

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών
των χρηστών των υπηρεσιών σε μία Υγειονομική Περιφέρεια*

Τζιτζιλί Γεωργία

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Καϊτελίδου Δάφνη

Μάιος, 2019

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών
των χρηστών των υπηρεσιών σε μία Υγειονομική Περιφέρεια*

Τζιτζιλί Γεωργία

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Καϊτελίδου Δάφνη

Μάιος, 2019

Ευχαριστίες

Η διεκπεραίωση της παρούσας εργασίας δεν θα μπορούσε να επιτευχθεί χωρίς την συμβολή πληθώρα ατόμων που πλαισίωσαν αυτήν την προσπάθεια. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου που μέσω της αποδοχής της φοίτησής μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» μου έδωσε το έναυσμα να ανακτήσω ξανά τις δυνάμεις μου και να πιστέψω στις ευκαιρίες της ζωής.

Επιπλέον, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην κα Καϊτελίδου Δάφνη για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με το ενδιαφέρον θέμα της αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, για το χρόνο, τη βοήθεια και την καθοδήγηση που παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς επιτροπής για την συμβολή τους στην ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Ένα θερμό ευχαριστώ οφείλω πρόσθετα στη διοίκηση της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας για την έγκριση της διεξαγωγής της έρευνας στις μονάδες ΠΦΥ και σε όλους τους συμμετέχοντες για το χρόνο και την ιδιαίτερα σημαντική συμβολή τους στην ολοκλήρωση της εργασίας. Θα ήθελα να ευχαριστήσω ακόμη την Κωνσταντακοπούλου Ολυμπία, η οποία μου παρείχε σημαντικές πληροφορίες για τη δομή του ερωτηματολογίου και τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να αποτυπωθούν οι διαστάσεις του.

Δεν θα μπορούσα να παραλείψω ακόμη τους φίλους και τους συναδέλφους που με βοήθησαν και με στήριξαν όλα αυτά τα χρόνια. Ωστόσο, η ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας θα ήταν αδύνατη χωρίς τη συμβολή των γονιών μου, Τζίτζιλή Αθανάσιο και Καρκάλη Αγάπη και του αδερφού μου, Τζίτζιλή Παναγιώτη, οι οποίοι για ακόμη μια φορά πίστεψαν στις δυνατότητές μου και με στήριξαν τόσο με την κατανόηση όσο και με την αγάπη που μου παρείχαν. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στο μελλοντικό μου σύζυγο Γκουτζιούλη Κωνσταντίνο, ο οποίος στα πρώτα βήματα του κοινού μας βίου κατανόησε το περιορισμένο χρόνο που είχα μαζί του σε όλη τη διάρκεια των σπουδών, στάθηκε αρωγός στους στόχους και τα όνειρά μου και με κατέκλυσε με την αγάπη του και τη στήριξή του.

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι εμπειρίες των ασθενών αποτελούν ένα από τα βασικότερα στοιχεία της αξιολόγησης της ποιότητας του συστήματος υγείας και των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας. Οι πληροφορίες από τις έρευνες εμπειρίας των ασθενών μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους παρόχους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) ώστε να εντοπισθούν οι πτυχές της φροντίδας υγείας που χρειάζονται βελτίωση και που θεωρούνται σημαντικές ώστε να πληρούνται οι βασικές αξίες των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην 3η Υγειονομική Περιφέρεια της Ελλάδας μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών και η αξιολόγηση έξι διαστάσεων οι οποίες είναι η προσβασιμότητα, η συνέχεια και ο συντονισμός της φροντίδας υγείας, η πληρότητα, η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, τα χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων και η ποιότητα της νοσηλευτικής περίθαλψης και της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματιών υγείας

Μεθοδολογία: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα 144 χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων δημοσίου νοσοκομείου της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας εφαρμόζοντας δειγματοληψία ευκολίας. Για τη συλλογή των δεδομένων εφαρμόστηκε η ποσοτική μέθοδος με τη χρήση ενός σταθμισμένου ερωτηματολογίου το οποίο ήταν δομημένο σε τέσσερα μέρη.

Αποτελέσματα: Η μέση συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων ήταν 3,68 σε μία κλίμακα μέτρησης από 1 έως 5. Τη χαμηλότερη βαθμολογία συγκέντρωσε η διάσταση της προσβασιμότητας, η μέση βαθμολογία της οποίας ήταν 2,96. Κάτω από τη μέση συνολική βαθμολογία των εμπειριών ήταν οι μέσες βαθμολογίες για τα χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων με τιμή 3,49 και για την ποιότητα της νοσηλευτικής περίθαλψης και της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματιών υγείας με τιμή 3,4607. Ιδιαίτερα θετικές εντυπώσεις μέσω της εμπειρίας των χρηστών δημιουργήθηκαν από τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, που εμφάνισαν μέση βαθμολογία 4,17. Επιπρόσθετα, μεγαλύτερες από τη μέση συνολική βαθμολογία ήταν ο μέσος βαθμός εμπειρίας για την περιεκτικότητα της φροντίδας με τιμή 4,09 και ο μέσος βαθμός εμπειρίας για την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης με τιμή 3,92. Το λιγότερο σημαντικό χαρακτηριστικό για τους χρήστες ήταν η παροχή συμβουλών για την υγεία από τους νοσηλευτές ενώ το σημαντικότερο ήταν η αναλυτική επεξήγηση της κατάστασης της υγείας στον ασθενή από το γιατρό. Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για τις αρνητικές εντυπώσεις των ασθενών αναδείχθηκε η

αδυναμία τήρησης του ραντεβού και ο μεγάλος χρόνος αναμονής μέχρι τη συνάντηση με τον γιατρό. Ο τελευταίος παράγοντας σχετίστηκε γραμμικά με τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών αναδεικνύοντας ότι η μείωση του χρόνου αναμονής δύναται να συντελέσει στην αύξηση της συγκεκριμένης βαθμολογίας.

Συμπεράσματα: Η αποτύπωση των εμπειριών των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ είναι ένας πολλά υποσχόμενος και αντικειμενικός τρόπος για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι πληροφορίες σχετικά με τις διάφορες διαστάσεις της συνέχειας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δύναται να συμβάλουν σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ώστε οι υπηρεσίες ΠΦΥ να ανταποκρίνονται στις αξίες και τις προσδοκίες των ασθενών κατά τις εμπειρίες τους.

Λέξεις Κλειδιά: ασθενής, Ελλάδα, εμπειρία χρήστη, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, τακτικά εξωτερικά ιατρεία, Υγειονομική Περιφέρεια.

Summary

Background: Patient experiences are one of the key elements of assessing the quality of the health system and healthcare services. Information that comes out of research patients' experiences can be used by Primary Health Care (PHC) providers in order to identify which health care aspects need improvement and which aspects can contribute fulfilling patients' basic values.

Aim: The aim of this work is to investigate the quality of primary care services provided in the 3rd Health Region of Greece by capturing the users' experience and identifying the users' experience scores for the six dimensions of experience which are accessibility, continuity and coordination of health care, comprehensiveness, quality of medical care, characteristics of the facilities and quality of care provided by nurses and other health professionals.

Method: The study was conducted using a sample of 144 users of the regular outpatient clinics of the General Hospital of Katerini of the 3rd Health Region of Macedonia by applying a convenience sampling. For the data collection was applied the quantitative method using a validated questionnaire structured in four parts.

Results: The average overall score for the experiences of outpatient users was 3,68 of a measurement scale between 1 and 5. The lowest score gathered the dimension of accessibility, the average score of which was 2,9613. Below the average overall score of the experiences was the average scores for the characteristics of the facilities at 3,4931 and the quality of nursing care and care provided by other health professionals at 3,4607. Particularly positive impressions were created by the continuity and coordination of health care, which showed an average score of 4,1713. In addition, the average score for the comprehensiveness was 4,0868 and the average score for the quality of medical care which was 3,9219. The net promoter score for doctors was 18,5% whereas for regular outpatient clinics this indicator was negative. The least significant feature for the users was health care advice provided from nurses while the most important was the detailed explanation of the patient's state of health by the doctor. Finally, a particularly important factor for patients' negative impressions was the impossibility of meeting the appointment on time and the long waiting time until patient meets the doctor. This last factor was linearly related to the overall score of users' experiences, highlighting that lowering the waiting time may help raise this score.

Conclusions: The validating of the users' experiences from the PHC services is a very promising and objective way of presenting its quality-related information. Information about the different dimensions of primary care can

make a significant contribution in improving quality so that PHC services can correspond to the patients' values and expectations of their experiences.

Keywords: Greece, Healthcare Region, patient, Primary Health Care, quality of health services, regular outpatient clinics, user's experience.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	2
Περίληψη	3
Summary	5
Λίστα Πινάκων	11
Κεφάλαιο 1 ^ο	14
1. Εισαγωγή	14
1.1. Θεωρητικό υπόβαθρο	14
1.2. Σκοπός και στόχοι της έρευνας	15
1.3. Βασικά ερευνητικά ερωτήματα	15
1.4. Σπουδαιότητα της έρευνας.....	15
1.5. Δομή της εργασίας.....	16
Κεφάλαιο 2 ^ο	18
2. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας	18
2.1. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	18
2.2. Μέτρηση και βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	20
2.2.1. Κατευθυντήριες οδηγίες	21
2.2.2. Δείκτες	22
2.2.3. Κριτήρια ελέγχου	22
2.2.4. Πρότυπα	23
2.2.5. Ικανοποίηση και εμπειρία χρηστών	24
2.2.6. Ικανοποίηση επαγγελματιών υγείας	25
2.2.7. Μοντέλο SERVQUAL	27
2.2.8. Δείκτης καθαρών υποστηρικτών	29

2.3. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	30
Κεφάλαιο 3^ο	33
3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα από την πλευρά των χρηστών	33
3.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.....	33
3.2. Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας	35
3.2.1. Η έννοια της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας	35
3.2.2. Η σημασία της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας	38
3.2.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών ΠΦΥ.....	40
3.3. Εμπειρίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας	44
3.3.1. Η έννοια της εμπειρίας των χρηστών υπηρεσιών υγείας.....	44
3.3.2. Η σημασία μέτρησης των εμπειριών των χρηστών υπηρεσιών υγείας	46
3.3.3. Πτυχές που σχετίζονται με τις εμπειρίες των χρηστών ΠΦΥ.....	47
3.3.4. Πλεονεκτήματα αποτύπωσης των εμπειριών συγκριτικά με την ικανοποίηση των ασθενών	49
3.4. Ποιότητα ΠΦΥ από την πλευρά του ασθενή - Διεθνής βιβλιογραφία	51
3.4.1. Γενική ικανοποίηση χρηστών	51
3.4.2. Μελετώμενος πληθυσμός	53
3.4.3. Εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	53
3.4.4. Σημαντικότερα ευρήματα	55
3.5. Ποιότητα ΠΦΥ από την πλευρά του ασθενή - Ελληνική βιβλιογραφία	62
3.5.1. Γενική ικανοποίηση χρηστών	62
3.5.2. Μελετώμενος πληθυσμός	63
3.5.3. Εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	63
3.5.4. Σημαντικότερα ευρήματα	64

Κεφάλαιο 4°	68
4. Μεθοδολογία	68
4.1. Σκοπός και στόχοι της μελέτης	68
4.2. Σχεδιασμός και υλοποίηση της μελέτης	69
4.2.1. Μέθοδος δειγματοληψίας - Δείγμα	69
4.2.2. Μέθοδος - εργαλείο συλλογής δεδομένων	70
4.2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων	73
4.3. Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων	74
4.4. Ζητήματα της μελέτης	76
4.4.1. Ηθικά θέματα	76
4.4.2. Περιορισμοί - αδυναμίες	77
Κεφάλαιο 5°	78
5. Αποτελέσματα	78
5.1. Περιγραφική στατιστική	78
5.1.1. Στοιχεία δημογραφικών, κλινικών και χαρακτηριστικών των επισκέψεων	78
5.1.2. Βαθμολογίες εμπειρίας	86
5.1.3. Βαθμολογία σύστασης	98
5.1.4. Βαθμολογία σημαντικότητας	99
5.1.5. Θετικές και αρνητικές εντυπώσεις	105
5.2. Στατιστικοί έλεγχοι συσχετίσεων	108
5.2.1. Συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών	109
5.2.2. Βαθμολογία προσβασιμότητας	112
5.2.3. Βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας	114
5.2.4. Βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας	116
5.2.5. Βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας	118
5.2.6. Βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης των Τ.Ε.Ι.	121

5.2.7. Βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας	123
Κεφάλαιο 6^ο.....	126
6. Συμπεράσματα - Συζήτηση	126
Αγγλική βιβλιογραφία	135
Ελληνική βιβλιογραφία	147
Παραρτήματα	150
Παράρτημα I - Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου.....	150
Παράρτημα II - Ενημερωτικό σημείωμα.....	151
Παράρτημα III - Ερωτηματολόγιο.....	152
Παράρτημα IV - 1 ^η άδεια συλλογής δεδομένων.....	161
Παράρτημα V - 2 ^η άδεια συλλογής δεδομένων.....	163

Λίστα Πινάκων

Πίνακας 1. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) του φύλου, της υπηκοότητας και της εκπαίδευσης.....	79
Πίνακας 2. Περιγραφικά μέτρα (mean, median, Std.Deviation (SD), min, max) ηλικίας.	79
Πίνακας 3. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) της ασφάλισης της, αναπηρίας, της κατάστασης υγείας και της μεταβλητής της χρόνιας ασθένειας.	80
Πίνακας 4. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) ανά χρόνια ασθένεια.	81
Πίνακας 5. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) της συχνότητας επίσκεψης το τελευταίο εξάμηνο, του τρόπου επίσκεψης, του επαγγελματία υγείας που ήρθε σε επαφή ο χρήσης ΠΦΥ και του λόγου επίσκεψης.....	82
Πίνακας 6. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) του προγραμματισμού ή όχι ραντεβού, του τρόπου προγραμματισμού του ραντεβού, του χρόνου αναμονής για το ραντεβού, του χρόνου αναμονής για τις διοικητικές υπηρεσίες, του χρόνου αναμονής για τη συνάντηση με το γιατρό, την παραπομπή και την επάρκεια πληροφόρησης/ καθοδήγησης για την παραπομπή.	85
Πίνακας 7. Περιγραφικά μέτρα της συνολικής βαθμολογίας της εμπειρίας.	88
Πίνακας 8. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της βαθμολογίας εμπειρίας για την προσβασιμότητα και των προτάσεων 21-23 που την εκφράζουν.	88
Πίνακας 9. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της βαθμολογίας εμπειρίας για τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας και των προτάσεων 24-26 που την εκφράζουν.....	90
Πίνακας 10. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της συνολικής βαθμολογίας εμπειρίας για την περιεκτικότητα της φροντίδας και των προτάσεων 27-29 που την εκφράζουν.	91
Πίνακας 11. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της συνολικής βαθμολογίας εμπειρίας για την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης και των προτάσεων 30-33 που την εκφράζουν.	93
Πίνακας 12. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της πρότασης 34.	94
Πίνακας 13. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της συνολικής βαθμολογίας εμπειρίας για τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης και των προτάσεων 35-38 που την εκφράζουν.....	95
Πίνακας 14. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της συνολικής βαθμολογίας εμπειρίας για τα χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων και των προτάσεων 35-38 που την εκφράζουν.....	97

Πίνακας 15. Περιγραφικά μέτρα της συνολικής βαθμολογίας της σύστασης του γιατρού και των τακτικών εξωτερικών ιατρείων.	98
Πίνακας 16. Συχνότητα (N) και σχετικές συχνότητες (%) για τις ερωτήσεις σύστασης σε συγγενείς ή φίλους.....	99
Πίνακας 17. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της συνολικής βαθμολογίας σημαντικότητας για τις προτάσεις 45-70 του ερωτηματολογίου.....	101
Πίνακας 18. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) για τις θετικές εντυπώσεις των χρηστών.....	105
Πίνακας 19. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) για τις αρνητικές εντυπώσεις των χρηστών ως προς τους γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας.....	107
Πίνακας 20. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) για τις αρνητικές εντυπώσεις των χρηστών ως προς τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία.	108
Πίνακας 21. Τιμές σημαντικότητας για τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov	109
Πίνακας 22. Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των ΤΕΙ και ανεξάρτητων μεταβλητών.	110
Πίνακας 23. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των ΤΕΙ.....	111
Πίνακας 24. Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της βαθμολογίας προσβασιμότητας και ανεξάρτητων μεταβλητών.	112
Πίνακας 25. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία προσβασιμότητας.	114
Πίνακας 26. Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της βαθμολογίας της συνέχειας και του συντονισμού της φροντίδας και ανεξάρτητων μεταβλητών.....	114
Πίνακας 27. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της συνέχειας και του συντονισμού της φροντίδας.....	116
Πίνακας 28. Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της βαθμολογίας περιεκτικότητας της φροντίδας και ανεξάρτητων μεταβλητών.....	117
Πίνακας 29. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.....	118

Πίνακας 30. Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της βαθμολογίας αποτύπωσης ποιότητας της ιατρικής φροντίδας και ανεξάρτητων μεταβλητών.....	119
Πίνακας 31. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.	120
Πίνακας 32. Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και ανεξάρτητων μεταβλητών.	121
Πίνακας 33. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης των τακτικών εξωτερικών ιατρείων	122
Πίνακας 34. Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της βαθμολογίας της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας και ανεξάρτητων μεταβλητών.....	124
Πίνακας 35. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας	125

1. Εισαγωγή

1.1. Θεωρητικό υπόβαθρο

Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών μέσω των εμπειριών και της ικανοποίησης των χρηστών προσέκλυσε το ενδιαφέρον πολλών μελετών τόσο παγκοσμίως όσο και στην Ελλάδα. Οι έρευνες αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών αποτελούν τα τελευταία έτη τις πιο συνηθισμένες πρακτικές για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που στοχεύουν στην παροχή των κατάλληλων πληροφοριών για την αναδιοργάνωση και τη βελτίωση των συγκεκριμένων υπηρεσιών (LaVela & Gallan, 2014). Η κατανόηση της ποιότητας των υπηρεσιών έχει αναγνωρισθεί ως βασική και κρίσιμη διάσταση για την ανάπτυξη στρατηγικών βελτίωσης των υπηρεσιών (Gill & White, 2009).

Η πρωταρχική σημασία του ελέγχου και της διασφάλισης της αποτελεσματικής ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναδείχθηκε από τη Διεθνή Διάσκεψη για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Άλμα-Άτα του 1978 (Chase & Carr-Hill, 1994). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα οργανώνεται ανά Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες έχουν αναλάβει το ρόλο συντονισμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας ιδιαίτερα στο πλαίσιο της εφαρμογής περαιτέρω μεταρρυθμίσεων, που όπως αναφέρουν οι Economidou, et al. (2017) ξεκίνησαν από το 2017 με στόχο τη δημιουργία ενός πιο ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης έως το 2020. Καθώς η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί «πρωταρχικό θεσμό του κράτους-πρόνοιας» (Ελληνας, 2007, σελ. 19) και η οικονομική κρίση χρέους τα τελευταία έτη έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Κουκουφιλίππου, και συν, 2017) είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επιτυγχάνεται το βέλτιστο επίπεδο ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αποτελεί την ικανοποίηση ενός ευρέος φάσματος αναγκών (Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος, 2013), ενώ οι εμπειρίες των ασθενών σχετίζονται με τις πτυχές της φροντίδας που είναι πιο σημαντικές για τους ασθενείς (Krol, de Boer, Delnoij, & Rademakers, 2015). Συνεπώς, η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της

φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την αποτύπωση της πλευράς του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. (Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκος, Σαρρής, & Υφανόπουλος, 2008).

1.2. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στην 3η Υγειονομική Περιφέρεια μέσω της καταγραφής των εμπειριών των χρηστών. Δευτερεύοντα στόχο αποτελεί η αξιολόγηση έξι διαστάσεων της ΠΦΥ, ώστε να μπορούν να γίνουν στοχευμένες παρεμβάσεις καθώς και η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων των βαθμολογιών των εμπειριών με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και άλλα χαρακτηριστικά.

1.3. Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Τα βασικότερα ερευνητικά ερωτήματα που καλείται να καλύψει η παρούσα εργασία είναι:

- Πώς είναι συνολικά η εμπειρία των χρηστών από την χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας;
- Ποια είναι η βαθμολογία εμπειρίας των χρηστών των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά διάσταση αξιολόγησης (πχ πρόσβαση, περιεκτικότητα της φροντίδας κτλ.);
- Υπάρχει συσχέτιση των εμπειριών με τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των χρηστών;
- Ποιες είναι τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τους ασθενείς;

1.4. Σπουδαιότητα της έρευνας

Η εμπειρία των ασθενών δεν αντικατοπτρίζει απλώς τα κλινικά αποτελέσματα ή τις προσδοκίες τους από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά αντιπροσωπεύσει μια μοναδική συνολική διάσταση που είναι δύσκολο να μετρηθεί (LaVela & Gallan, 2014). Σε αυτή παίζουν ιδιαίτερο ρόλο σημαντικές

πτυχές της παροχής υπηρεσιών υγείας. Η σπουδαιότητα της παρούσας μελέτης έγκειται στο γεγονός ότι μέσω της μελέτης συγκεκριμένων διαστάσεων της ποιότητας από την πλευρά των χρηστών μπορούν να εντοπισθούν οι αδυναμίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να κατανοηθούν οι διαστάσεις οι οποίες προκαλούν τη δυσαρέσκεια των ασθενών, οι οποίοι είναι οι άμεσοι αποδέκτες αυτών των υπηρεσιών (Chase & Carr-Hill, 1994). Η δυσαρέσκεια των ασθενών, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της εφαρμογής των μνημονίων και της γενικότερης κρίσης στην Ελλάδα μπορεί να αναδείξει σημαντικές πτυχές των διαδικασιών και των μεταρρυθμίσεων που συμβαίνουν στον ελλαδικό χώρο και να παρέχει παρέχουν πληροφορίες για την κατανόηση των λειτουργιών, τον εντοπισμό των προβλημάτων και την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της παροχής υπηρεσιών. Επιπλέον, οι ασθενείς είναι δυνατό να αναδείξουν λεπτομέρειες της λειτουργίας και των διαδικασιών παροχής υπηρεσιών υγείας που αν αξιοποιηθούν σωστά από την κάθε διοίκηση μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Η παρούσα εργασία μπορεί να συνδράμει την ελληνική βιβλιογραφία με την παροχή χρήσιμων πληροφοριών αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας με στόχο τη διαμόρφωση προτάσεων για τη βελτίωση των υπηρεσιών και την ανταλλαγή καλών πρακτικών, με απώτερο σκοπό την αναβάθμιση του επιπέδου εξυπηρέτησης των ασθενών.

1.5. Δομή της εργασίας

Η παρούσα εργασία αποτελείται από έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο, το κεφάλαιο της εισαγωγής γίνεται μια σύντομη αναφορά στο πρόβλημα το οποίο αναλύεται στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, στο σκοπό και τους στόχους της, στις κύριες ερευνητικές υποθέσεις που πρόκειται να διερευνηθεί, στο λόγο για τον οποίο κρίνεται σημαντική η ανάπτυξή της και μια σύντομη περιγραφή της δομής της εργασίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια εισαγωγή στην έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και παρουσιάζονται οι τρόποι με τους οποίους μπορεί αυτή να αξιολογηθεί. Τέλος, παρουσιάζεται η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ως έννοια και περιγράφεται η συμβολή της στην ολοκληρωμένη προσέγγιση ενός συστήματος υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια εκτενέστερη ανάλυση της ικανοποίησης και των εμπειριών των ασθενών ως μέσα μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από την πλευρά τους.

Αναλυτικότερα, δίνονται οι ορισμοί των εννοιών, περιγράφονται οι λόγοι για τους οποίους είναι σημαντική η μέτρησή τους και γίνεται μια σύντομη αναφορά στη δομή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται ιδιαίτερα σημεία και ευρήματα της παγκόσμιας και της ελληνικής βιβλιογραφίας σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης όπως αποτυπώνεται από την πλευρά των ασθενών.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται αναλυτικά ο σκοπός και οι στόχοι της εργασίας και περιγράφονται τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την υλοποίησή της. Ειδικότερα, περιγράφεται η μέθοδος δειγματοληψίας και το επιλεγθέν δείγμα, περιγράφεται το εργαλείο συλλογής δεδομένων και η διαδικασία συλλογής. Πρόσθετα, περιγράφεται η διαδικασία και οι έλεγχοι μέσω των οποίων επιτεύχθηκε η στατιστική ανάλυση και η επεξεργασία των δεδομένων και επισημαίνονται σημαντικά ζητήματα της εργασίας, όπως τα δεοντολογικά ζητήματα και περιορισμοί της μελέτης.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης. Συγκεκριμένα, δίνονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά όλων των στοιχείων του ερωτηματολογίου και των βαθμολογιών εμπειριών των χρηστών. Επιπλέον, παρουσιάζονται οι στατιστικοί έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των βαθμολογιών εμπειριών των χρηστών και των δημογραφικών, κλινικών και άλλων χαρακτηριστικών των επισκέψεων των χρηστών.

Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο, αποτυπώνονται τα σημαντικότερα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας. Περιγράφονται τα ευρήματα συγκριτικά με τα ευρήματα μελετών ως προς την αξιολόγηση της ποιότητας από τους ασθενείς και συζητούνται οι ιδιαίτερες πτυχές της μελέτης και ζητήματα που μπορούν μελλοντικά να καλύψουν το συγκεκριμένο ζήτημα.

2. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας

2.1. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα σήμερα αποτελεί ένα εξέχον ζήτημα σε όλους τους τομείς συμπεριλαμβανομένης της παροχής υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τους Κουκουφιλίππου και συν. (2017), η ποιότητα σχετίζεται με προϊόντα και υπηρεσίες που καλύπτουν τις ανάγκες των πελατών και προσφέρουν σε αυτόν ικανοποίηση. Ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες, η ποιότητα σύμφωνα με τους Rehaman & Husnain (2018) ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ των αντιλήψεων των πελατών και των προσδοκιών τους. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο ορισμό, η ποιότητα είναι ικανοποιητική εάν η απόδοση ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πελατών (Rehaman & Husnain, 2018).

Η έννοια της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας κατά τους (Μανωλιάδης & Δημοπούλου, 2007), αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο δύναται η παροχή ιατρικής φροντίδας να αυξήσει το επίπεδο υγείας του ασθενή περιορίζοντας ταυτόχρονα την πιθανότητα εμφάνισης αρνητικών επιπτώσεων. κατά τους Rehaman και Husnain (2018), η ποιότητα της υπηρεσίας ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ της προσδοκίας του ασθενή και της αντίληψής του για την εμπειρία του από τη συγκεκριμένη υπηρεσία. Η ποιότητα στον τομέα της υγείας, ωστόσο, φαίνεται να είναι μια πιο περίπλοκη έννοια καθώς ο τομέας της υγείας παρουσιάζει μια ιδιαίτερη και πολυδιάστατη φύση (Charalambous, Sisou, & Talias, 2018). Οι Πολύζος, Μπαρτσώκας, Πιερράκος και συν. (2005) διακρίνουν μια δυσκολία στον ακριβή προσδιορισμό της έννοια καθώς διαφοροποιείται η ερμηνεία της ανάλογα με το ποιος την προσδιορίζει, οι επαγγελματίες υγείας, η διοίκηση ή οι ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στις δικές τους ενέργειες και απόψεις και στον τρόπο με τον οποίο αυτές θα μπορούσαν να ικανοποιήσουν τους ασθενείς (Γιαννακοπούλου & Ζυγά, 2013). Από την πλευρά της διοίκησης υπάρχει η άποψη ότι ο ασθενής ταυτίζει το βαθμό της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με το βαθμό στον οποίο τα αγαθά-υπηρεσίες παρέχονται σε αυτόν αναδεικνύοντας την άποψη ότι ο ασθενής ταυτίζει την έννοια της ποιότητας με το βαθμό στον οποίο του παρέχονται αγαθά-

υπηρεσίες από μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας (Πολύζος και συν., 2005). Επιπλέον, για τη διοίκηση, ενώ δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στα οφέλη μέσω της εξοικονόμησης πόρων και μέσω του περιορισμού των λαθών, για να επέλθει η βελτίωση της ποιότητας αναδεικνύεται η ανάγκη κάλυψης αναγκών οι οποίες απαιτούν επενδύσεις και γενικότερη αύξηση του κόστους (Κουκουφιλίππου και συν., 2017). Μια σημαντική διαφορά από την συνηθισμένη έννοια της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ακόμη ότι ο τομέας υγείας αφορά έναν τομέα έντασης εργασίας όπου η ποιότητα της υπηρεσίας εξαρτάται κυρίως από τον παράγοντα εργασία σε σχέση με άλλους τομείς όπου συναντάται κυρίως η ποιότητα ως η λιγότερο υψηλής έντασης κεφαλαίου παραγωγή υπηρεσιών (Charalambous et al., 2018). Οι Πολύζος και συν. (2005) αναφέρουν ότι στην έννοια της ποιότητας θα πρέπει να υφίστανται κάποιες κοινωνικές πτυχές όπως η ισότητα, η προσπελασιμότητα από τους ασθενείς, η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα και η εν γένει ταύτιση των παρεχόμενων υπηρεσιών με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Επιπλέον, αναφέρεται ότι οι ευρέως υιοθετημένοι ορισμοί της ποιότητας δεν περιλαμβάνουν ή δεν δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα σε σημαντικές πτυχές της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας όπως είναι η πρόληψη, η συνέχεια των παρεχόμενων υπηρεσιών και η σχέση ιατρού-ασθενή (Γιαννακοπούλου & Ζυγά, 2013).

Εν γένει, η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να περιλαμβάνει τις διαστάσεις τόσο της έκβασης της παρεχόμενης περίθαλψης όσο και των διαδικασιών με τις οποίες παρέχεται στον ασθενή η φροντίδα υγείας (Al-Ali, 2014). Κατά τον Donabedian, οι διαστάσεις που συνιστούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι η τεχνική και η διαπροσωπική ποιότητα (Καϊτελίδου, 2007). Ως προς την πρώτη διάσταση, η ποιότητα εξαρτάται από τις γνώσεις και την κρίση που χρησιμοποιείται προκειμένου να επιτευχθούν οι κατάλληλες στρατηγικές παροχής υπηρεσιών και από την ικανότητα των παρόχων υπηρεσιών υγείας να υλοποιήσουν αυτές τις στρατηγικές (Καϊτελίδου, 2007). Η διαπροσωπική αλληλεπίδραση, από την άλλη πλευρά, συνεισφέρει στην επιλογή στρατηγικών φροντίδας υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις και τις ανάγκες του ασθενή (Καϊτελίδου, 2007). Ο Slater, όπως αναφέρουν οι (Charalambous et al., 2018), προσδιόρισε την έννοια με βάση τρεις πτυχές, (1) την ποιότητα των δομών, η οποία αναφέρεται σε χαρακτηριστικά του συστήματος των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των επαγγελματιών υγείας, (2) την ποιότητα της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών ως προς την συνολική πρόοδο του ασθενούς και (3) τα αποτελέσματα υγείας και την ποιότητας της ζωής που αφορά τη συνολική επίδραση της παρεχόμενης υπηρεσίας στην υγεία του ασθενούς. Μια άλλη προσέγγιση περιγράφει την ποιότητα των υπηρεσιών σε πέντε διαστάσεις οι οποίες είναι τα απτά υλικά, όπως οι εγκαταστάσεις, ο εξοπλισμός και η εμφάνιση του προσωπικού, η

αξιοπιστία που αναφέρεται στην ικανότητα να παρέχεται μια υπηρεσία σταθερά και με ακρίβεια, η ανταπόκριση που αφορά το βαθμό στον οποίο προτίθενται οι παροχείς να εξυπηρετήσουν τον ασθενή, η διασφάλιση που αφορά το βαθμό στον οποίο οι επαγγελματίες υγείας έχουν γνώσεις, ευγένεια και εμπνέουν εμπιστοσύνη και τέλος, η ενσυναίσθηση που αναφέρεται στο βαθμό της φροντίδας και της προσοχής που δίνεται στον ασθενή (Rehaman & Husnain, 2018).

Η μέτρηση της πολυδιάστατης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, η οποία περιγράφεται παρακάτω, έχει ως σκοπό τη παροχή της κατάλληλης πληροφορίας για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Καϊτελίδου, 2007). Η βελτίωσή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς μπορεί να παρέχει οφέλη τα οποία αντικατοπτρίζονται στον ασθενή σε επίπεδο ικανοποίησης από την υπηρεσία και σε επίπεδο βελτίωσης της κατάστασης της υγείας του, στους επαγγελματίες υγείας τόσο σε επίπεδο αποτελεσματικότητας όσο και σε επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία και στη διοίκηση ως προς το περιορισμό του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών (Κουκουφιλίππου και συν., 2017).

2.2. Μέτρηση και βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντικό ζήτημα της εκάστοτε διοίκησης καθώς υπάρχει μια τάση των ασθενών, ιδιαίτερα τα τελευταία 20 έτη, για ζήτηση υπηρεσιών υψηλότερης ποιότητας (Papanikolaou & Zygiaris, 2014). Η ποιότητα των υπηρεσιών είναι το ισχυρότερο ανταγωνιστικό όπλο των οργανισμών παροχής υπηρεσιών (Giovanis, et al., 2014). Η κατανόηση και η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της παροχής καλύτερων υπηρεσιών στους ασθενείς (Papanikolaou & Zygiaris, 2014). Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν τρία χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας που συμβάλλουν στη δυσκολία μέτρησης της, όπως είναι το γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι άυλα στοιχεία, η ετερογένεια των αποδόσεων και η αδιαχώριστη σχέση μεταξύ του πελάτη-ασθενή και παραγωγού-παροχέα υπηρεσιών υγείας (Al-Ali, 2014). Σε αντίθεση με τις άλλες υπηρεσίες, στον τομέα της υγείας οι ασθενείς συμμετέχουν στην παροχή της συγκεκριμένης υπηρεσίας και ως εκ τούτου, η απόδοση και η ποιότητα μπορούν να επηρεαστούν από τις στάσεις και τις ενέργειές τους (Al-Ali, 2014). Παράλληλα, η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας καθίσταται κρίσιμη για τη φήμη και τη βιωσιμότητα των δημόσιων υπηρεσιών ιδιαίτερα όσο οι ιδιωτικοί ανταγωνιστές κερδίζουν την εμπιστοσύνη των ασθενών και ταυτόχρονα οι δημόσιες

υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζονται από συνεχείς μειώσεις των χρηματοδοτήσεων (Paranikolaou & Zygiaris, 2014). Η μέτρηση της ποιότητας αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία καθώς οι υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν να απομονωθούν από παράγοντες πέραν των υπηρεσιών όπως οι κοινωνικοοικονομικοί και οι περιβαλλοντικοί (Καϊτελίδου, 2007). Για τη μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχουν αναπτυχθεί διάφορες μεθοδολογίες οι οποίες δύναται να αξιολογήσουν συγκεκριμένες διαστάσεις ή το σύνολο των πτυχών που περιλαμβάνει η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

2.2.1. Κατευθυντήριες οδηγίες

Οι κατευθυντήριες οδηγίες αφορούν την οργάνωση και παροχή της φροντίδας με βάση τεκμηριωμένη γνώση (Lawrence & Olesen, 1997). Οι Campbell, Braspenning, Hutchinson και Marshall, (2002) αναφέρουν τις κατευθυντήριες οδηγίες ως τις συστηματικά ανεπτυγμένες δηλώσεις που περιγράφουν τις σωστές δράσεις σε συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις που μπορούν να βοηθήσουν τόσο τους επαγγελματίες υγείας όσο και τους ίδιους τους ασθενείς για τις αποφάσεις που πρέπει να λάβουν. Ο στόχος της ανάπτυξης κατευθυντήριων γραμμών είναι να ενθαρρυνθεί η παροχή της βέλτιστης φροντίδας, επιδεικνύοντας και επικεντρώνοντας την προσπάθεια σε αυτό που είναι γνωστό ότι είναι αποτελεσματικό, κάνοντας σαφή τα στοιχεία της περίθαλψης για τα οποία δεν υπάρχει ή υπάρχει αιτιολόγηση και γνώση (Lawrence & Olesen, 1997). Οι κεντρικά ανεπτυγμένες κατευθυντήριες συνήθως παράγονται από ομάδες με μεγάλη εμπειρογνομosύνη, υψηλή επιστημονική κατάρτιση και πόρους, είναι καλά ελεγμένες και τεκμηριωμένες, αλλά δεν μπορούν να εφαρμοσθούν ακριβώς με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις χώρες δεδομένου ότι η κλινική πρακτική συχνά παρουσιάζει διαφορές (Lawrence & Olesen, 1997). Οι τοπικά ανεπτυγμένες κατευθυντήριες οδηγίες είναι πιθανό να είναι πιο σχετικές με τον συγκεκριμένο πληθυσμό, αλλά δεν μπορούν να παραχθούν με τον ίδιο βαθμό αυστηρότητας (Lawrence & Olesen, 1997). Η ιδιαιτερότητα των κατευθυντήριων γραμμών, σύμφωνα με τον Τούντα (2003), είναι ότι αφορούν κυρίως τις κλινικές πρακτικές ή περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να εφαρμοσθούν συγκεκριμένα προϋπάρχοντα πρότυπα.

2.2.2. Δείκτες

Οι δείκτες είναι σαφώς καθορισμένα και μετρήσιμα στοιχεία που λειτουργούν ως δομικά στοιχεία στην αξιολόγηση της φροντίδας και στην βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης (Campbell et al., 2002). Ένας δείκτης είναι ένα μετρήσιμο στοιχείο της απόδοσης των πρακτικών υγείας για τον οποίο υπάρχουν στοιχεία και συναίνεση ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ποιότητας και κατά συνέπεια για τη βελτίωση του επιπέδου ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας (Lawrence & Olesen, 1997). Με βάση τη τρίπτυχη προσέγγιση της ποιότητας, οι δείκτες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με την πτυχή την οποία ποσοτικοποιούν. Συνεπώς, οι δείκτες κατά τους Παπακωστίδη & Τσουκαλά (2012), μπορούν να είναι δείκτες δομής, δείκτες διαδικασιών και δείκτες αποτελέσματος οι οποίοι μετρούν τις συγκεκριμένες διαστάσεις και παρουσιάζουν ποσοτικά την κατάσταση που επικρατεί. Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι κυριότεροι δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας υγείας κατηγοριοποιούνται σε πέντε ομάδες οι οποίες είναι: «δείκτες υγειονομικής πολιτικής, κοινωνικοοικονομική δείκτες, δείκτες επιπέδου υγείας πληθυσμού, δείκτες παροχής υπηρεσιών υγείας, δείκτες κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας» (Ρίκος, 2015, σελ. 250). Οι δείκτες χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία μεταγενέστερων κριτηρίων και προτύπων αναθεώρησης τα οποία περιγράφονται παρακάτω και συμβάλλουν στην βέλτιστη λειτουργικότητα των δεικτών ποιότητας (Campbell et al., 2002). Δεδομένου ότι υπάρχει πληθώρα δεικτών έχουν αναπτυχθεί συγκεκριμένα κριτήρια με βάση τα οποία επιλέγεται κάποιος δείκτης για να αξιολογηθεί κάποια πτυχή ή γενικότερα ένας πάροχος υπηρεσιών υγείας (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Τα κριτήρια αυτά είναι η χρησιμότητα, η εγκυρότητα, η αξιοπιστία, η δυνατότητα σύγκρισης, η ανταποκρισιμότητα, η ειδικότητα και η ευαισθησία (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Οι περισσότεροι δείκτες έχουν αναπτυχθεί για την αξιολόγηση και τη βελτίωση της περίθαλψης στα νοσοκομεία αλλά αναπτύσσονται όλο και περισσότερο ποιοτικά μέτρα για την πρωτοβάθμια φροντίδα σε όλη την Ευρώπη (Campbell et al., 2002).

2.2.3. Κριτήρια ελέγχου

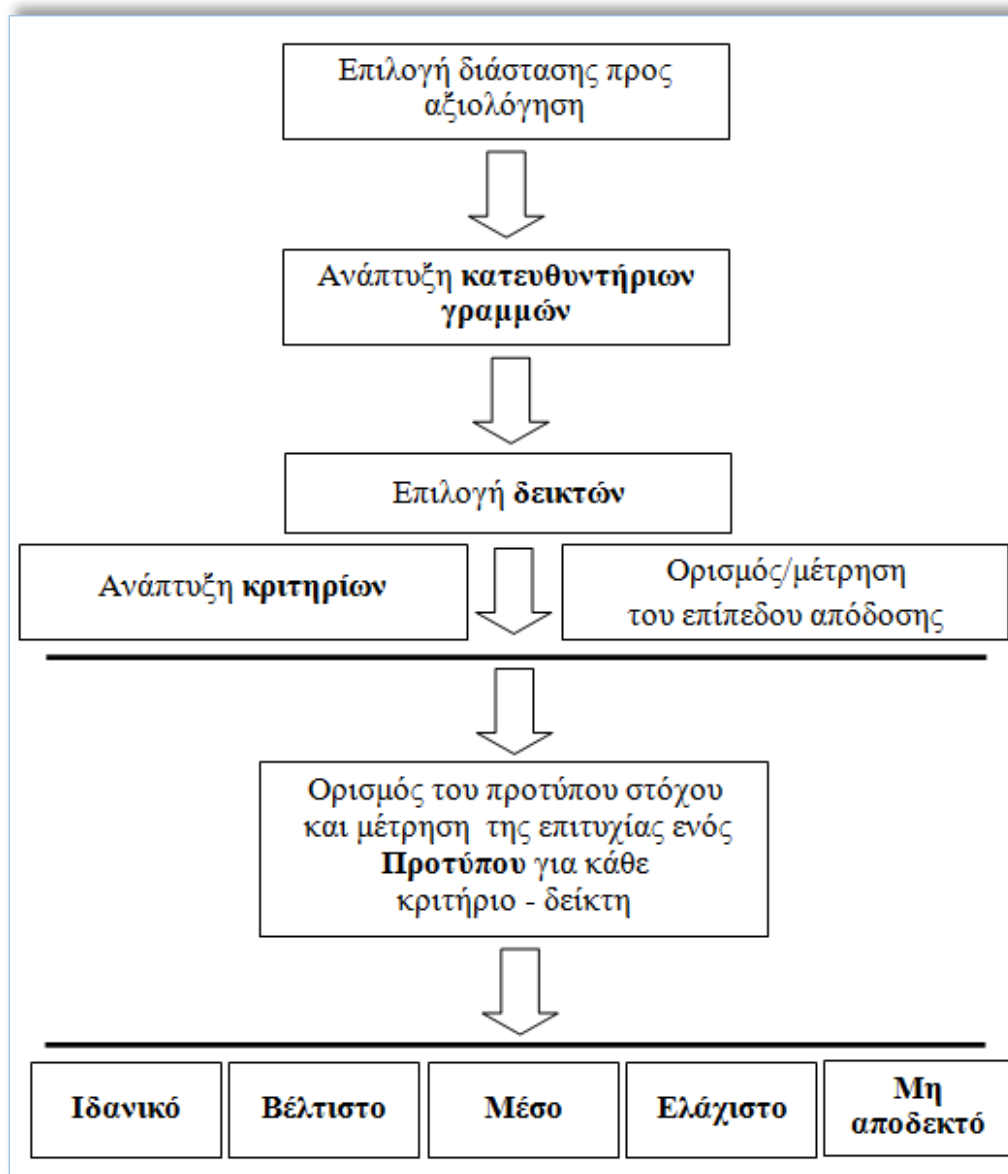
Τα κριτήρια ελέγχου αξιολογούν αναδρομικά την φροντίδα που παρέχεται κατά περίπτωση σε άτομα ή πληθυσμούς ασθενών (Campbell et al., 2002). Τα κριτήρια, κατά τον Τούντα (2003), αφορούν μεταβλητές οι οποίες εκφράζουν τους δείκτες και αποτελούν συνήθως σημεία σύγκρισης. Τα κριτήρια ως συστηματικά ανεπτυγμένες δηλώσεις αφορούν, σε αντίθεση με τις κατευθυντήριες γραμμές, την

ενιαία πράξη παροχής περίθαλψης προκειμένου να εκτιμηθεί η καταλληλότητα συγκεκριμένων αποφάσεων, υπηρεσιών και αποτελεσμάτων υγειονομικής περίθαλψης (Campbell et al., 2002). Τα κριτήρια παροχής φροντίδας υγείας είναι προκαθορισμένα στοιχεία βάσει των οποίων μπορούν να συγκριθούν πτυχές της ποιότητας της υπηρεσίας και αναπτύσσονται από επαγγελματίες με βάση τη βιβλιογραφία και την επαγγελματική τους εμπειρία (Donabedian, 1981). Τόσο τα κριτήρια όσο και τα πρότυπα αξιολόγησης, που περιγράφονται παρακάτω, μπορούν να είναι είτε σιωπηρά είτε ρητά (Donabedian, 1988). Τα σιωπηρά κριτήρια και πρότυπα χρησιμοποιούνται όταν ένας έμπειρος επαγγελματίας λαμβάνει πληροφορίες σχετικά με μια υπόθεση και ζητείται να χρησιμοποιήσει την προσωπική γνώση και εμπειρία του για να κρίνει την ορθότητα μιας διαδικασίας ή την έκβασή της (Donabedian, 1988). Αντίθετα, τα σαφή κριτήρια και πρότυπα αναπτύσσονται και καθορίζονται εκ των προτέρων με σημαντικές λεπτομέρειες από μια ομάδα εμπειρογνομόνων (Donabedian, 1988).

2.2.4. Πρότυπα

Συνδυαστικά με τα κριτήρια προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα υγείας υφίσταται τα πρότυπα, τα οποία είναι τα επίπεδα συμμόρφωσης με ένα κριτήριο ή το ποσοστό των γεγονότων που συμμορφώνονται με ένα κριτήριο (Lawrence & Olesen, 1997). Ωστόσο, τα πρότυπα δεν περιορίζονται σε συνδυασμό μόνο με τα κριτήρια. Τα πρότυπα είναι επαγγελματικά ανεπτυγμένες εκφράσεις του εύρους της αποδεκτής διακύμανσης από έναν κανόνα, ένα δείκτη ή ένα κριτήριο (Donabedian, 1981). Τα πρότυπα, κατά τους Campbell et al. (2002), αφορούν το επίπεδο συμμόρφωσης σε ένα συγκεκριμένο δείκτη ή κριτήριο. Ειδικότερα τα πρότυπα αναφέρονται είτε στον καθορισμό του αποδεκτού επιπέδου ενός δείκτη είτε στην απόκλιση που επιτρέπεται να έχει κάποιο κριτήριο (Τούντας, 2003). Τα πρότυπα όπως και τα κριτήρια πρέπει να προέρχονται από ένα υγιές, επιστημονικά επικυρωμένο ταμείο γνώσης και να προσαρμόζονται πιο ευέλικτα στις κλινικές ιδιαιτερότητες κάθε περίπτωσης (Donabedian, 1988). Με βάση το σαφή ορισμό ότι τα πρότυπα διαγράφουν τα όρια ανοχής των αποκλίσεων από συγκεκριμένες τιμές που συνδέονται με συγκεκριμένους δείκτες ή κριτήρια, αναδεικνύεται ως δεδομένο ότι κάθε κριτήριο και κάθε δείκτης συσχετίζεται με συγκεκριμένα προϋπάρχοντα πρότυπα από τα οποία προκύπτουν οι ανεκτές αποκλίσεις των προτύπων του επίσημου σαφή ορισμού (Donabedian, 1981). Καθώς τα πρότυπα αναφέρονται στο αποτέλεσμα της περίθαλψης που καθορίζεται σε συγκεκριμένους δείκτες, θα πρέπει να είναι ρεαλιστικά και να ορίζονται σύμφωνα με το πλαίσιο και τις περιστάσεις του ασθενούς

(Campbell et al., 2002). Η λειτουργικότητα του καθορισμού προτύπων στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τις κατευθυντήριες οδηγίες, τα κριτήρια και τους δείκτες αναδεικνύονται στην Εικόνα 1.



