



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Αντιμετώπιση ασθενών σε εφημερία γενικού
νοσοκομείου που εμφανίζουν συμπτώματα
ψυχολογικής αιτιολογίας**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΤΖΩΡΤΖΗΣ

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΖΛΑΤΑΝΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ, 2010



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Αντιμετώπιση ασθενών σε εφημερία γενικού
νοσοκομείου που εμφανίζουν συμπτώματα
ψυχολογικής αιτιολογίας**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΤΖΩΡΤΖΗΣ

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΖΛΑΤΑΝΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ, 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	5
Περίληψη	6
Abstact	7
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	11
2.1 Ορισμοί της ποιότητας παροχής υγείας	11
2.2 Έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών	13
2.3 Διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας που καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών	15
2.4 Χαρακτηριστικά των ασθενών που συσχετίζονται με την ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών υγείας	17
2.5 Προβλήματα στη μέτρηση της ικανοποίησης	19
3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	23
3.1 Αγχώδεις και σωματόμορφες διαταραχές	24
3.1.1 Διαταραχή πανικού	24
3.1.2 Διαταραχή από οξύ στρες	25
3.1.3 Σωματοποιητική διαταραχή	26
3.1.4 Αδιαφοροποίητη σωματόμορφη διαταραχή	27
3.1.5 Διαταραχή μετατροπής	28
3.1.6 Διαταραχή πόνου	28
3.1.7 Υποχονδρίαση	29
3.2 Απόδοση συμπτωματολογίας σε κάποια αγχώδη ή σωματόμορφη διαταραχή	29
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	33

4.1 Στόχοι - Υποθέσεις έρευνας	33
4.2 Μεθοδολογία έρευνας	33
4.2.1 Διαδικασία έρευνας	34
4.2.2 Δείγμα	35
4.2.3 Ερευνητικό Εργαλείο	35
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	39
5.1 Χαρακτηριστικά δείγματος	39
5.2 Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας	40
5.3 Ομαδοποίηση ερωτήσεων – Κατασκευή παραγόντων	47
5.4 Δείκτες ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα Τ.Ε.Π	49
5.5 Δημογραφικοί και κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους δείκτες ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας	52
5.6 Δημογραφικοί και κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την περαιτέρω ψυχιατρική διερεύνηση του προβλήματος	54
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	60
7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64
8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	71
8.1 Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών (PSQ-III)	71
8.2 Παράγοντες ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών (PSQ-III)	75
8.3 Κωδικοποίηση απαντήσεων ανά παράγοντα και ορισμός μεταβλητών	78

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η πραγμάτωση της μελέτης αυτής δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς τη συμπαράσταση μιας ομάδας ανθρώπων όπως τον συνάδελφο Αντώνιο Αντωνιάδη για τις πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με ερωτηματολόγια ικανοποίησης ασθενών, τον συνάδελφο Κωνσταντίνο Μιχαηλίδη για την πολύτιμη βοήθειά του στην εύρεση των κατάλληλων ασθενών για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Στην Αφροδίτη Μπάκα για την ανεκτίμητη βοήθεια της στη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της μελέτης. Στον επιβλέποντα καθηγητή μου κων Ζλατάνο Δημήτριο για τα εποικοδομητικά του σχόλια καθώς και τις χρήσιμες εισηγήσεις, τόσο για την δομή αλλά και τη διατύπωση των κειμένων και γενικά για τη στήριξη που μου παρείχε.

Ευχαριστώ θερμά επίσης και την οικογένειά μου για τη βοήθεια και τη στήριξη που μου πρόσφεραν αλλά και την υπομονή που έδειξαν.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο νοσοκομείο Παπανικολάου της Θεσσαλονίκης και ειδικότερα στη διάρκεια εφημεριών της παθολογικής και καρδιολογικής κλινικής. Το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς που παρουσίαζαν συμπτώματα τα οποία αξιολογήθηκαν από τους εφημερεύοντες ιατρούς ως συμπτώματα ψυχολογικής αιτιολογίας, που χρήζουν περαιτέρω ψυχιατρικής ή ψυχολογικής υποστήριξης και παραπέμφθηκαν για ψυχιατρική διερεύνηση και εκτίμηση.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών (Patient Satisfaction Questionnaire) (PSQ-III) (Ware, Snyder & Wright, 1976), που απαντήθηκε από 76 άτομα που επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου με συμπτώματα τα οποία διαγνώστηκαν ως συμπτώματα ψυχολογικής αιτιολογίας. Μετά από χρονικό διάστημα 15 ημερών, με τηλεφωνική επαφή διερευνήθηκε αν τα άτομα αυτά προχώρησαν σε περαιτέρω ψυχολογική ή/και ψυχιατρική διερεύνηση των συμπτωμάτων τους και ταξινομήθηκαν σε εκείνους που ακολούθησαν τη συμβουλή των γιατρών για περαιτέρω ψυχολογική/ψυχιατρική διερεύνηση των συμπτωμάτων και σε εκείνους που δεν την ακολούθησαν.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι ασθενείς που παραπέμπονται για περαιτέρω ψυχιατρική διερεύνηση των συμπτωμάτων τους παρουσιάζουν χαμηλή ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε αντίθεση προς το γενικό πληθυσμό που, όπως έχουν δείξει άλλες έρευνες, παρουσιάζει υψηλό βαθμό ικανοποίησης. Ωστόσο, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ικανοποίηση ανάμεσα στους ασθενείς με προβλήματα ψυχοσωματικού τύπου που ακολούθησαν τη συμβουλή των γιατρών για περαιτέρω ψυχιατρική διερεύνηση των προβλημάτων και σε εκείνους που δεν την ακολούθησαν. Ως προς τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος, διαπιστώθηκε ότι αυτοί ήταν κυρίως γυναίκες, μέσης και τρίτης ηλικίας, προέρχονταν από μεσαία επαγγελματικά στρώματα, και είχαν μέτριο και υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Οι δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, ωστόσο, δεν επηρέασαν τους δείκτες ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του δείγματος. Μόνο ο παράγοντας της Γενικής Ικανοποίησης από το σύστημα υγείας φάνηκε να επηρεάζεται από το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, και από την ηλικία.

Abstract

The aim of this research was to examine the patient's satisfaction for the health services provided in the General Hospital "Papanikolaou" of Thessaloniki and specifically in the emergency rooms of the pathological and cardiologic clinics. The sample consisted of patients who presented symptoms which were evaluated as ones of psychological nature, thus they were advised to seek further psychiatric or psychological examination and evaluation.

For the research to be conducted a patient's satisfaction questionnaire was administered to seventy six patients who visited the above emergency rooms of this hospital and their symptoms were diagnosed as psychosomatic. Fifteen days after their visit to the hospital the same patients were asked, by telephone communication, whether they did follow their doctors' advice or not. Thus, they were classified to those who did and those who did not follow the doctor's advice for further psychiatric and psychological evaluation of their symptoms.

The statistical analysis of the data showed that patients who were advised to ask for further psychiatric evaluation of their symptoms presented low degree of satisfaction from the health services provided to them, in contrast to the general population who present high degree of satisfaction, as previous research has shown. However, there were no statistically significant differences between the patients who followed the doctors' advice to seek psychiatric help and those who did not. The analysis of the demographic and socio-economic characteristics of the sample showed that the patients were mainly women, of middle age or third age, with middle occupational status and with middle or high educational background. However, demographic and socio-economic factors were not proven to affect the degrees of satisfaction felt for the health services provided. The General Satisfaction factor was the only one that was affected by the educational background, the occupational status and age.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ικανοποίηση των ασθενών στα πλαίσια ενός συστήματος υγείας αποτελεί, τα τελευταία χρόνια, αντικείμενο διερεύνησης και μέτρησης, για πολλούς λόγους (Locker & Dunt, 1978). Καταρχήν, αποτελεί έναν από τους δείκτες εκτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον βοηθά στον εντοπισμό των παραγόντων εκείνων που μειώνουν την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών παροχής υγείας και οδηγούν στην εγκατάλειψη των υπηρεσιών αυτών, κάτι που ενδιαφέρει οπωσδήποτε τους ιδιωτικούς, αλλά πλέον, και τους κρατικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Μακροπρόθεσμα, μπορεί να αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στην προσπάθεια για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών που προσφεύγουν στις εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες και συγκεκριμένα σε κλινικές σε εφημερία που αξιολογούνται από τους εφημερεύοντες ιατρούς ως ασθενείς με συμπτώματα ψυχολογικής αιτιολογίας, που χρήζουν περαιτέρω ψυχιατρικής ή ψυχολογικής υποστήριξης και παραπέμπονται για ψυχιατρική διερεύνηση και αξιολόγηση.

Το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών που μελετούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μέσω της διερεύνησης της ικανοποίησης των χρηστών τους, αναζητά τους δημογραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και το κατά πόσο η ικανοποίηση επηρεάζεται από τον τύπο της ασθένειας των χρηστών. Ωστόσο είναι περιορισμένες οι έρευνες που διερευνούν την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των ασθενών που επισκέπτονται πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας εκτός ψυχιατρείων και τα συμπτώματά τους αποδίδονται σε παράγοντες ψυχολογικής αιτιολογίας (Hanel et al. 2009, Haug et al., 2004, Faulkner & Schauflier, 1997).

Προκειμένου να διερευνηθεί η ικανοποίηση αυτών των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας διεξήχθη έρευνα στο νοσοκομείο Παπανικολάου της Θεσσαλονίκης, και ειδικότερα στη διάρκεια εφημεριών της παθολογικής και καρδιολογικής κλινικής. Στην έρευνα συμμετείχαν ασθενείς που προσήλθαν στις προαναφερόμενες κλινικές με συμπτώματα τα οποία αξιολογήθηκαν από τους εφημερεύοντες ιατρούς ως συμπτώματα ψυχολογικής αιτιολογίας και ως εκ τούτου παραπέμφθηκαν για περαιτέρω ψυχιατρική εκτίμηση. Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών (Patient Satisfaction Questionnaire) (PSQ-III) (Ware, Snyder & Wright, 1976), το οποίο μεταφράστηκε στα ελληνικά για τις ανάγκες της έρευνας.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται ορισμοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης των χρηστών, καθώς αυτή θεωρείται βασική προκειμένου να κριθούν θετικά οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Στη συνέχεια παρατίθενται έρευνες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, οι οποίες είναι ιδιαίτερες εκτεταμένες αλλά και συζητούνται θέματα που αναπτύσσονται στο διάλογο που διαμείβεται μεταξύ των ερευνητών, προκειμένου να καθοριστούν εκείνες οι διαστάσεις και οι παράγοντες που προσδιορίζουν το βαθμό της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Παρά την ποικιλία ερευνητικών εργαλείων και θεωρητικών προσεγγίσεων διαπιστώνεται συμφωνία ως προς το γεγονός ότι η ικανοποίηση εξαρτάται από τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, το επίπεδο της υλικοτεχνικής υποδομής της παρεχόμενης φροντίδας αλλά και από δημογραφικούς παράγοντες. Τέλος παρουσιάζονται τα προβλήματα των μετρήσεων και γενικότερα των τεχνικών που χρησιμοποιούνται, για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Στο επόμενο κεφάλαιο ορίζονται οι αγχώδεις ή σωματόμορφες διαταραχές και συγκεκριμένα η Διαταραχή πανικού, Διαταραχή από οξύ στρες, Σωματοποιητική διαταραχή, Αδιαφοροποίητη σωματόμορφη διαταραχή, Διαταραχή μετατροπής, Διαταραχή πόνου και Υποχονδριακή διαταραχή. Στη συνέχεια εξηγείται η διαγνωστική μέθοδος η οποία ακολουθείται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, προκειμένου να αποκλειστούν οι παράγοντες σωματικής αιτιολογίας ως υπεύθυνοι για την παρουσία των συμπτωμάτων και να παραπεμφθεί ο ασθενής για περαιτέρω ψυχιατρική αξιολόγηση.

Στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας παρουσιάζονται οι στόχοι και οι υποθέσεις της παρούσας έρευνας, η διαδικασία της έρευνας, περιγράφεται το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε και το ερευνητικό εργαλείο, το Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών (Patient Satisfaction Questionnaire) (PSQ-III) (Ware, Snyder & Wright, 1976).

Στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων παρατίθενται τα αποτελέσματα έτσι όπως προέκυψαν από τις στατιστικές αναλύσεις και εντοπίζονται οι παράγοντες εκείνοι που διαφέρουν σημαντικά ως προς τις δημογραφικές ανεξάρτητες μεταβλητές. Συγκεκριμένα κατ' αρχάς παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος, και ακολουθούν τα γενικά αποτελέσματα για την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ανάλυση παραγόντων και διερευνώνται διαφορές ως προς αυτούς τους

παράγοντες με βάση δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Τέλος εντοπίζονται τα χαρακτηριστικά εκείνων των ατόμων που προχώρησαν σε περαιτέρω ψυχιατρική διερεύνηση του προβλήματος.

Στο κεφάλαιο της Συζήτησης των συμπερασμάτων γίνεται σύνοψη των αποτελεσμάτων και συζητούνται ως προς την ευρύτερη βιβλιογραφία, τις επιπτώσεις τους στην πράξη ενώ επιδιώκεται να γίνουν και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.1 Ορισμοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των επισκεπτών των τμημάτων επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) δημοσίων νοσοκομείων, που αξιολογούνται από τους εφημερεύοντες ιατρούς ως ασθενείς με συμπτώματα ψυχολογικής αιτιολογίας που χρήζουν περαιτέρω ψυχιατρικής ή ψυχολογικής υποστήριξης και παραπέμπονται για ψυχιατρική εκτίμηση. Δεδομένου αυτού του στόχου στο παρόν κεφάλαιο θα επιδιώξουμε να ορίσουμε τι σημαίνει ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και πώς αυτή αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι καθορισμού της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η έρευνα για την ποιότητα υγείας ξεκινάει ήδη από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Το ενδιαφέρον για τον ορισμό της αλλά και για τους τρόπους με τους οποίους εξασφαλίζεται και αξιολογείται οδήγησε στη δημιουργία μιας σειράς επίσημων κρατικών φορέων και την ανάπτυξη προγραμμάτων δράσης για τη διασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Στην Ελλάδα, από το 1997, έχει προβλεφθεί η δημιουργία του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας με αυτό τον σκοπό (Μηνακούλη & Τσιακατούρα, 2005).

Σύμφωνα, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, «η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής» (Τούντας, 2009).

Βασικό μέλημα τέτοιου τύπου φορέων για τη διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας όσο και ερευνητικών κέντρων και μεμονωμένων ερευνητών αποτέλεσε και συνεχίζει να αποτελεί ο ορισμός της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας του γεγονότος ότι ανάλογα με τον ορισμό που θα υιοθετηθεί διαφοροποιούνται και οι προτεραιότητες, οι στόχοι, και οι τρόποι με τους οποίους μετριέται η ποιότητα αλλά και οι πρακτικές που τη διασφαλίζουν (Powell, Rushmare & Davies, 2009,

Buttell, Hendler & Daley, 2008). Η πολλαπλότητα των φορέων αλλά και του κοινωνικού, οικονομικού και πολιτισμικού πλαισίου στο οποίο αναπτύσσονται οι ορισμοί αυτοί, έχει οδηγήσει στη διατύπωση πολλών ορισμών για το τι σημαίνει ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Κοινό γνώρισμα στους ορισμούς αυτούς αποτελεί το γεγονός ότι ενσωματώνουν «τις πραγματικές (εκφρασμένες & συνεπαγόμενες) απαιτήσεις των εμπλεκόμενων μερών καθώς και τους οικονομικούς - κοινωνικούς αξιακούς προβληματισμούς» (Ευθυμίου, 2010) που αφορούν την ποιότητα υγείας.

Ένα ακόμα κοινό στοιχείο στους ορισμούς αποτελεί το γεγονός ότι συμπεριλαμβάνουν στην ποιότητα υγείας και τον τρόπο που την προσδιορίζουν οι ίδιοι οι χρήστες των υπηρεσιών. Έτσι για παράδειγμα ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Standardization ISO) που παρέχει ένα συνεκτικό σύνολο προτύπων για τη διοίκηση της ποιότητας, και συγκεκριμένα το πρότυπο ISO 9001:2000, ανάμεσα στα προαπαιτούμενα ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει (ISO 9001: 2000/ Healthmark, 2002) α) την παροχή υπηρεσιών, που να καλύπτουν τις συνεπαγόμενες και εκφρασμένες ανάγκες των χρηστών αλλά και β) τη διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών (Ευθυμίου, 2010).

Η ικανοποίηση των χρηστών, ως απαιτούμενη στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας, περιλαμβάνεται και σε μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί στις ΗΠΑ, όπως το μοντέλο της Joint Commission (JCAHO). Σύμφωνα με αυτό, τα πρότυπα του συστήματος κατηγοριοποιούνται σε δύο άξονες, από τους οποίους ο πρώτος επικεντρώνεται στην ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας ως προς την πρόσβαση, τη φροντίδα και τη συνέχισή της, το σεβασμό των δικαιωμάτων των ασθενών και των οικογενειών τους, την εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών, την φροντίδα των ασθενών αλλά και την εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους (Ευθυμίου, 2010).

Αντίστοιχα, σύμφωνα με τα υποδείγματα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, ανάμεσα στους κύριους στόχους που πρέπει να επιδιώκονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η συνεχώς βελτιούμενη ικανοποίηση των πελατών/χρηστών, μαζί με τη δημιουργία ικανοποιητικού περιβάλλοντος εργασίας και την εξασφάλιση της επιβίωσης του οργανισμού μέσα στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον. Ιδιαίτερα, η μελέτη της ικανοποίησης των πελατών θεωρείται μια αναγκαία συνεχής αξιολογική διαδικασία που μπορεί να συμβάλει στην παροχή υπηρεσιών που να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πελατών και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (Ευθυμίου, 2010). Η ικανοποίηση των χρηστών και η ποιότητα ζωής

τους έτσι όπως αυτή βιώνεται από τους ίδιους περιλαμβάνεται πλέον ως δείκτης για την διαδικασία αξιολόγησης της παροχής υπηρεσιών υγείας (Ευθυμίου, 2010), ενώ η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1997).

Η ικανοποίηση των ασθενών συγκεντρώνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και για έναν ακόμα λόγο. Οι ασθενείς ως καταναλωτές υπηρεσιών υγείας γίνονται όλο και πιο απαιτητικοί από τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που αγοράζουν. Απαιτούν από το προϊόν – υπηρεσία να καλύπτει τις ανάγκες τους και να προσφέρεται σε χαμηλή τιμή. Όλα αυτά σε συνδυασμό με τον ανταγωνισμό οδηγούν τους φορείς παροχής υγείας κρατικούς και δημόσιους στην υιοθέτηση μιας περισσότερο πελατοκεντρικής προσέγγισης. Ιδιαίτερα από τη δεκαετία του '90 μια νέα φιλοσοφία αναπτύχθηκε στον τομέα της υγείας, σύμφωνα με την οποία η εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών θεωρήθηκε ένας από τους βασικότερους στόχους της σύγχρονης ιατρικής (Susman, 1994).

Σήμερα η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται από πολλούς ερευνητές αναπόσπαστο στοιχείο της ποιότητας της φροντίδας (Chang et al., 1984, Donabedian, 1982). Κατά τον Donabedian η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Με την παραπάνω άποψη συμφωνεί και ο Vuory (1987), ο οποίος ανέφερε ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι: α) ιδιότητα της ποιότητας της φροντίδας και ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα, β) δείκτης της ποιότητας της φροντίδας που εκφράζει την άποψη των ανθρώπων για την ποιότητα της φροντίδας και γ) προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

2.2 Έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών

Από τα τέλη της δεκαετίας του '60 άρχισε να εμφανίζεται και η συστηματική έρευνα που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες παροχής υγείας. Από τότε μέχρι

σήμερα, παρουσιάζεται σημαντικός αριθμός δημοσιεύσεων για το συγκεκριμένο θέμα. Αρχικά η ικανοποίηση των ασθενών θεωρούνταν ότι επιτυγχάνεται με κύριο κριτήριο την επιτυχημένη έκβαση της παρεχόμενης θεραπείας, την τήρηση των ραντεβού με τον θεράποντα ιατρό και τη συμμόρφωση του ασθενούς με μια συγκεκριμένη θεραπεία. Σταδιακά όμως η έρευνα άρχισε να επικεντρώνεται και στις αυτοαναφορές των ασθενών ως σημαντικές για τον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, καθώς άρχισε να γίνεται κατανοητό ότι οι ασθενείς έχουν την ικανότητα να κρίνουν την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχεται, έχουν συγκεκριμένες προτιμήσεις όσον αφορά την περίθαλψή τους και κάνουν συγκρίσεις μεταξύ διαφόρων υπηρεσιών υγείας (Hendriks et al., 2002).

Σύμφωνα με μία κατεύθυνση έρευνας στο χώρο της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, η ίδια η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας είναι ο κύριος δείκτης ικανοποίησης από τις υπηρεσίες αυτές. Ακολουθώντας το «συμπεριφοριστικό υπόδειγμα» ο Andersen (1968) υποστήριξε ότι εφόσον κάποιος χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες, αυτό συνεπάγεται ότι είναι και ικανοποιημένος από αυτές. Επομένως, οι όροι «ικανοποιημένη ζήτηση» και «χρησιμοποίηση» ταυτίζονται. Σύμφωνα με τον Andersen (1968), η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, άρα και η ικανοποίηση καθορίζεται από τρία είδη παραγόντων που δημιουργούν διαφορές αφενός στην αρχική επαφή με τις υπηρεσίες και αφετέρου στην έκταση της χρησιμοποίησής τους.

- Στην πρώτη κατηγορία παραγόντων ανήκουν μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, οι προσωπικές αντιλήψεις για την υγεία και η στάση απέναντι στους γιατρούς.
- Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται μεταβλητές όπως το εισόδημα, η ασφαλιστική κάλυψη και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.
- Στην τρίτη κατηγορία ανήκουν μεταβλητές που σχετίζονται με το επίπεδο υγείας.

Το μοντέλο αυτό ωστόσο, αγνοεί μια σειρά παραγόντων που σχετίζονται με κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, καθώς και ευρύτερους παράγοντες που αφορούν το σύστημα υγείας. Στο παράδειγμα που προαναφέραμε οι επισκέψεις στις εξωνοσοκομιακές υπηρεσίες δε συνεπάγονται άμεσα και το γεγονός ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από αυτές και για αυτό το λόγο τις επισκέπτονται. Μπορεί να ισχύει ακριβώς το αντίθετο και οι επισκέψεις να οφείλονται στην απουσία προσβάσιμων εναλλακτικών φορέων παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών.

Το «υπόδειγμα αντιλήψεων για την υγεία» εισάγει επιπλέον δομικά χαρακτηριστικά, για να μελετήσει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, όπως η προσωπικότητα, η κοινωνική τάξη, η γνώση για την ασθένεια και η πρότερη επαφή μαζί της (Rosenstock, 1969). Σύμφωνα με τον Boras (1994), οι παράγοντες που συντελούν στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας είναι τόσο δημογραφικοί αλλά και κοινωνικοοικονομικοί, επιδημιολογικοί και παράγοντες δομής του υγειονομικού συστήματος.

2.3 Διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας που καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Έχουν προταθεί διάφορες διαστάσεις ή περιοχές για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τους Ware και Snyder (1975) η μέτρηση της ικανοποίησης απαιτεί τη διερεύνηση ποικίλων διαστάσεων του τομέα υγείας. Οι ίδιοι κατέληξαν σε οκτώ περιοχές: 1) τεχνική, 2) διαπροσωπικές σχέσεις, 3) φυσικό περιβάλλον, 4) διαθεσιμότητα, 5) πρόσβαση, 6) συνέχεια, 7) αποτελεσματικότητα και 8) οικονομικά. Οι περιοχές αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή, ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα (Oberst, 1984).

