

***Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου***  
***Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης***

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών**

***«Διοίκηση Μονάδων Υγείας»***

**Μεταπτυχιακή Διατριβή**



**«Αξιολόγηση της Ποιότητας των Παρεχόμενων  
Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω της  
Αποτύπωσης των Εμπειριών των Χρηστών των  
Υπηρεσιών σε μία Υγειονομική Περιφέρεια»**

**Ελένη Τσακίρη**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια**

**Δάφνη Καϊτελίδου**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των  
απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών  
Στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας  
από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης  
του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

**Δεκέμβριος 2018**

***«Προσπάθησε να μάθεις κάτι για τα πάντα και τα πάντα για κάτι»***

Thomas Henry Huxley (1825-1895)

***«Η ποιότητα είναι δωρεάν. Δεν είναι δώρο, όμως είναι δωρεάν»***

Philip Crosby (1979)

*Αφιερώνεται στην οικογένειά μου.*

## Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική διατριβή είναι αποτέλεσμα επίπονης και συστηματικής προσπάθειας. Ωστόσο, η εκπόνηση της εργασίας, θα ήταν ανέφικτη χωρίς την καθοριστική συμπεριφορά πολλών ανθρώπων που, από διαφορετική θέση, συνέβαλαν στην προσπάθεια αυτή.

Καταρχάς, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα Καθηγήτρια Καϊτελίδου Δάφνη, για την πολύτιμη αρωγή της, καθώς δέχθηκε να εποπτεύσει την παρούσα έρευνα με αδιάπτωτο ενδιαφέρον, καθώς και την Κωνσταντακοπούλου Ολυμπία για την πρόθυμη συνεργασία και την καθοδήγησή της στο Στατιστικό μέρος της εργασίας.

Επιπρόσθετα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου στις δομές υγείας Τακτικών Ιατρείων Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου, Κέντρων Υγείας Αρχαγγέλου και Έμπωνας και Πεδύ, στις οποίες πραγματοποιήθηκε η έρευνα, για τη συμβολή τους στο στάδιο συλλογής ερωτηματολογίων καθώς και το σύνολο των ανθρώπων, των χρηστών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που αφιέρωσαν μέρος του πολύτιμου χρόνου τους για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Κλείνοντας, απευθύνω τις εγκάρδιες ευχαριστίες μου στην οικογένειά μου για τη αδιαμφισβήτητη συνεχή και αμέριστη υποστήριξη σε όλα μου τα στάδια εως την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και η αξιολόγηση των εμπειριών τους αποτελεί έναν από τους πιο λειτουργικούς και δυναμικούς δείκτες των εκβάσεων της παρεχόμενης φροντίδας και ταυτόχρονα συνιστά τον κεντρικό αφετηριακό άξονα για την αναβάθμιση αυτής. Οι εμπειρίες των ασθενών συμβάλλουν στην εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και στην ανάπτυξη νέων στρατηγικών βελτίωσης.

**Σκοπός:** Η μέτρηση και η εκτίμηση των εμπειριών των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ σε μια Υγειονομική Περιφέρεια στην Ελλάδα.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Υγειονομική Περιφέρεια της Δωδεκανήσου, στις δομές υγείας της Ρόδου με τη συλλογή 330 ερωτηματολογίων στα Τακτικά Ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου, σε δύο Κέντρα Υγείας και σε μία μονάδα υγείας ΠΕΔΥ. (Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας.) Χρησιμοποιήθηκε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο για τη συλλογή των απαιτούμενων πληροφοριών που περιελάμβαναν στοιχεία δημογραφικών παραγόντων και εμπειριών των ασθενών σχετικά με 6 διαστάσεις της φροντίδας. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha των 6 υποκλιμάκων που αντανακλούσαν τις διαστάσεις της φροντίδας κυμαινόταν από 0,723 έως 0,945 καταδεικνύοντας εξαιρετική εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

**Αποτελέσματα:** Διανεμήθηκαν συνολικά 450 Ερωτηματολόγια και συλλέχθηκαν 330 (βαθμός ανταπόκρισης: 73,3%). Η μελέτη περιελάμβανε 188 άνδρες και 142 γυναίκες με μέση ηλικία τα  $48,99 \pm 14,522$  έτη. Η μέση συνολική βαθμολογία ικανοποίησης των ασθενών ήταν,  $3,8 \pm 0,8$ , βασισμένη σε μία κλίμακα από 1 ως 5. Οι θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της επίσκεψης των ασθενών αφορούσαν ειδικά τη συμπεριφορά και τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των ασθενών και επαγγελματιών υγείας, και συγκεκριμένα την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας (μέση βαθμολογία: 3,9, SD=0,9), τη συνέχεια και τον συντονισμό της φροντίδας (μέση βαθμολογία: 3,9, SD=0,9), και την περιεκτικότητα της φροντίδας (μέση βαθμολογία: 3,9, SD=0,9), ενώ η ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και άλλων επαγγελματιών υγείας (μέση βαθμολογία: 3,7, SD=0,9), τα χαρακτηριστικά εγκατάστασης, (μέση βαθμολογία: 3,6, SD=0,9) και η προσβασιμότητα της φροντίδας είχαν χαμηλότερη βαθμολογία, επίσης μεγάλο ποσοστό δήλωσαν ότι δε

χρειάζεται καμία βελτίωση (24,2%). Οι βελτιώσεις στις μονάδες υγείας περιλάμβαναν ζητήματα δομής και διαδικασιών, όπως Στελέχωση – περισσότερες ιατρικές ειδικότητες κυρίως στα Κέντρα Υγείας (17%), τα χαρακτηριστικά εγκατάστασης (10,6%), τη συνέχεια και το συντονισμό φροντίδας (5,8%), άλλα ζητήματα, όπως η λειτουργία ορισμένων ειδικοτήτων (3,3%), η διαθεσιμότητα ασθενοφόρου (3%) ,η γραφειοκρατία (1,8%) και ζητήματα προσβασιμότητας (ραντεβού) (0,9%). Η πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ανάμεσα σε όλες τις υποκλίμακες της φροντίδας τον τύπο της μονάδας ΠΦΥ, την αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Ειδικότερα, οι ασθενείς που επισκέφθηκαν τα Κέντρα Υγείας και τη μονάδα υγείας ΠΕΔΥ ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι συγκριτικά με κάποιον που επισκέφθηκε τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των ατόμων με υψηλότερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους, ενώ με τη μεγαλύτερη βαθμολογία στις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας συσχετίστηκε το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.

**Συμπεράσματα:** Διαφαίνεται ότι η φροντίδα είναι πολύπλευρο ζήτημα. Αποτελεί μια ανοικτή δυναμική διεργασία μέσα από την οποία αποτυπώνονται οι ανάγκες, οι προσδοκίες και οι επιθυμίες κάθε χρήστη υπηρεσιών υγείας.

## ABSTRACT

**Introduction:** Measuring patient satisfaction and evaluating their experiences constitutes one of the most functional and dynamic indicator of the outcomes of the care provided and simultaneously a dominant concept for its improvement. Patient experiences contribute to the evaluation of the quality of the provided care and the development of new quality-enhancing strategies.

**Objective:** To measure and evaluate the experiences of users of PHC services in a Health region in Greece.

**Material & Method:** The study was conducted in the Region of Dodecanese, in the health units of Rhodes, with the collection of 330 questionnaires at the outpatient clinics of the General Hospital of Rhodes, at two Health Centers and at a PEDY health unit (Convenience sampling was used). A validated questionnaire was used to collect the required information, including demographics and patient experience items regarding 6 dimensions of care. The Cronbach's alpha coefficient of the 6 sub-scales reflecting the dimensions of care ranged from 0.723 to 0.945, indicating excellent internal consistency of the questionnaire.

**Results:** A total of 450 questionnaires were distributed and 330 were collected (73.3% response rate). The study included 188 men and 142 women with a mean age of  $48.99 \pm 14.522$  years. The mean total patient satisfaction score was  $3.8 \pm 0.8$  based on a scale ranging from 1 to 5. The positive impressions during the patients' visit concerned especially the behavior and interpersonal relations between the patients and health professionals, and in particular the quality of the medical care (mean score = 3.9, SD=0.9), continuity and coordination of care (mean score = 3.9, SD=0.9) and comprehensiveness of care (mean score = 3.9, SD=0.9), while quality of nursing care and other health professionals (mean score = 3.7, SD=0.9), structural features, (mean score = 3.6, SD=0.9), and accessibility of care (mean score = 3.6, SD=0.9) scored lower; also a large percentage estimated that there is no need for improvement (24.2%). Improvements in health care settings included structural and procedural issues such as staffing - more medical specialties mainly at Health Centers (17%), structural features (10.6%), continuity and coordination of Care (5.8%), and others such as the function of certain specialties (3.3%), ambulance availability (3%), bureaucracy (1.8%) and accessibility issues (appointment) (0.9%). Multivariate

analyses showed statistically significant results between all sub-scales of care, the type of PHC unit, health status self-evaluation and educational level. In particular, patients who visited Health Centers and the PEDY health unit were more satisfied when compared to the ones visiting the hospital outpatient clinics. Positive correlation was observed among people with a higher health status self-assessment, while with the higher scores in individual dimensions of care were correlated with higher educational levels.

**Conclusions:** It appears that care is a multifaceted issue. It is an open dynamic process via which the needs, expectations and desires of each health care services' user are reflected.

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>12</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>15</b>
<b>1. ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΠΦΥ.....</b>	<b>15</b>
1.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	16
1.1.1 Στόχοι Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	18
1.2 1 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΔΙΚΤΥΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
1.3 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
1.4 ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ : ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	24
1.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	28
<b>2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>30</b>
2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	33
2.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΑ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.....	39
2.2.1 Εννοιολογικά υποδείγματα και θεωρίες για την ποιότητα.....	39
2.2.2 Εννοιολογικά υποδείγματα και θεωρίες για την ικανοποίηση.....	43
2.2.3. Η έννοια της δυσαρέσκειας.....	50
2.3 ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	54
2.3.1 Διαχρονική εξέλιξη της ποιότητας: Παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών ΠΦΥ.....	54
2.3.2 Οι διαστάσεις της ποιότητας.....	56
2.3.3 Οι διαστάσεις της ικανοποίησης.....	58
2.3.4 Τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	59
2.4 ΟΙ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	61
2.4.1 Προσδοκίες.....	61



2.4.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	62
2.4.3 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	64
2.4.4 Συνεντευκτής.....	65
2.4.5 Ο βαθμός εξάρτησης από τη φροντίδα.....	65
2.4.6 Ο βαθμός χρήσης των υπηρεσιών υγείας.....	66
2.4.7 Κοινωνικο – πολιτικές ανισότητες.....	66
<b>2.5 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>67</b>
2.5.1 Η επιθεώρηση και ο έλεγχος της ποιότητας.....	67
2.5.2 Η διασφάλιση της ποιότητας.....	68
2.5.3 Διοίκηση ολικής ποιότητας.....	69
<b>3. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>72</b>
3.1 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	72
3.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	78
<b>4. ΟΙ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΦΘΕΙΣΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>80</b>
4.1 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΦΘΕΙΣΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	80
4.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑΘΜΙΣΗΣ ΜΙΑΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ.....	84
4.2.1 Εγκυρότητα.....	84
4.2.2 Αξιοπιστία.....	85
<b>5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>86</b>
5.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	86
5.1.1 Σκοπός μελέτης.....	86
5.1.2 Υλικό και μέθοδος.....	86
5.1.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	87
5.1.4 Δεοντολογικά ζητήματα.....	89
5.1.5 Περιορισμοί μελέτης.....	90
5.1.6 Κριτήρια επιλογής συμμετεχόντων στη μελέτη.....	90
5.1.7 Στατιστική ανάλυση.....	91

5.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	93
5.2.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά.....	93
5.2.2 Χρήση των υπηρεσιών υγείας.....	96
5.2.3 Οι εμπειρίες των ασθενών από την επίσκεψή τους στη μονάδα ΠΦΥ.....	101
5.2.4 Σημασία των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδα.....	108
5.2.5 Ανοικτού τύπου ερωτήσεις.....	113
5.2.6 Συσχετίσεις.....	115
<b>6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>131</b>
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>144</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....</b>	<b>147</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>159</b>

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>Πίνακας 1:</b> Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	93
<b>Πίνακας 2:</b> Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με την επίσκεψή τους στη μονάδα ΠΦΥ.....	96
<b>Πίνακας 3:</b> Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την επίσκεψή τους στη μονάδα ΠΦΥ.....	98
<b>Πίνακας 4:</b> Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις εμπειρίες τους από την επίσκεψή τους στη μονάδα ΠΦΥ(N, %).....	104
<b>Πίνακας 5:</b> Περιγραφικά μέτρα των βαθμολογιών των επιμέρους διαστάσεων των εμπειριών των ασθενών.....	106
<b>Πίνακας 6:</b> Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη σημασία που προσέδωσαν στις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας που έλαβαν από τη μονάδα ΠΦΥ.....	111
<b>Πίνακας 7:</b> Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε σχέση με τα ανοικτά ερωτήματα του ερωτηματολογίου.....	114
<b>Πίνακας 8:</b> Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσβασιμότητας.....	116
<b>Πίνακας 9:</b> Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία προσβασιμότητας.....	117
<b>Πίνακας 10:</b> Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας.....	118
<b>Πίνακας 11:</b> Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας.....	119
<b>Πίνακας 12:</b> Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.....	120
<b>Πίνακας 13:</b> Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.....	121
<b>Πίνακας 14:</b> Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.....	122
<b>Πίνακας 15:</b> Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.....	123

<b>Πίνακας 16:</b> Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας.....	124
<b>Πίνακας 17:</b> Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας.....	125
<b>Πίνακας 18:</b> Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας.....	126
<b>Πίνακας 19:</b> Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας.....	127
<b>Πίνακας 20:</b> Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ.....	128
<b>Πίνακας 21:</b> Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ.....	129

#### **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ**

<b>Γράφημα 1:</b> Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τη μονάδα ΠΦΥ.....	101
<b>Γράφημα 2:</b> Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε φίλους ή/και συγγενείς.....	107
<b>Γράφημα 3:</b> Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας σύστασης της μονάδας υγείας σε φίλους ή/και συγγενείς.....	107

#### **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ**

<b>Σχήμα 1:</b> Δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	20
<b>Σχήμα 2:</b> Μοντέλο Kano.....	49
<b>Σχήμα 3:</b> Ποιότητα προς τον Πελάτη.....	50
<b>Σχήμα 4:</b> Φαινομενολογική προσέγγιση της ικανοποίησης των σθενών.....	53
<b>Σχήμα 5:</b> Κύκλος Deming.....	70

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία έτη, παγκοσμίως, γίνεται ολοένα και ευδιάκριτο το ενδιαφέρον για τη μέτρηση και τη εξέλιξη της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον της Υγείας, η ανατροφοδότηση με πληροφορίες για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας αποτελεί αποτελεσματική τακτική της επιχειρηματικότητας. Η διερεύνηση της ποιότητας με ερευνητικά εργαλεία για τη συλλογή δεδομένων συμβάλλει σημαντικά στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας και στη χάραξη πολιτικής. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως διαχρονική προσδοκία και πλέον καθολικό αίτημα, αποτελεί ζήτημα στρατηγικής σημασίας για την αύξηση της ανταγωνιστικότητας, την ανάπτυξη και την εξέλιξη κάθε οργανισμού και επιχείρησης, της επιβίωσης καθώς και τον πιο ευέλικτο και σύγχρονο τρόπο διοίκησης. Η διεθνής αναγνώριση της ΠΦΥ επικυρώνεται το 1978 με τη διακήρυξη της Alma-Ata για τον επανασχεδιασμό και την αναβάθμιση των συστημάτων υγείας, κατά την οποία η ΠΦΥ συνεπάγεται με την ισότητα, τη διατομεακή συνεργασία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη σύγχρονη τεχνολογία. Ο τρόπος οργάνωσης της ΠΦΥ αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αποδοτικότητα του υγειονομικού συστήματος, την ικανοποίηση των χρηστών υγείας και τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, 2008). Οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας θεωρούν την ικανοποίηση των ασθενών ως σημαντικό δείκτη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Η ποιότητα ενσωματώνει μια δέσμη εμπειριών του παρελθόντος και του παρόντος και αποτελεί την επίσημη εγγύηση του βαθμού τελειότητας μιας υπηρεσίας υγείας με βάση τα πρότυπα ποιότητας. Η ποιότητα, επειδή αποτελεί ένα σύνολο χαρακτηριστικών μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις ανάγκες από τη χρήση τους, συνδέεται με την έννοια της ικανοποίησης. (Ραφτόπουλος, 2002). Η ικανοποίηση σχετίζεται με τη λογική ή συναισθηματική αντίδραση του χρήστη υγείας κατά την παροχή μιας υπηρεσίας.

Ανατρέχοντας στη διεθνή βιβλιογραφία, παρατηρείται εντυπωσιακή αύξηση του αριθμού των ερευνών για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Τις τελευταίες δεκαετίες, πλήθος ερευνών αφορούν την ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας και παρατηρείται ότι στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν περισσότερο από 1000

δημοσιεύσεις το χρόνο. (Lochman, 1983). Διενεργείται ευρεία καταγραφή των αντιλήψεων, των διαστάσεων και των εμπειριών από τους χρήστες υγείας, ώστε να συγκεκριμενοποιηθεί η αφηρημένη, πολύπλοκη και ευμετάβλητη έννοια της ποιότητας και να προσδιοριστεί η υποκειμενική της διάσταση. Ωστόσο, παρατηρείται μια εννοιολογική σύγχυση ανάμεσα στους υποκειμενικούς και αντικειμενικούς δείκτες της αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με την επιλογή των παραμέτρων και στις αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ τους. Επιπλέον, οι έννοιες της ποιότητας και της ικανοποίησης ενέχουν πολλαπλές εννοιολογικές προσεγγίσεις και δυσκολίες σαφούς σύζευξης μεταξύ τους. Λόγω της υποκειμενικότητας των απόψεων και των εμπειριών ανακύπτουν περιορισμοί και προβλήματα της συγκρισιμότητας των αποτελεσμάτων. Δεδομένου, λοιπόν, ότι η Αξιολόγηση της ποιότητας της ΠΦΥ συνεπάγεται με την καταγραφή εμπειριών των χρηστών υγείας, η μεθοδολογική εκτίμηση οφείλει να εστιάζει στον προσδιορισμό των παραγόντων εκείνων που ασκούν ειδική βαρύτητα στην υποκειμενική κρίση.

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής αποτελεί η αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας της ΠΦΥ μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών της ΠΦΥ, των τακτικών ιατρικών του Γενικού Νοσοκομείου, δύο δημόσιων Κέντρων Υγείας και του ΠΕΔΥ της υγειονομικής περιφέρειας της Ρόδου, με την προσδοκία να αναδυθεί η υποκειμενική χρησιμότητα, η υποκειμενική αξία της φροντίδας, της αντιληφθείσας ποιότητας, λαμβάνοντας υπόψη τις ατομικές ιδιαιτερότητες και τις προσωπικές ανάγκες των ασθενών.

Οι επιμέρους στόχοι είναι: 1) η περιγραφική ανάλυση – διερεύνηση των εμπειριών των χρηστών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναφορικά με τις διαστάσεις της φροντίδας, 2) η ανάλυση των αποτελεσμάτων του νοσοκομείου, κέντρων Υγείας και ΠΕΔΥ, 3) συσχετίσεις με κοινωνικο - δημογραφικά χαρακτηριστικά, και άλλες παραμέτρους, όπως ο χρόνος αναμονής με τις διαστάσεις της φροντίδας και την αθροιστική βαθμολογία συνολικής αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών.

Παρά τις δυσκολίες της διερεύνησης της αντιληφθείσας ποιότητας της ΠΦΥ, οι χρήστες υγείας αποτελούν πολύτιμη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης, ανάπτυξης και αναβάθμισης της παρεχόμενης φροντίδας. Παρά τις δυσκολίες ερμηνείας των αποτελεσμάτων, η αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών συμβάλλουν στη αναγνώριση και συνεπώς στη βελτίωση πτυχών και

πλευρών των υπηρεσιών υγείας, όπου οι ασθενείς είναι λιγότερο ή καθόλου ικανοποιημένοι.

Μια νέα περίοδος ανατέλλει για τον Τομέα της Υγείας, μεστή από ένα καταιγισμό προκλήσεων και απαιτήσεων και κρίνεται επιτακτική η ικανότητα της πρόβλεψης των επιπτώσεων και των αλλαγών που θα ανακύψουν στο σύστημα Υγείας λόγω του διεθνούς ανταγωνισμού.

# Κεφάλαιο 1

## Οριοθέτηση Της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια ενός συστήματος Υγείας συνδέεται με την οργάνωση συγκεκριμένων στοιχείων με εξειδικευμένες λειτουργίες, που σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους δημιουργούν ένα οικοδόμημα, με καθορισμένους στόχους σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Ο όρος «Σύστημα Υγείας» σχετίζεται με την οργανωμένη κατανομή των πόρων για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού με σκοπό τη βελτίωση του επιπέδου υγείας. Επομένως, απαρτίζεται από έναν αριθμό υγειονομικών μονάδων, που σε συνεχή συνεργασία μεταξύ τους στοχεύουν στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, που σχετίζεται με κοινωνικο-οικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες, τις περιβαλλοντικές συνθήκες, την πολιτική μιας χώρας και με το επιδημιολογικό πρότυπο ενός πληθυσμού. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί βασικό συστατικό των συστημάτων Υγείας. Είναι η πρώτη επαφή των πολιτών με το Σύστημα Υγείας. Η περίθαλψη δεν αποτελεί μοναδικός στόχος των συστημάτων Υγείας αλλά εστιάζει και στην αναβάθμιση του επιπέδου υγείας και στη διασφάλιση κοινωνικής ευημερίας των πολιτών. Στο σημείο αυτό κρίνεται αναγκαία η διασαφήνιση των εννοιών της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η πρώτη αποτελεί υποσύνολο της δεύτερης, καθώς η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει όρους, σχετικούς με τη Δημόσια Υγεία και την Πρόληψη.



## 1.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ένα σύνθημα πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους είναι η υγεία, δεδομένου ότι δε συνιστά μια σταθερή κατάσταση, αλλά μια δυναμική διεργασία επιτυχούς προσαρμογής των ατόμων στο περιβάλλον του. Αποτελεί βασική ανθρώπινη αξία, αναφαίρετο δικαίωμα αλλά και ατομική ευθύνη. Είναι η προϋπόθεση για την ανάπτυξη του ατόμου και της κοινωνίας και ενσωματώνει κοινωνικές, οικονομικές, εκπαιδευτικές, ψυχολογικές και διεθνείς παραμέτρους. (Ραγιά, 2001, McEwen & Wills, 2004).

Τις τελευταίες δεκαετίες, το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν ήταν προτεραιότητα και η ΠΦΥ δεν είναι αναπτυγμένη παρά τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες. Η διακήρυξη της Alma-Ata συνέβαλε στον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης του Συστήματος Υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πυξίδα γι' αυτόν τον αναπροσανατολισμό αποτέλεσαν η ανάδειξη της σημαντικότητας της Πρόληψης και της Αγωγής Υγείας. Το Πρωτοβάθμιο επίπεδο Περίθαλψης περιλαμβάνει τα κέντρα υποδοχής των χρηστών υγείας σηματοδοτώντας την πρώτη επαφή με το σύστημα Υγείας, μέσω των επαγγελματιών Υγείας. Ο τόπος παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας είναι τα κέντρα υγείας, τα δημοτικά ιατρεία, ένα ιατρείο, μια πολυκλινική, τα τακτικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, το Πεδυ, τα Τ.Ο.Μ.Υ.

Η διεθνής εμπειρία καθιστά αδήριτη την αναγκαιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ως κεντρικό άξονα του Συστήματος Υγείας. Οι αποκεντρωμένες μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελούν ένα έναυσμα για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας, τον συνδυασμό με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο ρόλος τους είναι να λειτουργούν ως «φίλτρο» (gatekeeper) των περιστατικών πριν διακομισθούν για νοσοκομειακή φροντίδα για την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και τη μείωση δαπανών λόγω μη απαραίτητης χρήσης εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας.

Κύριο μέλημα της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας είναι η πρόληψη, η προαγωγή και η αποκατάσταση της υγείας. Η ΠΦΥ βασίζεται σε «επιστημονικά τεκμηριωμένες, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες». (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, 2008). Σύμφωνα με τη

διακήρυξη της Alma-Ata, και την επιβεβαίωση των αρχών της ΠΦΥ στην Ottawa και στη Riga «η ΠΦΥ βασίζεται σε πρακτικές, σε επιστημονικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες που είναι προσιτές από όλα τα άτομα της κοινότητας μέσω της ενεργού συμμετοχής τους και οικονομικά προσιτές από το κράτος ή την κοινότητα μεθόδους και τεχνολογίες» (Paranikolaou et al., 2012, Κυριόπουλος και συν., 2000, Υφαντόπουλος, 1985, Λεμονίδου, 2010).

Συνεπώς, η ΠΦΥ επεκτείνεται σε δραστηριότητες σχετιζόμενες με τη δημόσια Υγεία, όπως το περιβάλλον, η διατροφή, η φαρμακευτική αγωγή, που συμβάλλουν στην αναβάθμιση του επιπέδου υγείας για τη διασφάλιση της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει τις εξής δραστηριότητες :

- ✧ Εκπαίδευση για την Πρόληψη και την Αποκατάσταση της υγείας
- ✧ Υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών
- ✧ Εμβολιασμούς
- ✧ Πρόληψη και αντιμετώπιση ασθενειών
- ✧ Φαρμακευτική αγωγή
- ✧ Φροντίδα για την μητέρα και το παιδί
- ✧ Μέτρα βασικής Υγιεινής
- ✧ Οδοντοιατρική Φροντίδα

Η Αγωγή Υγείας είναι μια διαδικασία με ψυχολογικές, διανοητικές και κοινωνικές διαστάσεις, συμβάλλει στην τροποποίηση της συμπεριφοράς των ατόμων, γιατί σχετίζεται με δραστηριότητες, που αυξάνουν τις ικανότητες αυτών να λαμβάνουν αποφάσεις που επηρεάζουν την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ευεξία. (Ross και Mico, 1997). Ο "Χάρτης της Οτάβα" το 1986 θεσμοθέτησε την πολιτική της προαγωγής υγείας και ανάπτυξης της υγειονομικής φροντίδας.

Ο ορισμός της προαγωγής της υγείας από τον ΠΟΥ (1984) ήταν: «η διεργασία απόδοσης στους ανθρώπους της ικανότητας να αυξήσουν τον έλεγχο επί της υγείας τους και να τη βελτιώσουν. Ένα άτομο ή μια ομάδα είναι σε θέση, αφενός, να υλοποιήσει τις προσδοκίες και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του και, αφετέρου να αλλάξει ή να αντιμετωπίσει το περιβάλλον. Η υγεία, ως εκ τούτου, θεωρείται ως πηγή για την καθημερινή ζωή, όχι ο σκοπός της ζωής.» (Sines, Saunders & Forbes-Burford, 2011). Το μοντέλο Προαγωγής Υγείας Pender ερευνά τις μεταβλητές που σχετίζονται με τη συμπεριφορά στην υγεία και τα ατομικά χαρακτηριστικά που

επηρεάζουν τα άτομα στις δραστηριότητες προαγωγής της Υγείας. (Nies και McEwen, 2013). Με τις δραστηριότητες προαγωγής της υγείας επιτυγχάνεται η ευεξία, ενώ οι δραστηριότητες πρόληψης καταπολεμούν τη νόσο και τις επιπτώσεις αυτής. (Nies και McEwen,2001).

Ένας ακόμη σημαντικός ρόλος της ΠΦΥ είναι η φροντίδα των ατόμων με ψυχική νόσο, η αποκατάσταση μετά το στάδιο ύφεσης και η ομαλή ένταξη αυτών στο κοινωνικό σύνολο. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, η ΠΦΥ στοχεύει στην αναβάθμιση του επιπέδου της υγείας, στη μείωση δεικτών θνητότητας, περιγεννητικής θνησιμότητας και θνησιμότητα από άλλες αιτίες για τον έλεγχο καθοριστικών παραμέτρων για την υγεία σε μακροεπίπεδο (ΑΕΠ κατά κεφαλή, αναλογία ιατρών ανα 1000 κατοίκους, ποσοστό γήρανσης) και σε μικροεπίπεδο (μέσος όρος Εξωνοσοκομειακών επισκέψεων, εισόδημα, κατανάλωση αλκοόλ). Τα οφέλη της ΠΦΥ συνεπάγονται με την προσπελασιμότητα, τους ελεγκτικούς μηχανισμούς, τη διεπιστημονική συνεργασία και τη δράση του οικογενειακού ιατρού. Η ΠΦΥ χαρακτηρίζεται από μακροχρονιότητα, γεωγραφική κάλυψη, οριζόντια και κάθετη ισότητα, προσανατολισμό στην κοινότητα, στοιχεία που συμβάλλουν στην βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η ΠΦΥ αποτελεί το κλειδί για να μετατραπεί το σύστημα ασθένειας σε σύστημα Υγείας.

### **1.1.1. Στόχοι Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

Κατά τον Π.Ο.Υ. ένα από τα πιο σημαντικά συστατικά της ΠΦΥ είναι η ανάπτυξη του τομέα της Πρόληψης για την πρώιμη ανίχνευση και διαχείριση κινδύνου νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού επιπολασμού. Κρίνεται απαραίτητη η καταγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών για την αποτύπωση επιδημιολογικής εικόνας του πληθυσμού και των ιδιαίτερων αναγκών των χρηστών υγείας κατά την επίσκεψή τους στις μονάδες. (Πιερράκος, 2008).

Η εκπαίδευση των χρηστών ΠΦΥ συνεπικουρούν στην προάσπιση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας, στην τροποποίηση ατομικής συμπεριφοράς και τη σύνδεσή της με την κοινωνική πραγματικότητα αλλά και στην αποφυγή του αποκλεισμού των πολιτών από το κοινωνικό σύνολο. Τα επιμορφωτικά προγράμματα σε θέματα προληπτικής ιατρικής συμβάλλουν στην αφύπνιση της συνείδησης του πληθυσμού για τη σημασία της Πρόληψης. Η κλινική αντιμετώπιση

και η διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, ψυχικής υγείας και η διασύνδεση με τις αντίστοιχες δομές αποτελεί κύρια μέριμνα της ΠΦΥ. Εποπρόσθετα, σημαντικός στόχος της ΠΦΥ αποτελεί η ορθολογική γεωγραφική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στην Ελλάδα (οριζόντια ισότητα). Ειδικότερα, η συνεχής εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού και των επαγγελματιών υγείας, η υποκίνηση για την κάλυψη θέσεων των αποκεντρωμένων περιοχών και η ανάπτυξη νέων ειδικοτήτων αναμένεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ΠΦΥ. Η οικονομική ενδυνάμωση της ΠΦΥ με τη χρηματοδότηση συστημάτων υγείας αποτελεί εξίσου σημαντικό στόχο (κάθετη ισότητα).

Συνοψίζοντας, οι βασικοί στόχοι των υπηρεσιών υγείας είναι η Πρόληψη της νόσου, η Διάγνωση και η Θεραπεία, η Αποκατάσταση της Υγείας και η Ανακουφιστική Φροντίδα. Οι αρχές που καθιστούν επιτυχημένη τη λειτουργία της ΠΦΥ είναι οι εξής:

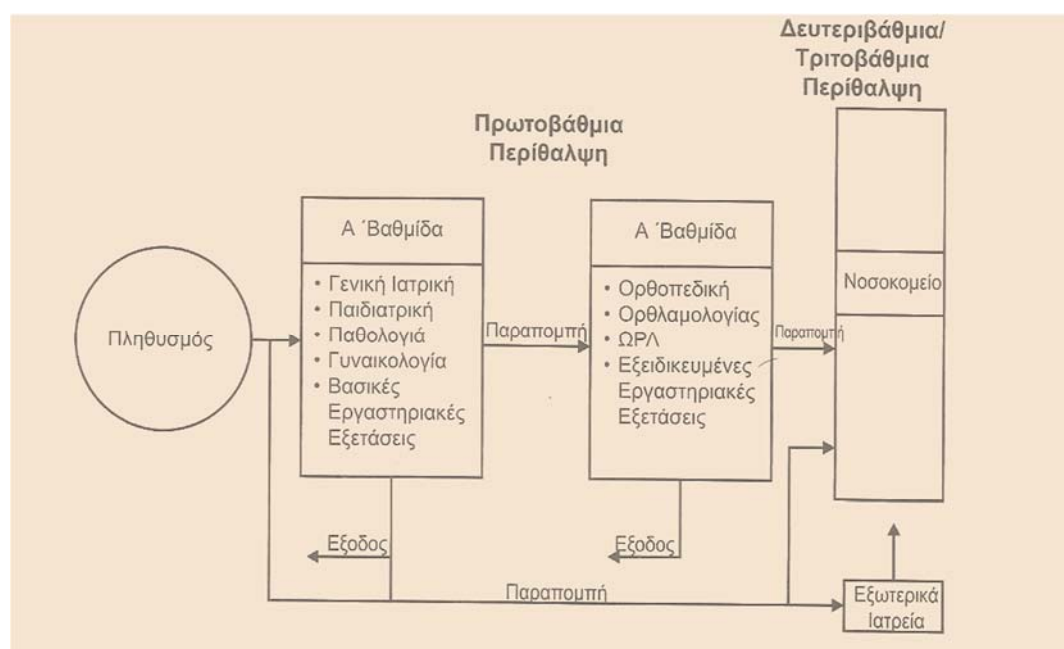
- ☞ Η διαθεσιμότητα της παρεχόμενης φροντίδας - 24ωρη λειτουργία των μονάδων υγείας
- ☞ Καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών, ιατρικού ιστορικού και πληροφοριών των ασθενών.
- ☞ Η κάλυψη υπηρεσιών υγείας εύρους μέχρι 2.500 άτομα ανα κόμβο ΠΦΥ.
- ☞ Η καταγραφή και η ανάλυση ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών υγείας του πληθυσμού.
- ☞ Η ανάπτυξη διαύλων επικοινωνίας της ΠΦΥ με άλλους τομείς. (International Council of Nurses, I.C.N, 2012, Τούντας και Οικονόμου, 2007, Σούλης, 1998).

## **1.2. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΔΙΚΤΥΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι Liewelyn και Macaulay (1966) πρότειναν ένα σύστημα οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, με περιορισμένη όμως θεώρηση της ΠΦΥ ως πύλη εισόδου των χρηστών υγείας στο σύστημα. Αργότερα, το 1978 ο Itting, διαχωρίζει τη δομή της ΠΦΥ σε δύο βαθμίδες, γενικής και εξειδικευμένης περίθαλψης. Η πρώτη βαθμίδα περιλαμβάνει ειδικότητες παθολογίας, γυναικολογίας, παιδιατρικής και γενικής ιατρικής και

λειτουργεί ως σημείο σύνδεσης των πολιτών με το υγειονομικό σύστημα. Η δεύτερη βαθμίδα αφορά πιο εξειδικευμένες ειδικότητες, όπως οι ορθοπεδικοί, οι ΩΡΛ, οι δερματολόγοι, στις οποίες παραπέμπονται οι ασθενείς από τους ιατρού της πρώτηςβαθμίδας. Η μετατόπιση του συστήματος από την απλουστευμένη χωροθετική κατανομή στη διατομεακή συνεργασία με διεπιστημονικότητα και διαθεματικότητα συμβάλλει στη επίτευξη της παροχής της ολιστικής φροντίδας και στη σύνδεση της Τοπικής Κοινωνίας με την ΠΦΥ. (Υφαντόπουλος, 1985, Πιερράκος, 2008).

Σχήμα 1: Δομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας



Πηγή : Πιερράκος 2008

### 1.3. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΑΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### Οικογενειακός Ιατρός

Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού υιοθετήθηκε από τους Ρωμαίους ως «δημοσιεύων ιατρός» στην Αθήνα από τον 6<sup>ο</sup> αιώνα και επεκτάθηκε σε όλες τις ελληνικές αποικίες. Ομοίως στη Βυζαντινή εποχή επικράτησε ο όρος «αρχίατρος πόλεως» ή «περιοδεύων ιατρός». Μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο δεσπόζει η φιλοσοφία της νοσοκομειακής ιατρικής με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της ΠΦΥ.

Ωστόσο, το 1970, με τη διακήρυξη της Alma-Ata, η στροφή στην ΠΦΥ αναβάθμισε το ρόλο του γενικού ιατρού και πλέον εξελίσσεται σε έναν επιστήμονα με ευρύ φάσμα γενικών και ειδικών γνώσεων και δε θεωρείται ένας ιατρός άνευ ειδικότητας. Ανά τη χώρα, υπάρχουν αποκλίσεις για το ρόλο του οικογενειακού ιατρού. Σε ορισμένα συστήματα υγείας ο γενικός ιατρός λειτουργεί ως απονευρωμένος από αυτά, ενώ σε άλλα παρουσιάζεται ιδιαίτερα ενισχυμένος και συνδεδεμένος. Οι αποκλίσεις εντοπίζονται κυρίως :

- ξ Στην ελευθερία ή όχι των χρηστών υγείας να προσφεύγουν σε ιατρούς χωρίς τη διαμεσολάβηση του γενικού ιατρού. Η αυτονομία αυτή υφίσταται στην Ελλάδα, στη Γερμανία, στη Γαλλία, ενώ στην Ολλανδία, στην Αγγλία, στην Αυστραλία και στη Δανία είναι υποχρεωτική η παρεμβολή του γενικού ιατρού.
- ξ Στον τρόπο αμοιβής. Υπάρχει η αμοιβή με μισθό, (Ελλάδα), η αμοιβή κατά πράξη, (Καναδάς, Σουηδία, ΗΠΑ, Ιαπωνία, Αυστραλία), και η αμοιβή κατά κεφαλή, (Ολλανδία, Δανία, Αγγλία).
- ξ Στο χώρο παροχής της φροντίδας, σε ιδιωτικό ιατρείο, σε κέντρο υγείας, σε πολυιατρείο που ανήκουν στο κράτος ή σε ασφαλιστικό φορέα, όπως είναι το ΙΚΑ στην Ελλάδα, τα HMOs τύπου staff model στις ΗΠΑ.
- ξ Στην εργασιακή σύνδεση ιατρών και ασφαλιστικού φορέα, όπως υπάλληλοι του φορέα ή ελεύθεροι επαγγελματίες.
- ξ Στην ατομική ή ομαδική εργασία. (solo / group practice).
- ξ Στη δυνατότητα εξυπηρέτησης συγκεκριμένου εύρους του πληθυσμού με τη χρήση της λίστας που αποτελεί τη συνήθη μορφή παροχής οικογενειακής ιατρικής.

Ανεξάρτητα από τα κριτήρια οργάνωσης των συστημάτων υγείας και τις αποκλίσεις στο ρόλο του γενικού ιατρού, ο σκοπός του παραμένει ένα αλώβητο στοιχείο και επαναφέρει τον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα και εστιάζει στην οικογένεια και στην κοινότητα.

### **Νοσηλευτική διοίκηση**

Ο Hersey και Blanchard όρισαν το μάνατζμεντ ως την πραγματοποίηση της εργασίας μέσω των ατόμων και των ομάδων για την επίτευξη του σκοπού και των επιμέρους στόχων ενός οργανισμού. Στον ορισμό του Daft, αναφέρεται η εκπλήρωση των

σκοπών του οργανισμού μέσα από τις λειτουργίες της διοίκησης, που είναι ο προγραμματισμός, η οργάνωση, ο έλεγχος. Ο Griffin θεωρεί ότι το μάνατζμεντ είναι ένα σύνολο διαδικασιών για την εκπλήρωση των σκοπών του οργανισμού με αποδοτικό και αποτελεσματικό τρόπο. Το μάνατζμεντ είναι μια κοινωνική διαδικασία που συνδυάζει την επιστήμη και την τέχνη συνάμα. (Ζαβλάνος,1998, Ζοπουνίδης, 2008). Ο Taylor, ως πατέρας του επιστημονικού κινήματος του μάνατζμεντ, είχε πρωταρχικό σκοπό την αύξηση της παραγωγικότητας του ατόμου.

Οι βασικές αρχές του Fayol, δημιουργός της θεωρίας της διοίκησης είναι η κατανομή της εργασίας, η ιεραρχία, η εξουσιοδότηση και η εκχώρηση της ευθύνης, η πειθαρχία και η ατομική υπακοή προς τις ανώτερες βαθμίδες της διοίκησης και τις αρχές διοίκησης, η ενότητα της εντολής και της διεύθυνσης, η υπερίσχυση του γενικού συμφέροντος έναντι του ατομικού, τα κίνητρα και η πρωτοβουλία. (Montana και Charnov, 2000).

Ωστόσο παρά τις σχετικές βιβλιογραφικές αναφορές των σκαπανέων του μάνατζμεντ, που είναι σαφώς χρήσιμες στην άσκηση της νοσηλευτικής διοίκησης, ο σύγχρονος ρόλος του νοσηλευτή στην ΠΦΥ λαμβάνει πλέον και άλλες διαστάσεις. Δεδομένου ότι η υγεία βομβαρδίζεται από αναρίθμητους κινδύνους και η ιατρική από αλματώδη ανάπτυξη, οι νοσηλευτές καλούνται να ασκήσουν πρόληψη και να ενισχύσουν τον εκπαιδευτικό τους ρόλο σε νέες μεθόδους θεραπείας και αποκατάστασης και να σταθούν δίπλα σε ασθενείς και υγιείς. Η νοσηλευτική, ως επιστήμη και τέχνη, πάντοτε έκρυβε έναν ασαφή εκπαιδευτικό χαρακτήρα, που παρουσιάζεται εντελώς χρήσιμος στους ασθενείς ΠΦΥ και χαρακτηρίζεται πλέον ως βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του ατόμου. Οι τομείς δράσης περιλαμβάνουν την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. «*Το άτομο είναι αποδέκτης της Νοσηλευτικής Φροντίδας*». (Αποστολοπούλου, 1999). Σε επίπεδο πρόληψης, οι νοσηλευτές ΠΦΥ γνωστοποιούν τους παράγοντες κινδύνου και την αποφυγή τους. Σχετικά με τη θεραπεία και την αποκατάσταση, η απόκτηση γνώσεων του ασθενούς περιλαμβάνουν τη παθοφυσιολογία της νόσου, την αντιμετώπιση, τη συμπτωματολογία, τη διατροφή, την καθημερινή δραστηριότητα, τη φαρμακευτική θεραπεία, την προσαρμογή σε ψυχολογικούς παράγοντες και την εκπαίδευση των ασθενών και συγγενών στην εκμάθηση νέων δεξιοτήτων. Ο κύριος ρόλος των νοσηλευτών είναι η αγωγή της υγείας. Δεύτερος σκοπός είναι η αλλαγή της στάσης και τρίτος και τελικός η καλλιέργεια της υπευθυνότητας του ατόμου για τη

φροντίδα του. Κατά το ψυχαγωγικό μοντέλο αγωγής υγείας των Payton και Ivey, βασικός στόχος αποτελεί η αλλαγή των κινήτρων των ατόμων μέσω της θεωρητικής μάθησης (ευαισθητοποίηση, παροχή γνώσεων), της επιδρασιακής μάθησης (αλλαγή διαθέσεων, ιεράρχηση αξιών, λήψη αποφάσεων) και ψυχοκινητικής μάθησης (απόκτηση δεξιοτήτων). Στα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή ΠΦΥ συμπεριλαμβάνονται η ενεργητικότητα, η κριτική ικανότητα, η παιδαγωγική κατάρτιση, οι ειδικές γνώσεις και δεξιότητες καθώς και η επιδεξιότητα στη μη λεκτική επικοινωνία, που αποτελεί κλειδί στην προσέγγιση του ασθενή.

Η κοινοτική νοσηλευτική αποβλέπει στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών και ομάδων στο φυσικό τους περιβάλλον. Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας μπορεί να οργανώνεται εξ'ολοκλήρου από νοσηλευτές και συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη. Περιλαμβάνει την ανάλυση του πληθυσμού, την επισήμανση των αναγκών, τον καθορισμό στόχων, την αποτίμηση πόρων, τη μεθοδολογία και την αξιολόγηση. Η θεματολογία τέτοιων προγραμμάτων αφορά τη διατροφή, την οδοντική υγεία, το κάπνισμα, την κατάχρηση ουσιών, τα χρόνια νοσήματα, την εκμάθηση νοσηλίων στο σπίτι, π.χ. χορήγηση ινσουλίνης, αντιπηκτικής ένεσης, μέτρηση αρτηριακής πίεσης και σακχάρου. Εμπόδια στις διαδικασίες αγωγής υγείας μπορεί να είναι εξωγενείς παράγοντες, όπως αναποτελεσματική διοίκηση, συγκρούσεις μεταξύ ειδικοτήτων, υποστελέχωση, ανεπάρκεια εκαπιδευτικής κατάρτισης και απουσία οράματος. Επιπρόσθετα, η μεταβίβαση πληροφοριών θα πρέπει να συνάδει με ανάλογο ρυθμό σχετικά με την ηλικία, την ασθένεια, το φύλο και τις ιδιαιτερότητες των ατόμων. Γι' αυτό οι είναι απαραίτητο παρεμβάσεις να χαρακτηρίζονται από δημιουργικότητα, ευελιξία και ποικιλία. (Φουντούκη και Θεοφανίδης, 2012).

### **Διοίκηση κοινωνικής φροντίδας**

Ένα σύστημα κοινωνικής προστασίας των απόρων που συντονίζει τις εισοδηματικές παροχές για κοινωνικές υπηρεσίες μέσω προνομιακών φορέων. Βασικό χαρακτηριστικό αποτελεί η επιλεκτικότητα για τη διαθεσιμότητα των πόρων για τα άτομα που έχουν ανάγκη κοινωνικές υπηρεσίες και ακολούθως η ταξινόμηση των προνοιακών πολιτικών είναι:

- ✦ Για άπορα άτομα, με χαμηλό εισόδημα συγκριτικά με άλλες ομάδες πληθυσμού,



- ✦ Για τη χορηγία επιδοματικών παροχών και παροχής υπηρεσιών,
- ✦ Για την κάλυψη αναγκών συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού.

Σε επίπεδο οργάνωσης, υπάρχουν οι υπηρεσίες ανοικτής και κλειστής κοινωνικής φροντίδας. Στις υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας συμπεριλαμβάνεται η πρωτοβάθμια περίθαλψη και η πρόληψη, αλλά και η χαρτογράφηση αναγκών του πληθυσμού για την αναστολή κοινωνικού ή οικονομικού αποκλεισμού από την Τοπική αυτοδιοίκηση. Τα προγράμματα κλειστής κοινωνικής φροντίδας δε χαρακτηρίζονται από σχέση αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον τους και αφορούν την ιδρυματική περίθαλψη. Συγκεκριμένα, παρέχονται από την Περιφερειακή και Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση και αφορούν τη δευτεροβάθμια περίθαλψη και στοχεύουν στην αποκατάσταση και στη θεραπεία σωματικής, πνευματικής και ψυχικής νόσου αλλά και στην εξάλειψη προβλημάτων κοινωνικού και οικονομικού αποκλεισμού.

## **1.4. ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ : ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Η ΠΦΥ παρέχεται από τέσσερις φορείς:

- ✓ Το ΕΣΥ που περιλαμβάνει τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία, τα τακτικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και το ΕΚΑΒ
- ✓ Τα ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης με τα πολυιατρεία του ΙΚΑ και των συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών
- ✓ Την Τοπική Αυτοδιοίκηση που περιλαμβάνει τα δημοτικά ιατρεία
- ✓ Τον ιδιωτικό τομέα.

Υπολογίζεται ότι τα 170 κέντρα υγείας και τα 19 μικρά νοσοκομεία – κέντρα υγείας με τα περιφερειακά ιατρεία παρέχουν τη δυνατότητα κάλυψης 2,5 εκατομμύρια άτομα που αντιστοιχεί στο σύνολο των αγροτικών περιοχών. Η δημιουργία **κέντρων υγείας** σηματοδότησαν μια αισιόδοξη αρχή για το υγειονομικό σύστημα. Ωστόσο, η συνέχεια δεν ακολούθησε αντίστοιχη πορεία. Συγκεκριμένα, στα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου παρά τη γεωγραφική κάλυψη τους, υπήρξε αδυναμία κάλυψης των αναγκών μεγάλου μέρους του πληθυσμού με αποτέλεσμα την προσφυγή των χρηστών ΠΦΥ στα τακτικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Ωστόσο, τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου χαρακτηρίζονται από προβλήματα υποστελέχωσης,

ανάπτυξης βιοιατρικού εξοπλισμού και τελικώς από αδυναμία παροχής ολιστικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ο ρόλος τους σταδιακά υποβαθμίζεται και πλέον έχουν μετατραπεί σε διαμετακομιστικά κέντρα προς τα δημόσια νοσοκομεία. Σήμερα, υπολογίζεται ότι 12,5% αποτελεί ποσοστό επισκέψεων του πληθυσμού στα κέντρα υγείας και στα περιφερειακά ιατρεία, του συνολικού αριθμού των επισκέψεων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της χώρας.

**Τα τακτικά ιατρεία** των δημόσιων νοσοκομείων χαρακτηρίζονται από συνωστισμό λόγω της υποστελέχωσης και ανεπαρκούς εξοπλισμού των κέντρων υγείας. Η χρήση των νοσοκομείων για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υπερτονίζει την ανυπαρξία κυρίως των αστικών κέντρων κρατικής υποδομής. Σημαινούσας διαστάσεως είναι το ζήτημα της αδυναμίας ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων ιατρού και ασθενή, καθώς και μόνο η πρωινή λειτουργία των τακτικών ιατρείων αποτελεί τροχοπέδη για την προσέλευση του πληθυσμού.

