

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών
των παιδιατρικών εξωτερικών ιατρείων
του Νοσοκομείου "Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ" Λευκωσίας
και ικανοποίηση των γονέων τους.*

Έλλη Σιαμά

Επιβλέπουσα καθηγήτρια

Χριστάλλα Πιθαρά

Δεκέμβριος, 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών
των παιδιατρικών εξωτερικών ιατρείων
του Νοσοκομείου "Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ" Λευκωσίας
και ικανοποίηση των γονέων τους.*

Έλλη Σιαμά

Επιβλέπουσα καθηγήτρια

Χριστάλλα Πιθαρά

Δεκέμβριος, 2013

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	iv
Περίληψη	v
Summary	vii
1. Εισαγωγή	1
1.1. Εισαγωγικά στοιχεία.....	1
1.2. Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης	2
1.3. Σκοποί και στόχοι	3
2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	4
2.1.Εισαγωγή	4
2.1.1. Σύστημα Υγείας Κύπρου και Πρωτοβάθμια Φροντίδα	4
2.1.2. Πρωτοβάθμια παιδιατρική φροντίδα	4
2.1.3. Εξωτερικά Ιατρεία NAM III και τρόπος λειτουργίας.....	6
2.2. Ποιότητα φροντίδας υγείας.....	8
2.2.1. Ορισμοί της ποιότητας.....	8
2.2.2. Ιστορική αναδρομή της αξιολόγησης της ποιότητας στη φροντίδα υγείας.....	9
2.2.3. Συνιστώσες της ποιότητας	10
2.2.5. Ο ασθενής ως κριτής και αξιολογητής της ποιότητας.	11
2.3. Ικανοποίηση ασθενών.....	13
2.3.1. Ορισμοί της ικανοποίησης.....	13
2.3.2. Ιστορική αναδρομή της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενούς από τη φροντίδα υγείας..	13
2.3.3. Η σημασία της μέτρησης της ικανοποίησης	14
2.3.4. Παράγοντες ικανοποίησης.....	14
2.3.5. Εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης και τα χαρακτηριστικά τους	17
2.3.6. Θεωρητικό υπόβαθρο των ερευνών ικανοποίησης.....	18
2.4. Ερμηνεία του ευρήματος της υψηλής ικανοποίησης	20
2.5. Ευρήματα διεθνών ερευνών.....	21
2.6. Ευρήματα κυπριακών/ ελληνικών ερευνών.....	23
2.7. Γενικά περί μετάφρασης ενός ερευνητικού εργαλείου	25
2.8. Συμπεράσματα από τη βιβλιογραφία.....	28
3. Μεθοδολογία.....	30
3.1. Σκοπός- στόχοι.....	30
3.2. Ερευνητικά ερωτήματα.....	30

3.3. Τμήμα Α. Στοιχεία προσέλευσης.....	30
3.3.1. Σχεδιασμός.....	31
3.3.2. Πληθυσμός- Δείγμα	31
3.3.3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων-Διαδικασία.....	31
3.3.4. Ανάλυση αποτελεσμάτων	32
3.4. Τμήμα Β. Ερωτηματολόγιο.....	32
3.4.1. Σχεδιασμός.....	32
3.3.2. Πληθυσμός.....	32
3.3.3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων	33
3.3.4. Διαδικασία	40
3.3.4. Ανάλυση αποτελεσμάτων	40
3.5. Δεοντολογία.....	41
4. Αποτελέσματα.....	42
4.1. Στοιχείων Προσέλευσης	42
4.1.1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία	42
4.1.2. Αιτίες προσέλευσης	44
4.1.3. Προσέλευση ανά ημέρα/ ημερομηνία.....	48
4.2. Ικανοποίηση Γονέων.....	51
4.2.1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία ερωτηματολογίου	51
4.2.2. Ικανοποίηση.....	52
5. Συζήτηση.....	69
5.1. Συζήτηση-σχολιασμός αποτελεσμάτων	69
5.1.1. Στοιχεία προσέλευσης.....	69
5.1.2. Ερωτηματολογίου	70
5.2. Περιορισμοί μελέτης.....	73
5.2.1. Στοιχεία προσέλευσης.....	73
5.2.2. Ερωτηματολόγιο	74
5.3. Συμπεράσματα	75
5.3.1. Κύρια ευρήματα.....	75
5.3.2. Σχόλια για το ερωτηματολόγιο	76
5.4. Εισηγήσεις	76
5.4.1. Για περαιτέρω έρευνα	76
5.4.2. Για αλλαγές.....	77

6. Βιβλιογραφία	79
6.1. Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	79
6.2. Ελληνική βιβλιογραφία.....	85
7. Παραρτήματα.....	88
7.1. Παράρτημα Α: έντυπα συμπλήρωσης, ενημέρωσης, συγκατάθεσης.....	88
7.2. Παράρτημα Β: άδειες.....	107

Διαγράμματα

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: ΦΥΛΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	42
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	45
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: ΟΜΑΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	47
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	48
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΑΝΑ ΜΗΝΑ	50
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ	50

Πίνακες

No table of figures entries found.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ (< Η >2)	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	45
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΟΜΑΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ	46
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΕ ΠΑΙΔΙ	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ	54
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ- ΠΑΙΔΙ	55
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΕ ΓΟΝΕΑ	55
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ- ΓΟΝΕΑΣ	56
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ-ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΣΦΑΙΡΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΑΙΔΙ	58
ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΓΟΝΕΑ	58
ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΛΙΜΑΚΩΝ	59
ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΦΥΛΟ ΓΟΝΕΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	59
ΠΙΝΑΚΑΣ 17: P VALUES-ΦΥΛΟ ΓΟΝΕΑ	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 18: ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ & ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	61
ΠΙΝΑΚΑΣ 19: P VALUES-ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	61
ΠΙΝΑΚΑΣ 20: ΕΙΣΟΔΗΜΑ & ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 21: P VALUES- ΕΙΣΟΔΗΜΑ	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 22: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ & ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 23: P VALUES ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	63
ΠΙΝΑΚΑΣ 24: ΑΝΑΜΟΝΗ&ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	63

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: P VALUES- ANAMONH	64
ΠΙΝΑΚΑΣ 26: ΕΡΓΑΣΙΑ&ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	64
ΠΙΝΑΚΑΣ 27: P VALUES- ΕΡΓΑΣΙΑ	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 28: ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ&ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 29: P VALUES ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 30: ΕΡΓΑΣΙΑ&ΧΡΟΝΟΣ ANAMONΗΣ	67

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΠΑ1: Ερωτηματολόγιο.....	88
ΠΑ2: Έντυπο συγκατάθεσης.....	101
ΠΑ3: Ενημερωτικό φυλλάδιο.....	102
ΠΑ4: Πίνακας στοιχείων προσέλευσης.....	104
ΠΑ5: Οδηγίες συμπλήρωσης στοιχείων προσέλευσης.....	105

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΠΒ1: Έγκριση επιτροπής βιοηθικής.....	107
ΠΒ2: Έγκριση επιτρόπου προστασίας προσωπικών δεδομένων.....	108
ΠΒ3: Έγκριση διευθυντών νοσοκομείου.....	109
ΠΒ4: Έγκριση Υπουργείου Υγείας.....	110
ΠΒ5: Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου.....	111

"Ο μεγαλύτερος πλούτος είναι η υγεία"

Βιργίλιος. (70 π.Χ.- 19 π.Χ.)

Ευχαριστίες

Ίσως το ευχαριστώ να είναι λίγο σε όλους εκείνους που μου συμπαραστάθηκαν κατά την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης. Πρωτίστως θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύζυγό μου Γιώργο Γεωργίου. Η παρούσα μελέτη δε θα ήταν δυνατό να πραγματοποιηθεί χωρίς την αμέριστη συμπαράστασή του που αποτέλεσε το στυλοβάτη μου τις ημέρες εκείνες που πίστευα ότι ήμουν σε αδιέξοδο και με παρότρυνε να δουλέψω ακόμα περισσότερο. Ευχαριστώ επίσης τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς μου για την ενθάρρυνσή τους.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Χριστάλλα Πιθαρά για την καθοδήγησή της και για το γεγονός ότι αρκετές φορές (που τις εκτίμησα στη συνέχεια) ήταν όσο αυστηρή χρειαζόταν ώστε να με παροτρύνει να εργαστώ ακόμα πιο μεθοδικά στη διάρκεια της συνεργασίας μας. Ξεχωριστά θα ήθελα να ευχαριστήσω το στατιστικολόγο κ. Σάββα Ζαννέτο για τις πολύτιμες συμβουλές και την καθοδήγησή του στη μεθοδολογική προσέγγιση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ευχαριστώ επίσης τη Marie- Luise Dierks για την άδεια μετάφρασης και χρήσης του πρωτότυπου γερμανικού ερωτηματολογίου που ανέπτυξε η ομάδα της.

Ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη νιώθω προς τους γιατρούς ειδικούς και ειδικευομένους (κ.κ. Τζιάμα- Dupart E., Ανδρέου Γκ., Σιαχπαντεριάν Τζ., Σαμούνκη Μ., Γεωργίου Ρ., Wahbi K., Γιαννακίδη, Λοΐζο Α., Πολυκάρπου Α., Παπαγεωργίου Α.) των εξωτερικών ιατρείων που συνέβαλλαν καθοριστικά στη συλλογή των στοιχείων προσέλευσης και στις νοσηλεύτριες του τμήματος αυτού που διαμοίρασαν και συνέλεξαν τα ερωτηματολόγια. Κατά τη διάρκεια της μελέτης αυτής πολύτιμη ήταν και η συμπαράσταση του Διευθυντή του Παιδιατρικού Τμήματος κ. Νίκου Σκορδή.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς που συμμετείχαν στην έρευνα και να ευχηθώ υγεία σε όλα τα παιδιά που προσήλθαν για εξέταση.

Περίληψη

Εισαγωγή: Λόγω της παρούσας οικονομικής κρίσης καθίσταται ακόμα επιτακτικότερη η ανάγκη για βέλτιστη χρήση των πόρων σε όλους τους τομείς συμπεριλαμβανομένου του τομέα των υπηρεσιών υγείας. Για να επιτευχθεί αυτό είναι σημαντικό να είναι γνωστή η χρήση αυτών των υπηρεσιών και να γίνεται αξιολόγηση της ποιότητάς τους. Ένας τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας είναι και η συλλογή πληροφοριών για την ικανοποίηση των χρηστών των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Η πρωτοβάθμια παιδιατρική φροντίδα υγείας στην Κύπρο προσφέρεται τόσο από τον ιδιωτικό, όσο και από το δημόσιο τομέα. Η μέγιστη προσέλευση παιδιατρικών ασθενών στο δημόσιο τομέα παρατηρείται στο Νοσοκομείο "Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ" (NAM ΙΙΙ), όπου όμως δεν έχει γίνει ως τώρα μελέτη της προσέλευσης των ασθενών, των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων αυτών καθώς και της ικανοποίησης των γονέων των ασθενών.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της προσέλευσης των ασθενών στα παιδιατρικά εξωτερικά ιατρεία του NAM ΙΙΙ και της ικανοποίησης των γονέων των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Μεθοδολογία. Συνελέχθησαν στοιχεία της προσέλευσης των 2777 ασθενών τους μήνες Ιανουάριο-Φεβρουάριο 2013 από τους γιατρούς των εξωτερικών ιατρείων μέσω της συμπλήρωσης του ανάλογου εντύπου και ακολούθησε επεξεργασία αυτών με IBM SPSS 20. Έγινε μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή του γερμανικού ερωτηματολογίου Child- ZAP questionnaire (Bitzer E., 2012) που μετρά την ικανοποίηση των γονέων των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, με τη χρήση των ελαχίστων κριτηρίων μετάφρασης του Ινστιτούτου MAPI (MAPI Research Institute, 2002) και ακολούθως στάθμισή του. Τους μήνες Ιανουάριο και Φεβρουάριο 2013 συνελέχθησαν 67 ερωτηματολόγια από γονείς ασθενών στο χώρο αναμονής των εξωτερικών ιατρείων. Έγινε επεξεργασία των συλλεγέντων δεδομένων με το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 20.

Αποτελέσματα. Αναφορικά με τα στοιχεία προσέλευσης ο ηλικιακός μέσος όρος των ασθενών ήταν 4,2 έτη με το 52,9% να είναι αγόρια. Οι πλείστοι (75,9%) των ασθενών προσέρχονταν για έλεγχο λόγω ασθενείας αν και τα μισά περίπου εκ των βρεφών προσήλθαν για εξέταση ρουτίνας.. Το 97,5% ήταν κάτοικοι επαρχίας Λευκωσίας και το 96,6% δικαιούχοι δωρεάν ή με μειωμένο αντίτιμο περίθαλψης. Η επικρατούσα διάγνωση για τους μήνες της έρευνας ήταν η λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού και η μέγιστη προσέλευση παρατηρούνταν τις Δευτέρες, ενώ η ελάχιστη τις Πέμπτες. Το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο εμφάνισε ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά με δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α 0,944, δείκτη ενδοκατηγορικής συσχέτισης 0,961 και εγκυρότητα όψης και περιεχομένου. Το

ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 95,7%. Οι συμμετέχοντες γονείς ασθενών (στην πλειοψηφία τους μητέρες) εμφανίζονται σε ποσοστό 96,5% πολύ ή μάλλον ικανοποιημένοι γενικά με τις παρεχομένες υπηρεσίες και 96% απάντησαν πως εμπιστεύονται σε μεγάλο ή αρκετά μεγάλο βαθμό τον γιατρό. Λιγότερο ικανοποιημένοι εμφανίζονται όσον αφορά στο χρόνο αναμονής (μόνο το 43,7% δήλωσε πολύ ή αρκετά ικανοποιημένο) και τις δυνατότητες απασχόλησης και ψυχαγωγίας του παιδιού κατά το χρόνο αυτό (46,9% αντίστοιχα). Επίσης λιγότερο ικανοποιημένοι όσον αφορά στη συμμετοχή τη δική τους ή του παιδιού τους στη λήψη αποφάσεων. Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες δήλωσαν ότι περίμεναν πάνω από 2 ώρες προκειμένου να εξεταστούν. Η έρευνα αυτή δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την ικανοποίηση σε σχέση με το φύλο του συμμετέχοντα, την ηλικία αυτού ή του παιδιού, τη χώρα προέλευσης των γονέων, την εισοδηματική κατηγορία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το χρόνο αναμονής και την αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα του προβλήματος υγείας του παιδιού. Αντίθετα περισσότερο ικανοποιημένοι σε στατιστικά σημαντικό βαθμό διαπιστώθηκε να είναι όσοι δεν εργάζονται συγκριτικά με εκείνους που εργάζονται.

Συμπεράσματα

Το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο εμφανίζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία και δύναται να χρησιμοποιηθεί σε περαιτέρω έρευνες. Οι πλείστοι ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων είναι νηπιακής ηλικίας με συχνότερη αιτία προσέλευσης τις λοιμώξεις του αναπνευστικού. Συνήθως συνοδεύονται από τη μητέρα τους και είναι δικαιούχοι δωρεάν περίθαλψης. Οι αναφερόμενοι από τους γονείς ικανοποίηση είναι υψηλή ιδίως όσον αφορά στη σχέση των ιδίων και του παιδιού τους με το γιατρό και λιγότερο από τις συνθήκες και το χρόνο αναμονής. Οι γονείς που δεν εργάζονται εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι. Χρειάζεται να γίνουν μελλοντικά ακόμα πιο εκτεταμένες έρευνες στον τομέα της ικανοποίησης από την παιδιατρική φροντίδα στην Κύπρο.

Λέξεις-κλειδιά ικανοποίηση γονέων, πρωτοβάθμια παιδιατρική φροντίδα, ερωτηματολόγιο ικανοποίησης, εξωτερικά παιδιατρικά ιατρεία, προσέλευση ασθενών

Summary

Background

The optimal use of resources in all areas including health services due to the current economic crisis has become more urgent than ever before. To achieve that, it is important to know the extent that these services are being utilised and their quality has to be assessed. One way of assessing quality is to collect information on the user satisfaction of these services. Primary pediatric health care in Cyprus is provided by both the private and the public sector. The maximum turnout of pediatric patients in the public sector is taking place in the Hospital "Archbishop Makarios III" (NAM III), although there has been no previous studies of the exact use of these services by the patients, or of their socio-demographic characteristics and the parental satisfaction.

Aim

of the present work is to study the turnout of patients in the pediatric outpatient department of NAM III and the parental satisfaction from the services provided.

Methods

Details of the attendance/ turnout of 2777 patients were collected during January-February 2013 by the doctors of the pediatric outpatient department by completing the appropriate form. The German Child-ZAP questionnaire (Bitzer E., 2012) was translated and culturally adapted for measurement of the parental satisfaction with the services provided, using the minimum translation criteria of the Institute of Translation MAPI (MAPI Research Institute, 2002). During the same period 67 questionnaires were collected. The data collected were then processed with the statistical program for social sciences IBM SPSS 20.

Results

Regarding the attendance figures the average age of patients was 4.2 years with 52.9 % of them being boys. The majority (75.9 %) of patients came to be examined due to sickness, but about half of the babies under 1 year of age came for check-up. 97.5 % of the patient were residents of Nicosia district and 96.6 % of them were entitled to free or reduced- price care. The prevailing diagnosis for the months of the study was upper respiratory tract infection and the maximum turnout was observed on Mondays , while the minimum on Thursdays. The translated questionnaire showed satisfactory psychometric characteristics, such as the

indicator of internal consistency Cronbach's α 0.944 , and the intraclass correlation index 0.961. The face and content validity were also examined. The response rate was 95.7 %. 96.5% of the participants (mostly mothers) were very or rather satisfied overall with the services provided and 96 % said they trusted the doctor. They appeared to be less satisfied with the waiting time (only 43.7 % said they were very or fairly satisfied) and entertainment opportunities for the child (46.9 % respectively). They also seem to be less satisfied from their involvement in decision making compared to the other parameters of the interaction with the doctor that were also examined in this study. Over half of the participants said they waited more than two hours in order for the child to be examined. This research did not reveal a statistically significant difference in terms of satisfaction with regard to the gender of the participant , age of him/her or of his child , the parents' country of origin , income category , education level , the waiting time and the perceived severity of the child's health problem . Participants who do not work seemed to be significantly more satisfied by the services offered compared to those who work.

Conclusions

The translated questionnaire has satisfactory psychometric characteristics and can be used in further researches. The majority of the patients of the outpatient department are infants usually accompanied by their mother and are entitled to free health care. The most common complaint was a respiratory tract infection. The overall reported parental satisfaction is high especially regarding the interaction with the doctor. Parents who do not work appear to be more satisfied than those who work. There is a need for even more extensive field surveys of satisfaction with pediatric care in Cyprus.

Keywords

parental satisfaction, primary pediatric care, satisfaction questionnaire, outpatient pediatric clinics, patient attendance/ turnout

Κεφάλαιο Πρώτο

1. Εισαγωγή

1.1. Εισαγωγικά στοιχεία

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ήδη το 1977 έθεσε ως στόχο την επίτευξη για όλους τους ανθρώπους ένα ελάχιστο επίπεδο υγείας που θα επιτρέπει την ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή της ομάδας στην οποία ανήκουν, στόχος που εξαρτάται εν πολλοίς από την αποδοτικότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη συνιστά την πρώτη μορφή επικοινωνίας ενός ασθενούς με το σύστημα υγείας και αποβλέπει στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση κοινών ασθενειών για τις οποίες δεν απαιτείται νοσηλεία. Σε αυτή συμπεριλαμβάνεται η πρόληψη και αγωγή υγείας για την επίτευξη ενός βέλτιστου επιπέδου υγείας. Μάλιστα η προληπτική ιατρική, η οποία παρέχεται μόνο σε πρωτοβάθμιο επίπεδο επηρεάζει τους δείκτες νοσηρότητας αλλά και του δείκτες θνησιμότητας σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι η θεραπευτική ιατρική. Η φροντίδα υγείας παρέχεται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο από μονάδες όπως τα αστικά και αγροτικά/ περιφερικά κέντρα υγείας, τα ιδιωτικά ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Η ευρεία αυτή παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συνάδει πλήρως με τη διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1978, στην οποία καθορίστηκε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμελιώδες συστατικό των υγειονομικών συστημάτων και καθοριστικός παράγοντας για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη των κοινοτήτων (Ιωαννίδη, 1999).

Η προσφορά όμως των προαναφερθέντων υπηρεσιών συνεπάγεται ένα σημαντικό κόστος για το κράτος, το οποίο ολοένα και αυξάνεται. Στην περίοδο οικονομικής κρίσης που διανύουμε η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών καθίσταται πλέον επιβεβλημένη. Προκειμένου να γίνει η βέλτιστη κατανομή των λιγοστών πλέον πόρων πρέπει να γνωρίζουμε σε ποιους απευθύνονται οι υπηρεσίες, με ποιον τρόπο χρησιμοποιούνται και αν οι υπηρεσίες αυτές είναι οι πρέπουσες. Έτσι, ανακύπτει το αίτημα για παροχή ποιοτικών αγαθών και υπηρεσιών, το οποίο επεκτείνεται σε όλο και περισσότερους τομείς και το περιεχόμενό του συνεχώς διευρύνεται. Ο έλεγχος είναι η διαδικασία που επιτρέπει σε έναν Οργανισμό να διαπιστώσει αν έχουν επιτευχθεί οι στόχοι του και φαίνεται ότι είναι βασική προϋπόθεση της ολικής ποιότητας στο σύγχρονο Μάνατζμεντ (Δίκαιος, 1999).

Οι υπερβολικές απαιτήσεις των ασθενών από τους γιατρούς των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών οδηγούν σε μακρούς χρόνους αναμονής και ανεπαρκή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών με αποτέλεσμα τα τμήματα πρώτων βοηθειών κατακλύζονται από ασθενείς, οι οποίοι δεν έχουν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Bodenheimer, 2006). Είναι επομένως σημαντικό να

παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίες και θα υπόκεινται σε έλεγχο.

Η παρούσα μελέτη θα πραγματοποιηθεί το ζήτημα της χρήσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα εξωτερικά παιδιατρικά ιατρεία του Νοσοκομείου "Αρχιεπίσκοπος Μακάριος Γ'" (NAM III), όπως αυτή γίνεται αντιληπτή μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των συνοδών των ασθενών.

Η εργασία αυτή αποτελείται από το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η αναγκαιότητα και οι στόχοι της μελέτης, ενώ στο δεύτερο μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας επιχειρείται η περιγραφή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Κύπρο γενικά και της πρωτοβάθμιας παιδιατρικής φροντίδας ειδικότερα, του τρόπου λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων του NAM III, όπου έλαβε χώρα η μελέτη, και ο ορισμός των βασικών εννοιών που αυτή πραγματεύεται. Συγκεκριμένα μετά από μια σύντομη ιστορική αναδρομή στις προσπάθειες διερεύνησης και ορισμού της ποιότητας και της ικανοποίησης των υπηρεσιών υγείας, περιγράφονται οι συνιστώσες αυτών, ο ρόλος του ασθενούς στην αξιολόγησή τους, το θεωρητικό υπόβαθρο της μελέτης της ικανοποίησης και αναφέρονται τα αποτελέσματα διεθνών και ελληνικών και κυπριακών ερευνών αναφορικά, είτε με την ικανοποίηση των ασθενών εν γένει, είτε κυρίως σε σχέση με την παιδιατρική φροντίδα. Τέλος στο κεφάλαιο αυτό γίνεται βιβλιογραφική αναφορά στη μεθοδολογία της μετάφρασης ενός ερευνητικού εργαλείου.

Στο τρίτο κεφάλαιο (που ανήκει στο ειδικό- ερευνητικό μέρος) γίνεται η παρουσίαση του σκοπού της έρευνας και των ερευνητικών ερωτημάτων, ενώ περιγράφεται και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων, ενώ στο τέταρτο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτής. Τέλος στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται σχολιασμός των αποτελεσμάτων τόσο σε σχέση με τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, όσο και σε σχέση με τις συνθήκες της έρευνας και συγκριτικά με τα ευρήματα της ελληνόφωνης αλλά και διεθνούς βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας.

1.2. Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης

Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός όσων εγγράφονται στα εξωτερικά ιατρεία για εξέταση από παιδίατρο είναι γνωστός, αυτός δεν αντανακλά όσους πράγματι εξετάζονται, ούτε αποκαλύπτει κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά αυτών. Προκειμένου να επιτυγχάνεται ο καλύτερος προγραμματισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι αναγκαίο να είναι γνωστό σε ποιους απευθύνονται αυτές, ποιοι δηλαδή είναι οι χρήστες των υπηρεσιών αυτών. Εκτός όμως από τον προγραμματισμό και την κατανομή των πόρων η γνώση των δημογραφικών και επιδημιολογικών στοιχείων των χρηστών των υπηρεσιών μπορεί να αποτελέσει τη βάση για σύγκριση σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και μεταξύ διαφορετικών κέντρων. Όμως καθώς η αξιολόγηση των υπηρεσιών αποτελεί πλέον προτεραιότητα σε μια περίοδο "ισχνών αγελάδων"

και μέτρο της αξιολόγησης είναι και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, συνιστώσα της οποίας είναι και η ικανοποίηση των χρηστών, καθίσταται επιτακτική η αποτύπωση αυτής. Ειδικά στην Κύπρο, όπου η υπογραφή του μνημονίου συνεργασίας με την ΤΡΟΪΚΑ συνεπάγεται αλλαγές στον τομέα της υγείας με στόχο τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών. Μάλιστα από τον Αύγουστο του 2013 και με τις νομοθετικές αλλαγές που επήλθαν σε σχέση με το κόστος για τον χρήστη των υπηρεσιών αυτών στο δημόσιο τομέα η έρευνα αυτή δίνει τη δυνατότητα παρακολούθησης του αντίκτυπου που υμνοεί να έχουν οι αλλαγές αυτές στη ζήτηση των υπηρεσιών.

Είναι απαραίτητη επομένως η εκτίμηση της χρήσης των υπηρεσιών και η αξιολόγησή τους. Στην Κύπρο δεν έχει γίνει τέτοια καταγραφή προηγουμένως που να αφορά τις υπηρεσίες παιδιατρικής φροντίδας.

1.3. Σκοποί και στόχοι

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η αποτύπωση της χρήσης των εξωτερικών παιδιατρικών ιατρείων του Νοσοκομείου "Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ" (ΝΑΜΙΙΙ) Λευκωσίας και η μελέτη της ικανοποίησης των χρηστών- γονέων των ασθενών που επισκέπτονται τα συγκεκριμένα ιατρεία. Δευτερεύων στόχος είναι η μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή ενός ερευνητικού εργαλείου στην ελληνική γλώσσα για σκοπούς μέτρησης της ικανοποίησης των γονέων ασθενών και ελεγχος της καταλληλότητάς του. Η παρούσα μελέτη κατά τη γνώση της ερευνήτριας αποτελεί την πρώτη απόπειρα καταγραφής της προσέλευσης/ χρήσης και της ικανοποίησης από παιδιατρικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στον κυπριακό χώρο.

2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

2.1.Εισαγωγή

2.1.1. Σύστημα Υγείας Κύπρου και Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Στην Κύπρο δεν υπάρχει Εθνικό Σύστημα Υγείας, παρά τις προσπάθειες δεκαετιών για τη δημιουργία του. Βέβαια με την πολιτική δέσμευση για εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) δεδομένου του μνημονίου που έχει συνυπογραφεί μεταξύ της Κυπριακής Δημοκρατίας και της ΤΡΟΪΚΑΣ θεωρείται ότι θα υπάρξει πλήρης εφαρμογή του ΓεΣΥ ως το τέλος του 2015 (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, 2013).

Ενώ το παρόν σύστημα καλύπτει το 80% του πληθυσμού, πολλοί εξ όσων δικαιούνται δωρεάν φροντίδα υγείας καταφεύγουν γι' αυτή στον ιδιωτικό τομέα με αποτέλεσμα το σύστημα υγείας της Κύπρου να συνίσταται από δύο ξεχωριστά ισομεγέθη συστήματα: το δημόσιο και το ιδιωτικό (Theodorou, 2012). Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προσφέρονται στο δημόσιο τομέα στα κέντρα υγείας και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ενώ στον ιδιωτικό από ιδιώτες γιατρούς στα ιατρεία τους ή σε κλινικές. Ο κατακερματισμός και των δύο αυτών επιμέρους συστημάτων οδηγεί σε μειωμένη συνέχεια (continuity) της φροντίδας υγείας και μείζονες ανεπάρκειες. Στο δημόσιο τομέα υπάρχουν μείζονα οργανωτικά προβλήματα με μεγάλους χρόνους αναμονής λόγω κυρίως της έλλειψης συστημάτων παραπομπών (Theodorou, 2012). Τα νοσοκομεία του δημοσίου τομέα είναι φτωχά οργανωμένα και δε θεωρούνται φιλικά για τον χρήστη (Antoniadou, 2005). Οι υπηρεσίες εξωτερικών (μη νοσηλευομένων) ασθενών λειτουργούν με βάση το γενικότερο ωράριο των δημοσίων υπηρεσιών και χρησιμοποιούνται κυρίως από ομάδες με χαμηλότερο εισόδημα (Antoniadou, 2005). Το σχήμα φαίνεται να βασίζεται αρκετά σε πατερναλιστικά πρότυπα γεγονός που εμποδίζει τους ασθενείς από το να έχουν ενεργό ρόλο στη λήψη αποφάσεων (Antoniadou, 2005).

2.1.2. Πρωτοβάθμια παιδιατρική φροντίδα

Η πρόσβαση των παιδιών σε υπηρεσίες υγείας αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμά τους όπως αυτό αποτυπώνεται στη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, η οποία υιοθετήθηκε στη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών το 1989 και έχει επικυρωθεί σχεδόν από όλες τις χώρες του κόσμου. (UNICEF, 2013)

Η πρωτοβάθμια παιδιατρική φροντίδα, συγκριτικά με αυτή που προσφέρεται σε ενηλίκους, έχει όμως μελετηθεί σαφώς λιγότερο τόσο διεθνώς όσο και στην Κύπρο. Η οργάνωσή της διαφέρει από χώρα σε χώρα και γι'αυτό προκειμένου να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ συστημάτων πρέπει προηγουμένως να είναι γνωστές οι διαφορές τους.

Η πρωτοβάθμια παιδιατρική στην Αμερική βασίστηκε αρχικά κυρίως στην πρόληψη και τη δημόσια υγεία. Στην πορεία το πλαίσιο αυτό διευρύνθηκε. Οι ΗΠΑ ανήκουν στη μειοψηφία των χωρών εκείνων που διαθέτουν ειδικούς παιδίατρους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στον αντίποδα στον Καναδά και το Ηνωμένο Βασίλειο στο πρώτο σημείο επαφής ενός παιδιού με τις υπηρεσίες υγείας αναλαμβάνουν γενικοί γιατροί και οι ειδικοί παιδίατροι αναλαμβάνουν μόνο περίπλοκα περιστατικά σε νοσοκομειακό επίπεδο. Οι ΗΠΑ επίσης εμφανίζουν την ιδιαιτερότητα ενσωμάτωσης επείγουσας φροντίδας και φροντίδας ρουτίνας (επισκέψεις τακτικού ελέγχου υγείων παιδιών) στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σε πολλές άλλες χώρες οι υπηρεσίες πρόληψης προσφέρονται σε διαφορετικό πλαίσιο από ότι οι υπηρεσίες που σχετίζονται με τη φροντίδα ασθενών (Chang, 2004).

Έρευνα των Van Esso και συνεργατών (2010), σε 29 ευρωπαϊκές χώρες, καταδεικνύει ότι οι 12 (41%) έχουν σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε παιδιά βασιζόμενο στον οικογενειακό/ γενικό γιατρό, επτά (24%) σε παιδίατρο και 10 (35%) σε συνδυασμό των πιο πάνω. Οι εφηβιατρικές και σχολιατρικές υπηρεσίες αναλαμβάνονται από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας ανά χώρα. Υπάρχει ασυμφωνία για το πιο σύστημα έχει τα βέλτιστα αποτελέσματα στην παιδιατρική φροντίδα. Σε χώρες όπου κυριαρχούν τα συστήματα που βασίζονται σε γενικούς/ οικογενειακούς γιατρούς υπάρχει ανησυχία για ακατάλληλες παραπομπές των ασθενών. Θεωρείται πως η εκπαίδευση στην παιδιατρική είναι ανεπαρκής για τους γενικούς γιατρούς, με μέση τιμή 4 μηνών. Σε κάποιες χώρες μάλιστα είναι ανύπαρκτη ή μη υποχρεωτική. Διαφορές υπάρχουν και στον ορισμό του παιδιατρικού ασθενούς. Η πλειοψηφία των χωρών (15) ορίζει τη μέγιστη παιδιατρική ηλικία ως τα 18 έτη, ενώ το 17% τα 14 χρόνια. Σε κάποιες χώρες το όριο επεκτείνεται στην ενηλικίωση για νοσοκομειακές εισαγωγές ή για εξειδικευμένη φροντίδα. Ενδεχομένως να είναι επιθυμητή η εναρμόνιση της ηλικίας ορισμού του παιδιατρικού ασθενούς για όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες (Van Esso, 2010).

Παρόλα αυτά στις ανεπτυγμένες χώρες ενώ ο πληθυσμός γηράσκει, ο αριθμός των παιδίατρων αυξάνεται. Σύμφωνα με το μαθηματικό μοντέλο που κατασκεύασαν οι Shipman και συν (2004) για να προβλέψουν τον αριθμό των παιδίατρων που θα εργάζονται στην Αμερική το έτος 2020 καθώς και τον παιδιατρικό πληθυσμό χρησιμοποιώντας ως μεταβλητές τον αριθμό των αποφοίτων ιατρικής που επιλέγουν την παιδιατρική ως ειδικότητα και το ρυθμό συνταξιοδότησης ή θανάτου, προέβλεψαν ότι ο αριθμός των εργαζομένων παιδίατρων θα αυξηθεί δραματικά σε σχέση με μικρή μόνο αύξηση του παιδιατρικού πληθυσμού. Προκειμένου να διατηρήσουν έναν όγκο εργασίας συγκρίσιμο με το σημερινό θα πρέπει να προσφέρουν περισσότερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες (ενδεχομένως και σε νέους ενήλικες) .

Έρευνα των Brousseau και συνεργατών (2007) καταδεικνύει ότι η αναφερόμενη υψηλής ποιότητας παρεχόμενη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σχετιζόταν με μειωμένη χρήση του τμήματος πρώτων βοηθειών για μη επείγοντα παιδιατρικά περιστατικά. Συγκεκριμένα φαίνεται να σχετίζεται με μείωση της χρήσης κατά 42% για παιδιά που δικαιούνται δωρεάν περίθαλψη και 49% για παιδιά κάτω των 2 ετών, τα οποία και καταφεύγουν πιο συχνά στο σύστημα παροχής ιατρικής φροντίδας λόγω της μεγαλύτερης συχνότητας οξέων νοσημάτων που εμφανίζουν.

Στην Κύπρο υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τα παιδιά προσφέρονται τόσο από τον ιδιωτικό τομέα, όσο και από το δημόσιο. Στο δημόσιο προσφέρονται στα κέντρα που προαναφέρθηκαν από ειδικούς παιδίατρους (στο NAM III και από ειδικευόμενους), όπου εξετάζονται παιδιά και έφηβοι ηλικίας έως 15 ετών. Σε πρωτοβάθμιο επίπεδο προσφέρεται τόσο έλεγχος ρουτίνας υγείων παιδιών, όσο και ασθενών, ενώ τα απογεύματα και τις αργίες εξετάζονται μόνο ασθενείς στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.

Σύμφωνα με τους Theodorou και συνεργάτες (2012), εμβολιαστικές υπηρεσίες προσφέρονται χωρίς χρέωση στο δημόσιο τομέα από επισκέπτες υγείας, αλλά υπολογίζεται ότι 58% των εμβολιασμών γίνονται από ιδιώτες παιδίατρους. Οι σχολιατρικές υπηρεσίες προσφέρονται από παιδίατρους και επισκέπτες υγείας και περιλαμβάνουν ιατρική εξέταση, εμβολιασμούς και ελέγχους της όρασης, ακοής κ.ά. Υπάρχουν λίγα δεδομένα, όμως οι δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας είναι προσβάσιμες και καλής ποιότητας. Αυτό μπορεί να εξαχθεί από δεδομένα όπως από τη σχεδόν 100% εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού για τα βασικά εμβόλια, τα επίπεδα βρεφικής και μητρικής θνησιμότητας και την επιτυχία του προγράμματος για τη θαλασσαιμία. Προγράμματα όμως πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας, και του καπνίσματος δεν έχουν προς το παρόν την ανάλογη επιτυχία.

Από στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου (2010) προκύπτει ότι το 2010 επισκέφθηκαν τα εξωτερικά παιδιατρικά ιατρεία στα κυβερνητικά ιατρικά ιδρύματα (νοσοκομεία και κέντρα υγείας) 85.728 ασθενείς. Εξ αυτών 38.779 επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου "Αρχιεπίσκοπος Μακάριος III" (NAM III) Λευκωσίας, ακολουθούμενοι από 12.184 ασθενείς που επισκέφθηκαν τα παιδιατρικά εξωτερικά ιατρεία της Λεμεσού, ενώ στα άλλα μεγάλα νοσοκομεία προσήλθαν για εξέταση ακόμα μικρότερος αριθμός παιδιών.

2.1.3. Εξωτερικά Ιατρεία NAM III και τρόπος λειτουργίας

Τα εξωτερικά ιατρεία του NAM III λειτουργούν τις καθημερινές (Δευτέρα έως Παρασκευή) από τις 7:30 πμ έως τις 15:00 μμ. Όμως η εξέταση ασθενών ξεκινά περίπου στις 8 πμ και οι εγγραφές ασθενών για εξέταση γίνονται έως και τη 13:30. Στα εξωτερικά ιατρεία δεν εξετάζει σταθερός αριθμός παιδίατρων. Υπάρχουν δύο παιδίατροι που εξετάζουν σε καθημερινή βάση καθώς και ένας ή δύο ειδικευόμενοι παιδίατροι, οι οποίοι επίσης εξετάζουν σε καθημερινή βάση είτε μαζί σε ένα ιατρείο είτε χωριστά. Οι ειδικευόμενοι παιδίατροι αρχίζουν να εξετάζουν μετά το τέλος

των πρωινών αιμοληψιών για τις οποίες είναι υπεύθυνοι, δηλαδή ανάλογα με την ημέρα και των αριθμό των αιμοληψιών (δεν είναι με ραντεβού και άρα δεν είναι σταθερός) οπωσδήποτε μετά τις 9 π.μ. αλλά πολλές φορές και μετά τις 10 ή 10:30 π.μ. Επιπλέον παιδίατρος υπάρχει στις σχολικές αργίες, ο οποίος το υπόλοιπο διάστημα είναι εντεταλμένος στη σχολιατρική υπηρεσία και κάποιες μέρες της εβδομάδας εξετάζει και παιδίατρος, ο οποίος τις άλλες μέρες εξετάζει σε Κέντρο Υγείας της περιοχής της Λευκωσίας.

