

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Παράγοντες που επηρεάζουν τις εμπειρίες των ασθενών σε ένα τμήμα επείγοντων περιστατικών

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις εμπειρίες των ασθενών σε ένα τμήμα επείγοντων περιστατικών (ΤΕΠ). **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Διεξήχθη μια συγχρονική μελέτη με δείγμα ευκολίας 350 ενήλικων ασθενών ή και συνοδών των ασθενών, οι οποίοι προσήλθαν στο ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» σε ημέρες γενικής εφημερίας. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τον Οκτώβριο του 2022 έως τον Σεπτέμβριο του 2023 με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Για την πληρέστερη στατιστική ανάλυση της συνολικής εμπειρίας των ασθενών στο ΤΕΠ διαμορφώθηκαν τέσσερις βαθμολογίες, ειδικά προσαρμοσμένες στους στόχους της παρούσας μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, οι βαθμολογίες ήταν οι εξής: «Βαθμολογία εμπειριών», «βαθμολογία φροντίδας υγείας», «βαθμολογία ενημέρωσης» και «βαθμολογία επικοινωνίας». **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Η πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση κατέδειξε ότι ο αυξημένος χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι την εξέταση συσχετίστηκε σημαντικά με μειωμένη ικανοποίηση από την αντιλαμβανόμενη ποιότητα της εμπειρίας των ασθενών από την επίσκεψή τους στο ΤΕΠ ($b=-0,38$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης [ΔΕ]: $-0,53$ έως $-0,23$, $p<0,001$). Επιπρόσθετα, ο μεγαλύτερος συνολικός χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ σχετίστηκε επίσης με μειωμένη ικανοποίηση από την αντιλαμβανόμενη εμπειρία ($b=-0,61$, 95% ΔΕ: $-0,88$ έως $-0,34$, $p<0,001$). Επίσης, η αυξημένη διάρκεια αναμονής μέχρι την εξέταση σχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερη ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας ($b=-0,12$, 95% ΔΕ: $-0,21$ έως $-0,03$, $p=0,008$). Αντίστοιχα, το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκε με μειωμένη ποιότητα επικοινωνίας ($b=0,11$, 95% ΔΕ: $0,003-0,21$, $p=0,043$). Τέλος, ο αυξημένος συνολικός χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ ($b=-0,13$, 95% ΔΕ: $-0,22$ έως $-0,02$, $p=0,016$) και η μεγαλύτερη ηλικία ($b=-0,005$, 95% ΔΕ: $-0,009$ έως $-0,001$, $p=0,022$) σχετίστηκαν με μειωμένη αντιλαμβανόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η παρούσα μελέτη απέδειξε ότι ο χρόνος αναμονής και ο συνολικός χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ επηρέασαν αρνητικά την εμπειρία των ασθενών, μειώνοντας την ικανοποίηση από την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επί πλέον, η παρατεταμένη αναμονή συνδέθηκε με επιδείνωση της ποιότητας της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, ενώ το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο αποτέλεσε παράγοντα που μειώνει περαιτέρω αυτή την επικοινωνία. Τέλος, η μεγαλύτερη ηλικία και ο αυξημένος χρόνος παραμονής συσχετίστηκαν με μειωμένη αντίληψη της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Τα εν λόγω ευρήματα υπογράμμισαν την ανάγκη για βελτίωση των διαδικασιών στο ΤΕΠ, με έμφαση στη μείωση των χρόνων αναμονής και στην ενίσχυση της επικοινωνίας, προκειμένου να ισχυροποιηθεί η εμπειρία και η ικανοποίηση των ασθενών, καθώς και η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Τα τμήματα επείγοντων περιστατικών (ΤΕΠ) αποτελούν αναπόσπαστο και κομβικό στοιχείο των σύγχρονων

συστημάτων υγείας, καθώς παρέχουν άμεση φροντίδα σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν επείγουσες και συχνά

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2026, 43(5):660–673
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2026, 43(5):660–673

Μ. Κίτσου,¹
Ε. Παπαγεωργίου,²
Σ. Πλακάς,¹
Π. Γαλάνης,³
Σ. Παρισσόπουλος,¹
Ε. Δοκουτσίδου,¹
Ι. Ευστρατίου,¹
Χ. Τσίου¹

¹Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο
Δυτικής Αττικής, Αθήνα

²Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

³Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Αθήνα

Factors affecting patient
experiences in an emergency
department care

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ασθενείς
Εμπειρίες
Επείγουσα φροντίδα
Ικανοποίηση
Ποιότητα υπηρεσιών υγείας
Τμήμα επείγοντων περιστατικών

Υποβλήθηκε 11.7.2025
Εγκρίθηκε 26.7.2025

απειλητικές για τη ζωή τους καταστάσεις.¹ Ωστόσο, παρά τη θεμελιώδη σημασία τους, τα ΤΕΠ διεθνώς καλούνται να διαχειριστούν σύνθετες προκλήσεις. Ο αυξημένος αριθμός περιστατικών, οι παρατεταμένοι χρόνοι αναμονής και οι περιορισμένοι πόροι δυσχεραίνουν το έργο τους. Σύμφωνα με μελέτες,^{2,3} οι συνθήκες αυτές ενδέχεται να επηρεάζουν αρνητικά τόσο την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας όσο και την εμπειρία των ασθενών.

Η διεθνής βιβλιογραφία^{4,5} αναδεικνύει πολλούς παράγοντες που επηρεάζουν την εμπειρία των ασθενών στα ΤΕΠ. Αυτοί περιλαμβάνουν οργανωτικές, περιβαλλοντικές και επικοινωνιακές παραμέτρους. Η συμμόρφωση στους διαδρόμους των ΤΕΠ και οι μακροί χρόνοι αναμονής δεν προκαλούν μόνο δυσανεξία, αλλά σύγχρονες μελέτες^{2,3} έχουν αναδείξει ότι συνδέονται και με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και στην ψυχολογική καταπόνηση των ασθενών. Ιδιαίτερα, οι ηλικιωμένοι ασθενείς εμφανίζονται πλέον ευάλωτοι σε αδυναμίες της διαδικασίας διαλογής και σε καθυστερήσεις, γεγονός που μπορεί να επιδεινώσει περαιτέρω την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.³

Η αποτελεσματική και διαπροσωπικά επαρκής επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών συνιστά καθοριστικό παράγοντα για την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης.⁶ Παράλληλα, συμβάλλει σημαντικά στην ενίσχυση της ικανοποίησης των ασθενών, ιδίως στο απαιτητικό και συχνά φορτισμένο περιβάλλον των ΤΕΠ.⁷ Η σύγχρονη βιβλιογραφία^{5,7,8} καταδεικνύει ότι η σαφής και ενσυναισθητική επικοινωνία συμβάλλει στη μείωση του άγχους και στην ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας των ασθενών. Παράλληλα, συνδέεται με θετικότερη αντίληψη της ποιότητας της φροντίδας. Αντίθετα, η ελλιπής επικοινωνία μπορεί να επιτείνει τις αρνητικές συνέπειες της συμμόρφωσης και των καθυστερήσεων, υποβαθμίζοντας περαιτέρω την εμπειρία των ασθενών στο ΤΕΠ.⁶

Επί πλέον, καθοριστική είναι η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαμόρφωση της εμπειρίας των ασθενών στα ΤΕΠ. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, οι συνθήκες εργασίας και η επαρκής στελέχωση έχουν αποδειχθεί κρίσιμοι παράγοντες.^{9,10} Αυτοί σχετίζονται άμεσα με την ικανοποίηση των ασθενών και με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Διεθνείς συγκριτικές μελέτες¹¹ έχουν δείξει ότι η επαγγελματική ικανοποίηση, τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και η πρόθεση αποχώρησης του νοσηλευτικού προσωπικού επιδρούν καταλυτικά στις αντιλήψεις των ασθενών για την ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας στο ΤΕΠ. Παράλληλα, οι μελέτες^{12,13} καταδεικνύουν συχνά υπάρχοντα χάσματα μεταξύ της αντίληψης των νοσηλευτών και εκείνης των ασθενών

σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας και την επικοινωνία. Το εν λόγω γεγονός καθιστά επιτακτική την ανάγκη για σύγκλιση των απόψεων και κατανόηση των αναγκών.