Εικόνα 1. Καθορισμός προτύπου φροντίδας υγείας (Lawrence & Olesen, 1997, p. 106).

2.2.5. Ικανοποίηση και εμπειρία χρηστών

Η γνώμη των ασθενών σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της αξιολόγησης της ποιότητας

(Milasauskiene, Juodryte, Miseviciene, Boerma, & Rezgiene, 2006) και ένα έναν αξιόπιστο δείκτη που δύναται να πιστοποιήσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008). Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που αξιολογούν οι ασθενείς μπορεί να έχει δύο διαστάσεις, την τεχνική διάσταση, δηλαδή τη βασική υπηρεσία που παρέχετε και τη λειτουργική διάσταση δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο η υπηρεσία παρέχεται (Umath, Marwah, & Soni, 2015). Η κρίση των ασθενών σχετικά με την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών και η ανατροφοδότηση τους είναι απαραίτητες για την παρακολούθηση της ποιότητας και τη βελτίωση της περίθαλψης (Nabbuye-Sekandi et al., 2011).

Η μέτρηση της ποιότητας της υπηρεσίας από την πλευρά των ασθενών είναι δύσκολη λόγω των μοναδικών χαρακτηριστικών της ότι πρόκειται για κάτι άυλο, αδιαχώριστο, με ετερογένεια που είναι παράλληλα αναλώσιμο (Umath et al., 2015). Οι αξιολογήσεις ικανοποίησης και η αποτύπωση των εμπειριών περιέχουν πληροφορίες σχετικά με τη δομή, τη διαδικασία και τα αποτελέσματα της περίθαλψης (Krol et al., 2015· Sack et al., 2011). Τα στοιχεία αυτά που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών χρησιμοποιούνται από τις υπηρεσίες υγείας για συνεχή βελτίωση της ποιότητας (Krol et al., 2015· Nabbuye-Sekandi et al., 2011). Επιπλέον, οι αξιολογήσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς έχουν πολύτιμη συμβολή στη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης ώστε αυτή να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας (Krol et al., 2015· Milasauskiene et al., 2006). Οι ασθενείς που συμμετέχουν άμεσα στη διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να αναδείξουν ποιοι παράγοντες έχουν μεγάλη σημασία και ποιοι είναι λιγότερο σημαντικοί για αυτούς (Krol et al., 2015· Milasauskiene et al., 2006). Τέλος, μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά για τον εντοπισμό των ασθενέστερων τομέων της υγειονομικής περίθαλψης και αφότου αυτοί αναδειχθούν, η διοίκηση θα έχει τη γνώση για τις πολιτικές και τους τομείς που πρέπει να δώσει μεγαλύτερη προσοχή ώστε να βελτιωθεί το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Krol et al., 2015· Milasauskiene et al., 2006). Τα ιδιαίτερα σημεία και οι πτυχές της αξιολόγησης της ποιότητας από την πλευρά των ασθενών περιγράφονται αναλυτικότερα στο επόμενο κεφάλαιο.

2.2.6. Ικανοποίηση επαγγελματιών υγείας

Ένας άλλος σημαντικός δείκτης της ποιότητας είναι η ικανοποίηση επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης από την εργασία τους (Krol et al., 2015). Η μέτρηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας από την εργασία αποτελεί αναπόφευκτη συνιστώσα της διαδικασίας συνεχούς βελτίωσης της

ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης (Kuburovic, Dedic, Djuricic, & Kuburovic, 2016). Ο συγκεκριμένος δείκτης είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς το αυξανόμενο επίπεδο ικανοποίησης δεν συνδέεται μόνο με την υψηλότερη ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης αλλά και με το αυξημένο επίπεδο αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και παραγωγικότητας των εργαζομένων καθώς και με τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης (Chaulagain & Khadka, 2012· Kuburovic et al., 2016). Αυτό το περίπλοκο φαινόμενο δεν περιγράφει μόνο τη στάση των εργαζομένων απέναντι στη δουλειά αλλά έχει αντίκτυπο στα κίνητρα του προσωπικού, στην καριέρα, την υγεία και τις σχέσεις με τους άλλους υπαλλήλους (Nikic et al., 2008· Srivastava & Singh, 2017). Εκτός από τη σημασία που έχει για τους ασθενείς και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης συνολικά, η ικανοποίηση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης συνδέεται άμεσα με την απουσία από την εργασία, τις ανθρώπινες σχέσεις και την οργάνωση της εργασίας (Nikic et al., 2008). Η χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, από την άλλη πλευρά, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κύκλο εργασιών, περισσότερες απουσίες, βραδύτητα και παράπονα, γεγονός που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας (Chaulagain & Khadka, 2012). Επιπλέον, η εκτίμηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας δίνει τη δυνατότητα στη διοίκηση να προβλέπει ποιες ομάδες είναι πιθανό να παρουσιάσουν συμπεριφορά που σχετίζεται με δυσαρέσκεια και να κάνουν τις απαραίτητες ενέργειες προκειμένου αυτό να αποφευχθεί (Chaulagain & Khadka, 2012)

Κάποιοι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία των επαγγελματιών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η εργασιακή εμπειρία, ο τρόπος οργάνωσης της εργασίας, οι συνθήκες εργασίας, η πληρωμή, οι ώρες εργασίας, οι προαγωγές και άλλα (Chaulagain & Khadka, 2012· Nikic et al., 2008). Η ικανοποίηση από την εργασία εξαρτάται όχι μόνο από τη φύση της εργασίας, αλλά από τις προσδοκίες ενός ατόμου σχετικά με την εργασία αυτή, αν και υπάρχουν και διάφοροι υποκειμενικοί παράγοντες (Nikic et al., 2008). Το άγχος, η εξάντληση, η αύξηση του κύκλου εργασιών και η σύνθετη εργασία με βάρδιες είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της ευημερίας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και επηρεάζουν την επαγγελματική τους ικανοποίηση (Jaiswal et al., 2015· Nikic et al., 2008). Συνεπώς, η ικανοποίηση από την εργασία είναι σημαντική για την πρόβλεψη της σταθερότητας των συστημάτων υγείας (Chaulagain & Khadka, 2012), αν και οι Milasauskiene et al. (2006) κρίνουν στενόμυαλο το γεγονός η ανάλυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης να αφορά μόνο την αξιολόγηση της ικανοποίησης μόνο του ιατρικού προσωπικού.

2.2.7. Μοντέλο SERVQUAL

Σημαντικό εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας από την πλευρά των ασθενών είναι το μοντέλο που αναπτύχθηκε από τους Parasuraman, Zeithaml και Berry, (1988). Η ανάπτυξη του συγκεκριμένου μοντέλου ποιότητας των υπηρεσιών περιλάμβανε μια συστηματική ερευνητική διαδικασία η οποία ξεκίνησε το 1983 και μετά από διάφορες βελτιώσεις οδήγησε στη δημοσίευση του οργάνου SERVQUAL το 1988 (Parasuraman et al., 1988). Οι προγραμματιστές του μοντέλου ξεκίνησαν μέσω της αναζήτησης βιβλιογραφίας και κατάφεραν να εντοπίσουν 97 στοιχεία που πιστεύεται ότι επηρεάζουν την ποιότητα της υπηρεσίας ενώ εφαρμόζοντας μια τεχνική μείωσης δεδομένων γνωστή ως ανάλυση παραγόντων (factor analysis) ή ως ανάλυση κύριων συνιστωσών (principal component analysis) κατέληξαν σε πρώτη φάση σε δέκα διαστάσεις (ή συστατικά στοιχεία) των υπηρεσιών, οι οποίες είναι η αξιοπιστία (reliability), η ανταπόκριση (responsiveness), η ικανότητα (competence), η πρόσβαση (access), η ευγένεια (courtesy), η επικοινωνία (communication), η φερεγγυότητα (credibility), η ασφάλεια (security), η κατανόηση/γνώση του πελάτη (understanding/knowning client) και η απτή διάσταση (tangibles) (Parasuraman et al., 1988).

Το μοντέλο SERVQUAL είναι ένα πολυδιάστατο ερευνητικό εργαλείο που σχεδιάστηκε για να συλλάβει τις προσδοκίες των καταναλωτών και τις αντιλήψεις τους σχετικά με μια υπηρεσία όσον αφορά τις πέντε διαστάσεις που τελικά πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύουν την ποιότητα των υπηρεσιών (Peprah & Atarah, 2014). Οι αντιλήψεις των πελατών σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών προκύπτουν από τη σύγκριση των προσδοκιών τους πριν από την υπηρεσία με την πραγματική εμπειρία τους (Parasuraman et al., 1988). Ειδικότερα, η κλίμακα του μοντέλου SERVQUAL καθορίζει την ποιότητα της υπηρεσίας υπολογίζοντας τη διαφορά μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων, αξιολογώντας τα 22 ζεύγη στοιχείων (Parasuraman et al., 1988· Peprah & Atarah, 2014). Πρόκειται για 22 ζεύγη δηλώσεων κλίμακας Likert δομημένες γύρω από πέντε διαστάσεις της ποιότητας της υπηρεσίας, οι οποίες είναι (Parasuraman et al., 1988· Peprah & Atarah, 2014):

- Η απτή διάσταση (tangibles), η οποία αφορά τους χώρους των εγκαταστάσεων και την εμφάνιση του προσωπικού και του εξοπλισμού (4 ζεύγη ερωτήσεων).
- Η αξιοπιστία (reliability), που αφορά την ικανότητα να εκτελείται η υποσχεθείσα υπηρεσία αξιόπιστα και με ακρίβεια (5 ζεύγη ερωτήσεων).
- Η ανταπόκριση (responsiveness), η οποία αφορά την προθυμία παροχής βοήθειας και άμεσης εξυπηρέτησης στους πελάτες (4 ζεύγη ερωτήσεων).

- Η ασφάλεια (ή σιγουριά) (assurance) , που αφορά τη γνώση και την ευγένεια των εργαζομένων και την ικανότητά τους να εμπνέουν εμπιστοσύνη και εμπιστευτικότητα (4 ζεύγη ερωτήσεων).
- Η ενσυναίσθηση (empathy), δηλαδή η ικανότητα παροχής φροντίδας και εξατομικευμένης προσοχής στους πελάτες (5 ζεύγη ερωτήσεων).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, όταν οι αντιλήψεις υπερβαίνουν τις προσδοκίες των πελατών, τότε η ποιότητα της υπηρεσίας είναι υψηλή ενώ όταν οι προσδοκίες των πελατών είναι μεγαλύτερες από τις αντιλήψεις τους για την παροχή υπηρεσιών, η ποιότητα των υπηρεσιών θεωρείται χαμηλή (Parasuraman et al., 1988· Peparah & Atarah, 2014). Το μοντέλο της ποιότητας των υπηρεσιών προσδιορίζει πρόσθετα πέντε χάσματα-κενά (gaps) που μπορεί να διαμορφώσουν στους πελάτες μια εικόνα χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών (Umath et al., 2015). Τα χάσματα (gaps) είναι (Umath et al., 2015):

- Χάσμα 1. Η διαφορά μεταξύ των πραγματικών προσδοκιών των πελατών και των αντιλήψεων της διοίκησης σχετικά με την αναμενόμενη υπηρεσία των συγκεκριμένων πελατών.
- Χάσμα 2. Η αναντιστοιχία μεταξύ των αντιλήψεων της διοίκησης σχετικά με τις προσδοκίες των πελατών και τη μετάφραση σε διαδικασίες παροχής υπηρεσιών και προδιαγραφές.
- Χάσμα 3. Η διαφορά μεταξύ των προδιαγραφών ποιότητας μιας υπηρεσίας και της υπηρεσίας που παρέχεται πραγματικά.
- Χάσμα 4. Η διαφορά μεταξύ των προθέσεων παράδοσης υπηρεσιών και όσων γνωστοποιούνται στον πελάτη.
- Χάσμα 5. Η διαφορά μεταξύ του τι προσδοκούν οι πελάτες από μια υπηρεσία και τι πραγματικά λαμβάνουν.

Η βαθμολογία χάσματος για κάθε ερώτηση υπολογίζεται ως η βαθμολογία αντίληψης μείον την βαθμολογία προσδοκιών (Peparah & Atarah, 2014). Η παρουσία ενός βαθμού θετικού χάσματος σημαίνει ότι οι προσδοκίες έχουν ικανοποιηθεί ή ξεπεραστεί ενώ μια αρνητική βαθμολογία συνεπάγεται ότι οι προσδοκίες δεν πληρούνται (Urban, 2009). Οι βαθμολογίες για κάθε μεμονωμένη δήλωση μπορούν να αναλυθούν και να συγκεντρωθούν για να δώσουν μια συνολική βαθμολογία χάσματος για κάθε διάσταση (Peparah & Atarah, 2014). Ενδεχομένως, αυτό επιτρέπει σε μια οργάνωση να εκτιμήσει πού εμφανίζονται τα βασικά κενά στην απόδοση, από την οπτική γωνία του πελάτη (Peparah & Atarah, 2014). Τα χάσματα 1-4 δεν μπορούν να μετρηθούν αλλά έχουν διαγνωστική αξία (Peparah & Atarah, 2014). Το χάσμα 5 είναι το μόνο που μπορεί να μετρηθεί άμεσα και αποτελεί το

χάσμα ποιότητας των υπηρεσιών που δίνει μια εικόνα της ποιότητας των υπηρεσιών όπως αυτή την αντιλαμβάνεται ο ασθενής (Peprah & Atarah, 2014· Umath et al., 2015). Ωστόσο, η οικουμενικότητα της κλίμακας και των διαστάσεων του μοντέλου SERVQUAL έχει αποτελέσει αντικείμενο κριτικής και προτείνεται να προσαρμόζεται στον τομέα των υπηρεσιών στον οποίο εφαρμόζεται (Umath et al., 2015).

2.2.8. Δείκτης καθαρών υποστηρικτών

Ένας απλός τρόπος αξιολόγησης της εμπειρίας και της ικανοποίησης των ασθενών είναι η ο δείκτης καθαρών υποστηρικτών (Net Promoter Score (NPS)) (Krol et al., 2015). Στην πραγματικότητα, το NPS χρησιμοποιείται κυρίως ως μια τελική ερώτηση η οποία είναι μια περίληψη της ικανοποίησης των ασθενών (Krol et al., 2015). Το NPS προέρχεται από την έρευνα διαχείρισης και εισήχθη το 2003 από τον Fred Reichheld (Koladycz, Fernandez, Gray, & Marriott, 2018). Εν γένει, το NPS βασίζεται σε μία μόνο ερώτηση: «Πόσο πιθανό είναι να συστήσετε την εταιρεία μας σε έναν φίλο ή ένα συγγενή;» (Koladycz et al., 2018). Οι συμμετέχοντες μπορούν να δώσουν μια απάντηση που κυμαίνεται από 0 («καθόλου πιθανό») έως 10 («εξαιρετικά πιθανό») (Krol et al., 2015· Nandhini & Dinesh, 2018). Η υπόθεση είναι ότι τα άτομα που βαθμολογούν με 9 ή 10, οι αφοσιωμένοι πελάτες, θα εκφράσουν μια θετική διαφήμιση από στόμα σε στόμα (Krol et al., 2015· Nandhini & Dinesh, 2018). Τα άτομα που απαντούν 7 ή 8 θεωρούνται ουδέτεροι, παθητικοί ή αδιάφοροι και είναι ικανοποιημένοι αλλά είναι πολύ πιθανό να επιλέξουν κάποιο άλλο πάροχο (Krol et al., 2015· Nandhini & Dinesh, 2018). Τέλος, τα άτομα που απαντούν 0-6 είναι πιθανό να είναι δυσαρεστημένοι πελάτες (Krol et al., 2015· Nandhini & Dinesh, 2018). Ο δείκτης καθαρών υποστηρικτών υπολογίζεται στη συνέχεια ως το ποσοστό των αφοσιωμένων πελατών μείον το ποσοστό των δυσαρεστημένων (Krol et al., 2015· Nandhini & Dinesh, 2018). Σε γενικές γραμμές, το ζητούμενο είναι πάντα ένα σκορ με θετικό αποτέλεσμα γιατί δείχνει ότι οι αφοσιωμένοι πελάτες είναι περισσότεροι από τους δυσαρεστημένους (Krol et al., 2015). Μια βαθμολογία πάνω από 30 θεωρείται καλή αλλά εξακολουθεί να υπάρχει περιθώριο για πρόοδο (Krol et al., 2015). Ένας δείκτης NPS μεγαλύτερος του 50 δείχνει μια εξαιρετική μέτρηση, ενώ ένας δείκτης NPS μεγαλύτερος του 70 είναι μια άριστη τιμή και δείχνει ότι υπάρχει πληθώρα ατόμων που υποστηρίζουν τον πάροχο (Krol et al., 2015). Το NPS χρησιμοποιείται ευρέως λόγω της απλότητας, της ευκολίας υλοποίησής του και των δυνατοτήτων συγκριτικής αξιολόγησης εντός ενός κλάδου και

αποδείχθηκε ότι αποτελεί τεράστιο επίτευγμα για τη μέτρηση της ικανοποίησης και των εμπειριών των πελατών παγκοσμίως (Koladycz et al., 2018· Nandhini & Dinesh, 2018).

2.3. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Τις τελευταίες δεκαετίες, τα θέματα σχετικά με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν αυξηθεί σημαντικά (Hijazi et al., 2018). Η συνολική διαχείριση της ποιότητας είναι ένα σύστημα που καθιστά την ποιότητα ευθύνη όλων των επαγγελματιών υγείας και των διοικητικών σε όλο τον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης (Al-Ali, 2014). Οι επαγγελματίες υγείας και η διοίκηση αναγνωρίζουν τη σημασία των επιτυχημένων και οικονομικά αποδοτικών αποτελεσμάτων όσον αφορά τη διαχείριση των ασθενών (Hijazi et al., 2018). Ο ασθενής από πελάτης των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης έχει μετατραπεί σε ένα άμεσο στρατηγικό εταίρο που συμμετέχει στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και γι' αυτό θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η υιοθέτηση μιας προσέγγισης με επίκεντρο τον ασθενή (Al-Ali, 2014). Κατά τους Hijazi et al. (2018), όλες οι διαδικασίες και οι δραστηριότητες που απαιτούνται για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας πρέπει να ελέγχονται με τη χρήση ενός συστήματος Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας.

Η Διαχείριση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) θεωρείται μια προσέγγιση συστήματος που στοχεύει στη συνεχή βελτίωση των οργανωτικών διαδικασιών και των συστημάτων στα οποία μπορούν να συμμετέχουν όλοι οι εργαζόμενοι των δημόσιων ιδρυμάτων υγείας για την παροχή ποιοτικής υγείας (Adeoti, 2011). Η ΔΟΠ αποτελεί μια περιεκτική στρατηγική αλλαγής της οργάνωσης, η οποία δίνει στους επαγγελματίες υγείας τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν μεθόδους που όχι μόνο ικανοποιούν τους ασθενείς αλλά περιορίζουν και τις δαπάνες (Balasubramanian, 2016). Κατά τον Al-Ali (2014), η ΔΟΠ περιλαμβάνει τρεις πτυχές κατά τις οποίες η ποιότητα είναι το βασικό μέσο μέτρησης, η συνεχής βελτίωση αποτελεί τη φιλοσοφία της διοίκησης και η συμμετοχή των εργαζομένων αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της προσέγγισης. Η συμβολή της ΔΟΠ εντοπίζεται στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών μέσω της συνεργατικής προσέγγισης και των τυποποιημένων επιδόσεων (Balasubramanian, 2016; Mosadeghrad, 2015). Οι ικανότητες των εργαζομένων και της διοίκησης, στις οποίες στηρίζεται η ΔΟΠ, μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα και την παραγωγικότητα (Adeoti, 2011). Η βελτίωση της ποιότητας περιλαμβάνει την παροχή ωφέλειας σε κοινωνικό και ατομικό

επίπεδο και αποσκοπεί στην εξασφάλιση του κοινού συμφέροντος (Μανωλιάδης & Δημοπούλου, 2007).

Η ΔΟΠ είναι μια προσέγγιση με μια ολιστική προοπτική στη διοίκηση, στο σύνολο και στην ποιότητα (Balasubramanian, 2016). Ως προς τη διοίκηση, η ΔΟΠ αναδεικνύει νέες μορφές και πρακτικές διοίκησης (Balasubramanian, 2016). Ως προς το σύνολο, η ΔΟΠ λαμβάνει δεδομένα από κάθε τμήμα και άτομο (Balasubramanian, 2016). Ως προς την ποιότητα, η ΔΟΠ συμβάλλει στην επίτευξη των προτύπων για την εξυπηρέτηση των πελατών και την ικανοποίηση των χρηστών (Balasubramanian, 2016). Όταν εφαρμόζεται η ΔΟΠ, καθιερώνονται συστήματα που προβλέπουν και λαμβάνουν υπόψη την πρόληψη κλινικών και διοικητικών προβλημάτων, την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών, τη συνεχή βελτίωση των διαδικασιών του οργανισμού, την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και ποιοτικότερων από εκείνες των ανταγωνιστών (Al-Ali, 2014).

Η ΔΟΠ περιλαμβάνει μια σειρά αλληλεπιδρώντων πρακτικών που στοχεύουν στην παρακολούθηση, την αξιολόγηση και τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, η παροχή της οποίας πρέπει να είναι επικεντρωμένη στον ασθενή (Hijazi et al., 2018). Οι γενικές αρχές από τις οποίες διέπεται η διοίκηση κατά τη ΔΟΠ, είναι η εστίαση στον ασθενή, η πρόληψη σφαλμάτων, η συμμετοχή των εργαζομένων, η ομαδική εργασία, η συστηματοποίηση, η ηγεσία και η συνεχής βελτίωση της ποιότητας (Al-Ali, 2014). Όλο το προσωπικό, έχοντας ως κοινό όραμα την εστίαση στον πελάτη συμμετέχει ενεργά στην παροχή υπηρεσιών υγείας βέλτιστης ποιότητας που θα τον ικανοποιήσουν (Καρασούλος, 2014). Για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας οι εργαζόμενοι εμπλέκονται καθοριστικά, συμμετέχουν ενεργά και βελτιώνονται συνεχώς μέσω της εκπαίδευσης και της κατάρτισης (Κουκουφιλίππου και συν., 2017). Η επικέντρωση στον ασθενή συνεπάγεται ότι όλα τα μέρη που εμπλέκονται στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εξετάζουν τις ανάγκες, τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες του ασθενούς, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα ότι οι αξίες των ασθενών καθοδηγούν όλες τις κλινικές αποφάσεις (Hijazi et al., 2018). Παράλληλα, οι ασθενείς αντιμετωπίζονται όχι ως σύνολο διαγνώσεων ή συμπτωμάτων, αλλά ως ισότιμοι εταίροι στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση της περίθαλψης μέσω της συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων και την παράλληλη συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας (Al-Ali, 2014· Hijazi et al., 2018). Στη ΔΟΠ πελάτης θεωρείται κάθε ασθενής (εξωτερικό πελάτης) και κάθε μέλος της υπηρεσίας που αλληλεπιδρά με κάποιο εργαζόμενο (εσωτερικός πελάτης) (Κουκουφιλίππου και συν., 2017). Κατ' επέκταση, για να επιτύχει μια διοίκηση τους στόχους που σχετίζονται και με τις δύο πτυχές, τον ικανοποιημένο ασθενή και τις περιορισμένες δαπάνες, κάνει ενέργειες που θα

οδηγήσουν στη βελτιστοποίηση της ικανοποίησης των πελατών (εσωτερικοί και εξωτερικοί) και στον περιορισμό των δαπανών (Καρασούλος, 2014).

Τα συστατικά τα οποία αναφέρει ο Adeoti (2011) ως απαραίτητα για την άνθηση της ΔΟΠ σε οποιονδήποτε τομέα υπηρεσιών είναι η συμμετοχική διοίκηση, η συνεχής βελτίωση των διαδικασιών και η χρήση ομάδων. Οι Talib, Rahman & Azam, (2010) στα πλαίσια της ΔΟΠ αναφέρουν ότι μπορεί να επιτευχθεί υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας εάν δοθεί προσοχή σε πέντε παράγοντες, την ηγεσία, την ανάπτυξη των πόρων και των ικανοτήτων, τη διαχείριση των διαδικασιών, την ομαδική εργασία και συμμετοχή και, τέλος, τη συνεχή βελτίωση. Στα νοσοκομεία, η διαχείριση των φαρμάκων, η τεχνολογία της πληροφορικής και το επίπεδο ποιότητας που χαρακτηρίζει το προσωπικό αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την αποτελεσματική εφαρμογή της ΔΟΠ (Adeoti, 2011).

Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει η αναδυόμενη τάση ότι η πιστοποίηση είναι ένα εφικτό μέτρο για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών (Sack et al., 2011). Η πιστοποίηση του επιπέδου ποιότητας σε κάποιες χώρες απαιτεί νομική υποχρέωση των μονάδων υγείας αλλά σε άλλες χώρες αυτό είναι προαιρετικό και συχνά εφαρμόζεται εθελοντικά από τις εκάστοτε διοικήσεις (Sack et al., 2011). Η αξιολόγηση από ανεξάρτητους αξιολογητές με αποτέλεσμα τη πιστοποίηση είναι μέτρα που πιστεύεται ότι βελτιώνουν την ποιότητα της περίθαλψης (Sack et al., 2011).

Συνοψίζοντας, η σημασία της ΔΟΠ φαίνεται από την έκφραση των ερευνητών για την έννοια της ΔΟΠ ότι είναι η φιλοσοφία διοίκησης για την επίτευξη της αριστείας (Balasubramanian, 2016). Η εφαρμογή ενός συστήματος ΔΟΠ στην Ελλάδα αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα, ιδιαίτερα με την οικονομική κρίση χρέους της τελευταίας δεκαετίας (Κουκουφίλιππου και συν., 2017). Η παροχή φροντίδας σε ένα πιο επικεντρωμένο στον ασθενή τρόπο μπορεί τελικά να συνεισφέρει σε ικανοποιημένους και πιστούς χρήστες των υπηρεσιών υγείας, στη βελτιωμένη παροχή φροντίδας και σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα (Hijazi et al., 2018).

3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα από την πλευρά των χρηστών

3.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Η ΠΦΥ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγείας μιας χώρας και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης μιας κοινωνίας καθώς είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ασθενών με το εθνικό σύστημα υγείας (Paranikolaou & Zygiaris, 2014). Ειδικότερα, η ΠΦΥ αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας έχοντας ως σκοπό τόσο την πρόληψη όσο και την πραγματοποίηση των κατάλληλων ενεργειών ώστε να επιλυθούν προβλήματα υγείας χωρίς ο ασθενής να νοσηλευτεί στο νοσοκομείο (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Η ΠΦΥ προτίθεται να προσφέρει μια συνέχεια στην επαφή των ασθενών με τη διαδικασία (Paranikolaou & Zygiaris, 2014). Χαρακτηριστικό της ΠΦΥ είναι ότι παρέχεται όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου ζουν και εργάζονται οι ασθενείς (Paranikolaou & Zygiaris, 2014).

Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας της Ελλάδας οργανώνουν οι επτά Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.Πε.) (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016). Η δημόσια ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται μέσω ενός διπλού συστήματος πρωτοβάθμιων κέντρων υγειονομικής περίθαλψης, νοσοκομειακών εξωτερικών υπηρεσιών που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και τις υπηρεσίες ΠΦΥ των δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων με εξέχουσες δομές το ευρύ φάσμα δομών του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) (Paranikolaou & Zygiaris, 2014· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Σημαντική συμβολή στην ΠΦΥ έχουν οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ), οι δημοτικές υπηρεσίες συμπεριλαμβανομένου του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», τα δημοτικά ιατρεία, τα ΚΑΠΗ και, τέλος, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008· Πετρέλης & Δομάγερ, 2016). Πρόσφατα δημιουργήθηκαν οι τοπικές μονάδες υγείας (ΤοΜΥ), οι οποίες ως δομές πρωτοεισάγουν στη δομή της

ΠΦΥ τη θέσπιση δύο επιπέδων (News247, 2018). Οι ΤοΜΥ παρέχουν υπηρεσίες υγείας στο πρώτο επίπεδο και δημιουργήθηκαν με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (News247, 2018).

Η πολυδιάστατη και άναρχη δομή της ΠΦΥ στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από την ανομοιογένεια και την έλλειψη ενός κεντρικού σχεδιασμού (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Η Ελλάδα έχει υποβληθεί σε πολλές προσπάθειες με στόχο τον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωση των εθνικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με επίκεντρο την ενίσχυση της ΠΦΥ (Lionis et al., 2017· Papanikolaou & Zygiaris, 2014). Επομένως, είναι ολοένα και πιο σημαντικό να μετράται η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης έτσι ώστε οι πόροι να μπορούν να διαμοιράζονται αποτελεσματικά και αποδοτικά προς τη βελτίωση της (Papanikolaou & Zygiaris, 2014). Η έλλειψη μια ολοκληρωμένης προσέγγισης ως προς τον ασθενή και η έλλειψη αξιοπιστίας στους παρόχους οδηγούν συχνά στην περιορισμένη ικανοποίηση των ασθενών, ο οποίος προβαίνει σε ιδιώτες ιατρούς προκειμένου να λάβει μια «δεύτερη γνώμη» για την κατάσταση της υγείας του (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Σημαντική είναι ακόμη η περικοπή της κυβερνητικής χρηματοδότησης που αντικατοπτρίζεται στην έλλειψη προσωπικού και εξοπλισμού στα δημόσια νοσοκομεία, η οποία αναγκάζει τη διοίκηση να επικεντρωθεί στον τρόπο ικανοποίησης των αναγκών και των επιθυμιών των ασθενών με τον πιο οικονομικό τρόπο διατηρώντας υψηλό τον ανταγωνισμό σε σχέση με τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού τομέα (Papanikolaou & Zygiaris, 2014).

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα εξακολουθεί να παρουσιάζει χαμηλή επίδοση σε ζητήματα ποιότητας της ΠΦΥ (Gionanis et al., 2014). Η ΠΦΥ στην Ελλάδα εμφανίζει σημαντικές ελλείψεις ως προς τους στόχους και τις προσδοκίες με ιδιαίτερα σημαντικούς παράγοντες να οδηγούν σε αρνητική επίδραση στην ικανοποίηση, τις μακροχρόνιες λίστες αναμονής, την κακή ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία και τις υψηλές προσδοκίες των ασθενών (Pierrakos et al., 2013). Οι τρόποι με τους οποίους οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την απειλή από μια ασθένεια διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στις αποφάσεις που σχετίζονται με την αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης στις ΠΦΥ (Zavras, Geitona, & Kygiopoulos, 2016). Η περίοδος λιτότητας, η οποία εφαρμόστηκε εδώ και αρκετά χρόνια στην Ελλάδα, είχε σημαντικό αντίκτυπο στο μέγεθος, τη δομή, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Lionis et al., 2017). Ως εκ τούτου, η αξιολόγηση της ποιότητας της ΠΦΥ καθίσταται αναγκαία για τη βιωσιμότητα των δημόσιων υπηρεσιών (Papanikolaou & Zygiaris, 2014). Η αξιολόγηση της ποιότητας της ΠΦΥ από την πλευρά των χρηστών των συγκεκριμένων υπηρεσιών

μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της εκτίμησης της ικανοποίησης των χρηστών και μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών τους.

3.2. Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Ο πρώτος τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας από την πλευρά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας αποτελεί η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Οι σημαντικότερες πτυχές της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζονται στην παρούσα ενότητα.

3.2.1. Η έννοια της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια πολυδιάστατη, πολυτομεακή και δυναμική έννοια, η οποία προσεγγίζεται διαφορετικά από τους ερευνητές (Giovanis, et al., 2014· Pierrakos et al., 2015· Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν., 2017). Από τη μια πλευρά, η ικανοποίηση των ασθενών καθορίζεται από την έκφραση των συναισθημάτων που προκύπτουν από το χάσμα μεταξύ των αναμενόμενων και αντιληπτών-προσδοκώμενων χαρακτηριστικών μιας υπηρεσίας και από την άλλη πλευρά, η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή στάσης, η οποία αντανακλά το βαθμό στον οποίο ο ασθενής εκφράζει το επίπεδο αρεσκείας ή δυσαρέσκειας που του προκάλεσε η εμπειρία που είχε σε κάποια υπηρεσία παροχής υπηρεσιών υγείας (Giovanis et al., 2014· Pierrakos et al., 2015· Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν., 2017). Αν και στην αρχή η έννοια περιελάμβανε μόνο την δυνατότητα των ασθενών να έχουν πρόσβαση τις υπηρεσίες υγείας, στη συνέχεια η έννοια συνδέθηκε με την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών (Πιερράκος και συν., 2013). Πλέον, όπως αναφέρουν οι Κοτσαγιώργη και Γκέκα (2010) η ικανοποίηση των ασθενών είναι «προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας» (σελ.404).

Ένας κοινά αποδεκτός ορισμός των «προσδοκιών» των χρηστών των υπηρεσιών υγείας είναι ότι αποτελούν τις πεποιθήσεις των ασθενών για μια υπηρεσία και χρησιμεύουν ως πρότυπα ή σημεία αναφοράς έναντι των οποίων αξιολογείται κάποια υπηρεσία (Papanikolaou & Zygiaris, 2014). Ως επακόλουθο αυτής της παραδοχής, η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας αλλά και η

αξιολόγηση της ποιότητάς τους αποτελούν αποτέλεσμα της σύγκρισης των προσδοκιών με τις εμπειρίες των χρηστών έπειτα από την επίσκεψή τους σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (Papanikolaou & Zygiaris, 2014). Οι Norhayati, Masseni & Azlina (2017) συνδέει την έννοια της ικανοποίησης με τις προσδοκίες του ασθενή μόνο από το ιατρό αναφέροντας ότι κάθε ασθενής έχει προσδοκίες όταν συναντά έναν γιατρό και η διαφορά μεταξύ αυτών των προσδοκιών και αυτών που πραγματικά ικανοποιούνται από την εμπειρία του με το κάθε γιατρό αντιπροσωπεύουν την αντίληψη της ικανοποίησης από την παρεχόμενη υπηρεσία υγείας.

Όταν εισάγεται ο όρος της ικανοποίησης των ασθενών, οι Κοτσαγιώργη και Γκέκα (2010) συσχετίζουν τις ανάγκες με τις προσδοκίες τους, οι οποίες μεταβάλλονται ανάλογα με τις εμπειρίες του κάθε ασθενή. Συνεπώς, το επίπεδο ικανοποίησης ταυτίζεται με το επίπεδο κάλυψης των αναγκών σε σχέση με το αποτέλεσμα υγείας και με την ίδια τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Σημαντική επίδραση στη δυσαρέσκεια των ασθενών διαδραματίζουν οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες καθορίζονται ως η διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που κρίνονται αναγκαίες και των υπηρεσιών που πραγματικά λαμβάνονται (Pappa, Kontodimopoulos, Papadopoulos, Tountas, & Niakas, 2013). Οι χρήστες των υπηρεσιών παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν μεγαλύτερη επίγνωση των περιορισμών και των ελλείψεων του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης και τις περισσότερες φορές εμφανίζουν ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί σωστά επειδή η ληφθείσα φροντίδα ήταν ανεπαρκής, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανεκπλήρωτες προσδοκίες και έντονη δυσαρέσκεια (Pappa et al., 2013).

Η «ανάγκη» μπορεί να έχει άμεση επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών αλλά η κατεύθυνση της σχέσης δεν είναι ξεκάθαρη (Asadi-Lari, Tamburini, & Gray, 2004). Η πολυπλοκότητα της επίδρασης της ικανοποίησης των αναγκών αναδεικνύεται μέσω του παραδείγματος περί κάλυψης της ανάγκης πληροφόρησης για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς (Asadi-Lari et al., 2004). Εάν η ανάγκη αυτή καλυφθεί αναμένεται να αυξηθεί το επίπεδο ικανοποίησης παράλληλα όμως οι ασθενείς με περισσότερη γνώση έχουν υψηλότερες προσδοκίες και δυσαρεστούνται πιο εύκολα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Asadi-Lari et al., 2004).

Οι LaVela & Gallan (2014) στον ορισμό της ικανοποίησης των ασθενών περιλαμβάνουν την έννοια της κρίσης καθώς αναφέρουν ότι η ικανοποίηση αφορά την συναισθηματική κρίση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, η οποία διαμορφώνεται από πληθώρα εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων αλλά σχηματίζεται αποκλειστικά από τον ίδιο τον ασθενή. Ιδιαίτερα, η έννοια της ικανοποίησης

περιγράφεται ως η αίσθηση του κάθε ασθενή και η συνολική εκτίμησή του για την εμπειρία του από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και την προσωπική του αξιολόγηση για την επίτευξη του στόχου που έχει θέσει (LaVela & Gallan, 2014). Η αξιολόγηση της κρίσης των ασθενών αναδεικνύει ζητήματα που αφορούν τα μέσα και τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών συμπεριλαμβάνοντας και τους επαγγελματίες υγείας (Πίνη, Σαράφης, Μαλλιαρού, Μπαμίδης, & Νιάκας, 2012).

Ένας λειτουργικός ορισμός που δίνουν οι Giovanis, et al. (2014) για την ικανοποίηση των ασθενών περιλαμβάνει τρεις διαφορετικούς πρακτικούς δείκτες της ικανοποίησης των χρηστών υγείας. Αυτοί είναι η γενική ικανοποίηση, οι προθέσεις που εκφράζονται μέσω της συμπεριφοράς και αντικατοπτρίζουν την πιθανότητα των ασθενών να συστήσουν τον πάροχο υπηρεσιών υγείας σε άλλους και η προθυμία τους να ξαναχρησιμοποιήσουν τη συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας ή να επιστρέψουν ξανά στον ίδιο πάροχο.

Η διαφοροποίηση των αναγκών και των αντιλήψεων των χρηστών, οι ατομικές διαφορές και η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων των φορέων των υπηρεσιών υγείας σε κάθε χρήστη καθιστούν δύσκολη την εκτίμηση της ικανοποίησης και της απόδοσης ενός σαφή, ολοκληρωμένου και αποδεκτού ορισμού (Pierrakos et al., 2015· Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν., 2017). Ο Susman (1994) αναλύοντας τις διαστάσεις της γενικότερης ικανοποίησης των χρηστών από την υγειονομική περίθαλψη αναφέρει τις επτά σημαντικότερες οι οποίες είναι η πρόσβαση, η επιλογή, η πληροφόρηση, η αποκατάσταση, η ασφάλεια, η σχέση ποιότητας-τιμής και η ισότητα. Εν γένει, οι πιο σύνθετες διαστάσεις οι οποίες περιγράφουν την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών περιλαμβάνουν τις αντιλήψεις των χρηστών, τις προσδοκίες και το αποτέλεσμα από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν (Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν., 2017). Καθώς η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια πολυδιάστατη έννοια η οποία, εκτός των άλλων, περιλαμβάνει πτυχές όπως τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και την κατάσταση της υγείας τους, ο Schoenfelder (2012) προσθέτει ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να αντικατοπτρίζει το δημογραφικό μείγμα και την κλινική εικόνα των ασθενών που χρησιμοποιεί την ιατρική πρακτική και όχι την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται. Για τους ασθενείς, η ικανοποίηση σχετίζεται όχι μόνο με το βαθμό στον οποίο ικανοποιούνται οι γενικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης αλλά και οι ειδικές κατά περίπτωση ανάγκες τους (Norhayati et al., 2017).

Η εκτίμηση της ικανοποίησης και ιδιαίτερα η ανάδειξη των ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να συμπληρώσουν την αξιολόγηση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη

και να δώσει πρόσθετες πληροφορίες στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας (Pappa et al., 2013). Ιδιαίτερα στην Ελλάδα, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας αποτελούν ένα φαινόμενο που συνεχίζει να αυξάνεται και να διευρύνει τις ανισότητες στην πρόσβαση στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη (Pappa et al., 2013). Εν κατακλείδι, παρά τα προβλήματα της χρήσης της ικανοποίησης των ασθενών ως ποιοτικού δείκτη, η μέτρησή του παρέχει μοναδικές πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία φροντίδας όπως φαίνεται από τα μάτια των ασθενών, οι οποίες δεν μπορούν να αντικατασταθούν από άλλους δείκτες απόδοσης (Schoenfelder, 2012). Οι πληροφορίες και η συμβολή της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας περιγράφεται αναλυτικότερα στην επόμενη ενότητα.

3.2.2. Η σημασία της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας

Γενικά, τα νοσοκομεία και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που επενδύουν στην αξιολόγηση των αντιλήψεων πολιτών και στα προγράμματα αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών αναμένεται να αποκτήσουν πολύτιμες πληροφορίες για να πραγματοποιήσουν σημαντικές μεταρρυθμιστικές μεταβολές στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρουν (Xesfingi, Karamanis, & Vozikis, 2017). Η επιτυχημένη λειτουργία των νοσοκομείων, κατά τους Κοτσαγιώργη και Γκέκα (2010), καθορίζεται από το βαθμό στον οποίο ο ασθενής συμβάλει ενεργά μέσω της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών στη λήψη αποφάσεων διοικητικού και οικονομικού χαρακτήρα. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για τις διοικήσεις των νοσοκομείων καθώς παρέχει χρήσιμες πληροφορίες στο προσωπικό για την επίλυση οργανωτικών και λειτουργικών προβλημάτων (Pini et al., 2014). Η αύξηση της ικανοποίησης και η αφοσίωση των χρηστών συμβάλλει στην επίδειξη της υπευθυνότητας των φορέων (Giovanis et al., 2014).

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των προσδοκιών των χρηστών, της αντιληπτής ποιότητας της φροντίδας και της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες επιτρέπει τον εντοπισμό συγκεκριμένων ελλείψεων και την απόκλιση των παρεχόμενων υπηρεσιών από την ιδανική φροντίδα που ικανοποιεί όλες τις ανάγκες των χρηστών (Raftopoulos, 2010). Η παρακολούθηση των αναγκών των ασθενών και η ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες δημιουργούν ρεαλιστικές προϋποθέσεις για την ανάπτυξη ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Milasauskiene et al., 2006). Προκειμένου το κράτος να σχεδιάσει και να επιτύχει καλύτερες υπηρεσίες υγειονομικής

περίθαλψης, είναι θεμελιώδεις να εντοπίζονται και να αξιολογούνται οι παράμετροι των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η βελτίωση των οποίων θα οδηγήσει στην ικανοποίηση των ασθενών (Giovanis et al., 2014). Συνεπώς, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να εντοπισθούν αυτές οι παράμετροι ώστε να διεξαχθούν οι κατάλληλες τροποποιήσεις που θα επηρεάσουν θετικά την αποτελεσματικότητα του συστήματος (Giovanis et al., 2014). Οι πληροφορίες που παρέχει η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορούν αφενός να παρουσιάσουν την υπάρχουσα κατάσταση και να δώσουν το έναυσμα για τη βελτίωση της ποιότητας και αφετέρου μπορούν να διαμορφώσουν ένα ευοίωνο περιβάλλον για την προσέλκυση ασθενών και τη μείωση των δαπανών των μονάδων (Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν., 2017).

Οι σχέσεις μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και των διαφορετικών διαστάσεων ικανοποίησης μπορούν να βοηθήσουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να ανταποκριθούν στις διαφορετικές ανάγκες των ασθενών με βάση το φύλο, την ηλικία και την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και να διαμορφώσουν πολιτικές προς όφελος των λιγότερο ικανοποιημένων ομάδων ασθενών (Alshammari, 2014). Επιπλέον, οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συμμορφωθούν με τη θεραπεία (Norhayati et al., 2017). Η ικανοποίηση των ασθενών δεν οδηγεί μόνο στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας, αλλά προωθεί τις συστάσεις των ασθενών για το συγκεκριμένο πάροχο υπηρεσιών υγείας και συμβάλει στη μείωση των καταγγελιών και των αγωγών (Giovanis et al., 2014).

Σημαντικό εμπόδιο για την ολοκληρωμένη αξιολόγηση της ποιότητας μέσω της εκτίμησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών κρίνεται από τους Κοτσαγιώργη και Γκέκα (2010) η αδυναμία των ασθενών να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά των παρεχόμενων υπηρεσιών για την οποία είναι αναγκαία η συλλογή πρόσθετων πληροφοριών προκειμένου να παραχθεί μια ολιστική προσέγγιση της ποιότητας των υπηρεσιών. Παρόλο που θεωρείται ένας λογικός τρόπος για την απόκτηση πληροφοριών για την εμπειρία των ασθενών ως προς την περίθαλψη, δεν αποτελεί κατάλληλο εργαλείο για την εξακρίβωση αντικειμενικών στοιχείων για την ποιότητα της παροχής φροντίδας (Farley et al., 2014). Ένα ακόμη αρνητικό στοιχείο είναι ότι η ικανοποίηση των ασθενών φαίνεται να είναι χαμηλότερη στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με ρυθμιζόμενη πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες μέσω της φύλαξης των θυρών πρόσβασης στην περίθαλψη (Schäfer et al., 2013). Η ΠΦΥ θεωρείται ένα μέρος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του προβλήματος της αδυναμίας της ανταπόκρισης των συστημάτων στις ανάγκες των πληθυσμών (Schäfer et al., 2013).

Η εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ προάγει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις παραλείψεις και τα λάθη που μπορεί να υπάρχουν στις αντίστοιχες μονάδες (Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν., 2017). Επιπλέον, ως δείκτης για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ, η ικανοποίηση των χρηστών ΠΦΥ παρέχει στη διοίκηση σημαντική τροφοδότηση με χρήσιμες πληροφορίες για τις αδυναμίες του προσωπικού (Pini et al., 2014). Ιδιαίτερο στοιχείο της ικανοποίησης των ασθενών στην ΠΦΥ αποτελεί η συνέχεια της παρεχόμενης φροντίδας υγείας η οποία δεν υπάρχει σε άλλες δομές και φαίνεται να είναι ο οδηγός της ικανοποίησης των ασθενών στην ΠΦΥ (Day et al., 2013).

Η ΠΦΥ κατά τους Lionis et al. (2017) αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας. Στις περιπτώσεις όπου εφαρμόζονται συστήματα διαχείρισης ποιότητας, οι ασθενείς, ιδιαίτερα σε υπηρεσίες ΠΦΥ όπως τα εξωτερικά ιατρεία που έχουν πιο συχνή επαφή με το τρόπο λειτουργίας τους μπορούν να εντοπίσουν αν έχουν γίνει παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και εν γένει είναι ικανοί να εντοπίσουν αν ο στόχος των παρεμβάσεων έχει επιτευχθεί (Πολύζος και συν., 2005). Η Ελλάδα προσπαθεί ενεργά να μεταρρυθμίσει τις υπηρεσίες ΠΦΥ εστιάζοντας στην ποιότητα προκειμένου να βελτιώσει τα αποτελέσματα της υγείας και να μειώσει τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη (Lionis et al., 2017). Αν και μέσω της ΠΦΥ καλύπτεται το μεγαλύτερο μέρος των ιατρικών πράξεων, οι σημαντικές αδυναμίες της δομής της ΠΦΥ, ο περιορισμός των δημοσίων δαπανών τα τελευταία έτη και οι πολιτικές υγείας αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στην εφαρμογή στρατηγικών για τη δομή και τη λειτουργία της ΠΦΥ όπου βασικός γνώμονας είναι το δίπτυχο μειωμένο κόστος-αυξημένη ποιότητα (Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, & Παραστατίδης, 2017).

