο για τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) σε έγκυες γυναίκες κατά την πρώτη προγεννητική επίσκεψη τους. Διαβάθμιση Β

Η ΑAFP συνιστά έλεγχο για τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) σε ενήλικες υψηλού κινδύνου, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων με ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών ή μεταγγίσεις αίματος πριν από το 1992. Διαβάθμιση Β

Η ΑAFP συνιστά έλεγχο σε εφήβους και ενήλικες ηλικίας 18 έως 65 ετών για την HIV λοίμωξη. Οι νεότεροι έφηβοι και ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που θεωρούνται υψηλού κινδύνου πρέπει επίσης να εξεταστούν. Διαβάθμιση Β

Η ΑAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για HIV όλων των εγκύων γυναικών, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που εισάγονται για τοκετό, των οποίων η κατάσταση HIV είναι άγνωστη. Διαβάθμιση Α

Η ΑAFP συνιστά έλεγχο για την υψηλή πίεση του αίματος σε ενήλικες ηλικίας 18 ετών και άνω. Διαβάθμιση Α

Η ΑAFP συνιστά έλεγχο ρουτίνας για την αναιμία ανεπάρκειας σιδήρου σε ασυμπτωματικές έγκυες γυναίκες Διαβάθμιση Β

Η ΑAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε άνδρες ηλικίας 35 ετών και άνω για διαταραχές των λιπιδίων. Διαβάθμιση Α

Η ΑAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε άνδρες ηλικίας 20 έως 35 για διαταραχές λιπιδίων, εφόσον θεωρούνται υψηλού κινδύνου για στεφανιαία νόσο (διαβάθμιση Β). Διαβάθμιση Β

Η ΑAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε άνδρες ηλικίας 20 έως 35 για διαταραχές λιπιδίων, εφόσον θεωρούνται υψηλού κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Διαβάθμιση Β

Η ΑAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε γυναίκες ηλικίας 45 ετών και άνω για διαταραχές λιπιδίων, εφόσον θεωρούνται υψηλού κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Διαβάθμιση Α

Η ΑAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε γυναίκες ηλικίας 20 έως 45 για διαταραχές των λιπιδίων, εφόσον θεωρούνται υψηλού κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Διαβάθμιση Β

ΑAFP συνιστά έλεγχο όλων των ενηλίκων για την παχυσαρκία. Διαβάθμιση Β

Η ΑAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε παιδιά ηλικίας 6 Διαβάθμιση Β

ετών και άνω για την παχυσαρκία

Η ΑAFP συνιστά εξέταση για την οστεοπόρωση σε γυναίκες ηλικίας 65 ετών και άνω, καθώς και σε νεότερες γυναίκες των οποίων ο κίνδυνος κατάγματος είναι ίσος ή μεγαλύτερος από εκείνον μιας λευκής γυναίκας ηλικίας 65 ετών που δεν έχει πρόσθετους παράγοντες κινδύνου.

Διαβάθμιση Β

Η ΑAFP συνιστά διαγνωστική εξέταση για φαινυλκετονουρία σε νεογνά (διαβάθμιση Α).

Διαβάθμιση Α.

Η ΑAFP συνιστά ένθερμα προσδιορισμό ομάδας αίματος ABO, Rhesus και εξέταση αντισωμάτων για όλες τις έγκυες γυναίκες κατά την πρώτη προγεννητική επίσκεψη.

Διαβάθμιση Α.

Η ΑAFP συνιστά έλεγχο για δρεπανοκυτταρική νόσο σε όλα τα νεογνήνητα.

Διαβάθμιση Α.

Η ΑAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για λοίμωξη από σύφιλη σε άτομα που θεωρούνται υψηλού κινδύνου.

Διαβάθμιση Α.

Η ΑAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για λοίμωξη από σύφιλη σε άτομα που θεωρούνται υψηλού κινδύνου.

Διαβάθμιση Α.

Η ΑAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για λοίμωξη από σύφιλη σε όλες τις έγκυες γυναίκες.

Διαβάθμιση Α.

Η ΑAFP συνιστά έλεγχο για συγγενή υποθυρεοειδισμό σε νεογνά.

Διαβάθμιση Α.

Η ΑAFP συνιστά έλεγχο της όρασης για όλα τα παιδιά, τουλάχιστον μία φορά μεταξύ των ηλικιών 3 και 5 χρόνων για την ανίχνευση αμβλυωπίας ή παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με αυτή.

Διαβάθμιση Β.

Η ΑAFP συνιστά έλεγχο της όρασης για όλα τα παιδιά, τουλάχιστον μία φορά μεταξύ των ηλικιών 3 και 5 χρόνων για την ανίχνευση αμβλυωπίας ή παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με αυτή

Διαβάθμιση Β.

BRCA: BReast CAncer gene

HPV: Human papilloma virus

HIV: Human immunodeficiency virus

FOBT: Fecal occult blood

HBV:Hepatitis B virus

HCV:Hepatitis C virus

2.7 Επίδοση του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα στην αντιμετώπιση ασθενειών υψηλού φορτίου νοσηρότητας και θνησιμότητας

Στη χώρα μας, έρευνα του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής ανέδειξε σημαντικό έλλειμμα δράσεων όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο στον πληθυσμό [2.3].

Συγκεκριμένα, η μελέτη έδειξε ότι μόνο το 53,8% των γυναικών ηλικίας 50 έως 69ετών έχουν υποβληθεί σε μαστογραφία τα τελευταία 3 χρόνια. Επίσης η περιοδικότητα του ελέγχου δεν συμβαδίζει με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Συγκεκριμένα, από τις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστογραφία, το 20,1% έχει κάνει μια μαστογραφία, ενώ το 22,7% περισσότερες από 5, εκ των οποίων το 34,5% υποβάλλεται στην εξέταση κάθε χρόνο ,το 40,6% κάθε 2-3 έτη και το 21,6% δεν εξετάζεται σε περιοδικά διαστήματα [3].

Όσον αφορά την διεξαγωγή ελέγχου για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων και του σακχαρώδη διαβήτη στην χώρα μας, η μελέτη έδειξε ότι το 27% του πληθυσμού δεν έχει ελεγχθεί ποτέ για τα επίπεδα χοληστερόλης του, το 26% δεν ελέγχει την αρτηριακή του πίεση και το 15% του πληθυσμού δεν υποβάλλεται σε έλεγχο για σακχαρώδη διαβήτη [2].

Σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, η ίδια μελέτη απέδειξε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δεν ήταν ενήμερο ως προς την συνιστώμενη ηλικία έναρξης του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Άρρηκτα συνδεδεμένο με την ελλιπή ενημέρωση του πληθυσμού για τη σημασία του προληπτικού ελέγχου είναι το γεγονός ότι, σύμφωνα με τα ευρήματα της ίδιας μελέτης, το 91,7% των γυναικών και το 89,1% των ανδρών

άνω των 50 ετών δεν έχει υποβληθεί ποτέ σε προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου [3].

Λιγότερο ανησυχητικά είναι τα αποτελέσματα όσον αφορά τη διεξαγωγή προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, με το 64,9% των γυναικών να υποβάλλεται στον συνιστώμενο έλεγχο της κυτταρολογικής εξέτασης Παπανικολάου.

2.8 Αίτια μειωμένης αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ελλάδα

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι η εφαρμογή των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στη χώρα μας υπολείπεται σημαντικά συγκριτικά με χώρες όπως η Αγγλία, οι Σκανδιναβικές χώρες και η Ολλανδία, και ότι η ενημέρωση του ελληνικού πληθυσμού όσον αφορά τα οφέλη της, είναι σε αρκετές περιπτώσεις πλημμελής [51-54].

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα θεσμοθετήθηκε με την ψήφιση του νόμου 1397/83, με σκοπό τη δωρεάν πρόσβαση όλου του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη, την εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων, την αναβάθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και την υγειονομική κάλυψη της επαρχιακής Ελλάδας [55]. Ο νόμος αυτός αποτελεί τη νομική έκφραση της πολιτικής βούλησης για ουσιαστική μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα. το οποίο βρίσκονταν σε δυσμενή κατάσταση λόγω της χρόνιας εγκατάλειψής του από τον δημόσιο χρηματοδοτικό μηχανισμό. Το αποτέλεσμα της απουσίας ενός οργανωμένου Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα ήταν η επιβάρυνση του οικογενειακού προϋπολογισμού, που με τη σειρά της ενίσχυε την ανάπτυξη ιδιωτικών μονάδων περίθαλψης, οι οποίες, πέραν της αμφισβητούμενης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, δημιουργούσε κοινωνικές ανισότητες όσον αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, η ενίσχυση του έμψυχου

δυναμικού, η διοικητική και η υλικοτεχνική αναβάθμιση του νοσοκομειακού συστήματος της χώρας τέθηκαν στο επίκεντρο της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας για την εγκαθίδρυση ενός δημόσιου συστήματος προστασίας της υγείας στη χώρα. Ο νόμος 1397/83 θεσμοθέτησε επίσης την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προσδιορίζοντας την ανάπτυξη των κέντρων υγείας σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές της χώρας ως αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων, με σκοπό την εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προληπτικής ιατρικής.

Παρά τους υψηλούς στόχους και τις αρχές στις οποίες στηρίχθηκε, ο ιδρυτικός νόμος ανέδειξε το ΕΣΥ σε ένα κατά βάση «νοσοκομειοκεντρικό» σύστημα υγείας. Πράγματι, λόγω της έμφασης που δόθηκε στον βαθύ μετασχηματισμό του νοσοκομειακού θεσμού, η πρόθεση για την ανάπτυξη της ΠΦΥ στη χώρα μας δεν επιβεβαιώθηκε. Πράγματι, μεταξύ των συνιστωσών που υποβαθμίστηκαν από το ΕΣΥ, είναι ο θεσμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η προληπτική ιατρική. Στην πράξη, η ανάπτυξη της ΠΦΥ χαρακτηρίστηκε από έλλειψη οργάνωσης και σειρά λειτουργικών προβλημάτων που οφείλονται τόσο στην κακή διαχείριση του έμψυχου δυναμικού όσο και στην πλημμελή υλικοτεχνική υποστήριξη.

Η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μέχρι πρόσφατα παρείχετο από μια πληθώρα ανομοιογενών οργανωτικών σχηματισμών, οι οποίοι διαφέρουν ως προς το οργανωτικό μοντέλο, τον εποπτεύοντα φορέα, την προέλευση και το ύψος της χρηματοδότησης [56-59] αποτελούμενο από: (α) το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μέσω των 201 Κέντρων Υγείας (ΚΥ), των 1478 Περιφερειακών Ιατρείων καθώς και των Εξωτερικών Ιατρείων¹³² νοσοκομείων.

(β) τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία, μέσω των 350 πολυιατρείων των ασφαλιστικών ταμείων, των συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών, καθώς και των συμβεβλημένων με τα ασφαλιστικά ταμεία ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων.

Άμεση συνέπεια της παρουσίας ενός πολυκερατισμένου συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας ήταν η απουσία κεντρικού πολιτικού σχεδιασμού και η έλλειψη συντονισμού στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Επίσης, η γεωγραφική ανισοκατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, οδήγησε στην αδυναμία του ΕΣΥ να αυξήσει την προσβασιμότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και να εξαλείψει την αδυναμία προσφοράς φροντίδας στον χώρο διαμονής και εργασίας των πολιτών [58,59,60]. Ενδεικτικά, η κάλυψη των θέσεων των ΚΥ σε ιατρικό προσωπικό για το έτος 2000 υπολογίζεται ότι δεν ξεπέρασε το 47% κατά μέσο όρο στο σύνολο της χώρας, ενώ η κάλυψη στην Αττική ήταν 74%. Στα νησιά, η έλλειψη προσωπικού φαίνεται από το γεγονός ότι η πληρότητα δεν ξεπερνούσε το 31% [59]. Σε αυτό συνετέλεσε επίσης και η απουσία παροχής κινήτρων για τη στελέχωση των δομών του ΕΣΥ στις απομακρυσμένες περιοχές.

Επίσης, η δημιουργία ενός δικτύου κέντρων υγείας στις αστικές περιοχές που θα παρέχουν ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παραβλέφθηκε, και μόνον είκοσι περίπου χρόνια μετά την ίδρυση του ΕΣΥ, ξεκίνησε ο σχεδιασμός τους, με το πρώτο από τα κέντρα αυτά να λειτουργεί στην Αθήνα μόλις τον Ιούνιο του 2004.

Η απουσία κινήτρων για τη κάλυψη των θέσεων απασχόλησης πρωτοβάθμιας περίθαλψης και φροντίδας απομακρυσμένων περιοχών καθώς και οι χαμηλοί μισθοί του προσωπικού συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες συχνά οδηγούν στη μείωση της παραγωγικότητας και ενθαρρύνουν παράνομες δραστηριότητες και συναλλαγές [58].

Ένα άλλο πρόβλημα που προέκυψε στο πλαίσιο της λειτουργίας του ΕΣΥ ήταν η μειωμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες, γεγονός που οδήγησε στην ανεξέλεγκτη προσέλευση των ασθενών στα εφημερεύοντα νοσοκομεία, καθώς και στην αναγκαστική προσφυγή στις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα.

Η έλλειψη οργανωμένων δράσεων του ΕΣΥ, σε συνδυασμό με τη μειωμένη διάθεση κρατικών πόρων για την κάλυψη των τεχνικών ελλείψεων και την αναβάθμιση των υποδομών της δημόσιας υγείας οδήγησε στην έντονη διείδυση του ιδιωτικού τομέα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση φαινομένων πλασματικής ζήτησης και διαπλοκής σε βάρος του οικογενειακού και κρατικού προϋπολογισμού [58, 59].

Η απουσία του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος καθοδηγεί τον ασθενή μέσω ενός συστήματος παραπομπών στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης, όπως συμβαίνει σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οδήγησε στην ανεξέλεγκτη προσέλευση των ασθενών στα νοσοκομεία και ΚΥ, μειώνοντας την αποδοτικότητα του υγειονομικού συστήματος [56, 60].

Πράγματι, σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Σουηδία και η Μεγάλη Βρετανία, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα υστερεί σε προσβασιμότητα, ποιότητα παροχών υγείας και ασφάλεια. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Σουηδία παρέχονται από τα 1.200 κέντρα υγείας, εκ των οποίων το 25% είναι ιδιωτικά. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν με γενικούς ιατρούς, νοσηλεύτριες, μαιές και φυσικοθεραπευτές [61-64]. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα επιλογής του οικογενειακού ιατρού, εντός της συγκεκριμένης περιοχής ευθύνης του νομαρχιακού συμβουλίου στην οποία ανήκει. Οι οικογενειακοί ιατροί καθοδηγούν τους ασθενείς στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης μέσω ραντεβού ή με τη χορήγηση παραπεμπτικού σημειώματος, το οποίο εξασφαλίζει τη μείωση του χρόνου αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Από

την 1η Νοεμβρίου του 2005 τέθηκε σε ισχύ ο κανόνας του «0-7-90-90», που σημαίνει άμεση προσβασιμότητα (μηδενική καθυστέρηση) με το σύστημα υγείας, επίσκεψη στο γενικό ιατρό εντός 7 ημερών, σε ειδικό ιατρό εντός 90 ημερών και μεσολαβούμενο διάστημα μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας όχι >90 ημέρες [65,66].

Η ΠΦΥ που παρέχεται από το βρετανικό εθνικό σύστημα υγείας (National Health Service) βασίζεται στον θεσμό των γενικών ιατρών (general practitioners), οι οποίοι καλύπτουν διαγνωστικές, προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας [67,68]. Οι γενικοί ιατροί είναι ιδιώτες ιατροί που εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία παρέχοντας υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμια φροντίδα. Επίπλέον, οι γενικοί ιατροί αγοράζουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας από τα νοσοκομεία, κατά περιστατικό (cost per case) βάσει ειδικών συμβολαίων αποζημίωσης. Οπως και στη Σουηδία, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν το γενικό ιατρό που προτιμούν βάσει της γεωγραφικής περιοχής που διαμένουν.

Παράλληλα, η έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού το οποίο θα είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και στους στόχους του συστήματος της ΠΦΥ καθώς και το γεγονός ότι οι ειδικότητες δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του προσωπικού, αποτελούν μια από τις βασικότερες αδυναμίες του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, για την απονομή της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής απαιτούνται 5 έτη ειδικότητας. Συγκεκριμένα, απαιτούνται δύο έτη Foundation Training, που περιλαμβάνουν έναν κύκλο (rotation) 8 τριμήνων σε διάφορες ειδικότητες, από τα οποία τουλάχιστον ένα τρίμηνο στη Γενική Παθολογία και ένα τρίμηνο στη Γενική Χειρουργική. Εν συνεχεία, ακολουθούν 3 χρόνια εκπαίδευσης (General Practice Speciality Training Program), κατά τη διάρκεια των οποίων ο ειδικευόμενος εργάζεται 18 μήνες ως Specialist Registrar και εκπαιδεύεται στις ειδικότητες της Γυναικολογίας-Μαιευτικής, της Παιδιατρικής της Γηριατρικής, της Τραυματολογίας και της Επείγουσας Ιατρικής ή της Ψυχιατρικής.

Στους τελευταίους 18 μήνες της ειδικότητας ο ειδικευόμενος ως GP (general practitioner) Specialty Registrar εκπαιδεύεται αποκλειστικά στη Γενική Ιατρική. Μετά το πέρας της ειδικότητας, ο ειδικευόμενος υποβάλλεται σε εξετάσεις για την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας (Certificate of Completion of Training). Σημαντικό πλεονέκτημα του αγγλικού συστήματος εκπαίδευσης των ιατρών είναι η συνεχής αξιολόγηση του επιβλέποντα ιατρού (tutor), ο οποίος παρακολουθεί αυστηρά την επιστημονική εξέλιξη και πρόοδο του εκπαιδευόμενου, προβαίνοντας σε επισημάνσεις εκπαιδευτικών κενών όταν κρίνεται απαραίτητο. Σημαντικό επίσης πλεονέκτημα αποτελεί η χρήση των πιστοποιητικών ιατρικών πράξεων (logbooks, NHS portfolio), όπου αναγράφονται οι δραστηριότητες και επισημαίνονται οι ικανότητες και οι αδυναμίες που πρέπει να διορθωθούν [69]. Στη Σουηδία, η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής διαρκεί 5 έτη, υπό την επίβλεψη ειδικού-επιβλέποντα (tutor). Παρά την έλλειψη συνεχούς αξιολόγησης, η χρήση βιβλιαρίου ιατρικών πράξεων (logbook) καθώς και η παρουσία επιβλέποντα ιατρού έχουν βελτιώσει σημαντικά την εκπαίδευση. Επίσης, όπως και στο Ηνωμένο Βασίλειο, η απόκτηση του τίτλου ειδικότητας προϋποθέτει εξετάσεις μετά το πέρας της εκπαίδευσης [69, 70].

Παράλληλα, η τρέχουσα παγκόσμια οικονομική ύφεση καθώς και η αναγκαιότητα να διασφαλιστεί η ανταγωνιστικότητα της ευρωπαϊκής οικονομίας, επέβαλε στις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) να εφαρμόσουν πολιτικές συρρίκνωσης των δαπανών του κοινωνικού κράτους, με σκοπό να εξασφαλίσουν τη βιωσιμότητα του ενιαίου νομίσματος. Πράγματι, η ανάγκη μείωσης του δημόσιου χρέους και των ελλειμμάτων, οδήγησε στην ανακατανομή των πόρων με τρόπο ώστε ένα μεγάλο μέρος των κρατικών δαπανών να κατευθυνθεί προς την ενίσχυση του ιδιωτικού τομέα των εθνικών οικονομιών, ώστε να καταστεί βιώσιμος μέσα στο διεθνές περιβάλλον.

Υπό αυτές τις συνθήκες, η κρατική χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και συγκεκριμένα το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης που απορροφά μεγάλο μέρος των δημοσίων δαπανών τέθηκε στο επίκεντρο της πολιτικής της οικονομικής πειθαρχίας στις χώρες μέλη της ΕΕ.

Σε αυτό το πλαίσιο καθίσταται αναμφισβήτητος ο ρόλος της σωστής οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και η αξία του προληπτικού ελέγχου.

2.9 Εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών στον προσυμπτωματικό έλεγχο

Αναμφισβήτητα, οι υπηρεσίες πρόληψης αποτελούν ένα σημαντικό μέρος του έργου του ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας. Πράγματι, οι υπηρεσίες που προσφέρουν οι ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχουν κεντρικό ρόλο στο σύνολο των υπηρεσιών που παρέχει το ιατρικό επάγγελμα, διότι οι ιατροί αυτοί είναι οι πρώτοι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς ή τους εν δυνάμει ασθενείς.

Καταλυτικό ρόλο στην αποτελεσματική εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου στον γενικό πληθυσμό με τη βέλτιστη σχέση κόστους-οφέλους αποκτά η πιστή εφαρμογή των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών που προτάθηκαν να κατευθύνουν τις κλινικές πρακτικές.

Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν μελέτες που αναδεικνύουν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών, όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, τόσο στις ΗΠΑ όσο και σε άλλες χώρες, ποικίλλει και δεν συνάδει με τις κατευθυντήριες οδηγίες [71-77]. Παρόμοιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα έδειξαν ότι εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου πραγματοποιούνται σποραδικά και μια συνολική προσέγγιση της πρόληψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη απουσιάζει. Επίσης, υπάρχουν μελέτες που έδειξαν ότι οι ιατροί δεν ακολουθούν τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τον προσυμπτωματικό έλεγχο [78-80].

Επίσης, στη χώρα μας δεν υπάρχουν εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες προσαρμοσμένες στα ελληνικά δεδομένα που να αφορούν τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Η έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών που συνοψίζουν και αξιολογούν όλα τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα δυσχεραίνουν το έργο των ιατρών της πρωτοβάθμιας υγείας στην επιλογή της αρτιότερης στρατηγικής προσυμπτωματικού ελέγχου μέσω τεκμηριωμένων πληροφοριών, όπως απαιτεί η σύγχρονη ιατρική.

Όλα τα παραπάνω δεδομένα φέρνουν στο φως την ανάγκη παρέμβασης με στόχο την ενημέρωση και διευκόλυνση των ιατρών στην καθημερινή κλινική πράξη, αλλά και την ομογενοποίηση των γνώσεων που αφορούν τον προσυμπτωματικό έλεγχο στον γενικό πληθυσμό. Κατά την προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σημαντικό ρόλο θα μπορούσε να παίξει τόσο η διανομή των συστάσεων του USPSTF όσο και η διάδοση λογισμικών προγραμμάτων (Electronic Preventive Services Selector, ePSS) ανάμεσα στους ιατρούς που προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας [81]. Το ePSS είναι ένα λογισμικό πρόγραμμα σχεδιασμένο να βοηθά γρήγορα και αποτελεσματικά τους ιατρούς να επιλέγουν τους ασθενείς που πρέπει να περιληφθούν σε συγκεκριμένα προγράμματα screening. Το ePSS βασίζεται σε σύγχρονες evidence-based συστάσεις του USPSTF και μπορεί να προσφέρει με βάση συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως ηλικία, φύλο, και επιλεγμένους παράγοντες κινδύνου, όπως υπηρεσίες πρόληψης και συστάσεις κατάλληλες για τον συγκεκριμένο ασθενή. Επίσης, η σύνταξη εθνικών κατευθυντηρίων οδηγιών που σκοπό θα είχαν να αποτελέσουν πυξίδα και σημείο αναφοράς για τους γιατρούς κάθε ειδικότητας που ασχολούνται με τον προληπτικό έλεγχο θα μπορούσε να αποτελέσει ένα σημαντικό εγχείρημα που θα βελτίωνε την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

2.10 Σκοπός της έρευνας

Όπως περιγράφηκε στις προηγούμενες παραγράφους στις οποίες αναλύονται οι παθογένειες της πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και ο πλημμελής προσυμπτωματικός έλεγχος στην χώρα μας, ο ρόλος των ιατρών που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα έχει τεράστιο αντίκτυπο στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό την αναζήτηση παραγόντων που σχετίζονται με τον ελλιπή προσυμπτωματικό έλεγχο. Συγκεκριμένα, πρόκειται για έρευνα γνώσεων, συνηθειών και πρακτικών (Knowledge, Attitude, Practice study – KAP μελέτες) των ιατρών όσον αφορά τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο στον γενικό πληθυσμό.

Ειδικότερα, όσον αφορά τους ιατρούς οι σκοποί της έρευνας είναι:

- Να αποτυπωθεί η γνώση την οποία οι ιατροί κατέχουν, ώστε να κατανοούν θέματα που σχετίζονται με τον προσυμπτωματικό έλεγχο
- Να αποτυπωθούν τα πιστεύω – στάσεις - συνήθειές τους σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο.
- Να αποτυπωθούν οι πρακτικές μέσω των οποίων οι ιατροί εφαρμόζουν τις γνώσεις και τις συνήθειές τους
- Να διαμορφωθούν με τη βοήθεια δημογραφικών στοιχείων οι ευπαθείς ομάδες ιατρών, των οποίων οι συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο δεν συνάδουν με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF .

Τα αποτελέσματα της μελέτης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σαν βάση για προγράμματα παρέμβασης και ενημέρωσης των ιατρών σχετικά με τη σωστή εφαρμογή των

συστάσεων για τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Άλλωστε, τέτοια προγράμματα παρέμβασης έχουν πραγματοποιηθεί και σε άλλες χώρες, με ενθαρρυντικά αποτελέσματα [82, 83].

Κεφάλαιο Τρίτο

Ειδικό μέρος

3.1. Μεθοδολογία – Οργανόγραμμα

3.1.1 Μελέτες αποτύπωσης Γνώσεων – Συνηθειών - Πρακτικών (KAP studies: Knowledge, Attitudes and Practices)

Οι μελέτες αποτύπωσης γνώσεων, στάσεων και πρακτικών (Knowledge, Attitudes and Practices Studies -KAP μελέτες) είναι αυστηρά περιγραφικές και συντελούν στην κατανόηση των χαρακτηριστικών ενός πληθυσμού σχετικά με κάποιο θέμα, το οποίο συνήθως αφορά τη δημόσια υγεία. Οι KAP μελέτες απευθύνονται σε ένα καθορισμένο τμήμα του συνολικού πληθυσμού, σε καθορισμένη χρονική στιγμή, χωρίς να λαμβάνονται υπ' όψιν από το θέμα της μελέτης πιθανές καταστάσεις που μπορεί να έχουν προηγηθεί της διεξαγωγής της δειγματοληψίας. Οι μελέτες αυτές αποσκοπούν στο να περιγράψουν τη σχέση μεταξύ κάποιου θέματος δημόσιας υγείας με ένα εύρος μεταβλητών που αφορούν τα χαρακτηριστικά των ομάδων του πληθυσμού που λαμβάνουν μέρος στην έρευνα.

Τέτοιες μελέτες χρησιμοποιούνται συχνά από τις υπηρεσίες υγείας με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με το αντικείμενο εκάστοτε μελέτης, καθώς επίσης και για να θέτουν σε εφαρμογή παρεμβατικές δραστηριότητές τους και να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των

τελευταίων (αλλαγή του ΚΑΡ προφίλ των ιατρών κατόπιν εκπαίδευσής τους πάνω στο κατάλληλο θέμα).

Οι ΚΑΡ μελέτες συγκεντρώνουν δεδομένα σχετικά με τη γνώση των ανθρώπων πάνω σε ένα θέμα, πώς σκέφτονται και πώς συμπεριφέρονται αναφορικά με αυτό, σε αντίθεση με άλλες έρευνες οι οποίες ενδέχεται να καλύπτουν ένα εύρος από κοινωνικές αξίες και δραστηριότητες. Επιπρόσθετα, είναι πιο οικονομικές και αξιόπιστες από άλλες κοινωνικού τύπου έρευνες, επειδή είναι στοχευμένες και εστιάζουν σε ένα πολύ συγκεκριμένο αντικείμενο μελέτης.

Πιο συγκεκριμένα, μέσω των ΚΑΡ μελετών περιγράφεται:

- Η γνώση που κατέχει ο υπό μελέτη πληθυσμός και αντιπροσωπεύει την αντίληψή του για το θέμα.
- Οι στάσεις του υπό μελέτη πληθυσμού απέναντι στο θέμα, όπως επίσης και πιθανές προκαταλήψεις του πάνω σε αυτό.
- Οι πρακτικές που αναφέρονται στους τρόπους με τους οποίους ο υπό μελέτη πληθυσμός καταδεικνύει τη γνώση και τα αισθήματά του διαμέσου των πράξεών του.

Τα αποτελέσματά των τριών παραπάνω συνιστωσών μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για τη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την πολιτική της υγείας, εφόσον καταστεί δυνατόν να πραγματοποιηθούν προγράμματα παρέμβασης στην κοινότητα. Για τον λόγο αυτό, συχνά τέτοιου είδους μελέτες γίνονται 2 φορές, πριν και μετά την παρέμβαση, ώστε και να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά της.

Τα βασικά στοιχεία μεθοδολογίας μιας ΚΑΡ μελέτης περιλαμβάνουν:

- Προσδιορισμό πεδίου ορισμού: Όταν σχεδιάζεται μία ΚΑΡ μελέτη πρέπει το θέμα να περιγράφεται ευκρινώς και να έχει μελετηθεί η σχετική με το θέμα βιβλιογραφία πριν αρχίσει

η συλλογή δεδομένων. Επίσης, πρέπει να καταγράφονται οι αντικειμενικοί σκοποί της μελέτης.

- Προσδιορισμό του δείγματος– στόχου: Συνηθίζεται να γίνεται διαχωρισμός του πληθυσμού σε μικρότερες κατηγορίες (π.χ. πόλεις – επαρχίες), καθώς διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού έχουν ποικίλα χαρακτηριστικά και κατ'επέκταση θα έχουν διαφορετικά ΚΑΡ επίπεδα.
- Καθορισμό των μεθόδων δειγματοληψίας: Πρέπει να μελετηθεί ο τρόπος και οι τεχνικές με τις οποίες θα διεξαχθεί η συλλογή των δεδομένων (π.χ. ποιος θα τα συλλέξει και αν χρειάζεται ειδική εκπαίδευση). Η μέθοδος για την πραγματοποίηση της έρευνας θα πρέπει να έχει αποφασιστεί εκ των προτέρων, έτσι ώστε οποιαδήποτε διαφορά στα αποτελέσματα να είναι ανεξάρτητη του τρόπου δειγματοληψίας και να εξαρτάται αποκλειστικά από τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Είναι συνηθισμένο να χρησιμοποιείται ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται είτε μέσω συνεντεύξεων (ατομικές ή τηλεφωνικές) ή μέσω ταχυδρομείου [84].

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να περιληφθούν στο ερωτηματολόγιο ειδικές ερωτήσεις, προσαρμοσμένες στην ελληνική πραγματικότητα, σύμφωνα με τη μεθοδολογία των μελετών αποτύπωσης Γνώσεων – Συνηθειών - Πρακτικών (KAP studies).

3.1.2 Σχεδιασμός ερωτηματολογίων

Σύμφωνα με το θέμα που ορίζει η συγκεκριμένη έρευνα, οι ιατροί (παθολόγοι, γενικοί ιατροί, καρδιολόγοι και παιδίατροι) που παρέχουν υπηρεσίες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελούν το αντικείμενο μελέτης. Για την εκπόνηση της μελέτης δημιουργήθηκαν τρία διαφορετικά

ερωτηματολόγια (Παράρτημα 1). Συγκεκριμένα, υπήρξε πλήρης ταύτιση των ερωτηματολογίων που τέθηκαν στους γενικούς ιατρούς και παθολόγους που μετείχαν στην μελέτη, με μικρή σε έκταση επικάλυψη με αυτό των καρδιολόγων. Το ερωτηματολόγιο που τέθηκε στους καρδιολόγους οι οποίοι συμμετείχαν στην μελέτη περιείχε ερωτήσεις που εστιάστηκαν στον προσυμπτωματικό έλεγχο των παθήσεων του καρδιαγγειακού συστήματος. Αντίθετα, το ερωτηματολόγιο των παιδιάτρων εστιάστηκε αποκλειστικά σε παθήσεις που αφορούν τον παιδικό πληθυσμό. Παρά τη διαφορά του περιεχομένου των τριών ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη, αυτά δομούνται με τον ίδιο τρόπο, δηλαδή θα υπάρχουν:

- Τα δημογραφικά στοιχεία
- Αποτύπωση γνώσεων.
- Αποτύπωση στάσεων.
- Αποτύπωση πρακτικών σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο.
- Αποτύπωση της άποψής τους όσο αφορά την ύπαρξη διαδεδομένων κατευθυντήριων οδηγιών διατυπωμένων με σαφήνεια όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο
- Αποτύπωση της άποψής τους όσο αφορά την αναγκαιότητα προσυμπτωματικού ελέγχου καθώς και την αναγκαιότητα χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα βοηθούσε τον ιατρό στην επιλογή των ασθενών που πρέπει να περιληφθούν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Για τον λόγο αυτό μελετήθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF. Το USPSTF είναι μια ανεξάρτητη επιτροπή μη ομοσπονδιακών ειδικών σε θέματα πρόληψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας που εξετάζουν συστηματικά τις αποδείξεις αποτελεσματικότητας και αναπτύσσουν συστάσεις για υπηρεσίες πρόληψης σε κλινικό επίπεδο.

Επίσης, έγινε μελέτη της βιβλιογραφίας από το διαδίκτυο, η οποία αφορά παρόμοιες ΚΑΡ μελέτες που έχουν γίνει σε διάφορες χώρες του εξωτερικού. Κατόπιν, δημιουργήθηκαν αρχικά τρία ερωτηματολόγια προσαρμοσμένα στην ελληνική πραγματικότητα

Το επόμενο στάδιο ήταν η συνεδρίαση της επιστημονικής ομάδας κατάρτισης του ερωτηματολογίου, η οποία και διαμόρφωσε τη δοκιμαστική μορφή του ερωτηματολογίου. Στην ομάδα αυτή περιλήφθησαν ένας επιδημιολόγος, ένας στατιστικολόγος και ο ερευνητής. Στη δοκιμαστική του μορφή, το ερωτηματολόγιο των γενικών ιατρών και παθολόγων περιελάμβανε αρχικά 39 ερωτήσεις, το ερωτηματολόγιο των καρδιολόγων περιελάμβανε 31 ερωτήσεις και το ερωτηματολόγιο των παιδιάτρων περιελάμβανε 23 ερωτήσεις.

Εν συνεχεία έγινε το pre –test. Σύμφωνα με αυτό, δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 10 γενικούς ιατρούς, 10 παθολόγους, 10 καρδιολόγους και 10 παιδιάτρους. Μετά από συζήτηση στην ομάδα κατάρτισης του ερωτηματολογίου, έγινε αρχική αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του κάθε ερωτηματολογίου, προστέθηκαν ακόμα μερικές ερωτήσεις, και τελικά διαμορφώθηκε η τελική μορφή του κάθε ερωτηματολογίου (τα ερωτηματολόγια επισυνάπτονται).

Τα ερωτηματολόγια είναι σε μορφή διχοτομικών ερωτήσεων με πιθανές απαντήσεις “Ναι”, “Όχι”, και συμπληρωματικές ερωτήσεις σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Οι ερωτήσεις είναι διαμορφωμένες με τέτοιο τρόπο ώστε:

- Να συμπληρώνονται εύκολα
- Να είναι εφικτή η καταχώριση στοιχείων
- Να είναι εύκολη η ανάλυσή τους στο ειδικό στατιστικό πρόγραμμα
- Να ελέγχεται εύκολα η αξιοπιστία των ερωτήσεων.

Τα ερωτηματολόγια των ιατρών (γενικών ιατρών, παθολόγων, καρδιολόγων και παιδιάτρων) αποτελούνται από τρεις ενότητες:

- Στην πρώτη ενότητα περιλαμβάνονται δημογραφικά στοιχεία, όπως ηλικία και φύλο, καθώς επίσης και στοιχεία σε σχέση με τον χρόνο και τη χώρα φοίτησης στην Ιατρική Σχολή και απόκτησης της ειδικότητας ή και υποειδικότητας, χρόνια εξάσκησης της ειδικότητας, περιοχή που ασκεί το επάγγελμα, αριθμό ασθενών που εξετάζει κτλ.
- Στη δεύτερη ενότητα αποτυπώνονται οι γνώσεις και οι πρακτικές των γιατρών σε σχέση με τον προσυμπτωματικό έλεγχο (Τομέας Α).
- Οι ερωτήσεις της τρίτης ενότητας αποτυπώνουν την άποψη του ιατρού όσο αφορά την αναγκαιότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου στον γενικό πληθυσμό, τη στάση του έναντι των κατευθυντήριων οδηγιών, την άποψή του όσο αφορά την ύπαρξη διαδεδομένων και διατυπωμένων με σαφήνεια κατευθυντήριων οδηγιών και, τέλος, την άποψή του όσο αφορά τη χρήση ενός λογισμικού προγράμματος σχεδιασμένου να βοηθά γρήγορα και αποτελεσματικά τον ιατρό να επιλέγει τους ασθενείς που πρέπει να περιληφθούν σε συγκεκριμένα προγράμματα screening (Τομέας Β).

3.1.3. Δειγματοληψία

Η δειγματοληψία περιλαμβάνει δείγμα από όλη την επικράτεια της Ελλάδος. Η επιστημονική ομάδα αποφάσισε ότι ένας ικανοποιητικός αριθμός για να περιληφθεί στο δείγμα είναι το 10% του συνόλου των ιατρών της κάθε ειδικότητας στην Ελλάδα, δηλαδή περίπου 300 ιατροί από κάθε ειδικότητα πανελληνίως. Η έρευνα των ιατρών ήταν τηλεφωνική και έγινε με βάση στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία.

Για τον σκοπό αυτό ο αριθμός των συμμετεχόντων ιατρών σε κάθε νομό υπολογίστηκε βάσει του αριθμού των γιατρών σε κάθε νομό και του πληθυσμού του κάθε νομού. Στη συνέχεια, οι ιατροί επελέγησαν τυχαία. Όλες οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από έναν συγκεκριμένο ερευνητή, τον υποψήφιο διδάκτορα ο οποίος ήταν γιατρός (πίνακες 4, 5, 6, 7).

Πίνακας 4: Στον Πίνακα φαίνονται οι παθολόγοι που έπρεπε να συμμετέχουν στη μελέτη με βάση τη δειγματοληψία ανά νομό και ο αριθμός αυτών που τελικά συμμετείχαν.

Νομός	Πληθυσμός νομού	Αριθμός επιλεγμένων παθολόγων	Αριθμός συμμετεχόντων παθολόγων
ΣΑΜΟΥ	43.841	1	1
ΔΡΑΜΑΣ	102.184	3	3
ΚΑΒΑΛΑΣ	141.499	4	4
ΕΒΡΟΥ	149.283	4	4
ΞΑΝΘΗΣ	102.959	3	3
ΡΟΔΟΠΗΣ	111.237	3	1
ΗΜΑΘΙΑΣ	142.471	4	4
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1.084.001	31	32
ΚΙΛΚΙΣ	86.424	2	2
ΠΕΛΛΗΣ	143.957	4	4
ΠΙΕΡΙΑΣ	126.412	3	3
ΣΕΡΡΩΝ	194.483	5	5
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	96.849	3	3
ΓΡΕΒΕΝΩΝ	39.343	1	1
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	40.056	1	1
ΚΟΖΑΝΗΣ	153.939	4	4
ΦΛΩΡΙΝΗΣ	54.109	1	1
ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ	120.265	3	3
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	188.506	5	5
ΚΥΚΛΑΔΩΝ	109.956	3	3
ΧΙΟΥ	53.106	1	1
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	291.225	8	8
ΛΑΣΙΘΙΟΥ	75.736	2	2
ΡΕΘΥΜΝΗΣ	78.957	2	2

ΧΑΝΙΩΝ	148.450	4	4
ΑΤΤΙΚΗΣ	3.896.533	108	102
ΛΑΡΙΣΗΣ	282.156	8	8
ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	205.005	6	6
ΤΡΙΚΑΛΩΝ	132.689	4	4
ΑΡΤΗΣ	73.620	2	2
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	43.601	2	2
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	161.027	4	4
ΠΡΕΒΕΖΗΣ	58.144	2	2
ΖΑΚΥΝΘΟΥ	38.883	1	1
ΚΕΡΚΥΡΑΣ	111.081	3	3
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	37.756	1	1
ΛΕΥΚΑΔΟΣ	21.888	1	1
ΑΙΤΩΛ/ΝΑΝΙΑΣ	219.092	6	6
ΑΧΑΪΑΣ	318.928	9	9
ΗΛΕΙΑΣ	183.521	5	5
ΒΟΙΩΤΙΑΣ	123.913	3	3
ΕΥΒΟΙΑΣ	207.305	6	6
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	19.518	1	1
ΦΘΙΩΤΙΔΟΣ	169.542	5	5
ΦΩΚΙΔΟΣ	37.866	1	1
ΑΡΓΟΛΙΔΟΣ	102.392	3	3
ΑΡΚΑΔΙΑΣ	91.326	3	3
ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	144.527	4	4
ΛΑΚΩΝΙΑΣ	92.811	3	3
ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	166.566	5	5
ΛΕΣΒΟΥ	108.288	3	3
ΣΥΝΟΛΟ	10847827	304	297

Πίνακας 5: Στον Πίνακα φαίνονται οι γενικοί ιατροί που θα συμμετέχουν στη μελέτη με βάση τη δειγματοληψία ανά νομό.

Νομός	Πληθυσμός νομού	Αριθμός επιλεγμένων γενικών ιατρών	Αριθμός συμμετεχόντων γενικών ιατρών
ΣΑΜΟΥ	43.841	1	1
ΔΡΑΜΑΣ	102.184	3	3
ΚΑΒΑΛΑΣ	141.499	4	4
ΕΒΡΟΥ	149.283	4	4
ΞΑΝΘΗΣ	102.959	3	3
ΡΟΔΟΠΗΣ	111.237	3	1
ΗΜΑΘΙΑΣ	142.471	4	4
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1.084.001	31	31
ΚΙΛΚΙΣ	86.424	2	2
ΠΕΛΛΗΣ	143.957	4	4
ΠΙΕΡΙΑΣ	126.412	3	3
ΣΕΡΡΩΝ	194.483	5	5
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	96.849	3	3
ΓΡΕΒΕΝΩΝ	39.343	1	1
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	40.056	1	1
ΚΟΖΑΝΗΣ	153.939	4	4
ΦΛΩΡΙΝΗΣ	54.109	1	1
ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ	120.265	3	3
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	188.506	5	5
ΚΥΚΛΑΔΩΝ	109.956	3	3
ΧΙΟΥ	53.106	1	1
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	291.225	8	8
ΛΑΣΙΘΙΟΥ	75.736	2	2
ΡΕΘΥΜΝΗΣ	78.957	2	2
ΧΑΝΙΩΝ	148.450	4	4
ΑΤΤΙΚΗΣ	3.896.533	108	105
ΛΑΡΙΣΗΣ	282.156	8	8
ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	205.005	6	6
ΤΡΙΚΑΛΩΝ	132.689	4	4

ΑΡΤΗΣ	73.620	2	2
ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	43.601	2	2
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	161.027	4	4
ΠΡΕΒΕΖΗΣ	58.144	2	2
ΖΑΚΥΝΘΟΥ	38.883	1	1
ΚΕΡΚΥΡΑΣ	111.081	3	3
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	37.756	1	1
ΛΕΥΚΑΔΟΣ	21.888	1	1
ΑΙΤΩΛ/ΝΑΝΙΑΣ	219.092	6	6
ΑΧΑΪΑΣ	318.928	9	9
ΗΛΕΙΑΣ	183.521	5	5
ΒΟΙΩΤΙΑΣ	123.913	3	3
ΕΥΒΟΙΑΣ	207.305	6	6
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	19.518	1	1
ΦΘΙΩΤΙΔΟΣ	169.542	5	5
ΦΩΚΙΔΟΣ	37.866	1	1
ΑΡΓΟΛΙΔΟΣ	102.392	3	3
ΑΡΚΑΔΙΑΣ	91.326	3	3
ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	144.527	4	4
ΛΑΚΩΝΙΑΣ	92.811	3	3
ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	166.566	5	5
ΛΕΣΒΟΥ	108.288	3	3
ΣΥΝΟΛΟ	10847827	304	299

Πίνακας 6: Στον Πίνακα φαίνονται οι καρδιολόγοι που θα συμμετέχουν στη μελέτη με βάση τη δειγματοληψία ανά νομό.

Νομός	Πληθυσμός νομού	Αριθμός επιλεγμένων καρδιολόγων	Αριθμός συμμετεχόντων καρδιολόγων
ΣΑΜΟΥ	43.841	1	1
ΔΡΑΜΑΣ	102.184	3	3
ΚΑΒΑΛΑΣ	141.499	4	4
ΕΒΡΟΥ	149.283	4	4

ΞΑΝΘΗΣ	102.959	3	3
ΡΟΔΟΠΗΣ	111.237	3	1
ΗΜΑΘΙΑΣ	142.471	4	4
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1.084.001	31	31
ΚΙΛΚΙΣ	86.424	2	2
ΠΕΛΛΗΣ	143.957	4	4
ΠΙΕΡΙΑΣ	126.412	3	3
ΣΕΡΡΩΝ	194.483	5	5
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	96.849	3	3
ΓΡΕΒΕΝΩΝ	39.343	1	1
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	40.056	1	1
ΚΟΖΑΝΗΣ	153.939	4	4
ΦΛΩΡΙΝΗΣ	54.109	1	1
ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ	120.265	3	3
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	188.506	5	5
ΚΥΚΛΑΔΩΝ	109.956	3	3
ΧΙΟΥ	53.106	1	1
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	291.225	8	8
ΛΑΣΙΘΙΟΥ	75.736	2	2
ΡΕΘΥΜΝΗΣ	78.957	2	2
ΧΑΝΙΩΝ	148.450	4	4
ΑΤΤΙΚΗΣ	3.896.533	108	105
ΛΑΡΙΣΗΣ	282.156	8	8
ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	205.005	6	6
ΤΡΙΚΑΛΩΝ	132.689	4	4
ΑΡΤΗΣ	73.620	2	2
ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	43.601	2	2
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	161.027	4	4
ΠΙΡΕΒΕΖΗΣ	58.144	2	2
ΖΑΚΥΝΘΟΥ	38.883	1	0
ΚΕΡΚΥΡΑΣ	111.081	3	3
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	37.756	1	1
ΛΕΥΚΑΔΟΣ	21.888	1	1
ΑΙΤΩΛ/ΝΑΝΙΑΣ	219.092	6	6

ΑΧΑΪΑΣ	318.928	9	9
ΗΛΕΙΑΣ	183.521	5	5
ΒΟΙΩΤΙΑΣ	123.913	3	3
ΕΥΒΟΙΑΣ	207.305	6	6
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	19.518	1	1
ΦΘΙΩΤΙΔΟΣ	169.542	5	5
ΦΩΚΙΔΟΣ	37.866	1	0
ΑΡΓΟΛΙΔΟΣ	102.392	3	3
ΑΡΚΑΔΙΑΣ	91.326	3	3
ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	144.527	4	4
ΛΑΚΩΝΙΑΣ	92.811	3	3
ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	166.566	5	5
ΛΕΣΒΟΥ	108.288	3	3
ΣΥΝΟΛΟ	10847827	304	297

Πίνακας 7 Στον Πίνακα φαίνονται οι παιδίατροι που θα συμμετέχουν στη μελέτη με βάση τη δειγματοληψία ανά νομό.

Νομός	Πληθυσμός νομού	Αριθμός επιλεγμένων παιδιάτρων	Αριθμός συμμετεχόντων παιδιάτρων
ΣΑΜΟΥ	43.841	1	1
ΔΡΑΜΑΣ	102.184	3	3
ΚΑΒΑΛΑΣ	141.499	4	4
ΕΒΡΟΥ	149.283	4	4
ΞΑΝΘΗΣ	102.959	3	3
ΡΟΔΟΠΗΣ	111.237	3	1
ΗΜΑΘΙΑΣ	142.471	4	4
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1.084.001	31	31
ΚΙΛΚΙΣ	86.424	2	2
ΠΕΛΛΗΣ	143.957	4	4
ΠΙΕΡΙΑΣ	126.412	3	3
ΣΕΡΡΩΝ	194.483	5	5
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	96.849	3	3
ΓΡΕΒΕΝΩΝ	39.343	1	1
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	40.056	1	1

ΚΟΖΑΝΗΣ	153.939	4	4
ΦΛΩΡΙΝΗΣ	54.109	1	1
ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ	120.265	3	3
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	188.506	5	5
ΚΥΚΛΑΔΩΝ	109.956	3	3
ΧΙΟΥ	53.106	1	1
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	291.225	8	8
ΛΑΣΙΘΙΟΥ	75.736	2	2
ΡΕΘΥΜΝΗΣ	78.957	2	2
ΧΑΝΙΩΝ	148.450	4	4
ΑΤΤΙΚΗΣ	3.896.533	108	102
ΛΑΡΙΣΗΣ	282.156	8	8
ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	205.005	6	6
ΤΡΙΚΑΛΩΝ	132.689	4	4
ΑΡΤΗΣ	73.620	2	2
ΘΕΣΣΠΡΩΤΙΑΣ	43.601	2	2
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	161.027	4	4
ΠΙΡΕΒΕΖΗΣ	58.144	2	2
ΖΑΚΥΝΘΟΥ	38.883	1	0
ΚΕΡΚΥΡΑΣ	111.081	3	3
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	37.756	1	1
ΛΕΥΚΑΔΟΣ	21.888	1	1
ΑΙΤΩΛ/ΝΑΝΙΑΣ	219.092	6	6
ΑΧΑΪΑΣ	318.928	9	9
ΗΛΕΙΑΣ	183.521	5	5
ΒΟΙΩΤΙΑΣ	123.913	3	3
ΕΥΒΟΙΑΣ	207.305	6	6
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	19.518	1	1
ΦΘΙΩΤΙΔΟΣ	169.542	5	5
ΦΩΚΙΔΟΣ	37.866	1	0
ΑΡΓΟΛΙΔΟΣ	102.392	3	3
ΑΡΚΑΔΙΑΣ	91.326	3	3
ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	144.527	4	4
ΛΑΚΩΝΙΑΣ	92.811	3	3

ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	166.566	5	5
ΛΕΣΒΟΥ	108.288	3	3
ΣΥΝΟΛΟ	10847827	304	294

3.2. Καταχώριση και ανάλυση των δεδομένων

Τα δεδομένα των ερωτηματολογίων καταχωρίστηκαν σε μία βάση δεδομένων, που δημιουργήθηκε στο πρόγραμμα Epi Info [86]. Τα τεστ Chi - Square και Kruskal Wallis χρησιμοποιήθηκαν για να υπολογιστούν οι στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Το διάστημα εμπιστοσύνης που χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό του σχετικού κινδύνου ήταν το 95%. Η στάθμη αξιοπιστίας ήταν το 0,05.