Στην ίδια αίθουσα αναμονής περιμένουν για τρεις ημέρες την εβδομάδα οι ασθενείς και οι συνοδοί τους που αναμένουν να εξεταστούν από παιδοχειρουργό (χωρίς ραντεβού), μία μέρα την εβδομάδα και ασθενείς που αναμένουν να εξεταστούν από νεογνολόγο σε προκαθορισμένη επανεξέταση (με ραντεβού), ασθενείς που αναμένουν να εξεταστούν μία φορά την εβδομάδα από παιδίατρο-λοιμωξιολόγο και ασθενείς που αναμένουν να εξεταστούν επίσης μία φορά/εβδομάδα από παιδίατρο με ειδικό ενδιαφέρον σε ρευματολογικές παθήσεις. Γίνεται επομένως εύκολα κατανοητό ότι στην ίδια αίθουσα αναμονής περιμένουν παιδιά με μεταδοτικά νοσήματα και παιδιά υγιά που ήρθαν για έλεγχο ρουτίνας ή και παιδιά με χρόνια νοσήματα.

Πριν από την είσοδο στα ιατρεία νοσηλεύτρια ετοιμάζει το φάκελο του ασθενούς, ζυγίζει τους ασθενείς (τα βρέφη ζυγίζονται είτε στα ιατρεία από τους παιδίατρους, είτε στο τμήμα Μητέρας-Παιδιού), και μετρά τη θερμοκρασία τους. Η σειρά εξέτασης είναι κατά βάση και η σειρά εγγραφής με κάποιες εξαιρέσεις. Αν ένα παιδί πιστεύεται ότι έχει κάποιο εξανθηματικό μεταδοτικό νόσημα (π.χ. πιθανή ανεμευλογιά) απομονώνεται σε κάποιο διαθέσιμο χώρο και εν συνεχεία δίνεται προτεραιότητα ώστε να μην έρθει σε επαφή με υγιά παιδιά που περιμένουν. Επίσης προτεραιότητα δίνεται σε άτομα με ειδικά προβλήματα υγείας (π.χ. νοητική καθυστέρηση) που αδυνατούν να περιμένουν, μικρά νεογνά ή επείγοντα (π.χ. ορατή καταβολή, σπασμοί, κά), καθώς και ασθενείς που προσέρχονται μόνο για επαναληπτική συνταγογράφηση ή για λήψη αποτελεσμάτων αναλύσεων, εφόσον κρίνει σκόπιμο η νοσηλεύτρια που κάνει τη διαλογή και ενημερώνει προηγουμένως τον γιατρό.

Τα παιδιά μπαίνουν τυχαία για εξέταση σε κάποιο γιατρό, ανάλογα με το ποιος γιατρός θα τελειώσει με το προηγούμενο περιστατικό πρώτος, εκτός αν ζητήσουν κάποιον συγκεκριμένο, που τους παρακολουθεί συνήθως ή μιλά τη γλώσσα τους (σε περίπτωση ξενόγλωσσων ασθενών) και είναι διατεθειμένοι να περιμένουν να αδειάσει το ιατρείο του.

Την περίοδο που έλαβε χώρα η μελέτη ήταν υποχρεωτική η πληρωμή του ποσού των 2 ευρώ ανά εξεταζόμενο άτομο για τους δικαιούχους δωρεάν ή με μειωμένο αντίτιμο περίθαλψης, ενώ όσοι δεν δικαιούνται πλήρωναν το ποσό των 20 ευρώ. Τον Αύγουστο του 2013 έγιναν αλλαγές στον τρόπο και στα ποσά πληρωμής προκειμένου κάποιος είτε να εξεταστεί είτε να λάβει φαρμακευτική αγωγή, τις οποίες όμως δεν πραγματεύεται η παρούσα εργασία.

2.2. Ποιότητα φροντίδας υγείας

2.2.1. Ορισμοί της ποιότητας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας παρότι αποτελεί μια καθολική προσδοκία τόσο των χρηστών-καταναλωτών, όσο και των επαγγελματιών υγείας, των ασφαλιστικών ταμείων, των διευθυντών των νοσοκομείων, της πολιτείας, της κοινωνίας και διεθνών οργανισμών ενέχει -όπως άλλωστε και οι περισσότερες έννοιες- δυσκολία στον ορισμό της. Έτσι μπορεί να οριστεί ως η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών κατά Thomson (1980) και ως η αύξηση της πιθανότητας επίτευξης του επιθυμητού αποτελέσματος με βάση την ισχύουσα ιατρική γνώση κατά Nelson (1996) (από Αλεξιάδη, 1999).

Κατά τον Donabedian (2005) η ποιότητα της φροντίδας υγείας είναι ένας όρος που δύσκολα ορίζεται. Είναι κατά βάση η αντανάκλαση των επίκαιρων αξιών και στόχων του συστήματος φροντίδας υγείας και της ευρύτερης κοινωνίας στην οποία αυτό ανήκει. Δύναται να οριστεί με βάση το αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας, τη διαδικασία που ακολουθείται ή και τις συνθήκες (δομή) στις οποίες αυτή λαμβάνει χώρα. Η φροντίδα του ασθενούς είναι επίσης πολυδιάστατη έννοια. Το πώς ακριβώς αυτή θα οριστεί, θα έχει άμεση επίδραση στον τρόπο που αυτή θα αξιολογηθεί.

Το επιθυμητό επίπεδο φροντίδας για έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να είναι ένα προκαθορισμένο ελάχιστο επίπεδο, ένα μέσο επίπεδο ή και το επίπεδο-στόχος (το ιδανικό δηλαδή επίπεδο). Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας οδηγεί σε υγειονομικά και οικονομικά οφέλη για τον ασθενή και το κοινωνικό σύνολο, οικονομικά και λειτουργικά οφέλη για τον ίδιο τον Οργανισμό, και σε αύξηση της ικανοποίησης, και της αποτελεσματικότητας του έργου των επαγγελματιών υγείας. Σύμφωνα με τις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας επιδίωξη του Οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι η ικανοποίηση των πελατών του (εσωτερικών-ενδιάμεσων, όσο και εξωτερικών- τελικών) (Αλεξιάδης, 1999).

Κατά τους Campbell και συνεργάτες (2002) η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας είναι πλέον μέρος της καθημερινότητας όσων εμπλέκονται σε αυτή. Η βελτίωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί χωρίς προηγουμένως να μετρηθεί ή μετά από μέτρηση/αξιολόγησή της. Η αξιολόγηση μπορεί να γίνει με μεθόδους με αδιάσειστα δεδομένα, που προκύπτουν με τη χρήση δεικτών ποιότητας ή με μεθόδους όπως η βιντεοσκόπηση συναντήσεων, οι συνεντεύξεις ασθενών κλπ.

Προκειμένου να συλλεχθούν οι απαραίτητες πληροφορίες προς αξιολόγηση της ποιότητας μπορεί να μελετηθούν οι φάκελοι των ασθενών, που όμως στις πλείστες των περιπτώσεων είναι ελλιπείς, να γίνει άμεση παρατήρηση των φαινομένων ή να μελετηθούν οι συμπεριφορές και οι απόψεις των εμπλεκόμενων (έμμεση μέθοδος). Τα κριτήρια βάση των οποίων θα γίνει η αξιολόγηση μπορεί να είναι είτε εμπειρικά καθοριζόμενα και χρησιμοποιούνται για σύγκριση μεταξύ διαφορετικών περιβαλλόντων (π.χ. ιδιωτικού και δημόσιου νοσοκομείου), είτε

καθορίζονται από πηγές που θέτουν τις βάσεις της επιστημονικής γνώσης, όπως επιστημονικά περιοδικά, βιβλία και αντιπροσωπεύουν τη βέλτιστη ιατρική πρακτική. Ο Donabedian (2005) θεωρεί πως η αξιολόγηση της φροντίδας υγείας που αφορά μη νοσηλευόμενους ασθενείς (ambulatory) συχνά δεν είναι εύκολη γιατί συνήθως τα ιατρικά αρχεία είναι ελλιπή, ο γιατρός πολλές φορές γνωρίζει το προηγούμενο κοινωνικό και ιατρικό ιστορικό του ασθενούς κι έτσι δεν ακολουθεί τις διαδικασίες από την αρχή και συχνά η φροντίδα απαιτεί παραπάνω από μία επισκέψεις και επομένως είναι δύσκολο να αξιολογηθεί τμηματικά.

Η ποιότητα της φροντίδας υγείας έχει την ιδιαιτερότητα ότι δεν μπορεί να εκτιμηθεί από τη συχνότητα επιστροφής στο συγκεκριμένο Οργανισμό, αντίθετα με ό,τι συμβαίνει στις πλείστες άλλες υπηρεσίες (Αλεξιάδης, 1999).

Η ανάγκη όμως για βελτίωση και εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας δεν είναι μόνο σημερινό φαινόμενο.

2.2.2. Ιστορική αναδρομή της αξιολόγησης της ποιότητας στη φροντίδα υγείας

Ήδη από τον Ιπποκράτη (5ος αι. π.Χ.) τέθηκε το πλαίσιο της ιατρικής φροντίδας με τη φράση "ωφελέειν ή μη βλάπτειν". Στον πόλεμο της Κριμαίας (1850) η Florence Nightingale επιχείρησε την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας στους τραυματίες. Το 1908 ο Groves στη Μεγάλη Βρετανία επισήμανε την αναγκαιότητα δημιουργίας συστήματος ταξινόμησης ασθενειών και επεμβάσεων για σκοπούς σύγκρισης. Εκτός από μερικές αναλαμπές, στη συνέχεια ατόνησε ο έλεγχος της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσα σε ένα κλίμα εφησυχασμού από τις ταχείες εξελίξεις στην ιατρική. Η μείωση όμως των πόρων μεταπολεμικά και η δημιουργία Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία έφεραν ξανά την ανάγκη για ποιοτική φροντίδα και έλεγχο αυτής στο προσκήνιο. Τις δεκαετίες του '50 και του '60 ο έλεγχος της ποιότητας αφορούσε κυρίως μελέτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, τη δεκαετία του '70 υπήρξε προσανατολισμός προς τον διαχειριστικό έλεγχο και την επόμενη δεκαετία προς τη Διασφάλιση της Ποιότητας, ενώ τη δεκαετία του '90 αναδύθηκε η τάση της Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας (Αλεξιάδης, 1999).

Στη συνέχεια η άνοδος του μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου, η συνεχής αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, η διαπιστωθείσα ανεπάρκεια και αναποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας καθώς και η ενδυνάμωση του ασθενούς-καταναλωτή και η απομυθοποίηση του πατερναλιστικού ιατρικού ρόλου συνέβαλαν στην αύξηση των απαιτήσεων για ποιότητα σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας υγείας (Theodorou, 1992). Έτσι αναπτύχθηκε σταδιακά μια ολόκληρη "φιλοσοφία της ποιότητας" και προσπάθειες ορισμού της με το πιο δημοφιλές μοντέλο κατά τους Sitzia και Wood (1997) να

είναι αυτό του Donabedian που θεωρεί ότι η αξιολόγηση της ποιότητας περιλαμβάνει αξιολόγηση των δομών, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων με τη μέγιστη βαρύτητα στα τελευταία

2.2.3. Συνιστώσες της ποιότητας

Η επιλογή συγκεκριμένων διαστάσεων προς ορισμό της ποιότητας θα έχει σημαντική επίδραση στις μεθόδους αξιολόγησης της φροντίδας υγείας.

Για τον προσδιορισμό της ποιότητας σύμφωνα με τον Donabedian (2005) μπορούν να αξιολογηθούν: α) το αποτέλεσμα της φροντίδας υγείας, το οποίο αποτελεί ένα σχετικά έγκυρο και ισχυρό μέτρο, όμως πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή γιατί αφενός κάποια αποτελέσματα δεν είναι εύκολα μετρήσιμα και αφετέρου πολλοί άλλοι παράγοντες μπορεί να το επηρεάσουν, β) τη διαδικασία καθεαυτή, η μέτρηση της οποίας απαιτεί σημαντική προσοχή στις σχετικές με αυτή διαστάσεις, γ) τη δομή, τις συνθήκες της φροντίδας υγείας, που μπορεί να περιλαμβάνει και διοικητικές διαδικασίες, σύμφωνα με την υπόθεση ότι αν οι ανωτέρω συνθήκες είναι καλές θα ακολουθήσει ποιοτική φροντίδα υγείας. Ενώ συνήθως υπάρχουν οι διαθέσιμες πληροφορίες για την αξιολόγηση των δομών, η σχέση μεταξύ δομών και διαδικασιών ή των αποτελεσμάτων δεν είναι πάντα τεκμηριωμένη. .

Ο ίδιος πάλι ερευνητής (Donabedian, 1990) στο κλασικό πλέον άρθρο του "Οι επτά πυλώνες της ποιότητας" θεωρεί ότι επτά ιδιότητες της φροντίδας υγείας καθορίζουν την ποιότητά της:

- 1) απόδοση (efficacy): η ικανότητα να οδηγήσει σε βελτίωση της υγείας,
- 2) αποτελεσματικότητα (effectiveness): ο βαθμός στον οποίο πραγματοποιούνται/ επιτυγχάνονται εφικτά αποτελέσματα,
- 3) αποδοτικότητα (efficiency): η ικανότητα να επιτυγχάνεται το βέλτιστο αποτέλεσμα με το μικρότερο κόστος,
- 4) βελτιστοποίηση (optimality): η πιο συμφέρουσα ισορροπία κόστους- ωφέλειας,
- 5) αποδοχή (acceptability): η συμμόρφωση με τις προτιμήσεις των ασθενών σχετικά με την προσβασιμότητα, τη σχέση τους με το γιατρό, το κόστος και τα αποτελέσματα της φροντίδας,
- 6) νομιμοποίηση (legitimacy): συμμόρφωση με τις κοινωνικές προτιμήσεις αναφορικά με τα παραπάνω και τέλος,
- 7) η ισότητα (equity): δίκαιη κατανομή της φροντίδας.

Συνεπώς οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τόσο τις προτιμήσεις των ασθενών, όσο και τις κοινωνικές επιταγές κατά την αξιολόγηση και διασφάλιση της ποιότητας.

Ο McNicol (1992) προτείνει ως συντελεστές της ποιότητας:

- 1) την προσφορά των υπηρεσιών χωρίς καθυστέρηση (promptness),
- 2) να έχει ως στόχο την ικανοποίηση των ασθενών (relevance),
- 3) να παρέχεται πληροφόρηση/ ενημέρωση (information),
- 4) να γίνεται σεβαστή η επιλογή του ασθενούς μετά από ενημέρωση (respect for patient's choice),
- 5) να είναι τεχνικά άρτια (technical quality),
- 6) να είναι αποδοτική σε σχέση με το κόστος (cost effectiveness),
- 7) να είναι αποδεκτή από το προσωπικό και την κοινωνία (acceptable).

Και οι δυο συγγραφείς δηλαδή συμπεριλαμβάνουν στους συντελεστές τις έννοιες του αποτελέσματος, του κόστους και ηθικών διαστάσεων και διαφοροποιούνται στο ότι ο Mc Nicol συμπεριλαμβάνει και την έννοια του χρόνου και τονίζει τη σημασία της ενημερωμένης επιλογής του ασθενούς. Δηλαδή η ηθική αποδοχή πρέπει να είναι τόσο συλλογική όσο και ατομική.

Το τελευταίο τονίζουν και οι Cambell και συν (2005), κατά τους οποίους οι βασικές συνιστώσες της ποιότητας της φροντίδας υγείας για κάθε μεμονωμένο ασθενή είναι η πρόσβαση και η αποτελεσματικότητα τόσο της κλινικής φροντίδας όσο και της διαπροσωπικής φροντίδας. Θεωρούν ότι η ποιότητα της φροντίδας είναι μια έννοια που έχει μεγαλύτερο νόημα όταν αφορά το μεμονωμένο χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Παρόλα αυτά όμως η ατομική φροντίδα πρέπει να τοποθετείται στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο πληθυσμού, οπότε θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι έννοιες της ισότητας και της αποδοτικότητας.

Μετά από ανάλυση των απαντήσεων 1193 ασθενών οι Cheraghi-Sohi και συνεργάτες (2008) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ενώ μπορεί η φροντίδα που έχει επίκεντρο τον ασθενή να είναι σημαντική για αυτόν, μπορεί όμως να δίνει ο ασθενής ακόμη μεγαλύτερη προτεραιότητα στην τεχνική ποιότητα της φροντίδας και στη συνέχεια αυτής.

Ενώ οι Sutton και McLean (2006) καταλήγουν ότι το μέγεθος και η σύνθεση της ιατρικής ομάδας ήταν ο πιο σημαντικός καθοριστής της ποιότητας.

Ουσιαστικά δηλαδή οι μεμονωμένες έρευνες επιβεβαιώνουν και προσθέτουν στη βάση που οικοδόμησε ο Donabedian με τους μεταγενέστερους θεωρητικούς να είναι πιο αναλυτικοί και να στρέφονται περισσότερο σε συνιστώσες που ορίζουν και διαμορφώνουν την ποιοτική φροντίδα για τον μεμονωμένο ασθενή παρά για τους ασθενείς ως κοινωνική ομάδα.

2.2.5. Ο ασθενής ως κριτής και αξιολογητής της ποιότητας.

Οι ασθενείς στο σύστημα υγείας έχουν τρεις καίριους ρόλους. Αποτελούν ταυτόχρονα καταναλωτές, στόχους και μεταρρυθμιστές των υπηρεσιών υγείας και των διαδικασιών αξιολόγησης της ποιότητας αυτών (Donabedian, 1992). Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα μέτρο της ποιότητας, αποτέλεσμα της φροντίδας και μια επένδυση για τη μελλοντική φροντίδα. Ο Williams (1994) θεωρεί πως εφόσον το ποιοτικό αποτέλεσμα βασίζεται στη συμμόρφωση και εφόσον η συμμόρφωση εξαρτάται από την ικανοποίηση, η τελευταία θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση της ποιοτικής φροντίδας. Όμως η συνεισφορά των ασθενών στην αξιολόγηση της ποιότητας δεν είναι χωρίς προβλήματα: η κρίση τους μπορεί να μην είναι αντικειμενική και να επικεντρώνονται σε βραχυπρόθεσμα ορατά αποτελέσματα αντί μακροπρόθεσμων. Επιπλέον, υπάρχει το άλυτο ακόμα πρόβλημα της εγκυρότητας, εφόσον υποτίθεται ότι η ποιότητα είναι χαμηλότερη από ότι φανερώνεται από τις έρευνες ικανοποίησης. Επίσης, πολλές φορές υπάρχουν ηθικές ασάφειες, όπως για παράδειγμα, η προτίμηση κάποιου ασθενούς αντιτίθεται στο αντικειμενικά παραδεκτό ως βέλτιστο γι'αυτόν και τέλος υπάρχει το πρόβλημα των ελλιπών καταγραφών όταν οι πληροφορίες ιδίως πηγάζουν από τα αρχεία των ασθενών (Donabedian, 1992) . Οι ασθενείς μπορεί να αποτελούν και τους στόχους των διαδικασιών επιβεβαίωσης ποιότητας (quality assurance), καθότι οι ασθενείς από κοινού με τους γιατρούς εμπλέκονται στην παραγωγή της φροντίδας και χρειάζεται να μελετηθεί εξίσου η συμπεριφορά τους. Μπορούν επίσης να αποτελούν μεταρρυθμιστές διεκδικώντας μεγαλύτερη συμμετοχή στην αλληλεπίδραση με το γιατρό, προσφέροντας διοικητική υποστήριξη, επιλέγοντας ελεύθερα στην αγορά υπηρεσιών και μέσω πολιτικών δράσεων.

Μια μελέτη ανασκόπησης πάνω από 100 δημοσιεύσεων των Sitzia και Wood (1997) αποκαλύπτει πως καθώς οι προϋπολογισμοί για την υγεία μειώνονται, οι καταναλωτές γίνονται ολοένα και πιο αυστηροί κριτές της παρεχόμενης φροντίδας. Συνεισφέρουν με το να καθορίζουν τι είναι η ποιότητα, αξιολογώντας την και προσφέροντας πληροφορίες για τις εμπειρίες τους, ώστε να αξιολογηθεί η ποιότητα από άλλους. Οι καταναλωτές μπορούν να κρίνουν και τεχνικά τις προσφερόμενες υπηρεσίες, ιδίως αν είναι εξοικειωμένοι με αυτές και είχαν προηγούμενες θετικές εμπειρίες. Έχουν επίσης τη μοναδική ικανότητα να ορίζουν τι αποτελέσματα θα πρέπει να επιδιωχθούν, τι κίνδυνοι μπορούν να γίνουν αποδεκτοί και με ποιο κόστος. Κάθε απόπειρα αξιολόγησης της ποιότητας πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνει πληροφορίες για την ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια των ασθενών και τους λόγους γι' αυτές.

Έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι οι ασθενείς δεν μπορούν να κρίνουν την τεχνική ποιότητα της φροντίδας και επομένως οι κρίσεις τους επηρεάζονται εν πολλώ από τις συναισθηματικές τους ανάγκες. Εμπειρικά στοιχεία όμως καταδεικνύουν ότι οι ασθενείς μπορεί να είναι πολύ πιο ικανοί κριτές από ότι αρκετοί σκεπτικιστές υποστηρίζουν (Pascoe, 1983).

Σύμφωνα με τις αρχές του καταναλωτισμού (consumerism), οι ασθενείς μπορούν να δρουν με βάση τη λογική κατά τις ιατρικές συναντήσεις. Όμως τα δεδομένα δείχνουν ότι οι ασθενείς μπορεί να επιδιώκουν την ανάληψη του ρόλου του ιδανικού καταναλωτή, που δρα με γνώμονα το συμφέρον της υγείας του με κριτική σκέψη, όσο και του ρόλου του "παθητικού" ασθενούς ταυτόχρονα ή εναλλακτικά ανάλογα με τις συνθήκες. Η σχέση επομένως γιατρού- ασθενούς

υποστηρίζει ο Lupton (1997) χαρακτηρίζεται από ρευστότητα και ποικιλομορφία γεγονός που συχνά παραγνωρίζεται.

Το παραπάνω επιβεβαιώνεται και στη μελέτη των Levinson και συν (2005), οι οποίοι κατέδειξαν ότι οι άνθρωποι διαφέρουν σημαντικά στην επιθυμία τους για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων.

Αντίθετα μεταξύ κάποιων επαγγελματιών υγείας υπάρχει ακόμα διάχυτη η υποψία ότι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών απειλεί το συμφέρον των ιατρών υποθέτοντας ότι θα αποκαλυφθεί μια γενικότερη δυσαρέσκεια, ενώ το αντίθετο είναι ο κανόνας (Sitzia, 1997).

Η αξιολόγηση της φροντίδας υγείας περιλαμβάνει τον καθορισμό των στόχων αυτής, την παρακολούθηση των εισροών αυτής, τη μέτρηση των αποτελεσμάτων και των πιθανών συνεπειών. Η ίδια η αξιολόγηση μπορεί να θεωρηθεί ως μια τεχνική διαδικασία. Ο Cochrane (1972) καθόρισε τρία κριτήρια με βάση τα οποία μια ιατρική θεραπεία θα πρέπει να αξιολογείται: η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η ποιότητα. Ο Doll το 1983 πρόσθεσε το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής (από Sitzia, 1997).

2.3. Ικανοποίηση ασθενών

2.3.1. Ορισμοί της ικανοποίησης

Ο όρος "ικανοποίηση" (satisfaction) από τις λέξεις "ικανός" και "ποιώ" (Μπαμπινιώτης, 2011) εμπεριέχει τη διττή σημασία της ευχαρίστησης και της πλήρωσης/ εκπλήρωσης. Αυτές οι έννοιες αποτέλεσαν και τις βάσεις των θεωριών της ικανοποίησης των ασθενών, όπως αυτές αναπτύχθηκαν από διάφορους μελετητές.

2.3.2. Ιστορική αναδρομή της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενούς από τη φροντίδα υγείας

Η έννοια αρχικά διερευνήθηκε από ερευνητές της ικανοποίησης με αγαθά ή υπηρεσίες εκτός του χώρου της υγείας και σταδιακά επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει τον τελευταίο.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1960 και στις αρχές του '70 ο καταναλωτής είχε όλο και μεγαλύτερη συμμετοχή σε όλες τις πτυχές της ζωής και έγινε κεντρικό σημείο αναφοράς και στις δημόσιες υπηρεσίες. Η αύξηση της δημοτικότητας των ερευνών ικανοποίησης το '90 μπορεί να ερμηνευθεί λόγω της αυξημένης αξιολόγησης των υπηρεσιών του δημοσίου τομέα, της αναβίωσης της ηθικής του καταναλωτισμού και επομένως και της ανάγκης για ανάθεση ευθυνών στους επαγγελματίες υγείας καθώς και λόγω του γεγονότος της συνεχούς αύξησης του κόστους και ανάγκης βελτίωσης της αποδοτικότητας του τομέα υπηρεσιών (Williams, 1994).

Η αυξημένη ενασχόληση με την ικανοποίηση του ασθενούς ήταν μέρος της γενικότερης στροφής προς τον καταναλωτισμό- την κυριαρχία του καταναλωτή (consumerism) και της επικράτησης μιας "φιλοσοφίας της ποιότητας" (Sitzia, 1997).

2.3.3. Η σημασία της μέτρησης της ικανοποίησης

Η ικανοποίηση μελετάται έχοντας το ρόλο τόσο της εξαρτημένης μεταβλητής, η οποία και καθορίζεται από χαρακτηριστικά των ασθενών ή/και των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο και της ανεξάρτητης μεταβλητής, η οποία μπορεί να προβλέψει τη συμπεριφορά.

Συγκεκριμένα έχει δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στη συσχέτιση της ικανοποίησης με τη συμμόρφωση του ασθενούς με την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή, αλλά αποτελεί και επιθυμητό στόχο και αποτέλεσμα αφ'εαυτής ως συνιστώσα της ποιότητας (Williams, 1994).

Για πολλούς όπως αναφέρουν οι Sitzia και Wood (1997) η σημασία των ερευνών ικανοποίησης έγκειται ακριβώς στη συνεισφορά τους στην αξιολόγηση της φροντίδας υγείας.

Οι πληροφορίες που συλλέγονται αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών έχουν όντως κάποια αξία στην αξιολόγηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προκειμένου να επεξηγηθεί η συμπεριφορά η σχετιζόμενη με την υγεία ή την ασθένεια (Pascoe, 1983).

2.3.4. Παράγοντες ικανοποίησης

Ο Thiedke (2007) θεωρεί πως οι περισσότερες έρευνες της ικανοποίησης των ασθενών βασίζονται σε μεμονωμένες επισκέψεις παρά στις εμπειρίες των ασθενών σε βάθος χρόνου. Συνήθως αυτό που μετράται είναι ένας συνδυασμός των προσδοκιών του ασθενούς πριν την επίσκεψη, η εμπειρία του από αυτή και η έκταση στην οποία δόθηκε λύση στο αρχικό πρόβλημά τους. Ο ίδιος ομαδοποιεί τους παράγοντες τους σχετιζόμενους με την ικανοποίηση ως εξής:

Του ασθενούς: τα δεδομένα σε κάποιες περιπτώσεις είναι αντικρουόμενα. Αναφορικά με την ηλικία υπάρχει η μεγαλύτερη συμφωνία των ερευνών ότι η αυξημένη ηλικία σχετίζεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση. Αναφορικά με την εθνικότητα, τα μέλη μειονοτικών ομάδων εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένα, ενώ τα στοιχεία για τη συσχέτιση με το φύλο είναι αντικρουόμενα. Το χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των ασθενών φαίνεται να σχετίζονται με μειωμένη ικανοποίηση, όπως και η ύπαρξη πολλαπλών προβλημάτων υγείας.

Του γιατρού: ο βαθμός στον οποίο εκπληρώνει τις προσδοκίες των ασθενών οδηγεί σε μεγαλύτερη ικανοποίηση αυτών, ομοίως η βέλτιστη επικοινωνία, η λιγότερο πατερναλιστική στάση και η ολιστική θεώρηση των ασθενών. Ακόμα, ο χρόνος που αφιερώνει στην κλινική του επίσκεψη, οι τεχνική αρτιότητα και η ημιεπίσημη αμφίεση οδηγούν σε μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών.

Του συστήματος: η συνέχεια της φροντίδας, η επάρκεια της ομάδας (και του παραϊατρικού προσωπικού), καθώς και η ετοιμότητα να παραπέμψει τον ασθενή εφόσον χρειάζεται σχετίζονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι γιατροί που αναφέρουν υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση έχουν και πιο ικανοποιημένους ασθενείς.

Κατά τον Ware (1978) (από Pascoe, 1983) οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση είναι: η προσβασιμότητα/ ευκολία, η "τέχνη" της φροντίδας, η συνέχεια της φροντίδας, το αποτέλεσμα, το φυσικό περιβάλλον και η τεχνική ποιότητα της φροντίδας. Στη συνέχεια τους περιόρισε στους: συμπεριφορά του ιατρού, διαθεσιμότητα της φροντίδας, συνέχεια της φροντίδας και μηχανισμοί της φροντίδας.

Δηλαδή παράγοντες που αφορούν το γιατρό, και το σύστημα κατά τον πιο πάνω διαχωρισμό.

Οι Sitzia και συνεργάτες (1997) αναφερόμενοι στο έργο της Linder-Pelz που προέκυψε μετά από ανάλυση περιεχομένου ερευνών ικανοποίησης αναφέρουν ότι οι καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης με τη φροντίδα υγείας από την πλευρά του ασθενούς είναι τα συμβάντα/ οι συνθήκες (occurences), η αξία, οι προσδοκίες, οι διαπροσωπικές συγκρίσεις και η αίσθηση του δικαιώματος (entitlement) στη φροντίδα.

Σε παρόμοιο θεωρητικό πλαίσιο οι Fox και Storms (1981) υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι διαφέρουν σε σχέση με αυτά που επιθυμούν και προσδοκούν από μια συνάντηση φροντίδας υγείας. Αυτό συμβαίνει επειδή οι άνθρωποι διαφέρουν στις αντιλήψεις τους σχετικά με τα αίτια των ασθενειών και τις κοινωνικά καθορισμένες αντιδράσεις τους στην ασθένεια. Επίσης οι γιατροί διαφέρουν κι αυτοί με τη σειρά τους στις συνθήκες της φροντίδας, περιλαμβανομένων των θεωρητικών προσεγγίσεων απέναντι στη φροντίδα και τα αποτελέσματα αυτής. Προτείνουν ότι η ικανοποίηση μπορεί να προβλεφθεί από τη συνύπαρξη των συνθηκών φροντίδας και των προσανατολισμών φροντίδας. Επίσης σημειώνουν ότι όλα τα μέτρα προσβασιμότητας συμπεριλαμβανομένης της συνέχειας της φροντίδας πλην όμως του κόστους συσχετίζονται με τρόπο στατιστικά σημαντικό με την ικανοποίηση.

Από όλους τους παραπάνω παράγοντες αυτός που απαντάται συχνότερα ως αποτέλεσμα των ερευνών ικανοποίησης είναι η ύπαρξη συνέχειας στην παρακολούθηση από τον ίδιο επαγγελματία υγείας και η ανάπτυξη μιας συνεπαγόμενης σταθερής σχέσης εμπιστοσύνης γιατρού- ασθενούς χωρίς όμως να σημαίνει ότι ο πιο συχνά απαντώμενος παράγοντας είναι και ο πιο σημαντικός για τους ασθενείς.

Οι 19 από τις 22 μελέτες που ανασκοπήθηκαν από τους Saultz και Albedaiwi (2004) ανέφεραν σημαντικά μεγαλύτερη ικανοποίηση όταν υπήρχε συνέχεια της φροντίδας (continuity). Είναι δύσκολο όμως να πει κανείς με σιγουριά αν η ικανοποίηση οδηγεί στη συνέχεια ή η συνέχεια οδηγεί στην ικανοποίηση.

Πολλές έρευνες διαπραγματεύονται τη σημασία της επικοινωνίας/ αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθενούς ως καθοριστικό παράγοντα ικανοποίησης.

Η καλή επικοινωνία γιατρού- ασθενών συνεισφέρει σύμφωνα με τα συμπεράσματα της ανασκόπησης των Ong και συνεργατών (1995): α) στη δημιουργία καλής διαπροσωπικής σχέσης, β) στην ανταλλαγή πληροφοριών και γ) στη λήψη αποφάσεων σχετικών με τη θεραπεία.

Παρά την αποδεδειγμένη αξία της πληροφόρησης, οι γιατροί τείνουν να υποτιμούν την επιθυμία των ασθενών για αυτή υποστηρίζει ο Waitzkin (1984). Η διαδικασία παροχής πληροφοριών σχετίζεται με χαρακτηριστικά του ασθενούς (όπως το φύλο, η μόρφωση κ.ά.), του γιατρού (όπως η κοινωνική τάξη, η αντίληψή του για την ανάγκη των ασθενών για πληροφόρηση, κ.ά.) και τις συνθήκες (πόσοι ασθενείς εξετάστηκαν). Οι εξωλεκτικές ικανότητες των γιατρών σχετίζονται με τα αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας όπως η ικανοποίηση και η συμμόρφωση. Συχνά οι γιατροί υιοθετούν ένα τύπο επικοινωνίας όπου διαθέτουν τον έλεγχο, θέτουν ερωτήσεις και διακόπτουν το συνομιλητή.

Λεκτικοί και εξωλεκτικοί παράγοντες διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία.

Έγινε ανασκόπηση 14 μελετών της λεκτικής επικοινωνίας γιατρού- ασθενούς και 8 μελετών της μη λεκτικής επικοινωνίας αυτών από τους Beck και συνεργάτες (2002). Οι λεκτικές συμπεριφορές που σχετίζονταν θετικά με το αποτέλεσμα ήταν ο καθησυχασμός, η υποστήριξη, η εκδήλωση κατανόησης για το τι περνάει ο ασθενής (empathy), η διάρκεια της επικοινωνίας, η λήψη ιστορικού, η παροχή επεξηγήσεων, η θετική ενίσχυση, το χιούμορ, η ψυχοκοινωνική κουβέντα, ο χρόνος που αφιερωνόταν στην αγωγή υγείας, η φιλικότητα, η ευγένεια, η καθοδήγηση του ασθενούς κατά την εξέταση, και η παροχή περιληπτικών πληροφοριών στο τέλος. Μη λεκτικές συμπεριφορές που σχετίζονταν θετικά με το αποτέλεσμα ήταν η καταφατική κίνηση της κεφαλής, η κάμψη προς τα εμπρός και η στροφή προς το συνομιλητή, η μη διασταύρωση χεριών ή ποδιών και η συμμετρία των άνω άκρων.

Η σημασία της αποτελεσματικής λεκτικής επικοινωνίας γίνεται περισσότερο φανερή στις περιπτώσεις μεταναστών. Έρευνες όπως των Carrasquillo και συνεργατών (1999) δείχνουν ότι όσοι δεν μιλούσαν την κυρίαρχη γλώσσα στη χώρα που έλαβε χώρα η έρευνα (αγγλικά) ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που είχαν λάβει και λιγότερο πρόθυμοι να επιστρέψουν στο ίδιο τμήμα σε περίπτωση που ξαναχρειάζόταν. Οι συγγραφείς μάλιστα προτείνουν τη χρήση επαγγελματιών μεταφραστών.

Όμως και η εξωλεκτική επικοινωνία έχει διερευνηθεί αρκετά με αξιοσημείωτο το παράδειγμα των Mast και συν (2008) οι οποίοι διαπίστωσαν πως οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι με γυναίκες γιατρούς που συμπεριφέρονταν με την αναμενόμενη συμπεριφορά του φύλου τους (π.χ. πιο απαλή φωνή, κλίση του σώματος προς τα εμπρός κλπ) ενώ παράλληλα τόνιζαν τον επαγγελματισμό τους (επαγγελματικό ιατρικό ντύσιμο κλπ).

Επομένως η αλληλεπίδραση γιατρού- ασθενούς καθορίζεται από διαστάσεις/ παράγοντες όπως:

Η τεχνική και η διαπροσωπική δεξιότητα, η διάρκεια της επίσκεψης, η συνέχεια της φροντίδας, το κλινικό αποτέλεσμα και το "ταίριασμα" γιατρού- ασθενούς (Pascoe, 1983).

Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και στην έρευνα των Hall και συνεργατών (2002), όπου οι αξιολογήσεις γιατρών και ασθενών κατέδειξαν συναισθήματα αμοιβαίας συμπάθειας και σωστής εκτίμησης του κατά πόσο ήταν αρεστοί ο ένας από τον άλλο. Η συμπάθεια των γιατρών προς τους ασθενείς σχετιζόταν θετικά με βελτιωμένη υγεία του ασθενούς, πιο θετική στάση του ασθενούς μετά την επίσκεψη, μεγαλύτερη ικανοποίηση του ασθενούς και του γιατρού με την επίσκεψη. Η συμπάθεια του ασθενούς προς τον γιατρό σχετιζόταν επίσης θετικά με τα παραπάνω.

2.3.5. Εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης και τα χαρακτηριστικά τους

Ένα από τα ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης είναι το ερωτηματολόγιο. Αυτό μπορεί να απαντάται πριν ή μετά την επίσκεψη, στο σπίτι και να αποστέλλεται στη συνέχεια στους ερευνητές, τηλεφωνικά ή μέσω υπολογιστή.

Εξαιρετικά σημαντικό είναι να έχει διερευνηθεί η εγκυρότητα (validity) και η αξιοπιστία του (reliability). Δηλαδή να μετρά αυτό που υποτίθεται πως μετρά (εγκυρότητα) και να το μετρά με συνέπεια ή αλλιώς σταθερότητα (αξιοπιστία). Τα χαρακτηριστικά αυτά όμως δεν είναι εγγενή του ερωτηματολογίου, γ'αυτό και είναι απαραίτητο σε κάθε μελέτη να επιβεβαιώνεται η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου που μελετάται (Γαλάνης, 2013).

Δυστυχώς όμως σύμφωνα με τον Sitzia (1999) αυτό δεν είναι ο κανόνας. Σε ανασκόπηση των μελετών που δημοσιεύτηκαν στα αγγλικά το 1994 διαπιστώθηκε ότι στις περισσότερες έρευνες τα στοιχεία συγκεντρώνονταν με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Πολύ λίγες έρευνες υιοθέτησαν μια ποιοτική προσέγγιση και η πλειοψηφία των ερευνών είχε περισσότερο χαρακτήρα αξιολόγησης με πρωταρχικό σκοπό την αξιολόγηση της ποιότητας παρά περιγραφικό χαρακτήρα. Το 80% των μελετών είχαν σκοπό τη μελέτη ενός νέου εργαλείου, ενώ το 10% τη μελέτη ενός τροποποιημένου ήδη υπάρχοντος εργαλείου. Τα νέα ή τροποποιημένα εργαλεία είχαν μικρότερη πιθανότητα από τα ήδη υπάρχοντα να εμφανίζουν εγκυρότητα ή αξιοπιστία, μάλιστα 60% των ερευνών στις οποίες γινόταν χρήση ενός νέου εργαλείου δεν παρουσίαζαν καθόλου στοιχεία εγκυρότητας ή αξιοπιστίας. Έτσι ο Sitzia προτείνει ότι όπου αυτό είναι δυνατό καλό είναι να χρησιμοποιείται ένα ήδη υπάρχον έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο χωρίς τροποποιήσεις. Όταν είναι απαραίτητη κάποια τροποποίηση οι ερευνητές θα πρέπει να αξιολογούν ενδελεχώς την τροποποίηση για να καθορίσουν αν χρειάζεται περαιτέρω δοκιμασία. Η εγκυρότητα περιεχομένου είναι δύσκολο να αξιολογηθεί χωρίς να είναι γνωστές όλες οι σχετιζόμενες έννοιες (ο όρος "ικανοποίηση του ασθενούς" δεν είναι σαφώς καθοριζόμενος).