3.2.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών ΠΦΥ

Η ικανοποίηση των ασθενών της ΠΦΥ εξαρτάται από πολύπλοκους παράγοντες. Αυτοί περιλαμβάνουν τα μεμονωμένα χαρακτηριστικά του ασθενούς και άλλα στοιχεία που σχετίζονται με τις δομές ΠΦΥ, τους ιατρούς, το προσωπικό και τις κατά περίπτωση εμπειρίες τους (Sanchez-Piedra, Garcia-Perez, Santamera, & Prado-Galbarro, 2014). Παρακάτω παρουσιάζονται οι παράγοντες και ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ έτσι όπως αναδεικνύονται από πληθώρα ερευνών που μελέτησαν την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ.

Οι Sanchez-Piedra et al. (2014) εντοπίζουν συσχέτιση της ηλικίας με το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες ΠΦΥ. Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν υψηλότερη μέση ικανοποίηση για τις υπηρεσίες ΠΦΥ σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς (Hojat et al., 2011). Ο Al-Windi (2005) εντοπίζει μια συσχέτιση της ηλικία με τις προσδοκίες των ασθενών και επισημαίνει ότι οι ασθενείς άνω των 65 ετών έχουν λιγότερες προσδοκίες από τις υπηρεσίες ΠΦΥ γεγονός που σχετίζεται με την αυξημένη ικανοποίηση αυτής της ηλικιακής ομάδας συγκριτικά με τους άλλους ασθενείς.

Όσον αφορά το φύλο δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ γυναικών και ανδρών στις γενικές αξιολογήσεις της ικανοποίησής τους (Weisman et al., 2000). Ωστόσο, σε επιμέρους διαστάσεις προκύπτουν ορισμένες διαφορές μεταξύ των φύλων (Weisman et al., 2000). Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες φαίνεται να ενδιαφέρονται περισσότερο από τους άνδρες για το ενημερωτικό περιεχόμενο των επισκέψεων, τη συνέχεια της φροντίδας σε όλες τις επισκέψεις και τις επιστημονικές πτυχές της φροντίδας (Weisman et al., 2000). Οι άνδρες, από την άλλη πλευρά, φαίνεται να ανησυχούν περισσότερο από τις γυναίκες για το προσωπικό ενδιαφέρον που παρουσιάζουν οι ιατροί της ΠΦΥ (Weisman et al., 2000).

Το εκπαιδευτικό επίπεδο αποτελεί ένα παράγοντα η αύξηση του οποίου οδηγεί σε μείωση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν., 2017). Οι χρήστες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης κρίνουν πιο αυστηρά την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με τους λιγότερο μορφωμένους χρήστες (Margolis, Al-Marzouqi, Revel, & Reed, 2003).

Σημαντική επίδραση στο βαθμό ικανοποίησης έχουν πρόσθετα οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Πολλοί ασθενείς τείνουν να εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με αυτό που συμβαίνει στην πραγματικότητα (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008). Η δυσαρέσκεια με τις υπηρεσίες της ΠΦΥ συνδέεται με τον υψηλότερο βαθμό συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους (Kavalnienė et al., 2018). Ωστόσο, ο σημαντικότερος παράγοντας ψυχολογικής διάστασης είναι οι προσδοκίες του ασθενή τόσο με τις «πιθανές υπηρεσίες που πρόκειται να λάβει» από τις υπηρεσίες υγείας όσο και για τις «υπηρεσίες υγείας που θα επιθυμούσε να λάβει» (Πιερράκος και συν., 2013). Σε κάθε μια από τις παραπάνω περιπτώσεις, το επίπεδο ικανοποίησης εξαρτάται άμεσα από το επίπεδο εκπλήρωσης των προσδοκιών (Πιερράκος και συν., 2013). Συνεπώς, οι προσδοκίες των ασθενών σχετίζονται με την ικανοποίηση καθώς εξ' ορισμού η ικανοποίηση των προσδοκιών των ασθενών επηρεάζει θετικά το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών (Al-Windi, 2005).

Από τα διαθέσιμα στοιχεία της μελέτης των Saultz και Albedaiwi (2004) υποδηλώνεται μια σημαντική συνάφεια μεταξύ της διαπροσωπικής συνέχειας της περίθαλψης και της ικανοποίησης των ασθενών. Η διαμόρφωση μιας συνεχούς σχέσης με ένα γιατρό, μαζί με την πρώτη επαφή, την άμεση επαφή με το γιατρό και τον συντονισμό της παροχής φροντίδας υγείας θεωρούνται από τους ασθενείς τα βασικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ και παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου ικανοποίησής τους (Saultz & Albedaiwi, 2004). Η συνέχεια στην περίθαλψη δημιουργεί μια σχέση εμπιστοσύνης η οποία αναδεικνύει περισσότερο ικανοποιημένους ασθενείς (Πιερράκος και συν., 2013). Δεδομένου ότι η προσωπική και συνεχής φροντίδα αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ΠΦΥ, ο βαθμός ικανοποίησης σε σχέση με τη συνέχεια της παροχής φροντίδας υγείας αποτελεί ένα μέσο πρόβλεψης για το τι θα κάνουν οι ασθενείς την επόμενη φορά που θα χρειαστούν υπηρεσίες υγείας (Hjortdahl & Laerum, 1992). Επιπλέον, οι ασθενείς φαίνεται να είναι πιο πιθανό να συστήσουν τον ιατρό τους εάν έχουν δημιουργήσει μια σχέση συνέχειας μαζί του (Day et al., 2013).

Σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των χρηστών εντοπίστηκε ακόμη στη διάρκεια της σχέσης των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ καθώς οι παλαιότεροι και χρόνια πάσχοντες ασθενείς φαίνεται να δημιουργούν σημαντικούς δεσμούς με τους γιατρούς τους, με τους οποίους είναι αρκετά ικανοποιημένοι (Tierney, Dexter, Eckert, & Zhou, 2000). Συνεπώς, η πτυχή της διάρκειας συνδέεται άμεσα με την πτυχή της συνέχειας και της επικοινωνίας που περιγράφεται παρακάτω (Beck, Daughtridge, & Sloane, 2002· Tierney et al., 2000). Ειδικότερα, στην ερευνά τους οι Tierney et al. (2000) εντόπισαν μια αρνητική αντίδραση των ασθενών όταν ο γιατρός που τους παρακολουθούσε εγκατέλειψε, ακόμη και αν οι ασθενείς γνώριζαν εκ των προτέρων ότι θα πραγματοποιηθεί αυτή η αλλαγή εξαιτίας της λήξης της ακαδημαϊκής πρακτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας του γιατρού ή εξαιτίας της νομοθεσίας περί βραχυπρόθεσμης αποκλειστικής ικανότητας των ιατρών να υπηρετούν σε φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η μειωμένη ικανοποίηση των χρηστών επιδεινώνεται ακόμη περισσότερο από την αρνητική στάση τους προς το νέο ιατρό, αλλά αυτή η στάση διαφοροποιείται με το πέρασμα του χρόνου (Tierney et al., 2000).

Η σχέση του ιατρού με τον ασθενή αποτελεί ένα παράγοντα που μπορεί να ερμηνεύσει σχεδόν το 24% της μεταβλητότητας του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Πιερράκος και συν., 2013). Η αποτελεσματική επικοινωνία με το γιατρό αποτελεί μια σημαντική διάσταση του βαθμού ικανοποίησης καθώς οι ασθενείς τη συνδέουν με την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης (Beck et al., 2002). Σημαντικά στοιχεία που επιδρούν θετικά στο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών ΠΦΥ είναι η λήψη του ιστορικού, η επικοινωνία με τη χρήση ερωτήσεων από το γιατρό, η

λήψη ιστορικού, οι λεπτομερείς επεξηγήσεις, η θετική ενίσχυση, το χιούμορ, η ευγένεια, η διαβεβαίωση για την υποστήριξη, η συνοπτική παρουσίαση της κατάστασης, η παροχή διευκρινήσεων στις απορίες των ασθενών και οι περαιτέρω πληροφορίες για τη συμφιλίωση του ασθενή με τα φάρμακα (Beck et al., 2002· Day et al., 2013). Πρόσθετα, επίδραση στο επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας μπορεί να έχει η φιλικότητα και η ανάπτυξη μιας κοινωνικής συζήτησης του ιατρού με τον ασθενή (Πιερράκος και συν., 2013). Οι Hojat et al. (2011) εντόπισαν ακόμη υψηλότερες μέσες βαθμολογίες ικανοποίησης μεταξύ των ασθενών των οποίων οι γιατροί συνέστησαν προληπτικές εξετάσεις. Αυτό το εύρημα υποδεικνύει ότι η πρόθεση των ιατρών για προληπτικά μέτρα μπορεί να συμβάλει στην αύξηση του αισθήματος ικανοποίησης του ασθενούς καθώς, πιθανότατα, οι ασθενείς αισθάνονται ότι οι γιατροί τους νοιάζονται για τη μελλοντική υγεία τους (Hojat et al., 2011). Οι ικανοποιημένοι ασθενείς αναφέρουν ότι οι γιατροί της ΠΦΥ δείχνουν πραγματικό ενδιαφέρον για τα προβλήματα υγείας τους, είναι σε θέση να παρέχουν σαφείς περιγραφές των ασθενειών και τις μελλοντικές επιπτώσεις στην υγεία τους και δίνουν αρκετές ευκαιρίες να μιλήσουν για την υγεία τους και τον τρόπο με τον οποίο η ασθένεια επηρέασε την καθημερινότητά τους (Norhayati et al., 2017).

Οι Beck et al. (2002) αξιολόγησαν ακόμη τις υπάρχουσες ερευνητικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε μονάδες ΠΦΥ για να εξακριβώσουν ποιες λεκτικές και μη λεκτικές συμπεριφορές του ιατρού κατά τη διάρκεια της συνάντησης με τον ασθενή έχουν συνδεθεί με ευνοϊκά αποτελέσματα ασθενών. Οι λεκτικές συμπεριφορές που συνδέονται με θετικά αποτελέσματα ικανοποίησης και ειδικότερα με ευνοϊκά αποτελέσματα στην κατανόηση, την τήρηση των ιατρικών οδηγιών και τη γενική ικανοποίηση των ασθενών περιλαμβάνουν την ενσυναίσθηση, την υποστήριξη, διάφορες ερωτήσεις με επίκεντρο τον ασθενή, τη διάρκεια της συνάντησης, τη λήψη του ιστορικού, επεξηγήσεις σχετικά με τη κατάσταση του ασθενή, το κυρίαρχο και το παθητικό μοντέλο επικοινωνίας, τη θετική ενίσχυση, το χιούμορ, τη ψυχοκοινωνική συζήτηση, το χρόνο που σπαταλάει ο γιατρός στην ανταλλαγή πληροφοριών, τη φιλικότητα, την ευγένεια, τον προσανατολισμό του ασθενούς κατά τη διάρκεια της εξέτασης και τη συνοπτική παρουσίαση των σημαντικότερων πτυχών της συνάντησης (Beck et al., 2002). Επιπλέον, υπάρχουν και μη λεκτικές συμπεριφορές που συμβάλουν στη βελτίωση του αντίκτυπου των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς οι οποίες είναι το νεύμα, ο άμεσος προσανατολισμός του σώματος, τα μη σταυρωμένα χέρια και πόδια, η συμμετρία των χεριών και το λιγότερο κοινό βλέμμα (Beck et al., 2002).

Οι διαπιστώσεις σχετικά με τη θετική συσχέτιση του τρόπου παροχής φροντίδας υγείας με την ικανοποίηση των χρηστών δείχνουν ότι ολόκληρη η ομάδα του προσωπικού που συμμετέχει

διαδραματίζει θετικό ρόλο στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης (Day et al., 2013). Η ομαδική φροντίδα ενισχύει τη σχέση των υπηρεσιών ΠΦΥ με τους ασθενείς και τους βοηθά να είναι πιο αποτελεσματικοί (Day et al., 2013). Δεδομένου ότι οι νοσηλευτές έχουν τη συχνότερη επαφή με τους χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ και αποτελούν τα πρόσωπα «πρώτης γραμμής» στην υποδοχή τους, η νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών (Πιερράκος και συν., 2013).

Τέλος, μια ακόμη διάσταση που επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών ΠΦΥ είναι ο χώρος που παρέχονται οι υπηρεσίες ΠΦΥ καθώς το περιβάλλον μπορεί να αντικατοπτρίζει την αντίληψή τους για την ποιότητα της περίθαλψης (Tièche, da Costa, & Streit, 2016). Ειδικότερα, οι Tièche et al. (2016) διερευνώντας την επίδραση του περιβάλλοντος στο επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ εντοπίζουν σημαντικά διαφοροποιημένο το γενικό βαθμό ικανοποίησης εξαιτίας του χώρου του γραφείου, των ιατρικών διαδικασιών, της διαχείρισης των ασθενών και άλλων στοιχείων όπως η ενδυμασία, η περιποίηση του χώρου αναμονής και του προσωπικού.

3.3. Εμπειρίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Η ικανοποίηση των ασθενών και οι εμπειρίες τους αποτελούν αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα. Αν και ο στόχος είναι ίδιος, οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών αφορούν βαθμολογίες ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδας ενώ, οι έρευνες εμπειρίας ασθενών αφορούν βαθμολογίες ή αναφορές από ασθενείς σχετικά με το τι έκαναν ή ποια εμπειρία δεν καλύφθηκε στις αλληλεπιδράσεις τους με τους παρόχους και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Browne, Roseman, Shaller, & Edgman-Levitan, 2010). Παρακάτω παρατίθενται τα βασικότερα χαρακτηριστικά της αποτύπωσης των εμπειριών.

3.3.1. Η έννοια της εμπειρίας των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Δεδομένης της τρέχουσας εστίασης στην τοποθέτηση των ασθενών στο επίκεντρο των παρεμβάσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχει μια αυξανόμενη ανάγκη για τη διερεύνηση και την αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών ώστε να διασφαλιστεί ότι οι πολιτικές υγείας ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους (Mastellos et al., 2014). Οι εμπειρίες των ασθενών αποτελούν ένα από τα

βασικότερα στοιχεία της αξιολόγησης της ποιότητας του συστήματος και των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Kaitelidou et al., 2019). Η μέτρηση της προοπτικής του ασθενούς είναι πλέον μια κοινή στρατηγική για την παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (De Boer, Delnoij, & Rademakers, 2010). Δεδομένου του σκοπού της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας έχοντας ως στόχο την μέγιστη ανταπόκρισή τους στις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό να παρακολουθείται και να αξιολογείται η εφαρμογή της πολιτικής υγείας από την πλευρά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Kaitelidou et al., 2019). Τα δεδομένα σχετικά με την προοπτική του ασθενούς περιλαμβάνουν τις συνολικές εκτιμήσεις της ληφθείσας υγειονομικής περίθαλψης από τον ασθενή (De Boer et al., 2010).

Οι παράγοντες προσδιορισμού της ικανοποίησης των ασθενών μπορούν να εξεταστούν πρόσθετα από την ευρύτερη εμπειρία του ασθενούς, αναφερόμενη συχνά ως προοπτική του πελάτη (Kash & McKahan, 2017). Σύμφωνα με τον Barnett (2018), οι μελέτες χρησιμοποιούν την εμπειρία για να μετρήσουν την ικανοποίηση, την ικανοποίηση για τη μέτρηση της εμπειρίας, την ικανοποίηση και την εμπειρία ως διαφορετικές αλλά συνδεδεμένες έννοιες ή την εμπειρία και την ικανοποίηση ως εντελώς ξεχωριστά πεδία. Η ευρύτερη έννοια της εμπειρίας του ασθενούς ορίζεται από το Ινστιτούτο Beryl ως «το άθροισμα όλων των αλληλεπιδράσεων, που διαμορφώνονται από την κουλτούρα ενός οργανισμού, που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των ασθενών σε όλη τη συνέχεια της φροντίδας» (The Beryl Institute, n.d.). Η εμπειρία του κάθε ασθενούς σε ένα πλαίσιο υγειονομικής περίθαλψης ενσωματώνει το «ταξίδι» του ασθενούς στο σύνολό του (LaVela & Gallan, 2014). Συνεπώς, κατά τη μέτρηση των εμπειριών των ασθενών, οι άνθρωποι μπορούν να κρίνουν τη σπουδαιότητα από ό, τι έχουν ήδη βιώσει στην υγειονομική περίθαλψη (Schäfer et al., 2015).

Έχοντας ως βάση αυτό τον ορισμό, σε ένα πλαίσιο γενικότερης διερεύνησης των βασικών στοιχείων για την αποτελεσματική διαμόρφωση αυτού του ζητήματος μέσω της μελέτης των ερευνών που εντοπίστηκαν σε βάθος 14 ετών, οι Wolf, Niederhauser, Marshburn και Lavela (2014) ανέδειξαν την έννοια της εμπειρίας ασθενών ως «*τη δέσμευση της υγειονομικής περίθαλψης να είναι καλύτερη υγειονομική περίθαλψη για όλους*» (σελ.9). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εισάγει την εμπειρία πρόσθετο όρο για να περιγράψει το βαθμό ικανοποίησης από το σύστημα υγείας από την οπτική γωνία της εμπειρίας του ασθενούς (Wolf et al., 2014). Η ιδανική εμπειρία κατά τους Wolf et al. (2014), δημιουργείται με την κάλυψη τεσσάρων βασικών συναισθηματικών αναγκών, οι οποίες είναι η εμπιστοσύνη, η ακεραιότητα, η υπερηφάνεια και το πάθος και πλαισιώνεται από τους τομείς

ανταπόκρισης, στους οποίους περιλαμβάνονται η αυτονομία, η επιλογή, η επικοινωνία, η εμπιστευτικότητα, η αξιοπρέπεια, η άμεση προσοχή και η ποιότητα των βασικών παροχών.

Επιπλέον, έχει προταθεί ότι η συνολική βαθμολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης από την πλευρά του ασθενούς μπορεί να είναι αποτέλεσμα της εμπειρίας των χρηστών από την ποιότητα όσον αφορά συγκεκριμένες πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης, η οποία σταθμίζεται από τη σημασία και την αξία που αποδίδεται σε αυτές τις πτυχές (De Boer et al., 2010). Κατά τους Schäfer et al. (2015), οι εμπειρίες αποτελούν κρίσεις ποιότητας, οι οποίες παρέχουν πληροφορίες για το βαθμό στον οποίο οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πληρούν αυτές τις βασικές αξίες των ασθενών. Συνεπώς, κατά τη μέτρηση των εμπειριών των ασθενών, οι άνθρωποι μπορούν να κρίνουν τη σπουδαιότητα μόνο από ό, τι έχουν ήδη βιώσει στην υγειονομική περίθαλψη (Schäfer et al., 2015).

3.3.2. Η σημασία μέτρησης των εμπειριών των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Οι διαφορετικές μέθοδοι αξιολόγησης των εμπειριών των χρηστών της υγειονομικής περίθαλψης παρέχουν ισοδύναμες πληροφορίες προς την διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης εικόνας της παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Sequist et al., 2008). Η εκτίμηση των εμπειριών των χρηστών της υγειονομικής περίθαλψης είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί μπορεί να συμβάλει στην παρακολούθηση και την αξιολόγηση της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον ασθενή και το βαθμό στον οποίο αυτές ικανοποιούν τις ανάγκες, τις προτιμήσεις και τις αξίες των ασθενών (Kaitelidou et al., 2019). Οι εμπειρίες και οι αξίες των ασθενών έχουν συσχετιστεί επειδή οι ασθενείς αναζητούν παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν φροντίδα σύμφωνα με τις αξίες τους (Schäfer et al., 2015).

Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών με τις διοικητικές και κλινικές πτυχές των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τα πράγματα που έχουν μεγαλύτερη σημασία για τους ασθενείς είναι σημαντική δεδομένου ότι παρέχει πληροφορίες από την άποψη των χρηστών που μπορούν να βοηθήσουν τις διοικήσεις να βελτιώσουν την ποιότητα (Kaitelidou et al., 2019). Τα εργαλεία αποτύπωσης της εμπειρίας περίθαλψης του ασθενούς εμφανίστηκαν ως αναπόσπαστο μέρος των πρωτοβουλιών μέτρησης και βελτίωσης της ποιότητας από τις διοικήσεις των φορέων παροχής υπηρεσιών και των προσπαθειών δημόσιας πληροφόρησης. (Sequist et al., 2008). Όταν μια πτυχή της φροντίδας αντιμετωπίζεται ως ανεπαρκώς πραγματοποιούμενη, αλλά δεν θεωρείται σημαντική, αυτό μπορεί να θεωρηθεί ως ένα μικρότερο από ποιοτικής άποψης πρόβλημα

από ό, τι αν οι ασθενείς θεωρήσουν την πτυχή σημαντική (Schäfer et al., 2015). Οι διοικήσεις μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτές τις πληροφορίες για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση περιοχών προς βελτίωση, βήμα ιδιαίτερα κρίσιμο για τη μεγιστοποίηση της ποιότητας της περίθαλψης (Browne et al., 2010). Κατά τους Browne et al. (2010) η χρήση των πληροφοριών για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ο απώτερος στόχος της συλλογής πληροφοριών για τις εμπειρίες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Οι εμπειρίες των ασθενών βασίζονται στην ικανότητα ενός οργανισμού να αξιοποιεί τους υπαλλήλους, τις σχέσεις του και τις υπηρεσίες που προσφέρει (Wolf et al., 2014). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη προσέγγιση μια θετική εμπειρία συνεπάγεται ότι ένας οργανισμός έχει προσαρμόσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες ώστε η ιατρική να προσαρμόζεται στις ανάγκες των ασθενών και οι επαγγελματίες υγείας να συνεργάζονται με τους ασθενείς (Wolf et al., 2014). Οι εμπειρίες των ασθενών σχετικά με τα χαρακτηριστικά υψηλής προτεραιότητας έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο σε μια συνολική βαθμολογία των εμπειριών σε σύγκριση με την εμπειρία σε χαρακτηριστικά με χαμηλότερη προτεραιότητα (De Boer et al., 2010). Με τον τρόπο αυτό, οι πιο σημαντικές πτυχές της φροντίδας έχουν υψηλότερη δυνατότητα βελτίωσης (Schäfer et al., 2015). Άλλωστε, η μέτρηση της εμπειρίας των ασθενών παρέχει τη δυνατότητα βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας, ενίσχυσης της στρατηγικής λήψης αποφάσεων από τις διοικήσεις των μονάδων υγείας και της ικανοποίησης των προσδοκιών των ασθενών καθώς και της αποτελεσματικής διαχείρισης και παρακολούθησης των επιδόσεων της υγειονομικής περίθαλψης (LaVela & Gallan, 2014).

Πρόσθετα, οι πληροφορίες από τις έρευνες εμπειρίας των ασθενών μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για να δουν ποιες πτυχές της φροντίδας χρειάζονται βελτίωση και ποιες πτυχές μπορούν να συμβάλουν ώστε οι ασθενείς να επιλέξουν ενεργά μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (Krol et al., 2015). Τέλος, οι ασφαλιστικές εταιρείες υγείας ή τα προγράμματα υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις εμπειρίες των ασθενών για τη σύναψη συμβάσεων με τους καλύτερους παροχείς και τα καλύτερα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης (Krol et al., 2015).

3.3.3. Πτυχές που σχετίζονται με τις εμπειρίες των χρηστών ΠΦΥ

Η καλή εμπειρία των ασθενών με τις υπηρεσίες υγείας έχει ευνοϊκή και θετική συσχέτιση με πτυχές της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης που αφορούν τους ασθενείς όπως είναι η δέσμευση του

ασθενή για την τήρηση των οδηγιών των παρόχων, των κλινικών διαδικασιών και των αποτελεσμάτων (Browne et al., 2010). Η μέτρηση της εμπειρίας των ασθενών μπορεί επίσης να παρέχει σημαντικές πληροφορίες σε έναν οργανισμό για τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων και την καλύτερη αξιοποίηση των πόρων (LaVela & Gallan, 2014). Οι έρευνες έχουν δείξει ακόμη ότι η εμπειρία των ασθενών συσχετίζεται με τις κλινικές διαδικασίες φροντίδας για την πρόληψη και τη διαχείριση της νόσου και με καλύτερα αποτελέσματα υγείας (Browne et al., 2010). Επιπλέον, η εμπειρία των ασθενών έχει ισχυρή σχέση με την προσήλωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή και σε άλλα θεραπευτικά σχήματα (Browne et al., 2010). Ω προς τους προγνωστικούς παράγοντες, οι Schäfer et al. (2015) αναφέρουν ότι οι εμπειρίες και οι αξίες των ασθενών επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά των ασθενών όπως είναι η ηλικία και το εισόδημα.

Σε επίπεδο παρόχου, οι ασθενείς που ανέφεραν σχέσεις φτωχότερης ποιότητας με τους γιατρούς είναι τρεις φορές πιο πιθανό να εγκαταλείψουν οικειοθελώς την πρακτική του γιατρού από ότι οι ασθενείς με την υψηλότερη ποιότητα (Browne et al. 2010). Για να υφίσταται μια θετική εμπειρία, η γνώση μεταξύ παροχέα και ασθενούς θα πρέπει να είναι ευθυγραμμισμένη, ώστε να εξασφαλίζεται η εμπιστοσύνη όταν τίθενται ερωτήσεις από τους ασθενείς στους γιατρούς, οι οποίοι θα πρέπει να βοηθούν στην εξάλειψη του φόβου, της σύγχυσης και του άγχους (Kash & McKahan, 2017). Το χάσμα μεταξύ παροχέα και ασθενούς μπορεί να διευρυνθεί από τα συναισθήματα των ασθενών και την ευπάθεια όταν η γνώση δεν είναι καλά ευθυγραμμισμένη, γεγονός που δημιουργεί μια πιο αρνητική εμπειρία (Kash & McKahan, 2017). Οι θετικές εμπειρίες των ασθενών συνδέονται ακόμη με τον περιορισμό των παραπόνων και την αύξηση της αφοσίωσης τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών τους (Wolf et al., 2014). Οι πληροφορίες από την αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών μπορούν να αποκαλύψουν προβλήματα του συστήματος, όπως οι καθυστερήσεις στην επιστροφή των αποτελεσμάτων των εξετάσεων και τα κενά στο συντονισμό και την επικοινωνία που έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα όπως και σημαντικές αδυναμίες των οικονομικών επιδόσεων (Browne et al. 2010).

Η κατανόηση των αναγκών των ασθενών και το επίπεδο σπουδαιότητάς τους μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία μιας πιο θετικής εμπειρίας ασθενών, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της γενικότερης ικανοποίησης (Kash & McKahan, 2017). Οι προσπάθειες για τη βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών οδηγούν επίσης σε μεγαλύτερη ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και προωθούν τη μείωση του κύκλου εργασιών (Browne et al. 2010). Αντίστροφα, η δομή της πρωτοβάθμιας φροντίδας επηρεάζει

τη συμπεριφορά των επαγγελματιών, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει τις εμπειρίες των ασθενών (Schäfer et al., 2015).

Μεταξύ των πτυχών που αποτυπώνουν τη συνολική εμπειρία των ασθενών, σύμφωνα με τους Wolf et al. (2014), είναι οι προσωπικές αλληλεπιδράσεις, η οργανωτική κουλτούρα, οι αντιλήψεις των ασθενών και των οικογενειών όπως τις αντιλαμβάνεται ο ασθενής σε όλο το περίγραμμα της περίθαλψης. Στην ΠΦΥ, οι Gardner et al. (2016) αναφέρουν ότι η συνολική βαθμολογία εμπειριών περιλαμβάνει έξι διαστάσεις που οι ασθενείς θεωρούν πιο σημαντικές για μέτρηση, οι οποίες είναι η πρόσβαση, η διαπροσωπική επικοινωνία, η συνέχεια και ο συντονισμός της φροντίδας, η πληρότητα, η εμπιστοσύνη και οι αναφερόμενες από τον ασθενή επιπτώσεις της φροντίδας. Οι τομείς που αξιολογούνται συχνά με τα υφιστάμενα μέτρα αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών περιλάμβαναν τον συντονισμό της παρακολούθησης, την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, τον συντονισμό του περιβάλλοντος και τη συνέχεια της περίθαλψης (Quinn, Robinson, Forman, Krein, & Rosland, 2017). Οι Damman, Hendriks και Sixma (2009) περιέλαβαν στη μελέτη τους εννέα κύρια θέματα τα οποία ήταν η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, ο προγραμματισμός του χρόνου, οι υπηρεσίες πληροφόρησης, η προσβασιμότητα, η εμπειρογνωμοσύνη των επαγγελματιών υγείας, η συνέχεια, η αυτονομία παροχής υπηρεσιών, οι εγκαταστάσεις και η ψυχοκοινωνική φροντίδα και γενικότερα η φροντίδα που παρέχεται μετά το πέρας της επίσκεψης των ασθενών. Τέλος, στην έρευνα των Schäfer et al. (2015) ενσωματώθηκαν πέντε διαστάσεις, οι οποίες ήταν η προσβασιμότητα/διαθεσιμότητα, η συνέχεια, η πληρότητα, η συμμετοχή του ασθενούς και η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Οι πτυχές αυτές θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές καθώς όταν οι μονάδες παροχής φροντίδας υγείας εμφανίζουν κακή απόδοση σε μια συγκεκριμένη πτυχή, οι ασθενείς θα εκφράσουν χαμηλότερο βαθμό εμπειρίας για αυτή (Schäfer et al., 2015).

3.3.4. Πλεονεκτήματα αποτύπωσης των εμπειριών συγκριτικά με την ικανοποίηση των ασθενών

Τα βασικά πλεονεκτήματα των μέτρων εμπειρίας είναι ότι είναι λιγότερο υποκειμενικά και παρέχουν πιο λεπτομερείς πληροφορίες για τη βελτίωση της ποιότητας από τα μέτρα ικανοποίησης (Damman et al., 2009). Ειδικότερα, οι Kaitelidou et al. (2019) αναφέρουν ότι συγκριτικά με το βαθμό ικανοποίησης, οι εμπειρίες είναι πολύ πιο κοντά στις αντικειμενικές παρατηρήσεις καθώς η ικανοποίηση αφορά μια υποκειμενική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Στις μελέτες ικανοποίησης,

η «αντιληπτή ποιότητα» την οποία αξιολογούν οι ασθενείς είναι μια υποκειμενική, γνωστική εκτίμηση για το τι είναι και πώς συνέβη κάτι. Επιπλέον, οι ασθενείς μπορεί να βρίσκονται σε σωματική ή ψυχολογική δυσχέρεια, γεγονός που δεν τους επιτρέπει να έχουν αντικειμενική άποψη ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Kaitelidou et al., 2019). Αυτός είναι ο λόγος που πολλοί θεωρούν τις αξιολογήσεις εμπειρίας ασθενών ως τον πιο αποτελεσματικό τρόπο για να κατανοήσουν την προοπτική του ασθενούς (Kumah, Osei-Kesse, & Anaba, 2017).

Σε αντίθεση με τα λιγότερο αξιόπιστα αποτελέσματα των μετρήσεων ικανοποίησης, οι εμπειρίες των ασθενών των ασθενών συνδέονται θετικά με την κλινική αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των ασθενών και υποστηρίζεται η υπόθεση για την ενσωμάτωση της εμπειρίας των ασθενών ως ενός από τους κεντρικούς πυλώνες της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. (Doyle, Lennox, & Bell, 2013· Jones, O'Neill, McLean, Wigmore, & Harrison, 2017). Ειδικότερα, οι Doyle et al. (2013) αναφέρουν ότι οι εμπειρίες είναι ανεξάρτητες από τους τύπους των ασθενειών και τα δημογραφικά στοιχεία και γενικότερα χαρακτηριστικά όπως το μορφωτικό επίπεδο και η οικονομική κατάσταση που δε συνδέονται άμεσα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, η έννοια της ποιότητας και της ικανοποίησης σχετίζονται με τις πολιτισμικές συνήθειες που ποικίλλουν από τόπο σε τόπο γεγονός που καθιστά πολλές φορές τις μελέτες ικανοποίησης παραπλανητικές, κυρίως στις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς λόγω της δομής του εργαλείου συλλογής δεδομένων δεν μπορούν να εκφράσουν μια αντικειμενική άποψη ως προς διάφορες πτυχές της παρεχόμενης υπηρεσίας που λαμβάνουν (Kaitelidou et al., 2019).

Επειδή οι άνθρωποι ερμηνεύουν διαφορετικά την ικανοποίηση, εάν οι ασθενείς έχουν περιορισμένη κατανόηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να καταγράψουν υψηλή ικανοποίηση ακόμη και αν τους έχουν παρασχεθούν υπηρεσίες με κακές προδιαγραφές. Αιτία αυτής της δράσης είναι ότι οι ασθενείς καλούνται να κάνουν συναισθηματική κριτική για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν και να επηρεάζονται από τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες τους δίνοντας «αξία» σε πτυχές των παρεχόμενων υπηρεσιών επηρεασμένοι από τις γενικότερες προσωπικές εμπειρίες τους (Kaitelidou et al., 2019).

Αυτές οι αδυναμίες των ερευνών ικανοποίησης με επίκεντρο τον ασθενή οδήγησαν τους ερευνητές τα τελευταία έτη να εστιάσουν στις μελέτες που αποτυπώνουν την εμπειρία του ασθενή, η οποία μπορεί να διαχειρισθεί τη συναισθηματική και ψυχολογική περιπέτεια που βιώνει ο ασθενής ενώ ακολουθεί μια διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης ως ένας ολοκληρωμένος δείκτης ποιότητας (Wolf et al.,

2014). Άλλωστε, η μέτρηση των εμπειριών θεωρείται μια πιο λεπτομερής αποτύπωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης καθώς περιλαμβάνει λειτουργικές και σχεσιακές πτυχές των υπηρεσιών υγείας (Kumah et al., 2017).

Παρόλα τα μειονεκτήματα της εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών, οι διαφορετικές μέθοδοι αξιολόγησης της ποιότητας παρέχουν ισοδύναμες πληροφορίες για την απόκτηση μιας ολοκληρωμένης εικόνας της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης (Sequist et al., 2008). Για το λόγο αυτό, στην επόμενη ενότητα παρατίθενται τα σημαντικότερα ευρήματα που αφορούν την ποιότητα της ΠΦΥ όπως αποτυπώνονται είτε μέσω της εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών είτε μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών τους.

3.4. Ποιότητα ΠΦΥ από την πλευρά του ασθενή - Διεθνής βιβλιογραφία

3.4.1. Γενική ικανοποίηση χρηστών

Στις έρευνες που έχουν γίνει στην Ευρωπαϊκή Ένωση σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών αναδεικνύεται ότι το Βέλγιο, η Εσθονία, η Φιλανδία, η Γαλλία, η Λιθουανία, η Ολλανδία, η Πορτογαλία, η Σλοβενία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αποτελούν χώρες με ένα ισχυρό σύστημα ΠΦΥ (Kringos et al., 2013). Οι ασθενείς με ελευθερία επιλογής στην επιλογή παρόχων υγειονομικής περίθαλψης ήταν πιο ικανοποιημένοι από το γενικό ιατρό, αν και στο σύνολό τους οι ασθενείς των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών ήταν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Kroneman, Maarse, & Van der Zee, 2006). Στο Βέλγιο, τη Γερμανία, την Ελβετία, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία βρέθηκαν υψηλές εκτιμήσεις εμπειρίας, ενώ λιγότερο θετικές εκτιμήσεις εντοπίστηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο και τις σκανδιναβικές χώρες (Schäfer et al., 2015).

Στη Σουηδία 68,4% των χρηστών των υπηρεσιών εμφανίστηκαν ικανοποιημένοι από την ΠΦΥ (Al-Windi, 2005). Στην Ολλανδία, στην έρευνα των Smits, Huibers, Oude Bos & Giesen (2012), οι υπηρεσίες ΠΦΥ ανταποκρίθηκαν στις προσδοκίες του 86,1% των ασθενών. Στη Λιθουανία, περισσότερα από τα τρία τέταρτα των συμμετεχόντων ήταν ικανοποιημένοι από τη συνολική φροντίδα της ΠΦΥ (Milasauskiene et al., 2006· Sanchez-Piedra et al. (2014). Η πολιτική παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ με την ανάπτυξη των συνεταιρισμών γενικών ιατρών εκτός ωρών που εφαρμόζεται στη Δανία,

την Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο εμφάνισαν συνολική ικανοποίηση των χρηστών ιδιαίτερα υψηλή με εξαίρεση την ΠΦΥ του Ηνωμένου Βασιλείου του οποίου οι χρήστες εμφάνισαν ικανοποίηση ύψους 64,2% έως 74% (Garratt, Danielsen, Forland, & Hunskaar, 2010· Moll van Charante et al., 2006· van Uden, Ament, Hobma, Zwietering, & Crebolder, 2005). Ωστόσο, ακόμη και στην περίπτωση που οι βρετανοί ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο στο σπίτι και το επέστρεψαν ταχυδρομικά, μια μέθοδος στην οποία οι χρήστες γίνονται πιο αυστηροί η συνολική ικανοποίηση ήταν της τάξης του 73,6%. Οι Γερμανοί και Λιθουανοί ασθενείς ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες ΠΦΥ σε σύγκριση με τους ασθενείς από την Ισπανία, την Ουγγαρία και την Ιταλία (Sanchez-Piedra et al., 2014). Στη Μάλτα, στην έρευνα του Schembri (2016) το 70 % των ασθενών ήταν «πολύ» ή «πάρα πολύ» ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας ενώ όλοι οι χρήστες του συγκεκριμένου κέντρου όταν ρωτήθηκαν αν θα σύστηναν το κέντρο υγείας σε ένα μέλος της οικογένειας ή έναν φίλο απάντησαν καταφατικά. Τέλος, στην Κύπρο, το 61,8% των χρηστών ήταν ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων (Γαβριήλ, Θεοδώρου, & Middleton, 2012).

Σε χώρες εκτός Ευρώπης, οι χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ ήταν μέτρια έως πολύ ικανοποιημένοι. Ειδικότερα, στην Αμερική εμφανίστηκαν τα μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης με την κλίμακα ικανοποίησης των ασθενών να κυμαίνεται μεταξύ 85% έως 96% (Hojat et al., 2011· Weisman et al., 2000). Στη Σαουδική Αραβία, ο Alshammari (2014) ανέδειξε ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονταν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ήταν μέτρια, ενώ οι Almoajel, Fetohi, & Alshamrani, 2014 εντόπισαν μια σχετικά θετική αντίληψη ως προς το επίπεδο της περίθαλψης από τη ΠΦΥ στην πόλη Jubail. Σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, όπως η Uganda η μέση γενική βαθμολογία ικανοποίησης ασθενών ήταν αρκετά χαμηλή με βαθμό 2,7 στα 5 (Nabbuye-Sekandi et al., 2011). Στην Μποτσουάνα της Αφρικής σε μια κλίμακα πέντε βαθμίδων η μέση ικανοποίηση από την ποιότητα της ΠΦΥ βαθμολογήθηκε με 3,45 (Bamidele, Hoque, & Van der Heever, 2011). Στη Δημοκρατία Τρινιδάντ και Τομπάγκο, το 74,2% των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι από τις ικανότητες και την επάρκεια των γιατρών της ΠΦΥ (Singh, Haqq, & Mustapha, 1999). Τέλος, ιδιαίτερα δυσαρεστημένοι εμφανίστηκαν μόνο οι ινδοί χρήστες της ΠΦΥ ενώ βασικός λόγος αυτής της διαφοροποίησης με όλες τις άλλες χώρες παγκοσμίως αναδείχθηκε η διαφθορά στα κέντρα πρωτοβάθμιας υγείας (Amin & Kumar, 2018).

3.4.2. Μελετώμενος πληθυσμός

Στις έρευνες επιλέχθηκαν ασθενείς που επισκέφθηκαν κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ιδιωτικά ιατρεία καθώς και δείγματα ασθενών που έλαβαν κάποια υπηρεσία ΠΦΥ μέσω του θεσμού παροχής υπηρεσιών εκτός ωρών που οργανώνεται σε συνεταιρισμούς γενικών ιατρών. Το δείγμα των ερευνών παγκοσμίως διέφερε σημαντικά σε μέγεθος μεταξύ των ερευνών ανάλογα με το πληθυσμό και το είδος της μελέτης. Ειδικότερα, οι έρευνες που αφορούσαν δείγμα ενός κέντρου υγείας ή μιας δομής ΠΦΥ κυμαίνονταν από 120 έως και 360 ασθενείς (Almoajel et al., 2014· Bamidele et al., 2011· Margolis et al., 2003· Nabbuye-Sekandi et al., 2011· Schembri, 2016· Tièche et al., 2016). Στις περιπτώσεις όπου το δείγμα συλλέχθηκε από πληθώρα δομών το ύψος το ασθενών κυμαίνονταν από 453 έως 5030 ασθενείς (Anderson, Camacho, & Balkrishnan, 2007· Alshammari, 2014· Al-Windi, 2005· Γαβριήλ και συν., 2012· Haskard et al., 2008· Smiths et al., 2012· Schoenfelder, 2012· Tierney et al., 2000· van Uden et al., 2005· Weisman et al., 2000). Στις περιπτώσεις όπου επιλέχθηκαν δείγματα ασθενών σε διαφορετικές χρονικές περιόδους (Smiths et al., 2012) τηλεφωνικά (Sanchez-Piedra et al., 2014) ή μέσω του διαδικτύου (Anderson et al., 2007) το ύψος του δείγματος ήταν ιδιαίτερα υψηλό από 2462 έως 5030 χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ. Ιδιαίτερα μεγάλο δείγμα εμφανίστηκε ακόμη στη μελέτη των Krol et al. (2015) όπου συμμετείχαν 10902 ασθενείς που απάντησαν μόνο σε τέσσερις ερωτήσεις.

3.4.3. Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Κατά βάση το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή δεδομένων ήταν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δόθηκε στον ασθενή μετά την επίσκεψη σε κάποια δομή της ΠΦΥ. Η ποσοτική μέθοδος συλλογής δεδομένων αποτελεί μια ιδιαίτερα σημαντική και συχνά χρησιμοποιούμενη μεθοδολογία για τους ερευνητές. Στην έρευνα των Smiths et al. (2012) τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε δύο χρονικές περιόδους, στην έρευνα των Tièche et al. (2016) πριν και μετά τον επανασχεδιασμό ενός γραφείου, στην έρευνα των Margolis et al. (2003) τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε δύο κλινικές σε μια κλινική με εκτεταμένους πόρους (resource-intensive clinic (RIC)) και μια κλινική με περιορισμένους πόρους (resource-thrifty clinic (RTC)) που βρίσκεται σε ένα παρακείμενο προάστιο και εξυπηρετεί ουσιαστικά τον ίδιο πληθυσμό και οι Γαβριήλ και συν. (2012) συνέλεξαν δεδομένα από εξωτερικά ιατρεία των τεσσάρων δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου, της Λευκωσίας, της Λεμεσού, της Λάρνακας και της Πάφου. Και οι τέσσερις παραπάνω προσεγγίσεις είχαν ως σκοπό την συγκριτική

μελέτη σε διαφορετικούς χρόνους ή διαφορετικές δομές. Οι Pullicino et al. (2015) χρησιμοποίησαν το σύνολο δεδομένων του προγράμματος QUALICOPC (The Quality and Costs of Primary Care in Europe), ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα αξιολόγησης της ποιότητας μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών και του κόστους της ΠΦΥ συγκριτικά για τους ιδιωτικούς και δημόσιους παροχείς. Η έρευνα των Milasauskiene et al. (2006) αποτέλεσε τη μοναδική προσέγγιση που τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους ασθενείς πριν την επίσκεψη στο ιατρό κατά τη διάρκεια του χρόνου αναμονής. Πρόσθετη διαφοροποίηση αποτελεί η συλλογή των δεδομένων είτε τηλεφωνικά (Sanchez-Piedra et al., 2014) είτε μέσω του διαδικτύου (Anderson et al., 2007). Τέλος, υπήρξαν προσεγγίσεις που δεν αξιολόγησαν το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά συγκεκριμένες διαστάσεις όπως κύκλος εργασιών των γιατρών (Tierney et al., 2000), ο χώρος αναμονής (Tièche et al., 2016) και η ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ ασθενούς και γιατρού και η συνέχεια στη φροντίδα του ασθενούς (Hjortdahl & Laerum, 1992). Οι Damman et al. (2009) περιέγραψαν το δείκτη ποιότητας του καταναλωτή (Consumer Quality Index (CQ-index ή CQI)), το οποίο δημιουργήθηκε στην Ολλανδία και συνδύασε άλλα δύο εργαλεία συλλογής δεδομένων, το αμερικανικό εργαλείο CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) και το δανέζικο QUOTE (Quality Of Care Through the patient's Eyes) ώστε να αποτυπωθούν οι εμπειρίες των ασθενών σχετικά με τις διαστάσεις του σεβασμού και της αξιοπρέπειας, της πληροφόρησης του ασθενή, της προσβασιμότητας και του επαγγελματισμού των γιατρών. Τέλος, μια άλλη μέθοδος για τις έρευνες εμπειρίας των ασθενών ήταν οι γνωστικές συνεντεύξεις, οι οποίες σύμφωνα με τους Buers et al. (2014) μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στον εντοπισμό των προβλημάτων που μπορεί να εμφανίζουν τα ερωτηματολόγια αποτύπωσης των εμπειριών.

Μέσω της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας οι Garratt et al. (2010) αναγνώρισαν σοβαρές ελλείψεις σχετικά με τα δημοσιευμένα στοιχεία για την ποιότητα των δεδομένων και τις ιδιότητες μέτρησης που αναφέρονται ως σημαντικές για τα ερωτηματολόγια που σχεδιάστηκαν για τη μέτρηση της ποιότητας από την πλευρά των ασθενών. Στα πλαίσια του προγράμματος QUALICOPC αναπτύχθηκαν τέσσερα ερωτηματολόγια ένα ερωτηματολόγιο για τους γενικούς ιατρούς που περιλαμβάνει ερωτήσεις για τη δομή, τις οικονομικές συνθήκες και τις διαδικασίες φροντίδας, ένα για τους ασθενείς σχετικά με τις εμπειρίες τους με τον γενικό ιατρό, ένα άλλο για τους ασθενείς σχετικά με αυτά που θεωρούν σημαντικά στην ΠΦΥ και ένα ερωτηματολόγιο για το χώρο που περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά του γραφείου (Schäfer et al., 2013). Κατά το Schäfer et al. (2013) τα δεδομένα που συλλέγονται με αυτά τα μέσα επιτρέπουν την ανάδειξη των αποτελεσμάτων της ΠΦΥ και την

επεξήγηση των διαφορών στα χαρακτηριστικά των διαφόρων συστημάτων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Schafar et al., 2013). Μια άλλη προσέγγιση αξιολόγησης της εμπειρίας και της ικανοποίησης των ασθενών, ο δείκτης καθαρών υποστηρικτών (Net Promoter Score (NPS)) που εφαρμόστηκε στην ΠΦΥ από τους Krof et al. (2015) αναδείχθηκε ως μια λιγότερο έγκυρη βαθμολογία για την περίληψη των εμπειριών των ασθενών ιδιαίτερα συγκριτικά με το ερώτημα της σύστασης της δομής ΠΦΥ σε κάποιο συγγενή ή φίλο. Επιπλέον, εντοπίστηκε ότι κάποια ερωτηματολόγια έχουν περισσότερα στοιχεία από όσα είναι απαραίτητα και θεωρούνται από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας ιδιαίτερα χρονοβόρα ενώ οι κλίμακες μέτρησης σε ορισμένα ερωτηματολόγια έχουν χαμηλές εκτιμήσεις αξιοπιστίας (Garratt et al., 2010). Η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων που διερευνούν την ποιότητα από την πλευρά των ασθενών και η εγκυρότερη της δομής εξαρτάται από την ενσωμάτωση συγκεκριμένων κατηγοριών, οι οποίες συνήθως αφορούν τους γιατρούς, τους νοσηλευτές, τη πρόσβαση και στοιχεία σχετικά με το ραντεβού και τις εγκαταστάσεις (Grogan, Conner, Norman, Willits, & Porter, 2000).

