

Κλινική Έρευνα

Επίπεδο Ικανοποίησης από τις Υπηρεσίες Καρδιαγγειακής Υγείας και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Νότια Μάνη, μια Απομονωμένη Περιοχή της Ευρώπης

ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ ΜΑΡΙΟΛΗΣ¹, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΙΧΑΣ¹, ΑΛΕΒΙΖΟΣ ΑΛΕΒΙΖΟΣ¹,
ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΜΑΡΙΟΛΗΣ-ΣΑΨΑΚΟΣ¹, ΘΕΟΔΩΡΟΣ Ν. ΣΕΡΓΕΝΤΑΝΗΣ¹,
ΜΑΡΕΚ ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ¹, ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΑΛΟΓΕΡΑΚΟΣ², ΧΡΗΣΤΟΣ ΒΙΡΒΙΛΗΣ³,
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΦΟΥΡΚΑΣ⁴, ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΣΚΑΝΔΑΛΑΚΗΣ⁵, ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ⁶

¹Τμήμα Γενικής Ιατρικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Κέντρο Υγείας Βύρωνα, Αθήνα

²Τμήμα Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης, Σπάρτη

³Πρόεδρος Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης

⁴Νομάρχης Λακωνίας, Σπάρτη

⁵Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

⁶Τομέας Προληπτικής Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Λέξεις ευρετηρίου:
Ικανοποίηση του ασθενούς, υγεία στην ύπαιθρο, προγράμματα υγείας.

Ημερ. παραλαβής εργασίας:
17 Δεκεμβρίου 2007·
Ημερ. αποδοχής:
26 Μαρτίου 2008

Διεύθυνση
Επικοινωνίας:
Dr. Ανάργυρος
Μαριόλης

Τμήμα Γενικής
Ιατρικής &
Οικογενειακής
Ιατρικής
Κέντρο Υγείας
Βύρωνα,
Κορυτσάς 3, 162 31,
Αθήνα, Ελλάδα
e-mail:
info@hcvyrone.gr;
mariolis@hcvyrone.gr;
anargiros@yahoog.gr

Εισαγωγή: Η πρόσβαση στις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης (ΥΠΠ) αλλά και η χρήση αυτών των υπηρεσιών, αποτελούν μια πρόκληση που αντιμετωπίζουν οι αρμόδιες αρχές τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν να εκτιμήσει και να αποτιμήσει το βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες ΥΠΠ αλλά και τις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας στη νοτιότερη περιοχή της ηπειρωτικής Ελλάδας (και της Ευρώπης) τη Νότια Μάνη (ΝΜ).

Μέθοδος: Το δείγμα [422 άτομα, από τα οποία τελικά πήραν μέρος 375 (187 άνδρες και 188 γυναίκες, ποσοστό συμμετοχής 88,86%)], συλλέχθηκε μεταξύ Ιανουαρίου-Δεκεμβρίου 2006, χρησιμοποιώντας στρωματοποιημένη τυχαιοποίηση κατά ηλικία και φύλο. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα επικυρωμένο ερωτηματολόγιο στο οποίο καταγράφηκαν κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία, θέματα σχετικά με τις ανάγκες υγείας/το βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας και τις ΥΠΠ, καθώς επίσης και δύο δείκτες καρδιαγγειακής υγείας: i) επί κολπικής μαρμαρυγής η συχνότητα της μέτρησης του INR, και ii) επί οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου ο χρόνος που πέρασε μέχρι να γίνει θρομβόλυση.

