



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Διευθυντής Καθηγητής Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης

Διδακτορική Διατριβή

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ
ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ : Η
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ
ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ»**

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΚΟΥΤΣΙΜΠΟΥ

Κοινωνική Λειτουργός MSc

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διδακτορικού Διπλώματος
Λάρισα 2020

©2020 Παναγιώτα Κουτσιμπού

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 (2^η/21-10-2020 ΓΣΕΣ):

1^{ος} Εξεταστής (Επιβλέπων)	Δρ.Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης Καθηγητής Πνευμονολογίας, Τμ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
2^{ος} Εξεταστής	Δρ. Βασίλειος Ραφτόπουλος π. Αναπληρωτής Καθηγητής ΤΕΠΑΚ
3^{ος} Εξεταστής	Δρ. Αθηνά Οικονόμου Επίκουρος Καθηγήτρια Οικονομικής της Εργασίας, Τμήματος Οικονομικών Επιστημών Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
4^{ος} Εξεταστής	Δρ. Ζωή Δανιήλ Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Τμ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
5^{ος} Εξεταστής	Δρ. Φωτεινή Μάλλη Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμ. Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
6^{ος} Εξεταστής	Δρ. Ιωάννης Πανταζόπουλος Επίκουρος Καθηγητής Επείγουσας Ιατρικής Τμ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
7^{ος} Εξεταστής	Δρ. Χρυσή Χατζόγλου Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πάντα έλεγα πως το ταξίδι του διδακτορικού είναι πολύ μοναχικό. Καθώς το ταξίδι αυτό φτάνει στο τέλος του θα ήθελα να ευχαριστήσω κάποιους ανθρώπους. Αυτοί οι άνθρωποι στάθηκαν δίπλα μου, με συμβούλευσαν, με στήριξαν και με έκαναν να αισθάνομαι λιγότερο μόνη.

Αρχικά χρωστάω τεράστια ευγνωμοσύνη μέσα από την καρδιά μου στον Καθηγητή Πνευμονολογίας κo Κωνσταντίνο Γουργουλιάνη. Είναι ο άνθρωπος που μου έδειξε εμπιστοσύνη και μου έδωσε την πολύ μεγάλη ευκαιρία της εκπόνησης της διδακτορικής αυτής διατριβής. Με ενθάρρυνε, μου έδωσε σημαντική κατεύθυνση, ηθική συμπαράσταση, με διευκόλυνε αλλά και με δυσκόλεψε βάζοντας μου προκλήσεις προκειμένου να φτάσω με επιτυχία στο στόχο μου.

Ένα εξίσου πολύ μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στον π. Αναπληρωτή Καθηγητή ΤΕΠΑΚ κo Βασίλειο Ραφτόπουλο. Ο ίδιος έχει ασχοληθεί ενδελεχώς με το θέμα της ποιότητας στη φροντίδα που λαμβάνει ο ασθενής στο νοσοκομείο και με χαρά μου εμπιστεύτηκε το ερωτηματολόγιο που έχει δημιουργήσει. Επιπρόσθετα, μου έδειξε τον τρόπο να δουλέψω το θέμα καθώς και λύσεις να ξεπεράσω τις δυσκολίες που προέκυπταν. Πάντα με υπομονή και ψυχραιμία μου έδινε ουσιαστική καθοδήγηση και με βοήθησε με την επιστημονική του κατάρτιση να εξειδικεύσω τα ερωτήματα της μελέτης.

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα επίσης να εκφράσω και στην Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Οικονομικών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κα Αθηνά Οικονόμου, καθώς ήταν πάντα πρόθυμη να με ακούσει και να με βοηθήσει, σε όλη τη διάρκεια της διατριβής. Μου έδωσε ηθική συμπαράσταση και μου έκανε χρήσιμες επισημάνσεις, με τον πάντα ευγενικό και ήρεμο τρόπο που τη χαρακτηρίζει.

Θα ήταν παράλειψή μου αν δεν αναφερθώ στους γιατρούς και το προσωπικό της Πνευμονολογικής Κλινικής του ΠΓΝΛ που με βοήθησαν στην επιλογή του δείγματος και με θετική διάθεση με διευκόλυναν κατά την παραμονή μου στην κλινική. Ιδιαίτερα θα ήθελα να αναφερθώ στην γιατρό κα Ουρανία Κώτσιου καθώς ήταν ο άνθρωπος που με «ξενάγησε» και μου έδειξε τον τρόπο να δουλέψω μέσα την κλινική κατά τις πρώτες μου μέρες αλλά και στη γραμματέα της κλινικής κα Άννα Τουτουδάκη για τη βοήθεια και τις πρακτικές συμβουλές της.

Παράλληλα ένα τεράστιο ευχαριστώ στους ασθενείς της Πνευμονολογικής Κλινικής που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην ερευνά μου και με πολύ ευγένεια και υπομονή απάντησαν στα ερωτηματολόγια κατά τη δύσκολη περίοδο της νοσηλείας τους.

Και για το τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου Στάθη και Όλγα, την αδερφή μου Αλεξάνδρα καθώς και τα δύο λατρεμένα μου ανίψια Όλγα και Μηνά. Αυτοί οι πολλοί σημαντικοί άνθρωποι -για μένα- με κάνουν πάντα να θέλω να γίνομαι καλύτερη.

Παναγιώτα Κουτσιμπού

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ : ΚΟΥΤΣΙΜΠΟΥ

ΟΝΟΜΑ : ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ : ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : **/**/****

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : ΒΟΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ : ΕΛΛΗΝΙΚΗ

E-MAIL: *****

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ : *****

ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

1989-1993 : Πτυχίο Κοινωνικού Λειτουργού, ΣΕΥΠ , Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας Πάτρας.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

2012-2014 : Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στην «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ιατρική Σχολή Λάρισας).

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

Αγγλικά : Άριστο Επίπεδο (C2) Examination for the Certificate of Proficiency in English (ECPE) University of Michigan.

ΑΛΛΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

- Γνώση και χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή. ECDL (7 ενότητες)
- Πτυχίο Braille (γραφή και ανάγνωση ανθρώπων με προβλήματα όρασης).
- Κάτοχος Πτυχίου BLS/AED provider course (καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση).

ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ

ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	ΘΕΣΗ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ
ΔΗΜΟΣ ΒΟΛΟΥ	ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΚΕΠ	06.02.2015-ΣΗΜΕΡΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ ΔΗΜΟΣ ΒΟΛΟΥ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	10.04.1995-12.02.2015
ΔΗΜΟΣ ΒΟΛΟΥ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	01.10.1994-04.05.1995
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ Κ ΝΕΟΤΗΤΑΣ	ΕΙΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ	08/1988, 07-08/1989, 07/1990, 07-08/1991

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

- Μέλος του συμβουλίου κακοποίησης (ΚΑ.ΠΑ) από το 2000-2010
- Μέλος της επιτροπής ειδικής αρωγής για την έκδοση βιβλιαρίων οικονομικά αδυνάτων πολιτών (από το 2010 ως αναπληρωματικό μέλος και από 12/4/2013 έως και 11/02/2015 ως βασικό μέλος)
- Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του ΚΑΠΗ Βόλου (από το 2008-2010)

- Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του ΚΑΠΗ Γλώσσας Σκοπέλου και του ΚΑΠΗ Σκοπέλου (από το 2000-2010)
- Εκπρόσωπος του ΕΚΚΑ για το νομό Μαγνησίας από το 2011 έως και σήμερα
- Αναπληρωματικό μέλος του διοικητικού συμβουλίου της εταιρίας για την προστασία αποφυλακισμένων (από το 2005-2010)
- Κοινωνική Σύμβουλος σε ιδρύματα σχετικά με την παιδική προστασία (παιδικοί σταθμοί , ΚΔΑΠ κ.α) από το 2000-2010.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Συμμετοχή στη διδασκαλία του μαθήματος «Διαεπαγγελματική συνεργασία στη φροντίδα υγείας» του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΑΣΚΗΣΗ, ΕΡΓΟΣΠΙΡΟΜΕΤΡΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ» (Ακαδημαϊκά έτη 2017-2018 και 2019-2020) του Τμήματος Ιατρικής και του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

- Koutsimpou P, Gourgoulanis K, Economou A, Raftopoulos V , Health status of patients who suffer from COPD, asthma and acute respiratory diseases in Greece in the era of economic crisis, Adv Respir Med_ 2019;87(3):167-174. doi: 10.5603/ARM.2019.0028
- Koutsimpou P., K.I. Gourgoulanis. , Economou A., Raftopoulos V., Data on expectations, perceived quality, satisfaction with hospital care and financial ability of patients who suffer from acute and chronic respiratory diseases, in Central Greece, Data in Brief 30 (2020) 105564

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

- Κουτσιμπού Παναγιώτα, Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος, Ραφτόπουλος Βασίλειος, Οικονόμου Αθηνά, «ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑ ΣΤΟ Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ» Ελεύθερη Ανακοίνωση στο 1ο Πανελλήνιο συνέδριο Ποιότητας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, 7 & 8 Δεκεμβρίου 2018, Ιωάννινα

ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ

Έχω παρακολουθήσει περίπου 60 επιμορφωτικά προγράμματα, σεμινάρια, συνέδρια και ημερίδες.

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ
ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ : Η
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ
ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ»**

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΚΟΥΤΣΙΜΠΟΥ

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, 2020

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. **Δρ. Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης**, Καθηγητής Πνευμονολογίας, Τμ.
Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας **(Επιβλέπων)**
2. **Δρ. Βασίλειος Ραφτόπουλος**, π. Αναπληρωτής Καθηγητής ΤΕΠΑΚ
3. **Δρ. Αθηνά Οικονόμου**, Επίκουρος Καθηγήτρια Οικονομικής της Εργασίας,
Τμήματος Οικονομικών Επιστημών Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα είχε πολλαπλές επιδράσεις τόσο στην υγεία του πληθυσμού όσο και στο σύστημα υγείας, δημιουργώντας προβληματισμούς για την αποτελεσματικότητα, την ισότιμη κατανομή του και τελικά την ικανοποίηση των πολιτών από αυτό.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας των ασθενών με χρόνια (ΧΑΠ, άσθμα) αλλά και οξεία (πνευμονία, λοιμώξεις αναπνευστικού) αναπνευστικά νοσήματα, που νοσηλεύονταν σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Επίσης, η διερεύνηση της προσδοκίας, της αντιληπτής ποιότητας και κατά επέκταση της ικανοποίησης από τη νοσοκομειακή φροντίδα αυτών των ασθενών σε συνάρτηση με τα κοινωνικοοικονομικά τους χαρακτηριστικά σε συνθήκες οικονομικής λιτότητας.

Μεθοδολογία: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 202 ασθενείς που νοσηλεύονταν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Λάρισας στην Πνευμονολογική Κλινική από το Φεβρουάριο του 2016 έως και το Δεκέμβριο του 2018. Από αυτούς οι 111 ασθενείς έπασχαν από χρόνια αναπνευστικό νόσημα (ΧΑΠ, ΒΑ) και οι 91 από οξύ (πνευμονία, λοίμωξη αναπνευστικού). Το ερωτηματολόγιο που κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες ήταν ανώνυμο και είχε πέντε τμήματα : τα δημογραφικά στοιχεία, το EQ-5D-3L (και η κλίμακα VAS), το SF-36, την κλίμακα για την ικανοποίηση από τη φροντίδα (EPSS) και την κλίμακα μέτρησης οικονομικής δυνατότητας (FAS). Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες IBM-SPSS 25.

Αποτελέσματα: Το 57,4% του δείγματος ήταν άντρες και το 67% ήταν πάνω από 65 ετών. Το 55% των ασθενών υπέφεραν από χρόνια αναπνευστική νόσο (35% ΧΑΠ και 20% άσθμα) ενώ το 45% αυτών από οξεία αναπνευστική νόσο (38% πνευμονία και 7% λοίμωξη αναπνευστικού). Εκείνοι που έπασχαν από ΧΑΠ ήταν κυρίως άνδρες

(88,7%), άνω των 65 ετών με μέση διάρκεια νόσου τα 13 έτη. Το 63,70% βρίσκει την τωρινή νοσηλεία εξίσου καλή με την προηγούμενη.

Η ηλικία, η εκπαίδευση και το νόσημα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σχεδόν στις περισσότερες διαστάσεις του SF-36, με τους ασθενείς με ηλικία άνω των >65 με λίγα χρόνια εκπαίδευσης που πάσχουν από χρόνια πρόβλημα να έχουν και χαμηλότερη αυτοαναφερόμενη ποιότητα ζωής. Στο ερωτηματολόγιο EQ-5D-3L, με εξαίρεση το άγχος/θλίψη, όσο περισσότερα τα προβλήματα με την κινητικότητα, την αυτο-φροντίδα, τις συνήθειες δραστηριότητες και τον πόνο/δυσφορία, τόσο χειρότερη είναι η οικονομική δυνατότητα των συμμετεχόντων. Οι ασθενείς με ηλικία >65 ετών, με λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης, που πάσχουν από χρόνια ασθένεια και όσοι έχουν καλύτερη εμπειρία από την τρέχουσα νοσηλεία, έχουν και στατιστικά σημαντική χαμηλότερη τιμή στην κλίμακα VAS.

Σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας και της ικανοποίησης από τη φροντίδα οι χρόνιοι ασθενείς παρουσιάζονται με μικρότερες προσδοκίες (3,65, έναντι 3,94 των οξέων), μικρότερη εκληφθείσα ποιότητα (5,03, έναντι 5,71 των οξέων) αλλά με υψηλότερη ικανοποίηση (4,95, έναντι 4,70 των οξέων).

Στην έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με οξύ πρόβλημα είχαν υψηλότερες προσδοκίες από το φαγητό, την ενημέρωση, τα ευαίσθητα δεδομένα και την ατμόσφαιρα, σε αντίθεση με τους χρόνιους ασθενείς που εκδήλωσαν υψηλότερες προσδοκίες για την ενσυναίσθηση και το σεβασμό από το προσωπικό. Αντίθετα όσον αφορά την ικανοποίηση από τη φροντίδα στους τρεις από τους τέσσερις παράγοντες (Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες, φαγητό, οργάνωση και λειτουργία του τμήματος) που κατηγοριοποιήθηκαν οι ερωτήσεις, ήταν πιο ψηλά οι χρόνιοι ασθενείς.

Οι ασθενείς με ηλικία >65 ετών ανέφεραν χαμηλότερη οικονομική δυνατότητα ($26,00 \pm 9,41$ έναντι $29,24 \pm 10,63$) καθώς και εκείνοι με χρόνια αναπνευστική νόσο ($24,18 \pm 7,90$ έναντι $30,57 \pm 11,98$). Τα χρόνια που ζουν με τη νόσο συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά και αρνητικά ($r = -0,232$, $p = 0,001$) με τη συνολική βαθμολογία οικονομικής ικανότητας. Οικονομικά αδύναμοι εμφανίζονται και οι ασθενείς με λίγα χρόνια εκπαίδευσης.

Συμπεράσματα: Σημαντικές μεταβλητές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής αλλά και την ικανοποίηση από τη νοσηλεία των αναπνευστικών ασθενών περιλαμβάνουν την ηλικία, τη χρονιότητα της νόσου, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την οικονομική δυνατότητα.

Οι πνευμονολογικοί ασθενείς θέτουν ως προτεραιότητα της νοσηλείας την εύκολη πρόσβαση στους επαγγελματίες υγείας, τη δωρεάν παροχή των αντίστοιχων υπηρεσιών και την αποκάλυψη της αλήθειας για την κατάσταση της υγείας τους.

Τελικά οι χρόνιοι ασθενείς ικανοποιήθηκαν περισσότερο από την επικοινωνία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και την εύκολη πρόσβασή τους στους επαγγελματίες υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις αυξημένες θεραπευτικές, επικοινωνιακές και πληροφοριακές ανάγκες τους που σχετίζονται με την πορεία της νόσου. Οι ασθενείς με οξύ νόσημα από την άλλη πλευρά ικανοποιήθηκαν από το σεβασμό κατά την εξέταση, και τη σωστή λήψη ιστορικού. Η δωρεάν φροντίδα από το ιατρικό προσωπικό ήταν πολύ ψηλά και στις προσδοκίες αλλά και στην ικανοποίηση των δύο κατηγοριών ασθενών, εύρημα που επιβεβαιώνει τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση αυτών στο σύστημα υγείας.

Η οικονομική δυνατότητα αναδείχθηκε σε βασική μεταβλητή τόσο της ικανοποίησης όσο και της κατάστασης υγείας των πνευμονολογικών ασθενών, εύρημα που πρέπει να ληφθεί υπόψη από τους υπεύθυνους χάραξης της πολιτικής για την υγεία στη χώρα, δεδομένων και των δραματικών περιστολών των αντίστοιχων δαπανών που έχουν λάβει χώρα κατά τα τελευταία χρόνια.

Λέξεις κλειδιά: ΧΑΠ, ΒΑ, πνευμονία, ποιότητα ζωής, ποιότητα φροντίδας, προσδοκίες ασθενών, ικανοποίηση ασθενών, οικονομική κρίση.

ABSTRACT

Introduction: The economic crisis in Greece has had multiple effects on both the health of the population and the health system, raising concerns about its effectiveness, equitable distribution and ultimately citizens' satisfaction with it.

Purpose: The objective of the study was to assess the quality of life and general health of patients with chronic (COPD, asthma) and acute (pneumonia, respiratory infections) respiratory diseases, who were hospitalized in a tertiary hospital. Moreover, the investigation of the expectation, the perceived quality and consequently the satisfaction from the hospital care of these patients in relation to their socio-economic characteristics in conditions of economic austerity.

Methodology: The study sample consisted of 202 patients hospitalised at the University Hospital of Larissa at the Pulmonary Clinic from February 2016 to December 2018. Of these, 111 patients suffered from chronic respiratory disease (COPD, asthma) and 91 from acute (pneumonia, respiratory infection). The questionnaire participants were asked to answer was anonymous and had five sections: Demographics, EQ5-3L (and VAS scale), SF-36, Care Satisfaction Scale (EPSS) and measurement scale financial ability (FAS). The statistical program for social sciences IBM-SPSS 25 was used, for the statistical processing of the data.

Results: 57.4% of the sample were men, 67% were over 65 years old, Half of the patients (55%) suffered from chronic respiratory disease (35% COPD and 20% asthma) while 45% from acute respiratory disease (38% pneumonia and 7% respiratory infection). Those suffering from COPD were mainly men (88.7%), over 65 years with an average disease duration of 13 years. 63.70% find the current hospitalization as good as the previous one.

Age, education and disease affect quality of life in almost all dimensions of the SF-36, with patients over the age of > 65 with a few years of education suffering from a chronic problem also having a lower self-reported quality of life. In the EQ-5D-3L

questionnaire, with the exception of anxiety/ depression the more problems with mobility, self-care, routine activities and pain / discomfort, the worse the financial ability of the participants. Patients aged > 65 years, with fewer years of education, suffering from chronic disease and those with better experience of current care, also have a statistically significant lower value on the VAS scale.

In all dimensions of quality and satisfaction from care, chronic patients are presented with lower expectations (3.65 vs. 3.94 of acute), lower perceived quality (5.03 vs. 5.71 of acute) but with higher satisfaction (4.95 vs. 4.70 of acute).

The study found that patients with an acute problem had higher expectations of food, information, sensitive data and atmosphere, as opposed to chronic patients who had higher expectations of empathy and respect from the staff. On the contrary, in terms of care satisfaction in three of four factors (Technical and interpersonal skills, food, organization and operation of the department) that categorized the questions, the chronic patients were higher.

Patients > 65 years of age reported lower financial ability (26.00 ± 9.41 vs. 29.24 ± 10.63) as well as those with chronic respiratory disease (24.18 ± 7.90 vs. $30.57 \pm 11, 98$). The years they lived with the disease were statistically and negatively correlated ($r = -0.233$, $p = 0.001$) with the overall financial ability score. Patients with a few years of education also appear financially weak.

Conclusions: Important variables that affect the quality of life but also the satisfaction from the hospitalization of the respiratory patients include the age, the chronicity of the disease, the educational level and the financial ability.

Pulmonary patients prioritize, the easy access to health professionals, the provision of free services and the revealing the truth about their state of health.

Eventually the chronic patients were more satisfied with the communication with the medical and nursing staff, as well as with their easy access to the health professionals, taking into account their increased therapeutic, communication and information needs related to the progress of the disease. Patients with acute illness on the other hand were satisfied with the respect during the examination, and the proper medical history taking. The free care by the medical staff was very high in their expectations as well as in the satisfaction of both categories of patients, a

finding that confirms the negative effects of the financial crisis on their access to the health system.

Financial ability has become a key variable in both their satisfaction and health status of respiratory patients, a finding that should be taken into account by the country's health policy makers, given the dramatic reductions in corresponding expenditure that have taken place in recent years.

Keywords: COPD, asthma, pneumonia, quality of life, quality of care, patient expectations, patient satisfaction, financial crisis.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εισαγωγή.....σελ.19	σελ.19
I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ ΟΞΕΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....σελ. 22	σελ. 22
1.1. ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ ΟΞΕΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....σελ. 23	σελ. 23
1.2. ΧΡΟΝΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....σελ. 24	σελ. 24
1.2.1. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ).....σελ. 24	σελ. 24
1.2.2. Βρογχικό Άσθμα (ΒΑ).....σελ. 27	σελ. 27
1.3. ΟΞΕΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....σελ. 28	σελ. 28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....σελ. 33	σελ. 33
2.1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ.....σελ. 34	σελ. 34
2.1.1. Εννοιολογική προσέγγιση.....σελ. 34	σελ. 34
2.1.2. Μέτρηση ποιότητας ζωής.....σελ. 36	σελ. 36
2.2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗ ΧΑΠ ΚΑΙ ΤΟ ΒΑ.....σελ. 39	σελ. 39
2.2.1. Ποιότητα ζωής πνευμονολογικών ασθενών.....σελ. 39	σελ. 39
2.2.2. Συστηματική ανασκόπηση των ερευνών με τη χρήση του SF-36 σε ασθενείς με ΧΑΠ και ΒΑ.....σελ. 41	σελ. 41
2.2.3. Συστηματική ανασκόπηση των ερευνών με τη χρήση του EQ-5D σε ασθενείς με ΧΑΠ και ΒΑ.....σελ.44	σελ.44
2.2.4. Επιρροή κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικώνσελ. 46	σελ. 46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ..σελ.50	σελ.50
3.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....σελ. 51	σελ. 51
3.2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....σελ. 54	σελ. 54
3.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ.....σελ. 57	σελ. 57
3.3.1. Προσδοκίες ασθενών.....σελ. 57	σελ. 57
3.3.2. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.....σελ. 58	σελ. 58
3.3.3. Χαρακτηριστικά παρόχου υπηρεσιών υγείας.....σελ. 61	σελ. 61
3.4. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....σελ. 64	σελ. 64
3.5. ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ.....σελ. 67	σελ. 67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....σελ. 71	σελ. 71
4.1. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....σελ. 72	σελ. 72

4.2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....σελ.	74
4.2.1. Επιπολασμός και θνησιμότητα.....σελ.	74
4.2.2. Το προφίλ των ασθενών.....σελ.	77
4.3.3. Πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας.....σελ.	80
II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....σελ.	86
5.1. ΣΚΟΠΟΣ.....σελ.	87
5.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑσελ.	87
5.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....σελ.	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....σελ.	93
6.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....σελ.	94
6.2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....σελ.	100
6.2.1. Κλίμακα SF-36.....σελ.	100
6.2.2. Κλίμακα EQ5-3L.....σελ.	105
6.2.3. Κλίμακα VAS.....σελ.	117
6.3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ- ΚΛΙΜΑΚΑ ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ.....σελ.	120
6.3.1. Προσδοκίες.....σελ.	120
6.3.2. Εκληφθείσα ποιότητα.....σελ.	124
6.3.3. Απόδοση.....σελ.	128
6.3.4. Ικανοποίησησελ.	129
6.4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑΣ – ΚΛΙΜΑΚΑ FAS.....σελ.	150
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ.....σελ.	177
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....σελ.	191
8.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....σελ.	192
8.2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....σελ.	194
Βιβλιογραφίασελ.	196
Παραρτήματα	
Παράρτημα Ι. Ερωτηματολόγια έρευναςσελ.	224
Παράρτημα ΙΙ. Δημοσιεύσεις που προέκυψαν από την παρούσα διδακτορική διατριβή.....σελ.	237

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συνεχιζόμενη οικονομική κρίση στην Ελλάδα είχε αξιοσημείωτες επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού και επέφερε περιορισμούς σε όρους προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, εγείροντας ζητήματα ισότητας, αποτελεσματικότητας και ευρύτερης ποιότητας του συστήματος. Μεταξύ των διάφορων επιδράσεων της κρίσης, τα ελάχιστα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι αυτή επηρέασε και την αναπνευστική και πνευμονολογική υγεία των πολιτών, όπως διαφαίνεται και από την αύξηση του επιπολασμού της ΧΑΠ. Η άρση των δυσμενών συνθηκών που έχουν επικρατήσει σε πολλές μονάδες υγείας ανά τη χώρα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, με στόχο την ποιοτική αναβάθμιση της νοσηλείας των ασθενών απαιτεί, αρχικά, τη χαρτογράφηση των αναγκών, των στάσεων, των προσδοκιών καθώς και της ποιότητας ζωής τους, όπως επιχειρείται και στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης.

Σκοπός της διδακτορικής διατριβής είναι η διερεύνηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση των πνευμονολογικών ασθενών στην Ελλάδα από τη φροντίδα τους κατά τη νοσηλεία, λαμβάνοντας υπόψη τις επιδράσεις της τρέχουσας οικονομικής κρίσης. Παράλληλα, ιδιαίτερου ερευνητικού ενδιαφέροντος είναι ο αντίκτυπος του κοινωνικοδημογραφικού προφίλ των ασθενών, σε συνάρτηση με τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας και της διάγνωσης (οξύ και χρόνια νόσημα). Για το σκοπό αυτό, στην έρευνα συμμετείχαν 202 ασθενείς που διακρίθηκαν σε δύο κατηγορίες, αυτούς που πάσχουν από οξεία πνευμονολογικά νοσήματα και τους χρόνια πάσχοντες πνευμονολογικούς ασθενείς. Αυτοί κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια κλειστού τύπου αναφορικά με την ποιότητα ζωής τους (SF-36 και EQ5D-3L και VAS), την ικανοποίηση από τη φροντίδα (κλίμακα Ραφτόπουλου) και την οικονομική τους δυνατότητα, συμπεριλαμβανομένων επίσης ερωτήσεων κοινωνικοδημογραφικού περιεχομένου (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, εθνικότητα, ασφαλιστικός φορέας, κατοικία) και σχετικών με τη διάγνωση και νοσηλεία.

Η συμβολή της μελέτης έγκειται, αρχικά, στην ανάδειξη των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων και μεταβλητών υγείας και νοσηλείας που

επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα τους κατά τη νοσηλεία, λαμβάνοντας μάλιστα υπόψη τη διεθνή έλλειψη εμπειρικών δεδομένων αναφορικά με την ικανοποίηση των πνευμονολογικών ασθενών σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, στοχεύει στη χαρτογράφηση του προφίλ αυτών των ασθενών στην Ελλάδα σε όρους ποιότητας ζωής και ικανοποίησης από τη νοσηλεία, λαμβάνοντας υπόψη την οικονομική τους δυνατότητα, σε μια χρονική περίοδο κατά την οποία ο χώρος της υγείας στη χώρα έχει πληγεί σημαντικά. Υπό αυτό το πρίσμα, η παρούσα διδακτορική διατριβή προσθέτει νέα γνώση σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία και ταυτόχρονα παρέχει πολύτιμη πληροφόρηση για την ποιότητα ζωής των νοσηλευόμενων πνευμονολογικών ασθενών στην Ελλάδα η οποία είναι εξαιρετικά χρήσιμη για τους υπεύθυνους χάραξης της πολιτικής της υγείας.

Η δομή της διατριβής έχει ως εξής: στο πρώτο κεφάλαιο του γενικού μέρους περιγράφονται τα χρόνια και οξεία πνευμονολογικά νοσήματα, στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζεται η ποιότητα ζωής των πνευμονολογικών ασθενών, στο τρίτο κεφάλαιο μελετάται η ικανοποίηση των ασθενών και στο τέταρτο κεφάλαιο διερευνάται ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης της Ελλάδας στην υγεία και άλλους σχετικούς παράγοντες αυτής της ομάδας ασθενών. Στο ειδικό μέρος αρχικά καταγράφεται η μεθοδολογία και ο σκοπός της έρευνας και στη συνέχεια τα ερευνητικά αποτελέσματα. Τέλος, η διατριβή ολοκληρώνεται με τη συζήτηση και τα συμπεράσματα.

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 :
ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ ΟΞΕΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.1 ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ ΟΞΕΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η διάκριση των νοσημάτων σε χρόνια και οξέα είναι σχεδόν τόσο παλιά όσο η ιατρική επιστήμη, ωστόσο, κατά τη διάρκεια του τελευταίου αιώνα, η εστίαση έχει μεταφερθεί στη χρονιότητα των ασθενειών, καθώς αυτή οφείλεται σε μεγαλύτερο ποσοστό για την παγκόσμια νοσηρότητα, θνησιμότητα και επιβάρυνση των συστημάτων υγείας. Ήδη από το 1972, ο Omran πρότεινε την ιδέα της «επιδημιολογικής μετάβασης» για να ερμηνεύσει το μεταβαλλόμενο φάσμα των κυρίαρχων νοσημάτων, όπως αυτό εξελίχθηκε ιστορικά. Η μετάβαση αυτή για τις δυτικές χώρες σηματοδοτήθηκε από μια σταδιακή μείωση του επιπολασμού των οξέων νοσημάτων στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η οποία συνδυάστηκε με την πάροδο του χρόνου από αύξηση των χρόνιων νοσημάτων, δεδομένης και της δημογραφικής γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού, αντικαθιστώντας τη θνησιμότητα, ως πρωταρχικό δείκτη υγείας, από τη νοσηρότητα¹. Στο πλαίσιο αυτών των εξελίξεων, η επιδημιολογική έξαρση των χρόνιων νοσημάτων έθεσε σε αμφισβήτηση τις παραδοσιακές μορφές κλινικής πρακτικής, αναδεικνύοντας νέες ευκαιρίες συμμετοχής των ασθενών στη θεραπεία και στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους².

Δεδομένης αυτής της μετάβασης, η εννοιολογική και πρακτική διάκριση μεταξύ οξέων και χρόνιων νοσημάτων κατέστη παραπάνω από αναγκαία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τα χρόνια νοσήματα (γνωστά και ως μη μεταδοτικές ασθένειες), χαρακτηρίζονται από χρονιότητα και γενικά αργή εξέλιξη, περιλαμβάνοντας τέσσερις βασικούς τύπους, τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τον καρκίνο, τα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα και το διαβήτη³. Χαρακτηριστικά τους γνωρίσματα είναι η μονιμότητα και παρατεταμένη πορεία της νόσου, τα πιθανά υπολείμματα ανικανότητας/αναπηρίας, και η παρουσία μη αναστρέψιμων παθολογικών μεταβολών που απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα⁴. Αντίθετα, τα οξέα νοσήματα χαρακτηρίζονται από μικρή διάρκεια και συνήθως σοβαρή συμπτωματολογία, ενώ μπορεί να εμφανίζονται και ως εξάρσεις μια υποκείμενης χρόνιας νόσου. Χαρακτηριστικά τους γνωρίσματα είναι η μικρή διάρκεια, η ξαφνική εμφάνιση, η συνήθης εστίαση σε μια περιοχή του ανθρώπινου σώματος ή σε ένα οργανικό σύστημα, καθώς και η υψηλή ανταποκρισιμότητα στη θεραπεία⁵.

Από τα χρόνια νοσήματα, σημαντική επιβάρυνση προέρχεται από τα χρόνια

πνευμονολογικά νοσήματα, τα οποία επηρεάζουν τους αεραγωγούς και άλλα δομικά στοιχεία του πνεύμονα, και περιλαμβάνουν το Βρογχικό Άσθμα (BA), τη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), τη χρόνια ρινοκολπίτιδα, την πνευμονίτιδα από υπερευαισθησία, τον καρκίνου του πνεύμονα και τις νεοπλασίες του αναπνευστικού συστήματος, το σύνδρομο άπνοιας, την πνευμονιοκονίαση και άλλες σχετικές ασθένειες. Τα χρόνια πνευμονολογικά νοσήματα αναλογούν σε τεράστια επιβάρυνση παγκοσμίως, με χαρακτηριστικά παραδείγματα τη ΧΑΠ, η οποία συγκαταλέγεται μέσα στις πέντε κυρίαρχες αιτίες θνησιμότητας, και τον καρκίνο του πνεύμονα, ο οποίος ευθύνεται για πάνω από 1,4 εκατομμύρια θανάτους ετησίως⁶. Αντίστοιχα, τα οξέα πνευμονολογικά νοσήματα, με σημαντικότερα εξ αυτών την πνευμονία και την οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού, έχουν ομοίως μεγάλη επιβάρυνση, καθώς υπολογίζεται ότι η πνευμονία είναι η σημαντικότερη αιτία παιδικής θνησιμότητας στον κόσμο⁷. Στις ενότητες που ακολουθούν παρουσιάζονται ορισμένα βασικά στοιχεία της παθοφυσιολογίας, επιδημιολογίας και αιτιολογίας ορισμένων πνευμονολογικών νοσημάτων, εκ των οποίων τα δύο είναι χρόνια (ΧΑΠ και BA) και τα υπόλοιπα οξέα (πνευμονία, οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού), δεδομένης της ερευνητικής εστίασης της παρούσας μελέτης σε ασθενείς που πάσχουν από τα εν λόγω νοσήματα.

1.2 ΧΡΟΝΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.2.1 Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)

Η ΧΑΠ είναι μια από τις σημαντικότερες χρόνιες πνευμονολογικές παθήσεις που απασχολεί εδώ και δεκαετίες τη δημόσια υγεία σε παγκόσμια επίπεδο, καθώς υπολογίζεται ότι μέχρι το 2030 να είναι η 5^η ασθένεια σε όρους νοσολογικής επιβάρυνσης⁸. Παράλληλα, έχει αναγνωριστεί ως βασική αιτία πρόωρης θνησιμότητας και αναπηρίας, επιφέροντας τεράστιο κοινωνικό και οικονομικό κόστος για τα συστήματα υγείας⁹. Η ΧΑΠ είναι ένας σχετικά νέος όρος για μια πολύ παλιά ασθένεια που παρουσιάζει διαφορετικούς φαινότυπους. Ο ορισμός που είναι ευρέως αποδεκτός σήμερα έχει προταθεί από την Παγκόσμια Πρωτοβουλία για τη ΧΑΠ (Global Initiative for Obstructive Lung Disease -GOLD), βάσει της διάγνωσης

της σπιρομέτρησης με την οποία επιτρέπεται η αντικειμενική αξιολόγηση του περιορισμού του αέρα στους αεραγωγούς. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, η ΧΑΠ είναι μια κοινή προλαμβανόμενη και θεραπεύσιμη πάθηση, η οποία χαρακτηρίζεται από επίμονο περιορισμό της ροής του αέρα που είναι συνήθως προοδευτική και σχετίζεται με μια φλεγμονώδη απόκριση των αεραγωγών και των πνευμόνων σε ερεθιστικά σωματίδια ή αέρια¹⁰.

Σύμφωνα επίσης με την GOLD, η ΧΑΠ διακρίνεται σε τέσσερα στάδια ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου, βάσει δύο κρίσιμων κριτηρίων, του βίαια εκπνεόμενου όγκου αέρα στο πρώτο δευτερόλεπτο (Forced Expiratory Volume in one second – FEV1) και της βίαια εκπνεόμενης ζωτικής χωρητικότητας (Forced Vital Capacity – FVC). Έτσι, τα στάδια της νόσου είναι τέσσερα και διακρίνονται ως εξής:

- (1) στάδιο I – ήπια ΧΑΠ: $FEV1/FVC < 70\%$ και $FEV1 \geq 80\%$ της προβλεπόμενης τιμής με ή χωρίς χρόνια συμπτώματα,
- (2) στάδιο II – μέτρια ΧΑΠ: $FEV1/FVC < 70\%$ και $80\% \geq FEV1 \geq 50\%$ της προβλεπόμενης τιμής, όπου η διακοπή της αναπνοής με ή χωρίς χρόνια συμπτώματα επηρεάζει τη σωματική δραστηριότητα,
- (3) στάδιο III – σοβαρή ΧΑΠ: $FEV1/FVC < 70\%$ και $50\% \geq FEV1 \geq 30\%$ της προβλεπόμενης τιμής, όπου η διακοπή της αναπνοής είναι έντονη και εμφανίζονται επαναλαμβανόμενες εξάρσεις και κόπωση, και
- (4) στάδιο IV - πολύ σοβαρή ΧΑΠ: $FEV1/FVC < 70\%$ και $FEV1 \leq 30\%$ της προβλεπόμενης τιμής ή $FEV1 \leq 50\%$ της προβλεπόμενης τιμής, όπου παρουσιάζεται αναπνευστική ανεπάρκεια ή/και κλινικά συμπτώματα δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας.

Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου της ΧΑΠ, τα δεδομένα που διατίθενται από τις σύγχρονες επιδημιολογικές μελέτες συνηγορούν στη διαπίστωση ότι αυτά εξελίσσονται στη βάση μιας περίπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων¹¹. Η καπνιστική συνήθεια αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου της εμφάνισης και εξέλιξης της ΧΑΠ, καθώς υπολογίζεται ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιτάχυνση της πνευμονικής δυσλειτουργίας και υψηλότερη θνησιμότητα από ΧΑΠ συγκριτικά με τους μη καπνιστές¹². Η ηλικία είναι ένας επιπλέον παράγοντας κινδύνου, καθώς ο επιπολασμός, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα της νόσου είναι υψηλότερα μεταξύ των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας¹³. Επιπλέον, στην εμφάνιση της νόσου ενδέχεται

να επιδρά και η έκθεση σε σκόνη, χημικά και τοξικά σωματίδια στο χώρο εργασίας¹⁴. Σε έρευνα των Hnizdo et al διαπιστώθηκε ότι το 19,2% των περιπτώσεων ΧΑΠ στις ΗΠΑ αποδίδεται σε αυτόν τον παράγοντα κινδύνου, με τα αντίστοιχα ποσοστά να είναι υψηλότερα για τους μη καπνιστές¹⁵.

Η ατμοσφαιρική ρύπανση στους εσωτερικούς χώρους έχει ομοίως αναγνωριστεί ως παράγοντας κινδύνου της ΧΑΠ¹⁶, ενώ το ίδιο ισχύει για τη ρύπανση στο εξωτερικό περιβάλλον, η οποία έχει συνδεθεί με αυξημένη συννοσηρότητα και θνησιμότητα σε ασθενείς με ΧΑΠ¹⁷. Μεταξύ των γενετικών παραγόντων που εμπλέκονται στην παθογένεση της ΧΑΠ, έχει καλά τεκμηριωθεί ότι αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου εμφανίζεται μεταξύ ατόμων με σοβαρή κληρονομική έλλειψη της α1-αντιθρυψίνης, μιας ισχυρής αντιπρωτεάσης¹⁸. Επιπλέον παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το αντιοξειδωτικό στρες, τη βρογχική υπεραντιδραστικότητα, την ανάπτυξη των πνευμόνων, τις λοιμώξεις, το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τη διατροφή και το άσθμα¹⁹. Συνολικά, η ΧΑΠ αποτελεί μια πολυπαραγοντική πάθηση και οι σχετικοί παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τόσο μεταβλητές που αφορούν τον ίδιο τον ασθενή (γενετική προδιάθεση, κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά) όσο και περιβαλλοντικές εκθέσεις (κάπνισμα, ατμοσφαιρική ρύπανση).

Ο επιπολασμός της ΧΑΠ για το 2015 υπολογίζεται σε 251 εκατομμύρια περιπτώσεις, ενώ εκτιμάται ότι για το ίδιο έτος, περίπου 3,17 εκατομμύρια θάνατοι προκλήθηκαν από τη νόσο, δηλαδή 5% των θανάτων συνολικά σε παγκόσμιο επίπεδο²⁰. Το 90% των σχετικών με τη ΧΑΠ θανάτων αντιπροσωπεύεται από τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, ενώ εκτιμάται ότι η επικράτηση της νόσου πρόκειται να αυξηθεί τις επόμενες δεκαετίες, λόγω της αύξησης της καπνιστικής συνήθειας και της δημογραφικής γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού²¹. Βέβαια, ο επιπολασμός της ΧΑΠ διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των χωρών, κυμαινόμενος από 0,2% στην Ιαπωνία μέχρι και 37% στις ΗΠΑ²⁰. Στην Ευρώπη, η επικράτηση της νόσου υπολογίζεται σε ένα εύρος μεταξύ 2,1% και 26,1%, ανάλογα με τη χώρα, την ηλικιακή ομάδα και τη μέθοδο του χρησιμοποιείται²², ενώ στην Ελλάδα τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται από 8,4%²³ μέχρι 10,6%²⁴, επηρεάζοντας περισσότερο τους άνδρες από τις γυναίκες, μια τάση που πιθανόν να αντιστραφεί στο μέλλον δεδομένης της αύξησης της καπνιστικής συνήθειας από το γυναικείο

πληθυσμό.

1.2.2 Βρογχικό Άσθμα (BA)

Το BA είναι μια χρόνια και σύνθετη πνευμονοπάθεια που χαρακτηρίζεται από επεισόδια στένωσης των βρόγχων ως απόκριση σε διάφορα ερεθίσματα, όπως ιογενείς λοιμώξεις και αλλεργιογόνα. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Στρατηγική για την Πρόληψη και Διαχείριση του Άσθματος (Global Strategy for Asthma Management and Prevention – GSAMP), το BA είναι μια χρόνια φλεγμονώδης διαταραχή στους αεραγωγούς που σχετίζεται με υπεραντιδραστικότητα των αεραγωγών που οδηγεί σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια συρίπτουσας αναπνοής, δύσπνοιας, σύσφιξης στο στήθος και βήχα, κυρίως τη νύχτα ή νωρίς το πρωί²⁵. Τα επεισόδια αυτά συνήθως συνδέονται με εμφανή αλλά διαφοροποιούμενη απόφραξη των αεραγωγών, η οποία είναι αναστρέψιμη είτε αυτόματα είτε μέσω θεραπευτικής παρέμβασης. Το BA μπορεί να αποδοθεί σε φαινόμενα ατροφίας, δηλαδή σύνδρομο υπεραισθησίας²⁶, ωστόσο, παράγοντες που δεν σχετίζονται με αυτά μπορεί να είναι εξίσου σημαντικά για την εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου²⁷. Το ατοπικό άσθμα συνήθως εμφανίζεται στην παιδική ή εφηβική ηλικία και σχετίζεται με οικογενειακό ιστορικό αλλεργικών παθήσεων και άλλα ατοπικά χαρακτηριστικά, όπως το έκζεμα και η ρινίτιδα²⁸. Στην περίπτωση αυτή, η ασθένεια συμβαίνει ως αποτέλεσμα αλλεργικής αντίδρασης σε συγκεκριμένους αλλεργιογόνους παράγοντες, όπως είναι η σκόνη στους εσωτερικούς χώρους²⁹. Ωστόσο, ορισμένοι ασθενείς αναπτύσσουν BA στην ενήλικη ζωή τους ως συνέπεια ιογενών αναπνευστικών λοιμώξεων. Το ατοπικό άσθμα μπορεί να είναι πιο επίμονο και με λιγότερο προφανείς αιτίες. Επίσης, ο βρογχόσπασμος και η φλεγμονή είναι οι δύο κύριοι μηχανισμοί που συντελούν στη βρογχική υπεραντιδραστικότητα, χαρακτηριστικό γνώρισμα του BA, το οποίο ωστόσο παρατηρείται και σε άλλες αλλεργικές καταστάσεις. Συνολικά, το BA αποτελείται από ένα ευρύ φάσμα ετερογενών φαινοτύπων που διαφοροποιούνται στην εμφάνιση, την αιτιολογία και την παθοφυσιολογία τους, με τους παράγοντες κινδύνου να περιλαμβάνουν το οικογενειακό ιστορικό, καθώς και περιβαλλοντικές και γενετικές μεταβλητές³⁰. Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου του BA είναι τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί³¹. Η γενετική προδιάθεση αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο του BA,

ενώ έχει διαπιστωθεί ότι η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου αυξάνεται κατά 10 φορές σε περιπτώσεις που υπάρχει ιστορικό ΒΑ σε πρόσωπο πρώτου βαθμού συγγένειας³². Ωστόσο, η γενετική ευαισθησία δεν συνεπάγεται από μόνη της την εμφάνιση ΒΑ, καθώς αυτή εξαρτάται από διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως είναι η παρουσία αλλεργιογόνων σε εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους, η ατμοσφαιρική ρύπανση, η παχυσαρκία και το ενεργητικό ή παθητικό κάπνισμα. Άλλοι παράγοντες ενεργοποίησης, όπως οι καιρικές αλλαγές και οι αναπνευστικές λοιμώξεις, μπορεί να προκαλέσουν επιδείνωση των συμπτωμάτων ή νέα επεισόδια³³. Η σημαντική αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών σε συνδυασμό με τη γεωγραφική διαφοροποίηση που παρατηρείται συνηγορούν στη διαπίστωση ότι το περιβάλλον διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στο ΒΑ³⁴. Αξίζει, επίσης, να αναφερθεί ότι η εμφάνιση ΒΑ στην ενήλικη ζωή έχει συνήθως περιβαλλοντική αιτιολογία με ή χωρίς αλλεργική ευαισθησία, ενώ μπορεί να οφείλεται σε συγκεκριμένες φαρμακευτικές ή ορμονικές θεραπείες³⁵ ή σε έκθεση σε αλλεργιογόνα στο χώρο εργασίας³⁶.

Αναφορικά με τον επιπολασμό της νόσου, υπολογίζεται ότι περίπου 300 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από ΒΑ παγκοσμίως³⁷, με τα ποσοστά να ποικίλουν σημαντικά μεταξύ των χωρών. Για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι η επικράτηση του ΒΑ σε παιδιά και ενήλικες στις ασιατικές χώρες κυμαίνεται μεταξύ 2-4%, ενώ στις ΗΠΑ, τον Καναδά, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία τα αντίστοιχα ποσοστά είναι μεταξύ 15-20%³⁰. Ο μέσος επιπολασμός διαγνωσμένου ΒΑ έχει υπολογιστεί στο 4,5% στους ενήλικες και στο 10% στα παιδιά, αν και τα ποσοστά αυτά εμφανίζονται ιδιαίτερα αυξημένα στις ανεπτυγμένες χώρες²⁵, αν και η θνησιμότητα έχει μειωθεί σημαντικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες³². Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα δεδομένα, υπολογίζεται ότι ο επιπολασμός του ΒΑ είναι 6,3%, και εμφανίζεται μεγαλύτερος στις γυναίκες από ότι στους άνδρες³⁸.

1.3 ΟΞΕΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Στα οξέα πνευμονολογικά νοσήματα περιλαμβάνονται οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, δηλαδή η οξεία βρογχίτιδα (οξεία ιογενής ή

βακτηριακή λοίμωξη των βρόγχων χωρίς συνοδό ΧΑΠ), η πνευμονία, η επιλοίμωξη χρόνιας βρογχίτιδας (οξεία ιογενής ή βακτηριακή λοίμωξη των βρόγχων με συνοδό ΧΑΠ) και η γρίπη. Οι λοιμώξεις αυτές διακρίνονται σε λοιμώξεις του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, ανάλογα με το ποια όργανα επηρεάζουν (π.χ. μύτη, λάρυγγα, φάρυγγα, τραχεία, βρόγχοι, πνεύμονες), και συνήθως είναι ήπιας σοβαρότητας³⁹. Ωστόσο, λόγω της μεγάλης συχνότητας εμφάνισής τους, οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού είναι υπεύθυνες για ένα μεγάλο ποσοστό της νοσηρότητας και θνησιμότητας στην κοινότητα, αν και η επιβάρυνση αυτή είναι δύσκολο να υπολογιστεί, καθώς τα περισσότερα περιστατικά δεν φτάνουν στο νοσοκομείο και θεραπεύονται είτε στο σπίτι είτε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Οι οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού συνεχίζουν να είναι μέχρι και σήμερα σημαντική αιτία των οξέων νοσημάτων σε παγκόσμια κλίμακα, και παραμένουν κυρίαρχη αιτία της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας⁴⁰. Έχει υπολογιστεί ότι οι οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού ευθύνονται για περίπου 1,9 εκατομμύρια θανάτους παιδιών κάθε χρόνο, με τα σχετικά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας να είναι εξαιρετικά αυξημένα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σύμφωνα με τους Taksande&Yeole, το Μπαγκλαντές, η Ινδία, η Ινδονησία και το Νεπάλ αντιστοιχούν στο 40% περίπου της συνολικής παγκόσμιας θνησιμότητας από οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού, δεδομένου του υποσιτισμού σε αυτές τις χώρες, του χαμηλού βάρους των νεογέννητων και της ατμοσφαιρικής μόλυνσης στους εσωτερικούς χώρους⁴¹.

Επίσης, έχει καταγραφεί ότι σχεδόν όλα τα σοβαρά περιστατικά συμβαίνουν σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών, στους ηλικιωμένους και σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα⁴². Η αιτιολογία των οξέων λοιμώξεων του αναπνευστικού και ειδικότερα της πνευμονίας είναι πολυπαραγοντική. Βάσει διαθέσιμων στοιχείων, πάνω από το ¼ των περιστατικών πνευμονίας σε παιδιά αποδίδεται σε έναν ιικό αιτιολογικό παράγοντα, συμπεριλαμβανομένου του συγκυτιακού ιού και του ιού της γρίπης³⁹, και περίπου το ½ οφείλονται σε βακτήρια, εκ των οποίων μερικά εμφανίζονται ως δευτερογενής μόλυνση μιας οξείας ιογενούς διεργασίας⁴³. Επιπλέον, στους παράγοντες κινδύνου των οξέων λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος περιλαμβάνονται οι σχετικοί λοιμογόνοι παράγοντες και αμυντικοί μηχανισμοί, η

ηλικία, ο ιδρυματισμός, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η διατροφή, το κάπνισμα, η παρουσία συνοδών νοσημάτων και ορισμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Αναφορικά με την πνευμονία, αυτή ορίζεται ως μια λοίμωξη του πνευμονικού παρεγχύματος που προκαλεί συσσώρευση φλεγμονωδών κυττάρων και εκκρίσεων στις κυψελίδες, καθώς και απόφραξη του χώρου που φυσιολογικά καταλαμβάνεται από αέρα⁴⁴. Περιλαμβάνει την αποφρακτική πνευμονία που χαρακτηρίζεται από απόφραξη βρόγχου λόγω ξένου σώματος ή ενδοβρογχικού όγκου, και την πνευμονία από εισρόφηση, η οποία αποδίδεται σε εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου. Η πνευμονία που δεν οφείλεται σε παθογόνο μικροοργανισμό που αποκτάται εντός νοσοκομείου καλείται πνευμονία της κοινότητας (Community Acquired Pneumonia – CAP), η οποία ορίζεται ως η οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού παρεγχύματος σε ασθενή που δεν διαμένει σε οίκο ευγηρία και δεν έχει νοσηλευτεί σε νοσοκομείο ως και δύο εβδομάδες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων⁴⁵.

Τα συμπτώματά της περιλαμβάνουν τουλάχιστον δύο από τα εξής: πυρετό ή υποθερμία, ρίγος, εφίδρωση, βήχα, αλλαγή στην ποιότητα, ποσότητα και σύσταση των πτυέλων σε περίπτωση προϋπάρχοντος βήχα, πλευριτικό άλγος και δύσπνοια. Τα μη ειδικά συμπτώματα περιλαμβάνουν μυαλγίες, ανορεξία, κεφαλαλγία, κοιλιακό άλγος και αίσθημα κακουχίας. Μια βασική διάκριση του εν λόγω οξέος πνευμονολογικού νοσήματος είναι οι τυπικές και άτυπες πνευμονίες. Στην πρώτη περίπτωση, η τυπική πνευμονία χαρακτηρίζεται από οξεία έναρξη, υψηλό πυρετό, παραγωγικό βήχα, θωρακικό άλγος και ακροαστικά ευρήματα, και συνήθως οφείλεται σε εξωκυττάρια βακτήρια (π.χ. πνευμονιόκκος, στρεπτόκοκκος). Στη δεύτερη περίπτωση, η άτυπη πνευμονία έχει προοδευτική έναρξη, μη παραγωγικό βήχα, κεφαλαλγία και μυαλγίες, οφειλόμενη κατά κύριο λόγο σε ενδοκυττάρια βακτήρια και ιούς. Ο *Streptococcus pneumoniae* και ο *Haemophilus influenzae* αποτελούν τα συχνότερα αίτια πνευμονίας από την κοινότητα, ενώ το *Mycoplasma pneumoniae* προκαλεί σποραδικές επιδημίες⁴⁶.

Η πνευμονία της κοινότητας αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στους ενήλικους στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ συνδέεται με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά νοσοκομειακής περίθαλψης, ειδικά στις μεγαλύτερες

ηλικίες⁴⁷. Έχει διαπιστωθεί ότι οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, συμπεριλαμβανομένης της πνευμονίας, συγκαταλέγονται στις πέντε σημαντικότερες αιτίες θανάτων παγκοσμίως, και παράλληλα αντιπροσωπεύουν τη δεύτερη συχνότερη αιτία για τα Χαμένα Χρόνια Επιβίωσης (Years of Life Lost – YLL)⁴⁸. Στην Ευρώπη, η πνευμονία της κοινότητας είναι η σημαντικότερη αιτία θανάτου λόγω λοίμωξης, με το 90% των θανάτων να αναλογούν σε άτομα ηλικία άνω των 65 ετών⁴⁹. Η συνολική επικράτηση της νόσου ετησίως στους ενήλικες υπολογίζεται μεταξύ 1,54 και 1,7 ανά 1.000 άτομα πληθυσμό, ενώ τόσο τα ποσοστά επικράτησης όσο και τα αντίστοιχα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας είναι υψηλότερα για τους άνδρες από ότι για τις γυναίκες⁵⁰. Η πνευμονία επιφέρει σημαντική επιβάρυνση για τα συστήματα υγείας και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Εκτιμάται ότι τα σχετικά κόστη στην Ευρώπη είναι περίπου €10 δις, οφειλόμενα κυρίως στην εκτεταμένη νοσηλεία και τις απώλειες παραγωγικότητας λόγω μη ικανότητας προς εργασία⁴⁹.

Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνεται η ηλικία πάνω από 65 ετών, το κάπνισμα, το αλκοόλ, διάφορες ανοσοκατασταλτικές καταστάσεις και η παρουσία συνοδών νοσημάτων, όπως η ΧΑΠ, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η χρόνια ηπατική ή νεφρική νόσος, ο διαβήτης και η άνοια⁴⁹. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου τα 2/3 των ασθενών έχουν μια χρόνια πνευμονολογική νόσο, και περίπου το ήμισυ πάσχει από κάποια χρόνια καρδιαγγειακή νόσο, αναδεικνύοντας την ανάγκη αποτελεσματικής θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτών των ασθενών για τη μείωση του κινδύνου πνευμονίας⁵¹. Συνολικά, ορισμένες υποκείμενες νόσοι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την πνευμονία από την κοινότητα, ενώ εξίσου σημαντικές είναι και οι μεταβλητές που αφορούν στον τρόπο ζωής, με χαρακτηριστικά παραδείγματα την καπνιστική συνήθεια και την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Υψηλότερος κίνδυνος, επίσης, παρουσιάζεται για λιποβαρή άτομα και άτομα που έχουν συχνές επαφές με παιδιά⁵². Συνολικά, τα χρόνια και οξέα πνευμονολογικά νοσήματα συνδέονται με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα παγκοσμίως, επιφέροντας τεράστια επιβάρυνση για τους ασθενείς, την κοινότητα και τις υπηρεσίες υγείας. Ιδιαίτερα στην περίπτωση των χρόνιων νοσημάτων, η επιβάρυνση αυτή είναι ακόμα μεγαλύτερη, δεδομένης της ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας και της φτωχής ποιότητας ζωής των πνευμονολογικών ασθενών, όπως

αναλύεται διεξοδικότερα στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

2.1.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Η έννοια της ποιότητας ζωής (Quality of Life – QoL) εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία στη δεκαετία του 1960 και, από τότε, έχει γίνει εξαιρετικά δημοφιλής. Ήδη από το 1947, ο ΠΟΥ είχε περιγράψει την υγεία ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας, επηρεάζοντας τις μετέπειτα εξελίξεις στην εννοιολογική οριοθέτηση του όρου της ποιότητας ζωής, καθώς και τους τρόπους μέτρησής της⁵³. Πράγματι, μέχρι και σήμερα, αν και δεν υπάρχει ευρεία συναίνεση μεταξύ των ερευνητών αναφορικά με τα επιμέρους συστατικά της ποιότητας ζωής, από τη δεκαετία του 1980 και μετά η συντριπτική πλειοψηφία των αντίστοιχων μεθοδολογιών ενσωματώνουν τη σωματική υγεία, την ψυχική κατάσταση και την κοινωνική λειτουργικότητα ως βασικά στοιχεία της⁵⁴. Στα χρόνια που ακολούθησαν η ποιότητα ζωής κατέστη ένα κυρίαρχο χαρακτηριστικό της σχετικής έρευνας υγείας, καθώς η πρόοδος στην ιατρική επιστήμη είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική επιμήκυνση της ζωής των ασθενών, μερικές φορές εις βάρος της ποιότητας ζωής τους⁵⁵. Παράλληλα, οι απλοί δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας έπαψαν να είναι επαρκείς για την αξιολόγηση της υγείας του γενικού πληθυσμού⁵⁶.

Ο πρώτος δείκτης μέτρησης της ποιότητας ζωής (QL-Index) αναπτύχθηκε από τους Spitzer et al, προτείνοντας πως αυτή θα πρέπει να αξιολογείται βάσει διάφορων διαστάσεων, συμπεριλαμβανομένων της σωματικής, κοινωνικής και συναισθηματικής λειτουργικότητας, των στάσεων απέναντι στην ασθένεια, της καθημερινότητας των ανθρώπων και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων⁵⁷. Στα μέσα της δεκαετίας του 1980 εμφανίστηκε ο όρος της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) (Health-Related Quality of Life – HRQoL). Ο Torrance, από τους πρώτους ερευνητές που έδωσαν έμφαση στη νέα αυτή έννοια, περιέγραψε την ΣΥΠΖ ως μια υποκατηγορία της ποιότητας ζωής, εστιάζοντας αποκλειστικά στη διάσταση της υγείας⁵⁸. Αξίζει στο σημείο αυτό να σημειωθεί ότι πολλά από τα γνωστότερα εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ που αναπτύχθηκαν σε αυτήν την περίοδο, όπως το Nottingham Health Profile και το SF-36, δεν παρουσιάστηκαν ως τέτοια

αλλά, κυρίως, ως όργανα αξιολόγησης της κατάστασης υγείας, αν και στα επόμενα χρόνια η χρήση τους συστηματοποιήθηκε σε αυτό το ερευνητικό πεδίο. Από τη δεκαετία του 1990 και μετά, οι όροι της κατάστασης υγείας, της αντιληπτής υγείας, της ποιότητας ζωής και της ΣΥΠΖ άρχισαν να χρησιμοποιούνται εναλλακτικά από τους ερευνητές και, στις περισσότερες περιπτώσεις, ως συνώνυμοι, όπως συμβαίνει και στην παρούσα έρευνα (ποιότητα ζωής = ΣΥΠΖ).

Επιχειρώντας την εννοιολογική προσέγγιση του όρου, αρχικά, η ποιότητα ζωής έχει περιγραφθεί ως μια συνειδητή γνωστική εκτίμηση της ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του⁵⁹, ή ως η γενική αντίληψη του ατόμου σχετικά με την κατάσταση της ζωής του στο πλαίσιο της κυρίαρχης κουλτούρας και του αξιακού συστήματος που διαβιώνει και αναφορικά με τους στόχους τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του⁶⁰. Αν και πολλοί ορισμοί εστιάζουν σε υποκειμενικές κρίσεις, αρκετοί ερευνητές έχουν επισημάνει την ανάγκη ενσωμάτωσης περισσότερο αντικειμενικών μέτρων^{61,62}. Στο πλαίσιο αυτό, έχει υποστηριχθεί ότι η ποιότητα ζωής είναι μια γενική κατάσταση ευημερίας που εμπεριέχει αντικειμενικά κριτήρια και υποκειμενικές αξιολογήσεις σχετικά με τη σωματική, κοινωνική, ψυχική και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη στοιχεία της προσωπικής του ανάπτυξης βάσει των ατομικών του αξιών⁶³. Σε μια από τις πιο επιδραστικές προσεγγίσεις, ο Aaronson πρότεινε τέσσερις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής: (1) τη σωματική υγεία (π.χ. συμπτώματα ασθένειας), (2) την ψυχική υγεία (π.χ. ψυχολογική δυσφορία), (3) την κοινωνική υγεία (π.χ. ποιότητα διαπροσωπικών σχέσεων), και (4) τη λειτουργικότητα (π.χ. ικανότητα ανεξάρτητης διαβίωσης)⁶⁴.

Από τους παραπάνω ορισμούς, είναι σαφές ότι η ποιότητα ζωής είναι ένας περισσότερο γενικός όρος που δεν εστιάζει απλά στην υγεία. Ως εκ τούτου, η ΣΥΠΖ που απασχολεί και την παρούσα έρευνα, αποτελεί μια δυναμική, υποκειμενική και πολυδιάστατη έννοια που εμπεριέχει σωματικούς, κοινωνικούς, ψυχολογικούς και πνευματικούς παράγοντες⁶⁵. Σύμφωνα με τους Patrick & Erickson, ενσωματώνει ένα ευρύ φάσμα ανθρώπινων εμπειριών, συμπεριλαμβανομένης της λειτουργικότητας και της υποκειμενικής απόκρισης στην ασθένεια⁶⁶. Οι σύγχρονοι ορισμοί έχουν βασιστεί κατά κύριο λόγο στην προσέγγιση του ΠΟΥ περί υγείας, ως μιας κατάστασης πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλά ως απουσία ασθένειας. Για παράδειγμα, οι Hays&Reeve αναφέρουν ότι η ΣΥΠΖ

αφορά στο πόσο καλά ένα άτομο λειτουργεί στη ζωή του και στο πως αντιλαμβάνεται την ευημερία του σε όρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας⁶⁷, ενώ οι Sousa et al την περιγράφουν ως την υποκειμενική αξιολόγηση της ψυχολογικής ευημερίας, της λειτουργικότητας και της γενικής κατάστασης υγείας του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη τη συμπτωματολογία σε περίπτωση ασθένειας, καθώς και τις τυχόν επιδράσεις της εκάστοτε θεραπευτικής παρέμβασης⁶⁸.

Πρόσφατα, ο ΠΟΥ πρότεινε ότι η ποιότητα ζωής είναι μια ευρεία έννοια που περιγράφει τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο ανεξαρτησίας και τις προσωπικές αξίες του ατόμου, σε συνάρτηση με το περιβάλλον τους. Βάσει αυτής της προσέγγισης, οι βασικοί τομείς της ΣΥΠΖ, ως επιμέρους έννοια της ποιότητας ζωής, περιλαμβάνουν: (1) τη σωματική υγεία (ενέργεια και κόπωση, πόνος και δυσφορία, ύπνος και ξεκούραση), (2) την ψυχολογική υγεία (εικόνα σώματος, αρνητικά και θετικά συναισθήματα, αυτοεκτίμηση, σκέψη, μνήμη και συγκέντρωση), (3) το επίπεδο ανεξαρτησίας (κινητικότητα, δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, εξάρτηση από φάρμακα και ιατρικές παρεμβάσεις, ικανότητα εργασίας), και (4) τις κοινωνικές σχέσεις (διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνική στήριξη)⁶⁹. Από τα παραπάνω, συμπεραίνεται ότι ενώ ο όρος της ποιότητας ζωής είναι ευρύτερος και αφορά τόσο υγιή όσο και πάσχοντα άτομα, ο όρος της ΣΥΠΖ είναι περισσότερο εστιασμένος στην κατάσταση υγείας ατόμων για τα οποία μια νόσος έχει περιορίσει τη λειτουργικότητα, καθημερινή δραστηριότητα και ευημερία τους⁷⁰.

2.1.2 Μέτρηση ποιότητας ζωής

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, διεθνείς οργανισμοί υγείας, ερευνητές και επαγγελματικές οργανώσεις έχουν αναπτύξει πολυάριθμα μέτρα εκτίμησης της ΣΥΠΖ βάσει του ορισμού της υγείας του ΠΟΥ. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι απαραίτητη για την παρακολούθηση της κατάστασης υγείας του γενικού πληθυσμού με την πάροδο του χρόνου, την πραγματοποίηση συγκρίσεων μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ιατρικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων⁷¹. Δεδομένου ότι η ΣΥΠΖ είναι μια πολυδιάστατη έννοια που ενσωματώνει διάφορες πτυχές της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου, η μέτρησή της συνιστά μια κατάλληλη διαδικασία για

την εκτίμηση των αποτελεσμάτων στο χώρο της υγείας, γεγονός που ερμηνεύει και τη μεγάλη δημοφιλία των σχετικών κλιμάκων και μεθοδολογικών εργαλείων που έχουν αναπτυχθεί, τα οποία υπολογίζονται σε πάνω από 1.000⁷². Τα εν λόγω εργαλεία διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, τα γενικά που χρησιμοποιούνται στο γενικό πληθυσμό και βρίσκουν εφαρμογή σε πολυάριθμες νοσολογικές καταστάσεις, και τα ειδικά, τα οποία εστιάζουν σε μια συγκεκριμένη ασθένεια ή παθολογική κατάσταση.

Τα γενικά εργαλεία ενσωματώνουν διάφορες πτυχές της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και της κοινωνικής ευημερίας του ατόμου, ενώ εφαρμόζονται για τη σύγκριση διαφορετικών τύπων νοσημάτων, σταδίων σοβαρότητας κατά την εξέλιξη της νόσου και θεραπευτικών παρεμβάσεων, επιτρέποντας παράλληλα την ανάδειξη διαφορών μεταξύ πληθυσμών βάσει του δημογραφικού, πολιτισμικού ή οικονομικού τους υποβάθρου⁷³. Σε αντίθεση με τα γενικά εργαλεία, τα ειδικά εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ εστιάζουν σε μια περιοχή ενδιαφέροντος, η οποία μπορεί να αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη νόσο (π.χ. καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος), σε έναν πληθυσμό ασθενών (π.χ. παιδιά ή υπερήλικοι), σε μια ειδική λειτουργία του ασθενή (π.χ. ύπνος, διατροφή) ή σε ένα δεδομένο πρόβλημα ή σύμπτωμα (π.χ. πόνος, δυσφορία)⁷⁴. Τα ειδικά μέτρα εφαρμόζονται συχνά με σκοπό την αξιολόγηση της ανταποκρισιμότητας των ασθενών στις εκάστοτε θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθώς και για την παρακολούθηση σημαντικών κλινικών αλλαγών⁷⁵. Σε κάθε περίπτωση, η επιλογή κάθε εργαλείου εξαρτάται από τους ερευνητικούς στόχους, τα χαρακτηριστικά των ασθενών και την εφαρμοσιμότητά του στην κλινική πράξη, στην ιατρική πρακτική ή στο πλαίσιο της πολιτικής υγείας⁷³. Μάλιστα, προτείνεται ότι τα γενικά μέτρα θα πρέπει να εφαρμόζονται παράλληλα με τα ειδικά, παρέχοντας έτσι μια ολιστική προσέγγιση της ΣΥΠΖ⁷⁶.

Από τα γενικά εργαλεία, το δημοφιλέστερο μέχρι και σήμερα είναι το 36-Short Form Health Survey (SF-36), το οποίο αποτελείται από 36 αντικείμενα-ερωτήσεις που καταλήγουν σε ένα 8βάθμιο προφίλ λειτουργικής υγείας και ευημερίας (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος, ψυχική υγεία), καθώς και σε ένα συνολικό δείκτη ποιότητας ζωής⁷⁷. Το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε εκατοντάδες μελέτες στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικότερες πληθυσμιακές

νοσολογικές ομάδες, επιτρέποντας την πραγματοποίηση συγκρίσεων αναφορικά με τη σχετική επιβάρυνση των νόσων και τα οφέλη των διαθέσιμων θεραπευτικών και ιατρικών παρεμβάσεων. Μάλιστα, διατίθεται και μια συντομότερη έκδοση του, το SF-12, του οποίου η εφαρμογή είναι ευκολότερη σε μελέτες που χρησιμοποιούν παράλληλα και άλλα εργαλεία⁷⁸.

