



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση των
χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
ενός Κέντρου Υγείας της Ανατολικής Αττικής.*

Αριστείδης Κουτσιμπέλης

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

Αθήνα

2018

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ενός Κέντρου Υγείας της Ανατολικής Αττικής.

Αριστείδης Κουτσιμπέλης

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

Περιεχόμενα

Περίληψη	viii
Abstract	x
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
Κεφάλαιο 1 ^ο	2
Εισαγωγή	2
Κεφάλαιο 2 ^ο	5
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	5
2.1 Εισαγωγή	5
2.2 Υγεία – Συστήματα και υπηρεσίες υγείας	5
2.2.1 Η έννοια της υγείας.....	5
2.2.2 Συστήματα και υπηρεσίες υγείας.....	7
2.3 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	9
Κεφάλαιο 3 ^ο	15
Ποιότητα και Ικανοποίηση χρηστών από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.....	15
3.1 Εισαγωγή	15
3.2 Ποιότητα	15
3.2.1 Ορισμός.....	16
Στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.....	18
3.2.2 Διαστάσεις της ποιότητας	19
Στον τομέα της παραγωγής προϊόντων	20
Στον ευρύτερο τομέα των υπηρεσιών.....	20
Στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.....	22
3.3 Ικανοποίηση των χρηστών στη φροντίδα υγείας.....	25
3.3.1 Ιστορική αναδρομή των ερευνών για την ικανοποίηση.....	27
3.3.2 Ορισμός.....	29
3.3.3 Θεωρίες για την ικανοποίηση ασθενών	31
3.3.4 Διαστάσεις της ικανοποίησης	32
3.3.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση	35

Προσδοκίες των χρηστών υπηρεσιών φροντίδας υγείας.....	36
Δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των χρηστών υπηρ. φροντίδας υγείας ..	38
3.3.6 Σημασία αξιολόγησης της ικανοποίησης.....	41
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	44
Κεφάλαιο 4°	45
Μεθοδολογία	45
4.1 Σκοπός και στόχοι.....	45
4.2 Σχεδιασμός της μελέτης.....	45
4.2.1 Δείγμα	46
4.2.2 Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	46
4.2.3 Στατιστική Μεθοδολογία	46
4.2.4 Ηθική και δεοντολογία.....	47
Κεφάλαιο 5°	48
Αποτελέσματα	48
5.1 Περιγραφικά στατιστικά.....	48
5.1.1 Δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά.....	48
5.1.2 Χαρακτηριστικά νοσήματος και επίσκεψης στο Κ.Υ.....	54
5.1.3 Ποιότητα και ικανοποίηση από τη φροντίδα στο Κ.Υ.....	57
5.2 Επαγωγική στατιστική.....	64
Κεφάλαιο 6°	95
Συζήτηση	95
Περιορισμοί.....	102
Συμπεράσματα.....	103
Βιβλιογραφία	104
Ελληνική.....	104
Ξενόγλωσση	107
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	121
Ερωτηματολόγιο	122

Πίνακες

Πίνακας 1. Γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης	49
Πίνακας 2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά νοσήματος και επίσκεψης στο Κ.Υ.....	55
Πίνακας 3. Περιγραφικά χαρακτηριστικά από την ικανοποίηση και ποιότητα από το Κ.Υ.	59
Πίνακας 4. Ηλικία ανά φύλο	64
Πίνακας 5. Εκπαίδευση ανά φύλο.....	64
Πίνακας 6. Οικογενειακή κατάσταση ανά φύλο	65
Πίνακας 7. Εισόδημα ανά φύλο	65
Πίνακας 8. Απόσταση της μόνιμης κατοικίας από το Κ.Υ. ανά φύλο.....	66
Πίνακας 9. Χρόνιο νόσημα ανά φύλο	66
Πίνακας 10. Νοσηλευτική φροντίδα ανά φύλο.....	67
Πίνακας 11. Χρόνιο νόσημα ανά κατηγορία νοσηλευτικής φροντίδας.....	68
Πίνακας 12. Παράγοντες της ικανοποίησης και δεξιότητες στο σύνολο συμμετεχόντων.....	69
Πίνακας 13. Τιμές συσχετίσεων των παραγόντων της μελέτης.....	70
Πίνακας 14. Παράγοντες ανά ηλικία.....	72
Πίνακας 15. Παράγοντες ανά εκπαιδευτικό επίπεδο	77
Πίνακας 16. Παράγοντες ανά οικογενειακή κατάσταση.....	82
Πίνακας 17. Παράγοντες ανά ύπαρξη χρόνιου νοσήματος.....	86
Πίνακας 18. Παράγοντες ανά παροχή νοσηλευτικής φροντίδας	91

Γραφήματα

Γράφημα 1: Ποσοστά ανά φύλο.....	48
Γράφημα 2: Ποσοστά ανά ηλικιακή ομάδα	48
Γράφημα 3: Ποσοστά ανά εθνικότητα	50
Γράφημα 4: Ποσοστά ανά εκπαιδευτική βαθμίδα	50
Γράφημα 5: Ποσοστά ανά οικογενειακή κατάσταση.....	51
Γράφημα 6: Ποσοστά ανά κατηγορία εργασίας.....	51
Γράφημα 7: Ποσοστά ανά κατηγορία μηνιαίου εισοδήματος	51
Γράφημα 8: Ποσοστά ανά κατηγορία ασφάλισης υγείας	52
Γράφημα 9: Ποσοστά ανά ύπαρξη χρόνιου νοσήματος.....	52

Γράφημα 10: Ποσοστά ανά χιλιομετρική απόσταση από το Κ.Υ.....	53
Γράφημα 11: Ποσοστά ανά πλήθος επισκέψεων στο Κ.Υ.	53
Γράφημα 12: Ποσοστά ανά λόγο επίσκεψης στο Κ.Υ.....	54
Γράφημα 13: Ποσοστά ανά σοβαρότητα προβλήματος υγείας	54
Γράφημα 14: Ποσοστά πρόθεσης για μελλοντική επίσκεψη στο Κ.Υ.	55
Γράφημα 15: Ποσοστά ανά σπουδαιότητα φροντίδας στο Κ.Υ.	56
Γράφημα 16: Ποσοστά ανά νοσηλευτική πράξη	56
Γράφημα 17: Ποιότητα συνολικής φροντίδας στο Κ.Υ.....	57
Γράφημα 18: Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	58
Γράφημα 19: Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.....	58
Γράφημα 20: Συνολική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Κ.Υ.	61
Γράφημα 21: Προσδοκίες από τις υπηρεσίες στο Κ.Υ.	61
Γράφημα 22: Ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα στο Κ.Υ.	62
Γράφημα 23: Προσδοκίες από την ιατρική φροντίδα στο Κ.Υ.....	62
Γράφημα 24: Ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα στο Κ.Υ.	63
Γράφημα 25: Προσδοκίες από τη νοσηλευτική φροντίδα στο Κ.Υ.	63
Γράφημα 26: Νοσηλευτική φροντίδα ανά φύλο	67
Γράφημα 27: Νοσηλευτική φροντίδα ανά χρόνια νόσημα	68
Γράφημα 28: Παράγοντες ικανοποίησης και δεξιότητες στο σύνολο των συμμετεχόντων ..	69
Γράφημα 29: Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών/ηλικιακή ομάδα....	72
Γράφημα 30: Διαπροσωπικές δεξιότητες και επάρκεια του ιατρού ανά ηλικιακή ομάδα	73
Γράφημα 31: Τεχνική επάρκεια ιατρού ανά ηλικιακή ομάδα.....	73
Γράφημα 32: Οργανωσιακά χαρακτηριστικά ανά ηλικιακή ομάδα.....	74
Γράφημα 33: Γεν. ικανοποίηση με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας/ηλικιακή ομάδα.74	
Γράφημα 34: Προσδοκίες από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας/ηλικιακή ομάδα ..	75
Γράφημα 35: Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας/ηλικιακή ομάδα.75	
Γράφημα 36: Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών/εκπ. επίπεδο	78
Γράφημα 37: Διαπροσωπικές δεξιότητες και επάρκεια του ιατρού ανά εκπ. επίπεδο.....	78
Γράφημα 38: Τεχνική επάρκεια ιατρού ανά εκπαιδευτικό επίπεδο	79
Γράφημα 39: Οργανωσιακά χαρακτηριστικά ανά εκπαιδευτικό επίπεδο	79
Γράφημα 40: Γενική ικανοποίηση με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας/εκπ. επίπεδο ..	80
Γράφημα 41: Προσδοκίες από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας/εκπ. επίπεδο.....	80
Γράφημα 42: Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας/εκπ. επίπεδο	81
Γράφημα 43: Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών/οικ. κατάσταση	82

Γράφημα 44: Διαπροσωπικές δεξιότητες και επάρκεια του ιατρού/οικ. κατάσταση.....	83
Γράφημα 45: Τεχνική επάρκεια ιατρού ανά οικογενειακή κατάσταση	83
Γράφημα 46: Οργανωσιακά χαρακτηριστικά ανά οικογενειακή κατάσταση	84
Γράφημα 47: Γεν. ικανοποίηση με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας/οικ. κατάσταση..	84
Γράφημα 48: Προσδοκίες από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας/οικ. κατάσταση...	85
Γράφημα 49: Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας/οικ. κατάσταση .	85
Γράφημα 50: Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών/χρ. νοσήματος	87
Γράφημα 51: Διαπροσωπικές δεξιότητες και επάρκεια του ιατρού/χρόνιου νοσήματος	87
Γράφημα 52: Τεχνική επάρκεια ιατρού ανά κατηγορία χρόνιου νοσήματος.....	88
Γράφημα 53: Οργανωσιακά χαρακτηριστικά ανά κατηγορία χρόνιου νοσήματος.....	88
Γράφημα 54: Γεν. ικανοποίηση με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας/χρ. νοσήματος ...	89
Γράφημα 55: Προσδοκίες από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας/χρ. νοσήματος.....	89
Γράφημα 56: Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας/χρ. νοσήματος ...	90
Γράφημα 57: Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών/νοσ. φροντίδας.....	91
Γράφημα 58: Διαπροσωπικές δεξιότητες και επάρκεια του ιατρού/ νοσ. φροντίδας	92
Γράφημα 59: Τεχνική επάρκεια ιατρού ανά κατηγορία νοσηλευτικής φροντίδας	92
Γράφημα 60: Οργανωσιακά χαρακτηριστικά ανά κατηγορία νοσηλευτικής φροντίδας	93
Γράφημα 61: Γεν. ικανοποίηση με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας/νοσ.φροντίδας ...	93
Γράφημα 62: Προσδοκίες από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας /νοσ. φροντίδας ..	94
Γράφημα 63: Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας/νοσ. φροντίδας..	94

Εικόνες

Εικόνα 1: Το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο.....	9
Εικόνα 2: Στόχοι της μεταρρύθμισης στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.	11
Εικόνα 3: Άρθρα περιοδικών κατά ικανοποίηση ασθενών/καταναλωτών, 1950-2003.....	28
Εικόνα 4: Θεωρίες ικανοποίησης ασθενών.....	32

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη έκβασης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Ο 21^{ος} αιώνας, χαρακτηρίζεται ως αιώνας ποιότητας και η προσφορά ανάλογων υπηρεσιών είναι μία συνεχής πρόκληση για τις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς. Στην τελευταία εικοσαετία είναι έκδηλο το αυξανόμενο ενδιαφέρον για τις έρευνες ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ενός Κέντρου Υγείας της Ανατολικής Αττικής μέσω της διερεύνησης των παραγόντων που σχετίζονται με αυτή.

Δείγμα και Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 132 χρήστες των υπηρεσιών φροντίδας υγείας του Κέντρου Υγείας. Για τις ανάγκες της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη κλίμακα στον ελληνικό πληθυσμό και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας E-PQ-SPCSS (Expectations – Perceived Quality – Satisfaction with Primary Care Services Scale) του Raftoroulos (2010). Η συμπλήρωση και συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Φεβρουαρίου-Μαρτίου 2018. Η στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο Stata v12.1.

Αποτελέσματα: Η συνολική ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Κέντρου Υγείας ήταν υψηλή. Πιο ειδικά, το 94% των συμμετεχόντων δήλωσαν απλά ικανοποιημένοι έως πολύ ικανοποιημένοι. Για την προσφερόμενη ιατρική φροντίδα το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 96%, ενώ για την προσφερόμενη νοσηλευτική φροντίδα το 97%. Νοσηλευτική φροντίδα προσφέρθηκε σε 99 (75%) ασθενείς. Η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα μελετήθηκαν σε σχέση με τη γενική ικανοποίηση από την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τις τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών, τις διαπροσωπικές δεξιότητες και την επάρκεια του ιατρού, την τεχνική επάρκεια του ιατρού, τις προσδοκίες από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τα οργανωσιακά χαρακτηριστικά. Οι τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών βαθμολογήθηκαν με υψηλότερο σκορ ($86,37 \pm 13,53$) από εκείνους που δέχτηκαν νοσηλευτική φροντίδα, σε σχέση με εκείνους που δε χρειάστηκαν νοσηλευτική φροντίδα ($77,58 \pm 20,76$), $p=0,0060$.

Συμπεράσματα: Η ικανοποίηση των χρηστών από τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας του υπό μελέτη Κέντρου Υγείας αξιολογείται θετικά υψηλή. Η ηλικία έχει στατιστικά σημαντική σχέση με όλους τους παράγοντες της μελέτης, ξεχωρίζοντας από τους υπόλοιπους κοινωνικό-δημογραφικούς προσδιοριστές. Το E-PQ-SPCSS αποτέλεσε ένα αξιόπιστο εργαλείο για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας και θα ήταν χρήσιμη η αξιοποίηση του για μελλοντική μελέτη και σύγκριση στο ευρύτερο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της χώρας.

Λέξεις κλειδιά: Ικανοποίηση ασθενών, παράγοντες ικανοποίησης ασθενών, διαστάσεις ικανοποίησης ασθενών, ποιότητα φροντίδας υγείας, διαστάσεις ποιότητας, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Abstract

Background: Patient satisfaction is an important outcome indicator of quality on health care services. The 21st century, is characterized as the century of quality and the provision of similar services is an ongoing challenge for companies and organizations. In the last twenty years is evident the increasing interest for user satisfaction surveys from the provided health care services.

Aim: The user satisfaction evaluation of the provided primary health care services of a Health Center facility in Eastern Attica by exploring the factors associated with it.

Sample and Method: The sample consisted of 132 health care users of the Health Care Center. For the needs of the survey we used the weighted scale of the Raftopoulos (2010) E-PQ-SPCSS in the Greek population. Completion and collection of the questionnaires took place between February and March 2018. Statistical analysis and data processing was made with the statistical package Stata v12.1.

Results: The overall satisfaction of users with the Health Care Center's primary health care services was high. More specifically, 94% of the participants stated they were simply satisfied to very satisfied. For the offered medical care the corresponding rate was 96%, while for nursing care was 97%. Nursing care was offered to 99 (75%) patients. Age, educational level, marital status, chronic disease and nursing care have been studied in relation to general satisfaction with primary health care provision, nursing techniques and interpersonal skills, interpersonal skills and physician's competence, physician's medical competence, expectations of primary health care services and organizational characteristics. The technical and interpersonal skills of the nurses were rated with higher scores (86.37 ± 13.53) than those who received nursing care compared to those who did not need nursing care (77.58 ± 20.76), $p = 0,0060$.

Conclusions: User satisfaction from investigating the factors related to the health care services provided by the Health Center under review is positively high. Age is statistically significant in relation to all factors of the study, distinct from other socio-demographic determinants. E-PQ-SPCSS has been a reliable tool for investigating the factors related to the satisfaction of users from the health care services offered and it would be useful to use it for future study and comparison at the wider level of primary health care in the country.

Keywords: Patient satisfaction, patient satisfaction factors, patient satisfaction dimensions, health care quality, quality dimensions, primary health care.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

Εισαγωγή

Οι έρευνες για την ικανοποίηση θεωρούνται ένας τρόπος αξιολόγησης και αποτύπωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας από την οπτική του χρήστη. Από τη δεκαετία του 1980 παρατηρείται ένα έντονο ενδιαφέρον για τη συμμετοχή και καταγραφή της άποψης των ασθενών και των οικογενειών τους, ενώ παράλληλα αναπτύσσονται μεθοδολογικά εργαλεία αντίστοιχης νοοτροπίας και προοπτικής. Ο χρήστης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας σταδιακά τοποθετείται στο επίκεντρο, δίδοντας παράλληλα βασικές πληροφορίες για το πώς αντιλαμβάνεται την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Πολλές φορές, η αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα του συστήματος φροντίδας υγείας δεν είναι ευνοϊκή και τότε η σημασία της λέξης ποιότητα εμπεριέχει αρκετό συναίσθημα που χαρακτηρίζεται από ανησυχία, ένταση, απογοήτευση και απελπισία. Τα συστήματα που στοχεύουν στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας οφείλουν να εντοπίσουν τα προβλήματα και να βελτιωθούν. Η ασθενοκεντρική φροντίδα και η εστίαση στην ποιότητα και την ασφάλεια, είναι ένα βήμα προς την «αριστεία» τους (Joshi *et al.*, 2014).

Η παγκόσμια οικονομική κρίση, έχει ως αποτέλεσμα μια μακρά περίοδο ύφεσης στην Ελλάδα, θέτοντας υπό δοκιμασία το σύστημα υγείας της χώρας με έκδηλες επιπτώσεις στην κοινωνία και την υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ¹ και του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τις Πολιτικές και τα Συστήματα Υγείας², το σύστημα υγείας της Ελλάδας χαρακτηρίζεται ακόμη από μεγάλο βαθμό συγκέντρωσης παρά τις προσπάθειες μεταβίβασης αρμοδιοτήτων στις υγειονομικές περιφέρειες.

Οι δαπάνες για την υγεία μειώνονται σημαντικά από το 2009. Το 2015 η κατά κεφαλή δαπάνη αντιστοιχεί σε 1650 ευρώ, αρκετά χαμηλότερη από το μέσο όρο στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία είναι στο 59% και οι άμεσες δαπάνες των ασθενών 35%, πολύ πάνω από το μέσο όρο στην Ευρωπαϊκή Ένωση (OECD¹, 2017).

¹ Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης - Organisation for Economic Co-operation and Development.

² European Observatory on Health Systems and Policies.

Η χρηματοδοτική πίεση είναι διαρκής και το σύστημα δοκιμάζεται ως προς την αποτελεσματικότητα, την πρόσβαση και την ανθεκτικότητα του, ταυτόχρονα είναι αντιμέτωπο με σημαντικά προβλήματα σχεδιασμού και ορθολογικής κατανομής πόρων. Την τελευταία δεκαετία διαπιστώνεται τριπλασιασμός της αυτοαναφερόμενης μη ικανοποιημένης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη εξαιτίας του κόστους, της απόστασης ή των χρόνων αναμονής (12,3%, ο αντίστοιχος μέσος όρος στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι 3,3%). Το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι αντιμέτωπο με αδυναμίες στην προαγωγή και την πρόληψη υγείας και αποτυχίες στην αποτροπή εισαγωγών σε νοσοκομεία για παθήσεις που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε αυτό (OECD, 2017).

Σε σχετικό δελτίο τύπου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το Νοέμβριο του 2017³ για την κατάσταση της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, διατυπώνεται η ανάγκη για ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα με έμφαση στην προαγωγή υγείας, την πρόληψη⁴, τη βελτιωμένη πρόσβαση (ώστε να μην πιέζονται οι μονάδες επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων)⁵ και την καθολική κάλυψη. Εκφράζεται η ανάγκη τοποθέτησης των ασθενών στο επίκεντρο, της αποτύπωσης των εμπειριών που είναι σημαντικές για τους ίδιους και η ανάγκη προσαρμογής των συστημάτων υγείας για την αντιμετώπιση επικείμενων αλλαγών (γήρανση του πληθυσμού και πολυνοσηρότητα) μέσω της ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας τους. Σύμφωνα με την έκθεση του OECD/EU το 2016, η αποτελεσματικότερη πρόληψη και η προσφορά ποιοτικής φροντίδας υγείας, είναι ανάμεσα στα απαραίτητα συστατικά για τη βελτίωση της υγείας και της μείωσης των ανισοτήτων μεταξύ των χωρών.

Τα συστήματα υγείας δεν παραμένουν ίδια, επαναπροσδιορίζονται. Η ιδιότητα αυτή, ως "αντίδοτο" στα προηγούμενα, ταιριάζει σήμερα περισσότερο από ποτέ. Έτσι, αυτή την κρίσιμη περίοδο στην Ελλάδα είναι ενθαρρυντικές οι μεταρρυθμιστικές κινήσεις στο χώρο της υγείας με αποκορύφωμα τα πρόσφατα νομοθετήματα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (νόμοι 4486/2017 και 4238/2017) και την καθολική κάλυψη των αναγκών για φροντίδα υγείας όλων των πολιτών (νόμος 4368/2016).

³ Διαθέσιμο στο: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-17-4722_el.htm.

⁴ Ο αρμόδιος επίτροπος για την υγεία V. Andriukaitis αναφέρει ότι 80% των προϋπολογισμών για την υγεία κατευθύνονται στη θεραπεία και μόνο το 3% στην πρόληψη.

⁵ Η ανεπάρκεια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης οδηγεί το 27% των ασθενών στις μονάδες επειγόντων των νοσοκομείων. Μόνο σε 14 χώρες στην Ευρωπαϊκή Ένωση προϋποτίθεται παραπεμπτικό για επίσκεψη σε ειδικό γιατρό.

Οι προηγούμενες διαπιστώσεις ήταν σημαντικές υποκινητικές συνιστώσες στην επιλογή του ερευνητικού σκοπού της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής, δηλαδή της προσέγγισης της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ενός κέντρου υγείας, μέσω της διερεύνησης των παραγόντων που την επηρεάζουν. Συνδυαστικά επηρέασαν και τα εξής: η συνεισφορά στη μελέτη και αποτύπωση της άποψης του ασθενή που στην Ελλάδα εκφράζεται κυρίως μέσα από αντίστοιχες προσπάθειες, το ενδιαφέρον του ερευνητή, το γεγονός ότι την τελευταία δεκαετία (πιθανότατα) δεν έχει πραγματοποιηθεί παρόμοια ερευνητική προσπάθεια στο συγκεκριμένο κέντρο υγείας και τέλος η δυνατότητα διάθεσης των αποτελεσμάτων στη συμβολή λήψης αποφάσεων και της υιοθέτησης προτεραιοτήτων που αφορούν τη συγκεκριμένη δομή.

Η αποτύπωση της ικανοποίησης από την οπτική του χρήστη των υπηρεσιών, πραγματοποιείται σε στιγμή που συμπίπτει χρονικά με μία σημαντική προσπάθεια για την εγκαθίδρυση δομημένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, υπό το βάρος όμως των οικονομικό-κοινωνικών απειλών εξαιτίας της συνεχούς ύφεσης.

Το γενικό και το ειδικό μέρος είναι τα δύο συστατικά μέρη της μεταπτυχιακής διατριβής. Το γενικό μέρος αποτελεί το απαραίτητο θεωρητικό υπόβαθρο και η δομή του αναπτύσσεται σύμφωνα με τη σκεπτική: *πού; ποιο; πώς;* Κατά συνέπεια, η βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιείται μεταβαίνοντας από την προσέγγιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που αποτελεί το χώρο του συστήματος που πραγματοποιείται η έρευνα, στις έννοιες της ποιότητας και της ικανοποίησης, δηλαδή *ποιο;* συστατικό στοιχείο αυτού του χώρου μας ενδιαφέρει και *πώς* μπορούμε να το αξιολογήσουμε. Πηγές βιβλιογραφικής αναζήτησης αποτέλεσαν οι διαδικτυακές βάσεις δεδομένων, επιστημονικών περιοδικών, εκδοτικών οίκων και βιβλιοθηκών όπως: Scopus, Pubmed, Springerlink, EBSCO Discovery Service, Safari Books Online, SpringerLink, Wiley Online Library, Sage Journals, JSTOR, ScienceDirect, Emerald Insight, Google Scholar κ.α., καθώς και η έντυπη βιβλιογραφία. Η ενότητα της ικανοποίησης αποτελεί και τον συνδετικό κρίκο με το ειδικό μέρος. Το ειδικό μέρος αποτελείται από: α) τη μεθοδολογία, στην οποία περιλαμβάνονται ο σκοπός της έρευνας, το δείγμα, το εργαλείο συλλογής δεδομένων και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων β) τα αποτελέσματα και τέλος γ) τη συζήτηση και αξιολόγηση των ευρημάτων. Ακολουθεί ο κατάλογος των βιβλιογραφικών αναφορών και το παράρτημα.

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

2.1 Εισαγωγή

Στην ενότητα αυτή προσεγγίζεται ο σημαντικός χώρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο οποίος αποτελεί και το επίπεδο του συστήματος υγείας στο οποίο αναφέρεται το ερευνητικό κομμάτι αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής. Προκαταρκτικά, γίνεται αναφορά στην υγεία και τα συστήματα υγείας και ακολουθεί η ενότητα που αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

2.2 Υγεία – Συστήματα και υπηρεσίες υγείας

2.2.1 Η έννοια της υγείας

Η προσέγγιση της έννοιας της υγείας μπορεί να γίνει από διαφορετικές οπτικές, δύσκολα όμως μπορεί να οριστεί με τρόπο που να περιλαμβάνει ταυτόχρονα την τεχνική και την ηθική ή φιλοσοφική πτυχή του όρου (Ιωαννίδη, Λοπατατζίδης και Μάντη, 1999). Οι Boruchovitch και Mednick (2002) αναφέρονται σε τρεις διαφορετικές πτυχές της υγείας (με αναφορά στο Balog, 1978): α) την παραδοσιακή ιατροκεντρική αντίληψη, β) την ολιστική (αλλά και ουτοπική όπως αναφέρουν) προσέγγιση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) και γ) την οικολογική, η οποία βασίζεται στη σχέση της ανθρώπινης υγείας και της κατάστασης του περιβάλλοντος.

Ένας από τους επικρατέστερους ορισμούς, περιλαμβάνεται στο καταστατικό του Π.Ο.Υ. όπως υιοθετήθηκε το 1946 και ισχύει χωρίς αλλαγή από τον Απρίλιο του 1948: «υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».

Ο ορισμός αυτός είναι γενικότερα αποδεκτός αλλά αρκετές φορές "έχει μπει στο μικροσκόπιο" μελετητών και άλλες έχει αμφισβητηθεί ως προς την καθολικότητα του.

Για παράδειγμα, μετά από το "φιλτράρισμα" του ορισμού, ο Daniel Callahan (1973) προτείνει πως: «υγεία είναι η κατάσταση σωματικής ευεξίας». Στην ανάλυση του, αναφέρει την αναγκαιότητα ενός επαρκούς και όχι "ολοκληρωμένου" ορισμού, καθώς δεν είναι αναγκαίο να συνυπάρχουν στον ίδιο βαθμό όλες οι προϋποθέσεις για να θεωρηθεί κάποιος υγιής. Ο Χλέτσος (2011) αναφέρει τέσσερις βασικούς ορισμούς για την υγεία:

- *θετικός* (εκφράζεται η θετική διάσταση και η κατάσταση πλήρους υγείας όπως στον ορισμό του Π.Ο.Υ.),
- *αρνητικός* (αναφέρεται στην απουσία νόσου),
- *λειτουργικός* (σχετικά με την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς, καθημερινούς κ.α ρόλους),
- *βιωματικός* (ο τρόπος που το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία του).

Σύμφωνα με τους Jadad και O'Grady (2008) δεν μπορεί να γίνει περιγραφή της υγείας μέσω ενός ορισμού διότι η υγεία όπως και «η ομορφιά είναι υποκειμενική» αλλά και αρκετά πολύπλοκη έννοια που υπόκειται σε αλλαγές κι όσο εμβαθύνουμε στο νόημα της αυτή η δυσκολία προσδιορισμού της γίνεται περισσότερο κατανοητή (Larson, 1999).

Η υγεία επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, και έτσι κανείς ορισμός της δε θεωρείται πλήρως ικανοποιητικός. Οι παράγοντες που την καθορίζουν μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις βασικές κατηγορίες: α) *βιολογικοί παράγοντες* (20%), β) *το περιβάλλον* (20-30%), γ) *η ανθρώπινη συμπεριφορά/τρόπος ζωής* (40-50%) και δ) *οι υπηρεσίες υγείας* (10-20%) (Τούντας, 2008). Αυτή η κατηγοριοποίηση είναι αποτέλεσμα της προσπάθειας εξεύρεσης ενός κοινού εννοιολογικού πεδίου διευκολύνοντας στην επικοινωνία καθώς και την κατανόηση των επιμέρους στοιχείων της (Laframboise, 1973; Lalonde, 1974). Στην έκθεση Lalonde εντοπίζεται η σημαντική κυβερνητική δήλωση ότι οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας δεν αποτελούν τον πιο σημαντικό προσδιοριστή της υγείας (Hancock, 1986) και θα πρέπει να αναγνωριστούν και άλλοι τομείς αυξημένου ενδιαφέροντος, όπως: η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, το σχολικό σύστημα, το σύστημα περιβαλλοντικού ελέγχου, η ασφάλεια και υγιεινή στη βιομηχανία κ.α.

Κατά συνέπεια, η υγεία ως ένα από τα βασικότερα στοιχεία της ζωής του ανθρώπου (Χλέτσος, 2011) δεν είναι μόνο ατομική υπόθεση αλλά αποτελεί θεμέλιο λίθο για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη ενός κράτους. Θα πρέπει να οικοδομούνται σύγχρονες στρατηγικές υγείας με σκοπό την επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου υγείας των πολιτών (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007).

2.2.2 Συστήματα και υπηρεσίες υγείας

Η επιθυμία του ατόμου για την κάλυψη αναγκών και διατήρησης ικανοποιητικού επιπέδου υγείας, το ωθεί στη ζήτηση φροντίδας. Πρέπει να διατηρεί μια κατάσταση υγείας που θα του εξασφαλίζει τη δυνατότητα ανταπόκρισης στις εργασιακές, κοινωνικές, οικογενειακές και άλλες του υποχρεώσεις. Στη φροντίδα υγείας περικλείονται οι αναγκαίες υπηρεσίες αλλά και προϊόντα/αγαθά (όπως για παράδειγμα φάρμακα) που είναι απαραίτητα για να εξυπηρετηθεί ο προηγούμενος σκοπός (Χλέτσος, 2011). Αυτή η στάση απέναντι στην προστασία από την αρρώστια, αποτελούσε πάντα στόχο της ανθρώπινης δραστηριότητας και υπό αυτό το πρίσμα η μετάβαση των υπηρεσιών υγείας αποκτά μία ιστορικά εξελικτική σημασία (Τούντας, 2008). Οι υπηρεσίες υγείας παράγονται μέσα στο σύστημα υγείας που θεωρείται ένας πολυσύνθετος τομέας από συνδεδεμένα υποσυστήματα που λειτουργούν ως ένα ενιαίο σύνολο. Τόσο οι άμεσες ή έμμεσες επιδράσεις μεταξύ των υποσυστημάτων όσο και οι αλληλεπιδράσεις τους με το περιβάλλον είναι σημαντικές, με απώτερη επιδίωξη τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του κοινωνικού συνόλου (Χλέτσος, 2011). Ως σύστημα υγείας ορίζεται αυτό «που περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που έχουν πρωταρχικό στόχο την προαγωγή, αποκατάσταση ή διατήρηση της υγείας». Οι ζωές πολλών ανθρώπων είναι στα "χέρια" των συστημάτων υγείας τα οποία έχουν ζωτική και συνεχή ευθύνη κάλυψης από την «ασφαλή γέννηση ενός μωρού έως την αξιοπρεπή φροντίδα των ευπαθών ηλικιωμένων». Δεν αποσκοπούν μόνο στη βελτίωση ή διασφάλιση της υγείας των ατόμων αλλά και στην προστασία από το οικονομικό κόστος της ασθένειας. Τα προηγούμενα, συνοψίζονται στους τρεις παρακάτω θεμελιώδεις στόχους των συστημάτων υγείας (World Health Organization, 2000):

- βελτίωση της υγείας του πληθυσμού τους,
- ανταπόκριση στις προσδοκίες των ατόμων,
- παροχή οικονομικής προστασίας από το κόστος της κακής υγείας.

Τα συστήματα υγείας αλλάζουν, εξελίσσονται και προσαρμόζονται στις ιστορικές, κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές ανάγκες της εποχής. Η "διαδραστική" αυτή σχέση με τις ανάγκες ενός πληθυσμού σε τοπικό, περιφερειακό ή και εθνικό επίπεδο, καθορίζεται από τις κρατικές και πολιτικές επιλογές, την επίδραση γεωγραφικών συνθηκών, κοινωνικών και επιστημονικών εξελίξεων και τεχνολογικών επιτευγμάτων. Το σύστημα υγείας κάθε χώρας αναπτύσσεται σύμφωνα με τις προηγούμενες ανάγκες. Τρεις βασικές κατηγορίες συστημάτων υγείας⁶ έχουν διαμορφωθεί από τον τρόπο οργάνωσης, διοίκησης, παραγωγής, διανομής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (Τούντας, 2001, 2008; Υφαντόπουλος, 2006).

Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2006, 2007) στις αρχές του 2000 η υγειονομική πολιτική της Ευρώπης επικεντρώνεται σε τρεις άξονες-στόχους του Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου (εικόνα 1), εκφράζοντας έτσι την αναζήτηση για νέα, κοινή πολιτική στο τομέα της υγείας:

- διασφάλιση της προσπέλασης όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας χωρίς οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια,
- ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας,
- οικονομικά βιώσιμα συστήματα υγείας.

Μία πρόσφατη ανακοίνωση (European Commission, 2014) με στόχο την περαιτέρω ανάπτυξη των συστημάτων υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση επικεντρώνεται σε:

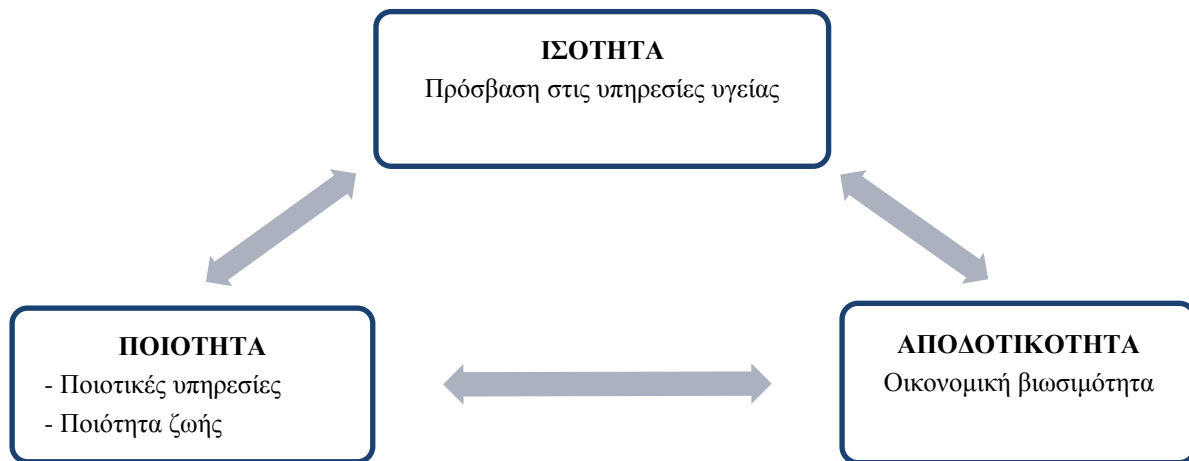
- ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας,
- αύξηση της προσβασιμότητας στη φροντίδα υγείας,
- βελτίωση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας.

⁶ *Ιδιωτικό ή φιλελεύθερο σύστημα υγείας*: αντικατοπτρίζει τη φιλοσοφία της ελεύθερης αγοράς και χαρακτηρίζεται από τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση, με κύριο παράδειγμα αυτό των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής,

Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ή υπόδειγμα Bismark: βασίζεται στην οργάνωση ενός κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος με χρηματοδότηση από πολλά και διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία (εργοδοτών και εργαζομένων). Το Γερμανικό και Γαλλικό σύστημα υγείας αποτελούν παραδείγματα εφαρμογής,

Κρατικό σύστημα: βασίζεται στην κρατική παρέμβαση, έχει στόχο την ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας όλου του πληθυσμού. Το μοντέλο *Beveridge – Εθνικό Σύστημα Υγείας* διαμορφώνεται κυρίως σε χώρες όπως τη Μ. Βρετανία, και Σουηδία και διέπεται από αυτή τη φιλοσοφία.

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες, τα τελευταία χρόνια, υιοθετούν ενδιάμεσες μορφές μικτής οργάνωσης με επιτυχή τρόπο όπως στις Σκανδιναβικές χώρες, τη Μ. Βρετανία και άλλες φορές με λιγότερη επιτυχία, όπως στην Ελληνική περίπτωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (συνύπαρξη κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτικού τομέα) (Τούντας, 2001).



Εικόνα 1. Το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο. Πηγή: Υφαντόπουλος (2006) (τροποποιημένο σχήμα).

Κάθε σύστημα υγείας αποτελείται από διαφορετικές υποκατηγορίες και ένα σωστά οργανωμένο σύστημα εξασφαλίζει τη λειτουργική διασύνδεση μεταξύ τους (Τούντας, 2001). Η καθιέρωση τριών κατηγοριών οδηγεί στην παρακάτω ταξινόμηση:

- *πρωτοβάθμιο επίπεδο*: εδώ ανήκουν όλες οι υπηρεσίες που παρέχονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας,
- *δευτεροβάθμιο επίπεδο*: παρέχεται νοσοκομειακή περίθαλψη από τοπικά έως μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία με βασικές ιατρικές ειδικότητες και εργαστήρια,
- *τριτοβάθμιο επίπεδο*: παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από μεγάλα γενικά νοσοκομεία που διαθέτουν όλες τις ιατρικές ειδικότητες, εξειδικευμένο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και υποδομές.

2.3 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο αποτελεί ένα σημαντικό και βασικό συστατικό ενός σωστά οργανωμένου, όπως αναφέρθηκε, συστήματος υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι η σπονδυλική στήλη, η "ραχοκοκαλιά", ο ακρογωνιαίος λίθος του συστήματος υγείας, του "οικοδομήματος" που εξασφαλίζει ισότητα και θετικά αποτελέσματα υγείας (Starfield, 1994; Shi, 2012). Παρόλο που η σημαντικότητα του επιπέδου αυτού αναγνωρίζεται καθολικά, έχει εντοπιστεί μία διαφορετικότητα στη περιγραφή του ως πρωτοβάθμια φροντίδα (*Primary Care-PC*) ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (*Primary Health Care-PHC*), όροι που στη διεθνή βιβλιογραφία άλλοτε χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, και άλλες φορές υποδηλώνουν εντελώς διαφορετικές έννοιες (Muldoon *et al.*, 2006).

Από περιορισμένη, για την περίοδο 2000-2003, ανάλυση άρθρων που περιέχουν τους προηγούμενους όρους, ο Awofeso (2004) αναφέρει πως συγγραφείς από αναπτυσσόμενες χώρες φαίνεται να χρησιμοποιούν τον όρο "*primary health care*" για θέματα που ουσιαστικά περιγράφονται ως "*primary care*" από συγγραφείς αναπτυγμένων χωρών. Στις χώρες όπου εξακολουθούν να υφίστανται σημαντικές προκλήσεις, κυρίως στην πρόσβαση στη φροντίδα υγείας, το πρωτοβάθμιο επίπεδο αποτελεί ακόμη στρατηγικό στόχο του συστήματος, ενώ στις αναπτυγμένες η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θεωρείται ως το πρώτο επίπεδο περίθαλψης (World Health Organization, 2003). Είναι προφανές ότι αυτό από μόνο του μπορεί να εκφράζει τον βαθμό εξέλιξης και το επίπεδο λειτουργίας ενός συστήματος.

Οι προηγούμενοι όροι είναι θεμελιωδώς διαφορετικοί, ο όρος "*primary care*" αναφέρεται συνήθως στις υπηρεσίες που παρέχονται από τον οικογενειακό ιατρό σε μεμονωμένους ασθενείς, ενώ ο όρος "*primary health care*" είναι ευρύτερος, περιλαμβάνει τη φροντίδα σε ατομικό επίπεδο, ενέργειες που αφορούν τον πληθυσμό και στοιχεία της δημόσιας υγείας. Στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιέχονται ευρύτερες κοινωνικές πολιτικές όπως η καθολική πρόσβαση και η ισότητα. Ως όρος φαίνεται να είναι πιο περιεκτικός καθώς στους ορισμούς του συγκαταλέγονται τα περισσότερα από τα χαρακτηριστικά της "σύντομης" περιγραφής (*primary care*) (Awofeso, 2004; Muldoon *et al*, 2006; Shi, 2012).

Ο όρος "*primary health care*"⁷ εισήχθη το 1978 στη Διακήρυξη της Διεθνούς Διάσκεψης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) στην Άλμα Άτα της πρώην Σοβιετικής Ένωσης (World Health Organization, 1978). Θεωρείται ως χρονική στιγμή "σταθμός" διότι ήρθε στο προσκήνιο η συζήτηση για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και εκδηλώθηκε η παγκόσμια πρόσκληση σε όλες τις κυβερνήσεις και τους εργαζόμενους στο τομέα της υγείας για επείγουσα δράση προστασίας, πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας.

Η επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας για όλους μέσω αυτού του προσανατολισμού και της διασφάλισης καθολικής παροχής υγείας ήταν ο κυριότερος στόχος για το έτος 2000.

⁷ Στη διακήρυξη η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναφέρεται ως: η βασική φροντίδα υγείας που στηρίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Καθίσταται καθολικά προσβάσιμη στα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας με αποδεκτά μέσα και κόστος ανάλογο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινότητας και της χώρας. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο του συστήματος υγείας της χώρας, του οποίου είναι πυρήνας, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Είναι η πρώτη επαφή των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας, με το σύστημα φροντίδας υγείας της χώρας φέρνοντας τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό κοντύτερα στο τόπο που ζουν και εργάζονται. Αποτελεί το πρώτο μέρος μίας διαδικασίας φροντίδας υγείας που έχει συνέχεια (World Health Organization, 1978; Muldoon *et al*, 2006).

Παρακάτω (εικόνα 2) παρουσιάζονται συγκεντρωμένοι κύριοι στόχοι όπως αναφέρονται από τους Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου και συν. (2015):

Βελτίωση πρόσβασης
Καλύτερος συντονισμός των υπηρεσιών και ολοκλήρωση της φροντίδας
Προαγωγή της λειτουργίας της ομάδας υγείας
Βελτίωση της ποιότητας και της καταλληλότητας της φροντίδας
Έμφαση στη πρόληψη και τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων
Δέσμευση του χρήστη για αυτοφροντίδα και αυτοδιαχείριση
Ηλεκτρονικό σύστημα διαχείρισης κλινικών πληροφοριών
Ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας
Παροχή δέσμης υπηρεσιών σε συγκεκριμένους πληθυσμούς
Ανθρωποκεντρική προσέγγιση στο σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών
Συμμετοχή της κοινότητας και του πληθυσμού στη λήψη αποφάσεων
Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών
Ικανοποίηση των αναγκών φροντίδας των χρηστών
Ισότητα στην υγεία
Αποτελεσματικότητα και βιωσιμότητα του συστήματος υγείας

Εικόνα 2. Στόχοι της μεταρρύθμισης στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
Πηγή Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου και συν. (2015).

Μετά από την καθοριστική, για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ημερομηνία της 12^{ης} Σεπτεμβρίου του 1978 πλήθος ερευνών, εργασιών, εκθέσεων (εθνικών ή παγκόσμιων), περιφερειακών ή εθνικών ή διεθνών διασκέψεων κ.α., έχουν ως αντικείμενο τη μελέτη του βαθμού επίτευξης εκείνων των στόχων.

Σήμερα, διανύουμε 40 έτη από εκείνη τη χρονιά, και η καλύτερη αναφορά για τη σχετική πρόοδο δεν είναι άλλη από το σχέδιο της νέας Διακήρυξης της 2^{ης} Διεθνούς Διάσκεψης, που έχει προγραμματιστεί για τις 25-26 Οκτωβρίου του 2018 στην Αστάνα του Καζακστάν. Στην ιστοσελίδα του Π.Ο.Υ. εκτός από τη σχετική ανακοίνωση, υπήρξε προτροπή για συμμετοχή στη αντίστοιχη διαβούλευση έως 23 Απριλίου.

Η καθολική κάλυψη των αναγκών για υγεία αλλά και η επίτευξη στόχων για τη βιώσιμη ανάπτυξη⁸ μέσα από την κεντρική τοποθέτηση και ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα αποτελέσει παγκοσμίου επιπέδου επαναδέσμευση⁹. Στο σχέδιο που έχει συνταχθεί, αφενός αναγνωρίζεται ότι ανάμεσα στις χώρες ή και εντός αυτών, υπήρξε ανεπαρκής και άνιση εφαρμογή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αφετέρου δεν έχει εκπληρωθεί ο στόχος της προσφοράς υγείας σε όλους (World Health Organization, 2018a).

