



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συγκριτική αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών ελληνικής, αλβανικής και γερμανικής καταγωγής από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην περιοχή του νοτίου Πηλίου

ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΝΗ ΕΛΕΝΗ
Λογίστρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ Επιβλέπων Καθηγητής, Αναπληρωτής Καθηγητής
Τμήματος Νοσηλευτικής Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου
ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Καθηγητής Τμήματος Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας

Λάρισα, 2017



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Comparison of Greek, Albanian and German origin patients' satisfaction with primary health care services in southern Pelion

Key words: primary health care, patient satisfaction, satisfaction, health care, evaluation, quality of care, medical care

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	5
Περίληψη.....	6
Abstract.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
Εισαγωγή.....	9
Ποιότητα της Φροντίδας Υγείας	10
Ποιότητα – ορισμός	10
Εκτίμηση και βελτίωση της ποιότητας φροντίδας υγείας	10
Έλεγχος ποιότητας (Quality control)	11
Εκτίμηση της ποιότητας (Quality assessment).....	11
Εξασφάλιση ποιότητας (Quality assurance).....	11
Συνολική διαχείριση ποιότητας (Total quality management)	11
Βελτίωση ποιότητας (Quality improvement).....	11
Ανάπτυξη ποιότητας (Quality of care development).....	12
Ικανοποίηση των ασθενών	12
Η θεωρία της ασυμφωνίας.....	12
Η θεωρία των προσδοκιών.....	12
Η θεωρία της προσαρμοσμένης ασθενοκεντρικής προσέγγισης.....	13
Η θεωρία της ποιότητας της φροντίδας.....	13
Η θεωρία των ομόκεντρων κύκλων.....	13
Παράγοντες ικανοποίησης.....	14
Παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα υγείας.....	14
Υποδομές.....	14
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	15
Ηλικία	15
Φύλο	16
Εθνικότητα	16
Επίπεδο εκπαίδευσης	16
Οικογενειακή κατάσταση	16
Ασθένεια.....	17
Παράγοντες σχετιζόμενοι με το προσωπικό.....	17
Επάρκεια και ετοιμότητα του προσωπικού	17
Συμπεριφορά.....	18
Προσδοκώμενο αποτέλεσμα	18
Ταχύτητα εξυπηρέτησης - επίλυσης των προβλημάτων	19
Βελτίωση της ποιότητας φροντίδας	19
Ο αντίλογος.....	19
Οφέλη από τη βελτίωση της φροντίδας υγείας.....	20
Οφέλη για τον καταναλωτή/ασθενή.....	20
Οφέλη για τις δομές και το σύστημα περίθαλψης.....	20
Οφέλη για το προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό)	20
Μέθοδοι εκτίμησης	21
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	22
Σκοπός της μελέτης.....	23
Ερευνητικά ερωτήματα	23
Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος	24
Κριτήρια επιλογής συμμετεχόντων	24
Ηθική και δεοντολογία	25

Ερωτηματολόγιο.....	25
Δημογραφικά στοιχεία	26
Γενικά στοιχεία και εντυπώσεις από τη χρήση των δομών υγείας	26
Κλίμακα των 27 θεματικών εννοιών	27
Τροποποίηση του ερωτηματολογίου στη γερμανική γλώσσα.....	29
Μετάφραση	29
Πιλοτική εφαρμογή	29
Στατιστική ανάλυση	30
Περιγραφική στατιστική.....	30
Μέθοδος χ^2	30
Απλή μη συσχετισμένη ανάλυση διακύμανσης ANOVA (One way ANalysis Of VAriance)	30
Μέθοδος t-test μη συσχετισμένων τιμών (uncorrelated t-test).....	31
Αποτελέσματα	31
Συζήτηση.....	50
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59
Παράρτημα.....	65

Ευχαριστίες

Για τη σημαντική συμβολή τους στην εκπόνηση της παρούσας ερευνητικής εργασίας ευχαριστώ θερμά:

Τον καθηγητή κ. Γουργουλιάννη Κωνσταντίνο του οποίου οι συμβουλές και η βοήθεια αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της προόδου μου όλα αυτά τα χρόνια.

Τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Ραφτόπουλο Βασίλειο που αποτέλεσε απρόσμενο φάρο έμπνευσης για εμένα. Ήταν κοντά μου κάθε στιγμή που τον χρειαζόμουν, με ευγένεια, κατανόηση και αξιοσημείωτη αμεσότητα.

Τη Διευθύντρια του Κέντρου Υγείας Αργαλαστής κ. Σωλήνη Ελένη και την επιμελήτρια του Κέντρου Υγείας κ. Κεράνη Ηλιάνα για τη φιλοξενία τους και τη βοήθειά τους για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους ασθενείς του Κέντρου Υγείας και των αγροτικών ιατρείων.

Τους κατοίκους του Νοτίου Πηλίου που με προθυμία συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια.

Τη μητέρα μου και τα παιδιά μου για την υπομονή και την συμπαράσταση τους.

Ιδιαίτερω ευχαριστώ τον σύζυγό μου Μαλινδρέτο Παύλο για τη συνεχή ηθική συμπαράσταση και έμπρακτη βοήθεια του καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου , την εκπόνηση της μεταπτυχιακής εργασίας και ειδικά για τη στατιστική ανάλυση.

Την εργασία την αφιερώνω στον πατέρα μου...

Περίληψη

Εισαγωγή: Τη σημερινή εποχή η ιατρική έχει κάνει αλματώδη πρόοδο. Παρά ταύτα η ικανοποίηση των ασθενών δεν φαίνεται να είναι η αντίστοιχη πάντοτε. Τουλάχιστον αυτό που φαίνεται να προσλαμβάνουν οι ασθενείς δεν συμπίπτει πάντα με αυτό που πιστεύουμε ότι οι υπηρεσίες υγείας προσφέρουν. Έχει διαπιστωθεί ότι η εθνικότητα, όπως και η φυλή επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών Ελληνικής, Γερμανικής και Αλβανικής καταγωγής από τις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, του Νοτίου Πηλίου.

Δείγμα και μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά, συνολικά 222 κάτοικοι. Από αυτούς 79 ήταν Έλληνες, 75 ήταν Αλβανοί και 68 ήταν Γερμανοί. Οι Έλληνες είχαν μεγαλύτερη μέση ηλικία από τους Αλβανούς, $46,0 \pm 11,9$ έναντι $39,8 \pm 10,4$ έτη ($p=0,002$), ενώ οι Γερμανοί είχαν το μεγαλύτερο μέσο όρο ηλικίας από όλους, $62,6 \pm 10,2$ έτη ($p<0.05$).

Αποτελέσματα: Περισσότεροι ήταν οι Έλληνες που επισκέφτηκαν την ΠΦΥ για λιγότερο σοβαρά προβλήματα υγείας (43, ποσοστό 54,4%), έναντι των Γερμανών (23, ποσοστό 34,8%) και των Αλβανών (20, ποσοστό 26,7%) ($p<0,001$). Αντίστοιχα, περισσότεροι ήταν οι Γερμανοί που επισκέφτηκαν την ΠΦΥ για προβλήματα που δεν ήταν καθόλου σοβαρά (24, ποσοστό 36,4%), έναντι των Ελλήνων (4, ποσοστό 5,1%) και των Αλβανών (4, ποσοστό 5,3%) ($p<0,001$). Η πλειοψηφία των Ελλήνων και των Αλβανών αισθάνονται ότι η συνολική φροντίδα που τους παρείχαν στο ιατρείο είχε ποιότητα (53, ποσοστό 67,1% και 45, ποσοστό 60% αντίστοιχα), αντίθετα με τους Γερμανούς (24, ποσοστό 35,3%) ($p<0,001$). Οι Γερμανοί ήταν μοιρασμένοι μεταξύ εκείνων που διαφωνούν (22, ποσοστό 32,4%) και εκείνων που συμφωνούν (24, ποσοστό 35,3%). Η πλειοψηφία των Ελλήνων (64, ποσοστό 81%) και των Αλβανών (60, ποσοστό 80%) αισθάνθηκαν ότι η ιατρική φροντίδα που τους προσφέρθηκε στο ιατρείο ήταν ποιοτική, σε σύγκριση με τους Γερμανούς (45, ποσοστό 67,2%) ($p=0,002$).

Συμπέρασμα; Χρειάζεται περισσότερη προσπάθεια από όλους ώστε οι ασθενείς να γίνονται κοινωνοί των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα φροντίδας υγείας, φροντίδα υγείας, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ικανοποίηση ασθενών, έλεγχος ποιότητας

Abstract

We live in an era of great medical advances. Nevertheless it is a common secret that patient satisfaction is not always tuned to the technical advances. Various factors have been shown to interfere with patient satisfaction, among them is nationality. In the present study participated voluntarily 220 patients. Seventy nine of the patients were Greek, 75 were Albanian and 68 were of German origin. Greek patients were older than those from Albania (mean age 46.0 ± 11.9 vs. 39.8 ± 10.4 years ($p=0.002$), while Germans (mean age 62.6 ± 10.2 years) were older than both Greeks and Albanians ($p<0.05$). Greeks visited the primary health care (PHC) for less severe health problems (54%) compared to Germans (34.8%) and to Albanians (26.7%) ($p<0.001$). Respectively, more Germans visited the PHC for problems that were not at all severe (36.4%), compared to Greeks (5.1%) and to Albanians (5.3%). The majority of Greeks and Albanians feel that the care that received in general at the PHC was of high quality (67.1% and 60%) compared to Germans (35.3%) ($p<0.001$). Germans seemed to be divided among those who disagree (32.4%) and those who agree (35.3%) that the offered services were of high quality. The majority of Greeks (81%) and Albanians (80%) felt that the medical services offered were of high quality, compared to Germans (67.2%) ($p=0.002$). Additional effort is needed in order to communicate to the patients the improved quality of offered services.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Τη σημερινή εποχή η ιατρική έχει κάνει αλματώδη πρόοδο. Παρά ταύτα η ικανοποίηση των ασθενών δεν φαίνεται να είναι η αντίστοιχη πάντοτε. Τουλάχιστον αυτό που φαίνεται να προσλαμβάνουν οι ασθενείς δεν συμπίπτει πάντα με αυτό που πιστεύουμε ότι οι υπηρεσίες υγείας προσφέρουν(1). Αφού λοιπόν υπάρχει διαφορά σε αυτό που προσφέρεται και σε εκείνο που προσλαμβάνεται, η εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι επιβεβλημένη. Στο σημείο αυτό μπορεί αβασάνιστα κανείς να αντιτείνει ότι για την εκτίμηση της παρεχόμενης υγείας, ελέγχονται με τρόπο συστηματικό και τακτικό τόσο η νοσηρότητα, όσο και η θνητότητα. Μάλιστα οι μετρήσεις αφορούν όλη τη γκάμα των γνωστών ασθενειών(2–6). Αν αρκεί όμως η ποιότητα να εκτιμάται ως ένας απρόσωπος δείκτης, τότε δεν χρειάζεται να καταβάλουμε άλλη προσπάθεια. Η αλήθεια όμως μακράν απέχει της εκτίμησης της ποιότητας ως προέκταση του μέσου όρου ζωής των ανθρώπων. Πέρα από τη βελτίωση των «επίσημων» επιστημονικών δεικτών, εξίσου σημαντική είναι ικανοποίηση των ασθενών. Αυτή αποτελεί άλλωστε σε άλλα κράτη ανεξάρτητο δείκτη αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών(7). Είναι προφανής η σημασία που άρχισαν να δίνουν στην ποιότητα άλλα προηγμένα κράτη εδώ και τριάντα και πλέον χρόνια. Άρχισε λοιπόν να απασχολούν τους ερευνητές τα εργαλεία με τα οποία θα επιτυχανόταν αυτή η εκτίμηση. Έτσι βρίσκουμε αναφορές που προσεγγίζουν τον τρόπο δόμησης ενός ερωτηματολογίου, καθώς και τις δυσκολίες που προκύπτουν, ήδη από τη δεκαετία του 80(7,8). Εμβαθύνοντας, στη διαθέσιμη βιβλιογραφία της εποχής, θα μας εντυπωσιάσει το γεγονός ότι εθνικά συστήματα υγείας (όπως το NHS) περιλάμβαναν αυτή τη διαδικασία στο στρατηγικό τους σχεδιασμό ήδη από τη δεκαετία του 80(9). Είχαν σαν στόχο να εκτιμήσουν πόσο καλά παρέχονταν οι υπηρεσίες υγείας ακόμη και σε τοπικό επίπεδο. Απώτερος στόχος βέβαια ήταν και είναι η συνολική βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τον κύριο πυλώνα στήριξης της παροχής υγείας στην ελληνική ύπαιθρο. Τα τελευταία χρόνια, η οικονομική κρίση έχει στρέψει τους ασθενείς προς εκείνες τις δομές υγείας που τους είναι ευκολότερα προσπελάσιμες. Η οικονομική στενότητα έχει μετακινήσει τη μεγάλη μάζα καταναλωτών από την ιδιωτική προς την κρατική παροχή υπηρεσιών. Οι δημόσιες, δωρεάν δομές είναι στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος.

Ο δήμος Νοτίου Πηλίου είναι ένας αρκετά μεγάλος επαρχιακός δήμος. Στην απογραφή του 2011 καταγράφηκαν 11316 κάτοικοι(10). Οι τρεις πολυπληθέστερες ομάδες κατοίκων στην περιοχή του Νοτίου Πηλίου είναι Ελληνικής, Γερμανικής και Αλβανικής καταγωγής. Μέχρι τη στιγμή της διεξαγωγής της μελέτης δεν υπήρξε δημοσιευμένη μελέτη η οποία να αξιολογεί και να συγκρίνει την ικανοποίηση των ασθενών αυτών.

Ποιότητα της Φροντίδας Υγείας

Ποιότητα – ορισμός

Κατά γενική ομολογία, όλοι οι άνθρωποι φαίνεται να συμφωνούν σε κάτι, ότι η κοινωνία μας έχει ανάγκη από υψηλότερης ποιότητας φροντίδα υγείας. Με ένα τρόπο αφοπλιστικά φυσιολογικό και σχεδόν ενστικτώδη, όλοι οι καταναλωτές ισχυρίζονται ότι κατανοούν τι σημαίνει αυτό. Ποιος είναι όμως ο ορισμός της ποιότητας της φροντίδας υγείας;

Η εθνική υπηρεσία των Η.Π.Α. για την έρευνα και ποιότητα της υγείας, ορίζει ως ποιότητα «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας προς τους ανθρώπους αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι συνεπή με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση»(11). Ο ορισμός είναι αρκετά γενικός, δίνει όμως τη γενική κατεύθυνση. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στην τελευταία επικαιροποίηση που είχε κάνει το 2003, ασχολείται με την ποιότητα(12). Εκεί επισημαίνεται ότι τόσο η λέξη «ποιότητα», όσο και το σκεπτικό που εκφράζει την ποιότητα ζωής διαφέρει μεταξύ διαφορετικών εθνών και κατά συνέπεια μεταξύ των κατοίκων διαφορετικών κρατών. Αυτό λοιπόν κάνει ακόμη πιο ενδιαφέρουσα τη διερεύνηση διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων.

Εκτίμηση και βελτίωση της ποιότητας φροντίδας υγείας

Ο στόχος της φροντίδας υγείας είναι να παρέχει ένα επίπεδο ποιότητας στους κατοίκους που περιθάλπει. Ακόμη περισσότερο, η προσπάθεια θα πρέπει να εστιάζεται στη

βελτίωση των υπηρεσιών αυτών. Εξέχουσα θέση στη διαδικασία αυτή έχει η χρήση ειδικών ερωτηματολογίων για την εκτίμηση της ποιότητας.

Έλεγχος ποιότητας (Quality control)

Η λογική που τον διέπει είναι απλή. Στηρίζεται στην απλή εφαρμογή ελέγχων που επιτρέπουν στους εργαζόμενους και στο διοικητικό προσωπικό να γνωρίζουν πόσο συμμορφώνονται με κάποιες στοιχειώδεις προκαθορισμένες διαδικασίες (standards of care). Έτσι μπορούν πρώτα να συμπεράνουν και δεύτερο, να προβλέψουν αν η παροχή υπηρεσιών είναι/θα είναι ικανοποιητική.

Εκτίμηση της ποιότητας (Quality assessment)

Όπως επισημαίνει ο ΠΟΥ δεν υπάρχει ξεκαθαρισμένη διεθνής ταξινόμηση αυτής των εννοιών(12). Επιπρόσθετα, ο ΠΟΥ δεν προσπαθεί να λύσει πιθανές διαφορές όσον αφορά στα μοντέλα ποιότητας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ λοιπόν: «η εκτίμηση της ποιότητας συγκρίνει την επίδοση με τις προσδοκίες, τα καθιερωμένα ή τους στόχους και εξευρίσκει τρόπους βελτίωσης»(13).

Εξασφάλιση ποιότητας (Quality assurance)

Καθορίζεται ως το σύνολο των δραστηριοτήτων που συμβάλουν στον καθορισμό, τον σχεδιασμό, την εκτίμηση, την παρακολούθηση και τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας.

Συνολική διαχείριση ποιότητας (Total quality management)

Σε αυτή πρέπει να συμμετέχουν όλα τα μέλη ενός οργανισμού. Πρέπει να στοχεύει στη μακροπρόθεσμη επιτυχία μέσω της εξυπηρέτησης του καταναλωτή. Έτσι θα λειτουργεί επ' ωφελεία τόσο του οργανισμού, όσο και της ίδιας της κοινωνίας(14).

Βελτίωση ποιότητας (Quality improvement)

Οι ενδείξεις ότι κατά γενική ομολογία η ποιότητα της φροντίδας δεν μπορεί και δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη, αυξάνονται. Αυτό οδήγησε σιγά, σιγά στη μετακίνηση του ενδιαφέροντος από τη βεβαίωση της εξασφάλισης του κατεστημένου, στην αποκάλυψη των αδυναμιών του. Αυτές τώρα εκλαμβάνονται ως ευκαιρίες βελτίωσης.

Ανάπτυξη ποιότητας (Quality of care development)

Ήδη από τα τέλη του 1990, η βελτίωση των παρεχόμενων δομών υγείας μετακινήθηκε από τη δημιουργία υπερεξειδικευμένων κέντρων (centers of excellence) στην ανάπτυξη περισσότερο γενικών δομών στο επαρχιακό δίκτυο.

Ικανοποίηση των ασθενών

Γυρνώντας πίσω και αναζητώντας ερμηνευτικές προσεγγίσεις που αφορούν στην «Νέαν Ελληνικήν», βρίσκουμε: «ικανοποίησης είναι λοιπόν η επανόρθωση της κατά τινός ζημίας ή προσβολής. Η δικαίωσις, κοινή αναγνώρισις. Η ευχαρίστησις, ψυχική ανακούφισις. Επί αμοιβής, η επαρκής πληρωμή, ανταμοιβή»(15). Η πλούσια ελληνική γλώσσα, δίνει αυτή τη δυνατότητα, να εκφράσει κάποιος με μία λέξη, μία πλειάδα συναισθημάτων και καταστάσεων. Ποιες θεωρίες όμως διέπουν την προσπάθεια ερμηνείας της ικανοποίησης από τη φροντίδα υγείας. Οι επικρατέστερες χρονολογούνται τρεις δεκαετίες πριν.

Η θεωρία της ασυμφωνίας

Σύμφωνα με τη θεωρία της ασυμφωνίας (Discrepancy theory)(16), ο βαθμός της ικανοποίησης προκύπτει από τη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών και παρεχόμενων υπηρεσιών. Έτσι στην περίπτωση που κατά την εκτίμηση του καταναλωτή η παροχές ήταν υποδεέστερες των προσδοκιών, τότε το πρόσημο είναι αρνητικό. Στην αντίθετη περίπτωση έχουμε ένα ευχαριστημένο ασθενή.

Η θεωρία των προσδοκιών

Η θεωρία των προσδοκιών (Expectancy theory)(17) προκύπτει από τη θεωρία της συμπεριφοράς των Fishbein & Ajzen(18). Σύμφωνα με την αρχική θεωρία της συμπεριφοράς, αυτή επηρεάζεται από τις πεποιθήσεις, τη στάση, τις προθέσεις και τη συμπεριφορά των ατόμων. Η επέκταση της από την Linder-Pelz μας λέει ότι η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται από τη στάση και τις πεποιθήσεις που είχαν πριν βιώσουν τη φροντίδα υγείας. Αναγνωρίζει πέντε μεταβλητές που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης: τις προσδοκίες, την αξιολόγηση, τα δικαιώματα, τα συμβάματα και τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Η θεωρία της προσαρμοσμένης ασθενοκεντρικής προσέγγισης

Οι Fitzpatrick και Hopkins(19) προσεγγίζουν ασθενείς με χρόνια νοσήματα που παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενη συμπτωματολογία. Εκεί διαπιστώνουν δυσκολίες στο συγκερασμό και την ομαδοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών. Οι χρόνιοι αυτοί ασθενείς για παράδειγμα πίστευαν ότι δεν ήταν επαρκής η διερεύνηση του προβλήματος, οι εξηγήσεις και η αγωγή. Ενώ τους απασχολούσε ο καθησυχασμός, η υποχώρηση των συμπτωμάτων και η προληπτική παρέμβαση. Εντόπισαν λοιπόν εγγενείς δυσκολίες προσέγγισης στη «μαζικού τύπου» προσέγγιση της ικανοποίησης των ασθενών. Τελικά πρότειναν να γίνεται περισσότερο στοχευμένη εκτίμηση λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες που μπορεί να υπάρχουν.

Η θεωρία της ποιότητας της φροντίδας

Η Donabedian(20) είναι ένας από τους πρωτοπόρους και σημαντικότερους ερευνητές στον τομέα. Η κριτική και μεθοδική προσέγγισή της, άνοιξε το δρόμο της εκτίμησης της φροντίδας υγείας. Αυτή αφορά τόσο στους παρόχους, όσο στους ασθενείς και την κτηριακή υποδομή.

