



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Μελέτη ικανοποίησης ασθενών από την παροχή υπηρεσιών
υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας στα γυναικολογικά ιατρεία
και στα ιατρεία οικογενειακού προγραμματισμού

ΜΟΥΜΟΥΛΙΔΟΥ Α. ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

Επιβλέπων Καθηγητής
ΜΑΝΩΛΙΤΖΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ιανουάριος, 2017

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Μελέτη ικανοποίησης ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας
πρωτοβάθμιας φροντίδας στα γυναικολογικά ιατρεία και στα ιατρεία
οικογενειακού προγραμματισμού**

Μουμουλίδου Α. Σταυρούλα

Επιβλέπων Καθηγητής
Μανωλιτζάς Παναγιώτης

Ιανουάριος, 2017

Με την ευκαιρία της ολοκλήρωσης της παρούσας εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Δρ. Μανωλιτζά Π. επιβλέποντα καθηγητή μου, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του, την οικογένειά μου για την αμέριστη κατανόηση και συμπαράσταση της, καθώς και τον Δρ.. Λαμπαδάριο Δ. υπεύθυνο της Μονάδας Υγείας ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου για την στήριξη και την βοήθεια που μου παρείχε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	11
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	14
1.1.Γενικά	14
1.2. Σκοπός της εργασίας.....	17
1.3. Διάρθρωση εργασίας	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.	19
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	19
1.1.Η έννοια της ποιότητας	19
1.1.1. Έννοια της ποιότητας στην υγεία	22
1.1.2.Μέτρηση της ποιότητας.....	26
1.1.3. Ποιοι και πώς αναζητούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.....	27
1.2. Η ικανοποίηση των ασθενών.....	27
1.2.1.Μέτρηση της ικανοποίησης.....	30
1.2.2.Παράγοντες που επηρεάζουν τους μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησης.....	33
1.3.Ο κλάδος της υγείας	37
1.3.1.Διοίκηση της Ολικής ποιότητας	38
1.3.2.Ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	41
1.3.3.Συνεχή βελτίωση της ποιότητας.....	42
1.3.4. Οι ειδικοί της ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	48
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	48
2.1. Ορισμός της ΠΦΥ	48
2.2. Σκοπός της ΠΦΥ	49
2.3. Μονάδες της ΠΦΥ.....	50
2.4. ΠΦΥ στην Ελλάδα	50
2.5. Τα προβλήματα της ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	52
2.6. Ο ρόλος του γυναικολόγου και της μαιάς στην ΠΦΥ	55

2.7. Οικογενειακός προγραμματισμός.....	56
2.7.1. Σκοπός και ρόλος του ιατρείου οικογενειακού προγραμματισμού στην Π.Φ.Υ.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	58
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	58
3.1. Μέθοδος έρευνας.....	58
3.2. Πηγές δεδομένων.....	58
3.3. Επιλογή του δείγματος	59
3.4. Διαδικασία της διεξαγωγής της έρευνας	60
3.5. Δομή του ερευνητικού εργαλείου.....	60
Προέλεγχος έρευνας	61
3.7. Αδυναμίες και περιορισμοί.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	64
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	64
4.1. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα.....	64
4.1.1. Έλεγχος Αξιοπιστίας	64
4.1.2 Έλεγχος Εγκυρότητας	65
4.2. Δημογραφικά στοιχεία.....	66
4.2.1. Φύλο ερωτώμενων.....	66
4.2.2. Ηλικία ερωτώμενων	67
4.2.3. Υπηκοότητα ερωτώμενων	69
4.2.4. Οικογενειακή κατάσταση ερωτώμενων	70
4.2.5. Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτώμενων	72
4.2.6. Ασφάλιση υγείας ερωτώμενων.....	72
4.2.7. Ιατρείο που επισκέφτηκαν	74
4.3. Ικανοποίηση από τις ιατρικές υπηρεσίες.....	75
4.3.1. Ικανοποίηση από χρόνο που διέθεσαν οι ιατροί.....	75
4.3.2. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά του ιατρού.....	78
4.3.3. Εμπιστοσύνη στις ικανότητες και γνώσεις του ιατρού	80
4.3.4. Ενδιαφέρον του ιατρού για την υγεία σας.....	81
4.3.5. Συνολική ικανοποίηση από ιατρική υπηρεσία	83
4.4. Ικανοποίηση από μαιευτικές υπηρεσίες	83
4.4.1. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά των μαιών/των	84
4.4.2. Ενημέρωση από μαιές /τες	85
4.4.3. Ποιότητα μαιευτικής φροντίδας.....	87

Ικανοποίηση από καθαριότητα μονάδας υγείας.....	89
Ικανοποίηση από χρόνο αναμονής.....	90
Συνολική ικανοποίηση και σύσταση μονάδας ΠΕΔΥ.....	92
Συνολική ικανοποίηση από παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.....	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	95
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	95
5.1. Γενικά.....	95
5.2. Προσδιοριστικοί παράγοντες συνολικής ικανοποίησης.....	96
5.4. Συμπέρασμα.....	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	100
Bleustein C, Rothschild DB, Valen A, Valatis E, Schweitzer L, Jones R. (2014) Wait...	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	114

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παρεχόμενη φροντίδα που λαμβάνει ένας ασθενής αντικατοπτρίζεται στην ικανοποίηση που αισθάνεται από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς συνηθίζουν να διατηρούν μία γόνιμη επικοινωνία με τον γιατρό τους και τείνουν να επιστρέφουν σε αυτόν για επανεκτίμηση. Είναι αναγκαίο να διεξάγονται έρευνες για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών μιας και οι ασθενείς αποτελούν ουσιαστικά τους καταναλωτές των υπηρεσιών φροντίδας και έτσι οι έρευνες αυτές συμβάλλουν στην αύξηση της αποδοτικότητας και στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας σε δύο ιατρεία του ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου, το Γυναικολογικό και το Οικογενειακού Προγραμματισμού. Οι αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας είναι να εκτιμηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, να αξιολογηθούν ορισμένοι παράγοντες που δύναται να επηρεάζουν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και να παρουσιαστούν οι ενδεχόμενες διαφορές στις απόψεις των συμμετεχόντων για τα δύο ιατρεία.

Μεθοδολογία: Για να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη ποσοτική έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που αφορούσε την ικανοποίηση ασθενών. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 661 χρήστες που επισκέφτηκαν τα ιατρεία ΠΕΔΥ του Νέου Κόσμου, τέως μονάδα υγείας ΙΚΑ Νέου Κόσμου στην Αθήνα. Πιο συγκεκριμένα το δείγμα αποτελείται από ασθενείς που επισκέφτηκαν το Γυναικολογικό Ιατρείο και το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού για το χρονικό διάστημα από 30 Απριλίου μέχρι 30 Αυγούστου 2016. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της τυχαίας δειγματοληψίας, καθώς το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε τυχαίους ασθενείς που προσήλθαν και εξετάστηκαν στο ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου.

Αποτελέσματα: Το μεγαλύτερο μέρος των χρηστών εκφράζει σημαντική ικανοποίηση από τη συνολική ιατρική και μαιευτική φροντίδα που είχαν και από τα δύο ιατρεία. Ειδικότερα, οι ασθενείς που εξετάστηκαν στο Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού δείχνουν ελαφρώς πιο ικανοποιημένοι ως προς την ευγένεια και τη φιλικότητα των ιατρών και των μαιών καθώς και την εμπιστοσύνη στις γνώσεις τους από εκείνους που εξυπηρετήθηκαν στο Γυναικολογικό Ιατρείο. Ωστόσο, οι διαφορές που προκύπτουν στις περισσότερες κατηγορίες είναι μικρές. Οι ασθενείς εκφράζουν ιδιαίτερη δυσαρέσκεια αναφορικά με τον χρόνο αναμονής και την καθαριότητα των εγκαταστάσεων των ιατρείων.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική ικανοποίηση μεταξύ φύλων ($p=.00$). Ακόμη, η ηλικία και η εκπαίδευση έδειξαν ότι έχουν μια στατιστικά σημαντική σχέση ($p=.00$, $p=.00$) με την ικανοποίηση.

Συμπεράσματα: Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντική ένδειξη του μέτρου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τις μονάδες υγείας. Αξιολογοί ερευνητές αναγνωρίζουν τη σημασία της γνώμης των χρηστών σε σχέση με τις προτιμήσεις τους. Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να αναγνωρίζουν και να εκτιμούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και να αξιολογούν τα αποτελέσματα της στη βελτίωση της υγείας τους.

Λέξεις κλειδιά: *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.*

ABSTRACT

Introduction: The health care provided to a patient is reflected to the satisfaction felt by the healthcare services provided. Satisfied patients tend to maintain a fruitful communication with their doctor and return for reassessment. It is necessary to carry out studies to assess patient satisfaction since patients are healthcare consumers and, thus, the research contributes to increase efficiency and improve services.

Purpose: The purpose of this study is to measure patient satisfaction with the provided health services in two clinics PEDY Neou Kosmou, the Gynecology and Family Planning clinics. The objectives of the study is to assess the level of user satisfaction for the provided health services to evaluate certain factors that may affect satisfaction with health services and to present any differences in the views of participants for the two clinics.

Methodology: To carry out the specific quantitative survey used a structured questionnaire on patient satisfaction. The study sample consisted of 661 people who visited the clinics PEDY Neou Kosmou, former health unit IKA Neou Kosmou in Athens. More specifically, the sample consisted of patients who visited the Gynaecology Clinic and the Clinic Family Planning for the period from April 30 until August 30, 2016. To complete the questionnaire method of random sampling was used, and the questionnaire was given to random patients presenting and examined in PEDY Neou Kosmou.

Results: The majority of users expressed considerable overall satisfaction, medical and obstetric care in both clinics. In particular, patients were examined in Family Planning Clinic show slightly more satisfied regarding the kindness and friendliness of doctors and midwives as well as the confidence in their knowledge contrary to those who were served in the Gynaecological Clinic. However, the differences that arise in most categories are small. Patients express great dissatisfaction regarding waiting times and cleanliness of the clinics' facilities. A statistically significant difference in overall satisfaction between genders ($p = .00$) was found. Furthermore, age and education have demonstrated statistically significant relationships ($p = .00$, $p = .00$) with satisfaction.

Conclusions: Patient satisfaction is an important indicator of the quality of health services provided by health units. Researchers recognize the importance of users'

opinions with respect to their preferences. Patients are able to recognize and appreciate the quality of health services and to evaluate the results of quality improvement in their health.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Έλεγχος αξιοπιστίας.....	65
Πίνακας 2. Φύλο ερωτώμενων	66
Πίνακας 3. Φύλο * ιατρείο Crosstabulation	67
Πίνακας 4. Ηλικία ερωτώμενων	68
Πίνακας 5. Ηλικία *Ιατρείο Crosstabulation	69
Πίνακας 6. Υπηκοότητα.....	69
Πίνακας 7. Ηλικία *Υπηκοότητα Crosstabulation	70
Πίνακας 8. Οικογενειακή κατάσταση.....	70
Πίνακας 9. Ηλικία * Οικογενειακή κατάσταση Crosstabulation.....	71
Πίνακας 10. ΦΥΛΟ * ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation	71
Πίνακας 11. Εκπαίδευση.....	72
Πίνακας 12. ΦΥΛΟ * ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ Crosstabulation.....	72
Πίνακας 13. Ασφάλιση υγείας	73
Πίνακας 14. Υπηκοότητα * Ασφάλιση υγείας Crosstabulation.....	73
Πίνακας 15. Ιατρείο * Ασφάλιση υγείας Crosstabulation	73
Πίνακας 16. Ιατρείο	74
Πίνακας 17. Ηλικία *Ιατρείο Crosstabulation	74
Πίνακας 18. Διαθέσιμος χρόνος που αφιέρωσε ο ιατρός για να σας εξετάσει.....	75
Πίνακας 19. Διαθέσιμος χρόνος που αφιέρωσε ο ιατρός για να σας εξετάσει * ΙΑΤΡΕΙΟ Crosstabulation.....	76
Πίνακας 20. Διαθέσιμος χρόνος που αφιέρωσε ο ιατρός για να σας εξετάσει * ΦΥΛΟ Crosstabulation	77
Πίνακας 21. ΗΛΙΚΙΑ * Διαθέσιμος χρόνος που αφιέρωσε ο ιατρός για να σας εξετάσει Crosstabulation.....	78
Πίνακας 22. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά του ιατρού.....	78
Πίνακας 23. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά του ιατρού * ΦΥΛΟ Crosstabulation	79
Πίνακας 24. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά του ιατρού * ΙΑΤΡΕΙΟ Crosstabulation	80

Πίνακας 25. Εμπιστοσύνη στις ικανότητες και γνώσεις του ιατρού	80
Πίνακας 26. Εμπιστοσύνη στις ικανότητες και γνώσεις του ιατρού * ΙΑΤΡΕΙΟ Crosstabulation	81
Πίνακας 27. Ενδιαφέρον του ιατρού για την υγεία σας.....	82
Πίνακας 28. Ενδιαφέρον του ιατρού για την υγεία σας * ΙΑΤΡΕΙΟ Crosstabulation	82
Πίνακας 29. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά των μαιών/των	84
Πίνακας 30. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά μαιών *Ιατρείο.....	85
Πίνακας 31.Ενημέρωση από τις μαίες/τες	86
Πίνακας 32. Ενημέρωση από μαίες *Ιατρείο	87
Πίνακας 33. Ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας.....	88
Πίνακας 34. Ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας * ΙΑΤΡΕΙΟ Crosstabulation	88
Πίνακας 35. Καθαριότητα των χώρων.....	89
Πίνακας 36. Καθαριότητα εγκαταστάσεων *Ιατρείο	90
Πίνακας 37. Χρόνος αναμονής	91
Πίνακας 38. Χρόνος αναμονής *Ιατρείο	91
Πίνακας 39. Συνολικός βαθμός ικανοποίησης	92
Πίνακας 40. Συνολική Ικανοποίηση *Ιατρείο	93
Πίνακας 41. Ηλικία και συνολική ικανοποίηση	96

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Ο κύκλος του Deming (Πηγή: Deming (1986)	19
Εικόνα 2 Οργανωτικά στοιχεία της ΠΦΥ.....	52
Εικόνα 3 Κριτήρια έρευνας.....	63
Εικόνα 4 Φύλο ερωτώμενων.....	67
Εικόνα 5 Ιστόγραμμα συνολικής ικανοποίησης από ιατρούς.....	83
Εικόνα 6 Ενημέρωση από τις μαίες / τες.....	86

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1.Γενικά

Με το πέρασμα των χρόνων, άρχισε να γίνεται αισθητή στα συστήματα υγείας η συμβολή τριών σημαντικών παραγόντων που τα επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό, οι παράγοντες αυτοί είναι το αυξανόμενο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας, η απαίτηση των ενδιαφερομένων ατόμων και κοινωνιών για ισότιμη παροχή των υπηρεσιών υγείας και η ενσωμάτωση της νέας τεχνολογίας στα συστήματα υγείας με στόχο την προσφορά καλύτερων αποτελεσμάτων (Σιγάλας, 1999; Κωσταγιόλας κ. συν., 2006).

Στις μέρες μας κρίνεται αναγκαίο να αξιολογείται η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην υγεία, εξαιτίας των συνεχών αλλαγών των συστημάτων υγείας και της συνεχής εξέλιξης της τεχνολογίας, για να διαπιστωθεί αν η αξιοποίηση των διαθέσιμων εν λόγω πόρων γίνεται με σωστό και δίκαιο τρόπο. Ένα σημαντικό μέτρο της αποτελεσματικής παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι η ικανοποίηση των ασθενών (Fitzpatrick, 1991). Ο Cleary υποστηρίζει ότι σημαντικότερος δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των καταναλωτών της (Cleary & Edgman–Levitan, 1997). Επομένως, διαπιστώνεται ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό ποιοτικό δείκτη (Παπανικολάου, 2007).

Αν και τα τελευταία χρόνια, στα συστήματα υγείας εμφανίζονται τεχνολογικά πολύπλοκες θεραπείες και οι ασθενείς τυγχάνουν θεραπευτική αγωγή από εξειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό, παρόλα αυτά θεωρούν ότι οι υπηρεσίες που τους παρέχονται δεν είναι ικανές και είναι χαμηλού επιπέδου (Meterko et al., 1990). Επομένως γίνεται αντιληπτό ότι κρίνεται αναγκαία η μέτρηση της επίδρασης των συνεχών αλλαγών στα συστήματα υγείας και κατά συνέπεια στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Joy & Malay, 1992) και σημαντικός δείκτης για την μέτρηση αυτή αποτελεί η πληροφορία που δίνει ο ίδιος ο ασθενής (Donabedian, 1982). Σωστή πληροφόρηση για τυχόν προβλήματα, που μπορεί να επικρατούν στις υπηρεσίες υγείας και γενικότερα στα συστήματα υγείας μπορεί να δοθεί μόνο από τους ίδιους τους ασθενείς και με αυτό τον τρόπο η συμβολή τους είναι σημαντική για την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας (Παπανικολάου, 2007). Με λίγα λόγια,

αποδεικνύεται ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την αξιολόγηση των υπηρεσιών αυτών και για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας και ιδιαίτερα σε μια περίοδο συνεχών αλλαγών στη διαδικασία λειτουργίας των συστημάτων υγείας. Τα αποτελέσματα πολλών ερευνών για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας έχουν αποδείξει πόσο σημαντική είναι η αξιοποίηση της γνώμης των ασθενών οι οποίοι αποτελούν τους άμεσους καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών (Μερκούρης κ. συν., 2001).

Η παρεχόμενη φροντίδα που λαμβάνει ένας ασθενής αντικατοπτρίζεται στην ικανοποίηση που αισθάνεται από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς συνηθίζουν να διατηρούν μία γόνιμη επικοινωνία με τον γιατρό τους και τείνουν να επιστρέφουν σε αυτόν για επανεκτίμηση. Σύμφωνα με τους Evanson E. & Whittington D. (1997) είναι αναγκαίο να διεξάγονται έρευνες με βάση τους ασθενείς για την αξιολόγηση της ικανοποίησης τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας για δυο λόγους:

1. Οι ασθενείς αποτελούν ουσιαστικά τους καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας και οι έρευνες που έχουν να κάνουν με καταναλωτές είναι ιδιαίτερα κρίσιμες καθώς συμβάλλουν στην αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας μιας υπηρεσίας και
2. Ο τομέας της υγείας είναι κατά κύριο λόγο χρηματοδοτούμενος από το κράτος. Επομένως, από τη στιγμή που οι ασθενείς είναι πολίτες, δικαιούνται να αξιολογούν τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της πολιτικής που ακολουθείται στον τομέα της υγείας.

Είναι γεγονός πως είναι σημαντική η άποψη του ίδιου του ασθενή για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, αλλά το ίδιο σημαντική είναι και της οικογένειας και των φίλων του καθώς αυτές οι πληθυσμιακές ομάδες είτε αντιπροσωπεύουν δυνητικούς χρήστες υπηρεσιών υγείας είτε δύναται να επηρεάσουν τις επιλογές των ασθενών. Επομένως, για το λόγο αυτό, οι ερευνητές ενδιαφέρονται και στρέφονται για την αναζήτηση του τρόπου αξιολόγησης στους χρήστες των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η ικανοποίηση του πελάτη-χρήστη είναι απόρροια ενός συνδυασμού παροχής αγαθών και υπηρεσιών που εκπληρώνουν επαρκώς ή όχι τις ανάγκες του. Οι υποστηρικτικές της εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας βασίζονται ακριβώς

στην επίτευξη του παραπάνω στόχου. Αρκετοί κλάδοι, κυρίως βιομηχανίας, επενδύουν σημαντικούς χρηματικούς πόρους για την έρευνα και αξιολόγηση της ικανοποίησης των πελατών τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η IBM η οποία και υποστηρίζει πως μία αύξηση μόλις μίας μονάδας στο συνολικό ποσοστό ικανοποίησης των πελατών, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των εσόδων της κατά \$50.000.000 μέσα σε πέντε χρόνια.

Οι έρευνες για την εκτίμηση και αξιολόγηση της ικανοποίησης των πελατών-χρηστών, εκπληρώνουν ουσιαστικά δυο ανάγκες: 1. Την ανάγκη της άντλησης σημαντικών πληροφοριών που αποτελούν βοηθητικό εργαλείο για την υπηρεσία προκειμένου να συγκρίνει την απόδοση της μιας μονάδας με τις υπόλοιπες και 2. Οι πληροφορίες ανατροφοδότησης που στόχο έχουν τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της υπηρεσίας. Το 1966 ο πρώτος που υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενή, αποτελεί έναν σημαντικό δείκτη έκβασης της αντιλαμβανόμενης ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας ήταν ο Donabedian A. Οι πρώτες έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, έλαβαν χώρα στις ΗΠΑ στα μέσα του 20^{ου} αιώνα και ακολούθησαν επιπρόσθετες μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο την δεκαετία του 1960.

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1960 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970, πραγματοποιήθηκαν περί της 200 έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών στη Μεγάλη Βρετανία, ενώ από το 1980 έως το 1996 παρατηρείται μία αξιοσημείωτη αύξηση στα 9.000 δημοσιευμένα ερευνητικά άρθρα.

Σύμφωνα με διεθνή βιβλιογραφία κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή των ασθενών στον σχεδιασμό της κλίμακας που εκτιμά την ικανοποίηση, μιας και ένας άτοπος σχεδιασμός είναι μία πιθανή αιτία της αρνητικής εκτίμησης των ασθενών αναφορικά με συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας (Cohen G.,1996). Είναι ευρέως γνωστό πως όταν καλείται κάποιος ασθενής να εκφράσει τον βαθμό ικανοποίησής του όσον αφορά την φροντίδα που του παρέχεται, θα απαριθμήσει μια λίστα από γεγονότα τα οποία διαμορφώνουν την τελική του εκτίμηση. Ορισμένα παραδείγματα από τα γεγονότα αυτά μπορεί να είναι: ο χρόνος που απαιτήθηκε προκειμένου να οριστικοποιηθεί το ραντεβού του, ο γιατρός που τον εξυπηρέτησε, το νοσηλευτικό προσωπικό, η παρεχόμενη φροντίδα καθώς και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Ένα σημαντικό πρόβλημα αναφορικά με την χρήση των κλιμάκων, είναι ότι οι κλειστές ερωτήσεις συνήθως οδηγούν σε υπερεκτίμηση της ικανοποίησης που

απορρέει καθώς απλές απαντήσεις του τύπου «ναι» ή «όχι», εμπεριέχουν υψηλό βαθμό προκατάληψης (Rice et al, 1998).

1.2. Σκοπός της εργασίας

Ο τομέας της υγείας είναι διαρκώς εξελισσόμενος, γεγονός που έχει ως απόρροια τη μετατόπιση του επιστημονικού προβληματισμού καθώς και της έρευνας στα επιμέρους συστήματα υγείας όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παράλληλα, παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας καθώς σήμερα μιας και έχουν καλύτερη πρόσβαση στη γνώση, έχουν υψηλότερες προσδοκίες, οι οποίες και επεκτείνονται στην ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας.

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ουσιαστική προτεραιότητα των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που εξελίσσονται στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες στον τομέα της υγείας.

Πρωταρχικό σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η παρουσίαση του ρόλου της ποιότητας στην υγεία όχι μόνο για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, αλλά και για τους παρόχους – ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, μονάδες υγείας, αλλά και για ασφαλιστικούς φορείς. Επιπρόσθετα, θα γίνει προσπάθεια να αναδειχτούν οι παράγοντες που δύνανται να διαμορφώσουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας.

Επιπλέον, ουσιαστικός σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της κρίσης και η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο Γυναικολογικό Ιατρείο και στο Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού. Ουσιαστικά, βασικός στόχος είναι να εκτιμηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας σε μία μονάδα ΠΕΔΥ. Το ερωτηματολόγιο πραγματοποιήθηκε με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να εξειδικεύεται στις υπηρεσίες που παρέχει το ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου. Οι ερωτήσεις έχουν προσαρμοστεί στον τρόπο και στο είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών από το συγκεκριμένο ΠΕΔΥ και συγκεκριμένα από το Γυναικολογικό Ιατρείο και το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού.

1.3. Διάρθρωση εργασίας

Αρχικά στην εργασία περιλαμβάνεται μία σύντομη εισαγωγή η οποία προϋδεάζει τον αναγνώστη περί του θέματος που πραγματεύεται η μελέτη και παρατίθεται μία σύντομη περιγραφή του σκοπού της έρευνας.

Στη συνέχεια, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται εκτενής ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και παρατίθενται οι ορισμοί της διαθέσιμης βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας. Ακόμη γίνεται μία αναφορά στις ιδιαιτερότητες του κλάδου της υγείας καθώς και στη σύνδεση του κλάδου με την ποιότητα. Ακόμη, πραγματοποιείται βιβλιογραφική επισκόπηση αναφορικά με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, αναλύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα στην υγεία καθώς και οι διαστάσεις της ποιότητας στην υγεία. Στο δεύτερο μέρος του τρίτου κεφαλαίου παρατίθενται η σύνδεση της ικανοποίησης των ασθενών με την ποιότητα, οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών καθώς και τα οφέλη της μέτρησής της για τους ασθενείς, τη κοινωνία και το κράτος. Τέλος, γίνεται αναφορά στους Guru της ποιότητας αναφορικά με τις διατυπώσεις τους για την ποιότητα στην υγεία. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ο σκοπός και οι μονάδες υγείας. Ακόμη, παρατίθενται τα προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα ενώ παρουσιάζεται ο ρόλος του γυναικολόγου και της μαίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Τέλος, γίνεται λόγος για το αντικείμενο του Ιατρείου Οικογενειακού προγραμματισμού.

Στο τρίτο κεφάλαιο πραγματοποιείται παρουσίαση της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε και παρουσίαση του ερευνητικού εργαλείου.

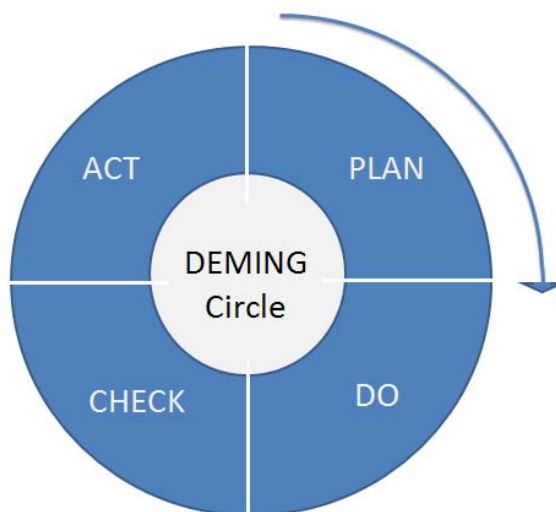
Στο τέταρτο κεφάλαιο θα γίνει παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας στη μονάδα ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου ενώ στο πέμπτο κεφάλαιο θα πραγματοποιηθεί συζήτηση και εξαγωγή συμπερασμάτων. Τέλος, παρατίθενται οι βιβλιογραφικές αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1.Η έννοια της ποιότητας

Κατά τη δεκαετία του '50 εμφανίστηκε η έννοια της ποιότητας στο χώρο της βιομηχανίας και στα πλαίσια της παραγωγής της. Αρχικά έκανε αισθητή την παρουσία της στην Ιαπωνία, καθώς γινόταν προσπάθεια μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο να γίνουν αλλαγές στις παραδοσιακές παραγωγικές διαδικασίες. Ο Αμερικανός στατιστικός Edwards Deming που συμμετείχε σε αυτή τη διαδικασία (Τούντας, 2003α) πρότεινε σημαντικές λύσεις που στηρίζονταν ιδιαίτερα στην αναγκαιότητα των συνεχών αλλαγών και στην βελτίωση των προϊόντων και των υπηρεσιών (Deming, 1986). Παρακάτω παρουσιάζεται ο «κύκλος του Deming», ένας από τους πιο σημαντικούς κύκλους ποιότητας (Τούντας, 2008).



Εικόνα 1. Ο κύκλος του Deming (Πηγή: Deming (1986))

Σχετικές απόψεις εξέφρασε και ο Joseph M. Juran, ο οποίος παρουσίασε και τις έννοιες: ποιοτικός σχεδιασμός, ποιοτικός έλεγχος και ποιοτική βελτίωση, με δέκα βήματα που οδηγούν στην βελτίωση της ποιότητας και εμφανίζονται στο σχετικό

εγχειρίδιο του ποιοτικού ελέγχου (Juran & Gryna, 1988). Λογικό ήταν εν συνεχεία η έννοια της ποιότητας να εμφανιστεί και στις υπηρεσίες υγείας ταυτιζόμενη ιδιαίτερα με τη δυνατότητα πρόσβασης, την ετοιμότητα και τη συνεχή υποστήριξη της παροχής υγείας (Σιγάλας, 1999). Έχουν γίνει ποικίλες προσπάθειες για τον προσδιορισμό του ορισμού της ποιότητας. Είτε, ο σχετικός ορισμός παρουσιάζεται ως απλός όπως για παράδειγμα ότι η ποιότητα αποτελεί ιδιαίτερες συμμορφώσεις με απαιτήσεις και προδιαγραφές, είτε εμφανίζεται ως σύνθετος, όπως για παράδειγμα ο ορισμός που έδωσε η Αμερικανική Ένωση Ποιοτικού Ελέγχου, η οποία όρισε την έννοια της ποιότητας ως τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που έχουν σημαντική επίδραση στην ιδιαιτερότητά και την ικανότητά να φέρνει σε σχετική ικανοποίηση τις επιμέρους ανάγκες (Bicking & Gryna, 1979). Επίσης, ορισμός για την ποιότητα δόθηκε και από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης, καθώς θεώρησε ως ποιότητα εκείνο τον βαθμό, σύμφωνα με τον οποίο εγγενή χαρακτηριστικά πληρούν σχετικές απαιτήσεις (Kotler, 2003).