Η ανάγκη για προσφορά ανθρωποκεντρικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι μεγαλύτερη όσο ποτέ άλλοτε για τους εξής λόγους:

- 1) τις δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές όπως: η γήρανση του πληθυσμού, η αστικοποίηση, η παγκοσμιοποίηση και οι αυξανόμενες ανισότητες,
- 2) της επιδημιολογικής μετάβασης όπου συμπεριλαμβάνονται η αύξηση: των χρόνιων νοσημάτων, των μη-μεταδοτικών ασθενειών, των ψυχικών νοσημάτων, της συνύπαρξης δύο ή περισσότερων χρόνιων παθήσεων υγείας· ενώ ταυτόχρονα είναι ανοικτές ακόμη οι ανάγκες έναντι: των μεταδοτικών ασθενειών, της μητρικής και παιδικής υγείας και της αύξησης της αντιμικροβιακής αντοχής,
- 3) της πληθυσμιακής μετανάστευσης (η μεγαλύτερη ιστορικά) εξαιτίας: πολύπλοκων καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, πολέμου και βίας, κλιματικών αλλαγών και επιδημιών,
- 4) των περισσότερο πολύπλοκων συστημάτων υγείας και του αυξανόμενου κόστους,
- 5) της αύξησης: της κοινωνικής συμμετοχής και της άποψης των πολιτών καθώς και των προσδοκιών τους,
- 6) της αυξημένης συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα, της επανάστασης της τεχνολογίας και των καινοτομιών, της εποχής της πληροφορίας (ψηφιακή επανάσταση και στο τομέα παροχής φροντίδας υγείας).

Συνοπτικά, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (World Health Organization, 2018a) είναι απαραίτητη για:

- τη βελτίωση της υγείας: συστήματα που έχουν επενδύσει, βασίζονται και παρέχουν ποιοτική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έχουν αποδεδειγμένα καλύτερη πληθυσμιακή και ατομική υγεία και περισσότερα οφέλη από τα αναμενόμενα,

⁸ Στόχοι για τη βιώσιμη ανάπτυξη- Sustainable Development Goals (SDGs): 17 στόχοι που αφορούν τις δράσεις για την υλοποίηση τους σε διεθνές επίπεδο έως το 2030 (<http://www.unric.org/sdgs-in-greek>).

⁹ Διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/primary-health/conference-phc/en>.

- την επιτυχία και βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Η επικέντρωση σε ποιοτική Π.Φ.Υ. τα καθιστά πιο έτοιμα σε περιπτώσεις έκτακτων αναγκών, πιο αποδοτικά, αποτελεσματικά, βιώσιμα και ικανά για παροχή μεγαλύτερου εύρους υπηρεσιών,
- την καθολική κάλυψη υγείας και την επίτευξη των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης⁸: η ικανότητα επίτευξης αυτών των στόχων είναι αλληλένδετη με την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στην ελληνική πραγματικότητα ως κομβική μεταρρυθμιστική κίνηση θεωρείται η θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας με τον νόμο 1397/1983. Η τότε αναφορά στον όρο "εξωνοσοκομειακή" αντιστοιχεί στην πρωτοβάθμια "περίθαλψη" και παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία τους και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, αποσκοπώντας στη κάλυψη όλου του φάσματος υπηρεσιών υγείας που αντιστοιχούν στο επίπεδο αυτό. Το κέντρο υγείας θεσπίζεται ως ο πυρήνας της κάλυψης των αναγκών υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Παρόλο που η φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού είχαν αποτυπωθεί με επάρκεια στο νόμο αυτό, τα προβλήματα χρηματοδότησης, διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης, διαχειριστικής αυτοτέλειας κ.α. οδήγησαν στην ελλιπή εφαρμογή των αρχών του σε όλους τους τομείς: αρκετές δεκαετίες αργότερα αυτό είχε ως αποτέλεσμα, το σύστημα να χαρακτηρίζεται ως κατεξοχήν νοσοκομειοκεντρικό (Υφαντόπουλος, 2006).

Οι Κυριόπουλος και συν. το 2000 αναφέρουν ότι το σύστημα υγείας και η Π.Φ.Υ. εκείνη την εποχή, χαρακτηρίζονται μεταξύ άλλων, από εξαιρετικά χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών με αντίστοιχη αποτύπωση στην ποιότητα. Ειδικότερα στο επίπεδο της Π.Φ.Υ. διακρίνονται οι σοβαροί δομικοί περιορισμοί, η έμφαση στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών και η υποτίμηση της παραμέτρου της δημόσιας υγείας,. Η ελληνική Π.Φ.Υ. αναφέρεται ως πολυκερματισμένη με άναρχη ανάπτυξη και με πληθώρα προβληματικών στοιχείων σύμφωνα με τις Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου (2008). Αξίζει να σημειωθεί ότι με την πάροδο των ετών υπήρξε αναζήτηση για "εμπλουτισμό" του θεσμικού πλαισίου της Π.Φ.Υ. στη χώρα, όπως για παράδειγμα ο νόμος 3235/2004 που αποτελεί αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση, με αναγνωρισμένα όμως προβλήματα στην εφαρμογή του (Σουλιώτης και συν., 2013).

Η δημιουργία Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και η ένταξη των υγειονομικών δομών του πρώην Ι.Κ.Α.¹⁰ με τον νόμο 4238/2014, οδηγεί σε ένα φορέα που θεσμικά αποτελεί την «πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας». Σήμερα, είναι σε ισχύ η τελευταία θεσμική παρέμβαση «*Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*» (νόμος 4486/2017) που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ενιαίου και ολοκληρωμένου επιπέδου παροχής υπηρεσιών που είναι διοικητικά αυτοτελές και υπάγεται άμεσα στις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών. Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν πυρήνα του συστήματος στα οποία υπάγονται οι νεοσύστατες Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθούμε σε ένα ορισμό¹¹ της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως: «το σύνολο των οργανωμένων υπηρεσιών που έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου μέσα από την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής».

Η προσφορά υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέχεται σύμφωνα με τις αρχές:

- της δωρεάν καθολικής κάλυψης του πληθυσμού,
- της ισότιμης πρόσβασης,
- της συνέχειας της φροντίδας,
- της διασύνδεσης με άλλες υπηρεσίες υγείας,
- της διατομεακής διασύνδεσης,
- της αγωγής υγείας της κοινότητας (με ενεργό συμμετοχή στην ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών της).

Είναι εμφανής η υιοθέτηση, σε θεσμικό τουλάχιστον επίπεδο, αρχών που όπως προαναφέρθηκε αφορούν παγκόσμια βούληση για την τοποθέτηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο επίκεντρο των συστημάτων υγείας. Στο εθνικό μας επίπεδο, η μετατροπή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από «αχίλλειο πτέρνα» (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008) σε «αιχμή δόρατος» του συστήματος υγείας της χώρας, είναι εφικτή όσο ποτέ άλλοτε.

¹⁰ Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

¹¹ Περιλαμβάνεται και στο νόμο 4486/2017.

Ποιότητα και Ικανοποίηση χρηστών από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας

3.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό πραγματεύονται οι έννοιες της ποιότητας και της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας οι οποίες αποτελούν το απαραίτητο θεωρητικό υπόβαθρο για τη διενέργεια συναφών ερευνών. Στις επιμέρους ενότητες, η ανάπτυξη αφορά κυρίως τον τομέα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας αλλά μερικές φορές παρουσιάζεται και η προσέγγιση στον ευρύτερο χώρο των υπηρεσιών αλλά και της παραγωγής προϊόντων-αγαθών.

3.2 Ποιότητα

Στη σημερινή παγκόσμια ανταγωνιστική αγορά η λέξη "ποιότητα" είναι μία οικεία λέξη που ίσως να χρησιμοποιείται υπερβολικά μερικές φορές. Οι απαιτήσεις των καταναλωτών αυξάνονται συνεχώς και είναι σημαντική η προϋπόθεση τη βελτιωμένης ποιότητας των προϊόντων ή των υπηρεσιών. Ταυτόχρονα, αυξάνεται η απειλή ενός ανταγωνισμού προσφοράς προϊόντων ή υπηρεσιών από χώρες με χαμηλό κόστος εργασίας που έχει μεν σαν αποτέλεσμα τις χαμηλές τιμές πώλησης αλλά αρκετές φορές αμφισβητούμενη ποιότητα. Οι Dale *et al.* (2007), αναφέρουν ότι η αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος είναι δυνατή μέσω της έμφασης στον πελάτη, της ευελιξίας και της επικέντρωσης στην ποιότητα.

Ο 21^{ος} αιώνας μπορεί να χαρακτηριστεί ως αιώνας ποιότητας, όπου η παραγωγή ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών είναι μία πρόκληση για τις περισσότερες επιχειρήσεις. Για την εξασφάλιση μεριδίου αγοράς είναι απαραίτητη η ενσωμάτωση της ποιότητας σε όλες της πτυχές λειτουργίας ενός οργανισμού.

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε βέβαια ότι περιτριγυριζόμαστε από σοκαριστικές αποτυχίες ποιότητας που πολλές φορές κατέληξαν σε απώλειες ανθρώπινων ζωών, δαπάνες χρηματικών ποσών και χαμένων ευκαιριών όπως για παράδειγμα στο ατύχημα του εργοστασίου φυτοφαρμάκων του Bhopal το 1984 (Charantimath, 2011).

Ένα ισχυρό χαρακτηριστικό της φροντίδας υγείας είναι η πολυπλοκότητα. Στο χώρο αυτό οι περισσότεροι καταναλωτές αναμένουν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και στις προσδοκίες τους εσωκλείεται μία πληθώρα χαρακτηριστικών όπως: τα ορθά θεραπευτικά αποτελέσματα, η ικανοποιητική αλληλεπίδραση με αυτούς που τους φροντίζουν, οι εγκαταστάσεις των χώρων και η χρήση της καλύτερης διαθέσιμης τεχνολογίας. Η ποιότητα εμπεριέχει την ικανοποίηση ή υπέρβαση των προσδοκιών των καταναλωτών, είναι δυναμική και μπορεί να βελτιώνεται, όμως, για να συμβεί τούτο απαιτείται αρκετή προσπάθεια και προσοχή σε όλα τα συστατικά στοιχεία. Μία σημαντική πτυχή είναι η αξιοπιστία (*reliability*) και «ίσως είναι δυνατή η επίτευξη αξιοπιστίας χωρίς ποιότητα αλλά η ποιότητα δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς αξιοπιστία» (Spath, 2013).

Στον τομέα της φροντίδας υγείας, η ποιότητα είναι ένα βασικό ζητούμενο. Έχουμε εισέλθει σε μία νέα εποχή όπου η έκφραση «δείξε μου την ποιότητα - *show me the quality*», ίσως αποτελέσει το απόφθεγμα της χλιετίας. Η συζήτηση για την ποιότητα είναι πλέον κάτι παραπάνω από απλά λόγια, είναι αποδείξεις (Press, 2006).

3.2.1 Ορισμός

Με την προσέγγιση του επιστημονικού πεδίου της ποιότητας έρχεται σύντομα η εξοικείωση με τα ονόματα των W. Edwards Deming, Joseph M. Juran και Philip B. Crosby. Πρόκειται για τρεις από τους μεγαλύτερους ειδικούς αυτού του χώρου (Suarez, 1992) που με την ιδιάζουσα σημασία των θεωριών, των βασικών αρχών και των μεθόδων τους, έχουν δημιουργήσει μία σημαντική παρακαταθήκη.

Ο Deming θεωρεί ότι η έννοια της ποιότητας σχετίζεται με τις ανάγκες του καταναλωτή. Αποφεύγει να δώσει ένα ορισμό που να περικλείεται σε μια και μόνο πρόταση. Στο βιβλίο "Out of the Crisis" (Deming, 1986) είναι προσεκτικός και τονίζει τη δυσκολία ορισμού της.

Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι: «η δυσκολία στον ορισμό της ποιότητας εντοπίζεται στο να μεταφραστούν οι μελλοντικές ανάγκες του χρήστη σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά, έτσι ώστε ένα προϊόν να μπορεί να σχεδιαστεί και να αποδειχθεί ότι δίνει ικανοποίηση σε μια τιμή που ο χρήστης θα πληρώσει» και καταλήγει ότι: «η ποιότητα κάθε προϊόντος ή υπηρεσίας έχει ποικίλες κλίμακες» (στο Lloyd, 2019). Επιπρόσθετα, «οι τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του καταναλωτή καθορίζουν την ποιότητα (στο Suarez, 1992)» η οποία πρέπει να έχει ως στόχο τις ανάγκες του (στο Basu, 2013).

Για τους Juran και Godfrey (1998) έχει διττή και κρίσιμη σημασία:

- τα χαρακτηριστικά του προϊόντος που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του πελάτη και συνεπώς του προσφέρουν ικανοποίηση, αναδεικνύοντας όμως την αναλογική σχέση ποιότητας και ικανοποίησης του καταναλωτή· όπου με αυτή την έννοια η παραγωγή ποιοτικών προϊόντων συνήθως συνεπάγεται αύξηση του κόστους.
- την παραγωγή χωρίς σφάλματα/ελαττώματα, ώστε να μην απαιτείται επανάληψη της παραγωγικής διαδικασίας διότι το αντίθετο έχει ως αποτέλεσμα τη δυσαρέσκεια του καταναλωτή, τη διεκδίκηση αποζημιώσεων κ.α. και με αυτή την έννοια η παραγωγή ποιοτικών προϊόντων, συνήθως κοστίζει λιγότερο.

Ο Juran ορίζει την ποιότητα ως: «η καταλληλότητα για χρήση» αλλά τονίζει πως είναι απίθανο μία σύντομη φράση να αποδώσει όλη τη σημασία της (Juran and Godfrey, 1998) και προσανατολίζεται έντονα στην ικανοποίηση του πελάτη και τις απαιτήσεις του από το προϊόν¹² (Suarez, 1992).

Οι τέσσερις «απόλυτες θέσεις» του Philip Crosby, εκφράζουν τη δική του τοποθέτηση για την ποιότητα. Έτσι, όπως αναφέρεται και στο Kiran (2016):

- ο ορισμός της ποιότητας (προϊόντος ή υπηρεσίας) είναι η συμμόρφωση στις απαιτήσεις και όχι μόνο προς τις προδιαγραφές,
- ένα δυνατό σύστημα είναι ποιοτικό μέσα από την πρόληψη και όχι την αξιολόγηση του λάθους (διαπίστωση της αστοχίας),
- το πρότυπο απόδοσης θα πρέπει να είναι «μηδέν ελαττώματα»,
- η μέτρηση της ποιότητας γίνεται με την τιμή των «μη συμμορφώσεων» και όχι των δεικτών.

¹² Στα "προϊόντα" συμπεριλαμβάνει κάθε παραγωγική διαδικασία αγαθών και υπηρεσιών, παράλληλα θεωρεί ως πελάτη οποιονδήποτε επηρεάζεται από αυτά (Suarez, 1992).

Στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας

Στις αρχές τις δεκαετίας του 1970 το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής¹³ δημοσιεύει ένα ορισμό¹⁴ για τη διασφάλιση ποιότητας. Εκείνη η έκδοση όμως, δεν περιέχει ένα σαφή ορισμό της ποιότητας (Institute of Medicine, 1974). Λαμβάνοντας υπόψη την κριτική και τους ισχυρισμούς ειδικών εμπειρογνομόνων ότι οι στρατηγικές διασφάλισης ποιότητας εξαρτώνται από το πώς αυτή ορίζεται¹⁵ και μετά από την ανάλυση πενήντα περίπου ορισμών¹⁶ η επιτροπή του I.O.M. για τον σχεδιασμό στρατηγικής της ποιότητας και τη διασφάλιση της στο πρόγραμμα Medicare δημοσιεύει τον παρακάτω ορισμό (Lohr, 1990): «η ποιότητα της φροντίδας είναι ο βαθμός στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα της επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων για την υγεία τους και συνάδουν με την τρέχουσα επιστημονική γνώση». Ο ορισμός αυτός χρησιμοποιείται αρκετά συχνά στη βιβλιογραφία (Joshi *et al.*, 2014), τυγχάνει ευρείας αποδοχής (Martin *et al.*, 2016), εμπεριέχει δε αρκετές από τις διαστάσεις τις ποιότητας (Lohr, 1990).

Παραπλήσιο ορισμό αναφέρει και ο Π.Ο.Υ. : «η ποιότητα της φροντίδας υγείας είναι ο βαθμός στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε άτομα και κατηγορίες ασθενών βελτιώνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα για την υγεία τους. Για να επιτευχθεί τούτο, θα πρέπει η φροντίδα υγείας να είναι ασφαλής, αποτελεσματική, έγκαιρη, αποδοτική, δίκαιη και ανθρωποκεντρική» (World Health Organization, 2006, 2016, 2018b).

Δύο προτεινόμενοι ορισμοί της ποιότητας, διακρίνονται στην εργασία των Campbell *et al.*, (2000). Η ποιότητα αναφέρεται ως:

- η δυνατότητα πρόσβασης ενός ατόμου στις δομές και τις διαδικασίες φροντίδας με έμφαση στην αποτελεσματικότητα της

¹³ IOM: Institute of Medicine (U.S) ή Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής.

¹⁴ Στον ορισμό αυτό το 1974 αναφέρεται πως: ο κύριος στόχος ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας πρέπει να καθιστά την υγειονομική φροντίδα αποτελεσματικότερη βελτιώνοντας την κατάσταση της υγείας και της ικανοποίησης του πληθυσμού, στο πλαίσιο των καθορισμένων πόρων που δαπανά μια κοινωνία για το σκοπό αυτό.

¹⁵ Γίνεται αναφορά στην έκθεση : Palmer, R.H. and Adams, M.E. (1988) *Considerations in Defining Quality in Health Care. Paper prepared for Institute of Medicine Study to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare.*

¹⁶ Η ομάδα εργασίας ασχολήθηκε με την ανάλυση περίπου 50 ορισμών για την ποιότητα και 50 κατηγοριών σχετικών εννοιών.

- η δυνατότητα πρόσβασης σε αποτελεσματικές υπηρεσίες φροντίδας με έμφαση στην αποδοτικότητα και την ισότιμη παροχή τους για τη βελτιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού.

Ο Avedis Donabedian θεωρείται πρωτοπόρος και ένας από τους γνωστότερους του πεδίου της διασφάλισης ποιότητας στη φροντίδα υγείας. Το 1966 στην εργασία "αριστούργημα"¹⁷ όπως τονίζουν οι Berwick και Fox (2016), αναφέρει τη ποιότητα στη φροντίδα υγείας ως μια έννοια με αξιοσημείωτη δυσκολία ορισμού (Donabedian, 1966). Ανάμεσα στις σχετικές τοποθετήσεις του ανήκουν: «η ισορροπία ανάμεσα στα οφέλη και τις βλάβες αποτελεί τον κύριο πυρήνα ενός ορισμού για την ποιότητα» και «η ισορροπία ανάμεσα στα οφέλη και τις βλάβες είναι απαραίτητη στην ιατρική: ένα μέρος είναι επιστήμη και το άλλο τέχνη» (στο Joshi *et al.*, 2014). Ο ορισμός του για την ποιότητα ως: «η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μία διαδικασία περίθαλψης», έχει χρησιμοποιηθεί αρκετά.

Η ύπαρξη ενός ορισμού που να αποδίδει την ποιότητα στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας ίσως να ήταν εφικτή εάν ήταν μια μονοδιάστατη έννοια, αντιθέτως είναι πολυδιάστατη και δεν είναι εύκολος ο προσδιορισμός της από ένα και μόνο ορισμό.

3.2.2 Διαστάσεις της ποιότητας

Είναι εύκολα κατανοητό ότι ο ορισμός της ποιότητας αλλάζει με την πάροδο των ετών, διότι φαίνεται να είναι αναγκαία η συμπίεση με την τρέχουσα πραγματικότητα. Η ποιότητα θα μπορούσε να παρομοιαστεί ως ένας "κινούμενος στόχος". Η κατανόηση των ποικίλων διαστάσεων της ποιότητας είναι ένας εναλλακτικός τρόπος ορισμού της (Mahadevan, 2015).

Αρκετοί ερευνητές και συγγραφείς του χώρου, προσδιορίζουν την ποιότητα από την περιγραφή των διαφόρων διαστάσεων που της αποδίδουν, πέντε έως δέκα συνήθως: πρόκειται για μια δύσκολη διαδικασία, ιδιαίτερα όταν το ενδιαφέρον αφορά τον τομέα της ποιότητας των υπηρεσιών. Οι διαστάσεις μπορεί να εμφανίζουν μία διαφορετικότητα, και έτσι πολλές που αναπτύσσονται για μία υπηρεσία ή ομάδα να μην είναι εφαρμόσιμες σε μία άλλη (Charantimath, 2011).

¹⁷ "Evaluating the Quality of Medical Care" με 5.784 βιβλιογραφικές αναφορές έως το 2015.

Στον τομέα της παραγωγής προϊόντων

Ο David Garvin (1984b) δημιουργεί ένα οκταμετρικό πλαίσιο διαστάσεων της ποιότητας που αποδίδεται στις πέντε διαφορετικές κατηγορίες προσεγγίσεων του ορισμού της. Οι οκτώ διαστάσεις του είναι ευρύτερα αποδεκτές, διασπών την ποιότητα σε μικρότερα διαχειρίσιμα τμήματα που βοηθούν τη στρατηγική ανάλυση της και μπορούν να εφαρμοστούν σε μία ευρεία γκάμα προϊόντων (στο Δρακόπουλος και Σαμουρέλης, 2014; Mahadevan, 2015):

- απόδοση (*performance*),
- διάρκεια (*durability*),
- χαρακτηριστικά (*features*),
- ικανότητα εξυπηρέτησης (*serviceability*),
- αξιοπιστία (*reliability*),
- αισθητική (*aesthetics*),
- συμμόρφωση (*conformance*),
- εκληφθείσα ποιότητα (*perceived quality*).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει, οι επιχειρήσεις θα πρέπει να εστιάσουν στις διαστάσεις που θα ανταγωνιστούν και να δραστηριοποιηθούν ανάλογα. Η επιτυχημένη επιδίωξη μιας στρατηγικής ποιοτικών προϊόντων, είναι πιθανότερη εφόσον επιλεγούν λιγότερες διαστάσεις και προσαρμοστούν στις ανάγκες της αγοράς που δραστηριοποιείται η επιχείρηση. Μία επιχείρηση δεν είναι απαραίτητο να αριστεύει και στις οκτώ διαστάσεις, στην πραγματικότητα αυτό είναι σπάνιο και οδηγεί σε υψηλές τιμές χρέωσης των προϊόντων της (Garvin, 1984a).

Στον ευρύτερο τομέα των υπηρεσιών

Μέχρι τη δεκαετία του 1980 υπήρξε αρκετή επιστημονική γνώση που αφορούσε κατά κύριο λόγο τα προϊόντα/υλικά αγαθά, αλλά τα συγγράμματα για την ποιότητα των υπηρεσιών έως τότε ήταν λιγοστά¹⁸.

Οι υπηρεσίες έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (Χυτήρης και Άννινος, 2015) όπως:

- είναι άυλες (*intangibility*): δεν έχουν δηλαδή φυσική υπόσταση,

¹⁸ Οι Parasuraman et. al. (1985), αναφέρονται στη βιβλιογραφία (Gronroos 1982; Lehtinen and Lehtinen 1982; Lewis and Booms 1983; Sasser, Olsen, and Wyckoff 1978) που προκύπτει μετά από ανασκόπηση τους. Χαρακτηριστικά γράφουν πως η βιβλιογραφία έως τότε, είναι "μετρημένη στα δάχτυλα του ενός χεριού".

- είναι *ετερογενείς (heterogeneity)*: κάθε πάροχος αλλά και κάθε πελάτης είναι ξεχωριστές οντότητες και υπάρχει μεταβλητότητα του συνόλου και των επιμέρους στοιχείων που συμβάλλουν στην παραγωγή και παροχή της υπηρεσίας,
- έχουν *άρρηκτα συνδεδεμένη παραγωγή και κατανάλωση (inseparability)*: συνεπώς καταναλώνονται τη στιγμή που παράγονται,
- υφίστανται *χρονική απαξίωση (perishability)*: η εξυπηρέτηση του "τωρινού" πελάτη δεν αποθηκεύεται για τον αυριανό,
- χαρακτηρίζονται από τη *συμμετοχή του πελάτη (customer participation)*: ο πελάτης είναι και συμπαραγωγός της υπηρεσίας μέσω των απαιτήσεων ή των προτάσεων του κ.α.,
- χαρακτηρίζονται από *μη ιδιοκτησία (non transferable ownership)*: ο καταναλωτής αποκτά δικαίωμα χρήσης και όχι δικαίωμα ιδιοκτησίας.

Τα τρία πρώτα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών είναι απαραίτητα για την κατανόηση της ποιότητας (Parasuraman *et al.*, 1985).

Οι Parasuraman *et al.*, (1985) μέσα από μία διεξοδική έρευνα τους, αναπτύσσουν ένα μοντέλο για την ποιότητα των υπηρεσιών που αποτελείται από δέκα καθοριστές της:

- | | |
|---|---|
| • αξιοπιστία (<i>reliability</i>), | • επικοινωνία (<i>communication</i>), |
| • ανταπόκριση (<i>responsiveness</i>), | • εμπιστευτικότητα (<i>credibility</i>), |
| • επαγγελματική επάρκεια/ικανότητα (<i>competence</i>), | • ασφάλεια (<i>security</i>), |
| • προσβασιμότητα (<i>access</i>), | • απτά χαρακτηριστικά (<i>tangibles</i>), |
| • ευγένεια (<i>courtesy</i>), | • κατανόηση του πελάτη, (<i>understanding/ knowing customer</i>). |

Οι παραπάνω διαστάσεις αποτέλεσαν τη βάση για την ποιότητα των υπηρεσιών και το αναγκαίο υπόβαθρο για την ανάπτυξη της κλίμακας SERVQUAL (Parasuraman *et al.*, 1988).

Στο μοντέλο που προτείνει ο Grönroos (1984) αναλύονται τρεις διαστάσεις της ποιότητας:

- τεχνική (*technical*),
- λειτουργική (*functional*),
- συνολική εικόνα (*image*).

Το ενδιαφέρον του επικεντρώνεται σε δύο ερωτήματα για την ποιότητα της υπηρεσίας:

- πώς την αντιλαμβάνονται οι καταναλωτές;
- τι την επηρεάζει;

Οι απαντήσεις των δύο ερωτημάτων προκύπτουν από την ανάλυση των δύο πρώτων διαστάσεων, στην οποία ο Grönroos αναφέρει τη μεταξύ τους διαφορετικότητα. Έτσι, η τεχνική διάσταση της ποιότητας είναι περισσότερο αντικειμενική και αντιστοιχεί στο «τι» λαμβάνει ο πελάτης, ενώ η λειτουργική είναι αρκετά υποκειμενική και απαντά στο «πώς» το λαμβάνει. Οι διαστάσεις είναι αλληλένδετες, και όπως αναφέρει, η συνολική εικόνα κατέχει επίσης σημαντική θέση.

Η προσέγγιση των Lehtinen και Lehtinen το 1991, βασισμένη σε προηγούμενες εργασίες τους γίνεται περιλαμβάνοντας δύο τρόπους, ο πρώτος των τριών διαστάσεων:

- ποιότητα φυσικού περιβάλλοντος (*physical quality*),
- διαδραστική ποιότητα (*interactive quality*),
- συνολική (εταιρική) εικόνα (*corporate quality*).

και ο δεύτερος, δύο διαστάσεων:

- ποιότητα διαδικασιών (*process quality*),
- ποιότητα αποτελέσματος (*output quality*).

Η ανάλυση τους αφορούσε κυρίως τον τομέα εστίασης, καταλήγουν στο ότι η ποιότητα εξαρτάται από την εμπειρία του πελάτη κατά την παροχή της υπηρεσίας, συνεπώς είναι εντελώς υποκειμενική. Είναι σημαντικό για τους ερευνητές της ποιότητας στις υπηρεσίες, να κατανοήσουν και να εμβαθύνουν στις λεπτομέρειες του ερευνητικού τους αντικειμένου διότι οι αντιλήψεις των καταναλωτών βασίζονται στις εμπειρίες τους, δηλαδή σε μία υποκειμενική ερμηνεία της ποιότητας (Lehtinen and Lehtinen, 1991).

Στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας

Στον ορισμό της ποιότητας (IOM, 1990) περιλαμβάνονται οι οκτώ πρώτες διαστάσεις από μία κατηγορία δεκαοκτώ διαστάσεων που αναφέρονται. Μεταγενέστερα, έκθεση της επιτροπής του IOM (2001) για την ποιότητα της φροντίδας υγείας στην Αμερική, προτείνει ως αναγκαία τη μεταρρύθμιση και τον επανασχεδιασμό του συστήματος υγείας για τον 21^ο αιώνα και δίνει στρατηγικές κατευθύνσεις για θέματα με κύριο άξονα την ποιότητα.

Συγκεκριμένα, πρέπει να υιοθετηθούν έξι στόχοι-διαστάσεις βελτίωσης της ποιότητας ώστε η υγειονομική φροντίδα να είναι:

- ασφαλής (*safe*),
- αποτελεσματική (*effective*),
- επικεντρωμένη στον ασθενή (*patient-centered*).
- έγκαιρη (*timely*),
- αποδοτική (*efficient*),
- ισότιμη (*equitable*).

Οι παραπάνω πτυχές αναλύονται περίτεχνα στην έκθεση, χρησιμοποιώντας ως παράδειγμα ένα σενάριο¹⁹ το οποίο αναδύεται μέσα από τη σύνθεση καθημερινών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας. Παρόλο, που η επιτροπή τονίζει την εργασιακή δέσμευση των επαγγελματιών στην παροχή ποιότητας φροντίδας υψηλού επιπέδου, χρησιμοποιεί το αρνητικό παράδειγμα ως εφιαλτήριο για το σχολιασμό και την ανάλυση των έξι πτυχών δείχνοντας την αναγκαιότητα βελτίωσης του συστήματος υγειονομικής φροντίδας. Στον αντίποδα, χρησιμοποιείται ένα σενάριο²⁰ το οποίο αποδίδει τη βελτιωμένη εικόνα ενός συστήματος φροντίδας υγείας που προσανατολίζεται στην υλοποίηση των έξι διαστάσεων της ποιότητας. Στο σημείο αυτό αξίζει να τονιστούν οι χαρακτηριστικές αναφορές, μέσω του παραδείγματος, στις λειτουργίες μίας πρότυπης και "αξιοζήλευτης" πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (IOM, 2001).

Άλλωστε, και σε έκδοση του Π.Ο.Υ. αναφέρεται ότι το υγειονομικό σύστημα που "αναζητά" βελτίωση πρέπει να επικεντρώνεται σε έξι κύριες διαστάσεις της φροντίδας ώστε να είναι:

- αποτελεσματική (*effective*),
- αποδοτική (*efficient*),
- προσβάσιμη (*accessible*),
- ασθενοκεντρική (*patient-centered*),
- ισότιμη (*equitable*),
- ασφαλής (*safe*).

Ο οδηγός υιοθετεί μία ευρεία προοπτική, στην οποία πρέπει να περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα της φροντίδας τόσο σε άτομα αλλά και σε κοινότητες για την εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβάσεων προαγωγής της ποιότητας των συστημάτων υγείας. Η ανάλυση των επιδόσεων ενός συστήματος υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει και αυτές που σχετίζονται με τις διαστάσεις που προαναφέρθηκαν (WHO, 2006).

¹⁹ Γίνεται μία πολύ περιεκτική περιγραφή της περιπέτειας υγείας της κας Martinez διαζευγμένης μητέρας δύο ανήλικων παιδιών που διαγνώστηκε με κακοήθεια μαστού και είναι αντιμέτωπη με ένα σύστημα φροντίδας υγείας πλήρως απαξιωμένο και στις έξι διαστάσεις.

²⁰ Αυτή τη φορά, η Maureen Waters μια εργαζόμενη μητέρα ανήλικου παιδιού με διάγνωση κακοήθειας μαστού (και αρτηριακή υπέρταση), χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες ενός συστήματος φροντίδας υγείας που είναι προσανατολισμένο και στις έξι διαστάσεις, και πράγματι αποτελεί ένα ιδανικό πρότυπο.

Σε άλλη έκδοση, ενός βιβλίου-οδηγού για τη βελτίωση και τη διασφάλιση της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας²¹, οι συντάκτες Al-Assaf και Skeikh μετά από συλλογή πληθώρας ερευνών, περιγράφουν χαρακτηριστικά και διαστάσεις της ποιότητας από τον ευρύτερο τομέα της υγειονομικής φροντίδας που όμως βρίσκουν εφαρμογή στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Με φθίνουσα σειρά κατηγοριοποιούν σε οκτώ διαστάσεις (Al-Assaf and Skeikh, 2004):

- αποτελεσματικότητα (*effectiveness*),
- αποδοτικότητα (*efficiency*),
- τεχνική/επαγγελματική επάρκεια (*technical competence*),
- ασφάλεια (*safety*),
- προσβασιμότητα (*accessibility*),
- διαπροσωπικές σχέσεις (*interpersonal relations*),
- συνέχεια (*continuity*),
- ανέσεις περιβάλλοντος χώρου (*amenities*).

Η κλίμακα SERVQUAL των Parasuraman *et al.*, (1988) περιέχει πέντε διαστάσεις²² η οποία με μικρή παραλλαγή από τον Carman (1990) χρησιμοποιήθηκε σε δύο παρόχους υπηρεσιών φροντίδας υγείας (με αρκετά μεγάλο δείγμα). Οι πέντε διαστάσεις (όπως αναφέρονται και στο Ραφτόπουλος, 2009) είναι:

- ορατά χαρακτηριστικά (*tangibles*),
- αξιοπιστία (*reliability*),
- ανταπόκριση (*responsiveness*),
- διασφάλιση (*assurance*),
- ενσυναίσθηση (*empathy*).

Έξι διαστάσεις της ποιότητας στη φροντίδα υγείας έχει προτείνει ο Maxwell (1984):

- πρόσβαση (*access to services*),
- συνάφεια με την ανάγκη (*relevance to need*),
- αποτελεσματικότητα (*effectiveness*),
- ισότητα (*equity/fairness*),
- αποδοτικότητα (*efficiency and economy*),
- κοινωνική αποδοχή (*social acceptability*).

Τονίζει ότι πρέπει να υπάρχουν αντικειμενικές προσεγγίσεις της ποιότητας της φροντίδας υγείας και σε κάθε διάσταση να αντιστοιχούν ξεχωριστοί τρόποι μέτρησης και αξιολόγησης.

²¹ Απευθυνόμενοι κυρίως στους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αναπτύσσουν τις έννοιες, τις αρχές και τις εφαρμογές της ποιότητας έτσι ώστε το βιβλίο τους να αποτελέσει ένα εγχειρίδιο συμβουλών και τεχνικών αναφορικά με την περιοχή της Ανατολικής Μεσογείου αλλά και του τομέα της υγείας γενικότερα.

²² Η ομάδα προτείνει πέντε διαστάσεις. Οι τρεις (ορατά χαρακτηριστικά/*tangibles*, αξιοπιστία/*reliability* και ανταπόκριση/*responsiveness*) προέρχονται αυτούσιες από την κατηγορία των δέκα προηγούμενων, ενώ οι δύο (διασφάλιση/*assurance* και ενσυναίσθηση/*empathy*) αποτελούν σύνολα των υπολοίπων επτά αρχικών διαστάσεων.

Η επίτευξη της ποιότητας στην υγειονομική φροντίδα παρομοιάζεται από τον ίδιο (Maxwell, 1992) με το Ιαπωνικό μυστικό: δεν γίνεται με επιθεώρηση στο τέλος της γραμμής παραγωγής αλλά μόνο όταν τίθεται ως υψηλή προτεραιότητα από τους εμπλεκόμενους, τοποθετώντας την πάνω από προσωπικά συμφέροντα. Η ποιότητα, δεν αρκεί να υπάρχει ως επιγραφή σε "ταμπέλα" με τις έξι διαστάσεις αλλά πρέπει να υιοθετηθούν οκτώ προσανατολισμένες δράσεις (τις οποίες και αναλύει) για την επίτευξη της.

Οι Ραφτόπουλος και συν. (2002) αναφέρουν επτά διαστάσεις της ποιότητας για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα (στο Ραφτόπουλος, 2009):

- έμπρακτο ενδιαφέρον του γιατρού και της νοσηλεύτριας,
- σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή από τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια,
- φιλικότητα του χώρου του ιατρείου και του προσωπικού απέναντι στον ασθενή,
- τεχνικές δεξιότητες του γιατρού,
- ενσυναίσθηση από το γιατρό και τη νοσηλεύτρια,
- εμπιστοσύνη στο γιατρό και τη νοσηλεύτρια,
- αποτελεσματική οργάνωση του ιατρείου.

Οι διαστάσεις είναι πτυχές της έννοιας, εκείνα τα μέρη του συνόλου που προσδιορίζονται/ αναδεικνύονται από τους χρήστες. Συντελείται έτσι μία σύνθεση κομματιών που αλληλοσυμπληρώνουν αυτή την πολυσύνθετη έννοια. Η συμμετοχή των χρηστών σε σχετικές έρευνες οδηγεί στην εξαγωγή συμπερασμάτων και στην ανάδειξη των πτυχών που την επηρεάζουν.

3.3 Ικανοποίηση των χρηστών στη φροντίδα υγείας

«Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να θεωρηθεί ως ένα από τα επιθυμητά αποτελέσματα της φροντίδας, ακόμη και ένα στοιχείο της ίδιας της κατάστασης της υγείας», (Donabedian, 1988). Αρκετά νωρίτερα χρονικά, έχει αναφερθεί πώς η αποτελεσματικότητα της φροντίδας επικυρώνει απόλυτα την ποιότητα της φροντίδας υγείας συντελώντας στην υγεία και την ικανοποίηση των ατόμων, όμως μερικά αποτελέσματα έκβασης της φροντίδας υγείας έχουν μία δυσκολία στη μέτρηση τους και σε αυτά συμπεριλαμβάνονται²³ οι στάσεις και οι ικανοποιήσεις των ασθενών (Donabedian, 1966).

²³ Συμπεριλαμβανομένων της κοινωνικής αποκατάστασης, της σωματικής αναπηρίας και της αποκατάστασης της υγείας.

Ο Donabedian είναι ο πρώτος που τοποθετεί την ικανοποίηση ως έναν από τους δείκτες αποτελέσματος-έκβασης της ποιότητας της φροντίδας υγείας (Ραφτόπουλος, 2009). Ανεξάρτητα από τους περιορισμούς και τα πλεονεκτήματα της χρήσης της, είναι σίγουρο ότι όλες οι πληροφορίες σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών μπορούν να είναι απαραίτητες τόσο για την αξιολόγηση της ποιότητας αλλά και τις διοικήσεις των συστημάτων φροντίδας υγείας (Donabedian, 1988). Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να είναι ένα ισχυρό εργαλείο έρευνας, διοίκησης και προγραμματισμού (Donabedian, 1980) και βελτίωσης της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας (Hekkert *et al.*, 2009).

Οι αυξανόμενες προσπάθειες για τη συμμετοχή των ασθενών στις δραστηριότητες αξιολόγησης της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας και η εστίαση στην άποψη τους ως δείκτες των διαπροσωπικών πτυχών της ποιότητας σημειώνονται στην έκθεση του ΟΤΑ²⁴ (1988). Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται με την ανατροφοδότηση από τους ίδιους τους ασθενείς/καταναλωτές, μέσω των αποτελεσμάτων, των επιθυμητών αλλαγών στην υγεία και την ικανοποίησή τους.

Η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας μπορεί να αξιολογηθεί μέσα από το παραδειγματικό και ευρέως διαδεδομένο τρίπτυχο του Donabedian: δομή, διαδικασία, αποτέλεσμα (Donabedian, 1980, 1988). Όσο αφορά τα αποτελέσματα, αυτά είναι έγκυροι δείκτες μόνο εφόσον συνδέονται με προηγούμενη εμπειρία από τη διαδικασία φροντίδας αφού μόνο έτσι αποκτούν εγκυρότητα.

Βέβαια, με δεδομένη την πολυπλοκότητα της ιατρικής φροντίδας, είναι σημαντικό να διακριθεί η επίδραση της από άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση και την υγεία τους, και σχετίζονται με τους ασθενείς και το περιβάλλον τους.

Η αξιολόγηση της ποιότητας μέσω των αποτελεσμάτων αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών-καταναλωτών υγείας, λόγω των προηγούμενων δυσκολιών καθίσταται συμπληρωματικός και όχι εναλλακτικός δείκτης (ΟΤΑ, 1988).

Η ανάλυση της έννοιας της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας, προσελκύει το ενδιαφέρον των ερευνητών με αυξανόμενο ρυθμό. Βέβαια, η έννοια δεν πρωτοπαρουσιάζεται ούτε αποτελεί θεματική ανακάλυψη των ημερών αλλά αντίθετα μπορεί να θεωρηθεί ως μία από τις πιο "πολυσυζητημένες" συμπεριφορές των ασθενών και ίσως κατά τους Cleary και McNeil (1988) μία από τις πιο μετρήσιμες στάσεις τους.

²⁴ Office of Technology Assessment, U.S. Congress: ήταν το Γραφείο Αξιολόγησης Τεχνολογίας του Κογκρέσου των ΗΠΑ.

Η συνεχής προσθήκη συγγραφικών έργων και μελετών δεν οφείλεται μόνο σε μεμονωμένες ατομικές ή συλλογικές προσπάθειες, αλλά και γενικότερα, σε επιλογές φορέων ή οργανισμών υπό το πρίσμα κατευθύνσεων, στρατηγικών και πολιτικών της υγείας.

3.3.1 Ιστορική αναδρομή των ερευνών για την ικανοποίηση

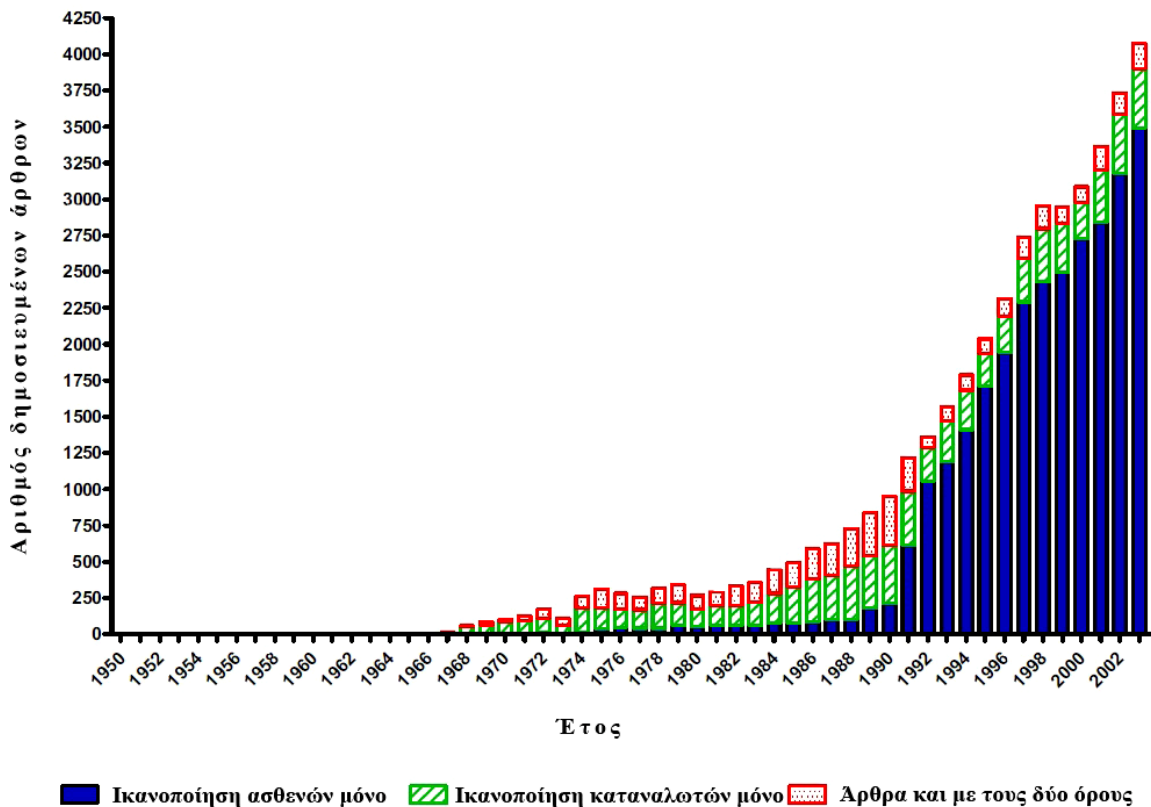
Οι πρώτες έρευνες για την ικανοποίηση ασθενών παρουσιάζονται στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α.) τη δεκαετία του 1950 (Williams, 1994; Lin and Kelly, 1995). Οι Abdallah και Levine (1957) στις Η.Π.Α. είναι από τις πρώτες που ερευνούν²⁵ τις απόψεις των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα, όπως αναφέρεται στο (Μερκούρης, 1996). Η συμμετοχή του καταναλωτή είναι μία προσέγγιση που ακολουθείται παράλληλα από το ερευνητικό ενδιαφέρον για τη μελέτη της ικανοποίησης, παρατηρείται στα τέλη του 1960 και αρχίζει να "ανθίζει" από τις αρχές του 1970 (Hall and Dornan, 1988; Williams, 1994). Στη Μεγάλη Βρετανία τη δεκαετία του 1960 μέχρι τα μέσα του 1970 πραγματοποιήθηκαν περίπου 200 μελέτες (στο Ραφτόπουλος, 2002).

Η χρονική στιγμή των πρώτων ετών της δεκαετίας του 1980 λειτουργεί ως κομβικό σημείο και στα επόμενα εικοσιπέντε περίπου χρόνια που ακολουθούν, παρατηρείται μία αξιοσημείωτη αύξηση των ερευνών. Κατά τον Williams (1994) η άνοδος των ερευνών τη δεκαετία του 1980 οφείλεται στην προσοχή που δίνουν οι δημόσιοι οργανισμοί για την αξιολόγηση των υπηρεσιών τους και στην αναβίωση του καταναλωτισμού. Η δεκαετία αυτή, χαρακτηρίζεται από την ώθηση στην ανάπτυξη τρόπων μέτρησης των διαδικασιών της φροντίδας που ενδιαφέρουν περισσότερο τους ασθενείς και τον οικογενειακό τους περίγυρο (Edgman-Levitan, 2014).