Τα **δημοτικά ιατρεία** αποτελούν μονάδες της τοπικής αυτοδιοίκησης, χρηματοδοτούνται από τους δήμους και προσφέρουν σε τοπικό επίπεδο κυρίως διαγνωστικές υπηρεσίες. Περιλαμβάνουν βασικές ειδικότητες, όπως η Γυναικολογία, η Παθολογία, η Ορθοπαιδική, η Φυσικοθεραπεία, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός και υποστηρίζονται από τα κρατικά νοσοκομεία για τη διενέργεια περεταίρω εξετάσεων. Το νέο σύστημα είναι διαρθρώνεται σε δύο βαθμίδες. Στην πρώτη παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (**TOMY**). Στη δεύτερη βαθμίδα παρέχονται υπηρεσίες από τα κέντρα υγείας και τις μονάδες του ΠΕΔΥ που μετονομάζονται και αυτές κέντρα υγείας και παρέχουν υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής και εξειδικευμένης φροντίδας, έκτακτων και επειγόντων περιστατικών. Οι **TOMY** αποτελούν μια ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα 10 -12 μελών για την παροχή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Είναι Τοπικές Μονάδες Υγείας των δήμων και οι πολίτες απευθύνονται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν και δεν χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης. Κύριο μέλημα τους αποτελεί αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ του εγγεγραμμένου πληθυσμού μιας περιοχής. Συγκεκριμένα στοχεύουν στη διασφάλιση της προσπελασμότητας και της συνέχειας μιας ανθρωποκέντρικης φροντίδας, εστιάζουν στις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, στην αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων και στην προστασία της δημόσιας υγείας. Βασική τους αρχή είναι το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο, η

αποτελεσματική φροντίδα βασίζεται σε συντονισμένες ομάδες υπερβαίνοντας την ιατρικοκεντρικότητα του συστήματος. Ο οικογενειακός ιατρός θα καλύπτει ένα εύρος πληθυσμού 2.000 ενήλικων κατοίκων και ο παιδίατρος 1.500 παιδιά.

Η υπέρμετρη εμπλοκή του **ιδιωτικού τομέα** στην εξωνοσοκομειακή και πρωτοβάθμια περίθαλψη συνδέεται με την ιλιγγιώδη ανάπτυξη της βιοιατρικής τεχνολογίας και συνεπώς με την αύξηση του κόστους των δαπανών, όπου ο δημόσιος τομέας ήταν αδύνατο να ακολουθήσει.

Η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για την παροχή υπηρεσιών υγείας επικαλύπτει την αδυναμία του δημόσιου τομέα λόγω της αναποτελεσματικής ανταπόκρισης του ρόλου του. (Βραχάτης και Παπαδόπουλος, 2012). Ομοίως, η επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα βάλλεται από την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, υλικοτεχνικής υποδομής και τηλειατρικής με αποτέλεσμα την άνθιση του ιδιωτικού τομέα. Η «αχίλλειος πτέρνα» του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί η απουσία ενός ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, 2008).

Η ΠΦΥ έχει χαρακτηριστεί ως «ο μεγάλος ασθενής του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα». (Σωτηριάδου, Μαλλιαρού, Σαράφης, 2011).

Μια σειρά ευρωπαϊκών μελετών αξιολόγησης των βασικών χαρακτηριστικών της ΠΦΥ, που είναι η προσβασιμότητα, η συνέχεια, ο συντονισμός και το ολοκληρωμένο φάσμα τους κατέταξε την ποιότητα της στην Ελλάδα στις χαμηλότερες θέσεις. Αιτία αποτέλεσε η σύγχυση σύνδεσης της ΠΦΥ με το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και την Ομάδα Υγείας ή Περιπατητική Φροντίδα. Απόρροια αυτού ήταν η ανυπαρξία πρώτης επαφής ή εισόδου στο υγειονομικό σύστημα. Η πολιτική της παρούσας επίσκεψης στον ιατρό συνδέεται με τη νοσηρότητα. Αποτελέσματα αυτής της κουλτούρας είναι η προκλητή ζήτηση, ο ηθικός κίνδυνος, η κατάχρηση των δημόσιων πόρων, η ασυνέχεια στη φροντίδα και η μείωση της ασφάλειας του ασθενούς. Το υπάρχον οργανωτικό και διοικητικό πλαίσιο της ΠΦΥ στην Ελλάδα συντέλεσε στην κατάτμηση του άναρχα αναπτυσσόμενου τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω της ανυπαρξίας κεντρικού επιτελικού σχεδιασμού και συντονισμού στην ανάπτυξη και στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η ανάλυση συνολικών δαπανών και η κατά κεφαλήν δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων για την πρωτοβάθμια περίθαλψη κατέδειξε σημαντικές ανισότητες μεταξύ των

ταμείων. Στα ασφαλιστικά ταμεία με μεγάλο αριθμό συνταξιούχων παρουσιάζονται υψηλότερες δαπάνες συγκριτικά με τα ταμεία χωρίς συμβασιούχους. Επιπλέον, στα ταμεία πολλών συμβεβλημένων ιατρών καταγράφονται μεγαλύτερες κατά κεφαλή δαπάνες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη εν συγκρίσει με τις δαπάνες του ΠΕΔΥ.

Στη συνέχεια, η ένδεια καταρτισμένου δυναμικού συρρικνώνει το ρόλο της ΠΦΥ στην απλή συνταγογραφία, λόγω της ιατροκεντρικής ιδεολογίας.

Η γεωγραφική ανισοκατανομή των επαγγελματιών υγείας κωλυσιεργεί την προσφορά της φροντίδας των πολιτών στις αποκεντρωμένες περιοχές. Η απουσία κινήτρων για τη στελέχωση των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις απομακρυσμένες περιοχές, η παραοικονομική δραστηριότητα κατακερματίζουν την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και τελικώς την ικανοποίηση των χρηστών υγείας. (Κυριόπουλος και συν., 2000)

Η μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και του συστήματος παραπομπών συντελεί στην ανεξέλεγκτη περιπλάνηση των χρηστών υγείας στο υγειονομικό σύστημα και στον ιδιωτικό τομέα.

Η περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας τις απογευματινές ώρες, κυρίως στα αστικά κέντρα ενισχύει το συνωστισμό των εφημερευόντων νοσοκομείων και την προσφυγή των ασθενών σε ιδιωτικά ιατρεία.

Η αμφισβήτηση επισκιάζουν το σύστημα, εφόσον η αναζήτηση της «δεύτερης γνώμης» ιατρού δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα αποτελεί πάγια τακτική. Απόρροια αυτού είναι η αύξηση δαπανών με την υπερφόρτωση του συστήματος και η καταστρατήγηση δωρεάν περίθαλψης.

Η έλλειψη ελεγκτικού μηχανισμού της υπερσυνταγογράφησης και παραπομπής των ασθενών σε ιδιωτικά κέντρα για εξετάσεις υψηλού κόστους προκαλεί αδικαιολόγητη οικονομική επιβάρυνση με αμφισβητήσιμη αποτελεσματικότητα και σκοπιμότητα. Η έλλειψη της μηχανογράφησης – ηλεκτρονικής υγείας – παρακωλύουν τη συνέχεια της φροντίδας. Κατακερματισμένη φαίνεται να είναι και η οδοντοιατρική φροντίδα λόγω της άνισης γεωγραφικής κατανομής των οδοντοιατρών στις δομές της ΠΦΥ.

## **1.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Οι δημογραφικοί δείκτες αποτελούν θεμέλιο λίθο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη διανομή πόρων στο υγειονομικό σύστημα. Η παρακολούθηση της δημογραφικής εξέλιξης επιβάλλει την αναγκαιότητα επαναπροσδιορισμού των στόχων της ΠΦΥ. Το περιβάλλον, ως πλαίσιο ανάπτυξης και ευημερίας των ατόμων, συνεπικουρεί στην προαγωγή της θετικής υγείας και στη διατήρηση του κεφαλαίου της υγείας. Η διενέργεια περιβαλλοντικών μελετών συνιστά την ενδεικνυόμενη πρακτική ολοκληρωμένης εφαρμογής της υγειονομικής προστασίας της κοινότητας με την προϋπόθεση συνεχούς ενημέρωσης των φορέων για τις φυσικές περιβαλλοντικές αλλαγές και την εκπόνηση ερευνών. Η πολιτισμική ανάπτυξη είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ευημερία της τοπικής κοινωνίας. Η ομαδικότητα υπερνικά τον κοινωνικό αποκλεισμό, ενδυναμώνοντας την υγιή και αρμονική συνύπαρξη των πολιτών και επιτυγχάνοντας τελικώς στη αναβάθμιση του επιπέδου υγείας της τοπικής κοινωνίας. Το επίπεδο των προσφερόμενων δημόσιων υπηρεσιών αντικατοπτρίζει το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο λειτουργίας της κοινότητας και την αναπτυξιακή πορεία του πληθυσμού. Η χρηματοδότηση για την κάλυψη των αναγκών της τοπικής κοινωνίας συνιστά τις οριοθετημένες παρεμβάσεις από τον κρατικό μηχανισμό. Η πιθανότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας συνδέεται με δημογραφικές παραμέτρους, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ασφάλιση κ.α. Επιπρόσθετα, το χρόνιο νόσημα, η αυτοξιολόγηση του ατόμου για το επίπεδο της υγείας του, η γεωγραφική περιοχή διαμονής, το εισόδημα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και γενικά οι πεποιθήσεις σχετικά με την υγεία του ατόμου που εκφράζουν τις ανάγκες για την υγεία προσδιορίζουν το βαθμό χρήσης των υπηρεσιών υγείας. (Κουρέα – Κρεμαστινού, 2007). Σύμφωνα με τη μελέτη των Ζαβρα, Γείτονα και Κυριόπουλο (2014), «ο *λογάριθμος του αριθμού των επισκέψεων προσδιορίζεται από το φύλο, τη χρόνια*

νόσο, τη γεωγραφική περιφέρεια, το εισόδημα και την αντίληψη σχετικά με την απειλή από τα ιατρικά προβλήματα». Ένα καλό επίπεδο υγείας ταυτίζεται με ένα μικρό αριθμό ιατρικών επισκέψεων.

Όσον αφορά το εισόδημα, τα άτομα με υψηλό εισόδημα υιοθετούν ευκολότερα υγιείς στάσεις. Ομοίως και η ανεργία ενέχει ιδιαίτερη κοινωνική και ψυχολογική σημασία, πέρα από την οικονομική διάσταση, γιατί αποτελεί τη στέρση του ατόμου του κοινωνικού του ρόλου και της λειτουργίας του. Η αίσθηση της μη συγκροτημένης ζωής σχετίζεται με δύο παραμέτρους, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. *«Η φτώχεια θεωρείται η μεγαλύτερη απειλή για την υγεία. Χαρακτηρίζεται από την Παγκόσμια Τράπεζα ως μια κατάσταση ζωής περιορισμένη από υποσιτισμό, αναλφαβητισμό, ασθένειες, υψηλή βρεφική θνησιμότητα, χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης και απέχει από οποιοσδήποτε ορισμό της ανθρώπινης ευπρέπειας».* Η χρήση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά τη γεωγραφική περιοχή συνδέεται από την επίδραση του φυσικού περιβάλλοντος στην υγεία των ατόμων και συγκεκριμένα από την ύπαρξη και τους τύπους των κινδύνων (βιολογικών, χημικών, φυσικών κ.α), της πηγής αυτών (φυσική, βιομηχανική, γεωργική κ.α), της προέλευσής τους (αέρας, νερό, τροφή κ.α) και του διαστήματος έκθεσης (νοικοκυριό, κοινότητα, σχολείο, εργασία κ.α). Ακολούθως η «κοινωνικοβιολογική μετάφραση» «sociobiological translation» εξηγεί την επίδραση της κοινωνίας και του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος στην υγεία των ατόμων και τα χαρακτηριστικά αυτά μπορούν να μετατρέψουν την υγεία σε ασθένεια. (Μάντη και Τσελέπη, 2000).

# Κεφάλαιο 2

## Ποιότητα Και Ικανοποίηση

### Των Χρηστών Υγείας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις αναπτυγμένες χώρες, τα συστήματα υγείας συμμετέχουν σε ένα αδυσώπητο αγώνα από αλληπάλληλες προσπάθειες για την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλότερης ποιότητας. Ενώ παλαιότερα, η μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας βασιζόνταν αποκλειστικά στην άποψη των επαγγελματιών υγείας, σήμερα επικεντρώνεται στην εμπειρία των χρηστών υγείας. Στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον, παρατηρείται αύξηση του ενδιαφέροντος για την ποιότητα και την μοναδική «επιχειρησιακή» επιλογή αποτελεί η αναζήτηση της άποψης του ασθενή αναφορικά με την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας. (Γιαννακοπούλου και Ζυγά, 2013). Σε αυτό το ανταγωνιστικό περιβάλλον κατά τον Steiber & Krowinsky, η ποιότητα δεν αποτελεί μια καλή στοχοθεσία, αλλά την απαραίμιλλη αποτελεσματική επιχειρηματική στρατηγική. (Ραφτόπουλος, 2002).

*«Η ποιότητα αποτελεί βασικό στρατηγικό επιχειρησιακό παράγοντα επιτυχίας και για το λόγο αυτό αποτελεί αντικείμενο έντονης αναζήτησης κατά τις τελευταίες δεκαετίες.*

Η έμφαση στις εμπειρίες των χρηστών υγείας συνιστά μια εξειδίκευση της παραπάνω επιλογής με ιδιαίτερη αξία λόγω της μοναδικότητας των ίδιων των ασθενών στην αποτύπωση μιας ολοκληρωμένης και μεταβαλλόμενης εικόνας για

την εξέλιξη του συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα. Συνεπώς, κύριο μέλημα αποτελεί η ανταπόκριση μιας υπηρεσίας υγείας στις προσδοκίες των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα και την ποιότητα της φροντίδας, όπως την εκλαμβάνουν οι ίδιοι, αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη για την ανάπτυξη της ποιότητας και την ανέλιξη στον τομέα της Υγείας. (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου και Χατζοπούλου, 2008). Τα συστήματα υγείας που προσανατολίζονται στην ποιότητα της φροντίδας υιοθετούν οδηγίες που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία για την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών. Η επικέντρωση στην ποιότητα συνίσταται και στις προσπάθειες αναχαίτισης της παραοικονομίας και διασφάλισης της οικονομικής αποδοτικότητας. (Παπανικολάου, 2007).

Τα εργαλεία μέτρησης της αξιολόγησης της ποιότητας της ΠΦΥ, μέσα από τις εμπειρίες των χρηστών υγείας, αποτελούν μια μορφή επικοινωνίας που συνιστά τον τελικό συντελεστή προσέγγισης των εννοιών της ποιότητας και της ικανοποίησης. Είναι μια ευχάριστη και συνάμα δύσκολη στη διαχείριση, συγκυρία. Επομένως, η μελέτη που εστιάζει στην καταγραφή των εμπειριών και των στάσεων των χρηστών της ΠΦΥ ενέχει τα χαρακτηριστικά του «μαικηνισμού», εφόσον πηγάζει από την πρόθεση της προστασίας, ως αναφαίρετου δικαιώματος και μιας πολύτιμης πηγής για την αξιολόγηση της φροντίδας, η οποία είναι μια διεργασία που αναζητά συνεργάτες και συναιτίους. Είναι κοινή πεποίθηση ότι η πρωταρχική στοχοθεσία των Οργανισμών Υγείας επικεντρώνεται στις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες και στην επανένταξη των ασθενών. Παλαιότερα, υπερίσχυε η ιατροκεντρική αντίληψη στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Πλέον, οι χρήστες υγείας εκφράζουν την αδήριτη ανάγκη και άλλων διαστάσεων της φροντίδας και επιζητούν την ευγένεια, την άνεση, την επικοινωνία, την κατανόηση κ.α. Φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένοι στην ποιοτική φροντίδα, γεγονός που οδήγησε πολλούς Οργανισμούς Υγείας στην υιοθέτηση αρχών της ποιότητας και στην ενσάρκωση της ως επιχειρησιακή στρατηγική.

Κατά τον Πλάτωνα, η ποιότητα ήταν συνδεδεμένη με το αξιακό σύστημα του ανθρώπου, όπως η αρετή, η ηθική και η υπεροχή. Γι' αυτό και η ποιότητα ανάγεται ως μια αίσθηση υπεροχής που συνάδει με την απόκτηση ενός αναγνωρίσιμου αγαθού με τα πολύτιμα χαρακτηριστικά του.



Ο Donabedian Avedis με τη συστημική του θεωρία, υπήρξε ο πρώτος υποστηρικτής της εκτίμησης, ότι η ικανοποίηση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Οι πρώτες έρευνες της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών υλοποιήθηκαν στις ΗΠΑ στις αρχές του 1950, το 1960 στη Μεγάλη Βρετανία και από το 1970 η διασφάλιση της ποιότητας αποκτά ακαδημαϊκό χαρακτήρα. Από το 1980 μέχρι σήμερα παρατηρείται μια ιλιγγιώδη αύξηση στην εκπόνηση μελετών και δημοσιευμένων άρθρων. Το 1991 στην Ταιβάν νομοθετήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών με τη θεώρηση του ως ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο δείκτη της μέτρησης της Ποιότητας της Νοσηλευτικής φροντίδας. Σύμφωνα με τη στρατηγική της Διοίκησης της Ολικής Ποιότητας, η ικανοποίηση των ασθενών ταυτίζεται με την παροχή υπηρεσιών και αγαθών που εκπληρώνουν τις ανάγκες τους. Με την ελευθερία της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στον τομέα της Υγείας, ενισχύεται ο επαναπροσδιορισμός και η απόκτηση του νέου ρόλου του ασθενή ως καταναλωτής υπηρεσιών υγείας. (healthcare consumer). Ο Vuori διατύπωσε ότι εάν δεν οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι, τότε η φροντίδα θεωρείται ποιοτική. (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012)

Η έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση αποτελεί πλούσια πηγή του ανασχεδιασμού στις υπηρεσίες υγείας. Ο Hammer & Champy, το 1993 διατυπώνουν τον ορισμό του ανασχεδιασμού ως το ριζικό επαναπροσανατολισμό των επιχειρησιακών διαδικασιών για την επίτευξη θεαματικών αλλαγών στην απόδοση του οργανισμού σχετικά με το κόστος, την ποιότητα, την εξυπηρέτηση και την ταχύτητα. (Παπανικολάου, 2007). Οι Ghobadian, Speller, και Jones (1994) υποστηρίζουν ότι *«κάνοντας λάθος πράγματα τυπικά υπολογίζεται ότι προκαλεί 30 – 40% δαπάνες για τους οργανισμούς υγείας. Η μείωση αυτής της απώλειας και η ανταπόκριση στις προσδοκίες των ασθενών αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τους μάνατζερς»*.

Η αξιολόγηση του Εθνικού Συστήματος υγείας στη Μεγάλη Βρετανία (NHS) εστιάζει στην ικανοποίηση του ασθενή, διασφαλίζοντας το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής μαζί με την οικονομική αποδοτικότητα και την έκβαση της υγείας.

Η εκτίμηση της φροντίδας αποτελεί σημαντική παράμετρο στον καθορισμό της επιλογής κατάλληλων δεικτών για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, για τη συλλογή δεδομένων για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας, τη διενέργεια αλλαγών και της επισήμανσης της αναγκαιότητας

εφαρμογής κλινικών πρωτοκόλλων. Κύριος στόχος είναι η βελτίωση της φροντίδας και αποτελεί ευθύνη της Διοίκησης. Ο Straser et al., διατείνονται ότι είναι σημαντική η άποψη των ασθενών αλλά και της οικογένειας και των φίλων του ασθενή για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

## **2.1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Έχουν αναπτυχθεί αναρίθμητοι ορισμοί για την ποιότητα από τους «γκουρού» του μάνατζμεντ και από διεθνείς οργανισμούς πιστοποίησης. (Καλογεροπούλου και Μουρδούκουτας, 2009). Παρά την πληθώρα προσεγγίσεων σχετικά με την ποιότητα, η ερμηνεία της προκαλεί συχνά σύγχυση. Η έννοια της ποιότητας δύναται να μετασχηματιστεί με τις μεταβολές κατά τις λειτουργίες της οργάνωσης και της διοίκησης των οργανισμών.

Ο όρος **«ποιότητα»** ενέχει την προέλευσή της από την αρχαία λέξη *«ποιότης»*, όπου *ποιος* σημαίνει *τι λογής*. Περικλείει ένα σύνολο προσδιοριστικών στοιχείων και γνωρισμάτων που χαρακτηρίζουν ή αξιολογούν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία αντίστοιχα. Οι ιδιότητες, ενός αγαθού και μιας υπηρεσίας δυνητικά το διαφοροποιούν από άλλα όμοια. (Παπανικολάου, 2007). Ο Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου και Χατζοπούλου (2008), αναφέρουν ότι *«η ποιότητα είναι έννοια υποκειμενική και δυναμική ως προς το περιεχόμενό της. Τροποποιείται και διαφέρει ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο κάθε φορά εντάσσεται, όπως και στο βαθμό στον οποίο εκφράζει τις πραγματικές ανάγκες των πελατών, οι οποίες συνδέονται με χρονικές αλλά και χωρικές παραμέτρους. Παρά τη στρατηγικής σημασίας επιχειρησιακή ανάγκη για την ενσωμάτωση χαρακτηριστικών ποιότητας στο σχεδιασμό προϊόντων και υπηρεσιών, η έννοια της είναι βαθιά ανθρωποκεντρική και σύνθετη, αφού προσπαθεί να συνδέσει τις ανθρώπινες ανάγκες με τις ανθρώπινες δραστηριότητες»*. Ο Γκούμας και Τέφα (2012), διατείνονται: *«Η ποιότητα θα μπορούσε να οριστεί διαφορετικά για τον καθένα, καθώς τα κριτήρια όσον αφορά τις ελάχιστες απαιτήσεις του καθενός μας είναι εκ φύσεως υποκειμενικά και διαφοροποιούνται σημαντικά, με αποτέλεσμα κάτι που θεωρείται ποιοτικό από ένα άτομο να μην είναι ταυτόχρονα ποιοτικό για κάποιον άλλο»*. Ο

Edward Deming αναφέρει χαρακτηριστικά ότι «Καλή ποιότητα» δεν σημαίνει κατ' ανάγκη «υψηλή ποιότητα». Η αποσαφήνιση και η μέτρηση της ποιότητας, αν και παρουσιάζει προβλήματα για τους ερευνητές, η έρευνα της προσφέρει οφέλη για την επένδυση, τη μείωση κόστους και τη βελτίωση της παραγωγικότητας. Ωστόσο ολίγοι ερευνητές εστίασαν στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και επιχείρησαν τον εννοιολογικό προσδιορισμό της εξαιτίας των περιορισμών. (Parasuraman et al., 1985).

Ειδικότερα, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, οι ανάγκες της ποιότητας για την παροχή υπηρεσιών υγείας διαφοροποιούνται σύμφωνα με τη γεωγραφική περιοχή αλλά και με την έλευση του χρόνου εξαιτίας του αυξανόμενου ανταγωνισμού στην αγορά και της ελεύθερης επιλογής των χρηστών υγείας, της ιλιγγιώδους ανάπτυξης της τεχνολογίας, και της επεξεργασίας της πληροφορίας από τα συστήματα διοίκησης της ποιότητας.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, μια ομάδα επιστημόνων από την Αμερική και την Ιαπωνία, ανάμεσά τους ο Deming, Donabedian, Juran, Ishikawa και Taguchi, Crosby και Feigenbaum, ως σκαπανείς της ποιότητας και γνωστοί ως «γκουρού» - ηγέτες της ποιότητας άσκησαν σημαντική επιρροή στη δημιουργία σύνθετων συστημάτων ποιότητας. Η διττή έννοια της ποιότητας περιλαμβάνει τον χρήστη και τους παραγωγικούς συντελεστές μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος. Όσον αφορά τον πελάτη, η ποιότητα είναι στενά συνυφασμένη και τις προσδοκίες και τη χρησιμότητα, ενώ σχετικά με τον παραγωγό ταυτίζεται με τη συνολική διαδικασία παραγωγής προϊόντων ή παροχής υπηρεσιών σύμφωνα με τους προκαθορισμένους στόχους του σχεδιασμού και του προγραμματισμού.

Ο Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου και Χατζοπούλου (2008), αναφέρουν ένα διεθνή ορισμό της ποιότητας (ΕΛΟΤ EN ISO 9000:2000), που είναι: «η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που καλύπτουν τις προσδοκίες και ικανοποιούν τις πραγματικές (εκφρασμένες ή συνεπαγόμενες) ανάγκες των χρηστών». Ο Crosby το 1980 διατύπωσε ότι η ποιότητα διασφαλίζεται με την συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις, οι οποίες, κρίνεται επιτακτικό να δηλώνονται με σαφήνεια προς αποφυγή παρερμηνεύσεων. Η μέτρηση της ποιότητας διερευνά το βαθμό της ανταπόκρισης των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες των ασθενών και αποτελεί το κλειδί της επιτυχίας. (Παπανικολάου, 2007). Ο Crosby «κέρδισε τη φήμη του ως ηγέτης

ποιότητας ορίζοντας την με τέσσερα αξιώματα που είναι: 1)ποιότητα είναι η συμμόρφωση με τις απαιτήσεις, 2)το σύστημα ποιότητας είναι βασισμένο στην πρόληψη παρά στην αποτίμηση της βλάβης, 3)πρότυπο απόδοσης με μηδενικές ανεπάρκειες. Παρέχονται έγκαιρα υπηρεσίες, χωρίς ελλείμματα. 4)η μέτρηση της ποιότητας εκτιμά το κόστος της μη συμμόρφωσης, επειδή οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών δαπανούν το μισό των λειτουργικών τους εξόδων σε μη αποδοτικές υπηρεσίες.» (Roussel και Swansburg, 2010). Ο Crosby έλεγε χαρακτηριστικά ότι «η ποιότητα είναι μπαλέτο και όχι χόκει». (Ραφτόπουλος, 2002).

Ο Deming θεωρείται πρωτοπόρος της διαχείρισης ποιότητας. Βασική του διαπίστωση ήταν ότι το 80 – 85% των προβλημάτων που επισκιάζουν την ποιότητα στους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις αφορούν το σύστημα και το 15 – 20% το προσωπικό. Οι επτά θανάσιμες ασθένειες κατά τον Deming περιλαμβάνουν: την αδυναμία στοχοπροσήλωσης, την απουσία μακροπρόθεσμων στόχων και αξιολόγησης απόδοσης, υψηλό ιατρικό κόστος, αποζημιώσεις, εσφαλμένη διαχείριση και χρήση ορατών αριθμών στην αξιολόγηση. (Roussel και Swansburg, 2010). Το 1993 ο Deming όρισε την ποιότητα «ως την ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη». Στη δεκαετία του 1980, οι απόψεις του άσκησαν μεγάλη επίδραση στη φιλοσοφία της διοίκησης υπηρεσιών υγείας υιοθετώντας πρόθυμα τις στρατηγικές διοίκησης οι οποίες μιμούνταν τη βιομηχανική διοίκηση». (Παπανικολάου, 2007).

Εν συνεχεία, ο Juran προσδιόρισε την ποιότητα «ως καταλληλότητα προς χρήση». Στις βασικές αρχές του ο Juran συμπεριέλαβε την τριλογία που αφορά το σχεδιασμό, τον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας. (Πιερράκος, 2008). Ο Ishikawa το 1950 σηματοδοτεί την είσοδο στους κύκλους ποιότητας. Η Παπανικολάου (2007), αναφέρει ότι «αυτό που θεωρείται ποιότητα σήμερα να μην είναι αρκετά καλό για να θεωρηθεί ποιότητα αύριο». Ο Taguchi το 1979 εστιάζει στη μηχανική διάσταση της ποιότητας και ειδικότερα στο σχεδιασμό, διαχωρίζοντας τον σε τρία επίπεδα, ο σχεδιασμός συστήματος, που βασίζεται στην τεχνολογία, ο παραμετρικός σχεδιασμός που περιλαμβάνει τη φιλοσοφία της μεγιστοποίησης της απόδοσης και μείωσης του κόστους, και ο σχεδιασμός ανοχής που αφορά τη μείωση των αλλαγών για τον έλεγχο των αιτιών.

Ο Oakland θεωρούσε ότι θεμέλιος λίθος της διοίκησης ολικής ποιότητας αποτελεί η σχέση πελάτη και προμηθευτή. Για τον Oakland ο αφουγκρασμός των εννοιών ποιότητα, αφοσίωση και ηγεσία αποτελούν τον πυρήνα για το οικοδόμημα της

διοίκηση ολικής ποιότητας ενός οργανισμού. Ο Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου και Χατζοπούλου (2008), αναφέρουν ότι για τον Feigenbaum «η ποιότητα για ένα προϊόν η μια υπηρεσία είναι σύνθετο άθροισμα των χαρακτηριστικών του μάρκετινγκ, της μηχανικής, της παραγωγής και της συντήρησης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, μέσω των οποίων το προϊόν ή η υπηρεσία, όταν αποδοθούν σε χρήση, θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του πελάτη». Οι Monroe & Krishnan διατείνονται ότι η ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας είναι αυτό που εκλαμβάνει ο χρήστης και η ικανότητά της έγκειται στην ικανοποίηση του καταναλωτή και στη διαθεσιμότητα εναλλακτικών επιλογών. Η ποιότητα συνιστά το αποτέλεσμα της σύγκριση μεταξύ των προσδοκιών των καταναλωτών και της αντίληψης του τρόπου που παρέχεται μια υπηρεσία. (Ραφτόπουλος, 2002).

Για ορισμένους συγγραφείς, η ποιότητα συνδέεται με την ανταγωνιστικότητα των επαγγελματιών υγείας, ως αναγκαία συνθήκη προσαρμοστικότητας του σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον, όπου όμως πρέπει να παρέχεται η ποιοτική φροντίδα. Συνεπώς, η ανταγωνιστικότητα δε σχετίζεται μόνο με τη γνώση αλλά και με άλλες πιο σύνθετες δεξιότητες, όπως είναι η κριτική σκέψη, η εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων και οι συνήθειες. Η έννοια της ποιότητας διαφέρει μεταξύ των ανθρώπων, καθώς διαφορετικές χώρες προσπάθησαν με διαφορετικούς τρόπους για τη βελτίωσή της. (Jefferson-Lenskyj, 2012)

Οι Boulkedid et al., (2011), ορίζουν ως ποιότητα «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών εκβάσεων υγείας». Στη συνέχεια, οι Ghobadian, και συν., συγχώνευσαν ορισμένους ορισμούς της ποιότητας σε πέντε κατηγορίες που είναι : 1) η ανωτερότητα, που κατά τον Πλάτωνα η ποιότητα αποτελεί μια έμφυτη τελειότητα, 2) τα προεξάρχοντα χαρακτηριστικά, που είναι η ποσοτική και ποιοτική μέτρηση της ποιότητας των ιδιοτήτων των προϊόντων και των υπηρεσιών, 3) τα χαρακτηριστικά διαδικασίας, που είναι η προσαρμοστικότητα στις απαιτήσεις, 4) η Ικανοποίηση του καταναλωτή, όπου η ποιότητα διαμορφώνεται με το εξωτερικό περιβάλλον και αναφέρεται σε εργασιακούς χώρους εντάσεως, όπως ο χώρος της υγείας, και 5) η Προστιθέμενη Αξία, όπου η διασφάλιση της ποιότητας προυποθέτει τη θυσία του κόστους και της διαθεσιμότητας. Επειδή η παροχή υπηρεσιών είναι άυλη, ο καταναλωτής την εκτιμά σε όρους προστιθέμενης αξίας, με τη αξιολόγηση της αξίας που του προσθέτει με το κριτήριο του «δούναι» και «λαβείν». Το αξιακό σύστημα

του κάθε ανθρώπου συνάδει με τις προτιμήσεις για τη χρήση μιας υπηρεσίας, άρα επηρεάζει και τη διαμόρφωση της άποψής του για την ποιότητα.

Οι σύγχρονες θεωρίες για την ποιότητα, όπως είναι η δημοκρατική προσέγγιση, προσδίδουν νέες διαστάσεις στην έννοια της ποιότητας εξελίσσοντας την κλασική επιστημονική θεωρία που περιλαμβάνει μόνο τον πελάτη και τον παραγωγό και συμπεριλαμβάνουν το σύνολο κοινωνικών και οικονομικών εταίρων (stakeholders). Επομένως, η αντιληφθείσα ποιότητα αποτελεί το μέτρο προκαθορισμένων στόχων κατά το σχεδιασμό των αγαθών ή των υπηρεσιών. Ειδικότερα, η ποιότητα στην ΠΦΥ περιλαμβάνει το σεβασμό του ασθενή κατά την κλινική εξέταση από τον ιατρό και την περιφρούρηση της αξιοπρέπειάς του από το νοσηλευτή, η αφιέρωση χρόνου, η επεξήγηση της κατάστασης της υγείας του και η αίσθηση ότι ο ιατρός και ο νοσηλευτής γνωρίζουν καλά τη δουλειά τους. Επιπρόσθετα, η ποιότητα στο Νοσοκομείο σχετίζεται με την παροχή ανιδιοτελούς φροντίδας και με το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα στη διαχείριση του πόνου. Ωστόσο, πέρα από τη διάσταση της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών, η ποιότητα διευρύνεται και σε άλλα ζητήματα, όπως είναι η εργονομία.

Κατά την Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Παροχής Φροντίδας Υγείας η ποιοτική φροντίδα επιδέχεται ορισμένες διαστάσεις, όπως η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η δραστηριότητα, η ανταποκρισιμότητα, η συμμόρφωση, η διαθεσιμότητα και η αποδοχή.

Ο Donabedian διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας στο τρίπτυχο των συστατικών στοιχείων της δομής (ανθρώπινοι πόροι, χαρακτηριστικά εγκατάστασης, εκπαίδευση προσωπικού, τεχνολογία και υποδομή), των διαδικασιών (λειτουργία του οργανισμού, οργάνωση, χρόνοι αναμονής, παροχή υπηρεσιών υγείας) και των αποτελεσμάτων (επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υγείας, δράσεων και υπηρεσιών). (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Η ποιότητα λαμβάνει διάφορης εκτίμησης σε ένα προϊόν και σε μια υπηρεσία.

Η αντικειμενικότητα στην εκτίμηση ενός αγαθού έγκειται στις διαστάσεις διάρκειας του (αποσβεστέα και υπολειμματική αξία) και λειτουργικών χαρακτηριστικών ή ελαττωμάτων. Στα προϊόντα, υφίστανται απογραφές για τον προσδιορισμό των διακυμάνσεων της ζήτησης. Εν αντιθέσει, η δυσκολία αξιολόγησης της ποιότητας μιας υπηρεσίας οφείλεται σε τρεις παραμέτρους, που είναι η απροσδιοριστία, η ετερογένεια και η κωλυσιεργία διαχωρισμού της παραγωγής και κατανάλωσης. Η

άυλη μορφή των υπηρεσιών υγείας αναχαιτίζει τον ενδεδειγμένο σχεδιασμό ορισμένων χαρακτηριστικών, διότι οι υπηρεσίες υγείας διατίθενται στη στιγμή που δημιουργείται η ανάγκη, επομένως είναι αδύνατον να αποθηκευτούν. Στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας, λόγω μεγάλου όγκου συναλλαγών αυξάνεται η πιθανότητα πρόκλησης λάθους.

Βιβλιογραφικά, αναφέρεται η διαφορετικότητα των όρων **ποιότητα** και **ικανοποίηση**. Ωστόσο, ορισμένοι συγγραφείς ταυτίζουν τις έννοιες ισχυριζόμενοι ότι η ποιότητα αποτελεί βασική προϋπόθεση της ικανοποίησης. Οι Rust και Oliver θεωρούσαν ότι η εκτίμηση της ποιότητας μιας υπηρεσίας βασίζεται στις διαστάσεις της, ενώ η ικανοποίηση δεν αφορά απαραίτητα διαστάσεις σχετιζόμενες με την ποιότητα μιας υπηρεσίας. Η ποιότητα σε μια υπηρεσία μπορεί να αφορά προσδοκίες που σχετίζονται με απόψεις αισθητικής περι της τελειότητας, ενώ η ικανοποίηση μπορεί να ενισχύεται από άλλες πτυχές, όπως είναι η ανάγκη για τη διασφάλιση της ισότητας, της προσβασιμότητας, κοινωνικής δικαιοσύνης κ.α.

Ετυμολογικά, ο όρος **«ικανοποίηση»** προέρχεται από τις λέξεις «ικανός», από το ρήμα «ικάνω», δηλαδή «φτάνω», λαμβάνοντας τη σημασία «αρκετός», και το «ποιώ» που σημαίνει «ανταποκρίνομαι στις προσδοκίες και στις απαιτήσεις».

Ιδιαίτερα σημαντικό κριτήριο στην αξιολόγηση της ικανοποίησης αποτελεί η συνθήκη της εμπειρίας από τη χρήση μιας υπηρεσίας, το οποίο δεν ισχύει στην εκτίμηση της ποιότητας.

Πάντως, μάλλον είναι ευδιάκριτη κάποια σύνδεση μεταξύ της ποιότητας και της ικανοποίησης. Ο Oliver θεωρούσε ότι η ικανοποίηση είναι ένα συναίσθημα στη λογική και συναισθηματική σφαίρα του ατόμου που ανακύπτει μέσα από μια σειρά γεγονότων κατά τη διάρκεια χρήσης μιας υπηρεσίας. Η ικανοποίηση αντλείται από την ανταπόκριση μιας υπηρεσίας στις προσδοκίες και στις ανάγκες ή ακόμη και στις ενδόμυχες εμπειρίες των ασθενών.

Η William και συν., αναφέρει τις έννοιες *καθήκον* (duty) και *ενοχή* (culpability) στην προσπάθεια αποκωδικοποίησης της ικανοποίησης. Ο όρος «καθήκον» σχετίζεται με τις υποχρεώσεις της υπηρεσίας προς τον ασθενή. Ο όρος «ενοχή» ανάγει τη σημαντικότητα της συνείδησης του κάθε επαγγελματία υγείας στην άσκηση του λειτουργήματος του. Παρ'όλα αυτά, παρατηρείται μια ελαστική και επιεικής αξιολόγηση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας παρά τις αντιξοότητες που συνάντησαν κατά τη χρήση αυτών. Οι προσεγγίσεις που ερμηνεύουν την εμμένουσα

εξωτερίκευση της ικανοποίησης των ασθενών είναι ότι η επιμονή στη θετική αξιολόγηση της φροντίδας έγκειται στην αποδοχή ελαφρυντικών παραγόντων της μη επιτέλεσης του καθήκοντος μεταξύ του προμηθευτή και του επαγγελματία υγείας. Επομένως, οι δυσάρεστες εμπειρίες στο πλαίσιο της συνολικής διαδικασίας δεν οδηγούν απαραίτητα στην αρνητική αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας από τους ασθενείς. (Ραφτόπουλος, 2002).

Τέλος, ίσως παρουσιάζεται άγωνα και αδιέξοδη η προσπάθεια της αποσαφήνισης του εννοιολογικού προσδιορισμού της ποιότητας λόγω της κοινωνικής διάστασης και της επιρροής των αξιών, των πεποιθήσεων και των στάσεων των ανθρώπων. Παρόλο που το περιεχόμενο της ποιότητας αποκλίνει για κάθε άνθρωπο, υπάρχουν κοινά σημεία που λειτουργούν ως δείκτες στη μέτρηση της, και με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται η συνάρτηση της σχέσης ασθενή και προμηθευτή – επαγγελματία υγείας. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς προσδίδουν διαφορετικούς ορισμούς για την ποιότητα, ο καθένας από τη δική του οπτική γωνία.

## 2.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΑ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

### 2.2.1. Εννοιολογικά υποδείγματα και θεωρίες για την ποιότητα

#### **Αντιληφθείσα ποιότητα παροχής από μια υπηρεσία (Perceived quality of service)**

Η εκληφθείσα ποιότητα ορίζεται η σφαιρική άποψη και η στάση του ασθενή σε συνάρτηση με την ανωτερότητα μιας υπηρεσίας. Αποτελεί τη σχέση των απόψεων και προσδοκιών των χρηστών. (Parasuraman, Zenithaml & Berry, 1985). Η αντικειμενική ποιότητα αποκλίνει από την εκληφθείσα ποιότητα. Οι Holbrook & Corfman ερμηνεύουν την ποιότητα με το παρακάτω μαθηματικό μοντέλο :

$$\Sigma \text{EΠi} = \text{Ai} - \text{Πi}$$

ΣΕΠ αποτελεί τη Συνολική Εκληφθείσα Ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας αναδυόμενη από την αξιολόγηση των  $i$  ερεθισμάτων του χρήστη,  $A_i$  είναι η γνώμη που διαμορφώνει ο χρήστης με τη φροντίδα που του παρέχεται και  $\Pi_i$  είναι οι



προσδοκίες που προέρχονται από τις επιθυμίες. (Ραφτόπουλος ,2002). Κατά τον Parasuraman, οι προσδοκίες δεν ταυτίζονται με την πρόβλεψη των χρηστών για το τι αναμένεται να συμβεί αλλά με την υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας που είναι τι πρέπει να προσφερθεί. Επομένως, η παραπάνω σχέση αποτυπώνει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται την ποιότητα ο χρήστης. Ο Carman αναδιαμορφώνει το προηγούμενο υπόδειγμα ως εξής :

$$\Sigma A_{Pi} = \Sigma I_i - (A_i - P_i)$$

I συνιστά το βαθμό σημαντικότητας κάθε διάστασης μιας υπηρεσίας και ΣI το συνολικό αποτέλεσμα αυτών των διαστάσεων. Για τις νέες υπηρεσίες, είναι δυνατόν να μην υπάρχουν προσδοκίες P<sub>i</sub>, ενώ για τις υπηρεσίες με συχνή χρήση συνήθως υπάρχουν σταθερές προσδοκίες.

#### Υπόδειγμα Monroe & Krishnan

Η ακόλουθη εξίσωση αντιπροσωπεύει την εκληφθείσα ποιότητα ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας.

$$P_i = -1 [\Sigma \Sigma I_i - (A_i - P_i)]$$

P<sub>i</sub> είναι η εκληφθείσα ποιότητα και με τον πολλαπλασιασμό του δεξιού σκέλους της εξίσωσης με το -1 οι υψηλές τιμές του P<sub>i</sub>ΣI αντανakλούν στη κάθε διάσταση της φροντίδας, P<sub>i</sub> είναι η ποσοστιαία πιθανότητα του αγαθού ή της υπηρεσίας από τη διάσταση και I το επιθυμητό ποσοστό της διάστασης. Θεωρούμε ότι ο συντελεστής Minkowski είναι ίσος με το μηδέν.

#### Κλιμακούμενη Ποιότητα

Η εκληφθείσα ποιότητα λαμβάνει μια πορεία κλιμάκωσης ανάμεσα σε δύο ακραία σημεία που είναι η ιδανική ποιότητα και η μη αποδεκτή ποιότητα. (Ghobadian et al., 1994).

<b>Μη αποδεκτή ποιότητα</b>	<b>Ικανοποιητική ποιότητα</b>	<b>Ιδανική ποιότητα</b>
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------



Το σχήμα της Ικανοποιητικής ποιότητας στη μεσότητα της κλίμακας είναι :

$$E_{Pi} = P_{Pi} + T_{Pi} + P_{TA}$$

ΕΠ είναι η εκληφθείσα ποιότητα, ΠΠΠ οι προσδοκίες των πελατών πρό χρήσης της υπηρεσίας, ΤΠΥ η τρέχουσα ποιότητα της υπηρεσίας και ΠΤΑ η ποιότητα του τρέχοντος αποτελέσματος. Η αντιληφθείσα ποιότητα είναι ένα αποτέλεσμα που προκύπτει από τη σύγκριση των προσδοκιών του παρελθόντος, της τρέχουσας χρήσης και του αποτελέσματος της χρήσης. Η εμπειρία του παρελθόντος και οι ανάγκες των καταναλωτών συνεπικουρούν στη διαμόρφωση μια εικόνας μιας υπηρεσίας προ χρήσης αυτής, η οποία αποκρυσταλλώνεται με το μάρκετινγκ και το κόστος. Άρα η ποιότητα του αποτελέσματος από την τρέχουσα χρήση είναι :

- ↳ Ίση με την ικανοποιητική ποιότητα (εκπλήρωση προσδοκιών). ΠΠΠ = ΕΠ
- ↳ Ίση με την ιδανική ποιότητα, (η εκληφθείσα ποιότητα υπερτερεί των προσδοκιών). ΕΠ>ΠΠΠ.
- ↳ Ίση με τη μη αποδεκτή ποιότητα (η εκληφθείσα ποιότητα μειονεκτεί των προσδοκιών των πελατών). ΕΠ<ΠΠΠ.

#### **Υπόδειγμα στάσεων κατά Bolton & Drew (1991b) και Mazis et al., (1975)**

Η διανομή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας αποτελεί στρατηγική για την επιτυχία δεδομένου ότι η υψηλή εκληφθείσα ποιότητα αυξάνει το βαθμό ικανοποίησης. (Parasuraman, Zeithaml και Berry, 1988, 1985). Ειδικότερα, η εκληφθείσα ποιότητα αποτελεί μια στάση, τη δημιουργία μιας αντίληψης των ασθενών για την ποιότητα μιας υπηρεσίας από προηγούμενη χρήση. (Bolton & Drew, 1991a, 1991b)

Στάση<sub>t-1</sub> σε συνδυασμό με το βαθμό ικανοποίησης ΙΧ = ικανοποίηση χρήστη και ΔΧ = δυσαρέσκεια χρήστη από την τρέχουσα απόδοση μιας υπηρεσίας.

Η αναζήτηση της σχέσης ποιότητας και ικανοποίησης οδηγεί στην εξίσωση :

#### **Ποιότητα υπηρεσίας = $q_o(IX/AX$ , Εκπλήρωση προσδοκιών, Απόδοση)**

Οι Mazis et al. θεωρούν ότι η στάση ενός ανθρώπου καθορίζεται βάσει της σημαντικότητας των διαστάσεων μιας παρεχόμενης υπηρεσίας που τελικώς συμβάλλει στη συνολική αξιολόγηση της απόδοσης ενός οργανισμού που περιλαμβάνει την εκληφθείσα ποιότητα, τις προσδοκίες και την ικανοποίηση των χρηστών υγείας. (Woodruff, Cadotte & Jenkins, 1983). Για τη μέτρηση της απόδοσης

μιας υπηρεσίας που αποτελεί και το δείκτη ποιότητας, προτείνεται η χρήση κλίμακας Likert. (Churchill & Surprenant, 1982).

### **Ποιότητα φροντίδας από την πλευρά του ασθενή**

Από την οπτική του ασθενή, η ποιότητα της φροντίδας έχει πολλές διαστάσεις. Περιλαμβάνει τις προτιμήσεις των ασθενών και τη δομή των πόρων του οργανισμού. Ειδικότερα, τα ατομικά χαρακτηριστικά αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό και τα χαρακτηριστικά φυσικού περιβάλλοντος της Διοίκησης, τις συνθήκες και την κουλτούρα ενός οργανισμού. Οι προτιμήσεις των ασθενών διακρίνονται στην ορθολογική και στην ανθρώπινη έννοια. Η ορθολογική έννοια σχετίζεται με την προβλεψιμότητα του ασθενή για την πορεία της υγείας του, ενώ η ανθρώπινη σχετίζεται με την ανάγκη του ασθενή για εξατομικευμένη φροντίδα και μοναδικότητα. Οι επαναδιατυπωμένες βιβλιογραφικά διαστάσεις είναι : οι τεχνικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας (σχέση ιατρού – ασθενή), εξοπλισμός και το περιβάλλον. (Brody et al., 1989, Hulka et al., 1975, Hinshaw & Atwood, 1981).

### **Προβλέπουσα Ποιότητα της φροντίδας**

Οι ασθενείς έχουν προσδοκίες από τις υπηρεσίες υγείας, ωστόσο δεν επηρεάζει την ικανοποίηση τους γιατί αντιθέτως οι παράγοντες μιας ποιοτικής φροντίδας αποτελούν προϋποθέσεις για την ικανοποίηση των ασθενών και εξηγείται με το εξής υπόδειγμα :

$$I_k = \sum (\Sigma E\Pi_k - \Pi_k)$$

$I_k$  = Ικανοποίηση του ασθενή από την ποιότητα φροντίδας,  $\Sigma E\Pi_k$  = Συνολική εκληφθείσα ποιότητα, και  $\Pi_k$  = Προσδοκίες ασθενών. (Ραφτόπουλος, 2002).

### **Συντελεστική ποιότητα της φροντίδας**

Οι διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας είναι η κανονιστική και η θετικιστική. Η πρώτη αφορά την ανθρώπινη ευεξία με κοινή παραδοχή ότι οι άνθρωποι αναζητούν μια καλή φροντίδα και η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί δείκτη της ποιοτικής φροντίδας. Η θετικιστική διάσταση αναφέρεται στην επιδίωξη ή την επιλογή ο,τιδήποτε είναι καλό και περιλαμβάνει τη θεωρία της εγγενούς αξίας. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, υποστηρίζεται το αναφαίρετο δικαίωμα να τυγχάνει ο ασθενής το δικαίωμα για μια ποιοτικότερη φροντίδα αυξάνοντας το βαθμό της

ικανοποίησης. Η θεωρία της φαινομενικά ανεπιτήδευτης ικανοποίησης υποστηρίζει ότι ο ασθενής λόγω άγνοιας αδυνατεί να αξιολογήσει την ποιότητα της φροντίδας, δηλώνει όμως την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκειά του.