Η θεωρία των ομόκεντρων κύκλων

Εξελίσσοντας την προσέγγιση της η Donabedian προτείνει την προσέγγιση της ποιότητας φροντίδας υγείας ως ένα σύνολο ομόκεντρων κύκλων(21). Σε αυτό το σύνολο, τον κεντρικό ρόλο (κύκλο) καταλαμβάνουν οι ιατροί και οι λοιποί πάροχοι υπηρεσιών υγείας. Εδώ συμπεριλαμβάνεται το τεχνικό (επιστημονικό) μέρος και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Ο επόμενος κύκλος περιλαμβάνει τις υποδομές. Μετά ακολουθεί η φροντίδα που παρέχει ο ασθενής στον εαυτό του, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής της οικογένειας και του παρόχου υπηρεσιών υγείας. Ο τελικός κύκλος περιλαμβάνει την παροχή υγείας γενικά στην κοινότητα. Αφορά στη δυνατότητα όλων να έχουν πρόσβαση στην υγεία. Ίσως αυτή η προσέγγιση της Donabedian να είναι και η περισσότερο ολοκληρωμένη από όλες.

Παράγοντες ικανοποίησης

Παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα υγείας

Διάφοροι είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των καταναλωτών από τη φροντίδα υγείας. Συνοψίζοντας τους κυριότερους, θα βρούμε πολλά κοινά μεταξύ των ερευνητών.

Υποδομές

Η επίδραση της επάρκειας των υποδομών στην ικανοποίηση από τη φροντίδα υγείας έχει απασχολήσει την ιατρική κοινότητα τα τελευταία πενήντα χρόνια(22,23). Στον ίδιο τόνο και η Risser(24) μιλάει για την άνεση που πρέπει να χαρακτηρίζει την παροχή φροντίδας υγείας. Παρόμοια και από τον Ware(25) εκτιμάται το περιβάλλον στο οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. Για την Donabedian(21) υπάρχουν τα επιθυμητά χαρακτηριστικά που πρέπει να έχουν οι υποδομές που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Σε αυτά περιλαμβάνονται χαρακτηριστικά που συχνά διαλάχουν της προσοχής ή και θεωρούνται εσφαλμένα ήσσονος σημασίας. Όπως η άνεση, η ησυχία, η ιδιωτικότητα. Εδώ πρέπει να συμπεριλάβουμε και την εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες(7,19,23,25,26). Κατά κανόνα οι ασθενείς και οι συνοδοί τους περνούν αρκετές ώρες ή και μέρες στα ιατρεία και στους θαλάμους των νοσοκομείων. Αυτό που σπάνια κάποιος σκέφτεται, είναι να κάνει τους χώρους αναμονής περισσότερο ανθρώπινους. Αυτές οι ατάκτως ειρημένες καρέκλες μπροστά σε ένα λευκό, ψυχρό τοίχο, στο διάδρομο ή στην αίθουσα αναμονής, είναι, το λιγότερο, ένα ακαλαίσθητο θέαμα. Η ευκολία με την οποία προσεγγίζει κάποιος τα ιατρεία είναι εξίσου σημαντική. Συχνά τα κέντρα υγείας έχουν σκαλοπάτια στην είσοδο τους. Αυτό είναι και το πρώτο εμπόδιο που πρέπει να ξεπεράσουν οι υπερήλικες, τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι ασθενείς γενικά. Ακόμη ένα βήμα πριν τα σκαλοπάτια, ειδικά για τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είναι το «κλείσιμο του ραντεβού» με την αυτόματη τηλεφωνική υπηρεσία (1535). Πρόκειται για πρωτοφανή και παροιμιώδη αποτυχία του συστήματος στη χώρα μας(27). Οι χώροι στάθμευσης μαζί με την ταχεία εξυπηρέτηση αποτελούν σημαντικό σημείο ικανοποίησης(28).

Δεν είναι λίγες οι φορές που οι ασθενείς πρέπει να περιμένουν μήνες για μία εξέταση από ένα γιατρό συνηθισμένης ειδικότητας. Η χώρα μας δεν φαίνεται να άντλησε

το παραμικρό από γνώση άλλων κρατών. Πριν από εμάς παρατήρησαν ότι ο αυξημένος χρόνος αναμονής και ο μειωμένος που τους διατίθεται, αρκεί για να προκαλέσει δυσαρέσκεια και εκνευρισμό στους ασθενείς(29,30). Στη χώρα μας δεν είναι σπάνιες, αν και ανέκδοτες, οι περιπτώσεις που ο ασθενής ενώ έχει ανάγκη για μία ειδικότητα τελικά μέσω του αυτόματου τηλεφωνικού κέντρου κλείνει για κάποια άλλη. Για παράδειγμα χρειάζονται νευρολόγο και τελικά έκλεισαν εξέταση για νεφρολόγο... Υπάρχουν ακόμη περιπτώσεις που υπέργρηροι ασθενείς πηγαίνουν στο εξωτερικό ιατρείο έχοντας καταφέρει να κλείσουν ραντεβού, που τελικά αφορούσε τη σωστή ειδικότητα, μέρα και ώρα, αλλά λάθος νοσοκομείο... Οποιαδήποτε καλόπιστη προσπάθεια κρίσης για το αυτόματο σύστημα ραντεβού πέφτει στο κενό.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τις αποφάσεις που παίρνουν οι ασθενείς για την υγεία τους. Αναμενόμενο είναι να επηρεάζουν και το βαθμό ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Παρότι δεν υπάρχει απόλυτη σύμπτωση όσον αφορά στην επίδραση των δημογραφικών παραγόντων, αξίζει μία προσπάθεια προσέγγισης τους. Έτσι από τη μία πλευρά υπάρχουν εκείνοι που θεωρούν ότι η επίδραση τους είναι μικρή(31,32). Οι ίδιοι ερευνητές όμως παραδέχονται ότι η μεγαλύτερη ηλικία και το μικρότερο επίπεδο εκπαίδευσης συνδυάζονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση, έστω και αν ο συντελεστής συσχέτισης είναι μικρός. Ενώ δεν παρατήρησαν κάποια συσχέτιση με την εθνικότητα, το φύλο, την οικονομική κατάσταση ή το μέγεθος της οικογένειας.

Ηλικία

Η ηλικία σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση(33,34). Οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παροχές υγείας. Πιθανά αυτό σχετίζεται με το γεγονός ότι έχουν περισσότερη υπομονή από τους νεότερους. Επίσης, η συχνή επαφή με τις δομές υγείας ίσως δημιουργεί και μία οικειότητα μεταξύ ασθενών και παρόχων. Οι άνθρωποι που είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία κατά κανόνα έχουν αντιμετωπίσει πού περισσότερες δυσάρεστες καταστάσεις στη ζωή τους. Επίσης με την πάροδο της ηλικίας γίνονται λιγότερο ανυπόμονοι και περισσότερο συγκαταβατικοί. Αυτοί οι παράγοντες ενδεχομένως επηρεάζουν και την ικανοποίηση των μεγαλύτερων. Τελικά, η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών βρίσκει θετική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ικανοποίησης(35–37,37–39).

Φύλο

Η επίδραση του φύλλου στην ικανοποίηση από τη φροντίδα δεν έχει αποσαφηνιστεί. Ενώ ορισμένοι ερευνητές θεωρούν περισσότερο θετική την εμπειρία των γυναικών(34), άλλοι καταλήγουν στο ακριβώς αντίθετο συμπέρασμα(40). Κατά πάσα πιθανότητα όμως οι ερευνητές δε θα καταλήξουν ποτέ σε συμφωνία και αυτό είναι ένα απόλυτα λογικό συμπέρασμα. Η εξήγηση είναι τόσο απλή όσο και το ερώτημα. Οι γυναίκες και οι άνδρες δεν βιώνουν το ίδιο τραυματικά μία παρεμβατική πράξη. Όπως για παράδειγμα μία κολονοσκόπηση, ή μία ακρωτηριαστική επέμβαση. Πόσο ικανοποιημένη μπορεί να είναι μία γυναίκα μετά από μία μαστεκτομή; Η επαφή του γυναικείου φύλου με τις δομές υγείας είναι ομολογουμένως συχνότερη αν συμπεριλάβουμε ειδικά και τη συνταγογράφηση. Αυτό σε κάποιο βαθμό δικαιολογεί τα ευρήματα των εργασιών που διαπιστώνουν καλύτερη σχέση/μεγαλύτερη ικανοποίηση των γυναικών από τις υπηρεσίες υγείας.

Εθνικότητα

Έχει διαπιστωθεί ότι η εθνικότητα, όπως και η φυλή επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Έτσι, οι λευκοί είναι περισσότερο ικανοποιημένοι(41,42). Καθοριστικός παράγοντας σε αυτήν την περίπτωση είναι η κατανόηση και χρήση της γλώσσας της χώρας(41,42).

Επίπεδο εκπαίδευσης

Το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να έχει επίδραση στο βαθμό ικανοποίησης. Κατά γενική ομολογία μάλιστα όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο μικρότερη είναι η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας(31,36,40). Πιθανότατα και αυτή η παράμετρος μπορεί να προσεγγισθεί με αφετηρία τη λογική. Άνθρωποι με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι κατά κανόνα καλύτερα αμειβόμενοι. Συχνότερα ασχολούνται σε με περισσότερο υπεύθυνες και απαιτητικές εργασίες. Λογικό και αναμενόμενο να αξιώνουν καλύτερες υπηρεσίες για τις κρατήσεις που τους γίνονται.

Οικογενειακή κατάσταση

Υπάρχει διχογνωμία όσον αφορά και στο βαθμό που η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών(36,43,44). Ακόμη μία φορά φαίνεται πως δεν

είναι δυνατό να αποκομίσουν όλοι τις ίδιες εντυπώσεις. Θα πρέπει και εδώ η εκτίμηση να γίνεται εξατομικευμένα και ανάλογα με τις ανάγκες. Για παράδειγμα, μία χρόνια νόσος που απαιτεί την εμπλοκή των συγγενών στο σπίτι, ίσως δεν αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα για κάποιον με ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς. Ας αναλογιστούμε το ίδιο πρόβλημα σε κάποιον που μένει μόνος του και για τον οποίο η πολιτεία ουσιαστικά δεν μπορεί να συμβάλει σημαντικά. Πόσο ικανοποιημένος μπορεί να είναι;

Ασθένεια

Η σοβαρότητα της νόσου φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση του ασθενούς. Έτσι σοβαρότερη ασθένεια συνδυάζεται με μικρότερου βαθμού ικανοποίηση από τη φροντίδα υγείας. Η κατάσταση της υγείας των ασθενών γενικά επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης τους. Κατά γενική ομολογία, οι ασθενείς των οποίων η υγεία δεν είναι καλή, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από της παρεχόμενες υπηρεσίες(31,44–46). Είναι επίσης κατανοητό το γεγονός ότι οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας είναι δυσκολότερο να διαχειριστούν το ψυχολογικό βάρος της χρονιότητας και της βαρύτητας μίας νόσου. Σε συμφωνία με αυτό το συλλογισμό, ο κ. Ραφτόπουλος επιβεβαίωσε τη συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και ικανοποίησης των ασθενών(38).

Παράγοντες σχετιζόμενοι με το προσωπικό

Εκτός από αυτούς τους γενικά αποδεκτούς παράγοντες, υπάρχουν και άλλου που φαίνεται να επιδρούν στην ποιότητα της φροντίδας υγείας(47).

Επάρκεια και ετοιμότητα του προσωπικού

Δύο κύρια χαρακτηριστικά διακρίνουμε στους παρόχους υγείας(21). Το πρώτο είναι το τεχνικό ή επιστημονικό. Αφορά στην επάρκεια των ιατρών και του προσωπικού. Με τη σειρά της διακρίνεται στην επάρκεια των γνώσεων, στην ικανότητα κρίσης και τελικά στην επαρκή εφαρμογή των αναγκαίων μέτρων. Πως όμως κρίνεται η ποιότητα της επιστημονικής επάρκειας; Αυτό επιτυγχάνεται με τη βοήθεια της σύγκρισης. Ο κύριος στόχος είναι κάθε φορά να έχουμε το καλύτερο αποτέλεσμα για τον ασθενή/καταναλωτή. Η σύγκριση γίνεται με βάση τα χαρακτηριστικά της καλής πρακτικής (best practice)

όπως αυτά ορίζονται από την εκάστοτε επιστημονική (επαγγελματική) κοινότητα. Η δε καλή πρακτική ορίζεται από το γεγονός ότι η εφαρμογή της κατά μέσο όρο επιτυγχάνει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Συνεπώς, η επάρκεια του προσωπικού κρίνεται ως βέλτιστη όταν επιτυγχάνει συγκριτικά με τις επιταγές της καλής πρακτικής τη βελτίωση της υγείας. Αυτό βέβαια στο βαθμό που εφαρμογή της είναι δυνατή με βάση την τρέχουσα επιστήμη και τεχνολογία. Η επάρκεια και η αμεσότητα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην επιτυχή αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματος. Προφανώς ένα καλά εκπαιδευμένο προσωπικό αντιμετωπίζει καλύτερα και γρηγορότερα τα προβλήματα.

Συμπεριφορά

Το δεύτερο και εξίσου σημαντικό, αφορά στη διαπροσωπική σχέση μεταξύ ασθενούς και παρόχων υγείας(24,25). Η ειλικρινής προσέγγιση του ασθενούς, η επίδειξη ευαισθησίας και οικειότητας βελτιώνουν σημαντικά την ικανοποίηση του ασθενούς(48). Επιπρόσθετα, σε αυτό συμβάλλει και η γλώσσα του σώματος. Απλά καθημερινά νεύματα κάνουν το ιατρικό προσωπικό πιο οικείο και ευχάριστο προς τους ασθενείς(49). Αφού επιτευχθεί ένα ικανό επίπεδο επικοινωνίας και εμπιστοσύνης, είναι σημαντικό για τους παρόχους υγείας να λαμβάνουν υπόψη τους όλες τις εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, αλλά και τις επιθυμίες των ασθενών(50). Για να μπορέσουν όμως οι ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους, πρέπει να είναι επαρκώς ενημερωμένοι(51,52). Η συμπεριφορά του προσωπικού (ιατρικού και νοσηλευτικού), πρέπει να διακρίνεται για την ευγένεια, τη φιλικότητα του και το σεβασμό της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας.

Προσδοκώμενο αποτέλεσμα

Η ικανοποίηση των ασθενών προκύπτει από τη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών τους και της παρεχόμενης φροντίδας-αποτελέσματος(17,49). Οι προσδοκίες των ασθενών εξαρτώνται από διαφορετικούς παράγοντες, μεταξύ αυτών σημαντικό ρόλο παίζουν οι προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών. Εδώ συμπεριλαμβάνονται τόσο οι εμπειρίες που έχουν να κάνουν με τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, όσο και με τη διαπροσωπική σχέση-αλληλεπίδραση με τον ιατρό. Η τελευταία μπορεί να περιλαμβάνει την προσέγγιση, τη συμπεριφορά, αλλά και την ιατρική πράξη.

Ταχύτητα εξυπηρέτησης - επίλυσης των προβλημάτων

Σε κανένα καταναλωτή δεν αρέσουν οι καθυστερήσεις. Πολύ περισσότερο αν αναλογιστούμε και το άγχος και το φόβο που προκαλείται λόγω της νόσου.

Βελτίωση της ποιότητας φροντίδας

Ο απώτερος στόχος όλης αυτής της προσπάθειας είναι η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών. Το όφελος είναι διπτό. Αφορά και τον καταναλωτή και το σύστημα υγείας. Η προσπάθεια για βελτίωση δεν μπορεί να έχει αποτέλεσμα όταν γίνεται μεμονωμένα. Για παράδειγμα, η εμπλοκή μόνο του νοσηλευτικού, ή του ιατρικού, ή του διοικητικού προσωπικού, μάλλον δε θα έχει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Η προσπάθεια πρέπει να γίνεται ενορχηστρωμένα. Αρχίζοντας από τη μελέτη της διαδικασίας λειτουργίας και εφαρμόζοντας τυποποιημένα πρότυπα καλής λειτουργίας όπου είναι δυνατό. Ένα από παράδειγμα είναι η καθαριότητα των χώρων. Κάθε πόση ώρα, πόσες φορές τη μέρα, από πού ξεκινάει, που τελειώνει, πότε γίνεται κατ' επίκληση, κλπ. Άλλο παράδειγμα είναι η τακτική παρακολούθηση και συντήρηση του τεχνολογικού εξοπλισμού. Βελτίωση της ποιότητας επιτυγχάνεται μόνο όταν δεν επαναλαμβάνονται τα ίδια λάθη. Συνεπώς χρειάζεται συντονισμένη προσπάθεια για τον εντοπισμό τους πρώτα και την αποφυγή τους μετά(53,54).

Ο αντίλογος

Πάντοτε υπάρχουν και σκεπτικιστές, των οποίων οι ενστάσεις είναι άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο βάσιμες. Υπάρχει λοιπόν και αντίλογος στη χρήση ερωτηματολογίων για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών. Μία βασική αδυναμία των ερωτηματολογίων έγκειται στο γεγονός ότι χρήση τους συνεπάγεται αναπόφευκτα κάποιες παραδοχές. Οι πεπειθήσεις των ασθενών και γενικά των ανθρώπων απαρτίζουν ένα πολύπλοκο σύμπλεγμα(8). Αυτό είναι δύσκολο να αποτυπωθεί αντικειμενικά με όρους έκφρασης ικανοποίησης μέσα από ένα ερωτηματολόγιο. Έχει σαν αποτέλεσμα συχνά, πολλά ερωτηματολόγια να καταλήγουν να έχουν μία «καταναλωτική» προσέγγιση(8). Το τελικό προϊόν απλά καταλήγει στην πανηγυρική επιβεβαίωση του υπάρχοντος κατεστημένου συστήματος.

Επιπρόσθετη αδυναμία των ερωτηματολογίων είναι το γεγονός ότι διανέμονται και συμπληρώνονται συνήθως στον ίδιο χώρο, (με την ευρύτερη έννοια, π.χ. σε χώρο ενός Κέντρου Υγείας), όπου παρέχονται και οι υπηρεσίες υγείας. Δεν μπορεί λοιπόν να

αποκλεισθεί ο πιθανός επηρεασμός του αποτελέσματος. Είναι λογικό ένας ασθενής ή συνοδός που περιμένει για να εξυπηρετηθεί ή που μόλις εξυπηρετήθηκε και θέλει να θέλει στο μέλλον να ξανακάνει χρήση των υπηρεσιών, να μην θέλει να κάνει κάποιο αρνητικό σχόλιο.

Έτσι ενώ οι μελέτες δείχνουν σχεδόν απόλυτη ικανοποίηση, η γενική αίσθηση της κοινωνία δεν είναι ταυτόσημη(55).

Οφέλη από τη βελτίωση της φροντίδας υγείας

Οφέλη για τον καταναλωτή/ασθενή

Τα οφέλη για τον ασθενή είναι προφανή. Η αντιμετώπιση του προβλήματος της ασθένειας με επιτυχία είναι σημαντική. Όταν αυτό επιτυγχάνεται στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα οφέλη είναι πολλαπλά. Επιτυγχάνεται ένα καλό επίπεδο παροχών υγείας. Γίνεται αποφυγή άσκοπων μετακινήσεων στα νοσοκομεία. Οδηγεί σε ταχεία αποκατάσταση της υγείας. Καλλιέργεια αισθήματος εμπιστοσύνης, ασφάλειας και ανταποδοτικότητας. Συνεπώς καλύτερη ψυχολογία με υψηλού επιπέδου παροχές. Άρα πολίτες που δεν εγκαταλείπουν την ύπαιθρο και είναι παραγωγικοί.

Οφέλη για τις δομές και το σύστημα περίθαλψης

Η έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της επιτυχούς θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η καλή ψυχολογία του ικανοποιημένου ασθενούς επίσης συμβάλει στην ανάρρωση του. Έτσι αποφεύγονται άστοχες θεραπευτικές προσεγγίσεις και οι ασθενείς αναρρώνουν ταχύτερα. Αποτέλεσμα είναι να έχουμε ικανοποιημένους καταναλωτές και περιορισμό των εξόδων(56). Η βελτίωση της απόκρισης και του τρόπου λειτουργίας, οδηγεί επίσης σε μεγαλύτερη αποδοτικότητα και καλύτερη χρήση ανθρώπινων και υλικών πόρων.

Οφέλη για το προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό)

Η βελτίωση της εικόνας των υγειονομικών δομών συμβάλλει στη βελτίωση της εικόνας των εργαζομένων και εκτιμά την προσπάθεια που γίνεται, ακόμη και όταν το αποτέλεσμα δεν είναι το ιδανικό για τους ίδιους και τους συγγενείς τους. Δεν είναι σπάνιες (κατά περίπτωση) οι ευχαριστήριες ανακοινώσεις στον τοπικό τύπο. Αυτό οδηγεί στην ηθική ικανοποίηση του προσωπικού από την εργασία του, στην καλύτερη διαχείριση του άγχους και της φθοράς που προκαλείται από μία τόσο απαιτητική ενασχόληση.

Μέθοδοι εκτίμησης

Η κατανόηση της ποιότητας και της ικανοποίησης έχει ένα κύριο στόχο. Αυτός είναι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Προφανώς και πρόκειται για ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα(7,21,38,39,57). Είναι αναγκαίο τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση να πληρούν κάποιες βασικές προϋποθέσεις/χαρακτηριστικά(46):

1. Αξιοπιστία (Reliability)

Όταν χρησιμοποιούμε ένα ερωτηματολόγιο, αυτό θα πρέπει να είναι αξιόπιστο. Θα πρέπει να μας δίνει σταθερά συγκρίσιμα αποτελέσματα κάτω από παρόμοιες συνθήκες μέτρησης. Πρέπει να διακρίνεται για την ακρίβεια και την επαναληψιμότητα του (test-retest reliability).