Δεκαπλασιασμό των άρθρων με όρους αναζήτησης "patient satisfaction" (στη βάση δεδομένων Medline) για την περίοδο 1975-1997 αναφέρει ο Kravitz (1998), ενώ οι Sitzia και Wood (1998) αναφέρουν ότι οι δημοσιευμένες μελέτες μεταξύ των ετών 1968 και 1994 εικοσαπλασιάζονται.

²⁵ Η υποκίνηση για την ανάπτυξη ενός εργαλείου μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα, προήλθε από την αναζήτηση απαντήσεων σε ερωτήσεις όπως: "από τι καθορίζεται ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς αντιδρούν στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα".

Ο Hawthorne (2006), αποδίδει διαγραμματικά (εικόνα 3) τη συνεχή αύξηση των δημοσιευμένων ακαδημαϊκών εργασιών (Medline), έχοντας διαχωρίσει σε αναζητήσεις που αφορούν τους όρους «ικανοποίηση ασθενών», «ικανοποίηση καταναλωτών» (στις υπηρεσίες υγείας) αλλά και ταυτόχρονες αναφορές και των δύο· το έτος 2003 φαίνεται να ξεπερνούν τις 4000.



Εικόνα 3. Άρθρα περιοδικών κατά ικανοποίηση ασθενών/καταναλωτών, 1950-2003.

Πηγή: Hawthorne (2006), μεταφρασμένο.

Σε εθνικό επίπεδο, η αποτύπωση των εμπειριών των χρηστών και η αξιολόγηση της ικανοποίησης, είναι σε πολλές περιπτώσεις υποχρεωτική. Στη Γαλλία, η αξιολόγηση της για τα νοσοκομεία θεσπίζεται από το 1996 (Boyer, 2006). Στην Ολλανδία το 2002 τα οκτώ ακαδημαϊκά νοσοκομεία αναπτύσσουν και επικυρώνουν σχετική έρευνα, περίπου στο τέλος της δεκαετίας σχεδόν όλα τα νοσοκομεία τη χρησιμοποιούν ως μέσο συγκριτικής αξιολόγησης και διαφάνειας, αναφορικά πάντα με την ικανοποίηση των ασθενών (Hekkert *et al.*, 2009). Η μέτρηση από το 2005 είναι υποχρεωτική στη Γερμανία ως στοιχείο εκθέσεων σχετικών με την ποιότητα των υπηρεσιών και της φροντίδας. Ο στόχος εντοπίζεται στη διάθεση πληροφοριών στους ασθενείς ώστε να είναι δυνατή η συγκριτική αξιολόγηση των νοσοκομείων (Schoenfelder *et al.*, 2011).

Στη Σερβία, σε όλα τα δημόσια ιδρύματα φροντίδας υγείας έχει διερευνηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από το 2006 (Vuković *et al.*, 2012). Στις Η.Π.Α η Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Παροχής Φροντίδας Υγείας (JCAHO)²⁶ απαιτεί από τα νοσοκομεία την παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών (Press, 2006). Από την Υπηρεσία για την Έρευνα και την Ποιότητα στον τομέα της Υγείας (AHRQ)²⁷ αναπτύσσεται και υποστηρίζεται από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 το σχετικό πρόγραμμα (CAHPS)²⁸ (LaTour *et al.*, 2013) και δίδονται επιχορηγήσεις κάθε πέντε έτη (σήμερα είναι στο πέμπτο στάδιο CAHPS V). Η ικανοποίηση των ασθενών με βάση το σύστημα δημοσιεύεται σε συγκεντρωτικά και συγκρίσιμα στοιχεία (π.χ. στο Miller, Washington και Associates 2015-ετήσιες εκδόσεις). Ομοίως, στην Αυστραλία (Pearse, 2005) και την Αγγλία στην οποία από το 1983 ζητείται η συμμετοχή των πολιτών στην αποτύπωση των απόψεων τους για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS/National Health Service) και γενικότερα για θέματα υγείας και φροντίδας (Robertson *et al.*, 2018).

Η αύξηση της δημοτικότητας των μετρήσεων της ικανοποίησης των ασθενών αποδίδεται σε τρεις αλλαγές της υγειονομικής φροντίδας: α) την αλλαγή του ρόλου του ιατρού, β) της ασθενοκεντρικής προσέγγισης και της θεώρησης του ασθενή ως καταναλωτή – συμμετέχει πλέον στη λήψη των ιατρικών αποφάσεων και γ) της αναζήτησης των απόψεων των ασθενών για την παρακολούθηση της υγειονομικής φροντίδας και την καθιέρωση των πολιτικών για την υγεία (Hawthorne *et al.*, 2014). Οι περισσότερες έρευνες μετά το 1980 βασίζονται στις θεωρίες για την ικανοποίηση των ασθενών οι οποίες αναπτύχθηκαν κυρίως αυτή τη δεκαετία (Hawthorne, 2006; Hawthorne *et al.*, 2014).

3.3.2 Ορισμός

Η ικανοποίηση του καταναλωτή (*consumer*) είναι μία σημαντική έννοια στην επιστήμη του μάρκετινγκ και αποτελεί κύρια προϋπόθεση διατήρησης και αύξησης της αφοσίωσης των πελατών μίας επιχείρησης (Θεοδωρίδης, 2015). Είναι κεντρική ιδέα στη σύγχρονη σκέψη και πρακτική του μάρκετινγκ και ζωτικής σημασίας για την εύρεση των ποικίλων αναγκών των καταναλωτών, επιχειρήσεων και της κοινωνίας.

²⁶ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

²⁷ Agency for Healthcare Research and Quality.

²⁸ Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems.

Στην έρευνα του Yi (1989) αναφέρεται πως υπάρχουν δύο τύποι ορισμών που δίδουν έμφαση στην ικανοποίηση είτε ως αποτέλεσμα είτε ως διαδικασία. Συνάμα, σημειώνεται η διαφορά των ορισμών ως προς το επίπεδο εξειδίκευσης (ικανοποίηση καταναλωτή: με ένα προϊόν, με μία εμπειρία κατανάλωσης, με εμπειρία: από την αγορά, τον πωλητή, ένα κατάσταση ή ένα χαρακτηριστικό). Έτσι, καταλήγει αναφέροντας πως: «η ικανοποίηση των καταναλωτών ορίζεται ως αντίδραση στην αξιολόγηση της αντίληψης που παρατηρείται μεταξύ ορισμένων προτύπων σύγκρισης (π.χ. προσδοκιών) και της αντιληπτής απόδοσης του προϊόντος».

Παρά την εκτεταμένη βιβλιογραφία και έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των καταναλωτών αρκετές φορές επισημαίνεται η έλλειψη ενός ενιαίου ορισμού της. Το 1997 στην πρώτη έκδοση του βιβλίου του ο Oliver γράφει πως: «όλοι "γνωρίζουν" τι είναι -η ικανοποίηση- μέχρι να τους ζητηθεί να δώσουν ένα ορισμό. Τότε είναι εμφανές ότι κανείς δεν γνωρίζει» (παραφράζοντας την πρόταση των Fehr και Russel, 1984). Η δημιουργία ενός ορισμού με καθολική αποδοχή είναι αδύνατη, αν αναλογιστεί κανείς την πολύπλοκη φύση της ικανοποίησης (Giese and Cote, 2000).

Η έλλειψη ενιαίου ορισμού περιορίζει την ανάπτυξη έγκυρων μετρήσεων ή και σύγκρισης και ερμηνείας των αποτελεσμάτων και γενικότερα τη συμβολή της έρευνας. Ο προσδιορισμός του εννοιολογικού χώρου της ικανοποίησης μπορεί να συμβεί μέσα από τον καθορισμό των απαραίτητων συστατικών και τη σκιαγράφηση μίας διαδικασίας ώστε στο πλαίσιο αυτό να είναι δυνατή η ανάπτυξη σχετικών ορισμών, κάνοντας συγκρίσιμα τα αποτελέσματα μεταξύ των μελετών.

Οι Giese και Cote (2000) συμπεραίνουν πως τρία είναι αυτά τα συστατικά στοιχεία της ικανοποίησης των καταναλωτών:

- είναι μια συνοπτική συναισθηματική απάντηση μεταβαλλόμενης έντασης,
- επικεντρώνεται στην επιλογή, αγορά και κατανάλωση,
- ο χρόνος προσδιορισμού της.

Σύμφωνα με τους Chakraborty και Majumdar (2011) η ικανοποίηση των ασθενών ως υποσύνολο της ικανοποίησης καταναλωτών είναι μία ψυχολογική έννοια.

Όπως αναφέρουν, αρκετές φορές θεωρείται η κρίση των ατόμων ως αποτέλεσμα των αθροιζόμενων εμπειριών κατά την πάροδο του χρόνου. Επίσης, η ικανοποίηση για ορισμένους θεωρητικούς, είναι μια γνωστική απάντηση ενώ για άλλους μια συναισθηματική τοποθέτηση των ατόμων.

Όταν η ικανοποίηση εξετάζεται μέσω γνωστικών συνεντεύξεων γίνεται σαφές ότι συμβαίνει μία σύγκριση των προσδοκιών και αυτών που πραγματικά βιώνουν τα άτομα (Barofsky, 2012).

Για τον Pascoe (1983) η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να αναπτυχθεί μέσω των ψυχολογικών διεργασιών και τη θεώρηση της ως ένα παράγοντα συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία και τα αποτελέσματα της θεραπείας και ορίζεται ως: «αντίδραση του ατόμου, για σημαντικές πτυχές του γενικού πλαισίου, της διαδικασίας και του αποτελέσματος, μέσω των εμπειριών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας». Παρόλο που ο προηγούμενος ορισμός έχει εκτενώς χρησιμοποιηθεί ως βιβλιογραφική αναφορά (Boquiren *et al.*, 2015) και είναι συνεπής με την άποψη ότι η ικανοποίηση είναι πολύπλοκη και πολυδιάστατη, ακόμη δεν υπάρχει ένας κοινός ορισμός της έννοιας της ικανοποίησης των ασθενών (Marcinowicz *et al.*, 2010; Canadian Foundation For Healthcare Improvement, 2012; Al-Abri and Al-Balushi, 2014). Η δημιουργία ανεπαρκών μέτρων²⁹, διαφορετικών ως προς το σκοπό, το περιεχόμενο και τις ψυχομετρικές ιδιότητες, οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έλλειψη εννοιολογικής σαφήνειας (Lynn *et al.*, 2007; Boquiren *et al.*, 2015).

3.3.3 Θεωρίες για την ικανοποίηση ασθενών

Το θεωρητικό πλαίσιο για την ικανοποίηση των ασθενών αναπτύσσεται τη δεκαετία του 1980 και εκφράζεται κυρίως από πέντε βασικές προσεγγίσεις, οι νεότερες προσπάθειες θεωρούνται ως επαναδιατυπώσεις αυτών (Hawthorne, 2006).

Σύμφωνα με τον Barofsky (2012) (εικόνα 4) και την αναφορά του στις εργασίες των Hawthorne (2006) και Gill και White (2009) ακολουθεί μία συνοπτική παρουσίαση τους:

²⁹ Πολλές φορές οι κλίμακες εξετάζουν ένα μόνο στοιχείο.

Θεωρία ασυμφωνίας, Fox and Storms (1981) :

εάν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των προσανατολισμών του παρόχου φροντίδας υγείας και των ασθενών, τότε είναι ικανοποιημένοι, αλλιώς είναι δυσαρεστημένοι.

Θεωρία προσδοκιών-αξιών, Linder-Pelz (1982):

η ικανοποίηση διαμορφώνεται από τις προσωπικές πεποιθήσεις και αξίες αλλά και τις προσδοκίες σχετικά με την φροντίδα. Η θεωρία υιοθετήθηκε και επεκτάθηκε από τους Pascoe (1983) και Strasser και συν. (1993).

Θεωρία προσδιοριστικών και συστατικών στοιχείων, Ware et al. (1983):

ικανοποίηση...«μία ατομική αξιολόγηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και των παρόχων... οι αξιολογήσεις της ικανοποίησης είναι από πρόθεση πιο υποκειμενικές, προσπαθούν να αποδώσουν μία προσωπική εκτίμηση που δεν μπορεί να γίνει γνωστή με την άμεση παρακολούθηση της φροντίδας...αυτή είναι η μοναδική της δύναμη...» (σελ.247).

Θεωρία πολλαπλών μοντέλων, Fitzpatrick and Hopkins (1983):

η ικανοποίηση βασίζεται στις κοινωνικά διαμορφωμένες προσδοκίες, αντανακλά τους στόχους υγείας του ασθενή και τον βαθμό στον οποίο η ασθένεια και η φροντίδα υγείας παραβιάζουν την προσωπική του εκτίμηση.

Θεωρία ποιότητας της φροντίδας υγείας, Donabedian (1988):

«η ικανοποίηση μπορεί να θεωρηθεί ως ένα από τα επιθυμητά αποτελέσματα της φροντίδας ακόμη κι ένα στοιχείο της κατάστασης της υγείας. Μια έκφραση ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας είναι επίσης και η κρίση του ασθενή για την ποιότητα της φροντίδας και όλες τις πτυχές της, αλλά κυρίως σε ότι αφορά την διαπροσωπική διαδικασία». (σελ. 1746).

Εικόνα 4. Θεωρίες ικανοποίησης ασθενών. Πηγή: Barofsky (2012) (τροποποιημένο).

Οι θεωρίες έχουν κοινά σημεία και θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία ενός γενικού μοντέλου (Hawthorne *et al.*, 2014).

3.3.4 Διαστάσεις της ικανοποίησης

Καθομολογείται ότι η πολυδιάστατη φύση της ικανοποίησης των ασθενών είναι γενικώς αναγνωρισμένη (Fitzpatrick, 1991; Russell *et al.*, 2015). Πράγματι, πολλοί ερευνητές περιέγραψαν συστατικά της ικανοποίησης αλλά δεν έχει υπάρξει ταύτιση ώστε μια ενιαία και ευρύτερη παραδοχή των διαστάσεων της ικανοποίησης να γίνει αποδεκτή.

Η συμφωνία για τις διαστάσεις της ικανοποίησης είναι περιορισμένη (Pearse, 2005).

Στην πολυδιάστατη φύση όμως, οφείλεται και ένα βασικό μεθοδολογικό ζήτημα (Hall and Dornan, 1988) έτσι η μεθοδολογική πολυπλοκότητα των ερευνών δεν θα πρέπει να υποβαθμίζεται αλλά αντίθετα είναι σημαντική (Draper and Hill, 1995).

Από τις πρώτες ταξινομήσεις των διαστάσεων της ικανοποίησης των ασθενών είναι αυτή των Abdellah και Levine που αποτελείται από τέσσερις κατηγορίες και όπως αναφέρονται στο Ραφτόπουλος (2009) είναι:

«α) η αποτελεσματικότητα της φροντίδας, β) οι επαγγελματικές δεξιότητες, γ) η ανταπόκριση του προσωπικού και δ) το αποτέλεσμα της φροντίδας».

Με σκοπό να δημιουργηθεί μία ταξινόμηση που θα βοηθούσε αντίστοιχα και την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου τους, οι Ware *et al.* (1983) αναφέρουν τις παρακάτω κατηγορίες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών:

- Διαπροσωπική επαφή (*interpersonal manner*): ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η αλληλεπίδραση παρόχων-ασθενών, όπως για παράδειγμα η ευγένεια, η έλλειψη σεβασμού, η ανησυχία και η φιλικότητα καθώς και η αγένεια,
- Τεχνική ποιότητα (*technical quality*): η τήρηση υψηλής στάθμης στη διαδικασία διάγνωσης και θεραπείας από τους παρόχους, π.χ η αποφυγή λαθών και περιττών κινδύνων,
- Προσβασιμότητα (*accessibility*): αφορά εκείνους τους παράγοντες έως ότου ληφθεί η ιατρική φροντίδα, για παράδειγμα ο χρόνος και η προσπάθεια για ραντεβού, οι χρόνοι αναμονής, η γεωγραφική προσέγγιση στο φορέα παροχής φροντίδας υγείας,
- Κόστος (*finances*): σχετιζόμενοι παράγοντες με την πληρωμή των υπηρεσιών, για παράδειγμα: οι διάφοροι τρόποι πληρωμής και η πληρότητα της ασφαλιστικής κάλυψης,
- Αποτελεσματικότητα (*efficacy/outcomes*): την ικανότητα για αποτελεσματική φροντίδα και τη συνεισφορά στη βελτίωση και διατήρηση της υγείας,
- Συνέχεια (*continuity*) της φροντίδας: για παράδειγμα η δυνατότητα παρακολούθησης από τον ίδιο γιατρό,
- Φυσικό περιβάλλον (*physical environment*): ότι αφορά τον περιβάλλοντα χώρο όπου γίνεται η παροχή φροντίδας υγείας όπως οι εγκαταστάσεις, οι σαφείς πινακίδες και οδηγία σημεία, ο εξοπλισμός,
- Διαθεσιμότητα (*availability*): πόσοι φορείς παροχής φροντίδας υγείας διατίθενται σε μία περιοχή.

Οι πρώτες τέσσερις κατηγορίες, αναφέρονται από τους συγγραφείς ως οι συχνότερα επιλεγμένες στις μελέτες ικανοποίησης. Αυτές τις κύριες διαστάσεις, χρησιμοποιούν ως βιβλιογραφική αναφορά και οι Patrick *et al.* (1983) (η *τέχνη της φροντίδας – art of care* αντιστοιχεί στη διαπροσωπική επαφή, έτσι είχε και αρχικά δημοσιευτεί από τους (Ware *et al.* το 1977) οι οποίοι βέβαια αναγνωρίζουν ότι διάφοροι ερευνητές χρησιμοποιούν και διαφορετικές ταξινομήσεις.

Η μετα-ανάλυση των Hall and Dornan (1988) χρησιμοποιεί μία σύνθετη λίστα με δώδεκα κατηγορίες διαστάσεων από τους Ware *et al.* (1983) και Pascoe (1983) οι οποίες αποτέλεσαν τον κορμό για την έρευνα 221 μελετών σε 230 δημοσιευμένα άρθρα, περιλάμβαναν συσχετισμούς της ικανοποίησης, και είναι οι παρακάτω:

1) συνολική ικανοποίηση, 2) ικανοποίηση από την πρόσβαση, 3) ικανοποίηση από το κόστος, 4) ικανοποίηση από τη συνολική ποιότητα, 5) ικανοποίηση με την ανθρωπιστική συμπεριφορά, 6) ικανοποίηση με την ικανότητα, 7) ικανοποίηση με το πλήθος πληροφοριών που δίδονται από τον πάροχο, 8) ικανοποίηση με τις γραφειοκρατικές δομές και ενέργειες συμπεριλαμβανομένων και των χρόνων αναμονής, 8) ικανοποίηση με τις εγκαταστάσεις, όπου συμπεριλαμβάνονται η αισθητική και λειτουργικότητα των χώρων, η επάρκεια των εργαστηρίων αλλά και το παρκινγκ, 10) ικανοποίηση από την προσοχή που επιδεικνύεται στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενούς, 11) ικανοποίηση με τη συνέχεια της φροντίδας, 12) ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της φροντίδας.

Μία από τις κατατάξεις τους αναφέρει ποσοστά και συχνότητα μέτρησης των διαφόρων πτυχών της ικανοποίησης, όπου οι πιο συχνά μετρούμενες ήταν: η ανθρωπιστική διάσταση/ευγένεια (*humaneness*) 65%, η ενημέρωση (*informativeness*) 50%, η συνολική ποιότητα (*overall quality*) 45%.

Ο Ραφτόπουλος και συν. 2001 καταλήγουν σε έξι διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα της Ελλάδας:

- σεβασμός από τη νοσηλεύτρια,
- σεβασμός από τον γιατρό,
- τεχνικές δεξιότητες του γιατρού,
- δομή του ιατρείου (τήρηση ραντεβού, ησυχία και άνεση χώρου αναμονής),
- επαγγελματική συνέπεια και εμπιστοσύνη του γιατρού,
- επάρκεια του ρόλου του γιατρού.

3.3.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση

Ο εντοπισμός και η γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση (ή την εκληφθείσα ποιότητα) βοηθά στην κατεύθυνση της ορθής πρόβλεψης των "θέλω/ περιμένω" του χρήστη από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Έτσι, από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας οι παράγοντες ταξινομούνται κατά τον Ραφτόπουλο (2009), σε τρεις κατηγορίες:

- Οι προσδοκίες των ασθενών,
- Τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών: η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο, η εθνικότητα, η κατάσταση της υγείας των ασθενών, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, ο συνεντευκτής, ο βαθμός εξάρτησης από την παρεχόμενη φροντίδα, ο βαθμός χρήσης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, το κοινωνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο των ασθενών, η ποιότητα ζωής, η αντιμετώπιση του πόνου, οι πνευματικές ή θρησκευτικές ανάγκες,
- Το αξιολογικό σύστημα του ασθενή.

Μία ταξινόμηση των παραγόντων (Κριτσωτάκης, 2009) που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών, τους χωρίζει σε έξι κύριες κατηγορίες:

- Παράγοντες αναφορικοί στους ασθενείς: ηλικία, φύλο, εθνικότητα, εκπαίδευση και η κατάσταση της υγείας του ασθενή,
- Παράγοντες σχετικά με το ιατρικό προσωπικό: φύλο ιατρού, ικανοποίηση από την εργασία και επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών και η επικοινωνία με τους ασθενείς,
- Παράγοντες σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό: επικοινωνιακά χαρακτηριστικά του προσωπικού, ικανοποίηση από την εργασία και επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών.
- Παράγοντες σχετικοί με την οργάνωση του συστήματος υγείας: στελέχωση κλινικών, η εκπαίδευση των φοιτητών (ιατρικής και νοσηλευτικής), η σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού, η αυτό-χορήγηση φαρμάκων,
- Παράγοντες σε σχέση με τη μεθοδολογία των ερευνών: η χρονική στιγμή της αξιολόγησης
- Άλλοι παράγοντες: συχνότητα εισαγωγής στο νοσοκομείο και η διάρκεια νοσηλείας.

Τρεις ευρύτερες κατηγορίες αναφέρονται από τους J. Sixma *et al.* (1998):

- Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά: η ηλικία, το εισόδημα, η κοινωνική και οικονομική κατάσταση του ασθενή, η οικογενειακή κατάσταση, η εθνικότητα, και το πλήθος μελών της οικογένειας.
- Το ιατρικό προφίλ των ασθενών συμπεριλαμβανομένης και της κατάστασης υγείας τους,
- Οι στάσεις και προθέσεις της συμπεριφοράς τους.

Προσδοκίες των χρηστών υπηρεσιών φροντίδας υγείας

Η γνώση των προσδοκιών των καταναλωτών³⁰ των υπηρεσιών φροντίδας υγείας είναι αυξημένης σημασίας καθώς διακρίνεται μία ουσιαστική σχέση της τελικής ικανοποίησης τους και της διαμόρφωσης στρατηγικής, αλλά και της αποτελεσματικής εφαρμογής της για τη δημιουργία ανταγωνιστικών υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας υφίστανται συνεχή εξέλιξη (πολλές φορές και ταχείς αλλαγές), σε ένα περιβάλλον συνεχούς ανταγωνισμού αλλά και εξεύρεσης εναλλακτικών συστημάτων υγειονομικής φροντίδας ή ιατρικής περίθαλψης. Οι προσδοκίες των χρηστών, οι οποίες λειτουργούν και ως ένα μέτρο σύγκρισης για την αξιολόγηση γεγονότων, επιθυμητών αποτελεσμάτων, ανθρώπων και υπηρεσιών, υπόκεινται σε μία «συνεχή ανασκόπηση καθώς οι άνθρωποι συλλέγουν νέες πληροφορίες από αυτό το μεταβαλλόμενο περιβάλλον». Τελικώς, οι προσδοκίες θα υφίστανται αλλαγή, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στις στρατηγικές αποφάσεις των φορέων φροντίδας υγείας και κρίνεται αναγκαία η παρακολούθησή τους με την πάροδο του χρόνου (Gilbert *et al.*, 1992).

Οι Staniszevska και Ahmed (1999) αναφέρουν την ποικιλομορφία στη προσέγγιση των προσδοκιών σχετικά με τον ορισμό, τη μέτρηση και το περιεχόμενό τους, κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και με την έννοια της ικανοποίησης. Οι ορισμοί των προσδοκιών διαφέρουν μεταξύ διαφόρων ερευνητών.

Σύμφωνα με τους Ross *et al.* (1987) δύο ζητήματα έχουν σημασία σε σχέση με ένα ορισμό των προσδοκιών: α) είναι αναγκαία η ύπαρξη ενός καθολικού ή ενός ειδικού ορισμού; β) ποιός τύπος των προσδοκιών θα μπορούσε να υιοθετηθεί;

³⁰ Συχνά, χρησιμοποιούνται οι εναλλακτικές ονομασίες ανάμεσα από: πελατών (customers) ή καταναλωτών (consumers) ή ασθενών ή χρηστών.

Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για παράδειγμα, οι προσδοκίες προσδιορίζονται από τον ρόλο του ασθενούς στη διαδικασία θεραπείας ή το αποτέλεσμα ή τι αναμένει ο ασθενής να συμβεί από τη διαδικασία της φροντίδας. Η πληθώρα των ερευνητών καθορίζει κοινές προσδοκίες για την άμεση εμπειρία στους τομείς πρωτοβάθμιας φροντίδας, ψυχικής υγείας και του τομέα έρευνας αγοράς, ενώ για τους δύο πρώτους τομείς δίδεται έμφαση στο αποτέλεσμα της θεραπείας. Για τη διαδικασία της θεραπείας και το ρόλο του ασθενούς έχει εκδηλωθεί μικρότερο ενδιαφέρον (Ross *et al.*, 1987).

Οι Williams *et al.* (1995), σε μελέτη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, παραθέτουν σχετική βιβλιογραφία για το αυξανόμενο ενδιαφέρον των προσδοκιών στο τομέα αυτό, και γράφουν: «οι προσδοκίες των ασθενών ορίζονται από την άποψη των αναγκών, των αιτημάτων ή των επιθυμιών τους πριν την επίσκεψη με τον γιατρό». Ανάμεσα στα αποτελέσματα τους είναι η παρατήρηση χαμηλότερης ικανοποίησης σε σχέση με τους ασθενείς που αναφέρουν μη εκπληρωμένες προσδοκίες κατά το ραντεβού με τον γιατρό ή αλλιώς, η μεγαλύτερη ανταπόκριση στις προσδοκίες σχετίζεται με μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης.

Από την εξέταση της σχετικής βιβλιογραφίας οι Janzen *et al.* (2006) δεν εντοπίζουν κάποια ερευνητική προσπάθεια μετάφρασης της ψυχολογικής έννοιας της προσδοκίας για τη δημιουργία ενός εννοιολογικού προτύπου όπου θα μπορούσε να θεμελιωθεί η έρευνα αναφορικά με τα επακόλουθα των προσδοκιών, εκτός από τις έρευνες των Thompson και Sunol (1995) και Olson *et al.* (1996). Το εννοιολογικό τους μοντέλο με ειδική αναφορά στη νόσο Alzheimer, συμφωνεί στο σημείο της σχέσης ικανοποίησης-προσδοκιών με αυτό των Thompson και Sunol (1995)³¹.

Αναφέρουν ότι ακραίες προσδοκίες όταν δεν εκπληρώνονται, οδηγούν σε μεγαλύτερη δυσαρέσκεια από τις μέτριες αντίστοιχα προσδοκίες, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν και σε κάποιο βαθμό ικανοποίησης.

³¹ Οι Thompson και Sunol (1995) από την ανασκόπηση τους καταλήγουν ότι τα μέχρι τότε στοιχεία οδηγούν σε υψηλή αμφισβήτηση της συμβολής των προσδοκιών στην κατανόηση της ικανοποίησης, αναφέρουν την ποικιλότητα ορισμών και εννοιολογικών τεκμηριώσεων και θα πρέπει να υπάρξει θεωρητική βελτίωση στην οποία επιθυμούν να συμβάλλουν και με τις δικές τους συστάσεις. Προτείνουν μία ταξινόμηση τεσσάρων κατηγοριών των συνήθων ορισμών των προσδοκιών, αν και αναγνωρίζουν κάποιου βαθμού απλούστευση: α) *ιδανικές*: εκφράζουν μία ιδεαλιστική κατάσταση πεποιθησέων, αναφέρονται στα επιθυμητά ή προτιμώμενα αποτελέσματα, β) *προβλεπτικές*: αναφέρονται στο τι πιστεύουν οι χρήστες ότι θα συμβεί-αναμενόμενα αποτελέσματα, γ) *κανονιστικές*: εκφράζουν τι θα πρέπει να συμβεί και δ) *ασαφείς*: όταν οι χρήστες δεν μπορούν ή δεν θέλουν να διατυπώσουν τις προσδοκίες τους.

Ωστόσο, το σημείο αυτό θέλει προσοχή, γιατί όπως διαφαίνεται οι χαμηλές προσδοκίες μπορούν εύκολα να ικανοποιηθούν και θα πρέπει να γίνει ορθή κατανόηση και εκτίμηση των προσδοκιών· στην αντίθετη περίπτωση οδηγούμαστε σε χαμηλής εγκυρότητας και ασαφούς ερμηνείας μελέτες.

Δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των χρηστών υπηρεσιών φροντίδας υγείας

Η κατηγορία αυτή περιέχει μεταβλητές οι οποίες μελετώνται συχνά στις ερευνητικές εργασίες, όμως, όπως γράφουν οι Hall και Dornan (1990) «παραδόξως είναι οι λιγότερο κατανοητές». Παρόλο που τα κοινωνικά-δημογραφικά χρησιμοποιούνται πολλάκις, η πλειοψηφία των μελετών δείχνει αδύναμους, αντιφατικούς ή ανύπαρκτους συσχετισμούς αναφορικά με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Hekkert *et al.*, 2009). Κατά τους J. Sixma *et al.* (1998) εντοπίζεται θετική, αρνητική αλλά και καθόλου συσχέτιση με τους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες και όπως αναφέρουν στην περίπτωση που υπάρχουν συσχετίσεις επηρεάζουν λίγο (ή με μικρά ποσοστά επί της παρατηρούμενης διακύμανσης). Στη μελέτη τους για την ικανοποίηση των ασθενών από τους γενικούς ιατρούς στην Ολλανδία, δεν προκύπτει συσχετισμός κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων για τις διαστάσεις που μελετήθηκαν³² (Sixma *et al.*, 1998).

Σε μελέτη των Nguyen Thi *et al.* (2002) τα δημογραφικά χαρακτηριστικά σχετίζονται θετικά με το επίπεδο ικανοποίησης. Από τους παράγοντες της κατηγορίας αυτής, εμφανίζουν θετική σχέση με την ικανοποίηση των χρηστών: η ηλικία, η εκπαίδευση, η κατάσταση υγείας, η εθνικότητα, η οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση (Naidu, 2009).

Σύμφωνα με τους Hekkert *et al.* (2009) αλλά και τους Stepurko *et al.* (2016) υπάρχουν σαφείς συσχετισμοί μεταξύ της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης και της κατάστασης υγείας. Επιπρόσθετα μπορούν να αναφερθούν η οικονομική κατάσταση, η διαβίωση σε αγροτική περιοχή και η κατάσταση της ψυχικής υγείας (Footman *et al.*, 2013). Σύμφωνα με τους Patrick *et al.* (1983) οι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες είναι σημαντικοί στη διαμόρφωση της άποψης των καταναλωτών.

³² Προσβασιμότητα (*accessibility*), διαπροσωπική σχέση (*interpersonal relationship*) και πληροφόρηση (*information given*).

Βεβαίως, υπάρχουν προβλήματα στη μεθοδολογία των ερευνών για τους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες (Ραφτόπουλος, 2009) όπου ένα βασικό στοιχείο είναι η ποιότητα του εργαλείου αξιολόγησης σε σχέση με την αξιοπιστία και εγκυρότητα του (Sitzia, 1999).

Ηλικία

Η ηλικία είναι αρκετά "δημοφιλής" προβλεπτικός δείκτης (Hekkert *et al.*, 2009) και είναι ένας παράγοντας που μπορεί να έχει ένα σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση (Canadian Foundation For Healthcare Improvement, 2012). Ανάμεσα στους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη σε διάφορες μελέτες, η ηλικία, αποτελεί την πιο συχνή αναφορά (Nguyen Thi *et al.*, 2002).

Οι ηλικιωμένοι φαίνεται να είναι πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με τη συμπεριφορά των παρόχων φροντίδας υγείας και λιγότερο με την πρόσβαση και τα αποτελέσματα της φροντίδας κατά τους Ware *et al.* (1977). Οι νεότεροι είναι λιγότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους ηλικιωμένους που φαίνεται να είναι πιο θετικά διακείμενοι (Locker and Dunt, 1978; Fox and Storms, 1981; Fitzpatrick, 1991; Nguyen Thi *et al.*, 2002; Raftopoulos, 2005; Sanchez-Piedra *et al.*, 2014). Σε έρευνα των Campbell *et al.* (2001), οι ηλικιωμένοι ασθενείς αξιολογούν τη παρεχόμενη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ευνοϊκότερα σε όλους τους τομείς που εξέτασαν σε σχέση με την GPAS³³ κλίμακα, μεταξύ αυτών και τη συνολική ικανοποίηση. Εξηγώντας τα αποτελέσματα, σημειώνουν πως οι ηλικιωμένοι λόγω των υψηλότερων ποσοστών νοσηρότητας και των συχνότερων επισκέψεων μπορεί να έχουν περισσότερες ευκαιρίες να επηρεαστούν ευνοϊκά από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Επιπλέον, οι συμπεριφορές όσων συμμετέχουν στην παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας μπορεί να είναι πιο ήπιες στους μεγαλύτερης ηλικίας χρήστες (Carr-Hill, 1992). Την ισχυρή συσχέτιση της ηλικίας και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναφέρει και ο Cohen το 1996 υιοθετώντας την άποψη ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς διστάζουν να αξιολογήσουν αρνητικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες (όπως αναφέρεται στο Ραφτόπουλος, 2009).

³³ General Practice Assessment Survey.

Επίπεδο υγείας

Το επίπεδο της υγείας ενός πληθυσμού είναι μετρήσιμο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέτρο σύγκρισης, να αξιολογηθεί και να παρακολουθηθεί με τη βοήθεια βασικών δεικτών³⁴. Η γενική κατάσταση της υγείας πλέον αποτυπώνεται στις έρευνες υγείας της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής. Σε δειγματοληπτική έρευνα υγείας του έτους 2014 το 74,8% του Ελληνικού πληθυσμού άνω των 15 ετών δηλώνει πολύ καλή ή καλή υγεία, το 18,2% μέτρια και το 7,0% κακή ή πολύ κακή (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2016). Επίσης, στους δικτυακούς τόπους της EUROSTAT³⁵ και του OECD διατίθενται συγκριτικά στατιστικά στοιχεία μεταξύ των επιπέδων υγείας διαφόρων χωρών.

Βέβαια, οι διεθνείς συγκρίσεις σχετικά με την υγεία, πρέπει να είναι προσεκτικές, εξαιτίας της πολυπλοκότητας και των δυσκολιών που περιλαμβάνονται στη μεθοδολογική προσέγγιση (Levi, 2017). Ανάμεσα σε διάφορους δείκτες, η αντιληπτή κατάσταση της υγείας, προκύπτει από την αυτοαξιολόγηση των ατόμων και αποτελεί ένα υποκειμενικό μέτρο έκφρασης της συνολικής υγείας τους, μέσω του οποίου μπορεί να αναδειχθούν πτυχές που δεν εντοπίζονται εύκολα κλινικά όπως: η σοβαρότητα της νόσου, ο εντοπισμός αρχικών σταδίων νόσων, τα ψυχολογικά και φυσικά αποθέματα των ασθενών κ.α. (Canada Statistics, 2016)

Ο Donabedian (1988) συνδέει την κατάσταση της υγείας ως αποτέλεσμα της συμβολής των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στη βελτίωση της ή των αλλαγών της (Cleary and McNeil, 1988) και όπως αναφέρθηκε στην αρχή της ενότητας «η ικανοποίηση μπορεί να θεωρηθεί ως ένα στοιχείο της κατάστασης της υγείας». Το επίπεδο της υγείας, προτού προσφερθούν οι ανάλογες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, μπορεί να οδηγεί σε χαμηλή ή υψηλή ικανοποίηση (Cleary and McNeil, 1988).

Αυτή η στενή σχέση είναι δυνατό να εκφραστεί μέσα από τις πληροφορίες που δίδει ο ασθενής χρησιμοποιώντας και αξιολογώντας τις προσφερόμενες υπηρεσίες (Geron *et al.*, 2000). Οι μεταβολές της κατάστασης της υγείας μπορούν να αποτελέσουν ένα ενδιάμεσο κρίκο αξιολόγησης της ικανοποίησης.

³⁴ 88 βασικοί Ευρωπαϊκοί δείκτες υγείας έχουν θεμελιωθεί, εκ των οποίων οι 60 περίπου μετρώνται, ECHI: European Core Health Indicators.

³⁵ Statistical Office of the European Communities.

Αυτό είναι εφικτό μελετώντας τον τρόπο που επιδρά ο χρόνος από τη στιγμή της παροχής των υπηρεσιών και έπειτα. Από τη μελέτη των Crow *et al.* (2002), συμπεραίνονται αντιφατικά αποτελέσματα των σχετικών ερευνών.

Μετά από ανάλυση 31 ερευνών αποδεικνύεται πως η χαμηλή αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών σχετίζεται με χειρότερη σωματική υγεία, αναπηρία, ψυχολογικά προβλήματα και χαμηλή ποιότητα ζωής (Crow *et al.*, 2002). Ακολούθως με τα προηγούμενα, προστίθεται η χαμηλή αξιολόγηση της ικανοποίησης ασθενών με χρόνια νοσήματα και με περισσότερες από μία χρόνιες ασθένειες, που έχουν σοβαρά συμπτώματα και ασθενείς που πονούν (Batbaatar *et al.*, 2017).

Η απουσία ψυχικών ασθενειών, άγχους ή κατάθλιψης οδηγούν σε θετικότερη αξιολόγηση της ικανοποίησης. Γενικότερα, οι χρήστες με υψηλή αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους αναφέρουν υψηλότερη ικανοποίηση (Danielsen *et al.*, 2010). Για τους ασθενείς με χρόνια ή και περισσότερα από ένα χρόνια προβλήματα η ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας συχνά υπολείπεται. Έτσι, η μέτρηση της ικανοποίησης αυτής της κατηγορίας ασθενών είναι σημαντική διότι: α) μπορεί να αναδειχθούν πιθανά προβλήματα που σχετίζονται με την ποιότητα και β) υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι πιθανό να ζητηθεί λιγότερη φροντίδα στο μέλλον, εάν οι συναντήσεις με τον γενικό γιατρό ενισχύουν την ενημέρωση και εμπύχωση τους (Goodwin *et al.*, 2010).

3.3.6 Σημασία αξιολόγησης της ικανοποίησης

Εφαλτήριο για την ανάπτυξη αυτής της ενότητας θα αποτελέσει το σύνθημα που εκφράζεται τόσο από όσους δυσπιστούν όσο και από τους ένθερμους υποστηρικτές της ικανοποίησης: *γιατί να ασχοληθεί κανείς με την ικανοποίηση των ασθενών;*

Για να ικανοποιηθούν οι ασθενείς απαιτούνται σοβαρές προσπάθειες, γιατί λοιπόν να μας απασχολεί (Press, 2006);

Σε αντίθεση με την εκτεταμένη βιβλιογραφία και τη διαφήμιση, η ικανοποίηση ασθενών ίσως είναι το λιγότερο κατανοητό κομμάτι στον τομέα φροντίδας υγείας. Είναι ένα "καυτό" θεματικό πεδίο αναγνωρισμένης σημασίας, και η πραγματοποίηση σχετικών ερευνών συμβαίνει πλέον ανά τακτά διαστήματα σε εθνικό αλλά και διακρατικό επίπεδο (Garratt *et al.*, 2008).

Όπως αναφέρεται στο Geron *et al.* (2000) η αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών και η ανακάλυψη (ή η εκ νέου ανακάλυψη) της οφείλεται σε τέσσερις κύριους λόγους:

- της αύξησης του ανταγωνισμού στο χώρο της φροντίδας υγείας,
- της αύξησης του δημόσιου ενδιαφέροντος για τον καταναλωτή, συμπεριλαμβανομένων των δεσμεύσεων για δημοσίευση στοιχείων αναφορικά με τις σχετικές επιδόσεις (ιδρυμάτων, οργανισμών ή και σε κυβερνητικό επίπεδο).
- της αύξησης του καταναλωτικού κινήματος,
- της αύξησης της δημοτικότητας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, η οποία υπογραμμίζει τη σημασία του πελάτη ως συστατικό επίτευξης της ποιότητας.

Εάν η ικανοποίηση των ασθενών υιοθετηθεί στη βασική στρατηγική ενός ιδρύματος είναι δυνατή η επίτευξη και διατήρηση της αποστολής του μέσω κύριων επιθυμητών αποτελεσμάτων (Press, 2006) όπως:

- οικονομική βιωσιμότητα,
- εργασιακή ικανοποίηση και λιγότερες αποχωρήσεις από τον εργασιακό φορέα,
- ενίσχυση σε σχέση με τον ανταγωνισμό,
- μικρότερη πιθανότητα να εναχθεί ο οργανισμός,
- παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας.

Σημαντική θεωρείται η συνεισφορά της ικανοποίησης στην ενίσχυση της επίδρασης πλασέμπο (*placebo effect*). Η αντίληψη του ασθενή σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα επηρεάζεται σε κάποιο βαθμό από αυτό το φαινόμενο, το αποτέλεσμα του οποίου δεν εξαρτάται μόνο από τις αλληλεπιδράσεις με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και από οποιαδήποτε άλλη εμπειρία όπως τη διακόσμηση του χώρου και το φαγητό, την ευγένεια και συμπεριφορά του προσωπικού κ.α. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, της επέμβασης ή της δράσης του φαρμάκου μπορεί να ενισχυθεί και εν' ολίγοις η ικανοποίηση του ασθενή είναι ένα ισχυρό εικονικό φάρμακο (Press, 2006). Συνάμα, η επίτευξη υψηλού βαθμού ικανοποίησης μπορεί να οδηγεί σε μείωση των σφαλμάτων διότι επιτυγχάνεται καλύτερη συνεργασία των ασθενών η οποία χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη εμπιστοσύνη, λιγότερο άγχος και από εκδήλωση της ανησυχίας ή των φόβων τους.

Η ικανοποίηση των ασθενών και η ικανοποίηση του προσωπικού έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση, το ένα επηρεάζει το άλλο. Αυτή η αλληλεπίδραση οδηγεί στην επίτευξη των επιθυμητών επιπτώσεων από τη φροντίδα υγείας και καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Τα προηγούμενα μπορούν να επηρεάσουν το κόστος, μέσω της μείωσης του χρόνου θεραπείας και συνεπώς της χρησιμοποίησης λιγότερων πόρων. Επίσης, η ικανοποίηση μεταφράζεται σε μερίδιο αγοράς και ισχυρή ανταγωνιστική θέση διότι αφενός διατηρείται η προτίμηση των καταναλωτών (επαναχρησιμοποίηση) και αφετέρου είναι δυνατό να συστήσουν και έμμεσα να διαφημίσουν την επιλογή τους (Press, 2002).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4^ο

Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός και στόχοι

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας ενός Κέντρου Υγείας της Ανατολικής Αττικής. Τα ερευνητικά ερωτήματα ήταν:

- Ποιός είναι ο βαθμός της ικανοποίησης των χρηστών και πώς αξιολογούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες;
- Ποιοι παράγοντες σχετίζονται με την ικανοποίηση τους.

4.2 Σχεδιασμός της μελέτης

Το Κέντρο Υγείας εδρεύει σε δήμο της Ανατολικής Αττικής ο οποίος συστάθηκε με το πρόγραμμα Καλλικράτης με συνένωση δύο δήμων. Ο συνολικός πληθυσμός, αναφορικά με την απογραφή του 2011, είναι 33843 κάτοικοι και η συνολική έκταση του δήμου³⁶ είναι 73,695 τ.χλμ. Στον τομέα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της συγκεκριμένης δημόσιας δομής συμπεριλαμβάνεται και όμορος δήμος³⁷ περίπου 54000 κατοίκων και έκτασης 29,43 τ.χλμ. Η δομή λειτουργεί περίπου από το 1985 και οργανωτικά, συστάθηκε το 1986 με κοινή υπουργική απόφαση³⁸ η οποία συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε το 1988. Έως το 2014, το Κέντρο Υγείας αποτελούσε αποκεντρωμένη οργανική μονάδα η οποία διοικητικά ανήκε σε ένα Γενικό Νοσοκομείο της Αττικής. Έκτοτε, διοικητικά υπάγεται άμεσα στην 1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής διατηρώντας την επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση με το συγκεκριμένο νοσοκομείο³⁹. Το 2010 εξετάστηκαν περίπου 39700 άτομα ενώ το 2017 πάνω από 60000.

³⁶ Διαθέσιμο στο: <http://www.spata-artemis.gr/index.php?module=news&type=user&func=display&id=183>.

³⁷ Διαθέσιμο στο: <http://www.pallini.gr/>.

³⁸ ΦΕΚ 235/Β/22-04-1986 και ΦΕΚ 647/Β/06-09-1988.

³⁹ Σχετική νομοθεσία: Νόμος 4238/2014, Νόμος 4486/2017 και ΦΕΚ 93/Β/20-01-2015.

4.2.1 Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν άτομα που κατά την επίσκεψη τους στο Κέντρο Υγείας προθυμοποιήθηκαν να συμμετάσχουν και είχαν την ικανότητα επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα. Με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας, το δείγμα αυτής της έρευνας απαρτίζεται από 132 άτομα.