Μια ακόμη εξαιρετικά δημοφιλής κλίμακα είναι η European Quality of Life (EUROQOL) ή Euro-QoL 5-Dimensions (EQ-5D). Έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιείται σε πάνω από 130 χώρες και έχει εξίσου καλά αποτελέσματα και στο γενικό πληθυσμό αλλά και σε δείγματα/ομάδες ασθενών⁷⁹. (EuroQol Group, 1990, www.euroqol.org). Το αυτοσυμπληρούμενο αυτό εργαλείο αποτελείται από δύο μέρη, εκ των οποίων στο πρώτο χρησιμοποιούνται πέντε διαστάσεις (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συνήθειες δραστηριότητες, πόνος-δυσφορία, άγχος-κατάθλιψη) που βαθμολογούνται σε τρεις βαθμίδες (1=κανένα πρόβλημα, 2=κάποια προβλήματα, 3=σημαντικά προβλήματα). Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται ένα «θερμόμετρο υγείας» με μια οπτική αναλογική κλίμακα, η οποία λαμβάνει τιμές από το μηδέν (χείριστη αντιληπτή υγεία) μέχρι το 100 (άριστη αντιληπτή υγεία). Το EQ-5D είναι ένα εργαλείο ωφελιμότητας, δηλαδή δίνει τη δυνατότητα εκτίμησης των ωφελειών που προκύπτουν για το άτομο από διαφορετικές καταστάσεις υγείας⁸⁰.

Εκτός των δύο προαναφερθέντων, διάφορα άλλα εργαλεία έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στη σχετική έρευνα. Για παράδειγμα, η κλίμακα Sickness Impact Profile (SIP) που αναπτύχθηκε από τους Bergner et al απεικονίζει τον αντίκτυπο της ασθένειας μέσω των αλλαγών που συμβαίνουν στη συμπεριφορά του ατόμου, περιλαμβάνοντας 12 ομαδοποιημένες κατηγορίες ερωτήσεις βάσει των διαφόρων σωματικών και ψυχοκοινωνικών διαστάσεων της υγείας⁸¹. Επίσης, το εργαλείο Nottingham Health Profile (NHP) που προτάθηκε από τους Hunt et al βασίζεται σε ένα συνολικό δείκτη σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων υγείας, περιλαμβάνοντας ερωτήσεις αναφορικά με την ενεργητικότητα, τον κοινωνική απομόνωση, τις συναισθηματικές αντιδράσεις και άλλες λειτουργίες⁸². Τέλος, το 15-D μοιάζει αρκετά με το EQ-5D και χρησιμοποιείται ήδη από τη δεκαετία του 1980 ως εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, περιλαμβάνοντας 15 επιμέρους διαστάσεις⁸³. Όσον αφορά τα ειδικά εργαλεία, αυτά πλέον καλύπτουν

ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών νοσολογικών καταστάσεων, συμπτωμάτων και συγκεκριμένων πληθυσμών. Χαρακτηριστικά παραδείγματα περιλαμβάνουν το ερωτηματολόγιο Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36) για τους νεφρολογικούς ασθενείς⁸⁴, το Diabetes Quality of Life Clinical Trials Questionnaire Revised (DQLCTQ-R) για τους διαβητικούς⁸⁵ και το Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) που αφορά ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα⁸⁶.

2.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗ ΧΑΠ ΚΑΙ ΤΟ ΒΑ

2.2.1 Ποιότητα ζωής πνευμονολογικών ασθενών

Η ποιότητα ζωής στους πνευμονολογικούς ασθενείς αποτελεί ένα ζήτημα ιδιαίτερου ερευνητικού ενδιαφέροντος, καθώς αντανακλά την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Προηγούμενες έρευνες έχουν τεκμηριώσει ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ αντιμετωπίζουν σημαντικούς περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή και επιδείνωση της ποιότητας ζωής τους, η οποία προέρχεται από τη δύσπνοια, τη μυϊκή και σκελετική δυσλειτουργία και τις συνοδές παθήσεις⁸⁷. Η συννοσηρότητα είναι, πράγματι, κοινή στους πνευμονολογικούς ασθενείς⁸⁸, ενώ η μακροχρόνια εξάρτησή τους από οξυγονοθεραπεία προκαλεί περιορισμούς στην καθημερινή διαβίωση, μείωση της λειτουργικής τους ικανότητας και σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση⁸⁹. Σε μελέτη των Ng et al βρέθηκε ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης άγχους ή καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, η οποία επηρεάζει αρνητικά την κινητικότητα, τη ζωτικότητα και, κατ' επέκταση, την ποιότητα ζωής τους⁹⁰.

Σύμφωνα με τους Maurer et al, τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι κοινά μεταξύ των ασθενών με ΧΑΠ και συνδέονται με αδράνεια, απραξία και έκπτωση της ΣΥΠΖ⁹¹. Μάλιστα, έχει υπολογιστεί ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς αυτούς κυμαίνεται μεταξύ 10% και 42%, ποσοστά πάνω από δύο φορές υψηλότερα από ότι στον υγιή πληθυσμό⁹². Όπως καταγράφουν οι Fritzsche et al, η κατάθλιψη και άλλες διαταραχές της διάθεσης που εμφανίζονται κατά τη σταδιοποίηση της νόσου αποτελούν βασικές αιτίες συννοσηρότητας, συμβάλλοντας περαιτέρω στην αύξηση της κοινωνικής, ψυχολογικής και οικονομικής επιβάρυνσης των ασθενών⁹³.

Βέβαια, ο βαθμός έκπτωσης της ποιότητας ζωής εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η σοβαρότητα της νόσου, η συννοσηρότητα και η παρουσία άγχους ή κατάθλιψης⁹⁴. Παραδειγματικά, σε έρευνα των Van Manen et al βρέθηκε ότι η σωματική λειτουργικότητα, η ζωτικότητα και η γενική υγεία των ασθενών με ΧΑΠ εξαρτάται άμεσα από τη σοβαρότητα της νόσου, ενώ αντίθετα η κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα σχετίζονται περισσότερο με την παρουσία συνοδών νοσημάτων⁹⁵. Σημαντική είναι και η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, καθώς έχει τεκμηριωθεί ότι οι γυναίκες ασθενείς με ΧΑΠ παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας συγκριτικά με τους άνδρες⁹⁶.

Ομοίως σημαντική είναι και η επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΒΑ, οι οποίοι έχουν χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή τους, φτωχή κατάσταση υγείας και ψυχολογική δυσφορία⁹⁷. Το ΒΑ επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα του ύπνου των ασθενών, επιφέροντας μακροχρόνια κόπωση⁹⁸, καθώς και την ικανότητά τους να εργαστούν, να κοινωνικοποιηθούν και να συμμετέχουν σε άλλες δραστηριότητες της καθημερινότητας που σχετίζονται με αναβαθμισμένη ποιότητα ζωής, όπως η σωματική άσκηση⁹⁹. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι ιδιαίτερα αρνητική μπορεί να είναι η επιρροή της νόσου στην ψυχική υγεία και ψυχολογική ευημερία των ασθενών, ακόμα και όταν αυτή υπόκειται σε καλά ελεγχμένη θεραπευτική αντιμετώπιση σύμφωνα με τις αντίστοιχες κλινικές κατευθύνσεις¹⁰⁰. Σε έρευνα των Calfee et al, πράγματι επιβεβαιώθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΒΑ επηρεάζεται αρνητικά από διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες, καθώς και από τα συμπτώματα της ίδιας της νόσου¹⁰¹. Όπως αναφέρουν οι Nalina et al, οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν συχνά κόπωση, ψυχοκινητική υποτονικότητα, ευερεθιστότητα και άλλες διαταραχές της διάθεσης και, έτσι, ο συνδυασμός των σωματικών, συναισθηματικών και λειτουργικών προβλημάτων οδηγούν σε έκπτωση της ποιότητας ζωής τους¹⁰².

Όσον αφορά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στους πνευμονολογικούς ασθενείς, αυτή μπορεί να υλοποιηθεί τόσο μέσω γενικών εργαλείων όσο και μέσω ειδικών κλιμάκων¹⁰³. Από τα γενικά εργαλεία, συνηθέστερα είναι το SF-36, το SF-12, το EQ-5D και το 15D, ενώ από τα ειδικά, τα γνωστότερα εξ αυτών είναι το St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)¹⁰⁴, και το Chronic Respiratory

Questionnaire (CRQ)¹⁰⁵. Το πρώτο αποτελείται από 76 ερωτήσεις που κατηγοριοποιούνται σε τρεις τομείς (συμπτώματα, δραστηριότητες, συνέπειες) και το δεύτερο αξιολογεί σωματικές και συναισθηματικές καταστάσεις των χρόνιων αναπνευστικών νόσων σε τέσσερις κατηγορίες (δύσπνοια, κόπωση, συναισθηματική λειτουργικότητα, έλεγχος). Ωστόσο, στη σχετική έρευνα συνηθίζεται είτε ο συνδυασμός γενικών και ειδικών εργαλείων είτε η εφαρμογή αποκλειστικά των γενικών, καθώς τα δεύτερα έχουν την ικανότητα να εκτιμούν την ΣΥΠΖ ανεξάρτητα από τη συννοσηρότητα και την έκφραση της νόσου¹⁰³.

2.2.2 Συστηματική ανασκόπηση των ερευνών με τη χρήση του SF-36 σε ασθενείς με ΧΑΠ και ΒΑ

Για την επισκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας σχετικά με την εφαρμογή της κλίμακας SF-36 στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των πνευμονολογικών ασθενών πραγματοποιήθηκε αναζήτηση τριών βάσεων δεδομένων (PubMed, Scopus, Google Scholar) με τις εξής λέξεις-κλειδιά: “SF-36”, “SF-36 scale”, “short-form 36”, “quality of life”, “health-related quality of life”, “COPD”, “COPD patients”, “chronic obstructive pulmonary disease”, “pulmonary patients”, “asthma”, “asthma patients”. Από την αναζήτηση προέκυψαν 92 άρθρα, εκ των οποίων τα 16 πληρούσαν όλα τα κριτήρια της επισκόπησης, δηλαδή να εξετάζουν τη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής σε πνευμονολογικούς ασθενείς με ΧΑΠ ή/και άσθμα με την κλίμακα SF-36 είτε αποκλειστικά είτε συνδυαστικά με άλλα εργαλεία.

Όπως προαναφέρθηκε, η κλίμακα SF-36 είναι ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής και κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού, έχοντας υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία και εκτιμώντας παράλληλα τόσο τη φυσική όσο και την πνευματική υγεία του ασθενή¹⁰⁶. Η κλίμακα κωδικοποιεί τις επιμέρους διαστάσεις υγείας σε ένα πλέγμα 36 ερωτήσεων, οι οποίες συνοψίζονται σε 8 διαστάσεις: (1) σωματική λειτουργικότητα (physical functioning – PF), (2) σωματικός ρόλος (role-physical – RP), (3) σωματικός πόνος (bodily pain – BP), (4) γενική υγεία (general health – GH), (5) ζωτικότητα (vitality – VT), (6) κοινωνική λειτουργικότητα (social functioning – SF), (7) συναισθηματικός ρόλος (role-emotional – RE), και (8) ψυχική υγεία (mental health – MH). Η βαθμολόγηση κάθε κλίμακας ανάγεται σε ποσοστιαία (100%) αναλογία, με την τιμή 0 να αντιπροσωπεύει την ελάχιστη

δυνατή βαθμολογία και την τιμή 100 τη μέγιστη δυνατή. Αξίζει να σημειωθεί ότι η κλίμακα SF-36 έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά και χρησιμοποιείται σε αρκετές μελέτες¹⁰⁷.

Αναφορικά με τους πνευμονολογικούς ασθενείς, οι Mahler&Mackowiak ήταν από τους πρώτους που στάθμισαν το SF-36 σε δείγμα ασθενών με ΧΑΠ, καταδεικνύοντας ότι το εν λόγω εργαλείο είναι κατάλληλο και εμφανίζει υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία για την εκτίμηση της ΣΥΠΖ τους¹⁰⁸. Από τότε, το SF-36 έχει εφαρμοστεί σε αρκετές σχετικές μελέτες. Οι Pickard et al, σε δείγμα 120 ασθενών με ΧΑΠ, διαπίστωσαν ότι η ποιότητα ζωής επιδεινώνεται σημαντικά με τη σταδιοποίηση της νόσου, καταγράφοντας μάλιστα ότι η σωματική υγεία των ασθενών αξιολογείται αρνητικότερα συγκριτικά με την ψυχική¹⁰⁹. Σε έρευνα των Bouerietal αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος αποκατάστασης διάρκειας τριών εβδομάδων σε ασθενείς με ΧΑΠ με τη χρήση του SF-36 και τεκμηριώθηκε βελτίωση σε πέντε από τις 8 υποκλίμακες ποιότητας ζωής του εργαλείου, καθώς και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βελτίωσης της ροής του αέρα στους αεραγωγούς και της σωματικής λειτουργικότητας και ζωτικότητας των ασθενών¹¹⁰. Οι Jones&Bosch επίσης επιχείρησαν να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής παρέμβασης με σαλμετερόλη μέσω της εκτίμησης της ΣΥΠΖ σε 283 ασθενείς με ΧΑΠ, βρίσκοντας σημαντική κλινική βελτίωση, η οποία ωστόσο διαφοροποιείται μεταξύ των επιμέρους ηλικιακών κατηγοριών¹¹¹.

Οι Liu et al, μελετώντας την ΣΥΠΖ των ασθενών με ΧΑΠ, βρήκαν ότι αυτή είναι αρκετά περιορισμένη, ιδιαίτερα στις υποκατηγορίες της ζωτικότητας, της γενικής υγείας και του συναισθηματικού ρόλου, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι τόσο η ψυχολογική επιβάρυνση όσο και τα σωματικά συμπτώματα της νόσου επηρεάζουν αρνητικά και συνδυαστικά την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών, περιορίζοντας παράλληλα τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες¹¹². Ομοίως, οι Aslani et al παρείχαν ερευνητικές ενδείξεις περί σημαντικής έκπτωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΧΑΠ όσο εξελίσσεται η νόσος σε σοβαρότερα στάδια, καθώς η επιδείνωση της σχετικής συμπτωματολογίας έχει αρνητικό αντίκτυπο τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική λειτουργικότητά τους¹¹³. Σε έρευνα των Maly&Vondra επίσης βρέθηκε ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ σκοράρουν σημαντικά χαμηλότερα στην

υποκλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό, επηρεάζοντας αντίστοιχα την ποιότητα ζωής τους¹¹⁴. Οι Leupoldt et al ακόμη διαπίστωσαν ότι η συμμετοχή των ασθενών με ΧΑΠ σε εξωνοσοκομειακά προγράμματα αποκατάστασης της πνευμονικής λειτουργίας τους οδηγεί σε αξιόλογη αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους, όπως αποτυπώθηκε στην αύξηση των μέσων βαθμολογιών της κλίμακας SF-36 σε όλες τις επιμέρους κατηγορίες¹¹⁵.

Από τα παραπάνω, είναι σαφές ότι η εφαρμογή του SF-36 στις σχετικές έρευνες αποσκοπεί κυρίως στην αξιολόγηση των διαφοροποιήσεων στα επίπεδα ποιότητας ζωής των ασθενών που απορρέουν από τις εκάστοτε θεραπευτικές παρεμβάσεις. Επίσης, η αξιοποίηση του εργαλείου χρησιμεύει και για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των πνευμονολογικών ασθενών λαμβάνοντας υπόψη τη συννοσηρότητα. Για παράδειγμα, οι Kil et al διαπίστωσαν ότι η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός πόνος, η ζωτικότητα και η γενική υγεία είναι σημαντικά χαμηλότερα σε ασθενείς με ΧΑΠ που πάσχουν από κατάθλιψη, ενώ σε ασθενείς με σοβαρή πνευμονική δυσλειτουργία, χαμηλότερες βρέθηκαν οι βαθμολογίες σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας SF-36¹¹⁶. Επίσης, οι Krishnan et al τεκμηρίωσαν ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ και αναιμία σκοράρουν χαμηλότερα στην υποκλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας¹¹⁷, ενώ σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν και οι Cully et al για ασθενείς με ΧΑΠ που έχουν αγχώδη ή καταθλιπτική διαταραχή⁹⁴.

Το εργαλείο SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί αντίστοιχα και σε ασθενείς με ΒΑ. Οι Bousquet et al διαπίστωσαν ότι οι βαθμολογήσεις σε όλες τις επιμέρους κατηγορίες της κλίμακας συσχετίζονται αρνητικά με τη σοβαρότητα του ΒΑ¹¹⁸, ενώ τα ευρήματα αυτά επιβεβαίωσαν και οι Muraki et al, οι οποίοι βρήκαν ότι όσο αυξάνεται η σοβαρότητα της νόσου τόσο επιδεινώνονται τα σκορ στις αντίστοιχες κατηγορίες, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τον τομέα της σωματικής λειτουργικότητας¹¹⁹. Σε έρευνα των Ried et al τεκμηριώθηκε ότι καλύτερη ποιότητα ζωής έχουν οι ασθενείς με ΒΑ στο πεδίο των συναισθηματικών ρόλων, ενώ οι κατώτερες βαθμολογίες παρουσιάζονται στην κλίμακα της γενικής υγείας, με τη σοβαρότητα της νόσου να συσχετίζεται αρνητικά με την ΣΥΠΖ συνολικά¹²⁰. Ακόμη, σε μελέτη των Espinosa et al βρέθηκε ότι οι υποκλίμακες του SF-36 που επηρεάζονται περισσότερο από τα συμπτώματα του ΒΑ είναι η γενική υγεία, η ζωτικότητα και ο σωματικός ρόλος, καθώς και ότι οι βαθμολογήσεις σε όλες τις κατηγορίες του εν λόγω εργαλείου

σχετίζονται με τη συχνότητα χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών¹²¹. Τέλος, σε πανευρωπαϊκή μελέτη στην οποία συμμετείχαν πάνω από 6.000 ασθενείς με ΧΑΠ και ΒΑ, επιβεβαιώθηκε ότι οι εν λόγω ασθενείς έχουν σημαντικά φτωχότερη ποιότητα ζωής από τον υγιή πληθυσμό, με ελάχιστες διαφοροποιήσεις να καταγράφονται μεταξύ των δύο χρόνιων νοσημάτων, και τις χειρότερες βαθμολογήσεις να εντοπίζονται στην κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας¹²².

2.2.3 Συστηματική ανασκόπηση των ερευνών με τη χρήση του EQ-5D σε ασθενείς με ΧΑΠ και ΒΑ.

Για την επισκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας σχετικά με την εφαρμογή της κλίμακας EQ-5D στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των πνευμονολογικών ασθενών πραγματοποιήθηκε αναζήτηση τριών βάσεων δεδομένων (PubMed, Scopus, Google Scholar) με τις εξής λέξεις-κλειδιά: "EQ-5D", "Euroqol", "EQ-5D Questionnaire", "quality of life", "health-related quality of life", "COPD", "COPD patients", "chronic obstructive pulmonary disease", "pulmonary patients", "asthma", "asthma patients". Από την αναζήτηση προέκυψαν 86 άρθρα, εκ των οποίων τα 14 πληρούσαν όλα τα κριτήρια της επισκόπησης, δηλαδή να εξετάζουν τη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής σε πνευμονολογικούς ασθενείς με ΧΑΠ ή/και άσθμα με την κλίμακα EQ-5D είτε αποκλειστικά είτε συνδυαστικά με άλλα εργαλεία.

Το εργαλείο EQ-5D που περιγράφηκε στην προηγούμενη ενότητα και ουσιαστικά καθιστά δυνατή την αξιολόγηση της ωφελιμότητας που λαμβάνει το άτομο από διαφορετικές καταστάσεις υγείας, χρησιμοποιείται ευρέως για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των πνευμονολογικών ασθενών, ενώ έχει σταθμιστεί και σε ελληνικό πληθυσμό^{123,124}. Το EQ-5D είναι ίσως το πιο ευρέως αποδεκτό γενικό εργαλείο εκτίμησης της ποιότητας ζωής και, μεταξύ άλλων, έχει εφαρμοστεί και σε μεγάλες διαστρωματικές μελέτες σε αυτήν την ομάδα ασθενών, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την κλινική μελέτη TORCH (Towards Revolution on COPD Health), στην οποία συμμετείχαν πάνω από 6.200 ασθενείς με ΧΑΠ που υποβλήθηκαν σε διαφορετικές φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Σε σχετικές έρευνες με τη χρήση του εν λόγω εργαλείου έχει διαπιστωθεί ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ είναι σχετικά φτωχή, ανάλογα βέβαια με τη σοβαρότητα της νόσου και άλλα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά¹²⁵.

Σε μελέτη των Boros et al βρέθηκε όσο σοβαρότερη είναι η νόσος τόσο επιδεινώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών, ιδιαίτερα όσον αφορά την κινητικότητα και τις συνήθειες δραστηριότητες, ενώ το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση παρουσίας συνοδών νοσημάτων, ειδικότερα στην περίπτωση των καρδιαγγειακών νόσων. Σημαντικό εύρημα της μελέτης είναι ότι οι ασθενείς με σοβαρή ΧΑΠ αναφέρουν συχνότερα προβλήματα στην αυτοεξυπηρέτηση και τις συνήθειες δραστηριότητες, χωρίς ωστόσο να υπάρχει παράλληλη επιδείνωση στην κατηγορία του πόνου-δυσφορίας, γεγονός που πιθανόν ερμηνεύεται από το ότι οι ασθενείς αναπτύσσουν ψυχολογικούς μηχανισμούς άμυνας¹²⁶. Οι Frei et al, με τη χρήση του EQ-5D, διαπίστωσαν ότι η βαθμολογία στο «θερμόμετρο υγείας» που ενσωματώνεται στο δεύτερο μέρος του εργαλείου συσχετίζεται με την παρουσία συνοδών προβλημάτων υγείας, με σημαντικότερα εξ αυτών την κατάθλιψη, το άγχος, την αρτηριακή πίεση, τις εγκεφαλοπάθειες και τα καρδιαγγειακά νοσήματα¹²⁷. Επίσης, σε έρευνα των Naberan et al τεκμηριώθηκε ότι οι νεαρότερες γυναίκες με ΧΑΠ, αν και έχουν καλύτερη πνευμονική λειτουργία, καταγράφουν φτωχότερη ποιότητα ζωής από τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, εύρημα που αποδίδεται στην παρουσία υψηλότερων επιπέδων άγχους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας¹²⁸.

Επίσης, με τη χρήση του εργαλείου EQ-5D έχει διαπιστωθεί ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ επιδεινώνεται με τη σταδιοποίηση της νόσου, ανεξαρτήτως της ηλικίας, της συννοσηρότητας, του φύλου και του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)¹²⁹, καθώς και ότι η παρουσία συνοδών προβλημάτων υγείας επίσης σχετίζεται με χειρότερη ΣΥΠΖ σε αυτούς τους ασθενείς, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τη χρόνια βρογχίτιδα, τα μυοσκελετικά προβλήματα, την οστεοπόρωση και την κατάθλιψη, τα οποία επιδεινώνουν την ικανότητα των ασθενών να αυτοεξυπηρετούνται και να συμμετέχουν σε συνήθειες δραστηριότητες¹³⁰. Αντίστοιχα, έχει βρεθεί ότι η έκπτωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΧΑΠ οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία ενισχύουν καθοριστικά την ψυχολογική δυσφορία που βιώνουν και, μάλιστα, συνδέονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό¹³¹. Σε πρόσφατη έρευνα των Kwon&Kim βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ είναι σημαντικά χειρότερη από την αντίστοιχη του υγιούς πληθυσμού, ενώ επιδεινώνεται περαιτέρω σε ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη ή/και

οστεοπόρωση¹³². Τέλος, σε μελέτη των Mitsiki et al στην οποία συμμετείχαν 490 ασθενείς με ΧΑΠ διαπιστώθηκε ότι η νόσος έχει εξαιρετικά αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους, επιφέροντας σημαντική επιβάρυνση για τους ίδιους τους ασθενείς, τους φροντιστές τους και το σύστημα υγείας¹³³.

Η χρησιμότητα του εργαλείου EQ-5D έχει επιβεβαιωθεί και σε έρευνες που έχουν διενεργηθεί σε ασθενείς με ΒΑ¹³⁴. Σε έρευνα των Bergfors et al διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς αυτοί αναφέρουν τα περισσότερα προβλήματα στις συνήθειες δραστηριότητες και στον πόνο-δυσφορία¹³⁵, ενώ σε μελέτη των Szende et al βρέθηκε ότι οι ασθενείς με καλύτερο έλεγχο της νόσου σε μακροχρόνιο επίπεδο έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής¹³⁶. Οι Hazell et al τεκμηρίωσαν με τη χρήση του EQ-5D ότι η ΣΥΠΖ επιδεινώνεται σημαντικά στους ασθενείς με ΒΑ όσο αυξάνονται τα αναπνευστικά τους προβλήματα, καθώς και η ηλικία¹³⁷, και οι Chung&Han βρήκαν ότι οι εν λόγω ασθενείς σκοράρουν σημαντικά χαμηλότερα σε όλες τις εκφάνσεις της ποιότητας ζωής, όπως αυτή μετράται με το ίδιο εργαλείο, και ιδιαίτερα στις κατηγορίες πόνος-δυσφορία και άγχος-κατάθλιψη¹³⁸. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σημαντικός παράγοντας της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΒΑ, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του EQ-5D, είναι και η συχνότητα των εξάρσεων άσθματος, ιδιαίτερα όταν αυτές συνοδεύονται από νοσηλεία¹³⁹. Εν κατακλείδι, οι σχετικές μελέτες που έχουν διενεργηθεί σε αυτό το πεδίο παρέχουν επαρκείς ερευνητικές ενδείξεις αναφορικά με τη φτωχή ποιότητα ζωής των πνευμονολογικών ασθενών, αν και η χρήση των εναλλακτικών γενικών εργαλείων εκτίμησής της οδηγούν σε ευρήματα που είναι δύσκολο να συστηματοποιηθούν. Εκτός αυτού, η ποιότητα ζωής τόσο σε υγιή άτομα όσο και σε πάσχοντες εξαρτάται σημαντικά και από την επίδραση διάφορων κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, εκτός της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της ίδιας της νοσολογικής κατάστασης.

2.2.4 Επιρροή κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών

Διάφορες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές έχουν εντοπιστεί στη σχετική ερευνητική βιβλιογραφία που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των πνευμονολογικών ασθενών, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το εισόδημα και η οικογενειακή κατάσταση. Σε έρευνα των Δημητρόπουλος και συν που

διενεργήθηκε σε Έλληνες ασθενείς με ΧΑΠ βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της ΣΥΠΖ και του φύλου, του μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου και της ηλικίας. Συγκεκριμένα, οι νεαρότεροι ασθενείς παρουσίασαν χειρότερη γενική κατάσταση υγείας, οι γυναίκες χειρότερη ψυχική υγεία και οι ασθενείς με χαμηλότερο εισοδηματικό και εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν χειρότερες επιδόσεις σε κλίμακες δραστηριοτήτων και συμπτωμάτων, γεγονός που πιθανώς υποδηλώνει συσχέτιση μεταξύ οικονομικού και μορφωτικού προφίλ και πρόσβασης στο σύστημα υγείας¹⁴⁰. Σε μελέτη των Nalina et al σε ασθενείς με ΒΑ επίσης επιβεβαιώθηκε ότι το φύλο και η ηλικία αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής, καθώς βρέθηκε ότι οι γυναίκες και οι μεγαλύτεροι ασθενείς, καθώς και οι παχύσαρκοι, αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής¹⁰².

Επίσης, οι Leander et al διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με ΒΑ μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκπτωση στη σωματική λειτουργικότητα που αντανακλά την ποιότητα ζωής τους, γεγονός βέβαια που μπορεί να αποδοθεί και στην παρουσία συννοσηρότητας¹⁴¹, και οι Naleway et al κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες με ΒΑ τείνουν να έχουν χειρότερα αποτελέσματα όσον αφορά τα συμπτώματα της νόσου και, άρα, την ΣΥΠΖ τους¹⁴². Ομοίως, οι Kwon&Kim, με τη χρήση του εργαλείου EQ-5D, βρήκαν ότι η ποιότητα ζωής στους ασθενείς με ΧΑΠ είναι καλύτερη για τους άνδρες, τους νεαρότερους ασθενείς και αυτούς που έχουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και μεγαλύτερο εισόδημα. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να ερμηνευθούν από το ότι οι ασθενείς που διαθέτουν επαρκείς οικονομικούς πόρους έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε καλύτερες θεραπείες και, ενώ αυτοί με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν αναβαθμισμένη ικανότητα διαχείρισης της πληροφόρησης γύρω από τη νόσο και την αντιμετώπισή της¹³².

Παράλληλα, φαίνεται ότι οι γυναίκες ασθενείς επηρεάζονται περισσότερο από τους άνδρες αναφορικά με την ψυχολογική επιβάρυνση της ασθένειας, ενώ συχνά λόγω εισοδηματικών και άλλων περιορισμών δεν έχουν επαρκή πρόσβαση στις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας. Πράγματι, σε μελέτη των Naberan et al βρέθηκε ότι οι γυναίκες ασθενείς με ΧΑΠ έχουν σημαντικά φτωχότερη ποιότητα ζωής από τους άνδρες λόγω του ψυχικού φορτίου που φέρει η νόσος, παρά το γεγονός ότι δεν αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά δύσπνοιας¹²⁸. Ομοίως, οι Sundberg et al τεκμηρίωσαν ότι το φύλο αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της

έκπτωσης της ποιότητας ζωής κατά τη σταδιοποίηση του ΒΑ, καθώς οι γυναίκες καταγράφουν σημαντικά χαμηλότερες επιδόσεις στην κατηγορία της σωματικής υγείας αλλά και σε αυτήν της γενικής υγείας¹⁴³. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και αντίθετες ενδείξεις. Για παράδειγμα, σε έρευνα των Stahl et al διαπιστώθηκε ότι εκτός της ηλικίας, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ αναφορικά με το φύλο, την καπνιστική συνήθεια και το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο¹⁴⁴.

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι η μεγαλύτερη ηλικία και το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο συνδέονται με χειρότερα αποτελέσματα σε όλες τις κλίμακες ποιότητας ζωής του εργαλείου EQ-5D σε ασθενείς με ΒΑ¹⁴⁵, καθώς και στις κλίμακες του εργαλείου SF-36, ειδικότερα όσον αφορά τη ζωτικότητα και τη γενική υγεία¹¹². Σε μελέτη των Miravitlles et al παρουσιάστηκαν εμπειρικές ενδείξεις περί αρνητικής συσχέτισης μεταξύ ποιότητας ζωής και ηλικίας σε πληθυσμό ΧΑΠ, ενώ επίσης διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες και οι χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου ασθενείς αντιμετωπίζουν σημαντικότερα προβλήματα σωματικής και ψυχικής λειτουργικότητας που επιδεινώνουν την ΣΥΠΖ τους¹⁴⁶. Οι Cleland et al τεκμηρίωσαν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης στους νεαρότερους ασθενείς ανεξαρτήτως της κλινικής σοβαρότητας της ΧΑΠ, η οποία συνδέεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής, ενώ δεν διαπίστωσαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων¹⁴⁷. Τέλος, οι Tsiligianni et al κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι από τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής στη ΧΑΠ, αυτές που αναφέρονται συχνότερα περιλαμβάνουν το φύλο, την καπνιστική συνήθεια, την ηλικία και το κοινωνικό/εισοδηματικό υπόβαθρο, αν και τα αντίστοιχα ευρήματα είναι συχνά αντιφατικά¹⁴⁸.

Συνολικά, η ποιότητα ζωής των πνευμονολογικών ασθενών αποτελεί ένα ζήτημα ιδιαίτερου ερευνητικού ενδιαφέροντος, καθώς συνδέεται άμεσα με την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την αποδοτικότητα των αντίστοιχων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής σε αυτούς τους ασθενείς πραγματοποιείται με τη χρήση τόσο γενικών όσο και ειδικών εργαλείων, με στόχο την ανάδειξη των κυριότερων περιοχών που την επηρεάζουν και τη συνολική θεώρηση της κατάστασης υγείας τους. Από τα γενικά εργαλεία, το SF-36 και το EQ-5D που χρησιμοποιούνται και στο ερευνητικό μέρος της παρούσας

μελέτης είναι ευρέως αποδεκτά, έχοντας υψηλά επίπεδα εγκυρότητας, αξιοπιστίας και ανταποκρισιμότητας από τους ασθενείς. Τα διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι η ποιότητα ζωής των πνευμονολογικών ασθενών είναι φτωχή σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό, αν και σημαντικές διαφοροποιήσεις υφίστανται σε συνάρτηση με τη σοβαρότητα της νόσου, τις ανάγκες φροντίδας και άλλα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί μια πολυδιάστατη και πολύπλοκη έννοια, δεδομένων των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του κλάδου υγείας και των διαφορετικών αναγκών των εμπλεκόμενων ομάδων ενδιαφέροντος, συμπεριλαμβανομένων των παρόχων και των ασθενών¹⁴⁹. Ο πρώτος ερευνητής που ασχολήθηκε συστηματικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ήταν ο Donabedian, ορίζοντάς την ως την εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας με τέτοιο τρόπο ώστε να μεγιστοποιείται το όφελος του ασθενή χωρίς να αυξάνεται ο αντίστοιχος κίνδυνος¹⁵⁰. Ο ίδιος εισήγαγε το τρίπτυχο της ποιότητας, αναγνωρίζοντας τρεις επιμέρους διαστάσεις, τις δομές (π.χ. κτιριακές εγκαταστάσεις, αριθμός νοσοκομειακών κλινών), τις διαδικασίες (π.χ. κλινικά πρωτόκολλα, θεραπευτικές προσεγγίσεις) και τα αποτελέσματα (π.χ. ποιότητα ζωής, ικανοποίηση ασθενών), και επισημαίνοντας τρία επιμέρους συστατικά στοιχεία, την τεχνική ποιότητα (αποτελεσματικότητα φροντίδας με σκοπό την επίτευξη οφέλους σε όρους υγείας), τη διαπροσωπική ποιότητα (ικανοποίηση αναγκών και προσδοκιών ασθενών) και τις υποδομές (περιβάλλον παροχής φροντίδας)¹⁵¹.

Από τότε, διάφοροι ορισμοί έχουν προταθεί για να περιγράψουν την έννοια και τις επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Ένας από τους δημοφιλέστερους είναι αυτός του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ (Institute of Medicine – IOM), σύμφωνα με τον οποίο η ποιότητα φροντίδας είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στα άτομα και στο γενικό πληθυσμό αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας που είναι συνεπή με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση¹⁵². Ο Onretveit όρισε την ποιότητα ως την παροχή φροντίδας που υπερβαίνει τις προσδοκίες των ασθενών και επιτυγχάνει τα βέλτιστα κλινικά αποτελέσματα με την αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, προτείνοντας παράλληλα τρεις διαστάσεις ποιότητας, την επαγγελματική, την πελατειακή και τη διαχειριστική. Συγκεκριμένα, η επαγγελματική ποιότητα βασίζεται στις αξιολογήσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον κατά πόσον έχουν καλυφθεί οι ανάγκες των ασθενών χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες τεχνικές και διαδικασίες, η πελατειακή ποιότητα αφορά στις απόψεις των ασθενών σχετικά με την κάλυψη των προσδοκιών τους,

ενώ η διαχειριστική σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της παροχής των υπηρεσιών¹⁵³.

Επιπλέον, οι Schuster et al περιέγραψαν την ποιότητα ως την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς με τεχνικά ικανό τρόπο, καλή επικοινωνία, πολιτισμική ευαισθησία και με την εφαρμογή συμμετοχικών διαδικασιών λήψης αποφάσεων¹⁵⁴, ενώ οι Berwick et al πρότειναν ότι ποιότητα σημαίνει συνεχής βελτίωση, ώστε να επιτυγχάνεται το βέλτιστο κλινικό αποτέλεσμα, να ικανοποιούνται οι ασθενείς και να διατηρείται οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας¹⁵⁵. Σύμφωνα, επίσης, με το Συμβούλιο της Ευρώπης, η ποιότητα φροντίδας είναι ο βαθμός στον οποίο οι θεραπείες που εφαρμόζονται στους ασθενείς αυξάνουν τις πιθανότητες επίτευξης των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων σε σχέση με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση¹⁵⁶, ενώ σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η ποιότητα αναφέρεται στο επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση της υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού¹⁵⁷.

Όσον αφορά τις επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, το γνωστότερο υπόδειγμα είναι αυτό του Donabedian, ο οποίος πρότεινε ότι τα χαρακτηριστικά της γνώρισματα είναι: (1) η επιδραστικότητα, δηλαδή η ικανότητα της επιστήμης και τεχνολογίας υγείας να επιφέρει βελτιώσεις στην υγεία όταν αυτές αξιοποιούνται στις ευνοϊκότερες συνθήκες, (2) η αποτελεσματικότητα, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο οι επιτεύξιμοι στόχοι υγείας επιτυγχάνονται στην πραγματικότητα, (3) η αποδοτικότητα, υπό την έννοια της παροχής φροντίδας στο χαμηλότερο δυνατό κόστος χωρίς να διακυβεύονται οι προσδοκώμενες βελτιώσεις υγείας, (4) η βελτιστότητα, η οποία αφορά στην εξισορρόπηση αυτών των βελτιώσεων με τα αντίστοιχα κόστη, (5) η αποδεκτικότητα, δηλαδή ο βαθμός ικανοποίησης των αναγκών, επιθυμιών και προσδοκιών των ασθενών και των οικογενειών-φροντιστών τους, (6) η νομιμότητα, η οποία αναφέρεται στο βαθμό συμμόρφωσης στις ισχύουσες κοινωνικές προτιμήσεις όπως αυτές εκφράζονται με τις ηθικές αρχές, τις αξίες, τους κανόνες, τους νόμους και τη δεοντολογία, και (7) η ισότητα, η οποία αντανακλά τι είναι δίκαιο όσον αφορά την κατανομή των υπηρεσιών υγείας και τα αντίστοιχα οφέλη μεταξύ του γενικού πληθυσμού¹⁵¹.

Αντίστοιχα, το ΙΟΜ αναγνωρίζει έξι επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας φροντίδας,

την ασφάλεια, την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, την ισότητα, την εστίαση στον ασθενή και τη χρονική εγκαιρότητα¹⁵⁸, ενώ σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι διαστάσεις αυτές περιλαμβάνουν: (1) την αποτελεσματικότητα (παροχή φροντίδας σε τεκμηριωμένη βάση που οδηγεί σε βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας για τους ασθενείς και τις κοινότητες βάσει των αναγκών τους), (2) την αποδοτικότητα (παροχή υπηρεσιών που μεγιστοποιούν τη χρήση των διαθέσιμων πόρων), (3) την προσβασιμότητα (παροχή έγκαιρης φροντίδας με εύλογη γεωγραφική διασπορά και με αξιοποίηση των δεξιοτήτων και πόρων που είναι κατάλληλοι για τις αντίστοιχες ιατρικές ανάγκες), (4) την αποδεκτικότητα (αξιολόγηση προτιμήσεων, αναγκών και προσδοκιών ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη το πολιτισμικό προφίλ της κοινότητας), (5) την ισότητα (ελαχιστοποίηση διακυμάνσεων στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας λόγω προσωπικών χαρακτηριστικών, όπως είναι το φύλο, η εθνικότητα, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και ο τρόπος κατοικίας), και (6) η ασφάλεια (ελαχιστοποίηση κινδύνων και βλαβών στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας¹⁵⁹).

Αν και τα προαναφερθέντα υποδείγματα αποτελούν μέχρι και σήμερα κυρίαρχα μοντέλα αξιολόγησης της ποιότητας στον κλάδο της υγείας, διάφορες άλλες επιμέρους διαστάσεις έχουν προταθεί κατά καιρούς. Για παράδειγμα, η συνέχεια της φροντίδας, υπό την έννοια της αποτελεσματικής μετάβασης του ασθενή από το ένα επίπεδο φροντίδας στο επόμενο και της ελαχιστοποίησης του κατακερματισμού του συστήματος, αποτελεί βασικό ποιοτικό κριτήριο¹⁶⁰, ενώ το ίδιο ισχύει και για την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ του ασθενή και των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια παροχής φροντίδας, αντανakλώντας την ανθρωποκεντρική διάσταση των συστημάτων υγείας και την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και προτιμήσεις των ασθενών¹⁶¹. Ομοίως, σημαντικές ποιοτικές διαστάσεις περιλαμβάνουν και την επάρκεια και ετοιμότητα του προσωπικού, τη σωστή επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης, την επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής, την αξιοπιστία των διοικητικών υπηρεσιών και τη χρήση σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού¹⁶².

3.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί εδώ και δεκαετίες μια καθιερωμένη ένδειξη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας¹⁶³. Σύμφωνα με τους Gonzalez et al, πράγματι, η αξιοποίηση ερωτηματολογίων που εκτιμούν τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από διάφορες υπηρεσίες υγείας είναι μια ιδιαίτερα δημοφιλής μέθοδος αξιολόγησης της ποιότητάς τους¹⁶⁴. Παράλληλα, η ικανοποίηση αποτελεί ένα διακριτό μέτρο αποτελεσματικότητας στο χώρο της υγείας, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς τείνουν να συμμορφώνονται καλύτερα στις θεραπευτικές κατευθύνσεις, διατηρούν μια αποδοτική σχέση με τους επαγγελματίες υγείας που συναναστρέφονται και αξιολογούν θετικά τους παρόχους υπηρεσιών υγείας που απευθύνονται¹⁶⁵. Η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί, λοιπόν, έναν ενδεδειγμένο τρόπο αποτίμησης της ποιότητας φροντίδας, δεδομένου μάλιστα ότι οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο από τους φόρους τους και, άρα, η εμπλοκή τους στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και στην ανάληψη βελτιωτικών μέτρων είναι απαραίτητη¹⁶⁶.

Υπό αυτό το πρίσμα, έχει υποστηριχθεί ότι η ικανοποίηση του ασθενή και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελούν δύο σχεδόν ταυτόσημες έννοιες, καθώς οι ασθενείς διαδραματίζουν ένα ρόλο κρίσιμης σημασίας στις πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται για την ποιοτική αναβάθμιση των συστημάτων υγείας¹⁶⁷. Οι Hall&Dornan αναφέρουν ότι οι σχετικές έρευνες εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών επιτρέπουν στους παρόχους υπηρεσιών υγείας να εντοπίσουν εκείνες τις διαστάσεις που επιδέχονται βελτίωσης, ενώ παράλληλα δίνουν τη δυνατότητα στους υπεύθυνους χάραξης της πολιτικής υγείας να κατανοήσουν τις ανάγκες των ασθενών και, έτσι, να προχωρήσουν στη λήψη κατάλληλων μέτρων¹⁶⁸. Εκτός αυτού, ιδιαίτερης σημασίας είναι η ευρέως διαδεδομένη διαπίστωση ότι υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης έχουν κρίσιμες συμπεριφορικές επιπτώσεις στους ασθενείς, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα τη συμμόρφωση στη θεραπεία που οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα υγείας¹⁶⁹. Κατά συνέπεια, εκτός των δυνατοτήτων που προσφέρονται από τις σχετικές έρευνες όσον αφορά τον προσδιορισμό των

διαστάσεων των υπηρεσιών υγείας που πρέπει να βελτιωθούν, η ικανοποίηση του ασθενή είναι και ένα μέτρο που σχετίζεται άμεσα με τη δημόσια υγεία.

Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα, ο Donabedian ήταν ο πρώτος που υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενή συνιστά ένα μέτρο της ποιότητας φροντίδας¹⁵⁰. Από τότε, το εν λόγω μέτρο έχει απασχολήσει εκατοντάδες μελέτες, με τη σχετική έρευνα να εντατικοποιείται κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών. Παράλληλα, διάφοροι ορισμοί έχουν προταθεί, σε αντιστοιχία με τις θεωρητικές προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί σε αυτό το πεδίο. Παραδειγματικά, η ικανοποίηση του ασθενή έχει οριστεί ως μια αντίδραση σε ενδόμυχες εμπειρίες κατά την παροχή φροντίδας¹⁷⁰, ως αξιολόγηση της φροντίδας βάσει του βαθμού εκπλήρωσης των προσδοκιών του¹⁷¹, ως ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ προσδοκιών περί ιδανικής φροντίδας και αντίληψης για το επίπεδο φροντίδας που απολαμβάνεται¹⁷², και ως το επίπεδο εκπλήρωσης των εσωτερικών αναγκών του ασθενή, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης διαπροσωπικών σχέσεων και συμμετοχής στις διαδικασίες λήψης θεραπευτικών αποφάσεων¹⁷³. Από τα παραπάνω, είναι σαφές ότι η ικανοποίηση του ασθενή ενέχει το εγγενές στοιχείο της υποκειμενικότητας. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Crow et al, η ικανοποίηση είναι μια γνωστική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η οποία επηρεάζεται από τα συναισθήματα του ασθενή και, άρα, εκφράζει εξατομικευμένες και υποκειμενικές αντιλήψεις¹⁷⁴.

Διάφορες θεωρίες έχουν αναπτυχθεί μέχρι και σήμερα για την ερμηνεία του φαινομένου, με τις περισσότερες εξ αυτών να αποτελούν εναλλακτικές προσεγγίσεις των θεωριών που αναπτύχθηκαν στη δεκαετία του 1980¹⁷⁵. Οι θεωρίες της «συμφωνίας και παραβίασης» των Fox&Storrs πρότειναν ότι η ικανοποίηση αποτελεί ένα μέτρο του βαθμού ευθυγράμμισης μεταξύ του προσανατολισμού του ασθενή και των συνθηκών παροχής φροντίδας και, άρα, όταν αυτές συγκλίνουν τότε οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι, και αντίστροφα¹⁷⁶. Επίσης, η θεωρία των «καθοριστικών παραγόντων και συστατικών» των Ware et al αναφέρει ότι η ικανοποίηση είναι μια συνάρτηση των υποκειμενικών αποκρίσεων των ασθενών στην εμπειρία της φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη τις προσωπικές τους προτιμήσεις και προσδοκίες¹⁷⁷. Ομοίως, η θεωρία των πολλαπλών μοντέλων των Fitzpatrick&Hopkins προτείνει ότι οι προσδοκίες των ασθενών είναι κοινωνικά

μεσολαβούμενες, αντανakλώντας τους στόχους υγείας κάθε ασθενή¹⁷⁸, ενώ η προσέγγιση του Donabedian αναφέρει ότι η ικανοποίηση είναι το κυρίαρχο αποτέλεσμα της διαπροσωπικής διαδικασίας της φροντίδας¹⁵⁰.

Ίσως το πιο ευρέως διαδεδομένο θεωρητικό μοντέλο που ερμηνεύει την ικανοποίηση των ασθενών είναι η θεωρία των προσδοκιών της Linder-Pelz, η οποία υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση διαμεσολαβείται από τις προσωπικές αντιλήψεις και αξίες σχετικά με τη φροντίδα, καθώς και από τις αντίστοιχες προσδοκίες. Κατά συνέπεια, οι διακυμάνσεις στα επίπεδα ικανοποίησης μεταξύ των ασθενών μπορούν να ερμηνευθούν από τις αντίστοιχες διαφοροποιήσεις στις υποκειμενικές αξιολογήσεις τους για την παρεχόμενη φροντίδα, οι οποίες εξαρτώνται από τα ατομικά τους αξιολογικά συστήματα και τις σχετικές προσδοκίες¹⁷⁹. Το εν λόγω μοντέλο αναπτύχθηκε περαιτέρω από τον Pascoe, ο οποίος έλαβε υπόψη του την επιρροή των προσδοκιών στην ικανοποίηση υπό την έννοια της εκτίμησης του ασθενή για την πιθανότητα συγκεκριμένα γεγονότα να σχετίζονται με συγκεκριμένες καταστάσεις, αξιολογώντας παράλληλα την πιθανολογούμενη κατάληξη αυτής της συσχέτισης¹⁷⁰. Αργότερα, οι Strasser et al ανέπτυξαν ένα πολυπαραγοντικό υπόδειγμα στη βάση αυτού του μοντέλου, προτείνοντας ότι η ικανοποίηση είναι μια δυναμική διαδικασία που εξαρτάται από τις γνωστικές και συναισθηματικές διαστάσεις των προσδοκιών¹⁸⁰. Αξίζει να αναφερθεί ότι το μοντέλο των προσδοκιών έχει τη βάση του στην κυρίαρχη θεώρηση της έρευνας περί ικανοποίησης, τη θεωρία της διάψευσης των προσδοκιών, η οποία αναπτύχθηκε από τον Oliver και υποστηρίζει ότι η πελατειακή ικανοποίηση είναι το αποτέλεσμα της σύγκρισης μεταξύ της αντιλαμβανόμενης απόδοσης των υπηρεσιών και των προαγοραστικών προσδοκιών του πελάτη για τα επιμέρους χαρακτηριστικά της¹⁸¹.

Τέλος, σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι παρόλο που η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί καθιερωμένη ένδειξη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, οι δύο αυτές έννοιες δεν είναι απόλυτα ταυτόσημες, δεδομένου και του υψηλού βαθμού υποκειμενικότητας που ενέχει η έννοια της ικανοποίησης. Όπως σημειώνουν οι Heidegger et al, η ικανοποίηση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως μέρος της ποιότητας, η οποία περιλαμβάνει και άλλα αντικειμενικά και υποκειμενικά μέτρα, όπως είναι τα μετρήσιμα κλινικά αποτελέσματα, διάφοροι οικονομικοί δείκτες και

μέτρα που εκτιμούν την ποιότητα ζωής των ασθενών¹⁸². Το Αμερικάνικο Κολλέγιο Επειγόντων Ιατρών (American College of Emergency Physicians – ACEP) επίσης, αναφέρει ότι παρόλο που οι έρευνες περί ικανοποίησης των ασθενών εμπεριέχουν ιδιαίτερα χρήσιμη πληροφόρηση για την απόδοση των υπηρεσιών υγείας, η ικανοποίηση δεν θα πρέπει να ταυτίζεται με την ποιότητα, καθώς δεν είναι πάντα σαφές αν αυτή είναι το αποτέλεσμα της αποτελεσματικότητας ενός μεμονωμένου ιατρού ή εξαρτάται από τους περιορισμούς του ευρύτερου συστήματος υγείας¹⁸³. Σε μια επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, οι Manary et al διαπίστωσαν ότι δεν υπάρχει επαρκής συσχέτιση μεταξύ της εμπειρίας του ασθενή από τη φροντίδα και της τεχνικής ποιότητάς της, όπως αυτή εκτιμάται από τα κλινικά αποτελέσματα¹⁸⁴. Ως εκ τούτου, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί αντιπροσωπευτικότερο μέτρο της αντιληπτής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

3.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

Για την επισκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας σχετικά με τους παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών πραγματοποιήθηκε αναζήτηση τριών βάσεων δεδομένων (PubMed, Scopus, GoogleScholar) με τις εξής λέξεις-κλειδιά: “patient satisfaction”, “patient satisfaction factors”, “patient satisfaction moderators”, “satisfaction with care”. Από την αναζήτηση προέκυψαν 4832 άρθρα, εκ των οποίων τα 59 πληρούσαν όλα τα κριτήρια της επισκόπησης, δηλαδή να εξετάζουν τις μεταβλητές που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των ασθενών σε όρους προσδοκιών, κοινωνικοδημογραφικού προφίλ ασθενών και χαρακτηριστικών παρόχου υπηρεσιών υγείας.

3.3.1 Προσδοκίες ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από την παροχή των υπηρεσιών υγείας και, έτσι, μπορεί να αποτιμηθεί μέσω της αξιολόγησης της διαφοράς μεταξύ αυτού που προσδοκούν και εκείνου που τελικά απολαμβάνουν¹⁸⁵. Σε διαφορετικές δομές παροχής υπηρεσιών υγείας έχει βρεθεί ότι οι προσδοκίες των ασθενών διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ τους όσον αφορά το χρόνο που δαπανάται

από το γιατρό στο περιστατικό, τον τρόπο παροχής πληροφόρησης σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία και την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, με αποτέλεσμα όσο μεγαλύτερο είναι το χάσμα μεταξύ αυτών των προσδοκιών και της αντιληπτής ποιότητας κατά την τελική χρήση των υπηρεσιών τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι να εμφανίζονται οι ασθενείς¹⁸⁶. Σε γενικότερους όρους, οι προσδοκίες αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους επιδραστικούς παράγοντες ικανοποίησης του ασθενή¹⁸⁷. Βέβαια, σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι οι προσδοκίες αυτές εξαρτώνται άμεσα από διάφορους ψυχολογικούς, πολιτισμικούς και βιωματικούς παράγοντες¹⁸⁸, έχει ταυτόχρονα διαπιστωθεί από την άλλη πλευρά, ότι οι ασθενείς με χαμηλές προσδοκίες τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, και αντίστροφα¹⁸⁹.

Οι προσδοκίες, οι οποίες αναφέρονται στα πρότυπα ή τις φιλοδοξίες των ασθενών, μπορούν να διακριθούν περαιτέρω σε προσδοκίες του παρελθόντος που είναι αποτέλεσμα συσσωρευμένης γνώσης και ποικίλουν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της νόσου, σε προσδοκίες διάδρασης που αναφέρονται στην αλληλεπίδραση του ασθενή με τον επαγγελματία υγείας, και σε προσδοκίες δράσης που αφορούν όλες τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την παρεχόμενη φροντίδα¹⁹⁰. Την πολυδιάστατη φύση των προσδοκιών επισημαίνουν και οι Williams et al, χαρακτηριστικό που καθιστά δύσκολη την ανάπτυξη ενός κοινά αποδεκτού ερμηνευτικού προτύπου για τη σχέση μεταξύ αυτών και της ικανοποίησης του ασθενή¹⁹¹. Σε έρευνα των Owens&Batchelor βρέθηκε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, οι εκφράσεις ικανοποίησης των ασθενών δεν εξηγούνται από τις προσδοκίες τους, δηλαδή μπορεί να είναι χαμηλές ή ανύπαρκτες αλλά και πάλι, το ποσοστό ικανοποίησης να είναι υψηλό¹⁷¹. Ομοίως, σε μελέτη του Raftopoulos στην Ελλάδα, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς μπορεί μεν να διαμορφώνουν προσδοκίες, όμως ο βαθμός εκπλήρωσής τους δεν συσχετίζεται απαραίτητα με την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα^{192,193}.

3.3.2 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Πολυάριθμες μελέτες έχουν τεκμηριώσει μια άμεση σχέση μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και των επιπέδων ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα. Οι Batbaatar et al διαπίστωσαν

ότι εξ αυτών, οι σημαντικότερες περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικογενειακή κατάσταση, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, την εθνικότητα, τη θρησκεία, το επίπεδο υγείας, την προσωπικότητα, τον τόπο διαμονής και τη συμπεριφορά χρήσης των υπηρεσιών υγείας (π.χ. διάρκεια νοσηλείας, συχνότητα επισκέψεων στο νοσοκομείο)¹⁸⁷. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα σχετικά ευρήματα είναι συχνά αντικρουόμενα. Παραδειγματικά, σε μία μελέτη έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένες από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας¹⁹⁴, ενώ σε άλλη έρευνα τεκμηριώθηκε ότι οι άνδρες εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι από το γιατρό τους¹⁹⁵.

Αναφορικά με την ηλικία, έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, γεγονός που ενδεχομένως οφείλεται στο ότι προσδοκούν λιγότερα λόγω περιορισμένης εμπειρίας ή μεγαλύτερης εξάρτησης από το γιατρό τους σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων^{196,197,198}. Όπως αναφέρει ο Ραφτόπουλος, οι ηλικιωμένοι συχνά διέπονται από μια «αγωνία» να εκφράσουν την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη φροντίδα, ενώ λόγω της μεγαλύτερης εξάρτησής τους από τη νοσηλευτική φροντίδα, είναι περισσότερο διστακτικοί στο να δηλώσουν δυσαρεστημένοι, αποσιωπώντας έτσι αρνητικές αξιολογικές κρίσεις¹⁸⁹. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ ηλικίας και ικανοποίησης φαίνεται ότι δεν ακολουθεί ένα γραμμικό πρότυπο, καθώς έχει βρεθεί ότι η ικανοποίηση αυξάνεται μέχρι την ηλικία των 80 και, ακολούθως, μειώνεται σημαντικά¹⁹⁹. Σε άλλη μελέτη τεκμηριώθηκε ότι οι πιο ηλικιωμένοι και οι πιο νεαροί ασθενείς τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι με την επαφή τους με το γιατρό και λιγότερο με την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, κυρίως λόγω έλλειψης προηγούμενης εμπειρίας²⁰⁰.

Σχετικά με το φύλο, οι διαθέσιμες εμπειρικές ενδείξεις δεν είναι σαφείς. Η Solomon ανέδειξε μια θετική συσχέτιση μεταξύ συνολικής ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας με το φύλο, με τις γυναίκες να παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένες συγκριτικά με τους άνδρες²⁰¹. Αντίθετα, σε άλλες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι άνδρες εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τη νοσηλεία τους, καθώς και από τη νοσηλευτική φροντίδα^{202,203}. Αντιφατικά είναι και τα ευρήματα όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, αν και έχει

υποστηριχθεί ότι οι ασθενείς ανώτερης εκπαίδευσης είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, κυρίως λόγω των υψηλότερων προσδοκιών που διατηρούν και της ικανότητάς τους να αναζητήσουν εναλλακτικούς παρόχους παροχής υπηρεσιών υγείας^{204,205}. Αντίθετα, σε έρευνα των Grondahl et al βρέθηκε ότι το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης²⁰⁶.

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αποτελεί, ομοίως, μια σημαντική μεταβλητή που επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή, με το εισόδημα να ασκεί τη σημαντικότερη επίδραση²⁰⁷, χωρίς ωστόσο οι εμπειρικές ενδείξεις να είναι σαφείς και σε αυτήν την περίπτωση. Ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες νόσους (διαβήτη, υπέρταση, ΒΑ, καρδιαγγειακά νοσήματα) και υψηλότερης εισοδηματικής κατηγορίας έχουν βρεθεί πιο ικανοποιημένοι με την προσβασιμότητα και την τεχνική ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών²⁰⁸, ενώ αντίθετα ασθενείς χαμηλότερου εισοδήματος έχουν εκφράσει μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα²⁰⁹. Άλλες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές που έχουν καταγραφεί στην ερευνητική βιβλιογραφία περιλαμβάνουν την οικογενειακή κατάσταση, την εθνικότητα, τον τόπο μόνιμης διαμονής και τη θρησκεία. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι οι έγγαμοι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους διαζευγμένους και τους άγαμους²¹⁰, ότι οι ασθενείς εθνοτικής μειοψηφίας είναι λιγότερο ικανοποιημένοι¹⁷⁴, ενώ το ίδιο ισχύει και τους κατοίκους της περιφέρειας και αγροτικών περιοχών συγκριτικά με τον αστικό πληθυσμό²¹¹. Όσον αφορά τη θρησκεία, οι μουσουλμάνες γυναίκες ενδέχεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένες όταν ο ιατρός τους είναι άνδρας²¹².

Τέλος, σημαντική επιρροή ασκούν και οι συμπεριφορικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι μεταβλητές που αφορούν το αντιληπτό επίπεδο υγείας. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι η συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης, με τους ασθενείς που επισκέπτονται συχνότερα τα κέντρα υγείας να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι²¹³. Ο Raftopoulos επιπλέον αναφέρει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας^{192,193}. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς που παραμένουν νοσηλευμένοι για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα τείνουν να εκφράζουν χαμηλότερη ικανοποίηση

συγκριτικά με ασθενείς βραχείας νοσηλείας, ιδιαίτερα όσον αφορά τα περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά του νοσοκομείου²¹⁴. Επιπρόσθετα, υπάρχουν εμπειρικές ενδείξεις περί συσχέτισης μεταξύ φτωχής αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας και χαμηλότερης ικανοποίησης²¹⁵. Σε έρευνα των Quintana et al βρέθηκε ότι οι ασθενείς που βιώνουν υψηλότερα επίπεδα πόνου και υποφέρουν από βαριά συμπτώματα αναφέρουν χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας²⁰², ενώ σε μελέτη των Carlin et al διαπιστώθηκε ότι η χρονιότητα της νόσου επίσης οδηγεί σε χαμηλότερη ικανοποίηση, δεδομένης μάλιστα της φτωχότερης ποιότητας ζωής τους²¹⁶.

Γενικότερα, σημαντικός είναι ο αντίκτυπος του βαθμού εξάρτησης του ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας στην αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας¹⁸⁹, κάτι που ισχύει περισσότερο στις περιπτώσεις χρόνιων νόσων. Σε μελέτη των Carlin et al επίσης βρέθηκε ότι η διαπροσωπική σχέση και επικοινωνία μεταξύ ιατρών και ασθενών με χρόνιες νόσους, ιδιαίτερα όσον αφορά την παροχή υποστήριξης και βοήθειας για τη διαχείριση των συμπτωμάτων, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ικανοποίησης, με τους ηλικιωμένους και τις γυναίκες ασθενείς να εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι και τους ασθενείς υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου να καταγράφουν χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης²¹⁶. Αντίστοιχα, σε έρευνα των Bidaut-Russell et al διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση των ασθενών με χρόνιες νόσους (ρευματοειδή αρθρίτιδα, διαβήτης) εξαρτάται από τις διαπροσωπικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, την τεχνική ποιότητα της φροντίδας και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας²¹⁷.

3.3.3 Χαρακτηριστικά παρόχου υπηρεσιών υγείας

Τα χαρακτηριστικά του παρόχου υπηρεσιών υγείας διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση των επιπέδων ικανοποίησης του ασθενή. Σύμφωνα με τους Batbaatar et al, τα σημαντικότερα εξ αυτών περιλαμβάνουν την ποιότητα της τεχνικής φροντίδας, τις διαπροσωπικές σχέσεις, το φυσικό περιβάλλον, την πρόσβαση, τα οργανωσιακά χαρακτηριστικά, τη συνέχεια της φροντίδας και τα αποτελέσματά της¹⁸⁷. Η ποιότητα της τεχνικής φροντίδας, η οποία περιλαμβάνει την ικανότητα, εμπειρία, κλινική επάρκεια και ηθική των επαγγελματιών υγείας, συσχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση των ασθενών^{218,219}. Μάλιστα, σε μελέτη

των Cheng et al βρέθηκε ότι η αντιληπτή από τους ασθενείς ικανότητα και επάρκεια των γιατρών και νοσηλευτών αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα ερμηνείας των διακυμάνσεων της ικανοποίησης²²⁰, ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να αξιολογήσουν την τεχνική διάσταση της φροντίδας, αντικαθιστώντας την με αξιολογικές κρίσεις για τη συμπεριφορά τους στο πλαίσιο της διαπροσωπικής επαφής τους²²¹. Σε παρόμοια έρευνα που διενεργήθηκε σε ασθματικούς ασθενείς διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα της τεχνικής φροντίδας αποτελεί τον κρισιμότερο παράγοντα ικανοποίησης, ενώ σημαντικές μεταβλητές περιλαμβάνουν την κλινική ικανότητα του ιατρού, την παροχή πληροφόρησης, το χρόνο αναμονής και την ποιότητα της νοσηλείας²²².

Επίσης, μείζονος σημασίας είναι και η ποιότητα της διαπροσωπικής φροντίδας, η οποία αναφέρεται στη διάθεση των επαγγελματιών υγείας να ακούσουν, να επικοινωνήσουν, να παρέχουν υποστήριξη και επαρκή πληροφόρηση, να έρθουν σε επαφή με την οικογένεια του ασθενή και να τον εμπλέξουν ενεργά στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα του²²³. Οι Batbaatar et al, καταγράφουν θετική συσχέτιση μεταξύ αυτής της μεταβλητής και της ικανοποίησης, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την εξατομικευμένη προσοχή που δίνεται στον ασθενή από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό¹⁸⁷. Μάλιστα, σε μελέτη των Moore et al βρέθηκε ότι όταν οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από τη διαπροσωπική φροντίδα τείνουν να εκφράζουν θετικές αξιολογήσεις για την επαγγελματική επάρκεια και αξιοπιστία των ιατρών²²⁴. Επίσης, σε έρευνα των Gallefoss&Bakke σε ασθενείς με ΧΑΠ και ΒΑ βρέθηκε ότι η εκπαίδευση των ασθενών ως προς τη διαχείριση της ασθένειάς τους από τους επαγγελματίες υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση του βαθμού ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας²²⁵, ενώ σε μελέτη των Kowlessar et al σε ασθενείς με ΧΑΠ επιβεβαιώθηκε ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται σημαντικά από διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, όπως είναι η ευγένεια, η ευκολία επικοινωνίας και η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης για τη διαχείριση των συμπτωμάτων²²⁶.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και το φυσικό περιβάλλον της μονάδας υγείας, συμπεριλαμβανομένων μεταβλητών που σχετίζονται με την ατμόσφαιρα, την ελκυστικότητα των δωματίων, την άνεση των κλινών, την καθαριότητα, το θόρυβο, τη θερμοκρασία, το φωτισμό και τον εξοπλισμό²²⁷. Οι Camgöz-Akdag&Zineldin

βρήκαν ότι η ελκυστικότητα των δωματίων αποτελεί μια μεταβλητή που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών από διάφορες επιμέρους διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι η επάρκεια των επαγγελματιών υγείας και η ποιότητα της διαπροσωπικής φροντίδας²²⁸.

Αναφορικά με την πρόσβαση, αυτή αποτελεί μια μεταβλητή που συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και περιλαμβάνει την προσβασιμότητα στη μονάδα υγείας, τη διαθεσιμότητα των αντίστοιχων πόρων και άλλους παράγοντες που λειτουργούν παρεμποδιστικά, όπως είναι η ατομική ασφάλιση και το εισόδημα²²⁹. Σε σχετικές μελέτες έχει βρεθεί ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται από τη βολική τοποθεσία της μονάδας υγείας, το χρόνο αναμονής, την ευκολία κατά την εισαγωγή και το εξιτήριο και τις δυνατότητες που προσφέρονται όσον αφορά τα ραντεβού με τους γιατρούς^{230,231,232}. Επίσης, σημαντική επιρροή ασκεί και η διαθεσιμότητα των απαραίτητων πόρων, όπως είναι η επάρκεια του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, ο αριθμός των κλινών, οι υποδομές και ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός²⁰⁰. Ακόμη, η ικανοποίηση εξαρτάται και από το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας και άλλες σχετικές μεταβλητές, όπως είναι η ευελιξία στον τρόπο πληρωμής και το επίπεδο ασφάλισης υγείας του ασθενή²³³.

Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση του ασθενή επηρεάζεται και από τα οργανωσιακά χαρακτηριστικά του παρόχου υπηρεσιών υγείας, όπως είναι η φήμη του²³⁴, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και οι κανόνες κατά την παραμονή στο νοσοκομείο²³⁵, τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης του ιατρικού προσωπικού²³⁶ και η ποιότητα της συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών²³⁷. Μια ακόμη μεταβλητή ικανοποίησης είναι και η συνέχεια της φροντίδας, υπό την έννοια της αδιάκοπτης παροχής υπηρεσιών υγείας μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων δόμησης του συστήματος, στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης και ολιστικής φροντίδας στο οποίο ασθενής και γιατρός συνεργάζονται αρμονικά²²⁹. Πράγματι, σε έρευνα των Fan et al διαπιστώθηκε ότι η αυτοαναφερόμενη από τους ασθενείς συνέχεια της φροντίδας επηρεάζει άμεσα τη συνολική τους ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας²³⁸. Τέλος, η ικανοποίηση επηρεάζεται και από το αποτέλεσμα της φροντίδας, όπως αυτό εκτιμάται από τη θετική επιρροή του στη βελτίωση της κατάστασης υγείας του ασθενή. Σε έρευνα των Atkinson&Haran βρέθηκε ότι οι αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης στην υγεία τους

αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα της ικανοποίησής τους²¹¹, ενώ σε μελέτη των Schoenfelder et al διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν επιπλοκές μετά το εξιτήριο παρουσιάζονται λιγότερο ικανοποιημένοι²¹⁵.

3.4. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Για την επισκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας σχετικά με τους παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας διεθνών και στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε αναζήτηση τριών βάσεων δεδομένων (PubMed, Scopus, Google Scholar) με τις εξής λέξεις-κλειδιά: “patient satisfaction”, “patient satisfaction with hospital care”, “hospital health care satisfaction”, “hospitalized patient satisfaction”, “ικανοποίηση ασθενή», «ικανοποίηση νοσηλευόμενων ασθενών», «ικανοποίηση ασθενών σε νοσοκομεία». Από την αναζήτηση προέκυψαν 1987 άρθρα, εκ των οποίων τα 24 πληρούσαν όλα τα κριτήρια της επισκόπησης, δηλαδή να εξετάζουν τις μεταβλητές που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των ασθενών διεθνώς και στην Ελλάδα αποκλειστικά σε επίπεδο νοσοκομειακής υγειονομικής περίθαλψης.