2. Εγκυρότητα (Validity)

Πρέπει το ερωτηματολόγιο να έχει σταθμιστεί. Πρέπει να αποτελεί ένα συμπαγές σύνολο που περιλαμβάνει εκείνες τις ερωτήσεις που είναι αναγκαίες. Φυσικά η στάθμιση πρέπει να έχει γίνει για το χώρο στον οποίο προορίζεται να χρησιμοποιηθεί. Οφείλει επίσης να είναι προσαρμοσμένο ανάλογα με τα ήθη, έθιμα και συνήθειες των κατοίκων (culturally adapted)

Έτσι η διαδικασία σχεδιασμού και στάθμισης είναι ιδιαίτερα κοπιώδης και συχνά περίπλοκη(7,21,46). Ενώ πρέπει οι ερευνητές να έχουν πάντοτε υπόψη τους, την καταναλωτική ομάδα/ασθενείς για τους οποίους προορίζεται το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο(58,59).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών Ελληνικής, Γερμανικής και Αλβανικής καταγωγής από τις δομές τις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, του Νοτίου Πηλίου.

Η παρούσα εργασία απαρτίζεται από δύο τμήματα, το Γενικό μέρος και το Ειδικό Μέρος. Στο Γενικό μέρος, το οποίο αποτελεί το θεωρητικό σώμα της μελέτης, γίνεται βηματική προσέγγιση του ερευνητικού προβλήματος της ικανοποίησης από την φροντίδα υγείας. Η προσπέλαση ακολουθεί μία κλιμακωτή πορεία, με στόχο η μέχρι σήμερα γνώση να γίνεται ευκολότερα κτήμα μας. Έπεται η παρουσίαση του κυρίου εργαλείου – του ερωτηματολογίου. Στο Ειδικό Μέρος, όπως σε όλες τις αντίστοιχου επιπέδου μελέτες, γίνεται παρουσίαση της Μεθόδου που ακολουθήθηκε και των στατιστικών τεχνικών που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση. Ακολουθεί η παράθεση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τη μελέτη. Στο τελευταίο μέρος της εργασίας παρατίθεται η συζήτηση. Σε αυτό το μέρος γίνεται μία ουσιαστική και εύληπτη ανακεφαλαίωση των ευρημάτων. Η συζήτηση αφορά τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τα ερευνητικά ερωτήματα, με την ανάλογη κρητική αναφορά των ως τώρα γνωστών αποτελεσμάτων από άλλους ερευνητές. Τελικά, με τρόπο απλό αναφέρονται τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης.

Ερευνητικά ερωτήματα

Η διεξαγωγή της μελέτης παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφού αφορά στην προσέγγιση των προσδοκιών και των εντυπώσεων ανθρώπων που ξεκινούν από διαφορετική πολιτισμική αφετηρία. Δεν υπάρχει προηγούμενη επιστημονική αναφορά για την περιοχή του νοτίου Πηλίου η οποία να αφορά σε κάποια από τις τρεις αυτές ομάδες. Είναι συνεπώς σημαντικό κατ' αρχάς να προσεγγισθεί συνολικά το επίπεδο των προσδοκιών και η εκτίμηση τους για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

- Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των κατοίκων ελληνικής, αλβανικής και γερμανικής καταγωγής από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Θεσσαλία;
- Υπάρχουν διαφορές στο βαθμό ικανοποίησης των κατοίκων ελληνικής, αλβανικής και γερμανικής καταγωγής από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας;

- Ποιες είναι οι προσδοκίες των ασθενών από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας;

Στόχος των παραπάνω ερωτημάτων είναι να βοηθήσουν στην προσέγγιση της άποψης των ασθενών, που θα μπορούσε να είναι η απαρχή της βελτίωσης της εικόνας της φροντίδας υγείας, όπου αυτό χρειάζεται.

Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος

Πρόκειται για τη διενέργεια μίας συγχρονικής έρευνα (Cross Sectional Study), η οποία σχεδιάστηκε για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ της ικανοποίησης των κατοίκων και της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στην περιοχή του νοτίου Πηλίου. Πρόκειται ουσιαστικά για ένα στιγμιότυπο των πεποιθήσεων, απόψεων και διαθέσεων του τοπικού πληθυσμού ασθενών. Στη μελέτη αυτή γίνεται μία σύγχρονη καταγραφή που αφορά τόσο στα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών εν προκειμένω. Αυτή γίνεται στον ίδιο χρόνο με την καταγραφή της ικανοποίησης τους και της άποψης τους για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Δεν τεκμηριώνει την αιτιολογία της ικανοποίησης των ασθενών, αφού δεν πρόκειται για διπλή τυφλή μελέτη. Επίσης δεν τεκμηριώνεται σχέση αιτίου – αιτιατού. Κάτι τέτοιο θα προϋπέθετε είτε να προξενήσουμε εμείς τη νόσο και να ελέγξουμε τις εντυπώσεις και τα αποτελέσματα από τη φροντίδα υγείας, είτε να ζητηθεί από τους φορείς υγείας σε μία ομάδα ασθενών να παρέχονται ικανοποιητικές υπηρεσίες και σε κάποια άλλη λιγότερο ικανοποιητικές. Θεωρητικά μόνο με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε πέραν πάσης αμφιβολίας να επιβεβαιωθεί μία σχέση αιτίου και αποτελέσματος. Επίσης δεν έγινε επιλογή κάποιας μεμονωμένης ομάδας ασθενών (για παράδειγμα, των ασθενών με αναπνευστικά προβλήματα). Έτσι μέσω προσεκτικού σχεδιασμού που περιλαμβάνει και τις τρεις πληθυσμιακές ομάδες, οδηγεί στη γέννηση εύλογων υποθέσεων.

Κριτήρια επιλογής συμμετεχόντων

Η συμμετοχή ήταν απολύτως εθελοντική και εχέμυθη. Τα κριτήρια επιλογής στη μελέτη ήταν τα ακόλουθα:

- Ηλικία >18 έτη.
- Εθελοντική συμμετοχή στη μελέτη.
- Οι συμμετέχοντες να είναι ελληνικής, γερμανικής ή αλβανικής καταγωγής. Οι ελληνικής και αλβανικής καταγωγής να έχουν καλή γνώση/κατανόηση της ελληνικής γλώσσας.

- Να έχουν χρησιμοποιήσει τα εξωτερικά/αγροτικά ιατρεία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην ευρύτερη περιοχή του νοτίου Πηλίου.

Ηθική και δεοντολογία

Το πρωτόκολλο της παρούσας έρευνας εγκρίθηκε από από την Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και από το Κέντρο Υγείας Αργαλαστής.

Ερωτηματολόγιο

Για την αξιολόγηση της ικανοποίησης από τη φροντίδα υγείας, χρησιμοποιήθηκε το σταθμισμένο για τα ελληνικά δεδομένα ανώνυμο-αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο (Expectations – Perceived Quality – Satisfaction with Primary Care Services Scale, εν συντομία γνωστό ως E-PQ-SPCSS) των 27 ερωτήσεων(37). Η διανομή τους γινόταν από εκπαιδευμένο μη επαγγελματία υγείας και συμπληρώνονταν από τους ασθενείς. Ενώ όπως και σε προηγούμενες ανάλογες εργασίες, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συνέντευξης για τους ασθενείς εκείνους που χρειάζονταν βοήθεια για να κατανοήσουν κάποιο από τα ερωτήματα ή τις απαντήσεις. Στην έρευνα προσκλήθηκαν να συμμετέχουν μόνο ενήλικες ασθενείς, κάτοικοι της περιοχής. Στους ασθενείς εξηγήθηκε ότι η συμμετοχή τους στη μελέτη ήταν απολύτως εθελοντική και ανώνυμη, καθώς και ότι μπορούσαν να τη διακόψουν οποιαδήποτε στιγμή. Επίσης τους εξηγήθηκε ότι η συμμετοχή τους καθώς και οι απαντήσεις δεν θα είχαν καμία απολύτως επίπτωση στους ίδιους και στη θεσμοθετημένη παροχή υγείας, είτε τώρα, είτε μελλοντικά. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων εξασφαλίστηκε εξ' ορισμού.

Συνοπτικά αναφέρονται οι κύριες κατηγορίες της ποιότητας φροντίδας, οι οποίες ελέγχθηκαν και είναι σε συμφωνία με τις συστάσεις του καθηγητή κ. Ραφτόπουλου(60):

1. Έμπρακτο ενδιαφέρον του ιατρού/νοσηλεύτριας
2. Σεβασμό της αξιοπρέπειας του ασθενούς
3. Φιλικότητα του χώρου και του προσωπικού
4. Τεχνική (Επιστημονική) επάρκεια του ιατρού
5. Ευαισθησία από τον ιατρό και τη νοσηλεύτρια
6. Εμπιστοσύνη από τον ιατρό και την νοσηλεύτρια
7. Αποτελεσματική οργάνωση του ιατρείου.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, είναι αυτό που σταθμίστηκε από τον καθηγητή κ. Ραφτόπουλο(37) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στον Ελλαδικό

χώρο. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου βασίζεται στην κλίμακα του Likert. Στην πρωτότυπη εργασία του «Περί μέτρησης των διαθέσεων», ο πρωτοπόρος Likert(61) χρησιμοποιούσε από τρεις έως πέντε περιφραστικές απαντήσεις, τις οποίες βαθμολογούσε με ιεραρχικό τρόπο. Αν για παράδειγμα υπάρχουν τρεις απαντήσεις, η λιγότερο σημαντική βαθμολογείται με 0, η επόμενη με 1 και η σημαντικότερη με 2. Στα ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής, αρκετές φορές γίνεται «γραμμικός μετασχηματισμός» των απαντήσεων ώστε να προκύψει μία συνεχής κλίμακα συγκρίσιμη για όλες τις απαντήσεις των ερωτήσεων. Έτσι αν υποθέσουμε για παράδειγμα μία ερώτηση έχει έξι απαντήσεις. Ακολουθώντας την κλίμακα του Likert, η λιγότερο σημαντική βαθμολογείται με 0, η επόμενη με 1, ακολούθως με 2, κλπ. μέχρι το 5 (η έκτη ερώτηση). Ο μετασχηματισμός είναι εύκολος και μπορεί να γίνει με την απλή εισαγωγή μίας εξίσωσης σε οποιοδήποτε λογιστικό (στατιστικό φύλλο επεξεργασίας). Θεωρείται ως 0 το ελάχιστο και ως 100 το μέγιστο. Έτσι η λιγότερο σημαντική απάντηση βαθμολογείται με 0, η επόμενη με 20, ακολούθως με 40, κλπ. μέχρι το 100. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας περιέχει 27 διαστάσεις που αφορούν στην ποιότητα της φροντίδας υγείας. Η πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου ξεκινάει με ένα σύντομο κείμενο που απευθύνεται στους ασθενείς: «Αγαπητή/ε Κυρία/ε, το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας αποσκοπεί στο να δώσει σημαντικές πληροφορίες για το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας από τα εξωτερικά ιατρεία του κέντρου υγείας – αγροτικά ιατρεία. Χρειάζεται να αφιερώσετε μόνο λίγα λεπτά από τον χρόνο σας για να μας πείτε την άποψη σας εντελώς ανώνυμα. Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα είναι πολύ χρήσιμες για την προσπάθεια συνεχούς αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από τα κρατικά νοσηλευτήρια.»

Αμέσως μετά ξεκινάει το ερωτηματολόγιο, το οποίο έχει τρία κύρια μέρη:

Δημογραφικά στοιχεία

Σε αυτό το μέρος του ερωτηματολογίου συλλέγονται τα ακόλουθα δημογραφικά στοιχεία: Φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, εθνικότητα, επάγγελμα, επίπεδο ετήσιου εισοδήματος, τόπος μόνιμης κατοικίας

Γενικά στοιχεία και εντυπώσεις από τη χρήση των δομών υγείας

Σε αυτό το μέρος του ερωτηματολογίου συλλέγονται τα ακόλουθα στοιχεία:

- Συχνότητα χρήσης των ιατρείων.
- Σοβαρότητα του προβλήματος υγείας.

- Χρονιότητα νοσήματος, η οποία μπορεί να επιβάλλει τη συχνή προσέλευση στα ιατρεία.
- Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Η ερώτηση γίνεται για να απαντήσει ο ασθενής αν επιθυμεί να αποφασίζει μόνο του το προσωπικό (ο γιατρός και η νοσηλεύτρια) για τη φροντίδα του.
- Δικαίωμα κρίσης. Εδώ η ερώτηση γίνεται για να απαντήσει ο ασθενής αν πιστεύει ότι έχει το δικαίωμα να κρίνει τη φροντίδα που του παρέχεται.
- Επάνοδος. Εδώ ο ασθενής απαντά εάν θα ήθελε να επισκεφτεί πάλι το ιατρείο σε περίπτωση μελλοντικών προβλημάτων.

Ακολουθεί μία σειρά ερωτήσεων που στοχεύει στην άντληση στοιχείων σχετικών με τις εντυπώσεις του ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες:

- Πως αισθάνεται συνολικά από τις υπηρεσίες που του προσφέρθηκαν.
- Πως αισθάνεται για τις υπηρεσίες που του προσφέρθηκαν συγκριτικά με αυτό που προσδοκούσε.
- Πως αισθάνεται συνολικά από την ιατρική φροντίδα.
- Πως αισθάνεται για τις ιατρικές υπηρεσίες που του προσφέρθηκαν συγκριτικά με αυτό που προσδοκούσε.
- Πως αισθάνεται συνολικά από την νοσηλευτική φροντίδα.
- Πως αισθάνεται για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που του προσφέρθηκαν συγκριτικά με αυτό που προσδοκούσε.
- Ποιο ήταν το αίτιο της επίσκεψης. Στις απαντήσεις γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα σε ένα οξύ, ένα χρόνιο πρόβλημα, τη συνταγογράφηση, ή την λήψη άδειας.
- Τι θεωρεί σπουδαιότερο για τη φροντίδα του. Εδώ καλείται να διαλέξει μεταξύ της ενημέρωσης, του σεβασμού, του ενδιαφέροντος, της ψυχολογικής υποστήριξης, των ανέσεων, της ευγένειας και της επικοινωνίας.
- Τελευταία σε αυτό το μέρος είναι η ερώτηση αν δέχτηκε νοσηλευτική φροντίδα κατά τη συγκεκριμένη επίσκεψη στην οποία αναφέρεται.

Κλίμακα των 27 θεματικών εννοιών

Ακολουθεί η κλίμακα των 27 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Εδώ σε κάθε ερώτηση πρέπει να δώσει μία απάντηση που κυμαίνεται από 0 (καθόλου) έως 10 (πάρα πολύ) στο πόσο σημαντικό είναι και σε ξεχωριστή στήλη πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής:

- Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια (όταν υπάρχει) χρόνο για να του εξηγήσει όσα δεν κατάλαβε από τον ιατρό.

- Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια **(όταν υπάρχει)** ενδιαφέρεται για το πρόβλημα του.
- Να είναι φιλική η νοσηλεύτρια μαζί του **(όταν υπάρχει)**.
- Η νοσηλεύτρια να είναι διακριτική **(όταν υπάρχει)**.
- Να αισθάνεται ότι η νοσηλεύτρια **(όταν υπάρχει)** ξέρει καλά την δουλειά της.
- Η νοσηλεύτρια **(όταν υπάρχει)** να τον συμβουλεύει τι πρέπει να κάνει για να διατηρήσει μια καλή υγεία.
- Η νοσηλεύτρια **(όταν υπάρχει)** να τον αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό.
- Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις του.
- Ο γιατρός να αφιερώσει χρόνο για να του εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσει και να του δώσει οδηγίες.
- Να νιώθει ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει.
- Ο γιατρός να είναι φιλικός μαζί του.
- Ο γιατρός είναι να διακριτικός.
- Ο γιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό.
- Να νιώθει ότι ο γιατρός ξέρει καλά την δουλειά του.
- Ο γιατρός να τον σέβεται σαν άνθρωπο όταν τον εξετάζει.
- Ο γιατρός να προστατεύει την αξιοπρέπεια του όταν τον εξετάζει.
- Ο γιατρός να τον συμβουλεύει τι πρέπει να κάνει για να διατηρεί μια καλή υγεία.
- Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση.
- Ο γιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού.
- Ο γιατρός να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις.
- Ο γιατρός να μην του ζητά χρήματα.
- Ο γιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση.
- Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος.
- Τα εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά οργανωμένα.
- Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας.
- Να τηρούνται τα ραντεβού.
- Να είναι φιλικός ο χώρος των ιατρείων.

Στο ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης, με την ποικιλία των ερωτήσεων και απαντήσεων που περιλαμβάνει, δίνεται η δυνατότητα οι συμμετέχοντες να

αντιπαραβάλλουν τις προσδοκίες τους, με την ικανοποίηση τους. Αυτό επιτυγχάνεται για τις μεν προσδοκίες τους, βαθμολογώντας/απαντώντας στην ερώτηση «πόσο σημαντικό...», για τη δε ικανοποίηση τους βαθμολογώντας/απαντώντας στην ερώτηση «πόσο ικανοποιημένος...».

Τροποποίηση του ερωτηματολογίου στη γερμανική γλώσσα

Για την τροποποίηση του ερωτηματολογίου για τους κατοίκους γερμανικής καταγωγής του νοτίου Πηλίου ακολουθήθηκε η συνήθης διαδικασία μετάφρασης. Χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο το οποίο είναι σταθμισμένο από τον καθηγητή κ. Ραφτόπουλο για τα ελληνικά δεδομένα(37).

Μετάφραση

Η μετάφραση έγινε με τη βοήθεια δύο επαγγελματιών μεταφραστριών και ενός επαγγελματία υγείας με προηγούμενη εμπειρία σε ερωτηματολόγια ποιότητας. Η πρώτη μετάφραση έγινε από το ελληνικό πρωτότυπο ερωτηματολόγιο στη γερμανική γλώσσα. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση ώστε στη μετάφραση να αποδίδεται το νόημα των ερωτήσεων και των απαντήσεων και όχι να γίνεται κυριολεκτική μεταφορά από την ελληνική στη γερμανική. Η δεύτερη μεταφράστρια μετέφρασε ξανά το ερωτηματολόγιο από τη γερμανική γλώσσα στην ελληνική. Ακολούθησε η αντιπαραβολή των δύο ελληνικών εκδοχών. Τα ελάχιστα σημεία στα οποία διαπιστώθηκαν μικρές εκφραστικές διαφορές, συζητήθηκαν και τροποποιήθηκαν στη γερμανική έκδοση του ερωτηματολογίου. Μετάφραση έγινε και στο σύντομο ενημερωτικό κείμενο της εισαγωγής.

Πιλοτική εφαρμογή

Για την ελληνική εκδοχή δεν κρίθηκε αναγκαία η πιλοτική εφαρμογή της, διότι έχει ήδη προηγηθεί η προσαρμογή της από τον καθηγητή κ. Ραφτόπουλο. Μετά τη διαδικασία της μετάφρασης/προσαρμογής/μετάφρασης στη γερμανική γλώσσα, ακολούθησε η πιλοτική συνέντευξη δέκα δίγλωσσων γερμανών κατοίκων της περιοχής του νοτίου Πηλίου. Συζητήθηκαν και σημειώθηκαν οι επισημάνσεις τους ώστε η γλώσσα του κειμένου να είναι απόλυτα καθημερινή, κατανοητή και να αποδίδει το νόημα των ερωτήσεων του σταθμισμένου ερωτηματολογίου.

Στατιστική ανάλυση

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM-SPSS έκδοση 19 (Statistical Package for Social Sciences).

Περιγραφική στατιστική

Μετά τη συλλογή των στοιχείων, ακολούθησε η περιγραφική στατιστική ανάλυση. Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσες τιμές \pm τυπική απόκλιση. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες τιμές συχνότητας ή/και ως ποσοστιαίες αναλογίες. Για την ανάλυση της κανονικότητας της κατανομής των συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική μέθοδος Kolmogorov – Smirnov, καθώς και τα στικτά διαγράμματα κατανομής.

Μέθοδος χ^2

Η διερεύνηση των διαφορών της κατανομής των κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ των ομάδων έγινε με τη βοήθεια της μεθόδου μέθοδος χ^2 . Η μέθοδος γενικά χρησιμοποιείται για την εκτίμηση των διαφορών μεταξύ δύο ή και περισσότερων δειγμάτων, που αποτελούνται από δεδομένα συχνότητας. Η συγκρίσεις αφορούν σε απόλυτες συχνότητες και όχι ποσοστιαίες αναλογίες. Ο έλεγχος έγινε με τη βοήθεια πινάκων συνάφειας 2×2 ή 2×3 ή και μεγαλύτερων κατά περίπτωση. Για τις περιπτώσεις όπου οι απόλυτες συχνότητες των δεδομένων είναι μικρή (< 5 ανά κελί), μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο ακριβής έλεγχος Fisher (Fisher-exact-test). Στην παρούσα μελέτη ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν σημαντικά μεγαλύτερος από το ελάχιστο αυτό όριο για κάθε ομάδα. Ως ελάχιστο όριο στατιστικής σημαντικότητας, θεωρήθηκε το γενικά αποδεκτό 0,05.