#### **Υπόδειγμα ποιότητας υπηρεσιών κατά Grönroos ( 1984)**

Βασική προϋπόθεση για μια υπηρεσία είναι να προσαρμόσει την αναμενόμενη υπηρεσία με την αντιλαμβανόμενη υπηρεσία. Το υπόδειγμα περιλαμβάνει τρία συστατικά της ποιότητας μιας υπηρεσίας: Η *τεχνική ποιότητα* ορίζεται η ποιότητα που εκλαμβάνει ο πελάτης ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του με την υπηρεσία. Ερωτάται «τι» θα προσφερθεί. Η *λειτουργική ποιότητα* αναφέρεται στον τρόπο παροχής μιας υπηρεσίας (π.χ χρόνος αναμονής). Ερωτάται «πως» προσφέρθηκε μια υπηρεσία. Η *εικόνα μιας υπηρεσίας* αναπτύσσεται από τη τεχνική και λειτουργική ποιότητα της υπηρεσίας και από ένα φάσμα πρόσθετων παραγόντων, όπως είναι το κόστος, οι δημόσιες σχέσεις κλπ. (Grönroos, 1982, Παπανικολάου, 2007).

#### **2.2.2. Εννοιολογικά υποδείγματα και θεωρίες για την ικανοποίηση**

Η ικανοποίηση αντιμετωπίζεται σαν μια αντίδραση εκπλήρωσης, σαν συναισθηματική αντίδραση, σαν μια συνολική αξιολόγηση, μια ψυχολογική κατάσταση. Βασική ασυμφωνία αποτελεί αν η ικανοποίηση αποτελεί μια διαδικασία ή ένα αποτέλεσμα. Η αντίδραση μπορεί να εμπεριέχει γνωστικές και συναισθηματικές λειτουργίες και ερεθίσματα τα οποία αντιλαμβάνονται οι ασθενείς στο περιβάλλον της παρεχόμενης φροντίδας, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη νοσηλεία τους ή την κλινική τους επίσκεψη. (Παπανικολάου, 2007).

#### **Υπόδειγμα Ικανοποίησης και Ποιότητας του Oliver–Taylor & Baker**

Κατά τον Oliver, η ποιότητα και ικανοποίηση είναι αλληλένδετες έννοιες. Επομένως η εκληφθείσα ποιότητα είναι το αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα στην τέλεια και στην παρούσα απόδοση και η ικανοποίηση συνδέεται με τις προσδοκίες πρόβλεψης που η εκπλήρωση αυτών διασφαλίζουν την ποιοτική φροντίδα. Η εκληφθείσα ποιότητα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ικανοποίηση. (Ραφτόπουλος, 2002). Το υπόδειγμα δέχθηκε κριτική από ερευνητές, ενώ

υποστηρίζεται ότι η εκπλήρωση των προσδοκιών για ποιοτική φροντίδα δε συνάδει με την ικανοποίηση, διαφέρουν ως έννοιες (Barbeau και Bradley, 1985). Ωστόσο βιβλιογραφικά, διατυπώνεται η αντίθετη μαρτυρία, η σύνδεση προσδοκιών και ικανοποίησης. (Cadotte et al., 1987, Westbrook and Reilly, 1983). Η ικανοποίηση είναι η εκτίμηση μετά τη χρήση μιας υπηρεσίας δεδομένης της προ χρήσης προσδοκίας. (Cengiz, 2010). Οι επιθυμίες των χρηστών υγείας καθορίζουν την ικανοποίηση και η στάση αποτελεί μια λειτουργία εκπλήρωσης των επιθυμιών. Αυτό διακρίνεται από την πρόθεση των χρηστών υγείας για την εκ νέου χρήση μιας υπηρεσίας. Ο Oliver, με βάση τη θεωρία των Howard διατύπωσε το εξής υπόδειγμα :

### **Προσδοκίες → Εκπλήρωση → Ικανοποίηση → Στάση – Συμπεριφορά**

Η ικανοποίηση διαμορφώνει τη στάση των ατόμων για μελλοντική επαναχρησιμοποίηση μιας υπηρεσίας. Ωστόσο, ο Oliver αντιμετώπισε περαιτέρω ερευνητικό πρόβλημα, εφόσον οι Taylor & Baker διατύπωσαν ότι η σχέση της ποιότητας και της ικανοποίησης αναφέρεται στη διακύμανση των προθέσεων για την επανάληψη της χρήσης μιας υπηρεσίας σχετικά με την ποιότητα και την ικανοποίηση και επιβεβαιώνεται μαθηματικά ως εξής :

### **Πρόθεση επαναχρησιμοποίησης = $\alpha$ + $\beta$ ικανοποίηση + $\gamma$ ποιότητα + $\delta$ αλληλεπίδραση.**

Διαπίστωσαν ότι στις υπηρεσίες υγείας δεν υπήρξε συσχέτιση ποιότητας και ικανοποίησης για την πρόθεση του ατόμου για να ξαναχρησιμοποιήσει μια υπηρεσία, ενώ σε άλλες υπηρεσίες, όπως στις υπηρεσίες ψυχαγωγίας υπήρξε συσχέτιση.

### **Υπόδειγμα Howard & Sheth**

$$A_{t+2} = (S_{t+1} - A_t) + A_t$$

$A_t$  = στάση προ χρήσεως υπηρεσίας,  $S_{t+1}$  = ικανοποίηση μετά τη χρήση,

$A_{t+2}$ = αλλαγή στάσης μετά τη χρήση της υπηρεσίας. Η διαφορά  $S_{t+1} - A_t$  εκφράζει το αποτέλεσμα ανάμεσα στην προσδοκία και στην ικανοποίηση μετά τη χρήση. Στη συνέχεια, ο Fishbein και οι Olson θεώρησαν ότι οι προσδοκίες καθορίζουν τη διαμόρφωση της στάσης και την ικανοποίηση των χρηστών υγείας. Επομένως, η αρχική στάση μπορεί να αναθεωρηθεί :

$$\begin{aligned} \text{Στάση (t}_1\text{)} &= f(\text{προσδοκιών}) \\ \text{Ικανοποίηση} &= f(\text{προσδοκιών, εκπλήρωση προσδοκιών}) \\ \text{Στάση (t}_2\text{)} &= f(\text{στάση t}_1, \text{ικανοποίηση}) \end{aligned}$$

Μια μετέπειτα τροποποίηση του υποδείγματος είναι ότι η ικανοποίηση σχετίζεται με την πρόθεση - στάση για εκ νέου χρήση μιας υπηρεσίας :

$$\begin{aligned} \text{Πρόθεση (t}_1\text{)} &= f(\text{στάση t}_1) \\ \text{Πρόθεση (t}_2\text{)} &= f(\text{πρόθεση t}_1, \text{ικανοποίηση, στάση t}_2) \end{aligned}$$

### **Προσαρμοσμένη ικανοποίηση του ασθενή από τη φροντίδα**

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή με την ερώτηση «*πόσο ικανοποιημένος είστε;*» λανθάνουν ερευνητικών σφαλμάτων, λόγω της πιθανής εξίσωσης της έννοιας της ικανοποίησης. Η σταθμισμένη ικανοποίηση προτείνεται με το εξής υπόδειγμα :

$$\Sigma I = \Sigma (I_k \times \Sigma_k)$$

$\Sigma I$ = Σταθμισμένη ικανοποίηση του ασθενή,  $I_k$ = Ικανοποίηση από μια διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας,  $\Sigma_k$ = η αξιολόγηση της σημαντικότητας από μια διάσταση φροντίδας. Επομένως, η ικανοποίηση προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας, σταθμισμένη από το βαθμό σημαντικότητας τους για τον κάθε ασθενή. Η ερμηνεία των κενών (gaps) διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην τελική εκτίμηση της ποιότητας. Για παράδειγμα, η απευθείας ερώτηση «*θεωρείται ποιότητα ο γιατρός να είναι ευγενικός;*» δεν είναι εύκολα αντιληπτή από τους χρήστες υγείας, ενώ η ερώτηση «*Πόσο σημαντικό είναι για σας ο γιατρός να*

είναι ευγενικός;» που αφορά την επιμέρους διάσταση ποιότητας ιατρικής φροντίδας.

#### **Υπόδειγμα Spreng, MacKenzie & Olshavsky (1996)**

Ο Oliver αλλά και άλλοι βασισμένοι στο υπόδειγμα του διατύπωσαν ότι η συνολική ικανοποίηση προέρχεται από τη συναισθηματική αντίδραση του ασθενή από τη χρήση μιας υπηρεσίας και συγκεκριμένα από τα χαρακτηριστικά της και την πληροφόρηση για την επιλογή της συγκεκριμένης υπηρεσίας. Αυτές οι δύο πτυχές της ικανοποίησης διαμορφώνουν την εκληφθείσα απόδοση της υπηρεσίας με την εκπλήρωση των προσδοκιών και των επιθυμιών των ασθενών. (Oliver, 1980, Cadotte et al., 1987). Ο Oliver αναφέρει ότι ο ασθενής αντλεί την ικανοποίηση από την παρατήρηση των χαρακτηριστικών μιας υπηρεσίας προτείνοντας την εξίσωση :

$$ΕΠ = \sum \alpha_i (ΥΕΠ_i)$$

ΕΠ= Εκπλήρωση προσδοκιών,  $\alpha_i$ =διαφορά επιθυμητής και παρούσας απόδοσης της υπηρεσίας, και ΥΕΠ<sub>i</sub>= η υποκειμενική άποψη ανάμεσα στις προσδοκίες και τα Ι χαρακτηριστικά της υπηρεσίας. Οι Spreng, MacKenzie & Olshavsky (1996) επαναδιατύπωσαν το παραπάνω υπόδειγμα, στηριζόμενοι στους Westbrook and Reilly (1983):

$$\Sigma \Sigma (\Sigma_i \Sigma_j \{A_{ix} - I_j\})$$

ΣΣ= Συνολική στάση μιας διάστασης, Σ<sub>i</sub> = αξιολόγηση της σημαντικότητας του Ι χαρακτηριστικού της υπηρεσίας, A<sub>ix</sub> = η άποψη του ασθενή για το αποτέλεσμα της επιλογής του και I<sub>j</sub>= ιδανικά χαρακτηριστικά.

#### **Υπόδειγμα Kane et al., (1997)**

Θεωρούσαν ότι η κατάσταση της υγείας των ασθενών αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της ικανοποίησής τους από τη φροντίδα και μάλιστα επηρεάζει τη στάση τους. Ειδικότερα, οι ασθενείς με παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο εξέφρασαν δυσαρέσκεια από την παρεχόμενη φροντίδα. Στην έρευνά τους διαπίστωσαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της φροντίδας είναι αλληλένδετη με την έκβαση της υγείας τους τη δεδομένη στιγμή, ενώ μάλλον ξεχνούν την πρότερη κατάστασή τους. Ακόμη, η εκπλήρωση των προσδοκιών συμβάλλει σε πολύ μικρό ποσοστό στην ικανοποίησή τους.

### **Υπόδειγμα της Linder – Pelz (1982)**

Διατύπωσε ότι οι προσδοκίες των ασθενών σχετίζονται με την αντιληπτική ικανότητα τους για τα χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας. Οι προσδοκίες των ασθενών προσδιορίζουν τη στάση τους για την ικανοποίηση. Αντίθετα, ο Pascoe ισχυρίστηκε ότι η ικανοποίηση αποτελεί νοητική και όχι συναισθηματική λειτουργία.

Η Linder – Pelz αναφέρει τρεις θεωρίες για τη σχέση της ικανοποίησης και των προσδοκιών που είναι η θεωρία της σύγκρισης, της ισότητας και της εκπλήρωσης.

Επιπρόσθετα διατύπωσε τα εξής :

- ✓ Οι διαστάσεις της φροντίδας που εκπληρώνουν τις προσδοκίες διασφαλίζουν την ικανοποίηση των ασθενών,
- ✓ Η ικανοποίηση είναι το αποτέλεσμα ανάμεσα στις επιθυμίες και στην τελική απόδοση της φροντίδας,
- ✓ Η ικανοποίηση είναι η εκληφθείσα και όχι πάντοτε η πραγματική εκπλήρωση των επιθυμιών και σε αυτό που εκλαμβάνει ως φροντίδα,
- ✓ Η ικανοποίηση σχετίζεται με τις προσδοκίες για τις διαστάσεις της φροντίδας που είναι σημαντικές για τον ασθενή, άρα και με τις αξίες του.
- ✓ Το συνονθύλευμα προσδοκιών και ευχάριστων γεγονότων μεγιστοποιούν την ικανοποίηση.

Η ικανοποίηση ορίζεται το κενό (gap) ανάμεσα στα προσδοκώμενα και αντιλαμβανόμενα χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας, ενώ για άλλους είναι μια ειδική συμπεριφορά, που αντανακλά το βαθμό στον οποίο ένας ασθενής είναι ευχαριστημένος ή δυσαρεστημένος με κάποια υπηρεσία υγείας. (Giovanis et al., 2014). Τα πιο σύγχρονα μοντέλα της ικανοποίησης περιλαμβάνουν: Τη συνολική ικανοποίηση, τα κίνητρα συμπεριφοράς που σχετίζονται με τις συστάσεις της υπηρεσία υγείας από τον ασθενή και την πιθανότητα επαναχρησιμοποίησης της. Αυτή η συναισθηματική αντίδραση του χρήστη υγείας δεν αντιπροσωπεύει ένα μεμονωμένο γεγονός αλλά μια σταθερή συμπεριφορά στο χρόνο. (Welch, 2010, και Sun et al., 2001).



### **Υπόδειγμα Noriaki Kano (1984)**

Κύριο μέλημα της ανάλυσης αποτελεί η εκτίμηση της ικανοποίησης του πελάτη σχετιζόμενη με το βαθμό σπουδαιότητας των χαρακτηριστικών της ποιότητας μιας υπηρεσίας. Οι πελάτες ασυναίσθητα, αναμένουν να εκπληρωθούν οι βασικές τους ανάγκες, ωστόσο δεν ολοκληρώνεται η ικανοποίηση με την κάλυψη μόνο των βασικών αναγκών. Οι αναμενόμενες ανάγκες δεν είναι πάντοτε και απολύτως αναγκαίες. Οι θετικές εμπειρίες αποτελούν πολύτιμη γνώση για μια υπηρεσία και μια απροσδόκητη έκπληξη για τον πελάτη, επομένως διαφοροποιούν μια υπηρεσία σε σχέση με άλλη. Το υπόδειγμα του Kano περιλαμβάνει τη διαβάθμιση σπουδαιότητας ιδιοτήτων μιας υπηρεσίας. Συγκεκριμένα :

**Αναμενόμενη ποιότητα:** Οι αναμενόμενες ιδιότητες είναι σημαντικές γιατί χαρακτηρίζουν τη λειτουργικότητα που αναμένει ο πελάτης,

**Επιθυμητή ποιότητα:** Οι μονοδιάστατες ιδιότητες, οι εκφρασμένες από τον πελάτη ανάγκες.

**Ελκυστική ποιότητα:** Οι ιδιότητες έλξης και τέρψης, που δεν είναι αναμενόμενες, όμως όταν προσφέρονται δημιουργούν ευχαρίστηση. (Παπανικολάου, 2007). Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων για τη βελτίωση της ΠΦΥ βασίζεται στη φωνή του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας και σύμφωνα με αυτό διαμορφώθηκε το IPA – Importance – performance Analysis. Αντίστοιχα, η PRCA – Penalty-rewards-contrast analysis χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση χαρακτηριστικών ποιότητας ως βασικών, απόδοσης και συναρπαστικών. (Giovanis et al., 2014). Χαρακτηριστικό παράδειγμα μιας βασικής ανάγκης είναι ένα καλοστρωμένο κρεβάτι ενός ξενοδοχείου, μιας αναμενόμενης ανάγκης είναι η τηλεόραση, ενώ συναρπαστική εμπειρία θα αποτελούσε ένα μπουκάλι κρασί.

### **Υπόδειγμα Χασμάτων (1990)**

Αναλύονται οι αιτίες της μη ικανοποίησης των πελατών. Ο Zeithaml αναπτύσσει τα χάσματα του υποδείγματος ως εξής:

**1<sup>ο</sup> χάσμα :** ανάμεσα στις προσδοκίες των πελατών και στην αντίληψη αυτών από τη διοίκηση μιας υπηρεσίας. Η διοίκηση δε γνωρίζει τις προσδοκίες των πελατών. Το χάσμα είναι μεγαλύτερο για τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών λόγω απουσίας έρευνας, έλλειψης αποτελεσματικής επικοινωνίας με ανώτερες βαθμίδες της διοίκησης.

**2° χάσμα** : ανάμεσα στον τρόπο αντίληψης των προσδοκιών των πελατών από τη διοίκηση και των προδιαγραφών της ποιότητας της υπηρεσίας. Οι οργανισμοί δεν εκπληρώνουν τις προσδοκίες, λόγω μη επαρκούς δέσμευσης της διοίκησης στην ποιότητα, και έλλειψης στοχοθεσίας.

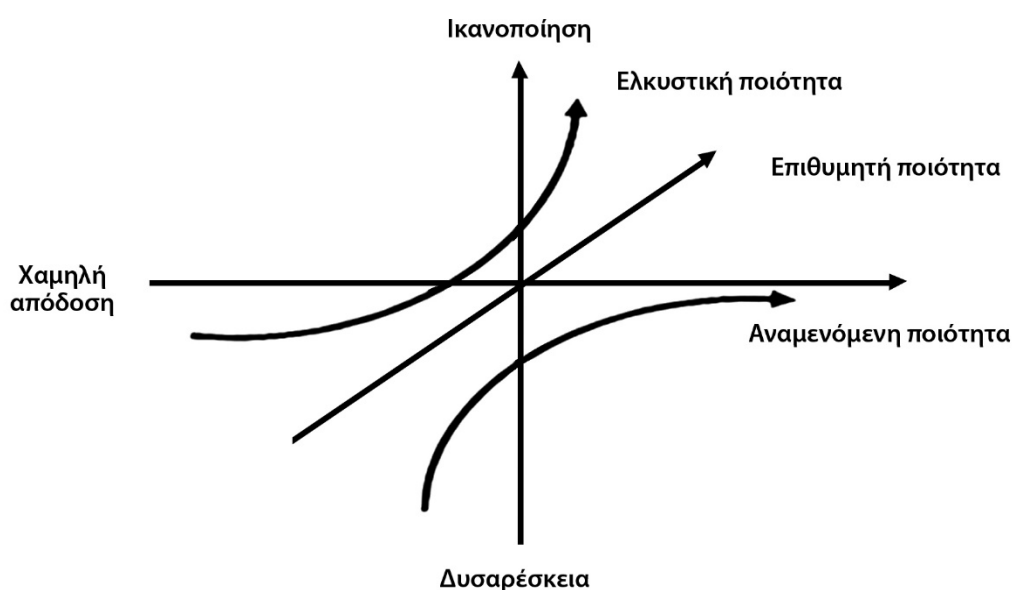
**3° χάσμα** : ανάμεσα στα πρότυπα ποιότητας της υπηρεσίας και της πραγματικής παροχής υπηρεσίας. Επικεντρώνεται στην απόδοση της υπηρεσίας και καθορίζει τις προδιαγραφές ποιότητας. Ακόμη, όμως η υπηρεσία δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες, εξαιτίας της σύγχυσης ρόλων και καθηκόντων μεταξύ του προσωπικού, η ακατάλληλης τοποθέτησης θέσεων των εργαζομένων, απουσίας ελέγχου και συνεργασίας.

**4° χάσμα**: μεταξύ της παρεχόμενης υπηρεσίας και επικοινωνίας με τους πελάτες. Η έγκυρη πληροφόρηση και η διαφήμιση (άνευ υπερβολικών υποσχέσεων), συμβατές με την πραγματικότητα αποτελούν χαρακτηριστικά υψηλής ποιότητας. Δεδομένου ότι οι προσδοκίες των πελατών επηρεάζονται από την κριτική των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

**5° χάσμα** : ανάμεσα στις προσδοκίες και της αντιλαμβανόμενης υπηρεσίας.

Είναι αποτέλεσμα των προηγούμενων χασμάτων.

**Σχήμα 2: Μοντέλο Kano**



Πηγή : Παπανικολάου Β. (2007)

Η ικανοποίηση διαμορφώνεται από το συνδυασμό προσδοκιών και εμπειριών του πελάτη. Ο Kahn ισχυρίζεται ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται και από τη δημόσια εικόνα μιας υπηρεσίας. Ωστόσο, είναι εφικτό η δυσαρέσκεια να μετατραπεί σε ικανοποίηση με τις διαπροσωπικές δεξιότητες του προσωπικού, όπως η ευγένεια σε ένα δυσαρεστημένο πελάτη τον καθιστά σε ένα αφοσιωμένο πελάτη.

**Σχήμα 3: Ποιότητα προς τον πελάτη**



Πηγή : Παπανικολάου Β. (2007)

### 2.2.3. Η έννοια της δυσαρέσκειας

Στις έρευνες με σκοπό την καλύτερη παροχή των υπηρεσιών υγείας μετην ανταπόκριση στις επιθυμίες και στις ανάγκες των ασθενών, η διερεύνηση της δυσαρέσκειας που είναι η εκμείευση αρνητικών απόψεων αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα. Υπερτονίζεται η ανάγκη της επικέντρωσης του ενδιαφέροντος στη δυσαρέσκεια του ασθενή και στους προσδιοριστικούς παράγοντες αυτής. (Annandale και Hunt., 1998, Mulcahy και Tritter, 1998). Στις έρευνες για την ικανοποίηση παρουσιάζονται δυσκολίες στη διεξαγωγή των συμπερασμάτων για τη δυσαρέσκεια, λόγω του ότι καταδεικνύουν χαμηλά επίπεδα. (Williams, Coyle & Healy., 1998). Το πιο σημαντικό στοιχείο είναι οι απόψεις των ασθενών γιατί οι ερευνητές συνδέουν την ικανοποίηση με την εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών. Η δυσαρέσκεια σχετίζεται με την αρνητική αξιολόγηση της φροντίδας και με την αποτυχία εκπλήρωσης προσδοκιών. Όπως και για την ικανοποίηση, ομοίως

και για τη δυσαρέσκεια, οι ασθενείς τις ορίζουν ανάλογα με τις συνθήκες της παρεχόμενης φροντίδας. (Coyle και Williams, 1999). Η έννοια της δυσαρέσκειας περιλαμβάνει σταθερά αρνητικές αξιολογήσεις στις διαστάσεις της φροντίδας. (Μοσχούτας, 2017). Η δυσαρέσκεια, όπως και η ικανοποίηση μπορεί να έχουν αόριστη έκφραση, λόγω των χαρακτηριστικών της νοητικής διεργασίας των ασθενών που είναι τα διλήμματα, η λεπτότητα, η αβεβαιότητα και η πολυπλοκότητα. (Bramadat και Drieger, 1993). Ωστόσο, η εκδήλωση της δυσαρέσκειας πυροδοτείται από την εμφάνιση ενός ακραίου αρνητικού γεγονότος. (Williams, 1994). Αναφέρεται, ότι συνήθως οι συνεντευκτές ανιχνεύουν περισσότερο τις εκφάνσεις της δυσαρέσκειας. Οι πολιτισμικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες τροχοπεδούν την εξωτερίκευση της δυσαρέσκειας και της αρνητικής κριτικής προς τους επαγγελματίες υγείας. Στην έρευνα της Mori απεφάνθη ότι σημαντικός αριθμός ασθενών που αισθάνθηκαν δυσαρέσκεια στη φροντίδα τους, δεν παραπονέθηκαν λόγω αδυναμίας, συναισθηματικού κόστους ή ενοχής, φόβου για το στιγματισμό ή για ανταπόδοση (εκδίκηση) αλλά και από ευγνωμοσύνη. Ο Altschul, ανακάλυψε ότι οι χρήστες υγείας νιώθουν ευγνωμοσύνη απέναντι στους νοσηλευτές για τη φροντίδα και παρά τα προβλήματα σχετικά το σύστημα υγείας, τα αρνητικά συναισθήματα εξουδετερώνονται καθώς οι ασθενείς αποδέχονται τους ελαφρυντικούς παράγοντες που αιτιολογούν τις ανεπάρκειες. (Ραφτόπουλος, 2002). Η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια είναι αντίθετες έννοιες. Η δυσαρέσκεια αποτελεί τον προάγγελο ενός παραπόνου ή ένα μη ανεπτυγμένο παράπονο και τα χαρακτηριστικά της είναι :

- ☞ Η υποκειμενικότητα και η πολυπλοκότητα που πηγάζει από την αόριστη έκφραση σταθερής αρνητικής εκτίμησης της φροντίδας.
- ☞ Η έκφραση της παρακωλύεται από τις αξίες και τον αυτοέλεγχο των ατόμων.
- ☞ Είναι αναγκαίο να αξιολογείται η προωπικότητα του ασθενή για το πώς εκλαμβάνει τη φροντίδα.
- ☞ Αποτελεί μια ευμετάβλητη στο χρόνο διαδικασία, δεδομένου ότι ο ασθενής αναθεωρεί και επαναπροσδιορίζει τις απόψεις του τόσο για το περιβάλλον της φροντίδας , όσο και για του επαγγελματίες υγείας τη δεδομένη στιγμή της εμπειρίας του μέσα από τις προσδοκίες και τις ανάγκες του.

☞ Η απόδοση της ευθύνης σε φορέα προϋποθέτει τη σταθερότητα έκφρασης παραπόνων και δυσαρέσκειας με τη συνοδό επαρκή αιτιολόγηση και αξιολόγηση.

Μεγαλύτερη δυσαρέσκεια εκφράζουν οι ασθενείς αναφορικά με τη φροντίδα στο νοσοκομείο. (Mulcahy και Tritter, 1998). Εν αντιθέσει, σχετικά με τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα, τα περισσότερα παράπονα αφορούν το ιατρικό προσωπικό. Επιπρόσθετα, οι ερευνητές συσχετίζουν τη δυσαρέσκεια με τη συμπεριφοριστική διάσταση και συγκεκριμένα με τη διαπροσωπική σχέση ιατρού – ασθενή καθώς και την αποφυγή δράσης ή την αναβλητικότητα. Αντίστοιχα, η παράκαμψη της ανθρώπινης και κοινωνιολογικής διάστασης στην αντιμετώπιση του ασθενή, και ειδικότερα της ατομικότητας και κακής επικοινωνίας ενισχύει τη δυσαρέσκεια, καθώς η καθημερινή ρουτίνα των επαγγελματιών υγείας δημιουργεί την εντύπωση στον ασθενή ότι αντιμετωπίζεται σαν αντικείμενο και όχι σαν ανθρώπινο ον. Επομένως, αυτή η κατάσταση της από-ανθρωποποίησης συνδέεται στενά με την δυσαρέσκεια και την ώθηση των ασθενών στην αναζήτηση δεύτερης γνώμης ή την αυτόβουλη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. (Annandale και Hunt, 1998).

Οι συνηθέστερες αιτίες παραπόνων περιλαμβάνουν τη διάγνωση, τη θεραπεία, τη συνεργασία και τη σχέση ιατρού και ασθενή, τη συμπεριφορά του ιατρού, τη φτωχή επικοινωνία και επομένως καθορίζουν τη μακροπρόθεσμη συμπεριφορά των ασθενών. (Owen, 1991, Allsop, 1994, Nettleton και Harding, 1995, Kadzombe και Coals, 1992). Η δυσαρέσκεια επικαλύπτεται από τη συνολική ικανοποίηση της φροντίδας, γι'αυτό κρίνεται αναγκαία η συμμετοχή των ίδιων των χρηστών υπηρεσιών υγείας στη δημιουργία κλιμάκων σχετικών με την ικανοποίηση. (Cohen, 1996). Οι ασθενείς εκφράζουν παράπονα μη σχετιζόμενα με κλινικά θέματα, όπως τη δομή και τους οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους των οργανισμών υγείας. (Carmel, 1988, Mulcahy και Lloyd-Bostock, 1994).

Η **ικανοποίηση**, ως μια διαδικασία αντίδρασης του ασθενή, δύναται να διαχωριστεί στην άμεση και μεταγενέστερη ικανοποίηση. Η πρώτη αναφέρεται στην οξεία φάση της ασθένειας ή τη δεδομένη στιγμή της επίσκεψης του χρήστη υγείας σε κάποια δομή υγείας και συνήθως αφορά την τεχνική διάσταση της φροντίδας. Η δεύτερη αναφέρεται στα μετέπειτα ή μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας και περιλαμβάνει την τέχνη της φροντίδας και κυρίως τη διαπροσωπική

διάσταση. Η ικανοποίηση μπορεί να προσομοιαστεί με το φαινόμενο του κατοπτρισμού, όπου το αντικείμενο είναι μόνο φαινομενικό και όχι πραγματικό. Βιβλιογραφικά, η αναζήτηση της ικανοποίησης των ασθενών καταλήγει στην αστείρευτη ονομοκρατία που υπερβαίνει το ρεαλισμό. Έτσι, οι ασθενείς έχουν γνώμη για την ικανοποίηση και όχι γνώση, εφόσον δεν γνωρίζουν την απόλυτη ερμηνεία της έννοιας. Ο όρος «ικανοποίηση» αποτελεί μια γλωσσική επεξεργασία αποσαφήνισης της καταγεγραμμένης άποψης του ασθενή.

Η διερεύνηση της εννοιολογικού προσδιορισμού της ποιότητας και της ικανοποίησης συνιστά την αναζήτηση κανόνων που εκμαιεύουν τη σκέψη και κατ'επέκταση τη συμπεριφορά του ασθενή. Βασίζεται στην ανάλυση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, της σκέψης, της παρατήρησης και της δράσης του ασθενή. Ουσιαστικά αποτελεί μια εν τω βάθει μελέτη στάσεων του ασθενή για τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τα χαρακτηριστικά της φροντίδας και την εξέλιξη αυτής. Η στάση των ασθενών ενέχει γνωστική διάσταση (περιφερική στάση: είναι ικανοποιημένος ή δυσαρεστημένος), συναισθηματική (ωριμότητα, συναισθηματική κατάσταση), συμπεριφοριστική (κίνητρα, προσανατολισμός) και φαινομελογική διάσταση (ομαδοποίηση γεγονότων μέσα από τη διαίσθηση, την ανάλυση και την περιγραφή). Η φαινομενολογική προσέγγιση της ικανοποίησης περιλαμβάνει την παραγματικότητα, την αλήθεια, την υποκειμενικότητα και τις εμπειρίες των ασθενών.

**Σχήμα 4: Φαινομενολογική προσέγγιση της ικανοποίησης των ασθενών**



Πηγή : Ραφτόπουλος Β. (2002)

## 2.3. ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

### 2.3.1. Διαχρονική εξέλιξη της ποιότητας: παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών ΠΦΥ

*«Η εξέλιξη της επιστημονικής σκέψης στη διάρκεια του 18<sup>ου</sup> αιώνα είχε ως αποτέλεσμα, μεταξύ άλλων εξελίξεων, τη συνεχή πρόοδο της ιατρικής, που άρχισε να λαμβάνει υπόψη της τις διαφορετικές προσεγγίσεις στη μελέτη των αιτιών της νόσου. Συνέβαλε σταδιακά στην επίλυση κάποιων προβλημάτων, όπως η μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας από τα λοιμώδη νοσήματα. Είχε όμως ως αποτέλεσμα την αντίληψη ότι η υγεία ήταν μόνον η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Η αλλαγή της αντίληψης για την υγεία, οδηγεί στην ανάγκη του επαναπροσανατολισμού των συστημάτων φροντίδας υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό και αξιόπιστο μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας καθώς φαίνεται να υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της φροντίδας υγείας και των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων».* (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014). Ήδη από την αρχαιότητα, το ζήτημα της ποιότητας ήταν σημαίνουσας διαστάσεως με περίτρανη απόδειξη τον Όρκο του Ιπποκράτη, που περιλαμβάνει τις αρχές Ηθικής και Δεοντολογίας, του Γαληνού και του Κοπέρνικου. Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, η σκαπανέας των επιδημιολογικών μελετών και θεμελιωτής της σύγχρονης Νοσηλευτικής Florence Nightingale υπερτόνισε την ανάγκη βελτίωσης της περίθαλψης παρά τις αντιστάσεις από το περιβάλλον της. Η βιομηχανική επανάσταση στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα σηματοδότησε την ανάγκη της μετάβασης από την απλή επιθεώρηση των πρώτων υλών στον ποιοτικό έλεγχο της παραγωγής και ως το 1940, οι ερευνητές BellLabs συνέβαλαν στην εισαγωγή της ποιότητας στις επιχειρήσεις.

Κατά το δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο, ο αμερικάνικος στρατός, με τη συμβολή των Deming και Juran χρησιμοποίησαν στατιστική μεθοδολογία για τον ποιοτικό έλεγχο των προμηθευτών του. Στη συνέχεια, οι Ιάπωνες ηγέτες, μεταξύ των οποίων ο Ishikawa εισήγαγε τα επτά εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας, που είναι το διάγραμμα αιτίας – αιτιατού, τα φύλλα ελέγχου, το διάγραμμα ελέγχου

διαδικασίας, το ιστόγραμμα, το διάγραμμα Pareto, διασποράς και η στρωμάτωση. (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012). Επιπλέον, ο Codman, χειρουργός στη Μασαχουσέτη εισήγαγε το στάδιο της παρακολούθησης (follow-up) των ασθενών. Αργότερα, ο Flexner επεσήμανε την ανάγκη της ποιότητας της εκπαίδευσης των ιατρών για την αναβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας και παράλληλα το 1952 ιδρύθηκε η Επιτροπή Διαπίστευσης των Νοσοκομείων για την εκτίμηση της λειτουργίας των νοσοκομείων. Κατά τη δεκαετία 1960 – 1970, στην Αμερική, παγιώθηκε η πιστοποίηση των οργανισμών από την Joint Commission on Accreditation of Health Organizations, ως ελεγκτικός μηχανισμός των υπηρεσιών υγείας με δείκτες τις νέες εισαγωγές και τις ημέρες νοσηλείας. Κατά τη δεκαετία 1970 -1980, οι χρήστες υγείας υιοθετούσαν κριτική στάση για τη φροντίδα υγείας, με έκδηλη την εξωτερίκευση της ανάγκης της συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία τους. Απόρροια αυτού, ήταν οι αλλαγές στην παροχή πληροφοριών από τους ιατρούς προς τους ασθενείς.

Καθοριστικό ρόλο διαδραμάτισε ο Donabedian, που με την ανάλυση μελετών από το 1954 έως το 1984 διαμόρφωσε ένα πλαίσιο, μέτρησης της ποιότητας που πραγματοποιείται σε τρεις τομείς: *δομή, διαδικασίες, αποτελέσματα*. (Τούντας, 2003). Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας περιλαμβάνει τη στοχοθεσία, την εκτίμηση της προόδου και την αξιοποίηση πόρων. (Berwick, 2018).

Ο Wennberg επηρέασε εξίσου σημαντικά το κίνημα της ποιότητας, ο οποίος εκτιμούσε τις γεωγραφικές μεταβολές της φροντίδας, όπου οι αποκλίσεις στην παροχή δεν οφείλονται οι ασθενείς αλλά οι ιατροί ή το νοσοκομείο. Άλλοι που συνέβαλαν στη βελτίωση της ποιότητας ήταν ο Brook, O' Leary και Cleary. (Robra, 2014). Στην Ευρώπη, η επικέντρωση του ενδιαφέροντος στην ποιότητα ανέκυψε κυρίως λόγω του ολοένα αυξανόμενου κόστους στις υπηρεσίες υγείας. Έτσι, κατά τη διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα, σημειώθηκαν σημαντικές εξελίξεις στην ποιότητα διευρύνοντας την επιθεώρηση με την είσοδο πιο σύνθετων μεθόδων ελέγχου και τελικώς την εισαγωγή της διοίκησης ολικής ποιότητας. (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου, Χατζοπούλου, 2008).

Το αποτέλεσμα των παραπάνω προσπάθειών ήταν να λάβει η ποιότητα στον τομέα της υγείας σημαντικής λαϊκής και οικονομικής υποστήριξης. (Τζανετάκη, 2006)



### 2.3.2. Οι διαστάσεις της ποιότητας

#### Τομέας Υπηρεσιών

Ο *Grönroos* ανέφερε ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες έχει τρεις διαστάσεις:

Η τεχνική διάσταση της ποιότητας της έκβασης, αφορά την ποιότητα του αποτελέσματος από μια υπηρεσία. ( π.χ διαθεσιμότητα).

Η λειτουργική διάσταση της υπηρεσίας αφορά τη σχέση του προμηθευτή – ασθενή – περιβάλλον. Εμπεριέχει και τη διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας, την ενημέρωση, το ενδιαφέρον και την επικοινωνία.

Η συνολική εικόνα της φροντίδας, η εικόνα που αποκρυσταλλώνει ο χρήστης υγείας είναι αλληλένδετη με τις δύο προηγούμενες διαστάσεις. Ο *Moullin* (2016) διατείνεται τη σύνδεση της μέτρησης της απόδοσης με την τέλεια οργάνωση μιας υπηρεσίας υγείας.

Οι *Parasuraman et al.*, αναφέρουν 11 διαστάσεις της ποιότητας που είναι :

Η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η εμπιστευτικότητα, η εξυπηρέτηση, προσβασιμότητα, η ευγένεια, η επάρκεια, η επικοινωνία, η ασφάλεια, τα ορατά χαρακτηριστικά, κατανόηση και γνώση του χρήστη υγείας,

Κατά τον *Mattsson* οι διαστάσεις της ποιότητας μιας υπηρεσίας είναι : η αξιοπιστία, η άμεση παροχή, η προσβασιμότητα και η ατμόσφαιρα.

Οι *Lehtinen και Lehtinen* διατυπώνουν τις διαστάσεις της ποιότητας ως εξής : η ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος, η διαδραστική ποιότητα και η συνολική ποιότητα.

Κατά το *Βρετανικό Εθνικό Συμβούλιο* οι διαστάσεις της ποιότητας είναι : η ταχύτητα, η αξιοπιστία, η πρόσβαση, η επικοινωνία, η αντιμετώπιση των προβλημάτων και η ασφάλεια. (Ραφτόπουλος, 2002).

Η διαμόρφωση της αντίληψης του πελάτη για την ποιότητα βασίζεται στην αξιοπιστία, στα υλικά στοιχεία, στην ευαισθησία, στην ανθρωπιά, στην αίσθηση αυτοπεποίθησης, στην ανταπόκριση, στην ικανότητα, στην εμπιστοσύνη, στην προσβασιμότητα και στην επικοινωνία. (Γκούμας και Τέφα, 2012).

Ο *Gaster* αναφέρει ότι οι διαστάσεις της ποιότητας είναι η αποδοχή, η αξιοπιστία, η προσβασιμότητα και η ταχύτητα.

## Τομέας Υπηρεσιών Υγείας

Κατά τον *Maxwell*, οι έξι διαστάσεις ποιότητας είναι:

Η αποτελεσματικότητα, η ισότητα, η προσβασιμότητα, η αποδοτικότητα, η κοινωνική αποδοχή, η σχετικότητα με την ανάγκη.

Για τον *Overtreit*, η επαγγελματική ποιότητα, η ποιότητα διοίκησης και ο πελάτης.

Για τον *Hopkins*, η ιδανική αποτελεσματικότητα, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η δραστικότητα ιατρού, το δικαίωμα παροχής φροντίδας, η ηθική φροντίδα, η δίκαιη κατανομή, η πρόσβαση και η συνέχεια φροντίδας. (Καλογεροπούλου και Μουρδούκουτας, 2009).

Η κλίμακα των *Parasuraman et al.*, σταθμίστηκε στις υπηρεσίες υγείας. (Carman, 1990). Οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι:

Τα ορατά χαρακτηριστικά, η αξιοπιστία, η διασφάλιση, η ενσυναίσθηση, η ανταπόκριση, η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας και η ευγένεια. (Parasuraman et al., 1985).

Κατά τον *Bull* (1994) η ποιότητα περιλαμβάνει :

Τα γενικά στοιχεία της φροντίδας, τα βασικά χαρακτηριστικά της ποιότητας (αποτελεσματικότητα, προσβασιμότητα, επάρκεια), τα κλινικά στοιχεία, τις συνθήκες της φροντίδας και τις μεθόδους ελέγχου ποιότητας.

Σύμφωνα με τον *Doll*, η αξιολόγηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στηρίζεται στα αποτελέσματα της φροντίδας, την αποδοτικότητα την κοινωνική αποδοχή.

Ο *Thompson* αναφέρει τις εξής διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας :

Την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, το φαγητό και το νοσοκομειακό περιβάλλον και την υποδοχή του ασθενή στο νοσοκομείο.

Σύμφωνα με το *Advisory Council on Health Research*, ορισμένες από τις διαστάσεις της ποιότητας φροντίδας είναι: Η ακρίβεια, η συνέπεια, η καταλληλότητα, η συνεργασία, η υπευθυνότητα, η διαθεσιμότητα, η αποτελεσματικότητα, η ολιστική φροντίδα, η επάρκεια των επαγγελματιών υγείας, η πρόσβαση, η ικανοποίηση του χρήστη υγείας, Η εμπιστευτικότητα, η ενημέρωση, η πρόληψη των λοιμώξεων, η σίτιση, η αυτοεξυπηρέτηση του ασθενή και η ενσυναίσθηση. (Ραφτόπουλος, 2002).

Στην παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Ρόδο, σε ένα δείγμα 330 χρηστών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 150 από τα τακτικά ιατρεία του γενικού νοσοκομείου, 100 από δύο κέντρα υγείας και 80 από το ΠΕΔΥ, καλύπτοντας μεγάλο

ποσοστό φάσματος ΠΦΥ, αναλύθηκαν οι 6 διαστάσεις για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας, οι οποίες είναι : η ποιότητα ιατρικής φροντίδας, η περιεκτικότητα ιατρικής φροντίδας, η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και άλλων επαγγελματιών υγείας, η προσβασιμότητα, και τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης.

### 2.3.3. Οι διαστάσεις της ικανοποίησης

Σύμφωνα με τους ερευνητές οι διαστάσεις της ικανοποίησης που κατέχουν πρώτη θέση για τον ασθενή έχουν ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα και έπειτα ακολουθούν οι παράμετροι σχετικά με την προσβασιμότητα, το κόστος και τις διοικητικές υπηρεσίες. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι προβλεπτικός δείκτης της ποιότητας της φροντίδας από την οπτική των ασθενών. (Kerssens et al., 1995). Διερευνώντας την ικανοποίηση των ασθενών, ανιχνεύονται ανάγκες για φροντίδα που η κάλυψη τους είναι επιτακτική. (Bredart, 2001). Οι κατηγορίες των διαστάσεων της ικανοποίησης είναι: Η συνολική ικανοποίηση και η ικανοποίηση από την προσβασιμότητα, το κόστος, την ποιότητα της φροντίδας, την ανθρωπιστική παράμετρο της φροντίδας, τις ικανότητες του προσωπικού, την ενημέρωση, τις διοικητικές υπηρεσίες, την υλικοτεχνική υποδομή, την περιεκτικότητα της φροντίδας, τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, την έκβαση της φροντίδας. (Churchill και Surprenant, 1982, Woodruff, Cadotte & Jenkins, 1983, Horpton, Howie και Porter, 1993).

Κατά τη *Risser* (1975) οι διαστάσεις της ικανοποίησης είναι :

Το κόστος, η ποιότητα των χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας, η άνεση και η διαπροσωπική σχέση των επαγγελματιών υγείας με τον ασθενή.

Κατά τους *Abramowitz, Cote & Berry* (1987), οι διαστάσεις της ικανοποίησης είναι :

Η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, η παραμονή, η επεξήγηση των διαδικασιών φροντίδας στον ασθενή, η ασφάλεια, η συνολική ποιότητα, ο θόρυβος, το φαγητό και η καθαριότητα.

Για τον *Rubin* οι διαστάσεις της ικανοποίησης είναι :

Η ιατρική καινοσηλευτική φροντίδα, το περιβάλλον της κλινικής, η οργάνωση, η επικοινωνία και η έξοδος από το νοσοκομείο.

Όσον αφορά την ΠΦΥ, η *Baker* (1991) ανέφερε τις εξής διαστάσεις ικανοποίησης :

Την προσβασιμότητα στον χειρουργικό τομέα, τη διαθεσιμότητα του ιατρικού προσωπικού, την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας, την υποδομή και τη συνεχιζόμενη φροντίδα.

Επιπλέον, οι διαστάσεις της ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα είναι :

Η Ιατρική επάρκεια, η οργάνωση και η δομή του ιατρείου, οι δεξιότητες του ιατρού, η εμπιστοσύνη, η συνέπεια και ο σεβασμός.

Οι *Abdellah και Levine*, ταξινόμησαν τις διαστάσεις της ικανοποίησης ως εξής :

Στην έκβαση της φροντίδας, αποτελεσματικότητα της δομής, δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας και ανταπόκριση του ιατρο-νοσηλευτικού δυναμικού.

Άλλες διαστάσεις της ικανοποίησης αναφέρονται από *μελέτες χειρουργών* και περιλαμβάνουν τη συμμετοχή του ασθενή στη φροντίδα και τις προτιμήσεις του, την κατανόηση, την ενημέρωση και τη συγκατάθεση. Επιπρόσθετα, από έρευνες στις ΗΠΑ, ορισμένες προκύπτουσες διαστάσεις για την ικανοποίηση των ασθενών είναι: ο χρόνος αναμονής, η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η έκβαση της κλινικής πρακτικής, η εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών, οι ανέσεις, ο εξοπλισμός, η ενημέρωση, το φαγητό, η νοσηλευτική φροντίδα, η ξενοδοχειακή υποδομή κλπ. (Ραφτόπουλος, 2002).

#### **2.3.4. Τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας**

##### **Ασθενής**

Η αναβάθμιση της ποιότητας ενέχει υγειονομικά, οικονομικά και ψυχολογικά οφέλη. Τα **υγειονομικά οφέλη** σχετίζονται με τη προληπτική φροντίδα: την έγκαιρη διάγνωση, την αποτελεσματική θεραπεία και την αποφυγή η μείωση επιπλοκών. Στα **οικονομικά οφέλη** περιλαμβάνεται η μείωση εξόδων των ασθενών μέσα από την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας. (μείωση κόστους ευκαιρίας). Τα **ψυχολογικά οφέλη** ενσαρκώνουν τη μείωση ψυχικού κόστους με τη συρρίκνωση χρόνου νοσηλείας, τις ποιοτικές συνθήκες διαμονής, υποστηρικτικών δικτύων υψηλής ποιότητας και της ταχείας αποκατάστασης του προβλήματος.

### **Επαγγελματίες Υγείας**

- Υψηλή κλινική αποτελεσματικότητα μέσα από την ποιοτική φροντίδα.
- Ενίσχυση της Υποκίνησης από το σεβασμό των ασθενών για το έργο τους αλλά και από τις ανώτερες βαθμίδες της διοίκησης.
- Μείωσή επαγγελματικού στρες που υπονομεύουν την ασφάλεια της φροντίδας.

### **Οργανισμοί Υγείας**

Τα **λειτουργικά οφέλη** σχετίζονται με τη μείωση έντονης λειτουργίας του οργανισμού και επιβάρυνση των τμημάτων του. Τα **οικονομικά οφέλη** προκύπτουν από την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, η οποία συμβάλλει στην εξοικονόμηση πόρων λόγω μείωσης του χρόνου νοσηλείας και μη άσκοπης χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Συνεπάγονται και με την αξιοποίηση των πόρων για ερευνητικούς σκοπούς για την αναβάθμιση της ποιότητας στην φροντίδας. Η ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας οδηγεί στη δημιουργία φήμης και στην αναγνώριση.

### **Ασφαλιστικά ταμεία**

Τα **υγειονομικά οφέλη** δημιουργούνται μέσα από την ταχεία και αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών. Επιπλέον, υπάρχουν **οικονομικά οφέλη** από τον περιορισμό των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και επιδομάτων ασθενείας των ασφαλισμένων. Στη συνέχεια, σημειώνονται και **κοινωνικά οφέλη** από την αύξηση της ικανοποίησης των συμβεβλημένων με τα ταμεία από την ποιοτική φροντίδα.

### **Κράτος και Κοινωνικό σύνολο**

Η αύξηση του κεφαλαίου υγείας δηλαδή η παραγωγικότητα και η αποτελεσματική φροντίδα συνιστά τα **υγειονομικά οφέλη**. Στα **οικονομικά οφέλη** συμπεριλαμβάνεται και ο περιορισμός των εξωτερικών επιβαρύνσεων από τις μεταδοτικές ασθένειες και η μείωση κόστους ευκαιρίας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενισχύει την κοινωνική συνοχή και την ασφάλεια. Τέλος, βελτιώνεται η εικόνα του κράτους σε εθνικό επίπεδο αλλά και διεθνώς. (Καλογεροπούλου και Μουρδούκουτας, 2009).