Και ο Pascoe (1983) συμφωνεί στο ότι οι περισσότερες έρευνες αναφορικά με την ποιότητα ή την ικανοποίηση πάσχουν στην πιστοποίηση της εγκυρότητάς τους.

Οι Hall και Dornan (1988) προτείνουν μια πιο πλήρη αναφορά των χαρακτηριστικών του δείγματος και των αποτελεσμάτων ικανοποίησης από τους ερευνητές, να γίνουν περισσότερες μελέτες σε ομάδες που δε μελετώνται συχνά, και πλευρών της ικανοποίησης που δε μετρώνται συνήθως με ενσωμάτωση μέτρων ικανοποίησης σε τυχαιοποιημένες μελέτες.

2.3.6. Θεωρητικό υπόβαθρο των ερευνών ικανοποίησης

Το θεωρητικό υπόβαθρο των ερευνών ικανοποίησης οικοδομήθηκε κυρίως τη δεκαετία του 1980, βασιζόμενο σε ψυχολογικές και κοινωνιολογικές θεωρίες που είχαν αναπτυχθεί νωρίτερα και αφορούσαν κυρίως το χώρο της εργασίας και του εμπορίου.

Οι προσπάθειες οικοδόμησής του επικεντρώνονται κυρίως στον ορισμό, επεξήγηση της έννοιας της ικανοποίησης, τους παράγοντες που την καθορίζουν, και τη δημιουργία μοντέλων που θα μπορούσαν να προβλέψουν την ικανοποίηση.

Κατά τον Pascoe (1983) κάποιες από αυτές τις θεωρίες βασίζονται σε θεωρίες του marketing περί ικανοποίησης των καταναλωτών και τα αντίστοιχα μοντέλα, τα οποία θεωρούν την ικανοποίηση πολυπαραγοντική .

Κατά τον Williams (1994) παρά το γεγονός πως η ικανοποίηση του ασθενούς θεωρείται πλέον αποτέλεσμα προς μέτρηση στις υπηρεσίες υγείας, συχνά η μέτρησή της βασίζεται σε υποθέσεις για τη φύση και το νόημα της έννοιας ικανοποίησης, οι οποίες συχνά βασίζονται με τη σειρά τους σε άλλες υποθέσεις για τον τρόπο που οι ασθενείς αξιολογούν. Πρέπει επομένως να είναι γνωστό τι εννοεί κάποιος, όταν αναφέρει ότι είναι ικανοποιημένος με μια πτυχή των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έτσι ο Williams θεωρεί ότι μια πρώτη υπόθεση αναφορικά με την ικανοποίηση που έχει γίνει είναι αυτή της συσχέτισής της με την εκπλήρωση προσδοκιών. Αυτό εκφράζεται με βάση τα μοντέλα των "αξιών-προσδοκιών" (value- expectancy model Linder-Pelz), της θεωρίας της ασυμφωνίας (discrepancy theory), της εκπλήρωσης (fulfillment theory) και της ισότητας/ δικαιοσύνης (equity). Ο ίδιος αναφερόμενος στη σχετική βιβλιογραφία θεωρεί ότι στη δοκιμή τους οι θεωρίες αυτές αποτυγχάνουν να εξηγήσουν την ποικιλία (variance) της ικανοποίησης.

2.3.6.α. Το μοντέλο των αξιών- προσδοκιών

Βασιζόμενη στο έργο των Fishbein και Ajzen για τις αντιλήψεις και στάσεις/συμπεριφορές (attitude), η Linder- Pelz (1982) όρισε την ικανοποίηση ως θετική στάση, δηλαδή θετικές αξιολογήσεις διαφόρων διαστάσεων της φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με το μοντέλο προσδοκιών-αξιών (expectancy-value) που ανέπτυξε, οι απόψεις και οι σχετιζόμενες αξιολογήσεις καθορίζουν τη στάση/συμπεριφορά. Συνιστώσες κατά αυτό το μοντέλο που καθορίζουν υποθετικά την ικανοποίηση είναι: οι προσδοκίες (αντιλήψεις), οι αξίες (στάσεις), το περιβάλλον (αντιλήψεις), τα δικαιώματα (αντιλήψεις) και οι συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων (αντιλήψεις). Δηλαδή η φροντίδα υγείας έχει κάποιες ιδιότητες και οι αξιολογήσεις του ασθενούς γι'αυτές τις ιδιότητες αποτελούν μια θετική στάση, την ικανοποίηση.

Η Linder-Pelz όμως δεν κατάφερε να αποδείξει τη θεωρία αυτή. Ο Pascoe (1983) θεωρεί ότι η λογική του μοντέλου αυτού είναι προβληματική στον πυρήνα της καθότι θεωρεί την ικανοποίηση περισσότερο ως μια συναισθηματική παρά ως μια νοητική απόκριση.

2.3.6.β. Εναλλακτικά μοντέλα

Η θεωρία της Εκπλήρωσης ορίζει την ικανοποίηση ανεξάρτητα από τις προσδοκίες, δηλαδή αυτό που εισπράχθηκε ανεξάρτητα από το τι αναμενόταν.

Η θεωρία της Ασυμφωνίας ορίζει την ικανοποίηση ως τη διαφορά μεταξύ του πραγματικού αποτελέσματος και του ιδανικού αποτελέσματος. Δηλαδή, η ικανοποίηση είναι το αποτέλεσμα της υποκειμενικής ασυμφωνίας μεταξύ αυτού που το άτομο επιθυμεί ή προσδοκά και αυτού που βιώνεται ως μέρος αυτών των προσδοκιών.

Οι περισσότερες έρευνες ικανοποίησης έχουν χρησιμοποιήσει την τελευταία προσέγγιση. Όμως σύμφωνα με άλλους ερευνητές όπως ο Lawler (1973) τόσο οι θεωρίες εκπλήρωσης όσο και ασυμφωνίας έχουν πολλές λογικές και εμπειρικές αδυναμίες.

Η θεωρία της Ισότητας/ Δικαιοσύνης (equity): η ικανοποίηση είναι η αντιλαμβανόμενη ισορροπία εισροών και εκροών και σχετίζεται άμεσα με την κοινωνική σύγκριση της ισορροπίας.

Η θεωρία της αντίθεσης (contrast model): ο καταναλωτής μεγιστοποιεί τις διαφορές μεταξύ προσδοκιών και πραγματικών επιδόσεων.

Η θεωρία της προσομοίωσης (Assimilation model): η επίδοση η οποία είναι μικρότερη των προσδοκιών δε θα προκαλέσει δυσαρέσκεια αλλά οι αντιλήψεις για την επίδοση θα προσαρμοστούν για να ταιριάζουν με τις υψηλότερες προσδοκίες.

Η θεωρία της αντίθεσης- προσομοίωσης (Assimilation-contrast model): υβρίδιο των δυο παραπάνω θεωριών. (Williams, 1994, Pascoe, 1983)

Η δεύτερη υπόθεση που έχει γίνει στο χώρο των ερευνών ικανοποίησης κατά τον Williams (1994) έχει να κάνει με τη μέτρηση της ικανοποίησης σε σχέση με συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας υποθέτοντας ότι αυτές οι πτυχές είναι και αυτές που έχουν γίνει αποδεκτές από τον χρήστη των υπηρεσιών. Σύμφωνα με τη μελέτη της Linder-Pelz (1982) οι προσδοκίες σχετίζονται ανεξάρτητα από την εκπλήρωσή τους με την ικανοποίηση.

Η τρίτη υπόθεση στην οποία αναφέρεται ο Williams (1994) είναι ότι υπάρχουν αξιολογήσεις και προσδοκίες. Αναφέρει όμως περιπτώσεις όπου ενδέχεται να μην υπάρχουν συγκεκριμένες προσδοκίες.

Ο Fitzpatrick (2002) ακολουθεί μια διαφορετική προσέγγιση δίνοντας βαρύτητα σε διακριτές εμπειρίες, παρά σε γενικές αξιολογήσεις. Υποστηρίζει ότι δεν έχουν όλα τα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας την ίδια βαρύτητα για τους ασθενείς. Οι διοικητές και οι γιατροί τείνουν να

επικεντρώνονται στα συχνότερα αναφερόμενα προβλήματα (δηλαδή τη συνέχεια της φροντίδας). Όμως σε πολυπαραγοντικές αναλύσεις έγινε φανερό ότι προβλήματα όπως η έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης, σεβασμού για τις επιθυμίες τους ασθενούς και η φυσική άνεση ήταν ισχυρότεροι προβλεπτικοί παράγοντες της ποιότητας της φροντίδας. Επομένως οι ερωτήσεις που σχετίζονται με τις εμπειρίες και την ικανοποίηση μπορεί να είναι σημαντικές.

Ο Fitzpatrick (1984) καθόρισε 3 μοντέλα ικανοποίησης: της ανάγκης για το οικείο (σύμφωνα με τις κοινωνικά δημιουργούμενες προσδοκίες), των στόχων της αναζήτησης βοήθειας και της σημασίας των συναισθηματικών αναγκών.

Παρά τις δεκαετίες ερευνών που έχουν μεσολαβήσει από την ανάπτυξη των παραπάνω θεωριών, δεν έχουν δοθεί έως σήμερα ικανοποιητικές απαντήσεις στα ερωτήματα του ορισμού και καθορισμού της ικανοποίησης και επομένως ούτε και συγκεκριμένες μεθοδολογικές κατευθύνσεις καθολικά αποδεκτές για την προσέγγισή της υπάρχουν. Τα προβλήματα στις έρευνες ικανοποίησης φαίνεται πως παραμένουν τα ίδια όπως αυτά διατυπώθηκαν το 1979 από τους Larsen και συν στην προσπάθειά τους να κατασκευάσουν μια κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης (CSQ): τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, η έλλειψη σταθερής κλίμακας ικανοποίησης, η δυσκολία αποφυγής προκαταλήψεων κατά τη δειγματοληψία και το υψηλό κόστος των ερευνών.

2.4. Ερμηνεία του ευρήματος της υψηλής ικανοποίησης

Στις περισσότερες έρευνες ικανοποίησης ασθενών οι τελευταίοι δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι. Για το φαινόμενο αυτό έχουν προταθεί διάφορες ερμηνείες.

Ο Williams (1994) υποστηρίζει ότι ο καταναλωτισμός βασίζεται στην άρνηση του πατερναλισμού. Επομένως δεδομένα ικανοποίησης μπορούν μόνο να είναι χρήσιμα όταν οι ασθενείς έχουν ενεργό ρόλο αξιολόγησης και άσκησης κριτικής. Οι περισσότερες έρευνες καταδεικνύουν ότι οι περισσότεροι χρήστες των υπηρεσιών δεν τις αντιμετωπίζουν με κριτική διάθεση, και αποδέχονται φροντίδα εξαιρετικά χαμηλής ποιότητας έως ότου εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους. Σαν αποτέλεσμα αυτού, συχνά τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών καταδεικνύουν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά ικανοποίησης (ακόμα και >90%) ιδίως μεταξύ των ηλικιωμένων. Ο ίδιος προτείνει ότι προκειμένου να αντιληφθούμε τις απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας πρέπει πρώτα να διερευνηθεί τι δικαιώματα και τι υποχρεώσεις θεωρούν ότι έχουν.

Κατά τον Fitzpatrick (2002) όταν οι ασθενείς μετέχουν σε κάποια έρευνα, είναι επιφυλακτικοί να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους και αυτό μπορεί να συμβαίνει, είτε γιατί δε θα ήθελαν να φανούν αγάριστοι, είτε επειδή αναγνωρίζουν τους περιορισμούς της φροντίδας υγείας.

Κατά τον Pascoe (1983) τα αποτελέσματα αυτά οφείλονται σε μεθοδολογικούς περιορισμούς και ψυχοκοινωνικές συνιστώσες. Οι δυσαρεστημένοι ασθενείς μπορεί να αναζητήσουν αλλού

φροντίδα και επομένως μπορεί οι ευχαριστημένοι ασθενείς να αποτελούν το δείγμα της μελέτης. Η ύπαρξη αυξημένων αναφορών με υψηλή ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να οφείλεται σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως: α) η επιθυμία της κοινωνικής αποδοχής, β) η τάση να αποκτήσει κάποιος την εύνοια του προσωπικού, γ) προκατάληψη του ερευνητή, δ) ενίσχυση μέσω της διατήρησης ενός προγράμματος προσωπικής ανταμοιβής, ε) επίδραση/ αποτέλεσμα Hawthorne, στ) πιέσεις γνωστικής συνοχής κατά Le Vois και συνεργάτες (1981) (από Pascoe, 1983).

Διαφορετική είναι η ερμηνεία που δίνουν οι Hall και Dornan (1988). Οι ασθενείς θεωρούν οι συγγραφείς μπορεί να έχουν μια θετική προκατάληψη όταν αξιολογούν τη φροντίδα τους ενδεχομένως επειδή γενικά καθέννας θεωρεί ότι σε οποιοδήποτε τομέα τα καταφέρνει καλύτερα από τους άλλους και επομένως ότι και η φροντίδα που δέχεται είναι καλύτερη του γενικού μέσου όρου.

2.5. Ευρήματα διεθνών ερευνών

Η διεθνής βιβλιογραφία βρίθει ερευνών ικανοποίησης στο χώρο της φροντίδας υγείας. Αυτές αφορούν είτε τη μέτρηση της ικανοποίησης νοσηλευομένων είτε εξωτερικών ασθενών. Η πλειοψηφία αυτών αφορά έρευνες ικανοποίησης ενηλίκων. Από μια μεταανάλυση 221 ερευνών ικανοποίησης ενηλίκων ασθενών (Hall, Dornan, 1988) ανιχνεύθηκαν δύο ειδών προσεγγίσεις: η άμεση διερεύνηση της ικανοποίησης και η έμμεση, όπου ζητείται από τους ασθενείς να περιγράψουν τη φροντίδα τους ή να αξιολογήσουν την ποιότητά της. Η δεύτερη προσέγγιση ενέχει το ζήτημα της ασαφούς μεταξύ της ικανοποίησης και των παραγόντων που την καθορίζουν. Όλες οι έρευνες που συμπεριελήφθησαν στη μελέτη ανέδειξαν σχετικά υψηλή ικανοποίηση.

Οι μελέτες ικανοποίησης παιδιατρικών ασθενών ακολουθούν δύο προσεγγίσεις: είτε απάντηση των ερωτηματολογίων από τα ίδια τα παιδιά ή τους εφήβους, είτε δια αντιπροσώπου από τους γονείς τους (proxy report). Οι περισσότερες από αυτές αφορούν ειδικές ομάδες παιδιατρικών ασθενών. Σε μικρότερο αριθμό ερευνών γίνεται προσπάθεια αξιολόγησης της παρεχόμενης ποιότητας της φροντίδας υγείας με άλλον τρόπο (π.χ. συνεντεύξεις, μελέτη φακέλων). Είναι πράγματι εντυπωσιακό το εύρημα της έρευνας των Mangione- Smith, DeCristofaro και συνεργατών (2007) μετά από μελέτη των ιατρικών φακέλων, αφού προηγουμένως καθορίστηκαν δείκτες ποιότητας, ότι κατά μέσο όρο τα παιδιά έλαβαν σε ποσοστό 46,5% την ενδεικνύμενη φροντίδα, αποτέλεσμα παρόμοιο των ερευνών για ενήλικες ασθενείς. Συγκεκριμένα για οξεία προβλήματα έλαβαν το 67,5% της ενδεικνύμενης φροντίδας, 53,4% για χρόνια προβλήματα υγείας, και το 40,7% της ενδεικνύμενης προληπτικής φροντίδας. Αυτές οι ανεπάρκειες μπορεί να οδηγούν σε δυσάρεστα αποτελέσματα. Μόνο το 49,8% των παιδιών ηλικίας 2 ετών ήταν πλήρως εμβολιασμένα για την ηλικία τους.

Αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των γονέων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα παιδιά τους οι έρευνες καταδεικνύουν ότι η μικρότερη διάρκεια των επισκέψεων και η καθυστερημένη φροντίδα ήταν οι δύο παράγοντες που συστηματικά συσχετιζόνταν με μειωμένη ικανοποίηση (Halfon, 1972). Επίσης ο αυξημένος χρόνος της επίσκεψης σχετιζόταν θετικά με την ικανοποίηση ανεξάρτητα του χρόνου αναμονής (Feddock, 2010). Αναφορικά με τις διαστάσεις της διαπροσωπικής επαφής των γονέων με τον/τη γιατρό αποτελέσματα ερευνών καταδεικνύουν πως η ύπαρξη συνέχειας συνεισφέρει στην ικανοποίηση του προσωπικού και των συνοδών των ασθενών, στις βελτιωμένες σχέσεις ασθενών-ιατρών και στη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα (Becker, 1974) και πως ανεξάρτητα από τα χαρακτηριστικά των μητέρων ή των παιδιών η δεξιότητα κατά τη λήψη του ιστορικού ήταν ο πλέον καθοριστικός παράγοντας της ικανοποίησης των μητέρων (O'Keefe, 2004). Επιπλέον αντίθετα με ό,τι θα ανέμενε κανείς, ότι δηλαδή οι μακροσκελείς επεξηγήσεις οδηγούν σε μεγαλύτερη ικανοποίηση σύμφωνα με μελέτη (Googe, 2001) οι γονείς που έλαβαν μετρίας έκτασης απαντήσεις στις ερωτήσεις τους ήταν πιο πιθανό να δηλώσουν ότι εισακούστηκαν. Όσον αφορά τη σχέση του γιατρού με το παιδί, σε μόλις 4% των συναντήσεων ιατρών-παιδιού-γονέα συμμετείχαν ενεργά τα παιδιά. Σύμφωνα με έρευνα (Van Dulmen, 1998) φαίνεται πως οι παιδίατροι απήθυναν το 1/4 των δηλώσεων τους στα παιδιά και το υπόλοιπο στο συνοδό. Παρότι οι παιδίατροι απήθυναν ιατρικές ερωτήσεις στα παιδιά (26%), μόνο πολύ μικρό μέρος (13%) των ιατρικών πληροφοριών απευθυνόταν σε αυτά. Η επικοινωνία παιδίατρου-παιδιού παρουσίαζε αύξηση με την αύξηση της ηλικίας του παιδιού (πλην της κοινωνικής κουβέντας και του γέλιου). Επιτρέποντας στα παιδιά μεγαλύτερη συμμετοχή στις ιατρικές συναντήσεις δεν αύξανε το χρόνο της επίσκεψης. Η ανάγκη της συμπερίληψης του παιδιού στις ιατρικές συναντήσεις υπό τη μορφή της ενημέρωσης και της λήψης αποφάσεων γίνεται ακόμα περισσότερο επιτακτική κατά την εφηβεία. Η παροχή φροντίδας υγείας στους εφήβους περιλαμβάνει την ικανοποίηση των αναγκών τόσο των γονέων όσο και των εφήβων. Πτυχές της φροντίδας εξίσου σημαντικές για γονείς και εφήβους είναι η επικοινωνία με τον γιατρό, ακολουθούμενη από τις διαπροσωπικές δεξιότητες και την τεχνική ικανότητα. Οι γιατροί θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν τους εφήβους στις αποφάσεις και να παρέχουν κατανοητές απαντήσεις στις ερωτήσεις τους (Bytzkowski, 2010). Αλλά και χαρακτηριστικά των γονέων και των παιδιών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση που καταγράφεται κατά τη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών. Η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης σχετίζεται με τρόπο στατιστικά σημαντικό με την πρόσβαση των παιδιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Newacheck, 1998). Οι γονείς που είχαν ιδιωτική ασφάλεια και οι γονείς παιδιών ηλικίας κάτω των 3 χρονών είχαν λιγότερη εμπιστοσύνη στον γιατρό (Moseley, 2006). Σε μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2006 από τον Nguí και συν. έγινε ανάλυση δεδομένων ικανοποίησης για 38.886 παιδιά με ειδικές ανάγκες που αφορούσαν τα έτη 2000-2002. Η σοβαρότητα της κατάστασης του παιδιού, η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης, η ανεπαρκής φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια και η χρήση της ισπανικής (σε χώρα με κυρίαρχη γλώσσα τα αγγλικά) ως γλώσσας για τη συνέντευξη σχετιζόνταν με τρόπο στατιστικά σημαντικό με έλλειψη ικανοποίησης με την παρεχόμενη φροντίδα και δυσχερή χρήση των υπηρεσιών υγείας. Σε άλλη

αμερικανική μελέτη (Seid, 2003) βρέθηκε ότι οι γονείς ασιατικής ή λατινικής καταγωγής σημείωσαν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε σχέση με τους λευκούς ή μαύρους γονείς. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε όμως πως τη μεγαλύτερη σημασία είχε η γλώσσα και η πρόσβαση στη φροντίδα σε βαθμό που να εξαλείφεται ή να μειώνεται σε σημαντικό βαθμό η επίδραση της φυλής. Παρά όμως τις ατομικές διαφορές η πλειοψηφία των γονέων δηλώνουν ικανοποιημένοι από τη φροντίδα υγείας/ ρουτίνας του παιδιού τους. Η μειωμένη ικανοποίηση σχετίζεται με τρόπο στατιστικά σημαντικό με μειωμένη εμβολιαστική κάλυψη. Η αρνητική επίδραση της μειωμένης ικανοποίησης στον εμβολιασμό μπορεί να εξηγηθεί σε μεγάλο βαθμό από τη μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας για φροντίδα ρουτίνας από δυσαρεστημένους γονείς (Schempf, 2007).

2.6. Ευρήματα κυπριακών/ ελληνικών ερευνών

Οι έρευνες στο ελλαδικό και κυπριακό χώρο που πραγματεύονται ζητήματα ποιότητας υπηρεσιών υγείας εμφανίζουν μια αυξανόμενη τάση. Η διερεύνηση της ποιότητας έχει γίνει με μελέτη στοιχείων όπως οι ιατρικοί φάκελοι (Πελεκάνου- Μαρούχου, 2012), ή συνηθέστερα με τη μελέτη της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών με τη χρήση ερωτηματολογίων.

Ο αριθμός των κυπριακών και ελληνικών ερευνών που πραγματεύονται το ζήτημα της ικανοποίησης των ασθενών είναι σαφώς μικρότερος και συνήθως μικρότερης έκτασης. Στην πλειοψηφία τους αφορούν έρευνες ικανοποίησης ενηλίκων ασθενών. Λίγες πραγματεύονται την ικανοποίηση των γονέων από παιδιατρικές υπηρεσίες. Επίσης η συντριπτική πλειονότητα των ερευνών διαπιστώνει υψηλή ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών.

Επί παραδείγματι σύμφωνα με έρευνα (Theodorou, 2009) 61,8% όσων επισκέφθηκαν εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι, 14, 8% πολύ δυσαρεστημένοι και 20,3% ουδέτεροι (οι υπόλοιποι δεν απάντησαν). Ομοίως σε μελέτη ικανοποίησης από τα εξωτερικά ιατρεία του ΓΝ Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Πάφου (Γαβριήλ, 2009) 61,8% των ασθενών δηλώνουν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη συμπεριφορά και τον επαγγελματισμό του προσωπικού και των γιατρών και μεγαλύτερα ποσοστά δυσαρέσκειας για το χρόνο αναμονής του ραντεβού τους, τόσο μέχρι την προκαθορισμένη ημερομηνία της εξέτασης όσο και στην αίθουσα αναμονής. Παρεμφερή και τα ευρήματα έρευνας αξιολόγησης της ικανοποίησης των χρηστών του στρατιωτικού νοσοκομείου στην Κύπρο με τη χρήση δοκιμασμένου ερωτηματολογίου. Το 64,4% των συμμετεχόντων δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που έλαβαν. Αυτοί που όριζαν το προβλημά τους ως πολύ σοβαρό εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένοι και γενικά φαίνεται να δίνεται περισσότερη έμφαση σε διαπροσωπικές συνιστώσες της φροντίδας παρά σε τεχνικές από τους ασθενείς. (Χρίστου & Έλληνα, 2012)

Μεγαλύτερη ικανοποίηση από παραμέτρους της διαπροσωπικής επικοινωνίας παρά από τις ξενοδοχειακές ή υλικοτεχνικές και διοικητικές υποδομές αποκαλύπτουν και η συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών ικανοποίησης εξωτερικών ασθενών του Πιερράκου και συν (2013) καθώς

και η έρευνα ικανοποίησης που διενεργήθηκε στο τμήμα επειγόντων του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας του Αθανασίου (2012), καθώς και η μελέτη της Καλογεροπούλου (2011), ενώ η έρευνα της Κουμανδαράκη και συν (2004) καταλήγει ότι οι ασθενείς εμφανίζονται ικανοποιημένοι σε υψηλό ποσοστό τόσο από τη συμπεριφορά του διοικητικού, νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης "Παπαγεωργίου", όσο και από την ξενοδοχειακή υποδομή αυτού.

Η Καλογεροπούλου (2011) στην έρευνά της καταλήγει επίσης ότι οι νέοι χρήστες υπηρεσιών υγείας, ανώτερων κοινωνικοοικονομικών επιπέδων, έχουν υψηλότερες απαιτήσεις και προσδοκίες και εκφράζουν μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης, ενώ από άλλη έρευνα σε παγκύπριο επίπεδο για την ικανοποίηση από παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε κέντρα υγείας (Κωνσταντίνου, 2012) δεν προέκυψε συσχέτιση φύλου- ικανοποίησης, ούτε επιπέδου εκπαίδευσης- ικανοποίησης. Προέκυψε όμως θετική συσχέτιση επιπέδου υγείας- ικανοποίησης. Ο χρόνος που αφιέρωσε ο γιατρός σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση. Όσο αυξάνει ο χρόνος αναμονής μειώνεται η ικανοποίηση. Η συμπεριφορά του προσωπικού δε κατά τη διάρκεια της εξέτασης εμφάνισε υψηλή βαθμολογία.

Ικανοποιημένοι δηλώνουν και οι ασθενείς σε ποσοστό 84,3% από την ιατρική εξέταση και σε έρευνα ικανοποίησης που διενεργήθηκε στα εξωτερικά καρδιολογικά ιατρεία καρδιολογίας των μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου. Το 72% των συμμετεχόντων δηλώνουν επίσης ικανοποιημένοι από διάρκεια εξέτασης και την επικοινωνία με το γιατρό. (Ιωαννίδης & Γεωργίου, 2010), ενώ σε έρευνα ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών γενικού νοσοκομείου της Κύπρου από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα, το 91,1% θεωρεί ποιοτική τη συνολική φροντίδα, ενώ παράμετροι όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης (Λάμπρου, 2013). Περίφημη είναι και η έρευνα του Αλετρά (2007) με τη χρήση ερωτηματολογίου μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, όπου οι αξιολογήσεις ήταν υψηλές με εξαίρεση το κλείσιμο ραντεβού (Αλετράς, 2007).

Σύμφωνα με τον Theodorou (2012) έχουν γίνει προσπάθειες αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας εξωτερικών ασθενών στην Κύπρο σε μελέτες ασθενών το 1996 (Hsiao), το 2002-3 (Hsiao και Jacob), όπου αξιολογούνται θετικότερα οι υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα και σε έρευνα του Theodorou (2009), όπου οι ασθενείς δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι από παραμέτρους όπως η ευγένεια και η φιλική στάση του προσωπικού παρά από το χρόνο αναμονής, την ευκολία εύρεσης θέσης στάθμευσης και την ελευθερία επιλογής ημέρας ραντεβού.

Σε παιδιατρικό επίπεδο έχουν γίνει έρευνες που αφορούν νοσηλευόμενους ασθενείς (παιδιά ή νεογνά) (Τσιρώνη, 2011, Matziou, 2011), αλλά και προσπάθειες αξιολόγησης της ικανοποίησης των γονέων (proxy report) σε εξειδικευμένες παιδατρικές κλινικές (Margaritis, 2012), καθώς και προσπάθειες ανάπτυξης ερωτηματολογίου που θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση της φροντίδας τόσο νοσηλευόμενων όσο και εξωτερικών παιδιατρικών ασθενών (Moumtzoglou,

2000). Είναι αξιοσημείωτο ότι στην τελευταία αυτή έρευνα (Moumtzoglou, 2000) οι γονείς εμφανίζουν χαμηλή ικανοποίηση από τη φροντίδα (score 45/100), ενώ στις πλείστες των ερευνών ικανοποίησης διαπιστώνεται υψηλή και εξαιρετικά υψηλή ικανοποίηση.

2.7. Γενικά περί μετάφρασης ενός ερευνητικού εργαλείου

Λόγω ακριβώς της απουσίας ερευνών ικανοποίησης των γονέων από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στον κυπριακό χώρο καθίσταται αναγκαία η μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή ενός δοκιμασμένου σε άλλη χώρα ερωτηματολογίου.

Προκειμένου να διερευνηθεί ένα θέμα σε μια άλλη χώρα ή σε μετανάστες υπάρχει, είτε η επιλογή της ανάπτυξης ενός νέου ερευνητικού εργαλείου, διαδικασία χρονοβόρα το λιγότερο, είτε να χρησιμοποιηθεί ένα εργαλείο μέτρησης το οποίο έχει αναπτυχθεί προηγουμένως, το οποίο θα πρέπει να μεταφραστεί, να προσαρμοστεί και να σταθμιστεί. Συχνά οι μετανάστες ακόμα και αν κατέχουν μετά από πολύχρονη παραμονή και εκπαίδευση σε μια χώρα τη γλώσσα της χώρας φιλοξενίας και μπορούν να απαντήσουν το αυθεντικό ερωτηματολόγιο συχνά αξιολογούν τις καταστάσεις με βάση τα πολιτισμικά μορφώματα της χώρας καταγωγής τους (Guillemin, 1993). Η έρευνα που διενεργείται σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα ενέχει ορισμένες μεθοδολογικές δυσκολίες που αφορούν κυρίως την ποιότητα της μετάφρασης και τη δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ διαφορετικών εθνικών και πολιτισμικών ομάδων (Sperber, 2004)

Υπέρ της χρήσης ενός μεταφρασμένου ερωτηματολογίου είναι το γεγονός ότι μπορεί με τον τρόπο αυτό να ερμηνευθούν, να συγκριθούν και να αναλυθούν τα αποτελέσματα διαφορετικών χωρών και κάθε επιπλέον στοιχείο που συλλέγεται συνεισφέρει στην εγκυρότητα του εργαλείου. Το νόημα των λέξεων καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη χρήση τους. Επομένως είναι άτοπο κατά τη μετάφραση να αναζητείται μία μοναδική ερμηνεία μιας λέξης. Το νόημα κάθε ερώτησης πρέπει επομένως να επεξηγείται στους μεταφραστές στο υλικό που τους δίνεται για επεξεργασία. Υπάρχουν διάφορες διαδικασίες μετάφρασης : από την πιο απλή μονής κατεύθυνσης (direct, one to one), της αποκέντρωσης οπότε ένα προκαταρκτικό ερωτηματολόγιο μεταφράζεται παράλληλα με την ανάπτυξη του, τη μετάφραση την ώρα της συνέντευξης από κάποιον διαμεσολαβητή (on the fly) και η παράλληλη ή από επιτροπή μετάφραση (translation- back translation etc). Πολλά προβλήματα κατανόησης του αρχικού κειμένου γίνονται συχνά αντιληπτά μόλις επιχειρηθεί η μετάφραση (Harkness, 1998).

Παρότι η αρχική "κατά γράμμα" μετάφραση συχνά επιλέγεται, αυτή πολλές φορές δεν έχει νόημα σύμφωνα με τους Sperber (2004) και Del Greco και συνεργάτες (1987).

Η αρχική μετάφραση καλό είναι να γίνεται από κάποιον που γνωρίζει το γενικό στόχο (objective) και την πρόθεση πίσω από κάθε ερώτηση. Σημαντικό είναι να τεκμηριωθεί η αντιστοιχία μεταξύ των ερωτηματολογίων στις δύο γλώσσες από άτομα που κατέχουν καλά και τις δύο γλώσσες, καθότι πολλές φορές κάποιιοι μεταφραστές που καλούνται να μεταφράσουν το ήδη μεταφρασμένο κείμενο στην πρωτότυπη γλώσσα μπορεί να είναι ικανοί να βγάλουν νόημα από μια κακή μετάφραση και έτσι να διαφύγουν τυχόν λάθη (Del Greco, 1987). Υπάρχει άμεσος

συσχετισμός της ποιότητας των στοιχείων που συλλέγονται με την ποιότητα της μετάφρασης του ερωτηματολογίου. Πρέπει να διασφαλίζεται ότι όσοι απαντούν αντιλαμβάνονται αυτό που ο ερευνητής εννοεί σε κάθε ερώτηση. Κάποιες αμφίσημες για τους μεταφραστές ερωτήσεις μπορεί να μην προβληματίζουν όσους απαντούν γιατί πολύ απλά δίνουν τη δική τους ερμηνεία για το τι εννοείται. Οι μεταφραστές πρέπει να είναι δίγλωσσοι, επαγγελματίες μεταφραστές που κατανοούν τις βασικές αρχές της κοινωνιολογικής έρευνας ή τουλάχιστον να συνδυάζουν κάποια από τα προαναφερθέντα στοιχεία. Η εναρμόνιση (harmonization) είναι η διαδικασία τροποποίησης της μετάφρασης με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί μεταξύ διαφορετικών χωρών, όπου όμως ομιλείται η ίδια γλώσσα (με ενδεχομένως διαφορετικό ιδίωμα) (Presser, 2004).

Οι Beaton και συν. (2000), περιγράφουν 6 θεμελιώδη βήματα στη διαδικασία μετάφρασης και προσαρμογής, για τα οποία πρέπει να τηρούνται απαραίτητως γραπτά αρχεία.

Βήμα 1ο: δύο μεταφράσεις (T1&T2) από δύο ανεξάρτητους μεταξύ τους μεταφραστές από τη γλώσσα του πρωτότυπου ερωτηματολογίου στη γλώσσα του τελικού. Ο ένας καλό είναι να είναι ενήμερος για τη σκοπιμότητα και το πνεύμα της έρευνας (informed) ενώ ο άλλος όχι (naive/uninformed).

Βήμα 2ο: σύνθεση των δύο ερωτηματολογίων σε ένα (T1-2) και προσπάθεια επίλυσης διαφωνιών.

Βήμα 3ο: δύο μεταφράσεις πίσω στην πρωτότυπη γλώσσα (backtranslations) από μεταφραστές που δε γνωρίζουν το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο.

Βήμα 4ο: αναθεώρηση από ομάδα στην οποία περιλαμβάνονται οι μεταφραστές και κατασκευή της πρώιμης μορφής του ερωτηματολογίου στη γλώσσα στην οποία θα μοιραστεί.

Βήμα 5ο: προκαταρκτικός έλεγχος (pretesting) σε 30-40 άτομα για θέματα κατανόησης.

Βήμα 6ο: έλεγχος από τους κατασκευαστές του εργαλείου όλων των καταγραφών από τα παραπάνω βήματα, ή έλεγχος από συντονιστική επιτροπή της διαδικασίας που τηρήθηκε.

Το νέο εργαλείο που θα παραχθεί από τα πιο πάνω βήματα θα πρέπει να διατηρεί τις συσχετίσεις ερώτησης- κλίμακας (item to scale) αλλά και τα χαρακτηριστικά της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του πρωτότυπου ερωτηματολογίου.

Οι ίδιοι ερευνητές σε προηγούμενη δημοσίευσή τους (Guillemin, 1993) αναφέρουν ότι καλό είναι κάθε μετάφραση από τη γλώσσα την αρχική στη γλώσσα- στόχο θα πρέπει να μεταφράζεται πίσω στη γλώσσα του πρωτότυπου ερωτηματολογίου (back translation) κι όχι η σύνθεσή τους (βήμα το οποίο παραλείπεται). Συνιστούν την προσαρμογή των οδηγιών, της δομής, των ερωτήσεων ακόμα και απόρριψη ή δημιουργία νέων ερωτήσεων ώστε να υπάρξει η βέλτιστη πολιτισμική προσαρμογή. Οι οδηγίες συμπλήρωσης πρέπει να μεταφράζονται με προσοχή ώστε να διασφαλίζεται η αναπαραγωγικότητα του εργαλείου. Πρέπει να διασφαλίζεται

ότι το εργαλείο είναι πλήρως κατανοητό (σε γλώσσα την οποία μπορούν να κατανοήσουν παιδιά ηλικίας 10-12 χρόνων). Κάθε βήμα από τα παραπάνω θεωρείται ότι ενισχύει την ποιοτική διάσταση του ερωτηματολογίου. Παρότι θεωρείται ευρέως ότι η διαδικασία αυτή διασφαλίζει τη διατήρηση των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του πρωτότυπου ερωτηματολογίου, αυτό δε συμβαίνει απαραίτητα, γι'αυτό και απαιτούνται περαιτέρω δοκιμασίες μετά την ολοκλήρωση της μετάφρασης (Beaton, 2000) .

Οι συμβουλευτικές επιτροπές αποτελούνται από άτομα που αναθεωρούν τη διεργασία αλλά δε συνεισφέρουν άμεσα στη μετάφραση. Ζητήματα που έχουν να κάνουν με το σχεδιασμό των ερωτήσεων δύσκολα επιλύονται σε επίπεδο μετάφρασης, αν αυτή γίνεται μετά από την ανάπτυξη του πρωτότυπου ερωτηματολογίου. Πρέπει να τηρούνται αρχεία ενόσω γίνονται οι διάφορες διεργασίες ώστε οι συγγραφείς να μη χρειάζεται να στηρίζονται σε μνημονικές ανακλήσεις (σύγχρονη καταγραφή με τη μετάφραση) (Presser, 2004).

Άλλοι συγγραφείς (Sperber, 2004) έχουν μια διαφορετική προσέγγιση στη διαδικασία. Προτείνουν μια καινοτόμο (όπως τη χαρακτηρίζουν) μέθοδο για διασφάλιση της εγκυρότητας του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου. Προτείνουν τη σύγκριση μεταξύ των δύο εκδοχών των μεταφράσεων στην γλώσσα του πρωτότυπου ερωτηματολογίου (back translations) με το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο από τουλάχιστον 30 αξιολογητές που κατέχουν άριστα τη γλώσσα αυτή (του πρωτοτύπου) σε σχέση με τη συγκρισιμότητα της γλώσσας και της εννοιολογικής ερμηνείας.