Απλή μη συσχετισμένη ανάλυση διακύμανσης ANOVA (One way ANalysis Of VAriance)

Στην παρούσα έρευνα έγινε χρήση της μη συσχετισμένης ανάλυσης διακύμανσης για τη διερεύνηση των διαφορών των μέσων όρων των τιμών μεταξύ των τριών ομάδων. Ο έλεγχος εφαρμόζεται για τις συνεχείς μεταβλητές που είχαν κανονική κατανομή και προέρχονται από διαφορετικές ομάδες ατόμων (μη συσχετισμένη). Η μηδενική υπόθεση θεωρεί ότι οι μέσοι όροι δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των τριών (στην προκειμένη περίπτωση) ομάδων. Η ανατροπή της μας αποκαλύπτει ότι η διαφορά είναι στατιστικά

σημαντική. Εξαιρετικό προσόν της μεθόδου είναι το γεγονός ότι δεν απαιτεί το πλήθος των τιμών να είναι ίδιο μεταξύ των δύο ομάδων που συγκρίνει. Το μειονέκτημα είναι ότι εφόσον βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά, δεν μπορεί να εντοπίσει το ζεύγος ή τα ζεύγη που διαφέρουν σημαντικά. Γι' αυτό χρειάζονται επιπλέον έλεγχοι (post hoc). Ο απλούστερος και συχνότερα χρησιμοποιούμενος είναι: η διόρθωση κατά Bonferroni. Η διόρθωση αυτή αποτελεί πρακτικά μία εφαρμογή του t-test, μόνο που ο βαθμός σημαντικότητας p υποδιαιρείται ανάλογα με τον αριθμό των ομάδων που συγκρίνονται. Ως ελάχιστο όριο στατιστικής σημαντικότητας, θεωρήθηκε αρχικά το γενικά αποδεκτό 0,05.

Μέθοδος t-test μη συσχετισμένων τιμών (uncorrelated t-test)

Όταν η ανάλυση διακύμανσης αποκαλύπτει μία σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, ακολουθούν έλεγχοι κατά ζεύγη ώστε να διευκρινιστεί μεταξύ ποιων η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική. Η μέθοδος t-test χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση των διαφορών των μέσων όρων των συνεχών μεταβλητών μεταξύ των ομάδων. Ο έλεγχος αυτός χρησιμοποιείται για να απαντήσει αν η μέση τιμή ενός συνόλου είναι σημαντικά διαφορετική (υψηλότερη ή χαμηλότερη) από τη μέση τιμή ενός άλλου συνόλου. Δηλαδή ελέγχει αν η διαφορά των μέσων όρων είναι τόσο διαφορετική από το μηδέν, ώστε η δύο ομάδες να μην προέρχονται από το ίδιο σύνολο ή με απλά λόγια να διαφέρουν σημαντικά. Στη συγκεκριμένη έρευνα έγινε χρήση του μη συσχετισμένου ελέγχου t, αφού τα σύνολα των τιμών προέρχονταν από διαφορετικές ομάδες συμμετεχόντων. Προϋπόθεση της μεθόδου είναι η υπό διερεύνηση μεταβλητή να έχει κανονική κατανομή. Επίσης, παλιότερα δεν ήταν δυνατή η εφαρμογή του ελέγχου αν η διακυμάνσεις της μεταβλητής ήταν πολύ διαφορετική μεταξύ των δύο ομάδων. Αυτό με την εφαρμογή των στατιστικών προγραμμάτων έχει ξεπεραστεί. Γίνεται ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων και ακολούθως γίνεται αυτόματα διόρθωση του t-test και του βαθμού σημαντικότητας. Ως ελάχιστο όριο στατιστικής σημαντικότητας και σε αυτόν τον έλεγχο θεωρήθηκε το γενικά αποδεκτό 0,05 με διόρθωση κατά Bonferroni λόγω του αριθμού των ομάδων που ήταν τρεις.

Αποτελέσματα

Στη μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά, συνολικά 222 κάτοικοι. Από αυτούς 79 ήταν Έλληνες, 75 ήταν Αλβανοί και 68 ήταν Γερμανοί. Οι Έλληνες είχαν μεγαλύτερη μέση

ηλικία από τους Αλβανούς, $46,0 \pm 11,9$ έναντι $39,8 \pm 10,4$ έτη ($p=0,002$), ενώ οι Γερμανοί είχαν το μεγαλύτερο μέσο όρο ηλικίας από όλους, $62,6 \pm 10,2$ έτη (Πίνακας 1).

	N	ΗΛΙΚΙΑ Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Έλληνες	79	45,96	11,916	19	84
Γερμανοί	68	62,63	10,210	41	81
Αλβανοί	75	39,79	10,390	18	75
Total	222	49,00	14,381	18	84

Πίνακας 1. Εθνικότητα και μέση ηλικία συμμετεχόντων.

Οι άνδρες ήταν λιγότεροι από τις γυναίκες κυρίως όσον αφορούσε στους Έλληνες, 31 (39,2%) έναντι 48 (60,8%). Ενώ ήταν οριακά λιγότεροι για τους Γερμανούς με 33 (48,5%) έναντι 34 (50%) και για τους Αλβανούς αντίστοιχα, με 33 (47,3%) έναντι 38 (51,4%). Ενώ 2 συμμετέχοντες (0,9% του συνόλου) δεν θέλησαν να προσδιορίσουν το φύλο τους. Οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Εκπαίδευση

Όσον αφορά στην εκπαίδευση, σημαντικά περισσότεροι Έλληνες ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ συγκριτικά με τους Γερμανούς και τους Αλβανούς, με 35 (44,3%) έναντι 19(27,9%) και 8(10,7%) αντίστοιχα ($p<0,001$). Ενώ περισσότεροι Γερμανοί ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου σπουδών, με 6 έναντι 3 Ελλήνων και 0 Αλβανών.

Οικογενειακή κατάσταση

Η πλειοψηφία τόσο των Ελλήνων (50, ποσοστό 63,3%), όσο των Γερμανών (47, ποσοστό 69,1%) και των Αλβανών (56, ποσοστό 75,7%) ($p=0,004$). Σε απόλυτο ποσοστό, λίγο περισσότεροι ήταν οι ανύπαντροι Αλβανοί (17, ποσοστό 23%), έναντι των Ελλήνων (14, ποσοστό 17,7%) και των Γερμανών (5, ποσοστό 7,4%).

Επαγγελματική ενασχόληση

Η πλειοψηφία των Ελλήνων (45, ποσοστό 57%) και των Γερμανών (43, ποσοστό 67,2%) ασχολούνταν με μη – χειρωνακτικές εργασίες, συγκριτικά με τους Αλβανούς (8, ποσοστό 10,7%) που ασχολούνταν περισσότερο με χειρωνακτικές εργασίες (40, ποσοστό 53,3%) ($p<0,001$). Αξιοσημείωτο ότι λιγότερες Ελληνίδες (12, ποσοστό 15,2%) ασχολούνταν με

οικιακά, συγκριτικά με τις Γερμανίδες (14, ποσοστό 21,9%) και τις Αλβανίδες (25, ποσοστό 33,3%) ($p < 0,001$).

Ετήσιο εισόδημα

Σημαντικά περισσότεροι Γερμανοί είχαν ετήσιο εισόδημα μεγαλύτερο από 15000 ευρώ το χρόνο (40, ποσοστό 58,8%), έναντι των Ελλήνων (9, ποσοστό 11,4%) και των Αλβανών (1, ποσοστό 1,3%) ($p < 0,001$). Αντίστοιχα, περισσότεροι Αλβανοί από Έλληνες και Γερμανούς είχαν εισόδημα μικρότερο από 5000 ευρώ ανά έτος (35 έναντι 20 και 4 αντίστοιχα, με ποσοστά 46,7% έναντι 25,3% και 5,9% αντίστοιχα) ($p < 0,001$).

Τόπος μόνιμης κατοικίας

Στη συντριπτική πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες ήταν μόνιμοι κάτοικοι νοτίου Πηλίου. Μοναδική διαφοροποίηση ουσιαστικά αποτέλεσε το 20,6% των Γερμανών (14 συμμετέχοντες) οι οποίοι είχαν ως μόνιμη κατοικία τη Γερμανία.

Επισκεψιμότητα ιατρείων

Τόσο οι Έλληνες (57, ποσοστό 72,2%), όσο και οι Αλβανοί (49, ποσοστό 65,3%) είχαν επισκεφτεί συχνότερα τις δομές της ΠΦΥ (περισσότερες από 3 φορές), συγκριτικά με τους Γερμανούς (30, ποσοστό 44,1%) ($p < 0,001$).

Σοβαρότητα προβλήματος υγείας

Περισσότεροι ήταν οι Έλληνες που επισκέφτηκαν την ΠΦΥ για λιγότερο σοβαρά προβλήματα υγείας (43, ποσοστό 54,4%), έναντι των Γερμανών (23, ποσοστό 34,8%) και των Αλβανών (20, ποσοστό 26,7%) ($p < 0,001$). Αντίστροφα, περισσότεροι ήταν οι Αλβανοί που επισκέφτηκαν την ΠΦΥ για περισσότερο σοβαρά προβλήματα υγείας (41, ποσοστό 54,7%), έναντι των Ελλήνων (25, ποσοστό 31,6%) και των Γερμανών (17, ποσοστό 25,8%) ($p < 0,001$). Αντίστοιχα, περισσότεροι ήταν οι Γερμανοί που επισκέφτηκαν την ΠΦΥ για προβλήματα που δεν ήταν καθόλου σοβαρά (24, ποσοστό 36,4%), έναντι των Ελλήνων (4, ποσοστό 5,1%) και των Αλβανών (4, ποσοστό 5,3%) ($p < 0,001$).

Χρονιότητα προβλήματος

Τόσο οι Έλληνες, όσο οι Γερμανοί και οι Αλβανοί, επισκέφτηκαν κατά κύριο λόγο τα ιατρεία όχι λόγω κάποιου χρόνιου προβλήματος υγείας (68 – ποσοστό 86,1%, έναντι 50 – ποσοστό 73,5% και 62 – ποσοστό 82,7% αντίστοιχα).

Συμμετοχή στη θεραπευτική απόφαση.

Ενώ οι Έλληνες βρίσκονται μοιρασμένοι μεταξύ εκείνων που θέλουν ο ιατρός και η νοσηλεύτρια να αποφασίζουν (27, ποσοστό 34,2%) και εκείνων που διαφωνούν (25, ποσοστό 31,6%), τόσο οι Γερμανοί (24, ποσοστό 35,3%), όσο και οι Αλβανοί (26, ποσοστό 34,7%) διαφωνούν απόλυτα ($p < 0,01$).

Δικαίωμα κρίσης της παρεχόμενης φροντίδας

Κοινή για όλους ήταν η πεποίθηση ότι οι ασθενείς πρέπει να έχουν το δικαίωμα να κρίνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Πίνακας 2).

			ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ			Total
			Έλληνες	Γερμανοί	Αλβανοί	
Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να κρίνουν την φροντίδα που τους παρέχεται	Δεν ξέρω	Συχνότητα	2	5	4	11
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	2,5%	7,4%	5,3%	5,0%
	Διαφωνώ απόλυτα	Συχνότητα	0	2	0	2
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	,0%	2,9%	,0%	,9%
	Διαφωνώ	Συχνότητα	4	4	5	13
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	5,1%	5,9%	6,7%	5,9%
	Συμφωνώ	Συχνότητα	40	22	40	102
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	50,6%	32,4%	53,3%	45,9%
	Συμφωνώ απόλυτα	Συχνότητα	33	35	26	94
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	41,8%	51,5%	34,7%	42,3%
	Σύνολο	Συχνότητα	79	68	75	222
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 2. Οι ασθενείς πρέπει να έχουν το δικαίωμα να κρίνουν τη φροντίδα που τους παρέχεται – απαντήσεις ανά εθνικότητα.

Επιθυμία να επισκεφτούν ξανά την συγκεκριμένη δομή στο μέλλον.

Φαίνεται να είναι κοινή επιθυμία όλων να επισκεφτούν ξανά στο μέλλον τις δομές της ΠΦΥ. (67 – ποσοστό 84,8%, έναντι 57 – ποσοστό 83,8% και 55 – ποσοστό 73,3%) Σε

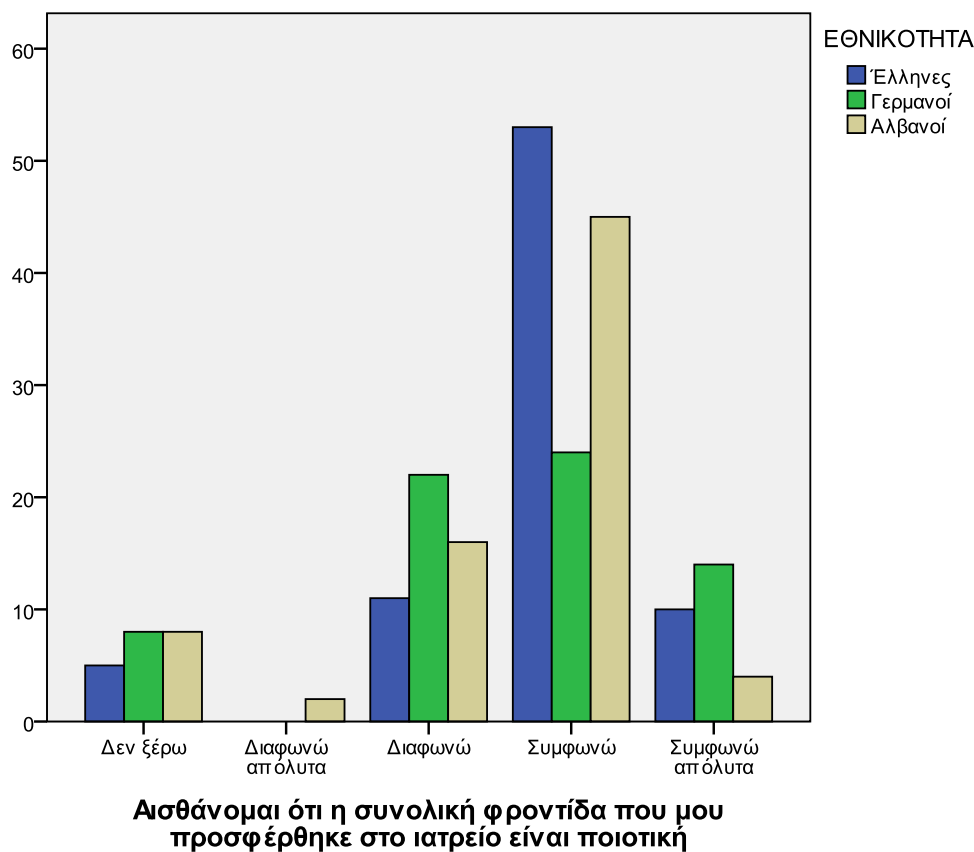
αυτή την απόφαση δεν φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των συμμετεχόντων.

Κρίση συνολικής φροντίδας

Η πλειοψηφία των Ελλήνων και των Αλβανών αισθάνονται ότι η συνολική φροντίδα που τους παρείχαν στο ιατρείο ήταν ποιοτική (53, ποσοστό 67,1% και 45, ποσοστό 60% αντίστοιχα), αντίθετα με τους Γερμανούς (24, ποσοστό 35,3%) ($p < 0,001$). Οι Γερμανοί ήταν μοιρασμένοι μεταξύ εκείνων που διαφωνούν (22, ποσοστό 32,4%) και εκείνων που συμφωνούν (24, ποσοστό 35,3%) (Πίνακας 3, διάγραμμα 1).

			ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ			Σύνολο
			Έλληνες	Γερμανοί	Αλβανοί	
Αισθάνομαι ότι η συνολική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο ιατρείο είναι ποιοτική	Δεν ξέρω	Συχνότητα	5	8	8	21
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	6,3%	11,8%	10,7%	9,5%
	Διαφωνώ απόλυτα	Συχνότητα	0	0	2	2
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	,0%	,0%	2,7%	,9%
	Διαφωνώ	Συχνότητα	11	22	16	49
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	13,9%	32,4%	21,3%	22,1%
	Συμφωνώ	Συχνότητα	53	24	45	122
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	67,1%	35,3%	60,0%	55,0%
	Συμφωνώ απόλυτα	Συχνότητα	10	14	4	28
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	12,7%	20,6%	5,3%	12,6%
	Σύνολο	Συχνότητα	79	68	75	222
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 3. Συνολική εκτίμηση παρεχόμενης φροντίδας – ανά εθνικότητα.



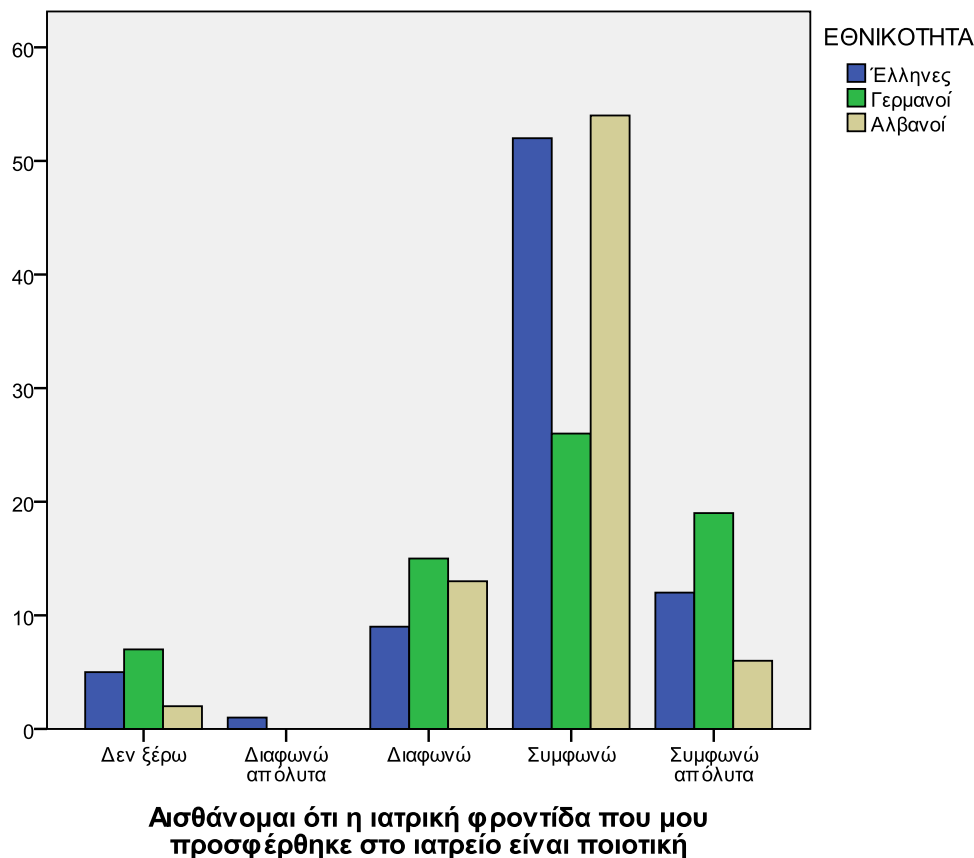
Διάγραμμα 1. Συνολική εκτίμηση παρεχόμενης φροντίδας – ανά εθνικότητα.

Εκτίμηση της ιατρικής φροντίδας

Η πλειοψηφία των Ελλήνων (64, ποσοστό 81%) και των Αλβανών (60, ποσοστό 80%) αισθάνθηκαν ότι η ιατρική φροντίδα που τους προσφέρθηκε στο ιατρείο ήταν ποιοτική, σε σύγκριση με τους Γερμανούς (45, ποσοστό 67,2%) ($p=0,002$) (Πίνακας 4, Διάγραμμα 2)

				ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ			Σύνολο
				Έλληνες	Γερμανοί	Αλβανοί	
Αισθάνομαι ότι η ιατρική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο ιατρείο είναι ποιοτική	Δεν ξέρω	Συχνότητα	5	7	2	14	
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	6,3%	10,4%	2,7%	6,3%	
	Διαφωνώ απόλυτα	Συχνότητα	1	0	0	1	
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	1,3%	,0%	,0%	,5%	
	Διαφωνώ	Συχνότητα	9	15	13	37	
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	11,4%	22,4%	17,3%	16,7%	
	Συμφωνώ	Συχνότητα	52	26	54	132	
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	65,8%	38,8%	72,0%	59,7%	
	Συμφωνώ απόλυτα	Συχνότητα	12	19	6	37	
		% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	15,2%	28,4%	8,0%	16,7%	
Σύνολο	Συχνότητα	79	67	75	221		
	% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Πίνακας 4. Εκτίμηση ιατρικής φροντίδας.



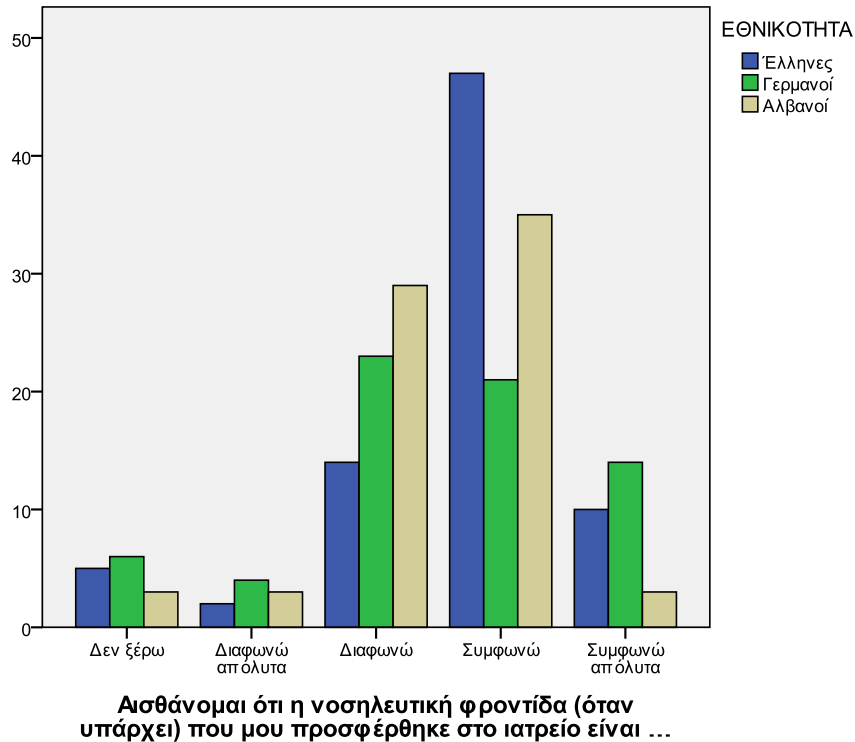
Διάγραμμα 2. Εκτίμηση ιατρικής φροντίδας.

Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας

Οι Έλληνες ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα που τους παρασχέθηκε (57, ποσοστό 71,1%), σε αντίθεση με τους Γερμανούς (35, ποσοστό 51,5%) και τους Αλβανούς (38, ποσοστό 52%) που φαίνεται να αμφιταλαντεύονται ($p=0,003$) (Πίνακας 5, Διάγραμμα 3).

		ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ			Σύνολο
		Έλληνες	Γερμανοί	Αλβανοί	
Αισθάνομαι ότι η Δεν ξέρω νοσηλευτική φροντίδα (όταν υπάρχει) που μου προσφέρθηκε στο ιατρείο είναι ποιοτική	Συχνότητα	5	6	3	14
	% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	6,4%	8,8%	4,1%	6,4%
	Διαφωνώ απόλυτα	2	4	3	9
	% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	2,6%	5,9%	4,1%	4,1%
	Διαφωνώ	14	23	29	66
	% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	17,9%	33,8%	39,7%	30,1%
Συμφωνώ	47	21	35	103	
% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	60,3%	30,9%	47,9%	47,0%	
Συμφωνώ απόλυτα	10	14	3	27	
% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	12,8%	20,6%	4,1%	12,3%	
Σύνολο	Συχνότητα	78	68	73	219
	% ανά ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 5. Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας.



Διάγραμμα 3. Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας.

Ερωτηματολόγιο (Expectations – Perceived Quality – Satisfaction with Primary Care Services Scale, εν συντομία γνωστό ως E-PQ-SPCSS)

Χαρακτηριστικό εύρημα και κοινό και στις 27 θεματικές ενότητες – ερωτήματα ήταν ότι ενώ όλοι οι συμμετέχοντες θεωρούσαν εξαιρετικά σημαντική κάθε ενότητα – χαρακτηριστικό της φροντίδας υγείας, όλοι ανεξαιρέτως ήταν λιγότερο ευχαριστημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (ANOVA within groups $p < 0,0001$). Επίσης, στην πλειοψηφία των ερωτημάτων, οι Έλληνες ήταν περισσότερο ευχαριστημένοι από τους Γερμανούς και τους Αλβανούς. Εξαιρέση αποτελούσε η αυξημένη ικανοποίηση των Αλβανών από τη διακριτικότητα των ιατρών, από το γεγονός ότι οι γιατροί τους αντιμετώπιζαν ως ανθρώπους και όχι ως αριθμούς και πίστευαν ότι οι γιατροί ξέρουν καλά τη δουλειά τους, τους σέβονταν, προστάτευαν την αξιοπρέπεια τους και παράγγελλαν όλες τις αναγκαίες εξετάσεις. Παρακάτω ακολουθούν οι πίνακες με τα αναλυτικά στοιχεία ανά ερώτηση και εθνικότητα.

Από την ανάλυση των πρώτων ερωτημάτων προκύπτει ότι οι Αλβανοί νοιώθουν περισσότερο την ανάγκη να τους εξηγήσει η νοσηλεύτρια ότι δεν κατάλαβαν από τον ιατρό, καθώς επίσης να είναι φιλική μαζί τους, να είναι διακριτική και να ενδιαφέρεται για το πρόβλημα τους. Ενώ οι Αλβανοί είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τη φιλικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη διακριτικότητα του (Πίνακας 6). Οι Γερμανοί επιθυμούν οριακά περισσότερο από τους Έλληνες η νοσηλεύτρια να ξέρει καλά τη δουλειά της, ταυτόχρονα είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις επιδόσεις της. Περιμένουν περισσότερο από τους άλλους να τους συμβουλεύει ώστε να διατηρούν μία καλή υγεία και είναι και πάλι λιγότερο ικανοποιημένοι, διαφορά όμως που δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Παρόμοια οι Γερμανοί επιθυμούν περισσότερο από τους Έλληνες και τους Αλβανούς να αντιμετωπίζονται σαν άνθρωποι από τη νοσηλεύτρια, ενώ τόσο αυτοί, όσο και οι Αλβανοί δείχνουν μικρότερη ικανοποίηση από το αποτέλεσμα (Πίνακας 7). Όλοι θέλουν ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει σε ερωτήσεις, με τους Αλβανούς και τους Γερμανούς να διατηρούν οριακό προβάδισμα. Λιγότερο ικανοποιημένοι από τους Έλληνες και τους Αλβανούς, ήταν οι Γερμανοί. Όλοι θέλουν ο γιατρός να αφιερώνει χρόνο να τους εξηγήσει τη θεραπεία, με τους Γερμανούς να διατηρούν οριακό προβάδισμα. Επίσης, οι Γερμανοί επιθυμούν περισσότερο ο ιατρός να ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν. Ταυτόχρονα νοιώθουν περισσότερο την ανάγκη να είναι φιλικός ο ιατρός και αν και τον βρίσκουν φιλικότερο απ' ότι οι Έλληνες και οι Γερμανοί, αυτό δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντικό (Πίνακας 8). Οι ασθενείς και των τριών εθνικοτήτων επιθυμούν να είναι διακριτικός ο γιατρός, μικρό προβάδισμα είχαν οι Γερμανοί και οι Αλβανοί έναντι των Ελλήνων. Ενώ οι Αλβανοί βρήκαν τους ιατρούς περισσότερο διακριτικούς απ' ότι οι υπόλοιποι. Επίσης πολύ σημαντικό ήταν για όλους να τους αντιμετωπίζει ο γιατρός σαν ανθρώπους και όχι σαν αριθμούς, με τους Γερμανούς να πετυχαίνουν το απόλυτο «10». Ακριβώς το ίδιο παρατηρήθηκε και για την προσδοκία όλων να νοιώθουν ότι ο γιατρός ξέρει καλά τη δουλειά του, με τους Γερμανούς να πετυχαίνουν και πάλι το απόλυτο «10» Και τους Αλβανούς να μένουν περισσότερο ικανοποιημένοι από τους υπόλοιπους από την απόδοση των γιατρών. Με μικρή διαφορά Γερμανοί και Αλβανοί θεωρούν σχεδόν απόλυτη συνθήκη να χαίρουν του σεβασμού του γιατρού, με τους Αλβανούς να είναι και οι περισσότερο ικανοποιημένοι (Πίνακας 9). Όλοι οι συμμετέχοντες θεωρούσαν πολύ σημαντική την προστασία της αξιοπρέπειας τους από τον γιατρό και εδώ οι Γερμανοί να

πετυχαίνουν πάλι τη μέγιστη βαθμολογία σε απόλυτο ποσοστό και οι Αλβανοί να δείχνουν πιο ικανοποιημένοι από τους Έλληνες και τους Γερμανούς. Τόσο οι Γερμανοί, όσο και οι Αλβανοί επιθυμούν περισσότερο από τους Έλληνες γιατρός να τους συμβουλεύει ώστε να διατηρούν μία καλή υγεία, αν και οι παρατηρούμενες διαφορές είναι μικρές. Η λήψη ιστορικού θεωρείται από όλους σημαντική, με μικρή διαφορά οι Γερμανοί τη θεωρούν σημαντικότερη από τους Έλληνες. Η συνέπεια στην ώρα του ραντεβού επίσης είναι σημαντική για όλους, με τους Αλβανούς να τη θεωρούν κατά τι σημαντικότερη από τους Έλληνες και ταυτόχρονα ήταν και οι λιγότερο ικανοποιημένοι. Γενικά όμως η ικανοποίηση όλων ήταν πολύ μικρή από τη συνέπεια των ιατρών στην ώρα των ραντεβού (Πίνακας 10). Η παραγγελία των αναγκαίων εξετάσεων ήταν σημαντική για όλους, με τους Έλληνες να ακολουθούν με μικρή όμως διαφορά. Σχεδόν όλοι απάντησαν απόλυτα και κατηγορηματικά ότι είναι σημαντικό ο γιατρός να μην τους ζητάει χρήματα. Οι μόνοι όμως που απάντησαν με απόλυτο τρόπο ότι είναι ικανοποιημένοι από την αντίστοιχη συμπεριφορά των ιατρών ήταν οι Αλβανοί. Για όλους επίσης ήταν σημαντικό να μην βιάζεται ο γιατρός κατά την εξέταση, με τους Αλβανούς να προηγούνται λίγο των Ελλήνων (Πίνακας 11). Οι Έλληνες και οι Αλβανοί φαίνεται να θεωρούν περισσότερο σημαντικό από τους Γερμανούς να είναι ήσυχος και άνετος ο χώρος υποδοχής. Γενικά η ικανοποίηση από το χώρο αναμονής ήταν μικρή, με τους Αλβανούς να είναι οι λιγότερο ικανοποιημένοι, με μικρή όμως διαφορά. Με μικρή διαφορά έναντι των Ελλήνων, οι Γερμανοί θεωρούν περισσότερο σημαντική την ύπαρξη οργανωμένων εξωτερικών ιατρείων. Διαφορές όμως που αν και ήταν στατιστικά σημαντικές, ήταν μικρές. Όλοι ανεξαιρέτως δήλωσαν ότι είναι σημαντικό να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας. Από τις απαντήσεις όμως προκύπτει ότι η υπάρχουσα οργάνωση δεν ήταν ικανοποιητική (Πίνακας 12). Τόσο οι Έλληνες, όσο οι Αλβανοί και οι Γερμανοί, θεωρούν σημαντικό να τηρούνται τα ραντεβού, δεν είναι όμως ικανοποιημένοι από την εικόνα που υπάρχει. Το ίδιο ισχύει και για το χώρο των ιατρείων, τον οποίο περίμεναν και θα ήθελαν να είναι πιο φιλικός (Πίνακας 13).

	N	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	95% ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	
				ΚΑΤΩ ΟΡΙΟ	ΑΝΩ ΟΡΙΟ
Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια Έλληνες χρόνο για να μου εξηγήσει Γερμανοί όσα δεν κατάλαβα από τον Αλβανοί ιατρό - Πόσο σημαντικό	79	8,52	2,099	8,05	8,99
	68	9,09	1,760	8,66	9,51
	74	9,23	1,390	8,91	9,55
p =0,035					
Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια Έλληνες χρόνο για να μου εξηγήσει Γερμανοί όσα δεν κατάλαβα από τον Αλβανοί ιατρό - Πόσο ικανοποιημένος	77	6,43	2,022	5,97	6,89
	67	5,79	1,693	5,38	6,20
	73	6,25	2,113	5,75	6,74
p =0,141					
Να αισθάνομαι ότι η Έλληνες νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται Γερμανοί για το πρόβλημα μου - Πόσο Αλβανοί σημαντικό	79	8,62	1,734	8,23	9,01
	68	9,09	1,358	8,76	9,42
	74	9,35	1,065	9,10	9,60
p =0,006					
Να αισθάνομαι ότι η Έλληνες νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται Γερμανοί για το πρόβλημα μου - Πόσο Αλβανοί ικανοποιημένος	77	6,43	1,963	5,98	6,87
	67	5,81	1,828	5,36	6,25
	73	5,79	2,121	5,30	6,29
p =0,084					
Να είναι φιλική η Έλληνες νοσηλεύτρια μαζί μου - Γερμανοί Πόσο σημαντικό Αλβανοί	79	8,92	1,583	8,57	9,28
	68	9,75	,920	9,53	9,97
	74	9,62	,887	9,42	9,83
p <0,0001					
Να είναι φιλική η Έλληνες νοσηλεύτρια μαζί μου - Γερμανοί Πόσο ικανοποιημένος Αλβανοί	77	7,00	1,919	6,56	7,44
	68	6,57	1,911	6,11	7,04
	73	5,63	2,170	5,12	6,14
p <0,0001					
Η νοσηλεύτρια να είναι Έλληνες διακριτική - Πόσο σημαντικό Γερμανοί Αλβανοί	78	9,04	1,418	8,72	9,36
	67	9,88	,409	9,78	9,98
	74	9,70	,677	9,55	9,86
p <0,0001					
Η νοσηλεύτρια να είναι Έλληνες διακριτική - Πόσο Γερμανοί ικανοποιημένος Αλβανοί	76	7,41	2,111	6,93	7,89
	66	6,35	1,631	5,95	6,75
	73	7,59	2,216	7,07	8,11
p =0,001					

Πίνακας 6. Προσδοκίες και ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό.

	N	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	95% ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	
				ΚΑΤΩ ΟΡΙΟ	ΑΝΩ ΟΡΙΟ
Να αισθάνομαι ότι η Έλληνες νοσηλεύτρια ξέρει καλά τη δουλειά της - Πόσο σημαντικό	79	9,52	1,207	9,25	9,79
	68	9,94	,237	9,88	10,00
	74	9,84	,497	9,72	9,95
		p=0,003			
Να αισθάνομαι ότι η Έλληνες νοσηλεύτρια ξέρει καλά τη δουλειά της - Πόσο ικανοποιημένος	77	7,52	1,840	7,10	7,94
	68	6,40	1,426	6,05	6,74
	73	7,19	1,977	6,73	7,65
		p=0,001			
Η νοσηλεύτρια να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μία καλή υγεία - Πόσο σημαντικό	79	8,30	2,156	7,82	8,79
	68	9,13	1,554	8,76	9,51
	74	8,92	1,460	8,58	9,26
		p=0,013			
Η νοσηλεύτρια να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μία καλή υγεία - Πόσο ικανοποιημένος	77	6,66	1,840	6,24	7,08
	67	6,01	2,011	5,52	6,51
	73	6,07	1,995	5,60	6,53
		p=0,082			
Η νοσηλεύτρια να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό - Πόσο σημαντικό	79	9,57	,872	9,37	9,77
	68	9,94	,237	9,88	10,00
	74	9,85	,589	9,71	9,99
		p=0,001			
Η νοσηλεύτρια να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό - Πόσο ικανοποιημένος	77	7,32	1,916	6,89	7,76
	68	6,43	p=0,001	5,95	6,90
	73	6,42	2,217	5,91	6,94
		p=0,009			

Πίνακας 7. Προσδοκίες και ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό.

	N	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	95% ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ		
				ΚΑΤΩ ΟΡΙΟ	ΑΝΩ ΟΡΙΟ	
Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου - Πόσο σημαντικό	Έλληνες	79	9,73	,655	9,59	9,88
	Γερμανοί	68	9,96	,207	9,91	10,01
	Αλβανοί	75	9,92	,514	9,80	10,04
			p=0,016			
Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου - Πόσο ικανοποιημένος	Έλληνες	79	7,97	1,768	7,58	8,37
	Γερμανοί	68	7,12	1,588	6,73	7,50
	Αλβανοί	75	7,77	1,582	7,41	8,14
			p=0,006			
Ο γιατρός να αφιερώνει χρόνο για να μου εξηγήσει τη θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει εξηγήσεις - Πόσο σημαντικό	Έλληνες	79	9,70	,722	9,53	9,86
	Γερμανοί	68	10,00	,000	10,00	10,00
	Αλβανοί	75	9,83	,724	9,66	9,99
			p=0,01			
Ο γιατρός να αφιερώνει χρόνο για να μου εξηγήσει τη θεραπεία... - Πόσο ικανοποιημένος	Έλληνες	79	7,87	1,849	7,46	8,29
	Γερμανοί	68	7,46	1,165	7,17	7,74
	Αλβανοί	75	7,67	1,663	7,28	8,05
			p=0,291			
Να νιώθω ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα της υγείας που αντιμετωπίζω - Πόσο σημαντικό	Έλληνες	79	9,47	,998	9,24	9,69
	Γερμανοί	68	9,88	,681	9,72	10,05
	Αλβανοί	75	9,72	,669	9,57	9,87
			p=0,008			
Να νιώθω ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα της υγείας που αντιμετωπίζω - Πόσο ικανοποιημένος	Έλληνες	79	7,70	1,720	7,31	8,08
	Γερμανοί	68	7,43	1,438	7,08	7,77
	Αλβανοί	75	7,37	1,916	6,93	7,81
			p=0,456			
Ο γιατρός να είναι φιλικός μαζί μου - Πόσο σημαντικό	Έλληνες	79	9,43	,872	9,23	9,63
	Γερμανοί	68	9,88	,474	9,77	10,00
	Αλβανοί	75	9,72	,689	9,56	9,88
			p=0,001			
Ο γιατρός να είναι φιλικός μαζί μου - Πόσο ικανοποιημένος	Έλληνες	79	7,91	1,546	7,57	8,26
	Γερμανοί	68	7,93	1,163	7,64	8,21
	Αλβανοί	75	7,43	1,749	7,02	7,83
			p=0,076			

Πίνακας 8. Προσδοκίες και ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό.

	N	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	95% ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	
				ΚΑΤΩ ΟΡΙΟ	ΑΝΩ ΟΡΙΟ
Ο γιατρός να είναι Έλληνας διακριτικός - Πόσο σημαντικό Γερμανοί Αλβανοί	79	9,37	1,002	9,14	9,59
	68	9,94	,340	9,86	10,02
	75	9,84	,546	9,71	9,97
		p<0,0001			
Ο γιατρός να είναι Έλληνας διακριτικός - Πόσο ικανοποιημένος Γερμανοί Αλβανοί	79	8,29	1,862	7,87	8,71
	68	8,26	1,265	7,96	8,57
	75	9,11	1,538	8,75	9,46
		p=0,001			
Ο γιατρός να με Έλληνας αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό - Πόσο σημαντικό Γερμανοί Αλβανοί	79	9,73	,635	9,59	9,88
	68	10,00	,000	10,00	10,00
	75	9,83	,601	9,69	9,96
		p=0,008			
Ο γιατρός να με Έλληνας αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό - Πόσο ικανοποιημένος Γερμανοί Αλβανοί	79	7,99	1,765	7,59	8,38
	68	8,00	1,446	7,65	8,35
	75	8,12	1,692	7,73	8,51
		p=0,862			
Να νιώθω ότι ο γιατρός ξέρει καλά τη δουλειά του - Πόσο σημαντικό Γερμανοί Αλβανοί	79	9,78	,613	9,65	9,92
	68	10,00	,000	10,00	10,00
	75	9,88	,544	9,75	10,01
		p=0,028			
Να νιώθω ότι ο γιατρός ξέρει καλά τη δουλειά του - Πόσο ικανοποιημένος Γερμανοί Αλβανοί	79	8,27	1,517	7,93	8,61
	68	8,25	,952	8,02	8,48
	75	8,83	1,571	8,47	9,19
		p=0,017			
Ο γιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει - Πόσο σημαντικό Γερμανοί Αλβανοί	79	9,76	,625	9,62	9,90
	68	10,00	,000	10,00	10,00
	75	9,95	,280	9,88	10,01
		p=0,001			
Ο γιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει - Πόσο ικανοποιημένος Γερμανοί Αλβανοί	79	8,62	1,408	8,30	8,94
	68	8,59	,966	8,35	8,82
	75	9,23	1,538	8,87	9,58
		p=0,005			

Πίνακας 9. Προσδοκίες και ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό.

	N	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	95%ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	
				ΚΑΤΩ ΟΡΙΟ	ΑΝΩ ΟΡΙΟ
Ο γιατρός να προστατεύει την Έλληνες αξιοπρέπεια μου όταν με Γερμανοί εξετάζει - Πόσο σημαντικό Αλβανοί	79	9,77	,619	9,63	9,91
	68	10,00	,000	10,00	10,00
	75	9,93	,300	9,86	10,00
		p=0,003			
Ο γιατρός να προστατεύει την Έλληνες αξιοπρέπεια μου όταν με Γερμανοί εξετάζει - Πόσο ικανοποιημένος Αλβανοί	79	8,78	1,411	8,47	9,10
	68	8,34	1,101	8,07	8,60
	75	9,28	1,503	8,93	9,63
		p<0,0001			
Ο γιατρός να με συμβουλεύει τι Έλληνες πρέπει να κάνω για να διατηρώ Γερμανοί μία καλή υγεία - Πόσο Αλβανοί σημαντικό	79	9,52	,860	9,33	9,71
	68	9,94	,340	9,86	10,02
	75	9,96	,257	9,90	10,02
		p<0,0001			
Ο γιατρός να με συμβουλεύει τι Έλληνες πρέπει να κάνω για να διατηρώ Γερμανοί μία καλή υγεία - Πόσο Αλβανοί ικανοποιημένος	79	8,23	1,560	7,88	8,58
	68	8,13	1,064	7,87	8,39
	75	8,04	1,774	7,63	8,45
		p=0,742			
Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό Έλληνες χρόνο στη λήψη ενός πλήρους Γερμανοί ιστορικού που θα τον βοηθήσει Αλβανοί στη διάγνωση - Πόσο σημαντικό	79	9,63	,754	9,46	9,80
	67	9,90	,394	9,80	9,99
	75	9,72	,689	9,56	9,88
		p=0,047			
Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό Έλληνες χρόνο στη λήψη ενός πλήρους Γερμανοί ιστορικού... - Πόσο Αλβανοί ικανοποιημένος	79	7,85	1,570	7,50	8,20
	67	7,55	1,329	7,23	7,88
	73	7,73	1,652	7,34	8,11
		p=0,508			
Ο γιατρός να είναι συνεπής Έλληνες στην ώρα του ραντεβού - Πόσο Γερμανοί σημαντικό Αλβανοί	79	9,58	,810	9,40	9,76
	68	9,75	,583	9,61	9,89
	75	9,89	,421	9,80	9,99
		p=0,01			
Ο γιατρός να είναι συνεπής Έλληνες στην ώρα του ραντεβού - Πόσο Γερμανοί ικανοποιημένος Αλβανοί	78	7,01	2,104	6,54	7,49
	68	6,50	1,625	6,11	6,89
	75	6,19	2,011	5,72	6,65
		p=0,03			

Πίνακας 10. Προσδοκίες και ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό.