Τέλος, δεν θα πρέπει να υποτιμάται ο ρόλος των παραγόντων του περιβάλλοντος και της ψυχοκοινωνικής διάστασης στη συνολική εμπειρία του ασθενούς στο ΤΕΠ. Πρόσφατες μελέτες^{9,14} υποστηρίζουν ότι ο θόρυβος, οι ανεπαρκείς χώροι αναμονής, η συμμόρφωση και οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τόσο τις διαδικασίες ανάρρωσης όσο και την υποκειμενική αξιολόγηση της φροντίδας. Συνοψίζοντας, η διεθνής βιβλιογραφία^{3-6,8} αναδεικνύει με σαφήνεια ότι η βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών στα ΤΕΠ προϋποθέτει συνδυασμένες παρεμβάσεις. Αυτές πρέπει να στοχεύουν τόσο στη λειτουργική αποσυμφόρωση και στη μείωση των χρόνων αναμονής όσο και στην ενίσχυση της διαπροσωπικής επικοινωνίας και στη διαμόρφωση υποστηρικτικών συνθηκών εργασίας για το προσωπικό υγείας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις εμπειρίες των ασθενών στα ΤΕΠ ενός δημόσιου νοσοκομείου της Αθήνας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός μελέτης

Διεξήχθη μια συγχρονική μελέτη με δείγμα ευκολίας, το οποίο περιλάμβανε 350 ασθενείς ή και συνοδούς ασθενών χρήστες υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι προσήλθαν στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (ΓΝΑ) «Γ. Γεννηματάς» αναζητώντας επείγουσα ιατρική βοήθεια σε ημέρες γενικής εφημερίας. Οι συμμετέχοντες κατά την προσέλευσή τους στο νοσοκομείο προσεγγίστηκαν από την κύρια ερευνήτρια με φυσική παρουσία στον χώρο του ΤΕΠ.

Τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν τα εξής:

- Ενήλικες ασθενείς ή συνοδοί ασθενών
- Άτομα με πλήρη συνείδηση και δυνατότητα προφορικής και γραπτής επικοινωνίας
- Άτομα που ομιλούσαν ικανοποιητικά την ελληνική γλώσσα.

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο του 2022 μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2023. Ως καταλληλότερη στιγμή για τη στρατολόγηση και την εξασφάλιση της πληροφωρημένης συναίνεσης των συμμετεχόντων θεωρήθηκε αυτή κατά την οποία έχει ολοκληρωθεί η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση του πάσχοντα, ο ασθενής ήταν πλέον ασφαλής και δρομολογείτο να αποχωρήσει από το ΤΕΠ. Στους συνοδούς δόθηκαν ειδικές συστάσεις ώστε οι απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο να εκφράζουν αποκλειστικά την οπτική γωνία των ασθενών. Η ενιαία αυτή προσέγγιση στη συλλογή των δεδομένων συνέβαλε αφ' ενός στη διασφάλιση της εγκυρότητας των πληροφοριών και αφ' ετέρου στη διατήρηση της

ομοιομορφίας στις μονάδες του δείγματος, στοιχείο που ενισχύει την αμερόληπτη στατιστική ανάλυση.

Ηθικά ζητήματα

Για την εκπόνηση της μελέτης εξασφαλίστηκε η έγκρισή της από το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς» (αριθμ. απόφασης: 3575/14.2.2022) και στη συνέχεια η έγκρισή της από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας στην έρευνα του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (αριθμ. πρωτ.: 99553/19.10.2022). Η παρούσα μελέτη συμμορφώθηκε πλήρως με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν την έρευνα σε ανθρώπους, σύμφωνα με τις αρχές της Διακήρυξης του Helsinki (1975, όπως αναθεωρήθηκε το 2013),¹⁵ καθώς και τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης [(ΕΕ) 2016/679].¹⁶

Ερευνητικό εργαλείο

Για τη συλλογή δεδομένων έγινε χρήση ενός ειδικά σχεδιασμένου ερωτηματολογίου, βασισμένου σε προηγούμενο ερωτηματολόγιο που είχε χρησιμοποιηθεί το 2018 σε αντίστοιχη μελέτη σχετικά με την ποιότητα της επείγουσας φροντίδας. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοσή του ερωτηματολογίου της Επιτροπής Ποιότητας Φροντίδας του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας.¹⁷

Η διαδικασία προσαρμογής περιέλαβε την πολιτισμική μετατροπή του εργαλείου σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), εφαρμόζοντας τη μέθοδο της «διπλής εστίασης» (dual-focus approach), όπως περιγράφεται από την Erkut,¹⁸ με στόχο τη διασφάλιση εννοιολογικής ισοδυναμίας με το πρωτότυπο.

Ειδικότερα (α) ελήφθη άδεια χρήσης για μετάφραση και προσαρμογή του εργαλείου από την Care Quality Commission. Ακολούθησε μεταφραστική διαδικασία «προς τα εμπρός» (forward translation) από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα. (β) Συστάθηκε διεπιστημονική ομάδα εμπειρογνομώνων/ειδικών (Multidisciplinary Expert Panel), αποτελούμενη από 5 επαγγελματίες υγείας με εκτενή κλινική εμπειρία στην επείγουσα φροντίδα. Όλα τα μέλη διέθεταν άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας. (γ) Πραγματοποιήθηκε «αντίστροφη μετάφραση» (backward translation) και οργανώθηκαν ομάδες εστίασης (focus groups), αποτελούμενες από λήπτες υπηρεσιών υγείας σε ΤΕΠ δημόσιου νοσοκομείου. Έγινε αναλυτική διερεύνηση όλων των ενοτήτων του ερωτηματολογίου, έλεγχος κατανόησης, αναδιατυπώσεις και προτάσεις βελτιστοποίησης. (δ) Για τον έλεγχο αξιοπιστίας εκπονήθηκε πιλοτική μελέτη, με τη χορήγηση του ερωτηματολογίου σε δείγμα 30 χρηστών υπηρεσιών υγείας. Η διαδικασία επαναλήφθηκε μετά από 15 ημέρες στον ίδιο πληθυσμό και υπό παρόμοιες συνθήκες (test-retest). (ε) Διενεργήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας επαναληπτικής χορήγησης (test-retest reliability), με υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης Spearman. Όλοι οι συντελεστές είχαν τιμές >0,8, γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου. Η τελική ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου, προσαρμοσμένη

στο ελληνικό σύστημα υγείας, εμπεριέχει συνολικά 57 ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου, κατανεμημένες στις ακόλουθες δέκα θεματικές ενότητες: «Άφιξη», «αναμονή», «επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας», «θεραπεία και φροντίδα», «διαγνωστικές εξετάσεις», «πόνος», «περιβάλλον», «πληροφορίες πριν την έξοδο από το ΤΕΠ», «γενική εμπειρία» και «δημογραφικά χαρακτηριστικά».

Για την ποσοτική αξιολόγηση της συνολικής εμπειρίας των ασθενών στο ΤΕΠ χρησιμοποιήθηκε η «βαθμολογία εμπειρίας».¹⁹ Η βαθμολογία εμπειρίας ταξινομήθηκε σε τρεις κατηγορίες: 0–3 (αρνητική εμπειρία), 4–7 (μέτρια εμπειρία) και 8–10 (θετική εμπειρία) και χρησιμοποιήθηκε ως μεταβλητή για τη «βαθμολογία» στην ανάλυση της συνολικής εμπειρίας από την επίσκεψη στο ΤΕΠ. Για την ποσοτική αξιολόγηση της εμπειρίας φροντίδας των ασθενών στο ΤΕΠ δημιουργήθηκε η «βαθμολογία φροντίδας υγείας».²¹ Η «βαθμολογία φροντίδας υγείας» κατατάχθηκε σε τρεις κατηγορίες: 0–1 (κακή έως πολύ κακή φροντίδα υγείας), 2 (μέτρια φροντίδα), 3–4 (καλή έως πολύ καλή φροντίδα) και χρησιμοποιήθηκε ως μεταβλητή για τη «βαθμολογία» στην ανάλυση των εμπειριών φροντίδας.

Για την ποσοτική αξιολόγηση της ποιότητας επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας στο ΤΕΠ δημιουργήθηκε η «βαθμολογία επικοινωνίας».¹⁹ Η «βαθμολογία επικοινωνίας» ταξινομήθηκε σε μία από τις εξής τρεις κατηγορίες: 0–2 (κακή έως πολύ κακή επικοινωνία), 3–4 (μέτρια επικοινωνία), 5–7 (καλή έως πολύ καλή επικοινωνία). Η μεταβλητή αυτή χρησιμοποιήθηκε ως «βαθμολογία» στην ανάλυση των εμπειριών επικοινωνίας. Για την ποσοτική αξιολόγηση της ποιότητας της ενημέρωσης των ασθενών κατά την έξοδο από το ΤΕΠ δημιουργήθηκε η «βαθμολογία ενημέρωσης».¹⁹ Η «βαθμολογία ενημέρωσης» ταξινομήθηκε σε τρεις κατηγορίες: 0–1 (κακή έως πολύ κακή ενημέρωση), 2 (μέτρια ενημέρωση) και 3–4 (καλή έως πολύ καλή ενημέρωση). Η εν λόγω μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε ως «βαθμολογία» στην ανάλυση των εμπειριών ενημέρωσης.

Τέλος, στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης μετρήθηκαν τρεις βασικοί χρόνοι που κρίνονται ουσιώδεις για την κατανόηση της εμπειρίας των συμμετεχόντων κατά τη νοσηλεία τους στο ΤΕΠ. Οι χρόνοι αυτοί περιλαμβάνουν τον χρόνο αναμονής έως την πρώτη επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, τον χρόνο έως την κλινική εξέταση, καθώς και τον συνολικό χρόνο παραμονής στο ΤΕΠ.

Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιούνται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή.²⁰ Για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκαν ο έλεγχος καλής προσαρμογής (goodness of fit),^{21,22} καθώς και τα διαγράμματα κανονικότητας. Επί πλέον, υπολογίστηκε ο δείκτης ασυμμετρίας (Sk) για την περαιτέρω αξιολόγηση της κατανομής των δεδομένων.^{23,24} Η κανονική κατανομή προσέγγιζε, τελικά, τις ποσοτικές μεταβλητές και σε αυτό συνετέλεσε και το πολύ μεγάλο μέγεθος του δείγματος (n=350). Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, διαμορφώθηκαν

τέσσερις βαθμολογίες, ειδικά προσαρμοσμένες στους στόχους της παρούσας μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, οι βαθμολογίες ήταν οι εξής: «Βαθμολογία εμπειριών», «βαθμολογία φροντίδας υγείας», «βαθμολογία ενημέρωσης» και «βαθμολογία επικοινωνίας». Για τη διερεύνηση των διμεταβλητών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόστηκαν κατάλληλοι στατιστικοί έλεγχοι, ανάλογα με το είδος και την κατανομή τους. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος *t* για την αξιολόγηση διαφορών μεταξύ των μέσων τιμών δύο ανεξάρτητων ομάδων. Ο εν λόγω έλεγχος επέτρεψε την εκτίμηση της στατιστικής σημαντικότητας μεταξύ μεταβλητών που πληρούσαν την προϋπόθεση της κανονικής κατανομής. Επί πλέον, εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (*r*), προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη και ο βαθμός γραμμικής σχέσης (*correlation*) μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούν κανονική κατανομή. Ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μετρά τη γραμμική συσχέτιση (*correlation*) ανάμεσα στα δύο σύνολα δεδομένων. Σε περιπτώσεις όπου δεν πληρούνταν οι παραμετρικές προϋποθέσεις χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (*ρ*), ο οποίος εφαρμόστηκε για την αξιολόγηση της συσχέτισης (*correlation*) μεταξύ μιας ποσοτικής και μιας διατάξιμης μεταβλητής. Η μέτρηση του Spearman είναι μη παραμετρική, δηλαδή δεν προϋποθέτει την κανονικότητα των δεδομένων,²⁵ και επιτρέπει την ανίχνευση μη γραμμικών αλλά μονοτονικών σχέσεων μεταξύ μεταβλητών. Ακολουθώντας, προκειμένου να εξεταστούν οι επιδράσεις πλέον των δύο ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (*multivariate linear regression*). Προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,20$) για τη διμεταβλητή ανάλυση.²⁶ Για την εν λόγω περίπτωση εφαρμόστηκε συγκεκριμένα η στατιστική μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο της προς τα πίσω διαγραφής των μεταβλητών (*backward stepwise linear regression*).²⁵ Στην πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις των συντελεστών (αγνώστων παραμέτρων) ως *b* (*beta coefficients*) και τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (ΔΕ) (*confidence intervals*), προκειμένου να εξεταστεί κυρίως αν οι συντελεστές είναι μηδέν. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στην παρούσα μελέτη ίσο με 0,05 ($\alpha = 0,05$).²⁶ Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS), έκδοση 28.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Από τους συμμετέχοντες, το 81,7% ήταν οι ασθενείς και το 18,3% ήταν συνοδοί που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο για λογαριασμό του ασθενούς. Από τον πληθυσμό αυτόν, περίπου μισοί ήταν άνδρες και μισές γυναίκες, κατά πλειοψηφία Έλληνες υπήκοοι (96,6%), χριστιανοί (98%) και με μέση ηλικία τα 60 έτη. Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο, το 36,9% ήταν

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (n=350).

Χαρακτηριστικά	n	%
Φύλο		
Γυναίκες	176	50,3
Άνδρες	174	49,7
Ηλικία, μέση τιμή, τυπική απόκλιση	60	20,7
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Απόφοιτος(η) Δημοτικού	28	8,0
Απόφοιτος(η) Γυμνασίου	19	5,4
Απόφοιτος(η) Λυκείου	108	30,9
Ανώτερη μόρφωση (IEK κ.λπ.)	46	13,1
ΑΕΙ/ΤΕΙ	129	36,9
Μεταπτυχιακό, διδακτορικό	20	5,7
Θρήσκευμα		
Χριστιανός	343	98,0
Κανένα	3	0,8
Άλλο	4	1,2
Εθνικότητα		
Έλληνας	338	96,6
Αλλοεθνής	12	3,4

IEK: Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης, ΑΕΙ/ΤΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα/Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, το 30,9% απόφοιτοι Λυκείου και το 13,4% βασικής εκπαίδευσης.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Το 41,1% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι έπασχαν από σωματική ή και ψυχική πάθηση με διάρκεια ή αναμενόμενη διάρκεια >12 μηνών, ενώ το 40% δήλωσε ότι είχε χρόνιο συγκεκριμένο νόσημα. Σχετικά με τις συννοσηρότητες, το 33,1% δήλωσε ότι αυτές μείωναν σημαντικά την ικανότητά τους να εκτελούν καθημερινές δραστηριότητες, το 39,7% ότι προκαλούσαν ήπια μείωση της λειτουργικότητας, ενώ το 27,2% ανέφερε ότι δεν βίωνε κάποια επίδραση από τις συννοσηρότητες. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων, σε ποσοστό 65,1%, ανέφεραν την παρουσία πόνου κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο ΤΕΠ, ενώ το 34,9% δήλωσε ότι δεν παρουσίασε πόνο στο ίδιο χρονικό διάστημα.

Μεταξύ των συμμετεχόντων που ανέφεραν ότι βίωσαν πόνο, το 54,3% αξιολόγησε την ανταπόκριση του προσωπικού ως πλήρως επαρκή, καθώς έγιναν όλες οι απαραίτητες ενέργειες για την ανακούφιση του πόνου και επιτεύχθηκε πλήρης υποχώρηση των συμπτωμάτων. Το 26,9% επεσήμανε ότι υπήρξε παρέμβαση εκ μέρους του προσωπικού.

Ωστόσο, η ανακούφιση του πόνου ήταν μερική. Αντίθετα, το 18,8% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι δεν πραγματοποιήθηκε κάποια ενέργεια για την ανακούφιση του πόνου από το υγειονομικό προσωπικό.

Συνολική εμπειρία από το τμήμα επειγόντων περιστατικών

Αναφορικά με τον χρόνο που μεσολάβησε έως την αρχική επικοινωνία με μέλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, το 52% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι η αναμονή ήταν <30 min. Ποσοστό 15,4% ανέφερε χρόνο αναμονής 31–60 min, ενώ το 17,5% ανέφερε αναμονή που κυμάνθηκε από 1–2 ώρες. Επί πλέον, το 12% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι περίμεναν 3–5 ώρες, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό, της τάξης του 2,6%, ανέφερε ότι η αναμονή υπερέβη τις 5 ώρες.

Σε σχέση με τον χρόνο που απαιτήθηκε μέχρι την ιατρική εξέταση, το 24,3% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι περίμεναν 1–2 ώρες. Το 21,7% δήλωσε χρόνο αναμονής 3–5 ώρες, ενώ το 19,7% ανέφερε ότι εξετάστηκε άμεσα, χωρίς καθυστέρηση. Ποσοστό 14,3% ανέφερε χρόνο αναμονής <30 min, ενώ το 12% περίμενε 31–60 min. Τέλος, το 8% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι η αναμονή για την εξέταση υπερέβη τις 5 ώρες.

Όσον αφορά στον συνολικό χρόνο παραμονής των συμμετεχόντων στο ΤΕΠ, το μεγαλύτερο ποσοστό, και συγκεκριμένα το 53,7%, ανέφερε διάρκεια παραμονής 4–12 ώρες. Το 20,3% δήλωσε ότι η παραμονή διήρκεσε 3–4 ώρες, ενώ το 15,4% ανέφερε παραμονή που υπερέβη τις 12 ώρες. Ποσοστό 8,9% ανέφερε παραμονή διάρκειας 1–2 ωρών, ενώ μόλις το 1,7% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι παρέμειναν στο ΤΕΠ για διάστημα <1 ώρας.

Όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 2, η «βαθμολογία εμπειριών» στο ΤΕΠ είχε μέση τιμή 7,1, η τυπική απόκλιση ήταν 2,3, ενώ η διάμεσος ήταν 8. Το 8,6% των συμμετεχόντων ανέφεραν βαθμολογίες από 0–3, που αντιστοιχούν σε αρνητικές εμπειρίες, το 37,7% δήλωσε βαθμολογίες 4–7,

αντιπροσωπεύοντας μέτριες εμπειρίες, ενώ το 53,7% των ασθενών αξιολόγησαν την εμπειρία τους με βαθμολογίες 8–10, υποδηλώνοντας θετικές εμπειρίες στο ΤΕΠ.