4.2.2 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, ολιγόλεπτης χρονικής διάρκειας. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το E-PQ-SPCSS (Expectations-Perceived Quality-Satisfaction with Primary Care Services Scale) του Raftopoulos (2010), το οποίο βασίζεται σε δομημένη θεωρία για την ερμηνεία της ικανοποίησης των χρηστών (Raftopoulos, 2005). Πρέπει να σημειωθεί ότι πρόκειται για ένα ευανάγνωστο, κατανοητό και καλαίσθητο ερωτηματολόγιο. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ταυτόχρονα με τα προηγούμενα, του προσδίδουν όλα τα απαραίτητα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διαθέτει μία χρήσιμη κλίμακα (Ραφτόπουλος και Θεοδοσοπούλου, 2002; Γαλάνης, 2012, 2013; Bowling, 2014). Η κλίμακα είναι σταθμισμένη στον ελληνικό πληθυσμό και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Raftopoulos, 2010) και παραχωρήθηκε από το δημιουργό της για της ανάγκες της παρούσας έρευνας. Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται τα δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχόντων, οι συνολικές κλίμακες (*global scales*) και μία κλίμακα 27 ερωτήσεων.

4.2.3 Στατιστική Μεθοδολογία

Στην ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο χ^2 του Pearson και το exact test όπου κρίθηκε απαραίτητο. Εφαρμόστηκαν παραμετρικά κριτήρια σύγκρισης των μέσων (t-test και oneway anova με post-hoc test το scheffe). Υπολογίστηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέφειας Cronbach's α . Οι ελλείπουσες τιμές εξαιρέθηκαν από την ανάλυση. Οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο σημαντικότητας θεωρήθηκε το 0,05. Η ανάλυση διεξήχθη με το στατιστικό πακέτο Stata v12.1.

Οι παράγοντες της μελέτης διαμορφώθηκαν σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Raftopoulos, 2010) και μετατράπηκαν σε εκατοστιαία κλίμακα για λόγους σύγκρισης στα γραφήματα. Για την ονομασία των παραγόντων χρησιμοποιήθηκαν συντομογραφίες ως ακολούθως:

- **NTIC**: Nurse's technical and interpersonal competence (Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών)
- **PIC**: Physician's interpersonal competence (Διαπροσωπικές δεξιότητες και επάρκεια του ιατρού)
- **PTC**: Physician's technical competence (Τεχνική επάρκεια ιατρού)
- **SC**: Structure characteristics (Οργανωσιακά χαρακτηριστικά)
- **GSPC**: General satisfaction with primary care provided (Γενική ικανοποίηση με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας)
- **EPCS**: Expectations from the Primary Care Services (Προσδοκίες από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας)
- **SPCS**: Satisfaction with the Primary Care Services (Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας)

4.2.4 Ηθική και δεοντολογία

Για τη χρήση του ερωτηματολογίου εξασφαλίστηκε η απαραίτητη έγκριση από τη Διοικήτρια της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας μετά από τη σύμφωνη γνώμη του Επιστημονικού Συμβουλίου Π.Φ.Υ και της Συντονίστριας Διευθύντριας του Κέντρου Υγείας. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τη διασφάλιση των προσωπικών τους δεδομένων, τη διατήρηση της ανωνυμίας τους και την εμπιστευτική χρήση των ερωτηματολογίων αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

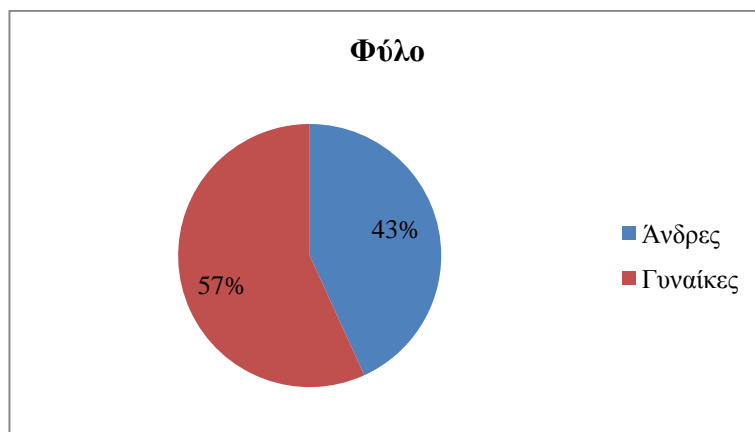
Κεφάλαιο 5^ο

Αποτελέσματα

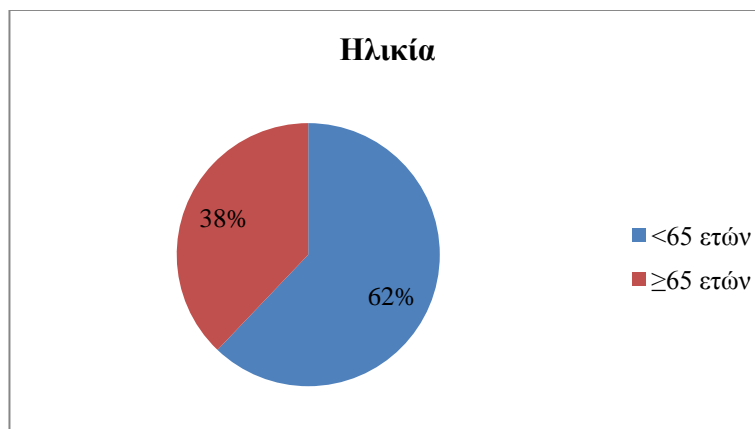
5.1 Περιγραφικά στατιστικά

5.1.1 Δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 132 άτομα. Τα γενικά χαρακτηριστικά της μελέτης απεικονίζονται στον πίνακα 1. Το 57% (75 άτομα) ήταν γυναίκες (γράφημα 1). Κάτω των 65 ετών ήταν 82 άτομα, ποσοστό 62%, (γράφημα 2).



Γράφημα 1. Ποσοστά ανά φύλο.



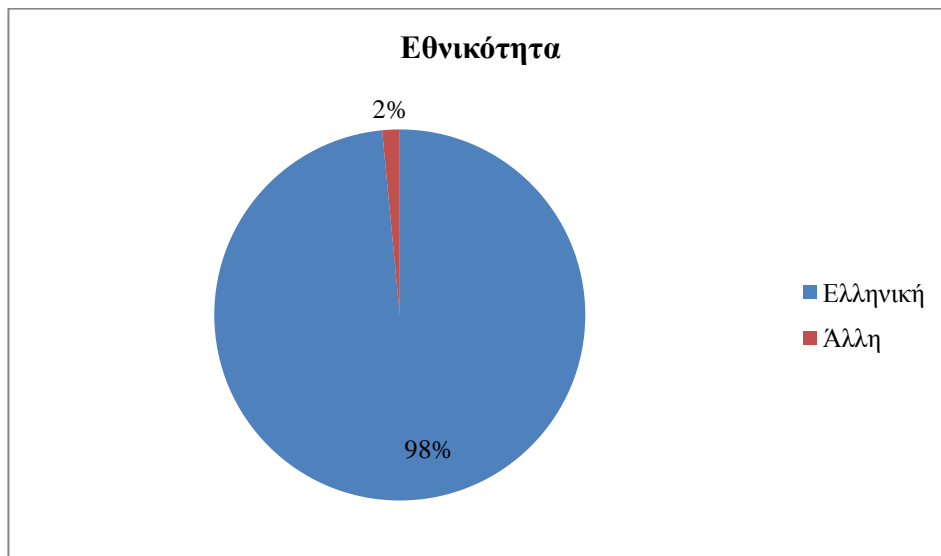
Γράφημα 2. Ποσοστά ανά ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 1.

Γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης

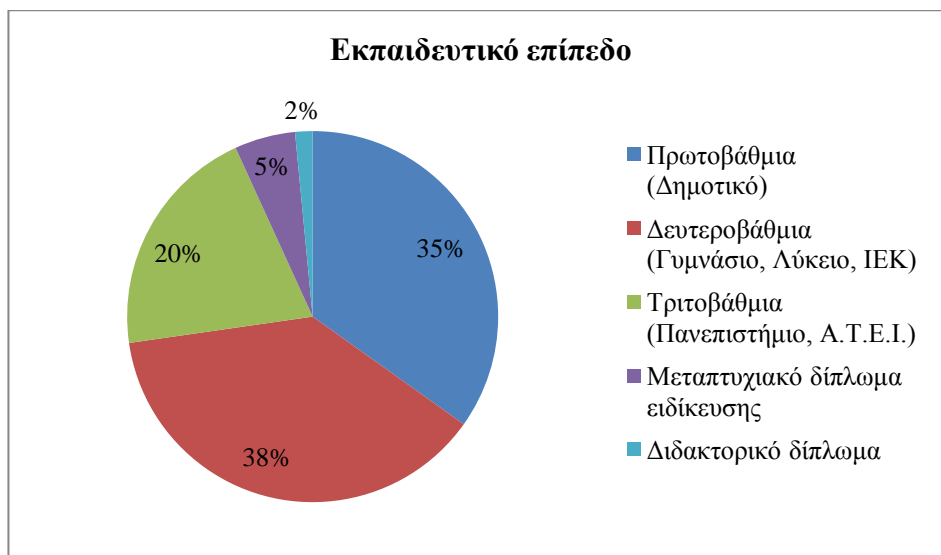
Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό
Γυναίκες	75	56,82
Άνδρες	57	43,18
Ηλικία		
<65	82	62,12
≥65	50	37,88
Ιθαγένεια		
Ελληνική	130	98,48
Άλλη	2	1,52
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	46	34,85
Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	50	37,88
Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, Α.Τ.Ε.Ι.)	27	20,45
Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης	7	5,30
Διδακτορικό δίπλωμα	2	1,52
Οικογενειακή κατάσταση		
Χήρα/ος	16	12,12
Διαζευγμένη/ος	5	3,79
Έγγαμη/ος	89	67,42
Άγαμη/ος	22	16,67
Επάγγελμα		
Οικιακά	42	31,82
Αγρότης	2	1,52
Χειρωνακτική	31	23,48
Μη χειρωνακτική	57	43,18
Μηνιαίο εισόδημα		
Άνεργος	27	20,45
<450 €	17	12,88
451 – 900 €	43	32,58
901 – 1350 €	36	27,27
>1350 €	9	6,82
Απόσταση μόνιμης κατοικίας από το Κέντρο Υγείας		
<2,5 χλμ	28	21,21
2,5 – 5 χλμ	23	17,42
5 – 7,5 χλμ	20	15,15
7,5 – 10 χλμ	35	26,52
>10 χλμ	26	19,70
Ασφάλιση υγείας		
Όχι	7	5,30
Ναι	125	94,70
Αριθμός επισκέψεων στο Κέντρο Υγείας		
Πρώτη φορά	1	0,76
1	6	4,55
2	6	4,55
>3	119	90,15
Χρόνιο νόσημα		
Όχι	82	62,12
Ναι	50	37,88

Το σύνολο του δείγματός αποτέλεσαν ουσιαστικά Έλληνες (98,48%) (γράφημα 3).



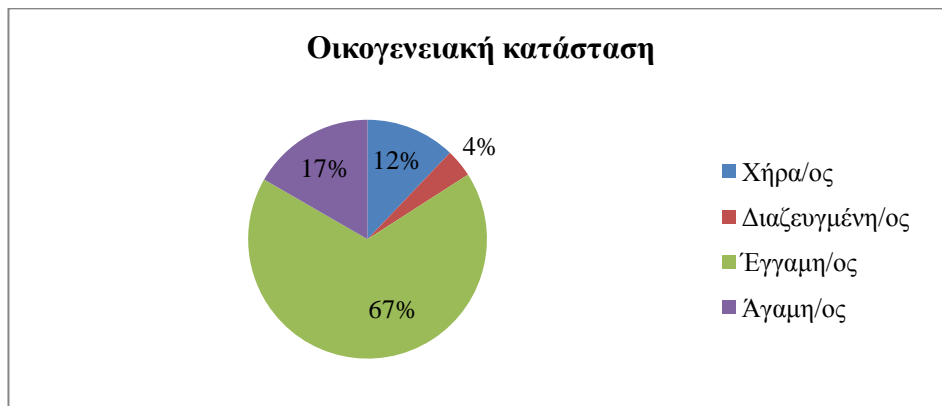
Γράφημα 3. Ποσοστά ανά εθνικότητα.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο κάλυπτε όλες τις βαθμίδες με τη σχετική πλειοψηφία (38%) να έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ακολουθούσε η πρωτοβάθμια (35%) και ουραγός ήταν η τριτοβάθμια (27%) (γράφημα 4).



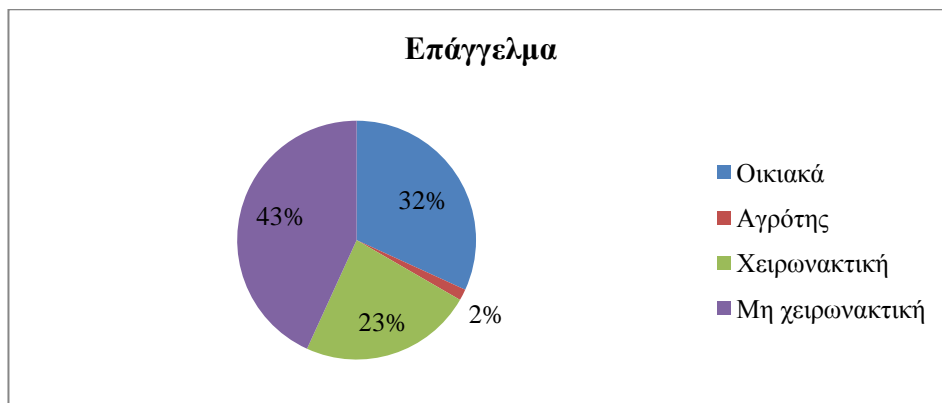
Γράφημα 4. Ποσοστά ανά εκπαιδευτική βαθμίδα.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση το 67% ήταν έγγαμοι και 17% άγαμοι (γράφημα 5).

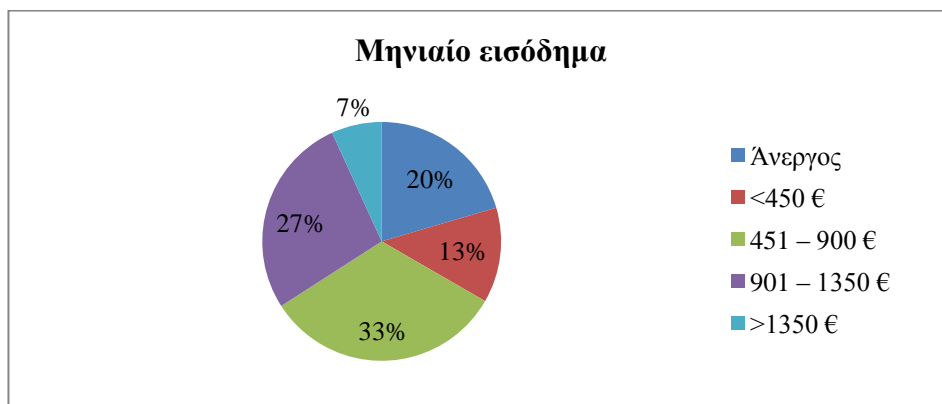


Γράφημα 5. Ποσοστά ανά οικογενειακή κατάσταση.

Για το 23% των ατόμων η εργασία τους ήταν χειρωνακτική, 32% δήλωσαν οικιακά και 2% αγρότες (γράφημα 6). Το 20% των ατόμων του δείγματος ήταν άνεργοι, ενώ 7% δήλωσαν μηνιαίο εισόδημα μεγαλύτερο από 1350 ευρώ (γράφημα 7).

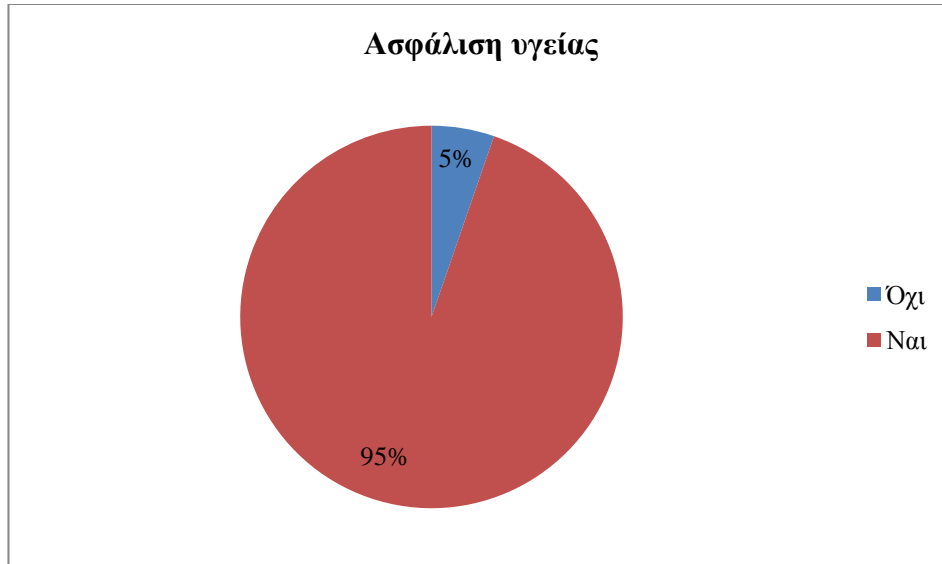


Γράφημα 6. Ποσοστά ανά κατηγορία εργασίας.

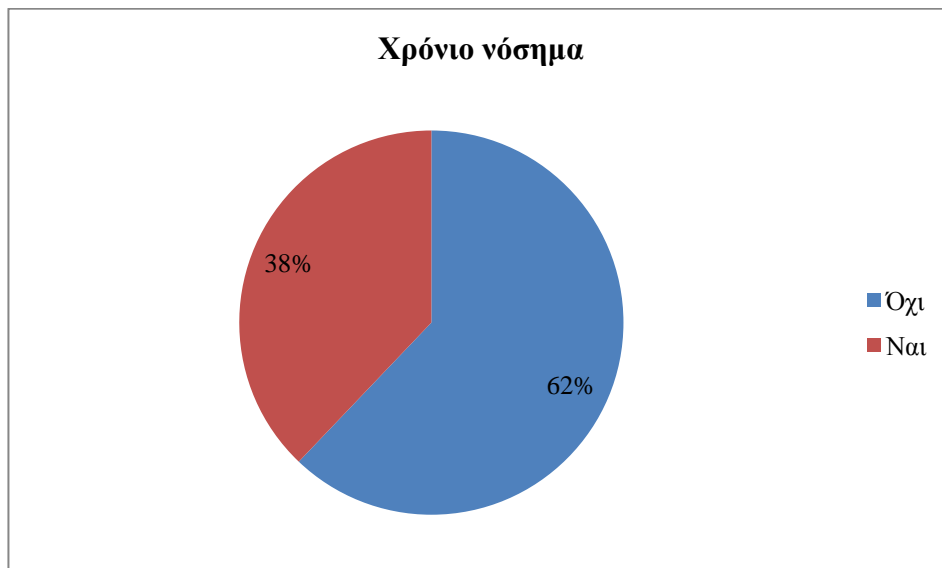


Γράφημα 7. Ποσοστά ανά κατηγορία μηνιαίου εισοδήματος.

Το 95% δήλωσε ότι έχει ασφαλιστική κάλυψη (γράφημα 8), και το 38% πως έχει κάποιο χρόνιο νόσημα (γράφημα 9).

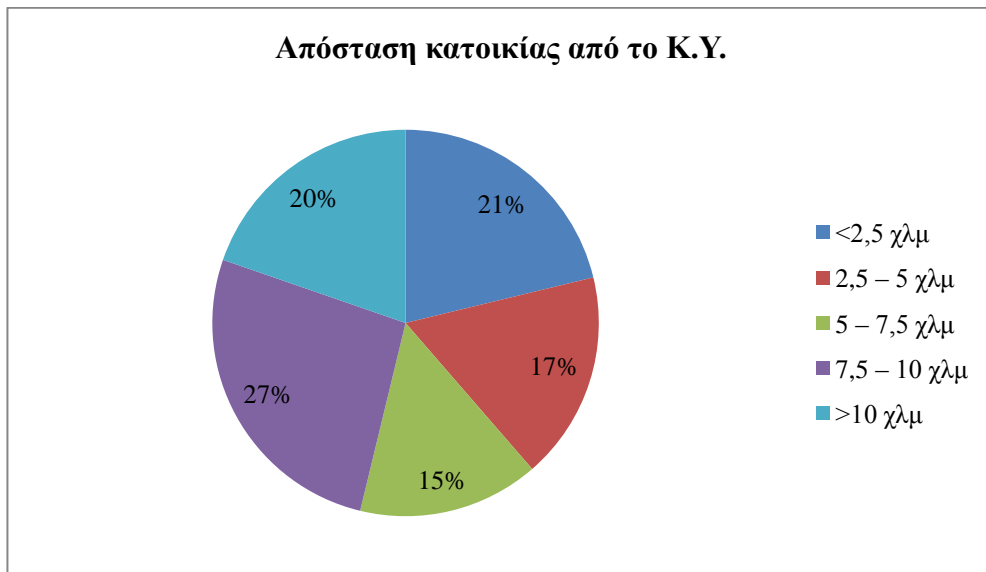


Γράφημα 8. Ποσοστά ανά κατηγορία ασφάλισης υγείας.



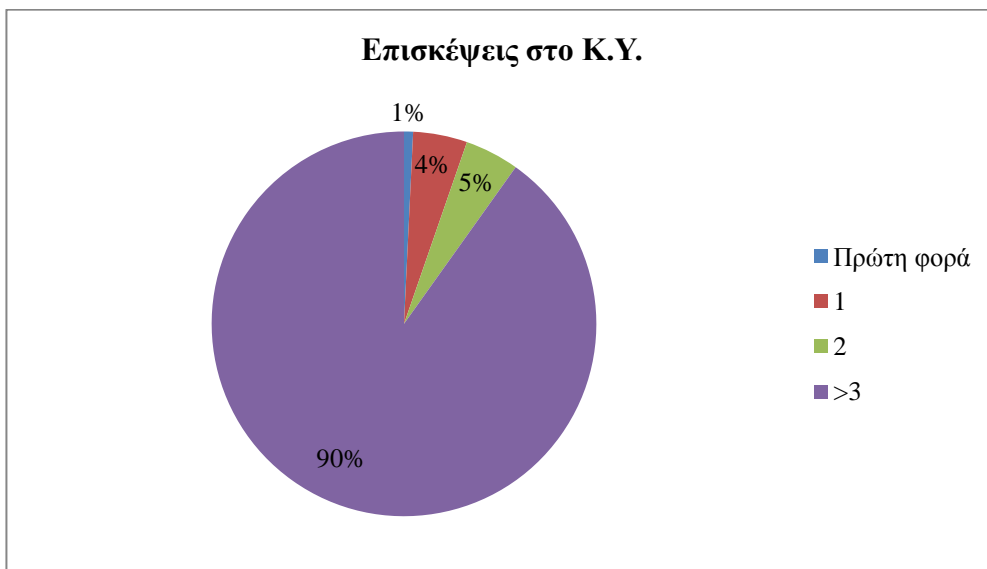
Γράφημα 9. Ποσοστά ανά ύπαρξη χρόνιου νοσήματος.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων 62% δήλωσαν ότι η απόσταση της κατοικίας τους είναι σε απόσταση άνω των 5 χιλιομέτρων από το Κ.Υ. (γράφημα 10).



Γράφημα 10. Ποσοστά ανά χιλιομετρική απόσταση από το Κ.Υ.

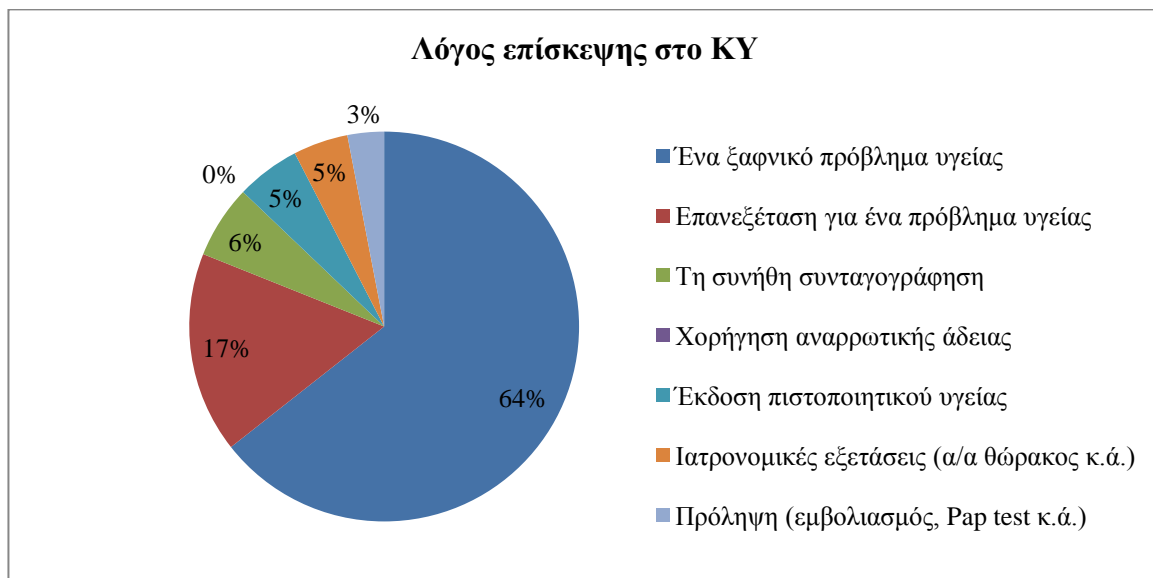
Το 90% δήλωσε ότι έχει επισκεφτεί το κέντρο υγείας περισσότερες από τρεις φορές (γράφημα 11).



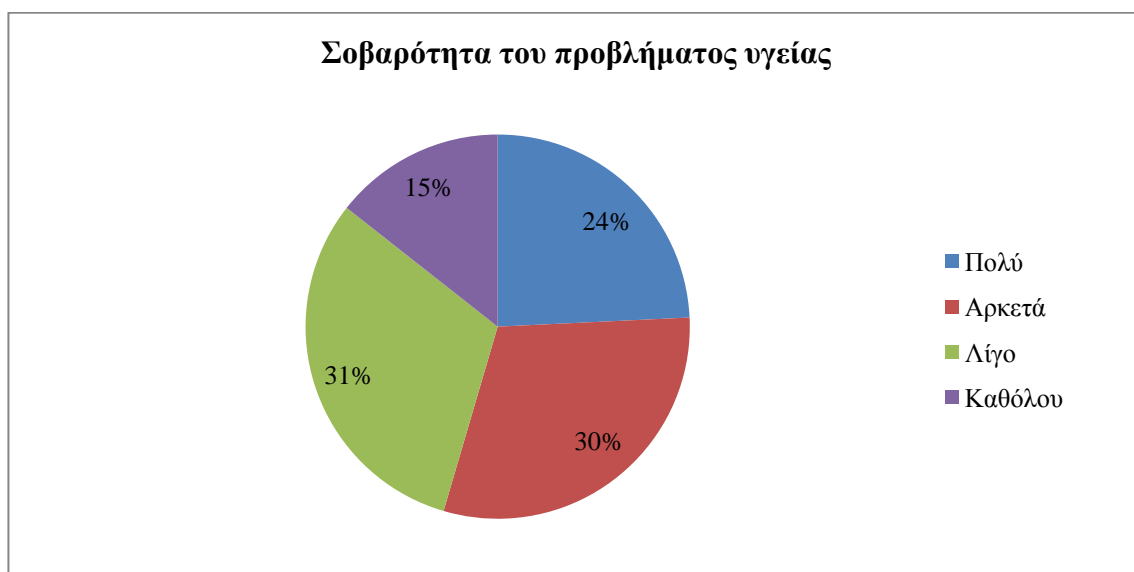
Γράφημα 11. Ποσοστά ανά πλήθος επισκέψεων στο Κ.Υ.

5.1.2 Χαρακτηριστικά νοσήματος και επίσκεψης στο Κ.Υ.

Ο λόγος επίσκεψης ήταν ένα ξαφνικό πρόβλημα υγείας (64%) και η επανεξέταση (17%), οι λοιπές αιτιολογίες συνολικά καλύπτουν το υπόλοιπο 19% (γράφημα 12). Η σοβαρότητα του προβλήματος κατηγοριοποιήθηκε ως αρκετά σοβαρή από το 30%, ενώ λίγο σοβαρή από το 31% (γράφημα 13). Οι πιο ακραίες καταστάσεις σοβαρότητας είχαν τα μικρότερα ποσοστά. Στον πίνακα 2, παρουσιάζονται αναλυτικά τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του νοσήματος και της επίσκεψης στο Κ.Υ.



Γράφημα 12. Ποσοστά ανά λόγο επίσκεψης στο Κ.Υ.

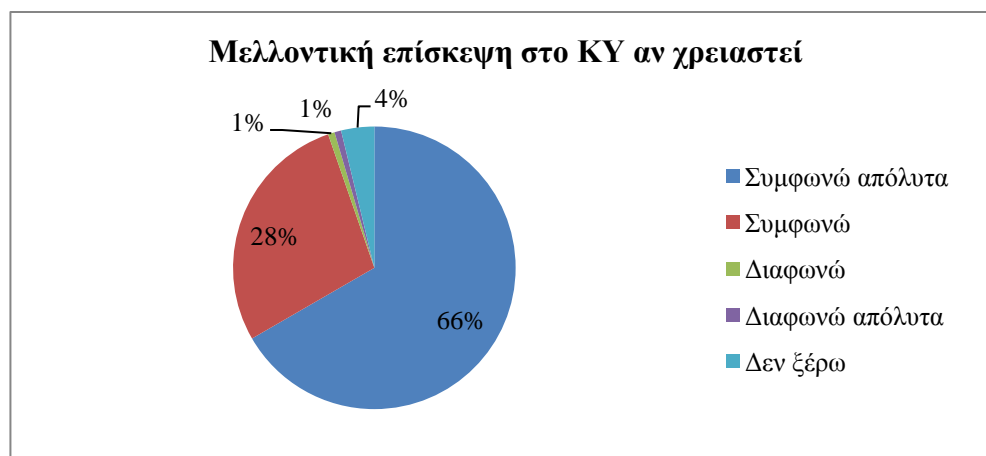


Γράφημα 13. Ποσοστά ανά σοβαρότητα προβλήματος υγείας.

Πίνακας 2.

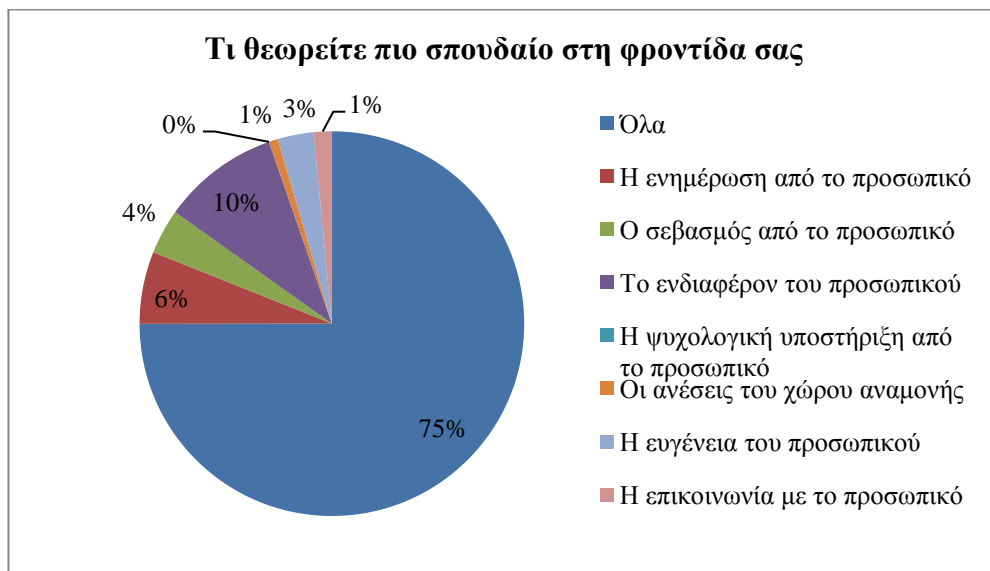
Περιγραφικά χαρακτηριστικά νοσήματος και επίσκεψης στο ΚΥ

Λόγος επίσκεψης		
Ένα ξαφνικό πρόβλημα υγείας	85	64,39
Επανεξέταση για ένα πρόβλημα υγείας	22	16,67
Τη συνήθη συνταγογράφηση	8	6,06
Χορήγηση αναρρωτικής άδειας	0	0,0
Έκδοση πιστοποιητικού υγείας	7	5,30
Ιατρονομικές εξετάσεις (α/α θώρακος κ.ά.)	6	4,55
Πρόληψη (εμβολιασμός, Pap test κ.ά.)	4	3,03
Πόσο σοβαρό θεωρείτε ότι είναι το πρόβλημα σας		
Πολύ	19	24,24
Αρκετά	41	30,30
Λίγο	40	31,06
Καθόλου	32	14,39
Θα επισκεφτώ στο μέλλον αυτό το κέντρο υγείας αν παρουσιαστεί πρόβλημα		
Συμφωνώ απόλυτα	88	66,67
Συμφωνώ	37	28,03
Διαφωνώ	1	0,76
Διαφωνώ απόλυτα	1	0,76
Δεν ξέρω	5	3,79
Τι θεωρείτε το πιο σπουδαίο στη φροντίδα σας		
Όλα	99	75,00
Η ενημέρωση από το προσωπικό	8	6,06
Ο σεβασμός από το προσωπικό	5	3,79
Το ενδιαφέρον του προσωπικού	13	9,85
Η ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό	0	0,00
Οι ανέσεις του χώρου αναμονής	1	0,76
Η ευγένεια του προσωπικού	4	3,03
Η επικοινωνία με το προσωπικό	2	1,52
Δεχθήκατε νοσηλευτική φροντίδα/πράξη;		
Όχι	33	25,00
Ναι	99	75,00



Γράφημα 14. Ποσοστά πρόθεσης για μελλοντική επίσκεψη στο Κ.Υ.

Το 95% θα επισκεφτεί ξανά το Κέντρο Υγείας αν χρειαστεί (γράφημα 14). Οι καταγεγραμμένες παράμετροι στις οποίες δίνουν σημασία οι ασθενείς για τη φροντίδα τους κρίθηκαν όλες σημαντικές στο 75%. Μόνο το ενδιαφέρον του προσωπικού ήταν σημαντικό για το 10% των περιπτώσεων που θεωρείται πολύ σημαντική μερίδα (γράφημα 15). Νοσηλευτική φροντίδα δέχτηκε το 75% (γράφημα 16).



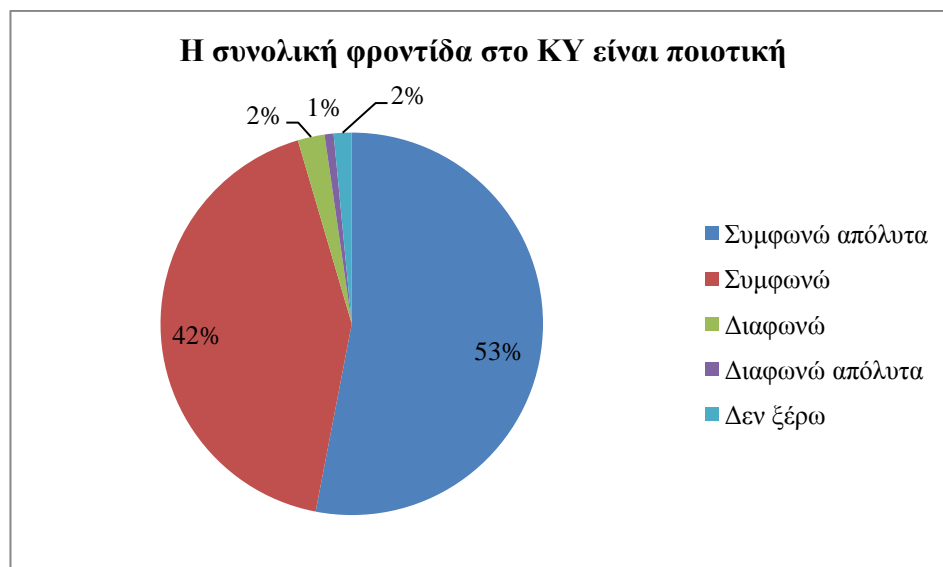
Γράφημα 15. Ποσοστά ανά σπουδαιότητα φροντίδας στο Κ.Υ.



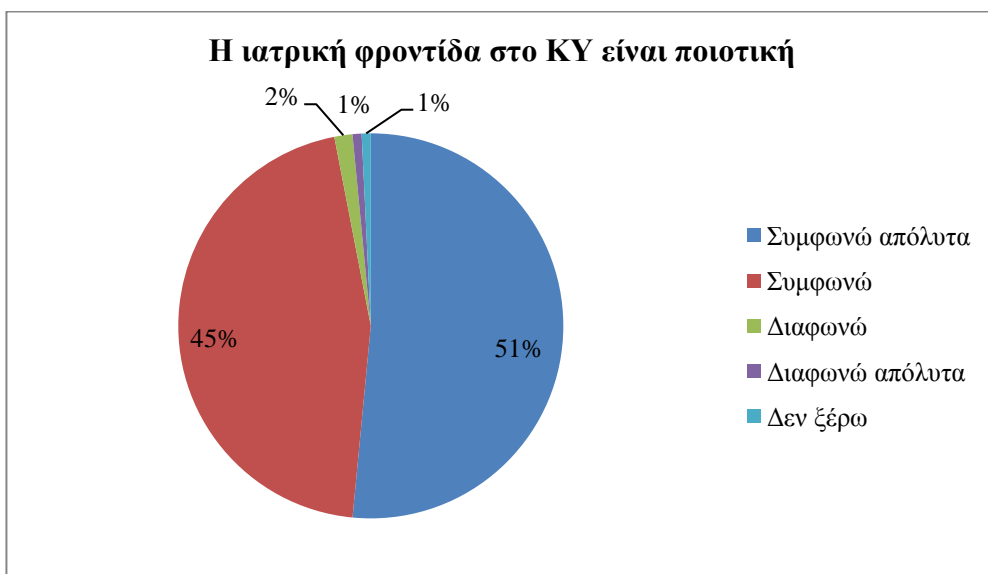
Γράφημα 16. Ποσοστά ανά νοσηλευτική πράξη.

5.1.3 Ποιότητα και ικανοποίηση από τη φροντίδα στο Κ.Υ.

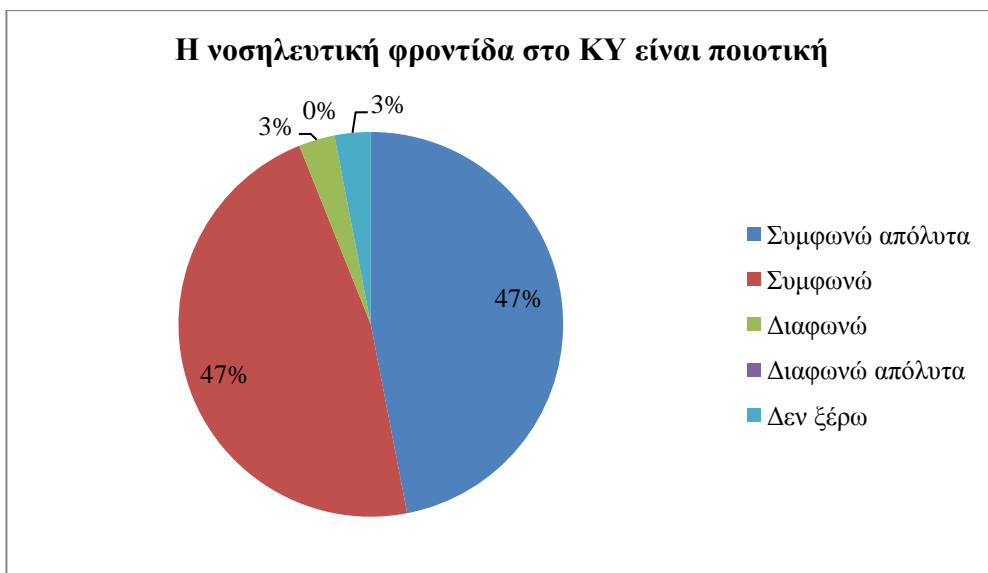
Για το 95%, η συνολική φροντίδα (γράφημα 17) που προσφέρθηκε θεωρείται ποιοτική. Το 97% θεωρεί ότι η ιατρική φροντίδα (γράφημα 18) που προσφέρθηκε ήταν ποιοτική, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τη νοσηλευτική φροντίδα (γράφημα 19) ήταν 94%. Η συνολική αίσθηση από τις υπηρεσίες που προσφέρθηκαν στο Κ.Υ. ήταν τουλάχιστον απλά ικανοποιητικές για το 94% των ασθενών και τουλάχιστον αρκετά ικανοποιητικές για το 80% των περιπτώσεων, ενώ 4,5% δήλωσαν ούτε ικανοποιημένοι-ούτε δυσαρεστημένοι και ουσιαστικά δεν υπήρξαν δυσαρεστημένοι ασθενείς (γράφημα 20). Στο 85% των περιπτώσεων οι υπηρεσίες που προσφέρθηκαν από το Κ.Υ. θεωρήθηκαν τουλάχιστον αναμενόμενα καλές, ενώ μέτριες ήταν για το 14%. % (γράφημα 21). Η συνολική αίσθηση από την ιατρική φροντίδα ήταν τουλάχιστον απλά ικανοποιητική για το 96%, τουλάχιστον αρκετά ικανοποιητική για το 82%, ενώ 3% δήλωσαν ούτε ικανοποιημένοι-ούτε δυσαρεστημένοι (γράφημα 22). Η προσφερόμενη ιατρική φροντίδα ήταν τουλάχιστον αναμενόμενα καλή για το 84% (γράφημα 23). Η συνολική αίσθηση από τη νοσηλευτική φροντίδα ήταν τουλάχιστον απλά ικανοποιητική για το 97%, τουλάχιστον αρκετά ικανοποιητική για το 80%, ενώ 2% δήλωσαν ούτε ικανοποιημένοι-ούτε δυσαρεστημένοι (γράφημα 24). Η προσφερόμενη νοσηλευτική φροντίδα ήταν τουλάχιστον αναμενόμενα καλή για το 86%, δηλαδή δεν υπήρξε διαφοροποίηση (γράφημα 25). Τα προηγούμενα περιγράφονται λεπτομερέστερα στον πίνακα 3.



Γράφημα 17. Ποιότητα συνολικής φροντίδας στο Κ.Υ.



Γράφημα 18. Ποιότητα ιατρικής φροντίδας.



Γράφημα 19. Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.

Πίνακας 3.

Περιγραφικά χαρακτηριστικά από την ικανοποίηση και ποιότητα από το Κ.Υ.