	N	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	95% ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	
				ΚΑΤΩ ΟΡΙΟ	ΑΝΩ ΟΡΙΟ
Ο γιατρός να παραγγέλνει Έλληνες όλες τις αναγκαίες εξετάσεις Γερμανοί - Πόσο σημαντικό Αλβανοί	78	9,63	,839	9,44	9,82
	66	9,95	,210	9,90	10,01
	75	9,91	,597	9,77	10,04
		p=0,003			
Ο γιατρός να παραγγέλνει Έλληνες όλες τις αναγκαίες εξετάσεις Γερμανοί - Πόσο ικανοποιημένος Αλβανοί	78	7,95	1,940	7,51	8,39
	66	7,65	1,271	7,34	7,96
	75	8,12	1,524	7,77	8,47
		p=0,228			
Ο γιατρός να μη μου ζητά Έλληνες χρήματα - Πόσο σημαντικό Γερμανοί Αλβανοί	79	9,94	,293	9,87	10,00
	68	9,93	,359	9,84	10,01
	75	10,00	,000	10,00	10,00
		p=0,191			
Ο γιατρός να μη μου ζητά Έλληνες χρήματα - Πόσο Γερμανοί ικανοποιημένος Αλβανοί	79	9,92	,350	9,85	10,00
	68	9,06	1,601	8,67	9,45
	75	10,00	,000	10,00	10,00
		P<0,0001			
Ο γιατρός να μη βιάζεται Έλληνες κατά την εξέταση - Πόσο Γερμανοί σημαντικό Αλβανοί	79	9,59	,793	9,42	9,77
	66	9,74	1,168	9,46	10,03
	75	9,97	,231	9,92	10,03
		p=0,015			
Ο γιατρός να μη βιάζεται Έλληνες κατά την εξέταση - Πόσο Γερμανοί ικανοποιημένος Αλβανοί	79	7,80	1,800	7,39	8,20
	66	7,20	1,470	6,84	7,56
	75	7,65	1,438	7,32	7,98
		p=0,067			

Πίνακας 11. Προσδοκίες και ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό.

	N	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	95% ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ		
				ΚΑΤΩ ΟΡΙΟ	ΑΝΩ ΟΡΙΟ	
Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος - Πόσο σημαντικό	Έλληνες	79	9,18	1,152	8,92	9,44
	Γερμανοί	68	8,32	1,799	7,89	8,76
	Αλβανοί	75	9,41	,974	9,19	9,64
			p<0,0001			
Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος - Πόσο ικανοποιημένος	Έλληνες	79	6,99	2,054	6,53	7,45
	Γερμανοί	67	6,19	1,340	5,87	6,52
	Αλβανοί	75	6,11	2,064	5,63	6,58
			p=0,007			
Τα εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά οργανωμένα - Πόσο σημαντικό	Έλληνες	79	9,67	,655	9,52	9,82
	Γερμανοί	68	9,88	,406	9,78	9,98
	Αλβανοί	75	9,85	,485	9,74	9,96
			p=0,031			
Τα εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά οργανωμένα - Πόσο ικανοποιημένος	Έλληνες	78	6,42	2,213	5,92	6,92
	Γερμανοί	68	6,34	1,410	6,00	6,68
	Αλβανοί	75	6,49	1,359	6,18	6,81
			p=0,865			
Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας - Πόσο σημαντικό	Έλληνες	79	9,47	1,036	9,24	9,70
	Γερμανοί	59	9,41	1,146	9,11	9,71
	Αλβανοί	75	9,69	,822	9,50	9,88
			p=0,204			
Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας - Πόσο ικανοποιημένος	Έλληνες	78	6,96	2,212	6,46	7,46
	Γερμανοί	57	6,33	1,075	6,05	6,62
	Αλβανοί	75	6,55	1,571	6,19	6,91
			p=0,099			

Πίνακας 12. Προσδοκίες και ικανοποίηση από το χώρο και την οργάνωση.

	N	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	95% ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	
				ΚΑΤΩ ΟΡΙΟ	ΑΝΩ ΟΡΙΟ
Να τηρούνται τα ραντεβού - Πόσο σημαντικό	Έλληνες 79	9,66	,766	9,49	9,83
	Γερμανοί 66	9,79	,512	9,66	9,91
	Αλβανοί 75	9,79	,599	9,65	9,92
		p=0,361			
Να τηρούνται τα ραντεβού - Πόσο ικανοποιημένος	Έλληνες 78	7,04	2,129	6,56	7,52
	Γερμανοί 66	6,42	1,190	6,13	6,72
	Αλβανοί 75	6,51	1,528	6,16	6,86
		p=0,056			
Να είναι φιλικός ο χώρος των ιατρείων - Πόσο σημαντικό	Έλληνες 79	9,28	1,120	9,03	9,53
	Γερμανοί 68	9,63	,790	9,44	9,82
	Αλβανοί 75	9,40	1,078	9,15	9,65
		p=0,106			
Να είναι φιλικός ο χώρος των ιατρείων - Πόσο ικανοποιημένος	Έλληνες 79	6,78	2,302	6,27	7,30
	Γερμανοί 68	6,47	1,000	6,23	6,71
	Αλβανοί 75	6,21	1,869	5,78	6,64
		p=0,156			

Πίνακας 13 Προσδοκίες και ικανοποίηση από το χώρο και την οργάνωση.

Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη έγινε αξιολόγηση της ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως αυτή προσδιορίζεται από τους κατοίκους του νοτίου Πηλίου. Η αξιολόγηση έγινε με τη συμβολή τριών διαφορετικών εθνικών ομάδων, Ελληνικής, Αλβανικής και Γερμανικής καταγωγής. Η μελέτη χαρακτηρίζεται για την πρωτοτυπία και το ενδιαφέρον της, αφού δεν υπάρχει καμία προηγούμενη δημοσιευμένη αναφορά που να παρουσιάζει τις απόψεις και τις προσδοκίες αυτών των ομάδων. Ο δήμος νοτίου Πηλίου είναι ένας αρκετά πυκνοκατοικημένος επαρχιακός δήμος. Στο δήμο νοτίου Πηλίου κατοικούν μόνιμα περισσότεροι από 11000 κάτοικοι(10). Οι Έλληνες, οι Αλβανοί και οι Γερμανοί αποτελούν τις επικρατέστερες ομάδες κατοίκων. Η πολιτισμική αφετηρία αυτών των ομάδων είναι διαφορετική. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, τόσο οι απόψεις τους, όσο και οι προσδοκίες τους να παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη περιλαμβάνει πέρα από τα δημογραφικά και γενικά στοιχεία, την κλίμακα Expectations-Perceived Quality-Satisfaction with Primary Care Services Scale (E-PQ-SPCSS) των 27 ερωτήσεων. Αυτό έχει σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της ικανοποίησης, των προσδοκιών και της εκληφθείσας τελικά ποιότητας φροντίδας υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα από τον καθηγητή κ. Ραφτόπουλο(37). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο το οποίο είναι στιβαρό ως εργαλείο εκτίμησης. Διακρίνεται για την αξιοπιστία του και την εγκυρότητα του. Στην ελληνική μορφή του χορηγήθηκε στους Έλληνες και τους Αλβανούς κατοίκους του νοτίου Πηλίου. Προϋπόθεση της συμμετοχής για τους κατοίκους αλβανικής καταγωγής ήταν η καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας. Πιθανά εξαιτίας των ιδιαίτερων γεωγραφικών χαρακτηριστικών της περιοχής του νοτίου Πηλίου, οι αλβανικής καταγωγής κάτοικοι της περιοχής είναι αρκετά χρόνια στην περιοχή, συχνά περισσότερα από είκοσι. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, πρώτα απ' όλα να γνωρίζουν σε αρκετά καλό βαθμό την ελληνική γλώσσα και δεύτερο, να χρησιμοποιούν τις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όσο και οι ελληνικής καταγωγής κάτοικοι. Για την προσαρμογή του ερωτηματολογίου στη γερμανική γλώσσα, ακολουθήθηκε μία κοπιώδης αλλά αποτελεσματική βηματική προσέγγιση. Αυτή περιλάμβανε μεταφράσεις από τα ελληνικά στα γερμανικά και από τα γερμανικά στα ελληνικά και την πιλοτική εφαρμογή του και την εκ νέου προσαρμογή του. Το αποτέλεσμα όμως μετά από τρεις μεταφράσεις ήταν εξαιρετικό, αφού το

εγχείρημα αγκαλιάστηκε από τους κατοίκους γερμανικής καταγωγής με ιδιαίτερο ενθουσιασμό.

Η συμβολή των ασθενών στην εκτίμηση της ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι σημαντική. Με την αξιολόγηση που παρέχουν για τις εκάστοτε δομές υγείας, να συμβάλουν σημαντικά στην ουσιαστική βελτίωση τους(62). Έτσι, η συμμετοχή των πολιτών στη βελτίωση των δομών κοινωνικής προσφοράς είναι αναγκαία. Πολύ δε περισσότερο, η ενεργή συμμετοχή των ασθενών στη επισήμανση εκείνων των σημείων τα οποία μπορούν να βελτιωθούν. Η πρόσφατη νομοθεσία κινείται προς την προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών. Παρόλα ταύτα, δεν παρέχεται βήμα στους ασθενείς και γενικότερα στους χρήστες των δομών. Αυτό το κενό πιθανά εξηγείται από την «πατερναλιστική» προσέγγιση που υιοθετείται στις δομές υγείας(37). Από τη μία πλευρά φαίνεται να έχουμε διαχρονικά μία «αφ' υψηλού» μεταχείριση των επιθυμιών των ασθενών από τις κεντρικές δομές. Η πρωτοβουλία του κράτους για την εκτίμηση της σχέσης μεταξύ των προσδοκιών των καταναλωτών και της εκτιμώμενης ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών είναι επεικώς ασθενική. Η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών που πραγματεύονται αυτό το θέμα είναι ερευνητικές πρωτοβουλίες. Αυτή η διερεύνηση όμως είναι εξόχως σημαντική. Μας επιτρέπει να σχεδιάσουμε στοχευόμενα με τρόπο συνεπή στις ιδιαίτερες ανάγκες των καταναλωτών και τις αποκλείσεις από το θεωρούμενο ως ιδανικό(63).

Η έκφραση της άποψης των ασθενών μπορεί να επηρεάζεται από το χώρο στον οποίο γίνεται. Λαμβάνοντας αυτόν τον περιορισμό υπόψη μας, στην παρούσα μελέτη καταβλήθηκε ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε τα ερωτηματολόγια να διανεμηθούν και να συμπληρωθούν κατά το δυνατό στο χώρο κατοικίας των ασθενών. Αυτή η προσέγγιση όμως κάνει ιδιαίτερα δυσχερή και κοπιώδη μία μελέτη ευρείας κλίμακας όταν δίνεται και η δυνατότητα της συνέντευξης. Τελικά όμως ίσως υπερτερεί, έστω και όταν γίνεται πιλοτικά, αφού ίσως ξεπερνά δύο αντιφατικές συναισθηματικές καταστάσεις, την πιθανή συστολή και τον έντονο συναισθηματισμό και φόρτιση της στιγμής.

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, ο ΠΟΥ επισημαίνει ότι τόσο η «ποιότητα», όσο και το σκεπτικό που εκφράζει την ποιότητα ζωής διαφέρει μεταξύ διαφορετικών εθνών και κατά συνέπεια μεταξύ των κατοίκων διαφορετικών κρατών. Αυτό λοιπόν κάνει ακόμη πιο ενδιαφέρουσα τη διερεύνηση διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων. Πέρα όμως από το προφανές, δηλαδή τη βελτίωση των παροχών υγείας, η προσέγγιση αξιώνει την προσοχή μας. Στην παρούσα εργασία, δεν συγκρίνεται η άποψη των ασθενών για τα τεκταινόμενα σε δύο ή τρία διαφορετικά κράτη. Κάτι τέτοιο μπορεί να οδηγούσε σε πολύ

διαφορετικά και μάλλον δύσκολα συγκρίσιμα αποτελέσματα. Αναμενόμενο, γιατί θα αφορούσε κατά κύριο λόγο διαφορετικά δομημένα συστήματα υγείας. Έτσι οι αποκλείσεις στην εκτίμηση μπορεί να είναι σημαντικές. Η παρούσα εργασία υπάρχει η σπάνια για τα ελληνικά δεδομένα ευκαιρία να κριθεί το ίδιο σύστημα υγείας, στις ίδιες συνθήκες, από ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική αφετηρία. Συνεπώς, τόσο η σύγκριση, όσο και η εξαγωγή συμπερασμάτων είναι περισσότερο ασφαλής.

Η βελτίωση της ποιότητας φροντίδας είναι σημαντική και τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, αλλά δεν περιορίζεται μόνο σε αυτό. Υπάρχουν μελέτες που ήδη χρονολογούνται μία εικοσαετία πριν, οι οποίες δείχνουν ότι κατ' αρχάς η εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας, οδήγησε σε ελάττωση του κόστους(64). Πρόσφατη πολυκεντρική μελέτη από την Αυστραλία έρχεται να συμπληρώσει αυτά τα ευρήματα. Εκεί διαπιστώθηκε βελτίωση όταν στον σχεδιασμό/επανασχεδιασμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας ενεπλάκησαν και οι γενικοί ιατροί της πρώτης γραμμής(65). Αλλά και παλαιότερες μελέτες δείχνουν ότι η συνεχής προσπάθεια για βελτίωση μπορεί να έχει αποτέλεσμα όταν εφαρμόζεται με συνέπεια και απευθύνεται σε ευήκοα ώτα(66–69).

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά φαίνεται ότι σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Η μόνη διχογνωμία που υπάρχει στη διεθνή βιβλιογραφία, φαίνεται να αφορά κυρίως στο βαθμό που καθορίζουν την ικανοποίηση. Κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι αν και υπάρχει επίδραση, αυτή είναι μικρού βαθμού(31,32), ενώ άλλοι θεωρούν σημαντικότερη την επίδραση τους(33,34).

Η ηλικία φαίνεται να παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τις παροχές φροντίδας υγείας(33–35,37–39). Όσο μεγαλώνει η ηλικία, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η προφανέστερη αιτία για την δικαιολόγηση της ικανοποίησης των μεγαλύτερων προκύπτει από το γεγονός ότι η θεώρηση των γηραιότερων για τη ζωή είναι διαφορετική, καθώς και η υπομονή τους. Αναφέρει άλλωστε ο κορυφαίος των αρχαίων Ελλήνων Αριστοτέλης για τους νέους: «εὐμετάβολοι δὲ καὶ ἀψίκοροι πρὸς τὰς ἐπιθυμίας, καὶ σφόδρα μὲν ἐπιθυμοῦσι ταχέως δὲ παύονται»(70). Στην παρούσα μελέτη, οι Αλβανοί ήταν λίγο νεότεροι από τους Έλληνες και οι Γερμανοί ήταν σημαντικά μεγαλύτεροι και από τους δύο. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί πιθανά από το γεγονός ότι οι Αλβανοί είναι κυρίως οικονομικοί μετανάστες στην περιοχή και αναμενόμενα νεότεροι. Αντίθετα, οι Γερμανοί κάτοικοι της περιοχής είναι ως επί το πλείστον συνταξιούχοι και συνεπώς μεγαλύτερης ηλικίας. Παρά το γεγονός ότι οι

μεγαλύτερης ηλικίας άνθρωποι είναι συνήθως περισσότερο ικανοποιημένοι, αυτό δεν επιβεβαιώθηκε στην παρούσα εργασία. Βέβαια, εδώ δεν υπήρχε σύγκριση μεταξύ νεότερων και μεγαλύτερων Γερμανών ώστε να διευκρινιστεί αυτό το ερώτημα.

Τα φύλο φαίνεται πάλι να επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης. Όμως και εδώ τα αποτελέσματα είναι συχνά αντικρουόμενα. Κάποιοι ερευνητές παρατηρούν μεγαλύτερη ικανοποίηση για τις γυναίκες ασθενείς(34). Αντίθετα, άλλοι ερευνητές διαπιστώνουν ακριβώς το αντίθετο, ότι δηλαδή η ικανοποίηση των γυναικών είναι μικρότερη από εκείνη των ανδρών από τη φροντίδα υγείας(40). Όπως αναφέραμε και πιο πάνω, μία τέτοια γενίκευση μάλλον δεν είναι ασφαλής, αφού διαφορετικές νοσολογικές οντότητες πιθανά προκαλούν διαφορετικού βαθμού δυσαρέσκεια λόγω των συνεπακόλουθων παρεμβάσεων. Αντίστοιχα για λιγότερο σοβαρά προβλήματα, όπως π.χ η συνταγογράφηση, η επαφή των γυναικών με τις δομές υγείας είναι συχνότερη και πιθανά η εξοικείωση τους μεγαλύτερη. Παρότι στη παρούσα μελέτη ο αριθμός των γυναικών ήταν λίγο μεγαλύτερος από αυτόν των ανδρών, δεν κατέστη δυνατό να διαπιστωθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλλων. Αξίζει να σημειωθεί ότι δύο συμμετέχοντες δεν θέλησαν να προσδιορίσουν το φύλο τους. Το εντυπωσιακό είναι ότι αν και αυτό αντιστοιχεί σε ένα πολύ μικρό ποσοστό (0,9% του συνόλου), δεν μπορέσαμε να βρούμε καμία σχετική αναφορά σε εθνικό ή διεθνές επίπεδο. Εύκολα και μάλλον υποκριτικά θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι ήταν λάθος, όμως τα εν λόγω ερωτηματολόγια δεν συμπληρώθηκαν από υπέργηρους, δεν συμπληρώθηκαν από ανθρώπους που μιλούσαν άλλη γλώσσα και δεν συμπληρώθηκαν από ανθρώπους με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Πιθανά όταν τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται με τη μορφή συνέντευξης οι ασθενείς έχουν περισσότερες συστολές.

Η εθνικότητα όπως και η φυλή φαίνεται να επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, με τους λευκούς να φαίνονται περισσότερο ικανοποιημένοι(41,42). Εδώ πρέπει να επισημανθεί ότι καθοριστικό ρόλο φαίνεται να παίζει η γνώση της τοπικής γλώσσας(41,42). Στην παρούσα εργασία αποκλείστηκαν ασθενείς που δεν μιλούσαν καλά ελληνικά ή γερμανικά. Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνήσει τις πεποιθήσεις, τις προσδοκίες και τις εντυπώσεις των ασθενών και όχι τον επηρεασμό τους λόγω πιθανής δυσκολίας συνεννόησης. Η εθνικότητα φαίνεται να επηρεάζει τις απόψεις στην παρούσα εργασία επίσης. Για παράδειγμα οι Γερμανοί φαίνεται να επιθυμούν και να περιμένουν μία πιο δραστήρια συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού. Περιμένουν να συναντήσουν καλύτερα κατηρητισμένο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο θα μπορεί να τους συμβουλευτεί και να

τους λύσει απορίες που οι γιατροί άφησαν άλυτες. Επίσης αναμένουν περισσότερο φιλική συμπεριφορά από τους γιατρούς. Τόσο οι Γερμανοί, όσο και οι Αλβανοί θέλουν οι γιατροί να είναι καλά κατηρτισμένοι, να τους σέβονται και να διαθέτουν όσο χρόνο χρειάζεται για να τους εξετάσουν και να τους συμβουλευθούν. Με μικρή διαφορά βέβαια ακολουθούν και οι Έλληνες οι οποίοι φαίνεται να δίνουν κάποια βαρύτητα και στην ποιότητα και άνεση του χώρου αναμονής.

Το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να έχει ανεξάρτητη επίδραση στον βαθμό ικανοποίησης. Η συσχέτιση τους έχει αρνητικό πρόσημο. Όσο υψηλότερο το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο μικρότερη ικανοποίηση(31,36,40). Μία πιθανή προσέγγιση είναι ότι το υψηλότερο βιοτικό επίπεδο αυτών των ανθρώπων συνεπάγεται και μεγαλύτερες απαιτήσεις. Αν και γενικά πρόκειται για «αγρο-κτηνοτροφική» περιοχή, σχεδόν οι μισοί από τους Έλληνες που χρησιμοποίησαν τις δομές της ΠΦΥ ήταν απόφοιτοι ανώτερων σχολών. Ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό για τους Γερμανούς και Αλβανούς. Το ποσοστό των μεταπτυχιακών τίτλων ήταν πολύ μικρό για να μπορέσει να επηρεάσει τα αποτελέσματα της μελέτης. Γενικά στην παρούσα εργασία το επίπεδο εκπαίδευση των Ελλήνων κατά μέσο όρο ήταν υψηλότερο από εκείνο των Γερμανών και των Αλβανών. Αυτό όμως δε μεταφράστηκε σε μικρότερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Βέβαια μεγαλύτερες μελέτες ανά εθνικότητα πιθανά θα μπορέσουν να αναδείξουν αυτές τις διαφορές.

Η πλειοψηφία των Ελλήνων και των Γερμανών ασχολούνταν με μη-χειρωνακτικές εργασίες, σε αντίθεση με τους Αλβανούς. Γενικά αυτό συμβαδίζει με καλύτερο βιοτικό επίπεδο, το οποίο χαρακτηρίζεται από χαμηλότερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Όπως ήταν αναμενόμενο, περισσότεροι Γερμανοί είχαν εισόδημα μεγαλύτερο από 15000 ευρώ. Αυτό συμβαδίζει με τη γενικότερη παρατήρηση που θέλει οι άνθρωποι με μεγαλύτερη οικονομική επιφάνεια να έχουν περισσότερες απαιτήσεις από την φροντίδα υγείας. Επίσης, όπως ήταν μάλλον αναμενόμενο, περισσότεροι ήταν οι Αλβανοί με εισόδημα μικρότερο από 5000 ευρώ. Εκείνο που πρέπει να υπογραμμισθεί είναι το γεγονός ότι το 25% των Ελλήνων και το 46,7% των Αλβανών είχαν πολύ χαμηλά ετήσια εισοδήματα. Τα ποσοστά αυτά, αν αντικατοπτρίζουν ένα μέρος της κοινωνίας, μόνο θλίψη και ανησυχία μπορούν να προκαλέσουν.