Η ανάλυση ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε ώστε να προσδιοριστούν οι ανεξάρτητοι παράγοντες που συσχετίστηκαν με λάθος συστάσεις όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο..

Η περιγραφική ανάλυση των ερωτηματολογίων των ιατρών διεξήχθη χρησιμοποιώντας τις συχνότητες της κάθε μεταβλητής. Για την ποσοτική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το Kruskal – Wallis test, ενώ για την ποιοτική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το chi – Square for trend test. Στην περιγραφική ανάλυση, πρώτα έγινε η μονοπαραγοντική ανάλυση και κατόπιν οι μεταβλητές που ήταν στατιστικώς σημαντικές συμπεριλήφθηκαν σε ένα μοντέλο ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης.

Στη συνέχεια, ομαδοποιήσαμε τους ιατρούς που μετείχαν στη μελέτη, σε διακριτές ομάδες, με τη χρήση της μεθόδου της στατιστικής ανάλυσης λανθανουσών μεταβλητών, (Latent Class Analysis). Η Latent Class Analysis είναι μια στατιστική μέθοδος η οποία μας βοήθησε να εντάξουμε

τους ιατρούς σε μία από τις βασικές ομάδες που προέκυψαν, βάσει των απαντήσεων που έδωσαν οι ιατροί στο ερωτηματολόγιο της μελέτης.

3.3 Αποτελέσματα της έρευνας των ιατρών

3.1.1 Ποσοστά συμμετοχής στην έρευνα

Για την πραγματοποίηση της έρευνας επιλέχθηκαν περίπου 300 παθολόγοι, 300 γενικοί ιατροί, 300 καρδιολόγοι και 300 παιδίατροι πανελληνίως. Παρόλα αυτά, αναλύθηκαν τελικά τα ερωτηματολόγια σε 297 παθολόγους, σε 299 γενικούς ιατρούς, σε 297 καρδιολόγους και σε 294 παιδίατρους (πίνακες 8, 9, 10, 11).

Πίνακας 8: Αριθμός και ποσοστά συμμετεχόντων παθολόγων ανά Περιφέρεια.

	Αττική	Βόρεια Ελλάδα	Κεντρική Ελλάδα	Νησιά	Πελοπόννησος	Σύνολο
Αριθμός	102	85	43	35	32	297
Ποσοστά	34,3	28,6	14,3	11,7	10,7	100

Πίνακας 9: Αριθμός και ποσοστά συμμετεχόντων γενικών ιατρών ανά Περιφέρεια.

	Αττική	Βόρεια Ελλάδα	Κεντρική Ελλάδα	Νησιά	Πελοπόννησος	Σύνολο
Αριθμός	105	84	43	35	32	299
Ποσοστά	35,1	28	14,3	11,7	10,7	100

Πίνακας 10: Αριθμός και ποσοστά συμμετεχόντων καρδιολόγων ανά Περιφέρεια.

	Αττική	Βόρεια Ελλάδα	Κεντρική Ελλάδα	Νησιά	Πελοπόννησος	Σύνολο
--	--------	---------------	-----------------	-------	--------------	--------

Αριθμός	105	84	42	34	32	297
Ποσοστά	35,3	28,8	14,1	11,4	10,7	100

Πίνακας 11: Αριθμός και ποσοστά συμμετεχόντων παιδιάτρων ανά Περιφέρεια.

	Αττική	Βόρεια Ελλάδα	Κεντρική Ελλάδα	Νησιά	Πελοπόννησος	Σύνολο
Αριθμός	102	84	42	34	32	294
Ποσοστά	34,6	28,5	14,2	11,5	10,8	100

3.3.2 Ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα

Όσον αφορά τους παθολόγους, οι άνδρες αποτέλεσαν το 78.8% του δείγματος, ενώ οι γυναίκες το 21.2%. Η μέση ηλικία των παθολόγων ήταν 55.5 έτη.. Η πλειοψηφία των ιατρών που μετείχαν στη μελέτη ήταν απόφοιτοι ελληνικών Πανεπιστημίων (80.5%). Το 52.2% των παθολόγων απέκτησε την ειδικότητα σε Πανεπιστημιακό νοσοκομείο, ενώ το 47.8% σε κρατικές κλινικές. Ο μέσος χρόνος εξάσκησης του επαγγέλματος ήταν 18,9 χρόνια. Το 39.6% των παθολόγων δήλωσε ότι είχε κάνει μεταπτυχιακές σπουδές. Επίσης, το 96,9% εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα. Ο μέσος όρος των εξεταζόμενων ασθενών ανά εβδομάδα ήταν 123,3. Στους παρακάτω πίνακες φαίνονται πιο αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παθολόγων που απάντησαν στα ερωτηματολόγια (Πίνακες 12,13,14,15).

Πίνακας 12: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των παθολόγων που απάντησαν.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Αριθμός παθολόγων	Ποσοστό
<u>Γυναίκες</u>	63	21.2%
<u>Άνδρες</u>	234	78.8%

<u>Μέση ηλικία</u>	55,5 έτη (SD=35,27)	
<u>Απόφοιτοι ελληνικών Πανεπιστημίων</u>	239	80.5%
<u>Απόφοιτοι Πανεπιστημίων εξωτερικού</u>	58	19.5%
Λήψη της ειδικότητας σε Πανεπιστημιακές κλινικές.	143	48.1%
Λήψη της ειδικότητας σε κρατικές κλινικές	154	51.8%
<u>Χρόνια εξέσκησης επαγγέλματος</u>	18,94 χρόνια(SD=10,46)	
<u>Μεταπτυχιακές σπουδές</u>	111	39.6%
<u>Παθολόγοι που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα</u>	277	96,9%
<u>Μέσος αριθμός ασθενών που εξετάζονται την εβδομάδα</u>	123,3	

Πίνακας 13: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των γενικών ιατρών που απάντησαν

<u>Δημογραφικά χαρακτηριστικά</u>	<u>Αριθμός γενικών ιατρών</u>	<u>Ποσοστό</u>
<u>Γυναίκες</u>	107	35.7%
<u>Άνδρες</u>	192	64.2%
Μέση ηλικία	48.5 έτη (SD=32.4)	
<u>Πτυχιούχοι ελληνικών Πανεπιστημίων</u>	184	61.5%
<u>Πτυχιούχοι Πανεπιστημίων εξωτερικού</u>	115	38.4%
Λήψη της ειδικότητας σε Πανεπιστημιακές κλινικές.	194	64.8%
Λήψη της ειδικότητας σε κρατικές κλινικές	105	35.1%
<u>Χρόνια εξέσκησης επαγγέλματος</u>	12.2 χρόνια(SD=10.1)	
<u>Μεταπτυχιακές σπουδές</u>	127	42.4%
<u>Παθολόγοι που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα</u>	154	51.5%
<u>Μέσος αριθμός ασθενών που εξετάζονται την εβδομάδα</u>	132,5 (SD=100,8)	

Πίνακας 14: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των καρδιολόγων που απάντησαν.

<u>Δημογραφικά χαρακτηριστικά</u>	<u>Αριθμός καρδιολόγων</u>	<u>Ποσοστό</u>
<u>Γυναίκες</u>	42	14.1%
<u>Άνδρες</u>	255	85.9%

Μέση ηλικία	52,1έτη (SD=30,2)	
<u>Πτυχιούχοι ελληνικών Πανεπιστημίων</u>	229	77.1%
<u>Πτυχιούχοι Πανεπιστημίων εξωτερικού</u>	68	22.8%
Λήψη της ειδικότητας σε Πανεπιστημιακές κλινικές.	83	27.9 %
Λήψη της ειδικότητας σε κρατικές κλινικές	214	72.05 %
<u>Χρόνια εξέσκησης επαγγέλματος</u>	17,62 έτη (SD=10,46)	
<u>Μεταπτυχιακές σπουδές</u>	140	47.1%
<u>Καρδιολόγοι που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα</u>	283	95.9%
<u>Μέσος αριθμός ασθενών που εξετάζονται την εβδομάδα</u>	84.5 (SD=15,24)	

Πίνακας 15: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιάτρων που απάντησαν.

<u>Δημογραφικά χαρακτηριστικά</u>	<u>Αριθμός παιδιάτρων</u>	<u>Ποσοστό</u>
<u>Γυναίκες</u>	175	59.5 %
<u>Ανδρες</u>	119	40.5%
Μέση ηλικία	54.2χρόνια (SD=8.87)	
<u>Πτυχιούχο ελληνικών Πανεπιστημίων</u>	254	86.3%
<u>Πτυχιούχοι Πανεπιστημίων εξωτερικού</u>	40	13.6%
Λήψη της ειδικότητας σε Πανεπιστημιακές κλινικές.	205	69.7%
Λήψη της ειδικότητας σε κρατικές κλινικές	89	30.2%
<u>Χρόνια εξέσκησης επαγγέλματος</u>	22.07 έτη(SD=9.54)	
<u>Μεταπτυχιακές σπουδές</u>	97	32.9%
<u>Παιδίατροι που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα</u>	237	80.6%
<u>Μέσος αριθμός ασθενών που εξετάζονται την εβδομάδα</u>	90.2 (SD=65.8)	

3.4 Αποτελέσματα της έρευνας των παθολόγων

3.4.1. Μονοπαραγοντική ανάλυση των τομέων (γνώσεις – στάσεις – πρακτικές) σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους παθολόγους

3.4.1.1. Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους παθολόγους)

Ερώτηση 8

α)Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 40ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο ουροδόχου κύστεως;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

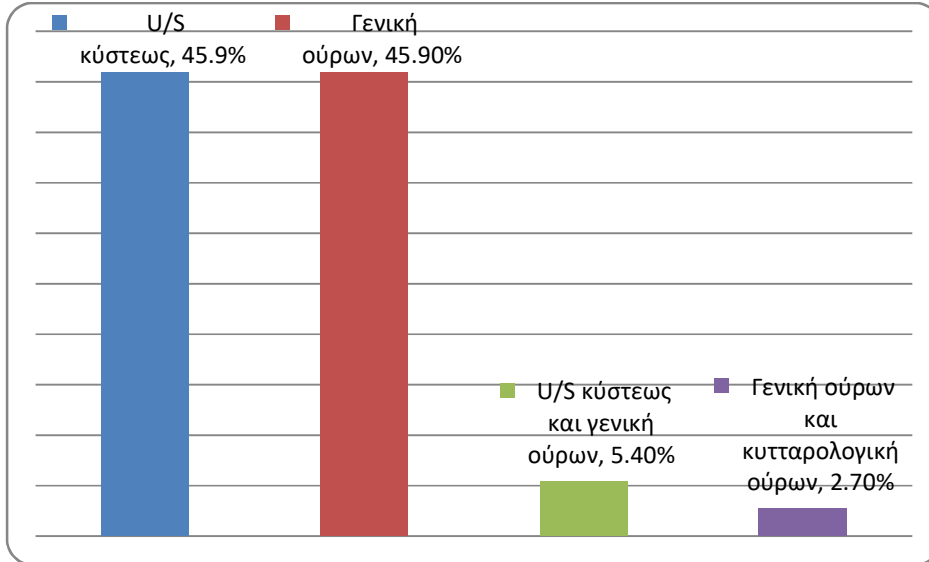
γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειονότητα των παθολόγων (87.2%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο ουροδόχου κύστεως σε άνδρα 42 ετών.

Όπως φαίνεται στο παρακάτω Διάγραμμα (Διάγραμμα 1), από τους παθολόγους που απάντησαν ναι, η πλειοψηφία συνιστά υπερηχογράφημα κύστεως, γενική ούρων ή το συνδυασμό τους.

Διάγραμμα 1: Απαντήσεις παθολόγων στο υποερώτημα β της ερώτηση 8: «Αν συνιστούσατε έλεγχο για καρκίνο ουροδόχου κύστεως σε άνδρα 40ετών τι εξετάσεις θα προτείνετε;»



U/S: Υπερηχογράφημα

Επίσης, το 97.2% των ιατρών που συνιστούν έλεγχο για καρκίνο ουροδόχου κύστεως, συνιστά επανέλεγχο.

Όσο αφορά τη συχνότητα του επανελέγχου, το 68.6% συνιστά έλεγχο ετησίως, ενώ το 31,4% υποστηρίζει ότι το διάστημα μεταξύ των ελέγχων πρέπει να είναι μεγαλύτερο του έτους.

Ερώτηση 9

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 42 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για καρκίνο του μαστού;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος, θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Η πλειονότητα των παθολόγων(89.6%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο μαστού σε γυναίκα 42 ετών.

Η πλειοψηφία των παθολόγων(93.1%) συνιστά μαστογραφία, ενώ σε πολύ μικρότερο ποσοστό (6.9%) συνιστούν υπερηχογράφημα (U/S) μαστού.

Η πλειοψηφία των ιατρών (97.2%) συνιστά επανάληψη επί αρνητικού αποτελέσματος.

Από αυτούς, το 18,9 % συνιστά επανάληψη μετά από ένα χρόνο, ενώ το 81,1% των ιατρών συνιστά επανέλεγχο μετά την πάροδο τουλάχιστον 2 χρόνων.

Ερώτηση 10

α)Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 35 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening)για καρκίνο του μαστού;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνατε;

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνατε την εξέταση;

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε:

Η πλειονότητα των παθολόγων (67.6%) πιστεύει πως ο έλεγχος για καρκίνο μαστού σε γυναίκα 35 ετών δεν ενδείκνυται.

Από τους παθολόγους που συνιστούν έλεγχο, η πλειοψηφία (73%) δηλώνει ότι η καταλληλότερη εξέταση είναι η μαστογραφία, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό(27%) προτιμά τον υπερηχογραφικό έλεγχο .

Επανάληψη συστήνει το 100% των ιατρών. Από αυτούς, όπως απεικονίζεται στο παρακάτω

Διάγραμμα, το 32,3% συνιστά επανέλεγχο σε ένα χρόνο, ενώ το 62,7% συνιστά επανέλεγχο μετά την πάροδο τουλάχιστον ενός χρόνου.

Ερώτηση 11

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 22 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των παθολόγων(65.5%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε γυναίκα 22 ετών για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Το διαγνωστικό test που συστήθηκε από τους παθολόγους που συμμετείχαν στη έρευνα ήταν το PAP test.

Το 96.8% των παθολόγων συνιστούν επανάληψη ανά έτος, ενώ το 3.2% συνιστούν επανάληψη σε διάστημα μεγαλύτερο του έτους.

Ερώτηση 12

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 21 ετών με ιστορικό σεξουαλικών επαφών από 3 χρόνια σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των ιατρών (57.7%) συνιστά έλεγχο σε γυναίκα 21 ετών για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Όλοι οι παθολόγοι συνέστησαν PAP test σαν πρώτη εξέταση. Οι ιατροί που συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο στο σύνολό τους συνιστούν επανέλεγχο επί αρνητικού αποτελέσματος. Από αυτούς η συντριπτική πλειοψηφία (96.3%) συνιστά επανέλεγχο σε 1 χρόνο.

Ερώτηση 13

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 69 ετών για πρώτη φορά σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία των ιατρών (78%) συνιστά έλεγχο σε γυναίκα 69 ετών για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Το διαγνωστικό test που συστήθηκε από τους παθολόγους που συμμετείχαν στη έρευνα ήταν το PAP test.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών (88.4%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Επίσης, η πλειονότητα των ιατρών (83.2%) συνιστά επανέλεγχο ανά έτος, ενώ το 16.8% συνιστά επανέλεγχο σε διαστήματα μεγαλύτερα του έτους.

Ερώτηση 14

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 69 ετών η οποία έχει υποβληθεί πρόσφατα σε κατάλληλο έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε νέες εξετάσεις;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των ιατρών (69.6%) συνιστά έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε μια γυναίκα 69 ετών η οποία έχει υποβληθεί πρόσφατα σε κατάλληλο έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας .

Το διαγνωστικό test που συστήθηκε από τους παθολόγους που συμμετείχαν στη έρευνα ήταν το PAP test.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών (99%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Επίσης, η πλειονότητα των ιατρών (84.5%) συνιστά επανέλεγχο ανά έτος, ενώ το 15.5% συνιστά επανέλεγχο σε διαστήματα μεγαλύτερα του έτους.

Ερώτηση 15

α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 55 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου σε εξετάσεις στα πλαίσια screening για καρκίνο παχέος εντέρου;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

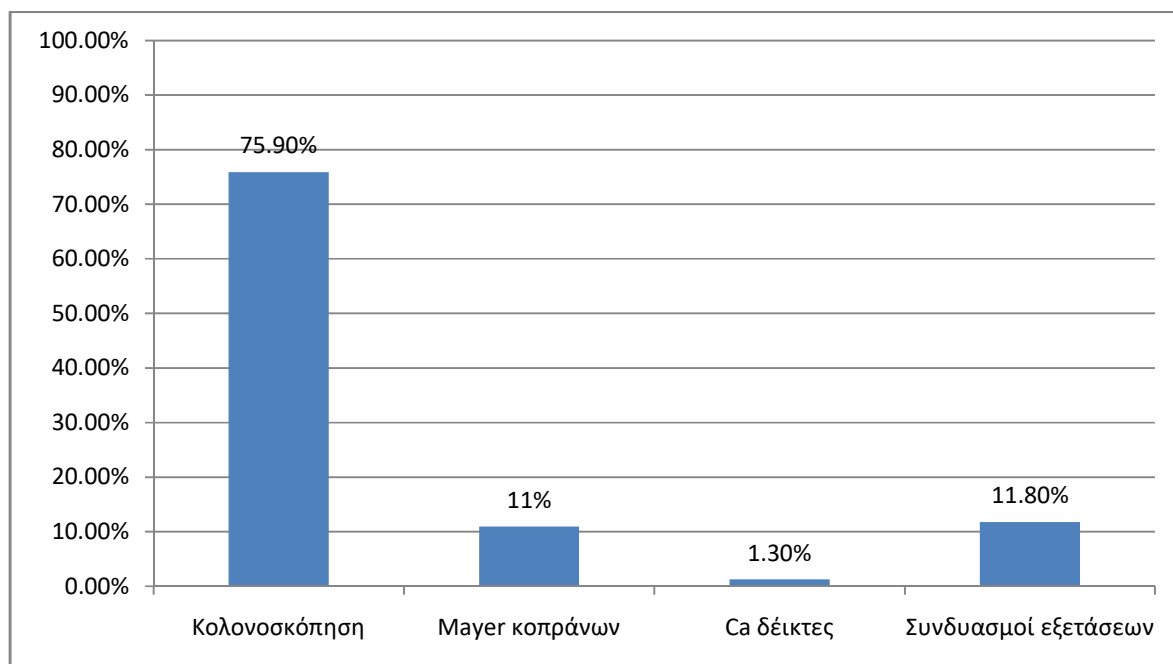
γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο (75.9%) σε έναν άνδρα 55 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου.

Όπως φαίνεται στο παρακάτω Διάγραμμα (Διάγραμμα 2), η πλειοψηφία των παθολόγων (86.5%) συνιστά κολonosκόπηση.

Διάγραμμα 2: Απαντήσεις παθολόγων στο υποερώτημα γ της ερώτηση 15: «Αν συνιστούσατε έλεγχο για καρκίνο παχέος εντέρου, τι εξετάσεις θα προτείνατε;»



Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών (98.2%) συνιστά επανάληψη επί αρνητικού αποτελέσματος.

Όσον αφορά την επαναληψιμότητα του ελέγχου, η πλειοψηφία των παθολόγων (70.1%) συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα άνω των 5 ετών, ενώ το 29.9% συνιστά έλεγχο σε διάστημα μικρότερο των 5 ετών.

Ερώτηση 16

Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 35 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο παχέος εντέρου;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η συντριπτική πλειοψηφία των παθολόγων δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο παχέος εντέρου σε άνδρα 35 ετών.

Από τους παθολόγους που συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο, η πλειοψηφία (90.9%) θεωρεί την κολonosκόπηση ως εξέταση εκλογής, ενώ το 9.9% συνιστά έλεγχο καρκινικών δεικτών.

Το σύνολο των παθολόγων που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο συνιστούν επανάληψη επί αρνητικού αποτελέσματος. Όσον αφορά την επαναληψιμότητα του ελέγχου, η πλειοψηφία των παθολόγων (66.7%) συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα άνω των 5 ετών, ενώ το 33.3% συνιστά έλεγχο σε διάστημα μικρότερο των 5 ετών.

Ερώτηση 17

α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 35 ετών ο οποίος πάσχει από ελκώδη κολίτιδα σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο παχέος εντέρου;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Όπως προκύπτει, η συντριπτική πλειοψηφία (95.2%) των παθολόγων συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο.

Η πλειοψηφία των παθολόγων συνιστά κολonosκόπηση ως εξέταση εκλογής (97.8%), ενώ το 2.2% συνιστά έλεγχο με καρκινικούς δείκτες.

“Όλοι οι ιατροί που συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο παχέος εντέρου συνιστούν επανεξέταση επί αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των ιατρών συνιστά επανέλεγχο ανά πενταετία (89.2%), ενώ το 10.8% συνιστά έλεγχο σε διάστημα άνω των 5 ετών.

Ερώτηση 18

α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του προστάτη;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία των παθολόγων (62.3%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του προστάτη σε έναν άνδρα 45 ετών.

Η πλειοψηφία (96.8%) θεωρεί ότι ο έλεγχος του PSA αποτελεί την εξέταση εκλογής, ενώ μόνο το 3.2% συνιστά έλεγχο PSA σε συνδυασμό με υπερηχογράφημα του προστάτη.

Το σύνολο των παθολόγων που συνιστά έλεγχο για καρκίνο προστάτη, συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η συντριπτική πλειοψηφία (94%) των ιατρών συνιστά επανέλεγχο ανά έτος, ενώ μόνο το 6% συνιστά επανάληψη ανά διαστήματα μεγαλύτερα του έτους.

Ερώτηση 19

- α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ασυμπτωματική βακτηριουρία;
- β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;
- γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;
- δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των παθολόγων (57.3%) συνιστά έλεγχο για ασυμπτωματική βακτηριουρία σε μια γυναίκα 45 ετών.

Η πλειοψηφία θεωρεί ότι η γενική ούρων (98.8%) αποτελεί την εξέταση εκλογής, ενώ μόνο το 1.2% συνιστά γενική ούρων σε συνδυασμό με υπέρηχο νεφρών-ουρητήρα κύστεως .

Η συντριπτική πλειοψηφία (98.9%) των παθολόγων συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των ιατρών(98.8%) συνιστά επανέλεγχο ανά έτος, ενώ το 1.2% συνιστά έλεγχο σε διαστήματα μεγαλύτερα του έτους.

Ερώτηση 20

- α) Θα υποβάλλατε άνδρα 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ασυμπτωματική βακτηριουρία;
- β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των παθολόγων (56.7%) συνιστά έλεγχο για ασυμπτωματική βακτηριουρία σε μια γυναίκα 45 ετών.

Η πλειοψηφία θεωρεί ότι η γενική ούρων (98.8%) αποτελεί την εξέταση εκλογής, ενώ μόνο το 1.2% συνιστά γενική ούρων σε συνδυασμό με υπέρηχο νεφρών-ουρητήρα κύστεως .

Η συντριπτική πλειοψηφία (99.4%) των παθολόγων συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των ιατρών(98.8%) συνιστά επανέλεγχο ανά έτος, ενώ το 1.2% συνιστά έλεγχο σε διαστήματα μεγαλύτερα του έτους.

Η πλειοψηφία θεωρεί ότι η γενική ούρων αποτελεί την εξέταση εκλογής.

Η συντριπτική πλειοψηφία των παθολόγων (99.4%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών (98.2%) συνιστά επανέλεγχο ανά έτος, ενώ το 1.8% συνιστά έλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο του έτους

Ερώτηση 21

Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 38 ετών, ασυμπτωματικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HCV;

Η πλειοψηφία των παθολόγων (69.6%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για λοίμωξη από HCV σε έναν άνδρα 38 ετών.

Ερώτηση 22

Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 26ετών, ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HBV;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία των παθολόγων (55.6%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για λοίμωξη από HBV σε γυναίκα 26ετών ασυμπτωματική.

Ερώτηση 23

Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 28 ετών, ασυμπτωματικό, χωρίς παράγοντες κινδύνου. σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HIV;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία των παθολόγων (86.7%) δεν συνιστά έλεγχο για λοίμωξη από HIV σε έναν άνδρα 28 ετών.

Ερώτηση 24

Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 26ετών, ασυμπτωματική, με ιστορικό λήψης αγωγής για σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HIV;

Η πλειοψηφία των παθολόγων (79%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για λοίμωξη από HIV σε γυναίκα 26ετών, ασυμπτωματική, με ιστορικό λήψης αγωγής για σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

Ερώτηση 25

α) Θα υποβάλλατε ή θα παραπέμπατε έναν άνδρα 34 ετών σε test στα πλαίσια διάγνωσης κατάχρησης αλκοόλ;

β) Εάν Ναι, Κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των παθολόγων (57.2%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε άνδρα 34 ετών στα πλαίσια διάγνωσης κατάχρησης αλκοόλ.

Από τους ιατρούς που συνιστούν έλεγχο, η πλειοψηφία (79.3%) συνιστά επανέλεγχο ανά έτος επί αρνητικού αποτελέσματος, ενώ το 20.7% συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο του έτους.

Ερώτηση 26

Θα παραπέμπατε μια γυναίκα 25 ετών, ασυμπτωματική, με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, σε ειδικό κέντρο προκειμένου να υποβληθεί σε test διάγνωσης κατάθλιψης;

Η πλειοψηφία των παθολόγων(65.9%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για κατάθλιψη σε μια γυναίκα 25 ετών, ασυμπτωματική, με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης.

Ερώτηση 27

Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 35 ετών, ασυμπτωματικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία;

Η πλειοψηφία των παθολόγων (68.9%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για σιδηροπενική αναιμία σε έναν άνδρα 35 ετών.

Ερώτηση 28

Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 24ετών, ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία;

Η πλειοψηφία των παθολόγων (80.9%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για σιδηροπενική αναιμία σε μια γυναίκα 24ετών.

Ερώτηση 29

Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 24ετών, ασυμπτωματική, χωρίς ιστορικό παθήσεως του θυρεοειδή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για θυρεοειδοπάθεια;

Η πλειοψηφία των παθολόγων (55.8%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για θυρεοειδοπάθεια σε μια γυναίκα 24ετών.

Ερώτηση 30

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 45 ετών, ασυμπτωματική, χωρίς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

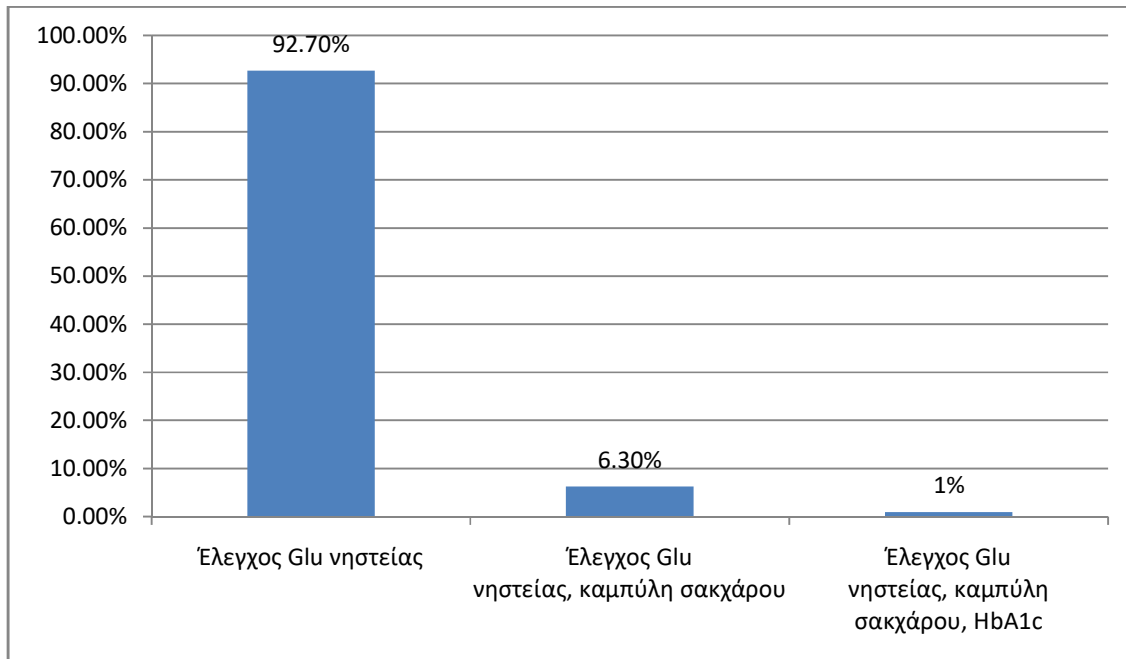
γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η συντριπτική πλειοψηφία των παθολόγων (98%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε μια γυναίκα 45 ετών.

Η πλειοψηφία (97.2%) θεωρεί ότι ο έλεγχος γλυκόζης νηστείας αποτελεί την εξέταση εκλογής. Οι ποσοστιαίες απαντήσεις των παθολόγων απεικονίζονται στο Διάγραμμα 3.

Διάγραμμα 3: Απαντήσεις παθολόγων στο υποερώτημα β) της ερώτησης 30: «Αν υποβάλλατε μια γυναίκα 45 ετών, ασυμπτωματική, χωρίς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, τι εξετάσεις θα προτείνετε;»



Glu: Glucose

HbA1c: Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

Το σύνολο των παθολόγων συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία (95.8%) των ιατρών συνιστά επανέλεγχο ανά έτος, ενώ το 4.2% συνιστά έλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο του έτους.

Ερώτηση 31

α) Θα υποβάλλατε ένα άνδρα 45 ετών, ασυμπτωματικό, υπέρτασικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

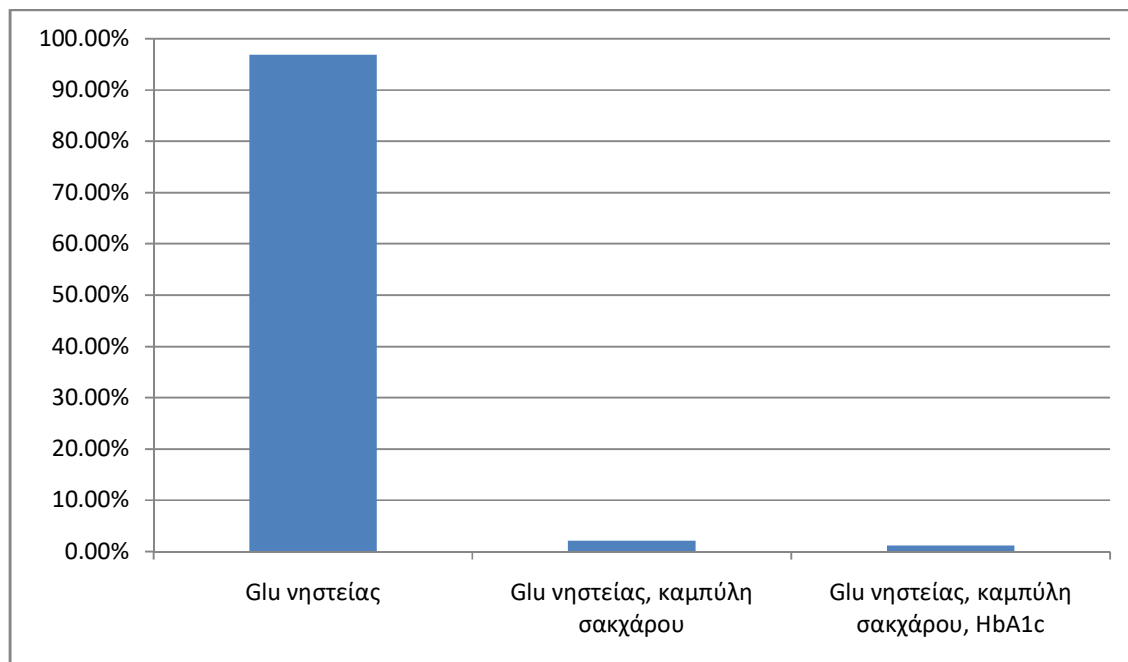
γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η συντριπτική πλειοψηφία των παθολόγων (99%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε ένα υπερτασικό άνδρα 45 ετών .

Η πλειοψηφία των παθολόγων (96.9%) θεωρεί ότι ο έλεγχος γλυκόζης νηστείας αποτελεί την εξέταση εκλογής. Οι ποσοστιαίες απαντήσεις των παθολόγων απεικονίζονται στο Διάγραμμα 4

Διάγραμμα 4: Απαντήσεις παθολόγων στο υποερώτημα β) της ερώτησης 31: «Αν υποβάλλατε έναν άνδρα υπερτασικό 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, τι εξετάσεις θα προτείνετε;»



Glu: Glucose

HbA1c: Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

Το σύνολο των παθολόγων συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η συντριπτική πλειοψηφία (96,5%) των παθολόγων συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία (96.5%) των ιατρών συνιστά επανέλεγχο ανά έτος, ενώ το 3.5% συνιστά έλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο του έτους.

Ερώτηση 32

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 66 ετών, ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για οστεοπόρωση;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η συντριπτική πλειοψηφία των παθολόγων (94.2%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για οστεοπόρωση σε γυναίκα 66 ετών .

Το σύνολο των ιατρών θεωρεί ότι ο έλεγχος οστικής πυκνότητας αποτελεί την εξέταση εκλογής.

Η συντριπτική πλειοψηφία των παθολόγων (96.4%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των ιατρών (81.6%) συνιστά επανέλεγχο ανά διετία, ενώ το 18.4% συνιστά έλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο των 2 ετών.

Ερώτηση 33

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 57 ετών, ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για οστεοπόρωση;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η συντριπτική πλειοψηφία των παθολόγων (94.2%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για οστεοπόρωση σε μια γυναίκα 57 ετών .

Το σύνολο των παθολόγων θεωρεί ότι ο έλεγχος οστικής πυκνότητας αποτελεί την εξέταση εκλογής.

Η συντριπτική πλειοψηφία των παθολόγων (97.8%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των ιατρών (83.1%) συνιστά επανέλεγχο ανά διετία, ενώ το 16.9% συνιστά έλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο των 2 ετών.

Ερώτηση 34

α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνατε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των ιατρών (45.3%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής.

Το σύνολο των παθολόγων που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρεί ότι ο υπερηχογραφικός έλεγχος (U/S) κοιλιακής αορτής αποτελεί την εξέταση εκλογής. Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών (78.3%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών (61.2%) συνιστά επανέλεγχο ανά 5 έτη, ενώ το 38.8% συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών.

Ερώτηση 35

α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, μη καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνατε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνατε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των ιατρών (71.5%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής.

Το σύνολο των παθολόγων που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρεί ότι ο U/S κοιλιακής αορτής αποτελεί την εξέταση εκλογής. Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών (70.2%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των ιατρών (71.6%) συνιστά επανέλεγχο ανά 5 έτη, ενώ το 28% συνιστά σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών.

Ερώτηση 36

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 70 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των ιατρών (71.7%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε γυναίκα 70 ετών για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής.

Το σύνολο των παθολόγων που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρεί ότι ο U/S κοιλιακής αορτής αποτελεί την εξέταση εκλογής. Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών (71.1%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των ιατρών συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών (70.5%), ενώ το 29.5% συνιστά επανέλεγχο εντός πενταετίας.

Ερώτηση 37

α) Θα υποβάλλατε άνδρα καπνιστή, παχύσαρκο, 53 ετών, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για στένωση καρωτίδων;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

Η πλειοψηφία των ιατρών (63.2%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για στένωση καρωτίδων σε άνδρα, καπνιστή, παχύσαρκο, 53 ετών.

Το σύνολο των παθολόγων θεωρεί ότι το Triplex καρωτίδων αποτελεί την εξέταση εκλογής για τη διάγνωση της στένωσης καρωτίδων .

Ερώτηση 38

α)Θα υποβάλλατε άνδρα 53 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για στένωση καρωτίδων;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

Η πλειοψηφία των ιατρών (84.1%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για στένωση καρωτίδων σε άνδρα 53 ετών, καπνιστή, παχύσαρκο.

Το σύνολο των παθολόγων που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρεί ότι το Triplex καρωτίδων αποτελεί την εξέταση εκλογής.

3.4.1.2 Τομέας Β (στάσεις των παθολόγων σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)

Ερώτηση 39

Πιστεύετε ότι υπάρχει αναγκαιότητα για προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) στον πληθυσμό;

Η συντριπτική πλειοψηφία των παθολόγων (99.7%) πιστεύει ότι υπάρχει ανάγκη για προσυμπτωματικό έλεγχο στον γενικό πληθυσμό.

Ερώτηση 40

Ακολουθείτε συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού;

Η πλειοψηφία των παθολόγων (61.4%) δήλωσε ότι ακολουθεί συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο στον πληθυσμό.

Ερώτηση 41

Πιστεύετε ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού;

Η πλειοψηφία των παθολόγων (65.4%) δήλωσε ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού.

Ερώτηση 42

Πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα βοηθούσε τον ιατρό στην επιλογή των ασθενών που πρέπει να περιληφθούν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου(screening);

Η πλειοψηφία των παθολόγων (85.6%) πιστεύει ότι η χρήση κάποιου λογισμικού προγράμματος θα ήταν επωφελής στην καθ' ημέρα πράξη.

3.4.2. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με απαντήσεις που υποδηλώνουν μειωμένη γνώση, λανθασμένες στάσεις και κακές πρακτικές των παθολόγων.

3.4.2.1 Τομέας Α (γνώσεις σχετικά με τις ορθές συστάσεις για προληπτικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)

Σχεδόν όλοι οι παθολόγοι (99.7%) δήλωσαν ότι αναγνωρίζουν τον σημαντικό ρόλο του προσυμπτωματικού ελέγχου στον πληθυσμό. Το 85.6% των παθολόγων ανέφερε ότι η χρήση ενός online λογισμικού θα διευκόλυνε τη διαδικασία λήψης των κλινικών αποφάσεων.

Επιπλέον, η πλειοψηφία των παθολόγων (65.4%) υποστήριξε ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Επίσης, το 61% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι οι συστάσεις τους βασίζονται σε διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές.

Οι συστάσεις των παθολόγων φαίνεται να έρχονται σε αντίθεση με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF σε πολλές κλινικές οντότητες.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 15, το πιο συνηθισμένο σφάλμα των συμμετεχόντων ήταν η συχνότητα επανελέγχου (ανά έτος) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε μια γυναίκα 22 ετών σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος (98,9%). Η έλλειψη ελέγχου για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε έναν άνθρωπο ηλικίας 67 ετών με ιστορικό καπνίσματος ήταν το λιγότερο συνηθισμένο λάθος που παρατηρήθηκε στη μελέτη μας (54,7%).

Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζεται η περιγραφική ανάλυση των συστάσεων των παθολόγων που δεν συμφωνούν με τις κατευθυντήριες γραμμές του USPSTF (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Περιγραφική ανάλυση των συστάσεων των παθολόγων που δεν συμφωνούν με τις κατευθυντήριες γραμμές του USPSTF καθώς και των οδηγιών άλλων επιστημονικών εταιριών.

Ερωτήσεις	Κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF	Κατευθυντήριες οδηγίες που εκδόθηκαν από άλλες επιστημονικές εταιρίες	% παθολόγων των οποίων οι συστάσεις δεν συνάδουν με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF
E9: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 42 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του μαστού;	The USPSTF συνιστά έλεγχο με μαστογραφία ανά 2 χρόνια σε γυναίκες ηλικίας 50 -74 ετών	Το ACS συνιστά έλεγχο με μαστογραφία που πρέπει να ξεκινά στις ηλικίες μεταξύ 40-44 ετών [85] . Το NCCN συνιστά μαστογραφία ετησίως ξεκινώντας από την ηλικία των 40 ετών [86].	89.6 %
E11: υποερώτημα δ) Πόσο συχνά θα υποβάλλατε μια γυναίκα 22 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος;	Το USPSTF συνιστά έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες 21 - 65 ετών με Paptest κάθε 3 χρόνια.	Οι ACS, ASCCP, and ASCP προσφάτως εξέδωσαν οδηγίες που συνάδουν με αυτές του USPSTF [87].	98.9 %
E12: υποερώτημα δ) Πόσο συχνά θα υποβάλλατε μια γυναίκα 21 ετών σεξουαλικά ενεργή από 3 χρόνια σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του τραχήλου σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος;	Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να οδηγούν στη σύσταση της επανεξέτασης κάθε χρόνο σε περίπτωση αρνητικών αποτελεσμάτων.	Οι ACS, ASCCP, and ASCP προσφάτως εξέδωσαν οδηγίες που συνάδουν με αυτές του USPSTF [87].	98.2 %
E13: υποερώτημα δ) Πόσο συχνά θα υποβάλλατε μια γυναίκα 69 ετών που δεν έχει ελεγχθεί ποτέ σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του τραχήλου σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος;	Το USPSTF συνιστά έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες 21 - 65 ετών με Pap test κάθε 3 χρόνια.	Οι ACS, ASCCP, and ASCP προσφάτως εξέδωσαν οδηγίες που συνάδουν με αυτές του USPSTF [87].	83.2 %
E14: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 69 ετών η οποία έχει υποβληθεί πρόσφατα σε κατάλληλο έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε νέες εξετάσεις;	Το USPSTF δεν συνιστά επανέλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες άνω των 65 ετών σε περίπτωση που έχουν υποβληθεί πρόσφατα σε κατάλληλο έλεγχο αποκλεισμού της συγκεκριμένης νόσου.	Οι ACS, ASCCP, and ASCP προσφάτως εξέδωσαν οδηγίες που συνάδουν με αυτές του USPSTF [87].	69.6 %

E18: Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του προστάτη;	Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να οδηγούν στη σύσταση της εξέτασης σε άντρες.	Η ACS συνιστά ότι ο έλεγχος για καρκίνο του προστάτη πρέπει να λαμβάνει υπόψη τον κίνδυνο του ασθενούς να νοσήσει καθώς και τις επιθυμίες του να υποβληθεί σε έλεγχο [88]. Η AUA συνιστά ότι ο έλεγχος για καρκίνο του προστάτη στις ηλικίες 55-69 ετών πρέπει να εξατομικεύεται και να λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες του ασθενούς [89].	62.3%
E19: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ασυμπτωματική βακτηριουρία;	Η USPSTF δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ασυμπτωματική βακτηριουρία σε μη εγκυμονούσε γυναίκες..	Η AAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ασυμπτωματική βακτηριουρία μόνο σε εγκυμονούσε γυναίκες ανάμεσα στις 12 και 16 εβδομάδες της κύησης [90].	57.3 %
E20: Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ασυμπτωματική βακτηριουρία;	Η USPSTF δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ασυμπτωματική βακτηριουρία στους άνδρες.	Η AAFP συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ασυμπτωματική βακτηριουρία μόνο σε εγκυμονούσε γυναίκες ανάμεσα στις 12 και 16 εβδομάδες της κύησης [90].	56.7%
E25: Θα υποβάλλατε η θα παραπέμπατε έναν άνδρα 34 ετών σε test στα πλαίσια διάγνωσης κατάχρησης αλκοόλ;	Η USPSTF συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για κατάχρηση αλκοόλ από την ηλικία των 18 ετών .	Η ASAM συνιστά έλεγχο ρουτίνας για κατάχρηση αλκοόλ [91].	57.2%
E26: Θα παραπέμπατε, μια γυναίκα 25 ετών ασυμπτωματική, με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης σε ειδικό κέντρο προκειμένου να υποβληθεί σε test διάγνωσης κατάθλιψης;	Η USPSTF συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για κατάθλιψη στους ενήλικες όταν υπάρχουν υποστηρικτικές δομές που είναι σε θέση να εξασφαλίσουν ακριβή διάγνωση, αποτελεσματική θεραπεία και παρακολούθηση.	Η CTPHC δεν συνιστά έλεγχο ρουτίνας για κατάθλιψη [92].	65.9 %
E28: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 24ετών ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία;	Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να οδηγούν στη σύσταση της εξέτασης για σιδηροπενική αναιμία.	Το CDC συνιστά έλεγχο για σιδηροπενική αναιμία σε γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία [93].	80.9 %
E29: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 24ετών ασυμπτωματική, χωρίς ιστορικό παθήσεως του θυρεοειδή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για θυρεοειδοπάθεια;	Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να οδηγούν στη σύσταση της εξέτασης σε μη έγκυες γυναίκες.	Οι ATA and the AACE συνιστούν έλεγχο για υποθυρεοειδισμό σε ηλικία άνω των 60 ετών, καθώς και σε γυναίκες που σκοπεύουν να εγκυμονήσουν [94].	55.8%
E30: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 45 ετών ασυμπτωματική, χωρίς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;	Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να οδηγούν στη σύσταση της εξέτασης σε ασυμπτωματικούς ενήλικες με αρτηριακή πίεση $\leq 135/80$ mmHg ή μικρότερη	Η ADA συνιστά έλεγχο για διαβήτη ξεκινώντας από την ηλικία των 45 ετών[95].	99%
E33: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 57 ετών ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για οστεοπόρωση;	Η USPSTF συνιστά έλεγχο για την οστεοπόρωση σε γυναίκες ηλικίας 65 ετών και άνω, καθώς και στις νεότερες γυναίκες των οποίων ο κίνδυνος κατάγματος είναι ίσος ή μεγαλύτερος από εκείνον μιας 65χρονης λευκής γυναίκας που δεν έχει επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου.	Η NOF συνιστά έλεγχο σε όλες τις γυναίκες άνω των 65 ετών. Επίσης, συνιστάται έλεγχος σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών, αν θεωρούνται υψηλού κινδύνου [96].	94.2%

E34 Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;	Το USPSTF συνιστά προληπτικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής με υπερηχογράφημα σε άνδρες ηλικίας 65 έως 75 ετών που έχουν καπνίσει,	Το ACC και η AHA συνιστούν προληπτικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής με υπερηχογράφημα σε άνδρες ηλικίας 65 έως 75 ετών που έχουν καπνίσει [97].	54.7%
E37: Θα υποβάλλατε άνδρα 53 ετών, καπνιστή, παχύσαρκο, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για στένωση καρωτίδων;	The USPSTF δεν συνιστά έλεγχο για στένωση καρωτίδων στον γενικό πληθυσμό.	Οι συστάσεις των ACC και AHA συνάδουν με τις οδηγίες του USPSTF. [98].	75.1%

ACS: American Cancer Society.

AMA: American Medical Association

NCCN: National Comprehensive Cancer Network.

ASCCP: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology.

ASCP: American Society for Clinical Pathology.

PSA: prostate-specific antigen.

AUA: American Urological Association.

CTFPHC: Canadian Task Force on Preventive Health Care.

EPSDT: Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment.

IDA: Iron deficiency anemia.

CDC: Centers for Disease Control and Prevention.

ATA: American Thyroid Association.

AACE: American Association of Clinical Endocrinologists

TSH: Thyroid-stimulating hormone.

AAFP: American Academy of Family Physicians.

ADA: American Diabetes Association.

NOF: National Osteoporosis Foundation.

AAA: Abdominal aortic aneurysm

CAS: Carotid artery stenosis.

Οι παθολόγοι που εργάζονται ως ιδιώτες τείνουν να συνιστούν πιο συχνά σε γυναίκα 69 ετών η οποία έχει υποβληθεί προ έτους σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε νέες εξετάσεις.

Οι απόφοιτοι ελληνικών Πανεπιστημίων καθώς και οι Παθολόγοι που δεν έχουν μετεκπαιδευτεί τείνουν να μη συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο για κατάθλιψη σε μια γυναίκα 25 ετών, ασυμπτωματική, με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψη.

