

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

# Εμπειρίες των ασθενών σε τμήμα επειγόντων περιστατικών Μια συγχρονική μελέτη

**ΣΚΟΠΟΣ** Η καταγραφή της εμπειρίας των ασθενών που προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) ενός γενικού νοσοκομείου της Αττικής. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Εκπονήθηκε μια συγχρονική μελέτη με δείγμα ευκολίας 350 ενήλικες ασθενείς ή και συνοδούς ασθενών, οι οποίοι προσήλθαν στο ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» σε ημέρες γενικής εφημερίας. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τον Οκτώβριο του 2022 έως τον Σεπτέμβριο του 2023 με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με φυσική παρουσία της κύριας ερευνήτριας, η οποία βρισκόταν στον χώρο του ΤΕΠ καθ' όλη τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Το 53,7% των συμμετεχόντων αξιολόγησαν θετικά την εμπειρία τους στο ΤΕΠ, το 37,7% μέτρια και το 8,6% αρνητικά. Η ποιότητα φροντίδας αξιολογήθηκε ως καλή έως πολύ καλή από το 76%, ενώ το 3,7% τη χαρακτήρισε κακή. Η ενημέρωση από επαγγελματίες υγείας βαθμολογήθηκε υψηλά από το 97,3%. Η επικοινωνία θεωρήθηκε καλή/πολύ καλή από το 61,8%, μέτρια από το 31,1% και πτωχή από το 7,1%. Το 72,6% δήλωσε ότι ένιωσε σεβασμό και διατήρηση αξιοπρέπειας καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του. Από τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της παρούσας μελέτης προέκυψε ότι οι ασθενείς που είχαν καλύτερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας ανέφεραν θετικότερες εμπειρίες από το ΤΕΠ. Παρομοίως, όσοι αξιολόγησαν τη φροντίδα υγείας στο ΤΕΠ ως καλύτερη είχαν και θετικότερες εμπειρίες από την επίσκεψή τους. Επί πλέον, οι ασθενείς που είχαν καλύτερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι έλαβαν και υψηλότερης ποιότητας φροντίδα, ενώ καλύτερη ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας σχετίστηκε επίσης με καλύτερη φροντίδα στο ΤΕΠ. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας και η αντιλαμβανόμενη φροντίδα συνιστούν κρίσιμους παράγοντες για τη θετική εμπειρία των ασθενών στο ΤΕΠ. Η απλή ενημέρωση δεν επαρκεί χωρίς την υποστηρικτική και την ενσυναισθητική επικοινωνία. Η περαιτέρω διερεύνηση της διαπροσωπικής επικοινωνίας και της ποιότητας φροντίδας στο ΤΕΠ μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εμπειρία των ασθενών.

Το τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) είναι ένα νοσοκομειακό τμήμα το οποίο παρέχει επείγουσα φροντίδα υγείας σε περιπτώσεις όπου απειλείται η ζωή των ασθενών.<sup>1</sup> Οι επείγουσες καταστάσεις υγείας απαιτούν άμεση και ενδεχομένως πολυδύναμη αντιμετώπιση μέσα σε ιεραρχημένα και κωδικοποιημένα πλαίσια, ανεξάρτητα από τα αίτια που προκάλεσαν αυτή την απειλητική κατάσταση. Στον χώρο των ΤΕΠ παρέχονται έγκαιρες, συντονισμένες και εξειδικευμένες παρεμβάσεις, ώστε να περιοριστεί τόσο η άμεση όσο και η απώτερη θνητότητα, η νοσηρότητα και η αναπηρία,

καθώς και να επιτευχθεί η πρόληψη των ατυχημάτων και η προαγωγή της υγείας μέσω επιδημιολογικών δεδομένων.<sup>2</sup>

Η ικανοποίηση των ασθενών στο ΤΕΠ, συνήθως, θεωρείται ως ένας αξιόπιστος δείκτης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στον χώρο αυτόν. Επομένως, η εμπειρία των ασθενών στο ΤΕΠ είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα των υπηρεσιών και την «εικόνα» (image) του νοσοκομείου. Η εμπειρία των ασθενών στο ΤΕΠ αποτελεί ένα κρίσιμο ζήτημα για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και αναδεικνύεται ως ένας αυξανόμενος τομέας εστίασης

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2026, 43(4):487-498  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2026, 43(4):487-498

Μ. Κίτσου,<sup>1</sup>  
Π. Γαλάνης,<sup>2</sup>  
Σ. Πλακάς,<sup>1</sup>  
Ε. Παπαγεωργίου,<sup>3</sup>  
Μ. Κελέση-Σταυροπούλου,<sup>1</sup>  
Ι. Ευστρατίου,<sup>1</sup>  
Χ. Τσίου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο  
Δυτικής Αττικής, Αθήνα

<sup>2</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και  
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,  
Αθήνα

<sup>3</sup>Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών,  
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

Patients' experiences  
in an emergency department:  
A cross-sectional study

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Αξιολόγηση  
Εμπειρίες ασθενών  
Επείγουσα φροντίδα  
Ποιότητα φροντίδας  
Τμήμα επειγόντων περιστατικών

Υποβλήθηκε 10.4.2025  
Εγκρίθηκε 20.4.2025

από ιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας.<sup>3,4</sup>

Στη διεθνή βιβλιογραφία<sup>5,6</sup> αναφέρεται μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ θετικών αξιολογήσεων της εμπειρίας των ασθενών και των σημαντικών στόχων του συστήματος υγείας, περιλαμβανομένων των βελτιωμένων κλινικών αποτελεσμάτων και της ποιότητας φροντίδας, της αυξημένης ικανοποίησης του προσωπικού και του μειωμένου κινδύνου για πρόκληση λάθους. Σε ημέρες και ώρες νοσοκομειακής εφημερίας—λόγω της πληθώρας των ασθενών που καταφθάνουν ή προσκομίζονται στο ΤΕΠ—η πολύωρη παραμονή των χρηστών στον χώρο του ΤΕΠ είναι μια συνήθης εικόνα στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία,<sup>7</sup> το άγχος που μπορεί να αναπτύξει ο ασθενής κατά την παραμονή του στο ΤΕΠ καθυστερεί την ανάρρωσή του, ενώ η άμεση και παρηγορητική νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στον ρυθμό αποκατάστασης του ασθενούς και στη δυνατότητα να θεραπευτεί.<sup>8–10</sup>

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της εμπειρίας των ασθενών που επισκέπτονταν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) ενός γενικού νοσοκομείου της Αττικής.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

### Σχεδιασμός μελέτης

Διεξήχθη μια συγχρονική μελέτη με δείγμα ευκολίας 350 ασθενείς ή και συνοδούς ασθενών χρήστες υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι προσήλθαν στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (ΓΝΑ) «Γ. Γεννηματάς» αναζητώντας επείγουσα ιατρική βοήθεια σε ημέρες γενικής εφημερίας του προαναφερθέντος νοσοκομείου. Οι συμμετέχοντες κατά την προσέλευσή τους στο νοσοκομείο προσεγγίστηκαν από την κύρια ερευνήτρια με φυσική παρουσία στον χώρο του ΤΕΠ. Τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν τα εξής:

- Ενήλικες ασθενείς ή συνοδοί ασθενών (19–80 ετών)
- Άτομα με πλήρη συνείδηση και δυνατότητα προφορικής και γραπτής επικοινωνίας
- Άτομα που ομιλούσαν ικανοποιητικά την ελληνική γλώσσα.

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο του 2022 μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2023. Ως καταλληλότερη στιγμή για τη στρατολόγηση και την εξασφάλιση της πληροφορημένης συναίνεσης των συμμετεχόντων θεωρήθηκε αυτή κατά την οποία έχει ολοκληρωθεί η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση του πάσχοντος, ο ασθενής είναι πλέον ασφαλής και δρομολογείται να αποχωρήσει από το ΤΕΠ. Στους συνοδούς δόθηκαν ειδικές συστάσεις ώστε οι απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο να εκφράζουν αποκλειστικά την οπτική γωνία των ασθενών. Η ενιαία αυτή προσέγγιση στη συλλογή των δεδομένων συνέβαλε αφ' ενός στη διασφάλιση της εγκυρότητας των πληροφοριών και αφ' ετέρου στη διατήρηση της ομοιομορφίας στις μονάδες του δείγματος, στοιχείο που ενισχύει την αμερόληπτη στατιστική ανάλυση.