Αποτελέσματα: Στην πλειοψηφία των απαντήσεων ο βαθμός ικανοποίησης από τις ΥΠΠ ήταν «χαμηλός» ή «πολύ χαμηλός» (σύνολο: 52,80%), ενώ το ποσοστό απογοήτευσης από τις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας ήταν 56,0%. Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες εξέφρασαν έντονη επιθυμία για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (71,33%). Ο βαθμός ικανοποίησης από τις ΥΠΠ ήταν υψηλότερος από το βαθμό ικανοποίησης που αφορούσε στις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας ($2,49 \pm 1,26$ vs. $2,38 \pm 1,24$, $p < 0,001$). Ο βαθμός ικανοποίησης τόσο για τις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας όσο και για τις ΥΠΠ παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με την απόσταση από την κοντινότερη μονάδα ΥΠΠ. Μόνο 11,1% των ασθενών (95% CI: 0,3%-48,2%) ανέφεραν περισσότερες από μία εξετάσεις χρόνου προθρομβίνης το χρόνο ενώ μεταξύ των ασθενών που ανέφεραν ιστορικό οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου κανένας δεν ανέφερε έγκαιρη θρομβόλυση (0%, one-sided 97.5% CI: 0%- 41,0%).

Συμπεράσματα: Είναι προφανές πως ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού της ΝΜ εκτιμά πως οι παρεχόμενες ΥΠΠ και καρδιαγγειακής υγείας είναι προβληματικές, ενώ η απόσταση από το πλησιέστερο κέντρο ΥΠΠ αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες δυσαρέσκειας. Η παροχή αποτελεσματικών ΥΠΠ σε απομονωμένες περιοχές είναι ένα ζήτημα που πρέπει να επανεκτιμηθεί.

Εισαγωγή

Αν και η ιατρική συνεχώς εξελίσσεται στο πεδίο των νέων ανακαλύψεων και των εφαρμογών πρωτοποριακών μορφών θεραπείας που βελτιώνουν σημαντικά τόσο την ποιότητα της ζωής όσο και την επιβίωση των ασθενών, φαίνεται ότι η αυτή η πρόοδος αφορά μόνο ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού.^{1,2} Η πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας και η συχνή χρήση τους αποτελεί μια πρόκληση που αντιμετωπίζουν οι αρχές τόσο των αναπτυγμένων όσο και των αναπτυσσόμενων χωρών.

Υπάρχει μια ήδη αναγνωρισμένη διάσταση σχετικά με τον ορισμό της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και του τι είναι πραγματικά «επαρκής» (adequate) και «επιλέξιμη» (eligible) πρόσβαση.³ Μιλώντας γενικά, ικανή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας υπάρχει όταν «οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιούν τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας τη σωστή στιγμή και στο σωστό τόπο».⁴ Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ένα πολυδιάστατο ζήτημα το οποίο βασίζεται στα ακόλουθα: διαθεσιμότητα, χρήση, αποτελεσματικότητα και κοινωνική ισότητα.³

Μια ποικιλία παραγόντων μπορεί να τροποποιήσει την πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας όπως χρονικοί, γεωγραφικοί, οικονομικοί, κοινωνικοοικονομικοί, εκπαιδευτικοί, γλωσσικοί, πολιτισμικοί και τεχνολογικοί. Επιπρόσθετα το χα-

μηλό επίπεδο και η μη ύπαρξη ενός ικανού δικτύου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ΥΠΠ) μπορεί να προκαλεί ένα ανασταλτικό αποτέλεσμα όσον αφορά στη συμπεριφορά αναζήτησης περίθαλψης στις αγροτικές και απομονωμένες περιοχές.^{5,6}

Η Ελλάδα, έχοντας μια μοναδική μορφολογία εδάφους με πολλές ορεινές περιοχές και εκατοντάδες μικρά νησιά, αντιμετωπίζει μια μεγάλη πρόκληση όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και κυρίως καρδιαγγειακής υγείας σε απομονωμένες περιοχές. Η Νότια Μάνη, ως η νοτιότερη περιοχή της ηπειρωτικής Ελλάδας (και της Ευρώπης), επιλέχθηκε ως τυπικό δείγμα απομονωμένης αγροτικής περιοχής (Εικόνα 1).