Επιπρόσθετα, οι παθολόγοι που δεν συνιστούν έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε άνδρα ηλικίας 67 ετών, καπνιστή, είναι κυρίως αυτοί που εξετάζουν περισσότερους από 100 ασθενείς την εβδομάδα.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με μη ορθές συστάσεις (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των παθολόγων που σχετίζονται με μη ορθές συστάσεις.

Ασυμφωνία με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF	Φύλο		Ηλικία (χρόνια)		Χρόνια προϋπηρεσία		Μεταπτυχιακές σπουδές		Ιδιωτικός τομέας		Χώρα απόκτησης πτυχίου		Αριθμός ασθενών (εβδομάδα)	
	Γυναίκες	Άνδρες	29-50	>50	1-15	>15	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ελλάδα	Εξωτερικό	1-100	>100
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (γυναίκα 69 ετών) (E14)	Λάθος (%)								98.42		94.10			
	RR(CI)								1.67		(1.04-2.66)			
	P value								0.03					
Κατάθλιψη (γυναίκα 25 ετών)(E26)	Λάθος (%)						59.1	71.3			68.8	53.6		
	RR(CI)						0,79 (0.63-0.99)				0,79 (0.63-0.99)			
	P value						0.03)				0.03			
Ανεύρυσμα αορτής (άνδρας 67 ετών με ιστορικό καπνίσματος)(E34)	Λάθος (%)												50.4	66.7
	RR(CI)												1,30 (1.06-1.61)	
	P value												0.01	

3.4.2.2 Τομέας Β (στάσεις των παθολόγων σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο ποσοστιαίες απαντήσεις)

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της στάσης των ιατρών ως προς την ανάγκη για προσυμπτωματικό έλεγχο στον γενικό πληθυσμό και τον τομέα στον οποίο οι παθολόγοι ασκούν την ιατρική τους ιδιότητα (Πίνακας 17). Συγκεκριμένα, οι ιδιώτες ιατροί τείνουν να θεωρούν απαραίτητο τον προσυμπτωματικό έλεγχο σε μεγαλύτερο ποσοστό .

Επιπρόσθετα, οι παθολόγοι που απάντησαν ότι ακολουθούν κατευθυντήριες οδηγίες όσο αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο ήταν:

- Παθολόγοι που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 29 ως 50 ετών.
- Παθολόγοι που εξασκούσαν το επάγγελμα από 1 ως 15 χρόνια.
- Παθολόγοι οι οποίοι είχαν κάνει μετεκπαίδευση

Οι παθολόγοι που πιστεύουν ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες όσο αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο του πληθυσμού είναι κυρίως:

- Γυναίκες
- Ιδιώτες

Παρατηρήθηκε ισχυρή στατιστική συσχέτιση μεταξύ της στάσης των ιατρών ως προς την ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος χώρας στην κλινική πράξη και της χώρας στην οποία ο ιατρός φοίτησε στην ιατρική σχολή. Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα παθολόγοι που αποφοίτησαν από ελληνικά πανεπιστήμια δηλώνουν ότι υπάρχει ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα βοηθούσε τον ιατρό, σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους ιατρούς που φοίτησαν σε ιατρική σχολή του εξωτερικού (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των παθολόγων που σχετίζονται με αρνητική στάση των παθολόγων σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ερώτηση 39	P value	Ερώτηση 40	P value	Ερώτηση 41	P value
Γυναίκα					76.2%	p=0.042
Ανδρας					62.4%	
29-50 ετών			79.1%	p=0.00001		
>50 ετών			48.4%			
Χώρα αποφοίτησης						
Ελλάδα						
Άλλη χώρα						
Χρόνια εξάσκησης						
1-15 χρόνια			80%	p=0.000001		
>16 χρόνια			48.8%			
Μετεκπαίδευση						
Ναι			71.2%	p=0.0088		
Όχι			55.6%			
Ιδιότητα:						
Ναι	100%	p=0.00			67%	p=0.035
Όχι	88.9%				33.3%	

Έντονη γραφή και *: Στατιστικώς σημαντικά στοιχεία

3.4.3 Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης

3.4.3.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης, οι παθολόγοι που δεν θα υπέβαλλαν ή δεν θα παρέπεμπαν μια γυναίκα 25 ετών ασυμπτωματική, με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης σε ειδικό κέντρο προκειμένου να υποβληθεί σε test διάγνωσης κατάθλιψης είναι κυρίως:

- Ιατροί που έχουν κάνει μετεκπαίδευση
- Ιατροί που εξετάζουν περισσότερους από 100 ασθενείς την εβδομάδα.

Οι παθολόγοι που δεν θα υπέβαλλαν έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής είναι κυρίως οι ιατροί που εξετάζουν περισσότερους από 100 ασθενείς ανά εβδομάδα.

Τα δημογραφικά στοιχεία των παθολόγων που παραμένουν στο μοντέλο της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης για τις παρακάτω ερωτήσεις (26,34) απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακα 19).

Πίνακας 19: Δημογραφικά στοιχεία που σχετίζονται με μη ορθές συστάσεις των παθολόγων σύμφωνα με τα αποτελέσματα της αναστροφής λογιστικής παλινδρόμησης

<u>Δημογραφικά χαρακτηριστικά</u>	<u>Ερωτήσεις</u>
Μετεκπαίδευση: ($p=0,0158$, $OD=0.469$, $CI=0,867$).	Q26: Θα παραπέμπατε μια γυναίκα 25 ετών, ασυμπτωματική, με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, σε ειδικό κέντρο προκειμένου να υποβληθεί σε test διάγνωσης κατάθλιψης;
Αριθμός εξεταζόμενων ασθενών > 100 ανά εβδομάδα ($p=0,040$, $OD=1.87$, $CI=3,3990$)	Q34: Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

3.4.3.2 Τομέας Β (στάσεις των παθολόγων σχετικά με τις συστάσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της αναστροφής λογιστικής παλινδρόμησης, οι παθολόγοι που θεωρούν ότι δεν υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες είναι κυρίως:

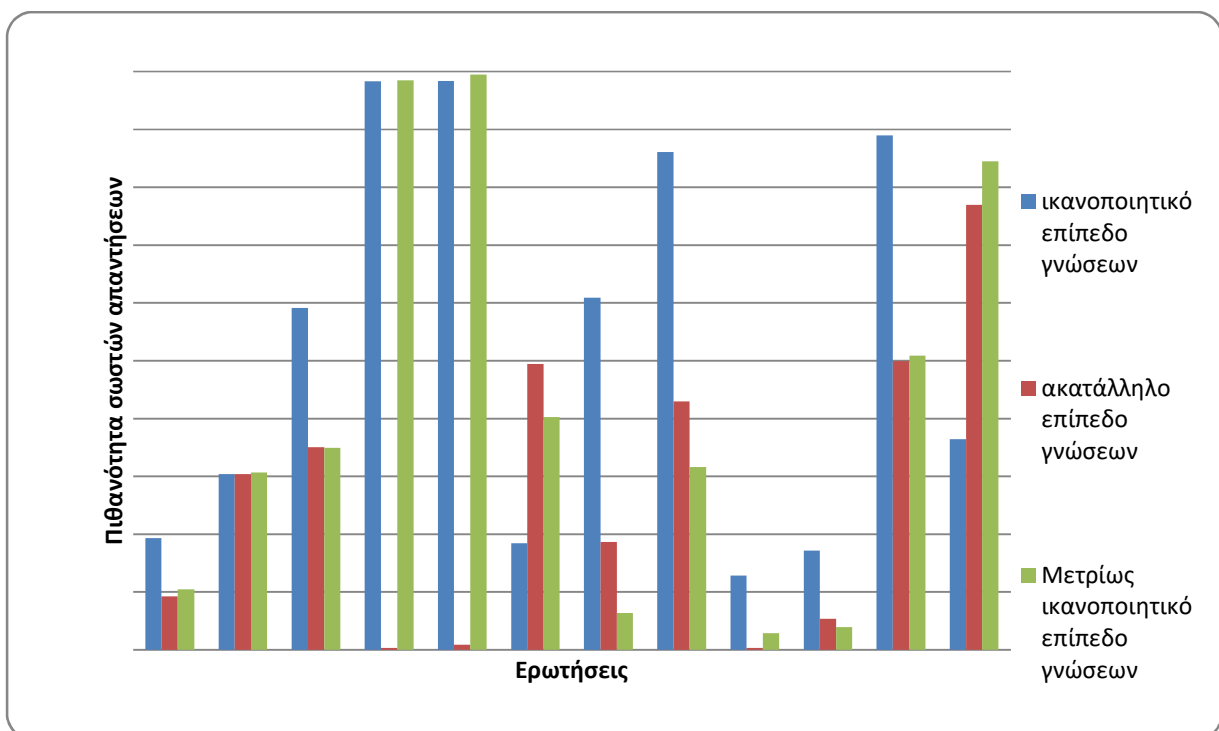
- Οι παθολόγοι που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 50 ετών ($p=0.04$, $OR: 0.31$, $CI=0.09-0.99$)
- Οι παθολόγοι που εξασκούν το επάγγελμα περισσότερα από 15 χρόνια ($p=0.05$, $OR: 3.04$, $CI=1.00-9.24$)

3.4.4 Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης λανθανουσών μεταβλητών

3.4.4.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο)

Στη στατιστική ανάλυση λανθανουσών μεταβλητών (latent class analysis) επιλέχθηκε ένα μοντέλο 3 λανθανουσών κατηγοριών για να περιγράψει το επίπεδο γνώσεων των παθολόγων σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF (Εικόνα 4). Στην κατηγορία 1 το επίπεδο γνώσεων κρίθηκε ικανοποιητικό, στην κατηγορία 2 ακατάλληλο και στην κατηγορία 3 μετρίως ικανοποιητικό.

Εικόνα 4: Πρακτικές των παθολόγων σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF που αφορούν το screening.

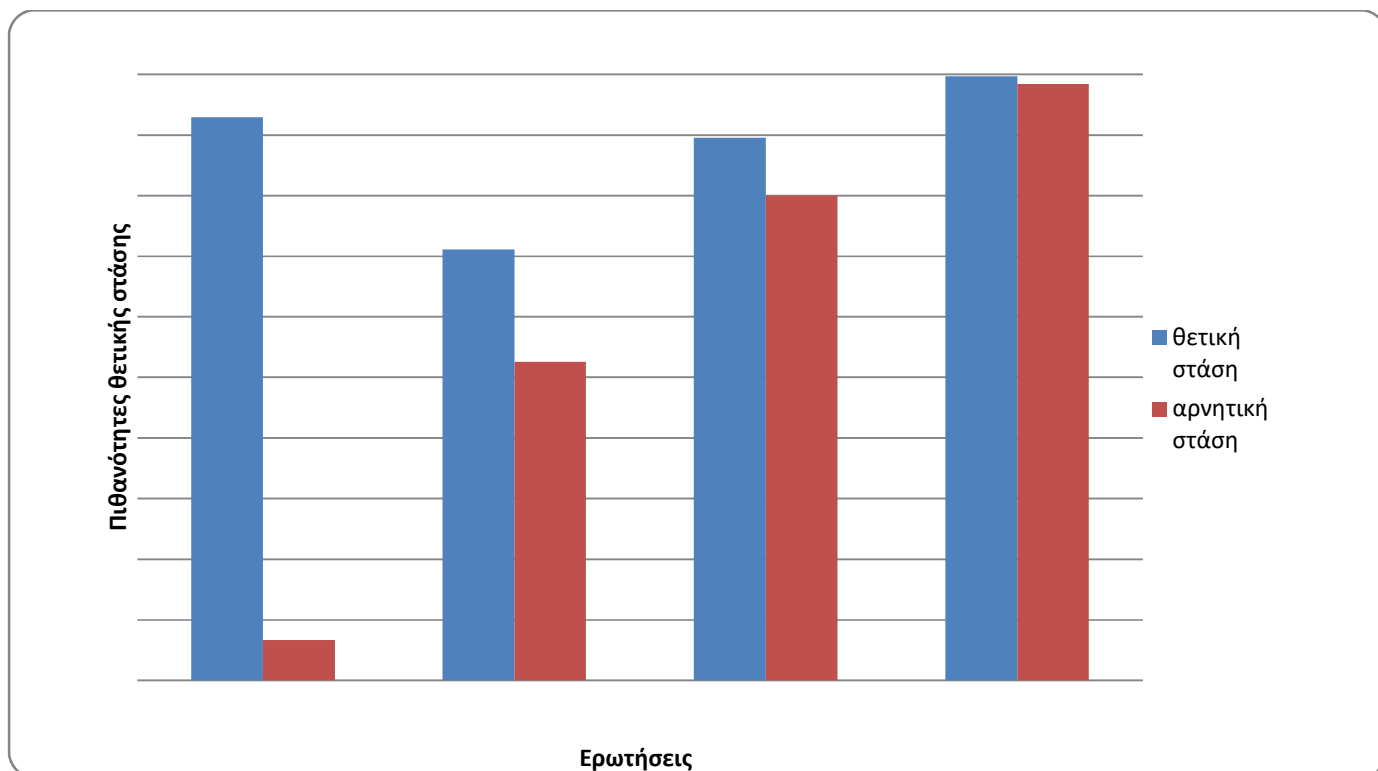


Η στατιστική ανάλυση λανθανουσών μεταβλητών δεν ανέδειξε στατιστικώς σημαντικά ευρήματα όσον αφορά στο επίπεδο γνώσεων των παθολόγων σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF.

3.4.4.2 Τομέας Β (στάσεις των παθολόγων σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο)

Ένα μοντέλο δυο λανθανουσών κατηγοριών (two latent class model) επιλέχθηκε για να αξιολογήσει τη στάση των παθολόγων ως προς τις στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου. Η πλειοψηφία των παθολόγων (64.2%) που ανήκουν στην πρώτη ομάδα με την ονομασία “θετική στάση”, έχουν θετική στάση ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τον προσυμπτωματικό έλεγχο και είναι θετικά προσκείμενοι στην ιδέα της χρήσης υποστηρικτικών λογισμικών προγραμμάτων στην καθ’ ημέρα πράξη. Η κατηγορία 2, που πήρε την ονομασία “αρνητική στάση”, περιλαμβάνει παθολόγους (35.8%) που δηλώνουν ότι δεν συμβουλεύονται τις κατευθυντήριες οδηγίες στη διάρκεια λήψης αποφάσεων ως προς τον προσυμπτωματικό έλεγχο, αλλά ταυτόχρονα συμφωνούν κατά πλειοψηφία ως προς την αναγκαιότητα των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς και στην ανάγκη χρήσης υποστηρικτικών λογισμικών προγραμμάτων. Παθολόγοι νεότεροι των 50 ετών (OR 5,33 CI:2,1-13,51, p:0.0004) καθώς και ιατροί με μεταπτυχιακές σπουδές έχουν πιο πολλές πιθανότητες να ανήκουν στην πρώτη κατηγορία. (OR: 2,01, CI: 1,03-3,93, p=0.04) (Εικόνα 5).

Εικόνα 5: Στάση των παθολόγων σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF που αφορούν το screening.



3.5. Αποτελέσματα της έρευνας των γενικών ιατρών

3.5.1. Μονοπαραγοντική ανάλυση των τομέων (γνώσεις – στάσεις – πρακτικές) σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους γενικούς ιατρούς.

3.5.1.1. Ανάλυση του τομέα Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους γενικούς ιατρούς)

Ερώτηση 8

α)Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 40ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο ουροδόχου κύστεως;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

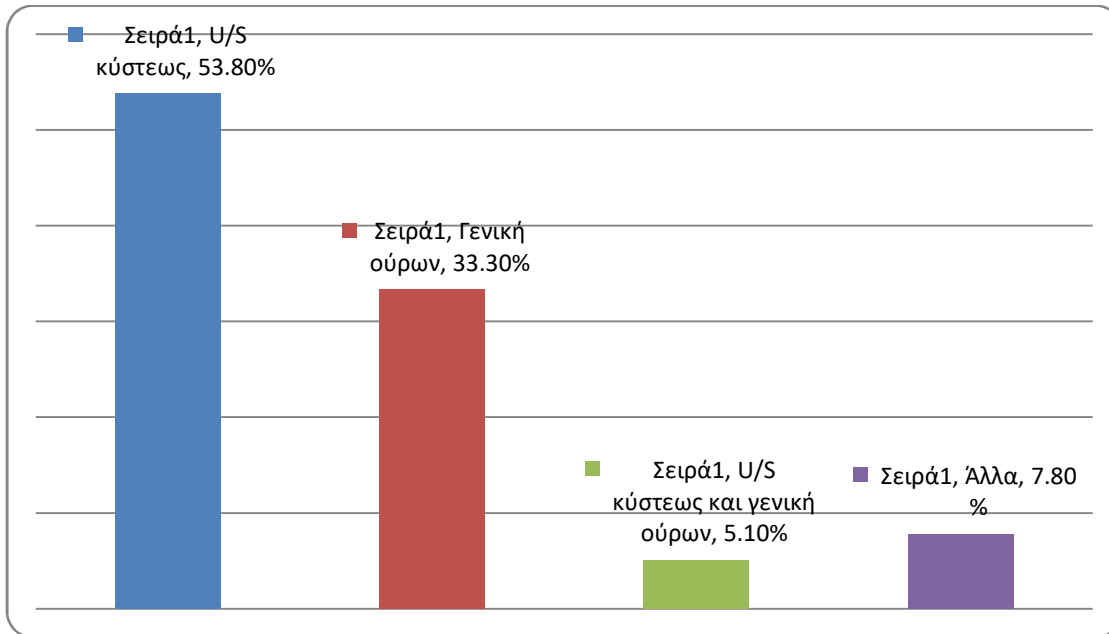
δ)Εάν ναι, κάθε πότε;

Η σαφής πλειονότητα των γενικών ιατρών (87.2%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο ουροδόχου κύστεως.

Από τους γενικούς ιατρούς που απάντησαν ναι, η πλειοψηφία συνιστά υπερηχογράφημα κύστεως, γενική ούρων ή το συνδυασμό τους (Διάγραμμα 5).

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (80%)συνιστά επανέλεγχο σε ένα χρόνο.

Διάγραμμα 5: Απαντήσεις γενικών ιατρών στο υποερώτημα β της ερώτησης 8: «Αν υποβάλλατε έναν άνδρα 40ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο ουροδόχου κύστεως, τι εξετάσεις θα συστήνατε;»



U/S: Υπερηχογράφημα

Επίσης, το 94.7% των γενικών ιατρών που συνιστούν έλεγχο για καρκίνο ουροδόχου κύστεως συνιστά επανέλεγχο.

Όσο αφορά την συχνότητα του επανελέγχου, το 42.1% συνιστά έλεγχο ετησίως, ενώ το 57.9% υποστηρίζει ότι το διάστημα μεταξύ των ελέγχων πρέπει να είναι μεγαλύτερο του έτους.

Ερώτηση 9

Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 42 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για καρκίνο του μαστού;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Η σαφής πλειονότητα των γενικών ιατρών (85.5%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο μαστού σε γυναίκα 42 ετών.

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (92.7%) συνιστά μαστογραφία, ενώ σε πολύ μικρότερο ποσοστό (7.1%) συνιστούν U/S μαστού.

Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών (94.7%) συνιστά επανάληψη επί αρνητικού αποτελέσματος.

Από αυτούς, το 78.3 % συνιστά επανάληψη ανά χρονικά διαστήματα μεγαλύτερα του ενός έτους, ενώ σε ποσοστό 21.7 % συνιστά επανέλεγχο ανά έτος.

Ερώτηση 10

α)Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 35 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening)για καρκίνο του μαστού;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειονότητα των γενικών ιατρών (69.0%) πιστεύει πως ο έλεγχος για καρκίνο μαστού σε γυναίκα 35 ετών δεν ενδείκνυται.

Από τους γενικούς ιατρούς που συνιστούν έλεγχο, η πλειοψηφία (84.8%) δηλώνει ότι η καταλληλότερη εξέταση είναι η μαστογραφία, ενώ σε μικρότερο ποσοστό (15.2%) προτιμά τον υπερηχογραφικό έλεγχο.

Επανάληψη συστήνει το 97.9 % των ιατρών. Από αυτούς, το 24.4% συνιστά επανέλεγχο σε ένα χρόνο, ενώ το 75.6% συνιστά επανέλεγχο μετά την πάροδο τουλάχιστον ενός έτους.

Ερώτηση 11

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 22 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (84.1%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε γυναίκα 22 ετών για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Το σύνολο των γενικών ιατρών συνιστά PAP test.

Η πλειονότητα των γενικών ιατρών (99.6%) συνιστά επανέλεγχο επί αρνητικού αποτελέσματος.

Όσο αφορά την συχνότητα του επανελέγχου, φάνηκε ότι το 92.3 % των γενικών ιατρών συνιστά επανέλεγχο σε ένα χρόνο, ενώ το 7.7% συνιστά επανέλεγχο μετά την πάροδο τουλάχιστον ενός έτους.

Ερώτηση 12

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 21 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των ιατρών (76.9%) συνιστά έλεγχο σε γυναίκα 17 ετών για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Οι γενικοί ιατροί στο σύνολο τους συνιστούν PAP test σαν πρώτη εξέταση. Οι ιατροί που συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο στην πλειοψηφία τους (98.3%) συνιστούν επανέλεγχο επί αρνητικού αποτελέσματος. Από αυτούς, η συντριπτική πλειοψηφία συνιστά επανέλεγχο σε 1 χρόνο (91.5%), ενώ το 8.5 % συνιστά επανέλεγχο μετά την πάροδο τουλάχιστον ενός έτους.

Ερώτηση 13

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 69 ετών για πρώτη φορά σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των ιατρών (79.1%) συνιστά έλεγχο σε γυναίκα 69 ετών για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Από τους ιατρούς που συνιστούν έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, η συντριπτική πλειοψηφία(96.6%) συνιστά PAP test.

Η πλειοψηφία των ιατρών (68.8%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Από αυτούς, η συντριπτική πλειοψηφία συνιστά επανέλεγχο σε 1 χρόνο (77.4%), ενώ το 22.6% συνιστά επανέλεγχο μετά την πάροδο τουλάχιστον ενός έτους.

Ερώτηση 14

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 69 ετών η οποία έχει υποβληθεί προ έτους σε κατάλληλες εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε νέες εξετάσεις;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (54.1%) συνιστά επανέλεγχο για καρκίνο τραχήλου μήτρας σε γυναίκα 69 ετών η οποία έχει υποβληθεί πρόσφατα σε κατάλληλο έλεγχο .

Το σύνολο των ιατρών συνιστά PAP test ως εξέταση εκλογής.

Επίσης, σχεδόν όλοι οι γενικοί ιατροί (98.1%) του δείγματος συνιστούν επανέλεγχο επί αρνητικού αποτελέσματος. Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (82.1%) συνιστά επανέλεγχο ανά έτος, ενώ το 17.9% συνιστά επανέλεγχο μετά την πάροδο τουλάχιστον ενός έτους.

Ερώτηση 15

α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 55 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου σε εξετάσεις στα πλαίσια screening για καρκίνο παχέος εντέρου;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

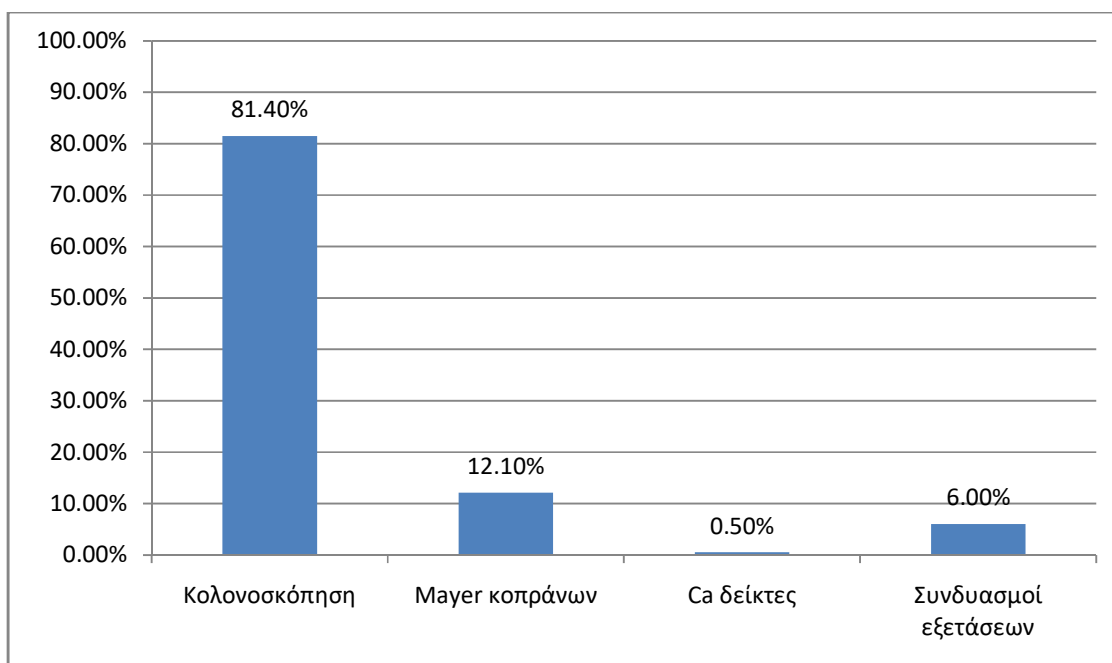
γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (70.5%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο παχέος εντέρου σε άνδρα 55 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου.

Όπως φαίνεται στο παρακάτω Διάγραμμα (Διάγραμμα 6), η πλειοψηφία των γενικών ιατρών συνιστά κολonosκόπηση (81.4%).

Διάγραμμα 6: Απαντήσεις γενικών ιατρών στο υποερώτημα γ της ερώτησης 15: «Αν συνιστούσατε έλεγχο για καρκίνο παχέος εντέρου, τι εξετάσεις θα προτείνετε;»



Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών (98.6%) συνιστά επανάληψη επί αρνητικού αποτελέσματος.

Όσον αφορά την επαναληψιμότητα του ελέγχου, η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (93.2%) συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα άνω των 5 ετών, ενώ το 6.8% συνιστά έλεγχο σε διάστημα μικρότερο των 5 ετών.

Ερώτηση 16

α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 35 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο παχέος εντέρου;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

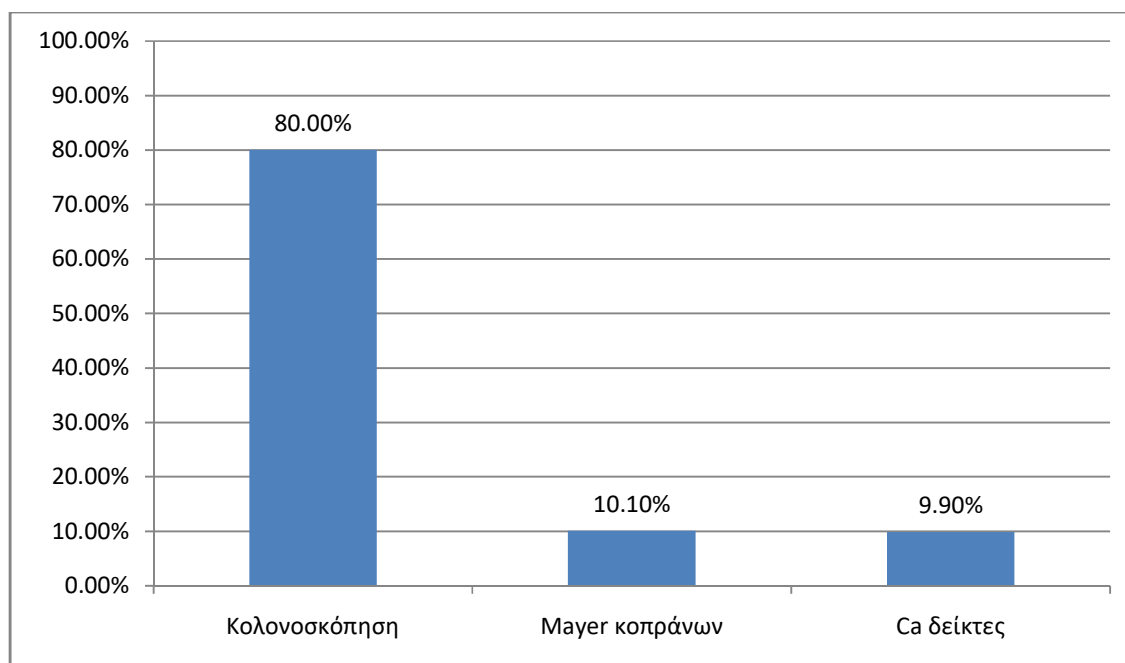
γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η συντριπτική πλειοψηφία των γενικών ιατρών (99%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε έναν άνδρα 35 ετών.

Από τους γενικούς ιατρούς που συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο, η πλειοψηφία (80.0%) θεωρεί την κολονοσκόπηση ως εξέταση εκλογής.

Διάγραμμα 7: Απαντήσεις γενικών ιατρών στο υποερώτημα γ της ερώτησης 16: «Αν συνιστούσατε έλεγχο για καρκίνο παχέος εντέρου, τι εξετάσεις θα προτείνετε;»



Το σύνολο των γενικών ιατρών που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο, συνιστούν επανάληψη επί αρνητικού αποτελέσματος.

Ερώτηση 17

- α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 35 ετών ο οποίος πάσχει από ελκώδη κολίτιδα σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο παχέος εντέρου;
- β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;
- γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;
- δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Όπως προκύπτει, η συντριπτική πλειοψηφία (89.7%) των παθολόγων συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο.

Το σύνολο των ιατρών συνιστά την κολονοσκόπηση ως εξέταση εκλογής.

Επίσης, προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ιατρών(99.6%)που συνιστά έλεγχο, συνιστά επανεξέταση

Η πλειοψηφία των ιατρών (71.6%) συνιστά επανέλεγχο ανά διατροφή, ενώ το 28.4% συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο των 2 ετών.

Ερώτηση 18

- α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του προστάτη;
- β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;
- γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;
- δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (60.1%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο.

Η πλειοψηφία των ιατρών (97,2%) θεωρεί ότι ο έλεγχος του PSA αποτελεί την εξέταση εκλογής, ενώ μόνο το 1.7% συνιστά έλεγχο PSA σε συνδυασμό με υπερηχογράφημα του προστάτη.

Το σύνολο των γενικών ιατρών που συνιστά έλεγχο για καρκίνο προστάτη, συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η συντριπτική πλειοψηφία (97.2%) των ιατρών συνιστά επανέλεγχο ανά έτος, ενώ μόνο το 2.8% συνιστά επανάληψη ανά διαστήματα μεγαλύτερα του έτους.

Ερώτηση 19

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ασυμπτωματική βακτηριουρία;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (57%) δεν συνιστά έλεγχο για ασυμπτωματική βακτηριουρία σε μια γυναίκα 45 ετών.

Η πλειοψηφία των παθολόγων (57.3%) συνιστά έλεγχο για ασυμπτωματική βακτηριουρία σε μια γυναίκα 45 ετών.

Το σύνολο των ιατρών θεωρεί ότι η γενική ούρων αποτελεί την εξέταση εκλογής.

Απο τους ιατρούς που συνιστούν έλεγχο, η συντριπτική πλειοψηφία (97.2%) των γενικών ιατρών συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των ιατρών(98.4%) συνιστά επανέλεγχο ανά έτος, ενώ το 1.6% συνιστά έλεγχο σε διαστήματα μεγαλύτερα του έτους.

Ερώτηση 20

- α) Θα υποβάλλατε άνδρα 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ασυμπτωματική βακτηριουρία;
- β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;
- γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;
- δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των παθολόγων (57.4%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ασυμπτωματική βακτηριουρία σε άνδρα 45 ετών.

Το σύνολο των ιατρών θεωρεί ότι η γενική ούρων αποτελεί την εξέταση εκλογής.

Η συντριπτική πλειοψηφία (98.4%) των γενικών ιατρών συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών (96.8%) συνιστά επανέλεγχο ανά έτος, ενώ το 3.2% συνιστά έλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο του έτους

Ερώτηση 21

Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 38 ετών, ασυμπτωματικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HCV;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών(71.4%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για λοίμωξη από HCV σε έναν άνδρα 38 ετών..

Ερώτηση 22

Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 26ετών, ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HBV;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (61.1%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για λοίμωξη από HBV σε γυναίκα 26ετών.

Ερώτηση 23

Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 28 ετών, ασυμπτωματικό, χωρίς παράγοντες κινδύνου, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HIV;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (85.2%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για λοίμωξη από HIV σε άνδρα 28 ετών.

Ερώτηση 24

Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 26ετών, ασυμπτωματική, με ιστορικό λήψης αγωγής για σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HIV;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (87.2%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για λοίμωξη από HIV σε μια γυναίκα 26ετών, ασυμπτωματική, με ιστορικό λήψης αγωγής για σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

Ερώτηση 25

α) Θα υποβάλλατε ή θα παραπέμπατε έναν άνδρα 34 ετών σε test στα πλαίσια διάγνωσης κατάχρησης αλκοόλ;

β) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο.

Η πλειοψηφία των παθολόγων (51.5%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε άνδρα 34 ετών στα πλαίσια διάγνωσης κατάχρησης αλκοόλ.

Από τους ιατρούς που συνιστούν έλεγχο, η πλειοψηφία (62.2%) συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο του έτους, ενώ το 37.8% συνιστά επανέλεγχο ανά έτος.

Ερώτηση 26

Θα παραπέμπατε μια γυναίκα 25 ετών, ασυμπτωματική, με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, σε ειδικό κέντρο προκειμένου να υποβληθεί σε test διάγνωσης κατάθλιψης;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (50.2%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο.

Ερώτηση 27

Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 35 ετών ασυμπτωματικό σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (62.8%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για σιδηροπενική αναιμία σε έναν άνδρα 35 ετών.

Ερώτηση 28

Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 24ετών, ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών(70.5%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για σιδηροπενική αναιμία σε μια γυναίκα 24ετών.

Ερώτηση 29

Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 24ετών, ασυμπτωματική, χωρίς ιστορικό παθήσεως του θυρεοειδή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για θυρεοειδοπάθεια;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (53.0%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για θυρεοειδοπάθεια σε μια γυναίκα 24ετών.

Ερώτηση 30

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 45 ετών, ασυμπτωματική, χωρίς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

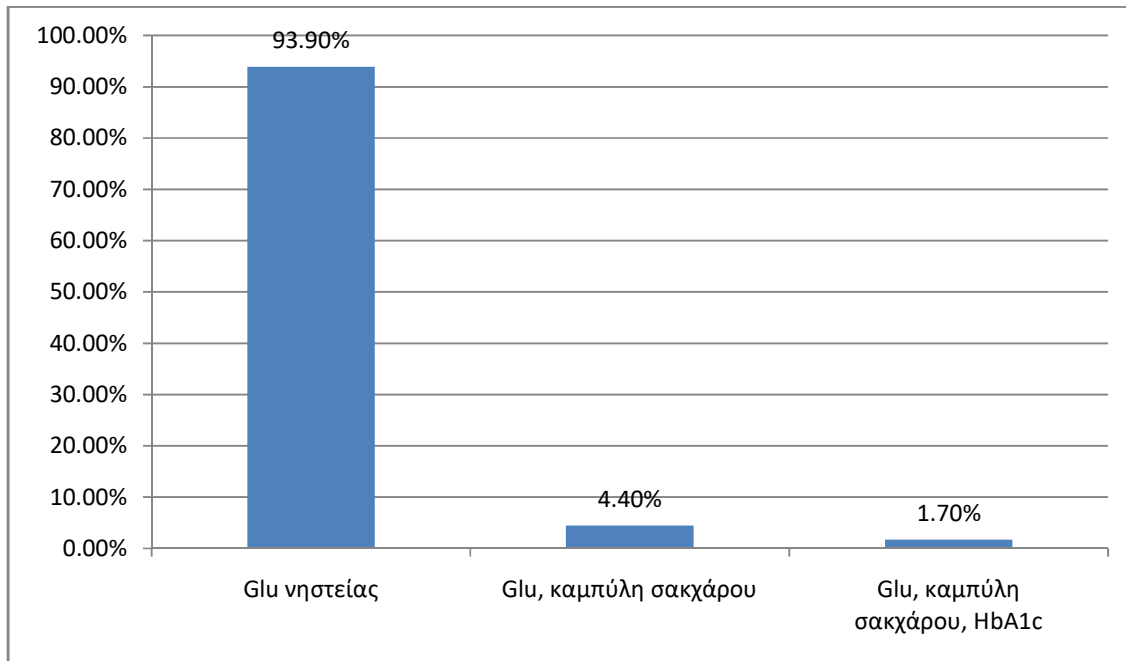
γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η συντριπτική πλειοψηφία των γενικών ιατρών (98.0%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε μια γυναίκα 45 ετών.

Η πλειοψηφία (93.9%) θεωρεί ότι ο έλεγχος γλυκόζης νηστείας αποτελεί την εξέταση εκλογής. Οι ποσοστιαίες απαντήσεις των παθολόγων απεικονίζονται στο Διάγραμμα 8.

Διάγραμμα 8 Απαντήσεις γενικών ιατρών στο υποερώτημα β της ερώτησης 30: «Αν υποβάλλατε μια γυναίκα 45 ετών ασυμπτωματική, χωρίς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, τι εξετάσεις θα προτείνετε;»



Glu: Γλυκόζη

HbA1c: Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

Η συντριπτική πλειοψηφία (98.6%) των γενικών ιατρών συνιστά επανέλεγχο σε ένα έτος, ενώ το 8,4% συνιστά έλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο του έτους.

Ερώτηση 31

α) Θα υποβάλλατε ένα άνδρα 45 ετών, ασυμπτωματικό, υπέρτασικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

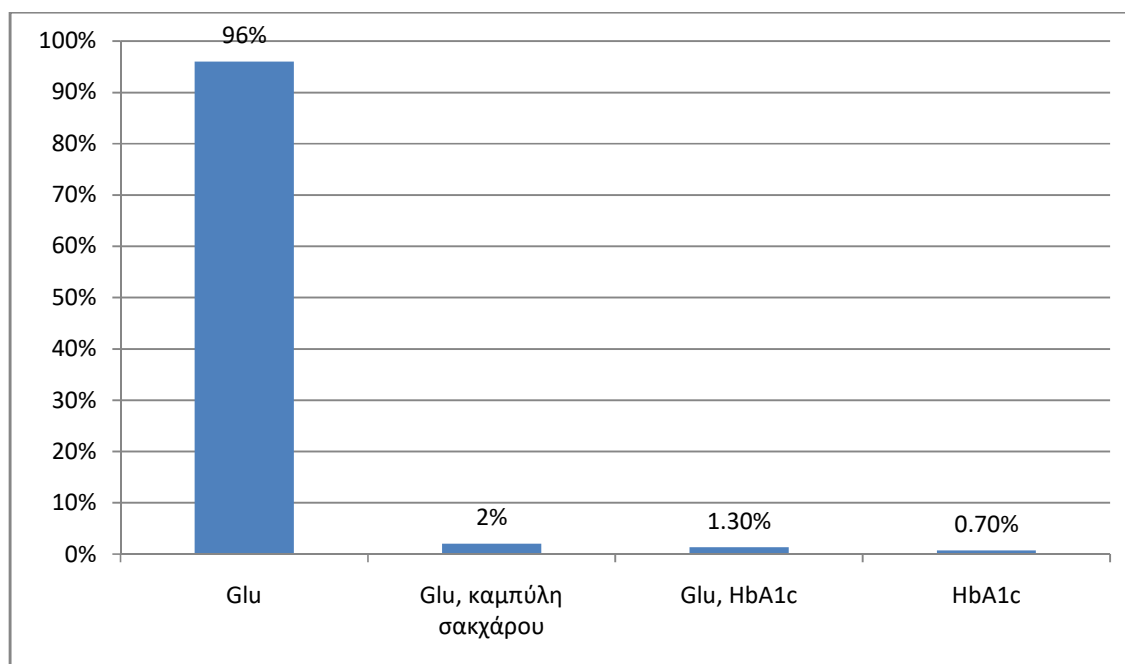
γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η συντριπτική πλειοψηφία των γενικών ιατρών (99.7%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε ένα υπερτασικό άνδρα 45 ετών .

Η πλειοψηφία των παθολόγων (96%) θεωρεί ότι ο έλεγχος γλυκόζης νηστείας αποτελεί την εξέταση εκλογής. Οι ποσοστιαίες απαντήσεις των παθολόγων απεικονίζονται στο Διάγραμμα 9.

Διάγραμμα 9 Απαντήσεις γενικών ιατρών στο υποερώτημα β της ερώτησης 31: «Αν υποβάλλατε έναν άνδρα 45 ετών, υπερτασικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, τι εξετάσεις θα προτείνατε;»



Glu: Γλυκόζη

HbA1c: Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

Το σύνολο των γενικών ιατρών συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία (89.8%) των ιατρών συνιστά επανέλεγχο ανά έτος, ενώ το 10.2% συνιστά έλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο του έτους.

Ερώτηση 32

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 66 ετών, ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για οστεοπόρωση;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η συντριπτική πλειοψηφία των γενικών ιατρών (97.6%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για οστεοπόρωση σε γυναίκα 66 ετών.

Το σύνολο των ιατρών θεωρεί ότι ο έλεγχος οστικής πυκνότητας αποτελεί την εξέταση εκλογής.

Η συντριπτική πλειοψηφία των γενικών ιατρών (98.9%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των ιατρών (88.5%) συνιστά επανέλεγχο ανά διαιτία, ενώ το 11.2% συνιστά έλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο των 2 ετών.

Ερώτηση 33

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 57 ετών, ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για οστεοπόρωση;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η συντριπτική πλειοψηφία των γενικών ιατρών (97.0%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο.

Το σύνολο των ιατρών θεωρεί ότι ο έλεγχος οστικής πυκνότητας αποτελεί την εξέταση εκλογής.

Η συντριπτική πλειοψηφία των γενικών ιατρών συνιστά επανέλεγχο (98.9%) σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των ιατρών (89.8%) συνιστά επανέλεγχο ανά διατροφή, ενώ το 10.2% συνιστά έλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο των 2 ετών.

Ερώτηση 34

α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των ιατρών (58.0%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, καπνιστή.

Το σύνολο των παθολόγων που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρεί ότι ο U/S κοιλιακής αορτής αποτελεί την εξέταση εκλογής. Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών (78.3%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών (61.2%) συνιστά επανέλεγχο εντός διαίτας, ενώ το 38.8% συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο των 2 ετών.

Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών (85.0%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών (57.0%) συνιστά επανέλεγχο ανά 5έτη, ενώ το 43.0% συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών.

Ερώτηση 35

α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, μη καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των ιατρών (58.0%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής.

Το σύνολο των γενικών ιατρών συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών μη καπνιστή. Το σύνολο των γενικών ιατρών που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρεί ότι ο U/S κοιλιακής αορτής αποτελεί την εξέταση εκλογής. Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών (85.0%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των ιατρών (60.1%) συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα εντός των 5 ετών, ενώ το 39.6% συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών.

Ερώτηση 36

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 70 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειοψηφία των ιατρών (63.2%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο σε γυναίκα 70 ετών για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής.

Το σύνολο των παθολόγων που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρεί ότι ο U/S κοιλιακής αορτής αποτελεί την εξέταση εκλογής. Επίσης, από τους ιατρούς που συνιστούν έλεγχο, η πλειοψηφία τους (76.6%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (57.4%) συνιστά επανέλεγχο ανά 5 έτη, ενώ το 42.6% συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών.

Ερώτηση 37

α)Θα υποβάλλατε άνδρα 53 ετών, καπνιστή, παχύσαρκο, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για στένωση καρωτίδων;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

Η πλειοψηφία των ιατρών (63.2%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για στένωση καρωτίδων σε άνδρα καπνιστή, παχύσαρκο, 53 ετών.

Το σύνολο των παθολόγων θεωρεί ότι το Triplex καρωτίδων αποτελεί την εξέταση εκλογής για τη διάγνωση της στένωσης καρωτίδων .

Ερώτηση 38

α) Θα υποβάλλατε άνδρα 53 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για στένωση καρωτίδων;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (81.0%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για στένωση καρωτίδων σε άνδρα 53 ετών.

Το σύνολο των γενικών ιατρών που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρεί ότι το Triplex καρωτίδων αποτελεί την εξέταση εκλογής.

3.5.1.2 Τομέας Β (στάσεις των γενικών ιατρών σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)

Ερώτηση 39

Πιστεύετε ότι υπάρχει αναγκαιότητα για προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) στον πληθυσμό;

Το σύνολο των γενικών ιατρών (100.0%) πιστεύει ότι υπάρχει ανάγκη για προσυμπτωματικό έλεγχο στον γενικό πληθυσμό.

Ερώτηση 40

Ακολουθείτε συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (76.4%) δήλωσε ότι ακολουθεί συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο στον πληθυσμό.

Ερώτηση 41

Πιστεύετε ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού;

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (62%) δήλωσε ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού.

Ερώτηση 42

Πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα βοηθούσε τον ιατρό στην επιλογή των ασθενών που πρέπει να περιληφθούν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου(screening);

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (88.2%)πιστεύει ότι η χρήση κάποιου λογισμικού προγράμματος θα ήταν επωφελής στην καθ' ημέρα πράξη.

3.5.2. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με απαντήσεις που υποδηλώνουν μειωμένη γνώση, λανθασμένες στάσεις και κακές πρακτικές των γενικών ιατρών.

3.5.2.1 Τομέας Α (γνώσεις σχετικά με την ορθές συστάσεις για προληπτικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)

Όλοι οι γενικοί ιατροί δήλωσαν ότι αναγνωρίζουν τον σημαντικό ρόλο του προσυμπτωματικού ελέγχου στον πληθυσμό. Το 88,2% των γενικών ιατρών ανέφεραν ότι η χρήση ενός online λογισμικού θα διευκόλυνε τη διαδικασία λήψης των κλινικών αποφάσεων. Επιπλέον, η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (62.0%) υποστήριξε ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Επίσης, το 76,4% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι οι συστάσεις τους βασίζονται σε διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές. Οι συστάσεις των γενικών ιατρών έρχονται σε αντίθεση με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF σε πολλές κλινικές οντότητες (Πίνακας 19). Όπως απεικονίζεται στον Πίνακα 19, το πιο συχνό σφάλμα των συμμετεχόντων ήταν η σύσταση για έλεγχο του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 για μια γυναίκα ηλικίας 45 ετών χωρίς παράγοντες κινδύνου (98.0%).

Η έλλειψη ελέγχου για κατάθλιψη σε γυναίκα 25 ετών με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ήταν το λιγότερο συνηθισμένο λάθος που παρατηρήθηκε στη μελέτη μας (50,2%).

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 20) φαίνονται οι ποσοστιαίες απαντήσεις των γενικών ιατρών που δεν συμφωνούν τις κατευθυντήριες οδηγίες, καθώς και συστάσεις άλλων επιστημονικών εταιριών.

Πίνακας 20: Περιγραφική ανάλυση των συστάσεων των γενικών ιατρών που δεν συμφωνούν με τις κατευθυντήριες γραμμές του USPSTF, καθώς και συστάσεις άλλων επιστημονικών εταιριών.