Η συνολική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο κέντρο υγείας είναι ποιοτική		
Συμφωνώ απόλυτα	70	53,03
Συμφωνώ	56	42,42
Διαφωνώ	3	2,27
Διαφωνώ απόλυτα	1	0,76
Δεν ξέρω	2	1,52
Η ιατρική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο κέντρο υγείας είναι ποιοτική		
Συμφωνώ απόλυτα	68	51,52
Συμφωνώ	60	45,45
Διαφωνώ	2	1,52
Διαφωνώ απόλυτα	1	0,76
Δεν ξέρω	1	0,76
Η νοσηλευτική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο κέντρο υγείας είναι ποιοτική		
Συμφωνώ απόλυτα	62	46,97
Συμφωνώ	62	46,97
Διαφωνώ	4	3,03
Διαφωνώ απόλυτα	0	0,00
Δεν ξέρω	4	3,03
Συνολική αίσθηση από τις υπηρεσίες που προσφέρθηκαν στο κέντρο υγείας		
Πολύ ικανοποιημένος	52	39,39
Αρκετά ικανοποιημένος	53	40,15
Λίγο ικανοποιημένος	5	3,79
Απλά ικανοποιημένος	14	10,61
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	6	4,55
Καθόλου ικανοποιημένος	2	1,52
Δυσαρεστημένος	0	0,00
Πολύ δυσαρεστημένος	0	0,00
Αδιάφορος	0	0,00
Θα έλεγα ότι οι υπηρεσίες που μου προσφέρθηκαν στο κέντρο υγείας ήταν		
Καλύτερες από αυτές που περίμενα	58	43,94
Καλές όπως τις περίμενα	54	40,91
Μέτριες όπως τις περίμενα	19	14,39
Κακές όπως τις περίμενα	0	0,00
Χειρότερες από αυτές που περίμενα	1	0,76
Πώς αισθάνεστε συνολικά από την ιατρική φροντίδα που σας προσφέρθηκε στο ΚΥ		
Πολύ ικανοποιημένος	52	39,39
Αρκετά ικανοποιημένος	56	42,42
Λίγο ικανοποιημένος	7	5,30
Απλά ικανοποιημένος	12	9,09
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	4	3,03
Καθόλου ικανοποιημένος	1	0,76
Δυσαρεστημένος	0	0,00
Πολύ δυσαρεστημένος	0	0,00
Αδιάφορος	0	0,00

Θα έλεγα ότι η ιατρική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο κέντρο υγείας ήταν

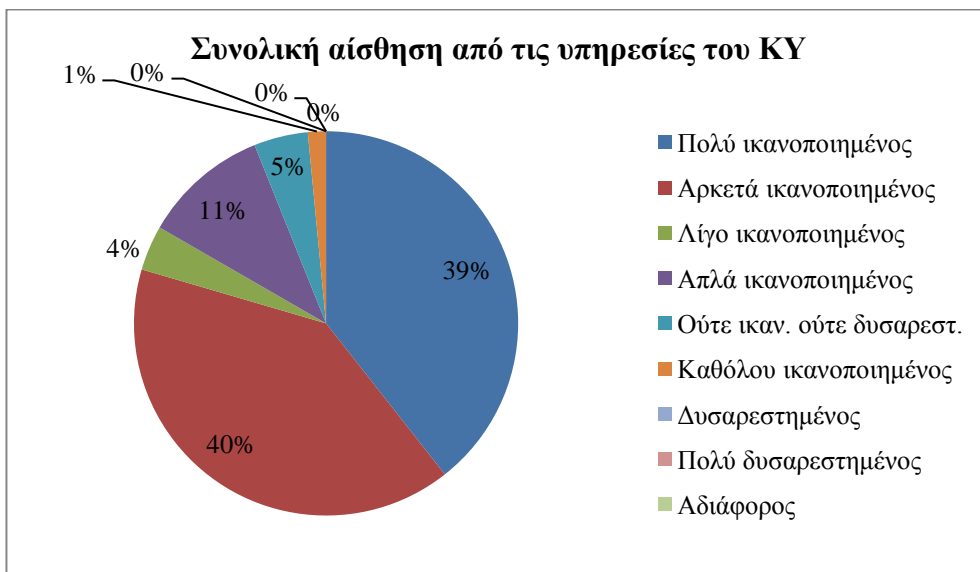
Καλύτερη από αυτήν που περίμενα	55	41,67
Καλή όπως την περίμενα	56	42,42
Μέτρια όπως την περίμενα	20	15,15
Κακή όπως την περίμενα	0	0,00
Χειρότερη από αυτήν που περίμενα	1	0,76

Πώς αισθάνεστε συνολικά από τη νοσηλευτική φροντίδα που σας προσφέρθηκε

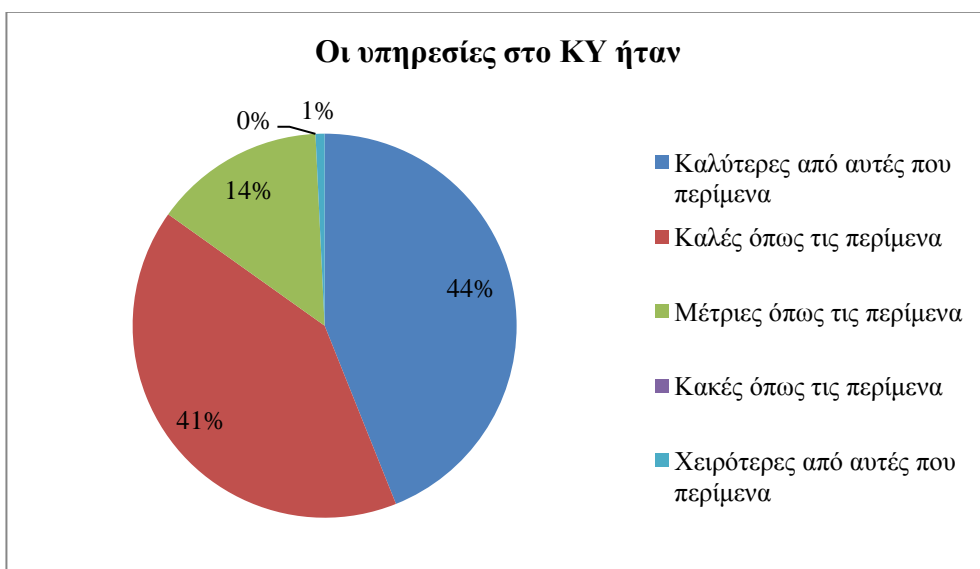
Πολύ ικανοποιημένος	56	42,42
Αρκετά ικανοποιημένος	50	37,88
Λίγο ικανοποιημένος	8	6,06
Απλά ικανοποιημένος	14	10,61
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3	2,27
Καθόλου ικανοποιημένος	1	0,76
Δυσανεστημένος	0	0,00
Πολύ δυσαρεστημένος	0	0,00
Αδιάφορος	0	0,00

Θα έλεγα ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν

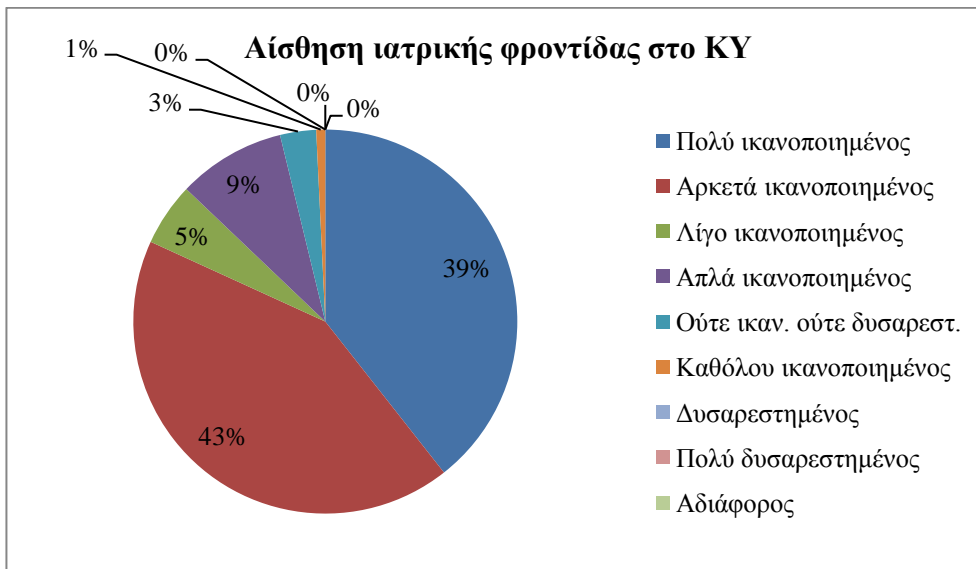
Καλύτερη από αυτήν που περίμενα	52	39,39
Καλή όπως την περίμενα	61	46,21
Μέτρια όπως την περίμενα	18	13,64
Κακή όπως την περίμενα	0	0,00
Χειρότερη από αυτήν που περίμενα	1	0,76



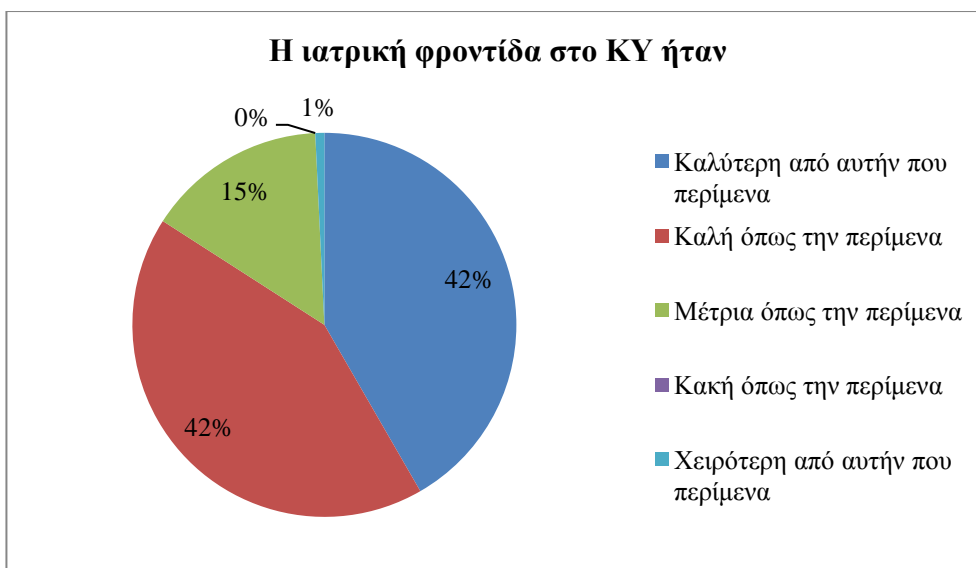
Γράφημα 20. Συνολική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Κ.Υ.



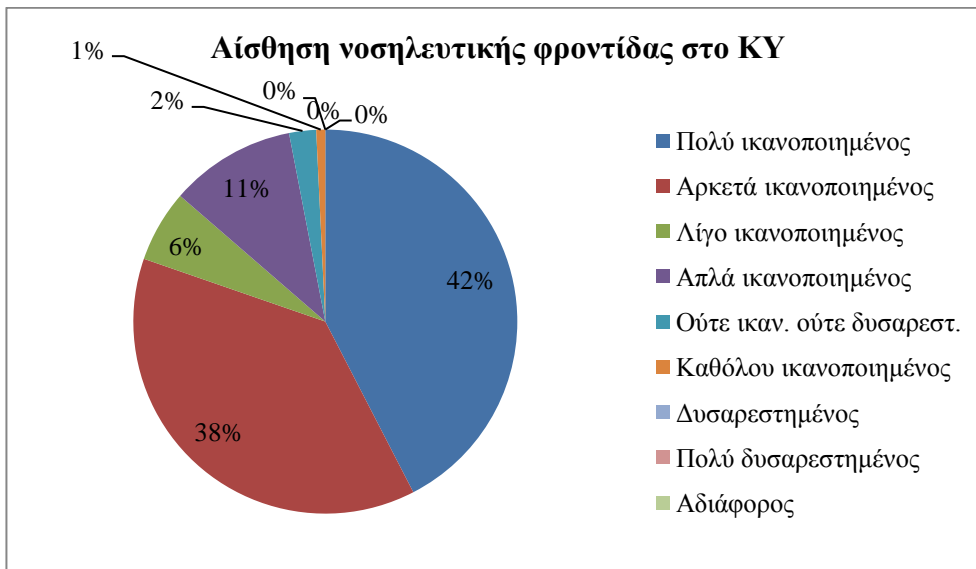
Γράφημα 21. Προσδοκίες από τις υπηρεσίες στο Κ.Υ.



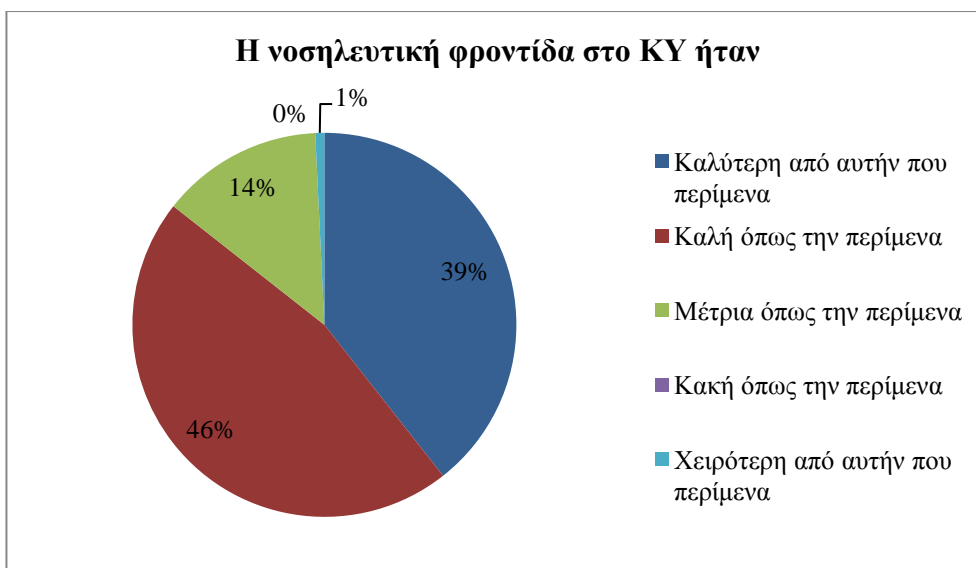
Γράφημα 22. Ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα στο Κ.Υ.



Γράφημα 23. Προσδοκίες από την ιατρική φροντίδα στο Κ.Υ.



Γράφημα 24. Ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα στο Κ.Υ.



Γράφημα 25. Προσδοκίες από τη νοσηλευτική φροντίδα στο Κ.Υ.

5.2 Επαγωγική στατιστική

Στον πίνακα 4, απεικονίζεται η ηλικία ανά φύλο όπου φαίνεται να μην υπάρχει διαφοροποίηση ($p=0.348$), αν και λίγο μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (67%) είναι <65 ετών σε σχέση με το αντίστοιχο των γυναικών (59%). Τέτοιες διαφορές σε μεγαλύτερα δείγματα εμφανίζονται με στατιστικά σημαντικό επίπεδο σημαντικότητας.

Πίνακας 4.

Ηλικία ανά φύλο

Ηλικία	Φύλο		Σύνολο
	Γυναίκα	Ανδρας	
<65	44	38	82
%	58,67	66,67	62,12
>=65	31	19	50
%	41,33	33,33	37,88
Σύνολο	75	57	132
%	100,00	100,00	100,00

Pearson chi2(1) = 0.8809 Pr = 0.348

Στον πίνακα 5, το εκπαιδευτικό επίπεδο εμφανίζεται πανομοιότυπο στα δύο φύλα ($p=0.976$), με τα επίπεδα να έχουν ήδη περιγραφεί από τον πίνακα 1.

Πίνακας 5.

Εκπαίδευση ανά φύλο

Εκπαίδευση	Φύλο		Σύνολο
	Γυναίκα	Ανδρας	
Πρωτοβάθμια	26	20	46
%	34,67	35,09	34,85
Δευτεροβάθμια	28	22	50
%	37,33	38,60	37,88
Τριτοβάθμια	21	15	36
%	28,00	26,32	27,27
Σύνολο	75	57	132
%	100,00	100,00	100,00

Pearson chi2(2) = 0.0490 Pr = 0.976

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να μη διαφοροποιείται (πίνακας 6, $p=0.336$), όμως και εδώ οι άντρες είναι έγγαμοι σε μεγαλύτερο ποσοστό (72% έναντι 64%).

Πίνακας 6.

Οικογενειακή κατάσταση ανά φύλο

Οικογενειακή κατάσταση	Φύλο		Σύνολο
	Γυναίκα	Άνδρας	
Έγγαμη/ος	48	41	89
%	64,00	71,93	67,42
Άλλο	27	16	43
%	36,00	28,07	32,58
Σύνολο	75	57	132
%	100,00	100,00	100,00

Pearson chi2(1) = 0.9272 Pr = 0.336

Το εισόδημα δε διαφοροποιείται ανά φύλο (πίνακας 7, $p = 0.154$), όμως υπάρχει μια ελαφρά υψηλότερη ποσόστωση των αντρών σε υψηλότερα μισθολογικά κλιμάκια βλέποντας τα ποσοστά του πίνακα ένα προς ένα, ειδικότερα μάλιστα στις μισθολογικές κατηγορίες των 451-900 και 901-1350€.

Πίνακας 7.

Εισόδημα ανά φύλο

Εισόδημα	Φύλο		Σύνολο
	Γυναίκα	Άνδρας	
Άνεργος	16	11	27
%	21,33	19,30	20,45
<450	11	6	17
%	14,67	10,53	12,88
451-900	28	15	43
%	37,33	26,32	32,58
901-1350	14	22	36
%	18,67	38,60	27,27
>1350	6	3	9
%	8,00	5,26	6,82
Σύνολο	75	57	132
%	100,00	100,00	100,00

Pearson chi2(4) = 6.7760 Fisher's exact = 0.154

Η απόσταση της μόνιμης κατοικίας από το Κ.Υ. δε διαφοροποιείται ανά φύλο (πίνακας 8, $p=0.648$), όπως δε διαφοροποιείται και η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος (πίνακας 9, $p=0.564$).

Πίνακας 8.

Απόσταση της μόνιμης κατοικίας από το ΚΥ ανά φύλο

Απόσταση	Φύλο		
	Γυναίκα	Άνδρας	Σύνολο
<2,5χλμ	16	12	28
%	21,33	21,05	21,21
2,5-5χλμ	12	11	23
%	16,00	19,30	17,42
5-7,5χλμ	9	11	20
%	12,00	19,30	15,15
7,5-10χλμ	23	12	35
%	30,67	21,05	26,52
>10χλμ	15	11	26
%	20,00	19,30	19,70
Σύνολο	75	57	132
%	100,00	100,00	100,00

Pearson chi2(4) = 2.4790 Pr = 0.648

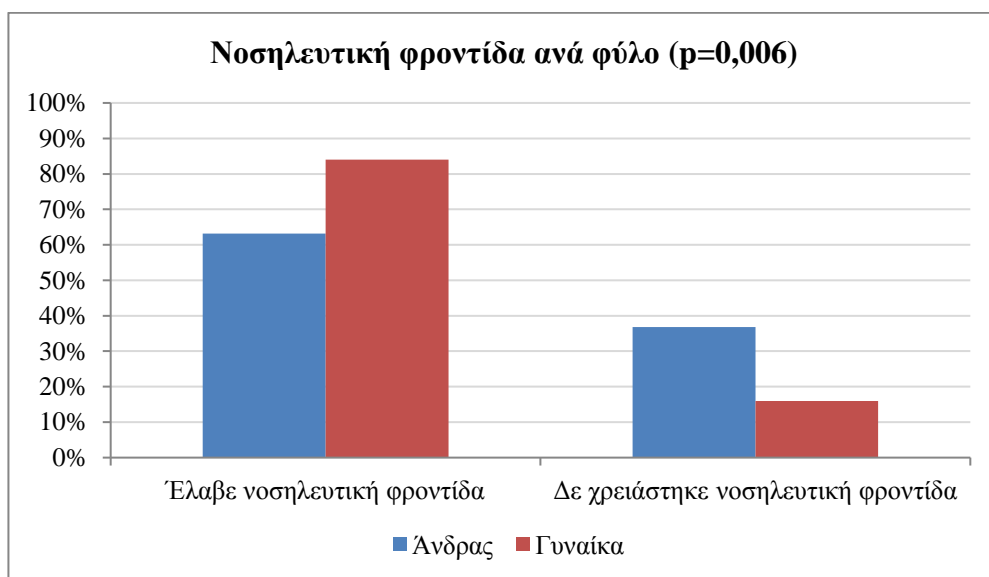
Πίνακας 9.

Χρόνιο νόσημα ανά φύλο

Χρόνιο νόσημα	Φύλο		
	Γυναίκα	Άνδρας	Σύνολο
Όχι	45	37	82
%	60,00	64,91	62,12
Ναι	30	20	50
%	40,00	35,09	37,88
Σύνολο	75	57	132
%	100,00	100,00	100,00

Pearson chi2(1) = 0.3321 Pr = 0.564

Νοσηλευτική φροντίδα (γράφημα 26) δέχτηκαν οι γυναίκες σε μεγαλύτερο ποσοστό (84% έναντι 63% των ανδρών), όπως φαίνεται στον πίνακα 10 ($p=0.006$).



Γράφημα 26. Νοσηλευτική φροντίδα ανά φύλο.

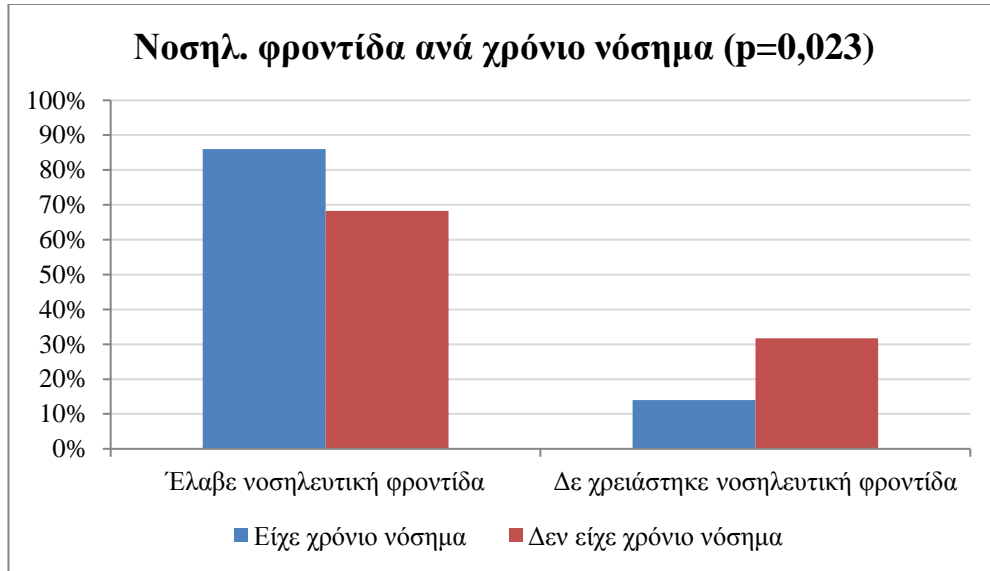
Πίνακας 10.

Νοσηλευτική φροντίδα ανά φύλο

Νοσηλευτική φροντίδα	Φύλο		Σύνολο
	Γυναίκα	Ανδρας	
Όχι	12	21	33
%	16,00	36,84	25,00
Ναι	63	36	99
%	84,00	63,16	75,00
Σύνολο	75	57	132
%	100,00	100,00	100,00

Pearson chi2(1) = 7.5032 Pr = 0.006

Νοσηλευτική φροντίδα δέχτηκαν εκείνοι που είχαν χρόνια νόσημα σε μεγαλύτερο ποσοστό (86% έναντι 68,29% αυτών που δεν είχαν χρόνια νόσημα), όπως φαίνεται στον πίνακα 11 και το γράφημα 27 ($p=0.023$).



Γράφημα 27. Νοσηλευτική φροντίδα ανά χρόνο νόσημα.

Πίνακας 11.

Χρόνιο νόσημα ανά κατηγορία νοσηλευτικής φροντίδας

Χρόνιο νόσημα	Νοσηλευτική φροντίδα		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Όχι	26	56	82
%	31.71	68.29	100.00
Ναι	7	43	50
%	14.00	86.00	100.00
Σύνολο	33	99	132
%	25.00	75.00	100.00

Pearson chi2(1)=5.1941 Pr=0.023

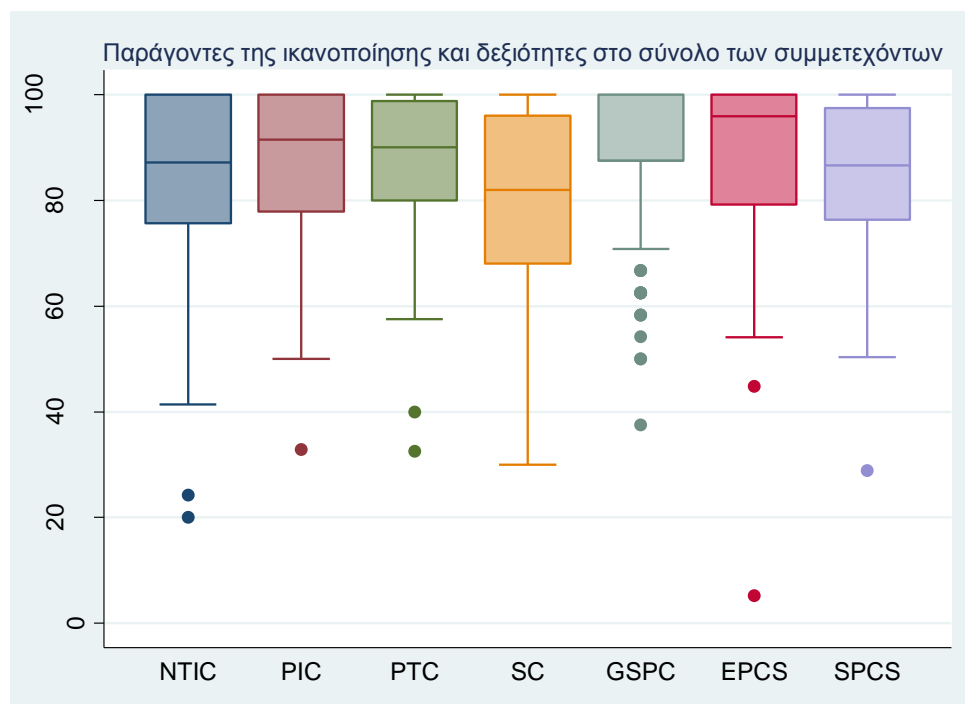
Εξετάζοντας τους παράγοντες ικανοποίησης και τις παραμέτρους των δεξιοτήτων των εργαζομένων όπως απεικονίζονται στον πίνακα 12 και στο γράφημα 28, διαπιστώνουμε πολύ υψηλά επίπεδα δεξιοτήτων του προσωπικού και ικανοποίησης των συμμετεχόντων στη μελέτη. Πιο ειδικά, οι συμμετέχοντες έκκριναν τις τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών ως εξαιρετικά επαρκείς με τη μέση τιμή του σκορ να είναι στο $84,15 \pm 16,04$ και τη διάμεση στο $87,14$ σε εκατοστιαία κλίμακα.

Αντίστοιχα το σκορ των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της επάρκειας του ιατρού ήταν $87,13 \pm 13,50$ και $91,43$. Οι αντίστοιχες τιμές των σκορ της τεχνικής επάρκειας ήταν 87 ± 13 και 90 . Τα οργανωσιακά χαρακτηριστικά του Κ.Υ. είχαν τα πιο χαμηλά σκορ με τις τιμές να είναι $79,32 \pm 17,78$ και 82 αντίστοιχα. Η γενική ικανοποίηση με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως πλέον αναμένεται είναι πολύ υψηλή με τη μέση τιμή του σκορ να είναι $87,4 \pm 13,61$ (διάμεση τιμή: $87,5$). Τα αντίστοιχα σκορ των προσδοκιών από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ήταν $88,49 \pm 15,70$ και $95,93$, ενώ τα αντίστοιχα της ικανοποίησης από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ήταν $84,74 \pm 13,50$ και $86,67$.

Πίνακας 12.

Παράγοντες της ικανοποίησης και δεξιότητες στο σύνολο των συμμετεχόντων

	Διάμεση	Μ.Τιμή	Τ.Α	Min	Max	Cronbach's α
NTIC	87,14	84,15	16,04	20	100	0,9442
PIC	91,43	87,13	13,50	32,9	100	0,9394
PTC	90	87,00	13,00	32,5	100	0,8890
SC	82	79,32	17,78	30	100	0,8327
GSPC	87,5	87,40	13,61	37,5	100	0,9317
EPCS	95,93	88,49	15,70	5,2	100	0,9768
SPCS	86,67	84,74	13,50	28,9	100	0,9648



Γράφημα 28. Παράγοντες της ικανοποίησης και δεξιότητες στο σύνολο των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα 13, απεικονίζονται όλες οι τιμές των συσχετίσεων των παραγόντων της μελέτης μαζί με την πιθανότητα επίσκεψης στο Κ.Υ. σε περίπτωση προβλήματος, καθώς και της αξιολόγησης της συνολικής φροντίδας που προσφέρθηκε από το Κ.Υ.

Πίνακας 13.

Τιμές συσχετίσεων των παραγόντων της μελέτης

	Επ.ΚΥ.*	Π.Φρ.**	NTIC	PIC	PTC	SC	GSPC	EPCS
Επ.ΚΥ.*	1,0000							
<i>p-value</i>								
Π.Φρ.**	0,6335	1,0000						
<i>p-value</i>	0,0000							
NTIC	0,2394	0,4781	1,0000					
<i>p-value</i>	0,0059	0,0000						
PIC	0,2205	0,4636	0,8549	1,0000				
<i>p-value</i>	0,0111	0,0000	0,0000					
PTC	0,1923	0,4389	0,8230	0,9044	1,0000			
<i>p-value</i>	0,0297	0,0000	0,0000	0,0000				
SC	0,2122	0,2790	0,5516	0,6151	0,6940	1,0000		
<i>p-value</i>	0,0146	0,0012	0,0000	0,0000	0,0000			
GSPC	0,3713	0,6751	0,7048	0,6711	0,5734	0,3835	1,0000	
<i>p-value</i>	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000		
EPCS	0,1305	0,0200	0,1255	0,1465	0,1673	0,1779	0,0039	1,0000
<i>p-value</i>	0,1451	0,8244	0,1614	0,1015	0,0612	0,0463	0,9663	
SPCS	0,2380	0,4763	0,9108	0,9426	0,9540	0,7810	0,6592	0,1699
<i>p-value</i>	0,0071	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0571

* Μελλοντική επίσκεψη στο ΚΥ αν παρουσιαστεί πρόβλημα

** Η συνολική φροντίδα που προσφέρθηκε στο ΚΥ ήταν ποιοτική

Εξετάζοντας την πιθανότητα μελλοντικής επίσκεψης στο Κ.Υ. παρατηρούμε ότι έχει ισχυρή θετική συσχέτιση με τη θετική αξιολόγηση της συνολικής φροντίδας που προσφέρθηκε από το Κ.Υ. ($r=0,6335$, $p<0,0001$). Οι συσχετίσεις με τους παράγοντες τη μελέτης πλην του EPCS ήταν στατιστικά σημαντικές, αλλά με ασθενή θετική συσχέτιση όπως φαίνεται από τους αντίστοιχους συντελεστές συσχέτισης και τα p-values του προαναφερθέντος πίνακα.

Η αξιολόγηση της συνολικής φροντίδας που προσφέρθηκε από το Κ.Υ. έχει την ίδια εικόνα με τα ανωτέρω με σαφώς υψηλότερους συντελεστές συσχέτισης στα όρια της μέτριας και ισχυρής θετικής συσχέτισης όπως φαίνεται από τους αντίστοιχους συντελεστές συσχέτισης και τα p-values. Εξαιρέση και εδώ αποτελεί το EPCS ($r=0,0200$ και $p=0,8244$).

Οι τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών (NTIC) έχουν πολύ ισχυρή θετική συσχέτιση με όλους τους παράγοντες της μελέτης ($r=0,5516 - 0,9108$ με όλα τα p -values <0.001). Εξαιρέση και εδώ αποτελεί το EPCS (προσδοκίες από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας), όπου $r=0,1255$ και $p=0,1614$.

Οι διαπροσωπικές δεξιότητες των ιατρών (PIC) έχουν εξαιρετικά ισχυρή θετική συσχέτιση με όλους τους παράγοντες ($r=0,6151 - 0,9426$ με όλα τα p -values <0.001). Πάλι το EPCS έχει μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0,1015$). Παρόμοια εικόνα έχουμε και για το PTC ($r=0,5734 - 0,9540$ με όλα τα p -values <0.001), με εξαιρέση το EPCS ($p=0,0612$). Ομοίως ισχύει για το SC με πιο χαμηλές τιμές συντελεστών συσχέτισης όπως είχαμε δει και στα σκορ στον πίνακα 13, ($r=0,3835 - 0,7810$ με όλα τα p -values <0.001). Εδώ το EPCS ($r=0,1779$, $p=0,0463$), έχει στατιστικά σημαντική, αλλά εξαιρετικά αδύναμη θετική συσχέτιση. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι και εδώ δεν υπάρχει ουσιαστικά συσχέτιση με το SC.

Το GSPC έχει ήδη μελετηθεί από τους προηγούμενους παράγοντες με ($r=0,3835 - 0,7048$ με όλα τα p -values $<0,0001$). Η εξαιρέση του EPCS παραμένει ($p=0,9663$). Το EPCS τελικά δεν έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με κανέναν από τους παράγοντες της μελέτης.

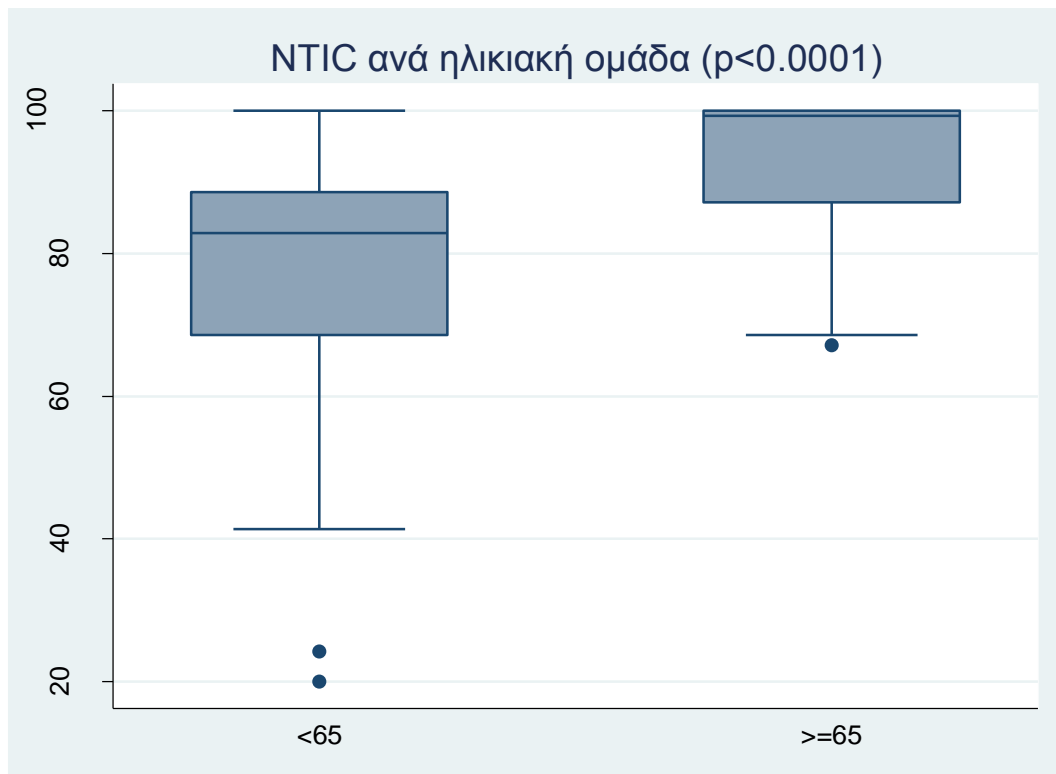
Όλοι οι προαναφερθέντες παράγοντες όταν εξετάζονται στις δύο ηλικιακές ομάδες του πίνακα 14 (γράφημα 29 - 35) διαφοροποιούνται σε εξαιρετικά υψηλό επίπεδο σημαντικότητας. Ξεκινώντας από τον NTIC βλέπουμε να έχει χαμηλότερη τιμή σκορ στα άτομα <65 ετών ($78,89\pm 16,84$) σε σχέση με εκείνα ≥ 65 ($92,69\pm 10$), $p<0,0001$.

Παρόμοια εικόνα έχουμε και στις υπόλοιπες παραμέτρους του πίνακα 14 με παρόμοιες μάλιστα τιμές τόσο στα σκορ όσο και στο επίπεδο σημαντικότητας γι' αυτό και δε θα αναφερθούμε λεπτομερώς. Το μόνο που αξίζει να αναφερθεί είναι ο παράγοντας SC ο οποίος έχει ελαφρώς χαμηλότερες τιμές σκορ σε σχέση με τους υπόλοιπους παράγοντες, όπως έχουμε ήδη δει και στους πίνακες 12 και 13.

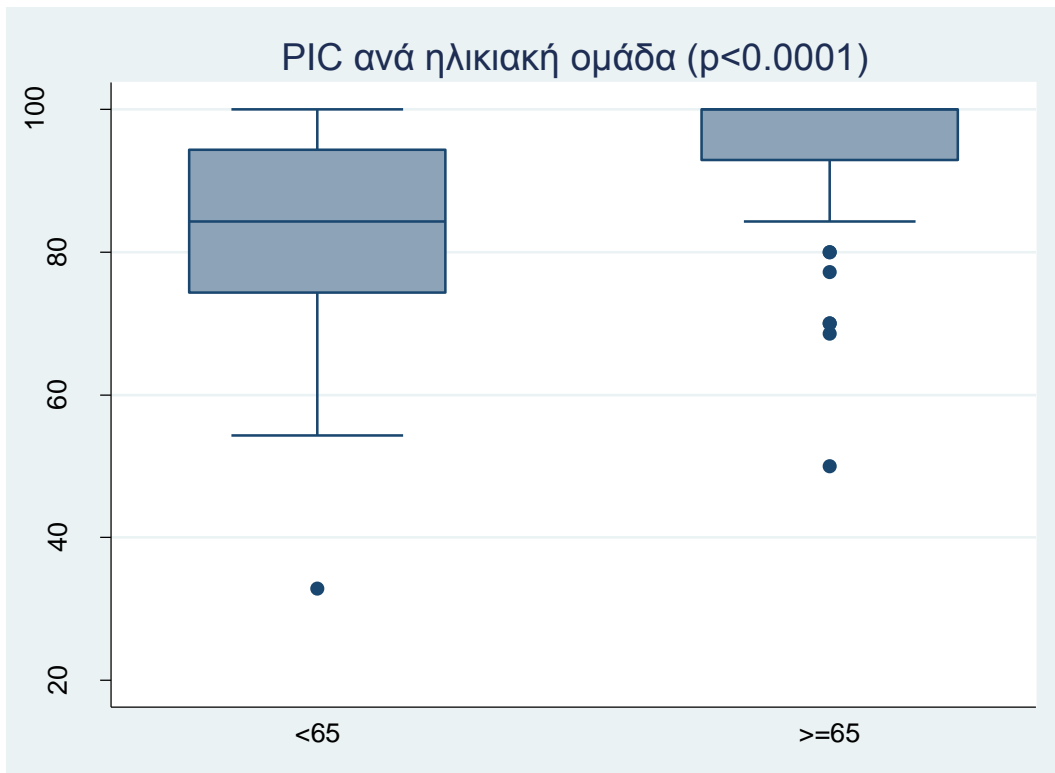
Πίνακας 14.

Παράγοντες ανά ηλικία

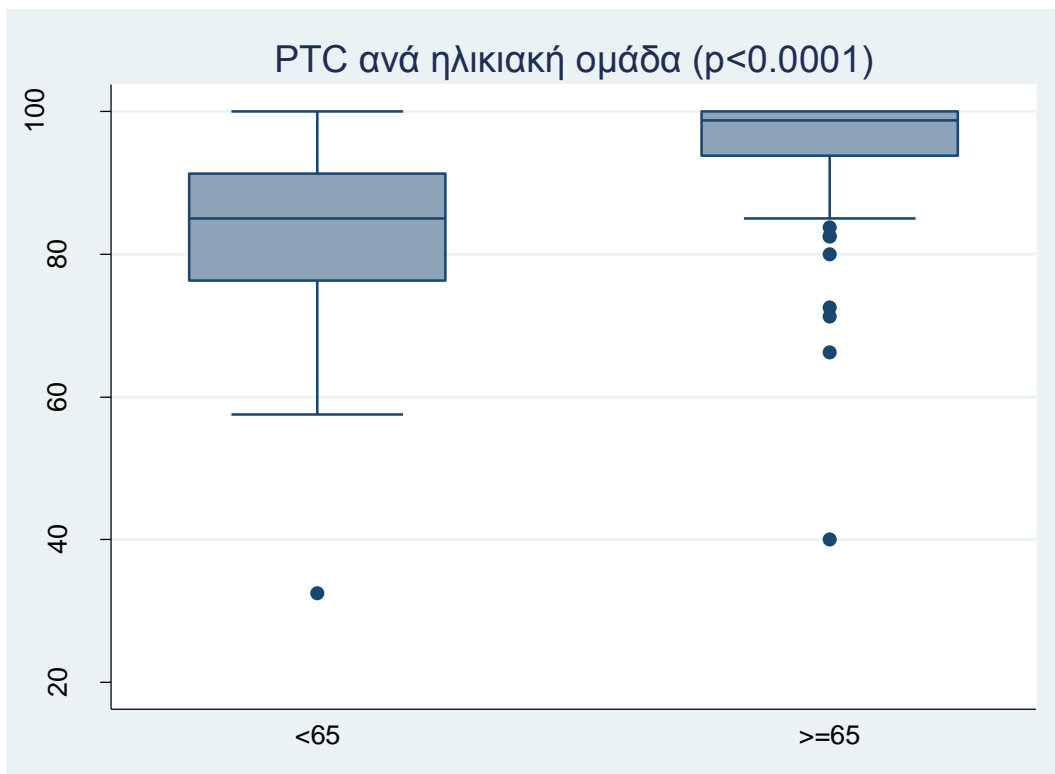
	Ηλικία	Διάμεση	Μ. Τιμή	T. A	Min	Max	p-value
NTIC	<65	82,86	78,89	16,84	20	100	<0,0001
	≥65	99,3	92,69	10	67,1	100	
PIC	<65	84,3	83,01	13,39	32,9	100	<0,0001
	≥65	100	93,89	10,77	50	100	
PTC	<65	85	83,02	12,31	32,5	100	<0,0001
	≥65	98,75	93,42	11,51	40	100	
SC	<65	77	73,20	16,96	30	100	<0,0001
	≥65	98	89,36	14,28	36	100	
GSPC	<65	87,5	83,80	14,40	37,5	100	0,0001
	≥65	95,8	93,40	9,64	50	100	
EPCS	<65	94,4	85,21	17,73	5,2	100	0,0029
	≥65	98,5	93,64	10	57	100	
SPCS	<65	80,56	79,79	12,96	28,9	100	<0,0001
	≥65	98,1	92,63	10,25	58,1	100	



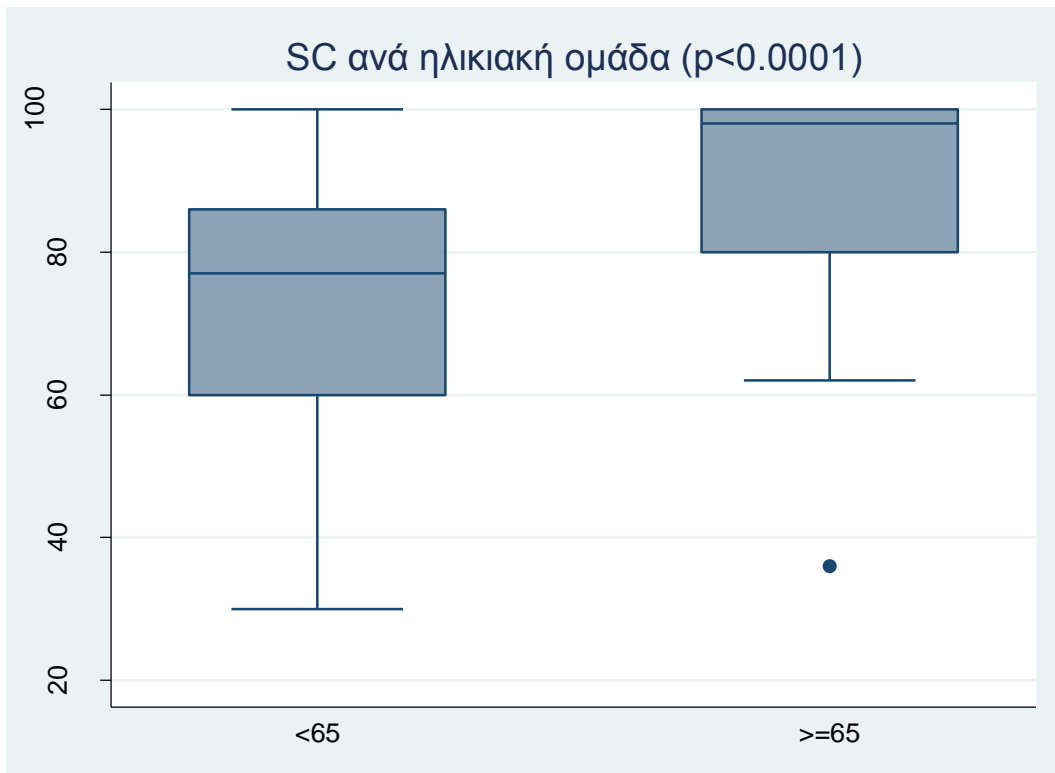
Γράφημα 29. Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών ανά ηλικιακή ομάδα.



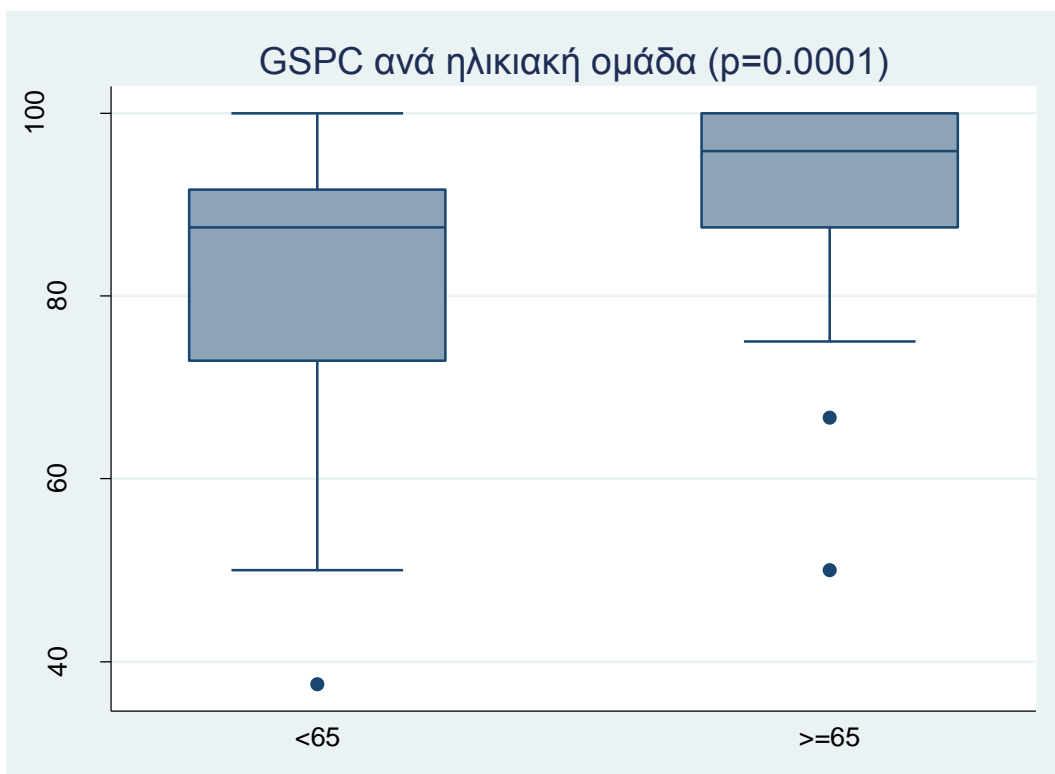
Γράφημα 30. Διαπροσωπικές δεξιότητες και επάρκεια του ιατρού ανά ηλικιακή ομάδα.