Η αξιολόγηση της μετάφρασης κατά τους Harkness και συνεργάτες (1998) συχνά είναι αλληλένδετη με τα βήματα αυτής και διαφέρει από την αξιολόγηση του ερωτηματολογίου ως εργαλείου. Η αξιολόγηση της μετάφρασης μπορεί να γίνει με μεταφράσεις στην αρχική γλώσσα (back translations), με αξιολόγηση από επιτροπές, με εκτίμηση της κατανόησης (πχ. από δίγλωσσους αξιολογητές) και με μεθόδους στατιστικής ανάλυσης (πχ. διαμοίραση ερωτηματολογίων και στις δύο γλώσσες σε δίγλωσσους αναλυτές ή ανάλυση αναπάντεχων κατανομών απαντήσεων). Ακόμα στις προτεινόμενες μεθόδους υπάρχουν σημαντικές διαφορές στο ποιοι θα αναλάβουν κάθε διεργασία. Για παράδειγμα άλλοι ορίζουν ως δίγλωσσο μόνο κάποιο άτομο που έμαθε ταυτόχρονα τις δύο γλώσσες (coordinate bilingual) και άλλοι και αυτόν που τις έμαθε διαδοχικά (comboud bilingual). Ο ορισμός του "επαγγελματία" μεταφραστή επίσης διαφέρει από έρευνα σε έρευνα. Μπορεί να είναι κάποιος εξαιρετικά πεπειραμένος μεταφραστής ή μόνο κάποιος έμμισθος μεταφραστής. Ο Presser (2004) αναφέρει πως υπάρχει μια συνεχώς αυξανόμενη αμφισβήτηση της χρησιμότητας της μετάφρασης πίσω στην αρχική γλώσσα (back translation) και της ανεπάρκειας ως συστηματικής τεχνικής.

Μια μεταανάλυση 45 άρθρων (Acquadro, 2008) αποπειράθηκε να διερευνήσει τα ερωτήματα: ποια είναι τα κοινά στοιχεία των μεταφράσεων και αν υπερέχει κάποια μέθοδος. Οι μεταφρασμένες εκδοχές θα πρέπει να εμφανίζουν παρόμοιες συσχετίσεις με όποια προκαθορισμένα ανεξάρτητα κριτήρια καθιερώθηκαν κατή τη διαδικασία πιστοποίησης της εγκυρότητας της πρωτότυπης εκδοχής. Στη συνέχεια περιγράφει κάποιες κατευθυντήριες οδηγίες

και καταλήγει ότι ουσιαστικά η διαπολιτισμική προσαρμογή (cross cultural adaptation) έχει δύο συνιστώσες: την ακριβή μετάφραση καθεαυτή, και την προσαρμογή σε σχέση με το ιδίωμα, το πολιτισμικό περιβάλλον και τον τρόπο ζωής. Κοινά στοιχεία όλων των μεθόδων είναι η βαθμιδωτή προσέγγιση, η οποία θεωρείται ότι διασφαλίζει την ποιότητα σε μεγάλο βαθμό και περιλαμβάνουν τουλάχιστον μία μετάφραση από την αρχική στην τελική γλώσσα και κάποιο τρόπο προκαταρκτικού ελέγχου (pretesting) καθώς και ενδελεχή καταγραφή κάθε βήματος της παραπάνω διαδικασίας. Πολλά μάλιστα άρθρα στα οποία συγκρίνονται διάφορες μέθοδοι προσέγγισης της μετάφρασης ενός εργαλείου προτείνουν μια λιγότερο κοπιώδη διαδικασία θεωρώντας πως οι πολύπλοκες διαδικασίες δεν προσφέρουν επιπλέον στην εγκυρότητα παρά μόνο κοστίζουν χρόνο και χρήμα, υποστηρίζοντας μάλιστα πως η μετάφραση στην αρχική γλώσσα (back translation) μπορεί να είναι έως αποπροσανατολιστική.

Για τη μετάφραση του πρωτότυπου ερωτηματολογίου από τα γερμανικά στα ελληνικά αποφασίστηκε από τους ερευνητές η τήρηση της διαδικασίας των ελάχιστων κριτηρίων μετάφρασης όπως αυτά προτείνονται από το MAPI Research Institute (MAPI Research Institute, 2002) και έχουν ακολουθηθεί και σε άλλες έρευνες (παράδειγμα: (Cramer, 1998)) και τα οποία τηρούν όλες τις πιο πάνω αρχές (βαθμιδωτή προσέγγιση, αξιολόγηση, πολιτισμική προσαρμογή κλπ.). Εν συντομία η προτεινόμενη διαδικασία κατά MAPI είναι η ακόλουθη:

1. Δύο μεταφράσεις σε κάθε γλώσσα- στόχο από ανεξάρτητους και μη σχετικούς με το αντικείμενο της έρευνας επαγγελματίες μεταφραστές με μητρική τη γλώσσα στόχο,
2. την ανάπτυξη μιας εκδοχής από τις δύο πιο πάνω μεταφράσεις μετά από συναντήσεις των μεταφραστών και του ερευνητή,
3. μετάφραση στην γλώσσα του πρωτότυπου ερωτηματολογίου από έναν επαγγελματία μεταφραστή,
4. δεύτερη συνάντηση για αξιολόγηση και σύγκριση των πιο πάνω μεταφράσεων, και στη συνέχεια
5. διαμοίραση του ερωτηματολογίου σε 5 ασθενείς σε κάθε χώρα για αξιολόγηση του πόσο κατανοητό είναι το περιεχόμενο και πόσο κατάλληλη είναι η επιλογή των λέξεων σε σχέση με την πολιτισμική πραγματικότητα της χώρας, ώστε να γίνουν οι κατάλληλες προσαρμογές.

2.8. Συμπεράσματα από τη βιβλιογραφία

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται πως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελώντας την πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα υγείας πρέπει να αξιολογείται ως προς την ποιότητά της. Ένας τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι διαμέσου της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Η πρωτοβάθμια δημόσια παιδιατρική φροντίδα στην Κύπρο ως τώρα δεν έχει αξιολογηθεί και επομένως είναι απαραίτητη τόσο η διερεύνηση του πληθυσμού στον οποίο αυτή απευθύνεται, όσο και η ανάπτυξη ενός εργαλείου μέτρησης της ικανοποίησης των γονέων των ασθενών από αυτή. Η μετάφραση ενός ήδη υπάρχοντος

ερωτηματολογίου πρέπει να γίνει με την ακολουθία συγκεκριμένων βημάτων που θα διασφαλίζουν την εγκυρότητα και αξιοπιστία του.

3. Μεθοδολογία

3.1. Σκοπός- στόχοι

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν διττός.

1. Κατά πρώτον, να μελετηθεί ο πληθυσμός που εξετάζεται στα εξωτερικά παιδιατρικά ιατρεία του NAM III από άποψη προσέλευσης, προβλημάτων υγείας, ηλικιακής σύνθεσης και άλλων κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων και

2. κατά δεύτερον να διερευνηθεί η ικανοποίηση των συνοδών των παιδιατρικών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα συγκεκριμένα ιατρεία.

Ένας δευτερεύων στόχος της εργασίας ήταν η μετάφραση, πολιτισμική προσαρμογή και στάθμιση ενός ερωτηματολογίου κατάλληλου για την παραπάνω διερεύνηση με δυνατότητα χρήσης του σε ελληνόφωνο περιβάλλον.

3.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης αυτής είναι τα κάτωθι:

1. Ποια είναι τα κοινωνικο- δημογραφικά στοιχεία των επισκεπτών των παιδιατρικών εξωτερικών ιατρείων του NAM III; Δηλαδή, πόσοι, ποιοι, πότε και γιατί επιλέγουν να φέρουν τα παιδιά τους για να εξεταστούν στα εξωτερικά ιατρεία και συγκεκριμένα: οι ηλικίες των ασθενών, φύλο, αριθμός ασθενών προσέλευσης ανά ημέρα της εβδομάδας και ημερολογιακά για το διάστημα που έλαβε χώρα η έρευνα.
2. Για ποια προβλήματα υγείας επισκέπτονται συνήθως τα εξωτερικά ιατρεία ανά ομάδα νοσημάτων (π.χ. λοιμώξεις αναπνευστικού ή πεπτικού);
3. Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την ικανοποίηση των γονέων από τις συνθήκες αναμονής και την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και αν όντως είναι ικανοποιημένοι οι γονείς των ασθενών από αυτή και σε ποιο βαθμό;

3.3. Τμήμα Α. Στοιχεία προσέλευσης

Σκοπός του ερευνητικού αυτού μέρους είναι η καταγραφή των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων και της παθολογίας του πληθυσμού που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία του NAM III το διάστημα της μελέτης. Είναι σημαντική η καταγραφή αυτή γιατί η γνώση των χαρακτηριστικών των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων μπορεί να βοηθήσει σε βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω της βελτιστοποίησης του προγραμματισμού.

3.3.1. Σχεδιασμός

Περιγραφική καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών και επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ατόμων που προσήλθαν στις συγκεκριμένες υπηρεσίες με ανάλυση αυτών.

3.3.2. Πληθυσμός- Δείγμα

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι ασθενείς που προσήλθαν για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία του NAM III για το διάστημα μεταξύ 2 Ιανουαρίου και 28 Φεβρουαρίου 2013 οπότε και έλαβε χώρα η έρευνα.

3.3.3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων-Διαδικασία

Η συλλογή των στοιχείων προσέλευσης αποφασίστηκε να γίνει από τους γιατρούς του τμήματος των εξωτερικών ιατρείων καταγράφοντας ανελλιπώς τα στοιχεία που ζητήθηκαν για όλους τους ασθενείς που προσήλθαν για εξέταση. Τα στοιχεία που ζητήθηκαν να καταγραφούν προέκυψαν με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης. Συμμετείχαν σύνολο 11 γιατροί, διαφορετικοί ανά ημέρα.

Τα στοιχεία που ζητήθηκαν να καταγραφούν ήταν: η ημερομηνία προσέλευσης, το φύλο, η ηλικία, η αιτία προσέλευσης, το προεξάρχον σύμπτωμα, η τελική διάγνωση, συνυπάρχον πρόβλημα αν υπήρχε, η συνιστώμενη αντιμετώπιση, η ασφαλιστική κατηγορία του ασθενούς και η επαρχία προέλευσης (βλ. Παράρτημα Α, ΠΑ4). Η ηλικία ζητήθηκε να καταγραφεί σε έτη και μήνες και αν επρόκειτο για νεογνό (δηλαδή κάτω του μήνα) σε ημέρες. Τα παραπάνω στοιχεία, αποτελούν δεδομένα που καταγράφονται ήδη από τους γιατρούς στους φακέλους των ασθενών και επιλέχθηκαν για σκοπούς σύγκρισης με άλλες μελέτες και τα δεδομένα της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου. Στους γιατρούς είχαν δοθεί συγκεκριμένες οδηγίες μετά από ενημερωτική συνάντηση για τον τρόπο συμπλήρωσης των στοιχείων αυτών και γραπτές οδηγίες στη συνέχεια. (βλ. Παράρτημα Α, ΠΑ5), ώστε να εξασφαλιστεί η ομοιομορφία στην καταγραφή.

Αναφορικά με την αιτία προσέλευσης ζητήθηκε από τους γιατρούς να καταγράψουν τον ευρύτερο/ γενικό λόγο για τον οποίο προσήλθε το άτομο για εξέταση, δηλαδή ασθένεια, εξέταση ρουτίνας (check-up), επαναληπτική συνταγογράφηση χρόνιου ασθενούς, έκδοση πιστοποιητικού υγείας (για άθληση, για το σχολείο, την κατασκήνωση), για συζήτηση αποτελεσμάτων αναλύσεων ή εξέταση προ του εμβολιασμού. Με αυτό τον τρόπο επιδιώχθηκε να καταγραφούν πόσα άτομα προσέρχονται για να εξεταστούν επειδή είναι άρρωστα και πόσα έρχονται ενώ είναι υγιή ή ενώ δεν εμφανίζουν κάποιο νέο πρόβλημα υγείας για έλεγχο ρουτίνας ή άλλο λόγο καθώς και οι ηλικίες αυτών. Ζητήθηκε επιπλέον από τους γιατρούς να καταγράψουν το προεξάρχον σύμπτωμα, δηλαδή το σύμπτωμα για το οποίο παραπονιόντουσαν και είναι εκείνο για το οποίο προσήλθαν (αν η αιτία προσέλευσης ήταν η ασθένεια) για εξέταση. Αυτό δε σημαίνει ότι όντως ήταν το βασικό ενόχλημα της ασθένειάς τους, αλλά ήταν αυτό το οποίο προβλημάτισε το γονέα και προσήλθε στο γιατρό. Για παράδειγμα μπορεί το παιδί να είχε και βήχα και συριγμό με τελική διάγνωση τη βρογχίτιδα για την οποία να χρειάστηκε εντατική αγωγή με εισπνεόμενα φάρμακα, αλλά το κύριο ενόχλημα για το οποίο ο γονιός να ήρθε στο γιατρό να ήταν η αδυναμία

του να διαχειριστεί τον πυρετό που συνυπήρχε. Η τελική διάγνωση, είναι η διάγνωση που προέκυψε μετά από τη λήψη ιστορικού και την κλινική εξέταση του γιατρού. Ζητήθηκε να καταγραφεί η επαρχία προέλευσης/ κατοικίας του ασθενούς λόγω του ότι το NAMIII αποτελεί νοσοκομείο που προσφέρει τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας μπορεί να επιλέγεται και από ασθενείς άλλων επαρχιών για εξέταση όταν εμφανίζουν εξειδικευμένα προβλήματα. Καταγράφηκε επιπλέον η ασφαλιστική κατηγορία στην οποία ανήκαν οι ασθενείς

3.3.4. Ανάλυση αποτελεσμάτων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες SPSSv20 και ακολούθως μελετήθηκαν με τη χρήση πινάκων κατανομής συχνοτήτων και διαγραμμάτων.

3.4. Τμήμα Β. Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης

Σκοπός του Τμήματος Β ήταν η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των γονέων των ασθενών που εξετάζονται στα εξωτερικά παιδιατρικά ιατρεία του NAM III από τις παρεχόμενες υπηρεσίες γενικά και πτυχές αυτών καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων που δύνανται να επηρεάσουν την ικανοποίησή τους.

3.4.1. Σχεδιασμός

Αποφασίστηκε η ποσοτική συγχρονική μελέτη της ικανοποίησης με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η επιλογή του κατάλληλου ερωτηματολογίου προς χρήση έγινε με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα και τον πληθυσμό αναφοράς της μελέτης. Ακολούθησε η διαδικασία μετάφρασης και στάθμισης του ερωτηματολογίου που επιλέχθηκε, και η συλλογή των δεδομένων.

3.3.2. Πληθυσμός

Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν οι ενήλικες συνοδοί ασθενών παιδιών με καλή κατανόηση του γραπτού ελληνικού λόγου που είχαν εγγραφεί για εξέταση από παιδίατρο και περίμεναν στο χώρο αναμονής των εξωτερικών ιατρείων τους μήνες Ιανουάριο-Φεβρουάριο 2013. Η συλλογή των στοιχείων έγινε μετά από ενημερωμένη συγκατάθεση των συνοδών των παιδιών (informed consent) με αυτοσυμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια:

1. Καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας (γραπτό κείμενο), καθώς το ερωτηματολόγιο ήταν αυτοσυμπληρούμενο.
2. Είχαν επισκεφτεί προηγουμένως τα παιδιατρικά εξωτερικά ιατρεία του NAMIII.
3. Είχαν ενημερωθεί για τους σκοπούς της μελέτης και είχαν δώσει την έντυπη συγκατάθεσή τους.
4. Είχαν κλείσει τα 18 έτη της ηλικίας τους.

Δεν υπήρξε περιορισμός αναφορικά με τη σχέση τους με το συνοδευόμενο παιδί.

3.3.3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

ΕΡΓΑΛΕΙΟ/ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο (βλ. Παράρτημα Α. ΠΑ1) χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο αφορά την ικανοποίηση των συνοδών των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, και αποτελεί μετάφραση ενός πρωτότυπου γερμανικού ερωτηματολογίου που διερευνά την ικανοποίηση των γονέων των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία, όπως αυτό αναπτύχθηκε από την Bitzer και συνεργάτες (2012) . Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις για συλλογή κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων, τόσο για τους συμμετέχοντες συνοδούς των ασθενών, όσο και για τους ασθενείς.

3.3.3.1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

α. Πρωτότυπο ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της ικανοποίησης των γονέων των ασθενών που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία του ΝΑΜΠΙ αποτελεί μετάφραση από τα γερμανικά στα ελληνικά του ερωτηματολογίου "Child- ZAP questionnaire" των Bitzer και συνεργατών (2012) (όπου ZAP είναι ακρωνύμιο της φράσης Zufriedenheit in der Arztpraxis: Ικανοποίηση στο Ιατρείο), το οποίο αποτελεί το προσαρμοσμένο για την παιδιατρική πραγματικότητα εργαλείο ενός αντίστοιχου για ενήλικες ασθενείς. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο θεωρήθηκε κατάλληλο για χρήση στο συγκεκριμένο περιβάλλον της έρευνας από την ερευνήτρια με βάση τα ακόλουθα κριτήρια που τέθηκαν κατά την αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας:

1. Να είναι σύντομο
2. Να συμπληρώνεται από τους γονείς ή συνοδούς των ασθενών (σημείωση: υπάρχουν και άλλα ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από παιδιά, αλλά όπως διαπιστώθηκε από τη μελέτη της προσέλευσης των ασθενών, η πλειοψηφία των ασθενών είναι κάτω των 6 ετών- σε αντίστοιχα συμπεράσματα βασίστηκε και η δημιουργία του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου από τη γερμανική ερευνητική ομάδα)
3. Να διερευνά την ικανοποίηση σε περιβάλλον εξωτερικών ιατρείων.
4. Να απευθύνεται σε γονείς ασθενών με οξεία ή χρόνια προβλήματα υγείας.
5. Να μπορεί να συμπληρωθεί από τους συνοδούς χωρίς πολλές προφορικές επεξηγήσεις.
6. Να μπορεί να συμπληρωθεί κατά τη διάρκεια αναμονής για εξέταση στο ιατρείο, επομένως οι ερωτήσεις να διερευνούν την ικανοποίηση γενικά από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων και ανεξάρτητα από τη συγκεκριμένη εξέταση.

7. Να έχει αποδειχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του.

Παρότι αρχικά προτιμήθηκε η χρήση ενός ερωτηματολογίου που να έχει δοκιμαστεί προηγουμένως στα ελληνικά ώστε να αποφευχθεί η επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία της μετάφρασης, στάθμισης και πολιτισμικής προσαρμογής ενός ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου δεν κατέστη κάτι τέτοιο δυνατό γιατί δε βρέθηκε κάποιο που να πληρεί όλα τα προαναφερθέντα κριτήρια.

β. Περιγραφή του πρωτότυπου γερμανικού ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο "Ικανοποίηση γονέων ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα εξωτερικά ιατρεία" αποτελεί μετάφραση από τα γερμανικά του ερωτηματολογίου "Child- ZAP questionnaire", το οποίο αναπτύχθηκε το 2012 από την ερευνητική ομάδα των Bitzer και συνεργάτες στο τμήμα Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Αννόβερου στη Γερμανία. Αποτελεί προσαρμογή και σύνθεση δύο ευρέως δοκιμασμένων ερωτηματολογίων του ερωτηματολογίου ZAP (Bitzer, 1999), που είναι ένα εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης που αφορά διαδικασίες σε επίπεδο φροντίδας εξωνοσοκομειακού (μη νοσηλευόμενου) ασθενούς, το οποίο αναπτύχθηκε το 1999, και του ερωτηματολογίου ικανοποίησης των γονέων με τη νοσοκομειακή φροντίδα, όπως αυτό αναπτύχθηκε το 2008 (Bitzer, 2008). Σχεδιάστηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να μετρά συνιστώσες της σχέσης του ιατρού τόσο με το παιδί-ασθενή, όσο και με τον γονέα. Αυτό είναι απαραίτητο γιατί παρά το γεγονός ότι οι αποδέκτες της φροντίδας είναι τα παιδιά είναι απαραίτητη στην παιδιατρική κλινική πράξη η αλληλεπίδραση γονέως-ιατρού. Η τελική εκδοχή του ερωτηματολογίου, η οποία αναπτύχθηκε μετά από ψυχομετρικές δοκιμασίες μιας αρχικής εκδοχής περιελάμβανε 5 κλίμακες (scales), (19 ερωτήσεις-Items) για εκτίμηση της ικανοποίησης των γονέων από τις παρεχόμενες παιδιατρικές υπηρεσίες αυτών καθ'αυτών και 3 κλίμακες (14 ερωτήσεις) για το πώς αξιολογούν οι γονείς την αλληλεπίδραση ιατρού-παιδιού, καθώς και 3 σφαιρικές ερωτήσεις, που μελετούσαν διαστάσεις της συνολικής ικανοποίησης. Για όλες τις ερωτήσεις οι γονείς μπορούσαν να επιλέξουν μεταξύ 4 απαντήσεων: πολύ ικανοποιημένος- μάλλον ικανοποιημένος- μάλλον δυσαρεστημένος- πολύ δυσαρεστημένος. Δύο κλίμακες (scales) που αφορούσαν τις πληροφορίες που δίνονται στο παιδί και στην εμπλοκή του παιδιού στη λήψη αποφάσεων περιείχαν και τη δυνατότητα επιλογής μιας πέμπτης απάντησης του "μη σχετικό", καθότι τα πολύ μικρά παιδιά, βρέφη και νεογνά είναι αδύνατο να συμπεριληφθούν στην ενημέρωση και τη λήψη αποφάσεων, παρότι μπορεί να οδηγούσε στην απώλεια πολλών στοιχείων, αφού η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων θεωρήθηκε σημαντικός παράγοντας στην αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας. Το αυθεντικό τελικό ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε σε 20 ιατρεία σε άτομα που μιλούσαν πολύ καλά γερμανικά και το συμπλήρωναν στο σπίτι και στη συνέχεια το επέστρεφαν στην Ιατρική Σχολή του Αννόβερου με αποτέλεσμα να συμπεριληφθούν στη μελέτη 979 ερωτηματολόγια. Παράλληλα συλλέγονταν και δημογραφικά στοιχεία από τον ερωτώμενο πληθυσμό.

γ. Μεθοδολογία και αποτελέσματα του γερμανικού ερωτηματολογίου

Αρχικά έγινε ποιοτική μελέτη για αξιολόγηση της δυνατότητας κατανόησης και σχετικότητας των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου ικανοποίησης των ενηλίκων (ZAP). Βάση της σχετικής

ανάλυσης προέκυψε η πρώτη εκδοχή του ερωτηματολογίου για παιδιά (Child ZAP), η οποία περιείχε 6 κλίμακες (24 items) για αξιολόγηση της αλληλεπίδρασης γονέος- γιατρού, 3 κλίμακες (14 items) για την αξιολόγηση της αλληλεπίδρασης παιδιού- γιατρού από τον γονέα, και 3 σφαιρικές ερωτήσεις. Ακολούθησαν ψυχομετρικές δοκιμασίες της αρχικής αυτής εκδοχής και τροποποιήθηκε στη δεύτερη και τελική εκδοχή του ερωτηματολογίου, το οποίο ελέγχθηκε σε ένα τυχαίο δείγμα, όπως περιγράφηκε προηγουμένως. Τα προκαταρκτικά στοιχεία από 19 ιατρεία χρησιμοποιήθηκαν για να γίνει παραγοντική ανάλυση, αποδεικνύοντας σημαντική εγκυρότητα δομής. Λαμβάνοντας όμως υπόψη τα κριτήρια της παραγοντικής ανάλυσης για σκοπούς συντομίας του ερωτηματολογίου αφαιρέθηκαν 5 ερωτήσεις, ώστε να προκύψει η τελική εκδοχή του ερωτηματολογίου.

Για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας έγινε αρχικά υπολογισμός συσχετισμών μεταξύ υποκλιμάκων (Spearman correlation coefficient) και ακολούθως έγινε ανάλυση ερωτήσεων (item analysis) με αποτέλεσμα την εμφάνιση πάνω από μέτριας συσχέτισης, καθώς και έλεγχος της αξιοπιστίας με εμφάνιση εσωτερικής συνέπειας με Cronbach's α 0,72- 0,95, όπως και έλεγχος της εγκυρότητας της δομής (construct validity) με επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (confirmatory factor analysis).

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (>90%) ήταν μητέρες, με μέση ηλικία τα 35,4 έτη, ενώ η μέση ηλικία των παιδιών ήταν τα 4,7 έτη. Το 44,1% επισκέφθηκαν τα ιατρεία λόγω ασθένειας, και 36% για έλεγχο ρουτίνας ή εμβολιασμό. Οι ελλείπουσες παρατηρήσεις (Missing values) κυμαίνονταν από 0.2 έως 42%. Όλες οι υποκλίμακες εμφανίζουν συσχέτιση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τις 3 σφαιρικές ερωτήσεις, πλην της υποκλίμακας "οργάνωση ιατρείου", που σχετιζόταν σε μικρότερο βαθμό. Χρόνος αναμονής μεγαλύτερος των 30 λεπτών σχετιζόταν με τρόπο στατιστικά σημαντικά με μικρότερη ικανοποίηση ομοίως και ο χρόνος αναμονής μικρότερος των 10 λεπτών. Στους περιορισμούς της μελέτης αναφέρεται η επίδραση οροφής (ceiling effect), η οποία όμως παρατηρείται γενικά σε μελέτες ικανοποίησης ασθενών οπότε αναφέρονται γενικά μεγάλα ποσοστά ικανοποίησης καθώς και το γεγονός ότι ο πληθυσμός μελέτης δεν ήταν αντιπροσωπευτικός του πληθυσμού, αφού απάντησαν μόνο όσοι μιλούσαν γερμανικά, όπως επίσης και οι πολλές ελλείπουσες παρατηρήσεις (missing values) αναφορικά με την ετοιμότητα παραπομπής και τη συνεργασία του γιατρού με άλλες ειδικότητες.

δ. Άδεια μετάφρασης

Μετά από ηλεκτρονική επικοινωνία με μία εκ των ερευνητών του πρωτότυπου ερωτηματολογίου καθηγήτρια Marie-Luise Dierks, δόθηκε ηλεκτρονικά η άδεια μετάφρασης και χρήσης του ερωτηματολογίου χωρίς την έγερση κάποιας οικονομικής ή άλλης απαίτησης (βλ. Παράρτημα Β. ΠΒ5).

ε. Μετάφραση και στάθμιση στην ελληνική γλώσσα

Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε από τα γερμανικά στα ελληνικά από δύο ανεξάρτητους μεταξύ τους μεταφραστές και εν συνεχεία αφού έγινε συγκριτική ανάλυση και σύνθεση των δύο μεταφράσεων, το προκαταρκτικό ελληνικό ερωτηματολόγιο δόθηκε για μετάφραση σε

επαγγελματία μεταφραστή (τρίτο) για να μεταφραστεί από τα ελληνικά στα γερμανικά (back translation). Οι δύο μεταφραστές από τη γερμανική στην ελληνική γλώσσα έχουν ως μητρική γλώσσα την ελληνική και κατέχουν πιστοποίηση της άριστης γνώσης της γερμανικής γλώσσας. Ο ένας εκ των δύο δεν ήταν σχετικός με το υπό έρευνα αντικείμενο (naive). Στη συνέχεια έγινε σύγκριση της μετάφρασης που προέκυψε από τα ελληνικά στα γερμανικά (back translation) με το αρχικό κείμενο για απόδοση του νοήματος καθώς και με τη μετάφραση στα αγγλικά, όπως αυτή φαίνεται στο δημοσιευμένο άρθρο. Η παραπάνω διαδικασία πληροί τα "Ελάχιστα Κριτήρια Μετάφρασης" (Minimal Translation Criteria, MAPI Research Institute, 2002)

στ. Ζητήματα κατά τη μετάφραση

1. Κυπριακή διάλεκτος Επειδή η έρευνα θα ελάμβανε χώρα στην Κύπρο ετέθη το ζήτημα της χρήσης της τοπικής διαλέκτου. Στην Κύπρο όμως παρατηρείται το εξής φαινόμενο στον γραπτό λόγο χρησιμοποιείται η επίσημη ελληνική γλώσσα και οι πολίτες είναι εξοικειωμένοι με αυτή τόσο από τα ΜΜΕ, όσο και από την εκπαιδευτική διαδικασία. Η επιλογή λέξεων του αμιγώς κυπριακού ιδιώματος μπορεί ενδεχομένως να μπερδεύει παρά να βοηθούσε όσους καλούνταν να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο. Επιπλέον η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου έγινε με σκοπό να χρησιμοποιηθεί εν γένει σε ελληνόφωνο πληθυσμό, στην Κύπρο, την Ελλάδα, ή αλλού και επιλέχθηκαν λέξεις που θα επέτρεπαν την εναρμόνιση (harmonization).

2. Δυσχερής μετάφραση ορισμένων γερμανικών λέξεων. Η γερμανική έννοια που χρησιμοποιείται για την ικανοποίηση (Zufriedenheit), εννοιολογικά εκφράζει και την έννοια της ευχαρίστησης ιδιαίτερα με τη μορφή της μετοχής ικανοποιημένος- ευχαριστημένος, της οποίας το αντίθετο στα ελληνικά δεν μπορεί να αποδοθεί ως ανικανοποίητος παρά μόνο ως δυσαρεστημένος καθότι οι δύο τελευταίες λέξεις έχουν διαφορετική χρήση στην ελληνική γλώσσα. Για να συμβαδίσει με τον τίτλο της έρευνας για διερεύνηση της ικανοποίησης επιλέχθηκε ο όρος "ικανοποιημένος" για τη θετική έννοια και "δυσαρεστημένος" για την αρνητική μετά από συζήτηση μεταξύ μεταφραστών και ερευνητών, όροι οι οποίοι κατά τη μετάφραση από τον τρίτο μεταφραστή στη γερμανική γλώσσα αποδόθηκαν σωστά.

Η μετάφραση του όρου Freundlichkeit προβληματίσε επίσης γιατί η ακριβής μετάφραση "φιλικότητα" δεν είναι εύχρηστος όρος στην ελληνική γλώσσα και επιλέχθηκε αντ' αυτής ο όρος "φιλική στάση", ο οποίος θεωρήθηκε ότι εκφράζει ακριβέστερα την έννοια. Διαφωνία μεταξύ των μεταφραστών υπήρχε και στην απόδοση του όρου Ausstattung, οπότε και συζητήθηκε η μετάφραση του όρου σε διαρρύθμιση/ διακόσμηση/ εγκαταστάσεις και τελικά επιλέχθηκε μια περιγραφική απόδοση της έννοιας (εγκαταστάσεις (παροχές ή διευκολύνσεις). Επειδή η γερμανική γλώσσα προσφέρει τη δυνατότητα σχηματισμού περίπλοκων σύνθετων ουσιαστικών, των οποίων η ακριβής μετάφραση καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη επιλέχθηκε η περιγραφή της έννοιας και στη λέξη Einfühlungsvermögen ως ικανότητα να συμπάσχει/ να νιώθει τι περνά, εκφράσεις που και στη μετάφραση από τα ελληνικά στα γερμανικά αποδόθηκαν επίσης με περιγραφή αλλά εκφράζοντας το ίδιο νόημα με το αρχικό πρωτότυπο κείμενο. Ο γερμανικός όρος Behandlung αποδίδεται πιστά ως "χειρισμός", όμως επιλέχθηκε ο όρος "αντιμετώπιση" ως σχετικότερος και γενικότερος από τον αντίστοιχο όρο της αγγλικής μετάφρασης στο άρθρο

"treatment" δηλαδή "θεραπεία". Η γερμανική λέξη Möglichkeiten, σημαίνει "δυνατότητες", αλλά επιλέχθηκε ο εννοιολογικά ορθότερος όρος "επιλογές" στην ελληνική μετάφραση, ο οποίος αποδόθηκε ορθά στη μετάφραση στη γερμανική γλώσσα και ομοίως στην αγγλική χρησιμοποιήθηκε ο ταυτόσημος όρος "choices". Το δεύτερο υποερώτημα της ένατης ερώτησης (βλ. Παράρτημα) προκάλεσε αρκετή διαφωνία μεταξύ των ερευνητών για τη μετάφρασή του. Επιλέχθηκε μετάφραση η οποία να αποδίδει πληρέστερα το νόημα της ερώτησης που ουσιαστικά επιθυμεί να διερευνήσει την έκταση της προσοχής (Grundlichkeit und Sorgfalt, thoroughness and diligence, επιμέλεια και προσοχή, λέξεις που σε καμιά από τις τρεις γλώσσες δεν είναι ακριβή συνώνυμα μεταξύ τους) που αφιερώνει ο γιατρός κατά τη διερεύνηση (Untersuchungen, examinations, κλινική διερεύνηση- επίσης μη ακριβή συνώνυμα). Όσον αφορά τις απαντήσεις που δίνονταν για επιλογή δυσκολία υπήρξε στην απόδοση των όρων "eher" zufrieden/ unzufrieden. Προτάθηκαν οι λέξεις "σχετικά/ κάπως/ μάλλον" με τελική επιλογή του τελευταίου όρου ως πιο ακριβούς. Επιλέχθηκε επίσης να διατηρηθεί η κλίμακα των απαντήσεων ως έχει για σκοπούς σύγκρισης με τα αποτελέσματα του πρωτότυπου γερμανικού ερωτηματολογίου και εγκυρότητας.

ζ. Πολιτισμική προσαρμογή

Από το αρχικό (πρωτότυπο γερμανικό) ερωτηματολόγιο παραλείφθηκαν δύο ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τον καθορισμό ραντεβού για εξέταση καθότι αυτό δεν αφορά την κυπριακή πραγματικότητα, στην οποία δεν υπάρχει προκαθορισμός της εξέτασης, αλλά εξυπηρετούνται οι ασθενείς σύμφωνα με τη σειρά άφιξης και εγγραφής. Σε χρήση όμως του ερωτηματολογίου σε άλλο περιβάλλον όπου τα ραντεβού είναι προκαθορισμένα οι ερωτήσεις αυτές μετά από σχετικό μεταφραστικό έλεγχο θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν. Συγκεκριμένα η πρώτη ερώτηση που παραλείφθηκε ήταν "πόσο ικανοποιημένοι είστε γενικά από το χρόνο αναμονής για ένα ραντεβού με το γιατρό" και η δεύτερη "πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εκπλήρωση των επιθυμιών σας για καθορισμό του ραντεβού". Και οι δυο αυτές ερωτήσεις ανήκουν στην ομάδα των ερωτήσεων που αξιολογούν την ικανοποίηση από το περιβάλλον και το υπόλοιπο προσωπικό (πλην του γιατρού) με το οποίο έρχεται σε επαφή ο γονιός.

Στη διαδικασία της πολιτισμικής προσαρμογής (cultural adaptation) το προκαταρκτικό ερωτηματολόγιο που προέκυψε από τη διαδικασία της μετάφρασης δόθηκε σε πέντε άτομα προκειμένου να απαντηθεί και να σχολιασθεί αναφορικά με την κατανόηση των ερωτήσεων. Δόθηκε το τμήμα εκείνο που αποτελεί μετάφραση του γερμανικού ερωτηματολογίου και όχι το τμήμα των ερωτήσεων που αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Και οι πέντε σχολίασαν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν αρκετά σύντομο και εύκολο στο να απαντηθεί. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των πέντε αυτών ατόμων ήταν: α) γυναίκα 37 ετών πανεπιστημιακής μόρφωσης με δύο παιδιά νηπιακής ηλικίας, β) άνδρας 65 ετών πανεπιστημιακής μόρφωσης με 3 εγγόνια νηπιακής και βρεφικής ηλικίας, γ) γυναίκα 66 ετών απόφοιτος λυκείου με 3 εγγόνια νηπιακής και βρεφικής ηλικίας, δ) άνδρας 32 ετών απόφοιτος πανεπιστημίου με 1 παιδί (νεογνό), ε) γυναίκα 24 ετών απόφοιτος λυκείου με παιδί νηπιακής ηλικίας. Και οι πέντε είχαν ως μητρική γλώσσα την ελληνική και είχαν επισκεφθεί τουλάχιστον

μία φορά τα εξωτερικά ιατρεία του NAMIII το προηγούμενο έτος. Παρότι δε δυσκολεύτηκαν να κατανοήσουν το περιεχόμενο των ερωτήσεων έκαναν χρήσιμες παρατηρήσεις αναφορικά με τις εκφράσεις που χρησιμοποιήθηκαν. Δεν προσφέρθηκε κάποια εξωτερική βοήθεια στους συμμετέχοντες για την κατανόηση των ερωτήσεων. Συζητήθηκε ο όρος "ανεπιθύμητες ενέργειες" και αντικαταστάθηκε από τον όρο "παρενέργειες". Η χρήση του πληθυντικού ευγενείας στις ερωτήσεις σχολιάστηκε θετικά και δεν υπήρξε προβληματισμός για τον τρόπο σημείωσης των επιλεχθέντων απαντήσεων (τικ, χι ή άλλο σημάδι) εφόσον αυτό δε διευκρινιζόταν για λόγους απλούστευσης. Αφού ολοκληρώθηκε η γνωστική αποδελτίωση των ερωτηματολογίων συντάχθηκε η σχετική αναφορά για τα παραπάνω μαζί με σχόλια για το χρόνο που χρειάστηκε για να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο έκαστος από τους συμμετέχοντες.

η. Στάθμιση του ερωτηματολογίου

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου διασφαλίστηκαν από τα κάτωθι:

α) Το πρωτότυπο γερμανικό ερωτηματολόγιο είχε διερευνηθεί ενδελεχώς ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του.

Οι συγγραφείς είχαν διερευνήσει την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής/ δομής (construct validity) με παραγοντική ανάλυση, στην οποία μελετήθηκαν οι διαστάσεις της ικανοποίησης των γονέων των ασθενών και αξιολογήθηκε κατά πόσον εκφράζεται το πραγματικό νόημα αυτής. Η πρωταρχική μορφή είχε υψηλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής αλλά λαμβάνοντας υπόψη την παραγοντική ανάλυση αφαίρεσαν πέντε υποερωτήματα. Ακολούθησε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση για τις δύο κλίμακες (γονέων- παιδιών). Μελετήθηκε ακόμη η συγκλίνουσα (convergent) εγκυρότητα με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman μεταξύ των υποκλιμάκων και των σφαιρικών ερωτήσεων, η οποία εμφάνισε πάνω από μέτρια συσχέτιση.

Οι συγγραφείς διερεύνησαν επίσης την αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability) χρησιμοποιώντας το συντελεστή Cronbach's α με ικανοποιητικά έως καλά αποτελέσματα με τιμές μεταξύ 0,72 έως 0,95.

Έγινε επίσης ανάλυση για την ομάδα των παιδιών άνω των 6 ετών και κάτω των 6 ετών και έδειξε σταθερότητα μεταξύ των ηλικιακών ομάδων.

β) Ακολουθήθηκαν τα διεθνώς αποδεκτά ελάχιστα κριτήρια μετάφρασης για τη μετάφρασή του, όπως αυτά περιγράφηκαν παραπάνω.

γ) Έγινε πολιτισμική προσαρμογή αφού δόθηκε σε πέντε άτομα για ανατροφοδότηση εξασφαλίζοντας έτσι εγκυρότητα όψης (face validity).