Σύμφωνα με τους Greeneich, Long & Miller (1992), τέσσερις από τις διαστάσεις που έχουν προταθεί από τους Ware και Snyder (1975) για τη φροντίδα υγείας, έχουν εφαρμογή στη νοσηλευτική: α) τεχνική, β) διαπροσωπικές σχέσεις, γ) φυσικό περιβάλλον και δ) αποτελεσματικότητα. Οι ίδιοι οι ερευνητές πρότειναν πέντε νοσηλευτικές διαστάσεις στην ικανοποίηση του ασθενούς: α) χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού (ευγένεια, ενδιαφέρον, σεβασμός κ.α.), β) χαρακτηριστικά νοσηλευτικής φροντίδας (όπως διδασκαλία, εμπιστοσύνη, συνέχεια, φροντίδα, υπεράσπιση δικαιωμάτων του ασθενούς και τεχνικές επικοινωνίας), γ) νοσηλευτική ικανότητα (όπως τεχνική, γνώσεις και οργανωτική ικανότητα), δ) περιβάλλον (θόρυβος, ευκολίες, φαγητό, καθαριότητα), και ε) προσδοκίες των ασθενών.

Οι Hall και Dornan (1988) ανέπτυξαν έναν τρόπο ορισμού της ικανοποίησης, ο οποίος περιλαμβάνει διαστάσεις όπως η ανθρωπιά, η ενημερότητα, η γενική ποιότητα, η γενική τεχνική ανταγωνιστικότητα, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες, η πρόσβαση, το κόστος, οι

φυσικές παροχές, η συνοχή, τα αποτελέσματα και ο χειρισμός των μη ιατρικών προβλημάτων. Ενώ ο Carr-Hill (Susman, 1994), αναφέρει επτά διαστάσεις της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας, τις οποίες ανέπτυξε με βάση το Εθνικό Συμβούλιο Καταναλωτών της Αγγλίας. Οι διαστάσεις αυτές είναι η πρόσβαση, η επιλογή, η πληροφόρηση, η ετοιμότητα, η ασφάλεια, η αξία χρημάτων και η ισότητα. Οι McBride και συνεργάτες (Susman, 1994) μέσω μιας έρευνας που πραγματοποίησαν έθεσαν το θέμα των προσδοκιών των ασθενών σε σχέση με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, ως ιδιαίτερα σημαντικής παραμέτρου στον καθορισμό της ικανοποίησης από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Υποστηρίζεται ότι η ικανοποίηση του ασθενούς συναρτάται άμεσα με το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του εκπληρώνονται. Υπό αυτή την έννοια, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολαμβάνει (Ross et al., 1994).

Ειδικότερα, στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα έχουν επικρατήσει τρεις απόψεις.

- I.** Οι Abramowitz et al. (1987) έχουν αναγνωρίσει δέκα περιοχές ικανοποίησης: 1) ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, 2) τη νοσηλευτική φροντίδα, 3) το βοηθητικό προσωπικό, 4) τους βοηθούς νοσηλευτές, 5) την επάρκεια επεξηγήσεων του προσωπικού για τις διαδικασίες και θεραπείες, 6) το θόρυβο, 7) την καθαριότητα, 8) το φαγητό, 9) τις υπηρεσίες συνοδών και τέλος, 10) τις προσδοκίες για την ποιότητα και τι είδος των υπηρεσιών.
- II.** Σύμφωνα με τους Meterko et al. (1990), υπάρχουν επτά περιοχές ικανοποίησης: 1) υποδοχή ασθενών, 2) καθημερινή φροντίδα, 3) υπόλοιπο προσωπικό, 4) περιβάλλον νοσοκομείου, 5) συνθήκες διαβίωσης, 6) διαδικασίες εξιτηρίου, 7) διαδικασίες χρέωσης
- III.** Τέλος, οι Carey & Seibert (1993), ανέφεραν την ύπαρξη οκτώ περιοχών ικανοποίησης: 1) ευγένεια, 2) ιατρικό προσωπικό, 3) νοσηλευτικό προσωπικό, 4) φαγητό, 5) άνετο περιβάλλον και καθαριότητα, 6) διαδικασίες εισαγωγής και χρέωσης, 7) θρησκευτικές ανάγκες, 8) αποτέλεσμα ιατρικής φροντίδας.

Μια μεγάλη έρευνα που έγινε στη Φιλανδία ανέδειξε ένα θεωρητικό πλαίσιο για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, σύμφωνα με το οποίο αναγνωρίζονται οι ακόλουθες περιοχές: χαρακτηριστικά του προσωπικού, τεχνικές δραστηριότητες, διαπροσωπικές σχέσεις, προαπαιτούμενες συνθήκες, περιβάλλον,

διαδικασίες εισόδου και εξόδου του ασθενούς από το νοσοκομείο και στρατηγικές ενίσχυσης (Leino-Kilpi & Vuorenheimo, 1996). Σημαντικό στοιχείο αυτού του θεωρητικού πλαισίου είναι ότι η μέτρηση βασίζεται στη σύγκριση μεταξύ προσδοκιών των ασθενών κατά την είσοδο τους και της αξιολόγησης των υπηρεσιών που έκαναν κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Από τα παραπάνω, είναι φανερό ότι η τεχνική πλευρά και οι διαπροσωπικές σχέσεις αναφέρονται τις περισσότερες φορές. Στον όρο ‘τεχνική’ αντιστοιχούν οι τεχνικές ικανότητες, οι γνώσεις, η δεξιοτεχνία, η φυσική φροντίδα και η εμπειρία στην εφαρμογή της ιατρικής φροντίδας, ενώ στον όρο ‘διαπροσωπικές σχέσεις’ αντιστοιχεί η θεραπευτική σχέση η οποία συμπεριλαμβάνει την ευγένεια, τη λεκτική και μη επικοινωνία και τη δυνατότητα του ασθενούς να συμμετάσχει στη φροντίδα υγείας (Miller & Beder, 1988). Σε μια έρευνα ζητήθηκε από τους ασθενείς να περιγράψουν τι θεωρούν ως σπουδαιότερο δείκτη της καλής νοσηλευτικής φροντίδας. Οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν με βάση τα επίθετα και τις εκφράσεις που χρησιμοποιήθηκαν, σε δύο μεγάλες κατηγορίες: 1) των διαπροσωπικών σχέσεων και 2) της ιατρικής – φυσικής φροντίδας, αν και μερικές λέξεις μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και στις δύο κατηγορίες (Ciske, 1974). Από τη χρησιμοποίηση ανοικτού τύπου ερωτήσεων και περιγραφών των ασθενών έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς ξεχωρίζουν την τεχνική και τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας για διαφορετικές υπηρεσίες και κατηγορίες προσωπικού, όπως πρώτος όρισε ο Donabedian.

Συμπερασματικά, βάσει της γενικότερης βιβλιογραφίας για το θέμα της ικανοποίησης των ασθενών, παρατηρείται ότι δεν υπάρχει μια κοινά αποδεκτή ομάδα διαστάσεων για κάθε ερευνητή. Ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι υπάρχουν μόνο επτά διαστάσεις, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι υπάρχουν περισσότερες. Επίσης, κάποιοι χρησιμοποιούν πιο συγκεκριμένες διαστάσεις, όπως η ασφάλεια, ενώ άλλοι αναφέρονται σε πιο αφηρημένες, όπως η γενική ποιότητα. Ωστόσο, υπάρχει σύγκλιση απόψεων για ορισμένες από αυτές όπως η πρόσβαση, η πληροφόρηση-ενημερότητα και η αξία χρημάτων-κόστος (Susman, 1994).

2.4 Χαρακτηριστικά των ασθενών που συσχετίζονται με την ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών υγείας

Ποια είναι όμως τα χαρακτηριστικά των ασθενών που προσδιορίζουν το βαθμό ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας;

Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στο ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο ζει και εργάζεται το άτομο, περιλαμβάνουν δε και το επίπεδο εισοδήματος και εκπαίδευσης και σχετίζονται με την κοινωνική θέση. Τα χαρακτηριστικά αυτά συνιστούν παράγοντες που μπορούν, σύμφωνα με μελέτες, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη. Για παράδειγμα έρευνες δείχνουν ότι το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να σχετίζεται με υψηλά ποσοστά ικανοποίησης (Anderson & Zimmerman, 1993, Cartwright & Anderson, 1981). Επίσης, υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς με υψηλότερο οικονομικό επίπεδο υπήρξαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις στους γιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς με χαμηλότερο οικονομικό επίπεδο (Khayat & Salter, 1994, Williams & Calnan, 1991).

Επιπλέον η ικανοποίηση επηρεάζεται και από δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία και το φύλο. Διεθνώς διαπιστώνεται ότι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους από τις υπηρεσίες παροχής υγείας (Fox & Storms, 1981, Williams & Calnan, 1991). Όπως υποστηρίζει ο Ραφτόπουλος (2002) οι ηλικιωμένοι διαπνέονται από μια «αγωνία» να εκφράσουν την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη φροντίδα. Έτσι, αποφεύγουν να δηλώσουν δυσαρεστημένοι από την φροντίδα, αφού η έκφραση αυτή θεωρείται από τους ίδιους πιο «φορτισμένη» από την έκφραση «είμαι λίγο ή καθόλου ικανοποιημένος». Εξάλλου, οι σημερινοί ασθενείς των 70 και 80 ετών, προέρχονται από μια γενιά που θεωρεί τους γιατρούς σαν «ανώτερα όντα» και τους νοσηλευτές σαν «αγγέλους του ελέους». Επίσης οι ασθενείς αυτοί έχουν ζήσει πολύ πιο δύσκολες οικονομικά πολιτικά περιόδους στη ζωή τους και τα κριτήριά τους για την ικανοποίηση διαφέρουν κατά πολύ από αυτά των νεότερων γενεών. Επιπλέον οι ασθενείς αυτοί έχουν παρακολουθήσει την εξέλιξη του συστήματος υγείας και αντιλαμβάνονται τις βελτιώσεις του.

Ως προς το φύλο οι έρευνες παρουσιάζουν αντιφατικά αποτελέσματα. Ορισμένες έρευνες αναδεικνύουν μια θετική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της ικανοποίησης. Ωστόσο άλλοτε παρουσιάζονται οι άνδρες ως πιο ικανοποιημένοι (Khayat & Salter, 1994) ενώ άλλοτε οι γυναίκες (Solomon, 1992)

Ένας ακόμα παράγοντας που έχει συσχετιστεί με την ικανοποίηση είναι και η σοβαρότητα της ασθένειας των χρηστών των υπηρεσιών παροχής υγείας, καθώς όσο χειρότερη είναι, τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι αισθάνονται (Cleary, 1991, Kane et al., 1997, Williams & Calnan, 1991), ενώ ο πόνος και το ψυχοκοινωνικό επίπεδο υγείας συσχετίζονται επίσης αρνητικά με την ικανοποίηση (Cohen, 1996). Επιπλέον έχει διαπιστωθεί ότι η υποκειμενική αντίληψη που έχει ο ασθενής για τη σοβαρότητα του προβλήματός του είναι αντιστρόφως ανάλογη με την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Όσο χειρότερη θεωρεί την κατάσταση της υγείας του, τόσο λιγότερο ικανοποιημένος δηλώνει από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Aharony & Strasser, 1993).

Τέλος, από τα δομικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας, το είδος και η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, αφού φαίνεται ότι καλύτερης ποιότητας ασφάλιση οδηγεί σε αύξηση της χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης από αυτές (Faulkner & Schauflier, 1997).

2.5 Προβλήματα στη μέτρηση της ικανοποίησης

Για τη μέτρηση της ικανοποίησης χρησιμοποιούνται συνήθως δομημένα ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια αυτά είτε συμπληρώνονται από τους ίδιους τους ερωτώμενους είτε συμπληρώνονται στη διάρκεια συνεντεύξεων (face to - face interviews), είτε τηλεφωνικά, είτε αποστέλλονται ηλεκτρονικά (e-mail), μέσω συμβατικού ταχυδρομείου κ.ο.κ. Οι συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο και τηλεφωνικά, ωστόσο, φαίνεται ότι πετυχαίνουν μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης, αν και δε διασφαλίζουν την ανωνυμία των απόψεων (Harpole et al., 1996, Walker & Restuccia, 1984)

Παρά το ότι έχουν αναπτυχθεί πολλά εργαλεία για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και ιδιαίτερα ερωτηματολόγια, διατυπώνονται αρκετές κριτικές όσον αφορά την αποτελεσματικότητά τους ως εργαλείων έρευνας. Εκτός από το ότι αδυνατούν να καλύψουν όλα τα θέματα, υπάρχουν και άλλα προβλήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους, όπως το χαμηλό ποσοστό των ασθενών που αποδέχονται να συμμετέχουν στην έρευνα και οι ερωτήσεις που συχνά διατυπώνονται ανεπαρκώς. Επίσης, ο πληθυσμός που ερευνάται μπορεί να είναι αρκετά ετερογενής, για να εξαχθούν οι πληροφορίες που είναι σχετικές με τις ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων ασθενών (Cohen et al., 1996). Προβληματισμοί

διατυπώνονται επίσης ως προς την αξιοπιστία των εργαλείων, αλλά και ως προς την ίδια την έννοια της ικανοποίησης και το κατά πόσο αυτή μπορεί να μετρηθεί.

Ένα πρόβλημα που παρουσιάζεται στη μέτρηση της ικανοποίησης είναι, ότι συχνά οι έρευνες αυτές καταλήγουν σε ιδιαίτερα υψηλά αποτελέσματα, γεγονός που μπορεί να οφείλεται όχι τόσο στην πραγματικά υψηλή ικανοποίηση των ασθενών, αλλά στην προσπάθειά των ερωτώμενων να ικανοποιήσουν τις προσδοκίες των ερευνητών. Σύμφωνα με τους LeVois et al. (1981), μεγάλο ποσοστό ασθενών δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ' ό,τι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στον αντίποδα, αρκετοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους.

Για να αποφευχθεί η παρουσία αυτού του προβλήματος, οι ερευνητές έχουν επικεντρωθεί ιδιαίτερα στο να δομήσουν τα ερωτηματολόγια ή τις συνεντεύξεις με τρόπο που να μην αποθαρρύνει την πιθανή έκφραση κριτικής στάσης από την πλευρά των ασθενών. Επιπλέον ένας άλλος τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζεται αυτό το πρόβλημα είναι με τη διενέργεια επαναληπτικών ερευνών ή με τη χρήση περισσότερων του ενός ερευνητικών εργαλείων (Νταμπάκη, 2008).

Ένα ακόμα πρόβλημα αφορά την πολλαπλότητα των παραγόντων που εμπλέκονται στην ικανοποίηση του ασθενούς από την παροχή υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι συνήθως είναι αδύνατον να ληφθούν υπόψη στο σύνολό τους στο πλαίσιο μιας έρευνας. Επίσης, οι ασθενείς ενδέχεται να έχουν διαφορετικές προσδοκίες για κάθε γιατρό, ανάλογα με την ειδικότητά του ή ακόμη και οι προτιμήσεις τους να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Όλα τα παραπάνω στοιχεία είναι δύσκολο να αποκαλυφθούν με μια απλή τηλεφωνική έρευνα ή μια έρευνα μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο, πόσα άτομα πρέπει να ερωτηθούν, για να αποκαλυφθούν οι παραπάνω προτιμήσεις. Σε καταστάσεις στις οποίες ο ασθενής δεν μπορεί να εκφράσει τις απόψεις του (πχ ασθενείς με ορισμένες ψυχιατρικές παθήσεις ή υπερήλικες με διάφορες μορφές άνοιας) πληροφορίες σχετικές με την ικανοποίηση λαμβάνονται από τους συγγενείς των ασθενών (Νταμπάκη, 2008).

Ο Wensing και οι συνεργάτες του (Susman, 1994) τονίζουν επίσης, ότι οι έρευνες εστιάζονται σε ορισμένες διαστάσεις της ικανοποίησης, όπως είναι η ακρίβεια, η ανθρωπιά, η

ενημερότητα, και η διαθεσιμότητα και μελετούν λιγότερο ή αγνοούν άλλες όπως είναι η επαγγελματική ανταγωνιστικότητα, η συναισθηματική ταύτιση και η διαμονή. Επίσης, οι ασθενείς σπάνια ερωτώνται για θέματα ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, αποτελεσματικότητας, καταλληλότητας της περίθαλψης, περιττής φροντίδας, επιβάρυνσης του ασθενή, αμοιβαίας εμπιστοσύνης, συνεργασίας, υπευθυνότητας και συνοχής.

Το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά, γεγονός που πιστοποιείται από πληθώρα μελετών, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε συστήματα υγείας όπως της Βρετανίας και των Ηνωμένων Πολιτειών. Στην Ελλάδα, τα ερευνητικά ευρήματα γύρω από τη μέτρηση της ικανοποίησης είναι αντιφατικά. Ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι Έλληνες χρήστες εκφράζουν το χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης σε σχέση με τους χρήστες των υγειονομικών υπηρεσιών άλλων ευρωπαϊκών κρατών (Robert et al., 2001, Eurobarometer, 1999), και αμφισβητούν την ποιότητα περίθαλψης. Ωστόσο τα αποτελέσματα άλλων ερευνών δείχνουν ότι αυτοί που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία στην Ελλάδα δηλώνουν ικανοποιημένοι από τον εξοπλισμό, τη στελέχωση, τις σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας, τα αποτελέσματα, τις θεραπευτικές μεθόδους, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των ασθενών (Δούλη και συν., 1990). Έρευνα των Niakas et al. (2004) σε τρία δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας έδειξε επίσης ότι υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες και αρκετά υψηλό βαθμό ικανοποίησης από την ξενοδοχειακή υποδομή των νοσοκομείων αυτών. Αντίστοιχα άλλη έρευνα με συνοδούς ασθενών σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής (Παπαγιαννοπούλου et al., 2008) συμπεραίνει ότι οι συνοδοί των ασθενών έμειναν τελικά περισσότερο ικανοποιημένοι απ' ό,τι προσδοκούσαν από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και αξιολόγησαν με αρκετά υψηλό βαθμό τους εργαζόμενους του νοσοκομείου και ιδιαίτερα τις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες. Αντίθετα, οι υποδομές του νοσοκομείου αξιολογήθηκαν αρνητικά. Άλλη έρευνα που επικεντρώθηκε σε ηλικιωμένους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε 10 νοσοκομεία όλης της Ελλάδος (Ραφτόπουλος, 2002) έδειξε ότι πολύ μεγάλο ποσοστό (άνω του 90%) είναι ικανοποιημένο από την ποιότητα της συνολικής παρεχόμενης φροντίδας, της συνολικής παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας και της συνολικής παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Συνοψίζοντας, στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάστηκαν ορισμοί της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας και η σχέση της με την ικανοποίηση των χρηστών, καθώς η δεύτερη θεωρείται βασική προκειμένου να κριθούν θετικά οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Στη

συνέχεια παρουσιάστηκαν έρευνες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, και ο διάλογος που διαμείβεται μεταξύ των ερευνητών, προκειμένου να καθοριστούν εκείνες οι διαστάσεις και οι παράγοντες που καθορίζουν το βαθμό της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Παρά την ποικιλία τόσο των ερευνητικών εργαλείων, όσο και των θεωρητικών προσεγγίσεων, διαπιστώνεται ότι υπάρχει συμφωνία ως προς το γεγονός ότι η ικανοποίηση περιλαμβάνει τόσο παράγοντες που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας όσο και τις τεχνικές απόψεις της παρεχόμενης φροντίδας και επηρεάζεται και από δημογραφικούς παράγοντες. Τέλος παρουσιάστηκαν τα προβλήματα των μετρήσεων και γενικότερα των τεχνικών που χρησιμοποιούνται, για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση των χρηστών επηρεάζεται και από το είδος του προβλήματος το οποίο ωθεί κάποιον να επιδιώξει να αποταθεί σε φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα αν το πρόβλημα είναι ψυχοσωματικού τύπου. Έρευνες που διεξήχθησαν στις ΗΠΑ έδειξαν ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη και με συμπτώματα πόνου παρουσίαζαν χαμηλότερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Bair et al., 2007). Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι ασθενείς που παρουσιάζουν άγχος εκφράζουν περισσότερη δυσαρέσκεια για τις υπηρεσίες υγείας (Greenley et al., 1982) και ότι όταν οι ασθενείς νιώθουν αβεβαιότητα ως προς την κατάσταση της υγείας τους (δεν γνωρίζουν τι ασθένεια μπορεί να έχουν) τότε η ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι χαμηλή (Frostholm et al., 2005)

Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) ενός νοσοκομείου σε κατάσταση γενικής εφημερίας, ορισμένοι από τους ασθενείς που απευθύνονται, αναφέρουν συμπτωματολογία, η οποία μετά τον κατάλληλο κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο, αποδεικνύεται μάλλον ψυχολογικής παρά οργανικής αιτιολογίας. Οι ασθενείς αυτοί γυρνούν συνήθως από γιατρό σε γιατρό αναζητώντας βοήθεια για τις αρρώστιες για τις οποίες δεν μπορεί να βρεθεί οργανική βάση. Αν και επανειλημμένα τους ανακοινώνεται ότι «δεν έχουν τίποτε», παραμένουν πεπεισμένοι ότι τα σωματικά τους συμπτώματα είναι πραγματικά. Το γεγονός αυτό είναι πολύ πιθανό να δημιουργεί σε αυτού του τύπου τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας χαμηλή ικανοποίηση, καθώς είναι πιθανόν να θεωρούν ότι δεν τους παρέχεται η φροντίδα την οποία θα επιθυμούσαν.

1. Μία από τις κύριες αιτίες τέτοιου τύπου σωματικών συμπτωμάτων, θεωρείται συχνά το άγχος. Το άγχος είναι μια συνήθης αντίδραση των ανθρώπων σε μικρά ή μεγάλα στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονή εξετάσεων, αναμονή σημαντικών εργαστηριακών εξετάσεων κλπ). Όταν αυτή η αντίδραση παραμένει σε μικρά ή μέτρια επίπεδα δεν εμποδίζει ή ακόμα και βοηθά την επίτευξη των στόχων του ατόμου. Ωστόσο, όταν το άγχος γίνεται υπερβολικό, σε βαθμό που οδηγεί σε προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου, εμποδίζει την επίτευξη των στόχων του ατόμου και ανατρέπει τη συναισθηματική του ηρεμία, τότε πλέον χαρακτηρίζεται παθολογικό και

αντιμετωπίζεται ως αγχώδης διαταραχή (Μάνος, 1997, ICD-10 απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993).

2. Εκτός του άγχους, ωστόσο, υπάρχουν και μία σειρά άλλων ψυχικών διαταραχών οι οποίες παρουσιάζονται με τη μορφή σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία όμως δεν μπορούν να εξηγηθούν με κάποια διαγνωστική ιατρική κατάσταση που να τα δικαιολογεί. Αυτές οι διαταραχές ονομάζονται σωματόμορφες. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν αυτές τις διαταραχές γυρνούν συνήθως από γιατρό σε γιατρό αναζητώντας βοήθεια για τις αρρώστιες για τις οποίες δεν μπορεί να βρεθεί οργανική βάση. Αν και επανειλημμένα τους ανακοινώνεται ότι «δεν έχουν τίποτε», οι ασθενείς αυτοί παραμένουν πεπεισμένοι ότι τα σωματικά τους συμπτώματα είναι πραγματικά. Το γεγονός αυτό είναι πολύ πιθανό να δημιουργεί σε αυτού του τύπου τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας χαμηλή ικανοποίηση, καθώς είναι πιθανόν να θεωρούν ότι δεν τους παρέχεται η φροντίδα την οποία θα επιθυμούσαν. Προκειμένου να διερευνηθεί η ικανοποίηση των ασθενών αυτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, στη συνέχεια θα γίνει μια περιγραφή των συμπτωμάτων εκείνων που συνήθως παρουσιάζουν αυτού του τύπου οι ασθενείς και των τυποποιήσεών τους με βάση τη διεθνή ταξινόμηση των ασθενειών DSM - IV και ICD-10 (Μάνος, 1997, ICD-10 απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας 1993).

3.1 Αγχώδεις και σωματόμορφες διαταραχές

Οι κυριότερες αγχώδεις διαταραχές που συναντάμε στα ΤΕΠ ενός νοσοκομείου είναι η διαταραχή πανικού και η διαταραχή από οξύ στρες. Αντίστοιχα οι κύριες σωματόμορφες διαταραχές είναι η σωματοποιητική διαταραχή, η αδιαφοροποίητη σωματόμορφη διαταραχή, η διαταραχή μετατροπής, η διαταραχή πόνου καθώς και η υποχονδρίαση (Μάνος, 1997, ICD-10 απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας 1993).

