



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΓΕΝΙΚΗ /
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ & ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ :
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΜΗ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΥΓΕΙΑΣ. ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕ ΜΙΑ
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ

Παπαδοκωστάκης Πολύβιος
Γενικός ιατρός

Επιβλέπων:

Χ. Λιονής, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Τμήμα
Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Συνεπιβλέποντες:

Ν. Τζανάκης, Αναπληρωτής Καθηγητής
Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Κρήτης

Α. Κούτης, Ιατρός Δημόσιας Υγείας

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση αυτής της μεταπτυχιακής προσπάθειας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα μου καθηγητή κ. Λιονή . Επίσης θερμές ευχαριστίες στους συνεπιβλέποντες κ. Τζανάκη Ν. και τον κ. Κούτη Α. , για την πολύτιμη βοήθεια τους.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω επίσης όλους τους καθηγητές και συμφοιτητές μου στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών <Γενική/Οικογενειακή Ιατρική και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας>.

Τέλος θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλα τα άτομα που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα και που πρόθυμα απάντησαν στις ερωτήσεις μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	σελίδα I
Ελληνική περίληψη μεταπτυχιακής εργασίας	σελίδα 5
Αγγλική περίληψη μεταπτυχιακής εργασίας	σελίδα 6
Περιεχόμενα	σελίδα II
Εισαγωγή	
Γενικό μέρος-Πνευμονία της κοινότητας.....	σελίδα 7
Επιδημιολογία	σελίδα 7
Αιτιολογία.....	σελίδα 7
Πρόληψη	σελίδα 7
Συμπτώματα της νόσου-κλινική πορεία	σελίδα 8
Διάγνωση	σελίδα 8
Εργαλεία εκτίμησης της σοβαρότητας της νόσου	σελίδα 9
Κόστος νοσηλείας.....	σελίδα 10
Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην αντιμετώπιση και απόφαση για παραπομπή.....	σελίδα 11
Ο ρόλος του ασθενή.....	σελίδα 12
Θεωρητικό Υπόβαθρο	σελίδα 13
Η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behaviour)	σελίδα 13
Θεωρίες και μοντέλα που έχουν προσπαθήσει να εξηγήσουν την συμπεριφορά των ασθενών όσον αφορά την χρήση των υπηρεσιών Υγείας.	σελίδα 14
Θεωρίες	σελίδα 14
Μοντέλα	σελίδα 15
Ερευνητικά ερωτήματα	σελίδα 17
Σκοπός της μελέτης	σελίδα 18
Μεθοδολογία της μελέτης.....	σελίδα 18
Τύπος μελέτης	σελίδα 18
Χρόνος διεξαγωγής της μελέτης-Τρόπος διεξαγωγής της μελέτης.....	σελίδα 18
Πληθυσμός μελέτης	σελίδα 19

Ερωτηματολόγιο.....	σελίδα 19
Ανάλυση δεδομένων	σελίδα 20
Αποτελέσματα	
Ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη	σελίδα 20
Ασθενείς που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο και νοσηλεύτηκαν.	σελίδα 20
Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά-συνθήκες διαβίωσης.....	σελίδα 21
Συνήθειες υγείας ασθενών.....	σελίδα 21
Νοσηρότητα ασθενών.....	σελίδα 21
Αξιολόγηση δριμύτητας νόσου με βάση το CRB-65 score.....	σελίδα 22
Συμπτώματα που ανησύχησαν τους ασθενείς	σελίδα 22
Σε πόσο χρόνο μετά την έναρξη των συμπτωμάτων αναζήτησαν	
οι ασθενείς ιατρική βοήθεια	σελίδα 22
Αναζήτηση ιατρικής βοήθειας- προσωπική απόφαση ή παρότρυνση?.....	σελίδα 22
Από πού αναζήτησαν οι ασθενείς αρχικά βοήθεια	σελίδα 23
Με ποιόν τρόπο έγινε η πρώτη επαφή με την υπηρεσία υγείας	σελίδα 23
Ασθενείς που επέλεξαν μόνοι τους να επιστρεφθούν το νοσοκομείο	σελίδα 23
Ανησυχία των ασθενών για τα συμπτώματα τους	σελίδα 23
Γνώση των ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται	
στο Κέντρο Υγείας	σελίδα 23
Ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας στο	
Κέντρο Υγείας και στο Νοσοκομείο	σελίδα 24
Ενημέρωση των ασθενών για ιατρικά θέματα.....	σελίδα 24
Για ποιόν λόγο οι ασθενείς επισκέφτηκαν το νοσοκομείο με	
δική τους απόφαση (ανοικτού τύπου ερώτηση)	σελίδα 24
Για ποιόν λόγο οι ασθενείς θεώρησαν ότι δεν μπορούσαν να	
αντιμετωπισθούν στο Κ.Υ. (ανοικτού τύπου ερώτηση)	σελίδα 24
Μέσα μαζικής μεταφοράς-ιδιόκτητη κατοικία	σελίδα 24
Δυνατότητα των ασθενών να αφήσουν την δουλειά τους ή να πάρουν	
άδεια για να επισκεφτούν τον ιατρό	σελίδα 24
Περιορισμός δραστηριοτήτων των ασθενών.....	σελίδα 25
Αντίληψη των ασθενών για την σοβαρότητα της νόσου	σελίδα 25
Χιλιομετρική απόσταση του τόπου διαμονής από το νοσοκομείο	σελίδα 25
Έξοδα ασθενούς ανάλογα με την επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό ή το Κ.Υ.	σελίδα 25
Επιλογή υπηρεσίας υγείας εάν δεν είχαν ασφάλιση	σελίδα 25
Επιλογή ιατρού ή υπηρεσιών υγείας	σελίδα 25

Συζήτηση

Κύρια ευρήματα της μελέτης μας	σελίδα 25
Συζήτηση από το φώς της βιβλιογραφίας	
Κοινωνικό-δημογραφικά και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά	σελίδα 26
Κάπνισμα και συνοσηρότητα.....	σελίδα 26
Σοβαρότητα της νόσου όπως αποτιμήθηκε από το CRB-65.....	σελίδα 27
Συμπτώματα.....	σελίδα 27
Η σημασία του οικογενειακού περιβάλλοντος-συγγενών-γειτόνων	σελίδα 28
Έλλειψη γνώσεων για τις υπηρεσίες που παρέχονται στα Κ.Υ.	σελίδα 28
Επιλογή μεταξύ Π.Φ.Υ. και νοσοκομειακής περίθαλψης	σελίδα 29
Διαθεσιμότητα.....	σελίδα 29
Προσβασιμότητα	σελίδα 30
Ποιότητα της δομής/ικανοποίηση των ασθενών	
από τις υπηρεσίες υγείας	σελίδα 30
Συνέχεια στην θεραπεία-προηγούμενες εμπειρίες-Φήμη.....	σελίδα 32
Μεθοδολογικοί περιορισμοί	σελίδα 32
Συμπεράσματα	σελίδα 33
Προτάσεις για παρέμβαση	σελίδα 33
Βιβλιογραφία.....	σελίδα 34

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Εισαγωγή: Η πνευμονία της κοινότητας (CAP) αποτελεί μία από τις παγκοσμίως πιο συχνές λοιμώξεις, με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας, θνησιμότητας και θνητότητας. Οι ασθενείς συχνά παρακάμπτουν τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. και απευθύνονται στα νοσοκομεία. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των αιτιών μη επίσκεψης στα Κ.Υ και απευθείας προσέλευσης των ασθενών με CAP στα νοσοκομεία.

Ασθενείς-Μεθοδολογία: Η μελέτη μας αποτέλεσε επέκταση μιας συγχρονικής μελέτης που διεξήχθη στην αγροτική περιφέρεια του Νομού Ηρακλείου με σκοπό την εκτίμηση του επιπολασμού της πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας της κοινότητας. Τον Σεπτέμβριο του 2012 όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ένα από τα δύο νοσοκομεία της περιφέρειας του νομού Ηρακλείου συμμετείχαν σε μία τηλεφωνική συνέντευξη με ανοικτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις με στόχο την διερεύνηση των αιτιών που τους ώθησαν να απευθυνθούν στο εφημερεύον νοσοκομείο και όχι στο Κ.Υ.

Αποτελέσματα: Ένα σημαντικό εύρημα της μελέτης μας ήταν το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών αναζήτησε βοήθεια είτε από συγγενείς-γείτονες (23.3%) είτε ύστερα από παρότρυνση τους (56.7%). Η μελέτη μας ανέδειξε μια ποικιλία παραγόντων να καθορίζει την απόφαση των ασθενών για επίσκεψη ή όχι στο νοσοκομείο. Αναφέρθηκαν παράγοντες όπως η συνοσηρότητα, οι προηγούμενες εμπειρίες από το νοσοκομείο, η φήμη, η απόσταση, τα συμπτώματα, οι ειδικότητες, η αίσθηση ασφάλειας που παρέχει το νοσοκομείο, οικονομικοί λόγοι, κ.α. Διάφοροι λόγοι αναφέρθηκαν από τους ασθενείς ως αίτιο μη προσέλευσης στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. όπως: θα ήταν χάσιμο χρόνου, η έλλειψη εξοπλισμού, η προσβασιμότητα.

Συμπεράσματα: Η απόφαση των ασθενών για επίσκεψη ή όχι σε νοσοκομειακή μονάδα εξαρτάται από ένα σύνολο προδιαθεσικών, ενδυναμωτικών παραγόντων και παραγόντων από το σύστημα υγείας.

Abstract

Title: Community Acquired Pneumonia. Reasons for patients not visiting primary care and visiting hospitals in a well defined geographical area of Crete.

By: Papadokostakis Polyvios

Supervisors: C.Lionis
N.Tzanakis
A. koytis

Introduction: Community acquired pneumonia is one of the most common infections with high morbidity and mortality worldwide. Patients often bypass primary care services and visit hospitals. The purpose of this study was to investigate the reasons for patients non-visiting primary care and being directly addressed to hospitals.

Methods: Our study was an extension of a cross-sectional study conducted in rural regions of Heraklion in order to estimate the prevalence of pneumococcal community-acquired pneumonia. In September 2012, all patients who were hospitalized in one of the two hospitals in the region of Heraklion participated in a telephone interview survey with open-and closed-ended questions designed to explore the causes that led them to contact directly the hospitals.

Results: An important finding of our study was the fact that the majority of patients sought help from relatives or neighbours (23.3%) and that relatives-neighbours motivate them to ask for help (56.7%). Our studies revealed that a variety of factors determine the decision of the patients to visit the hospitals. Some of these factors were: comorbidities, previous hospital experience, reputation, distance, symptoms, specialists, the sense of security provided by the hospital and economic reasons. Patients mentioned several reasons for not visiting primary care services like; waste of time, lack of equipment, accessibility.

Conclusions: The decision of a patient to visit or not a hospital unit depends on a set of predisposing and empowering factors as well as from factors from the health care system.

Εισαγωγή

Γενικό μέρος-Πνευμονία της κοινότητας

Επιδημιολογία

Η πνευμονία της κοινότητας (CAP) αποτελεί μία από τις παγκοσμίως πιο συχνές λοιμώξεις, με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας, θνησιμότητας και θνητότητας [1]. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναφέρει ποσοστά θνητότητας που ξεπερνούν το 1.5 εκατομμύριο ετησίως [2]. Είναι μία κοινή νόσος η οποία μπορεί δυνητικά να είναι θανατηφόρος ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς καθώς και στους ασθενείς με σημαντικές συνοσηρότητες [1]. Σύμφωνα με την επιτροπή ελέγχου νοσημάτων και πρόληψης των Η.Π.Α./CDC (Center of disease control and prevention) η επίπτωση της νόσου και η θνητότητα αυξάνεται σχεδόν γραμμικά μετά την ηλικία των 34 ετών [3]. Η θνητότητα λόγω της CAP δεν έχει μεταβληθεί ιδιαίτερα τις τελευταίες δυο δεκαετίες εξαιτίας της αύξησης του αριθμού των ασθενών σε κίνδυνο λόγω της πολυνοσηρότητας και της αύξησης του πληθυσμού των υπερήλικων [1]. Οι Mortensen και συνεργάτες ανέφεραν ότι περίπου οι μισοί θάνατοι από πνευμονία της κοινότητας οφείλονταν σε επιδείνωση προϋπάρχοντων νοσημάτων [4]. Η ετήσια επίπτωση της CAP κυμαίνεται από 5-11/1000 στον γενικό ενήλικο πληθυσμό παγκοσμίως [5-8]. Περίπου το 80% των περιστατικών με πνευμονία της κοινότητας αντιμετωπίζονται εξωνοσοκομειακά με την θνητότητα στους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς να είναι μικρότερη από 1% [1]. Η θνητότητα αυξάνεται με την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία φτάνοντας στο 12-36% όταν η νοσηλεία γίνεται σε μονάδες εντατικής θεραπείας [1].

Αιτιολογία

Το πιο συχνό αίτιο της πνευμονίας της κοινότητας είναι η λοίμωξη από πνευμονιόκοκκο (*streptococcus pneumoniae*). Ο πνευμονιόκοκκος είναι η κύρια αιτία θνητότητας των 2/3 της ενδονοσοκομειακά αντιμετωπιζόμενης πνευμονίας. Άλλα αίτια μπορεί να είναι λοιμώξεις από τον αιμόφιλο της γρίπης, μυκόπλασμα, γλαμύδια, σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις, κοξίελα, ψευδομόναδα αλλά και ιογενείς λοιμώξεις όπως ο ιός της γρίπης, αδενοϊοί κ.α [9].

Πρόληψη

Ο Π.Ο.Υ αναφέρει την πνευμονιοκοκκική νόσο ως την πρώτη αιτία θανάτου η οποία δύναται να προληφθεί με τον αντι-πνευμονιοκοκκικό εμβολιασμό [10]. Συστάσεις ως εκ τούτου για αντιπνευμονιοκοκκικό και αντιγριπικό εμβολιασμό συστήνονται για τα άτομα σε υψηλό κίνδυνο για την νόσο π.χ ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) [8].

Συμπτώματα της νόσου-κλινική πορεία

Τα συμπτώματα της νόσου είναι μη ειδικά περιλαμβάνοντας τον βήχα, την παραγωγή πτυέλων, την δύσπνοια συνοδευόμενη από παθολογικά ευρήματα στην ακρόαση θώρακος και/ή εμπύρετο.

Η τριάδα των ακόλουθων χαρακτηριστικών θέτει την διάγνωση της πνευμονίας [9]:

- σημεία λοίμωξης: εμπύρετο, ρίγος λευκοκυττάρωση
- σημεία και συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα (βήχας, αυξημένη απόχρεμψη, δύσπνοια, πόνος στο στήθος, ή παθολογική ακρόαση πνεύμονος)
- νέα ή διαφοροποιημένη διήθηση στον πνεύμονα

Ατυπες εκδηλώσεις όπως η σύγχυση μπορεί να επιπλέξουν και να καθυστερήσουν την διάγνωση. Η σύγχυση μπορεί να είναι το μοναδικό σύμπτωμα ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς [11].

Ο πυρετός υποχωρεί περίπου σε 3 ημέρες, σε πέντε ημέρες οι μυαλγίες, σε έξι ημέρες η δύσπνοια, και σε 14 ημέρες ο βήχας και η κόπωση [12]. Σε αρκετές περιπτώσεις τα συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν έως και 30 ημέρες ιδιαίτερα σε σοβαρά πάσχοντες ασθενείς [12].

Διάγνωση

Η διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών με CAP είναι ιδιαίτερα σημαντική. Θα πρέπει να γίνει σωστή και έγκαιρη διάγνωση της νόσου, να εκτιμηθεί η σοβαρότητα της νόσου και όταν χρειαστεί να ακολουθήσει εργαστηριακός έλεγχος ώστε να εκτιμηθεί το αίτιο της νόσου [1,9].