## 2.4. ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι :

### 2.4.1. Προσδοκίες

Η εκπλήρωση των προσδοκιών συνιστά την υποκειμενική αξιολόγηση του χρήστη υγείας που προκύπτει από τη σύγκριση ανάμεσα στις προσδοκίες του και στην παρεχόμενη υπηρεσία. (Spreng, Mackenzie & Olshavsky, 1995, Carman, 1990). Οι προσδοκίες αναφέρονται στις πεποιθήσεις σχετικά με το τι πρόκειται να συμβεί το μέλλον. Είναι ανταπόκριση ή όχι που αναμένεται από μια υπηρεσία ή ένα προϊόν για το χρήστη υγείας. Επίσης, η εκπλήρωση των προσδοκιών έχει θετική σχέση με την ικανοποίηση συγκριτικά με την εκπλήρωση των επιθυμιών. (Westbrook, Reilly, 1983). Ωστόσο, ο Barbeau (1985), διεπίστωσε το αντίθετο. Τα συστατικά των προσδοκιών είναι η πιθανότητα εμφάνισης ενός γεγονότος και η αξιολόγηση της από τον ασθενή. Αν και δεν καθίσταται σαφές τι επιθυμούν οι χρήστες υγείας, και οι δύο διαστάσεις είναι απαραίτητες. (Oliver, 1980). Οι προσδοκίες διαχωρίζονται σε *προβλεπτικές* και *αξιολογικές*, δηλαδή με βάση εκείνο που ο χρήστης υγείας αναμένει η επιθυμεί να συμβεί. Σύμφωνα με τον Vuori (1987), η ικανοποίηση του ασθενή εξαρτάται από τις προσδοκίες για τη φροντίδα που θα λάβει και τη γνώμη που θα αποκρυσταλλώσει από την παραχθείσα φροντίδα. (Ραφτόπουλος, 2002).

Η ταξινόμηση των προσδοκιών είναι :

- ↳ Οι προσδοκίες του παρελθόντος, που αφορούν την εμπειρία και τη γνώση από την πρότερη χρήση μιας υπηρεσίας,
- ↳ Οι προσδοκίες διάδρασης, που σχετίζονται με την αλληλεπίδραση ιατρού και ασθενή, και
- ↳ Οι προσδοκίες δράσης, που περιλαμβάνουν τις διαδικασίες της φροντίδας των επαγγελματιών υγείας.

Ειδικότερα, οι προσδοκίες *δράσης* διακρίνονται σε *πραγματικές*, που είναι οι υπηρεσίες υγείας που πιστεύει ότι θα λάβει ο ασθενής και σε *ιδανικές* που είναι αυτές που θα επιθυμούσε ο ασθενής να λάβει από τους επαγγελματίες υγείας.

(Stimson και Webb, 1975). Ορισμένοι συγγραφείς συνδυάζουν τις προσδοκίες με την ικανοποίηση, ενώ άλλοι συγγραφείς θεωρούν τις προσδοκίες προβλεπτικό δείκτη της ικανοποίησης. (Abramowitz et al., 1987). Άλλοι ερευνητές υποστήριξαν ότι η εκπλήρωση ορισμένων προσδοκιών δεν επηρέασε την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα. (Sanchez-Menegay, Hudes και Cummings, 1992, Williams, 1994, Mangold & Babakus, 1991). Αντίθετα στη μελέτη των Korsch, Gozzi και Francis (1968) επισημαίνουν ότι ανάμεσα στις αιτίες δυσαρέσκειας των συμμετεχόντων ήταν και μη εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών. Ομοίως, οι Hsieh και Doner Kagle (1991) υποστήριξαν τη σύνδεση των προσδοκιών με την ικανοποίηση και ότι συνιστούν ισχυρό προβλεπτικό δείκτη αυτής.

#### **2.4.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά**

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η ηλικία, η εθνικότητα, το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το μέγεθος της οικογένειας κ.α. (Judith, Hall και Dornan, 1990, Judge και Solomon, 1993). Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών συνδέονται με την ικανοποίηση περισσότερο από την τεχνική ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. (Nabbuye-Sekandi et al., 2011). Επιπρόσθετα, αναφέρεται ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά καθορίζουν την επιλογή ιατρού και της υπηρεσίας, άρα σχετίζονται με την ικανοποίηση του ασθενή και με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

##### **Ηλικία**

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα, συγκριτικά με τους νεότερους, ενδεχομένως γιατί έχουν μεγαλύτερη εξάρτηση από τη νοσηλευτική φροντίδα. Γι' αυτό και αποσιωπάται η πιθανή δυσαρέσκεια από την φροντίδα, δίνουν συχνότερα κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις, αναλογιζόμενοι τη μελλοντική χρήση της υπηρεσίας υγείας. Ακόμη, δεν εκφράζουν μεγάλες προσδοκίες πληροφόρησης από τους ιατρούς αλλά και από το σύστημα υγείας σε σχέση με τους νεότερους. Μια πιθανή απάντηση είναι ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς αισθάνονται ότι είναι φορτίο στις οικογένειες τους και στην κοινωνία και αξίζουν να τυγχάνουν μικρότερης προσοχής και έτσι γίνονται λιγότερο επικριτικοί των

υπηρεσιών υγείας. Άλλη εκδοχή αποτελεί, ότι οι ηλικιωμένοι επιθυμούν να εισπράττουν περισσότερο το σεβασμό και από τους επαγγελματίες υγείας, που είναι νεότεροί τους. (Cleary, Edgman-Levitan et al., 1991, Williams και Calnan, 1991b, Hall & Dornan, 1990). Η ανάγκη για κατανόηση και αποδοχή θεωρούνται ανάγκες υψηλότερου επιπέδου και συγκεκριμένα ο Maslow υποστηρίζει «*ότι αυτό είναι το επίπεδο αναγκών στο οποίο η πλειονότητα των ανθρώπων παραμένει.*» (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος, 2013). Άλλοι ερευνητές, εκτιμούν ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της ικανοποίησης των ασθενών. (Linn και Greenfield, 1982).

### **Επίπεδο εκπαίδευσης**

Υποστηρίζεται ότι τα λίγα έτη εκπαίδευσης συνδέονται με υψηλά ποσοστά ικανοποίησης. Το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί παράμετρο στενά συνυφασμένη με το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. (Anderson και Zimmerman, 1993).

### **Κοινωνικοοικονομική κατάσταση**

Οι Hall & Dornan (1990) εκτίμησαν ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση με το κοινωνικό status και την ικανοποίηση. Επίσης, οι Williams & Calnan (1991) υποστήριξαν τη θετική σχέση μεταξύ κοινωνικής τάξης και ικανοποίησής. Αναφέρεται ότι οι ασθενείς χαμηλών κοινωνικών τάξεων καλύπτονται από ένα μανδύα άγνοιας, ενώ οι Savage & Armstrong (1990) διατείνονταν ότι οι ασθενείς υψηλών κοινωνικών τάξεων έχουν επαρκή πληροφόρηση σε θέματα υγείας. Οι Khayat & Salter (1994) ανέφεραν ότι υπάρχει συσχέτιση της κοινωνικής τάξης και της δυσαρέσκειας, αντίστοιχα.

### **Φύλο**

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν τη συσχέτιση φύλου και ικανοποίησης, ενώ άλλοι όχι, ιδιαίτερα. Οι Khayat & Salter (1994) ανέφεραν ότι οι άνδρες εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ οι Fox & Storms (1981) υποστήριξαν το αντίθετο. Ομοίως, οι Mulcahy & Lloyd-Bostock (1994) ισχυρίστηκαν ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερες προσδοκίες. Επίσης, οι γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας λόγω βιολογικής καταπόνησης αλλά και ευσυνειδησίας σε θέματα υγείας. (Μάντη και Τσελέπη, 2000)



## **Εθνικότητα**

Αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο παράγοντα συσχέτισης με την ικανοποίηση. Ωστόσο, η αναποτελεσματική επικοινωνία, λόγω γλωσσικής δυσκολίας ευνοεί τη δυσαρέσκεια. Όμως, η προσέγγιση των επαγγελματιών υγείας σε αλλοδαπούς ασθενείς ή σε μετανάστες διαδραματίζουν καθοριστικό παράγοντα στην ικανοποίηση των ασθενών. Η ποιοτικότερη παροχή υγείας και η αποδοτική λειτουργία των οργανισμών υγείας περιλαμβάνουν τη ψυχική στήριξη και την κοινωνική ένταξη. (Τερζούδη, Μπογιατζίδη και Κωσταγιόλα, 2017).

## **Κατάσταση Υγείας**

Η ικανοποίηση σχετίζεται με το επίπεδο υγείας των ασθενών. Το καλό επίπεδο υγείας αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. (Cleary et al., 1991, Cleary και McNeil, 1988). Ο Cohen (1996) συσχετίζει το ψυχοκοινωνικό επίπεδο και τον πόνο με τη χαμηλή ικανοποίηση, ενώ οι Williams & Calnan (1991) εκτιμούν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση του επιπέδου υγείας με τις υπηρεσίες υγείας ούτε με την Πρωτοβάθμια φροντίδα. Αντίθετα, ο Pascoe (1983) υποστήριξε τη σύνδεση του επιπέδου υγείας του ασθενή με την ΠΦΥ. Επιπρόσθετα, οι ψυχολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών. Οι χρόνιες ασθένειες, οι συνοσηρότητες και η αναπηρία ή ανικανότητα συνδέονται με τη χαμηλή ικανοποίηση. (Fisher, 1971).

### **2.4.3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Το φάσμα των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση του ασθενή στις διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας. Οι αγχωτικές διαταραχές και οι ψυχικές ασθένειες παρακωλύουν την ικανοποίηση των ασθενών. (May, 1992). Η ικανοποίηση των ασθενών με χρόνια νοσήματα συνδέεται με τη διαπροσωπική σχέση των επαγγελματιών υγείας και του ασθενή, την επικοινωνία και το ενδιαφέρον και την ενσυναίσθηση. (Zachariae et al., 2003). Επιπρόσθετα, η ευαρέσκεια των ασθενών κωλυσιεργεί την έκφραση αρνητικών εμπειριών. Οι LeVois Nguyen & Attkisson (1981) συσχετίζουν τα ψυχιατρικά συμπτώματα και την

ικανοποίηση από τη ζωή του ασθενών με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.

#### **2.4.4. Ο συνεντευκτής**

Στην παρούσα μελέτη, η πλειονότητα των ασθενών εξέφρασε υψηλή συνολική ικανοποίηση με μέσο όρο συνολικού δείκτη αποτύπωσης των εμπειριών 3,764 (με κλίμακα 1-5) από την ΠΦΥ. Άλλοι ερευνητές, όπως ο Fitzpatric (1991) και ο Carr-Hill (1992) αναφέρουν τη διστακτικότητα των ασθενών να αξιολογήσουν αρνητικά τις διαστάσεις της φροντίδας στο ερωτηματολόγιο μιας έρευνας. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο ασθενής που καλείται να συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο, ιδιαίτερα αν ο διανέμων το ερωτηματολόγιο είναι και ταυτόχρονα ο φροντιστής του, δύσκολα θα εκφράσει τη δυσαρέσκεια του, αν υπάρχει. (Polowczyk et al., 1993). Η εξάρτηση μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών αναπτύσσεται μέσα από την εκτίμηση και της άρνησης άσκησης κριτικής για την παρεχόμενη φροντίδα. (Evanson & Whittinghton, 1997). Συνακόλουθα, οι απαντήσεις των ασθενών εξαρτώνται από το άτομο που ρωτά, αναφερόμενοι στην εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας, το σκοπό της έρευνας και το στάδιο της θεραπείας. (Polowczyk et al., 1993, Hall και Dornan, 1990, Lee et al., 2013).

#### **2.4.5. Ο βαθμός εξάρτησης από τη φροντίδα**

Ο Williams (1994) υποστηρίζει τη σύνδεση της προηγούμενης εμπειρίας στην αξιολόγηση της φροντίδας των επαγγελματιών υγείας από τους ασθενείς και τη διαμόρφωση των απόψεών τους είναι στενά συνυφασμένη με τη διαπροσωπική τους σχέση. Στην ικανοποίηση των ασθενών υπεισέρχονται παράμετροι, όπως η επαρκής πληροφόρηση και η ενημέρωση των νοσηλευτών για τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που φροντίζουν. Επιπρόσθετα, τα προσωπικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας, όπως η επικοινωνία, το ενδιαφέρον και η ενσυναίσθηση καθορίζουν την περιεκτικότητα της φροντίδας, η οποία αποτελεί σημαντική διάσταση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα. Επιπλέον, οι Judge και Solomon (1993), υποστηρίζουν ότι η λιγότερη κριτική συνδέεται με τη δυσαρέσκεια των ασθενών για τη φροντίδα, και αντίστοιχα οι

Gilleard & Reed (2001) διατείνονται ότι τα αυθόρμητα σχόλια και οι ασθενείς που εκφράζουν τις απόψεις τους για μια υπηρεσία αντανακλά στην ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με τους ασθενείς που δε σχολιάζουν.

#### **2.4.6. Ο βαθμός χρήσης των υπηρεσιών υγείας**

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2013), οι παράγοντες που συνεπιδρούν στην συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας είναι η γήρανση – αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης, τα χρόνια νοσήματα, τα νέα προβλήματα υγείας, η αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και νευρολογικών ασθενειών. Ειδικότερα το προσδόκιμο ζωής εξακολουθεί να έχει απόκλιση 9 περίπου έτη μεταξύ των χωρών της Ενωμένης Ευρώπης. Για παράδειγμα, η αύξηση των ποσοστών επιβίωσης ασθενών με διάφορες μορφές καρκίνου και η αποτελεσματική θεραπεία διαφόρων νοσημάτων επιτείνουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η σχέση της ικανοποίησης με το βαθμό χρήσης υπηρεσιών υγείας χρήζει περαιτέρω θεωρητικής και εμπειρικής διευκρίνισης. (Zastowny, Roghman, & Hengst, 1983).

#### **2.4.7. Κοινωνικό – πολιτικές ανισότητες**

Δεδομένης της παγκοσμιοποίησης, η έρευνα διαπολιτισμικής ικανοποίησης αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον αναζήτησης των αντιλήψεων και των εμπειριών των χρηστών υγείας διαφόρων κρατών. «Οι *Bredart et al.*, επιχείρησαν να σταθμίσουν μια κλίμακα που εκτιμά την ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών από τη φροντίδα σε 4 χώρες : Γαλλία, Πολωνία, Σουηδία, Ιταλία». Η διαπίστωση περιελάμβανε ότι οι εμπειρίες και οι προσδοκίες των ασθενών αποκλίνουν, λόγω πολιτισμικών διαφορών. Η ικανοποίηση, όπως την εκλαμβάνουν σχετίζεται με τις αξίες τους, το κοινωνικό προφίλ, το σύστημα υγείας και τους επαγγελματίες υγείας. (Ραφτόπουλος, 2002).

## 2.5. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 2.5.1. Η επιθεώρηση και ο έλεγχος της ποιότητας

Το πρώτο βήμα για τη διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί η λειτουργία του ελέγχου. Με τον έλεγχο διαπιστώνεται η εκπλήρωση ή όχι των σκοπών του οργανισμού και η ανταπόκριση των αποτελεσμάτων στα σχέδια και στα πρότυπα, κι επομένως η ομαλή ή μη εξέλιξη της πραγματοποίησης του έργου. (Ζαβλάνος, 1998). Ο Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου και Χατζοπούλου (2008), αναφέρουν ότι «ο έλεγχος αφορά η εξέταση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών και λειτουργιών των προϊόντων μετά την παραγωγή τους. Η επιθεώρηση περιλαμβάνει ενέργειες, όπως η μέτρηση, εξέταση, δοκιμή ενός η περισσότερων χαρακτηριστικών του τελικού προϊόντος και η σύγκρισή τους με καθορισμένες προδιαγραφές για τον προσδιορισμό της ποιότητας. Ο έλεγχος ποιότητας είναι όλες οι λειτουργικές και τεχνικές ενέργειες που χρησιμοποιούνται για εκπλήρωση των προδιαγραφών ποιότητας, ISO:8402, συμπεριλαμβανομένης και της μέτρησης και ρύθμισης των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος βάσει καθορισμένων απαιτήσεων». Ως έλεγχος ορίζεται το σύνολο των δραστηριοτήτων παρακολούθησης και αξιολόγησης των διαδικασιών, συμπεριφορών και των εκβάσεων στο πλαίσιο ενός συνονθυλεύματος παραγωγικών συντελεστών και προκαθορισμένων στόχων ενός οργανισμού. Ο έλεγχος δυνητικά δημιουργεί μια κουλτούρα καχυποψίας από την άσκηση λαθεμένων τεχνικών, άρα είναι σημαντικό να λαμβάνει διορθωτικό χαρακτήρα. Τα στάδια της διαδικασίας του ελέγχου είναι :

- ⊗ Διατύπωση προτύπων απόδοσης, πρότυπο χρόνου, παραγωγής, κόστους, ποιότητας και συμπεριφοράς (επιθυμητά αποτελέσματα)
- ⊗ Μέτρηση της τρέχουσας απόδοσης
- ⊗ Σύγκριση τρέχουσας απόδοσης με τα πρότυπα απόδοσης (εκτίμηση βαθμού επίτευξης στόχων και ανάλυση αποκλίσεων)
- ⊗ Λήψη διορθωτικών ενεργειών ( άμεση ή μόνιμη διορθωτική ενέργεια)

### Είδη ελέγχου:

**Προληπτικός έλεγχος:** διενεργείται πριν τη υλοποίηση ενός έργου. Μια μορφή προληπτικού ελέγχου αποτελεί ο ποιοτικός έλεγχος των μέσων και των πηγών του συστήματος και ο έλεγχος της απογραφής.

**Συνυπάρχων έλεγχος:** διενεργείται στο πλαίσιο εξέλιξης της διαδικασίας και άσκησης της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Παράδειγμα αποτελεί ο έλεγχος της νοσηλευτικής φροντίδας.

**Έλεγχος Ανατροφοδότησης ή Αναδρομικός έλεγχος:** αρχίζει μετά τη διαδικασία παραγωγής, όπου αναλύονται τα αποτελέσματα, το κόστος με τα προκαθορισμένα μεγέθη. (Ζαβλάνος, 1998).

### **2.5.2. Η διασφάλιση της ποιότητας**

Αποτελεί το μηχανισμό της εκτίμησης του επιπέδου ποιότητας της φροντίδας και ενσωματώνει τη διαδικασία αλλαγών και παρεμβάσεων μετά τη χαρτογράφηση αναγκών. Εξασφαλίζει τη συνεργασία των εμπλεκόμενων του συστήματος υγείας και διαχείρισης πόρων για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Η διασφάλιση της ποιότητας έχει προληπτικό χαρακτήρα που αφορά τις δραστηριότητες που σχεδιάστηκαν για την αποφυγή ή τη διόρθωση προβλημάτων σχετικά με την ποιότητα. (Kongstvedt, 1996). Η διασφάλιση της ποιότητας περιλαμβάνει το άθροισμα προγραμματισμένων διαδικασιών που πληρούν τις προδιαγραφές ποιότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου και Χατζοπούλου, 2008). Ο προσδιορισμός ποιοτικού επιπέδου περικλείει την πιστοποίηση και ένα παράδειγμα, κατά την Gotzamani (2001), αποτελεί το σύστημα ISO 9000. Η σημαντικότητα ανάπτυξης συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας έγκειται στο γεγονός ότι επικυρώνουν την παροχή υπηρεσιών ενός οργανισμού σύμφωνα με πρότυπα και με αποδεκτό τρόπο, συμβάλλουν στον καθορισμό συστατικών ποιότητας ενός προϊόντος η μιας υπηρεσίας που θα συμβάλουν τελικά στη μέτρηση και στον έλεγχο αυτών, και γενικότερα περικλείουν όλα τα μέτρα βελτίωσης της ποιότητας. Σημαντική παράμετρο για την ποιότητα αποτελεί η ασφάλεια των ασθενών. Τα ζητήματα ασφάλειας περιλαμβάνουν τα ατυχήματα κατά την παροχή φροντίδας, ιατρικά λάθη και ιατρογενείς νόσοι, τα οποία διεγείρουν ανησυχίες και προβληματισμούς που ενεργοποιούν τις

προσπάθειες για τη διασφάλιση της ποιότητας. Η διασφάλιση της ποιότητας περιλαμβάνει μια σειρά χαρακτηριστικών, όπως είναι ένα συμβούλιο ποιότητας με τα ηγετικά μέλη του οργανισμού, τα προγράμματα εκπαίδευσης για το προσωπικό, μεθόδους για την ανάλυση δυνατών σημείων και επιλογή ευκαιριών βελτίωσης, συγκρότηση εξειδικευμένων ομάδων βελτίωσης διαδικασιών, ανασχεδιασμό των διαδικασιών και την υποκίνηση του προσωπικού για συμμετοχή στη βελτίωση των διαδικασιών.

Επομένως, οι διαστάσεις της διασφάλισης της ποιότητας είναι η συνεχής βελτίωση, η μέτρηση της ποιότητας και η εσωτερική και εξωτερική επιθεώρηση. Ένα παράδειγμα διασφάλισης της ποιότητας είναι ο έλεγχος των χρόνων αναμονής στα τακτικά ιατρεία του νοσοκομείου και οι ενέργειες για τη μείωση των χρόνων αναμονής για τη βελτίωση του συντονισμού της φροντίδας, που αποτελεί σημαντική διάσταση της πρωτοβάθμιας φροντίδας των χρηστών υγείας.

### **2.5.3. Διοίκηση ολικής ποιότητας**

Αποτελεί «ομπρέλα» εκσυγχρονισμένων μεθόδων της Διοίκησης. Η διοίκηση ολικής ποιότητας θεωρείται μια φιλοσοφία διοίκησης και περιλαμβάνει τις θεμελιώδεις αρχές του μάνατζμεντ που στοχεύουν στην αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών ή προϊόντων. Η διοίκηση ολικής ποιότητας αναφέρεται στην εφαρμογή ποσοτικών μεθόδων με την αποτελεσματική αξιοποίηση άυλων και υλικών πόρων με σκοπό επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών, που είναι η βελτίωση των διαδικασιών του οργανισμού, την ποιότητα υλικών μέσων και των υπηρεσιών, που αποτελούν παράγοντες αύξησης της ικανοποίησης των εσωτερικών (στελέχη) και εξωτερικών (χρήστες υγείας) πελατών. Με τον όρο «ολική» νοείται η πλήρη συμμετοχή των ατόμων ενός οργανισμού σε μια συλλογική προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας. Η διοίκηση ολικής ποιότητας ενσαρκώνεται στις διοικητικές στρατηγικές, διαμορφώνεται ως εταιρική κουλτούρα και ενσταλάζει το όραμα στο προσωπικό ενός οργανισμού για την εκπλήρωση των αναγκών των χρηστών υγείας. Ορισμένες ένδειξεις ανάπτυξης της ολικής διοίκησης είναι ο ανταγωνισμός της αγοράς, αδυναμία άλλων στρατηγικών διασφάλισης ποιότητας, αναποτελεσματική διοίκηση και η απουσία κουλτούρας βελτίωσης. (Ζαβλάνος, 1998). Οι Κουκουφίλιππου και συν., (2017) αναφέρουν ότι «*Το σύστημα ΔΟΠ αποτελεί μονόδρομο στους*

οργανισμούς υγείας, προκειμένου να παραμείνουν βιώσιμοι, ειδικά στην εποχή της γνώσης, του καταναλωτισμού και της ενδυνάμωσης της θέσης του ασθενούς».

Συμπερασματικά, τα βασικά στοιχεία της διοίκησης ολικής ποιότητας είναι : η ηγεσία, η εκπαίδευση και η κατάρτιση, η αποτελεσματική επικοινωνία, η υποκίνηση και η μέτρηση – στατιστικός έλεγχος.

Ανάμεσα στους «γκουρού» του μάνατζμεντ ποιότητας, Juran, Crosby, Feigenbaum, Ishikawa, Taguchi, οι οποίοι έχουν προαναφερθεί, ο πατέρας της θεωρίας της διοίκησης ολικής ποιότητας, ο Edward Deming, ο οποίος με τον κύκλο του Deming ή Shewhart υποδεικνύει μια διαδικασία εδραίωσης και μακροχρόνιας οργάνωσης της ποιότητας. Ορισμένες υποστηρικτικές τεχνικές της ΔΟΠ που χρησιμοποιούνται από το προσωπικό είναι ο καταγιγισμός ιδεών, ο στατιστικός έλεγχος, το διάγραμμα αιτίας – αιτιατού, αλληλουχίας ενεργειών, τα διαγράμματα ροής και ο χάρτης συστήματος.

Σχήμα 5: Κύκλος Deming



Πηγή: [https://www.google.gr/search?q=%CE%BA%CF%85%CE%BA%CE%BB%CE%BF%CF%82+deming&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiN19WcwaTeAhVDVSwKHYYHyBfwQ\\_AUIDigB&biw=1600&bih=813#imgsrc=NyYrw5hUEvs5vpM:](https://www.google.gr/search?q=%CE%BA%CF%85%CE%BA%CE%BB%CE%BF%CF%82+deming&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiN19WcwaTeAhVDVSwKHYYHyBfwQ_AUIDigB&biw=1600&bih=813#imgsrc=NyYrw5hUEvs5vpM:)

Πολλοί ερευνητές δηλώνουν την αποτυχία διεύθυνσης συστημάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, λόγω έλλειψης εταιρικής κουλτούρας, που αποτυπώνεται με την απροθυμία των στελεχών για τη βελτίωση της ποιότητας, τις παγιωμένες εσφαλμένες αντιλήψεις για την ποιότητα, την αντίσταση στις οργανωτικές αλλαγές, την απουσία κατάρτισης, το κόστος συστημάτων ποιότητας, έλλειψης κατάλληλων μεθόδων αξιολόγησης της ποιότητας και η ανυπαρξία ορατών ενεργειών.

Τέλος, η αποτυχία προγραμμάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας οφείλεται κυρίως στη λαθεμένη εφαρμογή τους και όχι στα χαρακτηριστικά της δομής και των διαδικασιών. Η κύρια ευθύνη υπεισέρχεται στη διοίκηση των δομών υγείας και όχι στη διαδικασία.



# Κεφάλαιο 3

## Η Αξιολόγηση Της Ποιότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

### **3.1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η κατανόηση της σημαντικότητας της ποιότητας ζωής τόσο για την επιβίωση, όσο και για τη φροντίδα του ασθενούς χρησιμεύει στη δημιουργία μιας βαθμολογίας της ποιότητας ζωής που την ανάγει ως ισχυρό εργαλείο στα χέρια των επαγγελματιών υγείας για την αξιολόγηση της φροντίδας. (Γρηγορίου,2015). Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υγείας και η αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας συνδέεται με το αδιαμφισβήτητο δικαίωμα της έκφρασης αυτών. Ο ασθενής αποτελεί τον πιο σημαντικό καταναλωτή υπηρεσιών και η δυνατότητα εξωτερίκευσης παραπόνων, αισθημάτων και προτάσεων προσδίδει μια ευκαιρία να γίνουν τα πράγματα καλύτερα. Συγχρόνως, η Ηθική συνδέεται με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Κατά τον Ιπποκράτη, δείκτης καλής υγείας είναι η ευεξία, επομένως επιβάλλεται η ενσάρκωση της ικανοποίησης των χρηστών υγείας στην αξιολόγηση της φροντίδας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο για τη διοίκηση των υπηρεσιών και συγκεκριμένα στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Οι εμπειρίες των χρηστών υγείας συμβάλλουν στην αξιολόγηση και στην υποκίνηση των επαγγελματιών υγείας και τελικώς στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Η αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας καλλιεργεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας, συμβάλλει στον έλεγχο των καταστάσεων και ενισχύει την ενεργό συμμετοχή των πολιτών στη διαμόρφωση στρατηγικής της υγείας.

Ο συνδυασμός οικονομετρικών μεθόδων και της ικανοποίησης προσφέρει νέα δεδομένα στη διαμόρφωση πολιτικών για την υγεία. Επιπρόσθετα, παρατηρείται υψηλή συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με συμπεριφοριστικές τάσεις απέναντι στην υγεία και η αξιολόγησή της μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ανάλυση μοντέλων συμπεριφοράς και συμβουλευτικών παρεμβάσεων. Στον ιδιωτικό τομέα, η έρευνα στην ικανοποίηση σχετίζεται κυρίως με το μάρκετινγκ. Η αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών υγείας οδηγεί στη θετική ανταπόκριση και τη συμμόρφωση στις συνιστώμενες θεραπείες, στην ταχύτερη ανάρρωση, στη συρρίκνωση χρόνου νοσηλείας, στην επανεπίσκεψη στις δομές υγείας και γενικότερα στην υιοθέτηση υγιούς συμπεριφοράς απέναντι στην υγεία. (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί σημαντικό συστατικό κάθε συστήματος υγείας, το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη. Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι η ΠΦΥ στην Ελλάδα αιμορραγεί. Η έρευνα στην ΠΦΥ περιλαμβάνει την αξιολόγηση και τη βελτίωση των παραγόντων των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας που θα οδηγήσουν στην ικανοποίηση των χρηστών υγείας. Η γνώση αυτών των παραμέτρων είναι πολύτιμη για τους μάνατζερς για το σχεδιασμό κατάλληλων τροποποιήσεων που θα εξασφαλίσουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων για τη βελτίωση της ΠΦΥ βασίζεται στη φωνή του πελάτη. Ένα από τα μεγαλύτερα καθήκοντα των μάνατζερ είναι η συνεχής βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας με σκοπό να αυξηθεί η ικανοποίηση και η πίστη των χρηστών υγείας. (Giovannis et al., 2014).

Παρόλο που στην Ελλάδα, επιβάλλονται νέα χαρακτηριστικά ποιότητας στη Δημόσια Υγεία, επικρατεί η πατερναλιστική δομή. Η ανακάλυψη της σύνδεσης μεταξύ προσδοκιών, αντιλαμβανόμενης ποιότητας και ικανοποίησης της φροντίδας

επιτρέπει να εστιάσουν σε ελλείψεις από την ιδανική φροντίδα που θα ολοκλήρωνε τις ανάγκες των χρηστών υγείας. Ο Rao et al. στην έρευνά τους αποκαλύπτουν θετική συσχέτιση μεταξύ της εκπλήρωσης των προσδοκιών και υψηλότερου επιπέδου ικανοποίησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα. (Ραφτόπουλος, 2010).

Αναρίθμητοι ερευνητές ανέπτυξαν αξιόπιστες και έγκυρες κλίμακες μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών υγείας. Ορισμένες διαστάσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας, είναι η πρόσβαση, το διοικητικό προσωπικό, η ιδιωτικότητα, η ακρόαση, η ενσυναίσθηση, η δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, ο συντονισμός της φροντίδας και το περιβάλλον. Στις τελευταίες έρευνες που διεξάγονται πάνω στην ποιότητα στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ιδιαίτερη βαρύτητα έχουν οι εκτιμήσεις των ασθενών και οι συσσωρευμένες εμπειρίες για την προσβασιμότητα, τη διαθεσιμότητα, την ιατρική φροντίδα, την επικοινωνία, την πληροφόρηση και υποστήριξη, τη συμμετοχή των ασθενών στη θεραπεία, την οργάνωση, την ατμόσφαιρα, το χρόνο αναμονής, τις προσδοκίες και την ικανότητα. (Milašauskienė et al., 2006, Pierrakos et al., 2014, Anderson et al., 2007).

Αναμφίβολα, στις μέρες μας, αναλύοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, δεν αναφερόμαστε μόνο στην αξιολόγηση των επαγγελματικών δεξιοτήτων του ιατρικού προσωπικού, στα στατιστικά δεδομένα του πληθυσμού, αλλά στις απόψεις των ασθενών. Η συμμετοχή των χρηστών υγείας στη διαδικασία της παροχής της φροντίδας αποκαλύπτει τους περισσότερο ή λιγότερο σημαντικούς παράγοντες για τη φροντίδα, όπου οι επαγγελματίες υγείας και η πολιτεία πρέπει να επιστήσουν την απαιτούμενη προσοχή. Η συνεργασία των χρηστών υγείας με τους επαγγελματίες υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας στοχεύει στην εκπλήρωση των προσδοκιών τους. Οι ερευνητές ενθαρρύνονται να ανακαλύπτουν νέες μεθόδους που θα αντανakλούν στις απόψεις, τις προσδοκίες και την ικανοποίηση των ασθενών στο μέγιστο βαθμό. Τις τελευταίες δεκαετίες οι εμπειρίες των ασθενών κατέχουν κυριαρχικό ρόλο στις έρευνες ποιότητας. Οι ασθενείς εμπλέκονται ολοένα και περισσότερο στην αξιολόγηση της ποιότητας ως καταναλωτές υπηρεσιών υγείας. (Krol et al., 2015, Cook, 2017).

Η **αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών** από την παρεχόμενη φροντίδα διαφέρει από την έννοια της **ικανοποίησης**. Ωστόσο, κοινός στόχος αποτελεί η κατανόηση των προσδοκιών των ασθενών ως «πελάτες» και η αναγνώριση των

αναγκών και των επιθυμιών τους από το σύστημα υγείας. Επίσης, με τη σύγκριση της συνολικής απόδοσης της φροντίδας και των προσδοκιών ανασύρονται οι κρίσιμες διαστάσεις της φροντίδας, προβλημάτων οργάνωσης και λειτουργίας, του ιατρικού και νοσηλευτικού έργου, διοικητικών υπηρεσιών και δομής που χρήζουν βελτίωσης και ανευρίσκονται οι απαραίτητες λύσεις με την ικανοποίηση. (Pini et al., 2014). Οι διεθνείς τάσεις της φροντίδας καθορίζονται από τις **εμπειρίες των ασθενών** και διενεργείται ιεράρχηση των διαστάσεων της φροντίδας. Οι διεθνείς τάσεις είναι αλληλένδετες με τα δημογραφικά στοιχεία των χρηστών υγείας. Η εκτίμηση των απόψεων των ασθενών αποτελεί πλέον μια συνήθη στρατηγική ελέγχου ποιότητας της φροντίδας σε πολλές χώρες. Τα στοιχεία πάνω στις απόψεις των ασθενών συχνά περιλαμβάνουν τις διεθνείς τάσεις της αντιλαμβανόμενης φροντίδας, οι οποίες ερμηνεύονται ως ένα σύνολο πληροφοριών, ως μια προσέγγιση που μειώνει την ποσότητα και την πολυπλοκότητα των δεδομένων που παράγονται από τις μετρήσεις των απόψεων των ασθενών για τις διάφορες διαστάσεις της φροντίδας. Η συμβολή της έρευνας σε κάθε χώρα επιρέπει τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της με τις διεθνείς τάσεις της φροντίδας αλλά και με προηγούμενες έρευνες. (Boer et al., 2010). Η αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας από τους ασθενείς παρέχει πληροφορίες για τις εμπειρίες τους και τι θεωρούν σημαντικό. Οι αξίες και οι εμπειρίες των ασθενών διαμορφώνουν την κρίση τους σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας. Οι κρίσεις των χρηστών υγείας για τη φροντίδα, ως δείκτης της ικανοποίησης χρησιμεύουν ως μέτρα βελτίωσης. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα με ισχυρότερη δομή, οι επαγγελματίες υγείας εμπλέκονται περισσότερο σε ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας σε διάφορα στάδια στις ζωές των ασθενών, όπου ενισχύεται η συνέχεια της φροντίδας και η ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το συντονισμό, την κατανόηση και την επικοινωνία. Οι ασθενείς θα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας πιο σταθερά αν γνωρίζουν ότι προσφέρεται ένα ευρύτερο φάσμα φροντίδας, πέρα από την προσβασιμότητα. (Schäfer et al., 2015).

Ο Π.Ο.Υ. συνηγορεί υπέρ της Πρωτοβάθμιας φροντίδας και τοποθετεί σε πρώτη θέση τον άνθρωπο. Μια ισχυρή δομή πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας προάγει αυτόν τον στόχο. Η ΠΦΥ αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο ενός συστήματος υγείας υψηλής ποιότητας. Η Ελλάδα, όπως πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, κατέβαλε έντονες προσπάθειες μετασχηματισμού των υπηρεσιών υγείας με σκοπό τη βελτίωση των

εκβάσεων υγείας, τη μείωση δαπανών και τη δημιουργία μιας ισχυρής ΠΦΥ. Η καταγραφή των απόψεων των ασθενών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διανομή και στην επάρκεια των υπηρεσιών υγείας και την καταστρατήγηση ανισοτήτων υγείας. Διεθνώς, η ικανοποίηση των ασθενών και η ασθενοκεντρική προσέγγιση συμβάλλει στη διαμόρφωση της φροντίδας της υγείας και στη διασφάλιση της ποιότητας. Τα θεμελιώδη συστατικά της ασθενοκεντρικής προσέγγισης είναι η εκμείωση των απόψεων των ασθενών για τις διαστάσεις της φροντίδας. Η περίοδος λιτότητας τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα επηρέασε σημαντικά τη δομή, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. (Lionis et al., 2017). Η Pappa et al., (2017) αναφέρει ότι *«Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες στις υπηρεσίες ΠΦΥ είναι η διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που κρίνονται αναγκαίες για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και των πραγματικά παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες πηγάζουν από εμπόδια σχετικά με το σύστημα υγείας και τις ατομικές συμπεριφορές απέναντι στην υγεία με αποτέλεσμα την αποτυχία βελτίωσης του κεφαλαίου υγείας των ατόμων και της ποιότητας ζωής, την αύξηση του κινδύνου θνητότητας και την εύνοια ανάπτυξης νοητικής και ψυχοσωματικής συμπτωματολογίας.»*

Υπερτονίζεται η αναγκαιότητα επαναπροσδιορισμού της έννοιας της υγείας μέσω της αναβάθμισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας λόγω μετάβασης του ατόμου από ένα παραδοσιακό παθητικό με λίγη φωνή δέκτη υπηρεσιών υγείας σε ένα απαιτητικό πελάτη. Οι παροχείς της δημόσιας υγείας, περισσότερο από ποτέ, αισθάνονται την ανάγκη να αιτιολογήσουν την ύπαρξη τους ως οργανισμοί που παρέχουν δημόσιες υπηρεσίες άριστης ποιότητας. Ωστόσο, η κατανόηση των προσδοκιών των ασθενών και η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας από την οπτική των ασθενών αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στη παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς. Οι άνθρωποι έχουν την ικανότητα να προκαλέσουν ανεπανόρθωτη ζημιά στη φήμη ενός οργανισμού και καθίσταται σαφές ότι η αμαυρωμένη φήμη δεν αποκαθίσταται εύκολα. Ο σεβασμός για τις προσδοκίες των χρηστών υγείας καλλιεργεί την εμπιστοσύνη τους προς το σύστημα υγείας. (Papanikolaou και Zygariis, 2011). Η δημοσίευση "Our Healthier Nation", υπερτονίζει τη σημαντικότητα της επίτευξης της κατανόησης των απόψεων των ασθενών ως ένα μέτρο βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. (Grogan, 2000).

Η εκτίμηση των υπηρεσιών ΠΦΥ θεωρείται το πρώτο βήμα για την πρόοδο και την αποτελεσματική μεταρρύθμιση της φροντίδας, ειδικά αυτή την περίοδο της παρατεταμένης οικονομικής κρίσης. Η έρευνα στην ΠΦΥ συμβάλλει στον προσδιορισμό βαθμού επίτευξης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ και στην ανίχνευση εμποδίων που παρακωλύουν την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, η ανάπτυξη κατάλληλων στρατηγικών ενισχύει την διεξαγωγή ακαδημαϊκών ερευνών και την ανάπτυξη εμπειρικών μοντέλων που θα καθοδηγήσουν τις χώρες με περιορισμένους πόρους να αξιοποιήσουν τις δυνάμεις τους υπερνικώντας σοβαρούς περιορισμούς. (Sbarouni et al., 2012).

Η έρευνα συμβάλλει στην ανάπτυξη αναρίθμητων εννοιών σχετικών με τον τρόπο που οι ασθενείς αξιολογούν την αντιλαμβανόμενη φροντίδα. Επιπρόσθετα, η ενασχόληση των επαγγελματιών υγείας με την έρευνα διατηρεί αλώβητο τον ανθρωποκεντρικό ρόλο της φροντίδας. Όσο αυξάνεται η εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών από τις διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας, αυξάνεται και η ικανοποίησή τους. (Fitzpatrick, 1983). Μια προσέγγιση της μέτρησης της ποιότητας πηγάζει από την υπόθεση του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών των καταναλωτών και των αντιλήψεων τους ως πραγματικές εμπειρίες. (Hart, 1996). Ο Polit (1998) ισχυρίστηκε ότι «ο σκοπός δεν είναι να ευχαριστηθούν απλώς οι παραλήπτες από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας αλλά να τους ενδυναμώσουν».

Η Κοτρώτσιου και συν., (2008) αναφέρουν ότι «στην ερευνητική εκτίμηση, ο άνθρωπος νοείται στην ολότητά του ως σύνθετη οντότητα, ο οποίος αποδίδει στα προσωπικά του βιώματα ιδιαίτερη σημασία, η προσωπική δε έκφραση των εμπειριών του τον διαφοροποιεί από τους άλλους ανθρώπους. Η έρευνα διερευνά τις συμπεριφορές των ατόμων μέσα από τις ιστορίες τους, τη λειτουργία των οργανισμών, τις κοινωνικές τάσεις και τις διαπροσωπικές σχέσεις και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη εκεί, όπου είναι γνωστά μόνο λίγα για τον τομέα της μελέτης και το συγκεκριμένο πρόβλημα, το περιβάλλον ή την κατάσταση. Οι απαντήσεις του υπο έρευνα πληθυσμού διαφαίνεται ότι η φροντίδα έχει πολύπλευρη διάσταση, η οποία δεν αποτελεί μια στατική, συγκεκριμένη και οριοθετημένη κατάσταση με προσδιοριστικά χαρακτηριστικά για όλα τα άτομα, αλλά μια ανοικτή διεργασία μέσα από την οποία κάθε άτομο εκφράζεται». Η έρευνα ενισχύει τον επαγγελματισμό, τη γνώση, την τόλμη και την απόφαση για την άρση παγιωμένων και αναχρονιστικών

καταστάσεων, που κρατούν ουραγό τη χώρα μας παρά τις ευρωπαϊκές εξελίξεις και τη διασφάλιση ενός πραγματικού συστήματος υγείας με στόχο την προαγωγή της υγείας των πολιτών και όχι τη διαχείριση της εμφανιζόμενης ασθένειας. (Ελληνας, 2011). Η Φρεγγίδου και συν., (2017) αναφέρει ότι «στην ελληνική πραγματικότητα, η αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών της ΠΦΥ για την ανεύρεση προσδιοριστών της σχετικής ικανοποίησης προωθεί την ορθολογική ανάπτυξη ενός πλαισίου λειτουργικότητας για περεταίρω προσέλκυση και διατήρηση των ασθενών στο επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στη μείωση δαπανηρής νοσοκομειακής φροντίδας. Η διεξαγωγή μελετών αποτελεί χρήσιμο εργαλείο αξιολόγησης της ΠΦΥ και οριοθέτησης αξόνων για την αποτελεσματική ανακατανομή των διατιθέμενων πόρων, ορθολογικής χρηματοδότησης». Η χαρτογράφηση των αναγκών των ασθενών της ΠΦΥ συμβάλλει στην ιεράρχηση αυτών διασφαλίζοντας την πρόληψη με την πρώιμη παρέμβαση, τη βελτίωση της φροντίδας και την εξάλειψη της νοσηρότητας. (Καδδά και σύν., 2010).

Είναι αναντίρρητη αλήθεια ότι πολλά από αυτά που ζούμε σήμερα είναι ένα άμεσο αποτέλεσμα από τις αποφάσεις των προηγούμενων ετών. Κατανοώντας το παρελθόν, είναι ένας χρήσιμος τρόπος να αξιοποιηθούν ευκαιρίες που ενδεχομένως υπάρχουν στο παρόν και στο μέλλον, ιδιαίτερα μέσα στο λαβύρινθο της οικονομικής κρίσης.

## **3.2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι υπάρχουν περιορισμένες έρευνες σχετικά με τις ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, λόγω του ότι επειδή πυρήνας των περισσότερων ερευνών αποτελούν τα νοσοκομεία και λιγότερο η κοινότητα. (Καδδά και συν., 2010). Ορισμένα εμπόδια στην ερευνητική δραστηριότητα είναι : η ανεπάρκεια γνώσης μεθοδολογίας μιας έρευνας, η έλλειψη χρόνου, ο φόρτος εργασίας και η υποστελέχωση, η χρηματοδότηση, η απουσία οργανωμένων ηλεκτρονικών δεδομένων και η αρνητική στάση. (Sbarouni, et al., 2012).

Ένας σοβαρός περιορισμός, είναι ο αποκλεισμός συμμετοχής άλλων εθνοτήτων, λόγω γλωσσικών και ερμηνευτικών δυσκολιών κατά τη διεξαγωγή μιας έρευνας περιορίζεται η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον πληθυσμό. (Ραφτόπουλος, 2010). Ο Έλληνας (2011) ισχυρίζεται ότι «η πρόθεση για την ανάπτυξη της ΠΦΥ και κατ'επέκταση για την προαγωγή της στρατηγικής «Υγεία για Όλους» δεν επιβεβαιώθηκε με την ανάλογη μετακύλιση των πόρων». Η οικονομική κρίση που επέφερε την επιδείνωση των μακροοικονομικών μεγεθών και τη σύμπτυξη των κοινωνικών δαπανών άρα και της υγείας αναστέλλουν την ερευνητική δραστηριότητα. Η ταχεία συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου η οι απαντήσεις σε μια συνέντευξη περιορίζουν την ακρίβεια και την εγκυρότητα μιας έρευνας. Άλλος περιορισμός αποτελεί η εσφαλμένη κωδικοποίηση και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Τέλος, σε κάθε έρευνα μπορεί να ανακύπτουν προβλήματα μεθοδολογίας που θα αναφερθούν στην επόμενη ενότητα. (Buers et al., 2014).



# Κεφάλαιο 4

## Οι Σταθμισμένες Κλίμακες Για Την Αξιολόγηση Της Αντιληφθείσας Ποιότητας Των Χρηστών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

### 4.1. ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΦΘΕΙΣΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι κυριότερες κλίμακες είναι οι ακόλουθες :

#### **QUALICOPC Questionnaire (Quality and Costs of Primary Care)**

Στην Ευρώπη το Ολλανδικό Ινστιτούτο NIVEL διαμόρφωσε ένα ευρωπαϊκό, συνεργατικό πρόγραμμα (QUALICOPC) με στόχο την αξιολόγηση της ποιότητας, της ισότητας και του κόστους της ΠΦΥ σε 34 χώρες. (Pullicino et al., 2018). Ανάμεσα στους στόχους του προγράμματος, ήταν η εκτίμηση της δομής και διανομής των υπηρεσιών ΠΦΥ στις χώρες που σχετίζονται με τη δυνατότητα βελτίωσης των χαρακτηριστικών ασθενοκεντρικής φροντίδας, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ασθενείς ανιχνεύοντας τις προσδοκίες και τις εμπειρίες αυτών. Οι

ανθρωποκεντρικές διαστάσεις περιελάμβαναν την προσβασιμότητα, τη συνέχεια και το συντονισμό φροντίδας, την ανταποκρισιμότητα, τις δράσεις του ασθενή και την επικοινωνία ιατρού – ασθενή. (Lionis et al., 2017, Λιόνης, Πίτελου, 2015). Εννέα ερωτηματολόγια που αναπτύχθηκαν από το QUALOCOPC αξιολόγησαν τις εμπειρίες που αποκτήθηκαν στη διάρκεια της συνάντησης του ιατρού με τον ασθενή και ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησε τις αξίες για την ΠΦΥ, όπως τις ανέφεραν οι ασθενείς. (Schäfer et al., 2013, Schäfer et al., 2015).

### **Consumer Quality Index (CQ- index. - CQI).**

Το CQ-index αποτελεί ένα ολλανδικό εργαλείο, εμπνευσμένο από δύο τύπους ερευνών: την CAHPS (Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems) και QUOTE (Quality of care Through the patients' Eyes). Ο συνδυασμός των δυνατών σημείων των δύο ερευνών είναι: η συχνότητα κριτηρίων ποιότητας (CAHPS) και η σημαντικότητα των διαστάσεων ποιότητας (QUOTE). (Damman, Hendriks, Sixma, 2009, Buers et al., 2014). Η έρευνα υλοποιήθηκε στην Ολλανδία μέσω mail με μια διαδικασία, γνωστή ως μέθοδος Dillman. Εστιάζει στις εμπειρίες των ασθενών, παρά στην ικανοποίηση, και στην αξιολόγηση αυτών σχετικά με τις διαστάσεις φροντίδας υψηλής προτεραιότητας. Η υπόθεση αυτή στηρίζεται στη μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας μέσα από τις εμπειρίες των ασθενών ως λιγότερο υποκειμενική σε σχέση με τη μέτρηση της ικανοποίησης. Είναι σημαντικό να αξιολογείται πως οι εμπειρίες των ασθενών σε διάφορες πτυχές της φροντίδας αντανακλώνται με μια παγκόσμια βαθμολογία φροντίδας, καθώς αυτές οι βαθμολογίες αποτελούν ένα σύνολο πληροφοριών. Οι διαστάσεις της φροντίδας που μετρά το CQ- index είναι ο σεβασμός/αξιοπρέπεια, η πληροφόρηση/εκπαίδευση του ασθενή, η προσβασιμότητα και ο επαγγελματισμός. (Boer et al., 2010). Επίσης, συνδέεται με την επικάλυψη διαφορετικών σημαντικών αναγκών σχετικών με τη φροντίδα, όπως τη λήψη αποφάσεων των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας, τους προμηθευτές, οργανισμούς ποιότητας κλπ.