Η διασφάλιση της ποιότητας και η συνεχής βελτίωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας αποτελούν κρίσιμους παράγοντες ενός αποδοτικού συστήματος υγείας, όπως αναγνωρίζεται και από πολυάριθμες σχετικές πρωτοβουλίες και μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα ανά τον κόσμο. Στο πλαίσιο αυτό, η ικανοποίηση του ασθενή από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες θεωρείται σήμερα ως μια σημαντική ποιοτική μεταβλητή, καθώς παρέχει χρήσιμη πληροφόρηση σχετικά με την ποιότητα της νοσηλείας και της παρεχόμενης φροντίδας στα νοσοκομεία, και ιδιαίτερα όσον αφορά ορισμένες επιμέρους διαστάσεις της που συχνά αγνοούνται, όπως είναι η επικοινωνία και η ενσυναίσθηση του προσωπικού¹⁸⁴. Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης του ασθενή και αντικειμενικών μέτρων απόδοσης των νοσοκομείων²³⁹, καθώς επίσης, ότι η ικανοποίηση των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους συσχετίζεται θετικά με την κλινική ασφάλεια και αποτελεσματικότητα για ένα μεγάλο εύρος νοσημάτων²⁴⁰.

Ως εκ τούτου, δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι η αξιολόγηση της ικανοποίησης του ασθενή χρησιμοποιείται συχνά ως εργαλείο βελτίωσης της νοσοκομειακής

φροντίδας²⁴¹, ενώ διεθνείς μελέτες συνηγορούν στη διαπίστωση ότι η πληροφόρηση που παρέχεται από τις σχετικές έρευνες μπορεί να λειτουργήσει επικουρικά των ευρημάτων των αναφορών των δημόσιων και ρυθμιστικών αρχών που δραστηριοποιούνται στο πεδίο της βελτίωσης της δημόσιας υγείας και της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών²⁴². Ωστόσο, μέχρι και σήμερα, λίγα είναι αυτά τα νοσοκομεία που αξιοποιούν τις έρευνες ασθενών ως βάση βελτίωσης της αποδοτικότητάς τους, και ένας πιθανός λόγος για αυτό είναι η σχετική έλλειψη συναίνεσης μεταξύ των ερευνητών σχετικά με τους παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση²⁴³. Σε γενικούς όρους, οι μεταβλητές που διαμορφώνουν την ικανοποίηση του ασθενή από τη νοσοκομειακή φροντίδα περιλαμβάνουν δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς και άλλους παράγοντες, όπως αναλύθηκε στην προηγούμενη ενότητα. Ωστόσο, οι περισσότεροι εξ αυτών είναι μη τροποποιήσιμοι και, άρα, η σχετική έρευνα επικεντρώνεται πλέον στις ποιοτικές διαστάσεις των ίδιων των νοσοκομειακών υπηρεσιών, όπως είναι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας²⁴⁴. Σε έρευνα των Aiken et al σχετικά με την ασφάλεια, την ικανοποίηση των ασθενών και τη νοσοκομειακή ποιότητα που διενεργήθηκε σε 12 ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ, επιβεβαιώθηκε αυτή η διαπίστωση, ενώ παράλληλα βρέθηκε ότι σημαντικές μεταβλητές της ικανοποίησης είναι ο λόγος προσωπικού προς ασθενή και το εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου²⁴⁵.

Σε νοσοκομεία τριτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε διάφορες χώρες ανά τον κόσμο έχει βρεθεί ότι το επίπεδο ενσυναίσθησης και ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενή από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού σε συνδυασμό με την εύκολη πρόσβαση αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών, οι οποίοι μάλιστα βαθμολογούνται σε υψηλότερες θέσεις συγκριτικά με την ιατρική φροντίδα, τις διαδικασίες εισαγωγής και το φυσικό περιβάλλον^{246,247,248,249}. Σε έρευνα των Ann et al σε 430 νοσοκομεία των ΗΠΑ επίσης βρέθηκε ότι το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών και ο λόγος νοσηλευτικού προσωπικού ανά ασθενή έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση²⁵⁰, ενώ σε μελέτη των Otani et al τεκμηριώθηκε ότι παρόμοια επιρροή ασκούν και η ιατρική φροντίδα και τα χαρακτηριστικά του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, όπως οι ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις, με την ποιότητα της επικοινωνίας να αναδεικνύεται δεύτερη σημαντικότερη μεταβλητή μετά τη

νοσηλευτική φροντίδα²⁵¹. Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν και οι John et al, οι οποίοι βρήκαν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία και η παροχή σαφών θεραπευτικών κατευθύνσεων στον ασθενή συμβάλλουν στην ενίσχυση της ικανοποίησής του²⁵².

Επιπλέον, σε σχετικές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρού όσον αφορά την επεξήγηση της κατάστασης υγείας του, την παροχή πληροφόρησης για την ακολουθούμενη θεραπεία και το σεβασμό στις προτιμήσεις και την προσωπικότητά τους, είναι σημαντικότερες μεταβλητές από την κλινική ικανότητα και το φυσικό περιβάλλον του νοσοκομείου^{253,254}. Σε παρόμοια έρευνα των Marley et al τεκμηριώθηκε ότι οι σημαντικότερες διαστάσεις της ικανοποίησης σχετίζονται με την επικοινωνία, την ενσυναίσθηση και την εξατομικευμένη φροντίδα²⁵⁵. Συνολικά, είναι σαφές ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας αποτελούν τους κρισιμότερους παράγοντες ικανοποίησης, ωστόσο, δεν πρέπει να παραγνωρίζεται και η σημασία των συνθηκών νοσηλείας. Παραδειγματικά, έχει βρεθεί ότι η διαμόρφωση των χώρων των νοσοκομείων και ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός επηρεάζουν άμεσα την ικανοποίηση των ασθενών, σε συνδυασμό με το χρόνο αναμονής και την πολυκοσμία²⁵⁶.

Οι παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει και την ελληνική ερευνητική κοινότητα. Σε μελέτη των Παπαγιαννοπούλου και συν., τεκμηριώθηκε ότι η δυσaráεσκεια που παρατηρείται στους ασθενείς των ελληνικών νοσοκομείων σχετίζεται κατά κύριο λόγο με την ξενοδοχειακή υποδομή, την καθαριότητα των χώρων, την έλλειψη επαρκούς προσωπικού και τους χρόνους αναμονής²⁵⁷. Επίσης, σε πρόσφατη έρευνα των Χαντζοπούλου και συν, το 2017, βρέθηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών μετά από επείγουσα εισαγωγή περιλαμβάνουν τους χώρους του νοσοκομείου, τον ιατρικό και ξενοδοχειακό εξοπλισμό, το χρόνο αναμονής, τις χειρουργικές επεμβάσεις και την κατανοητή επικοινωνία, ενώ το φύλο, η εκπαίδευση και η διάρκεια νοσηλείας αποτελούν σημαντικές δημογραφικές μεταβλητές ικανοποίησης²⁵⁸.

Η Καλογεροπούλου επίσης διαπίστωσε ότι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των Ελλήνων νοσηλευόμενων είναι η συνολική εικόνα του νοσοκομείου (συνθήκες στέγασης, σίτισης και υγιεινής), η εξειδικευμένη και

ανθρωποκεντρική φροντίδα, η ενημέρωση, ο σεβασμός της προσωπικότητας, η κατανόηση, η ευγένεια και η γνώση των επαγγελματιών υγείας¹⁸⁵. Σε έρευνα των Πολύζος και συν που διενεργήθηκε σε δύο νοσοκομεία της Αττικής αναδείχθηκε μια σαφής σχέση μεταξύ ικανοποίησης των ασθενών και εφαρμογής συστημάτων διασφάλισης ποιότητας, με τους ασθενείς να παρουσιάζονται αρκετά ικανοποιημένοι από τη νοσηλεία και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό²⁵⁹. Τέλος, οι Theodosoroulou et al, συγκρίνοντας την ικανοποίηση των ασθενών σε Ελλάδα και Πολωνία, βρήκαν ότι και στις δύο χώρες, η ικανοποίηση εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και τη διάρκεια νοσηλείας, με τους άνδρες ασθενείς και τους ηλικιωμένους να εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και το χρόνο που δαπανάται από το ιατρικό προσωπικό, αντίστοιχα. Στην έρευνα συμμετείχαν 320 Έλληνες και 240 Πολωνοί ηλικιωμένοι ασθενείς (άνω των 65 ετών) και εφαρμόστηκε η κλίμακα EPSS (Elderly Patient Satisfaction Scale), η οποία είναι κατάλληλη για τη διερεύνηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των ασθενών της εν λόγω ηλικιακής κατηγορίας²⁶⁰.

3.5 ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

Η ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να εκτιμηθεί μέσω ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων, εκ των οποίων οι δεύτερες είναι οι δημοφιλέστερες. Μέχρι και σήμερα, πολυάριθμα ερωτηματολόγια έχουν αναπτυχθεί, τα οποία είτε συμπληρώνονται από τον ίδιο τον ασθενή είτε από το συνεντευκτή, ή ακόμα και μέσω τηλεφώνου²⁶¹. Τα σχετικά εργαλεία διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ τους ως προς τις επιμέρους διαστάσεις που αξιολογούν, το μέγεθος και τον τρόπο συμπλήρωσης, καθώς και αναφορικά με τα επίπεδα εγκυρότητας και αξιοπιστίας τους. Ένα τυπικό ερωτηματολόγιο αποτελείται από επιμέρους αντικείμενα-προτάσεις, στις οποίες απαντούν οι ασθενείς μέσω βαθμολογίας σε μια κλίμακα, παρέχοντας έτσι τη δυνατότητα πραγματοποίησης παραγοντικών αναλύσεων, με σκοπό την ανάδειξη των παραγόντων που διαμορφώνουν την ικανοποίηση. Ωστόσο, σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι ακόμα και τα πιο αξιόπιστα και διαδεδομένα εργαλεία ενέχουν πάντα υψηλό βαθμό υποκειμενικότητας και μεροληψίας, καθώς οι απαντήσεις

εξαρτώνται από την προσωπικότητα του ασθενή, τις προσδοκίες του, το δημογραφικό του προφίλ, το κοινωνικό του υπόβαθρο και άλλα κοινωνικοψυχολογικά φαινόμενα²⁶².

Μεταξύ των ποσοτικών εργαλείων, η ικανοποίηση μπορεί να εκτιμηθεί είτε ως ένα ενιαίο μέτρο (global satisfaction) είτε μέσω των επιμέρους συστατικών της. Σε γενικές γραμμές, οι κλίμακες συνολικής ικανοποίησης έχουν περιορισμένη χρησιμότητα αναφορικά με την πληροφόρηση που παρέχουν για την ποιότητα της φροντίδας και, για το λόγο αυτό, η συντηρητική πλειοψηφία των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται σήμερα περιλαμβάνουν διάφορες επιμέρους διαστάσεις, επιτρέποντας τη διαφοροποίηση των αντίστοιχων απαντήσεων σε κάθε πεδίο. Επίσης, στις περισσότερες έρευνες είτε χρησιμοποιούνται καινούρια εργαλεία εκτίμησης της ικανοποίησης του ασθενή είτε ερωτηματολόγια που τροποποιούν ένα ήδη υπάρχον εργαλείο, ανάλογα με τους ερευνητικούς στόχους. Από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία είναι η κλίμακα Client Satisfaction Questionnaire, η οποία αναπτύχθηκε από τους Larsen et al για την αξιολόγηση της γενικής ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας²⁶³, η οποία ωστόσο δεν παρέχει πληροφόρηση για τις επιμέρους διαστάσεις της, γεγονός που επιδρά αρνητικά στην εγκυρότητά της²⁶⁴.

Επίσης, η κλίμακα Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ) αναπτύχθηκε από τους Ware&Snyder και αποτελείται από 55 ερωτήσεις που καλύπτουν διάφορες διαστάσεις της ικανοποίησης του ασθενή²⁶⁵. Η εν λόγω κλίμακα μετέπειτα τροποποιήθηκε και, έτσι, αναπτύχθηκε η Short Assessment of Patient Satisfaction (SAPS), η οποία αποτελεί ένα σύντομο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από επτά διαστάσεις, την ικανοποίηση από τη θεραπεία, την ερμηνεία των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, την κλινική φροντίδα, τη συμμετοχή στη λήψη ιατρικών αποφάσεων, το σεβασμό από τον κλινικό γιατρό, το χρόνο που δαπανάται για τον ασθενή και τη νοσοκομειακή φροντίδα²⁶⁶. Η SAPS έχει σταθμιστεί σε διάφορα κλινικά περιβάλλοντα και χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα εγκυρότητας και αξιοπιστίας²⁶⁷. Άλλες κλίμακες που έχουν αναπτυχθεί για την ποσοτική εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή περιλαμβάνουν την PSQ-18, την Consumer Assessment Health Plans (CAHPS), την Picker Patient Experience Questionnaire (PPEQ-15), την Visit-Specific Satisfaction Instrument (VSQ-9), την

Inpatient Evaluation of Service Questionnaire (IESQ), τη Satisfaction with Hospital Care Questionnaire (SHCQ), την Concise Out patient Department User Satisfaction Scale (CODUSS), την Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ), την Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS), την Consumer Perceptions of Care (CPC), την Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS) και την Generic Short Patient Experiences Questionnaire (GS-PEQ)²⁶⁸.

Από τα παραπάνω, είναι σαφές ότι για τη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμες κλίμακες, οι οποίες διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ τους, ιδιαίτερα αναφορικά με τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται. Για παράδειγμα, η κλίμακα FAM CARE είναι ένα ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στα μέλη της οικογένειας ασθενών με προχωρημένο καρκίνο για την εκτίμηση της ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα²⁶⁹. Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να εκτιμηθεί και μέσω κλιμάκων που αξιολογούν την αντιληπτή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Μεταξύ αυτών, ιδιαίτερα διαδεδομένη είναι η κλίμακα QUOTE (Quality of Care through Patients' Eyes), η οποία περιλαμβάνει 40 ερωτήσεις που αφορούν επιμέρους ποιοτικές διαστάσεις²⁷⁰. Ομοίως, η κλίμακα QPP (Quality of Care from Patients' Perspectives) περιλαμβάνει 64 ερωτήσεις που ομαδοποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες (ιατρική-τεχνική δεξιότητα, φυσικές-τεχνικές συνθήκες, εξατομικευμένη προσέγγιση, κοινωνικοπολιτισμική ατμόσφαιρα)²⁷¹.

Τέλος, η κλίμακα EPSS (Elderly Patient Satisfaction Scale) που χρησιμοποιείται και στην παρούσα έρευνα αναπτύχθηκε από το Raftopoulos είναι ένα ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών, στο οποίο ο ασθενής καλείται να απαντήσει σε 26 σημεία-ερωτήσεις. Για όλα αυτά τα σημεία εκτιμώνται οι προσδοκίες, η εκληφθείσα ποιότητα, η εκληφθείσα απόδοση και η ικανοποίηση του ασθενή κατά τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο. Στο πεδίο των προσδοκιών των ασθενών, ο ασθενής καλείται να απαντήσει στα 26 σημεία σε μια 6βάθμια κλίμακα Likert με διακύμανση από το μηδέν (αδιάφορος) μέχρι το 5 (συμφωνώ απόλυτα). Στο πεδίο της εκληφθείσας ποιότητας η κλίμακα των απαντήσεων είναι 8βάθμια με διακύμανση από το μηδέν (αδιάφορος) μέχρι το 7 (πάρα πολύ σημαντικό), ενώ στο πεδίο της εκληφθείσας απόδοσης της φροντίδας ο ασθενής απαντάει αν «πράγματι συνέβη», αν «δεν συνέβη» ή αν «δεν γνωρίζει» για

αυτό το οποίο ερωτάται. Τέλος, στο πεδίο της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα, η κλίμακα είναι 8βάθμια με διακύμανση από το μηδέν (αδιάφορος) μέχρι το 7 (πάρα πολύ ικανοποιημένος)¹⁹².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

4.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα από το 2008 και μετά ως απόρροια της οικονομικής κρίσης είχαν ως αποτέλεσμα τη δραματική περιστολή των δαπανών για την υγεία, θέτοντας σε κίνδυνο το κράτος πρόνοιας και το σύστημα υγείας, τα οποία χαρακτηρίζονταν ήδη από αρκετές παθογένειες²⁷². Οι συνέπειες της κρίσης ήταν άμεσες στο σύστημα υγείας της χώρας αλλά και έμμεσες στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Στην Ελλάδα οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν σε ετήσιο ρυθμό της τάξης του 9% από το 2009 έως το 2012, με στόχο να φτάσουν το 6% του ΑΕΠ ²⁷³, με αποτέλεσμα ένα μέρος του σχετικού κόστους να μετακυλήσει στους ίδιους τους ασθενείς²⁷⁴. Αντίστοιχα, η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε από τα €4,37 εκατομμύρια το 2010 στα €2,88 το 2012 και στη συνέχεια στα €2 μέχρι και το 2014, μέσω της μείωσης των τιμών των φαρμάκων και των περιθωρίων κέρδους των χονδρέμπορων και φαρμακευτικών εταιριών, της εισαγωγής συγκεκριμένου τιμολογιακού εύρους για τα γενόσημα συγκριτικά με τα branded φάρμακα, της προώθησης της συνταγογράφησης γενοσήμων και της εισαγωγής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης²⁷⁵.

Η μείωση των μισθών κατά περίπου 20% και η αύξηση της ανεργίας από το 9% σε ποσοστά άνω του 25% είχαν ως αποτέλεσμα τη δραματική μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των πολιτών, με άμεσες συνέπειες στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας²⁷⁶. Υπολογίζεται ότι το ποσοστό των Ελλήνων που αναφέρουν ότι οι ανάγκες υγείας και φροντίδας δεν καλύπτονται από το ΕΣΥ έχει σχεδόν διπλασιαστεί μέσα σε πέντε χρόνια, με το 12% εξ αυτών να αναφέρει ότι ο βασικός λόγος μη αναζήτησης θεραπείας είναι το αυξημένο κόστος²⁷⁷. Το 2014, ποσοστό 22% του πληθυσμού δήλωσε ότι έχει πρόβλημα στην πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας λόγω οικονομικών φραγμών, ενώ το 13,9% ηλικίας άνω των 15 ετών χρειάστηκε να λάβει ιατρική φροντίδα αλλά δεν είχε την οικονομική δυνατότητα²⁷⁸. Παράλληλα, η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων μειώθηκε κατά περίπου 40% στα χρόνια της κρίσης, σε συνδυασμό με την κατά 25% μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία σε ποσοστό του ΑΕΠ²⁷⁹.

Την ίδια στιγμή, οι out-of-pocket πληρωμές έχουν διπλασιαστεί μεταξύ 2010 και 2015, κυρίως λόγω των μεταρρυθμίσεων που εφαρμόστηκαν σχετικά με τη

συμμετοχή των ασθενών στα συνταγογραφούμενα φάρμακα και τις υπηρεσίες υγείας²⁸⁰. Κατά συνέπεια, ολοένα και περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την ικανοποίηση των αναγκών υγείας τους, λόγω της αδυναμίας τους να καλύψουν το συνεχώς αυξανόμενο κόστος φροντίδας και υγειονομικής περίθαλψης²⁸¹. Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, οι συντάξεις έχουν υποστεί τεράστιες μειώσεις, ενώ η συμμετοχή των ασθενών για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα έχει αυξηθεί από το 10% στο 25%²⁷⁶. Εκτός αυτού, η ασφαλιστική κάλυψη για την υγεία το 2013 μειώθηκε κατά 21%, καλύπτοντας το 79% του πληθυσμού από το 100% προ κρίσης, με την Ελλάδα να κατέχει ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ το υψηλότερο ποσοστό υγειονομικά ανασφάλιστου πληθυσμού (21%)²⁷⁸.

Εκτός των άμεσων συνεπειών, η οικονομική κρίση είχε σημαντικό αντίκτυπο και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Αν και δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο προσδόκιμο ζωής και τη γενική θνησιμότητα, έχει βρεθεί ότι το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας επιδεινώθηκε σημαντικά μεταξύ 2007-2009²⁷⁶. Παράλληλα, αύξηση σημειώθηκε στο ποσοστό των ασθενών που δεν είχαν πρόσβαση σε δομές υγείας²⁷⁴, καθώς και μείωση της εισροής ασθενών σε ιδιωτικές κλινικές, λόγω της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος²⁸². Εκτός της επιδείνωσης της αυτοαναφερόμενης υγείας, κατά τη διάρκεια της κρίσης αύξηση σημειώθηκε στη συχνότητα εμφάνισης των οξέων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου²⁸³, στον επιπολασμό της μείζονος κατάθλιψης²⁸⁴ και στον αριθμό των αποπειρών αυτοκτονίας^{285,286}.

Κατά τα πρώτα τρία χρόνια της κρίσης παρατηρήθηκε αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά 120%²⁸⁷ και οι θάνατοι από αυτοκτονία αυξήθηκαν κατά 45% στο διάστημα 2007-2011²⁷³. Την περίοδο μεταξύ 2012-2015 καταγράφηκε αύξηση της αυτοαναφερόμενης νοσηρότητας κατά 55%, ενώ μειώσεις σημειώθηκαν στους δείκτες σωματικής και ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα για τα άτομα προχωρημένης ηλικίας, τους άνεργους, τους συνταξιούχους, τις νοικοκυρές και τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, με το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει μια χρόνια νόσο να παρουσιάζει σημαντική αύξηση την περίοδο 2009-2012, φτάνοντας το 2014 στο 24%²⁷⁸. Είναι σαφές ότι η οικονομική κρίση έπληξε περισσότερο τις πιο ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες,

συμπεριλαμβανομένων των χρόνιων ασθενών και αυτών που πάσχουν από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος²⁸⁸, όπως περιγράφεται αναλυτικότερα παρακάτω.

4.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Για την επισκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα στην πνευμονολογική υγεία πραγματοποιήθηκε αναζήτηση τριών βάσεων δεδομένων (PubMed, Scopus, Google Scholar) με τις εξής λέξεις-κλειδιά: “COPD”, “COPD patients”, “Greek crisis”, “economic crisis”, “economic downturn”, “respiratory health”, “asthma”, “pulmonary health”, “Greece”. Βάσει της αναζήτησης που υλοποιήθηκε, η επισκόπηση που ακολουθεί θεματοποιείται σε τρεις βασικές κατηγορίες, τον επιπολασμό και θνησιμότητα (20 άρθρα), το προφίλ των ασθενών (17 άρθρα) και την πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας (28 άρθρα), επισημαίνοντας ωστόσο ότι τα άρθρα αυτά αλληλεπικαλύπτονται μεταξύ των τριών αυτών θεματικών ομάδων. Συνολικά, 49 άρθρα από τα 86 που εντοπίστηκαν περιλαμβάνονται στην παρακάτω επισκόπηση.

4.2.1 Επιπολασμός και θνησιμότητα

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην αναπνευστική και πνευμονολογική υγεία των Ελλήνων φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικές, αν και τα διαθέσιμα στοιχεία είναι σχετικά περιορισμένα²⁸⁹. Όσον αφορά τον επιπολασμό της ΧΑΠ, πριν την οικονομική κρίση υπολογίστηκε ότι αυτός κυμαίνεται από το 8,4% για τους ασθενείς άνω των 35 ετών²³, μέχρι και το 5,6% για όλες τις ηλικιακές κατηγορίες²⁹⁰, ενώ σε μελέτη των Minas et al που διενεργήθηκε μεταξύ 2006 και 2007 σε 15 κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης της νόσου ανέρχεται στο ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό του 18,4%²⁹¹. Οι διαφοροποιήσεις αυτές που καταγράφονται σχετικά με τον επιπολασμό των πνευμονολογικών νοσημάτων οφείλονται σε διάφορους λόγους, όπως είναι οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις που υιοθετούνται στις μελέτες αλλά, κυρίως, οι διαφορές αναφορικά με τις διαγνωστικές μεθόδους και τον ακριβή ορισμό των νόσων.

Μετά την οικονομική κρίση, παρατηρείται μια σημαντική αύξηση του επιπολασμού

της ΧΑΠ. Σε πανελλαδική έρευνα που υλοποιήθηκε μεταξύ 2010-2011 καταγράφηκε επιπολασμός της τάξης του 18,2%²⁹². Στη μελέτη συλλέχθηκαν δεδομένα από δείγμα 6.125 ασθενών με ΧΑΠ και παρατηρήθηκε ότι υψηλότερα ποσοστά αφορούν ασθενείς σε προχωρημένη ηλικία (μέση ηλικία τα 68 έτη), άνδρες (71,3%), υπέρβαρους ή παχύσαρκους, νυν και πρώην καπνιστές και ασθενείς με συνοδά νοσήματα. Σε άλλη μελέτη που διενεργήθηκε την ίδια χρονική περίοδο εξετάστηκαν οι διαφορές του επιπολασμού της ΧΑΠ μεταξύ των δύο φύλων και βρέθηκε ότι οι γυναίκες ασθενείς είναι κατά μέσο όρο 5 χρόνια νεότερες από τους άνδρες, οι οποίοι ωστόσο παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας²⁹³. Τέλος, σε έρευνα των Kourilaba et al που έγινε το 2015 δια τηλεφώνου διαπιστώθηκε ότι τα αυτοαναφερόμενα ποσοστά εμφάνισης της ΧΑΠ κυμαίνονται γύρω στο 10%²⁴. Όσον αφορά το ΒΑ, υπάρχει μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στα χρόνια της κρίσης, καταγράφοντας ποσοστά της τάξης του 6,3% στο γενικό πληθυσμό, με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης στις γυναίκες από ότι στους άνδρες³⁸.

Παράλληλα, ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο που χρήζει αναφοράς είναι ότι πολλά περιστατικά χρόνιων πνευμονολογικών νοσημάτων παραμένουν αδιάγνωστα, γεγονός που ισχύει για την περίοδο τόσο μετά όσο και πριν την οικονομική κρίση²⁹⁴. Μάλιστα, τα περισσότερα αδιάγνωστα περιστατικά εντοπίζονται στην περιφέρεια, όπου η πρόσβαση σε διαγνωστικές και άλλες υπηρεσίες υγείας είναι περισσότερο περιορισμένη συγκριτικά με τα μεγάλα αστικά κέντρα. Όπως αναφέρουν οι Minas et al, η ασύμμετρη γεωγραφική διασπορά του επιπολασμού της ΧΑΠ στην Ελλάδα οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έλλειψη υπηρεσιών σπειρομέτρησης στην περιφέρεια²⁹¹, ενώ έχει επίσης διαπιστωθεί ότι στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας παρατηρείται ανεπάρκεια ειδικών πνευμονολόγων, λαμβάνοντας υπόψη και τις επιπτώσεις της κρίσης στη στελέχωση του ΕΣΥ²⁹⁵. Χαρακτηριστικά αναφέρεται στην έρευνα των Mitsiki et al ότι σχεδόν το 1/3 (32,5%) των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με ΧΑΠ διαμένει μόνιμα στην Αθήνα και το 32% σε άλλα αστικά κέντρα²⁹². Επίσης, σε άλλη μελέτη μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης καταγράφεται ότι το 52,6% των περιστατικών ΧΑΠ δεν διαγιγνώσκεται στην Ελλάδα²⁹⁶.

Ένα ακόμη ζήτημα που αφορά στον επιπολασμό των αναπνευστικών προβλημάτων

είναι και η μόλυνση του εσωτερικού και εξωτερικού χώρου, για την οποία ωστόσο τα διαθέσιμα δεδομένα είναι αντιφατικά. Το 2015, το ποσοστό των θανάτων λόγω ΧΑΠ, καρκίνου του πνεύμονα και λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού που αποδόθηκαν στην ατμοσφαιρική ρύπανση υπολογίστηκε σε πάνω από 2,6 ανά 100.000 πληθυσμό, ένα από τα υψηλότερα ποσοστά παγκοσμίως²⁹⁷. Από την άλλη πλευρά, έχει διαπιστωθεί ότι η συνολική ποιότητα της ατμόσφαιρας έχει βελτιωθεί κατά την περίοδο της κρίσης σε ότι αφορά στις συγκεντρώσεις σημαντικών ρύπων, κυρίως λόγω της μείωσης της βιομηχανικής δραστηριότητας²⁹⁸. Ωστόσο, οι βελτιώσεις αυτές πιθανόν αντισταθμίζονται από τη μόλυνση που προέρχεται από την καύση ξύλων που περιέχουν χημικές ουσίες όπως το όζον και το μονοξειδίο του άνθρακα. Η χρήση του ξύλου, ως θερμαντικού μέσου έχει αυξηθεί σημαντικά κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης σε μια προσπάθεια των Ελλήνων να θερμάνουν τα σπίτια τους αποφεύγοντας να πληρώσουν πετρέλαιο²⁸⁸. Το πρόβλημα αυτό είναι εντονότερο στην Αθήνα και στα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας κατά τους χειμερινούς μήνες, με τη χρήση των τζακιών ως υποκατάστατο των παραδοσιακών μέσων θέρμανσης να έχει αυξήσει τα ποσοστά μόλυνσης του αέρα στους εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους, εντείνοντας σαφώς τυχόν πνευμονολογικά προβλήματα²⁹⁹.

Αναφορικά με τη θνησιμότητα, η Kotsiou et al αναφέρουν ότι στην Ελλάδα, από το 2010 μέχρι και το 2015 η ΧΑΠ έγινε από έβδομη η πέμπτη αιτία πρόωρης θνησιμότητας²⁸⁹. Ωστόσο, σε μελέτη των Filippidis et al καταγράφεται ότι η θνησιμότητα από όλες τις αναπνευστικές νόσους μειώθηκε κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, σε αντίθεση με μια αυξητική τάση που παρατηρήθηκε πριν το 2009, με εξαίρεση το 2015³⁰⁰. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι η προτυποποιημένη θνησιμότητα από όλα τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος έχει μειωθεί σε ετήσιο μέσο όρο της τάξης του 3,2% από το 2009 μέχρι και το 2013 (π.χ. 97,11 το 2009 και 84,9 το 2013 ανά 100.000 πληθυσμό), ενώ αυτό υπολογίζεται στο 3,3% για την περίοδο μεταξύ 2001 και 2009 (π.χ. 75,7 το 2001 ανά 100.000 πληθυσμό). Ο Τούντας επισημαίνει, ότι η θνησιμότητα από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος στην Ελλάδα κυμαίνεται την τελευταία πενταετία σε διαφορετικά επίπεδα από την ΕΕ, ενώ έως το 2005 κυμαινότουσαν στα ίδια, κυρίως λόγω του υψηλού επιπολασμού του καπνίσματος στη χώρα μας²⁷⁸.

Για παράδειγμα, το 2011 η προτυποποιημένη θνησιμότητα στην Ελλάδα ήταν 46,56 και για την ΕΕ 40,89, και το 2012 ανήλθε στο 47,28. Γενικότερα, οι δείκτες θνησιμότητας από όλες τις νόσους δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μετά το 2009, πλην των αυτοκτονιών. Ειδικότερα όσον αφορά τη θνησιμότητα από αναπνευστικά νοσήματα, η μείωσή της μέχρι τουλάχιστον και το 2013 μπορεί να αποδοθεί στην ελάττωση της καπνιστικής συνήθειας και τα αυξημένα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, ωστόσο η αύξησή της το 2015 καταδεικνύει ότι οι παράγοντες που την επηρεάζουν είναι πολυάριθμοι³⁰⁰. Για παράδειγμα, σε πρόσφατη μελέτη διαπιστώθηκε ότι η μείωση της θνησιμότητας από αναπνευστικά νοσήματα στο διάστημα μεταξύ 2007-2010 ήταν μεγαλύτερη της αντίστοιχης μείωσης που καταγράφηκε μεταξύ 2004-2007³⁰¹, εύρημα που υποδεικνύει την πολυπαραγοντική φύση της θνησιμότητας στις εν λόγω νόσους.

4.2.2 Το προφίλ των ασθενών

Η συχνότητα εμφάνισης της ΧΑΠ είναι υψηλότερη σε άτομα προχωρημένης ηλικίας και πρώην καπνιστές στην Ελλάδα προ και μετά κρίσης. Σε δείγμα 6.125 ασθενών με ΧΑΠ διαπιστώθηκε ότι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι η ηλικία, το ανδρικό φύλο, ο υψηλός ΔΜΣ, το κάπνισμα και η παρουσία συνοδών νοσημάτων²⁹². Σε παρόμοια έρευνα με μικρότερο δείγμα (189 ασθενείς) επίσης βρέθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία είναι άνδρες (94,2%), προχωρημένης ηλικίας (81% συνταξιούχοι) και πρώην καπνιστές (58,7%), με το 87,7% να αναφέρουν την παρουσία τουλάχιστον ενός συνοδού νοσήματος για το οποίο λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή³⁰². Σε μελέτη των Mitonas et al που διενεργήθηκε σε 200 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΧΑΠ για μια περίοδο 12 μηνών διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες αντιπροσωπεύουν το 70% του δείγματος, με την αρτηριακή πίεση και άλλα καρδιαγγειακά νοσήματα να αποτελούν τις συχνότερες συνοδές νόσους. Επίσης, το 88,5% ήταν νυν καπνιστές και το 88% κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ³⁰³. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα ευρήματα, το κάπνισμα αποτελεί παραδοσιακά βασικό παράγοντα κινδύνου για τα πνευμονολογικά νοσήματα, ιδιαίτερα όσον αφορά τη ΧΑΠ. Οι Filippidis et al κατέγραψαν ότι το 81,3% των ασθενών με ΧΑΠ κάπνιζαν πριν ή ακόμα και μετά τη διάγνωση πάνω από 15 συνεχόμενα χρόνια³⁰⁴, ενώ στη μελέτη των Mitsiki et al αναφέρεται ότι μόνο περίπου το 10% δεν έχουν καπνίσει ποτέ²⁹².

Εκτός του καπνίσματος, η προχωρημένη ηλικία συνεχίζει να αποτελεί χαρακτηριστικό των ασθενών με ΧΑΠ κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης, τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες, με ελάχιστες διαφορές να εντοπίζονται κατά την τελευταία δεκαετία. Παραδειγματικά, πριν την κρίση η μέση ηλικία ήταν τα 71 έτη²⁹¹ και μετά την κρίση τα 68²⁹², αν και οι εν λόγω διαφοροποιήσεις μπορούν να αποδοθούν στα διαφορετικά δείγματα ασθενών που χρησιμοποιούνται στις σχετικές μελέτες, καθώς και στις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις που υιοθετούνται. Τούτου λεχθέντος, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης έχει βρεθεί ότι η μέση ηλικία των ασθενών με ΧΑΠ είναι τα 68 έτη, με το 71,3% να αποτελείται από άνδρες²⁹⁵.

Όσον αφορά το φύλο, δεν έχει σημειωθεί κάποια σημαντική διαφοροποίηση στα χρόνια της κρίσης, καθώς ο επιπολασμός της ΧΑΠ είναι σημαντικά υψηλότερος στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες. Σε έρευνα των Tzanakis et al το 2004, είχε βρεθεί ότι το 73,3% των ασθενών με ΧΑΠ στην Ελλάδα είναι άνδρες, με τον αντίστοιχο επιπολασμό βάσει φύλου να υπολογίζεται στο 11,6% για τους άνδρες και στο 4,8% για τις γυναίκες²³. Σε ανάλογα ευρήματα κατέληξαν και οι Sichletidis et al ένα χρόνο μετά, οι οποίοι κατέδειξαν ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΧΑΠ στη Βόρεια Ελλάδα είναι 8,2% για τους άνδρες και 2,5% για τις γυναίκες²⁹⁰. Μετά την οικονομική κρίση, η τάση αυτή δεν φαίνεται να αλλάζει, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι ο λόγος των ανδρών προς τις γυναίκες ασθενείς με ΧΑΠ είναι 2,5:1²⁹². Σε άλλη έρευνα στην κεντρική Ελλάδα (Θεσσαλία) επίσης βρέθηκε ότι οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν μόνο το 12,5% του συνόλου των ασθενών με ΧΑΠ²⁹¹. Παράλληλα, στα χρόνια της κρίσης έχουν καταγραφεί και ορισμένες διαφοροποιήσεις στο προφίλ ανδρών και γυναικών ασθενών. Συγκεκριμένα, στη μελέτη των Παραϊοαννου et al καταγράφηκε ότι οι γυναίκες διαγιγνώσκονται σε πιο αρχικό στάδιο της ΧΑΠ και έχουν αυξημένα ποσοστά συννοσηρότητας. Επίσης, είναι νεότερες από τους άνδρες και επισκέπτονται συχνότερα τα εξωτερικά ιατρεία²⁹³.

Επίσης σε πανελλαδική μελέτη διαπιστώθηκε ότι η συννοσηρότητα, η σοβαρότητα της νόσου και ο βαθμός συμμόρφωσης με τις θεραπευτικές κατευθύνσεις αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση παροξύνσεων, τη νοσηλεία και την εισαγωγή στις ΜΕΘ των ελληνικών νοσοκομείων, με το 45% των ασθενών να αναφέρουν ότι ξεχνούν τα λάβουν τα

φάρμακά τους συστηματικά και το 81% ότι προτιμούν μια φαρμακευτική αγωγή μικρότερης συχνότητας στη δοσολογία²⁹⁵. Ωστόσο, εκτός της παραπάνω μελέτης, δεν υπάρχουν άλλα στοιχεία αναφορικά με το κοινωνικοδημογραφικό υπόβαθρο των πνευμονολογικών ασθενών στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Σε παλιότερη μελέτη των Tsara et al σε δείγμα 85 ασθενών με ΧΑΠ και υποξαιμία που υποβάλλονταν σε χρόνια οξυγονοθεραπεία βρέθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς ήταν μέτριου ή χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (συνταξιούχοι, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, χαμηλό εισόδημα). Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών είναι περιορισμένη, ιδιαίτερα όσον αφορά τη σωματική λειτουργικότητα, η οποία εξαρτάται σημαντικά από τη σοβαρότητα της δύσπνοιας και την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή³⁰⁵. Σε διεθνείς έρευνες έχει αναδειχθεί μια σχέση μεταξύ διάφορων κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών και της συχνότητας εμφάνισης ή εξέλιξης της ΧΑΠ. Για παράδειγμα, έχει καταγραφεί ότι το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο σχετίζεται άμεσα με τον επιπολασμό, τη θνησιμότητα, τα κόστη χρήσης των υπηρεσιών υγείας και την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ. Παρόμοιες διαπιστώσεις ισχύουν και για άλλα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, όπως συμβαίνει στο ΒΑ, για το οποίο έχει διαπιστωθεί αντίστροφη σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικού στάτους και πιθανότητας νοσηλείας³⁰⁶. Επίσης, σε μελέτη των Lewer et al βρέθηκε ότι η καπνιστική συνήθεια συσχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας λόγω καρκίνου του πνεύμονα ή ΧΑΠ για τους ασθενείς χαμηλότερου εισοδήματος και εκπαιδευτικού επιπέδου³⁰⁷. Αντίστοιχα, έχει αναφερθεί ότι τα αποτελέσματα υγείας στους ασθενείς με ΧΑΠ εξαρτώνται σημαντικά από την ηλικία και το κοινωνικοεισοδηματικό προφίλ, κυρίως λόγω των διαφορών που παρατηρούνται στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και σε κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή³⁰⁸. Ομοίως, σε μελέτη των Eisner et al διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς χαμηλότερου εισοδήματος διαγιγνώσκονται σε σοβαρότερα στάδια της ΧΑΠ και, έτσι, είναι πιθανότερο να νοσηλευτούν³⁰⁹.

4.2.3 Πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας

Η οικονομική κρίση και η πολιτική λιτότητας που εφαρμόστηκε στην Ελλάδα είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση των δαπανών για την υγεία, οδηγώντας σε

συρρίκνωση του νοσοκομειακού κλάδου, ιδιαίτερα για τον οποίο η υποστελέχωση είχε αρνητικές επιπτώσεις στη διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα των ασθενών στις υπηρεσίες φροντίδας και υγειονομικής περίθαλψης²⁷⁶. Παράλληλα, η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των ασθενών περιόρισε την οικονομική τους δυνατότητα όσον αφορά την πρόσβαση στις σχετικές υπηρεσίες υγείας²⁸⁰. Βέβαια, αυτό δεν είναι ένα αποκλειστικά ελληνικό φαινόμενο, καθώς έχει ιστορικά παρατηρηθεί ότι σε περιόδους κρίσης καταγράφονται δραματικές αλλαγές στο κοινωνικό κράτος, συμπεριλαμβανομένης της προσβασιμότητας των ασθενών στη φροντίδα, όπως χαρακτηριστικά συνέβη στην περίπτωση του Μεξικό στις δεκαετίες του 1980 και 1990³¹⁰ αλλά και πρόσφατα σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες εκτός Ελλάδας³¹¹. Το ζήτημα της περιορισμένης πρόσβασης καθίσταται ακόμα σημαντικότερο για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, όπως η ΧΑΠ, οι οποίοι αποτελούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα με αυξημένες ανάγκες φροντίδας που συχνά δεν ικανοποιούνται πλήρως³¹².

Όσον αφορά την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους πνευμονολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα στα χρόνια της κρίσης, τα διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα είναι λίγα αλλά χαρακτηριστικά της κατάστασης στην οποία έχει περιέλθει το σύστημα υγείας σε όρους ισότητας και ποιότητας. Σε έρευνα των Kyriopoulos et al το 2013, στην οποία συμμετείχαν 1.594 χρόνια ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, Αλτσχάιμερ και ΧΑΠ, διαπιστώθηκε ότι το 25% εξ αυτών αντιμετωπίζουν σημαντικά γεωγραφικά εμπόδια πρόσβασης, ενώ το 63,5% και το 58,5% αντιμετωπίζουν οικονομικά και χρονικά εμπόδια (περιορισμένο εισόδημα και μεγάλες λίστες αναμονής, αντίστοιχα). Μάλιστα, οι άνεργοι και οι ασθενείς χαμηλότερου εισοδήματος και εκπαιδευτικού επιπέδου είναι πιθανότερο να αντιμετωπίζουν περισσότερα οικονομικά εμπόδια, ενώ για τα γεωγραφικά εμπόδια υψηλότερος κίνδυνος παρουσιάζεται για τις γυναίκες, τους ασθενείς χαμηλού εισοδήματος και αυτούς που έχουν φτωχότερη κατάσταση υγείας. Ομοίως, τα χρονικά εμπόδια είναι σημαντικότερα για τους άνεργους και αυτούς που έχουν χαμηλό εισόδημα ή εργάζονται ως υπάλληλοι³¹³.

Πράγματι, το χαμηλό εισόδημα αποτελεί σημαντικό εμπόδιο πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας³¹⁴, ενώ υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζεται τόσο με υψηλότερο εισόδημα λόγω της ικανότητας του ατόμου να βρει ικανοποιητική

εργασία όσο και με βελτιωμένη πρόσβαση σε πληροφόρηση που σχετίζεται με την πρόληψη και τη θεραπεία³¹⁵. Εκτός αυτού, έχει υποστηριχθεί ότι ασθενείς με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν ισχυρότερα κοινωνικά δίκτυα, γεγονός που μειώνει τα οικονομικά εμπόδια και διευκολύνει την πρόσβαση στη φροντίδα³¹⁶. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι το κοινωνικοοικονομικό προφίλ, ιδιαίτερα όσον αφορά το εισόδημα, την εκπαίδευση και το επάγγελμα, συσχετίζεται με τον επιπολασμό των χρόνιων νόσων και τις δυνατότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας³¹⁷.

Σε μια παρόμοια έρευνα των Skroumpelos et al, το 2013 που διενεργήθηκε κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα σε δείγμα 1.200 ασθενών που πάσχουν από υπέρταση, διαβήτη και ΧΑΠ, βρέθηκε ότι η ικανοποίηση των αναγκών φροντίδας από τους ασθενείς προήλθε από την αύξηση των out-of-pocket πληρωμών και τις μεγάλες περικοπές που έγιναν σε οικογενειακές δαπάνες για βασικά προϊόντα και υπηρεσίες, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι η περιστολή των δαπανών υγείας οδήγησε σε αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης και μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης. Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι στη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ πραγματοποίησαν τις μεγαλύτερες out-of-pocket πληρωμές για φαρμακευτικές θεραπείες συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες ασθενών, καθώς και πως η αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας επιδεινώθηκε μεταξύ 2012 και 2013 για το σύνολο του δείγματος³¹⁸. Με το φαρμακολογικό κόστος της ΧΑΠ στην Ελλάδα της κρίσης ασχολήθηκαν και οι Stafyla et al, το 2014-2015, χρησιμοποιώντας δείγμα 189 ασθενών και βρίσκοντας ότι το ετήσιο κόστος της θεραπείας συντήρησης ανά ασθενή είναι €952,92, εκ των οποίων τα €239,91 επιβαρύνουν τον ίδιο τον ασθενή. Επίσης, στην έρευνα διαπιστώθηκε ότι το κόστος αυτό είναι σημαντικά υψηλότερο για τους ασθενείς σε πιο προχωρημένο στάδιο, καθώς βάσει της σταδιοποίησης της νόσου κυμαίνεται από €615,44 μέχρι €1302,03, όπως για τους ασθενείς με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης παροξυσμών και νοσηλείας³⁰².

Οι ασθενείς με ΧΑΠ, οι οποίοι συνήθως είναι προχωρημένης ηλικίας και, άρα, συνταξιούχοι, αναγκάζονται να πληρώσουν ένα σημαντικό ποσοστό του εισοδήματός τους για φάρμακα, ενώ λαμβάνοντας υπόψη τα υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας, είναι εύλογο ότι οι δαπάνες για την υγεία τους είναι ιδιαίτερα αυξημένες³⁰². Σημαντικό είναι, επίσης, να σημειωθεί ότι οι out-of-pocket πληρωμές

επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, οδηγώντας σε πολλές περιπτώσεις σε μειωμένη χρήση βασικής φαρμακευτικής αγωγής, η οποία με τη σειρά της συνδέεται με σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες και περαιτέρω αύξηση του κόστους λόγω επιπλοκών της νόσου³¹⁹. Πράγματι, σε έρευνα των Minas et al διαπιστώθηκε ότι η συμμόρφωση των ασθενών με ΧΑΠ στη θεραπεία είναι χαμηλή³²⁰, με παρόμοια ευρήματα να καταγράφονται και στη μελέτη των Mitsiki et al, όπου βρέθηκε ότι μόνο το ήμισυ σχεδόν των ασθενών δεν ξεχνάει ποτέ να πάρει τα φάρμακά του²⁹². Ομοίως, έχει βρεθεί ότι οι χρόνια πάσχοντες ασθενείς στην Ελλάδα της κρίσης λαμβάνουν μικρότερες δόσεις επειδή δεν είναι σε θέση να καλύψουν το κόστος της αγωγής, κάτι που ισχύει και για τους ασθενείς με ΧΑΠ ή ΒΑ, εκ των οποίων το 46% έχει μειώσει τις δόσεις ή χρησιμοποιεί παρόμοιο φάρμακα που ελάμβανε στο παρελθόν ³²¹. Είναι, λοιπόν, σαφές ότι η φτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία μπορεί να έχει κρίσιμες μακροχρόνιες συνέπειες για τους ασθενείς με αναπνευστικές νόσους, με το πρόβλημα αυτό να εντείνεται σε περιπτώσεις παρουσίας συνοδών νοσημάτων³²².

Παράλληλα, το μειωμένο εισόδημα των ασθενών έχει αποτέλεσμα μια αντίστοιχη μείωση του αριθμού των επισκέψεων σε γιατρό²⁸⁸. Ένα σημαντικό ποσοστό πνευμονολογικών ασθενών που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να επισκεφτούν γιατρό συχνά λαμβάνουν αγωγή που έχει συνταγογραφηθεί μήνες πριν, με αποτέλεσμα να παίρνουν μικρότερες δόσεις εισπνεόμενων φαρμάκων, αυξάνοντας τον κίνδυνο επιπλοκών ή παροξυσμών³⁰². Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε αύξηση του θεραπευτικού κόστους³²³. Επιπλέον, είναι συχνό για τους ασθενείς αυτούς να επισκέπτονται γιατρό μόνο σε περίπτωση παροξυσμού και όταν πιθανόν απαιτείται εισαγωγή σε νοσοκομείο, ενώ η μείωση των επισκέψεων είναι μεγαλύτερη για ασθενείς που διαμένουν σε απομακρυσμένες περιοχές, καθώς συχνά προτιμούν να αγοράσουν μόνοι τους τα φάρμακα λόγω του κόστους μετακίνησης. Σε έρευνα των Souliotis et al το 2012 διαπιστώθηκε ότι οι ασφαλισμένοι ασθενείς που λαμβάνουν αγωγή για τη ΧΑΠ στην Ελλάδα είναι 174.357, αντιστοιχώντας σε ποσοστό 1,75% του συνολικού ασφαλισμένου πληθυσμού, ενώ ο επιπολασμός της νόσου είναι σημαντικά μεγαλύτερος, όπως έχει προαναφερθεί. Αυτό σημαίνει ότι στην πραγματικότητα μόνο ένα μικρό ποσοστό των ασθενών με ΧΑΠ λαμβάνουν θεραπεία που αποζημιώνεται από το ασφαλιστικό

τους ταμείο³²⁴.

Προβληματική είναι και η πρόσβαση των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα, δεδομένου ότι πολλά περιστατικά παραμένουν αδιάγνωστα²⁹⁴. Πράγματι, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης διαπιστώθηκαν σημαντικές ελλείψεις στα κέντρα υγείας της περιφέρειας όσον αφορά τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, και βρέθηκε ότι μόνο το 4,6% των γιατρών διαθέτουν σπιρόμετρα που μπορούν να χρησιμοποιήσουν για τη διάγνωση της ΧΑΠ και άλλων αναπνευστικών προβλημάτων³²⁵. Σε άλλη μελέτη επισημαίνεται το ζήτημα της ανισόρροπης διασποράς των πνευμονολόγων στην ελληνική περιφέρεια, με την αντίστοιχη κατανομή να μην λαμβάνει υπόψη τους σχετικούς παράγοντες κινδύνου²⁹². Σε ανάλογες διαπιστώσεις οδηγήθηκαν και οι Rachiotis et al, οι οποίοι αναφέρουν το ζήτημα της ανεπαρκούς στελέχωσης του ΕΣΥ με ειδικούς πνευμονολόγους που συνδυάζεται με ανεπάρκεια του απαραίτητου διαγνωστικού εξοπλισμού³²⁶. Παράλληλα, ο αποκλεισμός ενός σημαντικού ποσοστού του γενικού πληθυσμού από τη δημόσια ασφάλιση κατά τα χρόνια της κρίσης έχει αναδείξει το καίριο ζήτημα της ελλιπούς προσβασιμότητας των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, γεγονός που έχει κρίσιμες κλινικές επιπτώσεις στη διάγνωση και θεραπεία της ΧΑΠ³²⁴.

Η υποδιάγνωση και περιορισμένη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, δεδομένων των προβλημάτων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των περιστατικών οξέων παροξύνσεων που οδηγούν σε νοσηλεία και έχουν μείζονες οικονομικές συνέπειες³²⁷. Σύμφωνα με μελέτη των Geitona et al, περίπου το ήμισυ των παροξύνσεων στη ΧΑΠ είναι οξείς, για κάθε μία εκ των οποίων το κόστος νοσηλείας και θεραπευτικής διαχείρισης υπολογίζεται στα €1.711, εκ των οποίων μόνο τα €621 αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Επίσης, το κόστος αυτό αυξάνεται γραμμικά στις περιπτώσεις που η νόσος είναι προχωρημένη, καθώς υπολογίζεται στα €2.600 για τους ασθενείς του σταδίου IV και στα €1.400 για τα στάδια I, II και III³²⁸. Σε άλλη έρευνα έχει εκτιμηθεί ότι το ετήσιο άμεσο κόστος ανά ασθενή στη ΧΑΠ, συμπεριλαμβανομένου του κόστους παροξύνσεων, νοσηλείας και φαρμακευτικής θεραπείας, ισούται με €2.810, ενώ συνυπολογίζοντας το έμμεσο κόστος σε όρους απώλειας παραγωγικότητας και ημερών εργασίας, η συνολική επιβάρυνση της ΧΑΠ στην Ελλάδα ανέρχεται πλέον

στα €4.730 ανά ασθενή³²⁹. Είναι, επίσης, σαφές ότι η επιβάρυνση αυτή αυξάνεται όχι μόνο με τη σταδιοποίηση της νόσου αλλά και με την αύξηση των νοσηλειών, ιδιαίτερα στις ΜΕΘ³¹⁸. Σε μελέτη των Stafyla et al που διενεργήθηκε την περίοδο της οικονομικής κρίσης βρέθηκε ότι περίπου το ήμισυ των ασθενών με παροξύνσεις μέτριας έως υψηλής σοβαρότητας απαιτεί νοσηλεία, ενώ σε αυτό συμβάλλει και η μη ρυθμιζόμενη λήψη φαρμακευτικής αγωγής³³⁰.

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός αυτής της διδακτορικής διατριβής είναι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης υγείας ασθενών με χρόνια (ΧΑΠ, άσθμα) αλλά και οξέα (πνευμονία, λοιμώξεις αναπνευστικού) αναπνευστικά νοσήματα, που νοσηλεύονται σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Επίσης η διερεύνηση της προσδοκίας, της αντιληπτής ποιότητας και κατά επέκταση της ικανοποίησης από τη νοσοκομειακή φροντίδα αυτών των ασθενών σε συνάρτηση με τα κοινωνικοοικονομικά τους χαρακτηριστικά -με έμφαση στην οικονομική τους δυνατότητα-σε συνθήκες οικονομικής λιτότητας.

Αυτό θα επιτρέψει τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών τόσο μέσα στο πλαίσιο της δημοσιονομικής πειθαρχίας όσο και μετά το τέλος της οικονομικής κρίσης.

5.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 202 ασθενείς που νοσηλεύονταν ως εσωτερικοί ασθενείς στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Λάρισας στην Πνευμονολογική Κλινική από το Φεβρουάριο του 2016 έως και το Δεκέμβριο του 2018. Από αυτούς οι 111 ασθενείς έπασχαν από χρόνια αναπνευστικό νόσημα και οι 91 από οξύ. Πιο συγκεκριμένα στα χρόνια νοσήματα εντάχθηκαν 71 ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και 40 με Βρογχικό Άσθμα (ΒΑ). Στα οξέα νοσήματα εντάχθηκαν 75 ασθενείς με πνευμονία και 16 από λοίμωξη του αναπνευστικού. Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη, με διαδοχική εισαγωγή των υποκειμένων της έρευνας.

Τα κριτήρια συμμετοχής στη μελέτη ήταν τα εξής :

1. Ο ασθενής να πάσχει από χρόνια (ΧΑΠ, ΒΑ) ή οξύ (πνευμονία, λοίμωξη αναπνευστικού) αναπνευστικό νόσημα .
2. Να νοσηλεύεται τουλάχιστον τρεις (3) ημέρες πριν από τη λήψη των στοιχείων.
3. Να έχει ηλικία ίση ή μεγαλύτερη των 18 ετών.
4. Να μην πάσχει ο ασθενής από άνοια ή κάποιο σοβαρό ψυχιατρικό νόσημα.

5. Ο ασθενής να έχει καλή δυνατότητα επικοινωνίας και συνομιλίας στην ελληνική γλώσσα, ιδανικά να μπορεί και να διαβάσει.
6. Να επιθυμεί την συμμετοχή του στην έρευνα. Εντάχθηκαν οι ασθενείς που μετά την ενημέρωσή τους συναίνεσαν στην συμμετοχή τους, αφού τους τονίστηκε ότι διατηρούν το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν σε οποιοδήποτε σημείο της διαδικασίας. Ο κάθε ασθενής υπέγραψε ειδικό έντυπο συναίνεσης.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και η συμπλήρωση του έγινε με τη χρήση της δομημένης συνέντευξης όπου ο ασθενής δυσκολευόταν να το συμπληρώσει μόνος (λόγω βαρύτητας της κατάστασής του, λόγω μορφωτικού επιπέδου κ.α.). Η πλειοψηφία των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε με συνέντευξη. Ήταν κάτι που έδειξαν να το προτιμούν οι ασθενείς. Η συνεντεύκτρια ήταν η ίδια η ερευνήτρια η οποία και δεν είναι μέλος του Προσωπικού του Νοσοκομείου. Για το σκοπό αυτό η προσέγγιση των ασθενών έγινε με πολιτική ενδυμασία. Επιπρόσθετα δεν υπήρξε ποτέ καμία εμπλοκή της στην παροχή φροντίδας, ενώ κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρχε η παράκληση προς το προσωπικό να μην εισέρχεται στο θάλαμο. Όλα αυτά βοήθησαν στην αμεροληψία, αλλά μαζί και με το ανώνυμο του ερωτηματολογίου εξασφάλισαν την όσο το δυνατόν ελεύθερη έκφραση της γνώμης των ερωτώμενων. Η συνεντεύκτρια ενέπνεε εμπιστοσύνη στον ερωτώμενο, φιλικότητα αλλά εξέφραζε και την αληθινή της περιέργεια να μάθει την άποψη του ασθενή και να την καταγράψει. Αυτά αποτελούν προϋποθέσεις μεγαλύτερης αξιοπιστίας, σύμφωνα με όσα υποστηρίζει ο Kitwood³³¹.

Ο χρόνος που χρειάστηκε για τη συμπλήρωση του κάθε ερωτηματολογίου κυμάνθηκε περίπου στα 45 λεπτά, ενώ κάποιες φορές έφτασε και την μία ώρα. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε κυρίως κατά τις απογευματινές ώρες μετά από συνεννόηση με τον κο Γουργουλιάνη επιβλέποντα καθηγητή και Διευθυντή της Κλινικής, προκειμένου να μην παρεμποδίζεται η λειτουργία της κλινικής. Στον εντοπισμό των ασθενών που θα μπορούσαν να ενταχθούν στην έρευνα βοήθησαν την ερευνήτρια οι γιατροί που εφημέρευαν στην κλινική και γνώριζαν το ιατρικό ιστορικό των ασθενών. Η διαδικασία της συλλογής των ερωτηματολογίων προχώρησε πολύ αργά καθώς πολλές φορές ασθενείς που

συγκέντρωναν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα, στην πραγματικότητα δεν επιλέχθηκαν καθώς ήταν πολύ ταλαιπωρημένοι και αδύναμοι λόγω της βαρύτητας της κατάστασής τους, κ.α.

Το ερωτηματολόγιο που κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες έχει πέντε τμήματα :

A. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, την διάγνωση εισόδου, καθώς και κάποιες λεπτομέρειες τόσο για την τωρινή νοσηλεία όσο και προηγούμενων νοσηλείων.

B. Το δεύτερο τμήμα αποτέλεσε η κλίμακα EQ-5D-3L, μια σύντομη κλίμακα μέτρησης της ποιότητας ζωής . Η συγκεκριμένη κλίμακα περιλαμβάνει δύο μέρη : το πρώτο μέρος έχει πέντε διαστάσεις (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συνήθειες δραστηριότητες, πόνος/δυσφορία, άγχος/θλίψη, με τρεις διαβαθμίσεις σε κάθε διάσταση, ενώ στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται μια οπτική αναλογική κλίμακα (EQ-VAS), με το λεγόμενο «θερμόμετρο υγείας» η οποία λαμβάνει τιμές από το μηδέν (χειρίστη αντιληπτή υγεία) μέχρι και το 100 (άριστη αντιληπτή υγεία).

Γ. Το SF-36 είναι μια πολύ καλά εδραιωμένη κλίμακα που μετρά την ποιότητα ζωής αλλά και την κατάσταση υγείας μέσα από 36 ερωτήσεις που στην ουσία καταλήγουν σε οκτώ διαστάσεις :(1) σωματική λειτουργικότητα (physical-functioning – PF), (2) σωματικός ρόλος (role-physical – RP), (3) σωματικός πόνος (bodily pain – BP), (4) γενική υγεία (general health – GH), (5) ζωτικότητα (vitality – VT), (6) κοινωνική λειτουργικότητα (social functioning – SF), (7) συναισθηματικός ρόλος (role-emotional – RE), και (8) ψυχική υγεία (mental health – MH).

Δ. Την κλίμακα EPSS (Elderly Patient Satisfaction Scale) που αναπτύχθηκε από το Δρ. Ραφτόπουλο. Πρόκειται για μια κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης από τη φροντίδα η οποία περιλαμβάνει 26 σημεία –ερωτήσεις. Ο ασθενής καλείται να απαντήσει τέσσερις φορές στο ίδιο ερώτημα :

Την πρώτη φορά εκφράζοντας την προσδοκία του «περιμένω όταν μπαίνω στο νοσοκομείο να...». Οι απαντήσεις δίνονται σε 6βαθμη κλίμακα Likert, όπου 0 (αδιάφορος), έως 5 (συμφωνώ απόλυτα)

Την δεύτερη την εκλειφθείσα ποιότητα «πόσο σημαντικό είναι για εσάς να....». Ο ασθενής απαντά σε 8βαθμη κλίμακα Likert από 0 (αδιάφορος), έως 7 (πάρα πολύ

σημαντικό).

Την τρίτη φορά την εκλειφθείσα απόδοση εάν «συνέβη» αυτό που ρωτήθηκε. Οι απαντήσεις ήταν ΝΑΙ, ΟΧΙ και ΔΕΝ ΞΕΡΩ

και τέλος την τέταρτη φορά ο ασθενής απαντά στο πόσο ικανοποιημένος έμεινε από τη νοσοκομειακή φροντίδα που έλαβε «πώς αισθάνεστε από...». Οι απαντήσεις δίνονται σε 8βαθμη κλίμακα Likert από 0 (αδιάφορος), έως 7 (πάρα πολύ ικανοποιημένος).

Ε. Την κλίμακα FAS (Financial Ability Scale), που αναπτύχθηκε για να εκτιμηθεί η οικονομική δυνατότητα των συμμετεχόντων. Περιλαμβάνει 12 στοιχεία και ανιχνεύει την δυνατότητα των ερωτώμενων να ανταποκριθούν οικονομικά σε 12 ανάγκες της καθημερινότητας. Οι ανάγκες αυτές αφορούν την δυνατότητα να καλυφθούν βασικές ανάγκες όπως η διατροφή, προμήθεια φαρμάκων πληρωμή λογαριασμών κ.α. αλλά και επιπρόσθετων όπως τη χρήση οικιακής βοηθού, η αποταμίευση, η δυνατότητα να κάνει ο ερωτώμενος ταξίδια, να βοηθά οικονομικά τα παιδιά του κ.α. Είναι βαθμολογημένη με κλίμακα Likert από 1 (καθόλου δυνατότητα) έως 5 (πολύ καλή δυνατότητα). Η κλίμακα έχει υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας.

Η εγκυρότητα ερωτηματολογίου αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένα ερωτηματολόγιο μετρά αυτό το οποίο έχει σχεδιαστεί για να μετρήσει.

Οι όψεις της εγκυρότητας ενός ερωτηματολογίου που συνήθως εξετάζονται είναι:

- Εγκυρότητα προσώπου : Στην αξιολόγηση εγκυρότητας προσώπου ζητείται από έμπειρους ερευνητές να αξιολογήσουν την ευκολία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και τη δυνατότητα κατανόησης των ερωτήσεων από τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται. Για το παρόν ερωτηματολόγιο αυτό πραγματοποιήθηκε από πάνελ έμπειρων ερευνητών.
- Εγκυρότητα περιεχομένου (content validity): Η εγκυρότητα περιεχομένου αναφέρεται στην επάρκεια των στοιχείων του ερωτηματολογίου, έτσι ώστε αυτό να υποστηρίζεται εννοιολογικά. Ο ερευνητής πρέπει να ξεκινά αυτή τη διαδικασία κάνοντας την ερώτηση στον εαυτό του «κατά πόσον ένας άλλος ερευνητής που θα χρησιμοποιήσει το ίδιο ερωτηματολόγιο θα ήταν πιθανό να λάβει τις ίδιες απαντήσεις ή την ίδια βαθμολογία;» και γι αυτό θα πρέπει να κάνει μια πιλοτική μελέτη για να το δοκιμάσει το ερωτηματολόγιο. Η εξασφάλιση της εγκυρότητας

αυτής στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε με τον πιλοτικό έλεγχο σε ειδικά επιλεγμένο πληθυσμό 30 ασθενών. Οι συμμετέχοντες σε πιλοτικό έλεγχο έγραψαν σχόλια για κάθε ερώτηση σχετικά με τη σαφήνεια της έννοιας που εμπεριείχονταν στην κάθε πρόταση. Ακολούθησαν πολύ μικρές αλλαγές στη διατύπωση.

5.3. Στατιστική ανάλυση

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες IBM-SPSS 25. Προηγήθηκε κωδικοποίηση των απαντήσεων. Οι στατιστικές δοκιμασίες που επιλέχθηκαν είναι οι ακόλουθες:

1. η δοκιμασία χ^2 που χρησιμοποιείται για να ελεγχθεί αν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά τα ποσοστά δυο κατηγορικών μεταβλητών.
2. η δοκιμασία student's t-test που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς των μεταβλητών στις μέσες τιμές τους.
3. η δοκιμασία ANOVA, η οποία επιχειρεί να αναδείξει την επίδραση των κατηγορικών ανεξάρτητων μεταβλητών (που ονομάζονται παράγοντες) σε μια διαστημική εξαρτημένη μεταβλητή.
4. Η ανάλυση παλινδρόμησης, η οποία χρησιμοποιείται προκειμένου να προβλέψει την διακύμανση σε μια συνεχή εξαρτημένη μεταβλητή, η οποία οφείλεται σε γραμμικούς συνδυασμούς συνεχών, κατηγορικών, διχοτομημένων ή εικονικών ανεξάρτητων μεταβλητών (είναι κατηγορικές μεταβλητές που θεωρούνται ως χωριστές μεταβλητές και συνήθως κωδικοποιούνται με 1 εάν υπάρχει και 0 εάν δεν υπάρχει).
5. η ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ δυο μεταβλητών. Οι συσχετίσεις μας είναι στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο .05.
6. Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση κυρίων συνιστωσών που είναι η πιο συχνή μορφή παραγοντικής ανάλυσης που χρησιμοποιεί γραμμικό συνδυασμό των μεταβλητών, τέτοιον ώστε να εξάγεται η μεταβλητή με την μεγαλύτερη διακύμανση.

Προκειμένου για την επιλογή της κατάλληλης στατιστικής δοκιμασίας προηγήθηκε έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών και πιο συγκεκριμένα, της μηδενικής υπόθεσης ότι τα δεδομένα ακολουθούν την κανονική κατανομή. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05 ή 5%. Για τον έλεγχο λοιπόν της

κανονικότητας διεξήχθη η δοκιμασία κανονικότητας των Kolmogorov-Smirnov.
Για τον υπολογισμό της εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

6.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 1, η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος ήταν άνδρες (57,4%) ενώ τα δυο τρίτα ήταν ηλικιωμένοι. Μόλις το ένα τέταρτο ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 70% ήταν έγγαμοι ενώ η πλειοψηφία είχε πάνω από ένα παιδιά. Το 98% ήταν ελληνικής καταγωγής, το 95% ασφαλισμένοι στον ΕΦΚΑ και το 85% ζει με την οικογένειά του. Αναφορικά με τον τόπο κατοικίας, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι διαμένουν στο Δήμο της Λάρισας και στο υπόλοιπο του Νομού Λάρισας.