Ερωτήσεις	Κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF	Κατευθυντήριες οδηγίες που εκδόθηκαν από άλλες επιστημονικές εταιρίες	% γενικών ιατρών των οποίων οι συστάσεις δεν συνάδουν με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF
E9: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 42 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του μαστού;	The USPSTF συνιστά έλεγχο με μαστογραφία ανά 2 χρόνια σε γυναίκες ηλικίας 50 -74 ετών	Το ACS συνιστά έλεγχο με μαστογραφία που πρέπει να ξεκινά στις ηλικίες μεταξύ 40-44 ετών [85] .	85.8%
E11: υποερώτημα δ) Πόσο συχνά θα υποβάλλατε μια γυναίκα 22 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος;	Το USPSTF συνιστά έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες 21 - 65 ετών με Paptest κάθε 3 χρόνια.	Το NCCN συνιστά μαστογραφία ετησίως, ξεκινώντας από την ηλικία των 40 ετών [86] Οι ACS, ASCCP, and ASCP προσφάτως εξέδωσαν οδηγίες που συνάδουν με αυτές του USPSTF [87].	92.3%
E12: υποερώτημα δ) Πόσο συχνά θα υποβάλλατε μια γυναίκα 21 ετών, σεξουαλικά ενεργή από 3 χρόνια, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του τραχήλου σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος;	Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να οδηγούν στη σύσταση της επανεξέτασης κάθε χρόνο σε περίπτωση αρνητικών αποτελεσμάτων.	Οι ACS, ASCCP, and ASCP προσφάτως εξέδωσαν οδηγίες που συνάδουν με αυτές του USPSTF [87].	91.5%
E13: υποερώτημα δ) Πόσο συχνά θα υποβάλλατε μια γυναίκα 69 ετών που δεν έχει ελεγχθεί ποτέ, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του τραχήλου σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος;	Το USPSTF συνιστά έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες 21 - 65 ετών με Paptest κάθε 3 χρόνια.	Οι ACS, ASCCP, and ASCP προσφάτως εξέδωσαν οδηγίες που συνάδουν με αυτές του USPSTF [87].	77.4%
E14: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 69 ετών η οποία έχει υποβληθεί πρόσφατα σε κατάλληλο έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε νέες εξετάσεις;	Το USPSTF δεν συνιστά επανέλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες άνω των 65 ετών σε περίπτωση που έχουν υποβληθεί πρόσφατα σε κατάλληλο έλεγχο αποκλεισμού της συγκεκριμένης νόσου.	Οι ACS, ASCCP, and ASCP προσφάτως εξέδωσαν οδηγίες που συνάδουν με αυτές του USPSTF [87].	54.1%
E18: Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του προστάτη;	Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να οδηγούν στη σύσταση της εξέτασης σε άντρες.	Η ACS συνιστά ότι ο έλεγχος για καρκίνο του προστάτη πρέπει να λαμβάνει υπόψη τον κίνδυνο του ασθενούς να νοσήσει, καθώς και τις επιθυμίες του να υποβληθεί σε έλεγχο [88].	60.1%
E26: Θα παραπέμπετε μια γυναίκα 25 ετών, ασυμπτωματική, με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, σε ειδικό κέντρο προκειμένου να υποβληθεί σε test διάγνωσης κατάθλιψης;	Η USPSTF συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για κατάθλιψη στους ενήλικες όταν υπάρχουν υποστηρικτικές δομές που είναι σε θέση να εξασφαλίσουν ακριβή διάγνωση, αποτελεσματική θεραπεία και παρακολούθηση.	Η AUA συνιστά ότι ο έλεγχος για καρκίνο του προστάτη στις ηλικίες 55-69 ετών πρέπει να εξατομικεύεται και να λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες του ασθενούς [89]. Η CTRHC δεν συνιστά έλεγχο ρουτίνας για κατάθλιψη [92].	50.2%
E28: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 24ετών, ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία;	Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να οδηγούν στη σύσταση της εξέτασης για σιδηροπενική αναιμία.	Το CDC συνιστά έλεγχο για σιδηροπενική αναιμία σε γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία [93].	70.5%
E29: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 24ετών, ασυμπτωματική, χωρίς ιστορικό παθήσεως του θυρεοειδή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για θυρεοειδοπάθεια;	Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να οδηγούν στη σύσταση της εξέτασης σε μη έγκυες γυναίκες.	Οι ATA and the AACE συνιστούν έλεγχο για υποθυρεοειδισμό σε ηλικία άνω των 60 ετών, καθώς και σε γυναίκες που σκοπεύουν να εγκυμονήσουν [94].	53%

E30: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 45 ετών, ασυμπτωματική, χωρίς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;	Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να οδηγούν στη σύσταση της εξέτασης σε ασυμπτωματικούς ενήλικες με αρτηριακή πίεση $\leq 135/80$ mmHg ή μικρότερη.	Η ADA συνιστά έλεγχο για διαβήτη, ξεκινώντας από την ηλικία των 45 ετών[95].	99.7%
E33: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 57 ετών, ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για οστεοπόρωση;	Η USPSTF συνιστά έλεγχο για την οστεοπόρωση σε γυναίκες ηλικίας 65 ετών και άνω, καθώς και στις νεότερες γυναίκες των οποίων ο κίνδυνος κατάγματος είναι ίσος ή μεγαλύτερος από εκείνον μιας 65χρονης λευκής γυναίκας που δεν έχει επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου.	Η NOF συνιστά έλεγχο σε όλες τις γυναίκες άνω των 65 ετών. Επίσης, συνιστάται έλεγχος σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικία 50-69 ετών, αν θεωρούνται υψηλού κινδύνου [96].	97%
E34 Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;	Το USPSTF συνιστά προληπτικό για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής με υπερηχογράφημα σε άνδρες ηλικίας 65 έως 75 ετών που έχουν καπνίσει,	Το ACC και η AHA συνιστούν προληπτικό για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής με υπερηχογράφημα σε άνδρες ηλικίας 65 έως 75 ετών που έχουν καπνίσει [97].	58%
E37: Θα υποβάλλατε άνδρα 53 ετών, καπνιστή, παχύσαρκο, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για στένωση καρωτίδων;	The USPSTF δεν συνιστά έλεγχο για στένωση καρωτίδων στον γενικό πληθυσμό.	Οι συστάσεις των ACC και AHA συνάδουν με τις οδηγίες του USPSTF. [98].	63.2%

ACS: American Cancer Society.

AMA: American Medical Association

NCCN: National Comprehensive Cancer Network.

ASCCP: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology.

ASCP: American Society for Clinical Pathology.

PSA: prostate-specific antigen.

AUA: American Urological Association.

CTFPHC: Canadian Task Force on Preventive Health Care.

EPSDT: Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment.

IDA: Iron deficiency anemia.

CDC: Center for Disease Control and Prevention.

ATA: American Thyroid Association

AACE: American Association of Clinical Endocrinologists

TSH: Thyroid-stimulating hormone.

AAFP: American Academy of Family Physicians.

ADA: American Diabetes Association

NOF: National Osteoporosis Foundation.

AAA: Abdominal aortic aneurysm

CAS: Carotid artery stenosis.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 20, οι γενικοί ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα συνιστούν πιο συχνά έλεγχο για καρκίνο του μαστού.

Οι γενικοί ιατροί που δεν θα υπέβαλλαν μια γυναίκα 22 ετών σε έλεγχο στα πλαίσια screening για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι κυρίως:

- Άνδρες
- 50 ετών ή μεγαλύτεροι
- Ιατροί με περισσότερα από 16 χρόνια εξάσκησης
- Απόφοιτοι ελληνικών Πανεπιστημίων

Επίσης, οι γενικοί ιατροί που θα υπέβαλλαν μια γυναίκα 21 ετών με ιστορικό σεξουαλικών επαφών από 3 χρόνια σε έλεγχο στα πλαίσια screening για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε διάστημα μικρότερο των 3 ετών είναι κυρίως:

- 50 ετών ή μεγαλύτεροι
- Ιατροί με περισσότερα από 16 χρόνια εξάσκησης

Οι γενικοί ιατροί που συνιστούν πιο συχνά προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε μια γυναίκα 69 ετών η οποία έχει υποβληθεί προσφάτως σε κατάλληλο έλεγχο είναι κυρίως:

- Οι ιατροί ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών
- Εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα.

Οι γενικοί ιατροί που συνιστούν πιο συχνά προσυμπτωματικό έλεγχο σε άνδρα 45 ετών για καρκίνο του προστάτη είναι κυρίως:

- Οι εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα.
- Οι γυναίκες

Οι γενικοί ιατροί που συνιστούν πιο συχνά προσυμπτωματικό έλεγχο για βακτηριουρία είναι κυρίως:

- 50 ετών ή μεγαλύτεροι
- Ιατροί με περισσότερα από 16 χρόνια εξάσκησης
- Εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα

Οι γενικοί ιατροί που συνιστούν πιο συχνά έλεγχο για ηπατίτιδα C είναι κυρίως:

- 50 ετών ή μεγαλύτεροι
- Ιατροί με περισσότερα από 16 χρόνια εξάσκησης
- Εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα

Οι γενικοί ιατροί που συνιστούν πιο συχνά έλεγχο για ηπατίτιδα B είναι:

- 50 ετών ή μεγαλύτεροι
- Ιατροί με περισσότερα από 16 χρόνια εξάσκησης
- Εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα
- Ιατροί που εξετάζουν περισσότερους από 100 ασθενείς την εβδομάδα

Οι γενικοί ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα τείνουν να συνιστούν πιο συχνά εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου για σιδηροπενική αναιμία σε γυναίκα 24 ετών, καθώς και για θυρεοειδοπάθεια σε γυναίκα 24 ετών.

Αντίθετα, οι γενικοί ιατροί που εργάζονται στον δημόσιο τομέα είναι λιγότερο πιθανό να συστήσουν έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε άνδρα 67 ετών με ιστορικό καπνίσματος.

Επίσης, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 21), οι γυναίκες ιατροί και οι ιατροί που εργάζονται στον δημόσιο τομέα συνιστούν πιο συχνά έλεγχο για στένωση καρωτίδων σε άνδρα καπνιστή, παχύσαρκο 53 ετών.

Πίνακας 21: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των γενικών ιατρών που σχετίζονται με μη ορθές συστάσεις.

Ασυμφωνία με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF		Φύλο		Ηλικία (χρόνια)		Χρόνια προϋπηρεσίας		Μεταπτυχιακές σπουδές		Ιδιωτικός τομέας		Χώρα απόκτησης ειδικότητας		Αριθμός ασθενών (εβδομάδα)	
		Γυναίκες	Άνδρες	29-50	>50	1-15	>15	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ελλάδα	Εξωτερικό	1-100	>100
Καρκίνος του μαστού (γυναίκα 42 ετών)(E9)	Λάθος (%)							90.60	82.90	92.20	78.80				
	RR(CI)							1.09(0.998-1.2)		1.17 (1.06--1.29)					
	P value							0.06		0.001					
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (γυναίκα 22 ετών)(E11)	Λάθος(%)	7.62	19.79	10.71		8.79	26.26					19.34	9.65		
	RR(CI)	0.39 (0.19-0.8)		0.41 (0.240.7)		0.33 (0.19-0.59)						2 (1.06-3.78)			
	P value	0.006		0.03		<0.001						0.03			
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (γυναίκα 17 ετών)(E12)	Λάθος(%)			18.97	32.97	17.13	33.67	17.60	26.58						16.28 25.38
	RR(CI)			0.58 (0.38-0.87)		0.51 (0.33-0.78)		0.66 (0.42-1.05)							0.51 (0.39-1.05)
	P value			0.01		0.002		0.07							0.07
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (γυναίκα 69 ετών) E14)	Λάθος(%)			50.00	64.84	50.00	61.86			62.42	44.52				
	RR(CI)			0.77 (0.63-0.95)		0.81 (0.65-1.001)				1.4 (1.12-1.75)					
	P value			0.02		0.06				0.002					
Καρκίνος προστάτη (άνδρας 45 ετών)(E18)	Λάθος(%)	66.98	55.32							65.40	53.20				
	RR(CI)	1.21 (1.011.46)	0.05							1.23 (1.01-1.49)					
	P value									0.04					
Ασυμπτωματική βακτηριουρία (γυναίκα 45 ετών)(E19))	Λάθος(%)	34.91	47.40	35.03	58.06	35.52	55.00			54.90	28.06				
	RR(CI)	0.75 (0.55-1.01)		0.6 (0.47-0.78)		0.63 (0.5-0.84)				1.96 (1.45-2.65)					
	P value	0.05		<0.001		0.002				<0.001					
Ασυμπτωματική βακτηριουρία (άνδρας 45 ετών)(E20)	Λάθος(%)	34.91	46.28	35.03	56.99	36.07	53.00			54.25	28.26				
	RR(CI)	0.75 (0.56-1.02)		0.61 (0.47-0.8)		0.68 (0.52-0.89)				1.93 (1.43-2.62)					
	P value	0.06		<0.001		0.006				<0.001					
Ηπατίτιδα C (άνδρας 38 ετών)(E21)	Λάθος(%)			22.23	43.48	20.88	45.00			36.60	18.84				
	RR(CI)			0.51 (0.36-0.73)		0.46 (0.32-0.66)				1.94(1.3-2.91)					
	P value			<0.001		<0.001				<0.001					
Ηπατίτιδα B (γυναίκα 26 ετών)(E22)	Λάθος(%)			32.14	54.35	33.15	52.00			47.06	29.20				44.96 32.82
	RR(CI)			0.59 (0.45-0.78)		0.64(0.48-0.84)				1.61 (1.18-2.2)					1.37 (1.004-1.87)
	P value			<0.001		0.002				0.002					0.04
Σιδηροπενική αναιμία (γυναίκα 24 ετών)(E29)	Λάθος(%)									79.70	60.40				76.15 60.14
	RR(CI)									1.32 (1.13-1.54)					1.17 (0.999-1.37)
	P value									<0.001					0.05
Θυρεοειδοπάθεια (γυναίκα 24 ετών)(E29)	Λάθος(%)									61.40	42.40				
	RR(CI)									1.45 (1.15-1.82)					
	P value									0.001					
Οστεοπόρωση (γυναίκα 57 ετών)(E33)	Λάθος(%)			95.40	100.00										
	RR(CI)			0.95 (0.93-0.98)											
	P value			0.04											
Ανεύρυσμα αορτής (άνδρας 67 ετών με ιστορικό καπνίσματος)(E34))	Λάθος(%)									46.71	71.53				
	RR(CI)									0.65 (0.53-0.8)					
	P value									<0.001					

Στένωση καρωτίδων (παχύσαρκος άνδρας, 53	Λάθος(%)	72.00	53.67	70.55	53.67
ετών, με ιστορικό καπνίσματος)(Q37))					
	RR(CI)	1.25 (1.05-1.49)		1.31 (1.09-1.59)	
	P value	0.02		0.003	

3.5.2.2 Τομέας Β (στάσεις των γενικών ιατρών σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο - ποσοστιαίες απαντήσεις)

Όπως απεικονίζεται στον πίνακα 22, οι γενικοί ιατροί που απάντησαν ότι ακολουθούν κατευθυντήριες οδηγίες όσο αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο ήταν κυρίως:

- Γενικοί ιατροί που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 29 έως 50 ετών.
- Γενικοί ιατροί που εξασκήθηκαν κατά τη διάρκεια της ειδικότητας σε Πανεπιστημιακές Κλινικές.
- Γενικοί ιατροί που εξασκούσαν το επάγγελμα από 1 έως 15 χρόνια.
- Γενικοί ιατροί οι οποίοι δεν εργάζονται ως ιδιώτες.

Οι γενικοί ιατροί που πιστεύουν ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες όσο αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο του πληθυσμού είναι κυρίως:

- Γυναίκες
- Ιδιώτες

Οι γενικοί ιατροί που απάντησαν ότι η χρήση κάποιου λογισμικού προγράμματος θα ήταν επωφελής στην κλινική πράξη ήταν κυρίως

- Γενικοί ιατροί που αποφοίτησαν από Πανεπιστήμια του εξωτερικού
- Γενικοί ιατροί που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 29 έως 50 ετών.
- Γενικοί ιατροί που εξασκούσαν το επάγγελμα από 1 έως 15 χρόνια.
- Γενικοί ιατροί οι οποίοι δεν εργάζονται ως ιδιώτες.
- Γενικοί ιατροί που εξετάζουν περισσότερους από 100 ασθενείς την εβδομάδα.

Πίνακας 22. Δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αρνητική στάση όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ερώτηση 40	P value	Ερώτηση 41	P value	Ερώτηση 42	P value
Γυναίκα			76.2%	p=0.042		
Άνδρας			62.4%			
29-50 ετών	83.8%	p=0.00005				
>50 ετών	61,8%					
Χώρα αποφοίτησης						p=0.009
Ελλάδα					84.4%	
Άλλη χώρα					94.5%	
Νοσοκομείο εξάσκησης ειδικότητας		p=0.026				
Πανεπιστημιακή κλινική	84%		66.2%			
Κρατική κλινική	72.3%		64.7%			
Χρόνια εξάσκησης		p=0.00017			92.9%	p=0.001
1-15 χρόνια	82.9%				79.6%	
>16 χρόνια	62.4%					
Ιδιώτης:		p=0.05		p=0.035		p=0.003
Ναι	71.9%		67%		83%	
Όχι:	81.8%		33.3%		94.2%	
Αριθμός ασθενών						p=0.003
1-100					84.7%	
>100					95.4%	

3.5.3 Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης

3.5.3.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)

Οι γενικοί ιατροί που θα υπέβαλλαν μια γυναίκα 22 ετών, με ιστορικό σεξουαλικών επαφών από 3 χρόνια, σε επανέλεγχο στα πλαίσια screening για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε διάστημα μικρότερο των 3 ετών είναι κυρίως:

- Άνδρες
- 50 ετών ή μεγαλύτεροι
- Ιατροί με περισσότερα από 16 χρόνια εξάσκησης

Επίσης, οι γενικοί ιατροί που θα υπέβαλλαν μια γυναίκα 21 ετών, με ιστορικό σεξουαλικών επαφών από 3 χρόνια, σε επανέλεγχο στα πλαίσια screening για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε διάστημα μικρότερο των 3 ετών είναι κυρίως:

- 50 ετών ή μεγαλύτεροι
- Ιατροί με περισσότερα από 16 χρόνια εξάσκησης

Οι γενικοί ιατροί που συνιστούν πιο συχνά προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε μια γυναίκα 69 ετών η οποία έχει υποβληθεί προσφάτως σε κατάλληλο έλεγχο είναι κυρίως οι ιατροί ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών.

Οι γενικοί ιατροί που συνιστούν πιο συχνά προσυμπτωματικό έλεγχο σε άνδρα 45 ετών για καρκίνο του προστάτη είναι κυρίως:

- Γυναίκες
- Εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα.

Οι γενικοί ιατροί που συνιστούν πιο συχνά προσυμπτωματικό έλεγχο για βακτηριουρία είναι κυρίως:

- 50 ετών ή μεγαλύτεροι
- Ιατροί με περισσότερα από 16 χρόνια εξάσκησης
- Εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα

Οι γενικοί ιατροί που συνιστούν πιο συχνά έλεγχο για ηπατίτιδα C είναι κυρίως:

- 50 ετών ή μεγαλύτεροι
- Ιατροί με περισσότερα από 16 χρόνια εξάσκησης
- Εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα

Οι γενικοί ιατροί που συνιστούν πιο συχνά έλεγχο για ηπατίτιδα B είναι:

- Ιατροί με περισσότερα από 16 χρόνια εξάσκησης
- Εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα

Οι γενικοί ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα τείνουν να συνιστούν πιο συχνά εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου για σιδηροπενική αναιμία σε γυναίκα 24 ετών, για θυρεοειδοπάθεια σε γυναίκα 24 ετών, καθώς και για στένωση καρωτίδων σε άνδρα καπνιστή, παχύσαρκο, 53 ετών.

Τα δημογραφικά στοιχεία που σχετίζονται με λανθασμένες πρακτικές των γενικών ιατρών σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης απεικονίζονται στον πίνακα 23

Πίνακα 23: Δημογραφικά στοιχεία που σχετίζονται με λανθασμένες πρακτικές των γενικών ιατρών, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της αναστροφής λογιστικής παλινδρόμησης.

Ασυμφωνία με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF		Φύλο		Ηλικία (χρόνια)		Χρόνια προϋπηρεσία		Μεταπτυχιακές σπουδές		Ιδιωτικός τομέας		Χώρα απόκτησης ειδικότητας		Αριθμός ασθενών (εβδομάδα)	
		Γυναίκες	Άνδρες	29-50	>50	1-15	>15	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ελλάδα	Εξωτερικό	1-100	>100
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (γυναίκα 22 ετών)(E11)	Λάθος (%)	7.62	19.79	10.71	26.09	8.79	26.26								
	OR	0.41(0.17-0.9)		0.4 (0.2-0.78)		0.29 (0.14-0.58)									
	P value:	0.04		0.007		<0.001									
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (γυναίκα 17 ετών)(E12)	Λάθος (%)			18.97	32.97	17.13	33.67								
	OR			0.46 (0.24-0.88)		0.4 (0.21-0.77)									
	P value:			0.02		0.006									
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (γυναίκα 69 ετών) E14)	Λάθος (%)			50.00	64.84				62.42	44.52					
	OR			0.59 (0.35-0.99)						1.97 (1.22-32)					
	P value:			0.05						0.006					
Καρκίνος προστάτη (άνδρας 45 ετών)(E18)	Λάθος (%)	66.98	55.32						65.40	53.20					
	OR	1.69 (1.02-2.82)								1.65(1.03-2.67)					
	P value:	0.04								0.04					
Ασυμπτωματική βακτηριουρία (γυναίκα 45 ετών)(E19)	Λάθος (%)			35.03	58.06	35.52	55		54,9	28.06					
	OR			0.45 (0.26-0.76)		0.45 (0.27-0.74)				2.6 (1.58-4.35)					
	P value:			0.002		0.002				<0.0001					
Ασυμπτωματική	Λάθος (%)			35.03	56.99	36.07	53		54.25	28.26					

βακτηριουρία (άνδρας 45 ετών)(E20)	(%) OR P value:	0.49 (0.29- 0.83) 0.008	0.5 (0.3-0.82) 0.01	2.75 (1.67- 4.52) <0.0001		
Ηπατίτιδα C (άνδρας 38 ετών)(E21)	Λάθος (%) OR P value:	22.23 43.48	20.88 45.00	36.60 18.84		
Ηπατίτιδας B (γυναίκα 26 ετών)(E22)	Λάθος (%) OR P value:		33.15 52.00	47.06 29.20		
Σιδηροπενική αναιμία (γυναίκα 24 ετών)(E28)	Λάθος (%) OR P value:		0.54 (0.32- 0.91) 0.02	1.90 (1.15- 3.17) 0.01	79.70 60.40	
Θυρεοειδοπάθεια (γυναίκα 24 ετών)(E29)	Λάθος (%) OR P value:			61.40 42.40		
Ανεύρυσμα αορτής (άνδρας 67 ετών, με ιστορικό καπνίσματος)(E34)	Λάθος (%) OR			46.71 71.53		
Στένωση καρωτίδων (παχύσαρκος άνδρας 53 ετών, με ιστορικό καπνίσματος)(Q37)	Λάθος (%) OR P value:			0.35(0.21- 0.57) <0.001	70.55 53.67	
				2.06 (1.26- 3.41) 0.004		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης των ερωτήσεων που σχετίζονται με τις γνώσεις των γενικών ιατρών (Ερωτήσεις 8-38), οι ιατροί ηλικίας άνω των 50 ετών, οι ιατροί με περισσότερα από 15 χρόνια προϋπηρεσίας, οι ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, καθώς και εκείνοι που εξετάζουν πάνω από 100 ασθενείς την εβδομάδα, τείνουν να έχουν χαμηλότερο βαθμό συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF (Πίνακας 24).

Πίνακας 24: Δημογραφικά στοιχεία των γενικών ιατρών που σχετίζονται με μικρότερο βαθμό συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης.

Λαμβασμένες πρακτικές		
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	OR (95% CI)	p- value
Ηλικία		
29-50 χρονών	1.00 (ref)	
>50 χρονών	1.23, (1.11-1.36)	<0.001
Χρόνια προϋπηρεσίας		
1-15 χρονών	1.00 (ref)	
>15 χρονών	1.15, (1.04-1.28)	0.005
Ιδιωτικός τομέας		
Ναι	1.48 (1.66-1.31)	<0.001
Όχι	1.00 (ref)	
Αριθμός ασθενών την εβδομάδα		
1-100	1.00 (ref)	
>100	1.12(1.25-1.01)	0.025

Βάσει των αποτελεσμάτων της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης, δεν αναγνωρίστηκαν σημαντικοί παράγοντες κινδύνου όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με τη στάση των γενικών ιατρών ως προς τις στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου (E39- E42).

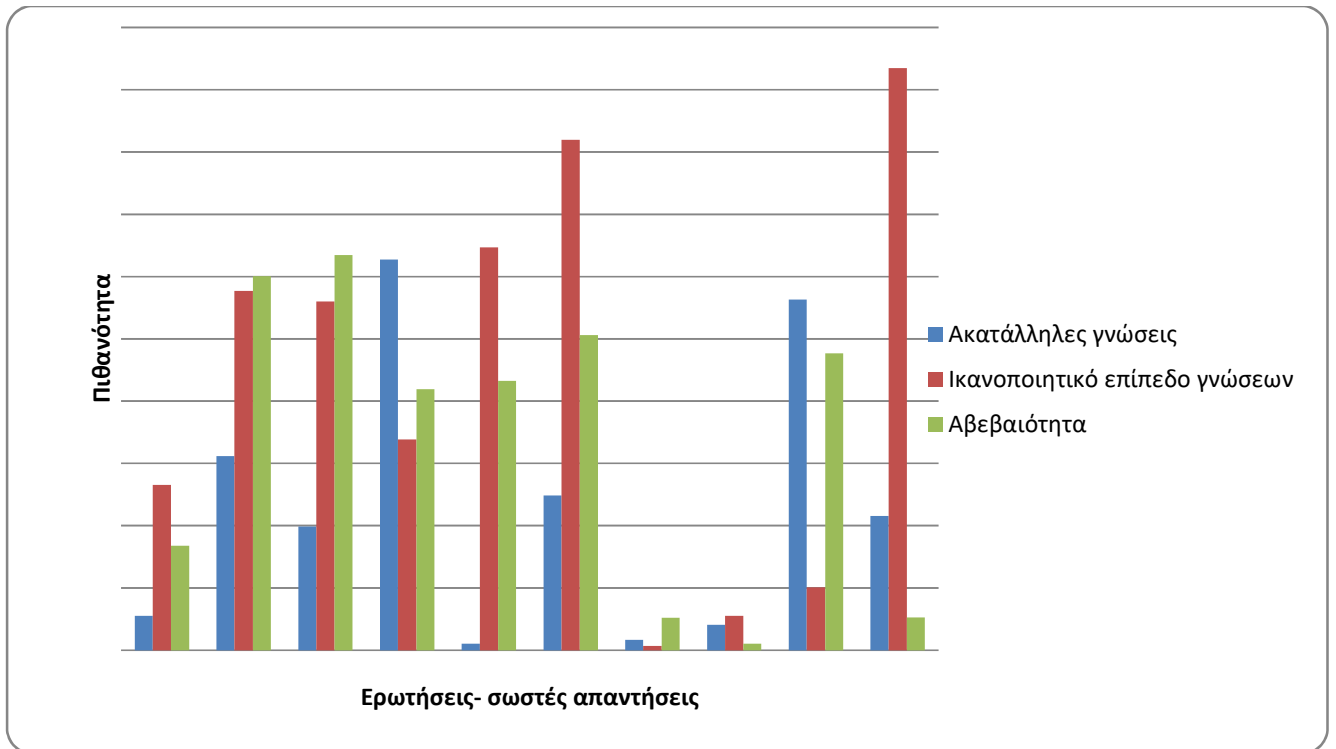
3.5.4 Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης λανθανουσών μεταβλητών

3.5.4.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο)

Στη στατιστική ανάλυση λανθανουσών μεταβλητών (latent class analysis) επιλέχθηκε ένα μοντέλο τριών λανθανουσών κατηγοριών για να περιγράψει το επίπεδο γνώσεων των γενικών ιατρών σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF. Στην κατηγορία 1 (45.6%), το επίπεδο γνώσεων κρίθηκε ακατάλληλο, στην κατηγορία 2 (28.6%), ικανοποιητικό, ενώ η κατηγορία 3 (25.9%) περιλαμβάνει γενικούς ιατρούς με μεικτά χαρακτηριστικά.

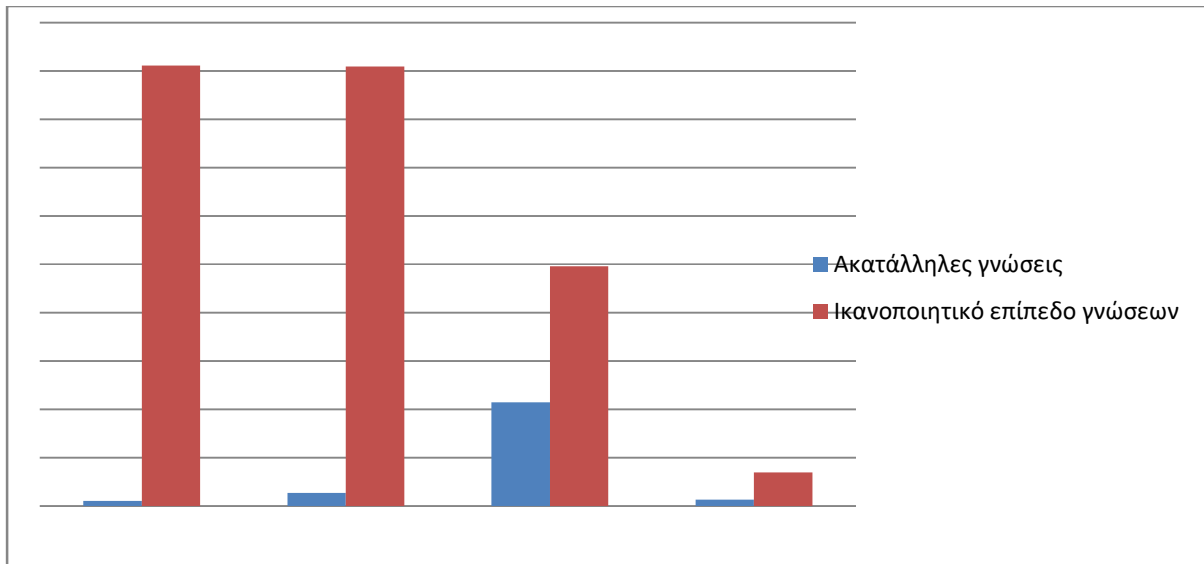
Η στατιστική ανάλυση λανθανουσών μεταβλητών έδειξε ότι οι άνδρες έχουν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να ανήκουν στην ομάδα των ιατρών με ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων (OR: 3.02, CI: 1.36-6.72, $p < 0.006$). Επίσης, οι ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα είναι λιγότερο πιθανό να δίνουν σωστές απαντήσεις συγκριτικά με τους ιατρούς που εργάζονται στον δημόσιο τομέα (OR: 5.93, CI: 2.66-13.2, $p < 0.001$). Τέλος, οι ιατροί που δηλώνουν ότι δεν συμβουλευόταν τις κατευθυντήριες οδηγίες έχουν 2.5 φορές πιο πολλές πιθανότητες να δίνουν σωστές απαντήσεις (OR: 5.93, CI: 2.66-13.2, $p < 0.001$) (Εικόνα 6).

Εικόνα 6: Πρακτικές των γενικών ιατρών σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF που αφορούν το screening.



Όσον αφορά τα διαστήματα μεταξύ των ελέγχων σε περίπτωση αρνητικών αποτελεσμάτων, ο μοναδικός στατιστικά σημαντικός προγνωστικός δείκτης ήταν τα χρόνια εξάσκησης. Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών έδωσε λανθασμένες απαντήσεις, και μόνο το 8,5% των ιατρών συμφωνούσε με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF (Εικόνα 7).

Εικόνα 7 : Πρακτικές γενικών ιατρών σχετικά με τα διαστήματα των ελέγχων για τον καρκίνο τραχήλου μήτρας (Q12-14) και τον διαβήτη (Q32)



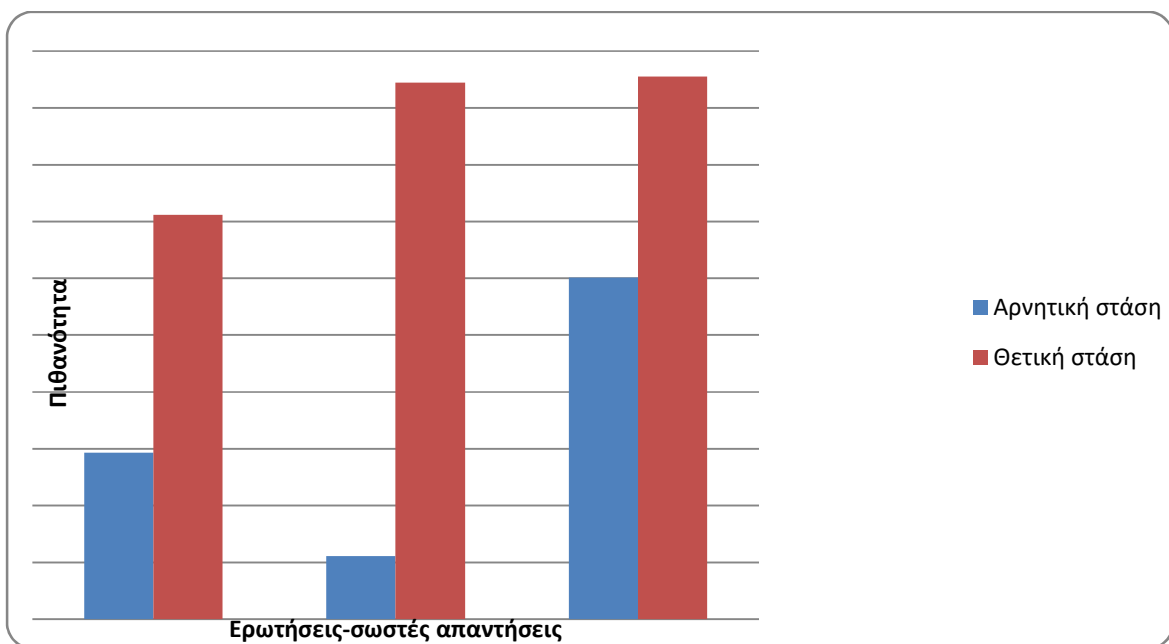
3.5.4.2 Τομέας Β (στάσεις των γενικών ιατρών σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο)

Ένα μοντέλο δυο λανθανουσών κατηγοριών (two latent class model) επιλέχθηκε για να αξιολογήσει τη στάση των γενικών ιατρών ως προς τις στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου (Q39- Q42).

Η κατηγορία 1, που πήρε την ονομασία “αρνητική στάση”, περιλαμβάνει γενικούς ιατρούς που πιστεύουν ότι δεν υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες, δηλώνουν ότι δεν συμβουλευόνται τις κατευθυντήριες οδηγίες στη διάρκεια λήψης αποφάσεων ως προς τον προσυμπτωματικό έλεγχο, αλλά ταυτόχρονα συμφωνούν κατά πλειοψηφία ως προς την αναγκαιότητα των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου.

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών (78.54%) που ανήκουν στη δεύτερη ομάδα με την ονομασία “θετική στάση”, έχουν θετική στάση ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τον προσυμπτωματικό έλεγχο και είναι θετικά προσκείμενοι στην ιδέα της χρήσης υποστηρικτικών λογισμικών προγραμμάτων στην καθ’ ημέρα πράξη (Εικόνα 8). Γενικοί ιατροί ηλικίας κάτω των 50 ετών έχουν πιο πολλές πιθανότητες να ανήκουν στη δεύτερη κατηγορία. (OR: 4.22, CI: 2,04-8,7, $p=0.0006$).

Εικόνα 8: Στάσεις των γενικών ιατρών όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες.



3.6.Αποτελέσματα της έρευνας των καρδιολόγων

3.6.1 Μονοπαραγοντική ανάλυση των τομέων (γνώσεις – στάσεις – πρακτικές) σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους καρδιολόγους.

3.6.1.1 Ανάλυση του τομέα Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους καρδιολόγους)

Ερώτηση 8

α)Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειονότητα των καρδιολόγων (70.3%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, καπνιστή.

Το σύνολο των καρδιολόγων που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρεί ότι ο U/S κοιλιακής αορτής αποτελεί την εξέταση εκλογής. Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών (72.7%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (98.4%) συνιστά επανέλεγχο εντός πενταετίας, ενώ μόνο το 1.6% συνιστά σε διάστημα μεγαλύτερο των 5ετών.

Ερώτηση 9

α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, μη καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Η πλειονότητα των καρδιολόγων (53.7%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, μη καπνιστή.

Το σύνολο των καρδιολόγων που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρεί ότι ο U/S κοιλιακής αορτής αποτελεί την εξέταση εκλογής. Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών (94.9%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (98.4%) συνιστά επανέλεγχο εντός πενταετίας, ενώ μόνο το 1.6% συνιστά σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών.

Το σύνολο των καρδιολόγων συνιστά επανέλεγχο εντός 5 ετών.

Ερώτηση 10

α) Θα υποβάλλατε ένα άνδρα 77 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής?

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειονότητα των καρδιολόγων (60.2%) δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε έναν άνδρα ηλικίας 77ετών.

Το σύνολο των καρδιολόγων που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρεί ότι ο U/S κοιλιακής αορτής αποτελεί την εξέταση εκλογής. Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών (62.2%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (83.6%) συνιστά επανέλεγχο εντός πενταετίας, ενώ μόνο το 16.4% συνιστά σε διάστημα μεγαλύτερο των 5ετών.

Ερώτηση 11

α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 70 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνατε;

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνατε την εξέταση;

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

Η πλειονότητα των καρδιολόγων (53.6 %) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε μια γυναίκα 70 ετών.

Το σύνολο των καρδιολόγων που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρεί ότι ο U/S κοιλιακής αορτής αποτελεί την εξέταση εκλογής. Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών (64.6%) συνιστά επανέλεγχο σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος.

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (64.8%) συνιστά επανέλεγχο εντός πενταετίας, ενώ το 35.2% συνιστά σε διάστημα μεγαλύτερο των 5ετών.

Ερώτηση 12

α) Θα υποβάλλατε ένα άνδρα 23 ετών, με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

Το σύνολο σχεδόν των καρδιολόγων (99.7%) συνιστά έλεγχο για δυσλιπιδαιμία σε ένα άνδρα 23 ετών, με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη.

Το σύνολο των καρδιολόγων συνιστά έλεγχο ολικής χοληστερόλης (Cholesterol, CHOL), λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας (Low density, lipoprotein, LDL), λιποπρωτεΐνης υψηλής πυκνότητας (High density, lipoprotein, HDL) και τριγλυκεριδίων (TG).

Ερώτηση 13

α) Θα υποβάλλατε ένα άνδρα 23 ετών σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία (80.1%) συνιστά έλεγχο για δυσλιπιδαιμία σε ένα άνδρα 23 ετών.

Το σύνολο των καρδιολόγων συνιστά έλεγχο CHOL, LDL, HDL και TG.

Ερώτηση 14

α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 40 ετών σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (94.9%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για δυσλιπιδαιμία σε έναν άνδρα 40 ετών.

Το σύνολο των καρδιολόγων συνιστά έλεγχο CHOL, LDL, HDL και TG.

Ερώτηση 15

α) Θα υποβάλλατε μία γυναίκα 36 ετών σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία των καρδιολόγων (83.4%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για δυσλιπιδαιμία σε μία γυναίκα 36 ετών.

Το σύνολο των καρδιολόγων συνιστά έλεγχο CHOL, LDL, HDL και TG.

Ερώτηση 16

α) Θα υποβάλλατε μία γυναίκα 46 ετών σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία καρδιολόγων (83.9%) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για δυσλιπιδαιμία σε μία γυναίκα 46 ετών .

Το σύνολο των καρδιολόγων συνιστά έλεγχο CHOL, LDL, HDL και TG.

Ερώτηση 17

α) Θα συστήνατε επανέλεγχο λιπιδαιμικού προφίλ σε άνδρα ηλικίας 37 ετών με πρόσφατες εξετάσεις εντός φυσιολογικών ορίων και χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνατε;

Η συντριπτική πλειοψηφία των καρδιολόγων (74.0%) συνιστά επανέλεγχο λιπιδαιμικού προφίλ σε άνδρα ηλικίας 37 ετών με πρόσφατες εξετάσεις εντός φυσιολογικών ορίων.

Το σύνολο των καρδιολόγων συνιστά έλεγχο CHOL, LDL, HDL και TG.

Ερώτηση 18

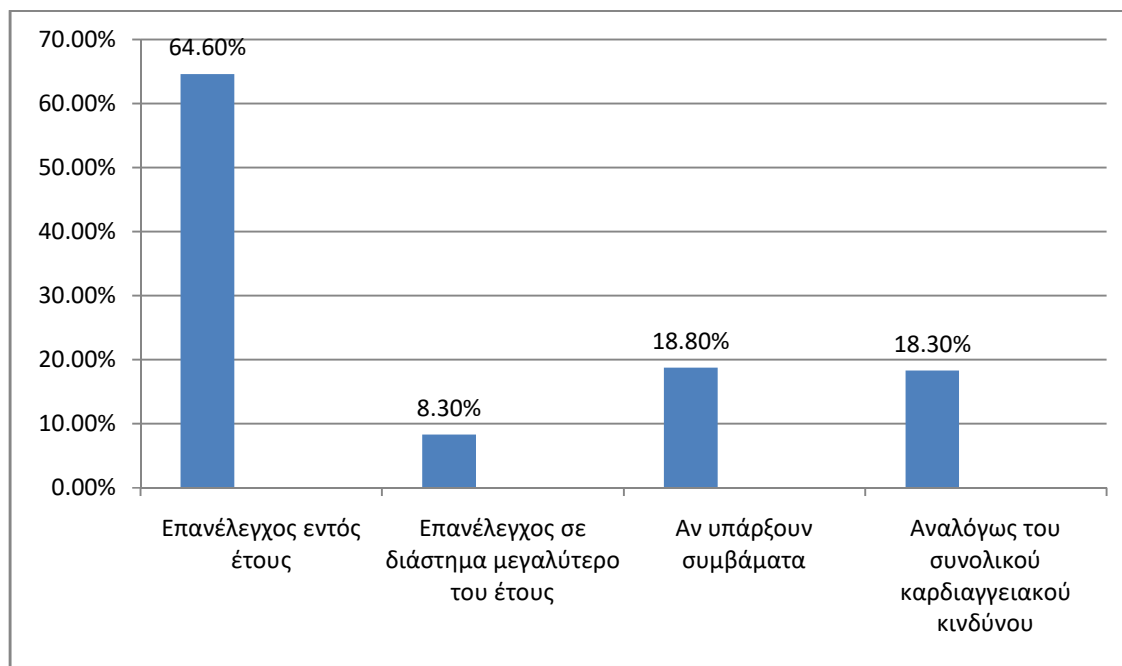
α) Θα σκεπτόσασταν τη χορήγηση ασπιρίνης σε άνδρα 50 ετών με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη;

β) Αν Όχι, πότε θα επανεξετάζατε το ενδεχόμενο της χορήγησης ασπιρίνης;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία των καρδιολόγων (69.3%) συνιστά χορήγηση ασπιρίνης σε άνδρα 50 ετών με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των καρδιολόγων δηλώνει ότι θα επανεξετάζε το ενδεχόμενο χορήγησης ασπιρίνης σε ένα έτος. Οι ποσοστιαίες απαντήσεις των καρδιολόγων απεικονίζονται στο Διάγραμμα 10.

Διάγραμμα 10: Απαντήσεις καρδιολόγων στο υποερώτημα β της ερώτησης 18:«Αν όχι, τότε θα επανεξετάζατε το ενδεχόμενο της χορήγησης ασπιρίνης;»



Ερώτηση 19

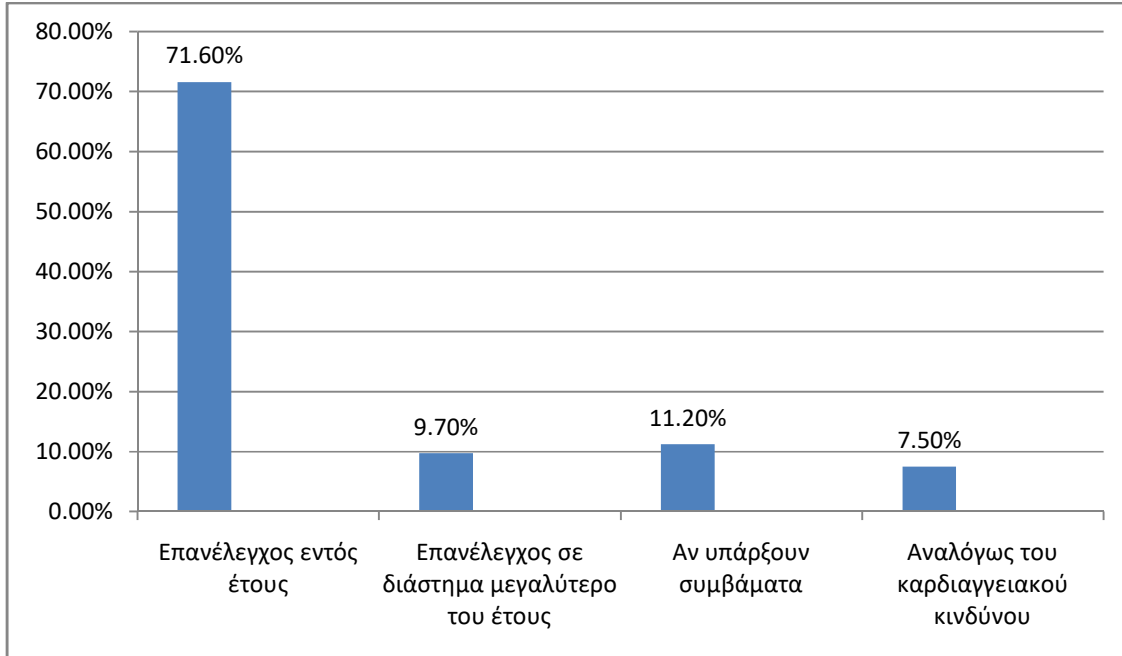
α) Θα σκεπτόσασταν τη χορήγηση ασπιρίνης σε γυναίκα καπνίστρια 60ετών;

β) Αν Όχι, τότε θα επανεξετάζατε το ενδεχόμενο της χορήγησης ασπιρίνης;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία των καρδιολόγων (53.4%) συνιστά χορήγηση ασπιρίνης σε γυναίκα καπνίστρια 60ετών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των καρδιολόγων δηλώνει ότι θα επανεξετάζε το ενδεχόμενο χορήγησης ασπιρίνης σε ένα έτος. Οι ποσοστιαίες απαντήσεις των καρδιολόγων απεικονίζονται στο Διάγραμμα 11.

Διάγραμμα 11: Απαντήσεις καρδιολόγων στο υποερώτημα β της ερώτησης 19: «Αν όχι, τότε θα επανεξετάζατε το ενδεχόμενο της χορήγησης ασπιρίνης;»



Ερώτηση 20

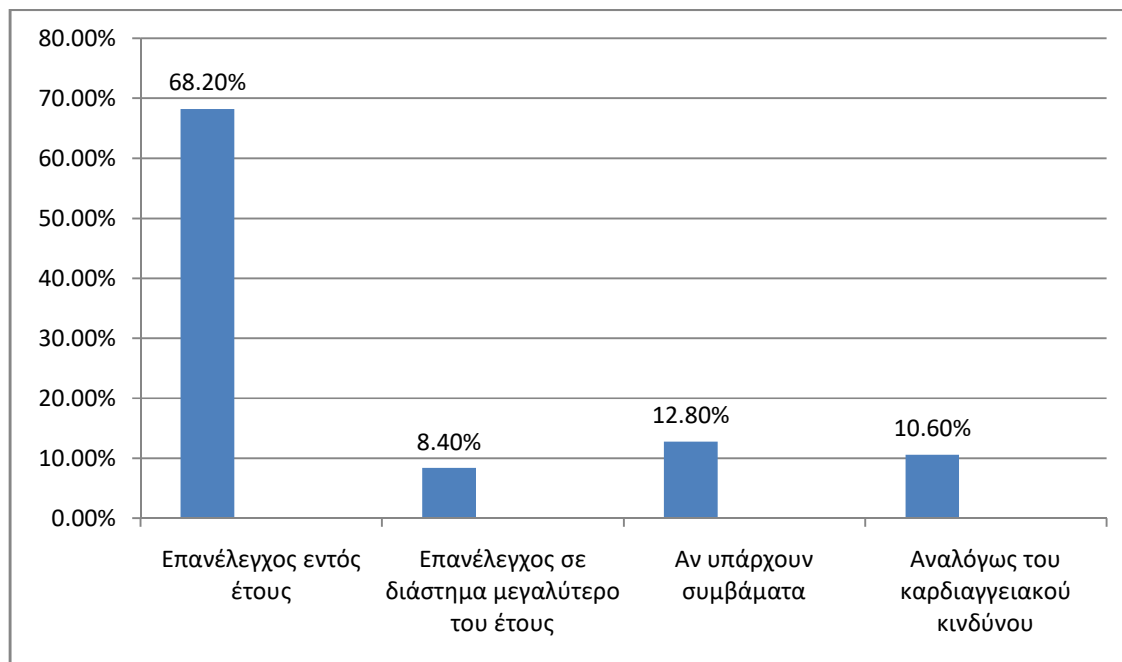
α) Πιστεύετε ότι είναι σωστή η χορήγηση ασπιρίνης σε άνδρα 47 ετών, υπέρτασικό και καπνιστή;

β) Αν Όχι, τότε θα επανεξετάζατε το ενδεχόμενο της χορήγησης ασπιρίνης;

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (64.2%) συνιστά χορήγηση ασπιρίνης σε άνδρα 47 ετών, υπέρτασικό και καπνιστή.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των καρδιολόγων δηλώνει ότι θα επανεξετάζε το ενδεχόμενο χορήγησης ασπιρίνης σε ένα έτος (Διάγραμμα 12).

Διάγραμμα 12: Απαντήσεις καρδιολόγων στο υποερώτημα β της ερώτησης 10: «Αν όχι, πότε θα επανεξετάζατε το ενδεχόμενο της χορήγησης ασπιρίνης;»



Ερώτηση 21

Θα μετρούσατε την αρτηριακή πίεση σε άνδρα 22 ετών στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) αρτηριακής υπέρτασης?

Όπως προκύπτει, η συντριπτική πλειοψηφία των καρδιολόγων(93.6%) συνιστά έλεγχο της αρτηριακής πίεσης σε άνδρα 22 ετών.