Σύμφωνα με τους Wunderik και συνεργάτες ο ιατρός που θα έρθει πρωταρχικά αντιμέτωπος με έναν ασθενή με πιθανή πνευμονία θα πρέπει να αποφασίσει [9]:

1. Την επιλογή της αντιβιοτικής θεραπείας
2. Την έκταση της εργαστηριακής διερεύνησης προκειμένου να διαπιστώσει το αίτιο της πνευμονίας
3. Εάν ο ασθενής χρειάζεται παραπομπή και νοσηλεία

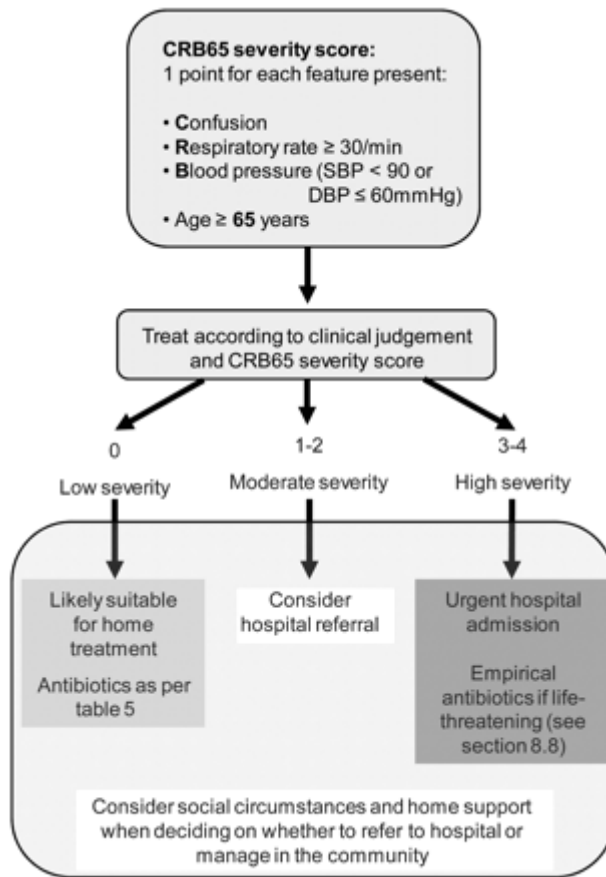
Η επιλογή της αντιβιοτικής θεραπείας θα πρέπει να γίνει εξατομικευμένα λαμβάνοντας υπόψιν παράγοντες όπως προηγούμενη χρήση αντιβιοτικών, πιθανό παθογόνο, ηλικία κλπ ενώ η έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να γίνει το συντομότερο δυνατόν. Η έκταση της

διερεύνησης του παθογόνου αιτίου είναι αμφιλεγόμενη στην βιβλιογραφία μιας και τα περισσότερα συνιστώμενα αντιβιοτικά είναι αποτελεσματικά για την πλειοψηφία των ασθενών ενώ η διαγνωστική εργαστηριακή διερεύνηση σπάνια θα επηρεάσει την απόφαση για θεραπεία (π.χ. καλλιέργειες αίματος και πτυέλων). Επιπρόσθετα η χρήση διαγνωστικών δοκιμασιών στην κοινότητα προκειμένου να ανευρεθεί ο παθογόνος παράγοντας είναι αντικρουόμενη μιας και δεν υπάρχει κάποια γρήγορη, αξιόπιστη μέθοδος που να πληρεί τα κριτήρια κόστους-αποτελεσματικότητας [1]. Μέχρι να υπάρξει σημαντική πρόοδος στην ανεύρεση γρήγορων και εφικτών δοκιμασιών για χρήση στην κοινότητα η εμπειρική θεραπεία συστήνεται.

Εργαλεία εκτίμησης της σοβαρότητας της νόσου

Ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της σοβαρότητας της νόσου είναι το PSI το CURB-65 και το CRB-65 [8,9,13-14]. Το PSI (Pneumonia Severity Index) χρησιμοποιεί πολλαπλές παραμέτρους προκειμένου να προβλεφθεί η θνητότητα της νόσου: δημογραφικές πληροφορίες, ιστορικό, κλινικά σημεία και εργαστηριακά αποτελέσματα. Επίσης το εργαλείο CURB-65 (Confusion, Uremia, Respiratory Rate, Blood pressure and age>65) μπορεί να χρησιμοποιηθεί. Τα εργαλεία όμως αυτά (PSI και CURB-65) δεν συστήνονται για χρήση στην Π.Φ.Υ. το μεν πρώτο λόγω της πολυπλοκότητας του το δε δεύτερο εξαιτίας της ανάγκης εκτίμησης της ουραιμίας [9].

Ένα από τα πλέον διαδεδομένα εργαλεία, χρησιμοποιούμενα και προτεινόμενα για την εκτίμηση της σοβαρότητας στην Π.Φ.Υ. είναι το CRB-65 το οποίο έχει αποδειχτεί πολύτιμος αρωγός στην προσπάθεια των γενικών ιατρών να υποστηρίξει την κλινική εκτίμηση της απόφασης για νοσηλεία [8]. Το ακρωνύμιο CRB-65 προέρχεται από τα: Confusion; σύγχυση, Respiratory rate: αναπνευστική συχνότητα, Blood Pressure: αρτηριακή πίεση, και Age: ηλικία.



Lim WS ,Baudouin SV, George RC, et al. Pneumonia Guidelines Committee of the BTS Standards of Care Committee. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. Thorax. 2009;64 Suppl 3:iii1-55.

Ένα σημαντικό πρόβλημα με αυτά τα ερωτηματολόγια είναι ότι ενώ μπορούν να μας δώσουν πολύτιμες πληροφορίες για την εκτίμηση της πιθανότητας για θνητότητα λόγω της νόσου δεν μπορούν να μας δώσουν με ασφάλεια πληροφορίες για την σοβαρότητα της νόσου καθώς και για την ανάγκη για παραπομπή για νοσοκομειακή περίθαλψη. Επομένως συστήνεται η χρήση τους συνεπικουρικά στην κλινική εκτίμηση και σε καμία περίπτωση υποκαθιστώντας την [1,14].

Επιπρόσθετα τα προαναφερθέντα συστήματα ταξινόμησης έχουν το πρόβλημα ότι έχουν περιορισμένη ακρίβεια στην καθοδήγηση της απόφασης για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία σε ευαίσθητες ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι, άτομα με σημαντική νοσηρότητα και δύσκολες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες [14].

Κόστος νοσηλείας

Η πνευμονία της κοινότητας είναι μια συχνή νόσος η οποία έχει χαμηλό κόστος και θνητότητα όταν αντιμετωπίζεται στην κοινότητα. Αντίθετα η θνησιμότητα, η θνητότητα και το κόστος αυξάνονται όταν η αντιμετώπιση γίνεται ενδονοσοκομειακά [14]. Μία από τις σημαντικότερες συνιστώσες όσον αφορά την απόφαση ή όχι για παραπομπή η οποία και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν είναι το υψηλό κόστος της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας [15]. Στις Η.Π.Α., το συνολικό ετήσιο κόστος αντιμετώπισης της πνευμονίας της κοινότητας είναι 8.4 δισεκατομμύρια δολάρια, με το μεγαλύτερο κόστος (8.0 δισεκατομμύρια δολάρια) να αντιστοιχεί στους ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο [16]. Το κόστος νοσηλείας δεν είναι σταθερό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, το 32% του κόστους αντιστοιχεί στις 2 πρώτες ημέρες νοσηλείας ενώ το ημερήσιο κόστος νοσηλείας μειώνεται στη συνέχεια [16]. Ανάλογα υψηλό κόστος αναδεικνύεται και σε μελέτες στο Η.Β. όπου από το συνολικό ετήσιο κόστος για την υγεία 1,364.3 εκατομμυρίων λιρών το 32% (440.7εκατομμύρια) του συνολικού κόστους διατίθεται για την θεραπεία της πνευμονίας της κοινότητας. Από τα 261.000 ετήσια επεισόδια CAP το 32% νοσηλεύεται με το κόστος της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας να αντιπροσωπεύει το 96% του ετήσιου κόστους [15,17]. Το κόστος νοσηλείας κορυφώνεται όταν υπάρξει ανάγκη νοσηλείας σε μονάδα εντατικής θεραπείας [9,18].

Επομένως η μείωση της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, καθώς και/ή της διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο θα μειώσει δραματικά το κόστος της αντιμετώπισης της CAP [15]. Είναι πιθανόν πολιτικές προσανατολισμένες στην κοινότητα που θα εκτιμούν έγκαιρα και αποτελεσματικά τον ασθενή με CAP να μειώσουν την παραπομπή για νοσηλεία και το κόστος. Επιπρόσθετα η αποτελεσματική προσανατολισμένη στην κοινότητα υποστήριξη του ασθενή μπορεί να επιτρέψει την γρήγορη έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο με αποτελέσματα θετικά αφού θα μειώσει το κόστος και θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενή.

Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην αντιμετώπιση και απόφαση για παραπομπή

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) έχει ως στόχο την παροχή μιας ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένεια του ενώ ταυτόχρονα αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας [19]. Η Π.Φ.Υ αποτελεί το πρώτο κέντρο υποδοχής του ασθενή και η θεσμοθέτηση της και η καλή λειτουργία της αποτελεί αναγκαιότητα. Αποτελεί το επίκεντρο του συστήματος υγείας. Οι γενικοί ιατροί αντιμετωπίζουν καθημερινά ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται με μια ποικιλία ιατρικών, κοινωνικών και γενικών προβλημάτων. Σε μία τυπική επίσκεψη στην Π.Φ.Υ. ο γενικός ιατρός καλείται να εκτιμήσει και να αντιμετωπίσει το πρόβλημα του ασθενούς να υποθέσει πιθανές αιτιολογίες, να εξετάσει, να παραγγείλει περεταίρω έλεγχο, να πάρει αποφάσεις για

την διαχείριση, και συχνά να παραπέμψει για συμβουλή σε ειδικούς ή νοσηλεία [8,20]. Όλες αυτές οι αποφάσεις συνήθως λαμβάνονται μέσα σε 6-12 λεπτά που διαρκεί μια συνήθης επίσκεψη [8].

Εκτός όμως από την έγκαιρη πρόληψη, διαχείριση και αντιμετώπιση χρόνιων και οξέων προβλημάτων ο ρόλος της Π.Φ.Υ. είναι και ως μια ασφαλιστική δικλίδα (gatekeeping) ώστε να αποφευχθούν άσκοπες μετακινήσεις προς τα νοσοκομεία. Επειδή η πνευμονία της κοινότητας θεωρείται λοίμωξη απειλητική για την ζωή των ασθενών είναι σημαντικό η διάγνωση, η αντιμετώπιση και η απόφαση για παραπομπή να γίνεται γρήγορα και αποτελεσματικά. Οι γενικοί ιατροί είναι αυτοί που λαμβάνουν την απόφαση εάν ο ασθενής θα αντιμετωπιστεί στο σπίτι ή εάν θα παραπεμφθεί στην δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη. Αυτή η απόφαση είναι ιδιαίτερης σημασίας για την συνολική αντιμετώπιση της CAP. Πολύτιμος αρωγός στην προσπάθεια αυτή είναι οι κατευθυντήριες οδηγίες της Βρετανικής Εταιρείας Αναπνευστικών Νοσημάτων (BTS:British Thoracic Society) οι οποίες παρέχουν στον γενικό ιατρό οδηγίες βασισμένες στην γνώση (evidence based) σχετικά με την ολιστική προσέγγιση του ασθενή και την απόφαση για παραπομπή [21].

Η διάγνωση της πνευμονίας αφορά το 5-12% των λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος για τις οποίες λαμβάνονται αντιβιώσεις από τους γενικούς ιατρούς στο Ηνωμένο Βασίλειο (H.B.) [5,22]. Από την στιγμή που θα διαγνωστεί η πνευμονία η επόμενη κρίσιμη απόφαση για τον γενικό ιατρό είναι εάν αυτή η πνευμονία μπορεί να αντιμετωπιστεί στο σπίτι ή εάν θα πρέπει να γίνει νοσηλεία. Η απόφαση για νοσηλεία είναι κρίσιμης σημασίας είτε γιατί ο ασθενής θα πρέπει να λάβει ενδο-νοσοκομειακά την θεραπεία είτε λόγω του υψηλού ενδο-νοσοκομειακού κόστους [23].

Μία από τις πιο δύσκολες λοιπόν αποφάσεις από την στιγμή που θα υπάρξει υποψία πνευμονίας της κοινότητας είναι το εάν ο ασθενής θα παραπεμφθεί ή όχι στο νοσοκομείο [24]. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν θα χρειαστούν παραπομπή και θα αντιμετωπιστούν στην κοινότητα. Η απόφαση για παραπομπή εξαρτάται από παράγοντες όπως η σοβαρότητα της νόσου, η ηλικία, η συνοσηρότητα, και το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον [14].

Εκτός όμως από την απόφαση του ιατρού για παραπομπή για νοσοκομειακή περίθαλψη ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να παρακάμψει τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. και να απευθυνθεί απευθείας στα νοσοκομεία. Σε άλλα συστήματα υγείας με αναπτυγμένη Π.Φ.Υ. η απόφαση για παραπομπή ή όχι στο νοσοκομείο εξαρτάται αποκλειστικά από την εκτίμηση που θα κάνει ο γενικός ιατρός. Η Ελληνική πραγματικότητα είναι διαφορετική μιας και ο ασθενής είναι ελεύθερος να επιλέξει που θα απευθυνθεί ανεξάρτητα από την παραπομπή ή όχι από τον γενικό ιατρό αφού δεν υπάρχει σύστημα διασφάλισης της ανεξέλεγκτης προσέλευσης στα νοσοκομεία (gatekeeping) ακόμη και σήμερα στην χώρα μας.

Οι Victoor και συνεργάτες ανέφεραν ότι η απόφαση των ασθενών να επιλέξουν μια υπηρεσία υγείας επηρεάζεται από παράγοντες που αφορούν την δομή (διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα, τύπος και μέγεθος της δομής υγείας, ιδιότητες του προσωπικού, οργάνωση, κόστος και κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες), την διαδικασία (διαπροσωπικοί παράγοντες, ενημέρωση, συνέχεια της περίθαλψης, χρόνος αναμονής και ποιότητα) και τις εκβάσεις (π.χ θνητότητα) [25] .

Θεωρητικό Υπόβαθρο

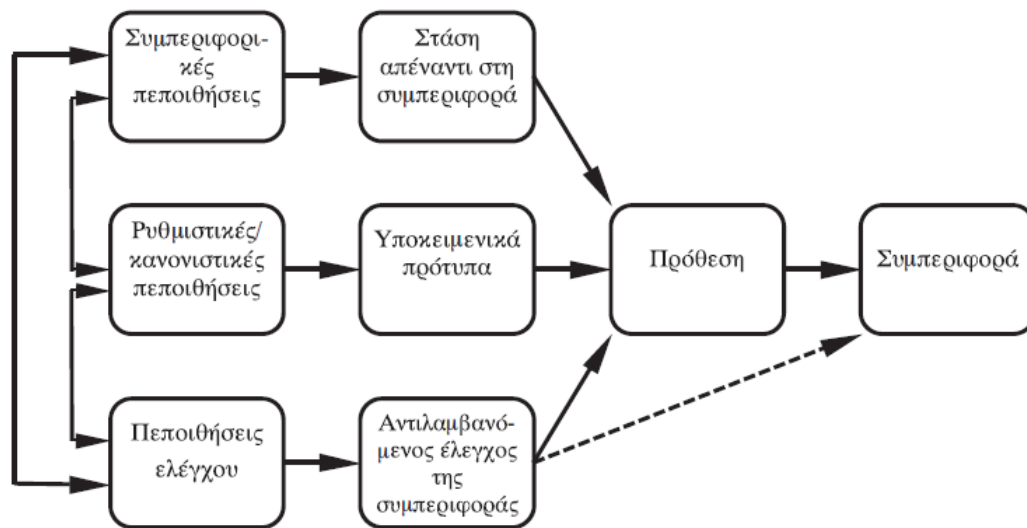
Η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behaviour)

Η θεωρία προτάθηκε από τον Icek Ajzen και αποτελεί μία από τις κυρίαρχες θεωρίες της σύγχρονης κοινωνικής ψυχολογίας, που προσπαθεί να εξηγήσει και να προβλέψει εάν θα εκδηλώσει το άτομο την αντίστοιχη προς τη δηλωμένη στάση συμπεριφορά [26]. Η θεωρία αυτή είναι προέκταση της Θεωρίας της Δικαιολογημένης Δράσης και υποστηρίζει ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά επηρεάζεται από την πρόθεση του ατόμου να εκδηλώσει τη συμπεριφορά. Η πρόθεση, με τη σειρά της, επηρεάζεται από

- τη στάση του ατόμου απέναντι στη συμπεριφορά (attitude towards the behaviour) δηλαδή την θετική ή αρνητική στάση του ατόμου στην συμπεριφορά που εκδηλώνει
- τα υποκειμενικά πρότυπα (subjective norms) δηλαδή την συνολική αντίληψη του ατόμου για την κοινωνική πίεση που δέχεται όσον αφορά την εκδήλωση ή μη της συμπεριφοράς
- τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς (perceived behavioural control) δηλαδή την αντίληψη του ατόμου για τον έλεγχο που έχει στην συμπεριφορά.

Οι άνθρωποι, επομένως, μπορούν να εκδηλώσουν μια θετική συμπεριφορά, όταν έχουν θετική στάση, πρόθεση και αντίληψη απέναντι σε αυτή τη συμπεριφορά, και αντίθετα. Η θεωρία έχει εφαρμοστεί στην κοινωνιολογία, στην υγεία αλλά και σε άλλους τομείς όπως η εκπαίδευση [27].

Σχήμα 1 Θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior) (Ajzen, Icek (1 December 1991). "The theory of planned behavior". *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50 (2): 179–211.)



Θεωρίες και μοντέλα που έχουν προσπαθήσει να εξηγήσουν την συμπεριφορά των ασθενών όσον αφορά την χρήση των υπηρεσιών Υγείας.