Το 100% των Ελλήνων και το 98,7% των Αλβανών ήταν μόνιμοι κάτοικοι νοτίου Πηλίου. Επίσης η συντριπτική πλειοψηφία των Γερμανών (79,4%) ήταν μόνιμοι κάτοικοι νοτίου Πηλίου. Το υπόλοιπο 20,6% είχε ως μόνιμη κατοικία τη Γερμανία. Ο αριθμός

αυτός όμως δεν αρκεί για τη διενέργεια αξιόπιστων στατιστικών αναλύσεων μεταξύ μονίμων και μη κατοίκων. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να στοχεύουν στην ανεύρεση διαφορών μεταξύ μόνιμων και «εποχικών» κατοίκων.

Η οικογενειακή κατάσταση είναι ένα ακόμη από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά για τα οποία δεν υπάρχει σύμπτωση. Τα αποτελέσματα των ερευνητών συχνά παρουσιάζουν σε άλλους τομείς ικανοποίησης να υπερτερούν οι παντρεμένοι (όπως η ψυχολογική κατάσταση, η πληροφόρηση) και σε άλλους τομείς οι διαζευγμένοι/ανύπαντροι (για παράδειγμα στην ποιότητα ζωής, στην άνεση)(36,44). Παρόμοια οι Hall και Dorman βρήκαν οριακή μόνο συσχέτιση της ικανοποίησης από την φροντίδα υγείας με την οικογενειακή κατάσταση(43). Κατά πάσα πιθανότητα θα πρέπει να γίνει περισσότερο στοχευμένη προσέγγιση για τη διερεύνηση της επίδρασης της οικογενειακής κατάστασης. Η διερεύνηση πρέπει να διαχωρίζει τους ασθενείς σε εκείνους που πάσχουν από χρόνια νοσήματα ή η προσέλευση τους ήταν έκτακτη. Να διαχωρίζει εκείνους που χρειάζονται βοήθεια στο σπίτι, αφού είναι λογικό η παρουσία της οικογένειας να βελτιώνει την περίθαλψη. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην μελέτη ήταν παντρεμένοι (69,2%). Αυτό ήταν μάλλον αναμενόμενο αφού πρόκειται για μία επαρχιακή περιοχή όπου οι άνθρωποι ζουν με τις οικογένειες τους. Έτσι και στην παρούσα εργασία, αν και περισσότεροι Αλβανοί ζούσαν μόνοι τους, αυτό δεν τους εμπόδισε να έχουν καλή άποψη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η κατάσταση της υγείας και η βαρύτητα της ασθένειας παρουσιάζουν σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση από την ποιότητα φροντίδας. Έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς των οποίων η υγεία είναι σημαντικά επιβαρημένη εμφανίζουν και τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας(31,44–47). Σαφής εξήγηση δεν μπορεί να δοθεί. Έχουν προταθεί διάφορες υποθέσεις(31). Μία από τις προσεγγίσεις υποστηρίζει ότι η βαρύτητα της ασθένειας από μόνη της επηρεάζει άμεσα αρνητικά το επίπεδο ικανοποίησης από την προσφερόμενη φροντίδα υγείας. Είναι μία ρεαλιστική υπόθεση, αφού η χρόνια και ανίατα ασθένειες επηρεάζουν την ψυχολογία των ασθενών. Αναμενόμενο λοιπόν, οι ασθενείς που είναι απογοητευμένοι και δεν προσβλέπουν σε κάποια βελτίωση της υγείας τους, να είναι και λιγότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Από τους ίδιους ερευνητές προτείνεται η δεύτερη υπόθεση. Σύμφωνα με αυτή, οι ασθενείς με σοβαρότερου βαθμού ασθένειες επηρεάζονται από την συμπεριφορά των ιατρών με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν μικρότερου βαθμού ικανοποίησης. Επίσης λογική προσέγγιση, αφού συχνά οι ιατροί (και όχι μόνο) δείχνουν περισσότερο ζήλο για ασθενείς που παρουσιάζουν ένα ίσχυρο

πρόβλημα υγείας. Έτσι ενώ πραγματικά ένα χρόνιο ή ανίατο πρόβλημα μπορεί να μην μπορεί να βελτιωθεί περισσότερο, η διαχείριση όμως της ενημέρωσης από τον ιατρό θα πρέπει να είναι τέτοια που να μην επιβαρύνει κατά το δυνατόν τον ασθενή. Στην παρούσα μελέτη, οι Αλβανοί επισκέφτηκαν τα ιατρεία κυρίως για αρκετά σοβαρά προβλήματα υγείας, ενώ οι Έλληνες για λιγότερο σοβαρά και οι Γερμανοί για λιγότερο ή καθόλου σοβαρά. Επίσης και οι τρεις εθνικότητες επισκέφτηκαν την ΠΦΥ για προβλήματα υγείας που δεν ήταν χρόνια. Η αντιμετώπιση λοιπόν των προβλημάτων με επιτυχία ίσως να οδήγησε και σε γενικά σημαντικά ποσοστά ικανοποίησης.

Η τεχνική/επιστημονική επάρκεια του προσωπικού αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα επηρεασμού της ποιότητας φροντίδας(21). Εδώ περιλαμβάνεται η επάρκεια των γνώσεων, της ικανότητας κρίσης και εφαρμογής των κατάλληλων μέτρων. Όλο το προσωπικό πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο για να αντιμετωπίζει τις εκάστοτε καταστάσεις. Πέραν των γνώσεων, χρειάζεται και ικανότητα της κρίσης ώστε να αναγνωρίζεται το πρόβλημα που υπάρχει χωρίς καθυστερήσεις. Η γνώση και η κρίση συνεπάγονται τη διενέργεια μόνο των απαραίτητων διαγνωστικών ελέγχων και τη γρηγορότερη και ακριβή διάγνωση ενός προβλήματος υγείας. Ακολούθως χρειάζεται η εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων π.χ. φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του. Είναι εξίσου σημαντικό η αντιμετώπιση να είναι εύστοχη. Έτσι ο ασθενής θα έχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, στον ταχύτερο χρόνο. Αυτό οδηγεί στην ελάττωση της ταλαιπωρίας για τον ασθενή και στην αποφυγή σπατάλης ανθρώπινων και υλικών πόρων για τις δομές υγείας. Για επιτευχθεί όμως αυτό το αποτέλεσμα και για να διατηρηθεί χρειάζεται συνεχής – τακτική επιμόρφωση. Θεωρητικά αυτό καλείται δια βίου εκπαίδευση. Στην πράξη εναπόκειται στην καλή διάθεση και το επιστημονικό ενδιαφέρον κάθε επαγγελματία υγείας ξεχωριστά να επιμορφώνεται. Θα πρέπει να υπάρχει ετήσιο πρόγραμμα εκπαίδευσης για το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Το πρόγραμμα θα πρέπει να είναι θεσμοθετημένο και οι διευθυντές των τμημάτων να δεσμεύονται για την τήρηση του. Φυσικά δεν πρόκειται για πρωτοβάθμια εκπαίδευση, άρα θα πρέπει να υπάρχει ευελιξία όσον αφορά στις θεματικές ενότητες. Πρέπει όμως να υπάρχουν κάποιες προαπαιτούμενες που να είναι δεσμευτικές. Πρέπει επιτέλους και στη χώρα μας οι διευθυντικές θέσεις να μην είναι μόνιμες, αλλά να κρίνονται π.χ. ανά 3ετία ή 5ετία. Η κρίση θα μπορούσε να γίνει από εξωτερικούς κριτές. Τα κριτήρια θα μπορούσαν να είναι σε μεγάλο βαθμό αντικειμενικά. Για παράδειγμα ένα Κέντρο Υγείας να κριθεί σύμφωνα με το μέσο όρο εργασιών, συνταγογράφησης, εξετάσεων, άλλων δραστηριοτήτων που υπάρχει στη χώρα μας, από Κέντρα Υγείας περιοχών με αντίστοιχο πληθυσμό. Φυσικά

η ικανοποίηση από την περίθαλψη θα πρέπει να αποτελεί ανεξάρτητο και σημαντικό δείκτη.

Η συμπεριφορά των παρόχων υγείας αποτελεί σημαντικό παράγοντα επηρεασμού της ικανοποίησης των ασθενών(24,25). Δεν αρκεί οι υπηρεσίες που παρέχονται να είναι υψηλού επιστημονικού επιπέδου. Αυτό πρέπει να επικοινωνείται στον ασθενή. Χρειάζεται ειλικρινής προσέγγιση του ασθενούς, ώστε να εισπράττει το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας. Είναι αναγκαία η επίδειξη ευαισθησίας και οικειότητας, ώστε ο ασθενής να μην νοιώθει σαν ένας ακόμη απρόσωπος πελάτης, αλλά να νοιώθει οικεία και κατά το δυνατόν άνετα και ευχάριστα(49). Ο πατέρας της ιατρικής, ο Ιπποκράτης ο Κώος επιβάλλει ηθικούς κανόνες 2500 χρόνια πριν(71). Η συμπεριφορά του προσωπικού (ιατρικού και νοσηλευτικού), πρέπει να διακρίνεται για την ευγένεια, τη φιλικότητα του και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Το προσδοκώμενο αποτέλεσμα επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών. Σύμφωνα μάλιστα με τους ερευνητές η ικανοποίηση προκύπτει από τη διαφορά μεταξύ του αποτελέσματος (φροντίδας) που είχαν και εκείνου που προσδοκούσαν(17). Οι προσδοκίες των ασθενών εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. Μεταξύ αυτών σημαντικός είναι ο ρόλος των εμπειριών και πεποιθήσεων των ασθενών που προηγήθηκαν της συγκεκριμένης εμπειρίας τους. Αυτές έχουν δημιουργηθεί από τα αποτελέσματα, αλλά και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας σε προηγούμενες περιστάσεις. Είναι προφανής η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων στο χτίσιμο των προσδοκιών και κατ' επέκταση της ικανοποίησης των ασθενών.

Οι υποδομές αποτελούν ένα από τους κύριους παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών. Πενήντα χρόνια πριν, γίνεται αναφορά μεταξύ άλλων στις υποδομές(22), αφού ήταν φανερό ότι επιδρούν στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Δέκα χρόνια αργότερα η Risser κάνει πρόταση για τη δημιουργία ερωτηματολογίου το οποίο θα διερευνά την ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλεύτριες και τη νοσηλευτική φροντίδα(24). Η πρώτη υποκλίμακα του ερωτηματολογίου αφορά στο τεχνικό και το επαγγελματικό μέρος. Ακόμη μία δεκαετία αργότερα ο Ware στην ανάπτυξη ενός μακροσκελούς ερωτηματολογίου ικανοποίησης των ασθενών (Form II of the Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)), επισημαίνει τη σημασία των χώρων υγειονομικής φροντίδας(25). Περίπου σύγχρονα, η Donabedian(21) αναλύει σε βάθος και προτείνει με τρόπο σχηματοποιημένο τη βελτιωμένη δική της θεωρία για την ικανοποίηση των ασθενών. Σε αυτή τη θεωρία, ιδιαίτερη θέση έχουν οι υποδομές, οι οποίες εμφατικά καλούνται παρεχόμενες ανέσεις (amenities). Μάλιστα τις

θεωρεί ως τον αμέσως σημαντικότερο παράγοντα μετά τα χαρακτηριστικά των ιατρών και των λοιπών παρόχων υγείας. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι παρεχόμενες διευκολύνσεις, οι ανέσεις, η ησυχία, η ιδιωτικότητα, κλπ. Γίνεται λόγος δηλαδή και για χαρακτηριστικά για τα οποία οι δομές υγείας φαίνεται να αδιαφορούν σε σημαντικό βαθμό, τα οποία όμως συμβάλουν σημαντικά στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Αυτό που επίσης αφορά στις υποδομές και που τα τελευταία χρόνια με την εφαρμογή του απαράδεκτου αυτόματου συστήματος τηλεφωνικών ραντεβού δείχνουν να αγνοούν οι δομές υγείας είναι η πρόσβαση των ασθενών στις δομές υγείας(27). Στα άλλα κράτη ήταν γνωστό εδώ και περισσότερο από 40 χρόνια ότι σημαντικός παράγοντας ικανοποίησης των ασθενών είναι ο χρόνος αναμονής τους για ένα ραντεβού με ιατρό και ο χρόνος αναμονής τους για να εξετασθούν στις δομές υγείας(23,25). Στη χώρα μας δυστυχώς οι αναμονές μετριούνται σε μήνες για να κλειστεί ένα ραντεβού σε ιατρό στο νοσοκομείο. Οι δε ώρες αναμονής αφού κάποιος φτάσει εκεί είναι το λιγότερο βασανιστικές. Οι χώροι αναμονής των ιατρείων των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας είναι κρύοι και απρόσωποι. Η αναμονή σε αυτούς τους χώρους σίγουρα δεν καταπραΰνει το άγχος που ήδη έχουν οι ασθενείς και οι οικείοι τους. Στα περισσότερα νοσηλευτικά ιδρύματα, ειδικά στα μεγάλα αστικά κέντρα δεν υπάρχει η παραμικρή δυνατότητα στάθμευσης. Αν δε καταφέρει ο ασθενείς να φτάσει εκεί, εφόσον δύναται να μετακινηθεί χωρίς βοήθεια έχει καλώς, εάν όχι αρχίζει το κυνήγι ανεύρεσης αναπηρικού αμαξιδίου, το οποίο εν πολλοίς προσομοιάζει το κυνήγι του θησαυρού που παίζουν τα παιδιά. Όλα αυτά μπορεί να ακούγονται ως παράγοντες δευτερευούσης σημασίας. Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα αγγίζουν ή και ξεπερνούν τα όρια του τραγελαφικού. Ανεξάρτητα του πως ακούγονται, επηρεάζουν σημαντικά την άποψη των ασθενών για την παροχή φροντίδας υγείας. Επίσης πρέπει πάντοτε να έχουμε υπόψη μας κατά το σχεδιασμό μίας δομής υγείας ότι ο πρακτικός σχεδιασμός θα ωφελήσει τόσο τους ασθενείς όσο και το ίδιο το σύστημα. Λειτουργικές δομές υγείας θα συνεπάγονται ικανοποιημένους ασθενείς, εξοικονόμηση χρόνου και πόρων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Meterko M, Nelson EC, Rubin HR, Batalden P, Berwick DM, Hays RD, κ.ά. Patient Judgments of Hospital Quality: Report of a Pilot Study. *Med Care*. 1990;28(9):S1–56.
2. Kane AE, Gregson E, Theou O, Rockwood K, Howlett SE. The association between frailty, the metabolic syndrome, and mortality over the lifespan. *GeroScience*. 9 Μάρτιος 2017;
3. Lüders F, Kaier K, Kaleschke G, Gebauer K, Meyborg M, Malyar NM, κ.ά. Association of CKD with Outcomes Among Patients Undergoing Transcatheter Aortic Valve Implantation. *Clin J Am Soc Nephrol CJASN*. 13 Μάρτιος 2017;
4. Minlikeeva AN, Freudenheim JL, Cannioto RA, Szender JB, Eng KH, Modugno F, κ.ά. History of hypertension, heart disease, and diabetes and ovarian cancer patient survival: evidence from the ovarian cancer association consortium. *Cancer Causes Control CCC*. 14 Μάρτιος 2017;
5. Secemsky EA, Yeh RW, Kereiakes DJ, Cutlip DE, Cohen DJ, Steg PG, κ.ά. Mortality Following Cardiovascular and Bleeding Events Occurring Beyond 1 Year After Coronary Stenting: A Secondary Analysis of the Dual Antiplatelet Therapy (DAPT) Study. *JAMA Cardiol*. 15 Μάρτιος 2017;
6. Xian Y, O'Brien EC, Liang L, Xu H, Schwamm LH, Fonarow GC, κ.ά. Association of Preceding Antithrombotic Treatment With Acute Ischemic Stroke Severity and In-Hospital Outcomes Among Patients With Atrial Fibrillation. *JAMA*. 14 2017;317(10):1057–67.
7. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II--Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ*. 11 Μάιος 1991;302(6785):1129–32.
8. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1982. Φεβρουάριος 1994;38(4):509–16.
9. Green J. On the receiving end. *Health Serv J*. 4 Αύγουστος 1988;98(5112):880–1.
10. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Αποτελέσματα της Απογραφής Πληθυσμού-Κατοίκων 2011 που αφορούν στο Νόμιμο Πληθυσμό (δημότες) της χώρας. Εθνικό Τυπογραφείο. 2014;2(697):10443–74.
11. Rockville. Understanding Quality Measurement [Διαδίκτυο]. AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality. 2012 [παρατίθεται 20 Μάρτιος 2017]. Διαθέσιμο στο: [/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/chtoolbx/understand/index.html](http://professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/chtoolbx/understand/index.html)
12. World Health Organization. World Health Organization. Quality and accreditation in health care services. A global review. [Διαδίκτυο]. <http://www.who.int>. 2003

[παρατίθεται 4 Μάρτιος 2017]. Διαθέσιμο στο:
http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf

13. Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual Saf Health Care*. 1 Σεπτέμβριος 1999;8(3):184–90.
14. ISO 8402. ISO 8402:1994 - Quality management and quality assurance -- Vocabulary [Διαδίκτυο]. 1994 [παρατίθεται 20 Μάρτιος 2017]. Διαθέσιμο στο: <https://www.iso.org/standard/20115.html>
15. Δημητράκος Δ. Νέον ορθογραφικόνερμηνευτικόν λεξικόν όλης της ελληνικής γλώσσης, αρχαίας - μεσαιωνικής - καθαρευούσης - δημοτικής. Αθήνα: Χρ. Γιοβάνης; 1970. (Επιτομή του μεγάλου θόμου λεξικού όλης της ελληνικής γλώσσης- πρώτο βραβείο Ακαδημίας Αθηνών).
16. Fox JG, Storms DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Soc Sci Med [A]*. Σεπτέμβριος 1981;15(5):557–64.
17. Linder-Pelz SU. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982. 1982;16(5):577–82.
18. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley Pub; 1975. 480 σ. (Addison-Wesley series in social psychology).
19. Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociol Health Illn*. Νοέμβριος 1983;5(3):297–311.
20. Donabedian A. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. T. 1. Health Administration Press; 1980.
21. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 23 Σεπτέμβριος 1988;260(12):1743–8.
22. Abdallah FG, Levine E. Better patient care through nursing research. *Int J Nurs Stud*. 1 Απρίλιος 1965;2(1):1–12.
23. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1982. Δεκέμβριος 1997;45(12):1829–43.
24. Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs Res*. Φεβρουάριος 1975;24(1):45–52.
25. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*. 1983;6(3–4):247–63.
26. Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Med Care Serv Rev*. Φεβρουάριος 1978;1(1):1, 3–15.

27. news247.gr. Ασθενείς στα πρόθυρα νευρικής κρίσης: Αναμονή έως και 6 μήνες για ένα ραντεβού με γιατρό [Διαδίκτυο]. 2013 [παρατίθεται 21 Μάρτιος 2017]. Διαθέσιμο στο: <http://news247.gr/eidiseis/koinonia/ygeia/astheneis-sta-prothyra-neyrikhs-krishs-anamonh-ews-kai-6-mhnes-gia-ena-rantevou-me-giatro.2462950.html>
28. Greenwood M. Patients' views of oral day surgery. *Br Dent J*. 21 Αύγουστος 1993;175(4):130–2.
29. Astedt-Kurki P, Häggman-Laitila A. Good nursing practice as perceived by clients: a starting point for the development of professional nursing. *J Adv Nurs*. Οκτώβριος 1992;17(10):1195–9.
30. Wardle S. The Mid-Staffordshire survey. Getting consumers' views of maternity services. *Prof Care Mother Child*. Σεπτέμβριος 1994;4(6):170–4.
31. Hall JA, Milburn MA, Roter DL, Daltroy LH. Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests of two explanatory models. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. Ιανουάριος 1998;17(1):70–5.
32. Weiss GL. Patient Satisfaction with Primary Medical Care Evaluation of Sociodemographic and Predispositional Factors. *Med Care*. 1988;26(4):383–392.
33. Niakas D, Gnardellis C, Theodorou M. Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Serv Manage Res*. Φεβρουάριος 2004;17(1):62–9.
34. Papanikolaou V, Ntani S. Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *Int J Health Care Qual Assur*. 2008;21(6):548–61.
35. Houts PS, Yasko JM, Kahn SB, Schelzel GW, Marconi KM. Unmet psychological, social, and economic needs of persons with cancer in Pennsylvania. *Cancer*. 15 Νοέμβριος 1986;58(10):2355–61.
36. Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, κ.ά. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res*. 16 Αύγουστος 2006;6:102.
37. Raftopoulos V. Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece. *International Journal of Caring Sciences* 2. 2010;3(3):110–21.
38. Raftopoulos V. A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. 2005 [παρατίθεται 22 Μάρτιος 2017]; Διαθέσιμο στο: <http://ktisis.cut.ac.cy/handle/10488/7841>
39. Τούντας Γ, Λοπατζίδης Θ, Χαλιάρα Λ. Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων στο ΙΚΑ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2003;20(5):497–503.