Ένας ορισμός που δόθηκε για τη ποιότητα σε γενικό επίπεδο ήταν το 2004 από τον Ovretveit, ο οποίος υποστήριξε ότι στον ορισμό για τη ποιότητα θα πρέπει να αναφερθούν και οι παρακάτω έννοιες (Ovretveit, 2004):

A) ένας ορισμός σε επαγγελματικό επίπεδο που να αφορά τις ανάγκες του πελάτη και στη συγκεκριμένη περίπτωση του ασθενή

B) ένας συγκεκριμένος βαθμός που θα αναφέρεται στην κάλυψη και την ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη σύμφωνα με τις υπηρεσίες που του προσφέρονται

Γ) η έκφραση της άποψης του πελάτη για την ικανοποίηση των εν λόγω αναγκών του.

Σαν τελικό ορισμό αναφέρει ότι η ποιότητα εκφράζει τη σχετική ικανοποίηση των αναγκών και απαιτήσεων των πελατών με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Σε αυτό τον ορισμό συμπεριλαμβάνονται τα παρακάτω:

✓ *Η ποιότητα με βάση τον πελάτη*

Τα μεγέθη μέτρησης που χρησιμοποιούνται είναι τα παράπονα των πελατών, η ικανοποίηση τους αλλά και ο βαθμός ανταπόκρισης του προϊόντων και των υπηρεσιών σύμφωνα με τις απαιτήσεις τους.

✓ *Η επαγγελματική ποιότητα*

Τα μεγέθη μέτρησης αποτελούν τα μεγέθη ικανοποίησης των αναγκών των πελατών από τις υπηρεσίες και τα προϊόντα σύμφωνα με τα δεδομένα που ισχύουν σε επαγγελματικό επίπεδο.

✓ *Η ποιότητα των διαδικασιών*

Τα μεγέθη μέτρησης της ποιότητας είναι η λειτουργία και ο σχεδιασμός των προϊόντων αλλά και των υπηρεσιών με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο ώστε να ικανοποιούνται και να εκπληρώνονται οι απαιτήσεις των εν λόγω πελατών ή ασθενών (Ovretveit, 2004).

Ο Brook εξέφρασε την άποψη ότι στην έννοια της ποιότητας μπορούμε να συναντήσουμε δύο σημαντικές πλευρές: την ποιότητα του σχεδιασμού και την ποιότητα των συμφωνιών για τον σχεδιασμό, που αναφέρεται στο βαθμό ικανοποίησης των πελατών από τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που έλαβαν (Brook, 1999). Ως προσανατολισμός για την ποιότητα χρησιμοποιείται η ικανοποίηση του πελάτη. Στην αρχή σημαντική εμφάνιση έκανε η μορφή του Ποιοτικού Ελέγχου (QC, Quality Control), που αφορά τον έλεγχο των υπηρεσιών και των προϊόντων. Λέγοντας ποιοτικό έλεγχο γίνεται αναφορά στις συστηματικές προσπάθειες που σκοπό έχουν να εντοπίζουν τα προβλήματα ποιότητας στο τομέα παροχής υπηρεσιών ή παραγωγής προϊόντων και να πραγματοποιούν κατάλληλους προγραμματισμούς για να τα επιλύουν αλλά και να τα ξεπερνούν χωρίς να δημιουργούνται νέα προβλήματα.

Παρόλα αυτά, εμφανίστηκε σημαντικός περιορισμός σε ιδιαίτερους τομείς για την ποιότητα και κατ'επέκταση για τον ποιοτικό έλεγχο με αποτέλεσμα να γίνει αναγκαία η παρουσία της Διασφάλισης της Ποιότητας (QA, Quality Assurance), που αφορά μια γενικότερη προσέγγιση του θέματος και αποτελεί προέκταση του ποιοτικού ελέγχου. Τις τελευταίες δεκαετίες, η συγκεκριμένη έννοια παρουσιάζεται σε αρκετές βιβλιογραφικές αναφορές αλλά και σε σχετικές έρευνες πάνω σε θέματα που αφορούν την έννοια της ποιότητας. Λέγοντας διασφάλιση της ποιότητας γίνεται αναφορά στις συστηματικές προγραμματισμένες ενέργειες αλλά και διαδικασίες, που

κρίνονται αναγκαίες έτσι ώστε μία υπηρεσία ή ένα προϊόν να βασίζεται σε συγκεκριμένες προδιαγραφές (Τσιότρας, 1995). Ο βασικός στόχος της περίπτωσης αυτής είναι η απομάκρυνση των λαθών και η εξασφάλιση των ποιοτικών κριτηρίων στα στάδια παραγωγής των προϊόντων και υπηρεσιών αλλά και στη σχετική διάθεση τους στους πελάτες (Σιγάλας, 1999). Η εν λόγω δραστηριότητα εμφανίστηκε με το νέο όρο Διοίκηση Ποιότητας (QM, Quality Management), καθώς κρίθηκε αναγκαία η ένταξή της σε νεότερες μορφές διοίκησης της σύγχρονης εποχής. Ο βασικός σκοπός και ρόλος της είναι η επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής βελτίωσης της παραγωγικής διαδικασίας των προϊόντων αλλά και των σχετικών υπηρεσιών (Παπανικολάου, 2007).

Το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα ενός οργανισμού δεν αποτελεί πια τόσο το κόστος των υπηρεσιών ή των προϊόντων, όσο η ποιότητα αυτών, γεγονός που ενισχύει τον ανταγωνισμό. Επομένως, η ποιότητα θεωρείται ως το βασικότερο πλεονέκτημα για την ολοένα αυξανόμενη ανταγωνιστικότητα, που θα οδηγήσει στην επιβίωση του οποιουδήποτε οργανισμού, όταν μάλιστα δραστηριοποιείται είτε σε διεθνές, είτε σε τοπικό επίπεδο. Όταν ένας οργανισμός αντιληφθεί κατά μεγάλο ποσοστό την έννοια της ποιότητας και την εντάξει στην φιλοσοφία του, τότε θα αποτελέσει σημαντική επιτυχία, καθώς θα έχει κατανοήσει απόλυτα τις ανάγκες και τις επιθυμίες του καταναλωτή. Τη σημερινή εποχή, οι υπηρεσίες υγείας είναι σημαντικό να έχουν στη διάθεσή τους ένα ικανοποιητικό σύστημα διοίκησης της ποιότητας, το οποίο να βασίζεται σε ειδικούς μηχανισμούς που θα βελτιώνουν την ποιότητα πριν, μετά αλλά και κατά τη διάρκεια της παροχής υγειονομικής φροντίδας. Για να επιτευχθεί, όμως, ο ανώτερος στόχος θα πρέπει να πραγματοποιείται συλλογή των σχετικών πληροφοριών για την παρακολούθηση, την αξιολόγηση αλλά και την ανάλογη καταγραφή των εν λόγω υπηρεσιών που προσφέρονται. Μικρό ποσοστό των νοσοκομείων σε διεθνή επίπεδο πραγματοποιούν την παραπάνω διαδικασία με σχετικά συστηματικό τρόπο. Αυτή η διαδικασία βασίζεται σε διάφορες συνιστώσες, οι οποίες είναι οι εξής: ο σκοπός, η διαθεσιμότητα, η αποτελεσματικότητα αλλά και η πραγματοποίηση της βελτίωσης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών (Σιγάλας, 1999; Παπανικολάου, 2007; Merkouris, 2008).

1.1.1. Έννοια της ποιότητας στην υγεία

Τα τελευταία χρόνια, η έννοια της ποιότητας εισχώρησε και στα συστήματα

υγείας. Από τα παραπάνω έγινε αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας στην βιομηχανία ταυτίζεται με την άριστη παραγωγή των προϊόντων, χωρίς ελαττωματικές προδιαγραφές. Στα συστήματα υγείας εμφανίζεται με διαφορετικό τρόπο, καθώς παρουσιάζονται διαφορετικοί τρόποι και παράγοντες που επηρεάζουν τις μεθόδους θεραπείας των ασθενών. Βασικός σκοπός της βιομηχανίας είναι η ύπαρξη μηδενικού ελαττώματος ενώ βασικός σκοπός στα συστήματα υγείας είναι η άριστη παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας στους ασθενείς. Η επίτευξη μηδενικής απόκλισης στην παραγωγική διαδικασία ενός προϊόντος στη βιομηχανία είναι ευκολότερη σε σχέση με την επίτευξη άριστης παροχής υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας και μείωσης ελαττωματικών πρακτικών (Τούντας, 2003α).

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζεται με έναν ιδιαίτερο τρόπο, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τους σχετικούς ορισμούς που έχουν δοθεί τόσο στο παρελθόν όσο και στο παρόν (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου 2003). Κάποιος συγκεκριμένος ορισμός της ποιότητας στην υγεία δεν υπάρχει, καθώς είναι δύσκολο να οριστεί και να δοθεί μία συγκεκριμένη απάντηση που να τεκμηριώνει τον καθορισμό της (Θεοδώρου, 1992; Οικονομοπούλου, 2002).

Μια σημαντική προσέγγιση του ορισμού της ποιότητας στην υγεία πραγματοποιήθηκε το 1980 από τον Donabedian και στηρίχτηκε στην άποψη ότι αποτελεί εκείνο το είδος της φροντίδας που μεγιστοποιεί την ευημερία των ασθενών, έχοντας υπόψη την ισορροπία των απωλειών και των ωφελειών (Donabedian, 1980). Επίσης, υποστήριξε ότι η ποιότητα στην υγεία περιγράφεται με την χρήση των ομόκεντρων κύκλων. Ως βάση για την αξιολόγηση της ποιότητας στην υγεία αποτελεί το αποτέλεσμα, το οποίο προσδιορίζει τη γενικότερη συμμετοχή του ασθενή με τη συμβολή των προτιμήσεων του και των κοινωνικών-πολιτιστικών πεποιθήσεων του. Επιπλέον, ο Donabedian, το 1990 με ένα σχετικό του άρθρο με την ονομασία «Οι επτά στυλοβάτες της ποιότητας», παρουσιάζει τα επτά βήματα στα οποία θα πρέπει να στηριχτούν τα συστήματα υγείας και καθορίζουν την ποιότητα στην υγεία

. Συγκεκριμένα, είναι τα εξής (Donabedian, 1990):

- ✓ Η κλινική αποτελεσματικότητα
- ✓ Η γενικότερη αποτελεσματικότητα
- ✓ Η αποδοτικότητα
- ✓ Η βελτιστότητα
- ✓ Η αποδεκτικότητα

- ✓ Η νομιμότητα
- ✓ Η δίκαιη κατανομή ωφελειών.

Επίσης ο Donabedian παρατήρησε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας εμφανίζει τρεις σημαντικές πλευρές που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τα συστήματα υγείας (Πολύζος κ. συν., 2005; Παπανικολάου, 2007):

➤ **Τεχνικό μέρος:**

κατά το οποίο για την καλύτερη περίθαλψη και φροντίδα του ασθενή εφαρμόζεται η τεχνολογία και η ιατρική επιστήμη με την σύμπραξη και των άλλων επιστημών υγείας.

➤ **Διαπροσωπικό μέρος:**

σε αυτή την περίπτωση σημαντικό ρόλο παίζει η παρουσία των ιατρών και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας στη ψυχολογική διάθεση των ασθενών. Η συμπεριφορά των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από τα ήθη της κοινωνίας, τον επαγγελματισμό τους αλλά κυρίως από τις απαιτήσεις των ασθενών.

- **Υποδομή ως ξενοδοχειακή:**

σε αυτή την περίπτωση σημαντικό ρόλο παίζουν, για τη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, οι συνθήκες, το σχετικό περιβάλλον και ο χώρος μέσα στα οποία παρέχονται οι υπηρεσίες φροντίδας.

Δόθηκαν αρκετοί ορισμοί για την ποιότητα στην υγεία. Χαρακτηριστικά ο ορισμός που δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1993) αναφέρει ότι η ποιότητα υγείας συμπεριλαμβάνει κινήσεις διαγνωστικές και θεραπευτικές που δίνουν την δυνατότητα στη σύγχρονη επιστήμη να πραγματοποιήσει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με ελάχιστους κινδύνους και με επίτευξη της μέγιστης ικανοποίησης των ασθενών (Τούντας, 2008). Ταυτόχρονα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προσδιορίζει μερικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα που διαθέτει η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας όπως (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας 2009):

- ✓ Σε μεγάλο βαθμό επαγγελματική υπεροχή

- ✓ Περιορισμός των κινδύνων για την υγεία των ασθενών
- ✓ Διάθεση των διαθέσιμων πόρων με αποτελεσματικό τρόπο
- ✓ Βελτίωση της υγείας του ασθενών
- ✓ Ικανοποίηση των ασθενών

Επίσης, το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας προσδιορίζει την ποιότητα όσον αφορά την υγεία, ως εκείνο το επίπεδο, κατά το οποίο οι υπηρεσίες περίθαλψης και υγείας μεγιστοποιούν τις πιθανότητες για τα επιθυμητά αποτελέσματα για τους ανθρώπους αλλά και τις επαγγελματικές γνώσεις (Nelson, 1996; Πολύζος κ. συν., 2005).

Η ποιότητα στην υγεία προσδιορίζεται σε σημαντικό βαθμό από την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με το κόστος τους, από τις προσδοκίες και την τελική ικανοποίηση των ασθενών. Προσδιοριστικοί παράγοντες για την αξιολόγηση της ποιότητας στην υγεία και στην φροντίδα αποτελούν οι ποικίλες αξιολογήσεις και τα αποτελέσματα τους, λαμβάνοντας ως κύρια βάση τον ασθενή και το κλινικό επίπεδο (Crow et al., 2002).

Οι αξιολογήσεις αυτές επικεντρώνονται ως ακολούθως (Virgo et al., 2007):

- στη δομή¹
- στη διαδικασία²
- στα επιθυμητά αποτελέσματα για τους χρήστες³.

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μία ιδιαίτερη περίπτωση υπηρεσιών, καθώς δεν συνδέονται με την αγορά ενός προϊόντος ή με την επιστροφή του σε μια επιχείρηση, αλλά περιλαμβάνουν αρκετές διαδικασίες με βασικό στόχο τις ιδιαίτερες εμπειρίες από την παροχή υγείας που προσφέρεται (Σιγάλας, 1999; Τσιριντάνη κ. συν., 2010).

¹ π.χ. επάρκεια υλικών, προσωπικού και εγκαταστάσεων.

² π.χ. τρόπων βελτίωσης αποδοτικότητας και παροχής φροντίδας.

³ π.χ. μεταβολές στην κατάσταση υγείας του, ο βαθμός ενημέρωσης, η ικανοποίηση, διάρκεια παραμονής, δείκτες επιπλοκών και δείκτες θνησιμότητας.

1.1.2. Μέτρηση της ποιότητας

Οι προβληματικές διαδικασίες στις υπηρεσίες υγείας μπορούν να αναδειχθούν μέσα από την χρήση των δεικτών μέτρησης της ποιότητας κατά τη διάρκεια της εισαγωγής των ασθενών, της νοσηλείας τους αλλά της φροντίδας που δέχονται μετά την έξοδό τους από μία υγειονομική μονάδα. Η Palmer, το 1991, θεώρησε ότι η μέτρηση αποτελεί την απόδοση μιας ποσότητας σε ένα φαινόμενο και πραγματοποιείται με τη συλλογή παρατηρήσεων και τη σύγκριση των στοιχείων που παρατηρήθηκαν με αντικειμενικά κριτήρια. Επομένως, καθώς η ποιότητα αποτελεί τον βαθμό τελειότητας των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας, η απόκλιση της από τον εν λόγω βαθμό αποτελεί μέτρηση της ποιότητας. Τις περισσότερες φορές αναφέρεται ως αποτίμηση της ποιότητας, όπου χαρακτηριστικά η τελειότητα ή τα αντικειμενικά κριτήρια αποτελούν τα πρότυπα, ενώ τα πρωτόκολλα και οι οδηγίες αποτελούν το μέτρο σύγκρισης με την σημερινή πραγματικότητα, καθώς γίνεται καταγραφή της στους δείκτες ή στα αποτελέσματα ανάλογων μετρήσεων, έτσι ώστε να διακρίνονται τυχόν λάθη και σχετικές βελτιώσεις (Τούντας, 2003; Andaleeb et al., 2007).

Η μέτρηση της ποιότητας θέτει τις εξής προϋποθέσεις (Οικονομοπούλου, 2002):

✓ **Τα δεδομένα:**

Η αρχή της εν λόγω μέτρησης βασίζεται στα λεγόμενα δεδομένα και ο καθορισμός τους ως προς τη χρήση τους πραγματοποιείται από τις εκάστοτε συνθήκες που επικρατούν.

- **Τα πρότυπα:**

Τα πρότυπα αποτελούν τους αποδεκτούς βαθμούς απόκλισης από ένα κριτήριο ή έναν κανόνα. Ο καθορισμός του βαθμού απόκλισης καθορίζεται από τις αντίστοιχες επαγγελματικές ενώσεις.

- **Τα κριτήρια:**

Αποτελούν στοιχεία προκαθορισμένα και συστατικά της ποιότητας. Με την χρήση αυτών δίδεται η δυνατότητα σύγκρισης διάφορων όψεων της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών.

Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (service quality, SERVQUAL) πραγματοποιείται με τη σύγκριση των αντιλήψεων με τις προσδοκίες

και ο ορισμός της δίδεται ως η διαφορά μεταξύ των εν λόγω αντιλήψεων και προσδοκιών. Η μέτρηση αυτή (SERVQUAL) είναι ένα σημαντικό εργαλείο ανάλυσης και μια μεθοδολογία για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που θα πρέπει να προσφέρει ο οργανισμός στους χρήστες του, με τέτοιο τρόπο που οι χρήστες να είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες φροντίδας (Κωσταγιόλας κ. συν., 2006).

1.1.3. Ποιοι και πώς αναζητούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Είναι κοινώς αποδεκτό πως η αντίληψη που έχουν οι εμπλεκόμενοι για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας καθώς και τα κριτήρια με τα οποία την αποτιμούν δεν ανήκουν σε ένα ενιαίο πλαίσιο. Πιο συγκεκριμένα:

- Οι **χρήστες** των υπηρεσιών υγείας επιθυμούν την άμεση και ορθή αντιμετώπιση του υγειονομικού τους προβλήματος ενώ συχνά προσελκύνονται από τη φήμη των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ή επιστημόνων
- Οι **επαγγελματίες υγείας** έχουν ως βασική επιδίωξη την ποιότητα ως προς την γενικότερη έννοια της αποτελεσματικότητας της υπηρεσίας που παρέχουν
- Οι **μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας** καθώς και τα ασφαλιστικά ταμεία επιδιώκουν την ποιότητα με την έννοια της ορθής λειτουργίας και του περιορισμού του κόστους
- Η **κοινωνία** επιδιώκει ποικιλοτρόπως την ποιότητα
- Η **πολιτεία** επιδιώκει τον συνδυασμό όλων των παραμέτρων που θέτουν οι εμπλεκόμενοι

1.2. Η ικανοποίηση των ασθενών

Οι πρώτες προσπάθειες για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική, περίπου το 1956 (Abdellah & Levine, 1957). Τα τελευταία χρόνια, έχει γίνει κατανοητό ότι η ικανοποίηση του ασθενή συντελεί αναγκαία υποχρέωση σε ηθικό και νομικό επίπεδο και θεωρείται ένας αναγκαίος και σημαντικός δείκτης για να μπορέσει να καθοριστεί και να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Johansson et al., 2002). Η ιδιαίτερη έμφαση και βαρύτητα που δίνεται στην ικανοποίηση τις τελευταίες δεκαετίες διαπιστώνεται και από το πλήθος των θεωρητικών και εμπειρικών δημοσιευμάτων που ασχολούνται με αυτήν. Οι μελέτες όμως αυτές που αφορούν την ικανοποίηση

των ασθενών έχουν ως χαρακτηριστικό την απουσία τυποποιημένων μεθόδων και ορισμών (Peterson R.A., Wilson W.R.,1992).

Σύμφωνα με τον Oliver 1997 << όλοι πιστεύουν ότι γνωρίζουν τον ορισμό της ικανοποίησης όμως όταν τους ζητηθεί φαίνεται ότι κανένας δεν τον γνωρίζει>>.(Oliver R. L.,1997). Ο Pascoe ορίζει την ικανοποίηση των ασθενών ως την αντίδραση του χρήστη των υγειονομικών υπηρεσιών απέναντι στην εμπειρία που είχε από την παροχή φροντίδας (Pascoe G.C.,1983).

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι ως ικανοποίηση από τον ασθενή λαμβάνεται η άποψή του για την ποιότητα της φροντίδας που αποδέχεται και η απόδοση από την πλευρά του, αξιών και προσδοκιών που θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη. Επομένως, θα μπορούσε να λεχθεί ότι η ικανοποίηση αποτελεί τον εξατομικευμένο ορισμό για την ποιότητα, που έρχεται σε αντίθεση με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό της. Ικανοποίηση για τους ασθενείς αποτελεί η συνοχή που υπάρχει ανάμεσα στις προσδοκίες τους για την απόλυτη και ιδανική φροντίδα που τους παρέχεται και στις σκέψεις τους για το επίπεδο φροντίδας που πραγματικά λαμβάνουν (Risser, 1975; Merkouris, 2008). Βέβαια, η σχέση αυτών των δύο συνθηκών, δηλαδή της ικανοποίησης και των προσδοκιών των ασθενών είναι αρκετά δύσκολο να προσδιοριστεί και για αυτό το λόγο η διαφορά του βαθμού μεταξύ των προσδοκιών και της ικανοποίησης του εκάστοτε ασθενούς αποτελεί μια βασική παράμετρο μέτρησης (Tavana et al., 2003).

Ως ικανοποίηση του ασθενή θα μπορούσε να οριστεί η προσωπική του εκτίμηση για τις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται, τους επαγγελματίες υγείας αλλά και για τον τρόπο που τους προσφέρονται οι εν λόγω υπηρεσίες. Οι επαγγελματίες θα πρέπει να έχουν γνώση και να λαμβάνουν σε σημαντικό βαθμό υπόψη τους τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες των ασθενών, καθώς με αυτό τον τρόπο διευκολύνεται ο προσδιορισμός του τρόπου παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι οργανισμοί που προσφέρουν αυτές τις συγκεκριμένες υπηρεσίες λαμβάνουν τα παραπάνω ως πληροφορίες, με αποτέλεσμα να ανασυγκροτούν τις υπηρεσίες που προσφέρουν ώστε να πραγματώνουν σε σημαντικό βαθμό τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες των ασθενών (Sansgiry, 2005).

Σημαντικό κριτήριο για τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς αποτελεί την βάση να καθοριστούν συγκεκριμένοι στόχοι για βελτίωση των εν λόγω υπηρεσιών, για αξιολόγηση των

συστημάτων υγείας και των σχετικών προγραμμάτων αλλά και για δυνατότητα εύρεσης των ατόμων που στο μέλλον δεν θα θελήσουν να ξαναχρησιμοποιήσουν τις εν λόγω υπηρεσίες (Jackson et al., 2001; Κουμανδράκη κ. συν., 2004). Αν και έχει καθιερωθεί ως πάγια τακτική (Andaleeb et al., 2007) η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών, δεν εμφανίζεται όμως στις πρακτικές που εφαρμόζουν οι ελληνικοί οργανισμοί που σαν βασικό ρόλο έχουν την προσφορά υπηρεσιών υγείας (Τσιριντάνη κ. συν., 2010). Ύστερα από ανασκόπηση της Ελληνικής βιβλιογραφίας ο αριθμός των ερευνών που αφορούν την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα είναι περιορισμένος.

Η Παυλίδου Μ. στην έρευνά της με τίτλο <<ΠΕΔΥ στην 1^η Υγειονομική Περιφέρεια. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στην μονάδα Υγείας Ζωγράφου>>, μελετά και αξιολογεί τη λειτουργία των δομών και την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των χρηστών του ΠΕΔΥ Ζωγράφου κατά το έτος 2015. Συγκεκριμένα συμπληρώθηκαν 110 ερωτηματολόγια και τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν μειωμένη προσέλευση των χρηστών στις δομές της ΠΦΥ καθώς και έλλειψη ιατρικού προσωπικού κυρίως των ειδικοτήτων παθολογίας και γενικής ιατρικής. Παρόλα αυτά όμως η μέση συνολική ικανοποίηση των χρηστών είναι ικανοποιητική και ανέρχεται στο 76% (Παυλίδου, 2015).

Η Φρεγγίδου Ε. στην έρευνά της με τίτλο <<Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ του Νομού Κιλκίς>> διερευνά τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται από το ΠΕΔΥ στο νομό Κιλκίς σε επαρχιακό επίπεδο. Σκοπός της έρευνας ήταν να γίνει ορατή η αποτελεσματικότητα του δικτύου της ΠΦΥ καθώς και οι δυσλειτουργίες και τα προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια ερωτηματολογίου με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας, την χρονική περίοδο Ιούνιο με Αύγουστο 2015 και το δείγμα αποτέλεσαν 181 άτομα που ήταν χρήστες των υπηρεσιών της μονάδας υγείας του ΠΕΔΥ Κιλκίς. Το επίπεδο της συνολικής ικανοποίησης (48,6%) βρέθηκε εμφανώς χαμηλότερο σε σχέση με παρόμοιες έρευνες, με τη μονάδα υγείας ΠΕΔΥ να βρίσκεται στη δεύτερη θέση προτίμησης των δομών της ΠΦΥ (Φερεγγίδου, 2016).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο μέχρι και τον Αύγουστο του 2001 από τους Τουντα Γ., Λοπατατζίδη Θ. και Χουλιάρα Λ. σε δείγμα 435 ασφαλισμένων του ΙΚΑ παρουσιάζεται το ποσοστό ικανοποίησης τους από τις

παρεχόμενες υπηρεσίες της ΠΦΥ σε 4 μονάδες υγείας του ΙΚΑ, νυν ΠΕΔΥ, της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας (Αμαρουσίου, Αλεξάνδρας, Ζωγράφου, Περιστερίου). Συγκεκριμένα διαπιστώνεται η τεράστια ανάγκη της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών αφού το 51,2% των ασφαλισμένων εκφράζει μέτρια ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και μόλις το 31,5% εκφράζει την μέγιστη ικανοποίηση του (Τούντας κ.α, 2003).

Επομένως παρατηρείται ότι στην Ελλάδα παρόλη την τεράστια σημασία που έχει η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και κυρίως η μέτρηση αυτής ελάχιστοι φορείς των υπηρεσιών υγείας στοχεύουν στην θετική βελτίωσή της.

1.2.1.Μέτρηση της ικανοποίησης

Στην σημερινή εποχή είναι ορατό ότι σε όλα τα ανεπτυγμένα κράτη, υπάρχει έντονος προβληματισμός από τη συνεχή αύξηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών της υγείας αλλά και από την ανάγκη για την ολοένα βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων που βρίσκονται σε διαθεσιμότητα (Merkouris et al., 1999). Επομένως κρίνεται αναγκαία η μέτρηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας όσον αφορά την υγεία για να πραγματοποιηθεί σχετική κριτική για τη λανθασμένη ή όχι αξιοποίηση των εν λόγω πόρων (Merkouris, 2008).

Σύμφωνα με άποψη του Donabedian, η ποιότητα επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό όχι τόσο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, όσο από την ικανοποίηση των ασθενών και αυτό αποτελεί ένα αναπόσπαστο στοιχείο αλλά και βασικό μέτρο για τη μέτρηση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Με αυτό τον τρόπο, δίνεται μια ξεχωριστή διάσταση στην έννοια της ικανοποίησης των ασθενών (Donabedian, 1980). Επομένως, η ικανοποίηση αποτελεί βασικό σκοπό των υπηρεσιών υγείας (Merkouris, 2008).

Σαν βασική πεποίθηση που ακολουθούν οι Sitzia & Wood (1997) είναι ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και συγκεκριμένα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας δεν θα πρέπει να ακολουθείται με μεμονωμένο τρόπο αλλά να εμφανίζεται ως μια διαδικασία σε τακτά χρονικά διαστήματα με συχνές επαναλήψεις ιδιαίτερα μέσα στα πλαίσια των αξιολογήσεων και των βελτιώσεων των

παρεχομένων υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας (Sitzia & Wood, 1997).