3.1.1 Διαταραχή πανικού

Οι προσβολές πανικού εμφανίζονται ξαφνικά και συνοδεύονται από ένα αίσθημα επικείμενου κινδύνου ή καταστροφής. Κατά τη διάρκειά τους τα άτομα νιώθουν έντονο φόβο ή δυσφορία που εμφανίζεται αιφνίδια, κορυφώνεται μέσα σε 10 λεπτά και παρουσιάζουν τουλάχιστον τέσσερα από τα παρακάτω συμπτώματα:

1. Αίσθημα έντονων παλμών, αίσθημα ότι καρδιά πάει να σπάσει ή επιτάχυνση του καρδιακού παλμού.
 2. Εφίδρωση
 3. Τρέμουλο ή έντονος πόνος
 4. Αίσθημα κοντανασαίματος (δύσπνοιας) ή πλακώματος στο στήθος.
 5. Αίσθημα πνιγμονής
 6. Πόνος ή δυσφορία στο στήθος
 7. Ναυτία ή υπογάστρια δυσφορία
 8. Αίσθημα ζάλης, αστάθειας ή λιποθυμίας
 9. Αποπραγματοποίηση (αισθήματα μη πραγματικότητας) ή αποπροσωποποίηση
 10. Φόβος απώλειας ελέγχου ή ότι τρελαίνεται
 11. Φόβος ότι θα πεθάνει
 12. Παραισθησίες (μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα)
 13. Ρίγη ή ξαφνικά αισθήματα ζέστης
- (κριτήρια κατά DSM-IV για την προσβολή πανικού Μάνος, 1997, σελ. 253)

3.1.2 Διαταραχή από οξύ στρες

Σύμφωνα με το DSM-IV (Μάνος, 1997) και το ICD-10 (απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993), η διαταραχή από οξύ στρες είναι η διαταραχή που συμβαίνει σαν απάντηση σ' ένα ακραίο τραυματικό γεγονός. Συνοδεύεται από συμπτώματα όπως συναισθηματικό μούδιασμα, αμνησία, αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, αλλά και από συναισθήματα απελπισίας, ανημποριάς, ενοχής και παράλογης υπευθυνότητας.

Τα άτομα που παρουσιάζουν τη διαταραχή αυτή συνήθως έχουν εκτεθεί ως μάρτυρες σε ένα τραυματικό γεγονός στη διάρκεια του οποίου απειλήθηκε η ζωή τους ή υπήρχε η πιθανότητα να τραυματιστούν σοβαρά οι ίδιοι ή άλλοι και ένιωσαν έντονο φόβο, αίσθηση ανημποριάς ή τρόμο και φρίκη. Είτε ενώ το βίωνε είτε μετά τη βίωση του τραυματικού αυτού γεγονότος, το άτομο παρουσίασε τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω διασχιστικά συμπτώματα (DSM-IV Μάνος, 1997, σελ. 290):

1. Μια υποκειμενική αίσθηση μουδιάσματος, απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης ή απουσίας αισθηματικής απαντητικότητας
2. Μείωση της αντίληψης του περιβάλλοντος
3. Αποπραγματοποίηση

4. Αποπροσωποποίηση
5. Διασχιστική αμνησία

Χαρακτηριστικό επίσης της διαταραχής είναι, ότι το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με επαναλαμβανόμενες εικόνες, σκέψεις, όνειρα, παραισθησίες, επεισόδια flashback ή μια αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας ή υποκείμενης ενόχλησης και αναταραχή κατά την έκθεση σε κάτι που του υπενθυμίζει το τραυματικό γεγονός. Έτσι τα άτομα προσπαθούν να αποφύγουν οποιαδήποτε ερεθίσματα μπορεί να ξυπνήσουν τις αναμνήσεις του τραύματος. Παράλληλα παρουσιάζουν έντονα συμπτώματα άγχους ή αυξημένης διεγερτικότητας, όπως για παράδειγμα δεν μπορούν να κοιμηθούν ή ξαφνιάζονται εύκολα και δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν (DSM-IV Μάνος, 1997 και ICD-10 απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993).

Η διαταραχή προκαλεί, επίσης, κλινικά σημαντικές υποκειμενικές ενοχλήσεις ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας και μειώνει την ικανότητα του ατόμου να επιδιώξει έναν απαραίτητο στόχο, όπως να πάρει την απαραίτητη βοήθεια ή να κινητοποιήσει προσωπικές πηγές βοήθειας με το να μιλήσει για την τραυματική εμπειρία. Η διαταραχή διαρκεί το λιγότερο 2 μέρες και το περισσότερο 4 εβδομάδες και συμβαίνει μέσα σε 4 εβδομάδες από το τραυματικό γεγονός (DSM-IV Μάνος, 1997 και ICD-10 απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993).

3.1.3 Σωματοποιητική διαταραχή

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από πολλαπλά σωματικά συμπτώματα που υποτροπιάζουν και διαρκούν πολλά χρόνια. Για τα συμπτώματα αυτά οι ασθενείς ζητούν επανειλημμένα ιατρική βοήθεια, συχνά με δραματικό τρόπο. Τα συμπτώματα αυτά εκδηλώνονται είτε σαν χρόνιοι πόνοι είτε προέρχονται από το νευρολογικό, γαστρεντερικό, το γυναικολογικό ή το καρδιοαναπνευστικό σύστημα (DSM-IV Μάνος, 1997 και ICD-10 απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993) και για το λόγο αυτό οι ασθενείς καταφεύγουν στα νοσοκομεία προκειμένου να εντοπίσουν τις σωματικές αιτίες που τους δημιουργούν τα προβλήματα αυτά.

Κατά το DSM-IV (Μάνος, 1997) και το ICD-10 (απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993) τα άτομα που παρουσιάζουν σωματοποιητική διαταραχή έχουν

ένα ιστορικό πολλών σωματικών ενοχλημάτων που αρχίζουν πριν την ηλικία των 30, συμβαίνουν για περίοδο αρκετών ετών και έχουν ως αποτέλεσμα την αναζήτηση θεραπείας ή την έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους τομείς λειτουργικότητας του ατόμου. Στη διάρκεια της πορείας της διαταραχής οι ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα πόνου σε τουλάχιστον τέσσερις διαφορετικές περιοχές του σώματος (π.χ. κεφαλή, κοιλία, αρθρώσεις, ορθό, κ.α.) και δύο τουλάχιστον γαστρεντερικά συμπτώματα (πχ ναυτία, εμετός, φουσκώματα κλπ). Παρουσιάζουν επίσης τουλάχιστον μία σεξουαλική δυσλειτουργία όπως σεξουαλική αδιαφορία, δυσλειτουργία στη στύση ή στην εκσπερμάτωση κλπ. και ένα ψευδονευρολογικό σύμπτωμα (πχ έκπτωση στον συντονισμό κινήσεων ή στην ισορροπία, παράλυση ή τοπική αδυναμία κλπ).

Προκειμένου να διαγνωστεί αυτή η διαταραχή είναι απαραίτητο να γίνει η κατάλληλη ιατρική διερεύνηση προκειμένου να αποκλειστεί η πιθανότητα τα συμπτώματα αυτά να έχουν προκύψει από κάποια γνωστή γενική ιατρική κατάσταση ή να είναι το αποτέλεσμα της δράσης μιας ουσίας ή να παράγονται σκόπιμα. Είναι δυνατόν ωστόσο η διαταραχή να εμφανίζεται και σε άτομα που έχουν κάποιο σχετιζόμενο νόσημα σωματικής φύσεως. Σε τέτοιες περιπτώσεις όμως η συνεπακόλουθη κοινωνική ή επαγγελματική έκπτωση ξεπερνούν τα αναμενόμενα από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα (DSM-IV Μάνος, 1997 και ICD-10 απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993).

3.1.4 Αδιαφοροποίητη σωματόμορφη διαταραχή

Περιγράφει τις περιπτώσεις εκείνες που οι ασθενείς έχουν ένα ή περισσότερα συμπτώματα που δεν εξηγούνται από ιατρική κατάσταση διαρκούν περισσότερο από 6 μήνες αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για σωματοποιητική διαταραχή. Σύμφωνα με το DSM-IV (Μάνος, 1997) και το ICD-10 (απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993), τα συμπτώματα που παρουσιάζονται μπορεί να είναι οποιοδήποτε από τα συμπτώματα που παρουσιάζονται και στη σωματόμορφη διαταραχή και προκαλούν σημαντική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους τομείς λειτουργικότητας. Επιπλέον, όπως ισχύει και για τη σωματοποιητική διαταραχή, τα συμπτώματα αυτά δεν μπορούν να εξηγηθούν από ιατρική κατάσταση ή λήψη ουσίας και δεν παράγονται σκόπιμα, ενώ σε περίπτωση που υπάρχει σχετιζόμενη ιατρική κατάσταση, τα σωματικά ενοχλήματα ή η κοινωνική ή επαγγελματική έκπτωση ξεπερνούν τα αναμενόμενα από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα.

3.1.5 Διαταραχή μετατροπής

Είναι η διαταραχή η οποία περιλαμβάνει την αιφνίδια και δραματική εμφάνιση τύφλωσης, παράλυσης, σπασμών ή άλλων συμπτωμάτων χωρίς να υπάρχει παθοφυσιολογική αιτία. Βασικό στοιχείο είναι ότι τα συμπτώματα δεν υπόκεινται στον εκούσιο έλεγχο (δηλ. δεν παράγονται σκόπιμα ή προσποητά με τη θέληση του ασθενούς) καθώς και ότι ψυχολογικοί παράγοντες θεωρείται ότι συνδέονται με τα συμπτώματα. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν αυτήν τη διαταραχή και μέχρι να διαγνωστεί είναι επόμενο να αναζητούν κατ' αρχάς θεραπεία στα γενικά νοσοκομεία.

Κατά τη διάρκεια αυτή της διαταραχής ένα ή περισσότερα συμπτώματα ή ελλείμματα που παρουσιάζονται προσβάλουν την εκούσια κινητική ή αισθητηριακή λειτουργικότητα του ασθενούς, γεγονός που υποδηλώνει μια νευρολογική ή άλλη ιατρική κατάσταση. Ωστόσο, είναι σημαντικό ότι με το σύμπτωμα ή το έλλειμμα συνδέονται ψυχολογικοί παράγοντες που έχουν προηγηθεί της έναρξης ή της παρόξυνσης του συμπτώματος ή του ελλείμματος, όπως συγκρούσεις ή άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες. Το σύμπτωμα ή το έλλειμμα προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας και δεν περιορίζεται απλώς σε πόνο ή σε κάποια σεξουαλική δυσλειτουργία (DSM-IV Μάνος, 1997 και ICD-10 απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993).

Σύμφωνα με το DSM-IV (Μάνος, 1997) και το ICD-10 (απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993), για να διαγνωστούν τα συμπτώματα αυτά ως συμπτώματα της διαταραχής μετατροπής, πρέπει κατ' αρχάς να γίνει η κατάλληλη διερεύνηση και να αποκλειστεί το ενδεχόμενο να προκύπτουν από ιατρική κατάσταση ή από χρήση ουσίας ή ως πολιτισμική συμπεριφορά ή εμπειρία, καθώς και το ενδεχόμενο να αποτελούν προϊόν προσποίησης από πλευράς του ασθενούς.

3.1.6 Διαταραχή πόνου

Χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι ο πόνος σε μία ή περισσότερες ανατομικές περιοχές, που είναι αρκετά σοβαρός ώστε να προκαλεί κλινική προσοχή και για τον οποίο κρίνεται ότι ευθύνονται ψυχολογικοί παράγοντες και παίζουν σημαντικό ρόλο στην έναρξη,

βαρύτητα, παρόξυνση ή διατήρησή του. Όπως ισχύει και στις υπόλοιπες σωματόμορφες διαταραχές, ο πόνος προκαλεί υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους τομείς λειτουργικότητας και δεν παράγεται σκόπιμα ή προσποιητά.

Η διαταραχή μπορεί να είναι οξεία (διάρκεια μέχρι έξι μήνες) ή χρόνια (διάρκεια άνω των έξι μηνών) και να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές στη ζωή του ασθενούς, όπως, στην απώλεια της εργασίας του, σε οικογενειακά προβλήματα αλλά και σε κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες (DSM-IV Μάνος, 1997 και ICD-10 απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993).

3.1.7 Υποχονδρίαση

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από το ότι το άτομο φοβάται ότι έχει μια σοβαρή αρρώστια. Έτσι ασχολείται έντονα με τις σωματικές του λειτουργίες και παρερμηνεύει σωματικά συμπτώματα ως παθολογικά και ο φόβος παραμένει, παρά τις αντίθετες διαβεβαιώσεις των ιατρών.

Σύμφωνα με το DSM-IV (Μάνος, 1997) και το ICD-10 (απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993) το άτομο με υποχονδρίαση ασχολείται έντονα με το φόβο ή με την ιδέα ότι έχει κάποια σοβαρή αρρώστια που βασίζεται στην παρερμηνεία από μέρους του σωματικών συμπτωμάτων. Οι σωματικές ενοχλήσεις που νιώθει, ωστόσο, επιμένουν ακόμα και όταν λάβει από τους γιατρούς την κατάλληλη ιατρική εκτίμηση και διαβεβαίωση ότι δεν υπάρχουν σωματικές αιτίες για τα συμπτώματά του. Ωστόσο η πεποίθηση ότι πάσχει από κάποιο σωματικό νόσημα, δεν παρουσιάζει παραληρητική ένταση και δεν περιορίζεται σε μια περιγεγραμμένη ανησυχία σχετικά με την εμφάνιση των συμπτωμάτων.

Η έντονη ενασχόληση του ασθενούς με τα σωματικά του συμπτώματα προκαλεί σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους τομείς λειτουργικότητας. Προκειμένου να διαγνωστεί η διαταραχή ως υποχονδρίαση πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες και η έντονη ενασχόληση με τα σωματικά συμπτώματα να μην εξηγείται καλύτερα ως Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή, Διαταραχή πανικού, Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ή άλλη σωματόμορφη διαταραχή (DSM-IV Μάνος, 1997 και ICD-10 απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993).

3.2 Απόδοση συμπτωματολογίας σε κάποια αγχώδη ή σωματόμορφη διαταραχή

Έργο της ιατρικής είναι να διατηρεί και να αποκαθιστά την υγεία καθώς και να ανακουφίζει από τις ενοχλήσεις. Η κατανόηση του πόνου είναι βασική και για τους δύο αυτούς στόχους, διότι ο πόνος είναι το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα που οδηγεί έναν ασθενή στο γιατρό. Η θέση, η ποιότητα, η χρονική πορεία του πόνου του ασθενούς παρέχουν σημαντικά διαγνωστικά στοιχεία και χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της σωστής θεραπείας για τον ασθενή (Fields & Martin, 1998).

Σε κάθε περίπτωση όταν κάποιο άτομο προσέρχεται στα ΤΕΠ παραπονούμενο για κάποιο ή κάποια σωματικά συμπτώματα, το ιατρικό προσωπικό είναι υποχρεωμένο να προχωρήσει σε μία σειρά ενεργειών, προκειμένου να καταλήξει στην τελική διάγνωση της αιτίας των συμπτωμάτων και στη συνέχεια να προχωρήσει στην κατάλληλη θεραπεία. Οι ενέργειες αυτές περιλαμβάνουν τη λήψη ιστορικού, την κλινική εξέταση, τον ειδικό εργαστηριακό έλεγχο και την τελική διάγνωση (Κρικέλης, 1989).

Η λήψη ιστορικού περιλαμβάνει τα στοιχεία ταυτότητας του ασθενούς (ονοματεπώνυμο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τόπος γεννήσεως και κατοικίας) κύρια ενοχλήματα, ατομικό και οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει τη γενική επισκόπηση του ασθενούς (ανάστημα, θρέψη, θέση και στάση του σώματος, κίνηση και βάδισμα, κατάσταση δέρματος και κεφαλής). Περιλαμβάνει επίσης την εξέταση κατά συστήματα: αναπνευστικό, κυκλοφορικό, πεπτικό, ουροποιογεννητικό, αιμοποιητικό και νευρικό σύστημα.

Ο ειδικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει τις εξετάσεις εκείνες οι οποίες διενεργούνται σε ειδικά εργαστήρια τα οποία διαχωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: α) Στις εξετάσεις που διενεργούνται σε βιολογικά υγρά στο εργαστήριο βιοπαθολογίας, το οποίο περιλαμβάνει τα τμήματα: Μικροβιολογικό, ιστολογικό, παρασιτολογικό, βιοχημικό, αιματολογικό και ανοσολογικό, β) Στις εξετάσεις που διενεργούνται σε εργαστήρια που εφαρμόζουν απεικονιστικές μορφολογικές μεθόδους όπως ακτινολογικό, κυτταρολογικό, υπερήχων, αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας (Εσωτερική παθολογία, 1998)

Τέλος η διάγνωση, περικλείει το τελικό συμπέρασμα μετά από συνεκτίμηση όλων των ανωτέρω σχετικά με τη συμπτωματολογία του ασθενούς.

Μετά από όλη αυτή τη διαγνωστική προσέγγιση του ασθενούς αποφασίζεται αν η συμπτωματολογία του ασθενούς μπορεί να αποδοθεί σε οργανικά - σωματικά αίτια ή σε κάποια αγχώδη ή σωματόμορφη διαταραχή. Εξάλλου, όπως ήδη έχει αναφερθεί παραπάνω, σύμφωνα με το DSM-IV, προκειμένου να διαγνωστεί οποιαδήποτε σωματόμορφη διαταραχή είναι απαραίτητος ο αποκλεισμός του ενδεχόμενου, τα συμπτώματα να προκύπτουν από ιατρική κατάσταση ή από χρήση κάποιας ουσίας.

Το πρόβλημα της αναγνώρισης των ψυχικών διαταραχών αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως ένα σημαντικό ζήτημα υγείας. Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αντιπροσωπεύουν περίπου το 20-36% των ασθενών (Spitzer et al., 1994). Στην πραγματικότητα, περισσότεροι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές περιθάλπονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, από ό,τι στον ψυχιατρικό τομέα (Manderscheid et al., 1993). Όπως κατέδειξαν οι Spitzer et al. (1994) τα κύρια εμπόδια στην αναγνώριση των διανοητικών διαταραχών από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελούν η ανεπαρκής γνώση των διαγνωστικών κριτηρίων, η αβεβαιότητα σχετικά με τις κατάλληλες ερωτήσεις που πρέπει να τεθούν, για να διαπιστωθεί εάν αυτά τα κριτήρια πληρούνται, καθώς και οι χρονικοί περιορισμοί που τίθενται σε μια δύσκολη «εφημερία». Οι Katzelnick et al. (1997) έδειξαν, ωστόσο, ότι η αναγνώριση και η θεραπεία των σωματόμορφων διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορούν να αυξήσουν την ικανότητα και τη χρησιμότητα της φροντίδας υγείας, καθώς και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής.

Παράλληλα, διαπιστώνονται και μια σειρά δημογραφικών χαρακτηριστικών, κυρίως της ηλικίας και του φύλου, που σχετίζονται με τη διάγνωση των συμπτωμάτων, ως προερχόμενων από σωματόμορφες διαταραχές. Σύμφωνα με την μελέτη Hunt II (Haug et al., 2004) καταδείχτηκε ότι οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα από τους άνδρες (μέσοι όροι γυναικών και ανδρών αντίστοιχα 3,8/2,9), υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ άγχους κατάθλιψης και λειτουργικών σωματικών συμπτωμάτων. Η συσχέτιση ήταν το ίδιο ισχυρή για το άγχος και την κατάθλιψη. Η συσχέτιση της αγχώδους συνδρομής και της κατάθλιψης με τα λειτουργικά σωματικά συμπτώματα ήταν το ίδιο ισχυρή στους άνδρες και τις γυναίκες (μέσος όρος των σωματικών συμπτωμάτων σε άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα 4,6/5,9, στην κατάθλιψη και 4,5/5,9 στην αγχώδη συνδρομή σε όλες τις ηλικιακές ομάδες). Το συμπέρασμα ήταν ότι υπήρχε μια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην αγχώδη συνδρομή, την κατάθλιψη και τα σωματικά συμπτώματα ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου.

Σε μια άλλη μελέτη (Hanel et al., 2009) στη Γερμανία στην οποία συγκεντρώθηκαν στοιχεία από 1751 ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας, καταδείχτηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι διαγνώστηκαν με αγχώδη συνδρομή, κατάθλιψη ή/και σωματόμορφες διαταραχές ήταν μεγαλύτεροι ηλικιακά, λιγότερο μορφωμένοι και πιο συχνά γυναίκες σε σχέση με την ομάδα η οποία δε διαγνώστηκε με ψυχικές διαταραχές. Είχαν επισκεφτεί το γιατρό πιο συχνά, είχαν συμπτώματα μεγαλύτερης διάρκειας και ήταν συχνά υπό κοινωνικό ή οικονομικό στρες.

Στην Ελλάδα δεν εντοπίζονται αντίστοιχες έρευνες, ωστόσο τα ΤΕΠ των ελληνικών νοσοκομείων δέχονται επισκέψεις ατόμων που παραπονούνται για συμπτώματα τα οποία μετά από τη διαγνωστική προσέγγιση, διαπιστώνεται ότι δεν μπορούν να αποδοθούν σε οργανικά - σωματικά αίτια. Οι ασθενείς αυτοί παραπέμπονται για περαιτέρω ψυχιατρικό έλεγχο προκειμένου να διαπιστωθεί εάν πάσχουν από κάποιου τύπου αγχώδη ή σωματόμορφη διαταραχή. Υπό αυτήν την έννοια το στάδιο της τελικής διάγνωσης δεν ολοκληρώνεται και δεν μπορεί να προταθεί κάποιου τύπου θεραπεία, καθώς, τόσο η τελική διάγνωση όσο και η θεραπεία μπορούν να επιτευχθούν μόνο μετά την ψυχιατρική εξέταση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων. Επομένως, οι ασθενείς των οποίων τα συμπτώματα κρίνονται ως ψυχολογικά ή προερχόμενα από ψυχολογικές διαταραχές στα ΤΕΠ είναι πιθανόν να παρουσιάζουν χαμηλότερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται και από το γεγονός ότι η παραπομπή σε μια ψυχιατρική ή ψυχολογική υπηρεσία δε σημαίνει την άμεση ψυχιατρική εκτίμηση του ασθενούς από ψυχίατρο στον ίδιο χώρο και χρόνο. Αυτό συμβαίνει κυρίως εξαιτίας του γεγονότος ότι οι ασθενείς αυτοί δεν κρίνονται ως επείγοντα περιστατικά και επομένως δε θεωρείται απαραίτητο να εξεταστούν από την εφημερεύουσα ψυχιατρική κλινική. Τα θέματα αυτά αποτελούν κύρια ερωτήματα και της παρούσας εργασίας.

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Στόχοι - Υποθέσεις έρευνας

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των επισκεπτών των τμημάτων επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) ενός δημοσίου νοσοκομείου που αξιολογούνται από τους εφημερεύοντες ιατρούς ως ασθενείς με συμπτώματα ψυχολογικής αιτιολογίας που χρήζουν περαιτέρω ψυχιατρικής ή ψυχολογικής υποστήριξης και παραπέμπονται για ψυχιατρική εκτίμηση.

Πρώτη υπόθεση της έρευνας είναι ότι οι ασθενείς αυτοί θα παρουσιάζουν χαμηλή ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καθώς αποχωρούν από τα ΤΕΠ χωρίς τελική διάγνωση κάποιου προβλήματος και παραπέμπονται σε άλλες υπηρεσίες. Υπό αυτή την έννοια η προσδοκία των ασθενών αυτών να διαγνωστεί η ασθένειά τους και να τους προταθεί η κατάλληλη θεραπεία δεν εκπληρώνεται.