### Ηθικά ζητήματα

Για την εκπόνηση της μελέτης εξασφαλίστηκε η έγκρισή της από το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς» (αριθμ. απόφασης: 3575/14.2.2022) και στη συνέχεια η έγκρισή της από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας στην Έρευνα του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (αριθμ. πρωτ.: 99553/19/10/2022). Η παρούσα μελέτη συμμορφώθηκε πλήρως με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν την έρευνα σε ανθρώπους, σύμφωνα με τις αρχές της Διακήρυξης του Helsinki (1975, όπως αναθεωρήθηκε το 2013),<sup>11</sup> καθώς και τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης [(ΕΕ) 2016/679].<sup>12</sup>

### Ερευνητικό εργαλείο

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο, βασισμένο σε προηγούμενο ερωτηματολόγιο που είχε χρησιμοποιηθεί το 2018 σε αντίστοιχη μελέτη σχετικά με την ποιότητα της επείγουσας φροντίδας. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου της Επιτροπής Ποιότητας Φροντίδας του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας.<sup>13</sup>

Η διαδικασία προσαρμογής περιέλαβε την πολιτισμική μετατροπή του εργαλείου σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), εφαρμόζοντας τη μέθοδο της «διπλής εστίασης» (dual-focus approach), όπως περιγράφεται από την Erkut,<sup>14</sup> με στόχο τη διασφάλιση εννοιολογικής ισοδυναμίας με το πρωτότυπο.

Ειδικότερα: (α) Ελήφθη άδεια χρήσης για μετάφραση και προσαρμογή του εργαλείου από την Care Quality Commission. Ακολούθησε μεταφραστική διαδικασία «προς τα εμπρός» (forward translation) από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα. (β) Συστάθηκε διεπιστημονική ομάδα εμπειρογνομώνων/ειδικών (multi-disciplinary expert panel), αποτελούμενη από 5 επαγγελματίες υγείας με εκτενή κλινική εμπειρία στην επείγουσα φροντίδα. Όλα τα μέλη διέθεταν άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας. (γ) Πραγματοποιήθηκε «αντίστροφη μετάφραση» (backward translation) και οργανώθηκαν ομάδες εστίασης (focus groups), αποτελούμενες από λήπτες υπηρεσιών υγείας σε ΤΕΠ δημόσιου νοσοκομείου. Έγινε αναλυτική διερεύνηση όλων των εννοιών του ερωτηματολογίου, έλεγχος κατανόησης, αναδιατυπώσεις και προτάσεις βελτιστοποίησης. (δ) Για τον έλεγχο αξιοπιστίας διεξήχθη πιλοτική μελέτη, με τη χορήγηση του ερωτηματολογίου σε δείγμα 30 χρηστών υπηρεσιών υγείας. Η διαδικασία επαναλήφθηκε μετά από 15 ημέρες στον ίδιο πληθυσμό και υπό παρόμοιες συνθήκες (test-retest). (ε) Διενεργήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας επαναληπτικής χορήγησης (test-retest reliability), με υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης Spearman. Όλοι οι συντελεστές είχαν τιμές >0,8, γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου. Η τελική ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου, προσαρμοσμένη στο ελληνικό σύστημα υγείας, περιλαμβάνει συνολικά 57 ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου, καταμετρημένες στις ακόλουθες δέκα θεματικές ενότητες: «Αφίξη», «αναμονή», «επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας», «θεραπεία και φροντίδα», «διαγνωστικές

εξετάσεις», «πόνος», «περιβάλλον», «πληροφορίες πριν την έξοδο από το ΤΕΠ», «γενική εμπειρία» και «δημογραφικά χαρακτηριστικά».

Για την ποσοτική αξιολόγηση της συνολικής εμπειρίας των ασθενών στο ΤΕΠ χρησιμοποιήθηκε η «βαθμολογία εμπειρίας», η οποία προέκυψε από μια ερώτηση του ερωτηματολογίου (από την ενότητα «γενική εμπειρία»). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τη συνολική τους εμπειρία στο ΤΕΠ με έναν αριθμό από το 0–10, όπου το 0 αντιστοιχεί σε πολύ κακή εμπειρία και το 10 σε πολύ καλή εμπειρία. Η βαθμολογία ταξινομήθηκε σε τρεις κατηγορίες: 0–3 (αρνητική εμπειρία), 4–7 (μέτρια εμπειρία) και 8–10 (θετική εμπειρία).

Για την ποσοτική αξιολόγηση της εμπειρίας φροντίδας των ασθενών στο ΤΕΠ δημιουργήθηκε η «βαθμολογία φροντίδας υγείας». Η «βαθμολογία φροντίδας υγείας» βασίστηκε στις απαντήσεις των συμμετεχόντων επί των τεσσάρων ερωτήσεων (από την ενότητα «θεραπεία και φροντίδα») που εστιάζονται στην πληροφόρηση, στην εξασφάλιση της αξιοπρέπειας, στη συνεπή πληροφόρηση, στη συμμετοχική απόφαση και στη συνολική αίσθηση υποστήριξης. Οι θετικές απαντήσεις («Ναι, απόλυτα», «Μου δόθηκαν πάρα πολλές πληροφορίες», «Όχι, δεν συνέβη/ αντίφαση») ανακωδικοποιήθηκαν με υψηλές τιμές (π.χ. 3 ή 4), οι εν μέρει θετικές («Ναι, σε κάποιο βαθμό», «Δόθηκαν μόνο οι απαραίτητες πληροφορίες») με ενδιάμεσες τιμές (π.χ. 2) και οι αρνητικές απαντήσεις με χαμηλές τιμές (0 ή 1). Στη συνέχεια, υπολογίστηκε το συνολικό άθροισμα των επί μέρους τιμών ανά συμμετέχοντα και κατατάχθηκε σε τρεις κατηγορίες: 0–1 (κακή έως πολύ κακή φροντίδα υγείας), 2 (μέτρια φροντίδα), 3–4 (καλή έως πολύ καλή φροντίδα). Η εν λόγω μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε ως «βαθμολογία» στην ανάλυση των εμπειριών φροντίδας.

Για την ποσοτική αξιολόγηση της ποιότητας επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας (ΕΥ) στο ΤΕΠ δημιουργήθηκε η «βαθμολογία επικοινωνίας». Η «βαθμολογία επικοινωνίας» βασίστηκε στις απαντήσεις των συμμετεχόντων επί των επτά ερωτήσεων (από την ενότητα «επικοινωνία με τους ΕΥ») που εστιάζουν στον διαθέσιμο χρόνο συζήτησης, στη σαφήνεια της πληροφόρησης, στην προσοχή και στην ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας, στη διαχείριση φόβου/άγχους, στο επίπεδο εμπιστοσύνης, στην εξασφάλιση της ιδιωτικότητας και στη δυνατότητα να έχουν και οι συνοδοί επικοινωνία. Οι απαντήσεις ήταν σε μια κλίμακα από 0–7, με τις θετικές απαντήσεις («Ναι, απόλυτα») να βαθμολογούνται με 7, τις εν μέρει θετικές («Ναι, σε κάποιο βαθμό») με 4, και τις αρνητικές απαντήσεις («Όχι», «Δεν ενημερώθηκα», «Δεν συζήτησα») με 0. Κατόπιν, υπολογίστηκε το συνολικό άθροισμα των επί μέρους τιμών ανά συμμετέχοντα και ταξινομήθηκε σε μία από τις εξής τρεις κατηγορίες: 0–2 (κακή έως πολύ κακή επικοινωνία), 3–4 (μέτρια επικοινωνία), 5–7 (καλή έως πολύ καλή επικοινωνία). Η μεταβλητή αυτή χρησιμοποιήθηκε ως «βαθμολογία» στην ανάλυση των εμπειριών επικοινωνίας.