Κατά τον παρελθόντα χρόνο, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αποτέλεσαν τους κύριους εκπρόσωπους για την αξιολόγηση της ποιότητας για την υγεία. Τη σημερινή εποχή, οι ασθενείς δηλαδή οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας κατέχουν γενικά υψηλό επίπεδο μόρφωσης και αυτό αποτελεί σημαντικό προσόν για να παρέχουν περισσότερες πληροφορίες αλλά και να είναι περισσότερο κριτικοί για τις υπηρεσίες φροντίδας που τους προσφέρονται. Τα τελευταία χρόνια, η ολοένα και συνεχόμενη αλλαγή της τεχνολογίας και της οργάνωσης των συστημάτων υγείας έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους και την εμφάνιση περισσότερων εναλλακτικών διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων. Αν και οι ασθενείς αντιμετωπίζουν, από εξειδικευμένους επαγγελματίες, περισσότερες και πολύπλοκες θεραπείες σε τεχνολογικό επίπεδο, έχουν την αίσθηση ότι δεν δέχονται την απαραίτητη φροντίδα, γεγονός που δημιουργούνται αρκετά ερωτήματα για το αν όλες αυτές οι αλλαγές επιδρούν θετικά ή αρνητικά στους ασθενείς. Για να απαντηθούν τα εν λόγω ερωτήματα απαραίτητη είναι η παρουσία του ασθενή, καθώς μπορεί να δώσει απαντήσεις και σχετικές πληροφορίες που δεν εμφανίζονται στους ιατρικούς φακέλους. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί σημαντική πηγή πληροφοριών για την αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών, για τη βελτίωση της φροντίδας σε ποιοτικό επίπεδο και την προώθηση των υπηρεσιών υγείας, μετά από σχετική μελέτη των συνθηκών που επικρατούν στην αγορά (Merkouris, 2008).

Το 1987, ο Vuori αμφισβητούσε την εγκυρότητα της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενούς, για τους εξής λόγους (Vuori, 1987):

- η έλλειψη των επιστημονικών και τεχνικών γνώσεων των ασθενών για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας
- η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών δεν επιτρέπει να δοθούν σχετικές αντικειμενικές απόψεις
- η εμφάνιση διαφορετικών στόχων από τους επαγγελματίες υγείας και των ασθενών
- η έννοια της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών της υγείας διαφέρει από χώρα σε χώρα και βασίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις πολιτισμικές συνήθειες που επικρατούν, τα γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών όπως για παράδειγμα το μορφωτικό επίπεδο, την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική τάξη κ.λπ.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί τον πιο αξιόπιστο δείκτη για τη βασική αξιολόγηση των σχετικών

αποτελεσμάτων των υπηρεσιών και πολιτικών υγείας και συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ικανοποίηση των ειδικών αλλά και γενικών αναγκών υγείας (Sitzia & Wood, 1997). Ένας από τους βασικότερους παράγοντες της πιστοποίησης για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται αποτελεί η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών (Donabedian, 1997; Ng et al., 2009).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει ως βάση τις πτυχές του τομέα υγείας και τη σχετική διερεύνησή τους. Οι πτυχές αυτές σχετίζονται με τη διαθεσιμότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, αλλά και τη ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος και του ανθρώπινου δυναμικού. Παράμετροι, που αξιολογούνται για την τελική εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας, αποτελούν οι ενημερώσεις προς τους ασθενείς για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν, η διαθεσιμότητα και η ποιότητα του εξοπλισμού, τα ποσοστά επιτυχίας αναφορικά με τη διάγνωση κ.λπ. Σύμφωνα με τους Sitzia & Wood, τρεις βασικοί παράγοντες επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (Sitzia & Wood, 1997; Ng et al., 2009):

- οι προσδοκίες των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας
- οι κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά τους
- οι επιδράσεις των ψυχοκοινωνικών ιδιαιτεροτήτων.

Κατά κύριο λόγο, η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται από το βαθμό επαλήθευσης των προσδοκιών τους. Επομένως, η ικανοποίηση εκφράζεται με τη διαφορά που επικρατεί ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και το τελικό αποτέλεσμα της απόλαυσης αυτών (Ross et al., 1994). Σύμφωνα με μελέτες, ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν κάποια κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα αποτελούν το φύλο, η ηλικία αλλά και το μορφωτικό επίπεδο (Khayat & Salter, 1994; Κωσταγιόλας κ. συν., 2006).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν με την σειρά τους σε υψηλό βαθμό τη διαδικασία που συντελείται για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας με τελική αλλοίωση του αποτελέσματος για το μέγεθος ικανοποίησης των ασθενών. Κάποιοι ερευνητές θεώρησαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών δήλωνε ότι ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από ότι στην πραγματικότητα για να έχουν καλύτερη μεταχείριση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ κάποιοι ασθενείς εξέφρασαν αδιαφορία για τη διαδικασία της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και

δεν συμμετείχαν, καθώς θεωρούσαν ότι δεν θα επιφέρει αυτή η διαδικασία κάποιες βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες αλλαγές στο τομέα της υγείας (Ley, 1972). Ο συνιστώμενος τρόπος μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί η χρήση των ερωτηματολογίων, καθώς αποτελούν έναν συνδυασμό μεταξύ ποιοτικών (Waltz et al., 1991) και ποσοτικών (Barbour, 1999) διαστάσεων. Επιπλέον, ανοιχτές ερωτήσεις δίνουν την δυνατότητα στον ερωτώμενο να εκφράσει την άποψη του χωρίς περιορισμούς (Concato & Feinstein, 1997).

Η συμπλήρωση των εν λόγω ερωτηματολογίων πραγματοποιείται είτε με τη διαδικασία των συνεντεύξεων σε προσωπικό επίπεδο, είτε με τη χρήση του τηλεφώνου, είτε με την αποστολή ηλεκτρονικών μηνυμάτων. Μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης, σύμφωνα με σχετικές μελέτες, έχουν οι δύο πρώτες διαδικασίες δηλαδή η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μέσω προσωπικών συνεντεύξεων και τηλεφώνου (Walker & Restuccia, 1984), ακόμα και αν η ανωνυμία που επικρατεί στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο δίνει τη δυνατότητα για περισσότερο αξιόπιστη γνώμη των ασθενών (Rhee et al., 1998).

Τα τελευταία δέκα χρόνια, από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί τόσο στην Βρετανία όσο και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έχει αυξηθεί σημαντικά το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς και την έκφραση των απόψεών τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Crow et al., 2003). Δυστυχώς οι έρευνες, στην Ελλάδα, είναι περιορισμένες αναφορικά με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες φροντίδας (Κυριόπουλος κ. συν., 1990; Τούντας κ. συν., 2003; Πολύζος κ. Συν., 2005). Από τις υπάρχουσες έρευνες πάντως διαφαίνεται ότι οι Έλληνες ασθενείς είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται σε σχέση με τους ασθενείς σε άλλα ευρωπαϊκά κράτη (Robert et al., 2000).

1.2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τους μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησης

Όπως διαπιστώνεται από την παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση, υπάρχουν κάποιοι σημαντικοί παράγοντες που είναι λογικό να καθορίζουν με τον τρόπο τους αλλά και να ασκούν επιρροές στους μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Αυτοί οι βασικοί παράγοντες είναι το συναισθηματικό και διανοητικό επίπεδο, η δυνατότητα γλωσσικής επικοινωνίας, το

επίπεδο βασικής εκπαίδευσης και η κοινωνική και οικονομική κατάσταση. Δεν υπάρχει συναίνεση σχετικά με το ποιός από αυτούς τους παράγοντες είναι σημαντικότερος και επηρεάζει περισσότερο τον βαθμό ικανοποίησης του ασθενή (Like R. and Zyzanski S., 1987). Πάντως τόσο η ικανοποίηση όσο και οι προσδοκίες των ασθενών επηρεάζονται σημαντικά, είτε αρνητικά, είτε θετικά, από τους παραπάνω παράγοντες και εκφράζονται με ανάλογο τρόπο (Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, 2003). Η ικανοποίηση των ασθενών θα πρέπει να διερευνάται με τη χρήση και την εξέταση των παραγόντων αυτών και είναι σχετική η ανάλυσή τους από την Irish Society for Quality & Safety in Healthcare το 2003.

Οι παράγοντες αναλύονται παρακάτω:

➤ **Οι προσδοκίες των ασθενών:**

Αρκετοί ερευνητές έχουν μελετήσει τη σχέση μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών, τις απαιτήσεις τους και την ικανοποίησή τους.

Σύμφωνα με τους Greenlay και Schoenhere περισσότερο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς που έχουν χαμηλότερες προσδοκίες γιατί είναι πιο εύκολη και εφικτή η πραγματοποίησή τους (Greenley, Schoenherr, 1981). Οι προσδοκίες διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ασθενών. Διαμορφώνονται ανάλογα με την προσωπικότητα του ασθενή την προηγούμενη επαφή και εμπειρία του με τις υπηρεσίες υγείας, τις κοινωνικές και πολιτιστικές αξίες τους και το συγκεκριμένο πλαίσιο μέσα στο οποίο έλαβε χώρα η υγειονομική φροντίδα (Pascoe 1983).

Οι προσδοκίες των ασθενών αναφέρονται τόσο στις προβλέψεις των χρηστών όσο και στις επιθυμίες και εκτιμήσεις τους για τις υπηρεσίες υγείας (Κωσταγιόλας Π. 2005). Παρόλο που κατά ένα σημαντικό ποσοστό οι αντιλήψεις των ασθενών για τις παρεχόμενες φροντίδες είναι ανεξάρτητες από αυτές που πραγματικά έλαβαν, οι προσδοκίες τους παίζουν βασικό ρόλο για την τελική έκφραση της ικανοποίησης ή όχι από τις υπηρεσίες υγείας (Williams, 1994).

➤ **Η ηλικία:**

Σε ερευνητικά πλαίσια, οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς εκφράζουν χαμηλότερα

ποσοστά ικανοποίησης σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους, οι οποίοι δίνουν επιπλέον και θετικές απαντήσεις για τις υπηρεσίες που τους παρέχονται αφού δεν επιθυμούν να δημιουργήσουν προκλήσεις για την αυθεντική στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Paranikolaou & Ntani, 2008). Η παραπάνω περίπτωση ίσως δημιουργείται γιατί οι προσδοκίες των ηλικιωμένων έχουν χαμηλότερο μέγεθος σε σχέση με εκείνο των νέων, καθώς οι πρώτοι δεν εκφράζουν τις δυσαρέσκειές τους γιατί εξαρτώνται σε μεγαλύτερο βαθμό από το ιατρικό προσωπικό, όταν μάλιστα πάσχουν από χρόνιες παθήσεις. Η ηλικία επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση αλλά δεν έχει καθοριστεί αν γίνεται αυτό και με το φύλο. Σύμφωνα με κάποιες μελέτες αποδεικνύεται ότι το γυναικείο φύλο πραγματοποιεί περισσότερες επισκέψεις στους ιατρούς σε σχέση με το αντρικό φύλο και εκφράζει υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης (Pappa & Niakas, 2006).

➤ **Η ασθένεια:**

Βασικό ρόλο παίζει η ασθένεια ως προς την έκφραση της ικανοποίησης των ασθενών. Λιγότερο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς εκείνοι που εμφανίζουν σοβαρές ασθένειες γιατί παρουσιάζουν μεγαλύτερη ψυχολογική πίεση, με αποτέλεσμα να εκφράζουν μικρότερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Παρόλα αυτά, η δυσαρέσκειά τους δεν αποδεικνύεται με το αν προκαλείται από τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας ή λόγω της σοβαρότητας της ασθένειάς τους, κ.λπ. (Hall & Milburn, 1998; Ovretveit, 2004).

Επίσης το επίπεδο της υγείας των χρηστών πριν από την λήψη φροντίδας μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο της ικανοποίησης τους (Cleary P., McNeil B. 1988).

Ο Greenley και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι ασθενείς με κακή ψυχολογική υγεία εκφράζουν χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από την φροντίδα στις υπηρεσίες υγείας επειδή είτε μπορεί να έχουν δυσκολία στο να ανακουφιστούν από την αγωνία που τους προκάλεσε η ασθένειά τους είτε γιατί θεωρούν ότι η αντιμετώπιση τους από τους επαγγελματίες υγείας και η παροχή υπηρεσιών δεν ήταν θετική και αποτελεσματική προς αυτούς (Greenley J.R., Young T.B., and Schoenherr R.A., 1982)

➤ **Η κοινωνική και η οικονομική κατάσταση:**

Η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται, επίσης, σε σημαντικό βαθμό από την εκπαίδευση και το μορφωτικό τους επίπεδο. Ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης και μικρότερη ηλικία παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τους χρήστες των παροχών υπηρεσιών υγείας που εμφανίζουν χαμηλό επίπεδο μόρφωσης και είναι μεγαλύτεροι ηλικιακά. Η παραπάνω εικόνα προκαλείται από τις υψηλότερες προσδοκίες της πρώτης κατηγορίας ασθενών και τις χαμηλότερες προσδοκίες της δεύτερης κατηγορίας (Niakas et al., 2004). Τέλος, η ικανοποίηση δεν εμφανίζει να δέχεται επιρροές από το επαγγελματικό επίπεδο των ασθενών, ενώ οι άγαμοι, οι διαζευγμένοι και οι χήροι ασθενείς εμφανίζουν μικρότερη ικανοποίηση σε σχέση με τους έγγαμους ασθενείς (Κέπεντζης κ. συν., 2004).

➤ **Οι προηγούμενες εμπειρίες ικανοποίησης:**

Θα πρέπει να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι οι προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών και των επιθυμιών τους κατά το παρελθόν συνδέονται σε μεγάλο ποσοστό με τον βαθμό ικανοποίησης αυτών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Crow et al., 2003).

➤ **Οι σχέσεις των επαγγελματιών υγείας, δηλαδή των ιατρών και των νοσηλευτών, με τον ασθενή:**

Σημαντικό και βασικό ρόλο για την ικανοποίηση των ασθενών παίζει η επικοινωνία που έχουν με τους επαγγελματίες υγείας, δηλαδή το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά ιδιαίτερο νόημα αποκτά το επικοινωνιακό προφίλ που εφαρμόζουν οι εν λόγω επαγγελματίες υγείας στους ασθενείς (Scotto et al., 2009; Ng et al., 2009).

Είναι λογική η διαπίστωση ότι η επικοινωνία σε αποτελεσματικό επίπεδο του ιατρικού προσωπικού με τους ασθενείς αποτελεί καθοριστικό και σημαντικό ρόλο για το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Αφορά ιδιαίτερα την προσέγγιση, την αδιαφορία, τις ανησυχίες του ασθενούς, τις μη ξεκάθαρες επεξηγήσεις και επίσης τη μη σωστή χρήση της ιατρικής ορολογίας, που εμφανίζεται σημαντικά δυσνόητη

(Scotto et al., 2009). Η ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών φροντίδας πολλαπλασιάζεται όταν υπάρχει άμεση διαθεσιμότητα, προθυμία και ευγένεια των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση των σημαντικών αναγκών του ασθενούς (Woodward, 2009).

➤ **Τα λειτουργικά και τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του οργανισμού:**

Τα λειτουργικά και τα οργανωτικά χαρακτηριστικά των οργανισμών αποτελούν βασική προϋπόθεση προσδιορισμού της ικανοποίησης των ασθενών. Συγκεκριμένα, η καλή δομή σε ποιοτικό επίπεδο των εγκαταστάσεων, η εικόνα της νοσηλευτικής μονάδας ως προς την καθαριότητα, οι διαδικασίες εισαγωγής και αναχώρησης του ασθενούς αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (Scotto et al., 2009).

Με τα παραπάνω στοιχεία και τις σχετικές μελέτες της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που διατυπώθηκαν, εκφράστηκαν και τα σχετικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας. Σύμφωνα με τα εξεταζόμενα θέματα, όπως τα κοινωνικά, οικονομικά και δημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης και το εισόδημα, η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η υποδομή της υγειονομικής μονάδας, οι προσδοκίες των ασθενών, η ασθένεια αλλά και οι προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών ασκούν σημαντικές επιρροές στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών που αποδέχονται τις παρεχόμενες υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας στα γυναικολογικά ιατρεία και στα ιατρεία οικογενειακού προγραμματισμού.

1.3.Ο κλάδος της υγείας

Στις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, η ιατρική φροντίδα προσφέρεται από τους εξειδικευμένους γιατρούς και τους γενικούς παθολόγους, με σύγχρονα ή ακόμα και με πεπαλαιωμένα μέσα. Η χρηματοδότηση της εν λόγω φροντίδας πραγματοποιείται από την κοινωνική ασφάλιση, ή την γενική φορολογία, ή το προσωπικό εισόδημα, ή τον συνδυασμό των ανωτέρω μέσων (Freeman, 1998; Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003).

Το 1997, σύμφωνα με τη Παγκόσμια τράπεζα σε έκθεση της με θέμα «Υγεία, Διατροφή και Πληθυσμός», οι δαπάνες για την υγεία έφτασαν περίπου το ποσό των 2.300 δις δολάρια, δηλαδή περίπου 9% του παγκόσμιου ακαθάριστου προϊόντος. Όλη αυτή η κατάσταση οδήγησε και κατέταξε την υγεία ως έναν από τους μεγαλύτερους κλάδους της οικονομίας. Οι οργανισμοί υγείας βασίζονται σε πρωταρχικούς στόχους, οι οποίοι είναι οι διαγνώσεις, οι θεραπείες, οι επανεξετάσεις και οι εκπαιδεύσεις των ασθενών. Τα παλαιότερα χρόνια, στο κλάδο υγείας, οι μάνατζερ υποστήριζαν ότι η προσφορά σχετικού υψηλού επιπέδου ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν ιδιαίτερα αρκετή. Όμως, πια οι ασθενείς θεωρούν αναγκαία την ευγένεια, την άνεση, την κατανόηση αλλά και την σχετική επικοινωνία. Επομένως, η ιατρική και η υγειονομική φροντίδα δεν έχει ως βασικό περιορισμό την θεραπεία των ασθενειών (Angelopoulou et al., 1998; Ovretveit, 2004).

Όλη αυτή η διαδικασία έχει σαν αποτέλεσμα η Διοίκηση των Υγειονομικών Μονάδων να αποκτούν καινούργιους σκοπούς, ακόμα και όταν κύρια ευθύνη της αποτελεί η παροχή ιατροφαρμακευτικής φροντίδας. Από τα τέλη της δεκαετίας του '80, εμφανίζεται η ανάγκη της αναδιοργάνωσης του κλάδου υγείας και αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι παράγοντες που συνετέλεσαν στον ανασχηματισμό του κλάδου υγείας είναι οι εξής: η παγκοσμιοποίηση, η αύξηση του κόστους υπηρεσιών, οι αλλαγές στην κοινωνική συνείδηση αναφορικά με την υγεία, που μέχρι εκείνη την εποχή την θεωρούσαν ένα δημόσιο αγαθό. Ο κυριότερος στόχος του κλάδου υγείας αποτελεί η επίτευξη της μέγιστης ποιότητας. Θεωρείται αναγκαία η παροχή της υψηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και η σχετική αποδοχή και αναγνώριση από τους ασθενείς (Ovretveit, 2004).

1.3.1. Διοίκηση της Ολικής ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management, TQM) αποτελεί ένα σύνολο βασικών αρχών ή γενικά μια φιλοσοφία, καθώς η συνεχή βελτίωση της λειτουργίας των οργανισμών βασίζεται σε αυτή την εν λόγω φιλοσοφία. Η διοίκηση αυτή περιλαμβάνει τις βασικές και θεμελιώδεις αρχές του μάνατζμεντ, τα τεχνικά εργαλεία αλλά και τις προσπάθειες βελτίωσης με ιδιαίτερο στόχο την μεγιστοποίησης της ποιότητας των προϊόντων και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο εκάστοτε οργανισμός ή υπηρεσία εφαρμόζει ένα σύνολο μεθόδων και λειτουργιών, τα οποία

αποτελούν τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και θέτει ένα συγκεκριμένο στόχο, ο οποίος είναι η ικανοποίηση των πελατών-χρηστών αλλά και η ενεργοποίηση του δυναμικού του οργανισμού ή της υπηρεσίας με το μικρότερο δυνατό κόστος. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί μια σημαντική διαδικασία με συνεχή εμφάνιση του προγραμματισμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης των συστημάτων, των δομών, των διαδικασιών αλλά και των δραστηριοτήτων με βασικό σκοπό την εξασφάλιση της ποιότητας (Παπανικολάου, 1995; Παπανικολάου, 2007).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας, έχει ως βάση και επίκεντρο τον ασθενή, ενώ ο προσανατολισμός της έγκειται στην υπηρεσία που παρέχεται. Είναι σημαντική η εμφάνιση ενός ολοκληρωμένου συστήματος διοίκησης της ποιότητας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίες θα πρέπει να αποτελούνται από μηχανισμούς που βασικό σκοπό έχουν τη βελτίωση της ποιότητας πριν, κατά αλλά και μετά την παροχή της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Οι άνωθεν μηχανισμοί θα πρέπει να συμβάλλουν σημαντικά στην παραγωγή των αναγκαίων πληροφοριών που αφορούν την παρακολούθηση, την αξιολόγηση και την καταγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και θα πρέπει να συμμετέχουν στη βελτίωση της ίδιας της διοίκησης της ποιότητας. Για να πραγματοποιηθεί ο βασικός στόχος της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, κατά τον οποίο θα πρέπει να εξαλειφθούν οι αποκλίσεις μεταξύ των επιθυμιών των ασθενών και των τελικών απόψεων που εκφράζουν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να κάνει την εμφάνισή της η προτυποποίηση στις διαδικασίες των υπηρεσιών. Όπως για παράδειγμα η προτυποποίηση των διαδικασιών στις εγχειρίσεις, καθώς μειώνονται οι διαφοροποιήσεις στα αποτελέσματα, οι οποίες αποτελούν απειλές για την υγεία των ασθενών (Νιάκας & Γαρδέλης, 2000).

Υπάρχουν τρεις βασικές αρχές, στις οποίες στηρίζεται η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και είναι οι εξής (Λογοθέτης, 1992; Παπανικολάου, 2007):

➤ Δέσμευση της ηγεσίας

Η δέσμευση της ηγεσίας και της στελέχωσης του οργανισμού για τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας θεωρείται απαραίτητη και θα πρέπει να επικρατεί η επιβεβαίωση της σε πρακτικό επίπεδο. Υποχρέωση της ηγεσίας του εκάστοτε οργανισμού είναι να διαθέτει εκείνα τα απαιτούμενα μέσα, που θα το βοηθήσουν να

επιτύχει τη βελτίωση της ποιότητας και να δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες για την περαιτέρω ανάπτυξή της. Όταν ένας οργανισμός και ιδιαίτερα τα ηγετικά στελέχη της έχουν στόχο την τελειοποίηση των υπηρεσιών τους αλλά δεν διαθέτουν τα κατάλληλα μέσα για την επίτευξη της ανωτέρω διαδικασίας, τότε δημιουργούνται προσωπικοί ανταγωνισμοί ανάμεσα στα στελέχη και επιπλέον δεν υπάρχει ομαδικό πνεύμα. Αυτά τα στοιχεία αποτελούν εμπόδια για την περαιτέρω βελτίωση των σχετικών υπηρεσιών.

➤ **Επιστημονική γνώση**

Τη σημερινή εποχή θεωρείται αναγκαία η κατάρτιση και η εκπαίδευση των στελεχών όλων των βαθμίδων. Για να είναι το προϊόν αλλά και η υπηρεσία υψηλής ποιότητας, θα πρέπει τα στελέχη του εκάστοτε οργανισμού να έχουν τις κατάλληλες τεχνικές δεξιότητες και τις επιστημονικές γνώσεις, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η συνεχή βελτίωση. Κρίνεται αναγκαία η συνεχή βελτίωση και σε αυτό βοηθάει η συνεχής επιμόρφωση των στελεχών σε νέες τεχνικές και μεθόδους, οι οποίες σε καθημερινή βάση πολλαπλασιάζονται. Θα πρέπει να υπάρχει συνεχή ενημέρωση των ηγετικών στελεχών για τις σύγχρονες τεχνικές και μεθόδους βελτίωσης της ποιότητας, έτσι ώστε με τη χρησιμοποίηση των κατάλληλων επιστημονικών μεθόδων και εργαλείων θα μπορέσουν να διαγνώσουν την συγκεκριμένη αιτία δυσλειτουργίας και να λύσουν το πρόβλημα, προλαμβάνοντας σημαντικά την εξάπλωσή του.

➤ **Συμμετοχή του προσωπικού**

Η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας απαιτεί την συμμετοχή όλων στελεχών του εκάστοτε οργανισμού στις ανάλογες διαδικασίες βελτίωσης των σχετικών προϊόντων ή των υπηρεσιών. Θα πρέπει να συμμετέχουν όλοι στην επίτευξη των εν λόγω διαδικασιών και για αυτό το λόγο χαρακτηρίστηκε ως «ολική», η διοίκηση ποιότητας. Όλοι οι εργαζόμενοι είναι υπεύθυνοι για την ποιότητα προσφοράς των υπηρεσιών του οργανισμού, αλλά και σε προσωπικό επίπεδο ο εκάστοτε εργαζόμενος είναι υπεύθυνος για την ποιότητα της δικής του προσωπικής εργασίας. Τα ηγετικά στελέχη θα πρέπει να γνωρίζουν ότι το προσωπικό είναι ιδιαίτερα κατάλληλο για την επίτευξη και την υπόδειξη του τρόπου βελτίωσης της

εργασίας του αλλά και της ποιότητας του σχετικού προϊόντος που παράγεται. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας εφαρμόστηκε στο τομέα της υγείας στις αρχές της δεκαετίας του '90 και πραγματοποιήθηκε κυρίως στα μεγάλα νοσοκομεία. Τη σημερινή εποχή, μικρό ποσοστό υγειονομικών μονάδων σε διεθνή επίπεδο εφαρμόζει την διοίκηση ολικής ποιότητας με συστηματικό τρόπο.

1.3.2.Ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Κρίνεται αναγκαία η εμφάνιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας αλλά και τεράστια τα οφέλη από τη σχετική βελτίωση της ποιότητας. Είναι σημαντική η παρουσία της κατάλληλης θεραπείας και της καλής επικοινωνίας αλλά και του ευχάριστου περιβάλλοντος ανάρρωσης για τον εκάστοτε ασθενή στις μονάδες υγείας. Οι υγειονομικές υπηρεσίες αντιμετωπίζουν συχνά τα ακόλουθα προβλήματα για την επίτευξη της ποιότητας (Nelson, 1992; Κωσταγιόλας κ. συν., 2006):

A) Την μερική χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Αν οι θεραπευτές δεν χρησιμοποιήσουν όλα τα απαραίτητα μέσα για την θεραπεία του εκάστοτε ασθενούς, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες δημιουργίας σοβαρών επιπλοκών στην υγεία αλλά και στην σωματική ακεραιότητα του ασθενούς.

B) Την υπερβολική χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Σε αυτή την περίπτωση, αυξάνεται το κόστος της θεραπείας, καθώς γίνεται υπερβολική χρήση και χορήγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων αλλά και διενέργεια επιπρόσθετων εργαστηριακών ελέγχων, που δεν κρίνονται ιδιαίτερα αναγκαίοι.

Γ) Την κακή χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Σε αυτή την περίπτωση, λόγω της κακής χρήσης των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή των καθυστερημένων νοσηλειών και των λανθασμένων διαγνώσεων, αυξάνονται το κόστος και οι απώλειες των ανθρώπινων ζωών.

Δ) Τη διαφοροποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Σε αυτή την περίπτωση έχουμε σημαντικές διαφοροποιήσεις στους τρόπους και στα μέσα ελέγχου, που χρησιμοποιούν οι γιατροί.

Επιπλέον, ορισμένα από τα προβλήματα που εμφανίζονται, αναφορικά με την ποιότητα, είναι τα εξής: η λανθασμένη διάγνωση της ασθένειας, η καθυστερημένη διάγνωση της συγκεκριμένης ασθένειας και η πλημμελής θεραπεία. Τα άνωθεν

προβλήματα προκύπτουν από τους εξής λόγους: την αποτυχία του νοσοκομειακού συστήματος, όπως για παράδειγμα οι λανθασμένες εργαστηριακές εξετάσεις, το ανθρώπινο λάθος, όπως είναι η έλλειψη της λεπτομερούς εξέτασης από τον γιατρό και η οργάνωση του συστήματος, όπως για παράδειγμα η παρερμηνεία των συμπτωμάτων αλλά και η αναποτελεσματική επικοινωνία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Είναι σημαντική η διάκριση μεταξύ των ανθρώπινων λαθών και των λαθών του νοσοκομειακού συστήματος. Συνήθως αυτά τα λάθη προκύπτουν από την υπερκόπωση των γιατρών, την οργάνωση της υγειονομικής θεραπείας, σε σχετικά δυσανάγνωστες συνταγογραφήσεις κ.λπ. Η επιτακτική ανάγκη για την εδραίωση του συστήματος για την διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας θεωρείται σημαντική, η οποία οδηγεί σε σημαντικές αλλαγές στον τρόπο παροχής υπηρεσιών της υγείας αλλά και στην κουλτούρα της υγείας.

1.3.3.Συνεχή βελτίωση της ποιότητας

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν τρεις τρόποι για να αξιολογηθεί η ποιότητα σε μια υγειονομική μονάδα (Donabedian, 1996; Παπανικολάου, 2007):

- ✓ Ο πρώτος τρόπος είναι η μέτρηση των παραγωγικών συντελεστών, καθώς αξιολογούνται τα προϊόντα με τη χρήση της μέτρησης της εν λόγω ποιότητας των παραγωγικών συντελεστών, δηλαδή εκείνων των συντελεστών που χρησιμοποιούνται στην παραγωγική διαδικασία.
- ✓ Ο δεύτερος τρόπος είναι η εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος, καθώς αξιολογείται η ιατρική και η νοσηλευτική φροντίδα με τη χρήση ορισμένων παραμέτρων παροχής της εν λόγω φροντίδας
- ✓ Ο τρίτος τρόπος είναι η μέθοδος της διαδικασίας, καθώς χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες διαδικασίες ρουτίνας σε περιπτώσεις που αφορούν διάγνωση ή και θεραπεία.