### **Net Promoter Score (NPS)**

Παρουσιάστηκε από τον Fred Reichheld (2003) σε μια έρευνα σχετική με το μάνατζμεντ. Βασίζεται στην ερώτηση «*Πώς θα συστήνατε την εταιρία μας σε ένα φίλο ή συνάδελφο;*». Οι απαντήσεις των απαντήσεων δημιουργούν την εξής

ταξινόμηση των χρηστών υγείας σε υποστηρικτές (promoters, 9-10 scale), παθητικούς (passive, 7-8) και επικριτικούς. (detractors, 0-6) υπολογίζοντας τελικώς τα ποσοστά των κατηγοριών αυτών. Συνοψίζει τις εμπειρίες των ασθενών και την ικανοποίηση με την παγκόσμια βαθμολογία, τις ερωτήσεις σύστασης και τη συνολική βαθμολογία από τις εμπειρίες των ασθενών. Υιοθετήθηκε από πολλές εταιρίες, ως ακριβής τρόπος μέτρησης της ικανοποίησης των πελατών λόγω της μεθοδολογίας του και της συμβολής του στην οικονομική ανάπτυξη. Μειονέκτημα του αποτελεί η αδυναμία αποκρυστάλλωσης των αιτιών ικανοποίησης και δυσαρέσκειας των ασθενών από τη φροντίδα. Πολλοί ερευνητές ενσαρκώνουν το NPS με το CQI.

### **Patient-Reported Experience Measures (PREMs)**

Περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τις εμπειρίες των ασθενών από τη φροντίδα υγείας, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι. Αναφέρουν ποικίλλα ζητήματα, από την καθαριότητα στις δομές υγείας μέχρι το χρόνο αναμονής και την προσβασιμότητα για την ενίσχυση βαθύτερης κατανόησης των εμπειριών τους.

Στην καθημερινή πρακτική, χρησιμοποιείται για τη βελτίωση κλινικών διαδικασιών. Αντανακλούν την εμπλοκή των ασθενών στη φροντίδα τους, στην ενημέρωσή τους και στη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων, γνώση σχεδίου φροντίδας, μακροπρόθεσμη υποστήριξη κλινικής κατάστασης και ποιότητα επικοινωνίας. (Breckenridge et al., 2015). Χρησιμοποιούνται τα ερωτηματολόγια όπως CAHPS, ενώ καταβάλλονται προσπάθειες μέτρησης φροντίδας. (Verma, 2013).

### **Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών PSQ – Patient Satisfaction Questionnaire (Ware et al. 1983)**

Το PSQ παραμένει το μόνο εμπεριστατωμένο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης των ασθενών, σχεδιασμένο στη Μεγάλη Βρετανία και τελευταία χρησιμοποιείται για την ανίχνευση ειδικών διαστάσεων της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας. (Grogan et al., 2000). Αναπτύχθηκε για το σχεδιασμό, τη διαχείριση και την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας. Περιλαμβάνει 55 ερωτήσεις με σκοπό η έρευνα να είναι εφαρμόσιμη σε μελέτες του γενικού πληθυσμού. Ωστόσο, η ενίσχυση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας κατέστη αδύνατη λόγω της ανυπαρξίας εννοιολογικού υπόβαθρου.

(Ware et al., 1983, Ware & Snyder, 1975). Η κλίμακα εφαρμόστηκε σε χρόνιους ασθενείς (McCusker, 1984), σε χρήστες υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής (MacKeigan και Larson., 1989), σε κέντρα υγείας (Pascoe και Attkisson, 1983), και σε χρήστες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. (Brody et al., 1989).

### **Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης πελατών CSQ–Client Satisfaction Questionnaire (Larsen et al. 1979)**

Οι Larsen et al., (1979) ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο με κύριο σκοπό την αξιολόγηση της γενικής κατάστασης των χρηστών υγείας από τις υπηρεσίες υγείας. Περιλαμβάνει 31 ερωτήσεις και τον παράγοντα Γενικής Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ωστόσο, οι Hays & Ware (1986) αμφισβήτησαν την εγκυρότητα, λόγω προβληματικής διατύπωσης των ερωτήσεων για την απόσπαση θετικών απαντήσεων. Η κλίμακα εφαρμόστηκε σύμφωνα με τους (Roberts, Pascoe & Attkisson, 1983) σε χρήστες υγείας μη αστικού κέντρου υγείας και με τους Cryns et al., (1989) σε ηλικιωμένους ασθενείς ΠΦΥ.

### **The Quality of care from the perspective of elderly people, QUOTE (Sixma et al., 2000)**

Αξιολογεί την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας. Το εννοιολογικό υπόδειγμα βασίστηκε στους Babakus και Mangold, διαμορφώνοντας την εξίσωση ως εξής :

$$Π_{ij} = A_{ij} - ΠP_{ij}$$

Την ποιότητα την αντιλαμβάνεται ο χρήστης υγείας σύμφωνα με τις γνώμη του για τις συγκεκριμένες διαστάσεις φροντίδας  $ij$  μείον τις προσδοκίες που είχε.

Οι Zastowny et al., (1983) διατύπωσαν τρεις παραμέτρους της ποιότητας, την απόδοση, το βαθμός σημαντικότητας και τον αντίκτυπος στον ασθενή. Στη συνέχεια, οι εμπνευστές της κλίμακας Sixma επηρεασμένοι από τους Zastowny et al., αντικατέστησαν την προηγούμενη εξίσωση με την ακόλουθη που αποτυπώνει τι θεωρεί σημαντικό ο ασθενής από τη φροντίδα :

$$Π_{ij} = AΠ_{ij} - BΣ_{ij}$$

$Π_{ij}$  είναι η εκληφθείσα ποιότητα φροντίδας,  $AΠ_{ij}$  είναι η απόδοση της φροντίδας και  $BΣ_{ij}$  αντανακλά στο βαθμό σημαντικότητας κάθε διάστασης.

## 4.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑΘΜΙΣΗΣ ΜΙΑΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ

*«Η μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών είναι μέτρηση κρίσης».* Η συλλογή περισσότερων και καλύτερων πληροφοριών συνιστά τη βασική εισροή που με την κατάλληλη επεξεργασία της εξάγονται ορθά συμπεράσματα για το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα τους. Βέβαια, η έρευνα δεν είναι πανάκεια, καθώς η σχετικότητα και τα όρια λαμβάνουν χώρα. Όσον αφορά τα όρια μιας έρευνας, ταξινομούνται σε *χρονικά όρια, επιστημονικές μεθόδους και τεχνικές και στους σκοπούς.* Η παρατήρηση και η περιγραφή της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε συνδυασμό με την ερμηνευτική λειτουργικότητα των σταθμισμένων κλιμάκων αποτελεί ένα διακαή αυτοσκοπό για τους ερευνητές. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει την ομοιομορφία και την επαναληψιμότητα, χαρακτηριστικά τα οποία επιβεβαιώνονται με την εκτίμηση ψυχομετρικών ιδιοτήτων της αξιοπιστίας, εγκυρότητας, απουσίας συστηματικών σφαλμάτων, αντικειμενικότητας και ακρίβειας. (Παπανικολάου, 2007)

### 4.2.1. Εγκυρότητα

Εγκυρότητα ορίζεται ως *«η ιδιότητα της μέτρησης που επιτρέπει στον ερευνητή να λέει ότι το εργαλείο μετράει ότι αυτός λέει ότι αυτό μετράει»*, δηλαδή ένα εργαλείο είναι έγκυρο, αληθές όταν αντικατοπτρίζει απόλυτα τις διαστάσεις ενός φαινομένου που επιδιώκει να περιγράψει και να διαμορφώσει ένα θεωρητικό υπόδειγμα. (Hammersley, 1987). Η εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο τα εργαλεία πραγματικά μετρούν τις αρχικές υποθέσεις. (Peter, 1981). *«Η έννοια της ερευνητικής εγκυρότητας αναφέρεται στο κατά πόσο τα δεδομένα που έχουν συλλεγεί από το πεδίο καθώς και η ανάλυση και η ερμηνεία τους ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της έρευνας, αντιστοιχούν στην κοινωνική πραγματικότητα ή απαντούν με επαρκή τρόπο στα ερευνητικά ερωτήματα».* (Ιωσηφίδης, 2008). Ο όρος *«εγκυρότητα»* προέκυψε από την Επιτροπή Αμερικανικού Συνδέσμου Ψυχολόγων APA για την αξιολόγηση χαρακτηριστικών προ δημοσίευσης μιας έρευνας. (1950-1954). ( Lee, Cronbach, Meehl, 1955).

#### 4.2.2 Αξιοπιστία

Η αξιοπιστία αναφέρεται στο βαθμό συνέπειας της ερευνητικής διαδικασίας και στο βαθμό κατά τον οποίο τα αποτελέσματα της έρευνας έχουν ευρύτερη αξία. Επίσης, σχετίζεται με το βαθμό ακρίβειας της διατύπωσης του ερευνητή των στάσεων του πληθυσμού – στόχου μιας έρευνας, με το κατά πόσο τα αποτελέσματα έχουν σημασία για παρόμοια ερευνητικά πεδία, σε ποιο βαθμό το θεωρητικό υπόδειγμα και το ερμηνευτικό πλαίσιο αναλύει τα ευρύτερα φαινόμενα και προβαίνει σε γενικεύσεις. (Ιωσηφίδης, 2008). Η εξωτερική αξιοπιστία αναφέρεται στην ερώτηση αν το δείγμα αντιπροσωπεύει το γενικό πληθυσμό. (Howell, 2010). Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha αναφέρεται στις ανάλυση ερευνών και ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τη μελέτη της προσωπικότητας. (Cronbach, 1951, Anastasi, 1950). Κατά τους Gilbert και Churchill αποτελεί το προτεινόμενο μέτρο εσωτερικής αξιοπιστίας, το αποτέλεσμα του οποίου πηγάζει απευθείας από τις δηλώσεις του δείγματος και ότι θα έπρεπε να είναι ο πρώτος δείκτης που υπολογίζει την ποιότητα ενός εργαλείου. Κατά τον Cortina (1993) αποτελεί ένα από τους σημαντικότερους δείκτες αξιοπιστίας στις έρευνες στατιστικής, ωστόσο παρατηρείται ασυμφωνία για την ερμηνεία του Cronbach's alpha και για το εύρος των τιμών του. Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι το μέγεθος του δείγματος και ο αριθμός των ερωτήσεων μιας κλίμακας επηρεάζει το συντελεστή. Παρατηρείται θετική συσχέτιση της τελικής τιμής του Cronbach's alpha με τους επιμέρους συντελεστές της κλίμακας, τις ενδιάμεσες συσχετίσεις και με το συστηματικό σφάλμα. (Shevlin et al., 2000, Kirk, Miller, 1986). Για τον χαρακτηρισμό μιας έρευνας ως αξιόπιστη απαιτείται ο Cronbach's alpha να έχει όριο  $>0.7$ , ενώ άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι 0.5 και 0.6 θεωρείται ικανοποιητικός στα πρώτα στάδια μιας έρευνας αλλά στην τελική εξαγωγή των αποτελεσμάτων θα πρέπει να αυξάνεται. Ειδικότερα, στις έρευνες ικανοποίησης ασθενών η βιβλιογραφία αναφέρει υψηλά ποσοστά συντελεστών εσωτερικής συνέπειας. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στην τάση έκφρασης των ασθενών υψηλών ποσοστών ικανοποίησης για τις διαστάσεις της φροντίδας. Ωστόσο, και το φαινόμενο «*φωτοστέφανου*» (*haloeffect*) ενισχύει την παραπάνω μαρτυρία, καθώς οι ασθενείς δυσκολεύονται να διακρίνουν τις διαφορές των ερωτήσεων που αντανακλούν στις διάφορες στις διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας.

# Κεφάλαιο 5

## Μεθοδολογία

### Έρευνας

#### 5.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

##### 5.1.1. Σκοπός μελέτης

Κύριος σκοπός της μελέτης αποτελεί η διερεύνηση και αποτύπωση των εμπειριών των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ σε μια Υγειονομική Περιφέρεια. Επιζητείται η διεξαγωγή κατάλληλων συμπερασμάτων, που ενδεχομένως θα ανιχνεύσουν πτυχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που χρήζουν αυξημένης προσοχής και λήψης μέτρων βελτίωσης ή περαιτέρω διερεύνησης.

##### 5.1.2 Υλικό και μέθοδος

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Υγειονομική Περιφέρεια της Δωδεκανήσου και συγκεκριμένα στις δομές υγείας της Ρόδου, μετά από σχετική άδεια που παραχωρήθηκε από το επιστημονικό συμβούλιο του Νοσοκομείου. Έγινε διάθεση 330 ερωτηματολογίων, 150 ερωτηματολόγια στα Τακτικά Ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου, 50 στο Κέντρο Υγείας Αρχαγγέλου, 50 στο Κέντρο Υγείας Έμπωνας και 80 στο ΠΕΔΥ. Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας. Για τη συγκέντρωση των απαιτούμενων πληροφοριών σχετικά με τους προσδιοριστές της ποιότητας

ζωής χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που προέκυψε από την πιλοτική μελέτη για την ανάπτυξη ερωτηματολογίου για την καταγραφή των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ των Καϊτελίδου, Οικονόμου, Γαλάνη και συν. (2018), (υπό δημοσίευση) και παρουσιάζεται στο Παράρτημα Α. Λήφθηκε η έγγραφη άδεια των δημιουργών του ερωτηματολογίου για την χρήση του στην παρούσα μελέτη (Παραρτήμα Β), αφού παραχωρήθηκε η σχετική άδεια από τους συγγραφείς – δημιουργούς.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στη βάση δεδομένων PubMed, χρησιμοποιώντας τις λέξεις-κλειδιά: quality of patients in primary healthcare, patients' satisfaction, primary care reform in Greece, ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας, αξιολόγηση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής, πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας. Η αναζήτηση αφορούσε άρθρα που είχαν δημοσιευτεί στα ελληνικά και στα αγγλικά ως αποτέλεσμα ερευνητικής μελέτης για τη διερεύνηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και της ικανοποίησης των χρηστών υγείας από τις δομές της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

### **5.1.3. Εργαλεία συλλογής δεδομένων**

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των υπηρεσιών της Υγειονομικής Περιφέρειας της Δωδεκανήσου περιλαμβάνει 6 **υποκλίμακες** που αντανακλούν τις παρακάτω διαστάσεις της φροντίδας:

1. η προσβασιμότητα,
2. η συνέχεια και ο συντονισμός της φροντίδας,
3. η περιεκτικότητα της φροντίδας,
4. η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας,
5. τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης και
6. η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας



## Δομή Ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει το έντυπο συγκατάθεσης και στο σώμα ερωτηματολογίου το ενημερωτικό σημείωμα και 73 ερωτήσεις. Αποτελείται από τα εξής τμήματα :

### A. Δημογραφικά και άλλα περιγραφικά χαρακτηριστικά :

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου (ερωτήσεις 1-21) περιλαμβάνονται **ερωτήσεις κλειστού τύπου**, σχετικές με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών υγείας, το φύλο, τη εθνικότητα, τα χρόνια εκπαίδευσης, την ασφάλιση, αν υπάρχει αναπηρία 67%. Στη συνέχεια, αν οι χρήστες υγείας πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα τουλάχιστον ενός έτους και ποιο, τα συχνότητα επίσκεψης στη συγκεκριμένη μονάδα υγείας τους τελευταίους έξι μήνες, με παραπομπή ή χωρίς, την επαφή με τις ειδικότητες ιατρών ή άλλων επαγγελματιών υγείας, τον λόγο της επίσκεψης και αν προγραμματίστηκε το ραντεβού. Επιπρόσθετα, υπήρχαν ερωτήσεις σχετικές με τον τρόπο προγραμματισμού του ραντεβού και το χρόνο αναμονής :

- ⌘ Μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης
- ⌘ Την ολοκλήρωση διοικητικών διαδικασιών ( αναμονή στην ουρά)
- ⌘ Από την ολοκλήρωση διοικητικών υπηρεσιών μέχρι την ιατρική εξέταση
- ⌘ Αν ο ιατρός χρειάστηκε να παραπέμψει τον ασθενή σε άλλο ιατρό ή μονάδα και την επάρκεια πληροφόρησης και αν ο χρήστης υγείας είδε κάποιο νοσηλευτή ή άλλος επαγγελματίας υγείας χωρίς να τον δει ιατρός.

### B. Συνολικές κλίμακες ( *global scales* )

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου περιέχονται ερωτήσεις (22-44) για την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας με την αποτύπωση των εμπειριών των χρηστών υγείας και της εκπλήρωσης των προσδοκιών από τη φροντίδα (με βαθμολογία 1 για την απάντηση «διαφωνώ απόλυτα» μέχρι το 5 για την απάντηση «συμφωνώ απόλυτα»).

### Γ. Η κλίμακα 25 ερωτήσεων

Σε αυτό το τμήμα περιέχονται ερωτήσεις (45-70) όπου οι χρήστες υγείας αξιολογούν τη σημαντικότητα των διαστάσεων της παρεχόμενης φροντίδας (με βαθμολογία 1 για την απάντηση «ασήμαντη» και 4 για την απάντηση «πολύ σημαντική»).

#### *Δ. Ανοικτού τύπου Ερωτήσεις*

Σε αυτό το τμήμα ερωτηματολογίου (71-73), ζητείται από τους ασθενείς να απαντήσουν σε ανοικτού τύπου ερωτήσεις αναφορικά με τις εμπειρίες τους από την επίσκεψή τους στη συγκεκριμένη δομή υγείας, τα χαρακτηριστικά φροντίδας που χρήζουν βελτίωσης από τον ιατρό και συνολικά από τη δομή. Αυτές οι ερωτήσεις αποτυπώνουν τη συνολική στάση του ασθενή, το βαθμό εκπλήρωσης των προσδοκιών και ικανοποίησης των χρηστών υγείας, την εκληφθείσα ποιότητα και την απόδοση της παρεχόμενης φροντίδας. Οι κλίμακες διαμορφώνονται κατά τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε η μεγαλύτερη βαθμολογία (score) να υποδηλώνει θετικό επίπεδο εμπειριών των χρηστών υγείας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και το βαθμό σημαντικότητας των διαστάσεων της φροντίδας από την οπτική των ασθενών. Η συνολική βαθμολογία των επιμέρους 6 υποκλιμάκων διαστάσεων συνιστά τη βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές υγείας. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από τους χρήστες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ήταν από 15 λεπτά και περισσότερο.

Το χρονικό διάστημα διανομής και ολοκλήρωσης συλλογής των ερωτηματολογίων ήταν από 31/01/2018 έως 30/4/2018.

#### **5.1.4. Δεοντολογικά Ζητήματα**

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας είχαν εξασφαλιστεί οι απαραίτητες άδειες, από όλους τους αρμόδιους φορείς. Η συναίνεση των συμμετεχόντων εξασφαλίστηκε με την προφορική ενημέρωσή τους αναφορικά με το σκοπό και το περιεχόμενο της μελέτης και κατοχυρώθηκε με την έγγραφη και υπογεγραμμένη συγκατάθεσή τους. Επιπρόσθετα, πληροφορήθηκαν για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους στην έρευνα, την τήρηση της εμπιστευτικότητας των στοιχείων τους και τη διατήρηση της εχεμύθειας και της ανωνυμίας τους, διαβεβαιώνοντας τους ότι οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Επιπρόσθετα, κατέστη σαφές ότι μπορούσαν να αρνηθούν τη συμμετοχή τους, είτε στην αρχή, είτε σε οποιοδήποτε μετέπειτα σημείο κατά τη συμπλήρωση των ερωτήσεων.

### 5.1.5. Περιορισμοί Μελέτης

Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών υγείας από τις δομές υγείας διενεργήθηκε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων, που αποτελεί μέθοδο που συνεπάγεται εγγενώς με σφάλματα αναφοράς (report bias). Για την προσπάθεια μείωσης σφαλμάτων αναφοράς, αρχικά, δόθηκαν προφορικά αναλυτικές οδηγίες και διευκρινήσιμες πληροφορίες στις ερωτήσεις των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

### 5.1.6. Κριτήρια επιλογής συμμετεχόντων στη μελέτη

*Τα κριτήρια επιλογής συμμετεχόντων ήταν τα εξής :*

- ✓ Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διενεργείται μόνο μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψης του χρήστη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τη συγκεκριμένη μονάδα,
- ✓ Ηλικία : 18 και άνω
- ✓ Κηδεμόνας/ γονέας ανήλικου χρήστη των υπηρεσιών ή συνοδός χρήστη των υπηρεσιών,
- ✓ Προθυμία για συμμετοχή στη μελέτη – έντυπο συγκατάθεσης
- ✓ Ανάγνωση ενημερωτικού σημειώματος (1<sup>η</sup> σελίδα στο σώμα του ερωτηματολογίου μαζί με το ερωτηματολόγιο)
- ✓ Κατανόηση της ελληνικής γλώσσας σε προφορικό και γραπτό λόγο – επίπεδο

*Κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα εξής :*

- × Άτομα με αναλφαβητισμό - γνωστικά ελλείμματα (λόγω λίγων χρόνων εκπαίδευσης)
- × Αδυναμία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας λόγω άλλης εθνικότητας
- × Ελλιπής συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σε ποσοστό > 50%.

### 5.1.7. Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο **έλεγχος t** (student's t-test) όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο **συντελεστής συσχέτισης του Pearson** (Pearson's correlation coefficient), ενώ μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο **συντελεστής συσχέτισης του Spearman** (Spearman's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε η **ανάλυση διασποράς** (analysis of variance) όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή.

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ( $p < 0,2$ ) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Οι **ανεξάρτητες μεταβλητές** ήταν τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και οι **εξαρτημένες μεταβλητές** ήταν η βαθμολογία προσβασιμότητας, η βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας, η βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας, η βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας, η βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του κέντρου υγείας, η βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας και η συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των

ασθενών από το κέντρο υγείας. Η αύξηση των βαθμολογιών σημαίνει υψηλότερο επίπεδο θετικών εμπειριών από τη μονάδα υγείας. Οι βαθμολογίες προέκυψαν από τον μέσο όρο των απαντήσεων στις ερωτήσεις που τις αφορούν.

**Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha:**

∞ για τα στοιχεία που αφορούν τη βαθμολογία προσβασιμότητας ήταν 0,723

∞ για τα στοιχεία που αφορούν τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας ήταν 0,84

∞ για τα στοιχεία που αφορούν τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας ήταν, 0,886

∞ για τα στοιχεία που αφορούν τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας ήταν, 0,821

∞ για τα στοιχεία που αφορούν τη βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας ήταν 0,924

∞ για τα στοιχεία που αφορούν τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας ήταν 0,926 και

∞ για τα στοιχεία που αφορούν τη βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας ήταν 0,945,

γεγονός που δηλώνει **εξαιρετική** εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences).

## 5.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 5.2.1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε **330** χρήστες υπηρεσιών ΠΦΥ/ασθενείς που επισκέφτηκαν τα Τακτικά Ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου (n=150), το Κέντρο Υγείας Αρχαγγέλου (n=50), το Κέντρο Υγείας Έμπωνας (n=50) και το ΠΕΔΥ Ρόδου (n=80).

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

**Πίνακας 1:** Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Χαρακτηριστικό	N (%)
<b>Φύλο</b>	
Γυναίκες	188 (57)
Άνδρες	142(43)
<b>Ηλικία<sup>α</sup></b>	48,99 (SD:14,522)
<b>Εθνικότητα</b>	
Μη ελληνική	25 (7,6)
Ελληνική	305 (92,4)
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	
Μερικές τάξεις του Δημοτικού	17 (5,2)
Απόφοιτος-η Δημοτικού	56 (17,0)
Απόφοιτος-η Γυμνασίου	36 (10,9)
Απόφοιτος-η Λυκείου	88 (26,7)
Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)	68 (20,6)
Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού	65 (19,7)
<b>Ασφαλιστική κατάσταση</b>	
Ιδιωτική ασφάλιση	18 (5,5)
ΕΟΠΠΥ	293 (89,3)

Ανασφάλιστος-η	17 (5,2)
<b>Αναπηρία άνω του 67%</b>	
Όχι	290 (88,7)
Ναι	37(11,3)
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας</b>	
Εξαιρετική	37 (11,2)
Πολύ καλή	101 (30,7)
Καλή	109 (33,1)
Μέτρια	65 (19,8)
Κακή	17 (5,2)
<b>Χρόνιο νόσημα</b>	
Κανένα	155 (47,3)
Ένα	110 (33,5)
Δύο	35 (10,7)
>2	17 (5,2)
<b>Καρδιαγγειακό νόσημα</b>	
Όχι	117 (66,1)
Ναι	60 (33,9)
<b>Νόσημα του αναπνευστικού συστήματος</b>	
Όχι	155 (87,6)
Ναι	22 (12,4)
<b>Αυτοάνοσο νόσημα</b>	
Όχι	162 (91,5)
Ναι	15 (8,5)
<b>Νόσημα του θυρεοειδούς αδένα</b>	
Όχι	144 (81,4)
Ναι	33 (18,6)
<b>Καρκίνος</b>	
Όχι	171 (96,6)
Ναι	6 (3,4)
<b>Σακχαρώδης διαβήτης</b>	
Όχι	160 (90,4)

Ναι	17 (9,6)
<b>Νεφρική νόσος</b>	
Όχι	176 (99,4)
Ναι	1 (0,6)
<b>Άλλο</b>	
Όχι	154 (87)
Ναι	23 (13)

Οι τιμές εκφράζονται ως η (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

<sup>α</sup> Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Στο σύνολο των, 330 ατόμων, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 48,99 έτη, το 43% ήταν άνδρες και 57% γυναίκες. Όσον αφορά την εθνικότητα, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ελληνική με 92,4% και η μη ελληνική ήταν 7,6%. Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο ποσοστό, 26,7% ήταν απόφοιτοι λυκείου, ακολουθούν οι απόφοιτοι Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.) με 20,6%, οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχοι Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού με 19,7%, ενώ το μικρότερο ποσοστό αφορά τους ερωτηθέντες μερικών τάξεων του δημοτικού με 5,2%. Ως προς την ασφάλιση, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είχαν ασφάλιση ΕΟΠΠΥ με 89,3, ενώ ήταν σχεδόν ίδιο το ποσοστό με ιδιωτική ασφάλιση και ανασφάλιστων, 5,5% και 5,2%, αντίστοιχα. Το 11,3% είχαν αναπηρία άνω του 67%, ενώ οι περισσότεροι δεν είχαν, 88,7%. Όσον αφορά την αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας, το 33,1% δήλωσαν ότι είχαν καλή υγεία, το 30,7% πολύ καλή, το 19,8% μέτρια, το 11,2% εξαιρετική και το 5,2% κακή υγεία. Σχετικά με το χρόνιο νόσημα, το μεγαλύτερο ποσοστό, 47,3% δήλωσαν ότι δεν έπασχαν από κάποιο νόσημα, το 33,5% δήλωσαν ότι έπασχαν από ένα, το 10,7% από δύο και το 5,2% πάνω από δύο. Ειδικότερα, το 33,9% δήλωσαν ότι έπασχαν από καρδιαγγειακό νόσημα, ακολουθούν οι χρήστες υγείας με ποσοστό της τάξεως 18,6% με νόσημα θυρεοειδούς αδένος, 12,4% με νόσημα του αναπνευστικού συστήματος, 9,6% με Σακχαρώδη διαβήτη, 8,5 με αυτοάνοσο νόσημα, 3,4% με καρκίνο και 0,6% με νεφρική νόσο. Τέλος, 13% των χρηστών ΠΦΥ δήλωσαν ότι έπασχαν από άλλα νοσήματα, τα οποία ήταν ουρολογικής φύσεως, δερματολογικά νοσήματα, αιματολογικά (κληρονομική θρομβοφιλία, Osler - Weber - Rendu), μυασθένεια Gravis, Κατάθλιψη, οστεοπόρωση, αγχώδεις διαταραχές και οφθαλμολογικά προβλήματα.



## 5.2.2. Χρήση των υπηρεσιών υγείας

Στους Πίνακες 2 και 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με την επίσκεψή τους στη μονάδα ΠΦΥ.

**Πίνακας 2:** Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με την επίσκεψή τους στη μονάδα ΠΦΥ

Χαρακτηριστικό	N (%)
<b>Τύπος μονάδας ΠΦΥ</b>	
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου	150 (45,5)
Κέντρο υγείας	100 (30,4)
ΠΕΔΥ	80 (24,2)
<b>Αριθμός επισκέψεων τους τελευταίους 6 μήνες στα Κέντρα Υγείας</b>	
Καμία	55 (16,7)
Μια	109 (33,1)
2 έως 4 φορές	109 (33,1)
>4 φορές	47 (14,3)
<b>Τρόπος επίσκεψης στα Κέντρα Υγείας</b>	
Χωρίς παραπομπή (με δική μου πρωτοβουλία)	226 (70,2)
Με παραπομπή (μετά από σύσταση του γιατρού)	96 (29,8)
<b>Επαφή με</b>	
Γενικό γιατρό	103 (31,2)
Παθολόγο	81 (24,5)
Παιδίατρο	6 (1,8)
Ακτινολόγο	26 (7,9)
Μικροβιολόγο	34 (10,3)
Καρδιολόγο	59 (17,9)
Δερματολόγο	23 (7)
Ωτορινολαρυγγολόγο	24 (7,3)
Οφθαλμίατρο	35 (10,6)
Οδοντίατρο	13 (3,9)
Νοσηλεύτη/-τρια	17 (5,2)

Πνευμονολόγο	20 (6,1)
Ψυχίατρο	11 (3,3)
Ενδοκρινολόγο	8 (2,4)
Διαιτολόγος	2 (0,6)
Επισκέπτη Υγείας	4 (1,2)
Μαία	10 (3)
Φυσικοθεραπευτή	7 (2,1)
Εργοθεραπευτή	1 (0,3)
Λογοθεραπευτή	1 (0,3)
Κοινωνική Λειτουργό	1 (0,3)
Ψυχολόγο	5 (1,5)
Άλλο ( Νευρολόγος, Ουρολόγος, Αιματολόγος, Χειρουργός, Γαστρεντερολόγος, Ορθοπεδικός)	38 (11,5)
<b>Αιτία επίσκεψης</b>	
Ασθένεια/αδιαθεσία	78 (23,6)
Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)	121 (36,7)
Συνταγογράφηση φαρμάκων	55 (16,7)
Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις	36 (10,9)
Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	11 (3,3)
Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση	15 (4,5)
Συμβουλευτική υποστήριξη (π.χ. μαθήματα ανώδυνου τοκετού)	4 (1,2)
Άλλο	
Επιτροπή	10 (3)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σχετικά με τη δομή ΠΦΥ, το 45,5% αφορούσε την επίσκεψη των χρηστών των Τακτικών Ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου, το 30,4% τις επισκέψεις σε δύο Κέντρα Υγείας και το 24,2% το ΠΕΔΥ. Όσον αφορά τον αριθμό επισκέψεων τους τελευταίους 6 μήνες στις δομές οι περισσότεροι χρήστες με ποσοστό το 33,1% απάντησαν «μια», και «2 έως 4 φορές», ενώ το 16,7% δήλωσαν «καμία» και το 14,3% «>4 φορές». Ως προς τον τρόπο επίσκεψης των χρηστών ΠΦΥ στις δομές, η πλειοψηφία, με ποσοστό 70,2% επισκέφθηκαν τις δομές υγείας χωρίς παραπομπή

(με δική τους πρωτοβουλία) και το 29,8% με παραπομπή, μετά από σύσταση ιατρού. Σχετικά με την επαφή με τους επαγγελματίες υγείας, τα μεγαλύτερα ποσοστά επισκέψεων των ασθενών αφορούσαν το Γενικό γιατρό με 31,2%, τον Παθολόγο με 24,5%, τον Καρδιολόγο με 17,9%, έπειτα με χαμηλότερα ποσοστά, 11,5% άλλες ειδικότητες, 10,6% τον Οφθαλμίατρο, 10,3% τον Μικροβιολόγο, και 7,9% τον Ακτινολόγο. Ενδεικτικά, ορισμένες επισκέψεις με τα μικρότερα ποσοστά αφορούσαν τον Οδοντίατρο με 3,9%, τον Ψυχίατρο με 3,3%, τον Ενδοκρινολόγο με 2,4%, τον Φυσικοθεραπευτή με 2,1%, τον Ψυχολόγο με 1,5% και τον Εργοθεραπευτή, Λογοθεραπευτή, Κοινωνιολόγο με 0,3%. Το μεγαλύτερο ποσοστό στις αιτίες επίσκεψης ήταν η προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο με 36,7%, στη συνέχεια η ασθένεια/αδιαθεσία με 23,6% και η συνταγογράφηση φαρμάκων με 16,7%. Λιγότερες ήταν οι αιτίες επίσκεψης που αφορούσαν το παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις με 10,9%, το ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση με 4,5%, άλλες αιτίες, όπως επιτροπές με 3% και το χαμηλότερο ποσοστό που ήταν 1,2% αφορούσε τη συμβουλευτική υποστήριξη.

**Πίνακας 3:** Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την επίσκεψή τους στη μονάδα ΠΦΥ

<b>Χαρακτηριστικό</b>	<b>N (%)</b>
<b>Ραντεβού για την επίσκεψη</b>	
Όχι	103 (31,2)
Ναι	227 (68,8)
<b>Προγραμματισμός ραντεβού</b>	
Με επίσκεψη στη Γραμματεία	59 (25,9)
Τηλεφωνικά στη Γραμματεία	83 (33,4)
Απευθείας με τον-την γιατρό	75 (32,9)
Μέσω ίντερνετ	1 (0,4)
<b>Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι τη σημερινή επίσκεψη</b>	
Προγραμματίσα το ραντεβού νωρίτερα σήμερα (εξυπηρετήθηκα αυθημερόν)	33 (14,5)

Προγραμματίσα το ραντεβού χθες	41 (18,1)
Μια εβδομάδα	56 (24,7)
Πάνω από μία εβδομάδα έως ένα μήνα	43 (18,9)
Πάνω από ένα μήνα	44 (19,4)
<b>Χρόνος αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών</b>	
Μέχρι 15 λεπτά	128 (38,8)
Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα	50 (15,2)
Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα	50 (15,2)
Περισσότερο από μια ώρα	79 (23,9)
<b>Χρόνος αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών μέχρι την επαφή με τον γιατρό</b>	
Μέχρι 15 λεπτά	128 (38,8)
Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα	50 (15,2)
Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα	50 (15,2)
Περισσότερο από μια ώρα	79 (23,9)
<b>Ο γιατρός:</b>	
Δεν χρειάστηκε να με παραπέμψει σε κανέναν άλλον	236 (71,7)
Με παρέπεμψε σε άλλον/η γιατρό σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ	46 (14)
Με παρέπεμψε σε νοσοκομείο	11 (3,3)
Με παρέπεμψε για διαγνωστικές εξετάσεις εντός του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	21 (6,4)
Με παρέπεμψε σε διαγνωστικό εργαστήριο/κέντρο εκτός του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	15 (4,6)
<b>Σε περίπτωση παραπομπής, η πληροφόρηση/καθοδήγηση από τον γιατρό ήταν επαρκής</b>	
Διαφωνώ απόλυτα	16 (15,2)
Διαφωνώ	13 (12,4)
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	19 (18,1)
Συμφωνώ	18 (17,1)
Συμφωνώ απόλυτα	39 (37,1)

<b>Επαφή με νοσηλεύτη ή άλλο-η επαγγελματία υγείας χωρίς επαφή με γιατρό</b>	
Όχι	267 (82,2)
Ναι	58 (17,8)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Αναφορικά με την επίσκεψη των συμμετεχόντων στις δομές υγείας, οι περισσότεροι, δηλαδή το 68,8% είχαν κλείσει ραντεβού, ενώ το 31,2% επισκέφθηκαν τον ιατρό χωρίς ραντεβού. Σχετικά με τον προγραμματισμό της επίσκεψης τους, το 33,4% των συμμετεχόντων προγραμμάτισαν το ραντεβού τηλεφωνικά στη γραμματεία, το 32,9% προγραμμάτισαν το ραντεβού κατόπιν επικοινωνίας απευθείας με τον γιατρό, το 59% με επίσκεψη στη γραμματεία και το 0,4% μέσω ίντερνετ. Όσον αφορά τις ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την ημέρα της επίσκεψης, φαίνεται ότι υπήρξε σχετικά μεγάλος χρόνος αναμονής, καθώς το 24,7% των χρηστών ΠΦΥ είχαν αναμονή μια εβδομάδα, το 19,4% πάνω από ένα μήνα, το 18,9% πάνω από μία εβδομάδα έως ένα μήνα, το 18,1% μία ημέρα, ενώ μόνο το 14,5% εξυπηρετήθηκαν αυθημερόν. Αντίθετα, ο χρόνος αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών, φαίνεται ότι ήταν μικρός, καθώς οι περισσότεροι χρήστες υγείας με ποσοστό 44,8% είχαν χρόνο αναμονής μέχρι 15 λεπτά. Μεγαλύτερο χρόνο αναμονής είχε το 17,6%, περισσότερο από 15 λεπτά έως και μισή ώρα, το 16,7%, πάνω από μία ώρα και το 14,5% πάνω από μισή ώρα έως και μία ώρα. Ο χρόνος αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών μέχρι και την επαφή με τον γιατρό για τους περισσότερους χρήστες ΠΦΥ ήταν μικρός, καθώς το 38,8% είχαν χρόνο αναμονής μέχρι 15 λεπτά. Ωστόσο, το 23,9% δήλωσαν ότι είχαν χρόνο αναμονής περισσότερο από μία ώρα, ενώ το 15,2% δήλωσαν περισσότερο από 15 λεπτά έως και μισή ώρα και περισσότερο από μισή ώρα έως και μια ώρα. Στη συνέχεια, το 71,7% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι ο γιατρός δε χρειάστηκε να τους παραπέμψει σε κανέναν άλλο μετά την εξέτασή/επίσκεψή τους, ενώ λιγότεροι και συγκεκριμένα το 14% των χρηστών ΠΦΥ ο γιατρός τους παρέπεμψε σε άλλο γιατρό στην ίδια δομή υγείας ή σε άλλη, το 6,4% τους παρέπεμψε για διαγνωστικές εξετάσεις εντός της μονάδας υγείας, το 4,6% σε διαγνωστικό εργαστήριο εντός μονάδας και το 3,3% σε νοσοκομείο. Στην περίπτωση της παραπομπής, το 37,1% των συμμετεχόντων συμφώνησαν απόλυτα για την επαρκή πληροφόρηση/καθοδήγηση από τον γιατρό,

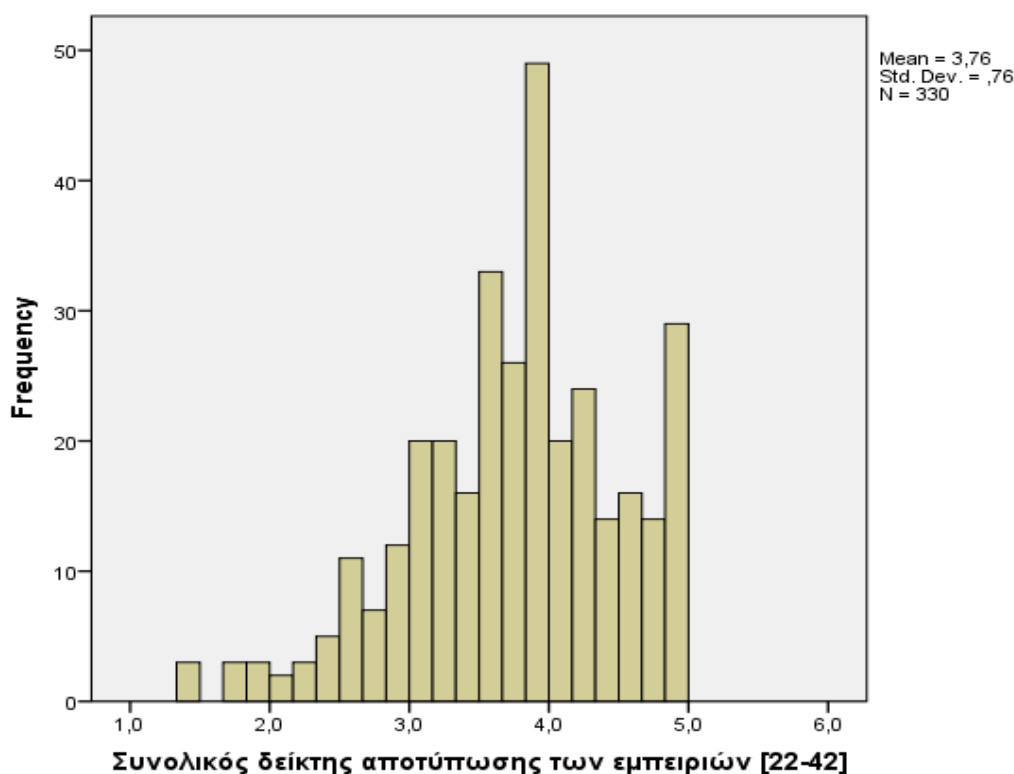
το 17,1 συμφώνησαν, το 18,1% ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν, ενώ το 15,2% διαφώνησαν απόλυτα και το 12,4% διαφώνησαν.

Τέλος, πολύ μεγάλο ποσοστό, το 82,2% δήλωσαν ότι δεν είχαν επαφή με νοσηλεύτη ή άλλο επαγγελματία υγείας χωρίς επαφή με το γιατρό στη δομή υγείας, ενώ πολύ μικρό συγκριτικά ποσοστό, το 17,8% δήλωσαν ότι είδαν νοσηλεύτη ή άλλο άλλο επαγγελματία υγείας χωρίς επαφή με το γιατρό.

### 5.2.3. Οι εμπειρίες των ασθενών από την επίσκεψή τους στη μονάδα ΠΦΥ

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την εμπειρίες τους από την επίσκεψη στη μονάδα ΠΦΥ. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις του Πίνακα 4 ήταν 0,945 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία.

Η μέση συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τη μονάδα ΠΦΥ ήταν, 3,8 η τυπική απόκλιση 0,8 η διάμεσος ήταν, 3,9 η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη τιμή ήταν 5 (Γράφημα 1).



**Γράφημα 1:** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τη μονάδα ΠΦΥ

Εκτός από επτά ερωτήσεις, στις υπόλοιπες, η μέση τιμή αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από την επίσκεψή τους στη μονάδα ΠΦΥ ήταν μικρότερη από τη διάμεση τιμή της κλίμακας (=3) γεγονός που δηλώνει χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Οι ερωτήσεις στις οποίες η βαθμολογία ήταν χαμηλή ήταν οι εξής:

**1.Ερώτηση 46 : (2,66)**

*«Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας κ.λπ.)»*

**2. Ερώτηση 47: (2,76)**

3. *«Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός»*

**Ερώτηση 45: (2,78)**

*«Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης»*

**4. Ερώτηση 48 : (2,92)**

*Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμπει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)*

**5.Ερώτηση 50 : (2,97)**

*«Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου»*

Εκτός από επτά ερωτήσεις, στις υπόλοιπες, η μέση τιμή αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από την επίσκεψή τους στη μονάδα ΠΦΥ ήταν μεγαλύτερη από τη διάμεση τιμή της κλίμακας (=3) γεγονός που δηλώνει υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Σύμφωνα με τις μέσες τιμές ικανοποίησης, οι 10 διαστάσεις με την **μεγαλύτερη βαθμολογία θετικών εμπειριών** ήταν οι εξής:

**1. Ερώτηση 28 (3,88)**

*«Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)»*

**2. Ερώτηση 29 (3,88)**

*«Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου»*

**3. Ερώτηση 41 (3,88)**

*«Οι νοσηλεύτριες είναι ευγενικοί-ές»*

**4. Ερώτηση 25 (3,93)**

*«Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου»*

**5. Ερώτηση 30 (3,93)**

*«Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας»*

**6. Ερώτηση 27 (3,98)**

*«Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν»*

**7. Ερώτηση 32 (4,01)**

*«Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά»*

**8. Ερώτηση 31 (4,05)**

*«Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου»*



**Πίνακας 4:** Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις εμπειρίες τους από την επίσκεψή τους στη μονάδα ΠΦΥ(N, %)

<b>Ερωτήσεις 22-42</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)</b>
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	17 (5,2)	25 (7,6)	81 (24,5)	131 (39,7)	76 (23,0)	3,7 (1,0) )
Αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	31 (95)	61 (18,7)	44 (13,5)	109 (33,4)	81 (24,8)	3,5 (1,3)
Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	26 (8)	40 (12,2)	54 (16,5)	119 (36,4)	88 (26,9)	3,6 (1,2)
Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	13 (4)	20 (6,1)	44 (13,4)	151 (46)	100 (30,5)	3,9 (1,0)
Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	17 (5,2)	38 (11,6)	56 (17)	133 (40,4)	85 (25,8)	3,7 (1,1) )
Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	9 (2,7)	17 (5,2)	47 (14,3)	153 (46,6)	102 (31,1)	4 (0,9) )
Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	12 (3,6)	23 (7)	54 (16,4)	144 (43,8)	96 (29,2)	3,9(1,0)
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	13 (4)	22 (6,8)	50 (15,4)	146 (44,9)	94 (28,9)	3,9 (1,0)
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	11 (3,4)	21 (6,4)	50 (15,3)	143 (43,7)	102 (31,2)	3,9 ( 1,0)
Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	10 (3,1)	23 (7)	37 (11,3)	129 (39,4)	128 (39,1)	4,0 (1,0)
Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	10 (3,1)	16 (4,9)	53 (16,3)	129 (39,6)	118 (36,2)	4,0 (1,0)

Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	13 (4)	21 (6,5)	67 (20,8)	124 (38,5)	97 (30,1)	3,8 (1,0)
Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	8 (2,5)	27 (8,3)	67 (20,6)	137 (42,2)	86 (26,5)	3,8 (0,9) )
Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτού του κέντρου υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	16 (4,9)	23 (7)	54 (16,5)	138 (42,2)	96 (29,4)	3,8 (1,0) )
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	24 (7,3)	33 (10,1)	71 (21,7)	118 (36,1)	81 (24,8)	3,6 (1,2)_
Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	16 (4,9)	29 (8,9)	69 (21,2)	137 (42)	75 (23)	3,7 (1,0) )
Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	30 (9,1)	43 (13,1)	108 (32,8)	94 (28,6)	54 (16,4)	3,3 (1,1) ) )
Οι νοσηλεύτριες με ακούν προσεκτικά	25 (7,6)	19 (5,8)	57 (17,3)	143 (43,3)	86 (26,1)	3,8 (1,1)
Οι νοσηλεύτριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	15 (4,6)	36 (11)	85 (26)	114 (34,9)	77 (23,5)	3,6 (1,1) )
Οι νοσηλεύτριες είναι ευγενικοί-ές	6 (1,9)	29 (9)	53 (16,5)	141 (43,9)	92 (28,7)	3,9 (0,9) ) )
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτριες) με ακούν προσεκτικά	14 (4,3)	32 (9,8)	73 (22,3)	133 (40,7)	75 (22,9)	3,7 (1,0) ) )

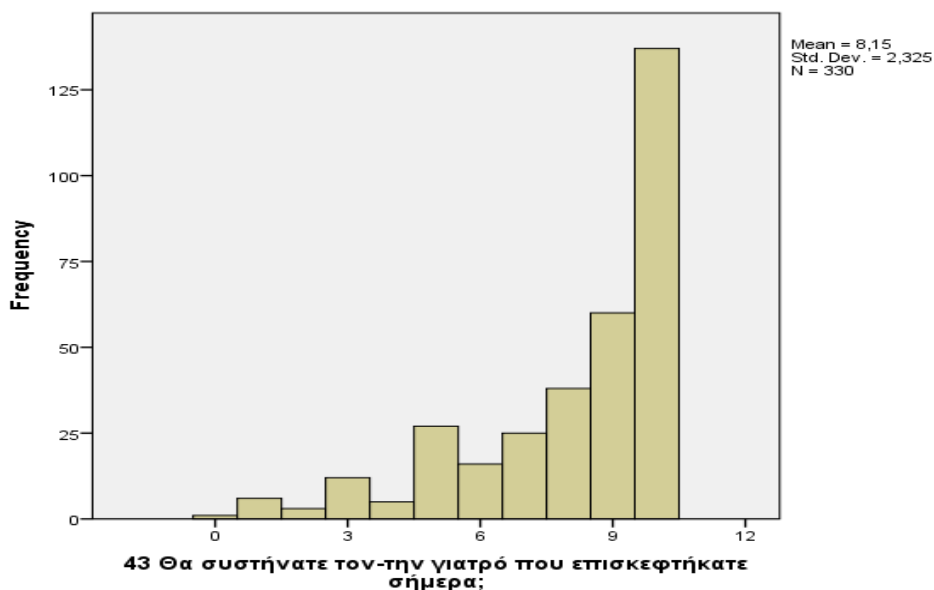
Οι τιμές εκφράζονται ως η (%).

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή των βαθμολογιών των επιμέρους διαστάσεων των εμπειριών των ασθενών.