Επιπλέον αναμένεται μεταξύ των ασθενών με συμπτώματα ψυχολογικής αιτιολογίας εκείνοι οι οποίοι θα ακολουθήσουν τη συμβουλή των γιατρών για περαιτέρω διερεύνηση του προβλήματος τους θα παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με εκείνους που δε θα ακολουθήσουν τη συμβουλή αυτή. Ευρήματα προηγούμενων ερευνών, έχουν δείξει ότι η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται άμεσα με το αν κάποιος θα επιλέξει να ακολουθήσει τις συμβουλές των γιατρών (Korsch et al., 1968, Sherbourne et al., 1992).

Αναμένεται επίσης να υπάρχουν διαφορές ως προς το βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες με βάση δημογραφικούς παράγοντες (ηλικία, φύλο) και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (εκπαιδευτικό επίπεδο, επάγγελμα, ασφαλιστική κάλυψη), τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στο υποσύνολο των ασθενών που ακολούθησαν την ιατρική συμβουλή για περαιτέρω διερεύνηση του προβλήματος.

4.2 Μεθοδολογία έρευνας

Προκειμένου να ελεγχθούν οι παραπάνω υποθέσεις διεξήχθη έρευνα στο νοσοκομείο Παπανικολάου της Θεσσαλονίκης και ειδικότερα στη διάρκεια εφημεριών της παθολογικής

και καρδιολογικής κλινικής, σε ασθενείς που παρουσίαζαν συμπτώματα τα οποία αξιολογήθηκαν από τους εφημερεύοντες ιατρούς ως συμπτώματα ψυχολογικής αιτιολογίας, που χρήζουν περαιτέρω ψυχιατρικής ή ψυχολογικής διερεύνησης και υποστήριξης και έγινε παραπομπή τους για ψυχιατρική εκτίμηση. Η έρευνα διεξήχθη το διάστημα από 1 Μαΐου – 30 Οκτωβρίου 2009.

4.2.1 Διαδικασία έρευνας

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον ερευνητή που ανέλαβε την προσέγγιση και την επικοινωνία με τους ασθενείς, σε συνεννόηση με τη διοίκηση του νοσοκομείου. Στο διάστημα της έρευνας ο ερευνητής βρισκόταν στο χώρο του νοσοκομείου στη διάρκεια των περισσότερων εφημεριών, καθώς ήταν εφημερεύων γιατρός και ο ίδιος, ενώ τις υπόλοιπες ημέρες εφημέρευσης παρεβρισκόταν στα ΤΕΠ για τις ανάγκες της έρευνας 12 ώρες σε κάθε εφημερία. Οι κλινικές αυτές το διάστημα της έρευνας εφημέρευαν 8 ημέρες το μήνα με γενική εφημερία και 8 ημέρες το μήνα με πρωινή εφημερία. Ο ερευνητής ενημέρωσε κατ' αρχάς τους γιατρούς των συγκεκριμένων τμημάτων των ΤΕΠ (καρδιολογική, παθολογική κλινική) για την έρευνα και τους στόχους της. Τους ζήτησε επίσης να τον ενημερώνουν κάθε φορά που η αξιολόγηση των συμπτωμάτων κάποιου ασθενή κατέληγε στο συμπέρασμα ότι αυτά είχαν ψυχολογική αιτιολογία, ώστε να μπορεί ο ερευνητής να έρθει σε επαφή μαζί τους στο χώρο του νοσοκομείου μετά τη διάγνωσή τους. Στην επαφή με τους ασθενείς αυτούς ο ερευνητής τους ζητούσε να συμμετέχουν στην έρευνα εξηγώντας τους ότι στόχος της ήταν η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών που επισκέπτονται τις κλινικές του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια εφημεριών. Τους ενημέρωνε επίσης ότι θα επικοινωνούσε μαζί τους τηλεφωνικά- εφόσον το επιθυμούσαν και ήθελαν να γνωστοποιήσουν στον ερευνητή το τηλέφωνό τους- μετά την πάροδο δύο εβδομάδων, προκειμένου να τους θέσει μερικές ακόμη ερωτήσεις. Εφόσον εκείνοι δέχονταν να συμμετέχουν, στη συνέχεια απαντούσαν στις ερωτήσεις που έθετε ο ερευνητής με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης (face-to-face interview). Η συνέντευξη διαρκούσε περίπου 10-15 λεπτά.

Μετά από διάστημα δύο εβδομάδων από την παραπομπή, ο ερευνητής επικοινωνούσε με όλους όσους συμμετείχαν στην έρευνα τηλεφωνικά ρωτώντας τους αν απευθύνθηκαν ή όχι σε ψυχίατρο/ή ψυχολόγο και αν είναι ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση που είχαν (ναι - όχι).

4.2.2 Δείγμα

Στο διάστημα διεξαγωγής του εξαμήνου (1/5-30/10/2009) της έρευνας οι παθολογικές και οι καρδιολογικές κλινικές του εν λόγω νοσοκομείου εφημέρευαν περίπου 130 ημέρες¹. Στη διάρκεια αυτών των εφημεριών επισκέφτηκαν τις κλινικές αυτές 90 άτομα τα οποία αξιολογήθηκε ότι παρουσίαζαν συμπτώματα ψυχολογικής αιτιολογίας και ως εκ τούτου ακολούθησε η παραπομπή τους για ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση.

Από αυτούς τους ασθενείς δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα οι 76, διαμορφώνοντας το ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) στο 84%. Τα άτομα αυτά αποτέλεσαν το τελικό δείγμα της παρούσας έρευνας. Από αυτούς τους ασθενείς 31 δήλωσαν ότι στη συνέχεια επισκέφτηκαν κάποια ψυχιατρική ή ψυχολογική υπηρεσία σύμφωνα με τη συμβουλή που τους έδωσαν οι γιατροί, δηλαδή ποσοστό 40,8 % των συμμετεχόντων.

4.2.3 Ερευνητικό Εργαλείο

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών (Patient Satisfaction Questionnaire) (PSQ-III). (Ware et al., 1976, Ware et al., 1983). Το ερωτηματολόγιο αυτό επιλέχθηκε καθώς έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στις έρευνες για την ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών υγείας διεθνώς, έχει τροποποιηθεί σημαντικά με τον έλεγχο του στην ερευνητική πράξη και περιλαμβάνει πολλούς από τους παράγοντες που θεωρητικά ενέχονται στην ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών υγείας (Carr-Hill, 1992, Greeneich et al., 1992, Ware & Snyder, 1975). Στην πρώτη του μορφή το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελούνταν από 80 ερωτήσεις και θεωρήθηκε ιδιαίτερος αποτελεσματικό για τη διερεύνηση της ικανοποίησης του γενικού πληθυσμού από τις υπηρεσίες παροχής υγείας και για το σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας (Ware et al., 1983). Το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε σε σειρά ερευνών και δέχτηκε μια σειρά τροποποιήσεων. Η πιο πρόσφατη εκδοχή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 51 ερωτήσεις που συνδυάζουν τη γενική ικανοποίηση από τη παροχή υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίηση από έξι

¹ Κάθε μήνα η μία καρδιολογική κλινική μαζί με μία από τις παθολογικές κλινικές είχαν 4 ημέρες γενικής εφημερίας και περίπου 4-6 ημέρες πρωινής εφημερίας. Αντίστοιχες ήταν και οι ημέρες εφημερίας της δεύτερης καρδιολογικής με μία από τις παθολογικές κλινικές.

παράγοντες φροντίδας: την τεχνική ποιότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την επικοινωνία, το κόστος, το χρόνο με τον γιατρό, και την προσβασιμότητα-διαθεσιμότητα.

Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες που διερευνούν την ικανοποίηση διαφόρων κατηγοριών ασθενών – όπως καρκινοπαθών (Groff et al., 2008), ασθενών που χρήζουν μεταμόσχευσης κάποιου οργάνου (Yildirim, 2006), ασθενών με οφθαλμολογικές παθήσεις (Jagadeesan et al., 2007) - σε διάφορες χώρες όπως στις ΗΠΑ (Bair, 2007, Jagadeesan et al., 2007) τον Καναδά (Groff et al., 2008), την Αυστραλία (Philip et al., 2009), την Ολλανδία (Hagedoorn et al., 2003, Ong et al., 2008) και την Τουρκία (Yildirim, 2006). Ωστόσο δεν εντοπίστηκαν έρευνες στην Ελλάδα που να το έχουν χρησιμοποιήσει στο παρελθόν. Για το λόγο αυτό η μετάφραση του ερωτηματολογίου έγινε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας από δύο μεταφραστές με πολύ καλή γνώση της αγγλικής και της ελληνικής γλώσσας.

Σε κάθε παράγοντα φροντίδας αντιστοιχούν συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

α) Ο παράγοντας της Γενικής ικανοποίησης περιλαμβάνει απόψεις σχετικά με το γενικότερο σύστημα υγείας και τις εμπειρίες των ερωτώμενων από αυτό, όπως «Υπάρχουν ορισμένα πράγματα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω που θα μπορούσαν να είναι καλύτερα».

β) Ο δεύτερος παράγοντας αφορά τις απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με την τεχνική και επιστημονική επάρκεια των γιατρών, όπως «Όταν μου παρέχεται ιατρική περίθαλψη, το προσωπικό είναι προσεκτικό στο να ελέγξουν τα πάντα όταν με εξετάζουν».

γ) Ο τρίτος παράγοντας αφορά τις απόψεις των ερωτώμενων που σχετίζονται με τις σχέσεις που αναπτύσσουν με τους γιατρούς στη διάρκεια της επίσκεψής τους, όπως «Οι γιατροί μου συμπεριφέρονται πολύ μεθοδικά και απρόσωπα».

δ) Ο παράγοντας της επικοινωνίας περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με τους τρόπους με τους οποίους οι γιατροί εξηγούν το πρόβλημα στους ασθενείς και το κατά πόσο ακούν τις απόψεις των ασθενών σχετικά με το πρόβλημά τους, όπως «Στη διάρκεια των ιατρικών μου επισκέψεων πάντα μου επιτρέπεται να πω οτιδήποτε πιστεύω ότι είναι σημαντικό».

ε) Ο επόμενος παράγοντας αφορά τις απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με το οικονομικό κόστος της θεραπείας και περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως «Ανησυχώ μερικές φορές σχετικά με την πληρωμή μεγάλων ιατρικών εξόδων».

στ) Ένας ακόμα παράγοντας που εμπεριέχεται στο ερωτηματολόγιο αφορά το χρόνο που διαθέτουν οι γιατροί στον ασθενή κατά την επίσκεψή του στη μονάδα παροχής υγείας και περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως «Οι γιατροί συνήθως ασχολούνται μαζί μου αρκετή ώρα».

ζ) Ο τελευταίος παράγοντας περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν το πόσο εύκολα προσβάσιμος είναι ο χώρος παροχής υγείας κατά πόσο είναι διαθέσιμος και άνετος, π.χ. «Είναι εύκολο να λάβω ιατρική περίθαλψη για ένα επείγον περιστατικό».

Το πλήρες ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα.

Η αξιολόγηση των ανωτέρω θεμάτων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της πεντάβαθμης κλίμακας Likert, η οποία περιλάμβανε τις εξής βαθμίδες:

- 1= Συμφωνώ απόλυτα
- 2 = Συμφωνώ
- 3 = Δεν είμαι σίγουρος/η
- 4 = Διαφωνώ
- 5 = Διαφωνώ απόλυτα

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου δεν έχουν όλες την ίδια φορά ως προς την ικανοποίηση. Έτσι άλλες ερωτήσεις είναι αρνητικά διατυπωμένες και άλλες θετικά. Για το λόγο αυτό προκειμένου να προχωρήσουμε στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων μετατρέψαμε την κλίμακα των ερωτήσεων που ήταν διατυπωμένες θετικά έτσι ώστε η τιμή 1 να αντιστοιχεί σε χαμηλή ικανοποίηση και η τιμή 5 σε υψηλή. Συγκεκριμένα οι ερωτήσεις στις οποίες έγινε αντίστροφη κωδικοποίηση ήταν οι παρακάτω:

PSQ01, PSQ03, PSQ05, PSQ07, PSQ09, PSQ11, PSQ13, PSQ15, PSQ18, PSQ20, PSQ22, PSQ24, PSQ26, PSQ28, PSQ29, PSQ31, PSQ33, PSQ35, PSQ37, PSQ39, PSQ41, PSQ43, PSQ45, PSQ47, PSQ49, PSQ50

Τέλος, για την επεξεργασία των ερωτηματολογίων σχεδιάστηκε ειδική βάση δεδομένων με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (statistical package for social sciences), στην

οποία εισήχθησαν τα δεδομένα, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η στατιστική επεξεργασία και ανάλυσή τους.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Χαρακτηριστικά δείγματος

Το τελικό δείγμα, που συμμετείχε στην έρευνα αποτελούνταν από 37 (48,7%) άνδρες και 39 (51,3%) γυναίκες και ο μέσος όρος της ηλικίας ήταν 42,99 έτη (ΜΟ=42,99, SD= 12,33, Min=22, Max=80). Οι περισσότεροι ήταν δημόσιοι υπάλληλοι (52 άτομα, ποσοστό 68,4%)², ενώ ιδιωτικοί υπάλληλοι ήταν 10 (13,2%) και 5 άτομα ασχολούνταν με οικιακά (6,6%). Ελεύθεροι επαγγελματίες ήταν 3 άτομα και 2 εργάτες/αγρότες. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι (61 άτομα, 80,3%). Το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ήταν αρκετά υψηλό καθώς οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ (31 άτομα, ποσοστό 40,8) και απόφοιτοι Λυκείου (άτομα 27, ποσοστό 35,5%). Τέλος όλοι οι ερωτώμενοι είχαν ασφαλιστική κάλυψη με τους περισσότερους, ποσοστό 50% (38 άτομα) να έχουν ασφάλεια Δημοσίου³, ενώ ποσοστό 31,6% (24 άτομα) είχε ασφάλεια ΙΚΑ.

Τα χαρακτηριστικά του δείγματος συνολικά παρατίθενται στους πίνακες που ακολουθούν.

Πίνακας 5.1. Χαρακτηριστικά δείγματος (N=76)

Φύλο		
Άνδρας	37	48,7
Γυναίκα	39	51,3
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	61	80,3
Άγαμος	15	19,7
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Δημοτικό	3	3,9
Γυμνάσιο	3	3,9

² Το υψηλό ποσοστό των υπαλλήλων του δημοσίου αντανακλά πιθανώς τόσο το μεγάλο αριθμό των δημοσίων υπαλλήλων στην Ελλάδα (αν και ο ακριβής αριθμός τους δεν έχει καταστεί δυνατόν να οριστεί με ακρίβεια) όσο και το γεγονός ότι άλλες επαγγελματικές κατηγορίες, όπως οι ελεύθεροι επαγγελματίες (πχ. μηχανικοί ή δικηγόροι), έχουν μεγαλύτερες δυνατότητες πρόσβασης σε ιδιώτες ιατρούς ή ιδιωτικές κλινικές.

³ Ορισμένοι από τους ερωτώμενους ενώ είναι δημόσιοι υπάλληλοι δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη δημοσίου καθώς ανήκουν σε επαγγελματικές κατηγορίες που καλύπτονται από άλλα ταμεία όπως το ΤΣΜΕΔΕ ή δεν είναι μόνιμοι οπότε έχουν ασφαλιστική κάλυψη από το ΙΚΑ.

Λύκειο	27	35,5
Τεχνική Σχολή	7	9,2
ΤΕΙ	5	6,6
ΑΕΙ	31	40,8

Πίνακας 5.2. Χαρακτηριστικά δείγματος (N=76)

Επάγγελμα	Συχνότητα	Ποσοστό
Δημ. Υπάλληλος	52	68,4
Ιδιωτ. Υπάλληλος	10	13,2
Συνταξιούχος	4	5,3
Οικιακά	5	6,6
Ελευθ. Επαγγελματίας	3	3,9
Εργάτης/Αγρότης	2	2,6
Ασφαλιστικός φορέας		
Ασφ. Δημοσίου	38	50,0
ΙΚΑ	24	31,6
ΤΣΜΕΔΕ	7	9,2
ΟΓΑ	2	2,6
ΤΣΑΥ	2	2,6
Άλλα	3	3,9

5.2 Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

Τα αποτελέσματα των απαντήσεων ανά παράγοντα και ανά ερώτημα της κλίμακας παρουσιάζονται στους επόμενους πίνακες. Η κατανομή των ερωτήσεων παρουσιάζεται επίσης με τη μορφή “boxplots” στο παράρτημα.

Παρατηρούμε ότι οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στον παράγοντα Γενική Ικανοποίηση έχουν γενικά χαμηλούς μέσους όρους ικανοποίησης, καθώς αυτοί είναι στις περισσότερες περιπτώσεις μικρότεροι του 3 που αποτελεί τη μέση τιμή της κλίμακας. Παρατηρούμε επίσης ότι στις τρεις ερωτήσεις οι οποίες στο ερωτηματολόγιο ήταν διατυπωμένες αρνητικά και κωδικοποιήθηκαν αντίστροφα (ερωτήσεις 33, 21 και 49) ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι

πιο χαμηλός από ότι στις υπόλοιπες γεγονόσ που μπορεί να υποδηλώνει ότι η αρνητική διατύπωση ωθεί τους ερωτώμενους προς μια περισσότερο κριτική θέση απέναντι στο θέμα.

Πίνακας 5.3. Ελάχιστες και Μέγιστες τιμές, Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις στον παράγοντα Γενική Ικανοποίηση (N=76)

Γενική Ικανοποίηση (GSAT)		Ελαχ.	Μεγ.	M.O.	T.A.
+ PSQ01	3. Είμαι πολύ ικανοποιημένος με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω	1	5	2,80	1,020
- PSQ02	33. Υπάρχουν ορισμένα πράγματα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω που θα μπορούσαν να είναι καλύτερα	1	4	1,58	,617
+ PSQ03	42. Γενικά η ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω είναι περίφημη	1	5	2,39	,925
- PSQ04	21. Υπάρχουν πράγματα σχετικά με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης που χρειάζονται βελτίωση	1	3	1,34	,555
+ PSQ05	11. Η ιατρική περίθαλψη που έχω λάβει είναι σχεδόν τέλεια	1	5	2,62	,979
- PSQ06	49. Είμαι δυσαρεστημένος με μερικά πράγματα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω	1	4	2,04	,824

Αντίθετα στον παράγοντα της Τεχνικής ποιότητας οι μέσοι όροι τριών από τις 10 ερωτήσεις βρίσκονται πάνω από το 3 ως προς το βαθμό ικανοποίησης, γεγονός που δηλώνει ότι υπάρχει περισσότερη ικανοποίηση ως προς την τεχνική επάρκεια του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Και σε αυτή τη θεματική, ωστόσο, οι μέσοι όροι είναι χαμηλότεροι όταν αυτές είναι διατυπωμένες αρνητικά γεγονόσ που ενισχύει την υπόθεση ότι οι αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις ωθούν τους ερωτώμενους να πάρουν μια περισσότερο κριτική θέση. Ωστόσο και ανάμεσα σε αυτές τις ερωτήσεις μία παρουσιάζει ιδιαίτερα χαμηλό μέσο όρο (1,38) και είναι αυτή που αφορά το κατά πόσο οι γιατροί είναι προσεκτικοί (PSQ8). Ο δείκτης αυτός είναι πιθανόν να δηλώνει ότι οι ασθενείς αναμένουν περισσότερη ενασχόληση και προσοχή από τους γιατρούς την οποία δεν τυγχάνουν, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί τόσο στους γιατρούς όσο και στις συνθήκες εξέτασης των ασθενών στα ΤΕΠ, καθώς στη διάρκεια των εφημεριών ο όγκος της εργασίας των γιατρών είναι ιδιαίτερα μεγάλος.

Πίνακας 5.4. Ελάχιστες και Μέγιστες τιμές, Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις στον παράγοντα Τεχνική Ποιότητα (N=76)

Τεχνική Ποιότητα (TECH)	Ελαχ.	Μεγ.	M.O.	T.A.
+ PSQ07 15. Όταν μου παρέχεται ιατρική περίθαλψη, το προσωπικό είναι προσεκτικό στο να ελέγξουν τα πάντα όταν με εξετάζουν	1	5	2,96	,999
- PSQ08 2 Οι γιατροί πρέπει να είναι περισσότερο προσεκτικοί στη θεραπεία και στην εξέταση	1	4	1,38	,565
+ PSQ09 8. Πιστεύω πως το ιατρείο του γιατρού μου έχει ότι χρειάζεται για να μου παρέχει πλήρη ιατρική περίθαλψη	1	5	2,95	,878
- PSQ10 12. Μερικές φορές οι γιατροί με κάνουν να αναρωτιέμαι αν η διάγνωσή τους είναι σωστή	1	4	2,13	,854
+ PSQ11 23. Το ιατρικό προσωπικό που με παρακολουθεί γνωρίζει τις πρόσφατες ιατρικές εξελίξεις	1	5	3,12	,993
- PSQ12 36. Μερικοί γιατροί παρουσιάζουν έλλειψη εμπειρίας σχετικά με τα ιατρικά μου προβλήματα	1	4	2,11	,741
+ PSQ13 50. Οι γιατροί μου είναι πολύ ικανοί και εκπαιδευμένοι	1	5	3,04	,662
- PSQ14 45. Έχω αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητα των γιατρών που με κουράρουν	1	5	2,89	,974
+ PSQ15 31. Οι γιατροί δε με εκθέτουν σε άσκοπο κίνδυνο	2	5	3,24	,764
- PSQ16 41. Οι γιατροί σπάνια με συμβουλεύουν πώς να αποφεύγω τις αρρώστιες και να μείνω υγιής	1	5	2,80	1,143

Και στον παράγοντα που αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις οι συμμετέχοντες απαντούν θετικά (M.O.>3) σε τρεις από τις ερωτήσεις που έχουν θετική διατύπωση και αφορούν τη συμπεριφορά των γιατρών κατά τη διάρκεια της εξέτασής τους (Ερωτήσεις PSQ18, PSQ20, PSQ22). Στις υπόλοιπες ερωτήσεις ωστόσο οι μέσοι όροι είναι μικρότεροι του 3 ενώ ιδιαίτερα χαμηλός είναι ο μέσος όρος στην ερώτηση που αφορά το σεβασμό προς τον ασθενή (M.O.= 1,62). Ο χαμηλός αυτός μέσος όρος μπορεί να αποδοθεί σε ένα βαθμό στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη ερώτηση έχει διατυπωθεί αρνητικά. Ωστόσο, είναι πιθανόν να δείχνει επίσης ότι οι ασθενείς νιώθουν ότι παρά τη φιλική συμπεριφορά και ευγένεια του

ιατρονοσηλευτικού προσωπικού δεν αντιμετωπίζονται με τον τρόπο που θα επιθυμούσαν ως πελάτες.

Πίνακας 5.5. Ελάχιστες και Μέγιστες τιμές, Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις στον παράγοντα Διαπροσωπικές σχέσεις (N=76)

Διαπροσωπικές σχέσεις (INTER)		Ελαχ.	Μεγ.	M.O.	T.A.
- PSQ17	29. Οι γιατροί μου συμπεριφέρονται πολύ μεθοδικά και απρόσωπα	1	5	2,63	1,124
+ PSQ18	47. Οι γιατροί πάντα κάνουν ότι καλύτερο για να μην ανησυχώ	1	5	3,16	,953
- PSQ19	39. Όταν μου παρέχουν ιατρική περίθαλψη θα πρέπει να προσέχουν περισσότερο την ιδιωτική μου ζωή	1	5	2,16	,910
+ PSQ20	17. Οι γιατροί που με παρακολουθούν ιατρικά έχουν ένα ειλικρινές ενδιαφέρον για μένα ως άτομο	1	5	3,16	,880
- PSQ21	26. Μερικές φορές οι γιατροί με κάνουν να αισθάνομαι χαζός	1	5	2,86	1,163
+ PSQ22	34. Οι γιατροί μου φέρονται με ένα φιλικό και ευγενικό τρόπο	1	5	3,20	1,059
- PSQ23	9. Οι θεράποντες ιατροί θα πρέπει να με σέβονται περισσότερο	1	3	1,62	,588

Αντίστοιχα μέσοι όροι που δηλώνουν ικανοποίηση παρουσιάζονται και στις ερωτήσεις του παράγοντα της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και γιατρών, που διατυπώνονται θετικά (M.O.>3). Χαμηλότεροι, ωστόσο του τρία, είναι οι μέσοι όροι και πάλι στις ερωτήσεις με αρνητική διατύπωση. Πιο συγκεκριμένα διαπιστώνουμε ότι δυσαρεστεί τους ασθενείς η χρήση της ιατρικής ορολογίας (Ερ. PSQ25 - M.O. = 2,28), καθώς δεν μπορούν να κατανοήσουν το νόημα των όρων και επομένως και τη σοβαρότητα του προβλήματός τους αλλά και η απροθυμία των γιατρών να ακούσουν τις απόψεις του ίδιου του ασθενή (Ερώτηση PSQ27, M.O.= 2,53).