Η ΝΜ δεν έχει άλλα δίκτυα μεταφορών εκτός ενός πτωχού οδικού δικτύου και επιπλέον το δίκτυο της ΥΠΠ είναι στοιχειώδες. Ειδικότερα, υπάρχει μόνο ένα αγροτικό ιατρείο με έναν αγροτικό ιατρό ο οποίος κατά κανόνα μόλις απέκτησε το πτυχίο της Ιατρικής Σχολής. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία τα αγροτικά ιατρεία στις απομονωμένες (άγονες) περιοχές επανδρώνονται από νέους ιατρούς οι οποίοι υπηρετούν υποχρεωτικά στην ύπαιθρο για ένα έτος. Το αμέσως πλησιέστερο κέντρο ΥΠΠ είναι ένα κέντρο υγείας στελεχωμένο από ιατρούς, νοσηλεύτριες και διοικητικό προσωπικό, το οποίο βρίσκεται σε απόσταση 20-70 km από τα χωριά της



Εικόνα 1. Χάρτης της Ευρώπης που δείχνει την άκρως νοτιοανατολική θέση της ΝΜ

NM. (Εικόνα 2). Δεδομένου του κακού οδικού δικτύου αυτή η απόσταση μπορεί να απαιτήσει και μία ώρα για να διανυθεί με αυτοκίνητο.

Σε αυτό το μάλλον «αφιλόξενο» αγροτικό περιβάλλον, η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην αξιολόγηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού της NM και της ικανοποίησης του με το δίπτυχο υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας/ΥΠΠ.

Υλικό και Μέθοδος

Πρόκειται για μια συγχρονικού τύπου (cross-sectional) μελέτη που διεξήχθη μεταξύ Ιανουαρίου και Δεκεμβρίου 2006. Το δείγμα συλλέχθηκε με στρωματοποιημένη τυχαιοποίηση κατά φύλο και ηλικία, ακολουθώντας την κατανομή του τοπικού ενήλικου πληθυσμού (Πίνακας 1).⁷ Τετρακόσια είκοσι δύο άτομα κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη από τους οποίους πήραν μέρος τελικά 375 άτομα (187 άνδρες και 188 γυναίκες, ποσοστό συμμετοχής: 88,86%).

Η ερευνητική ομάδα ζήτησε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν ένα επικυρωμένο ερωτηματολόγιο στο οποίο καταγράφονταν κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία και θέματα σχετικά με τις ανάγκες υγείας/ επίπεδο ικανοποίησης με τις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας και ΥΠΠ, καθώς και δύο

δείκτες καρδιαγγειακής υγείας.: α) Στην περίπτωση που αναφερόταν κολπική μαρμαρυγή και λήψη από του στόματος αντιπηκτικών, εάν ο χρόνος προθρομβίνης (INR) ελέγχονταν τουλάχιστον σε ετήσια βάση II) Στην περίπτωση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου εάν η θρομβόλυση έγινε έγκαιρα.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε με τη βοήθεια εκπαιδευμένων συνεντευκτών στο σπίτι των ερωτώμενων. Καταγράφηκε η ακριβής τοποθεσία της οικίας και η απόσταση από την πλησιέστερη μονάδα ΥΠΠ (Εικόνα 2). Ο βαθμός ικανοποίησης και η επιθυμία για βελτίωση είχε προκαθοριστεί σε κλίμακα Likert, και κυμαινόταν από πολύ χαμηλή έως πολύ υψηλή. Η πιλοτική μελέτη και η επικύρωση του ερωτηματολογίου έγινε με ένα δείγμα 42 ασθενών που έκαναν χρήση των ΥΠΠ του Κέντρου Υγείας Βύρωνα στην Αθήνα πριν την έναρξη της μελέτης.

Οι μεταβλητές σε όλες τις κατηγορίες παρουσιάστηκαν σαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Η κλίμακα Likert αντιμετωπίστηκε ως διατάξιμη μεταβλητή (εύρος 1-5: 1 πολύ χαμηλή, 2 χαμηλή, 3 μέτρια, 4 υψηλή, 5 πολύ υψηλή) και εξετάστηκαν οι συσχετίσεις τόσο με τις κοινωνικοδημογραφικές παραμέτρους όσο και με την απόσταση από την πλησιέστερη μονάδα ΥΠΠ. Αντίστοιχα το επίπεδο εκπαίδευσης αντιμετωπίστηκε ως διατάξιμη μεταβλητή



Εικόνα 2. Η ευρύτερη περιοχή της NM

Πίνακας 1. Κατανομή του πληθυσμού της Νότιας Μάνης σε ηλικιακές κατηγορίες.