Είναι δύσκολο να προσδιορίσει κανείς ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών για χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Σε αυτήν την κατεύθυνση πολλές θεωρίες και μοντέλα έχουν αναπτυχθεί.

Θεωρίες

Σύμφωνα με μία ανασκόπηση οι πιο γνωστές θεωρίες είναι [28]:

-Θεωρία του Parsons: Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία όταν ένα άτομο είναι άρρωστο υιοθετεί τον ρόλο του άρρωστου. Παρότι αυτή η θεωρία είναι μια πραγματικότητα απέτυχε να εξηγήσει την μεταβλητότητα της συμπεριφοράς ως προς την υγεία [28].

-Θεωρία του Mechanics

Η θεωρία περιλαμβάνει δέκα σημεία λήψης αποφάσεων που καθορίζουν την συμπεριφορά του ατόμου ως προς την νόσο: π.χ. την αντίληψη του ατόμου για την σοβαρότητα των συμπτωμάτων, την ανοχή του ατόμου στα συμπτώματα, την πιθανή άρνηση της νόσου, την γνώση του ατόμου για την νόσο, την δυνατότητα θεραπείας (κόστος, διαθεσιμότητα κ.α.) κ.α [28].

-Θεωρία του Suchman's

Σύμφωνα με αυτήν την θεωρία πέντε στάδια στην διαδικασία απόφασης του ατόμου να χρησιμοποιήσει την υγειονομική περίθαλψη υπάρχουν: 1) η εμπειρία των συμπτωμάτων (π.χ. του πόνου, του συναισθήματος, της εμπειρίας όσον αφορά τα συμπτώματα) 2) η παραδοχή του ατόμου ότι νοσεί (κατά την διάρκεια αυτής της δεύτερης φάσης το άτομο διερευνά πιθανή παραπομπή) 3) η επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, ιατρική περίθαλψη. Κατά το στάδιο αυτό το άτομο επιδιώκει ένα επαγγελματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. 4) η παραδοχή του ρόλου του ως ασθενή εξαρτώμενου από το υγειονομικό σύστημα 5) η ανάρρωση από την νόσο [28].

Μοντέλα

Μοντέλο Andersen

Ο Andersen έχει αναπτύξει ένα μοντέλο σχετικά με την χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο εξετάζει τρεις κατηγορίες παραγόντων [28,29]:

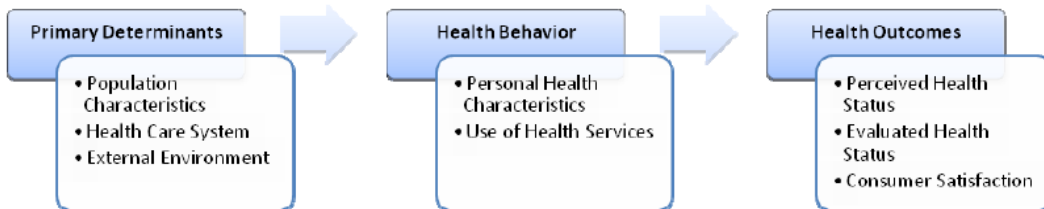
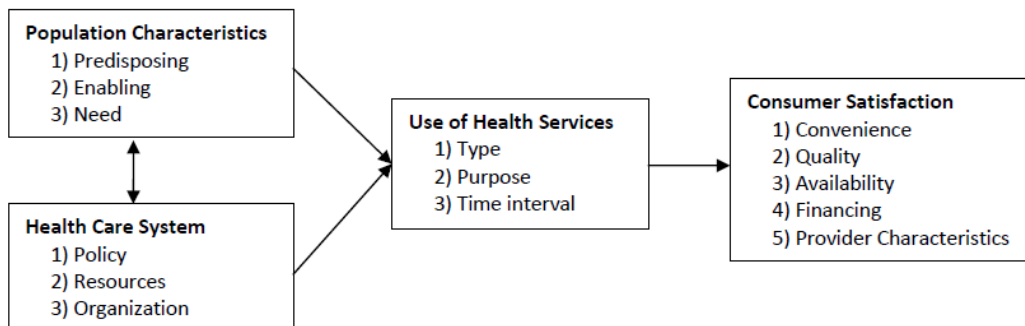
1) προδιαθεσικά χαρακτηριστικά (predisposing characteristics). Αυτή η κατηγορία περιγράφει την τάση των ατόμων να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τον Άντερσεν, ένα άτομο είναι περισσότερο ή λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του, την θέση του μέσα στο κοινωνικό σύστημα, και τις πεποιθήσεις του για τις παροχές των υπηρεσιών υγείας π.χ. ένα άτομο που πιστεύει ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι χρήσιμες για τη θεραπεία κατά πάσα πιθανότητα θα χρησιμοποιήσει αυτές τις υπηρεσίες.

2) δυνατότητες (enabling characteristics) π.χ. οικονομική δυνατότητα, θέση της κατοικίας, πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

3) ανάγκες (needs) περιλαμβάνει την αντίληψη της ανάγκης για τις υπηρεσίες υγείας.

Το 1970, το μοντέλο Άντερσεν επεκτάθηκε ώστε να συμπεριλάβει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δηλαδή την πολιτική για την υγεία, τους πόρους, και την οργάνωση [28]. Οι τρεις προαναφερθέντες παράγοντες σε συνέργια με τους παράγοντες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης καθορίζουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας [28].

Κατά την διάρκεια του 1980 -1990, το μοντέλο του Andersen αναδιαρθρώθηκε περιλαμβάνοντας: 1) πρωτογενείς παράγοντες 2) συμπεριφορά ως προς την υγεία και 3) εκβάσεις. Οι πρωτογενείς παράγοντες καθορίζουν την συμπεριφορά ως προς την υγεία και αφορούν είτε παράγοντες που αφορούν χαρακτηριστικά του ατόμου π.χ. τα δημογραφικά χαρακτηριστικά είτε παράγοντες που αφορούν το σύστημα υγείας (οργάνωση και πόροι), είτε το εξωγενές περιβάλλον π.χ. πολιτικές υγείας. Οι εκβάσεις περιλαμβάνουν την γενικότερη κατάσταση υγείας του ασθενή, την εκτιμώμενη κατάσταση υγείας, και την ικανοποίηση του ασθενή [28,29].



Μοντέλα Andersen

(David P. Rebhan. Health Care Utilization: Understanding and applying theories and models of health care seeking behavior. (2008). Available from www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/healthcareutil.pdf. Accessed January 2014.

Andersen, R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.)

Όλα τα παραπάνω μοντέλα δεν περιλαμβάνουν παράγοντες όπως προηγούμενες εμπειρίες του ασθενούς. Για π.χ. προηγούμενες εμπειρίες μπορεί να επηρεάσουν την αντίληψη της σοβαρότητας. Όπως επίσης ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιούν διαφορετικές υπηρεσίες για διαφορετικά νοσήματα.

Επίσης θέματα που αφορούν τις γεωγραφικές ιδιαιτερότητες και την συμπεριφορά του ατόμου στον χώρο είναι ιδιαίτερα σημαντικά μιας και επηρεάζουν την συμπεριφορά του ατόμου ως προς την χρήση των υπηρεσιών υγείας [30].

Το πολυπαραγοντικό μοντέλο κατά Slikkerveer [31]

Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση μια σειρά από παράγοντες επιδρούν στην χρήση των υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα οι παράγοντες αυτοί είναι:

-προδιαθεσικοί παράγοντες: κοινωνικοδημογραφικοί π.χ. φύλο, ηλικία, εθνικότητα, θρησκεία και ψυχοκοινωνικοί π.χ. γνώμες για την ιατρική γνώση και τις ιατρικές δεξιότητες.

-παράγοντες ενδυνάμωσης: είναι οι παράγοντες που καθορίζουν το εάν ένα άτομο θα χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας π.χ. το οικονομικό κόστος της θεραπείας.

- αντιλαμβανόμενη νοσηρότητα: είναι η ερμηνεία των συμπτωμάτων της νόσου που καθορίζει την απόφαση για αναζήτηση βοήθειας.

- πλουραλιστικό σύστημα υγείας: π.χ. γεωγραφικοί παράγοντες, διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας.

Ερευνητικά ερωτήματα

Μια συγχρονική μελέτη για την εκτίμηση του φορτίου από την πνευμονία της κοινότητας στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. σε αγροτικές περιοχές του Νομού Ηρακλείου σχεδιάστηκε από την κλινική κοινωνικής και οικογενειακής ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης (επιστημονικός υπεύθυνος Καθηγητής κ. Χ. Λιονής) . Στα πλαίσια αυτής της μελέτης διαπιστώθηκαν το παρακάτω ερώτημα:

- Ποιοί παράγοντες (προδιαθεσικοί ,ενδυναμωτικοί , αντιλαμβανόμενης νοσηρότητας ή από το πλουραλιστικό σύστημα υγείας) επηρεάζουν την επιλογή των ασθενών για προσέλευση στην πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια περίθαλψη στην περιφέρεια του νομού Ηρακλείου.

Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμήσει τα αίτια προσέλευσης ασθενών με πνευμονία της κοινότητας σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Στόχος ήταν να αναδειχτούν οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, η αντίληψη νοσηρότητας των ασθενών και άλλοι παράγοντες από το πλουραλιστικό σύστημα υγείας όπως έξοδα του ασθενούς, απόσταση διαμονής από το νοσοκομείο κ.α.

Μεθοδολογία της μελέτης

Τύπος μελέτης

Η μελέτη μας αποτέλεσε επέκταση μιας μιας συγχρονικής μελέτης για την εκτίμηση του φορτίου από την πνευμονία της κοινότητας στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. σε αγροτικές περιοχές του Νομού Ηρακλείου σχεδιάστηκε από την κλινική κοινωνικής και οικογενειακής ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης .

Περιοχή μελέτης-Συλλογή περιπτώσεων

Η μελέτη διεξήχθη σε αγροτικές περιοχές της περιφέρειας του νομού Ηρακλείου τις οποίες περιέλαβε και η ευρύτερη μελέτη της κλινικής κοινωνικής και οικογενειακής ιατρικής του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης . Στην μελέτη συμμετείχαν τα έξι κέντρα υγείας της περιφέρειας του νομού Ηρακλείου, οι γενικοί ιατροί ήταν υπεύθυνοι για την συλλογή των πληροφοριών. Στοιχεία συλλέχτηκαν επίσης από τα δύο νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου, ΠΑΓΝΗ και BENIZEΛΕΙΟ.

Χρόνος διεξαγωγής της μελέτης-Τρόπος διεξαγωγής της μελέτης

Η αρχική μελέτη διεξήχθη από τις 15 Μαρτίου 2011 έως και 15 Μαρτίου 2012 με στόχο την καταγραφή των περιστατικών με CAP. Τον Σεπτέμβριο του ίδιου έτους του 2012 όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ένα από τα δύο νοσοκομεία συμμετείχαν σε μία τηλεφωνική συνέντευξη με στόχο την διερεύνηση των αιτίων που τους ώθησαν να απευθυνθούν στο εφημερεύον νοσοκομείο και όχι στο Κ.Υ. Η τηλεφωνική συνέντευξη των ασθενών που επισκέφθηκαν απευθείας τα νοσοκομεία είχε ως στόχο να διαπιστωθούν τα αίτια που οι ασθενείς έκριναν ως σημαντικά προκειμένου να επιλέξουν να μην προσέλθουν στα Κ.Υ. (μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στα Νοσοκομεία? κοινωνικοί λόγοι? Θεράποντες ιατροί είναι στα νοσοκομεία? Σημαντική συνοσηρότητα? Γεωγραφικοί λόγοι?κ.α)

Πληθυσμός μελέτης

Ο βασικός πληθυσμός μελέτης στον οποίο στηρίχτηκε αυτή η μεταπτυχιακή εργασία ήταν ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών κάτοικοι της περιοχής ευθύνης των 6 Κ.Υ. του Νομού Ηρακλείου με σημεία και συμπτώματα πνευμονίας της κοινότητας.

Πιο συγκεκριμένα:

- Συμπτώματα οξείας λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού (βήχας και τουλάχιστον ένα άλλο σύμπτωμα του κατώτερου αναπνευστικού).
- Νέα σημεία λοίμωξης στην ακρόαση του ασθενούς.
- Ενδείξεις συστηματικής νόσου (θερμοκρασία ≥ 38 °C και/ή συμπτώματα όπως εφίδρωση, ρίγος, αρθραλγίες).
- Πνευμονία επιβεβαιωμένη με ακτινογραφία θώρακος

Ερωτηματολόγιο

Η δημιουργία του ερωτηματολογίου στηρίχτηκε στις θεωρίες που προαναφέρθηκαν στην εισαγωγή και κυρίως στην θεωρία του Slikkerveer. Το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε πριν την εφαρμογή του. Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα 3.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε παράγοντες όπως:

- Δημογραφικά στοιχεία
- Ψυχοκοινωνικές μεταβλητές
- Ενδυναμωτικούς παράγοντες (κοινωνικο-οικονομικούς, αντίληψη νοσηρότητας)
- Παράγοντες από το πλουραλιστικό σύστημα Υγείας

Τα γενικά χαρακτηριστικά και οι προδιαθεσικοί παράγοντες απαντήθηκαν από όλους τους ασθενείς με CAP είτε παραπέμφθηκαν είτε επισκέφθηκαν το νοσοκομείο με δική τους απόφαση χωρίς να παραπεμφθούν από κάποιον ιατρό. Το μέρος Γ (ψυχοκοινωνικές μεταβλητές) και Δ ενδυναμωτικοί (κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες και αντίληψη νοσηρότητας) και Ε (παράγοντες από το πλουραλιστικό σύστημα υγείας) απαντήθηκε μόνο από τους ασθενείς που επισκέφθηκαν το νοσοκομείο χωρίς να έχει προηγηθεί παραπομπή από ιατρό.

Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην μελέτη πληροφορήθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και εγγυήσεις για την εμπιστευτικότητα της τηλεφωνικής συνέντευξης δόθηκαν στους ασθενείς.

Ανάλυση δεδομένων

Οι κύριες αναλύσεις των δεδομένων αφαιρούσαν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν και ασθενείς που επέλεξαν μόνοι τους να επισκεφθούν το νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα των τηλεφωνικών συνεντεύξεων-ερωτηματολογίων καταχωρήθηκαν σε υπολογιστικά φύλλα δεδομένων (excel). Οι στατιστικές αναλύσεις διεξήχθησαν χρησιμοποιώντας το SPSS 20. Οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως συχνότητες και ποσοστά ενώ οι συνεχείς μεταβλητές ως μέσες τιμές. Η δοκιμασία Mann-Whitney χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να αναδειχτούν πιθανές διαφορές στο BMI γυναικών και αντρών.

Αποτελέσματα

Ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη

Κατά την διάρκεια της μελέτης 124 περιπτώσεις πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας της κοινότητας διαπιστώθηκαν. Η πλειοψηφία των ασθενών που νοσηλεύτηκαν ήταν ηλικίας άνω των 65 ετών (87.2%). Νοσηλεύτηκαν συνολικά 40 ασθενείς, 18 γυναίκες (45%), 22 άντρες (55%). Το σύνολο των ασθενών n=40 (100%) ήταν ελληνικής υπηκοότητας. Η μέση ηλικία των νοσηλευθέντων ασθενών ήταν τα 78 έτη (min 53-max94; IQR=10 έτη). Από τους 40 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν βρέθηκαν για παρακολούθηση και απάντησαν στην τηλεφωνική συνέντευξη οι 30 ασθενείς ενώ 2 ασθενείς απεβίωσαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους. Οι υπόλοιποι 8 ασθενείς δεν απάντησαν στο τηλέφωνο είτε γιατί πιθανά τα στοιχεία τους ήταν λανθασμένα είτε γιατί έλειπαν στο συγκεκριμένο διάστημα που διεξήχθη η τηλεφωνική επικοινωνία. Το ποσοστό ανταπόκρισης των ασθενών που ανευρέθηκαν κατά την διάρκεια της τηλεφωνικής επικοινωνίας ήταν 100% με όλους τους ασθενείς να συμμετέχουν πρόθυμα στην μελέτη.

[Ασθενείς που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο και νοσηλεύτηκαν]

1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά-συνθήκες διαβίωσης:

Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που νοσηλεύτηκαν και απάντησαν στο ερωτηματολόγιο μας περιγράφονται στο παράρτημα 1, Πίνακας 1. Το 70% ήταν άνδρες

(n=21). Η εφαρμογή του Mann-Whitney Test δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ηλικία μεταξύ ανδρών και γυναικών ($p=0.875$). Η ηλικιακή κατανομή των 30 ασθενών που νοσηλεύτηκαν λόγω CAP απεικονίζεται στο παράρτημα 2, γράφημα 1. Το 80% των ασθενών ήταν ηλικίας άνω των 70 ετών. Το μέσο BMI ($\pm sd$) ασθενών των ασθενών ήταν 29.33 ± 5.34 , (CI 27.26-31.4), παράρτημα 1, πίνακας 1, και παράρτημα 2, γράφημα 2. Το t-test έδειξε ότι παρότι το μέσο BMI των γυναικών είναι αυξημένο σε σχέση με των αντρών, η διαφορά αυτή οριακά δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p\text{-value}=0.058$).