**Πίνακας 5:** Περιγραφικά μετρα των βαθμολογιών των επιμέρους διαστάσεων των εμπειριών των ασθενών.

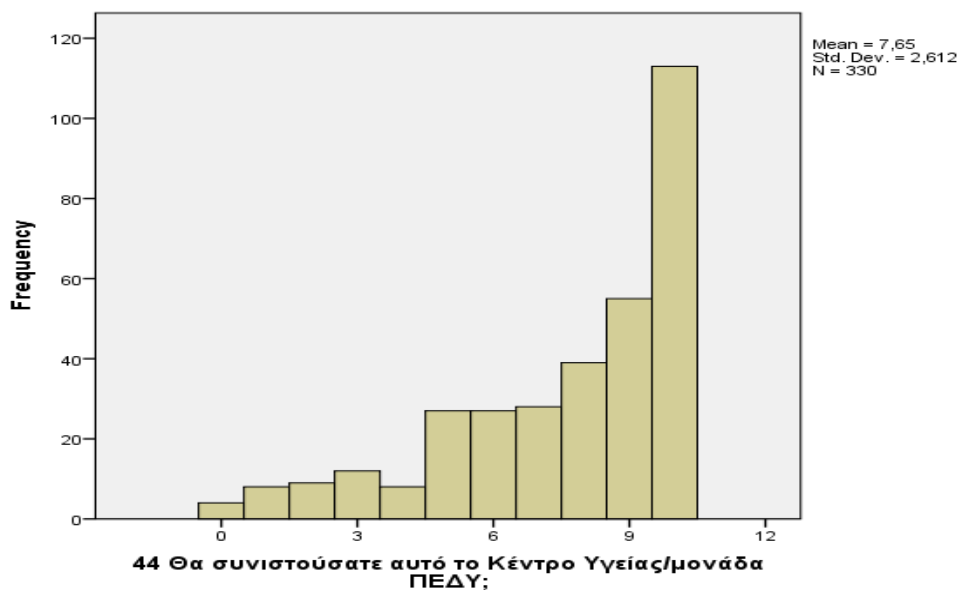
	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Διάμεσος</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>Ελάχιστη τιμή</b>	<b>Μέγιστη τιμή</b>
<b>Βαθμολογία προσβασιμότητας</b>	3,6	3,7	0,9	1	5
<b>Βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας</b>	3,9	4,0	0,9	1	5
<b>Βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας</b>	3,9	4,0	0,9	1	5
<b>Βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας</b>	3,9	4,0	0,9	1	5
<b>Βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας</b>	3,6	3,8	0,9	1	5
<b>Βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας</b>	3,7	4,0	0,9	1	5

Η μέση βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε φίλους ή/και συγγενείς ήταν 8,1 , η τυπική απόκλιση ήταν 2,3 η διάμεσος ήταν 9,0 , η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 10. (Γράφημα 2).



**Γράφημα 2:** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε φίλους ή/και συγγενείς.

Η μέση βαθμολογία σύστασης της μονάδας υγείας σε φίλους ή/και συγγενείς ήταν 7,6, η τυπική απόκλιση ήταν 2,6 , η διάμεσος ήταν 9,0, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 10. (Γράφημα 3).



**Γράφημα 3:** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας σύστασης της μονάδας υγείας σε φίλους ή/και συγγενείς.

#### 5.2.4. Σημασία των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη σημασία που προσέδωσαν στις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας που έλαβαν από τη μονάδα ΠΦΥ που επισκέφτηκαν. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις του Πίνακα 5 ήταν 0,946 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία.

Σύμφωνα με τις μέσες τιμές σημασίας, οι 10 διαστάσεις με την **μεγαλύτερη σημασία** ήταν οι εξής:

**1. Ερώτηση 59 (3,47)**

*«Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά»*

**2. Ερώτηση 57 (3,46)**

*«Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας»*

**3. Ερώτηση 65 (3,46)**

*«Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)»*

**4. Ερώτηση 56 (3,45)**

*«Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου»*

**5. Ερώτηση 58 (3,43)**

*«Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου»*

**6. Ερώτηση 60 (3,43)**

*«Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει»*

**7. Ερώτηση 52 (3,39)**

*«Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου»*

**8. Ερώτηση 54 (3,36)**

*«Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν»*

**9. Ερώτηση 66 (3,33)**

*«Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)»*

## **10. Ερώτηση 55 (3,29)**

*«Ο-η γιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)»*

Επιπλέον, σύμφωνα με τις μέσες τιμές σημασίας, οι 10 διαστάσεις με την **μικρότερη σημασία** ήταν οι εξής:

### **1. Ερώτηση 62 (3,21)**

*«Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί»*

### **2. Ερώτηση 67 (3,14)**

*«Οι νοσηλευτές-τριες να με ακούν προσεκτικά»*

### **3. Ερώτηση 49 (3,08)**

*«Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό»*

### **4. Ερώτηση 68 (3,03)**

*«Οι νοσηλευτές-τριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου»*

### **5. Ερώτηση 70 (3,03)**

*«Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές) να με ακούν προσεκτικά»*

### **6. Ερώτηση 50 (2,97)**

*«Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου»*

### **7. Ερώτηση 48 (2,92)**

*«Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμψει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό(π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)»*

### **8. Ερώτηση 45 (2,78)**

*«Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης»*

### **9. Ερώτηση 47 (2,76)**

*«Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός»*

**10. Ερώτηση 46 (2,69)**

*«Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας κ.λπ.)»*

**Πίνακας 6:** Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη σημασία που προσέδωσαν στις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας που έλαβαν από τη μονάδα ΠΦΥ

<b>Διαστάσεις 45-70</b>	<b>Ασήμαντη</b>	<b>Μερικώς σημαντική</b>	<b>Σημαντική</b>	<b>Πολύ σημαντική</b>	<b>Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)</b>
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης	53 (16,1)	55 (16,7)	131 (39,8)	90 (27,4)	2,8 (1,0)
Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας κ.λπ.)	56 (17,2)	69 (21,2)	131 (40,2)	70 (21,5)	2,7 (1,0)
Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός	51 (15,6)	55 (16,9)	141 (43,3)	79 (24,2)	2,8 (1,0)
Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμπει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)	27 (8,5)	60 (18,9)	142 (44,8)	88 (27,8)	2,9 (0,9)
Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό	20 (6,1)	51 (15,6)	139 (42,6)	116 (35,6)	3,0 (0,9)
Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	18 (5,6)	78 (24,1)	123 (38,1)	104 (32,2)	2,9 (0,9)
Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού	19 (5,8)	30 (9,2)	130 (39,8)	148 (45,3)	3,2 (0,8)
Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	7 (2,2)	31 (9,7)	114 (35,5)	169 (52,6)	3,3 (0,7)
Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	13 (4)	41 (12,6)	114 (31,5)	157 (48,3)	3,2 (0,8)
Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	15 (4,6)	25 (7,6)	114 (34,8)	174 (53)	3,3 (0,8)
Ο-η γιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	12 (3,7)	34 (10,4)	129 (39,4)	152 (46,5)	3,2 (0,8)



Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	10 (3)	22 (6,7)	99 (30,2)	197 (60,1)	3,5 ( 0,8)
Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	10 (3,1)	18 (5,6)	110 (3,4)	186 (57,4)	3,5 ( 0,7)
Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου	7 (2,1)	26 (8)	114 (34,9)	180 (55)	3,4 ( 0,7)
Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά	4 (1,2)	18 (5,5)	123 (37,8)	180 (55,4)	3,5 ( 0,6 )
Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	7 (2,1)	23 (7)	121 (36,8)	178 (54,1)	3,4 ( 0,7)
Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	6 (1,8)	56 (17,1)	113 (34,6)	152 (46,5)	3,2 ( 0,8)
Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	6 (1,9)	59 (18,3)	119 (36,8)	139 (43)	3,2 ( 0,8)
Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	11 (3,4)	29 (8,8)	153 (46,6)	135 (41,2)	3,2 ( 0,7 )
Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	7 (2,1)	42 (12,8)	136 (41,6)	142 (43,4)	3,2 (0,8)
Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)	5 (1,5)	24 (7,3)	114 (34,7)	186 (56,5)	3,5 (0,7)
Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	26 (7,9)	24 (7,3)	93 (28,3)	186 (56,5)	3,3 ( 0,9)
Οι νοσηλεύτριες να με ακούν προσεκτικά	13 (4)	56 (17 )	123 (37,4)	137 (41,6)	3,2 ( 0,8)
Οι νοσηλεύτριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	15 (4,6)	78 (24)	115 (35,4)	117 (36)	3,0 ( 0,9)
Οι νοσηλεύτριες να είναι ευγενικοί-ές	10 (3,1)	37 (11,3)	133 (40,7)	147 (45)	3,2 ( 0,8)
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτριες) να με ακούν προσεκτικά	14 (4,3)	65 (19,8)	130 (39,5)	120 (36,5)	3,0 ( 0,8 )

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

### 5.2.5. Ανοικτού τύπου ερωτήσεις

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε σχέση με τα ανοικτά ερωτήματα του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Οι **θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της επίσκεψης** ήταν η *ποιότητα της ιατρικής φροντίδας* που περιλαμβάνει την άμεση ανταπόκριση του γιατρού, την εξυπηρέτηση, την επεξήγηση τρόπων θεραπείας, την ευγένεια, την ενεργό ακρόαση και την αφιέρωση χρόνου κατά την εξέταση του χρήστη ΠΦΥ. Επιπρόσθετα, η *συνέχεια και ο συντονισμός της φροντίδας* με πλειοψηφία των απαντήσεων τον μικρό χρόνο αναμονής πριν την εξέταση των ασθενών από τον γιατρό, τον προγραμματισμό της επίσκεψης (ραντεβού), τη λήψη ιστορικού του ασθενούς και τη ρύθμιση αγωγής σύμφωνα με τη φαρμακευτική αγωγή άλλων ιατρών. Μικρότερα ποσοστά ασθενών εξέφρασαν θετικές εντυπώσεις για την *Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και άλλων επαγγελματιών υγείας*, που περιλαμβάνει τη συμπεριφορά και συγκεκριμένα το ενδιαφέρον και την ευγένεια, την προθυμία και τη φιλικότητα του προσωπικού προς τον ασθενή, για τα *χαρακτηριστικά εγκατάστασης*, που περιλαμβάνει τον προσανατολισμό στους χώρους των δομών, την άνεση στους χώρους αναμονής, την καθαριότητα και την επάρκεια εξοπλισμού από υγειονομικά υλικά και μηχανήματα, και για την *περιεκτικότητα της φροντίδας*, που αφορά το ενδιαφέρον και την αναλυτικότητα του γιατρού για την παροχή συμβουλών για υγιεινούς τρόπους ζωής και την επεξήγηση της κατάστασης του ασθενή καθώς και τα αποτελέσματα άλλων εξετάσεων.

Ωστόσο, οι ασθενείς εξέφρασαν και **αρνητικές εντυπώσεις** σχετικά με το χρόνο αναμονής και τη συμπεριφορά του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού, σε ποσοστό της τάξεως 5,5%. Επομένως, οι θετικές εντυπώσεις των ασθενών αφορούν κυρίως τα αποτελέσματα της φροντίδας και συγκεκριμένα τη συμπεριφορά του προσωπικού, την προσβασιμότητα και τη διαπροσωπική σχέση ασθενή και επαγγελματιών υγείας.

**Τα ζητήματα που ο γιατρός ή / και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να βελτιώσουν** περιλάμβαναν τη *Συνέχεια και το συντονισμό φροντίδας*, την *Ποιότητα ιατρικής φροντίδας*, τα πάντα ή άλλες παραμέτρους, τη *στρατολόγηση εξειδικευμένου – καταρτισμένου προσωπικού*, τη *χρήση νέας τεχνολογίας* και τη *συνεχή επιμόρφωση*, και την *Περιεκτικότητα φροντίδας*. Επομένως, ανακύπτει η

ανάγκη για τη βελτίωση θεμάτων δομής και αποτελεσμάτων για τη διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας. Ωστόσο, μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι δε χρειάζεται καμία βελτίωση.

**Τα θέματα που θα μπορούσαν να βελτιωθούν σε αυτή την εγκατάσταση** περιλάμβαναν τη *Στελέχωση-προσλήψεις προσωπικού –περισσότερες ιατρικές ειδικότητες κυρίως στα Κέντρα Υγείας, τα Χαρακτηριστικά εγκατάστασης υπερτονίζοντας την ανεπάρκεια εξοπλισμού και υλικών, τη Συνέχεια και το συντονισμό φροντίδας, Άλλα ζητήματα, όπως η καθημερινή παρουσία παιδίατρου, επαναλειτουργία ορισμένων ειδικοτήτων, όπως ακτινολόγου, οδοντίατρου, η διαθεσιμότητα ασθενοφόρου για τα Κ.Υ., η μείωση γραφειοκρατίας στις διοικητικές υπηρεσίες και η προσβασιμότητα που περιλαμβάνει κυρίως τον προγραμματισμό της επίσκεψης (ραντεβού). Συνεπώς τα θέματα που χρήζουν βελτίωσης στις δομές υγείας αφορούν τη δομή και τις διαδικασίες.*

**Πίνακας 7:** Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε σχέση με τα ανοικτά ερωτήματα του ερωτηματολογίου

<b>Χαρακτηριστικά</b>	<b>N (%)</b>
<b>Θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της επίσκεψης</b> (total: 145, 43,9%, missing system: 185, 56,1%)	
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	68 (20,6)
Συνέχεια και συντονισμός φροντίδας	37 (11,2)
Τα πάντα (όλα θετικά)	14 (4,2)
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και άλλων επαγγελματιών υγείας	3 (0,9)
Χαρακτηριστικά εγκατάστασης	3 (0,9)
Περιεκτικότητα φροντίδας	2 (0,6)
<b><i>Negative impressions during the visit</i></b>	18 (5,5)
<b>Διαστάσεις – τομείς της φροντίδας που ο γιατρός και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να βελτιώσουν</b> (total: 138, 41,8%, missing system: 192, 58,2%)	
Δε χρειάζεται καμία βελτίωση	80 (24,2)
Συνέχεια και συντονισμός φροντίδας	18 (5,5)

Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	12 (3,6)
Τα πάντα - άλλα	11 (3,3)
Εξειδικευμένο – καταρτισμένο προσωπικό – χρήση νέας τεχνολογίας – συνεχής επιμόρφωση	9 (2,7)
Περιεκτικότητα φροντίδας	2 (0,6)
<b>Διαστάσεις – τομείς της φροντίδας που θα μπορούσαν να βελτιωθούν στη συγκεκριμένη δομή – μονάδα υγείας</b> (total: 160, 48,5%, missing system: 171, 51,5%)	
Στελέχωση-προσλήψεις προσωπικού –περισσότερες ιατρικές ειδικότητες	56 (17)
Χαρακτηριστικά εγκατάστασης (εξοπλισμός – Υλικά)	35 ((10,6)
Τίποτα	20 (6,1)
Συνέχεια και συντονισμός φροντίδας	19 (5,8)
Άλλα (καθημερινή παρουσία παιδίατρου, επαναλειτουργία ορισμένων ειδικοτήτων, όπως ακτινολόγου, οδοντίατρου)	11 (3,3)
Διαθεσιμότητα ασθενοφόρου (για τα Κ.Υ.)	10 (3)
Διοικητικές υπηρεσίες (μείωση γραφειοκρατίας)	6 (1,8)
Προσβασιμότητα	3 (0,9)

## 5.2.6. Συσχετίσεις

### 1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία προσβασιμότητας

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσβασιμότητας.

**Πίνακας 8:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσβασιμότητας

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία προσβασιμότητας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
<b>Φύλο</b>		0,930 <sup>α</sup>
Γυναίκες	3,5 (1,0)	
Άνδρες	3,7 (0,8)	
<b>Ηλικία<sup>β</sup></b>	-0,026 <sup>β</sup>	0,650 <sup>β</sup>
<b>Εθνικότητα</b>		<b>0,039<sup>α</sup></b>
Μη Ελληνική	3,2 (0,9)	
Ελληνική	3,6 (0,9)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο<sup>γ</sup></b>	- 0,088 <sup>γ</sup>	<b>0,112<sup>γ</sup></b>
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας<sup>γ</sup></b>	0,231 <sup>γ</sup>	<b>&lt;0,001<sup>γ</sup></b>
<b>Χρόνιο νόσημα</b>		<b>0,063<sup>α</sup></b>
Όχι	3,6 (0,9)	
Ναι	3,5 (0,9)	
<b>Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας<sup>γ</sup></b>	0,009 <sup>γ</sup>	0,878 <sup>γ</sup>
<b>Τύπος μονάδας ΠΦΥδ</b>		<b>&lt;0,001<sup>δ</sup></b>
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου	3,2 (0,9)	
Κέντρο υγείας	4,1 (0,7)	
ΠΕΔΥ	3,6 (0,8)	

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας προσβασιμότητας και 5 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 9.

**Πίνακας 9:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία προσβασιμότητας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
<b>Τύπος μονάδας</b>			
Κέντρα Υγείας	0,925	0,707 έως 1,142	<0,001
ΠΕΔΥ	0,366	0,131 έως 0,601	<0,001
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας</b>	0,204	0,115 έως 0,293	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Τα άτομα που επισκέφτηκαν τα ΚΥ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία προσβασιμότητας σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφτηκαν τα ΕΙ Νοσοκομείου.
- Τα άτομα που επισκέφθηκαν το ΠΕΔΥ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία προσβασιμότητας σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφθηκαν τα ΕΙ Νοσοκομείου
- Η αύξηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας προσβασιμότητας (τα άτομα με μεγαλύτερη αυτό εκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία προσβασιμότητας).

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **10,9%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας προσβασιμότητας.

## **2.Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας**

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας.

**Πίνακας 10:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
<b>Φύλο</b>		0,986 <sup>α</sup>
Γυναίκες	3,9 (0,8)	
Άνδρες	3,9 (0,8)	
<b>Ηλικία<sup>β</sup></b>	-0,064 <sup>β</sup>	0,254 <sup>β</sup>
<b>Εθνικότητα</b>		0,076 <sup>α</sup>
Μη Ελληνική	3,5 (0,9)	
Ελληνική	3,9 (0,9)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο<sup>γ</sup></b>	0,168 <sup>γ</sup>	<b>0,002<sup>γ</sup></b>
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας<sup>γ</sup></b>	0,186 <sup>γ</sup>	<b>&lt;0,001<sup>γ</sup></b>
<b>Χρόνιο νόσημα</b>		<b>0,180<sup>α</sup></b>
Όχι	3,9 (0,8)	
Ναι	3,8 (0,9)	
<b>Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας<sup>γ</sup></b>	0,031 <sup>γ</sup>	0,574 <sup>γ</sup>
<b>Τύπος μονάδας ΠΦΥδ</b>		<b>&lt;0,001<sup>δ</sup></b>
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου	3,6 (0,9)	
Κέντρο υγείας	4,2 (0,8)	
ΠΕΔΥ	4,0 (0,7)	

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

**Πίνακας 11:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
<b>Τύπος μονάδας</b>			
Κέντρα Υγείας	0,639	0,421 έως 0,856	<b>&lt;0,001</b>
ΠΕΔΥ	0,332	0,098 έως 0,566	<b>&lt;0,001</b>
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας</b>	0,097	0,003 έως 0,192	<b>0,040</b>
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	0,096	0,029 έως 0,164	<b>0,010</b>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Τα άτομα που επισκέφτηκαν τα ΚΥ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφτηκαν τα ΕΙ Νοσοκομείου.
- Τα άτομα που επισκέφθηκαν το ΠΕΔΥ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφθηκαν τα ΕΙ Νοσοκομείου
- Η αύξηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας (τα άτομα με μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας).
- Το αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο για σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **8,9%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας.



### 3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.

**Πίνακας 12:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
<b>Φύλο</b>		0,926 <sup>α</sup>
Γυναίκες	3,9 (0,9)	
Άνδρες	3,9 (0,9)	
<b>Ηλικία<sup>β</sup></b>	-0,046 <sup>β</sup>	0,419 <sup>β</sup>
<b>Εθνικότητα</b>		0,518 <sup>α</sup>
Μη Ελληνική	3,8 (0,8)	
Ελληνική	3,9 (0,9)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο<sup>γ</sup></b>	0,122 <sup>γ</sup>	<b>0,026<sup>γ</sup></b>
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας<sup>γ</sup></b>	0,156 <sup>γ</sup>	<b>0,005<sup>γ</sup></b>
<b>Χρόνιο νόσημα</b>		<b>0,122<sup>α</sup></b>
Όχι	3,9 (0,8)	
Ναι	3,8 (0,9)	
<b>Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας<sup>γ</sup></b>	0,024 <sup>γ</sup>	0,664 <sup>γ</sup>
<b>Τύπος μονάδας ΠΦΥ</b>		<b>0,006<sup>δ</sup></b>
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου	3,6 (0,9)	
Κέντρο υγείας	4,2 (0,8)	
ΠΕΔΥ	4,0 (0,8)	

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας περιεκτικότητας της φροντίδας και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 13.

**Πίνακας 13:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας

<b>Ανεξάρτητη μεταβλητή</b>	<b>Συντελεστής b</b>	<b>95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Τύπος μονάδας</b>			
Κέντρα Υγείας	0,571	0,345 έως 0,798	<b>&lt;0,001</b>
ΠΕΔΥ	0,267	0,023 έως 0,511	<b>0,030</b>
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας</b>	0,098	0,000 έως 0,197	<b>0,050</b>
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	0,086	0,016 έως 0,156	<b>0,020</b>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Τα άτομα που επισκέφτηκαν τα ΚΥ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφτηκαν τα ΕΙ Νοσοκομείου.
- Τα άτομα που επισκέφθηκαν το ΠΕΔΥ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφθηκαν τα ΕΙ Νοσοκομείου.
- Η αύξηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας περιεκτικότητας της φροντίδας (τα άτομα με μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας).

- Το αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο για σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας περιεκτικότητας της φροντίδας.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **6,7%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας περιεκτικότητας της φροντίδας.

#### 4. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.

**Πίνακας 14:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
<b>Φύλο</b>		0,846 <sup>α</sup>
Γυναίκες	3,9 (0,9)	
Άνδρες	3,9 (0,9)	
<b>Ηλικία<sup>β</sup></b>	-0,002 <sup>β</sup>	0,976 <sup>β</sup>
<b>Εθνικότητα</b>		0,390 <sup>α</sup>
Μη Ελληνική	3,7 (0,9)	
Ελληνική	3,9 (0,9)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο<sup>γ</sup></b>	0,105 <sup>γ</sup>	<b>0,056<sup>γ</sup></b>
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας<sup>γ</sup></b>	0,190 <sup>γ</sup>	<b>0,001<sup>γ</sup></b>
<b>Χρόνιο νόσημα</b>		<b>0,044<sup>α</sup></b>
Όχι	4,0 (0,8)	
Ναι	3,8 (0,9)	
<b>Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας<sup>γ</sup></b>	0,024 <sup>γ</sup>	0,670 <sup>γ</sup>
<b>Τύπος μονάδας ΠΦΥ</b>		<b>&lt;0,001<sup>δ</sup></b>
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου	3,6 (0,9)	
Κέντρο υγείας	4,2 (0,8)	
ΠΕΔΥ	4,0 (0,9)	

Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας ποιότητας της ιατρικής φροντίδας και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 15.

**Πίνακας 15:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας

<b>Ανεξάρτητη μεταβλητή</b>	<b>Συντελεστής b</b>	<b>95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Τύπος μονάδας</b>			
Κέντρα Υγείας	0,621	0,397 έως ,845	<b>&lt;0,001</b>
ΠΕΔΥ	0,393	0,151 έως ,635	<b>&lt;0,001</b>
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας</b>	0,157	0,053 έως ,260	<b>&lt;0,001</b>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Τα άτομα που επισκέφτηκαν τα ΚΥ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφτηκαν τα ΕΙ Νοσοκομείου.
- Τα άτομα που επισκέφθηκαν το ΠΕΔΥ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφθηκαν τα ΕΙ Νοσοκομείου
- Η αύξηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας ποιότητας της ιατρικής φροντίδας (τα άτομα με μεγαλύτερη αυτόεκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας).

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **8,6%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.

**5. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας**

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας.

**Πίνακας 16:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
<b>Φύλο</b>		0,436 <sup>α</sup>
Γυναίκες	3,5 (0,8)	
Άνδρες	3,6 (0,9)	
<b>Ηλικία<sup>β</sup></b>	0,189 <sup>β</sup>	<b>0,001<sup>β</sup></b>
<b>Εθνικότητα</b>		0,716 <sup>α</sup>
Μη Ελληνική	3,5 (0,8)	
Ελληνική	3,6 (0,9)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο<sup>γ</sup></b>	-0,190 <sup>γ</sup>	<b>0,001<sup>γ</sup></b>
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας<sup>γ</sup></b>	0,025 <sup>γ</sup>	0,649 <sup>γ</sup>
<b>Χρόνιο νόσημα</b>		0,873 <sup>α</sup>
Όχι	3,6 (0,8)	
Ναι	3,6 (0,8)	
<b>Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας<sup>γ</sup></b>	-0,010 <sup>γ</sup>	0,859 <sup>γ</sup>
<b>Τύπος μονάδας ΠΦΥ</b>		<b>&lt;0,001<sup>δ</sup></b>
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου	3,5 (0,8)	
Κέντρο υγείας	3,9 (0,8)	
ΠΕΔΥ	3,3 (0,9)	

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 17.

**Πίνακας 17:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Τύπος μονάδας			
Κέντρα Υγείας	0,481	0,254 έως 0,708	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Τα άτομα που επισκέφτηκαν τα ΚΥ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφτηκαν τα ΕΙ Νοσοκομείου.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **2,5%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας.

#### **6. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας**

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας.

**Πίνακας 18:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
<b>Φύλο</b>		0,452 <sup>α</sup>
Γυναίκες	3,7 (0,9)	
Άνδρες	3,7 (0,9)	
<b>Ηλικία<sup>β</sup></b>	0,019 <sup>β</sup>	0,740 <sup>β</sup>
<b>Εθνικότητα</b>		0,289 <sup>α</sup>
Μη Ελληνική	3,5 (1,0)	
Ελληνική	3,7 (0,9)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο<sup>γ</sup></b>	0,053 <sup>γ</sup>	0,334 <sup>γ</sup>
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας<sup>γ</sup></b>	0,144 <sup>γ</sup>	<b>0,009<sup>γ</sup></b>
<b>Χρόνιο νόσημα</b>		<b>0,076<sup>α</sup></b>
Όχι	3,8 (0,9)	
Ναι	3,6 (0,9)	
<b>Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας<sup>γ</sup></b>	0,040 <sup>γ</sup>	0,475 <sup>γ</sup>
<b>Τύπος μονάδας ΠΦΥ</b>		<b>&lt;0,001<sup>δ</sup></b>
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου	3,3 (1,0)	
Κέντρο υγείας	4,0 (0,8)	
ΠΕΔΥ	4,0 (0,7)	

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 19.

**Πίνακας 19:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας

<b>Ανεξάρτητη μεταβλητή</b>	<b>Συντελεστής b</b>	<b>95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Τύπος μονάδας</b>			
Κέντρα Υγείας	0,713	0,485 έως 0,942	<b>&lt;0,001</b>
ΠΕΔΥ	0,705	0,458 έως 0,952	<b>&lt;0,001</b>
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας</b>	0,116	0,023 έως 0,210	<b>0,020</b>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Τα άτομα που επισκέφτηκαν τα ΚΥ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφτηκαν τα ΕΙ Νοσοκομείου.
- Τα άτομα που επισκέφθηκαν το ΠΕΔΥ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφθηκαν τα ΕΙ Νοσοκομείου.
- Η αύξηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας (τα άτομα με μεγαλύτερη αυτόεκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία προσβασιμότητας).



Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **13,3%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας.

### **7. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ**

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ.

**Πίνακας 20:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ.

<b>Χαρακτηριστικό</b>	<b>Μέση συνολικής βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ (τυπική απόκλιση)</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Φύλο</b>		0,475 <sup>α</sup>
Γυναίκες	3,7 (0,7)	
Άνδρες	3,8 (0,7)	
<b>Ηλικία<sup>β</sup></b>	0,013 <sup>β</sup>	0,816 <sup>β</sup>
<b>Εθνικότητα</b>		<b>0,177<sup>α</sup></b>
Μη Ελληνική	3,5 (0,7)	
Ελληνική	3,7 (0,7)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο<sup>γ</sup></b>	0,074 <sup>γ</sup>	<b>0,178<sup>γ</sup></b>
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας<sup>γ</sup></b>	0,198 <sup>γ</sup>	<b>&lt;0,001<sup>γ</sup></b>
<b>Χρόνιο νόσημα</b>		0,093 <sup>α</sup>
Όχι	3,8 (0,7)	
Ναι	3,6 (0,7)	
<b>Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας<sup>γ</sup></b>	0,031 <sup>γ</sup>	0,571 <sup>γ</sup>

Τύπος μονάδας ΠΦΥ		<0,001 <sup>δ</sup>
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου	3,4 (0,7)	
Κέντρο υγείας	4,0 (0,7)	
ΠΕΔΥ	3,8 (0,6)	

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 21.

**Πίνακας 21:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
<b>Τύπος μονάδας</b>			
Κέντρα Υγείας	0,638	0,461 έως 0,814	<0,001
ΠΕΔΥ	0,313	0,122 έως 0,504	<0,001
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας</b>	0,137	0,064 έως 0,209	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Τα άτομα που επισκέφτηκαν τα ΚΥ είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφτηκαν τα ΕΙ Νοσοκομείου.
- Τα άτομα που επισκέφθηκαν το ΠΕΔΥ είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφθηκαν τα ΕΙ Νοσοκομείου.

- Η αύξηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας σχετίζονταν με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ (τα άτομα με μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας).

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **9,5%** της μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ.

# Κεφάλαιο 6

Δεδομένου ότι η ποιότητα ζωής δε σχετίζεται μόνο με εξωτερικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, αλλά αντανακλά μια υπαρξιακή κατάσταση του ατόμου, καθίσταται αναγκαίο, η μεθοδολογία της εκτίμησης της να εστιάζει στον προσδιορισμό των παραμέτρων που ασκούν ειδική βαρύτητα στην υποκειμενική κρίση και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Ένας από τους πιο σύγχρονους τρόπους διερεύνησης της ποιότητας στις υπηρεσίες της υγείας αποτελεί η μέτρηση των απόψεων των χρηστών υγείας. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης αλλά και των εμπειριών των ασθενών συμβάλλει στην κατανόηση των προσδοκιών των ασθενών και στην αναγνώριση των αναγκών από το σύστημα υγείας. Η σύγκριση των προσδοκιών με την αντιληφθείσα απόδοση – ποιότητα οδηγεί στην ανίχνευση κρίσιμων διαστάσεων που χρήζουν βελτίωσης και ανεύρεσης ορθών λύσεων.

Στην παρούσα μελέτη το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (57%) και μικρότερο οι άνδρες (43%). Η μέση ηλικία ήταν των ερωτηθέντων τα 48,99 έτη. Το εκπαιδευτικό επίπεδο του υπο μελέτη πληθυσμού ήταν σχετικά υψηλό, κυρίως απόφοιτοι λυκείου με ποσοστό 26,7%, απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης με 20,6% και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού με 19,7%. Το ποσοστό των ασφαλισμένων με ΕΟΠΠΥ ήταν υψηλό με 89,3%, με ιδιωτική ασφάλιση 5,5%, ενώ το 5,2% ήταν ανασφάλιστοι. Στην πλειοψηφία των ερευνών σχετικών με την ικανοποίηση αναδεικνύονται κοινά δημογραφικά αποτελέσματα με τη δική μας μελέτη, ως προς το φύλο (πλειοψηφία : γυναίκες), την εθνικότητα (υπερτερεί η ελληνική), το εκπαιδευτικό επίπεδο (απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης), όπως στην έρευνα των Φερεγγίδου και συν., (2017), Zachariae et al., (2003), Sekandi – Nabbuye (2011), Milašauskienė et al., (2006), Papanikolaou και Zygiaris (2011), Pullicino et

al., (2018) και άλλες. Σχετικά με την αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι είχαν καλή (33,1%) και πολύ καλή υγεία (30,7%). Στην έρευνα των Pini et al., (2014) σε ελληνικό Ογκολογικό νοσοκομείο σχετικά με την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας, με δείγμα 100 ατόμων, το 64,4% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και 35,6% άνδρες. Επισημαίνεται η θετική σχέση μεταξύ υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και μεγαλύτερης ικανοποίησης των χρηστών υγείας ΠΦΥ και χαμηλή ικανοποίηση από αναλφάβητα άτομα ή αποφοίτων δημοτικού σχολείου. Το 45% των συμμετεχόντων δήλωσαν καλή υγεία και το 34% μέτρια κατάσταση υγείας. Πηγή της δυσαρέσκειας των ασθενών διαφαίνεται η έλλειψη της οργάνωσης και συντονισμού των τακτικών ιατρικών λόγω των μεγάλων χρόνων αναμονής μέχρι την ημέρα της επίσκεψης και αναμονής εξέτασης από γιατρό. Αντίθετα, οι Andreson και η Zimmerman (1993), σχετικά με τις απόψεις των ασθενών για τη διαπροσωπική σχέση με τον ιατρό, ισχυρίστηκαν ότι τα άτομα με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση συγκριτικά με τα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο.

Στη μελέτη μας, αναφορικά με τα χρόνια νοσήματα, το 47,3% δήλωσαν ότι δεν έπασχαν από κάποιο νόσημα, από ένα νόσημα το 33,5%, από δύο το 10,7% και πάνω από δύο 5,2%. Ειδικότερα, το μεγαλύτερο ποσοστό των χρόνιων ασθενών πάσχουν από καρδιαγγειακό νόσημα, 33,9%, το 18,6% από νόσημα θυρεοειδούς αδένος, 12,4% από νόσημα του αναπνευστικού συστήματος και το 8,5% από αυτοάνοσο νόσημα.

Όσον αφορά τις δομές ΠΦΥ, το 45,5% αφορούσε την επίσκεψη των χρηστών των Τακτικών Ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου, το 30,4% τις επισκέψεις σε δύο Κέντρα Υγείας και το 24,2% το ΠΕΔΥ. Σχετικά με τον αριθμό επισκέψεων τους τελευταίους 6 μήνες στις δομές οι περισσότεροι χρήστες με ποσοστό το 33,1% επισκέφθηκαν «μια», και «2 έως 4 φορές», ενώ το 16,7% «καμία» και το 14,3% «>4 φορές». Το 70,2% επισκέφθηκαν τις δομές υγείας χωρίς παραπομπή (με δική τους πρωτοβουλία) και το 29,8% με παραπομπή, μετά από σύσταση ιατρού. Τα μεγαλύτερα ποσοστά επισκέψεων των ασθενών αφορούσαν το Γενικό γιατρό με 31,2%, τον Παθολόγο με 24,5%, τον Καρδιολόγο με 17,9%, έπειτα με χαμηλότερα ποσοστά, 11,5% άλλες ειδικότητες, 10,6% τον Οφθαλμίατρο, 10,3% τον Μικροβιολόγο, και 7,9% τον Ακτινολόγο.

Η πιο συχνή αιτία επίσκεψης ήταν η προγραμματισμένη επανεξέταση με 36,7%, έπειτα η ασθένεια/αδιαθεσία με 23,6% και η συνταγογράφηση φαρμάκων με 16,7%. Λιγότερες επισκέψεις αφορούσαν εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις με 10,9%, ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση με 4,5%, άλλες αιτίες, (επιτροπές) με 3% και το μικρότερο ποσοστό, 1,2% τη συμβουλευτική υποστήριξη. Ανάλογα ήταν τα ευρήματα στην έρευνα των Παρανικόλαου και Ζυγιάρις (2011), σε 450 ασθενείς, όπου ο προληπτικός έλεγχος ήταν 26%, οι εργαστηριακές εξετάσεις 31,3%, η συνταγογραφία 32% και το πιστοποιητικό 2,7%. Η κύρια αιτία του υψηλού ποσοστού των επισκέψεων στις δημόσιες δομές της Ρόδου, είναι ότι εξυπηρετούν τον πληθυσμό της Δωδεκανήσου και ορισμένα αποκεντρωμένα νησιά, τον ίδιο τον πληθυσμό της Ρόδου, λόγω της έλλειψης περισσότερων επιλογών εξειδικευμένων ιατρών και της ύπαρξης ενός μόνο νοσοκομείου. Επιπλέον, η οικονομική κρίση, το χαμηλό εισόδημα αλλά και ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός των εισερχόμενων ασθενών, ανάμεσά τους και μεγάλος αριθμός προσφύγων, οι οποίοι δεν έχουν την πολυτέλεια επιλογής ενός ιδιώτη ιατρού έχουν σαν αποτέλεσμα να προσφεύγουν στα τακτικά ιατρεία, στα κέντρα υγείας και στο ΠΕΔΥ. Ενδεικτικά, στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης, ο αριθμός των εισερχόμενων ασθενών στα τακτικά ιατρεία του νοσοκομείου το 2014 ήταν 80.616, το 2015 75.033, το 2016 ανήλθε στους 79.158, το 2017 στους 73.499 και μέχρι τον Οκτώβρη του 2018 στους 60.459.

Στην έρευνα της Φερεγγίδου και συν., (2017), για την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Πρωτοβάθμιου Εθνικού δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) στο Κιλκίς με πληθυσμό – στόχο 181 ατόμων, οι συνηθέστερες αιτίες επίσκεψης ήταν το οξύ πρόβλημα υγείας/παροδική ασθένεια (47,5%), συνταγογράφηση φαρμάκων (31,5%) και ο ιατρικός έλεγχος (25,4%), ευρήματα τα οποία αποκλίνουν συγκριτικά με εκείνα της δικής μας μελέτη. Ωστόσο, κοινό εύρημα με τη δική μας μελέτη είναι ο μέσος όρος ηλικίας, τα 47,5 για την έρευνα στο Κιλκίς, το ποσοστό των ερωτηθέντων όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο και το 49,2% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς εξάγεται κοινό συμπέρασμα ότι η αύξηση της ηλικίας και η μείωση του μορφωτικού επιπέδου σχετίζεται με την αύξηση της βαθμολογίας της ικανοποίησης από τους ιατρούς κυρίως στη διάσταση της συνέχειας – συντονισμού φροντίδας και της περιεκτικότητας της φροντίδας. Σύμφωνα με τους Saeed (2001), Al-Eisa (2005) και τους Πιερράκος και συν., (2007),

το εν λόγω εύρημα αποδίδεται στο γεγονός ότι τα άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου, λόγω λιγότερων γνώσεων για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας εκδηλώνουν μικρότερες απαιτήσεις συγκριτικά με τα άτομα υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Το επίπεδο συνολικής ικανοποίησης ήταν σχετικά χαμηλό (48,6%) αντίθετα με τη δικής μας μελέτη που ήταν αρκετά υψηλότερο. Στην έρευνα των Παρανικόλαου και Zygariis (2011), κατεδείχθη χάσμα σε όλες τις διαστάσεις της φροντίδας, όπως αξιοπιστία, ανταποκρισιμότητα, ικανότητα, προσπελασιμότητα, επικοινωνία, ευγένεια, ασφάλεια, κατανόηση, απτά χαρακτηριστικά, που πηγάζει από τη διαφορά προσδοκιών και αντιληφθείσας ποιότητας της υπηρεσίας μετά τη χρήση αυτής. Οι νέοι χρήστες ΠΦΥ καθώς και εκείνοι με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν μεγαλύτερες απαιτήσεις, επομένως ήταν μεγαλύτερο το χάσμα συγκριτικά με τους ηλικιωμένους και με εκείνους με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο. Κύρια αιτία αποτελεί η έλλειψη απαραίτητου χρόνου λόγω φόρτου εργασίας. Ανάλογα ευρήματα καταδεικνύονται στις περισσότερες ελληνικές μελέτες σχετικά με τις απόψεις των ασθενών στις δομές ΠΦΥ στην Ελλάδα. Οι Pullicino et al., (2018) στην έρευνά τους για τις εμπειρίες των ασθενών στις υπηρεσίες ΠΦΥ στη Μάλτα, επιβεβαιώνουν ότι οι νέοι δεν έχουν ανάγκη τη συνέχεια της φροντίδας καθώς οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας αφορούν μόνο οξείες καταστάσεις, σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους.

Στη μελέτη μας διαφαίνεται σχετικά μεγάλος χρόνος αναμονής σχετικά με τον προγραμματισμό της επίσκεψης, το 24,7% των χρηστών ΠΦΥ είχαν αναμονή μια εβδομάδα, το 19,4% πάνω από ένα μήνα, το 18,9% πάνω από μία εβδομάδα έως ένα μήνα, το 18,1% μία ημέρα, ενώ μόνο το 14,5% εξυπηρετήθηκαν αυθημερόν. Αντίθετα, ήταν μικρός ο χρόνος αναμονής διοικητικών διαδικασιών, καθώς το 44,8% είχαν χρόνο αναμονής μέχρι 15 λεπτά, ενώ μεγαλύτερο χρόνο αναμονής είχε το 17,6%, περισσότερο από 15 λεπτά έως και μισή ώρα, το 16,7%, πάνω από μία ώρα και το 14,5% πάνω από μισή ώρα έως και μία ώρα. Ο χρόνος αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών μέχρι την κλινική εξέταση για τους περισσότερους χρήστες ΠΦΥ ήταν μικρός, καθώς το 38,8% είχαν χρόνο αναμονής μέχρι 15 λεπτά. Όμως το 23,9% είχαν χρόνο αναμονής περισσότερο από μία ώρα, ενώ το 15,2% περισσότερο από 15 λεπτά έως και μισή ώρα και περισσότερο από μισή ώρα έως μια ώρα. Οι Pini et al., (2014), διατείνονται ότι τα προβλήματα που

σχετίζονται με χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών ΠΦΥ αφορούν τη συνέχεια – συντονισμό της φροντίδας και τηνπροσβασιμότητα,συγκεκριμένα το μεγάλο χρόνο αναμονής εξασφάλισης ραντεβού, έλλειψη ευελιξίας στη διαχείριση ραντεβού και μεγάλοι χρόνοι αναμονής μέχρι την ιατρική εξέταση.

Στη συνέχεια, το 71,7% των συμμετεχόντων, ο γιατρός δε χρειάστηκε να τους παραπέμψει σε κανέναν άλλο μετά την επίσκεψή τους, ενώ το 14% ο γιατρός τους παρέπεμψε σε άλλο γιατρό στην ίδια δομή υγείας ή σε άλλη, το 6,4% τους παρέπεμψε για διαγνωστικές εξετάσεις εντός της μονάδας υγείας, το 4,6% σε διαγνωστικό εργαστήριο εντός μονάδας και το 3,3% σε νοσοκομείο. Στην περίπτωση της παραπομπής, το 37,1% των συμμετεχόντων συμφώνησαν απόλυτα για την επαρκή πληροφόρηση/καθοδήγηση από τον γιατρό, το 17,1 συμφώνησαν, το 18,1% ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν, ενώ το 15,2% διαφώνησαν απόλυτα και το 12,4% διαφώνησαν. Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν επαρκή τη διασύνδεση των μονάδων υγείας της Ρόδου με πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υγειονομικές δομές. Αντίθετα στη περιπτωσιολογική μελέτη της Φερεγγίδου και συν., (2017) στο Κιλκίς το 13,3% αποτυπώνει μια εδραιωμένη ΠΦΥ, ενώ το 44,1% του δείγματος δήλωσε λειτουργικά προβλήματα στην κάλυψη αναγκών. Τέλος, το 82,2% δήλωσαν ότι δεν είχαν επαφή με νοσηλευτή ή άλλο επαγγελματία υγείας χωρίς επαφή με το γιατρό στη δομή υγείας, ενώ το 17,8% δήλωσαν ότι είδαν νοσηλευτή ή άλλο επαγγελματία υγείας χωρίς επαφή με το γιατρό.

Η μέση συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τη μονάδα ΠΦΥ ήταν,  $3,8 \pm 0,8$ , ενώ μέση συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τη μονάδα ΠΦΥ ήταν,  $3,8 \pm 0,8$  με κλίμακα από 1-5. Όσον αφορά τα περιγραφικά μέτρα των βαθμολογιών των επιμέρους διαστάσεων των εμπειριών των ασθενών η βαθμολογία προσβασιμότητας ήταν  $3,6 \pm 0,9$ , συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας  $3,9 \pm 0,9$ , περιεκτικότητας της φροντίδας  $3,9 \pm 0,9$ , ποιότητας ιατρικής φροντίδας  $3,9 \pm 0,9$ , των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης  $3,6 \pm 0,9$ , ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας από άλλους επαγγελματίες υγείας  $3,7 \pm 0,9$ . Τα αποτελέσματα αυτά που σχετίζονται με τις διαδικασίες και την έκβαση της φροντίδας καταδεικνύουν τη σχετικά υψηλή ικανοποίηση των χρηστών υγείας από τις δομές ΠΦΥ της Ρόδου. Αναλυτικότερα, οι πιο σημαντικές διαστάσεις φροντίδας για τους ασθενείς με αυξημένα ποσοστά



ικανοποίησης, άρα και με υψηλότερη βαθμολογία, αφορούσαν την ποιότητα ιατρικής φροντίδας, την περιεκτικότητα της φροντίδας, τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης και τη συνέχεια – συντονισμό της φροντίδας.

Οι διαστάσεις φροντίδας χαμηλής σημαντικότητας για τους ασθενείς ήταν η ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και άλλων επαγγελματιών υγείας, η προσβασιμότητα και η συνέχεια – συντονισμός της φροντίδας. Η μέση βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε φίλους ή/και συγγενείς ήταν  $8,1 \pm 2,3$ , ενώ μέση βαθμολογία σύστασης της μονάδας υγείας σε φίλους ή/και συγγενείς ήταν  $7,6 \pm 2,6$ , με κλίμακα 0-10. Η αξιολόγηση αυτή αποκρυσταλλώνει το βαθμό ικανοποίησης και από την πρόθεση επανεπίσκεψης των ασθενών στις δομές υγείας.

Στην έρευνά του ο Ραφτόπουλος (2010) σχετικά με την αξιολόγηση των προσδοκιών των χρηστών υγείας, της αντιληφθείσας ποιότητας και της ικανοποίησης στην ΠΦΥ στην Ελλάδα, σε 212 άτομα αναφέρει υψηλό ποσοστό συνολικής ικανοποίησης στις υπηρεσίες ΠΦΥ και συγκεκριμένα 97,2%, όπως σχετικά υψηλό βρέθηκε και στην παρούσα μελέτη στη Ρόδο. Άλλωστε αποτελεί σταθερό εύρημα στις περισσότερες έρευνες ικανοποίησης [Gadallah et al., (2003), Raftopoulos (2005)], ενώ άλλες μελέτες αναφέρουν χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης, 68,9%, 76% [Aldana et al., (2001), Margolis et al., (2003)] . Ένα ακόμη κοινό εύρημα με τη δική μας μελέτη είναι το υψηλό ποσοστό ικανοποίησης για την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, 95,3%, χαμηλότερο ποσοστό 92,5% με τη νοσηλευτική φροντίδα και ακόμη μικρότερο ποσοστό για τα χαρακτηριστικά της δομής υγείας, 6,64%. Οι Έλληνες χρήστες υγείας θεωρούν πιο σημαντικό το σεβασμό και την ευγένεια των ιατρών, όπως και στη δική μας μελέτη. Στα αραβικά Εμιράτα οι χρήστες υγείας δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι με τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας εν συγκρίσει με τους Έλληνες, γεγονός το οποίο αποδίδεται στη συνήθη συμπεριφορά των Ελλήνων να αναζητούν δεύτερη γνώμη, που διασπά τη συνέχεια της φροντίδας. Παρά τον πατερναλιστικό τρόπο δράσης των ιατρών στην Ελλάδα, διεξάγεται το συμπέρασμα ότι η ιατρική φροντίδα παραμένει το κλειδί στην ικανοποίηση των χρηστών ΠΦΥ, ενώ οι Kroneman et al., (2006), επισημαίνουν τη συσχέτιση ανάμεσα στην άμεση προσβασιμότητα στην ΠΦΥ και στην ικανοποίηση των ασθενών και συγκεκριμένα στην ελεύθερη επιλογή ιατρών από τους χρήστες υγείας. Στην έρευνα των Mīlašauskienė et al., (2006) στην περιοχή της Šiauliai, τα ποσοστά

προσβασιμότητας στις δομές της ΠΦΥ ήταν υψηλά, 78,2%, ενώ προβληματική συνιστώσα ήταν ο χρόνος αναμονής με ποσοστό 32,9%. Αναφορικά με τις διοικητικές υπηρεσίες, πρόσφατες μελέτες κατέδειξαν ότι οι δυσκολίες πρόσβασης και δή η λίστα αναμονής στα αστικά ελληνικά νοσοκομεία προκαλεί δυσαρέσκεια. Ωστόσο, η πλειοψηφία των εξωτερικών ασθενών επιδεικνύουν κατανόηση για τη λίστα αναμονής εφόσον ενημερωθούν για την αιτία της καθυστέρησης ( Niakas και Mylonakis, 2005).