Για την ποσοτική αξιολόγηση της ποιότητας της ενημέρωσης των ασθενών κατά την έξοδο από το ΤΕΠ δημιουργήθηκε η «βαθμολογία ενημέρωσης». Η «βαθμολογία ενημέρωσης» βασίστηκε στις απαντήσεις των συμμετεχόντων επί των τεσσάρων ερωτήσεων (από την ενότητα «πληροφορίες κατά την έξοδο») που εστιάζουν

σε βασικές πτυχές της ενημέρωσης, όπως η παροχή πληροφοριών σχετικά με την επανένταξη των καθημερινών δραστηριοτήτων, η επισήμανση των προς παρακολούθηση συμπτωμάτων, η ενημέρωση για το πού και το πώς πρέπει να αναζητήσουν βοήθεια μετά την αποχώρησή τους από το ΤΕΠ και οι οδηγίες αυτοφροντίδας. Οι απαντήσεις ήταν σε αριθμητική τιμή σε μια κλίμακα από 0–4, με τις θετικές απαντήσεις («Ναι, απόλυτα») να βαθμολογούνται με 4, τις εν μέρει θετικές («Ναι, σε κάποιο βαθμό») με 3, και τις αρνητικές ή μη σχετικές απαντήσεις («Όχι», «Δεν χρειαζόταν η πληροφορία») με 0 ή 1, ανάλογα με το πλαίσιο της ερώτησης. Κατόπιν, υπολογίστηκε το συνολικό άθροισμα των επί μέρους τιμών ανά συμμετέχοντα και ταξινομήθηκε σε τρεις κατηγορίες: 0–1 (κακή έως πολύ κακή ενημέρωση), 2 (μέτρια ενημέρωση) και 3–4 (καλή έως πολύ καλή ενημέρωση). Η συγκεκριμένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε ως «βαθμολογία» στην ανάλυση των εμπειριών ενημέρωσης.

## Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιούνται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή.<sup>15</sup> Για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν ο έλεγχος καλής προσαρμογής και τα διαγράμματα κανονικότητας. Επί πλέον, υπολογίστηκε ο δείκτης ασυμμετρίας για την περαιτέρω αξιολόγηση της κατανομής των δεδομένων.<sup>16</sup> Η κανονική κατανομή προσέγγιζε, τελικά, τις ποσοτικές μεταβλητές και σε αυτό συνετέλεσε και το πολύ μεγάλο μέγεθος του δείγματος (n=350).<sup>17</sup> Όπως αναλύθηκε εκτενώς, διαμορφώθηκαν τέσσερις βαθμολογίες, ειδικά προσαρμοσμένες στους στόχους της παρούσας μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, οι βαθμολογίες ήταν οι εξής: «Βαθμολογία εμπειριών», «βαθμολογία φροντίδας υγείας», «βαθμολογία ενημέρωσης» και «βαθμολογία επικοινωνίας». Για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Ο εν λόγω συντελεστής εφαρμόστηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούν κανονική κατανομή, με στόχο τη μέτρηση της ύπαρξης και του βαθμού γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των δύο συνόλων δεδομένων. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05 (α=0,05). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων διενεργήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS), έκδοση 28.0.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Από τους συμμετέχοντες, το 81,7% ήταν οι ασθενείς και το 18,3% ήταν συνοδοί που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο για λογαριασμό του ασθενούς. Από τον πληθυσμό αυτόν, περίπου μισοί ήταν άνδρες και μισές γυναίκες, κατά πλειοψηφία Έλληνες υπήκοοι (96,6%), Χριστιανοί (98%) και με μέση ηλικία τα

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (n=350).

Χαρακτηριστικά	n	%
<i>Φύλο</i>		
Γυναίκες	176	50,3
Άνδρες	174	49,7
<i>Ηλικία, μέση τιμή, τυπική απόκλιση</i>	60,0	20,7
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο</i>		
Απόφοιτος(η) Δημοτικού	28	8,0
Απόφοιτος(η) Γυμνασίου	19	5,4
Απόφοιτος(η) Λυκείου	108	30,9
Ανώτερη μόρφωση (IEK κ.λπ.)	46	13,1
ΑΕΙ/ΤΕΙ	129	36,9
Μεταπτυχιακό, διδακτορικό	20	5,7
<i>Θρήσκευμα</i>		
Χριστιανός(ή)	343	98,0
Κανένα	3	0,8
Άλλο	4	1,2
<i>Εθνικότητα</i>		
Έλληνας (Ελληνίδα)	338	96,6
Άλλοεθνής	12	3,4

IEK: Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης, ΑΕΙ/ΤΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα/Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

60 έτη. Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο, το 36,9% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, το 30,9% απόφοιτοι Λυκείου και το 13,4% βασικής εκπαίδευσης.

### Κλινικά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 2 αποτυπώνονται οι δηλώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τα κλινικά τους προβλήματα. Ειδικότερα, το 41,1% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι έπασχαν από σωματική ή και ψυχική πάθηση, με διάρκεια ή αναμενόμενη διάρκεια >12 μηνών, ενώ το 40% δήλωσε ότι είχε χρόνιο συγκεκριμένο νόσημα. Τα συχνότερα αναφερόμενα προβλήματα ήταν τα καρδιολογικά (48,6%), ο σακχαρώδης διαβήτης (30,7%), ο καρκίνος την τελευταία πενταετία (11,4%), η αρθρίτιδα (7,9%), τα αναπνευστικά προβλήματα (7,1%), τα νευρολογικά (6,4%), η νεφρική ή η ηπατική νόσος (5,7%) και τα ψυχικά προβλήματα (5%). Σχετικά με τις συννοσηρότητες, το 33,1% δήλωσε ότι αυτές μείωναν σημαντικά την ικανότητά τους να εκτελούν καθημερινές δραστηριότητες, το 39,7% ότι προκαλούσαν ήπια μείωση της λειτουργικότητας, ενώ το 27,2% ανέφερε ότι δεν βίωνε καμιά επίδραση από τις συννοσηρότητες.

**Πίνακας 2.** Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος (n=350).

	n	%
<i>Σωματική ή ψυχολογική νόσος</i>		
Όχι	206	58,9
Ναι	144	41,1
<i>Συννοσηρότητες</i>		
Όχι	210	60,0
Ναι	140	40,0
<i>Αριθμός συνοδών νοσημάτων</i>		
Κανένα	210	60,0
Ένα	86	24,6
Δύο	37	10,6
Τρία	15	4,3
Τέσσερα	2	0,5
<i>Επίδραση στη λειτουργικότητα</i>		
Μειώνουν πολύ την ικανότητα	45	33,1
Μειώνουν λίγο την ικανότητα	54	39,7
Δεν μειώνουν καθόλου την ικανότητα	37	27,2
<i>Συχνότερα χρόνια νοσήματα</i>		
Καρδιολογικά προβλήματα	170	48,6
Διαβήτης	107	30,7
Καρκίνος (τελευταία 5ετία)	40	11,4
Αρθρίτιδα	28	7,9
Αναπνευστικά προβλήματα	25	7,1
Νευρολογικά προβλήματα	22	6,4
Νεφρική ή ηπατική νόσος	20	5,7
Ψυχολογικά προβλήματα	18	5,0

### Συνολική εμπειρία από το τμήμα επειγόντων περιστατικών

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι δηλώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την εμπειρία τους από τη φροντίδα υγείας που έλαβαν στο ΤΕΠ. Σχετικά με την πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας και τη θεραπεία, το 37,7% δήλωσε ότι έλαβε πολλές πληροφορίες, το 41,7% ότι έλαβε μόνο τις απαραίτητες πληροφορίες, ενώ το 20,6% ανέφερε ότι δεν του δόθηκαν οι σχετικές πληροφορίες.

Όσον αφορά στην εμπειρία αξιοπρεπούς μεταχείρισης από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η πλειονότητα (66,3%) ανέφερε ότι ένιωσε απόλυτα πως αντιμετωπίστηκε με αξιοπρέπεια, ενώ μόλις το 5,4% ανέφερε ότι δεν αντιμετωπίστηκε με αξιοπρέπεια.