Στη «βαθμολογία φροντίδας» υγείας στο ΤΕΠ η μέση τιμή ήταν 3, η τυπική απόκλιση 0,8, ενώ η διάμεσος 3. Το 3,7% των ασθενών δήλωσαν βαθμολογίες 0–1, που αντιστοιχούν σε κακή έως πολύ κακή φροντίδα, το 20,3% αξιολόγησε τη φροντίδα ως μέτρια, με βαθμολογία ίση με 2, ενώ το 76% των συμμετεχόντων δήλωσαν βαθμολογίες 3–4, υποδηλώνοντας καλή έως πολύ καλή φροντίδα.

Στη «βαθμολογία ενημέρωσης» από τους επαγγελματίες υγείας στο ΤΕΠ η μέση τιμή ήταν 3,6, η τυπική απόκλιση 0,5 και η διάμεσος 4. Το 97,3% των συμμετεχόντων αξιολόγησαν την ενημέρωση με βαθμολογία από 3–4, που αντιστοιχεί σε καλή έως πολύ καλή ενημέρωση και μόλις το 2,7% βαθμολόγησε με 2, που ερμηνεύεται ως μέτρια ενημέρωση. Δεν βρέθηκαν βαθμολογίες από 0–1, δηλαδή δεν προέκυψε κάποιο ποσοστό με «κακή» έως «πολύ κακή» ενημέρωση.

Η «βαθμολογία επικοινωνίας» με τους επαγγελματίες υγείας στο ΤΕΠ παρουσίασε μέση τιμή 4,5, τυπική απόκλιση 1,3 και διάμεσο 5. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων, ποσοστό 61,8%, βαθμολόγησαν την επικοινωνία από 5–7, δηλώνοντας καλή έως πολύ καλή επικοινωνία, το 31,1% βαθμολόγησε με 3–4, που αντιστοιχεί σε μέτρια επικοινωνία και το 7,1% με βαθμολογίες από 0–2, υποδηλώνοντας «κακή» έως «πολύ κακή» επικοινωνία.

Σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της «βαθμολογίας εμπειρίας». Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ πέντε ανεξάρτητων μεταβλητών και της βαθμολογίας εμπειριών από το ΤΕΠ.

Κατόπιν, πραγματοποιήσαμε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση για την εξουδετέρωση των συγχυτών και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Σύμφω-

Πίνακας 2. Περιγραφικά μέτρα και δείκτες ασυμμετρίας των «βαθμολογιών».

Βαθμολογία	Εύρος τιμών	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Δείκτης ασυμμετρίας
Εμπειριών από το ΤΕΠ	0–10	7,1	2,3	8,0	0	10	-1,2
Φροντίδας υγείας	0–4	3,0	0,8	3,0	0	4	0
Ενημέρωσης από επαγγελματίες υγείας	0–4	3,6	0,5	4,0	2	4	-2,4
Επικοινωνίας με επαγγελματίες υγείας	0–7	4,5	1,3	5,0	0	7	-1,2

ΤΕΠ: Τμήμα επειγόντων περιστατικών

Πίνακας 3. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και στη «βαθμολογία εμπειριών» από το τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ).

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,35*
Γυναίκες	7,0	2,4	
Άνδρες	7,2	2,1	
Ηλικία		0,06**	0,30**
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,11***	0,05***
Συννοσηρότητες			0,87*
Όχι	7,1	2,2	
Ναι	7,2	2,4	
Πόνος			0,11*
Όχι	7,4	2,1	
Ναι	7,0	2,4	
Χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι την επικοινωνία με ιατρό/νοσηλεύτη		-0,28***	<0,001***
Χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι την εξέταση		-0,39***	<0,001***
Συνολικός χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ		-0,35***	<0,001***

* Έλεγχος t, **Συντελεστής συσχέτισης Pearson, *** Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Πίνακας 4. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «βαθμολογία εμπειριών» από το τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ).

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι την εξέταση	-0,38	-0,53 έως -0,23	<0,001
Συνολικός χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ	-0,61	-0,88 έως -0,34	<0,001

να με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψαν τα εξής: (α) Οι ασθενείς με μεγαλύτερο χρόνο αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι την εξέταση είχαν χειρότερες εμπειρίες από το ΤΕΠ. (β) Οι ασθενείς με μεγαλύτερο συνολικό χρόνο παραμονής στο ΤΕΠ είχαν χειρότερες εμπειρίες από το ΤΕΠ.

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της «βαθμολογίας επικοινωνίας» με τους επαγγελματίες υγείας. Μετά τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ πέντε ανεξάρτητων μεταβλητών και της βαθμολογίας επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήσαμε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση για την εξουδετέρωση των συγχυτών και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 6. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψαν τα εξής: (α) Οι ασθενείς με μεγαλύτερο χρόνο αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι την εξέταση είχαν χειρότερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας.

(β) Οι ασθενείς με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν χειρότερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας.

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της «βαθμολογίας φροντίδας υγείας» στο ΤΕΠ. Μετά τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ τεσσάρων ανεξάρτητων μεταβλητών και της βαθμολογίας φροντίδας υγείας στο ΤΕΠ.

Κατόπιν, πραγματοποιήσαμε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση για την εξουδετέρωση των συγχυτών και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 8. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψαν τα εξής: (α) Οι ασθενείς με μεγαλύτερο συνολικό χρόνο παραμονής στο ΤΕΠ θεωρούσαν ότι είχαν χειρότερη φροντίδα υγείας στο ΤΕΠ. (β) Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας θεωρούσαν ότι είχαν χειρότερη φροντίδα υγείας στο ΤΕΠ.

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης μεταξύ επιλεγμένων ανεξάρτητων μεταβλητών και της «βαθμολογίας ενημέρωσης» από

Πίνακας 5. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και στη «βαθμολογία επικοινωνίας» με τους επαγγελματίες υγείας στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ).

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,56*
Γυναίκες	4,5	1,3	
Άνδρες	4,6	1,2	
Ηλικία		-0,18**	0,001**
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,17***	0,002***
Συννοσηρότητες			0,82*
Όχι	4,6	1,2	
Ναι	4,6	1,4	
Πόνος			0,54*
Όχι	4,6	1,1	
Ναι	4,5	1,4	
Χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι την επικοινωνία με ιατρό/νοσηλεύτη		-0,17***	0,002***
Χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι την εξέταση		-0,21***	<0,001***
Συνολικός χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ		-0,20***	<0,001***

* Έλεγχος t, ** Συντελεστής συσχέτισης Pearson, *** Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Πίνακας 6. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «βαθμολογία επικοινωνίας» με τους επαγγελματίες υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι την εξέταση	-0,12	-0,21 έως -0,03	0,008
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,11	0,003 έως 0,21	0,043

ΤΕΠ: Τμήμα επειγόντων περιστατικών

Πίνακας 7. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και στη «βαθμολογία φροντίδας υγείας» στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ).

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,84*
Γυναίκες	3,1	0,9	
Άνδρες	3,1	0,8	
Ηλικία		-0,15**	0,004**
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,05***	0,32***
Συννοσηρότητες			0,75*
Όχι	3,1	0,8	
Ναι	3,1	0,9	
Πόνος			0,89*
Όχι	3,1	0,8	
Ναι	3,1	0,9	
Χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι την επικοινωνία με ιατρό/νοσηλεύτη		-0,10***	0,07***
Χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι την εξέταση		-0,10***	0,06***
Συνολικός χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ		-0,16***	0,004***

* Έλεγχος t, ** Συντελεστής συσχέτισης Pearson, *** Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Πίνακας 8. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «βαθμολογία φροντίδας υγείας» στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ).