3.4.4.Σημαντικότερα ευρήματα

Στις συγκεκριμένες έρευνες αναδείχθηκαν συγκεκριμένες διαστάσεις που σχετίζονται με τη συνολική ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ, την κάλυψη των αξιών κατά την εμπειρία τους ή με την ικανοποίηση από συγκεκριμένες πτυχές της παρεχόμενης φροντίδας. Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η ηλικία αναδείχθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών (Al-Windi, 2005· Γαβριήλ και συν., 2012· Kinnersley et al., 1996· Milasauskiene et al., 2006· Sanchez-Piedra et al., 2014). Στο σύνολό τους οι ηλικιωμένοι ασθενείς ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τους νεότερους ασθενείς (Kinnersley et al., 1996). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς, άνω των 65 ετών, παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση από τη συνάντηση με τον ιατρό σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες όταν οι προσδοκίες τους ικανοποιήθηκαν καθώς η συγκεκριμένη ομάδα ασθενών έχει σαφείς επιθυμίες ή αιτήματα όταν επισκέπτεται ένα γιατρό (Al-Windi, 2005). Στη Σαουδική Αραβία, οι ηλικιωμένοι εμφάνισαν υψηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με τους νεότερους σε ζητήματα πληρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Margolis et al., 2003). Επιπλέον, η ηλικία των ασθενών συσχετίστηκε θετικά με το χρόνο που αφιερώθηκε στην υποδοχή και την ικανοποίηση από το ωράριο εργασίας των ιδιωτικών κέντρων ΠΦΥ (Milasauskiene et al., 2006).

Η εκπαιδευτική βαθμίδα των ασθενών είναι μια ακόμη διάσταση που σχετίστηκε με την ικανοποίηση των ασθενών (Margolis et al., 2003 Milasauskiene et al., 2006). Ειδικότερα, οι πιο μορφωμένοι ασθενείς εμφάνισαν χαμηλότερη ικανοποίηση (Margolis et al., 2003 Milasauskiene et al., 2006). Επιπλέον, το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκε με τις θετικές αξιολογήσεις της προσβασιμότητας και του χρόνου που σπαταλά ο γιατρός με το κάθε ασθενή (Milasauskiene et al., 2006).

Το επίπεδο της ικανοποίησης των ασθενών σε κάποιες έρευνες διαφοροποιήθηκε σύμφωνα με το φύλο (Almoajel et al., 2014· Weisman et al., 2000), ενώ υπάρχουν έρευνες οι οποίες ανέδειξαν ότι το φύλο, δεν είχε στατιστικά σημαντική επίπτωση στην ικανοποίηση (Kinnersley et al., 1996· Sanchez-Piedra et al., 2014). Η μεγαλύτερη διαφοροποίηση ως προς το φύλο εντοπίστηκε στη Σαουδική Αραβία όπου οι ικανοποιημένοι άνδρες ήταν το 54,4% ενώ οι ικανοποιημένες γυναίκες ήταν το 94,3% (Almoajel et al., 2014). Οι βασικές διαφοροποιήσεις των στάσεων των γυναικών και των ανδρών έδειξαν ότι οι γυναίκες διαφοροποιούν το επίπεδο ικανοποίησής τους από τις δομές της ΠΦΥ δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στην πληροφόρηση, τη συνέχεια της φροντίδας και την πολυεπιστημονικότητα ενώ η ικανοποίηση των ανδρών εξαρτάται περισσότερο από το προσωπικό ενδιαφέρον που παρουσιάζουν οι παροχείς (Weisman et al., 2000). Τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στο περιεχόμενο των επισκέψεων και όχι σε άλλες διαστάσεις όπως η προσβασιμότητα και η άνεση (Weisman et al., 2000). Συνεπώς, η αντιμετώπιση των αναγκών των γυναικών για πληροφορίες για την υγεία είναι καθοριστικής σημασίας για την αύξηση της ικανοποίησης των γυναικών και η ενίσχυση των διαπροσωπικών πτυχών της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών είναι πιο κρίσιμη για τους άνδρες (Weisman et al., 2000).

Η αυτο-αντίληψη της υγείας και η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας δεν είχαν στατιστικά σημαντική επίπτωση στην ικανοποίηση στην μελέτη των Sanchez-Piedra et al. (2014). Ωστόσο, όσοι άνθρωποι αντιλαμβάνονταν ότι η υγεία τους βρίσκονταν σε φτωχότερο επίπεδο, εμφάνισαν χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης επειδή η κατώτερη κατάσταση υγείας τους συσχετίστηκε με την υγειονομική περίθαλψη που έλαβαν (Sanchez-Piedra et al., 2014). Στην έρευνα του Al-Windi (2005) αναδείχθηκαν η κακή αντίληψη υγείας και οι ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης ως ισχυροί παράγοντες πρόβλεψης της δυσαρέσκειας για την υγειονομική περίθαλψη. Πρόσθετα, ο Schembri (2016) ανέφερε ότι οι ασθενείς εξέφρασαν την ικανοποίησή τους για τις κλινικές διαχείρισης διαβήτη και χρόνιων νόσων γιατί είχαν την πεποίθηση ότι αυτές οι ασθένειες παρακολουθούνται στενότερα στην ΠΦΥ και αυτό θα έπρεπε να υποδεικνύει στις διοικήσεις ότι θα πρέπει να επενδύουν περισσότερες εισροές σε αυτές τις κλινικές.

Ο χρόνος αναμονής αποτελεί μια διάσταση που προκαλεί έντονη δυσαρέσκεια στους ασθενείς παγκοσμίως (Anderson et al., 2007· Bamidele et al., 2011· Γαβριήλ και συν., 2012· Schembri, 2016· Singh et al., 1999). Ο μεγάλος χρόνος από την ημερομηνία που ο ασθενής εξέφρασε τη πρόθεση να κλείσει ένα ραντεβού έως την ημερομηνία πραγματοποίησής του και ο μεγάλος χρόνος αναμονής στην αίθουσα μέχρι να συναντήσουν τον ιατρό οδηγούν στη μείωση του βαθμού ικανοποίησης (Γαβριήλ και συν., 2012 Singh et al., 1999). Τα ποσοστά ικανοποίησης από το χρόνο αναμονής ήταν μειωμένα και κυμάνθηκαν στις έρευνες από 60,8% έως 63,9% (Bamidele et al., 2011· Schembri, 2016). Κατ' επέκταση, η μείωση του χρόνου αναμονής δύναται να προωθήσει όχι μόνο το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών της ΠΦΥ αλλά και την καλύτερη εξυπηρέτησή τους (Bamidele et al., 2011).

Ο λόγος αυτής της δυσαρέσκειας είναι το γεγονός ότι ο χρόνος αναμονής είναι μια επένδυση πόρων από τον ασθενή για τον επιθυμητό στόχο, που είναι να δει το γιατρό και να σπαταλήσει αρκετό χρόνο μαζί του ώστε να έχει νόημα αυτή η επίσκεψη (Anderson et al., 2007). Οι δύο χρόνοι επηρεάζουν ο ένας τον άλλο καθώς ο χρόνος που σπαταλά ένας γιατρός ανά ασθενή εξαρτάται από τη ζήτηση αλλά όσο μεγαλύτερος είναι αυτός ο χρόνος ανά ασθενή τόσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος αναμονής (Anderson et al., 2007). Ο χρόνος που περνά ο γιατρός με τον ασθενή κατά τον Anderson et al. (2007) είναι ένας ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας για την ικανοποίηση των ασθενών από ότι ο χρόνος που περνάει στην αίθουσα αναμονής. Τη δυσαρέσκεια των χρηστών ενισχύει η μικρής διάρκειας συνάντηση του ασθενή με το γιατρό (Singh et al., 1999). Η ικανοποίηση από τους ιατρούς της ΠΦΥ είναι υψηλότερη όταν ο χρόνος ανά ασθενή είναι μεγαλύτερος, ενώ ταυτόχρονα είναι αναμενόμενα μεγαλύτερης διάρκειας και ο χρόνος αναμονής (Anderson et al., 2007). Συνεπώς, σύμφωνα με τους Anderson και συν. (2007) είναι αντιπαραγωγικός ο περιορισμός της διάρκειας του χρόνου αναμονής του ασθενούς σε βάρος του χρόνου που αφιερώνεται στον ασθενή για τη βελτίωση των βαθμολογιών ικανοποίησης των ασθενών. Ωστόσο, οι Singh et al. (1999) κατέγραψαν περιορισμό του βαθμού δυσαρέσκειας ακόμη και αν οι ιατροί δεν σπαταλούν πολύ χρόνο με τους ασθενείς αλλά υπάρχει ευγένεια και προθυμία των γιατρών να ακούσουν για τα προβλήματα υγείας τους.

Ο ρόλος των γιατρών είναι ιδιαίτερα σημαντικός για τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε χώρες με άμεση πρόσβαση σε όλους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, η ικανοποίηση από τη σχέση με τους γενικούς ιατρούς είναι πιο αυξημένη συγκριτικά με τις χώρες όπου ο γενικός ιατρός αποτελεί μια πύλη για την πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας καθώς, όπως περιγράφουν οι Kroneman et al. (2006), οι γιατροί λόγω του ανταγωνισμού δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στις επιθυμίες και τις ανάγκες των ασθενών ανεξάρτητα από το ιατρικό περιεχόμενο της επίσκεψής τους. Οι Γάλλοι

ήταν πολύ πιο αρνητικοί για τους γενικούς ιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς των υπολοίπων ευρωπαϊκών χωρών που διαθέτουν ένα σύστημα άμεσης πρόσβασης, ενώ ο ισπανικός πληθυσμός ήταν πιο θετικός σε σύγκριση με τις άλλες χώρες που διατηρούν κάποια πύλη για την πρόσβαση στις υπηρεσίες (Kroneman et al., 2006). Στη Σαουδική Αραβία, το υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης αφορούσε τους γιατρούς (Alshammari, 2014). Το 90% των ασθενών της Κύπρου ήταν ικανοποιημένο από το σεβασμό που τους έδειξε ο γιατρός (Γαβριήλ και συν., 2012). Στην Αμερική, η ικανοποίηση από την ενσυναίσθηση των γιατρών ήταν 93% και το ενδεχόμενο σύστασης του συγκεκριμένου γιατρού σε φίλους και συγγενείς είχε μέση βαθμολογία 92% (Hojat et al., 2011). Στη Δημοκρατία Τρινιντάντ και Τομπάγκο, το 74,2% των 1451 ασθενών ήταν ικανοποιημένοι από τις ικανότητες και την επάρκεια των γιατρών της ΠΦΥ (Singh et al., 1999). Στη Μάλτα, κανένας από τους ασθενείς δεν ήταν δυσαρεστημένος από τη σχέση με τους γιατρούς και από το σεβασμό που έδειξαν οι εργαζόμενοι στα κέντρα δημόσιας υγείας της Μάλτας στην ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπεια των ασθενών (Schembri, 2016). Η ικανοποίηση από τους γιατρούς ενισχύεται ακόμη από την μελέτη των Haskard et al. (2008) στην οποία οι ασθενείς έδειξαν αυξημένη προθυμία να συστήσουν το συγκεκριμένο ιατρό. Πρόσθετα εντοπίζεται μια διαφοροποίηση στην ικανοποίηση των βρετανών ασθενών που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια αμέσως μετά την επίσκεψη σε γενικούς γιατρούς της ΠΦΥ συγκριτικά με εκείνους που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια αργότερα στο σπίτι καθώς οι ασθενείς είχαν μεγαλύτερη δυσκολία να εκφράσουν τη δυσαρέσκεια απευθείας στους γενικούς ιατρούς τους και είχαν περισσότερο χρόνο να σκεφτούν διάφορες πτυχές της επίσκεψης (Kinnarsley et al., 1996).

Ειδικότερα, οι ασθενείς ήταν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι με διάφορες πτυχές της ιατρικής περίθαλψης όπως τη φιλικότητα, την ανθρωπιά, την ευγένεια, το προσωπικό ενδιαφέρον, την καθησύχαση, το σεβασμό, την υποστήριξη και το χρόνο που προσφέρεται στους ασθενείς από τους γιατρούς, την ικανότητα των ιατρών, την εμπειρία και την εκπαίδευσή τους, την πληρότητα της θεραπείας και της εξέτασης, την ακρίβεια της διάγνωσης των γιατρών και εν γένει τα θετικά αποτελέσματα της ιατρικής περίθαλψης (Alshammari, 2014· Margolis et al., 2003). Ιδιαίτερης σημασίας αναδείχθηκε ακόμη η παροχή πληροφοριών στους ασθενείς από τους γιατρούς (Bamidele et al., 2011). Επιπλέον, τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών ήταν σημαντικά υψηλότερα για εκείνους των οποίων οι γιατροί πρότειναν προληπτικές εξετάσεις (Hojat et al., 2011). Η πρόθεση των ιατρών να προτείνουν προληπτικά μέτρα μπορεί να συνέβαλε στην υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών, πιθανώς λόγω του ότι οι ασθενείς αισθάνονταν ότι οι γιατροί τους νοιάζονταν για τη μελλοντική τους υγεία (Hojat et al., 2011). Η λεπτομερής εξέταση και η παροχή συμβουλών σχετικά με την απώλεια βάρους, την άσκηση και τη

διακοπή του καπνίσματος και του οινοπνεύματος αύξησαν την ποιότητα των αξιολογήσεων των ασθενών σχετικά με την παρεχόμενη υπηρεσία υγείας (Haskard et al., 2008). Η συνέχεια των παρεχόμενων υπηρεσιών (Margolis et al., 2003) και το επίπεδο παροχής πληροφοριών σχετικά με τη κατάσταση της υγείας των ασθενών (Almoajel et al., 2014) προκάλεσαν τη δυσαρέσκεια των ασθενών στη Σαουδική Αραβία. Συνεπώς, όπως φαίνεται και από τα παραπάνω, η εμπιστοσύνη στο γιατρό που προέκυψε από τη συνέχεια είχε θετική επίδραση στη στάση των ασθενών (Hojat et al., 2011).

Σημαντική πτυχή για τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί η βελτίωση της σχέσης γιατρού-ασθενούς (Haskard et al., 2008· Hjortdahl & Laerum, 1992). Η ύπαρξη μιας συνολικής προσωπικής σχέσης μεταξύ ασθενούς και γιατρού αυξάνει τις πιθανότητες ο ασθενής να είναι ικανοποιημένος με την εξέταση πολύ περισσότερο συγκριτικά με τις επισκέψεις όπου δεν υπήρχαν τέτοιες σχέσεις (Hjortdahl & Laerum, 1992). Η διάρκεια της σχέσης ασθενούς-γιατρού εμφάνισε μια αδύναμη αλλά σημαντική συσχέτιση με την ικανοποίηση του ασθενούς (Hjortdahl & Laerum, 1992). Η συνέχεια στη φροντίδα του ασθενούς συνδέεται με το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενούς από τους παρόχους ΠΦΥ (Hjortdahl & Laerum, 1992· Pullicino et al., 2015· Saultz & Albedaiwi, 2004). Οι Saultz & Albedaiwi (2004) ανέφεραν ότι στις 16 από τις 22 έρευνες που βρέθηκαν στη βάση δεδομένων MEDLINE από το 1966 έως τον Απρίλιο του 2002, οι ασθενείς εξέφρασαν σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση όταν υπήρχε διαπροσωπική συνέχεια στη σχέση ιατρού-ασθενούς. Οι ασθενείς που επισκέπτονται τον ιδιωτικό τομέα σύμφωνα με τους Pullicino et al. (2015) εξέφρασαν καλύτερη συνέχεια στην περίθαλψη, βελτιωμένες σχέσεις με τους ιατρούς και πληρότητα στη φροντίδα υγείας συγκριτικά με τους ασθενείς που επισκέπτονται το δημόσιο τομέα. Στην έρευνα των Tierney et al. (2000) οι ασθενείς που είχαν γιατρούς οι οποίοι αποχώρησαν και αντικαταστάθηκαν από άλλους, ήταν πιο ικανοποιημένοι από τους γιατρούς που είχαν αρχικά και μετά την αλλαγή, το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών μειώθηκε από υψηλό επίπεδο σε επίπεδο παρόμοιο με εκείνο των ασθενών των οποίων ο γιατρός δεν έφυγε (Tierney et al., 2000). Επιπλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα της διαπροσωπικής επαφής αποτέλεσε η περίπτωση παροχής ΠΦΥ από υπηρεσίες εκτός των ωρών εργασίας, η μελέτη των οποίων ανέδειξε ότι οι ασθενείς που έλαβαν μόνο τηλεφωνικές συμβουλές ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι σε σύγκριση με εκείνους που παρακολούθηθηκαν δια ζώσης σε χώρο της ΠΦΥ ή τους επισκέφτηκε ο γιατρός στο σπίτι (van Uden, Ament, Hobma, Zwietering, & Crebolder, 2005).

Καθώς η ικανοποίηση συνίσταται από τις αντιδράσεις των ασθενών σε διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και το αποτέλεσμα της κάθε εμπειρίας, σημαντικός

λόγος για αυτή την ισχυρή προσωπική σχέση μεταξύ ασθενούς και γιατρού και της ικανοποίησης των ασθενών αποτελούν διάφοροι ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί που αποτελούν θεμέλιο για τη διαμόρφωση της ικανοποίησης (Hjortdahl & Laerum, 1992). Το σημαντικότερο εύρημα των (Hjortdahl & Laerum, 1992) ήταν ότι η ενίσχυση της προσωπικής φροντίδας μπορεί να αποτελέσει ένα μέσο για την αύξηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης στην ΠΦΥ. Η βελτίωση της σχέσης γιατρού-ασθενούς σύμφωνα με τους Haskard et al. (2008) μπορεί να επιτευχθεί μέσω της απόκτησης πρόσθετων επικοινωνιακών δεξιοτήτων από την πλευρά των ιατρών. Ιδιαίτερο σημείο της σχέσης ιατρού-ασθενούς και της συνέχειας αποτελεί το γεγονός ότι τα περισσότερα συστήματα δυτικής υγειονομικής περίθαλψης επιτρέπουν στους ασθενείς να επιλέγουν τους δικούς τους ιατρούς, καθιστώντας σχεδόν αδύνατη την τυχαία εκχώρηση ασθενών σε διαφορετικά μοντέλα φροντίδας, γεγονός που καθιστά δύσκολη την απομόνωση και τη μελέτη της διαπροσωπικής συνέχειας της φροντίδας ως μεταβλητή (Saultz & Albedaiwi, 2004). Ελλείψει της τυχαίας ανάθεσης, είναι δύσκολο να βρεθεί εάν η συνέχεια οδηγεί σε ικανοποίηση ή η ικανοποίηση οδηγεί σε συνέχεια (Saultz & Albedaiwi, 2004).

Ο Schoenfelder (2012) ανέδειξε το ρόλο των P4P (Pay for Performance) συστημάτων, κατά το οποίο οι γιατροί της ΠΦΥ και οι πρακτικές επιβραβεύονται με κίνητρα που βασίζονται στην απόδοση προκαθορισμένων δεικτών ποιότητας και στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Η ανάγκη των ασθενών για την εκπλήρωση των προσδοκιών τους μπορεί να δημιουργήσει ισχυρά κίνητρα για τους γιατρούς ΠΦΥ στο πλαίσιο των συστημάτων P4P να παραγγείλουν εξετάσεις ή θεραπείες που επιθυμούν από τον ασθενή, αν και είναι ιατρικά περιττές ή ακόμη και επικίνδυνες (Schoenfelder, 2012). Επιπλέον, οι γιατροί απέφευγαν εσκεμμένα να παρέχουν πλήρεις πληροφορίες σχετικά με αρνητικά αποτελέσματα εξετάσεων και τη θεραπεία προκειμένου να αυξηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών (Schoenfelder, 2012).

Οι παράγοντες που επηρέασαν θετικά τους ασθενείς επιπρόσθετα ήταν η ευγένεια και ο επαγγελματισμός του προσωπικού τόσο των διοικητικών όσο και των νοσηλευτικών υπηρεσιών (Γαβριήλ και συν., 2012). Υψηλά επίπεδα ικανοποίησης καταγράφηκαν για τους νοσηλευτές, οι οποίοι αξιολογήθηκαν με μεγαλύτερη ικανοποίηση συγκριτικά με τους ιατρούς όσον αφορά τις ικανότητες, την επάρκεια, την επιθυμία για ακρόαση, την ευγένεια και τις παρεχόμενες συμβολές (Singh et al., 1999). Η παροχή συμβουλών από τους νοσηλευτές και η καθησύχαση των ασθενών αναδείχθηκαν ζητήματα ιδιαίτερα σημαντικά για τη βελτίωση της ικανοποίησης ασθενών (Moll van Charante et al., 2006).

Επιπροσθέτως, η ευκολία πρόσβασης στους παρόχους ΠΦΥ εμφανίστηκε ως ιδιαίτερα σημαντική για τους χρήστες της υγειονομικής περίθαλψης (Kroneman et al., 2006· Pullicino et al., 2015). Στη μελέτη των Bamidele et al. (2011) το 91,4% των συμμετεχόντων θεώρησε τη συγκεκριμένη διάσταση σημαντική. Οι ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα αντιμετώπισαν περισσότερες δυσκολίες στην πρόσβαση στην «εκτός ωρών» φροντίδα (Pullicino et al., 2015). Μεγαλύτερη δυσαρέσκεια εμφάνισε ο ευάλωτος πληθυσμός όπως οι ηλικιωμένοι και οι χρόνια πάσχοντες που εξέφρασαν την πεποίθηση ότι η ανάγκη της πρόσβασης στην ΠΦΥ δεν καλύπτεται ούτε στο δημόσιο ούτε στον ιδιωτικό τομέα (Pullicino et al., 2015).

Επιπλέον, η αντίληψη των ασθενών για το περιβάλλον της ΠΦΥ διαφοροποιήθηκε με την ύπαρξη κάποιας αλλαγής στον περιβάλλον χώρο (Tièche et al., 2016). Η καθαριότητα του χώρου αναδείχθηκε ένας παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών (Γαβριήλ και συν., 2012). Σε μια μελέτη περίπτωσης μετά την ανακαίνιση του χώρου μιας κλινικής, η ικανοποίηση των ασθενών αυξήθηκε σημαντικά σε όλους τους τομείς, παρόλο που άλλαξαν μόνο οι εξωτερικοί δείκτες ποιότητας (Tièche et al., 2016). Η ικανοποίηση των ασθενών βελτιώθηκε όχι μόνο όσον αφορά πτυχές όπως η εμφάνιση του γραφείου και του προσωπικού αλλά και πτυχές όπως η ικανοποίηση από τους γιατρούς, από την ιατρική διαδικασία και την εμπειρία των ιατρών (Tièche et al., 2016). Συνεπώς, η ανακαίνιση του εσωτερικού χώρου μιας υπηρεσίας ΠΦΥ συνδέεται με τη βελτίωση της ικανοποίησης και του βαθμού εμπειρίας των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της ικανοποίησης σε τομείς που δεν έχουν αλλάξει γεγονός που αναδεικνύει την επίδραση μιας οπτικής αλλαγής και γενικότερα των εξωτερικών και φαινομενικά ασήμαντων παραγόντων στην ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ (Tièche et al., 2016). Πρόσθετα, η τεχνική επάρκεια των υπηρεσιών υγείας, αν και δεν αναδείχθηκε καθοριστικός παράγοντας για τη δυσαρέσκεια των χρηστών, αποτέλεσε μια ένδειξη της επίδρασης των πολιτισμικών διαφορών στην αντίληψη των ασθενών για την τεχνική επάρκεια του παρόχου (Nabbuye-Sekandi et al., 2011).

Οι μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση της ΠΦΥ φαίνονται να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των ασθενών (Moll van Charante et al., 2006· Smits et al., 2012). Η βελτίωση των γνώσεων των ασθενών τόσο του υπάρχοντος συστήματος όσο και των νέων τρόπων λειτουργίας της ΠΦΥ και η συνήθεια της αλλαγής συντέλεσαν στη διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τους νοσηλευτές, τους ιατρούς και την οργάνωση (Amin & Kumar, 2018· Smits et al., 2012). Ειδικότερα, η γνώση των ζητημάτων υγείας προήγαγε την απαίτηση καλύτερων μέτρων υγειονομικής περίθαλψης (Amin & Kumar, 2018). Η εφαρμογή μιας ολοκληρωμένη φροντίδας μπορεί να βελτιώσει την

ποιότητα της περίθαλψης και την εμπειρία των ασθενών (Mastellos et al., 2014). Επιπλέον, η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ εκτός ωρών με τη δημιουργία μεγάλων συνεταιρισμών, όπως εφαρμόζεται στην Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Δανία και η αποκέντρωση της ΠΦΥ αποτέλεσαν κάποιες μόνο παρεμβάσεις που οδήγησαν σε υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης και βελτιωμένες εμπειρίες χρηστών της ΠΦΥ (Garratt et al., 2010· Milasauskiene et al., 2006· Moll van Charante et al., 2006· van Uden et al., 2005).

3.5. Ποιότητα ΠΦΥ από την πλευρά του ασθενή - Ελληνική βιβλιογραφία

3.5.1. Γενική ικανοποίηση χρηστών

Στην Ελλάδα, οι χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ στο σύνολό τους εξέφρασαν ότι η εμπειρία τους στις δομές ΠΦΥ γενικά ήταν θετικές (Lionis et al., 2017· Pini et al., 2014· Raftopoulos, 2010· Xesfingi et al., 2017) ή μέτριες (Aletras, Papadopoulos, & Niakas, 2006· Papanikolaou & Zygiaris, 2014· Πιερράκος και συν., 2013· Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν., 2017), με βαθμολογία από 61% έως και 97%. Οι ασθενείς με καρκίνο ανέφεραν ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ (Pini et al., 2014). Επιπλέον, αναδείχθηκε ότι η αντίληψη των ασθενών για τη ποιότητα ήταν μέτρια και το μεγαλύτερο κενό παρατηρήθηκε στη διάσταση της ενσυναίσθησης (Papanikolaou & Zygiaris, 2014). Ακόμη, η ικανοποίηση των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ήταν στα ίδια επίπεδα τόσο το πρωί όσο και το απόγευμα παρόλο που το κόστος το απόγευμα είναι πολλαπλάσιο, ενώ η ικανοποίηση βελτιώθηκε σημαντικά μετά την πραγματοποίηση εξετάσεων (Πιερράκος, Λατσού, Γούλα, Δημάκου, & Υφαντόπουλος, 2015). πρόσθετα, σημαντικό εύρημα αποτέλεσε ότι το 67% των μεταναστών ήταν ικανοποιημένοι με τις ελληνικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης συμπεριλαμβανομένης της ΠΦΥ (Vozikis & Siganou, 2015).

3.5.2. Μελετώμενος πληθυσμός

Η διερεύνηση της ικανοποίησης και των εμπειριών των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ δεν εμφάνισε εξίσου σημαντική απήχηση στους ερευνητές στην Ελλάδα. Κάποιες έρευνες εστίασαν τη μελέτη σε ποικίλες εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης όπως η έρευνα του Raftoroulos (2010) που μελέτησε δείγμα 212 εξωτερικών ασθενών σε κέντρα υγειονομικής περίθαλψης και υπηρεσίες οικιακής φροντίδας, η έρευνα των Πιερράκου, Λατσού, Γούλα, Δημάκου και Υφαντόπουλου (2015) που μελέτησαν 454 ασθενείς από ιατρεία του ΕΣΥ, η έρευνα των Giovanis et al. (2014) που διερεύνησαν πολλαπλές υπηρεσίες ΠΦΥ με ένα δείγμα 407 χρηστών, οι Anagnostopoulos et al. (2012) που διερεύνησαν την ικανοποίηση 300 ασθενών σε τρία μεγάλα κέντρα ΠΦΥ της δυτικής Ελλάδας και τέλος, η έρευνα των Lionis et al. (2017) που διερεύνησαν ένα δείγμα 1964 ασθενών των δομών της ΠΦΥ και των επτά Υ.Πε. στα πλαίσια του προγράμματος QUALICOPC για τα ελληνικά δεδομένα. Άλλες έρευνες έχουν επιλέξει λίγες ή συγκριμένες δομές ΠΦΥ, όπως οι Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν. (2017) που μελέτησαν την ποιότητα των υπηρεσιών των μονάδων υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) του νομού Κιλκίς μέσω των 181 ασθενών που συμμετείχαν, οι Paranikolaou και Zygiaris (2014) που μελέτησαν δείγμα 450 ασθενών από ένα συγκεκριμένο δημόσιο κέντρο ΠΦΥ, του ΙΚΑ, σε μια πυκνοκατοικημένη αστική περιοχή της Αττικής, οι Pini et al. (2014) που διερεύνησαν την ικανοποίηση 100 χρηστών των εξωτερικών ιατρείων ενός αντι-καρκινικού νοσοκομείου, οι Aletras, Papadopoulos και Niakas (2006) που μελέτησαν την ικανοποίηση επιλέγοντας ένα στρωματικό τυχαίο δείγμα 285 ατόμων και ένα δεύτερο τυχαίο δείγμα 100 εξωτερικών ασθενών από νοσοκομείο της Βέροιας και οι Xesfingi, Karamanis, & Vozikis (2017) που ερεύνησαν την ικανοποίηση 420 εξωτερικών ασθενών στο Κωνσταντοπούλειο γενικό νοσοκομείο Αθηνών.

3.5.3. Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Η μεθοδολογία συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε από τους περισσότερους ερευνητές αφορούσε τη ποσοτική μέθοδο με τη χρήση ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν μετά την επίσκεψη των χρηστών στις μονάδες ΠΦΥ. Οι Paranikolaou και Zygiaris (2014) ήταν η μοναδική προσέγγιση της ελληνικής κατάστασης που χρησιμοποίησε το μοντέλο SERVQUAL πριν την επίσκεψη και ερωτήσεις σχετικά με τις αντιλήψεις των ασθενών μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψης. Η ιδιαίτερη αδυναμία του μοντέλου που εμφανίστηκε στα ελληνικά δεδομένα και η ανάγκη ενσωμάτωσης νέων

διαστάσεων που μπορεί να επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών ανέδειξαν την ανάγκη βελτίωσης και επαναπροσδιορισμού του μοντέλου SERVQUAL για την Ελλάδα (Papanikolaou & Zygiaris, 2011). Οι Giovanis et al. (2014) πραγματοποίησαν τη συλλογή μέσω προσωπικών συνεντεύξεων χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο. Ο Πιερράκος και οι συνεργάτες του (2015) προσέγγισαν ασθενείς και των απογευματινών επισκέψεων των χρηστών και οι Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν., (2017) εισήγαγαν τη μέθοδο ελέγχου του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών μέσω της ερώτησης για τη σύσταση της μονάδας στον οικογενειακό και φιλικό περίγυρο. Τέλος, οι Vozikis & Siganou (2015) προσέγγισαν μόνο μετανάστες χρήστες των ελληνικών υπηρεσιών ΠΦΥ.

3.5.4.Σημαντικότερα ευρήματα

Ως προς τη συμβολή των δημογραφικών παραγόντων, οι Papanikolaou και Zygiaris (2014) ανέδειξαν πως υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων διαφορετικής ηλικίας και εκπαίδευσης όσον αφορά το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών τους και των αντιλήψεών τους για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας το οποίο δεν οφείλεται στις διαφορετικές προσδοκίες των χρηστών ΠΦΥ αλλά στο γεγονός ότι αντιλαμβάνονται διαφορετικά την παρεχόμενη υπηρεσία (Papanikolaou & Zygiaris, 2011). Ως προς την ηλικία αναδείχθηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία τόσο πιο ικανοποιημένοι εμφανίζονται οι ασθενείς (Papanikolaou & Zygiaris, 2014· Xesfingi et al., 2017). Επιπλέον, όσο μεγαλύτερη η ηλικία και όσο μικρότερο το επίπεδο μόρφωσης τόσο μεγαλύτερο είναι το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των χρηστών (Papanikolaou & Zygiaris, 2011). Κατά τους Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν. (2017) πιο αυστηροί κριτές των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι οι πιο μορφωμένοι χρήστες, οι άγαμοι και οι μικρότεροι σε ηλικία. Οι Xesfingi et al. (2017) ανέδειξαν μια θετική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της εκπαίδευση και της ασφάλισης. Ωστόσο, οι Pini et al. (2014) ανέδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης με τα δημογραφικά στοιχεία, αλλά η αξιολόγηση των υπηρεσιών σε μεμονωμένες παραμέτρους εξαρτάται από το φύλο των ασθενών, την εκπαίδευση και της κατάσταση της υγείας τους. Τέλος, ως προς τον ιδιαίτερο πληθυσμό των μεταναστών στην Ελλάδα, παρουσιάστηκε ότι το φύλο, η κατανόηση της ελληνικής γλώσσας και το επίπεδο εκπαίδευσης επηρέασαν το επίπεδο ικανοποίησής τους από την ΠΦΥ (Vozikis & Siganou, 2015).

Η δυσαρέσκεια των χρηστών εντοπίστηκε στην έλλειψη οργάνωσης (Πιερράκος και συν., 2015), αν και σε γενικές γραμμές οι χρήστες ήταν σχετικά ικανοποιημένοι με το περιβάλλον και τη διοίκηση (Raftopoulos, 2010). Για τις διοικητικές υπηρεσίες, τη δομή και το γενικότερο φυσικό περιβάλλον του χώρου πρωτοβάθμιας περίθαλψης η ικανοποίηση ήταν σε μέτριο έως πολύ υψηλό βαθμό (Πιερράκος και συν., 2015· Raftopoulos, 2010) ενώ, ειδικά για τις εγκαταστάσεις, η ικανοποίηση των ασθενών το απόγευμα ήταν σημαντικά βελτιωμένη σε σχέση με το πρωί (Πιερράκος και συν., 2015). Οι διοικητικές υπηρεσίες όπως και η νοσηλευτική φροντίδα ταξινομήθηκαν ως χαρακτηριστικά υπηρεσιών χαμηλής προτεραιότητας και γι 'αυτό, σύμφωνα με τους Giovanis et al. (2014), θα πρέπει να τους δοθεί μικρή προτεραιότητα σε σχέση με τις ιατρικές υπηρεσίες, καθώς οποιαδήποτε βελτίωση της απόδοσής τους δεν θα αυξήσει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Αντίθετα, στην ίδια μελέτη αναδείχθηκε ότι η κατάσταση των εγκαταστάσεων είναι ένας παράγοντας απόδοσης και ως εκ τούτου η βελτίωση της απόδοσής τους θα επηρεάσει θετικά του ασθενούς (Giovanis et al., 2014). Τέλος, ως προς τις συναλλαγές με τις διοικητικές υπηρεσίες, οι ασθενείς εκτίμησαν πως μια διαφοροποίηση του κόστους δεν θα άλλαζε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αν και το υψηλό κόστος των απογευματινών επισκέψεων δεν ανταποκρίνεται στο επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Πιερράκος και συν., 2015).

Η γενικότερη ικανοποίηση από τους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ είναι αρκετά υψηλή (Aletras et al., 2006· Πιερράκος και συν., 2015· Raftopoulos, 2010). Ιδιαίτερα στην έρευνα του Raftopoulos (2010), η ικανοποίηση από τους ιατρούς ήταν ύψους 95,3%, ενώ για τη νοσηλευτική φροντίδα το ποσοστό ικανοποίησης ήταν 92,5%. Η θετική στάση ως προς τους γιατρούς οφείλονταν στην τάση εξιδανίκευσης του ρόλου του ιατρού, στο αίσθημα ενοχής και στην αδυναμία των ασθενών να κρίνουν αρνητικά τον γιατρό (Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν., 2017). Ειδικότερα, η ιατρική και η νοσηλευτική φροντίδα βρέθηκαν να είναι παράγοντες διέγερσης και ως εκ τούτου έχουν την εξουσία να επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών μόνο σε περίπτωση που ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των ασθενών (Giovanis et al., 2014). Ο σημαντικότερος παράγοντας για την ικανοποίηση του ασθενούς αναδείχθηκε η ποιότητα της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ των γιατρών και των ασθενών (Anagnostopoulos et al., 2012). Επιπλέον, οι δεξιότητες επικοινωνίας των γιατρών μπορεί να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα και οδήγησε σε χαμηλότερα ποσοστά παραπόνων και αγωγών (Anagnostopoulos et al., 2012). Ο Raftopoulos (2010) ανέδειξε ότι οι χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα έδωσαν μεγαλύτερη προσοχή στο σεβασμό και την ευγένεια του ιατρού και ιδιαίτερη σημασία στην προστασία της αξιοπρέπειας και της

ιδιωτικότητας του κάθε ασθενή κατά τη διάρκεια της φυσικής εξέτασης από το γιατρό και το νοσηλευτή (Raftopoulos, 2010). Ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για τους έλληνες χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ ήταν η προσοχή που δείχνει ο γιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό στον ασθενή (Raftopoulos, 2010· Xesfingi et al., 2017). Επιπλέον, ιδιαίτερα σημαντικές ήταν διάφορες ανθρώπινες πτυχές του προσωπικού όπως η φιλικότητα, η ευγένεια και η γνώση και η προσοχή που δόθηκε στον κάθε ασθενή (Raftopoulos, 2010).

Οι ασθενείς ανέφεραν απογοήτευση για τους μεγάλους χρόνους αναμονής για ένα ραντεβού, την έλλειψη επιλογών σχετικά με την ημέρα και το χρόνο του ραντεβού και τον μεγάλο χρόνο αναμονής που ο ασθενής κάθεται στην αίθουσα αναμονής μέχρι τη σειρά του για εξέταση (Aletras et al.2006· Πιερράκος και συν., 2015· Raftopoulos, 2010). Στη μελέτη των Aletras και συν. (2006), η άνεση, ο χρόνος αναμονής από την ημέρα κράτησης των ραντεβού μέχρι την επίσκεψη και η αντίστοιχη χρονική διάρκεια για το ραντεβού των ακτινολογικών και εργαστηριακών εξετάσεων είχαν τα μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης ύψους 70,24%, 67,82% και 68,35% αντίστοιχα. Η δυσαρέσκεια μετριάσθηκε όταν υπήρχε πληροφόρηση και αιτιολόγηση από το προσωπικό (Πιερράκος και συν., 2015). Οι ασθενείς εμφανίστηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες των απογευματινών ραντεβού, από το μειωμένο χρόνο αναμονής και τις συνθήκες εξέτασης (πχ. ιδιωτικότητα) σε σύγκριση με τα πρωινά ραντεβού (Πιερράκος και συν., 2015). Ομοίως, για τα πρωινά ραντεβού οι Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν. (2017) ανέδειξαν ένα σχετικά μικρό χρόνο αναμονής για το ραντεβού και την εξέταση, αιτία των οποίων ήταν κυρίως η πληθώρα επισκέψεων για συνταγογράφηση που στη συγκεκριμένη περίπτωση αποτελούσαν το 25,2% των επισκέψεων και κατ' επέκταση στη μελέτη τους ο χρόνος αναμονής συντέλεσε στη βελτίωση της συνολικής ικανοποίησης.

Η ιατρική περίθαλψη προσδιορίστηκε ως χαρακτηριστικό της ΠΦΥ που χρειάζεται βελτίωση (Giovanis et al., 2014). Τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών σχετίστηκαν με τις υπηρεσίες που παρέχονται από τους γιατρούς (διάγνωση, θεραπεία και οδηγίες), τη συμπεριφορά τους και την επιστημονική τους επάρκεια ενώ η φύση της ασθένειας, οι τακτικές επισκέψεις και η γνώση του ιστορικού των ασθενών από τους ιατρούς υπέδειξαν το επίπεδο της εμπιστοσύνης που έχουν αναπτύξει οι ασθενείς με τους γιατρούς (Πιερράκος και συν., 2015). Οι αδυναμίες και οι τομείς στους οποίους εντοπίστηκε ανάγκη βελτίωσης ήταν η δραστηριοποίηση των ασθενών και η πληρότητα της επικοινωνίας και της καθοδήγησης (Lionis et al., 2017). Η δραστηριοποίηση των ασθενών και ειδικότερα η συμμετοχή τους στη διάγνωση και τη λήψη αποφάσεων συσχετίστηκε θετικά με το επίπεδο ικανοποίησης (Πιερράκος και συν., 2015). Όμως, το 26% των ασθενών στην έρευνα του

Lionis et al. (2017) δεν εντάχθηκε στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη θεραπεία (Lionis et al., 2017). Πρόσθετα, ως προς την πληρότητα, ιδιαίτερα χαμηλό ήταν το ποσοστό των γιατρών που ρώτησε τους ασθενείς για άλλα προβλήματα υγείας και μόλις το 60% των ασθενών χωρίς κάποια χρόνια ασθένεια έλαβε την κατάλληλη καθοδήγηση και συμβουλές για την πρόληψη (δίαιτα, κάπνισμα, αλκοόλ) σε αντίθεση με το 80% των ασθενών με χρόνια ασθένεια (Lionis et al., 2017). Οι ασθενείς των ιατρών με υψηλή εξάντληση και υψηλή αποπροσωποποίηση (κυνισμός) είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης, σε σύγκριση με τους ασθενείς που επισκέφθηκαν ιατρούς με χαμηλή εξάντληση και χαμηλή αποπροσωποποίηση, αντίστοιχα (Anagnostopoulos et al., 2012). Σημαντικό εύρημα των Lionis et al. (2017) είναι ότι μόνο το ήμισυ των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι ο γιατρός είχε το ιατρικό τους ιστορικό διαθέσιμο μπροστά του. Επιπλέον, το 15% των ασθενών που έφυγαν από το ιατρείο παθολόγων ΠΦΥ δεν αισθάνονταν προετοιμασμένοι για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση της υγείας τους (Lionis et al., 2017). Σημαντικό εύρημα του Raftopoulos (2010) ήταν η μικρή συσχέτιση της διατήρησης εμπιστευτικών των δεδομένων των χρηστών και της επεξήγησης του σκοπού των εξετάσεων και των θεραπειών σε σχέση με τη την ποιότητα των υπηρεσιών. Αιτία αυτής της στάσης θεωρήθηκε η χαμηλή ευαισθησία των χρηστών ως προς τη σημασία της εμπιστευτικότητας και η εμπιστοσύνη τους στη δράση και τα καθήκοντα των γιατρών (Raftopoulos, 2010). Η εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας, ωστόσο, θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική πτυχή της ικανοποίησης των μεταναστών καθώς οι μετανάστες που εμπιστεύθηκαν τους επαγγελματίες υγείας είχαν κατά 314% περισσότερες πιθανότητες να είναι ικανοποιημένοι με το σύστημα υγείας (Vozikis & Siganou, 2015).

Από τα παραπάνω αναδεικνύεται η σημασία της εκτίμησης της αντιληπτής ποιότητας των χρηστών για τη βελτίωση των υπηρεσιών ΠΦΥ. Επιπλέον, είναι ιδιαίτερα σημαντικό όπως συμπεραίνουν και οι Sbarouni et al. (2012), ότι εάν επιχειρηθούν προτάσεις σχετικά με την αναδιαμόρφωση του υφιστάμενου συστήματος ΠΦΥ στην τρέχουσα οικονομική κρίση, αυτό θα μπορούσε να βοηθήσει άλλες ευρωπαϊκές χώρες που αντιμετωπίζουν τις ίδιες προκλήσεις για τη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ΠΦΥ τους.

4. Μεθοδολογία

Το παρόν κεφάλαιο περιγράφει τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στη παρούσα εργασία. Αρχικά δίνεται ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι της εργασίας. Στο δεύτερο μέρος του κεφαλαίου περιγράφονται τα στοιχεία που αφορούν το δείγμα του μελετώμενου πληθυσμού. Επιπλέον, περιγράφεται το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων, το είδος της μελέτης και η διαδικασία που ακολουθήθηκε. Στο τρίτο μέρος του κεφαλαίου αναλύεται ο τρόπος με τον οποίο έγινε η ανάλυση και η επεξεργασία των δεδομένων και τέλος περιγράφονται τα δεοντολογικά ζητήματα, οι δυσκολίες και οι περιορισμοί που αντιμετωπίστηκαν κατά την υλοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης.

4.1. Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της ποιότητας των παρεχόμενων των υπηρεσιών της ΠΦΥ σε μία Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.Πε.) με βασικό εργαλείο την αποτύπωση των εμπειριών των χρηστών από τις υπηρεσίες ΠΦΥ. Δευτερεύοντες στόχοι αποτελούν η αξιολόγηση του βαθμού εμπειρίας των χρηστών ανά διάσταση και συγκεκριμένα η βαθμολογία εμπειρίας για την προσβασιμότητα, η βαθμολογία εμπειρίας για τη συνέχεια και το συντονισμό της παροχής φροντίδας υγείας, η βαθμολογία εμπειρίας για την πληρότητα, η βαθμολογία εμπειρίας για την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης, η βαθμολογία εμπειρίας για τα χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων και η βαθμολογία εμπειρίας για την ποιότητα της νοσηλευτικής περίθαλψης και των άλλων επαγγελματιών υγείας καθώς και η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων των εμπειριών με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών. Επιπλέον στόχος αποτελεί ο εντοπισμός των σημαντικότερων διαστάσεων των δομών της ΠΦΥ για τους ασθενείς και η ανάδειξη των χαρακτηριστικών που προκαλούν αρνητικές και θετικές εντυπώσεις στους ασθενείς.

4.2. Σχεδιασμός και υλοποίηση της μελέτης

Για την επίτευξη του παραπάνω σκοπού πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional survey). Προκειμένου να μετρηθεί η έκβαση ή η "εξαρτημένη μεταβλητή", δηλαδή οι εμπειρίες των χρηστών από τις υπηρεσίες ΠΦΥ ή ο βαθμός εμπειρίας των χρηστών από τις υπηρεσίες που παρέχονται από δομές της ΠΦΥ (συνολικά ή ανά διάσταση), πραγματοποιήθηκε συλλογή των δεδομένων από ένα δείγμα των υπηρεσιών ΠΦΥ της 3ης Υ.Πε.. Οι προσδιοριστές της έκβασης ή αλλιώς ανεξάρτητες μεταβλητές είναι τα δημογραφικά και άλλα κλινικά και λοιπά χαρακτηριστικά της επίσκεψης των ασθενών. Με τη συγχρονική μελέτη αναδεικνύεται το επίπεδο της έκβασης, δηλαδή το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της έκβασης και των δημογραφικών, κλινικών και άλλων χαρακτηριστικών της επίσκεψης.

4.2.1. Μέθοδος δειγματοληψίας - Δείγμα

Ο μελετώμενος πληθυσμός αφορά χρήστες των υπηρεσιών της 3ης Υ.Πε. Μακεδονίας, η οποία περιλαμβάνει 14 εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων της κεντρικής Μακεδονίας και συγκεκριμένα το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Γ.Παπανικολάου", το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Γ.Γεννηματάς", το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Ο Άγιος Δημήτριος", το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, το Γενικό Νοσοκομείο Πέλλα ς (Εδεσσα), το Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας (Γιαννιτάς), το Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Βέροια), το Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Νάουσα), το Γενικό Νοσοκομείο "Μαμάτσειο-Μποδοσάκειο" (Κοζάνη), το Γενικό Νοσοκομείο "Μαμάτσειο-Μποδοσάκειο" (Πτολεμαΐδα), το Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς, το Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών, το Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας και το Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, 41 Κέντρα Υγείας (πρώην Μονάδες Υγείας) και 17 Κέντρα Υγείας με 3 έως 20 περιφερειακά ιατρεία το καθένα.