Ερώτηση 22

α) Αν άνδρας 25 ετών παρουσιάζει αρτηριακή πίεση 110/70, θα του συστήνατε επανέλεγχό αρτηριακής πίεσης;

β) Αν Ναι, κάθε πότε;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία των καρδιολόγων (63.1%) συνιστά έλεγχο της αρτηριακής πίεσης σε άνδρα 22 ετών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των καρδιολόγων συνιστά επανέλεγχο εντός ενός έτους (68.0%), ενώ το 32.0% συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο του έτους.

Ερώτηση 23

α) Αν γυναίκα 25 ετών παρουσιάζει αρτηριακή πίεση 140/90, θα της συστήνατε επανέλεγχο αρτηριακής πίεσης;

β) Αν Ναι, πότε;

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (98.3%) συνιστά έλεγχο της αρτηριακής πίεσης σε γυναίκα 25 ετών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των καρδιολόγων συνιστά επανέλεγχο εντός ενός έτους (82.8%), ενώ το 17.2% συνιστά επανέλεγχο σε διάστημα μεγαλύτερο του έτους.

Ερώτηση 24

α) Θα συστήνατε σε άνδρα 45 ετών εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) περιφερικής αρτηριοπάθειας;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτεινάτε;

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (87.2%) δηλώνει ότι δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο περιφερικής αρτηριοπάθειας σε άνδρα 45 ετών.

Το σύνολο των καρδιολόγων που δηλώνουν ότι συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο περιφερικής αρτηριοπάθειας σε άνδρα 45 ετών θεωρούν ότι ο υπερηχογραφικός έλεγχος αποτελεί την εξέταση εκλογής.

Ερώτηση 25

α)Θα συστήνατε εξετάσεις σε γυναίκα 55 ετών στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) περιφερικής αρτηριοπάθειας;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (86.5%) δηλώνει ότι δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο περιφερικής αρτηριοπάθειας σε γυναίκα 55 ετών.

Το σύνολο των καρδιολόγων που δηλώνουν ότι συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο περιφερικής αρτηριοπάθειας σε άνδρα 45 ετών, θεωρούν ότι ο υπερηχογραφικός έλεγχος αποτελεί την εξέταση εκλογής.

Ερώτηση 26

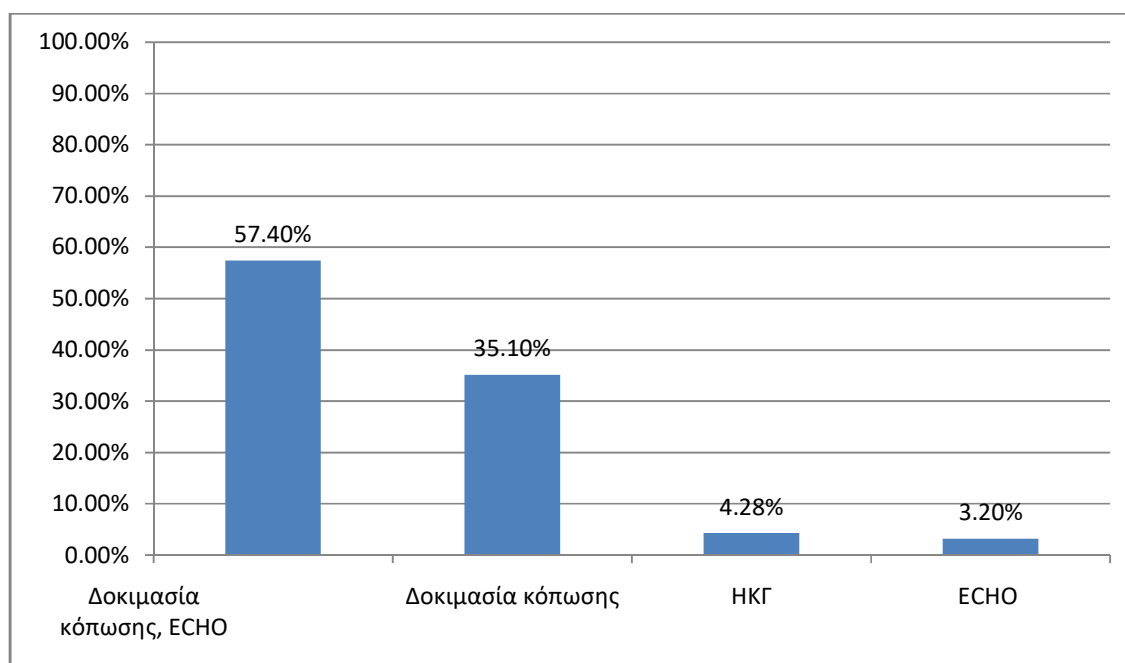
α)Θα υποβάλλατε άνδρα, ασυμπτωματικό, 47 ετών, ο οποίος αναφέρει ότι πρόκειται να ξεκινήσει εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) στεφανιαίας νόσου;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνατε;

Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία των καρδιολόγων (83.7%) δηλώνει ότι συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο στεφανιαίας νόσου σε ασυμπτωματικό άνδρα 47 ετών ο οποίος αναφέρει ότι πρόκειται να ξεκινήσει εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση.

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων που δηλώνουν ότι συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρούν ότι ο συνδυασμός δοκιμασίας κόπωσης και υπερηχοκαρδιογραφικής εξέτασης (ECHO) αποτελούν τον έλεγχο εκλογής. Οι ποσοστιαίες απαντήσεις των καρδιολόγων απεικονίζονται στο Διάγραμμα 13.

Διάγραμμα 13: Απαντήσεις καρδιολόγων στο υποερώτημα β της ερώτησης 26: «Αν υποβάλλατε άνδρα, ασυμπτωματικό, 47 ετών, που πρόκειται να ξεκινήσει εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού έλεγχου στεφανιαίας νόσου, τι εξετάσεις θα προτείνετε;»



ECHO: Υπερηχοκαρδιογραφική εξέταση

ΗΚΓ: Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ερώτηση 27

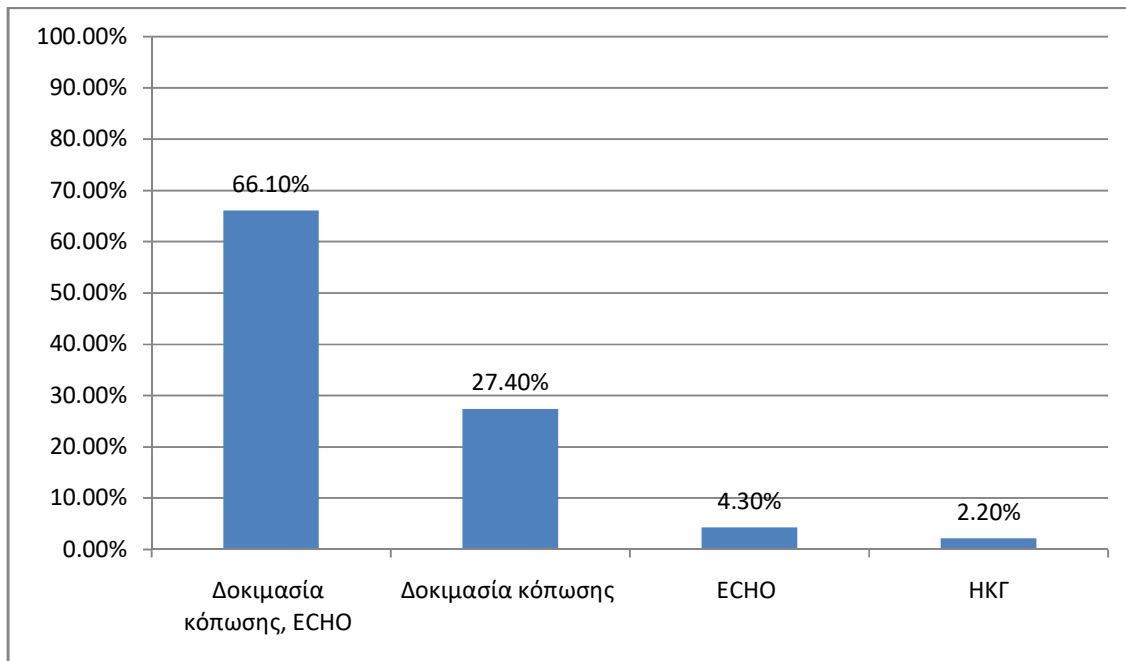
α) Θα υποβάλλατε γυναίκα 56 ετών, ασυμπτωματική, η οποία εργάζεται σε τομέα όπου ενδεχόμενη περίπτωση οξέως στεφανιαίου συνδρόμου του συγκεκριμένου ανθρώπου θα έθετε σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) στεφανιαίας νόσου;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (92.9%) δηλώνει ότι συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο στεφανιαίας νόσου σε γυναίκα 56 ετών, ασυμπτωματική, η οποία εργάζεται σε τομέα όπου ενδεχόμενη περίπτωση οξέως στεφανιαίου συνδρόμου του συγκεκριμένου ανθρώπου θα έθετε σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία.

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (66.1%) που δηλώνουν ότι συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο, θεωρούν ότι ο συνδυασμός δοκιμασίας κόπωσης και υπερηχοκαρδιογραφικής εξέτασης (ECHO) αποτελούν τον έλεγχο εκλογής (Διάγραμμα 14).

Διάγραμμα 14: Απαντήσεις καρδιολόγων στο υποερώτημα β της ερώτησης 27: «Αν υποβάλλατε γυναίκα, 56 ετών, η οποία εργάζεται σε τομέα όπου ενδεχόμενη περίπτωση οξέως στεφανιαίου συνδρόμου του συγκεκριμένου ανθρώπου θα έθετε σε κίνδυνο την δημόσια υγεία, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου στεφανιαίας νόσου, τι εξετάσεις θα προτείνατε;»



ECHO: Υπερηχοκαρδιογραφική εξέταση

ΗΚΓ: Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ερώτηση 28

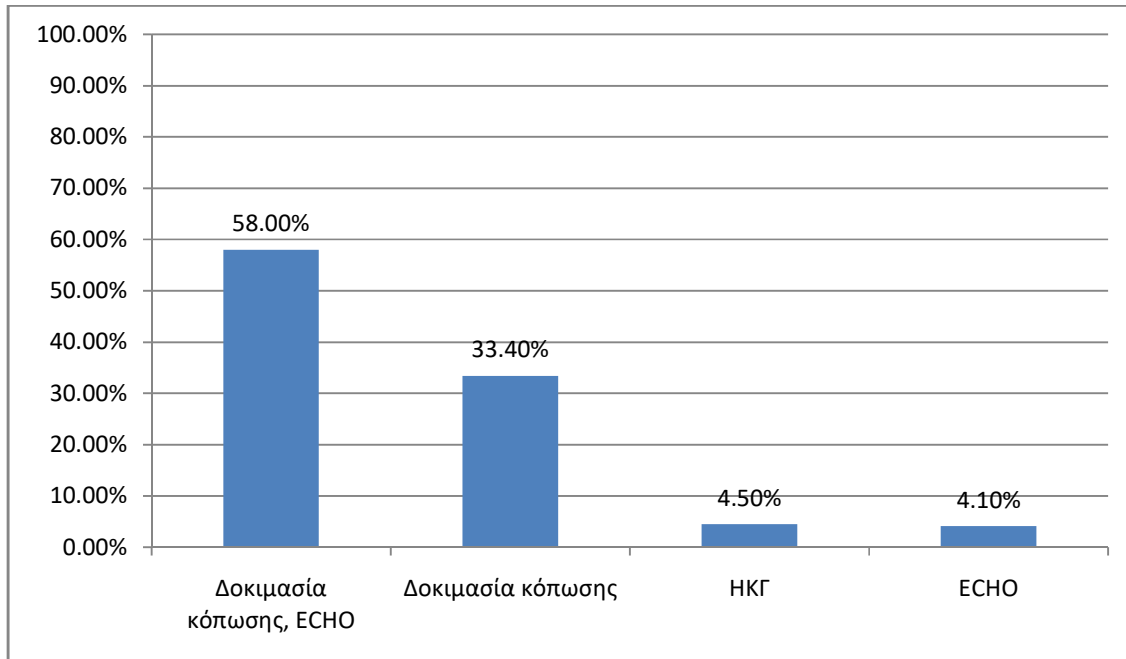
Θα υποβάλλατε γυναίκα ασυμπτωματική, 57 ετών, η οποία αναφέρει ότι πρόκειται να ξεκινήσει εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) στεφανιαίας νόσου;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνατε;

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (82.1%) δηλώνει ότι συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο στεφανιαίας νόσου γυναίκα ασυμπτωματική, 57 ετών, η οποία αναφέρει ότι πρόκειται να ξεκινήσει εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση.

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων που δηλώνουν ότι συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο, θεωρούν ότι ο συνδυασμός δοκιμασίας κόπωσης και υπερηχοκαρδιογραφικής εξέτασης (ECHO) αποτελούν τον έλεγχο εκλογής (Διάγραμμα 15).

Διάγραμμα 15: Απαντήσεις καρδιολόγων στο υποερώτημα β της ερώτησης 28: «Αν υποβάλλατε γυναίκα ασυμπτωματική, 57 ετών, η οποία αναφέρει ότι πρόκειται να ξεκινήσει εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου στεφανιαίας νόσου, τι εξετάσεις θα προτείνετε;»



Ερώτηση 29

α) Θα υποβάλλατε άνδρα 53 ετών, καπνιστή, παχύσαρκο, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για στένωση καρωτίδων;

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (84.1%) δηλώνει ότι συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για στένωση καρωτίδων σε άνδρα 53 ετών, καπνιστή, παχύσαρκο.

Το σύνολο των καρδιολόγων θεωρεί ότι το Triplex καρωτίδων αποτελεί την εξέταση εκλογής για τη διάγνωση της στένωσης καρωτίδων .

Ερώτηση 30

α) Θα υποβάλλατε άνδρα 53 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για στένωση καρωτίδων?

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (80.7%) δηλώνει ότι δεν συνιστά προσυμπτωματικό για στένωση καρωτίδων σε άνδρα 53 ετών.

Το σύνολο των καρδιολόγων που συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρεί ότι το Triplex καρωτίδων αποτελεί την εξέταση εκλογής.

3.6.1.2. Τομέας Β (στάσεις των καρδιολόγων σχετικά με τις συστάσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)

Ερώτηση 31

Πιστεύετε ότι υπάρχει αναγκαιότητα για προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) στον πληθυσμό;

Η συντριπτική πλειοψηφία των καρδιολόγων (99.0%) πιστεύει ότι υπάρχει ανάγκη για προσυμπτωματικό έλεγχο στον γενικό πληθυσμό.

Ερώτηση 32

Ακολουθείτε συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού;

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (85.8%) δήλωσε ότι ακολουθεί συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο στον πληθυσμό.

Ερώτηση 33

Πιστεύετε ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού;

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (72.2%) δήλωσε ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού.

Ερώτηση 34

Πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα βοηθούσε τον ιατρό στην επιλογή των ασθενών που πρέπει να περιληφθούν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου(screening);

Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (69.4%) πιστεύει ότι η χρήση κάποιου λογισμικού προγράμματος θα ήταν επωφελής στην καθ'ημέρα πράξη.

3.6.2. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με απαντήσεις που υποδηλώνουν μειωμένη γνώση, λανθασμένες στάσεις και κακές πρακτικές καρδιολόγων.

3.6.2.1 Τομέας Α (γνώσεις σχετικά με την ορθές συστάσεις για προληπτικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)

297 από τους 371 καρδιολόγους που επιλέχθηκαν τυχαία συμφώνησαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, γεγονός που αντιπροσωπεύει ποσοστό ανταπόκρισης 80%. Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 13. Η συντριπτική πλειοψηφία των καρδιολόγων (99.0%) συμφώνησαν σχετικά με τον σημαντικό ρόλο του προσυμπτωματικού ελέγχου στον πληθυσμό. Το 69,4% των καρδιολόγων δήλωσε ότι η χρήση online συστημάτων υποστήριξης των κλινικών αποφάσεων που αφορούν τον προσυμπτωματικό έλεγχο θα βελτιώνει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (72,2%) υποστήριξε ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες γραμμές για τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Επιπλέον, το 85,8% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι οι συστάσεις τους βασίζονται σε διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές.

Οι συστάσεις των καρδιολόγων φάνηκε ότι έρχονται σε αντίθεση με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF σε πολλούς κλινικούς τομείς (Πίνακας 3, Παράρτημα Α). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3, το πιο συνηθισμένο λάθος που έκαναν οι καρδιολόγοι, ήταν ότι συνιστούσαν έλεγχο για δυσλιπιδαιμία σε γυναίκα 46 ετών χωρίς παράγοντες κινδύνου (93,5%). Η χορήγηση ασπιρίνης σε μια γυναίκα ηλικίας 60 ετών με ιστορικό καπνίσματος και απουσία άλλων παραγόντων κινδύνου ήταν το λιγότερο συνηθισμένο λάθος που παρατηρήθηκε στη μελέτη μας (53,4%).

Περισσότεροι από τους μισούς (53,7%) καρδιολόγους δεν συνιστούν έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε έναν άνδρα 67 ετών με ιστορικό καπνίσματος. Από την άλλη πλευρά, το 53,65% των ερωτηθέντων θα συνιστούσε εσφαλμένα έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε γυναίκα 70 ετών. Η συντριπτική πλειονότητα των καρδιολόγων θα συνιστούσε εσφαλμένα έλεγχο για δυσλιπιδαιμία σε άνδρα 23 ετών (80%), σε γυναίκα 36 ετών (83,45%), καθώς και σε γυναίκα 46 ετών (93,58%), παρά την απουσία παραγόντων κινδύνου. Επιπλέον, η έρευνά μας αποκάλυψε ότι οι περισσότεροι καρδιολόγοι θα συνιστούσαν προσυμπτωματικό έλεγχο στεφανιαίας νόσου σε άνδρα 47 ετών (83,6%) και σε γυναίκα 57 ετών (82,09%) χωρίς γνωστούς παράγοντες κινδύνου. Επίσης, η πλειοψηφία των καρδιολόγων (84,12%) έρχεται σε αντίθεση με τη σύσταση του USPSTF σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για στένωση των καρωτίδων.

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 25) φαίνονται οι ποσοστιαίες απαντήσεις των καρδιολόγων που δεν συμφωνούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες, καθώς και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με μη ορθές συστάσεις.

Πίνακας 25: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των καρδιολόγων που σχετίζονται με μη ορθές συστάσεις.

Ερωτήσεις	Κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF	Οδηγίες άλλων επιστημονικών εταιριών	% των καρδιολόγων των οποίων οι συστάσεις δεν συνάδουν με τις οδηγίες του USPSTF.
E8: Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, μη καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;	Το USPSTF συνιστά έλεγχο σε άνδρες ηλικίας από 65 έως 75 με ιστορικό καπνίσματος.	Το ACC και η AHA συνιστούν προληπτικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής με υπερηχογράφημα σε άνδρες ηλικίας 65 έως 75 ετών που έχουν καπνίσει [97].	53.72 %
E11: Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 70 ετών, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;	Το USPSTF δεν κάνει συστάσεις για έλεγχο ανeurύσματος κοιλιακής αορτής σε γυναίκες.	Το ACC και η AHA συνιστούν προληπτικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής με υπερηχογράφημα σε άνδρες ηλικίας 65 έως 75 ετών που έχουν καπνίσει [97].	53.65%
E13: Θα υποβάλλατε ένα άνδρα 23 ετών σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία?	Το USPSTF δεν κάνει συστάσεις υπέρ ή κατά του ελέγχου δυσλιπιδαιμίας σε άνδρες ηλικίας 20-35 ετών που δεν έχουν αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου.	ΤοNCEP' Adult Treatment Panel III και η AHA συνιστούν έλεγχο για δυσλιπιδαιμία κάθε 5 χρόνια, ξεκινώντας από την ηλικία των 20 ετών [99]. Το AAFP συνιστά περιοδικό έλεγχο για υπερχοληστερολαμία σε άνδρες ηλικίας 35- 65 ετών και σε γυναίκες ηλικίας 45- 65 ετών[100].	80%
E15: Θα υποβάλλατε μία γυναίκα 36 ετών, σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;	Το USPSTF συνιστά έλεγχο δυσλιπιδαιμίας σε γυναίκες ηλικίας 20 έως 45 ετών, αν είναι αυξημένου κινδύνου για στεφανιαία νόσο.	ΤοNCEP' Adult Treatment Panel III και η AHA συνιστούν έλεγχο για δυσλιπιδαιμία κάθε 5 χρόνια, ξεκινώντας από την ηλικία των 20 ετών [99]. ΤοAAFP συνιστά περιοδικό έλεγχο για υπερχοληστερολαμία σε άνδρες ηλικίας 35- 65 ετών και σε γυναίκες ηλικίας 45- 65 ετών[100].	83.45%
E16: Θα υποβάλλατε μία γυναίκα 46 ετών σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;	Το USPSTF συνιστά έλεγχο δυσλιπιδαιμίας σε γυναίκες ηλικίας 45 ετών και άνω, αν είναι αυξημένου κινδύνου για στεφανιαία νόσο.	ΤοNCEP' Adult Treatment Panel III και η AHA συνιστούν έλεγχο για δυσλιπιδαιμία κάθε 5 χρόνια, ξεκινώντας από την ηλικία των 20 ετών [99]. ΤοAAFP συνιστά περιοδικό έλεγχο για υπερχοληστερολαμία σε άνδρες ηλικίας 35- 65 ετών και σε γυναίκες ηλικίας 45- 65 ετών[100].	93.58%
E19: Θα σκεπτόσασταν τη χορήγηση ασπιρίνης σε γυναίκα καπνίστρια 60ετών?	Τα USPSTF συνιστά τη χορήγηση ασπιρίνης σε άνδρες ηλικίας 45 έως 79 ετών, όταν το δυνητικό όφελος λόγω της μείωσης του κινδύνου εμφράγματος μυοκαρδίου ξεπερνά τον κίνδυνο αιμορραγικών επιπλοκών.	HASA και η AHA συνιστούν τη χορήγηση ασπιρίνης σε ασθενείς υψηλού ισχαιμικού κινδύνου (6-10%) στους οποίους το όφελος από την αγωγή ξεπερνά τον αιμορραγικό κίνδυνο [101]. Η ESC δεν συνιστά τη χορήγηση	53.4%

		ασπιρίνης στην πρωτογενή πρόληψη, λόγω του κινδύνου αιμορραγικών επιπλοκών [102].	
E26: Θα υποβάλλατε άνδρα ασυμπτωματικό 47 ετών ο οποίος αναφέρει ότι πρόκειται να ξεκινήσει εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση σε εξετάσεις, στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) στεφανιαίας νόσου	Το USPSTF δεν συνιστά έλεγχο για τη διάγνωση στεφανιαίας νόσου σε ασυμπτωματικούς ενήλικες που είναι χαμηλού κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα.	Η AHA και το ACC συνιστούν ότι το ενδεχόμενο προσυμπτωματικού ελέγχου για στεφανιαία νόσο θα μπορούσε να εξετασθεί σε ασυμπτωματικούς ασθενείς ενδιαμέσου κινδύνου οι οποίοι πρόκειται να ξεκινήσουν εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση [103].	83.67%
E28: Θα υποβάλλατε γυναίκα ασυμπτωματική 57 ετών η οποία αναφέρει ότι πρόκειται να ξεκινήσει εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) στεφανιαίας νόσου?	Το USPSTF δεν συνιστά έλεγχο για την διάγνωση στεφανιαίας νόσου σε ασυμπτωματικούς ενήλικες που είναι χαμηλού κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα	Η AHA και το ACC συνιστούν ότι το ενδεχόμενο προσυμπτωματικού ελέγχου για στεφανιαία νόσο θα μπορούσε να εξετασθεί σε ασυμπτωματικούς ασθενείς ενδιαμέσου κινδύνου οι οποίοι πρόκειται να ξεκινήσουν εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση [103].	82.09%
E29: Θα υποβάλλατε άνδρα 53 ετών, καπνιστή, παχύσαρκο, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για στένωση καρωτίδων	Το USPSTF δεν συνιστά έλεγχο για τη διάγνωση στένωσης καρωτίδων στον γενικό πληθυσμό.	Οι συστάσεις των ACC και AHA συνάδουν με τις οδηγίες του USPSTF [98].	84,12%

ACC: The American College of Cardiology.

AHA: American Heart Association.

NCEP: National Cholesterol Education Program.

AAFP: The American Academy of Family Physicians.

ESC: European Society of Cardiology.

ASA: American Stroke Association.

ACCF: American College of Cardiology Foundation

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 26) που προκύπτει από την μονοπαραγοντική ανάλυση, οι καρδιολόγοι που θα υπέβαλλαν άνδρα 77 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής είναι κυρίως οι ιατροί που αποφοίτησαν από Πανεπιστήμια της χώρας μας.

Επίσης, οι καρδιολόγοι που δεν συνιστούν έλεγχο αρτηριακής πίεσης σε άνδρα 22 ετών είναι κυρίως οι ιατροί που απασχολούνται σε δομές υγείας του δημοσίου .

Οι καρδιολόγοι που συνιστούν έλεγχο περιφερικής αρτηριοπάθειας σε άνδρες και γυναίκες 45 και 50 ετών αντίστοιχα είναι κυρίως εκείνοι με ηλικία άνω των 50 ετών.

Καρδιολόγοι με ηλικία μικρότερη των 50 ετών είναι επίσης κυρίως εκείνοι που συνιστούν έλεγχο για στεφανιαία νόσο σε ασυμπτωματικά άτομα που πρόκειται να ξεκινήσουν εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση. Επίσης, οι καρδιολόγοι με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας συνιστούν πιο συχνά έλεγχο για στεφανιαία νόσο σε άνδρα 47 ετών που πρόκειται να ξεκινήσει εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση

Οι καρδιολόγοι που συνιστούν πιο συχνά προσυμπτωματικό έλεγχο για στεφανιαία νόσο σε άνδρα 47 ετών που πρόκειται να ξεκινήσει εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση, καθώς και για στένωση καρωτίδων σε άνδρα 53 ετών, είναι εκείνοι που δήλωσαν κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών.

Πίνακας 26: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των καρδιολόγων που σχετίζονται με μη ορθές συστάσεις.

Ασυμφωνία με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF.	Φύλο		Ηλικία (έτη)		Χρόνια προϋπηρεσίας		Μεταπτυχιακές σπουδές		Ιδιωτικός τομέας (%)		Χώρα απόκτησης πτυχίου		Αριθμός ασθενών ανά εβδομάδα	
	Γυναίκα	Άνδρας	29-50	>50	1-15	>15	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ελλάδα	Εξωτερικό	1-100	>100
Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής (άνδρας 77 ετών) (E10)	Λάθος (%)										44.23	24.07		
	RR(CI)										1.84 (1.12-3.02)			
	P value										0.007			
Αρτηριακή υπέρταση (άνδρας 22 ετών)(E21)	Λάθος (%)								5.65	25				
	RR(CI)								0.23 (0.08-0.67)					
	P value								0.008					
Περιφερική αρτηριοπάθεια (άνδρας 45 ετών)(E24)	Λάθος (%)		7.25	16.34										
	RR(CI)		0.44 (0.22-0.89)											
	P value		0.02											
Περιφερική αρτηριοπάθεια (γυναίκα 55 ετών)(E26)	Λάθος (%)		8.7	17.65										
	RR(CI)		0.49(0.26-0.93)											
	P value		0.03											
Στεφανιαία νόσος(άνδρας 47 ετών)(E28)	Λάθος (%)		84.35	76.97	88.57	78.99	78.99	87.66						
	RR(CI)		1.18 (1.06-1.3)		1.12 (1.01-1.24)		0.9(0.81-1)							
	P value		0.002		0.03		0.05							
Στεφανιαία νόσος (γυναίκα 56 ετών)(E30)	Λάθος (%)		86.57	77.78										
	RR(CI)		1.12 (1.01-1.24)											
	P value		0.04											
Στένωση καρωτίδων(άνδρας53ετών) (E32)	Λάθος (%)						24.29	14.29						
	RR(CI)						1.7 (1.05-2.76)							
	P value						0.03							

3.6.2.2 Τομέας Β (στάσεις των καρδιολόγων σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο - ποσοστιαίες απαντήσεις)

Όπως φαίνεται στον πίνακα 27, καρδιολόγοι που απάντησαν ότι ακολουθούν κατευθυντήριες οδηγίες όσο αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο ήταν κυρίως:

- Καρδιολόγοι που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 29 έως 50 ετών
- Καρδιολόγοι που εξασκούσαν το επάγγελμα από 1 έως 15 χρόνια.

Πίνακας 27. Δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αρνητική στάση όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ερώτηση 31	P value	Ερώτηση 32	P value	Ερώτηση 33	P value	Ερώτηση 34	P value
Γυναίκα	100%	p=0.48	88.1%	p=0.64	64.3%	p=0.216	66.7%	p=0.679
Άνδρας	98.8%		85.4%		73.5%		69.8%	
29-50 ετών	99.3%	p=0.62	92.7%	p=0.001	72.3%	p=0.944	66.9%	p=0.358
>50 ετών	98.7%		79.1%		71.9%		71.9%	
Χώρα αποφοίτησης		p=0.66		p=0.159		p=0.846		p=0.648
Ελλάδα	99.1%		84.2%		71.9%		68.7%	
Άλλη χώρα	98.5%		91%		73.1%		71.6%	
Χρόνια εξάσκησης		p=0.60		p=0.0007		p=0.548		p=0.355
1-15 χρόνια	99.3%		92.9%		70.7%		66.9%	
>16 χρόνια	98.7%		79.1%		73.9%		71.9%	
Μετεκπαίδευση		p=0.61		p=0.98		p=0.419		p=0.584
Ναι	99.3%		85.6%		69.8%		67.6%	
Όχι	98.7%		85.7%		74%		70.6%	
Ιδιώτης:		p=0.71		p=0.809		p=0.277		p=0.661
Ναι	98.9%		85.8%		72.7%		69%	
Όχι:	100%		83.3%		58.3%		75%	
Αριθμός ασθενών		p=0.58		p=0.11		p=0.632		p=0.338
1-100	99.2%		83.5%		74%		68.3%	
>100	98.4%		90.2%		71.3%		73.8%	

Έντονη γραφή και *: Στατιστικώς σημαντικά στοιχεία

3.6.3 Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης

3.6.3.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 28) απεικονίζονται τα δημογραφικά στοιχεία που σχετίζονται με λανθασμένες πρακτικές των καρδιολόγων, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης.

Όπως φαίνεται τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης συνάδουν με τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης.

Δεν εντοπίστηκαν σημαντικοί παράγοντες κινδύνου όσον αφορά τη στάση των καρδιολόγων σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο (Ερωτήσεις 31-34).

Πίνακα 28: Δημογραφικά στοιχεία που σχετίζονται με λανθασμένες πρακτικές των καρδιολόγων σύμφωνα με τα αποτελέσματα της αναστροφής λογιστικής παλινδρόμησης.

Μη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF.	Φύλο		Ηλικία (χρόνια)		Χρόνια προϋπηρεσία (χρόνια)		Μεταπτυχιακές σπουδές		ΙΚΑ ή άλλο ταμείο (%)		Ιδιωτικός τομέας (%)		Χώρα απόκτησης πτυχίου	
	Γυναίκα	Ανδρας	29-50	>50	1-15	>15	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ελλάδα	Εξωτερικό
Ανεύρωμα κοιλιακής αορτής (άνδρας 77 ετών)(E11)													44.23	24.07
													2.5 (1.3-5.11)	
													0.006	
Αρτηριακή υπέρταση (άνδρας 22 ετών)(E22)											5.65	25		
											0.18 (0.05-0.87)			
											0.03			
Περιφερική αρτηριακή νόσο (άνδρας 45 ετών)(E25)			7.25	16.34										
			0.4 (0.18-0.84)											
			0.02											
Περιφερική αρτηριακή νόσο (γυναίκα 55 ετών)(E26)			8.7	17.65										
			0.42 (0.2-0.86)											
			0.02											
ΣΝ(άνδρας 47 ετών)(E28)			84.35	76.97	88.57	78.99	78.99	87.66						
			3.06 (1.56-6.34)		2.15 (1.12-4.23)		0.47(0.24-0.89)							
			0.002		0.03		0.02							
ΣΝ(γυναίκα 57 ετών)(Q30)			86.57	77.78										
			1.97 (1.06-3.78)											
			0.04											
Στένωση καρωτίων (άνδρας 53 ετών)(E32)							24.29	14.29						
							1.92(1.07-3.53)							
							0.03							

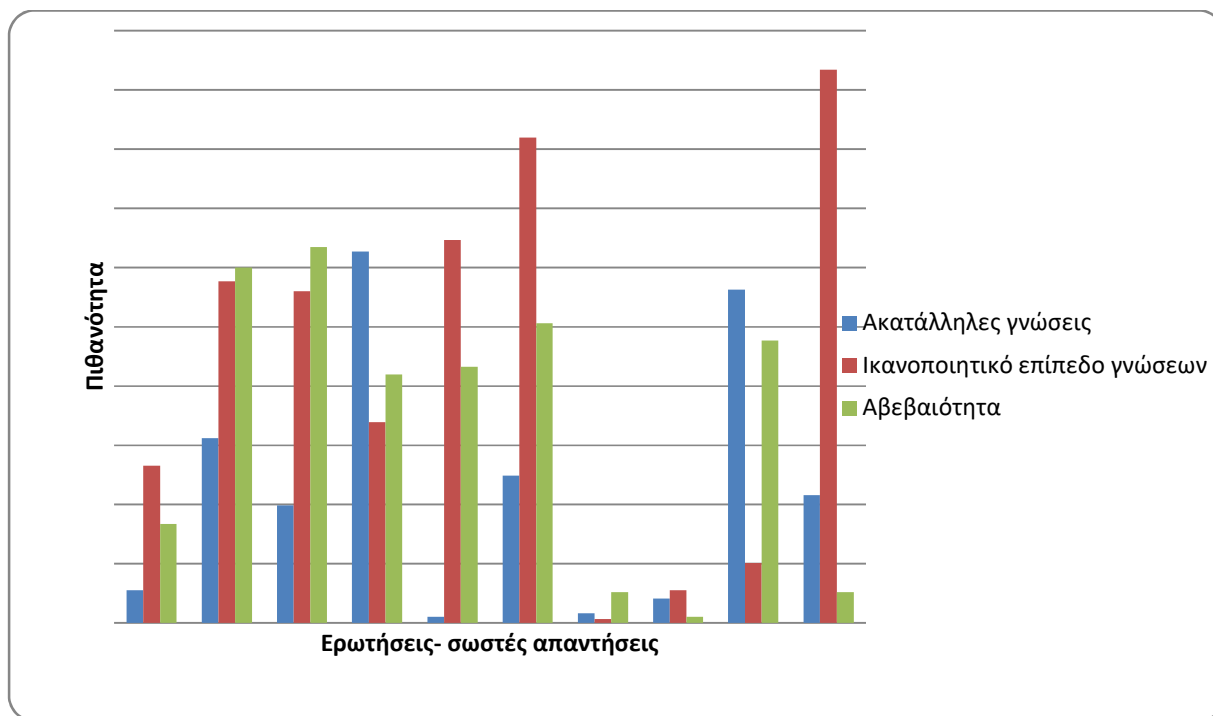
3.6.4 Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης λανθανουσών μεταβλητών

3.6.4.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο)

Στη στατιστική ανάλυση λανθανουσών μεταβλητών (latent class analysis) επιλέχθηκε ένα μοντέλο 4 λανθανουσών κατηγοριών για να περιγράψει το επίπεδο γνώσεων των καρδιολόγων σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF(Εικόνα 2). Στην κατηγορία 1 (13.93%) το επίπεδο γνώσεων κρίθηκε ακατάλληλο, στην κατηγορία 2 (14.82%) μετρίως ικανοποιητικό, στην κατηγορία 3 (1.4%) κατάλληλο και στην κατηγορία 4 (69.85%) μη ικανοποιητικό.

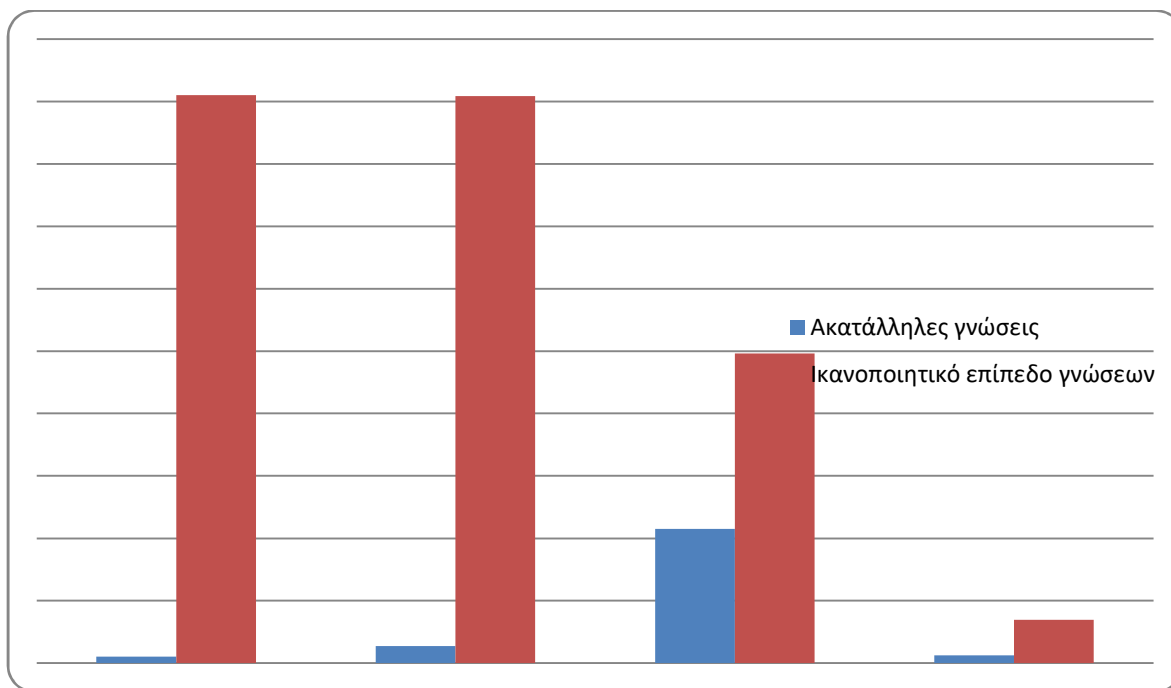
Η στατιστική ανάλυση λανθανουσών μεταβλητών έδειξε ότι οι καρδιολόγοι ηλικίας μικρότερης των 50 ετών έχουν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να ανήκουν στην ομάδα των ιατρών με ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων (OR: 4.25, CI: 1.65-10.96, $p=0.003$) και δυο φορές περισσότερες πιθανότητες να ανήκουν στην ομάδα των ιατρών με μέτριο επίπεδο γνώσεων, συγκριτικά με τους καρδιολόγους ηλικίας μεγαλύτερης των 50ετών (OR: 2.35, CI: 1.07-5.15, $p=0.03$) (Εικόνα 9).

Εικόνα 9: Γνώσεις των καρδιολόγων όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες.



Όσο αφορά τις γνώσεις των καρδιολόγων σχετικά με το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, χρησιμοποιήθηκε ένα μοντέλο τριών λανθανουσών κατηγοριών (Εικόνα 10). Το επίπεδο γνώσεων ονομάστηκε “ικανοποιητικό” στην κατηγορία 1 (61.56%), “μη ικανοποιητικό” στην κατηγορία 2 (30.23%) και “μετρίως ικανοποιητικό” στην κατηγορία 3 (8.21%). Το φύλο ήταν ο μόνος στατιστικά σημαντικός προγνωστικός παράγοντας όσο αφορά την κατηγοριοποίηση. Οι άνδρες είχαν περισσότερες πιθανότητες ένταξης στην κατηγορία 2 (OR: 0.39, CI: 0.16-0.99, $p=0.05$) συγκριτικά με τις γυναίκες.

Εικόνα 10: Γνώσεις των καρδιολόγων όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής.

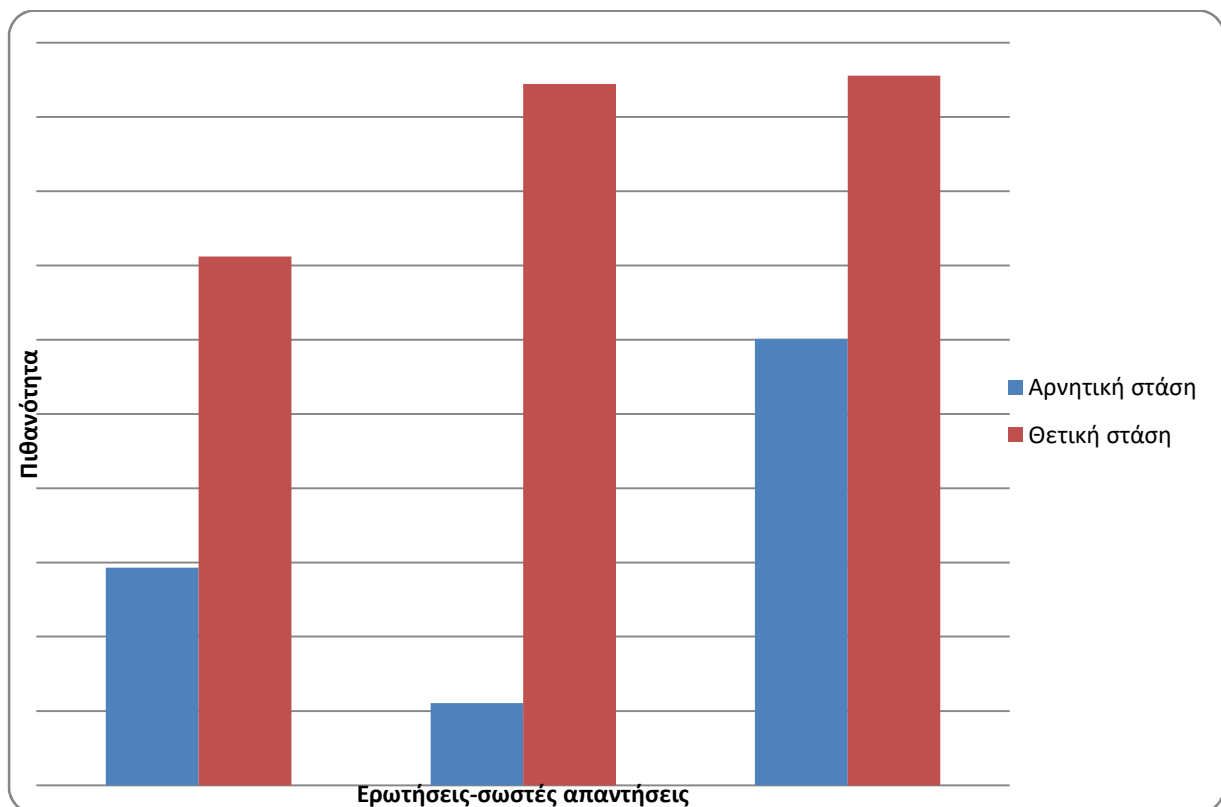


3.6.4.2. Τομέας Β (στάσεις των καρδιολόγων σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο).

Ένα μοντέλο δυο λανθανουσών κατηγοριών (two latent class model) επιλέχθηκε για να αξιολογήσει τη στάση των καρδιολόγων ως προς τις στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου. Η πλειοψηφία των καρδιολόγων (86.76%), που ανήκουν στην πρώτη ομάδα με την ονομασία “θετική στάση”, έχουν θετική στάση ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τον προσυμπτωματικό έλεγχο και είναι θετικά προσκείμενοι στην ιδέα της χρήσης υποστηρικτικών λογισμικών προγραμμάτων στην καθ’ ημέρα πράξη. Η κατηγορία 2, που πήρε την ονομασία “αρνητική στάση”, περιλαμβάνει καρδιολόγους που δηλώνουν ότι δεν συμβουλεύονται τις

κατευθυντήριες οδηγίες στη διάρκεια λήψης αποφάσεων ως προς τον προσυμπτωματικό έλεγχο, αλλά ταυτόχρονα συμφωνούν κατά πλειοψηφία ως προς την αναγκαιότητα των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Καρδιολόγοι ηλικίας άνω των 50 ετών έχουν πιο πολλές πιθανότητες να ανήκουν στη δεύτερη κατηγορία (OR: 0.25, CI: 0.07-0.86, p=0.03).

Εικόνα 8: Στάσεις των καρδιολόγων όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες.



3. 7. Αποτελέσματα της έρευνας των παιδιάτρων

3.7.1 Μονοπαραγοντική ανάλυση των τομέων (γνώσεις – στάσεις – πρακτικές) σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους παιδιάτρους.

3.7.1.1 Ανάλυση του τομέα Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο από τους παιδιάτρους)

Ερώτηση 8

Θα υποβάλλατε ένα παιδί 8 ετών, ασυμπτωματικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HSV (genital herpes);

Η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιάτρων (94.6%) δεν συνιστά σε ένα παιδί 8 ετών, ασυμπτωματικό, προληπτικό έλεγχο για λοίμωξη από HSV.

Ερώτηση 9

Θα υποβάλλατε ένα παιδί 8 ετών, ασυμπτωματικό, χωρίς παράγοντες κινδύνου για λοίμωξη από HIV, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HIV;

Η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιάτρων(96.9%) δεν συνιστά σε ένα παιδί 8 ετών εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HIV.

Ερώτηση 10

Θα υποβάλλατε ένα κορίτσι 14 ετών, ασυμπτωματικό, με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, σε test διάγνωσης κατάθλιψης;

Η πλειοψηφία των παιδιάτρων(60.8%) δεν συνιστά σε ένα κορίτσι 14 ετών, ασυμπτωματικό, με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, να υποβληθεί σε test διάγνωσης κατάθλιψης.

Ερώτηση 11

Θα υποβάλλατε ένα κορίτσι 11 μηνών, ασυμπτωματικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία;

Η πλειοψηφία των παιδιάτρων (53.8%) συνιστά σε ένα κορίτσι 11 μηνών, ασυμπτωματικό εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου για σιδηροπενική αναιμία.

Ερώτηση 12

Θα υποβάλλατε ένα κορίτσι 6 ετών, ασυμπτωματικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία;

Η πλειοψηφία των παιδιάτρων(52.4%) δεν συνιστά σε ένα κορίτσι 6 ετών, ασυμπτωματικό, εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου για σιδηροπενική αναιμία.

Ερώτηση 13

Θα χορηγούσατε συμπληρώματα σιδήρου σε ένα αγόρι 7 μηνών το οποίο γεννήθηκε λιποβαρές;

Η πλειοψηφία των παιδιάτρων (60.1%) συνιστά χορήγηση συμπληρωμάτων σιδήρου σε ένα αγόρι 7 μηνών το οποίο γεννήθηκε λιποβαρές.

Ερώτηση 14

Θα υποβάλλατε ένα αγόρι 2 μηνών, ασυμπτωματικό, με οικογενειακό ιστορικό συγγενούς εξάρθρωσης ισχίου, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για συγγενή εξάρθρωση ισχίου;

Η πλειοψηφία των παιδιάτρων (86.4%) συνιστά σε ένα αγόρι 2 μηνών, ασυμπτωματικό, με οικογενειακό ιστορικό συγγενούς εξάρθρωσης ισχίου, προληπτικό έλεγχο για συγγενή εξάρθρωση ισχίου.

Ερώτηση 15

Θα υποβάλλατε ένα αγόρι 13 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ιδιοπαθή σκολίωση;

Η πλειοψηφία των παιδιάτρων (80.3%) συνιστά σε ένα αγόρι 13 ετών προληπτικό έλεγχο για ιδιοπαθή σκολίωση.

Ερώτηση 16

α) Θα υποβάλλατε ένα παιδί 9 ετών, χωρίς οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, με έναν γονέα με ολική χοληστερόλη >240mg/dl, σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε;

Η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιάτρων (96.9%) συνιστά σε ένα παιδί 9 ετών, χωρίς οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, με έναν γονέα με ολική χοληστερόλη >240mg/dl, σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία.

Το σύνολο των παιδιάτρων συνιστά έλεγχο χοληστερόλης, HDL, LDL και τριγλυκεριδίων.

Ερώτηση 17

Θα υποβάλλατε ένα παιδί 7 ετών, χωρίς οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου ή δυσλιπιδαιμίας, σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για δυσλιπιδαιμία;

Η πλειοψηφία των παιδιάτρων (54.1%) συνιστά σε ένα παιδί 7 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου η δυσλιπιδαιμίας εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία.

Ερώτηση 18

Θα υποβάλλατε ένα παιδί 10 ετών, παχύσαρκο, ανεξαρτήτως οικογενειακού ιστορικού στεφανιαίας νόσου, σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

Η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιάτρων (94.9%) συνιστά σε ένα παιδί 10 ετών, παχύσαρκο, ανεξαρτήτως οικογενειακού ιστορικού στεφανιαίας νόσου, σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία.

Ερώτηση 19

Θα υποβάλλατε ένα παιδί 10 ετών, με οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, σε έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για παχυσαρκία;

Η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιάτρων (87.7%) δεν συνιστά σε ένα παιδί 10 ετών, με οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, έλεγχο για παχυσαρκία.