Στην μελέτη των Boer et al., (2010), σε 359 ασθενείς, διατείνονται ότι κυρίως ο σεβασμός και η αξιοπρέπεια, η ενημέρωση του ασθενή αλλά και η πρόσβαση στη φροντίδα ασκούν σημαντική επίδραση στη παγκόσμια βαθμολογία για το σχέδιο υγείας. Ομοίως, οι Savage και Armstrong (1990), ισχυρίζονται ότι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών ενισχύεται από την ενημέρωση (34%), την κατανόηση και αφιέρωση χρόνου για τον ασθενή (45%). Οι Zachariae et al., (2003), συσχετίζουν την επικοινωνία του ιατρού-ασθενή και της ικανοποίησης υπερτονίζοντας τη συμβολή της συμβουλευτικής υποστήριξης με την αντιμετώπιση της νόσου, ειδικά στους ογκολογικούς ασθενείς. Επιπρόσθετα, στην έρευνα των Charante et al., (2006), σχετικά με την ενημέρωση – παροχή συμβουλών των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας στην Ολλανδία, ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν 0.70, ενώ η συνολική ικανοποίηση ήταν υψηλότερη κατά την επίσκεψη στο σπίτι και χαμηλότερη στην τηλεφωνική επικοινωνία. Στη μελέτη των Pini et al., (2014) που υλοποιήθηκε σε ελληνικό Ογκολογικό νοσοκομείο με δείγμα 100 ατόμων, κατεδείχθη ότι οι άνδρες εξέφρασαν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις γυναίκες όσον αφορά την κλινική εξέταση. Πολλοί ερευνητές ισχυρίζονται ότι οι ογκολογικοί ασθενείς δεν εκτιμούν μόνο τη επιστημονική γνώση και τις δεξιότητες των ιατρών, αλλά εξίσου την ανθρώπινη επαφή, την επαρκή ενημέρωση, το χρόνο που αφιερώνουν στον ασθενή που αποτελούν σημαντικές παραμέτρους στη ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη.

Στην έρευνα ικανοποίησης του Πιερράκου και συν., (2015), 454 εξωτερικών ασθενών σε 7 νοσοκομεία της Αττικής, αναφέρονται κοινά ευρήματα με τη δική μας μελέτη, όπως η πλειοψηφία των απαντήσεων ως προς το φύλο, που ήταν γυναίκες με ποσοστό της τάξεως 58,7%, την ελληνική εθνικότητα με 91,3%, μέση ηλικία τα 43,8±16,5 έτη, το εκπαιδευτικό επίπεδο που αφορούσε τους απόφοιτους Λυκείου, με 48,8%. Επιπρόσθετα, οι ερωτήσεις των διαστάσεων ιατρικής,

νοσηλευτικής, διοικητικής φροντίδας και περιβάλλοντος του νοσοκομείου απέδειξαν πολύ καλή αξιοπιστία, ομοίως με τη δική μας μελέτη με συντελεστή cronbach's alpha μεταξύ  $0,842 \pm 4$  και  $0,962$ . Η μέση τιμή ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα ήταν  $3,8 \pm 0,8$  ενώ για τη νοσηλευτική φροντίδα  $3,4 \pm 0,9$ , για τις διοικητικές υπηρεσίες  $3,3 \pm 0,8$  και για το περιβάλλον του νοσοκομείου  $3,4 \pm 0,9$ . Οι περισσότεροι, 52% δήλωσαν ότι η γενική κατάσταση της υγείας τους ήταν καλή. Αντίθετα με τη δική μας μελέτη, ως προς τον προγραμματισμό της επίσκεψης και τον χρόνο αναμονής που ήταν μια εβδομάδα με ποσοστό 24,7%, στη έρευνα αυτή ήταν 30 μέρες καθώς και ο χρόνος αναμονής μέχρι την επαφή με ιατρό ήταν μικρότερος στη δική μας μελέτη, μέχρι 15 λεπτά με 38,8% και 45-50 λεπτά στα νοσοκομεία της Αττικής. Γίνεται αντιληπτό ότι ο χρόνος αναμονής ενδεχομένως διαφέρει και είναι μικρότερος στο νησί της Ρόδου, λόγω μικρότερου πληθυσμού συγκριτικά με τον πληθυσμό της Αττικής, επομένως είναι ευκολότερη η προσβασιμότητα. Σε παρόμοια έρευνα των Grogan et al., (2000) σχετικά με τη μέτρηση της ικανοποίησης, οι ίδιες υποκλίμακες είχαν συντελεστή αξιοπιστίας από 0,74 έως 0,95 με υψηλότερη τιμή στην ιατρική φροντίδα και χαμηλότερη στην νοσηλευτική φροντίδα και στα χαρακτηριστικά εγκατάστασης. Στην έρευνα του Aletras et al., (2006), σχετικά με τους παράγοντες ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών σε επαρχιακές περιοχές, στη Βέροια και Σέρρες, με τις γυναίκες στην πλειοψηφία των απαντήσεων 56,5%, αλλά μικρά ποσοστά αποφοίτων λυκείου και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, και υψηλό ποσοστό δηλώσεων καλής υγείας, 51,9%, η συνολική ικανοποίηση ήταν 75.5 σε κλίμακα 0-100 με υψηλότερα ποσοστά ιατρικής φροντίδας, 80.53, και το περιβάλλον του νοσοκομείου, 80.27, και χαμηλότερα ποσοστά στην προσβασιμότητα (κλείσιμο ραντεβού), 67.82. Σε παρόμοια έρευνα σε 6 νοσοκομεία της Νότιας Ελλάδας η συνολική ικανοποίηση ήταν κατά μέσο όρο 77.

Οι θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της επίσκεψης αφορούσαν τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της φροντίδας, την προσβασιμότητα και τη διαπροσωπική σχέση ασθενή και επαγγελματιών υγείας, και ειδικότερα την *ποιότητα της ιατρικής φροντίδας* (20,6%), τη *συνέχεια και τον συντονισμό της φροντίδας* (11,2%), ενώ λιγότερες θετικές εντυπώσεις αφορούσαν την *ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και άλλων επαγγελματιών υγείας* (0,9%), τα *χαρακτηριστικά εγκατάστασης*, (0,9%) και την *περιεκτικότητα της φροντίδας*, (0,6%). Σχετικά με τα ζητήματα που ο γιατρός και

οι άλλοι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να βελτιώσουν αναδύεται η ανάγκη βελτίωσης θεμάτων δομής και αποτελεσμάτων για τη διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας. Συγκεκριμένα, περιλάμβαναν τη συνέχεια και το συντονισμό φροντίδας (5,5%), την ποιότητα ιατρικής φροντίδας (3,6%), τα πάντα ή άλλες παραμέτρους (3,3%), τη στρατολόγηση εξειδικευμένου προσωπικού, τη χρήση νέας τεχνολογίας και τη συνεχή επιμόρφωση (2,7%), και την περιεκτικότητα φροντίδας (0,6%). Μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι δε χρειάζεται καμία βελτίωση (24,2%).

Τα θέματα που χρήζουν βελτίωσης στις μονάδες υγείας αφορούν τη δομή και τις διαδικασίες και περιλάμβαναν τη Στελέχωση – περισσότερες ιατρικές ειδικότητες κυρίως στα Κέντρα Υγείας (17%), τα Χαρακτηριστικά εγκατάστασης (10,6%), τη Συνέχεια και το συντονισμό φροντίδας (5,8%), Άλλα ζητήματα, όπως επαναλειτουργία ορισμένων ειδικοτήτων, όπως ακτινολόγου, οδοντίατρου (3,3%), η διαθεσιμότητα ασθενοφόρου για τα Κ.Υ. (3%), η μείωση γραφειοκρατίας (1,8%) και η προσβασιμότητα (ραντεβού) (0,9%). Τα παραπάνω προβλήματα αποδίδονται στην υποστελέχωση και στην έλλειψη αφιέρωσης χρόνου λόγω φόρτου εργασίας και μεγάλου όγκου των εισερχόμενων ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία. Σε παρόμοια έρευνα των Sbarouni et al., (2012) των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ στις αγροτικές περιοχές στην Ελλάδα, σε 5 δομές υγείας της Κρήτης και 16 της Ηπείρου, τα αποτελέσματα κατέδειξαν τα ίδια εμπόδια της ποιοτικής φροντίδας συγκριτικά με την παρούσα μελέτη που υλοποιήθηκε αντίστοιχα σε νησί, στη Ρόδο. Συγκεκριμένα, οι ανασταλτικοί παράγοντες παροχής υψηλής ποιότητας φροντίδας είναι η υποστελέχωση και ανεπάρκεια εξοπλισμού, η εκπαιδευτική ανεπάρκεια, η έλλειψη ευκαιριών στην εξειδίκευση αναγκών της ΠΦΥ, η έλλειψη γνώσης του ρόλου των επαγγελματιών υγείας και η περιορισμένη ενημέρωση για το ρόλο του οικογενειακού ιατρού.

Στη μελέτη των Pappa et al., (2013), αναφέρουν ότι οι κοινωνικο – δημογραφικοί παράγοντες σχετίζονται με την προσβασιμότητα και τη διαθεσιμότητα, ενώ οι Khayat και Salter (1994), σε 2173 ασθενείς υποστήριξαν ότι οι απόψεις των ασθενών για την ικανοποίηση στη φροντίδα ποικίλλουν ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικό status, και τα χρόνια εκπαίδευσης και αναγράφονται υψηλά ποσοστά συνολικής ικανοποίησης στην προσβασιμότητα και την ιατρική φροντίδα, όμως χαμηλά ποσοστά της τάξεως 24% ανεπαρκούς ενημέρωσης. Αντίθετα, οι Fox

και Storms, (1981) διατυπώνουν διαφορετική προσέγγιση δημογραφικών προβλεπτικών δεικτών στην ικανοποίηση από τη φροντίδα υγείας, επικεντρωμένοι στις συνθήκες των δομών υγείας και στον προσανατολισμό του συστήματος υγείας. Στην έρευνα τους οι Giovanis et al., (2014) αναφορικά με την ασύμμετρη επίδραση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην ικανοποίηση των ασθενών για τις υπηρεσίες ΠΦΥ, με συμμετοχή 8 νοσοκομείων στην Αθήνα (400 ερωτηματολόγια), το 57,3% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, όπως και στη μελέτη μας, το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκε στην ηλικιακή ομάδα των 45-54, στη δική μας μελέτη 35-50 με score 3,917, και σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο το 34% ήταν απόφοιτοι πανεπιστημίου. Επιπρόσθετα, κοινό εύρημα, όσον αφορά τη βελτίωση των υπηρεσιών ΠΦΥ ήταν η υψηλή προτεραιότητα στη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, ακολούθως στα χαρακτηριστικά εγκατάστασης και χαμηλής προτεραιότητας οι διοικητικές υπηρεσίες. Στη συνέχεια, οι Ali et al., (2011) επιβεβαιώνουν τη διαπροσωπική σχέση ιατρού – ασθενή, ως το πιο σημαντικό δείκτη ικανοποίησης των ασθενών καθώς καλλιεργείται η εμπιστοσύνη και η επικοινωνία. Ωστόσο, τα νέα ευρήματα, επισημαίνουν τη σπουδαιότητα του ρόλου των νοσηλευτριών στη σχέση τους με τον ασθενή. Ομοίως, και τα αποτελέσματα της Scardina (1994) υπερτονίζουν την σημαντικότητα να επενδύουν οι παρόχοι υγείας στην ανάπτυξη του νοσηλευτικού δυναμικού καθώς είναι οι νοσηλευτές είναι πολύ πιο κοντά στον ασθενή σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, επομένως ευκολότερα αναπτύσσουν τη διαπροσωπική επαφή με αυτόν. Οι Καδδά και συν., (2010) σχετικά με τις ανάγκες των πολιτών στην ΠΦΥ στην Ελλάδα με συμμετοχή 1206 πολιτών, μεγάλο ποσοστό, 62,6% του πληθυσμού της μελέτης προτιμούσε την ηθική βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας, που αντανακλά την ανάγκη της αφιέρωσης χρόνου, (24,8%), καθοδήγησης, της στήριξης για την αντιμετώπιση προβλημάτων, την αλλαγή στάσεων και αποδοχής της νόσου, εύρημα κοινό με τη δική μας μελέτη. Η μαρτυρία αυτή επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία, με αναφορά των Siponen et al., (2003), Schauflier et al., (1996), στα παράπονα των ασθενών λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος από τους επαγγελματίες υγείας. Ομοίως, για τους Glasson και συν., (2006), η διαπροσωπική σχέση ασθενή και επαγγελματιών υγείας αποτελεί αποδοκότερο τρόπο πληροφόρησης και σύμφωνα με τους DiMatteo, (1980), η διαπροσωπική σχέση και δη η μη λεκτική επικοινωνία αποτελεί σημαντική παράμετρο για την ικανοποίηση των ασθενών.

Επίσης, οι Zebiene et al., (2004) κατέδειξαν ότι οι χρήστες υγείας ΠΦΥ που συμβουλευόνταν τις υπηρεσίες υγείας ΠΦΥ είχαν ανάγκη για περισσότερη ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας. Η συζήτηση ασθενών και επαγγελματιών υγείας για τα θέματα υγείας τους συνέβαλε στην αύξηση της ικανοποίησης συγκριτικά με τους ασθενείς που δε συζήτησαν για τα προβλήματα υγείας τους. (West et al., 2005). Επίσης, επισημαίνεται η συσχέτιση φύλου και αναγκών των πολιτών, αντίθετα με τη δική μας έρευνα. Σε άλλη έρευνα του Pierrakos et al., (2015), σχετική με τη μέτρηση της ικανοποίησης στην Ελλάδα 437 ασθενών των εξωτερικών ιατρείων 7 δημόσιων νοσοκομείων καταδεικνύεται ότι η ποιοτική φροντίδα συνδέεται με τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία, καθώς η επικοινωνία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που αυξάνουν το αίσθημα εμπιστοσύνης, αποτελούν σημαντικό δείκτη ικανοποίησης. Εν αντιθέσει με την δική μας έρευνα, σε αυτή τη μελέτη αναφέρεται ότι οι ασθενείς είχαν πιο στενή σχέση με τους νοσηλευτές και όχι με τόσο με τους ιατρούς. Επιπλέον σημαντικές παράμετροι της ικανοποίησης αποτελούν οι εγκαταστάσεις και ο χρόνος αναμονής. Στη μελέτη αυτή διενεργείται αναφορά στο ιεραρχικό μοντέλο ικανοποίησης ασθενών για την αντιληφθείσα ποιότητα που περιλαμβάνει 4 διαστάσεις: 1) τη διαπροσωπική σχέση μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών υγείας, 2) την τεχνική ποιότητα 3) το φυσικό περιβάλλον, και 4) διοικητική ποιότητα (χρόνοι αναμονής). Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν  $43,8 \pm 16,5$ . Το 91,3% είχαν ελληνική εθνικότητα και το 58,7% ήταν γυναίκες. Το 48,8% ήταν απόφοιτοι Λυκείου.

Παρά τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας μετά το 1960, οι Έλληνες, εκτιμάται ότι είναι οι δεύτεροι περισσότερο δυσαρεστημένοι αναφορικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με του χρήστες υγείας άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με κύριες προβληματικές συνιστώσες την αρνητική εικόνα για το σύστημα υγείας και έλλειψη εμπιστοσύνης για τα νοσοκομεία. (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Αναφορικά με τις συσχετίσεις, η πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες της φροντίδας τον τύπο της μονάδας ΠΦΥ ( $p < 0,001$ ) στα Κέντρα Υγείας και το Πεδύ για την προσβασιμότητα, τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, την περιεκτικότητα της φροντίδας ( $p = 0,030$  για το Πεδύ), την ποιότητα ιατρικής φροντίδας, των

χαρακτηριστικών εγκατάστασης, την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και άλλων επαγγελματιών υγείας και τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ, την αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών ( $p < 0,001$ ) για την προσβασιμότητα, την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ, ( $p = 0,040$ ) για την συνέχεια και το συντονισμό φροντίδας, ( $p = 0,050$ ) για την περιεκτικότητα της φροντίδας, ( $p = 0,020$ ) για την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και άλλων επαγγελματιών υγείας» προστίθεται και το εκπαιδευτικό επίπεδο στις διαστάσεις συνέχειας – συντονισμού της φροντίδας ( $p = 0,010$ ) και περιεκτικότητα της φροντίδας ( $p = 0,020$ ). Ειδικότερα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν ότι οι χρήστες ΠΦΥ, όσον αφορά τη δομή, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τα Κέντρα Υγείας με μέσο όρο 4,141 και το Πεδύ με 3,843 σε σχέση με το νοσοκομείο με αρκετά μεγάλη διαφορά, 3,471. Όσον αφορά το φύλο, οι άνδρες δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι με μέσο όρο σε όλες τις διαστάσεις φροντίδας 3,799, ενώ οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο κριτικές με συνολική βαθμολογία 3,738. Επιπρόσθετα υψηλή θετική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ των ατόμων με μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους, όπου ο μέσος όρος ικανοποίησης είναι 3,911 για τους ασθενείς που δήλωσαν εξαιρετική κατάσταση της υγείας, και 3,910 για εκείνους που δήλωσαν πολύ καλή κατάσταση της υγείας τους, καθώς και του αυξημένου εκπαιδευτικού επιπέδου, 3,824 για τους αποφοίτους Λυκείου και 3,829 για τα άτομα μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με τη μεγαλύτερη βαθμολογία στις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας. Αναφορικά με την ηλικία, οι χρήστες ΠΦΥ <35 ετών δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι με μέσο όρο 3,631, ακολουθούν οι > 65 ετών με 3,717, τα άτομα από 50-65 με 3,745 ενώ περισσότερο ικανοποιημένοι εμφανίζονται οι ασθενείς από 35-50 με 3,917. Τα αποτελέσματα αυτά συμπίπτουν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, καθώς και όπως διαφαίνεται οι νέοι προσέρχονται στις δομές υγείας της Ρόδου κυρίως για προληπτικό έλεγχο ή για οξεία περιστατικά, επομένως σε αυτό το επίπεδο χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ οι χρήστες υγείας είναι ικανοποιημένοι. Σχετικά με την ασφάλιση, περισσότερο ικανοποιημένοι δηλώνουν οι ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ με 3,846 και οι χρήστες υγείας άνευ ασφάλισης με 3,281, ενώ χαμηλή βαθμολογία ικανοποίησης παρουσιάζουν οι έχοντες ιδιωτική ασφάλιση με 2,987. Επιπλέον, οι έχοντες κάποια αναπηρία δηλώνουν λιγότερο

ικανοποιημένοι με 3,328 συγκριτικά με εκείνους που δεν έχουν με 3,819. Γίνεται αντιληπτό, ότι το γεγονός αυτό, παρά τη σχετική βιβλιογραφική αναφορά, στη Ρόδο δεν υπάρχουν οι κατάλληλες εξειδικευμένες δομές υγείας για ολιστική φροντίδα για τη διασφάλιση ποιοτικότερης ζωής σε άτομα με κάποια αναπηρία, με αποτέλεσμα την αναγκαστική προσφυγή σε δομές υγείας εκτός Ρόδου. Ωστόσο, για τα άτομα που στερούνται της δυνατότητας μεταφοράς σε άλλες δομές υγείας εκτός Ρόδου, αναγκάζονται να παραμένουν σε σταθερό ή σταθερά επιδεινούμενο επίπεδο υγείας και αυτό αποτελεί αιτία συχνής χρήσης υπηρεσιών υγείας στη Ρόδο, έλλειψη ποιοτικής ζωής λόγω αυτής της έκπτωσης του κεφαλαίου υγείας.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Η μέτρηση της ποιότητας συνδέεται περισσότερο με τις απόψεις των χρηστών υγείας παρά με τις προσδοκίες. (Brady και Cronin 2001). Το χάσμα πλαισίου μέτρησης μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων μπορεί πιθανότατα να αποτελέσει έναν αποκλίνων δείκτη απόψεων ποιότητας υπηρεσιών υγείας λόγω της διαφορετικότητας της ερμηνείας της διαφορούμενης έννοιας των προσδοκιών. (Cronin και Taylor, 1994). Οι προσδοκίες θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας γιατί η αξία των απόψεων μεμονωμένα δε συμβάλλει στην πρόβλεψη της συνολικής εκτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. (Parasuraman, Zeithaml και Berry, 1993). Η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται σημαντικά με τη συμμετοχή τους στη διαδικασία της διάγνωσης και της λήψης αποφάσεων στη θεραπεία. (Chang et al., 2013, Hamilton et al., 2013, Schoenfelder et al., 2011). Η βελτίωση των χαρακτηριστικών της δομής των υπηρεσιών υγείας αυξάνουν την ικανοποίηση των χρηστών υγείας. (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008, Πολύζος και συν., 2005, Πιερράκος και συν., 2013). Η παροχή υψηλής ποιότητας ΠΦΥ συσχετίζεται με την αξιολόγηση δημογραφικών παραγόντων για το σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης προσαρμοσμένων στις ανάγκες των πολιτών. (Buetow, 2005). Η ΠΦΥ αποτελεί προνομιακό πεδίο της επιστημονικής και πολιτικής ρητορικής, καθώς διεθνώς γίνεται αντιληπτό ότι η κρίσιμη και μεταβατική συγκυρία στην Ελλάδα επιβάλλει διορθωτικές αλλαγές μείζονος κλίμακας. Η συρρίκνωση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων λόγω της οικονομικής κρίσης επιβάλλει



εναλλακτικές προσεγγίσεις μεταξύ των οποίων η ΠΦΥ συνιστά επίσης προτεραιότητα. (Φερεγγίδου και συν., 2017, Αντωνιάδου – Κουμάτου και συν., 2015). Κρίνεται αναγκαία η εφαρμογή νέων πολιτικών υγείας σε επίπεδο ΠΦΥ για την καταστρατήγηση προβληματικών συνιστωσών της δικτύωσης των υγειονομικών δομών με επίκεντρο τη διαμόρφωση ενός ασθενοκεντρικού μοντέλου. (Φερεγγίδου και συν., 2017). Η αναδιαμόρφωση του υπάρχοντος συστήματος ΠΦΥ περιλαμβάνει την εισαγωγή νέων τεχνολογιών, όπως η Ηλεκτρονική Υγεία. Η ενδυνάμωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, ειδικά στις αγροτικές περιοχές κρίνεται επιτακτικό μέτρο ενίσχυσης της ΠΦΥ. Η εισαγωγή μηχανισμών αξιολόγησης υπηρεσιών ΠΦΥ και η ηγεσία στις δομές ΠΦΥ συνεπικουρεί στην καταστρατήγηση ανισοτήτων και στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. (Sbarouni et al., 2012).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

*«Κατά τον Freud η ευτυχία πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Η ποιότητα ζωής αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό μιας κοινωνίας και αφορά τις προϋποθέσεις τις οποίες πρέπει να πληροί κάποιο άτομο για να είναι ευτυχισμένο. Ο άνθρωπος, ως βιοψυχοκοινωνικό ον, επιχειρεί, στη διάρκεια της ζωής του να κατασκευάσει μια γέφυρα, να δημιουργήσει μια διασύνδεση μεταξύ ενός βαθύτερου εσωτερικού κόσμου και ενός ευρύτερου εξωτερικού κόσμου. Η ανθρώπινη ζωή είναι λειτουργικά δομημένη και οργανωμένη σε επίπεδα και μέσω των σχέσεων του εαυτού με τους άλλους, ολοκληρώνεται τελικά στη σχέση της με τον κόσμο στο σύνολό του. Κάθε επίπεδο προσδιορίζεται από ένα σύνολο συστατικών στοιχείων, ποσοτικών και ποιοτικών. Για να εκφράσει πλήρως η ανθρώπινη ζωή την υπόστασή της, πρέπει να υπάρχει σε κάθε επίπεδο, επαρκής ποσότητα και ποιότητα των συστατικών της στοιχείων».*

Σήμερα η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, που η λειτουργία του διέπεται από τις αρχές καθολικότητας και εξατομίκευσης, από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. (Θεοφίλου, 2010). Μέσα από τις έρευνες αναδύεται η ανάδειξη των προβληματικών διαστάσεων της παρεχόμενης

φροντίδας και συγχρόνως η επιφύλαξη των ασθενών για την εξωτερίκευση της δυσαρέσκειας τους. Στην παρούσα έρευνα ταυτόχρονα με τη μέτρηση του αριθμού των ικανοποιημένων ασθενών για τις διαστάσεις της φροντίδας, διερευνώνται ο ορισμός και ο βαθμός της ικανοποίησης και της ποιότητας της φροντίδας μεταξύ ανθρώπων με ποικιλομορφία δημογραφικών χαρακτηριστικών. Η έρευνα παράγει νέα γνώση ενισχύοντας τη σχέση διαδικασίας και αποτελέσματος. (Roussel και Swansburg , 2010).

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα για πολλούς παραμένει ένα όνειρο, που ωστόσο δύναται να υλοποιηθεί με την πολιτική βούληση και την απελευθέρωση από κάθε λογής μικροσυμφέροντα και μικρόκοσμους που έχουν συγκροτήσει ένα πανίσχυρο δίκτυο που φυλακίζει κάθε υγιή μεταρρυθμιστική προσπάθεια. Παρά την τρέχουσα οικονομική κρίση, δεν εγκαταλείπεται η ευσίωνη οπτική μιας αδυσώπητης επιδίωξης εξέλιξης της ΠΦΥ έστω και σε βάθος χρόνου. (Σωτηριάδου, Μαλλιαρού και Σαράφης, 2011). Η Καδδά και σύν., (2010), αναφέρουν ότι « η οριοθέτηση του συστήματος της ΠΦΥ είναι ένα σύγχρονο όραμα που θα βοηθήσει να βελτιωθεί ο τρόπος ζωής των πολιτών και να προαχθεί η υγεία». Η εφαρμογή νέων πολιτικών υγείας εστιασμένες στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας και επιτυχημένες στρατηγικές δικτύωσης ΠΦΥ άλλων χωρών με πρωτοπόρες πρωτοβουλίες οργάνωσης θα μπορούσαν να βρουν πεδίο εφαρμογής στην Ελλάδα.

Οι ανεξιχνίαστες ανάγκες υγείας αποτελούν σημαντική πρόκληση για το σύστημα υγείας γιατί η πλημμυρής φροντίδα μεγιστοποιεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με τις υπηρεσίες υγείας. Η διάσταση του προβλήματος του κάθε χρήστη υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην αναχαίτιση νοσημάτων αλλά περιλαμβάνει ψυχοκοινωνικές παραμέτρους.

Όλα τα παραπάνω ευρήματα της παρούσης μεταπτυχιακής διατριβής επισημαίνουν την σπουδαιότητα συνεχούς εκτίμησης των αναγκών των πολιτών ως προς την παρεχόμενη ΠΦΥ με απώτερο σκοπό την αποτελεσματική στελέχωση ενός ολοκληρωμένου δημόσιου συστήματος υγείας. Η τρέχουσα μελέτη σκιαγραφεί ένα συγκεκριμένο τύπο ασθενών, οι οποίοι ως συνειδητοί πελάτες λαμβάνουν λογικές αποφάσεις. Στη μελέτη των Thomas et al., (1995) σχετικά με τις απόψεις των ασθενών και την ικανοποίηση αυτών από τη νοσηλευτική φροντίδα, ο διαχωρισμός

προμηθευτών και αγοραστών φροντίδας είχε ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται ως πελάτες. Ωστόσο, διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με την αντιληφθείσα ποιότητα της φροντίδας μπορούν να συνυπάρχουν. Για παράδειγμα, οι ασθενείς από τη μία πλευρά, θεωρούν τη φροντίδα μια παθητική διαδικασία, πρόθυμα εξαρτώμενοι από τους επαγγελματίες υγείας και από την άλλη, δείχνουν να είναι δύσπιστοι στις υπηρεσίες υγείας βασιζόμενοι απλά σε αυτές λόγω της νόσου ή της ανάγκης ιατρικού ελέγχου. Τελικώς οι ασθενείς θεωρούν τη φροντίδα μια εμπειρία που τη μοιράζονται με τους επαγγελματίες υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις παραδοχές εμπλουτίζεται και συνεχίζεται η έρευνα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *«Δε μπορεί να υπάρξει βελτίωση χωρίς τη μέτρηση της απόδοσης για τη συστηματική αξιολόγηση της καθημερινής κλινικής πρακτικής, όπως υποδεικνύουν τα συστήματα ποιότητας»*. (Παπακωστίδη και Τσουκαλά, 2012). Γίνεται αντιληπτό ότι παρά το υψηλό ποσοστό ικανοποίησης των χρηστών υγείας από τις δομές της Ρόδου, υπάρχει σημαντικό περιθώριο βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των μονάδων αυτών με την εφαρμογή κατάλληλου στρατηγικού σχεδιασμού. Τελικά, τα αποτελέσματα της μελέτης μας είναι επίσης συμβατά με τους τρόπους με τους οποίους αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι την απειλή της ασθένειας, παράγοντας ο οποίος διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στις αποφάσεις σχετικά με την αναζήτηση της φροντίδας. Οι μελέτες για την ικανοποίηση των χρηστών ΠΦΥ συμβάλλουν στον αποτελεσματικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας καθώς συγκεντρώνουν στοιχεία από το παρελθόν, καθώς πολλά γεγονότα του παρόντος αποτελούν αποφάσεις του παρελθόντος. (Ζάβρας και συν., 2014). Κατανοώντας λοιπόν το παρελθόν αξιοποιεί κανείς παρόν και σχεδιάζει μέλλον.

Τοτε ξεκινά το ταξίδι προς την ποιότητα, βήμα προς βήμα, αν και συχνά δύσκολο έχει προορισμό την υπεροχή, την πρόβλεψη και την καινοτομία, στοιχεία που οδηγούν στη διαφορά, όχι μόνο για ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Αποτελεί ζήτημα επιβίωσης με απαίτηση μιας ανώτερης κλινικής ποιότητας. Η ικανότητα για τη συνεχή βελτίωση οδηγεί στις μελλοντικές επιτυχίες, τόσο τις ατομικές όσο και τις συλλογικές. Γι' αυτό, το μέλλον ανήκει σε αυτούς που ενσταλάζουν το όραμα της εξέλιξης, σε αυτούς που αποδέχονται τις οικονομικές πιέσεις και προβαίνουν σε ελιγμούς μέσα από τον ευρηματικό σχεδιασμό με γνώμονα τον ανθρώπινο παράγοντα. (Παπανικολάου, 2007).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.

### Έντυπο Συγκατάθεσης

**Τίτλος μελέτης:** «Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των υπηρεσιών σε μία Υγειονομική Περιφέρεια»

#### **Συγκατάθεση συμμετέχοντα:**

1. Δηλώσει ότι έχω κατανοήσει τον σκοπό της μελέτης.	<input type="checkbox"/>
2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στη μελέτη είναι εθελοντική.	<input type="checkbox"/>
3. Συμφωνώ να συμμετάσχω στην παραπάνω μελέτη.	<input type="checkbox"/>
4. Κατανοώ ότι τηρείται και θα τηρηθεί πλήρης εμπιστευτικότητα των δεδομένων μου.	<input type="checkbox"/>

#### **Στοιχεία Συμμετέχοντα:**

Όνομα: .....

Υπογραφή:..... Ημερομηνία: .....

#### **Στοιχεία Ερευνήτριας**

Όνομα: **Τσακίρη Ελένη (Φοιτήτρια του μεταπτυχιακού «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» ΑΠΚΥ)**

Υπογραφή:..... Ημερομηνία: .....

## **Αγαπητέ/ή χρήστη/τρια των υπηρεσιών υγείας,**

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας, με τη συνεργασία και συμβολή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, προκειμένου να καταγραφούν οι εμπειρίες σας από τη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή αυτών που λαμβάνετε από τις μονάδες του ΠΕΔΥ (π.χ. πρώην πολυϊατρεία του ΙΚΑ, Κέντρα Υγείας) και από τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων. Σκοπός είναι να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών **από τη συγκεκριμένη μονάδα υγείας** και να παραχθεί τεκμηριωμένη πληροφόρηση για την ποιότητα των υπηρεσιών προς τις διοικητικές αρχές.

**Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη.** Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Θα γίνει ομαδοποιημένη επεξεργασία των δεδομένων και δεν θα είναι εφικτή η αποκάλυψη των απαντήσεων σας σε κανένα εμπλεκόμενο μέρος, ακόμα και στους ίδιους τους ερευνητές.

Η συμμετοχή σας είναι **απαραίτητη** για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζετε ότι το ερωτηματολόγιο αυτό μπορείτε να το συμπληρώσετε **μόνο μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψής σας στη συγκεκριμένη μονάδα** παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, εάν είστε ενήλικος/η (άνω των 18 ετών), κηδεμόνας/γονέας ανηλίκου χρήστη των υπηρεσιών ή συνοδός χρήστη των υπηρεσιών. Τέλος, σας παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις** με τον τρόπο που ορίζεται κάθε φορά. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρειάζονται περίπου δεκαπέντε (15) λεπτά.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο και τη συνεργασία σας.

**Υπεύθυνοι Έρευνας:**

**Χαράλαμπος Οικονόμου** Αναπληρωτής Καθηγητής, Πάντειο Πανεπιστήμιο

[chacono@otenet.gr](mailto:chacono@otenet.gr)

**Δάφνη Καϊτελίδου**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

[dkaitelid@nurs.uoa.gr](mailto:dkaitelid@nurs.uoa.gr)

***Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή και το χρόνο σας!***

**Μονάδα υγείας:** ..... **(ΔΕΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ)**

**Ημερομηνία:** .... / .... / 20.... **(ΔΕΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ)**

**Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών από Ιατρούς Ειδικότητας και άλλους Επαγγελματίες Υγείας των Κέντρων Υγείας/Μονάδων ΠΕΔΥ**

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

- Άνδρας  
 Γυναίκα

2. Ποιό είναι το έτος γέννησής σας;

--	--	--	--

3. Ποιά είναι η εθνικότητά σας;

- Ελληνική  
 Άλλη (Παρακαλώ προσδιορίστε: .....

4. Ποιό είναι το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο μέχρι το οποίο έχετε φτάσει;

- Μερικές τάξεις του Δημοτικού  
 Απόφοιτος-η Δημοτικού  
 Απόφοιτος-η Γυμνασίου  
 Απόφοιτος-η Λυκείου  
 Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)  
 Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού

5. Αναφορικά με την ασφάλισή σας: (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- Είμαι ασφαλισμένος-η στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης  
 Έχω ιδιωτική ασφάλιση  
 Είμαι ανασφάλιστος-η

6. Έχετε αναπηρία άνω του 67%;

- Ναι  
 Όχι

7. Πως θα περιγράφατε την κατάσταση της υγείας σας γενικά;

- Εξαιρετική  
 Πολύ καλή  
 Καλή  
 Μέτρια  
 Κακή

**8.** Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα, δηλαδή από νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο;

- Όχι, από κανένα νόσημα
- Ναι, από ένα νόσημα
- Ναι, από δύο νοσήματα
- Ναι, από τρία ή περισσότερα νοσήματα
- Δεν γνωρίζω

**9.** Εάν πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα, τότε ποιό είναι αυτό; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- Καρδιαγγειακό νόσημα (π.χ. αγγειακό εγκεφαλικό νόσημα, καρδιακή ανεπάρκεια κ.ά.)
- Νόσημα του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.ά.)
- Αυτοάνοσο νόσημα (π.χ. ελκώδης κολίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας, ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.ά.)
- Νόσημα του θυρεοειδούς αδένος (π.χ. υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός, νόσος Hashimoto κ.ά.)
- Καρκίνος
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Νεφρική νόσος
- Άλλο(Παρακαλώ προσδιορίστε: .....)

**10.** Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πόσο συχνά επισκεφτήκατε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ;

- Ποτέ
- Μία φορά
- 2 έως 4 φορές
- 5 φορές ή περισσότερες
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

**11.** Πώς επισκεφτήκατε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ σήμερα;

- Με παραπομπή (μετά από σύσταση του γιατρού)
- Χωρίς παραπομπή (με δική μου πρωτοβουλία)

**12.** Με ποιούς από τους παρακάτω επαγγελματίες υγείας ήρθατε σε επαφή σήμερα;

Γενικό γιατρό	<input type="checkbox"/>	Διαιτολόγο	<input type="checkbox"/>
Παθολόγο	<input type="checkbox"/>	Οδοντίατρο	<input type="checkbox"/>
Παιδίατρο	<input type="checkbox"/>	Νοσηλεύτη/-τρια	<input type="checkbox"/>

Ακτινολόγο	<input type="checkbox"/>	Επισκέπτη/-τρια υγείας	<input type="checkbox"/>
Μικροβιολόγο	<input type="checkbox"/>	Μαιευτή/Μαία	<input type="checkbox"/>
Καρδιολόγο	<input type="checkbox"/>	Φυσιοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Δερματολόγο	<input type="checkbox"/>	Εργοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Ωτορινολαρυγγολόγο	<input type="checkbox"/>	Λογοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Οφθαλμίατρο	<input type="checkbox"/>	Κοινωνικό/-η λειτουργό	<input type="checkbox"/>
Πνευμονολόγο	<input type="checkbox"/>	Ψυχολόγο	<input type="checkbox"/>
Ψυχίατρο	<input type="checkbox"/>	Άλλο	<input type="checkbox"/>
Ενδοκρινολόγο	<input type="checkbox"/>	Παρακαλώ προσδιορίστε:.....	

**13.** Ποιός είναι ο λόγος της επίσκεψής σας σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ σήμερα; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερους από έναν)

- Ασθένεια/αδιαθεσία
- Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)
- Συνταγογράφηση φαρμάκων
- Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις
- Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση
- Συμβουλευτική υποστήριξη (π.χ. μαθήματα ανώδυνου τοκετού)
- Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε: .....

**14.** Προγραμματίσατε ραντεβού για την επίσκεψη αυτή;

- Ναι
- Όχι (σε περίπτωση που επιλέξατε «Όχι», παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 17)

**15.** Πώς προγραμματίσατε το ραντεβού;

- Με επίσκεψη στη Γραμματεία
- Τηλεφωνικά στη Γραμματεία
- Τηλεφωνικά σε 5ψήφιο αριθμό
- Απευθείας με τον-την γιατρό
- Μέσω Ίντερνετ (e-ραντεβού)
- Δεν ξέρω, κάποιος άλλος μου το προγραμμάτισε

**16.** Πόσες ημέρες περιμένατε από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψή σας σήμερα;

- Προγραμμάτισα το ραντεβού νωρίτερα σήμερα (εξυπηρετήθηκα αυθημερόν)



- Προγραμματίσατοραντεβούχθες
- Περίμενα μία εβδομάδα
- Περίμενα από μία εβδομάδα έως έναν μήνα
- Περίμενα πάνω από έναν μήνα
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

**17.** Πόση ώρα περιμένατε σήμερα για να ολοκληρώσετε τις διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά κ.λπ.);

- Μέχρι 15 λεπτά
- Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα
- Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα
- Περισσότερο από μια ώρα
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

**18.** Πόση ώρα περιμένατε σήμερα από τη στιγμή που ολοκληρώσατε τις διοικητικές διαδικασίες μέχρι να σας δει ο/η γιατρός;

- Μέχρι 15 λεπτά
- Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα
- Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα
- Περισσότερο από μια ώρα
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

**19.** Ο-η γιατρός:

- δεν χρειάστηκε να με παραπέμψει σε κανέναν άλλον (σε περίπτωση που το επιλέξατε, τότε παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 21)
- με παρέπεμψε σε άλλον/η γιατρό σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ
- με παρέπεμψε σε νοσοκομείο
- με παρέπεμψε για διαγνωστικές εξετάσεις εντός του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ
- με παρέπεμψε σε διαγνωστικό εργαστήριο/κέντρο εκτός του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ

**20.** Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παρέπεμψε σε άλλο-η επαγγελματία υγείας, η πληροφόρηση/καθοδήγηση που σας παρείχε ήταν επαρκής (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής);

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 1 έως το 5 (όπου το 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση **Διαφωνώ απόλυτα** και το 5 την απάντηση **Συμφωνώ απόλυτα**)*

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21.** Σήμερα σας είδε νοσηλευτής ή άλλος-η επαγγελματίας υγείας χωρίς να σας δει γιατρός σε αυτότο Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ;

Ναι

Όχι

**Αναφορικά με τη σημερινή σας επίσκεψη,  
σε ποιά βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω;**

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 1 έως το 5 (όπου το 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση Διαφωνώ απόλυτα και το 5 την απάντηση Συμφωνώ απόλυτα)*

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	1	2	3	4	5
22. Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτού του κέντρου υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37.Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Εάν σήμερα, ΔΕΝ είδατε νοσηλευτές/-τριες ή άλλους επαγγελματίες υγείας, τότε παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση 43</b>					
	<b>Διαφωνώ απόλυτα 1</b>	<b>Διαφωνώ 2</b>	<b>Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3</b>	<b>Συμφωνώ 4</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα 5</b>
39.Οι νοσηλευτές-τριες με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.Οι νοσηλευτές-τριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.Οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**43.** Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τί βαθμό θα συστήνατε τον-την γιατρό που επισκεφτήκατε σήμερα στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα όχι** και το 10 σημαίνει **Σίγουρα ναι**)*

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**44.** Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τι βαθμό θα συνιστούσατε αυτότο Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα όχι** και το 10 σημαίνει **Σίγουρα ναι**)*

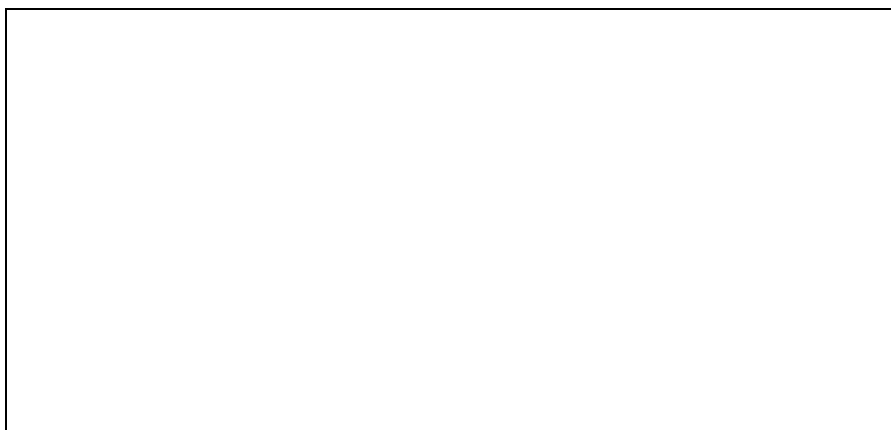
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Παρακαλώ προσέξτε ότι σε αυτήν την ενότητα του ερωτηματολογίου σας ζητούμε να αξιολογήσετε το πόσο σημαντικές είναι οι παρακάτω διαστάσεις:

Διαστάσεις	Ασήμαντη	Μερικώς σημαντική	Σημαντική	Πολύ σημαντική
45. Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι τηνπραγματοποίηση της επίσκεψης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμψει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό(π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Ο-η γιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥνα είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥνα είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Οι νοσηλευτές-τριεςνα με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Οι νοσηλευτές-τριεςνα μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Οι νοσηλευτές-τριες να είναι ευγενικοί-ές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές) να με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**71.**Τί σας δημιούργησε θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της σημερινής σας επίσκεψης;



**72.**Τί θα μπορούσε να βελτιώσει ο γιατρός ειδικότητάς/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που επισκεφτήκατε σήμερα;



**73.**Τί θα μπορούσε να βελτιωθεί σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ;



***Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή  
και το χρόνο σας!***

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## Ξενόγλωσση

1. Abramowitz S., Cote A., Berry E., (1987), *Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach*. Quality Review Bulletin, 13(4):122, <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S009759901630118X/first-page-pdf> (Revised:22/05/2018)
2. Al-Eisa I, Al-Mutar M, Radwan M, Al-Terkit A.,(2005),*Patients' satisfaction with primary health care services at capital health region, Kuwait*. MEJFM, 3:10–16,<http://www.mejfm.com/Newarchives2013/Patients'Satisfaction.pdf> (Revised:18/09/2018)
3. Aletras V., Papadopoulos E., Niakas D., (2004), *Development and preliminary validation of a Greek – language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses*, BMC Health Services Research, BioMed Central (Revised:26/09/2018)
4. Ali, S. H. S., and Ndubisi, N. . (2011), “*The effects of respect and rapport on relationship quality perception of customers of small healthcare firms*”, Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics, 23(2):135-151 ( Revised:20/09/2018)
5. Allsop J., (1994), *Two sides to every story: complaints' and doctors' perspectives in disputes about medical care in general practice setting*, Law and Policy. Wiley online library, 16(2) (Revised:24/05/2018)
6. Anastasi A.,(1950), *The concept of validity in the interpretation of test scores*. Education.Psychology, Measurement. 10: 67,<https://doi.org/10.1177%2F001316445001000105> (Revised:03/08/2018)
7. Anderson L., Zimmerman M., (1993), *Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management*. Patient Education and Counseling, Patient Education and Counsel in Ireland, Elsevier Scientific Publishers, 20: 27-36, <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/31021/0000697.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Revised:27/05/2018)



8. Anderson R., Weisman C., Camacho F., Hudson Scholle S., Henderson J., Farmer D., (2007), *Women's Satisfaction with Their On-Going Primary Health Care Services: A Consideration of Visit-Specific and Period Assessments*, *Health services research, Impacting health Practice and policy through State -of -the- Art Research and thinking* 42(2): 663–681,  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955356/pdf/hesr0042-0663.pdf>  
(Revised:07/05/2018)
9. Annandale E. & Hunt K. (1998) *Accounts of disagreements with doctors. Social Science and Medicine*, Great Britain, 46(1): 119-129.
10. Badri M., Dodeen H., Al Khaili M., Abdulla M.,(2005),*Development of the National Inpatient Satisfaction Constructs and Items for the United Arab Emirates*, *International Journal of Applied Health Studies, International Management Journals* 1(3):1-22
11. Baker R. (1991) , *The reliability and criterion validity of a measure of patients' satisfaction with their general practice*. *Family Practice*. 8,  
<https://doi.org/10.1093/fampra/8.2.171> (Revised:01/08/2018)
12. Barbeau J. Bradley (1985), *Predictive and normative expectations in consumer satisfaction: autillilization of adaptation and comparison levels in a unified framework*.
13. Boer de D., Delnoij D., Rademakers J. (2010), *Do patient experiences on priority aspects of health care predict their global rating of quality of care? A study in five patient groups*, *The Authors, journal compilation, Blackwell Publishing Ltd Health Expectations*, wiley, 13:285-297,  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1369-7625.2010.00591.x>  
(Revised:18/05/2018)
14. Bolton N. & Drew H. (1991a),*A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes*. *Journal of Marketing*. 1-20  
<http://www.ruthnbolton.com/Publications/LongitudinalAnalysisofServiceChangesonAttitudes.pdf> (Revised: 12/07/2018)
15. Bolton N. & Drew H. (1991b),*A multistage model of customers' assessments of service quality and value*, *Journal of Consumer Research*. 1-31,

<http://www.ruthnbolton.com/Publications/ServiceQualityandValue.pdf>

(Revised: 12/07/2018)

16. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. (2011), *Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review*. PloSOne;6(6):e20476, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>  
(Revised: 18/02/2018)
17. Brady K., Cronin J., (2001), *Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach*, Journal of Marketing; 65:34–49  
(Revised:01/10/2018)
18. Bramadat IJ, Driedger M.,(1993), *Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement*, wiley online library,  
20(1)DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1523536X.1993.tb00175.x> (Revised:14/05/2018)
19. Breckenridge K., Bekker H., Gibbons E., Van den Veer S., Abbot D., Briancon S., Cullen R., Garneata L., Jager K., Lonning K., Metcalfe W., Morton R., Murtagh F., Prutz K., Robertson S., Rychlik I., Schon S., Sharp L., Speyer E., Tentori F., Caskey F.,(2015),*How to routinely collect data on patient-reported outcome and experience measures in renal registries in Europe: an expert consensus meeting*, Oxford Journals, Nephrology Dialysis Transplantation, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569391/>  
(Revised: 23/10/2018)
20. Bredart A., Razavi D., Robertson C., Batel-Copel L., Larsson G., Lichosik D., Meyza J., Schraub S., von Essen L., de Haes J.C.J.M., (2001), *A comprehensive assessment of satisfaction with care: preliminary psychometric analysis in French, Polish, Swedish and Italian Oncology patients*, Patient Education and Counseling. 43(3),  
[https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(00\)00165-8](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00165-8) (Revised:11/05/2018)
21. Bredart, A. (2001), *Assessment of satisfaction with cancer care: development, cross-cultural psychometric analysis and application of a comprehensive instrument*, UvA-DARE (Digital Academic Repository). 6:87-98
22. Brody D., Miller S., Lerman C., Smith G., Lazaro G. ,Blum M. (1989),*The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received*. Medical Care, 27(11): 1027,  
<https://www.jstor.org/stable/3765522> (Revised:08/05/2018)

23. Brody D., Miller S., Lerman C., Smith G., Lazaro G., Blum M., (1989), *The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received*. *Medical Care*. 27: 1027, <https://www.jstor.org/stable/3765522> (Revised:25/07/2018)
24. Buers C., Triemstra M., Blomendal E., Zwijnenberg N., Hendriks M., Denloij D., (2014), *The value of cognitive interviewing for optimizing a patient experience survey*, *Internal Journal of Social Research Methodology* 17(4) : 325-340, <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13645579.2012.750830> (Revised:04/06/2018)
25. Buetow S. (2005), *High need patients receiving targeted entitlements: what responsibilities do they have in primary health care?* *J Med Ethics*, 31(5):304-6. <https://jme.bmj.com/content/31/5/304.short> (Revised:20/09/2018)
26. Bull A., (1994), *Specifying quality in health care*, *Journal of management in Medicine*. 8(2), <https://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/EUM0000000003873> (Revised:19/05/2018)
27. Cadotte, Ernest R., Robert B. Woodruff and Roger L. Jenkins, (1987), *Expectations and norms in models of consumer satisfaction*. *Journal of Marketing Research*. 24(3): 305, <https://www.jstor.org/stable/3151641> (Revised:10/05/2018)
28. Carman M., (1990), *Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions*, *Journal of Retailing*. Greenwich, 66(1): 33, <https://search.proquest.com/openview/9b58a6fed9a03970daaa0c1557ae7bb2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41988> (Revised:18/05/2018)
29. Carmel S.,(1988), *Hospital patients' responses to dissatisfaction*, *Sociology of Health and Illnes*,. 10(3): 262-281, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-9566.ep11340165> (Revised:16/05/2018)
30. Carr-Hill A., (1992), *The measurement of patient satisfaction*. *Journal of Public Health Medicine*, 14(3), <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a042739> (Revised:07/07/2018)
31. Cengiz E. (2010), *Measuring customer satisfaction, Must or not?* *Journal of Naval Science and Engineering* 6(2):76-88, <https://pdfs.semanticscholar.org/abd2/9b3efe183c92e5e950c4734e2ab39fcae80e.pdf> (Revised:10/05/2018)