Πίνακας 5.6. Ελάχιστες και Μέγιστες τιμές, Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις στον παράγοντα Επικοινωνία (N=76)

Επικοινωνία (COMM)		Ελαχ.	Μεγ.	M.O.	T.A.
+ PSQ24	6. Οι γιατροί είναι καλοί στο να εξηγούν το λόγο για ιατρικές εξετάσεις	1	5	3,07	1,024
- PSQ25	18. Μερικές φορές οι γιατροί χρησιμοποιούν ιατρικούς όρους χωρίς να εξηγούν τι εννοούν	1	5	2,28	1,078
+ PSQ26	13. Στη διάρκεια των ιατρικών μου επισκέψεων πάντα μου επιτρέπεται να πω οτιδήποτε πιστεύω ότι είναι σημαντικό	1	5	3,70	1,046
- PSQ27	38. Οι γιατροί μερικές φορές αγνοούν αυτά που τους λέω	1	5	2,53	1,000
+ PSQ28	43. Οι γιατροί ακούνε προσεκτικά αυτά που έχω να πω	1	5	3,11	,918

Τέλος, στις ερωτήσεις που αφορούν το κόστος της περίθαλψης οι ερωτώμενοι παρουσιάζουν ικανοποίηση χαμηλότερη του 3. Ωστόσο και σε αυτή την ομάδα ερωτήσεων διαπιστώνεται ότι δύο ερωτήσεις, οι οποίες είναι αρνητικά διατυπωμένες, έχουν μέσο όρο αρκετά χαμηλό και αυτές αφορούν την ανησυχία για την πληρωμή ιατρικών εξόδων (ερωτήσεις PSQ30 και PSQ32). Οι μέσοι όροι αυτοί (M.O.=1,78 και M.O.= 2,38 αντίστοιχα) παρουσιάζονται χαμηλοί παρά το γεγονός ότι η εξέταση των ασθενών στα ΤΕΠ είναι δωρεάν για τον ασθενή. Το εύρημα αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ερωτώμενοι απαντούν όχι τόσο για την εξέτασή τους στα ΤΕΠ όσο για τα μελλοντικά έξοδα που μπορεί να συνεπάγεται η όποια διαγνωσμένη ασθένειά τους.

Πίνακας 5.7. Ελάχιστες και Μέγιστες τιμές, Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις στον παράγοντα Οικονομικές απόψεις (N=76)

Οικονομικές απόψεις (FINAN)		Ελαχ.	Μεγ.	M.O.	T.A.
+ PSQ29	14. Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να λάβω την ιατρική περίθαλψη που χρειάζομαι χωρίς να μου στοιχίσει ακριβά	1	5	2,66	1,027
- PSQ30	4. Ανησυχώ μερικές φορές σχετικά με την πληρωμή μεγάλων ιατρικών εξόδων	1	5	1,78	,793

+ PSQ31	27. Ασχέτως με τα προβλήματα υγείας που έχω τώρα ή που θα παρουσιάσω αργότερα αισθάνομαι προστατευμένος/η από οικονομική εκμετάλλευση	1	5	2,54	1,125
- PSQ32	10. Μερικές φορές υπάρχει πρόβλημα στο να καλύπτω την πληρωμή για την ιατρική επίσκεψη	1	5	2,38	1,058
+ PSQ33	44. Αισθάνομαι ασφαλής και προστατευμένος σχετικά με όλα τα πιθανά ιατρικά προβλήματα	1	4	2,92	,669
- PSQ34	24. Πρέπει να πληρώνω περισσότερο για την ιατρική μου περίθαλψη απ' όσα μπορώ να διαθέσω	1	5	3,16	1,367
+ PSQ35	32. Το ποσό που πρέπει να πληρώσω για να καλύψω ή να εξασφαλίσω την ιατρική μου περίθαλψη είναι λογικό	1	5	2,82	,948
- PSQ36	19. Μερικές φορές δε λαμβάνω την ιατρική περίθαλψη που χρειάζομαι γιατί στοιχίζει ακριβά	1	5	2,75	1,145

Στις δύο ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση από το χρόνο που αφιερώνουν οι γιατροί για τον ασθενή οι ερωτώμενοι παρουσιάζουν ικανοποίηση κάτω από 3 τόσο ως προς το χρόνο που ασχολούνται οι γιατροί μαζί τους αλλά και ως προς τη βιασύνη των γιατρών κατά την εξέτασή τους. Το εύρημα αυτό είναι πιθανόν να οφείλεται στις ιδιαιτερότητες των ΤΕΠ, όπου οι γιατροί καλούνται να εξυπηρετήσουν ένα μεγάλο αριθμό ασθενών αλλά σε περιορισμένο χρόνο.

Πίνακας 5.8. Ελάχιστες και Μέγιστες τιμές, Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις στον παράγοντα Χρόνος με τον γιατρό (N=76)

Χρόνος με τον γιατρό (TIME)		Ελαχ.	Μεγ.	M.O.	T.A.
+ PSQ37	46. Οι γιατροί συνήθως ασχολούνται μαζί μου αρκετή ώρα	1	5	2,61	,981
- PSQ38	35. Τα άτομα που μου παρέχουν ιατρική περίθαλψη, μερικές φορές βιάζονται πολύ όταν με κουράρουν	1	4	2,33	,915

Τέλος ως προς την προσβασιμότητα της υπηρεσίας διαπιστώνουμε ότι οι ερωτώμενοι δηλώνουν ικανοποιημένοι (M.O.>3) σε έξι από τις 12 ερωτήσεις που αφορούν κυρίως τη ελευθερία, ευκολία και αμεσότητα πρόσβασης στα ΤΕΠ. (PSQ39: ελεύθερη πρόσβαση στα

ΤΕΠ, PSQ41: Εξυπηρέτηση επειγόντων περιστατικών, PSQ43: εύκολη πρόσβαση στα ΤΕΠ, PSQ45: Εύκολη πρόσβαση σε γιατρούς, PSQ48: εύκολη αναμονή ιατρών, PSQ50: άμεση παροχή ιατρικής περίθαλψης). Αντίθετα οι μέσοι όροι στις υπόλοιπες έξι ερωτήσεις παρουσιάζονται χαμηλότεροι από το 3, δηλώνοντας έλλειψη ικανοποίησης κυρίως ως προς τη διάρκεια λειτουργίας των ΤΕΠ (PSQ42, PSQ46, PSQ47), το χρόνο αναμονής (PSQ40, PSQ44) και την ύπαρξη ειδικών γιατρών (PSQ49)

Πίνακας 5.9. Ελάχιστες και Μέγιστες τιμές, Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις στον παράγοντα Προσβασιμότητα (N=76)

Προσβασιμότητα/Διαθεσιμότητα/Άνεση	Ελαχ.	Μεγ.	Μ.Ο.	Τ.Α.
+ PSQ39 1. Αν χρειάζομαι ιατρική περίθαλψη μπορεί να μου επιτραπεί η είσοδος σε ένα νοσοκομείο χωρίς πρόβλημα	1	5	4,08	,829
- PSQ40 16. Είναι πάντα δύσκολο να λάβω ιατρική περίθαλψη σε σύντομο χρονικό διάστημα	1	5	2,46	1,051
+ PSQ41 5. Είναι εύκολο να λάβω ιατρική περίθαλψη για ένα επείγον περιστατικό	1	5	3,33	,885
- PSQ42 22. Το γραφείο απ' όπου μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη θα πρέπει να είναι ανοιχτό περισσότερες ώρες	1	4	1,79	,822
+ PSQ43 37. Τα μέρη όπου μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη, είναι εύκολα προσβάσιμα	1	5	3,29	,907
- PSQ44 28. Εκεί που λαμβάνω ιατρική περίθαλψη, οι άνθρωποι πρέπει να περιμένουν πολύ για επείγοντα περιστατικά	1	5	2,24	1,082
+ PSQ45 40. Αν έχω μια ιατρική ερώτηση μπορώ να απευθυνθώ στο γιατρό χωρίς πρόβλημα	1	5	3,46	,958
- PSQ46 48. Μου είναι δύσκολο να κλείσω αμέσως ραντεβού για ιατρική περίθαλψη	1	5	2,26	1,100
+ PSQ47 20. Οι ώρες γραφείου που μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη είναι βολικές για μένα	1	5	2,71	1,056

- PSQ48	7. Περιμένω εύκολα για μεγάλο χρονικό διάστημα όταν είμαι στο ιατρείο ενός γιατρού	1	5	3,14	1,151
+ PSQ49	25. Έχω πρόσβαση στους ειδικούς ιατρούς που χρειάζομαι	1	5	2,80	,910
+ PSQ50	51. Μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη όποτε τη χρειάζομαι	1	5	3,13	,943

5.3 Ομαδοποίηση ερωτήσεων – Κατασκευή παραγόντων

Προκειμένου να ομαδοποιήσουμε τις απαντήσεις και να τις εντάξουμε στους παράγοντες που ορίζονται από τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου προχωρήσαμε στον έλεγχο της αξιοπιστίας Cronbach's Alpha περιλαμβάνοντας σε κάθε παράγοντα τις προτεινόμενες ερωτήσεις. Τα αποτελέσματα ωστόσο δεν ήταν ιδιαίτερα ικανοποιητικά καθώς ο δείκτης αξιοπιστίας δεν ήταν το ίδιο υψηλός όσο προβλέπεται από τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα οι περισσότεροι δείκτες βρίσκονταν κάτω από το αποδεκτό όριο (Cronbach's Alpha <0,65).

Πίνακας 5.10. Δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's Alpha ανά παράγοντα

	Ερωτήσεις	Cronbach's α
Γενική Ποιότητα (GSAT)	6	,658
Τεχνική Ποιότητα (TECH)	10	,650
Διαπροσωπικές σχέσεις (INTER)	7	,610
Επικοινωνία (COMM)	5	,770
Οικονομικές απόψεις (FINAN)	8	,605
Χρόνος με τον γιατρό (TIME)	2	,539
Προσβασιμότητα/Διαθεσιμότητα/Άνεση	12	,595

Κάτι τέτοιο είναι αναμενόμενο καθώς το ερωτηματολόγιο δεν είχε προηγουμένως προσαρμοστεί και σταθμιστεί στην Ελλάδα. Προκειμένου να διορθωθούν οι δείκτες αναζητήσαμε τις ερωτήσεις εκείνες που μειώνουν το δείκτη αξιοπιστίας στην ανάλυση αξιοπιστίας (reliability analysis) και τις αφαιρέσαμε από τους παράγοντες, χρησιμοποιώντας

τη μέθοδο της βελτίωσης του Cronbach alpha αν κάποιο στοιχείο αφαιρεθεί (reliability if item deleted). Συγκεκριμένα:

α) από τον παράγοντα «Τεχνική Ποιότητα (TECH)» αφαιρέσαμε την ερώτηση PSQ08 «Οι γιατροί πρέπει να είναι περισσότερο προσεκτικοί»,

β) από τον παράγοντα «Διαπροσωπικές σχέσεις (INTER)» αφαιρέθηκαν οι ερωτήσεις PSQ17 «Μου συμπεριφέρονται πολύ τυπικά», PSQ19 «Δεν προσέχουν την ιδιωτική μου ζωή» και PSQ23 «Θα πρέπει να με σέβονται περισσότερο» και προστέθηκαν οι ερωτήσεις που αφορούσαν τον παράγοντα «Χρόνος με τον γιατρό (TIME)» PSQ37 «Ασχολούνται μαζί μου αρκετή ώρα» και PSQ38 «Βιάζονται πολύ όταν με κουράρουν»,

γ) από τον παράγοντα «Οικονομικές απόψεις (FINAN)» αφαιρέθηκαν οι ερωτήσεις PSQ30 «Ανησυχώ για την πληρωμή ιατρικών εξόδων» και PSQ34 «Πληρώνω περισσότερο απ' όσα μπορώ να διαθέσω» και

δ) από τον παράγοντα της «Προσβασιμότητας» αφαιρέθηκαν οι ερωτήσεις PSQ39 «Μου επιτρέπεται η είσοδος χωρίς πρόβλημα» και PSQ48 «Περιμένω εύκολα στο ιατρείο ενός γιατρού».

Δεν έγιναν αλλαγές στον παράγοντα της Γενικής ικανοποίησης και στον παράγοντα Διαπροσωπικές σχέσεις καθώς σε αυτούς η αφαίρεση ερωτήσεων δεν βελτίωνε το δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's α .

Με βάση αυτές τις αλλαγές οι δείκτες αξιοπιστίας ανά παράγοντα βελτιώθηκαν σημαντικά (Cronbach's $\alpha > 0,70$), όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 5.11. Δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's Alpha ανά παράγοντα (τροποποίηση)

	Ερωτήσεις	Cronbach's α
Γενική Ποιότητα (GSAT)	6	,658
Τεχνική Ποιότητα (TECH)	9	,660
Διαπροσωπικές σχέσεις (INTER)	6	,796
Επικοινωνία (COMM)	5	,770

Οικονομικές απόψεις (FINAN)	6	,674
Προσβασιμότητα/Διαθεσιμότητα/Άνεση	10	,647

Στη συνέχεια προχωρήσαμε στον υπολογισμό των παραγόντων με τον εξής τρόπο που προτείνεται και από τους Hays, Davies & Ware (1987): α) προστέθηκαν οι τιμές των επιμέρους ερωτήσεων κάθε παράγοντα, β) το σκορ που προέκυψε διαιρέθηκε με τον αριθμό των ερωτήσεων ανά παράγοντα και γ) το νέο σκορ πολλαπλασιάστηκε με το 20, προκειμένου να αναχθούν τα σκορ ανά παράγοντα στην κλίμακα του 20- 100. Έτσι κάθε παράγοντας παίρνει τιμές από 20 – 100 αντί 1-5 που έπαιρνε πριν τον πολλαπλασιασμό με το 20.

5.4 Δείκτες ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα ΤΕΠ

Η ομαδοποίηση των ερωτήσεων, με βάση τις προδιαγραφές του Ερωτηματολογίου Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ), έδωσε τους παρακάτω δείκτες ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα ΤΕΠ. Στη συνέχεια παραθέτουμε τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις ανά παράγοντα αρχικά στην κλίμακα 1-5 και στη συνέχεια σε κλίμακα 20-100. Οι κατανομές των δεικτών παρουσιάζονται με τη μορφή boxplot στο παράρτημα.

Πίνακας 5.12. Ελάχιστες και Μέγιστες τιμές, Μέσοι Όροι και Τυπικές Αποκλίσεις ανά παράγοντα σε κλίμακα 1-5 (N=76)

	Ελαχ.	Μεγ.	Μ.Ο.	Τ.Α.
Επικοινωνία (COMM)	1,4	4,4	2,93	0,73
Διαπροσωπικές σχέσεις (INTER)	1,2	4,8	2,88	0,70
Τεχνική Ποιότητα (TECH)	1,6	3,9	2,80	0,47
Προσβασιμότητα/Διαθεσιμότητα/Άνεση	1,3	3,8	2,75	0,48
Οικονομικές απόψεις (FINAN)	1,2	4,3	2,68	0,62
Γενική Ποιότητα (GSAT)	1,2	3,3	2,13	0,51

Πίνακας 5.13. Ελάχιστες και Μέγιστες τιμές, Μέσοι Όροι και Τυπικές Αποκλίσεις ανά παράγοντα σε κλίμακα 20-100 (N=76)

	Ελαχ.	Μεγ.	Μ.Ο.	Τ.Α.
Επικοινωνία	28,00	88,00	58,68	14,64
Διαπροσωπικές σχέσεις	23,33	96,67	57,68	14,027

Τεχνική ποιότητα	31,11	77,78	56,08	9,34
Προσβασιμότητα/Διαθεσιμότητα/Άνεση	26,00	76,00	54,95	9,54
Οικονομικές απόψεις	23,33	86,67	53,55	12,43
Γενική ικανοποίηση	23,33	66,67	42,59	10,19

Διαπιστώνουμε ότι ο μεγαλύτερος δείκτης ικανοποίησης εμφανίζεται στον παράγοντα της επικοινωνίας με το γιατρό και των διαπροσωπικών σχέσεων με τους γιατρούς, ενώ ακολουθεί η τεχνική ποιότητα. Χαμηλότεροι παρουσιάζονται οι δείκτες ικανοποίησης στους παράγοντες που αφορούν την προσβασιμότητα και το οικονομικό κόστος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει όμως το γεγονός ότι ο δείκτης ικανοποίησης γενικότερα από το σύστημα υγείας είναι αυτός που παρουσιάζεται χαμηλότερος.

Γενικότερα, ωστόσο, οι δείκτες ικανοποίησης με βάση το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ) παρουσιάζονται χαμηλοί, καθώς όλοι βρίσκονται κάτω από την μέση τιμή της κλίμακας 20-100, δηλαδή το 60. Το εύρημα αυτό συγκρινόμενο με ευρήματα άλλων ερευνών όπως των Niakas et al. (2004), που δείχνουν ότι ο γενικός πληθυσμός των ασθενών αξιολογεί ιδιαίτερα υψηλά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα ελληνικά νοσοκομεία, δείχνει ότι η ομάδα των ασθενών με συμπτώματα ψυχολογικής αιτιολογίας παρουσιάζει χαμηλότερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Περνώντας στη διερεύνηση της δεύτερης υπόθεσής μας, ότι δηλαδή μεταξύ των ασθενών με συμπτώματα ψυχολογικής αιτιολογίας που επισκέπτονται τα ΤΕΠ εκείνοι που ακολουθούν τις ιατρικές συμβουλές για περαιτέρω ψυχιατρική διερεύνηση του προβλήματός τους θα παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερους δείκτες ικανοποίησης από εκείνους που δεν θα ακολουθούν τη συμβουλή αυτή, προχωρήσαμε σε περαιτέρω στατιστικές αναλύσεις.

Διαπιστώθηκε ότι από τα 76 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα οι 31 (ποσοστό 40,8%) δήλωσαν αργότερα ότι επισκέφτηκαν κάποιον ψυχίατρο ή ψυχολόγο. (Πίνακας 5.13)

Πίνακας 5.14. Επίσκεψη σε ψυχίατρο

Επίσκεψη σε ψυχίατρο	Συχνότητα	Ποσοστό
----------------------	-----------	---------

Ναι	31	40,8
Όχι	45	59,2

Αναζητώντας, ωστόσο, τις διαφορές ανάμεσα σε αυτούς που προχώρησαν σε επίσκεψη σε ψυχίατρο/ψυχολόγο και σε εκείνους που δεν ακολούθησαν τη συμβουλή των γιατρών, διαπιστώνουμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Τόσο εκείνοι που ακολούθησαν την ιατρική συμβουλή για περαιτέρω ψυχιατρική/ ψυχολογική διερεύνηση του προβλήματος όσο και εκείνοι που δεν την ακολούθησαν παρουσιάζουν χαμηλή γενική ικανοποίηση, ενώ υψηλότερη ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις και την επικοινωνία με τους γιατρούς.

Στη συνέχεια παρατίθενται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις ανά ομάδα και ο έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας t-test.

Πίνακας 5.15. Διαφορές ανάμεσα σε όσους επισκέφτηκαν και εκείνους που δεν επισκέφτηκαν ψυχιατρικές υπηρεσίες ως προς τους παράγοντες ικανοποίησης

	Επίσκεψη σε		N	M.O	T.A.	T	Σημ.
	Ναι	Όχι					
Γενική Ικανοποίηση	Ναι		31	42,37	9,59		
	Όχι		45	42,74	10,69	-,160	,873
Τεχνική ποιότητα	Ναι		31	56,34	8,54		
	Όχι		45	55,90	9,95	,208	,836
Διαπροσωπικές σχέσεις	Ναι		31	56,77	15,83		
	Όχι		45	58,30	12,78	-,445	,658
Επικοινωνία	Ναι		31	58,06	16,20		
	Όχι		45	59,11	13,64	-,295	,769
Οικονομικές απόψεις	Ναι		31	53,33	14,38		
	Όχι		45	53,70	11,06	-,121	,904
Πρόσβαση	Ναι		31	54,71	10,53		
	Όχι		45	55,11	8,92	-,174	,863

Τα ευρήματα αυτά δεν επιβεβαιώνουν τη δεύτερη υπόθεση, καθώς δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τους δείκτες ικανοποίησης μεταξύ των ασθενών με προβλήματα ψυχολογικής αιτιολογίας που ακολουθούν την ιατρική συμβουλή για περαιτέρω ψυχιατρική εκτίμηση του προβλήματος τους και εκείνων που δεν ακολουθούν τη συγκεκριμένη συμβουλή.

5.5 Δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους δείκτες ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

Στη συνέχεια αναζητήσαμε πιθανές διαφορές ως προς τους δείκτες ικανοποίησης με βάση τους δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα και τον ασφαλιστικό φορέα των ερωτώμενων. Ως προς το φύλο δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον έλεγχο t-test ($p > 0,05$), στον οποίο υποβλήθηκαν τα δεδομένα, όπως παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 5.16. Διαφορές ως προς το φύλο ανάμεσα στους παράγοντες ικανοποίησης

	Φύλο	N	M.O.	T.A.	T	Σημ.
Γενική ικανοποίηση	Άνδρες	37	43,42	9,89		
	Γυναίκες	39	41,79	10,54	,695	,489
Τεχνική ποιότητα	Άνδρες	37	55,86	9,45		
	Γυναίκες	39	56,30	9,36	-,204	,839
Διαπροσωπικές σχέσεις	Άνδρες	37	58,92	12,52		
	Γυναίκες	39	56,50	15,39	,755	,453
Επικοινωνία	Άνδρες	37	59,78	12,72		
	Γυναίκες	39	57,64	16,36	,639	,525
Οικονομικές απόψεις	Άνδρες	37	55,95	11,58		
	Γυναίκες	39	51,28	12,92	1,659	,101
Πρόσβαση	Άνδρες	37	55,89	9,13		
	Γυναίκες	39	54,05	9,95	,841	,403

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν, ωστόσο, ως προς τη Γενική Ικανοποίηση ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Παρατηρούμε ότι υψηλότερους δείκτες ικανοποίησης παρουσιάζουν οι απόφοιτοι δημοτικού, ενώ χαμηλότερους οι απόφοιτοι τεχνικών σχολών και ΑΕΙ (One Way ANOVA, $F=2,639$, $p=0,03$). Στους υπόλοιπους παράγοντες ικανοποίησης δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Πίνακας 5.17. Μέσοι όροι και Τυπικές αποκλίσεις στον παράγοντα Γενική Ικανοποίηση ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο

	N	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Δημοτικό	3	56,6667	3,33333
Γυμνάσιο	3	44,4444	1,92450
Λύκειο	27	44,6914	10,87062
Τεχνική Σχολή	7	36,6667	12,47219
ΤΕΙ	5	46,0000	8,62812
ΑΕΙ	31	40,0000	8,60663
Σύνολο	76	42,5877	10,19221

Αντίστοιχα και πάλι μόνο ως προς τη Γενική ικανοποίηση παρατηρούνται διαφορές και ως προς το επάγγελμα των συμμετεχόντων. Τον υψηλότερο δείκτη γενικής ικανοποίησης παρουσιάζουν οι συνταξιούχοι, ενώ το χαμηλότερο οι δημόσιοι υπάλληλοι. (One Way ANOVA, $F=3,198$ και $p=0,012<0,05$)

Πίνακας 5.18. Μέσοι όροι και Τυπικές αποκλίσεις στον παράγοντα Γενική Ικανοποίηση ανάλογα με το επάγγελμα

	N	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Δημ. Υπάλληλος	52	40,0000	9,90148
Ιδιωτ. Υπάλληλος	10	46,3333	7,27757
Συνταξιούχος	4	55,8333	3,19142
Οικιακά	5	46,6667	11,78511
Ελευθ. Επαγγελματίας	3	44,4444	8,38870

Εργάτης/Αγρότης	2	51,6667	11,78511
Σύνολο	76	42,5877	10,19221

Στον παράγοντα της Γενικής ικανοποίησης παρουσιάζονται διαφορές και ως προς την ηλικία καθώς οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από ότι οι ασθενείς μικρότερης ηλικίας (One Way ANOVA, $F=3,447$, $p=0,005$).