Ο τύπος διαμονής των ασθενών ήταν ως επί το πλείστον σε αγροτικές περιοχές σε ποσοστό 60% (n=18) και ακολούθως σε ημιαστικές περιοχές 30% (n=9) και αστικές περιοχές 10% (n=3). Το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών ήταν ως επί το πλείστον χαμηλό με μόνο 3 (11.1%) άτομα να είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ενώ οι υπόλοιποι ήταν με καμία εκπαίδευση 8 (26.6%) και 19 πρωτοβάθμιας (63.3%), παράρτημα 1, πίνακας 1.

Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν συνταξιούχοι 13 (43.3%) και αγρότες 12 (40%), ενώ ενώ ένα μικρό ποσοστό ασχολούνταν με τα οικιακά; 5 άτομα (18.5%), παράρτημα 1, πίνακας 1.

2. Συνήθειες υγείας

Η καπνιστική εξάρτηση και η κατανάλωση αλκοόλ απεικονίζεται στο παράρτημα 1, πίνακας 2. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν εξάρτηση από το κάπνισμα είτε ως πρώην καπνιστές είτε ως νυν (n=19), ενώ όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ οι περισσότεροι ασθενείς δεν έκαναν καθόλου χρήση αλκοόλ. Παράρτημα 1, πίνακας 2.

3. Συνοσηρότητα.

Η συνοσηρότητα των ασθενών με CAP απεικονίζεται στο παράρτημα 2, γράφημα 3. Οι πιο σημαντικές συνοσηρότητες που απεικονίστηκαν ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα 70% (n=21) και η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.) 66.7% (n=20) και ο Σακχαρώδης Διαβήτης 20% (n=6). Η μέση τιμή συνοσηροτήτων ανά άτομο ήταν 2 (min 0-max 4, IQR=2).

4. Αξιολόγηση δριμύτητας νόσου με βάση το CRB-65 score

Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν $CRB-65 \geq 1$ σε ποσοστό 83.4% (n=25) ενώ μόνο 5 ασθενείς είχαν μηδενικό σκορ.

5. Συμπτώματα που ανησύχησαν τους ασθενείς

Το σύμπτωμα που ανησύχησε περισσότερο τους ασθενείς ώστε να αναζητήσουν περαιτέρω ιατρική βοήθεια σε ένα από τα δύο νοσοκομεία ήταν η δύσπνοια σε ποσοστό 40% (n=12). Ίδιο ποσοστό ανέφερε ότι κάποιο άλλο σύμπτωμα τους ανάγκασε να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Στην ερώτηση ποιο ήταν αυτό το σύμπτωμα οι ασθενείς ανέφεραν τρία κυρίως συμπτώματα: καταβολή, λήθαργος, και θωρακικό άλγος. Παράρτημα 2, γράφημα 4.

6. Σε πόσο χρόνο μετά την έναρξη των συμπτωμάτων αναζήτησαν οι ασθενείς ιατρική βοήθεια

Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας ήταν 3 ημέρες (min:1, max 20, IQR 3 days). Το 76.5% (n=23) αναζήτησε ιατρική βοήθεια στις πρώτες 4 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων. Αναλυτικές πληροφορίες και κατανομή ανάλογα με τις ημέρες που μεσολάβησαν από την έναρξη των συμπτωμάτων έως και την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας απεικονίζονται στο παράρτημα 2, γράφημα 5.

7. Αναζήτηση ιατρικής βοήθειας- προσωπική απόφαση ή παρότρυνση?

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών αναζήτησε βοήθεια ύστερα από παρότρυνση-συμβουλή οικείου προσώπου 56.7% (n=17). Ενώ μόνο 12 άτομα αναζήτησαν βοήθεια ύστερα από δική τους απόφαση.

8. Από πού αναζήτησαν οι ασθενείς αρχικά βοήθεια

Το 66.7% (n=14) αναζήτησε αρχικά βοήθεια από ιατρό, ενώ από συγγενείς-γείτονες αναζήτησε βοήθεια το 23.3% (n=7). Το 20% (n=6) δεν αναζήτησε από κανέναν βοήθεια ενώ 2 άτομα κάλεσαν απευθείας το ΕΚΑΒ. Κανένας ασθενής δεν αναζήτησε ιατρική βοήθεια από νοσηλεύτη ή άλλον επαγγελματία υγείας.

9. Με ποιόν τρόπο έγινε η πρώτη επαφή με την υπηρεσία υγείας

Η πρώτη επαφή με την υπηρεσία υγείας έγινε με επίσκεψη σε ποσοστό 90% (n=27), ενώ μόνο σε ποσοστό 10% (n=3) έγινε τηλεφωνικά.

[Ασθενείς που επέλεξαν μόνοι τους να επιστρεφθούν το νοσοκομείο]

Στους ασθενείς που επέλεξαν μόνοι τους να επισκεφτούν το νοσοκομείο απευθύνθηκαν επιπλέον ερωτήσεις σχετικές με ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, ενδυναμωτικούς παράγοντες και παράγοντες που αφορούν το πλουραλιστικό σύστημα υγείας ως ακολούθως: Η επίσκεψη στο νοσοκομείο έγινε με απόφαση των ασθενών σε ποσοστό 43.3% (n=12), ενώ με παραπομπή από το Κ.Υ. σε ποσοστό 33.3% (n=10) και με παραπομπή από ιδιώτη ιατρό σε ποσοστό 23.3% (n=7). Παράρτημα 2, γράφημα 6.

1.Ανησυχία των ασθενών για τα συμπτώματά τους

Οι 5 από τους 12 ασθενείς που πήραν την απόφαση να επισκεφτούν μόνοι τους το νοσοκομείο ανέφεραν ότι ανησύχησαν πολύ ενώ 7 από αυτούς μέτρια. Κανείς ασθενής δεν απάντησε ότι ανησύχησε λίγο.

2.Γνώση των ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στο Κέντρο Υγείας

Οι 8 από τους 12 ανέφεραν ότι γνώριζαν λίγο τις υπηρεσίες που παρέχονται στο Κ.Υ. Παράρτημα 2, γράφημα 7.

3.Ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας στο Κέντρο Υγείας και στο Νοσοκομείο

Η ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας στο Κ.Υ απεικονίζεται στο παράρτημα 2, γράφημα 8 ενώ από το νοσοκομείο στο παράρτημα 2, γράφημα 9. Πολύ ικανοποιημένοι από το Κέντρο Υγείας ήταν οι 3 από τους 12 ασθενείς ενώ οι περισσότεροι (9) ασθενείς ήταν από λίγο έως μέτρια ικανοποιημένοι . Αντίθετα το σύνολο των ασθενών ήταν από μέτρια έως πολύ ικανοποιημένοι από το Νοσοκομείο.

4.Ενημέρωση των ασθενών για ιατρικά θέματα

Οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν ότι είναι μέτρια ενημερωμένοι για ιατρικά θέματα (n=5) ενώ πολύ ενημερωμένοι ήταν 3 από τους 13. Λίγο ενημερωμένοι ήταν 4.

5. Για ποιόν λόγο οι ασθενείς επισκέφθηκαν το νοσοκομείο με δική τους απόφαση (ανοικτού τύπου ερώτηση)

Διάφοροι λόγοι αναφέρθηκαν από τους ασθενείς ότι τους ώθησαν να επισκεφτούν το νοσοκομείο με δική τους απόφαση όπως: συμπτώματα, προϋπάρχουσα νόσος, ειδικότητες, ασφάλεια, οικονομικοί λόγοι, γενική κατάσταση, ύπαρξη συγγενών που δουλεύουν στο νοσοκομείο κ.α. Αναλυτικά η γνώμη των ασθενών αναφέρεται στον παράρτημα 1, πίνακας 3, στήλη 2.

6. Για ποιόν λόγο οι ασθενείς θεώρησαν ότι δεν μπορούσαν να αντιμετωπισθούν στο Κ.Υ. (ανοικτού τύπου ερώτηση)

Διάφοροι λόγοι αναφέρθηκαν από τους ασθενείς όπως: θα ήταν χάσιμο χρόνου, έλλειψη εξοπλισμού, προσβασιμότητα κ.α. Αναλυτικά η γνώμη των ασθενών αναφέρεται στον πίνακα 3, στήλη 3.

7. Μέσα μαζικής μεταφοράς-ιδιόκτητη κατοικία

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (n=8), ανέφερε ότι η συγκοινωνία στην περιοχή διαμονής τους είναι πιο συχνή από δύο φορές την ημέρα ,μια φορά την ημέρα ανέφεραν 2 ασθενείς ενώ δύο φορές την ημέρα 2 ασθενείς.

Επτά ανέφεραν ότι μπορεί εύκολα να χρησιμοποιήσει ταξί ή άλλο μεταφορικό μέσο ενώ σπάνια ανέφεραν 2 και καθόλου 3.

Αυτοκίνητο είχαν 11. Ιδιόκτητη κατοικία είχαν 10.

8. Δυνατότητα των ασθενών να αφήσουν την δουλειά τους ή να πάρουν άδεια για να επισκεφτούν τον ιατρό

Το σύνολο των ασθενών απάντησε ότι είναι δύσκολο 100% (n=12).

9. Περιορισμός δραστηριοτήτων των ασθενών

Οι περισσότεροι ασθενείς συνέχιζαν τις συνήθειες δραστηριότητες τους προτού επισκεφτούν το νοσοκομείο 58.3% (n=7), ενώ το 16.7% σταμάτησαν τις δουλειές τους και περιόρισαν τις δραστηριότητες τους (n=2). Κάποιοι παρέμειναν κλινήρεις 25% (n=3).

10. Αντίληψη των ασθενών για την σοβαρότητα της νόσου

Το 50% (n=6) θεώρησε ότι έπρεπε οπωσδήποτε να παραπεμφθεί στο νοσοκομείο. Ότι η κατάσταση τους ήταν αρκετά σοβαρή και θα έπρεπε να γίνει εξέταση από ιατρό θεώρησαν το 16.7% (n=2), ενώ ένα ποσοστό 33.3% (n=4) θεώρησε ότι ήταν κάτι απλό.

11.Χιλιομετρική απόσταση του τόπου διαμονής από το νοσοκομείο

Στο μεγαλύτερο ποσοστό ο τόπος διαμονής απείχε λιγότερο από 10 χιλιόμετρα από το νοσοκομείο 41.7% (n=5). Παράρτημα 2 , γράφημα 10.

12.Έξοδα ασθενούς ανάλογα με την επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό ή το Κ.Υ.

Το 91.7% (n=11) απάντησε ότι τα έξοδα είναι περισσότερα σε περίπτωση επίσκεψης σε ιδιώτη ιατρό από ότι εάν επισκέπτονταν το Κ.Υ.

13.Επιλογή υπηρεσίας υγείας εάν δεν είχαν ασφάλιση

Το 63.6% (n=7) απάντησε ότι εάν δεν είχε ταμείο ασφάλισης θα επέλεγε το νοσοκομείο ενώ οι υπόλοιποι ισότιμα απάντησαν ότι θα πήγαιναν είτε σε ιδιώτη ιατρό είτε στο Κ.Υ. 18.2% (n=2).

14.Επιλογή ιατρού ή υπηρεσιών υγείας

Το 80% (n=8) ανέφεραν ότι η επιλογή γίνεται κυρίως βάση της φήμης ενώ μόνο το υπόλοιπο επιλέγει είτε με βάση την σοβαρότητα του νοσήματος είτε με βάση την οικονομική του δυνατότητα. Επιπρόσθετα ένας ασθενής ανέφερε ότι έχει μεγάλη σημασία για αυτόν η εμπειρία του ιατρού ενώ δύο ασθενείς τόνισαν την σημασία που έχει για αυτούς η συμπεριφορά του ιατρού.

Συζήτηση

Κύρια ευρήματα της μελέτης

Η μελέτη έδειξε ότι η πλειοψηφία των ασθενών που νοσηλεύτηκαν ήταν ηλικίας άνω των 65 ετών, καπνιστές με σημαντική συνοσηρότητα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών αναζήτησε βοήθεια ύστερα από παρότρυνση-συμβουλή οικείου προσώπου. Πριν την απόφαση για επίσκεψη στις δομές υγείας ήταν ενδιαφέρον ότι το 23.3% αναζήτησε βοήθεια από συγγενείς-γείτονες αποτυπώνοντας την κοινωνική δομή των αγροτικών περιοχών. Ένα σημαντικός αριθμός (12) ασθενών απευθύνθηκε κατευθείαν στα νοσοκομεία παρακάμπτοντας τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Διάφοροι λόγοι αναφέρθηκαν από τους ασθενείς ως αίτιο μη προσέλευσης στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. όπως: θα ήταν χάσιμο χρόνου, έλλειψη εξοπλισμού, προσβασιμότητα. Λόγοι που ώθησαν τους ασθενείς να επισκεφτούν το νοσοκομείο ήταν τα συμπτώματα, η προϋπάρχουσα νόσος, οι ειδικότητες, η αίσθηση ασφάλειας που παρέχει το νοσοκομείο, οι οικονομικοί λόγοι, η γενική κατάσταση, η ύπαρξη συγγενών που δουλεύουν στο νοσοκομείο. Επιπρόσθετα παράγοντες όπως η σημασία της εμπειρίας, της συμπεριφοράς του ιατρού και της εξειδίκευσης φαίνεται να συμβάλουν στην επιλογή του ασθενούς για απευθείας προσέλευση στο νοσοκομείο. Η συντριπτική πλειοψηφία

των ασθενών της μελέτης επέλεξε ιατρό ή υπηρεσίες υγείας κυρίως βάση της φήμης ενώ μόνο μικρό ποσοστό επέλεξε είτε με βάση την σοβαρότητα του νοσήματος είτε με βάση την οικονομική του δυνατότητα. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ο τόπος διαμονής τους απέχει λιγότερο από 10 χιλιόμετρα από το νοσοκομείο γεγονός που πιθανά αποτέλεσε έναν επιπρόσθετο παράγοντα για επιλογή της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Συζήτηση από το φώς της βιβλιογραφίας

Κοινωνικό-δημογραφικά και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά

Το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών που νοσηλεύτηκαν με πνευμονία ήταν ηλικίας άνω των 65, χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης κυρίως αγρότες ή συνταξιούχοι απεικονίζοντας το σύνηθες προφίλ των ασθενών στις αγροτικές περιοχές της Κρήτης. Η μεγαλύτερη ηλικία φαίνεται να είναι παράγοντας αυξημένης επίπτωσης αλλά και νοσηλείας λόγω CAP όπως αποτυπώνεται και σε άλλες μελέτες [32,33]. Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται ότι υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης συσχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο για CAP και αντίστροφα [32,34,35].

Οι ασθενείς με χαμηλό βάρος έχουν υψηλότερη επίπτωση CAP [32], αντίθετα στην δική μας μελέτη οι ασθενείς μας είχαν υψηλό BMI. Είναι πιθανόν αυτό το εύρημα να μην σχετίζεται με την πιθανότητα για CAP αλλά απλά να αντικατοπτρίζει την ελληνική πραγματικότητα όπου η παχυσαρκία είναι έκδηλη [36,37].

Κάπνισμα και συνοσηρότητα

Το 70% των ασθενών που νοσηλεύτηκαν ήταν πρώην καπνιστές ή καπνιστές. Είναι γνωστό από την βιβλιογραφία ότι παράγοντες όπως το κάπνισμα και η συνοσηρότητα αυξάνουν τις πιθανότητες νόσησης από CAP [32] καθώς και τις πιθανότητες νοσηλείας λόγω CAP [33]. Πιο συγκεκριμένα τα νοσήματα του αναπνευστικού αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσης CAP από 2-4 φορές ενώ τα καρδιαγγειακά έως 3 φορές. Πράγματι στην μελέτη μας οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν είχαν υψηλή νοσηρότητα από Χ.Α.Π. και ΚΑΝ. Η δε Χ.Α.Π. ήταν ένας από τους βασικούς παράγοντες που οι ασθενείς ανέφεραν ότι προτίμησαν να πάνε κατευθείαν στο νοσοκομείο.

Σοβαρότητα της νόσου όπως αποτιμήθηκε από το CRB-65

Η σοβαρότητα του νοσήματος καθορίζει συχνά την απόφαση για επίσκεψη σε νοσοκομειακή δομή [25, 38]. Όπως προκύπτει από την μελέτη μας το 81.5% είχε $CRB-65 \geq 1$ και επομένως η επίσκεψη στο νοσοκομείο ήταν απαραίτητη.