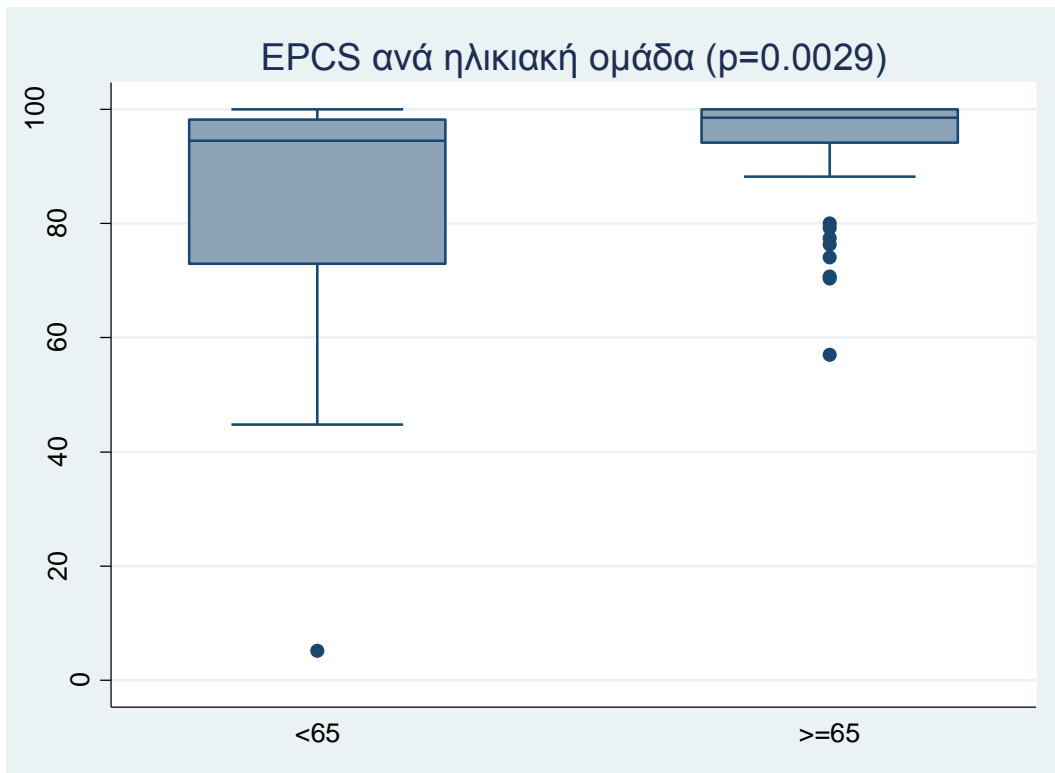
Γράφημα 31. Τεχνική επάρκεια ιατρού ανά ηλικιακή ομάδα.



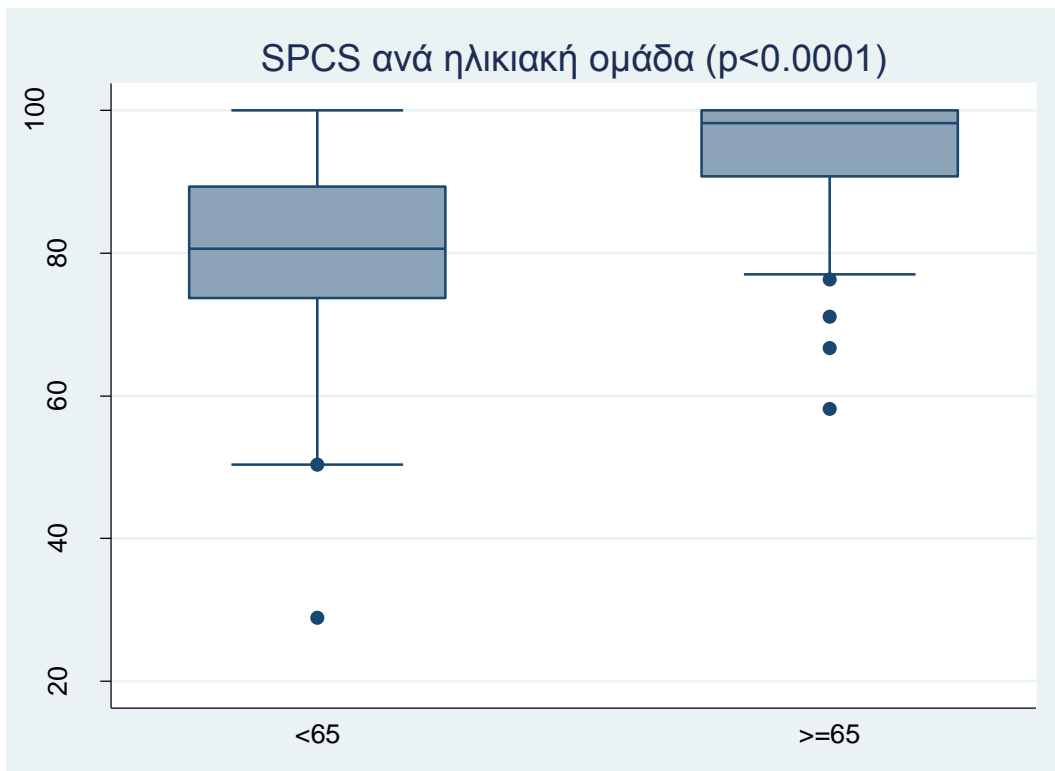
Γράφημα 32. Οργανωσιακά χαρακτηριστικά ανά ηλικιακή ομάδα.



Γράφημα 33. Γενική ικανοποίηση με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας ανά ηλικιακή ομάδα.



Γράφημα 34. Προσδοκίες από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ανά ηλικιακή ομάδα.



Γράφημα 35. Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ανά ηλικιακή ομάδα.

Στον πίνακα 15 (γράφημα 36 – 42) μελετώνται οι παράγοντες ανά εκπαιδευτικό επίπεδο. Οι τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών (NTIC) είναι ανεξάρτητες του εκπαιδευτικού επιπέδου ($p=0,1105$) των συμμετεχόντων στη μελέτη, όμως φαίνεται να υπάρχει μια τάση μικρότερου σκορ με την αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου.

Δηλαδή οι πιο μορφωμένοι έχουν και περισσότερες απαιτήσεις ως προς τις δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι μέσες τιμές για την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν $88,14\pm 13,64$, $82,26\pm 18,06$ και $81,63\pm 15,31$ αντίστοιχα. Οι διάμεσες τιμές ήταν ελαφρά υψηλότερες $91,43$, $86,43$ και $85,71$ αντίστοιχα.

Οι δεξιότητες των ιατρών (PIC) διαφοροποιούνται ($p=0,0180$) με το υψηλότερο σκορ να βαθμολογούν οι συμμετέχοντες πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ($91,65\pm 10,77$) έναντι $84,86\pm 14,76$ της δευτεροβάθμιας και $84,52\pm 13,67$ της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το post-hoc test του Scheffe έδειξε στατιστικά σημαντική τη διαφορά του σκορ μεταξύ των συμμετεχόντων της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,045$). Η διαφορά μεταξύ πρωτοβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ήταν οριακά ($p=0,056$) μη στατιστικά σημαντική, όμως σε λίγο μεγαλύτερο δείγμα θα αναδεικνυόταν η διαφοροποίηση.

Η τεχνική επάρκεια των ιατρών (PTC) κρίθηκε καλύτερη από τα άτομα πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης με τα σκορ να είναι $91,22\pm 10,41$, $84,17\pm 15,29$ και $85,63\pm 11,43$ για τα άτομα με πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση αντίστοιχα ($p=0,0244$). Το post-hoc test του Scheffe έδειξε στατιστικά σημαντική τη διαφορά του σκορ μεταξύ των συμμετεχόντων της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,032$).

Στα οργανωσιακά χαρακτηριστικά (SC) του Κ.Υ. υπάρχει παρόμοια εικόνα με τα σκορ για τους συμμετέχοντες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να είναι $84,78\pm 17,20$, $78,48\pm 16,76$ και $73,50\pm 18,29$ αντίστοιχα ($p=0,0146$). Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί το χαμηλότερο σκορ της παραμέτρου SC που έχει ήδη αναφερθεί και ανωτέρω απεικονίζεται για μια ακόμη φορά. Το post-hoc test του Scheffe έδειξε στατιστικά σημαντική τη διαφορά του σκορ μεταξύ των συμμετεχόντων της πρωτοβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,016$).

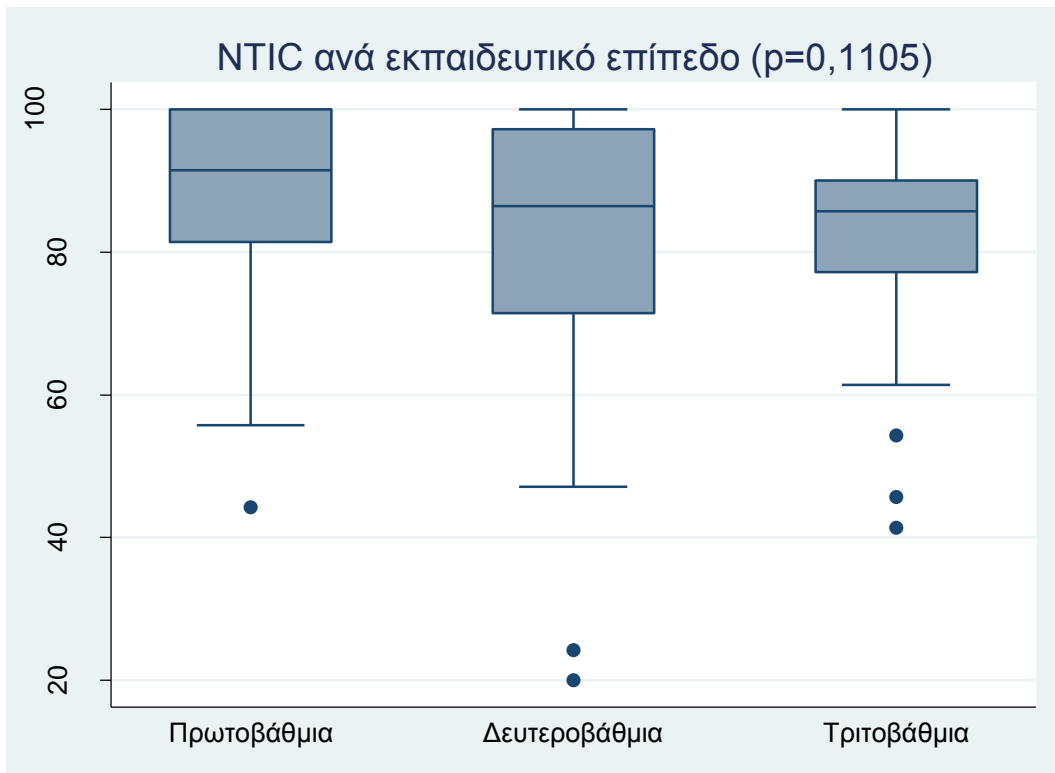
Ο παράγοντας GSPC δε διαφοροποιήθηκε από το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ($p=0,0944$). Οι προσδοκίες (EPCS) είχαν την ίδια εικόνα διαφοροποίησης με τους ανωτέρω παράγοντες με τα σκορ της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης των συμμετεχόντων να είναι $94,13\pm 8,44$, $88,74\pm 17,03$ και $81,06\pm 18,05$ αντίστοιχα ($p=0,0009$). Το post-hoc test του Scheffe έδειξε στατιστικά σημαντική τη διαφορά του σκορ μεταξύ των συμμετεχόντων της πρωτοβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,001$).

Ο παράγοντας της ικανοποίησης (SPCS) ενώ φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ($p=0,0200$), το post-hoc test του Scheffe δεν έδειξε στατιστικά σημαντική καμία επιμέρους σύγκριση. Βέβαια και σε αυτή την περίπτωση το σκορ του SPCS ακολουθεί τάση φθίνουσας πορείας με την αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου των συμμετεχόντων με τα αντίστοιχα σκορ να είναι $89,29\pm 11,33$, $82,61\pm 14,93$ και $81,95\pm 12,7$ για την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση.

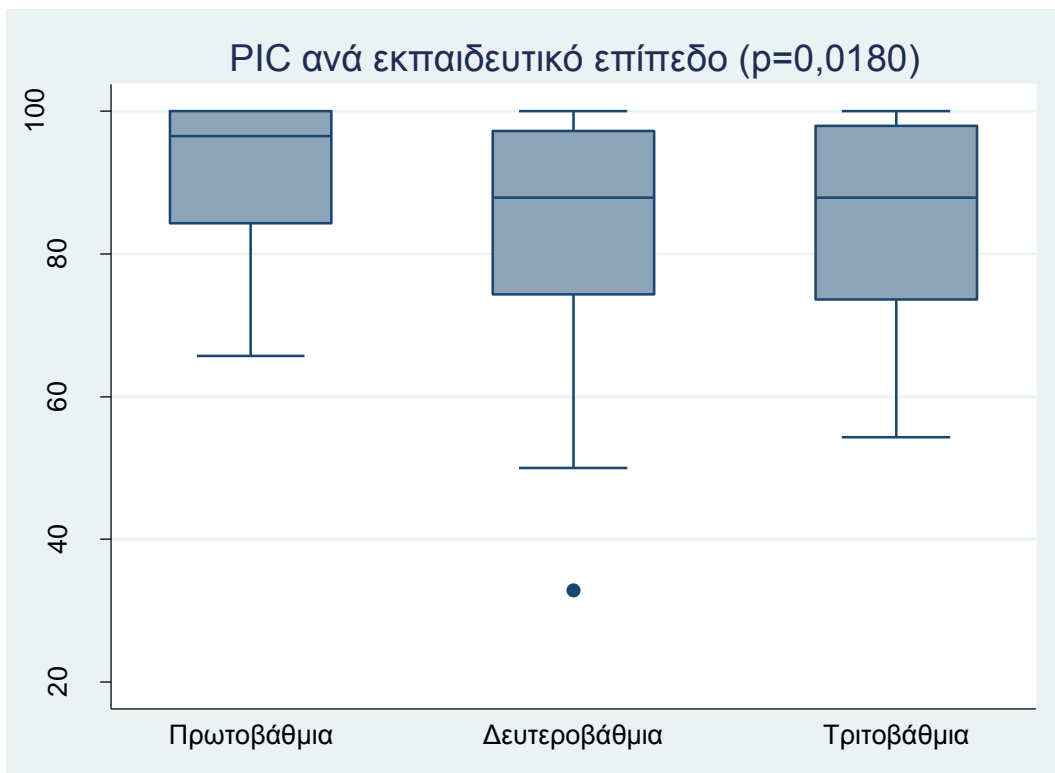
Πίνακας 15.

Παράγοντες ανά εκπαιδευτικό επίπεδο

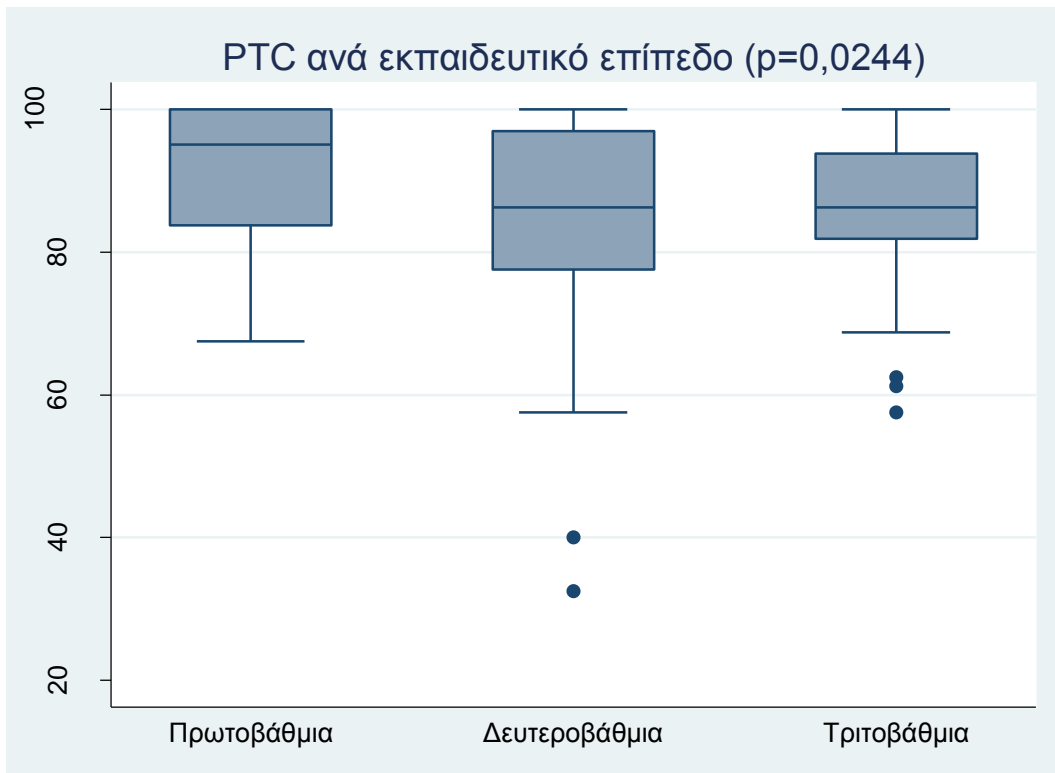
	Εκπ.	Διάμεση	Μ. Τιμή	T. A	Min	Max	p-value
NTIC	1βαθ.	91,43	88,14	13,64	44,3	100	0,1105
	2βαθ	86,43	82,26	18,06	20	100	
	3βαθ	85,71	81,63	15,31	41,4	100	
PIC	1βαθ.	96,43	91,65	10,77	65,7	100	0,0180
	2βαθ	87,86	84,86	14,76	32,9	100	
	3βαθ	87,86	84,52	13,67	54,3	100	
PTC	1βαθ.	95	91,22	10,41	67,5	100	0,0244
	2βαθ	86,25	84,17	15,29	32,5	100	
	3βαθ	86,25	85,63	11,43	57,5	100	
SC	1βαθ.	89	84,78	17,20	36	100	0,0146
	2βαθ	82	78,48	16,76	30	100	
	3βαθ	76	73,5	18,29	34	100	
GSPC	1βαθ.	91,67	89,68	12,34	50	100	0,0944
	2βαθ	87,5	84,10	14,40	37,5	100	
	3βαθ	91,67	89,17	13,45	50	100	
EPCS	1βαθ.	97,78	94,13	8,44	70,4	100	0,0009
	2βαθ	95,93	88,74	17,03	5,2	100	
	3βαθ	81,48	81,06	18,05	44,8	100	
SPCS	1βαθ.	92,78	89,29	11,33	62,6	100	0,0200
	2βαθ	83,70	82,61	14,93	28,9	100	
	3βαθ	82,96	81,95	12,78	50,4	100	



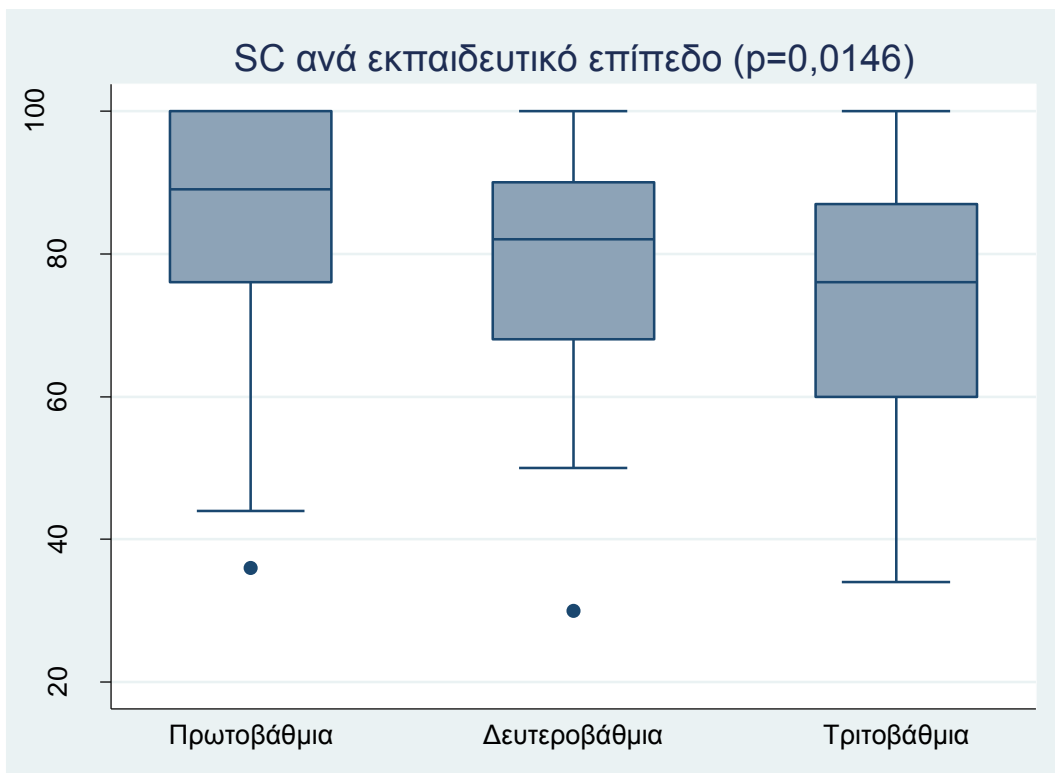
Γράφημα 36. Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.



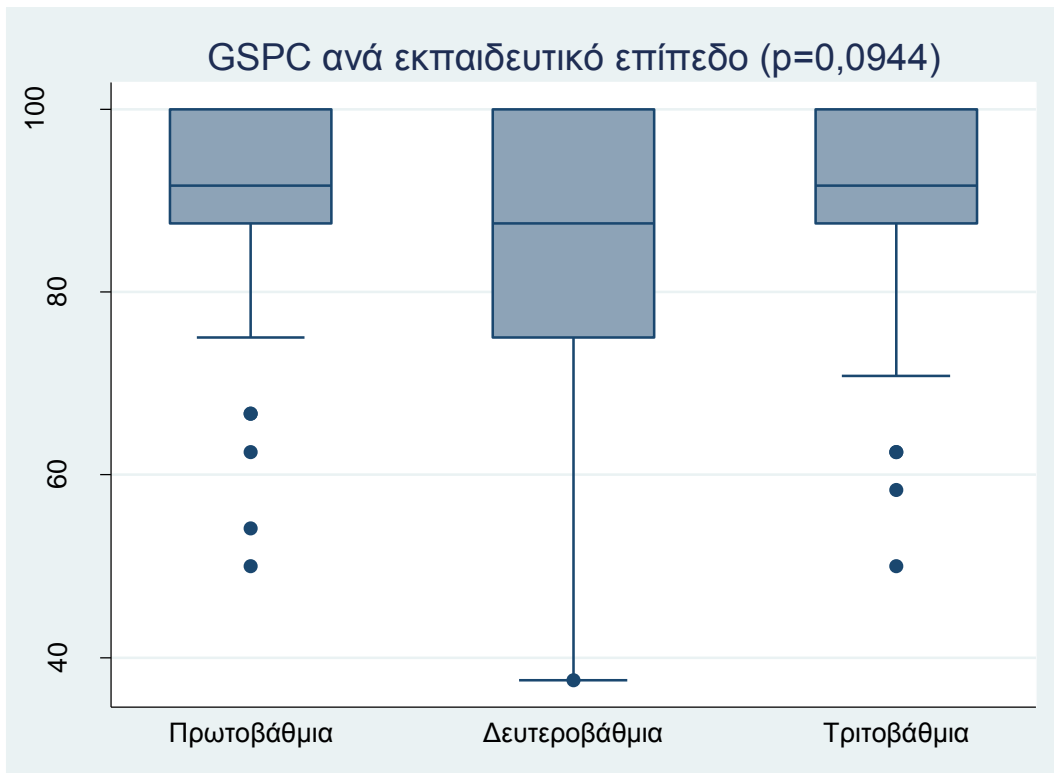
Γράφημα 37. Διαπροσωπικές δεξιότητες και επάρκεια του ιατρού ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.



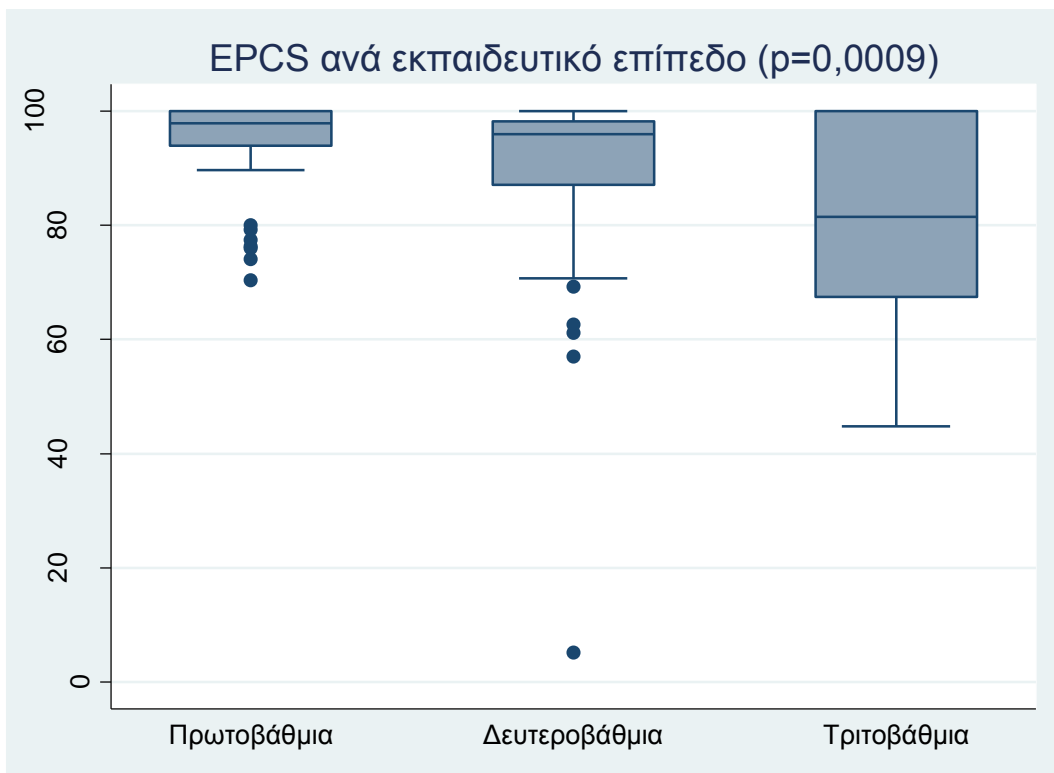
Γράφημα 38. Τεχνική επάρκεια ιατρού ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.



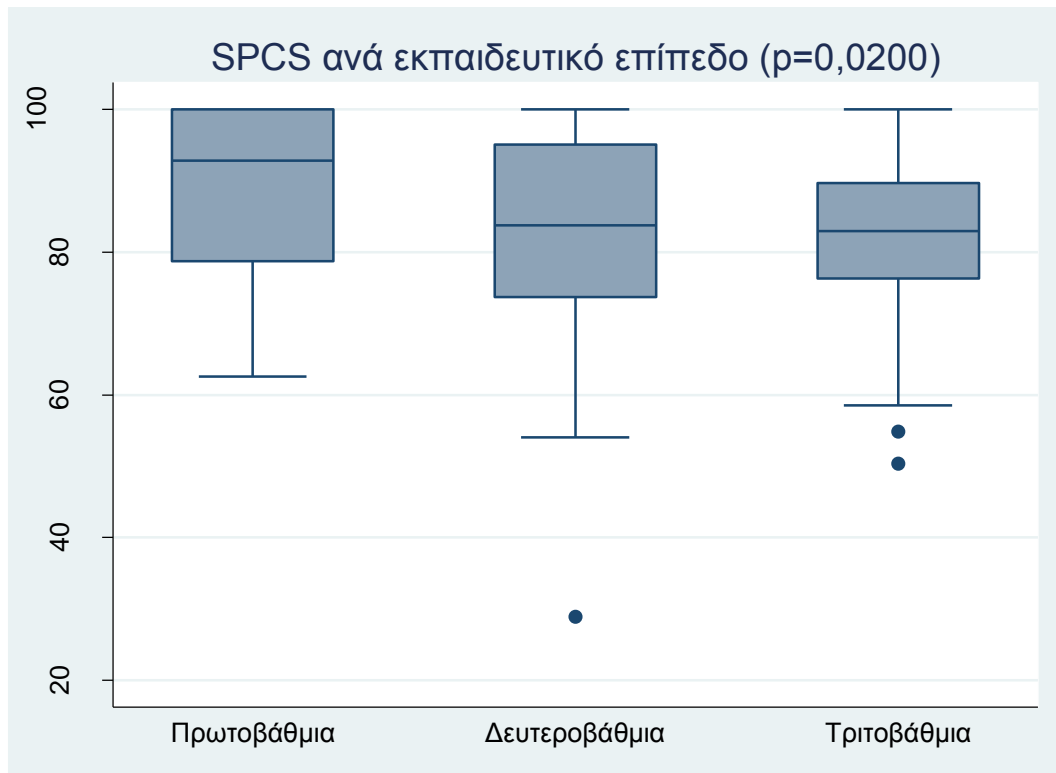
Γράφημα 39. Οργανωσιακά χαρακτηριστικά ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.



Γράφημα 40. Γενική ικανοποίηση με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.



Γράφημα 41. Προσδοκίες από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.



Γράφημα 42. Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.

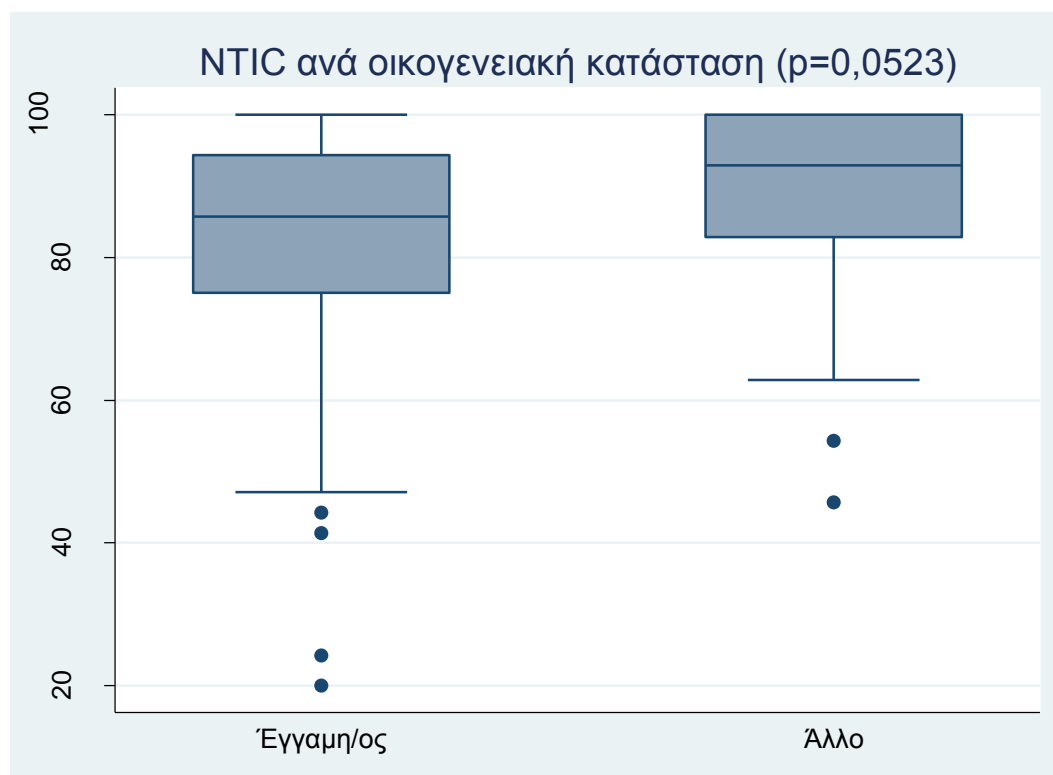
Στον πίνακα 16 (γράφημα 43 – 49) όπου έχουμε όλους τους παράγοντες ανά οικογενειακή κατάσταση διαπιστώνουμε ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των συμμετεχόντων επηρεαζόμενη από την οικογενειακή κατάστασή τους.

Μόνον ο παράγοντας NTIC θα μπορούσε να διαφοροποιηθεί αν το δείγμα ήταν λίγο μεγαλύτερο μιας και η διάμεση τιμή του σκορ των έγγαμων (85,71) είναι αρκετά χαμηλότερη από εκείνη μη έγγαμων (92,86). Πάντως σε κάθε περίπτωση τα σκορ, όπως έχει ήδη αναφερθεί είναι πολύ υψηλά, αλλά λίγο υψηλότερα σε όλους τους παράγοντες στους μη έγγαμους. Το χαμηλότερο σκορ και εδώ είχε ο παράγοντας SC.

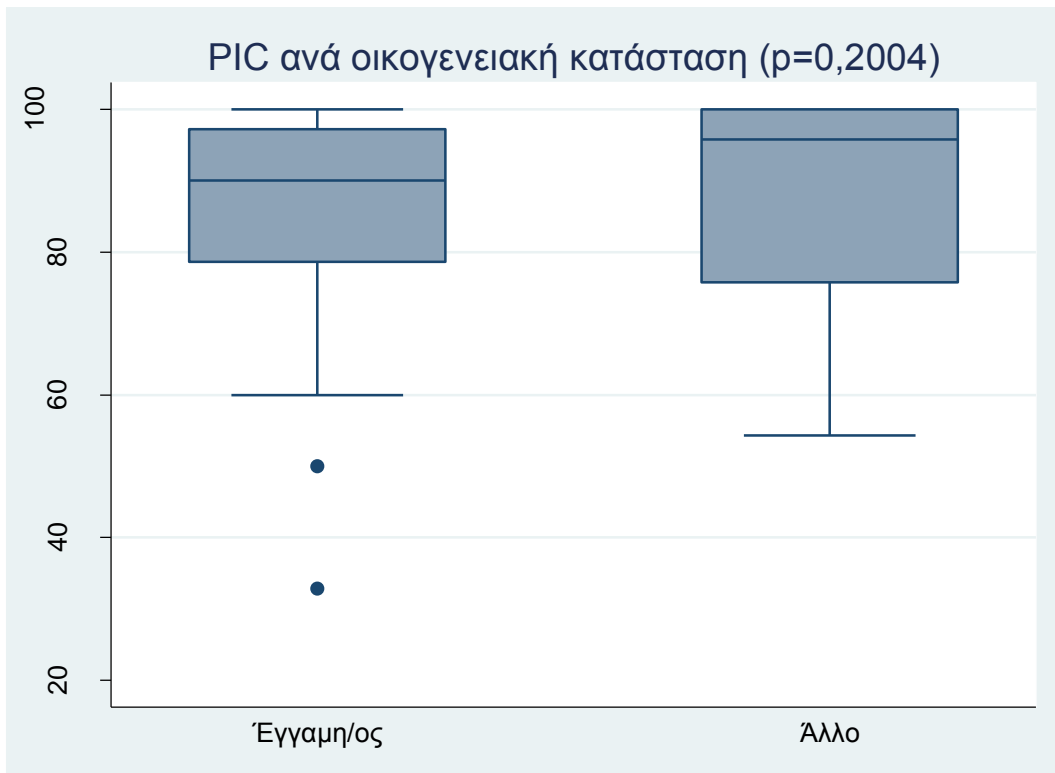
Πίνακας 16.

Παράγοντες ανά οικογενειακή κατάσταση

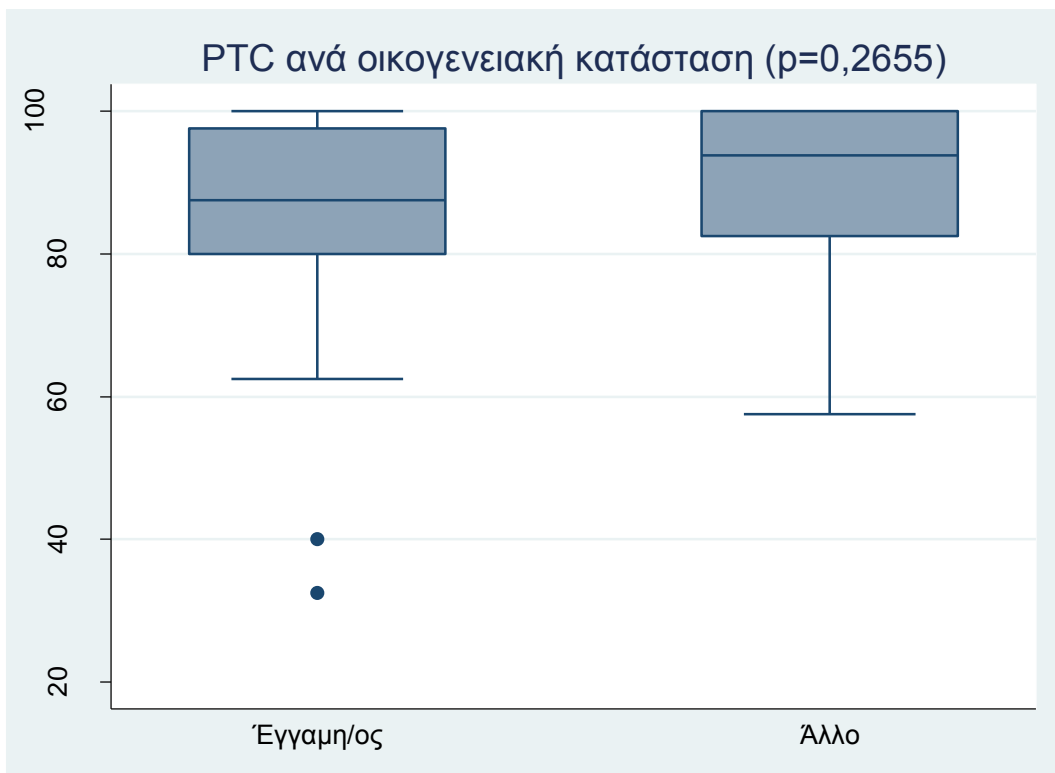
	Οικ.κ	Διάμεση	Μ. Τιμή	T. A	Min	Max	p-value
NTIC	Έγγαμ.	85,71	82,26	16,58	20	100	0,0523
	Άλλο	92,86	88,04	14,29	45,7	100	
PIC	Έγγαμ.	90	86,08	13,34	32,9	100	0,2004
	Άλλο	95,71	89,30	13,72	54,9	100	
PTC	Έγγαμ.	87,5	86,12	12,94	32,5	100	0,2655
	Άλλο	93,75	88,87	13,07	57,5	100	
SC	Έγγαμ.	82	78,31	17,04	30	100	0,3527
	Άλλο	84	81,40	19,26	34	100	
GSPC	Έγγαμ.	87,5	86,45	13,71	37,5	100	0,2486
	Άλλο	95,83	89,43	13,34	50	100	
EPCS	Έγγαμ.	95,56	89,58	12,97	54,1	100	0,2644
	Άλλο	96,67	86,23	20,24	5,2	100	
SPCS	Έγγαμ.	83,70	83,51	13,28	28,9	100	0,1382
	Άλλο	92,59	87,32	13,75	50,4	100	



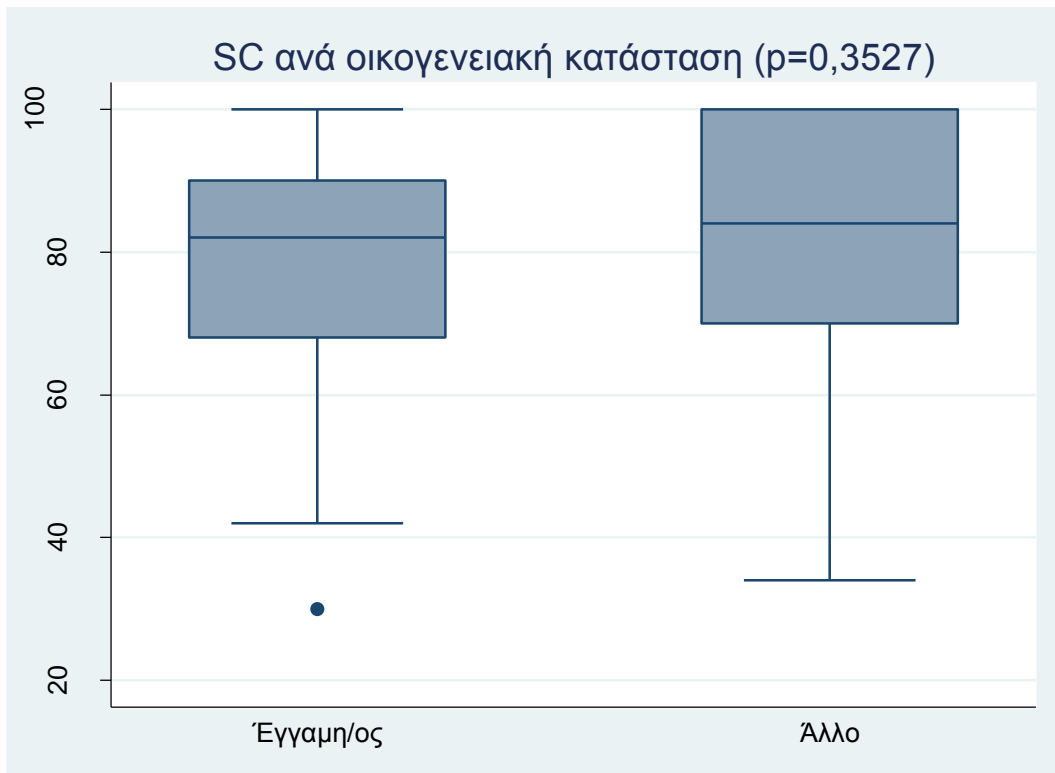
Γράφημα 43. Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών ανά οικογενειακή κατάσταση.



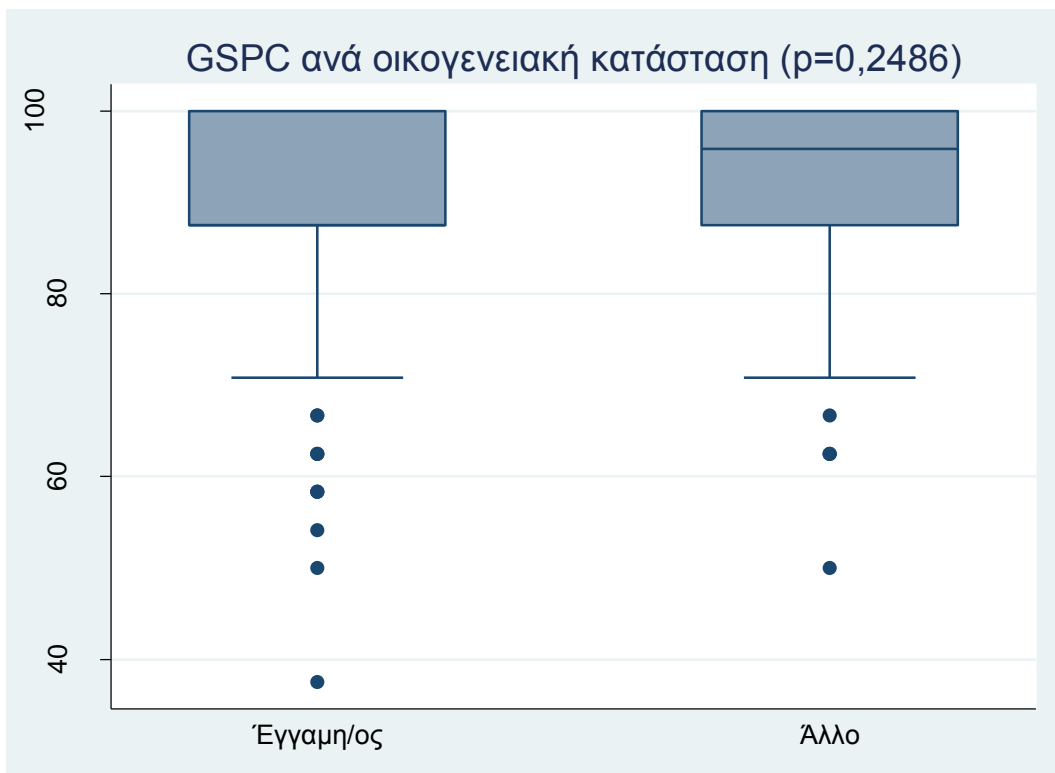
Γράφημα 44. Διαπροσωπικές δεξιότητες και επάρκεια του ιατρού ανά οικογενειακή κατάσταση.



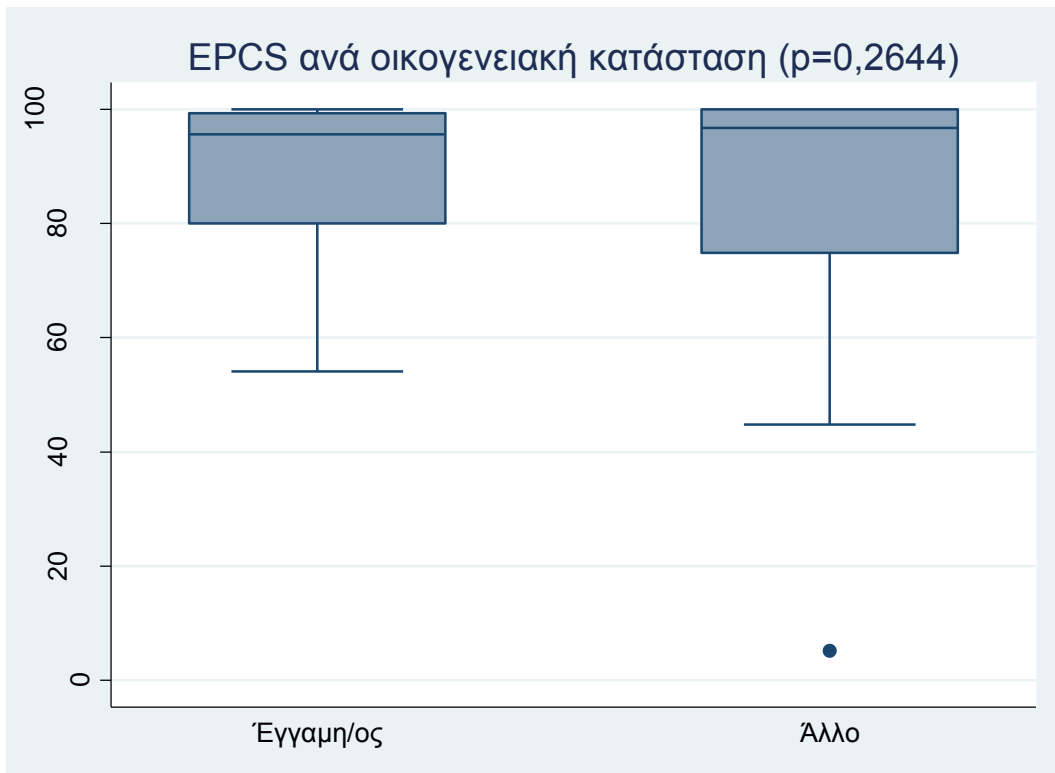
Γράφημα 45. Τεχνική επάρκεια ιατρού ανά οικογενειακή κατάσταση.