Το δείγμα προέκυψε από δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling), μιας και ο συγκεκριμένος τρόπος είναι ένας τύπος μεθόδου δειγματοληψίας χωρίς την ύπαρξη πιθανότητας ο πληθυσμός του δείγματος να επιλεγεί με μια συστηματική διαδικασία γεγονός που δεν εγγυάται ίσες ευκαιρίες για κάθε άτομο στον πληθυσμό-στόχο να συμμετέχει στη μελέτη αλλά επιλέγεται αποκλειστικά με τρόπο ο οποίος είναι εύκολος ή προσβάσιμος για τον ερευνητή (Elfil & Negida, 2017). Ωστόσο, η συγκεκριμένη μέθοδος είναι γρήγορη, φθηνή και βολική καθώς προσέφερε τη δυνατότητα το δείγμα να αντληθεί από εκείνο το τμήμα του πληθυσμού που ήταν όχι μόνο εύκολα προσβάσιμο στον ερευνητή

αλλά και πρόθυμο να συμμετάσχει στην μελέτη (Elfil & Negida, 2017· Koerber & McMichael, 2008). Το δείγμα της μελέτης περιλαμβάνει 144 χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Για το συγκεκριμένο δείγμα λήφθηκαν υπόψη συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία ήταν η διαθεσιμότητα και η προθυμία συμμετοχής των χρηστών μετά την προφορική και έντυπη ενημέρωσή τους (βλ. Παράρτημα I) για την ανωνυμία τους, το σκοπό και το λόγο συμμετοχής τους στη συγκεκριμένη μελέτη, το γεγονός ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και ότι τηρείται πλήρης εμπιστευτικότητα των δεδομένων τους, τη δυνατότητα ανάγνωσης και γραφής στην ελληνική γλώσσα και την ολοκλήρωση της επίσκεψής τους στη συγκεκριμένη μονάδα ΠΦΥ. Πρόσθετο κριτήριο αποτέλεσε οι συμμετέχοντες να είναι άνω των 18 ετών, κηδεμόνας ή γονέας κάποιου ανήλικου χρήστη των υπηρεσιών ΠΦΥ ή συνοδός του χρήστη των υπηρεσιών ΠΦΥ.

4.2.2. Μέθοδος - εργαλείο συλλογής δεδομένων

Ως προς τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος με τη χρήση ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από τους Kaitelidou et al. (2019) για την καταγραφή των εμπειριών των χρηστών από τις δομές ΠΦΥ (βλ. Παράρτημα II). Προκειμένου να χρησιμοποιηθεί το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο στην παρούσα μελέτη λήφθηκε άδεια-συγκατάθεση από τους δημιουργούς του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου (βλ. Παράρτημα III).

Το ερωτηματολόγιο μετράει έξι διαστάσεις της εμπειρίας των χρηστών από τις μονάδες ΠΦΥ, την προσβασιμότητα, τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, την πληρότητα της φροντίδας, την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και την ποιότητα φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας. Για την κάθε διάσταση το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις τόσο για την εμπειρία του κάθε χρήστη όσο και για την αντίληψή του σχετικά με τη σημαντικότητα συγκεκριμένων διαστάσεων. Ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 73 ερωτήσεις. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου εκτιμάται ότι είναι περίπου 15 λεπτά. Η δομή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τέσσερα διαφορετικά τμήματα. Αναλυτικότερα, παρακάτω περιγράφονται τα τέσσερα τμήματα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου.

Στο πρώτο τμήμα υπάρχουν 20 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι τέσσερις πρώτες ερωτήσεις (1-5) αφορούν δεδομένα για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών, το φύλο, το έτος γέννησης, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το είδος ασφάλισης. Ως προς το έτος γέννησης η ερώτηση ζητά στο χρήστη να συμπληρώσει το έτος ενώ ως προς τη διαζευκτική ερώτηση εθνικότητας σε περίπτωση που ο χρήστης επιλέξει άλλη εθνικότητα ζητείται ο προσδιορισμός της. Στη συνέχεια, οι ερωτήσεις 6-9 περιλαμβάνουν στοιχεία της κατάστασης της υγείας του ασθενή και συγκεκριμένα αν υπάρχει αναπηρία άνω των 67%, αν ο χρήστης πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια και ποια είναι αυτή. Σε περίπτωση που η χρόνια ασθένεια δεν υπάρχει στη λίστα των διαθέσιμων επιλογών ζητείται από το χρήστη να την προσδιορίσει ή αν πάσχει από περισσότερες από μια μπορεί ο χρήστης να επιλέξει πάνω από μια απάντηση. Επιπλέον, υπάρχει μια ερώτηση αποτύπωσης της κατάστασης της υγείας (ερώτηση 7), όπου οι απαντήσεις δίνονται με μια πενταβάθμια κλίμακα με τιμές από «κακή» έως «εξαιρετική». Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη συχνότητα επίσκεψης στα συγκεκριμένα ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου κατά τους τελευταίους έξι μήνες, το τρόπο επίσκεψης στη συγκεκριμένη μονάδα, τους επαγγελματίες υγείας με τους οποίους ο χρήστης ήρθε σε επαφή, το λόγο της συγκεκριμένης επίσκεψης, αν ο χρήστης προγραμματίσει ραντεβού, το τρόπο προγραμματισμού του ραντεβού και το χρόνο από το προγραμματισμό μέχρι την επίσκεψη (εάν η επίσκεψη έγινε με ραντεβού), το χρόνο αναμονής για την εξυπηρέτηση από τις διοικητικές υπηρεσίες, το χρόνο αναμονής μέχρι τη συνάντηση με το γιατρό, αν χρειάστηκε παραπομπή από το γιατρό και η επάρκεια της πληροφόρησης/καθοδήγησης από το γιατρό για την παραπομπή. Για την ερώτηση σχετικά με τους επαγγελματίες υγείας με τους οποίους ο χρήστης ήρθε σε επαφή και την ερώτηση σχετικά με το λόγο της επίσκεψης ο τρόπος απάντησης είναι όμοιος με αυτό της χρόνιας ασθένειας. Επιπλέον, η ερώτηση σχετικά με την επάρκεια της πληροφόρησης/καθοδήγησης από το γιατρό για την παραπομπή οι απαντήσεις δίνονται με μια πενταβάθμια κλίμακα Likert όπου το 1 αντιστοιχεί στο «διαφωνώ απόλυτα» και το 5 στο «συμφωνώ απόλυτα».

Στο δεύτερο τμήμα περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 21-44. Οι ερωτήσεις 21-42 περιλαμβάνουν καταφατικές προτάσεις από τις οποίες ζητείται από το χρήστη υπηρεσιών ΠΦΥ να δηλώσει το επίπεδο συμφωνίας σε κάθε μία από αυτές. Για αυτό προσφέρονται πέντε τιμές απαντήσεων από το 1 έως το 5, οι οποίες αντιστοιχούν στην πενταβάθμια κλίμακα Likert για την δήλωση της συμφωνίας από το «διαφωνώ απόλυτα» έως το «συμφωνώ απόλυτα». Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις αποτελούν τις ερωτήσεις που ο χρήστης αξιολογεί την ποιότητα της παρεχόμενης ΠΦΥ στις διαστάσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω, δηλαδή την προσβασιμότητα, τη συνέχεια και το συντονισμό της παροχής

φροντίδας υγείας, την πληρότητα, την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, τα χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας, κρίνοντας αποκλειστικά από την εμπειρία του με τη συγκεκριμένη υπηρεσία (αναφορικά με τη σημερινή επίσκεψη). Οι ερωτήσεις 43 και 44 αποτελούν δύο 11-βάθμιες ερωτήσεις σύστασης του γιατρού και του ιατρού αντίστοιχα σε κάποιο φίλο ή συγγενή. Όπως αναφέρθηκε και στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι 11-βάθμιας κλίμακας ερωτήσεις σύστασης αποτελούν μια περίληψη των εμπειριών των χρηστών για το γιατρό (ερώτηση 43) και τα εξωτερικά ιατρεία (ερώτηση 44).

Στο δεύτερο τμήμα περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 45-70. Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν καταφατικές προτάσεις από τις οποίες ζητείται από το χρήστη υπηρεσιών ΠΦΥ να δηλώσει το βαθμό σημαντικότητας για κάθε μία από αυτές. Οι τιμές απαντήσεων σε αυτή τη κατηγορία είναι τετραβάθμιας κλίμακας Likert από την απάντηση «ασήμαντη» έως την απάντηση «πολύ σημαντική». Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις αφορούν ερωτήσεις όπου ο χρήστης αξιολογεί τι θεωρεί σημαντικό γενικότερα για τις δομές ΠΦΥ. Εκτός από τις έξι διαστάσεις που περιλαμβάνονται και στο προηγούμενο τμήμα ο χρήστης αξιολογεί πρόσθετα το χρόνο αναμονής από το προγραμματισμό μέχρι την επίσκεψη, το χρόνο αναμονής για τις διοικητικές υπηρεσίες, το χρόνο αναμονής για την συνάντηση με τη γιατρό και την επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης από το γιατρό στις περιπτώσεις όπου χρειάζεται να παραπεμφθεί ο χρήστης.

Στο τέταρτο και τελευταίο τμήμα του ερωτηματολογίου υπάρχουν τρεις ερωτήσεις ανοικτού τύπου που δίνουν τη δυνατότητα στο χρήστη να εκφραστεί ελεύθερα για ότι του δημιούργησε θετικές εντυπώσεις στη συγκεκριμένη εμπειρία του στη συγκεκριμένη μονάδα ΠΦΥ, για τα χαρακτηριστικά που μπορεί να βελτιώσει ο γιατρός ή οι άλλοι επαγγελματίες υγείας και τα χαρακτηριστικά που χρήζουν βελτίωσης γενικότερα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

Γενικότερα, το δεύτερο τμήμα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τις έξι διαστάσεις, ο συνολικός βαθμός των οποίων συνιστά τη βαθμολογία εμπειρίας των χρηστών από τις υπηρεσίες ΠΦΥ, η οποία αποτελεί την έκβαση ή αλλιώς την εξαρτημένη μεταβλητή. Το πρώτο τμήμα ερωτήσεων περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά που περιγράφουν την υγεία του χρήστη και άλλα περιγραφικά χαρακτηριστικά του ραντεβού, της επίσκεψης και άλλα διοικητικά χαρακτηριστικά. Αυτές οι διαστάσεις αφορούν τους προσδιοριστές της έκβασης ή αλλιώς τις ανεξάρτητες μεταβλητές μέσω των οποίων μπορεί να

αναδειχθεί εάν υπάρχει κάποια συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία εμπειρίας ή με τη βαθμολογία εμπειρίας για κάθε διάσταση. Το τρίτο τμήμα αφορά ερωτήσεις που μπορούν να αναδείξουν τη σημαντικότητα συγκεκριμένων διαστάσεων ώστε να εντοπισθεί τι είναι σημαντικό για το χρήστη. Το τελευταίο τμήμα ερωτήσεων, το οποίο δίνει στο χρήστη το περιθώριο να εκφραστεί ελεύθερα μπορεί να αναδείξει ζητήματα που προκάλεσαν θετικές ή αρνητικές εντυπώσεις στους χρήστες και δύναται να καλύψουν τυχόν επιπλέον πληροφορίες που δεν προβλέφθηκαν αρχικά στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου.

4.2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη μελέτη αρχικά ζητήθηκε και λήφθηκε η άδεια χρήσης των τριών ερωτηματολογίων των Kaitelidou et al. (2019), ένα για κάθε τύπο μονάδας ΠΦΥ. Στη συνέχεια ζητήθηκε άδεια από τη διοίκηση της 3ης Υ.Πε. για όλες τις δομές της ΠΦΥ. Η άδεια που λήφθηκε μέσω της διοίκησης της 3ης Υ.Πε. σε πρώτη φάση αφορούσε τα εξωτερικά ιατρεία των 11 από τα 14 νοσοκομεία έπειτα από τη σύμφωνη γνώμη των επιστημονικών συμβουλίων του κάθε νοσοκομείου (βλ. Παράρτημα IV). Σε δεύτερη φάση λήφθηκε η άδεια για άλλα 2 νοσοκομεία της 3ης Υ.Πε. (βλ. Παράρτημα V). Για τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου και για τις άλλες μονάδες δεν λήφθηκε απάντηση, γι' αυτό και τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν μόνο σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μηνών από το Σεπτέμβριο 2018 έως και το Φεβρουάριο του 2019 ανά τακτά χρονικά διαστήματα επισκέψεων στους χώρους ΠΦΥ. Ειδικότερα, η λήψη των πληροφοριών έγινε στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης της 3ης Υ.Πε. σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψης του ασθενή στη συγκεκριμένη μονάδα ΠΦΥ. Οι ασθενείς ενημερώνονταν για το σκοπό της μελέτης, ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική και μόνο εάν το επιθυμούσαν θα μπορούσαν να συμμετέχουν σε αυτή, ότι η συμμετοχή τους είναι ανώνυμη και εμπιστευτική, ότι οι απαντήσεις χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για ερευνητικό σκοπό και η ομαδοποιημένη επεξεργασία τους δεν επιτρέπει την αποκάλυψη των απαντήσεων του κάθε συμμετέχοντα. Σε κάθε περίπτωση οι πληροφορίες αυτές περιλαμβάνονταν και στο συνοδευτικό ενημερωτικό σημείωμα του ερωτηματολογίου. Προκειμένου να ολοκληρωθεί η συμπλήρωση δόθηκαν οδηγίες και διευκρινήσεις σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει να απαντηθεί το ερωτηματολόγιο. Στη συνέχεια, όλα τα δεδομένα καταχωρήθηκαν στο πρόγραμμα επεξεργασίας στατιστικών δεδομένων και αναλύθηκαν με τους τρόπους που περιγράφονται παρακάτω.

4.3. Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση, η επεξεργασία καθώς και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας έγιναν μέσω της χρήσης του στατιστικού πακέτου SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences). Ως προς τη διαδικασία που ακολουθήθηκε, η συνολική βαθμολογία εμπειρίας (έκβαση ή εξαρτημένη μεταβλητή) προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις-προτάσεις που αφορούν τα χαρακτηριστικά της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την μονάδα υγείας που επισκέφθηκαν. Επιπλέον, υπολογίσθηκαν οι βαθμολογίες εμπειρίας για κάθε μια από τις έξι διαστάσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω. Η αύξηση των βαθμολογιών σημαίνει εκπλήρωση των προτάσεων από την εκάστοτε μονάδα παροχής ΠΦΥ. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι τα δημογραφικά, τα κλινικά και άλλα χαρακτηριστικά της επίσκεψης.

Στη μελέτη υπάρχουν ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές. Στην ανάλυση αυτών των δεδομένων, οι ποιοτικές μεταβλητές είτε κατηγορικές είτε διαβαθμισμένες παρουσιάζονται σε συχνότητες τόσο απόλυτες (N) όσο και σχετικές συχνότητες εκφρασμένες επί τις εκατό. Αντίστοιχα, για κάθε ποσοτική διατεταγμένη μεταβλητή της μελέτης δίνεται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή. Πρόσθετα, για κάθε ποσοτική μεταβλητή πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και δημιουργήθηκαν τα διαγράμματα κανονικότητας προκειμένου να ελεγχθεί αν η κάθε μεταβλητή ακολουθεί την κανονική κατανομή. Ανάλογα με το αν η κάθε ποσοτική μεταβλητή ακολουθεί ή όχι την κανονική κατανομή πραγματοποιούνται πρόσθετοι έλεγχοι ώστε να διερευνηθεί αν υπάρχει κάποια σχέση με μια άλλη ανεξάρτητη μεταβλητή. Έτσι ανάλογα με την κατηγορία πραγματοποιούνται οι παρακάτω έλεγχοι συσχέτισης:

- Εάν η (πρώτη) ποσοτική μεταβλητή ακολουθεί την κανονική κατανομή και:
 - η δεύτερη μεταβλητή είναι μια διχοτόμος μεταβλητή (μια διακριτή μεταβλητή που παίρνει μόνο δύο τιμές) χρησιμοποιείται ο έλεγχος t-test. Ο έλεγχος t-test χρησιμοποιείται για την σύγκριση των μέσων όρων για τις δύο διαστάσεις της διχοτόμου μεταβλητής ως προς το χαρακτηριστικό της ποσοτικής μεταβλητής. Η αρχική υπόθεση ελέγχου (H_0) είναι ότι οι μέση όροι των δύο διαφορετικών ομάδων δεν διαφέρουν μεταξύ τους.
 - η δεύτερη μεταβλητή είναι μια ποσοτική μεταβλητή, η οποία επίσης ακολουθεί την κανονική κατανομή, χρησιμοποιείται ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης r του Pearson (Correlation Coefficients Pearson). Ο γραμμικός συντελεστής Pearson παίρνει

τιμές στο διάστημα $[-1,1]$. Το πρόσημο της τιμής του συντελεστή δείχνει εάν η σχέση είναι θετική ή αρνητική. Η τιμή 1 δείχνει την ύπαρξη τέλειας συσχέτισης ενώ η τιμή μηδέν αντιπροσωπεύει την έλλειψη οποιασδήποτε γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών.

- η δεύτερη μεταβλητή είναι μια κατηγορική μεταβλητή χρησιμοποιείται η ανάλυση διασποράς (analysis of variance-ANOVA), όπου συγκρίνονται οι μέσοι όροι για πάνω από δύο πληθυσμούς (ίσοι πληθυσμοί σε αριθμό με τον αριθμό των απαντήσεων).
- Εάν η (πρώτη) ποσοτική μεταβλητή δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή και:
 - η δεύτερη μεταβλητή είναι μια διχοτόμος μεταβλητή (μια διακριτή μεταβλητή που παίρνει μόνο δύο τιμές) χρησιμοποιείται ο έλεγχος ο έλεγχος Mann-Whitney (Mann-Whitney test). Ο έλεγχος Mann-Whitney χρησιμοποιείται για την σύγκριση των μέσων όρων για τις δύο διαστάσεις της διχοτόμου μεταβλητής ως προς το χαρακτηριστικό της ποσοτικής μεταβλητής. Η αρχική υπόθεση ελέγχου (H_0) είναι ότι οι μέση όροι των δύο διαφορετικών ομάδων δεν διαφέρουν μεταξύ τους.
 - η δεύτερη μεταβλητή είναι μια ποσοτική μεταβλητή, η οποία επίσης ακολουθεί την κανονική κατανομή, χρησιμοποιείται ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης r του Pearson (Correlation Coefficients Pearson). Ο γραμμικός συντελεστής Pearson παίρνει τιμές στο διάστημα $[-1,1]$. Το πρόσημο της τιμής του συντελεστή δείχνει εάν η σχέση είναι θετική ή αρνητική. Η τιμή 1 δείχνει την ύπαρξη τέλειας συσχέτισης ενώ η τιμή μηδέν αντιπροσωπεύει την έλλειψη οποιασδήποτε γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών.
 - η δεύτερη μεταβλητή είναι μια κατηγορική μεταβλητή χρησιμοποιείται ο έλεγχος Kruskal-Wallis (Kruskal-Wallis test), όπου συγκρίνονται οι μέσοι όροι για πάνω από δύο πληθυσμούς (ίσοι πληθυσμοί σε αριθμό με τον αριθμό των απαντήσεων).
- Εάν η (πρώτη) ποσοτική μεταβλητή δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή και:
 - η δεύτερη μεταβλητή είναι μια ποσοτική μεταβλητή, η οποία επίσης δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, ή η δεύτερη μεταβλητή είναι διατάξιμη χρησιμοποιείται ο συντελεστής συσχέτισης rho του Spearman (Correlation Coefficients Spearman). Το εύρος τιμών του συντελεστή συσχέτισης Spearman και γενικότερα η λογική της θετικής ή αρνητικής συσχέτισης και την μη ύπαρξης συσχέτισης είναι ίδια με το συντελεστή συσχέτισης Pearson.

Σε όλες τις περιπτώσεις ελέγχου των γραμμικών συντελεστών, η αρχική υπόθεση (H_0) είναι ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών (ο συντελεστής συσχέτισης είναι ίσος με το μηδέν). Χαρακτηριστικό στοιχείο της παρούσας μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι επιλέχθηκε το 0,05 ως αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (significance). Κατ' επέκταση, οι κατά περίπτωση μεταβλητές σχετίζονται αν απορρίπτεται η αρχική υπόθεση, εάν δηλαδή η σημαντικότητα (significance ή p-value) είναι μικρότερη από 0,05.

Πρόσθετα, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression), όπου εντοπίστηκαν ότι υπάρχουν περισσότερες από δύο ανεξάρτητες μεταβλητές στατιστικά σημαντικές με επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο του 0,2 στις παραπάνω αναλύσεις. Οι βαθμολογίες ικανοποίησης θεωρήθηκαν οι εξαρτημένες μεταβλητές που περιγράφηκαν παραπάνω. Για την κάθε έκβαση εφαρμόστηκε η μέθοδος της προς τα πίσω απαλοιοφής μεταβλητών (backward selection) έτσι ώστε μέσω του ελέγχου του διαστήματος εμπιστοσύνης 95% και του επιπέδου σημαντικότητας του κάθε συντελεστή b (coefficient's beta), να δημιουργηθεί το τελικό μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που περιγράφει την κάθε εξαρτημένη μεταβλητή, δηλαδή να βρεθούν όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά) που σχετίζονται γραμμικά με το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ.

4.4. Ζητήματα της μελέτης

4.4.1. Ηθικά θέματα

Προκειμένου να διασφαλισθούν ορισμένα δεοντολογικά ζητήματα της έρευνας, λήφθηκαν άδειες τόσο από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου για τη χρήση του όσο από τη διοίκηση της 3ης Υ.Πε. προκειμένου να διανεμηθούν τα ερωτηματολόγια στις δομές της ΠΦΥ της συγκεκριμένης Υγειονομικής Περιφέρειας. Επιπλέον, όπως ήδη αναφέρθηκε οι χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ ενημερώνονταν προφορικά και γραπτά για το σκοπό της μελέτης, ότι η συμμετοχή τους εθελοντική και μόνο εάν το επιθυμούσαν θα μπορούσαν να συμμετέχουν σε αυτή, ότι η συμμετοχή τους είναι ανώνυμη και εμπιστευτική, ότι οι απαντήσεις χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για ερευνητικό σκοπό και ότι η ομαδοποιημένη επεξεργασία τους δεν επιτρέπει την αποκάλυψη των απαντήσεων του κάθε συμμετέχοντα. Μόνο σε περίπτωση που μετά την ολοκλήρωση της ενημέρωσης οι χρήστες αποφάσιζαν να συμμετέχουν εθελοντικά στη μελέτη δίνονταν σε αυτούς το ερωτηματολόγιο. Οι

συμμετέχοντες κλήθηκαν να μη σημειώσουν πουθενά το ονοματεπώνυμό τους ώστε να διασφαλισθεί η διατήρηση της ανωνυμίας τους. Δεν υπήρξε κανένας χρονικός περιορισμός για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης υπενθυμίζονταν σε αυτούς η δυνατότητα να μην ολοκληρώσουν το ερωτηματολόγιο αν το επιθυμούσαν. Με το τρόπο αυτό εξασφαλίστηκε ότι οι ασθενείς δεν πιέζονταν χρονικά να απαντήσουν και οι απαντήσεις που έδιναν δεν ήταν βεβιασμένες ώστε να ολοκληρώσουν σύντομα. Μετά το πέρας της συμπλήρωσης του κάθε ερωτηματολογίου, αυτό τοποθετούνταν σε ειδικό αδιαφανή φάκελο στον οποίο δεν είχε κανείς άλλος πρόσβαση. Με την αυστηρή τήρηση της παραπάνω διαδικασίας για κάθε ασθενή εξασφαλίστηκε ότι οι ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο με τη θέλησή τους χωρίς να νιώσουν οποιαδήποτε πίεση. Πρόσθετα, με τη συγκεκριμένη διαδικασία επιτεύχθηκε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η συναίνεση και η ανωνυμία των συμμετεχόντων ταυτόχρονα με την διασφάλιση του απορρήτου και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων.

4.4.2. Περιορισμοί - αδυναμίες

Ως προς τους περιορισμούς, πέραν των τυπικών περιορισμών για τη συμμετοχή των χρηστών που αναφέρθηκαν αναλυτικά παραπάνω, προέκυψε ο περιορισμός του αριθμού των δομών που θα περιλαμβάνονταν στο συνολικό πληθυσμό της μελέτης. Ο περιορισμός προέκυψε από τη χρονική αδυναμία αναμονής του συνόλου των αδειών για όλες τις δομές της 3ης Υ.Πε.. Κατ' επέκταση, επιλέχθηκαν μόνο ασθενείς που επισκέφθηκαν τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για τα οποία δόθηκε άδεια από την διοίκηση (εν προκειμένου του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης). Πρόσθετα, σημαντικό εμπόδιο αποτέλεσε η ανταπόκριση των συμμετεχόντων καθώς από τους 390 ασθενείς που προσεγγίστηκαν μόνο οι 144 ανταποκρίθηκαν (ποσοστό ανταπόκρισης 36,92%). Οι λόγοι για τους οποίους δεν ανταποκρίθηκαν ήταν ο μεγάλος χρόνος που είχαν ήδη στο νοσοκομείο, η αδυναμία ανάγνωσης και γραφής, η βιασύνη και το είδος της ασθένειας.

5. Αποτελέσματα

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης στο συλλεχθέν δείγμα. Ειδικότερα, στο πρώτο μέρος δίνονται τα περιγραφικά μέτρα των μεταβλητών του εργαλείου συλλογής δεδομένων. Στο δεύτερο μέρος δίνονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις και οι αντίστοιχες τιμές των ελέγχων συσχετίσεων και περιγράφεται ο έλεγχος πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης ανά διάσταση.

5.1. Περιγραφική στατιστική

5.1.1. Στοιχεία δημογραφικών, κλινικών και χαρακτηριστικών των επισκέψεων

Στη μελέτη συμμετείχαν 144 χρήστες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης. Ειδικότερα, σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, συμμετείχαν 95 γυναίκες και 49 άνδρες, με αντίστοιχα ποσοστά στο σύνολο του δείγματος 66 % και 34% αντίστοιχα. Όσον αφορά την ηλικία οι συμμετέχοντες ήταν από 20 έως 94 ετών. Η μέση τιμή (mean) ηλικίας για το δείγμα των 144 συμμετεχόντων ήταν 52,67% με μέση τυπική απόκλιση (Std. Deviation (SD)) 15,702 έτη. Σχεδόν όλο το δείγμα περιλαμβάνει Έλληνες καθώς μόλις 1 συμμετέχοντας ήταν αλβανικής υπηκοότητας, που αντιστοιχεί σε σχετική συχνότητα 0,7% του δείγματος. Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, 11 συμμετέχοντες είχαν ολοκληρώσει κάποιες τάξεις του δημοτικού σχολείου (σχετική συχνότητα 7,6%), 39 ήταν απόφοιτοι του δημοτικού (σχετική συχνότητα 27,1%), 16 απόφοιτοι του γυμνασίου (σχετική συχνότητα 11,1%), 31 απόφοιτοι του λυκείου (σχετική συχνότητα 21,5%), 12 απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης όπως ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, απόφοιτοι τεχνικών σχολών και άλλων ιδρυμάτων της ίδιας βαθμίδας (σχετική συχνότητα 8,3%) και 35 συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι πανεπιστημίων (ΑΕΙ), ΤΕΙ ή είχαν κάποιο μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο (σχετική συχνότητα 24,3%). Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στους πίνακες 1 και 2.

Πίνακας 1. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) του φύλου, της υπηκοότητας και της εκπαίδευσης.

Χαρακτηριστικό	Κατηγορίες ανά χαρακτηριστικό	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
Φύλο	Ανδρας	49	34
	Γυναίκα	95	66
Υπηκοότητα	Ελληνική	143	99,3
	Άλλο (Αλβανική)	1	0,7
Εκπαίδευση	Μερικές τάξεις του Δημοτικού	11	7,6
	Απόφοιτος-η Δημοτικού	39	27,1
	Απόφοιτος-η Γυμνασίου	16	11,1
	Απόφοιτος-η Λυκείου	31	21,5
	Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)	12	8,3
	Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού	35	24,3

Πίνακας 2. Περιγραφικά μέτρα (mean, median, Std.Deviation (SD), min, max) ηλικίας.

Ηλικία	
Περιγραφικά μέτρα	Τιμή
Μέση τιμή (mean)	52,67
Διάμεσος (median)	51,50
Τυπική απόκλιση (SD)	15,7024
Ελάχιστη τιμή (min)	20
Μέγιστη τιμή (max)	94

Όσον αφορά την ασφάλιση, δε συμμετείχε κανείς με ιδιωτική ασφάλιση. Από τους 144 συμμετέχοντες, το 97,2% (140 χρήστες) ήταν ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ ή σε κάποιο άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης, ενώ το 2,8% αυτών (4 χρήστες) ήταν ανασφάλιστοι. Πρόσθετα, οι 135 χρήστες των εξωτερικών ιατρείων δεν είχαν κάποια αναπηρία (ποσοστό 93,8%), οι 8 χρήστες είχαν αναπηρία άνω του 67% (ποσοστό 5,6%) ενώ ένας χρήστης δεν απάντησε αυτή την ερώτηση. Ως προς την αντίληψη των χρηστών για την κατάσταση της υγείας τους, 14 εξέφρασαν πως η κατάσταση της υγείας τους ήταν «εξαιρετική», 41 ότι ήταν «πολύ καλή», 31 ότι ήταν «καλή», 49 ότι ήταν «μέτρια» και 9 χρήστες ανέφεραν ότι η υγεία τους ήταν «κακή». Ειδικότερα, αν αυτές οι πέντε απαντήσεις διαβαθμιστούν από 1 για την απάντηση «εξαιρετική» έως 5 για την απάντηση «κακή», τότε η μέση τιμή της κατάστασης της υγείας έτσι όπως την αντιλαμβάνονται οι χρήστες είναι 2,99 και η διάμεσος 3, τιμές οι οποίες αντιστοιχούν στην απάντηση «καλή». Επιπλέον, το 41,7% των χρηστών

δεν έπασχε από καμία χρόνια ασθένεια (60 χρήστες), 37,5% έπασχαν από ένα χρόνια νόσημα (54 χρήστες), 13,9% έπασχαν από δύο χρόνια νοσήματα (20 χρήστες), 4,9% έπασχαν από τρεις ή και περισσότερες χρόνιες ασθένειες (7 χρήστες) και , τέλος, 2,1% εξέφρασε ότι δεν γνωρίζει αν έπασχαν από κάποια χρόνια ασθένεια (3 χρήστες). Τα παραπάνω στοιχεία δίνονται αναλυτικά στον πίνακα 3.

Πίνακας 3. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) της ασφάλισης της, αναπηρίας, της κατάστασης υγείας και της μεταβλητής της χρόνιας ασθένειας.

Χαρακτηριστικό	Κατηγορίες ανά χαρακτηριστικό	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
Ασφάλιση	Ασφάλιση στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης	140	97,2
	Ιδιωτική ασφάλιση	0	0
	Ανασφάλιστος/-η	4	2,8
Αναπηρία άνω των 67%	Όχι	135	93,8
	Ναι	8	5,6
	Δεν απαντήθηκε	1	0,7
Αντίληψη χρηστών για την κατάσταση της υγείας τους	Εξαιρετική	14	9,7
	Πολύ καλή	41	28,5
	Καλή	31	21,5
	Μέτρια	49	34,0
	Κακή	9	6,3
Χρόνια ασθένεια	Καμία χρόνια ασθένεια	60	41,7
	Μία χρόνια ασθένεια	54	37,5
	Δύο χρόνιες ασθένειες	20	13,9
	Τρεις ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες	7	4,9
	Δε γνωρίζω	3	2,1

Ειδικότερα για τις χρόνιες ασθένειες, βρέθηκαν (βλ. πίνακα 4):

- 19 χρήστες (13,2% των χρηστών) έπασχαν από κάποια καρδιαγγειακή ασθένεια, όπως το εγκεφαλικό ή την καρδιακή ανεπάρκεια.
- 15 χρήστες (10,4% των συμμετεχόντων χρηστών) έπασχαν από κάποια ασθένεια του αναπνευστικού συστήματος όπως άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.ά.
- 15 χρήστες (10,4% των συμμετεχόντων χρηστών) έπασχαν από κάποια αυτοάνοση ασθένεια όπως είναι η ελκώδης κολίτιδα, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.λπ.

- 20 χρήστες (13,9% των συμμετεχόντων χρηστών) έπασχαν από κάποια ασθένεια του θυρεοειδούς αδένα όπως είναι ο υποθυρεοειδισμός, ο υπερθυρεοειδισμός, η νόσος Hashimoto κ.λπ.
- 5 χρήστες (3,5% των συμμετεχόντων χρηστών) έπασχαν από καρκίνο.
- 8 χρήστες (5,6% των συμμετεχόντων χρηστών) έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη.
- 4 χρήστες (2,8% των συμμετεχόντων χρηστών) έπασχαν από κάποια νόσο των νεφρών.
- και άλλες 20 περιπτώσεις (15,3% των συμμετεχόντων χρηστών) έπασχαν από κάποια ασθένεια. Ειδικότερα, 6 ασθενείς (4,2%) έπασχαν από υπέρταση, 5 ασθενείς (3,5%) έπασχαν από κάποια χρόνια μυοσκελετική ασθένεια (οστεοπόρωση, πάρκινσον, κήλη, SMA3Advld κ.ά.), 2 ασθενείς (1,4%) έπασχαν από κάποια ασθένεια των γεννητικών οργάνων, 1 ασθενής (0,7%) έπασχε από ψυχιατρική νόσο, 4 ασθενείς (2,8%) πάσχουν από παθολογικής φύσεως νόσους (πχ. χοληστερίνη), 1 ασθενής (0,7%) έπασχε από αλλεργία και 1 ασθενής (0,7%) έπασχε από HPV.

Πίνακας 4. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) ανά χρόνια ασθένεια.

Ασθένειες		Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
Καρδιαγγειακές ασθένειες		19	13,2
Ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος		15	10,4
Αυτοάνοσες ασθένειες		15	10,4
Ασθένειες του θυρεοειδούς αδένα		20	13,9
Καρκίνος		5	3,5
Σακχαρώδης διαβήτη.		8	5,6
Ασθένειες των νεφρών		4	2,8
Άλλες ασθένειες		20	13,9
Άλλες ασθένειες	Υπέρταση	6	4,2
	Μυοσκελετική ασθένεια	5	3,5
	Ασθένεια γεννητικών οργάνων	2	1,4
	Ψυχιατρική νόσος	1	,7
	Νόσος παθολογικής φύσεως	4	2,8
	Αλλεργία	1	,7
	HPV	1	,7

Ως προς τις επισκέψεις των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, αρχικά, όσον αφορά τη συχνότητα των επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου τους τελευταίους έξι μήνες, 31 χρήστες απάντησαν ότι δεν ξαναπήγαν ποτέ, 80 χρήστες πήγαν μια φορά, 29 χρήστες πήγαν δύο έως τέσσερις φορές και 4 χρήστες πήγαν πέντε ή περισσότερες φορές με αντίστοιχα

ποσοστά σχετικής συχνότητας 21,5%, 55,6%, 20,1% και 2,8% αντίστοιχα. Ως προς τον τρόπο με τον οποίο οδηγήθηκαν στην επίσκεψη, το 61,8% (89 ασθενείς) δήλωσε ότι επισκέφθηκε τα συγκεκριμένα εξωτερικά ιατρεία με δική του πρωτοβουλία ενώ το 38,2% (55 χρήστες) πραγματοποίησαν την επίσκεψη με παραπομπή, δηλαδή έπειτα από τη σύσταση κάποιου γιατρού. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας ήρθαν σε επαφή με πληθώρα επαγγελματιών υγείας, 16 ασθενείς ήρθαν σε επαφή με γενικό ιατρό, 49 ασθενείς με παθολόγο, 2 ασθενείς ήρθαν σε επαφή με παιδίατρο, 8 ασθενείς με ακτινολόγο, 13 ήρθαν σε επαφή με μικροβιολόγο, 26 ασθενείς ήρθαν σε επαφή με καρδιολόγο, 6 ασθενείς ήρθαν σε επαφή με δερματολόγο, 2 ασθενείς με ωτορινολαρυγγολόγο, 2 ασθενείς με οφθαλμίατρο, 9 με πνευμονολόγο, 2 με ψυχίατρο, 8 με ενδοκρινολόγο, 4 με οδοντίατρο, 97 ασθενείς με νοσηλεύτη, 1 με επισκέπτη/-τρια υγείας, 4 με μαιευτή ή μαία, 1 με λογοθεραπευτή, 1 με ψυχολόγο και 19 ασθενείς ήρθαν σε επαφή με άλλους επαγγελματίες υγείας (7 με γυναικολόγο, 5 με ορθοπαιδικό, 1 με νεφρολόγο, 1 με διαβητολόγο, 1 με μαστολόγο, 1 με αγγειολόγο, 1 με ρευματολόγο, 1 με αιματολόγο, 1 με ουρολόγο). Το 29,2% των χρηστών, δηλαδή 42 από τους 144 χρήστες, επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία εξαιτίας κάποιας ασθένειας ή αδιαθεσίας, 38,9%, δηλαδή 56 ασθενείς είχαν κάποια προγραμματισμένη επίσκεψη ή ιατρικό έλεγχο, 9%, δηλαδή 13 άτομα επισκέφθηκαν τη συγκεκριμένη μονάδα ΠΦΥ για συνταγογράφηση φαρμάκων, 10,4% δηλαδή 15 χρήστες λόγω παραπεμπτικού για εργαστηριακές ή διαγνωστικές εξετάσεις, 5,6% δηλαδή 8 ασθενείς παραπέμφθηκαν στη συγκεκριμένη μονάδα υγείας από κάποιο γιατρό ή κάποια άλλη μονάδα ΠΦΥ, 12,5%, δηλαδή 18 άτομα λόγω ιατρικού ελέγχου σε ημέρα εφημερίας, 2,1% εξαιτίας της επιθυμίας τους να λάβουν κάποιο ιατρικό πιστοποιητικό ή βεβαίωση και, τέλος 7 ασθενείς πραγματοποίησαν την επίσκεψη για κάποιο άλλο λόγο όπως αυξημένη πίεση, για ακτινογραφία, σφράγισμα ή την προετοιμασία και το προγραμματισμό κάποιας εγχείρισης. Τα παραπάνω δεδομένα παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) της συχνότητας επίσκεψης το τελευταίο εξάμηνο, του τρόπου επίσκεψης, του επαγγελματία υγείας που ήρθε σε επαφή ο χρήστης ΠΦΥ και του λόγου επίσκεψης.

Χαρακτηριστικό	Κατηγορίες ανά χαρακτηριστικό	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
Συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο	Ποτέ	31	21,5
	Μία φορά	80	55,6
	2 έως 4 φορές	29	20,1
	5 φορές ή περισσότερες	4	2,8
	Δε γνωρίζω/Δε θυμάμαι	0	0
Τρόπος επίσκεψης	Με παραπομπή	89	61,8
	Χωρίς παραπομπή	55	38,2

Χαρακτηριστικό	Κατηγορίες ανά χαρακτηριστικό	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
Επαγγελματίες υγείας με τους οποίους ήρθε σε επαφή ο χρήστης	Γενικό ιατρός	16	11,1
	Παθολόγος	49	34
	Παιδίατρος	2	1,4
	Ακτινολόγος	8	5,6
	Μικροβιολόγος	13	9
	Καρδιολόγος	26	18,1
	Δερματολόγος	6	4,2
	Ωτορινολαρυγγολόγος	2	1,4
	Οφθαλμίατρος	2	1,4
	Πνευμονολόγος	9	6,3
	Ψυχίατρος	2	1,4
	Ενδοκρινολόγος	8	5,6
	Οδοντίατρος	4	3,2
	Νοσηλεύτης ή νοσηλεύτρια	97	67,4
		1	0,7
	Μαιευτής ή μαία	4	2,8
	Λογοθεραπευτής	1	0,7
	Ψυχολόγος	1	0,7
	Άλλοι επαγγελματίες υγείας:	19	13,2
	Γυναικολόγος	7	4,9
	Ορθοπαιδικός	5	3,5
	Νεφρολόγος	1	0,7
	Διαβητολόγος	1	0,7
	Μαστολόγος	1	0,7
	Αγγειολόγος	1	0,7
	Ρευματολόγος	1	0,7
Αιματολόγος	1	0,7	
Ουρολόγος	1	0,7	
Λόγος επίσκεψης	Ασθένεια ή αδιαθεσία	42	29,2
	Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή ιατρικό έλεγχο	56	38,9
	Συνταγογράφηση φαρμάκων	13	9
	Παραπεμπτικό για εργαστηριακές ή διαγνωστικές εξετάσεις	15	10,4
	Παραπομπή από γιατρό ή άλλη μονάδα ΠΦΥ	8	5,6
	Ιατρικός έλεγχος σε ημέρα εφημερίας	18	12,5
	Ιατρικό πιστοποιητικό ή βεβαίωση	3	2,1
	Άλλος λόγος	7	4,9

Ως προς τον προγραμματισμό του ραντεβού, 59 άτομα (41%) πραγματοποίησαν την επίσκεψη χωρίς ραντεβού ενώ τα 85 άτομα (59%) προγραμματίσαν το ραντεβού. Από τα ραντεβού, τα 13 (15,3% των ραντεβού) προγραμματίστηκαν με επίσκεψη στη γραμματεία, τα 52 (61,2%) τηλεφωνικά στη γραμματεία, τα 3 (3,5%) τηλεφωνικά στο 1535, τα 12 (14,1%) προγραμματίστηκαν απευθείας με το γιατρό ενώ 5 χρήστες (5,9%) δεν γνώριζαν ακριβώς τον τρόπο με τον οποίο προγραμματίστηκε το ραντεβού καθώς κάποιος άλλο φρόντισε για αυτό.

Ο χρόνος από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίησή της ποικίλει. Συγκεκριμένα, 3 χρήστες προγραμματίσαν το ραντεβού την ίδια μέρα και εξυπηρετήθηκαν αυθημερόν, 5 χρήστες προγραμματίσαν το ραντεβού την προηγούμενη ημέρα, 15 χρήστες προγραμματίσαν το ραντεβού σε διάστημα μικρότερο της μιας εβδομάδας, 38 χρήστες περίμεναν για την επίσκεψη διάστημα από μια εβδομάδα έως ένα μήνα από τη μέρα που προγραμματίσαν το ραντεβού, 19 ασθενείς περίμεναν πάνω από μια βδομάδα ενώ υπήρχαν 5 χρήστες που δεν γνώριζαν ή δεν θυμόταν ακριβώς το διάστημα από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίησή της.

Πρόσθετα, αναφορικά με την ημέρα της επίσκεψης, 47,2% των ασθενών περίμεναν έως ένα τέταρτο για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών, το 20,1% περίμενε περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα, 14,6% περίμενε περισσότερο από μισή και έως μια ώρα, 16,7% περίμεναν περισσότερο από μια ώρα και 1,4% των χρηστών δεν θυμόταν ή δε γνώριζε το ακριβή διάστημα αναμονής. Ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που ολοκληρώθηκαν οι διοικητικές διαδικασίες μέχρι τη συνάντηση με το γιατρό ήταν 15 λεπτά για το 11,8% των ασθενών, περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα για 22,9% των χρηστών, περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα για το 28,5%, περισσότερο από μια ώρα για ποσοστό 31,9% και 4,9% των χρηστών δε γνώριζε ή δε θυμόταν το ακριβή διάστημα αναμονής.

Μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψης 37 από τους 144 χρήστες που απάντησαν τη σχετική ερώτηση παραπέμφθηκαν από το γιατρό κάπου αλλού. Ειδικότερα, 7 χρήστες παραπέμφθηκαν σε κάποιο άλλο γιατρό στο ίδιο νοσοκομείο, 24 χρήστες παραπέμφθηκαν για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων στο ίδιο νοσοκομείο, 2 χρήστες παραπέμφθηκαν σε άλλο νοσοκομείο, για 1 χρήστη κανονίστηκε ραντεβού για εισαγωγή στο ίδιο νοσοκομείο και 3 χρήστες παραπέμφθηκαν σε διαγνωστικό εργαστήριο ή κέντρο εκτός του νοσοκομείου. Επιπλέον, από αυτούς που παραπέμφθηκαν σχετικά με την πρόταση που αναφέρει ότι «ο-η γιατρός παρείχε επαρκή πληροφόρηση/καθοδήγηση για την παραπομπή σχετικά με τον τρόπο πρόσβασης, πληροφορίες για την επαφή, ωράριο λειτουργίας του

επαγγελματία υγείας στον οποίο παραπέμπεται κλπ.», 1 ασθενής απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα, 2 ασθενείς ότι διαφωνούν, 16 ασθενείς ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 9 ασθενείς ότι συμφωνούν και 10 ασθενείς ότι συμφωνούν απόλυτα. Ο μέσος όρος της συγκεκριμένης απάντησης είναι 3,66 που αντιστοιχεί στην απάντηση 4, δηλαδή στην πρόταση «συμφωνώ». Τα παραπάνω δεδομένα παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

Πίνακας 6. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) του προγραμματισμού ή όχι ραντεβού, του τρόπου προγραμματισμού του ραντεβού, του χρόνου αναμονής για το ραντεβού, του χρόνου αναμονής για τις διοικητικές υπηρεσίες, του χρόνου αναμονής για τη συνάντηση με το γιατρό, την παραπομπή και την επάρκεια πληροφόρησης/ καθοδήγησης για την παραπομπή.

Χαρακτηριστικό	Κατηγορίες ανά χαρακτηριστικό	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
Προγραμματισμός ραντεβού	Ναι	59	41,0
	Όχι	85	59,0
Τρόπος προγραμματισμού ραντεβού	Με επίσκεψη στη Γραμματεία	13	9,0 (15,3) ^α
	Τηλεφωνικά στη Γραμματεία	52	36,1 (61,2) ^α
	Τηλεφωνικά στο 1535	3	2,1 (3,5) ^α
	Απευθείας με τον-την γιατρό	12	8,3 (14,1) ^α
	Δε ξέρω, κάποιος άλλος μου το κανόνισε	5	3,5 (5,9) ^α
	Δεν απαντήθηκε (δεν προγραμμάτισαν ραντεβού)	59	41,0
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό του ραντεβού έως την επίσκεψη	Προγραμμάτισα το ραντεβού νωρίτερα σήμερα	3	2,1 (3,5) ^α
	Προγραμμάτισα το ραντεβού χθες	5	3,5 (5,9) ^α
	Περίμενα λιγότερο από μία εβδομάδα	15	10,4 (17,6) ^α
	Περίμενα από μία εβδομάδα έως έναν μήνα	38	26,4 (44,7) ^α
	Περίμενα πάνω από έναν μήνα	19	13,2 (22,4) ^α
	Δε γνωρίζω/Δε θυμάμαι	5	3,5 (5,9) ^α
	Δεν απαντήθηκε (δεν προγραμμάτισαν ραντεβού)	59	41,0
Χρόνος αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών	Μέχρι 15 λεπτά	68	47,2
	Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα	29	20,1
	Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα	21	14,6
	Περισσότερο από μια ώρα	24	16,7
	Δε γνωρίζω/Δε θυμάμαι	2	1,4
Χρόνος αναμονής έως τη συνάντηση με το γιατρό	Μέχρι 15 λεπτά	17	11,8
	Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα	33	22,9
	Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα	41	28,5

Χαρακτηριστικό	Κατηγορίες ανά χαρακτηριστικό	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
	Περισσότερο από μια ώρα	46	31,9
	Δε γνωρίζω/Δε θυμάμαι	7	4,9
Παραπομπή γιατρού μετά την επίσκεψη	Καμία παραπομπή	104	72,2 (73,8) ^β
	Παραπομπή σε άλλο-η γιατρό στο ίδιο νοσοκομείο	7	4,9 (5) ^β
	Παραπομπή για διαγνωστικές εξετάσεις στο ίδιο νοσοκομείο	24	16,7(17) ^β
	Παραπομπή σε άλλο νοσοκομείο	2	1,4(1,4) ^β
	Ραντεβού για εισαγωγή στο νοσοκομείο	1	0,7 (0,7) ^β
	Παραπομπή σε διαγνωστικό εργαστήριο ή κέντρο εκτός του νοσοκομείου	3	2,1 (2,1) ^β
	Δεν απαντήθηκε	3	2,1
Επάρκεια πληροφόρησης/ καθοδήγησης για την παραπομπή Μέση τιμή (mean): 3,66 Διάμεσος (median):3,5 Τυπική απόκλιση (SD): 1,021	1 «Διαφωνώ απόλυτα»	1	0,7 (2,6) ^γ
	2 «Διαφωνώ»	2	1,4 (5,3) ^γ
	3 «Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ»	16	11,1 (42,1) ^γ
	4 «Συμφωνώ»	9	6,3 (23,7) ^γ
	5 «Συμφωνώ απόλυτα»	10	6,9 (26,3) ^γ
	Δεν απαντήθηκε (δεν παραπέμφθηκαν)	106	73,6

^α Σε παρένθεση αναφέρεται η σχετική συχνότητα ως προς το σύνολο των χρηστών που κανόνισαν κάποιο ραντεβού (85 χρήστες).