Ενδιαφέρον ήταν ότι σε 5 ασθενείς της μελέτης ήταν χαμηλής σοβαρότητας σύμφωνα με το CRB-65 πάραυτα απευθύνθηκε στο νοσοκομείο αναδεικνύοντας είτε την

ανάγκη μη παραπομπής αυτών των περιστατικών και την εξωνοσοκομειακή διαχείριση με την κατάλληλη υποστήριξη ή ότι όπως προαναφέραμε ο δείκτης αυτός δεν είναι δυνατόν να αποτυπώσει από μόνος του την σοβαρότητα της νόσου αλλά χρειάζεται και κλινική συνεκτίμηση. Είναι πιθανόν η κλινική συνεκτίμηση ή άλλοι παράγοντες όπως η ηλικία ή το ανεπαρκές υποστηρικτικό περιβάλλον να καθόρισαν την απόφαση για εισαγωγή στο νοσοκομείο. Πράγματι μια άλλη μελέτη έδειξε ότι άλλοι παράγοντες όπως η συνοσηρότητα, η ταχύπνοια και το ανεπαρκές υποστηρικτικό περιβάλλον στο σπίτι (π.χ. να μένει ο ασθενής μόνος του) καθορίζουν την απόφαση για νοσηλεία από τους γενικούς ιατρούς. Στην μελέτη αυτή όπου συμμετείχαν 95 γενικοί ιατροί και 175 ασθενείς με CAP (37 νοσηλευθέντες) κοινωνικοί παράγοντες όπως το να μην υπάρχει υποστήριξη στο σπίτι είχαν σχεδόν τετραπλάσια πιθανότητα (OR; 3.75) απόφασης για νοσηλεία [39].

Συμπτώματα

Τα σύμπτωμα που ανησύχησε περισσότερο τους ασθενείς ήταν είτε η δύσπνοια είτε κάποιο άλλο άτυπο σύμπτωμα όπως ο λήθαργος ή η καταβολή. Η δύσπνοια είναι αναμενόμενη μιας και αποτελεί ένα από τα βασικά συμπτώματα της CAP [9]. Η καταβολή και ο λήθαργος επίσης αποτελούν σημεία σημαντικά και αναμενόμενα μιας και ο πληθυσμός μας ήταν κυρίως ηλικιωμένοι όπου είναι γνωστό ότι η CAP εκδηλώνεται συχνά άτυπα [9,40].

Το σύνολο των ασθενών που επισκέφτηκαν μόνοι τους το νοσοκομείο ανέφεραν ότι ανησύχησαν από μέτρια έως πολύ για τα συμπτώματα τους. Τα συμπτώματα έχουν ένα καθοριστικό ρόλο για την απόφαση του ασθενή για νοσηλεία μιας και σχεδόν το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται πάσχουν από ένα ή περισσότερα συμπτώματα που περιορίζουν σημαντικά τις δραστηριότητες τους [41].

Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας ήταν 3 ημέρες (min:1,max 20, IQR 3 days). Παρότι δεν υπάρχουν δημοσιεύσεις στην διεθνή βιβλιογραφία η αποτύπωση αυτή συμπίπτει με την εκδήλωση της συμπτωματολογίας όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή με μία συνολική διάρκεια συμπτωμάτων από 3 έως και 30 ημέρες [12].

Η σημασία του οικογενειακού περιβάλλοντος-συγγενών-γειτόνων

Ένας αριθμός ασθενών (n= 7) μας αναζήτησε βοήθεια από συγγενείς-γείτονες ενώ ιατρική βοήθεια ύστερα από παρότρυνση-συμβουλή οικείου προσώπου αναζήτησε το 17ασθενείς . Η σημασία των συγγενών αναδείχτηκε και από έναν ασθενή (Νούμερο 9, πίνακας 3) ο οποίος ανέφερε ότι 'επισκέφτηκε το νοσοκομείο λόγω του ότι είχε συγγενείς εργαζόμενους στο νοσοκομείο, οπότε θα τον πρόσεχαν'. Η σημασία του οικογενειακού-συγγενικού περιβάλλοντος και των γειτόνων-φίλων στην λήψη αποφάσεων αλλά και στην διαχείριση των νοσημάτων τους έχει αναδειχτεί και από άλλες μελέτες που έχουν διεξαχθεί

στην χώρα μας. Σε μία μελέτη που διερεύνησε την χρήση φαρμάκων και την ανταλλαγή σε δυο αγροτικές περιοχές της Κρήτης φάνηκε ότι οι ασθενείς εμπιστεύονταν συχνά τους γείτονες, συγγενείς και φίλους και αντάλλαξαν φάρμακα με αυτούς προκειμένου να αντιμετωπίσουν κάποιο από τα συμπτώματα-νοσήματα τους [42]. Το 95% έκανε ανταλλαγή φαρμάκων μέσα στην οικογένεια και το 17.5% με φίλους, συγγενείς, και γείτονες. Σε μια άλλη Πανελλαδική μελέτη που αφορούσε την συμμόρφωση των ασθενών στις οδηγίες του ιατρού για γαστροσκόπηση ασθενείς δήλωσαν ότι δυσάρεστες εμπειρίες ατόμων του οικείου περιβάλλοντος τους αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την απόφαση τους για περαιτέρω διερεύνηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας [43].

Έλλειψη γνώσεων για τις υπηρεσίες που παρέχονται στα Κ.Υ.

Όπως αναδείχτηκε και από μία άλλη Ελληνική μελέτη όσον αφορά τις απόψεις των ασθενών για την γαστροσκόπηση φαίνεται ότι οι ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών όπως δηλαδή και οι ασθενείς της δικής μας μελέτης συχνά αρνούνται να ακολουθήσουν τις οδηγίες των ιατρών εξαιτίας του φόβου, της συνοσηρότητας, των προηγούμενων αρνητικών εμπειριών, και της έλλειψης γνώσης [43]. Παρότι αυτή η Πανελλαδική μελέτη είχε έναν τελείως διαφορετικό υπόβαθρο μιας και οι ασθενείς έχουν ούτως ή άλλως μια αρνητική στάση σε οποιαδήποτε επεμβατικού χαρακτήρα παρέμβαση αρκετές ομοιότητες με την μελέτη μας υπάρχουν. Η έλλειψη γνώσεων των ασθενών φάνηκε και από την δική μας μελέτη όπου οι ασθενείς δεν γνώριζαν τις υπηρεσίες που παρέχονται στο Κ.Υ. καθώς και όπως αποτυπώνεται από την άποψη του ασθενούς 12 <<Θα έπρεπε να έρθουν να με δούν στο σπίτι και δεν έρχονται ή μήπως έρχονται και δεν το ξέρω;>>.

Επιλογή μεταξύ Π.Φ.Υ. και νοσοκομειακής περίθαλψης

Ασθενείς που επέλεξαν μόνοι τους να επισκεφτούν το νοσοκομείο παρακάμπτοντας τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. αποτέλεσαν ένα σημαντικό ποσοστό στην μελέτη μας (n=12 ,42.9%). Η επιλογή του συστήματος υγείας από τους ασθενείς έχει διερευνηθεί σε πάρα πολλές χώρες [25] . Μία ανασκόπηση έδειξε ότι οι περισσότερες μελέτες προέρχονται από τις Η.Π.Α. (n=51), την Ολλανδία (n=29) και το Η.Β. (n=19)[25]. Συνήθως οι ασθενείς απευθύνονται στον γενικό τους ιατρό και αφήνουν την επιλογή της μετέπειτα θεραπείας ή παραπομπής σε αυτούς [44-49]. Στην δική μας μελέτη μόνο το 56.66 % (n=16) παραπέμφθηκε από υπηρεσίες Π.Φ.Υ. ή από ιδιώτες. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζει την Ελληνική πραγματικότητα όπου οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επισκεφτούν τα νοσοκομεία χωρίς να χρειάζεται παραπομπή από ιατρό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στην χώρα μας ο ασθενής είναι ελεύθερος να επισκεφτεί τα επείγοντα με μόνο γνώμονα την προσωπική του απόφαση. Διάφοροι

παράγοντες έχουν αναφερθεί στην βιβλιογραφία να επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών να επισκεφτούν διαφορετικές υπηρεσίες υγείας με κυριότερους τους παράγοντες που αφορούν την δομή (π.χ διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα, προσωπικό, κόστος και κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες) και την διαδικασία (π.χ. συνέχεια στην θεραπεία και ποιότητα) [25].

Διαθεσιμότητα

Είναι γνωστό ότι η διαθεσιμότητα του συστήματος επηρεάζει την επιλογή [25]. Παράγοντες όπως οι ώρες λειτουργίας, η δυνατότητα να κανονίσουν ραντεβού με τον ιατρό τους και η ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο [25]. Στην μελέτη μας οι παράγοντες των ωρών λειτουργίας και της δυνατότητας να κανονίσουν ραντεβού δεν μελετήθηκαν αφενός διότι και τα Κ.Υ. εξίσου λειτουργούν όπως και τα νοσοκομεία 24 ώρες το 24ωρο και αφετέρου διότι τα περιστατικά ήταν οξεία και όχι χρόνια ώστε να είναι απαραίτητο να κλειστούν ραντεβού.

Σε άλλες μελέτες ένας βασικός παράγοντας που καθορίζει την επιλογή ενός νοσοκομειακού μοντέλου είναι να το επιτρέπει η ασφαλιστική κάλυψη του ασθενούς [25,38]. Δεν έχουν σε όλες τις χώρες όλοι οι ασθενείς την δυνατότητα να επισκεφτούν και να αντιμετωπιστούν από διαφορετικές υπηρεσίες υγείας. Στην χώρα μας αυτό δεν αποτελεί θέμα τουλάχιστον μέχρι σήμερα μιας και όλοι οι ασθενείς ασφαλισμένοι ή μη καθώς και διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων καλύπτονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Μία αντίστοιχη μελέτη σε αγροτικές περιοχές στην Κίνα έδειξε ότι συγκεκριμένη ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών οδήγησε τους ασθενείς να επιλέξουν νοσοκομειακή αντιμετώπιση [38]. Στην δική μας μελέτη δεν τέθηκε ζήτημα ασφαλιστικής κάλυψης μιας και οι ασθενείς μπορούσαν να επιλέξουν μεταξύ Π.Φ.Υ. ή νοσοκομειακής περίθαλψης ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους κάλυψη.

Προσβασιμότητα

Είναι γνωστό από μελέτες ότι οι ασθενείς συχνά επιλέγουν να πάνε στην πλησιέστερη υπηρεσία υγείας [25,30,50]. Παρόμοια αποτελέσματα είχαμε και στην δική μας μελέτη αφού οι ασθενείς ανέφεραν την απόσταση ως έναν σημαντικό παράγοντα είτε μη προσέλευσης στο Κ.Υ. (μεγαλύτερη απόσταση) είτε απευθείας προσέλευσης στο νοσοκομείο (μικρότερη απόσταση). Θα περίμενε κανείς τα Κ.Υ. να είναι τα πιο κοντινά αλλά τα νοσοκομεία φαίνεται να ήταν πιο κοντά στον τόπο κατοικίας αρκετών ασθενών.

Το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς μας είχαν μεταφορικό μέσο ή και την δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν μέσα μαζικής μεταφοράς μπορεί να επηρέασε την απόφαση για επίσκεψη στο εφημερεύον νοσοκομείο. Σε μία ανασκόπηση φάνηκε ότι σε 44 μελέτες οι ασθενείς επέλεξαν τις πλησιέστερες υπηρεσίες υγείας ενώ σε 11 μελέτες η προσβασιμότητα με δικό τους μεταφορικό μέσο ή μέσο μαζικής μεταφοράς αποτέλεσε βασικό κίνητρο για την

επιλογή. Επιπρόσθετα οι Arcury και συνεργάτες σε ένα δείγμα 1059 ατόμων από αγροτικές περιοχές έδειξαν ότι η απόφαση για χρήση συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από παράγοντες όπως το δίπλωμα οδήγησης, η δυνατότητα πρόσβασης με μέσα μαζικής μεταφοράς ή μέσω φίλων [30].

Άλλοι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν περισσότερο την απόφαση των ασθενών για επίσκεψη σε ένα κοντινό ή όχι πάροχο υγείας όπως για π.χ. η ύπαρξη ενός συγγενή κοντά στο νοσοκομείο, η οικειότητα με τον πάροχο υγείας, η αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα υγείας που προσφέρεται στην υπηρεσία υγείας καθώς και η σοβαρότητα του νοσήματος τους [51]. Όλοι αυτοί οι παράγοντες αναφέρθηκαν και στην δική μας μελέτη ως παράγοντες που καθόρισαν την επιλογή.

Ποιότητα της δομής/ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας δείκτης της ποιότητας υγείας [52]. Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα για την επιλογή της υπηρεσίας υγείας μιας και αντικατοπτρίζει σε σημαντικό βαθμό και τις προσδοκίες των ασθενών από το σύστημα αλλά και την αποτελεσματικότητα του συστήματος [25,53].

Στην μελέτη μας φάνηκε ότι οι ασθενείς προτιμούν να επιλέξουν νοσοκομεία από το να επιλέξουν δομές της Π.Φ.Υ. Οι ασθενείς φαίνεται να επιλέγουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας επιλέγοντας τον πάροχο υπηρεσιών υγείας που περισσότερο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προτιμήσεις τους [25,40,44]. Το γεγονός ότι αρκετοί ασθενείς παρουσιάζονται στα τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων με νοσήματα τα οποία θα μπορούσαν αρχικά τουλάχιστον να αντιμετωπιστούν στην Π.Φ.Υ. είναι διεθνώς γνωστό [54]. Σε μία συστηματική ανασκόπηση φάνηκε ότι σε 22 μελέτες οι ασθενείς επέλεξαν με βάση το εύρος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών [25]. Οι ασθενείς φαίνεται να επιλέγουν νοσοκομεία λόγω των υψηλότερων υπηρεσιών υγείας, του εξοπλισμού και της καλύτερης υλικοτεχνικής υποδομής καθώς και της ποιότητας στην θεραπεία. Σε μία μελέτη στην Βόρεια Αφρική το 88.9% των ασθενών (σε σύνολο 277 ασθενών) αυτό-παραπέμφθηκαν στα νοσοκομεία ενώ μόνο το 4.8% θεωρήθηκε ότι πληρούσε τα κριτήρια εισαγωγής σε ένα νοσοκομείο [54]. Σημαντικοί παράγοντες για την επιλογή επίσκεψης σε νοσοκομεία απαρχής ήταν η αντίληψη ότι άλλες υπηρεσίες υγείας δεν τους βοηθάνε, ότι η θεραπεία και τα 'ειδικά τεστ' στα νοσοκομεία είναι σαφώς καλύτερα, το γεγονός ότι οι γενικοί ιατροί ούτως ή άλλως παραπέμπουν στα νοσοκομεία, η μη ύπαρξη δομών μετά κάποια συγκεκριμένη ώρα και οι μεγάλες λίστες αναμονής [54]. Αντίστοιχες απόψεις αναφέρθηκαν και από τους δικούς μας ασθενείς.

Οι Puig-Junoy και συνεργάτες έδειξαν ότι οι ασθενείς προτιμούν τα τμήματα επειγόντων θεωρώντας ότι παρέχουν υψηλότερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας απ'ότι η Π.Φ.Υ. [55]. Θεωρούν ότι δεν υπάρχουν εμπόδια πρόσβασης δεδομένης της χαμηλής

ικανοποίησης από την Π.Φ.Υ. όπως αυτή απεικονίζεται από τους ασθενείς [55]. Παρόμοια αποτελέσματα είχαμε και στην δική μας μελέτη όπου οι ασθενείς τόνισαν την χαμηλή ικανοποίηση από την Π.Φ.Υ. και την υψηλή από την νοσοκομειακή περίθαλψη.

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας φαίνεται να εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες όπως τα δημογραφικά και κοινωνικο - οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών, τα χαρακτηριστικά των παρόχων των υπηρεσιών υγείας (τέχνη και υποδομές) , την σχέση ιατρού - ασθενούς, την προσβασιμότητα, την διάρκεια της νόσου /θεραπείας, και τον τρόπο πληρωμής [56]. Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας είναι ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει την μετέπειτα συμπεριφορά τους. Μελέτες υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με ικανοποίηση στις υπηρεσίες υγείας συμμορφώνονται καλύτερα στις οδηγίες των ιατρών τους καθώς και λαμβάνουν τα φάρμακα τους με σαφώς καλύτερη συμμόρφωση [56,57]. Φαίνεται ότι οι ασθενείς που είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας είναι πιο πιθανόν να χρησιμοποιήσουν στο μέλλον τις ίδιες υπηρεσίες υγείας [58]. Οι Weiss et al αναφέρουν ότι η εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες της κοινότητας, η συνέχεια στην φροντίδα και η γενικότερη ικανοποίηση από την ζωή επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας[56]. Η μελέτη μας έδειξε χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας στο Κ.Υ με το 75% να είναι από λίγο έως μέτρια ικανοποιημένοι. Αντίθετα το σύνολο των ασθενών ήταν από μέτρια έως πολύ ικανοποιημένοι από το Νοσοκομείο. Θα περίμενε κανείς ασθενείς που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές να έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση εξαιτίας της καλής και διαχρονικής σχέσης με τον ιατρό τους. Φαίνεται όμως ότι οι παράγοντες που προαναφέρθηκαν υπερτερούν της σχέσης αυτής.