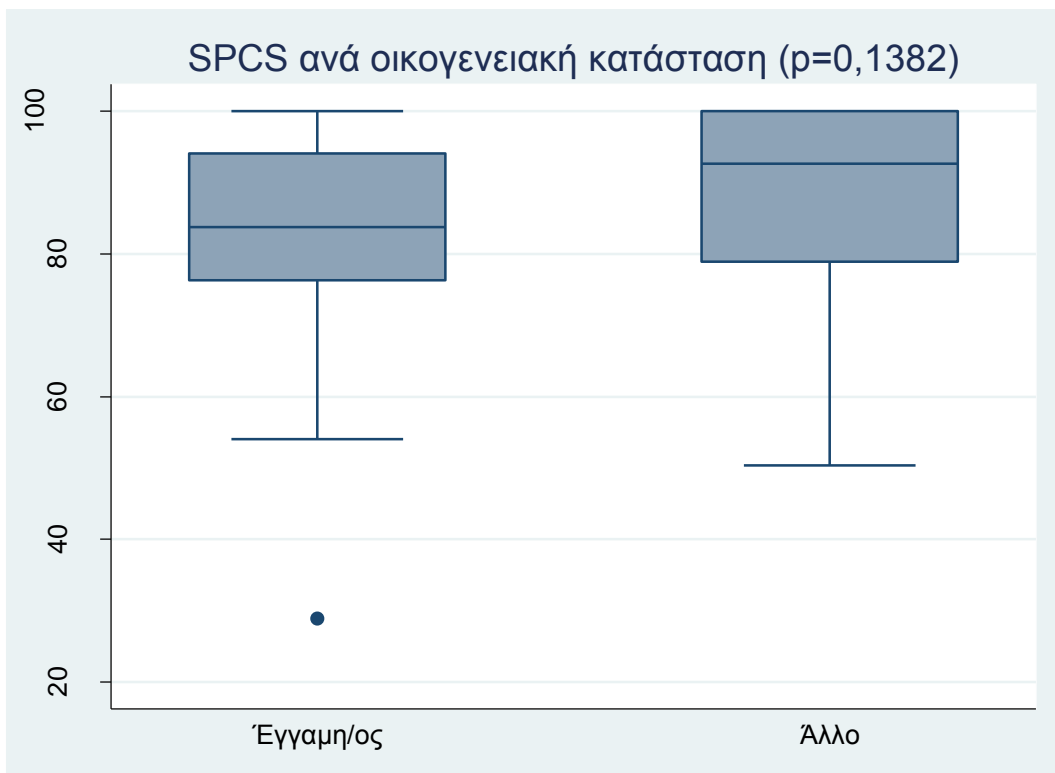
Γράφημα 46. Οργανωσιακά χαρακτηριστικά ανά οικογενειακή κατάσταση.



Γράφημα 47. Γενική ικανοποίηση με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας ανά οικογενειακή κατάσταση.



Γράφημα 48. Προσδοκίες από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ανά οικογενειακή κατάσταση.



Γράφημα 49. Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ανά οικογενειακή κατάσταση.

Οι παράγοντες ανά ύπαρξη χρόνιου νοσήματος παρουσιάζονται στον πίνακα 17. Εξετάζοντας τους παράγοντες διαπιστώνουμε τελικά ότι εκεί που δίνουν περισσότερη σημασία οι εξεταζόμενοι, διαφοροποιώντας τα σκορ τους σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο, είναι στις διαπροσωπικές δεξιότητες και την επάρκεια (PIC) των ιατρών.

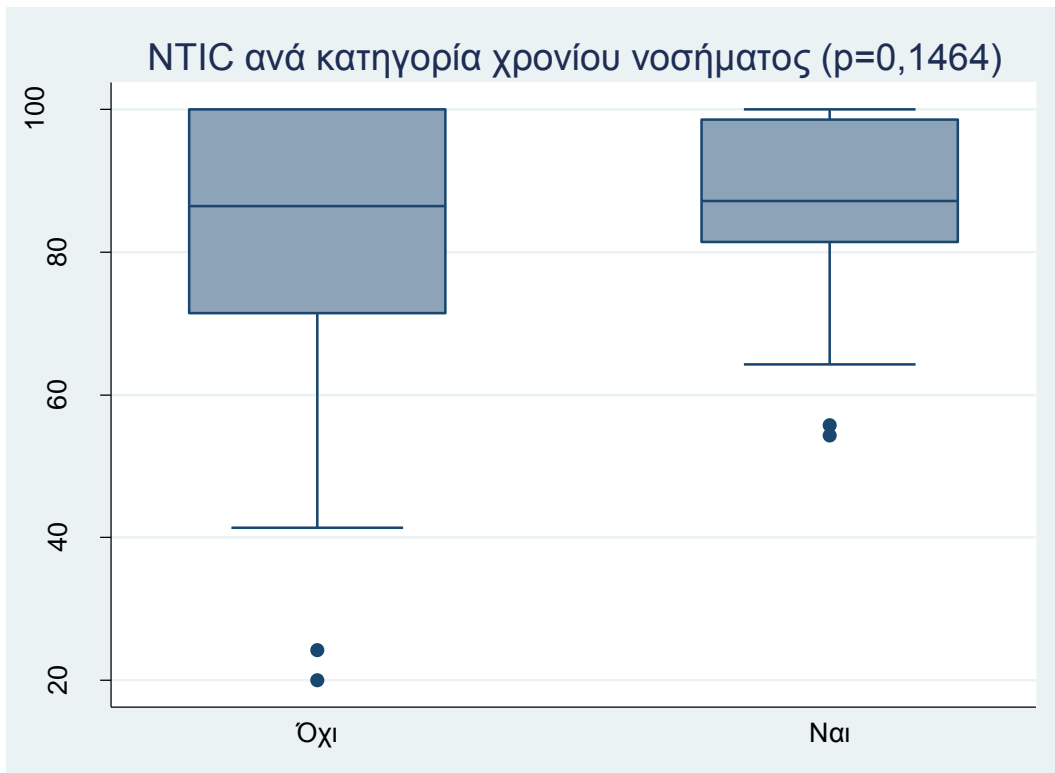
Έτσι, εκείνοι που είχαν χρόνια νόσημα βαθμολόγησαν με υψηλότερο σκορ ($90,26 \pm 10,26$) τον παράγοντα PIC σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν χρόνια νόσημα ($85,23 \pm 14,88$), $p=0,0373$.

Οι υπόλοιποι παράγοντες του πίνακα 17 (γράφημα 50 – 56) δε διαφοροποιούνται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Όμως, σε όλες τις περιπτώσεις οι συμμετέχοντες στην έρευνα με χρόνια νόσημα, έδωσαν πιο υψηλές τιμές σκορ. Το χαμηλότερο σκορ και εδώ είχε ο παράγοντας SC.

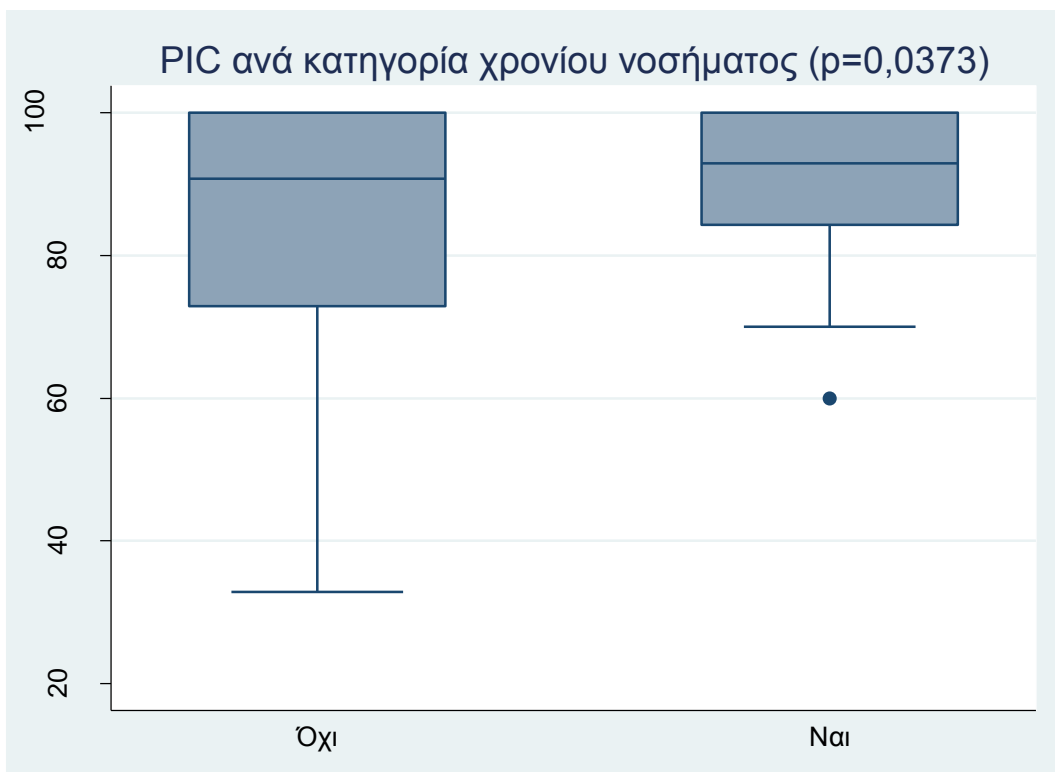
Πίνακας 17.

Παράγοντες ανά ύπαρξη χρόνιου νοσήματος

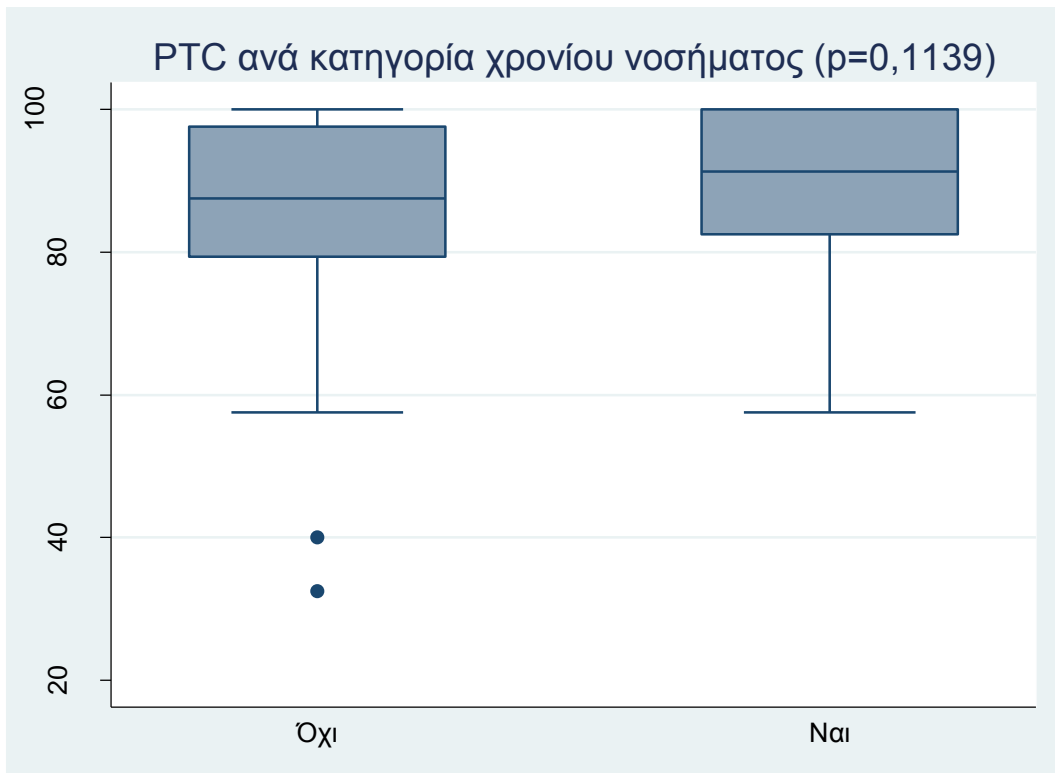
	Χρ.Ν.	Διάμεση	Μ. Τιμή	Τ. Α	Min	Max	p-value
NTIC	Όχι	86,43	82,58	17,99	20	100	0,1464
	Ναι	87,14	86,79	11,81	54,3	100	
PIC	Όχι	90,71	85,23	14,88	32,9	100	0,0373
	Ναι	92,86	90,26	10,26	60	100	
PTC	Όχι	87,5	85,59	14,01	32,5	100	0,1139
	Ναι	91,25	89,35	10,84	57,5	100	
SC	Όχι	82	78,51	18,36	30	100	0,5068
	Ναι	83	80,64	16,88	36	100	
GSPC	Όχι	87,5	86,16	15,39	37,5	100	0,1999
	Ναι	87,5	89,33	10,07	62,5	100	
EPCS	Όχι	96,30	88,83	15,82	5,2	100	0,7549
	Ναι	95,56	87,92	15,66	44,8	100	
SPCS	Όχι	83,89	83,30	14,75	28,9	100	0,1156
	Ναι	89,26	87,20	10,75	58,5	100	



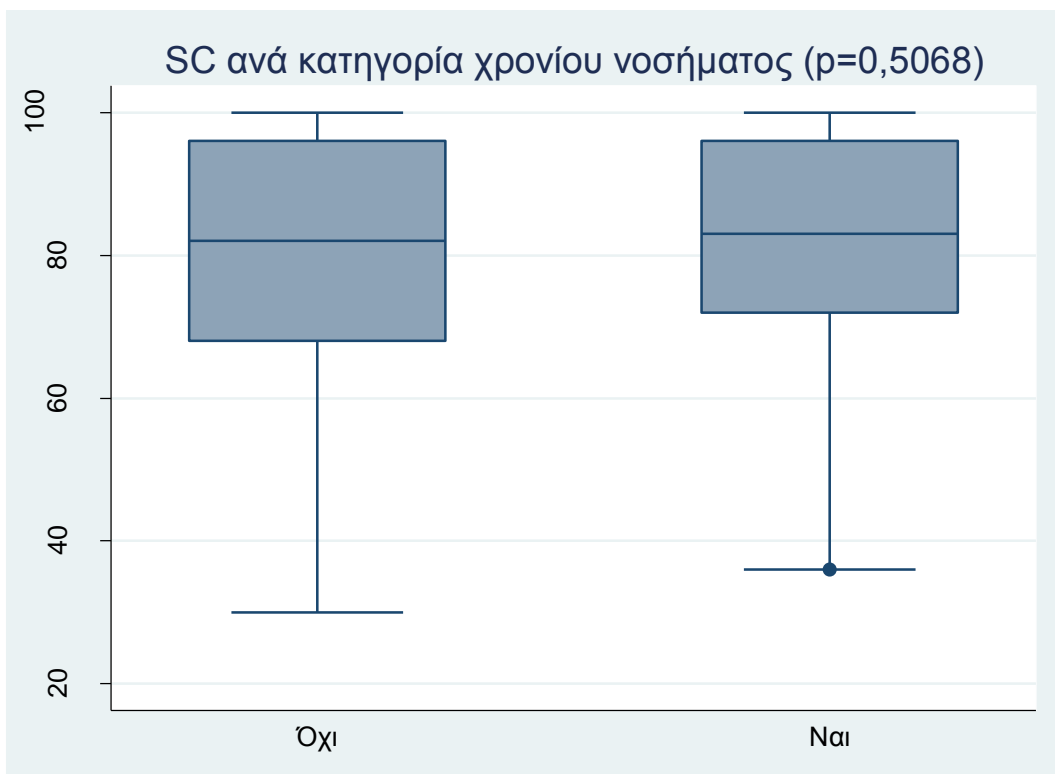
Γράφημα 50. Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών ανά κατηγορία χρόνιου νοσήματος.



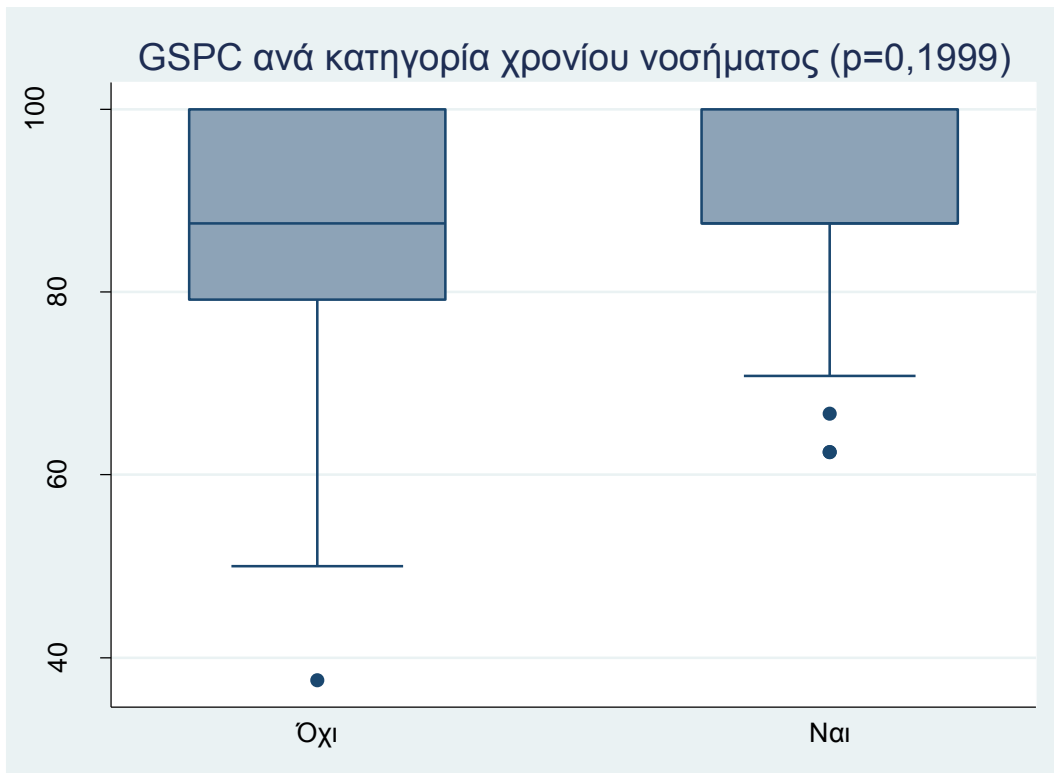
Γράφημα 51. Διαπροσωπικές δεξιότητες και επάρκεια του ιατρού ανά κατηγορία χρόνιου νοσήματος.



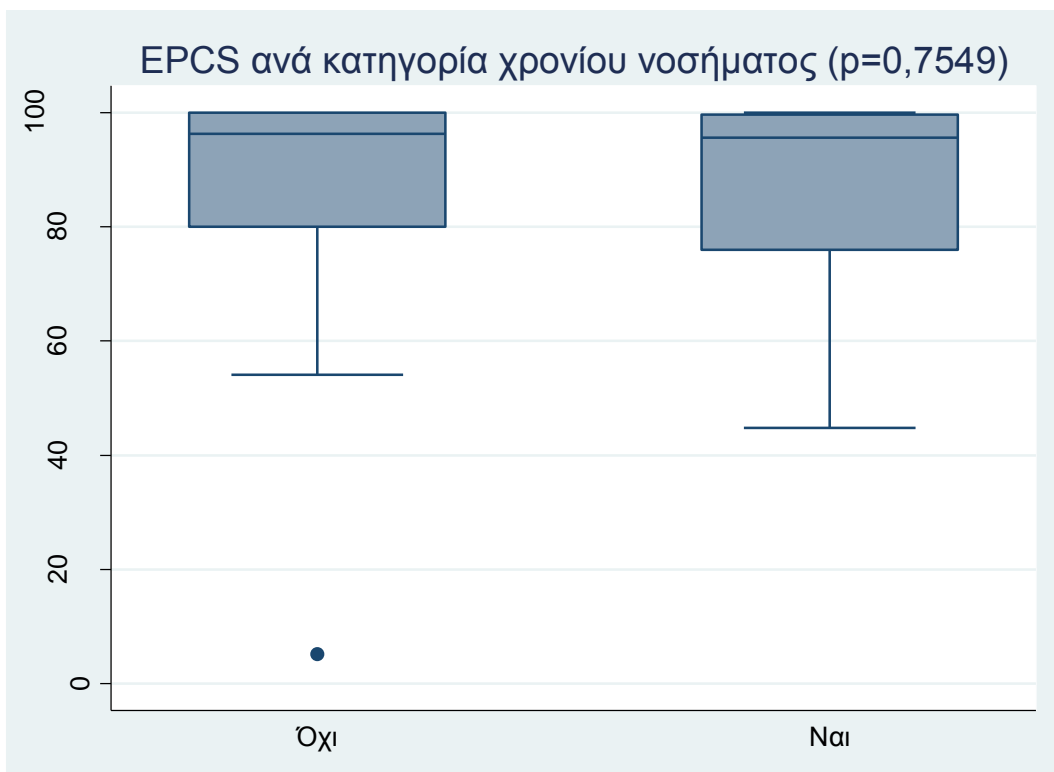
Γράφημα 52. Τεχνική επάρκεια ιατρού ανά κατηγορία χρόνιου νοσήματος.



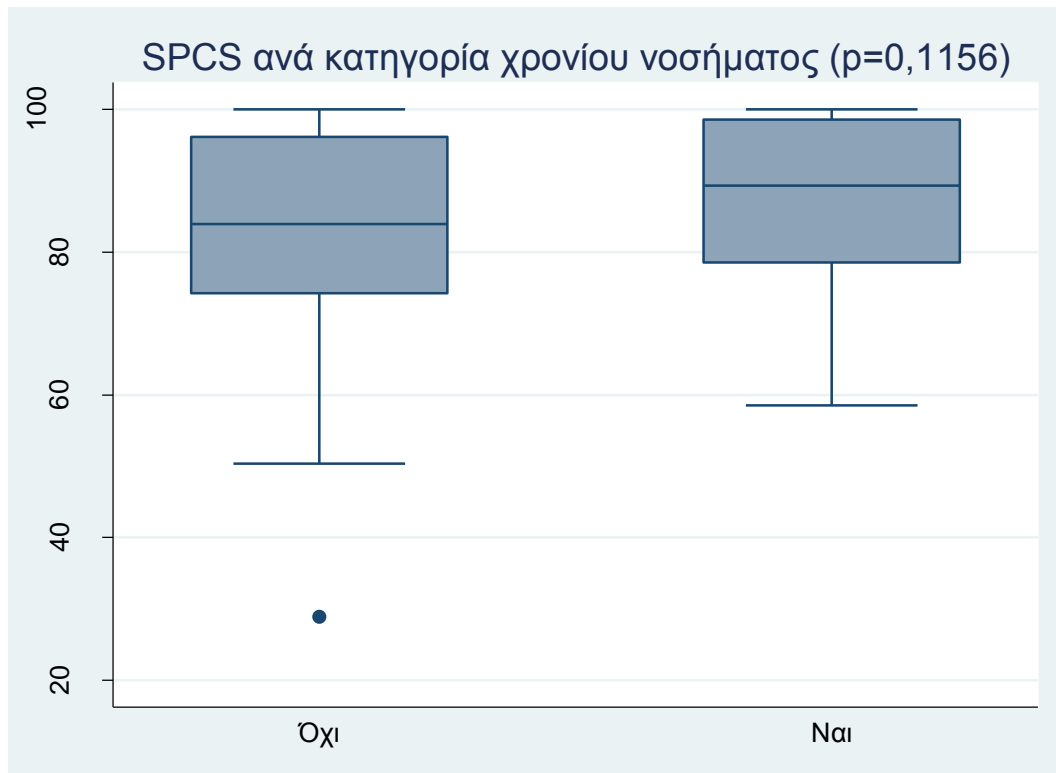
Γράφημα 53. Οργανωσιακά χαρακτηριστικά ανά κατηγορία χρόνιου νοσήματος.



Γράφημα 54. Γενική ικανοποίηση με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας ανά κατηγορία χρόνιου νοσήματος.



Γράφημα 55. Προσδοκίες από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ανά κατηγορία χρόνιου νοσήματος.



Γράφημα 56. Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ανά κατηγορία χρόνιου νοσήματος.

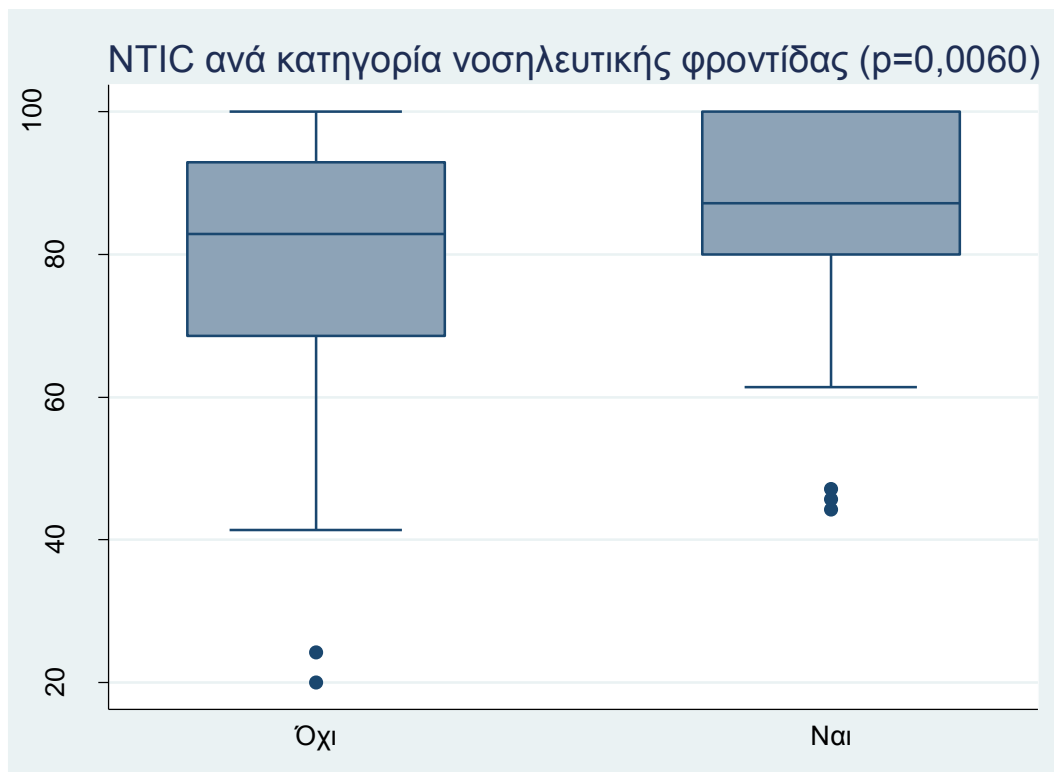
Τέλος στον πίνακα 18 (γράφημα 57 – 63) έχουμε τους παράγοντες ανά κατηγορία παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Οι δεξιότητες των νοσηλευτών (NTIC) βαθμολογήθηκαν με υψηλότερο σκορ ($86,37 \pm 13,53$) από εκείνους που δέχτηκαν νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με εκείνους που δε χρειάστηκαν νοσηλευτική φροντίδα ($77,58 \pm 20,76$), $p=0,0060$. Εκείνοι που δέχτηκαν νοσηλευτική φροντίδα βαθμολόγησαν με υψηλότερο σκορ τις τεχνικές δεξιότητες (PTC) των ιατρών ($88,37 \pm 12,06$) σε σχέση με εκείνους που δε χρειάστηκαν νοσηλευτική φροντίδα ($82,89 \pm 14,95$), $p=0,0383$.

Παρόμοια εικόνα έχουμε για τον παράγοντα GSPC με το σκορ αυτών που δέχτηκαν νοσηλευτική φροντίδα να καθορίζεται στο $89,23 \pm 12,72$, ενώ αυτών που δε χρειάστηκαν φροντίδα στο $81,18 \pm 14,88$, $p=0,0047$. Τα αντίστοιχα σκορ για το SPCS είναι $86,27 \pm 12,40$ και $80,20 \pm 15,66$, $p=0,0270$. Οι υπόλοιποι παράγοντες του πίνακα 18 που δεν είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικοί εμφανίζονται με τάση υψηλότερου σκορ από αυτούς που δέχτηκαν νοσηλευτική φροντίδα. Το χαμηλότερο σκορ και εδώ είναι για την παράμετρο SC.

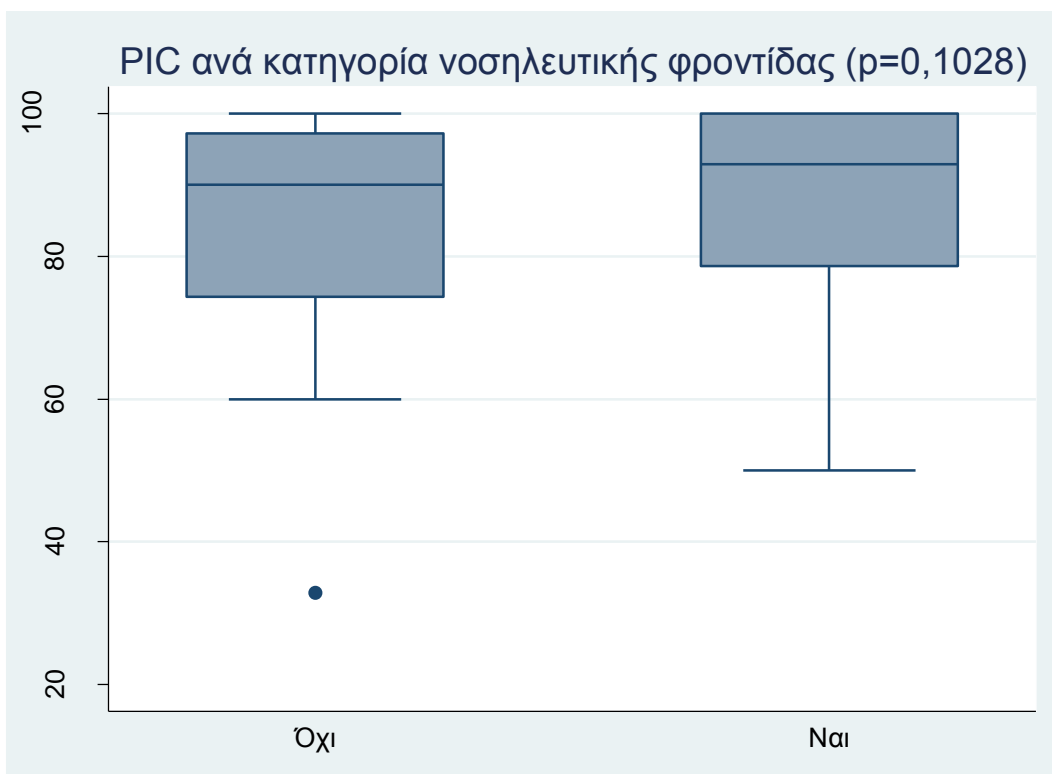
Πίνακας 18.

Παράγοντες ανά παροχή νοσηλευτικής φροντίδας

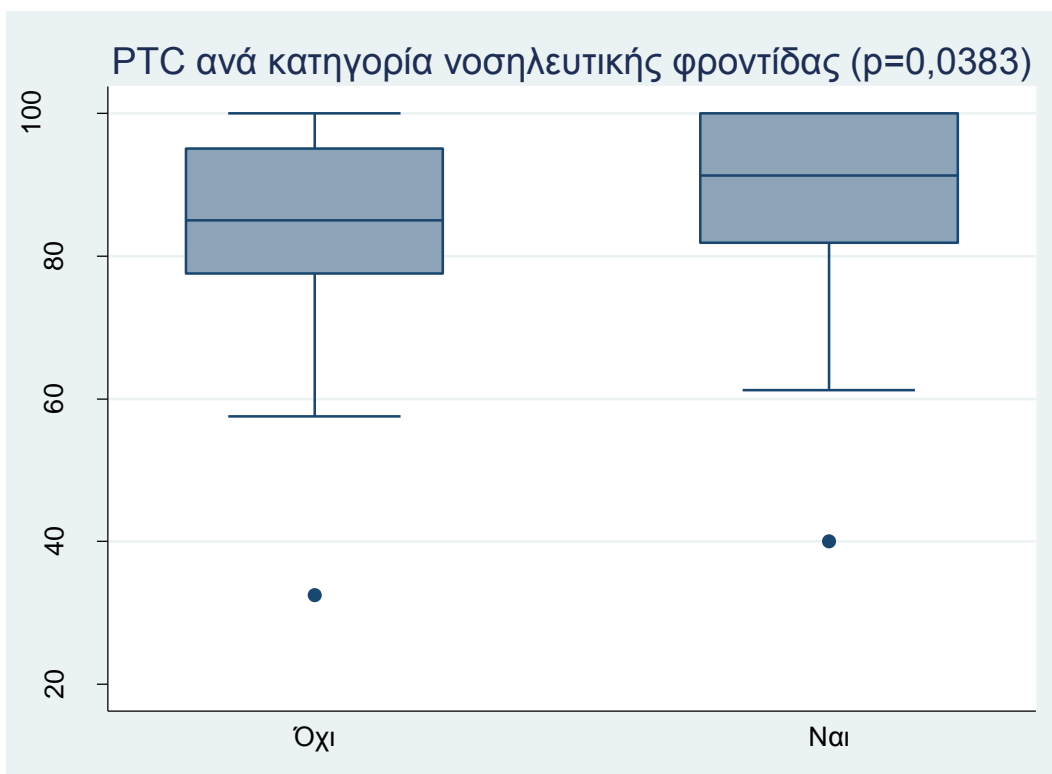
	N.Φρ.	Διάμεση	M. Τιμή	T. A	Min	Max	p-value
NTIC	Όχι	82,86	77,58	20,76	20	100	0,0060
	Ναι	87,14	86,37	13,53	44,3	100	
PIC	Όχι	90	83,81	15,55	32,9	100	0,1028
	Ναι	92,86	88,24	12,64	50	100	
PTC	Όχι	85	82,89	14,95	32,5	100	0,0383
	Ναι	91,25	88,37	12,06	40	100	
SC	Όχι	80	75,58	17,76	30	100	0,1634
	Ναι	84	80,57	17,70	34	100	
GSPC	Όχι	87,5	81,18	14,88	37,5	100	0,0047
	Ναι	91,67	89,23	12,72	50	100	
EPCS	Όχι	94,07	88,32	13,20	44,8	100	0,9438
	Ναι	96,30	88,55	16,50	5,2	100	
SPCS	Όχι	80,74	80,20	15,66	28,9	100	0,0270
	Ναι	88,15	86,27	12,40	50,4	100	



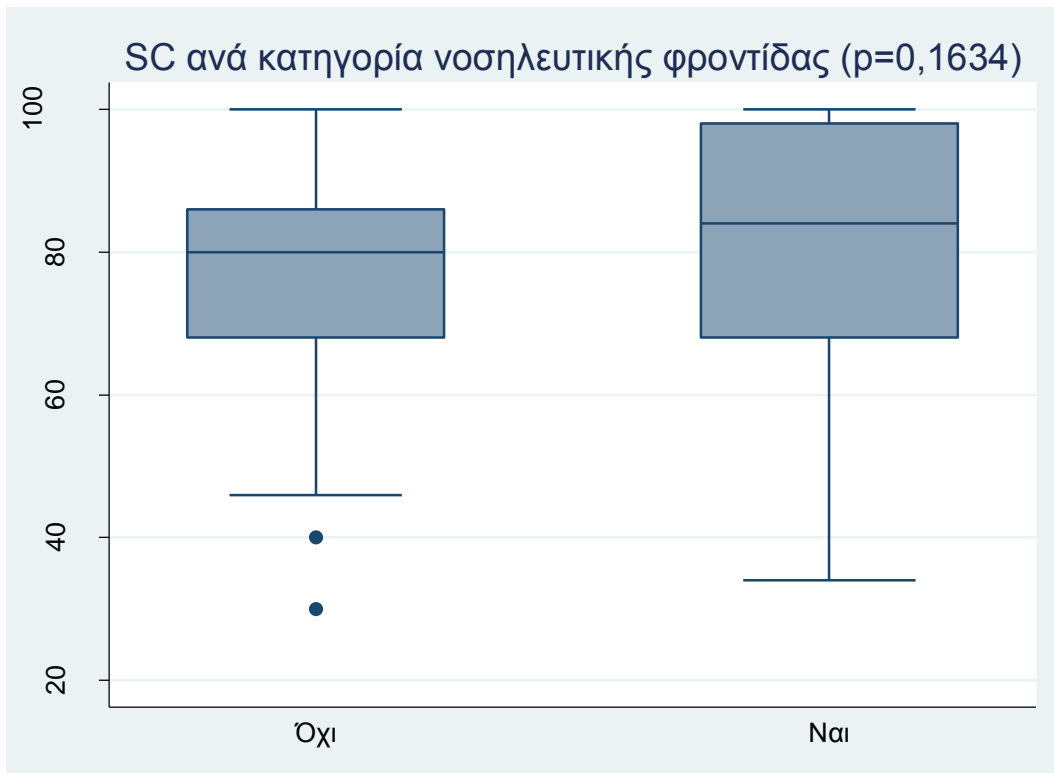
Γράφημα 57. Τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των νοσηλευτών ανά κατηγορία νοσηλευτικής φροντίδας.



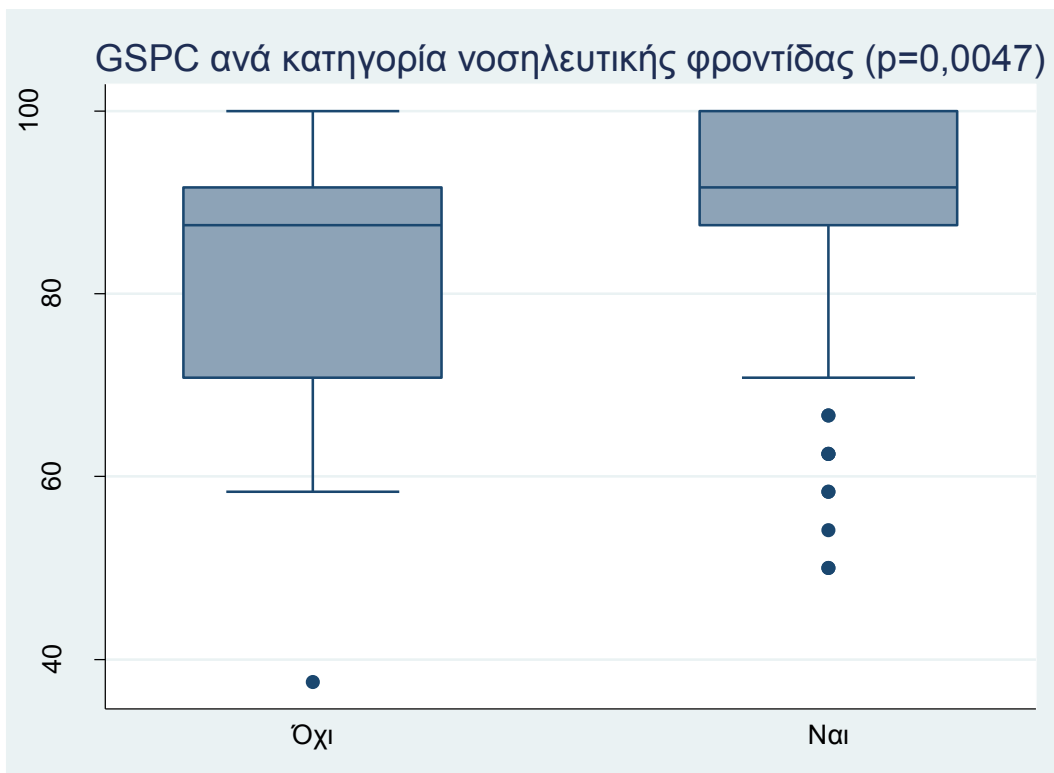
Γράφημα 58. Διαπροσωπικές δεξιότητες και επάρκεια του ιατρού ανά κατηγορία νοσηλευτικής φροντίδας.



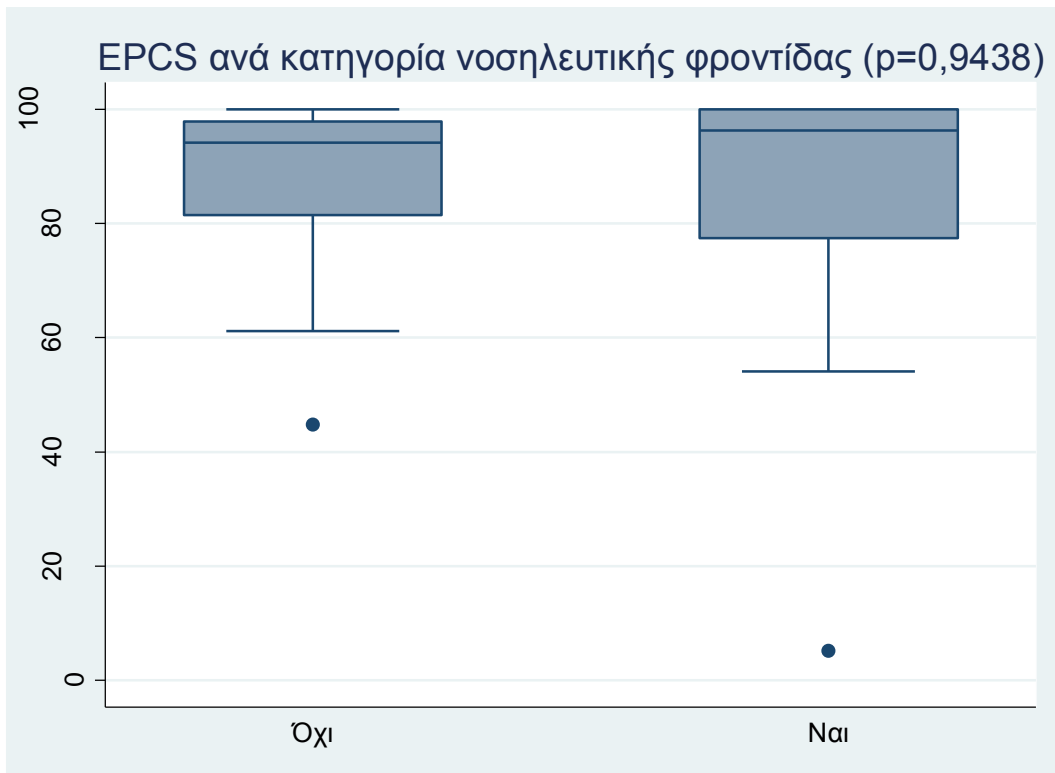
Γράφημα 59. Τεχνική επάρκεια ιατρού ανά κατηγορία νοσηλευτικής φροντίδας.



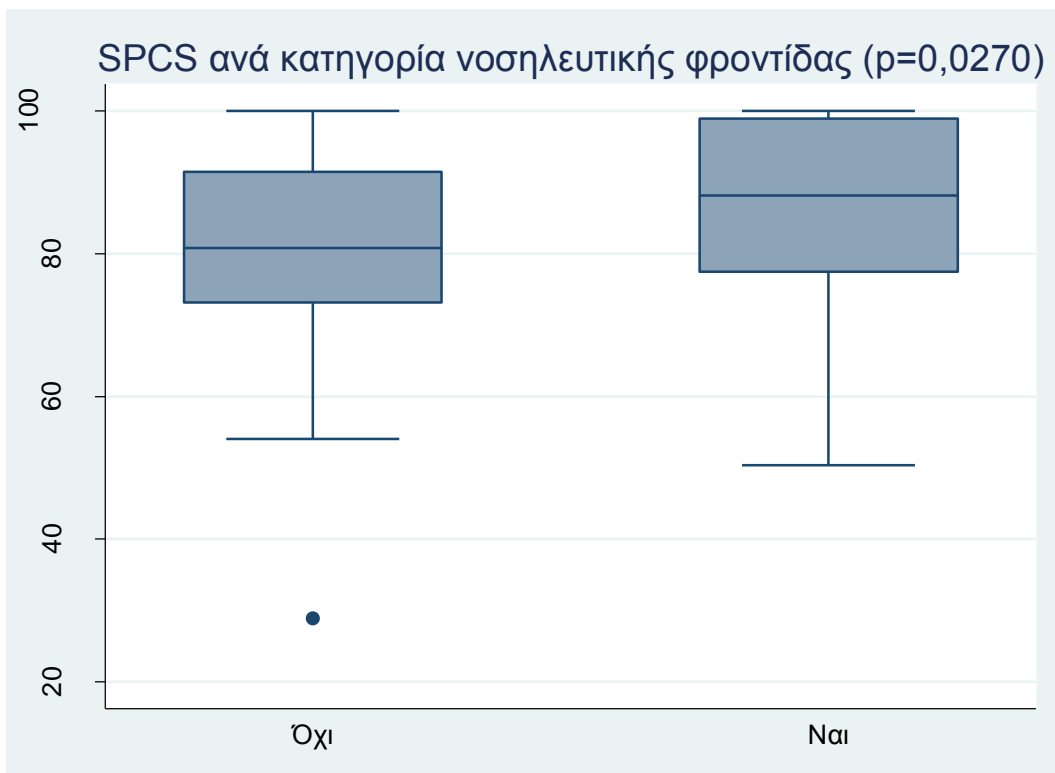
Γράφημα 60. Οργανωσιακά χαρακτηριστικά ανά κατηγορία νοσηλευτικής φροντίδας.