Ηλικιακές Κατηγορίες	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	%
0-14	271	248	519	12,40%
15-39	699	489	1188	28,37%
40-64	685	569	1254	29,95%
65+	610	616	1226	29,28%
Σύνολο	2265	1922	4187	100,00%

τή. Η στατιστική δοκιμασία που τελέστηκε κατά περίπτωση αναφέρεται μέσα στο κείμενο. Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό λογισμικό Stata™ 9.0 (Stata

Corporation, 4905 Lakeway Drive, College Station, TX 77845 USA).

Αποτελέσματα

Ο πίνακας 2 παρουσιάζει περιγραφικά στατιστικά μέτρα των κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών καθώς και των παραμέτρων που σχετίζονται με τις ανάγκες υγείας.

Οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι ο βαθμός ικανοποίησης με τις ΥΠΠ είναι χαμηλός ή πολύ χαμηλός (σύνολο: 52,80%). Το αντίστοιχο ποσοστό απογοήτευσης με τις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας ήταν 56,0%. Επιπρόσθετα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εξέφρασαν έντονη επιθυμία για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (71,33%). Ο βαθμός

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά και στάση απέναντι στις υπηρεσίες υγείας.

Μεταβλητή		Μέση τιμή ± Σταθερή απόκλιση
Ηλικία (έτη)		53,6±14,6
Φύλο	Άνδρες	N (%) 187 (49,87%)
	Γυναίκες	188 (50,13%)
Μορφωτικό Επίπεδο	Αναλφάβητοι	49 (13,07%)
	Πρωτοβάθμια εκπ	170 (45,33%)
	Δευτεροβάθμια εκπ	123 (32,80%)
	Πανεπιστημιακή εκπ ή περισσότερο	33 (8,80%)
Οικογενειακή κατάσταση	Ελεύθερος	71 (18,93%)
	Παντρεμένος	209 (55,73%)
	Χήρος/ Διαζευγμένος	95 (25,33%)
Βαθμός ικανοποίησης με τις παρεχόμενες υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας		
Κλίμακα Likert	Πολύ υψηλή	21 (5,60%)
	Υψηλή	58 (15,47%)
	Μέση	86 (22,93%)
	Χαμηλή	86 (22,93%)
	Πολύ χαμηλή	124 (33,07%)
Βαθμός ικανοποίησης με τις παρεχόμενες ΥΠΠ		
Κλίμακα Likert	Πολύ υψηλή	27 (7,20%)
	Υψηλή	61 (16,27%)
	Μέτρια	89 (23,73%)
	Χαμηλή	88 (23,47%)
	Πολύ χαμηλή	110 (29,33%)
Διάθεση για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας		
Κλίμακα Likert	Πολύ υψηλή	210 (56,00%)
	Υψηλή	80 (21,33%)
	Μέτρια	43 (11,47%)
	Χαμηλή	28 (7,47%)
	Πολύ χαμηλή	14 (3,73%)
	Σύνολο	375 (100,00%)

ικανοποίησης με τις ΥΠΠ ήταν υψηλότερος από αυτόν με τις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας ($2,49 \pm 1,26$ έναντι $2,38 \pm 1,24$, $p < 0,001$, δοκιμασία Wilcoxon για παρατηρήσεις κατά ζεύγη). Το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετιζόταν αρνητικά και με τα δύο επίπεδα ικανοποίησης (Spearman's $\rho = -0,190$, $p < 0,001$ για τις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας και σχετικά με τις ΥΠΠ Spearman's $\rho = -0,202$, $p < 0,001$). Και οι δύο τιμές ικανοποίησης παρουσίασαν αρνητική συσχέτιση με την απόσταση από την πλησιέστερη μονάδα ΥΠΠ (Spearman's $\rho = -0,711$, $p < 0,001$ για τις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας και Spearman's $\rho = -0,781$, $p < 0,001$ για τις ΥΠΠ). Δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά σχετικά με το φύλο ή την οικογενειακή κατάσταση.