Τη σημερινή εποχή, αναφορικά με τον τομέα της ποιότητας στην υγεία βασικό ρόλο παίζει η έννοια της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, η οποία δεν στηρίζεται μόνο στην συμμόρφωση σε ορισμένα προκαθορισμένα πρότυπα και στην απλή μέτρηση. Η βελτίωση της ποιότητας αποτελεί βασικός σκοπός για τη διασφάλιση της ποιότητας ακόμα και σε ιδιαίτερα πολύπλοκους οργανισμούς, όπως είναι τα νοσοκομεία. Η συνεχή βελτίωση της ποιότητας αναφέρεται σε όλες τις λειτουργίες της επιχείρησης, με βασικό στόχο την αποφυγή των λαθών. Η πρόληψη αποτελεί το

βασικό θεμέλιο στη βελτίωση της ποιότητας και επιτυγχάνεται με τους ακόλουθους μηχανισμούς: την πρόληψη λαθών, την πρόληψη από την επανάληψη των λαθών στα επόμενα παραγωγικά στάδια και τη διακοπή της παραγωγής μέχρι να εξακριβωθεί το λάθος. Οι κλινικές εφαρμογές έχουν στόχο τη βελτίωση της ποιότητας, καθώς βασικά στοιχεία της αποτελούν η δέσμευση του προσωπικού, η συλλογή και η ανάλυση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων με συστηματικό τρόπο αλλά και η ενεργή διοικητική υποστήριξη (Walker & Restuccia, 1984; Πολύζος κ. συν., 2005).

Αναφορικά με τα οφέλη λόγω της παρουσίας της βελτίωσης της ποιότητας, διακρίνουμε τις εξής κατηγορίες για τους ασθενείς και για τους επαγγελματίες υγείας (Σιγάλας, 1999; Κέπεντζης κ. συν., 2004; Τσιριντάνη κ. συν., 2010, Καλογεροπούλου και συν, 2009):

Τα οφέλη για τον ασθενή

- Τα υγειονομικά οφέλη. Συσχετίζονται με την άμεση διάγνωση του προβλήματος που αντιμετωπίζει ένας ασθενής, την αποτελεσματική αντιμετώπισή του κ.λπ.
- Τα ψυχολογικά οφέλη. Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, τότε στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής που του έχει υποβληθεί θα έχει θετική επίδραση.
- Τα οικονομικά οφέλη. Η οικονομική επιβάρυνση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή είναι μικρότερη, όταν το πρόβλημα της υγείας του διαγνωστεί έγκαιρα και αντιμετωπιστεί σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Τα οφέλη για τους επαγγελματίες της υγείας

- Απόκτηση σεβασμού και εμπιστοσύνης από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους
- Απαλλαγή από το καθημερινό άγχος και εκνευρισμό
- Ικανοποίηση από την εξέλιξη και βελτίωση της προσωπικής τους εργασίας
- Μεγαλύτερη ανοχή της κοινωνίας σε σφάλματα και λάθη, την οποία καλλιεργεί σημαντικά η ποιότητα.

Τα οφέλη για τους οργανισμούς υγείας

- Οικονομικά οφέλη: περιορισμός του κόστους λειτουργίας τους λόγω της άμεσης αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας των ασθενών χωρίς επιπλέον εξετάσεις και θεραπείες με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων και την ορθολογική διαχείριση αυτών για πρόληψη, έρευνα κ.λ.π.
- Φήμη και αναγνώριση
- Λειτουργικά οφέλη: ελάφρυνση των υπηρεσιών υγείας λόγω της μείωσης της συνεχιζόμενης λειτουργίας τους.
-

Τα οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

- Οικονομικά οφέλη: μείωση των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων προς τους υγείας για τους ασφαλισμένους τους.
- Υγειονομικά οφέλη: άμεση και αποτελεσματική επίλυση των προβλημάτων υγείας των ασφαλισμένων.
- Κοινωνικά οφέλη: αύξηση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων λόγω της υψηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Τα οφέλη για το κοινωνικό σύνολο και το κράτος

- Υγειονομικά οφέλη: αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας λόγω του υψηλού επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Οικονομικά οφέλη: έχουν σχέση με την μείωση του κόστους νοσηλείας και υπερβολικών δαπανών λόγω περιορισμού του χρόνου νοσηλείας των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και την ταχύτερη επιστροφή τους στην παραγωγικότητα. Αύξηση του αισθήματος της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης των πολιτών για το σύστημα παροχής υγείας της χώρας και βελτίωση της εικόνας του κράτους σε διεθνές και εθνικό επίπεδο (Σιγάλας, 1999; Κέπεντζης κ. συν., 2004; Καλογεροπούλου κ συν., 2009; Τσιριντάνη κ. συν., 2010)

1.3.4. Οι ειδικοί της ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας

Στην παρούσα ενότητα θα πραγματοποιηθεί μια ιδιαίτερη αναφορά στους Guru της ποιότητας καθώς για την καλύτερη κατανόηση των βασικών αρχών και της

εξέλιξης της έννοιας ποιότητας είναι αναγκαία η αναγνώριση των επιστημόνων όπως επίσης και των ιδεών και των πρακτικών που προσέφεραν στον κλάδο.

Μολονότι η έρευνα του **W. Edwards Deming** δεν ήταν αυτή καθαυτή στον τομέα της υγείας οι διδαχές του άσκησαν μεγάλη επιρροή στην ανάπτυξη ποιοτικών πρακτικών στην παροχή υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ. Ο θεμελιωτής της ποιότητας Deming ήταν στατιστικός αναλυτής και κλήθηκε από τους Ιάπωνες μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο να συμβάλλει στην αλλαγή των εργασιακών διαδικασιών. Βασικός στόχος τους ήταν να αντιστρέψουν την άποψη που επικρατούσε ότι δηλαδή η Ιαπωνία ήταν ένας προμηθευτής φθηνών και χαμηλού επιπέδου ποιότητας πρώτων υλών και εμπορευμάτων. Ο Deming, λοιπόν, δημιούργησε ένα σύστημα που είχε σαν κεντρικό πυλώνα τη συμμετοχή των εργαζομένων, ενώ παράλληλα βασιζόταν στα αποτελέσματα και στην εκπαίδευση του προσωπικού αναλύοντας διαρκώς την απόδοση και τα προβλήματα του συστήματος προτείνοντας βελτιωτικές αλλαγές. Οι προτάσεις του Deming συνοψίστηκαν σε 14 σημεία, που ακολουθούν (Παπανικολάου, 2007; Καλογεροπούλου κ συν., 2009):

1. Δημιουργία από την διοίκηση σταθερού σκοπού και στόχου του οργανισμού.
2. Διάδοση της νέας φιλοσοφίας για ποιοτική βελτίωση από τη διοίκηση σε όλους τους εργαζομένους
3. Μείωση του κόστους ελέγχου ποιότητας.
4. Οι πρακτικές της επιλογής των προμηθευτών μόνο από την τιμή πρέπει να σταματήσουν.
5. Βελτίωση σταθερή και συνεχής του συστήματος παραγωγής
6. Καθιέρωση συνεχής εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των εργαζομένων.
7. Δημιουργία και καθιέρωση αποτελεσματικής ηγεσίας
8. Εκδίωξη φόβου. Δημιουργία εμπιστοσύνης ανάμεσα στους εργαζομένους και καινοτόμου κλίματος..
9. Ενθάρρυνση της ομαδικής εργασίας και άρση των διατμηματικών στεγανών.
10. Κατάργηση των συνθημάτων και των σλόγκαν στο χώρο εργασίας
11. Κατάργηση των ποσοτικών μέτρων στην εργασία.
12. Αφαίρεση εμποδίων τα οποία μειώνουν το αίσθημα της υπερηφάνιας των εργαζομένων.
13. Εισαγωγή προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης.

14. Δέσμευση της διοίκησης για συνεχή και διαρκή βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας.

Ο **Joseph Juran**, ένας ακόμη θεμελιωτής της ποιότητας ανέπτυξε σε μεγάλο βαθμό τον ποιοτικό έλεγχο καθώς και τις στατιστικές τεχνικές σε μία ολοκληρωμένη διαδικασία της διοίκησης ολικής ποιότητας. Ο Juran ανέπτυξε την αρχή του Pareto, σύμφωνα με την οποία το 80% ενός προβλήματος οφείλεται μόνο στο 20% των πιθανών αιτιών ενώ μόνο το 20% του συγκεκριμένου προβλήματος οφείλεται στο 80% των πιθανών αιτιών. Ακόμη, ανέπτυξε την γνωστή τριλογία του Juran όπου ο σχεδιασμός που γίνεται στα πλαίσια της ποιότητας είναι ένας διαρκής κύκλος, ο οποίος περιλαμβάνει τη βελτίωση και τον έλεγχο της ποιότητας. Επίσης, ο Juran υπήρξε υποστηρικτής της άποψης ότι η ποιότητα συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση ή μη του πελάτη από το προϊόν ή την υπηρεσία, ενώ διέκρινε τους πελάτες σε εξωτερικούς και εσωτερικούς πελάτες ανάλογα με την εμπλοκή τους στην παραγωγική διαδικασία. Πολλές από τις αρχές που είτε του Juran αποτελούν σημαντικό μέρος των προσπαθειών που καταβάλλουν οι υγειονομικοί οργανισμοί για τη βελτίωση της ποιότητας (Παπανικολάου, 2007; Καλογεροπούλου κ συν., 2009):.

Ο **Ernest Codman** εργάστηκε ως χειρουργός στο γενικό νοσοκομείο της Μασαχουσέτης για περίπου 15 χρόνια. Ωστόσο οι ιδέες που εξέφραζε προκάλεσαν διαφωνίες στην ιατρική κοινότητα της Βοστώνης, και έτσι αποφάσισε να παραιτηθεί επιμένοντας στις θέσεις του. Η αρχή που πρόσβευε ο Codman ήταν η συνέχεια, δηλαδή ότι κάθε νοσοκομείο πρέπει να έχει υπό παρακολούθηση κάθε ασθενή για αρκετό καιρό, προκειμένου να κρίνεται η επιτυχία της αγωγής και να προλαμβάνονται σε ενδεχόμενες αποτυχίες αγωγής πιθανά λάθη στο μέλλον. Ουσιαστικά, παρακολουθούσε σε βάθος τόσο τις διαδικασίες που ακολουθούνταν όσο και την έκβαση της παρεχόμενης. Η λογική της ιδέας του βασιζόταν σε τρία στάδια που είχαν σαν πυλώνα την μελέτη δεικτών. Σύμφωνα με τον Codman οι δείκτες τον βοηθούσαν αρχικά να προσδιορίσει τη συσχέτιση του προβλήματος με τον ασθενή, το ίδιο το σύστημα ή το θεράπων ιατρό, στη συνέχεια να αξιολογήσει τη συχνότητα εμφάνισης του προβλήματος και τέλος για να εκτιμήσει και να βελτιώνει τις διαδικασίες προκειμένου να προλαμβάνονται τα προβλήματα (Donabedian A, 1989).

Ο **Donabedian**, υπήρξε καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan και εστίασε την προσοχή τους σε ζητήματα

ποιότητας στο χώρο της υγείας. Επικεντρώθηκε στη διοίκηση ολικής ποιότητας ενώ ασχολήθηκε κυρίως με τη διάκριση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και τελικό αποτέλεσμα. Ο Donabedian όντας ιατρός μπορούσε να αναπτύξει διαδικασίες για τη βελτίωση της ποιότητας λαμβάνοντας υπόψη τη δυσκολίες τυποποίησης της υπηρεσίας ενώ αναγνώρισε ότι ο ρόλος του αναλυτή ποιότητας είναι να αναζητά τις πιο αποτελεσματικές ενέργειες για την επίτευξη μεγαλύτερου οφέλους σε συνδυασμό με το χαμηλότερο δυνατό κόστος για τον ασθενή (Καλογεροπούλου και συν, 2009).

Εκτός από τους προαναφερθέντες και άλλοι ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τη βελτίωση της ποιότητας στον κλάδο της υγειονομικής φροντίδας και έχουν συμβάλλει σημαντικά με την προσφορά τους, όπως ο Robert Brook και ο Paul Cleary που ερεύνησε σε βάθος την ικανοποίηση των ασθενών και τη βελτίωση των διαδικασιών στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Ορισμός της ΠΦΥ

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ΠΦΥ, ορίζεται το σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, το οποίο είναι προσανατολισμένο στο να εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, στις υπηρεσίες υγείας (Roberts et al, 1998).

Σύμφωνα με την διακήρυξη για την ΠΦΥ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ως ΠΦΥ ορίζεται η σημαντικότερη και βασικότερη διαθέσιμη φροντίδα προς όλους τους πολίτες της κοινότητας που παρέχεται σε κόστος που μπορεί η κοινότητα να επωμισθεί και στηρίζεται στην τεχνολογία και σε πρακτικές που είναι αποδεκτές τόσο επιστημονικά όσο και κοινωνικά (WHO 1978).

Ο Hogarth (1975) ανέφερε πως η ΠΦΥ είναι «η ιατρική παρέμβαση που έχει ως στόχο τη διάγνωση καθώς και την θεραπεία νοσημάτων και τραυματισμών που δε χρήζουν νοσοκομειακής αντιμετώπισης >>>(Μωραΐτης, 1995, 2006).

Ο Ν 4238/2014 αναφέρει ότι η ΠΦΥ α) αποτελεί την πρώτη επαφή του πολίτη με το υγειονομικό σύστημα, β) οι υπηρεσίες που προσφέρει στους πολίτες αποσκοπούν στην πρόληψη, στην διάγνωση, στην θεραπεία και στην προαγωγή της δημόσιας υγείας, γ) καθοδηγεί και ρυθμίζει την περαιτέρω ιατρική φροντίδα των πολιτών σε άλλες βαθμίδες του υγειονομικού συστήματος και δ) δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στον σεβασμό της αξιοπρέπειας, των αποφάσεων και των επιλογών των πολιτών.

Αντικειμενικός σκοπός του συστήματος της ΠΦΥ είναι η πρόληψη, προαγωγή, διατήρηση, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών, με την παράλληλη παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, ιατρικών εξετάσεων και φαρμάκων καθώς και την υιοθέτηση και εφαρμογή κανόνων κοινού πλαισίου πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και πρόληψης για τη δημόσια υγεία. Επομένως η ΠΦΥ ασχολείται με την αντιμετώπιση των έκτακτων περιστατικών, την πρόληψη την διάγνωση και την θεραπεία των νοσημάτων (Σιγάλας,1999).

Η ΠΦΥ στηρίζεται, σε τοπικό καθώς και σε επίπεδο περαιτέρω παραπομπής, σε εργαζόμενους υγείας, δηλαδή ιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, παραϊατρικό προσωπικό και κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι είναι άρτια κοινωνικά και πρακτικά εκπαιδευμένοι, έτσι ώστε να συνεργάζονται ως μία ομάδα υγείας και να δύναται να ανταποκρίνονται σε υψηλό βαθμό στις ανάγκες της κάθε κοινότητας (Μωραΐτης, 2006).

2.2. Σκοπός της ΠΦΥ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το επίκεντρο και τη βάση του συστήματος υγείας μιας χώρας . Η ΠΦΥ παρέχει συνεχώς και αδιακρίτως τις υπηρεσίες της κοντά στους ανθρώπους εκεί όπου κινούνται ζουν και εργαζονται καθημερινά (WHO 1978).

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Alma Ata, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αντανακλά τις οικονομικές, πολιτικές, κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες της χώρας και των επιμέρους κοινοτήτων της και, όπως είναι επόμενο, αναπτύσσεται βάση αυτών. Είναι γεγονός πως στηρίζεται στην εφαρμογή των αποτελεσμάτων που απορρέουν από έρευνες κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και την γενικότερη εμπειρία της δημόσιας υγείας.

Σκοπός της ΠΦΥ είναι να αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας και να επικεντρώνεται στα κύρια προβλήματα υγείας, εξασφαλίζοντας την παροχή υπηρεσιών στο φάσμα της πρόληψης, της διάγνωσης, της θεραπείας αλλά και της αποκατάστασης της υγείας, την στιγμή που τις έχει ανάγκη ο πολίτης. Ακόμη, οφείλει να περιλαμβάνει εκπαίδευση αναφορικά με (Μωραΐτης, 2006; Godager et al, 2012):

- τα κύρια προβλήματα υγείας
- τις μεθόδους πρόληψης τοπικών ενδημικών νόσων και μεταδοτικών λοιμώξεων
- την προαγωγή και έλεγχο της διασφάλισης σίτισης, πόσιμου νερού, αποχέτευσης προαγωγή μητρικής και παιδική φροντίδα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού·
- αντιμετώπιση συνήθων νοσημάτων και τραυμάτων με την εξασφάλιση προμήθειας βασικών φαρμάκων.

Επιπρόσθετα, η ΠΦΥ. εμπλέκει, πέραν του τομέα της υγείας, όλους τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης και απαιτεί τη συνεργασία όλων αυτών των παραγόντων. Ενώ, πρέπει να στηρίζεται σε ενιαίες αλληλοεξαρτώμενες υπηρεσίες παραπομπής με στόχο τη σταδιακή βελτίωση της φροντίδας υγείας για όλους.

2.3. Μονάδες της ΠΦΥ

Οι μονάδες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα είναι (Ν. 4238/ΦΕΚ Α 38/17.02.2014):

- Τα Κέντρα Υγείας πόλης και περιφέρειας
- Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του ΠΕΔΥ
- Τα τακτικά απογευματινά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων

Ωστόσο, ως μονάδες ΠΦΥ θεωρούνται και τα ιδιωτικά ιατρεία ελεύθερων επαγγελματιών ιατρών οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή όχι.

Πιο συγκεκριμένα, ΠΦΥ παρέχουν (α) τα ιδιωτικά ιατρεία και πολυιατρεία (β) ιδιωτικά πολυοδοντιατρεία και οδοντιατρεία, (γ) ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια, (δ) ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, (ε) ιδιωτικά κέντρα που παρέχουν υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, λογοθεραπείας, εργοθεραπείας, (στ) ιδιωτικές μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης, (ζ) ιδιωτικές μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας, (η) ειδικά τμήματα ιδιωτικών κλινικών και πολυκλινικών.

2.4. ΠΦΥ στην Ελλάδα

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι ένα υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας και παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, από τα πολυιατρεία του ΠΕΔΥ και από τον ιδιωτικό τομέα (ιδιώτες ιατρούς και οδοντιάτρους, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών).

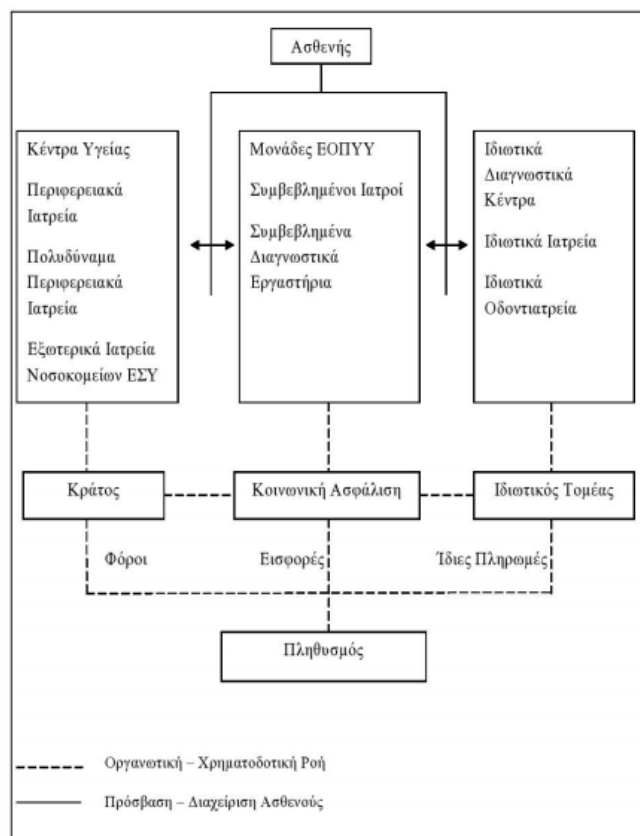
Τις τελευταίες δεκαετίες, τα δεδομένα της πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας στην Ελλάδα παραμένουν σχεδόν αναλλοίωτα ενώ τα τελευταία χρόνια η κατάσταση έχει επιδεινωθεί λόγω του συνεχώς επιδεινούμενου κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος. Είναι γεγονός πως η ΠΦΥ είναι βασικός πυλώνας του συστήματος

υγείας, ωστόσο, παρά τις διαρκείς μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που πραγματοποιούνται την τελευταία δεκαετία, η κατάσταση δεν μεταβλήθηκε και οι υπηρεσίες δεν σε όρους ποιότητας, αποτελεσματικότητας και προσβασιμότητας. Έτσι, ότι υπάρχει δεν θυμίζει σχεδόν σε τίποτα ένα σύγχρονο σύστημα ΠΦΥ που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού.

Από οργανωτικής πλευράς, η ΠΦΥ παρέχεται από δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες οι οποίες χρηματοδοτούνται κυρίως από δημόσιους πόρους. Ο κάθε ασφαλισμένος δύναται να επιλέξει μεταξύ των ιδιωτικών και των δημόσιων παρόχων της ΠΦΥ, που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ και το ΕΣΥ αντιστοίχως. Ακόμη, στην Ελλάδα, υπάρχει η λογική του ιδιώτη οικογενειακού γιατρού, γεγονός όμως που δεν εφαρμόζεται ουσιαστικά εξαιτίας κυρίως της αποσπασματικής οργάνωσης του συστήματος. (Πολύζος Ν., 2013).

Είναι ευρέως γνωστό πως οι δημόσιες δαπάνες στην υγεία έχουν περιοριστεί σημαντικά στα τελευταία χρόνια. Η υποχρηματοδότηση της ΠΦΥ από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση, τείνει να αναπληρώνεται από τις ιδιωτικές δαπάνες και τις ίδιες πληρωμές. Με άλλα λόγια, ο ιδιωτικός τομέας έχει αναπτύξει ένα ευρύ δίκτυο μονάδων υγείας και, λαμβάνοντας υπόψη τα προβλήματα του συστήματος αναφορικά με τη δημόσια χρηματοδότηση, οι χρήστες σε τείνουν να επιβαρύνονται οικονομικά για την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας καθώς και για την ταχύτερη προσβασιμότητα. (Σουλιώτης Κ., 2002)

Στην Εικόνα 2. παρατίθεται ένα υπόδειγμα της οργανωτικής δομής και της χρηματοδότησης της ΠΦΥ στην Ελλάδα.





Εικόνα 2 Οργανωτικά στοιχεία της ΠΦΥ











Πηγή: Γεωργακοπούλου, 2014: 51

2.5. Τα προβλήματα της ΠΦΥ στην Ελλάδα




Είναι γεγονός πως τρέχουσα οικονομική κρίση επιδείνωσε σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό την ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση. Τα κυριότερα προβλήματα που παρουσιάζονται αναφορικά με την ΠΦΥ στην διαθέσιμη βιβλιογραφία συνοψίζονται ως εξής (Πολύζος., 2013):




 Απουσία οργανωμένου μηχανισμού ελέγχου εισόδου, παραπομπής και προσανατολισμού των ασθενών στο σύστημα υγείας. Επομένως, σε συνδυασμό με την έλλειψη ουσιαστικού συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών δημιουργούνται διαχειριστικά προβλήματα και αυξάνεται η αναποτελεσματικότητα του συστήματος.




 Η ΠΦΥ διακρίνεται από πολυκερματισμό, μιας και υφίσταται μία πληθώρα φορέων χωρίς καμία οργανωτική και λειτουργική σύνδεση μεταξύ τους. Πολλές φορές οι υπηρεσίες επικαλύπτονται ενώ παρατηρούνται μεγάλες διαφορές αναφορικά με τον τρόπο και τις διαδικασίες που ακολουθούνται.




-  Στις αγροτικές περιοχές της χώρας, όπου κατοικεί το 30% περίπου του πληθυσμού, η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από Κέντρα Υγείας και από ιδιώτες ιατρούς, συμβεβλημένους ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία. Αντίθετα, στις αστικές περιοχές, όπου κατοικεί το 70% περίπου του πληθυσμού, η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από τις μονάδες ΠΕΔΥ, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και από ιδιώτες ιατρούς, συμβεβλημένους ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία.
-  Η δραστηριότητα των Κέντρων Υγείας και των Πολυιατρείων ΠΕΔΥ περιορίζεται κυρίως στη συνταγογράφηση, την περίθαλψη, ή την παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία, ενώ απουσιάζουν ενέργειες με στόχο την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη.
-  Δεν φαίνεται να υφίσταται η συμμετοχή της κοινότητας στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μολονότι ο ΠΟΥ το έχει επισημάνει από τη Διακήρυξη της Άλμα – Άτα και εστιάζει σε αυτό ακόμη και σήμερα (WHO, 2008)
-  Παρατηρείται η απουσία συστηματικής καταγραφής και τήρησης ιατρικού φακέλου από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στην ΠΦΥ
-  Ανεπάρκεια στη στελέχωση των μονάδων ΠΦΥ τόσο αναφορικά με τον αριθμό όσο και την δια βίου εκπαίδευση του προσωπικού
-  Παρατηρείται ανισότητα στην κατανομή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, μιας και το μεγαλύτερο ποσοστό απασχολείται στα αστικά κέντρα.
-  Στα περιφερειακά ιατρεία απασχολούνται κυρίως ανειδίκευτοι ιατροί που υπηρετούν την υπηρεσία υπαίθρου.
-  Οι κτηριακές εγκαταστάσεις των μονάδων ΠΦΥ είναι ιδιαίτερα προβληματικές αναφορικά με την έλλειψη χώρου, τους μη λειτουργικούς χώρους των εργαστηρίων καθώς και τον κακής κατάστασης ξενοδοχειακό εξοπλισμό
-  Η μέχρι πρόσφατα ύπαρξη πολλαπλών ασφαλιστικών ταμείων παρείχαν διαφορετικές υπηρεσίες αναφορικά με την ποιότητα και το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών.
-  Λόγω του μεγάλου αριθμού των συμβεβλημένων με τα ασφαλιστικά ταμεία ιατρών σε συνδυασμό με την αμοιβή κατά πράξη συνέβαλαν στη

δημιουργία προκλητής ζήτησης, η οποία εν συνεχεία οδήγησε στην υπερφόρτωση του συστήματος και την αύξηση του κόστους

   Ανυπαρξία ελέγχου συνταγογράφησης και των παραπομπών σε διαγνωστικά κέντρα για εξετάσεις υψηλού κόστους, συνέβαλλε στην επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων με επιπλέον κόστος.

   Η απουσία εδραιωμένων συστημάτων διασφάλισης ποιότητας προκάλεσαν πολλές φορές δυσπιστία στους χρήστες της δημόσιας ΠΦΥ

   Το ελληνικό σύστημα επικεντρώθηκε στην τριτοβάθμια υγεία ενώ παράλληλα η ΠΦΥ υποχρηματοδοτήθηκε.

   Η απουσία πληροφοριακών συστημάτων συνέβαλε στην αδυναμία διαχείρισης της κατάστασης στην ΠΦΥ.

Τα προβλήματα που παρατέθηκαν ωρύτερα οδήγησαν αθροιστικά σε χαμηλή παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος της ΠΦΥ με αποτέλεσμα οι πολίτες να αντιμετωπίζουν τη δημόσια ΠΦΥ με δυσαρέσκεια.

Μετά το 2010 οι υγειονομικοί πόροι έχουν μειωθεί σε μεγάλο βαθμό και δεν υπάρχει ισορροπία μεταξύ της προφοράς και της ζήτησης στις υπηρεσίες υγείας. Η ισορροπία αυτή μεγαλώνει ακόμη περισσότερο όσο μειώνεται η ιδιωτική δαπάνη. Η ιδιωτική δαπάνη είναι αυτή που προσφέρει στους πολίτες εύκολη και ταχεία πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και βοηθάει στο να επιτευχθεί αυτή η ισορροπία. Όταν λοιπόν αυτή η ισορροπία καταστρέφεται και υπάρχει πλεονάζουσα ζήτηση, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν βρίσκει ανταπόκριση στις υπηρεσίες υγείας. Το γεγονός αυτό επηρεάζει πολύ περισσότερο τα ευπαθή στρώματα του πληθυσμού όπως είναι οι φτωχοί, οι χρόνια πάσχοντες κ.α. (Godager et al, 2012).

Σύμφωνα με έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι το 60% του πληθυσμού αντιμετωπίζει δυσκολίες στην πρόσβαση του στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Γι' αυτό το λόγο ένα μέρος του πληθυσμού επιλέγει τη νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία όμως έχει σαν αποτέλεσμα την επιβάρυνση του προϋπολογισμού υγείας. Το κόστος για την αντιμετώπιση μιας μέσης περίπτωσης στη νοσοκομειακή περίθαλψη υπερβαίνει τα 2500 ευρώ, ενώ στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας το κόστος αυτό είναι περίπου 150 ευρώ. Εύκολα διαπιστώνει κανείς λοιπόν ότι το πρόβλημα της ανισορροπίας μεταξύ προφοράς και ζήτησης πρέπει να επιλυθεί όμως δεν γίνεται γιατί δεν υπάρχει κάποια ουσιαστική πρόταση αντιμετώπισης της και εξαιτίας της μεγάλης μείωσης των ιδιωτικών πληρωμών (Σωτηριάδου και συν, 2011).