Πίνακας 5.19. Μέσοι όροι και Τυπικές αποκλίσεις στον παράγοντα Γενική Ικανοποίηση ανάλογα με την ηλικία

Ηλικία	N	Μέσοι Όροι	Τυπική Απόκλιση
20-29	6	42,7778	9,28958
30-39	28	37,7381	8,36678
40-49	18	44,8148	11,44594
50-59	18	43,5185	8,28198
60-69	3	54,4444	11,70628
70-79	1	53,3333	.
80-89	2	58,3333	2,35702
Σύνολο	76	42,5877	10,19221

Δεν παρατηρούνται διαφορές, ωστόσο, ως προς τις υπόλοιπες μεταβλητές που αφορούν δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (οικογενειακή κατάσταση, ασφαλιστική κάλυψη)

5.6 Δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την περαιτέρω ψυχιατρική διερεύνηση του προβλήματος

Αναζητώντας τα χαρακτηριστικά αυτών που ακολούθησαν τη συμβουλή για περαιτέρω ψυχιατρική/ψυχολογική διερεύνηση των συμπτωμάτων διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν διαφορές ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα οι απόφοιτοι ΑΕΙ ακολουθούν τη συμβουλή των γιατρών για περαιτέρω ψυχιατρική διερεύνηση σε πολύ μικρότερο βαθμό από ότι οι υπόλοιπες ομάδες ($\chi^2=11,958$, $df=5$, $p=0,035<0,05$).

Πίνακας 5.20. Διασταύρωση των κατηγορικών μεταβλητών Εκπαιδευτικό επίπεδο και Επίσκεψη σε ψυχίατρο

Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Επίσκεψη σε ψυχίατρο		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Δημοτικό	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
Γυμνάσιο	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
Λύκειο	15 55,6%	12 44,4%	27 100,0%
Τεχνική Σχολή	5 71,4%	2 28,6%	7 100,0%
ΤΕΙ	2 40,0%	3 60,0%	5 100,0%
ΑΕΙ	6 19,4%	25 80,6%	31 100,0%
Σύνολο	31 40,8%	45 59,2%	76 100,0%

Αντίστοιχα διαφορές παρατηρούνται και ως προς τον ασφαλιστικό φορέα. Οι ασφαλισμένοι του Δημοσίου ακολουθούν την ιατρική συμβουλή σε πολύ μικρότερο ποσοστό από ότι οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ ($\chi^2=14,546$, $df=7$, $p=0,042<0,05$).

Πίνακας 5.21. Διασταύρωση των κατηγορικών μεταβλητών Ασφαλιστικός φορέας και Επίσκεψη σε ψυχίατρο

Ασφαλιστικός Φορέας	Επίσκεψη σε Ψυχίατρο		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Ασφ. Δημοσίου	14 36,8%	24 63,2%	38 100,0%
ΙΚΑ	12	12	24

	50,0%	50,0%	100,0%
ΟΓΑ	2	0	2
	100,0%	,0%	100,0%
ΤΣΜΕΔΕ	0	7	7
	,0%	100,0%	100,0%
ΤΣΑΥ	0	2	2
	,0%	100,0%	100,0%
ΤΔΚΥ	1	0	1
	100,0%	,0%	100,0%
ΟΑΕΕ	1	0	1
	100,0%	,0%	100,0%
Ταμείο Μικρών Τραπεζών	1	0	1
	100,0%	,0%	100,0%
Σύνολο	31	45	76
	40,8%	59,2%	100,0%

Δεν παρατηρούνται, ωστόσο, άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το επάγγελμα και την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση.

Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά η ομάδα που ακολούθησε την ιατρική συμβουλή για περαιτέρω διερεύνηση του προβλήματός τους περιλαμβάνει κυρίως γυναίκες (61,3%), απόφοιτους Λυκείου (48,4%) και δημοσίους υπαλλήλους (61,3%). Οι περισσότεροι είναι έγγαμοι (74,2%) και καλύπτονται ασφαλιστικά από την Ασφάλεια των Δημοσίων υπαλλήλων (45,2%). Ο μέσος όρος της ηλικίας των ατόμων αυτών είναι 41,10 έτη, με τυπική απόκλιση 11,34 έτη.

Πίνακας 5.22. Δημογραφικά χαρακτηριστικά όσων προχώρησαν σε ψυχιατρική διερεύνηση του προβλήματος (φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο)

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό
Ανδρες	12	38,7

Γυναίκες	19	61,3
Σύνολο	31	100,0

Εκπαιδευτικό Επίπεδο

Δημοτικό	1	3,2
Γυμνάσιο	2	6,5
Λύκειο	15	48,4
Τεχνική Σχολή	5	16,1
ΤΕΙ	2	6,5
ΑΕΙ	6	19,4
Σύνολο	31	100,0

Πίνακας 5.23. Δημογραφικά χαρακτηριστικά όσων προχώρησαν σε ψυχιατρική διερεύνηση του προβλήματος (επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, ασφάλεια)

Επάγγελμα	Συχνότητα	Ποσοστό
Δημ. Υπάλληλοι	19	61,3
Ιδιωτ. Υπάλληλοι	8	25,8
Συνταξιούχοι	1	3,2
Οικιακά	2	6,5
Εργάτες/Αγρότες	1	3,2
Σύνολο	31	100,0

Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμοι	23	74,2
Άγαμοι	8	25,8
Σύνολο	31	100,0

Ασφαλιστικός Φορέας

Ασφ. Δημοσίου	14	45,2
ΙΚΑ	12	38,7
ΟΓΑ	2	6,5
ΤΔΚΥ	1	3,2
ΟΑΕΕ	1	3,2
Ταμ. Μικρών Τραπεζών	1	3,2

Ως προς την ικανοποίηση διαπιστώνουμε ό α και αυτή η ομάδα παρουσιάζει υψηλότερους δείκτες ικανοποίησης στις σχέσεις με τους γιατρούς (επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις) καθώς και στην τεχνική επάρκεια του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Χαμηλός ωστόσο είναι ο δείκτης ικανοποίησης (Μ.Ο.=42,37) για το γενικότερο σύστημα υγείας.

Πίνακας 5.24. Μέσοι Όροι και Τυπικές Αποκλίσεις στους παράγοντες ικανοποίησης

	N	Min	Max	Mean	S. D.
Επικοινωνία	31	28,00	88,00	58,06	16,19
Διαπροσωπικές σχέσεις	31	26,67	96,67	56,77	15,83
Τεχνικές απόψεις	31	42,22	71,11	56,34	8,54
Προσβασιμότητα	31	26,00	70,00	54,71	10,53
Κόστος	31	23,33	86,67	53,33	14,38
Γενική Ικανοποίηση	31	26,67	60,00	42,37	9,59

Εντός της ομάδας όσων επισκέφτηκαν ψυχίατρο ακολουθώντας την ιατρική συμβουλή διαπιστώνονται διαφορές ως προς το φύλο στους παράγοντες που αφορούν το κόστος, την επικοινωνία και την προσβασιμότητα, με τους άνδρες να παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από όσο οι γυναίκες. Συγκεκριμένα τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα 5.24.

Πίνακας 5.25. Διαφορές φύλου στην ικανοποίηση των ατόμων που προχώρησαν σε ψυχιατρική διερεύνηση του προβλήματος

	Φύλο	N	Mean	S. D.	t	Sign.
Γενική Ικανοποίηση	Άνδρες	12	45,8333	9,75715		
	Γυναίκες	19	40,1754	9,05904	1,616	,120
Τεχνικές απόψεις	Άνδρες	12	58,5185	8,54556		
	Γυναίκες	19	54,9708	8,47305	1,130	,270
Κόστος	Άνδρες	12	62,5000	9,22502		
	Γυναίκες	19	47,5439	14,17884	3,558	,001**
Προσβασιμότητα	Άνδρες	12	61,0000	6,63325		

	Γυναίκες	19	50,7368	10,71262	3,294	,003*
Διαπροσωπικές σχέσεις	Άνδρες	12	61,3889	10,48889		
	Γυναίκες	19	53,8596	18,09656	1,465	,154
Επικοινωνία	Άνδρες	12	65,0000	10,25139		
	Γυναίκες	19	53,6842	17,90423	2,235	,033*

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων ανέδειξε επίσης διαφορές στο επίπεδο της γενικής ικανοποίησης από το σύστημα υγείας ως προς το επάγγελμα των ερωτώμενων (One Way ANOVA, $F=3,368$, $\alpha=0,024$). Το χαμηλότερο δείκτη γενικής ικανοποίησης παρουσιάζουν οι δημόσιοι υπάλληλοι ($M.O.=38,42$).

Πίνακας 5.26. Διαφορές ανάλογα με το επάγγελμα στον παράγοντα Γενική Ικανοποίηση των ατόμων που προχώρησαν σε ψυχιατρική διερεύνηση του προβλήματος

Επάγγελμα	N	Μέσοι Όροι	T.A.
Δημ. Υπάλληλος	19	38,42	8,49
Ιδιωτ. Υπάλληλος	8	47,08	7,86
Συνταξιούχος	1	53,33	
Οικιακά	2	46,67	9,43
Εργάτης/Αγρότης	1	60,00	
Σύνολο	31	42,37	9,59

Τέλος, δεν παρατηρούνται διαφορές στους δείκτες ικανοποίησης ως προς τους υπόλοιπους δημογραφικούς παράγοντες, δηλαδή την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τον ασφαλιστικό φορέα.

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν με τη χρήση του Ερωτηματολογίου Ικανοποίησης Ασθενών κατ' αρχάς επιβεβαίωσε την πρώτη υπόθεση ότι οι ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτώματα ψυχοσωματικής αιτιολογίας και παραπέμπονται για περαιτέρω ψυχιατρική διερεύνηση των συμπτωμάτων τους παρουσιάζουν χαμηλή ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Διαπιστώθηκε ότι οι μέσοι όροι των δεικτών ικανοποίησης στους περισσότερους παράγοντες ήταν κοντά στη μέση τιμή της κλίμακας των δεικτών ικανοποίησης (M.T.=60) και κυμαίνονται από 53 ως 59. Ιδιαίτερα δυσαρεστημένοι, ωστόσο, παρουσιάζονται οι συγκεκριμένοι ασθενείς από το γενικότερο σύστημα υγείας παρουσιάζοντας μέσο όρο 42,59. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι σε αντίθεση προς το γενικό πληθυσμό που παρουσιάζει υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες (Niakas et al., 2004, Ραφτόπουλος, 2002), οι ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτώματα ψυχοσωματικής αιτιολογίας παρουσιάζουν πολύ χαμηλότερη ικανοποίηση.

Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με άλλες έρευνες που έδειξαν ότι οι ασθενείς με ψυχοσωματικά προβλήματα και άγχος παρουσίαζαν χαμηλότερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Bair et al., 2007, Greenley et al., 1982). Επιπλέον οι ασθενείς αυτοί νιώθουν αβεβαιότητα ως προς την κατάσταση της υγείας τους (δεν γνωρίζουν τι ασθένεια μπορεί να έχουν) και επομένως μπορεί να εκτιμούν την κατάσταση της υγείας τους ως ιδιαίτερος σοβαρή. Η υποκειμενική αντίληψή τους για τη σοβαρότητα του προβλήματός τους είναι πιθανόν να ευθύνεται για τη χαμηλή ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Όσο χειρότερη και «δυσδιάγνωστη» θεωρεί την κατάσταση της υγείας του, τόσο λιγότερο ικανοποιημένος δηλώνει από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Aharony & Strasser, 1993, Cleary, 1991, Frosthholm et al., 2005, Kane et al., 1997, Williams & Calnan, 1991).

Η ανάλυση δεν επιβεβαίωσε την δεύτερη υπόθεση, ότι ανάμεσα στους ασθενείς στους οποίους διαγνώστηκαν προβλήματα ψυχοσωματικού τύπου ακολούθησαν τη συμβουλή των γιατρών για περαιτέρω ψυχιατρική διερεύνηση των προβλημάτων τους, είναι εκείνοι που θα παρουσίαζαν υψηλότερη ικανοποίηση. Αντίθετα με προηγούμενες έρευνες (Korsch et al., 1968, Sherbourne et al., 1992) τα αποτελέσματα δείχνουν ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ικανοποίηση μεταξύ των ασθενών που ακολούθησαν την

ιατρική συμβουλή για περαιτέρω ψυχιατρική διερεύνηση του προβλήματος και σε αυτούς που δεν την ακολούθησαν.

Ως προς την τρίτη υπόθεση, τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών στους οποίους έγινε διάγνωση που αφορούσε ψυχοσωματικού τύπου συμπτώματα, παρουσίαζαν ορισμένες ιδιαιτερότητες. Σε αντιστοιχία με προηγούμενες έρευνες, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που προσήλθαν με συμπτώματα που χαρακτηρίστηκαν ψυχολογικής αιτιολογίας ήταν περισσότερες από τους άνδρες και κυρίως μέσης και τρίτης ηλικίας (Haug et al., 2004, Hanel et al. 2009). Επίσης προέρχονταν από μεσαία επαγγελματικά στρώματα, καθώς ήταν κυρίως υπάλληλοι δημόσιοι ή ιδιωτικοί. Ωστόσο, σε αντίθεση προς τα ευρήματα των Hanel et al. (2009) που δείχνουν ότι οι ασθενείς αυτοί είναι κυρίως χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, μεγάλο ποσοστό του δείγματος ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ και Λυκείου. Είχαν επομένως μέτριο και υψηλό μορφωτικό επίπεδο.

Οι δημογραφικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, μόρφωση, ασφαλιστικός φορέας) γενικά δεν επηρέασαν τους δείκτες ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του δείγματος. Μόνο ο παράγοντας της Γενικής Ικανοποίησης από το σύστημα υγείας φάνηκε να επηρεάζεται α) από το εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς υψηλότερη γενική ικανοποίηση παρουσίασαν τα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, β) από το επάγγελμα, καθώς χαμηλότερη γενική ικανοποίηση παρουσίασαν οι υπάλληλοι και γ) από την ηλικία, καθώς οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από ότι οι ασθενείς μικρότερης ηλικίας. Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι τα κοινωνικο-οικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ηλικία, συνιστούν παράγοντες που μπορούν, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών υγείας (Khayat & Salter, 1994, Zahr et al., 1991). Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας επιβεβαιώνουν εν μέρει αυτές τις διαφορές. Ωστόσο, αν και χωρίς την απαιτούμενη στατιστική σημαντικότητα, διαφαίνεται ότι η ικανοποίηση είναι αντιστρόφως ανάλογη του εκπαιδευτικού επιπέδου των ερωτώμενων και της ηλικίας τους. Υψηλότερη ικανοποίηση δηλώνουν οι απόφοιτοι δημοτικού και τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ χαμηλότερη ικανοποίηση δηλώνουν οι απόφοιτοι τεχνικών σχολών και ΑΕΙ και τα άτομα νεαρότερης ηλικίας. Ωστόσο δεν διαπιστώνονται διαφορές φύλου, καθώς άνδρες και γυναίκες δηλώνουν ικανοποιημένοι στον ίδιο βαθμό από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Ανάμεσα στους ασθενείς που αποτέλεσαν το δείγμα και παρουσίαζαν συμπτώματα ψυχοσωματικού τύπου, αυτοί οι οποίοι ακολούθησαν τη συμβουλή για περαιτέρω ψυχιατρική/ψυχολογική διερεύνηση των συμπτωμάτων ήταν κυρίως χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου, ενώ οι απόφοιτοι ΑΕΙ ακολούθησαν σε πολύ μικρότερο βαθμό τη συμβουλή των γιατρών και δεν απευθύνθηκαν σε ψυχίατρο/ψυχολόγο. Αντίστοιχα οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ, προχώρησαν σε περαιτέρω ψυχιατρική διερεύνηση του προβλήματός τους σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι ασφαλισμένοι του Δημοσίου που απευθύνθηκαν σε ψυχιατρικές/ψυχολογικές υπηρεσίες σε πολύ μικρότερο βαθμό. Δεν παρατηρήθηκαν, ωστόσο, άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το επάγγελμα και την ηλικία, το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση.

Ως προς την ικανοποίηση οι ασθενείς που προχώρησαν σε ψυχιατρική διερεύνηση των συμπτωμάτων τους παρουσιάστηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις σχέσεις με τους γιατρούς (επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις) καθώς και από την υλικοτεχνική υποδομή, ενώ δυσαρεστημένοι από το γενικότερο σύστημα υγείας. Παρόλα αυτά δεν διαφοροποιούνταν σημαντικά από εκείνους που δεν επισκέφτηκαν ψυχιατρικές υπηρεσίες. Εντός της ομάδας αυτής διαπιστώθηκαν διαφορές ως προς το φύλο στους παράγοντες που αφορούσαν το κόστος, την επικοινωνία και την προσβασιμότητα, με τους άνδρες να παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από όσο οι γυναίκες. Διαφορές επίσης παρουσιάστηκαν στο επίπεδο της γενικής ικανοποίησης από το σύστημα υγείας με τους συνταξιούχους να δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας από ότι οι υπόλοιποι ερωτώμενοι.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να συζητηθούν και οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας. Η μη επιβεβαίωση της κύριας υπόθεσής μας είναι πολύ πιθανόν να οφείλεται και στο μικρό αριθμό του δείγματος. Περαιτέρω διερεύνηση θα απαιτούσε μεγαλύτερο δείγμα προερχόμενο από περισσότερα του ενός νοσοκομεία πανελλαδικά, κάτι το οποίο δεν ήταν δυνατόν να επιτευχθεί στο πλαίσιο μιας διπλωματικής εργασίας.

Επίσης, το χρονικό διάστημα που απαιτείται προκειμένου να κλείσει κάποιος ραντεβού σε δομές ψυχικής υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, εκτός νοσοκομειακών δομών είναι συχνά πολύ μεγάλο. Στη παρούσα έρευνα οι ασθενείς ρωτήθηκαν δύο εβδομάδες μετά την επίσκεψή τους στα ΤΕΠ για το αν επισκέφτηκαν κάποια ψυχιατρική/ψυχολογική υπηρεσία.

Δεδομένου ότι συχνά τα ραντεβού μπορεί να κλείνονται μετά από μήνες θα έπρεπε η επαφή μαζί τους να γίνει σε αντίστοιχο χρόνο.

Εν κατακλείδι, είναι σημαντικό να διατυπωθούν ορισμένοι προβληματισμοί που προκύπτουν από την παρούσα έρευνα. Κατ' αρχάς, είναι σημαντικό οι γιατροί των ΤΕΠ να έχουν περισσότερη εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας, προκειμένου να βοηθούν τον ασθενή να διαχειριστεί τα αισθήματα ανασφάλειας και ασάφειας που προκαλεί η μη διάγνωση του προβλήματός του και τα οποία οδηγούν με τη σειρά τους στη μειωμένη ικανοποίησή του ασθενή και στη μη αποδοχή της ανάγκης για περαιτέρω ψυχιατρική διερεύνηση του προβλήματος του. Επιπλέον, η διαπίστωση ότι μόνο το 41% του δείγματος μετά από πάροδο διαστήματος δύο εβδομάδων είχε επισκεφτεί ψυχίατρο ή ψυχολόγο για τη περαιτέρω διερεύνηση των προβλημάτων του, ενισχύει την άποψη ότι δεν αρκεί μόνο ο εντοπισμός μια πιθανής σωματόμορφης διαταραχής στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που πραγματοποιείται στα ΤΕΠ, αλλά είναι απαραίτητο η ψυχιατρική ή ψυχολογική διάγνωση να γίνεται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που παρέχεται στα ΤΕΠ. Μια τέτοια πολιτική αντιμετώπισης των πιθανών σωματόμορφων διαταραχών θα περιορίσει σημαντικά και το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι ασθενείς με σωματόμορφες και αγχώδεις διαταραχές, εξ ορισμού (Μάνος, 1997) κάνουν πολύ συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να βρουν την αιτία και τη θεραπεία των συμπτωμάτων τους και επομένως κάθε φορά υποβάλλονται σε πληθώρα εργαστηριακών και κλινικών εξετάσεων με υψηλό κόστος. Αν ωστόσο, όταν διαπιστώνεται η πιθανότητα ύπαρξης σωματόμορφης ή αγχώδους διαταραχής ήταν δυνατή η άμεση και στον ίδιο χώρο εξέταση του ασθενούς από εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχίατρος, ψυχολόγος) τότε θα ήταν δυνατόν ο ασθενής να έχει τελική διάγνωση και προτεινόμενη θεραπεία, γεγονός που θα σήμαινε μείωση του λειτουργικού κόστους για το σύστημα υγείας και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Abramowitz, S., Cote, A. & Berry, E. (1987), Analyzing Patient Satisfaction: A Multianalytic Approach. *Quality Review Bulletin* 13 (4): 122-130.

Aharony, L. & Strasser, S. (1993), Patient Satisfaction: What we Know about and What we still Need to Explore. *Medical Care Review* 50 (1): 49-79.

Andersen, R. (1968), Behavioral Model of Families' Use of Health Services, Research Series 25, Center for Health Administration Studies, University of Chicago, Chicago.

Anderson, L.A. & 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.

Bair, M., Kroenke, K., Sutherland, J., McCoy, K. et al. (2007), Effects of depression and pain severity on satisfaction in medical outpatients: Analysis of the Medical Outcomes Study. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 44 (2): 143–152.

Borras, J. (1994), Utilization of Health Services. *Gaceta Sanitaria* 8 (40): 30-49.

Buttall, P., Hendler R. & Daley, J. (2008), 'Quality in health care: Concepts and practice in the business of health care', in Cohn, K. & Hough, D. (eds), *Improving systems of care*, Vol 3, Praeger, Westport, pp. 61-94.

Carey, R. & Seibert, J., (1993), A Patient Survey System to Measure Quality Improvement. Questionnaire Reliability and Validity. *Medical Care* 31 (9): 834-845.

Cartwright, A. & Anderson, R. (1981) *General Practice Revisited*, Tavistock, London.

Chang, B. (1984), The Effect of Systematically Varying Components of Nursing Care on Satisfaction in Elderly Ambulatory Women. *Western Journal of Nursing Research* 6 (4): 367-379.

Ciske, K. (1974), Primary Nursing Evaluation. *American Journal of Nursing* 74 (8): 1436-1438.

Cleary, P., Edgman-Levitan, S., Robertts, M., Moloney, T., et al. (1991), Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs* 10: 254-267.

Cohen, G. (1996), Age and Health Status in a Patient Satisfaction Survey. *Social Science Medicine* 42 (7): 1085-109.

Cohen, G., Forbes, J. & Garraway, M. (1996), Can Different Satisfaction Survey Methods Yield Consistent Results? Comparison of Three Surveys. *BMJ* 313: 841-844.

Donabedian, A. (1982), *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Criteria and Standards of Quality*, Ann Arbor, MI, Health Administrator Press, .

Donabedian, A. (1997), The Quality of Care: How can it be Assessed? *Archives of Pathology Laboratory Medicine Journal* 11: 1145–1150

Faulkner, L. & Schauffler, H. (1997), The Effect of Health Insurance Coverage on the Appropriate Use of Recommended Clinical Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine* 13 (6): 453-458.

Fields, H. & Martin, J. (1998), ‘Άλγος: Παθοφυσιολογία και αντιμετώπιση’, στο A. Fauci et al. (Eds) *Harrison: Εσωτερική Παθολογία*, Αθήνα, Παρισιάνος, σελ. 67-73.

Frostholm, L., Fink, P., Oernboel, E., Christensen, K. et al. (2005), The Uncertain Consultation and Patient Satisfaction: The Impact of Patients’ Illness Perceptions and a Randomized Controlled Trial on the Training of Physicians’ Communication Skills. *Psychosomatic Medicine* 67: 897–905.

Greeneich, D., Long, C. & Miller, B. (1992), Patient Satisfaction Update: Research Applied to Practice. *Applied Nursing Research* 5 (1): 43-48.

Greenley, J., Young, T. & Schoenherr, R. (1982), Psychological Distress and Patient Satisfaction. *Medical Care* 20 (4): 373-385.