Εννέα άτομα ανέφεραν κολπική μαρμαρυγή για την οποία ελάμβαναν από του στόματος αντιπηκτική αγωγή αλλά μόνο ένα από αυτά (11,1%, 95% CI: 0,3%-48,2%) ανέφερε ετήσιο έλεγχο του χρόνου προθρομβίνης περισσότερο από μια φορά. Μεταξύ των επτά ατόμων που ανέφεραν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου κανένας δεν ανέφερε έγκαιρη θρομβόλυση (0%, one-sided 97,5% CI: 0%-41,0%).

Συζήτηση

Στην Ελλάδα, η απογοήτευση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας έχει αποτελέσει θέμα μελετών που εστιάζονται κυρίως στα ελληνικά νοσοκομεία.^{8,9} Αν και τα οξέα καρδιαγγειακά επεισόδια αποτελούν ένα φλέγον ζήτημα στην Ελλάδα,¹⁰ η ικανοποίηση με τις ΥΠΠ και τις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας έχει μελετηθεί πολύ λιγότερο.

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, είναι προφανές ότι ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού της περιοχής θεωρεί τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προβληματικές και ανεπαρκείς. Όσον αφορά τόσο στις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας όσο στις ΥΠΠ, παρατηρείται σημαντικός βαθμός απογοήτευσης, αξιοσημείωτο είναι δε ότι η απογοήτευση ήταν εντονότερη σχετικά με τις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας. Αυτή η παρατήρηση ίσως εμπεριέχει πολλούς παράγοντες. Τα καρδιαγγειακά επεισόδια ίσως φαίνονται τρομακτικά στα μάτια του τοπικού πληθυσμού και έτσι είναι πιο έντονη η αποδοκιμασία των υπαρχουσών υποδομών που αφορούν στο δίκτυο της καρδιαγγειακής υγείας. Από την άλλη μεριά, τα υπάρχοντα, στοιχειώδη αγροτικά ιατρεία ίσως ελαφρώς εξασθενούν την απογοήτευση σχετικά με τις ΥΠΠ.

Δεν θα ήταν παράτολμο να υποστηρίξουμε ότι η

απογοήτευση των κατοίκων συμπορεύεται με τις επικρατούσες συνθήκες στην εξεταζόμενη περιοχή. Σχετικά με τους δύο δείκτες της καρδιαγγειακής υγείας και τα δύο αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά, καθώς τόσο οι ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου όσο κι εκείνοι με χρόνιες νόσους (κολπική μαρμαρυγή) δεν φαίνεται να έχουν τη φροντίδα που θα έπρεπε. Μετρήσεις χρόνου προθρομβίνης πρέπει να γίνονται τακτικά διαφορετικά μπορεί να έχουμε σοβαρές επιπλοκές, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς όπως στο δείγμα μας.^{11,12} Μολονότι το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος που ανέφερε τις προαναφερθείσες νοσολογικές οντότητες οδηγεί σε ευρέα διαστήματα αξιοπιστίας και δεν επιτρέπει έναν ακριβή σημειακό υπολογισμό των ποσοστών, και τα δύο ποσοστά (μέτρησης χρόνου προθρομβίνης και έγκαιρης θρομβόλυσης) ήταν απαράδεκτα χαμηλά.