δ) Διερευνήθηκε η εγκυρότητα περιεχομένου από δύο ειδικούς επί του θέματος με εμπειρία στον τομέα της έρευνας και στο χώρο της παιδιατρικής και θεωρήθηκε πως οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι αντιπροσωπευτικές της ευρύτερης έννοιας της ικανοποίησης και

συγκεκριμένα της ικανοποίησης των γονέων των ασθενών που εξετάζονται ως εξωτερικοί ασθενείς.

ε) Ελέγχθηκε από την ερευνήτρια η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου με γενικό δείκτη Cronbach's α : 0,944

στ) Ελέγχθηκε επίσης ο δείκτης ενδοκατηγορικής συσχέτισης (intraclass correlation = 0.961) ο οποίος κρίνεται εξαιρετικός.

Επομένως το μεταφρασμένο τελικό ερωτηματολόγιο εμφανίζει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα.

3.3.3.2. Δεύτερο μέρος ερωτηματολογίου- συλλογή κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων

α. Περιγραφή εργαλείου

Μετά από το τμήμα του ερωτηματολογίου που διερευνά την ικανοποίηση των γονέων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων ακολουθούν ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και των γονέων τους, ώστε να επιτραπούν οι όποιοι συσχετισμοί. Λόγω ακριβώς της ιδιομορφίας του γεγονότος ότι οι απαντήσεις δίνονται δια αντιπροσώπου (proxy report), δηλαδή απαντούν οι γονείς των ασθενών και όχι οι ίδιοι οι ασθενείς θεωρήθηκε ότι σωστότερο είναι να συλλεγούν στοιχεία και για τους δύο και την οικογένεια. Έτσι περιελήφθησαν 11 ερωτήσεις που αφορούσαν τον συνοδό και την οικογένεια (φύλο, ηλικία, σχέση με το παιδί, χώρα προέλευσης των γονιών, ομιλούμενη γλώσσα, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών στην οικογένεια, καθαρό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα και αν εργάζονται οι γονείς), 5 ερωτήσεις αναφορικά με το φύλο, ηλικία, παραμονή τα πρωινά (σπίτι, σχολείο, βαθμίδα εκπαίδευσης), χρόνιο νόσημα του παιδιού καθώς και 9 ερωτήσεις αναφορικά με τις επιλογές των γονιών για θέματα υγείας του παιδιού τους. Καθώς ορισμένες φορές τα παιδιά μπορεί να συνοδεύονται στο γιατρό από κάποιον άλλο συνοδό πλην των γονέων οι ερωτήσεις ήταν δομημένες με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να απαντηθούν από οποιονδήποτε συνοδό.

Η πλειοψηφία των ερωτήσεων (όλες πλην τεσσάρων) ήταν κλειστού τύπου ερωτήσεις σε πέντε εκ των οποίων συμπεριλαμβανόταν η επιλογή "άλλο", όπου μπορούσαν να συμπληρώσουν κάτι άλλο. Η επιλογή των δημογραφικών και λοιπών στοιχείων προς διερεύνηση έγινε με βάση τα ερωτήματα της έρευνας. Οι επιλογές των απαντήσεων 30, 34 προέκυψαν από την επεξεργασία των στοιχείων που συνελέχθησαν κατά τη διερεύνηση της προσέλευσης των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία του ΝΑΜΙΠ. Η απαντήσεις των ερωτήσεων 19, 22 (επίπεδο εκπαίδευσης, καθαρό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα) ακολούθησαν τη διαβάθμιση που ακολουθήθηκε από τη Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της τελευταίας απογραφής του πληθυσμού (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2011). Τα οικονομικά μεγέθη στρογγυλοποιήθηκαν στην πλησιέστερη εκατοντάδα. Στις υπόλοιπες ερωτήσεις οι απαντήσεις προέκυψαν μετά από συνεννόηση μεταξύ των ερευνητών ώστε να καλύπτουν πληρέστερα τις

δυνατές επιλογές, με βάση και την εμπειρία της ερευνήτριας στο συγκεκριμένο περιβάλλον των εξωτερικών ιατρείων.

β. Προβλήματα κατά την απάντηση των κοινωνικοοικονομικοδημογραφικών ερωτήσεων

Ζητήματα που ηγέρθησαν μεταξύ των ερευνητών ήδη από το επίπεδο του υ σχεδιασμού και προσπαθήθηκαν να επιλυθούν ήταν:

1. αν το παιδί συνοδεύεται από δύο (ή και παραπάνω) συνοδούς (π.χ και τους δυο γονείς ή άλλους συγγενείς) ποιος εκ των δύο θα απαντά το ερωτηματολόγιο; Επιλέχθηκε να το απαντά εκείνος που συνοδεύει συχνότερα το παιδί στις ιατρικές επισκέψεις, ή αν το συνοδεύουν εξίσου συχνά να επαφίεται σε εκείνους ποιος θα απαντήσει.

2. αν συνοδεύεται τη συγκεκριμένη μέρα παραπάνω από ένα παιδί (π.χ. δύο αδερφάκια) στα εξωτερικά ιατρεία για διερεύνηση για ποιο από τα δύο θα απαντώνται οι ερωτήσεις. Επιλέχθηκε πάλι να επαφίεται στους γονείς/ συνοδούς να απαντήσουν για ένα εκ των δύο.

Ερωτήσεις που δυσκόλεψαν/ προβλημάτισαν:

Οι ερωτήσεις 28 και 29 του ερωτηματολογίου που αφορούν τον αριθμό των επισκέψεων στο NAM III τους τελευταίους 6 μήνες και 1 μήνα για το ίδιο (ερ.29) πρόβλημα και συνολικά (ερ.28) διαπίστωθηκε από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ότι τους προβλημάτισαν και συνεπώς δεν περιελήφθησαν στη μελέτη.

3.3.4. Διαδικασία

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν το διάστημα Ιανουαρίου- Φεβρουαρίου 2013, με την πλειοψηφία να μοιράζεται τους πρώτους δύο μήνες. Το μοίρασμα γινόταν από τη νοσηλεύτρια που κάνει τη διαλογή και προετοιμασία των ασθενών στο χώρο αναμονής και στη συνέχεια οι συμμετέχοντες αφού τα συμπλήρωναν κατά τη διάρκεια του χρόνου που περίμεναν για να εξεταστούν τα επέστρεφαν στη νοσηλεύτρια προτού περάσουν προς εξέταση. Τα ερωτηματολόγια δίνονταν σε φάκελο, ο οποίος περιελάμβανε επίσης το ενημερωτικό έντυπο και το έντυπο συγκατάθεσης, τα οποία έφεραν κωδικούς, οι οποίοι δόθηκαν από την ερευνήτρια.

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν ανώνυμη, δεν ήταν υποχρεωτική και γινόταν σαφές στο έντυπο συγκατάθεσης ότι δεν επηρεάζει με κανέναν τρόπο την περαιτέρω φροντίδα τους.

3.3.4. Ανάλυση αποτελεσμάτων

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, έγινε κωδικοποίηση όλων των απαντήσεων και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή τους στον ηλεκτρονικό υπολογιστή προκειμένου να επιτευχθεί η στατιστική τους επεξεργασία με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS v20.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας σε περιγραφικό επίπεδο περιλαμβάνει: πίνακες κατανομής συχνότητας των απαντήσεων των ερωτηθέντων όταν οι μεταβλητές είναι ονομαστικές και μέσους όρους (τυπική απόκλιση) όταν οι μεταβλητές είναι συνεχείς. Για την ανάλυση παραγόντων του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκαν νέες μεταβλητές από την πρόσθεση των επιμέρους ερωτήσεων του κάθε παράγοντα. Επιπλέον, τυχόν διαφορές μελετήθηκαν με παραμετρικά τεστ προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων των υποκειμένων με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και τα δημογραφικά στοιχεία. Εφαρμόστηκε για ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο παραμέτρους το τεστ Κριτήριο t και για ανεξάρτητες μεταβλητές πέραν των δυο παραμέτρων, η Ανάλυση Διασποράς μονής κατεύθυνσης (one-way ANOVA). Επιπλέον χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες item to total correlation και ενδοκατηγορικής συσχέτισης και Cronbach's Alpha εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Τέλος, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης συσχέτισης Spearman για την συσχέτιση συνεχών μεταβλητών. Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $\alpha=0.05$, το οποίο έχει καθιερωθεί στο χώρο των ιατρικών και κοινωνικών επιστημών και το p value στρογγυλοποιήθηκε στα 3 δεκαδικά.

3.5. Δεοντολογία

Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα με τη μορφή του ερωτηματολογίου ήταν ενήμεροι για το σκοπό της έρευνας, τον τρόπο επεξεργασίας και διαφύλαξης των στοιχείων που συλλέγονταν και είχαν δώσει την ενυπόγραφη συγκατάθεσή τους (βλ. Παράρτημα Α. ΠΑ2). Επίσης τους δινόταν η δυνατότητα επικοινωνίας με την ερευνητική ομάδα ή με το Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου αν κάτι τέτοιο επιθυμούσαν για να εκφράσουν οποιαδήποτε απορία ή δυσαρέσκεια. Η έρευνα τόσο αναφορικά με το κομμάτι της προσέλευσης των ασθενών όσο και με τη διαμοίραση, συλλογή και επεξεργασία των ερωτηματολογίων είχε τη γραπτή έγκριση του Διευθυντή του Παιδιατρικού Τμήματος Δρος Ν. Σκορδή, του Διευθυντή Ιατρικών Υπηρεσιών και Γενικού Διευθυντή του Νοσοκομείου "Αρχιεπίσκοπος Μακάριος Γ'" Δρος Μάτσα,(ΕΣ/ΝΑ/γγ 0701002.a.sel.85) και είχε λάβει έγκριση τόσο από τον Επίτροπο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (Αρ Φακ: 3.28.79), όσο και από την επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας (Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2013.01.14) καθώς και από την αρμόδια επιτροπή για έγκριση των ερευνών του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου (Αρ. Φακ.:5.34.01.7.2Ε, Αρ. Πρωτοκόλλου: 0096/2013)(βλ. Παράρτημα Β).

Κεφάλαιο Τέταρτο

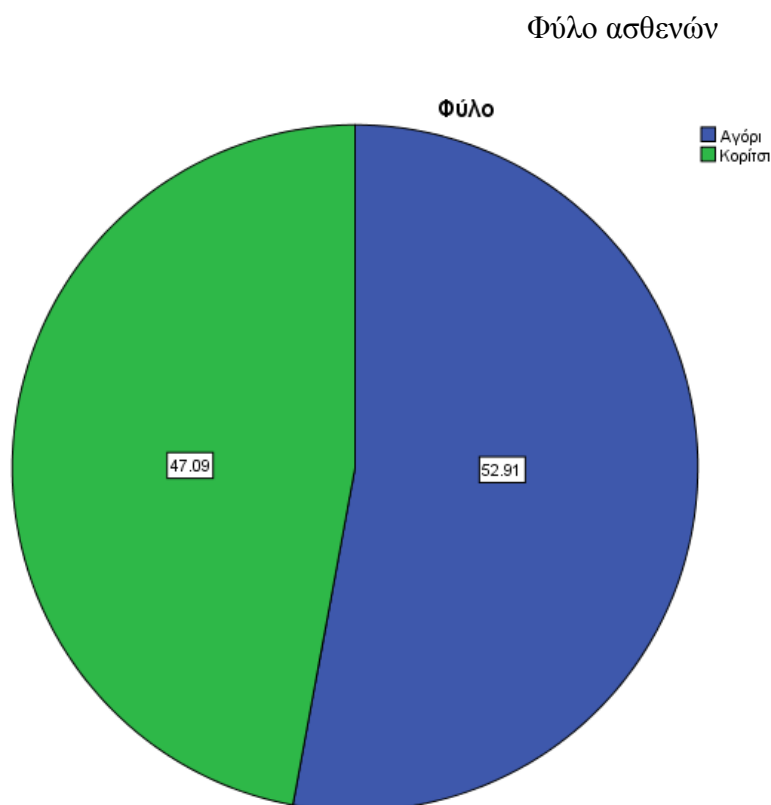
4. Αποτελέσματα

4.1. Στοιχείων Προσέλευσης

4.1.1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία

Καταγράφηκαν δεδομένα για 2777 ασθενείς που εξετάστηκαν το διάστημα Ιανουαρίου-Φεβρουαρίου 2013. Η πλειοψηφία όσων εξετάστηκαν (52,9%) ήταν αγόρια και τα υπόλοιπα κορίτσια.

Διάγραμμα 1.



Εξετάστηκαν άτομα ηλικίας 0 (ημερών, μηνών)- 21 ετών με μέσο όρο τα 4,2 έτη και τυπική απόκλιση 3,87.

Αναλυτικά η προσέλευση ανά ηλικιακή κατηγορία φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα, όπου νεογνά θεωρούνται τα μωρά έως 1 μηνός, βρέφη τα μωρά από 1 μηνός έως 1 έτους, νήπια από 1 έτους έως και 5 ετών.

Πίνακας 1.

Συχνότητα προσέλευσης ανά ηλικιακή κατηγορία

	Αριθμός (απόλυτη συχνότητα)	Ποσοστό (σχετική συχνότητα)	Έγκυρο ποσοστό (Valid Percent)	Αθροιστικό (έγκυρο) Ποσοστό
νεογνά	41	1.5	1.5	1.5
βρέφη	617	22.2	22.7	24.2
νήπια	1310	47.2	48.2	72.5
δημοτικό	597	21.5	22.0	94.4
>12χρ	151	5.4	5.6	100.0
Σύνολο	2716	97.8	100.0	
Ελλεύουσες τιμές	61	2.2		
Σύνολο	2777	100.0		

Σε μια διαφορετική διαίρεση βλέπουμε τη προσέλευση των παιδιών ηλικίας μικρότερης ή ίσης των δύο ετών και των παιδιών μεγαλύτερης ηλικίας.

Πίνακας 2.

Συχνότητα προσέλευσης ασθενών μικρότερων/ ίσων και μεγαλύτερων των 2 ετών

	Αριθμός (απόλυτη συχνότητα)	Ποσοστό (σχετική συχνότητα)	Έγκυρο ποσοστό (Valid Percent)	Αθροιστικό (έγκυρο) Ποσοστό

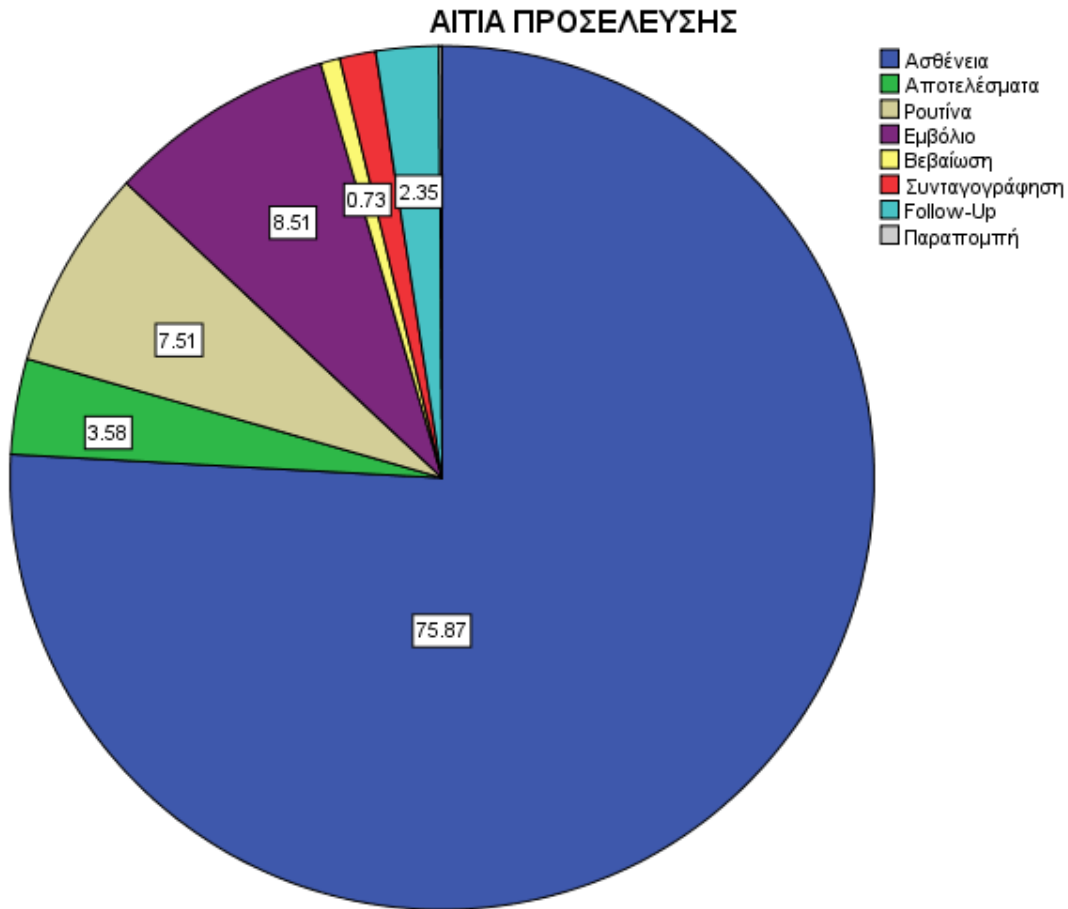
	< = 2	1073	38.6	39.5	39.5
	>2	1643	59.2	60.5	100.0
	Σύνολο	2716	97.8	100.0	
Ελλειπουσες τιμές	System	61	2.2		
Σύνολο		2777	100.0		

Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι 14 από τους καταγεγραμμένους ασθενείς (ποσοστό που αντιστοιχεί στο 0,5% του συνόλου) είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 15 ετών, οπότε και θεωρούνται ότι εξετάζονται πλέον από παθολόγο.

Το 97,5% όσων προσήλθαν δηλώνουν κάτοικοι της επαρχίας Λευκωσίας και το υπόλοιπο ποσοστό άλλων επαρχιών. Το 75,4% όσων προσήλθαν για εξέταση το διάστημα της μελέτης στα εξωτερικά παιδιατρικά ιατρεία του NAM III ανήκουν στην ασφαλιστική Κατηγορία Α. Όμως πλην του 2,5% που θεωρούνται επί πληρωμή και του 0,9% των δικαιούχων Κατηγορίας Β που πληρώνουν κάποιο επιπλέον μέρος, οι υπόλοιποι ασθενείς (96,6%) δικαιούνται δωρεάν περίθαλψης ανήκοντας είτε στην Κατηγορία Α, είτε όντας πολύτεκνοι, παθόντες, εξαρτώμενοι δημοσίου υπαλλήλου, έχοντας την έγκριση του υπουργείου υγείας κ.ο.κ.

4.1.2. Αιτίες προσέλευσης

Η πλειοψηφία όσων προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία ήρθε λόγω κάποιου ενοχλήματος-ασθενείας σε ποσοστό 75,9%, ενώ το 16,7% ενώ δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας για εξέταση ρουτίνας, προ το εμβολιασμού ή για λήψη κάποιας βεβαίωσης. Τα υπόλοιπα ποσοστά φαίνονται στο πιο κάτω διάγραμμα:



Διάγραμμα 2: αιτία προσέλευσης

Στον ακόλουθο πίνακα φαίνονται οι αιτίες προσέλευσης ανά ηλικία όπου διαπιστώνεται πως περίπου τα μισά νεογνά και βρέφη προσέρχονται ενώ είναι υγιή για έλεγχο ρουτίνας, εμβολιασμό ή κάποιου είδους ιατρική βεβαίωση, ενώ από τη νηπιακή ηλικία υπερισχύει σαφώς σαν αιτία προσέλευσης κάποια ασθένεια (σε ποσοστά >80%). Όπου νεογνά, είναι τα μωρά από 0 έως και 30 ημερών, βρέφη 1 έως και 12 μηνών, νήπια 1 έως και 5 ετών, δημοτικό από 6 έως και 11 ετών.

Πίνακας 3.

Αιτία προσέλευσης ανά ηλικιακή κατηγορία

ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	Total

	Ασθένεια	Αποτελέσματα	Ρουτίνα	Εμβόλιο	Βεβαίωση	Συνταγογράφηση	Follow-Up	Παραπομπή	
νεογνά	48.7%	5.1%	38.5%		2.6%		5.1%		100.0%
βρέφη	52.3%	1.5%	14.0%	27.3%	0.2%	0.3%	4.3%	0.2%	100.0%
νήπια	84.0%	2.8%	5.0%	4.6%	0.4%	1.4%	1.9%		100.0%
δημοτικό	82.9%	5.5%	5.6%	0.4%	1.2%	2.3%	1.8%	0.4%	100.0%
>12χρ	80.9%	10.6%	3.5%		2.1%	2.1%	0.7%		100.0%
Σύνολο	75.8%	3.6%	7.6%	8.5%	0.7%	1.4%	2.4%	0.1%	100.0%

Πίνακας 3: Αιτία προσέλευσης

Στον παρακάτω πίνακα γίνεται φανερό πως οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού είναι η πρώτη σε συχνότητα διάγνωση σε όλες τις ηλικιακές ομάδες πλην των νεογνών όπου υπερिσχύουν δερματολογικά προβλήματα (έκζεμα, παράτριμμα, κλπ), ενώ οι φαρυγγοαμυγδαλίτιδες βαίνουν αυξανόμενες με την ηλικία, αντίθετα με τις λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού που εμφανίζουν τη μέγιστη συχνότητα στα βρέφη (βρογχιολίτιδες, βρογχίτιδες, βρογχοπνευμονίες).

Πίνακας 4.

Πάσχον σύστημα και ηλικία

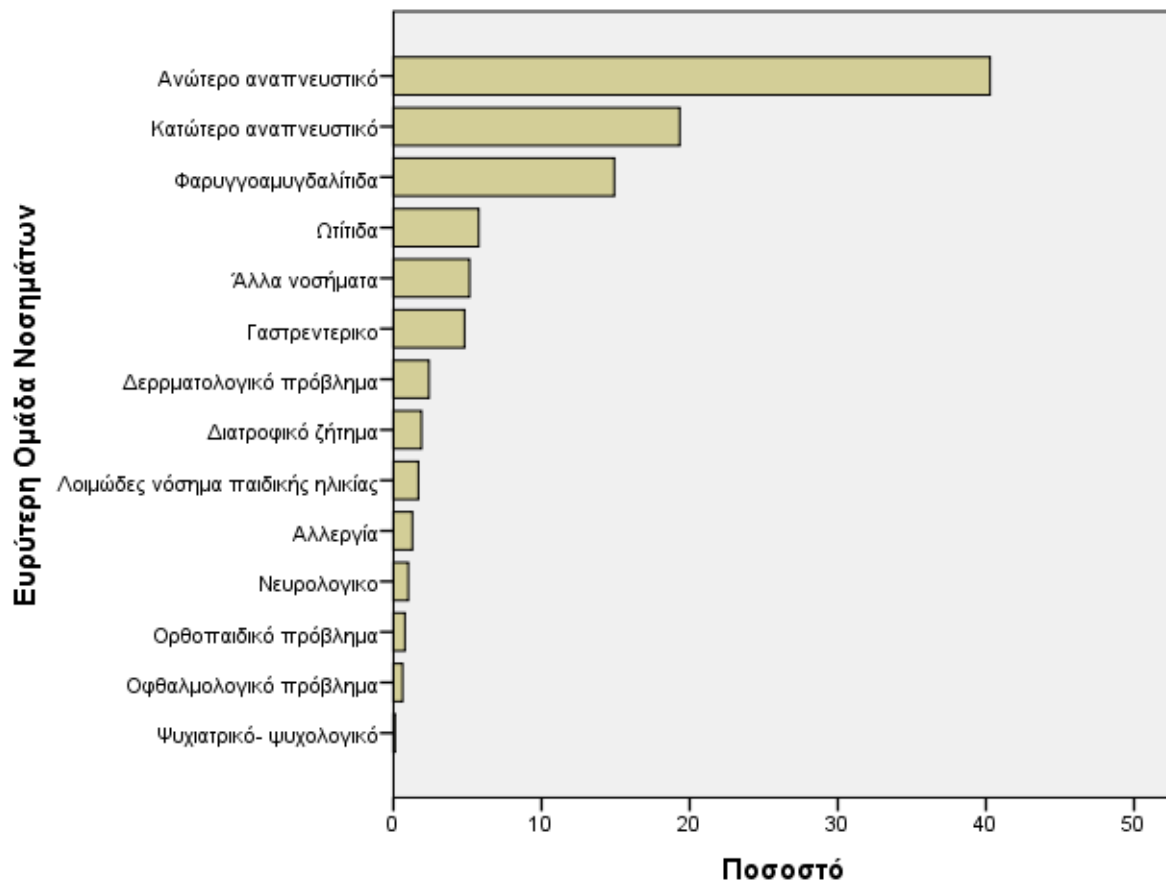
	Ηλικία Κατηγορίες					Total
	νεογνά	βρέφη	νήπια	δημοτικό	>12χρ	
Ανώτερο αναπνευστικό	10.0%	37.5%	43.0%	39.0%	34.0%	40.3%
Γαστρεντερολογικό		4.9%	4.3%	6.6%	1.9%	4.8%
Δερματολογικό πρόβλημα	25.0%	5.6%	1.5%	2.0%		2.4%
Διατροφικό ζήτημα	10.0%	2.8%	0.7%	1.2%	9.7%	1.8%
Κατώτερο αναπνευστικό	10.0%	29.8%	20.7%	11.5%	10.7%	19.3%
Λοιμώδες νόσημα παιδικής ηλικίας		0.7%	2.2%	1.7%		1.7%

Νευρολογικό			0.7%	1.2%	5.8%	1.0%
Οφθαλμολογικό πρόβλημα	5.0%	1.8%	0.3%	0.5%		0.6%
Ορθοπαιδικό πρόβλημα		1.1%	0.3%	1.7%	1.0%	0.8%
Φαρυγγοαμυγδαλίτιδα		5.3%	14.2%	22.4%	22.3%	15.0%
Ψυχιατρικό- ψυχολογικό				0.5%		0.1%
Αλλεργία		1.4%	1.3%	0.5%	2.9%	1.2%
Ωτίτιδα		3.9%	7.4%	5.1%	1.0%	5.8%
Άλλα νοσήματα	40.0%	5.3%	3.3%	6.1%	10.7%	5.1%
Σύνολο	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνονται οι ομάδες ασθενειών στις οποίες ανήκουν οι τελικές διαγνώσεις που μπήκαν από τους γιατρούς. Όπως φαίνεται στη συντριπτική τους πλειοψηφία τους συγκεκριμένους μήνες (Ιανουάριο- Φεβρουάριο) η πλειοψηφία των παιδιών (74,5 % αθροιστικό ποσοστό) έπασχαν από νοσήματα του αναπνευστικού (ανώτερου, κατώτερου, φαρυγγοαμυγδαλίτιδα).

Διάγραμμα 3.

Συχνότητα προσέλευσης ανά ομάδα νοσημάτων

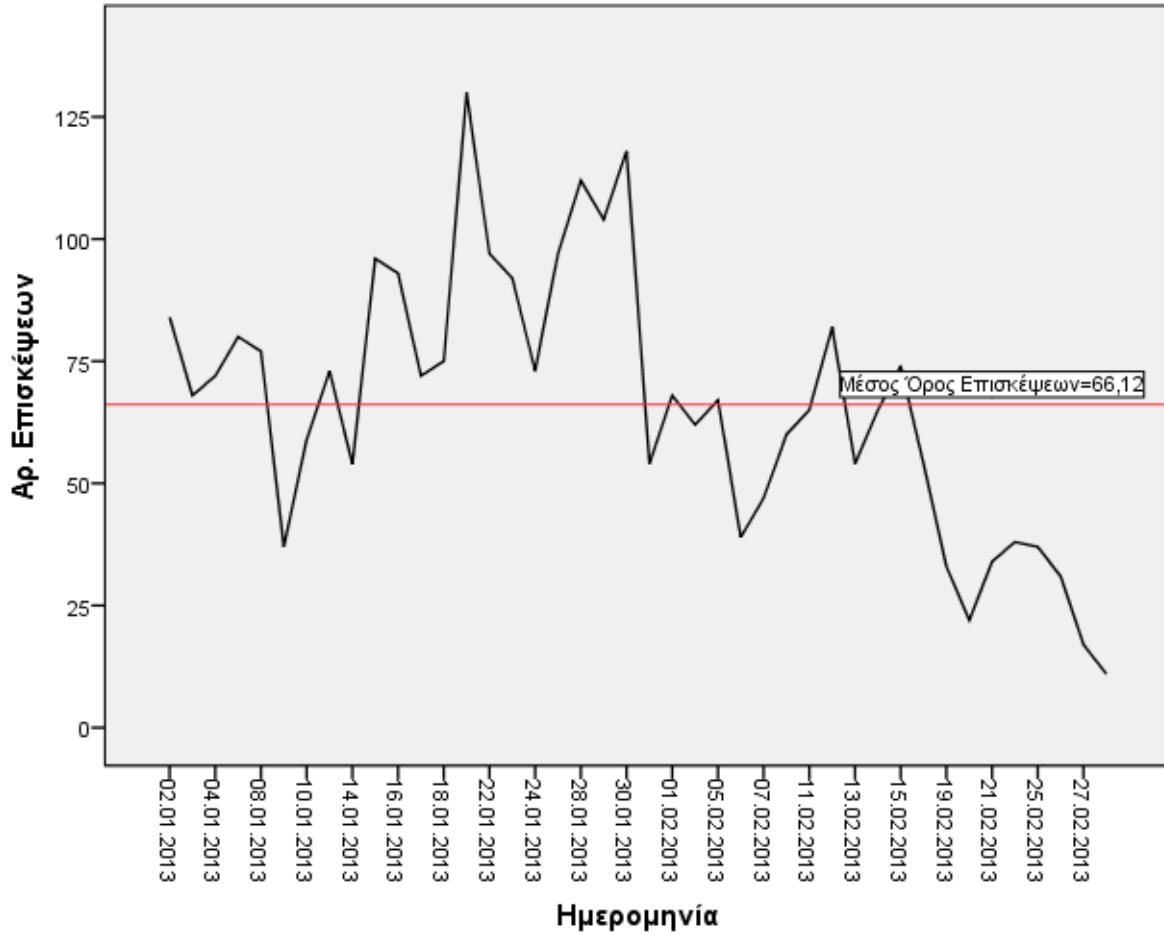


4.1.3. Προσέλευση ανά ημέρα/ ημερομηνία

Η προσέλευση των ασθενών ανά ημερομηνία και ανά ημέρα της εβδομάδας φαίνεται στα ακόλουθα διαγράμματα:

Διάγραμμα 4.

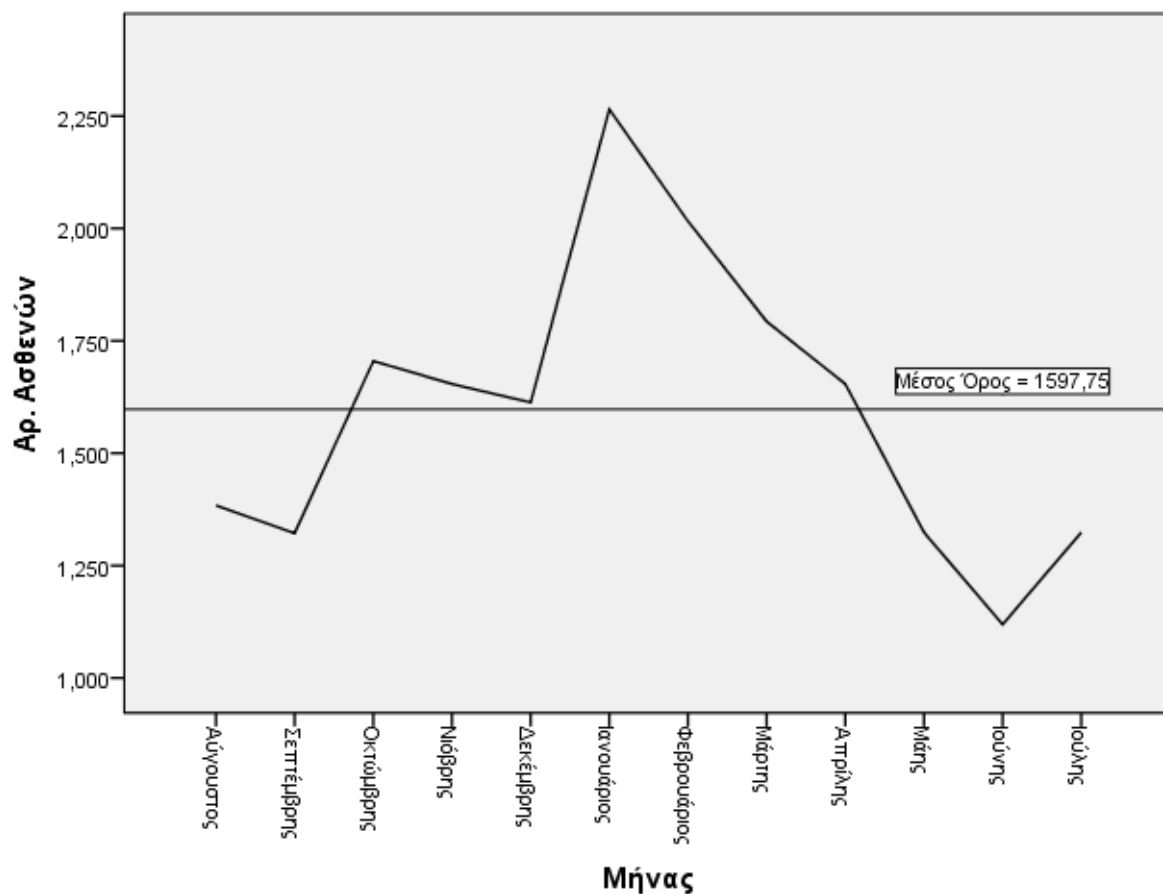
Επισκέψεις ανά ημερομηνία για το χρονικό διάστημα της έρευνας



Για σκοπούς σύγκρισης παρακάτω παρουσιάζεται διαγραμματικά ο αριθμός εγγράφων (όχι πραγματικών επισκέψεων) στο σύστημα ασθενών για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία του NAM III το διάστημα Αύγουστος 2012- Ιούλιος 2013, όπου φαίνεται η κορύφωση της προσέλευσης τον Ιανουάριο.

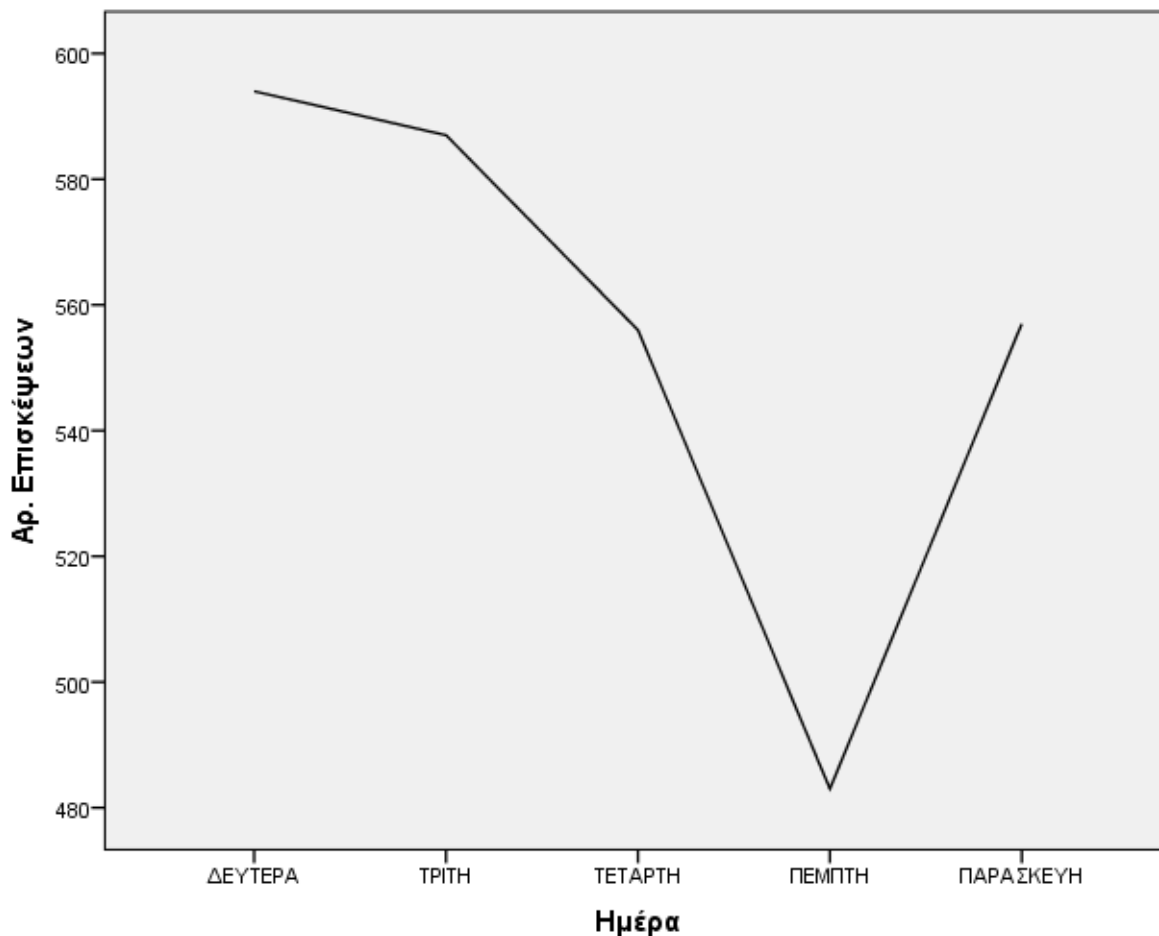
Διάγραμμα 5.

Αριθμός εγγραφών ανά μήνα Αύγουστος 2012- Ιούλιος 2013



Διάγραμμα 6.

Επισκέψεις ανά ημέρα της εβδομάδας



4.2. Ικανοποίηση Γονέων

4.2.1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία ερωτηματολογίου

4.2.1.1. Κοινωνικοδημογραφικό προφίλ γονέων

Παρότι δεν υπήρξε σχετικός περιορισμός όλοι όσοι συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γονείς των παιδιών, το 74,2% των οποίων ήταν οι μητέρες, με μέση ηλικία των συμμετεχόντων τα 35 έτη. Η πλειοψηφία όσων απάντησαν (75% των ανδρών και 64% των γυναικών) ήταν κυπριακής καταγωγής, ενώ τα ελληνικά σε ποσοστό 90% ήταν η κυρίαρχη γλώσσα στο σπίτι. Εξ όσων συμμετείχαν το 46,8% είχαν ένα πρώτο πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ ακολουθούν όσοι έχουν τελειώσει τη λυκειακή εκπαίδευση με ποσοστό 27,4%. Η πλειοψηφία των γονέων που συμμετείχαν στην έρευνα (85,5%) δήλωσαν παντρεμένοι, ενώ σε κάθε σπίτι υπάρχουν κατά μέσο όρο 1,92 παιδιά. Το ένα τρίτο (33,3%) των συμμετεχόντων δήλωσαν καθαρό ετήσιο

οικογενειακό εισόδημα <10.501 ευρώ, ενώ το 20% πάνω από 30.501 ευρώ. Στη συγκεκριμένη ερώτηση οι ελλείπουσες τιμές (missing values) ήταν της τάξης του 19,4%. Το 87,3% όσων απάντησαν ήταν δικαιούχοι Α ή Β Κατηγορίας. Το 46,6% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι εργάζεται μόνο ο ένας γονέας, ακολουθούμενοι σε ποσοστό 37,9% από τις οικογένειες όπου εργάζονται και οι δύο γονείς και το 44,1% όσων απάντησαν δήλωσαν ότι προκειμένου να συνοδεύσουν το παιδί τους για εξέταση στο νοσοκομείο χρειάστηκε να πάρουν άδεια από τη δουλειά τους. Σε ποσοστό 44,9% οι γονείς δήλωσαν ότι διάλεξαν τα συγκεκριμένα ιατρεία για εξέταση του παιδιού τους λόγω προηγούμενης θετικής προσωπικής εμπειρίας, 36,7% γιατί στο νοσοκομείο προσφέρονται ειδικές υπηρεσίες που δεν προσφέρονται αλλού και το 24,5% λόγω της θετικής φήμης του νοσοκομείου. Μόνο το 10,2% δήλωσε ότι επέλεξε τα ιατρεία λόγω εγγύτητας και ευκολίας πρόσβασης (ερώτηση πολλαπλής επιλογής).