Πολλά προβλήματα αντιμετωπίζουν και τα Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου επειδή παρουσιάζουν πολλές ελλείψεις τόσο στην οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας. Επίσης στην Ελλάδα ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν μπόρεσε να αναπτυχθεί εξαιτίας της αδυναμίας ανάπτυξης της Π.Φ.Υ. στις αστικές περιοχές (Λιονής & Μερκούρης, 2000).

Ο σχεδιασμός και η παροχή υπηρεσιών υγείας από την Π.Φ.Υ. δεν έχει λάβει υπόψη της τις ανάγκες που μπορεί να έχει ο πληθυσμός και δυστυχώς δεν έχει πραγματοποιηθεί καμιά ουσιαστική αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρουν οι δομές της.

2.6. Ο ρόλος του γυναικολόγου και της μαίας στην ΠΦΥ

Είναι γεγονός πως ο γυναικολόγος στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατέχει έναν εξέχουσα σημασίας ρόλο καθώς είναι υπεύθυνος για τη διάγνωση και τη θεραπεία νοσημάτων, την μετάδοση της γνώσης αναφορικά με την πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, την θεραπεία αυτών, τον οικογενειακό προγραμματισμό, την διενέργεια προληπτικών ελέγχων (CA Μαστού, κολπικό έλεγχο, test Παπανικολάου, Test HPV) και την συμβουλευτική υποστήριξη των γυναικών. Ακόμη, παρέχει γενετική συμβουλευτική, περιγεννητική φροντίδα, έλεγχο και παρακολούθηση της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Fokemma et al, 2014).

Από την άλλη πλευρά η μαία εργάζεται σε στενή επαφή με τις γυναίκες για να δώσει την απαραίτητη υποστήριξη, περίθαλψη και συμβουλή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, και την προώθηση του μητρικού θηλασμού. Ακόμη, η μαία έχει σημαντικό ρόλο στη συμβουλευτική και στην εκπαίδευση σε θέματα υγείας, όχι μόνο για τη γυναίκα αλλά επίσης μέσα στην οικογένεια και στην κοινωνία. Αυτή η δραστηριότητα πρέπει να περιλαμβάνει προγεννητική εκπαίδευση και προετοιμασία γονεϊκότητας και μπορεί να επεκταθεί στην υγεία των γυναικών, στη σεξουαλική ή αναπαραγωγική υγεία και στη φροντίδα του παιδιού (Rouleau et al, 2012). Ο ρόλος της μαίας είναι να φροντίζει τόσο την γυναίκα όσο και το παιδί, προσαρμόζοντας κάθε φορά το είδος της παρεχόμενης φροντίδας ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες που υπάρχουν.

2.7. Οικογενειακός προγραμματισμός

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αναφέρεται στο δικαίωμα και στην υποχρέωση ενός ζευγαριού να επιλέγει πότε επιθυμεί να αποκτήσει παιδιά. Ουσιαστικά, είναι μια διαδικασία πρόληψης με σκοπό την προστασία της υγείας των μελών της οικογένειας, μιας και μέσω της παροχής βοήθειας και της πληροφόρησης και από ειδικούς προετοιμάζονται και διαπαιδαγωγούνται τα ζευγάρια ψυχολογικά προκειμένου να αναλάβουν το ρόλο του γονέα υπεύθυνα (Swezy και Green, 1987).

Με άλλα λόγια με τον οικογενειακό προγραμματισμό τα ζευγάρια δύνανται να βοηθηθούν όταν το επιθυμούν αλλά δεν μπορούν, εξαιτίας προβλημάτων υγείας, να αποκτήσουν παιδιά. Παράλληλα, έχουν τη δυνατότητα να προλαμβάνουν την εμφάνιση κληρονομικών νοσημάτων στα τέκνα που θα αποκτήσουν καθώς και να λάβουν μέτρα προστασίας της υγείας τους, πριν τη σύλληψη του παιδιού, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και μετά τη γέννηση προκειμένου να εξασφαλίσουν την υγεία του παιδιού (Piotrow, 1997).

Ο οικογενειακός προγραμματισμός επιφέρει γιγάντια οφέλη στην γυναίκα, στο παιδί και γενικότερα στην κοινωνία.

2.7.1. Σκοπός και ρόλος του ιατρείου οικογενειακού προγραμματισμού στην Π.Φ.Υ

Ο σκοπός του Ιατρείου Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι, ουσιαστικά, η παροχή των εξειδικευμένων υπηρεσιών από άρτια ειδικευμένο προσωπικό σε θέματα ισότητας φύλων, σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και αντισύλληψης.

Οι υπηρεσίες του Ιατρείου Οικογενειακού Προγραμματισμού που παρέχονται στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι οι εξής (Swezy και Green, 1987):

1. Κλινική γυναικολογική εξέταση, πρόληψη και έλεγχος των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, ψυχοσωματική προετοιμασία και παρακολούθηση εγκυμοσύνης καθώς και συμβουλευτική για διακοπή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.
2. Ενημέρωση και συμβουλευτική για τις μεθόδους αντισύλληψης, τον προγεννητικό έλεγχο, την

υπογονιμότητα, τον καθορισμό του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια, την γέννηση υγιών παιδιών και την υγιεινή του γεννητικού συστήματος.

3. Συμβουλευτική γονεϊκότητας, υιοθεσίας, ενδοοικογενειακής βίας, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ο στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι να περιγραφεί η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα. Η δομή του κεφαλαίου χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος θα συζητήσουμε το συνολικό σχεδιασμό της έρευνας και στο δεύτερο μέρος θα εστιαστούμε στο σχεδιασμό του ερωτηματολογίου. Τα δύο πρώτα μέρη της μεθοδολογίας σχετίζονται με την ανάλυση πρωτογενών στοιχείων.

3.1. Μέθοδος έρευνας

Οι μέθοδοι έρευνας αγοράς καθορίζονται από τη φύση του προβλήματος και διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες: την περιγραφική, την αιτιολογική και την εξερευνητική (Olsson and Larsson, 2005).

Στην παρούσα μελέτη έχει χρησιμοποιηθεί η περιγραφική έρευνα.

Η έρευνα που διεξήχθη στα πλαίσια της παρούσας εργασίας αφορά τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών του ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου, τέως μονάδα υγείας ΙΚΑ Νέου Κόσμου στην Αθήνα, για αυτό το σκοπό χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική συλλογή δεδομένων. Η συγκεκριμένη έρευνα αφορά ικανοποίηση των ασθενών με βάση την σκοπιά του χρήστη. Η ποσοτική έρευνα παρέχει στατιστικές πληροφορίες η μελέτη των οποίων οδηγεί σε συγκεκριμένα συμπεράσματα. Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης επιλέχθηκε η χρήση του δομημένου ερωτηματολογίου, ενώ η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε δια ζώσης.

3.2. Πηγές δεδομένων

Υπάρχουν δύο βασικές πηγές δεδομένων στην έρευνα αγοράς: τα δευτερογενή δεδομένα (secondary data) και τα πρωτογενή δεδομένα (primary data). Δευτερογενή δεδομένα είναι εκείνα που υπάρχουν ήδη και τα οποία έχουν συγκεντρωθεί για την επίλυση κάποιου άλλου προβλήματος. Πρωτογενή δεδομένα είναι εκείνα που συγκεντρώνονται για να βοηθήσουν στην επίλυση του συγκεκριμένου προβλήματος. Η πιο διαδεδομένη μέθοδος συλλογής πρωτογενών δεδομένων, η οποία και χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι η δημοσκόπηση, η οποία σχετίζεται με τη συμπλήρωση κάποιου ερωτηματολογίου.


Υπάρχουν δύο μέθοδοι δειγματοληψίας. Η μία δίνει δείγματα πιθανοτήτων στα οποία είναι γνωστή η πιθανότητα επιλογής του κάθε ερωτώμενου και η άλλη δίνει δείγματα μη πιθανοτήτων στην οποία η πιθανότητα επιλογής είναι άγνωστη. (Morgan, 1997).


Στην συγκεκριμένη περίπτωση η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή που δίνει δείγματα πιθανοτήτων και συγκεκριμένα η τυχαία δειγματοληψία, καθώς το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε τυχαίους ασθενείς που προσήλθαν και εξετάστηκαν στο ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου, επομένως είχε πρόσβαση ο οποιοσδήποτε χρήστης.

3.3. Επιλογή του δείγματος

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας επιλέχθηκαν ασθενείς που προσήλθαν και εξετάστηκαν στο ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου και συγκεκριμένα στο Γυναικολογικό Ιατρείο και στο Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού κατά την περίοδο 30 Απριλίου 2016 και 30 Αυγούστου. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η διοίκηση του ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου έδωσε τη συγκατάθεσή της για την διεξαγωγή της παρούσα έρευνας.

Τα επιπρόσθετα κριτήρια που τέθηκαν για την επιλογή του δείγματος ήταν τα εξής:

 Η συναίνεση του συμμετέχοντος έπεται από ενημέρωσή του για το αντικείμενο και τον σκοπό της έρευνας

 Να δύναται να επικοινωνήσει και να συνομιλήσει με άλλο πρόσωπο χωρίς να επιβαρύνεται η υγεία του.

Επομένως, ο πληθυσμός της έρευνας ήταν όλοι οι χρήστες που προσήλθαν και εξετάστηκαν στο ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας που πληρούσαν τα απαιτούμενα κριτήρια. Ουσιαστικά, διαμοιράστηκε το ερευνητικό εργαλείο της έρευνας – ερωτηματολόγιο και ζητήθηκε, εφόσον το επιθυμούν, να το συμπληρώσουν την ίδια στιγμή δια ζώσης και να το επιστρέψουν στον ερευνητή. Όσοι χρήστες συμπλήρωσαν ολοκληρωμένα το ερωτηματολόγιο αποτέλεσαν το δείγμα της παρούσας έρευνας.

3.4. Διαδικασία της διεξαγωγής της έρευνας

Έπειτα από συνεννόηση και καλή συνεργασία με τον υπεύθυνο, τις μαίες και του ιατρούς στο ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου γινόταν ενημέρωση αναφορικά με τους ασθενείς που προσέρχονταν στο Γυναικολογικό Ιατρείο και στο Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού. Αρχικά γινόταν κατανοητό στους ερωτώμενους το αντικείμενο και ο σκοπός της έρευνας. Παράλληλα, με την διαβεβαίωση ότι θα διατηρηθεί η ανωνυμία των ερωτώμενων γινόταν σαφές ότι τα δεδομένα που θα τους παρείχαν θα ήταν άκρως εμπιστευτικά. Στη συνέχεια, διαμοιράζονταν στους συμμετέχοντες που δέχονταν να συμμετέχουν ένα αντίγραφο του ανώνυμου ερωτηματολογίου έρευνας συνημμένο με μία συνοδευτική επιστολή που συνοψίζει το σκοπό της έρευνας και τη σημασία.. Οι ασθενείς – χρήστες , ουσιαστικά, προτρέπονταν να συμπληρώσουν με ειλικρίνεια το ερωτηματολόγιο και να το επιστρέψουν. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στον χώρο του ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου μετά το πέρας της εξέτασης των χρηστών. Τελικώς, συγκεντρώθηκαν 661 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τα οποία και αποτέλεσαν το δείγμα την έρευνας.

Προτιμήθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος καθώς έτσι αποτράπηκε το συχνό πρόβλημα οι ασθενείς - χρήστες να αισθάνονται φόβο ότι οι απαντήσεις τους ενδέχεται να έχουν αντίκτυπο στην νοσηλεία τους. Επομένως, με αυτόν τον τρόπο εκφράζουν με σαφήνεια και ειλικρίνεια την πραγματική ικανοποίησή τους από την εν λόγω μονάδα υγείας ΠΕΔΥ χωρίς να στρεβλώνεται η κρίση τους από τους επαγγελματίες υγείας.

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 18 ενώ για τις αριθμητικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε το Pearson Chi-Square Test

3.5. Δομή του ερευνητικού εργαλείου

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε έχει σχεδιαστεί για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας. Το ερωτηματολόγιο διακρίνεται σε έξι μέρη:

Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 7 κλειστού τύπου ερωτήσεις που αναφέρονται στα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων. Πιο συγκεκριμένα, ζητείται από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν το φύλο, την ηλικία, την υπηκοότητα, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσής τους. Ακόμη, οι συμμετέχοντες καλούνται να

απαντήσουν εάν διαθέτουν ασφάλιση υγείας και ποιο εκ των δύο ιατρείων επισκέφτηκαν, το Γυναικολογικό Ιατρείο ή το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση των χρηστών από τις ιατρικές υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να δηλώσουν τον χρόνο που διέθεσαν οι ιατροί ώστε να τους εξετάσουν και τον τρόπο προσέγγισής τους. Ακόμη, ερωτήθηκαν αναφορικά με τον βαθμό εμπιστοσύνης που επιδεικνύουν στις ικανότητες των ιατρών καθώς και το ενδιαφέρον που επέδειξαν για την κατάσταση της υγείας τους.

Στο τρίτο μέρος οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να δηλώσουν τον βαθμό ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες από πλευράς των μαιών. Ειδικότερα, οι ερωτήσεις είχαν να κάνουν με την φιλική αντιμετώπιση των ασθενών, την ενημέρωση που δέχτηκαν καθώς και την ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας.

Στο τέταρτο μέρος αξιολογήθηκε η ικανοποίηση από τις εγκαταστάσεις αναφορικά με την καθαριότητα των χώρων. Ενώ, στο πέμπτο μέρος εκτιμήθηκε ο χρόνος αναμονής από την ώρα του προγραμματισμένου ραντεβού μέχρι την ώρα της εξυπηρέτησης.

Στο τελευταίο μέρος, οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν την συνολική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Προέλεγχος έρευνας

Ουσιαστικά, το στάδιο του προελέγχου αποσκοπούσε αφενός στην εξοικείωση του ερευνητή με το εργαλείο και αφετέρου στον εντοπισμό ενδεχόμενων προβλημάτων που αφορούν τη μορφή και τη γλώσσα του ερωτηματολογίου καθώς και την κατανόηση του από τους ερωτώμενους (Αλετράς et al., 2007). Το δείγμα στο οποίο έγινε η πιλοτική μελέτη ήταν 15 ασθενείς που εξετάστηκαν στο Γυναικολογικό Ιατρείο του ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου μία συγκεκριμένη ημέρα. Όπου κρίθηκε απαραίτητο πραγματοποιήθηκαν μικρές αλλαγές.

3.7. Αδυναμίες και περιορισμοί

Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των συμμετεχόντων άφησε αναπάντητες ορισμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Λόγω αυτής της σημαντικής απώλειας των δεδομένων υπάρχει η πιθανότητα διαφοροποίησης της αντιπροσωπευτικότητας

του δείγματος. Ωστόσο, τα ερωτηματολόγια αυτά, αριθμού 23, αφαιρέθηκαν από την παρούσα έρευνα και έτσι το δείγμα διαμορφώθηκε στους 661 συμμετέχοντες.

Από την άλλη πλευρά, δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε την άποψη όσων δεν ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμα που ενδεχομένως να αποτελούν μία κοινωνική ομάδα, όπως για παράδειγμα οι αναλόγητοι. Ακόμη, θα ήταν σημαντικό να λάβουμε υπόψη την πιθανή καχυποψία των ασθενών μιας και το ερωτηματολόγιο δόθηκε στο ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου. Με άλλα λόγια, ενδέχεται κάποιοι συμμετέχοντες να μην συμμετείχαν στην έρευνα καθώς θεώρησαν ότι μπορεί να επηρεαστεί η αντιμετώπιση των ιατρών κατά την επόμενη επίσκεψή τους, μολονότι είχαν την διαβεβαίωση της ανωνυμίας τους.

3.8 Κριτήρια ικανοποίησης που εξετάστηκαν

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αξιολογήσει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών σε μία οργανωμένη μονάδα υγείας όπως είναι το ΠΕΔΥ Νέου Κόσμου και συγκεκριμένα από το Γυναικολογικό ιατρείο και το ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού του συγκεκριμένου ΠΕΔΥ.

Το πιο σημαντικό στάδιο της έρευνας είναι η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου. Πρέπει να αναφερθεί ότι το σύνολο των κριτηρίων ικανοποίησης στην έρευνα αυτή βασίζεται σε βιβλιογραφική ανασκόπηση. Μελετώντας την βιβλιογραφία είναι φανερό ότι πολλοί παράγοντες έχουν χρησιμοποιηθεί για την μέτρηση της ικανοποίησης στην ΠΦΥ. Οι πιο κοινοί παράγοντες που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι: η επικοινωνία ανάμεσα στο υγειονομικό προσωπικό και στον ασθενή (Πιερράκος Γ. κ.α, 2013, Niewiadomski. T. et all, 2014, Yeh J. and Nagel Er., 2010), οι ικανότητες και οι γνώσεις του ιατρικού και μαιευτικού προσωπικού (Hojat M. et all,2011, Change F. et all,2015, Fikru T. et all, 2013), ο χρόνος εξέτασης (Almoagel A., 2014, Patel Is., 2011), ο χρόνος αναμονής (Camacho F. et all, 2006) και το περιβάλλον-εγκαταστάσεις (Blizard R. 2005, Chun-Yen Tsai et all, 2007).

Στο παρόν ερωτηματολόγιο οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να αξιολογήσουν ορισμένα κριτήρια που θεωρητικά επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τα δύο ιατρεία που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία. Τα κριτήρια που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών είναι (εικ. 3):

1. Του διαθέσιμου χρόνου που αφιέρωσε ο γιατρός για την εξέταση

2. Την φιλική και ευγενική συμπεριφορά του γιατρού
3. Την εμπιστοσύνη στις ικανότητες και στις γνώσεις του γιατρού
4. Το ενδιαφέρον του γιατρού για την υγεία σας
5. Την φιλική και ευγενική συμπεριφορά των μαιών/τών
6. Την ενημέρωση από τις μαιές/τές
7. Την ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας
8. Την καθαριότητα των χώρων
9. Τον χρόνο αναμονής σας από την ώρα του προγραμματισμένου ραντεβού μέχρι την ώρα της εξυπηρέτησης.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ
Διαθέσιμος χρόνος του γιατρού για την εξέταση	Almoagel A. 2014, Patel Is. 2011, Comacho F. et all 2006
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά του γιατρού	Πιερράκος Γ. και συν 2013, Yeh J. and Nagel Er. 2010, Kolip P. et all 2009)
Εμπιστοσύνη στις ιατρικές ικανότητες και γνώσεις	Γαβριήλ Ε. και συν 2012, Shahzadi Saima H. et all 2015
Ενδιαφέρον του γιατρού για την υγεία	Hojat M. et all 2011
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά μαιών	Fikru T. et all 2013
Ενημέρωση από τις μαιές	Niewiadomski T. et all 2014, Kolip P. et all 2009
Τις ικανότητες και τις γνώσεις των μαιών	Change F. et all 2015
Καθαριότητα των χώρων	Chun-Yen T. et all 2007
Χρόνος αναμονής στην αίθουσα αναμονής	Michael M. et all 2013, Bieustein C. et all 2014, Patel I. et all 2011
Συνολική ικανοποίηση	Πολύζος Ν. και συν 2007, Τούντας Γ. και συν 2003

ΕΙΚΟΝΑ 3 Κριτήρια έρευνας

Τα παραπάνω κριτήρια παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις τόσο με τα δημογραφικά στοιχεία όσο και μεταξύ των δύο ιατρείων, του Γυναικολογικού Ιατρείου και του Ιατρείου Οικογενειακού Προγραμματισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα σε μία έρευνα αποσκοπεί στον περιορισμό της μεροληψίας και της ανακρίβειας που μπορεί να υποπέσει η έρευνα. Αφενός η αξιοπιστία στοχεύει στην γενίκευση των αποτελεσμάτων και αφετέρου η εγκυρότητα εξετάζει εάν τα αποτελέσματα ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα (Saunders et al, 2003).

4.1.1. Έλεγχος Αξιοπιστίας

Η αξιοπιστία αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι μετρήσεις της έρευνας επαναλαμβάνονται. Ουσιαστικά, αυτό σημαίνει πως σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις τα αποτελέσματα της έρευνας θα πρέπει να είναι συνεπή. Όσο μεγαλύτερη είναι η συνέπεια στις επαναλαμβανόμενες μετρήσεις τόσο μεγαλύτερη είναι και η αξιοπιστία (Malhotra, 1999). Το μέτρο που θα χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων είναι ο συντελεστής Cronbach's Alpha ο οποίος ορίζεται ως ο μέσος όρος όλων των πιθανών split half συντελεστών οι οποίες προκύπτουν από διαφορετικούς τρόπους διάσπασης της κλίμακας των μεταβλητών (Malhotra και Birks, 1999).

Το εύρος των τιμών που μπορεί να πάρει ο συντελεστής Cronbach's Alpha κυμαίνεται από 0 έως 1. Όσο πιο κοντά είναι η τιμή του συντελεστή στο 1 δείχνει μεγαλύτερη αξιοπιστία, που σημαίνει επίσης ότι υπάρχουν περισσότερα κοινά στοιχεία μεταξύ των μεταβλητών. Η προτεινόμενη τιμή του συντελεστή Cronbach's Alpha είναι μεγαλύτερη από 0,7 (Sharma, 1996).

Στην περίπτωση της συγκεκριμένης έρευνας ο συντελεστής Cronbach's Alpha είναι ίσος με 0,772 >0,7, επομένως τα δεδομένα μας είναι αξιόπιστα και ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα (Πίνακας 1).

Στη συνέχεια θα ελεγχθεί η αξιοπιστία στις επιμέρους κατηγορίες του ερευνητικού εργαλείου καθώς υπάρχουν και αρνητικές ερωτήσεις. Οι επιμέρους συντελεστές Cronbach's Alpha περιλαμβάνονται στον πίνακα 1 που ακολουθεί.

	Cronbach's Alpha	N of Items
Σύνολο ερωτηματολογίου	,772	11
Ικανοποίηση από Ιατρούς	,823	4
Ικανοποίηση από Μαίες	,865	3
Ικανοποίηση από Καθαριότητα & χρόνος αναμονής	,783	2
Συνολική Ικανοποίηση και Πρόθεση σύστασης	,869	2

Πίνακας 1. Έλεγχος αξιοπιστίας

4.1.2 Έλεγχος Εγκυρότητας

Η εγκυρότητα εξετάζει εάν τα αποτελέσματα της έρευνας ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Ουσιαστικά είναι ο βαθμός στον οποίο μια μελέτη επιβεβαιώνει το θεωρητικό υπόδειγμα στο οποίο βασίστηκε ο ερευνητής (Saunders et al, 2003). Υπάρχουν δύο τύποι εγκυρότητας στην έρευνα: α) εγκυρότητα περιεχομένου και β) εγκυρότητα δομής της έρευνας (Malhotra et al, 1999). Η εγκυρότητα του περιεχομένου εξετάζει αν οι κλίμακες μέτρησης που χρησιμοποιούνται στην έρευνα είναι έγκυρες. Η εγκυρότητα περιεχομένου στην παρούσα έρευνα μετριέται με τρεις τρόπους. Αρχικά όλες οι κλίμακες μέτρησης των μεταβλητών έχουν δανειστεί από προηγούμενες έρευνες οι οποίες είχαν ως αντικείμενο τη μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από μονάδες υγείας και έχουν προσαρμοστεί στην παρούσα έρευνα.

Ο δεύτερος τρόπος ελέγχου της εγκυρότητας ήταν η μετάφραση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα και ο έλεγχος της ορολογίας για αποφυγή παρανόησης και λάθος επικοινωνίας. Τέλος, πραγματοποιήθηκε προέλεγχος του ερωτηματολογίου προκειμένου να εξακριβωθεί αν είναι σαφές και εύκολο στην κατανόηση και να εντοπιστούν τυχόν προβλήματα από διαφορούμενες ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε δεκαπέντε άτομα που έδωσαν παρατηρήσεις σχετικά με το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου και την εγκυρότητα των ερωτήσεων. Τα αποτελέσματα του προελέγχου έδειξαν ότι το ερωτηματολόγιο πληρεί τις προϋποθέσεις εγκυρότητας του περιεχομένου.

Η αξιολόγηση της εγκυρότητας της δομής αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι κλίμακες μέτρησης που χρησιμοποιήσαμε ακολουθούν κατά τρόπο συνεπή τις έννοιες θεωρητικής βάσης (Malhotra και Birks, 1999). Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου βασίστηκε στο θεωρητικό υπόδειγμα και τις λοιπές θεωρίες και έρευνες που σχετίζονται με την μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από μονάδες υγείας οι οποίες έχουν ήδη αξιολογηθεί και από ειδικούς και καταλήγουν σε αποδεδειγμένα και έγκυρα αποτελέσματα.

4.2. Δημογραφικά στοιχεία

Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιαστούν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα το φύλο, η ηλικία, η υπηκοότητα, η οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης και ύπαρξη ασφάλισης. Τέλος, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να δηλώσουν σε ποιο ιατρείο εξετάστηκαν α) Γυναικολογικό Ιατρείο ή β) Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού.

4.2.1. Φύλο ερωτώμενων

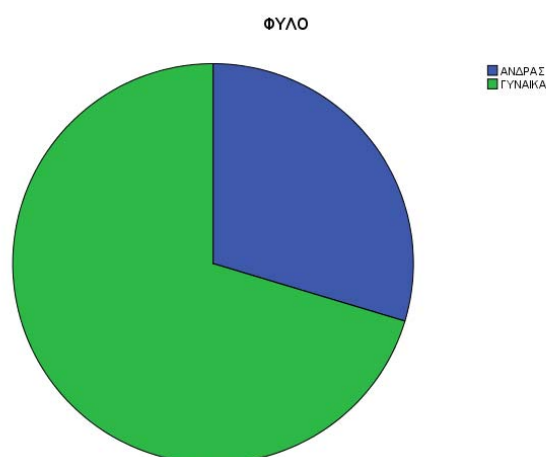
Το δείγμα των 661 ερωτώμενων αποτελείται από 196 άνδρες και 465 γυναίκες. Τα ποσοστά διαμορφώνονται ως εξής, 29,7% άνδρες και 70,3% γυναίκες (Πίνακας 2). Είναι απόλυτα λογικό να υπάρχει μία επικράτηση των γυναικών στο δείγμα καθώς το γυναικολογικό ιατρείο επισκέπτονται για εξέταση αποκλειστικά γυναίκες, ενώ οι επισκέπτες των ιατρείων οικογενειακού προγραμματισμού αποτελούνται κυρίως από γυναίκες.

Οι άνδρες συμμετέχοντες είτε συνόδευαν τις γυναίκες στο γυναικολογικό ιατρείο για κάποια εξέταση είτε επισκέπτονταν οι ίδιοι ή συνόδευαν τις γυναίκες τους στο ιατρείο οικογενειακού προγραμματισμού.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ANΔΡΑΣ	196	29,7	29,7	29,7
ΓΥΝΑΙΚΑ	465	70,3	70,3	100,0
Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 2. Φύλο ερωτώμενων

Στην εικόνα 4 παρατίθεται και σχηματικά το φύλο των ερωτωμένων όπως αυτό προκύπτει από την ανάλυση του SPSS.



Εικόνα 4. Φύλο ερωτωμένων

Ο πίνακας 3 αποτυπώνει το παραπάνω συμπέρασμα. Το 77% των ερωτώμενων γυναικών και το 29,1% των ανδρών επισκέφτηκε το γυναικολογικό ιατρείο, δηλαδή το 62,8% του συνολικού δείγματος. Από την άλλη πλευρά, οι περισσότεροι άνδρες δήλωσαν ότι επισκέφτηκαν το ιατρείο οικογενειακού προγραμματισμού. Πιο συγκεκριμένα, το 70,9% των ανδρών και το 23% των γυναικών, ενώ το συνολικό ποσοστό των συμμετεχόντων που εξετάστηκε στο ιατρείο οικογενειακού προγραμματισμού ήταν 37,2%.

		ΙΑΤΡΕΙΟ		Total
		Γυναικολογικό ιατρείο	ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	29,1%	70,9%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	77,0%	23,0%	100,0%
Total		62,8%	37,2%	100,0%

Πίνακας 3. Φύλο * ιατρείο Crosstabulation

4.2.2. Ηλικία ερωτωμένων

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η κατανομή των ηλικιών του δείγματός μας. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει στην ομάδα 39 – 48 ετών με ποσοστό 29,8%, ένα 24,1% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 29 – 38 ενώ

ακολουθεί ένα 15,3% μεταξύ 49 – 58 ετών. Τα μικρότερα ποσοστά κατέχουν οι ηλικιακές ομάδες «κάτω από 18 ετών» και «πάνω από 69 ετών» με 3,8% και 7,4% αντίστοιχα. Μπορούμε να εξάγουμε το συμπέρασμα ότι οι συγκεκριμένες ηλικίες τείνουν να μην επισκέπτονται συχνά τα δύο ιατρεία λόγω συνηθειών και τρόπου ζωής. Αφενός, οι ερωτώμενοι κάτω των 18 βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο και σιγά σιγά αρχίζουν να επισκέπτονται το γυναικολογικό ιατρείο , ενώ σπάνια προσφεύγουν στο ιατρείο οικογενειακού προγραμματισμού λόγω μικρής ηλικίας και διαφορετικών προτεραιοτήτων.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid κάτω από 18	49	7,4	7,4	7,4
19-28 ετών	95	14,4	14,4	21,8
29-38 ετών	159	24,1	24,1	45,8
39-48 ετών	197	29,8	29,8	75,6
49-58 ετών	101	15,3	15,3	90,9
59-68 ετών	35	5,3	5,3	96,2
πάνω από 69	25	3,8	3,8	100,0
Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 4. Ηλικία ερωτώμενων

Αφετέρου, οι ερωτώμενοι άνω των 69 ετών παραμελούν την εξέταση σε γυναικολογικό ιατρείο καθώς έχουν προτεραιότητα άλλα προβλήματα υγείας. Παράλληλα, τείνουν να μην επισκέπτονται το ιατρείο οικογενειακού προγραμματισμού γιατί έχουν ήδη δημιουργήσει οικογένεια. Το ποσοστό των μεγαλύτερων ηλικιών που δήλωσε ότι επισκέφτηκε τα δύο ιατρεία αποτελούσε κυρίως συνοδό άλλων ασθενών, συζύγων ή τέκνων.