Αναφορικά με τους πιθανούς προγνωστικούς παράγοντες απογοήτευσης, η απόσταση από την πλησιέστερη μονάδα ΥΠΠ φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο. Τα άτομα που ζουν σε πιο απομακρυσμένα χωριά είναι λιγότερο ικανοποιημένα τόσο με τις υπηρεσίες καρδιαγγειακής υγείας όσο και με τις ΥΠΠ. Όπως περιγράφηκε στην Εισαγωγή, οι ασθενείς στη ΝΜ μπορεί να χρειαστεί να ταξιδέψουν δεκάδες χιλιόμετρα για να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Είναι λοιπόν αναμενόμενο ότι η παρατηρούμενη απογοήτευση μπορεί να έχει καταστροφικές κοινωνικές συνέπειες για τις πιο απομονωμένες περιοχές. Η μείωση του αγροτικού και η αύξηση του αστικού πληθυσμού αποτελεί κοινό τόπο στη σύγχρονη Ελλάδα από το 1960. Το αίσθημα της ανασφάλειας σε σχέση με τις παροχές υγείας μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω μετανάστευση και απομόνωση.⁸

Επιπρόσθετα, τα άτομα με χαμηλότερη μόρφωση παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Αυτό το εύρημα ίσως να μην αποτελεί έκπληξη, καθώς τα λιγότερο μορφωμένα άτομα μπορεί να δέχονται ευκολότερα την πλημμελή υποδομή. Αντίθετα, τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να έχουν περισσότερες απαιτήσεις και να αποδοκιμάζουν ευκολότερα τις υπάρχουσες δομές.

Έκτός από καθαυτό το υποτυπώδες δίκτυο, ένας σημαντικός επιπλέον παράγων μπορεί να είναι η έλλειψη γενικών ιατρών στη χώρα. Πρέπει να σημειωθεί ότι επί του παρόντος οι γενικοί ιατροί είναι οι μόνοι ειδικευμένοι ιατροί στην Ελλάδα με εξασφαλισμένη σταδιοδρομία. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι αμέσως μετά τη λήψη ειδικότητας μπορούν να διορισθούν σε μόνιμη θέση σε Κέντρα Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην επαρχία (όπου

περίπου μόνο 1200 τέτοιες θέσεις από 2700 υπάρχουσες έχουν καλυφθεί). Μολαταύτα, παρά τις ευκαιρίες σταδιοδρομίας και τη μεγάλη ανάγκη για γενικούς ιατρούς, οι περισσότεροι έλληνες φοιτητές διαλέγουν να εξειδικευτούν σε διαφορετικά ιατρικά πεδία. Πρόσφατα, το ποσοστό των ελλήνων φοιτητών ιατρικής που επιλέγουν ως ειδικότητα τη Γενική Ιατρική ήταν 3,1%.¹³

Το φαινόμενο του υποβιβασμού ή της ανυπαρξίας παροχών ΥΠΠ δεν είναι μόνο ένα ελληνικό πρόβλημα. Διεθνείς αναφορές¹⁴ δείχνουν ότι υπάρχει μια τάση στις αναπτυσσόμενες χώρες να εγκαταλείπονται οι περιοχές με χαμηλή συμμετοχή στην εθνική οικονομία για χάρη των πιο κεντρικών και μεγάλων πόλεων, όπου ευκολίες και πολλές υπηρεσίες αθροίζονται.

Οι κάτοικοι των αγροτικών/απομονωμένων περιοχών έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι το σύστημα υγείας θα είναι ικανό τους βοηθήσει σε περίπτωση τραυματισμού ή ασθένειας.¹⁵ Άμεση ανταπόκριση σε επείγοντα περιστατικά μπορεί να είναι εφικτή σε αστικές περιοχές λόγω του πυκνού δικτύου υπηρεσιών υγείας και τμημάτων επειγόντων, που αποτελείται από νοσοκομεία, τμήματα επειγόντων, ιδιωτικά ιατρεία και πρόσφατα Αστικά Κέντρα ΥΠΠ¹⁶ αλλά αποτυγχάνει σε απομονωμένες περιοχές όπως η ΝΜ. Είναι δε ενδιαφέρον ότι η καθυστέρηση στην ιατρική φροντίδα ασθενών έχει περιγραφεί σαν ο σημαντικότερος παράγον θνησιμότητας για τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα στην Ελλάδα¹⁷ και για αυτό τα αποτελέσματά μας είναι πολύ σημαντικού κλινικού ενδιαφέροντος. Πράγματι, τα παρόντα ευρήματα ευθυγραμμίζονται με τη μελέτη HELIOS, η οποία καταδεικνύει την ανάγκη έγκαιρης επαναιμάτωσης στην Ελλάδα¹⁸ Διεθνώς, η συνηθέστερη στρατηγική που εφαρμόζεται για την επίλυση τέτοιων προβλημάτων είναι η θέσπιση θέσεων ιατρών ή νοσηλευτών από τα εθνικά συστήματα υγείας ή τις τοπικές αρχές, καθώς και βελτίωση ή δημιουργία δικτύου ΥΠΠ.³