Αναφορικά με την εσωτερική συνέπεια στην πληροφόρηση, το 90,9% δήλωσε ότι δεν αντιμετώπισε αντιφατικές

**Πίνακας 3.** Απαντήσεις συμμετεχόντων σχετικά με την εμπειρία από τη φροντίδα υγείας που έλαβαν στο ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) (n=350).

	n	%
<i>Κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο ΤΕΠ σας δόθηκαν προσωπικά αρκετές πληροφορίες για την κατάστασή σας και τη θεραπεία σας;</i>		
Ναι, μου δόθηκαν πάρα πολλές πληροφορίες	132	37,7
Όχι, δεν μου δόθηκαν πληροφορίες	72	20,6
Δόθηκαν μόνο οι απαραίτητες πληροφορίες	146	41,7
<i>Κατά τη διάρκεια της εξέτασης και της θεραπείας σας νιώσατε ότι σας αντιμετώπισαν με αξιοπρέπεια;</i>		
Ναι, απόλυτα	232	66,3
Ναι, σε κάποιο βαθμό	99	28,3
Όχι	19	5,4
<i>Μερικές φορές σε ένα νοσοκομείο ένα μέλος του προσωπικού μπορεί να πει ακριβώς το αντίθετο από κάποιον άλλο. Συνέβη αυτό σε εσάς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο ΤΕΠ;</i>		
Ναι, απόλυτα	19	5,4
Ναι, σε κάποιο βαθμό	13	3,7
Όχι	318	90,9
<i>Ερωτηθήκατε για το κατά πόσο συμφωνείτε με τη λήψη αποφάσεων που αφορούσαν στη φροντίδα και στη θεραπεία σας;</i>		
Ναι, απόλυτα	47	13,4
Ναι, σε κάποιο βαθμό	83	23,7
Όχι	210	60,0
Η κατάσταση της υγείας μου δεν μου επέτρεπε να μπορώ να εμπλακώ στη λήψη αποφάσεων	10	2,9

πληροφορίες μεταξύ μελών του προσωπικού, ενώ ένα μικρό ποσοστό (9,1%) απάντησε ότι υπήρξε τέτοια εμπειρία, είτε απόλυτα είτε σε κάποιο βαθμό. Τέλος, σχετικά με τη συμμετοχική λήψη απόφασης όσον αφορά στη φροντίδα και στη θεραπεία, το 60% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι δεν ερωτήθηκαν για τη λήψη απόφασης, το 13,4% ότι συμμετείχαν απόλυτα και το 23,7% ότι συμμετείχαν σε κάποιο βαθμό.

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι δηλώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την εμπειρία τους από την επικοινωνία που είχαν με το προσωπικό του ΤΕΠ. Η πλειοψηφία ανέφερε ότι τους δόθηκε επαρκής χρόνος να συζητήσουν με ιατρό ή νοσηλεύτη σχετικά με την κατάστασή τους (σε ποσοστό 73,7%), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (20,9%) δήλωσε ότι δεν υπήρξε αυτή η δυνατότητα. Όσον αφορά στην κατανόηση της πληροφόρησης, το 47,1% δήλωσε ότι ενημερώθηκε απόλυτα με τρόπο κατανοητό για την

**Πίνακας 4.** Απαντήσεις συμμετεχόντων αναφορικά με την επικοινωνία τους με τους επαγγελματίες υγείας (n=350). ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

	n	%
<i>Κρίνετε ότι υπήρχε επαρκής χρόνος να συζητήσετε για την κατάστασή σας με ιατρό ή νοσηλεύτη;</i>		
Όχι	73	20,9
Ναι	258	73,7
Δεν συζητήσα με κανέναν	19	5,4
<i>Κατά τη διάρκεια παραμονής σας στο ΤΕΠ, σας ενημέρωσε κάποιος ιατρός ή νοσηλεύτης με τρόπο κατανοητό για την κατάστασή σας;</i>		
Ναι, ενημερώθηκα απόλυτα	165	47,1
Ναι, σε κάποιο βαθμό ενημερώθηκα	118	33,7
Όχι, δεν ενημερώθηκα	67	19,1
<i>Πιστεύετε ότι έδειξαν προσοχή οι ιατροί και οι νοσηλεύτες σε αυτά που τους είπατε;</i>		
Ναι, απόλυτα	238	68,0
Ναι, σε κάποιο βαθμό	87	24,9
Όχι	25	7,1
<i>Συζήτησε μαζί σας κάποιος ιατρός ή νοσηλεύτης για τυχόν φόβο ή άγχος που θα μπορούσατε να είχατε σχετικά με την κατάστασή σας ή τη θεραπεία σας;</i>		
Ναι, απόλυτα	32	9,1
Ναι, σε κάποιο βαθμό	50	14,3
Όχι	235	67,1
Δεν είχα κάποιο φόβο ή άγχος	33	9,4
<i>Νιώθατε εμπιστοσύνη στον ιατρό και στον νοσηλεύτη που σας έδιναν τις πρώτες βοήθειες;</i>		
Ναι, απόλυτα	245	70,0
Ναι, σε κάποιο βαθμό	83	23,7
Όχι	22	6,3
<i>Συζήτησαν οι ιατροί και οι νοσηλεύτες για την κατάστασή σας σαν να μην ήσασταν μπροστά;</i>		
Ναι, απόλυτα	10	2,9
Ναι, σε κάποιο βαθμό	25	7,1
Όχι	301	86,0
Δεν ξέρω/δεν θυμάμαι	14	4,0
<i>Εάν οι συνοδοί ή οι συγγενείς σας ήθελαν να μιλήσουν με κάποιον ιατρό ή νοσηλεύτη, είχαν την ευκαιρία να το κάνουν;</i>		
Ναι, βέβαια είχαν την ευκαιρία	118	40,5
Ναι, με δυσκολία	99	34,0
Όχι	64	22,0
Δεν θέλησαν να μιλήσουν	10	3,4

κατάσταση της υγείας του, ενώ το 19,1% ανέφερε ότι δεν έλαβε τέτοια ενημέρωση.

Αναφορικά με τη στάση του προσωπικού, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές έδειξαν απόλυτη προσοχή σε όσα τους ανέφεραν σε ποσοστό 68%, ενώ μόλις το 7,1% δήλωσε ότι δεν αισθάνθηκε πως το προσωπικό έδωσε προσοχή στα όσα εξέφρασαν. Όσον αφορά στην ψυχολογική διάσταση της εμπειρίας τους, το 67,1% ανέφερε ότι δεν έγινε κάποια συζήτηση από ιατρό ή νοσηλευτή σχετικά με τυχόν φόβο ή άγχος για την κατάσταση της υγείας τους. Αντίθετα, το 9,1% δήλωσε ότι η συζήτηση αυτή πραγματοποιήθηκε σε απόλυτο βαθμό.

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ένιωσαν απόλυτη εμπιστοσύνη, σε ποσοστό 66,3%, προς τον ιατρό ή τον νοσηλευτή που τους παρέιχε τις πρώτες βοήθειες, ενώ ένα μικρό ποσοστό (5,4%) δήλωσε πως δεν αισθάνθηκε καμιά εμπιστοσύνη. Η πλειονότητα των ασθενών (86%) δεν αντιμετώπισαν το φαινόμενο να γίνεται συζήτηση για την κατάστασή τους ως εάν να μην ήταν παρόντες, γεγονός που ενισχύει την εικόνα σεβασμού και συμπεριληψής. Αναφορικά με την πρόσβαση των συνοδών στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το 40,5% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι υπήρχε σχετική ευκολία στην επικοινωνία, ενώ για το 34% η εν λόγω επικοινωνία επιτεύχθηκε με δυσκολία.

Στον πίνακα 5 αποτυπώνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την ενημέρωση που έλαβαν κατά την αποχώρησή τους από το ΤΕΠ για ζητήματα τα οποία αφορούσαν στην περαιτέρω φροντίδα και επανένταξή τους στην καθημερινότητα. Ειδικότερα, το 25,3% δήλωσε ότι ενημερώθηκε για το πότε μπορούσαν να επιστρέψουν στις συνήθειες δραστηριότητές τους, όπως η εργασία ή η οδήγηση, πλήρως ή σε κάποιον βαθμό (13,2%), ενώ το 19,8% ανέφερε ότι δεν έλαβε κάποια σχετική ενημέρωση. Σ' ό,τι αφορά στα συμπτώματα που θα έπρεπε να παρακολουθούν στο σπίτι, το 35,6% δήλωσε ότι ενημερώθηκε πλήρως και το ίδιο ποσοστό σε κάποιον βαθμό, ενώ το 18,9% δεν έλαβε καθόλου πληροφορίες. Τέλος, σε σχέση με την αυτοφροντίδα κατ' οίκον, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (57,5%) δήλωσαν ότι δεν έλαβαν οδηγίες ανάλογες με την κατάστασή τους, ενώ το 21,8% δήλωσε ότι ενημερώθηκε πλήρως.