Ερώτηση 20

Θα υποβάλλατε ένα αγόρι 5 ετών, ασυμπτωματικό, με ιστορικό πρόωρης γέννησης, σε έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για διαταραχές ανάπτυξης του λόγου;

Η πλειοψηφία των παιδιάτρων (62.8%) δεν συνιστά σε ένα αγόρι 5 ετών, ασυμπτωματικό, με ιστορικό πρόωρης γέννησης, προληπτικό έλεγχο για διαταραχές ανάπτυξης του λόγου στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening).

Ερώτηση 21

Θα υποβάλλατε ένα αγόρι 5 ετών, ασυμπτωματικό, σε έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για διαταραχές της όρασης;

Η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιάτρων (92.5%) συνιστά σε ένα αγόρι 5 ετών, ασυμπτωματικό, προσυμπτωματικό έλεγχο για διαταραχές της όρασης.

Ερώτηση 22

Θα μετρούσατε την αρτηριακή πίεση σε παιδιά ηλικίας 8 ετών στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) αρτηριακής υπέρτασης;

Η συντριπτική πλειοψηφία (91.8%) των παιδιάτρων συνιστά σε παιδιά ηλικίας 8 ετών προσυμπτωματικό έλεγχο αρτηριακής υπέρτασης.

3.7.1.2. Τομέας Β (στάσεις των παιδιάτρων σχετικά με τις συστάσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)

Ερώτηση 23

Πιστεύετε ότι υπάρχει αναγκαιότητα για προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του παιδικού πληθυσμού όσον αφορά τις παιδιατρικές νόσους;

Η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιάτρων (99%) δηλώνει ότι υπάρχει αναγκαιότητα για προσυμπτωματικό έλεγχο του παιδικού πληθυσμού.

Ερώτηση 24

Ακολουθείτε συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening)του παιδικού πληθυσμού για παιδιατρικές νόσους;

Η πλειοψηφία των παιδιάτρων (61.1%) δηλώνει ότι ακολουθεί συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο στον παιδικό πληθυσμό.

Ερώτηση 25

Πιστεύετε ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του παιδικού πληθυσμού για τις παιδιατρικές νόσους;

Η πλειοψηφία των παιδιάτρων (51.4%) δηλώνει ότι δεν υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο του παιδικού πληθυσμού.

Οι ποσοστιαίες απαντήσεις των παιδιάτρων απεικονίζονται στο Διάγραμμα 254.

Ερώτηση 26

Πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα βοηθούσε τον ιατρό στην επιλογή των παιδιών που πρέπει να περιληφθούν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (screening);

Η πλειοψηφία των παιδιάτρων (78.8%) δηλώνει ότι υπάρχει ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα βοηθούσε τον ιατρό στην επιλογή των παιδιών που πρέπει να περιληφθούν σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου.

3.7.2 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με απαντήσεις που υποδηλώνουν μειωμένη γνώση, λανθασμένες στάσεις και κακές πρακτικές των παιδιάτρων.

3.7.2.1 Τομέας Α (γνώσεις σχετικά με τις ορθές συστάσεις για προληπτικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)

Από τους συμμετέχοντες παιδίατρους, το 94,6% απάντησε σωστά ότι ο έλεγχος για τον ιό του απλού έρπητα (HSV) στα ασυμπτωματικά παιδιά δεν συστήνεται από τις διεθνείς οδηγίες. Η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων (96,4%) είχε γνώση των κατευθυντήριων οδηγιών που αφορούν τον έλεγχο για HIV σε ένα παιδί ηλικίας 8 ετών.

Περισσότεροι από τους μισούς παιδίατρους έδωσαν σωστές απαντήσεις σχετικά με τον έλεγχο της αναιμίας σε παιδί 6 ετών. Επίσης, φάνηκε ότι οι περισσότεροι παιδίατροι (60,1%) υιοθετούν τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF σχετικά με την ανάγκη για χορήγηση συμπληρωμάτων σιδήρου σε αγόρι ηλικίας 7 μηνών το οποίο γεννήθηκε λιποβαρές. Αντίθετα, το επίπεδο συμμόρφωσης των παιδίατρων με τις οδηγίες για τον προσυμπτωματικό έλεγχο για παχυσαρκία στα παιδιά είναι ιδιαίτερα χαμηλό (12.3%).

Οι περισσότεροι παιδίατροι ακολουθούν τις οδηγίες για τον προσυμπτωματικό έλεγχο για διαταραχές ανάπτυξης του λόγου σε ένα παιδί 5 ετών με ιστορικό πρόωρου τοκετού (62,8%), καθώς και διαταραχές όρασης (92,5%) σε ασυμπτωματικό αγόρι ηλικίας 5 ετών. Σε κλινικούς τομείς, όπως η δυσλιπιδαιμία (Q16, Q18) και η υπέρταση (Q22), στους οποίους οι συστάσεις της USPSTF έρχονται σε αντίθεση με τις οδηγίες της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρίας (AAP), η συντριπτική πλειοψηφία των παιδίατρων φάνηκε ότι ακολουθεί τις κατευθυντήριες γραμμές της AAP (96,9%, 94,9% και 91,8% αντίστοιχα).

Όσον αφορά την ανίχνευση αναιμίας σε κορίτσι 11 μηνών (Q11), το 53,8% τάχθηκε υπέρ του προσυμπτωματικού ελέγχου, αποκλίνοντας εκ νέου από τις συστάσεις του USPSTF.

Το πιο συχνά παρατηρούμενο σφάλμα των συμμετεχόντων παιδιάτρων (87,7%) ήταν η έλλειψη έλεγχου για παχυσαρκία σε ένα αγόρι ηλικίας 10 ετών με οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Η σύσταση για έλεγχο δυσλιπιδαιμίας σε αγόρι ηλικίας 7 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου ήταν το λιγότερο συχνό λάθος που παρατηρήθηκε στη μελέτη μας (54,08%).

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 29) φαίνονται οι απαντήσεις (%) των παιδιάτρων που δεν συμφωνούν τις κατευθυντήριες οδηγίες, καθώς και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με μη ορθές συστάσεις.

Πινάκας 29: Συστάσεις των παιδιάτρων που δεν είναι σύμφωνες με τις κατευθυντήριες γραμμές USPSTF, καθώς και συστάσεις άλλων επιστημονικών εταιριών.

Ερωτήσεις	Κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF.	Κατευθυντήριες οδηγίες άλλων επιστημονικών εταιριών	% των παιδιάτρων των οποίων οι συστάσεις δεν συμφωνούν με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF.
E10: Θα υποβάλλατε ένα κορίτσι 14 ετών, ασυμπτωματικό, με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, σε test διάγνωσης κατάθλιψης;	Το USPSTF συνιστά έλεγχο των εφήβων(12-18 ετών) για την κατάθλιψη, υπάρχουν δομές που είναι σε θέση να εξασφαλίσουν την ακριβή διάγνωση, ψυχοθεραπεία και την παρακολούθηση.	Η AAP συνιστά στη λήψη ιστορικού από τους εφήβους να περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικές με την κατάθλιψη [104].	60,8%
E14: Θα υποβάλλατε ένα αγόρι 2 μηνών, ασυμπτωματικό, με οικογενειακό ιστορικό συγγενούς εξάρθρωσης ισχίου, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για συγγενή εξάρθρωση ισχίου;	Η USPSTF καταλήγει στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν επαρκή επιστημονικά στοιχεία ώστε να συστήσει υπέρ ή κατά του ελέγχου για την συγγενή εξάρθρωση ισχίου .	Η AAP συνιστά περιοδικό κλινικό έλεγχο των ισχίων. Συνιστά επίσης απεικονιστικό έλεγχο σε κορίτσια που γεννήθηκαν με ισχιακή προβολή. Συνιστάται επίσης προαιρετικός έλεγχος σε αγόρια που γεννήθηκαν με ισχιακή προβολή, καθώς και σε κορίτσια με οικογενειακό ιστορικό συγγενούς εξάρθρωσης ισχίου. [105]	86.39%
E15: Θα υποβάλλατε ένα αγόρι 13 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ιδιοπαθή σκολίωση ;	Το USPSTF συνιστά κατά του ελέγχου για ιδιοπαθή σκολίωση σε ένα αγόρι 13 ετών.	Οι AAOS, SRC, POSNA και η AAP δεν συνιστούν έλεγχο για σκολίωση [106].	80.27%
E17: Θα υποβάλλατε ένα παιδί 7 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου η δυσλιπιδαιμίας σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;	Η USPSTF καταλήγει στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν επαρκή επιστημονικά στοιχεία ώστε να συστήσει υπέρ ή κατά του ελέγχου για δυσλιπιδαιμία σε βρέφη, παιδιά, εφήβους ή σε νέους ενήλικες	Σύμφωνα με την AAP, συνιστάται έλεγχος πριν την εφηβεία (ηλικίες 9 - 11 ετών) και επανάληψη μετά την ήβη(ηλικίες 17 -21 ετών) [107].	54.08%
E19: Θα υποβάλλατε ένα παιδί 10 ετών, με οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, σε έλεγχο (BMI) στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για παχυσαρκία;	Το USPSTF συνιστά έλεγχο για παχυσαρκία σε παιδιά ηλικίας 6 ετών και άνω.	Σύμφωνα με την AAP, συνιστάται ετήσιος έλεγχος του BMI, ξεκινώντας από την ηλικία των 2 ετών [107].	87.71%

AAP: American Academy of Pediatrics.

AAOS: American Academy of Orthopaedic Surgeons.

SRC: Scoliosis Research Society.

POSNA: Pediatric Orthopaedic Society of North America.

BMI: Body mass index.

Όπως προκύπτει από τη μονοπαραγοντική ανάλυση (Πίνακας 30), οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα κορίτσι βετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία είναι κυρίως:

- Παιδίατροι νεότεροι των 50 ετών.
- Παιδίατροι με 1-15 χρόνια εξάσκησης.
- Παιδίατροι που δεν έκαναν μετεκπαίδευση.
- Παιδίατροι που δηλώνουν ότι ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες.

Οι παιδίατροι που θα χορηγούσαν συμπληρώματα σιδήρου σε ένα αγόρι 7 μηνών με χαμηλό βάρος γέννησης είναι κυρίως:

- Παιδίατροι νεότεροι των 50 ετών.
- Παιδίατροι που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακών σπουδών.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα αγόρι 2 μηνών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για συγγενή εξάρθρωση ισχίου είναι κυρίως γυναίκες.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα κορίτσι βετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ιδιοπαθή σκολίωση είναι κυρίως:

- Παιδίατροι νεότεροι των 50 ετών
- Παιδίατροι με 1-15 χρόνια εξάσκησης.
- Παιδίατροι που δεν έκαναν μετεκπαίδευση.
- Παιδίατροι που εργάζονται ως ιδιώτες.
- Παιδίατροι που δηλώνουν ότι ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα αγόρι 9 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία είναι κυρίως:

- Γυναίκες παιδίατροι
- Παιδίατροι νεότεροι των 50 ετών

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα αγόρι 7 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία είναι κυρίως:

- Παιδίατροι νεότεροι των 50 ετών
- Παιδίατροι με 1-15 χρόνια εξάσκησης.
- Παιδίατροι που δεν έκαναν μετεκπαίδευση.
- Παιδίατροι που εργάζονται ως ιδιώτες.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα παχύσαρκο αγόρι 10 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία είναι κυρίως:

- Γυναίκες παιδίατροι
- Παιδίατροι με 1-15 χρόνια εξάσκησης.
- Παιδίατροι που δηλώνουν ότι ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα αγόρι 10 ετών, με οικογενειακό ιστορικό ΣΝ, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία είναι κυρίως:

- Παιδίατροι νεότεροι των 50 ετών
- Παιδίατροι που εργάζονται ως ιδιώτες.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα αγόρι 5 ετών, με ιστορικό πρόωρης γέννησης, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καθυστέρηση της ομιλίας και γλωσσικές διαταραχές είναι κυρίως:

- Άνδρες παιδίατροι.
- Παιδίατροι που έκαναν μετεκπαίδευση.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα αγόρι 5 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για διαταραχές όρασης είναι κυρίως οι παιδίατροι που εργάζονται ως ιδιώτες.

Ο μέσος αριθμός λανθασμένων απαντήσεων στις ερωτήσεις που σχετίζονται με τις γνώσεις των παιδιατρικών όσο αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο ήταν $7 \pm 1,57$, με ελάχιστες 2 και μέγιστες 11 λανθασμένες απαντήσεις. Οι παιδίατροι οι οποίοι έχουν εμπειρία μικρότερη των 15 ετών, είναι ηλικίας μικρότερης των 50 ετών, εκείνοι που εξετάζουν περισσότερους από ογδόντα ασθενείς εβδομαδιαίως, έχουν σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες να δώσουν λανθασμένες απαντήσεις σε περισσότερες από επτά ερωτήσεις, και ως εκ τούτου να έχουν χαμηλότερα επίπεδα συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες γραμμές ελέγχου της USPSTF.

Πίνακας 30. Δημογραφικά χαρακτηριστικά παιδιάτρων των οποίων οι συστάσεις δεν συνάδουν με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF.

Ασυμφωνία με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF.	Φύλο		Ηλικία (χρόνια)		Χρόνια προϋπηρεσίας (χρόνια)		Μεταπτυχιακές σπουδές		Ιδιωτικός τομέας		Ιατροί που συμβουλευονται κατευθυντήριες οδηγίες		Αριθμός ασθενών την εβδομάδα.	
	Female	Male	29-50	>50	1-15	>15	Yes	No	Yes	No	Yes	No	1-100	>100
Σιδηροπενική αναιμία (κορίτσι 6 ετών)(E12)	False (%)		55.14	43.24	56.03	39.74	37.5	52.82	51.33	33.33	53.07	38.6		
	RR (CI)		1.28(1.01-1.62)		1.41(1.1-1.8)		0.71(0.53-0.95)		1.55 (1.05 -2.28)		1.38(1.05-1.8)			
	P value		0.05		0.01		0.03		0.01		0.02			
Σιδηροπενική αναιμία (Αγόρι 7 μηνών που γεννήθηκε λιποβαρές)(E13)	False (%)		47.17	35.68			49.47	34.87						
	RR (CI)		1.32 (1-1.75)				1.82(1.11-3.03)							
	P value		0.05				0.02							
Συγγενής εξάρθρωση ισχίου (Αγόρι 2 μηνών με οικογενειακό ιστορικό συγγενούς εξάρθρωσης ισχίου)(E14)	False (%)		89.71	81.51										
	RR (CI)		1.1(0.99-1.22)											
	P value		0.04											
Ιδιοπαθή σκολίωση (Αγόρι 13 ετών)(E15)	False (%)		86.92	76.22	85.82	74.83	70.83	85.1			85.47	71.93		
	RR (CI)		1.14 (1.02-1.27)		1.15(1.02-1.29)		0.83(0.72-0.96)				1.19(1.01-1.35)			
	P value		0.03		0.02		0.003				0.005			
Αυσλιπιδαιμία (Αγόρι 7 ετών)(E17)	False (%)		68.22	45.41	68.09	40.4			58.08	38.6				
	RR (CI)		1.5 (1.23-1.84)		0.45 (0.27-0.74)				1.5 (1.07-2.13)					
	P value		<0.001		0.002				0.01					
Αυσλιπιδαιμία (Παχύσαρκο αγόρι 10 ετών)(E18)	False (%)		97.14	91.6	97.87	96.41					97.77	90.35		
	RR (CI)		1.06(1-1.13)		1.06 (1.01-1.12)						1.08(1.02-1.15)			
	P value		0.03		0.02						0.005			
Αυσλιπιδαιμία (Αγόρι 10 ετών με οικογενειακό ιστορικό ΣΝ)(E19)	False (%)		92.52	84.78					90.39	75				
	RR (CI)		1.09 (1.01-1.18)						1.21(1.03-1.41)					
	P value		0.05						0.002					
Διαταραχές ανάπτυξης του λόγου (Αγόρι 5 ετών, ασυμπτωματικό, με ιστορικό πρόωρης γέννησης) (E20)	False (%)		42.53	70.59			45.83	32.99	90.39					
	RR (CI)		1.74(1.06-2.88)				1.39(1.03-1.87)							
	P value		0.03				0.03							
Διαταραχές της όρασης (Αγόρι 5 ετών)(E21)	False (%)								4.37	21.05				
	RR (CI)								0.21 (0.09-0.5)					
	P value								<0.0001					

3.7.2.2 Τομέας Β (στάσεις των παιδίατρων σχετικά με τις συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο ποσοστιαίες απαντήσεις)

Οι παιδίατροι που απάντησαν ότι υπάρχει αναγκαιότητα για προσυμπτωματικό έλεγχο του παιδικού πληθυσμού είναι κυρίως οι παιδίατροι οι οποίοι εργάζονται ως ιδιώτες.

Οι παιδίατροι που απάντησαν ότι ακολουθούν κατευθυντήριες οδηγίες όσο αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο ήταν κυρίως;

- Παιδίατροι που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 33 ως 54 ετών.
- Παιδίατροι που εξασκούσαν το επάγγελμα από 1 ως 21 χρόνια.
- Παιδίατροι που έχουν κάνει μετεκπαίδευση.

Οι παιδίατροι που πιστεύουν ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδомένες κατευθυντήριες οδηγίες όσο αφορά τον προσυμπτωματικού έλεγχο του πληθυσμού είναι κυρίως οι παιδίατροι που εξετάζουν περισσότερους από 70 ασθενείς την εβδομάδα.

Οι παιδίατροι που απάντησαν η χρήση κάποιου λογισμικού προγράμματος θα ήταν επωφελής στην κλινική πράξη ήταν κυρίως οι ιατροί οι οποίοι εκπαιδεύτηκαν σε Πανεπιστημιακή κλινική κατά την διάρκεια της ειδικότητας.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αρνητική στάση όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF απεικονίζονται στον πίνακα 31.

Πίνακας 31: Δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αρνητική στάση όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ερώτηση 24	P value	Ερώτηση 25	P value	Ερώτηση 26	P value	Ερώτηση 27	P value
33-54 ετών	99.3%	p=0.64	71.6%	p=0.0004	46.3%	p=0.52	79.9%	p=0.65
>54ετών	98.7%		51.6%		50%		77.7%	
Χώρα αποφοίτησης		p=0.39		p=0.11		p=0.26		p=0.70
Ελλάδα	98.7%		58.9%		55.4%		78.4%	
Άλλη χώρα	100%		70.2%		47%		80.7%	
Νοσοκομείο εξάσκησης ειδικότητας		p=0.51		p=0.99		p=0.82		p=0.001
Πανεπιστημιακή κλινική	99.3%		61.4%		48%		86.3%	
Κρατική κλινική	98.6%		60.7%		49.3%		70.7%	
Χρόνια εξάσκησης		p=0.57		p=0.016		p=0.23		p=0.87
1-21 χρόνια	99.3%		67.8%		44.8%		78.3%	
>21 χρόνια	98.6%		54.1%		51.7%		79%	
Μετεκπαίδευση		p=0.98		p=0.025		p=0.06		p=0.092
Ναι	98.9%		69.8%		40.6%		84.4%	
Όχι	99%		56.2%		52.3%		75.8%	
Ιδιώτης:		p=0.04		p=0.257		p=0.06		p=0.129
Ναι	99.6%		58.8%		51.3%		76.8%	
Όχι:	96.5%		66.7%		37.5%		86%	
Αριθμός ασθενών 1-70		p=0.99		p=0.818		p=0.0007		p=0.29
>70	99.2%		62.3%		38.5%		82.8%	
	99.2%		63.7%		60.2%		77.4%	

Οι παιδίατροι που απάντησαν ότι υπάρχει αναγκαιότητα για προσυμπτωματικό έλεγχο του παιδικού πληθυσμού είναι κυρίως οι παιδίατροι οι οποίοι εργάζονται ως ιδιώτες.

Οι παιδίατροι που απάντησαν ότι ακολουθούν κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο ήταν κυρίως;

- Παιδίατροι που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 33 έως 54 ετών.
- Παιδίατροι που εξασκούσαν το επάγγελμα από 1 έως 21 χρόνια.
- Παιδίατροι που έχουν κάνει μετεκπαίδευση.

Οι παιδίατροι που πιστεύουν ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο του πληθυσμού είναι κυρίως οι παιδίατροι που εξετάζουν περισσότερους από 70 ασθενείς την εβδομάδα.

Οι παιδίατροι που απάντησαν ότι η χρήση κάποιου λογισμικού προγράμματος θα ήταν επωφελής στην κλινική πράξη ήταν κυρίως οι ιατροί οι οποίοι εκπαιδεύτηκαν σε Πανεπιστημιακή κλινική κατά τη διάρκεια της ειδικότητας.

3.7.3 Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης

3.7.3.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο – ποσοστιαίες απαντήσεις)

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης, οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα κορίτσι βετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία είναι κυρίως:

- Παιδίατροι με 1-15 χρόνια εξάσκησης.
- Παιδίατροι που δεν έκαναν μετεκπαίδευση.
- Παιδίατροι που δηλώνουν ότι ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες.

Οι παιδίατροι που θα χορηγούσαν συμπληρώματα σιδήρου σε ένα αγόρι 7 μηνών με χαμηλό βάρος γέννησης είναι κυρίως οι παιδίατροι που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα αγόρι 2 μηνών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για συγγενή εξάρθρωση ισχίου είναι κυρίως γυναίκες.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα κορίτσι βετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ιδιοπαθή σκολίωση είναι κυρίως:

- Παιδίατροι που δεν έκαναν μετεκπαίδευση.
- Παιδίατροι που δηλώνουν ότι ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα αγόρι 7 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία είναι κυρίως:

- Παιδίατροι νεότεροι των 50 ετών
- Παιδίατροι με 1-15 χρόνια εξάσκησης.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα παχύσαρκο αγόρι 10 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία είναι κυρίως:

- Παιδίατροι με 1-15 χρόνια εξάσκησης.
- Παιδίατροι που δηλώνουν ότι ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα αγόρι 10 ετών με οικογενειακό ιστορικό ΣΝ, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία είναι κυρίως:

- Παιδίατροι που εργάζονται ως ιδιώτες.
- Παιδίατροι που εργάζονται σε ιδρύματα κοινωνικών ασφαλίσεων.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα αγόρι 5 ετών με ιστορικό πρόωρης γέννησης, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καθυστέρηση της ομιλίας και γλωσσικές διαταραχές είναι κυρίως:

- Άνδρες παιδίατροι.
- Παιδίατροι που έκαναν μετεκπαίδευση.

Οι παιδίατροι που θα υπέβαλλαν ένα αγόρι 5 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για διαταραχές όρασης είναι κυρίως οι παιδίατροι που εργάζονται ως ιδιώτες.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με λανθασμένες πρακτικές των γενικών ιατρών σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης,

απεικονίζονται στον πίνακα 32.

Πίνακας 32 : Δημογραφικά στοιχεία που σχετίζονται με λανθασμένες πρακτικές των γενικών ιατρών σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης.

Ασυμφωνία με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF.		Φύλο		Ηλικία (χρόνια)		Χρόνια προϋπηρεσίας		Μεταπτυχιακές σπουδές		ΙΚΑ η άλλο ταμείο		Ιδιωτικός τομέας		Ακολουθούν κατευθυντήριες οδηγίες (E 34)	
		Γυναίκα	Ανδρες	29-50	>50	1-15	>15	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
Σιδηροπενική αναιμία(κορίτσι 6 ετών)(E12)	Λάθος (%)					56.03	39.74	37.5	52.82	51.67	32.84			53.07	38.6
	OR (CI)					1.66(1.02-2.72)		0.55(0.32-0.95)		1.92 (1.03-3.65)			1.99(1.2-3.33)		
	P value					0.04		0.03		0.04			0.01		
Σιδηροπενική αναιμία (αγόρι 7 μηνών με χαμηλό βάρος γέννησης)(E13)	Λάθος (%)							49.47	34.87						
	OR (CI)							1.82(1.11-3.03)							
	P value							0.02							
Συγγενή εξάρθρωση ισχίου(αγόρι 2 μηνών)(E14)	Λάθος (%)	89.71	81.51												
	OR (CI)	1.98(1.01-3.91)													
	P value	0.05													
Ιδιοπαθή σκολίωση (αγόρι 13 ετών) (E15)	Λάθος (%)							70.83	85.1					85.47	71.93
	OR (CI)							0.35(0.2-0.65)						2.84(1.53-5.3)	
	P value							0.002						0.001	
Δυσλιπιδαιμία (αγόρι 7 ετών)(E17)	Λάθος (%)			68.22	45.41	68.09	40.4								
	OR (CI)			2.58 (1.58-4.29)		3.15 (1.96-5.12)									
	P value			<0.001		<0.0001									
Δυσλιπιδαιμία (παχύσαρκο αγόρι 10 ετών)(E18)	Λάθος (%)					97.87	96.41							97.77	90.35
	OR (CI)					4.54 (1.38-20.48)								4.05(1.33-15.02)	
	P value					0.03								0.02	
Δυσλιπιδαιμία (αγόρι 10 ετών με οικογενειακό ιστορικό ΣΝ)(E19)	Λάθος (%)									89.9	79.1	90.39	75		
	OR (CI)									2.35 (1.1-4.91)		3.14(1.46-6.58)			
	P value									0.02		0.003			
Καθυστέρηση της ομιλίας και γλωσσικές διαταραχές(αγόρι 5 ετών με ιστορικό πρόωρης γέννησης)	Λάθος (%)	42.53	70.59					45.83	32.99						
	OR (CI)	1.74(1.06-2.88)						1.7(1.03-2.83)							
	P value	0.03						0.04							
Διαταραχές όρασης(αγόρι 5 ετών)(E22)	Λάθος (%)									4.31	19.4	4.37	21.05		
	OR (CI)									0.19 (0.07-0.46)		0.17 (0.07-0.42)			
	P value									<0.001)		<0.001			

Βάσει των αποτελεσμάτων της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης, δεν αναγνωρίστηκαν σημαντικοί παράγοντες κινδύνου όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με τη στάση των παιδιάτρων ως προς τις στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου (E23- E26).

3.7.4 Παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μετά από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης λανθανουσών μεταβλητών

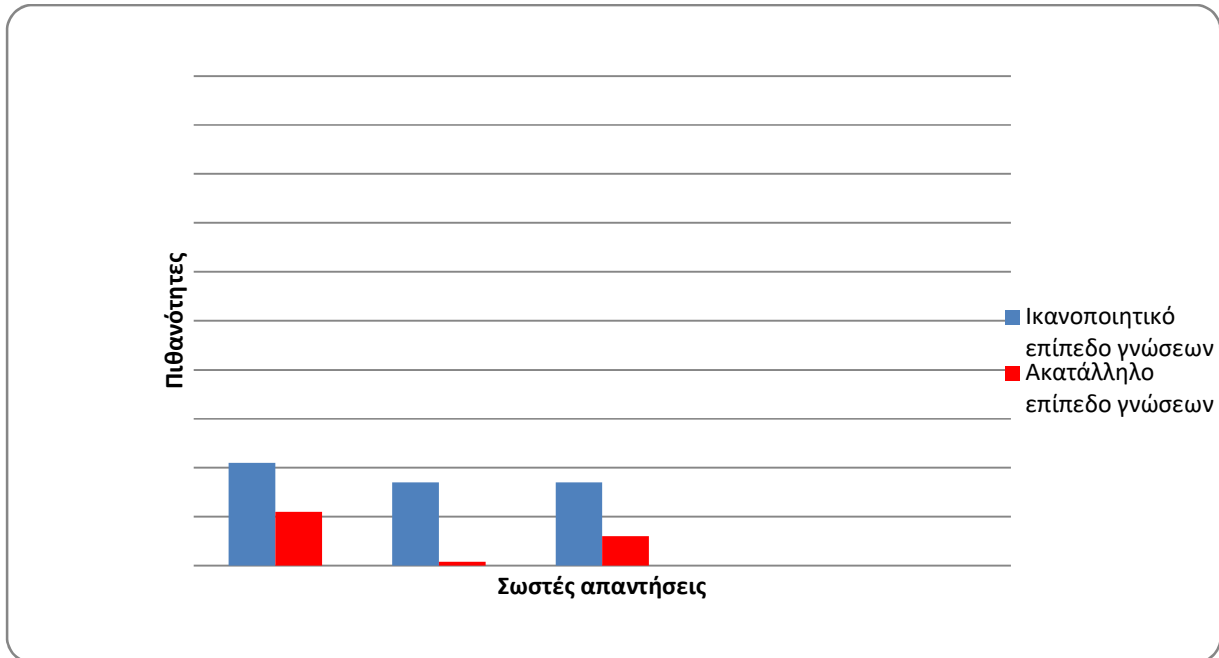
3.7.4.1 Τομέας Α (γνώσεις και πρακτικές σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο)

Στη στατιστική ανάλυση λανθανουσών μεταβλητών (latent class analysis) επιλέχθηκε ένα μοντέλο 2 λανθανουσών κατηγοριών για να περιγράψει το επίπεδο γνώσεων των παιδίατρων σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF (Εικόνα 11). Στην κατηγορία 1 (72,18%), το επίπεδο γνώσεων κρίθηκε ακατάλληλο.

Οι παιδίατροι που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία έδωσαν λανθασμένες απαντήσεις στην πλειοψηφία των ερωτήσεων και είχαν 30% ως 40% πιθανότητα να δίνουν συστάσεις σύμφωνες με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο για την σιδηροπενική αναιμία σε ασυμπτωματικό κορίτσι, και τον έλεγχο για δυσλιπιδαιμία σε αγόρι 7 ετών με παράγοντες κινδύνου για ΣΝ.

Η κατηγορία 2 (27,82%) περιλαμβάνει παιδίατρους το επίπεδο γνώσεων των οποίων χαρακτηρίστηκε “ικανοποιητικό”. Παρά το γεγονός ότι οι ιατροί που ανήκουν στη συγκεκριμένη κατηγορία είχαν περισσότερες πιθανότητες να δώσουν σωστές απαντήσεις συγκριτικά με τους παιδίατρους της κατηγορίας 1, παρέμεινε ένα επίπεδο αβεβαιότητας.

Εικόνα 11: Χαρακτηριστικά παιδίατρων που σχετίζονται με το επίπεδο γνώσεων όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (Model A)



Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακα 32), οι παιδίατροι που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία είναι κυρίως:

- Γυναίκες παιδίατροι.
- Παιδίατροι 50 ετών ή νεότεροι.
- Παιδίατροι με λιγότερα από 15 χρόνια προϋπηρεσίας.
- Παιδίατροι που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα.
- Παιδίατροι που δήλωσαν ότι ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες.

Πίνακας 32. Δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το επίπεδο γνώσεων των παιδίατρων, όπως προέκυψε από την ανάλυση λανθανουσών μεταβλητών.

Ικανοποιητικό / Ακατάλληλο επίπεδο γνώσεων.		
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	OR (95% CI)	p-value(β estimate)
Φύλο		
Γυναίκες	0.25(0.08-0.8)	0.02
Άνδρες		
Ηλικία		
≤50 ετών	0.05(0.01-0.33)	0.001
> 50 ετών		
Χρόνια προϋπηρεσίας		
≤20 έτη	0.09(0.02-0.31)	0.0002
>20 έτη		
Ιδιωτικός τομέας		
Ναι	0.11(0.03-0.48)	0.003
Όχι		
Ακόλουθόν κατευθυντήριες οδηγίες (E25)		
Ναι	0.21(0.06-0.73)	0.01
Όχι		

3.7.4.2 Τομέας Β (στάσεις σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο)

Ένα μοντέλο δυο λανθανουσών κατηγοριών (two latent class model) επιλέχθηκε για να αξιολογήσει τη στάση των παιδίατρων ως προς τις στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου και περιέλαβε τις ερωτήσεις E23-E26 (Model B). Η κατηγορία 1 (18.11%) περιλαμβάνει παιδίατρους των οποίων η στάση χαρακτηρίστηκε “αρνητική” και η κατηγορία 2 περιλαμβάνει παιδίατρους των οποίων η στάση χαρακτηρίστηκε “θετική”(81.89%). Η κατηγορία 1 περιλαμβάνει παιδίατρους που δήλωσαν ότι δεν ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες όσο αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο και ότι δεν υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες γραμμές. Η κατηγορία 2, αντίθετα, περιλαμβάνει παιδίατρους με αντίθετες απόψεις. Οι παιδίατροι που ανήκουν στις δύο παραπάνω κατηγορίες συμφωνούν ως προς την αναγκαιότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου στον παιδικό πληθυσμό. Επίσης, σχεδόν το 50% των παιδίατρων που ανήκουν στην κατηγορία 1 δεν πιστεύει ότι υπάρχει ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα βοηθούσε τον ιατρό στην επιλογή των παιδιών που πρέπει να περιληφθούν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Δεν βρέθηκαν δημογραφικά στοιχεία που να σχετίζονται με αρνητική στάση ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες από την ανάλυση λανθανουσών μεταβλητών.

Κεφάλαιο Τέταρτο

Συζήτηση

Οι σύγχρονες προσεγγίσεις για την ΠΦΥ αναγνωρίζουν ως προτεραιότητά τόσο την καθολική και ισότιμη πρόσβαση σε ένα οργανωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, προτεραιότητα η οποία προσαρμόζεται διαρκώς, κάτω από την πίεση των οικονομικών και κοινωνικών μεταβολών [108].

Παρά την τρέχουσα παγκόσμια οικονομική ύφεση, τα κράτη προωθούν δράσεις οι οποίες θέτουν σαν στόχο την καλύτερη κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών [109]. Η έννοια της αναβάθμισης δεν περιορίζεται μόνο στην ποιότητα της υγείας, αλλά και στην ορθολογική και αποδοτική χρήση των πόρων, με σκοπό τη διατήρηση ενός μακροπρόθεσμα λειτουργικού και αποτελεσματικού συστήματος υγείας [110]. Αυτή την περίοδο αναδεικνύεται ως ύψιστος στόχος η ανάπτυξη στρατηγικών οι οποίες θα συνδυάζουν την προώθηση της υγείας και τη μείωση του οικονομικού κόστους. Οι προτεινόμενες λύσεις στοχεύουν κατά προτεραιότητα στην πρόληψη, και γενικότερα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πράγματι, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να καταστεί το επίκεντρο των συστημάτων υγείας, συμβάλλοντας στην αναβάθμιση του επιπέδου της υγείας, καθώς και στην αποφόρτιση των νοσοκομείων. Όσοι παρέχουν ιατρική βοήθεια στη πρωτοβάθμια περίθαλψη, έχουν τη σημαντική ευθύνη να ανιχνεύσουν νοσήματα και παράγοντες κινδύνου επιβλαβείς για την υγεία των ασθενών.

Βασικό εργαλείο κάθε στρατηγικής παρέμβασης που έχει σκοπό τη βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η γνώση και εφαρμογή τεκμηριωμένων και αποτελεσματικών κατευθυντήριων οδηγιών που αφορούν στον προσυμπτωματικό έλεγχο

Στη χώρα μας, οι υπηρεσίες ΠΦΥ έχουν κεντρικό ρόλο όσον αφορά στην ενημέρωση και την εφαρμογή μεθόδων προσυμπτωματικού ελέγχου. Αν και γίνονται προσπάθειες να βελτιωθούν οι γνώσεις και οι πρακτικές των ιατρών και να σχεδιαστούν προγράμματα πρόληψης στην ΠΦΥ, η τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών από τους ιατρούς στη χώρα μας παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις [111].

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει σκοπό να αποτυπώσει τις γνώσεις, στάσεις και πρακτικές των ιατρών τεσσάρων ειδικοτήτων όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο στην ΠΦΥ. Μέσω της παρούσας έρευνας περιγράφονται οι τάσεις των ιατρών αναφορικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο καθώς επίσης ανιχνεύονται οι ευπαθείς ομάδες που χρήζουν εκπαιδευτικής παρέμβασης, ώστε να βελτιωθεί ο βαθμός συμμόρφωσης των ιατρών με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF.

Το τελικό ποσοστό συμμετοχής των ιατρών στην έρευνα διαμορφώθηκε στο 79.1%. Το ποσοστό αυτό παρότι θεωρείται ικανοποιητικό είναι μικρότερο σε σχέση με άλλες παρόμοιες έρευνες που έχουν γίνει σε άλλες χώρες. [112,113,114]. Η απαντητικότητα του ερωτηματολογίου στις επιμέρους ερωτήσεις ήταν ιδιαίτερα υψηλή, καθώς οι ιατροί που συμμετείχαν στη μελέτη απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Ο αρχικός στόχος της έρευνας ήταν να συλλέξουμε τηλεφωνικά 300 ερωτηματολόγια από κάθε ειδικότητα. Η δειγματοληψία περιλαμβάνει δείγμα από όλη την επικράτεια της Ελλάδος. Ένας τέτοιος όγκος δείγματος συνάδει με τη μεθοδολογία της στρωματοποιημένης γεωγραφικής ομαδοποίησης, η οποία ορίζει ότι το δείγμα πρέπει να είναι το διπλάσιο του επιθυμητού. Επιπλέον, έπρεπε να λάβουμε υπ' όψιν και το ποσοστό των ιατρών που πιθανώς θα αρνούνταν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο. Το ποσοστό αυτό συνήθως εκτιμάται ότι είναι κοντά στο 20%. Τέλος, ο μεγάλος αριθμός δείγματος μάς επιτρέπει να βγάλουμε πιο ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με τις διαφορές που προκύπτουν στις απαντήσεις των ιατρών, ανάλογα με την περιοχή διαμονής τους.

Πριν την έναρξη του ερωτηματολογίου τονίσθηκε η σπουδαιότητα του αντικειμένου της έρευνας μέσω ενός σύντομου προλόγου. Είναι πιθανό αυτό να βοήθησε ώστε να αναγνωρίσουν οι ιατροί τη σημασία της μελέτης και αυτό να αύξησε το ποσοστό συμμετοχής τους. Επιπλέον, έγινε μία προσπάθεια να σχεδιαστεί το ερωτηματολόγιο με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι όσο το δυνατό πιο κατανοητό και συνοπτικό. Οι ερωτήσεις ήταν σαφείς και χωρίς να υποδεικνύουν τη σωστή απάντηση.

Ο λόγος που συλλέξαμε το δείγμα των ιατρών, μέσω τηλεφώνου και όχι ταχυδρομικά, ήταν ο εξής: Λόγω φόρτου εργασίας των ιατρών, θεωρήσαμε ότι οι τελευταίοι θα αμελούσαν να συμπληρώσουν και να ταχυδρομήσουν τα ερωτηματολόγια. Εξάλλου, αυτό επιβεβαιώθηκε κατά τη διάρκεια του pre – testing. Αντιθέτως, μέσω της τηλεφωνικής επαφής, το άτομο που διηύθυνε τη συνέντευξη «ασκούσε κάποια πίεση», ώστε να απαντήσει ο ιατρός σχετικά άμεσα στις ερωτήσεις. Άλλωστε, το άτομο που πραγματοποίησε τις συνεντεύξεις ήταν πάντα το ίδιο και εκπαιδεύθηκε πάνω στο αντικείμενο της μελέτης, ούτως ώστε να επηρεάζει κατά το λιγότερο δυνατό τον τρόπο με τον οποίο θα απαντούσαν οι ιατροί κατά τη διάρκεια της συζήτησής τους. Έτσι, αποφεύχθηκε σε μεγάλο βαθμό το ενδεχόμενο οι ιατροί να απαντήσουν όχι με βάση την πραγματικότητα, αλλά με βάση το κοινά αποδεκτό, αποκρύπτοντας τις πραγματικές γνώσεις – συνήθειες - πρακτικές τους. Επιπλέον, δεν υπήρχε η πιθανότητα να βρεθούν οι ιατροί σε αμηχανία απέναντι στο πρόσωπο που διηύθυνε τη συνέντευξη, καθώς δεν υπήρχε οπτική επαφή, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται όσο δυνατόν λιγότερο η ποιότητα των απαντήσεών τους.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η πλειοψηφία των παθολόγων που συμμετείχαν στη μελέτη αναγνωρίζει την αναγκαιότητα για προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) στον πληθυσμό (99,7%). Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό των παθολόγων συγκλίνει στην παραδοχή ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά το προσυμπτωματικό έλεγχο (65,4%), ενώ το

61.4% των ιατρών δήλωσε ότι ακλουθεί συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες όταν πρόκειται να υποβάλει τους ασθενείς σε προσυμπτωματικό έλεγχο. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξαν προηγούμενες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε χώρες όπως η Βρετανία, η Γερμανία και η Αυστραλία [115-117].

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων παθολόγων πιστεύει ότι υπάρχει ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα βοηθούσε τον ιατρό στην επιλογή των ασθενών που πρέπει να περιληφθούν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (85, 6%).

Αυτή η στάση είναι σύμφωνη με την αντίληψη ότι οι κλινικοί γιατροί έχουν πολλά αναπάντητα ερωτήματα στην καθημερινή κλινική πρακτική, τα οποία δύνανται να επηρεάσουν το αποτέλεσμα των κλινικών αποφάσεων που λαμβάνουν, και κατά συνέπεια την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας [118-119].

Παρά τη θετική στάση των παθολόγων σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο, η μελέτη μας ανέδειξε ότι οι συστάσεις των παθολόγων έρχονται συχνά σε πλήρη αντίθεση με τις κατευθυντήριες γραμμές USPSTF σε πολλές κλινικές οντότητες. Τα εύρημα αυτό ευθυγραμμίζεται με τα αποτελέσματα από προηγούμενες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα [78-80]. Πράγματι, ο βαθμός συμμόρφωσης των ιατρών με τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF φαίνεται να επηρεάζεται άμεσα από το επίπεδο των γνώσεων και δεξιοτήτων επί των οδηγιών.

Ένα σημαντικό εμπόδιο που σχετίζεται με τη γνώση των παθολόγων μπορεί να είναι η έλλειψη ενημέρωσης. Αναμφίβολα, η πρόοδος στην κλινική έρευνα και στην ανάλυση δεδομένων οδήγησε στη συσσώρευση μεγάλου όγκου κλινικών πληροφοριών. Είναι πολύ πιθανό οι ιατροί να μην είναι σε θέση να συμβαδίσουν με την ταχεία εξέλιξη της ιατρικής που βασίζεται στις αποδείξεις [120,121]. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι συχνά οι ιατροί αγνοούν την ύπαρξη κατευθυντηρίων οδηγιών [122,123].

Επιπλέον, η έλλειψη εξοικείωσης με τις κατευθυντήριες γραμμές όσο αφορά στον προσυμπτωματικό έλεγχο μπορεί επίσης να αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό εμπόδιο για την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών στην καθημερινή πράξη [124-126]. Παρά το γεγονός ότι οι ιατροί μπορούν να γνωρίζουν τις κατευθυντήριες γραμμές, είναι πιθανό να μην είναι σε θέση να τις εφαρμόσουν σωστά στην καθημερινή κλινική πράξη. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η έλλειψη εξοικείωσης των ιατρών με τις κατευθυντήριες οδηγίες εμφανίζεται πιο συχνά ως εμπόδιο για την τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών, συγκριτικά με την έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με την ύπαρξή τους [127]. Πράγματι, στην έρευνά μας, αν και η πλειοψηφία των παθολόγων (65,4%) αναγνώρισε την ύπαρξη και τη διαθεσιμότητα των κατευθυντήριων γραμμών (E41 του ερωτηματολογίου), σε πολλές περιπτώσεις δεν ήταν σε θέση να απαντήσουν σωστά στα ερωτήματα τα οποία εξέτασαν την σωστή εφαρμογή τους σε διάφορα κλινικά σενάρια.

Παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει ότι η αδράνεια που σχετίζεται με μακροχρόνιες πρακτικές συνιστά επίσης ανασταλτικό παράγοντα στην υιοθέτηση των κατευθυντήριων γραμμών [129].

Επίσης, η έλλειψη προσδοκιών για θετική έκβαση έχει αναγνωριστεί ως πιθανό εμπόδιο για την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών σε προηγούμενες μελέτες [127].

Από την άλλη πλευρά οι πιο έμπειροι ιατροί μπορεί να αισθάνονται ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες περιορίζουν την κλινική τους αυτονομία καθώς και την ευελιξία στη λήψη των αποφάσεών τους. [110]. Επίσης, η έλλειψη συμμόρφωσης θα μπορούσε να ερμηνευτεί στα πλαίσια της μακράς κλινικής τους εμπειρίας, η οποία προσδίδει τη σιγουριά να λαμβάνουν αποφάσεις παραμελώντας τις συστάσεις που βασίζονται στην ιατρική των αποδείξεων.

Είναι επίσης πιθανό οι ιατροί να ενδίδουν σε πρακτικές προληπτικού ελέγχου για λόγους επαγγελματικού ανταγωνισμού, ώστε να εκπληρώσουν τις προσδοκίες των ασθενών με απώτερο

στόχο να «κρατήσουν» τους ασθενείς τους. Πράγματι, παλαιότερες μελέτες έδειξαν ότι οι επιθυμίες των ασθενών επηρεάζουν σημαντικά τις κλινικές αποφάσεις τους [129]. Η υπόθεση αυτή δύναται να ερμηνεύσει το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων παθολόγων τείνει να υπερεκτιμά τον κίνδυνο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες ηλικίας άνω των 65 ετών οι οποίες έχουν πρόσφατα υποβληθεί σε κατάλληλο έλεγχο επαρκή έλεγχο (69.6%). Επιπλέον, παρά το γεγονός ότι οι κατευθυντήριες γραμμές συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε ηλικία γυναίκες 21-65 χρόνια κάθε 3 χρόνια, 98,9% των παθολόγων συνιστούσε μια γυναίκα 22 ετών να ελέγχεται κάθε χρόνο. Ετήσιος έλεγχος για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συνιστάται επίσης από τη συντριπτική πλειοψηφία των παθολόγων (96,4%) σε μια γυναίκα 69 χρονών, μετά την πρώτη αρνητική δοκιμασία.

Παρά το γεγονός όμως ότι η γνώση θεωρείται ότι έχει σημαντικό αντίκτυπο στην πρακτική των ιατρών, παράγοντες όπως οι προτιμήσεις και οι ανησυχίες του ασθενούς μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά τους. Σύμφωνα με τα ευρήματα μιας προηγούμενης μελέτης στην οποία ερευνήθηκαν οι πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με τις πρακτικές προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας καθώς και τα χρονικά διαστήματα που πρέπει να μεσολαβούν μεταξύ των αρνητικών αποτελεσμάτων, διαπιστώθηκε ότι η έλλειψη ενημέρωσης και οι λανθασμένες πεποιθήσεις των ασθενών μπορεί να αποτελούν εμπόδια όσο αφορά στην επέκταση των διαστημάτων μεταξύ των ελέγχων [130].

Επίσης, οι επιθυμίες των ασθενών, σε συνδυασμό με τον φόβο της διαγνωστικής αστοχίας από μέρους του ιατρού, είναι δυνατόν να δημιουργούν στους παθολόγους τάσεις υπερδιάγνωσης, όπως εκφράζεται επίσης στην περίπτωση των ερωτήσεων που αφορούν τον έλεγχο για ασυμπτωματική βακτηριουρία, την οστεοπόρωση σε γυναίκες νεότερες των 65 ετών, καθώς και τον

έλεγχο για στένωση της καρωτιδικής αρτηρίας σε παχύσαρκους ασυμπτωματικούς άνδρες 53 ετών με ιστορικό καπνίσματος.

Η έλλειψη οργανωμένων δομών που προωθούν τις κλινικές αποφάσεις, καθώς και η έλλειψη πόρων έχουν επίσης αναφερθεί σε παλαιότερες μελέτες ως εμπόδια εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών [128,131]. Πράγματι, η έλλειψη υποστηρικτικών δομών καθώς και η έλλειψη εξοικείωσης με τα μέσα διάγνωσης της κατάθλιψης, όπως η κλίμακα αξιολόγησης της Κατάθλιψης κατά Zung (Zung Self-Rating Depression Scale),θα μπορούσαν να δικαιολογήσουν τα χαμηλά ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου για κατάθλιψη που παρατηρήθηκε ανάμεσα στους παθολόγους που περιλήφθηκαν στη μελέτη μας [132]. Τα αποτελέσματα της μελέτης όσο αφορά τον έλεγχο για κατάθλιψη συνάδουν με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών που πραγματοποιήθηκαν στη Δανία και στη Γερμανία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η έλλειψη οργανωμένων δομών που προωθούν τις κλινικές αποφάσεις, καθώς και η έλλειψη κατάλληλων δεξιοτήτων, έχουν αναφερθεί σε παλαιότερες μελέτες ως εμπόδια εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών [131].

Ένα σημαντικό εμπόδιο στην καθημερινή κλινική πρακτική θα μπορούσε να είναι η ύπαρξη αντιφάσεων που παρατηρείται μεταξύ των συστάσεων του USPSTF και των κατευθυντήριων οδηγιών που εκδίδονται από άλλες επιστημονικές εταιρείες. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι η ύπαρξη διαφορετικών κατευθυντήριων γραμμών προκαλεί σύγχυση και δυσχεραίνει τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων [133-135]. Σε αυτό το πλαίσιο θα μπορούσε να ερμηνευθεί ο υψηλός βαθμός ασυμφωνίας των συμμετεχόντων ιατρών με τις κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά τη σωστή χρονική στιγμή έναρξης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού. Το μεγαλύτερο ποσοστό των παθολόγων, σε αντίθεση με τις οδηγίες του USPSTF, φάνηκε να υποστηρίζει ότι τα οφέλη που αποκομίζονται από τον προσυμπτωματικό έλεγχο σε γυναίκες ηλικίας 42 χρόνων δικαιολογούν την παραπομπή τους για μαστογραφία.

Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα παλαιότερης μελέτης που διενεργήθηκε στην χώρα μας, σύμφωνα με την οποία το επίπεδο συμμόρφωσης των ιατρών με τις κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη καρκίνου μαστού και τη χρήση μαστογραφίας δεν ήταν υψηλό [80]. Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με τις οδηγίες του American Cancer Society, για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, η μαστογραφία ενδείκνυται στην ηλικία των 40 ετών και πρέπει να πραγματοποιείται σε ετήσια βάση για όσο χρονικό διάστημα η γυναίκα είναι σε κατάσταση καλής υγείας.

Η ύπαρξη αντιφάσεων που παρατηρείται μεταξύ των συστάσεων του USPSTF και των κατευθυντήριων οδηγιών που εκδίδονται από άλλες επιστημονικές εταιρείες θα μπορούσε επίσης να ερμηνεύσει τα υψηλά ποσοστά ελέγχου για καρκίνο του προστάτη που παρατηρήθηκαν στην ομάδα των παθολόγων που συμμετείχαν στη μελέτη. Παρά την απουσία αποδεικτικών στοιχείων από μεγάλες, τυχαιοποιημένες μελέτες σχετικά με το όφελος που απορρέει από τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του προστάτη, η μελέτη μας έδειξε ότι η πλειοψηφία των παθολόγων προτείνει έλεγχο για τον καρκίνο του προστάτη σε ασυμπτωματικούς άνδρες (60.1%). Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει ανομοιογένεια όσο αφορά τις πρακτικές και τις στάσεις των ιατρών σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του προστάτη [136-138]. Η παρατηρούμενη ανομοιογένεια της κλινικής πρακτικής ανάμεσα στους ιατρούς πιθανόν να σχετίζεται με τη σύγχυση που προκύπτει στην κλινική πράξη, λόγω της ύπαρξης αντιφατικών επιστημονικών δεδομένων και αντικρουόμενων κατευθυντήριων γραμμών [139]. Πράγματι, η Αμερικανική Ουρολογική Εταιρεία, σε αντίθεση με τις κατευθυντήριες γραμμές του USPSTF, συνιστά έλεγχο του PSA, σε συνδυασμό με δακτυλική εξέταση, σε ασυμπτωματικούς άνδρες ηλικίας 40 ετών και άνω, εφόσον οι ίδιοι το επιθυμούν, με την προϋπόθεση ότι το προσδόκιμο ζωής εκτιμάται να είναι μεγαλύτερο από 10 χρόνια [89].

Επιπλέον, ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως ο φόβος στιγματισμού μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις, τόσο στον βαθμό συμμόρφωσης των ιατρών με τις οδηγίες όσο και στην ειλικρίνεια των πληροφοριών που παρέχει ο ασθενής στον ιατρό. Το τελευταίο πιθανόν να έχει ως επίπτωση την έλλειψη προσδοκιών εκ μέρους των ιατρών για τα επιθυμητά αποτελέσματα του προσυμπτωματικού ελέγχου. Η έλλειψη προσδοκιών για βελτίωση της έκβαση της υγείας των ασθενών έχει σχετιστεί σε προηγούμενες μελέτες με έλλειψη συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες. [127, 128].

Οι παραπάνω λόγοι θα μπορούσαν να αποτελούν εμπόδια για την τήρηση των οδηγιών που αφορούν τον έλεγχο για κατάχρηση αλκοόλ, όπως καταγράφηκε στην μελέτη μας. Η ιδιαιτερότητα του συγκεκριμένου ευρήματος ενισχύεται από τις πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες, οι οποίες αποκάλυψαν ότι τα πρότυπα κατανάλωσης αλκοόλ έχουν αλλάξει τα τελευταία χρόνια, ενώ τα προβλήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ έχουν αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό, ιδιαίτερα στις νεαρές ηλικίες. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας συνάδουν με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών, καθώς και με τα δεδομένα που παρέχονται από διεθνείς επιστημονικούς φορείς [143-145]

Πολλά εμπόδια έχουν επίσης συσχετιστεί με την έλλειψη συμφωνίας των ιατρών με τις κατευθυντήριες οδηγίες ή τη δυσπιστία προς τις επιστημονικές ενδείξεις που τις τεκμηριώνουν [117, 127,146]. Ένα εύρημα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον που μπορεί να σχετίζεται με τη δυσπιστία των ιατρών έναντι των κατευθυντήριων οδηγιών, είναι ότι η πλειοψηφία των παθολόγων (54,7%), σε αντίθεση με τις κατευθυντήριες γραμμές του USPSTF, είναι απρόθυμοι συστήσουν προσυμπτωματικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε έναν άνδρα 65 ετών, με ιστορικό καπνίσματος. Τα ευρήματα της μελέτης μας συμφωνούν με τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης μελέτης που έλαβε χώρα στον Καναδά και στην Ιρλανδία, η οποία αποκάλυψε ότι μόνο το 40% των

ιατρών γνώριζαν τις κατευθυντήριες γραμμές του προσυμπτωματικού ελέγχου για ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής [147]. Μια πιθανή υπόθεση που θα μπορούσε να ερμηνεύσει τη στάση των ιατρών θα μπορούσε να είναι η δυσπιστία προς τον δείκτη κόστους - αποτελεσματικότητας της συγκεκριμένης στρατηγικής ελέγχου. Πράγματι, δεδομένου ότι η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό ενηλίκων καπνιστών (40%) στην ΕΕ, η πραγματοποίηση προσυμπτωματικού ελέγχου που βασίζεται μόνο στο ιστορικό καπνίσματος θα μπορούσε να συνδεθεί με χαμηλότερα ποσοστά ανίχνευσης του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής [148].

Είναι επίσης χαρακτηριστικό ότι οι ιατροί που εξετάζουν περισσότερους από 100 ασθενείς την εβδομάδα τείνουν να μη συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε άνδρες καπνιστές 67 ετών. Τα εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι έλλειψη χρόνου και ο φόρτος εργασίας θα μπορούσαν να αποτελούν εμπόδιο στη συμμόρφωση των ιατρών με τις κατευθυντήριες οδηγίες για το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής.

Συσχετίζοντας τα αποτελέσματα της λογιστικής παλίνδρομης ανάλυσης με τις απαντήσεις που έδωσαν οι παθολόγοι στο ερωτηματολόγιο, προκύπτει πράγματι ότι οι ιατροί που εξετάζουν περισσότερους από 100 ασθενείς την ημέρα τείνουν να έχουν χαμηλότερο βαθμό συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF. Ανάλογα αποτελέσματα βρέθηκαν σε παλαιότερες μελέτες στις οποίες αναφέρεται ότι η έλλειψη χρόνου, λόγω του φόρτου εργασίας των ιατρών (π.χ. αριθμός των ασθενών που αντιμετωπίζονται ανά εβδομάδα), θα μπορούσε να σχετίζεται με μειωμένη συμμόρφωση με τις συστάσεις βάσει στοιχείων [131, 149].

Επιπλέον, από τα αποτελέσματα της ανάστροφης λογιστικής παλινδρόμησης φάνηκε ότι οι νεότεροι παθολόγοι και εκείνοι με λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας έχουν τάση να θεωρούν ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο του πληθυσμού.

Η ανάλυση των λανθανουσών κατηγοριών ανέδειξε επιπλέον ότι οι παθολόγοι νεότεροι των 50 ετών καθώς και ιατροί με μεταπτυχιακές σπουδές έχουν πιο πολλές πιθανότητες να έχουν θετική στάση ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τον προσυμπτωματικό έλεγχο, και είναι θετικά προσκείμενοι στην ιδέα της χρήσης υποστηρικτικών λογισμικών προγραμμάτων στην καθ' ημέρα πράξη. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί στο πλαίσιο της μεγαλύτερης εξοικείωσης των νεότερων παθολόγων με την τεχνολογία, το οποίο δυνητικά τους επιτρέπει μεγαλύτερο βαθμό προσβασιμότητας στις διαδικτυακές πηγές γνώσης. Επιπλέον, είναι πιθανόν το εύρημα αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια δόθηκε μεγαλύτερη έμφαση στην ιατρική των αποδείξεων κατά την διάρκεια της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης των ιατρών, με αποτέλεσμα να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν αναπτύξει ανάλογες δεξιότητες στην ανάλυση και κατανόηση των κλινικών δεδομένων που προκύπτουν από τις μελέτες. Επιπλέον, είναι πιθανό παθολόγοι με μεταπτυχιακή εκπαίδευση να είναι πιο εξοικειωμένοι με την επιστημονική έρευνα και την ιατρική των αποδείξεων, και να έχουν αναπτύξει δεξιότητες κριτικής αποτίμησης των κατευθυντήριων οδηγιών [129].

Η μελέτη εγείρει επίσης ανησυχίες ως προς τη συμμόρφωση των γενικών ιατρών με τις κατευθυντήριες οδηγίες σε αρκετές κλινικές οντότητες. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι άνδρες γενικοί ιατροί, καθώς και οι ιατροί που εργάζονται στον δημόσιο τομέα βρέθηκαν να έχουν καλύτερη γνώση όσο αφορά τις τρέχουσες συστάσεις του USPSTF για τον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Είναι σημαντικό ότι οι γενικοί ιατροί που δηλώνουν ότι συμβουλεύονται τις κατευθυντήριες γραμμές στην καθ' ημέρα πράξη τείνουν να παρέχουν συστάσεις που δεν συνάδουν με τις κατευθυντήριες γραμμές του USPTF. Η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών φάνηκε να είναι αντιστρόφως ανάλογη με την ηλικία των ιατρών, καθώς και των χρόνων προϋπηρεσίας. Επίσης, οι

ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα εμφάνισαν χαμηλότερο βαθμό συμμόρφωσης συγκριτικά με τους ιατρούς που απασχολούνται στον δημόσιο τομέα.

Το έλλειμμα γνώσεων που παρατηρήθηκε ανάμεσα στους γενικούς ιατρούς ευθυγραμμίζεται με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα [78, 80].

Η μελέτη μας έδειξε επίσης ότι όλοι οι γενικοί ιατροί συμφωνούν ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος προάγει την υγεία των ασθενών, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει ότι συμβουλεύεται τις κατευθυντήριες οδηγίες (76,4%).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γενικών ιατρών πιστεύει ότι υπάρχει ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα βοηθούσε τον ιατρό στην επιλογή των ασθενών που πρέπει να περιληφθούν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (88, 2%).

Είναι αξιοπρόσεκτο ότι οι νεότεροι και λιγότερο έμπειροι γενικοί ιατροί είχαν την τάση να απαντούν σωστά στην πλειοψηφία των ερωτήσεων, και έτειναν να έχουν μια πιο ευνοϊκή στάση απέναντι στις κατευθυντήριες οδηγίες, συγκριτικά με τους μεγαλύτερους και πιο έμπειρους ιατρούς. Τα εύρημα αυτό είναι πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι οι νεότεροι ιατροί είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με τις διαδικασίες πρόσβασης στις διαδικτυακές πηγές γνώσης και ενημέρωσης. Αυτό το εύρημα συνάδει με τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης μελέτης που έδειξε ότι οι γνώσεις και οι στάσεις των νέων ιατρών βασίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό στην ιατρική των αποδείξεων, συγκριτικά με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ιατρούς [150]. Το γεγονός ότι η συμμόρφωση με κατευθυντήριες οδηγίες φάνηκε να σχετίζεται με τα χρόνια προϋπηρεσίας, επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, σύμφωνα με τις οποίες ο χρόνος που έχει παρέλθει από την αποφοίτηση των ιατρών είναι αντιστρόφως ανάλογος με την τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών [151, 152]. Είναι αξιοσημείωτο ότι μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι ο μεγαλύτερος χρόνος προϋπηρεσίας σχετιζόταν με αυξημένο κίνδυνο πτωχής κλινικής έκβασης των ασθενών [153]. Τα αποτελέσματα αυτά πιθανόν να

οφείλονται στο γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία και πιο έμπειροι ιατροί υιοθετούν πιο δύσκολα νέα μοντέλα κλινικής συμπεριφοράς δεδομένου ότι τείνουν να βασίζονται στην ιατρική απόφασή τους περισσότερο στην μακρά τους εμπειρία [127, 154] .

Η αίσθηση των ιατρών ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες περιορίζουν την κλινική τους αυτονομία και ότι τους καθιστούν λιγότερο ευέλικτους στην αντιμετώπιση των κλινικών προβλημάτων έχει αναφερθεί σε παλαιότερες μελέτες ως εμπόδιο για την εφαρμογή της ιατρικής των αποδείξεων [128, 155] Ωστόσο, φάνηκε ότι γενικοί ιατροί που είχαν περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας ήταν πιο πιθανό να συμμορφώνονται με τις κατευθυντήριες γραμμές που αφορούν το συνιστώμενο χρονικό διάστημα μεταξύ δοκιμασιών με αρνητικό αποτέλεσμα, σε σχέση με τους λιγότερο έμπειρους γενικούς ιατρούς.

Οι γενικοί ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα υγείας εμφάνισαν χαμηλότερο βαθμό συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF. Η αιτιολογία πίσω από την κακή συμμόρφωση των ιατρών θα μπορούσε να είναι πολυπαραγοντική. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι πιθανό οι ιατροί να ενδίδουν σε πρακτικές προληπτικού ελέγχου για λόγους επαγγελματικού ανταγωνισμού [129]. Η πίεση που ασκούν οι ασθενείς στους ιατρούς ώστε να μπορούν να έχουν πρόσβαση σε εξετάσεις δίχως να πληρούν τα κριτήρια, θα μπορούσε να αποτελεί εμπόδιο στη συμμόρφωση των ιατρών με τις οδηγίες του USPSTF. Μάλιστα, μια πρόσφατη μελέτη αποκάλυψε ότι η επιθυμία των ασθενών να υποβληθούν σε προληπτικό έλεγχο αποτελεί τον συχνότερο λόγο παραπομπής για έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού σε γυναίκες 40 έως 49 ετών. Επιπλέον, ο φόβος πιθανών νομικών συνεπειών θα μπορούσε να βρίσκεται στη βάση της εφαρμογής αμυντικών ιατρικών πρακτικών εκ μέρους των ιατρών [156-.158].

Τέλος, οι πρακτικές προληπτικού ελέγχου στον ιδιωτικό τομέα θα μπορούσαν δυνητικά να επηρεαστούν από την παρουσία επιθετικών στρατηγικών μάρκετινγκ, οι οποίες θα οδηγήσουν σε προώθηση ιατρικών υπηρεσιών που δεν συνάδουν με τις διεθνείς συστάσεις [159].

Ο αριθμός των ασθενών που εξετάζονται την εβδομάδα αναγνωρίστηκε ως σημαντικός προγνωστικός δείκτης πλημμελούς συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες γραμμές. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι ο φόρτος εργασίας αντιπροσωπεύει ένα εμπόδιο για την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών στην κλινική πράξη. Η αύξηση του αριθμού των ασθενών που εξετάζονται ανά ημέρα σχετίζεται με λιγότερο χρόνο κλινικής εξέτασης και συμβουλευτικής, καθώς και με μεγαλύτερη δυσκολία στον εντοπισμό των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών που προφίλ κινδύνου που αναμφίβολα θα οδηγήσει σε μειωμένη αποτελεσματικότητα σε πρακτικές προσυμπτωματικού ελέγχου [160-163].

Το γυναικείο φύλο φάνηκε ότι σχετίζεται με μικρότερο βαθμό συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με παλαιότερες μελέτες που έδειξαν ότι οι γυναίκες ιατροί είναι πιο πιθανό να παρέχουν υπηρεσίες προληπτικού ελέγχου συγκριτικά με τους άνδρες [164-166]. Σε συγκεκριμένες κλινικές οντότητες, όπως τον καρκίνο του προστάτη και τη στένωση καρωτίδων, οι γυναίκες γενικοί ιατροί είχαν την τάση να συνιστούν προσυμπτωματικό έλεγχο, γεγονός το οποίο μπορεί να υποκρύπτει τάση προς υπερδιάγνωση.

Είναι σημαντικό ότι γενικοί ιατροί που δηλώσαν ότι εφαρμόζουν τις κατευθυντήριες οδηγίες είχαν την τάση να δίνουν συστάσεις οι οποίες έρχονται σε αντίθεση με τις κατευθυντήριες γραμμές του USPSTF. Πράγματι, παρά τις αντίθετες συστάσεις του USPSTF, η πλειοψηφία των γενικών ιατρών είχαν την τάση να συνιστούν έλεγχο για καρκίνο του προστάτη, για τον καρκίνο του μαστού σε μια γυναίκα ηλικίας 42 χρόνων, για διαβήτη τύπου 2 σε μια γυναίκα 45 ετών και για σιδηροπενική αναιμία σε μια γυναίκα που βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία. Παρά το γεγονός ότι

ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τις παραπάνω κλινικές οντότητες δεν έχει εγκριθεί από το USPSTF λόγω έλλειψης επαρκούς επιστημονικής τεκμηρίωσης όσον αφορά το αναμενόμενο όφελος, αποδεικνύεται ότι συνάδει με τις κατευθυντήριες γραμμές που εκδίδονται από άλλες διακεκριμένες επιστημονικές εταιρείες [85, 88, 93, 95].

Όπως έχει προαναφερθεί, ύπαρξη αντιφάσεων που παρατηρείται μεταξύ των συστάσεων του USPSTF και των κατευθυντήριων οδηγιών που εκδίδονται από άλλες επιστημονικές εταιρείες, θα μπορούσε να δικαιολογήσει το συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Πράγματι, παλαιότερες μελέτες έδειξαν ότι οι αντιλήψεις και οι προτιμήσεις των ιατρών όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες του προσυμπτωματικού ελέγχου ποικίλλουν, γεγονός που υποδηλώνει ότι η ύπαρξη διαφορετικών συστάσεων και αντικρουόμενων δημοσιευμένων μελετών αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα στη διαδικασία λήψης των κλινικών αποφάσεων [133-135].

Είναι σημαντικό επίσης ότι γενικοί ιατροί που συμμετείχαν στη μελέτη μας, και ιδιαίτερα εκείνοι που ήταν άνω των 50 ετών, καθώς και οι ιατροί που εργάζονταν στον ιδιωτικό τομέα, φάνηκε να έχουν την τάση να υπερεκτιμούν τον κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, τόσο στις νεότερες γυναίκες όσο και σε γυναίκες 69 χρόνων που έχουν υποβληθεί πρόσφατα σε τεστ Παπανικολάου. Η συγκεκριμένη στάση έρχεται σε αντίθεση με τα διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, που δείχνουν ότι η μέση ηλικία εμφάνισης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι τα 49 έτη, ενώ οι περισσότερες γυναίκες διαγιγνώσκονται πριν από την ηλικία των 50 ετών [167]. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας είναι σύμφωνα με αυτά παλαιότερων μελετών τα οποία ανέδειξαν τόσο την παρουσία ελλείμματος γνώσης σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανάμεσα στα μέλη της Αμερικανικής Ακαδημίας Οικογενειακών Ιατρών όσο και την τάση υπερδιάγνωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με προτεινόμενο χρονικό διάστημα μεταξύ των ελέγχων επί

αρνητικού αποτελέσματος τον έναν χρόνο. Πράγματι, η τάση για υπέρ-διάγνωση και υπέρ-θεραπεία παρατηρείται συχνά στην καθημερινή κλινική πράξη [168-169].

Ακατάλληλες πρακτικές παρατηρήθηκαν επίσης όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο για την οστεοπόρωση, εύρημα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών [170, 171].

Η μελέτη μας επίσης αποκάλυψε ότι η στάση της πλειοψηφίας των γενικών ιατρών όσο αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο για παθήσεις του θυρεοειδούς αδένα δεν βασίζεται στις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF, αλλά μάλλον στην κλινική τους εμπειρία ή σε προσωπικές πεποιθήσεις. Η έλλειψη συμφωνίας με τις κατευθυντήριες οδηγίες, καθώς και η επιθυμία των ασθενών να υποβληθούν σε προληπτικό έλεγχο έχουν αναγνωριστεί ως κύρια εμπόδια στην εφαρμογή των οδηγιών που αφορούν τον έλεγχο των παθήσεων του θυρεοειδούς αδένα [172].

Η πλειοψηφία των γενικών ιατρών, σε αντίθεση με τις κατευθυντήριες γραμμές της USPSTF, δεν συνιστά έλεγχο για ανεύρυσμα ανιούσας αορτής σε έναν άνδρα 65 ετών με ιστορικό καπνίσματος. Το εύρημα συνάδει με τα αποτελέσματα της μελέτης μας που αφορούν τους παθολόγους και τους καρδιολόγους, και τονίζει την ανάγκη για τον σχεδιασμό ενός εθνικού προγράμματος για την πρόληψη του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής, που σκοπό θα έχει την αύξηση του βαθμού συμμόρφωσης των ιατρών με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF.

Η συντριπτική πλειοψηφία των καρδιολόγων (99%) συμφώνησε σχετικά με το σημαντικό ρόλο του προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού, και το 69,4% των καρδιολόγων ανέφερε ότι η χρήση κάποιου λογισμικού προγράμματος θα διευκόλυνε τη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Εντούτοις, η μελέτη μας έδειξε ότι απαιτούνται στοχευμένες παρεμβάσεις προκειμένου να βελτιωθεί η συμμόρφωση των καρδιολόγων με τις κατευθυντήριες γραμμές του USPSTF που

σχετίζονται με τη στεφανιαία νόσο και τη δυσλιπιδαιμία. Μια πιθανή εξήγηση έγκειται στο γεγονός ότι σε ορισμένες κλινικές οντότητες, όπως η δυσλιπιδαιμία και η στεφανιαία νόσος, οι συστάσεις του USPSTF έρχονται σε αντίθεση με τις κατευθυντήριες γραμμές που εκδίδονται από άλλες διακεκριμένες επιστημονικές εταιρείες [173, 174]. Πράγματι, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η ύπαρξη διαφορετικών συστάσεων για το ίδιο θέμα θα μπορούσε να οδηγήσει σε σύγχυση ανάμεσα στους ιατρούς και κατ' επέκταση σε ανομοιογένεια όσον αφορά τις κλινικές πρακτικές [134,135].

Σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τη δυσλιπιδαιμία, η μελέτη μας έδειξε ότι η πλειοψηφία των καρδιολόγων, σε αντίθεση με τις κατευθυντήριες οδηγίες του USPSTF, συνιστά έλεγχο σε άνδρα 23 ετών (80%), σε γυναίκα 36 χρόνων (83,45%), καθώς και σε γυναίκα 46 χρόνων (93,58%), ανεξάρτητα από την παρουσία παραγόντων κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Παρ' όλα αυτά, η στάση των καρδιολόγων στο συγκεκριμένο θέμα αποδείχθηκε να είναι σύμφωνη με τις κατευθυντήριες γραμμές που εκδίδονται από το Third Report of the NCEP (National Cholesterol Education Program) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Αυτό θα μπορούσε να δικαιολογήσει τα υψηλά ποσοστά ελέγχου για δυσλιπιδαιμία που παρατηρήθηκε σε μια προηγούμενη μελέτη [175].

Σε ότι αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τη στεφανιαία νόσο, παρά τις αντίθετες συστάσεις του USPSTF, το μεγαλύτερο ποσοστό των καρδιολόγων εμφανίστηκε υπέρ του screening σε έναν άνδρα 47 ετών (83,6%), καθώς και σε μια γυναίκα 57 ετών (82.09%). Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να σχετίζεται με την ύπαρξη διαφορετικών αντικρουόμενων συστάσεων, δεδομένου ότι τόσο το American College of Cardiology όσο και η American Heart Association, υποστηρίζουν ότι οι ιατροί πρέπει να συνιστούν δοκιμασία κόπωσης σε άτομα με ιστορικό καθιστικής ζωής τα οποία πρόκειται να ξεκινήσουν αθλητικές δραστηριότητες που απαιτούν έντονη σωματική άσκηση [103]. Τα ευρήματά μας συμφωνούν με τα αποτελέσματα μιας προηγούμενης μελέτης, η οποία αποκάλυψε

ότι οι ιατροί που εργάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχουν ανάγκη από ενημερωτικές παρεμβάσεις και υποστήριξη προκειμένου να αυξηθεί η συμμόρφωσή τους με τις κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου [176].

Όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τη στένωση καρωτίδων σε άνδρα 53 ετών, παχύσαρκο, με ιστορικό υπέρτασης, η στάση της πλειοψηφίας των καρδιολόγων ήταν ευνοϊκή (84,12%), αλλά όχι σύμφωνη με τις οδηγίες του USPSTF. Το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να υποδεικνύει ότι η ευνοϊκή στάση των καρδιολόγων έναντι του ελέγχου για στένωση καρωτίδων ενδέχεται να περικλείει τάση για υπερδιάγνωση.

Σχετικά με τη θεραπευτική διαχείριση των ασθενών με παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, η πλειοψηφία (53,4%) των καρδιολόγων ανέφερε ότι θα συνταγογραφούσε ασπιρίνη σε γυναίκες χαμηλού κινδύνου προκειμένου να μειώσει τον κίνδυνο μελλοντικών καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Από την άλλη πλευρά, στις ερωτήσεις που αφορούσαν τη χορήγηση ασπιρίνης σε ασθενείς με μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων (E18, E20), η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε σύμφωνα με τις συστάσεις του USPSTF. Τα ευρήματα αυτά είναι παρόμοια με εκείνα προηγούμενων μελετών, σύμφωνα με τις οποίες οι ιατροί τείνουν συχνά να υπερεκτιμούν τον κίνδυνο σε ασθενείς χαμηλού και μέσου κινδύνου. Παλαιότερη μελέτη στην οποία μετείχαν 888 οικογενειακοί ιατροί στις ΗΠΑ, έδειξε ότι η πλειοψηφία των ιατρών θα συνταγογραφούσε ασπιρίνη σε μια συμπτωματική γυναίκα 45 ετών με μεταβολικό σύνδρομο, η οποία έχει χαμηλό 10-ετή κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα (Framingham 1%), στα πλαίσια της πρόληψη του εμφράγματος του μυοκαρδίου [160]. Σε μια άλλη μελέτη η οποία συμπεριέλαβε 100 καρδιολόγους μεταξύ 500 τυχαία επιλεγμένων ιατρών, φάνηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των καρδιολόγων θα συνταγογραφούσε ασπιρίνη σε ασθενείς ενδιάμεσου κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα [177].

Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της ενσωμάτωσης online εργαλείων εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου ή διαγραμμάτων πρόβλεψης κινδύνου στην κλινική πράξη, θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ικανότητα των ιατρών να εκτιμούν τον μελλοντικό καρδιαγγειακό κίνδυνο και κατ' επέκταση να επιλέγουν σωστά την ομάδα των ασθενών που θα αποκομίσουν όφελος από τη χορήγηση ασπιρίνης.

Ο πιο σημαντικός προγνωστικός δείκτης μη συμμόρφωσης, καθώς και αρνητικής στάσης ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες, ήταν ηλικία. Οι καρδιολόγοι ηλικίας άνω των 50 ετών όχι μόνο βρέθηκαν να υστερούν όσο αφορά το επίπεδο γνώσεων συγκριτικά με τους νεότερους καρδιολόγους αναφορικά με τις κατευθυντήριες γραμμές του USPSTF, αλλά φάνηκε ότι συμβουλευονται λιγότερο συχνά τις κατευθυντήριες γραμμές. Επίσης, οι καρδιολόγοι άνω των 50 ετών δηλώνουν πιο συχνά σε σχέση με τους νεότερους συναδέλφους τους ότι δεν υπάρχουν σαφείς και ευρέως διαδεδομένες συστάσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Επίσης, παρά το γεγονός ότι οι απόψεις της πλειοψηφίας των καρδιολόγων συγκλίνουν προς την ανάγκη χρήσης λογισμικών στην καθ' ημέρα πράξη, παρατηρήθηκε ότι οι καρδιολόγοι άνω των 50 ετών είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι αρνητικοί ως προς τη χρησιμότητα των λογισμικών στη λήψη των κλινικών αποφάσεων.

Τα συγκεκριμένα ευρήματα συνάδουν με τα αποτελέσματα που αφορούν τους παθολόγους και τους γενικούς ιατρούς. Όπως αναφέρθηκε πρωτίτερα, τα συγκεκριμένα ευρήματα θα μπορούσαν να οφείλονται στο γεγονός ότι οι νεότεροι ιατροί είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με την τεχνολογία και τις μεθόδους πρόσβασης στις διαδικτυακές πηγές γνώσης και ενημέρωσης.

Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι, παρόλο που οι άνδρες καρδιολόγοι είναι πιο επιρρεπείς στο να προτείνουν screening για AAA σε ομάδες που δεν έχουν ένδειξη βάσει των οδηγιών του

USPSTF, το γυναικείο φύλο αναγνωρίστηκε ως παράγοντας κινδύνου όσον αφορά τον έλεγχο για AAA σε έναν άνδρα 67 χρονών με ιστορικό καπνίσματος. Τα ευρήματά μας έρχονται σε αντίθεση με άλλες μελέτες όπου οι γυναίκες ιατροί τείνουν να είναι πιο ευαισθητοποιημένες όσον αφορά το θέμα του προληπτικού ελέγχου, συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους [164-166].

Τέλος, ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι οι καρδιολόγοι που κατείχαν τίτλους μεταπτυχιακών σπουδών βρέθηκαν να έχουν υψηλότερο βαθμό συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες συστάσεις μόνο στην περίπτωση των συστάσεων για την στεφανιαία νόσο. Από την άλλη πλευρά, οι μεταπτυχιακές σπουδές αναγνωρίστηκαν ως παράγοντας κινδύνου στην περίπτωση του προσυμπτωματικού ελέγχου για στένωση καρωτίδων. Αν και το εύρημα αυτό μπορεί να φαίνεται αντιφατικό, θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η επιλογή των καρδιολόγων που ήταν απόφοιτοι των μεταπτυχιακών προγραμμάτων ήταν τυχαία και δεν έγινε με βάση το αντικείμενο έρευνας. Κατά συνέπεια, είναι δυνατόν πολλοί καρδιολόγοι κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών τους σπουδών να ανέπτυξαν συγκεκριμένες κλινικές δεξιότητες που δεν σχετιζόταν με την πρωτογενή πρόληψη.

Παρά το γεγονός ότι παιδίατροι διάκεινται θετικά ως προς τον προσυμπτωματικό έλεγχο, αξίζει να σημειωθεί όμως ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων παιδίατρων (78,8%), σε αντίθεση με τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων, δεν πιστεύει ότι η χρήση ενός λογισμικού θα διευκολύνει τη διαδικασία λήψης των αποφάσεών τους. Επιπλέον, η πλειοψηφία των παιδίατρων (51,4%) δεν είναι πεπεισμένη ότι οι κατευθυντήριες γραμμές είναι σαφείς και ευρέως διαδεδομένες.

Επίσης, είναι αξιοσημείωτο ότι, σε κλινικές οντότητες στις οποίες οι συστάσεις του USPSTF έρχονται σε αντίθεση με τις κατευθυντήριες γραμμές που εκδίδονται από άλλες επιστημονικές εταιρείες, οι παιδίατροι έδειξαν σημαντικά χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης με τις συστάσεις διαλογής

USPSTF [134, 178-183]. Σε κλινικούς τομείς, όπως η δυσλιπιδαιμία (E16, E18) και η υπέρταση (E22), όπου οι συστάσεις της USPSTF έρχονται σε αντίθεση με τις οδηγίες Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρίας (AAP), η συντριπτική πλειοψηφία των παιδίατρων ακολουθεί τις κατευθυντήριες γραμμές της AAP (96,9%, 94,9% και 91,8% αντίστοιχα). Είναι ενδιαφέρον επίσης ότι οι παιδίατροι που συνιστούσαν συχνότερα screening για αρτηριακή πίεση σε ένα αγόρι 8 ετών (E22) ήταν κυρίως εκείνοι που δήλωσαν ότι συμβουλεύονται τις κατευθυντήριες οδηγίες. Αυτά τα ευρήματα συνάδουν με τα αποτελέσματα των προηγούμενων μελετών που υποδεικνύουν ότι η έκθεση των ιατρών σε αντιφατικές οδηγίες για το ίδιο θέμα θα μπορούσε να οδηγήσει σε σύγχυση και ανομοιογένεια των κλινικών πρακτικών [136, 137].

Η μελέτη μας ανέδειξε επίσης την ανεπαρκή εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών USPSTF για τον έλεγχο της παιδιατρικής παχυσαρκίας, η οποία αποτελεί το πιο συχνό σφάλμα στο οποίο υπέπεσαν οι συμμετέχοντες παιδίατροι (87,71%). Προηγούμενες μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε άλλες χώρες έχουν δείξει ότι η συμμόρφωση των παρόχων παιδιατρικής φροντίδας με τις συνιστώμενες οδηγίες, όπως είναι ο υπολογισμός του BMI, ήταν φτωχή [184-187]. Ο συνήθης λόγος που δόθηκε από τους ιατρούς σχετικά με την πλημμελή εκτίμηση του BMI ήταν η πεποίθηση ότι οι μετρήσεις ύψους και βάρους ήταν χρονοβόρες. Μια άλλη εξήγηση που δόθηκε ήταν η έλλειψη υποστήριξης από άλλα μέλη του προσωπικού [188]. Πράγματι η μελέτη KOALA (Kinder Overweight Activity Lifestyle Actions study) πρότεινε ότι το κύριο εμπόδιο δεν είναι η έλλειψη γνώσης, αλλά η συμμόρφωση με τις συνιστώμενες πρακτικές [189].

Όσον αφορά τον έλεγχο αναιμίας σε κορίτσι 11 μηνών (Q11), το 53,8% τάχθηκε υπέρ του screening, αποκλίνοντας εκ νέου από τις συστάσεις του USPSTF.

Παρομοίως, παρά την έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων που υποστηρίζουν το όφελος από τον προσυμπτωματικό έλεγχο για δυσπλασία του ισχίου, η πλειοψηφία των παιδίατρων (86,39%) θα

υπέβαλλε σε προσυμπτωματικό έλεγχο ένα αγόρι 2 μηνών με οικογενειακό ιστορικό της δυσπλασίας του ισχίου. Αν και δεν συνιστάται υπερηχογραφικός έλεγχος όλων των νεογέννητων για δυσπλασία του ισχίου, η στρατηγική ελέγχου μέσω της φυσικής εξέτασης με ένδειξη για υπερηχογραφικό έλεγχο, μόνο επί κλινικής υποψίας, μπορεί να θεωρηθεί πλήρως αποδεκτή [190]. Το γεγονός ότι οι παιδίατροι δεν ακολουθούν τις συστάσεις του USPSTF σχετικά με δυσπλασία του ισχίου μπορεί επίσης να οφείλεται σε διαφορές στην ερμηνεία των αποδεικτικών στοιχείων [127].

Επιπλέον, οι περισσότεροι παιδίατροι (80,27%) βρέθηκαν να έχουν ευνοϊκή στάση έναντι του προσυμπτωματικού ελέγχου για σκολίωση σε ένα αγόρι 13 ετών. Η σκολίωση συναντάται συχνά στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, και παρά το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων με σκολίωση δεν θα αναπτύξουν κλινικά συμπτώματα, η σκολίωση θα μπορούσε δυνητικά να οδηγήσει σε ορατή παραμόρφωση, συναισθηματική δυσφορία και αναπνευστική ανεπάρκεια [191-194]. Παρόλο που ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τη σκολίωση δεν συνιστάται από το USPSTF, αποτέλεσε μέρος της σχολικής εξέτασης στους εφήβους για δεκαετίες. Το γεγονός αυτό είναι πιθανό να δυσχεραίνει την κατάργησή του ως μέρος του screening, δεδομένου ότι αποτέλεσε μια καλά παγιωμένη ιατρική τακτική [127, 195].

Η μελέτη μας έδειξε επίσης ότι η πλειοψηφία των παιδίατρων συνιστά έλεγχο για δυσλιπιδαιμία σε αγόρι 7 ετών (54%), καθώς και σε ένα παχύσαρκο αγόρι 10 ετών (94%), ανεξάρτητα της ύπαρξης οικογενειακού ιστορικού στεφανιαίας νόσου. Είναι πιθανό η στάση τους να οφείλεται στη συνεχή συσσώρευση αποδεικτικών στοιχείων που δείχνουν ότι η δυσλιπιδαιμία δεν είναι μόνο ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο, αλλά επίσης συνδέεται επιδημιολογικά, κλινικά και μεταβολικά με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως η υπέρταση. Το γεγονός αυτό πιθανό έχει σαν αποτέλεσμα οι παιδίατροι να γίνονται ολοένα και πιο ευαισθητοποιημένοι στο θέμα του screening για τη δυσλιπιδαιμία [174, 196].

Τέλος, ένα άλλο αξιοσημείωτο εύρημα της μελέτης μας ήταν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για την κατάθλιψη σε ένα συμπτωματικό κορίτσι 14 ετών με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης. Όπως και στην περίπτωση των παθολόγων, το εύρημα πιθανόν να οφείλεται στην έλλειψη υποστηρικτικών δομών, καθώς και στην έλλειψη εξοικείωσης με τα μέσα διάγνωσης της κατάθλιψης, όπως η κλίμακα αξιολόγησης της Κατάθλιψης κατά Zung (Zung Self-Rating Depression Scale) [132]. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων παιδίατρων ήταν ιδιώτες που εργάζονται στον τομέα της γενικής παιδιατρικής, θα μπορούσε να υποθεθεί ότι δεν αισθάνονται υπεύθυνοι για τον προσυμπτωματικό έλεγχο διαταραχών της ψυχικής υγείας σε ασυμπτωματικά παιδιά. Σε μια μελέτη 659 μελών της AAP, οι Stein et al έδειξαν ότι περισσότερο από το 80% των ερωτηθέντων συμφώνησε ότι οι παιδίατροι θα πρέπει να είναι υπεύθυνοι για τον εντοπισμό των διαταραχών ψυχικής υγείας. Ωστόσο, λιγότερο από το ένα τρίτο των συμμετεχόντων θεώρησαν ότι η θεραπεία και η διαχείριση του παιδιού με προβλήματα ψυχικής υγείας αποτελεί ευθύνη τους. Είναι ενδιαφέρον ότι η μελέτη αποκάλυψε επίσης πως όσοι εργάζονται αποκλειστικά στον τομέα της γενικής παιδιατρικής ήταν λιγότερο πιθανό να συμφωνήσουν ότι οι παιδίατροι θα πρέπει να αισθάνονται υπεύθυνοι για τη διαχείριση παιδιών με διαταραχές ψυχικής υγείας [197].

Είναι αξιοπρόσεκτο ότι ο βαθμός συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες στην περίπτωση των παιδίατρων ήταν αντιστρόφως ανάλογος με την ηλικία τους. Λαμβάνοντας όμως υπόψη το γεγονός ότι οι παιδίατροι που δήλωσαν ότι συμβουλευόμαστε τις κατευθυντήριες οδηγίες βρέθηκαν να έχουν μικρότερες πιθανότητες να δώσουν απαντήσεις σύμφωνες με τις οδηγίες του USPSTF, θα μπορούσε να υποθεθεί ότι οι λόγοι που βρίσκονται πίσω από τα χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης των παιδίατρων πιθανόν να σχετίζονται με την παρουσία αντικρουόμενων κλινικών οδηγιών, που οδηγούν σε σύγχυση και σε ανομοιογένεια των κλινικών πρακτικών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το γυναικείο φύλο σχετίστηκε με πιο ευνοϊκή στάση έναντι του προσυμπτωματικού ελέγχου για τις περισσότερες από τις κλινικές οντότητες που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο μας, γεγονός το οποίο είναι σύμφωνο με αρκετές μελέτες οι οποίες έδειξαν ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να παρέχουν υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής με τη μορφή συμβουλών και προσυμπτωματικού ελέγχου, συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους [164-166, 198]. Επιπλέον, παλαιότερες μελέτες έδειξαν ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα όσον αφορά τις μεθόδους επικοινωνίας και προσέγγισης του ασθενούς κατά τη διάρκεια των ιατρικών επισκέψεων [199-202]. Πράγματι, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες ξεπερνούν τους άνδρες συναδέλφους όσον αφορά την ικανότητα επικοινωνίας με τον ασθενή [203, 204]. Ωστόσο, οι γυναίκες παιδίατροι φαίνεται να είναι λιγότερο πιθανό να παρέχουν συστάσεις που βασίζονται στις κατευθυντήριες γραμμές USPSTF, γεγονός το οποίο μπορεί να δείχνει ότι η ευνοϊκή στάση έναντι του προσυμπτωματικού ελέγχου πιθανόν να σχετίζεται με τάση υπερδιάγνωσης.

Τέλος (όπως και στην περίπτωση των γενικών ιατρών), η απασχόληση στον ιδιωτικό τομέα αναγνωρίστηκε για άλλη μια φορά ως παράγοντας κινδύνου για ελλιπή συμμόρφωση με τις οδηγίες του USPSTF, εύρημα το οποίο ωθεί σε στοχευμένες ενημερωτικές παρεμβάσεις, με σκοπό τη βελτίωση της συμμόρφωσης των ιατρών με τις διεθνείς συστάσεις

Οι περιορισμοί που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνάς μας περιλαμβάνουν τα μειονεκτήματα γενικά των μελετών που αποτυπώνουν τις γνώσεις – στάσεις και πρακτικές (ΚΑΡ μελέτες) του δείγματος, καθώς και τα μειονεκτήματα που προέκυψαν από την έρευνα των ιατρών. Τα μειονεκτήματα των ΚΑΡ μελετών περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Η συμπεριφορά των ιατρών πάνω στο θέμα που διαπραγματεύεται μία ΚΑΡ μελέτη δεν είναι στατική, και μπορεί να μεταβληθεί για οποιοδήποτε λόγο, ανεξάρτητα από τα συμπεράσματα που έχουν εξαχθεί από τη μελέτη.

- Οι ΚΑΡ μελέτες δεν μπορούν να προσδιορίσουν με ακρίβεια τη σχέση αιτίας – αποτελέσματος, παρά μόνο να περιγράψουν την ύπαρξη, την έκταση και τη βαρύτητα του θέματος που ερευνάται.
- Είναι συχνό το φαινόμενο ένα μέρος του δείγματος να δίνει εσφαλμένες απαντήσεις, διότι δε θυμάται τις γνώσεις, συνήθειες και πρακτικές του σχετικά με το αντικείμενο μελέτης, με αποτέλεσμα να προκύπτουν λανθασμένα αποτελέσματα.
- Επίσης, σε ΚΑΡ μελέτες κλασικά τίθεται το πρόβλημα του κοινωνικά αποδεκτού, με αποτέλεσμα το δείγμα να είναι συχνά απρόθυμο να δώσει κοινωνικά ανεπίτρεπτες απαντήσεις για να μη δημιουργήσει αρνητικές εντυπώσεις.

Σχετικά με τους περιορισμούς που παρουσιάστηκαν αναφορικά με την έρευνα που κάναμε στους παιδιάτρους, πρέπει να σημειώσουμε ότι οι απαντήσεις που έδωσαν εξαρτιόνταν από το πόσο ειλικρινείς ήταν οι ίδιοι και με πόση ακρίβεια θυμούνταν τις γνώσεις – στάσεις – πρακτικές που τους ρωτήσαμε. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας πολλών εξ αυτών, καθώς και η πιθανότητα να παρευρίσκονταν στον ίδιο χώρο με αυτούς τρίτα πρόσωπα κατά τη διάρκεια της τηλεφωνικής συνέντευξης, πιθανόν να τους εμπόδιζε ώστε να δώσουν τις πιο ειλικρινείς απαντήσεις.

Κεφάλαιο Πέμπτο

Συμπεράσματα

Από την έρευνα αυτή προσδιορίστηκαν οι δημογραφικοί παράγοντες ιατρών που είναι επιρρεπείς στην παροχή ακατάλληλων υπηρεσιών αναφορικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο, και θα πρέπει να είναι οι κύριοι στόχοι προγραμμάτων παρέμβασης.

Οι ομάδες - στόχοι των ιατρών περιλαμβάνουν κυρίως:

- Παθολόγους ηλικίας άνω των 50 ετών.
- Παθολόγους με περισσότερα από 15 χρόνια προϋπηρεσίας .
- Γενικούς ιατρούς ηλικίας άνω των 50 ετών.
- Γενικούς ιατρούς με περισσότερα από 15 χρόνια προϋπηρεσίας.
- Γενικούς ιατρούς που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα.
- Γενικούς ιατρούς που εξετάζουν περισσότερους από 100 ασθενείς την εβδομάδα.
- Καρδιολόγους ηλικίας άνω των 50 ετών
- Γυναίκες παιδίατρους.
- Παιδίατρους ηλικίας μικρότερης των 50 ετών.
- Παιδίατρους με λιγότερα από 15 χρόνια προϋπηρεσίας.
- Παιδίατρους που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα.

Τα προγράμματα αυτά καλό θα είναι να εστιάζουν στα εξής:

- Κατανόηση της σπουδαιότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου.
- Κατανόηση των σημαντικών προβλημάτων που προκύπτουν από την κατανόηση ότι οι ακατάλληλες πρακτικές στον τομέα του προσυμπτωματικού ελέγχου επιφέρουν δυνητικά

παρενέργειες και επιπλοκές.

- Ενημέρωση ιατρών αναφορικά με τις σωστές ενδείξεις του προσυμπτωματικού ελέγχου.
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών αναφορικά με τις νεότερες ενδείξεις προσυμπτωματικού ελέγχου.
- Υιοθέτηση εθνικών κατευθυντήριων γραμμών.
- Ενθάρρυνση των ιατρών ώστε να ενημερώνουν τον πληθυσμό για τη σπουδαιότητα του κατάλληλου προσυμπτωματικού ελέγχου.

Συμπερασματικά, αυτό που χρειάζεται σε εθνικό επίπεδο είναι ένα προσεκτικά δομημένο πρόγραμμα παρέμβασης, το οποίο θα περιλαμβάνει την υιοθέτηση εθνικών κατευθυντήριων γραμμών και θα στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- [1] **Chamberlain M.J.** “Which prescriptive screening programmes are worthwhile; *Journal of Epidemiology and Community Health*”,1984:38(4):270-7.
- [2] **Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.** “Hellas Health I. 2006”.
- [3] **Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.** “Hellas Health II. 2008) ”.
- [4] **UN Document A/810**, p. 71 (1948).
- [5] **International Conference on Primary Health Care.** “Declaration of Alma-Ata”, 1978: 32(11):428-30
- [6] **Lawn, J.E, Rohde., J, Rifkin, S., Were, M., Paul., V.K., Chopra, M.** “Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise”, 2008: 372(9642):917-27.
- [7] **“Ottawa charter for Health Promotion.,** Ottawa Canada 17-21/11/1986
- [8] **Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ.** “ Δημόσια Υγεία: θεωρία, πράξη, πολιτικές. Τεχνόγραμμα, Αθήνα., 2007.
- [9] **Caplan, G., Caplan, R.** “Principles of Prevention Psychiatry. *Community Ment Health J.*, 2000: 36(1):7-24.
- [10] **Cowen, E. L.** Primary prevention in mental health: Past, present, and future. In R. D. Felner, A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: ‘Theory, research, and practice*”, New York: Pergamon Press 1983:11–25.
- [11] **Felner, R. L. Jason, J., Moritsugu & S. Farber** (Eds.). “Preventive psychology: Theory, research, and practice in community intervention”,1983: 11–25.

- [12] **Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y., Sanford, M., & Fleming, J. E.** “Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorder: Issues and prospects”, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 1996: 35(11):1440-8.
- [13] **Gordon, R.** “An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep*”, 1983: 98(2):107-9.
- [14] **Offord, D. R., Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Jensen, P. S., & Harrington, R.** “Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder. Trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*”, 1998: 37(7):686-94.
- [15] **World Health Organization.** “Planning and evaluation of health education services”, Technical Report Series No409, WHO, Geneva, 1969.
- [16] **Horner, J.W.** “Health Education And Public Policy In The United Kingdom”, *Community Med.* 1980: 2(3):229-35.
- [17] **Tones, K., Tilford. S.** “ Health Education: Effectiveness, Efficiency and E Euity”, 3rd Edition, Nelson Thorres, Cheltenham, 2001.
- [18] **World Health Organization.** “Highlights on health in Greece”, 2004.
- [19] **Σκρουμπέλος, Αν. Κυριόπουλος, Γιάννης.** “Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για Ενηλίκους στην Ελλάδα”, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας 2010.
- [20] **ΕΛΣΤΑΤ ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ:** “ΕΤΟΣ 2014.2015”, Διαθέσιμο online στο [http://www . statistics . gr](http://www.statistics.gr) , στο σύνδεσμο «Στατιστικά Θέματα > Φυσική Κίνηση Πληθυσμού>.