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Συνολικός χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ	-0,13	-0,22 έως -0,02	0,016
Ηλικία	-0,005	-0,009 έως -0,001	0,022

Πίνακας 9. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και στη «βαθμολογία ενημέρωσης» από τους επαγγελματίες υγείας.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,91*
Γυναίκες	3,6	0,5	
Άνδρες	3,6	0,6	
Ηλικία		-0,24**	0,15**
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,03***	0,88***
Συννοσηρότητες			0,65*
Όχι	3,6	0,6	
Ναι	3,7	0,65	
Πόνος			0,98*
Όχι	3,6	0,5	
Ναι	3,6	0,6	
Χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι την επικοινωνία με ιατρό/νοσηλεύτη		-0,15***	0,38***
Χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι την εξέταση		-0,09***	0,61***
Συνολικός χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ		-0,28***	0,10***

* Έλεγχος t, ** Συντελεστής συσχέτισης Pearson, *** Συντελεστής συσχέτισης Spearman

ΤΕΠ: Τμήμα επειγόντων περιστατικών

τους επαγγελματίες υγείας στο ΤΕΠ. Μετά τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ δύο ανεξάρτητων μεταβλητών και της βαθμολογίας ενημέρωσης από τους επαγγελματίες υγείας.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήσαμε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση για την εξουδετέρωση των συγχυτών, στην οποία δεν βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική σχέση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδείχθηκαν δύο βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις εμπειρίες των ασθενών στο ΤΕΠ. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερο χρόνο αναμονής έως την ιατρική εξέταση, καθώς και εκείνοι με μεγαλύτερη συνολική διάρκεια παραμονής στο ΤΕΠ, δήλωσαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και ανέφεραν συνολικά δυσμενέστερη εμπειρία από τη νοσηλεία τους στο ΤΕΠ. Τα

εν λόγω ευρήματα υπογραμμίζουν ότι η αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου αναμονής, καθώς και της συνολικής διάρκειας παραμονής στο ΤΕΠ, συνιστούν καθοριστικούς παράγοντες για τη διαμόρφωση της εμπειρίας των ασθενών στο συγκεκριμένο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με πρόσφατα ευρήματα διεθνών ερευνών,^{29,30} οι οποίες αναδεικνύουν ότι η μείωση του χρόνου αναμονής και η βελτίωση της ροής των ασθενών αποτελούν καίριες στρατηγικές για την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και την ενίσχυση της ικανοποίησης της εμπειρίας των ασθενών στα ΤΕΠ. Παράλληλα, τα παραπάνω ευρήματα συνάδουν με την παλαιότερη μελέτη των Taylor και Bengner,³¹ που υπογραμμίζει ότι η μείωση του χρόνου αναμονής σχετίζεται άμεσα με την καλύτερη αντίληψη και τη βελτίωση της συνολικής εμπειρίας των ασθενών στο ΤΕΠ.

Η διαχείριση των χρόνων αναμονής στο ΤΕΠ δεν περιορίζεται αποκλειστικά στη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, αλλά συνδέεται άμεσα τόσο με την αποτελε-

σματικότερη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας,³² όσο και με τη μείωση του ψυχολογικού φορτίου και του άγχους που βιώνουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της παραμονής τους.³³ Στο πλαίσιο αυτό, πρόσφατες μελέτες^{34,35} υποστηρίζουν ότι η βελτιστοποίηση των λειτουργικών διαδικασιών, η αξιοποίηση τεχνολογικών εργαλείων και η ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων αναγνωρίζονται ως καθοριστικοί παράγοντες που ενδέχεται να συμβάλλουν ουσιαστικά στη μείωση του χρόνου αναμονής και, κατ' επέκταση, στη βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης αφορά στη συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου των ασθενών με την ποιότητα της επικοινωνίας τους με τους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο ΤΕΠ. Η εφαρμογή πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης κατέδειξε ότι οι συμμετέχοντες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ανέφεραν δυσμενέστερη εμπειρία επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας στο ΤΕΠ. Το σχετικό εύρημα συμφωνεί με τα πορίσματα της σύγχρονης βιβλιογραφίας³⁶ και ενισχύει την άποψη ότι το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των ασθενών πιθανόν να λειτουργεί προστατευτικά ως προς την αντίληψη της ποιότητας της επικοινωνίας. Το φαινόμενο αυτό ενδέχεται να αποδίδεται στο γεγονός ότι τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης συνδέονται με την αυξημένη ικανότητα κατανόησης των ιατρικών πληροφοριών, καθώς και με μεγαλύτερη ενεργητικότητα και αυτοπεποίθηση των ασθενών στη συμμετοχή αναφορικά με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αντίστοιχα, από τη μελέτη των Nguyen et al³⁷ διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με πανεπιστημιακή εκπαίδευση ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την επικοινωνία, καθώς διέθεταν μεγαλύτερη ικανότητα επεξεργασίας σύνθετων πληροφοριών και μπορούσαν να εκφράζουν αποτελεσματικότερα τις ανάγκες τους. Επί πλέον, οι Yamamoto et al³⁸ ανέδειξαν ότι το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με λιγότερες παρανοήσεις σχετικά με τα βήματα εξυπηρέτησης στο ΤΕΠ. Παρομοίως, πρόσφατη μελέτη των Sørensen et al³⁹ ανέδειξε ότι τα άτομα με ανώτερο εκπαιδευτικό υπόβαθρο εμφανίζουν μειωμένες παρανοήσεις όσον αφορά στις διαδικασίες παροχής υπηρεσιών υγείας στο ΤΕΠ. Επιβεβαιώνοντας τα παραπάνω, το εν λόγω εύρημα ευθυγραμμίζεται και με τα αποτελέσματα σύγχρονων μελετών,^{40,41} οι οποίες τεκμηριώνουν ότι το μορφωτικό υπόβαθρο συνιστά καθοριστικό παράγοντα διαμόρφωσης της αντίληψης των ασθενών αναφορικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας.

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης προέκυψε ότι ο αυξημένος χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ έως την πραγ-

ματοποίηση της ιατρικής εξέτασης συνδέεται σημαντικά με τη μειωμένη ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που ανέμεναν περισσότερο χρόνο μέχρι την ιατρική εξέταση ανέφεραν δυσμενέστερη εμπειρία επικοινωνίας, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία της διαχείρισης των χρόνων αναμονής ως παράγοντα που επηρεάζει την αντίληψη της παρεχόμενης φροντίδας και τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Η παρατήρηση αυτή συνάδει με τα αποτελέσματα των μελετών των Kim et al⁴² και των Chen et al,⁴³ οι οποίες αναδεικνύουν ότι οι αυξημένοι χρόνοι αναμονής σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης αναφορικά με την ποιότητα της επικοινωνίας και την εμπιστοσύνη προς το προσωπικό. Ομοίως, τα ευρήματα των Sayah et al⁴⁴ τεκμηριώνουν ότι η βελτίωση της ροής των διαδικασιών στα ΤΕΠ είχε θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα της επικοινωνίας, υπογραμμίζοντας ότι η ταχεία πρόσβαση στη φροντίδα ενισχύει την εμπιστοσύνη των ασθενών προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και βελτιώνει την αντίληψή τους για την επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αντίστοιχα, η πρόσφατη μελέτη των Patel et al³⁶ κατέδειξε ότι η ταχύτερη αρχική επαφή με το προσωπικό σχετίζεται με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την επικοινωνία, ανεξάρτητα από την τελική έκβαση της νοσηλείας στο ΤΕΠ. Παράλληλα, η ανεπαρκής επικοινωνία και η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης σχετικά με την επίσκεψη στο ΤΕΠ έχουν συσχετιστεί με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών.⁴⁵ Επί πλέον, η ανεπαρκής επικοινωνία πιθανόν να οδηγήσει σε διακοπές στη ροή της νοσηλείας λόγω παρεμβολών των ασθενών προς τους επαγγελματίες υγείας, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά την παρεχόμενη φροντίδα και να προκαλέσει περαιτέρω καθυστερήσεις. Έχει διαπιστωθεί^{45,46} ότι οι ασθενείς που βιώνουν παρατεταμένους χρόνους αναμονής, συχνά χωρίς επαρκή ενημέρωση σχετικά με τη διαδικασία φροντίδας, παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και μειωμένη ικανοποίηση τόσο ως προς την παρεχόμενη πληροφόρηση όσο και, συνολικά, ως προς την εμπειρία τους στο ΤΕΠ. Επί πλέον, προηγούμενη μελέτη⁴⁷ τεκμηριώσε ότι η περιοδική παροχή επικαιροποιημένων πληροφοριών, όπως η επαναλαμβανόμενη ενημέρωση για τον εκτιμώμενο χρόνο αναμονής, συμβάλλει στη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών και στη μείωση της πιθανότητας οικειοθελούς αποχώρησης από το ΤΕΠ πριν από την ολοκλήρωση της ιατρικής εξέτασης. Σε συμφωνία με τα προαναφερθέντα, πρόσφατες μελέτες^{48,49} αναδεικνύουν ότι η έγκαιρη και σαφής παροχή πληροφοριών, καθώς και η ανθρώπινη επαφή κατά τη διάρκεια της αναμονής στο ΤΕΠ, συμβάλλουν ουσιαστικά στη μείωση του αισθήματος

αγωνίας, στην ενίσχυση της ικανοποίησης και στη βελτίωση των συνολικών εκβάσεων της υγειονομικής περίθαλψης.

Επί πλέον, ένα ακόμη σημαντικό εύρημα που αναδεικνύει τους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τις εμπειρίες των ασθενών στο ΤΕΠ αφορά στη συσχέτιση του συνολικού χρόνου παραμονής με την αντίληψη της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Συγκεκριμένα, η εφαρμογή πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης κατέδειξε ότι οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερη συνολική διάρκεια παραμονής στο ΤΕΠ εκτίμησαν την ποιότητα της φροντίδας ως χαμηλότερη. Το συγκεκριμένο εύρημα εναρμονίζεται με τα αποτελέσματα διεθνών μελετών,^{50,51} οι οποίες υπογραμμίζουν ότι ο παρατεταμένος χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ ως παράγοντας σχετίζεται με τη μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών.