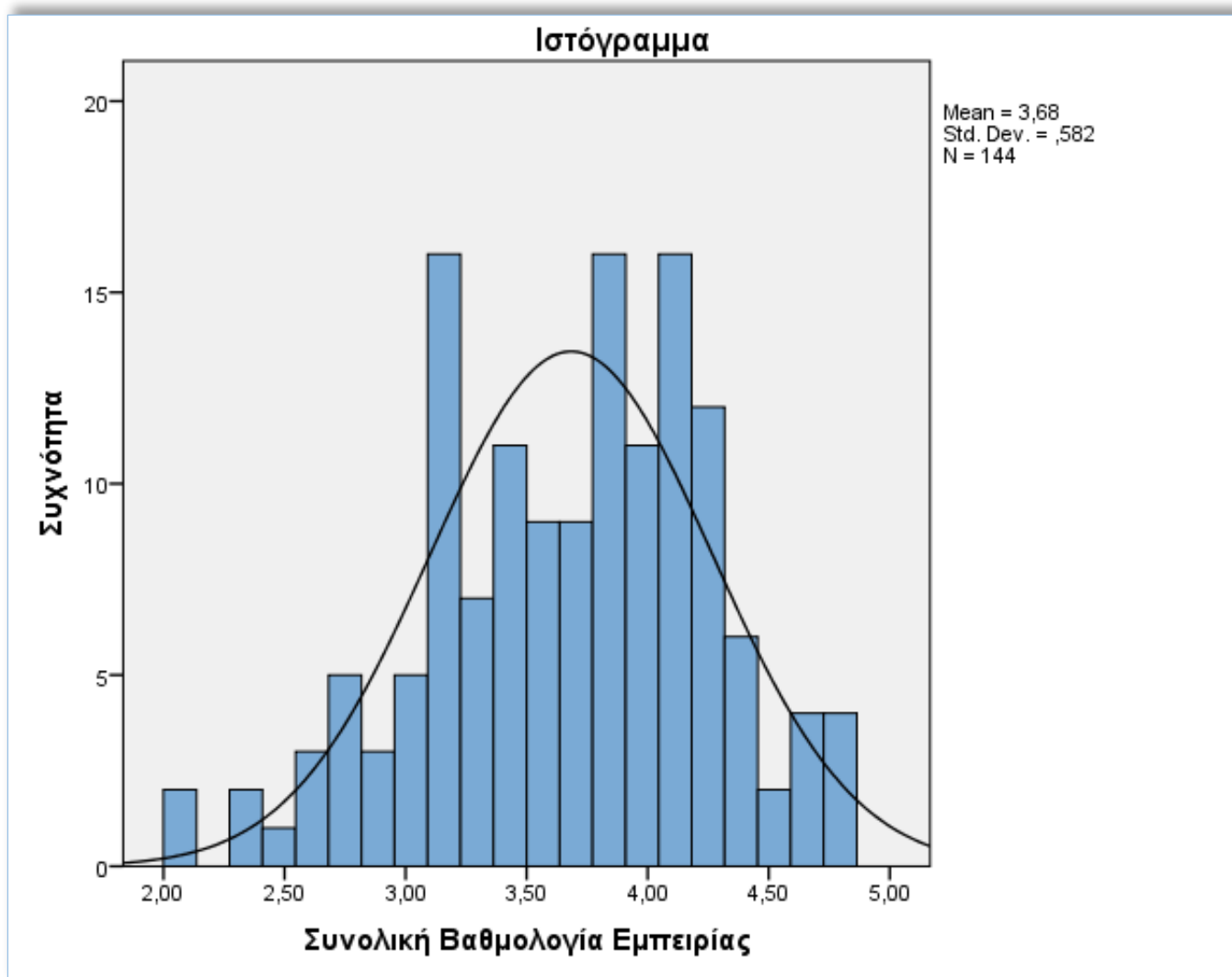
^β Σε παρένθεση αναφέρεται η σχετική συχνότητα ως προς το σύνολο των χρηστών που δεν παρέλειψαν την ερώτηση (141 χρήστες).

^γ Σε παρένθεση αναφέρεται η σχετική συχνότητα ως προς το σύνολο των χρηστών που ο γιατρός τους παρέπεμψε κάπου αλλού (38 χρήστες).

5.1.2. Βαθμολογίες εμπειρίας

Ο συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων προέκυψε από τη μέση τιμή των ερωτήσεων 21-42. Η τιμή υπολογίσθηκε χωρίς να περιλαμβάνονται οι ελλείπουσες τιμές στις προτάσεις για τις οποίες οι ασθενείς δεν εξέφρασαν κάποια απάντηση ως προς το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας. Οι απαντήσεις κυμαίνονται από το 1 έως το 5, όπου το 1 εκφράζει την τιμή «διαφωνώ απόλυτα» έως την τιμή «συμφωνώ απόλυτα». Η μέση συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών ήταν 3,6844, η οποία σε ακέραια τιμή ανάγεται στην τιμή 4, η οποία αντιστοιχεί στην απάντηση «συμφωνώ» και αποτυπώνει τη λέξη η οποία εκφράζει το βαθμό στον οποίο πραγματοποιήθηκαν κατά την επίσκεψη διάφορες πτυχές της παροχής ΠΦΥ. Η μέση

συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών είναι μεγαλύτερη της διάμεσης τιμής της κλίμακας γεγονός που αναδεικνύει υψηλό βαθμό εμπειρίας στο σύνολό τους. Η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας ήταν 3,7727 και η τυπική απόκλιση 0,58211 σε ένα διάστημα από 1 έως 5, καθώς όλες οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου για τις προτάσεις που συμπεριλήφθηκαν στον υπολογισμό της συγκεκριμένης τιμής κυμαίνονται μεταξύ αυτού του διαστήματος τιμών (βλ. Πίνακα 7 και Γράφημα 1).



Γράφημα 1. Ιστόγραμμα συνολικής βαθμολογίας της εμπειρίας.

Πίνακας 7. Περιγραφικά μέτρα της συνολικής βαθμολογίας της εμπειρίας.

Περιγραφικά μέτρα		Συνολική Βαθμολογία Εμπειρίας
Συχνότητα (N)	Έγκυρες απαντήσεις (Valid)	144
	Ελλείπουσες απαντήσεις (Missing)	0
Μέση τιμή (Mean)		3,6844
Διάμεσος (Median)		3,7727
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)		0,58211

Όσον αφορά τις 22 ερωτήσεις που συνέβαλαν στον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας της εμπειρίας πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας Cronbach's Alpha. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας ήταν 0,885, τιμή που δηλώνει ότι υπάρχει υψηλή αξιοπιστία. Ειδικότερα, η συνέπεια των προτάσεων της επιλεχθείσας κλίμακας βρίσκεται μέσα στα όρια (μεταξύ 0,6 και 1 κατά απόλυτη τιμή) για τα οποία μια έρευνα θεωρείται αξιόπιστη και κατά την υπολογιστική διαδικασία προκύπτει ότι δεν παραβιάστηκαν οι στατιστικές παραδοχές καθώς η τιμή είναι μικρότερη του 1 (Ισερης, 2016).

Ως προς τη διάσταση της προσβασιμότητας (1η διάσταση), η μέση βαθμολογία εμπειρίας των χρηστών ήταν 2,9613, η διάμεσος 3 και η τυπική απόκλιση 0,86584. Η συνολική βαθμολογία της εμπειρίας για την προσβασιμότητα αφορά 3 προτάσεις. Η πρώτη πρόταση, η οποία αφορά κατά πόσο το ωράριο είναι βολικό, εμφανίζει μέση τιμή 3,46, διάμεσο 4 και τυπική απόκλιση 0,965. Η δεύτερη πρόταση, η οποία αφορά αν τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία βρίσκονται κοντά στο σπίτι του χρήστη, εμφανίζει μέση τιμή 2,13, διάμεσο 2 και τυπική απόκλιση 1,206. Η συγκεκριμένη μέση βαθμολογία εμπειρίας είναι μικρότερη της διαμέσου της κλίμακας (τιμή 3). Τέλος, η τρίτη πρόταση, η οποία αφορά την ευκολία προγραμματισμού ραντεβού, εμφανίζει μέση τιμή 3,29, διάμεσο 3 και τυπική απόκλιση 1,183.

Πίνακας 8. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της βαθμολογίας εμπειρίας για την προσβασιμότητα και των προτάσεων 21-23 που την εκφράζουν.

	Τιμές κλίμακας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)	Μέση τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική απόκλιση (SD)
21. Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	1	6	4,2	3,46	4	0,965
	2	13	9,2			
	3	50	35,2			
	4	56	39,4			
	5	17	12,0			

	Συνολικός αριθμός N	142	100,0			
22. Αυτά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	1	53	37,6	2,13	2	1,206
	2	49	34,8			
	3	16	11,3			
	4	14	9,9			
	5	9	6,4			
	Συνολικός αριθμός N	141	100,0			
23. Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	1	14	10,0	3,29	3	1,183
	2	20	14,3			
	3	39	27,9			
	4	46	32,9			
	5	21	15,0			
	Συνολικός αριθμός N	140	100,0			
Βαθμός συνολικής εμπειρίας για την προσβασιμότητα	Συνολικός αριθμός N	142		2,9613	3	0,86584

Όσον αφορά τη συνέπεια των προτάσεων της επιλεχθείσας κλίμακας για την 1η διάσταση, η τιμή του συντελεστή Cronbach's Alpha ήταν 0,656. Η τιμή αυτή βρίσκεται στα όρια της ικανοποιητικής αξιοπιστίας, αν και βρίσκεται κοντά στο ελάχιστο αποδεκτό όριο αξιοπιστίας της εσωτερικής συνοχής.

Στη διάσταση της συνέχειας και του συντονισμού της φροντίδας που παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία (2η διάσταση), η μέση βαθμολογία εμπειρίας είναι 4,1713, η διάμεσος 4,1667 και η τυπική απόκλιση 0,79258. Η συγκεκριμένη βαθμολογία προκύπτει από τις ερωτήσεις του γιατρού για το ιατρικό ιστορικό (πρόταση 24) και για τις διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποίησε ο ασθενής στο πρόσφατο παρελθόν (πρόταση 26) καθώς και για τη χορήγηση φαρμάκων λαμβάνοντας υπόψη άλλα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής από άλλους γιατρούς (πρόταση 25). Και για τις τρεις προτάσεις περισσότεροι από 75% των χρηστών των εξωτερικών ιατρείων απαντούν «συμφωνώ» και «συμφωνώ απόλυτα» σχετικά με το κατά πόσο αυτά πραγματοποιήθηκαν στην επίσκεψή τους. Ο μέσος βαθμός εμπειρίας και η αντίστοιχη τυπική απόκλιση για την πρόταση 24 είναι 4,28 και 0,852, για την πρόταση 25 είναι 4,09 και 1,099 και για την πρόταση 26 είναι 4,21 και 0,945. Η διάμεσος και για τις τρεις προτάσεις είναι 4, δηλαδή οι μισοί χρήστες των εξωτερικών ιατρείων βαθμολόγησαν την εμπειρία τους για αυτή τη διάσταση με βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση με 4.

Πίνακας 9. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της βαθμολογίας εμπειρίας για τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας και των προτάσεων 24-26 που την εκφράζουν.

	Τιμές κλίμακας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)	Μέση τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική απόκλιση (SD)
24. Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	1	3	2,2	4,28	4	0,852
	2	3	2,2			
	3	9	6,5			
	4	61	44,2			
	5	62	44,9			
	Συνολικός αριθμός N	138	100,0			
25. Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	1	7	5,0	4,09	4	1,099
	2	5	3,5			
	3	22	15,6			
	4	42	29,8			
	5	65	46,1			
	Συνολικός αριθμός N	141	100,0			
26. Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	1	4	2,8	4,21	4	0,945
	2	5	3,5			
	3	13	9,0			
	4	57	39,6			
	5	65	45,1			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
Βαθμός συνολικής εμπειρίας για τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας	Συνολικός αριθμός N	144		4,1713	4,1667	0,79258

Όσον αφορά τη συνέπεια των προτάσεων της επιλεγθείσας κλίμακας για τη 2η διάσταση, ο συντελεστής Cronbach's Alpha ήταν 0,724. Η τιμή αυτή βρίσκεται εντός των ορίων αξιοπιστίας και δηλώνει ότι υπάρχει επαρκής αξιοπιστία.

Η 3η διάσταση είναι η εμπειρία των χρηστών των εξωτερικών ιατρείων όσον αφορά την περιεκτικότητα της παροχής φροντίδας υγείας από τους γιατρούς. Η συγκεκριμένη διάσταση προκύπτει από τις προτάσεις 27, 28 και 29 και η μέση βαθμολογία της για τους 144 χρήστες ήταν ίση

με 4,0868, τιμή η οποία αντιστοιχεί στην τιμή 4 της κλίμακας δηλαδή στη κλίμακα «συμφωνώ» ως προς το βαθμό στον οποίο η περιεκτικότητα καλύφθηκε. Η διάμεσος της συγκεκριμένης βαθμολογίας ήταν 4 και η μέση τυπική απόκλιση ήταν 0,95691. Η πρόταση 27 αφορά το βαθμό στον οποίο έχουν παραχθεί στους χρήστες συμβουλές από τους γιατρούς για το τρόπο με τον οποίο μπορούν να ζουν υγιεινά δηλαδή συμβουλές σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό τη φαρμακευτική αγωγή, τον ύπνο και άλλα. Η μέση βαθμολογία αυτής της εμπειρίας ήταν 4,16, η διάμεσος 4 και η τυπική απόκλιση 1,049. Ως προς το βαθμό στον οποίο έχουν δοθεί επεξηγήσεις για την κατάσταση της υγείας των χρηστών, που αντιστοιχεί στην πρόταση 28, η μέση τιμή ήταν 4,06, η διάμεσος 4 και η τυπική απόκλιση 1,072. Ο μέσος βαθμός αναλυτικής επεξήγησης των προτεινόμενων τρόπων θεραπείας από τους γιατρούς της πρότασης 29 είχε τιμή 4,06, η διάμεσος της συγκεκριμένης μεταβλητής ήταν 4 και η τυπική απόκλιση 1,074. Χαρακτηριστικό αποτελεί ότι στο σύνολο των προτάσεων αυτής της διάστασης, λιγότεροι από 13 χρήστες από τους 144 που συμμετείχαν εξέφρασαν τη διαφωνία τους («διαφωνώ απόλυτα» και «διαφωνώ») για το βαθμό στον οποίο αυτές οι ενέργειες πραγματοποιήθηκαν στην επίσκεψή τους στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία.

Πίνακας 10. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της συνολικής βαθμολογίας εμπειρίας για την περιεκτικότητα της φροντίδας και των προτάσεων 27-29 που την εκφράζουν.

	Τιμές κλίμακας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)	Μέση τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική απόκλιση (SD)
27. 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.)	1	6	4,2	4,16	4	1,049
	2	6	4,2			
	3	14	9,9			
	4	49	34,5			
	5	67	47,2			
	Συνολικός αριθμός N	142	100,0			
28. Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	1	5	3,5	4,06	4	1,072
	2	8	5,6			
	3	24	16,7			
	4	43	29,9			

	Τιμές κλίμακας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)	Μέση τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική απόκλιση (SD)
	5	64	44,4			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
29. Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	1	5	3,5	4,06	4	1,074
	2	6	4,3			
	3	29	20,6			
	4	37	26,2			
	5	64	45,4			
	Συνολικός αριθμός N	141	100,0			
Βαθμός συνολικής εμπειρίας για την περιεκτικότητα της φροντίδας	Συνολικός αριθμός N	144		4,0868	4,3333	0,95691

Ο συντελεστής Cronbach's Alpha για την 3η διάσταση ήταν 0,865. Η τιμή αυτή βρίσκεται εντός των αποδεκτών ορίων και δηλώνει ότι υπάρχει καλή αξιοπιστία ως προς την εσωτερική συνοχή.

Πρόσθετα, για την 4η διάσταση υπολογίζεται η ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας από τη μέση τιμή των προτάσεων 30-33. Η μέση βαθμολογία της εμπειρίας από την ιατρική φροντίδα ήταν 3,9219. Η διάμεσος εκτιμήθηκε 4 και η αντίστοιχη τυπική απόκλιση 0,84991. Τη μεγαλύτερη μέση βαθμολογία σε αυτή τη διάσταση εξέφρασαν οι χρήστες για το γεγονός ότι ο-η γιατρός τους άκουσε προσεκτικά (πρόταση 31) με τιμή 4,15. Η ευγένεια του γιατρού (πρόταση 30) συγκέντρωσε την αμέσως επόμενη βαθμολογία, ίση με 4,11. Οι άλλες δύο προτάσεις εμφάνισαν μεγαλύτερη διασπορά στα δεδομένα με τυπική απόκλιση 1,021 για την πρόταση 32 και 1,094 για την πρόταση 33. Ειδικότερα, η μέση βαθμολογία εμπειρίας για την πρόταση 32 που αναφέρει ότι «ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει» ήταν 3,81 ενώ για την πρόταση 33 που αναφέρει ότι «ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου» ήταν 3,64. Χαρακτηριστικό αποτελεί ότι η διάμεσος σε όλες τις προτάσεις είναι 4 που σημαίνει ότι οι μισοί χρήστες συμφώνησαν ότι έλαβαν αυτές τις υπηρεσίες ποιότητας με τις εκφράσεις «συμφωνώ» και «συμφωνώ απόλυτα».

Πίνακας 11. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της συνολικής βαθμολογίας εμπειρίας για την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης και των προτάσεων 30-33 που την εκφράζουν.

	Τιμές κλίμακας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)	Μέση τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική απόκλιση (SD)
30. Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	1	1	0,7	4,11	4	0,909
	2	6	4,2			
	3	28	19,4			
	4	50	34,7			
	5	59	41,0			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
31. Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	1	1	,7	4,15	4	0,911
	2	6	4,2			
	3	26	18,2			
	4	48	33,6			
	5	62	43,4			
	Συνολικός αριθμός N	143	100,0			
32. Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	1	3	2,1	3,81	4	1,021
	2	10	7,1			
	3	41	29,1			
	4	44	31,2			
	5	43	30,5			
	Συνολικός αριθμός N	141	100,0			
33. Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	1	5	3,5	3,64	4	1,094
	2	14	9,9			
	3	47	33,1			
	4	37	26,1			
	5	39	27,5			
	Συνολικός αριθμός N	142	100,0			
Βαθμός συνολικής εμπειρίας για τη ποιότητα της ιατρικής φροντίδας	Συνολικός αριθμός N			3,9219	4	0,84991

Όσον αφορά τη συνέπεια των προτάσεων της επιλεχθείσας κλίμακας για την 4η διάσταση, ο συντελεστής Cronbach's Alpha ήταν 0,880. Για την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με την τιμή του συντελεστή υπάρχει υψηλή αξιοπιστία.

Η εξυπηρέτηση των υπαλλήλων στην υποδοχή δε συμπεριλαμβάνονται σε κάποια διάσταση αλλά συνυπολογίζονται για το συνολικό βαθμό εμπειρίας των χρηστών. Ο μέσος βαθμός αυτής της πρότασης ήταν 3,63, τιμή μεγαλύτερη της διαμέσου τιμής της κλίμακας, γεγονός που αναδεικνύει ότι εκφράζεται υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από τη συγκεκριμένη εμπειρία. Το ποσό μεταβολής του συνόλου τιμών των δεδομένων δίνεται από την τυπική απόκλιση, η οποία ήταν ίση με 1,009 ενώ η διάμεσος ήταν ίση με 4.

Πίνακας 12. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της πρότασης 34.

	Τιμές κλίμακας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)	Μέση τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική απόκλιση (SD)
34. Οι υπάλληλοι στην υποδοχή είναι εξυπηρετικοί	1	4	2,8	3,63	4	1,009
	2	15	10,4			
	3	40	27,8			
	4	56	38,9			
	5	29	20,1			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			

Η 5η διάσταση αφορά τη βαθμολογία των χρηστών για την εμπειρία τους όσον αφορά διαφορετικά χαρακτηριστικά της εγκατάστασης των τακτικών εξωτερικών ιατρείων. Η μέση συνολική βαθμολογία των χαρακτηριστικών των ερωτήσεων 38-38 ήταν 3,4931 ενώ η διάμεσος της συγκεκριμένης μεταβλητής ήταν 3,5. Οι τιμές τείνουν περισσότερο κοντά στο μέσο όρο καθώς η τυπική απόκλιση, η οποία ήταν 0,71872 είναι η μικρότερη σε σχέση με τις διαστάσεις που αναλύθηκαν παραπάνω. Ως προς τις προτάσεις που διαμορφώνουν αυτή τη βαθμολογία, τη μικρότερη μέση βαθμολογία εμφάνισαν οι προτάσεις 36 και 38 που αφορούν την άνεση του χώρου αναμονής και το βαθμό στον οποίο τα εξωτερικά ιατρεία είναι καλά εξοπλισμένα σε υλικά, αναλώσιμα, μηχανήματα και άλλα στοιχεία με τιμές 3,47 και 2,97 αντίστοιχα. Η μέση βαθμολογία της ευκολία προσανατολισμού στους χώρους των εξωτερικών ιατρείων ήταν η μεγαλύτερη της πέμπτης διάστασης με τιμή 3,82. Τέλος, η καθαριότητα εμφάνισε μέση βαθμολογία 3,73.

Πίνακας 13. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της συνολικής βαθμολογίας εμπειρίας για τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης και των προτάσεων 35-38 που την εκφράζουν.

	Τιμές κλίμακας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)	Μέση τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική απόκλιση (SD)
35. Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του συγκεκριμένου νοσοκομείου	1	9	6,3	3,82	4	1,098
	2	8	5,6			
	3	23	16,1			
	4	63	44,1			
	5	40	28,0			
	Συνολικός αριθμός N	143	100,0			
36. Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	1	6	4,2	3,47	4	0,975
	2	15	10,4			
	3	46	31,9			
	4	60	41,7			
	5	17	11,8			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
37. Οι χώροι των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του συγκεκριμένου νοσοκομείου είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	1	2	1,4	3,73	4	0,943
	2	9	6,3			
	3	49	34,3			
	4	49	34,3			
	5	34	23,8			
	Συνολικός αριθμός N	143	100,0			
38. Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι καλά εξοπλισμένα (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	1	13	9,1	2,97	3	1,126
	2	36	25,2			
	3	53	37,1			
	4	24	16,8			
	5	17	11,9			
	Συνολικός αριθμός N	143	100,0			
Βαθμός συνολικής εμπειρίας για τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης	Συνολικός αριθμός N	144		3,4931	3,5	0,71872

Όσον αφορά τη συνέπεια των προτάσεων της επιλεγθείσας κλίμακας για την 5η διάσταση, ο συντελεστής Cronbach's Alpha ήταν 0,62. Η συγκεκριμένη τιμή βρίσκεται στα όρια της ικανοποιητικής αξιοπιστίας αλλά κοντά στο ελάχιστο όριο 0,6. Ωστόσο, κρίνεται ως αξιόπιστη όχι μόνο γιατί βρίσκεται εντός των ορίων αξιοπιστίας αλλά γιατί η οριακή αξιοπιστία της είναι αποδεκτή για κλίμακες με λίγες προτάσεις.

Η τελευταία διάσταση της εμπειρίας των χρηστών ΠΦΥ είναι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας και υπολογίσθηκε από τις προτάσεις 39 έως 42. Η μέση βαθμολογία αυτής της διάστασης ήταν 3,4607, η διάμεσος 3,5 και η τυπική απόκλιση 0,93267. Η προσεκτική ακοή των ασθενών από τους νοσηλευτές και η ευγένειά τους συγκέντρωσαν τη μεγαλύτερη μέση βαθμολογία εμπειρίας με τιμές 3,57 και 3,82 αντίστοιχα και διαμέσους 4 και για τις δύο προτάσεις. Τη χαμηλότερη μέση βαθμολογία συγκέντρωσε ο βαθμός παροχής συμβουλών από τους νοσηλευτές στους ασθενείς για την υγεία τους με τιμή 3,16. Ειδικότερα, για τη συγκεκριμένη πρόταση οι απαντήσεις διαβαθμίζονταν σε ένα ευρύτερο φάσμα τιμών καθώς η τυπική απόκλιση ήταν ίση με 1,272, τη μεγαλύτερη σε σχέση με τις άλλες προτάσεις. Τέλος, η προσεκτική ακοή των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας εκτός των γιατρών και των νοσηλευτών εμφάνισε μέση βαθμολογία ίση με 3,27.

Όσον αφορά τη συνέπεια των προτάσεων 39 έως και 42 που αναδεικνύουν την 6η διάσταση, ο συντελεστής Cronbach's Alpha ήταν 0,819. Η τιμή αυτή βρίσκεται εντός των ορίων αξιοπιστίας και δηλώνει ότι υπάρχει υψηλή αξιοπιστία.

Πίνακας 14. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της συνολικής βαθμολογίας εμπειρίας για τα χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων και των προτάσεων 35-38 που την εκφράζουν.

	Τιμές κλίμακας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)	Μέση τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική απόκλιση (SD)
39. Οι νοσηλευτές-τριες με ακούν προσεκτικά	1	5	5,1	3,57	4	1,080
	2	9	9,1			
	3	31	31,3			
	4	33	33,3			
	5	21	21,2			
	Συνολικός αριθμός N	99	100,0			
40. Οι νοσηλευτές-τριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	1	16	15,7	3,16	3	1,272
	2	10	9,8			
	3	35	34,3			
	4	24	23,5			
	5	17	16,7			
	Συνολικός αριθμός N	102	100,0			
41. Οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές	1	4	4,0	3,82	4	1,144
	2	9	8,9			
	3	25	24,8			
	4	26	25,7			
	5	37	36,6			
	Συνολικός αριθμός N	101	100,0			
42. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με ακούν προσεκτικά	1	9	8,7	3,27	3	1,139
	2	13	12,6			
	3	38	36,9			
	4	27	26,2			
	5	16	15,5			
	Συνολικός αριθμός N	103	100,0			
Βαθμός συνολικής εμπειρίας για την ποιότητα της νοσηλευτικής περίθαλψης και της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματιών υγείας	Συνολικός αριθμός N	104		3,4607	3,5	0,93267

5.1.3. Βαθμολογία σύστασης

Πρόσθετα, οι δύο ερωτήσεις σύστασης σε φίλους ή συγγενείς, οι οποίες όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελούν την περίληψη των εμπειριών των ασθενών από τη δομή ΠΦΥ, αφορούν τις εμπειρίες των ασθενών σχετικά με το γιατρό και με τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Ως προς τους γιατρούς η μέση βαθμολογία των ασθενών στην 11-βάθμια κλίμακα μέτρησης από 0 έως 10 ήταν 7,68 και η αντίστοιχη διάμεσος 8. Η αντίστοιχη μέση βαθμολογία για τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ήταν μικρότερη και ίση με 7,01 ενώ η διάμεσος 7. Και οι δύο μέσες βαθμολογίες ήταν μεγαλύτερες από τη διάμεση τιμή της κλίμακας, την τιμή 5, γεγονός που εκφράζει υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από το γιατρό και τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία στο σύνολό τους.

Πίνακας 15. Περιγραφικά μέτρα της συνολικής βαθμολογίας της σύστασης του γιατρού και των τακτικών εξωτερικών ιατρείων.

Περιγραφικά μέτρα		Βαθμολογία σύστασης γιατρού	Βαθμολογία σύστασης τακτικών εξωτερικών ιατρείων
Συχνότητα (N)	Έγκυρες (Valid)	142	143
	Ελλείπουσες (Missing)	2	1
Μέση τιμή (Mean)		7,68	7,01
Διάμεσος (Median)		8	7,00
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)		2,239	2,292

Οι αφοσιωμένοι πελάτες-ασθενείς των γιατρών, δηλαδή αυτοί που εμφάνισαν βαθμό σύστασης 9 ή 10 ήταν 60, ποσοστό 45,46% του συνόλου των χρηστών που απάντησαν και οι αφοσιωμένοι πελάτες-ασθενείς για την ερώτηση σχετικά με τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ήταν 38 με αντίστοιχο ποσοστό 26,57%. Οι δυσαρεστημένοι ασθενείς, δηλαδή όσοι βαθμολόγησαν την ερώτηση σύστασης με τιμές από 0 έως και 6 όσον αφορά τους γιατρούς, ήταν 34 που αντιστοιχούν στο 23,94% και για την ερώτηση για τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ήταν 53 δηλαδή το 37,06% των χρηστών. Ο δείκτης καθαρών υποστηρικτών (Net Promoter Score (NPS)), που υπολογίζεται ως το ποσοστό των αφοσιωμένων ασθενών μείον το ποσοστό των δυσαρεστημένων ασθενών για τους γιατρούς είναι 21,52% και ο δείκτης υποστηρικτών για τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι -10,49%.

Πίνακας 16. Συχνότητα (N) και σχετικές συχνότητες (%) για τις ερωτήσεις σύστασης σε συγγενείς ή φίλους.

		43. Σε τί βαθμό θα συστήνατε τον-την γιατρό που επισκεφτήκατε σήμερα στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;			44. Σε τί βαθμό θα συνιστούσατε αυτά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;		
		Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)
Έγκυρες (Valid)	0	3	2,1	2,1	2	1,4	1,4
	1	1	0,7	0,7	1	0,7	0,7
	2	2	1,4	1,4	4	2,8	2,8
	3	2	1,4	1,4	3	2,1	2,1
	4	4	2,8	2,8	8	5,6	5,6
	5	11	7,6	7,7	17	11,8	11,9
	6	11	7,6	7,7	18	12,5	12,6
	7	23	16,0	16,2	23	16,0	16,1
	8	25	17,4	17,6	29	20,1	20,3
	9	18	12,5	12,7	13	9,0	9,1
	10	42	29,2	29,6	25	17,4	17,5
	Σύνολο	142	98,6	100,0	143	99,3	100,0
Ελλείπουσες (Missing)		2	1,4		1	0,7	
Σύνολο		144	100,0		144	100,0	

5.1.4. Βαθμολογία σημαντικότητας

Όσον αφορά το βαθμό σημαντικότητας ελέγχθηκαν όλες οι πτυχές της εμπειρίας που περιγράφηκαν στο παραπάνω κεφάλαιο, διάφοροι χρόνοι αναμονής, όπως ο χρόνος αναμονής για ένα ραντεβού, ο χρόνος αναμονής για τις διοικητικές υπηρεσίες και ο χρόνος αναμονής μέχρι να δει τον ασθενή ο γιατρός καθώς και η επάρκεια της πληροφόρησης όταν ο ασθενής παραπέμπεται από το γιατρό. Η σημαντικότητα απαντήθηκε σε κλίμακα από 1 έως 4 από «ασήμαντη» έως «πολύ σημαντική». Τα διάφορα περιγραφικά μέτρα και οι συχνότητες ανά απάντηση στο κάθε ερώτημα αυτού του μέρους του ερωτηματολογίου δίνονται αναλυτικά στον πίνακα 17. Χαρακτηριστικό της σημαντικότητας αποτελεί ότι όλες οι πτυχές που εκτιμήθηκαν ως προς τη σημαντικότητα από το δείγμα των 144 χρηστών εμφάνισαν μέση βαθμολογία σημαντικότητας μεγαλύτερη από 3,27. Βασικό στοιχείο που αναδείχθηκε ήταν η μικρή διασπορά των δεδομένων στα χαρακτηριστικά που εμφάνισαν τη μεγαλύτερη μέση

βαθμολογία και τη μεγαλύτερη διασπορά στα χαρακτηριστικά που εμφάνισαν τη μικρότερη μέση βαθμολογία σημαντικότητας. Επιπλέον, τα χαρακτηριστικά που ορίζουν τη διάσταση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας εμφάνισαν τις μεγαλύτερες μέσες βαθμολογίες σημαντικότητας. Τέλος, η «επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό» ήταν το μοναδικό χαρακτηριστικό που είχε διάμεσο ίση με 3.

Ειδικότερα, τα χαρακτηριστικά που συγκέντρωσαν τη μικρότερη μέση βαθμολογία ήταν:

- το ερώτημα 68, το πόσο σημαντικό είναι «οι νοσηλευτές-τριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου» είχε μέση βαθμολογία 3,27.
- το ερώτημα 70, το πόσο σημαντικό είναι «οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) να με ακούν προσεκτικά» είχε μέση βαθμολογία 3,29.
- το ερώτημα 48, το πόσο σημαντικό είναι «σε περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμψει σε άλλον-η γιατρό, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)» είχε μέση βαθμολογία 3,30.
- το ερώτημα 46, το πόσο σημαντικό είναι «χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας των εξωτερικών ιατρείων κ.λπ.)» είχε μέση βαθμολογία 3,31.
- το ερώτημα 50, το πόσο σημαντικό είναι «τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου» είχε μέση βαθμολογία 3,33.

Αντίστοιχα, τα χαρακτηριστικά που συγκέντρωσαν τη μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ήταν:

- το ερώτημα 56, το πόσο σημαντικό είναι «ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου» είχε μέση βαθμολογία 3,8.
- το ερώτημα 60, το πόσο σημαντικό είναι «ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει», το ερώτημα 59, το πόσο σημαντικό είναι «ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά» και το ερώτημα 57, το πόσο σημαντικό είναι «ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας» είχαν μέση βαθμολογία 3,77.
- το ερώτημα 58, το πόσο σημαντικό είναι «ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-η μαζί μου» και το ερώτημα 52, το πόσο σημαντικό είναι «ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου» είχε μέση βαθμολογία 3,76.

Όσον αφορά τη συνέπεια των ερωτήσεων 45 έως και 70, ο συντελεστής Cronbach's Alpha ήταν 0,942. Η τιμή αυτή δηλώνει την ύπαρξη πολύ υψηλής αξιοπιστίας και βρίσκεται σχεδόν στα όρια της ιδανικής αξιοπιστίας.

Πίνακας 17. Περιγραφικά στοιχεία και συχνότητες της συνολικής βαθμολογίας σημαντικότητας για τις προτάσεις 45-70 του ερωτηματολογίου.

	Τιμές κλίμακας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)	Μέση τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική απόκλιση (SD)
45. Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης	1	5	3,5	3,37	4,00	0,834
	2	18	12,5			
	3	40	27,8			
	4	81	56,3			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
46. Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας των εξωτερικών ιατρείων κ.λπ.)	1	8	5,6	3,31	4,00	0,871
	2	15	10,4			
	3	46	31,9			
	4	75	52,1			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
47. Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός	1	5	3,5	3,38	4,00	0,830
	2	17	11,9			
	3	39	27,3			
	4	82	57,3			
	Συνολικός αριθμός N	143	100,0			
48. Σε περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμψει σε άλλον-η γιατρό, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό(π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)	1	3	2,1	3,30	3,00	0,751
	2	16	11,2			
	3	59	41,3			
	4	65	45,5			
	Συνολικός αριθμός N	143	100,0			
49. Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό	1	4	2,8	3,38	4,00	0,781
	2	14	9,9			
	3	47	33,3			
	4	76	53,9			
	Συνολικός αριθμός N	141	100,0			
50. Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και	1	8	5,6	3,33	4,00	0,845
	2	11	7,6			
	3	50	34,7			

	Τιμές κλίμακας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)	Μέση τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική απόκλιση (SD)
στη δουλειά μου	4	75	52,1			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
51. Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού	1	2	1,4	3,67	4,00	0,601
	2	4	2,8			
	3	33	22,9			
	4	105	72,9			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
52. Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	1	2	1,4	3,76	4,00	0,572
	2	4	2,8			
	3	21	14,7			
	4	116	81,1			
	Συνολικός αριθμός N	143	100,0			
53. Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	1	3	2,1	3,71	4,00	0,635
	2	5	3,5			
	3	23	16,0			
	4	113	78,5			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
54. Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	1	3	2,1	3,69	4,00	0,620
	2	3	2,1			
	3	30	20,8			
	4	108	75,0			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
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.)	1	2	1,4	3,65	4,00	0,629
	2	6	4,2			
	3	32	22,2			
	4	104	72,2			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
56. Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	1	1	0,7	3,80	4,00	0,493
	2	3	2,1			
	3	19	13,3			
	4	120	83,9			
	Συνολικός αριθμός N	143	100,0			
57. Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους	1	2	1,4	3,77	4,00	0,540
	2	2	1,4			
	3	23	16,1			

	Τιμές κλίμακας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)	Μέση τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική απόκλιση (SD)
θεραπείας	4	116	81,1			
	Συνολικός αριθμός N	143	100,0			
58. Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-η μαζί μου	1	2	1,4	3,76	4,00	0,558
	2	3	2,1			
	3	23	16,0			
	4	116	80,6			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
59. Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά	1	2	1,4	3,77	4,00	0,527
	2	1	,7			
	3	25	17,5			
	4	115	80,4			
	Συνολικός αριθμός N	143	100,0			
60. Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	1	1	0,7	3,77	4,00	0,497
	2	2	1,4			
	3	25	17,6			
	4	114	80,3			
	Συνολικός αριθμός N	142	100,0			
61. Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	1	3	2,1	3,47	4,00	0,728
	2	11	7,6			
	3	46	31,9			
	4	84	58,3			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
62. Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	1	0	0	3,68	4,00	0,563
	2	7	4,9			
	3	32	22,2			
	4	105	72,9			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
63. Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου	1	0	0	3,50	4,00	0,777
	2	25	17,5			
	3	21	14,7			
	4	97	67,8			
	Συνολικός αριθμός N	143	100,0			
64. Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	1	1	0,7	3,41	4,00	0,842
	2	30	21,0			
	3	21	14,7			
	4	91	63,6			

	Τιμές κλίμακας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)	Μέση τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική απόκλιση (SD)
	Συνολικός αριθμός N	143	100,0			
65. Οι χώροι των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	1	0	0	3,61	4,00	0,742
	2	22	15,5			
	3	11	7,7			
	4	109	76,8			
	Συνολικός αριθμός N	142	100,0			
66. Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά εξοπλισμένα (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	1	0	0	3,66	4,00	0,721
	2	21	14,6			
	3	7	4,9			
	4	116	80,6			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
67. Οι νοσηλεύτριες να με ακούν προσεκτικά	1	0	0	3,48	4,00	0,766
	2	24	16,7			
	3	27	18,8			
	4	93	64,6			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			
68. Οι νοσηλεύτριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	1	3	2,1	3,27	4,00	0,892
	2	33	23,2			
	3	28	19,7			
	4	78	54,9			
	Συνολικός αριθμός N	142	100,0			
69. Οι νοσηλεύτριες να είναι ευγενικοί-ές	1	1	0,7	3,57	4,00	0,749
	2	19	13,5			
	3	19	13,5			
	4	102	72,3			
	Συνολικός αριθμός N	141	100,0			
70. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτριες) να με ακούν προσεκτικά	1	2	1,4	3,29	4,00	0,844
	2	30	20,8			
	3	36	25,0			
	4	76	52,8			
	Συνολικός αριθμός N	144	100,0			

5.1.5. Θετικές και αρνητικές εντυπώσεις

Οι θετικές και αρνητικές εντυπώσεις των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων αναδείχθηκαν μέσω των ερωτήσεων ανοιχτού τύπου. Λόγω του εύρους των απαντήσεων έγινε μια ομαδοποίηση των δεδομένων ανά διάσταση και άλλα πρόσθετα στοιχεία που προέκυψαν κατά περίπτωση. Τις περισσότερες θετικές εντυπώσεις συγκέντρωσαν η εξυπηρέτηση και η προσπάθεια του προσωπικού και τα χαρακτηριστικά που σχετίζονταν με τη διάσταση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας. Από τους 118 χρήστες που απάντησαν σε αυτή την ερώτηση, οι 20 δεν βρήκαν κάτι θετικό στην εμπειρία τους ενώ υπήρχαν 8 χρήστες που τα βρήκαν όλα θετικά. Πρόσθετα, οι χαρακτήρες των επαγγελματιών υγείας και γενικότερα το προσωπικό των τακτικών εξωτερικών υγείας δημιούργησαν θετικές εντυπώσεις σε 7 χρήστες. Από 5 χρήστες εκφράστηκε η θετική εντύπωση από τις διαστάσεις των εγκαταστάσεων και της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και των άλλων επαγγελματιών υγείας αντίστοιχα. Από 3 χρήστες εκφράστηκαν θετικές εντυπώσεις για χαρακτηριστικά τριών κατηγοριών που αφορούν την περιεκτικότητα της φροντίδας, τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων των γιατρών στην υγεία του ασθενούς και άλλοι λόγοι όπως εντυπώσεις από άλλους ασθενείς και η γενικότερη οργάνωση της μονάδας.

Πίνακας 18. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) για τις θετικές εντυπώσεις των χρηστών.

		Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)
Έγκυρες (Valid)	Τίποτα	20	13,9	16,9
	Όλα	8	5,6	6,8
	Περιεκτικότητα φροντίδας	3	2,1	2,5
	Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	23	16,0	19,5
	Εγκαταστάσεις	5	3,5	4,2
	Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και άλλου προσωπικού	5	3,5	4,2
	Εξυπηρέτηση και προσπάθεια προσωπικού	37	25,7	31,4
	Προσωπικό	7	4,9	5,9
	Μικρός χρόνος αναμονής διοικητικές υπηρεσίες	2	1,4	1,7
	Μικρός χρόνος αναμονής επίσκεψη γιατρού	2	1,4	1,7

Αποτέλεσμα επίσκεψης στην υγεία και θετικά συναισθήματα (πχ. σιγουριά, μείωση πόνου)	3	2,1	2,5
Άλλα χαρακτηριστικά (πχ. άλλοι ασθενείς)	3	2,1	2,5
Σύνολο	118	81,9	100,0
Ελλείπουσες (Missing)	26	18,1	
Σύνολο	144	100,0	

Σχετικά με τις αρνητικές εντυπώσεις, το 27,1% των 118 ασθενών δεν εντόπισε κάτι αρνητικό από την εμπειρία του τη συγκεκριμένη ημέρα. Τη μεγαλύτερη αρνητική στάση εξέφρασαν οι χρήστες ως προς το μεγάλο χρόνο αναμονής μέχρι τη στιγμή που ασθενής συναντά το γιατρό και τη μεγάλη ασυνέπεια στην ώρα που ορίστηκε το ραντεβού με ποσοστό 17,8%. Επίσης, υψηλά ήταν τα ποσοστά των ασθενών που είχαν αρνητικές εντυπώσεις από το βαθμό εξυπηρέτησης και προσπάθειας του προσωπικού ύψους 16,1% και από την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας ύψους 10,2%. Η έλλειψη ειδίκευσης από τους γιατρούς και η γενικότερη έλλειψη γιατρών δημιούργησε αρνητικές εντυπώσεις σε 9 ασθενείς. Ίδιο ποσοστό αρνητικών εντυπώσεων ύψους 5,9% συγκέντρωσαν οι διαστάσεις της περιεκτικότητας της φροντίδας και των εγκαταστάσεων. Πρόσθετα, 5 ασθενείς, ποσοστό 3,5% των απαντήσεων, εξέφρασε ότι του προκάλεσε αρνητικές εντυπώσεις ο βαθμός στον οποίο ο γιατρός συνέβαλε στην βελτίωση της υγείας. Τέλος, 3 χρήστες των τακτικών εξωτερικών ιατρείων εξέφρασαν ότι τους προκάλεσαν αρνητικές εντυπώσεις όλα ή σχεδόν όλα και άλλοι 3 εξέφρασαν αρνητικές εντυπώσεις από άλλα χαρακτηριστικά όπως η έλλειψη οικειότητας και οι οργανωτικές αδυναμίες των διοικητικών υπαλλήλων.

Πίνακας 19. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) για τις αρνητικές εντυπώσεις των χρηστών ως προς τους γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας.

	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)	
Έγκυρες (Valid)	Τίποτα - Όλα καλά	32	22,2	27,1
	Όλα - πολλά	3	2,1	2,5
	Περιεκτικότητα φροντίδας	7	4,9	5,9
	Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	12	8,3	10,2
	Εγκαταστάσεις	7	4,9	5,9
	Εξυπηρέτηση και προσπάθεια- συμπεριφορά προσωπικού	19	13,2	16,1
	Ελλείψεις σε ειδικευση ή γενικά σε προσωπικό	9	6,3	7,6
	Μεγάλος χρόνος αναμονής - κακός προγραμματισμός ραντεβού	21	14,6	17,8
	Αποτέλεσμα επίσκεψης στην υγεία και αρνητικά συναισθήματα	5	3,5	4,2
	Άλλα χαρακτηριστικά	3	2,1	2,5
	Σύνολο	118	81,9	100,0
Ελλείπουσες (Missing)	26	18,1		
Σύνολο	144	100,0		

Τέλος, όσον αφορά τις εντυπώσεις γενικότερα από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, 42 από τους 121 χρήστες εξέφρασαν την ανάγκη καλύτερης οργάνωσης ώστε να μειωθεί ο χρόνος αναμονής των ασθενών. Οι 21 από τους 121 ασθενείς είχαν αρνητικές εντυπώσεις εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού σε όλους τους τομείς (πχ. νοσηλευτές, μόνιμοι γιατροί, εξειδικευμένοι γιατροί) και 15 ασθενείς εξαιτίας της έλλειψης εξοπλισμού. Επιπλέον, 10 ασθενείς είχαν αρνητικές εντυπώσεις από το βαθμό εξυπηρέτησης και προσπάθειας του προσωπικού και 12 ασθενείς εξέφρασαν πως ο χώρος αναμονής χρήζει βελτίωσης. Πρόσθετα χαρακτηριστικά που συγκέντρωσαν αρνητικές εντυπώσεις ήταν η καθαριότητα του χώρου (4 χρήστες) και άλλα χαρακτηριστικά όπως η ανάγκη εκπαίδευσης του προσωπικού και η επέκταση των εγκαταστάσεων (4 χρήστες). Τέλος, ποσοστό 5% δε βρήκε κάτι αρνητικό στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και 5,8% βρήκε πολλά αρνητικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 20. Συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (%) για τις αρνητικές εντυπώσεις των χρηστών ως προς τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία.

		Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)	Σχετική συχνότητα έγκυρων απαντήσεων (%)
Έγκυρες (Valid)	Τίποτα - Όλα καλά	6	4,2	5,0
	Όλα - πολλά	7	4,9	5,8
	Άνεση στο χώρο αναμονής	12	8,3	9,9
	Καθαριότητα	4	2,8	3,3
	Περισσότερος εξοπλισμός	15	10,4	12,4
	Περισσότερο και πιο εξειδικευμένο προσωπικό	21	14,6	17,4
	Οργάνωση - χρόνος αναμονής	42	29,2	34,7
	Εξυπηρέτηση και συμπεριφορά προσωπικού	10	6,9	8,3
	Άλλα χαρακτηριστικά (βελτίωση προσωπικού, επέκταση εγκαταστάσεων)	4	2,8	3,3
	Σύνολο	121	84,0	100,0
Ελλείπουσες (Missing)		23	16,0	
Σύνολο		144	100,0	

5.2. Στατιστικοί έλεγχοι συσχετίσεων

Προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη σχέσης μεταξύ μιας μεταβλητής είτε της συνολικής βαθμολογίας αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων είτε κάποιας από τις διαστάσεις της με μια άλλη μεταβλητή (πχ. φύλο, ηλικία κλπ), αρχικά ελέγχθηκαν αν τα δεδομένα των μεταβλητών ακολουθούσαν την κανονική κατανομή εφαρμόζοντας τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov. Ο έλεγχος εφαρμόστηκε για τις ποσοτικές μεταβλητές. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Συνεπώς, την κανονική κατανομή δεν ακολουθούν οι μεταβλητές για τις οποίες η τιμή σημαντικότητας (p-value) του ελέγχου Kolmogorov-Smirnov είναι μικρότερη του 0,05. Για αυτές τις μεταβλητές απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, η οποία είναι ότι η υπό έλεγχο κατανομή δεν διαφέρει από την κανονική κατανομή. Αντίθετα, η αρχική υπόθεση δεν απορρίπτεται για μεταβλητές που εμφανίζουν τιμές σημαντικότητας μεγαλύτερες του 0,05. Με βάση τις τιμές σημαντικότητας που παρουσιάζονται στον πίνακα 21, η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται για

δυο μεταβλητές, τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας και τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.