- [21] **Welch, H.G, Schwartz, L.M., Woloshin, S.** “Are increasing 5-year survival rates evidence of success against cancer”, *JAMA*. 2000: 283 (22): 2975-8.
- [22] **Cochrane, A.L., Holland, W.W.** “Validation of screening procedures. *Br Med Bull*”, 1971: 27(1):3-8.
- [23] **JMG Wilson and G Jungner.** “Principles and Practice of Screening for Disease, World Health Organization”, 1968.
- [24] **UK National Screening Committee.** UK Screening Portal. www.screening.nhs.uk.
- [25] **Holland, W.W., Stewart, S., Masseria, C.** “Policy brief: screening in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen, Denmark”, World Health Organisation; 2006.
- [26] **Geldera, R., Bulliard, J.L., Wolf, C. et al.** “Cost-effectiveness of opportunistic versus organized mammography screening in Switzerland”, *Eur J Cancer*. 2009: 45(1):127-38.
- [27] **Duffy, W.S., Tabar, L., Olsen, H.A., Vitak, B., et al.** “Absolute numbers of lives saved and overdiagnosis in breast cancer screening, from a randomized trial and from the Breast Screening Programme in England”, *J Med Screen* 2010:17(1):25–30.
- [28] **Beemsterboer, P.M.M., Warmerdam, P.G., Boer, R., et al.** “Screening for breast cancer in Catalonia. Which policy is to be preferred”, *Eur J Public Health*, 1998: 8(3):241–6.
- [29] **Boer, R., de Koning, H.J., Threlfall, A. et al.** “Cost effectiveness of shortening screening interval or extending age range of NHS breast screening programme computer simulation study”, *Br Med J* 1998: 317(7155):376–9.

- [30] **Carter, R., Glasziou, P., van Oortmarsen, G., et al.** “Cost effectiveness of mammographic screening in Australia”, *Aust J Public Health*. 1993):17(1):42–50.
- [31] **de Koning, H.J., van Ineveld, B.M., van Oortmarsen G.J., et al.** “Breast cancer screening and cost effectiveness; policy alternatives, Equality of life considerations and the possible impact of uncertain factors”, *Int J Cancer*. 1991: 49(4):531–7.
- [32] **Madan, J., Rawdin, A.** “An initial assesment of the merits of extending routine breast cancer screening to women aged 47-49 years to assist the appraisal of options of extending the NHSBSP with appendix considering women aged 70-73”, *School of Health of Related Research*, 2008.
- [33] **van den Akker-van Marle, M.E., Reep-van den Bergh, C.M.M. et al.** “Breast cancer screening in Navarra; interpretation of a high detection rate at the first screening round and a low rate at the second round”, *Int J Cancer*. 1997: 73(4):464–9.
- [34] **van Ineveld B.M., van Oortmarsen, GJ., de Koning, H.J., et al.** “ How cost-effective is breast cancer screening in different EC-countries”, *Eur J Cancer*1993: 29A(12):1663–8.
- [35] **Day NE.** “The epidemiological basis for evaluating different screening policies”, *IARC Sci Publ*. 1986:(76):199-212.
- [36] **Goldhaber-Fiebert, D.J., Stout, KN., Salomon A.J, et al.** “Cost- Effectiveness of Cervical Cancer Screening With Human Papillomavirus DNA Testing and HPV-16,18 Vaccination. *J Natl Cancer Inst*”, 2008:100(5):308-20.
- [37] **Anttila, A., Ronco, G., Clifford, G., et al.** “Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries”, *Br J Cancer*. 2004 :91(5):935-41.

- [38] **Coupé, V.M., de Melker, HE., Snijders, P.J., et al.** “How to screen for cervical cancer after HPV16/18 vaccination in The Netherlands. *Vaccine*”, 2009: 27(37):5111-9.
- [39] **Kim, J.J., Wright, C.T., Goldie, J.S.** “Cost-effectiveness of Human Papillomavirus DNA Testing in the United Kingdom, The Netherlands, France, and Italy”, *Journal of the Natl Cancer Inst.* 2005: 97(12):888-895
- [40] **Towler, B., Irwig, L., Glasziou, P., et al.** “A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemocult”, *BMJ.*1998: 317(7158): 17:559–65
- [41] **Telford, J.J., Levy, AR., Sambrook, J.C., et al.** “The cost-effectiveness of screening for colorectal cancer”, *CMAJ.*2010:182(12):1307-13.
- [42] **Gyrd-Hansen, D., Sogaard, J., Kronborg, O.** “Colorectal cancer screening: efficiency and effectiveness”, *Health Econ.* 1998: 7(1): 9-20.
- [43] **Helm, J.F., Russo, WM., Biddle, K.A., et al.** “ Effectiveness and Economic Impact of Screening for Colorectal Cancer by Mass Faecal Occult Blood Testing”, *Am J Gastroenterol.* 2000: 95(11):3250-8.
- [44] **Lejeune, C., Arveux, P., Dancourt, V. et al.** “Cost-effectiveness analysis of fecal occult blood screening for colorectal cancer”, *Int J Technol Assess Health Care.* 2004: 20(4): 434–439
- [45] **Tappenden, P., Eggington, S., Nixon, R. et al.** “Colorectal cancer screening options appraisal: cost-effectiveness, cost-utility and resource impact of alternative screening options for colorectal cancer”, Report to the English Bowel Cancer Screening Working Group, 2004.
- [46] **Whynes, D., Neilson A, Walker A, Hardcastl J.** “Faecal occult blood screening for colorectal cancer: Is it cost-effective”, *Health Econ.* 1998:7(1): 21–29.

- [47] **Multicentre Aneurysm Screening Study Group.** “Multicentre aneurysm screening study (MASS): cost effectiveness analysis of screening for abdominal aortic aneurysms based on four year results from randomised controlled trial”, *BMJ*. 2002: 325(7373):1135
- [48] **Thompson, S. G., Ashton, H. A., Gao, L. et al.** “Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised Multicentre Aneurysm Screening Study”, *BMJ*. 2009: 338:b2307.
- [49] **Department of Health.** “Putting prevention first—vascular checks: risk assessment and management”, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_083822. 2008
- [50] **Department of Health, Vascular Team.**“Economic modelling for vascular checks”, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085869. (2008).
- [51] **Blanks RG., Moss S.M., McGahan, C.E. et al.** “Effect of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990–8: comparison of observed with predicted mortality”, *British Medical Journal* 2000: 321(7262): 665–669.
- [52] **Otto, S.J., Fracheboud, J., Looman C.W. et al.** “Initiation of population-based mammography screening in Dutch municipalities and effect on breast-cancer mortality”, *Lancet* 2003:361(9367):1411–1417
- [53] **Duffy, S.W., Tabar, L., Chen, H.H. et al.** “The impact of organized mammography service screening on breast carcinoma mortality in seven Swedish counties”, *Cancer* 2002: 95(93): 458–469

- [54] **Hakama, M., Pukkala, E., Heikkila, M. et al.** “Effectiveness of the public health policy for breast cancer screening in Finland: population based cohort study”, *British Medical Journal* 1997; 314(7084): 864–867
- [55] **Νόμος 1397/83.** Εθνικό Σύστημα Υγείας. ΦΕΚ 143/Α/1983
- [56] **Θεοδώρου, Μ., Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Φαρατσέλη Ο., Λιαρόπουλος Α.** “ Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα. Στο: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Αττικής (Επιμ.) Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πειραιάς”, 2005:23–44.
- [57] **Ζηλίδης, Χ.** “Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας: η μεταρρύθμιση 2000–2004. Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας”, Αθήνα, 2005.
- [58] **Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E.** “Reforming the reform: the Greek national health system in transition”, *Health Pol* 2002, 62(1):15–29
- [59] **Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης, Κ.** “Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας”, Εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα, 2005
- [60] **Νικολάκης, Κ., Οικονόμου, Χ.** “Περιφερειακή Κατανομή του Ιατρικού Δυναμικού στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη: Το Παράδειγμα του ΙΚΑ. Πρωτοβάθμ. Φροντ. Υγείας”, 2002, 12:57–61
- [61] **Glennard A.H, Hjalte F, Svensson M. et al.** “ Health care systems in transition: Sweden. European Observatory on Health Systems and Policies”, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2005.
- [62] **Ahgren B.** “Competition and integration in Swedish healthcare”, *Health Policy* 2010: 96(2):91–97

- [63] **Albin, B., Hjelm, K., Chang Zhang, W.** “Health care systems in Sweden and China: Legal and formal organizational aspects”, *Health Res Policy Syst.* 2010, 8:20
- [64] **Τούντας, Γ.** “Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών”, *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2003: 20:76–87
- [65] **Hanning, M.** “Maximum waiting-time guarantee – an attempt to reduce waiting lists in Sweden”, *Health Policy* 1996: 36(1):17–35
- [66] **Toth, F.** “Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms”, *HealthPolicy* 2010: 95(1):82–89.
- [67] **World Health Organization.** “Health care systems in transition, United Kingdom”, *European Observatory on Health Care Systems,UK*, 1999
- [68] **Lister, J.** “The NHS after 60. For patients or profits; ”, 1st ed. *MiddlesexUniversityPress*, London, 2008:267–289.
- [69] **Residency Database.** *HelMSIC (Greece) and IFMSA-Spain (Spain)*. 2002–2007.
- [70] **World Health Organization.** “Health care systems in transition”, *Sweden. RegionalOfficeforEurope*, Sweden, 2005.
- [71] **Nodora, J.N., Martz, W.D., Ashbeck, E.L. et al.** “Primary care physician compliance with colorectal cancer screening guidelines”, *Cancer Causes Control.* 2011: 22(9):1277-87.
- [72] **Ackermann, S.P., Cheal, N.** “Factors affecting physician adherence to breast cancer screening guidelines”, *J Cancer Educ.* 1994: 9(2):96-100.

- [73] **Schattner, A., Gilad, A.** “Primary care physicians' awareness and implementation of screening guidelines for colorectal cancer”, *Prev Med.* 2002: 35(5):447-52.
- [74] **Klabunde, C.N., Frame, P.S., Meadow, A. et al.** “A national survey of primary care physicians' colorectal cancer screening recommendations and practices”, *Prev Med.* 2003: 36(3): 352-62
- [75] **Holland-Barkis P, Forjuoh S.N, Couchman G.R. et al.** “Primary care physicians' awareness and adherence to cervical cancer screening guidelines in Texas”, *Prev Med.* 2006: 42(2): 140-5.
- [76] **Zapka, J.G., Puleo, E, Taplin. S, et al.** “Breast and cervical cancer screening: clinicians' views on health plan guidelines and implementation efforts”, *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2005: (35):46-54.
- [77] **Kupets, R., Covens, A.** Review. “ Strategies for the implementation of cervical and breast cancer screening of women by primary care physicians”, *GynecolOncol.* 2001: 83(2): 186-97.
- [78] **Kamposioras, K., Mauri, D., Alevizaki, P. et al.** Cancer screening in Greece. Guideline awareness and prescription behavior among Hellenic physicians”, *Eur J Intern Med.* 2008: 19(6):452-60.
- [79] **Xilomenos, A., Mauri, D., Kamposioras, K. et al.** “Colorectal cancer screening awareness among physicians in Greece”, *BMC Gastroenterol.* 2006: 6: 6:18.
- [80] **Trigoni, M., Mahoney, M.C., Moschandreass, J. et al.** “Approaches to breast cancer screening among primary care physicians in rural areas of crete, Greece”, *J Cancer Educ.* 2011: 26(3):490-6.
- [81] <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/home>
- [82] **Snell, J.L., Buck, E.L.** “Increasing cancer screening:a meta analysis”, *Prev Med* 1996:25:702-7

- [83] **Shea, S., DuMouchel, W., Bahamonde, L.** “A metaanalysis of 16 randomised controlled trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventative care in the ambulatory setting”, *J Am Med Inform Assoc* 1996: 3(6):399-409.
- [84] **Warwick, P.D.** Chapter 26. “The KAP survey :dictates of mission versus demands of science”, Copyright 1983
- [85] **American Cancer Society**. “Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms”, Available on: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetectio> breast-cancer-early-detection-ac-recs.
- [86] **National Comprehensive Cancer Network.** “NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology”, Breast Cancer, v.1.2009 Fort Washington, PA: National Comprehensive Cancer Network; 2009.
- [87] **Saslow, D, Solomon D.; Lawson, H.W. et al.** “American Cancer Society; American Society for Colposcopy and Cervical Pathology; American Society for Clinical Pathology”, *CA Cancer J Clin.* 2012: 62(3):137, 147-72.
- [88] **Wolf, A.M., Wender, RC., Etzioni, R.B. et al.** “American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010”, *CA Cancer J Clin.* 2010: 60 (2): 70-98.
- [89] **Carter, H.B., Albertsen, P.C., Barry, M.J. et al.** “Early detection of prostate cancer: AUA Guideline”, *J Urol.* 2013:190(2):419-426
- [90] **American Academy of Family Physicians.** Summary of recommendations for clinical preventive services. Revision 6.4. August 2007.

- [91] **American Society of Addiction Medicine.** “Public Policy Statement on Screening for Addiction in Primary Care Settings”, Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine; 1997.
- [92] **Joffres, M., Jaramillo, A., Dickinson, J. et al.** “Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for depression in adults”, CMAJ. 2013: 185(9), 775-82.
- [93] **Centers for Disease Control and Prevention.** “Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States”, MMWR Recomm Rep. 1998: 47:1-29.
- [94] **Garber, J.R., Cobin, R.H., Gharib, H. et al.** “American Association of Clinical Endocrinologists and American Thyroid Association Taskforce on Hypothyroidism in Adults. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association”, EndocrPract.2012: 18(6): 988-1028.
- [95] **American Diabetes Association.** “Standards of medical care in diabetes—2015. Diabetes Care”, 2015:38(10):e 174
- [96] **National Osteoporosis Foundation.** “Clinician’s Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis”, Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; 2010.
- [97] **Hirsch, A.T., Haskal, Z.J., Hertzler, N.R. et al.** “ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease): endorsed by the American Association

of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation”, *Circulation*. 2006; 113(11): e463-654.

[98] **Brott, T.G., Halperin, J.L., Abbara, S. et al.** “2011 ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American Stroke Association, American Association of Neuroscience Nurses, American Association of Neurological Surgeons, American College of Radiology, American Society of Neuroradiology, Congress of Neurological Surgeons, Society of Atherosclerosis Imaging and Prevention, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of NeuroInterventional Surgery, Society for Vascular Medicine, and Society for Vascular Surgery. Developed in collaboration with the American Academy of Neurology and Society of Cardiovascular Computed Tomography. Catheter”, *CardiovascInterv*. 2013; 81(1): E76-123.

[99] **National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III).** “Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report”, *Circulation*. 2002 106(25): 3143–421.

[100] **American Academy of Family Physicians.** “Guide to clinical preventive services. Lipid disorders”, 2008.

- [101] **Goldstein, L.B., Adams, R., Alberts, M.J. et al.** “Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline”, *Stroke*.2006: 37(6):1583-633.
- [102] **Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H. et al.** “European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) ”, *Eur Heart J.* 2012: 33(17): 1635-701.
- [103] **Greenland, P., Alpert, J.S., Beller, G.A. et al.** “2010 ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines”, *Circulation.* 2010: 122: 584-636.
- [104] **Duncan, P.M.** “Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents”, 3rd ed. Elk Grove IL: American Academy of Pediatrics. 2008.
- [105] **Lehmann, H.P., Hinton, R., Morello, P., Santoli, J.** “Developmental dysplasia of the hip practice guideline: technical report. Committee on Quality Improvement, and Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. *Pediatrics*”,2000:105 (4): E57.

- [106] **Richards, B.S., Vitale, M.G.** “Screening for idiopathic scoliosis in adolescents. An information statement”, *J Bone Joint Surg Am.* 2008; 90(1): 195-8.
- [107] **American Academy of Pediatrics.** “Recommendations for Preventive Pediatric Health Care”, 2015.
- [108] **United Nations.** Universal Declaration of Human Rights. General Assembly of the United Nations, Paris, France, 1948.
- [109] **Commission of the European Communities White Paper.** “Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013”, Brussels 23.10.2007, COM (2007) 630. 2007:1–11
- [110] **Stiglitz, J.E.** *Freefall: America, Free Markets, and the Sinking of the World Economy* (Norton & Company, 2010).
- [111] **Lionis, C., Samoutis, G., Kouroussis, C. et al.** “Teaching cancer management to primary care health staff: the first experience gained from Crete. *JCancerEduc*”, 2005; 20(1): 6-7.
- [112] **Al-Ansary, L.A., Khoja, T.A.** “The place of evidence based medicine among primary health care physicians in Riyadh region”, Saudi Arabia. *Family Practice.* 2002;19(5): 537–42.
- [113] **Al-Ansary, L.A., Khoja, T.A.** “Attitudes to evidence-based medicine of primary care physicians in Asir region, Saudi Arabia”, *Eastern Mediterranean Health Journal.* 2007;13(2): 408-419
- [114] **Kubaisi, N.J., Al-Dahnaim, L.A., Salama, R.E.** “Knowledge, attitudes and practices of primary health care physicians towards evidence-based medicine in Doha, Qatar”, *East Mediterr Health J.* 2010; 16(11):1189-97.
- [115] **McColl, A., Smith, H., White, P. et al.** “General practitioners’ perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey”, *British Medical Journal,* 1998; 316(7128): 361–365.

- [116] **Butzlaff, M., Kempkens, D., Schnee, M. et al.** “German ambulatory care physicians' perspectives on clinical guidelines - a national survey”, *BMC Fam Pract.* 2006;7: 47.
- [117] **Mayer, J., Piterman, L.** “The attitudes of Australian GPs to evidence-based medicine: a focus group study”, *FamPract.* 1999;16(6): 627-32.
- [118] **Magrabi, F., Coiera, E/W., Westbrook, J/I. et al.** “General practitioners' use of online evidence during consultations”, *Int J Med Inform.* 2005: 74(1): 1-12.
- [119] **Hayward J/A., Wearne, S/M., Middleton, P/F. et al.** “Providing evidence-based answers to clinical questions. A pilot information service for general practitioners”, *Med J Aust.* 1999: 171(10): 547-50.
- [120] **Lomas, J.** “Retailing research: increasing the role of evidence in clinical services for childbirth”, *Milbank Q.* 1993: 71(3):439-475.
- [121] **Stross, J/K., Harlan, W/R.** “The dissemination of new medical information”, *JAMA.* 241(24): 2622-2624.
- [122] **Smith, L., Walker, A., Gilhooly, K.** “Clinical guidelines of depression: a qualitative study of GPs”, *views*, *J Fam Pract.* 2004: 53(7):556-61.
- [123] **Christakis, D/A., Rivara, F/P.** “Pediatricians' awareness of and attitudes about four clinical practice guidelines”, *Pediatrics.* 1998: 101(5):825-830.
- [124] **Wigder, H/N., Arai, D/A., Narasimhan, K. et al.** “ACEP chest pain policy: emergency physician awareness”, *Ann Emerg Med.* 1996: 27(5):606-609.

- [125] **Balk, S/J., Landesman, L/Y., Spellmann, M.** “Centers for Disease Control and Prevention lead guidelines: do pediatricians know them? ”, *J Pediatr.* 1997;13(2):325-327.
- [126] **Pierre, K.D., Vayda, E., Lomas, J. et al.** “Obstetrical attitudes and practices before and after the Canadian Consensus Conference Statement on Cesarean Birth”, *Soc Sci Med.* 1991;32(11):1283-1289.
- [127] **Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., et al.** “Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement”, *JAMA.* 1999: 282(15):1458-65.
- [128] **Espeland, A., Baerheim, A.** “Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers--a qualitative study”, *BMC Health Serv Res.* 2003: 243(1):8.
- [129] **Summerskill, W.S., Pope, C.** “I saw the panic rise in her eyes, and evidence-based medicine went out of the door. An exploratory qualitative study of the barriers to secondary prevention in the management of coronary heart disease”, *Fam Pract.* 2002 :19(6):605-10.
- [130] **Hawkins, N.A., Benard, V.B., Greek, A. et al.** “Patient knowledge and beliefs as barriers to extending cervical cancer screening intervals in Federally Qualified Health Centers”, *PrevMed.* 2013;57(5):641-5.
- [131] **Carlsen, B., Glenton, C., Pope, C.** “Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines”, *Br J Gen Pract.* 2007;57(545):971-8
- [132] **Zartaloudi, A., Madianos, M.** The importance of early detection and therapeutic intervention of mental health problems”, *Encephalos* 2010;47(3):131-143.

- [133] **Anderson, B.L., Pearlman, M., Griffin, J. et al.** “Conflicting and changing breast cancer screening recommendations: survey study of a national sample of ob-gyns after the release of the 2009 USPSTF guidelines”, *J Healthc Qual.* 2013;35(4):25-35
- [134] **Han, P.K., Klabunde, C.N., Breen, N. et al.** “Multiple clinical practice guidelines for breast and cervical cancer screening: perceptions of US primary care physicians”, *Med Care.* 2011;49(2):139-48.
- [135] **Meissner, H.I., Klabunde, C.N., Han, PK. et al.** “Breast cancer screening beliefs, recommendations and practices: primary care physicians in the United States ”, *Cancer.* 2011;117(14):3101-11.
- [136] **Purvis, C., Merritt, T.L., Ross, L.E.** “To screen or not to screen, when clinical guidelines disagree: Primary care physicians’ use of the PSA test”, *Preventive Medicine.* 2004;38(2):182-91.
- [137] **Chan, E.C., Vernon, S.W., Haynes, M.C. et al.** “Physician perspectives on the importance of facts men ought to know about prostate-specific antigen testing”, *Journal of General Internal Medicine.* 2003;18(5):350-6.
- [138] **Voss, J.D., Schectman, J.M.** “Prostate cancer screening practices and beliefs: A longitudinal physician study”, *J Gen Intern Med.* 2001: 16(12): 831- 837
- [139] **McCoy, C.B., Anwyl, R.S., Metsch, L.R. et al.** “Prostate cancer in Florida: knowledge, attitudes, practices, and beliefs”, *CancerPract.* 1995: 3(2):88-93.
- [140] **National Health Plan for of Action for the Restriction of alcohol harmful Consequences in Health** 2008-2012.

- [141] **Kokkevi, A., Gefou-Madianou, D. & Stefanis, C.** “Licit and Illicit drug Use in Greece: School Population Survey”, (Athens, Bibliotheca Psychiatrica). 1992
- [142] **Gefou-Madianou, D., Madianos, M., Kokkevi, A. & Stefanis C.** “Licit and Illicit Drug Use in Greece: General Population Survey”, (Athens, Bibliotheca Psychiatrica). 1992.
- [143] **Friedmann, P.D., McCullough, D., Chin, M.H. et al.** “Screening and intervention for alcohol problems. A national survey of primary care physicians and psychiatrists”, *J Gen Intern Med.* 2000: 15(2):84-91.
- [144] **Bradley, K.A., Curry, S.J., Koepsell, T.D. et al.** “Primary and secondary prevention of alcohol problems: U.S. internist attitudes and practices”, *J Gen Intern Med.* 1995: 10(2): 67-72.
- [145] **National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.** “The Physician's Guide to Helping Patients with Alcohol Problems”, Washington, DC: National Institutes of Health; 1995. NIH publication 95-3769.
- [146] **Cranney, M., Warren, E., Barton, S., Gardner, K, et al.** “Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study”, *Fam Pract.* 2001: 18(4): 359-63.
- [147] **Wooster, D.L., Wooster, E.M., Moneley, D. et al.** “ Comparison of knowledge and attitudes of primary care physicians toward abdominal aortic aneurysm screening in Canada and Ireland”, *Can J Surg.* 2012: 55(5): 340–354
- [148] **Birmpili, E., Katsiki, N., Malhotra, A. et al.** “Gender and Socio-economic Differences in Daily Smoking and Smoking Cessation Among Adult Residents in a Greek Rural Area. *Open Cardiovasc*”, *Med J.* 2012:6:15-21.

- [149] **Camasso, M.J., Camasso, A.E.** “Practitioner productivity and the product content of medical care in publicly supported health centers”, *Soc Sci Med*. 1994: 38(5): 733-48.
- [150] **Rashidbeygi, M., Sayehmiri, K.** “Knowledge and attitudes of physicians towards evidence based medicine in ilam, iran.”, *Iran Red Crescent Med J*. 2013:15(9): 798-803.
- [151] **Cadieux, G., Tamblyn, R., Dauphinee, D., et al.** “Predictors of inappropriate antibiotic prescribing among primary care physicians”, *CMAJ*. 2007: 177(8): 877-83.
- [152] **Ramsey, P.G., Carline, J.D., Inui, TS. et al.** “Changes over time in the knowledge base of practicing internists”, *JAMA*. 1991;266(8): 1103-7.
- [153] **Southern, W.N., Bellin, E.Y., Arnsten, J.H.** “Longer lengths of stay and higher risk of mortality among inpatients of physicians with more years in practice”, *Am J Med*. 2011, 124(9): 868-74.
- [154] **Phillips, L.S., Branch, W.T., Cook C.B, et al.** “Clinical inertia”, *Ann Intern Med*. 2001;135(9): 825-34.
- [155] **Tracy, C.S., Dantas, G.C., Upshur, R.E.** “Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians”, *BMC FamPract*. 2003: 4:6.
- [156] **Studdert, D.M., Mello, M.M., Sage, W.M. et al.** “Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment”, *JAMA*. 2005;293(21): 2609–17.
- [157] **Merenstein, D., Daumit, GL, Powe, NR.** “Use and costs of non recommended tests during routine preventive health exams”, *Am J Prev Med*. 2006: 30(6): 521-7.
- [158] **Jackson Healthcare.** “Government Physicians Practice Less Defensive Medicine Than Private Sector Peers”, <http://www.jacksonhealthcare.com>.

- [159] **Fabrizio, C.S., Shea, C.M.** “Disseminating a cervical cancer screening program through primary physicians in Hong Kong: a qualitative study”, *BMC Health Serv Res.* 2014:14: 85.
- [160] **Doroodchi, H., Abdolrasulnia, M., Foster, J.A. et al.** “Knowledge and attitudes of primary care physicians in the management of patients at risk for cardiovascular events”, *BMC FamPract.* 2008: 9: 42.
- [161] **Trigoni, M., Griffiths, F., Tsiftsis, D. et al.** “Mammography screening: views from women and primary care physicians in Crete”, *BMC Womens Health.* 2008: 8: 20 .
- [162] **Yabroff, K.R., Klabunde, C.N. Yuan, G. et al.** “Are physicians' recommendations for colorectal cancer screening guideline-consistent? ”, *J Gen Intern Med.* 2011:26(2):177-84.
- [163] **Yarnall, K.S., Pollak, K.I., Østbye, T. et al.** “Primary care: is there enough time for prevention?”, *Am J Public Health.* 2003:93(4) 635-41.
- [164] **Henderson, J.T., Weisman, CS.** “Physician gender effects on preventive screening and counseling: an analysis of male and female patients' health care experiences”, *Med Care.* 2001 39 (12): 1281-92.
- [165] **Ramirez, A/G., Wildes, K.A., Nápoles-Springer. et al.** “Physician gender differences in general and cancer-specific prevention attitudes and practices”, *J Cancer Educ.* 2009: 24(2): 85-93.
- [166] **Franks, P., Bertakis, K.D.** “Physician gender, patient gender, and primary care”, *J Womens Health (Larchmt).* 2003:12(1): 73-8
- [167] **Surveillance Epidemiological and End Results (SEER).** (2012). “SEER stat fact sheets: cervix uteri”.

- [168] **Saraiya, M., Berkowitz, Z., Yabroff, K.R. et al.** “Cervical cancer screening with both human papilloma virus and Papanicolaou testing vs Papanicolaou testing alone: what screening intervals are physicians recommending?”, *Arch Intern Med.* 2010;170(11): 977-85.
- [169] **McMaster, H., Arroll, B.** “Screening for cervical cancer: attitudes and policies among Auckland general practitioners. *N Z Med J.* 1992;105(931):125-7.
- [170] **Werner, P., Vered, I.** The diagnosis of osteoporosis: attitudes and knowledge of Israeli physicians”, *Aging ClinExp Res.* 2002;14(1): 52-9.
- [171] **Otmar, R.; Reventlow, S.D.; Nicholson, G.C. et al.** “ General medical practitioners' knowledge and beliefs about osteoporosis and its investigation and management”, *Arch Osteoporos.* 2012(7): 107-14.
- [172] **Lugtenberg, M., Zegers-van Schaick, J.M., Westert, G.P, et al.** “Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. ”, *Implement Sci.* 2009: 4: 54.
- [173] **European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, Reiner, Z., Catapano, AL., De Backer, G. et al.** “ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) 2008-2010 and 2010-2012 Committees. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) ”, *Eur Heart J.* 2011: 32(14): 1769–1818.
- [174] **American Academy of Family Physicians.** “Recommendations for Clinical Preventive Services: Coronary Heart Disease”, Leawood, KS: American Academy of Family Physicians; 2012.

- [175] **Eaton C.B, Feldman HA, Assaf A.R, et al.** “Prevalence of hypertension, dyslipidemia, and dyslipidemic hypertension”, *J Fam Pract.* 1994: 38(1): 17-23.
- [176] **Hobbs, F.D., Erhardt, L.** “Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey”, *Fam Pract.* 2002: 19(6):596-604.
- [177] **Mosca, L., Linfante, A.H., Benjamin, E.J. et al.** “National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation.* 2005: 111(4):499-510.
- [178] **National Cholesterol Education Program.** “Highlights of the report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents”, *Pediatrics.* 1992: 89(3) :495-5.
- [179] **Kavey, R.E., Daniels, S.R., Lauer, R.M., et al.** “American Heart Association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood”, *Circulation.* 2003:107(11): 1562-6.
- [180] **McCrindle B.W., Urbina, E.M., Dennison, B.A. et al.** “Drug therapy of high-risk lipid abnormalities in children and adolescents: a scientific statement from the American heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Youth Committee, Council of Cardiovascular Disease in the Young, with the Council on Cardiovascular Nursing”, *Circulation.* 2007:115(14):1948-67
- [181] **Hagan, J.F., Shaw, J.S., Duncan, P.M, eds.** “Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents”, 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; USA, 2008.

- [182] **National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents.** “The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents”, *Pediatrics*. 2004: 114(2 Suppl 4th Report): 555-76.
- [183] **Pickering, T.G., Hall, J.E., Appel, L.J. et al.** “Council on High Blood Pressure Research Professional and Public Education Subcommittee, American Heart Association. Recommendations for blood pressure measurement in humans: an AHA scientific statement from the Council on High Blood Pressure Research Professional and Public Education Subcommittee”, *J ClinHypertens*. 2005: 7(2): 102-9.
- [184] **Mazur, A., Matusik, P., Revert, K. et al.** “Childhood obesity: knowledge, attitudes, and practices of European pediatric care providers”, *Pediatrics*. 2013: 132(1): 100-108.
- [185] **Sivertsen, L.M., Woolfenden, S.R., Woodhead, H.J. et al.** “Diagnosis and management of childhood obesity: a survey of general practitioners in South West Sydney”, *J Paediatr Child Health*. 2008: 44(11) :622-629.
- [186] **Spurrier, N.J., Magarey, A., Wong, C.** “Recognition and management of childhood overweight and obesity by clinicians.”, *J Paediatr Child Health*. 2006:42(7): 411–418.
- [187] **McCallum, Z., Wake, M., Gerner, B. et al.** “Outcome data from the LEAP (Live, Eat and Play) trial: a randomized controlled trial of a primary care intervention for childhood overweight/mild obesity”, *Int J Obes (Lond)*.2007: 31(4): 630-6.

- [188] **King, L.A., Loss, JH., Wilkenfeld, R.L. et al.** “Australian GPs' perceptions about child and adolescent overweight and obesity: the Weight of Opinion study”, *Br J Gen Pract.* 2007: 57(535): 124-129.
- [189] **Dettori, H., Elliott, H., Horn, J., Leong, G.** “Barriers to the management of obesity in children - A cross sectional survey of GPs.”, *Aust Fam Physician.* 2009:38(6):460-464.
- [190] **Schwend, R.M., Schoenecker, P., Richards, B.S. et al.** “Pediatric Orthopaedic Society of North America. Screening the newborn for developmental dysplasia of the hip: now what do we do? ”, *J Pediatr Orthop.* 2007: 27(6): 607-10.
- [191] **Lonstein J.E.** “Adolescent idiopathic scoliosis.”, *Lancet.* 1994: 344(8934):1407–1412.
- [192] **Reamy, B.V., Slakey, J.B.** “Adolescent idiopathic scoliosis: review and current concepts”, *Am Fam Physician.* 2001:64(1):111–116.
- [193] **Smith, J.R., Sciubba, D.M., Samdani, A.F.** “Scoliosis: a straightforward approach to diagnosis and management”, *JAAPA.* 2008:21(11):40–45.
- [194] **Roach, J.W.** “Adolescent idiopathic scoliosis”, *Orthop Clin North Am.* 1999: 30(3): 353–365.
- [195] **Linker, B.** “A dangerous curve: the role of history in America's scoliosis screening programs”, *Am J Public Health.* 2012: 102(4): 606–616.
- [196] **Thomas, F., Rudnichi, A., Bacri, A.M. et al.** “Cardiovascular Mortality in Hypertensive Men According to Presence of Associated Risk Factors. ”, *Hypertension.* 2001: 37(5): 1256-61.

- [197] **Stein, R.E., Horwitz, S.M., Storfer-Isser, A. et al.** “Do Pediatricians think they are responsible for identification and management of child mental health problems? Results of the AAP periodic survey”, *AmbulPediater*. 2008; 8(1):11-7.
- [198] **Lurie, N., Margolis, K.L., McGovern, P.G. et al.** “Why do patients of female physicians have higher rates of breast and cervical cancer screening? ”, *J Gen Intern Med*. 1997; 12(1):34-43.
- [199] **Kaplan, S.H., Greenfield, S., Gandek, B. et al** “Characteristics of physicians with participatory decision-making styles”, *Ann Intern Med*. 1996, 124(5): 497-504.
- [200] **Kaplan, S.H., Gandek, B., Greenfield, S. et al.** “Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study.*Med Care*”, 1995 33(12):1176-87.
- [201] **Roter, D., Lipkin, M. Jr., Korsgaard, A.** “Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits”, *Med Care*.1991: 29(11) :1083-93.
- [202] **Weisman, C.S., Teitelbaum, M.A.** “Physician gender and the physician-patient relationship: recent evidence and relevant questions”, *SocSci Med*. 1985: 20(11):1119-27.
- [203] **Hall, J.A., Irish, J.T., Roter, D.L. et al.** “Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting”, *Health Psychol*. 1994:13(5):384-92.
- [204] **Levinson, W., Lurie, N.** “When most doctors are women: what lies ahead?”, *Ann Intern Med*. 2004:141(6): 471-474.

Συντμήσεις

EBPH: Evidence-based public health

EBM: Evidencebasedmedicine

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

ΚΑΡ: Knowledge, Attitude and Practices study

ΠΟΥ: Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

AAFP: American Academy of Family Physicians

USPSTF: United States Preventive Services Task Force.

BRCA: Breast Cancer gene

ΕΣΥ: Εθνικό σύστημα υγείας

ΚΥ: Κέντρα Υγείας

HPV:Human papillomavirus

HIV:Human immunodeficiency virus

FOBT:Fecal occult blood

HBV: Hepatitis B virus

HCV:Hepatitis C virus

Glu: Glucose

HbA1C: Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

U/S: Υπερηχογραφικός έλεγχος

ACS: American Cancer Society

AMA: American Medical Association

NCCN: National Comprehensive Cancer Network

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

ASCCP: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology

PSA: prostate-specific antigen

AUA: American Urological Association

CTFPHC: Canadian Task Force on Preventive Health Care.

IDA: Iron deficiency anemia

ATA: American Thyroid Association

AACE: American Association of Clinical Endocrinologists

TSH: Thyroid-stimulating hormone

ADA: American Diabetes Association

NOF: National Osteoporosis Foundation

AAA: Abdominal aortic aneurysm

CAS: Carotid artery stenosis.

ACC: The American College of Cardiology.

AHA: American Heart Association.

NCEP: National Cholesterol Education Program.

ESC: European Society of Cardiology.

ASA: American Stroke Association.

ACCF: American College of Cardiology Foundation

AAP: American Academy of Pediatrics

AAOS: American Academy of Orthopaedic Surgeons.

SRC: Scoliosis Research Society.

POSNA: Pediatric Orthopaedic Society of North America.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ναι

Όχι

6. Πόσους ασθενείς εξετάζετε περίπου την εβδομάδα;.....ασθενείς.

7. α)Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 40ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο ουροδόχου κύστεως;

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση

Ναι

Όχι

δ)Εάν Ναι, Κάθε πότε;

8. α)Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 42 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening)για καρκίνο του μαστού;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;.....

9. α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 35 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening)για καρκίνο του μαστού;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;.....

10. α)Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 22 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

11. α)Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 21 ετών με ιστορικό σεξουαλικών επαφών από 3 χρόνια σε εξετάσεις στα πλαίσια screening για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

12. α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 69 ετών για πρώτη φορά σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

13. α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 69 ετών η οποία έχει υποβληθεί πρόσφατα σε κατάλληλο έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε νέες εξετάσεις;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

14. α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 55 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου σε εξετάσεις στα πλαίσια screening για καρκίνο παχέος εντέρου;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

15. α)Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 35 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο παχέος εντέρου;

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

16. α)Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 35 ετών ο οποίος πάσχει από ελκώδη κολίτιδα σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο παχέος εντέρου;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

17. α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για καρκίνο του προστάτη;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

18. α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ασυμπτωματική βακτηριουρία;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

19. α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 45 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ασυμπτωματική βακτηριουρία;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

20. α)Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 38 ετών, ασυμπτωματικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HCV;

Ναι

Όχι

21. Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 26ετών. ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HBV;

Ναι

Όχι

22. Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 28 ετών, ασυμπτωματικό, χωρίς παράγοντες κινδύνου, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HIV;

Ναι

Όχι

23. Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 26ετών, ασυμπτωματική, με ιστορικό λήψης αγωγής για σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HIV;

Ναι

Όχι

24. α) Θα υποβάλλατε ή θα παραπέμπατε έναν άνδρα 34 ετών σε test, στα πλαίσια διάγνωσης κατάχρησης αλκοόλ;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, κάθε πότε;

25. Θα παραπέμπατε μια γυναίκα 25 ετών, ασυμπτωματική, με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, σε ειδικό κέντρο προκειμένου να υποβληθεί σε test διάγνωσης κατάθλιψης;

Ναι

Όχι

26. Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 35 ετών, ασυμπτωματικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία;

Ναι

Όχι

27. Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 24ετών, ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία;

Ναι

Όχι

28. Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 24ετών, ασυμπτωματική, χωρίς ιστορικό παθήσεως του θυρεοειδή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για θυρεοειδοπάθεια;

Ναι

Όχι

29. α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 45 ετών, ασυμπτωματική, χωρίς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι δοκιμασία θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

30. α) Θα υποβάλλατε ένα άνδρα 45 ετών, ασυμπτωματικό, υπερτασικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι δοκιμασία θα προτείνετε;

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

31. α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 66 ετών, ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για οστεοπόρωση;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι δοκιμασία θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

32. α) Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 57 ετών, ασυμπτωματική, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για οστεοπόρωση;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι δοκιμασία θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

33. α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής?

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ) Εάν Ναι, κάθε πότε;

34. α) Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, μη καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής?

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ) Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

35. α)Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 70 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής?

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;

36. α)Θα υποβάλλατε άνδρα 53 ετών, καπνιστή, παχύσαρκο σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για στένωση καρωτίδων;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

37. α) Θα υποβάλλατε άνδρα 53 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για στένωση καρωτίδων;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

38. Πιστεύετε ότι υπάρχει αναγκαιότητα για προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) στον πληθυσμό;

Ναι

Όχι

β) Αν ναι σε ποιες νόσους;.....

39. Ακολουθείτε συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά το προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού;

Ναι

Όχι

40. Πιστεύετε ότι υπάρχουν σαφείς και διαδομένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού;

Ναι

Όχι

42. Πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα βοηθούσε τον ιατρό στην επιλογή των ασθενών που πρέπει να περιληφθούν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (screening);

Ναι

Όχι

Ναι

Όχι

6. Είστε ιδιώτης

Ναι

Όχι

7. Πόσους ασθενείς εξετάζετε περίπου την εβδομάδα;.....ασθενείς.

8. α)Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;.....

9. α)Θα υποβάλλατε έναν άνδρα ηλικίας 67 ετών, μη καπνιστή, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;.....

10. α)Θα υποβάλλατε ένα άνδρα 77 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;.....

11. α)Θα υποβάλλατε μια γυναίκα 70 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

Ναι

Όχι

γ)Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος θα επαναλαμβάνετε την εξέταση;

Ναι

Όχι

δ)Εάν Ναι, κάθε πότε;.....

12. α)Θα υποβάλλατε ένα άνδρα 23 ετών, με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

13. α)Θα υποβάλλατε ένα άνδρα 23 ετών σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

14. α)Θα υποβάλλατε έναν άνδρα 40 ετών σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

15. α)Θα υποβάλλατε μία γυναίκα 36 ετών σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

16. α)Θα υποβάλλατε μία γυναίκα 46 ετών σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι τι, εξετάσεις θα προτείνετε; -----

17. α)Θα συστήνατε επανέλεγχο λιπιδαιμικού προφίλ σε άνδρα ηλικίας 37 ετών με πρόσφατες εξετάσεις εντός φυσιολογικών ορίων και χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο;

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

18. α)Θα σκεπτόσασταν τη χορήγηση ασπιρίνης σε άνδρα 50 ετών με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη;

Ναι

Όχι

β) Αν Όχι, πότε θα επανεξετάζατε το ενδεχόμενο της χορήγησης ασπιρίνης;-----

19. α) Θα σκεπτόσασταν τη χορήγηση ασπιρίνης σε γυναίκα καπνίστρια 60ετών;

Ναι

Όχι

β) Αν Όχι, πότε θα επανεξετάζατε το ενδεχόμενο της χορήγησης ασπιρίνης;-----

20. α) Πιστεύετε ότι είναι σωστή η χορήγηση ασπιρίνης σε άνδρα 47 ετών, υπέρτασικό και καπνιστή;

Ναι

Όχι

β) Αν Όχι, πότε θα επανεξετάζατε το ενδεχόμενο της χορήγησης ασπιρίνης;-----

21. α) Θα μετρούσατε την αρτηριακή πίεση σε άνδρα 22 ετών στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) αρτηριακής υπέρτασης;

Ναι

Όχι

22. α) Αν άνδρας 25 ετών παρουσιάζει αρτηριακή πίεση 110/70, θα του συστήνατε επανέλεγχο αρτηριακής πίεσης;

Ναι

Όχι

β) Αν Ναι, πότε;.....

23. α) Αν γυναίκα 25 ετών παρουσιάζει αρτηριακή πίεση 140/90, θα της συστήνατε επανέλεγχο αρτηριακής πίεσης;

Ναι

Όχι

β) Αν Ναι, πότε;.....

24. α) Θα συστήνατε σε άνδρα 45 ετών εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) περιφερικής αρτηριοπάθειας;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

25. α)Θα συστήνατε εξετάσεις σε γυναίκα 55 ετών στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) περιφερικής αρτηριοπάθειας;

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

26. α)Θα υποβάλλατε άνδρα, ασυμπτωματικό, 47 ετών, ο οποίος αναφέρει ότι πρόκειται να ξεκινήσει εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) στεφανιαίας νόσου;

Ναι

Όχι

β)Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

27. α)Θα υποβάλλατε γυναίκα 56 ετών, ασυμπτωματική, η οποία εργάζεται σε τομέα όπου ενδεχόμενη περίπτωση οξέως στεφανιαίου συνδρόμου του συγκεκριμένου ανθρώπου θα έθετε σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) στεφανιαίας νόσου;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

28. α) Θα υποβάλλατε γυναίκα, ασυμπτωματική, 57 ετών, η οποία αναφέρει ότι πρόκειται να ξεκινήσει εργασία που απαιτεί έντονη σωματική κόπωση, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) στεφανιαίας νόσου;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

29. α) Θα υποβάλλατε άνδρα 53 ετών, καπνιστή, παχύσαρκο, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για στένωση καρωτίδων;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

30. α) Θα υποβάλλατε άνδρα 53 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για στένωση καρωτίδων;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

31. α) Πιστεύετε ότι υπάρχει αναγκαιότητα για προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) στον πληθυσμό όσον αφορά την καρδιαγγειακή νόσο;

Ναι

Όχι

β) Αν Ναι, σε ποιες νόσους;.....

32. Ακολουθείτε συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού για την καρδιαγγειακή νόσο;

Ναι

Όχι

33. Πιστεύετε ότι υπάρχουν σαφείς και διαδεδομένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού για την καρδιαγγειακή νόσο;

Ναι

Όχι

34. Πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα βοηθούσε τον ιατρό στην επιλογή των ασθενών που πρέπει να περιληφθούν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου(screening);

Ναι

Όχι

Ερωτηματολόγιο αποτύπωσης γνώσεων, στάσεων και πρακτικών των παιδιάτρων σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο.

1. α) Φύλο: Γυναίκα

2. β). Ηλικία.....χρονών.

Ανδρας

3. Από ποια σχολή Ιατρικής και σε ποια χώρα αποφοιτήσατε;

α) Σχολή (όνομα της πόλης) :.....

β) Χώρα:.....

4. Σε ποιο νοσοκομείο/α τελειώσατε την ειδικότητά σας;

α) Νοσοκομείο1:.....χρόνια.....

β) Νοσοκομείο2:.....χρόνια.....

γ) Σε ποια χώρα τελειώσατε:.....

5. Πόσα χρόνια εξασκείτε το επάγγελμα του παιδίατρου(μετά την ειδικότητα);.....χρόνια.

6. Έχετε κάνει κάποια μετεκπαίδευση;

Ναι

Όχι

7. Είστε ιδιώτης

Ναι

Όχι

8. Πόσους ασθενείς εξετάζετε περίπου την εβδομάδα;.....ασθενείς.

9. Θα υποβάλλατε ένα παιδί 8 ετών, ασυμπτωματικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HSV (genital herpes);

Ναι

Όχι

10. Θα υποβάλλατε ένα παιδί 8 ετών, ασυμπτωματικό, χωρίς παράγοντες κινδύνου για λοίμωξη από HIV, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για λοίμωξη από HIV;

Ναι

Όχι

11. Θα υποβάλλατε ένα κορίτσι 14 ετών, ασυμπτωματικό, με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, σε test διάγνωσης κατάθλιψης;

Ναι

Όχι

12. Θα υποβάλλατε ένα κορίτσι 11 μηνών, ασυμπτωματικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία;

Ναι

Όχι

13. Θα υποβάλλατε ένα κορίτσι 6 ετών, ασυμπτωματικό, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για σιδηροπενική αναιμία;

Ναι

Όχι

14. Θα χορηγούσατε συμπληρώματα σιδήρου σε ένα αγόρι 7 μηνών το οποίο γεννήθηκε λιποβαρές;

Ναι

Όχι

15. Θα υποβάλλατε ένα αγόρι 2 μηνών, ασυμπτωματικό, με οικογενειακό ιστορικό συγγενούς εξάρθρωσης ισχίου, σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για συγγενή εξάρθρωση ισχίου;

Ναι

Όχι

16. Θα υποβάλλατε ένα αγόρι 13 ετών σε εξετάσεις στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για ιδιοπαθή σκολίωση;

Ναι

Όχι

17. α) Θα υποβάλλατε ένα παιδί 9 ετών, χωρίς οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, με έναν γονέα με ολική χοληστερόλη >240mg/dl, σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

18. α) Θα υποβάλλατε ένα παιδί 7 ετών, χωρίς οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου ή δυσλιπιδαιμίας, σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για δυσλιπιδαιμία;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

19. α) Θα υποβάλλατε ένα παιδί 10 ετών, παχύσαρκο, ανεξαρτήτως οικογενειακού ιστορικού στεφανιαίας νόσου, σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για δυσλιπιδαιμία;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

20. α) Θα υποβάλλατε ένα παιδί 10 ετών, με οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, σε έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για παχυσαρκία;

Ναι

Όχι

β) Εάν Ναι, τι εξετάσεις θα προτείνετε; -----

21. Θα υποβάλλατε ένα αγόρι 5 ετών, ασυμπτωματικό, με ιστορικό πρόωρης γέννησης, σε έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για διαταραχές ανάπτυξης του λόγου;

Ναι

Όχι

22. Θα υποβάλλατε ένα αγόρι 5 ετών, ασυμπτωματικό, σε έλεγχο στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) για διαταραχές της όρασης;

Ναι

Όχι

23. Θα μετρούσατε την αρτηριακή πίεση σε παιδί ηλικίας 8 ετών στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου(screening) αρτηριακής υπέρτασης;

Ναι

Όχι

24. Πιστεύετε ότι υπάρχει αναγκαιότητα για προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του παιδικού πληθυσμού όσον αφορά τις παιδιατρικές νόσους;

Ναι

Όχι

β)Αν Ναι, σε ποιες νόσους;.....

25. Ακολουθείτε συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του παιδικού πληθυσμού για παιδιατρικές νόσους;

Ναι

Όχι

26. Πιστεύετε ότι υπάρχουν σαφείς και διαδομένες κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του παιδικού πληθυσμού για τις παιδιατρικές νόσους;

Ναι

Όχι

27. Πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη χρήσης κάποιου λογισμικού προγράμματος που θα βοηθούσε τον ιατρό στην επιλογή των παιδιών που πρέπει να περιληφθούν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου(screening);

Ναι

Όχι