4.2.1.2. Κοινωνικοδημογραφικό και επιδημιολογικό προφίλ παιδιών

Το 58,3% των συμμετεχόντων συνόδευαν αγόρι για εξέταση, ενώ οι υπόλοιποι κορίτσι, με μέση ηλικία των παιδιών τα 5 έτη. Η πλειοψηφία των παιδιών λαμβάνει νηπιακή ή σχολική εκπαίδευση και ένα 34,4% το προσέχουν είτε οι γονείς στο σπίτι, είτε κάποιος συγγενής ή νταντά. Ένα 6,6% των γονέων απάντησε ότι το παιδί τους πάσχει και από ένα χρόνια νόσημα (διάρκειας άνω των 6 μηνών). 76,8% των παιδιών προσήλθαν για εξέταση επειδή ήταν άρρωστα, ενώ το 39% ενώ ήταν υγιή για καθορισμένο έλεγχο ρουτίνας, εμβολιασμό, συνταγογράφηση, ή ιατρική βεβαίωση.

4.2.1.3. Χρήση υπηρεσιών

Αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών το 43,3% δήλωσε ότι πηγαίνει το παιδί του για εξέταση και σε ιδιώτη παιδίατρο με κύρια αιτιολόγηση (59,6%) το γεγονός ότι τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου δεν είναι ανοιχτά τα απογεύματα και τις αργίες, ακολουθούμενο από το μεγάλο χρόνο αναμονής στο νοσοκομείο (42,3%) και την ανάγκη για δεύτερη γνώμη (34,6%) (ερώτηση πολλαπλής επιλογής). Το 60,3% όσων απάντησαν θεωρούσαν το παρόν πρόβλημα του παιδιού τους κάπως ή αρκετά σοβαρό, ενώ ένα 12% δήλωσε ότι δεν μπορούσε να αξιολογήσει τη σοβαρότητα του προβλήματος υγείας του παιδιού τους. Σε σχέση με το χρόνο αναμονής ένα εντυπωσιακό 50% δήλωσε πως περίμενε >από 2ώρες προκειμένου να εξεταστεί και το 33,9% μεταξύ μίας και δύο ωρών.

4.2.2. Ικανοποίηση

Μοιράστηκαν συνολικά 70 ερωτηματολόγια εκ των οποίων απαντήθηκαν τα 67, δηλαδή υπήρξε ποσοστό ανταπόκριση 95,7%, γεγονός που ερμηνεύεται από το ότι είχαν το χρόνο οι γονείς να απαντήσουν στη διάρκεια της αναμονής για εξέταση.

Για όλες τις ερωτήσεις που αφορούν τη μέτρηση της ικανοποίησης των γονέων των ασθενών εξετάστηκαν οι δείκτες κεντρικής τάσης, εκ των οποίων θα γίνει ειδική αναφορά στους μέσους

όρους (mean), καθώς και οι σταθερές αποκλίσεις και η διορθωμένη συσχέτιση ερώτησης-συνόλου (corrected item-total correlation).

Το σύνολο των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου για τη μέτρηση της ικανοποίησης εμφανίζει Cronbach's a: 0,944.

Ικανοποίηση από το περιβάλλον του ιατρείου (ερωτήσεις 1,2)

Στην πρώτη ερώτηση που περιλαμβάνει τα υποερωτήματα του χρόνου αναμονής και της φιλικής στάσης του προσωπικού Cronbach's a: 0,257, ενώ στη δεύτερη ερώτηση η οποία περιλαμβάνει την ερώτηση για τις εγκαταστάσεις και την ψυχαγωγία Cronbach's a: 0,757. (Λόγω ακριβώς της μεγάλης αυτής διαφοράς, αναφέρονται ξεχωριστά). Φαίνεται πως οι γονείς των ασθενών είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φιλική στάση του προσωπικού και λιγότερο από το χρόνο αναμονής.

Πίνακας 5.

Ικανοποίηση των γονέων από το περιβάλλον αναμονής

	Μέσος Όρος (κλίμακα 0-3)	Τυπική Απόκλιση	Διορθωμένη συσχέτιση ερώτησης-συνόλου (Corrected Item-Total correlation)	Αθροιστικό ποσοστό Μάλλον/ Πολύ Ικανοποιημένων (Rather /very satisfied cumulative valid percent)	Αθροιστικό ποσοστό μάλλον/ πολύ δυσαρεστημένων (Rather/very unsatisfied cumulative valid percent)
Χρόνος αναμονής	1,44	0,80	0,148	46,9	53,1
Φιλική στάση προσωπικού	2,27	0,75	0,148	87,5	12,5
Εγκαταστάσεις	1,87	0,74	0,618	72,6	27,4
Ψυχαγωγία	1,42	0,88	0,618	43,7	56,3

Σχέση παιδίατρου-παιδιού (ερωτήσεις 3-5)

Για το σύνολο των υποερωτήσεων που αφορούν την αλληλεπίδραση του παιδίατρου και του παιδιού (ερώτηση 3 του ερωτηματολογίου) ο μέσος όρος ικανοποίησης είναι 17,75 (κλίμακα 0-21) (84,52 στα 100) Cronbach's a 0,917. Στον ακόλουθο πίνακα φαίνονται οι μέσοι όροι, οι σταθερές αποκλίσεις και η συσχέτιση item-total ανά επιμέρους υποερώτημα.

Πίνακας 6.

Ικανοποίηση των γονέων από την αλληλεπίδραση γιατρού-παιδιού

	Μέσος	Τυπική	Διορθωμένη	Αθροιστικό	Αθροιστικό
--	-------	--------	------------	------------	------------

	Όρος (κλίμακα 0-3)	Απόκλιση	συσχέτιση ερώτησης- συνόλου	ποσοστό Μάλλον/ Πολύ Ικανοποιημένων	ποσοστό μάλλον/ πολύ δυσανεστημένων
Κατανόηση	2,55	0,60	0,694	95,0	5,0
Ικανότητα να συμπάσχει	2,43	0,57	0,750	96,5	3,5
Χρόνος που αφιερώνει	2,50	0,60	0,680	94,8	5,2
Λαμβάνει σοβαρά το παιδί	2,61	0,59	0,753	94,8	5,2
Ενθάρρυνση και υποστήριξη	2,59	0,57	0,835	96,5	3,5
Υπομονή	2,64	0,59	0,750	93,2	6,8
Αντιμετώπιση σαν άνθρωπος	2,43	0,60	0,761	91,6	8,4

Ομοίως για την ερώτηση 4 του ερωτηματολογίου που αφορά τις πληροφορίες που δίνονται στο παιδί από τον/την παιδίατρο, ο συνολικός μέσος όρος είναι 7,4 (κλίμακα 0-9) (82,22 στα 100) με Cronbach's α : 0,95. Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα αντίστοιχα στοιχεία των υποερωτημάτων.

Πίνακας 7.

Ικανοποίηση των γονέων από την ενημέρωση του παιδιού τους από τον/ τη γιατρό

Οι πληροφορίες αντιστοιχούν:	Μέσος Όρος (κλίμακα 0-3)	Τυπική Απόκλιση	Διορθωμένη συσχέτιση ερώτησης- συνόλου	Αθροιστικό ποσοστό Μάλλον/ Πολύ Ικανοποιημένων	Αθροιστικό ποσοστό μάλλον/ πολύ δυσανεστημένων
Στην ηλικία του παιδιού	2,50	0,68	0,881	91,7	8,3
Στο βαθμό ανάπτυξής του	2,40	0,72	0,887	88,3	11,7
Στην ικανότητα και ετοιμότητα αντίληψής του	2,45	0,71	0,918	91,4	8,6

Και για την ερώτηση 5 του ερωτηματολογίου που αφορά στον τρόπο αντιμετώπισης του παιδιού από τον παιδίατρο κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων ο μέσος όρος της ικανοποίησης είναι 8,7 (κλίμακα 0-12) (72,5 στα 100) και Cronbach's alpha 0,847. Τα στοιχεία της επιμέρους ανάλυσης των υποερωτημάτων φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 8.

Ικανοποίηση των γονέων από τη συμμετοχή του παιδιού τους στη λήψη αποφάσεων

	Μέσος Όρος (κλίμακα 0-3)	Τυπική Απόκλιση	Διορθωμένη συσχέτιση ερώτησης-συνόλου	Αθροιστικό ποσοστό Μάλλον/ Πολύ Ικανοποιημένων	Αθροιστικό ποσοστό μάλλον/ πολύ δυσαρεστημένων
Επεξηγούνται στο παιδί οι επιλογές	2,32	0,68	0,644	87,5	12,5
Συζητούνται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των επιλογών	2,22	0,74	0,720	81,8	18,2
Το παιδί ερωτάται ποιες επιλογές προτιμά	2,14	0,86	0,790	72,7	27,3
Το παιδί εμπλέκεται στη λήψη αποφάσεων στο βαθμό που επιθυμεί	2,06	0,84	0,606	73,1	26,9

Σχέση παιδίατρου γονέα (ερωτήσεις 7-9)

Αναφορικά με την ερώτηση 7 που αφορά στην ικανοποίηση του γονέα από την ενημέρωση-πληροφόρησή του από τον παιδίατρο ο μέσος όρος ήταν 14,41 (0-18)(80,05 στα 100) με τυπική απόκλιση 3,774 και Cronbach's a 0,933 για το σύνολο των 6 υποερωτημάτων. Η ανάλυση των υποερωτημάτων φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 9.

Ικανοποίηση των γονέων από την αλληλεπίδραση του παιδίατρου μαζί τους

	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	Διορθωμένη συσχέτιση	Αθροιστικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
--	------------	-----------------	----------------------	--------------------	--------------------

	(κλίμακα 0-3)		ερώτησης- συνόλου	Μάλλον/ Πολύ Ικανοποιημένων	μάλλον/ πολύ δυσανεστημένων
Πληροφορίες για την ασθένεια	2,46	0,64	0,820	96,6	3,4
Πληροφορίες για την αντιμετώπιση	2,41	0,69	0,827	92,7	7,3
Πληροφορίες για τα φάρμακα	2,30	0,77	0,793	87,7	12,3
Πληροφορίες για το τι να κάνουν οι γονείς ή το παιδί	2,44	0,74	0,902	93,2	6,8
Κατανόηση πληροφοριών	2,50	0,72	0,777	93,2	6,8
Σημασία που δίνεται στις παρενέργειες	2,30	0,79	0,725	87,9	12,1

Η ερώτηση 8 αφορά στη συμπερίληψη του γονέα από τον παιδίατρο στη λήψη αποφάσεων. Για αυτή την ερώτηση ο συνολικός μέσος όρος ήταν 8,87 (0-12) (73,91 στα 100), με τυπική απόκλιση 2,725 και Cronbach's α 0,9. Παρακάτω φαίνονται τα αναλυθέντα στοιχεία των υποερωτημάτων.

Πίνακας 10.

Ικανοποίηση των γονέων από το βαθμό συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων

	Μέσος Όρος (κλίμακα 0-3)	Τυπική απόκλιση	Διορθωμένη συσχέτιση ερώτησης-συνόλου	Αθροιστικό ποσοστό Μάλλον/ Πολύ Ικανοποιημένων	Αθροιστικό ποσοστό μάλλον/ πολύ δυσανεστημένων
Παρέχονται επιλογές	2,21	0,72	0,826	87,5	12,5
Συζητούνται υπέρ και κατά	2,21	0,82	0,829	82,5	17,5
Ερωτάται ο γονιός για προτίμηση	2,15	0,86	0,830	76,8	23,2
Συμμετοχή στη λήψη	2,30	0,70	0,646	85,2	14,8

αποφάσεων					
-----------	--	--	--	--	--

Η ερώτηση 9 περιλαμβάνει υποερωτήματα που σκοπό έχουν να μετρήσουν την ικανοποίηση των γονέων από τον παιδίατρο αναφορικά με παραμέτρους που σχετίζονται με τον επαγγελματισμό που επιδεικνύει ο/ η γιατρός σε σχέση με τη συνεργασία με άλλες ειδικότητες, την ετοιμότητα παραπομπής και το βάθος/ επιμέλεια διερεύνησης. Συνολικός μέσος όρος 7,35 (0-9)(81,66 στα 100), τυπική απόκλιση 1,909, Cronbach's α : 0,873. Αναλυτικά:

Πίνακας 11.

Ικανοποίηση των γονέων από τον επαγγελματισμό του/ της γιατρού

	Μέσος Όρος (κλίμακα 0-3)	Τυπική απόκλιση	Διορθωμένη συσχέτιση ερώτησης-συνόλου	Αθροιστικό ποσοστό Μάλλον/ Πολύ Ικανοποιημένων	Αθροιστικό ποσοστό μάλλον/ πολύ δυσαρεστημένων
Συνεργασία με άλλες ειδικότητες	2,40	0,60	0,698	94,3	5,7
Επιμέλεια και προσοχή διερεύνησης	2,38	0,75	0,859	89,1	10,9
Ετοιμότητα παραπομπής	2,46	0,70	0,738	92,7	7,3

Γενική Αξιολόγηση (ερωτήσεις 10-12)

Η ερώτηση 10 αφορά την εμπιστοσύνη των γονέων προς τον παιδίατρο, η 11 τη γενική αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας του παιδίατρο και η 12 τη γενική (overall) ικανοποίηση των γονέων. Οι γονείς δηλώνουν ικανοποιημένοι γενικά και από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας καθώς έχουν εμπιστοσύνη προς τον παιδίατρο σχεδόν σε καθολικό βαθμό.

Πίνακας 12.

Σφαιρικές ερωτήσεις.

	Μέσος Όρος (κλίμακα 0-3)	Τυπική απόκλιση	Διορθωμένη συσχέτιση ερώτησης-συνόλου	Αθροιστικό ποσοστό Μάλλον/ Πολύ Ικανοποιημένων	Αθροιστικό ποσοστό μάλλον/ πολύ δυσαρεστημένων
--	--------------------------	-----------------	---------------------------------------	--	--

Εμπιστοσύνη	2,43	0,58	0,697	96	4
Ποιότητα φροντίδας	2,30	0,51	0,571	94,9	5,1
Γενική ικανοποίηση	2,45	0,54	0,708	96,5	3,5

Συγκεντρωτικά τα πιο πάνω αποτελέσματα ανά κλίμακα φαίνονται στους ακόλουθους πίνακες:

Σχετικά με την κλίμακα που διερευνά τη σχέση του παιδίατρο με το παιδί, οι γονείς είναι ικανοποιημένοι από τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις, την παροχή πληροφοριών στο παιδί και τη συμμετοχή του παιδιού στη λήψη των αποφάσεων. Η ικανοποίηση όμως από τη συμμετοχή του στις αποφάσεις είναι μικρότερη από ότι με τις άλλες διαστάσεις της σχέσης παιδίατρο-παιδιού. Αυτά απεικονίζονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 13.

Κλίμακα διερεύνησης της ικανοποίησης των γονέων από τη σχέση παιδίατρο- παιδιού.
Συγκριτικά αποτελέσματα.

	Αλληλεπίδραση	Πληροφόρηση	Λήψη Αποφάσεων
Αριθμός (υπο)ερωτήσεων	7	3	4
Μ.Ο. κλίμακας/max Κλίμακας	17,75/21	7,4/9	8,7/12
Προσαρμοσμένος Μ.Ο./100	84,52/100	82,22/100	72,5/100
Inter-item correlation(min-max)	0,746 (0,680-0,835)	0,895 (0,881-0,918)	0,69 (0,606- 0,790)
Cronbach's a	0,917	0,950	0,847

Ομοίως αναφορικά με την κλίμακα που διερευνά τη σχέση του παιδίατρο με τον γονέα, οι γονείς είναι ικανοποιημένοι σε υψηλό ποσοστό από όλες τις παραμέτρους με πάλι όμως τη συμμετοχή τους στη λήψη των αποφάσεων να εμφανίζει τη μικρότερη (συγκριτικά) ικανοποίηση.

Πίνακας 14.

Κλίμακα διερεύνησης της ικανοποίησης των γονέων από τη σχέση τους με τον/ την παιδίατρο.
Συγκριτικά αποτελέσματα.

	Πληροφόρηση	Λήψη αποφάσεων	Επαγγελματική επάρκεια/ικανότητα
Αριθμός	6	4	3

(υπο)ερωτήσεων			
M.O. κλίμακας/max Κλίμακας	14,41/18	8,87/12	7,35/9
Προσαρμοσμένος M.O./100	80,05/100	73,91/100	81,66/100
Inter-item correlation(min-max)	0,807 (0,725-0,902)	0,782 (0,646-0,830)	0,765 (0,698- 0,859)
Cronbach's a	0,933	0,9	0,873

Συσχέτιση των κλιμάκων με τις γενικές ερωτήσεις ικανοποίησης από τη ληφθείσα παιδιατρική φροντίδα κατά Spearman rank correlation και με βαθμό σημαντικότητας $p < 0,05$ για όλες τις συσχετίσεις:

Πίνακας 15.

Συσχέτιση κλιμάκων με τις σφαιρικές ερωτήσεις.

	Εμπιστοσύνη	Ποιότητα φροντίδας	Γενική ικανοποίηση από τον παιδίατρο
Αλληλεπίδραση με παιδί	0,295	0,444	0,543
Πληροφόρηση παιδιού	0,315	0,272	0,422
Λήψη αποφάσεων και παιδί	0,144	0,245	0,368
Πληροφόρηση γονέα	0,481	0,379	0,686
Λήψη αποφάσεων γονέα	0,351	0,176	0,509
Επαγγελματική επάρκεια ιατρού	0,331	0,318	0,460

Δηλαδή παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των παραμέτρων της σχέσης του παιδίατρου με τον γονέα και το παιδί και την εμπιστοσύνη προς αυτόν καθώς και τη γενική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες με τη μέγιστη συσχέτιση να εμφανίζεται μεταξύ της παροχής πληροφοριών στο γονέα και της συμμετοχής του στη λήψη αποφάσεων και τη γενική ικανοποίηση.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τις συσχετίσεις μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων που συλλέχτηκαν από το δεύτερο τμήμα του ερωτηματολογίου και του ερωτηματολογίου ικανοποίησης.

Πίνακας 16.

Συσχέτιση φύλου του γονέα και ικανοποίησης

	φύλο συμμετέχοντα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Συνολική Ικανοποίηση (δυνατές τιμές 0-105)	Άρρεν	66,38	28,73
	Θήλυ	68,82	21,01
Ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση με παιδί (δυνατές τιμές 0-42)	Άρρεν	33,07	7,60
	Θήλυ	30,75	8,29
Ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση με γονέα(δυνατές τιμές 0-39)	Άρρεν	31,31	10,17
	Θήλυ	28,90	7,46
Σφαιρικές ερωτήσεις (δυνατές τιμές 0-9) σύνολο	Άρρεν	7,45	1,21
	Θήλυ	7,06	1,45
Εμπιστεύεστε τον/ παιδιάτρο; (τιμές 0-3)	Άρρεν	2,64	0,51
	Θήλυ	2,37	0,59

Διενεργώντας το κριτήριο t για τις παραπάνω μεταβλητές (t-test) έχουμε τις ακόλουθες τιμές p.

Πίνακας 17.

Τιμές p της συσχέτισης του φύλου με τις ερωτήσεις

Συσχέτιση φύλου με:	p-value
Συνολική ικανοποίηση	0,719
Αλληλεπίδραση με παιδί	0,356
Αλληλεπίδραση με γονέα	0,359
Σφαιρικές ερωτήσεις	0,417
Εμπιστοσύνη	0,178

Δηλαδή, δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0,05$) μεταξύ των μέσων όρων ανδρών και γυναικών σε σχέση με τις παραμέτρους της συνολικής ικανοποίησης, της αλληλεπίδρασης με το παιδί, με το γονέα, τις σφαιρικές ερωτήσεις και την εμπιστοσύνη, που σημαίνει ότι το φύλο δε φαίνεται να επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης όπως εκφράζεται στις παραπάνω κλίμακες.

Στον ακόλουθο πίνακα φαίνεται η ικανοποίηση σε σχέση με τη χώρα γέννησης του πατέρα και της μητέρας.

Πίνακας 18.

Συσχέτιση χώρας γέννησης του γονέα και ικανοποίησης

	χώρα γέννησης	Μέσος όρος (πατέρας)	Τυπική απόκλιση (πατέρας)	Μέσος όρος (μητέρα)	Τυπική απόκλιση (μητέρα)
Συνολική Ικανοποίηση	Κύπριοι/ες	66,81	22,57	68,6486	22,81
	Μη Κύπριοι/ες	68,80	26,00	65,0000	24,49
Αλληλεπίδραση με παιδί	Κύπριοι/ες	30,46	8,60	31,0286	8,21
	Μη Κύπριοι/ες	31,79	6,20	30,4000	7,89
Αλληλεπίδραση με γονέα	Κύπριοι/ες	28,36	8,60	29,7273	6,54
	Μη Κύπριοι/ες	32,50	5,85	28,6111	10,74
Σφαιρικές ερωτήσεις σύνολο	Κύπριοι/ες	7,35	1,38	7,31	1,44
	Μη Κύπριοι/ες	6,67	1,50	6,86	1,41
Εμπιστεύεστε τον/ την παιδιάτρο;	Κύπριοι/ες	2,48	0,57	2,52	0,57
	Μη Κύπριοι/ες	2,31	0,60	2,27	0,59

και αντίστοιχα οι τιμές p μετά το t-test:

Πίνακας 19: p values-χώρα γέννησης

Συσχέτιση χώρας γέννησης με:	p-value (πατέρα)	p- value (μητέρα)
Συνολική ικανοποίηση	0,779	0,571
Αλληλεπίδραση με παιδί	0,599	0,783
Αλληλεπίδραση με γονέα	0,126	0,691
Σφαιρικές ερωτήσεις	0,159	0,336
Εμπιστοσύνη	0,359	0,177

Επομένως ούτε η χώρα γέννησης του πατέρα ή της μητέρας σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p > 0,05$) με τη συνολική ικανοποίηση, την εμπιστοσύνη στο γιατρό, την ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση γιατρού- παιδιού, ή γιατρού-γο ύα ή με τη σφαιρική ικανοποίηση (ερωτήσεις 10-12) του ερωτηματολογίου.

Αντίστοιχα στον ακόλουθο πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης των παραπάνω παραμέτρων με το ετήσιο καθαρό οικογενειακό εισόδημα:

Πίνακας 20.

Συσχέτιση εισοδήματος- ικανοποίησης

	Εισόδημα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Συνολική Ικανοποίηση	< 20.500	71,45	17,76
	20.500 +	64,55	27,85
Αλληλεπίδραση με παιδί	< 20.500	30,55	8,52
	20.500 +	31,84	5,97
Αλληλεπίδραση με γονέα	< 20.500	28,77	8,84
	20.500 +	30,50	7,00
Σφαιρικές ερωτήσεις σύνολο	< 20.500	7,27	1,43
	20.500 +	7,12	1,45
Εμπιστεύεστε τον/την παιδίατρο;	< 20.500	2,42	0,50
	20.500 +	2,47	0,72

όπου και πάλι μετά από διενέργεια t-test φαίνονται τα ακόλουθα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας:

Πίνακας 21: p values- εισόδημα

Συσχέτιση εισοδήματος με:	p-value
Συνολική ικανοποίηση	0,275
Αλληλεπίδραση με παιδί	0,565
Αλληλεπίδραση με γονέα	0,482
Σφαιρικές ερωτήσεις	0,737
Εμπιστοσύνη	0,814

Δηλαδή ούτε το καθαρό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα σχετίζεται με τρόπο στατιστικά σημαντικό ($p > 0,05$) με τη συνολική ικανοποίηση ή τις υποκλίμακες αυτής.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο του γονέα, αν διακριθούν σε πτυχιούχους (μεταλυκειακή εκπαίδευση) ή μη πτυχιούχους προκύπτουν τα ακόλουθα δεδομένα:

Πίνακας 22.

Συσχέτιση εκπαιδευτικού επιπέδου των γονέων και ικανοποίησης

	Εκπαίδευση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Συνολική Ικανοποίηση	Μη πτυχιούχος	66,00	24,02
	Πτυχιούχος	69,80	22,51
Ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση με παιδί	Μη πτυχιούχος	30,16	8,48
	Πτυχιούχος	32,18	7,86
Ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση με γονέα	Μη πτυχιούχος	29,59	9,49
	Πτυχιούχος	29,41	7,26
Σφαιρικές ερωτήσεις σύνολο	Μη πτυχιούχος	6,94	1,31
	Πτυχιούχος	7,29	1,46
Εμπιστεύεστε τον/την παιδίατρο;	Μη πτυχιούχος	2,4	0,60
	Πτυχιούχος	2,45	0,57

Μετά τη διενέργεια t-test οι τιμές p είναι οι ακόλουθες:

Πίνακας 23:p values εκπαίδευση

Συσχέτιση εκπαίδευσης με:	p-value
Συνολική ικανοποίηση	0,529
Αλληλεπίδραση με παιδί	0,353
Αλληλεπίδραση με γονέα	0,936
Σφαιρικές ερωτήσεις	0,425
Εμπιστοσύνη	0,777

Δηλαδή, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης του γονέα και της ικανοποίησης ($p>0,05$) αυτού.

Ομοίως για το χρόνο αναμονής:

Πίνακας 24.

Συσχέτιση χρόνου αναμονής και ικανοποίησης

	Χρόνος αναμονής	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση

Συνολική Ικανοποίηση	< 2 ώρες	71,35	19,10
	> 2 ώρες	71,27	18,78
Ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση με παιδί	< 2 ώρες	32,39	6,68
	> 2 ώρες	31,58	8,76
Ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση με γονέα	< 2 ώρες	28,76	9,48
	> 2 ώρες	29,29	7,30
Σφαιρικές ερωτήσεις σύνολο	< 2 ώρες	7,18	1,55
	> 2 ώρες	7,14	1,32
Εμπιστεύεστε τον/την παιδίατρο;	< 2 ώρες	2,44	0,61
	> 2 ώρες	2,43	0,59

Και οι τιμές p (t-test):

Πίνακας 25: p values- αναμονή 1

Συσχέτιση χρόνου αναμονής με:	p-value
Συνολική ικανοποίηση	0,988
Αλληλεπίδραση με παιδί	0,719
Αλληλεπίδραση με γονέα	0,834
Σφαιρικές ερωτήσεις	0,931
Εμπιστοσύνη	0,960

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται πως ούτε ο χρόνος αναμονής (διαμερισμένος σε >2 ώρες και < 2 ώρες) σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την ικανοποίηση των γονέων ($p > 0,05$).

Έγινε επίσης συσχέτιση του αν ο συμμετέχων είναι άνεργος ή εργαζόμενος με τις παραμέτρους της ικανοποίησης.

Πίνακας 26.

Συσχέτιση της εργασίας με την ικανοποίηση

	Εργασία	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Συνολική Ικανοποίηση	Εργαζόμενος	61,38	25,60
	Μη εργαζόμενος	74,79	18,07
Ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση με παιδί	Εργαζόμενος	29,54	7,96
	Μη εργαζόμενος	33,82	7,00
Ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση με γονέα	Εργαζόμενος	29,00	6,32
	Μη εργαζόμενος	29,63	9,41
Σφαιρικές ερωτήσεις σύνολο	Εργαζόμενος	7,05	1,46
	Μη εργαζόμενος	7,19	1,37
Εμπιστεύεστε τον/την παιδίατρο;	Εργαζόμενος	2,43	0,59
	Μη εργαζόμενος	2,39	0,58

και οι τιμές p (t-test):

Πίνακας 27: p values- εργασία 1

Συσχέτιση εργασίας με:	p-value
Συνολική ικανοποίηση	0,027
Αλληλεπίδραση με παιδί	0,040
Αλληλεπίδραση με γονέα	0,786
Σφαιρικές ερωτήσεις	0,739
Εμπιστοσύνη	0,803

Επομένως φαίνεται όσοι δεν εργάζονται εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι από όσους εργάζονται και αυτή η συσχέτιση εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα ($p=0,027$) με τη συνολική ικανοποίηση, και την ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση του γιατρού με το παιδί ($p= 0,040$), ενώ δεν εμφανίζει για τις υπόλοιπες παραμέτρους της ικανοποίησης.

Ανάλογα με το κατά πόσον θεωρούν οι γονείς ότι το πρόβλημα υγείας για το οποίο προσήλθαν την ημέρα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο για εξέταση τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

Πίνακας 28.

Συσχέτιση της αντίληψης της σοβαρότητας του προβλήματος υγείας του παιδιού από τους γονείς και της ικανοποίησης

		Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Συνολική Ικανοποίηση	Αρκετά σοβαρό	74,40	16,45
	Κάπως σοβαρό	72,76	15,78
	Καθόλου σοβαρό	65,00	26,13
	Σύνολο	70,76	19,54
Αλληλεπίδραση με παιδί	Αρκετά σοβαρό	32,10	8,37
	Κάπως σοβαρό	31,88	7,89
	Καθόλου σοβαρό	31,29	7,61
	Σύνολο	31,76	7,75
Αλληλεπίδραση με γονέα	Αρκετά σοβαρό	29,30	10,83
	Κάπως σοβαρό	29,08	5,96
	Καθόλου σοβαρό	28,31	9,48
	Σύνολο	28,91	8,021
Σφαιρικές ερωτήσεις σύνολο	Αρκετά σοβαρό	6,90	1,45
	Κάπως σοβαρό	7,29	1,59
	Καθόλου σοβαρό	7,00	1,12

	Σύνολο	7,13	1,44
Εμπιστοσύνη	Αρκετά σοβαρό	2,20	0,42
	Κάπως σοβαρό	2,48	0,68
	Καθόλου σοβαρό	2,45	0,52
	Σύνολο	2,40	0,59

Με ανάλυση ANOVA προέκυψαν οι ακόλουθες τιμές p για την παραπάνω συσχέτιση:

Πίνακας 29: p values σοβαρότητα

Συσχέτιση σοβαρότητας προβλήματος με:	p-value
Συνολική ικανοποίηση	0,392
Αλληλεπίδραση με παιδί	0,963
Αλληλεπίδραση με γονέα	0,950
Σφαιρικές ερωτήσεις	0,759
Εμπιστοσύνη	0,458

Δηλαδή, η σοβαρότητα του προβλήματος υγείας του παιδιού όπως αυτή θεωρείται από τον γονέα δε φαίνεται να σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με τις παραμέτρους της ικανοποίησης που μελετήθηκαν ($p > 0,05$).

Επίσης το γεγονός του αν ο συμμετέχων εργάζεται ή όχι δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p = 0,541$) με την ικανοποίηση από το χρόνο αναμονής. Στον ακόλουθο πίνακα φαίνεται ο μέσος όρος ικανοποίησης από το χρόνο αναμονής (με δυνατές τιμές 0-3) και η τυπική απόκλιση σε σχέση με τον αν ο συμμετέχων εργάζεται.

Πίνακας 30.

Συσχέτιση της ικανοποίησης από το χρόνο αναμονής και του αν ο γονέας εργάζεται ή όχι.

	Εργασία	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
--	---------	---------------	-----------------

χρόνος αναμονής	Εργάζομαι	1,45	0,69
	Δεν εργάζομαι	1,32	0,86

Αναφορικά με τη συσχέτιση της ηλικίας του συμμετέχοντα/ συνοδού και τη συνολική ικανοποίηση, ο συντελεστή συσχέτισης κατά Spearman (Spearman's rho correlation coefficient) ήταν 0,049, ενώ ο ίδιος συντελεστής σε σχέση με την ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση γιατρού-παιδιού ήταν -0,056, με την ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση γιατρού-γονέα ήταν 0,118, τη σφαιρική ικανοποίηση ήταν -0,004 και την εμπιστοσύνη 0,015. Δηλαδή, η ηλικία του συμμετέχοντα δε σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με τις παραμέτρους της ικανοποίησης.

Αντίστοιχα ο συντελεστής συσχέτισης κατά Spearman όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας του παιδιού και: α) τη συνολική ικανοποίηση ήταν 0,134, β) την ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση γιατρού- παιδιού ήταν 0,137, γ) την ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση γιατρού- γονέα ήταν -0,041, δ) τη σφαιρική ικανοποίηση 0,009 και ε) την εμπιστοσύνη απέναντι στον παιδίατρο ήταν -0,008. Επομένως, ούτε η ηλικία του παιδιού σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την ικανοποίηση του γονέα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Κεφάλαιο Πέμπτο

5. Συζήτηση

5.1. Συζήτηση-σχολιασμός αποτελεσμάτων

5.1.1. Στοιχεία προσέλευσης

Η προσέλευση των ασθενών φαίνεται να είναι σαφώς μεγαλύτερη των Ιανουάριο σε σχέση με το Φεβρουάριο με το μέγιστο καταγεγραμμένο αριθμό ασθενών στις 21/01 και ελάχιστο στις 28/02. Παρατηρείται μια αύξηση των ασθενών στις 30/01 σε σχέση με τις αμέσως προηγούμενες και αμέσως επόμενες ημέρες που πιθανόν να μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι αποτελεί σχολική αργία και ενδεχομένως αποτέλεσε ευκαιρία να φέρουν οι γονείς τα παιδιά τους για εξέταση. Η 21η Ιανουαρίου ήταν Δευτέρα, ημέρα μέγιστης προσέλευσης σε εβδομαδιαία βάση, ενώ η ημέρα της εβδομάδας με τη μικρότερη προσέλευση ασθενών ήταν η Πέμπτη, γεγονός που εξηγείται εν μέρει από το γεγονός ότι τις Πέμπτες λειτουργεί για παιδιατρικά περιστατικά και το Κέντρο Υγείας Αγλαντζιάς, στο οποίο τις υπόλοιπες ημέρες δεν εξετάζει ειδικός παιδίατρος.

Οι πλείστοι των ασθενών πάσχουν από λοίμωξη του αναπνευστικού γεγονός που συνάδει με την εποχικότητα των αναπνευστικών λοιμώξεων, όπου εμφανίζουν τη μέγιστη συχνότητα τους χειμερινούς μήνες (Gietzen, 1971). Το "κοινό κρυολόγημα" (ιογενής λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού) αποτελεί την πιο συχνή διάγνωση σε παιδιά μικρής ηλικίας σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει σε ανεπτυγμένες χώρες (Ertmann, 2006).

Επίσης διαπιστώνεται πως οι περισσότεροι ασθενείς είναι νηπιακής ηλικίας. Αυτό εμφανίζει ερευνητικό ενδιαφέρον από την άποψη, ότι ενώ μέχρι την ηλικία του έτους οι γονείς ενθαρρύνονται να παίρνουν τα παιδιά τους για εξέταση σε τακτική βάση για προσυμπτωματικό έλεγχο, εμβολιασμό και έλεγχο της ανάπτυξης αυτό δε συμβαίνει το ίδιο συχνά σε μεταγενέστερες ηλικίες. Επιπλέον και από τη μελέτη των Bitzer και συνεργατών (2012) βρέθηκε πως η ηλικία στην οποία προσέρχονται πιο συχνά για εξέταση είναι η νηπιακή. Διάφορες ερμηνείες θα μπορούσαν να δοθούν στο συγκεκριμένο φαινόμενο (δεν αποτέλεσε ερευνητικό αντικείμενο της συγκεκριμένης εργασίας, αποτελεί όμως ένα ενδιαφέρον φαινόμενο που θα άξιζε να μελετηθεί περαιτέρω). Ενδεχομένως η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα αρρωσταίνει όντως πιο συχνά σε σχέση με παιδιά μικρότερης ηλικίας που συνηθέστερα τα προσέχουν οι γονείς στο σπίτι (Cote, 2010), και σε σχέση με μεγαλύτερα παιδιά που πλέον έχουν αναπτύξει καλύτερη αντισωματική απάντηση. Μια άλλη ερμηνεία θα μπορούσε να είναι ότι οι γονείς αισθάνονται μεγαλύτερη ανασφάλεια να διαχειριστούν μόνοι τους την ασθένεια των

παιδιών τους σε σχέση με αυτή των μεγαλύτερων παιδιών, πολλές φορές μάλιστα επειδή τα ίδια τα παιδιά δυσκολεύονται να εκφράσουν τα συμπτώματά τους. (Για παράδειγμα, με τον όρο πονοκέφαλο μπορεί να εννοούν την κεφαλαλγία, τη ζάλη, την καρυβαρία που αισθάνονται όταν έχουν πυρετό κλπ.). (Ertmann, 2006)

Από την έρευνα επίσης αποκαλύπτεται ότι οι πλείστοι των ασθενών είναι δικαιούχοι δωρεάν περίθαλψης. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι ενδεχομένως ο χρήστης υπηρεσιών υγείας που καλείται να πληρώσει είτε θα προτιμήσει να εξετασθεί από ιδιώτη παιδίατρο, εφόσον πληρώνει ούτως ή άλλως λόγω του μειωμένου χρόνου αναμονής, της εύκολης πρόσβασης και της συνέχειας στη φροντίδα (με μεγαλύτερο αντίτιμο όμως και εφόσον μπορεί να το επωμιστεί) ή θα αναβάλει την επίσκεψη στο γιατρό, εφόσον κρίνει ότι δεν είναι πολύ σοβαρό και μπορεί να φροντίσει το παιδί του στο σπίτι. Ενδεχομένως ορισμένοι δικαιούχοι δωρεάν περίθαλψης να εμφάνιζαν μια ευκολία στη χρήση των υπηρεσιών για μικροπροβλήματα υγείας. Αναμένεται να διαπιστωθεί αν θα υπάρξει μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία με την καθιέρωση μεγαλύτερου αντίτιμου για εγγραφή και εξέταση, το οποίο καθιερώθηκε τον Αύγουστο του 2013. Είναι γνωστό πως η ασφαλιστική κάλυψη είναι ένας σημαντικός παράγοντας της πρόσβασης στην εξειδικευμένη φροντίδα. Όμως δεν μπορεί να διευκρινιστεί το βέλτιστο ασφαλιστικό σχήμα που θα οδηγήσει στην καταλληλότερη φροντίδα υγείας για τα παιδιά (Skinner, 2007).