Πίν 1: Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Μεταβλητή	N	%
Φύλο		
Άνδρας	116	57,4
Γυναίκα	86	42,6
Ηλικιακή ομάδα		
16-20	1	,5
21-25	1	,5
26-30	8	4,0
36-40	6	3,0
41-45	5	2,5
46-50	8	4,0
51-55	5	2,5
56-60	12	5,9
61-65	20	9,9
66-70	22	10,9
71-80	67	33,2
81-85	27	13,4
>86	20	9,9
Εκπαίδευση		
Αναλφάβητος	26	12,9
Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	21,8
Πρωτοβάθμια	82	40,6
Δευτεροβάθμια	31	15,3
Τριτοβάθμια	17	8,4
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	2	1,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Ανύπαντρος	16	7,9
Παντρεμένος	142	70,3
Χωρισμένος	5	2,5
Χήρος	38	18,8
Συμβίωση	1	,5

Πίν 1: Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος (συνέχεια)

Μεταβλητή	N	%
Παιδιά		
Κανένα	18	8,9
1	14	6,9
2	118	58,4
3	38	18,8
4	14	6,9
Εθνικότητα		
Ελληνική	198	98,0
Άλλο	4	2,0
Ασφαλιστικός φορέας		
ΕΦΚΑ	192	95,0
Άλλο	2	1,0
Ανασφάλιστος	8	4,0
Κατοικία με		
Οικογένεια	172	85,1
Σύντοφος	3	1,5
Ίδρυμα	1	,5
Συγγενείς	1	,5
Γονείς	2	1,0
Μόνος	23	11,4
Κατοικία		
Δήμος Λάρισας	75	37,1
Υπόλοιπο Νομού Λάρισας	83	41,1
Περιφέρεια Θεσσαλίας	41	20,3
Εκτός Θεσσαλίας	3	1,5

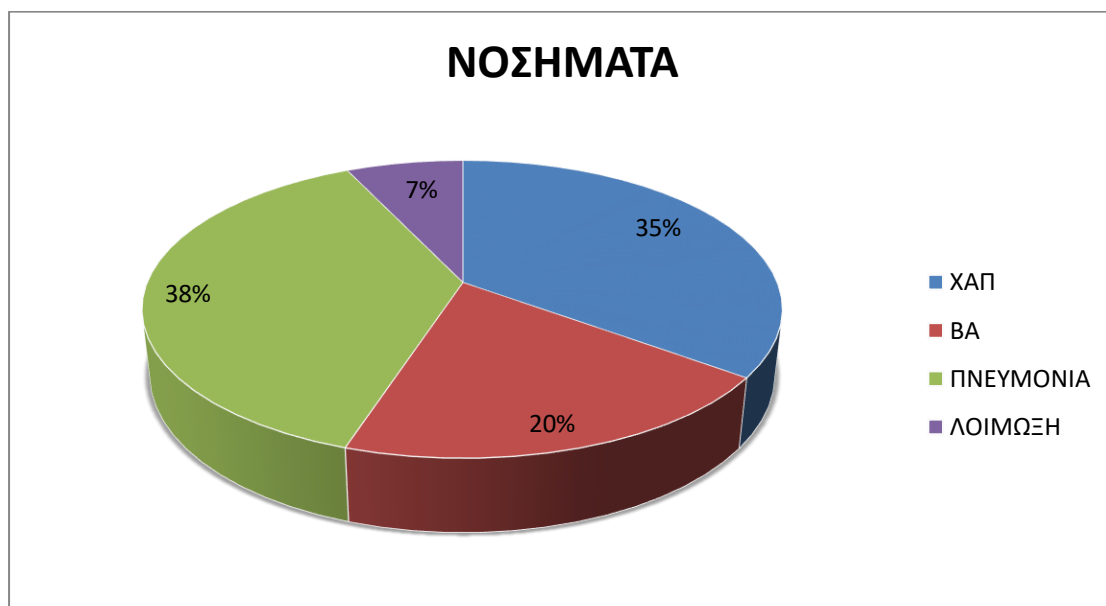
Χαρακτηριστικά της νόσου και της νοσηλείας

Για λόγους σύγκρισης, οι διαγνώσεις λοίμωξη του αναπνευστικού και η πνευμονία ομαδοποιήθηκαν σε ΟΞΥ πρόβλημα υγείας και η ΧΑΠ και το βρογχικό άσθμα σε ΧΡΟΝΙΟ πρόβλημα υγείας. Όπως φαίνεται στον πίνακα 2, το 55% των ασθενών αντιμετωπίζει χρόνιο πρόβλημα υγείας ενώ το 45% από οξύ. Πιο συγκεκριμένα (Γραφ. 1) στο σύνολο του δείγματος το 35% πάσχει από ΧΑΠ, το 20% από βρογχικό άσθμα, το 38% από πνευμονία και το υπόλοιπο 7% από λοίμωξη του αναπνευστικού.

Πίν. 2: Διάγνωση εισόδου

Διάγνωση εισόδου	N	%
Χρόνιο πρόβλημα	111	55
Οξύ πρόβλημα	91	45
Σύνολο	202	100

Γράφημα 1 : Κατανομή νοσημάτων



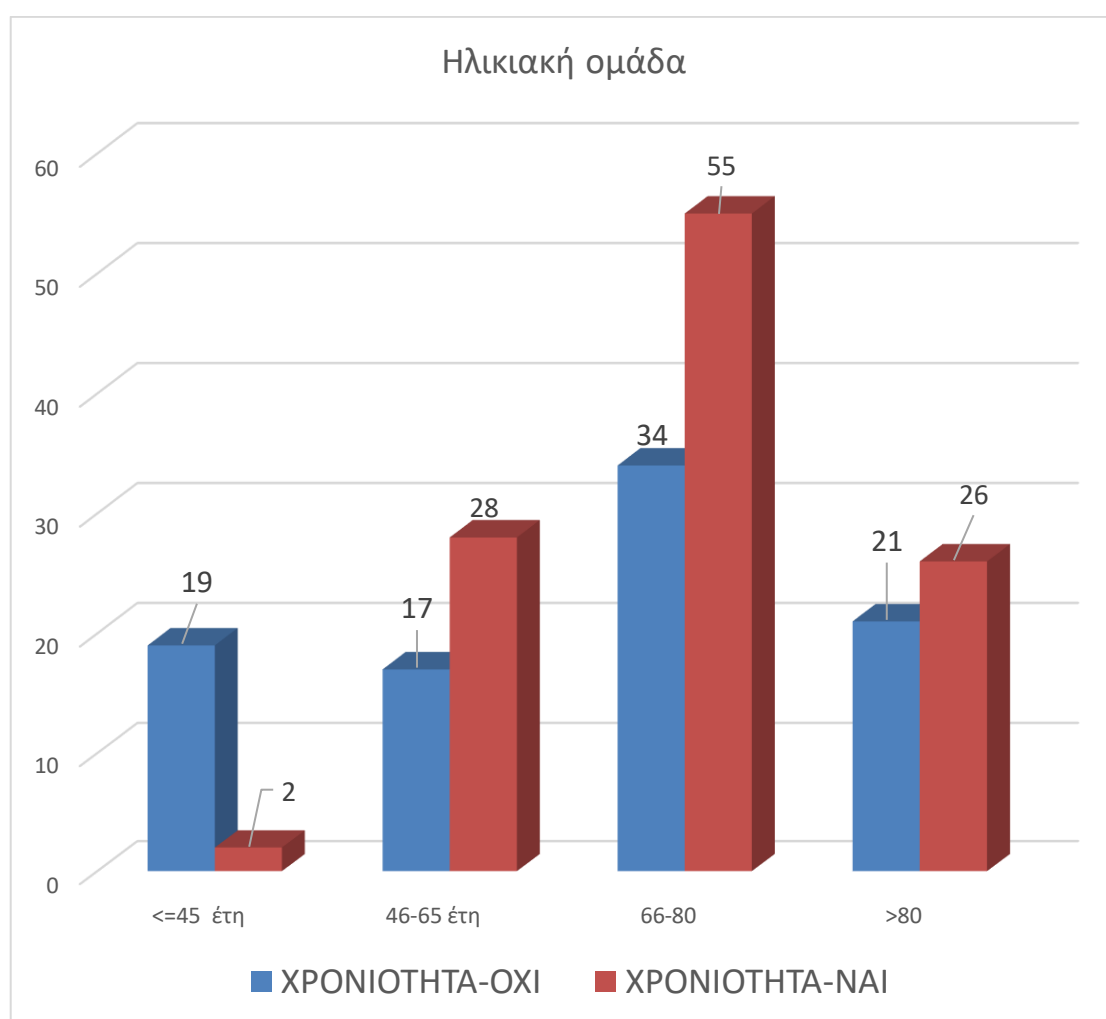
Το βρογχικό άσθμα και οι λοιμώξεις αναπνευστικού ήταν συχνότερα στις γυναίκες, ενώ οι πνευμονίες και η ΧΑΠ συχνότερα στους άνδρες, διαφορά λίαν στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) (Πίνακας 3).

Πίν.3:Συσχέτιση νοσημάτων και φύλου

ΝΟΣΗΜΑ	Φύλο		Σύνολο
	Άνδρας	Γυναίκα	
ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ	4	36	40
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ	5	11	16
ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ	44	31	75
ΧΑΠ	63	8	71
Σύνολο	116	86	202
$\chi^2=69,793$, $p<0,001$			

Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή βλέπουμε στο Γράφημα 2 πως όσο μεγαλώνουν οι ηλικιακές κατηγορίες, αυξάνονται και οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα, ενώ στις πιο μικρές ηλικιακές κατηγορίες επικρατούν οι ασθενείς με οξύ νόσημα.

Γράφημα 2 : Ηλικιακή ομάδα και νόσημα



Η ΧΑΠ και το βρογχικό άσθμα ήταν συχνότερα μεταξύ των αποφοίτων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ οι λοιμώξεις αναπνευστικού - πνευμονίες ήταν συχνότερες μεταξύ των αποφοίτων δευτεροβάθμιας και άνω εκπαίδευσης (55/152 ΕΝΑΝΤΙ 36/50) ($p < 0,001$) (Πίνακας 4).

Πίν. 4 :Συσχέτιση νοσημάτων και εκπαιδευτικού επιπέδου

ΝΟΣΗΜΑ	Εκπαιδευτικό επίπεδο		Σύνολο
	Αναλφάβητοι/ Πρωτοβάθμια	Δευτεροβάθμια/ τριτοβάθμια	
ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ	38	2	40
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ	13	3	16
ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ	42	33	75
ΧΑΠ	59	12	71
Σύνολο	152	50	202
$\chi^2=25,956$, $p < 0,001$			

Η ΧΑΠ, το βρογχικό άσθμα και οι πνευμονίες ήταν συχνότερα μεταξύ των εγγάμων, ενώ οι λοιμώξεις αναπνευστικού ήταν συχνότερες μεταξύ των αγάμων και των χήρων/διαζευγμένων ($p = 0,002$) (Πίνακας 5).

Πίν. 5 :Συσχέτιση νοσημάτων και οικογενειακής κατάστασης

ΝΟΣΗΜΑ	Οικ.Κατάσταση		Σύνολο
	Άγαμοι/ διαζευγμένοι	Έγγαμοι	
ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ	15	25	40
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ	10	6	16
ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ	23	52	75
ΧΑΠ	12	59	71
Σύνολο	60	142	202
$\chi^2=15,013$, $p = 0,002$			

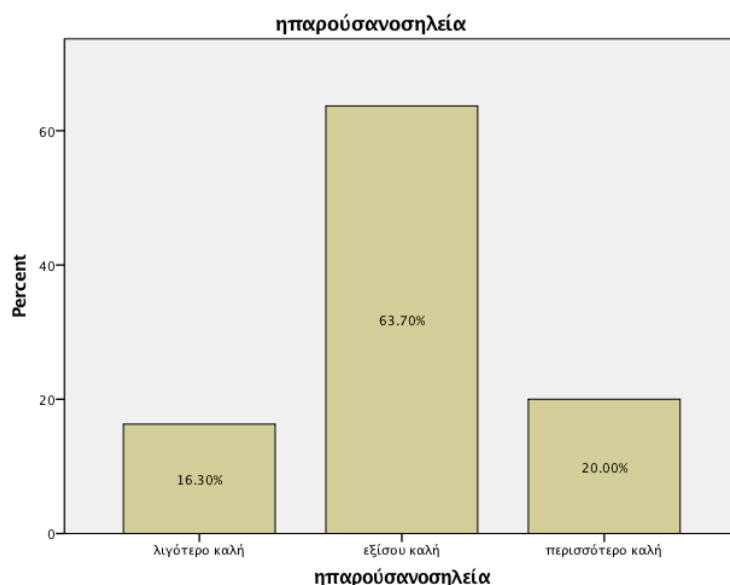
Η τωρινή τους νοσηλεία έχει μια μέση τιμή $5,83 \pm 3,83$ μέρες, μια διάμεση 4,50 μέρες και ένα εύρος τιμών 2-30 μέρες. Όπως φαίνεται στον πίνακα 6, η μέση διάρκεια νοσηλείας σε νοσοκομείο την τελευταία πενταετία ήταν 8,65 μέρες.

Πίν 6: Χαρακτηριστικά τωρινής και παρελθούσας νοσηλείας

	Ημέρες νοσηλείας (τρέχουσες)	Νοσηλείες (συνολικός αριθμός)	Διάρκεια νοσηλείας παρελθόν (τελευταία 5 έτη)	Νοσηλείες σε δημόσιο νοσοκομείο (αποκλειστικά)	Σε ιδιωτικό αποκλειστικά	Δημόσιο και ιδιωτικό
N	202	135	135	127	5	3
Μέση	5,83		8,65			
Διάμεσος	4,50	2,00	7,00			
Τυπ. Απόκλ	3,83		9,30			
Min	3	1	1.0			
Max	30	30	90.0			

Η παρούσα νοσηλεία χαρακτηρίστηκε εξίσου καλή με τις υπόλοιπες από το 64% των συμμετεχόντων (Γράφημα 3).

Γράφημα 3: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση πως χαρακτηρίζουν την παρούσα νοσηλεία σε σχέση με τις προηγούμενες



Η μέση διάρκεια της νόσου τους ήταν τα $13,07 \pm 11,34$ χρόνια με διάμεση τιμή τα 10 έτη και εύρος τιμών από 0 έως 50 έτη.

6.2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

6.2.1. ΚΛΙΜΑΚΑ SF-36

Η **Ποιότητα Ζωής SF-36**, περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις οι οποίες είναι χωρισμένες σε 8 θεματικές κλίμακες που αποτελούνται από 2-10 ερωτήσεις η κάθε μια:

1. **PF** (Physical Functioning): **Σωματική λειτουργικότητα** 10 ερωτήσεις
2. **RP** (Role – Physical): **Ρόλος – Σωματικός** 4 ερωτήσεις
3. **BP** (Bodily Pain): **Σωματικός πόνος** 2 ερωτήσεις
4. **GH** (General Health): **Γενική υγεία** 5 ερωτήσεις
5. **VT** (Vitality): **Ζωτικότητα** 4 ερωτήσεις
6. **SF** (Social Functioning): **Κοινωνική λειτουργικότητα** 2 ερωτήσεις
7. **RE** (Role – Emotional): **Ρόλος – Συναισθηματικός** 3 ερωτήσεις
8. **MH** (Mental Health): **Ψυχική υγεία** 5 ερωτήσεις

HT (Health Transition): **Μετάβαση υγείας** 1 ερώτηση (η υγείας σας τώρα συγκρινόμενη με έναν χρόνο πριν). Αυτή η θεματική κλίμακα πολλές φορές δεν προσμετράτε σαν διαφορετική κατηγορία. Εδώ την παρουσιάζουμε πιστεύοντας πως προσθέτει κάποιες επιπλέον πληροφορίες.

1. Φύλο

Από τον Πίνακα 7, προκύπτει πως δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στις διαφορετικές κλίμακες/παράγοντες με εξαίρεση την κλίμακα BP, δηλαδή στην κλίμακα του σωματικού πόνου, όπου φαίνεται πως οι γυναίκες αναφέρουν μεγαλύτερο σωματικό πόνο σε σύγκριση με τους άνδρες.

Πίν7: Διαφορές στις κλίμακες μεταξύ ανδρών και γυναικών

	ΦΥΛΟ	N	M.T.	T.A.	p-value
PF	ΑΝΔΡΑΣ	116	53.15	35.75	0,585
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	50.29	34.05	
RP	ΑΝΔΡΑΣ	116	45.69	48.14	0,435
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	40.41	46.99	
RE	ΑΝΔΡΑΣ	116	78.44	40.34	0,490
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	74.41	41.75	
VT	ΑΝΔΡΑΣ	116	51.55	23.19	0,260
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	47.91	21.99	

MH	ΑΝΔΡΑΣ	116	59.52	20.34	0,801
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	58.84	16.91	
SF	ΑΝΔΡΑΣ	116	71.33	31.96	0,073
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	63.08	32.36	
BP	ΑΝΔΡΑΣ	116	79.56	25.88	<0,001
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	64.15	29.02	
GH	ΑΝΔΡΑΣ	116	43.10	30.65	0,327
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	39.01	27.28	
HT	ΑΝΔΡΑΣ	116	34.70	19.71	0,801
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	34.01	18.35	

2. Ηλικία

Για λόγους ταξινόμησης τα άτομα χωρίστηκαν σε <65 και >65 ετών. Από τον Πίνακα 8, προκύπτει ότι σε όλες τις κλίμακες παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά με εξαίρεση τις κλίμακες Συναισθηματικός Ρόλος (RE) και Ψυχική Υγεία (MH). Πιο αναλυτικά, οι <65 ετών είχαν καλύτερη: Σωματική λειτουργικότητα (PF), Ρόλο – Σωματικό (RP), Ζωτικότητα (VT), Κοινωνική λειτουργικότητα (SF), Σωματικός πόνος (BP), Γενική υγεία (GH) και Μετάβαση Υγείας (HT). Αυτό πρακτικά σημαίνει πως τα άτομα >65 ετών έχουν στατιστικά σημαντικά πιο περιορισμένη σωματική λειτουργικότητα, μειωμένο σωματικό ρόλο, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, σωματικό πόνο γενική υγεία και συγκριτική μετάβαση υγείας

Πίν.8: Διαφορές στις κλίμακες μεταξύ ατόμων <65 και >65 ετών

	ΗΛΙΚΙΑ	N	M.T.	T.A.	p-value
PF	<65	66	70,15	34,39	<0,001
	>65	136	43,09	31,79	
RP	<65	66	65,53	46,56	<0,001
	>65	136	32,72	44,46	
RE	<65	66	81,31	36,57	0,243
	>65	136	74,50	42,79	
VT	<65	66	58,94	26,46	<0,001
	>65	136	45,66	19,30	
MH	<65	66	59,88	21,10	0,734

	>65	136	58,91	17,83	
SF	<65	66	79,16	31,03	<0,001
	>65	136	62,31	31,58	
BP	<65	66	82,53	27,59	<0,001
	>65	136	62,31	31,58	
GH	<65	66	56,74	33,92	<0,001
	>65	136	33,90	23,44	
HT	<65	66	39,39	16,44	0,009
	>65	136	31,99	19,88	

Σωματική λειτουργικότητα (PF), Ρόλο-Σωματικό (RP), Ζωτικότητα (VT), Κοινωνική λειτουργικότητα (SF), Σωματικός πόνος (BP), Γενική υγεία (GH) και (HT), Συναισθηματικός Ρόλος (RE), Ψυχική Υγεία (MH)

3. Επίπεδο εκπαίδευσης

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, φαίνεται ότι επηρεάζει τις περισσότερες διαστάσεις του ερωτηματολογίου SF-36 πλην του Συναισθηματικού Ρόλου (RE) και της Ψυχικής Υγείας (MH). Τα άτομα με λίγα χρόνια εκπαίδευσης φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο συγκριτικά με τα υπόλοιπα άτομα (Πίν. 9).

Πίν.9: Διαφορές στις κλίμακες μεταξύ ατόμων με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης

	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	N	M.T.	T.A.	p-value
PF	αναλφάβητος	26	35.00	28.46	<0,001
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	38.30	32.18	
	πρωτοβάθμια	82	51.04	32.67	
	δευτεροβάθμια	31	69.19	36.24	
	τριτοβάθμια	19	82.37	26.69	
RP	αναλφάβητος	26	25.96	41.52	<0,001
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	31.82	42.92	
	πρωτοβάθμια	82	39.33	47.80	
	δευτεροβάθμια	31	66.94	45.36	
	τριτοβάθμια	19	73.68	45.24	
RE	αναλφάβητος	26	65.38	48.52	0,487
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	71.96	44.87	
	πρωτοβάθμια	82	80.08	37.72	
	δευτεροβάθμια	31	82.79	35.35	
	τριτοβάθμια	19	78.94	41.89	
VT	αναλφάβητος	26	40.00	21.21	<0,001

	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	45.68	18.38	
	πρωτοβάθμια	82	47.38	20.57	
	δευτεροβάθμια	31	62.42	24.46	
	τριτοβάθμια	19	64.74	26.64	
MH	αναλφάβητος	26	57.08	18.09	0,205
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	59.36	19.13	
	πρωτοβάθμια	82	58.00	17.48	
	δευτεροβάθμια	31	58.06	22.79	
	τριτοβάθμια	19	69.05	17.63	
SF	αναλφάβητος	26	57.69	30.43	<0,001
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	57.10	31.14	
	πρωτοβάθμια	82	66.15	32.72	
	δευτεροβάθμια	31	83.87	26.46	
	τριτοβάθμια	19	87.50	27.95	
BP	Αναλφάβητος	26	28.46	19.53	0,001
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	31.93	23.11	
	πρωτοβάθμια	82	37.80	24.76	
	δευτεροβάθμια	31	60.48	34.65	
	τριτοβάθμια	19	65.00	35.59	
GH	αναλφάβητος	26	57.30	25.99	0,001
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	61.76	30.18	
	πρωτοβάθμια	82	75.33	26.32	
	δευτεροβάθμια	31	88.95	21.57	
	τριτοβάθμια	19	84.47	25.26	
HT	αναλφάβητος	26	26.92	21.12	0,025
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	31.25	18.77	
	πρωτοβάθμια	82	34.76	17.90	
	δευτεροβάθμια	31	38.71	19.19	
	τριτοβάθμια	19	43.42	18.34	

Σωματική λειτουργικότητα (PF), Ρόλο-Σωματικό (RP), Ζωτικότητα (VT), Κοινωνική λειτουργικότητα (SF), Σωματικός πόνος (BP), Γενική υγεία (GH), Μετάβαση της Υγείας (HT), Συναισθηματικός Ρόλος (RE), Ψυχική Υγεία (MH)

4. Διάγνωση

Στον Πίνακα 10, φαίνεται να υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις βαθμολογίες στις υποκλίμακες του SF-36 μεταξύ των ατόμων με διαφορετικές διαγνώσεις εισόδου (οξύ ή χρόνια πρόβλημα). Πιο συγκεκριμένα, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος επηρεάζει τη Σωματική λειτουργικότητα (PF), τον Ρόλο-Σωματικό (RP), την Ζωτικότητα (VT), την μετάβαση της υγείας (HT), τον Συναισθηματικό Ρόλο (RE), την Κοινωνική λειτουργικότητα (SF), τον Σωματικό πόνο (BP) και την Γενική υγεία (GH).

Πίν 10: Διαφορές στις κλίμακες μεταξύ ατόμων με διαφορετική διάγνωση εισόδου
(οξύ και χρόνια πρόβλημα υγείας)

Πρόβλημα υγείας		N	M.T.	T.A.	p-value
PF	Χρόνιο	111	40.41	29.28	<0,001
	Οξύ	91	65.99	36.34	
RP	Χρόνιο	111	22.30	40.36	<0,001
	Οξύ	91	69.23	42.99	
RE	Χρόνιο	111	68.46	45.35	0,002
	Οξύ	91	86.81	32.15	
VT	Χρόνιο	111	42.48	19.31	<0,001
	Οξύ	91	59.18	23.25	
MH	Χρόνιο	111	56.72	19.50	0,045
	Οξύ	91	62.29	17.82	
SF	Χρόνιο	111	57.31	31.19	<0,001
	Οξύ	91	80.63	29.00	
BP	Χρόνιο	111	65.24	28.73	<0,001
	Οξύ	91	82.47	24.67	
GH	Χρόνιο	111	26.58	20.14	<0,001
	Οξύ	91	59.40	28.61	
HT	Χρόνιο	111	30.41	19.19	0,001
	Οξύ	91	39.29	17.92	

6.2.2. ΚΛΙΜΑΚΑ EQ-5D-3L

Όπως φαίνεται και στους πίνακες που ακολουθούν, η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος έχουν μερικά προβλήματα στο περπάτημα (πίν 11α), δεν έχουν κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή τους (πίν 11β), δεν έχουν κανένα πρόβλημα στο να εκτελούν τις συνηθισμένες δραστηριότητες τους (πίν 11γ), δεν έχουν καθόλου πόνο ή δυσφορία (πίν.11δ) και έχουν υπερβολικό άγχος ή θλίψη (πίν.11ε).

Πίν. 11α: Κινητικότητα	N	%
Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα	85	42.1
Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα	97	48.0
Είμαι καθηλωμένος στο κρεβάτι	20	9.9
Σύνολο	202	100.0

Πίν.11β: Αυτοεξυπηρέτηση	N	%
Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου	141	69.8
Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι	34	16.8
Είμαι ανίκανος να πλυθώ και να ντυθώ	27	13.4
Σύνολο	202	100.0

Πίν.11γ: Δραστηριότητες	N	%
Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	97	48.0
Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις καθημερινές μου δραστηριότητες	53	26.2
Είμαι ανίκανος να εκτελώ τις καθημερινές μου δραστηριότητες	52	25.7
Σύνολο	202	100.0

Πίν.11δ:Πόνος/Δυσφορία	N	%
Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία	97	48.0
Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία	84	41.6
Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία	21	10.4
Σύνολο	202	100.0

Πίν.11ε: Άγχος/θλίψη	N	%
Δεν έχω άγχος ή θλίψη	26	12.9
Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη	49	24.3
Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη	127	62.9
Σύνολο	202	100.0

Φύλο, ηλικιακή ομάδα και EQ5D-3L

Το φύλο δεν επηρεάζει την κινητικότητα ($p=0,257$), την αυτοεξυπηρέτηση ($p=0,819$), τις δραστηριότητες ($p=0,123$), τον πόνο/δυσφορία ($p=0,057$), το άγχος/θλίψη ($p=0,229$).

Αντίθετα, η ηλικιακή ομάδα επηρεάζει. Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των ατόμων >65 ετών, το 32,4% δεν έχουν κάποιο πρόβλημα στο περπάτημα σε αντίθεση με το 62,1% των ατόμων <65 ετών ($p<0,001$) (Πίνακας 12).

Πίν12: Διαφορές στα ποσοστά κινητικότητας ατόμων <65 και >65 ετών

			ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ		
			<65	>65	Σύνολο
κινητικότητα	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα	N	41	44	85
		% κινητικότητα	48.2%	51.8%	100.0%
		% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	62.1%	32.4%	42.1%
		% σύνολο	20.3%	21.8%	42.1%
	Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα	N	20	77	97
		% κινητικότητα	20.6%	79.4%	100.0%
		% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	30.3%	56.6%	48.0%
		% σύνολο	9.9%	38.1%	48.0%
	Είμαι καθηλωμένος στο κρεβάτι	N	5	15	20
		% κινητικότητα	25.0%	75.0%	100.0%
		% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	7.6%	11.0%	9.9%
		% σύνολο	2.5%	7.4%	9.9%
Σύνολο	N	66	136	202	
	% κινητικότητα	32.7%	67.3%	100.0%	
	% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	100.0%	100.0%	100.0%	
	% σύνολο	32.7%	67.3%	100.0%	
Χ ² =16,301p<0,001					

Αντίστοιχα, το 62,5% των ατόμων >65 ετών έναντι του 84,8% των ατόμων <65 ετών (p<0,005) δεν ανέφεραν κάποιο πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή τους (Πίνακας 13).

Πίν13: Διαφορές στα ποσοστά αυτοεξυπηρέτησης ατόμων <65 και >65 ετών

			ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ		Σύνολο
			<65	>65	
αυτοεξυπηρέτη ση	Δεν έχω κανένα	N	56	85	141
	πρόβλημα με την	N αυτοεξυπηρέτηση	39.7%	60.3%	100.0%
	αυτοεξυπηρέτησή μου	N ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	84.8%	62.5%	69.8%
		% συνόλου	27.7%	42.1%	69.8%
	Έχω μερικά	N	6	28	34
	προβλήματα στο να	N αυτοεξυπηρέτηση	17.6%	82.4%	100.0%
	πλένομαι και να	N ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	9.1%	20.6%	16.8%
	ντύνομαι	% συνόλου	3.0%	13.9%	16.8%
	Είμαι ανίκανος να	N	4	23	27
	πλυθώ και να ντυθώ	N αυτοεξυπηρέτηση	14.8%	85.2%	100.0%
		N ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	6.1%	16.9%	13.4%
		% συνόλου	2.0%	11.4%	13.4%
Σύνολο		N	66	136	202
		N αυτοεξυπηρέτηση	32.7%	67.3%	100.0%
		N ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	100.0%	100.0%	100.0%
		% συνόλου	32.7%	67.3%	100.0%
χ ² =10,584p<0,005					

Το 30,1% των ατόμων >65 ετών έναντι του 16,7% των ατόμων <65 ετών (p<0,001) δήλωσαν ανίκανοι να εκτελέσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες (Πίνακας 14).

Πίν 14: Διαφορές στα ποσοστά δραστηριοτήτων ατόμων <65 και >65 ετών

			ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ		Σύνολο
			<65	>65	
δραστηριότητες	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες μου	N	48	49	97
		% δραστηριότητες	49.5%	50.5%	100.0%
		% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	72.7%	36.0%	48.0%
		% συνόλου	23.8%	24.3%	48.0%
	Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις καθημερινές μου δραστηριότητες	N	7	46	53
		% δραστηριότητες	13.2%	86.8%	100.0%
		% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	10.6%	33.8%	26.2%
		% συνόλου	3.5%	22.8%	26.2%
	Είμαι ανίκανος να εκτελώ τις καθημερινές μου δραστηριότητες	N	11	41	52
		% δραστηριότητες	21.2%	78.8%	100.0%
		% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	16.7%	30.1%	25.7%
		% συνόλου	5.4%	20.3%	25.7%
Σύνολο		N	66	136	202
		% δραστηριότητες	32.7%	67.3%	100.0%
		% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ	100.0%	100.0%	100.0%
		% συνόλου	32.7%	67.3%	100.0%
χ ² =24,728p<0,001					

Το 41,9% των ατόμων >65 ετών έναντι του 60,6% των ατόμων <65 ετών (p<0,029) δήλωσαν πως δεν έχουν καθόλου πόνο ή δυσφορία (Πίνακας 15).

Πίν 15. Διαφορές στα ποσοστά πόνου/δυσφορίας ατόμων <65 και >65 ετών

			ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ		
			<65	>65	Σύνολο
Πόνος δυσφορία	Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία	N	40	57	97
		% πόνος/ δυσφορία	41.2%	58.8%	100.0%
		% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	60.6%	41.9%	48.0%
		% συνόλου	19.8%	28.2%	48.0%
	Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία	N	19	65	84
		% πόνος/ δυσφορία	22.6%	77.4%	100.0%
		% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	28.8%	47.8%	41.6%
		% συνόλου	9.4%	32.2%	41.6%
	Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία	N	7	14	21
		% πόνος /δυσφορία	33.3%	66.7%	100.0%
		% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	10.6%	10.3%	10.4%
		% συνόλου	3.5%	6.9%	10.4%
Σύνολο	N	66	136	202	
	% πόνος/δυσφορία	32.7%	67.3%	100.0%	
	% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ.	100.0%	100.0%	100.0%	
	% συνόλου	32.7%	67.3%	100.0%	
χ²=7,098p=0,029					

Η ταξινόμηση της ηλικίας δεν φάνηκε να σχετίζεται με τον άγχος θλίψη (p=0,574)
(Πίνακας 16).

Πίν16: Διαφορές στα ποσοστά άγχους/θλίψης ατόμων <65 και >65 ετών

			ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ		
			<65	>65	Σύνολο
Άγχος/ θλίψη	Δεν έχω άγχος ή θλίψη	N	9	17	26
		% άγχος/θλίψη	34.6%	65.4%	100.0%
		% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ	13.6%	12.5%	12.9%
		% συνόλου	4.5%	8.4%	12.9%
	Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη	N	13	36	49
		% άγχος/θλίψη	26.5%	73.5%	100.0%
		% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ	19.7%	26.5%	24.3%
		% συνόλου	6.4%	17.8%	24.3%
	Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη	N	44	83	127
		% άγχος/θλίψη	34.6%	65.4%	100.0%
		% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ	66.7%	61.0%	62.9%
		% συνόλου	21.8%	41.1%	62.9%
Σύνολο	N	66	136	202	
	% άγχος/θλίψη	32.7%	67.3%	100.0%	
	% ΗΛΙΚΙΑ ΤΑΞΙΝ	100.0%	100.0%	100.0%	
	% συνόλου	32.7%	67.3%	100.0%	
Χ²=1,110p=0,574					

Διάγνωση και EQ5D-3L

Το 61,5% των ατόμων με οξύ πρόβλημα υγείας, έναντι του 26,1% των ατόμων με χρόνια δεν ανέφεραν κάποιο πρόβλημα στο περπάτημά τους ($p < 0,001$). Η διαφορά αυτή ήταν στατιστικά σημαντική (Πίνακας 17).

Πίν 17. Διαφορές στα ποσοστά κινητικότητας ατόμων με οξύ και χρόνια πρόβλημα

			ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ		Σύνολο
			ΧΡΟΝΙΟ	ΟΞΥ	
κινητικότητα	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα	N	29	56	85
		% κινητικότητα	34.1%	65.9%	100.0%
		%	26.1%	61.5%	42.1%
		ΤΑΞΙΝΟΜ.ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ			
		% συνόλου	14.4%	27.7%	42.1%
	Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα	N	70	27	97
		% κινητικότητα	72.2%	27.8%	100.0%
		%	63.1%	29.7%	48.0%
		ΤΑΞΙΝΟΜ.ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ			
		% συνόλου	34.7%	13.4%	48.0%
	Είμαι καθηλωμένος στο κρεβάτι	N	12	8	20
		% κινητικότητα	60.0%	40.0%	100.0%
		%	10.8%	8.8%	9.9%
		ΤΑΞΙΝΟΜ.ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ			
		% συνόλου	5.9%	4.0%	9.9%
Σύνολο		N	111	91	202
		% κινητικότητα	55.0%	45.0%	100.0%
		%	100.0%	100.0%	100.0%
		ΤΑΞΙΝΟΜΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ			
		% συνόλου	55.0%	45.0%	100.0%
Χ ² =25,999 p<0,001					

Το 79,1% των ατόμων με οξύ πρόβλημα υγείας, έναντι του 62,2% των ατόμων με χρόνια δεν ανέφεραν κάποιο πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή τους (p=0,007). Είναι χαρακτηριστικό ότι το 13,2% των ατόμων με οξύ πρόβλημα υγείας, έναντι του 13,5% των ατόμων ανέφεραν ανικανότητα να πλυθούν και να ντυθούν (Πίνακας 18).

Πίν18: Διαφορές στα ποσοστά κινητικότητας ατόμων με οξύ και χρόνια πρόβλημα

			ΤΑΞΙΝΟΜ.ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ		Σύνολο
			ΧΡΟΝΙΟ	ΟΞΥ	
αυτοεξυπη ρέτηση	Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου	N	69	72	141
		% αυτοεξυπηρέτηση	48.9%	51.1%	100.0%
		% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	62.2%	79.1%	69.8%
		% σύνολο	34.2%	35.6%	69.8%
	Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι	N	27	7	34
		% αυτοεξυπηρέτηση	79.4%	20.6%	100.0%
		% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	24.3%	7.7%	16.8%
		% σύνολο	13.4%	3.5%	16.8%
	Είμαι ανίκανος να πλυθώ και να ντυθώ	N	15	12	27
		% αυτοεξυπηρέτηση	55.6%	44.4%	100.0%
		% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	13.5%	13.2%	13.4%
		% σύνολο	7.4%	5.9%	13.4%
Σύνολο		N	111	91	202
		% αυτοεξυπηρέτηση	55.0%	45.0%	100.0%
		% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	100.0%	100.0%	100.0%
		% σύνολο	55.0%	45.0%	100.0%
Χ ² =10,042 p=0,007					

Το 68,1% των ατόμων με οξύ πρόβλημα υγείας, έναντι του 31,5% των ατόμων με χρόνια δεν ανέφεραν κάποιο πρόβλημα να εκτελέσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες ($p < 0,001$). Είναι χαρακτηριστικό ότι το 17,6% των ατόμων με οξύ πρόβλημα υγείας, έναντι του 32,4% των ατόμων ανέφεραν ανικανότητα να εκτελέσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες (Πίνακας 19).

Πίν 19. Διαφορές στα ποσοστά δραστηριοτήτων ατόμων με οξύ και χρόνια πρόβλημα

			ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ		Σύνολο
			ΧΡΟΝΙΟ	ΟΞΥ	
δραστηριότητες	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες μου	N	35	62	97
		% δραστηριότητες	36.1%	63.9%	100.0%
		% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	31.5%	68.1%	48.0%
		% συνόλου	17.3%	30.7%	48.0%
	Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις καθημερινές μου δραστηριότητες	N	40	13	53
		% δραστηριότητες	75.5%	24.5%	100.0%
		% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	36.0%	14.3%	26.2%
		% συνόλου	19.8%	6.4%	26.2%
	Είμαι ανίκανος να εκτελώ τις καθημερινές μου δραστηριότητες	N	36	16	52
		% δραστηριότητες	69.2%	30.8%	100.0%
		% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	32.4%	17.6%	25.7%
		% συνόλου	17.8%	7.9%	25.7%
Σύνολο		N	111	91	202
		% δραστηριότητες	55.0%	45.0%	100.0%
		% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	100.0%	100.0%	100.0%
		% συνόλου	55.0%	45.0%	100.0%
Χ ² =28,401 p<0,001					

Το 67% των ατόμων με οξύ πρόβλημα υγείας, έναντι του 32,4% των ατόμων με χρόνια (p<0,001) δήλωσαν πως δεν έχουν καθόλου πόνο ή δυσφορία. Το 2,2% των ατόμων με οξύ πρόβλημα υγείας, έναντι του 17,1% των ατόμων ανέφεραν υπερβολικό πόνο και δυσφορία (Πίνακας 20).

Πίν20: Διαφορές στα ποσοστά πόνου/δυσφορίας ατόμων με οξύ και χρόνια πρόβλημα

			ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ		Σύνολο
			ΧΡΟΝΙΟ	ΟΞΥ	
Πόνος/ δυσφορία	Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία	N	36	61	97
		% πόνος/δυσφορία	37.1%	62.9%	100.0%
		%ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	32.4%	67.0%	48.0%
		% συνόλου	17.8%	30.2%	48.0%
	Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία	N	56	28	84
		% πόνος/δυσφορία	66.7%	33.3%	100.0%
		% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	50.5%	30.8%	41.6%
		% συνόλου	27.7%	13.9%	41.6%
	Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία	N	19	2	21
		% πόνος/δυσφορία	90.5%	9.5%	100.0%
		% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	17.1%	2.2%	10.4%
		% συνόλου	9.4%	1.0%	10.4%
Σύνολο	N	111	91	202	
	% πόνος/δυσφορία	55.0%	45.0%	100.0%	
	% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	100.0%	100.0%	100.0%	
	% συνόλου	55.0%	45.0%	100.0%	
Χ ² =27,198 p<0,001					

Η διάγνωση δεν φάνηκε να σχετίζεται με τον άγχος θλίψη (p=0,811) (Πίνακας 21).

Πίν21. Διαφορές στα ποσοστά πόνου/δυσφορίας ατόμων με οξύ και χρόνια πρόβλημα

			ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ ΟΞΥ		Σύνολο
			ΧΡΟΝΙΟ	ΟΞΥ	
Άγχος/ θλίψη	Δεν έχω άγχος ή θλίψη	N	13	13	26
		% άγχος/θλίψη	50.0%	50.0%	100.0%
		% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	11.7%	14.3%	12.9%
		% συνόλου	6.4%	6.4%	12.9%
	Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη	N	26	23	49
		% άγχος/θλίψη	53.1%	46.9%	100.0%
		% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	23.4%	25.3%	24.3%
		% συνόλου	12.9%	11.4%	24.3%
	Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη	N	72	55	127
		% άγχος/θλίψη	56.7%	43.3%	100.0%
		% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ ΟΞΥ	64.9%	60.4%	62.9%
		% συνόλου	35.6%	27.2%	62.9%
Σύνολο	N	111	91	202	
	% άγχος/θλίψη	55.0%	45.0%	100.0%	
	% ΤΑΞΙΝΟΜ. ΧΡΟΝΙΟ/ΟΞΥ	100.0%	100.0%	100.0%	
	% συνόλου	55.0%	45.0%	100.0%	
Χ²=0,419 p=0,811					

6.2.3. Κλίμακα VAS

Η μέση τιμή της VAS κλίμακας, ήταν $54,60 \pm 21,95$ και η διάμεση 50 (ελάχιστη τιμή 10 και μέγιστη 100).

Μεταβλητές και VAS

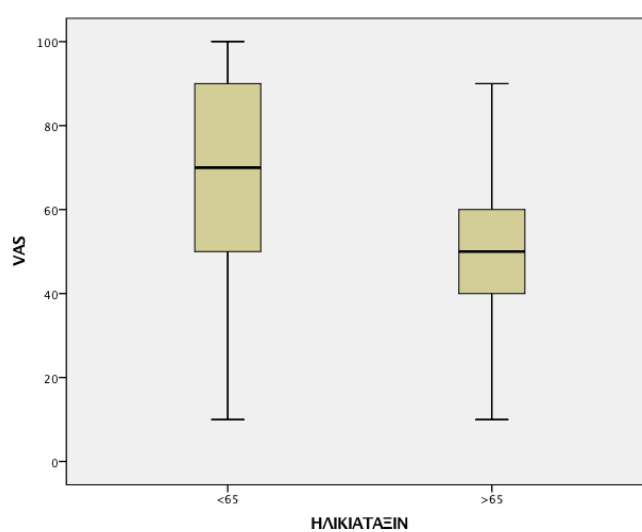
Όπως φαίνεται στον πίνακα 22, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της VAS κλίμακας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα >65 ετών είχαν πολύ μικρότερη βαθμολογία και άρα κακή αυτοαναφερόμενη υγεία, όπως και οι αναλφάβητοι, τα άτομα με χρόνια πρόβλημα υγείας ως αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο και τα άτομα που χαρακτήρισαν την παρούσα νοσηλεία τους ως εξίσου καλή με τις υπόλοιπες νοσηλείες τους (Πίν. 22 και γραφήματα 4,5,6,7).

Πίν22: Διαφορές στις μέσες τιμές μεταβλητών ως προς την βαθμολογία VAS

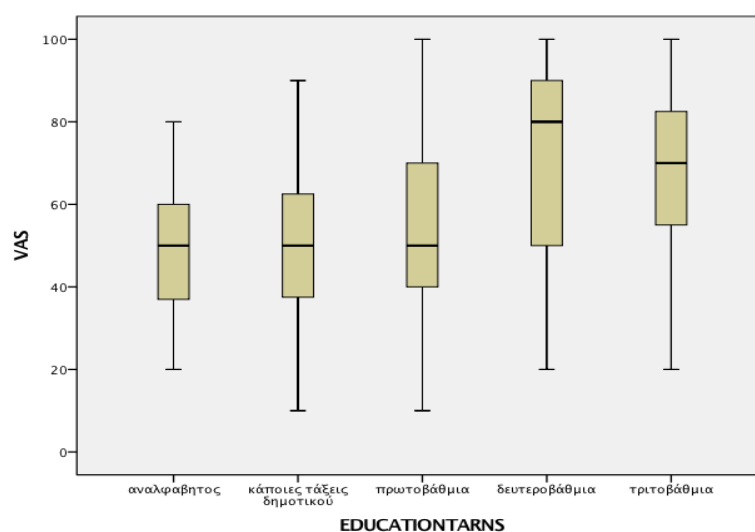
Μεταβλητή	M.T.	p-value
Φύλο		
Άνδρας	$54,52 \pm 22,39$	0,948
Γυναίκα	$54,72 \pm 21,48$	
Ηλικιακή ομάδα		
<65	$66,79 \pm 24,56$	<0,001
>65	$48,69 \pm 17,87$	
Επίπεδο εκπαίδευσης		
αναλφάβητος	$46,81 \pm 16,37$	<0,001
Κάποιες τάξεις δημοτικού	$48,07 \pm 18,01$	
πρωτοβάθμια	$52,01 \pm 20,52$	
δευτεροβάθμια	$68,97 \pm 26,21$	
τριτοβάθμια	$68,16 \pm 20,56$	
Διάγνωση		
Χρόνιο πρόβλημα	$45,70 \pm 17,21$	<0,001
Οξύ πρόβλημα	$65,47 \pm 22,42$	

Η παρούσα νοσηλεία		
λιγότερο καλή	60,86±20,06	0,020
εξίσου καλή	47,36±20,10	
περισσότερο καλή	48,33±20,28	

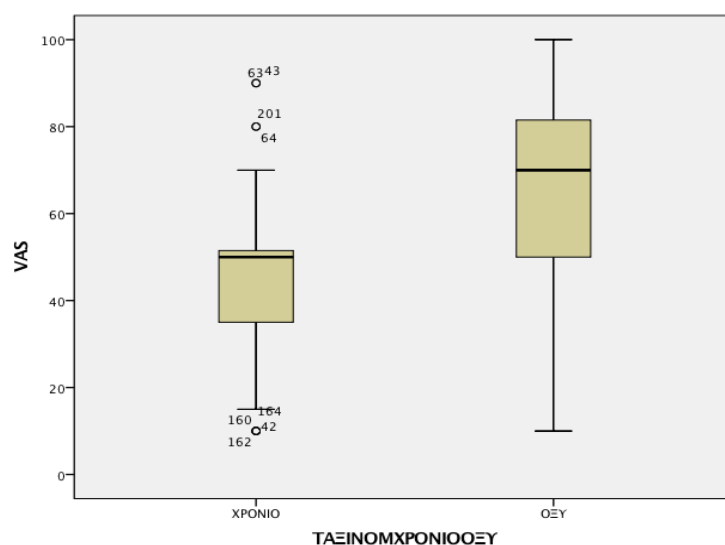
Γράφημα 4:Θηκόγραμμα ηλικιακής ομάδας και βαθμολογίας VAS



Γράφημα 5:Θηκόγραμμα εκπαίδευσης και βαθμολογίας VAS

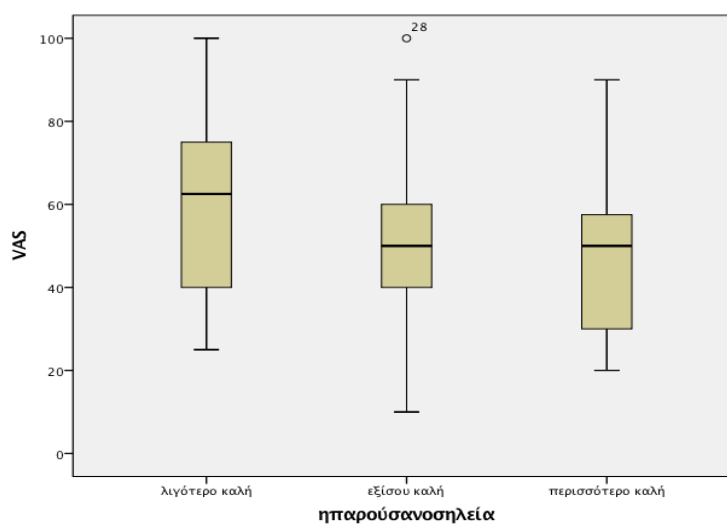


Γράφημα 6 : Θηκόγραμμα είδους προβλήματος και βαθμολογίας VAS



Γράφημα 7: Θηκόγραμμα αξιολόγησης της παρούσας νοσηλείας και βαθμολογίας

VAS



6.3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ-ΚΛΙΜΑΚΑ ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ

6.3.1. Προσδοκίες (Περιμένω όταν μπαίνω στο νοσοκομείο να....)

Από την ανάλυση των μέσων τιμών του ερωτηματολογίου (πίν 23) για τις προσδοκίες, προκύπτει ότι οι ασθενείς του δείγματος προσδοκούν τα μέγιστα:

1. Να τους φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να τους ζητά χρήματα.
2. Να μπορούν να βρουν πάντα μια νοσηλεύτρια και έναν γιατρό όταν τους χρειάζονται και
3. Να τους αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας τους.

Αντίθετα αυτά που προσδοκούν λιγότερο οι ασθενείς είναι:

1. Να τους ρωτά το προσωπικό πριν τους κάνει κάτι
2. Να μην συζητά το προσωπικό την περίπτωσή τους μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς
3. Να τους εμπνέουν τόση εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες, ώστε να μπορούν να συζητούν μαζί τους πολύ προσωπικά τους προβλήματα.
4. Η τήρηση του επισκεπτηρίου.

Πίνακας 23: Μέσες τιμές προσδοκιών των ασθενών

Προσδοκίες (0-5)	Μ.Τ.	Τ.Α.
1. Να υπάρχει ποικιλία στο φαγητό.	3.55	1.35
2. Να σερβίρεται ένα ζεστό φαγητό με ωραίο τρόπο.	3.53	1.38
3. Να είναι νόστιμο το φαγητό.	3.56	1.36
4. Να είναι καθαρό το δωμάτιο, τα σεντόνια και οι χώροι υγιεινής.	4.08	.28
5. Να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου.	3.24	1.60
6. Να αισθάνομαι ότι το Τμήμα λειτουργεί με έναν οργανωμένο τρόπο.	4.08	.37
7. Να αισθάνομαι ασφαλής στο νοσοκομείο.	4.09	.29
8. Να υπάρχουν αρκετές νοσηλεύτριες το βράδυ.	4.11	.31
9. Να έχω ένα άνετο δωμάτιο και ένα άνετο κρεβάτι.	3.96	.87
10. Να έχω έναν καλό και ήσυχο ύπνο χωρίς να διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού.	3.78	1.06
11. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρω (από άγχος, πόνο).	4.08	.27
12. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες γενικά σέβονται την προσωπικότητά μου.	4.06	.40

13. Να μου εμπνέουν τόση εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες, ώστε να μπορώ να συζητώ μαζί τους πολύ προσωπικά μου προβλήματα.	3.11	1.70
14. Να μου αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας μου.	4.15	.56
15. Να μπορώ να βρω πάντα έναν γιατρό όταν τον χρειάζομαι.	4.18	.39
16. Να μπορώ να βρω πάντα μια νοσηλεύτρια όταν την χρειάζομαι.	4.18	.38
17. Να μου μιλά το προσωπικό με ευγενικό τρόπο.	4.05	.22
18. Όταν με εξετάζουν οι γιατροί να με σέβονται.	4.06	.25
19. Να αισθάνομαι ότι οι νοσηλεύτριες ξέρουν καλά τη δουλειά τους (όταν δίνουν φάρμακα, παίρνουν αίμα, βάζουν ορό κ.α.).	4.09	.30
20. Να μην συζητά το προσωπικό την περίπτωση μου μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς.	3.05	1.74
21. Να με ρωτά το προσωπικό πριν μου κάνει κάτι.	2.26	1.95
22. Να μου εξηγούν οι γιατροί την διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο.	3.51	1.49
23. Να με συμβουλεύουν οι γιατροί τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία.	4.09	.43
24. Να με φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να μου ζητά χρήματα.	4.21	.52
25. Να σέβεται το προσωπικό την παρουσία & το ενδιαφέρον του συγγενή μου.	3.16	1.66
26. Να αφιερώνουν οι γιατροί αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθήσει στη διάγνωση.	4.09	.43

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 24, υπάρχουν διαφορές στις μέσες τιμές προσδοκιών των ασθενών (με οξύ και με χρόνια πρόβλημα υγείας), ενώ υπάρχουν και ομοιότητες. Για παράδειγμα, τα άτομα με χρόνια πρόβλημα υγείας έχουν χαμηλότερες προσδοκίες από το φαγητό από τα άτομα με οξύ.

Πίνακας 24: Διαφορές στις μέσες τιμές προσδοκιών των ασθενών (με οξύ και χρόνια πρόβλημα υγείας)

Προσδοκίες (0-5)	Χρόνιο		Οξύ	
	Μ.Τ.	Τ.Α.	Μ.Τ.	Τ.Α.
1. Να υπάρχει ποικιλία στο φαγητό.	3.16	1.67	4.02	.49
2. Να σερβίρεται ένα ζεστό φαγητό με ωραίο τρόπο.	3.13	1.70	4.02	.49
3. Να είναι νόστιμο το φαγητό.	3.18	1.69	4.02	.49
4. Να είναι καθαρό το δωμάτιο, τα σεντόνια και οι χώροι υγιεινής.	4.10	.30	4.07	.25
5. Να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου.	2.69	1.92	3.91	.64
6. Να αισθάνομαι ότι το Τμήμα λειτουργεί με έναν οργανωμένο τρόπο.	4.08	.27	4.08	.45
7. Να αισθάνομαι ασφαλής στο νοσοκομείο.	4.08	.27	4.11	.31
8. Να υπάρχουν αρκετές νοσηλεύτριες το βράδυ.	4.15	.36	4.05	.23
9. Να έχω ένα άνετο δωμάτιο και ένα άνετο κρεβάτι.	3.83	1.11	4.11	.31
10. Να έχω έναν καλό και ήσυχο ύπνο χωρίς να διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού.	3.60	1.34	4.00	.47
11. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρω (από άγχος, πόνο).	4.10	.30	4.05	.23
12. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες γενικά σέβονται την προσωπικότητά μου.	4.05	.48	4.08	.27
13. Να μου εμπνέουν τόση εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες, ώστε να μπορώ να συζητώ μαζί τους πολύ προσωπικά μου προβλήματα.	3.87	.82	2.19	2.00
14. Να μου αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας μου.	4.12	.66	4.20	.40
15. Να μπορώ να βρω πάντα έναν γιατρό όταν τον χρειάζομαι.	4.20	.40	4.16	.37
16. Να μπορώ να βρω πάντα μια νοσηλεύτρια όταν την χρειάζομαι.	4.20	.40	4.15	.36
17. Να μου μιλά το προσωπικό με ευγενικό τρόπο.	4.07	.26	4.02	.15
18. Όταν με εξετάζουν οι γιατροί να με σέβονται.	4.10	.30	4.02	.15
19. Να αισθάνομαι ότι οι νοσηλεύτριες ξέρουν καλά τη δουλειά τους (όταν δίνουν φάρμακα, παίρνουν αίμα, βάζουν ορό κ.α.).	4.09	.29	4.10	.30
20. Να μην συζητά το προσωπικό την περίπτωσή μου μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς.	2.29	2.01	3.99	.46
21. Να με ρωτά το προσωπικό πριν μου κάνει κάτι.	1.23	1.79	3.52	1.29
22. Να μου εξηγούν οι γιατροί την διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο.	3.06	1.84	4.07	.53
23. Να με συμβουλεύουν οι γιατροί τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία.	4.10	.52	4.08	.267
24. Να με φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να μου ζητά χρήματα.	4.26	.44	4.14	.59
25. Να σέβεται το προσωπικό την παρουσία & το ενδιαφέρον του συγγενή μου.	3.17	1.64	3.14	1.68
26. Να αφιερώνουν οι γιατροί αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθήσει στη διάγνωση.	4.09	.51	4.10	.30

Η μεγαλύτερη διαφορά αφορά την ερώτηση: να με ρωτά το προσωπικό πριν μου κάνει κάτι. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με χρόνιο πρόβλημα δεν έχουν υψηλή προσδοκία σε αντίθεση με τα άτομα με οξύ.

Προκειμένου να αναλύσουμε περαιτέρω τα ευρήματα οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν στους αντίστοιχους παράγοντες του ερωτηματολογίου, σύμφωνα με τις οδηγίες του δημιουργού του (πίν 25). Όπως βλέπουμε, τα άτομα με οξύ πρόβλημα είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες προσδοκίες από το φαγητό, την ενημέρωση και τα ευαίσθητα δεδομένα και την ατμόσφαιρα του Τμήματος, σε αντίθεση με τα άτομα με χρόνιο πρόβλημα υγείας που είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες προσδοκίες για ενσυναίσθηση και σεβασμό από το προσωπικό.

Πίνακας 25: Διαφορές στις μέσες τιμές των 7 παραγόντων της κλίμακας των προσδοκιών των ασθενών (με οξύ και χρόνιο πρόβλημα υγείας)

Παράγοντας (0-5)	Πρόβλημα	N	M.T.	T.A.	p-value
Οργάνωση και λειτουργία του Τμήματος	ΧΡΟΝΙΟ	111	4.12	.27	0,560
	ΟΞΥ	91	4.10	.23	
Φαγητό	ΧΡΟΝΙΟ	111	3.16	1.68	<0,001
	ΟΞΥ	91	4.02	.49	
Ενσυναίσθηση/σεβασμός προσωπικού	ΧΡΟΝΙΟ	111	4.05	.33	<0,001
	ΟΞΥ	91	3.59	.53	
Ενημέρωση και ευαίσθητα δεδομένα	ΧΡΟΝΙΟ	111	3.04	1.15	<0,001
	ΟΞΥ	91	4.04	.30	
Χαρακτηριστικά του γιατρού	ΧΡΟΝΙΟ	111	3.84	.64	0,617
	ΟΞΥ	91	3.79	.66	
Ατμόσφαιρα του Τμήματος	ΧΡΟΝΙΟ	111	2.89	1.03	<0,001
	ΟΞΥ	91	3.88	.48	
Σεβασμός	ΧΡΟΝΙΟ	111	4.09	.24	0,254
	ΟΞΥ	91	4.05	.26	

6.3.2. Εκληφθείσα ποιότητα (Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να...)

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 26, αυτά που οι ασθενείς του δείγματος θεωρούν ποιότητα της φροντίδας είναι:

1. Να τους φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να τους ζητά χρήματα.
2. Να μπορούν να βρουν πάντα μια νοσηλεύτρια και έναν γιατρό όταν τους χρειάζονται και
3. Να τους αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας τους.
4. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρω (από άγχος, πόνο).

Αντίθετα αυτά που θεωρούν λιγότερο ως διάσταση της ποιότητας της φροντίδας και άρα σημαντικά είναι:

1. Να τους ρωτά το προσωπικό πριν τους κάνει κάτι.
2. Να τους εμπνέει τόση εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες, ώστε να μπορούν να συζητούν μαζί τους πολύ προσωπικά τους προβλήματα.
3. Να μην συζητά το προσωπικό την περίπτωσή τους μπροστά σε άλλους.
4. Να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου.

Πίνακας 26: Μέσες τιμές εκληφθείσας ποιότητας φροντίδας

Εκληφθείσα ποιότητα (0-7)	Μ.Τ.	Τ.Α.
1. Να υπάρχει ποικιλία στο φαγητό.	4.76	1.72
2. Να σερβίρεται ένα ζεστό φαγητό με ωραίο τρόπο.	4.72	1.74
3. Να είναι νόστιμο το φαγητό.	4.79	1.72
4. Να είναι καθαρό το δωμάτιο, τα σεντόνια και οι χώροι υγιεινής.	5.79	.50
5. Να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου.	4.18	2.20
6. Να αισθάνομαι ότι το Τμήμα λειτουργεί με έναν οργανωμένο τρόπο.	5.97	.37
7. Να αισθάνομαι ασφαλής στο νοσοκομείο.	6.00	.23
8. Να υπάρχουν αρκετές νοσηλεύτριες το βράδυ.	5.79	.53
9. Να έχω ένα άνετο δωμάτιο και ένα άνετο κρεβάτι.	5.50	1.19
10. Να έχω έναν καλό και ήσυχο ύπνο χωρίς να διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού.	5.19	1.54
11. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρω (από άγχος, πόνο).	6.01	.30
12. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες γενικά σέβονται την προσωπικότητά μου.	5.65	.76
13. Να μου εμπνέουν τόση εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες, ώστε να μπορώ να συζητώ μαζί τους πολύ προσωπικά	4.05	2.31

μου προβλήματα.		
14. Να μου αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας μου.	6.07	.74
15. Να μπορώ να βρω πάντα έναν γιατρό όταν τον χρειάζομαι.	6.08	.37
16. Να μπορώ να βρω πάντα μια νοσηλεύτρια όταν την χρειάζομαι.	6.06	.37
17. Να μου μιλά το προσωπικό με ευγενικό τρόπο.	5.78	.45
18. Όταν με εξετάζουν οι γιατροί να με σέβονται.	5.77	.53
19. Να αισθάνομαι ότι οι νοσηλεύτριες ξέρουν καλά τη δουλειά τους (όταν δίνουν φάρμακα, παίρνουν αίμα, βάζουν ορό κ.α.).	5.87	.42
20. Να μην συζητά το προσωπικό την περίπτωσή μου μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς.	4.16	2.45
21. Να με ρωτά το προσωπικό πριν μου κάνει κάτι.	2.96	2.68
22. Να μου εξηγούν οι γιατροί την διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο.	4.88	2.13
23. Να με συμβουλεύουν οι γιατροί τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία.	5.92	.56
24. Να με φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να μου ζητά χρήματα.	6.35	.66
25. Να σέβεται το προσωπικό την παρουσία & το ενδιαφέρον του συγγενή μου.	4.52	2.41
26. Να αφιερώνουν οι γιατροί αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθήσει στη διάγνωση.	5.96	.57

Όπως φαίνεται στον πίνακα 27, η μεγαλύτερη διαφορά αφορά τις ερωτήσεις να μην συζητά το προσωπικό την περίπτωσή μου μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς και να με ρωτά το προσωπικό πριν μου κάνει κάτι. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με χρόνιο πρόβλημα δεν τα θεωρούν και πολύ σημαντικά σε αντίθεση με τα άτομα με οξύ πρόβλημα.

Πίνακας 27: Διαφορές στις μέσες τιμές εκληφθείσας ποιότητας των ασθενών (με οξύ και χρόνια πρόβλημα υγείας)

Εκληφθείσα ποιότητα (0-7)	Χρόνιο		Οξύ	
	Μ.Τ.	Τ.Α.	Μ.Τ.	Τ.Α.
1. Να υπάρχει ποικιλία στο φαγητό.	3.95	1.83	5.76	.81
2. Να σερβίρεται ένα ζεστό φαγητό με ωραίο τρόπο.	3.88	1.85	5.75	.81
3. Να είναι νόστιμο το φαγητό.	3.99	1.86	5.76	.81
4. Να είναι καθαρό το δωμάτιο, τα σεντόνια και οι χώροι υγιεινής.	5.66	.58	5.96	.30
5. Να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου.	3.32	2.45	5.23	1.21
6. Να αισθάνομαι ότι το Τμήμα λειτουργεί με έναν οργανωμένο τρόπο.	5.88	.42	6.07	.25
7. Να αισθάνομαι ασφαλής στο νοσοκομείο.	5.96	.23	6.05	.23
8. Να υπάρχουν αρκετές νοσηλεύτριες το βράδυ.	5.68	.61	5.92	.37
9. Να έχω ένα άνετο δωμάτιο και ένα άνετο κρεβάτι.	5.07	1.45	6.01	.32
10. Να έχω έναν καλό και ήσυχο ύπνο χωρίς να διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού.	4.70	1.85	5.78	.71
11. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρω (από άγχος, πόνο).	5.99	.34	6.03	.23
12. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες γενικά σέβονται την προσωπικότητά μου.	5.43	.88	5.92	.45
13. Να μου εμπνέουν τόση εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες, ώστε να μπορώ να συζητώ μαζί τους πολύ προσωπικά μου προβλήματα.	5.41	1.33	2.38	2.16
14. Να μου αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας μου.	5.95	.91	6.21	.41
15. Να μπορώ να βρω πάντα έναν γιατρό όταν τον χρειάζομαι.	6.04	.36	6.13	.37
16. Να μπορώ να βρω πάντα μια νοσηλεύτρια όταν την χρειάζομαι.	6.02	.38	6.12	.36
17. Να μου μιλά το προσωπικό με ευγενικό τρόπο.	5.66	.53	5.93	.25
18. Όταν με εξετάζουν οι γιατροί να με σέβονται.	5.61	.64	5.96	.25
19. Να αισθάνομαι ότι οι νοσηλεύτριες ξέρουν καλά τη δουλειά τους (όταν δίνουν φάρμακα, παίρνουν αίμα, βάζουν ορό κ.α.).	5.74	.50	6.02	.21
20. Να μην συζητά το προσωπικό την περίπτωσή μου μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς.	2.86	2.60	5.75	.77
21. Να με ρωτά το προσωπικό πριν μου κάνει κάτι.	1.32	2.04	4.95	1.93
22. Να μου εξηγούν οι γιατροί την διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο.	4.04	2.48	5.91	.81
23. Να με συμβουλεύουν οι γιατροί τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία.	5.86	.71	5.99	.28
24. Να με φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να μου ζητά χρήματα.	6.41	.49	6.27	.82
25. Να σέβεται το προσωπικό την παρουσία & το ενδιαφέρον του συγγενή μου.	4.42	2.36	4.65	2.49

26. Να αφιερώνουν οι γιατροί αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθήσει στη διάγνωση.	5.88	.74	6.04	.21
---	------	-----	------	-----

Προκειμένου να αναλύσουμε περαιτέρω τα ευρήματα οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν στους αντίστοιχους παράγοντες του ερωτηματολογίου, σύμφωνα με τις οδηγίες του δημιουργού του (πίν 28). Όπως βλέπουμε, τα άτομα με οξύ πρόβλημα θεωρούν περισσότερο σημαντικά τις τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες του προσωπικού, το φαγητό, το ενδιαφέρον του προσωπικού, το φυσικό περιβάλλον, το απόρρητο και το αίσθημα ασφάλειας, σε αντίθεση με τα άτομα με χρόνια πρόβλημα υγείας που θεωρούν σημαντικά τον σεβασμό από το προσωπικό. Όλες αυτές οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 28: Διαφορές στις μέσες τιμές των 7 παραγόντων της κλίμακας εκληφθείσας ποιότητας των ασθενών (με οξύ και χρόνια πρόβλημα υγείας)

Παράγοντας (0-7)	Πρόβλημα	N	M.T.	T.A.	p-value
Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες του προσωπικού	ΧΡΟΝΙΟ	111	5.81	.33	<0,001
	ΟΞΥ	91	6.05	.21	
Φαγητό	ΧΡΟΝΙΟ	111	3.94	1.83	<0,001
	ΟΞΥ	91	5.75	.81	
Ενδιαφέρον του προσωπικού	ΧΡΟΝΙΟ	111	5.57	.73	<0,001
	ΟΞΥ	91	6.05	.34	
Σεβασμός	ΧΡΟΝΙΟ	111	5.41	.64	<0,001
	ΟΞΥ	91	5.01	.68	
Φυσικό περιβάλλον	ΧΡΟΝΙΟ	111	4.36	1.60	<0,001
	ΟΞΥ	91	5.67	.60	
Απόρρητο και συναίνεση μετά από πληροφόρηση	ΧΡΟΝΙΟ	111	2.09	2.06	<0,001
	ΟΞΥ	91	5.35	1.09	
Αίσθημα ασφάλειας	ΧΡΟΝΙΟ	111	5.82	.33	<0,001
	ΟΞΥ	91	5.99	.25	

6.3.3. Απόδοση

Αναφορικά με την απόδοση, στον πίνακα 29 παρουσιάζονται τα ποσοστά των θετικών απαντήσεων των ασθενών στις 26 ερωτήσεις που αφορούν το αν συνέβη αυτό που ρωτά η ερώτηση. Σε γενικές γραμμές διαπιστώνουμε ότι τα ποσοστά των απαντήσεων είναι από αρκετά έως πολύ υψηλά. Παρατηρήθηκε μια πολύ μεγάλη διαφορά στην ερώτηση 13, με μόλις 28,6% των ατόμων με οξύ πρόβλημα υγείας να απαντούν ότι τους ενέπνευσαν τόσο εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες, ώστε να μπορούν να συζητούν μαζί τους πολύ προσωπικά τους προβλήματα, σε αντίθεση με το 91% των ατόμων με χρόνια πρόβλημα που απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση.

Πίνακας 29: Διαφορές στα ποσοστά των απαντήσεων σχετικά με το αν συνέβη αυτό που ρωτά η ερώτηση μεταξύ ασθενών με χρόνια και οξύ πρόβλημα υγείας

Εκληφθείσα απόδοση	Χρόνιο	Οξύ
	Συνέβη (%)	Συνέβη (%)
1. Να υπάρχει ποικιλία στο φαγητό.	81,1	63,7
2. Να σερβίρεται ένα ζεστό φαγητό με ωραίο τρόπο.	74,8	62,6
3. Να είναι νόστιμο το φαγητό.	77,5	58,2
4. Να είναι καθαρό το δωμάτιο, τα σεντόνια και οι χώροι υγιεινής.	98,2	98,9
5. Να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου.	65,8	81,3
6. Να αισθάνομαι ότι το Τμήμα λειτουργεί με έναν οργανωμένο τρόπο.	99,1	97,8
7. Να αισθάνομαι ασφαλής στο νοσοκομείο.	98,2	98,9
8. Να υπάρχουν αρκετές νοσηλεύτριες το βράδυ.	99,1	98,9
9. Να έχω ένα άνετο δωμάτιο και ένα άνετο κρεβάτι.	88,3	80,2
10. Να έχω έναν καλό και ήσυχο ύπνο χωρίς να διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού.	82	89
11. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρω (από άγχος, πόνο).	100	98,9
12. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες γενικά σέβονται την προσωπικότητά μου.	99,1	97,8
13. Να μου εμπνέουν τόσο εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες, ώστε να μπορώ να συζητώ μαζί τους πολύ προσωπικά μου προβλήματα.	91	28,6
14. Να μου αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας μου.	97,3	97,8
15. Να μπορώ να βρω πάντα έναν γιατρό όταν τον χρειάζομαι.	99,1	98,9
16. Να μπορώ να βρω πάντα μια νοσηλεύτρια όταν την χρειάζομαι.	100	98,9

17. Να μου μιλά το προσωπικό με ευγενικό τρόπο.	100	100
18. Όταν με εξετάζουν οι γιατροί να με σέβονται.	100	100
19. Να αισθάνομαι ότι οι νοσηλεύτριες ξέρουν καλά τη δουλειά τους (όταν δίνουν φάρμακα, παίρνουν αίμα, βάζουν ορό κ.α.).	100	97,8
20. Να μην συζητά το προσωπικό την περίπτωση μου μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς.	90,1	98,9
21. Να με ρωτά το προσωπικό πριν μου κάνει κάτι.	57,7	85,7
22. Να μου εξηγούν οι γιατροί την διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο.	82,9	87,9
23. Να με συμβουλεύουν οι γιατροί τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία.	96,4	98,9
24. Να με φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να μου ζητά χρήματα.	100	100
25. Να σέβεται το προσωπικό την παρουσία & το ενδιαφέρον του συγγενή μου.	78,4	74,7
26. Να αφιερώνουν οι γιατροί αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθήσει στη διάγνωση.	99,1	98,9

6.3.4. Ικανοποίηση (Πως αισθάνεστε από....)