Στον πίνακα 5 διαφαίνεται η κατανομή των ηλικιών στα δύο ιατρεία ποσοστιαία. Παρατηρούμε, λοιπόν, πως οι δύο παραπάνω ηλικιακές ομάδες επισκέφτηκαν το Γυναικολογικό Ιατρείο, πιθανότατα για τους λόγους που αναφέρθηκαν. Το υψηλότερο ποσοστό που σημειώθηκε στο Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι στις ηλικίες 28- 39 ετών (62,3%). Το συγκεκριμένο ποσοστό είναι ιδιαίτερα υψηλό καθώς εμπεριέχονται και αρκετοί άνδρες.

		ΙΑΤΡΕΙΟ		Total
		Γυναικολογικό Ιατρείο	Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού	
ΗΛΙΚΙΑ	κάτω από 18	100,0%		100,0%
	19-28 ετών	65,3%	34,7%	100,0%
	29-38 ετών	37,7%	62,3%	100,0%
	39-48 ετών	64,0%	36,0%	100,0%
	49-58 ετών	63,4%	36,6%	100,0%
	59-68 ετών	82,9%	17,1%	100,0%
	πάνω από 69	100,0%		100,0%
Total		62,8%	37,2%	100,0%

Πίνακας 5. Ηλικία *Ιατρείο Crosstabulation

4.2.3. Υπηκοότητα ερωτώμενων

Σύμφωνα με τον πίνακα 6, οι συμμετέχοντες κατά 85% είχαν ελληνική υπηκοότητα ενώ 15% άλλη.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ελληνική	562	85,0	85,0	85,0
	Άλλη	99	15,0	15,0	100,0
	Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 6. Υπηκοότητα

Στον πίνακα 7 παρατηρούμε την κατανομή των ηλικιών σύμφωνα με την υπηκοότητα. Τα μεγαλύτερα ποσοστά άλλης υπηκοότητας σημειώνονται στις ηλικιακές ομάδες 29 – 38 και 39- 48 με 26,4% και 19,8% αντίστοιχα. Ακόμη παρατηρούμε ότι όλοι οι συμμετέχοντες άνω των 59 ετών που επισκέφτηκαν τα δύο ιατρεία κατά την περίοδο της έρευνας είχαν ελληνική υπηκοότητα.

Ενώ το 4,1% των ερωτώμενων κάτω των 18 είχαν άλλη υπηκοότητα και το 7,4% των ερωτώμενων μεταξύ 19-28 ετών ομοίως.

		ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ		Total
		Ελληνική	Άλλη	
ΗΛΙΚΙΑ	κάτω από 18	95,9%	4,1%	100,0%
	19-28 ετών	92,6%	7,4%	100,0%
	29-38 ετών	73,6%	26,4%	100,0%
	39-48 ετών	80,2%	19,8%	100,0%
	49-58 ετών	91,1%	8,9%	100,0%
	59-68 ετών	100,0%		100,0%
	πάνω από 69	100,0%		100,0%
Total		85,0%	15,0%	100,0%

Πίνακας 7. Ηλικία *Υπηκοότητα Crosstabulation

4.2.4. Οικογενειακή κατάσταση ερωτώμενων

Στη συνέχεια θα μελετήσουμε την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων όπως αυτή αποτυπώνεται στον πίνακα 8 που ακολουθεί. Το 60,4% δηλώνουν έγγαμοι, το 21,6% άγαμοι και το 7,3% ότι συγκατοικούν με κάποιο σύντροφο. Παράλληλα, το 5,3% δηλώνει χηρεία και 5,4% ότι είναι διαζευγμένοι.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Έγγαμος/η	399	60,4	60,4	60,4
	Άγαμος/η	143	21,6	21,6	82,0
	Χηρεία	35	5,3	5,3	87,3
	Διαζευγμένος/η	36	5,4	5,4	92,7
	Συζώ με σύντροφο	48	7,3	7,3	100,0
	Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 8. Οικογενειακή κατάσταση

Στον πίνακα 9 παρατηρούμε την κατανομή των ηλικιών βάσει της οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, η πλειονότητα των ερωτώμενων κάτω των 18 ετών δήλωσαν άγαμοι με ποσοστό 95,9%. Ενώ ένα 4,1% δήλωσαν έγγαμοι. Μελετώντας παράλληλα το ποσοστό αυτό εντοπίσαμε ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι κάτω των 18 που δήλωσαν έγγαμοι είχαν ξένη υπηκοότητα ή ήταν ρομά.

Οι ερωτώμενοι μεταξύ 19 – 28 ετών δήλωσαν κατά 50,5% έγγαμοι 45,3% άγαμοι και 4,2% ότι συζούν με τον σύντροφό τους. Από την άλλη οι 29 – 39 ετών

ισχυρίστηκαν ότι είναι κατά 81,1% έγγαμοι, 8,8% άγαμοι, 4,4% διαζευγμένοι και 5,7% συζούμε με τον σύντροφό τους. Τα ποσοστά οικογενειακής κατάστασης στην ηλικιακή ομάδα 39 – 48 διαμορφώθηκαν ως εξής, 57,9% έγγαμοι, 16,8% άγαμοι, 7,1% διαζευγμένοι, 16,8% συζούν με σύντροφο και 1,5% χήροι.

		ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ					Total
		Έγγαμος/η	Άγαμος/η	Χηρεία	Διαζευγμένος/η	Συζώ με σύντροφο	
ΗΛΙΚΙΑ	κάτω από 18	4,1%	95,9%				100,0%
	19-28 ετών	50,5%	45,3%			4,2%	100,0%
	29-38 ετών	81,1%	8,8%		4,4%	5,7%	100,0%
	39-48 ετών	57,9%	16,8%	1,5%	7,1%	16,8%	100,0%
	49-58 ετών	74,3%	3,0%	5,9%	14,9%	2,0%	100,0%
	59-68 ετών	65,7%	8,6%	25,7%			100,0%
	πάνω από 69	32,0%		68,0%			100,0%
Total		60,4%	21,6%	5,3%	5,4%	7,3%	100,0%

Πίνακας 9. Ηλικία * Οικογενειακή κατάσταση Crosstabulation

Στην ηλικιακή ομάδα 49 – 58 ετών το 74,3% δήλωσαν έγγαμοι, το 14,9% διαζευγμένοι, το 5,9% χήροι, το 3% άγαμοι και το 2% συγκάτοικοι με σύντροφο. Οι 59 – 68 ετών ήταν κατά 65,7% έγγαμοι, 25,7% χήροι και 8,6% άγαμοι. Ενώ πάνω των 69 ετών ήταν κατά 32% έγγαμοι και 68% χήροι.

Στον πίνακα 10 παρατηρούμε την κατανομή της οικογενειακής κατάστασης βάσει φύλου. Βλέπουμε ότι το 79,1% των ανδρών δηλώνουν έγγαμοι σε αντίθεση με το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών 52,5%.

		ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ					Total
		Έγγαμος/η	Άγαμος/η	Χηρεία	Διαζευγμένος/η	Συζώ με σύντροφο	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	79,1%	10,7%	1,0%	1,5%	7,7%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	52,5%	26,2%	7,1%	7,1%	7,1%	100,0%
Total		60,4%	21,6%	5,3%	5,4%	7,3%	100,0%

Πίνακας 10. ΦΥΛΟ * ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation

Αυτό οφείλεται στο ότι οι άνδρες που επισκέπτονται τα δύο συγκεκριμένα ιατρεία που μελετήσαμε συνήθως είναι έγγαμοι, είτε για να συνοδέψουν τη σύζυγο

στον γυναικολόγο είτε να επισκεφτούν το ιατρείο οικογενειακού προγραμματισμού για δημιουργία οικογένειας.

4.2.5. Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτώμενων

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, το 7,6% δηλώνει ότι έχει ολοκληρώσει μόλις το Δημοτικό, το 14,1% το Γυμνάσιο, το 24,4% το Λύκειο ενώ το 33% και το 21% κατέχει πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ΤΕΙ και ΑΕΙ αντίστοιχα.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημοτικό	50	7,6	7,6	7,6
	Γυμνάσιο	93	14,1	14,1	21,6
	Λύκειο	161	24,4	24,4	46,0
	ΤΕΙ	218	33,0	33,0	79,0
	ΑΕΙ	139	21,0	21,0	100,0
	Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 11. Εκπαίδευση

Από τον πίνακα 12 συμπεραίνουμε πως οι άνδρες έχουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης από ότι οι γυναίκες. Ωστόσο, αυτά τα ποσοστά δύναται να οφείλονται στο μικρότερο δείγμα ανδρών σε σχέση με των γυναικών αλλά και στη φύση των ιατρείων που μελετούνται.

		ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ					Total
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	1,0%	10,2%	26,0%	31,6%	31,1%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	10,3%	15,7%	23,7%	33,5%	16,8%	100,0%
Total		7,6%	14,1%	24,4%	33,0%	21,0%	100,0%

Πίνακας 12. ΦΥΛΟ * ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ Crosstabulation

4.2.6. Ασφάλιση υγείας ερωτώμενων

Ο πίνακας 13 παρουσιάζει τα ποσοστά ασφαλισμένων και ανασφάλιστων συμμετεχόντων. Το 88,2% δηλώνουν ότι είναι ασφαλισμένοι αναφορικά με την υγεία τους ενώ το 11,8% υποστηρίζουν ότι δεν έχουν ασφάλιση υγείας.

Στον πίνακα 14, διατυπώνεται η σχέση μεταξύ υπηκοότητας και ασφάλισης. Παρατηρούμε, λοιπόν πως, το 25,6% των ερωτώμενων που δήλωσαν ανασφάλιστοι έχουν ξένη υπηκοότητα ή, διαφορετικά, το 20,2% των ερωτώμενων με ξένη υπηκοότητα δηλώνουν ανασφάλιστοι.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	583	88,2	88,2	88,2
	ΟΧΙ	78	11,8	11,8	100,0
	Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 13. Ασφάλιση υγείας

Το αντίστοιχο ποσοστό των ανθρώπων με ελληνική υπηκοότητα που δήλωσαν ανασφάλιστοι είναι 10,3%.

			ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	Ελληνική	% within ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	89,7%	10,3%	100,0%
		% within ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	86,4%	74,4%	85,0%
	Άλλη	% within ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	79,8%	20,2%	100,0%
		% within ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	13,6%	25,6%	15,0%
Total		% within ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	88,2%	11,8%	100,0%
		% within ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 14. Υπηκοότητα * Ασφάλιση υγείας Crosstabulation

Όσον αφορά την κατανομή των ασφαλισμένων και μη στα δύο ιατρεία, παρατηρούμε ότι το 9,9% που επισκέφτηκε το Γυναικολογικό Ιατρείο είναι ανασφάλιστοι και το 15% που επισκέφτηκε το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού ομοίως (πίνακας 15).

		ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΙΑΤΡΕΙΟ	Γυναικολογικό Ιατρείο	90,1%	9,9%	100,0%
	Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού	85,0%	15,0%	100,0%
Total		88,2%	11,8%	100,0%

Πίνακας 15. Ιατρείο * Ασφάλιση υγείας Crosstabulation

4.2.7. Ιατρείο που επισκέφτηκαν

Στον πίνακα 16 βλέπουμε την κατανομή των συμμετεχόντων στα δύο υπο μελέτη ιατρεία. Το 62,8% επισκέφτηκε το Γυναικολογικό Ιατρείο και το 37,2% το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Γυναικολογικό Ιατρείο	415	62,8	62,8	62,8
	Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού	246	37,2	37,2	100,0
	Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 16. Ιατρείο

		ΙΑΤΡΕΙΟ		Total
		Γυναικολογικό Ιατρείο	Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού	
ΗΛΙΚΙΑ	κάτω από 18	11,8%		7,4%
	19-28 ετών	14,9%	13,4%	14,4%
	29-38 ετών	14,5%	40,2%	24,1%
	39-48 ετών	30,4%	28,9%	29,8%
	49-58 ετών	15,4%	15,0%	15,3%
	59-68 ετών	7,0%	2,4%	5,3%
	πάνω από 69	6,0%		3,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 17. Ηλικία *Ιατρείο Crosstabulation

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται οι ηλικίες ανά ιατρείο. Πιο συγκεκριμένα, το Γυναικολογικό Ιατρείο επισκέφτηκαν κυρίως ηλικίες 39 – 48 (30,4%), 49 – 58 (15,4%), 19 – 28 (14,9%), 29 – 38 (14,5%) και κάτω των 18 (11,8%). Χαμηλότερα ποσοστά σημείωσαν οι ηλικίες άνω των 59.

Από την άλλη πλευρά, το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού επισκέφτηκαν κυρίως ηλικίες 29 – 38 (40,2%), 39 – 48 (28,9%) και 49 – 58 (15%). Οι ηλικίες κάτω των 18 και άνω των 69 δεν δήλωσαν ότι επισκέφτηκαν το συγκεκριμένο ιατρείο.

Ωστόσο, υπάρχει ένα δείγμα 2,4% που ανήκε στις ηλικίες 59 – 68 όπου είναι κυρίως άνδρες και γονείς που συνόδευαν τα τέκνα τους.

4.3. Ικανοποίηση από τις ιατρικές υπηρεσίες

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση των χρηστών από τις ιατρικές υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να δηλώσουν τον χρόνο που διέθεσαν οι ιατροί ώστε να τους εξετάσουν και τον τρόπο προσέγγισής τους. Ακόμη, ερωτήθηκαν αναφορικά με τον βαθμό εμπιστοσύνης που επιδεικνύουν στις ικανότητες των ιατρών καθώς και το ενδιαφέρον που επέδειξαν για την κατάσταση της υγείας τους.

4.3.1. Ικανοποίηση από χρόνο που διέθεσαν οι ιατροί

Στον πίνακα 18 παρουσιάζεται ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τον χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για την εξέταση.

Το 50,2% των ερωτώμενων δηλώνουν μάλλον ικανοποιημένοι, το 21,2% ικανοποιημένοι, ενώ το 6,4% μάλλον δυσαρεστημένοι και το 4,4% δυσαρεστημένοι. Το 17,9% διατηρεί μία ουδέτερη στάση ως προς την ικανοποίησή του αναφορικά με τον εξεταζόμενο παράγοντα.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσαρεστημένος	29	4,4	4,4	4,4
	Μάλλον δυσαρεστημένος	42	6,4	6,4	10,7
	Ούτε δυσαρεστημένος ούτε ικανοποιημένος	118	17,9	17,9	28,6
	Μάλλον ικανοποιημένος	332	50,2	50,2	78,8
	Ικανοποιημένος	140	21,2	21,2	100,0
	Total		661	100,0	100,0

Πίνακας 18. Διαθέσιμος χρόνος που αφιέρωσε ο ιατρός για να σας εξετάσει

Στον πίνακα 19 παρουσιάζεται ο βαθμός ικανοποίησης του παράγοντα που εξετάζεται, δηλαδή του χρόνου, σε κάθε ένα από τα δύο ιατρεία. Αφενός, στο Γυναικολογικό ιατρείο το 46% δηλώνουν μάλλον ικανοποιημένοι, το 19% ικανοποιημένοι και το 21,4% διατηρεί μία ουδέτερη στάση. Αντίθετα, 7,5% και 6% των συμμετεχόντων δηλώνουν μάλλον δυσαρεστημένοι και δυσαρεστημένοι αντίστοιχα.

Αφετέρου, οι συμμετέχοντες που επισκέφτηκαν το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού δήλωσαν κατά 57,3% μάλλον ικανοποιημένοι, 24,8% ικανοποιημένοι, 4,5% μάλλον δυσαρεστημένοι και 1,6% δυσαρεστημένοι. Ωστόσο ένα 11,8% διατήρησε ουδέτερη στάση.

		ΙΑΤΡΕΙΟ		Total
		Γυναικολογικό Ιατρείο	Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού	
Διαθέσιμος χρόνος	Δυσαρεστημένος	6,0%	1,6%	4,4%
που αφιέρωσε ο	Μάλλον δυσαρεστημένος	7,5%	4,5%	6,4%
ιατρός για να σας	Ούτε δυσαρεστημένος ούτε	21,4%	11,8%	17,9%
εξετάσει	ικανοποιημένος			
	Μάλλον ικανοποιημένος	46,0%	57,3%	50,2%
	Ικανοποιημένος	19,0%	24,8%	21,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Πίνακας 19. Διαθέσιμος χρόνος που αφιέρωσε ο ιατρός για να σας εξετάσει * ΙΑΤΡΕΙΟ
Crosstabulation**

Επομένως, αντιλαμβανόμαστε ότι οι επισκέπτες του Ιατρείου Οικογενειακού Προγραμματισμού έμειναν περισσότερο ικανοποιημένοι αναφορικά με το χρόνο που διέθεσε ο ιατρός για την εξέτασή τους. Ωστόσο, η ικανοποίηση των ασθενών στο Γυναικολογικό Ιατρείο ήταν επίσης υψηλή. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική, καθώς κατά τον έλεγχο Perason Chi-square $p=0.0 < 0.05$.

Στον πίνακα 20 παρατηρούμε την συσχέτιση της ικανοποίησης από το χρόνο με βάση το φύλο των ερωτώμενων. Φαίνεται, λοιπόν, πως οι άνδρες δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό των τελευταίων δηλώνει ουδετερότητα ως προς την ικανοποίηση.

Η διεξαγωγή του Pearson Chi Square δείχνει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των φύλων και της ικανοποίησης ως προς τον χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για την εξέταση καθώς $p=0.01 < 0.05$.

		ΦΥΛΟ		Total
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
Διαθέσιμος χρόνος που αφιέρωσε ο ιατρός για να σας εξετάσει	Δυσανεστημένος	2,0%	5,4%	4,4%
	Μάλλον δυσανεστημένος	5,1%	6,9%	6,4%
	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	12,8%	20,0%	17,9%
	Μάλλον ικανοποιημένος	53,1%	49,0%	50,2%
	Ικανοποιημένος	27,0%	18,7%	21,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 20. Διαθέσιμος χρόνος που αφιέρωσε ο ιατρός για να σας εξετάσει * ΦΥΛΟ

Crosstabulation

Όσον αφορά την συσχέτιση της ηλικίας και της ικανοποίησης από τον εξεταζόμενο παράγοντα, παρατηρούμε ότι υπάρχει μία τάση οι μεγαλύτεροι συμμετέχοντες να δηλώνουν περισσότερο ευχαριστημένοι από τον χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για τους εξετάσει. Κατά το Pearson test Chi square, $p=0.0 < 0.05$.

Στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά της ικανοποίησης ως προς α) την ηλικία ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι μεγαλύτερες ηλικίες τείνουν να εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι, β) οικογενειακή κατάσταση ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι έγγαμοι, οι άγαμοι και οι χήροι τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι, γ) η υπηκοότητα ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι συμμετέχοντες με ελληνική υπηκοότητα τείνουν πιο ικανοποιημένοι, δ) το μορφωτικό επίπεδο ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι συμμετέχοντες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο τείνουν να παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του ιατρού,

		Διαθέσιμος χρόνος που αφιέρωσε ο ιατρός για να σας εξετάσει					Total
		Δυσανεστημένος	Μάλλον δυσανεστημένος	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	Μάλλον ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	
ΗΛΙΚΙΑ	κάτω από 18		28,6%	32,7%	22,4%	16,3%	100,0%
	19-28 ετών			11,6%	54,7%	33,7%	100,0%
	29-38 ετών	5,7%	5,7%	17,6%	56,0%	15,1%	100,0%
	39-48 ετών	5,6%	6,6%	22,3%	48,2%	17,3%	100,0%
	49-58 ετών	3,0%	3,0%	12,9%	61,4%	19,8%	100,0%
	59-68 ετών	8,6%	8,6%	17,1%	42,9%	22,9%	100,0%
	πάνω από 69	12,0%			32,0%	56,0%	100,0%
Total		4,4%	6,4%	17,9%	50,2%	21,2%	100,0%

Πίνακας 21. ΗΛΙΚΙΑ * Διαθέσιμος χρόνος που αφιέρωσε ο ιατρός για να σας εξετάσει
Crosstabulation

Δεν αποκαλύφθηκε στατιστική σημαντικότητα στη διαφορά ικανοποίησης ασφαλισμένων και μη ($p= 0.06 > 0.05$) αν και οι ανασφάλιστοι τείνουν να είναι ελαφρώς πιο ικανοποιημένοι από τους έχοντες ασφάλιση.

4.3.2. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά του ιατρού

Στην δεύτερη ερώτηση οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να αξιολογήσουν την ικανοποίησή τους αναφορικά με την φιλική και ευγενική συμπεριφορά του ιατρού. Το 78,5%, δηλαδή οι περισσότεροι ερωτώμενοι, δήλωσαν τουλάχιστον μάλλον ικανοποιημένοι. Ωστόσο ένα ποσοστό 8,8% δήλωσε μάλλον δυσαρεστημένοι και δυσαρεστημένοι.

Όταν μελετήθηκε η ερώτηση με βάση το φύλο των ερωτώμενων εντοπίστηκε ότι οι άνδρες τείνουν να παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά των ιατρών σε σχέση με τις γυναίκες.

Πιο συγκεκριμένα, το 90,3% των ανδρών δήλωσε τουλάχιστον μάλλον ικανοποιημένοι ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών ήταν 73,6% (Πίνακας 23). Υπάρχει στατιστικά σημαντική σημασία στη διαφορά μεταξύ των φύλων ως προς αυτόν τον παράγοντα καθώς $p=0.0 < 0.05$.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσαρεστημένος	13	2,0	2,0	2,0
	Μάλλον δυσαρεστημένος	45	6,8	6,8	8,8
	Ούτε δυσαρεστημένος ούτε ικανοποιημένος	84	12,7	12,7	21,5
	Μάλλον ικανοποιημένος	283	42,8	42,8	64,3
	Ικανοποιημένος	236	35,7	35,7	100,0
	Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 22. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά του ιατρού

		ΦΥΛΟ		Total
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά του ιατρού	Δυσανεστημένος	1,0%	2,4%	2,0%
	Μάλλον δυσανεστημένος	2,6%	8,6%	6,8%
	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	6,1%	15,5%	12,7%
	Μάλλον ικανοποιημένος	51,0%	39,4%	42,8%
	Ικανοποιημένος	39,3%	34,2%	35,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 23. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά του ιατρού * ΦΥΛΟ Crosstabulation

Μελετώντας τον συγκεκριμένο παράγοντα ως προς το ιατρείο που εξετάστηκαν οι συμμετέχοντες παρατηρούμε πως οι τελευταίοι εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού συγκριτικά με το Γυναικολογικό Ιατρείο (Πίνακας 24). Η διαφορά αυτή παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική αφού $p = 0.0 < 0.05$ κατά το Perason test.

Στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά της ικανοποίησης ως προς α) την ηλικία ($p = 0.0 < 0.05$) όπου οι μεγαλύτερες ηλικίες τείνουν να εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά των ιατρών, β) οικογενειακή κατάσταση ($p = 0.0 < 0.05$) όπου οι έγγαμοι και οι χήροι τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι, γ) η υπηκοότητα ($p = 0.0 < 0.05$) όπου οι συμμετέχοντες με ελληνική υπηκοότητα τείνουν πιο ικανοποιημένοι, δ) το μορφωτικό επίπεδο ($p = 0.0 < 0.05$) όπου οι συμμετέχοντες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο τείνουν να παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του ιατρού, ε) την ασφάλιση ($p = 0.01 < 0.05$) οι ανασφάλιστοι τείνουν να είναι ελαφρώς πιο ικανοποιημένοι από τους έχοντες ασφάλιση.

		ΙΑΤΡΕΙΟ		Total
		Γυναικολογικό Ιατρείο	Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμ ού	
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά του ιατρού	Δυσανεστημένος	2,7%	,8%	2,0%
	Μάλλον δυσανεστημένος	9,4%	2,4%	6,8%
	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	17,3%	4,9%	12,7%
	Μάλλον ικανοποιημένος	41,2%	45,5%	42,8%
	Ικανοποιημένος	29,4%	46,3%	35,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 24. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά του ιατρού * ΙΑΤΡΕΙΟ Crosstabulation

4.3.3. Εμπιστοσύνη στις ικανότητες και γνώσεις του ιατρού

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες τείνουν να δηλώνουν υψηλή ικανοποίηση από την εμπιστοσύνη που τους γεννά ο ιατρός αναφορικά με τις ικανότητες και τις γνώσεις του. Πιο συγκεκριμένα, το 31,5% δηλώνουν μάλλον ικανοποιημένοι, το 58,1% ικανοποιημένοι και μόλις το 3,6% το πολύ μάλλον δυσανεστημένοι. Ουδέτερη στάση ως προς την ικανοποίηση διατηρεί το 6,8% (Πίνακας 25).

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος	5	,8	,8	,8
	Μάλλον δυσανεστημένος	19	2,9	2,9	3,6
	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	45	6,8	6,8	10,4
	Μάλλον ικανοποιημένος	208	31,5	31,5	41,9
	Ικανοποιημένος	384	58,1	58,1	100,0
Total		661	100,0	100,0	

Πίνακας 25. Εμπιστοσύνη στις ικανότητες και γνώσεις του ιατρού

Όσον αφορά την ανάλυση του συγκεκριμένου παράγοντα ως προς τα δύο ιατρεία που εξετάζει η παρούσα έρευνα, οι ερωτώμενοι φαίνονται πιο ικανοποιημένοι από το Ιατρείο Οικογενειακού προγραμματισμού (93,1% τουλάχιστον μάλλον ικανοποιημένοι) συγκριτικά με το Γυναικολογικό Ιατρείο (87,4% τουλάχιστον μάλλον ικανοποιημένοι) (Πίνακας 26).

Ωστόσο, η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική καθώς η ανάλυση του Pearson Chi – square δείχνει πως $p=0.113 > 0.05$.

	ΙΑΤΡΕΙΟ		Total
	Γυναικολογικό ιατρείο	ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμ ού	
Εμπιστοσύνη στις ικανότητες και γνώσεις του ιατρού	Δυσανεστημένος		
	Μάλλον δυσανεστημένος		
	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος		
	Μάλλον ικανοποιημένος		
	Ικανοποιημένος		
Total			
	,7%	,8%	,8%
	3,1%	2,4%	2,9%
	8,7%	3,7%	6,8%
	32,0%	30,5%	31,5%
	55,4%	62,6%	58,1%
	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 26. Εμπιστοσύνη στις ικανότητες και γνώσεις του ιατρού * ΙΑΤΡΕΙΟ Crosstabulation

Στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά της ικανοποίησης ως προς α) την ηλικία ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι μεγαλύτερες ηλικίες τείνουν να εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι από τις γνώσεις και τις ικανότητες των ιατρών, β) οικογενειακή κατάσταση ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι έγγαμοι και οι χήροι τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι και γ) το μορφωτικό επίπεδο ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι συμμετέχοντες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο τείνουν να παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του ιατρού.

Δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά που εμφανίζεται ως προς την ικανοποίηση από τις γνώσεις και τις ικανότητες των ιατρών σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων ($p = 0.447 > 0.05$). Ακόμη δεν εντοπίζεται στατιστικής σημασίας διαφορά μεταξύ της υπηκοότητας των συμμετεχόντων ($p = 0.254 > 0.05$), της ασφάλισης υγείας ($p = 0,294 > 0.05$)

4.3.4. Ενδιαφέρον του ιατρού για την υγεία σας

Στη συνέχεια θα μελετηθεί η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από το ενδιαφέρον που επέδειξε ο ιατρός για την υγεία τους. Το 87,4% δηλώνουν τουλάχιστον μάλλον ικανοποιημένοι, το 3,8 το πολύ μάλλον δυσανεστημένοι ενώ ένα 8,8% διατηρούν ουδέτερη στάση (Πίνακας 27).

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος	3	,5	,5	,5
	Μάλλον δυσανεστημένος	22	3,3	3,3	3,8
	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	58	8,8	8,8	12,6
	Μάλλον ικανοποιημένος	260	39,3	39,3	51,9
	Ικανοποιημένος	318	48,1	48,1	100,0
	Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 27. Ενδιαφέρον του ιατρού για την υγεία σας

Στον πίνακα 28 αποτυπώνεται η μελέτη του παράγοντα σε κάθε ένα από τα δύο εξεταζόμενα ιατρεία. Οι ασθενείς που επισκέφτηκαν το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού δηλώνουν ελαφρώς πιο ικανοποιημένοι από το ενδιαφέρον που επέδειξαν οι ιατροί (93,5% τουλάχιστον ικανοποιημένοι) συγκριτικά με το Γυναικολογικό Ιατρείο (83,9% τουλάχιστον ικανοποιημένοι).