Ο χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ αναγνωρίζεται ως καθοριστικός παράγοντας, που επηρεάζει άμεσα τόσο την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών όσο και την αντίληψή τους για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.⁵² Αντίθετα, η μελέτη των Saxon et al⁵³ υποστηρίζει ότι η συνολική διάρκεια παραμονής στο ΤΕΠ δεν επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Ωστόσο, οι ασθενείς που αντιλαμβάνονται τον χρόνο παραμονής τους ως «περίπου κατάλληλο» αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, ακόμη και όταν βιώνουν αυξημένη αναμονή. Συνεπώς, δεν παρατηρείται απαραίτητα μείωση της ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα, ενδεχομένως επειδή οι σοβαρότερες περιπτώσεις απαιτούν μεγαλύτερους χρόνους αξιολόγησης και αντιμετώπισης.

Μια επιπρόσθετη παράμετρος η οποία προέκυψε από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αφορά στη σχέση της ηλικίας των ασθενών με την αντίληψή τους για την ποιότητα της φροντίδας που έλαβαν στο ΤΕΠ. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα της ανάλυσης κατέδειξαν ότι οι συμμετέχοντες μεγαλύτερης ηλικίας αξιολόγησαν την παρεχόμενη φροντίδα ως χαμηλότερης ποιότητας. Η παρατήρηση αυτή ευθυγραμμίζεται με πρόσφατες μελέτες,^{54,55} οι οποίες καταδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς συχνά αξιολογούν λιγότερο θετικά την ποιότητα της φροντίδας σε περιβάλλοντα επειγόντων περιστατικών. Η λιγότερο θετική αντίληψη των ηλικιωμένων ασθενών φαίνεται να σχετίζεται με παράγοντες, όπως η αυξημένη ευαισθησία σε καθυστερήσεις, οι σύνθετες ανάγκες που απορρέουν από την πολυνοσηρότητα,⁵⁶ καθώς και η μειωμένη ικανοποίηση από την επικοινωνία με το υγειονομικό προσωπικό.⁵⁷

Επί πλέον, η περιορισμένη πρόσβαση σε πληροφορίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες της ηλικιακής ομάδας, καθώς και η ανεπαρκής συμμετοχή στη διαδικασία λήψης θεραπευτικών αποφάσεων, συνδέονται με χαμηλότερα επί-

πεδα ικανοποίησης και αυξημένα αισθήματα αποξένωσης και άγχους στους ηλικιωμένους ασθενείς.⁵⁸ Η ανάγκη για εξατομικευμένη, κατανοητή και με σεβασμό παρεχόμενη φροντίδα συχνά συγκρούεται με τη λειτουργική φύση των ΤΕΠ, όπου κυρίαρχες προτεραιότητες αποτελούν η ταχύτητα, η αποτελεσματικότητα και η τυποποίηση των παρεμβάσεων.⁵⁹

Επί πλέον, από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης προέκυψε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και της αξιολόγησης τόσο της επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας όσο και της επάρκειας της ενημέρωσης που έλαβαν κατά την παραμονή τους στο ΤΕΠ. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς τείνουν να αξιολογούν λιγότερο θετικά τους συγκεκριμένους τομείς. Η επίδραση της ηλικίας στην αντίληψη της επικοινωνίας έχει επιβεβαιωθεί και σε πρόσφατες μελέτες,^{60,61} οι οποίες αναδεικνύουν τις διαφοροποιημένες ανάγκες και προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών αναφορικά με τη διαδικασία ενημέρωσης και την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Παράλληλα, πρόσφατη μελέτη⁶² κατέδειξε ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένη δυσκολία στην κατανόηση προφορικών οδηγιών, ιδίως σε περιβάλλοντα με υψηλό γνωστικό ή γλωσσικό φόρτο.

Αντίστοιχα, σε πολυκεντρική μελέτη των Nguyen et al⁶³ καταγράφηκε σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση από την επικοινωνία μεταξύ ατόμων ηλικίας >70 ετών, γεγονός που συσχετίστηκε με ελλείμματα στην προσαρμογή του ύφους και της ταχύτητας επικοινωνίας από τους επαγγελματίες υγείας. Το σχετικό εύρημα αναδεικνύει μια τάση σύμφωνα με την οποία διαφορετικές ηλικιακές ομάδες παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης για διαφορετικούς λόγους. Ειδικότερα, η μελέτη των Davey et al⁶⁴ υποδεικνύει ότι οι νέοι ενήλικες εμφανίζουν τάση να αντιλαμβάνονται την επικοινωνία ως συχνά ανεπαρκή, καθώς επιζητούν πιο ανοικτό διάλογο, μεγαλύτερη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και αίσθηση ότι οι επαγγελματίες υγείας τούς ακούν πραγματικά. Η εμπιστοσύνη και η διαπραγμάτευση θεωρούνται καθοριστικά στοιχεία για να βιώνεται η ενημέρωση ως ποιοτική και προσαρμοσμένη στις ατομικές ανάγκες τους.

Τέλος, από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας πόνου και της συνολικής βαθμολόγησης της εμπειρίας των ασθενών, υπογραμμίζοντας τον κρίσιμο ρόλο της αποτελεσματικής διαχείρισης του πόνου στην αντίληψη της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και στην ικανοποίηση των ασθενών κατά την παραμονή τους στο ΤΕΠ. Η έγκαιρη και κατάλληλη ανακούφιση του πόνου

βελτιώνει την επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, ενισχύοντας τη συνολική ικανοποίηση από την ενημέρωση και τη φροντίδα που παρέχεται. Τα εν λόγω ευρήματα τεκμηριώνονται από σύγχρονες μελέτες,^{27,32,65} οι οποίες αναδεικνύουν τη σημασία της διαχείρισης του πόνου ως βασικού παράγοντα ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στα ΤΕΠ, καθώς και τη θετική επίδραση της ελαχιστοποίησης του χρόνου αναμονής μέχρι την έναρξη της αναλγητικής αγωγής στην ικανοποίηση και στις κλινικές εκβάσεις.

Επί πλέον, η υιοθέτηση πρωτοκόλλων διαχείρισης πόνου στο ΤΕΠ έχει αναδειχθεί ως σημαντικός παράγοντας για τη βελτίωση τόσο της συνολικής ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας όσο και της εμπειρίας των ασθενών κατά την επαφή τους με τις υπηρεσίες υγείας στο ΤΕΠ.²⁹ Η εξατομικευμένη και έγκαιρη προσέγγιση στην αναγνώριση και στη διαχείριση του πόνου ενισχύει ουσιαστικά την αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, συμβάλλοντας καθοριστικά στη βελτίωση της επικοινωνίας και της ποιότητας της ενημέρωσης, γεγονός που οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από την εμπειρία τους στο ΤΕΠ.^{32,66}

Η παρούσα μελέτη παρουσίασε ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Πρώτον, η χρήση δείγματος ευκολίας ενδέχεται να περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων στον ευρύτερο πληθυσμό ασθενών που προσέρχονται σε ΤΕΠ. Δεύτερον, ο συγχρονικός σχεδιασμός της μελέτης δεν επιτρέπει τη διερεύνηση αιτιακών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών, περιορίζοντας τις δυνατότητες για αιτιολογικά συμπεράσματα. Επί πλέον, η συλλογή των δεδομένων μέσω αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων ενδέχεται να έχει επηρεαστεί από την υποκειμενική αντίληψη των συμμετεχόντων, καθώς και από φαινόμενα κοινωνικά επιθυμητής απόκρισης ή μεροληψίας ανάκλησης. Τέλος, το γεγονός ότι η μελέτη διεξήχθη σε ένα και μόνο ΤΕΠ περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε άλλα υγειονομικά ιδρύματα ή γεωγραφικά πλαίσια με διαφορετικά λειτουργικά, πολιτισμικά ή οργανωτικά χαρακτηριστικά.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη υπογράμμισε ότι η εμπειρία των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους στο ΤΕΠ επηρεάζεται σημαντικά από μια σειρά παραγόντων, οι οποίοι αφορούν τόσο στα ατομικά τους χαρακτηριστικά όσο και στις οργανωτικές συνθήκες της φροντίδας που λαμβάνουν. Ειδικότερα, οι χρόνοι αναμονής και παραμονής στο ΤΕΠ, το μορφωτικό επίπεδο και η ηλικία των ασθενών, καθώς και η

παρουσία πόνου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με συγκεκριμένες διαστάσεις της εμπειρίας τους. Τα συγκεκριμένα ευρήματα υποδεικνύουν την ανάγκη για βελτιώσεις που λαμβάνουν υπ' όψιν τόσο τις προσωπικές ανάγκες των ασθενών όσο και τη βελτιστοποίηση των διαδικασιών λειτουργίας του ΤΕΠ.