Το 72,6% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι σε όλη τη διάρκεια της παραμονής τους στο ΤΕΠ ένιωσαν ότι αντιμετωπίστηκαν με σεβασμό και αξιοπρέπεια, το 21,4% ότι σε κάποιες στιγμές της παραμονής τους στο ΤΕΠ ένιωσαν ότι αντιμετωπίστηκαν με σεβασμό και αξιοπρέπεια και το 6% ένιωσε πως δεν αντιμετωπίστηκε με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Ειδικότερα, η «βαθμολογία εμπειριών» στο ΤΕΠ είχε μέση τιμή 7,1, τυπική απόκλιση 2,3, ενώ η διάμεσος ήταν 8.

Όσον αφορά στη «βαθμολογία εμπειριών», το 8,6% των συμμετεχόντων ανέφεραν βαθμολογίες από 0–3, που αντιστοιχούν σε αρνητικές εμπειρίες, το 37,7% δήλωσε

**Πίνακας 5.** Απαντήσεις συμμετεχόντων αναφορικά με την ενημέρωση που έλαβαν στο ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) (n=350).

	n	%
<i>Ενημερωθήκατε από κάποιον ιατρό ή νοσηλευτή για το πότε μπορείτε να συνεχίσετε τις συνήθειες δραστηριότητές σας, όπως το πότε μπορείτε να επιστρέψετε στη δουλειά ή να οδηγήσετε αυτοκίνητο;</i>		
Ναι, απόλυτα	23	25,3
Ναι, σε κάποιο βαθμό	12	13,2
Όχι	18	19,8
Δεν χρειαζόταν αυτή η πληροφορία	38	41,8
<i>Έγινε επισήμανση από κάποιον ιατρό ή νοσηλευτή για το ποια συμπτώματα πρέπει να προσέξετε σχετικά με την ασθένειά ή τη θεραπεία σας μετά την επιστροφή στο σπίτι;</i>		
Ναι, απόλυτα	32	35,6
Ναι, σε κάποιο βαθμό	32	35,6
Όχι	17	18,9
Δεν χρειαζόταν αυτή η πληροφορία	9	10,0
<i>Ενημερωθήκατε για το πού θα αναζητήσετε βοήθεια ή με ποιον θα επικοινωνήσετε μετά την αποχώρησή σας από το ΤΕΠ, σε περίπτωση που η κατάστασή σας ή η θεραπεία σας προκαλέσουν ανησυχία;</i>		
Όχι	49	57,0
Ναι	37	43,0
<i>Σας δόθηκαν πληροφορίες ανάλογες με την κατάστασή σας, για το πώς να φροντίζετε τον εαυτό σας στο σπίτι;</i>		
Ναι, απόλυτα	19	21,8
Ναι, σε κάποιο βαθμό	18	20,7
Όχι	50	57,5

βαθμολογίες από 4–7, αντιπροσωπεύοντας μέτριες εμπειρίες, ενώ το 53,7% των ασθενών αξιολόγησαν την εμπειρία τους με βαθμολογίες από 8–10, υποδηλώνοντας θετικές εμπειρίες στο ΤΕΠ.

Στη «βαθμολογία φροντίδας» υγείας στο ΤΕΠ, η μέση τιμή ήταν 3, η τυπική απόκλιση 0,8, ενώ η διάμεσος 3. Το 3,7% των ασθενών δήλωσαν βαθμολογίες από 0–1, που αντιστοιχούν σε κακή έως πολύ κακή φροντίδα, το 20,3% αξιολόγησε τη φροντίδα ως μέτρια με βαθμολογία ίση με 2, ενώ το 76% των συμμετεχόντων δήλωσαν βαθμολογίες από 3–4, υποδηλώνοντας καλή έως πολύ καλή φροντίδα.

Στη «βαθμολογία ενημέρωσης» από τους επαγγελματίες υγείας στο ΤΕΠ, η μέση τιμή ήταν 3,6, η τυπική απόκλιση 0,5 και η διάμεσος 4. Το 97,3% των συμμετεχόντων αξιολόγησαν την ενημέρωση με βαθμολογία από 3–4, που αντιστοιχεί σε καλή έως πολύ καλή ενημέρωση και μόλις το 2,7% βαθμολόγησε με 2, που ερμηνεύεται ως μέτρια ενημέρωση. Δεν βρέθηκαν βαθμολογίες από 0–1, δηλαδή δεν προέκυψε

**Πίνακας 6.** Περιγραφικά μέτρα και δείκτες ασυμμετρίας των βαθμολογιών.

Βαθμολογία	Εύρος τιμών	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη	Μέγιστη	Δείκτης ασυμμετρίας
Εμπειριών από το ΤΕΠ	0–10	7,1	2,3	8,0	0	10	-1,2
Φροντίδας υγείας	0–4	3,0	0,8	3,0	0	4	0
Ενημέρωσης από ΕΥ	0–4	3,6	0,5	4,0	2	4	-2,4
Επικοινωνίας με ΕΥ	0–7	4,5	1,3	5,0	0	7	-1,2

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΕΥ: Επαγγελματίες Υγείας

κανένα ποσοστό με «κακή» έως «πολύ κακή» ενημέρωση.

Η «βαθμολογία επικοινωνίας» με τους επαγγελματίες υγείας στο ΤΕΠ παρουσίασε μέση τιμή 4,5, τυπική απόκλιση 1,3 και διάμεσο 5. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (ποσοστό 61,8%) βαθμολόγησαν την επικοινωνία από 5–7, που υποδηλώνει καλή έως πολύ καλή επικοινωνία, το 31,1% βαθμολόγησε με 3–4, που αντιστοιχεί σε μέτρια επικοινωνία και το 7,1% με βαθμολογίες από 0–2, που υποδηλώνει «κακή» έως «πολύ κακή» επικοινωνία.

### Συσχετίσεις

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των «βαθμολογιών εμπειριών» στο ΤΕΠ, της «βαθμολογίας επικοινωνίας» με τους επαγγελματίες υγείας, της «βαθμολογίας φροντίδας υγείας» στο ΤΕΠ και της «βαθμολογίας ενημέρωσης» από τους επαγγελματίες υγείας, με τις αντίστοιχες τιμές του συντελεστή συσχέτισης Pearson. Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις, σύμφωνα με τις οποίες οι ασθενείς με υψηλότερη βαθμολογία στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας ανέφεραν θετικότερες εμπειρίες από το ΤΕΠ. Επί πλέον, η καλύτερη φροντίδα υγείας συσχετίστηκε με πιο θετικές εμπειρίες, ενώ οι ασθενείς που αξιολόγησαν υψηλότερα την επικοινωνία ανέφεραν επίσης καλύτερη φροντίδα υγείας στο ΤΕΠ. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι η καλύτερη ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας συνδέεται με υψηλότερη αντιλαμβανόμενη ποιότητα φροντίδας στο ΤΕΠ.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ισόρροπη κατανομή φύλου (50,3% γυναίκες, 49,7% άνδρες) ενισχύει την εξωτερική εγκυρότητα των ευρημάτων. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι το φύλο επηρεάζει την εμπειρία των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας.<sup>19–21</sup>

Όσον αφορά στην εκπαίδευση, το 42,6% ήταν πανεπιστημιακής και το 44% δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, υποδηλώνοντας υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Η βιβλιογραφία<sup>22–24</sup> αναδεικνύει τη σύνδεση του μορφωτικού επιπέδου με την αντίληψη ποιότητας φροντίδας, καθώς η υψηλότερη μόρφωση σχετίζεται με πιο κριτική αξιολόγηση.

Από κλινικής πλευράς, το 41,1% δήλωσε χρόνιες σωματικές ή ψυχολογικές παθήσεις, με συχνότερες τις καρδιολογικές (48,6%), τον διαβήτη (30,7%) και τον καρκίνο την τελευταία πενταετία (11,4%). Οι συννοσηρότητες μπορεί να επηρεάζουν την αντίληψη ποιότητας φροντίδας, καθώς οι ασθενείς με πολυνοσηρότητα εμφανίζουν μεγαλύτερη εξάρτηση από το σύστημα υγείας,<sup>25</sup> περισσότερες επισκέψεις στα ΤΕΠ<sup>26</sup> και συχνά υψηλότερες προσδοκίες.<sup>27</sup> Επί πλέον, η σωματική και η ψυχική επιβάρυνση που σχετίζεται με τη συννοσηρότητα έχει συσχετιστεί με μειωμένη εμπιστοσύνη προς τις υπηρεσίες υγείας.<sup>28</sup>

Η κατανόηση των εμπειριών ατόμων με συννοσηρότητες είναι κρίσιμη για την προσαρμογή της φροντίδας στις ανάγκες τους, καθώς και για την ενίσχυση της εμπιστοσύνης τους στο υγειονομικό σύστημα.