Όπως φαίνεται και στον πίνακα, 30 αυτά που ικανοποίησαν περισσότερο τους ασθενείς του δείγματος ήταν:

1. Το ότι τους φρόντισε το ιατρικό προσωπικό χωρίς να τους ζητήσει χρήματα.
2. Το ότι αφιέρωσαν οι γιατροί αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθούσε στη διάγνωση
3. Το ότι αισθάνθηκαν πως οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες δεν ήταν αδιάφορες όταν υπέφεραν (από άγχος, πόνο).

Αντίθετα αυτά που ικανοποίησαν λιγότερο ήταν:

1. Να τους ρωτά το προσωπικό πριν τους κάνει κάτι
2. Να τους εμπνέουν τόση εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες, ώστε να μπορούν να συζητούν μαζί τους πολύ προσωπικά τους προβλήματα.
3. Η τήρηση του επισκεπτηρίου
4. Το φαγητό

Πίνακας 30: Μέσες τιμές ικανοποίησης

Ικανοποίηση (0-7)	M.T.	T.A.
1. Να υπάρχει ποικιλία στο φαγητό.	3.93	1.66
2. Να σερβίρεται ένα ζεστό φαγητό με ωραίο τρόπο.	3.85	1.69
3. Να είναι νόστιμο το φαγητό.	3.72	1.71
4. Να είναι καθαρό το δωμάτιο, τα σεντόνια και οι χώροι υγιεινής.	5.06	.96
5. Να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου.	3.61	2.03
6. Να αισθάνομαι ότι το Τμήμα λειτουργεί με έναν οργανωμένο τρόπο.	5.32	.85
7. Να αισθάνομαι ασφαλής στο νοσοκομείο.	5.66	.74
8. Να υπάρχουν αρκετές νοσηλεύτριες το βράδυ.	5.15	.90
9. Να έχω ένα άνετο δωμάτιο και ένα άνετο κρεβάτι.	4.76	1.59
10. Να έχω έναν καλό και ήσυχο ύπνο χωρίς να διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού.	4.55	1.65
11. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρω (από άγχος, πόνο).	5.78	.57
12. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες γενικά σέβονται την προσωπικότητά μου.	5.47	.83
13. Να μου εμπνέουν τόση εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες, ώστε να μπορώ να συζητώ μαζί τους πολύ προσωπικά μου προβλήματα.	3.52	2.60
14. Να μου αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας μου.	5.50	1.07
15. Να μπορώ να βρω πάντα έναν γιατρό όταν τον χρειάζομαι.	5.71	.74
16. Να μπορώ να βρω πάντα μια νοσηλεύτρια όταν την χρειάζομαι.	5.45	.80
17. Να μου μιλά το προσωπικό με ευγενικό τρόπο.	5.46	.61
18. Όταν με εξετάζουν οι γιατροί να με σέβονται.	5.71	.52
19. Να αισθάνομαι ότι οι νοσηλεύτριες ξέρουν καλά τη δουλειά τους (όταν δίνουν φάρμακα, παίρνουν αίμα, βάζουν ορό κ.α.).	5.33	.85
20. Να μην συζητά το προσωπικό την περίπτωσή μου μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς.	4.19	2.40
21. Να με ρωτά το προσωπικό πριν μου κάνει κάτι.	2.07	2.10
22. Να μου εξηγούν οι γιατροί την διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο.	3.99	1.97
23. Να με συμβουλεύουν οι γιατροί τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία.	5.50	.85
24. Να με φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να μου ζητά χρήματα.	6.32	.66
25. Να σέβεται το προσωπικό την παρουσία & το ενδιαφέρον του συγγενή μου.	4.38	2.42
26. Να αφιερώνουν οι γιατροί αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθήσει στη διάγνωση.	5.81	.66

Όπως φαίνεται στον πίνακα 31, η μεγαλύτερη διαφορά στην ικανοποίηση αφορούσε το ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες, δεν ενέπνευσαν τόση εμπιστοσύνη ώστε να μπορούσαν να συζητήσουν μαζί τους πολύ προσωπικά τους προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με χρόνια πρόβλημα ήταν ικανοποιημένα σε αντίθεση με τα άτομα με οξύ πρόβλημα.

Πίνακας 31: Διαφορές στις μέσες τιμές ικανοποίησης των ασθενών (με οξύ και χρόνια πρόβλημα υγείας)

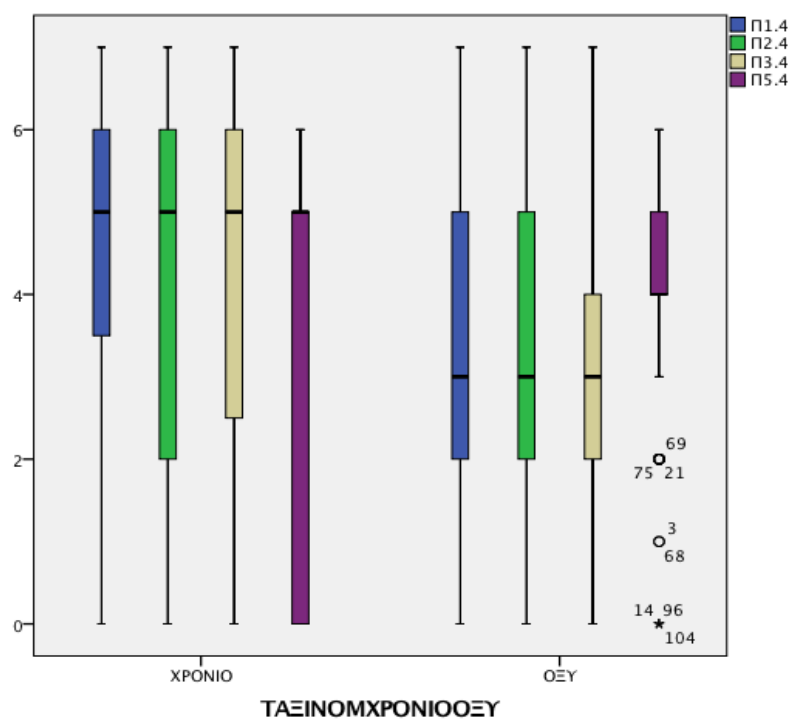
Ικανοποίηση (0-7)	Χρόνιο		Οξύ	
	Μ.Τ.	Τ.Α.	Μ.Τ.	Τ.Α.
1. Να υπάρχει ποικιλία στο φαγητό.	4.29	1.76	3.48	1.40
2. Να σερβίρεται ένα ζεστό φαγητό με ωραίο τρόπο.	4.10	1.83	3.55	1.46
3. Να είναι νόστιμο το φαγητό.	4.10	1.83	3.26	1.42
4. Να είναι καθαρό το δωμάτιο, τα σεντόνια και οι χώροι υγιεινής.	5.18	1.04	4.91	.83
5. Να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου.	3.36	2.47	3.92	1.25
6. Να αισθάνομαι ότι το Τμήμα λειτουργεί με έναν οργανωμένο τρόπο.	5.68	.71	4.87	.79
7. Να αισθάνομαι ασφαλής στο νοσοκομείο.	5.86	.70	5.43	.72
8. Να υπάρχουν αρκετές νοσηλεύτριες το βράδυ.	5.39	.86	4.87	.87
9. Να έχω ένα άνετο δωμάτιο και ένα άνετο κρεβάτι.	5.01	1.48	4.45	1.68
10. Να έχω έναν καλό και ήσυχο ύπνο χωρίς να διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού.	4.52	1.93	4.59	1.25
11. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρω (από άγχος, πόνο).	5.95	.37	5.56	.69
12. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες γενικά σέβονται την προσωπικότητά μου.	5.59	.77	5.31	.88
13. Να μου εμπνέουν τόση εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες, ώστε να μπορώ να συζητώ μαζί τους πολύ προσωπικά μου προβλήματα.	5.24	1.56	1.43	2.01
14. Να μου αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας μου.	5.57	1.14	5.43	.97
15. Να μπορώ να βρω πάντα έναν γιατρό όταν τον χρειάζομαι.	5.88	.61	5.51	.84
16. Να μπορώ να βρω πάντα μια νοσηλεύτρια όταν την χρειάζομαι.	5.77	.62	5.05	.84
17. Να μου μιλά το προσωπικό με ευγενικό τρόπο.	5.68	.56	5.20	.56
18. Όταν με εξετάζουν οι γιατροί να με σέβονται.	5.72	.51	5.70	.53
19. Να αισθάνομαι ότι οι νοσηλεύτριες ξέρουν καλά τη δουλειά τους (όταν δίνουν φάρμακα, παίρνουν αίμα, βάζουν ορό κ.α.).	5.52	.80	5.10	.86
20. Να μην συζητά το προσωπικό την περίπτωση μου μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς.	3.14	2.74	5.47	.84
21. Να με ρωτά το προσωπικό πριν μου κάνει κάτι.	1.04	1.93	3.33	1.56

22. Να μου εξηγούν οι γιατροί την διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο.	3.75	2.49	4.27	.97
23. Να με συμβουλεύουν οι γιατροί τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία.	5.67	.94	5.31	.68
24. Να με φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να μου ζητά χρήματα.	6.38	.49	6.25	.83
25. Να σέβεται το προσωπικό την παρουσία & το ενδιαφέρον του συγγενή μου.	4.53	2.39	4.19	2.46
26. Να αφιερώνουν οι γιατροί αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθήσει στη διάγνωση.	5.88	.67	5.71	.64

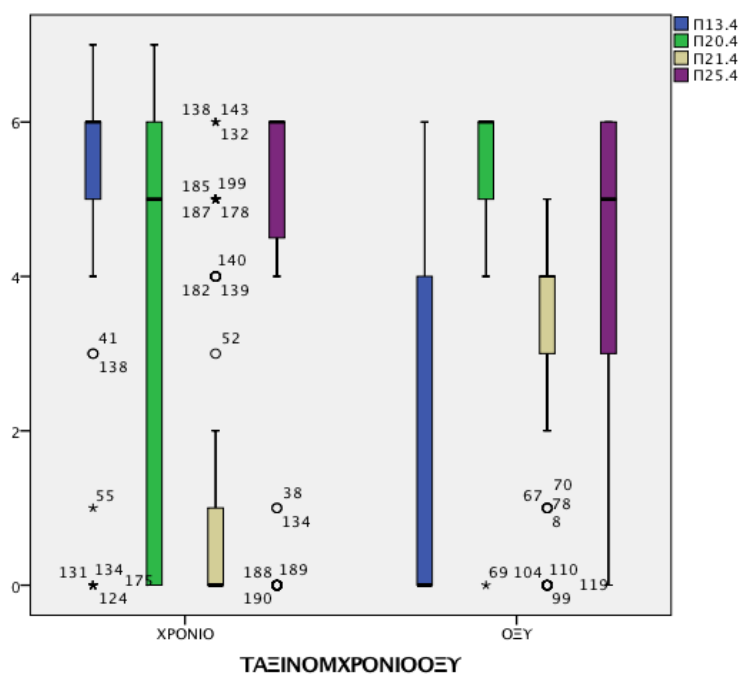
Το χ^2 test έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών με οξύ και χρόνια πρόβλημα υγείας στις ερωτήσεις 5 ($p=0,046$), 13 ($p<0,001$), 20 ($p=0,008$) και 21 ($p<0,001$). Πιο συγκεκριμένα: το 65,8% αυτών με χρόνια πρόβλημα έναντι του 81,3% με οξύ απάντησαν ότι τηρήθηκαν οι ώρες του επισκεπτηρίου. Το 91% αυτών με χρόνια πρόβλημα έναντι του 28,6% με οξύ απάντησαν ότι τους ενέπνευσαν τόσο εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες, ώστε μπορούσαν να συζητήσουν μαζί τους πολύ προσωπικά τους προβλήματα. Το 90,1% αυτών με χρόνια πρόβλημα έναντι του 98,9% με οξύ απάντησαν ότι δεν συζητήσαν το προσωπικό την περίπτωσή τους μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς. Το 57,7% αυτών με χρόνια πρόβλημα έναντι του 85,7% με οξύ απάντησαν ότι τους ρωτούσε το προσωπικό πριν μου κάνει κάτι.

Οι ερωτήσεις 1,2,3,5,13,20,21 και 25 αναπαρίστανται γραφικά στα παρακάτω θηκογράμματα (8,9)

Γράφημα 8: Θηκόγραμμα ερωτ. 1,2,3,5 και είδος νοσήματος

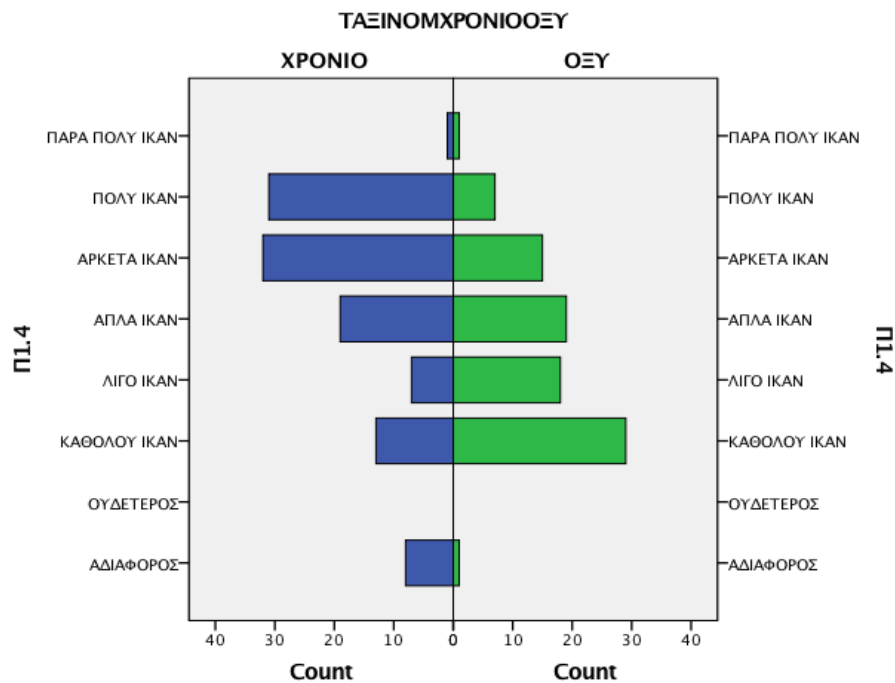


Γράφημα 9: Θηκόγραμμα ερωτ.13,20,21,25 και είδος νοσήματος

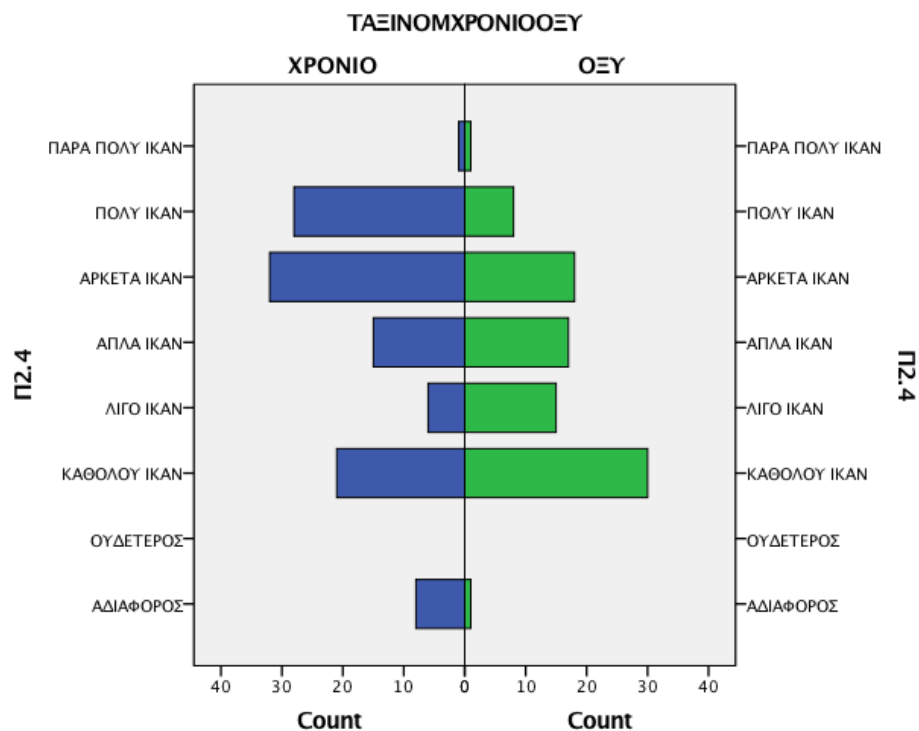


Στα παρακάτω γραφήματα (10-17) παρουσιάζονται τα συγκριτικά ποσοστά απαντήσεων των ατόμων με χρόνια και οξύ πρόβλημα στις ερωτήσεις 1,2,3,5,13,20,21 και 25

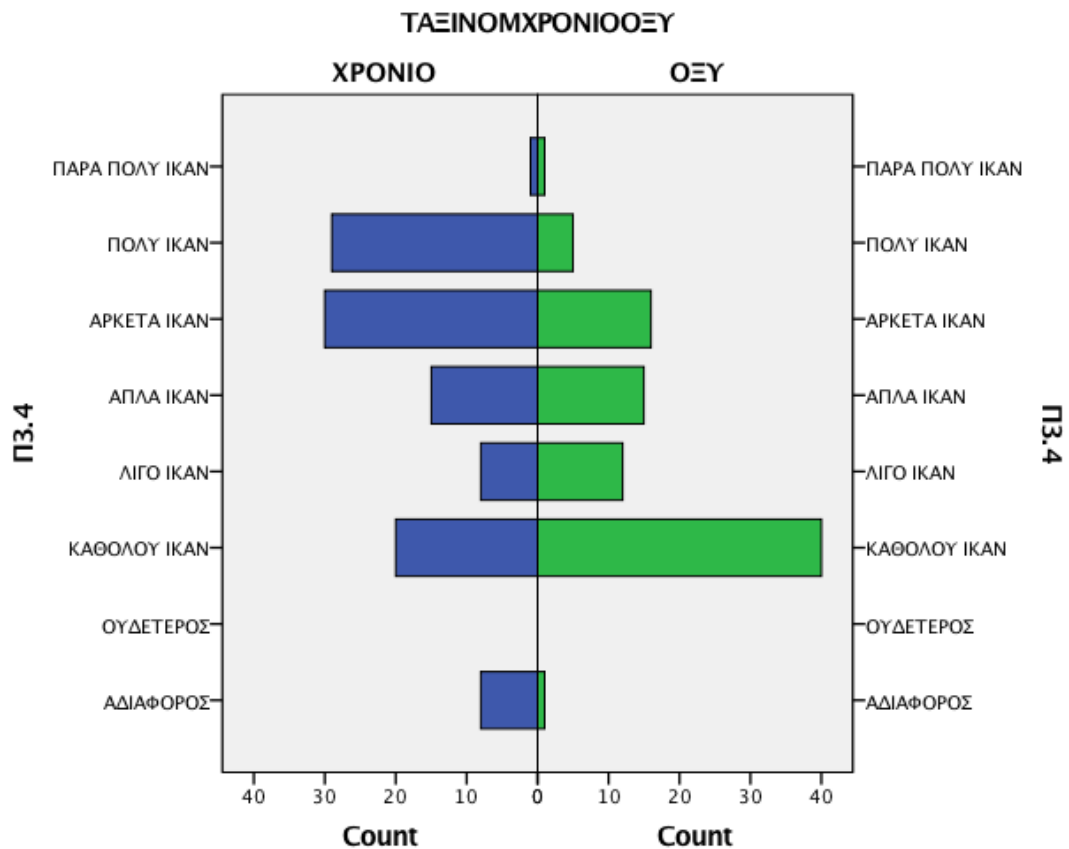
Γράφημα 10 Ποικιλία στο φαγητό –οξύ/χρόνιο



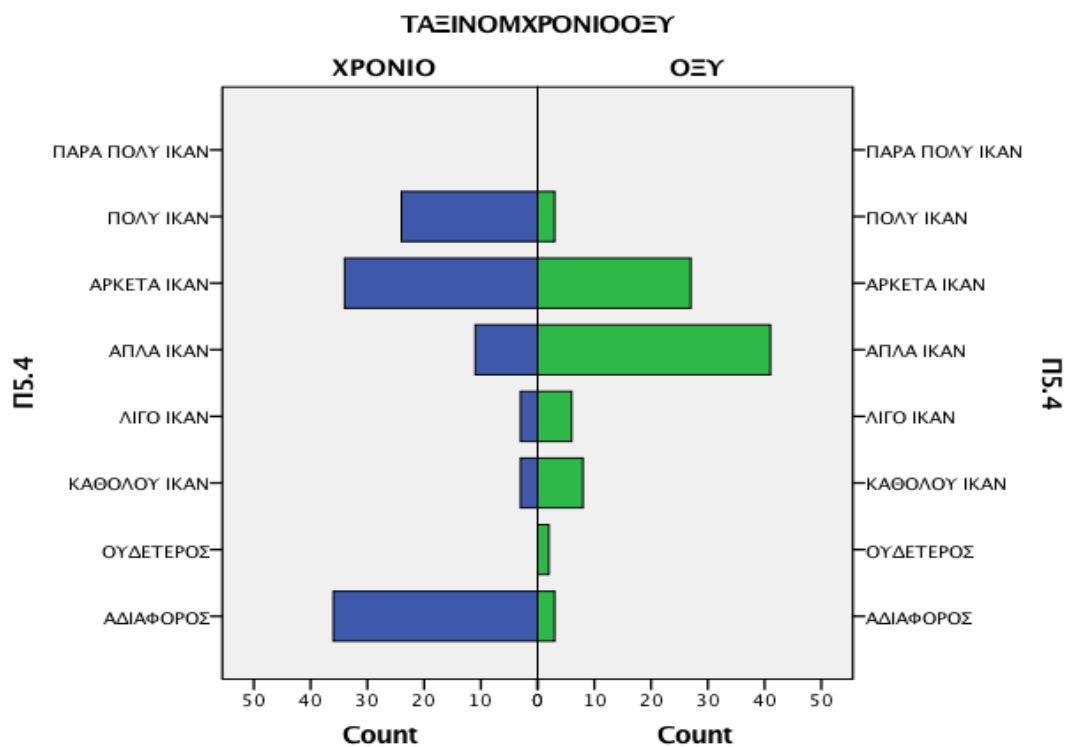
Γράφημα 11 Σερβίρισμα φαγητού –οξύ/χρόνιο



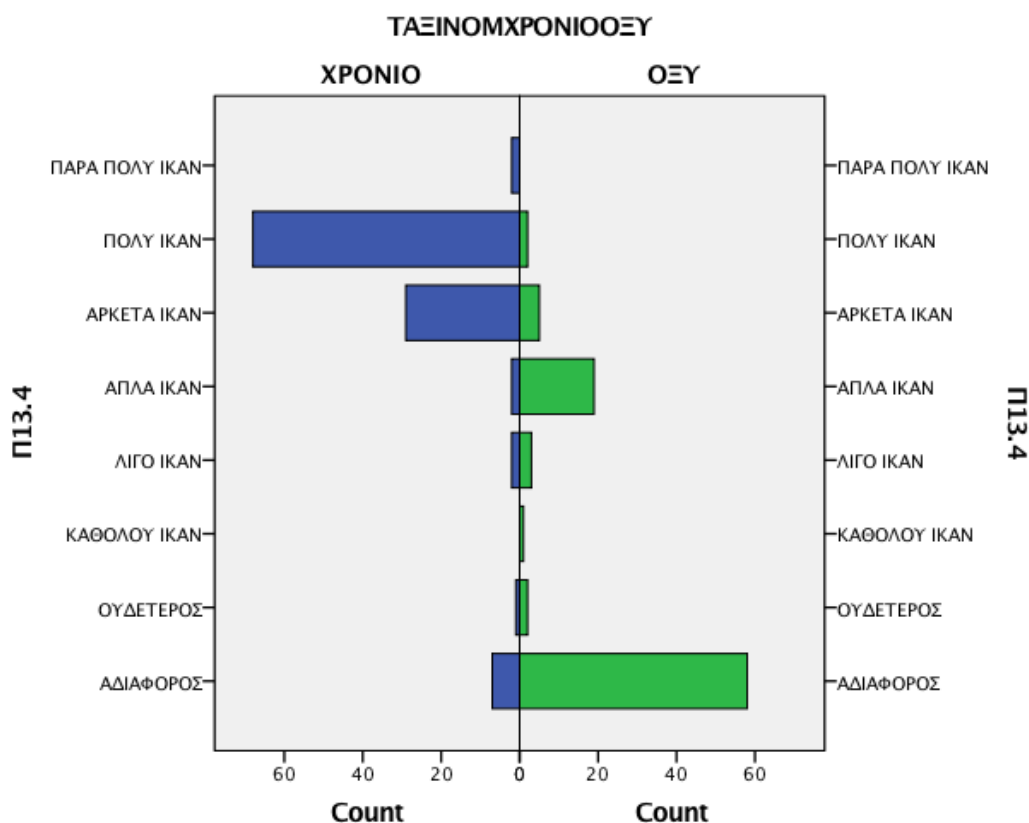
Γράφημα 12 Νόστιμο φαγητό – οξύ /χρόνιο



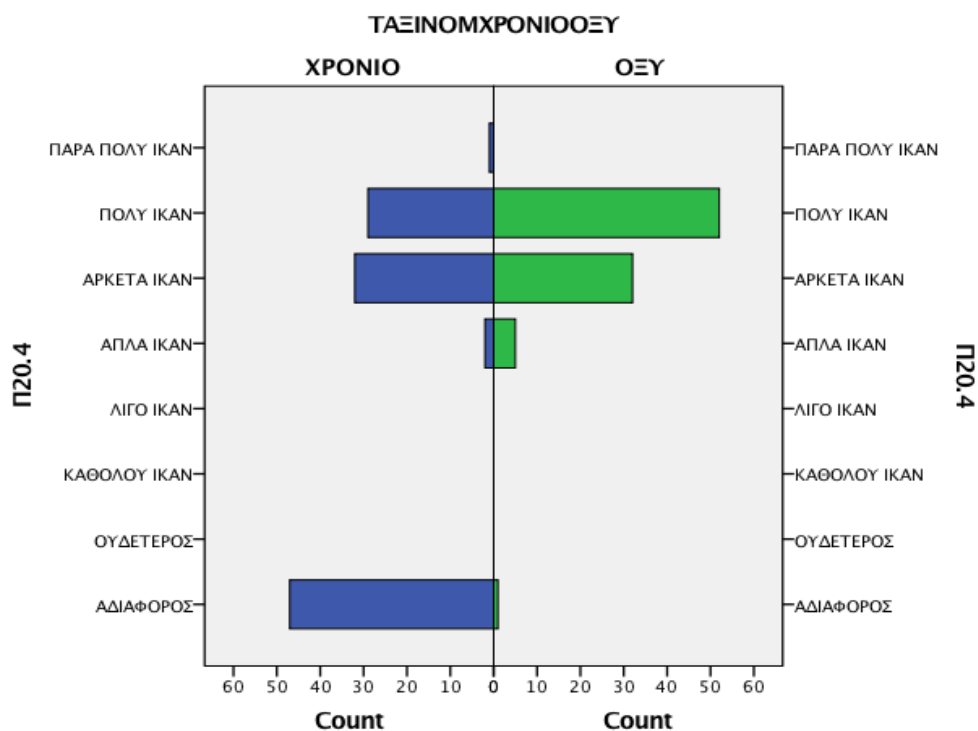
Γράφημα 13: Επισκεπτήριο –οξύ/χρόνιο



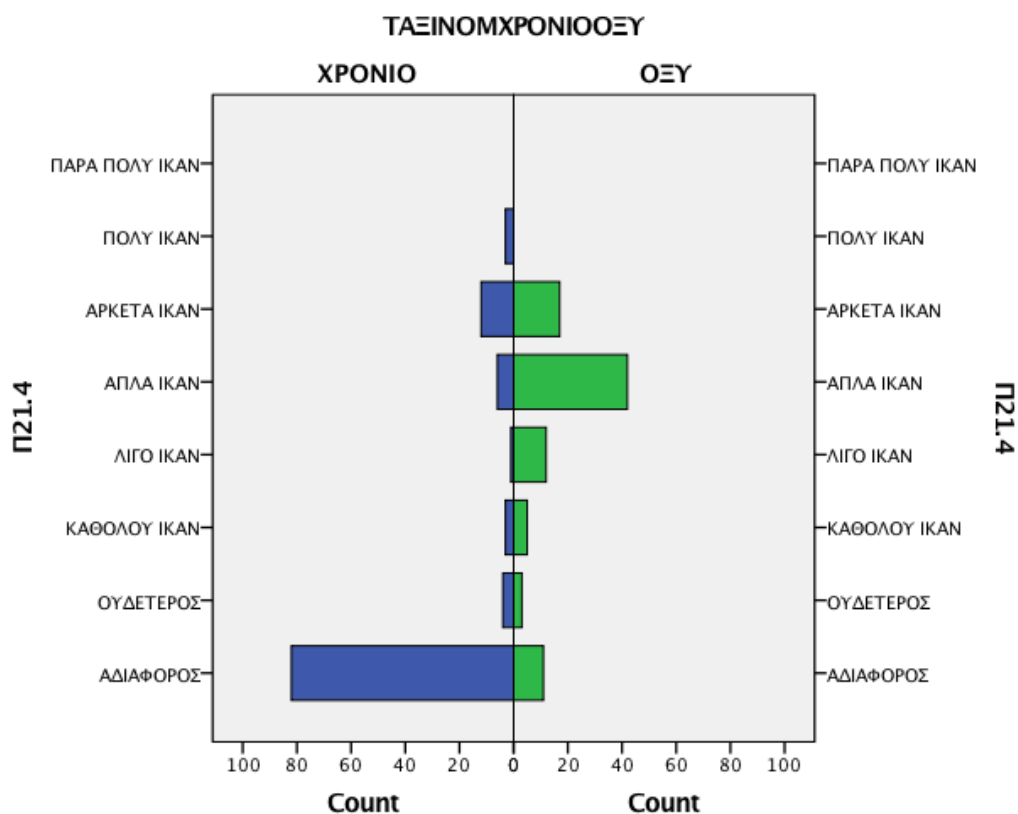
Γράφημα 14 : Εμπιστοσύνη σε γιατρούς/νοσηλεύτριες – οξύ/χρόνιο



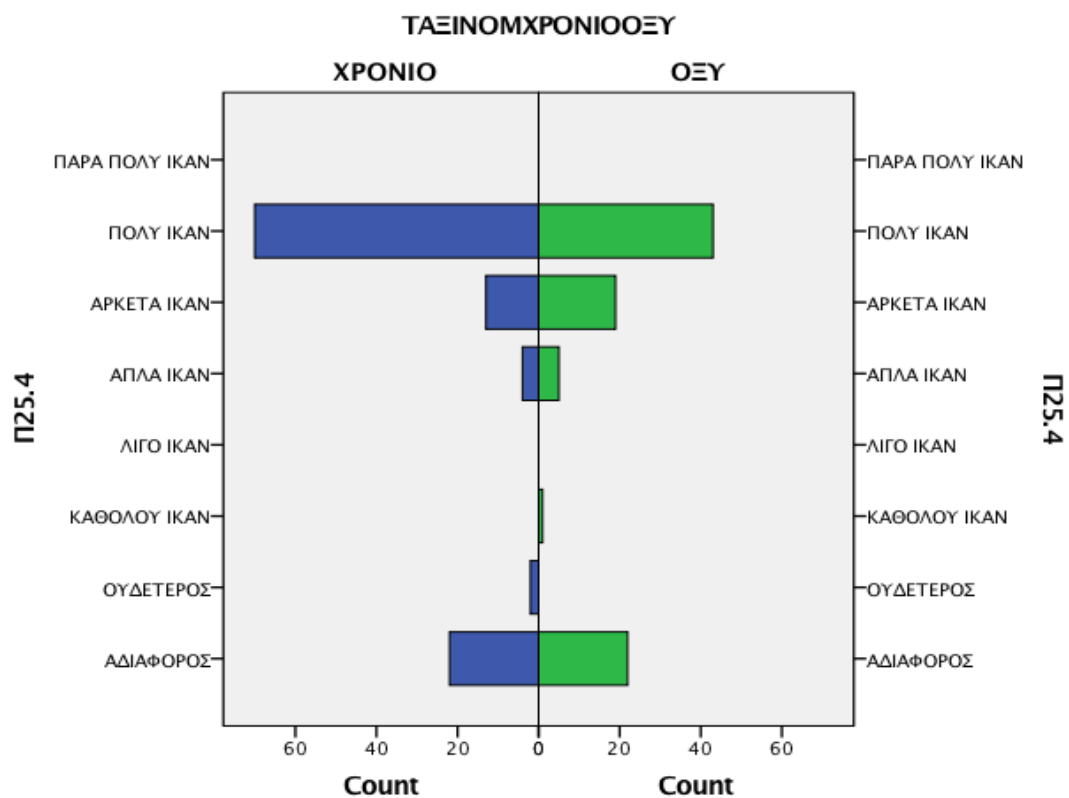
Γράφημα 15 : Συζήτηση μπροστά σε τρίτους-οξύ/χρόνιο



Γράφημα 16 : Ερώτηση πριν την ιατρική πράξη



Γράφημα 17: Σεβασμός στο συγγενή



Όπως φαίνεται στον πίνακα 32, τα άτομα με χρόνιο πρόβλημα υγείας δήλωσαν στατιστικά σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένα από τις τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες φροντίδας του προσωπικού, το φαγητό και την οργάνωση και λειτουργία του Τμήματος.

Πίνακας 32: Διαφορές στις μέσες τιμές των 4 παραγόντων της κλίμακας ικανοποίησης των ασθενών (με οξύ και χρόνιο πρόβλημα υγείας)

Παράγοντας (0-7)	Πρόβλημα	N	M.T.	T.A.	p-value
Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες φροντίδας	ΧΡΟΝΙΟ	111	4.95	.58	0,001
	ΟΞΥ	91	4.68	.46	
Φυσικό και τεχνητό περιβάλλον φροντίδας	ΧΡΟΝΙΟ	111	5.18	.60	0,732
	ΟΞΥ	91	5.16	.51	
Φαγητό	ΧΡΟΝΙΟ	111	4.16	1.78	0,001
	ΟΞΥ	91	3.43	1.38	
Οργάνωση και λειτουργία του Τμήματος	ΧΡΟΝΙΟ	111	5.08	.73	0,001
	ΟΞΥ	91	4.76	.65	

Προκειμένου για την αξιολόγηση των συνολικών βαθμολογιών των ασθενών στην κλίμακα προσδοκιών, εκληφθείσας ποιότητας, απόδοσης και ικανοποίησης αθροίστηκαν οι βαθμολογίες κάθε ερώτησης. Στον πίνακα 33, φαίνεται το εύρος των βαθμολογιών για κάθε υποκλίμακα.

Πιν 33: Εύρος των βαθμολογιών για κάθε κλίμακα

Κλίμακα	Εύρος (min-max)
Προσδοκίες	0-130
Εκληφθείσα ποιότητα	0-182
Απόδοση	0-26
Ικανοποίηση	0-182

Όπως φαίνεται στον πίνακα 34, η διάμεση τιμή της συνολικής βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα προσδοκιών είναι 100/130, αυτή της εκληφθείσας ποιότητας είναι 143/182, της απόδοσης 24/26 και της ικανοποίησης 126/182. Το 75% των ατόμων είχαν βαθμολογίες 104, 150, 25 και 136 αντίστοιχα.

Διαπιστώνεται ότι οι προσδοκίες είναι σχετικά υψηλές, η εκληφθείσα ποιότητα (αυτά που θεωρούν σημαντικά στην φροντίδα τους) είναι αρκετά υψηλή, η υλοποίηση των προσδοκιών και της εκληφθείσας ποιότητας είναι αρκετά υψηλή, όμως η ικανοποίηση είναι αρκετή.

Πιν34: Εύρος των βαθμολογιών για κάθε κλίμακα

		ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	ΠΟΙΟΤΗΤΑ	ΑΠΟΔΟΣΗ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
Μέση τιμή		98.35	138.76	23.40	125.81
Διάμεση		100.00	143.00	24.00	126.00
Τυπ. Απόκλ		11.26	16.09	2.44	13.60
Διακύμανση		126.84	258.88	5.96	185.06
Min		64	87	8.00	68.00
Max		123	168	27.00	164.00
Εκατ	25	96.00	129.75	22.00	117.00
	50	100.00	143.00	24.00	126.00
	75	104.00	150.00	25.00	136.00

Για λόγους συγκρισιμότητας των δεδομένων μας, στον πίνακα 35 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των βαθμολογιών των ασθενών στις τρεις κλίμακες, επιβεβαιώνοντας τα πιο πάνω ευρήματα.

Πιν35: Εύρος των βαθμολογιών για κάθε κλίμακα

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ (0-5)		ΠΟΙΟΤΗΤΑ (0-7)	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ (0-7)
Μέση τιμή	3.78	5.33	4.83
Διάμεση	3.84	5.50	4.84
Τυπ. Απόκλ	.43	.618	.52
Διακύμανση	.19	.383	.27
Min	2.46	3.35	2.62
Max	4.73	6.46	6.31
Percentiles	25	3.69	4.50
	50	3.84	4.84
	75	4.00	5.23

Όπως φαίνεται στον πίνακα 36, οι προσδοκίες των ασθενών σχετίζονται στατιστικά σημαντικά και ισχυρά ($r=0,842$, $p<0,001$) με την εκληφθείσα ποιότητα και λιγότερο ισχυρά με την ικανοποίηση ($r=0,245$, $p<0,001$)

Πιν 36: Συσχετίσεις των βαθμολογιών για κάθε κλίμακα

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ			ΠΟΙΟΤΗΤΑ	ΑΠΟΔΟΣΗ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	Συντελεστής	1	.842	.069	.245
	p-value	.	<0,001	.327	<0,001
	N	202	202	202	202
ΠΟΙΟΤΗΤΑ	Συντελεστής	.842	1	-.074	.073
	p-value	<0,001	.	.293	.299
	N	202	202	202	202
ΑΠΟΔΟΣΗ	Συντελεστής	.069	-.074	1	.705
	p-value	.327	.293	.	<0,001
	N	202	202	202	202
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	Συντελεστής	.245	.073	.705	1
	p-value	<0,001	.299	<0,001	.
	N	202	202	202	202

Φύλο

Το φύλο δεν σχετίζεται με καμιά από τις συνολικές βαθμολογίες και στις 4 κλίμακες (πίν 37,38).

Πιν 37 : Διαφορές στις μέσες βαθμολογίες για κάθε κλίμακα μεταξύ των δυο φύλων

Κλίμακα	ΦΥΛΟ	N	M.T.	T.A.	p-value
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	ΑΝΔΡΑΣ	116	98.48	10.47	0,842
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	98.16	12.30	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ	ΑΝΔΡΑΣ	116	139.05	15.45	0,767
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	138.37	16.99	
ΑΠΟΔΟΣΗ	ΑΝΔΡΑΣ	116	23.52	2.56	0,433
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	23.24	2.26	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	ΑΝΔΡΑΣ	116	126.99	13.60	0,153
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	124.22	13.51	

Πιν 38: Διαφορές στις μέσες βαθμολογίες για κάθε κλίμακα μεταξύ των δυο φύλων

Κλίμακα	ΦΥΛΟ	N	M.T.	T.A	p-value
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ (0-5)	ΑΝΔΡΑΣ	116	3.79	.40	0,842
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	3.78	.47	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ (0-7)	ΑΝΔΡΑΣ	116	5.35	.59	0,767
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	5.32	.65	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ (0-7)	ΑΝΔΡΑΣ	116	4.88	.52	0,153
	ΓΥΝΑΙΚΑ	86	4.78	.52	

Ηλικιακή ομάδα

Οι άνω των 65 ετών φαίνεται να έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες προσδοκίες, και εκληφθείσα ποιότητα. Αντίθετα δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εκληφθείσα απόδοση αλλά και στην ικανοποίηση (Πίν 39,40).

Πιν 39: Διαφορές στις μέσες βαθμολογίες για κάθε κλίμακα μεταξύ των δυο ηλικιακών ομάδων

	ΗΛΙΚΙΑ	N	M.T.	T.A.	p-value
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	<65	66	100.89	10.19	0,025
	>65	136	97.11	11.57	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ	<65	66	144.02	13.91	0,001
	>65	136	136.21	16.49	
ΑΠΟΔΟΣΗ	<65	66	22.93	2.39	0,060
	>65	136	23.62	2.44	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	<65	66	125.01	11.96	0,563
	>65	136	126.19	14.35	

Πιν40: Διαφορές στις μέσες βαθμολογίες για κάθε κλίμακα μεταξύ των δυο ηλικιακών ομάδων

	ΗΛΙΚΙΑ	N	M.T.	T.A.	p-value
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ (0-5)	<65	66	3.88	.39	0,025
	>65	136	3.74	.45	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ (0-7)	<65	66	5.54	.54	0,001
	>65	136	5.24	.63	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ (0-7)	<65	66	4.81	.46	0,563
	>65	136	4.85	.55	

Επίπεδο εκπαίδευσης

Το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να σχετίζεται μόνο με την εκληφθείσα ποιότητα (πίν 41,42) με τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης να έχει την μικρότερη βαθμολογία.

Πιν41: Διαφορές στις μέσες βαθμολογίες για κάθε κλίμακα μεταξύ των
διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης

Κλίμακα		N	M.T.	T.A.	p-value
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	αναλφάβητος	26	95.88	13.28	0,164
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	97.30	10.72	
	πρωτοβάθμια	82	97.41	12.13	
	δευτεροβάθμια	31	101.81	8.45	
	τριτοβάθμια	17	102.82	8.14	
	μεταπτυχιακό	2	100.00	8,13	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ	αναλφάβητος	26	132.46	18.32	0,001
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	136.77	14.43	
	πρωτοβάθμια	82	136.60	17.08	
	δευτεροβάθμια	31	146.81	11.91	
	τριτοβάθμια	17	148.06	9.64	
	μεταπτυχιακό	2	149.50	.71	
ΑΠΟΔΟΣΗ	αναλφάβητος	26	23.65	2.39	0,450
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	23.72	2.85	
	πρωτοβάθμια	82	23.26	2.20	
	δευτεροβάθμια	31	23.64	2.10	
	τριτοβάθμια	17	22.35	3.01	
	μεταπτυχιακό	2	23.50	2.12	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	αναλφάβητος	26	125.53	17.46	0,134
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	126.77	13.34	
	πρωτοβάθμια	82	127.56	13.67	
	δευτεροβάθμια	31	124.87	11.48	
	τριτοβάθμια	17	117.35	8.82	
	μεταπτυχιακό	2	123.00	1.41	

Πιν42: Διαφορές στις μέσες βαθμολογίες για κάθε κλίμακα μεταξύ των
διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης

Κλίμακα		N	M.T.	T.A	p-value
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ (0-5)	αναλφάβητος	26	3.69	.51	0,164
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	3.74	.41	
	πρωτοβάθμια	82	3.75	.47	
	δευτεροβάθμια	31	3.92	.33	
	τριτοβάθμια	19	3.94	.30	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ (0-7)	αναλφάβητος	26	5.09	.70	0,001
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	5.26	.56	
	πρωτοβάθμια	82	5.25	.66	
	δευτεροβάθμια	31	5.65	.46	
	τριτοβάθμια	19	5.70	.35	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ (0-7)	αναλφάβητος	26	4.83	.67	0,134
	Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	4.88	.51	
	πρωτοβάθμια	82	4.91	.53	
	δευτεροβάθμια	31	4.80	.44	
	τριτοβάθμια	19	4.54	.33	

Διάγνωση

Η διάγνωση εισόδου στο νοσοκομείο φαίνεται να επηρεάζει τις βαθμολογίες σε όλες τις κλίμακες πλην της εκληφθείσας απόδοσης. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με χρόνιο νόσημα είχαν τις λιγότερες προσδοκίες, την μικρότερη συνολική εκληφθείσα ποιότητα ενώ τα άτομα με οξύ νόσημα τη μικρότερη ικανοποίηση (πίν 43).

Πιν 43: Διαφορές στις μέσες βαθμολογίες για κάθε κλίμακα μεταξύ των διαφορετικών διαγνώσεων

Κλίμακα		N	M.T.	T.A.	p-value
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ (0-5)	ΧΡΟΝΙΟ	111	3.65	.51	<0,001
	ΟΞΥ	91	3.94	.24	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ (0-7)	ΧΡΟΝΙΟ	111	5.03	.65	<0,001
	ΟΞΥ	91	5.71	.27	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ (0-7)	ΧΡΟΝΙΟ	111	4.95	.57	<0,001
	ΟΞΥ	91	4.70	.43	

Εμπειρία από προηγούμενες νοσηλείες

Διαπιστώνεται πως τα άτομα που δήλωσαν ότι η παρούσα νοσηλεία ήταν λιγότερο καλή σε σχέση με τις νοσηλείες στο παρελθόν είχαν τελικά τις υψηλότερες προσδοκίες, την υψηλότερη εκληφθείσα ποιότητα, απάντησαν πως δεν έλαβαν ό,τι θεωρούσαν σημαντικό και περίμεναν και ήταν οι λιγότερο ικανοποιημένοι (πίν 44).

Πιν 44: Διαφορές στις μέσες βαθμολογίες για κάθε κλίμακα ως προς την εμπειρία από νοσηλείες του παρελθόντος

Κλίμακα		N	M.T.	T.A.	p-value
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	λιγότερο καλή	22	102.41	6.55	0,036
	εξίσου καλή	86	95.48	12.33	
	περισσότερο καλή	27	95.30	11.61	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ	λιγότερο καλή	22	148.14	9.031	<0,001
	εξίσου καλή	86	132.86	16.29	
	περισσότερο καλή	27	132.59	17.64	
ΑΠΟΔΟΣΗ	λιγότερο καλή	22	21.90	2.90	<0,001
	εξίσου καλή	86	23.82	1.79	
	περισσότερο καλή	27	24.22	1.33	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	λιγότερο καλή	22	119.45	11.58	0,008
	εξίσου καλή	86	127.24	12.83	
	περισσότερο καλή	27	130.51	12.03	

Διάρκεια νόσου

Η συνολική διάρκεια της νόσου δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με καμία από τις συνολικές βαθμολογίες στις 4 κλίμακες (Πίνακας 45).

Πιν 45: Συσχετίσεις ανάμεσα στις μέσες βαθμολογίες για κάθε κλίμακα και στην διάρκεια της νόσου τους

Κλίμακα		Διάρκεια νόσου
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	Συντελεστής συσχέτισης	-.026
	p-value	0.784
	N	111
ΠΟΙΟΤΗΤΑ	Συντελεστής συσχέτισης	-.099
	p-value	0,297
	N	111
ΑΠΟΔΟΣΗ	Συντελεστής συσχέτισης	.172
	p-value	0.081
	N	111
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	Συντελεστής συσχέτισης	.083
	p-value	0,386
	N	111

Περιοχή

Η περιοχή διαμονής φαίνεται να σχετίζεται με τις προσδοκίες και οριακά με την εκληφθείσα ποιότητα. Ωστόσο, η ανάλυση LSD έδειξε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο ανάμεσα στην Περιφέρεια Θεσσαλίας και το υπόλοιπο του Νομού Λάρισας με τα άτομα από την Περιφέρεια να έχουν υψηλότερες προσδοκίες και εκληφθείσα ποιότητα (πίν 46).

Πιν 46: Συσχετίσεις ανάμεσα στις μέσες βαθμολογίες για κάθε κλίμακα και στην περιοχή διαμονής

		N	M.T.	T.A.	p-value
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	Δήμος Λάρισας	75	98.45	9.77	0,048
	Υπόλοιπο νομού Λάρισας	83	96.36	12.51	
	Περιφέρεια Θεσσαλίας	41	101.49	10.67	
	Εκτός Θεσσαλίας	3	107.67	3.51	
	Σύνολο	202	98.35	11.26	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ	Δήμος Λάρισας	75	139.92	14.59	0,055
	Υπόλοιπο νομού Λάρισας	83	135.61	17.12	
	Περιφέρεια Θεσσαλίας	41	141.98	16.02	
	Εκτός Θεσσαλίας	3	153.00	3.60	
	Σύνολο	202	138.76	16.09	
ΑΠΟΔΟΣΗ	Δήμος Λάρισας	75	23.32	2.26	0,467
	Υπόλοιπο νομού Λάρισας	83	23.55	2.55	
	Περιφέρεια Θεσσαλίας	41	23.39	2.52	
	Εκτός Θεσσαλίας	3	21.33	2.51	
	Σύνολο	202	23.40	2.44	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	Δήμος Λάρισας	75	124.74	12.60	0,682
	Υπόλοιπο νομού Λάρισας	83	125.86	14.19	
	Περιφέρεια Θεσσαλίας	41	127.85	14.44	
	Εκτός Θεσσαλίας	3	123.00	12.16	
	Σύνολο	202	125.81	13.60	

Κλίμακες και EQ-5D-3L

Με τις προσδοκίες (πίν 47) σχετίζονται στατιστικά σημαντικά και αρνητικά η κινητικότητα, η αυτοεξυπηρέτηση, οι δραστηριότητες, ο πόνος-δυσφορία, το άγχος-κατάθλιψη και θετικά η βαθμολογία VAS.

Με την εκληφθείσα ποιότητα σχετίζονται στατιστικά σημαντικά και αρνητικά η κινητικότητα, η αυτοεξυπηρέτηση, οι δραστηριότητες, ο πόνος-δυσφορία, το άγχος-κατάθλιψη και θετικά η βαθμολογία VAS.

Με την εκληφθείσα απόδοση δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά καμιά από τις υποκλίμακες του EQ5-3L.

Με την ικανοποίηση σχετίζεται αρνητικά και ασθενώς το άγχος-θλίψη.

Πιν 47: Συσχετίσεις ανάμεσα στις μέσες βαθμολογίες για κάθε κλίμακα και EQ5-3L

		ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	ΠΟΙΟΤΗΤΑ	ΑΠΟΔΟΣΗ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	Συντελεστής συσχέτισης	1	.872	.072	.319
	p-value		<0,001	.309	<0,001
	N	202	202	202	202
ΠΟΙΟΤΗΤΑ	Συντελεστής συσχέτισης	.872	1	-.009	.211
	p-value	<0,001		.902	.003
	N	202	202	202	202
ΑΠΟΔΟΣΗ	Συντελεστής συσχέτισης	.072	-.009	1	.733
	p-value	.309	.902		<0,001
	N	202	202	202	202
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	Συντελεστής συσχέτισης	.319	.211	.733	1
	p-value	<0,001	.003	<0,001	
	N	202	202	202	202
Κινητικότητα	Συντελεστής συσχέτισης	-.232	-.332	.044	.024
	p-value	.001	<0,001	.531	.739
	N	202	202	202	202
αυτοεξυπηρέτηση	Συντελεστής συσχέτισης	-.182	-.261	.090	-.004
	p-value	.009	<0,001	.203	.952
	N	202	202	202	202
δραστηριότητες	Συντελεστής συσχέτισης	-.206	-.330	.103	.057
	p-value	.003	<0,001	.145	.421
	N	202	202	202	202

Πόνος/δυσφορία	Συντελεστής συσχέτισης	-.275	-.405	.078	.031
	p-value	<0,001	<0,001	.271	.666
	N	202	202	202	202
Άγχος/θλίψη	Συντελεστής συσχέτισης	-.221	-.250	-.113	-.148
	p-value	.002	<0,001	.110	.036
	N	202	202	202	202
VAS	Συντελεστής συσχέτισης	.281	.444	-.086	-.080
	p-value	<0,001	<0,001	.226	.256
	N	202	202	202	202

6.4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑΣ-ΚΛΙΜΑΚΑ FAS

Αξιοπιστία

Προκειμένου να αξιολογηθεί η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων και πιο συγκεκριμένα, οι πτυχές της καθημερινότητάς τους δημιουργήθηκε μια δεξαμενή ερωτήσεων η οποία προέκυψε μετά από μελέτη της βιβλιογραφίας και μετά από συνεντεύξεις, προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα περιεχομένου. Για την διασφάλιση της εγκυρότητας προσώπου, οι ερωτήσεις αυτές αξιολογήθηκαν από το πάνελ των ειδικών (καθηγητές Παν/μίου, ερευνητές) οι οποίοι κλήθηκαν να σχολιάσουν τις διαστάσεις αυτές ως προς την καταλληλότητά τους, το περιεχόμενό τους, τον τρόπο διατύπωσης και την ευρύτητά τους. Έτσι καταλήξαμε σε μια δεξαμενή 12 ερωτήσεων στις οποίες οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν με την χρήση μιας πεντάβαθμης κλίμακας (1: καθόλου έως 5: πολύ καλή).

Η κλίμακα αυτή είχε έναν συντελεστή Cronbach's alpha = **0,962** που θεωρείται άριστος. Όπως φαίνεται και τον πίνακα 48, καμιά ερώτηση αν αφαιρούνταν δεν θα βελτίωνε τον συντελεστή.

Πίν 48: Συνάφειες ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και διακύμανση αν παραληφθεί η ερώτηση

	<i>Μέσος όρος κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή Cronbach's α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
Να προμηθεύεστε βασικά καθημερινά είδη (supermarket)	24.09	83.041	.879	.957
Να δαπανάτε χρήματα για τη συντήρηση του σπιτιού σας	24.85	79.136	.880	.957
Να δαπανάτε χρήματα για θέρμανση	24.30	81.555	.869	.957
Να προμηθεύετε είδη ένδυσης-υπόδησης	25.19	79.467	.867	.957
Να ψυχαγωγείτε (διασκέδαση, ταξίδια)	25.37	80.243	.866	.957

Να καλύπτετε το σύνολο των λογαριασμών του νοικοκυριού σας (ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ κλπ)	24.17	82.061	.862	.957
Να καλύπτετε τις οφειλές σας προς το Δημόσιο (εφορία)	24.23	81.998	.874	.957
Να συμμετέχετε στα έξοδα των οικείων σας (παιδιά, εγγόνια κ.α.)	25.09	81.668	.739	.962
Να καλύπτετε ιατροφαρμακευτικές δαπάνες	23.80	84.020	.817	.959
Να καλύπτετε άλλες θεραπείες(φυσιοθεραπείες, οδοντοθεραπείες κ.α.)	24.87	78.531	.863	.958
Να αποταμιεύετε	25.82	90.827	.774	.962
Να έχετε οικιακή βοηθό	25.93	93.149	.628	.965

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 48, οι συνάφειες κυμαίνονται από .62 μέχρι .88. και θεωρούνται από πολύ ικανοποιητικές, έως πολύ υψηλές. Οι συνάφειες μεταξύ των ερωτήσεων κυμαίνονταν από .520 έως .864. Όσον αφορά στην αξιολόγηση του δείκτη διαφοροποίησης και την απόφαση για διατήρηση της ερώτησης στην τελική κλίμακα, οι απόψεις όσων ασχολούνται με την ψυχομετρία διαφοροποιούνται ως προς τους στόχους που θέτει κάποιος όταν κατασκευάζει μια κλίμακα. Ωστόσο, τα ελάχιστα όρια, για να περιληφθεί μια ερώτηση στην τελική κλίμακα είναι .20 ή .30, ή υψηλότερες από .30.

Επίσης, βλέπουμε στον πίνακα 48, ότι οι συνάφειες των ερωτήσεων με την συνολική κλίμακα ήταν υψηλές. Υποδεικνύουν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι πολύ κατάλληλες. Από τα στοιχεία του πίνακα, πρόκειται για μια αξιόπιστη κλίμακα. Η εξαίρεση κάποιας ερώτησης δεν θα βελτίωνε τον συντελεστή Cronbach's alpha.

Παραγοντική ανάλυση

Προκειμένου να προβούμε στην παραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήσαμε τα κριτήρια «*ποιότητα των δεδομένων*» και «*το μέγεθος του δείγματος*». Αναλυτικότερα, με την φράση *ποιότητα δεδομένων* εννοούμε δεδομένα που έχουν τα χαρακτηριστικά της κλίμακας των ίσων διαστημάτων ή της οιονεί κλίμακας ίσων διαστημάτων. Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήσαμε μια κλίμακα Likert 5 σημείων που θεωρείται κλίμακα ίσων διαστημάτων ή οιονεί ίσων διαστημάτων και είναι κατάλληλη για την παραγοντική ανάλυση. Ένας άλλος τρόπος για την διασφάλιση της *ποιότητας των δεδομένων* είναι η αναζήτηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των ερωτήσεων των κλιμάκων, δηλαδή της συσχέτισης των ερωτήσεων μεταξύ τους και με την συνολική βαθμολογία της κλίμακας. Έτσι, οι ερωτήσεις που δεν σχετίζονται μεταξύ τους δεν συμβάλλουν στην παραγοντική ανάλυση.

Η δεύτερη προϋπόθεση για την εκτέλεση της παραγοντικής ανάλυσης είναι η διασφάλιση του *μεγέθους του δείγματος*. Στις 12 ερωτήσεις της κλίμακας αυτής απάντησαν 202 ασθενείς, δηλαδή μια αναλογία 17 άτομα προς 1 ερώτηση. Είναι ένα νούμερο εξαιρετικά ικανοποιητικό, ενώ εκπληρώνει όλα τα κριτήρια. Η καταλληλότητα του δείγματος επιβεβαιώνεται και με τον δείκτη Kaiser-Meyer-Olkin (ΚΜΟ) ο οποίος βρέθηκε **0,941**. Το κριτήριο της σφαιρικότητας του Bartlett's είναι 2889.918 (df= 66) και είναι στατιστικά σημαντικό, $p < .000005$ κάτι που επιβεβαιώνει ότι τα δεδομένα είναι κατάλληλα για να προβούμε σε παραγοντική ανάλυση.

Η κοινότητα διακύμανσης των παραγόντων ισούται με το άθροισμα όλων των τετραγώνων των παραγοντικών φορτίσεων και δείχνει τη διακύμανση που εμφανίζει κάθε μεταβλητή από κοινού με τις άλλες μεταβλητές. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι ΚΠΔ κυμαίνονται από .455 μέχρι .812. Οι τιμές αυτές θεωρούνται μεγάλες αφού παρακάτω θα διαπιστώσουμε ότι ο παράγοντας τον οποίο φορτίζουν οι μεταβλητές ερμηνεύεται.

Για να μπορούμε να διεξάγουμε μια παραγοντική ανάλυση χρειάζεται να έχουμε έναν πίνακα συναφειών (correlation matrix), δηλαδή έναν πλήρη πίνακα διασυναφειών (intercorrelations matrix) που είναι συνάφειες ανάμεσα στις μεταβλητές. Από τον πίνακα αυτόν οδηγούμαστε στον πίνακα των παραγόντων (factor matrix) δηλαδή σε έναν πίνακα που δείχνει το βαθμό στον οποίο μια μεταβλητή συσχετίζεται (φορτίζει) με έναν παράγοντα, μια στατιστική ορολογία

που χρησιμοποιείται όταν αναφερόμαστε σε μια «υποθετική ιδιότητα».

Όταν κατασκευάζουμε μια πολυδιάστατη κλίμακα, την υποβάλλουμε σε εξέταση με την βοήθεια της ανάλυσης των κυρίων συνιστωσών, προκειμένου να εξαχθούν οι πρώτοι παράγοντες της κλίμακας. Ακολουθώντας, εξετάζουμε τις φορτίσεις των ερωτήσεων στον πρώτο παράγοντα που προκύπτει χωρίς στρέψη των αξόνων. Εάν υπάρχουν ερωτήσεις που έχουν χαμηλές φορτίσεις στον πρώτο παράγοντα (δηλαδή $< .30$) και μέτριες στους άλλους παράγοντες, διαγράφονται από την κλίμακα. Στην προκειμένη περίπτωση, όπως φαίνεται στον πίνακα 49, (μη περιστροφόμενος πίνακας των παραγόντων, unrotated factor matrix) δεν υπάρχουν ανάλογες ερωτήσεις, συνεπώς δεν απορρίπτουμε καμιά. Έτσι, έχουμε να κάνουμε γενικά με ερωτήσεις που έχουν υψηλές φορτίσεις σε έναν μόνο παράγοντα. Εξάλλου αν ανατρέξουμε στον υπολογισμό της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής της κλίμακας, επιβεβαιώνουμε τον αρχικό ισχυρισμό περί διατήρησης όλων των ερωτήσεων.

Πίνακας 49: Φόρτιση των ερωτήσεων στους παράγοντες χωρίς στρέψη τους

Να προμηθεύσετε βασικά καθημερινά είδη (supermarket)	.901
Να δαπανάτε χρήματα για τη συντήρηση του σπιτιού σας	.900
Να δαπανάτε χρήματα για θέρμανση	.892
Να προμηθεύσετε είδη ένδυσης-υπόδησης	.890
Να ψυχαγωγείτε (διασκέδαση, ταξίδια)	.892
Να καλύπτετε το σύνολο των λογαριασμών του νοικοκυριού σας (ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ κλπ)	.888
Να καλύπτετε τις οφειλές σας προς το Δημόσιο (εφορία)	.897
Να συμμετέχετε στα έξοδα των οικείων σας (παιδιά, εγγόνια κ.α.)	.778
Να καλύπτετε ιατροφαρμακευτικές δαπάνες	.846
Να καλύπτετε άλλες θεραπείες (φυσιοθεραπείες, οδοντοθεραπείες κ.α.)	.885
Να αποταμιεύετε	.811
Να έχετε οικιακή βοηθό	.675

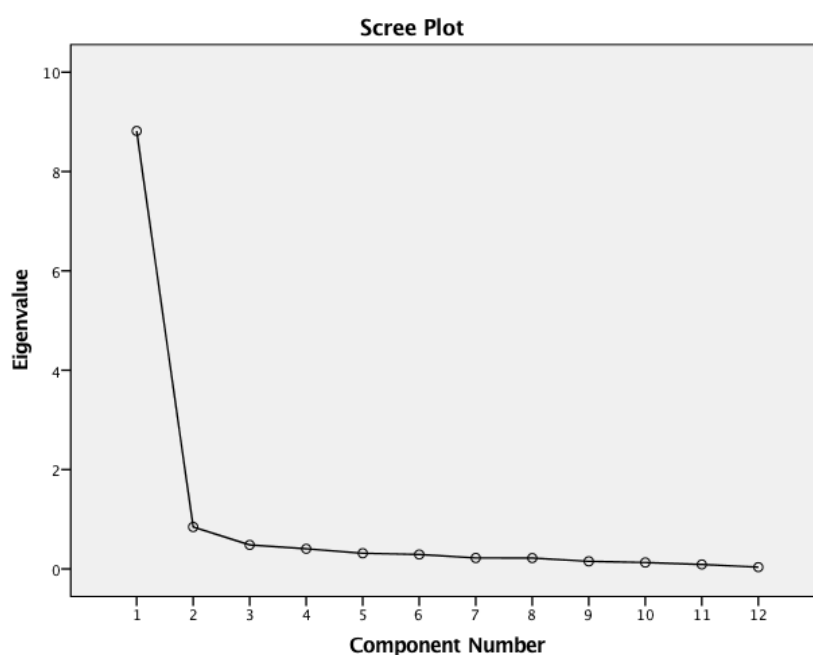
Προκειμένου να διερευνήσουμε τους παράγοντες της κλίμακας χρησιμοποιήσαμε την ορθογώνια περιστροφή των αξόνων (varimax) με την οποία κάθε παράγοντας δεν έχει κοινή διακύμανση, δηλαδή είναι ανεξάρτητος από τους άλλους. Η περιστροφή των παραγόντων βέβαια, έχει και μια επιπρόσθετη χρησιμότητα: είναι

ιδανική σε περιπτώσεις όπως η δική μας στην οποία οι ασθενείς του δείγματός μας είχαν την τάση να δίνουν την ίδια ή παρόμοια απάντηση σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας (halo effect) οπότε και με την περιστροφή απαλείφεται αυτή η τάση μεροληψίας, με την εύρεση των φορτίσεων που χρειάζονται.

Με την παραγοντική ανάλυση κυρίων συνιστωσών, εξήχθη **ένας** παράγοντας ο οποίος ερμηνεύει το **73,47%** της συνολικής διακύμανσης των τιμών της κλίμακας. Αξίζει να τονίσουμε ότι ένα άλλο κριτήριο για την εκτέλεση παραγοντικής ανάλυσης είναι ότι οι παράγοντες πρέπει να ερμηνεύουν ένα σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης των μεταβλητών/ερωτήσεων, συνήθως το 50% της συνολικής διακύμανσης.

Στο Γράφημα 18, φαίνεται το διάγραμμα των ιδιοτιμών (screen test). Οι ιδιοτιμές είναι το άθροισμα των τετραγώνων των φορτίσεων σε κάθε παράγοντα και αποτελεί ένα μέτρο της διακύμανσης που ερμηνεύει τον παράγοντα. Παρατηρούμε την γραφική παράσταση και προσπαθούμε να βρούμε πότε κάμπτεται η κατεύθυνση της γραμμής μετά τον πρώτο παράγοντα. Επειδή χρησιμοποιούμε το κριτήριο Kaiser που προτείνει την απόρριψη των παραγόντων με ιδιοτιμή μικρότερη ή ίση του 1,0, αγνοούμε την κάμψη στον πρώτο παράγοντα και τελικά αποδεχόμαστε έναν παράγοντα.

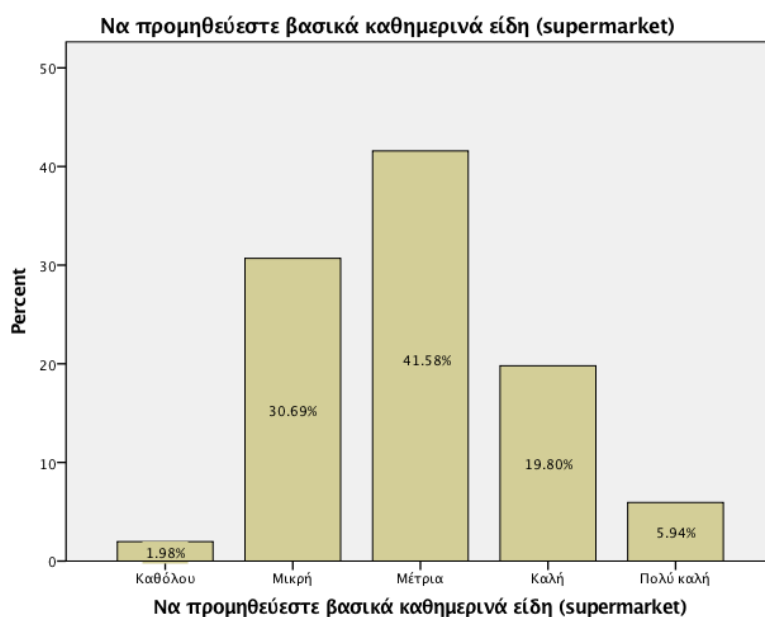
Γράφημα 18: Διάγραμμα ιδιοτιμών



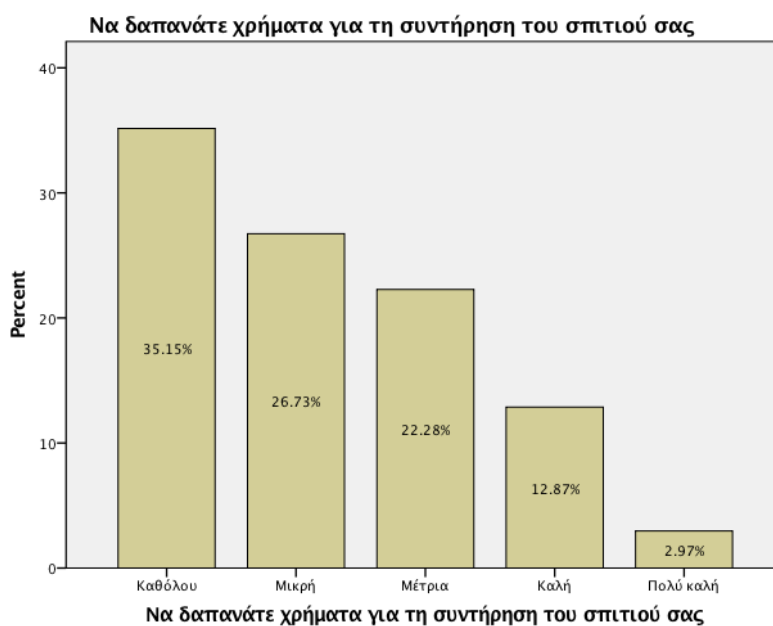
Περιγραφικά χαρακτηριστικά της κλίμακας

Όπως φαίνεται στο Γράφημα 19, το 41,5% των ατόμων δήλωσαν μέτρια δυνατότητα να προμηθεύονται βασικά καθημερινά είδη από το σουπερμάρκετ. Το 35% δεν έχουν την δυνατότητα να ξοδέψουν χρήματα για τη συντήρηση του σπιτιού τους (Γράφημα 20). Το 39,6% έχουν μικρή δυνατότητα να δαπανούν χρήματα για θέρμανση (Γράφημα 21).