Groff, S., Carlson, L., Tsang, K. & Potter, B. (2008), Cancer Patients' Satisfaction With Care in Traditional and Innovative Ambulatory Oncology Clinics. *Journal of Nursing Care Quality* 23 (3): 251-257.

Hagedoorn, M., Uijl, S. Van Sonderen, E., Ranchor, A., Grol, B., et al. (2003), Structure and Reliability of Ware's Patient Satisfaction Questionnaire III Patients' Satisfaction With Oncological Care in the Netherlands. *Medical Care* 41 (2): 254-263.

Hays, R., Davies, A. & Ware, J. (1987), Scoring the Medical Outcomes Study Patient Satisfaction Questionnaire: PSQ-III. MOS Memo Patient Satisfaction Interest List, 866.

Hanel, G., Henningsen, P., Herzog, W., Sauer, N. et al. (2009), Depression, Anxiety and Somatoform Disorders: Vague or Distinct Categories in Primary Care? Results from a Large Cross-sectional Study. *Journal of Psychosomatic Research* 67: 189-197.

Harpole, L., Orave, E., Hickey, M., Posther, K., et al. (1996), Patient Satisfaction in the Ambulatory Setting. *Journal of General International Medicine* 11: 431-434.

Haug, T., Mykletun, A. & Dahl, A. (2004), The Association between Anxiety, Depression and Somatic Symptoms in a Large Population: The HUNT study. *Psychosomatic Medicine* 66: 846-851.

Hendriks, A., Oort, F., Vrieling, M. & Smets, E. (2002), Reliability and Validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care* 14: 471-482.

ISO 9001: 2000 / Healthmark (2002), Guidance Notes for Hospitals, SGS, United Kingdom Ltd.

Jagadeesan, R., Kalyan, D., Lee, P., Stinnett, S. & Challa, P. (2008), Use of a Standardized Patient Satisfaction Questionnaire to Assess the Quality of Care Provided by Ophthalmology Residents. *Ophthalmology* 115: 738–743.

Kane R.L., Maciejewski M. & Finch M. (1997), The Relationship of Patient Satisfaction with Care and Clinical Outcomes. *Medical Care* 35: 714-730.

Katzelnick, D., Kobak, K. Greist, J. Jefferson, J. et al. (1997), Depression among High Utilisation Patients: Effects of Identification and Primary Care Treatment on Service Utilisation, Disability and Quality of Life. *Psychiatric Services* 48: 59-64.

Khayat, K. & Salter, B. (1994), Patient Satisfaction Surveys as a Market Research Tool for General Practices. *British Journal of General Practitioners* 44: 215–219.

Korsch, B., Gozzi, E. & Francis, V. (1968), Gaps in Doctor-Patient Communication. I. Doctor - Patient Interaction and Patient Satisfaction. *Pediatrics* 42: 855-871.

Leino- Kippli, H. & Vuorenheimo, J. (1996), Patient as an Evaluator of Nursing Services. *Proceeding of the Annual Nursing Congress, Kavala*.

LeVois, M., Nguyen, T. & Atkinson, C. (1981), Artifact in Client Satisfaction Assessment: Experience in Community Mental Health Settings. *Evaluation and Program Planning* 4: 139-150.

Locker, D. & Dunt, D. (1978), Theoretical and Methodological Issues in Sociological Studies of Consumer Satisfaction with Medical Care. *Social Science & Medicine* 122: 283-292.

Manderscheid, R., Rae, D., Narrow, W., Locke, B., et al. (1993), Congruence of Service Utilization Estimates from the Epidemiologic Catchment Area Project and other Sources. *Archives of General Psychiatry* 50: 108-114.

Meterko, M., Nelson, E. & Rubin, H. (1990), Patients Judgements of Hospital Quality. *Medical Care* 28 (9): 1-56.

Miller-Beder, M. (1988), Nursing Care Behaviors that Patient Satisfaction. *Journal of Nursing Quality Assurance* 2 (3): 11-17.

Niakas, D. Gnardellis, C. & Theodorou, M. (2004), Is there a Problem with Quality in the Greek Hospital Sector? Preliminary Results from a Patient Satisfaction Survey 17 (1): 62-69.

Oberst, M. (1984), Patients Perceptions of Care: Measurement of Quality and Satisfaction. *Cancer* 53: 2366-2373.

Ong, L., Visser, M. Lammes, F. & De Haes, C. (2008), Doctor–Patient Communication and Cancer Patients’ Quality of Life and Satisfaction. *Patient Education and Counseling* 41: 145–156.

Philip, E., Lindner, H. & Lederman, L. (2009), Confidence in Medical Care Linked to Depression in Lupus Sufferers. *Journal of Allied Health* 38 (2): 106-113.

Powell, A., Rushmer, R. & Davies, H. (2009), Effective Quality Improvement: Recognising the Challenges. *British Journal of Healthcare Management* 15 (1): 17-21.

Robert, J., Minah, K. & Benson. J. (2001), The Public versus the World Health Organization on Health System Performance. *Health Affairs* 20 (3): 10-20.

Rosenstock, I. (1969), ‘Preventions of illness and maintainance of health’, in Kosa J., Antonovsky A., Zola I. (eds.), *Poverty and health: A sociological analysis*, Harvard University Press, Cambridge.Ma.

Ross, C., Frommelt, G., Hazalwod, L. & Chang, R. (1994), ‘The role of expectations in patient satisfaction with medical care’, in Cooper P. (ed), *Health care marketing: A foundation for managed quality*, Gaithersburg, MD, Aspen, pp 55-69.

Sherbourne, C., Hays, R., Ordway, L., Dimatteo, M. et al. (1992), Antecedents of Adherence to Medical Recommendations: Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of Behavioral Medicine* 15: 447-468.

Solomon, M. (1992) Happy now? *Health Service Journal*. 102: 24-26.

Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K. et al. (1994), Utility of a new Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care. *Journal of the American Medical Association* 272: 1749-1756.

Susman, J. (1994), Assessing Consumer Expectations and Patient Satisfaction, *Archives of Family Medicine* 3 (11): 948-53.

Vuori, H. (1987), Patient Satisfaction, an Attribute or Indicator of the Quality of Care? *Quality Review Bulletin* 13 (3): 106-108.

Walker, A. & Restuccia, J. (1984), Obtaining Information on patient Satisfaction with Hospital Care: Mail versus Telephone. *Health Services Research* 19: 291–306.

Ware, J. & Snyder, M. (1975), Dimensions of Patients Attitudes Regarding Doctors and Medical Care Services. *Medical Care* 13 (8): 669-682.

Ware, J., Snyder, M. & Wright, W. (1976), Development and validation of scales to measure patient satisfaction with medical care services, Vol. I, Part B, Results regarding scales constructed from the Patient Satisfaction Questionnaire and measures from other health care perceptions, Springfield VA, National Technical Information.

Ware, J., Snyder, M., Wright, W. & Davies, A. (1983), Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care. *Evaluation and Program Planning* 6: 247-263.

World Health Organization (WHO) (1992), *The ICD – 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Geneva. (Απόδοση στα ελληνικά Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος, Β. Μαυρέας, εκδ. Βήτα, Αθήνα, 1993).

Yildirim A. (2006), The Importance of Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life After Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings* 38: 2831–2834.

Zahr, L., William, S. & El-Hadad, A. (1991), Patient Satisfaction with Nursing Care in Alexandria, Egypt. *International Journal of Nursing Studies* 28: 337–342.

Ελληνική

Εσωτερική Παθολογία (1998), Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, University Studio Press.

Ευθυμίου, Χ. (2010), Η Διασφάλιση Ποιότητας στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. <http://www.autismhellas.gr/fasma/docs/10.htm>, Αθήνα.

Κρικέλης, Γ. (1989), Φυσική Εξέταση και Διάγνωση, Παρισιάνος, Αθήνα.

Μάνος, Ν. (1997), Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Press, Θεσσαλονίκη.

Μηνακούλη, Θ. & Τσιακατούρα, Χ. (2005), Ετήσια Έκθεση για την Υγεία: Η Υγειονομική Περίθαλψη και η Μέριμνα για τους Ηλικιωμένους. Αθήνα, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

Νταμπάκη, Χ. (2008), Η Ικανοποίηση των Πελατών στον Τομέα των Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, αδημοσίευτη διπλωματική μεταπτυχιακή εργασία.

Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. & Υφαντόπουλος, Γ. (2008), Μέτρηση της Ικανοποίησης από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας σε Παιδιατρικό Νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 25 (1): 73-82.

Ραφτόπουλος, Β. (2002), Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή.

Τούντας, Γ. (2010). *Υπηρεσίες Υγείας, Οδυσσέας*, Αθήνα.

8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (PSQ-III)

Προσωπικά στοιχεία

Όνομα:

Επίθετο:

Φύλο:

Ηλικία:

Επάγγελμα:

Οικογενειακή κατάσταση:

Μόρφωση:

Ασφαλιστική κάλυψη:

Στις παρακάτω σελίδες διατυπώνονται ορισμένες απόψεις για την ιατρική φροντίδα.

Παρακαλώ ακούστε προσεκτικά, σκεπτόμενοι την ιατρική φροντίδα που λάβατε από το νοσοκομείο μας. Μας ενδιαφέρουν τα συναισθήματά σας, καλά ή άσχημα σχετικά με την ιατρική φροντίδα που λάβατε.

Πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις

1 = Συμφωνώ απόλυτα

2 = Συμφωνώ

3 = Δεν είμαι σίγουρος/η

4 = Διαφωνώ

5 = Διαφωνώ απόλυτα

1	Αν χρειάζομαι ιατρική περίθαλψη μπορεί να μου επιτραπεί η είσοδος σε ένα νοσοκομείο χωρίς πρόβλημα	1	2	3	4	5
2	Οι γιατροί πρέπει να είναι περισσότερο προσεκτικοί στη θεραπεία και στην εξέταση	1	2	3	4	5
3	Είμαι πολύ ικανοποιημένος με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω	1	2	3	4	5
4	Ανησυχώ μερικές φορές σχετικά με την πληρωμή μεγάλων ιατρικών εξόδων	1	2	3	4	5
5	Είναι εύκολο να λάβω ιατρική περίθαλψη για ένα επείγον περιστατικό	1	2	3	4	5
6	Οι γιατροί είναι καλοί στο να εξηγούν το λόγο για ιατρικές εξετάσεις	1	2	3	4	5
7	Περιμένω εύκολα για μεγάλο χρονικό διάστημα όταν είμαι στο ιατρείο ενός γιατρού	1	2	3	4	5
8	Πιστεύω πως το ιατρείο του γιατρού μου έχει ότι χρειάζεται για να μου παρέχει πλήρη ιατρική περίθαλψη	1	2	3	4	5
9	Οι θεράποντες ιατροί θα πρέπει να με σέβονται περισσότερο	1	2	3	4	5
10	Μερικές φορές υπάρχει πρόβλημα στο να καλύπτω την πληρωμή για την ιατρική επίσκεψη	1	2	3	4	5
11	Η ιατρική περίθαλψη που έχω λάβει είναι σχεδόν τέλεια	1	2	3	4	5
12	Μερικές φορές οι γιατροί με κάνουν να αναρωτιέμαι αν η διάγνωσή τους είναι σωστή	1	2	3	4	5
13	Στη διάρκεια των ιατρικών μου επισκέψεων πάντα μου επιτρέπεται να πω οτιδήποτε πιστεύω ότι είναι σημαντικό	1	2	3	4	5
14	Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να λάβω την ιατρική περίθαλψη που χρειάζομαι χωρίς να μου στοιχίσει ακριβά	1	2	3	4	5
15	Όταν μου παρέχεται ιατρική περίθαλψη, το προσωπικό είναι προσεκτικό στο να ελέγξει τα πάντα όταν με εξετάζει	1	2	3	4	5
16	Είναι πάντα δύσκολο να λάβω ιατρική περίθαλψη σε σύντομο χρονικό διάστημα	1	2	3	4	5
17	Οι γιατροί που με παρακολουθούν έχουν ένα ειλικρινές ενδιαφέρον για μένα ως άτομο	1	2	3	4	5

18	Μερικές φορές οι γιατροί χρησιμοποιούν ιατρικούς όρους χωρίς να εξηγούν τι εννοούν	1	2	3	4	5
19	Μερικές φορές δε λαμβάνω την ιατρική περίθαλψη που χρειάζομαι γιατί στοιχίζει ακριβά	1	2	3	4	5
20	Οι ώρες γραφείου που μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη είναι βολικές για μένα	1	2	3	4	5
21	Υπάρχουν πράγματα σχετικά με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης που χρειάζονται βελτίωση	1	2	3	4	5
22	Το γραφείο απ' όπου μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη θα πρέπει να είναι ανοιχτό περισσότερες ώρες	1	2	3	4	5
23	Το ιατρικό προσωπικό που με παρακολουθεί ιατρικά γνωρίζει τις πρόσφατες ιατρικές εξελίξεις	1	2	3	4	5
24	Πρέπει να πληρώνω περισσότερα για τη ιατρική μου περίθαλψη απ' όσα μπορώ να διαθέσω	1	2	3	4	5
25	Έχω πρόσβαση στους ειδικούς ιατρούς που χρειάζομαι	1	2	3	4	5
26	Μερικές φορές οι γιατροί με κάνουν να αισθάνομαι χαζός	1	2	3	4	5
27	Ασχέτως με τα προβλήματα υγείας που έχω τώρα ή που θα παρουσιάσω αργότερα αισθάνομαι προστατευμένος/η από οικονομική εκμετάλλευση	1	2	3	4	5
28	Εκεί που λαμβάνω ιατρική περίθαλψη, οι άνθρωποι πρέπει να περιμένουν πολύ για επείγοντα περιστατικά	1	2	3	4	5
29	Οι γιατροί μου συμπεριφέρονται πολύ μεθοδικά και απρόσωπα	1	2	3	4	5
30	Υπάρχει κρίση στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα σήμερα	1	2	3	4	5
31	Οι γιατροί δε με εκθέτουν σε άσκοπο κίνδυνο	1	2	3	4	5
32	Το ποσό που πρέπει να πληρώσω για να καλύψω ή να εξασφαλίσω την ιατρική μου περίθαλψη είναι λογικό	1	2	3	4	5
33	Υπάρχουν ορισμένα πράγματα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω που θα μπορούσαν να είναι καλύτερα	1	2	3	4	5
34	Οι γιατροί μου φέρονται με ένα φιλικό και ευγενικό τρόπο	1	2	3	4	5
35	Τα άτομα που μου παρέχουν ιατρική περίθαλψη, μερικές φορές βιάζονται πολύ όταν με κουράρουν	1	2	3	4	5
36	Μερικοί γιατροί παρουσιάζουν έλλειψη εμπειρίας σχετικά με τα ιατρικά μου προβλήματα	1	2	3	4	5

37	Τα μέρη όπου μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη, είναι εύκολα προσβάσιμα	1	2	3	4	5
38	Οι γιατροί μερικές φορές αγνοούν αυτά που τους λέω	1	2	3	4	5
39	Όταν μου παρέχουν ιατρική περίθαλψη θα πρέπει να προσέχουν περισσότερο την ιδιωτική μου ζωή	1	2	3	4	5
40	Αν έχω μια ιατρική ερώτηση μπορώ να απευθυνθώ στο γιατρό χωρίς πρόβλημα	1	2	3	4	5
41	Οι γιατροί σπάνια με συμβουλεύουν πώς να αποφεύγω τις αρρώστιες και να μείνω υγιής	1	2	3	4	5
42	Γενικά η ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω είναι περίφημη	1	2	3	4	5
43	Οι γιατροί ακούνε προσεκτικά αυτά που έχω να πω	1	2	3	4	5
44	Αισθάνομαι ασφαλής και προστατευμένος σχετικά με όλα τα πιθανά ιατρικά προβλήματα	1	2	3	4	5
45	Έχω αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητα των γιατρών που με κουράζουν	1	2	3	4	5
46	Οι γιατροί συνήθως ασχολούνται μαζί μου αρκετή ώρα	1	2	3	4	5
47	Οι γιατροί πάντα κάνουν ότι καλύτερο για να μην ανησυχώ	1	2	3	4	5
48	Μου είναι δύσκολο να κλείσω αμέσως ραντεβού για ιατρική περίθαλψη	1	2	3	4	5
49	Είμαι δυσαρεστημένος με μερικά πράγματα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω	1	2	3	4	5
50	Οι γιατροί μου είναι πολύ ικανοί και εκπαιδευμένοι	1	2	3	4	5
51	Μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη όποτε τη χρειάζομαι	1	2	3	4	5

2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (Patient Satisfaction Questionnaire III - PSQ-III)

Γενική Ικανοποίηση (6 ερωτήσεις)

3. Είμαι πολύ ικανοποιημένος με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω (PSQ01)
33. Υπάρχουν ορισμένα πράγματα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω που θα μπορούσαν να είναι καλύτερα (PSQ02)
42. Γενικά η ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω είναι περίφημη (PSQ03)
21. Υπάρχουν πράγματα σχετικά με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης που χρειάζονται βελτίωση (PSQ04)
11. Η ιατρική περίθαλψη που έχω λάβει είναι σχεδόν τέλεια (PSQ05)
49. Είμαι δυσαρεστημένος με μερικά πράγματα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω (PSQ06)

Τεχνική Ποιότητα (10 ερωτήσεις)

15. Όταν μου παρέχεται ιατρική περίθαλψη, το προσωπικό είναι προσεκτικό στο να ελέγξουν τα πάντα όταν με εξετάζουν (PSQ07)
2. Οι γιατροί πρέπει να είναι περισσότερο προσεκτικοί στη θεραπεία και στην εξέταση (PSQ08)
8. Πιστεύω πως το ιατείο του γιατρού μου έχει ότι χρειάζεται για να μου παρέχει πλήρη ιατρική περίθαλψη (PSQ09)
12. Μερικές φορές οι γιατροί με κάνουν να αναρωτιέμαι αν η διάγνωσή τους είναι σωστή (PSQ10)
23. Το ιατρικό προσωπικό που με παρακολουθεί γνωρίζει τις πρόσφατες ιατρικές εξελίξεις (PSQ11)
36. Μερικοί γιατροί παρουσιάζουν έλλειψη εμπειρίας σχετικά με τα ιατρικά μου προβλήματα (PSQ12)
50. Οι γιατροί μου είναι πολύ ικανοί και εκπαιδευμένοι (PSQ13)
45. Έχω αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητα των γιατρών που με κουράρουν (PSQ14)
31. Οι γιατροί δε με εκθέτουν σε άσκοπο κίνδυνο (PSQ15)
41. Οι γιατροί σπάνια με συμβουλεύουν πώς να αποφεύγω τις αρρώστιες και να μείνω υγιής (PSQ16)

Διαπροσωπικές σχέσεις (7 ερωτήσεις)

-
29. Οι γιατροί μου συμπεριφέρονται πολύ μεθοδικά και απρόσωπα. (PSQ17)
47. Οι γιατροί πάντα κάνουν ότι καλύτερο για να μην ανησυχώ (PSQ18)
39. Όταν μου παρέχουν ιατρική περίθαλψη θα πρέπει να προσέχουν περισσότερο την ιδιωτική μου ζωή (PSQ19)
17. Οι γιατροί που με παρακολουθούν ιατρικά έχουν ένα ειλικρινές ενδιαφέρον για μένα ως άτομο (PSQ20)
26. Μερικές φορές οι γιατροί με κάνουν να αισθάνομαι χαζός (PSQ21)
34. Οι γιατροί μου φέρονται με ένα φιλικό και ευγενικό τρόπο (PSQ22)
9. Οι θεράποντες ιατροί θα πρέπει να με σέβονται περισσότερο (PSQ23)
-

Επικοινωνία (5 ερωτήσεις)

6. Οι γιατροί είναι καλοί στο να εξηγούν το λόγο για ιατρικές εξετάσεις (PSQ24)
18. Μερικές φορές οι γιατροί χρησιμοποιούν ιατρικούς όρους χωρίς να εξηγούν τι εννοούν (PSQ25)
13. Στη διάρκεια των ιατρικών μου επισκέψεων πάντα μου επιτρέπεται να πω οτιδήποτε πιστεύω ότι είναι σημαντικό (PSQ26)
38. Οι γιατροί μερικές φορές αγνοούν αυτά που τους λέω (PSQ27)
43. Οι γιατροί ακούνε προσεκτικά αυτά που έχω να πω (PSQ28)
-

Οικονομικές απόψεις (8 ερωτήσεις)

14. Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να λάβω την ιατρική περίθαλψη που χρειάζομαι χωρίς να μου στοιχίσει ακριβά (PSQ29)
4. Ανησυχώ μερικές φορές σχετικά με την πληρωμή μεγάλων ιατρικών εξόδων (PSQ30)
27. Ασχέτως με τα προβλήματα υγείας που έχω τώρα ή που θα παρουσιάσω αργότερα αισθάνομαι προστατευμένος/η από οικονομική εκμετάλλευση (PSQ31)
10. Μερικές φορές υπάρχει πρόβλημα στο να καλύπτω την πληρωμή για την ιατρική επίσκεψη (PSQ32)
44. Αισθάνομαι ασφαλής και προστατευμένος σχετικά με όλα τα πιθανά ιατρικά προβλήματα (PSQ33)
24. Πρέπει να πληρώνω περισσότερα για την ιατρική μου περίθαλψη απ' όσα μπορώ να διαθέσω (PSQ34)
32. Το ποσό που πρέπει να πληρώσω για να καλύψω ή να εξασφαλίσω την ιατρική μου περίθαλψη είναι λογικό (PSQ35)
19. Μερικές φορές δε λαμβάνω την ιατρική περίθαλψη που χρειάζομαι γιατί στοιχίζει ακριβά

(PSQ36)

Χρόνος με τον γιατρό (2 ερωτήσεις)

46. Οι γιατροί συνήθως ασχολούνται μαζί μου αρκετή ώρα (PSQ37)

35. Τα άτομα που μου παρέχουν ιατρική περίθαλψη, μερικές φορές βιάζονται πολύ όταν με κουράρουν (PSQ38)

Προσβασιμότητα/Διαθεσιμότητα/Άνεση (12 ερωτήσεις)

1. Αν χρειάζομαι ιατρική περίθαλψη μπορεί να μου επιτραπεί η είσοδος σε ένα νοσοκομείο χωρίς πρόβλημα (PSQ39)

16. Είναι πάντα δύσκολο να λάβω ιατρική περίθαλψη σε σύντομο χρονικό διάστημα (PSQ40)

5. Είναι εύκολο να λάβω ιατρική περίθαλψη για ένα επείγον περιστατικό (PSQ41)

22. Το γραφείο απ' όπου μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη θα πρέπει να είναι ανοιχτό περισσότερες ώρες (PSQ42)

37. Τα μέρη όπου μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη, είναι εύκολα προσβάσιμα (PSQ43)

28. Εκεί που λαμβάνω ιατρική περίθαλψη, οι άνθρωποι πρέπει να περιμένουν πολύ για επείγοντα περιστατικά (PSQ44)

40. Αν έχω μια ιατρική ερώτηση μπορώ να απευθυνθώ στο γιατρό χωρίς πρόβλημα (PSQ45)

48. Μου είναι δύσκολο να κλείσω αμέσως ραντεβού για ιατρική περίθαλψη (PSQ46)

20. Οι ώρες γραφείου που μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη είναι βολικές για μένα (PSQ47)

7. Περιμένω εύκολα για μεγάλο χρονικό διάστημα όταν είμαι στο ιατρείο ενός γιατρού (PSQ48)

25. Έχω πρόσβαση στους ειδικούς ιατρούς που χρειάζομαι (PSQ49)

51. Μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη όποτε τη χρειάζομαι (PSQ50)

Τέλος η ερώτηση «30. Υπάρχει κρίση στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα σήμερα» δεν εντάσσεται σε κάποιον από τους προαναφερθέντες παράγοντες και αξιολογείται μεμονωμένα.