**Πίνακας 7.** Συσχετίσεις μεταξύ των «βαθμολογιών» που διαμορφώθηκαν στο πλαίσιο της μελέτης. ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. ΣΣ: Συντελεστής Συσχέτισης.

Βαθμολογία	Επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας		Φροντίδας υγείας στο ΤΕΠ		Ενημέρωσης από τους επαγγελματίες υγείας	
	ΣΣ Pearson	Τιμή p	ΣΣ Pearson	Τιμή p	ΣΣ Pearson	Τιμή p
Εμπειριών από το ΤΕΠ	0,53	<0,001	0,37	<0,001	0,10	0,56
Επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας			0,52	<0,001	-0,01	0,98
Φροντίδας υγείας στο ΤΕΠ					0,36	0,03

Το 72,6% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι αντιμετωπίστηκαν με σεβασμό και αξιοπρέπεια καθ' όλη τη διάρκεια παραμονής τους στο ΤΕΠ, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη θετικής επαγγελματικής κουλτούρας και ηθικής ενσυναίσθησης στο εξεταζόμενο περιβάλλον του ΤΕΠ. Από τη διεθνή βιβλιογραφία<sup>29-31</sup> αναδεικνύεται η καθοριστική σημασία της αξιοπρέπούς διαχείρισης των πασχόντων ως προς τη διαμόρφωση της εμπειρίας τους και τη συμμόρφωσή τους στη θεραπεία.

Αν και η πλειονότητα των ασθενών αξιολόγησαν θετικά την εμπειρία τους, ένα ποσοστό 6% ανέφερε ότι δεν αισθάνθηκε σεβασμό κατά τη διάρκεια της φροντίδας. Η διεθνής βιβλιογραφία<sup>32-36</sup> τεκμηριώνει ότι η παροχή φροντίδας που ανταποκρίνεται στις ψυχοκοινωνικές και πολιτισμικές ανάγκες των ασθενών συνιστά θεμελιώδη άξονα για την παροχή ποιοτικής και ανθρωποκεντρικής περίθαλψης. Ωστόσο, το παραπάνω εύρημα αναδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που ενδέχεται να υπονομεύουν την ποιότητα της φροντίδας. Μεταξύ αυτών, η επαγγελματική εξουθένωση και η κόπωση από τη συμπνία έχουν αναγνωριστεί από σύγχρονες μελέτες<sup>37-40</sup> ως καθοριστικοί και τεκμηριωμένοι παράγοντες υποβάθμισης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας από τους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα στα ΤΕΠ.

Στην παρούσα μελέτη, η θετική συσχέτιση μεταξύ καλύτερης επικοινωνίας των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας και της συνολικής τους εμπειρίας στο ΤΕΠ ευθυγραμμίζεται με τα ευρήματα πρόσφατων μελετών.<sup>41-44</sup> Η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί κεντρικό παράγοντα για την ικανοποίηση των ασθενών και συνδέεται με βελτιωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία, μείωση των επανεισαγωγών και καλύτερα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα.<sup>45,46</sup> Σε περιβάλλοντα επειγόντων περιστατικών, όπου το άγχος και η αβεβαιότητα είναι αυξημένα, η σαφής και ανθρωπική επικοινωνία μειώνει την ανησυχία και ενισχύει την εμπιστοσύνη προς το προσωπικό.<sup>47</sup> Επί πλέον, η επικοινωνία που βασίζεται στην κατανόηση και στον σεβασμό βελτιώνει τη συνεργασία ασθενούς-ιατρού και αναβαθμίζει τη συνολική ποιότητα φροντίδας προς τον ασθενή.<sup>48,49</sup>

Η θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας φροντίδας υγείας στο ΤΕΠ και της εμπειρίας των ασθενών επιβεβαιώνει τον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζει η παροχή ποιοτικής φροντίδας στην ικανοποίηση των ασθενών.<sup>50,51</sup> Αντίστοιχα, πρόσφατες μελέτες<sup>52-54</sup> έχουν δείξει ότι η ανθρωπική διάσταση της φροντίδας, που περιλαμβάνει την ενσυναίσθηση και την εξατομικευμένη προσέγγιση, βελτιώνει σημαντικά την εμπειρία των ασθενών και ενισχύει την αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Επί πλέον, η ποιότητα της φροντίδας στο ΤΕΠ σχετίζεται άμεσα με θετικά

κλινικά αποτελέσματα, όπως η βελτιωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία, η μείωση των επανεισαγωγών και η καλύτερη ψυχοκοινωνική κατάσταση των ασθενών.<sup>55-57</sup>

Η στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας επικοινωνίας και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας φροντίδας αναδεικνύει τον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζει η επικοινωνία στην εμπειρία των ασθενών και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας την οποία λαμβάνουν. Από μελέτες<sup>58-61</sup> έχει τεκμηριωθεί ότι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας ενισχύει την κατανόηση των θεραπευτικών οδηγιών, αυξάνει τη συμμόρφωση στη θεραπεία και βελτιώνει τη συνολική αντίληψη για την ποιότητα της φροντίδας.

Ιδιαίτερα σε δυναμικά και ψυχολογικά φορτισμένα περιβάλλοντα, όπως τα ΤΕΠ, όπου επικρατούν συνθήκες άγχους, αβεβαιότητας και χρονικής πίεσης, η σαφής, ειλικρινής και ανθρωπική επικοινωνία συμβάλλει στη μείωση της ανησυχίας και της συναισθηματικής έντασης των ασθενών, ενισχύοντας παράλληλα την εμπιστοσύνη προς το υγειονομικό προσωπικό και την υποκειμενική αίσθηση ασφάλειας.<sup>62-66</sup>

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης προέκυψε μια μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ενημέρωσης από τους επαγγελματίες υγείας και της συνολικής εμπειρίας και μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ενημέρωσης και φροντίδας. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η ενημέρωση από μόνη της δεν αρκεί για να βελτιώσει τη συνολική εμπειρία των ασθενών στο ΤΕΠ. Αυτό ευθυγραμμίζεται με αρκετές μελέτες,<sup>65,67-71</sup> όπου υποστηρίζεται ότι η αποτελεσματική ενημέρωση απαιτείται να εντάσσεται σε ένα πλαίσιο ολοκληρωμένης επικοινωνίας το οποίο περιλαμβάνει ενσυναίσθηση, αλληλεπίδραση και ενεργή συμμετοχή του ασθενούς, στοιχεία που έχουν επανειλημμένα αναδειχθεί ως κρίσιμα για την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών από την εμπειρία τους στο ΤΕΠ. Κάποιες άλλες μελέτες<sup>72-75</sup> που είναι ιδιαίτερα σχετικές με το περιβάλλον των επειγόντων περιστατικών, επιβεβαιώνουν ότι η επικοινωνία, εκτός από την απλή μετάδοση πληροφοριών, συνδέεται άμεσα με την εμπειρία και την αξιολόγηση της φροντίδας, και πως η έλλειψη ενσυναίσθησης και υποστήριξης οδηγεί σε αρνητική αντίληψη της ποιότητας φροντίδας και μειωμένη ικανοποίηση.