- 32.** Chang C., Tseng T., Woodside A.,(2013), *Configural algorithms of patient satisfaction, participation in diagnostics, and treatment decisions' influences on hospital loyalty*, Journal of Services Marketing,27:91103[https://www.researchgate.net/profile/Arch\\_Woodside/publication/259397351\\_Configural\\_algorithms\\_of\\_patient\\_satisfaction\\_participation\\_in\\_diagnostics\\_and\\_treatment\\_decisions'\\_influences\\_on\\_hospital\\_loyalty/links/5460b3010cf27487b452151c.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Arch_Woodside/publication/259397351_Configural_algorithms_of_patient_satisfaction_participation_in_diagnostics_and_treatment_decisions'_influences_on_hospital_loyalty/links/5460b3010cf27487b452151c.pdf) (Revised:21/09/2018)
- 33.** Churchill A. & Surprenant C. (1982),*An investigation into the determinants of customer satisfaction*, Journal of Marketing Research. 19: 491-504, [https://www.geocities.ws/matthew\\_lau2002/Downloads/Satisfaction\\_churchill.pdf](https://www.geocities.ws/matthew_lau2002/Downloads/Satisfaction_churchill.pdf) (Revised:11/05/2018)
- 34.** Churchill A., Gilbert A., (1979), *A paradigm for developing better measures of marketing constructs*. Journal of Marketing Research. 16: 64-73, [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32574190/A\\_paradigm\\_for\\_developing\\_better\\_measures\\_of\\_marketing\\_constructs.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1535560003&Signature=anLdUW%2FoNczVwpfFun1HR3qegfQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DReproduced\\_with\\_permission\\_of\\_the\\_A\\_para.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32574190/A_paradigm_for_developing_better_measures_of_marketing_constructs.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1535560003&Signature=anLdUW%2FoNczVwpfFun1HR3qegfQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DReproduced_with_permission_of_the_A_para.pdf) (Revised:20/06/2018)
- 35.** Cleary D., McNeil J., (1988), *Patient satisfaction as an indicator of quality care*. Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing, 25: 25-36, <https://www.researchgate.net/publication/20190384> (Revised:18/06/2018)
- 36.** Cleary, D., Edgman-Levitan, S., Robertts, M., Moloney, W., McMullen, W., Walker, D., Delbanco, L. (1991). *Patients evaluate their hospital care: a national survey*. *Health Affairs*.(Winter), 10: 254-267, <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.10.4.254> (Revised:26/05/2018)
- 37.** Cohen G., (1996), *Age and health status in a patient satisfaction survey*, Social Science Medicine, Elsevier, 42(7),[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00315-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00315-0) (Revised:20/06/2018)
- 38.** Cook H., (2017) , *Ethics: an emerging management issue, The role of the patient in standard setting and audit MA Healthcare*, 3(22): 1182 – 1188,

[https://www.researchgate.net/profile/Hannah\\_Cooke/publication/311239112\\_The\\_role\\_of\\_the\\_patient\\_in\\_standard\\_setting\\_and\\_audit/links/5886254892851c21ff4d3fcf/The-role-of-the-patient-in-standard-setting-and-audit.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Hannah_Cooke/publication/311239112_The_role_of_the_patient_in_standard_setting_and_audit/links/5886254892851c21ff4d3fcf/The-role-of-the-patient-in-standard-setting-and-audit.pdf) (Revised:14/06/2018)

- 39.** Cortina M., (1993), *What is coefficient alpha: an examination of theory and applications*, Journal of Applied Psychology. 78(1): 98-104,  
<https://pdfs.semanticscholar.org/cefe/6708d7131de2b7ee22707bc4b3bf7dfbfec8.pdf> (Revised:30/07/2018)
- 40.** Coyle J, Williams B., (1999), *Seeing the wood for the trees: defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research*, Leadersh Health Serv,12(4) DOI:<https://doi.org/10.1108/13660759910298707> (Revised:13/05/2018)
- 41.** Cronbach A., (1951), *Coefficient alpha and the internal structure of tests*, Psychometrika. 16(3): 297-334,  
[http://psych.colorado.edu/~carey/courses/psyc5112/readings/alpha\\_cronbach.pdf](http://psych.colorado.edu/~carey/courses/psyc5112/readings/alpha_cronbach.pdf) (Revised:30/07/2018)
- 42.** Cronin J, Taylor S. (1994), *SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality*, Journal of Marketing;58:125–131. <http://www.jstor.org/stable/3203465?origin=JSTOR-pdf>  
[https://www.researchgate.net/profile/J\\_Cronin\\_Jr/publication/235361370\\_SERVPERF\\_Versus\\_SERVQUAL\\_Reconciling\\_Performance-Based\\_and\\_Perceptions-Minus-Expectations\\_Measurement\\_of\\_Service\\_Quality/links/551aa4d00cf2f51a6fea9148/SERVPERF-Versus-SERVQUAL-Reconciling-Performance-Based-and-Perceptions-Minus-Expectations-Measurement-of-Service-Quality.pdf](https://www.researchgate.net/profile/J_Cronin_Jr/publication/235361370_SERVPERF_Versus_SERVQUAL_Reconciling_Performance-Based_and_Perceptions-Minus-Expectations_Measurement_of_Service_Quality/links/551aa4d00cf2f51a6fea9148/SERVPERF-Versus-SERVQUAL-Reconciling-Performance-Based-and-Perceptions-Minus-Expectations-Measurement-of-Service-Quality.pdf) (Revised:01/10/2018)
- 43.** Cryns G., Nichols C., Kats.A. ,Calkins E. (1989), *The hierarchical structure of geriatric patient satisfaction: an older patient satisfaction scale designed for HMOs*, Medical Care, Elsevier 27(8): 802, <https://www.jstor.org/stable/3765345> (Revised:15/06/2018)
- 44.** Dictionary of Standard Modern Greek – portal, [http://www.greek-language.gr/greekLang/modern\\_greek/tools/lexica/triantafyllides/search.html?lq=%CF%80%CE%BF%CE%B9%CF%8C&dq=](http://www.greek-language.gr/greekLang/modern_greek/tools/lexica/triantafyllides/search.html?lq=%CF%80%CE%BF%CE%B9%CF%8C&dq=) (Revised: 16/05/2018)

45. DiMatteo R., Taranta A., Friedman S., Prince M. (1980), *Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills*. *Med Care*, 18(4):376  
(Revised:20/09/2018)
46. Doyle J., Ware E., (1977), *Physician conduct and other factors that affect consumer satisfaction with medical care*, *Journal of Medical Education*. 52(10),  
<https://europepmc.org/abstract/med/903944> (Revised:12/06/2018)
47. Evanson E., Whittington D.,(1997), *Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study*, *International Journal of Health Care Quality Assurance*.10(1),<https://doi.org/10.1108/09526869710159589>  
(Revised:10/07/2018)
48. Finn H, (1972), *Effects of some variations in rating scale characteristics on the means and reliabilities of ratings*, *Educational and Psychological Measurement*. 32(2): 255,  
<https://doi.org/10.1177%2F001316447203200203> (Revised:04/08/2018)
49. Fisher W., (1971), *Patients' evaluation of outpatient medical care*, *Journal of medical education*, 46: 238-244,  
[https://journals.lww.com/academicmedicine/abstract/1971/03000/patients\\_\\_evaluation\\_of\\_outpatient\\_medical\\_care.8.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/abstract/1971/03000/patients__evaluation_of_outpatient_medical_care.8.aspx) (Revised:23/06/2018)
50. Fitzpatric R.,(1991a), *Surveys of patient satisfaction. I: important general considerations*, *British Medical Journal*. 302: 887-889,  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1669267/pdf/bmj00121-0035.pdf>  
(Revised:30/06/2018)
51. Fitzpatrick R., Hopkins A., (1983), *Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research : an empirical exploration*, *Sociology of Health and Illness*, 5(3):297-311, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-9566.ep10491836> (Revised:02/06/2018)
52. Fox J., Storms M., (1981), *A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care*, *Social. Science, Medicine, Elsevier*,. 15(5):  
[https://doi.org/10.1016/0271-7123\(81\)90079-1](https://doi.org/10.1016/0271-7123(81)90079-1) (Revised:30/05/2018)
53. Ghobadian A., Speller S. and Jones M., (1994) *Service Quality Concepts and Models*. *International Journal of Quality & Reliability Management*. 11(9): 43-66

54. Gilleard C., Reed R. (2001), *Validating a measure of patient satisfaction with community nursing services*, Journal of Advanced Nursing, Wiley on line library 28(1), <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00773.x> (Revised:11/05/2018)
55. Giovanis A, Pierrakos G, Kyriakidou N, Yfantopoulos J, Goula A, Latsou D, Tomaras P, Sarris M, ((2014), *Service quality asymmetric effect on patient satisfaction for primary healthcare services*, 7<sup>th</sup> Annual, Euromed Conference of the EuroMed Academy of Business, Norway, p:669-682,<https://www.researchgate.net> (Revised:12/06/2018)
56. Glasson J., Chang E., Chenoweth L., Hanconk K., Hall T., Hill-Murray F., Collier L.(2006), *Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward*. J Clin Nurs. 15(5), <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2006.01371.x> (Revised:18/09/2018)<https://doi.org/10.1111/j.1467-9930.1994.tb00121.x> (Revised:12/05/2018)
57. Gotzamani K., (2001), *An empirical study of the ISO 9000 standards' contribution towards total quality management*, *An empirical study of the ISO 9000 standards' contribution towards total quality management*, International journal of operations & production management, 21(10):1326-1342,<http://www.emerald-library.com/ft> (Revised:14/06/2018)
58. Green E., Rao R. (1970), *Rating scales and information recovery. How many scales and response categories to use?* Journal of Marketing. 34(3): 33, <https://www.jstor.org/stable/1249817> (Revised:04/08/2018)
59. Grogan S., Conner M., Norman P., Willits D., Porter I., (2000), *Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services*, Quality in Health Care, 9:210-215, [www.qualityhealthcare.com](http://www.qualityhealthcare.com) (Revised:30/05/2018)
60. Gronroos C., (1982), *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Helsingfors: Swedish School of Economics and Business Administration, 366
61. Hall A., Dornan C., (1990), *Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis*. Social Science and Medicine 30, [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90205-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90205-7) (Revised:07/07/2018)

62. Hamilton D., Lane J., Gaston P., Patton T., MacDonald D., Simpson A., (2013), *What determines patient satisfaction with surgery? A prospective cohort study of 4709 patients following total joint replacement*, *BMJ Open*, 3.pii:e002525  
<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/4/e002525.full.pdf>  
 (Revised:21/09/2018)
63. Hammersley M.,(1987), *Some notes on the terms “validity” and “reliability”*, *British Educational Research Journal*. 13(1): 73,  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1080/0141192870130107>  
 (Revised:26/07/2018)
64. Hancock R., Klockars J., (1991), *The effect of scale manipulations on validity: targeting frequency rating scales for anticipated performance levels*.*Applied Ergonomics*, 22(3), [https://doi.org/10.1016/0003-6870\(91\)90153-9](https://doi.org/10.1016/0003-6870(91)90153-9)  
 (Revised:05/08/2018)
65. Hart M. (1996), *Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality*, *Leading Global Nursing Research*, wiley, 24,(6): 1234-1240  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb01030.x> (Revised:02/06/2018)
66. Hays D., Ware R., (1986),*My medical care is better than yours: social desirability and patient satisfaction ratings*, *Medical Care*. Elsevier 24(6): 519,  
<https://www.jstor.org/stable/3764698> (Revised:15/06/2018)
67. Hinshaw A., Atwood J. (1981), *A patient satisfaction instrument: precision by replication*, *Nursing Research*. American Psychological Association, 31(3)
68. Hopton L., Howie .R., Porter D., (1993), *The need for another look at the patient in General practice satisfaction surveys*, *Journal of Family Practice*. 10,  
<https://doi.org/10.1093/fampra/10.1.82> (Revised:21/05/2018)
69. Howell D., (2010), *Statistical methods for psychology*, Basic Cocepts, 7<sup>th</sup> edition, USA,1:3,  
[https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=5WFohzuwzPOC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Howell+D.,+\(2010\),+Statistical+methods+for+psychology,+Basic+Cocepts,+1:3&ots=oTfFJ2SngS&sig=ActBHCU0tidpPGeo1SEgJLCrR-I&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Howell%20D.%20\(2010\)%20Statistical%20methods%20for%20psychology%20Basic%20Cocepts%201%3A3&f=false](https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=5WFohzuwzPOC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Howell+D.,+(2010),+Statistical+methods+for+psychology,+Basic+Cocepts,+1:3&ots=oTfFJ2SngS&sig=ActBHCU0tidpPGeo1SEgJLCrR-I&redir_esc=y#v=onepage&q=Howell%20D.%20(2010)%20Statistical%20methods%20for%20psychology%20Basic%20Cocepts%201%3A3&f=false)  
 (Revised:05/08/2018)



70. Hsieh M., Doner Kagle J. (1991) *Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care*, *Health and Social Work*, 16(4): (281-290).
71. Hulka S., Zyzanski J., Cassel.C. , Thompson .J. (1971),*Satisfaction with medical care in low income population*, *Journal of Cronical Diseases*, USA, 24: (661-673.)  
DOI: [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(71\)90069-5](https://doi.org/10.1016/0021-9681(71)90069-5) (Revised:07/05/2018)
72. Hunt K., Ralph L. Day (eds.). *Conceptual and Empirical Contributions to Consumer Satisfaction and Complaining Behavior*. Bloomington, IN: Indiana University School of Business.
73. Institute for Healthcare Improvement (2018), *Profiles in leadership: Don Berwick*, OpenSchool,<http://www.ihl.org/education/IHIOpenSchool/resources/Pages/ProfilesInLeadershipDonBerwick.aspx> (Revised:01/07/2018)
74. International Council of Nurses, (2012),*The ICN Code OF Ethics For Nurses*,:1,[www.icn.ch](http://www.icn.ch) (Revised:02/03/2018)
75. Jefferson-Lenskyj N. (2012), *Quality in healthcare*. Australian Family Physician., Australia,  
41(9):649[https://www.surgeons.org/media/20080416/quality\\_health\\_records\\_-\\_a\\_guide.pdf](https://www.surgeons.org/media/20080416/quality_health_records_-_a_guide.pdf) (Revised: 10/07/2018)
76. Jenkins D., Taber D., (1977), *A Monte-Carlo study of factors affecting three indeces of composite scale reliability*. *Journal of Applied Psychology*, 62(4),  
<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.62.4.392> (Revised:04/08/2018)
77. Judge K., Solomon M.,(1993), *Public opinion and the National Health Service: patterns and perspectives in consumer satisfaction*, *Journal of Sociologic Policy* 22(3),299, <https://doi.org/10.1017/S0047279400019553> (Revised:11/07/2018)
78. Judith A., Hall M., Dornan C., (1990), *Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a metaanalysis*, Elsevier, 30(7),  
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90205-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90205-7) (Revised:27/05/2018)
79. Kadzombe A., Coals J., (1992), *Complaints against doctors in an accident and emergency department: a 10-year analysis*. *Archives of Emergency Medicine*. 9: 134-142,<https://emj.bmj.com/content/emered/9/2/134.full.pdf> (Revised:14/05/2018)
80. Kerssens J., Peters L., Cretien van Campen, Sixma H. , Friele R., Kerssens J., Peters L. (1995), *Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments*, 52(1):109-133,

[https://www.researchgate.net/profile/Roland\\_Friele/publication/13153607\\_Quality\\_of\\_Care\\_and\\_Patient\\_Satisfaction\\_A\\_Review\\_of\\_Measuring\\_Instruments/links/593ea20f0f7e9bf167bfb6c5/Quality-of-Care-and-Patient-Satisfaction-A-Review-of-Measuring-Instruments.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Roland_Friele/publication/13153607_Quality_of_Care_and_Patient_Satisfaction_A_Review_of_Measuring_Instruments/links/593ea20f0f7e9bf167bfb6c5/Quality-of-Care-and-Patient-Satisfaction-A-Review-of-Measuring-Instruments.pdf) (Revised:19/06/2018)

- 81.** Khayat K., Salter B., (1994), *Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices*, British Journal of General Practice. 44: 215-219.  
<https://bjgp.org/content/bjgp/44/382/215.full.pdf> (Revised:28/05/2018)
- 82.** Kirk J., Miller M., (1986), *Reliability and validity in qualitative research*, Qualitative Research Methods Series 1, USA,: Sage Publications Inc,1: 9,  
[https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=YDFZlq\\_KM88C&oi=fnd&pg=PA5&dq=161.%09Kirk+J.,+Miller+M.,+\(1986\),+Reliability+and+validity+in+qualitative+research,+Qualitative+Research+Methods+Series,+London+No+1.+London:+Sage:+9.&ots=uiX9UWixbv&sig=UXcFcq63izp-mAylG4qhPsvTomA&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=YDFZlq_KM88C&oi=fnd&pg=PA5&dq=161.%09Kirk+J.,+Miller+M.,+(1986),+Reliability+and+validity+in+qualitative+research,+Qualitative+Research+Methods+Series,+London+No+1.+London:+Sage:+9.&ots=uiX9UWixbv&sig=UXcFcq63izp-mAylG4qhPsvTomA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) (Revised:24/07/2018)
- 83.** Kongstvedt P. (1996), *The Managed health care handbook*, third edition, USA, Anaspen Publication,357
- 84.** Korsch M., Gozzi K., Francis V. (1968) *Gaps in doctor-patient communication*. Pediatrics.42,<http://pediatrics.aappublications.org/content/42/5/855> (Revised:10/08/2018)
- 85.** Krol M., Boer de D., Delnoij D., Rademakers J., (2015), *The net promoter score – an asset to patient experience surveys?* Health Expectations, 18(6),3099 – 3109,  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/hex.12297> (Revised:28/05/2018)
- 86.** Kroneman M., Maarse H., Zee va der J., (2006), *Direct Access in Primary Care and patient Satisfaction: A European Study*, 76(4):72-79, <http://www.sciencedirect.com> (Revised:01/10/2018)
- 87.** Larsen L., Attkisson C., Hargreaves A., Nguyen D., (1979), *Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale*. Evaluation and Program Planning. Elsevier 2(3): 197, [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6) (Revised:17/06/2018)
- 88.** Lee H, Vlaev I, King D, Mayer E, Darzi A, Dolan P.,(2013), *Subjective well-being and the measurement of quality in healthcare*, Soc Sci Med, Elsevier, 99:27–34,

<http://pauldolan.co.uk/wp-content/uploads/2013/12/Subjective-well-being-and-the-measurement-of-quality-in-healthcare.pdf> (Revised:10/07/2018)

- 89.** Lee J., Cronbach J., Meehl, E., (1955), *Construct validity in psychological tests*. *American Psychological Association, Psychological Bulletin*, 52(4), 281-302.  
<http://dx.doi.org/10.1037/h0040957> (Revised:29/07/2018)
- 90.** LeVois M., Nguyen D., Attkisson C., (1981), *Artifact in client satisfaction assessment: experience in community mental health settings*. *Evaluation and Program Planning*. USA, 4: 139-150.  
[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46601265/0149-7189\\_2881\\_2990004-520160618-312581kbbzbv.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1535546963&Signature=WSMW9eKdbAjS8lnEYJY7RvHY1KI%3D&response-contentdisposition=inline%3B%20filename%3DArtifact\\_in\\_client\\_satisfaction\\_assessment.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46601265/0149-7189_2881_2990004-520160618-312581kbbzbv.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1535546963&Signature=WSMW9eKdbAjS8lnEYJY7RvHY1KI%3D&response-contentdisposition=inline%3B%20filename%3DArtifact_in_client_satisfaction_assessment.pdf) (Revised:21/06/2018)
- 91.** Linn LS, Greenfield S., (1982), *Patient suffering and patient satisfaction among the chronically ill*, *Medical Care*. 20(4): 425,  
<https://www.jstor.org/stable/3764020>(Revised:26/05/2018)
- 92.** Lionis C., Papadakis S., Tatsi C., Bertias A., Duijker G., Mekouris P., Borma W., Schäfer W., (Greek QUALICOPC team), (2017), *Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences ( the QUALICOPC study)*, *BMC Health Services Research*, 17(255): 1-13, <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2189-0> (Revised:28/05/2018)
- 93.** Lochman JE. (1983), *Factors related to patients' satisfaction with their medical care*, *Community Health*;9(2):91-109.
- 94.** MacKeigan .D., Larson N., (1989), *Development and validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services*, *Medical Care*. 27(5): 522-536, [http://drtedwilliams.net/cop/774/mackeiganld\\_pharmsurvey.pdf](http://drtedwilliams.net/cop/774/mackeiganld_pharmsurvey.pdf) (Revised:24/07/2018)
- 95.** Mangold W., Babakus E.,(1991), *Service quality: the front-stage perspective vs back-stage perspective*, *Journal of Services Marketing*. 5(4),<https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/08876049110035675> (Revised:01/05/2018)

96. May S. (1992), *Patient satisfaction and the detection of psychiatric morbidity in General Practice*. Journal of Family Practice. 9.  
<https://doi.org/10.1093/fampra/9.1.76> (Revised:07/07/2018)
97. McCusker J., (1984), *Development of scales to measure satisfaction and preferences regarding long-term and terminal care*. MedicalCare, Elsevier 22(5): 476, <https://www.jstor.org/stable/3764960> (Revised:12/06/2018)
98. Meterko M., Nelson .C., Rubin R., Batalden P., Berwick M., Hays D., Ware J., (1990), *Patients' judgments of hospital quality: report of a pilot study*. Medical Care. 28(9) <https://www.jstor.org/stable/3765180> (Revised:29/07/2018)
99. Milašauskienė Z., Juodytė I., Misevičienė I., Wienke B., Rezgienė R., (2006), *Opinion of patients on accessibility of primary health care centers in Šiauliai region*, Medicina (Kaunas), 42 (3): 231-237, <http://medicina.kmu.lts> (Revised:30/05/2018)
100. Moll van Charante E., Giesen P., Mokkink H., Oort F., Grol R., Klazinga N., Bindels P., (2006), *Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in The Netherlands: development of a postal questionnaire*, 23(4):437-443, <https://doi.org/10.1093/fampra/cml017> (Revised:01/10/2018)
101. Montana. P, Charnov Br, (2000), *Μανατζμεντ*, Τριτη Αμερικάνικη Έκδοση, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, : 20,35
102. Moullin M., (2016), *Performance measurement definitions Linking performance measurement and organisational excellence*, Faculty of Organisation and Management, Sheffield Hallam University, Sheffield, UK, GUEST EDITORIAL, 20(3):181-183 [www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm](http://www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm) (Revised:13/05/2018)
103. Mulcahy L., Lloyd-Bostock S., (1994), *The social psychology of making and responding to hospital complaints: an account model of complaint processes*, Law and Policy. 16(2), <https://doi.org/10.1111/j.1467-9930.1994.tb00120.x> (Revised:18/05/2018)
104. Mulcahy L., Tritter J. (1998) *Pathways, pyramids and icebergs? Mapping the links between dissatisfaction and complaints*. *Sociology of Health and Illness*, wiley online library 20(6)
105. Nabbuye-Sekandi J., Makumbi F., Kasangaki A., Kizza I., Tugumisirize J., Nshimye E., Mbabali S., Peters D., (2011), *Patient Satisfaction with services in outpatient clinics at*

- Mulago hospital, Uganda, International Journal for Quality in health Care*,23(5):516-523, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr040> (Revised:04/06/2018)
- 106.** Nettleton S., Harding G., (1995) , *Protesting patients: a study of complaints submitted to a Family Service Authority*. *Sociology of Health and Illness*. 16(1): (38-61.) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-9566.ep11347003> (Revised:14/05/2018)
- 107.** Niakas D., Mylonakis J.,( 2005),*Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship?* *IJHTM*, 6:288–295DOI: 10.1504/IJHTM.2005.006536 (Revised:22/09/2018)
- 108.** Oliver L.(1980), *A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions*, *Journal of Marketing Research*. 17: 460-469, <http://eli.johogo.com/Class/p19.pdf> (Revised:12/05/2018)
- 109.** Owen C. (1991) *Formal complaints against general practitioners: a study of 1.000 cases*. *British Journal of General Practice*. 41: 113-115.
- 110.** Papanikolaou V., Zygiaris S., ( 2012), *Service Quality Perceptions in Primary Health Care Centres in Greece*, *Health Expectations*, Athens, wiley library, 17(2): 197-207 <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00747.x> (Revised:01/03/2018)
- 111.** Pappa E., Kontodimopoulos N., Papadopoulos A., Tountas Y., Niakas D. (2013), *Investigating unmet needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(5): 2017-2027, <http://www.mdpi.com/1660-4601/10/5/2017/htm> (Revised:27/05/2018)
- 112.** Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. (1993), *Research note: more on improving service quality measurement*, *Journal of Retailing*,;69:140–147 (Revised:01/10/2018)
- 113.** Parasuraman A., Valarie A., Zeithaml, & Berry L., (1985)" *A conceptual model of service quality and its Implications for future research*". *Journal of Marketing*,.49(2):41-50 ,URL: <http://www.jstor.org/stable/1251430> (Revised:10/06/2018)
- 114.** Parasuraman A., Zeithaml A. & Berry L. (1988), *SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality*. *Journal of Retailing*, Cambridge, 64(1):1240,[https://www.researchgate.net/profile/Valarie\\_Zeithaml/publication/225083802\\_SERVQUAL\\_A\\_multiple\\_Item\\_Scale\\_for\\_measuring\\_consumer\\_perceptions](https://www.researchgate.net/profile/Valarie_Zeithaml/publication/225083802_SERVQUAL_A_multiple_Item_Scale_for_measuring_consumer_perceptions)

\_of\_service\_quality/links/5429a4540cf27e39fa8e6531/SERVQUAL-A-multiple-Item-Scale-for-measuring-consumer-perceptions-of-service-quality.pdf

(Revised:05/05/2018)

- 115.** Pascoe C., (1983), *Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis*. *Evaluation and Program Planning*, Elsevier, 6(3,4)  
[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90002-2](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90002-2) (Revised:20/06/2018)
- 116.** Pascoe G., Attkisson C.,(1983),*The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction*. *Evaluation and Program Planning*, Elsevier, 6,  
[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90013-7](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90013-7) (Revised:12/06/2018)
- 117.** Peter P. (1981) *Reliability: A review of psychometric basics and recent marketing practice*, *Journal of Marketing Research*. 16: 6-17, [http://statmath.wu-wien.ac.at/~dittrich/m1bw/trochim\\_pdfs/zus%E4tzliches%20Material%20Thomas/Peter1979\\_JMR.pdf](http://statmath.wu-wien.ac.at/~dittrich/m1bw/trochim_pdfs/zus%E4tzliches%20Material%20Thomas/Peter1979_JMR.pdf) (Revised:30/07/2018)
- 118.** Pierrakos G., Yiovannis A., Latou D., Goula A., Pateras J., Sarris M., (2015), *Measurement of the satisfaction in Greece outpatients departments of public hospitals*, 4<sup>th</sup> Conference in Quantitative Methodologies in the Economic and Administrative Sciences,301-307, <https://sites.google.com/site/icqqmeas2015> (Revised:18/05/2018)
- 119.** Pini A., Sarafis P., Malliarou M., Tsounis A., Igoumenidis M., Bamidis P., Niakas D., (2014), *Assesment of patient satisfaction of the quality of health care provided by outpatient services of an oncology hospital*, *Global Journal of Health Science*, 6(5):196-203, <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v6n5p196> (Revised:18/05/2018)
- 120.** Polowczyk D., Brutus M., Orvieto A., Vidal J.,Cipriania D. (1993), *Comparison of patient and staff surveys of consumer satisfaction*, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, <https://doi.org/10.1176/ps.44.6.589> (Revised:10/07/2018)
- 121.** Pullicino G., Sciortino P., , Calleja N., , Schafer W., Boerma W., Groenewegen P., (2018), *Comparison of patients' experiences in public and private primary care clinics in Malta*, 25:399-401 <https://academic.oup.com/eurpub/article-abstract/25/3/399/2399132> (Revised:24/09/2018)

- 122.** Raftopoulos V., (2010), *“Assessment of users’ expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece”*. International Journal of Caring Sciences.3(3):.110-120.[www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org). (Revised:07/03/2018)
- 123.** Raftopoulos V.,(2010), *Assessment of users’ expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece*, International Journal of Caring Sciences, 3(3): 110-120.[www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org). (Revised:17/05/2018)
- 124.** Rao D., Peters H., Bandeen-Roche K., (2006), *Toward patient-centered health services in India-a scale to measure patient perceptions of quality*, International Journal for Quality in Health Care , wiley, 18(6):414-421,<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl049> (Revised:17/05/2018)
- 125.** Remmers H., Ewart E., (1941), *Reliability of multiple-choice measuring instruments as a function of the Spearman-Brown prophesy formula*, Journal of Educational Psychology. 32(6), <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h005569> (Revised:05/08/2018)
- 126.** Risser N. (1975), *Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care settings*, Nursing Research, American Psychological Association, 24(1) <http://psycnet.apa.org/record/1976-26545-001> (Revised:09/05/2018)
- 127.** Roberts E., Pascoe C., Attkisson G., (1983), *Relationship of service satisfaction to life satisfaction and perceived well-being*. Evaluation and Program Planning, Elsevier, 6(3): 373, [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90016-2](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90016-2) (Revised:18/06/2018)
- 128.** Robra BP. John E. Wennberg, (2014), *Pioneer of regional health services research: what does he teach us in Germany*,US National Library of medicine 57(2) DOI:10.1007/s00103-013-1888-x (Revised:01/07/2018)
- 129.** Saeed A, Mohammed B., Magzoub M, Al-Doghaither A.,(2001),*Satisfaction and correlates of patients’ satisfaction with physician’s services in primary health care centers*,SaudiMed J, 22:262–267 (Revised:20/09/2018)
- 130.** Sanchez-Menegay C., Hudes S. , Cummings R., (1992), *Patient expectations and satisfaction with medical care for upper respiratory infections*. Journal of General Internal Medicine, 7, <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02599162>

(Revised:23/05/2018),<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795369490247X> (Revised:24/05/2018)

- 131.** Savage R., Armstrong D., (1990), *Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study*, British Medical Journal. 301: 968-970,<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1664199/pdf/bmj00203-0032.pdf> (Revised:28/05/2018)
- 132.** Sbarouni V., Tsimtsiou Z., Symvoulakis E., Kamekis A., Petelos E., Saridaki A., Papadakis N., Lionis C. (2012), *Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: qualitative study*, Original Research, The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy, 1-14,<http://www.rrh.org.au> (Revised:31/05/2018)
- 133.** Schäfer W., Boerma W., Murante A., Sixma H., Schellevis F., Groenewegen P., (2015), *Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross – sectional survey*, Bull World Health Organ, 93(3) :161-168, , [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S004296862015000400161&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S004296862015000400161&script=sci_arttext&tlng=en) (Revised:20/05/2018)
- 134.** Schauffler H., Rodriguez T., Milstein A.,(1996),*Health education and patient satisfaction*, J-Fam-Pract. 42(1), wiley (Revised:01/10/2018)
- 135.** Schoenfelder T., Klewer J., Kugler J.,(2011), *Determinants of patient satisfaction: A study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany*. Int J Qual Health Care (Revised:21/09/2018)
- 136.** Scott I., Campbell D.,(2008), *Health services research: what is it and what does it offer?* Internal Medicine journal, Wiley on line library<https://doi.org/10.1046/j.1445-5994.2002.d01-20.x> (Revised:14/05/2018)
- 137.** Shevlin M., Miles V., Davies O, Walker S., (2000), Coefficient alpha: a useful indicator of reliability? *Personality and Individual Differences*. 28: 229-237, [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41546645/p6.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1535618392&Signature=bak98xYlmlZhjpJaXeVEOIYdVCs%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DCoefficient\\_alpha\\_a\\_useful\\_indicator\\_of.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41546645/p6.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1535618392&Signature=bak98xYlmlZhjpJaXeVEOIYdVCs%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DCoefficient_alpha_a_useful_indicator_of.pdf) (Revised:02/08/2018)



- 138.** Siponen U., Valimaki M. (2003), *Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care*, *J-Psychiatr-Ment-Healt- Nurs.* 10(2)
- 139.** Spreng A., MacKenzie B., Olshavsky W. (1996) *A reexamination of the determinants of consumer satisfaction*, *Journal of Marketing.* 60(3): 15-32,  
[https://www.researchgate.net/profile/Richard\\_Spreng/publication/235361541\\_A\\_R\\_eexamination\\_of\\_the\\_Determinants\\_of\\_Consumer\\_Satisfaction/links/557ecab208ae26eada8f45ef.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Richard_Spreng/publication/235361541_A_R_eexamination_of_the_Determinants_of_Consumer_Satisfaction/links/557ecab208ae26eada8f45ef.pdf) (Revised:28/05/2018)
- 140.** Symonds M., (1924) *On the loss of reliability in ratings due to coarseness of the scale*, *Journal of Experimental Psychology.* 7(6),  
<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0074469> (Revised:04/08/2018)
- 141.** Thomas L, MacMillan J, McColl, Priest J, Hale C, Bond S, (1995), *Obtaining Patients' Views of Nursing Care to Inform the Development of a Patient Satisfaction Scale*, *International Journal for Quality in Health Care*, Great Britain, 7(2):153-163, Elsevier Science Lid,  
<https://doi.org/10.1093/intqhc/7.2.153> (Revised:01/10/2018)
- 142.** Verma R. (2013), *Overview: What are PROMs and PREMs?* , Agency for Clinical Innovation,  
[https://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/253164/Overview-What\\_are\\_PROMs\\_and\\_PREMs.pdf](https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/253164/Overview-What_are_PROMs_and_PREMs.pdf) (Revised: 23/10/2018)
- 143.** Ware E., Snyder K., (1975), *Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services*. *Medical Care.* 13(8):669,  
<https://www.jstor.org/stable/3763364> (Revised:14/05/2018)
- 144.** Ware E., Snyder K., Wright R., Davies R.,(1983), *Defining and measuring patient satisfaction with medical care*, *Evaluation and Program Planning*, USA, 6: 247-263,  
[https://www.researchgate.net/profile/John\\_Ware/publication/13031909\\_Defining\\_and\\_Measuring\\_Patient\\_Satisfaction\\_With\\_Medical\\_Care/links/5ae669cc458515760ac2310c/Defining-and-Measuring-Patient-Satisfaction-With-Medical-Care.pdf](https://www.researchgate.net/profile/John_Ware/publication/13031909_Defining_and_Measuring_Patient_Satisfaction_With_Medical_Care/links/5ae669cc458515760ac2310c/Defining-and-Measuring-Patient-Satisfaction-With-Medical-Care.pdf) (Revised:26/07/2018)
- 145.** West E., Barron N., Reeves R.( 2005), *Overcoming the barriers to patient – centered care: time tools and training*, *J Clin Nurs.* 14 (Revised:18/09/2018)
- 146.** Westbrook A., Reilly D., (1983), *"Value-Percept Disparity: an Alternative to the Disconfirmation of Expectations Theory of Consumer Satisfaction"*, in *NA - Advances*

in Consumer Research, Richard P. Bagozzi and Alice M. Tybout, Ann Arbor, MI :  
Association for Consumer Research, 10: 256-261 (Revised:10/05/2018)

- 147.** Wilde B. Starrin B., Larsson G., (1993), *Quality of Care from a Patient Perspective. A Grounded Theory Study. Scandinavian Journal of Caring Science.* 7(2), <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1993.tb00180.x> (Revised:03/05/2018)
- 148.** Williams B., (1994), *Patient satisfaction: a valid concept?* Social Science and Medicine,38(4),[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-X) (Revised:10/08/2018)
- 149.** Williams B., Coyle J., Healy D., (1998), *The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels*, Soc Sci Med, 47(9)  
DOI:[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00213-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00213-5), (Revised:18/05/2018)
- 150.** Williams J. & Calnan M., (1991b) *Key determinants of consumer satisfaction with general practice*, Journal of Family Practice. 8(3),  
<https://doi.org/10.1093/fampra/8.3.237> (Revised:28/05/2018)
- 151.** Woodruff B., Cadotte R. & Jenkins L. (1983),*Modeling consumer satisfaction processes using experience-based norms*, Journal of Marketing Research, American marketing Association, 20(3): 296, <https://www.jstor.org/stable/3151833> (Revised:08/05/2018)
- 152.** Zachariae R., Pedersen G.,Jensen A.,Ehrnrooth E., Rossen B.,Von der Maase H., (2003), *Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease*, British Journal of Cancer, 88:658 – 665,  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2376357/> (Revised:10/07/2018)
- 153.** ZastownyR., Roghman J., Hengst, A. (1983). *Satisfaction with medical care: replications and theoretic reevaluation*, Medical Care. 21(3): 294,  
<https://www.jstor.org/stable/3764877> (Revised:10/05/2018)
- 154.** Zebiene E., Razgauskas E., Basys V., Baubiniene A., Gurevicius R., Padaiga Z., Svab I. (2004),*Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania*. Int J Qual Health Care,16(1): 83-89. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh006> (Revised:19/09/2018)

## Ελληνόγλωσση

1. McEwen M., Wills E., (2004), Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Κοτρώτσιου Ε.  
*Νοσηλευτικές Θεωρίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 2:52-54
2. Nies M., Mcewen M. (2001), *Κοινωνική Νοσηλευτική - Προάγωντας την υγεία των πληθυσμών*, Αθήνα, Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος Ι, 1:6, 8,11
3. Nies M., Mcewen M. (2013), *Κοινωνική Νοσηλευτική – Νοσηλευτική δημόσιας υγείας – προάγωντας την υγεία των πληθυσμών*, 5<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 4 :67-69
4. Roussel L., Swansburg R. (2010), (Επιστημονική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Σταυροπούλου Α., Σταυροπούλου – Κελέση Μ. ) *Νοσηλευτική. Διοίκηση και ηγεσία*. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδη, 17:510-513
5. Sines D., Saunders M., Forbes-Burford J. (2011), *Μετάφραση : Κοτρωνούλας Γ., Εφαρμοσμένη Κοινωνική Νοσηλευτική*, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδη, 3:44
6. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α, (2008) *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, *Νοσηλευτική* 2008;47(3), 320-333 [http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get\\_pdf-265.pdf](http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get_pdf-265.pdf) (Revised:15/02/2018)
7. Αντεριώτη Π. Αντωνίου Γ.(2014), *Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας*, Αθήνα, *Νοσηλευτική*, 1(1):62-68. [www.spjn.gr](http://www.spjn.gr) (Revised:25/05/2018)
8. Αντωνιάδου – Κουμάτου Ι, Κούτης Α, Λιονής Χ, Μπένος Α, Μυλωνέρος Θ, Παναγιωτόπουλος Θ, (2015), *Βασικές Αρχές, Θέσεις και Προτάσεις για την Ανάπτυξη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, Ομάδα Εργασίας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, :7-12 (Revised:25/02/2018)
9. Αποστολοπούλου Ε. (1999), *Θεωρίες της νοσηλευτικής*, Αθήνα, Εκδόσεις Κωστάκη, 7:53
10. Βραχάτης Α, Παπαδόπουλος Α, (2012) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές*, Αθήνα, *Νοσηλευτική*, 51 (1):10-17 <https://www.hjn.gr> (Revised:25/02/2018)
11. Γιαννακοπούλου Γ., Ζυγά Σ., (2013), *Ποιότητα Παρεχόμενης Φροντίδας Ασθενών*, Αθήνα, *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* E-ISSN: 2241-3634, : 3-12

12. Γκούμας Σ., Τέφα Κ., (2012), *Διαχείριση ποιότητας στη μικρή επιχείριση*, Αθήνα, Access, 1:24
13. Γρηγορίου Σ., Καρατζαφέρη Χ., Γιαννάκη Χ., Σακκάς Γ. (2015), *Αξιολόγηση αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής, συλλογές «ιατρικές επιστήμες και επιστήμες της ζωής»*.<http://hdl.handle.net/11419/4901> (Revised:15/05/2018)
14. Έλληνας Δ. (2011),*Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας : Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας*. Αθήνα, (48): 17-23  
<http://www.isth.gr/images/uploads/02.3-ELLHNAS.pdf> (Revised:21/02/2018)
15. Ευρωπαϊκή Ένωση, (2013), *Δημόσια Υγεία, Η Ευρωπαϊκή ένωση με απλά λόγια, Καλύτερη υγεία για όλους τους πολίτες της ΕΕ, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Λουξεμβούργο, Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, (1): 3-16*
16. Ζαβλάνος Μ, (1998),*Μανατζμεντ*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 19, 34,35
17. Ζάβρας Δ. Γείτονα Μ. και Κυριόπουλος Γ. (2014), *Χρήση Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα : Μελέτη του Παρελθόντος για το Σχεδιασμό του Μέλλοντος*,Αθήνα, Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 9 (1):49-61  
[http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file\\_issue17%20final.pdf](http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file_issue17%20final.pdf)  
(Revised: 26/02/2018)
18. Ζάβρας Δ., Γείτονα Μ. και Κυριόπουλος Γ., (2014), *Χρήση Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα : Μελέτη του Παρελθόντος για το Σχεδιασμό του Μέλλοντος*,Αθήνα, Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 9 (1):49-61.[http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file\\_issue17%20final.pdf](http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file_issue17%20final.pdf)  
(Revised:19/09/2018)
19. Ζοπουνίδης, Κ, (2007),*Θέματα μάνατζμεντ υπηρεσιών υγείας*, Αθήνα, Κλειδάριθμος, (3):35, 47-49
20. Θεοφίλου Π. (2010), *Ποιότητα ζωής στο χώρο της Υγείας: Έννοια και Αξιολόγηση*,e- journal of Science & Technology (e-JST), <http://e-jst.teiath.gr>,  
<http://hdl.handle.net/11400/5185> (Revised:16/05/2018)
21. Ιωσηφίδης Θ., (2008), *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*, 6:269-273
22. Καδδά Ο, Μαρβάκη Α, Τζαβάρας Α, μαγζάλα Κ, Παληός Θ, Κόντας Ν, (2010),*Οι Ανάγκες των Πολιτών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα,

Το Βήμα του Ασκληπιού, 9,(1): 61-75 [www.vima-asklipiou.gr](http://www.vima-asklipiou.gr),  
URI: <http://hdl.handle.net/11400/4304> (:Revised:15/02/2018)

23. Καλογεροπούλου Μ, Μουρδούκουτας Π, (2009), *Υπηρεσίες υγείας : οργάνωση & διοίκηση, αποδοτικότητα, ποιότητα*, Β' τόμος, Αθήνα, Κλειδάριθμος, (7): 149
24. Κοτρώτσιου Σ., Παραλίκας Θ., Παπαθανασίου Ι., Λαχανά Ε., Κυπαρίση Γ., Ριζούλης Α., (2008), *Η έννοια της φροντίδας*, Το βήμα του Ασκληπιού, 1(1): 57-71, [vima-asklipiou.gr](http://www.vima-asklipiou.gr) (Revised:04/06/2018)
25. Κουκουφιλίππου Ι., Μπόμπος Γ., Μπόγρη Δ., Βασιλακοπούλου Β., Κοΐνης Α., (2017) *Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 34(3):327-333,,  
<http://www.mednet.gr/archives/2017-3/pdf/327.pdf> (Revised:14/05/2018)
26. Κουρέα - Κρεμαστινού Τ., (2007), *Δημόσια Υγεία – Θεωρία, Πράξη*, Πολιτικές, Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, 2:7-13
27. Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Δημολιάτης Γ, Μερκούρης Μ-Π, Οικονόμου Χ, Τσάκος Γ, (2000), *Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως θεμέλιο της Υγειονομικής Μεταρρύθμισης*, Αθήνα, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(4):169-188.  
[http://www.esdy.edu.gr/?page=toy\\_dimell1991-2000](http://www.esdy.edu.gr/?page=toy_dimell1991-2000) (Revised:21/02/2018)
28. Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ, (2008), *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπασωτηρίου, 61-74,
29. Λεμονίδου Χ., (2010), *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής – Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας*, Γ' Έκδοση, (1): 207-211
30. Λιόνης Χ., Πίτελου Ε., (2015), *Η αξιολόγηση της σχέσης Ιατρού – Ασθενή*, (8), [https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5817/1/02\\_chapter\\_08.pdf](https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5817/1/02_chapter_08.pdf) (Revised:18/10/2018)
31. Μάντη Π. Τσελέπη Χ, .(2000), *Κοινωνιολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας – Κοινωνικές- Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας* Τόμος Α', Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 5:66-67, 138-139
32. Μοσχούτας Σ., (2017), *Εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας από γενικούς ιατρούς και νοσηλευτές στην Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας*, Μεταπτυχιακή διπλωματική, εργασία, Αθήνα:17,18,20-22. 33-39,47-54

- 33.** Παπαγιαννοπούλου Β, Πιερράκος Γ, Σαρρής Μ, Υφαντόπουλος Γ.,(2008)*Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25:73–82  
<http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/8549/73.pdf?sequence=1> (Revised:23/09/2018)
- 34.** Παπακωστίδη Α, Τσουκαλάς Ν.,(2012),*Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας και η Αξιολόγηση της*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, :29(4), 480 – 488.  
<http://www.mednet.gr/archives/2012-4/pdf/480.pdf> (Revised:26/02/2018)
- 35.** Παπανικολάου Β.,(2007), *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αρχές, Μέθοδοι & Εφαρμογές*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, : 23-25, 27-63
- 36.** Πιερράκος Γ. (2008),*Πρωτοβάθμια Φροντίδα της Υγείας & Τοπική Κοινωνία*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 19, 26 -31,49-66, 143,
- 37.** Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Σουλής Σ., Γουλά Α., Λάτσου Δ., Πατέρας Ι., (2013),*Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη*. Αρχ.Ελλ.Ιατρ ., 30:316–324<http://www.mednet.gr/archives/2013-3/316per.html> (Revised:23/09/2018)
- 38.** Πιερράκος Γ.,Υφαντόπουλος Ι.,(2007),*Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής., 24:578–582<http://www.mednet.gr/archives/2007-6/pdf/578.pdf> (Revised:20/09/2018)
- 39.** Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι., Υφαντόπουλος Ι.,(2005), *Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής., 22:284–295,<http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/8581/284.pdf?sequence=1> (Revised:23/09/2018)
- 40.** Πολυκανδριώτη Μ., Κουτελέκος Ι., (2013), *Ανάγκες των ασθενών, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*,2(2)
- 41.** Ραγιά Α. (2001),*Βασική Νοσηλευτική – Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές*, Δ Έκδοση, Αθήνα, 51
- 42.** Ραφτόπουλος Β, (2002), *Η Ποιότητας της Φροντίδας και η Ικανοποίηση των ασθενών, Εκτίμηση της Ικανοποίησης των Ηλικιωμένων Ασθενών από την*

*Ποιότητα της Παρεχόμενης Φροντίδας, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα, 9, 18-39, 45-53, 59-75, 83-87*

43. Σούλης Σ., (1998), (Επιμέλεια : Γ. Δουμουλάκης), *Οικονομική της Υγείας, Οικονομική Αξιολόγηση, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, , (3):320-322*
44. Σωτηριάδου Κ, Μαλλιαρού Μ, Σαράφης Π, (2011), *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, – Κατάσταση και Προοπτικές,, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Αθήνα, 3(4):140-148 protovathmia-frontida-ugeias-stin-ellada-katastasi-kaiprooptikes4f025f\_el%20(8).pdf (Revised:18/02/2018)*
45. Τερζούδης Σ., Μπογιατζίδης Π., Κωσταγιόλας Π.,, (2017), *Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας στους μετανάστες κατά την υποδοχή τους στην Ελλάδα. Σχεδιασμός αυτής σε πολυιατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης., Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34(1):113-122, <http://www.mednet.gr/archives/2017-1/pdf/113.pdf> (Revised:10/06/2018)*
46. Τζανετάκη Θ., (2006), *Ποιότητα στις Υπηρεσίες υγείας, Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Αθήνα, 17,18, 26*
47. Τούντας Γ., Οικονόμου Ν., (2007),*Αξιολόγηση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Οικονομικά της Υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1):7-21 <http://tomy.moh.gov.gr/Help.aspx> (Revised:25/02/2018)*
48. Υφαντόπουλος Γ., (1985) *Προγραμματισμός και Χωροθέτηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών υγείας,Αθήνα,Τεχνικά Χρονικά,24-30, [http://library.tee.gr/digital/techr/1985/techr\\_1985\\_4\\_6\\_24.pdf](http://library.tee.gr/digital/techr/1985/techr_1985_4_6_24.pdf) (Revised:22/02/2018)*
49. Φουντούκη Α., Θεοφανίδης Δ., (2012), *Ο εκπαιδευτικός ρόλος του Νοσηλευτή, Το βήμα του Ασκληπιού, 11(1):503-522, [www.vima-aslipiou.gr](http://www.vima-aslipiou.gr) (Revised:12/10/2018)*
50. Φρεγγίδου Ε., Γαλάνης Π., Ζαφειροπούλου Μ., Διακουμής Γ., Παπαδόπουλος Ρ., Παπαγιάννη Α., Θεοδώρου Μ., ( 2017), *Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34 (2):236-243, <http://www.mednet.gr/archives/2017-2/pdf/236.pdf> (Revised:04/06/2018)*