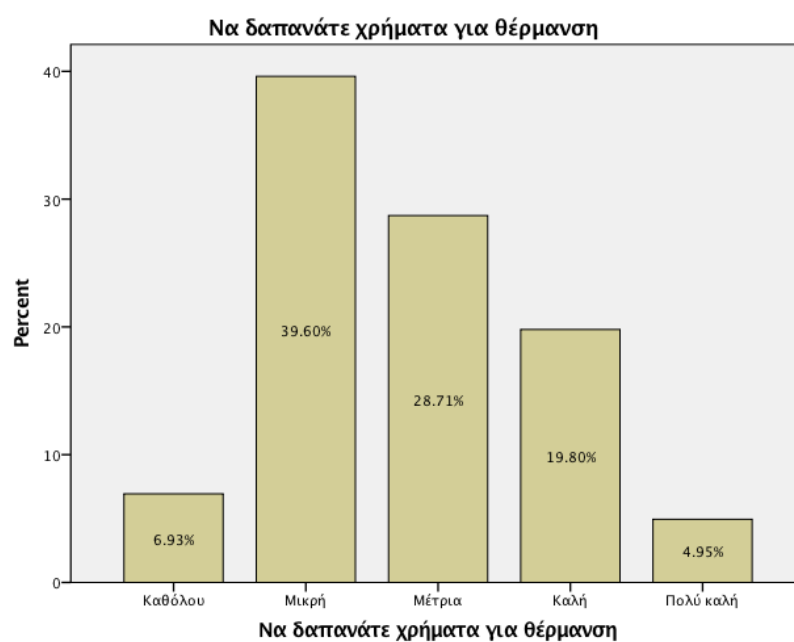
Γράφημα 19: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση 1



Γράφημα 20 : Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση 2

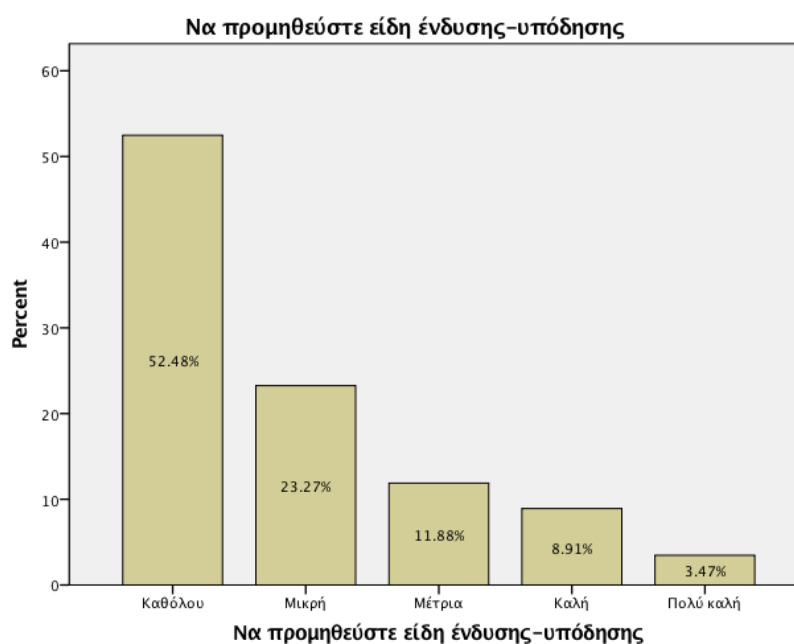


Γράφημα 21: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση 3

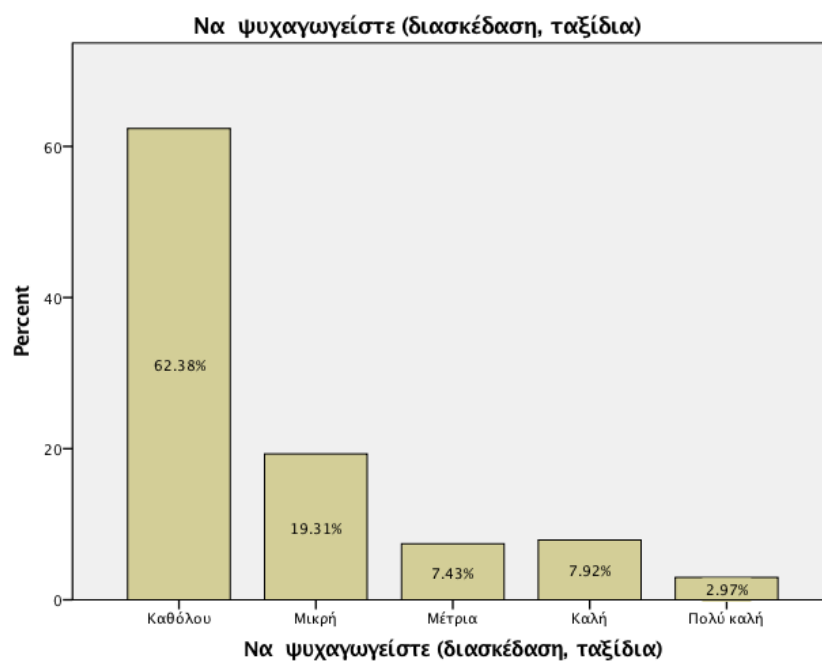


Το 52,4% δεν έχουν καθόλου δυνατότητα να ξοδεύουν χρήματα για τα είδη ένδυσης και υπόδησης (Γράφημα 22). Το 62,4% δεν έχει καθόλου τη δυνατότητα να ξοδεύει για ψυχαγωγία (Γράφημα 23).

Γράφημα 22: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση 4



Γράφημα 23: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση 5



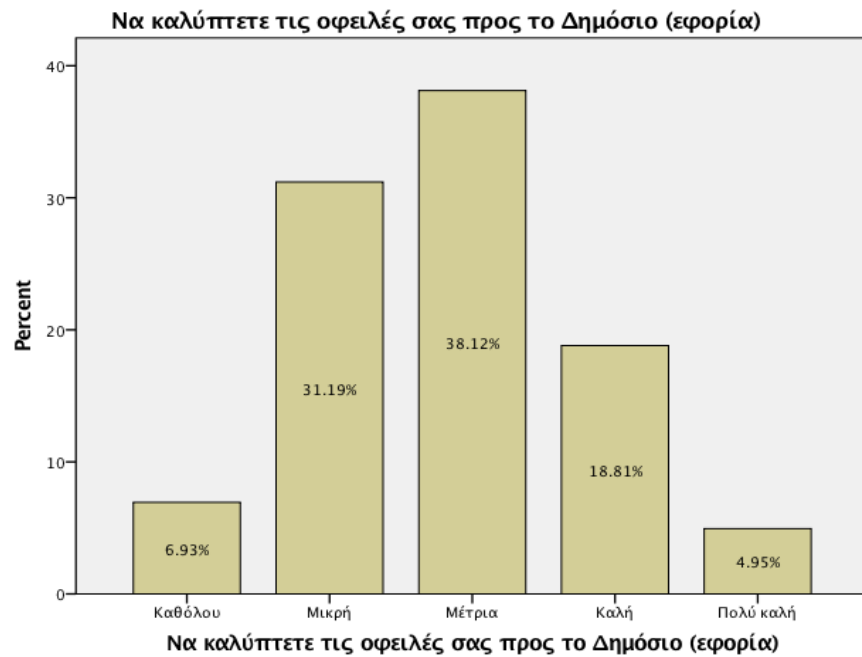
Το 41% απάντησε ότι έχει μέτρια δυνατότητα να καλύπτει το σύνολο των λογαριασμών του νοικοκυριού του (Γράφημα 24).

Γράφημα 24: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση 6

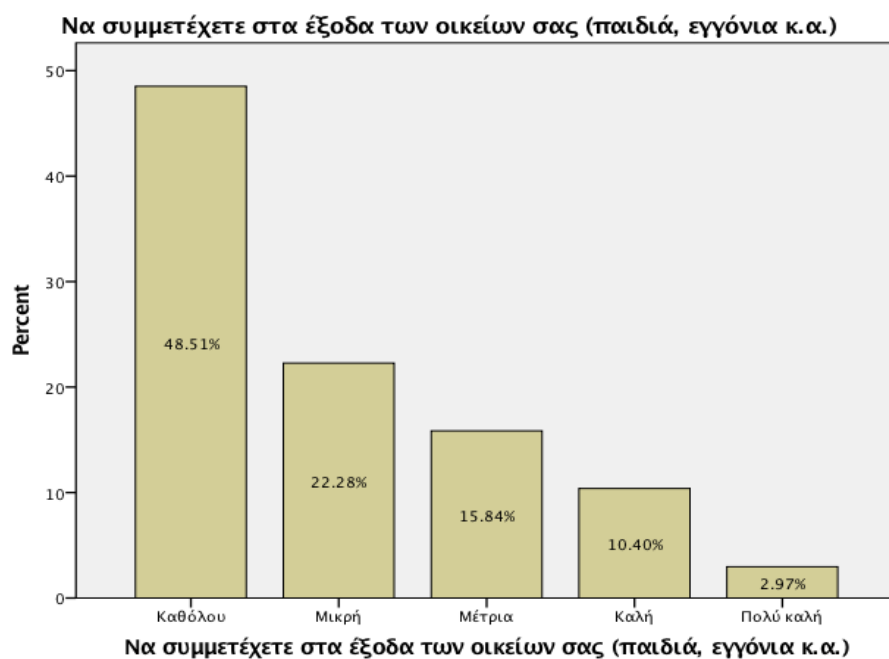


Το 38% χαρακτήρισε μέτρια την δυνατότητά του να καλύπτει τις οφειλές του στο Δημόσιο (Γράφημα 25). Αντίθετα, το 48,5% δεν έχουν την δυνατότητα να συμμετέχουν στα έξοδα των οικείων τους (Γράφημα 26).

Γράφημα 25: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση 7

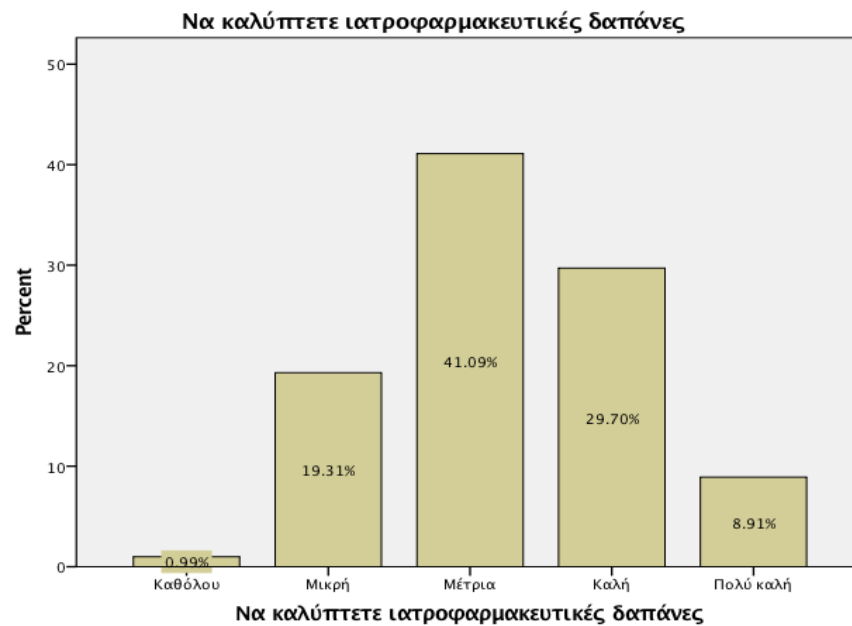


Γράφημα 26: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση 8

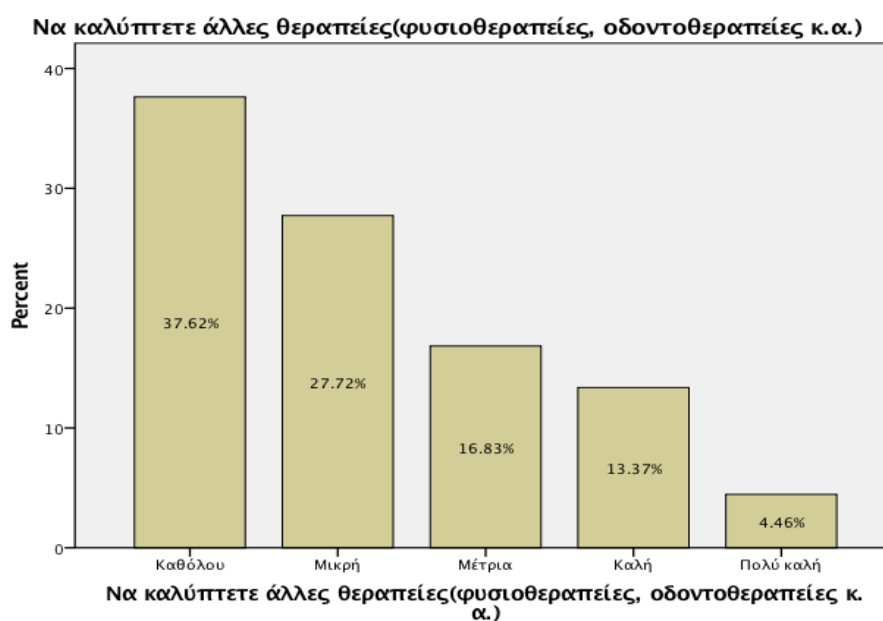


Το 41% χαρακτήρισαν μέτρια την δυνατότητά τους να καλύπτουν τις ιατροφαρμακευτικές τους δαπάνες (Γράφημα 27). Το 37,6% δεν έχουν τη δυνατότητα να καλύπτουν τα έξοδα άλλων θεραπειών (Γράφημα 28).

Γράφημα 27: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση 9

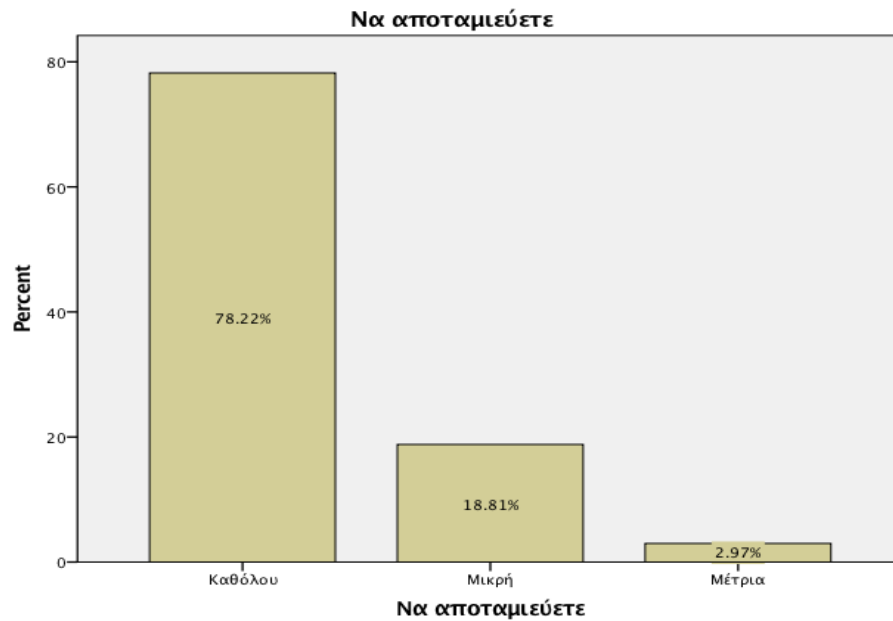


Γράφημα 28: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση 10

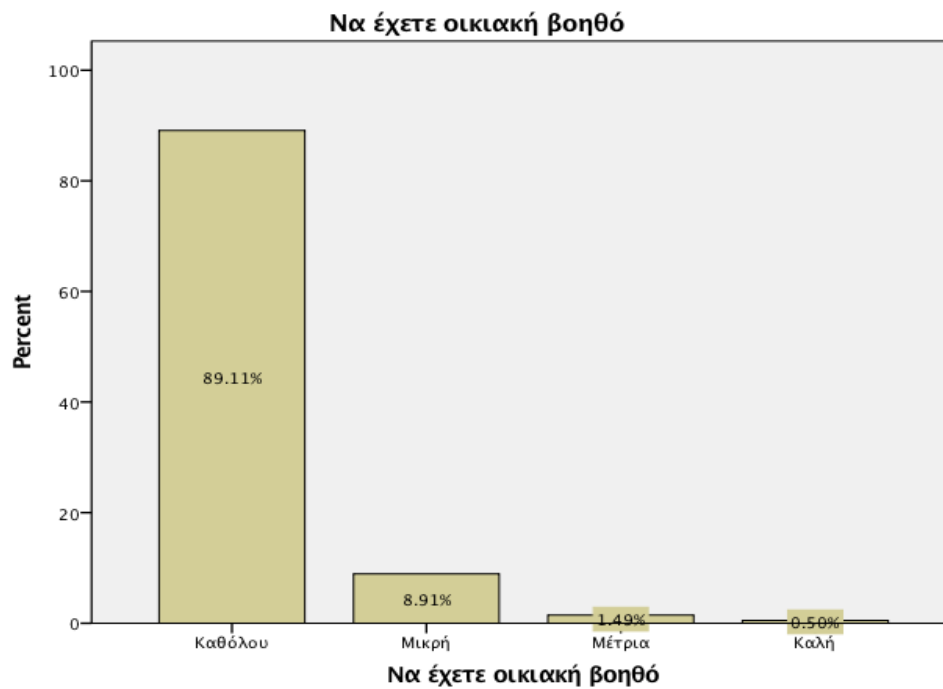


Το 78% δεν έχουν τη δυνατότητα να αποταμιεύουν (Γράφημα 29), ενώ το 90% δεν μπορούν να έχουν οικιακή βοηθό (Γράφημα 30).

Γράφημα 29 : Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση 11



Γράφημα 30: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση 12



Προκειμένου να υπολογιστεί η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα αξιολόγησης της οικονομικής δυνατότητας, αθροίστηκαν οι ερωτήσεις. Έτσι, η μέση τιμή είναι $27,06 \pm 9,92$, η διάμεση 24 ενώ το εύρος των τιμών στην κλίμακα είναι 12-57. Τα νούμερα αυτά υποδεικνύουν μια σχετικά χαμηλή οικονομική δυνατότητα. Το 75% των ερωτώμενων είχε βαθμολογία 33. (Πιν.50)

Πίν 50: Μέσες τιμές στις ερωτήσεις της κλίμακας

Ερώτηση	Μ.Τ. (1-5)	Τ.Α.
1. Να προμηθεύεστε βασικά καθημερινά είδη (supermarket)	2.97	.91
2. Να δαπανάτε χρήματα για τη συντήρηση του σπιτιού σας	2.22	1.15
3. Να δαπανάτε χρήματα για θέρμανση	2.76	1.01
4. Να προμηθεύεστε είδη ένδυσης-υπόδησης	1.88	1.14
5. Να ψυχαγωγείτε (διασκέδαση, ταξίδια)	1.70	1.09
6. Να καλύπτετε το σύνολο των λογαριασμών του νοικοκυριού σας (ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ κλπ)	2.90	.98
7. Να καλύπτετε τις οφειλές σας προς το Δημόσιο (εφορία)	2.84	.98
8. Να συμμετέχετε στα έξοδα των οικείων σας (παιδιά, εγγόνια κ.α.)	1.97	1.15
9. Να καλύπτετε ιατροφαρμακευτικές δαπάνες	3.26	.91
10. Να καλύπτετε άλλες θεραπείες (φυσιοθεραπείες, οδοντοθεραπείες κ.α.)	2.19	1.20
11. Να αποταμιεύετε	1.25	.50
12. Να έχετε οικιακή βοηθό	1.13	.42

Διαφορές ως προς την οικονομική δυνατότητα

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,200$) στη μέση οικονομική δυνατότητα ανδρών ($27,83\pm 9,89$) και γυναικών ($26,02\pm 9,91$). Αντίθετα τα άτομα >65 ετών είχαν στατιστικά ($p=0,029$) σημαντικά μικρότερη οικονομική δυνατότητα ($26,00\pm 9,41$) σε σύγκριση με τα άτομα <65 ετών ($29,24\pm 10,63$) (Πίνακας 51-52 και θηκογρ.52α). Η δοκιμασία ANOVA (Πίνακας 53, θηκογρ. 53α) έδειξε ότι τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι και τα πιο ευάλωτα ($p<0.001$).

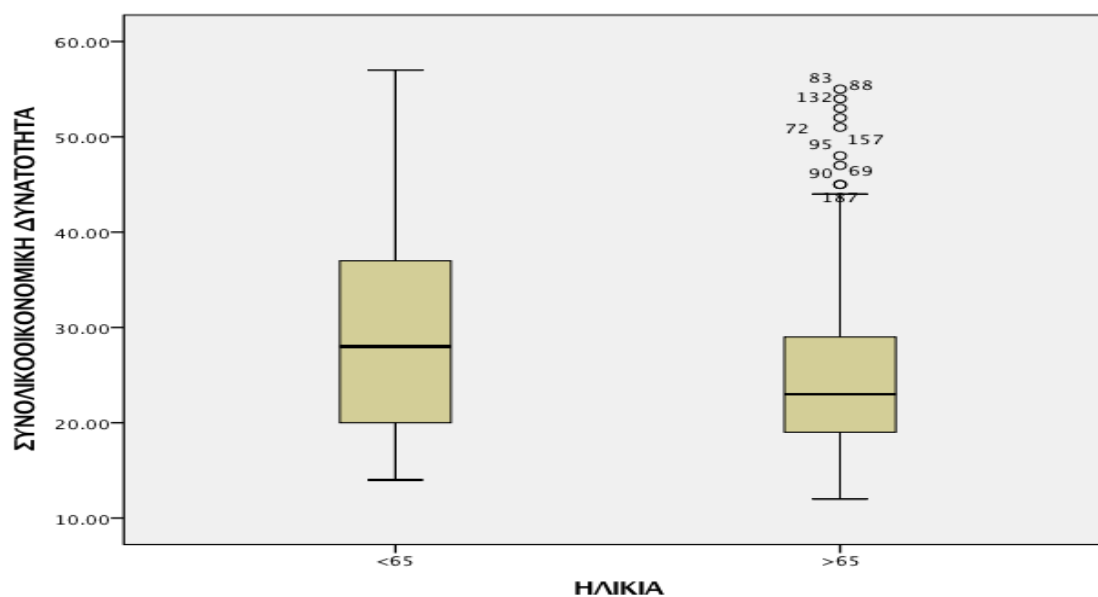
Πιν 51: Ηλικιακής ομάδας και μέση τιμή στις ερωτήσεις οικονομικής δυνατότητας

Ερώτηση	ΗΛΙΚΙΑ	N	Μ.Τ.	Τ.Α.
1. Να προμηθεύσετε βασικά καθημερινά είδη (supermarket)	<65	66	3.15	.92
	>65	136	2.88	.90
2. Να δαπανάτε χρήματα για τη συντήρηση του σπιτιού σας	<65	66	2.42	1.15
	>65	136	2.12	1.14
3. Να δαπανάτε χρήματα για θέρμανση	<65	66	2.91	1.08
	>65	136	2.69	.97
4. Να προμηθεύσετε είδη ένδυσης-υπόδησης	<65	66	2.30	1.22
	>65	136	1.67	1.05
5. Να ψυχαγωγείτε (διασκέδαση, ταξίδια)	<65	66	1.94	1.24
	>65	136	1.58	1.00
6. Να καλύπτετε το σύνολο των λογαριασμών του νοικοκυριού σας (ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ κλπ)	<65	66	2.98	1.07
	>65	136	2.85	.94
7. Να καλύπτετε τις οφειλές σας προς το Δημόσιο (εφορία)	<65	66	2.92	1.03
	>65	136	2.79	.95
8. Να συμμετέχετε στα έξοδα των οικείων σας (παιδιά, εγγόνια κ.α.)	<65	66	2.26	1.19
	>65	136	1.83	1.11
9. Να καλύπτετε ιατροφαρμακευτικές δαπάνες	<65	66	3.38	.97
	>65	136	3.21	.87
10. Να καλύπτετε άλλες θεραπείες (φυσιοθεραπείες, οδοντοθεραπείες κ.α.)	<65	66	2.45	1.23
	>65	136	2.07	1.18
11. Να αποταμιεύετε	<65	66	1.35	.57
	>65	136	1.20	.45
12. Να έχετε οικιακή βοηθό	<65	66	1.17	.51
	>65	136	1.12	.37

Πιν.52: Ηλικιακής ομάδας και συνολικής οικονομικής δυνατότητας

	ΗΛΙΚΙΑ	N	Μέση	T.A.	p-value
Οικονομική δυνατότητα	<65	66	29.24	10.64	0,029
	>65	136	26.01	9.41	

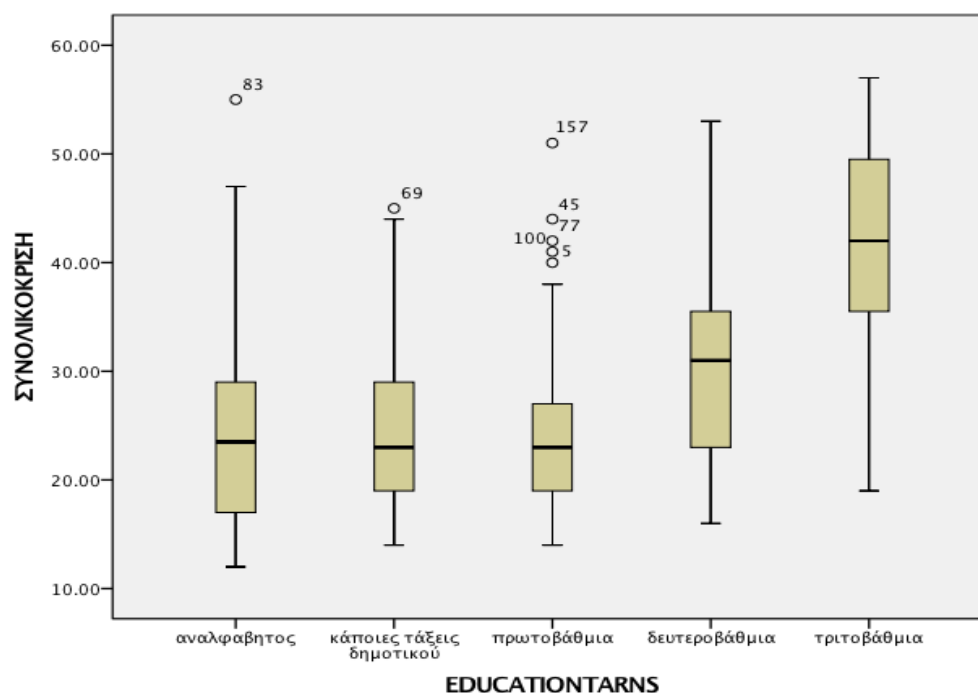
Γράφ. 52α: Θηκόγραμμα ηλικιακής ομάδας και συνολικής οικονομικής δυνατότητας



Πίν. 53: Οικονομική δυνατότητα και επίπεδο εκπαίδευσης

Επίπεδο εκπαίδευσης	N	M.T.	T.A.
αναλφάβητος	26	24.50	10.28
Κάποιες τάξεις δημοτικού	44	25.25	8.53
πρωτοβάθμια	82	24.25	7.28
δευτεροβάθμια	31	30.70	9.01
τριτοβάθμια	19	40.94	11.12
Σύνολο	202	27.06	9.92

Γράφημα 53α: Θηκόγραμμα εκπαίδευσης και συνολικής οικονομικής δυνατότητας

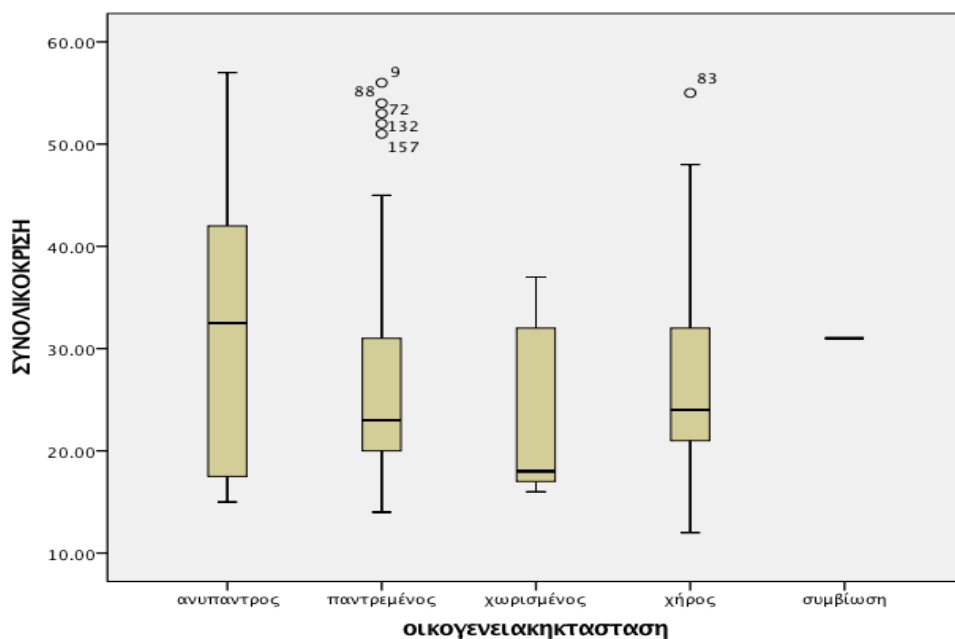


Η δοκιμασία ANOVA (πιν.54, θηκογρ.54α) δεν ανέδειξε την οικογενειακή κατάσταση ($p=0,389$) και τον τόπο διαμονής ($p=0,180$) (Πιν. 55, θηκογρ.55.α) ως παράγοντα που επηρεάζει την οικονομική δυνατότητα.

Πίν54 : Οικονομική δυνατότητα και οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	N	M.T.	T.A.
ανύπαντρος	16	31.43	13.47
παντρεμένος	142	26.56	9.43
χωρισμένος	5	24.00	9.77
Χήρος/α	38	27.39	10.01
συμβίωση	1	31.00	.
Σύνολο	202	27.06	9.92

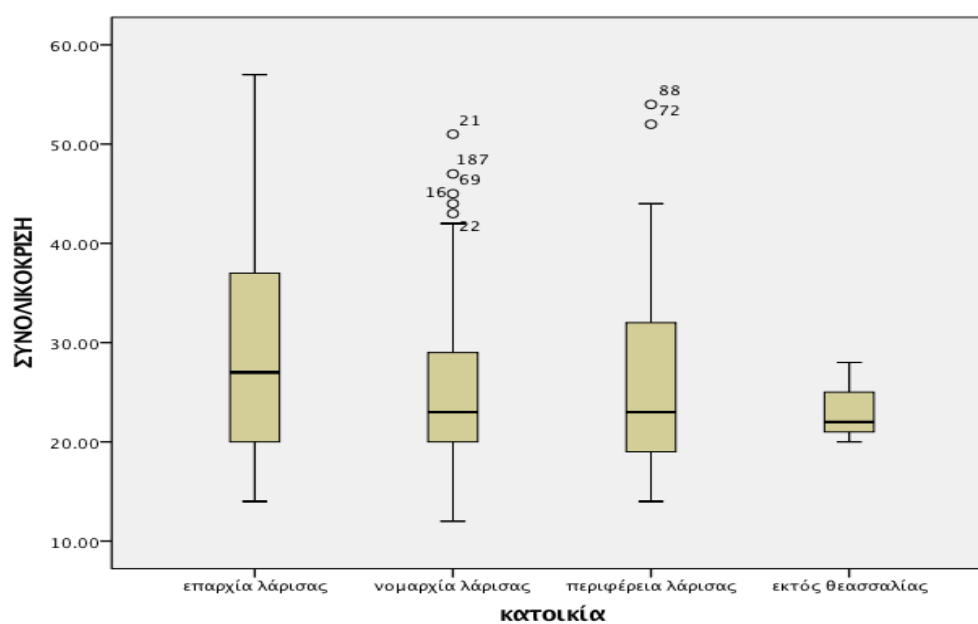
Γράφημα 54α : Θηκόγραμμα οικογενειακής κατάστασης και συνολικής οικονομικής δυνατότητας



Πίν 55: Οικονομική δυνατότητα και κατοικία

Τόπος διαμονής	N	M.T.	T.A.
Δήμος Λάρισας	75	28.94	10.97
Υπόλοιπο Νομού Λάρισας	83	25.62	8.38
Περιφέρεια Θεσσαλίας	41	26.80	10.70
Εκτός Θεσσαλίας	3	23.33	4.16
Σύνολο	202	27.06	9.92

Γράφημα 55α: Θηκόγραμμα κατοικίας και συνολικής οικονομικής δυνατότητας

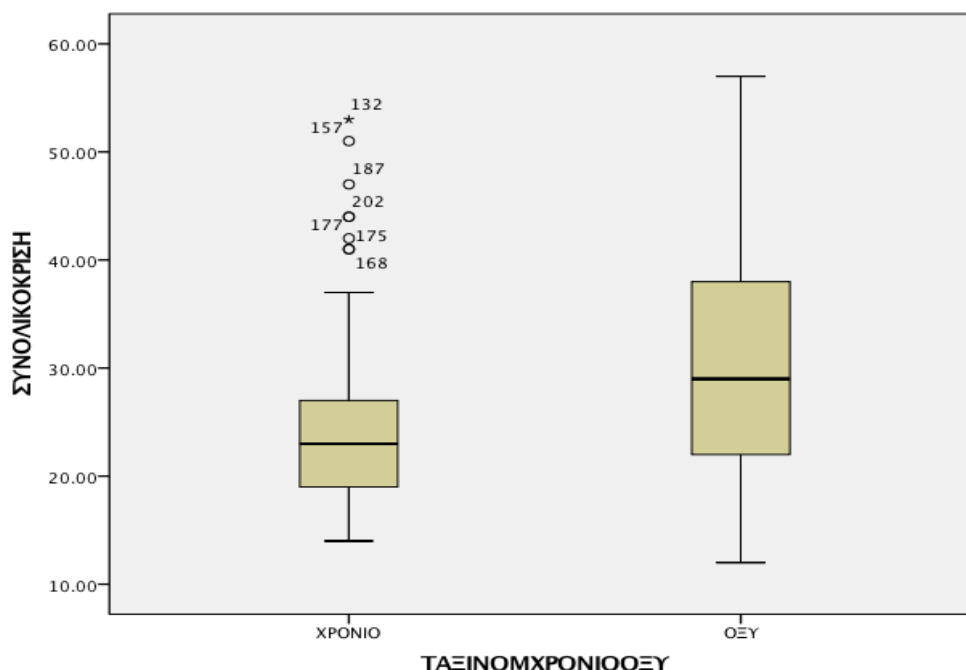


Τα άτομα με χρόνιο πρόβλημα υγείας φαίνεται να έχουν στατιστικά σημαντικά ($p < 0,001$) την μικρότερη οικονομική δυνατότητα σε σύγκριση με τα άτομα με οξύ (πίν. 56 και θηκογρ. 56α).

Πίν 56: Οικονομική δυνατότητα και νόσημα

Πρόβλημα υγείας	N	M.T.	T.A.
ΧΡΟΝΙΟ	111	24.18	7.90
ΟΞΥ	91	30.57	11.98

Γράφημα 56α: Θηκόγραμμα είδους νοσήματος και συνολικής οικονομικής δυνατότητας



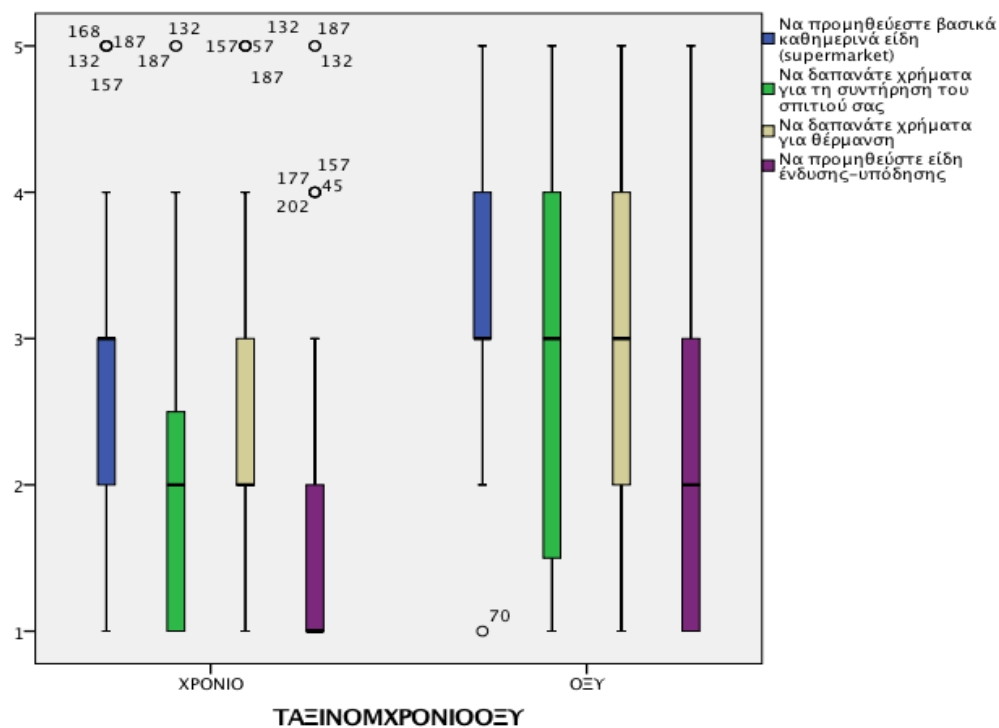
Όπως φαίνεται στον πίν 57, σταθερά σε όλες τι ερωτήσεις τα άτομα με χρόνια πρόβλημα υγείας είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη οικονομική δυνατότητα. Στα γραφήματα 57.α, 57.β και 57.γ παρουσιάζονται τα αντίστοιχα θηκογράμματα για τις ερωτήσεις της κλίμακας για τα άτομα με οξύ και χρόνια πρόβλημα υγείας.

Πίν 57: Διαφορές στις μέσες τιμές κάθε ερώτησης της οικονομικής δυνατότητας μεταξύ ασθενών με οξύ και χρόνια αναπνευστικό νόσημα

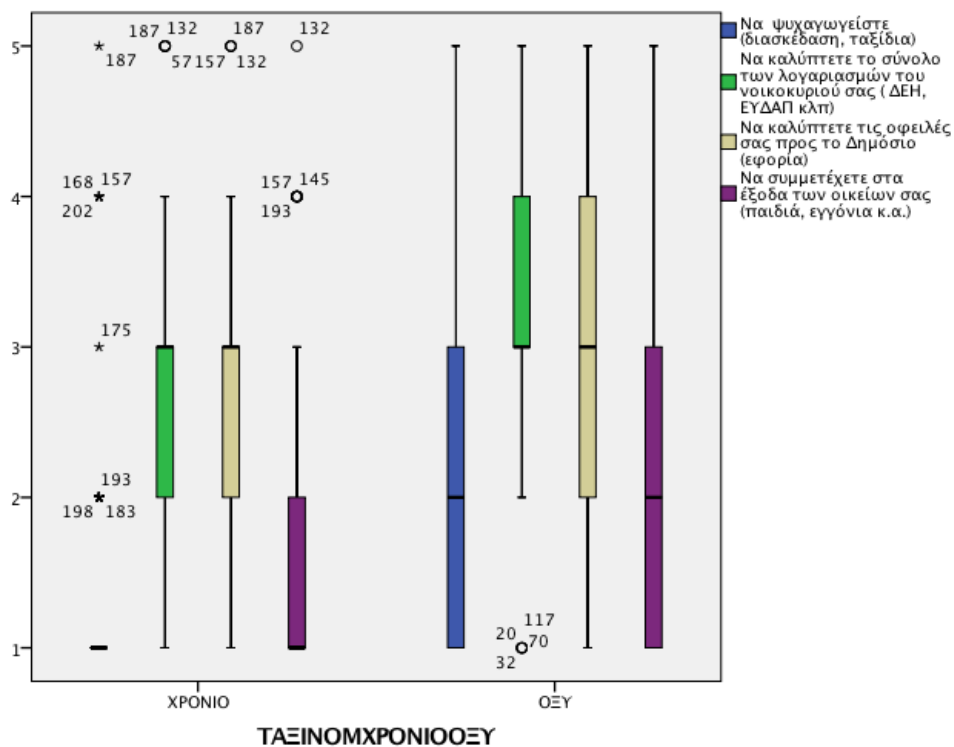
ΕΡΩΤΗΣΗ	ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	N	M.T. (1-5)	T.A.	p-value
1. Να προμηθεύεστε βασικά καθημερινά είδη (supermarket)	ΧΡΟΝΙΟ	111	2.71	.81	<0,001
	ΟΞΥ	91	3.29	.92	
2. Να δαπανάτε χρήματα για τη συντήρηση του σπιτιού σας	ΧΡΟΝΙΟ	111	1.91	.99	<0,001
	ΟΞΥ	91	2.59	1.21	
3. Να δαπανάτε χρήματα για θέρμανση	ΧΡΟΝΙΟ	111	2.55	.93	<0,001
	ΟΞΥ	91	3.02	1.04	
4. Να προμηθεύεστε είδη ένδυσης-υπόδησης	ΧΡΟΝΙΟ	111	1.50	.89	<0,001
	ΟΞΥ	91	2.33	1.25	

5. Να ψυχαγωγείτε (διασκέδαση, ταξίδια)	ΧΡΟΝΙΟ	111	1.38	.83	<0,001
	ΟΞΥ	91	2.09	1.24	
6. Να καλύπτετε το σύνολο των λογαριασμών του νοικοκυριού σας (ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ κλπ)	ΧΡΟΝΙΟ	111	2.65	.90	<0,001
	ΟΞΥ	91	3.20	1.00	0,001
7. Να καλύπτετε τις οφειλές σας προς το Δημόσιο (εφορία)	ΧΡΟΝΙΟ	111	2.64	.88	<0,001
	ΟΞΥ	91	3.08	1.04	
8. Να συμμετέχετε στα έξοδα των οικείων σας (παιδιά, εγγόνια κ.α.)	ΧΡΟΝΙΟ	111	1.70	.97	<0,001
	ΟΞΥ	91	2.30	1.28	
9. Να καλύπτετε ιατροφαρμακευτικές δαπάνες	ΧΡΟΝΙΟ	111	3.10	.85	<0,001
	ΟΞΥ	91	3.46	.94	
10. Να καλύπτετε άλλες θεραπείες (φυσιοθεραπείες, οδοντοθεραπείες κ.α.)	ΧΡΟΝΙΟ	111	1.87	.98	
	ΟΞΥ	91	2.58	1.33	<0,001
11. Να αποταμιεύετε	ΧΡΟΝΙΟ	111	1.13	.36	<0,001
	ΟΞΥ	91	1.40	.59	
12. Να έχετε οικιακή βοηθό	ΧΡΟΝΙΟ	111	1.05	.21	<0,001
	ΟΞΥ	91	1.24	.57	

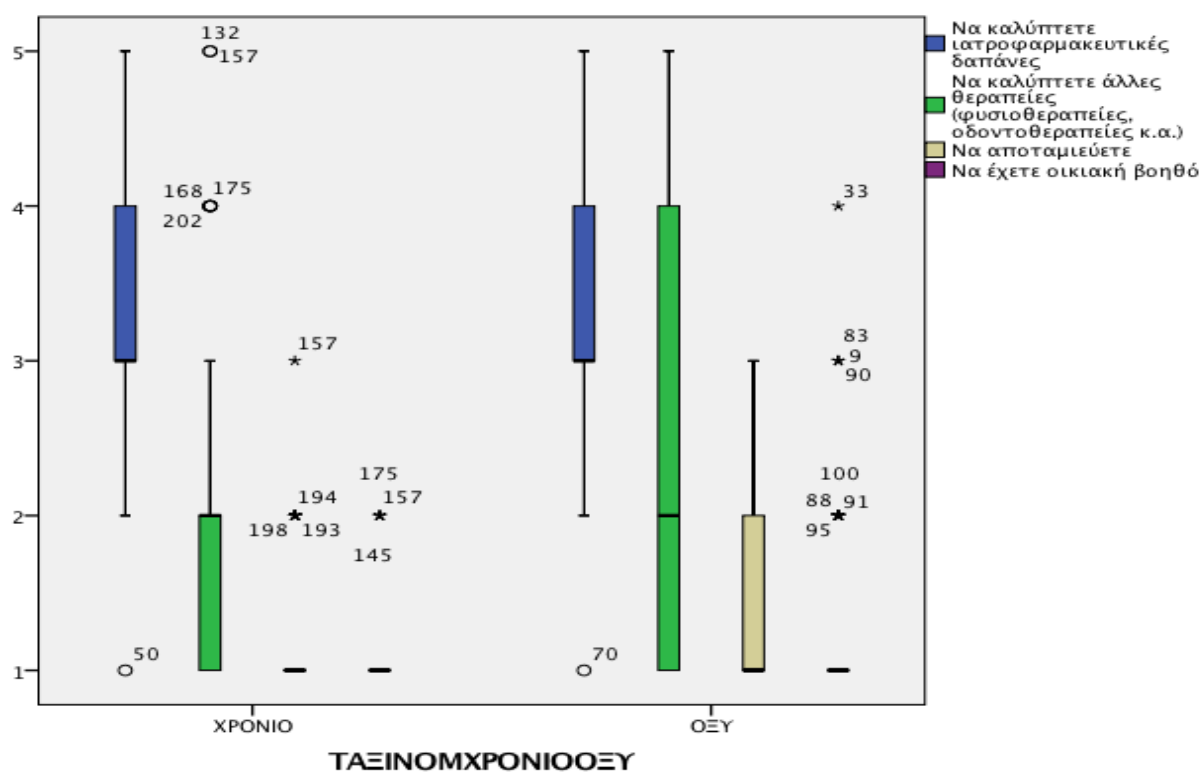
Γραφ. 57.α: Θηκόγραμμα είδους νοσήματος και απαντήσεων στις ερωτ 1-4



Γραφ. 57.β.Θηκόγραμμα είδους νοσήματος και απαντήσεων στις ερωτ. 5-8



Γραφ.57.γ : Θηκόγραμμα είδους νοσήματος και απαντήσεων στις ερωτ.9-12

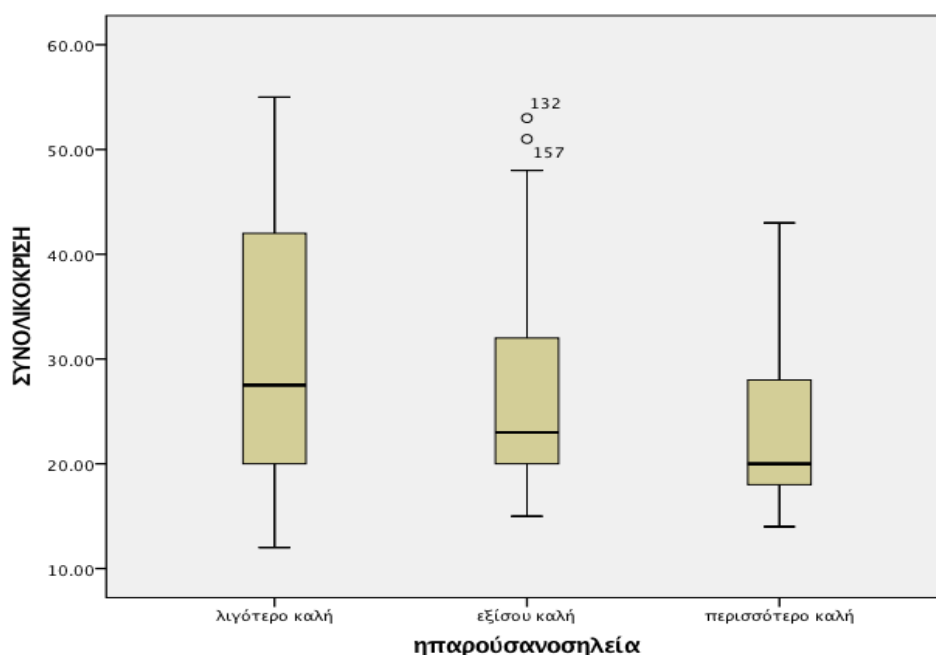


Τα άτομα που χαρακτήρισαν την παρούσα νοσηλεία ως περισσότερο καλή σε σύγκριση με τις προηγούμενες νοσηλείες, είχαν στατιστικά σημαντικά και την μικρότερη οικονομική δυνατότητα (πίν. 58 και θηκογρ.58α).

Πίν 58: Παρούσα νοσηλεία και οικονομική δυνατότητα

Η παρούσα νοσηλεία	N	Μέση	T.A.
λιγότερο καλή	22	30.91	13.02
εξίσου καλή	86	26.33	8.98
περισσότερο καλή	27	22.59	6.82
Σύνολο	135	26.33	9.64

Γράφημα 58α: Θηκόγραμμα : Αξιολόγηση της παρούσας νοσηλείας και συνολική οικονομική δυνατότητα



Η συνολική διάρκεια της νόσου σχετίζεται στατιστικά σημαντικά και αρνητικά ($r=-0,232$, $p=0,001$) με την συνολική βαθμολογία στην κλίμακα οικονομικής δυνατότητας (Πιν.59).

Πίν.59 : Συντελεστές συσχέτισης συνολικών βαθμολογιών στην κλίμακα οικ. δυνατότητας και στην διάρκεια νόσου

			Οικ. δυνατότητα
Spearman'srho	Διάρκεια νόσου	Correlation	-.232
		Coefficient	
		p	.001
		N	111

Όπως φαίνεται στον πίνακα 60, όσο μεγαλύτερη η οικονομική δυνατότητα τόσο υψηλότερη η βαθμολογία στην κλίμακα προσδοκιών και εκληφθείσας ποιότητας. Αρνητική και ασθενής αλλά στατιστικά σημαντική είναι η συσχέτιση με την

εκληφθείσα απόδοση και την ικανοποίηση.

Πίν.60: Συντελεστές συσχέτισης συνολικών βαθμολογιών στην κλίμακα οικ. δυνατότητας και στις κλίμακες ποιότητας, απόδοσης, ικανοποίησης και προσδοκιών

		Οικ. δυνατότητα	
Spearman'srho	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΡΙΣΗ		
	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	Correlation	.230**
		Coefficient	
		p	.001
		N	202
	ΣΥΝΟΛΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑ	Correlation	.332**
		Coefficient	
		p	<0.001
		N	202
	ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΟΔΟΣΗ	Correlation	-.168*
		Coefficient	
		p	.017
		N	202
	ΣΥΝΟΛΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	Correlation	-.193**
		Coefficient	
		p	.006
		N	202

Όπως φαίνεται στον πίνακα 61, υπήρξε μια θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα οικονομικής δυνατότητας και στις υποκλίμακες του SF-36 υποδηλώνοντας ότι τα άτομα με μεγαλύτερη οικονομική ευχέρεια είναι σε καλύτερη κατάσταση η υγεία τους.

Πίν61: Συντελεστές συσχέτισης συνολικών βαθμολογιών στην κλίμακα οικ. δυνατότητας και στις υποκλίμακες του SF-36

Οικ. Δυνατότητα		
Οικ. δυνατότητα		
PF	Pearson Correlation	.374**
	p	<0.001
	N	202
RP	Pearson Correlation	.370**
	p	<0.001
	N	202
RE	Pearson Correlation	.143*
	p	.043
	N	202
VT	Pearson Correlation	.371**
	p	<0.001
	N	202
MH	Pearson Correlation	.219**
	p	.002
	N	202
SF	Pearson Correlation	.301**
	p	<0.001
	N	202
BP	Pearson Correlation	.323**
	p	<0.001
	N	202
GH	Pearson Correlation	.414**
	p	<0.001
	N	202
HT	Pearson Correlation	.206**
	p	.003
	N	202
SF-36	Pearson Correlation	.395**
	p	<0.001
	N	202

Σωματική λειτουργικότητα (PF), Ρόλο-Σωματικό (RP), Ζωτικότητα (VT), Κοινωνική λειτουργικότητα (SF), Σωματικός πόνος (BP), Γενική υγεία (GH), Μετάβαση της Υγείας (HT), Συναισθηματικός Ρόλος (RE), Ψυχική Υγεία (MH)

Η οικονομική δυνατότητα σχετίζεται στατιστικά σημαντικά και θετικά και με τη συνολική υγεία ($r=0,373$, $p<0,001$).

Οικονομική δυνατότητα και EQ-5D-3L

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 62 τα άτομα που δήλωσαν καθηλωμένα στο κρεβάτι είχαν στατιστικά σημαντικά και τη μικρότερη οικονομική δυνατότητα.

Πίν62: Δοκιμασία ANOVA οικονομικής δυνατότητας και κινητικότητας

κινητικότητα	N	M.T.	T.A.
Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα	85	31.07	11.23
Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα	97	24.47	7.98
Είμαι καθηλωμένος στο κρεβάτι	20	22.60	5.79
Σύνολο	202	27.06	9.92

Τα άτομα που δήλωσαν ανίκανα να πλυθούν και να ντυθούν (Πιν 63) καθώς και τα άτομα που δήλωσαν ανίκανα να εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες είχαν στατιστικά σημαντικά και τη μικρότερη οικονομική δυνατότητα (πιν 64).

Πίν63: Δοκιμασία ANOVA οικονομικής δυνατότητας και κινητικότητας

αυτοεξυπηρέτηση	N	M.T.	T.A.
Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου	141	28.66	10.69
Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι	34	23.44	7.05
Είμαι ανίκανος να πλυθώ και να ντυθώ	27	23.25	5.98
Σύνολο	202	27.06	9.92

Πίν.64: Δοκιμασία ANOVA οικονομικής δυνατότητας και συνηθισμένων δραστηριοτήτων

Συνηθισμένες δραστηριότητες	N	M.T.	T.A.
Δεν έχω κανένα πρόβλημα να στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες μου	97	29.74	11.14
Έχω μερικά προβλήματα να στο να εκτελώ τις καθημερινές μου δραστηριότητες	53	26.60	9.14
Είμαι ανίκανος να εκτελώ τις καθημερινές μου δραστηριότητες	52	22.53	5.82
Σύνολο	202	27.06	9.92

Αντίστοιχα, τα άτομα που ανέφεραν υπερβολικό πόνο ή δυσφορία είχαν στατιστικά σημαντικά και τη μικρότερη οικονομική δυνατότητα (πιν 65).

Πίν 65: Δοκιμασία ANOVA οικονομικής δυνατότητας και πόνου/δυσφορίας

Πόνος/δυσφορία	N	M.T.	T.A.
Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία	97	30.57	11.51
Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία	84	24.30	6.99
Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία	21	21.85	5.40
Σύνολο	202	27.06	9.92

Τα άτομα που ανέφεραν υπερβολικό άγχος ή θλίψη είχαν στατιστικά σημαντικά και τη μικρότερη οικονομική δυνατότητα (πιν 66).

Πίν 66: Δοκιμασία ANOVA οικονομικής δυνατότητας και άγχους/θλίψης

Άγχος/θλίψη	N	M.T	T.A.
Δεν έχω άγχος ή θλίψη	26	28.42	11.88
Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη	49	27.34	10.14
Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη	127	26.67	9.44
Σύνολο	202	27.06	9.92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Το δείγμα αποτέλεσαν 202 ασθενείς με οξύ (πνευμονία, λοίμωξη αναπνευστικού) και χρόνιο (ΧΑΠ, ΒΑ) αναπνευστικό νόσημα. Το 57,4% ήταν άντρες και το υπόλοιπο 42,6 % γυναίκες. Οι χρόνιοι ασθενείς συγκεντρώνονται κατά κύριο λόγο στις ηλικιακές κατηγορίες από 65 ετών και άνω. Οι ασθενείς με ΧΑΠ ήταν κυρίως άντρες ενώ με ΒΑ γυναίκες, κάτι που προκύπτει και από τη βιβλιογραφία^{292,38,291,303,295,23,290}.

Αντίστοιχα και στο εκπαιδευτικό επίπεδο αναδεικνύεται ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ και ΒΑ έχουν και χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο κάτι που αναδεικνύεται και από τη βιβλιογραφία^{307,305,306,145132}.

Ποιότητα ζωής πνευμονολογικών ασθενών

Αρχικά επιχειρήθηκε να προσδιοριστούν οι παράγοντες που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής των πνευμονολογικών ασθενών με τη χρήση των εργαλείων EQ-5D-3L και SF-36. Σύμφωνα με τα ευρήματα της πρώτης κλίμακας, διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει προβλήματα κινητικότητας (μερικά προβλήματα στο περπάτημα) και ψυχολογικής δυσφορίας (υπερβολικό άγχος ή θλίψη), ωστόσο δεν καταγράφει σημαντικά προβλήματα όσον αφορά την αυτοεξυπηρέτηση, τις συνηθισμένες δραστηριότητες και τον πόνο. Αναφορικά με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες που επιδρούν στην αντιληπτή ποιότητα ζωής των ασθενών, στη μελέτη βρέθηκε ότι ενώ το φύλο δεν ασκεί στατιστικά σημαντική επιρροή, το αντίθετο συμβαίνει με την ηλικία, με τους ασθενείς που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία άνω των 65 ετών να σημειώνουν περισσότερα προβλήματα κινητικότητας, αυτοεξυπηρέτησης, εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων και βίωσης πόνου.

Αξίζει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι η ηλικία δεν αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα του άγχους ή της θλίψης. Συμπεραίνεται, λοιπόν, ότι η μεγαλύτερη ηλικία συνδέεται με φτωχότερη ποιότητα ζωής στους πνευμονολογικούς ασθενείς, όπως έχει διαπιστωθεί και σε προηγούμενες έρευνες σε ασθενείς με ΒΑ^{145,138,137} και ΧΑΠ^{131,132}, γεγονός που πιθανόν οφείλεται τόσο στη μεγαλύτερη επιβάρυνση της νόσου με την πάροδο των ετών όσο και στην παρουσία συνοδών νοσημάτων σε αυτούς τους ασθενείς, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα^{126,127}. Εξάλλου,

αποτελεί κοινό τόπο η διαπίστωση ότι η συννοσηρότητα είναι κοινή μεταξύ των πνευμονολογικών ασθενών^{87,88}.

Αντίστοιχα ευρήματα διαπιστώθηκαν και για τη διάγνωση του νοσήματος, με τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια πνευμονολογικά νοσήματα να παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα κινητικότητας, αυτοεξυπηρέτησης, εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων και πόνου, χωρίς ωστόσο να παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα άγχους ή θλίψης μεταξύ των ασθενών διαφορετικής διάγνωσης (οξύ ή χρόνια νόσημα). Συνολικά, όμως, οι χρόνιοι ασθενείς καταγράφουν φτωχότερη ποιότητα ζωής, δεδομένων των επιπτώσεων της χρονιότητας της νόσου σε διάφορες εκφάνσεις της ζωής τους. Πράγματι, σε προηγούμενες μελέτες που έχουν διενεργηθεί με το εργαλείο EQ-5D σε πνευμονολογικούς ασθενείς έχει διαπιστωθεί ότι η σοβαρότητα της νόσου, η οποία αποτελεί συνάρτηση και της χρονιότητας, επιφέρει έκπτωση στην ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών^{126,129,130}. Παρόμοια ευρήματα μεταξύ χρονιότητας της νόσου και φτωχότερης ποιότητας ζωής έχουν καταγραφεί και σε δείγματα ασθενών που πάσχουν από διάφορες νόσους²¹⁶.

Ωστόσο, το γεγονός ότι ούτε η μεγαλύτερη ηλικία ούτε η διάγνωση μεταξύ οξέος και χρόνιου νοσήματος επηρεάζει την αντιληπτή ποιότητα ζωής στο παράγοντα άγχος /θλίψη μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι οι ασθενείς με την πάροδο των ετών καταφέρνουν να αναπτύξουν ψυχολογικούς μηχανισμούς άμυνας, με αποτέλεσμα να διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα την ψυχολογική επιβάρυνση της νόσου¹²⁶. Από την άλλη πλευρά εν μέσω της οικονομικής λιτότητας όλες οι ηλικιακές ομάδες παρουσιάζουν άγχος προερχόμενο όχι απαραίτητα από κάποιο νόσημα αλλά από την τρέχουσα οικονομική δυσπραγία (λόγω ανεργίας, μείωσης συντάξεων, και γενικευμένη οικονομική ανασφάλεια). Αποτέλεσμα είναι η όλο και μεγαλύτερη αύξηση του επιπολασμού της μείζονος κατάθλιψης και του αριθμού των αυτοκτονιών που παρατηρήθηκε κατά την περίοδο αυτή^{284,285}.

Αναφορικά με τα ευρήματα της κλίμακας SF-36, διαπιστώθηκε ότι το φύλο δεν αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα της αντιληπτής ποιότητας ζωής, επιβεβαιώνοντας τα προαναφερθέντα ευρήματα της κλίμακας EQ5D-3L. Εξάιρεση, ωστόσο, αποτελεί ο σωματικός πόνος, για τον οποίο οι γυναίκες καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα συγκριτικά με τους άνδρες. Το γεγονός ότι η ηλικία επηρεάζει

στατιστικά σημαντικά την ποιότητα ζωής των πνευμονολογικών ασθενών, όπως διαπιστώθηκε με την εφαρμογή της κλίμακας EQ5D-3L, επιβεβαιώθηκε και με την κλίμακα SF-36, από την οποία προέκυψε ότι οι ασθενείς άνω των 65 ετών έχουν πιο περιορισμένη σωματική λειτουργικότητα, σωματικό ρόλο, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, σωματικό πόνο, γενική υγεία και συγκριτική μετάβαση υγείας σε σύγκριση με τους νεαρότερους ασθενείς. Η αρνητική επίδραση της αυξημένης ηλικίας στην ποιότητα ζωής ασθενών με ΧΑΠ έχει καταγραφεί και σε μελέτη των Liu et al με τη χρήση του SF-36, εύρημα που αποδίδεται κυρίως στην παρουσία συννοσηρότητας¹¹².

Αντίστοιχα, τεκμηριώθηκε ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο αποτελεί μια επιπλέον μεταβλητή που ασκεί επιρροή στην αντιληπτή ποιότητα ζωής, με τους ασθενείς με λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης να αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα σε όλες τις διαστάσεις, εκτός του συναισθηματικού ρόλου και της ψυχικής υγείας, για τις οποίες δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Πράγματι, σε προηγούμενες έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο συνδέεται με σημαντικότερη έκπτωση της ποιότητας ζωής στους πνευμονολογικούς ασθενείς, τόσο στην Ελλάδα¹⁴⁰ όσο και διεθνώς^{112,145,146}, εύρημα που αποδίδεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, πρώτον, πιθανόν να έχουν μεγαλύτερο εισόδημα και, άρα, πρόσβαση σε αποτελεσματικότερες θεραπείες, και δεύτερον, έχουν αναβαθμισμένη ικανότητα διαχείρισης της πληροφόρησης που σχετίζεται με τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου¹³².

Όσον αφορά την επιρροή της διάγνωσης, τεκμηριώθηκε ότι αυτή επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις επιμέρους κλίμακες του SF-36, με τους ασθενείς με χρόνια πνευμονολογικά νοσήματα να αναφέρουν χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με αυτούς που πάσχουν από οξεία νοσήματα. Αν και δεν υπάρχουν προηγούμενες μελέτες που έχουν εξετάσει τυχόν διαφοροποιήσεις στην κλίμακα SF-36 αναφορικά με τη διάγνωση του πνευμονολογικού νοσήματος, έχει γενικά διαπιστωθεί ότι η σοβαρότητα της πνευμονολογικής νόσου επηρεάζει αρνητικά την αντιληπτή ποιότητα ζωής^{118,119,120}. Μάλιστα, σε έρευνα των Espinosa et al, βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η συχνότητα χρήσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών τόσο μειώνεται η ποιότητα ζωής των πνευμονολογικών ασθενών¹²¹. Είναι σαφές ότι η ποιότητα ζωής στους ασθενείς αυτούς περιορίζεται με τη σταδιοποίηση και αύξηση

της σοβαρότητας της νόσου^{94,95}.

Συμπερασματικά, από την εφαρμογή και των δύο εργαλείων εκτίμησης της ποιότητας ζωής στους πνευμονολογικούς ασθενείς προέκυψε ότι οι προσδιοριστικοί κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες που την επηρεάζουν περιλαμβάνουν την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τη διάγνωση. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι η μεγαλύτερη ηλικία (άνω των 65 ετών), το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και η διάγνωση χρόνιου νοσήματος συσχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα αντιληπτής ποιότητας ζωής, ενώ το φύλο δεν αποτελεί σημαντική προσδιοριστική μεταβλητή. Τα ευρήματα σχετικά με το φύλο έρχονται σε αντίθεση με αυτά προηγούμενων ερευνών, στις οποίες έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες που πάσχουν από κάποιο πνευμονολογικό νόσημα τείνουν να αναφέρουν φτωχότερη ποιότητα ζωής, λόγω της υψηλότερης ψυχολογικής επιβάρυνσης^{96,102,128,140,142,143}. Βέβαια, υπάρχουν και αντίθετες ερευνητικές ενδείξεις, οι οποίες συνηγορούν στη διαπίστωση ότι το φύλο δεν συνιστά σημαντικό παράγοντα της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών^{144,148}.

Από την άλλη πλευρά, η διαπίστωση ότι η μεγαλύτερη ηλικία επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των πνευμονολογικών ασθενών έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τα ευρήματα της διεθνούς έρευνας, καθώς έχει ευρέως τεκμηριωθεί ότι οι νεαρότεροι ασθενείς τείνουν να αναφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους πιο ηλικιωμένους, δεδομένων των αυξημένων επιπέδων παρουσίας συνοδών προβλημάτων υγείας στη δεύτερη κατηγορία ασθενών^{102,111,112,132,137,140,145}, και λαμβάνοντας υπόψη ότι η συννοσηρότητα είναι συχνή στους πνευμονολογικούς ασθενείς και εντείνεται όσο αυξάνεται η ηλικία^{87,94,95,127,130}. Αντίστοιχα, μεγαλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο υποδηλώνει πιθανώς βελτιωμένη εισοδηματική κατάσταση και προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα την ανάδειξη μιας θετικής σχέσης μεταξύ αυτής της μεταβλητής και της αντιληπτής ποιότητας ζωής^{112,131,132,145}.

Τέλος, από την εφαρμογή των δύο κλιμάκων, SF-36 και EQ-5D-3L διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια πνευμονολογικά προβλήματα αναφέρουν φτωχότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους ασθενείς με οξέα νοσήματα, λαμβάνοντας υπόψη ότι η ποιότητα ζωής επιδεινώνεται όσο αυξάνεται η σοβαρότητα και χρονιότητα της νόσου, καθώς και η χρήση των νοσοκομειακών

υπηρεσιών^{89,93,94,95,109,113}, αν και δεν υπάρχουν επαρκείς ερευνητικές ενδείξεις σχετικά με τις τυχόν διαφοροποιήσεις μεταξύ χρόνιων και οξέων πνευμονολογικών νοσημάτων. Ωστόσο, έχει προηγουμένως τεκμηριωθεί ότι η χρονιότητα της νόσου, εν γένει, αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα υψηλότερων επιπέδων έκπτωσης στην ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς όσο αυξάνεται η διάρκεια του νοσήματος τόσο εντείνεται η επιβάρυνσή της στη σωματική υγεία και ψυχολογική ευημερία τους, και παράλληλα αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης συνοδών παθήσεων²¹⁶. Προς επιβεβαίωση των προαναφερθέντων ευρημάτων, σημειώνεται ότι στην έρευνα βρέθηκε ότι οι ασθενείς με χρόνια πρόβλημα υγείας, όπως και αυτοί που εντάσσονται στην ηλικιακή κατηγορία άνω των 65 ετών και οι αναλφάβητοι, είχαν χειρότερη αυτοαναφερόμενη υγεία, βάσει των τιμών που προέκυψαν από την κλίμακα VAS.