5.1.2. Ερωτηματολογίου

5.1.2.1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία

Το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία όσων απάντησαν το ερωτηματολόγιο ήταν γυναίκες, συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών ότι ως επί το πλείστον τα παιδιά συνοδεύονται στον παιδίατρο από τις μητέρες τους. Μάλιστα στην πρωτότυπη γερμανική έρευνα (Bitzer, 2012) το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 90%. Είναι αξιοσημείωτο ότι τα δημογραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου που αφορούν το φύλο του παιδιού, το μέσο όρο ηλικίας αυτού και την αιτία προσέλευσης είναι παρεμφερή με τα στοιχεία προσέλευσης που συλλέχτηκαν στην ίδια έρευνα από τους γιατρούς.

Σε σύγκριση με τα στοιχεία της απογραφής πληθυσμού του 2011 (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2013), όπου από τον πληθυσμό άνω των 15 ετών το 59,5% δηλώνει παντρεμένο, από όσους απάντησαν στο ερωτηματολόγιο το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 85,5%. Όμως σύμφωνα με τη Δημογραφική Έκθεση 2010-2011 (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2012α) η Κύπρος έχει μία από τις πιο χαμηλές αναλογίες εξώγαμων γεννήσεων με το 2011 να γεννιούνται εκτός γάμου μόλις το 16,9% του συνόλου των γεννήσεων.

Σύμφωνα με την απογραφή του 2011 (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2013) οι Κύπριοι άνδρες άνω των 15 ετών ανέρχονται στο 78,12% των ανδρών ίδιας ηλικίας (74,6% στην έρευνά μας), ενώ οι γυναίκες κυπριακής καταγωγής αποτελούν το 73,8% των γυναικών ηλικίας μεγαλύτερης των 15 ετών (64,4% στην έρευνά μας). Επίσης συγκριτικά με τα στοιχεία της απογραφής φαίνεται πως στην έρευνά μας υπερδιπλάσιο ποσοστό (46,8% σε σχέση με 21,49%) δήλωσε ότι έχει πάει σε Πανεπιστήμιο ή Κολλέγιο με μία πιθανή ερμηνεία το γεγονός ότι ίσως τα συγκεκριμένα άτομα να ήταν πιο πρόθυμα να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Σύμφωνα με την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 2009 (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2012β) το μέσο ετήσιο εισόδημα του νοικοκυριού ήταν 41.083 ευρώ με μόνο 10% του πληθυσμού να δηλώνει μέσο ετήσιο εισόδημα κάτω των 13.566 ευρώ. Αντίθετα στην έρευνά μας 33,3% όσων απάντησαν δήλωσαν καθαρό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα κάτω από 10.501 ευρώ. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι ενδέχεται κάποιοι να μην κατάλαβαν την ερώτηση καθότι εμπεριέχει οικονομικούς όρους, ή ότι όντως αυτοί που επιλέγουν τα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου προς εξέταση είναι χαμηλότερης οικονομικής στάθμης, ενώ αντίθετα τα πλουσιότερα κοινωνικά στρώματα να επιλέγουν υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα. Εξάλλου όπως διαπιστώθηκε και από την έρευνα για την προσέλευση των ασθενών οι πλείστοι χρήστες των υπηρεσιών είναι δικαιούχοι δωρεάν περίθαλψης, το οποίο σχετίζεται και με το εισόδημά τους.

5.1.2.2. Ικανοποίηση

Οι γονείς είναι δυσαρεστημένοι από τις παραμέτρους που αφορούν την περίοδο της αναμονής τους για εξέταση στο χώρο των εξωτερικών ιατρείων. Μάλιστα ιδιαίτερα για το χρόνο αναμονής και την ψυχαγωγία σε ποσοστά >50% δηλώνουν είτε δυσαρεστημένοι είτε μάλλον δυσαρεστημένοι με μέσους όρους ικανοποίησης <1,5 σε κλίμακα 0-3. Αυτά τα αποτελέσματα είναι αναμενόμενα αφού η πλειοψηφία δήλωσε πως περίμενε πάνω από δύο ώρες προκειμένου να εξεταστεί το παιδί τους. Και είναι αναμενόμενο ότι όσο αυξάνεται ο χρόνος αναμονής τόσο η δυσαρέσκεια για τις δυνατότητες απασχόλησης και ψυχαγωγίας στο συγκεκριμένο χώρο αυξάνεται, αφού τα παιδιά χάνουν γρήγορα το ενδιαφέρον τους για τα παιχνίδια.

Ο μεγάλος χρόνος αναμονής μπορεί να ερμηνευτεί από το μικρό αριθμό του προσωπικού (που κάνει τις εγγραφές, αλλά και των γιατρών) τους συγκεκριμένους μήνες, οπότε και η προσέλευση είναι αυξημένη. Επιπλέον κάποιες φορές δεν τηρείται η σειρά εγγραφής γιατί προτού περάσουν τα παιδιά για εξέταση θα πρέπει να έχει έρθει ο φάκελος του ασθενούς από το αρχείο γεγονός το οποίο δημιουργεί καθυστερήσεις, εφόσον κάποιες φορές δε βρίσκεται ο φάκελος και πρέπει να δημιουργηθεί καινούργιος, ή και λόγω του γεγονότος ότι οι κλητήρες φέρνουν τους φακέλους προκαθορισμένες ώρες και επομένως μπορεί να υπάρχουν χρονικά διαστήματα όπου οι ασθενείς και οι συνοδοί τους περιμένουν στην αίθουσα αναμονής και οι γιατροί δεν μπορούν να εξετάσουν καθώς δεν έχουν έρθει οι φάκελοι ώστε να σημειώσουν μέσα ή να δουν το προηγούμενο ιστορικό του ασθενούς.

Επίσης το γεγονός ότι πολλοί γονείς αναφέρουν ότι επιλέγουν να πάνε τα παιδιά τους και σε ιδιώτη παιδίατρο επειδή τα εξωτερικά ιατρεία δεν είναι ανοιχτά τα απογεύματα και τις αργίες ταιριάζει με ευρήματα άλλων μελετών ότι η προσφορά υπηρεσιών και εκτός των συνηθισμένων ωρών εργασίας μπορεί να αυξήσει των αριθμό των επισκέψεων. Οι γονείς κατανέμουν τα χρήματα μεταξύ αγαθών όπως η υγεία του παιδιού αφενός και άλλοι στόχοι αφετέρου. Το άμεσο και έμμεσο κόστος σε χρόνο της αναζήτησης φροντίδας υγείας έχει αρνητική επίδραση στον αριθμό των επισκέψεων ασθενείας των παιδιών (Primoff Vistness, 1995).

Γενικότερα οι γονείς είναι ικανοποιημένοι από τις παραμέτρους που αφορούν τη σχέση του παιδίατρου μαζί τους ή με το παιδί τους σε υψηλά ποσοστά με τη μικρότερη ικανοποίηση συγκριτικά να την εμφανίζουν σε σχέση με τη συμμετοχή είτε τη δική τους είτε ιδίως του παιδιού τους κατά τη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα του. Και στη γερμανική έρευνα (Bitzer, 2012) οι ερωτήσεις που αφορούν τη συμπερίληψη στη λήψη αποφάσεων τόσο των γονέων όσο και του παιδιού εμφανίζουν στις αντίστοιχες κλίμακες τη μικρότερη ικανοποίηση, ιδίως για το παιδί.

Από τον πίνακα 15 όπου φαίνεται η συσχέτιση των κλιμάκων του ερωτηματολογίου με τις 3 γενικές ερωτήσεις (εμπιστοσύνη, ποιότητα φροντίδας, γενική ικανοποίηση από το γιατρό) φαίνεται μια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μετριάς βαρύτητας για όλες τις κλίμακες. Η ασθενέστερη συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της συμπερίληψης του παιδιού στη λήψη αποφάσεων και στην εμπιστοσύνη προς τον γιατρό και η ισχυρότερη μεταξύ της ενημέρωσης των γονέων και τη γενικότερη ικανοποίηση από το γιατρό. Το τελευταίο συμπεραίνεται και από τη γερμανική έρευνα (Bitzer, 2002) και μπορεί να ερμηνευθεί από το ότι ο γονιός που νιώθει ότι έλαβε την αρμόζουσα πληροφόρηση/ ενημέρωση για την ασθένεια από τον παιδίατρο θα είναι και περισσότερο ικανοποιημένος με αυτόν και επιβεβαιώνει τα ευρήματα της βιβλιογραφίας για το ότι η επικοινωνία και η ενημέρωση του γονέα σχετίζονται με τη γενικότερη ικανοποίηση. Θα πρέπει όμως να εγείρει προβληματισμό το γεγονός ότι ακριβώς με αυτές τις παραμέτρους που εμφανίζουν τη μέγιστη συσχέτιση με το γενικό αίσθημα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (η παροχή επαρκών πληροφοριών στους γονείς για το νόσημα και την αγωγή του παιδιού τους, και η συμμετοχή αυτών στη λήψη αποφάσεων), δηλώνουν οι γονείς- επισκέπτες των εξωτερικών ιατρείων του NAM III λιγότερο ικανοποιημένοι συγκριτικά με παραμέτρους όπως η ικανοποίηση από την επαγγελματική επάρκεια των ιατρών. Αυτό ενδεχομένως θα πρέπει να ευαισθητοποιήσει τους γιατρούς των εξωτερικών ιατρείων στην παροχή όλων των απαραίτητων πληροφοριών στους γονείς και στη μεγαλύτερη συμπερίληψη των γονέων στη λήψη αποφάσεων ώστε να βελτιωθεί και η γενικότερη ικανοποίησή τους.

Το γεγονός ότι στην έρευνά μας δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ικανοποίησης και των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων που εξετάστηκαν πλην της εργασίας του συνοδού, αντανάκλα τη γενικότερη διαπίστωση ότι τα ευρήματα συσχέτισης κοινωνικοδημογραφικών

χαρακτηριστικών και ικανοποίησης είναι τουλάχιστον χαοτικά και πολλές φορές αντιφατικά. (Fox & Storms, 1981).

Ελέγχθηκε η συσχέτιση της ικανοποίησης χωριστά με την εμπιστοσύνη καθότι η τελευταία θεωρείται σημαντική παράμετρος της πρώτης. Η απουσία εμπιστοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη συμμόρφωση στην αγωγή (Arch Mainous III, 2001).

Πρέπει να ληφθεί υπόψη όα η έρευνα έγινε κατά της διάρκεια της αναμονής για εξέταση και ζητήθηκε να δηλωθεί η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες γενικά κι όχι μόνο από την τελευταία επίσκεψη. Αυτό έχει σημασία στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη σύγκρισή τους με τα ευρήματα άλλων ερευνών. Τα αποτελέσματα ερευνών που διενεργούνται σε διαφορετικούς χρόνους δεν είναι απόλυτα συγκρίσιμα (Jensen, 2010).

Σε έρευνά του ο Lebow (1975) καταλήγει σε παρόμοια συμπεράσματα. Παρότι γενικά σημειώθηκε υψηλή ικανοποίηση, οι ερωτήσεις στις οποίες αξιολογούνταν ο ίδιος ο γιατρός έλαβαν τις υψηλότερες βαθμολογίες. Όσο αυξανόταν ο χρόνος αναμονής, τόσο αναφερόταν μειωμένη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Τα μεγαλύτερα παιδιά επισκέπτονται τα ιατρεία λιγότερο για ελέγχους ρουτίνας και περισσότερο λόγω ασθένειας. και τέλος η παρουσία ή όχι ασθένειας φαίνεται να είναι ανεξάρτητη με την αξιολόγηση της ποιότητας (Lebow, 1975).

Η μη ανεύρεση στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης των γονέων-συνοδών και της ικανοποίησης αυτών έρχεται σε αντίθεση με ευρήματα άλλων ερευνών (όπως Anderson, 1993) όπου διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ήταν οι πλέον ικανοποιημένοι. (Anderson, 1993), ενώ αντίθετα στην έρευνα των Moutzoglou και συν (2000) σε παιδιατρικό περιβάλλον δε βρέθηκε να σχετίζεται η ικανοποίηση με την εκπαίδευση των γονέων.

5.2. Περιορισμοί μελέτης

5.2.1. Στοιχεία προσέλευσης

Η συλλογή των στοιχείων προσέλευσης γινόταν από τους γιατρούς του τμήματος των εξωτερικών ιατρείων και λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας τους μήνες της μελέτης πολλές φορές δεν κατέγραφαν στοιχεία που είχαν ζητηθεί κι έτσι εν τέλει δεν περιελήφθησαν στοιχεία για τη συνιστώμενη αντιμετώπιση (παρότι κάτι τέτοιο είχε ζητηθεί) λόγω ακριβώς των πολλών ελλειπόντων δεδομένων. Τα στοιχεία αυτά εμφανίζονται αρκετά ελλιπή γιατί είτε λείπουν καταγραφές ολόκληρης μέρας από συγκεκριμένους γιατρούς, είτε δε συμπλήρωναν όλα τα στοιχεία που ζητήθηκαν, είτε οι καταγραφές ήταν δυσανάγνωστες.

Παρότι η καταγραφή της χώρας προέλευσης θα ήταν επιθυμητή αυτό ήδη από το σχεδιασμό της έρευνας κατέστη σαφές ότι θα ήταν εξαιρετικά δύσκολο να καταγραφεί στο συγκεκριμένο πλαίσιο εφόσον πολλές φορές η χώρα προέλευσης του πατέρα δεν ταυτίζεται με της μητέρας και δεν μπορούν να βγουν ασφαλή συμπεράσματα από τα ονόματα και μόνο.

Ο αριθμός των ασθενών που "γράφτηκαν" για να εξετασθούν από παιδίατρο δεν ταυτίζεται με τον αριθμό των ασθενών ο οποίος καταγράφηκε στη μελέτη για διάφορους λόγους. Ένας εξ αυτών είναι ότι παρότι έγινε φιλότιμη προσπάθεια να καταγραφούν όλοι οι ασθενείς που εξετάστηκαν, κάποιες μέρες που μπορεί να απουσίαζαν οι γιατροί που συνήθως εξετάζουν στα εξωτερικά ιατρεία και κάλυπτε τη θέση κάποιος συνάδελφος από άλλο τμήμα μπορεί να μην ήταν ενήμερος για την έρευνα. Δεύτερον, μπορεί απλά κάποιοι να διέφυγαν της καταγραφής και ο τρίτος και πιθανότατα και ο βασικότερος λόγος είναι ότι δεν ταυτίζεται εκ προοιμίου ο αριθμός των εγγεγραμμένων ασθενών για παιδιατρική εξέταση με αυτούς που πραγματικά εξετάζονται, επειδή κάποια εγγράφονται για να προμηθευτούν τα αυτοκόλλητα με τα στοιχεία που είναι απαραίτητα προκειμένου να κάνουν αναλύσεις, οι οποίες μπορεί να είχαν ζητηθεί από τον παιδίατρο παλιότερα, ή για να πάρουν φάρμακα, τα οποία μπορεί να τους συνταγογραφήσει παιδίατρος άλλου τμήματος. Έτσι δεν υπάρχει τρόπος να γνωρίζουμε με ακρίβεια πόσοι εξ όσων έκαναν εγγραφή πράγματι εξετάστηκαν, αν και πιθανολογούμε ότι οι πραγματικές διαφυγές ήταν λίγες. Επιπλέον λόγω του μεγάλου αριθμού των στοιχείων που συλλέχτηκαν δε θεωρείται ότι επηρεάζει τα αποτελέσματα.

Ακόμα η έρευνα αφορά μόνο δύο μήνες του έτους, ενώ η εποχικότητα των λοιμώξεων ποικίλει και επομένως μπορεί τα αποτελέσματα να μην είναι ενδεικτικά του αριθμού των επισκέψεων και των αιτιών προσέλευσης κατά τη διάρκεια του υπόλοιπου έτους.

5.2.2. Ερωτηματολόγιο

Ο παραπάνω χρονικός περιορισμός των δύο μόνο μηνών της έρευνας καθώς και το ότι έλαβε χώρα μόνο σε ένα νοσοκομείο ενδεχομένως να περιορίζει τη γενίκευση των συμπερασμάτων και του ερωτηματολογίου ικανοποίησης.

Ο αριθμός συμμετεχόντων στην έρευνα με το ερωτηματολόγιο δεν επέτρεψε την εξαγωγή συμπερασμάτων από συσχετίσεις με κάποιες από τις κοινωνικοδημογραφικές ερωτήσεις, οι οποίες γι'αυτό το λόγο δε συμπεριελήφθησαν στην παρούσα ανάλυση. Επίσης ενδέχεται η συσχέτιση της ικανοποίησης με κάποιες παραμέτρους (όπως π.χ. το εισόδημα) να μην κατέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση λόγω του μεγέθους του δείγματος, παρότι οι συμμετέχοντες που απάντησαν στις συγκεκριμένες ερωτήσεις ήταν αρκετοί για να διενεργηθεί η ανάλυση.

Παρότι δόθηκαν οδηγίες τυχαίας διαμοίρασης των ερωτηματολογίων, επειδή τα ερωτηματολόγια, τα ενημερωτικά έντυπα και τα έντυπα συγκατάθεσης ήταν στα ελληνικά, επιλέγονταν συμμετέχοντες που μπορούν να κατανοήσουν γραπτό λόγο στα ελληνικά. Επομένως χρειάζεται προσοχή κατά τη γενίκευση των συμπερασμάτων της έρευνας σε επίπεδο πληθυσμού που προσέρχεται για εξέταση στα παιδιατρικά εξωτερικά ιατρεία, καθότι έρχονται και πολλοί που δε μιλούν ελληνικά ή ακόμη και αν κατανοούν τον προφορικό λόγο δε διαβάζουν.

Αποφασίστηκε για σκοπούς σύγκρισης και διατήρησης των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών να ακολουθηθεί η ίδια κλίμακα με το πρωτότυπο γερμανικό ερωτηματολόγιο παρότι κάποιοι υποστηρίζουν ότι είναι απαραίτητη η ύπαρξη μιας ουδέτερης επιλογής στις απαντήσεις, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι ακριβώς η παρουσία μια τέτοιας δυνατότητας μπορεί να οδηγήσει σε "neutral response bias" "προκατάληψη της ουδέτερης απάντησης" (Nunnally, 1967 από Pascoe, 1983).

5.3. Συμπεράσματα

5.3.1. Κύρια ευρήματα

Από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν για τα στοιχεία προσέλευσης οι πλείστοι ασθενείς είναι νηπιακής ηλικίας, προσέρχονται για εξέταση ρουτίνας (check up) σε μειούμενο ποσοστό με την αύξηση της ηλικίας και αντίθετα σε αυξανόμενο για εξέταση λόγω ασθένειας. Τους μήνες που έλαβε χώρα η μελέτη (Ιανουάριος- Φεβρουάριος) το κυριότερο πρόβλημα υγείας ήταν οι λοιμώξεις του αναπνευστικού, ιδίως του ανώτερου. Στη συντριπτική πλειοψηφία τους οι ασθενείς ήταν από την επαρχία Λευκωσίας και ανήκαν στην Α ασφαλιστική κατηγορία.

Από τα δεδομένα που προέκυψαν από τη διαμοίραση του ερωτηματολογίου καταδεικνύεται πως τα παιδιά συνήθως συνοδεύονται για την παιδιατρική εξέταση από τη μητέρα τους και ότι επισκέπτονται και ιδιώτη παιδίατρο σε μεγάλο ποσοστό. Η αναφερόμενη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι υψηλή ιδίως αναφορικά με την αλληλεπίδραση τόσο του γονέα όσο και του παιδιού με το γιατρό, αλλά πολύ λιγότερο από το χρόνο και τις συνθήκες αναμονής.

Η ικανοποίηση δε φάνηκε να σχετίζεται με τρόπο στατιστικά σημαντικό με παραμέτρους όπως η ηλικία του συμμετέχοντα/ γονέα, η ηλικία του παιδιού, το επίπεδο εκπαίδευσης του γονέα, το ετήσιο καθαρό οικογενειακό εισόδημα, το χρόνο αναμονής, το φύλο του συμμετέχοντα, τη χώρα προσέλευσης των γονέων ή την αντίληψη του γονέα για τη σοβαρότητα του προβλήματος υγείας του παιδιού. Σύμφωνα όμως με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής η ικανοποίηση των γονέων φαίνεται να σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με το αν ο συνοδός εργάζεται ή όχι, με τους μη εργαζόμενους να δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι.

5.3.2. Σχόλια για το ερωτηματολόγιο

Το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο "Ικανοποίηση γονέων από το παιδιατρικό ιατρείο" προέκυψε από τη μετάφραση και στάθμιση του αντίστοιχου γερμανικού ερωτηματολογίου (Bitzer E.M., 2012) διατηρώντας τις ψυχομετρικές ιδιότητες της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας. Αποτελεί ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο για χρήση από τους συνοδούς των ασθενών που μελετά την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και όχι τη βίωση ή μη συγκεκριμένων εμπειριών. Η μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή έγιναν με βάση τα ελάχιστα κριτήρια μετάφρασης του Ινστιτούτου Ερευνών MAPI (MAPI Research Institute, 2002)

5.4. Εισηγήσεις

5.4.1. Για περαιτέρω έρευνα

5.4.1.1. Στοιχεία προσέλευσης

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η επέκταση της παρούσας μελέτης τόσο ως προς το περιεχόμενο των δεδομένων που συλλέχθηκαν, όσο και ως προς το χρόνο, τον τόπο και την έκταση συλλογής των δεδομένων. Συγκεκριμένα θα παρουσίαζε ενδιαφέρον να μελετηθούν οι διαγνώσεις ανά γιατρό γιατί στην παιδιατρική συγκριτικά με άλλες ειδικότητες δεν υπάρχουν στις πλείστες περιπτώσεις συγκεκριμένα αντικειμενικά κριτήρια και πολλές φορές η διάγνωση επαφίεται στην εμπειρία και την αντίληψη του γιατρού. Επιπλέον το συγκεκριμένο φαινόμενο παρουσιάζει ενδιαφέρον γιατί σχετίζεται άμεσα με την απόφαση για περαιτέρω αντιμετώπιση με τη χορήγηση ή όχι αντιβιοτικής ή άλλης φαρμακευτικής αγωγής. Δυστυχώς δεν κατέγραφαν οι γιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα με την ίδια επιμέλεια τα παραπάνω για να μπορέσουν να εξαχθούν ασφαλή συγκριτικά συμπεράσματα. Ομοίως και για την αντιμετώπιση. Η καταγραφή της συνταγογραφούμενης αγωγής θα παρουσίαζε εξαιρετικό ενδιαφέρον γιατί φαίνεται πως δεν υπάρχει λόγος να υποθέσουμε ότι η Κύπρος διαφέρει ως προς τις άλλες χώρες της νοτιοανατολικής Ευρώπης αναφορικά με τη χρήση αντιβιοτικών. Συχνά οι γονείς περιμένουν ακόμα και για μια ίωση να συνταγογραφηθεί κάποια αγωγή, ειδικά αντιβίωση και οι παιδίατροι προκειμένου να μη θεωρηθούν "κακοί γιατροί" συχνά ενδίδουν στις πιο πάνω πιέσεις, γεγονός που αποδεικνύεται από τη μεγάλη κατάχρηση των αντιβιοτικών με την ανάπτυξη πολυανθεκτικών στελεχών που αποτελεί μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας (Goossens, 2005).

Επίσης περαιτέρω ερευνητικό ενδιαφέρον θα είχε η μελέτη του κατά πόσο επιλέγεται το NAM III από κατοίκους της επαρχίας Λευκωσίας για εξέταση αντί πλησιέστερων Κέντρων Υγείας αλλά η καταγραφή των διευθύνσεων θα ήταν εξαιρετικά δύσκολο εγχείρημα να γίνει από μεριάς των γιατρών.

Υπενθυμίζεται πως από τις 5 Αυγούστου του 2013 έγιναν αλλαγές τόσο στο ποιος δικαιούται δωρεάν ή με μειωμένο κόστος περίθαλψη, όσο και στα τέλη εγγραφής, συνταγογράφησης και τέλεσης αναλύσεων για όλους, επομένως η συλλογή και σύγκριση των δεδομένων για τους ίδιους μήνες του επόμενου έτους (2014) θα αποτελούσε ενδιαφέρον αντικείμενο διερεύνησης μελλοντικής μελέτης.

5.4.1.2. Του ερωτηματολογίου

Η έρευνα αυτή με τη χρήση του ερωτηματολογίου θα μπορούσε να επεκταθεί σε μεγαλύτερο δείγμα τόσο στον ίδιο χώρο, όσο και σε άλλα ιατρεία στην Κύπρο ή στην Ελλάδα, και να επιτραπούν έτσι συγκρίσεις τόσο μεταξύ προσφερόμενων υπηρεσιών, όσο και να διαπιστωθεί η εξέλιξη στην πάροδο του χρόνου.

5.4.2. Για αλλαγές

Σίγουρα σε κάθε χώρο προσφοράς υπηρεσιών, όπου εμπλέκεται έντονα ο ανθρώπινος παράγοντας υπάρχουν πάντα περιθώρια για αλλαγές και βελτιώσεις, ειδικά όταν εν μέσω οικονομικής κρίσης, το προσωπικό είναι περιορισμένο αναλογικά με τη ζήτηση των υπηρεσιών. Όμως θα μπορούσε η βαρύτητα να δοθεί αρχικά ακριβώς στους τομείς εκείνους από όπου πηγάζει ως επί το πλείστον η δυσαρέσκεια των χρηστών, στην περίπτωση των εξωτερικών ιατρείων του NAM III από το χρόνο αναμονής και τις συνθήκες αναμονής.

Ολοφάνερα από τη μελέτη συμπεραίνεται ότι η προσέλευση των ασθενών τόσο ανά μήνα, όσο και σε εβδομαδιαία βάση ποικίλλει. Προτείνεται επομένως να λαμβάνεται αυτό υπόψη στον αριθμό των ιατρών που εξετάζουν τα αντίστοιχα χρονικά διαστήματα, ώστε να μειώνεται ο χρόνος αναμονής, όσο και οι ώρες λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων εφόσον πολλοί γονείς αναγκάζονται να παίρνουν τα παιδιά τους και σε ιδιώτη παιδίατρο τα απογεύματα και τις αργίες. Επιπλέον διερεύνηση και αλλαγές πρέπει να γίνουν προς αυτή την κατεύθυνση από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου ώστε να ανευρεθούν οι λόγοι των εξαιρετικά μακρών χρόνων αναμονής και να δοθούν λύσεις.

Φαίνεται επίσης πως η δυσαρέσκεια των ασθενών σχετίζεται και με τις εγκαταστάσεις του χώρου αναμονής, όπου θα μπορούσαν να γίνουν αλλαγές λαμβάνοντας υπόψη το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης ότι οι πλείστοι των ασθενών είναι νηπιακής ηλικίας και άρα θα πρέπει να δίνονται τόσο ευκαιρίες απασχόλησης των παιδιών σύμφωνα με την ηλικία τους (μέσα στο χώρο αναμονής και όχι από εξώ όπως ως τώρα γίνεται), όσο και πρακτικές διευκολύνσεις στους γονείς (αίθουσα για άλλαγμα, θηλασμό, προετοιμασία του φαγητού).

Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί από του γιατρούς στην ενημέρωση και συμπερίληψη των γονέων και των παιδιών στη λήψη αποφάσεων.

Από τα στοιχεία προσέλευσης φαίνεται πως στον ίδιο χώρο αναμονής περιμένουν τόσο άρρωστα παιδιά, όσο και υγιή που ήρθαν για έλεγχο ρουτίνας, με τα δεύτερα να είναι και συνηθέστερα κάτω του έτους ηλικιακά. Αν και συνήθως οι νοσηλεύτριες που κάνουν τη διαλογή δίνουν προτεραιότητα σε εξαιρετικά μικρά νεογνά και βάζουν σε ξεχωριστό χώρο άτομα των οποίων οι γονείς αναφέρουν ότι εμφάνισαν εμπύρετο εξανθηματικό νόσημα, αν και γίνεται εύκολα κατανοητό ότι αυτό τη στιγμή που δεν είναι προκαθορισμένο επαφίεται στον γονιό που μπορεί να το αναφέρει ή όχι στην νοσηλεύτρια. Θα μπορούσε να υπάρξει επομένως κάποια διαφορετική πιο πρακτική πρόβλεψη.

6. Βιβλιογραφία

6.1. Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Acquadro C., Conway K., Horeendran A., et al (2008). Literature review of methods to translate health related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials, *Value in Health*, 11(3), 509-521
- Anderson L., Zimmerman M. (1993). Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management, *Patient Education and Counseling*, 20, 27-36
- Antoniadou M.(2005), Can Cyprus overcome its health- care challenges?,*The Lancet*,365,1017-1020
- Arch Mainous III G., Baker R., Love M.M., et al, (2001). Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom, *Family Medicine*,33(1), 22-27
- Beaton D., Bombardier C., Guillermin F., et al, (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-repoty measures, *SPINE*, 25 (24), 3186-3191
- Beck R.S., Daughtridge R., Sloane P.D.,(2002) Physician- patient communication in the primary care office: a systematic review, *J Am Board Fam Pract*,15(1), 25-38
- Becker M.H., Drachman R.H., Kirscht J.P.,(1974) Continuity of pediatrician: new support for an old shibboleth, *Journal of Pediatrics*, 84(4), 599-605
- Bitzer E.M., Dierks M.L., Dorning H., et al (1999). Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive. Psychometrische Prufung eines standardisierten Erhebungsinstruments. *J Public Health*, 7(Suppl 3),196-209
- Bitzer E.M., Grobe T., Neusser S., et al (2008) GEK-Report akut-stationare Versorgung 2008. Schwerpunkt: Kinder im Krankenhaus, *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*. 63
- Bitzer E.M., Volkmer S., Petrucci M., et al, (2012). Patient satisfaction in pediatric outpatient settings from the parents' perspective- The Child ZAP: A psychometrically

validated standardized questionnaire, *BMC Health Services Research*, 12, 347-357

Bodenheimer T. (2006). Primary Care- Will it survive?, *NEJM*, 355(9), 861-863

Brousseau D., Hoffmann R., Nattinger A. (2007). et al, Quality of Primary care and subsequent pediatric emergency department utilization, *Pediatrics*, 119, 1131-8

Bytzkowski T.L., Kollar L.M., Britto M.T. (2010). Family experiences with outpatient care: do adolescents and parents have the same perceptions?, *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 92-98

Campbell S., Braspenning J., Hutchinson A. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care, *Qual Sof Health Care*, 11, 358-364

Campbell S.M., Roland M.O., Bluetow S.A. (2000). Defining quality of care, *Soc Sci Med*, 51(11), 1611-1625

Carrasquillo O., John Orav E., Brennan T.A., et al (1999). Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department, *Journal of General Internal Medicine*, 14(2), 82-87

Chang T.(2004). Primary Care pediatrics: 2004 and beyond, *Pediatrics* , 113, 1802-1809

Cheraghi- Sohi S., Hole A.R., Mead N., et al (2008). What patients want from primary care consultations: a discrete choice experiment to identify patients' priorities, *Annals of Family Medicine*, 6(2), 107-115

Cochrane, A.L. (1972). Effectiveness and Efficiency. Nuffield Provincial Hospital Trust, London (από Sitzia J., 1997)

Cote S., Petitchlerc A., Raynault M.F., et al. (2010), Short- and Long- term risk of infections as a function of group child care attendance. An 8- year- population- based study. *JAMA Pediatrics*, 164(12), 1132-1137

Cramer J.A., Perrine K., Pevinsky O., et al (1998) Development and cross-cultural translations of a 31 item quality of life in epilepsy inventory, *Epilepsia*, 39(1), 81-88

Del Greco L., Walop W., Eastridge L. (1987). Questionnaire development: 3. Translation, *CMAJ*, 136, 817-8

Doll, R. (1983). Prospects for prevention. *British Medical Journal*, 286, 445-453 (από Sitzia J., 1997)

Donabedian A. (1990). The seven pillars of quality, *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114(11), 1115-1118

- Donabedian A. (1992). Quality assurance in health care: consumers' role, *Quality in Healthcare, 1*, 247-251
- Donabedian A.(1980),The definition of quality and approaches to its assessment, Anne Arbor, *Health Administration Press*, Michigan
- Donabedian A.(2005), Evaluating the quality of medical care, *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729
- Ertmann R.K. (2006). What makes parents consult a physician?, PhD Thesis, University of Copenhagen
- Feddock C.A., Bailey P.D., Griffith C.H., et al (2010). Is time spent with the physician associated with parent dissatisfaction due to long waiting times? *Evaluation and the health professionals*, 33(2), 216- 225
- Fitzpatrick R. (1984). Satisfaction with health care. *The Experience of illness*, εκδ. R. Fitzpatrick, pp. 154-175, Tavistock, London (από Sitzia J., 1997)
- Fitzpatrick R. (2002). Capturing what matters to patients when they evaluate their hospital care, *Qual Saf Health Care*, 11, 306
- Fox J.G., Storms D.M. (1981). A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care, *Soc. Sci. Med.*, 15A, 557-564
- Gietzen P., Londa F., Clyde W., et al (1971). Epidemiologic patterns of acute lower respiratory disease in a pediatric group practice, *The Journal of Pediatrics*, 78(3), 397-406
- Goore Z., Mangione-Smith R., Elliott M.N., et al (2001). How much explanation is enough? A study of parents requests for information and physician responses, *Ambulatory Pediatrics*, 1(6), 326-332
- Goossens H, Ferech M, Stichele R.V., et al (2005). Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross national database study, *The Lancet*, 365(9459), 579-587
- Guillemin F., Bombardier C., Beaton D. (1993). Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines, *J Clin Epidemil*, 46(12),1417-1432
- Halfon N., Inkelas M., Mistry R., Satisfaction with health care for young children, *Pediatrics*, 113,1965-1972

- Hall J.A., Dornan M.C. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels, *Soc Sci Med*, 27(6), 637-644
- Hall J.A., Horgan T.G., Stein T.S. (2002). Liking in the physician- patient relationship, *Patient Education and counseling*, 48(1), 69-77
- Harkness J.A., Schoua- Glusber A. (1998). Questionnaires in translation, *ZUMA-Nachrichten Spezial*, 87-126
- Hsiao W. (1997). Report on the 1996 cost estimation of the proposed National Health Insurance Scheme. Harvard School of Public Health, August 1997 (από Theodorou M., 2012)
- Hsiao W., Jakab M. (2003). A study of the cost of the National Health Insurance Scheme. Republic of Cyprus, July 2003 (από Theodorou M., 2012)
- Jensen H.I., Ammentorp J., Kofoed P.E. (2010). User satisfaction is influenced by the interval between a health care service and the assessment of the service. *Soc Sci Med*, 70, 1882-1888
- Larsen D., Attkisson C., Hargreaves W., et al (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale, *Evaluation and program planning*, 2, 197-207
- Lawler E.E. (1973). *Motivation in Work Organizations*. Wadsworth Publishing Company, Belmont, CA, USA
- Lebow J. (1975). Evaluation of an outpatient pediatric practice through the use of consumer questionnaires, *Medical Care*, 13(3), 250-255
- LeVois M., Nguyen T.D., Attkisson C.C., (1981) Artifact in client satisfaction assessment: experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning*, 4, 1-12 (από Pascoe G.C., 1983)
- Linder-Pelz S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction, *Soc. Sci. Med.*, 16, 577-582
- Lupton D.(1997) , Consumerism, reflexivity and the medical encounter, *Soc Sci Med*, 45(3), 373-381
- Mangione-Smith R., DeCristofaro A.H., Setodji C.M., et al (2007). The Quality of Ambulatory care delivered to children in the United States, *NEJM*, 357, 1515-1523
- Mapi Research Institute (2002). Linguistic validation of the CRQ questionnaire. *Mapi Reserach Institute*. Lyon, France

- Margaritis E., Katharaki M., Katharakis G. (2012). Exceeding parents' expectations in Ear-Nose-Throat outpatient facilities: the development and analysis of a questionnaire, *Evaluation and Program planning*, 35(2), 246-255
- Mast M.S., Hall J.A., Kloeckner C., et al (2008). Physician gender affects how physician nonverbal behavior is related to patient satisfaction, *Medical Care*, 46(12), 1212-1218
- Matziou V., Boutopoulou B., Chrysostomou A., et al (2011). Parents' satisfaction concerning their child's hospital care, *Japan Journal of Nursing Science*, 8(2), 163-173
- McNicol M. (1992). Achieving Quality Improvement by structured patient management, *Quality in Healthcare*, 1(3),40-41
- Minimal Translation Criteria, MAPI Research Institute, 2002
- Moseley K.L., Clark S.J., Gebremariam A., et al (2006). Parents' trust in their child's physician: using an adopted trust in physician scale, *Ambulatory Pediatrics*, 6(1), 58-61
- Moumtzoglou A., Dafnogianni C., Karra V., et al (2000). Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care, *International Journal for Quality in Health Care*, 12(4): 331-337
- Mullan F. (2001). A founder of quality assessment encounters trouble system first hand, *Health Affairs*, 20(1), 137-141
- Nelson A.R. (1996). Measuring performance and improving quality, Hospital Management International, International Hospital Federation, εκδ. Sterling Publications Ltd, London
- Newacheck P.W., Stoddard J.J., Hughes D.C., et al (1998). Health insurance and access to primary care for children, *NEJM* , 338(8), 513-519
- Ngui E., Flores G.(2006). Satisfaction with care and ease of using health care services among parents of children with special health care needs: the roles of race/ ethnicity, insurance, language, and adequacy of family- centered care, *Pediatrics*, 117, 1184-1196
- Nunnally J.C.(1967). *Psychometric Theory*, McGraw-Hill, New York, USA (από Pascoe G.C., 1983)
- O'Keefe M., Baghurst P., Sawyer M. , et al (2004). The association between maternal ratings of child health interviews and maternal and child characteristics, *Family Practice*, 21(6), 684-687

- Ong L.M.L., DeHaes J.C.J.M., Hoos A.M., et al (1995). Doctor- patient communication: a review of the literature, *Soc Sci Med*, 40(7), 903-918
- Pascoe G.C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis, *Evaluation and Program planning*, 6, 185-210
- Presser S., Rothger J., Coupler M., et al(2004). Methods for testing and evaluating survey questionnaires, JOHN WILEY & SONS, INC., USA, pp:453-474
- Primoff Vistness J., Hamilton V. (1995). The time and monetary costs of outpatient care for children), *The American Economic Review*, 85(2), 117-121
- Saultz J.W., Albedaiwi W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Annals of Family Medicine*, 2(5),445-451
- Schempf A.H., Minkovitz C.S., Strobino D.M., et al (2007). Parental satisfaction with early pediatric care and immunization of young children, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161, 50-56
- Seid M., Stevens G., Varni J. (2003). Parents' perceptions of pediatric primary care quality: effects of race/ ethnicity, language , and access, *HSR*, 38(4), 1009-1031
- Shipman S., Lurie J., Goodman D. (2004). The general pediatrician: projecting future workforce supply and requirements. *Pediatrics*, 113(3), 435-442
- Sitzia J.(1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(4), 319-328
- Sitzia J., Wood N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts, *Soc Sci Med*, 45(12), 1829-1843
- Skinner A., Mayer M. (2007). Effects of insurance on children's access to specialty care: a systematic review of literature, *BMC Health Services Research*, 7, 194-206
- Sperber A.D.(2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research, *Gastroenterology*, 126, 5124-5128
- Sutton M., McLean G. (2006). Determinants of primary medical care quality measured under the new UK contract: cross sectional study, *BMJ*, 332, 389-390
- Theodorou M. (2009). Patient satisfaction from services provided by outpatient departments of public hospitals in Cyprus: findings report (Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου. Έκθεση αποτελεσμάτων.), Nicosia, May 2009 (από Theodorou M., 2012)

- Theodorou M., Charalambous C., Petrou C., et al (2012). Cyprus: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(6),1-128
- Thiedke C.C.(2007). What do we really know about patient satisfaction? *Family Practice Management*, 33-35
- Thomson R.E (1980).Next steps in implementing quality appraisal/action plans in hospitals, εκδ. Thomson, Mohr and Assoc Inc, Oak Brook
- Van Dulmen A.M. (1998). Children's contributions to pediatric outpatient encounters, *Pediatrics*, 102(3), 563-568
- Van Esso D., del Torso S., Hadjipanayis A., et al (2010). Pediatric primary care in Europe: variation between countries, *Arch Dis Child*,95, 791-5
- Waitzkin H. (1984). Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research, *Journal of American Medical Association*, 252(17), 2441-2446
- Ware J.E., JR. (1978). Effects of acquiescent response set on patient satisfaction ratings,*Medical Care*, 16, 327-336 (απο Pascoe G.C., 1983)
- Williams B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept?, *Soc. Sci. Med.*, 38(4), 509-516

6.2. Ελληνική βιβλιογραφία

- Αθανασίου Γ.(2012).Αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών στο τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, Διατριβή επιπέδου Μάστερ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος.
- Αλεξιάδης Α.Δ., Σιγάλας Ι.(1999). Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Δ: Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές, ΕΑΠ, Πάτρα, σσ 20-82
- Αλετράς Β., Ζαχαράκη Φ., Νιάκας Δ. (2007), Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1):89-96 .
- Γαβριήλ Ε.(2009).Η ικανοποίηση ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου, Διατριβή επιπέδου Μάστερ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος.