Συγκεκριμένα, οι χρόνοι αναμονής και παραμονής στο ΤΕΠ αναδείχθηκαν ως καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμπειρία των ασθενών. Η μεγαλύτερη διάρκεια αναμονής συνδέεται με αυξημένα επίπεδα άγχους και δυσαρέσκειας. Επί πλέον, το μορφωτικό επίπεδο και η ηλικία των ασθενών επιδρούν στον τρόπο αντίληψης και αξιολόγησης της ποιότητας της φροντίδας. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη προσαρμογής της επικοινωνίας ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς. Παράλληλα, η παρουσία πόνου κατά τη νοσηλεία στο ΤΕΠ επηρεάζει αρνητικά την εμπειρία, επιβεβαιώνοντας την αναγκαιότητα της άμεσης και αποτελεσματικής αντιμετώπισής του.

Συνολικά, τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την ανάγκη για ένα ολιστικό και εξατομικευμένο μοντέλο φροντίδας. Το εν λόγω μοντέλο πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν τις ατομικές ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες των ασθενών, καθώς και την αποτελεσματική οργάνωση των διαδικασιών εντός του ΤΕΠ. Η βελτίωση των χρόνων αναμονής, η ενίσχυση της επικοινωνίας με τους ασθενείς και η άμεση διαχείριση του πόνου αναδεικνύονται ως κρίσιμες προτεραιότητες. Αυτές συμβάλλουν στην αναβάθμιση της εμπειρίας νοσηλείας και, κατ' επέκταση, στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η παρούσα μελέτη συνέβαλε ουσιαστικά στην εμβάθυνση της κατανόησης των παραμέτρων που διαμορφώνουν την εμπειρία του ασθενούς στο ΤΕΠ, τεκμηριώνοντας τη σημασία της άμεσης ανταπόκρισης, της ποιοτικής επικοινωνίας και της επαρκούς ενημέρωσης. Ιδιαίτερη έμφαση αποδίδεται στον ρόλο της ηλικίας και του μορφωτικού επιπέδου ως καθοριστικών παραγόντων της αντίληψης της παρεχόμενης φροντίδας. Μέσα από την ανάδειξη των βασικών παραγόντων που επηρεάζουν την εμπειρία των ασθενών, η μελέτη προσφέρει ένα τεκμηριωμένο πλαίσιο για την ανάπτυξη στοχευμένων και πληθυσμιακά ευαίσθητων παρεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές πιθανόν να συμβάλλουν ουσιαστικά στον ανασχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, με έμφαση στην ενίσχυση της θετικής εμπειρίας του ασθενούς ως ποιοτικού δείκτη αποδοτικότητας του συστήματος.

ABSTRACT

Factors affecting patient experiences in an emergency department care

M. KITSOU,¹ E. PAPAGEORGIOU,² S. PLAKAS,¹ P. GALANIS,³ S. PARISSOPOULOS,¹
E. DOKOUTSIDOU,¹ I. EFSTRATIOU,¹ C. TSIΟΥ¹

¹Department of Nursing, University of West Attica, Athens, ²Department of Biomedical Sciences, University of West Attica, Athens, ³Department of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2026, 43(5):660–673

OBJECTIVE To investigate the factors influencing patient experience in an emergency department (ED). **METHOD** A cross-sectional study was conducted using a convenience sample of 350 adult patients and or their accompanying persons who presented to the ED of the “G. Gennimatas” General Hospital of Athens during general on-duty days. Data were collected from October 2022 to September 2023 using a structured questionnaire. For a comprehensive statistical analysis of the overall patient experience in the ED, four composite scores were developed, each specifically tailored to the objectives of this study. These scores included the “experience score”, the “care score”, the “information score” and the “communication score”. **RESULTS** Multivariable linear regression analysis demonstrated that prolonged waiting time in the ED until examination was significantly associated with decreased patient satisfaction regarding the perceived quality of their ED experience ($b=-0.38$, 95% confidence interval [CI]: -0.53 to -0.23, $p<0.001$). Furthermore, a longer total duration of stay in the ED was also significantly correlated with reduced satisfaction from the overall experience ($b=-0.61$, 95% CI: -0.88 to -0.34, $p<0.001$). Additionally, increased waiting time until examination was significantly linked to poorer quality of communication between patients and healthcare professionals ($b=-0.12$, 95% CI: -0.21 to -0.03, $p=0.008$). Correspondingly, lower educational level was associated with diminished communication quality ($b=0.11$, 95% CI: 0.003 to 0.21, $p=0.043$). Finally, both prolonged total stay in the ED ($b=-0.13$, 95% CI: -0.22 to -0.02, $p=0.016$) and older age ($b=-0.005$, 95% CI: -0.009 to -0.001, $p=0.022$) were significantly related to lower perceived quality of healthcare provision. **CONCLUSIONS** This study demonstrated that both waiting time and total length of stay in the ED adversely affected patient experience, leading to decreased satisfaction with the perceived quality of healthcare services provided. Furthermore, prolonged waiting time was associated with deterioration in the quality of communication between patients and healthcare professionals, while lower educational attainment further exacerbated this communication deficit. Finally, advanced age and extended duration of stay were correlated with reduced perception of the quality of care received. These findings emphasized the need to improve ED processes, by focusing on reducing waiting times and enhancing communication in order to improve patient experience, satisfaction, and perceived quality of care delivered.

Key words: Emergency department, Experiences, Patients, Quality of healthcare services, Satisfaction

Βιβλιογραφία

1. AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Definition of emergency medicine. ACEP, Irving, TX, 2021
2. MORLEY C, UNWIN M, PETERSON GM, STANKOVICH J, KINSMAN L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One* 2018, 13:e0203316
3. BLEUSTEIN C, ROTHSCHILD DB, VALEN A, VALATIS E, SCHWEITZER L, JONES R. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *Am J Manag Care* 2014, 20:393–400
4. ROWE A, KNOX M. The impact of the healthcare environment on patient experience in the emergency department: A systematic review to understand the implications for patient-centered design. *HERD* 2023, 16:310–329
5. SONIS JD, AARONSON EL, LEE RY, PHILPOTTS LL, WHITE BA. Emergency department patient experience: A systematic review of the literature. *J Patient Exp* 2018, 5:101–106
6. SARTINI M, CARBONE A, DEMARTINI A, GIRIBONE L, OLIVA M, SPAGNOLO AM ET AL. Overcrowding in emergency department: Causes, consequences, and solutions – a narrative review. *Healthcare (Basel)* 2022, 10:1625
7. DEGABRIEL D, PETRINO R, FRAU ED, UCCELLA L. Factors influencing patients' experience of communication with the medical team of the emergency department. *Intern Emerg Med* 2023, 18:2045–2051
8. WELCH SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: A qualitative review. *Am J Med Qual* 2010, 25:64–72
9. YOU LM, AIKEN LH, SLOANE DM, LIU K, HE GP, HU Y ET AL. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional

- surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *Int J Nurs Stud* 2013, 50:154–161
10. AIKEN LH, SLOANE DM, BRUYNEEL L, VAN DEN HEED K, SERMEUS W; RN4CAST CONSORTIUM. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud* 2013, 50:143–153
 11. WYSONG PR, DRIVER E. Patients' perceptions of nurses' skill. *Crit Care Nurse* 2009, 29:24–37
 12. OFLAZ F, VURAL H. The evaluation of nurses and nursing activities through the perceptions of inpatients. *Int Nurs Rev* 2010, 57:232–239
 13. LEE MA, YOM YH. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007, 44:545–555
 14. COLE-KING A, HARDING KG. Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosom Med* 2001, 63:216–220
 15. WORLD MEDICAL ASSOCIATION. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013, 310:2191–2194
 16. EUROPEAN UNION. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation) (Text with EEA relevance). OJ L 119, 2016:1–88
 17. CARE QUALITY COMMISSION. 2018 urgent and emergency care survey: Quality and methodology report – Questionnaire (type 3). CQC, London, 2019
 18. ERKUT S. Developing multiple language versions of instruments for intercultural research. *Child Dev Perspect* 2010, 4:19–24
 19. ΚΙΤΣΟΥ Μ, ΓΑΛΑΝΗΣ Π, ΠΛΑΚΑΣ Σ, ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε, ΚΕΛΕΣΗΣ ΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ, ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΥ Ι ΚΑΙ ΣΥΝ. Εμπειρίες των ασθενών σε τμήμα επειγόντων περιστατικών: Μια συγχρονική μελέτη. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2026, 43:487–498
 20. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΓΕ. *Βιοστατιστική και εφαρμογές*. Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, Αθήνα, 2017
 21. KOLMOGOROV A. Sulla determinazione empirica di una legge di distribuzione. *G Ist Ital Attuari* 1933, 4:83–91
 22. SMIRNOV N. Table for estimating the goodness of fit of empirical distributions. *Ann Math Statist* 1948, 19:279–281
 23. YULE GU, KENDALL MG. *An introduction to the theory of statistics*. 14th ed. Ram Printograph, New Delhi, 1993
 24. DOANE DP, SEWARD LE. Measuring skewness: A forgotten statistic? *J Stat Educ* 2011, 19:1–18
 25. ΓΑΛΑΝΗΣ ΑΠ. *Μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας*. 2η έκδοση. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 2022
 26. ΓΑΛΑΝΗΣ ΑΠ. *Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων στις επιστήμες υγείας: Εφαρμογές με το IBM SPSS Statistics*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2015
 27. SHEN Y, LEE LH. Improving the wait time to consultation at the emergency department. *BMJ Open Qual* 2018, 7:e000131
 28. VAINIERI M, PANERO C, COLETTA L. Waiting times in emergency departments: A resource allocation or an efficiency issue? *BMC Health Serv Res* 2020, 20:549
 29. RATHAGIRISHNAN R, BIRCHALL I, LATIMER-CHEUNG A, TSE S, CHEUNG K. About time! A scoping review of public-facing emergency department wait time displays in Canada. *CJEM* 2022, 24:503–508
 30. FARAHI S, SALIMIFARD K. A simulation-optimization approach for measuring emergency department resilience in times of crisis. *Oper Res Health Care* 2021, 31:100326
 31. TAYLOR C, BENDER JR. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J* 2004, 21:528–532
 32. MEHROLHASSANI MH, BEHZADI A, ASADIPOURE E. Key performance indicators in emergency department simulation: A scoping review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2025, 33:15
 33. BOUDREAUX ED, D'AUTREMONT S, WOOD K, JONES GN. Predictors of emergency department patient satisfaction: Stability over 17 months. *Acad Emerg Med* 2004, 11:51–58
 34. KRAMER A, DOSI C, IORI M, VIGNOLI M. Successful implementation of discrete event simulation: The case of an Italian emergency department. *arXiv* 2006.13062
 35. ANARAKI NR, MUKHOPADHYAY M, JEWER J, PATEY C, NORMAN P, HURLEY O ET AL. A qualitative study of the barriers and facilitators impacting the implementation of a quality improvement program for emergency departments: SurgeCon. *BMC Health Serv Res* 2024, 24:855
 36. ORUÇ OA, SENER R. Multivariate analysis of the effect of health literacy levels on patient satisfaction in patients presenting to the emergency department. *Medicine (Baltimore)* 2025, 104:e42789
 37. SHARKIYA SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: A rapid review. *BMC Health Serv Res* 2023, 23:886
 38. WANG W, LIU X, SHEN X, ZHANG J, ZHANG F, LIAO L ET AL. Emergency patients' satisfaction with humanistic caring and its associated factors in Chinese hospitals: A multi-center cross-sectional study. *Front Public Health* 2024, 12:1414032
 39. HERMANN RM, LONG E, TROTTA RL. Improving patients' experiences communicating with nurses and providers in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2019, 45:523–530
 40. BEATTIE M, SHEPHERD A, HOWIESON B. Do the Institute of Medicine's (IOM's) dimensions of quality capture the current meaning of quality in health care? – an integrative review. *J Res Nurs* 2012, 18:288–304
 41. AARONSON EL, MORTE E, SONIS JD, CHANG Y, WHITE BA. Overall emergency department rating: Identifying the factors that matter most to patient experience. *J Healthc Qual* 2018, 40:367–376
 42. AL MULHIM KN, AL MUDAYRIS LA, AL SHEHRI ZK, AL NAWAH AK, AL JERI DA, HADADI AS. Effect of the provision of estimated waiting time on patient satisfaction with the emergency department: A randomized controlled trial. *J Family Community Med* 2025, 32:36–43
 43. MANUKUMAR AG, MARIATHAS HH, PATEY C, ANARAKI NR, WALSH A, HURLEY O ET AL. "They just don't want to feel forgotten": A mixed-methods research on patient satisfaction with wait times in emergency departments. *J Patient Exp* 2025, 12:23743735251333213
 44. HUSSEIN AHM, ABOU HASHISH EA, ABD-ELGHAFAR BA, ELLIETHEY

- NHS. Streamlining emergency nursing care post-pandemic: A lean approach for reducing wait times and improving patient and staff satisfaction in the hospital. *BMC Nurs* 2025, 24:445
45. TAHER A, MAGCALAS FW, WOOLNER V, CASEY S, DAVIES D, CHAR-TI LB. Quality improvement initiative for improved patient communication in an ED rapid assessment zone. *Emerg Med J* 2020, 37:811–818
 46. BISSONETTE S, CHARTRAND J, BAILEY L, LALONDE M, TYERMAN J. Interventions to improve nurse-family communication in the emergency department: A scoping review. *J Clin Nurs* 2024, 33:2525–2543
 47. ARENDT KW, SADOSTY AT, WEAVER AL, BRENT CR, BOIE ET. The left-without-being-seen patients: What would keep them from leaving? *Ann Emerg Med* 2003, 42:317–323
 48. SEO W, JAIN S, LE V, LI J, ZHANG Z, SINGH H ET AL. Designing patient-centered interventions for emergency care: Participatory design study. *JMIR Form Res* 2025, 9:e63610
 49. STREET RL Jr, MAKOUL G, ARORRA NK, EPSTEIN RM. How does communication heal: Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009, 74:295–301
 50. NERNEY MP, CHIN MH, JIN L, KARRISON TG, WALTER J, MULLIKEN R ET AL. Factors associated with older patients' satisfaction with care in an inner-city emergency department. *Ann Emerg Med* 2001, 38:140–145
 51. RAMZEE AF, EL-MENYAR A, ASIM M, KANBAR A, AHMED K, DAOUD B ET AL. The impact of emergency department length of stay on the outcomes of trauma patients requiring hospitalization: A retrospective observational study. *World J Emerg Med* 2023, 14:96–105
 52. DAVENPORT PJ, O'CONNOR SJ, SZYCHOWSKI JM, LANDRY AY, HER-NANDEZ SR. The relationship between emergency department wait times and inpatient satisfaction. *Health Manag Q* 2017, 34:97–112
 53. SAXON K, LONDON K, BACHAROUC A, SMITH K, SANTEN S, PERRY M. Patients' perceptions of waiting times and the effect on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2013, 62:S82
 54. MWAKILASA MT, FOLEY C, O'CARROLL T, FLYNN R, ROHDE D. Care experiences of older people in the emergency department: A concurrent mixed-methods study. *J Patient Exp* 2021, 8:23743735211065267
 55. BLOMAARD LC, VAN BAARLE FEHP, LUCKE JA, DE GELDER J, GUSSEKLOO J, DE GROOT B ET AL. 101: Older patients' satisfaction with emergency department care. *Age Ageing* 2019, 48(Suppl 1):i27–i30
 56. ELLIS G, MARSHALL T, RITCHIE C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clin Interv Aging* 2014, 9:2033–2043
 57. KIHLGREN AL, NILSSON M, SKOVDAHL K, PALMBLAD B, WIMO A. Older patients awaiting emergency department treatment. *Scand J Caring Sci* 2004, 18:169–176
 58. SCHOUTEN B, DRIESEN BEJM, MERTEN H, BURGER BHCM, HARTJES MG, NANAYAKKARA PWB ET AL. Experiences and perspectives of older patients with a return visit to the emergency department within 30 days: Patient journey mapping. *Eur Geriatr Med* 2022, 13:339–350
 59. CONSIDINE J, BERRY D, RASMUSSEN B, HUTCHINSON AM, RAWSON H, JORDAN P ET AL. Impact of emergency department length of stay on anxiety and comfort in older people. *Int Emerg Nurs* 2021, 56:100974
 60. TESTA L, RICHARDSON L, CHEEK C, HENSEL T, AUSTIN E, SAFI M ET AL. Strategies to improve care for older adults who present to the emergency department: A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2024, 24:178
 61. CHUMBLER NR, OTANI K, DESAI SP, HERRMANN PA, KURZ RS. Hospitalized older adults' patient satisfaction. *SAGE Open* 2016, 6:21582440166
 62. HAN JH, BRYCE SN, ELY EW, KRIPALANI S, MORANDI A, SHINTANI A ET AL. The effect of cognitive impairment on the accuracy of the presenting complaint and discharge instruction comprehension in older emergency department patients. *Ann Emerg Med* 2011, 57:662–671.e2
 63. McCABE JJ, KENNELLY SP. Acute care of older patients in the emergency department: Strategies to improve patient outcomes. *Open Access Emerg Med* 2015, 7:45–54
 64. DAVEY A, ASPREY A, CARTER M, CAMPBELL JL. Trust, negotiation, and communication: Young adults' experiences of primary care services. *BMC Fam Pract* 2013, 14:202
 65. HREN R, ABAZA N, ELEZBAWY B, KHALIFA A, FASSEEH AN. Economic benefits of reduced waiting times for elective surgeries: A systematic literature review. *Cureus* 2025, 17:e79417
 66. NYCE A, GANDHI S, FREEZE B, BOSIRE J, RICCA T, KUPERSMITH E ET AL. Association of emergency department waiting times with patient experience in admitted and discharged patients. *J Patient Exp* 2021, 8:23743735211011404

Corresponding author:

M. Kitsou, 72 Agiou Ioannou Theologou street, 155 61 Cholongos, Attica, Greece
e-mail: mkitsou@uniwa.gr