Πίνακας 21. Τιμές σημαντικότητας για τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov

Μεταβλητή	Τιμή σημαντικότητας (p-value)
Συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών τακτικών εξωτερικών ιατρείων	0,406
Βαθμολογία προσβασιμότητας	0,069
Βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας	0,002
Βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας	<0,001
Βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας	0,098
Βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης των τακτικών εξωτερικών ιατρείων	0,090
Βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας	0,458
Ηλικία	0,426

Με βάση τις πληροφορίες για το ενδεχόμενο μια ποσοτική μεταβλητή να ακολουθεί ή όχι την κανονική κατανομή και άλλα κριτήρια, όπως αν μια μεταβλητή είναι δίτιμη ή διατάξιμη, κατηγορική ή ποσοστική, χρησιμοποιήθηκαν ο έλεγχος t (t-test), ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson, η ανάλυση διασποράς (One Way ANOVA), ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman, το κριτήριο Mann-Whitney και ο έλεγχος Kruskal Wallis προκειμένου να ελεγχθούν οι συσχετίσεις με τις ποσοτικές μεταβλητές βαθμολογίας αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών-ληπτών των υπηρεσιών ΠΦΥ. Τα κριτήρια για την επιλογή του κάθε ελέγχου περιγράφηκαν αναλυτικά στην ενότητα 4.3 της παρούσας εργασίας.

5.2.1. Συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών

Ως προς τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων στον πίνακα 22 δίνονται οι τιμές σημαντικότητας p-value για το κάθε έλεγχο με την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή. Σε όλους τους ελέγχους, η αρχική υπόθεση είναι ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των κατηγοριών των χρηστών. Ελέγχοντας την τιμή p-value σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, η αρχική υπόθεση δεν απορρίπτεται για τις μεταβλητές των οποίων οι τιμές p-value είναι μικρότερες του 0,05. Κατ' επέκταση, όπως προκύπτει από τις τιμές σημαντικότητας των ελέγχων, υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων συνολικών βαθμολογιών αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των τακτικών

εξωτερικών ιατρείων στις μεταβλητές της ηλικίας, της εκπαίδευσης, του τρόπου προγραμματισμού ραντεβού και του χρόνου αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών. Ειδικότερα, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών. Πρόσθετα, η αύξηση του επιπέδου εκπαίδευσης και η αύξηση του χρόνου αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών οδηγούν στη μείωση της συγκεκριμένης βαθμολογίας.

Πίνακας 22.Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των ΤΕΙ και ανεξάρτητων μεταβλητών.

Χαρακτηριστικό		Τύπος ελέγχου	Μέση βαθμολογία συνολικής εμπειρίας	Τυπική απόκλιση	p-value
Φύλο	Γυναίκα	t-test	3,6241	0,57509	0,084
	Άνδρας		3,8012	0,58369	
Ηλικία		Pearson (r=0,279)			0,001
Εκπαίδευση		Spearman (rho=-0,260)			0,002
Ασφάλεια στον ΕΟΠΥΥ	Όχι	t-test	3,8561	0,32367	0,551
	Ναι		3,6795	0,58776	
Ανασφάλιστος/-η	Όχι	t-test	3,6795	0,58776	0,551
	Ναι		3,8561	0,32367	
Αναπηρία	Όχι	t-test	3,6806	0,58555	0,985
	Ναι		3,6846	0,56769	
Αντίληψη χρηστών για την κατάσταση της υγείας τους		Spearman (rho=0,082)			0,139
Χρόνια ασθένεια		Spearman ¹ (rho=0,160)			0,057
Συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο		Spearman ¹ (rho=0,122)			0,153
Τρόπος επίσκεψης	Χωρίς παραπομπή	t-test	3,6779	0,55923	0,867
	Με παραπομπή		3,6948	0,62249	
Προγραμματισμός ραντεβού	Όχι	t-test	3,6661	0,55262	0,755
	Ναι		3,6970	0,60464	
Τρόπος προγραμματισμού ραντεβού		ANOVA			0,016
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό του ραντεβού έως την επίσκεψη		Spearman ¹ (rho=-0,099)			0,382

Χαρακτηριστικό	Τύπος ελέγχου	Μέση βαθμολογία συνολικής εμπειρίας	Τυπική απόκλιση	p-value
Χρόνος αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών	Spearman ¹ (rho=-0,196)			0,019
Χρόνος αναμονής έως τη συνάντηση με το γιατρό	Spearman ¹ (rho=0,024)			0,781
Παραπομπή γιατρού μετά την επίσκεψη	ANOVA			0,856
Επάρκεια πληροφόρησης/ καθοδήγησης γιατρού για την παραπομπή	Spearman (rho=0,008)			0,960

¹ Οι απαντήσεις «Δε γνωρίζω/Δε θυμάμαι» εντάχθηκαν στις ελλείπουσες τιμές.

Ελέγχοντας σε επίπεδο σημαντικότητας 20%, αναδεικνύεται η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και οχτώ μεταβλητών. Για αυτές τις ανεξάρτητες μεταβλητές εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) και η μέθοδος της προς τα πίσω απαλοιφής μεταβλητών (backward stepwise linear regression), ώστε να βρεθεί το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης με τους στατιστικά σημαντικούς συντελεστές b. Σύμφωνα με το μοντέλο που προέκυψε (πίνακας 23), για το οποίο το αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας των συντελεστών ήταν 5%, η βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων σχετίζεται γραμμικά με τον αριθμό των χρόνιων νοσημάτων από τα οποία πάσχουν οι χρήστες και το χρόνο αναμονής των χρηστών για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες.

Πίνακας 23. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των ΤΕΙ.

Μοντέλο	Συντελεστής συσχέτισης b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για το b		p-value
		Κάτω όριο	Άνω όριο	
Σταθερός όρος	3,776	3,566	3,986	<0,001
Χρόνια ασθένεια	0,112	<0,001	0,224	0,050
Χρόνος αναμονής έως τη συνάντηση με το γιατρό	-0,087	-0,171	-,002	0,045

R²=0,052

Από τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης προκύπτει ότι όσο περισσότερα χρόνια νοσήματα εμφανίζει ο κάθε χρήστης τόσο περισσότερο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία αποτύπωσης της εμπειρίας του χρήστη από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Επιπλέον, η μείωση του χρόνου αναμονής έως τη συνάντηση με το γιατρό σχετίζεται με την αύξηση της συγκεκριμένης βαθμολογίας. Το ποσοστό της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής που εξηγείται από το συγκριμένο μοντέλο, όπως προκύπτει από το συντελεστή πολλαπλής συσχέτισης R^2 , είναι 5,2%.

5.2.2. Βαθμολογία προσβασιμότητας

Οι έλεγχοι της συσχέτισης της βαθμολογίας της προσβασιμότητας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων με τις ανεξάρτητες μεταβλητές παρουσιάζονται στον πίνακα 24. Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας προσβασιμότητας με το χρόνο αναμονής από τη στιγμή που κάποιος ολοκλήρωσε τις διοικητικές διαδικασίες μέχρι τη συνάντηση με το γιατρό. Ειδικότερα, όπως προκύπτει από το συντελεστή συσχέτισης Spearman rho, η αύξηση του χρόνου αναμονής οδηγεί στη μείωση της βαθμολογίας προσβασιμότητας του χρήστη.

Πίνακας 24. Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της βαθμολογίας προσβασιμότητας και ανεξάρτητων μεταβλητών.

Χαρακτηριστικό		Τύπος ελέγχου	Μέση βαθμολογία συνολικής εμπειρίας	Τυπική απόκλιση	p-value
Φύλο	Γυναίκα	t-test	2,8789	0,90358	0,107
	Άνδρας		3,1277	0,76630	
Ηλικία		Pearson (r=0,040)			0,673
Εκπαίδευση		Spearman (rho=-0,015)			0,855
Ασφάλεια στον ΕΟΠΥΥ	Όχι	t-test	3,1667	0,33333	0,632
	Ναι		2,9553	0,87628	
Ανασφάλιστος/-η	Όχι	t-test	2,9553	0,87628	0,632
	Ναι		3,1667	0,33333	
Αναπηρία	Όχι	t-test	2,9540	,86068	0,996
	Ναι		2,9524	1,00791	
Αντίληψη χρηστών για την κατάσταση της υγείας τους		Spearman (rho=0,061)			0,471
Χρόνια ασθένεια		Spearman ¹ (rho=0,003)			0,971

Χαρακτηριστικό		Τύπος ελέγχου	Μέση βαθμολογία συνολικής εμπειρίας	Τυπική απόκλιση	p-value
Συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο		Spearman ¹ (rho=-0,140)			0,101
Τρόπος επίσκεψης	Χωρίς παραπομπή	t-test	2,9223	0,87572	0,496
	Με παραπομπή		3,0247	0,85378	
Προγραμματισμός ραντεβού	Όχι	t-test)	2,7989	0,81156	0,063
	Ναι		3,0734	0,88885	
Τρόπος προγραμματισμού ραντεβού		ANOVA			0,066
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό του ραντεβού έως την επίσκεψη		Spearman ¹ (rho=-0,047)			0,677
Χρόνος αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών		Spearman ¹ (rho=-0,048)			0,575
Χρόνος αναμονής έως τη συνάντηση με το γιατρό		Spearman ¹ (rho=-0,211)			0,014
Παραπομπή γιατρού μετά την επίσκεψη		ANOVA			0,703
Επάρκεια πληροφόρησης/ καθοδήγησης γιατρού για την παραπομπή		Spearman (rho=0,171)			0,313

¹ Οι απαντήσεις «Δε γνωρίζω/Δε θυμάμαι» εντάχθηκαν στις ελλείπουσες τιμές.

Σε επίπεδο σημαντικότητας 20%, αναδεικνύεται η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της βαθμολογίας προσβασιμότητας και πέντε μεταβλητών. Για αυτές τις ανεξάρτητες μεταβλητές εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση και η μέθοδος της προς τα πίσω απαλοιφής μεταβλητών, ώστε να βρεθεί το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης με τους στατιστικά σημαντικούς συντελεστές b. Σύμφωνα με το μοντέλο (πίνακας 25), η βαθμολογία προσβασιμότητας σχετίζεται γραμμικά με το χρόνο αναμονής από τη στιγμή που κάποιος ολοκλήρωσε τις διοικητικές διαδικασίες μέχρι τη συνάντηση με το γιατρό. Επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη διμεταβλητή ανάλυση, τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης υποδεικνύουν ότι τα άτομα τα οποία περίμεναν μικρότερο χρονικό διάστημα για να τους δει ο γιατρός εμφάνιζαν μεγαλύτερη βαθμολογία προσβασιμότητας. Το ποσοστό της μεταβλητότητας της βαθμολογίας

προσβασιμότητας που εξηγείται από το συγκεκριμένο γραμμικό μοντέλο, όπως προκύπτει από το συντελεστή πολλαπλής συσχέτισης R^2 , είναι 3,3%.

Πίνακας 25. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία προσβασιμότητας.

Μοντέλο	Συντελεστής συσχέτισης b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για το b		p-value
		Κάτω όριο	Άνω όριο	
Σταθερός όρος	3,411	2,985	3,838	<0,001
Χρόνος αναμονής έως τη συνάντηση με το γιατρό	-0,151	-0,293	-0,010	0,036

$R^2=0,033$

5.2.3. Βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας

Οι έλεγχοι της συσχέτισης της βαθμολογίας συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας που παρέχεται από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία με τις ανεξάρτητες μεταβλητές παρουσιάζονται στον πίνακα 26. Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% προκύπτει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της βαθμολογίας συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας με την ηλικία, τον αριθμό των χρόνιων ασθενειών, τη συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο, το προγραμματισμό ή όχι ραντεβού για την επίσκεψη και το χρόνο αναμονής από τη στιγμή που κάποιος ολοκλήρωσε τις διοικητικές διαδικασίες μέχρι τη συνάντηση με το γιατρό. Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% προκύπτει, πρόσθετα, στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της βαθμολογίας της συνέχειας και του συντονισμού της φροντίδας με το επίπεδο εκπαίδευσης και το χρόνο αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών.

Πίνακας 26. Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της βαθμολογίας της συνέχειας και του συντονισμού της φροντίδας και ανεξάρτητων μεταβλητών.

Χαρακτηριστικό		Τύπος ελέγχου	Mean Rank	Sum of ranks	p-value
Φύλο	Γυναίκα	Mann-Whitney	68,67	6523,50	0,117
	Άνδρας		79,93	3916,50	
Ηλικία		Spearman (rho=0,342)			<0,001
Εκπαίδευση		Spearman (rho=-0,361)			<0,001

Χαρακτηριστικό		Τύπος ελέγχου	Mean Rank	Sum of ranks	p-value
Ασφάλεια στον ΕΟΠΥΥ	Όχι	Mann-Whitney	64,50	258,00	0,691
	Ναι		72,73	10182,00	
Ανασφάλιστος/-η	Όχι	Mann-Whitney	72,73	10182,00	0,691
	Ναι		64,50	258,00	
Αναπηρία		Mann-Whitney	71,84	9698,00	0,843
			74,75	598,00	
Αντίληψη χρηστών για την κατάσταση της υγείας τους		Spearman (rho=0,084)			0,316
Χρόνια ασθένεια		Spearman ¹ (rho=0,218)			0,010
Συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο		Spearman ¹ (rho=0,211)			0,012
Τρόπος επίσκεψης	Χωρίς παραπομπή	Mann-Whitney	71,54	6367,50	0,721
	Με παραπομπή		74,05	4072,50	
Προγραμματισμός ραντεβού	Όχι	Mann-Whitney	63,97	3774,00	0,037
	Ναι		78,42	6666,00	
Τρόπος προγραμματισμού ραντεβού		Kruskal-Wallis			0,207
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό του ραντεβού έως την επίσκεψη		Spearman ¹ (rho=0,034)			0,763
Χρόνος αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών		Spearman ¹ (rho=-0,175)			0,037
Χρόνος αναμονής έως τη συνάντηση με το γιατρό		Spearman ¹ (rho=0,239)			0,005
Παραπομπή γιατρού μετά την επίσκεψη		Kruskal-Wallis			0,991
Επάρκεια πληροφόρησης/ καθοδήγησης γιατρού για την παραπομπή		Spearman (rho=-0,160)			0,337

¹ Οι απαντήσεις «Δε γνωρίζω/Δε θυμάμαι» εντάχθηκαν στις ελλείπουσες τιμές.

Σε επίπεδο σημαντικότητας 20%, αναδεικνύεται η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της βαθμολογίας συνέχεια και συντονισμού της φροντίδας και οχτώ μεταβλητών. Για αυτές τις ανεξάρτητες μεταβλητές εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση και η μέθοδος της προς τα

πίσω απαλοιφής μεταβλητών, ώστε να βρεθεί το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης με τους στατιστικά σημαντικούς συντελεστές b . Σύμφωνα με το μοντέλο (πίνακας 27), η βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας σχετίζεται γραμμικά με το επίπεδο εκπαίδευσης. Όσο μικρότερο ήταν το εκπαιδευτικό επίπεδο των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων τόσο μεγαλύτερη ήταν η βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας. Το ποσοστό της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας που εξηγείται από το συγκεκριμένο γραμμικό μοντέλο, όπως προκύπτει από το συντελεστή πολλαπλής συσχέτισης R^2 , είναι 13,8%.

Πίνακας 27. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της συνέχειας και του συντονισμού της φροντίδας.

Μοντέλο	Συντελεστής συσχέτισης b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για το b		p-value
		Κάτω όριο	Άνω όριο	
Σταθερός όρος	4,813	4,520	5,105	<0,001
Εκπαίδευση	-0,174	-0,246	-0,102	<0,001

$R^2=0,1382$

5.2.4. Βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις της βαθμολογίας των χρηστών για την περιεκτικότητα της φροντίδας με τις ανεξάρτητες μεταβλητές δίνονται στον πίνακα 28. Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% προκύπτει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της βαθμολογίας περιεκτικότητας της φροντίδας με την ηλικία και τον αριθμό των χρόνιων ασθενειών. Αρνητική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 5% προκύπτει μεταξύ της βαθμολογίας της περιεκτικότητας της φροντίδας και του επιπέδου εκπαίδευσης των χρηστών. Επιπλέον, οι γυναίκες ασθενείς εμφάνισαν μικρότερη βαθμολογία περιεκτικότητας σε σχέση με τους άνδρες.

Πίνακας 28. Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της βαθμολογίας περιεκτικότητας της φροντίδας και ανεξάρτητων μεταβλητών.

Χαρακτηριστικό		Τύπος ελέγχου	Μέση βαθμολογία συνολικής εμπειρίας	Τυπική απόκλιση	p-value
Φύλο	Γυναίκα	Mann-Whitney	67,20	6384,00	0,030
	Άνδρας		82,78	4056,00	
Ηλικία		Spearman (rho=0,291)			<0,001
Εκπαίδευση		Spearman (rho=-0,306)			<0,001
Ασφάλεια στον ΕΟΠΥΥ	Όχι	Mann-Whitney	82,00	328,00	0,637
	Ναι		72,23	10112,00	
Ανασφάλιστος/-η	Όχι	Mann-Whitney	72,23	10112,00	0,637
	Ναι		82,00	328,00	
Αναπηρία	Όχι	Mann-Whitney	71,81	9694,50	0,819
	Ναι		75,19	601,50	
Αντίληψη χρηστών για την κατάσταση της υγείας τους		Spearman (rho=0,043)			0,611
Χρόνια ασθένεια		Spearman ¹ (rho=0,183)			0,030
Συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο		Spearman ¹ (rho=0,085)			0,319
Τρόπος επίσκεψης	Χωρίς παραπομπή	Mann-Whitney	70,15	6243,00	0,379
	Με παραπομπή		76,31	4197,00	
Προγραμματισμός ραντεβού	Όχι	Mann-Whitney	66,92	3948,00	0,172
	Ναι		76,38	6492,00	
Τρόπος προγραμματισμού ραντεβού		Spearman ¹ (rho=-0,047)			0,682
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό του ραντεβού έως την επίσκεψη		Kruskal-Wallis			0,391
Χρόνος αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών		Spearman ¹ (rho=-0,108)			0,200
Χρόνος αναμονής έως τη συνάντηση με το γιατρό		Spearman ¹ (rho=0,118)			0,170
Παραπομπή γιατρού μετά την επίσκεψη		Spearman ¹ (rho=0,015)			0,927

Χαρακτηριστικό	Τύπος ελέγχου	Μέση βαθμολογία συνολικής εμπειρίας	Τυπική απόκλιση	p-value
Επάρκεια πληροφόρησης/ καθοδήγησης γιατρού για την παραπομπή	Kruskal-Wallis			0,251

¹ Οι απαντήσεις «Δε γνωρίζω/Δε θυμάμαι» εντάχθηκαν στις ελλείπουσες τιμές.

Σε επίπεδο σημαντικότητας 20%, αναδεικνύεται η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της βαθμολογίας περιεκτικότητας και επτά μεταβλητών. Για αυτές τις ανεξάρτητες μεταβλητές εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση και η μέθοδος της προς τα πίσω απαλοιφής μεταβλητών, ώστε να βρεθεί το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης με τους στατιστικά σημαντικούς συντελεστές b. Σύμφωνα με το μοντέλο (πίνακας 29), η βαθμολογία περιεκτικότητας, όμοια με τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας σχετίζεται γραμμικά με το επίπεδο εκπαίδευσης. Το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο των χρηστών οδήγησε σε μικρότερη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας. Το ποσοστό της μεταβλητότητας της βαθμολογίας περιεκτικότητας της φροντίδας που εξηγείται από το συγκεκριμένο γραμμικό μοντέλο, όπως προκύπτει από το συντελεστή πολλαπλής συσχέτισης R^2 , είναι 8,7%.

Πίνακας 29. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.

Μοντέλο	Συντελεστής συσχέτισης b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για το b		p-value
		Κάτω όριο	Άνω όριο	
Σταθερός όρος	4,704	4,340	5,067	<0,001
Εκπαίδευση	-0,167	-0,257	-0,078	<0,001

$R^2=0,087$

5.2.5. Βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας

Οι έλεγχοι συσχέτισεων της βαθμολογίας της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας που έλαβαν οι χρήστες με τις ανεξάρτητες μεταβλητές παρουσιάζονται στον πίνακα 30. Σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, η βαθμολογία της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας σχετίζεται με την ηλικία, τη συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο, τον τρόπο προγραμματισμού του ραντεβού και το χρόνο αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών

διαδικασιών. Ειδικότερα, όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων αυξάνονταν και η βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας. Θετική συσχέτιση υπήρξε μεταξύ της συγκεκριμένης βαθμολογίας και της συχνότητας επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο. Αρνητική επίδραση στη βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας είχε η αύξηση του χρόνου αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών.

Πίνακας 30. Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της βαθμολογίας αποτύπωσης ποιότητας της ιατρικής φροντίδας και ανεξάρτητων μεταβλητών.

Χαρακτηριστικό		Τύπος ελέγχου	Μέση βαθμολογία συνολικής εμπειρίας	Τυπική απόκλιση	p-value
Φύλο	Γυναίκα	t-test	3,8421	0,86598	0,117
	Άνδρας		4,0765	0,80397	
Ηλικία		Pearson (r=0,228)			0,006
Εκπαίδευση		Spearman (rho=-0,104)			0,215
Ασφάλεια στον ΕΟΠΥΥ	Όχι	t-test	3,8750	0,85391	0,911
	Ναι		3,9232	0,85283	
Ανασφάλιστος/-η	Όχι	t-test	3,9232	0,85283	0,911
	Ναι		3,8750	0,85391	
Αναπηρία	Όχι	ANOVA	3,9185	0,84681	0,969
	Ναι		3,9063	0,99047	
Αντίληψη χρηστών για την κατάσταση της υγείας τους		Spearman (rho=0,026)			0,759
Χρόνια ασθένεια		Spearman ¹ (rho=0,164)			0,051
Συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο		Spearman ¹ (rho=0,228)			0,007
Τρόπος επίσκεψης	Χωρίς παραπομπή	t-test	3,9232	0,82975	0,981
	Με παραπομπή		3,9197	0,88932	
Προγραμματισμός ραντεβού	Όχι	t-test)	3,9859	0,75781	0,453
	Ναι		3,8775	0,91011	
Τρόπος προγραμματισμού ραντεβού		ANOVA			0,021

Χαρακτηριστικό	Τύπος ελέγχου	Μέση βαθμολογία συνολικής εμπειρίας	Τυπική απόκλιση	p-value
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό του ραντεβού έως την επίσκεψη	Spearman ¹ (rho=-0,035)			0,761
Χρόνος αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών	Spearman ¹ (rho=-0,179)			0,033
Χρόνος αναμονής έως τη συνάντηση με το γιατρό	Spearman ¹ (rho=0,073)			0,398
Παραπομπή γιατρού μετά την επίσκεψη	ANOVA			0,684
Επάρκεια πληροφόρησης/ καθοδήγησης γιατρού για την παραπομπή	Spearman (rho=0,047)			0,781

¹ Οι απαντήσεις «Δε γνωρίζω/Δε θυμάμαι» εντάχθηκαν στις ελλείπουσες τιμές.

Πίνακας 31. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.

Μοντέλο	Συντελεστής συσχέτισης b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για το b		p-value
		Κάτω όριο	Άνω όριο	
Σταθερός όρος	3,271	2,831	3,712	<0,001
Συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο	0,321	0,110	0,532	0,003

$R^2=0,061$

Σε επίπεδο σημαντικότητας 20%, αναδεικνύεται η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της βαθμολογίας της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας και έξι μεταβλητών. Για αυτές τις ανεξάρτητες μεταβλητές εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση και η μέθοδος της προς τα πίσω απαλοιφής μεταβλητών, ώστε να βρεθεί το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης με τους στατιστικά σημαντικούς συντελεστές b. Σύμφωνα με το μοντέλο (πίνακας 31), η βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας σχετίζεται γραμμικά με τη συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο. Όσες περισσότερες φορές επισκέφθηκαν οι χρήστες τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου τόσο μεγαλύτερη ήταν η βαθμολογία

της ποιότητας της ιατρικής. Το ποσοστό της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ποιότητας της ιατρικής φροντίδας που εξηγείται από το συγκεκριμένο γραμμικό μοντέλο, όπως προκύπτει από το συντελεστή πολλαπλής συσχέτισης R^2 , είναι 6,1%.

5.2.6. Βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης των Τ.Ε.Ι.

Ως προς τη συνολική βαθμολογία των χρηστών για τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης των τακτικών εξωτερικών ιατρείων στον πίνακα 32 δίνονται οι τιμές σημαντικότητας p-value για τον κάθε έλεγχο με την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή. Ελέγχοντας την τιμή p-value σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, η βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης σχετίζεται θετικά με την ηλικία και αρνητικά με το χρόνο αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών και το χρόνο αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών έως τη συνάντηση με το γιατρό.

Πίνακας 32. Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και ανεξάρτητων μεταβλητών.

Χαρακτηριστικό		Τύπος ελέγχου	Μέση βαθμολογία συνολικής εμπειρίας	Τυπική απόκλιση	p-value
Φύλο	Γυναίκα	t-test	3,4632	0,69570	0,489
	Άνδρας		3,5510	0,76543	
Ηλικία		Pearson (r=0,026)			0,006
Εκπαίδευση		Spearman (rho=-0,096)			0,251
Ασφάλεια στον ΕΟΠΥΥ	Όχι	t-test	4,1250	0,32275	0,074
	Ναι		3,4750	0,71927	
Ανασφάλιστος/-η	Όχι	t-test	3,4750	0,71927	0,074
	Ναι		4,1250	0,32275	
Αναπηρία	Όχι	t-test	3,5111	0,73484	0,321
	Ναι		3,2500	0,32733	
Αντίληψη χρηστών για την κατάσταση της υγείας τους		Spearman (rho=0,109)			0,195
Χρόνια ασθένεια		Spearman ¹ (rho=-0,035)			0,678
Συχνότητα επίσκεψης στα		Spearman ¹			0,519

Χαρακτηριστικό		Τύπος ελέγχου	Μέση βαθμολογία συνολικής εμπειρίας	Τυπική απόκλιση	p-value
εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο		(rho=0,055)			
Τρόπος επίσκεψης	Χωρίς παραπομπή	t-test	3,4888	0,73942	0,928
	Με παραπομπή		3,5000	0,69054	
Προγραμματισμός ραντεβού	Όχι	t-test)	3,5508	0,75684	0,423
	Ναι		3,4529	0,69275	
Τρόπος προγραμματισμού ραντεβού		ANOVA			0,178
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό του ραντεβού έως την επίσκεψη		Spearman ¹ (rho=-0,002)			0,988
Χρόνος αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών		Spearman ¹ (rho=-0,220)			0,009
Χρόνος αναμονής έως τη συνάντηση με το γιατρό		Spearman ¹ (rho=-0,274)			0,001
Παραπομπή γιατρού μετά την επίσκεψη		ANOVA			0,896
Επάρκεια πληροφόρησης/ καθοδήγησης γιατρού για την παραπομπή		Spearman (rho=-0,030)			0,859

¹ Οι απαντήσεις «Δε γνωρίζω/Δε θυμάμαι» εντάχθηκαν στις ελλείπουσες τιμές.

Πίνακας 33. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης των τακτικών εξωτερικών ιατρείων

Μοντέλο	Συντελεστής συσχέτισης b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για το b		p-value
		Κάτω όριο	Άνω όριο	
Σταθερός όρος	4,237	3,863	4,611	<0,001
Ανασφάλιστος/-η	0,917	0,132	1,702	0,022
Χρόνος αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών	-0,113	-0,216	-0,009	0,033
Χρόνος αναμονής έως τη συνάντηση με το γιατρό	-0,189	-0,301	-0,077	0,001

R²=0,140 Adjusted R²=0,121

Σε επίπεδο σημαντικότητας 20%, αναδεικνύεται η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της βαθμολογίας για τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και επτά μεταβλητών. Για αυτές τις ανεξάρτητες μεταβλητές εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση και η μέθοδος της προς τα πίσω απαλοιφής μεταβλητών, ώστε να βρεθεί το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης με τους στατιστικά σημαντικούς συντελεστές b . Σύμφωνα με το μοντέλο (πίνακας 33), η βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης σχετίζεται γραμμικά με το αν κάποιος είναι ανασφάλιστος ή όχι, το χρόνο αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών και το χρόνο αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών έως τη συνάντηση με το γιατρό.

Οι χρήστες που ήταν ανασφάλιστοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία για τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης των τακτικών εξωτερικών ιατρείων. Παράλληλα, η βαθμολογία ήταν μεγαλύτερη όταν οι χρήστες είχαν μικρότερο χρόνο αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών. Επιπρόσθετα, αυξημένη βαθμολογία για τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης είχαν οι χρήστες των τακτικών εξωτερικών ιατρείων που περίμεναν για μικρότερο χρονικό διάστημα από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών έως τη συνάντηση με το γιατρό. Μεταξύ των δύο τελευταίων μεταβλητών, μεγαλύτερη αρνητική επίδραση στη βαθμολογία χαρακτηριστικών έχει ο χρόνος αναμονής για τη συνάντηση με το γιατρό καθώς ο συντελεστής συσχέτισης b σε απόλυτη τιμή είναι μεγαλύτερος συγκριτικά με το συντελεστή συσχέτισης b του χρόνου αναμονής για τις διοικητικές διαδικασίες. Το ποσοστό της μεταβλητότητας της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης των τακτικών εξωτερικών ιατρείων που εξηγείται από το συγκεκριμένο γραμμικό μοντέλο, όπως προκύπτει από το συντελεστή πολλαπλής συσχέτισης R^2 , είναι 14%.

5.2.7. Βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας

Οι έλεγχοι συσχέτισεων της βαθμολογίας της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας που έλαβαν οι χρήστες και της ποιότητας που έλαβαν από άλλους επαγγελματίες υγείας με τις ανεξάρτητες μεταβλητές παρουσιάζονται στον πίνακα 34. Σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, η βαθμολογία της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της ποιότητας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας σχετίζεται με την ηλικία. Ειδικότερα, όπως προκύπτει από το συντελεστή συσχέτισης Spearman ρ_{ho} , η αύξηση της ηλικίας οδηγεί στη μείωση της συγκεκριμένης βαθμολογίας.

Πίνακας 34. Αποτελέσματα ελέγχων διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της βαθμολογίας της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας και ανεξάρτητων μεταβλητών.

Χαρακτηριστικό		Τύπος ελέγχου	Μέση βαθμολογία συνολικής εμπειρίας	Τυπική απόκλιση	p-value
Φύλο	Γυναίκα	t-test	3,5121	0,94932	0,433
	Άνδρας		3,3595	0,90383	
Ηλικία		Pearson (r=0,248)			0,011
Εκπαίδευση		Spearman (rho=-0,128)			0,197
Ασφάλεια στον ΕΟΠΥΥ	Όχι	t-test	3,0000	0	0,622
	Ναι		3,4652	0,93611	
Ανασφάλιστος/-η	Όχι	t-test	3,4652	0,93611	0,622
	Ναι		3,0000	0	
Αναπηρία	Όχι	t-test	3,4411	0,93187	0,341
	Ναι		3,8500	0,96177	
Αντίληψη χρηστών για την κατάσταση της υγείας τους		Spearman (rho=0,043)			0,663
Χρόνια ασθένεια		Spearman ¹ (rho=0,132)			0,186
Συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο		Spearman ¹ (rho=0,092)			0,361
Τρόπος επίσκεψης	Χωρίς παραπομπή	t-test	3,5101	0,95279	0,480
	Με παραπομπή		3,3750	0,90269	
Προγραμματισμός ραντεβού	Όχι	t-test)	3,6606	0,93307	0,078
	Ναι		3,3307	0,91642	
Τρόπος προγραμματισμού ραντεβού		ANOVA			0,336
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό του ραντεβού έως την επίσκεψη		Spearman ¹ (rho=-0,228)			0,080
Χρόνος αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών		Spearman ¹ (rho=-0,132)			0,182
Χρόνος αναμονής έως τη συνάντηση με το γιατρό		Spearman ¹ (rho=0,007)			0,943

Χαρακτηριστικό		Τύπος ελέγχου	Μέση βαθμολογία συνολικής εμπειρίας	Τυπική απόκλιση	p-value
Παραπομπή γιατρού μετά την επίσκεψη		ANOVA			0,650
Επάρκεια πληροφόρησης/ καθοδήγησης γιατρού για την παραπομπή		Spearman (rho=-0,064)			0,763

¹ Οι απαντήσεις «Δε γνωρίζω/Δε θυμάμαι» εντάχθηκαν στις ελλείπουσες τιμές.

Πίνακας 35. Το μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας

Μοντέλο	Συντελεστής συσχέτισης b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για το b		p-value
		Κάτω όριο	Άνω όριο	
Σταθερός όρος	4,323	3,406	5,240	<0,001
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό του ραντεβού έως την επίσκεψη	-0,253	-0,484	-0,023	0,032

$R^2=0,077$

Σε επίπεδο σημαντικότητας 20%, αναδεικνύεται η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της βαθμολογίας της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της ποιότητας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας και έξι μεταβλητών. Για αυτές τις ανεξάρτητες μεταβλητές εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση και η μέθοδος της προς τα πίσω απαλοιφής μεταβλητών, ώστε να βρεθεί το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης με τους στατιστικά σημαντικούς συντελεστές b. Σύμφωνα με το μοντέλο (πίνακας 35), η βαθμολογία ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας σχετίζεται γραμμικά με το χρόνο αναμονής από τον προγραμματισμό του ραντεβού έως την επίσκεψη. Ειδικότερα, οι χρήστες των τακτικών εξωτερικών ιατρείων που είχαν μεγαλύτερο χρόνο αναμονής από την ημέρα που προγραμματίσαν το ραντεβού έως την ημέρα της επίσκεψης είχαν μικρότερη βαθμολογία για αυτή τη διάσταση σε σχέση με τους χρήστες που είχαν μικρότερο χρόνο αναμονής. Το ποσοστό της μεταβλητότητας της βαθμολογίας της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της ποιότητας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας που εξηγείται από το συγκεκριμένο γραμμικό μοντέλο, όπως προκύπτει από το συντελεστή πολλαπλής συσχέτισης R^2 , είναι 7,7%.

6. Συμπεράσματα - Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας των παρεχόμενων των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην 3η Υγειονομική Περιφέρεια μέσω της καταγραφής των εμπειριών των χρηστών. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 144 χρήστες των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, από τους οποίους οι 49 ήταν άνδρες και οι 95 γυναίκες, όλοι ελληνικής υπηκοότητας εκτός ενός συμμετέχοντα. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 52,67 έτη με ένα εύρος συμμετεχόντων από 20 έως 94 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι του Δημοτικού, ποσοστό 27,1%, 7,6% ήταν απόφοιτοι μερικών τάξεων του Δημοτικού, 10,1% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, 21,5% απόφοιτοι Λυκείου, 8,3% απόφοιτοι Μεταλυκειακής εκπαίδευσης και 24,3% απόφοιτοι της Ανώτατης εκπαίδευσης.

Ως προς τα στοιχεία που αφορούν την υγεία τους, οι 140 ασθενείς είχαν ασφάλιση στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης και 4 ήταν ανασφάλιστοι. Επιπλέον, 8 από τους συμμετέχοντες είχαν κάποια αναπηρία άνω των 67% ενώ το 41,7% δεν έπασχε από καμία χρόνια ασθένεια. Οι χρόνιες ασθένειες που εμφάνισαν τα μεγαλύτερα ποσοστά ήταν οι καρδιαγγειακές ασθένειες, οι ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος, οι αυτοάνοσες ασθένειες και οι ασθένειες του θυρεοειδούς αδένος. Ως προς την αντίληψη για την κατάσταση της υγείας τους 14 έκριναν πως η κατάσταση της υγείας τους ήταν «εξαιρετική», 41 ότι ήταν «πολύ καλή», 31 ότι ήταν «καλή», 49 ότι ήταν «μέτρια» και 9 χρήστες είπαν ότι η υγεία τους ήταν «κακή». Επιπλέον, 77,1% των ασθενών επισκέφθηκε τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο μια ή καμία φορά.

Αναφορικά με τη συγκεκριμένη επίσκεψη για την οποία ρωτήθηκαν, τις μεγαλύτερες επισκέψεις είχαν οι παθολόγοι, οι γενικοί ιατροί και οι καρδιολόγοι. Πρόσθετα, 97 από τους 144 ασθενείς ήρθαν σε επαφή με κάποιο νοσηλευτή. Οι πιο συχνόι λόγοι επίσκεψης ήταν κάποια ασθένεια ή αδιαθεσία και η προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή ιατρικό έλεγχο. Συνήθως τα ραντεβού κλείνονταν τηλεφωνικά στη γραμματεία (61,2%) ενώ το πιο συνηθισμένο διάστημα αναμονής από τον προγραμματισμό του ραντεβού έως την επίσκεψη ήταν πάνω από μια βδομάδα (67,1%). Ο χρόνος

αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών σχεδόν για τους μισούς ασθενείς (47,2%) ήταν έως 15 λεπτά ενώ ο χρόνος αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών έως τη συνάντηση με το γιατρό ήταν περισσότερο από μια ώρα για το 60,4% των ασθενών. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν παραπέμφθηκαν από το γιατρό (104) ασθενείς αλλά για όσους δόθηκε παραπομπή η επάρκεια της πληροφόρησης και της καθοδήγησης από το γιατρό βαθμολογήθηκε με 3,66 με τιμές απαντήσεων από 1 έως 5.

Για τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία η μέση βαθμολογία σύστασης ήταν 7,01 τιμή η οποία σύμφωνα με τη βιβλιογραφία θεωρείται ουδέτερη, παθητική ή αδιάφορη (Krol et al., 2015· Nandhini & Dinesh, 2018). Σύμφωνα με αυτό το εύρημα, αν και οι χρήστες εμφανίζονται γενικά ικανοποιημένοι ή ότι στη συγκεκριμένη τους εμπειρία έλαβαν ικανοποιητικές υπηρεσίες σε σχέση με αυτές που προσδοκούσαν αλλά είναι πολύ πιθανό να επιλέξουν κάποιο άλλο πάροχο (Krol et al., 2015· Nandhini & Dinesh, 2018). Ιδιαίτερα αρνητικό στοιχείο αποτελεί η αρνητική βαθμολογία των τακτικών εξωτερικών ιατρείων καθώς οι δυσαρεστημένοι ασθενείς ήταν περισσότεροι από τους αφοσιωμένους. Όντας μια περίληψη της κατάστασης και της ποιότητας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς, ο δείκτης καθαρών υποστηρικτών υποδεικνύει ότι η διοίκηση θα πρέπει να ανιχνεύσει το πρόβλημα και να καταρτίσει ένα σχέδιο δράσης το οποίο είτε θα αυξήσει τους αφοσιωμένους ασθενείς είτε θα μειώσει τον αριθμό των δυσαρεστημένων είτε και τα δύο ταυτόχρονα. Προκειμένου να εντοπισθούν τα προβλήματα και να αναδειχθούν ζητήματα τα οποία χρήζουν βελτίωσης παρακάτω αναλύονται όλες οι βαθμολογίες εμπειρίας, τόσο η συνολική όσο και ανά διάσταση που μπορεί να συνθέσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η μέση συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των συγκεκριμένων χρηστών ήταν 3,68 σε μία κλίμακα μέτρησης από 1 έως 5. Καθώς η συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών ακολουθεί την κανονική κατανομή προέκυψε ότι το 62,55% των ασθενών εμφανίζει συνολική βαθμολογία εμπειριών μεγαλύτερη του 3,5 ($P(Z>3,5)$), τιμή η οποία αναδεικνύει ότι το 62,55% των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων εξέφρασαν ότι, κατ' αντιστοιχία με την κλίμακα μέτρησης «συμφωνούν» (στρογγυλοποίηση στην τιμή 4) ή «συμφωνούν απόλυτα» (στρογγυλοποίηση στην τιμή 5) με το σύνολο των προτάσεων που περιγράφουν τη χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών ΠΦΥ. Το παραπάνω εύρημα έρχεται σε αντιστοιχία με την αντίστοιχη κλίμακα με το συνολικό βαθμό ικανοποίησης των χρηστών ΠΦΥ στην Κύπρο και το Ηνωμένο Βασίλειο (Γαβριήλ και συν., 2012· van Uden et al., 2005) ενώ εμφανίζεται μεγαλύτερο σε σχέση με τις χώρες της Ασίας και της Αφρικής (Alshammari, 2014· Amin & Kumar, 2018· Bamidele et al., 2011 Nabbuye-Sekandi et al., 2011). Τα

αντίστοιχα ποσοστά σε άλλες χώρες είναι ιδιαίτερα αυξημένα όπως στην Ολλανδία, την Ισπανία, την Ουγγαρία, την Ιταλία και την Αμερική αγγίζοντας έως και την τιμή 96% (Hojat et al., 2011· Sanchez-Piedra et al., 2014· Smits et al., 2012· Weisman et al., 2000). Στην Ελλάδα, η συνολική βαθμολογία εμπειριών των ασθενών είναι σε ίδια και μεγαλύτερα επίπεδα με όλες τις έρευνες (Aletas et al., 2006· Lionis et al., 2017· Papanikolaou & Zygiaris, 2014· Πιερράκος και συν., 2013· Pini et al., 2014· Raftopoulos, 2010· Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής και συν., 2017· Xesfingi et al., 2017). Ως προς την ικανοποίηση των Ελλήνων χρηστών από τις υπηρεσίες ΠΦΥ, όμοια με τη παγκόσμια βιβλιογραφία, κάποια ποσοστά εμφανίζονται εξίσου υψηλά. Τα συγκεκριμένα ποσοστά ωστόσο, μπορεί να υποδεικνύουν την αυξημένη υποκειμενικότητα του συγκεκριμένου εργαλείου μέτρησης συγκριτικά με την αποτύπωση των εμπειριών των χρηστών ΠΦΥ (Kumah et al., 2017).

Οι παράγοντες που βρέθηκαν ότι επηρεάζουν τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών ήταν η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευση, ο τρόπος προγραμματισμού ραντεβού και ο χρόνος αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών. Η αύξηση της ηλικίας οδηγεί σε αύξηση της συνολικής βαθμολογίας εμπειριών όπως συμβαίνει και στις έρευνες ικανοποίησης (Al-Windi, 2005· Γαβριήλ και συν., 2012· Kinnersley et al., 1996· Milasauskiene et al., 2006· Sanchez-Piedra et al., 2014· Papanikolaou & Zygiaris, 2014· Xesfingi et al., 2017). Επιπλέον, οι πιο μορφωμένοι ασθενείς εμφανίζουν χαμηλότερη συνολική βαθμολογία εμπειριών όμοια με τη συσχέτιση που εμφανίζει το μορφωτικό επίπεδο με την ικανοποίηση (Margolis et al., 2003· Milasauskiene et al., 2006· Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής & συν., 2017). Αντίστοιχα, όσο αυξάνεται ο χρόνος αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών τόσο μειώνεται η συνολική βαθμολογία εμπειριών. Επιπλέον, σύμφωνα με το γραμμικό μοντέλο που προέκυψε η βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων σχετίζεται γραμμικά με τον αριθμό των χρόνιων νοσημάτων από τα οποία πάσχουν οι χρήστες και το χρόνο αναμονής των χρηστών για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες. Όσον αφορά το συγκεκριμένο χρόνο αναμονής δεν αναδείχθηκαν όμοια ευρήματα στη παγκόσμια βιβλιογραφία αναδεικνύοντας την ανάγκη παρέμβασης στη συγκεκριμένη μονάδα. Η ύπαρξη χρόνιων ασθενειών αυξάνει τη συνολική βαθμολογία εμπειρίας. Όπως ανέφερε ο Schembri (2016), οι χρόνιες παθήσεις είναι ένας καθοριστικός παράγοντας για την ικανοποίηση των ασθενών από την ΠΦΥ. Ωστόσο, μιας και κάθε διάσταση συμβάλει στο συνολικό βαθμό εμπειρίας είναι ιδιαίτερα σημαντικό να εξετασθούν όλες οι διαστάσεις μεμονωμένα ώστε γίνουν οι καλύτερες ενέργειες βελτίωσης της ποιότητας σε κάθε μια από αυτές.

Το μεγαλύτερο ενδιαφέρον της διοίκησης πρέπει να προσελκύσει η βελτίωση της προσβασιμότητας καθώς συγκέντρωσε τη χαμηλότερη μέση βαθμολογία εμπειριών, η τιμή της οποίας ήταν 2,9613. Η βαθμολογία προσβασιμότητας βρέθηκε να σχετίζεται γραμμικά με το χρόνο αναμονής από τη στιγμή που κάποιος ολοκλήρωσε τις διοικητικές διαδικασίες μέχρι τη συνάντηση με το γιατρό. Ο συγκεκριμένος παράγοντας προκαλεί την έντονη δυσαρέσκεια των ασθενών (Anderson et al., 2007· Bamidele et al., 2011· Γαβριήλ και συν., 2012· Schembri, 2016· Singh et al., 1999). Τα ευρήματα για τη διάσταση της προσβασιμότητας είναι ότι όσο αυξάνεται ο χρόνος αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών έως τη συνάντηση με το γιατρό τόσο μειώνεται η βαθμολογία προσβασιμότητας. Στη διεθνή βιβλιογραφία, η ευκολία πρόσβασης στους παρόχους ΠΦΥ εμφανίστηκε ως ιδιαίτερα σημαντική για τους χρήστες της υγειονομικής περίθαλψης, με τις ευάλωτες ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι και οι χρόνια πάσχοντες να εμφανίζονται περισσότερο δυσαρεστημένοι από τη προσβασιμότητα στις μονάδες ΠΦΥ (Kroneman et al., 2006· Pullicino et al., 2015). Στη παρούσα εργασία οι συγκεκριμένοι παράγοντες δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί ενώ τόσο η βολικότητα του ωραρίου λειτουργίας όσο και η πρόταση «τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου» χαρακτηρίστηκαν λιγότερο σημαντικά σε σχέση με άλλα χαρακτηριστικά της ποιοτικής λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων. Η μείωση του χρόνου αποτελεί την καλύτερη παρέμβαση για τη βελτίωση της βαθμολογίας για την προσβασιμότητα και, κατ' επέκταση, της συνολικής βαθμολογίας εμπειρίας, ενέργεια η οποία αναδείχθηκε δυνατή να προωθήσει πρόσθετα το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών της ΠΦΥ και την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών (Bamidele et al., 2011).