- Γαλάνης Π.(2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές έρευνες, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(1), 97-110
- Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν.(1999). Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Μάνατζμεντ) Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, Πάτρα, σσ 341-3
- Θεοδώρου Μ. (1992). Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας" Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ,Αθήνα, 3(1), 41-7
- Ιωαννίδη Ε., Λοπατατζίδης Α., Μαντή Π. (1999). Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, τόμος Α,Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές, *ΕΑΠ*, (σσ23, 32, 37) Πάτρα
- Ιωαννίδης Μ., Γεωργίου Μ. (2010). Η ικανοποίηση των ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία καρδιολογίας των μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου. Διατριβή επιπέδου Μάστερ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος.
- Καλογεροπούλου Μ.(2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών.Μέθοδος βελτίωσης της ποιότητας και της αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5), 667-673
- Κουμανδαράκη Μ., Θεοδώρου Μ., Καϊτελίδου Δ. (2004), Ικανοποίηση ασθενών από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. "Παπαγεωργίου", *Νοσηλευτική*, 43(2), 237-245.
- Κωνσταντίνου Ε., Μητρόπουλος Ι.(2012). Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών- χρηστών στα κρατικά κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(5),614-622
- Λάμπρου Μ. (2013), Αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών γενικού νοσοκομείου της Κύπρου από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα, Διατριβή επιπέδου Μάστερ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος.
- Μπαμπινιώτης Γ. (2011). Ετυμολογικό Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας. Ιστορία των λέξεων. Β' Έκδοση. Εκδ: Κέντρο Λεξικολογίας.
- Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος.(2013). Αισιόδοξα μηνύματα για εφαρμογή του ΓεΣΥ, *Ιατρικός Κόσμος*,11,4.
- Πελεκάνου-Μαρούχου Π. (2012). Ποιότητα Ιατρικών Υπηρεσιών και Ιατρικοί Φάκελοι στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του δημόσιου τομέα της Κύπρου, Διατριβή επιπέδου Μάστερ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος.
- Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. κ.ά.(2013), Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(3), 316-324.

- Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (2011). Απογραφή πληθυσμού 2011, <http://www.mof.gov.cy/cystat> πρόσβαση Δεκέμβριο 2012.
- Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (2012α), Δημογραφική έκθεση 2010-2011, <http://www.cystat.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/454ED7BA028E1163C2257AB100337ABE?OpenDocument&sub=1&sel=1&e=&print&highlight=%CE%B4%CE%B7%CE%BC%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%B9%CE%BA%CE%B7%20%CE%B5%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7>, πρόσβαση Αύγουστος 2013
- Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (2012β). Έρευνα Οικογενειακών προϋπολογισμών 2009. *Τιμές και πληθωρισμός. Ειδικές μελέτες και εκδόσεις.* http://www.cystat.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/AdvancedSearch_gr?OpenForm&q=&p=1&w=&t=&s=%CE%B5%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B1%20%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CF%89%CE%BD%20%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%89%CE%BD&L=E&e=&i=1, πρόσβαση Αύγουστος 2013
- Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (2013), Πληθυσμός- Οικογενειακή κατάσταση 2011, Πληθυσμός και κοινωνικές συνθήκες, *Απογραφή 2011* http://www.cystat.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/populationcondition_22main_gr/populationcondition_22main_gr?OpenForm&sub=2&sel=2, πρόσβαση Αύγουστος 2013
- Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου. (2010). Πληθυσμός και Κοινωνικές Συνθήκες. Υγεία. Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2010 <http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/15742F13FAA15104C2257B0C0035AFC7?OpenDocument&sub=3&sel=1&e=&print>, πρόσβαση Αύγουστος 2013
- Τσιρώνη Σ., Τσουμάκας Κ., Γιαννακοπούλου Μ. κ.ά (2011). Ικανοποίηση Γονέων από την παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική φροντίδα στα νοσηλευόμενα νεογνά τους. *Νοσηλευτική*, 50(3), 340-348
- Χρίστου Α., Έλληνα Ι. (2012). Αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών του στρατιωτικού νοσοκομείου στην Κύπρο, Διατριβή επιπέδου Μάστερ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος.
- Unicef, Σύμβαση Δικαιωμάτων του Παιδιού, Άρθρο 24, 1989, από <http://www.unicef.gr> πρόσβαση Σεπτέμβριο 2013

7. Παραρτήματα

7.1. Παράρτημα Α: έντυπα συμπλήρωσης, ενημέρωσης, συγκατάθεσης

ΠΑ

1:

Ερωτηματολόγιο

1



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Οι πιο κάτω ερωτήσεις έχουν σκοπό να μελετήσουν την ικανοποίησή σας με τα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου «Αρχιεπίσκοπος Μακάριος Γ'» Λευκωσίας

Παρακαλώ σημειώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο.....Όπου:

1= πολύ ικανοποιημένος/η

2=μάλλον ικανοποιημένος/η

3=μάλλον δυσαρεστημένος/η

4= πολύ δυσαρεστημένος/η

	1	2	3	4
1. Πόσο ικανοποιημένοι είστε <u>γενικά</u> (δηλαδή όχι μόνο από την τελευταία σας επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία) με....				
..... το χρόνο αναμονής στο ιατρείο;				
..... τη φιλική στάση του προσωπικού του ιατρείου;				

	1	2	3	4
2. Πόσο ικανοποιημένοι είστε <u>γενικά</u> (όχι μόνο από την τελευταία σας επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία) με				
..... τις εγκαταστάσεις (παροχές ή διευκολύνσεις) στην αίθουσα αναμονής;				
..... τη δυνατότητα να παίξει και να διασκεδάσει το παιδί σας στην αίθουσα αναμονής;				

Οι παρακάτω ερωτήσεις σκοπό έχουν να μελετήσουν την ικανοποίησή σας από τη σχέση του/ της παιδιάτρου με το παιδί σας

Παρακαλώ σημειώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο.....Όπου:

1= πολύ ικανοποιημένος/η

2=μάλλον ικανοποιημένος/η

3=μάλλον δυσαρεστημένος/η

4= πολύ δυσαρεστημένος/η

3. Πόσο ικανοποιημένοι είστε γενικά (δηλαδή όχι μόνο από την τελευταία σας επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία) με τον/την παιδίατρο σε σχέση με	1	2	3	4
.... Την κατανόηση που δείχνει για το παιδί σας;				
.... Την ικανότητα του να συμπάσχει / να νιώθει τι περνά το παιδί σας;				
.... Το χρόνο που αφιερώνει στο παιδί σας;				
... Το ότι λαμβάνει στα σοβαρά το παιδί σας;				
.... Την ενθάρρυνση και υποστήριξη που δίνεται στο παιδί σας;				
....Την υπομονή του/ της με το παιδί σας;				
....Το γεγονός ότι το παιδί σας αντιμετωπίζεται σαν άνθρωπος και όχι σαν αριθμός;				

Παρακαλώ σημειώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο.....Όπου:

1= ναι, πάντα

2=ναι, συνήθως

3=ναι, αλλά σπάνια

4= όχι, ποτέ

5=μη σχετικό

4. Πώς αξιολογείτε τις πληροφορίες που δίνονται στο παιδί σας από τον/ την παιδίατρο;

Οι πληροφορίες που δίνονται στο παιδί μου,...	1	2	3	4	5
... Αντιστοιχούν στην ηλικία του					
... Αντιστοιχούν στο βαθμό ανάπτυξης του παιδιού μου					
... Λαμβάνουν υπόψη την ικανότητα και ετοιμότητα αντίληψης του παιδιού μου					

5. Πώς αντιμετωπίζεται το παιδί σας από τον/ την παιδίατρο κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, π.χ. για διερεύνηση ή αντιμετώπιση;

	1	2	3	4	5
Επεξηγούνται στο παιδί μου οι πιθανές επιλογές					
Με το παιδί μου συζητούνται τα προτερήματα και τα μειονεκτήματα των επιλογών					
Το παιδί μου ερωτάται ποιες επιλογές προτιμά					
Το παιδί μου εμπλέκεται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στο βαθμό που εκείνο επιθυμεί					

6. Φοβάται το παιδί σας την επίσκεψη στον/ στην παιδίατρο;

- [] Ναι, πάντα

- [] Ναι, τις περισσότερες φορές

- [] Ναι, αλλά μόνο σπάνια

- [] Όχι, ποτέ

- [] Μη σχετικό

Οι πιο κάτω ερωτήσεις σκοπό έχουν να μελετήσουν τη σχέση του/ της παιδιάτρου μαζί σας

Παρακαλώ σημειώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο.....Όπου:

- 1= πολύ ικανοποιημένος/η
- 2=μάλλον ικανοποιημένος/η
- 3=μάλλον δυσαρεστημένος/η
- 4= πολύ δυσαρεστημένος/η
- 5=μη σχετικό

	1	2	3	4	5
7.Πόσο ικανοποιημένοι είστε <u>γενικά</u> (δηλαδή όχι μόνο από την τελευταία σας επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία) με τον/την παιδίατρο σε σχέση με					
.... Τις πληροφορίες που αφορούν την ασθένεια του παιδιού σας					
.... Τις πληροφορίες για την προγραμματισμένη κλινική αντιμετώπιση του παιδιού σας					
.... Τις πληροφορίες για την επίδραση των φαρμάκων που συνταγογραφούνται στο παιδί σας					
.... Τις πληροφορίες για το τι μπορείτε να κάνετε/ εσείς ή το παιδί σας προκειμένου να γίνει καλά					
.... Το πόσο κατανοητές είναι οι πληροφορίες που σας δίνονται					
.... Τη σημασία που δίνεται σε πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων που συνταγογραφούνται στο παιδί σας					

Παρακαλώ σημειώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο.....Όπου:

- 1= ναι, πάντα
- 2=ναι, συνήθως
- 3=ναι, αλλά σπάνια
- 4= όχι, ποτέ
- 5=μη σχετικό

	1	2	3	4	5
8. Με ποιους τρόπους σας συμπεριλαμβάνει ο/η παιδίατρος στη λήψη αποφάσεων για τη διερεύνηση και κλινική αντιμετώπιση του παιδιού σας;					
Μου παρέχονται πιθανές επιλογές (π.χ. σχετικά με τη διερεύνηση ή τη θεραπεία του παιδιού μου)					
Συζητούνται μαζί μου τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των επιλογών μου					
Μετά με ρωτάει ποιες επιλογές προτιμώ για το παιδί μου					
Έχω λόγο στη λήψη αποφάσεων στο βαθμό που εγώ επιθυμώ					

Παρακαλώ σημειώστε την αιχάντηση που σας εκφράζει περισσότερο.....Όπου:

- 1= πολύ ικανοποιημένος/η
- 2=μάλλον ικανοποιημένος/η
- 3=μάλλον δυσαρεστημένος/η
- 4= πολύ δυσαρεστημένος/η
- 5=μη σχετικό

	1	2	3	4	5
9. Πόσο ικανοποιημένοι είστε γενικά (δηλ. όχι μόνο από την τελευταία σας επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία) από τον/ την παιδίατρο σε σχέση με...					
... τη συνεργασία του/ της παιδίατρου με άλλες ιατρικές ειδικότητες;					
... την επιμέλεια και προσοχή που δείχνει στην κλινική διερεύνηση;					
... την ετοιμότητα να παραπέμψει έγκαιρα το παιδί σας;					

10. Εμπιστεύεστε τον/ την παιδίατρο;

- [] Ναι, του/της έχω πολύ μεγάλη εμπιστοσύνη
- [] Ναι, του/ της έχω μάλλον μεγάλη εμπιστοσύνη
- [] Του/ της έχω μάλλον μικρή εμπιστοσύνη
- [] Όχι, δεν του/ της έχω καμιά εμπιστοσύνη
- [] Δεν γνωρίζω τον/την παιδίατρο αρκετό καιρό

11. Πώς αξιολογείτε την ποιότητα της φροντίδας του/ της παιδίατρου γενικά; (δηλ. όχι μόνο κατά την τελευταία σας επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία)

- [] Πολύ υψηλή
- [] Μάλλον υψηλή
- [] Μάλλον χαμηλή
- [] Πολύ χαμηλή

12. Πόσο ικανοποιημένοι είστε γενικά (δηλ. όχι μόνο σε σχέση με την τελευταία σας επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία) με τον/ την παιδίατρο;

- [] πολύ ικανοποιημένος/η
- [] μάλλον ικανοποιημένος/η
- [] μάλλον δυσαρεστημένος/η
- [] πολύ δυσαρεστημένος/η

Παρακαλώ σημειώστε (κυκλώστε/ υπογραμμίστε/ βάλτε τικ/σταυρό) στην απάντηση που ισχύει για εσάς ή συμπληρώστε όπου υπάρχει κενό:

13. Είμαι:

- [] Άνδρας
- [] Γυναίκα

14. Ποια η σχέση σας με το παιδί;

- [] Είμαι γονιός του (πατέρας/ μητέρα του)
- [] Είμαι γιαγιά/ παππούς του
- [] Είμαι θείος/ θεία του
- [] Είμαι φίλος/ φίλη των γονιών του
- [] Άλλο

15. Είμαι..... χρονών.

16. Σε ποια χώρα γεννήθηκε ο πατέρας του παιδιού;

.....

17. Σε ποια χώρα γεννήθηκε η μητέρα του παιδιού;

.....

18. Ποια είναι η κύρια γλώσσα που μιλιέται στο σπίτι;

.....

19. Επίπεδο εκπαίδευσης:

- Δεν έχω πάει σχολείο
- Δεν τέλειωσα το Δημοτικό (πήγα σχολείο λιγότερα από 6 χρόνια)
- Έχω τελειώσει 6 τάξεις σχολείου (δημοτικό)
- Έχω τελειώσει γυμνάσιο (9 τάξεις σχολείου σύνολο)
- Έχω τελειώσει 12 ή περισσότερα χρόνια σχολείου (λύκειο ή τεχνικό λύκειο)
- Έχω πάει σε τεχνική σχολή μετά το σχολείο
- Έχω πάει σε πανεπιστήμιο/ κολλέγιο (πρώτο πτυχίο)
- Έχω μεταπτυχιακό
- Έχω διδακτορικό

20. Οι γονείς του παιδιού είναι:

- Παντρεμένοι μεταξύ τους
- Χωρισμένοι μεταξύ τους
- Χήρος/α
- Ανύπανδρος/ άγαμος

21. Πόσα άτομα κάτω των 18 χρονών μένουν στο ίδιο σπίτι:.....

22. Καθαρό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα. Δηλαδή πάσα βγάζει η οικογένεια σε ένα χρόνο καθαρά σε ευρώ:

- [] Μέχρι και €10.500
- [] €10.501 – €20.500
- [] €20.501 – €30.500
- [] €30.501 – €40.500
- [] €40.501 – €50.500
- [] €50.501 και πάνω

Παρακαλώ σημειώστε (κυκλώστε/ υπογραμμίστε/ βάλτε τικ/σταυρό) την απάντηση που ισχύει για το παιδί που συνοδεύετε στα εξωτερικά ιατρεία σήμερα ή συμπληρώστε όπου υπάρχει κενό:

23. Το παιδί που ήρθε σήμερα στο ιατρείο είναι:

- [] Αγόρι
- [] Κορίτσι

24. Το παιδί που ήρθε για εξέταση σήμερα στο ιατρείο γεννήθηκε το έτος:

.....

25. Το παιδί:

- [] το προσέχω στο σπίτι
- [] το προσέχει κάποιος συγγενής
- [] το προσέχει νταντά
- [] πάει νηπιαγωγείο/ προδημοτική
- [] πάει στο δημοτικό
- [] πάει γυμνάσιο
- [] πάει λύκειο

26. Το παιδί πάσχει/ δεν πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια (δηλαδή ασθένεια με διάρκεια μεγαλύτερη των 3 μηνών)

- [] Ναι, πάσχει
- [] Όχι, δεν πάσχει

27. Αν στην πιο πάνω ερώτηση απαντήσατε ότι πάσχει, γράψτε παρακαλώ την ασθένειά του

.....

28. Πόσες φορές έχετε επισκεφθεί τα εξωτερικά ιατρεία του Μακάριου Νοσοκομείου:

..... τους τελευταίους 6 μήνες;

_____ φορές

.... Τον τελευταίο μήνα;

_____ φορές

29. Πόσες από αυτές τις φορές επισκεφτήκατε το νοσοκομείο για το ίδιο πρόβλημα για το οποίο ήρθατε σήμερα (χωρίς να μετρήσετε τη σημερινή)

..... τους τελευταίους 6 μήνες;

_____ φορές

.....τον τελευταίο μήνα;

_____ φορές

30. Για ποιο λόγο ήρθατε σήμερα στα εξωτερικά ιατρεία του Μακαρείου Νοσοκομείου; Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία επιλογές..

- [] Εμβολιασμός
- [] Έλεγχος για βεβαίωση (για το σχολείο, τη γυμναστική κλπ)
- [] Εξέταση γιατί το παιδί μου είναι άρρωστο
- [] Το παιδί μου είναι καλά αλλά ήθελα να το δει και ο γιατρός (έλεγχος ρουτίνας, check-up)
- [] Για να μου γράψουν φάρμακα (συνταγογράφηση- ανανέωση συνταγής)
- [] Για να με παραπέμψουν σε κάποιον υποειδικό/ άλλη ειδικότητα
- [] Για να μου γράψει ο γιατρός αναλύσεις
- [] Άλλος.....

31. Ποιο από τα παρακάτω ισχύει για εσάς; Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία επιλογές. Για παιδιατρική εξέταση πηγαίνουμε:

- [] Σε κέντρο υγείας κοντά στο σπίτι μου
- [] Στα εξωτερικά ιατρεία του Μακαρείου Νοσοκομείου
- [] Σε ιδιώτη παιδίατρο

32. Αν πηγαίνετε το παιδί σας και σε παιδίατρο του δημοσίου και σε ιδιώτη παιδίατρο, ποιοι είναι οι λόγοι για τις επιλογές σας; Μπορείτε να σημειώσετε περισσότερες από μία επιλογές. Πηγαίνω και στο νοσοκομείο και σε παιδίατρο γιατί...

- Τα εξωτερικά ιατρεία δεν είναι ανοιχτά τα απογεύματα και τις αργίες
- Θέλω δεύτερη γνώμη
- Δεν έχω πάντα χρόνο να περιμένω να εξεταστεί το παιδί μου
- Στον ιδιώτη παιδίατρο πηγαίνω μόνο για τα εμβόλια
- Στο νοσοκομείο έρχομαι μόνο για τα εμβόλια
- Στο νοσοκομείο έρχομαι μόνο για εξετάσεις αίματος
- Στο νοσοκομείο ήρθα γιατί με παρέπεμψε ο παιδίατρός μου
- Έρχομαι πρώτη φορά στο νοσοκομείο
- Άλλο.....

33. Πως καλύπτετε το κόστος των ιατροφαρμακευτικών αναγκών του παιδιού σας; (Επιλέξτε όσες επιλογές ισχύουν)

- Εγώ ή και το παιδί μου είμαι/είναι Δικαιούχος Α ή Β των Δημοσίων Υπηρεσιών Υγείας
- Η οικογένειά μου καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας με ασφαλιστική εταιρία
- Ο εργοδότης μου παρέχει ασφαλιστική κάλυψη υγείας μέσω ταμείου ή σχεδίου υγείας π.χ. μέσω συντεχνιών
- Καλύπτω διάφορες ανάγκες με δικά μου χρήματα που δεν μου επιστρέφονται
- Άλλο _____

34. Πόσο σοβαρό πιστεύετε ότι είναι το πρόβλημα υγείας του παιδιού για το οποίο ήρθατε σήμερα στα παιδιατρικά εξωτερικά ιατρεία;

- Πολύ σοβαρό
- Αρκετά σοβαρό
- Κάπως σοβαρό
- Καθόλου σοβαρό
- Δεν ξέρω

35. Πόση ώρα χρειάζεται να περιμένετε συνήθως (δηλαδή όχι μόνο στην τελευταία σας επίσκεψη) για να εξεταστεί το παιδί σας στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου;

- Κάτω από μισή ώρα
- Μισή με μία ώρα
- Πάνω από μία ώρα, αλλά κάτω από δύο
- Πάνω από δύο ώρες
- Δεν ξέρω, πρώτη φορά έρχομαι στο νοσοκομείο

36. Για ποιο λόγο διαλέξατε τα συγκεκριμένα παιδιατρικά ιατρεία για την εξέταση του παιδιού σας;

- Η τοποθεσία/ ήταν εύκολο να έρθω
- Χρόνος αναμονής
- Λόγω προηγούμενης προσωπικής εμπειρίας
- Μου το σύστησαν φίλοι/ οικογένεια
- Προσφέρει εξειδικευμένες υπηρεσίες για την κατάσταση του παιδιού μου
- Η φήμη του νοσοκομείου/ του προσωπικού
- Άλλο.....

37. Ποιο από τα παρακάτω ισχύει για εσάς;

Για να φέρω το παιδί σήμερα για εξέταση στο νοσοκομείο:

- Πήρα άδεια από τη δουλειά μου
- Είμαι αυτοεργοδοτούμενος κι έτσι δε χρειάζομαι άδεια
- Είμαι ωρομίσθιος και θα πάω αργότερα
- Δεν εργάζομαι
- Άλλο

38. Εργασία γονέων

- Εργάζονται και οι δυο γονείς
- Εργάζεται ο ένας γονιός
- Δεν εργάζεται κανένας από τους γονείς
- Άλλο

Σας ευχαριστούμε που αφιερώσατε χρόνο για να απαντήσετε στις παραπάνω ερωτήσεις!

Αν έχετε κάποια σχόλια για το ερωτηματολόγιο παρακαλώ σημειώστε παρακάτω:

Σχόλια:



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ "ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ"

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «ΑΡΧΙΕΠΙΣΚΟΠΟΣ ΜΑΚΑΡΙΟΣ Γ'» ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

Κωδικός Συμμετέχοντα (δίνεται από τον ερευνητή): _____

Όνομα παιδιού: _____

Παρακαλώ βάλτε τα
αρχικά σας στο κάθε
κουτί πιο κάτω

1. Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει το φυλλάδιο πληροφοριών για την παραπάνω μελέτη.
2. Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος/η να αποχωρήσω από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να χρειάζεται να δώσω δικαιολογία.
3. Συμφωνώ να λάβω μέρος στην πιο πάνω μελέτη.

Όνομα Κηδεμόνα

Ημερομηνία

Υπογραφή

Ναι, θέλω να ενημερωθώ για τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής
Το e-mail / η διεύθυνσή μου είναι:

Ένα αντίτυπο να δίνεται στον κηδεμόνα και ένα στον ερευνητή.



ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «ΑΡΧΙΕΠΙΣΚΟΠΟΣ ΜΑΚΑΡΙΟΣ Γ΄» ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

Στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, πραγματοποιείται έρευνα που έχει ως σκοπό τη διερεύνηση της ικανοποίησης των γονέων ή άλλων συνοδών των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα παιδιατρικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου «Αρχιεπίσκοπος Μακάριος Γ΄».

Πριν αποφασίσετε εάν θα λάβετε μέρος στην έρευνα, παρακαλούμε να διαβάσετε τις πιο κάτω πληροφορίες, και αφότου κατανοήσετε το σκοπό της έρευνας, να συμπληρώσετε το έντυπο συγκατάθεσης που επισυνάπτεται με αυτό το φυλλάδιο, εφόσον αποφασίσετε να λάβετε μέρος. Στο τέλος αυτού του φυλλαδίου περιλαμβάνονται τα ονόματα των μελών της ερευνητικής ομάδας και τηλέφωνο επικοινωνίας σε περίπτωση που έχετε συγκεκριμένες ερωτήσεις. Μπορείτε να κρατήσετε αυτό το ενημερωτικό φυλλάδιο για δική σας χρήση.

Κύριος σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή των χαρακτηριστικών του πληθυσμού που επιλέγουν τα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου «Αρχιεπίσκοπος Μακάριος Γ΄» για εξέταση των παιδιών τους, καθώς και ικανοποίηση των γονέων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τόσο δηλαδή από στοιχεία του χώρου αναμονής, όσο και από στοιχεία της συναναστροφής του παιδιάτρου μαζί τους και με τα παιδιά.

Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα βοηθήσουν τους ερευνητές να κατανοήσουν τους λόγους που επιλέγει κάποιος να εξεταστεί το παιδί του στα εξωτερικά ιατρεία του Μακαρείου Νοσοκομείου και αν υπάρχει σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών των γονέων ή των ασθενών (όπως για παράδειγμα το φύλο) και της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Απώτερος στόχος είναι η χρήση των στοιχείων αυτών για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα διατεθούν προς ενημέρωση των ενδιαφερόμενων φορέων, όπως είναι η Διεύθυνση του Νοσοκομείου και το Υπουργείο Υγείας.

Πρέπει να ξέρετε πως στις πληροφορίες που θα μας παραχωρήσετε θα έχουν πρόσβαση μόνο τα άτομα που πραγματοποιούν την έρευνα. Η ανωνυμία σας είναι διασφαλισμένη και η συμμετοχή σας δεν θα έχει καμία επίπτωση στην φροντίδα που σας παρέχεται. Κάθε άτομο που συμμετέχει θα λαμβάνει κωδικό



με τον οποίο θα συνδέονται οι απαντήσεις του. Το όνομα σας θα αναγράφεται μόνο στο έντυπο συγκατάθεσης και όχι στο ερωτηματολόγιο. Πρόσβαση στα έντυπα συγκατάθεσης θα έχουν μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας έτσι κανένας δεν θα γνωρίζει σε ποιο όνομα αντιστοιχεί το κάθε ερωτηματολόγιο.

Έχετε το δικαίωμα να μην συμμετάσχετε στο ερευνητικό πρόγραμμα, εάν δεν το επιθυμείτε.

ΟΔΗΓΙΕΣ:

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα σας πάρει, περίπου, 15 λεπτά. Στο φάκελο που σας έχει δοθεί περιέχεται το ενημερωτικό έντυπο το οποίο διαβάστε αυτή τη στιγμή, δύο έντυπα συγκατάθεσης και το ερωτηματολόγιο. Το ένα έντυπο συγκατάθεσης μπορείτε να το κρατήσετε για δικούς σας σκοπούς, ενώ το δεύτερο παρακαλείστε να το βάλετε πίσω στο φάκελο μαζί με το απαντημένο ερωτηματολόγιο για να δοθεί στους ερευνητές.

Αν συνοδεύουν το παιδί για εξέταση παραπάνω από ένα άτομα, παρακαλείται να απαντήσει το ερωτηματολόγιο μόνο το ένα. Αν συνοδεύετε παραπάνω από ένα παιδί παρακαλείστε να απαντήσετε για ένα εκ των δύο ή παραπάνω παιδιών.

Αν το συμπληρώσετε στο παρελθόν ξανά για το ίδιο παιδί, παρακαλώ μην το ξανασυμπληρώσετε.

Όνομα, θέση και τηλέφωνο επικοινωνίας των μελών της ερευνητικής ομάδας:

Για διευκρινίσεις, παράπονα ή καταγγελίες μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια:

Σιαμά Έλλη (ειδικευόμενη παιδίατρος, μεταπτυχιακή φοιτήτρια Διοίκησης Μονάδων Υγείας ΑΠΚΥ) στο email: elli.siamas@st.ouc.ac.cy

Το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου: ακαδημαϊκός υπεύθυνος κ. Παυλάκης Ανδρέας pavtlakis@ouc.ac.cy τηλ. 22411600

Επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Χριστάλλα Πιθαρά: christalla.pithara@ouc.ac.cy

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.



OPEN
UNIVERSITY
OF CYPRUS

ΛΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι κομμάτι έρευνας που διενεργείται στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου από την Έλλη Σιαμά. Η έρευνα αυτή αποσκοπεί στη μελέτη των επιδημιολογικών στοιχείων του πληθυσμού που επισκέπτεται τα εξωτερικά ιατρεία του ΝΑΜ III. Τα στοιχεία αυτού του ερωτηματολογίου θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την έρευνα μας και δεν αποσκοπούν στο να αξιολογήσουν την εργασία σας. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη βοήθεια σας σε αυτή την έρευνα. Για περαιτέρω διευκρινίσεις μη διστάσετε να επικοινωνήσετε στο email: elli.siamas@st.uoc.ac.cy

Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε τα πιο πάνω στοιχεία για τον/την ασθενή που επισκέπτεται τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου σας.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ/ΠΙΝΑΚΑ:

Παρακαλείστε να συμπληρώνετε τα στοιχεία ημερομηνία, όνομα γιατρού και αριθμός σελίδας σε κάθε σελίδα που συμπληρώνετε.

Στη στήλη **A/A** παρακαλείστε να γράψετε τον αύξοντα αριθμό των ασθενών που σας επισκέφθηκαν τη δεδομένη ημερομηνία στο ιατρείο. Αν χρειαστεί να περάσετε σε επόμενη σελίδα την ίδια ημέρα, παρακαλείσθε να συμπληρώσετε εκ νέου την ημερομηνία να γράψετε σελίδα 2, το όνομά σας και να συνεχίσετε τον αύξοντα αριθμό των ασθενών από εκεί που είχατε μείνει.

Στη στήλη **φύλο** είναι δεκτές οι απαντήσεις ολογράφως άρρεν ή θήλυ, αγόρι ή κορίτσι, ή τα αρχικά A για άρρεν, Θ για θήλυ (ή M male, f female) ή τα αντίστοιχα σύμβολα.

Στη στήλη **ηλικία** παρακαλείσθε να γράψετε την ηλικία του ασθενούς σε έτη και μήνες π.χ. 9 m, 1y2m, 13y 5m

Στη στήλη **αιτία προσέλευσης** καλείστε να γράψετε για ποιο λόγο σας επισκέφθηκαν οι ασθενείς σας τα οποία μπορεί να είναι: (ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΒΑΛΕΤΕ ΤΟΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΑΡΙΘΜΟ)

1. επίσκεψη ρουτίνας/ check up/ μετρήσεις

2. εξέταση προ του εμβολιασμού (μπορείτε να γράψετε «εμβολιασμός»)
3. επίσκεψη για χορήγηση βεβαίωσης- πιστοποιητικού
4. συνταγογράφηση
5. ασθένεια

Αν πρόκειται περί ασθενείας καλείστε να γράψετε το κυριότερο σύμπτωμα/ ενόχλημα για το οποίο σας επισκέφθηκαν οτι στήλη σύμπτωμα: π.χ. βήχας, πυρετός, (ή και τα δύο), έμετοι, διάρροιες, φαρυγγαλγία, δυσκαταποσία, κεφαλαλγία, μη ικανοποιητική πρόσληψη βάρους (FTT-fai ure to thrive), χρόνιο νόσημα, κλπ

Στη συνέχεια καλείστε να γράψετε την τελική σας διάγνωση μετά από την εξέταση π.χ. Λοίμξη Ανώτερου Αναπνευστικού (URI), ουρολιμώξη, φαρυγγοαμυγδαλίτιδα, λαρυγγίτιδα, κλπ

Στη στήλη διαχείριση σας ζητείται να γράψετε σχόλια για την περαιτέρω διαχείριση/αντιμετώπιση του περιστατικού. Συγκεκριμένα αν συνταγογραφήθηκαν φάρμακα εισάγεται τον αριθμό (1), αν παραλέμφθηκε ο ασθενής για περαιτέρω εξετάσεις εισάγεται τον αριθμό (2), εισαγωγή στο νοσοκομείο (3), άλλο (4). Μπορείτε αντίστοιχα αν προτιμάτε να γράψετε τα παραπάνω ολογράφως

Ευχαριστώ

Έλλη Σιαμύ

7.2. Παράρτημα Β: άδειες

ΠΒ 1: εγκριση βιοηθικής 1



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΡΕΚ ΕΠ 2013.01.14

Αρ. Τηλ.: 22809036/039

Αρ. Φαξ: 22333878

11 Μαρτίου 2013

Κυρία Σιαμά Τάλλη
Αρτέμιδος 13
Amathusia Village
Άγιος Γέωργιος
Λεμεσός

Αξιότιμη κυρία Σιαμά,

**Θέμα: «Προσέλευση ασθενών και ικανοποίηση γονέων
στη παιδιατρικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Αργιπέσκοπος Μοκάρτος I»**

Αναφέρουμε στις επιστολές σας ημερομηνίας 13 Φεβρουαρίου και 11 Μαρτίου 2013 (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου) για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμού να σας πληροφορήσω τα ακόλουθα:

2. Από την μελέτη των περιεχομένων των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, αιτιολογικά και τελικό κροσσημιτολόγιο, πίνακας μικρών και ερευνητικό πρωτόκολλο), που αφορά στην πιο πάνω έρευνα, έχω την εντύπηση ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στη σειρά αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίηση

Δρ. Μιχάλης Βουνιέτης
Πρόεδρος
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Κέντρο Υγείας Έγκοιμης, Νίκαι Κριναίουτί, 2411 Λεωφόρος.
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: abc@bioethics.gov.cy Ιστοσελίδα: www.bioethics.gov.cy



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ : 3.28.79
Αρ. Τηλ. : 228*8303

6 Δεκεμβρίου 2012

Κυρία Έλλη Σιαμά
Κίμωνας 53
Ακρέπολη
2006 Λευκωσία

Γνωστοποίηση σύστασης και λειτουργίας Αρχείου / Έναρης Επεξεργασίας μεταπτυχιακής έρευνας της φοιτήτριας κυρίας Έλλη Σιαμά στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου με θέμα «Εξαγωγή συμπερασμάτων για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ικανοποίηση των ατόμων που επισκέπτονται τα εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου "Αρχιεπίσκοπος Μακάριος Γ'" Λευκωσίας».

Αναφέρω στη Γνωστοποίηση που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 30.11.2012, που αφορά το πιο πάνω Αρχείο και σας πληροφορώ ότι φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(Ι)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(Ι)/2003 και Ν. 105(Ι)/2012, στο εξής «ο Νόμος»), και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

MI/107



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΧ. ΜΑΚΑΡΙΟΣ ΙΙΙ
1474 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Αρ. Φακ.: -07.01.002
Αρ. Τηλ.: - 22406000
Αρ. Φαξ: - 22315739

Ε. Σιαμά
Σ/012
04 Οκτωβρίου 2012

Εκτελεστικό Ιατρικό
Διευθυντή NAM III
(Μέσω Διευθυντή Παιδιατρικής NAM III)

Θέμα: Εκπόνηση διατριβής στο NAM III

Θα ήθελα να σας ενημερώσω για τη διενέργεια εκ μέρους μου διατριβής στα πλαίσια συμμετοχής μου σε μεταπτυχιακό στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας (MBA) στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Η μεταπτυχιακή αυτή εργασία αφορά την προσέλευση των ασθενών στα εξωτερικά παιδιατρικά Ιατρεία του NAMIII κατά τους χειμερινούς μήνες. Η Δρ. Τζιάμα Ελένη, ειδικός παιδίατρος των Παιδιατρικών Εξωτερικών Ιατρείων είναι ενήμερη και σύμφωνη με την εκπόνηση της εργασίας αυτής.

Ελπίζω στην άμεση ανταπόκριση σας και στήριξη σας όσο αφορά την ολοκλήρωση της διατριβής.

Ε. Σιαμά
Έλλη Σιαμά
Ειδικευόμενη Παιδίατρος NAM III



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.2Ε
Αρ. τηλ: 22605/38
Email: hgeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου: 0095/2013

8 Ιουλίου 2013

4532, **Καρία Σιαμύ Τάλη**
Αρτέμιδος 13, Amathusa Village
Άγιος Τύχωνας
Λεμεσός

Θέμα: Αίτημα για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Την οδηγία να αναφερθεί στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «Προσέλευση ασθενών και ικανοποίηση γονέων στα παιδιατρικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου Αρχιεπίσκοπος Μακάριος Γ' Λεωκωσίας» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της Διεύθυνσης με ημερομηνία 16//2013 και να σας πληροφορήσει ότι η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Έρευνών του Υπουργείου Υγείας έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Μολονς θα θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων / υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Εισοχμαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταραστεί η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδεδειγμένη έκθεσης συμπληρώνοντας κατάλληλα το επικαιροποιημένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας» από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Έρευνών στα οποία αναφέρεται η αίτηση και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασία σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας, μας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της Διεύθυνσης τα ακόλουθα:

- Αντιγραφή ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεσή σας για την Αποχώρηση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
- προώθηση της έρευνας σε ολοκληρωμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία οικονομικής της προεξόφλησης θα αναρρούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.

(Ευφροσύνη Γεωργίου)
Για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κων. ΠΑΥ
Διευθυντής ΠΥ&ΥΔΥ
Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

Υπουργείο Υγείας 1448 Λεωκωσία
τηλ: 22606/29 φαξ: 22605570 Email: info@moh.gov.cy



Από: Dierks,Marie-Luise@mh-hannover.de [Dierks,Marie-Luise@mh-hannover.de]
Αποστολή: Πυρσσκευή, 11 Δεκεμβρίου 2012 10:21 μμ
Το: Elli S Siama
Θέμα: AW: child ZAP questionnaire!

Dear colleague, thank you so much for your interest in our research and the Child ZAP-questionnaire. Unfortunately, we don't have an English version at the moment, but of course the German one. Please find attached the instrument. Good luck for your Thesis and best wishes

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks

Head of Patients University

Inst. f. Epidemiology, Social Medicine and Health System Research

Hannover Medical School

DE 5410

30623 Hannover

Tel. 0049 511 532 43458

Fax: 0049 511 532 5347