		ΙΑΤΡΕΙΟ		Total
		Γυναικολογικό Ιατρείο	Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού	
Ενδιαφέρον του ιατρού για την υγεία σας	Δυσανεστημένος	,5%	,4%	,5%
	Μάλλον δυσανεστημένος	4,3%	1,6%	3,3%
	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	11,3%	4,5%	8,8%
	Μάλλον ικανοποιημένος	38,6%	40,7%	39,3%
	Ικανοποιημένος	45,3%	52,8%	48,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 28. Ενδιαφέρον του ιατρού για την υγεία σας * ΙΑΤΡΕΙΟ Crosstabulation

Η διαφορά σε αυτόν τον παράγοντα είναι στατιστικά σημαντική καθώς $p=0.008 < 0.05$.

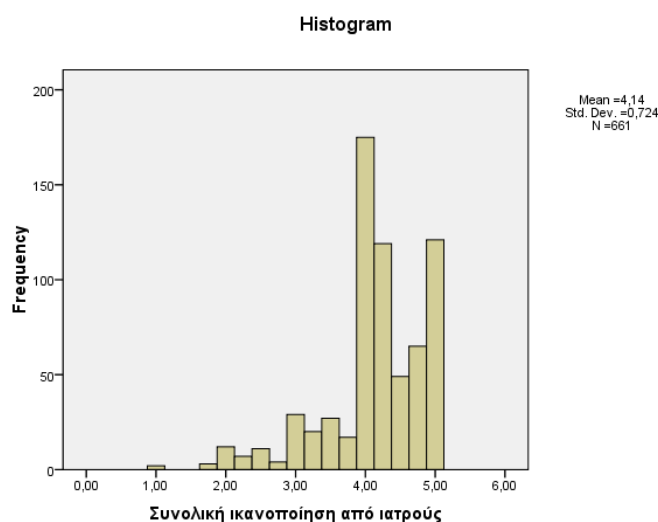
Στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά της ικανοποίησης ως προς α) το φύλο των ερωτώμενων ($p = 0.034 < 0.05$), β) την ηλικία ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι μεγαλύτερες ηλικίες τείνουν να εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι από το ενδιαφέρον των ιατρών, γ) την υπηκοότητα ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι Έλληνες πολίτες δηλώνουν

ελαφρώς πιο ικανοποιημένοι, δ) οικογενειακή κατάσταση ($p= 0.04 < 0.05$) και ε) το μορφωτικό επίπεδο ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι συμμετέχοντες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο τείνουν να παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι από το ενδιαφέρον του ιατρού.

Δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά που εμφανίζεται ως προς την ικανοποίηση από το ενδιαφέρον των ιατρών σε σχέση με την ασφάλιση των ερωτώμενων ($p = 0.143 > 0.05$).

4.3.5. Συνολική ικανοποίηση από ιατρική υπηρεσία

Προκειμένου να υπολογιστεί η συνολική ικανοποίηση από την ιατρική υπηρεσία χρησιμοποιήθηκε η εντολή compute του SPSS. Ουσιαστικά δημιουργήθηκε μία νέα μεταβλητή που εμπεριέχει τις ερωτήσεις που απαρτίζουν την κατηγορία που αναφέρεται στην ικανοποίηση των ασθενών από τους ιατρούς. Στην εικόνα 5 αποτυπώνεται διαγραμματικά η συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι ο μέσος όρος των 661 συμμετεχόντων είναι πάνω από μάλλον ικανοποιημένοι (Mean = 4,14).



Εικόνα 5. Ιστόγραμμα συνολικής ικανοποίησης από ιατρούς

4.4. Ικανοποίηση από μαιευτικές υπηρεσίες

Στο τρίτο μέρος οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να δηλώσουν τον βαθμό ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες από πλευράς των μαιών.

Ειδικότερα, οι ερωτήσεις είχαν να κάνουν με την φιλική αντιμετώπιση των ασθενών, την ενημέρωση που δέχτηκαν καθώς και την ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας.

4.4.1. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά των μαιών/των

Στον πίνακα 29 παρουσιάζεται η ικανοποίηση των ασθενών από τη φιλική και ευγενική συμπεριφορά των μαιών/ των. Πιο συγκεκριμένα, το 79% δηλώνουν τουλάχιστον μάλλον ικανοποιημένοι, το 5,9% δυσαρεστημένοι και ένα 15,1% υποστηρίζουν πως δεν έχουν ξεκάθαρη άποψη περί της ικανοποίησής τους.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος	4	,6	,6	,6
	Μάλλον δυσανεστημένος	35	5,3	5,3	5,9
	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	100	15,1	15,1	21,0
	Μάλλον ικανοποιημένος	257	38,9	38,9	59,9
	Ικανοποιημένος	265	40,1	40,1	100,0
	Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 29. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά των μαιών/των

Στο σημείο αυτό θα εξεταστεί ο συγκεκριμένος παράγοντας αναφορικά με τα δύο ιατρεία που μελετά η παρούσα έρευνα. Πιο ειδικά, διαφαίνεται πως οι ασθενείς τείνουν να είναι ελαφρώς πιο ικανοποιημένοι από την ευγενή και φιλική προσέγγιση των μαιών στο Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού καθώς το 48% δηλώνει μάλλον ικανοποιημένοι και το 38,6% ικανοποιημένοι. Τα αντίστοιχα ποσοστά για το Γυναικολογικό Ιατρείο είναι 33,5% και 41%. Από την άλλη πλευρά, στο Γυναικολογικό Ιατρείο οι ερωτώμενοι που δήλωσαν το πολύ μάλλον δυσαρεστημένοι ήταν 6,5%, ενώ στην περίπτωση του Ιατρείου Οικογενειακού Προγραμματισμού ήταν 4,9%. Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι ένα σημαντικό ποσοστό (19%) των ασθενών στο Γυναικολογικό Ιατρείο δήλωσαν ουδέτερη στάση. Ενδεχομένως, λόγω της περιορισμένης εμπλοκής των μαιών στην διαδικασία της εξέτασής τους (Πίνακας 30).

Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική καθώς κατά το Pearson test Chi – square το $p = 0.0 < 0.05$.

		ΙΑΤΡΕΙΟ		Total
		Γυναικολογικό Ιατρείο	Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμ ού	
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά των μαιών/των	Δυσανεστημένος	,2%	1,2%	,6%
	Μάλλον δυσανεστημένος	6,3%	3,7%	5,3%
	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	19,0%	8,5%	15,1%
	Μάλλον ικανοποιημένος	33,5%	48,0%	38,9%
	Ικανοποιημένος	41,0%	38,6%	40,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 30. Φιλική και ευγενική συμπεριφορά μαιών *Ιατρείο

Στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά της ικανοποίησης ως προς α) την ηλικία ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι μεγαλύτερες ηλικίες τείνουν να εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι από την ευγενή προσέγγιση των μαιών / των, γ) την υπηκοότητα ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι Έλληνες πολίτες δηλώνουν ελαφρώς πιο ικανοποιημένοι, δ) οικογενειακή κατάσταση ($p= 0.01 < 0.05$) και ε) το μορφωτικό επίπεδο ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι συμμετέχοντες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο τείνουν να παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι.

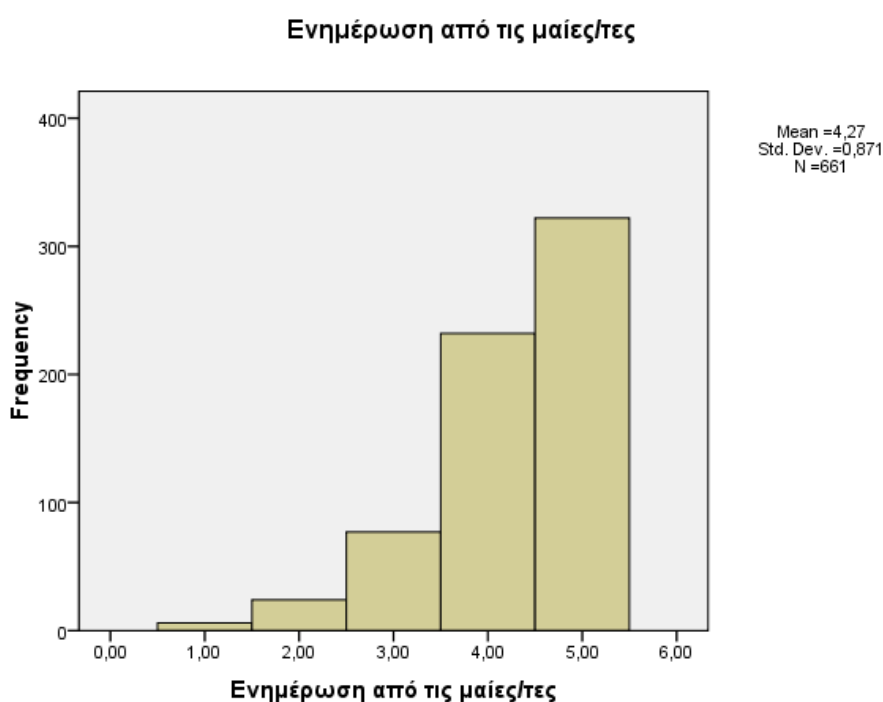
Δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά που εμφανίζεται ως προς την ικανοποίηση από τη φιλική και ευγενική προσέγγιση των μαιών σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων ($p = 0.122 > 0.05$).

4.4.2. Ενημέρωση από μαιές /τες

Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να εκτιμήσουν την ικανοποίησή τους από την ενημέρωση από τις μαιές. Η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε ικανοποίηση (48,7%) και 35,1% μάλλον ικανοποίηση. Ωστόσο, υπήρξε και ένα συνολικό ποσοστό που δήλωσε δυσαρέσκεια της τάξης του 4,5% (Πίνακας 31). Το 11,6% των συμμετεχόντων εξέφρασε ουδετερότητα ως προς τον παράγοντα αυτό. Στην εικόνα 6 αποτυπώνεται διαγραμματικά η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη μαιευτική ενημέρωση και παρουσιάζεται ο μέσος όρος που είναι 4,27.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος	6	,9	,9	,9
	Μάλλον δυσανεστημένος	24	3,6	3,6	4,5
	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	77	11,6	11,6	16,2
	Μάλλον ικανοποιημένος	232	35,1	35,1	51,3
	Ικανοποιημένος	322	48,7	48,7	100,0
	Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 31.Ενημέρωση από τις μαιές/τες



Εικόνα 6. Ενημέρωση από τις μαιές / τες

Στον πίνακα 32 παρουσιάζεται ο παράγοντας της ενημέρωσης από τις μαιές σε σχέση με τα δύο ιατρεία που μελετιούνται στην παρούσα έρευνα. Οι ασθενείς του Ιατρείου Οικογενειακού Προγραμματισμού φαίνονται ελαφρώς πιο ικανοποιημένοι από την ενημέρωση των μαιών (87,8% τουλάχιστον μάλλον ικανοποιημένοι) σε σύγκριση με εκείνους που επισκέφτηκαν το Γυναικολογικό Ιατρείο (81,4% τουλάχιστον μάλλον ικανοποιημένοι). Όπως και στην προηγούμενη ενότητα παρατηρείται υψηλό ποσοστό ουδετερότητας στην ικανοποίηση των ασθενών του Γυναικολογικού Ιατρείου της τάξης του 14,5%. Οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές καθώς $p = 0.0 < 0.05$.

	ΙΑΤΡΕΙΟ		Total
	Γυναικολογικό ιατρείο	ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμ ού	
Ενημέρωση από τις μαιές/τες Δυσανεστημένος	,2%	2,0%	,9%
Μάλλον δυσανεστημένος	3,9%	3,3%	3,6%
Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	14,5%	6,9%	11,6%
Μάλλον ικανοποιημένος	29,6%	44,3%	35,1%
Ικανοποιημένος	51,8%	43,5%	48,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 32. Ενημέρωση από μαιές *ιατρείο

Στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά της ικανοποίησης ως προς α) το φύλο ($p = 0.02 < 0.05$) β) την ηλικία ($p = 0.0 < 0.05$) όπου οι μεγαλύτερες ηλικίες τείνουν να εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι από την ενημέρωση των μαιών / των, γ) το μορφωτικό επίπεδο ($p = 0.0 < 0.05$) όπου οι συμμετέχοντες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο τείνουν να παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι και δ) την οικογενειακή κατάσταση ($p = 0.0 < 0.05$).

Δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά που εμφανίζεται ως προς την ικανοποίηση από ενημέρωση των μαιών σε σχέση με την υπηκοότητα των ερωτώμενων ($p = 0.06 > 0.05$) και την ασφάλιση ($p = 0.08 > 0.05$).

4.4.3. Ποιότητα μαιευτικής φροντίδας

Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να εκτιμήσουν την ικανοποίησή τους από την ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας. Η πλειοψηφία των ασθενών (50,4%) δήλωσαν ικανοποιημένοι και το 34,9% μάλλον ικανοποιημένοι. Μόλις το 3,8% δήλωσε δυσαρέσκεια, ενώ το 10,6% διατήρησε ουδέτερη στάση (Πίνακας 33).

Στον πίνακα 34 παρατηρούμε τον παράγοντα της ικανοποίησης από την ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας σε κάθε ένα από τα δύο ιατρεία που μελετούμε. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς φαίνονται να είναι ελαφρώς πιο ικανοποιημένοι από την ποιότητα στο Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού (89,8% τουλάχιστον

μάλλον ικανοποιημένοι) σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό του Γυναικολογικού Ιατρείου που είναι 83,1%.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος	3	,5	,5	,5
	Μάλλον δυσανεστημένος	22	3,3	3,3	3,8
	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	70	10,6	10,6	14,4
	Μάλλον ικανοποιημένος	231	34,9	34,9	49,3
	Ικανοποιημένος	335	50,7	50,7	100,0
	Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 33. Ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας

Και σε αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (12%) του Γυναικολογικού Ιατρείου διατηρούν ουδέτερη στάση απέναντι στην ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας.

Η διαφορά μεταξύ των δύο ιατρείων δεν είναι στατιστικά σημαντική καθώς κατά το Pearson Chi – square το $p = 0.94 > 0.05$

		ΙΑΤΡΕΙΟ		Total
		Γυναικολογικό Ιατρείο	Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού	
Ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας	Δυσανεστημένος	,5%	,4%	,5%
	Μάλλον δυσανεστημένος	4,3%	1,6%	3,3%
	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	12,0%	8,1%	10,6%
	Μάλλον ικανοποιημένος	32,3%	39,4%	34,9%
	Ικανοποιημένος	50,8%	50,4%	50,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 34. Ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας * ΙΑΤΡΕΙΟ Crosstabulation

Στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά της ικανοποίησης ως προς α) το φύλο ($p = 0.012 < 0.05$) β) την ηλικία ($p = 0.0 < 0.05$) όπου οι μεγαλύτερες ηλικίες τείνουν να εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι από την ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας, γ) την υπηκοότητα ($p = 0.0 < 0.05$), δ) οικογενειακή κατάσταση ($p = 0.01$

<0.05) και ε) το μορφωτικό επίπεδο ($p= 0.0 <0.05$) όπου οι συμμετέχοντες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο τείνουν να παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι

Δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά που εμφανίζεται ως προς την ικανοποίηση από την ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας σε σχέση με την ασφάλιση των ερωτώμενων ($p =0.234 > 0.05$).

Ικανοποίηση από καθαριότητα μονάδας υγείας

Στο τέταρτο μέρος αξιολογήθηκε η ικανοποίηση από τις εγκαταστάσεις αναφορικά με την καθαριότητα των χώρων. Ο πίνακας 35 αποτυπώνει την εκτίμηση των ερωτώμενων. Ειδικότερα, παρατηρούμε πως το 48,3% δηλώνουν μάλλον δυσαρεστημένοι, το 26,3% δυσαρεστημένοι, το 10,1% διατηρούν ουδέτερη στάση ως προς την ικανοποίησή τους από την καθαριότητα των εγκαταστάσεων του ΠΕΔΥ. Μόλις το 10,4% ισχυρίζονται πως είναι μάλλον ικανοποιημένοι και το 4,8% ικανοποιημένοι.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσαρεστημένος	174	26,3	26,3	26,3
	Μάλλον δυσαρεστημένος	319	48,3	48,3	74,6
	Ούτε δυσαρεστημένος ούτε ικανοποιημένος	67	10,1	10,1	84,7
	Μάλλον ικανοποιημένος	69	10,4	10,4	95,2
	Ικανοποιημένος	32	4,8	4,8	100,0
	Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 35. Καθαριότητα των χώρων

Όσον αφορά την καθαριότητα των χώρων στο κάθε ιατρείο, οι ασθενείς που επισκέφτηκαν το Γυναικολογικό Ιατρείο δηλώνουν ελαφρώς πιο δυσαρεστημένοι από τους εκείνους που επισκέφτηκαν το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού. Τα ποσοστά ικανοποίησης από την καθαριότητα των χώρων είναι 12,8% για το Γυναικολογικό Ιατρείο και 19,5% για το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού.

		ΙΑΤΡΕΙΟ		Total
		Γυναικολογικό Ιατρείο	Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμ ού	
Καθαριότητα των χώρων	Δυσανεστημένος	26,5%	26,0%	26,3%
	Μάλλον δυσανεστημένος	48,7%	47,6%	48,3%
	Ούτε δυσανεστημένος ούτε ικανοποιημένος	12,0%	6,9%	10,1%
	Μάλλον ικανοποιημένος	9,9%	11,4%	10,4%
	Ικανοποιημένος	2,9%	8,1%	4,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 36. Καθαριότητα εγκαταστάσεων *Ιατρείο

Η διαφορά στην ικανοποίηση ως προς την καθαριότητα των χώρων στα δύο ιατρεία είναι στατιστικά σημαντική καθώς $p=0.01 < 0.05$.

Στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά της ικανοποίησης ως προς α) το φύλο ($p = 0.03 < 0.05$) β) την ηλικία ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι μικρότερες ηλικίες τείνουν να εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι από την καθαριότητα των εγκαταστάσεων, γ) την υπηκοότητα ($p=0.0 < 0.05$), δ) οικογενειακή κατάσταση ($p= 0.0 < 0.05$) και ε) το μορφωτικό επίπεδο ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι συμμετέχοντες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο τείνουν να παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι

Δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά που εμφανίζεται ως προς την ικανοποίηση από την καθαριότητα των εγκαταστάσεων σε σχέση με την ασφάλιση των ερωτώμενων ($p = 0.124 > 0.05$).

Ικανοποίηση από χρόνο αναμονής

Ο πίνακας 37 αποτυπώνει την ικανοποίηση των ερωτώμενων από το χρόνο αναμονής από την ώρα το προγραμματισμένου ραντεβού έως την εξέταση. Οι ασθενείς δεν φαίνονται ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τον χρόνο που χρειάστηκε να αναμένουν προκειμένου να εξεταστούν. Πιο συγκεκριμένα, το 15,6% δηλώνουν μάλλον ικανοποιημένοι, το 7,4% ικανοποιημένοι, το 39,3% μάλλον δυσανεστημένοι

και 20,3% δυσαρεστημένοι. Το 17,4% των συμμετεχόντων διατήρησαν ουδέτερη στάση.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσαρεστημένος	134	20,3	20,3	20,3
	Μάλλον δυσαρεστημένος	260	39,3	39,3	59,6
	Ούτε δυσαρεστημένος ούτε ικανοποιημένος	115	17,4	17,4	77,0
	Μάλλον ικανοποιημένος	103	15,6	15,6	92,6
	Ικανοποιημένος	49	7,4	7,4	100,0
	Total	661	100,0	100,0	

Πίνακας 37. Χρόνος αναμονής

Όσον αφορά την περαιτέρω ανάλυση των δύο ιατρείων, από τον πίνακα 38 παρατηρούμε οι ασθενείς του Ιατρείου Οικογενειακού Προγραμματισμού δήλωσαν περισσότερο δυσαρεστημένοι ως προς τον χρόνο αναμονής (68,7% το πολύ μάλλον

		ΙΑΤΡΕΙΟ		Total
		Γυναικολογικό Ιατρείο	Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού	
Χρόνος αναμονής	Δυσαρεστημένος	18,6%	23,2%	20,3%
	Μάλλον δυσαρεστημένος	35,7%	45,5%	39,3%
	Ούτε δυσαρεστημένος ούτε ικανοποιημένος	22,4%	8,9%	17,4%
	Μάλλον ικανοποιημένος	16,6%	13,8%	15,6%
	Ικανοποιημένος	6,7%	8,5%	7,4%
	Total		100,0%	100,0%

Πίνακας 38. Χρόνος αναμονής *Ιατρείο

δυσαρεστημένοι). Το αντίστοιχο ποσοστό δυσαρέσκειας για το Γυναικολογικό Ιατρείο είναι 54,3%. Με άλλα λόγια, οι συμμετέχοντες που επισκέφτηκαν το Γυναικολογικό Ιατρείο είχαν μικρότερο χρόνο αναμονής και, επομένως, μικρότερη δυσαρέσκεια σε σχέση με εκείνους που επισκέφτηκαν το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Η διαφορά στην ικανοποίηση ως προς τον χρόνο αναμονής στα δύο ιατρεία είναι στατιστικά σημαντική καθώς $p=0.0 < 0.05$.

Στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά της ικανοποίησης ως προς α) το φύλο ($p = 0.02 < 0.05$) β) την ηλικία ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι μικρότερες ηλικίες τείνουν να εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι από τον χρόνο αναμονής, γ) την υπηκοότητα ($p=0.0 < 0.05$), δ) οικογενειακή κατάσταση ($p= 0.0 < 0.05$) και ε) το μορφωτικό επίπεδο ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι συμμετέχοντες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο τείνουν να παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι

Δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά που εμφανίζεται ως προς την ικανοποίηση από τον χρόνο αναμονής από το προγραμματισμένο ραντεβού μέχρι την εξέταση σε σχέση με την ασφάλιση των ερωτώμενων ($p = 0.213 > 0.05$).

Συνολική ικανοποίηση και σύσταση μονάδας ΠΕΔΥ

Στο τελευταίο μέρος, οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν την συνολική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Συνολική ικανοποίηση από παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν εάν έμειναν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες εν συνόλω.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	109	16,5	16,5	16,5
	Ίσως	250	37,8	37,8	54,3
	Ναι	302	45,7	45,7	100,0
Total		661	100,0	100,0	

Πίνακας 39. Συνολικός βαθμός ικανοποίησης

Στον πίνακα 39 παρατηρούμε πως το 45,7% δήλωσε ικανοποίηση από το σύνολο των υπηρεσιών ή της προσφερόμενης φροντίδας, το 16,5% δήλωσε δυσαρέσκεια ενώ το 37,8% δεν πήρε σαφή θέση στην απάντηση διατηρώντας επιφυλάξεις.

Όσον αφορά τη συνολική ικανοποίηση από κάθε ένα ιατρείο το οποίο και επισκέφτηκαν οι συμμετέχοντες, παρατηρούμε ότι οι ασθενείς του Γυναικολογικού Ιατρείου δήλωσαν πιο ικανοποιημένοι από εκείνους που επισκέφτηκαν το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού με αντίστοιχα ποσοστά 58,8% και 23,6%.

		ΙΑΤΡΕΙΟ		Total
		Γυναικολογικό Ιατρείο	Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού	
Συνολικός βαθμός ικανοποίησης	Όχι	13,5%	21,5%	16,5%
	Ίσως	27,7%	54,9%	37,8%
	Ναι	58,8%	23,6%	45,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 40. Συνολική Ικανοποίηση *Ιατρείο

Επιπρόσθετα, οι ασθενείς του Ιατρείου Οικογενειακού Προγραμματισμού φαίνονται ελαφρώς πιο δυσαρεστημένοι από την συνολική υπηρεσία που τους προσφέρθηκε (21,5%). Η διαφορά που εμφανίζεται στα δύο ιατρεία είναι στατιστικά σημαντική καθώς $p = 0.0 < 0.05$.

Στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά της ικανοποίησης ως προς α) το φύλο ($p = 0.00 < 0.05$) με τις γυναίκες να φαίνονται πιο ικανοποιημένες συνολικά β) την ηλικία ($p = 0.0 < 0.05$) όπου οι μικρότερες ηλικίες τείνουν να εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι, γ) οικογενειακή κατάσταση ($p = 0.0 < 0.05$) όπου οι άγαμοι και οι διαζευγμένοι δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι και δ) το μορφωτικό επίπεδο ($p = 0.0 < 0.05$) όπου οι συμμετέχοντες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο τείνουν να παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι

Δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά που εμφανίζεται ως προς την συνολική ικανοποίηση από τον τις προσφερόμενες υπηρεσίες σε σχέση με την ασφάλιση των ερωτώμενων ($p = 0.435 > 0.05$) και την υπηκοότητα ($p = 0.176 > 0.05$)

Στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά της ικανοποίησης ως προς α) την ηλικία ($p = 0.0 < 0.05$) όπου οι ηλικίες κάτω των 28 και άνω των 48 τείνουν να εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι ώστε να συστήνουν τα ιατρεία, β) την υπηκοότητα

($p=0.003 < 0.05$) όπου οι ερωτώμενοι με ελληνική υπηκοότητα δηλώνουν πιο πιθανό να συστήσουν τα ιατρεία, γ) οικογενειακή κατάσταση ($p= 0.0 < 0.05$) όπου οι άγαμοι και οι διαζευγμένοι δηλώνουν πιο πιθανό να συστήσουν τα ιατρεία και δ) το μορφωτικό επίπεδο ($p= 0.0 < 0.05$).

Δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά που εμφανίζεται ως προς το φύλο ($p= 0,765 > 0.05$) και την ασφάλιση των ερωτώμενων ($p =0.502 > 0.05$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1. Γενικά

Όταν ο άνθρωπος ασθενήσει και νοσηλευτεί, τότε η σε αυτόν παρεχόμενη φροντίδα θα πρέπει να ανταποκρίνεται σε μεγάλο ποσοστό στις ανάγκες του. Οι εν λόγω ανάγκες των ασθενών είναι ποικίλες και εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, όπως για παράδειγμα οι ιδιαιτερότητες της ασθένειάς τους, ο τρόπος χειρισμού της ασθένειας, οι ποικίλες ανάγκες που είχε ο εκάστοτε ασθενής όταν ήταν υγιής. Οι ανάγκες αποτελούν τα μέσα για την επίτευξη σημαντικών σκοπών (Willard, 1982; Loewy, 1990; Κέπεντζης κ. συν., 2004). Για παράδειγμα, όταν ένας ασθενής πραγματοποιήσει μια χειρουργική επέμβαση στα κάτω άκρα, μετά το χειρουργείο αυτό που θα θέλει είναι να φτάσει σε εκείνο το σημείο που θα περπατήσει χωρίς τη βοήθεια των βοηθητικών μέσων. Όμως, για να επιτευχθεί ο εν λόγω σκοπός, θα πρέπει ο ασθενής να εκφράσει την επιθυμία του αυτή στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, έτσι ώστε να λάβουν το σχετικό μήνυμα, να κατανοήσουν την συγκεκριμένη ανάγκη και να έχουν την θέληση αλλά και την ικανότητα να την ικανοποιήσουν.

Πλέον σήμερα κρίνεται αναγκαία και αναπόφευκτη η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών με απώτερο σκοπό την διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στις μονάδες υγείας. Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί ο βαθμός της ικανοποίησης των ασθενών, δηλαδή των καταναλωτών των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα γυναικολογικά ιατρεία και στα ιατρεία οικογενειακού προγραμματισμού. Οι επιμέρους στόχοι της εν λόγω εργασίας είναι πρώτον, η έκφραση σημαντικών προτάσεων, που προκύπτουν από σχετική έρευνα, και δεύτερον, η παρουσία των προτάσεων αυτών για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Όλες αυτές οι κινήσεις συντελούν στην πρόληψη και στη λήψη διορθωτικών μέτρων από το διοικητικό και υγειονομικό προσωπικό της εκάστοτε μονάδας υγείας.

5.2. Προσδιοριστικοί παράγοντες συνολικής ικανοποίησης

Είναι γεγονός πως σε αρκετές μελέτες ικανοποίησης ασθενών ο παράγοντας ηλικία αποτελεί την πιο ισχυρή διαπίστωση. Με άλλα λόγια, συνήθως παρατηρείται μια θετική συσχέτιση μεταξύ αυξανόμενης ηλικίας και υψηλότερων επιπέδων ικανοποίησης. Στην έρευνά μας η ηλικία των ασθενών παρουσίασε μία στατιστικά σημαντικά σχέση με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα ($p=.00 < .05$) Πιο συγκεκριμένα, όπως παρατηρούμε στον πίνακα που ακολουθεί οι μεγαλύτερες ηλικίες τείνουν να αξιολογούν υψηλότερα την ικανοποίησή τους. Ωστόσο, και μικρότερες ηλικίες εξέφρασαν υψηλή ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που τους προσφέρθηκαν.

	ΗΛΙΚΙΑ							Total
	κάτω από 18	19-28 ετών	29-38 ετών	39-48 ετών	49-58 ετών	59-68 ετών	πάνω από 69	
Συνολικός βαθμός Όχι ικανοποίησης	6,1%	16,8%	22,0%	16,8%	15,8%	17,1%		16,5%
Ίσως	32,7%	38,9%	57,2%	38,1%	28,7%	2,9%	4,0%	37,8%
Ναι	61,2%	44,2%	20,8%	45,2%	55,4%	80,0%	96,0%	45,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 41. Ηλικία και συνολική ικανοποίηση

Επιπρόσθετα, το φύλο φάνηκε επίσης να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα ($p=.00$), γεγονός που δεν συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες στη σχετική βιβλιογραφία. Οι γυναίκες φάνηκαν πιο ικανοποιημένες από τους άνδρες αναφορικά με τη συνολική ικανοποίηση. Ωστόσο, σε άλλους παράγοντες όπως η εμπιστοσύνη στις ικανότητες των ιατρών ή και η φιλική συμπεριφορά των μαιών δεν συσχετίζεται στατιστικά με το φύλο.