Ικανοποίηση από φροντίδα κατά τη νοσηλεία

Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό αποτέλεσμα, το οποίο συχνά είναι συνυφασμένο με τις προσδοκίες που αυτοί διαμορφώνουν ^{185,186,187}. Στην μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι προσδοκίες των ασθενών είναι αρκετά υψηλές, σε συνάρτηση με τον υψηλό βαθμό της εκληφθείσας ποιότητας που καταδεικνύει τη σημαντικότητα των επιμέρους στοιχείων της παρεχόμενης φροντίδας, η αντιληπτή απόδοση από τη φροντίδα είναι επίσης πολύ υψηλή, με την ικανοποίηση να κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα. Αυτό σημαίνει ότι ενώ οι ασθενείς αποδίδουν μεγάλη έμφαση στην ποιότητα της φροντίδας τους και παράλληλα, διατηρούν υψηλές προσδοκίες για αυτήν, στην πραγματικότητα είναι μέτρια ικανοποιημένοι. Αν και οι ασθενείς με χαμηλές προσδοκίες τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι και αντίστροφα¹⁸⁹, το προαναφερθέν εύρημα επιβεβαιώνει τις διαπιστώσεις των Owens&Batchelor, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η ικανοποίηση συχνά δεν ερμηνεύεται απόλυτα από τις προσδοκίες¹⁷¹.

Ωστόσο, από τους στατιστικούς ελέγχους που διενεργήθηκαν, βρέθηκε ότι οι προσδοκίες των ασθενών σχετίζονται στατιστικά σημαντικά τόσο με την εκληφθείσα ποιότητα όσο και με την ικανοποίηση, εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με αντίστοιχα ευρήματα του Raftorouλος, ο οποίος διαπίστωσε ότι οι ασθενείς

μπορεί μεν να διαμορφώνουν προσδοκίες, όμως ο βαθμός εκπλήρωσής τους δεν συσχετίζεται απαραίτητα με την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα^{192,193}. Συνολικά, από τα ερευνητικά αποτελέσματα συμπεραίνεται ότι οι προσδοκίες των ασθενών αποτελούν σημαντική μεταβλητή διαμόρφωσης τόσο της εκληφθείσας ποιότητας της νοσηλείας όσο και της ικανοποίησης, καθώς όσο αυξάνονται οι προσδοκίες τόσο αυξάνεται και η αντιληπτή ποιότητα αλλά και ο βαθμός ικανοποίησης. Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί ότι μέτρια επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών ελληνικών νοσοκομείων έχουν καταγραφεί και σε έρευνα των Παπαγιαννοπούλου και συν²⁵⁷.

Όσον αφορά τους επιμέρους παράγοντες που διαμορφώνουν τις προσδοκίες, την εκληφθείσα ποιότητα, την απόδοση και την ικανοποίηση των πνευμονολογικών ασθενών που συμμετείχαν στην μελέτη, αρχικά, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς διαμορφώνουν υψηλές προσδοκίες πρόσβασης στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ παράλληλα προσδοκούν τη δωρεάν φροντίδα και την αποκάλυψη όλης της αλήθειας για την κατάσταση της υγείας τους από το γιατρό τους. Αντίθετα, λιγότερες προσδοκίες διατηρούν για ζητήματα ιδιωτικότητας και τήρησης του ωραρίου του επισκεπτηρίου, ένας παράγοντας που σταθερά τοποθετείται στις χαμηλότερες θέσης προτεραιότητας. Εξαιρετικά σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα θεωρούν ως σημαντικότερα στοιχεία της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας τα προαναφερθέντα, δηλαδή τη δωρεάν φροντίδα, την πρόσβαση στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και την αποκάλυψη της αλήθειας σχετικά με την υγεία τους, συν τον παράγοντα της ενσυναίσθησης του προσωπικού.

Από τα παραπάνω, καθίσταται σαφές ότι πνευμονολογικοί ασθενείς που νοσηλεύονται στο ΠΓΝΛ είτε για οξύ είτε για χρόνια πρόβλημα υγείας θέτουν ως προτεραιότητα της νοσηλείας τους την εύκολη πρόσβαση στους επαγγελματίες υγείας, τη δωρεάν παροχή των αντίστοιχων υπηρεσιών και την αξιόπιστη και αληθή καταγραφή της κατάστασης υγείας τους. Παράλληλα, ο βαθμός ενσυναίσθησης γιατρών και νοσηλευτών αναδεικνύεται ως σημαντικός παράγοντας της αντιληπτής ποιότητας, όπως έχει διαπιστωθεί και σε προηγούμενες μελέτες^{184,185,251,255}. Το γεγονός ότι η εύκολη πρόσβαση στους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου και το επίπεδο ενσυναίσθησης των τελευταίων τοποθετείται σε υψηλότερη ιεραρχικά

θέση από παράγοντες που σχετίζονται με το φυσικό/ξενοδοχειακό περιβάλλον και τις διαδικασίες της νοσηλείας, επιβεβαιώνεται και σε προηγούμενες μελέτες^{246,247,248,249}, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ ασθενών και προσωπικού σε συνάρτηση με την ευκολία πρόσβασης είναι σημαντικότερα από την αντιληπτή τεχνική ποιότητα της φροντίδας. Επιπλέον, οι ασθενείς δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην αποκάλυψη της αλήθειας για την κατάσταση της υγείας τους. Πράγματι, σε σχετικές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρού όσον αφορά την επεξήγηση της κατάστασης υγείας του αποτελούν σημαντικότερες μεταβλητές από την αντιληπτή κλινική ικανότητα και το φυσικό περιβάλλον του νοσοκομείου^{253,254}. Χαρακτηριστικά σε έρευνα των Sahin&Tatar σε ασθματικούς ασθενείς βρέθηκε ότι η παροχή πληροφόρησης αποτελεί κρίσιμο παράγοντα της αντιληπτής ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας²²².

Σχετικά με την ικανοποίηση, τεκμηριώθηκε ότι οι πνευμονολογικοί ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη ικανοποιήθηκαν περισσότερο από τη δωρεάν παροχή φροντίδας, την αφιέρωση χρόνου για τη λήψη ενός πλήρους ιστορικού που βοηθάει στη διάγνωση και την ενσυναίσθηση του προσωπικού, επιβεβαιώνοντας τη διαπίστωση ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις και η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελούν κρίσιμες μεταβλητές της ικανοποίησης²⁵². Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι η ποιότητα της διαπροσωπικής φροντίδας, η οποία εμπεριέχει στοιχεία της εξατομικευμένης προσοχής που αποδίδεται στον ασθενή, της παροχής υποστήριξης και πληροφόρησης και της διαθεσιμότητας του προσωπικού, έχει αναδειχθεί στη σχετική βιβλιογραφία ως παράγοντας μείζονος σημασίας για την ικανοποίηση των ασθενών^{187,223}. Αντίστοιχα, σε δείγμα ασθενών με ΧΑΠ έχει βρεθεί ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται σημαντικά από παράγοντες που σχετίζονται με τη διαπροσωπική φροντίδα²²⁶. Αξίζει, τέλος, να σημειωθεί ότι αυτό που ικανοποίησε λιγότερο τους ασθενείς στη μελέτη ήταν το φαγητό, επιβεβαιώνοντας ότι η δυσαρέσκεια που παρατηρείται στους ασθενείς ελληνικών νοσοκομείων σχετίζεται κατά κύριο λόγο με στοιχεία της ξενοδοχειακής υποδομής²⁵⁷.

Η διάγνωση μεταξύ χρόνιου και οξέος πνευμονολογικού νοσήματος αναδείχθηκε, επίσης, ως σημαντική μεταβλητή διαφοροποίησης των προσδοκιών, της εκληφθείσας ποιότητας και της ικανοποίησης των ασθενών. Συγκεκριμένα, στην

έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με οξύ πρόβλημα είχαν υψηλότερες προσδοκίες από το φαγητό, την ενημέρωση, τα ευαίσθητα δεδομένα και την ατμόσφαιρα, σε αντίθεση με τους χρόνιους ασθενείς που εκδήλωσαν υψηλότερες προσδοκίες για την ενσυναίσθηση και το σεβασμό από το προσωπικό. Πράγματι, έχει προηγουμένως βρεθεί ότι η διαπροσωπική σχέση και επικοινωνία μεταξύ ιατρών και ασθενών με χρόνιες νόσους αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ικανοποίησης ²¹⁶. Το εν λόγω εύρημα επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι οι χρόνιοι ασθενείς βρέθηκε να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στο σεβασμό από το προσωπικό για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας, καθώς και από τα σχετικά με την αντιληπτή απόδοση ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία οι ασθενείς με χρόνιο πρόβλημα κατά μεγάλη πλειοψηφία θεωρούν ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τους εμπνέει εμπιστοσύνη ώστε να συζητήσουν προσωπικά προβλήματα. Αντίστοιχα, διαπιστώθηκε ότι οι χρόνιοι πνευμονολογικοί ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις διαπροσωπικές δεξιότητες συγκριτικά με τους ασθενείς που πάσχουν από κάποιο οξύ πνευμονολογικό νόσημα, όπως έχει διαπιστωθεί και για χρόνιους ασθενείς που πάσχουν από άλλα νοσήματα ²¹⁷. Συνολικά, είναι σαφές ότι η ικανοποίηση των χρόνιων ασθενών εξαρτάται σε μεγαλύτερο βαθμό από την ποιότητα της διαπροσωπικής φροντίδας, εύρημα που πιθανόν αποδίδεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν αυξημένες ανάγκες επικοινωνίας λόγω της χρονιότητας της νόσου, ανάγκη την οποία δεν δείχνουν να έχουν οι ασθενείς με οξύ νόσημα.

Αναφορικά με την επιρροή των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών στις τέσσερις προαναφερθείσες υποκλίμακες, στην έρευνα διαπιστώθηκε αρχικά ότι το φύλο δεν αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα. Πράγματι, η σχετική ερευνητική βιβλιογραφία παρέχει ασαφείς ενδείξεις όσον αφορά την επίδραση του φύλου, με ορισμένες έρευνες να καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένες από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας^{194,201}, και άλλες μελέτες να δείχνουν ότι οι άνδρες εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τη νοσηλεία τους^{202,203,260} ή την επαφή με τον γιατρό τους¹⁹⁵. Σημαντικό είναι να σημειωθεί στην περίπτωση αυτή, ότι το φύλο δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ούτε την αντιληπτή ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σε αντίθεση με το φύλο, η ηλικία αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα,

καθώς στη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς άνω των 65 ετών έχουν χαμηλότερες προσδοκίες και χαμηλότερη εκληφθείσα ποιότητα, εύρημα που συνάδει με προηγούμενες σχετικές έρευνες. Συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας εκφράζουν μικρότερες προσδοκίες, τόσο λόγω της περιορισμένης εμπειρίας τους με τις σύγχρονες νοσοκομειακές υπηρεσίες όσο και λόγω της μεγαλύτερης εξάρτησής τους από το ιατρικό προσωπικό για την έκβαση της υγείας τους, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων^{196,197,198}. Είναι συχνό φαινόμενο μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών να έχουν χαμηλότερες προσδοκίες από την παρεχόμενη φροντίδα και να αποσιωπούν αρνητικές αξιολογικές κρίσεις, φοβούμενοι πιθανές προστριβές με το γιατρό τους και, ως εκ τούτου, αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία τους¹⁸⁹. Παράλληλα, το γεγονός ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς έχουν χαμηλότερες προσδοκίες και την ίδια στιγμή χαμηλότερη εκληφθείσα ποιότητα μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι αυτοί δεν έχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με το τι ακριβώς συνιστά ποιοτική φροντίδα υγείας²⁶⁰.

Παρόμοιο αντίκτυπο έχει και το επίπεδο εκπαίδευσης, το οποίο αναδείχθηκε σε μια σημαντική μεταβλητή επιρροής μόνο της εκληφθείσας ποιότητας, με τους ασθενείς χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης να δηλώνουν και χαμηλότερα επίπεδα αντιληπτής ποιότητας από τη νοσηλεία. Αντίθετα ούτε η προσδοκία αλλά ούτε και η ικανοποίηση δείχνει να επηρεάζεται από την εκπαίδευση. Το εύρημα αυτό έρχεται σε μερική διαφωνία με προηγούμενες μελέτες, στις οποίες έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς ανώτερης εκπαίδευσης τείνουν να εμφανίζονται λιγότεροι ικανοποιημένοι από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, λόγω των υψηλότερων προσδοκιών που διατηρούν και της βελτιωμένης ικανότητάς τους να αναζητήσουν εναλλακτικούς παρόχους παροχής υπηρεσιών υγείας^{204,205,216,258}. Ίσως η οικονομική λιτότητα να έχει αλλάξει τον τρόπο που σκέφτονται και αξιολογούν τις υπηρεσίες υγείας, άνθρωποι που στο παρελθόν μπορεί να απευθύνονταν αποκλειστικά και μόνο στον ιδιωτικό τομέα.

Ακόμη, στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν και αναφορικά με τη διάγνωση εισόδου, με τους ασθενείς που πάσχουν από κάποιο χρόνιο πνευμονολογικό νόσημα να έχουν χαμηλότερες προσδοκίες και εκληφθείσα ποιότητα, ωστόσο, να εκφράζουν υψηλότερη ικανοποίηση σε σύγκριση με αυτούς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο με διάγνωση οξέος νοσήματος. Δεδομένου ότι οι

χρόνιοι ασθενείς χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερη συχνότητα τις υπηρεσίες υγείας, αναμένεται ότι θα εκφράζουν και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη νοσηλεία, αφού στη σχετική βιβλιογραφία έχει βρεθεί θετική συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης και χρήσης υπηρεσιών υγείας^{192,193,213}, καθώς οι ασθενείς εξοικειώνονται με αυτές και διαμορφώνουν καλύτερη εικόνα για τα επιθυμητά χαρακτηριστικά τους. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να ερμηνεύει και τα χαμηλότερα επίπεδα προσδοκιών και εκληφθείσας ποιότητας που παρατηρήθηκαν για τους χρόνιους ασθενείς. Είναι πιθανό ότι αυτοί οι ασθενείς έχουν χρόνια εμπειρία με το σύστημα υγείας και, άρα, έχουν σαφέστερη αντίληψη της απόδοσής του λόγω προηγούμενων βιωμάτων χρήσης των αντίστοιχων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να διαμορφώνουν χαμηλότερες προσδοκίες που συνάδουν με την πραγματικότητα. Ως εκ τούτου, ενώ παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένοι, έχουν και χαμηλότερο βαθμό αντιληπτής ποιότητας, δεδομένων και των περιορισμένων προσδοκιών.

Εκτός αυτού, έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς βραχείας νοσηλείας που ενδεχομένως πάσχουν από κάποιο οξύ νόσημα τείνουν να εκφράζουν χαμηλότερη ικανοποίηση σε περιπτώσεις που υποφέρουν από βαριά συμπτώματα και βιώνουν υψηλά επίπεδα πόνου και δυσφορίας²⁰². Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι στη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με οξύ νόσημα του αναπνευστικού εξέφρασαν τη χαμηλότερη ικανοποίηση από τη νοσηλεία. Σε κάθε περίπτωση, επιβεβαιώνεται το γεγονός ότι ο βαθμός εξάρτησης του ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας επηρεάζει σημαντικά την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, σημειώνοντας μάλιστα ότι ο βαθμός αυτός είναι υψηλότερος στις χρόνιες νόσους¹⁸⁹. Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που είχαν θετικές εμπειρίες προηγούμενης νοσηλείας συγκριτικά με την τρέχουσα, εξέφρασαν και τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, καθώς και τις υψηλότερες προσδοκίες, επιβεβαιώνοντας ότι οι προηγούμενες εμπειρίες με το σύστημα υγείας αποτελούν προσδιοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης^{192,193,213}.

Τέλος, στη μελέτη διαπιστώθηκε ότι η αντιληπτή ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζει τις προσδοκίες και την εκληφθείσα ποιότητα, με τη σχετική έρευνα να καταγράφει ότι η φτωχή ποιότητα ζωής συσχετίζεται με υψηλά επίπεδα προσδοκιών και εκληφθείσας ποιότητας. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η κινητικότητα, η αυτοεξυπηρέτηση και η ικανότητα εκτέλεσης

καθημερινών δραστηριοτήτων τόσο χαμηλότερες είναι οι προσδοκίες και η εκληφθείσα ποιότητα των ασθενών, εύρημα που πιθανώς υποδηλώνει ότι οι ασθενείς με καλύτερη ποιότητα ζωής έχουν περιορισμένες προσδοκίες από τη νοσηλεία τους. Ωστόσο, όσο αυξάνεται ο πόνος-δυσφορία τόσο μειώνεται η εκληφθείσα ποιότητα και οι προσδοκίες, ενώ το ίδιο ισχύει για τη σχέση άγχους-θλίψης και ποιότητας, εύρημα που συνάδει με τα αποτελέσματα των Theodosiouetal, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία επηρεάζει σημαντικά την αντιληπτή ποιότητα και ικανοποίηση²⁶⁰. Συμπεραίνεται, λοιπόν, ότι οι ασθενείς που είτε βιώνουν υψηλά επίπεδα πόνου είτε έχουν θλίψη και άγχος λόγω της κατάστασης υγείας τους τείνουν να αντιλαμβάνονται ότι η φροντίδα που λαμβάνουν είναι χαμηλότερης ποιότητας, καθώς δεν γίνεται αντιληπτή ως αποτελεσματική για την ανακούφιση των συμπτωμάτων τους. Επίσης, έχει τεκμηριωθεί ότι οι ασθενείς αυτοί αναφέρουν και χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας^{202,215}, ειδικότερα στις χρόνιες νόσους²¹⁶, κάτι που δεν δείχνει να συμφωνεί με τα δικά μας ευρήματα, καθώς δεν βρίσκουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Η επιρροή της οικονομικής κρίσης

Από τη μελέτη διαπιστώθηκε μια χαμηλή οικονομική δυνατότητα των ασθενών, με σημαντικό ποσοστό εξ αυτών να δηλώνει αδυναμία προμήθειας βασικών καθημερινών αγαθών, κάλυψης των υποχρεώσεών του και αποταμίευσης, εύρημα που έρχεται να επιβεβαιώσει τις γενικότερες διαπιστώσεις σχετικά με τις επιπτώσεις της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στο διαθέσιμο εισόδημα και την οικονομική κατάσταση των Ελλήνων ασθενών^{276,278,281}. Μείζονος σημασίας είναι το γεγονός ότι περίπου το 40% των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν μέτρια δυνατότητα να καλύψουν τις ιατροφαρμακευτικές τους δαπάνες, επιβεβαιώνοντας τις αρνητικές επιπτώσεις της κρίσης στην πρόσβαση των ασθενών στη θεραπεία. Πράγματι, σε προηγούμενες έρευνες που έχουν διενεργηθεί από την έναρξη της κρίσης έχει βρεθεί ότι οι περικοπές των δαπανών υγείας επέφεραν σημαντική μετακύληση του φαρμακευτικού και θεραπευτικού κόστους στους ίδιους τους ασθενείς^{274,275,280}, καθώς και πως το ποσοστό των Ελλήνων των οποίων οι ανάγκες υγείας δεν καλύπτονται από το ΕΣΥ έχει αυξηθεί σημαντικά^{277,278,281}.

Ειδικότερα για τους πνευμονολογικούς ασθενείς, έχει διαπιστωθεί ότι αυτοί αντιμετωπίζουν σημαντικά οικονομικά εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας λόγω περιορισμένου εισοδήματος^{313,318}, με ένα σημαντικό ποσοστό του φαρμακευτικού κόστους να επιβαρύνει τους ίδιους^{302,324}, με αποτέλεσμα πολλοί εξ αυτών να μην συμμορφώνονται επαρκώς στη θεραπεία λόγω της αδυναμίας τους να πληρώσουν τα φάρμακά τους^{292,320}.

Όσον αφορά το κοινωνικοδημογραφικό προφίλ των πνευμονολογικών ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη, βρέθηκε ότι η πλειοψηφία εξ αυτών είναι άνδρες, ηλικιωμένοι και μέσου έως κατώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με το προφίλ που έχει αναδειχθεί για τους πνευμονολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα τόσο πριν όσο και μετά την οικονομική κρίση. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι για ασθενείς με ΧΑΠ, το ανδρικό φύλο και η μεγαλύτερη ηλικία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου^{23,290,291,292,295,303}. Ομοίως, έχει τεκμηριωθεί ότι οι ασθενείς μέτριου ή χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ΧΑΠ ή άλλων πνευμονολογικών νοσημάτων, δεδομένου ότι συχνά οι ασθενείς αυτοί έχουν περιορισμένο εισόδημα ή πρόσβαση σε σχετική με τη διαχείριση της ασθένειάς τους πληροφόρηση³⁰⁵. Παρόμοιες ερευνητικές ενδείξεις αναφορικά με τη σχέση χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού υποβάθρου και συχνότητας εμφάνισης και της σοβαρότητας των εν λόγω νοσημάτων έχουν καταγραφεί και σε διεθνείς έρευνες, μια σχέση που μπορεί να ερμηνευθεί τόσο λόγω της περιορισμένης προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας όσο και εξαιτίας των υψηλότερων επιπέδων της καπνιστικής συνήθειας που καταγράφονται για αυτούς τους ασθενείς^{306,307,308,309}.

Σχετικά με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν την οικονομική δυνατότητα των ασθενών, στη μελέτη διαπιστώθηκε ότι η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η διάγνωση και η διάρκεια της νόσου αποτελούν τους σημαντικότερους εξ αυτών. Συγκεκριμένα, μικρότερη οικονομική δυνατότητα καταγράφηκε για τους ηλικιωμένους ασθενείς, αυτούς με το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και τα άτομα με χρόνια πρόβλημα υγείας, ειδικότερα για τους ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου. Σε έρευνα των Kyrioulos et al που διενεργήθηκε στα χρόνια της οικονομικής κρίσης σε ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, Αλτσχάιμερ και ΧΑΠ βρέθηκε πως, πράγματι, οι ασθενείς

χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου αντιμετωπίζουν τα σημαντικότερα οικονομικά εμπόδια όσον αφορά την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας³¹³.

Αντίστοιχα, η προχωρημένη ηλικία αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα κινδύνου της περιορισμένης οικονομικής δυνατότητας, τόσο λόγω της μείωσης των συντάξεων και του κατά συνέπεια περιορισμού του διαθέσιμου εισοδήματος όσο και λόγω των αυξημένων αναγκών σε δαπάνες υγείας λόγω των υψηλότερων ποσοστών συννοσηρότητας σε αυτές τις ηλικιακές κατηγορίες^{276,302}. Το ίδιο ισχύει και για τους χρόνιους ασθενείς, οι οποίοι αποτελούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα με αυξημένες ανάγκες φροντίδας που συχνά δεν ικανοποιούνται πλήρως³¹². Είναι, λοιπόν, σαφές ότι οι χρόνιοι ασθενείς και αυτοί που βρίσκονται σε μεγαλύτερη ηλικία ή έχουν χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο αντιμετωπίζουν και τα σημαντικότερα οικονομικά προβλήματα. Εξάλλου, σε διεθνείς έρευνες έχει βρεθεί ότι το χαμηλό εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται άμεσα με αυξημένο επιπολασμό των χρόνιων νόσων, καθώς και τις περιορισμένες δυνατότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας^{314,315,316,317}.

Τέλος, διαπιστώθηκε ότι η οικονομική δυνατότητα των πνευμονολογικών ασθενών σχετίζεται τόσο με την ικανοποίηση από τη νοσηλεία όσο και με την αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερη οικονομική δυνατότητα καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα προσδοκιών και εκληφθείσας ποιότητας και χαμηλότερα επίπεδα αντιληπτής απόδοσης και ικανοποίησης, επιβεβαιώνοντας ότι το εισόδημα αποτελεί βασική μεταβλητή της ικανοποίησης^{207,208,209}. Επίσης, από τα ευρήματα των κλιμάκων SF-36 και EQ5D-3L βρέθηκε ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερη οικονομική ευχέρεια βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση υγείας, όπως έχει σημειωθεί και σε προηγούμενες μελέτες σε πνευμονολογικούς ασθενείς, βάσει των οποίων οι ασθενείς με χαμηλότερο εισοδηματικό επίπεδο λαμβάνουν χαμηλότερες βαθμολογήσεις σε κλίμακες αυτοαναφοράς της κατάστασης υγείας, δεδομένων των περιορισμών πρόσβασης που αντιμετωπίζουν και της αδυναμίας τους να καλύψουν το θεραπευτικό κόστος της νόσου^{132,140,148,313}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα τους κατά τη νοσηλεία, αποτελεί κρίσιμο παράγοντα της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και, ως εκ τούτου, έχει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον, καθώς η βελτίωση των παραγόντων που την επηρεάζουν και επιδέχονται τροποποίησης είναι ζωτικής σημασίας για την ποιοτική αναβάθμιση των συστημάτων υγείας, τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα. Στην διδακτορική διατριβή επιχειρήθηκε η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των Ελλήνων πνευμονολογικών ασθενών από τη φροντίδα τους, λαμβάνοντας υπόψη τις επιρροές της οικονομικής κρίσης, καθώς και την αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας τους. Συνολικά, διαπιστώθηκε ότι σημαντικές μεταβλητές που επηρεάζουν την ικανοποίηση αλλά και την κατάσταση υγείας των ασθενών περιλαμβάνουν την ηλικία, τη χρονιότητα της νόσου, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την οικονομική δυνατότητα. Επίσης, οι χρόνιοι ασθενείς αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, δεδομένης της αυξημένης επιβάρυνσης του θεραπευτικού κόστους, ενώ το ίδιο ισχύει και για αυτούς που έχουν πληγεί περισσότερο από την οικονομική κρίση. Ομοίως, οι ηλικιωμένοι ασθενείς και αυτοί που πάσχουν από κάποια χρόνια νόσο έχουν φτωχότερη κατάσταση υγείας, καταγράφοντας αυξημένες ανάγκες.

Η οικονομική δυνατότητα αναδείχθηκε σε βασική μεταβλητή τόσο της ικανοποίησης όσο και της κατάστασης υγείας των πνευμονολογικών ασθενών, εύρημα που πρέπει να ληφθεί υπόψη από τους υπεύθυνους χάραξης της πολιτικής για την υγεία στη χώρα, δεδομένων και των δραματικών περιστολών των αντίστοιχων δαπανών που έχουν λάβει χώρα κατά τα τελευταία χρόνια. Η περιορισμένη πρόσβαση των ασθενών αυτών στις υπηρεσίες υγείας έχει εξαιρετικά αρνητικές επιπτώσεις στην κατάσταση υγείας τους, καθώς και στη συμμόρφωσή τους με τις αντίστοιχες θεραπευτικές κατευθύνσεις. Δεδομένου, μάλιστα, ότι η υποδιάγνωση των χρόνιων πνευμονολογικών νοσημάτων παραμένει ένα συχνό φαινόμενο στη χώρα, η εστίαση στις πιο ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες βάσει των κοινωνικοδημογραφικών τους χαρακτηριστικών αποτελεί ένα στόχο υψίστης σημασίας για την εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας στην Ελλάδα. Παράλληλα, διαφαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς αποτελούν μια ομάδα που βρίσκεται σε

υψηλότερο κίνδυνο, τόσο αναφορικά με την εμφάνιση και εξέλιξη αυτών των νοσημάτων όσο και σε σχέση με την ικανότητά τους να έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Επιπλέον, ένα ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα της μελέτης αφορά στη διαπίστωση ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα τους κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα, με τις αντίστοιχες προσδοκίες να είναι υψηλές. Μάλιστα, το γεγονός ότι η ικανοποίηση και η αντιληπτή ποιότητα εξαρτώνται με καθοριστικό τρόπο από την παρεχόμενη διαπροσωπική φροντίδα, είναι μείζονος σημασίας για την ανάπτυξη πολιτικών και την ανάληψη πρωτοβουλιών που στοχεύουν στη βελτίωσή αυτού που λέμε «ανθρωποκεντρική διάσταση του συστήματος υγείας».

Ειδικότερα οι χρόνιοι πνευμονολογικοί ασθενείς δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην επικοινωνία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, την ενσυναίσθηση, καθώς και στην εύκολη πρόσβασή τους στους επαγγελματίες υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις αυξημένες θεραπευτικές, επικοινωνιακές και πληροφοριακές ανάγκες τους που σχετίζονται με την πορεία της νόσου. Ως εκ τούτου, η ενσυναίσθηση καθώς και οι διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ ασθενών και νοσοκομειακού προσωπικού βρίσκονται ιεραρχικά στις υψηλότερες θέσεις των προτεραιοτήτων που θέτουν οι ασθενείς για την ικανοποίησή τους. Είναι σαφές λοιπόν, ότι πρέπει να γίνεται ευαισθητοποίηση του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού σε δεξιότητες διαπροσωπικής φροντίδας (μέσω εκπαίδευσης/σεμιναρίων) ενώ ταυτόχρονα να πραγματοποιηθούν διορθωτικές παρεμβάσεις για τις ελλείψεις που εντοπίζονται (για παράδειγμα στην ξενοδοχειακή υποδομή). Επίσης ένας μόνιμος μηχανισμός μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών θα ήταν πολύ βοηθητικός, καθώς οι μελέτες ικανοποίησης, αποτελούν μια δωρεάν πηγή ανατροφοδότησης των υπηρεσιών υγείας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο για αξιολόγηση όσο και για ανασχεδιασμό. Εκτός αυτού, βασική ανάγκη των ασθενών είναι η δωρεάν παροχή των νοσοκομειακών υπηρεσιών, εύρημα που επιβεβαιώνει τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας.

Εν κατακλείδι, στην παρούσα μελέτη αναδείχθηκε το προφίλ των πνευμονολογικών ασθενών στην Ελλάδα και προσδιορίστηκαν οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίησή τους από τη νοσηλεία, την κατάσταση υγείας τους και την οικονομική τους δυνατότητα εν μέσω κρίσης, ενώ παράλληλα

εντοπίστηκαν οι σημαντικότερες μεταβλητές που επηρεάζουν την αντιληπτή ποιότητα, ικανοποίηση και εκληφθείσα απόδοση των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών. Η συμβολή της έρευνας έγκειται στη χαρτογράφηση αυτών των παραγόντων σε μια περίοδο για τη χώρα κατά την οποία πλήττεται η πνευμονολογική υγεία και τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα βιωσιμότητας, στελέχωσης και ικανότητας κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού, δεδομένων των συνεχόμενων περικοπών των αντίστοιχων δαπανών. Με δεδομένο ότι για την περίοδο της οικονομικής κρίσης τα στοιχεία που διαθέτουμε για τους Έλληνες πνευμονολογικούς ασθενείς όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους, την οικονομική τους δυνατότητα αλλά και την αντιληπτή ποιότητα της φροντίδας τους είναι πολύ λίγα, μια καταγραφή των παραγόντων που ικανοποιούν ή δυσαρεστούν τους αναπνευστικούς ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους, σε συνδυασμό με την αποτύπωση της οικονομικής δυνατότητας και της κατάστασης υγείας τους εν μέσω της οικονομικής λιτότητας είναι πολύ χρήσιμη. Και αυτό γιατί μπορεί να ανοίξει τον κύκλο της συζήτησης αλλά και να συνεχίσει τον κύκλο της έρευνας όχι μόνο για τις ελλείψεις, αλλά και τις διορθωτικές παρεμβάσεις που απαιτούνται στον ελλαδικό χώρο, για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αλλά και της ικανοποίησης από τη φροντίδα αυτής της μερίδας των ασθενών. Όλα αυτά μπορούν να γίνουν μόνο με τη θέσπιση αντικειμενικών κριτηρίων αξιολόγησης, αξιοποίησης αλλά και πιστοποίησης του συστήματος υγείας.

Η ικανοποίηση των αναγκών υγείας και νοσηλείας τους, αναδεικνύεται σε ζήτημα μείζονος σημασίας στο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής, καθώς η κρίση έπληξε τα μεσαία και κατώτερα κοινωνικά στρώματα, διακυβεύοντας την κατάσταση υγείας, τη νοσηρότητα και θνησιμότητα του γενικού πληθυσμού. Η οικονομική κρίση θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί και ως μια ευκαιρία για αυτοκριτική και για διορθωτικές κινήσεις και όχι μόνο για γκρίνια και εφησυχασμό.

8.2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα χαρακτηρίζεται από ορισμένους περιορισμούς και για το λόγο αυτό η γενίκευση των ευρημάτων της θα πρέπει να γίνεται με τη δέουσα προσοχή. Βασικό περιορισμό αποτελεί το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη διαμένουν σε ένα γεωγραφικό διαμέρισμα (Θεσσαλίας), και παράλληλα

νοσηλεύονται σε ένα μόνο νοσοκομείο. Ως εκ τούτου, τα ευρήματα της έρευνας δεν επιδέχονται πλήρους γενίκευσης στον ευρύτερο πληθυσμό των πνευμονολογικών ασθενών στην Ελλάδα. Ένας ακόμη περιορισμός της έρευνας αφορά το ότι η ικανοποίηση από τη νοσηλεία από την πλευρά των πνευμονολογικών ασθενών αποτελεί ένα ζήτημα που έχει διερευνηθεί ελάχιστα στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν επαρκείς ερευνητικές ενδείξεις για τη συγκρισιμότητα των ευρημάτων. Τέλος, ερευνητικό περιορισμό αποτελεί και το γεγονός ότι η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην οικονομική δυνατότητα των ασθενών μετρήθηκε με κλίμακα που δεν έχει σταθμιστεί ξανά σε προηγούμενες έρευνες, επισημαίνοντας ωστόσο ότι διασφαλίστηκε η εγκυρότητα και αξιοπιστία της. Οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να εξετάσουν τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την ικανοποίηση από τη νοσηλεία των πνευμονολογικών ασθενών σε ευρύτερους πληθυσμούς στην Ελλάδα, ώστε να αποσαφηνιστεί περαιτέρω το προφίλ τους κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης και όχι μόνο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Taylor, D. and Bury, M. "Chronic illness, expert patients and care transition", *Sociol Health & Ill* 2007, 29: 27-45.
2. May, C. "Chronic illness and intractability: professional – patient interactions in primary care", *Chron Ill*, 2005, 1: 15-20
3. WHO "Global status report on noncommunicable diseases 2014", Geneva: WHO, 2014.
4. Bernell, S. and Howard, S.W. "Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease?", *Fron Pub Health* 2016, 4: 159.
5. Martin, P.J., Schoch, G., Fisher, L. et al. "A retrospective analysis of therapy for acute graft-versus-host disease: initial treatment", *Blood* 1990, 76: 1464-1472.
6. Ferlay, J., Shin, H.R., Bray, F. et al. "Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008", *Int J Cancer* 2010, 127: 2893–2917.
7. Walker, C.L., Rudan, I., Liu, L. et al. "Global burden of childhood pneumonia and diarrhea", *Lancet* 2013, 381: 1405–1416.
8. Vestbo, J., Hurd, S.S., Agustí, A.G. et al. "Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary", *Am J Respir Crit Care Med* 2013, 187: 347-365.
9. Morris, A., George, M.P., Crothers, K. et al. "HIV and chronic obstructive pulmonary disease: is it worse and why?", *Proc Am Thorac Soc* 2011, 8: 320-332.
10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease "*Global strategy for the diagnosis management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary disease*", 2014.
11. Bousquet, J. and Khaltaev, N. "*Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases. A comprehensive approach. global alliance against chronic respiratory diseases*", Geneva, World Health Organisation, 2007.
12. Pauwels, R.A. and Rabe, K.F. "Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD)", *Lancet* 2004, 364: 613-620.
13. Mannino, D.M. and Buist, A.S. "Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends", *Lancet* 2007, 370: 765-773

14. Trupin, L., Earnes,t G., San Pedro, M. et al. "The occupational burden of chronic obstructive pulmonary disease", *Eur Respir J* 2003, 22: 462-469.
15. Hnizdo, E., Sullivan, P.A., Bang, K.M. et al. "Association between chronic obstructive pulmonary disease and employment by industry and occupation in the US population: a study of data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey", *Am J Epidmiol* 2002, 156: 738-746.
16. Kurmi, O.P., Semple, S., Simkhada, P. et al. "COPD and chronic bronchitis risk of indoor air pollution from solid fuel: a systematic review and meta-analysis", *Thorax* 2010, 65, 221-228.
17. Ko, F.W.S. and Hui, D.S.C. "Outdoor air pollution: impact on chronic obstructive pulmonary disease patients", *CurrOpinPulm Med* 2009, 15: 150-157.
18. Stoller, J.K. and Aboussouan, L.S. "a1-antitrypsin deficiency", *Lancet* 2005, 365: 2225-2236.
19. Huertas, A. and Palange, P. "COPD: a multifactorial systemic disease", *Ther Adv Respir Dis* 2011, 5: 217-224.
20. Soriano, J.B., Abajobir, A.A., Abate, K.H. et al. "Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *Lancet Respir Med* 2017, 5: 691-706.
21. Salvi, S.S., Manap, R. and Beasley, R. "Understanding the true burden of COPD: the epidemiological challenges", *Prim Care Respir J* 2012, 21: 249–251.
22. Atsou, K., Chouaid, C. and Hejblum, G. "Variability of the chronic obstructive pulmonary disease key epidemiological data in Europe: systematic review", *BMC Med*, 2011, 9: 7-21.
23. Tzanakis, N., Anagnostopoulou, U. Filaditaki, V. et al. "Prevalence of COPD in Greece", *Chest* 2004, 125: 892–900.
24. Kourlaba, G., Hillas, G., Vassilakopoulos, T. et al. "The disease burden of chronic obstructive pulmonary disease in Greece", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016, 11: 2179-1192.

25. Bateman, E.D., Hurd, S.S., Barnes, P.J. et al. "Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary", *Eur Respir J* 2008, 31: 143-178.
26. Townshend, J., Hails, S. and McKean, M. "Diagnosis of asthma in children", *BMJ* 2007 335: 198-202.
27. Anderson, H.R. "Prevalence of asthma", *BMJ* 2005, 330: 1037.
28. Diamant, Z., Diderik Boot, J.D. and Virchow, J.C. "Summing up 100 years of asthma", *Respir Med* 2007, 101: 378-388.
29. Ward, J.P.T., Ward, J. and Leach, R.M. "*The Respiratory System at a Glance*", Blackwell, Chichester, 2010.
30. Subbarao, P., Mandhane, P.J. and Sears, M.R. "Asthma: epidemiology, etiology and risk factors", *Can Med Assoc J* 2009, 181: E181-E190.
31. Holgate, S.T. and Douglass, J. "*Fast Facts: Asthma*", Health Press Limited, Oxford, 2010.
32. Rees, J. "Asthma in adults", In J. Rees, D. Kanabar and S. Pattani S (eds), *ABC of Asthma*, John Wiley & Sons, Chichester, 2010.
33. Scullion, J. "A proactive approach to asthma", *Nurs Stand* 2005, 20: 57-65.
34. Eder, W., Ege, M.J., and von Mutius, E. "The asthma epidemic", *N Engl J Med* 2006, 355: 2226-35.
35. Troisi, R.J., Speizer, F.E., Willett, W.C. et al. "Menopause, postmenopausal estrogen preparations, and the risk of adult-onset asthma. A prospective cohort study", *Am J Respir Crit Care Med* 1995, 152: 1183-1188.
36. Kogevinas, M., Zock, J.P., Jarvis, D., et al. "Exposure to substances in the workplace and new-onset asthma: an international prospective population-based study (ECRHS-II)", *Lancet* 2007, 370: 336-341.
37. Masoli, M., Fabian, D., Holt, S. et al. "The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report", *Allergy* 2004, 59: 469-478.
38. Gangadi, M., Margetaki, A., Gavana, M. "Prevalence of asthma and asthma-like symptoms in Greece: Early results of the E.ME.NO study", *Eur Respir J* 2016, 48: PA4237;

39. Simoes, A.F., Cherian, T., Chow, J. et al. "*Acute Respiratory Infections in Children. Disease Control Priorities in Developing Countries*", Washington, Oxford University Press, 2006.
40. Williams, B.G., Gouws, E., Boschi-Pinto, C. et al. "Estimates of world-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections", *Lancet Infect Dis* 2002, 2: 25-32.
41. Taksande, A.M. and Yeole, M. "Risk factors of Acute Respiratory Infection (ARI) in under-fives in a rural hospital of Central India", *JPNIM* 2015, 5: e050105.
42. Bellos, A., Mulholland, K., O'Brien, K.L. et al. "The burden of acute respiratory infections in crisis-affected populations: a systematic review", *Conf Health* 2010, 4: 3-12.
43. Rudan, I., Boschi-Pinto, C., Biloglav, Z. et al. "Epidemiology and etiology of childhood pneumonia", *Bull World Health Organ* 2008, 86: 408-416.
44. File, T.M. Jr and Tan J.S. "International guidelines for the treatment of community-acquired pneumonia in adults: the role of macrolides", *Drugs* 2003, 63: 181-205.
45. Lim, W.S., van der Eerden, M., Laing, R. et al. "Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study", *Thorax* 2003, 58: 377-382
46. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων Επιστημονική Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και την Εμπειρική Θεραπεία των Λοιμώξεων, ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ, Αθήνα 2007
47. Welte, T., Torres, A. and Nathwani, D. "Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe", *Thorax* 2012, 67: 71–79.
48. Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K. et al. "Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", *Lancet* 2012, 380: 2095–128.

49. Torres, A., Peetermans, W.E., Viegi, G. et al. "Risk factors for community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review", *Thorax* 2013, 68: 1057-1065.
50. Almirall, J., Bolibar, I., Serra-Prat, M. et al. "New evidence of risk factors for community-acquired pneumonia: a population-based study", *Eur Respir J* 2008, 31: 1274–1284.
51. Garcia-Vidal, C., Carratala, J., Fernandez-Sabe, N. et al. "Aetiology of, and risk factors for, recurrent community-acquired pneumonia", *Clin Microbiol Infect* 2009, 15: 1033–1038
52. Schnoor, M., Klante, T., Beckmann, M. et al. "Risk factors for community-acquired pneumonia in German adults: the impact of children in the household", *Epidemiol Infect* 2007, 135: 1389–1397.
53. WHO "*The constitution of the World Health Organization*". Geneva: WHO, 1947.
54. Spitzer, W.O. "State of science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research", *J Chronic Dis* 1987, 40: 465–471.
55. Kaplan, R.M. and Bush, J.W. "Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis", *Health Psy* 1982, 1: 61–80.
56. Ware, J.E. "The status of health assessment 1994", *Annu Rev Public Health* 1995, 16: 327–354.
57. Spitzer, W.O., Dobson, A.J., Hall, J., et al. "Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians" *J Chronic Dis* 1981, 34: 585-597.
58. Torrance, G.W. "Utility approach to measuring health-related quality of life", *J Chronic Dis* 1987, 40: 593-600.
59. Rejeski, W.J. and Mihalko, S.L. "Physical activity and quality of life in older adults", *The Journals of Gerontology Series A* 2001, Vol 56: 23-35.
60. Kuyken, W. and EuroQol Group, "The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization", *Soc Sci Med* 1995, 41: 1403–1409.
61. Meeberg, G. "Quality of life: a concept analysis", *J Adv Nurs* 1993, 18: 32–38.

62. Cummins, R. "Moving from the quality of life concept to a theory", *J Intell Dis Res* 2005, 49: 699–706.
63. Felce, D. and Perry, J. "Quality of life: its definition and measurement", *Res DevelDisabil* 1995, 16: 51–74.
64. Aaronson, N.K. "Quantitative issues in health-related quality of life assessment", *Health Policy* 1988, 10: 217–230.
65. Vallerand, A.H. and Payne, J.K. "Theories and conceptual models to guide quality of life related research", In C.R. King, P.S. Hinds and M. Sudbury (eds), *Quality of life: from nursing and patient perspectives* (pp. 45-54). Sudbury, MA, USA: Jones & Bartlett Publishers, 2003.
66. Patrick, D.L. and Erickson, P. "Assessing health-related quality of life for clinical decision-making", In S. R., Walker, & R. M. Rosser (eds), *Quality of life assessment: key issues in the 1990s* (pp. 11-64). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1993.
67. Hays, R.D. and Reeve, B.B. "Measurement and Modeling of Health-Related Quality of Life", In J. Killewo, H. K. Heggenhougen, & S. R. Quah (eds), *Epidemiology and Demography in Public Health* (pp. 195-205). San Diego: Academic Press, 2010.
68. Sousa, K.H. and Kwok, O.M. "Putting Wilson and Cleary to the test: Analysis of a HRQOL conceptual model using structural equation modeling", *Qual Life Res* 2006, 15: 725–737.
69. WHO "Introducing the WHOQOL instruments", Geneva: WHO, 2016.
70. Karimi, M. and Brazier, J. "Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?" *Pharmacoeconomics* 2016, 34: 645-649.
71. Younsi, M. "Health-Related Quality-of-Life Measures: Evidence from Tunisian Population Using the SF-12 Health Survey", *Value Health Reg Issues* 2015, 7: 54-66.
72. Ubel, P.A., Loewenstein, G. and Jepson, C. "Whose quality of life? A commentary exploring discrepancies between health state evaluations of patients and the general public", *Qual Life Res* 2003, 12: 599-607.
73. Bowling, A. "Health-related quality of life: conceptual meaning, use and measurement", In A. Bowling (eds), *Measuring disease: a review of disease-*

specific quality of life measurement scale (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press, 2001.

74. Ferrans, C.E. "Differences in what quality-of-life instruments measure", *J Natl Cancer Inst Monogr* 2007, 37: 22-26.

75. Eiser, C. "*Quality of life*", London, Lawrence Erlbaum Associates, 2004.

76. Sajid, M.S., Tonsi, A. and Baig, M.K. "Health-related quality of life measurement", *Int J Health Care Qual Assur* 2008, 21: 365-373.

77. Ware, J.E. and Sherbourne, C.D. "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection", *Med Care* 1992, 3: 473-483.

78. Norman, G.R., Sloan, J.A. and Wywich, K.W. "Interpretation of changes in health-related quality of life: the remarkable universality of half a standard deviation", *Med Care* 2003, 41: 582-592.

79. EuroQol Group "EuroQol: A new facility for the measurement of health-related quality of life", *Health Policy* 1990, 16: 199-208.(www.euroqol.org)

80. Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A. et al. "Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L)", *Qual Life Res* 2011, 20: 1727-1736.

81. Bergner, M., Bobbitt, R.A., Carter, W.B., et al. "The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure", *Med Care* 1981, 2: 787-805.

82. Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., et al. "The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations", *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* 1981, 15: 221-229.

83. Sintonen, H. "The 15-D instrument of health-related quality of life: Properties and applications", *Ann Med* 2001, 33: 328-336.

84. Hays, R.D., Kallich, J.D., Mapes, D.L. et al. "Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) Instrument", *Qual Life Res* 1994, 3: 329-338.

85. Shen, W., Kotsanos, J.G., Huster, W.J. et al. "Development and validation of the diabetes quality of life clinical trial questionnaire", *Med Care*, 1999, 37: AS45-AS66.

86. Rector, T.S. and Cohn, J.N. "Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: Reliability and validity during

a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan", *Am Heart J* 1992, 124: 1017-1025.

87. Decramer, M., Sibille, Y., Bush, A. et al. "The European Union conference on chronic respiratory disease: purpose and conclusions", *Eur Respir J* 2011, 37: 738-742.

88. Fabbri, L.M., Beghe, B. and Agusti, A. "COPD and the solar system: introducing the chronic obstructive pulmonary disease comorbidome", *Am J Respir Crit Care Med* 2012, 186: 117–119

89. Niewoehner, D.E. "Clinical practice. Outpatient management of severe COPD", *Engl J Med* 2010, 362: 1407–1416.

90. Ng, T.P., Niti, M., Tan, W.C. et al. "Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life", *Arch Intern Med* 2007, 167: 60–67.

91. Maurer, J., Rebbapragada, V., Borson, S. et al. "ACCP Workshop Panel on Anxiety and Depression in COPD: Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs", *Chest* 2008, 134: 43S-56S.

92. Zhang, M.W., Ho, R.C., Cheung, M.W. et al. "Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression", *Gen Hosp Psychiatry* 2011, 33: 217-223.

93. Fritzsche, A., Watz, H., Magnussen, H., et al. "Cognitive biases in patients with chronic obstructive pulmonary disease and depression—a pilot study", *Br J Health Psychol* 2013, 18: 827-843.

94. Cully, J.A., Graham, D.P., Stanley, M.A. et al. "Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression", *Psychosomatics* 2006, 47: 312-319.

95. van Manen, J.G., Bindels, P.J., Dekker, F.W. et al. "The influence of COPD on health-related quality of life independent of the influence of comorbidity", *J Clin Epidemiol* 2003, 56: 1177–1184

96. Di Marco, F., Verga, M., Reggente, M. et al. "Anxiety and depression in COPD patients: the roles of gender and disease severity", *Respir Med* 2006, 100: 1767–1774.
97. Ampon, R.D., Williamson, M., Correll, P.K. et al. "Impact of asthma on self-reported health status and quality of life: a population based study of Australians aged 18-64", *Thorax* 2006, 60: 735-739.
98. Lewis, D.A. "Sleep in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease", *Curr Opin Pulm Med* 2001, 7: 105-112.
99. Legorreta, A.P., Leung, K.M., Berkbiger, D. et al. "Outcomes of a population-based asthma management program: quality of life, absenteeism, and utilization", *Ann Allergy Asthma Immunol* 2000, 85: 28-34.
100. Nishimura, K., Hajiro, T., Oga, T. et al. "Health-related Quality of Life in Stable Asthma: What Are Remaining Quality of Life Problems in Patients with Well-Controlled Asthma?", *J of Asthma* 2004, 41: 57-65.
101. Calfee, C.S., Katz, P.P., Yelin, E.H. et al. "The influence of perceived control of asthma on health outcomes", *Chest* 2006, 130: 1312-1318.
102. Nalina, N. and Chandra, M.S. "Assessment of quality of life in bronchial asthma patients", *Int J Med Sci Public Health* 2015, 5: 93-97.
103. Huber, M.B., Wacker, M.E., Vogelmeier, C.F. et al. "Comorbid influences on generic health-related quality of life in COPD: a systematic review", *PloS one* 2015, 10: e0132670.
104. Jones, P.W., Quirk, F.H., Baveystock, C.M. et al. "A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire", *Am Rev Respir Dis* 1992, 145: 1321–1327,
105. Wijkstra, P.J., TenVergert, E.M., Van Altna, R. et al. "Reliability and validity of the chronic respiratory questionnaire (CRQ)", *Thorax* 1994, 49: 465-467.
106. Brazier, J.E., Harper, R., Jones, N.M. et al. "Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care", *Br Med J* 1992, 305: 160–164.
107. Pappa, E., Kontodimopoulos, Niakas, D. "Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey", *Qual Life Res*, 2005, Jun;14(5):1433-8.

108. Mahler, D.A. and Mackowiak, J.I. "Evaluation of the short-form 36-item questionnaire to measure health-related quality of life in patients with COPD", *Chest* 1995, 107: 1585-1589.
109. Pickard, A.S., Yang, Y. and Lee, T.A. "Comparison of health-related quality of life measures in chronic obstructive pulmonary disease", *Health Qual Life Outcomes* 2011, 9: 26-39.
110. Boueri, F.M., Bucher-Bartelson, B.L., Glenn, K.A. et al. "Quality of life measured with a generic instrument (Short Form-36) improves following pulmonary rehabilitation in patients with COPD", *Chest* 2001, 119: 77-84.
111. Jones, P.W. and Bosh, T.K. "Quality of life changes in COPD patients treated with salmeterol", *Am J Respir Crit Care Med* 1997, 155: 1283-1289.
112. Liu, A., Tao, X. and Xin, J. "Assessment on quality of life in COPD patients using SF-36 scale", *Ch J Reh Med* 2008, 11: 20-32.
113. Aslani, J., Mirzamani, S.M., Azizabadi, F.M., et al. "Health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: are disease-specific and generic quality of life measures correlated?", *Tanaffos* 2008, 7: 28-35.
114. Malý, M. and Vondra, V. "Generic versus disease-specific instruments in quality-of-life assessment of chronic obstructive pulmonary disease", *Meth Info Med* 2006, 45: 211-215.
115. Leupoldt, A., Hahn, E., Taube, K. et al. "Effects of 3-week Outpatient Pulmonary Rehabilitation on Exercise Capacity, Dyspnea, and Quality of Life in COPD", *Lung* 2008, 186: 387-91.
116. Kil, S.Y., Oh, W.O., Koo, B.J. et al. "Relationship between depression and health-related quality of life in older Korean patients with chronic obstructive pulmonary disease", *J Clin Nurs* 2008, 19: 1307-1314.
117. Krishnan, G., Grant, B.J., Muti, P.C. et al. "Association between anemia and quality of life in a population sample of individuals with chronic obstructive pulmonary disease", *BMC Pulm Med* 2006, 6: 23-34.
118. Bousquet, J., Knani, J., Dhivert, H. et al. "Quality of life in asthma. I. Internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire", *Am J Respir Crit Care Med* 1994, 149: 371-375.

119. Muraki, M., Ichihashi, H., Haraguchi, R. et al. "Comparison of the Asthma Health Questionnaire-33-Japan and the short-form 36-item health survey for measuring quality of life in Japanese patients with asthma", *Allergol Inter* 2008, 57: 339-346.
120. Ried, L.D., Nau, D.P. and Grainger-Rousseau, T.J. "Evaluation of patient's health-related quality of life using a modified and shortened version of the living with asthma questionnaire (ms-LWAQ) and the medical outcomes study, short-form 36 (SF-36)", *Qual Life Res* 1999, 8: 491-499.
121. Espinosa, M.D., Alonso, J., Ancochea, J. et al. "Quality of life in asthma: reliability and validity of the short form generic questionnaire (SF-36) applied to the population of asthmatics in a public health area", *Arch Bronco* 2002, 38: 4-9.
122. Voll-Aanerud, M., Eagan, T.M., Plana, E. et al. "Respiratory symptoms in adults are related to impaired quality of life, regardless of asthma and COPD: results from the European community respiratory health survey", *Health Qual Life Outcomes* 2010, 8: 107-110.
123. Yfantopoulos, J. "The Greek version of the EuroQol (EQ-5D) instrument", *Arch Hellen Med* 2001, 18: 180–191.
124. Kontodimopoulos N., Pappa E., Niakas D., et al. "Validating of the EuroQol (EQ-5D) Instrument in a Greek General Population", *Value Health* 2008 Dec;11(7):1162-9
125. The TORCH Study Group, The TORCH (TOwards a Revolution in COPD Health) survival study protocol, *Eur Respir J* 2004; 24: 206–210
126. Boros, P.W. and Lubinski, W. "Health state and the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Poland: A study using the EQ-5D questionnaire", *Polsk Arch Med Wew* 2012, 122: 73–81.
127. Frei, A., Muggensturm, P., Putcha, N. et al. "Five comorbidities reflected the health status in patients with chronic obstructive pulmonary disease: the newly developed COMCOLD index", *J Clin Epidemiol* 2014, 67: 904-911.
128. Naberan, K., Azpeitia, A., Cantoni, J. et al. "Impairment of quality of life in women with chronic obstructive pulmonary disease", *Resp Med* 2012, 106: 367-373.

129. Rutten-van Mölken, M.P., Oostenbrink, J.B., Tashkin, D.P. et al. "Does quality of life of COPD patients as measured by the generic EuroQol five-dimension questionnaire differentiate between COPD severity stages?", *Chest* 2006, 130: 1117-1128.
130. Sundh, J., Johansson, G., Larsson, K. et al. "Comorbidity and health-related quality of life in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease attending Swedish secondary care units", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2015, 10: 173-189.
131. Miravittles, M., Molina, J., Quintano, J.A. et al. "Factors associated with depression and severe depression in patients with COPD", *Respir Med* 2014, 108: 1615-1625.
132. Kwon, H.Y. and Kim, E. "Factors contributing to quality of life in COPD patients in South Korea", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016, 11: 103-109.
133. Mitsiki, E., Kazanas, K. and Hatzia Apostolou, P. "Quality of life and disease burden of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients in Northern Greece—The INCARE study", *Eur Respir J* 2015, 46: PA3854
134. Pickard, A.S., Wilke, C., Jung, E. et al. "Use of a preference-based measure of health (EQ-5D) in COPD and asthma", *Respir Med* 2008, 102: 519-536.
135. Bergfors, S., Aström, M., Burström, K. et al. "Measuring health-related quality of life with the EQ-5D-Y instrument in children and adolescents with asthma", *Acta Paed* 2015, 104: 167-173.
136. Szende, A., Svensson, K., Ståhl, E. et al. "Psychometric and utility-based measures of health status of asthmatic patients with different disease control level", *Pharmacoeconomics* 2004, 22: 537-547.
137. Hazell, M., Frank, T. and Frank, P. "Health related quality of life in individuals with asthma related symptoms", *Respir Med* 2003, 97: 1211-1218.
138. Chung, J.H. and Han, C.H. "Health related quality of life in relation to asthma—Data from a cross sectional study", *J Asthma* 2017, 3: 1-7.
139. Lloyd, A., Price, D. and Brown, R. "The impact of asthma exacerbations on health-related quality of life in moderate to severe asthma patients in the UK", *Prim Care Respir J* 2007, 16: 22-39.

140. Δημητρόπουλος, Χ., Θεοδωρακοπούλου, Ε., Κοπιτοπούλου, Α. και συν. «Ποιότητα ζωής Ελλήνων ασθενών με ΧΑΠ», *Πνεύμων* 2013, 26: 127-138.
141. Leander, M., Lampa, E., Janson, C. et al. "Determinants for a low health-related quality of life in asthmatics", *Ups J Med Sci* 2012, 117: 57-66.
142. Naleway, A.L., Vollmer, W.M., Frazier, E.A. et al. "Gender differences in asthma management and quality of life", *J Asthma* 2006, 43: 549-552.
143. Sundberg, R., Palmqvist, M., Tunsäter, A. et al. "Health-related quality of life in young adults with asthma", *Respir Med* 2009, 103: 1580-1585.
144. Stahl, E., Lindberg, A., Jansson, S.A. et al. "Health-related quality of life is related to COPD disease severity", *Health Qual Life Outcomes* 2005, 3: 56-63.
145. Gonzalez-Barcala, F.J., de la Fuente-Cid, R., Tafalla, M., et al. "Factors associated with health-related quality of life in adults with asthma. A cross-sectional study", *Multidisc Respir Med* 2012, 7: 32-47.
146. Miravittles, M., Soriano, J.B., Garcia-Rio, F. et al. "Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities", *Thorax* 2009, 64: 863-868.
147. Cleland, J.A., Lee, A.J. and Hall, S. "Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients", *Fam Pract* 2007, 24: 217-223.
148. Tsiligianni, I., Kocks, J., Tzanakis, N. et al. "Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a review and meta-analysis of Pearson correlations", *Prim Care Respir J* 2011, 20: 257-268.
149. Rohlin, M., Schaub, R.M., Holbrook, P. et al. "Continuous quality improvement", *Eur J Dent Edu* 2002, 6: 67-77.
150. Donabedian, A. "Explorations in quality assessment and monitoring", Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
151. Donabedian, A. "Evaluating the quality of medical care" *Milbank Quart* 2005, 83: 691-729.
152. Lohr, K. "Medicare: A Strategy for Quality Assurance", Washington DC: National Academy Press, 1991.
153. Øvretveit, J. "Health Service Quality: An Introduction to Quality Methods for Health Services", Oxford: Blackwell, 1992.

- 154.Schuster, M.A., McGlynn, E.A. and Brook, R.H. "How good is the quality of healthcare in the United States?", *Milbank Quart* 1998, 76: 517-64.
- 155.Berwick, D.M., Godfrey, B.A. and Roessner, J. "Curing health care: new strategies for quality improvement", *J Healthcare Qual* 1991, 13: 65-66.
- 156.Council of Europe "*The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care*", Recommendation No. R(97)17 and explanatory memorandum, 1998.
- 157.WHO "*The world health report 2000: health systems: improving performance*", Geneva: WHO, 2000.
- 158.Institute of Medicine "*Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*", Washington DC: National Academy Press, 2001.
- 159.WHO "*Quality of care: a process of making strategic choices in health systems*", Geneva: WHO, 2006.
- 160.Van Servellen, G., Fongwa, M. and MockusD'Errico, E. "Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review", *Nurs Health Sci* 2006, 8: 185-195.
- 161.Davies, A.R. and Ware Jr, J.E. "Involving consumers in quality of care assessment", *Health Aff* 1988, 7: 33-48.
- 162.Αδαμαντίδου, Τ. «Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας», *Επιθεώρηση Υγείας* 2004, 23: 29-31.
- 163.Sofaer, S. and Firminger, K. "Patient perceptions of the quality of health services", *Annu Rev Pub Health* 2005, 26: 513-559.
- 164.Gonzalez, N., Quintana, J.M., Bilbao, A., et al. "Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire", *Int J Qual Health Care* 2005, 17: 465-472.
- 165.Fitzpatrick, R. "Surveys of patients satisfaction: Important general considerations", *BMJ* 1991, 302: 887.
- 166.Evason, E. and Whittington, D. "Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study", *Int J Health Care Qual Assur* 1997, 10: 7-19.
- 167.Aharony, L. and Strasser, S. "Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore", *Med Care Rev* 1993, 50: 49-79.

168. Hall, J.A. and Dornan, M.C. "What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature", *Soc Sci Med* 1988, 27: 935–939.
169. Sitzia, J. and Wood, N. "Patient satisfaction: A review of issues and concepts", *Soc Sci Med* 1997, 45: 1829–1843.
170. Pascoe, G.C. "Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis", *Eval Progr Plan* 1983, 6: 185-210.
171. Owens, D.J. and Batchelor, C. "Patient satisfaction and the elderly", *Soc Sci Med* 1996, 42: 1483-1491.
172. Risser, H. "Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings", *Nurs Res* 1975, 24: 45-52.
173. Bond, S. and Thomas, L.H. "Measuring patients satisfaction with nursing care", *J Adv Nurs* 1992, 17: 52-56.
174. Crow, R., Gage, H., Hampson, S. et al. "The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature", *Health Technol Assess* 2002, 6: 1–244.
175. Gill, L. and White, L. "A critical review of patient satisfaction", *Lead Health Serv* 2009, 22: 8-19.
176. Fox, J.G. and Storms, D.M. "A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care", *Soc Sci Med* 1981, 5: 557-564.
177. Ware, J.E., Snyder, M.K., Wright, W.R. et al. "Defining and measuring patient satisfaction with medical care", *Eval Progr Plan* 1983, 6: 247-63.
178. Fitzpatrick, R. and Hopkins, A. "Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration", *Sociol Health Ill* 1983, 5: 297-311.
179. Linder-Pelz, S. "Toward a theory of patient satisfaction", *Soc Sci Med* 1982, 16: 577-582.
180. Strasser, S., Aharony, L. and Greenberger, D. "The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model", *Med Care Rev* 1993, 50: 219-245.
181. Oliver, R.L. "A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions", *J Marketing Res* 1980, 17: 495–507.

182. Heidegger, T., Saal, D. and Nuebling, M. "Patient satisfaction with anaesthesia care: what is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction", *Best Pract Res Clin Aneasth* 2006, 20: 331-346.
183. American College of Emergency Physicians. "*Patient Satisfaction Surveys Policy Statement*", September 2010.
184. Manary, M.P., Boulding, W., Staelin, R. et al. "The patient experience and health outcomes", *N Engl J Med* 2013, 368: 201-203.
185. Καλογεροπούλου, Μ. "Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων", *ΑρχΕλλ Ιατρικής* 2011, 28: 667-673.
186. Gilbert, F.W., Lumpkin, J.R. and Dant, R.P. "Adaptation and customer expectations of health care options", *J HealthcManag* 1992, 12: 46-55.
187. Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A. et al. "Determinants of patient satisfaction: a systematic review", *Persp Pub Health* 2017, 137: 89-101.
188. Vuori, H. "Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care?", *QRB* 1987, 13(3): 106-108.
189. Ραφτόπουλος, Β.Γ. «Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας», Λευκωσία: αυτοέκδοση, 2009.
190. Stimson, G. and Webb, B. "*Going to see the doctor: the consultation process in general practice*", London: Routledge, 1975.
191. Williams, S.J. and Calnan, M. "Key determinants of consumer satisfaction with general practice", *Fam Pract* 1991, 8: 237-242.
192. Raftopoulos, V. "A grounded theory for patients satisfaction with quality of hospital care", *ICU Nurs Web J* 2005, 22.
193. Raftopoulos, V. "Pain, satisfaction with quality of pain management and depressive symptoms in elderly hospitalized patients", *ICU Nurs Web J* 2005, 20: 1-17.
194. Pappa, E. and Niakas, D. "Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. *BMC Health Serv Res* 2006, 6: 146.

195. Khayat, K. and Salter, B. "Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices", *Br J Gen Pract* 1994, 44(382): 215-219.
196. Papanikolaou, V. and Ntani, S. "Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *Int J Health Care Qual Assur* 2008, 21: 548-561.
197. Danielsen, K., Bjertnaes, O.A., Garratt, A. et al. "The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway", *BMC Fam Pract* 2010, 11: 73.
198. Footman, K., Roberts, B., Mills, A. et al. "Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries in the former Soviet Union", *Health Pol* 2013, 112: 62–9.
199. Jaipaul, C.K. and Rosenthal, G.E. "Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients?", *J Gen Intern Med* 2003, 18: 23–30.
200. Hsieh, M.O. and Kagle, J.D. "Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care", *Health Soc Work* 1991, 16: 281–290.
201. Solomon, M. "Happy now?", *Health Serv J* 1992, 102(5324): 24-26.
202. Quintana, J.M., Gonzalez, N., Bilbao, A. et al. "Predictors of patient satisfaction with hospital health care", *BMC Health Serv Res* 2006, 6: 102.
203. Hekkert, K.D, Cihangir, S., Kleefstra, S.M. et al. "Patient satisfaction revisited: A multilevel approach", *Soc Sci Med* 2009, 69: 68-75.
204. Bjertnaes, O.A., Sjetne, I.S. and Iversen, H.H. "Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations", *BMJ Qual Safe* 2012, 21: 39–46.
205. Bleich, S.N., Ozaltin, E. and Murray, C.K. "How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?", *Bull World Health Organ* 2009, 87: 271–278.
206. Grondahl, V.A., Hall-Lord, M.L., Karlsson, I. et al. "Exploring patient satisfaction predictors in relation to a theoretical model", *Int J Health Care Qual Assur* 2013, 26: 37–54.
207. Mummalaneni, V. and Gopalakrishna, P. "Mediators vs. moderators of patient satisfaction", *J Health Care Mark* 1995, 15: 16–22.

208. Becker, G. and Newsom, E. "Socioeconomic status and dissatisfaction with health care among chronically ill African Americans", *Am J Public Health* 2003, 93: 742–748.
209. Findik, U.Y., Unsar, S. and Sut, N. "Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics", *Nurs Health Sci* 2010, 12: 162–169.
210. Hall, J.A. and Dornan, M.C. "Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis", *Soc Sci Med* 1990, 30: 811–818.
211. Atkinson, S. and Haran, D. "Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries", *Soc Sci Med* 2005, 60: 501–513.
212. Madhok, R., Bhopal, R.S. and Ramaiah, R.S. "Quality of hospital service: a study comparing 'Asian' and 'non-Asian' patients in Middlesbrough", *J Pub Health* 1992, 14: 271–279.
213. al-Qatari, G. and Haran, D. "Determinants of users' satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia", *Int J Qual Health Care* 1999, 11: 523–531.
214. Nguyen Thi P.L., Briancon, S., Empereur, F. et al. "Factors determining inpatient satisfaction with care", *Soc Sci Med* 2002, 54: 493–504.
215. Schoenfelder, T., Klewer, J. and Kugler, J. "Determinants of patient satisfaction: A study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany", *Int J Qual Health Care* 2011, 23: 503–509.
216. Carlin, C.S., Christianson, J.B., Keenan, P. et al. "Chronic illness and patient satisfaction", *Health Serv Res* 2012, 47: 2250–2272.
217. Bidaut-Russell, M., Gabriel, S.E., Scott, C.G. et al. "Determinants of patient satisfaction in chronic illness", *Arthr Care Res* 2002, 47: 494–500.
218. Chen, L.M., Birkmeyer, J.D., Saint, S. et al. "Hospitalist staffing and patient satisfaction in the national Medicare population", *J Hosp Med* 2013, 8: 126–31.
219. Choi, K., Cho, W., Lee, S. et al. "The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study", *J Bus Res* 2004, 57: 913–21.