**3. Κωδικοποίηση απαντήσεων ανά παράγοντα και ορισμός μεταβλητών με
αντίστροφη κωδικοποίηση έτσι ώστε:
5= μεγάλη ικανοποίηση και 1=καθόλου ικανοποίηση
(PSQ=Patient Satisfaction Questionnaire)**

Γενική Ικανοποίηση (GSAT)	Κωδικός
3. Είμαι πολύ ικανοποιημένος με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω	+ PSQ01
33. Υπάρχουν ορισμένα πράγματα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω που θα μπορούσαν να είναι καλύτερα	- PSQ02
42. Γενικά η ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω είναι περίφημη	+ PSQ03
21. Υπάρχουν πράγματα σχετικά με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης που χρειάζονται βελτίωση	- PSQ04
11. Η ιατρική περίθαλψη που έχω λάβει είναι σχεδόν τέλεια	+ PSQ05
49. Είμαι δυσαρεστημένος με μερικά πράγματα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω	- PSQ06
Τεχνική Ποιότητα (TECH)	
15. Όταν μου παρέχεται ιατρική περίθαλψη, το προσωπικό είναι προσεκτικό στο να ελέγξει τα πάντα όταν με εξετάζει	+ PSQ07
2. Οι γιατροί πρέπει να είναι περισσότερο προσεκτικοί στη θεραπεία και στην εξέταση	- PSQ08
8. Πιστεύω πως το ιατρείο του γιατρού μου έχει ότι χρειάζεται για να μου παρέχει πλήρη ιατρική περίθαλψη	+ PSQ09
12. Μερικές φορές οι γιατροί με κάνουν να αναρωτιέμαι αν η διάγνωσή τους είναι σωστή	- PSQ10
23. Το ιατρικό προσωπικό που με παρακολουθεί ιατρικά γνωρίζει τις πρόσφατες ιατρικές εξελίξεις	+ PSQ11
36. Μερικοί γιατροί παρουσιάζουν έλλειψη εμπειρίας σχετικά με τα ιατρικά μου προβλήματα	- PSQ12
50. Οι γιατροί μου είναι πολύ ικανοί και εκπαιδευμένοι	+ PSQ13
45. Έχω αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητα των γιατρών που με κουράζουν	- PSQ14
31. Οι γιατροί δε με εκθέτουν σε άσκοπο κίνδυνο	+ PSQ15
41. Οι γιατροί σπάνια με συμβουλεύουν πώς να αποφεύγω τις αρρώστιες και να μείνω υγιής	- PSQ16

Διαπροσωπικές σχέσεις (INTER)	
29. Οι γιατροί μου συμπεριφέρονται πολύ μεθοδικά και απρόσωπα	- PSQ17
47. Οι γιατροί πάντα κάνουν ότι καλύτερο για να μην ανησυχώ	+ PSQ18
39. Όταν μου παρέχουν ιατρική περίθαλψη θα πρέπει να προσέχουν περισσότερο την ιδιωτική μου ζωή	- PSQ19
17. Οι γιατροί που με παρακολουθούν ιατρικά έχουν ένα ειλικρινές ενδιαφέρον για μένα ως άτομο	+ PSQ20
26. Μερικές φορές οι γιατροί με κάνουν να αισθάνομαι χαζός	- PSQ21
34. Οι γιατροί μου φέρονται με ένα φιλικό και ευγενικό τρόπο	+ PSQ22
9. Οι θεράποντες ιατροί θα πρέπει να με σέβονται περισσότερο	- PSQ23
Επικοινωνία (COMM)	
6. Οι γιατροί είναι καλοί στο να εξηγούν το λόγο για ιατρικές εξετάσεις	+ PSQ24
18. Μερικές φορές οι γιατροί χρησιμοποιούν ιατρικούς όρους χωρίς να εξηγούν τι εννοούν	- PSQ25
13. Στη διάρκεια των ιατρικών μου επισκέψεων πάντα μου επιτρέπεται να πω οτιδήποτε πιστεύω ότι είναι σημαντικό	+ PSQ26
38. Οι γιατροί μερικές φορές αγνοούν αυτά που τους λέω	- PSQ27
43. Οι γιατροί ακούνε προσεκτικά αυτά που έχω να πω	+ PSQ28
Οικονομικές απόψεις (FINAN)	
14. Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να λάβω την ιατρική περίθαλψη που χρειάζομαι χωρίς να μου στοιχίσει ακριβά	+ PSQ29
4. Ανησυχώ μερικές φορές σχετικά με την πληρωμή μεγάλων ιατρικών εξόδων	- PSQ30
27. Ασχέτως με τα προβλήματα υγείας που έχω τώρα ή που θα παρουσιάσω αργότερα αισθάνομαι προστατευμένος/η από οικονομική εκμετάλλευση	+ PSQ31
10. Μερικές φορές υπάρχει πρόβλημα στο να καλύπτω την πληρωμή για την ιατρική επίσκεψη	- PSQ32
44. Αισθάνομαι ασφαλής και προστατευμένος οικονομικά σχετικά με όλα τα πιθανά ιατρικά προβλήματα	+ PSQ33
24. Πρέπει να πληρώνω περισσότερα για τη ιατρική μου περίθαλψη απ' όσα μπορώ να διαθέσω	- PSQ34
32. Το ποσό που πρέπει να πληρώσω για να καλύψω ή να εξασφαλίσω την ιατρική μου περίθαλψη είναι λογικό	+ PSQ35

19. Μερικές φορές δε λαμβάνω την ιατρική περίθαλψη που χρειάζομαι γιατί στοιχίζει ακριβά	- PSQ36
Χρόνος με τον γιατρό (TIME)	
46. Οι γιατροί συνήθως ασχολούνται μαζί μου αρκετή ώρα	+ PSQ37
35. Τα άτομα που μου παρέχουν ιατρική περίθαλψη, μερικές φορές βιάζονται πολύ όταν με κουράρουν	- PSQ38
Προσβασιμότητα/Διαθεσιμότητα/Άνεση	
1. Αν χρειάζομαι ιατρική περίθαλψη μπορεί να μου επιτραπεί η είσοδος σε ένα νοσοκομείο χωρίς πρόβλημα	+ PSQ39
16. Είναι πάντα δύσκολο να λάβω ιατρική περίθαλψη σε σύντομο χρονικό διάστημα	- PSQ40
5. Είναι εύκολο να λάβω ιατρική περίθαλψη για ένα επείγον περιστατικό	+ PSQ41
22. Το γραφείο απ' όπου μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη θα πρέπει να είναι ανοιχτό περισσότερες ώρες	- PSQ42
37. Τα μέρη όπου μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη, είναι εύκολα προσβάσιμα	+ PSQ43
28. Εκεί όπου λαμβάνω ιατρική περίθαλψη, οι άνθρωποι πρέπει να περιμένουν πολύ για επείγοντα περιστατικά	- PSQ44
40. Αν έχω μια ιατρική ερώτηση μπορώ να απευθυνθώ στο γιατρό χωρίς πρόβλημα	+ PSQ45
48. Μου είναι δύσκολο να κλείσω αμέσως ραντεβού για ιατρική περίθαλψη	- PSQ46
20. Οι ώρες γραφείου που μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη είναι βολικές για μένα	+ PSQ47
7. Περιμένω εύκολα για μεγάλο χρονικό διάστημα όταν είμαι στο ιατρείο ενός γιατρού	- PSQ48
25. Έχω πρόσβαση στους ειδικούς ιατρούς που χρειάζομαι	+ PSQ49
51. Μπορώ να λάβω ιατρική περίθαλψη όποτε τη χρειάζομαι	+ PSQ50

**Η ερώτηση 30. Υπάρχει κρίση στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα σήμερα δεν περιλαμβάνεται στους παράγοντες

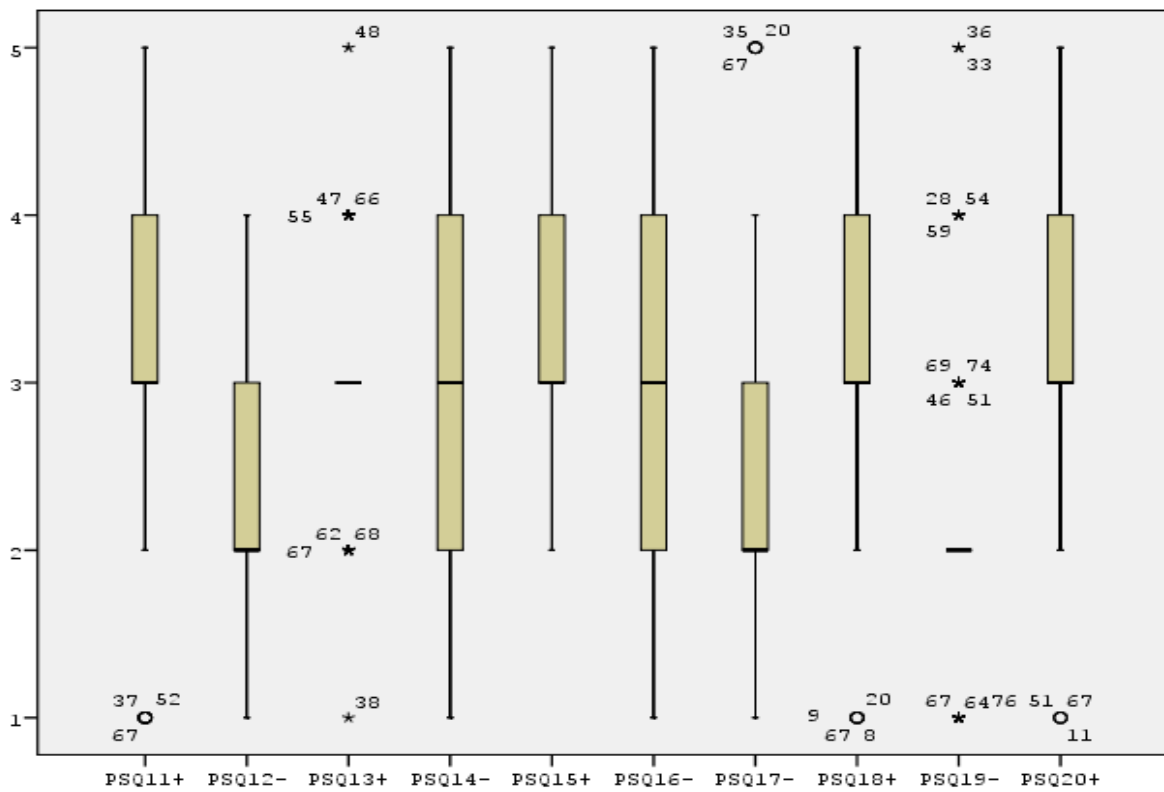
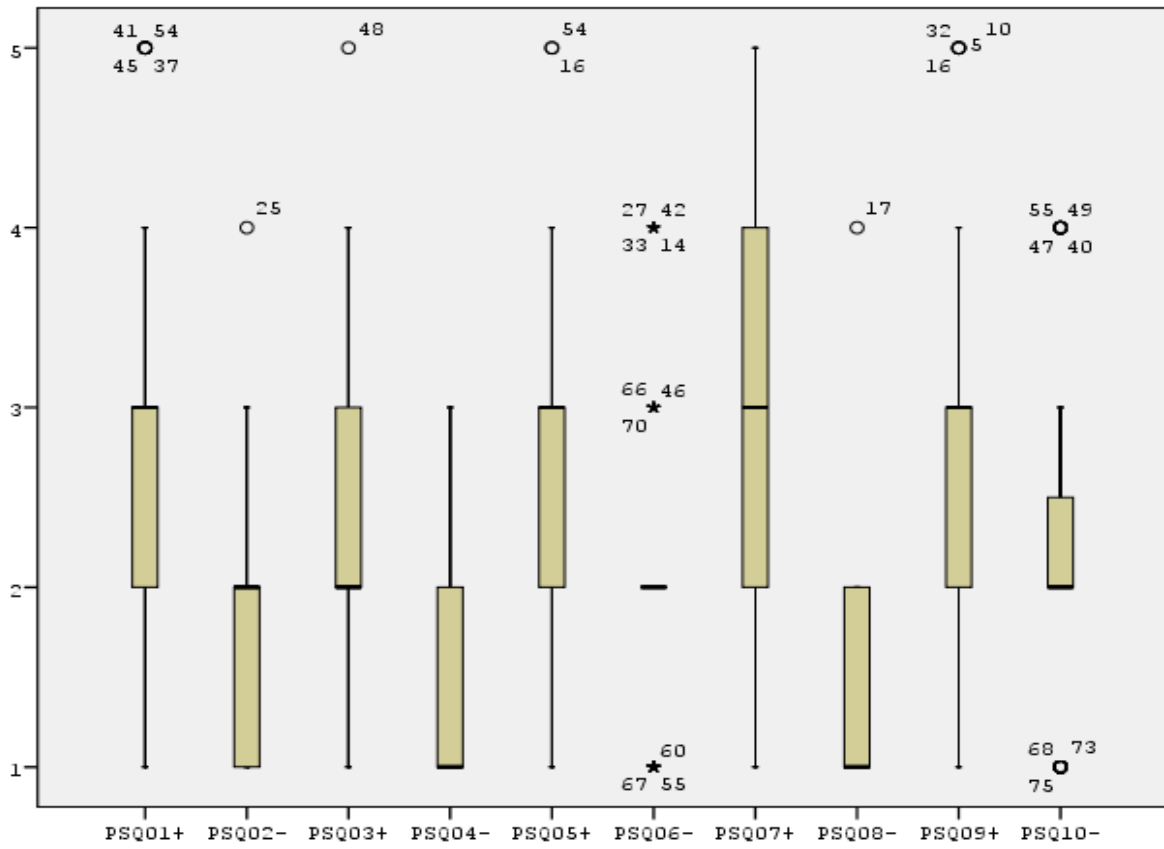
Αντίστροφη κωδικοποίηση στις ερωτήσεις (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

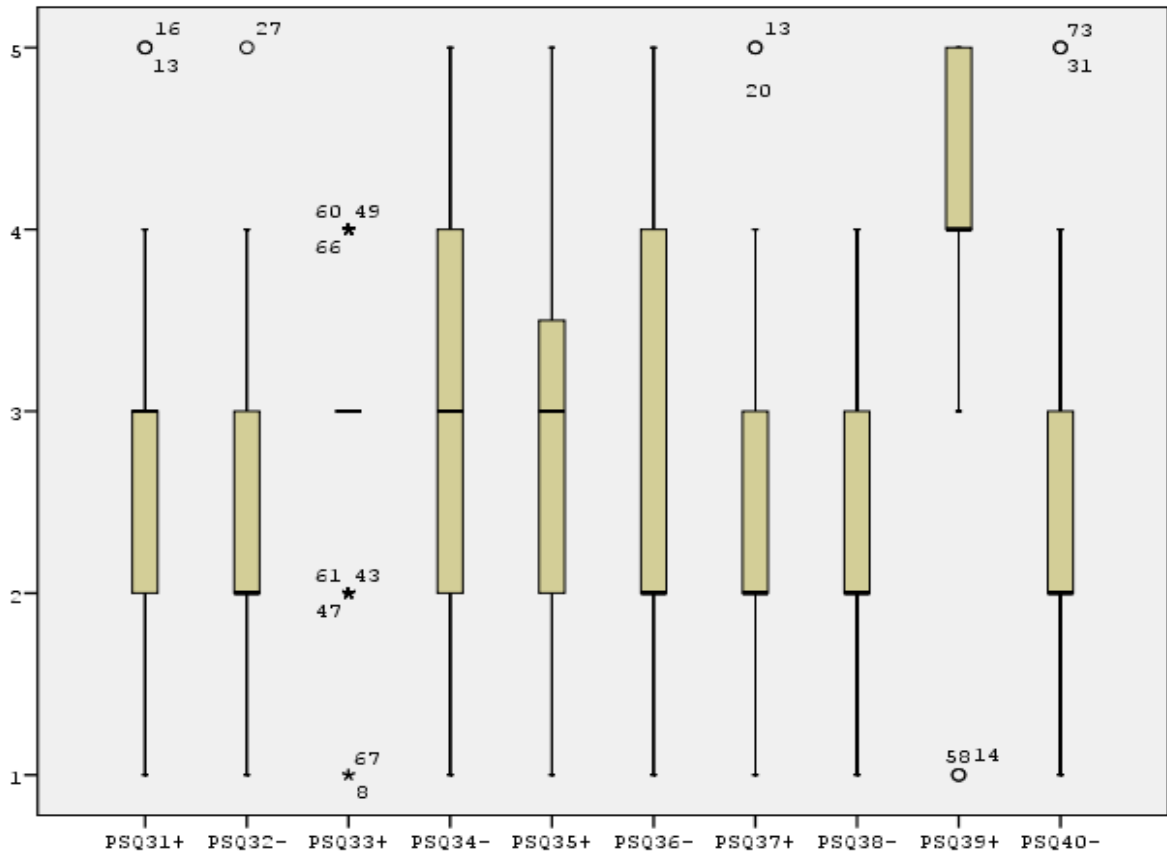
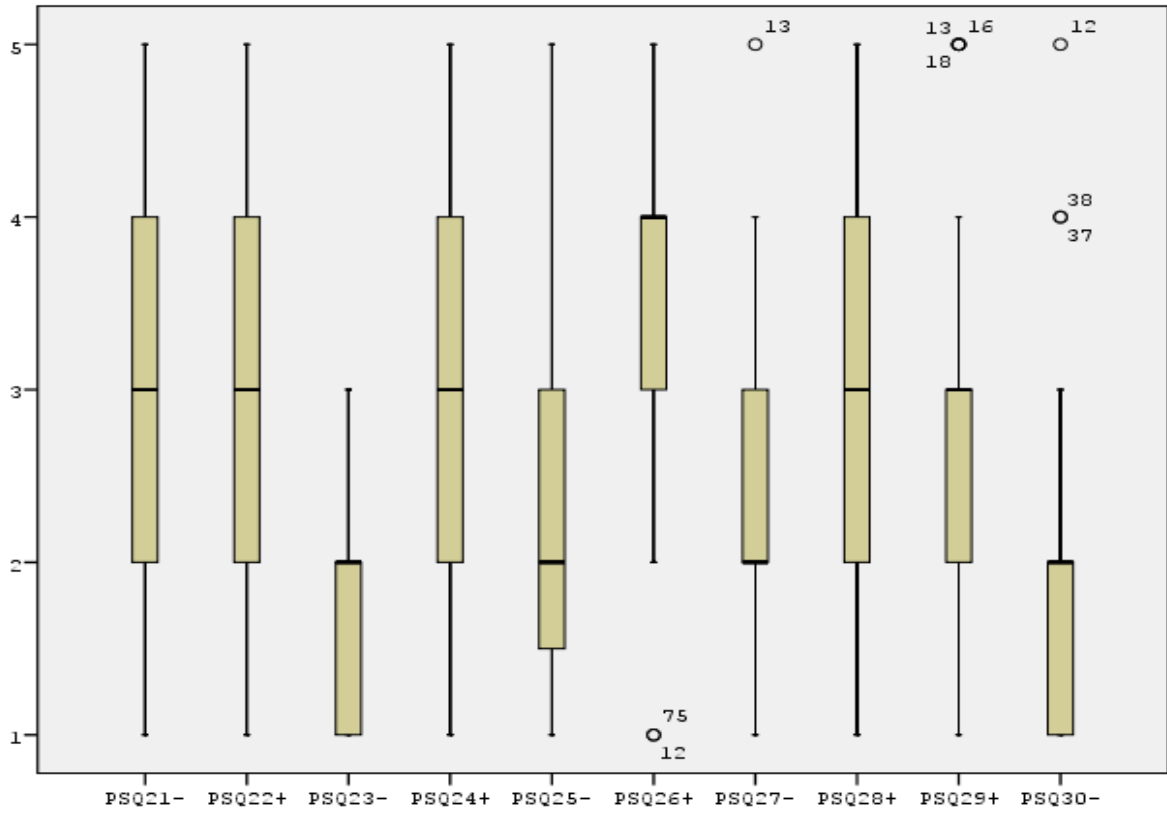
PSQ01, PSQ03, PSQ05, PSQ07, PSQ09, PSQ11, PSQ13, PSQ15, PSQ18, PSQ20, PSQ22,
PSQ24, PSQ26, PSQ28, PSQ29, PSQ31, PSQ33, PSQ35, PSQ37, PSQ39,
PSQ41, PSQ43, PSQ45, PSQ47, PSQ49, PSQ50

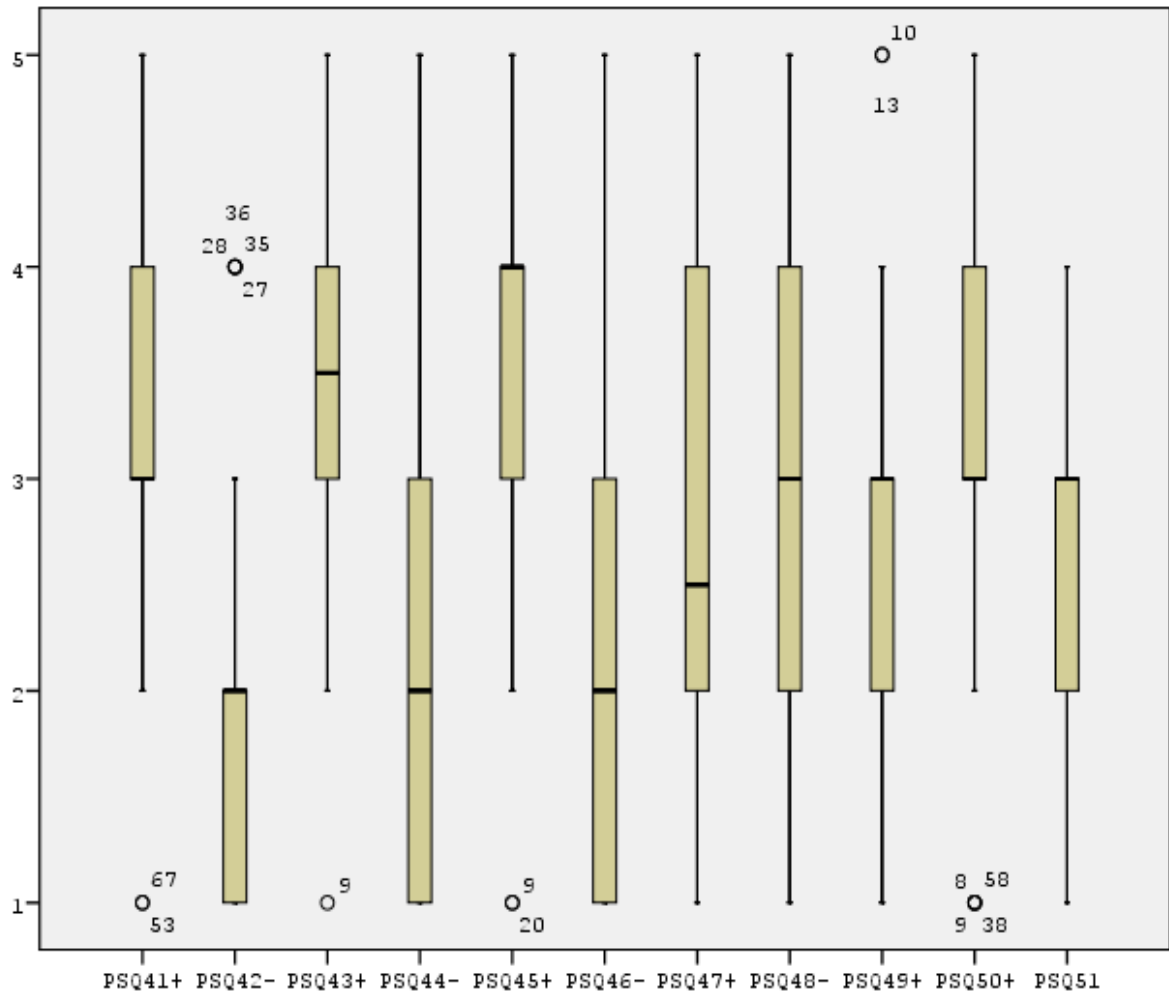
Ως έχει κωδικοποίηση (1=1 , 2=2, 3=3, 4=4, 5=5)

PSQ02, PSQ04, PSQ06, PSQ08, PSQ10, PSQ12, PSQ14, PSQ16, PSQ17, PSQ19, PSQ21,
PSQ23, PSQ25, PSQ27, PSQ30, PSQ32, PSQ34, PSQ36, PSQ38, PSQ40,
PSQ42, PSQ44, PSQ46, PSQ48

ΚΑΤΑΝΟΜΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΕΡΩΤΗΣΗ







ΚΑΤΑΝΟΜΕΣ ΔΕΙΚΤΩΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