Συνέχεια στην θεραπεία-προηγούμενες εμπειρίες-Φήμη

Πολύ σημαντικό θεωρείται από τον ασθενή να επισκεφτεί τον πάροχο υπηρεσιών υγείας που τον γνωρίζει ήδη και γνωρίζει πώς να διαχειριστεί το νόσημα του [59-62]. Αυτός ίσως ήταν ο λόγος που οι ασθενείς επισκέφτηκαν αρχικά τους ιατρούς της Π.Φ.Υ. και τους ιδιώτες. Οι ασθενείς στην μελέτη μας ανέφεραν ότι αυτός ήταν όμως και ένας σημαντικός λόγος επίσκεψης στο νοσοκομείο ιδιαίτερα όσον αφορά την Χ.Α.Π. Πιθανόν οι ασθενείς να είχαν λάβει τέτοιες οδηγίες από τους ιατρούς στο νοσοκομείο μιας και για π.χ. οι λοιμώξεις συχνά αναφέρονται στα σχέδια δράσης που δίνονται στους ασθενείς από τους ιατρούς τους.

Είναι γνωστό από την βιβλιογραφία ότι οι προηγούμενες εμπειρίες καλής περίθαλψης ωθούν τους ασθενείς στην συγκεκριμένη επιλογή [48,63,64-66]. Οι απόψεις των ασθενών στην μελέτη μας δείχνουν ότι οι ασθενείς που επισκέφτηκαν κατευθείαν τα νοσοκομεία είχαν επίσης καλές εμπειρίες περίθαλψης.

Η φήμη του πάροχου υγείας διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην απόφαση των ασθενών όπως φαίνεται και από άλλες μελέτες [65-67] , ομοίως με την δική μας μελέτη όπου το 80% επιλέγουν βάση φήμης.

Μεθοδολογικοί περιορισμοί

Η μελέτη μας συμπεριέλαβε ένα μικρό αριθμό ασθενών από μια συγκεκριμένη περιφέρεια της Κρήτης ως εκ τούτου γενίκευση των αποτελεσμάτων της μελέτης δεν είναι δυνατή (external validity). Παρότι το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε όσον αφορά το περιεχόμενο του και την δυνατότητα εφαρμογής του (content and face validity) πληροφορίες σχετικές με την εσωτερική εγκυρότητα και την αξιοπιστία του δεν είναι διαθέσιμες (reliability and internal validity). Στόχος μας ήταν να δούμε για ποιους λόγους οι ασθενείς επέλεξαν τα νοσοκομεία ή τα Κ.Υ. Θα ήταν ενδιαφέρον να δούμε και κατά πόσο αυτή η επιλογή τους επηρέασε και τις εκβάσεις της νόσου. Πιθανόν ο σχεδιασμός μιας νέας μελέτης με σκοπό την μελέτη των εκβάσεων ανάλογα με τον πάροχο να απαντήσει σε αυτά τα ερωτήματα. Πάραυτα είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι περίπου μισές από τις δημοσιευμένες μελέτες αναδεικνύουν ότι οι άλλοι παράγοντες που προαναφέραμε είναι πιο σημαντικοί για τον ασθενή προκειμένου να επιλέξει απ' ότι οι εκβάσεις [25]. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα της μελέτης μας αποτέλεσε το γεγονός ότι η τηλεφωνική συνέντευξη έδωσε την δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράσουν με ανοικτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις τις απόψεις τους και κατ' επέκταση να ληφθούν σημαντικές πληροφορίες για την χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Συμπεράσματα

Ένα σημαντικό εύρημα της μελέτης μας ήταν το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών αναζήτησε βοήθεια είτε απευθείας από συγγενείς-γείτονες ή ύστερα από παρότρυνση τους. Η μελέτη μας ανέδειξε μια ποικιλία παραγόντων να καθορίζει την απόφαση των ασθενών για επίσκεψη ή όχι στο νοσοκομείο με κυριότερους παράγοντες την συνοσηρότητα, τις προηγούμενες εμπειρίες από το νοσοκομείο, τη φήμη, την απόσταση κ.α. Διάφοροι λόγοι αναφέρθηκαν από τους ασθενείς ως αίτιο μη προσέλευσης στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. όπως: θα ήταν χάσιμο χρόνου, έλλειψη εξοπλισμού, προσβασιμότητα. Λόγοι που ώθησαν τους ασθενείς να επισκεφτούν το νοσοκομείο ήταν τα συμπτώματα, η προϋπάρχουσα νόσος, οι ειδικότητες, η αίσθηση ασφάλειας που παρέχει το νοσοκομείο, οι οικονομικοί λόγοι, η γενική κατάσταση, η ύπαρξη συγγενών που δουλεύουν στο νοσοκομείο.

Προτάσεις για παρέμβαση

Σε ένα ελεύθερο σύστημα υγείας όπως το ΕΣΥ όπου ο ασθενής είναι ελεύθερος να επισκεφτεί όποια δομή επιθυμεί π.χ. Περιφερειακό ιατρείο, Κέντρο Υγείας, Νοσοκομείο είναι βασικό να αντιληφθούμε τους λόγους που καθορίζουν αυτή την επιλογή. Με τις τρέχουσες δυσμενείς οικονομικές συνθήκες θα ήταν θεμιτό οι ασθενείς να μπορούν να αντιμετωπιστούν στον χώρο διαμονής τους. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης μπορεί να βοηθήσουν τους υπεύθυνους σχεδιασμού πολιτικών υγείας να κατανοήσουν την συμπεριφορά των ασθενών όσον αφορά την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας.

Το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς για παράδειγμα δεν γνώριζαν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονταν από το Κέντρο Υγείας υποδεικνύει έναν τομέα στον οποίο θα πρέπει να ληφθούν αποφάσεις και να υπάρξει ενημέρωση των ασθενών. Με αυτόν τον τρόπο καθώς και με την βελτίωση της υλικοτεχνικής υποδομής είναι πιθανόν οι ασθενείς να επιλέξουν υπηρεσίες υγείας όπως το Κέντρο Υγείας γεγονός που θα έχει σημαντικά κοινωνικο-οικονομικά οφέλη. Οι ασθενείς θα παραμένουν στον χώρο κατοικίας τους αποφεύγοντας άσκοπες μετακινήσεις με ιδιαίτερο κόστος τόσο για τους ασθενείς όσο και για την οικογένεια τους. Με το ποσοστό των ανασφάλιστων στην χώρα μας να αυξάνεται διαρκώς είναι σημαντική η παραμονή των ασθενών στην περιοχή τους με υπηρεσίες υγείας που θα εξασφαλίζουν ποιότητα και προσβασιμότητα για την ευαίσθητη αυτή ομάδα ασθενών. Ιδιαίτερα για τις φτωχές αγροτικές περιοχές της χώρας μας η δημιουργία ενός συστήματος υγείας που θα καλύπτει την δυνατότητα αντιμετώπισης χρόνιων και οξέων νοσημάτων όπως αυτό της πνευμονίας θα αυξήσει την πιθανότητα να αναζητήσουν οι ασθενείς ιατρική βοήθεια από τα Κ.Υ. αρχικά και να παραπεμφθούν μόνο εάν ο ιατρός το κρίνει απαραίτητο. Κάθε σύστημα υγείας όπως και το ΕΣΥ θα πρέπει να είναι δυναμικό όπως προτείνεται και για άλλες χώρες με δυνατότητα προσαρμογής στις εκάστοτε ανάγκες του πληθυσμού [38].

Η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και η θεσμοθέτηση της ανάγκης για παραπεμπτικό προκειμένου οι ασθενείς να χρησιμοποιήσουν τις νοσοκομειακές υποδομές θα εξασφαλίσει την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, θα μειώσει το κόστος και θα περιορίσει την νοσηλεία σε αυτή των ασθενών που πραγματικά πληρούν τα κριτήρια εισαγωγής. Η εφαρμογή αυτή θα εξασφαλίσει την συνέχεια στην ιατρική περίθαλψη και παρακολούθηση καθώς και θα μεταφέρει την διαχείριση των ασθενών από επεισοδική σε συνεχή γεγονός που αποτελεί και το θεμελιώδες ζητούμενο ομάδων ασθενών όπως για παράδειγμα ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός ασθενών με αλλεργίες και αναπνευστικά νοσήματα/EFA (European Federation of Allergies) [68]. Η εκτίμηση και η βελτίωση των δεικτών ποιότητας πιθανόν να αυξήσει τις πιθανότητες οι ασθενείς να επιλέξουν τα Κ.Υ. [51].

Βιβλιογραφία

1. File TM Jr. Community-acquired pneumonia. *Lancet*. 2003;362:1991–2001.
2. World Health Organization. Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization--WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec*. 2007;82: 93–104.
3. Centers for Disease Control and Prevention, 2010. Active Bacterial Core Surveillance (ABCs) Report, Emerging Infections Program Network, *Streptococcus pneumoniae*, 2009. Available at: <http://www.cdc.gov/abcs/reports-findings/survreports/spneu09.pdf>. Accessed January 2014.
4. Mortensen EM, Coley CM, Singer DE, et al. Causes of death for patients with community-acquired pneumonia: results from the Pneumonia Patient Outcomes Research Team cohort study. *Arch Intern Med*. 2002;162(9):1059-64.
5. Woodhead MA, Macfarlane JT, McCracken JS, et al. Incidence of community-acquired pneumonia in the population of four municipalities in eastern Finland. *Am J Epidemiol* 1993;137(9):977-88.
6. Foy HM, Cooney MK, Allan I, et al. Rates of pneumonia during influenza epidemics in Seattle, 1964 to 1975. *JAMA* 1979;241(3):253-8.
7. Jokinen C, Heiskanen L, Juvonen H, et al. Incidence of community-acquired pneumonia in the population of four municipalities in eastern Finland. *Am J Epidemiol*. 1993;137(9):977-88.
8. Levy ML, Le Jeune I, Woodhead MA, et al; British Thoracic Society Community Acquired Pneumonia in Adults Guideline Group. Primary care summary of the British Thoracic Society Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: 2009 update. Endorsed by the Royal College of General Practitioners and the Primary Care Respiratory Society UK. *Prim Care Respir J*. 2010;19(1):21-7.
9. Wunderink RG, Waterer GW. Clinical practice. Community-acquired pneumonia. *N Engl J Med*. 2014;370(6):543-51.
10. World Health Organization. Global immunization data; January 2008. Available at http://www.who.int/immunization/newsroom/Global_Immunization_Data.pdf. Accessed January 2014.
11. Waterer GW, Kessler LA, Wunderink RG. Delayed administration of antibiotics and atypical presentation in community-acquired pneumonia. *Chest*. 2006 Jul;130(1):11-5.
12. Metlay JP, Atlas SJ, Borowsky LH, et al. Time course of symptom resolution in patients with community-acquired pneumonia. *Respir Med*. 1998;92(9):1137-42.

13. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax*. 2003;58(5):377-82.
14. Anevlavis S, Bouros D. Scoring systems in community acquired pneumonia. *Pneumon*.2009;22(4).
15. Guest JF, Morris A. Community-acquired pneumonia: the annual cost to the National Health Service in the UK. *Eur Respir J*. 1997;10(7):1530-4.
16. Fine MJ, Pratt HM, Obrosky DS, et al. Relation between length of hospital stay and costs of care for patients with community-acquired pneumonia. *Am J Med*. 2000;109(5):378-85.
17. Guest JF, Morris A. Community-acquired lower respiratory tract infections: The annual cost to the NHS. *BrJ Med Econ* 1996; 10: 263–273.
18. Angus DC, Marrie TJ, Obrosky DS, et al. Severe community-acquired pneumonia: use of intensive care services and evaluation of American and British Thoracic Society Diagnostic criteria. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002 ;166(5):717-23.
19. Κοντιάδης Ξ, Σουλιώτης Κ. Σύγχρονες προκλήσεις στην ποιτική υγείας. Εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα 2005.
20. Levy ML. Guideline-defined asthma control: a challenge for primary care.*Eur Respir J*. 2008;31(2):229-31.
21. Lim WS ,Baudouin SV, George RC, et al. Pneumonia Guidelines Committee of the BTS Standards of Care Committee. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. *Thorax*. 2009;64 Suppl 3:iii1-55.
22. Macfalane JT, Colville A, Guion A, et al. Prospective study of aetiology and outcome of adult lower-respiratory-tract infections in the community. *Lancet*. 1993;341(8844):511-4.
23. Gupta V, Woodhead M. Oxygen saturation and pneumonia: a complement to current practice or another burden for the GP? *Prim Care Respir J*. 2010;19(4):301-3.
24. Aronsky D, Dean NC. How should we make the admission decision in community-acquired pneumonia? *Med Clin North Am*. 2001;85(6):1397-411.
25. Victoor A, Delnoij DM, Friele RD, et al. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:272.

26. Ajzen, Icek (1 December 1991). "The theory of planned behavior". *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50 (2): 179–211.
27. Αλεξόπουλος Ν, Φασούλης Κ, Κουτρομάνος Γ. Η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις συμπεριφορικές πεποιθήσεις και τις προθέσεις των εκπαιδευτικών για την εξέλιξή τους στη διοικητική ιεραρχία της εκπαίδευσης *Επιστημονικό Βήμα*, τ. 9, - Μάιος 2008
28. David P. Rebhan. *Health Care Utilization: Understanding and applying theories and models of health care seeking behavior*. (2008). Available from www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/healthcareutil.pdf. Accessed January 2014.
29. Andersen, R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
30. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, et al. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Serv Res*. 2005;40(1):135-55.
31. Slikkerveer LJ. *Plural medical systems in the Horn of Africa; the legacy of 'Sheikh Hippocrates'*. London Kegan Paul International, 1990.
32. Torres A, Peetermans WE, Viegli G, et al. Risk factors for community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review. *Thorax*. 2013;68(11):1057-65.
33. Takahashi K, Suzuki M, Minh le N, et al. The incidence and aetiology of hospitalised community-acquired pneumonia among Vietnamese adults: a prospective surveillance in Central Vietnam. *BMC Infect Dis*. 2013;13:296.
34. Almirall J, Bolibar I, Serra-Prat M, et al. New evidence of risk factors for community-acquired pneumonia: a population-based study. *Eur Respir J* 2008;31:1274–84.
35. Teepe J, Grigoryan L, Verheij TJ. Determinants of community-acquired pneumonia in children and young adults in primary care. *Eur Respir J* 2010;35:1113–17.
36. Koukoulis GN, Sakka C, Katsaros F et al . High rates of obesity prevalence in adults living in central Greece: data from the ARGOS study. *Hormones (Athens)*. 2010;9(3):253-62.
37. Manios Y, Moschonis G, Chrousos GP, et al. The double burden of obesity and iron deficiency on children and adolescents in Greece: the Healthy Growth Study. *J Hum Nutr Diet*. 2013;26(5):470-8.
38. Yip WC, Wang H, Liu Y. Determinants of patient choice of medical provider: a case study in rural China. *Health Policy Plan*. 1998;13(3):311-22.

39. Laurichesse H, Gerbaud L, Baud O, et al; Study Group of General Practitioners. Hospitalization decision for ambulatory patients with community-acquired pneumonia: a prospective study with general practitioners in France. *Infection*. 2001;29(6):320-5.
40. Fung HB, Monteagudo-Chu MO. Community-acquired pneumonia in the elderly. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2010;8(1):47-62.
41. Wyrwich KW, Yu H, Sato R, et al. Community-acquired pneumonia: symptoms and burden of illness at diagnosis among US adults aged 50 years and older. *Patient*. 2013;6(2):125-34.
42. Tsiligianni IG, Delgatty C, Alegakis A, et al. A household survey on the extent of home medication storage. A cross-sectional study from rural Crete, Greece. *Eur J Gen Pract*. 2012;18(1):3-8.
43. Oikonomidou E, Anastasiou F, Pilpilidis I, et al; Greek General Practice Dyspepsia Group. Upper gastrointestinal endoscopy for dyspepsia: exploratory study of factors influencing patient compliance in Greece. *BMC Gastroenterol*. 2011;11:11.
44. Dixon A, Robertson R, Bal R. The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England. *Health Econ Policy Law*. 2010;5(3):295-317.
45. de Groot IB, Otten W, Smeets HJ et al; CHOICE-2 study group. Is the impact of hospital performance data greater in patients who have compared hospitals? *BMC Health Serv Res*. 2011;11:214.
46. Lako CJ, Rosenau P. Demand-driven care and hospital choice. Dutch health policy toward demand-driven care: results from a survey into hospital choice. *Health Care Anal*. 2009;17(1):20-35.
47. Merle V, Germain JM, Tivolacci MP, et al. Influence of infection control report cards on patients' choice of hospital: pilot survey. *J Hosp Infect*. 2009;71(3):263-8.
48. Schwartz LM, Woloshin S, Birkmeyer JD. How do elderly patients decide where to go for major surgery? Telephone interview survey. *BMJ*. 2005;331(7520):821.
49. Rademakers J, Delnoij D, de Boer D. Structure, process or outcome: which contributes most to patients' overall assessment of healthcare quality? *BMJ Qual Saf*. 2011;20(4):326-31.
50. Nemet GF, Bailey AJ. Distance and health care utilization among the rural elderly. *Soc Sci Med*. 2000;50(9):1197- 208.
51. Tembon AC. Health care provider choice: the North West Province of Cameroon. *Int J Health Plann Manage*. 1996;11(1):53-67.
52. Greenwald L, Cromwell J, Adamache W, et al. Specialty versus community hospitals: referrals, quality, and community benefits. *Health Aff (Millwood)*. 2006;25(1):106-18.

53. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care: responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Trop Med Int Health*. 2006;11(1):81-9.
54. Becker J, Dell A, Jenkins L, et al. Reasons why patients with primary health care problems access a secondary hospital emergency centre. *S Afr Med J*. 2012 Aug 24;102(10):800-1.
55. Puig-Junoy J, Saez M, Martínez-García E. Why do patients prefer hospital emergency visits? A nested multinomial logit analysis for patient-initiated contacts. *Health Care Manag Sci*. 1998;1(1):39-52.
56. Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med Care*. 1988;26(4):383-92.
57. Francis V, Korsch BM, Morris MJ. Gaps in doctor-patient communication. Patients' response to medical advice. *N Engl J Med*. 1969;280(10):535-40.
58. Thomas JW, Penchansky R. Relating satisfaction with access to utilization of services. *Med Care*. 1984;22(6):553-68.
59. Cheraghi-Sohi S, Hole AR, Mead N, et al. What Patients Want From Primary Care Consultations: A Discrete Choice Experiment to Identify Patients' Priorities. *Ann Fam Med*. 2008; 6(2): 107-115.
60. Morrison M, Murphy T, Nalder C. Consumer preferences for general practitioner services. *Health Mark Q*. 2003;20(3):3-19.
61. Albada A, Triemstra M. Patients' priorities for ambulatory hospital care centres. A survey and discrete choice experiment among elderly and chronically ill patients of a Dutch hospital. *Health Expect*. 2009;12(1):92-105.
62. Safran DG, Montgomery JE, Chang H, et al. Switching doctors: predictors of voluntary disenrollment from a primary physician's practice. *J Fam Pract*. 2001;50(2):130-6.
63. Robertson R, Burge P. The impact of patient choice of provider on equity: analysis of a patient survey. *J Health Serv Res Policy*. 2011;16 Suppl 1:22-8.
64. Harris KM. How do patients choose physicians? Evidence from a national survey of enrollees in employment-related health plans. *Health Serv Res*. 2003;38(2):711-32.
65. Marang-van de Mheen PJ, Dijks-Elsinga J, Otten W, et al. The importance of experienced adverse outcomes on patients' future choice of a hospital for surgery. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):e16.
66. Orr D, Sidiki SS, McGhee CN. Factors that influence patient choice of an excimer laser treatment center. *J Cataract Refract Surg*. 1998;24(3):335-40.

67. McGlone TA, Butler ES, McGlone VL. Factors influencing consumers' selection of a primary care physician. Health Mark Q. 2002;19(3):21-37.
68. European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations (EFA). Available in www.efa.net.org (accessed January 2014).

Παράρτημα 1

Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που απάντησαν τηλεφωνικά στο ερωτηματολόγιο.

Φύλο άρρεν	21 (70%)
Φύλο θήλυ	9 (30%)
Μέση ηλικία άνδρες	77.5 (min 53-max 94) IQR:11*
Μέση ηλικία γυναίκες	80 (min 57-max 84) IQR:18*
Μέση ηλικία σύνολο	78 (min 53-max 94) IQR:10*
Μέσο BMI γυναικών	31.69±6.94**
Μέσο BMI ανδρών	27.80±3.41**
Μέσο BMI ;σύνολο	29.33±5.34**
Τόπος διαμονής αγροτική περιοχή	18 (60%)
Τόπος διαμονής ημιαστική περιοχή	9 (30%)
Τόπος διαμονής αστική περιοχή	3 (10%)
Εκπαίδευση Καμία	8 (26.6%)
Εκπαίδευση πρωτοβάθμια	19 (63.3%)
Εκπαίδευση Δευτεροβάθμια	3 (10%)
Οικογενειακή κατάσταση άγαμος/χήρος/διαζευγμένος	9 (30%)
Οικογενειακή κατάσταση έγγαμος	21 (70%)
Κεντρική θέρμανση Ναι/Όχι	15 (50%)/15 (50%)
Επάγγελμα αγρότης	12 (40%)
Επάγγελμα συνταξιούχος	13 (43.3%)
Επάγγελμα οικιακά	5 (16.7)

Συχνότητες. Σε παρένθεση εκατοστιαία αναλογία. BMI=Body Mass Index=Δείκτης μάζας σώματος, IQR=Interquartile Range, *διάμεσες τιμές, ** mean±sd=

Πίνακας 2. Εξάρτηση από κάπνισμα-κατανάλωση αλκοόλ των ασθενών που απάντησαν τηλεφωνικά στο ερωτηματολόγιο. Συχνότητες. Σε παρένθεση εκατοστιαία αναλογία.

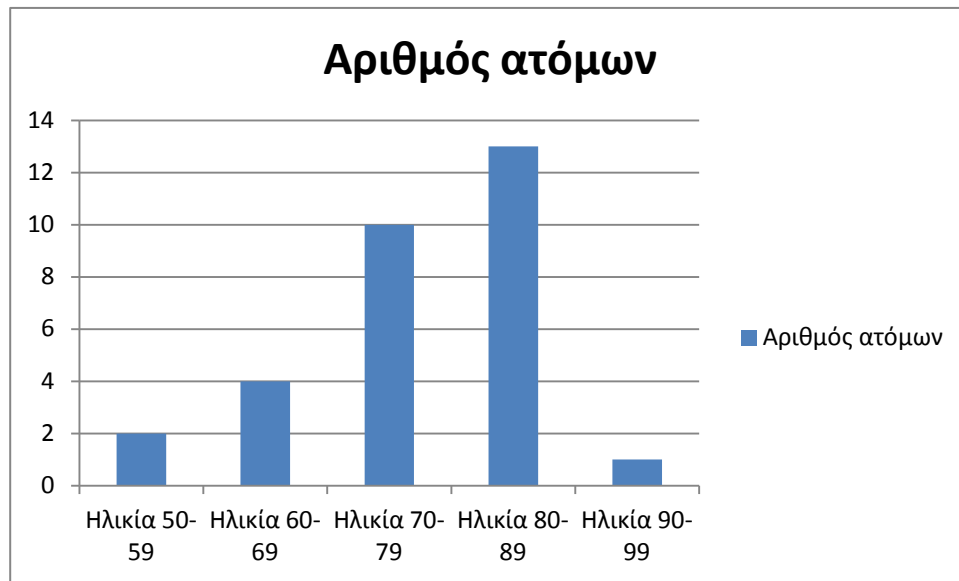
Καπνιστής	6 (20%)
Πρώην καπνιστής	15 (50%)
Δεν καπνίζει	9 (30%)
Πίνει τακτικά αλκοόλ	4 (13.3%)
Δεν πίνει τακτικά αλκοόλ	3 (10%)
Δεν πίνει καθόλου αλκοόλ	23 (76.6%)

Πίνακας 3. Λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς επισκέφτηκαν απευθείας το νοσοκομείο με δική τους απόφαση-λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς θεώρησαν ότι δεν μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στο Κ.Υ. Απόψεις των ασθενών ‘.

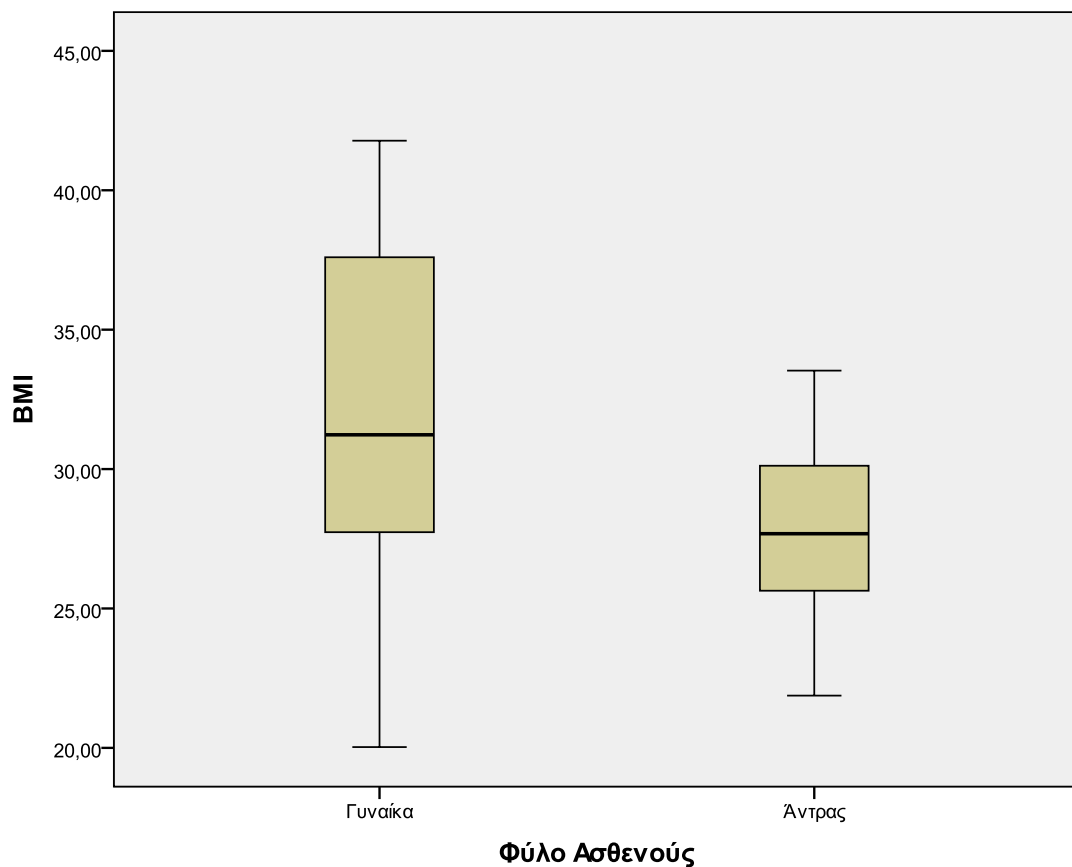
	<i>Για ποιόν λόγο επισκέφτηκατε απευθείας το νοσοκομείο</i>	<i>Για ποιόν λόγο θεωρήσατε ότι δεν μπορείτε να αντιμετωπιστείτε στο Κ.Υ.</i>
Ασθενής 1	‘Λόγω των σοβαρών συμπτωμάτων μου’	‘Η γενική μου κατάσταση θεωρώ ότι είναι σοβαρή και δεν μπορώ να αντιμετωπιστώ στο Κ.Υ.’
Ασθενής 2	‘Λόγω των σοβαρών συμπτωμάτων μου’	‘Έχω αναπνευστικό πρόβλημα οπότε πρέπει να επισκεφτώ ειδικούς’
Ασθενής 3	‘Λόγω της Χ.Α.Π.μου’	‘Η Χ.Α.Π. μου θέλει ειδική αντιμετώπιση’
Ασθενής 4	‘Λόγω των σοβαρών συμπτωμάτων μου’	‘Είναι πιο εύκολο για εμένα να πάω στο Νοσοκομείο, είναι πιο κοντά’
Ασθενής 5	‘Το νοσοκομείο έχει περισσότερα μηχανήματα, ειδικότητες και γενικώς νοιώθω πιο ασφαλής στο νοσοκομείο’	‘Θα ήταν χάσιμο χρόνου το πολύ πολύ να μου δίνανε ένα παραπεμπτικό’
Ασθενής 6	‘Λόγω της διάρκειας των συμπτωμάτων μου’	‘Το Κ.Υ. δεν μου δίνει σιγουριά ότι θα αντιμετωπιστώ σωστά’
Ασθενής 7	‘Έχω καρκίνο και με παρακολουθούν στο νοσοκομείο’	‘Το Κ.Υ. μου προκαλεί φόβο ότι δεν θα αντιμετωπιστώ σωστά. Δεν υπάρχει εξοπλισμός μόνο μερικοί ιατροί’
Ασθενής 8	‘Οικονομικοί λόγοι, δεν έχω τα χρήματα να επισκεφτώ έναν ιδιώτη ιατρό’	‘Δεν είναι εύκολο να πάω στο Κ.Υ. είναι μακριά’
Ασθενής 9	‘Έχω συγγενείς εργαζόμενους στο νοσοκομείο, θα με προσέξουν’	‘Μα και αυτοί στο νοσοκομείο θα με στέλνανε’
Ασθενής 10	‘Μα το νοσοκομείο έχει τόσες ειδικότητες. Οποτε πάω με ψάχνουν καλά’	‘Δεν έχω επισκεφτεί ποτέ Κ.Υ. για να γνωρίζω’
Ασθενής 11	‘Δεν βελτιώθηκα με την αρχική αγωγή που μου έδωσε ο ιατρός μου, έπρεπε να με δούν καλύτερα’	‘Είναι μακριά’
Ασθενής 12	‘Λιποθύμησα που να πήγαινα’	‘Θα έπρεπε να έρθουν να με δούν στο σπίτι και δεν έρχονται ή μήπως έρχονται και δεν το ξέρω;’

Παράρτημα 2

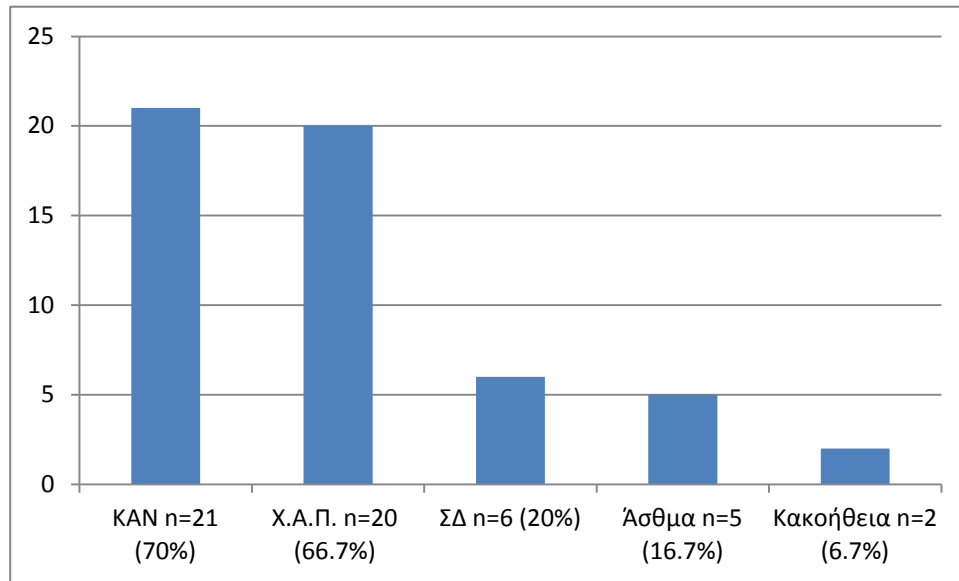
Γράφημα 1: Ηλικιακή κατανομή των ασθενών με πνευμονία της κοινότητας (CAP).



Γράφημα 2: Μέσες τιμές BMI (Body Mass Index) των ασθενών που νοσηλεύθηκαν

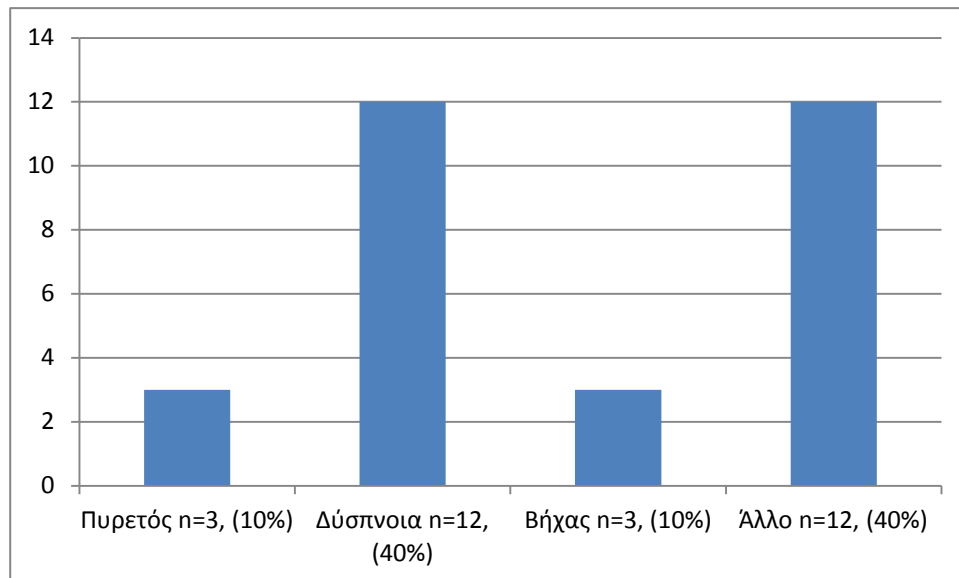


Γράφημα 3. Συνοσηρότητα.