Στην παρούσα έρευνα, η εκπαίδευση έδειξε να έχει μια στατιστικά σημαντική σχέση ($p < .005$) με την συνολική ικανοποίηση. Ειδικότερα, οι απόφοιτοι Λυκείου και άνω, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι συγκριτικά με τους αποφοίτους Δημοτικού ή Γυμνασίου που έτειναν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι. Σύμφωνα με τα πορίσματα των Hall και Dornan (1990) υπάρχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και ικανοποίησης ή διαφορετικά η μεγαλύτερη ικανοποίηση είναι συνδεδεμένη με λιγότερη εκπαίδευση. Με άλλα λόγια, οι Hall και Dornan (1990) έπειτα από έρευνα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μορφωμένοι ασθενείς τείνουν

να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι, μιας και έχουν αυξημένες προσδοκίες ή αξιολογούν αυστηρότερα την περίθαλψη.

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι έγγαμοι τείνουν να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την προσφερόμενη υπηρεσία υγείας, γεγονός που φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικό ($p < .05$).

Από την άλλη, η υπηκοότητα και η ασφάλιση υγείας δεν φαίνονται να αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες στατιστικά σημαντικούς που επηρεάζουν την συνολική ικανοποίηση των ασθενών.

Επίσης οι ερωτώμενοι δήλωσαν ελαφρώς υψηλότερη ικανοποίηση στο Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού στα κριτήρια που ερωτήθηκαν σε σχέση με το Γυναικολογικό Ιατρείο, όταν κλήθηκαν όμως να αξιολογήσουν τη συνολική ικανοποίηση δήλωσαν πιο ικανοποιημένοι από το Γυναικολογικό Ιατρείο. Αυτό το γεγονός μας οδηγεί να εξάγουμε το συμπέρασμα πως υπάρχουν και επιπρόσθετα σημαντικά κριτήρια που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας.

5.4. Συμπέρασμα

Δε χωρά καμία αμφιβολία πως η εκτίμηση και η ερμηνεία του δείκτη της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας είναι ένα πολύ ενδιαφέρον εγχείρημα.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι σημαντική ένδειξη της ύπαρξης και του βαθμού της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Εξίσου σημαντικό είναι να αναγνωρίζεται η σημασία των εκτιμήσεων των χρηστών αναφορικά με τις προτιμήσεις τους για την υγεία. Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να αναγνωρίζουν και να αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας που τους προσφέρεται και είναι σε θέση να κρίνουν τα αποτελέσματα της στη βελτίωση της υγείας τους.

Συγκεκριμένα όσον αφορά την ΠΦΥ έχει αποδειχθεί ότι η μεθοδική και με σύστημα μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών της οδηγεί όχι μόνο στην καλύτερη αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών της αλλά και στην μείωση και τον έλεγχο των δαπανών της (Drain, 2001).

Στην Ελλάδα έχουν προταθεί λύσεις σε πολλές ερευνητικές μελέτες για την ανάπτυξη και τη ποιοτική λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που θα μπορούσε να επιφέρει άνοδο του δείκτη της ικανοποίησης των χρηστών της (Σουλιώτης και Μαριόλης, 2004, Σουλιώτης και Λιονής, 2003, Τούντας, 2002, Κομματάς κ.ά., 2008). Τα πιο σημαντικά στοιχεία τα οποία θα πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα και να γίνουν αλλαγές προκειμένου η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα να παρέχει ποιοτικότερες, καλύτερες και πιο ανταγωνιστικές υπηρεσίες υγείας είναι τα εξής:

Αρχικά θα πρέπει να υπάρξει μέριμνα για αύξηση του αριθμού των γιατρών όλων των ειδικοτήτων και κυρίως των γενικών γιατρών. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να δοθούν από την πολιτεία κίνητρα στους γιατρούς προκειμένου να μείνουν στην Π.Φ.Υ. Σημαντικό είναι να υπάρχει μία ομάδα η οποία θα αποτελείται από κατάλληλα εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό. Η ομάδα αυτή μπορεί να αποτελείται από γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, μαιές, φυσικοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες. Είναι σημαντικό όλες αυτές οι ειδικότητες να συνεργάζονται και να λειτουργούν σαν μία επιστημονική ομάδα, η οποία θα μπορεί να ενημερώνεται και να εκπαιδεύεται συνεχώς έτσι ώστε να είναι ικανή να προσφέρει συνεχείς και μόνιμες υπηρεσίες υγείας.

Η Π.Φ.Υ. πρέπει επίσης, να μπορεί να δικτυώνεται σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Οι υπηρεσίες κατ'οίκον νοσηλείας και φροντίδας είναι πολύ σημαντικές και έχουν αναπτυχθεί με μεγάλη επιτυχία σε πολλές αναπτυγμένες χώρες (Hollander and Chappell, 2002). Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν οι υπηρεσίες αυτές και στην Ελλάδα. Ένα πολύ σημαντικό ζήτημα στα σύγχρονα συστήματα υγείας είναι η αξιολόγηση της απόδοσης και της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας. Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες σε όλο τον κόσμο προκειμένου να αναπτυχθεί η κατάλληλη μεθοδολογία (Marshall et al, 2006). Στην Ελλάδα υπάρχουν προσπάθειες μόνο από ερευνητές, οι οποίες μπορεί να χρησιμοποιηθούν για περαιτέρω έρευνα (Zavras et al, 2002).

Είναι σημαντικό να υπάρχει επίσης ένα δίκτυο συνεργασίας της Π.Φ.Υ. με την κοινότητα. Η παροχή υγείας σε συνδυασμό με την πρόληψή της νόσου και την μέριμνα για καλύτερη δημόσια υγεία είναι ένα θέμα που αφορά όλη την κοινωνία και θα πρέπει να γίνεται σε συνδυασμό γενικότερα με την τοπική κοινωνία και ειδικότερα με άτομα όπως είναι οι εκπαιδευτικοί, οι γονείς, οι συνδικαλιστικές ενώσεις κ.α. (Κυριαζής και συν, 2010).

Τέλος είναι πολύ σημαντικό να αξιοποιούνται πλήρως οι νέες τεχνολογίες. Οι νέες τεχνολογίες μπορούν να βοηθήσουν την Π.Φ.Υ. στην ηλεκτρονική καταγραφή και παρακολούθηση των ασθενών στα πλαίσια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ηλεκτρονικής κάρτας υγείας. Σημαντικά βήματα προόδου έχουν σημειωθεί και στον τομέα της τηλεϊατρικής.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει την δυνατότητα να εφαρμοστεί σωστά στην Ελλάδα αρκεί η πολιτεία να στηρίζει και να βοηθήσει την ανάπτυξή της απελευθερώνοντας κάθε είδος συμφέροντα που κρατούν την ποιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε χαμηλά επίπεδα (Μπένος 2000). Η οικονομική κρίση που βιώνουμε είναι η απόδειξη της αποτυχίας του μέχρι τώρα συστήματος υγείας που έδινε βαρύτητα στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη υποβαθμίζοντας την πρωτοβάθμια. Η ανάπτυξη ενός εύρυθμου συστήματος υγείας που θα στηρίζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και θα έχει ως στόχο του την πρόληψη και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας θα βοηθήσει ουσιαστικά στην οικονομική ανάταξη της χώρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Αντωνοπούλου, Λ., Καραμητρόπουλος, Δ. και Σοφιανός Ε. (1991). Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, Νοέμβριος-Δεκέμβριος, 50-53.

Γαβριήλ Ε., Θεοδώρου Μ. και Middleton Ν. (2012). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 29(6): 720-730.

Θεοδώρου, Μ. (1992). *Ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας*. Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, 3:1, 41-47.

Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π. (2009). *Υπηρεσίες Υγείας Οργάνωση και Διοίκηση, Αποδοτικότητα, Ποιότητα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος

Κέπεντζης, Σ., Γκογκόσης, Κ. και Νιάκας Δ. (2004). *Διερεύνηση της Ικανοποίησης Ασθενών και των Παραγόντων που την επηρεάζουν: Το παράδειγμα των Εξωτερικών Ιατρείων σε 6 Νοσοκομεία της Αττικής*. Στο Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Επιμέλεια Νιάκας Δ. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce. Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας.

Κομματάς, Δ., Παπανότη Β., Γκολφινόπουλος Π. και Ανδριώτη Δ., (2008), Το μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 20(2): 80-88.

Κουμανδράκη, Α. Θεοδώρου, Μ. και Καϊτελίδου, Δ. (2004). Ικανοποίηση ασθενών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου». *Νοσηλευτική*, 43(2), 237-245.

Κυριαζής, Ι., Μ. Ρεκλείτη, και Μ. Σαρίδη (2010), Δείκτες παχυσαρκίας, διατροφικοί

και άλλοι παράγοντες σε μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αστικών περιοχών του Νομού Αττικής, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(6): 937-943.

Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε., Γεννηματά, Α., Μώκου, Ν. και Σωμαράκη, Μ.(1990). Τι πιστεύουν οι ασθενείς για τα νοσοκομεία μας. *Ιατρικό Βήμα*,19–27.

Κωσταγιόλας, Π.Α., Πλατής Χ.Γ. και Ζήμερας, ΣΤ. (2006). Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες χρηστών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(6):603–614.

Λιόνης Χ., Μερκούρης Μ., (2000). Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Π.Φ.Υ. και προτάσεις για την βελτίωσή της. Τομ. 12, τευχ.1, σελ 7-9

Λογοθέτης, Ν. (1992). *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC*. Αθήνα: Εκδόσεις TQM Hellas Ltd, Interbooks.

Μερκούρης, Α., Οζουνίδου, Α., Μουδερίδου, Δ., Ρουμπή, Μ., Ζουγρής, Π. και Λεμονίδου, Χ. (2001). Αξιολόγηση της ικανοποίησης παθολογικών και χειρουργικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα σε γενικό νοσοκομείο, *Νοσηλευτική*, 3, 74–84.

Μπένος, Α. (2000), Ένα όνειρο για την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας, *Ιατρικά Θέματα*, τ. 16, Θεσσαλονίκη.

Μωραϊτης Ε, Γεωργούση Ε., Ζηλήδης Χ. Θεοδώρου, Μ., Πολύζος, Ν. (1995) Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, ΥΥΠΚΑ, Αθήνα

Μωραϊτης, Ευάγγελος (2006). Οι σύγχρονες τάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστημίου Πειραιά και ΤΕΙ Πειραιά

Νιάκας, Δ. και Γαρδέλης, Χ. (2000). Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας. *Ιατρική*, 77(5):464-470.

Οικονομοπούλου, Χ. (2002). Ποιότητα. *Εκπαιδευτικές σημειώσεις*.

Παπανικολάου, Β. (1995). Ανάπτυξη στρατηγικής για την εφαρμογή της Ολικής Ποιότητας και της συνεχούς ποιοτικής βελτίωσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 2:4, 4.

Παπανικολάου, Β. (2007). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 55-78.

Παυλίδου Μ. (2016). ΠΕΔΥ στην 1η Υγειονομική Περιφέρεια, Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στη μονάδα Υγείας Ζωγράφου. *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*

Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Γούλα Α, Λατσού Δ., Πατέρας Ι., Βουρλιώτου Κ. και Γιαννουλάτος Π. (2013). Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30, 3:316-324.

Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημανοπούλου, Ι. και Υφαντόπουλος, Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22:284-295.

Πολύζος Ν., Σινογεώργου Θ. και Μαριάτου Δ. (2007). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ποιότητα: ικανοποίηση ασθενών σε ένα Κέντρο Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 19:1, 10-19.

Πολύζος, Ν. (2013). Μελέτη οργάνωσης – χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή – Αθήνα

Ραφτόπουλος, Β. και Οικονομοπούλου, Χ. (2003). Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις Υπηρεσίες φροντίδας υγείας. *Δελτίο*

Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, 48(2), 84-94.

Σιγάλας, Ι. (1999). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*. Πάτρα: Εκδ. Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, 15-65.

Σιγάλας, Ι. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Πάτρα: Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Σουλιώτης, Κ. και Χ. Λιονής (2003). Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5):466–476.

Σουλιώτης, Κ. και Α. Μαριόλης (2004). Η διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 16(2):87–93

Σωτηριάδου Κ., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. Τόμος 3, Τεύχος 4, 140-148

Τούντας, Γ. (2002). *Πολιτική Υγείας*, εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.

Τούντας, Γ. (2003α). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 20(5), 525-546.

Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ., Χουλιάρα Λ.(2003). Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες.. *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 20(5), 497-503.

Τσιριντάνη, Μ., Γιοβάνης, Α., Μπινιώρας, Σ. και Γούλα, Α. (2010). Μια νέα προσέγγιση στη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών. *Νοσηλευτική*, 49(1), 40-52.

Τσιότρας, Γ. (1995). *Βελτίωση ποιότητας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ευγ. Μπένου.

Τούντας, Γ.(2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5):532-546.

Τούντας, Γ., Λοπαταντζίδης, Θ. και Χουλιάρα, Λ. (2003). Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20:497–503.

Τούντας, Γ. (2008). *Υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, 89-357.

Φρεγγίδου Ε., (2016). Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών απο τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας Π.Ε.Δ.Υ. του Νομού Κιλκίς. *Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου*

NOMOS 4238/ΦΕΚ Α 38/17.02.2014

Ξενογλωσση

Abdellah, F.G. and Levine, E. (1957). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing Research*, 5(3), 100-108.

Aletras, V., Kontodimopoulos, N., Zagouldoudis, A., & Niakas, D. (2007). The short-term effect on technical and scale efficiency of establishing regional health systems and general management in Greek NHS hospitals. *Health Policy*, 83(2), 236-245.

Almoagel A., Fetohi E., Alshamrani A.,(2014). Patient Satisfaction with Primary Health Care in Jubail City, Saudi Arabia, Almoagel A., Fetohi E., Alshamrani A., 2014, *World Journal of Medical Sciences*, 11(2), 255-264.

Andaleeb, S.S., Siddiqui, N. and Khandakar, S. (2007). Patient Satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 22, 263-273.

Angelopoulou, P., Kangis, P. and Babis, G.(1998). Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *International Journal of Health Quality Assurance*.

Barbour, Rs. (1999). The case of combining qualitative and quantitative approaches in health services research. *J Health Serv Res Policy*, 4:39–43.

Bicking, C. and Gryna, F.M. (1979). Process control by statistical methods. In JM. Juran (Ed), *The Quality control Handbook*. New York: McGraw-Hill.

Bleustein C, Rothschild DB, Valen A, Valatis E, Schweitzer L, Jones R. (2014) Wait Times, Patient satisfaction scores and the Perception of Care. *Am J Manag Care*, 20(5):393-400.

Brook, C. (1999). Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives. *International journal for Quality in Health Care*.

Changee F., Irajpour A. and Akbai S. (2015). Client Satisfaction of Maternity Care in Lorestan province Iran. *Iran J. Nurs. Midwifery Res.*, 20, 3:398-404.

Cleary, P.D. and Edgman–Levitan, S. (1997). Health care quality: incorporating consumer perspectives, *JAMA*, 278, 1608-1612.

Cleary, P.D. (2003). A hospitalization from hell: A patient’s perspective on quality. *Ann Intern Med*, 138(1), 33-39.

Comacho F., Anderson R., Safrit A., Jones S. A., and Hoffmann P. (2006). The relationship between patient’s perceived waiting time and office-based practice satisfaction. *N.C. Med J.*, 67, 409-413.

Concato, J. and Feinstein, A. (1997). Asking patients what they like: Overlooked attributes of patients satisfaction with primary care. *Am J Med*, 102:399–406.

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 32(6).

Crow, R., Storey, L. and Page, H. (2003). The measurement of patient satisfaction: implications for health service delivery through a systematic review of the conceptual, methodological and empirical literature. *Health Technology Assessment*, 6(32).

Crow, R., Cage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A. and Storey, L. (2003). *The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature*. Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme, Southampton, UK, 13.

Deming, W.E. (1986). *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. USA: Health Administration Press, University of Michigan.

Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Anne Arbor. Michigan: *Health Administration Press*.

Donabedian, A. (1982). *Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 22-38.

Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114, 14-16.

Donabedian, A. (1996). *Quality improvement through monitoring health care*. Annual Meeting of the Society of the Quality Assurance in Health Care, Seoul, 29 March.

Donabedian, A. (1997). The quality of care: How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med J*, 11:1145–1150.

Fitzpatrick, R. (1991). Surveys on patient satisfaction: Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887- 889.

Fikru T., Mirkuzie W., Berhane M. and Ethiop J. (2013). Quality of family planning services in primary health centers of Jimma zone, southwest Ethiopia. *Ethiop J. Health Sci*, 23:3, 246-254.

Fokkema, J. P., Scheele, F., Westerman, M., van Exel, J., Scherpier, A. J., van der Vleuten, C. P., ... & Teunissen, P. W. (2014). Perceived effects of innovations in postgraduate medical education: AQ study focusing on workplace-based assessment. *Academic Medicine*, 89(9), 1259-1266.

Freeman, R.(1998). Competition in context: the politics of health care reform in Europe. *International Journal for Quality in Health Care*.

Godager G, Iversen T, Ching-to Albert Ma. (2012) Competition, Gatekeeping, and Health Care Access".*Working paper. HERO On line Working Paper* (2):2, pp 132-139

Harpole, L., Orav, E., Hickey, M., Posther, K. and Brennan, T. (1996). Patient satisfaction in the ambulatory setting. *J Gen Intern Med*, 11:431–434.

Hall, J.A. and Milburn, M.A. (1998). Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models. *Health Psychology*, 17(1), 70-75.

Hall JA, Dornan MC. (1990) Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med*.;27(6):637-644

Hollander, M. and N. Chappell (2002), Final Report on the national evaluation of the

cost-effectiveness of home care, *Health Transition Fund*, Health Canada.

Hojat M., Louis D., Maxwell K., Markham F., Wender R.C. and Gonella J. (2011). A Brief Instrument to Measure Patients Overall Satisfaction with primary care Physicians. *Family Medicine*, 43(6):412-417)

Irish Society for Quality and Safety in Healthcare (2003). *Measurement of patient satisfaction - Guidelines*. Health Strategy Implementation project 2003. Dublin: Irish Society for Quality in Healthcare.

Jackson, J.L., Chamberlin, J. and Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*. 52, 609-620.

Johansson, P. Oleni, M. and Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*, 16(4), 337-344.

Joy, L. and Malay, M. (1992). Evaluation instruments to measure professional nursing practice. *Nursing Management*, 23(7), 73-77.

Juran, J.M. and Gryna, F.M. (1988). *The Quality control Handbook*. New York: McGraw-Hill.

Khayat, K. and Salter, B. (1994). Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *Br J Gen Pract*, 44:215–219.

Kolip P. and Buchter R., J. (2009). Involvement of first time mother with different levels of education in the decision making for their delivery by a planned Caesarean section. Women's satisfaction with information given by gynaecologists and midwives. *Public Health*, 17:273-280.

Kotler, P. (2003). *Marketing Management*. Eleventh Edition. New Jersey: Prentice Hall International Editions.

Ley, P. (1972). Complaints made by hospital staff and patients: A review of the literature. *Bull Br Psychol*, 25:115–120.

Loewy, E.H. (1990). *Commodities, needs and health care: a communal perspective*. In Jensen U.J., Mooney G. eds. *Changing values in Medical and Health Care Decision Making*. New York: John Wiley & Sons.

Marshall, M., N. Klazinga, S. Leatherman, C. Hardy, E. Bergmann, L. Pisco, S. Mattke and J. Mainz (2006), OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 18 (Suppl 1): 21-25.

Michael M., Schaffer S.D., Egan P.L., Little B.B. and Pritchard P.S. (2015). Improving wait times and patient satisfaction in primary care. *Journal for Health Care Quality*. 35:2, 50-60.

Morgan, D.L. (1997) *Focus groups as a qualitative research*. (2nd Ed.) Thousand Oaks. Sage Publications, inc.

Merkouris, A., Infantopoulos, J., Lanara V. and Lemonidou C. (1999). *Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece*. *Nurse manage*, 7(2): 91- 100.

Merkouris, A. (2008). *Nursing Management*. Athens: Ellin, 230-354.

Meterko, M., Nelson, E.C. and Rubm, H.R. (1990). Patient judgments of hospital quality. Report of a pilot study. *Medical Care Supplement*, 28(9).

Miles, M.B. & Huberman, M.A. (1994) *Qualitative Data Analysis*. (2nd Ed.) London: SAGE Publications.

Nelson, E. C. (1992). Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance. *Journal of Health Care Marketing*, 12(4), 6-12.

Nelson, A.R. (1996). *Measuring Performance and Improving Quality*. London: Sterling.

Ng, C.W. Lim, G.H. McMaster, F. Molina, J. Seow, E. and Heng, B.H. (2009). Patient satisfaction in an observation unit: the consumer assessment of health providers and systems hospital survey. *Emergency Medicine Journal*, 26(8), 586-589.

Niakas, D. Gnardellis, C. and Theodorou, M. (2004). Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Services Management Research*, 17 (1), 62-69.

Niewiadomski T., Biskupska M. and Wysocki J. (2014). Patient Satisfaction with Primary Health care rendered by community midwives in the area of Poznan. *Ginecol Pol*, 85, 37-42.

Olsson, V. & Larsson, Å. (2005) *Humor in Advertising*. Bachelor's Thesis. Luleå University of Technology.

Ovretveit, J. (2004). Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.

Papanikolaou, V. and Ntani, Sp. (2008). Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6), 548-561.

Pappa, E. and Niakas, D. (2006). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public – private system: the case of the Athens area. *BMC Health Services Research*, 6, 146.

Patel I., Chang J., Strivastava J., Feldman S., Levender M., Balkrishnan R., (2011). Patient satisfaction with obstetricians and gynecologists compared with other specialties: analysis of US self - reported survey data. *Patient Related Outcome Measures*. 2, 21-26.

Piotrow, P. T., Kincaid, D. L., Rimon, J. G., Rinehart, W., & Samson, K. (1997). Health communication: lessons from family planning and reproductive health.

Rouleau, D., Fournier, P., Philibert, A., Mbengue, B., & Dumont, A. (2012). The effects of midwives' job satisfaction on burnout, intention to quit and turnover: a longitudinal study in Senegal. *Hum Resour Health*, 10(1), 9.

Quintana, J.M., Gonzalez, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastian, J.A., De-la-Sierra, E. and Thomson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital care. *BMC Health Services Research*, 6, 102-111.

Rhee, K., Allen, R. and Bird, J. (1998). Telephone vs mail response to an emergency department patient satisfaction survey. *Acad Emerg Med*, 5:1121–1123.

Risser, H.L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs. Res.* 24, 45-52.

Robert, J., Minah, K. and Benson, J.(2000). The public versus the World Health Organization on health system performance, *Health Affairs*, vol 20, no 3, May-June 2001. Eurobarometer 52.1 (1999); *US and Canada data from Harvard School of Public Health*.

Roberts E, Mays N. (1998) "Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department?". *Health Policy*.;44(3):191-214

Ross, C., Frommelt, G., Hazelwood, L. and Chang, R. (1994). The role of expectations in patient satisfaction with medical care. In: Cooper P (ed). *Health care marketing: A foundation for managed quality*. Gaithersburg, MD, Aspen, 55–69.

Sansgiry, S. (2005). Pharmacy patient –reported satisfaction with health care services offered by health plans, health clinics and pharmacies. *Drug Benefit Trends*, 17(1), 38-

Shahzadi S. H. and Khawaja F. P. (2015). Assessing patient satisfaction in gynaecology and obstetrics in tertiary care hospital. *JPMI* 29,2

Sitzia, J. and Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*. 45(12), 1760-1843.

Scotto, F., De Ceglie, A., Guerra, V., Misciagna, G. and Pellecchia, A. (2009). Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services. *Clinical Governance International Journal*, 114(2), 70-97.

Swezy, F. C., & Green, C. P. (1987). Family planning within primary health care.

Tavana, M., Mohebbi, B. and Kennedy, D.T. (2003). Total quality index: a benchmarking tool for total quality management. *Benchmarking: An International Journal*, 10(6), 507-527.

Tsai C. Y., Wang M. C., Liao W. T., Lu J. H., Sun P., Lin B. Y. J. and Breen G. M. (2007). Hospital outpatient perceptions of the physical environment of waiting areas: the role of patient characteristics on atmospherics in one academic medical center. *BMC Health Services Research*, 7:198.

Virgo, K.S. Piry, J.R. Valentine, M.P. Denner, D.R. Ryan, G. Risk, N.K. Price, R.K. (2007). Access, Quality and Satisfaction with care: Concerns of Vietnam Veterans. *Research in the Sociology of Health Care*, 24, 17-40.

Vuori, H. (1987). Patient satisfaction: an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, 13(3): 106-108.

Walker, A. Restuccia, J. (1984). Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: Mail versus telephone. *Health Serv Res*, 19:291–306.

Waltz, Cf., Strickland, Ol. Lenz, Er. (1991). *Measurement in nursing research*. FA Davis Co, Philadelphia.

WHO (1978), Primary Health Care, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 September, Geneva-New York.

Willard, L.D. (1982). Needs and Medicine. *Journal of Medical Philosophy*, 7: 259-274.

Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*, 38(4), 509-516.

Woodward, J.L. (2009). Effects of rounding on patient satisfaction and patient safety on a medical-surgical unit. *Clinical Nurse Specialist*, 23(4), 200-206.

Yen J. and Nagel E. E. (2010). Patient satisfaction in obstetrics and gynecology: Individualized patient-centered communication. *Clinical Medicine Insights: Women's Health*, 3, 23-32.

Zavras, A., G. Tsakos, C. Ekonomou and J. Kyriopoulos (2002), Using DEA to Evaluate Efficiency and Formulate Policy within a Greek National Primary Health Care Network, *Journal of Medical Systems*, Vol. 26, No. 4, pp. 285-292.








ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ





ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



















ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψή σας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα γυναικολογικά ιατρεία και ιατρεία οικογενειακού προγραμματισμού σημειώνοντας με **v** στο τετραγωνάκι του παρακάτω ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο.

A. Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά

 Φύλο: Άντρας Γυναίκα
 Ηλικία: κάτω από 18 ετών 19 - 28 ετών 29 – 38 ετών 39-48 ετών
 49 – 58 ετών 59 – 68 ετών πάνω από 69 ετών
 Υπηκοότητα : Ελληνική Άλλη
 Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η Άγαμος/η Χηρεία
 Διαζευγμένος/η Συζώ με σύντροφο
 Εκπαίδευση: Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο ΤΕΙ Πανεπιστήμιο
 Διαθέτετε ασφάλιση υγείας: Ναι Όχι
 Ιατρείο που επισκεφθήκατε: Γυναικολογικό ιατρείο
 Ιατρείο οικογενειακού προγραμματισμού

	<u>Δυσανεστημένος</u>	<u>Μάλλον Δυσανεστημένος</u>	<u>Ούτε Δυσανεστημένος Ούτε Ικανοποιημένος</u>	<u>Μάλλον Ικανοποιημένος</u>	<u>Ικανοποιημένος</u>
B. Παρακαλούμε να εκφράσετε τον βαθμό της ικανοποίησής σας για την φροντίδα που σας παρασχέθηκε από τους γιατρούς σχετικά με					
 Τον διαθέσιμο χρόνο που αφιέρωσε ο γιατρός για να σας ακούσει και για να σας εξετάσει					
 Την φιλική και ευγενική συμπεριφορά του γιατρού					
 Την εμπιστο-σύνη στις ικανότητες και στις γνώσεις του γιατρού					
 Το ενδιαφέρον του γιατρού για την υγεία σας					

	<u>Δυσανεστημένος</u>	<u>Μάλλον Δυσανεστημένος</u>	<u>Ούτε Δυσανεστημένος Ούτε Ικανοποιημένος</u>	<u>Μάλλον Ικανοποιημένος</u>	<u>Ικανοποιημένος</u>
Γ. Παρακαλούμε να εκφράσετε τον βαθμό της ικανοποίησής σας για την φροντίδα που σας παρασχέθηκε από τις μαιές/ές σχετικά με					
   Την φιλική και ευγενική συμπεριφορά των μαιών/τών					
   Την ενημέρω-ση από τις μαιές/τές					
   Την ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας (γνώσεις και ικανότητα των μαιών/τών					
Δ. Παρακαλούμε να εκφράσετε τον βαθμό ικανοποίησης σας από τις εγκαταστάσεις των ιατρείων σχετικά με					
   Την καθαριό-τητα των χώρων					
Ε. Παρακαλούμε να εκφράσετε τον βαθμό ικανοποίησης σας για την ταχύτητα εξυπηρέτησής σας σχετικά με					
   Τον χρόνο α-ναμονής σας από την ώρα του προγραμ-ματισμένου ραντεβού με-χρι την ώρα της εξυπηρέ-τησής σας					
ΣΤ. Παρακαλούμε να εκφράσετε τον βαθμό ικανοποίησης σας από τις υπηρεσίες των γυναικολογικών ιατρείων και των ιατρείων οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με					
   Τις υπηρεσίες που σας παρ-ρέιχαν συνολι-κά.					

Ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο που διαθέσατε