Είναι ενδιαφέρον ότι, εκτός από την ανάδειξη και την περιγραφή του προβλήματος, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορούν να βοηθήσουν στο σχεδιασμό καταλληλότερου δικτύου στο μέλλον. Δεδομένου ότι το επίπεδο απογοήτευσης σχετίζεται στενά με την απόσταση από το πλησιέστερο κέντρο ΥΠΠ (βλ. παραπάνω), απαιτείται μια καταλληλότερη τοποθεσία. Για γεωγραφικούς, πληθυσμιακούς και κυρίως μεταφορικούς λόγους, θεωρούμε ότι το χωριό Γερολιμένας είναι η καταλληλότερη τοποθεσία για την εγκατάσταση μιας νέας μονάδας ΥΠΠ.

Αυτή η μελέτη, ως μελέτη συγχρονικού τύπου,

έχει πολλούς περιορισμούς. Βάσει των αποτελεσμάτων, δεν μπορεί να στοιχειοθετηθεί αιτιότητα. Τα αποτελέσματά μας είναι χρήσιμα για να τη διαμόρφωση υπόθεσης που είναι έγκυρη μόνο για την περιοχή της ΝΜ. Η περιοχή αυτή μπορεί να είναι αντιπροσωπευτική των αγροτικών απομονωμένων περιοχών, δεν είναι όμως αντιπροσωπευτική για ολόκληρη τη χώρα.

Ένας άλλος περιορισμός αυτής της μελέτης είναι ότι το ιστορικό της θρομβόλυσης και των μετρήσεων του χρόνου προθρομβίνης αναφέρονταν από τον ίδιο τον ασθενή, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε συστηματικά σφάλματα. Επιπρόσθετα, πρέπει να τονιστεί ότι η ο αυτο-αναφερόμενος, υποκειμενικός χαρακτήρας των απαντήσεων στην κλίμακα Likert ίσως δεν αντιπροσωπεύει υποχρεωτικά την επάρκεια και την ποιότητα του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αυτό θα πρέπει να το θυμόμαστε πριν γενικεύσουμε τα συμπεράσματα που παρουσιάζονται.

Εν κατακλείδι, το καταδειχθέν επίπεδο απογοήτευσης πιθανώς προκαλεί έκπληξη αλλά μπορεί να αποδοθεί στην προβληματική υποδομή του συστήματος υγείας. Αντίστοιχες συγκριτικές μελέτες σε άλλες απομονωμένες περιοχές της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης γενικότερα μπορεί να έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι η μελέτη αυτή ολοκληρώθηκε πριν τις θανατηφόρες πυρκαγιές. Η εθνική αυτή καταστροφή κατέστησε σαφές ότι είναι απαραίτητο να αναθεωρηθούν δομές στην Πελοπόννησο μεταξύ των οποίων ακρογωνιαίος λίθος είναι η Πρωτοβάθμια Υγεία. Φαίνεται ότι, παρά το μεγάλο κόστος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, η παροχή ΥΠΠ σε απομονωμένες περιοχές θα πρέπει να επανεκτιμηθεί, προκειμένου να αποφευχθεί η μεγαλύτερη ακόμη μετακίνηση κατοίκων από την επαρχία σε αστικές περιοχές.