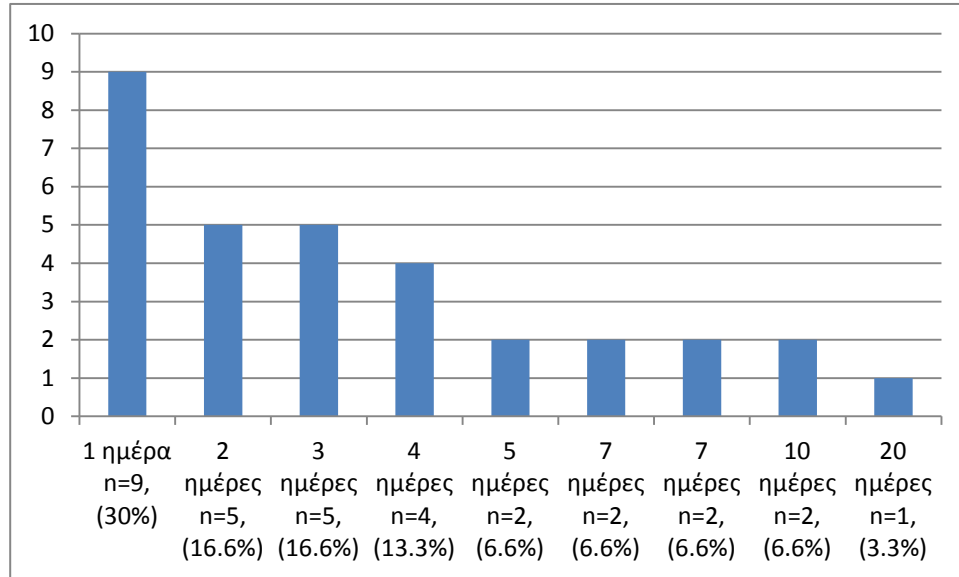


ΚΑΝ=Καρδιαγγειακά Νοσήματα, Χ.Α.Π.=Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, ΣΔ=Σακχαρώδης Διαβήτης

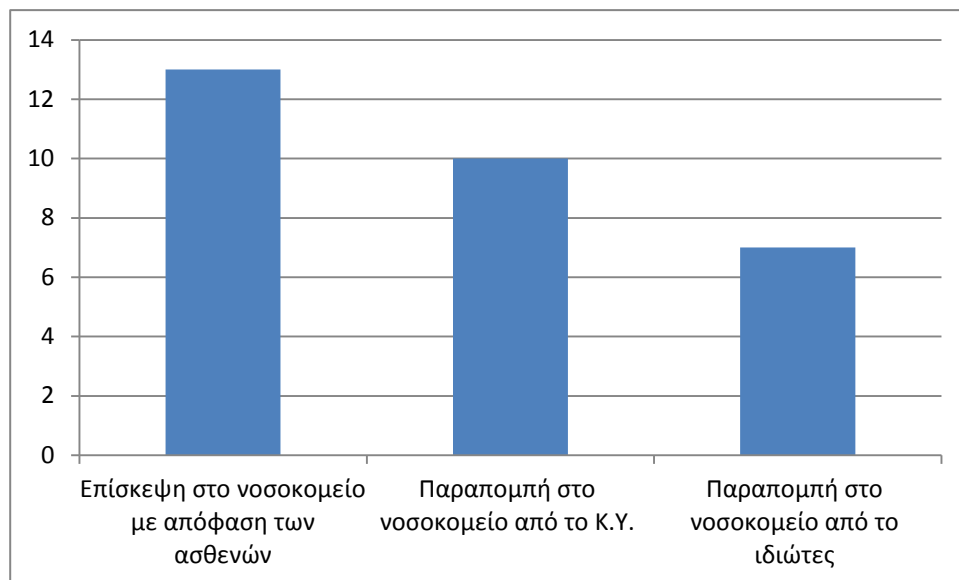
Γράφημα 4. Σύμπτωμα που ανησύχησε τον ασθενή



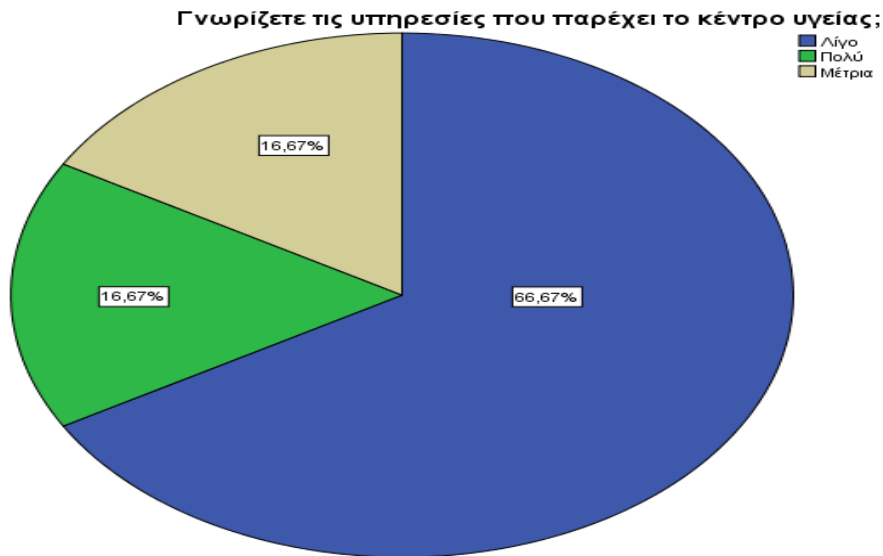
Γράφημα 5. Ημέρες που μεσολάβησαν από την έναρξη των συμπτωμάτων έως την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας



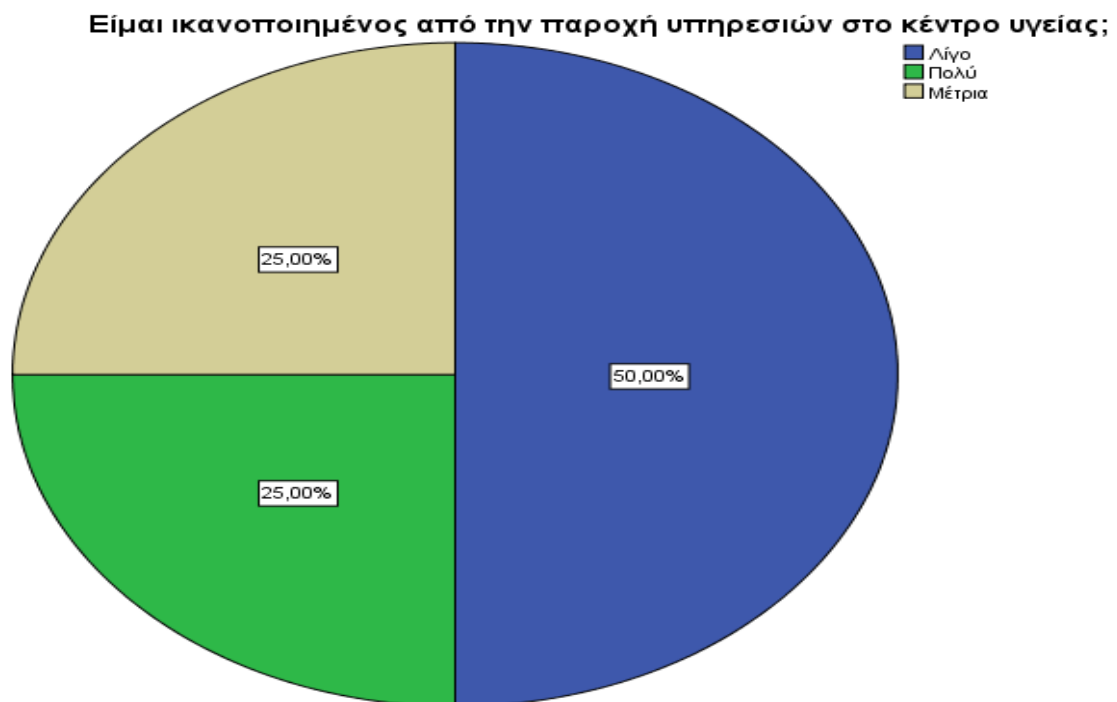
Γράφημα 6. Επίσκεψη στο νοσοκομείο-Παραπομπή



Γράφημα 7. Γνωρίζεται τις υπηρεσίες που παρέχονται από το Κ.Υ.?



Γράφημα 8. Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στο Κ.Υ.

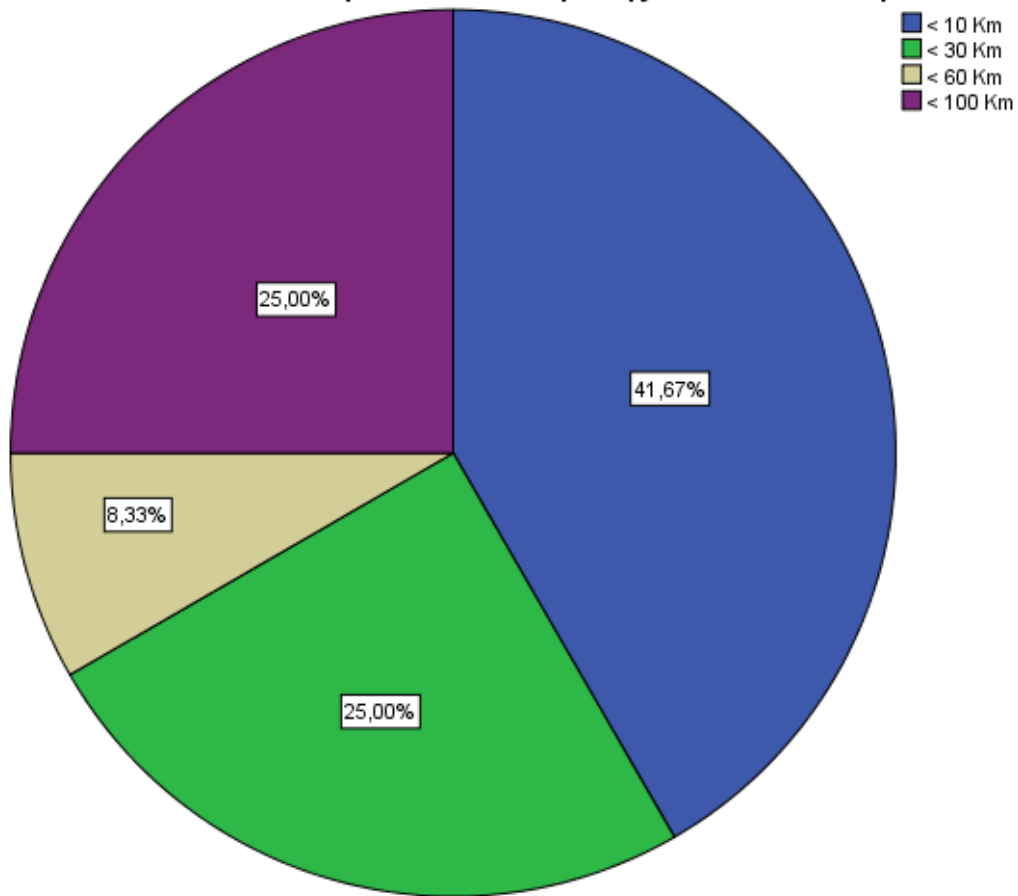


Γράφημα 9. Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στο Νοσοκομείο.



Γράφημα 10. Απόσταση του τόπου διαμονής από το νοσοκομείο.

Η απόσταση του τόπου διαμονής από το νοσοκομείο είναι:



Παράρτημα 3

Ερωτηματολόγιο ασθενών με πνευμονία της κοινότητας (CAP) με προσέλευση στα νοσοκομεία

1) Στην αρχή της νόσου σας ποιο σύμπτωμά σας ανησύχησε περισσότερο;

- a) Πυρετός
- b) Δύσπνοια
- c) Ταχύπνοια
- d) Βήχας
- e) Άλλο.....

2) Πόσο χρόνο μετά την έναρξη των συμπτωμάτων-ενοχλημάτων σας ζητήσατε βοήθεια;
.....μέρες

3) Βοήθεια για το πρόβλημα της υγείας σας ζητήσατε μετά από

- a) Δική σας απόφαση
 - b) Συμβουλή οικείου προσώπου (ιδιότητα)
 - c) Άλλο.....
- 4) Με ποιο τρόπο κάνατε την πρώτη σας επαφή με υπηρεσία υγείας;
- a) Επίσκεψη
 - b) Τηλεφωνικά
- 5) Η επίσκεψη σας στο νοσοκομείο έγινε:
- a) Με δική σας απόφαση
 - b) Με παραπομπή από Κ.Υ.
 - c) Με παραπομπή από ιδιώτη γιατρό
 - d) Άλλο

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

A) Δημογραφικά στοιχεία

1. Υπηκοότητα
2. Φύλο
 - a) Άρρεν
 - b) Θήλυ
3. Ηλικία
 - a) 50-59
 - b) 60-79
 - c) 80-89
 - d) 90-99

4. Τόπος διαμονής
 - a) Αστικό
 - b) Ημιαστικό
 - c) αγροτικό

B) Ψυχοκοινωνικές μεταβλητές

1. Ανησυχήσατε για τα συμπτώματά σας
 - a) Λίγο
 - b) Μέτρια
 - c) Πολύ

2. Γνωρίζετε τις υπηρεσίες που παρέχει το Κέντρο Υγείας
 - a) Λίγο
 - b) Μέτρια
 - c) πολύ

3. Είμαι ικανοποιημένος από την παροχή υπηρεσιών υγείας στα Κ.Υ
 - i) Λίγο
 - ii) Μέτρια
 - iii) πολύ

4. Είμαι ικανοποιημένος από την παροχή υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία.
 - i) Λίγο
 - ii) Μέτρια
 - iii) Πολύ

5. Είμαι ενημερωμένος για ιατρικά θέματα
 - a) Καθόλου
 - b) Λίγο
 - c) Αρκετά

6. Ποια είναι η εκπαίδευσή σας ;

- a) Καμία
- b) πρωτοβάθμια
- c) Δευτεροβάθμια
- d) Πανεπιστημιακή εκπαίδευση

7.Επάγγελμα

- a) Άνεργος
- b) Συνταξιούχος
- c) Οικιακά
- d) Ιδιωτικός υπάλληλος
- e) Δημόσιος υπάλληλος
- f) Άλλο

8. Τι σας έκανε να πάτε στο νοσοκομείο με δική σας απόφαση ;

.....
.....

9. Για ποιο λόγο νομίζετε δεν μπορούσατε να αντιμετωπισθείτε στο Κ. υγείας ;

.....
.....

ΕΝΔΥΝΑΜΩΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

A) κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

1. Η συγκοινωνία είναι συχνή στην περιοχή μου.

- a) Μια φορά τη μέρα
- b) Δυο φορές τη μέρα
- c) Περισσότερες φορές

2. Μπορώ εύκολα να χρησιμοποιώ ταξί ή άλλο μέσο μαζικής μεταφοράς (ΜΜΕ).

- a) Όχι
- b) Σπάνια

c) Συχνά

3. Έχετε δικό σας αυτοκίνητο;

- a) Όχι
- b) Ναι, ένα
- c) Ναι ,δύο

4. Έχετε δική σας κατοικία

- a) Όχι
- b) Μια
- c) Περισσότερες

5. Ο αριθμός των δωματίων της κατοικίας σας είναι

.....

6. Είναι εύκολο να πάρω άδεια ή να αφήσω την δουλειά μου για να επισκεφτώ τον ιατρό.

- a) Όχι
- b) Λίγο
- c) Αρκετά

B)Αντίληψη Νοσηρότητας

a) Κατά την διάρκεια της νόσου σας (πνευμονίας) και πριν επισκεφτείτε το νοσοκομείο

- a) Μείνατε στο κρεβάτι
- b) Περιορίσατε τις δραστηριότητες σας (σταματήσατε τις δουλειές σας).
- c) Παρά τα συμπτώματα συνεχίσατε τις δραστηριότητες σας.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΛΟΥΡΑΛΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣΗ απόσταση του

τόπου διαμονής σας από το Νοσοκομείο είναι :

- a) Μικρότερη από 10 Km
- b) Μικρότερη από 30Km

- c) Μικρότερη από 60 Km
 - d) Μικρότερη από 100 Km
2. Τα έξοδα σας είναι περισσότερα όταν επισκέπτεστε :
- a) Ιδιώτη ιατρό
 - b) Κ. υγείας
 - c) Το νοσοκομείο
3. Εάν δεν είχατε ταμείο ασφάλισης που θα επιλέγατε να πάτε
- a) στο νοσοκομείο ή
 - b) Στο Κ.Υ.
 - c) Σε ιδιώτη ιατρό
4. Επιλέγετε ιατρό ή υπηρεσίες υγείας με βάση:
- 1. Τη φήμη του
 - 2. Τη σοβαρότητα του προβλήματος
 - 3. Τα οικονομικά σας
 - 4. Άλλο.....