40. Schutz SM, Lee JG, Schmitt CM, Almon M, Baillie J. Clues to patient dissatisfaction with conscious sedation for colonoscopy. *Am J Gastroenterol*. Σεπτέμβριος 1994;89(9):1476–9.
41. Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health*. Ιούλιος 2006;96(7):1300–7.
42. Liu R, So L, Quan H. Chinese and white Canadian satisfaction and compliance with physicians. *BMC Fam Pract*. 2007;8:11.
43. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1982. 1990;30(7):811–8.
44. Nicolucci A, Cucinotta D, Squatrito S, Lapolla A, Musacchio N, Leotta S, κ.ά. Clinical and socio-economic correlates of quality of life and treatment satisfaction in patients with type 2 diabetes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis NMCD*. Ιανουάριος 2009;19(1):45–53.
45. Howard M, Goertzen J, Hutchison B, Kaczorowski J, Morris K. Patient Satisfaction With Care for Urgent Health Problems: A Survey of Family Practice Patients. *Ann Fam Med*. Σεπτέμβριος 2007;5(5):419–24.
46. Ραφτόπουλος Β. Τα Θέλω και τα Μπορώ της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας. Αθήνα: Πασχαλίδης; 2009.
47. Αδαμαντίδου Τ. Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. 1 Ιούλιος 2004 [παρατίθεται 20 Μάρτιος 2017]; Διαθέσιμο στο: <http://index.lib.teithe.gr:8180/xmlui-2/handle/123456789/8617>
48. Stimson GV, Webb B. *Going to See the Doctor: The Consultation Process in General Practice*. Routledge and Kegan Paul; 1975. 188 σ.
49. Larsen DE, Rootman I. Physician role performance and patient satisfaction. *Soc Sci Med*. Ιανουάριος 1976;10(1):29–32.
50. Eraker SA, Politser P. How decisions are reached: physician and patient. *Ann Intern Med*. Αύγουστος 1982;97(2):262–8.
51. Kinsey J, Bradshaw P, Ley P. Patients' satisfaction and reported acceptance of advice in general practice. *J R Coll Gen Pract*. Αύγουστος 1975;25(157):558–66.
52. Thompson DR, Webster RA, Meddis R. In-hospital counselling for first-time myocardial infarction patients and spouses: effects on satisfaction. *J Adv Nurs*. Σεπτέμβριος 1990;15(9):1064–9.
53. Gilbert FW, Lumpkin JR, Dant RP. Adaptation and customer expectations of health care options. *J Health Care Mark*. Σεπτέμβριος 1992;12(3):46–55.

54. Αλεξιάδης Δ. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Πάτρα: . Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο,; 1999. (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές; τ. Δ').
55. Ευθυμιάδου Δ. Το ΕΣΥ του παραλόγου [Διαδίκτυο]. Ελευθεροτυπία. 2011 [παρατίθεται 20 Μάρτιος 2017]. Διαθέσιμο στο: <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=301631>
56. Donabedian A. Quality improvement through monitoring health care. Annu Meeting Soc Qual Assur Health Care Seoul. 29 Μάρτιος 1996;
57. Αλετράς Β, Ζαχαράκη Φ, Νιάκας Δ. Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2007;24(1):89–96.
58. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality--the case for tracers. N Engl J Med. 25 Ιανουάριος 1973;288(4):189–94.
59. Rhee KJ, Donabedian A, Burney RE. Assessing the quality of care in a hospital emergency unit: a framework and its application. QRB Qual Rev Bull. Ιανουάριος 1987;13(1):4–16.
60. Ραφτόπουλος Β. Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας [Διαδίκτυο] [Doctoral Dissertation]. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής; 2002 [παρατίθεται 22 Μάρτιος 2017]. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/10442/hedi/13526>
61. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. [New York]: The Science Press; 1932.
62. Παπανικολάου Β. Η ποιότητα ζωής στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Παπαζήση; 2007.
63. Jung HP, Wensing M, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. Qual Saf Health Care. Δεκέμβριος 2002;11(4):315–9.
64. Shortell SM, Bennett CL, Byck GR. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. Milbank Q. 1998;76(4):593–624, 510.
65. Percival N, O'Donoghue L, Lin V, Tsey K, Baillie RS. Improving Health Promotion Using Quality Improvement Techniques in Australian Indigenous Primary Health Care. Front Public Health [Διαδίκτυο]. 30 Μάρτιος 2016 [παρατίθεται 20 Μάρτιος 2017];4. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4812048/>
66. Goldman DA. Sustaining CQI. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. Φεβρουάριος 1997;9(1):7–9.

67. Maguerez G. Integrating CQI in health organisations: perspectives. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 1997;(9):5–6.
68. Nerenz G. CQI in Health Care: Some Comments on ‘Can It Really Work’? *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 1997;(9):3–4.
69. Stern Z. Can CQI really work in health care? For how long? *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. Φεβρουάριος 1997;9(1):1–2.
70. Αριστοτέλης. ΑΡΙΣΤ Ρητ 1388b31–1389b12 (ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ, ΤΕΧΝΗ ΡΗΤΟΡΙΚΗ) [Διαδίκτυο]. Αθήνα; 384μ.Χ. [παρατίθεται 22 Μάρτιος 2017]. 1388b31–1390b13. (Ρητορική; τ. Τέχνη Ρητορική). Διαθέσιμο στο: http://www.greek-language.gr/greekLang/ancient_greek/tools/corpora/anthology/content.html?t=60
71. Ιπποκράτης. Όρκος του Ιπποκράτη, 460π.Χ.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο στην ελληνική γλώσσα ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΦΥΛΟ:

Ανδρας 1

Γυναίκα 0

2. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

3. ΗΛΙΚΙΑ: _____

4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

Δημοτικό 1

Γυμνάσιο 2

Λύκειο 3

Κολλέγιο 4

Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ 5

Μάστερ/διδακτορικό 6

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Ανύπαντρος 4

Παντρεμένος 3

Χωρισμένος 2

Χήρος 1

Συμβίωση 0

6. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ:

Ελληνική 1

Γερμανική 2

Αλβανική 3

7. Επάγγελμα που κάνετε;

Μη χειρώνακτας 3

Χειρώνακτας 2

Αγρότης 1

Οικιακά 0

Ετήσιο εισόδημα

Λιγότερο από 5000 ευρώ	3
Μεταξύ 5000-10000	2
Μεταξύ 10000-15000	1
Περισσότερο από 15000	0

8. Τόπος μόνιμης κατοικίας;

- Νότιο Πήλιο 1
Γερμανία 2
Αλβανία 3
Άλλο _____
—

9. Εκτός από αυτή τη φορά πόσες άλλες φορές έχετε επισκεφτεί τα ιατρεία;

- > 3 φορές 4
2 φορές 3
1 φορά 2
Καμιά 1
Πρώτη φορά στη ζωή μου 0

10. Πόσο σοβαρό θεωρείτε ότι είναι το πρόβλημα για το οποίο ήρθατε στο Τμήμα?

- Καθόλου
Λίγο
Αρκετά
Πολύ

11. Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα που σας κάνει να επισκέπτεστε συχνά τα ιατρεία;

- ΝΑΙ 1
ΟΧΙ 0

12. Πιστεύω ότι πρέπει να αποφασίζει το προσωπικό (ο γιατρός και η νοσηλεύτρια) για την φροντίδα μου χωρίς να με ρωτά γιατί αυτοί γνωρίζουν τι είναι καλύτερο για μένα.

- Συμφωνώ απόλυτα 4
Συμφωνώ 3
Διαφωνώ 2
Διαφωνώ απόλυτα 1
Δεν ξέρω 0

13. Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να κρίνουν την φροντίδα που τους παρέχεται.

- Συμφωνώ απόλυτα 4
Συμφωνώ 3
Διαφωνώ 2
—

Διαφωνώ απόλυτα 1
Δεν ξέρω 0

14. Θα ήθελα στο μέλλον να επισκεφτώ ξανά αυτό το ιατρείο αν παρουσιαστεί πρόβλημα.

Συμφωνώ απόλυτα 4

Συμφωνώ 3

Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

15. Αισθάνομαι ότι η συνολική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο ιατρείο είναι ποιοτική.

Συμφωνώ απόλυτα 4

Συμφωνώ 3

Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

16. Αισθάνομαι ότι η ιατρική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο ιατρείο είναι ποιοτική.

Συμφωνώ απόλυτα 4

Συμφωνώ 3

Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

17. Αισθάνομαι ότι η νοσηλευτική φροντίδα (όταν υπάρχει) που μου προσφέρθηκε στο ιατρείο είναι ποιοτική.

Συμφωνώ απόλυτα 4

Συμφωνώ 3

Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

18. Πώς αισθάνεστε συνολικά από τις υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο ιατρείο;

Πολύ ικανοποιημένος 8

Αρκετά ικανοποιημένος 7

- Λίγο ικανοποιημένος 6
- Απλά ικανοποιημένος 5
- Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος 4
- Καθόλου ικανοποιημένος 3
- Δυσανεστημένος 2
- Πολύ δυσαρεστημένος 1
- Αδιάφορος 0

19. Θα έλεγα ότι οι υπηρεσίες που μου προσφέρθηκαν στο ιατρείο ήταν:

- Καλύτερη από αυτήν που περίμενα. 4
- Καλή όπως την περίμενα 3
- Μέτρια όπως την περίμενα 2
- Κακή όπως την περίμενα 1
- Χειρότερη από αυτήν που περίμενα. 0

20. Πως αισθάνεστε συνολικά από την ιατρική φροντίδα που σας προσφέρθηκε στο ιατρείο;

- Πολύ ικανοποιημένος 8
- Αρκετά ικανοποιημένος 7
- Λίγο ικανοποιημένος 6
- Απλά ικανοποιημένος 5
- Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος 4
- Καθόλου ικανοποιημένος 3
- Δυσανεστημένος 2
- Πολύ δυσαρεστημένος 1
- Αδιάφορος 0

21. Θα έλεγα ότι η ιατρική φροντίδα μου προσφέρθηκε στο ιατρείο ήταν:

- Καλύτερη από αυτήν που περίμενα. 4
- Καλή όπως την περίμενα 3
- Μέτρια όπως την περίμενα 2
- Κακή όπως την περίμενα 1
- Χειρότερη από αυτήν που περίμενα. 0

22. Πως αισθάνεστε συνολικά από τη νοσηλευτική φροντίδα (όταν υπάρχει) που σας προσφέρθηκε;

- Πολύ ικανοποιημένος 8
- Αρκετά ικανοποιημένος 7
- Λίγο ικανοποιημένος 6

- Απλά ικανοποιημένος 5
 Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος 4
 Καθόλου ικανοποιημένος 3
 Δυσανεστημένος 2
 Πολύ δυσαρεστημένος 1
 Αδιάφορος 0

23. Θα έλεγα ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν(όταν υπάρχει):

- Καλύτερη από αυτήν που περίμενα. 4
 Καλή όπως την περίμενα 3
 Μέτρια όπως την περίμενα 2
 Κακή όπως την περίμενα 1
 Χειρότερη από αυτήν που περίμενα. 0

24. Ο λόγος της επίσκεψης είναι

- Ένα ξαφνικό πρόβλημα υγείας
 Μια επανεξέταση για ένα χρόνια πρόβλημα υγείας
 Η συνήθης συνταγογράφηση
 Για να πάρω άδεια

36. Τι θεωρείτε το πιο σπουδαίο στην φροντίδα σας;

- Όλα 8
 Η ενημέρωση από το προσωπικό 7
 Ο σεβασμός από το προσωπικό 6
 Το ενδιαφέρον του προσωπικού 5
 Η ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό 4
 Οι ανέσεις του χώρου αναμονής 3
 Η ευγένεια του προσωπικού 1
 Η επικοινωνία με το προσωπικό 0

37. Δεχθήκατε νοσηλευτική φροντίδα/πράξη; ΝΑΙ ΟΧΙ

Δίπλα από την κάθε ερώτηση απαντήστε από 0 (καθόλου) έως 10 (πάρα πολύ) στην πρώτη στήλη πόσο σημαντικό είναι το καθένα για εσάς και στην δεύτερη στήλη πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το καθένα κατά τη νοσηλεία σας στο νοσοκομείο

Ερώτηση	Πόσο σημαντικό;	Πόσο ικανοποιημένος
1. Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια (όταν υπάρχει) χρόνο για να μου εξηγήσει όσα δεν κατάλαβα από τον ιατρό		

2. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια (όταν υπάρχει) ενδιαφέρεται για το πρόβλημα μου		
3. Να είναι φιλική η νοσηλεύτρια μαζί μου (όταν υπάρχει)		
4. Η νοσηλεύτρια να είναι διακριτική (όταν υπάρχει)		
5. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια (όταν υπάρχει) ξέρει καλά την δουλειά της		
6. Η νοσηλεύτρια (όταν υπάρχει) να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία		
7. Η νοσηλεύτρια (όταν υπάρχει) να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό		
8. Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου		
9. Ο γιατρός να αφιερώσει χρόνο για να μου εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει οδηγίες		
10. Να νιώθω ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω		
11. Ο γιατρός να είναι φιλικός μαζί μου		
12. Ο γιατρός είναι να διακριτικός		
13. Ο γιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό		
14. Να νιώθω ότι ο γιατρός ξέρει καλά την δουλειά του		
15. Ο γιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει		
16. Ο γιατρός να προστατεύει την αξιοπρέπεια μου όταν με εξετάζει		
17. Ο γιατρός να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία		
18. Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση		
19. Ο γιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού		
20. Ο γιατρός να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις		
21. Ο γιατρός να μην μου ζητά χρήματα		
22. Ο γιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση		
23. Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος		
24. Τα εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά οργανωμένα		
25. Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας		
26. Να τηρούνται τα ραντεβού		
27. Να είναι φιλικός ο χώρος των ιατρείων		

Ερωτηματολόγιο στη γερμανική γλώσσα

FRAGEBOGEN

1. Geschlecht:

Man n		1.
Frau		0.

2. Geburtsdatum:

3. Alter:

4. Ausbildung:

Grundschule		1.
Gymnasium/Realschule/Hauptschule		2.
Fachhochschule		3.
Kollege		4.
Universität		5.
Master, Dokortitel		6.

5. Familienstand:

Unverheiratet		1.
Verheiratet		2.
Getrennt		3.
Witwer		4.
Zusammenleben		5.

6. Nationalität:

Griechen		1.
Deutsche		2.
Albaner		3.

7. Beruf:

Kein Arbeiter		3.
Arbeiter		2.
Bauer		1.
Hausfrau		0.

Jahreseinkommen:

Weniger als 5.000 Euro		3.
Zwischen 5.000 und 10.000 Euro		2.
Zwischen 10.000 und 15.000 Euro		1.
Mehr als 15.000 Euro		0.

8. Wohnort:

Süd- Pilon		1.
Deutschland		2.
Albanien		3.
Andere		4.

9. Außer dieser Zeit, wie oft haben Sie eine Arztpraxis besucht?

dreimal		4.
zweimal		3.
einmal		2.
nie		1.

erstmal in meinem Leben		0.
-------------------------	--	----

10. Wie ernst ist das Problem, wofür haben Sie die Station besucht?

nicht ernst		4.
ein bisschen ernst		3.
ernst genug		2.
sehr ernst		1.

11. Leiden Sie an einer chronischen Krankheit, die Ihnen oft eine Arztpraxis zu besuchen macht?

ja		1.
nein		0.

12. Ich glaube, dass der Arzt und die Krankenschwester über meine Pflege entscheiden sollen, ohne mich zu fragen, weil sie wissen, was für mich besser ist.

Ich bin totaleinverstanden		4.
Ich bin einverstanden		3.
Ich bin nicht einverstanden		2.
Ich bin total nicht einverstanden		1.
Ich weiß nicht		0.

13. Die Patienten sollen das Recht haben, ihre Meinung über ihre Pflege zu sagen.

Ich bin total einverstanden		4.
Ich bin einverstanden		3.
Ich bin nicht einverstanden		2.
Ich bin total nicht einverstanden		1.

Ich weiß nicht		0.
----------------	--	----

14. In der Zukunft möchte ich wieder diese Arztpraxis besuchen, ob ich ein Gesundheitsproblem habe.

Ich bin total einverstanden		4.
Ich bin einverstanden		3.
Ich bin nicht einverstanden		2.
Ich bin total nicht einverstanden		1.
Ich weiß nicht		0.

15. Ich glaube, dass die gemeinsame Pflege in dieser Arztpraxis gut war.

Ich bin total einverstanden		4.
Ich bin einverstanden		3.
Ich bin nicht einverstanden		2.
Ich bin total nicht einverstanden		1.
Ich weiß nicht		0.

16. Ich glaube, dass die ärztliche Pflege in dieser Arztpraxis gut war.

Ich bin total einverstanden		4.
Ich bin einverstanden		3.
Ich bin nicht einverstanden		2.
Ich bin total nicht einverstanden		1.
Ich weiß nicht		0.

17. Ich glaube, dass die Krankenpflege (wenn es gibt) in dieser Arztpraxis gut war.

Ich bin total einverstanden		4.
Ich bin einverstanden		3.
Ich bin nicht einverstanden		2.
Ich bin total nicht einverstanden		1.
Ich weiß nicht		0.

18. Wie fühlen Sie sich allgemein über die Dienste, die Sie in dieser Arztpraxis bekommen haben?

sehr zufrieden		8.
genug zufrieden		7.
ein bisschen zufrieden		6.
zufrieden		5.
weder zufrieden noch verstimmt		4.
nicht zufrieden		3.
verstimmt		2.
sehr verstimmt		1.
gleichgültig		0.

19. Ich finde die Dienste in dieser Arztpraxis :

besser als die erwarteten		4.
gut, wie die erwartete		3.
befriedigend, wie die erwartete		2.
schlecht, wie die erwartete		1.
schlechtere als die erwartete		0.

20. Wie fühlen Sie sich für die ärztliche Pflege in dieser Arztpraxis?

sehr zufrieden		8.
genug zufrieden		7.
ein bisschen zufrieden		6.
zufrieden		5.

weder zufrieden noch verstimmt		4.
nicht zufrieden		3.
verstimmt		2.
sehr Verstimmt		1.
gleichgültig		0.

21. Ich glaube, dass die ärztliche Pflege in dieser Arztpraxis war:

besser als die erwartete		4.
gut, wie die erwartete		3.
befriedigend, wie die erwartete		2.
schlecht, wie die erwartete		1.
schlechtere als die erwartete		0.

22. Wie fühlen Sie sich allgemein für die Krankenpflege in dieser Arztpraxis (wenn es gibt)?

sehr zufrieden		8.
genug zufrieden		7.
ein bisschen zufrieden		6.
zufrieden		5.
weder zufrieden noch verstimmt		4.
nicht zufrieden		3.
verstimmt		2.
sehr verstimmt		1.
gleichgültig		0.

23. Ich glaube, dass die Krankenpflege (wenn es gibt) war:

besser als die erwartete		4.
--------------------------	--	----

gut, wie die erwartete		3.
befriedigend, wie die erwartete		2.
schlecht, wie die erwartete		1.
schlechtere als die erwartete		0.

24. Der Grund des Besuchs ist:

ein plötzliches Gesundheitsproblem		3.
eine Untersuchung für ein chronisches Gesundheitsproblem		2.
die häufige Rezeptverschreibung		1.
um Erholungsurlaub zu bekommen		0.

25. Welches war das wichtigste bei Ihrer Krankenpflege?

Die Informierung von dem Personal		7.
Der Respekt von dem Personal		6.
Das Interesse des Personals		5.
Die psychologische Unterstützung von dem Personal		4.
Der Komfort des Warteraums		3.
Die Höflichkeit des Personals		2.
Die Kommunikation mit dem Personal		1.
Alles		0.

26. Haben Sie Krankenpflege bekommen?

Ja		1.
Nein		0.

27. Neben jeder Frage sollen Sie mit einem Zahl von 0 (gar nicht) bis 10 (sehr viel) beantworten. In der ersten Spalte sollen Sie antworten, wie wichtig für euch etwas ist und in der zweiten, wie zufrieden Sie sich waren, während Ihrer Krankenpflege in diesem Krankenhaus.

1. Die Krankenschwester (wenn es gibt) soll Zeit verbringen, um mir, was ich nicht verstanden habe, zu erklären.		
2. Ich möchte mich fühlen, dass die Krankenschwester (wenn es gibt) sich für mein Gesundheitsproblem interessiert.		
3. Die Krankenschwester (wenn es gibt) soll freundlich mit mir sein.		
4. Die Krankenschwester (wenn es gibt) soll diskret mit mir sein.		
5. Ich möchte mich fühlen, dass die Krankenschwester (wenn es gibt) gut in ihrem Job ist.		
6. Die Krankenschwester (wenn es gibt) soll mich raten, was ich tun muss, um eine gute Gesundheit zu haben.		
7. Die Krankenschwester (wenn es gibt) soll mich wie einen Mann und nicht wie eine Zahl behandeln.		
8. Der Arzt soll bereitwillig sein, um meine Fragen zu beantworten.		
9. Der Arzt soll Zeit verbringen, um mir meine Behandlung zu erklären und mir Informationen darüber zu		

geben.		
10. Ich möchte mich fühlen, dass der Arzt sich für mein Gesundheitsproblem interessiert.		
11. Der Arzt soll freundlich mit mir sein.		
12. Der Arzt soll diskret mit mir sein.		
13. Der Arzt soll mich wie einen Mann und nicht wie eine Zahl behandeln.		
14. Ich möchte mich fühlen, dass der Arzt gut in seinem Job ist.		
15. Der Arzt soll mich während der ärztlichen Untersuchung respektieren.		
16. Der Arzt soll meine Würde während der ärztlichen Untersuchung schützen.		
17. Der Arzt soll mich raten, was ich tun soll, um eine gute Gesundheit zu habe.		
18. Der Arzt soll Zeit verbringen, um eine vollständige Krankengeschichte, die ihm bei der Diagnose hilft, zu bekommen.		
19. Der Arzt soll pünktlich sein.		
20. Der Arzt soll alle die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen ausrichten.		
21. Der Arzt soll um kein Geld betteln.		
22. Der Arzt soll nicht eilig während der ärztlichen Untersuchung sein.		
23. Der Warteraum soll ruhig und bequem sein.		
24. Die Ambulanten sollen gut organisiert sein.		

25. Es soll Prioritätszahlen geben.		
26. Die Termine sollen einhalten werden.		
27. Ein Arztpraxis soll freundlich sein.		