Βιβλιογραφία

1. Genuis SK, Genuis SJ: Exploring the continuum: medical information to effective clinical practice. Paper I: the translation of knowledge into clinical practice. *J Eval Clin Pract* 2006; 12: 49-62.
2. Genuis SK, Genuis SJ: Exploring the continuum: medical information to effective clinical practice. Paper II: Towards aetiology-centred clinical practice. *J Eval Clin Pract* 2006; 12: 49-62.
3. The College of Family Physicians of Canada. Primary Care and Family Medicine in Canada, A Prescription for Renewal. [Updated October 2000]. Available from: http://www.cfpc.ca/English/cfpc/communications/health_policy/primary

- care and family medicine/default.asp?s=1 (last accessed at 22 May 2007)
4. UK Department of Health. Health and social care system article. Delivering Primary Care. Available from: http://www.dh.gov.uk/AboutUs/DeliveringHealthAndSocialCare/TheHealthAndSocialCareSystem/HealthAndSocialCareSystemArticle/fs/en?CONTENT_ID=4105335&chk=IRr1vj (last accessed on 22 May 2007)
 5. Braden J, Beauregard K: Health status and access to care of rural and urban populations (AHCPH publication No. 94-0031). National Expenditure Survey Research Findings: 18, Agency for Health Care Policy and Research. Rockville, MD: Public Health Service; 1994.
 6. Ricketts T, Johnson-Webb K, Randolph R: Populations and places in rural America. In: Ricketts T, ed. Rural health in the United States. New York: Oxford University Press, 1999: 7-24.
 7. General Secretariat of National Statistical Service of Greece. Greece in figures. [Updated 2006]. Available from: http://www.statistics.gr/eng/tables/hellas_in_numbers_eng.pdf. (last accessed on 22 May 2007)
 8. Moumtzoglou A, Dafogianni C, Karra V, Michailidou D, Lazarou P, Bartsocas C: Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care. *Int J Qual Health Care* 2000; 12: 331-337.
 9. Niakas D, Gnardellis C, Theodorou M: Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Serv Manage Res* 2004; 17: 62-69.
 10. Pipilis AG, Paschidi MD, Andrikopoulos GK, Goudevenos JA; Working Group on Clinical Epidemiology, Prevention and Metabolic Syndrome of the Hellenic Cardiological Society: Seven plus one reasons for surveys of acute myocardial infarction in Greece. *Hellenic J Cardiol* 2006; 47: 194-197.
 11. Mariolis A, Alevizos A, Mihas C: Oral anticoagulation monitoring: a thorn in our side. *Eur J Gen Pract* 2007; 13: 94-95.
 12. Mihas C, Alevizos A, Arapaki A, Mariolis A: Warfarin versus aspirin for stroke prevention (BAFTA). *Lancet* 2007; 370: 1606.
 13. Mihas C, Alevizos A, Natzar M, Mariolis A: General practice is still an inferior medical specialty in Greece. *Saudi Med J* 2006; 27: 447.
 14. American Academy of Family Physicians. Policy and Advocacy. Primary Care. Available from: <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/p/primarycare.html> (last accessed on 22 May 2007)
 15. Koutis AD, Isacsson A, Lindholm LH, et al: Use of primary health care in Spili, Crete, and in Dalby, Sweden. *Scand J Prim Health Care* 1991; 9: 297-302.
 16. Mariolis A, Merkouris B, Lionis C: Introducing general practice in urban Greece: focus on morbidity profile. *Eur J Gen Pract* 2004; 10: 105-106.
 17. Pitsavos C, Kourlaba G, Panagiotakos DB, Stefanadis C; GREECS Study Investigators: Factors associated with delay in seeking health care for hospitalized patients with acute coronary syndromes: the GREECS study. *Hellenic J Cardiol* 2006; 47: 329-336.
 18. Andrikopoulos G, Pipilis A, Goudevenos J, et al; HELIOS Study Investigators: Epidemiological characteristics, management and early outcome of acute myocardial infarction in Greece: the HELlenic Infarction Observation Study. *Hellenic J Cardiol* 2007; 48: 325-334.