Η παρούσα μελέτη παρουσίασε ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Πρώτον, η χρήση δείγματος ευκολίας ενδέχεται να περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων στον ευρύτερο πληθυσμό ασθενών που προσέρχονται σε ΤΕΠ. Δεύτερον, ο συγχρονικός σχεδιασμός της μελέτης δεν επιτρέπει τη διερεύνηση αιτιακών σχέσεων

μεταξύ των μεταβλητών, περιορίζοντας τις δυνατότητες για αιτιολογικά συμπεράσματα. Επί πλέον, η συλλογή των δεδομένων μέσω αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων ενδέχεται να έχει επηρεαστεί από την υποκειμενική αντίληψη των συμμετεχόντων, καθώς και από φαινόμενα κοινωνικά επιθυμητής απόκρισης ή μεροληψίας ανάκλησης. Τέλος, το γεγονός ότι η μελέτη διεξήχθη σε ένα και μόνο ΤΕΠ περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε άλλα υγειονομικά ιδρύματα ή γεωγραφικά πλαίσια με διαφορετικά λειτουργικά, πολιτισμικά ή οργανωτικά χαρακτηριστικά.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη κατέδειξε ότι η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας στο ΤΕΠ συνιστά βασικό παράγοντα που επηρεάζει θετικά την εμπειρία των ασθενών. Η θετική συσχέτιση μεταξύ της επικοινωνίας και της συνολικής εμπειρίας, καθώς και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας φροντίδας,

επιβεβαιώνει ότι η διαπροσωπική αλληλεπίδραση και η ενσυναίσθηση είναι κρίσιμες για την ικανοποίηση και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Επίσης, διαπιστώνει ότι η απλή ενημέρωση από μόνη της δεν συνδέεται σημαντικά με τη συνολική εμπειρία των ασθενών, εφόσον δεν συνοδεύεται από ενεργό επικοινωνία και συμμετοχή του ασθενούς, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για ολοκληρωμένη και ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην πληροφόρηση. Τέλος, τα ευρήματα ανέδειξαν τη σημασία της ενίσχυσης των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στα ΤΕΠ, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και της εμπειρίας των ασθενών σε κρίσιμες και ψυχικά απαιτητικές συνθήκες. Η μελέτη συνέβαλε στη βαθύτερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εμπειρία των ασθενών και παρείχε χρήσιμες κατευθύνσεις για μελλοντικές έρευνες και παρεμβάσεις.

## ABSTRACT

### Patients' experiences in an emergency department: A cross-sectional study

M. KITSOU,<sup>1</sup> P. GALANIS,<sup>2</sup> S. PLAKAS,<sup>1</sup> E. PAPAGEORGIOU,<sup>3</sup>  
M. KELESİ-STAVROPOULOU,<sup>1</sup> I. EFSTRATIOU,<sup>1</sup> C. TSIΟΥ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, University of West Attica, Athens, <sup>2</sup>Department of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, <sup>3</sup>Department of Biomedical Sciences, University of West Attica, Athens, Greece

*Archives of Hellenic Medicine 2026, 43(4):487–498*

**OBJECTIVE** Documentation of the experiences of patients who visited the emergency department (ED) of a general hospital in Attica. **METHOD** A cross-sectional study was conducted using a convenience sample of 350 adult patients and or accompanying persons who visited the ED of “Georgios Gennimatas” General Hospital of Athens, Greece, on general on-call duty days. Data were collected from October 2022 to September 2023 through a structured questionnaire. The questionnaires were completed in the physical presence of the principal investigator, who remained in the ED area throughout the data collection period. **RESULTS** A total of 53.7% of participants rated their experience in the ED positively, 37.7% rated it as moderate, and 8.6% rated it negatively. The quality of care was assessed as good to very good by 76% of respondents, while 3.7% characterized it as poor. Information provided by healthcare professionals received high ratings from 97.3% of participants. Communication was considered good/very good by 61.8%, moderate by 31.1%, and poor by 7.1%. Additionally, 72.6% of participants reported feeling respected and that their dignity was preserved throughout their stay. Statistically significant associations revealed that patients who experienced better communication with healthcare professionals reported more positive experiences in the ED. Similarly, those who rated the quality of care higher also reported more favorable experiences. Moreover, patients who had better communication with healthcare professionals stated that they received higher quality care, while better information provision was also associated with improved perceived care quality in the ED. **CONCLUSIONS** The quality of communication between patients and healthcare professionals, along with perceived care, are critical factors contributing to a positive patient experience in the ED. Mere provision of information is insufficient without supportive and empathetic communication. Further investigation into interpersonal communication and the quality of care in the ED may enhance understanding of the factors that influence patient experience.

**Key words:** Emergency department, Emergency healthcare, Evaluation, Patients' experience, Quality of care

## Βιβλιογραφία

1. AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Definition of emergency medicine. ACEP, Irving, TX, 2021
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured. WHO, Geneva, 2018 Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHA72.16>
3. IDAHOR C, BEN-IGWENYI BE, OKONKWO U, FEMI-OYEWOLE O, OGBEIDE OA. Patients' satisfaction in the emergency department: Measurement, indicators, factors influencing satisfaction, impact, and solution. *Cureus* 2025, 17:e82392
4. ABASS G, ASERY A, AL BADR A, AL MAGHLOUTH A, AL OTAIBY S, HEENA H. Patient satisfaction with the emergency department services at an academic teaching hospital. *J Family Med Prim Care* 2021, 10:1718–1725
5. SONIS JD, AARONSON EL, LEE RY, PHILPOTTS LL, WHITE BA. Emergency department patient experience: A systematic review of the literature. *J Patient Exp* 2018, 5:101–106
6. WELCH SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: A qualitative review. *Am J Med Qual* 2010, 25:64–72
7. COLE-KING A, HARDING KG. Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosom Med* 2001, 63:216–220
8. XU S, GU YF, DONG AH. Impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care, and psychological symptoms. *World J Psychiatry* 2023, 13:1046–1052
9. JENNINGS N, CLIFFORD S, FOX AR, O'CONNELL J, GARDNER G. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2015, 52:421–435
10. NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL. The code: Professional standards of practice and behaviour for nurses, midwives and nursing associates. NMC, London, 2018
11. WORLD MEDICAL ASSOCIATION. World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013, 310:2191–2194
12. EUROPEAN UNION. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation) (Text with EEA relevance). Official Journal of the European Union, 2016
13. CARE QUALITY COMMISSION. 2018 urgent and emergency care survey: Quality and methodology report. CQC, Oxford, 2019
14. ERKUTS. Developing multiple language versions of instruments for intercultural research. *Child Dev Perspect* 2010, 4:19–24
15. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΓΕ. *Βιοστατιστική και εφαρμογές*. Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, Αθήνα, 2016
16. YULE GU, KENDALL MG. *An introduction to the theory of statistics*. 14th ed. Charles Griffin & Co, London, 1953
17. DOANE DP, SEWARD LE. Measuring skewness: A forgotten statistic? *J Stat Educ* 2011, 19:1–18
18. ΓΑΛΑΝΗΣ Π. *Μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας*. 2η έκδοση. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 2022
19. FARAJZADEH MA, VAHEDIAN-AZIMI A, MIRJAVADI SA, ENAYATI H, KARIMI L. Survey of the patients' satisfaction with services provided in an Iranian Naval Hospital in 2019: A cross-sectional study. *J Mar Med* 2019, 1:170–179
20. EL-NAGGER NS, AHMED SMA, ELSAYED LA, KHAMIS HMA. Patients' satisfaction regarding nursing care provided in different hospitals in Makkah Al Mukramah. *Life Sci J* 2013, 10:421–429
21. LARIJANI TT, NAJAFI F. Patient satisfaction survey of nursing care and services in Iran: A systematic review. *J Educ Ethics Nurs* 2019, 8:54–65
22. FARZIANPOUR F, HOSSEINI SM, HOSSEINI SS, KOR EM, AMERZADEH M. The relationship between nursing managers' self-reliance and patients' satisfaction in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences (TUMS). *Payavard* 2013, 6:330–341
23. FINDIK UY, UNSARS S, SUT N. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nurs Health Sci* 2010, 12:162–169
24. JOOLAE S, HAJIBABAE F, JALAL EJ, BAHRANI N. Assessment of patient satisfaction from nursing care in hospitals of Iran University of Medical Sciences. *J Hayat* 2011, 17:35–44
25. ALRUBAIEE L, ALKAA'IDA F. The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality – patient trust relationship. *Int J Mark Stud* 2011, 3:103–127
26. SOLEY-BORI M, ASHWORTH M, BISQUERA A, DODHIA H, LYNCH R, WANG Y ET AL. Impact of multimorbidity on healthcare costs and utilisation: A systematic review of the UK literature. *Br J Gen Pract* 2020, 71:e39–e46
27. YORDANOVY, BEAUVAIS A, THIEBAUD PC. Multimorbidity in emergency departments: Urgent need for integrated care. *BMJ Med* 2024, 3:e000989
28. CHOW A, KENG B, GUO H, AUNG AH, HUANG Z, WENG Y ET AL. Sociodemographic and clinical factors, visit expectations and driving factors for emergency department attendance for uncomplicated upper respiratory tract infection. *Emerg Med J* 2022, 39:427–443
29. BEACH MC, SUGARMAN J, JOHNSON RL, ARBELAEZ JJ, DUGGAN PS, COOPER LA. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Ann Fam Med* 2005, 3:331–338
30. PRINGLE J, JOHNSTON B, BUCHANAN D. Dignity and patient-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting: A systematic review. *Palliat Med* 2015, 29:675–694
31. EKPENYONG MS, NYASHANU M, OSSEY-NWEZE C, SERRANT L. Exploring the perceptions of dignity among patients and nurses in hospital and community settings: An integrative review. *J Res Nurs* 2021, 26:517–537
32. INGSTAD K, PEDERSEN MK, UHRENFELDT L, PEDERSEN PU. Patients' expectations of and experiences with psychosocial care needs in perioperative nursing: A descriptive study. *BMC Nurs* 2023, 22:304
33. LAUWERS EDL, VANDECASTEELE R, McMAHON M, DE MAESSCHALCK S, WILLEMS S. The patient perspective on diversity-sensitive care:

- A systematic review. *Int J Equity Health* 2024, 23:117
34. BETANCOURT JR, CORBETT J, BONDARYK MR. Addressing disparities and achieving equity: Cultural competence, ethics, and health-care transformation. *Chest* 2014, 145:143–148
  35. HORVAT L, HOREY D, ROMIOS P, KIS-RIGO J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2014, 5:CD009405
  36. MCGREGOR B, BELTON A, HENRY TL, WRENN G, HOLDEN KB. Improving behavioral health equity through cultural competence training of health care providers. *Ethn Dis* 2019, 29(Suppl 2):359–364
  37. HOOPER C, CRAIG J, JANVRIN DR, WETSEL MA, REIMELS E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs* 2010, 36:420–427
  38. PANAGIOTI M, GERAGHTY K, JOHNSON J, ZHOU A, PANAGOPOULOU E, CHEW-GRAHAM C ET AL. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2018, 178:1317–1331
  39. SALLYERS MP, BONFILS KA, LUTHER L, FIRMIN RL, WHITE DA, ADAMS EL ET AL. The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2017, 32:475–482
  40. BROWING L, RYAN CS, THOMAS S, GREENBERG M, ROLNIAK S. Nursing speciality and burnout. *Psychol Health Med* 2007, 12:248–254
  41. WANG YF, LEEYH, LEE CW, HSIEH CH, LEEYK. Patient-physician communication in the emergency department in Taiwan: Physicians' perspectives. *BMC Health Serv Res* 2022, 22:152
  42. MILTON J, ÅBERG ND, ANDERSSON AE, GILLESPIE BM, OXELMARK L. Patients' perspectives on care, communication, and teamwork in the emergency department. *Int Emerg Nurs* 2023, 66:101238
  43. STREET RL Jr, MAKOUL G, ARORA NK, EPSTEIN RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009, 74:295–301
  44. SONIS JD, WHITE BA. Optimizing patient experience in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2020, 38:705–713
  45. GRAHAM B, ENDACOTT R, SMITH JE, LATOUR JM. "They do not care how much you know until they know how much you care": A qualitative meta-synthesis of patient experience in the emergency department. *Emerg Med J* 2019, 36:355–363
  46. BAILE WF, BUCKMAN R, LENZI R, GLOBER G, BEALE EA, KUDELKA AP. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000, 5:302–311
  47. FRAU ED, DEGABRIEL D, LUVINI G, PETRINO R, UCCELLA L. Asking patients if they have any questions can help improve patient satisfaction with medical team communication in the emergency department. *BMC Emerg Med* 2024, 24:85
  48. SHARKIYA S. Quality communication can improve patient-centered health outcomes among older patients: A rapid review. *BMC Health Serv Res* 2023, 23:886
  49. STREET RL Jr, MAKOUL G, ARORA NK, EPSTEIN RM. How does communication heal: Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009, 74:295–301
  50. EPSTEIN RM, STREET RL Jr. Shared mind: Communication, decision making, and autonomy in serious illness. *Ann Fam Med* 2011, 9:451–461
  51. AL-HAMMOURI F, HAMDAN KM, HAYMOUR AM, IBRAHIM MO, MAL-KAWI A, AL-HIARY SS ET AL. Quality of nursing care: Predictors of patient satisfaction in a national sample. *Nurs Open* 2024, 11:e2252
  52. ALHARBI HF, ALZHRANI NS, ALMARWANI AM, ASIRI SA, ALHOW-AYMEL FM. Patients' satisfaction with nursing care quality and associated factors: A cross-section study. *Nurs Open* 2023, 10:3253–3262
  53. BUTLER M, SCHULTZ TJ, HALLIGAN P, SHERIDAN A, KINSMAN L, ROTTER T ET AL. Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2019, 4:CD007019
  54. KARACA A, DURNA Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open* 2019, 6:535–545
  55. HUTCHINSON M, JACKSON D. Patient satisfaction surveys and care quality: A continuum conundrum. *J Nurs Manag* 2015, 23:831–832
  56. ZÈGRE-HEMSEY JK. Optimizing patient outcomes in emergency cardiac care through advances in technology: Nurse scientists in action. *J Emerg Nurs* 2020, 46:136–138
  57. HARLEY A, JOHNSTON ANB, DENNY KJ, KEIJZERS G, CRILLY J, MASSEY D. Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study. *Int Emerg Nurs* 2019, 43:106–112
  58. HORVATH S, VISEKRUNA S, KILPATRICK K, McCALLUM M, CARTER N. Models of care with advanced practice nurses in the emergency department: A scoping review. *Int J Nurs Stud* 2023, 148:104608
  59. WELLS J, MANUEL M, CUNNING G. Changing the model of care delivery: Nurses' perceptions of job satisfaction and care effectiveness. *J Nurse Manag* 2011, 19:777–785
  60. JONES DE, CARSON KA, BLEICH SN, COOPER LA. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. *Patient Educ Couns* 2012, 89:57–62
  61. DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL CARE. Patient experience overall measure: 2012 accident and emergency survey update. National Statistics, 2012
  62. FRANK C, ASP M, DAHLBERG M. Patient participation in emergent care – a phenomenographic study based on patients' lived experience. *Int Emerg Nurs* 2009, 17:15–22
  63. BLACKBURN J, OUSEY K, GOODWIN E. Information and communication in the emergency department. *Int Emerg Nurs* 2019, 42:30–35
  64. BARAFF LJ, BERNSTEIN E, BRADLEY K, FRANKEN C, GERSON LW, HANNEGAN SR ET AL. Perceptions of emergency care by the elderly: Results of multicenter focus group interviews. *Ann Emerg Med* 1992, 21:814–818
  65. STUART PJ, PARKER S, ROGERS M. Giving a voice to the community: A qualitative study of consumer expectations for the emergency department. *Emerg Med (Fermantle)* 2003, 15:369–375
  66. GORDON J, SHEPPARD LA, ANAF S. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs* 2010, 18:80–88
  67. KIHLENGREN AL, NILSSON M, SKOVDAHL K, PALMLAD B, WIMO A.

- Older patients awaiting emergency department treatment. *Scand J Caring Sci* 2004, 18:169–176
68. NYDÉN K, PETERSSON M, NYSTRÖM M. Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments – obstacles to an active role in decision making. *J Clin Nurs* 2003, 12:268–274
69. MARSHALL A, KITSON A, ZEITZ K. Patients' views of patient-centred care: A phenomenological study in one surgical unit. *J Adv Nurs* 2012, 68:2664–2673
70. SINHA S, SINHA D. Emotional intelligence and effective communication. In: Kaul A, Gupta S (eds) *Management communication: Trends and strategies*. Tata McGraw-Hill Publishing Co, New Delhi, 2007:450–460
71. YEKTA ZP, ABDOLRAHIMI M. Concept analysis of emotional intelligence in nursing. *Nurs Pract Today* 2016, 2:158–163
72. SHAH S, PATEL A, RUMORO DP, HOHMANN S, FULLAM F. Managing patient expectations at emergency department triage. *Patient Exp J* 2015, 2:31–44
73. SU JJ, MASIKA GM, PAGUIO JT, REDDING SR. Defining compassionate nursing care. *Nurs Ethics* 2020, 27:480–493
74. CODIER E, CODIER DD. Could emotional intelligence make patients safer? *Am J Nurs* 2017, 117:58–62
75. CANGA M, MALAGNINO I, MALAGNINO G, MALAGNINO VA. Evaluating different stressors among parents with hospitalized children. *J Educ Health Promot* 2020, 9:9

*Corresponding author:*

M. Kitsou 72 Agiou Ioannou Theologou street, 155 61 Cholargos, Attica, Greece  
e-mail: mkitsou@uniwa.gr