- 220.Cheng, S.H., Yang, M.C. and Chiang, T.L. "Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care", *Int J Qual Health Care* 2003, 15: 345–355.
- 221.Jackson, J.L., Chamberlin, J. and Kroenke, K. "Predictors of patient satisfaction", *Soc Sci Med* 2001, 52: 609–620.
- 222.Sahin, B. and Tatar, M. "Analysis of Factors Affecting Patient Satisfaction", *Disease Manag Health Outc* 2006, 14(3): 171-183.
- 223.Kim, S. and Kim, S. "Interpersonal caring: A theory for improved self-esteem in patients with long-term serious mental illness", *Asian Nurs Res* 2007, 1: 11–22.
- 224.Moore, S.D., Wright, K.B and Bernard, D.R. "Influences on health delivery system satisfaction: A partial test of the ecological model", *Health Commun* 2009, 24: 285–294.
- 225.Gallefoss, F. and Bakke, P.S. "Patient satisfaction with healthcare in asthmatics and patients with COPD before and after patient education", *Respir Med* 2000, 94: 1057-1064.
- 226.Kowlessar, B.S., Patel, A.R.C., Donaldson, G.C. et al. "Factors affecting patient satisfaction in a COPD research cohort", *Thorax* 2011, 66: A156-A156.
- 227.Lee, A.V., Moriarty, J.P., Borgstrom, C. et al. "What can we learn from patient dissatisfaction? An analysis of dissatisfying events at an academic medical center", *J Hosp Med* 2010, 5: 514–520.
- 228.Camgöz-Akdag H. and Zineldin, M. "Quality of health care and patient satisfaction", *Clin Gov: An Int J* 2010, 15: 92–101.
- 229.Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M. et al "What does 'access to health care' mean?", *J Health Serv Res Policy* 2002, 7: 186–188.
- 230.Akyüz, A.M. and Ayyildiz, H. "A structural equation model test of patient satisfaction in the health service organizations in Trabzon City", *Int J Econ Admini Stud* 2012, 4: 47–65.
- 231.Otani, K. and Kurz, R.S. "The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions", *J HealthcManag* 2004, 49: 181–196.
- 232.Otani, K., Kurz, R.S. and Harris, L.E. "Managing primary care using patient satisfaction measures", *J HealthcManag* 2005, 50: 311–324.

233. Ware, J.E., Davies-Avery, A. and Stewart, A.L. "The measurement and meaning of patient satisfaction", *Health Med Care Ser Rev* 1978, 1: 3–15.
234. Tokunaga, J. and Imanaka, Y. "Influence of length of stay on patient satisfaction with hospital care in Japan", *Int J Qual Health Care* 2002, 14: 493–502.
235. Badri, M.A., Attia, S. and Ustadi, A.M. "Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: Testing for causality", *Int J Qual Health Care Assur* 2009, 22: 382–410.
236. DeVoe, J., Fryer, G.E., Straub, A. et al. "Congruent satisfaction: is there geographic correlation between patient and physician satisfaction?", *Med Care* 2007, 45: 88–94.
237. Larrabee, J.H., Ostrow, C.L., Withrow, M.L. et al. "Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care", *Res Nurs Health* 2004, 27: 254–268.
238. Fan, V.S., Burman, M., McDonell, M.B. et al. "Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care", *J Gen Intern Med* 2005, 20: 226–233.
239. Coulter, A., Locock, L., Ziebland, S. et al. "Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care", *Br Med J* 2014, 348: g2225.
240. Doyle, C., Lennox, L. and Bell, D. "A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness", *BMJ Open* 2013, 3: e001570.
241. Cochrane, B.S., Hagins, M., King, J.A. et al. "Back to the future Patient experience and the link to quality, safety, and financial performance", *Health Manage Forum* 2015, 28: 47–58.
242. Price, R.A., Elliott, M.N., Zaslavsky, A.M. et al. "Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality", *Med Care Res Rev* 2014, 71: 522–554.
243. Emmert, M., Hessemer, S., Meszmer, N. et al. "Do German hospital report cards have the potential to improve the quality of care?", *Health Pol* 2014, 118: 386–395.

- 244.Kraska, R.A., Weigand, M. and Geraedts, M. "Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany", *Health Expect* 2017, 20: 593-600.
- 245.Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K. et al. "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States", *Br Med J* 2012, 344: e1717.
- 246.Tonio, S., Joerg, K. and Joachim, K. "Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany", *Int J Qual Health Care* 2011, 23: 503-509.
- 247.Forough, R., Mohammad, E. and Hamid, H. "Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction", *Austr J Adv Nurs* 2007, 26: 75-84.
- 248.Yogesh, P.P., Gaurav, R. and Satyanarayana, C. "Factors affecting In-patient Satisfaction in Hospital - A Case Study", *International Conference on Technology and Business Management*, March 28-30, 2011.
- 249.Choi, K.S., Lee, H., Kim, C. et al. "The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service", *J Serv Mark* 2005, 19: 140-149.
- 250.Ann, K., Matthew, D., Douglas, M. et al. "Nursing: A Key to Patient Satisfaction", *Health Aff* 2009, 28: w669–w677.
- 251.Otani, K., Herrmann, P.A. and Kurz, R.S. "Improving patient satisfaction in hospital care settings", *Health Serv Manage Res* 2011, 24: 163-169.
- 252.John, S., Anne, M. and Austin L. "Development of the Irish National Patient Perception of Quality of Care", *Int J Qual Health Care* 2003, 15: 163-168.
- 253.Sung Soo, K., Stan, K. and Mark, V.J. "The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance", *Eval Health Profess* 2004, 27: 237-245.
- 254.Andrabi, S.A., Hamid, S., Rohul, J. et al. "Measuring patient satisfaction: A cross sectional study to improve quality of care at a tertiary care hospital", *Health Line* 2012, 3: 59-62.
- 255.Marley, K., Collier, D. and Goldstein, M. "The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals", *Decis Sci* 2004, 35: 349-369.

- 256.Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K. et al. "Patient Satisfaction: Focusing on "Excellent"", *J Healthcare Manag* 2009, 54: 93-103.
- 257.Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. και συν. «Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής», *ΑρχΕλλιατρ* 2008, 25(1): 73-82.
- 258.Χαντζοπούλου, Μ. Μαρβάκη, Χ., Λατσού, Δ. και συν. «Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας νοσηλευόμενων ασθενών έπειτα από επείγουσα εισαγωγή σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Αττικής», *HealthResJ* 2017, 3: 26-42.
- 259.Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ. και συν. «Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική», *ΑρχΕλλιατρ* 2005, 22: 284-295.
- 260.Theodosopoulou, E., Raftopoulos, V., Krajewska-Kułak, E., et al. "A study to ascertain the patients' satisfaction of the quality of hospital care in Greece compared with the patients' satisfaction in Poland", *Adv Med Sci* 2007, 52: 136-139.
- 261.Linda, D.U. "Patient satisfaction measurement: current issues and implications", *Lipp Case Manag* 2002, 7: 194-200.
- 262.Sitzia, J. "How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies", *Int J Qual Healthcare* 1999, 11: 319–328.
- 263.Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A. et al. "Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale", *Eval Prog Plan* 1979, 2: 197-207.
- 264.Hays, R.D. and Ware Jr, J.E. "My medical care is better than yours: social desirability and patient satisfaction ratings", *Med Care* 1986, 3: 519-525.
- 265.Ware, Jr, J.E. and Snyder, M.K. "Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services", *Med Care* 1975, 3: 669-682.
- 266.Hawthorne, G., Sansoni, J., Hayes, L.M. et al. "*Measuring Patient Satisfaction with Incontinence Treatment (Final Report)*", Centre for Health Service Development, University of Wollongong and the Department of Psychiatry, University of Melbourne, 2006.

- 267.Sansoni, J., Hawthorne, G., Marosszeky, N. et al. *"Validation and Clinical Translation of the Revised Continence and Patient Satisfaction Tools: Final Report"*, Centre for Health Service Development, University of Wollongong, 2011.
- 268.Almeida, R.S.D., Bourliataux-Lajoine, S. and Martins, M. "Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review", *Cadernos de saude publica* 2015, 31(1), 11-25.
- 269.Kristjanson, L.J. "Validity and reliability testing of the FAMCARE Scale: measuring family satisfaction with advanced cancer care", *Soc Sci Med* 1993, 6: 693–701.
- 270.Sixma, H.J., Kerssens, J.J., Campen, C.V. et al. "Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument", *Health Expect* 1998, 1: 82-95.
- 271.Larsson, G. and Larsson, B.W. "Quality of care: relationship between the perceptions of elderly home care users and their caregivers", *Int J Soc Wel*1998, 7: 252-258.
- 272.Papadopoulos, T. and Roumpakis, T. P. "The Greek welfare state in the age of austerity: anti-social policy and the politico-economic crisis", *Soc Pol Rev* 2012, 24: 203-227.
- 273.Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A. et al. "Greece's health crisis: from austerity to denialism", *Lancet* 2014, 383: 748-753.
- 274.Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A. et al. *"The impact of the financial crisis on health and the health system in Greece"*, In S. Thomson, M. Jowet, T. Evetovitis, et al. (eds), *The impact of the financial crisis on health and health systems in Europe* (pp. 103-138). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2014.
- 275.Vandoros, S. and Stargardt, T. "Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis", *Health Pol* 2013, 109: 1-6.
- 276.Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I. et al. "Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy", *Lancet* 2011, 378: 1457–1458.
- 277.Zavras, D., Zavras, A.I., Kyriopoulos, I.I. et al. "Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece", *BMC Health Serv Res* 2016, 16: 309.

- 278.Τούντας ΓΗ, Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των Δομών υγείας της, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Μάρτιος 2016
- 279.Filippidis, F.T., Gerovasili, V., Millett, C. et al. "Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece", *Sci Rep* 2017, 7: 46423.
- 280.Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J. et al. "Financial crisis, austerity, and health in Europe", *Lancet* 2013, 381: 1323-1331.
- 281.Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A. et al. "Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population", *Int J Environ Res Public Health* 2013, 10: 2017–2027.
- 282.Karamanoli, E. "Debt crisis strains Greece's ailing health system", *Lancet* 2011, 378: 303–304.
- 283.Makaris, E., Michas, G., Micha, R. et al. "Greek socio-economic crisis and incidence of acute myocardial infarction in Southwestern Peloponnese", *Int J Cardiol* 2013, 168: 4886–4887.
- 284.Madianos, M., Economou, M., Peppou, L.E. et al. "Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross sectional study across Greece", *J Affect Disord* 2013, 145: 308–314.
- 285.Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., et al. "Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis", *World Psychiatry* 2013, 12: 53–59.
- 286.Economou, M., Madianos, M., Theleritis, C. et al. "Increased suicidality amid economic crisis in Greece", *Lancet* 2014, 378: 1459-1460.
- 287.Anagnostopoulos, D.C. and Soumaki, E. "The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report", *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013, 22: 131-134.
- 288.Karamanoli, E. "Financial crisis harms respiratory health in Greece", *Lancet Respir Med* 2013, 1: 511-512.
- 289.Kotsiou OS, Zouridis S, Kosmopoulos M, et al, "Impact of the financial crisis on COPD burden: Greece as a case study", *Eur Respir Rev* 2018; 27: 170106

290. Sichletidis, L., Tsiotsios, I., Gavriilidis, A. et al. "Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and rhinitis in northern Greece", *Respiration* 2005, 72: 270–277.
291. Minas, M., Hatzoglou, C., Karetsi, E. et al. "COPD prevalence and the differences between newly and previously diagnosed COPD patients in a spirometry program", *Prim Care Respir J* 2010, 19: 363–370.
292. Mitsiki, E., Bania, E., Varounis, C. et al. "Characteristics of prevalent and new COPD cases in Greece: the GOLDEN study", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2015, 10: 1371–1382.
293. Papaioannou, A.I., Bania, E., Alexopoulos, E.C. et al. "Sex discrepancies in COPD patients and burden of the disease in females: a nationwide study in Greece (Greek Obstructive Lung Disease Epidemiology and health economics: GOLDEN study)", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014, 9: 203–213.
294. Kotrogianni, F., Malli, F. and Gourgoulidis, K.I. "Underdiagnosis of respiratory diseases during an economic downturn and the need for spirometry as a screening test", *J Brasil Pneumol* 2013, 39: 254–255.
295. Alexopoulos, E.C., Malli, F., Mitsiki, E. et al. "Frequency and risk factors of COPD exacerbations and hospitalizations: a nationwide study in Greece (Greek Obstructive Lung Disease Epidemiology and health economics: GOLDEN study)", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2015, 10: 2665–2674.
296. Spyrtos, D., Chloros, D., Michalopoulou, D. et al. "Estimating the extent and economic impact of under and overdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in primary care", *Chron Respir Dis* 2016, 13: 240–246.
297. Cohen, A.J., Brauer, M., Burnett, R. et al. "Estimates and 25-year trends of the global burden of disease attributable to ambient air pollution: an analysis of data from the Global Burden of Diseases Study 2015", *Lancet* 2017, 389: 1907–1918.
298. Paraskevopoulou, D., Liakakou, E., Gerasopoulos, E. et al. "Sources of atmospheric aerosol from long-term measurements (5 years) of chemical composition in Athens, Greece", *Sci Total Environ* 2015, 527–528.
299. Tsiligianni, I.G. "COPD patients trapped in the financial crisis in rural Crete", *Lancet Respir Med* 2013, 1: e31–e32.

300. Filippidis, F.T., Gerovasili, V., Man, W.D.C. et al. "Trends in mortality from respiratory system diseases in Greece during the financial crisis", *Eur Respir J* 2016, 48: 1487–1489.
301. Tapia Granados, J.A. and Ionides, E.L. "Population health and the economy: Mortality and the Great Recession in Europe", *Health Econ* 2017, 26: e219-e235.
302. Stafyla, E., Kerenidi, T., Gerogianni, I. et al. "The pharmacological cost of COPD during Greek economic crisis", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2017, 12: 461-466.
303. Mitonas G, Juvana A, Daniil Z, et al. "COPD patients' medical care and support in Greece during financial crisis"., *Int J Gen Med* 2016; 9: 401–407.
304. Filippidis, F.T., Vardavas, C.I., Loukopoulou, A. et al. "Prevalence and determinants of tobacco use among adults in Greece: 4 year trends", *Eur J Public Health* 2013, 23: 772–776.
305. Tsara, V., Serasli, E., Katsarou, Z. et al. "Quality of life and social-economic characteristics of Greek male patients on long-term oxygen therapy", *Respir Care* 2008, 53: 1048–1453.
306. Sahni, S., Talwar, A., Khanijo, S. et al. "Socioeconomic status and its relationship to chronic respiratory disease", *Adv Respir Med* 2017, 85: 97–108.
307. Lewer, D., McKee, M., Gasparrini, A. et al. "Socioeconomic position and mortality risk of smoking: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)", *Eur J Public Health* 2017, 27: 1068–1073.
308. Gershon, A., Campitelli, M.A., Hwee, J. et al. "Socioeconomic status, sex, age and access to medications for COPD in Ontario, Canada", *COPD* 2015, 12: 668–679.
309. Eisner, M.D., Blanc, P.D., Omachi, T.A. et al. "Socioeconomic status, race, and COPD health outcomes", *J Epidemiol Community Health* 2011, 65: 26–34.
310. Cutler, D.M., Knaul, F., Lozano, R. et al. "Financial crisis, health outcomes and aging: Mexico in the 1980s and 1990s", *J Public Econ* 2002, 84: 279-303
311. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M. et al. "The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis", *Lancet* 2009, 374: 315-323.

312. Bodenheimer, T., Chen, E. and Bennett, H.D. "Confronting the growing burden of chronic disease: can the US health care workforce do the job?", *Health Aff* 2009, 28: 64-74.
313. Kyriopoulos, I.I., Zavras, D., Skroumpelos, A. et al. "Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece", *Int J Equity Health* 2014, 13: 54.
314. DeVoe, J.E., Baez, A., Angier, H. et al. "Insurance + access ≠ health care: typology of barriers to health care access for low-income families", *Ann Fam Med* 2007, 5: 511-518.
315. Sudore, R.L., Mehta, K.M., Simonsick, E.M. et al. "Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access", *J Am Geriatr Soc* 2006, 54: 770-776.
316. Berkman, L.F. "The role of social relations in health promotion", *Psychosom Med* 1995, 57: 245-254.
317. Kington, R.S. and Smith, J.P. "Socioeconomic status and racial and ethnic differences in functional status associated with chronic diseases", *Am J Public Health* 1997, 87: 805-810.
318. Skroumpelos, A., Pavi, E., Mylona, K. et al. "The impact of economic crisis on chronic patients' self-rated health, health expenditures and health services utilization", *Diseases* 2014, 2: 93-105.
319. Cutler, D.M. and Everett, W. "Thinking outside the pillbox – medication adherence as a priority for health care reform", *N Engl J Med* 2010, 362: 1553–1555.
320. Minas, M., Verrou-Katsarou, I., Mystridou, P. et al. "Two-year mortality of patients with COPD in primary health care: an observational study", *Int J Gen Med* 2012, 5: 815–822.
321. Tsiligianni, I.G., Papadokostakis, P., Prokopiadou, D. et al. "Impact of the financial crisis on adherence to treatment of a rural population in Crete, Greece", *Qual Prim Care* 2015, 22: 238–244.
322. Piette, J.D., Rosland, A.M., Silveira, M.J. et al. "Medication cost problems among chronically ill adults in the US: did the financial crisis make a bad situation even worse?", *Patient Prefer Adh* 2011, 5: 187–194.

323. Papala, M., Kerenidi, N. and Gourgoulisanis, K.I. "Everyday clinical practice and its relationship to 2010 and 2011 GOLD guideline recommendations for the management of COPD", *Prim Care Respir J* 2013, 22: 362–364.
324. Souliotis, K., Kani, C., Papageorgiou, M. et al. "Using big data to assess prescribing patterns in Greece: the case of chronic obstructive pulmonary disease", *PLoS One* 2016, 11: e0154960.
325. Oikonomidou, E., Anastasiou, F., Dervas, D. et al. "Rural primary care in Greece: working under limited resources", *Int J Qual Health Care* 2010, 22: 333–337.
326. Rachiotis, G., Kourousis, C. and Kamilaraki, M. "Medical supplies shortages and burnout among Greek health care workers during economic crisis: a pilot study", *Int J Med Sci* 2014, 11: 442–447.
327. Criner, G.J., Bourbeau, J., Diekemper, R.L. et al. "Prevention of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline", *Chest* 2015, 147: 894–942.
328. Geitona, M., Hatzikou, M., Steiropoulos, P. et al. "The cost of COPD exacerbations: a university hospital-based study in Greece", *Respir Med* 2011, 105: 402–409.
329. Souliotis, K., Kousoulakou, H., Hillas, G. et al. "The direct and indirect costs of managing chronic obstructive pulmonary disease in Greece", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2017, 12: 1395–1400.
330. Stafyla, E., Kerenidi, T. and Gourgoulisanis, K.I. "Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation frequency and severity", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2013, 8: 533–535.
331. Kitwood T.M. (1977) Values in adolescent life: towards a critical description. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, School of Research in Education, University of Bradford.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΦΥΛΟ

- ☐ Άνδρας
- ☐ Γυναίκα

2. ΗΛΙΚΙΑ

- ☐ 16-20 21-25 26-30 31-35
- ☐ 36-40 41-45 46-50 51-55
- ☐ 56-60 61-65 66-70 71-80
- ☐ 81-85 86 και πάνω

3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Αναλφάβητος	Τάξεις Δημοτικού	Πρωτοβάθμια
Δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	Μεταπτυχιακό
Διδακτορικό		

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- ☐ Ανύπαντρος Παντρεμένος Χωρισμένος
- ☐ Χήρος Συμβίωση

5. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

- ☐ Κανένα 1 2 3 4 και πάνω

6. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

- ☐ ΕΛΛΗΝΑΣ/ΙΔΑ Άλλη

7. ΑΣΦΑΛΕΙΑ

- ☐ ΕΦΚΑ
- ☐ ΑΛΛΟ
- ☐ ΙΔΙΩΤΙΚΗ
- ☐ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ

8. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

- ☐ Δήμος Λάρισας
- ☐ Υπόλοιπο Νομού Λάρισας
- ☐ Περιφέρεια Θεσσαλίας
- ☐ Εκτός Θεσσαλίας

9. ΠΟΙΟΙ ΑΛΛΟΙ ΖΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ

- | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------|
| ☐ Η οικογένεια μου | ☐ Σύντροφος | ☐ Ίδρυμα |
| ☐ Συγγενείς | ☐ Γονείς | ☐ Μόνος-η |

10. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ**11. ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΤΩΡΙΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ)****12. ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ (Συμπληρώνεται από τον ερευνητή)**

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (σε ημέρες)	ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

13. Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΗΤΑΝ :

- ☐ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΚΑΛΗ
- ☐ ΕΞΙΣΟΥ ΚΑΛΗ
- ☐ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΛΗ
- ☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΚΑΛΥΤΕΡΗ

14. ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος / βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(βάλτε έναν κύκλο)

Εξαιρετική1
 Πολύ καλή2
 Καλή3
 Μέτρια4
 Κακή5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

(βάλτε έναν κύκλο)

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 1
 Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 2
 Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν 3
 Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 4
 Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

<u>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ</u>	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ	1	2	3
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	1	2	3
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	1	2	3
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους	1	2	3
ε. Όταν ανεβαίνετε έναν όροφο	1	2	3

στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	1	2	3
ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο	1	2	3
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	1	2	3
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	1	2	3
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1	2	3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2
δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλετε μεγαλύτερη προσπάθεια)	1	2

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ότι συνήθως	1	2

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1
Ελάχιστα2
Μέτρια3
Αρκετά4
Πάρα πολύ5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1
Πολύ ήπιο2
Ήπιο3
Μέτριο4
Έντονο5
Πολύ έντονο6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1
Λίγο2
Μέτρια3
Αρκετά4
Πάρα πολύ5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α. Αισθανόσαστε γεμάτος / γεμάτη ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5	6
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος / πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	1	2	3	4	5	6
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	1	2	3	4	5	6
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	1	2	3	4	5	6
η. Ήσαστε ευτυχισμένος / ευτυχισμένη;	1	2	3	4	5	6
θ. Αισθανόσαστε κούραση;	1	2	3	4	5	6

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

(βάλτε έναν κύκλο)

Συνεχώς1
Το μεγαλύτερο διάστημα2
Μερικές φορές3
Μικρό διάστημα4
Καθόλου5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς Ψέμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	1	2	3	4	5
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	1	2	3	4	5
δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

FAS : Ερωτήσεις σχετικά με την οικονομική κατάσταση :

Τι δυνατότητα έχετε:					
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΜΙΚΡΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ
1. Να προμηθεύετε βασικά καθημερινά είδη (supermarket)					
2. Να δαπανάτε χρήματα για τη συντήρηση του σπιτιού σας					
3. Να δαπανάτε χρήματα για θέρμανση					
4. Να προμηθεύετε είδη ένδυσης-υπόδησης					
5. Να ψυχαγωγείτε (διασκέδαση, ταξίδια)					
6. Να καλύπτετε το σύνολο των λογαριασμών του νοικοκυριού σας (ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ κλπ)					
7. Να καλύπτετε τις οφειλές σας προς το Δημόσιο (εφορία)					
8. Να συμμετέχετε στα έξοδα των οικείων σας (παιδιά, εγγόνια κ.α.)					
9. Να καλύπτετε ιατροφαρμακευτικές δαπάνες					
10. Να καλύπτετε άλλες θεραπείες (φυσιοθεραπείες, οδοντοθεραπείες κ.α.)					
11. Να αποταμιεύετε					
12. Να έχετε οικιακή βοηθό					

Ερωτηματολόγιο για την Υγεία (EQ-5D-3L)
(Greek version)

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα ☐
- Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα ☐
- Είμαι καθηλωμένος/η στο κρεβάτι ☐

ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου ☐
- Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι ☐
- Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ ☐

ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (π.χ. δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου ☐
- Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου ☐
- Είμαι ανίκανος/η να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου ☐

ΠΟΝΟΣ / ΔΥΣΦΟΡΙΑ

- Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία ☐
- Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία ☐
- Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία ☐

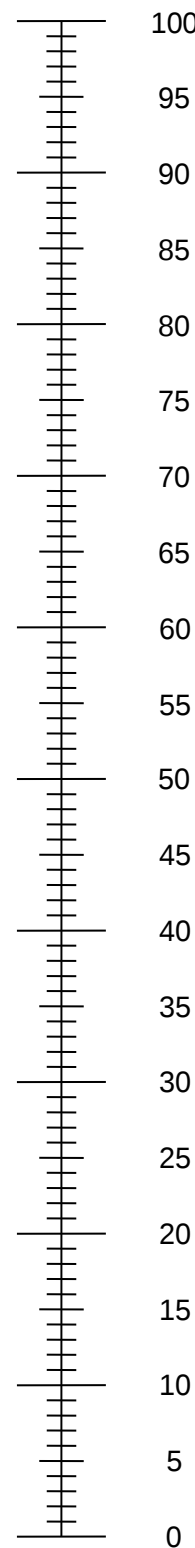
ΑΓΧΟΣ / ΘΛΙΨΗ

- Δεν έχω άγχος ή θλίψη ☐
- Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη ☐
- Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη ☐

- Θα θέλαμε να ξέρουμε πόσο καλή ή κακή είναι η υγεία σας ΣΗΜΕΡΑ.
- Αυτή η κλίμακα είναι αριθμημένη από το 0 έως το 100.
- 100 σημαίνει την καλύτερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε.
0 σημαίνει τη χειρότερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε.
- Σημειώστε ένα Χ επάνω στην κλίμακα που να δείχνει πώς είναι η υγεία σας ΣΗΜΕΡΑ.
- Τώρα, παρακαλείστε να γράψετε τον αριθμό που σημειώσατε στην κλίμακα στο παρακάτω κουτάκι.

Η ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ ΣΗΜΕΡΑ =

Η καλύτερη
υγεία που
μπορείτε να
φανταστείτε



Η χειρότερη
υγεία που
μπορείτε να
φανταστείτε

ΚΛΙΜΑΚΑ ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ (EPSS)

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ		ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ		ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ ΑΠΟΔΟΣΗ		ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	
5	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	7	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	2	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	7	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
4	ΣΥΜΦΩΝΩ	6	ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	1	ΣΥΝΕΒΗ	6	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
3	ΔΙΑΦΩΝΩ	5	ΑΡΚΕΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	0	ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ	5	ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
2	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4	ΑΠΛΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ			4	ΑΠΛΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
1	ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ	3	ΛΙΓΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ			3	ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
0	ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ	2	ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ			2	ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
		1	ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ			1	ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ
		0	ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ			0	ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ

	Περιμένω	Πόσο σημαντικό είναι για σας;	Συνέβη;	Πώς αισθάνεστε;
1. Να υπάρχει μια ποικιλία στο φαγητό.				
2. Να σερβίρεται ένα ζεστό φαγητό με ωραίο τρόπο.				
3. Να είναι νόστιμο το φαγητό.				
4. Να διατηρείται καθαρό το δωμάτιο, οι χώροι υγιεινής και να αλλάζουν συχνά τα σεντόνια.				
5. Να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου.				
6. Να αισθάνομαι ότι το Τμήμα λειτουργεί με έναν οργανωμένο τρόπο.				
7. Να αισθάνομαι ασφαλής στο νοσοκομείο.				
8. Να υπάρχουν αρκετές νοσοκόμες το βράδυ.				
9. Να έχω ένα άνετο δωμάτιο και ένα άνετο κρεβάτι.				
10. Να έχω έναν καλό και ήσυχο ύπνο χωρίς να διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού.				
11. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσοκόμες δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρω (από άγχος, πόνο).				
12. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσοκόμες γενικά σέβονται την προσωπικότητά μου.				

13. <i>Να μου εμπνέουν τόση εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσοκόμες, ώστε να μπορώ να συζητώ μαζί τους πολύ προσωπικά μου προβλήματα.</i>				
14. <i>Να μου αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας μου.</i>				
15. <i>Να μπορώ να βρω πάντα έναν γιατρό όταν τον χρειάζομαι.</i>				
16. <i>Να μπορώ να βρω πάντα μια νοσοκόμα όταν την χρειάζομαι.</i>				
17. <i>Να μου μιλά το προσωπικό με ευγενικό τρόπο.</i>				
18. <i>Όταν με εξετάζουν οι γιατροί να με σέβονται.</i>				
19. <i>Να αισθάνομαι ότι οι νοσοκόμες ξέρουν καλά τη δουλειά τους (όταν δίνουν φάρμακα, παίρνουν αίμα, βάζουν ορό).</i>				
20. <i>Να μην συζητά το προσωπικό την περίπτωσή μου μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς.</i>				
21. <i>Να με ρωτά το προσωπικό πριν μου κάνει κάτι.</i>				
22. <i>Να μου εξηγούν οι γιατροί την διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο.</i>				
23. <i>Να με συμβουλεύουν οι γιατροί τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία.</i>				
24. <i>Να με φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να μου ζητά χρήματα.</i>				
25. <i>Να σέβεται το προσωπικό την παρουσία και το ενδιαφέρον του συγγενή μου.</i>				
26. <i>Να αφιερώνουν οι γιατροί αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθήσει στην διάγνωση.</i>				

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Panagiota Koutsimpou¹, Konstantinos Gourgoulisanis², Athina Economou³, Vasilios Raftopoulos⁴

¹Municipality of Volos, Greece

²University of Thessaly Medical School, Greece

³University of Thessaly, Greece

⁴National Public Health Organization, Athens, Greece

Health status of patients who suffer from COPD, asthma and acute respiratory diseases in Greece in the era of economic crisis

Abstract

Introduction: In Greece, the last decade, the harsh austerity measures, that were enacted, had a huge impact on patients' suffering from chronic diseases. The aim of the current study was to assess the financial ability of the patients suffering from an acute or chronic respiratory disease hospitalized in an urban pulmonary university clinic in central Greece and to explore the correlation of their health status with their financial ability.

Material and methods: An anonymous and self completed questionnaire was administered in the Greek language. It included the SF-36 and the EQ-5D-3L scale that are validated in the Greek language and a new scale (Financial Ability Scale, FAS) that has been developed and validated.

Results: Half of the patients (55%) suffered from a chronic respiratory disease (64% COPD and 36% asthma) while 45% from an acute respiratory disease (pneumonia). Those suffering from COPD were mainly males (88.7%), over 65 years old (74.6%), with primary education or some primary (83.1%), covered by public health insurance (95.8%) and living with their families (91.5%). With the exception of anxiety/depression, the more the problems with mobility, self-care, usual activities and pain/discomfort, the worse the financial ability of the participants. Those > 65 years old, with fewer years of education, suffering from a chronic disease and those having a better experience from the current hospitalization, had a statistically significant lower VAS. Those aged > 65 years old reported a lower financial ability (26.00 ± 9.41 vs 29.24 ± 10.63) as well as those with a chronic respiratory disease (24.18 ± 7.90 vs 30.57 ± 11.98). The years lived with the disease correlated statistically and negatively ($r = -0.232$; $p = 0.001$) with the total financial ability score.

Conclusion: Economic crisis in Greece, affected COPD burden in terms of financial ability, and quality of life.

Key words: COPD, economic crisis, COPD burden, EQ-5D-3L

Adv Respir Med. 2019; 87: 167–174

Introduction

Chronic respiratory diseases and mainly chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) have traditionally a social and economic impact on the individuals and their families. COPD is a leading cause of morbidity and mortality worldwide, which induces a socioeconomic burden. According to the 2018 GOLD report (www.goldcopd.org), COPD prevalence varies across the countries due to the different criteria and the used methodology. It is estimated that in Europe (in four European regions with

available data), the global mean prevalence of COPD is 12.38% [1].

Socioeconomic status remains a dominant social predictor of health, while lower education, lower household income, and lower socioeconomic status are associated with COPD [2, 3]. Additionally, socioeconomic status has a direct impact on health status in response to treatment for COPD [4]. Greece belongs to the countries with an estimated COPD prevalence between 15–20%. According to the Greek Obstructive Lung Disease Epidemiology and health ecoNomics (GOLDEN) study, the current profile of COPD patients in Greece includes: medi-

Address for correspondence: Vasilios Raftopoulos, National Public Health Organization, Athens, Greece; e-mail: vraftop1@gmail.com

DOI: 10.5603/ARM.2019.0028

Received: 28.01.2019

Copyright © 2019 PTChP

ISSN 2451–4934

an age 68 years, male gender (71.3%), overweight, current and ex-smokers and high prevalence of comorbidities. Given that over the last decade in Greece, the harsh austerity measures were enacted, which had a huge impact on vulnerable people and their families, there is a need to assess the socioeconomic profile of those who suffer from chronic respiratory diseases with an emphasis on their health status and their financial ability.

Aim

The aim of the current study was to assess the financial ability of the patients who suffer from COPD, asthma or an acute respiratory disease hospitalized in an urban pulmonary university clinic in central Greece and to explore the correlation of their health status with their financial ability.

Material and methods

Two hundred and two hospitalized patients who met the following inclusion criteria participated in the study: 1) willingness to participate; 2) 18 years of age and older; 3) ability to speak and read Greek; and 4) suffering from acute or chronic respiratory diseases; and 5) hospitalized for at least three days; and 6) not suffering from a mental disorder. The patients were recruited on the basis of their availability and their willingness to participate. The researchers have approached them and were given a short explanation of the purpose and the aim of the study. An informed consent was obtained from those who agreed to participate, and they were asked to complete the questionnaire. They were also informed of their right to withdraw from the study at any time. To assess their mental status, mini-mental state examination has been used.

An anonymous and self-completed questionnaire was administered in the Greek language. The first part of the questionnaire included several questions to elicit information on the socio-demographic characteristics of the participants, health status and details about their hospitalization. The second part of the questionnaire included the Short Form 36 (SF-36) and the EQ-5D-3L scale that are validated in the Greek language [5, 6]. SF-36 is a well-established scale that measures health status and consists of eight subscales (vitality, physical functioning, bodily pain, general health perceptions, physical role functioning, emotional role functioning, social role functioning and mental health). Each subscale produces a weighted sum of the items and each is transformed into a 0–100 scale on

the assumption that each question carries equal weight. A high score indicates less disability. EQ-5D-3L is a standardized measure of health status developed by the EuroQol Group in order to provide a simple, generic measure of health for clinical and economic appraisal [7]. It includes the EQ-5D descriptive system and the EQ Visual Analogue Scale (EQ VAS). The EQ-5D comprises 5 dimensions: mobility, self-care, usual activities, pain/discomfort and anxiety/depression, asking from the participants to rate each question by using a three-point Likert scale: no problems, some problems, extreme problems. The EQ VAS records the respondent's self-rated health by using a visual analogue scale ranging from "best imaginable health state" to "worst imaginable health state" extending from 0–100.

In order to assess the financial ability of the participants as an indirect measure of the impact of economic crisis in Greece on their financial status, a 12-item scale has been developed. The pool of questions derived from content analysis of two focus groups with patients suffering from respiratory diseases. Consideration was given to the balance of the questions within the modules and to the inclusion of phrases and words that users applied to evaluate their financial ability. The scale was tested in a pilot study sample in order to explore the degree of understanding of the questions by the interviewees. Minor changes in the wording were suggested by the pilot study. The scale (Financial Ability Scale, FAS) has been assessed also by a panel of five experts who reviewed the questionnaire and confirmed the scale with minor wording changes. The participants were called to answer each question (how do you rate your ability to...) by using a 5-point Likert scale (very good, good, moderate, little, no ability). Thus the scores range from 12–60. The Cronbach's alpha of the FAS was 0.962, which is an excellent result indicating a very high internal consistency of the items. Exploratory factor analysis of FAS revealed one factor that explained 73.47% of the total variance of the scores. The Cronbach's alpha of the EQ-5D-3L was 0.74.

Ethics

The Primary Care Master Program of the University of Thessaly, acting as an ethics committee, granted written ethical approval for the study. Permission to carry out the study in the healthcare settings was provided by the Scientific Council of the Public Hospital in which the participants were hospitalized.

Statistical analysis

All of the items were coded and scored, and the completed questionnaires were included in the data analysis set. IBM-SPSS-24 was used to analyze the data. The chi-squared test was applied to explore the existence of a statistically significant relationship between the categorical variables. The student's t-test was used to assess whether the means of the two groups were statistically different from each other, while ANOVA with post-hoc Bonferroni test (in case of equal variances) or Dunnett's test (in case of non-equal variances) were applied for the three groups. Values < 0.05 were considered to be statistically significant, unless otherwise stated. All the variables were normally distributed unless otherwise stated.

Results

The majority of the participants (57.4%) were males while two thirds of them were > 65 years old. Only one third of them had a secondary or tertiary education. The vast majority (98%) were Greek citizens, covered by a public health

insurance scheme (95%), living with their families (85%). Half of the patients (55%) suffered from a chronic respiratory disease (64% COPD and 36% asthma) while 45% from an acute respiratory disease (pneumonia). Those suffering from COPD were mainly males (88.7%), over 65 years old (74.6%), with primary education or some primary (83.1%), covered by public health insurance (95.8%) and living with their families (91.5%). On the other hand, those suffering from asthma were mainly females (87.8%), over 65 years old (70.7%), with primary education or some primary (95.1%) covered by public health insurance (92.7%) and living with their families (84.5%). Regarding those hospitalized with acute respiratory disease, they were mainly males (53.8%), over 65 years old (60.4%), with primary education or some primary (60.5%), covered by public health insurance (95.6%) and living with their families (80.2%).

EQ-5D-3L

As seen in Table 1, the majority of the participants reported some difficulties walking, no problems with self-care, or with performing their usual activities, no pain or discomfort, but they

Table 1. Mean FAS and EQ-5D-3L

EQ-5D-3L items	FAS score			
Mobility	N	Mean	SD	p-value
I have no problems in walking about	85	31.07	11.23	< 0.001
I have some problems in walking about	97	24.47	7.98	
I am confined to bed	20	22.60	5.79	
Self-care				
I have no problems with self-care	141	28.66	10.69	0.002
I have some problems washing or dressing myself	34	23.44	7.05	
I am unable to wash or dress myself	27	23.25	5.98	
Usual activities				
I have no problems with performing my usual activities	97	29.74	11.14	< 0.001
I have some problems with performing my usual activities	53	26.60	9.14	
I am unable to perform my usual activities	52	22.53	5.82	
Pain/discomfort				
I have no pain or discomfort	97	30.57	11.51	< 0.001
I have moderate pain or discomfort	84	24.30	6.99	
I have extreme pain or discomfort	21	21.85	5.40	
Anxiety/depression				
I am not anxious or depressed	26	28.42	11.87	0.669
I am moderately anxious or depressed	49	27.34	10.13	
I am extremely anxious or depressed	127	26.67	9.44	

Table 2. Mean VAS and socio-demographic characteristics

Variable	Mean $\pm$ SD	p-value
Gender		
Men	54.52 $\pm$ 22.39	0.948
Women	54.72 $\pm$ 21.48	
Age group		
< 65	66.79 $\pm$ 24.56	< 0.001
> 65	48.69 $\pm$ 17.87	
Education		
Illiterate	46.81 $\pm$ 16.37	< 0.001
Some primary	48.07 $\pm$ 18.01	
Primary	52.01 $\pm$ 20.52	
Secondary	68.97 $\pm$ 26.21	
Tertiary	68.16 $\pm$ 20.56	
Respiratory disease		
COPD	44.65 $\pm$ 17.12	< 0.001
Asthma	47.58 $\pm$ 17.44	
Acute	65.47 $\pm$ 22.42	
Current hospitalization		
Worse compared to other times	60.86 $\pm$ 20.06	0.020
Good as other times	47.36 $\pm$ 20.10	
Better compared to other times	48.33 $\pm$ 20.28	

were extremely anxious or depressed. With the exception of anxiety/depression, the more the problems with mobility, self-care, usual activities and pain/discomfort, the worse the financial ability of the participants. This group of patients seems to be more vulnerable.

The mean VAS score was 54.60 ± 21.95 (median 50, min: 10 max: 100). As it is shown in Table 2, those > 65 years old, with fewer years of education, suffering from COPD and those having a better experience from the current hospitalization, had a statistically significant lower VAS.

Financial ability

As seen in Table 3, the participants had a relatively low ability to cover their regular expenses. After summing the scores, the mean total financial ability outcome was 27.06 ± 9.92 (median 24 and range 12–57). Dunnett's test revealed that those with an acute respiratory disease had statistically significant higher FAS compared to those with COPD or asthma. The same test revealed similar findings also regarding the items 2, 4, 5, 8, 10–12. Additionally, the Bonferroni test showed that those with an acute respiratory disease had statistically significant

higher scores for the items 1, 3, 6, 7, 9 compared to those with COPD or asthma.

The gender, level of education, family status, region of living did not correlate with the financial ability as opposed to the age group ($p = 0.029$), the disease ($p < 0.001$) and the years lived with the disease. Those aged > 65 reported a lower financial ability (26.00 ± 9.41 vs 29.24 ± 10.63) as well as those with COPD (24.08 ± 7.49 vs 30.66 ± 11.01 for those with acute respiratory diseases vs 24.37 ± 8.69 for those with asthma). The years lived with the disease correlated statistically and negatively ($r = -0.232$; $p = 0.001$) with the total financial ability score.

SF-36

The participants had relatively very low General Health (GH) perception and Physical Role (PR) functioning scores followed by low scores of Vitality (V), Physical Functioning (PF) and Mental Health (MH). They had better scores of Social Role (SR) functioning, Bodily Pain (BP) and Emotional Role (ER) functioning (Table 4).

As seen in Table 4, the FAS total score correlated statistically significantly with all the subscales of SF-36. Low subscale score correlated with low financial ability results of the participants. There was a weak correlation between Emotional Role functioning and FAS score. Additionally, there was a very strong and positive correlation of Physical functioning, General Health Perception, Social Role functioning, Physical Role functioning and Vitality with VAS score.

Bonferroni test revealed that the patients with an acute respiratory disease had statistically significant higher scores for the subscales VT, SF and BP compared to those with COPD or asthma. Dunnett's test discovered similar findings for the subscales PF, RP, RE and GH.

Discussion

The aim of the current study was to assess the socioeconomic profile of a sample of patients suffering from chronic respiratory diseases, and hospitalized in a large University Pulmonary Medicine Clinic in central Greece. According to our results, the vast majority of the hospitalized people suffering from COPD were males, aged > 65. This is a constant finding compared with other Greek studies that were conducted during the Greek economic crisis period [8–13], as well as prior to the economic crisis period [14, 15].

The financial ability of the participants of the current study is strongly associated with low

Table 3. Differences between those who suffer from COPD, asthma and acute respiratory disease regarding each item of the FAS

Item	Mean	SD	Disease	N	Mean	SD	p-value
To buy basic goods (supermarket)	2.97	0.90	COPD	71	2.66	0.77	< 0.001
			Acute	90	3.29	0.92	
			Asthma	40	2.80	0.88	
To spend money for the house maintenance	2.22	1.14	COPD	71	1.99	0.91	< 0.001
			Acute	90	2.61	1.20	
			Asthma	40	1.78	1.12	
To spend money for heating	2.76	1.00	COPD	71	2.58	0.92	0.004
			Acute	90	3.02	1.04	
			Asthma	40	2.50	0.96	
To buy clothes and shoes	1.88	1.14	COPD	71	1.45	0.78	< 0.001
			Acute	90	2.34	1.24	
			Asthma	40	1.60	1.05	
To amuse themselves (entertainment, trips)	1.70	1.09	COPD	71	1.31	0.64	< 0.001
			Acute	90	2.10	1.24	
			Asthma	40	1.50	1.08	
To cover the expenses for paying bills	2.90	0.98	COPD	71	2.66	0.89	< 0.001
			Acute	90	3.20	1.00	
			Asthma	40	2.63	0.92	
To cover the expenses for taxation	2.84	0.97	COPD	71	2.65	0.86	0.006
			Acute	90	3.08	1.04	
			Asthma	40	2.63	0.92	
To share the expenses of their relatives (children, grandchildren)	1.97	1.15	COPD	71	1.68	0.95	0.001
			Acute	90	2.31	1.27	
			Asthma	40	1.75	1.00	
To cover the expenses for their medicines	3.26	0.90	COPD	71	3.08	0.84	0.016
			Acute	90	3.47	0.93	
			Asthma	40	3.13	0.88	
To cover the expenses for other therapies (physio, dental etc)	2.19	1.20	COPD	71	1.87	0.94	< 0.001
			Acute	90	2.60	1.33	
			Asthma	40	1.88	1.06	
To save money	1.25	0.49	COPD	71	1.10	0.34	< 0.001
			Acute	90	1.40	0.59	
			Asthma	40	1.18	0.38	
To have a housekeeper	1.13	0.42	COPD	71	1.06	0.23	0.003
			Acute	90	1.24	0.56	
			Asthma	40	1.03	0.15	
Total score	27.06	9.92	COPD	71	24.08	7.49	< 0.001
			Acute	90	30.66	11.01	
			Asthma	40	24.37	8.69	

Table 4. Mean values of subscales scores and correlation coefficients of subscale scores with FAS, VAS scores. See text for abbreviations

				SF-36 subscales scores			
	Scores (mean $\pm$ sd)	FAS (r*)	VAS (r*)	Disease	N	mean $\pm$ sd	p-value
PF	51.93 $\pm$ 34.98	0.374	0.878	COPD	71	38.10 $\pm$ 28.16	< 0.001
				Acute	90	65.89 $\pm$ 36.54	
				Asthma	40	44.5 $\pm$ 31.72	
RP	43.44 $\pm$ 47.61	0.370	0.719	COPD	71	19.72 $\pm$ 38.94	< 0.001
				Acute	90	69.44 $\pm$ 43.18	
				Asthma	40	26.88 $\pm$ 42.88	
RE	76.73 $\pm$ 40.89	0.143	0.361	COPD	71	71.36 $\pm$ 44.47	0.004
				Acute	90	86.66 $\pm$ 32.30	
				Asthma	40	63.33 $\pm$ 47.01	
V	50.00 $\pm$ 22.70	0.371	0.713	COPD	71	41.76 $\pm$ 19.84	< 0.001
				Acute	90	59.06 $\pm$ 23.35	
				Asthma	40	43.75 $\pm$ 18.52	
MH	59.23 $\pm$ 18.92	0.219	0.319	COPD	71	57.13 $\pm$ 20.00	0.129
				Acute	90	62.09 $\pm$ 17.82	
				Asthma	40	56.00 $\pm$ 18.80	
SF	67.82 $\pm$ 32.31	0.301	0.749	COPD	71	57.31 $\pm$ 31.19	< 0.001
				Acute	90	80.63 $\pm$ 29.00	
				Asthma	40	52.18 $\pm$ 29.80	
BP	73.00 $\pm$ 28.25	0.323	0.595	COPD	71	70.66 $\pm$ 27.81	0.004
				Acute	90	82.27 $\pm$ 24.74	
				Asthma	40	55.62 $\pm$ 28.12	
GH	41.36 $\pm$ 29.27	0.414	0.810	COPD	71	27.46 $\pm$ 22.05	< 0.001
				Acute	90	59.11 $\pm$ 28.64	
				Asthma	40	25.00 $\pm$ 16.36	

*All correlations were statistically significant

health status and disability. This is a constant finding according to the literature indicating that there is a strong relationship between household income and COPD prevalence [2, 16, 17]. Additionally, the low income is strongly related with the prevalence of several chronic diseases and less access to the healthcare services [18–20]. In general, COPD patients and persons suffering from other chronic respiratory diseases are not able to afford the cost of daily living. They report a lower health status level and face several barriers to access to health services and experience difficulties covering the related expenses [21, 22]. This group of patients remains the most vulnerable since the beginning of the economic crisis in terms of access to care [23, 24]. Besides, the copayment of pharmaceutical cost make them more helpless [25, 26].

Although this is not a relatively new finding, to our knowledge, this is the first study con-

ducted in a sample of patients, which has used a validated scale to explore the perceived ability of the patients to cover their daily expenses. This “new” profile of the COPD patients raises a major concern about their vulnerability to the increasing austerity measure in Greece. The most vulnerable patients (confined to bed, unable to wash or dress themselves, unable to perform their usual activities, those with extreme pain or discomfort, anxiety or depression) reported the worst financial ability. According to the latest (22.06.18) report of the Hellenic Statistical Authority (ELSTAT) that presents the results of the 2017 Survey on Income and Living Conditions of households, with the year 2016 as the reference income period, persons at risk of poverty or social exclusion represent 34.8% of the total population (3,701,800 persons). The at-risk-of-poverty rate or social exclusion for persons aged 65 and

over amounts to 22.8% (25.1% for women and to 19.9% for men). It is well documented that those > 65 years old are more at risk of poverty due to a huge decrease of their pensions, and as a result of their income, and a relatively high increase of their needs due to their comorbidities [26, 27].

Taking into account these statistics and the fact that these patients with a chronic respiratory disease cannot afford to have a housekeeper or to cover the expenses for other therapies (Table 3), we conclude that there is an urgent need to re-engineer the governmental policy for providing quality community care to that category of patients [13]. The hospitalization of these persons (who are more likely to be hospitalized) is also a challenge [28] as it still remains a unique opportunity to re-assess their social and financial needs by using a validated tool and take measures to overcome the barrier to their treatment and daily care after their discharge.

Given the severe austerity in Greece over the last decade, the patients who suffer from chronic respiratory diseases have “prioritized” their household activities, meaning that they are not able to have a housekeeper, save money, share the expenses of their relatives, buy clothes or spend money for entertainment. On the contrary, they try to keep their money in order to buy basic goods and to spend them for heating and paying their bills and taxation.

Limitations

A limitation of the current study could be the small sample and its geographical distribution, although the sample consisted of patients who suffered from respiratory diseases and were hospitalized in a hospital that covers a large amount of the population in central Greece. This could limit generalization of the main results to the population.

Conclusions

In the era of economic crisis, austerity measures in Greece affected COPD burden in terms of financial ability and the quality of life.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

References:

1. Blanco I, Diego I, Bueno P, et al. Geographical distribution of COPD prevalence in Europe, estimated by an inverse distance weighting interpolation technique. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2018; 13: 57–67, doi: [10.2147/COPD.S150853](#), indexed in Pubmed: [29317811](#).
2. Yin P, Zhang M, Li Y, et al. Prevalence of COPD and its association with socioeconomic status in China: findings from China Chronic Disease Risk Factor Surveillance 2007. *BMC Public Health.* 2011; 11: 586, doi: [10.1186/1471-2458-11-586](#), indexed in Pubmed: [21781320](#).
3. Grigsby M, Siddharthan T, Chowdhury MAh, et al. Socioeconomic status and COPD among low- and middle-income countries. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2016; 11: 2497–2507, doi: [10.2147/COPD.S111145](#), indexed in Pubmed: [27785006](#).
4. Jones PW, Gelhorn H, Wilson H, et al. Socioeconomic status as a determinant of health status treatment response in COPD trials. *Chronic Obstr Pulm Dis.* 2017; 4(2): 150–158, doi: [10.15326/jcopdf.4.2.2017.0132](#), indexed in Pubmed: [28848924](#).
5. Yfantopoulos J. The Greek version of the EuroQol (EQ-5D) instrument. *Archives of Hellenic Medicine.* 2001; 18(2): 180–191.
6. Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res.* 2005; 14(5): 1433–1438, indexed in Pubmed: [16047519](#).
7. Carr-Hill RA. EuroQol Group. EuroQol — a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990; 16(3): 199–208, indexed in Pubmed: [10109801](#).
8. Minas M, Hatzoglou C, Karetsi E, et al. COPD prevalence and the differences between newly and previously diagnosed COPD patients in a spirometry program. *Prim Care Respir J.* 2010; 19(4): 363–370, doi: [10.4104/pcrj.2010.00034](#), indexed in Pubmed: [20532466](#).
9. Papaioannou AI, Bania E, Alexopoulos EC, et al. Sex discrepancies in COPD patients and burden of the disease in females: a nationwide study in Greece (Greek Obstructive Lung Disease Epidemiology and health ecoNomics: GOLDEN study). *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014; 9: 203–213, doi: [10.2147/COPD.S52500](#), indexed in Pubmed: [24600217](#).
10. Mitsiki E, Bania E, Varounis C, et al. Characteristics of prevalent and new COPD cases in Greece: the GOLDEN study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015; 10: 1371–1382, doi: [10.2147/COPD.S81468](#), indexed in Pubmed: [26229456](#).
11. Alexopoulos, E.C., Malli, F., Mitsiki, E. Frequency and risk factors of COPD exacerbations and hospitalizations: a nationwide study in Greece (Greek Obstructive Lung Disease Epidemiology and health ecoNomics: GOLDEN study), *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015; 10: 2665–2674.
12. Kotsiou OS, Zouridis S, Kosmopoulos M, et al. Impact of the financial crisis on COPD burden: Greece as a case study. *Eur Respir Rev.* 2018; 27(147), doi: [10.1183/16000617.0106-2017](#), indexed in Pubmed: [29367410](#).
13. Mitonas G, Juvana A, Daniil Z, et al. COPD patients' medical care and support in Greece during financial crisis. *Int J Gen Med.* 2016; 9: 401–407, doi: [10.2147/IJGM.S105965](#), indexed in Pubmed: [27877063](#).
14. Tzanakis N, Anagnostopoulou U, Filaditaki V, et al. COPD group of the Hellenic Thoracic Society. Prevalence of COPD in Greece. *Chest.* 2004; 125(3): 892–900, doi: [10.1378/chest.125.3.892](#), indexed in Pubmed: [15006947](#).
15. Sichletidis L, Tsiotsios I, Gavriilidis A, et al. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and rhinitis in northern Greece. *Respiration.* 2005; 72(3): 270–277, doi: [10.1159/000085368](#), indexed in Pubmed: [15942296](#).
16. Kanervisto M, Vasankari T, Laitinen T, et al. Low socioeconomic status is associated with chronic obstructive airway diseases. *Respir Med.* 2011; 105(8): 1140–1146, doi: [10.1016/j.rmed.2011.03.008](#), indexed in Pubmed: [21459567](#).
17. Gershon AS, Dolmage TE, Stephenson A, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and socioeconomic status: a systematic review. *COPD.* 2012; 9(3): 216–226, doi: [10.3109/15412555.2011.648030](#), indexed in Pubmed: [22497534](#).
18. Kington RS, Smith JP. Socioeconomic status and racial and ethnic differences in functional status associated with chronic diseases. *Am J Public Health.* 1997; 87(5): 805–810, doi: [10.2105/ajph.87.5.805](#), indexed in Pubmed: [9184510](#).
19. Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, et al. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54(5): 770–776, doi: [10.1111/j.1532-5415.2006.00691.x](#), indexed in Pubmed: [16696742](#).

20. Devoe JE, Baez A, Angier H, et al. Insurance + access not equal to health care: typology of barriers to health care access for low-income families. *Ann Fam Med*. 2007; 5(6): 511–518, doi: [10.1370/afm.748](https://doi.org/10.1370/afm.748), indexed in Pubmed: [18025488](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18025488/).
21. Tsiligianni I, Kocks J, Tzanakis N, et al. Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a review and meta-analysis of Pearson correlations. *Prim Care Respir J*. 2011; 20(3): 257–268, doi: [10.4104/pcrj.2011.00029](https://doi.org/10.4104/pcrj.2011.00029), indexed in Pubmed: [21472192](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21472192/).
22. Kwon HY, Kim E. Factors contributing to quality of life in COPD patients in South Korea. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016; 11: 103–109, doi: [10.2147/COPD.S90566](https://doi.org/10.2147/COPD.S90566), indexed in Pubmed: [26834467](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26834467/).
23. Kyriopoulos II, Zavras D, Skroumpelos A, et al. Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *Int J Equity Health*. 2014; 13: 54, doi: [10.1186/1475-9276-13-54](https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-54), indexed in Pubmed: [25062725](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25062725/).
24. Skroumpelos A, Pavi E, Mylona K, et al. The Impact of Economic Crisis on Chronic Patients' Self-Rated Health, Health Expenditures and Health Services Utilization. *Diseases*. 2014; 2(2): 93–105, doi: [10.3390/diseases2020093](https://doi.org/10.3390/diseases2020093).
25. Souliotis K, Kani C, Papageorgiou M, et al. Using big data to assess prescribing patterns in greece: the case of chronic obstructive pulmonary disease. *PLoS One*. 2016; 11(5): e0154960, doi: [10.1371/journal.pone.0154960](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154960), indexed in Pubmed: [27191724](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27191724/).
26. Stafyla E, Kerenidi T, Gerogianni I, et al. The pharmacological cost of COPD during Greek economic crisis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017; 12: 461–466, doi: [10.2147/COPD.S123095](https://doi.org/10.2147/COPD.S123095), indexed in Pubmed: [28203069](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28203069/).
27. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*. 2011; 378(9801): 1457–1458, doi: [10.1016/s0140-6736\(11\)61556-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)61556-0).
28. Eisner MD, Blanc PD, Omachi TA, et al. Socioeconomic status, race and COPD health outcomes. *J Epidemiol Community Health*. 2011; 65(1): 26–34, doi: [10.1136/jech.2009.089722](https://doi.org/10.1136/jech.2009.089722), indexed in Pubmed: [19854747](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19854747/).



Data Article

Data on expectations, perceived quality, satisfaction with hospital care and financial ability of patients who suffer from acute and chronic respiratory diseases, in Central Greece

P. Koutsimpou^a, K.I. Gourgoulialis^b, A. Economou^c,
V. Raftopoulos^{d,*}

^a Municipality of Volos, University of Thessaly Medical School, Larissa, Greece

^b University of Thessaly Medical School, Larissa, Greece

^c Department of Economics, University of Thessaly, Greece

^d Hellenic National Public Health Organization, Athens, Greece

ARTICLE INFO

Article history:

Received 14 February 2020

Revised 1 April 2020

Accepted 6 April 2020

Available online 17 April 2020

Keywords:

Patients' satisfaction

Quality of care

Patients' expectations

Respiratory diseases

Financial ability

ABSTRACT

The research article presents the data collected from a questionnaire based survey that aimed to evaluate patients' expectations, perceived quality, satisfaction with hospital care and financial ability of 202 hospitalized patients suffering from acute or chronic respiratory diseases. The anonymous and self-completed questionnaire was divided in two parts. The first part included questions to elicit information on social and demographic characteristics (gender, age group, education level, categorization of respiratory disease, evaluation of the current hospitalization, nationality and way of living with). The second part included the 26-items Elderly Patient Satisfaction Scale and the 12-items Financial Ability Scale, which are validated in the Greek language with a high internal consistency. Data were collected from February 2016 to December 2018.

© 2020 The Author(s). Published by Elsevier Inc.

This is an open access article under the CC BY license.

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

* Corresponding author.

E-mail address: v.raftopoulos@eody.gov.gr (V. Raftopoulos).

<https://doi.org/10.1016/j.dib.2020.105564>

2352-3409/© 2020 The Author(s). Published by Elsevier Inc. This is an open access article under the CC BY license.

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Specifications table

Subject	Pulmonary and Respiratory Medicine
Specific subject area	Patients suffering from chronic and acute respiratory diseases
Type of data	Tables, Word files
How data were acquired	Questionnaire based survey
Data format	Raw, analyzed, descriptive
Parameters for data collection	Permission to carry out the research in the hospitals was provided by the Scientific Councils of the Public Hospitals in which the participants were hospitalized. A written consent was obtained from all the patients. The anonymity of the patients was guaranteed. They were given an introductory and information sheet for the purpose of the research and were informed that their participation was voluntary and that they were free to withdraw at any time without any consequence.
Description of data collection	An anonymous and self-completed questionnaire has been distributed to a sample of 202 hospitalized patients suffering from acute or chronic respiratory diseases.
Data source location	Larissa, Greece
Data accessibility	Data are hosted with the article

Value of the data

- The data can be used for the evaluation of the expectations, perceived quality, satisfaction with care, and financial ability of patients who suffer from acute and chronic respiratory diseases in Central Greece.
- The data can be used from other researchers for comparison in different countries. These data add value to patient care especially in countries in which harsh austerity measures were enacted.
- The questionnaire and the validated scales can be used in other studies for the validation and cultural adaptation in their language and for benchmarking reasons [1,2].
- The data can be used for the improvement of the quality of care provided to patients with acute and chronic respiratory disease. Furthermore, the data are valuable for the development of a national policy for quality assurance of care provided to patients who suffer from respiratory diseases and for the improvement of their financial ability.

1. Data description

The dataset in this research article describes the data from 202 (57.4% men) hospitalized patients suffering from acute or chronic respiratory diseases.

Raw data of the questionnaire include patients' responses (Supplementary Excel file format) to its items. The questionnaire used in the survey is included in a separated file (Supplementary Word file "Questionnaire"). The labels in the raw data file (Supplementary Excel file format) are in accordance with the items of the questionnaire. The labeling of the variable in the Excel file corresponds to the variable at the "questionnaire". Mean scores have been calculated and the relevant labels are in the Excel file. The "questionnaire" included 3 sections: [Section 1](#) includes 7 social and demographic characteristics (gender, age group, education level, categorization of respiratory disease, evaluation of the current hospitalization, nationality and way of living with) that are presented in [Table 1](#), showing the frequencies and the percentages of their answers. The section 2 includes the 12-items Financial Ability Scale (FAS) and the section 3 the 26-items Elderly Patient Satisfaction Scale (EPSS). The patients were called to reply three times at the same items: one for rating their expectations, one for evaluating perceived quality of care and one for assessing their level of satisfaction with hospital care.

The mean scores of the patients at the 26 statements of the expectations, perceived quality and satisfaction with care scales as well as the mean financial ability of the participants

Table 1

Sociodemographic characteristics of the patients who participated in the survey.

Variable	N	%
Gender		
Men	116	57.4
Women	86	42.6
Age group		
<65	66	32.7
>65	136	67.3
Education		
Illiterate	26	12.9
Some primary	44	21.8
Primary	82	40.6
Secondary	31	15.3
Tertiary	17	8.4
MSc/PhD	2	1.0
Respiratory disease		
Chronic	111	55.0
Acute	91	45.0
Current hospitalization		
Worse compared to the previous hospitalizations	22	10.9
As good as the previous hospitalizations	86	42.6
Better compared to the previous hospitalizations	27	13.4
Nationality		
Greek	198	98.0
Other	4	2.0
Living with		
Family	172	85.1
Partner	3	1.5
Institution	1	0.5
Relatives	1	0.5
Parents	2	1.0
Alone	23	11.4

Table 2

Descriptive characteristics of EPSS and FAS.

	Expectancies	Perceived quality	Satisfaction	Financial ability
Mean	3.78	5.33	4.83	2.25
Median	3.84	5.50	4.84	2.00
Standard deviation	.43	.61	.52	0.82
Variance	.18	.38	.27	0.68
Min	2.46	3.35	2.62	1.00
Max	4.73	6.46	6.31	4.75
Range of scoring	0–5	0–7	0–7	1–5

are presented in [Table 2](#). High scores indicate high expectations, perceived quality, satisfaction with care and financial ability. Separated comparisons of the differences between the two genders ([Table 3](#)), between age groups ([Table 4](#)), between persons with different education level ([Table 5](#)), between persons with chronic and acute respiratory diseases ([Table 6](#)) and between patients' rating of the current hospitalization compared with others in the past ([Table 7](#)) regarding their mean expectations, perceived quality and satisfaction with care scores and financial ability have been performed. [Table 8](#) shows the spearman correlation coefficients of the expectations, perceived quality, satisfaction with care and financial ability scores.

2. Experimental design, materials, and methods

An anonymous and especially designed questionnaire was used to explore patients' expectations, perceived quality of care provided and satisfaction with hospital care, as well as their fi-

Table 3
Differences between men and women regarding mean expectations, perceived quality and satisfaction with care scores.

Scale	Gender	N	Mean	SD	p-value
Expectations	Men	116	3.78	.40	0.842
	Women	86	3.77	.47	
Perceived quality	Men	116	5.34	.59	0.767
	Women	86	5.32	.65	
Satisfaction	Men	116	4.88	.52	0.153
	Women	86	4.77	.51	
Financial ability	Men	116	2.31	.82	0.200
	Women	86	2.16	.82	

Table 4
Differences between age groups regarding mean expectations, perceived quality and satisfaction with care and financial ability scores.

Scale	Age group	N	Mean	SD	p-value
Expectations	<65	66	3.88	.39	0.025
	>65	136	3.73	.44	
Perceived quality	<65	66	5.53	.53	0.001
	>65	136	5.23	.63	
Satisfaction	<65	66	4.80	.46	0.563
	>65	136	4.85	.55	
Financial ability	<65	66	2.43	.88	0.029
	>65	136	2.16	.78	

Table 5
Differences between persons with different education level regarding mean expectations, perceived quality and satisfaction with care and financial ability scores.

Scale	Education	N	Mean	SD	p-value
Expectations	Illiterate	26	3.68	.51	0.164
	Some primary	44	3.74	.41	
	Primary	82	3.74	.46	
	Secondary	31	3.91	.32	
	Tertiary	19	3.94	.29	
Perceived quality	Illiterate	26	5.09	.70	0.001
	Some primary	44	5.26	.55	
	Primary	82	5.25	.65	
	Secondary	31	5.64	.45	
	Tertiary	19	5.70	.35	
Satisfaction	Illiterate	26	4.82	.67	0.134
	Some primary	44	4.87	.51	
	Primary	82	4.90	.52	
	Secondary	31	4.80	.44	
	Tertiary	19	4.53	.32	
Financial ability	Illiterate	26	2.04	.85	<0.001
	Some primary	44	2.10	.71	
	Primary	82	2.02	.60	
	Secondary	31	2.55	.75	
	Tertiary	19	3.41	.92	

nancial ability. The patients were recruited on the basis of their availability and their willingness to participate. A written informed consent was obtained from all the patients. The anonymity of the patients was guaranteed. They were given an introductory and information sheet about the purpose and the aim of the research and were informed that their participation was voluntary and that they were free to withdraw at any time without any consequence. The data collection

Table 6

Differences between persons with chronic and acute respiratory diseases regarding mean expectations, perceived quality, satisfaction with care and financial ability scores.

Scale	Respiratory disease	N	Mean	SD	p-value
Expectations	Chronic	111	3.65	.50	<0.001
	Acute	91	3.93	.23	
Perceived quality	Chronic	111	5.02	.65	<0.001
	Acute	91	5.71	.27	
Satisfaction	Chronic	111	4.95	.56	<0.001
	Acute	91	4.69	.42	
Financial ability	Chronic	111	2.01	.65	<0.001
	Acute	91	2.54	.91	

Table 7

Differences between patients' rating of the current hospitalization compared with others in the past and mean expectations, perceived quality, satisfaction with care and financial ability scores.

Scale	Current hospitalization	N	Mean	SD	p-value
Expectations	Worse compared to the previous hospitalizations	22	3.93	.25	0.036
	As good as the previous hospitalizations	86	3.67	.47	
	Better compared to the previous hospitalizations	27	3.66	.44	
Perceived quality	Worse compared to the previous hospitalizations	22	5.69	.34	<0.001
	As good as the previous hospitalizations	86	5.11	.62	
	Better compared to the previous hospitalizations	27	5.09	.67	
Satisfaction	Worse compared to the previous hospitalizations	22	4.59	.44	0.008
	As good as the previous hospitalizations	86	4.89	.49	
	Better compared to the previous hospitalizations	27	5.01	.46	
Financial ability	Worse compared to the previous hospitalizations	22	2.57	1.08	0.010
	As good as the previous hospitalizations	86	2.19	.74	
	Better compared to the previous hospitalizations	27	1.88	.56	

Table 8

Correlation between expectations, perceived quality, satisfaction with care and financial ability scores.

Scale	Perceived quality	Satisfaction	Financial ability
Expectations	.842 ($p < 0.001$)	.245 ($p < 0.001$)	.230 ($p < 0.001$)
Perceived quality		.073 ($p = 0.299$)	.332 ($p < 0.001$)
Satisfaction			−0.193 ($p = 0.006$)

has been conducted from February 2016 to December 2018 in one University hospital in the Central Greece. The eligible patients have been approached by the researcher.

The questionnaire was administered in the Greek language. The first part included questions to elicit information on social and demographics. The second part included the FAS and the EPSS which are validated in the Greek language with a high internal consistency [1,2].

The EPSS contains 26 statements that evaluate: (1) the patients' expectations in terms of what patients expect from their hospital care (they were called to answer to a 6-likert scale ranging from 0: indifferent to 5: strongly agree), (2) the patients' perceived quality of hospital care that assessed what they consider as quality of care components (they were called to answer to a 8-likert scale ranging from 0: indifferent to 7: very important) (3) the patients' satisfaction with hospital care that consisted of the same 26 statements asking from the patients to answer how they feel with the care provided (they were called to answer to a 8-likert scale ranging from 0: indifferent to 7: very satisfied). In this research, patients' expectations, perceived quality and satisfaction with hospital care were measured within the context of at least three days of hospitalization. The FAS contains 12 items that assess the financial ability of the patients as an indirect measure of the impact of economic crisis on their financial status. The participants

were called to answer to each question (how do you rate your ability to) by using a 5-point Likert scale (very good, good, moderate, little, no ability).

All the items were coded and scored, and the completed questionnaires were included in the data analysis set. IBM-SPSS-25 [3] was used to analyze the data.

Supplementary data associated with this article can be found in the online version at

CRediT authorship contribution statement

P. Koutsimpou: Conceptualization, Data curation, Methodology, Validation, Writing - original draft, Writing - review & editing. **K.I. Gourgoulialis:** Conceptualization, Supervision. **V. Raftopoulos:** Conceptualization, Methodology, Validation, Writing - original draft, Writing - review & editing.

Acknowledgments

We express our sincere gratitude to all the patients who participated to the research.

Conflict of Interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

Supplementary materials

Supplementary material associated with this article can be found, in the online version, at doi:[10.1016/j.dib.2020.105564](https://doi.org/10.1016/j.dib.2020.105564).

References

- [1] V. Raftopoulos Pain, satisfaction with quality of pain management and depressive symptoms in elderly hospitalized patients, *ICU Nurs. Web J.* (2005) 20.
- [2] P. Koutsimpou, K. Gourgoulialis, A. Economou, V. Raftopoulos, Health status of patients who suffer from acute and chronic respiratory diseases in the era of economic crisis, *Adv. Respir. Med.* 87 (3) (2019) 167–174.
- [3] IBM Corp., IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0, IBM Corp, Armonk, NY, 2017.