Κάτω από τη μέση συνολική βαθμολογία των εμπειριών ήταν η μέση βαθμολογία για τα χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων με τιμή 3,4931. Όμοια στις έρευνες των Πιερράκος και συν. (2015) και Raftopoulos (2010), η δομή και το γενικότερο φυσικό περιβάλλον των χώρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης ικανοποίησε τους ασθενείς σε μέτριο έως πολύ υψηλό βαθμό. Στο συγκεκριμένο δείγμα, οι νεότεροι ασθενείς εμφανίστηκαν περισσότερο δυσαρεστημένοι από τη διάσταση των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης των Τ.Ε.Ι.. Η βαθμολογία χαρακτηριστικών της εγκατάστασης βρέθηκε ότι σχετίζεται γραμμικά με το αν κάποιος είναι ανασφάλιστος ή όχι, με το χρόνο αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών και το χρόνο αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών έως τη συνάντηση με το γιατρό. Η αύξηση του χρόνου αναμονής οδηγεί σε μείωση της βαθμολογίας εμπειρίας για την εγκατάσταση γεγονός που συνδέεται με το γεγονός ότι οι χρήστες εμφάνισαν αυξημένες αρνητικές εντυπώσεις από την άνεση στο χώρο

αναμονής και τη συνολική οργάνωση των χρόνων των ραντεβού επιζητώντας τήρηση της ώρας του ραντεβού ώστε να μη χρειάζεται να περιμένουν στο χώρο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ανάλογη ερμηνεία μπορεί να δοθεί και στη γραμμική συσχέτιση της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης των τακτικών εξωτερικών ιατρείων τόσο με το χρόνο αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών όσο και με το χρόνο αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών έως τη συνάντηση με το γιατρό. Ωστόσο, οι δύο αυτές μεταβλητές ήταν χαμηλότερης σημαντικότητας για τους χρήστες συγκριτικά με άλλα χαρακτηριστικά αναδεικνύοντας τη μικρότερη σημασία που έχει η αναμονή σε σύγκριση με άλλα περισσότερο λειτουργικά για την υγεία του ασθενή χαρακτηριστικά.

Όμοια βαθμολογία εμφάνισε η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματιών υγείας, η οποία ήταν 3,4607. Στις έρευνες ικανοποίησης η αντίστοιχη διάσταση εμφάνισε ιδιαίτερα υψηλές βαθμολογίες τόσο παγκοσμίως (Giovanis et al., 2014) όσο και στην Ελλάδα (Aletras et al., 2006· Πιερράκος και συν., 2015· Raftopoulos, 2010). Ως προς τη σημασία των χαρακτηριστικών της διάστασης, όπως αναφέρουν και οι Giovanis et al. (2014), η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και οι διοικητικές υπηρεσίες ταξινομούνται ως χαρακτηριστικά υπηρεσιών χαμηλής προτεραιότητας. Η παροχή συμβουλών από τους νοσηλευτές αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα για τη βελτίωση της ικανοποίησης ασθενών σύμφωνα με τους Moll van Charante et al. (2006), αλλά στη παρούσα εργασία αναδείχθηκε ως το λιγότερο σημαντικό χαρακτηριστικό. Πρόσθετα, η ευγένεια των νοσηλευτών ήταν το χαρακτηριστικό που εμφάνισε το μεγαλύτερο βαθμό σημαντικότητας, γεγονός που ταυτίζεται με τη σημασία που αποδίδεται στην έρευνα του Raftopoulos (2010) σε διάφορες ανθρώπινες πτυχές του προσωπικού, όπως είναι η ευγένεια και η φιλικότητα. Η χαμηλή ανταπόκριση της συγκεκριμένης διάστασης στις εμπειρίες των χρηστών και η χαμηλή προτεραιότητα που αποδίδουν οι χρήστες στα χαρακτηριστικά τους αντικατοπτρίζουν τα ευρήματα των Giovanis et al. (2014) ότι η νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί ένα παράγοντα διέγερσης, ο οποίος επιδρά θετικά στους ασθενείς μόνο σε περίπτωση που ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους. Η βαθμολογία της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της ποιότητας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας συσχετίστηκε με την ηλικία και με το χρόνο αναμονής από την ημέρα που προγραμματίσαν το ραντεβού η ασθενείς μέχρι την πραγματοποίησή του. Η αύξηση της ηλικίας οδηγεί στη αύξηση της συγκεκριμένης βαθμολογίας, εύρημα το οποίο ενισχύει την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Al-Windi, 2005· Γαβριήλ και συν., 2012· Kinnersley et al., 1996· Milasauskiene et al., 2006· Sanchez-Piedra et al., 2014). Επιπροσθέτως, οι χρήστες των τακτικών εξωτερικών ιατρείων που

είχαν μεγαλύτερο χρόνο αναμονής από την ημέρα που προγραμματίσαν το ραντεβού έως την ημέρα της επίσκεψης είχαν μικρότερη βαθμολογία για τη συγκεκριμένη διάσταση.

Ιδιαίτερα θετικές εντυπώσεις μέσω της εμπειρίας των χρηστών δημιουργήθηκαν πρόσθετα από τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, που εμφάνισαν τη μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ίση με 4,1713. Η βαθμολογία σχετικά με το αν οι γιατροί ρωτούν για το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς είχε τιμή 4,28 πολύ υψηλότερη σε σχέση με το εύρημα των Lionis et al. (2017) όπου μόνο το ήμισυ των ερωτηθέντων όλων των Υγειονομικών Περιφερειών της Ελλάδας ανέφεραν ότι ο ιατρός είχε το ιατρικό τους ιστορικό διαθέσιμο. Πρόσθετα, όπως επεσήμαναν οι Saultz & Albedaiwi (2004), οι ασθενείς εξέφρασαν σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση όταν υπήρχε συνέχεια στη σχέση ιατρού-ασθενούς γεγονός που εντοπίζεται στην παρούσα εργασία, καθώς η υψηλή βαθμολογία της συνέχειας και του συντονισμού επηρέασε θετικά τη συνολική βαθμολογία εμπειριών των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων. Η σημαντικότητα της συγκεκριμένης διάστασης αναδεικνύεται πρόσθετα από τη μέση βαθμολογία των τριών χαρακτηριστικών της που κυμαίνονται μεταξύ 3,69 έως και 3,76 σε μια κλίμακα βαθμολογίας από 1 έως 4. συγκριτικά με το διάστημα 3,27 και 3,8 που ήταν η μικρότερη και η μεγαλύτερη βαθμολογία σημαντικότητας για όλα τα χαρακτηριστικά αντίστοιχα. Η βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας εμφάνισε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την ηλικία, τον αριθμό των χρόνιων ασθενειών, τη συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου το τελευταίο εξάμηνο, το προγραμματισμό ή όχι ραντεβού για την επίσκεψη και το χρόνο αναμονής από τη στιγμή που κάποιος ολοκλήρωσε τις διοικητικές διαδικασίες μέχρι τη συνάντηση με το γιατρό. Το συγκεκριμένο εύρημα θεωρείται αναμενόμενο μιας και οι συγκεκριμένες μεταβλητές αφορούν καταστάσεις και δράσεις που σχετίζονται σημαντικά με τη συνέχεια. Ειδικότερα, οι τακτικές επισκέψεις αναμένεται να δημιουργήσουν ένα αίσθημα εμπιστοσύνης το οποίο επιδρά θετικά στις αντιλήψεις ποιότητας των χρηστών (Margolis et al., 2003). Αντίθετα, αρνητική συσχέτιση της βαθμολογίας της συνέχειας και του συντονισμού της φροντίδας βρέθηκε με το χρόνο αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών και το επίπεδο εκπαίδευσης. Εξάλλου, όπως ήδη αναφέρθηκε, οι πιο αυστηροί κριτές των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι οι πιο μορφωμένοι χρήστες,(Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου, Διακουμής & συν., 2017).

Επιπλέον, ο μέσος βαθμός εμπειρίας για την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας ήταν 3,9219. Όλα τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διάστασης αναδεικνύονται ως τα περισσότερο σημαντικά για τους χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ. Η υψηλή βαθμολογία εμπειρίας όσον αφορά την ευγένεια των γιατρών και το χρόνο που προσφέρεται στους ασθενείς για την εξέταση ταυτίζεται με υψηλή ικανοποίηση από

τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που αναδεικνύουν οι Alshammari (2014). Άλλωστε, η εξυπηρέτηση, η προσπάθεια του προσωπικού καθώς και η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας αποτέλεσαν τις πτυχές που διαμόρφωσαν τις περισσότερο θετικές εντυπώσεις στους χρήστες. Ωστόσο, σε αυτό το ζήτημα είναι ιδιαίτερης σημασίας οι πρόσθετες λειτουργικές βελτιώσεις καθώς αναδείχθηκε ότι η δυσαρέσκεια των ασθενών μετριάζεται αν υπάρχει πληροφόρηση και αιτιολόγηση από το προσωπικό για τη μεγάλη χρονική διάρκεια των ραντεβού (Πιερράκος και συν., 2015). Αρνητική επίδραση στη συνολική βαθμολογία της ιατρικής φροντίδας εμφανίζει η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία τους συγκριτικά με τα άλλα χαρακτηριστικά. Τη δυσαρέσκεια των χρηστών ενισχύει η μικρής διάρκειας συνάντηση του ασθενή με το ιατρό όπως αναδεικνύουν και οι Singh et al. (1999) καθώς η αφιέρωση αρκετού χρόνου για την εξέταση αναδείχθηκε ως μια υψηλής προτεραιότητας πτυχή. Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η ηλικία συσχετίστηκε αρνητικά με τη βαθμολογία της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας. Άλλωστε, όπως αναφέρει και ο Al-Windi (2005) όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των ασθενών τόσο περισσότερο σαφείς είναι και οι επιθυμίες και τα αιτήματα όταν επισκέπτονται ένα γιατρό και κατ' επέκταση τόσο πιο αυστηροί κριτές γίνονται. Πρόσθετα, αναδείχθηκε ότι όσες περισσότερες φορές επισκέφθηκαν οι χρήστες τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου τόσο μεγαλύτερη ήταν η βαθμολογία της ποιότητας της ιατρικής βαθμολογίας των χρηστών. Συνεπώς, όπως αναφέρουν και οι Margolis et al. (2003) η συνέχεια των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των ασθενών και των ιατρών παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα της ιατρικής φροντίδας.

Ο βαθμός εμπειρίας για την περιεκτικότητα της φροντίδας εμφάνισε μέση βαθμολογία ίση με 4,0868. Η βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας συσχετίστηκε θετικά με την ηλικία και τον αριθμό των χρόνιων ασθενειών. Η τελευταία μεταβλητή θεωρείται αναμενόμενη καθώς οι χρόνια πάσχοντες έχουν μεγαλύτερη ανάγκη καθοδήγησης και επεξήγησης της κατάστασής του. Από την άλλη πλευρά, αρνητική συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της βαθμολογίας της περιεκτικότητας της φροντίδας και του επιπέδου εκπαίδευσης των χρηστών. Επιπλέον, οι γυναίκες ασθενείς εμφάνισαν μικρότερη βαθμολογία περιεκτικότητας σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από τα ευρήματα των Weisman et al. (2000) οι οποίοι ανέφεραν ότι οι γυναίκες ενδιαφέρονται περισσότερο από τους άνδρες για το ενημερωτικό περιεχόμενο των επισκέψεων και τις επιστημονικές πτυχές της φροντίδας, γεγονός που μπορεί να αναδείξει τις γυναίκες ως χρήστες με μεγαλύτερες προσδοκίες από την ΠΦΥ ως προς την περιεκτικότητα. Ακόμη αναδείχθηκε ότι το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο των χρηστών οδήγησε σε μικρότερη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας. Η μικρότερη βαθμολογία σημαντικότητας

δόθηκε στο πόσο σημαντικό είναι «ο-η γιατρός να μου εξηγήει αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου» και πόσο σημαντικό είναι «ο-η γιατρός να μου εξηγήει αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας». Η συγκεκριμένη βαθμολογία μπορεί να προκύπτει από το γεγονός ότι τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά χαρακτηρίστηκαν ως περισσότερο σημαντικά για τους ασθενείς και, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, είναι αναμενόμενο όταν κάποιος θεωρεί κάποιο χαρακτηριστικό σημαντικό να αναζητά όλο και περισσότερο να ικανοποιηθεί αυτή η αξία στο μέγιστο βαθμό.

Συνοψίζοντας για τους γιατρούς, στο σύνολο των διαστάσεων που αυτοί συμμετέχουν, οι χρήστες έδωσαν τη βαθμολογία σύστασης σε κάποιο συγγενή ή φίλο 7,68. Η συγκεκριμένη βαθμολογία αντικατοπτρίζει μια αδιάφορη-ουδέτερη στάση σε αντίθεση με την έρευνα των Hojat et al. (2011), όπου οι χρήστες εμφανίστηκαν αφοσιωμένοι στους γιατρούς με μέση βαθμολογία 9,2. Ο δείκτης καθαρών υποστηρικτών για τους γιατρούς ήταν 21,52%. Το γεγονός και μόνο ότι η τιμή του δείκτη είναι θετική είναι ένα θετικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, η τιμή δεν θεωρείται καλή και καλή και υπάρχει μεγάλο περιθώριο για πρόοδο (Krol et al., 2015).

Συμπερασματικά, η συστηματική εκτίμηση των εμπειριών των ασθενών αναδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική. Για κάθε διάσταση μπορούν να εντοπισθούν οι αδυναμίες που θα αποτελέσουν πηγή τροφοδότησης για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών ώστε αυτές να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και της ΠΦΥ γενικότερα. Ένας στρατηγικός σχεδιασμός σύμφωνα με τις πληροφορίες τις παρούσας εργασίας θα είχε ως στόχο τη βελτίωση της βαθμολογίας προσβασιμότητας, της βαθμολογίας για τα χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων και της βαθμολογίας για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι χρόνοι αναμονής των ασθενών αποτελούν τροχοπέδη για την αποτελεσματική λειτουργία των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, η μείωση των οποίων είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της εμπειρίας των χρηστών. Επιπρόσθετα, η βελτίωση του εξοπλισμού και η αύξηση του αριθμού των εργαζομένων αναδείχθηκαν ως δύο σημαντικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση της οργάνωσης της συγκεκριμένης δομής πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο, πέραν των κατά τόπων παρεμβάσεων είναι ιδιαίτερα σημαντική η συνολική προσέγγιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Προς αυτό το σκοπό δημιουργήθηκαν στην Ελλάδα οι δομές ΤοΜΥ οι οποίες αναμένεται να αποσυμφορήσουν τις υπάρχουσες δομές ΠΦΥ.

Συνεπώς, είναι ιδιαίτερα σημαντικό μελλοντικά, μετά το πέρας κάποιων χρόνων από τη λειτουργία των νέων αυτών δομών. Ειδικότερα θα μπορούσε να γίνει μια πρόσθετη μελέτη η οποία θα αναδεικνύει,

συγκριτικά με την παρούσα, εάν βελτιώθηκε η στάση των ασθενών ως προς τις εμπειρίες τους στις άλλες προϋπάρχουσες δομές ΠΦΥ όπως τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Πρόσθετα, μπορεί να διερευνηθεί εάν η δημιουργία τους έχει προωθήσει την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ασθενείς καθολικά. Τέλος, μιας και ήδη η Ελλάδα βρίσκεται σε μια φάση καθολικών παρεμβάσεων της ΠΦΥ θα ήταν κρίσιμο να αξιολογηθεί η εμπειρία των χρηστών ΠΦΥ ως προς τον οικογενειακό ιατρό που μόλις πρόσφατα εισήχθη σαν έννοια λειτουργικά στην Ελλάδα (Ν. 4486/2017).

Αγγλική βιβλιογραφία

- Adeoti, J. O. (2011). Total Quality Management (TQM) Factors: An empirical study of Kwara State Government Hospitals. *Studies on Ethno-Medicine*, 5(1):17–23.
- Al-Ali, A. M. (2014). Developing a total quality management framework for healthcare organizations. *Proceedings of the 2014 International Conference on Industrial Engineering and Operations Management*, 889–898. Bali, Indonesia.
- Aletras, V. H., Papadopoulos, E. A., & Niakas, D. A. (2006). Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. *BMC Health Services Research*, 6(1):1–11.
- Almoajel, A., Fetohi, E., & Alshamrani, A. (2014). Patient satisfaction with primary health care in Jubail City, Saudi Arabia. *World Journal of Medical Sciences*, 11(2):255–264.
- Alshammari, F. (2014). Patient satisfaction in primary health care centers in Hail city, Saudi Arabia. *American Journal of Applied Sciences*, 11(8):1234–1240.
- Al-Windi, A. (2005). Predictors of satisfaction with health care: A primary healthcare-based study. *Quality in Primary Care*, 13, 67–74.
- Amin, S., & Kumar, D. (2018). Patient satisfaction with primary healthcare in Kashmir, India - A thematic review. *IMPACT: International Journal of Research in Business Management (IMPACT: IJRBM)*, 6(2):21–30.
- Anagnostopoulos, F., Liolios, E., Persefonis, G., Slater, J., Kafetsios, K., & Niakas, D. (2012). Physician burnout and patient satisfaction with consultation in Primary Health Care settings: Evidence of relationships from a one-with-many Design. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(4):401–410.

- Anderson, R. T., Camacho, F. T., & Balkrishnan, R. (2007). Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Services Research*, 7(31):1–5.
- Asadi-Lari, M., Tamburini, M., & Gray, D. (2004). Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1):32–46.
- Balasubramanian, M. (2016). Total Quality Management [TQM] in the healthcare industry – Challenges, barriers and implementation developing a framework for TQM implementation in a healthcare setup. *Science Journal of Public Health*, 4(4):271.
- Bamidele, A. R., Hoque, M. E., & Van der Heever, H. (2011). Patient satisfaction with the quality of care in a primary health care setting in Botswana. *South African Family Practice*, 53(2):170–175.
- Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1):25–38.
- Browne, K., Roseman, D., Shaller, D., & Edgman-Levitan, S. (2010). Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health Affairs*, 29(5):921–925.
- Buers, C., Triemstra, M., Bloemendal, E., Zwijnenberg, N. C., Hendriks, M., & Delnoij, D. M. J. (2014). The value of cognitive interviewing for optimizing a patient experience survey. *International Journal of Social Research Methodology*, 17(4):325–340.
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 11(4):358–364.

- Charalambous, M., Sisou, G., & Talias, M. (2018). Assessment of patients' satisfaction with care provided in public and private hospitals of the republic of Cyprus: A comparative study. *International Journal of Caring Sciences, 11*(1):125–135.
- Chase, E., & Carr-Hill, R. (1994). The dangers of managerial perversion: quality assurance in primary health care. *Health Policy and Planning, 9*(3):267–272.
- Chaulagain, N., & Khadka, D. (2012). Factors influencing job satisfaction among healthcare professionals at Tilganga eye centre, Nepal. *International Journal of Scientific & Technology Research, 1*(11):32–36.
- Damman, O. C., Hendriks, M., & Sixma, H. J. (2009). Towards more patient centred healthcare: A new Consumer Quality Index instrument to assess patients' experiences with breast care. *European Journal of Cancer, 45*(9):1569–1577.
- Day, J., Scammon, D. L., Kim, J., Sheets-Mervis, A., Day, R., Tomoia-Cotisel, A., Waitzman, N., & Magill, M. K. (2013). Quality, satisfaction, and financial efficiency associated with elements of primary care practice transformation: preliminary findings. *Annals of Family Medicine, 11*, 550–559.
- De Boer, 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: Global rating of quality of care. *Health Expectations, 13*:285–297.
- Donabedian, A. (1981). Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *American Journal of Public Health, 71*(4):409–412.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA, 260*(12):1743–1748.
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open, 3*(1):1-18.

- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition, 19*(5):1–192.
- Elfil, M., & Negida, A. (2017). Sampling methods in clinical research; an educational review. *Emergency (Tehran, Iran), 5*(1):e52.
- Farley, H., Enguidanos, E. R., Coletti, C. M., Honigman, L., Mazzeo, A., Pinson, T. B., ... Wiler, J. L. (2014). Patient satisfaction surveys and quality of care: An information paper. *Annals of Emergency Medicine, 64*(4):351–357.
- Gardner, K., Parkinson, A., Banfield, M., Sargent, G. M., Desborough, J., & Hehir, K. K. (2016). Usability of patient experience surveys in Australian primary health care: a scoping review. *Australian Journal of Primary Health, 22*(2):93A-93G.
- Garratt, A. M., Danielsen, K., Forland, O., & Hunskaar, S. (2010). The Patient Experiences Questionnaire for Out-of-Hours Care (PEQ-OHC): data quality, reliability, and validity. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 28*(2):95–101.
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services, 22*(1):8–19.
- 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. *7th Annual EuroMed Conference of the EuroMed Academy of Business, 669–682*, Kristiansand, Norway.
- 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: QHC, 9*(4):210–215.

- Haskard, K. B., Williams, S. L., DiMatteo, R. M., Rosenthal, R., White, M. K., & Goldstein, M. G. (2008). Physician and patient communication training in primary care: Effects on participation and satisfaction. *Health Psychology, 27*(5):513–522.
- Hijazi, H. H., Harvey, H. L., Alyahya, M. S., Alshraideh, H. A., Al abdi, R. M., & Parahoo, S. K. (2018). The impact of applying quality management practices on patient centeredness in Jordanian Public Hospitals: Results of predictive modeling. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 55*, 1–15.
- Hjortdahl, P., & Laerum, E. (1992). Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ (Clinical Research Ed.), 304*:1287–1290.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F. W., Wender, R. C., & Gonnella, J. S. (2011). A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Family Medicine, 43*(6):412–417.
- Jaiswal, P., Gadpayle, A., Modi, R., Singhal, A., Sachdeva, S., Modi, R., Padaria, R., & Ravi, V. (2015). Job satisfaction among hospital staff working in a Government teaching hospital of India. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University, 8*(2):131–137.
- Jones, C. H., O'Neill, S., McLean, K. A., Wigmore, S. J., & Harrison, E. M. (2017). Patient experience and overall satisfaction after emergency abdominal surgery. *BMC Surgery, 17*(1):1-8.
- Kaitelidou, D., Economou, C., Galanis, P., Konstantakopoulou, O., Siskou, O., Domete, S., de Boer, D. Boerma, W., Groenewegen, P. P. (2019). Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece: a mixed methods study. *BMC Family Practice, 20*(1):49.
- Kash, B., & McKahan, M. (2017). The evolution of measuring patient satisfaction. *Journal of Primary Health Care and General Practice, 1*(1):1–4.

- Kavalnienė, R., Deksnyte, A., Kasiulevičius, V., Šapoka, V., Aranauskas, R., & Aranauskas, L. (2018). Patient satisfaction with primary healthcare services: are there any links with patients' symptoms of anxiety and depression? *BMC Family Practice, 19*(1):90–98.
- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T., Harvey, I., & Hackett, P. (1996). A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Family Practice, 13*(1):41–51.
- Koerber, A., & McMichael, L. (2008). Qualitative Sampling Methods: A Primer for Technical Communicators. *Journal of Business and Technical Communication, 22*(4):454–473.
- Koladycz, R., Fernandez, G., Gray, K., & Marriott, H. (2018). The Net Promoter Score (NPS) for insight into client experiences in sexual and reproductive health clinics. *Global Health, Science and Practice, 6*(3):413–424.
- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Rotar Pavlic, D., Igor, S., Tedeschi, P., Wilm, S., Andrew, W., Windak, A., Van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice, 63*(616):e742–e750.
- Krol, M. W., de Boer, D., Delnoij, D. M., & Rademakers, J. J. D. J. M. (2015). The Net Promoter Score - an asset to patient experience surveys? *Health Expectations, 18*(6):3099–3109.
- Kroneman, M., Maarse, H., & Van der Zee, J. (2006). Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. *Health Policy, 76*(1):72–79.
- Kuburovic, N., Dedic, V., Djuricic, S., & Kuburovic, V. (2016). Determinants of job satisfaction of healthcare professionals in public hospitals in Belgrade, Serbia - cross-sectional analysis. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo, 144*(3–4):165–173.
- Kumah, E., Osei-Kesse, F., & Anaba, C. (2017). Understanding and using patient experience feedback to improve health care quality: Systematic review and framework development. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews, 4*(1):24–31.

- LaVela, S., & Gallan, A. (2014). Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1):28–36.
- Lawrence, M., & Olesen, F. (1997). Indicators of Quality in Health Care. *European Journal of General Practice*, 3(3):103–108.
- Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertsiyas, A., Duijker, G., Mekouris, P.-B., Boerma, W., & Schäfer, W. (2017). Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Services Research*, 17(1):255–267.
- Margolis, S., Al-Marzouqi, S., Revel, T., & Reed, R. (2003). Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(3):241–249.
- Mastellos, N., Gunn, L., Harris, M., Majeed, A., Car, J., & Pappas, Y. (2014). Assessing patients' experience of integrated care: a survey of patient views in the North West London Integrated Care Pilot. *International Journal of Integrated Care*, 14:e015.
- Milasauskiene, Z., Juodryte, I., Miseviciene, I., Boerma, W., & Rezgiene, R. (2006). Opinion of patients on accessibility of primary health care centers in Siauliai region. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 42(3):231–237.
- Moll van Charante, E., Giesen, P., Mookink, 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. *Family Practice*, 23(4):437–443.
- Mosadeghrad, A. M. (2015). Developing and validating a total quality management model for healthcare organizations. *The TQM Journal*, 27(5):544–564.
- Nabbuye-Sekandi, J., Makumbi, F. E., Kasangaki, A., Kizza, I. B., Tugumisirize, J., Nshimye, E., Mbabali, S., & Peters, D. H. (2011). Patient satisfaction with services in outpatient clinics at Mulago hospital, Uganda. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5):516–523.

- Nandhini, R., & Dinesh, N. (2018). How Net Promoter Score relates to organizational growth. *International Journal of Creative Research Thoughts (IJCRT)*, 6(2):972–981.
- News247. (2018). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Όσα πρέπει να ξέρετε για τα TOMY. Retrieved April 3, 2019, from News247 website: <https://www.news247.gr/ygeia/protovathmia-frontida-ygeias-osa-prepei-na-xerete-gia-ta-tomy.6636059.html>
- Nikic, D., Arandjelovic, M., Nikolic, M., & Stankovic, A. (2008). Job satisfaction in health care workers. *Acta Medica Medianae*, 47(3):9–12.
- Norhayati, M. N., Masseni, A. A., & Azlina, I. (2017). Patient satisfaction with doctor-patient interaction and its association with modifiable cardiovascular risk factors among moderately-high risk patients in primary healthcare. *PeerJ*, 5:1-12.
- Papanikolaou, V., & Zygiaris, S. (2014). Service quality perceptions in primary health care centres in Greece: Service quality perceptions in Greece. *Health Expectations*, 17(2):197–207.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., & Niakas, D. (2013). Investigating unmet health 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.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1):14–40.
- Peprah, A. A., & Atarah, B. A. (2014). Assessing patient’s satisfaction using SERVQUAL model: A case of Sunyani Regional Hospital, Ghana. *International Journal of Business and Social Research (IJBSR)*, 4(2):133–143.
- Pierrakos, G., Kyriakidou, N., Yfantopoulos, J., Goula, A., Giovanis, A., Latsou, D., & Sarri, M. (2013). Primary health care services evaluation in Greece. *In Proceedings of the 6th Annual Conference of the EuroMed Academy of Business*, Lisbon.

- Pierrakos, G., Yiovannis, A., Latou, D., Goula, A., Pateras, J., & Sarris, M. (2015). Measurement of the satisfaction in Greece outpatients departments of public hospitals. *In Proceedings of the 4th International Conference in Quantitative and Qualitative Methodologies in the Economic and Administrative Sciences (I.C.Q.Q.M.E.A.S. 2015)*,171:301–307.
- Pini, A., Sarafis, P., Malliarou, M., Tsounis, A., Igoumenidis, M., Bamidis, P., & Niakas, D. (2014). Assessment 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.
- Pullicino, G., Sciortino, P., Calleja, N., Schafer, W., Boerma, W., & Groenewegen, P. (2015). Comparison of patients' experiences in public and private primary care clinics in Malta. *The European Journal of Public Health*, 25(3):399–401.
- Quinn, M., Robinson, C., Forman, J., Krein, S. L., & Rosland, A.-M. (2017). Survey Instruments to Assess Patient Experiences With Access and Coordination Across Health Care Settings: Available and Needed Measures. *Medical Care*, 55:S84–S91.
- Raftopoulos, V. (2010). Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 3(3):110–121.
- Rehaman, B., & Husnain, M. (2018). The impact of service quality dimensions on patient satisfaction in the private healthcare industry in Pakistan. *Journal of Hospital & Medical Management*, 4(1):1–8.
- Sack, C., Scherag, A., Lutkes, P., Gunther, W., Jockel, K.-H., & Holtmann, G. (2011). Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37 000 patients treated by 73 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3):278–283.

- Sanchez-Piedra, C. A. S., Garcia-Perez, F. J., Santamera, A. S., & Prado-Galbarro, F. J. (2014). Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Quality in Primary Care, 22*(3):147–155.
- Saultz, J., & Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. *Annals of Family Medicine, 2*(5):445–451.
- 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: a qualitative study. *Rural and Remote Health, 12*:1-14.
- Schäfer, W. L., Boerma, W. G., Murante, A. M., Sixma, H. J., Schellevis, F. G., & Groenewegen, P. P. (2015). Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization, 93*(3):161–168.
- Schäfer, W. L. A., Boerma, W. G. W., Kringos, D. S., De Ryck, E., Greß, S., Heinemann, S., Murante, A.A., Rotar-Pavlic, D., Schellevis, F., Seghieri, C., Van den Berg, M., Westert, G., Willems, S., & Groenewegen, P. P. (2013). Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyze and compare primary care in 35 countries. *Quality in Primary Care, 21*(2):67–79.
- Schembri, K. (2016). Patient satisfaction in Maltese public health centres. *The Journal of the Malta College of Family Doctors, 5*(3):10–14.
- Schoenfelder, T. (2012). Patient satisfaction: A valid indicator for the quality of primary care? *Primary Health Care: Open Access, 2*(4).
- Sequist, T. D., Schneider, E. C., Anastario, M., Odigie, E. G., Marshall, R., Rogers, W. H., & Safran, D. G. (2008). Quality monitoring of physicians: Linking patients' experiences of care to clinical quality and outcomes. *Journal of General Internal Medicine, 23*(11):1784–1790.

- Singh, H., Haqq, E. D., & Mustapha, N. (1999). Patients' perception and satisfaction with health care professionals at primary care facilities in Trinidad and Tobago. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(4):356–360.
- Smits, M., Huibers, L., Oude Bos, A., & Giesen, P. (2012). Patient satisfaction with out-of-hours GP cooperatives: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(4):206–213.
- Srivastava, B., & Singh, M. (2017). Job satisfaction among healthcare professional in public and private healthcare setup in India. *PARIPEX - Indian Journal of Research*, 6(1).
- Susman, J. L. (1994). Assessing consumer expectations and patient satisfaction. Passing fad, mission impossible, or “just what the doctor ordered”? *Archives of Family Medicine*, 3(11):945–946.
- Talib, F., Rahman, Z., & Azam, M. (2010). Total quality management implementation in the healthcare industry: a proposed framework. *2nd International Conference on Production and Industrial Engineering CPIE-2010*, 1361–1368.
- The Beryl Institute. (n.d.). Defining patient experience. Retrieved April 30, 2019, from The Beryl Institute website: <https://www.theberylinstitute.org/page/DefiningPatientExp#History>
- Tièche, R., da Costa, B. R., & Streit, S. (2016). Patient satisfaction is biased by renovations to the interior of a primary care office: a pretest-posttest assessment. *BMC Health Services Research*, 16(1):373–378.
- Tierney, W., Dexter, P., Eckert, G., & Zhou, X.-H. (2000). Effect of physician turnover on patient satisfaction in an academic primary care practice. *JCOM*, 7(10):33–38.
- Umath, B., Marwah, A. K., & Soni, M. (2015). Measurement of service quality in health care industry using Servqual model: A case of select hospitals. *International Journal of Management and Social Sciences Research (IJMSSR)*, 4(1):52–57.

- Urban, W. (2009). Service quality gaps and their role in service enterprises development. *Technological and Economic Development of Economy*, 15(4):631–645.
- van Uden, C., Ament, A., Hobma, S., Zwietering, P., & Crebolder, H. (2005). Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 5(1):6–15.
- Vozikis, A., & Siganou, M. (2015). Immigrants' satisfaction from the National Health System in Greece: In the quest of the contributing factors. *Health*, 7(11):1430–1440.
- Weisman, C. S., Rich, D. E., Rogers, J., Crawford, K. G., Grayson, C. E., & Henderson, J. T. (2000). Gender and patient satisfaction with primary care: Tuning in to women in quality measurement. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(6):657–665.
- Wolf, J., Niederhauser, V., Marshburn, D., & Lavela, S. (2014). Defining Patient Experience. *Patient Experience Journal*, 1:7–19.
- Xesfingi, S., Karamanis, D., & Vozikis, A. (2017). Patient satisfaction at tertiary level healthcare services in Greece: Inpatient vs outpatient healthcare services assessment. *International Journal of Health Economics and Policy*, 2(3):125–133.
- Zavras, D., Geitona, M., & Kyriopoulos, J. (2016). Primary health services utilization in Greece: Studying the past for planning the future. *Social Cohesion and Development*, 9(1):49–61.

Ελληνική βιβλιογραφία

- Αδαμακίδου, Θ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 47(3):320–333.
- Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ., & Middleton, Ν. (2012). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(6):720–730.
- Γιαννακοπούλου, Γ., & Ζυγά, Σ. (2013). Ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1):3–12.
- Έλληνας, Δ. (2007). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας, σε σύστημα υγείας. *Ιατρικά Θέματα*, 48:17–23.
- Ίσερης, Γ. (2016). Στατιστικές μέθοδοι ελέγχου εγκυρότητας και αξιοπιστίας ερωτηματολογίων. Η περίπτωση του CiGreece. *International Journal of Language, Translation and Intercultural Communication*, 5:175–189.
- Καϊτελίδου, Δ. (2007). Ποιότητα και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Στο: Α. Λιαρόπουλος (Επιμ.), *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα, Α' Τόμος, 241–252.
- Καρασούλος, Χ. (2014). Σύγχρονη προσέγγιση της λειτουργίας ενός νοσοκομείου. *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 12(1):6–19.
- Κοτσαγιώργη, Ι., & Γκέκα, Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 9(4):398–408.
- Κουκουφιλίππου, Ι., Μπόμπος, Γ., Μπόγρη, Δ., Βασιλακοπούλου, Β., & Κοϊνης, Α. (2017). Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(3):327–333.

- Μανωλιάδης, Ι., & Δημοπούλου, Σ. (2007). Η ποιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα. *Ιατρικά Θέματα*, 48:17–23.
- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., & Υφανόπουλος, Ι. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1):73–82.
- Παπακωστίδη, Α., & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4):480–488.
- Πετρέλης, Μ., & Δομάγερ, Φ.Ρ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 15(4):365–379.
- Πιερράκος, Γ., Λατσού, Δ., Γούλα, Α., Δημάκου, Σ., & Υφαντόπουλος, Ι. (2015). Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής - Ενδεχόμενη μελέτη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(5):629–635.
- Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Πατέρας, Ι., Βουρλιώτου, Κ., & Γιαννουλάτος, Π. (2013). Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(3):314–324.
- Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Μπαμίδης, Π., & Νιάκας, Δ. (2012). Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. *Ελληνικό Περιοδικό Της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(4):42–52.
- Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι., & Υφανόπουλος, Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(3):284–295.
- Πολυκανδριώτη, Μ., & Κουτελέκος, Ι. (2013). Ανάγκες ασθενών. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 2(2):73–83.

- Ρίκος, Ν. (2015). Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 14(4):247–252.
- Τούντας, Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5):532–546.
- 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.
- Φρεγγίδου, Ε., Γαλάνης, Π., Ζαφειροπούλου, Μ., & Παραστατίδης, Σ. (2017). Η προσπάθεια δικτύωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα μέσω της εδραίωσης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας: Περιπτωσιολογική μελέτη δικτύωσης δομών ΠΕΔΥ Κιλκίς. *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 16(1):33–47.

Παραρτήματα

Παράρτημα Ι - Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —



Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης
Υπηρεσιών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής
Τομέας Δημόσιας Υγείας
Δ/νση: Παπαδιαμαντοπούλου 123, 115 27
Τηλ.: 210 74 61 470-71
Διευθύντρια Εργαστηρίου: Αν. Καθηγήτρια
Δάφνη Καϊτελίδου

Αθήνα, 1/11/2017

ΘΕΜΑ: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

Αγαπητή κ. Τζιτζιλί,

Έχετε την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου «Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών από Ιατρούς και άλλους Επαγγελματίες Υγείας των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων Νοσοκομείου» προκειμένου να το χρησιμοποιήσετε για τις ανάγκες της διατριβής σας επιπέδου Μάστερ με τίτλο «Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των υπηρεσιών σε μία Υγειονομική Περιφέρεια» (Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»)

Με εκτίμηση,

Αναπλ. Καθηγήτρια Δάφνη Καϊτελίδου

Διευθύντρια του Εργαστηρίου "Οργάνωση και Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας"

Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

Παράρτημα II - Ενημερωτικό σημείωμα

Αγαπητέ/ή χρήστη/τρια των υπηρεσιών υγείας,

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών από τη συγκεκριμένη μονάδα υγείας και η παροχή τεκμηριωμένης πληροφόρησης 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.

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή και το χρόνο σας!

Παράρτημα III - Ερωτηματολόγιο

Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών από Ιατρούς και άλλους Επαγγελματίες Υγείας των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων Νοσοκομείου

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 τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου;

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

11. Πώς επισκεφτήκατε τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου 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"/>
Παιδιάτρο	<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:.....	

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 νοσοκομείο
 με παρέπεμψε για διαγνωστικές εξετάσεις εντός του νοσοκομείου
 με παρέπεμψε σε άλλο νοσοκομείο
 μου κανόνισε ραντεβού για εισαγωγή σε αυτό το νοσοκομείο
 με παρέπεμψε σε διαγνωστικό εργαστήριο/κέντρο εκτός του νοσοκομείου

20. Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παρέπεμψε σε άλλον-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"/>

Αναφορικά με τη σημερινή σας επίσκεψη, σε ποιο 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 1	Διαφωνώ 2	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3	Συμφωνώ 4	Συμφωνώ απόλυτα 5
21. Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Αυτά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία 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"/>
23. Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 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"/>
25. 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"/>

18. Πόση ώρα περιμένετε 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 νοσοκομείο
 με παρέπεμψε για διαγνωστικές εξετάσεις εντός του νοσοκομείου
 με παρέπεμψε σε άλλο νοσοκομείο
 μου κανόνισε ραντεβού για εισαγωγή σε αυτό το νοσοκομείο
 με παρέπεμψε σε διαγνωστικό εργαστήριο/κέντρο εκτός του νοσοκομείου

20. Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παρέπεμψε σε άλλον-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"/>

Αναφορικά με τη σημερινή σας επίσκεψη, σε ποιό 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 1	Διαφωνώ 2	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3	Συμφωνώ 4	Συμφωνώ απόλυτα 5
21. Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Αυτά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία 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"/>
23. Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 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"/>
25. 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"/>

	Διαφωνώ απόλυτα 1	Διαφωνώ 2	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3	Συμφωνώ 4	Συμφωνώ απόλυτα 5
26. 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"/>
27. 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"/>
28. 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"/>
29. 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"/>
30. Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ο γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του 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"/>
34. Οι υπάλληλοι στην υποδοχή είναι εξυπηρετικοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του συγκεκριμένου νοσοκομείου	<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 των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του συγκεκριμένου νοσοκομείου 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. Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι καλά εξοπλισμένα (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εάν σήμερα, ΔΕΝ είδατε νοσηλεύτές/-τριες ή άλλους επαγγελματίες υγείας, τότε παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση 43					
	Διαφωνώ απόλυτα 1	Διαφωνώ 2	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3	Συμφωνώ 4	Συμφωνώ απόλυτα 5
39. Οι νοσηλεύτές-τριες με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Διαφωνώ απόλυτα 1	Διαφωνώ 2	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3	Συμφωνώ 4	Συμφωνώ απόλυτα 5
40. Οι νοσηλεύτριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Οι νοσηλεύτριες 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 νοσηλεύτριες) 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**)*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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 τί βαθμό θα συνιστούσατε αυτά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία 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**)*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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 την πραγματοποίηση 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 των εξωτερικών ιατρείων 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.Σε περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμψει σε άλλον-η γιατρό, 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.Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου 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 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-η 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 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"/>

	Ασήμαντη	Μερικώς σημαντική	Σημαντική	Πολύ σημαντική
63. Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου	<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 των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά εξοπλισμένα (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Οι νοσηλεύτές-τριες να με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Οι νοσηλεύτές-τριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Οι νοσηλεύτές-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 νοσηλεύτές-τριες) 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 ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που επισκεφτήκατε σήμερα;

73. Τί θα μπορούσε να βελτιωθεί στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου;

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

Παράρτημα IV - 1^η άδεια συλλογής δεδομένων



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

Θεσσαλονίκη, 16-05-2018
Αρ. Πρωτ.: Δ3β/14430
Σχετ.: 2787,2802,2899,3115,3856,
5329,5650,5920,5999,11542,6809

Προς:
κ. Τζιτζιλύ Γεωργία
(georgia.tzitzil@st.ouc.ac.cy)

ΘΕΜΑ: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας.
ΣΧΕΤ: α) Τα αρ. πρωτ. Δ3β/49870/27-12-2017 και Δ3β/45291/19-12-2017 έγγραφά μας.
β) Η από 22-11-2017 αίτησή σας.

Σε απάντηση της από 15-02-2017 αίτησή σας, αναφορικά με την έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας με θέμα «Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των υπηρεσιών σε μια Υγειονομική Περιφέρεια», σας ενημερώνουμε ότι η Υπηρεσία μας έπειτα από:

- α) την παραλαβή των θετικών γνωμοδοτήσεων των Επιστημονικών Συμβουλίων (12) δώδεκα Νοσοκομείων ευθύνης μας,
- β) την εξέταση (ως προς την πληρότητα και την ορθότητα) των δικαιολογητικών που αποστέλλετε,
- γ) την εξέταση του τρόπου συλλογής δεδομένων (διανομή ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο απευθύνεται στους γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας των ΤΕΠ των Νοσοκομείων),

εγκρίνει την εκπόνηση της ερευνητικής σας εργασίας, ήτοι τη διανομή του ανώνυμου ερωτηματολογίου στα Νοσοκομεία τα οποία έχουν αποστείλει θετική γνωμοδότηση των Επιστημονικών Συμβουλίων τους, εφιστώντας την προσοχή τόσο εκ μέρους των Υπηρεσιών όσο και εκ μέρους σας, στην τήρηση όσων ορίζει ο Ν. 2472/1997 για τον υπεύθυνο επεξεργαστή και υπό την προϋπόθεση ότι θα διατηρηθούν απόρρητα τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων και δεν θα υπάρξει καμιά επιπλέον οικονομική επιβάρυνση των Νοσοκομείων κατά τη διεξαγωγή ή εξαιτίας της ερευνητικής εργασίας σας. Τα Νοσοκομεία στα οποία αναφέρεται η ανωτέρω έγκριση είναι τα εξής:

1. Γ.Ν.Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»,
2. Γ.Ν.Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» - Ψ.Ν.Θ. Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,
3. Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"
4. Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ
5. Γ.Ν. ΠΕΛΛΑΣ (Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ)
6. Γ.Ν. ΠΕΛΛΑΣ (Γ.Ν. ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ)
7. Γ.Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ (Γ.Ν.ΒΕΡΟΙΑΣ)
8. Γ.Ν. "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ-ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ" (Γ.Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ)
9. Γ.Ν. "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ-ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ" (Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ)
10. Γ.Ν.ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ
11. Γ.Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ
12. Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Τέλος αναμένουμε την ανταπόκριση και των υπολοίπων τριών (3) Νοσοκομείων ευθύνης μας, ήτοι:

1. Γ.Ν.Θ. "Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ,

Διεύθυνση: Αριστοτέλους 16, 54623 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2313 320567, Fax: 2313 320508, email: tmaurea@3ype.gr

2. Γ.Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ (Γ.Ν. ΝΑΟΥΣΑΣ),
 3. Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ,
- προκειμένου να χορηγήσουμε συμπληρωματική έγκριση αναφορικά με αυτά.



ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

1. Γ.Ν.Θ. "Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
2. Γ.Ν.Θ. "Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"
3. Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"
4. Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ
5. Γ.Ν. ΠΕΛΛΑΣ (Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ)
6. Γ.Ν. ΠΕΛΛΑΣ (Γ.Ν. ΠΑΝΝΙΤΣΩΝ)
7. Γ.Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ (Γ.Ν.ΒΕΡΟΙΑΣ)
8. Γ.Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ (Γ.Ν. ΝΑΟΥΣΑΣ)
9. Γ.Ν. "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ-ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ" (Γ.Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ)
10. Γ.Ν. "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ-ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ" (Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ)
11. Γ.Ν.ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ
12. Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ
13. Γ.Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ
14. Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Εσωτερική διανομή:

1. Γραφείο Διοικητή
2. Γραφείο Υποδιοικητών

Κοινοποίηση:

1. κ. Τζιτζιλί Γεωργία (georgia.tzitzil@st.ouc.ac.cy)
2. κ. Οικονόμου Χαράλαμπος (chaecono@atenet.gr)
3. κ. Καϊτελίδου Δάφνη (dkaitelid@nurs.uoa.gr)

Παράρτημα V - 2^η άδεια συλλογής δεδομένων



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
& ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Θεσσαλονίκη, 04-07-2018

Αρ. Πρωτ.: Δ3β/23788

Σχετ.: 23355

Προς:

κ. Τζιτζιλί Γεωργία

(georgia.tzitzil@st.ouc.ac.cy)

ΘΕΜΑ: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας.

ΣΧΕΤ: α) Τα αρ. πρωτ. Δ3β/49870/27-12-2017, Δ3β/45291/19-12-2017 και Δ3β/14430/16-05-2018 ΟΡΘΗ

ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ έγγραφά μας έγγραφά μας.

β) Η από 22-11-2017 αίτησή σας.

Σε απάντηση της από 22-11-2017 αίτησή σας, αναφορικά με την έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας με θέμα «Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών των υπηρεσιών σε μια Υγειονομική Περιφέρεια», σας ενημερώνουμε ότι η Υπηρεσία μας έπειτα από:

α) την παραλαβή των θετικών γνωμοδοτήσεων των Επιστημονικών Συμβουλίων (2) δύο Νοσοκομείων ευθύνης μας,

β) την εξέταση (ως προς την πληρότητα και την ορθότητα) των δικαιολογητικών που αποστέλλετε και

γ) την εξέταση του τρόπου συλλογής δεδομένων (διανομή ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο απευθύνεται στους γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας των ΤΕΠ των Νοσοκομείων),

εγκρίνει την εκπόνηση της ερευνητικής σας εργασίας, ήτοι τη διανομή του ανώνυμου ερωτηματολογίου στα Νοσοκομεία τα οποία έχουν αποστείλει θετική γνωμοδότηση των Επιστημονικών Συμβουλίων τους, εφιστώντας την προσοχή τόσο εκ μέρους των Υπηρεσιών όσο και εκ μέρους σας, στην τήρηση όσων ορίζουν οι όροι του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού 2016/679 και του Ν.2472/1997 για τον υπεύθυνο επεξεργαστή και υπό την προϋπόθεση ότι θα διατηρηθούν απόρρητα τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων και δεν θα υπάρξει καμιά επιπλέον οικονομική επιβάρυνση των Νοσοκομείων κατά τη διεξαγωγή ή εξαιτίας της ερευνητικής εργασίας σας. Τα Νοσοκομεία στα οποία αναφέρεται η ανωτέρω έγκριση είναι τα εξής:

1. Γ.Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ (Γ.Ν. ΝΑΟΥΣΑΣ)

2. Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ

Τέλος αναμένουμε την ανταπόκριση και του Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ-Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» μονάδα Γ.Ν.Θ «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», προκειμένου να χορηγήσουμε συμπληρωματική έγκριση αναφορικά με αυτό.



Ο Διοικητής

Γιώργος Σ. Κίρκος

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

1. Γ.Ν.Θ. "Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"
2. Γ.Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ (Γ.Ν. ΝΑΟΥΣΑΣ)
3. Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ

Εσωτερική Διανομή:

1. Γραφείο Διοικητή
2. Γραφείο Υποδιευκτών

Κοινοποιήσεις:

1. κ. Τζιτζιλί Γεωργία (georgia.tzitzil@st.ouc.ac.cy)
2. κ. Οικονόμου Χαράλαμπος (chacono@otenet.gr)
3. κ. Καϊτελίδου Δάφνη (dkaitefid@nurs.uoa.gr)

Διεύθυνση: Αριστοτέλους 16, 54623 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2313 320567, Fax: 2313 320508, email: tmaurea@3ype.gr