Γράφημα 61. Γενική ικανοποίηση με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας ανά κατηγορία νοσηλευτικής φροντίδας.



Γράφημα 62. Προσδοκίες από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ανά κατηγορία νοσηλευτικής φροντίδας.



Γράφημα 63. Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ανά κατηγορία νοσηλευτικής φροντίδας.

Κεφάλαιο 6^ο

Συζήτηση

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή αξιολογήθηκε η ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ενός Κέντρου Υγείας της Ανατολικής Αττικής μέσω της διερεύνησης των παραγόντων που σχετίζονται με αυτή. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών συχνά αποτελεί ερευνητικό στόχο διαφόρων μελετητών. Για το πρωτοβάθμιο επίπεδο του συστήματος υγείας η περίοδος της κοινωνικό-οικονομικής κρίσης στη χώρα, λειτούργησε αναπάντεχα ως εφελτήριο για μία πληθώρα αλλαγών και επικεντρωμένων προσπαθειών ανασύστασης και αναδιοργάνωσης του. Αυτή τη χρονική στιγμή, η μελέτη της ικανοποίησης των χρηστών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες αυτού του χώρου είναι ειμαρμένα ελκυστική.

Εξετάζοντας τη συνολική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Κ.Υ. παρατηρήσαμε ότι ήταν υψηλή. Το αποτέλεσμα αυτό, φαίνεται πως παρουσιάζει ομοιότητες με άλλες μελέτες (Harris *et al.*, 1999; Gadallah *et al.*, 2003; Raftopoulos, 2010; Ελευθερίου, 2012; Sanchez-Piedra *et al.*, 2014; Κουλουκούρα, 2014; Mohamed *et al.*, 2015; Joshi and Joshi, 2017). Σε ορισμένες έρευνες η συνολική ικανοποίηση αποτυπώνεται ως μέτρια ή αρκετά χαμηλότερη (Τούντας και συν., 2003; Πολύζος και συν., 2007; Γαβριήλ και συν., 2012; Σιώμου, 2015; Dong *et al.*, 2017; Φρεγγίδου και συν., 2017). Όπως αναφέρει ο Pearse (2005) οι σχετικές έρευνες παραθέτουν συνήθως υψηλά επίπεδα συνολικής ικανοποίησης, αλλά πολλές φορές υπάρχει διαφορά όταν οι ίδιοι ασθενείς την αξιολογούν συνολικά και όταν την αξιολογούν μέσα από συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας που έλαβαν. Είναι σημαντικό να εμβαθύνουμε λίγο σε κρίσιμα ζητήματα που αφορούν την παράθεση της συνολικής ικανοποίησης στις έρευνες. Καταρχάς δεν μελετάται σε όλες τις έρευνες ικανοποίησης, κάτι που εύκολα διαπιστώνει κανείς εάν ανατρέξει στην έρευνα των Crow *et al.* (2002). Κατά δευτερεύοντα λόγο, παρατηρούνται διαφορετικοί τρόποι μέτρησης της. Άλλοτε εκφράζεται ως ένα στοιχείο της χρησιμοποιούμενης κλίμακας και άλλες φορές εξάγεται από περισσότερα στοιχεία ή από συνδυασμό στοιχείων (Hall and Dornan, 1988) και αυτό είναι ένα σημείο όπου το εργαλείο μέτρησης έχει ουσιαστική αξία.

Επιπρόσθετα, ο Ogaji (2017) αναφέρει ότι πολλές φορές τα αμφισβητούμενα υψηλά ή χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης αποδίδονται στην έλλειψη ενός έγκυρου και αξιόπιστου ερωτηματολογίου αλλά και σε διάφορους παράγοντες όπως λάθη μέτρησης, απροθυμία των ασθενών να εκφράσουν αρνητικές απόψεις, στη διατύπωση των ερωτήσεων κ.α.

Στο E-PQ-SPCSS, υπάρχει η δυνατότητα υπολογισμού της συνολικής ικανοποίησης GSPC μέσα από μία ερώτηση αξιολόγησης (*global scales*), αλλά και της ικανοποίησης SPCS από την περιεκτικότερη κλίμακα των 27 ερωτήσεων. Το γεγονός ότι οι τιμές των δυο συγκλίνουν, σε συνδυασμό με τις καλές και άριστες τιμές του συντελεστή εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha, ενισχύει την αξιοπιστία της και επιβεβαιώνει για μία φορά ακόμη την αξία της E-PQ-SPCSS κλίμακας. Επανερχόμενοι, τα αντίστοιχα αποτελέσματα της συνολικής ικανοποίησης, σχετικά πρόσφατης έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο πρωτοβάθμιο επίπεδο και με την ίδια κλίμακα, ήταν αρκετά χαμηλότερα (Σιώμου, 2015). Πιθανότατα κάποιες από τις πρόσφατες θεσμικές αλλαγές να αρχίζουν να επιδρούν θετικά και αυτό να αποτυπώνεται ως υψηλότερη συνολικά ικανοποίηση στην παρούσα έρευνα. Μία αιτία της χαμηλής ικανοποίησης στην έρευνα της Σιώμου (2015) αλλά και της Φρεγγίδου και συν. (2017) θα μπορούσε να αποδοθεί στην προέλευση των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι έρευνες πραγματοποιήθηκαν σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του πρώην Ι.Κ.Α. οι οποίες δοκιμάστηκαν τα τελευταία έτη, υπέστησαν συνεχείς οργανωτικές αλλαγές και εντάχθηκαν σταδιακά, μόλις το τελευταίο έτος μετονομάστηκαν σε Κέντρα Υγείας. Ενδεχομένως τα χαμηλά αποτελέσματα να εκφράζουν τις συνεχείς αλλαγές. Πάντως, η χαμηλότερη συνολική ικανοποίηση των χρηστών σε μονάδες του πρώην Ι.Κ.Α. είχε αναφερθεί και παλαιότερα (Τούντας και συν., 2003). Οι Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος (2012), σε έρευνα τους σε κρατικά Κέντρα Π.Φ.Υ. της Κύπρου, αναφέρουν στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου βαθμού ικανοποίησης ανάμεσα σε μονάδες αγροτικών και αστικών περιοχών. Στα Κέντρα Π.Φ.Υ. των αγροτικών περιοχών η συνολική ικανοποίηση των χρηστών είναι υψηλή με μηδενικά ποσοστά δυσαρεστημένων χρηστών, σε αντίθεση με τις μονάδες των αστικών περιοχών. Το Κ.Υ. της έρευνας της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είχε δημιουργηθεί ως αγροτικού τύπου και ίσως σε κάποιο βαθμό τα αποτελέσματα να εντάσσονται στην προηγούμενη διαπίστωση των Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος (2012), παρά τις πληθυσμιακές αλλαγές των τελευταίων δεκαετιών στην περιοχή. Η ικανοποίηση καθορίζεται από τις διαστάσεις που αναλύουμε στη συνέχεια, τις οποίες ήταν εφικτό να προσεγγίσουμε χάρη στις δυνατότητες του εργαλείου μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε.

Η συνολική ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα ήταν υψηλή, παρόμοια αποτελέσματα παραθέτουν και άλλες έρευνες (Gadallah *et al.*, 2003; Raftopoulos, 2010; Ελευθερίου, 2012; Κουλουκούρα, 2014), λίγο χαμηλότερη ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα αναφέρεται στις έρευνες των (Πολύζος και συν., 2007; Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος, 2012), αρκετά χαμηλότερη και μέτρια αναφέρουν οι Σιώμου (2015) και Φρεγγίδου και συν. (2017). Στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε μία ισχυρή συσχέτιση της παρεχομένης ιατρικής φροντίδας με τη συνολική ικανοποίηση των χρηστών και πιο συγκεκριμένα με τις διαστάσεις της τεχνικής (τεχνικές επιδόσεις και ικανότητες, τήρηση υψηλής στάθμης στη διαδικασία διάγνωσης και θεραπείας, επαγγελματική ηθική, εχεμύθεια κ.α.) και διαπροσωπικής επάρκειας (ευγένεια, σεβασμός, ενεργής ακρόαση του προβλήματος του ασθενή, καλοσύνη κ.α.) του ιατρού. Ο συσχετισμός αυτών των διαστάσεων με την ικανοποίηση των ασθενών έχει περιγραφεί παλαιότερα (Ware *et al.*, 1983; Hall and Dornan, 1988) αλλά και πιο πρόσφατα (Batbaatar *et al.*, 2017). Η σχέση ασθενή-επαγγελματιών υγείας, θεραπείας και τεχνικής ποιότητας έχουν σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των χρηστών (Crow *et al.*, 2002; Hawthorne *et al.*, 2014). Οι ιατρικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως είδαμε από τα αποτελέσματα της έρευνας, αφορούσαν στην πλειοψηφία τους ένα ξαφνικό πρόβλημα υγείας και αυτές οι περιπτώσεις διαχειρίζονται πρώτιστα από τα ιατρεία επειγόντων περιστατικών του Κέντρου Υγείας. Η αλληλεπίδραση των ιατρών-ασθενών, κατά κύριο λόγο στους χώρους αυτούς, φαίνεται να οδηγεί σε υψηλή ικανοποίηση μέσω της επίτευξης του επιθυμητού αποτελέσματος, όπως περιγράφει και ο Donabedian (1988) στο θεωρητικό του υπόβαθρο. Αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από την ανάλυση των τιμών συσχετίσεων των παραγόντων της παρούσας μελέτης, όπου η υψηλότερη συσχέτιση με την ικανοποίηση SPCS εντοπίζεται στην τεχνική επάρκεια του ιατρού PTC αποδεικνύοντας την κρίσιμη σημασία, όπως αναφέρεται και στο Raftopoulos (2010), του ιατρικού ρόλου στις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι Batbaatar *et al.* (2017), αναφέρουν πως μέσω της συστηματικής ανασκόπησης τους εντόπισαν τριάντα μελέτες σύμφωνα με τις οποίες, η παροχή καλύτερης τεχνικής φροντίδας μπορεί να οδηγεί σε θετική αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών. Στον αντίποδα, κάνοντας αναφορά σε πέντε μελέτες, οι ασθενείς που θεώρησαν πως αντιμετωπίστηκαν λανθασμένα ήταν δυσαρεστημένοι και αξιολόγησαν με σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Όπως αναφέρθηκε, οι διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις του ιατρού PIC με τον ασθενή, συνεισφέρουν στην αξιολόγηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας του Κ.Υ ως υψηλού επιπέδου.

Η σημασία της διαπροσωπικής επάρκειας έχει περιγραφεί και συμβαίνει να αναδεικνύεται ως κύριος παράγοντας επίδρασης στη συνολική ικανοποίηση των χρηστών με τον γενικό ιατρό (Otani *et al.*, 2005; Bikker and Thompson, 2006). Ο ασθενής συμμετέχει μέσω της διαπροσωπικής επαφής, οποιοδήποτε επικοινωνιακό εμπόδιο με τον ιατρό μπορεί να επηρεάσει την πορεία και ως εκ τούτου την ποιότητα της θεραπείας, άλλωστε η φροντίδα υγείας είναι μία υπηρεσία και η ποιότητα της θα πρέπει να αξιολογείται με κλίμακες που να τη συμπεριλαμβάνουν (Manary *et al.*, 2013). Όπως έχουμε αναφερθεί, οι υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από αυτή τη συμμετοχή του χρήστη ο οποίος καθίσταται έτσι συμπαράγωγός (Χυτήρης και Άννινος, 2015).

Η τεχνική και διαπροσωπική επάρκεια του νοσηλευτή στην παρεχόμενη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του Κ.Υ. αξιολογήθηκε επίσης υψηλά. Μία σύντομη περιγραφή του ρόλου του νοσηλευτή στο Κ.Υ. θα πρέπει να ξεκινά υπογραμμίζοντας την πρώτη επαφή αυτού του επαγγέλματι με τον ασθενή στο ιατρείο των επειγόντων περιστατικών. Είναι ο άμεσος συνεργάτης του ιατρού στην παροχή φροντίδας υγείας στο χώρο του ιατρείου και όσες φορές προσφέρθηκε νοσηλευτική φροντίδα αυτό είχε ως συνέπεια, την αξιολόγηση με υψηλότερο σκορ των τεχνικών δεξιοτήτων PTC των ιατρών. Οι νοσηλευτές αρκετές φορές έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο, κάτι που αποτυπώνεται και στην παρούσα έρευνα μέσω της ισχυρής θετικής συσχέτισης των τεχνικών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων NTIC με την ικανοποίηση SPCS, αλλά και της υψηλότερης γενικής ικανοποίησης GSPC που εκφράστηκε από όσους δέχτηκαν νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με όσους δεν τη χρειάστηκαν.

Οι Crow *et al.* (2002) τονίζουν τη σημαντικότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας από το ανθρώπινο δυναμικό και κυρίως των νοσηλευτών. Οι Mitropoulos *et al.* (2018) στην έρευνα τους, παραθέτουν πως ο σημαντικότερος προγνωστικός δείκτης της συνολικής ικανοποίησης βρέθηκε να είναι η επικοινωνία με τους νοσηλευτές και ακολούθως η επικοινωνία με τους ιατρούς, κάτι που παρατίθεται και στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας σε σχέση με τη γενική ικανοποίηση GSPS. Η σημασία του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Abdellah and Levine, 1965) ως καθοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης των ασθενών δεν αποτελεί νέα "είδηση" (Evans *et al.*, 1998). Εξάλλου είναι αξιοσημείωτο το έργο της βρετανίδας νοσηλεύτριας Florence Nightingale που όπως αναφέρεται στο Jacobs και Chase (2012) «δρομολόγησε την επανάσταση στην ποιότητα των νοσοκομείων».

Οι Cleary και McNeil (1988) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι καλές επικοινωνιακές δεξιότητες, η ενσυναίσθηση και το ενδιαφέρον για τη φροντίδα του ασθενή φαίνεται να είναι οι ισχυρότεροι προγνωστικοί δείκτες για την αξιολόγηση από την οπτική του ασθενή. Επίσης αναφέρουν ότι η πιο σταθερή διαπίστωση της βιβλιογραφίας για την υψηλή ικανοποίηση των χρηστών είναι η ιδιότητα του παρόχου ή του οργανισμού να προσφέρει πιο "προσωπική" φροντίδα, άποψη που ταυτίζεται με τις συστάσεις για ανθρωποκεντρική παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η φροντίδα υγείας παρέχεται από άτομα με υψηλά μορφωτικά και εξειδικευμένα προσόντα, η αλληλεπίδραση του προσωπικού όπως και η ομαδική συνεργασία, είναι σημαντικές παράμετροι για ένα σύστημα που επιδιώκει την ποιοτική φροντίδα και οι διαπροσωπικές σχέσεις συνεισφέρουν στην εξασφάλιση θετικού αποτελέσματος στον ασθενή (Al-Assaf and Skeikh, 2004). Σύμφωνα με τον Donabedian (1988) «η διαπροσωπική διαδικασία είναι το όχημα με το οποίο εφαρμόζεται η τεχνική φροντίδα και από την οποία εξαρτάται η επιτυχία της» όπως διαφαίνεται μέσω των αποτελεσμάτων, στα σημεία αυτά το Κ.Υ. τα κατορθώνει καλά.

Στην παρούσα έρευνα παραθέσαμε την υψηλή συσχέτιση της αξιολόγησης της συνολικής φροντίδας ως ποιοτικής, με την πρόθεση επαναχρησιμοποίησης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Κ.Υ. Αρκετά παλαιότερα, στην έρευνα τους οι Roghmann *et al.* (1979) αναφέρουν τη σημασία της ικανοποίησης με την πρόθεση επαναχρησιμοποίησης. Βέβαια η ισχυρότερη συσχέτιση, όπως παρατηρήθηκε, ήταν μεταξύ γενικής ικανοποίησης και ποιοτικής φροντίδας η οποία στη συνέχεια καθορίζει την πρόθεση για επαναχρησιμοποίηση. Η απευθείας σχέση της γενικής ικανοποίησης με την επαναχρησιμοποίηση αν και στατιστικά σημαντική, είναι ασθενέστερη. Η εκφραζόμενη επιθυμία μελλοντικής επίσκεψης στο Κ.Υ. θα μπορούσε να αποδοθεί και στο γεγονός ότι στους δημόσιους φορείς παροχής φροντίδας υγείας δεν απαιτείται επιπρόσθετη οικονομική συνεισφορά του ασφαλισμένου, που είναι μία σημαντική παράμετρος στη περίοδο κρίσης που διανύουμε. Με τον νόμο 4368/2016 εξασφαλίστηκε το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης όλων των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων που επισκέφτηκαν το Κ.Υ. ήταν άνεργοι⁴⁰ ή με χαμηλό εισόδημα. Τελικώς, να σημειώσουμε ότι η εκληφθείσα ποιότητα και η ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας σχετίζονται με την επαναχρησιμοποίηση της υπηρεσίας (Bernhart *et al.*, 1999; Baltussen *et al.*, 2002; Press, 2006).

⁴⁰ Το ποσοστό ανέργων που συμμετείχαν ήταν 20,5%, το οποίο ταυτίζεται με τη τρέχουσα ανεργία στη χώρα 20,9%. OECD (2018), Unemployment rate (indicator). doi: 10.1787/997c8750-en.

Με πρόχειρη ματιά στις προσδοκίες των ασθενών, μέσα από τη σύγκριση των παραγόντων των αποτελεσμάτων, θα μπορούσε εύκολα να καταλήξει κανείς πως εκπληρώθηκαν παρότι υψηλές. Αφενός, οι ασθενείς αξιολόγησαν με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και αφετέρου δεν υπήρξαν δυσαρεστημένοι ασθενείς. Προτού προσεγγίσουμε αναλυτικότερα, πρέπει να σημειώσουμε ότι η δυνατότητα μέτρησης των προσδοκιών δεν είναι εφικτή σε όλες τις έρευνες ικανοποίησης και αυτό οφείλεται στο εργαλείο μέτρησης. Πολλές φορές, μελέτες που χρησιμοποιούνται για να εκτιμήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με σκοπό για παράδειγμα τη βελτίωση τους, δεν έχουν ενσωματωμένη εκτίμηση των προσδοκιών. Επίσης, είναι διακριτή η ασάφεια εμπειρικών ερευνών στην προσέγγιση των προσδοκιών και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε παραπλανήσεις καθώς όπως έχει αναφερθεί οι χαμηλές προσδοκίες μπορούν εύκολα να ικανοποιηθούν (Janzen *et al.*, 2006). Στην παρούσα έρευνα αυτό αποφεύγεται, καθώς στο εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε είναι δυνατή η αποτύπωση των προσδοκιών. Οι προσδοκίες των χρηστών μπορούν να μελετηθούν τόσο μέσω των συνολικών κλιμάκων (*global scales*) αλλά και της κλίμακας των 27 ερωτήσεων, που είναι ακόμη πιο περιεκτική.

Οι προσδοκίες EPCS ήταν υψηλές. Στην ανάλυση όμως των προσδοκιών της έρευνας, εντοπίζεται ένα σημείο που χρήζει προσοχής και πρέπει να υπογραμμιστεί. Οι προσδοκίες των ασθενών δεν επηρεάζουν τη γνώμη τους για την εκληφθείσα ποιότητα της συνολικής φροντίδας, τη μελλοντική επίσκεψη στο ΚΥ και παράλληλα δεν έχουν στατιστικά σημαντική σχέση με κανένα παράγοντα της μελέτης. Σημειώνουμε, ότι ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha στην ανάλυση των προσδοκιών είχε την υψηλότερη τιμή. Ουσιαστικά, όπως παρατηρήθηκε στα αποτελέσματα, η διαμόρφωση των προσδοκιών των χρηστών δεν φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίησή τους (Ραφτόπουλος, 2002). Έχουμε αναφερθεί στην ποικιλομορφία της προσέγγισης των προσδοκιών (Staniszewska and Ahmed, 1999). Πολλές φορές περιγράφεται πως έχουν αδύναμη συσχέτιση ή δεν επηρεάζουν την αξιολόγηση της ικανοποίησης από τη φροντίδα (Cleary and McNeil, 1988; Raftopoulos, 2005; Licina *et al.*, 2012; Batbaatar *et al.*, 2017), ενώ αρκετές φορές έχει ερευνηθεί το αντίθετο (Kenten *et al.*, 2010; Bowling *et al.*, 2012, 2013; Kurpas *et al.*, 2013). Στη μελέτη των Batbaatar *et al.* (2017) αναφέρεται ότι παρόλο που οι προσδοκίες έχουν μελετηθεί αρκετά, οι συσχετίσεις μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης ήταν ασυνεπείς σε όλες τις μελέτες της ανασκόπησης τους και δεν επιβεβαιώθηκε το θεωρητικό υπόβαθρο των προσδοκιών από εμπειρικές μελέτες.

Όσο αφορά τον προβλεπτικό δείκτη της ηλικίας, όπως φαίνεται από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας όλοι οι παράγοντες διαφοροποιούνται σε εξαιρετικά υψηλό επίπεδο σημαντικότητας. Αποτέλεσε τον πιο δυναμικό δείκτη ανάμεσα στους άλλους προσδιοριστές δηλαδή το εκπαιδευτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση και την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ήταν με διαφορά, πιο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έναντι των νεότερων. Η αξιολόγηση των ηλικιωμένων ήταν μέγιστη σχετικά με τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις τους με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρούνται και σε άλλες έρευνες (Locker and Dunt, 1978; Fox and Storms, 1981; Fitzpatrick, 1991; Nguyen Thi *et al.*, 2002; Raftopoulos, 2005; Πολύζος και συν., 2007; Γαβριήλ και συν., 2012; Ελευθερίου, 2012; Λάμπρου, 2013; Sanchez-Piedra *et al.*, 2014; Σιώμου, 2015; Stepurko *et al.*, 2016; Φρεγγίδου και συν., 2017). Σε κάποιες έρευνες παρατίθεται μικρή ή καμία συσχέτιση με την ηλικία (Danielsen *et al.*, 2010; Auras *et al.*, 2016; Detollenaere *et al.*, 2018). Η χαμηλότερη ικανοποίηση στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 65 ετών ίσως θα έπρεπε να διερευνηθεί ακόμη περισσότερο διότι αντιστοιχεί στο εργατικό δυναμικό⁴¹ της χώρας, ωστόσο και αυτή η ηλικιακή ομάδα αξιολόγησε με αρκετά υψηλό επίπεδο ικανοποίησης τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Κ.Υ και επομένως δε θα εξυπηρετούσε κάπου η περαιτέρω εμβάθυνση. Η ηπιότερη συμπεριφορά των πιο ηλικιωμένων στη θετικότερη αξιολόγηση της ικανοποίησης έχει περιγραφεί (Carr-Hill, 1992) συν τοις άλλοις οι ηλικιωμένοι εξαιτίας των υψηλότερων ποσοστών νοσηρότητας και των συχνότερων επισκέψεων στην Π.Φ.Υ. ίσως έχουν και περισσότερες ευκαιρίες να επηρεαστούν ευνοϊκά (Campbell *et al.*, 2001). Αν αναλογιστούμε πως η γήρανση του πληθυσμού εξελίσσεται σε δημογραφικό-κοινωνικό πρόβλημα, είναι ενθαρρυντική η θετική αξιολόγηση από αυτή την ηλικιακή ομάδα. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των χρηστών βρέθηκε να αποτελεί το δεύτερο σε σειρά προσδιοριστή, ο οποίος εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση με τους παράγοντες της μελέτης και συγκεκριμένα συνδέεται αντίστροφα με το επίπεδο αξιολόγησης της ικανοποίησης, δηλαδή, οι χρήστες με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης. Οι ασθενείς τριτοβάθμιας εκπαίδευσης εξέφρασαν μία σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση SPCS σε σχέση με εκείνους της πρωτοβάθμιας εκπαιδευτικής βαθμίδας.

⁴¹ Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας κάτω από 65 ετών που συμμετείχαν ήταν 62,12%, πλησιάζει το επίσημο 65,43% που αντιστοιχεί στο εργατικό δυναμικό για το 2012 στην Ελλάδα. OECD (2018), Working age population (indicator). doi: 10.1787/d339918b-en (Accessed on 29 May 2018)

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με αυτά άλλων ερευνών (Niakas *et al.*, 2004; Λάμπρου, 2013; Sterpurko *et al.*, 2016). Το αντίθετο αναφέρουν οι Dong *et al.* (2017). Οι Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος (2012) δεν εντόπισαν στατιστικά ισχυρή συσχέτιση. Ωστόσο, Θα πρέπει να υπογραμμίσουμε πως το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκε να έχει τη στατιστικά σημαντικότερη σχέση με τον παράγοντα των προσδοκιών EPCS. Εκείνοι που ανήκαν στην τριτοβάθμια εκπαιδευτική βαθμίδα είχαν τις χαμηλότερες προσδοκίες αλλά αυτό δε φάνηκε να επηρεάζει τη συνολική ικανοποίηση τους διότι αξιολόγησαν με υψηλές τιμές. Συγκεκριμένα, η συνολική ικανοποίηση SPCS ήταν σχεδόν ταυτόσημη μεταξύ αυτών που ανήκαν στην τριτοβάθμια και δευτεροβάθμια βαθμίδα εκπαίδευσης. Για την οικογενειακή κατάσταση και την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος, δεν παρατηρήσαμε στατιστικά σημαντική σχέση με τη συνολική ικανοποίηση των χρηστών. Σε οριακό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, εντοπίζεται η χαμηλότερη αξιολόγηση των έγγαμων αναφορικά με την τεχνική και διαπροσωπική επάρκεια των νοσηλευτών ΝΤΙC. Ομοίως, οι Niakas *et al.* (2004) δεν εντόπισαν συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης. Οι έχοντες χρόνια νόσημα σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν, αξιολόγησαν τις διαπροσωπικές δεξιότητες του ιατρού ελαφρώς υψηλότερα, σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο, το αντίθετο αναφέρουν οι Batbaatar *et al.* (2017).

Περιορισμοί

Η έρευνα της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής αφορούσε τον πληθυσμό που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ενός Κέντρου Υγείας της Ανατολικής Αττικής. Το γεγονός ότι η έρευνα περιορίστηκε σε ένα μόνο Κ.Υ. υποδηλώνει πως τα ευρήματα αφενός δεν μπορούν να γενικευτούν στις υπόλοιπες μονάδες υγείας της Περιφέρειας και αφετέρου δε μπορούν να θεωρηθούν ως μία ευρεία αξιολόγηση του πρωτοβάθμιου επιπέδου φροντίδας υγείας της χώρας. Ένας ακόμη περιορισμός αφορά τη χρονική στιγμή πραγματοποίησης της. Κατά τους θερινούς μήνες, ο πληθυσμός των παραθαλάσσιων περιοχών του δήμου υπερδιπλασιάζεται και αυξάνεται η επισκεψιμότητα, διότι αποτελεί ένα δημοφιλή κοντινό προορισμό απόδρασης των κατοίκων της πρωτεύουσας. Σαν τελευταίο περιορισμό μπορούμε να σημειώσουμε πως στην έρευνα συμμετείχαν μόνο όσοι είχαν τη δυνατότητα επικοινωνίας στην Ελληνική γλώσσα.

Συμπεράσματα

Στη παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή αξιολογήθηκε η ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ενός Κ.Υ. της Ανατολικής Αττικής. Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών βρέθηκε υψηλός. Οι προσφερόμενες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως αποτυπώθηκαν από την οπτική του χρήστη, αξιολογήθηκαν ως ποιοτικές και υψηλά ικανοποιητικές. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν ως ποιοτική τη συνολική φροντίδα που τους προσφέρθηκε στο ΚΥ. Η διερεύνηση των παραγόντων ανάδειξε τη συνεισφορά της διαπροσωπικής και τεχνικής επάρκειας των ιατρών και νοσηλευτών στην υψηλή αξιολόγηση της συνολικής ικανοποίησης. Οι κυριότεροι προσδιοριστές της ικανοποίησης ήταν με φθίνουσα σειρά η ηλικία, η νοσηλευτική φροντίδα και το επίπεδο εκπαίδευσης. Η ικανοποίηση είναι μία πολυδιάστατη έννοια και ως τέτοια μελετήθηκε στην παρούσα έρευνα. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το E-PQ-SPCSS που αποτέλεσε ένα σημαντικό εργαλείο για την εμβάθυνση στη αξιολόγηση των διαστάσεων και των καθοριστών της ικανοποίησης. Στην εποχή μας, θα ήταν χρήσιμο να συνδυαστεί η τεράστια πρόοδος στην εφαρμογή της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνίας με τη μελλοντική αξιοποίηση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου για τη μελέτη και σύγκριση στο ευρύτερο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας της χώρας.

Η ικανοποίηση αποτελεί ένα δείκτη έκβασης της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Ο σκοπός πραγματοποίησης παρόμοιων ερευνών αφορά την αποτύπωση της άποψης των ασθενών μέσω της αξιολόγησης της ικανοποίησης τους. Οι θεσμικές παρεμβάσεις των τελευταίων ετών στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διαφαίνεται να ακολουθούν τη σωστή πορεία. Η τοποθέτηση των ασθενών στο επίκεντρο αποτελεί προσταγή για ένα σύγχρονο σύστημα φροντίδας υγείας που έχει ως πυρήνα το πρωτοβάθμιο επίπεδο. Ως κατακλείδα, διατυπώνονται οι εξής γραμμές από το βιβλίο του Irwin Press: «η διάκριση υπηρεσίας από τη φροντίδα μπορεί να είναι μία πλάνη, όλα είναι υπηρεσία και όλα φροντίδα. Όταν απευθύνεστε στον ασθενή κοιτάξτε τον στα μάτια, συστηθείτε, καθίστε δίπλα του, να είστε πρόθυμοι και ευγενικοί, φροντίστε τον... ότι μπορεί να σημαίνει τούτο...»

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Αδαμακίδου, Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008) 'Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα', *Νοσηλευτική*, 47(3), pp. 320–333.
- Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ. και Middleton, Ν. (2012) 'Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(6), pp. 720–730.
- Γαλάνης, Π. (2012) 'Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(6), pp. 744–755.
- Γαλάνης, Π. (2013) 'Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(1), pp. 97–110.
- Δρακόπουλος, Σ. και Σαμουρέλης, Γ. (2014) *Διαχείριση ποιότητας*. Εθνική Συνομοσπονδία Ελληνικού Εμπορίου. Available at: <http://repository.edulll.gr/1666> (Accessed: 8 March 2018).
- Ελευθερίου, Ά. (2012) *Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών Κυπριακής και Βρετανικής καταγωγής από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων ενός Δημόσιου Νοσοκομείου στην Κύπρο*, Μεταπτυχιακή διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2016) *Έρευνα Υγείας : Έτος 2014*. Available at: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/->.
- Θεοδωρίδης, Π. (2015) 'Συμπεριφορά Καταναλωτή. Ικανοποίηση καταναλωτή.' Πανεπιστήμιο Πατρών. Available at: <https://eclass.upatras.gr/modules/document/?course=DEAPT108>.
- Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α. και Μάντη, Π. (1999) *Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. και συν. (2015) *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Κουλουκούρα, Χ. (2014) *Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας ενός Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου των Αθηνών*, Μεταπτυχιακή διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Κουρέα-Κρεμαστινού, Τ. (2007) *Δημόσια Υγεία: Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές*. Αθήνα: Τεχνόγραμμα.

Κριτσωτάκης, Γ. Μ. (2009) *Μελέτη Συσχέτισης του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την Ικανοποίηση των Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας από τις Υπηρεσίες Υγείας*, Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Κυριόπουλος, Γ. και συν. (2000) 'Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης', *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(4), pp. 169–188.

Κωνσταντίνου, Ε. και Μητρόπουλος, Ι. (2012) 'Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(5), pp. 614–622.

Λάμπρου, Μ. (2013) *Αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης εσωτερικών ασθενών Γενικού Νοσοκομείου της Κύπρου από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα*, Μεταπτυχιακή διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Μερκούρης, Α. Β. (1996) *Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*, Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

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

Ραφτόπουλος, Β. Γ. (2002) *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*, Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Ραφτόπουλος, Β. Γ. (2009) 'Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας'. Λευκωσία: Αυτοέκδοση.

Ραφτόπουλος, Β. και Θεοδοσοπούλου, Θ. (2002) 'Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 19(5), pp. 577–589.

Σιώμου, Μ. (2015) *Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες μιας Μονάδας Υγείας Π.Ε.Δ.Υ. της Κεντρικής Ελλάδος, Μεταπτυχιακή διατριβή*. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Σουλιώτης, Κ. και συν. (2013) *Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αθήνα.

Τούντας, Γ. (2001) 'Οργάνωση και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας', in Τριχόπουλος, Δ., Καλαποθάκη, Β., and Πετρίδου, Ε. (eds) *Προληπτική Ιατρική & Δημόσια Υγεία*. 2η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις 'Ζήτα'.

Τούντας, Γ. (2008) *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας.

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

Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2006) *Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική*. 2η έκδοση. Αθήνα: Τηρωθήτω.

Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2007) 'Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), pp. 6–18.

Φρεγγίδου, Ε. και συν. (2017) 'Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(2), pp. 236–243.

Χλέτσος, Μ. (2011) *Οικονομικά της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

Χυτήρης, Λ. Σ. και Άννινος, Λ. Ν. (2015) *Διοίκηση και Ποιότητα Υπηρεσιών*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Ξενόγλωση

Abdellah, F. G. and Levine, E. (1965) 'Better patient care through nursing research', *Int. J. Nurs. Stud.*, 2(1), pp. 1–12. doi: 10.1016/0020-7489(65)90013-1.

Abdellah, F. and Levine, E. (1957) 'Developing a Measure of Patient and Personnel Satisfaction with Nursing Care', *Nursing Research*, 5(5), pp. 100–108.

Al-Abri, R. and Al-Balushi, A. (2014) 'Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement', *Oman Medical Journal*, 29(1), pp. 3–7. doi: 10.5001/omj.2014.02.

Al-Assaf, A. F. and Skeikh, M. (2004) *Quality improvement in primary health care: a practical guide*. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Available at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/119694> (Accessed: 24 November 2017).

Auras, S. *et al.* (2016) 'Patient satisfaction with ambulatory care in Germany: effects of patient- and medical practice-related factors', *International Journal for Quality in Health Care*, 28(September), pp. 808–815. doi: 10.1093/intqhc/mzw114.

Awofeso, N. (2004) 'What is the difference between "primary care" and "primary healthcare?"', *Quality in Primary Care*, 12(2), pp. 93–94.

Balog, J. E. (1978) *An historical review and philosophical analysis of alternative concepts of health and their relationship to health education*, University of Maryland.

Baltussen, R. *et al.* (2002) 'Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso', *Health Policy and Planning*, 17(1), pp. 42–48. doi: 10.1093/heapol/17.1.42.

Barofsky, I. (2012) *Quality*. Springer-Verlag New York. doi: 10.1007/978-1-4419-9819-4.

Basu, R. (2013) *Managing Quality in Projects*. Burlington, VT: Routledge (Advances in Project Management).

Batbaatar, E. *et al.* (2017) 'Determinants of patient satisfaction: A systematic review', *Perspectives in Public Health*, 137(2), pp. 89–101. doi: 10.1177/1757913916634136.

Bernhart, M. H. *et al.* (1999) 'Patient satisfaction in developing countries', *Social Science & Medicine*, 48(April 1999), pp. 989–996. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00376-1.

Berwick, D. and Fox, D. M. (2016) 'Evaluating the Quality of Medical Care: Donabedian's Classic Article 50 Years Later', *The Milbank Quarterly*, 94(2), pp. 237–241.

Bikker, A. P. and Thompson, A. G. H. (2006) 'Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across a nation', *Social Science and Medicine*, 63(6), pp. 1671–1683. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.03.022.

Boquiren, V. M. *et al.* (2015) 'What do measures of patient satisfaction with the doctor tell us?', *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd, 98(12), pp. 1465–1473. doi: 10.1016/j.pec.2015.05.020.

Boruchovitch, E. and Mednick, B. R. (2002) 'The meaning of health and illness: some considerations for health psychology', *Psico-USF*, 7(2), pp. 175–183. doi: 10.1590/S1413-82712002000200006.

Bowling, A. *et al.* (2012) 'The measurement of patients' expectations for health care: A review and psychometric testing of a measure of patients' expectations', *Health Technology Assessment*, 16(30), pp. 1–532. doi: 10.3310/hta16300.

Bowling, A. (2014) *Research Methods in Health : Investigating Health and Health Services*. Milton Keynes: McGraw-Hill Education. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=821728&site=eds-live&authtype=ip,athens>.

Bowling, A., Rowe, G. and Mckee, M. (2013) 'Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: A population survey', *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(4), pp. 143–149. doi: 10.1258/jrsm.2012.120147.

Boyer, L. (2006) 'Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French teaching hospital', *International Journal for Quality in Health Care*, 18(5), pp. 359–364. doi: 10.1093/intqhc/mzl029.

Callahan, D. (1973) 'The WHO Definition of 'Health ''', *The Hasting Centre*, 1(3), pp. 77–87.

Campbell, J. L., Ramsay, J. and Green, J. (2001) 'Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care.', *Quality in health care*, 10, pp. 90–95. doi: 10.1136/qhc.10.2.90.

Campbell, S. M., Roland, M. O. and Buetow, S. A. (2000) 'Defining quality of care', *Social Science and Medicine*, 51(11), pp. 1611–1625. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00057-5.

Canada Statistics (2016) *Health Status*. Available at: <https://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/status/phx-eng.htm> (Accessed: 22 February 2018).

Canadian Foundation For Healthcare Improvement (2012) ‘Myth : High patient satisfaction means high quality care’, *Mythbusters*, (October).

Carman, J. M. (1990) ‘Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions.’, *Journal of Retailing*. Elsevier B.V., 66(1), p. 33. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bsu&AN=4667961&site=eds-live&authtype=ip,athens> (Accessed: 12 March 2018).

Carr-Hill, R. A. (1992) ‘The measurement of patient satisfaction.’, *Journal of Public Health Medicine*, 14(3), pp. 236–249.

Chakraborty, R. and Majumdar, A. (2011) ‘Measuring consumer satisfaction in health care sector : the applicability of SERVQUAL’, *Journal of Arts, Science & Commerce*, 2(4), pp. 149–160. Available at: http://www.researchersworld.com/vol2/issue4/Paper_17.pdf.

Charantimath, P. M. (2011) *Total Quality Management*. 2nd edn. Pearson India. Available at: http://proquestcombo.safaribooksonline.com/book/quality-management/9788131732625/1-quality-concepts/c1s12_html?uicode=12783270 (Accessed: 6 March 2018).

Cleary, P. D. and McNeil, B. J. (1988) ‘Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care’, *Inquiry*, 25, pp. 25–36.

Crow, R. *et al.* (2002) ‘The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature’, *Health Technology Assessment*, 6(32), pp. 1–244. doi: 10.3310/hta6320.

Dale, B. G., Van Der Wiele, T. and Van Iwaarden, J. (2007) *Managing Quality*. 5th edn. Wiley-Blackwell. Available at: <http://proquestcombo.safaribooksonline.com/book/quality-management/9781405142793/copyright/preface?uicode=12783270>.

Danielsen, K. *et al.* (2010) ‘The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: Results from three casualty clinics in Norway’, *BMC Family Practice*, 11(73). doi: 10.1186/1471-2296-11-73.

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

- Detollenaere, J. *et al.* (2018) 'Can you recommend me a good GP? Describing social differences in patient satisfaction within 31 countries', *International Journal for Quality in Health Care*, 30(1), pp. 9–15. doi: 10.1093/intqhc/mzx157.
- Donabedian, A. (1966) 'Evaluating the quality of medical care', *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), pp. 166–206. doi: 10.2307/3348969.
- Donabedian, A. (1980) *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988) 'The quality of care: How can it be assessed?', *JAMA*, 260(12), pp. 1743–1748. Available at: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>.
- Dong, W. *et al.* (2017) 'Residents' satisfaction with primary medical and health services in Western China', *BMC Health Services Research*, 17(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12913-017-2200-9.
- Draper, M. and Hill, S. (1995) *The role of patient satisfaction surveys in a national approach to hospital quality management*. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Edgman-Levitan, S. (2014) 'Measuring and Improving Patient Experiences of Care', in Joshi, M. S. *et al.* (eds) *The Healthcare Quality Book*. Third edit. Health Administration Press, pp. 209–240.
- European Commission (2014) *Communication from the commission: on effective, accessible and resilient health systems*. 4.4.2014 COM (2014) 215 final. Brussels.
- Evans, M., Martin, M. and Winslow, E. (1998) 'Nursing care and patient satisfaction', 98(12), pp. 57–59. Available at: https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/1998/12000/Nursing_Care_and_Patient_Satisfaction.51.aspx.
- Fehr, B. and Russel, J. (1984) 'The Concept of Emotion Viewed From a Prototype Perspective', *Journal of Experimental Psychology*, 113(3), pp. 464–486.
- Fitzpatrick, R. (1991) 'Surveys of patient satisfaction: II--Designing a questionnaire and conducting a survey.', *BMJ*, 302, pp. 1129–1132. doi: 10.1136/bmj.302.6785.1129.

Footman, K. *et al.* (2013) 'Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries in the former Soviet Union', *Health Policy*. Elsevier Ireland Ltd, 112(1–2), pp. 62–69. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.03.004.

Fox, J. G. and Storms, D. M. (1981) 'A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care.', *Social science & medicine*, 15A, pp. 557–564. doi: 10.1016/0271-7123(81)90079-1.

Gadallah, M. *et al.* (2003) 'Patient satisfaction with primary health care services in two districts in Lower and Upper Egypt', *Eastern Mediterranean Health Journal*, 9(3), pp. 422–430. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/119293>.

Garratt, A., Solheim, E. and Danielsen, K. (2008) *National and cross-national surveys of patient experiences: a structured review*. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.

Garvin, D. (1984a) 'Product quality: An important strategic weapon', *Business Horizons*, 27(3), pp. 40–43. doi: 10.1016/0007-6813(84)90024-7.

Garvin, D. (1984b) 'What Does "Product Quality" Really Mean?', *Sloan Management Review*, 26(1), pp. 25–43. doi: 10.1183/09031936.00106609.

Geron, S., Straker, J. K. and Applebaum, R. (2000) *Assessing Satisfaction in Health and Long Term Care : Practical Approaches to Hearing the Voices of Consumers*. New York: Springer Publishing Company. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=246125&site=eds-live&authtype=ip,athens>.

Giese, J. L. and Cote, J. a. (2000) 'Defining Consumer Satisfaction', *Academy of Marketing Science Review*, 1. Available at: <http://www.amsreview.org/articles/giese01-2000.pdf>.

Gilbert, F. W., Lumpkin, J. R. and Dant, R. P. (1992) 'Adaptation and Customer Expectations of Health Care Options.', *Journal of Health Care Marketing*, 12(3), pp. 46–55. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.

Goodwin, N. *et al.* (2010) *Managing people with long-term conditions.*, *The King's Fund*. Available at: <http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=8757>.

Grönroos, C. (1984) 'A Service Quality Model and its Marketing Implications', *European Journal of Marketing*, 18(4), pp. 36–44. Available at: <https://doi.org/10.1108/EUM0000000004784>.

- Hall, J. A. and Dornan, M. C. (1988) 'What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature', *Social Science and Medicine*, 27(9), pp. 935–939. doi: 10.1016/0277-9536(88)90284-5.
- Hall, J. A. and Dornan, M. C. (1990) 'Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis', *Social Science and Medicine*, 30(7), pp. 811–818. doi: 10.1016/0277-9536(90)90205-7.
- Hancock, T. (1986) 'Lalonde and beyond: Looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians"', *Health Promotion*, 1(1), pp. 93–100. doi: 10.1093/heapro/1.1.93.
- Harris, L. E. *et al.* (1999) 'Measuring Patient Satisfaction for Quality Improvement', 37(12), pp. 1207–1213.
- Hawthorne, G. (2006) *Review of Patient Satisfaction Measures*. Australian Government Department of Health and Ageing.
- Hawthorne, G. *et al.* (2014) 'Measuring patient satisfaction with health care treatment using the Short Assessment of Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates', *Journal of Clinical Epidemiology*. Elsevier Inc, 67(5), pp. 527–537. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.12.010.
- Hekkert, K. D. *et al.* (2009) 'Patient satisfaction revisited: A multilevel approach', *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd, 69(1), pp. 68–75. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.016.
- Institute of Medicine (1974) *Advancing The Quality of Health Care: A Policy Statement*. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/9933.
- Institute of Medicine (1990) *Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I*. Edited by K. N. Lohr. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/1547.
- Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academies Press. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=86916&site=eds-live&authtype=ip,athens> (Accessed: 11 February 2018).
- J. Sixma, H. *et al.* (1998) 'Quality of Care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument', *Health expectations*, 1, pp. 82–95. doi: 10.1046/j.1369-6513.1998.00004.x.

- Jacobs, F. R. and Chase, R. B. (2012) *Διοίκηση λειτουργιών και εφοδιαστικής αλυσίδας, 1η ελλ. έκδοση*. Edited by Δ. Ασκούνης, Ι. Μαρτινάκης, and Α. Νεάρχου. Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Jadad, A. R. and O'Grady, L. (2008) 'How should health be defined?', *BMJ*, 337, p. a2900. doi: 10.1136/bmj.a2900.
- Janzen, J. A. *et al.* (2006) 'What is a health expectation? Developing a pragmatic conceptual model from psychological theory', *Health Expectations*, 9(1), pp. 37–48. doi: 10.1111/j.1369-7625.2006.00363.x.
- Joshi, M. *et al.* (2014) *The Healthcare Quality Book : Vision, Strategy, and Tools*. Chicago, Illinois: Health Administration Press.
- Joshi, S. and Joshi, M. K. (2017) 'A study on patient satisfaction in out patient department of secondary care hospital of Bhopal', 4(4), pp. 1141–1147. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20171339.
- Juran, J. M. and Godfrey, A. B. (1998) *Juran's Quality Handbook (5th Edition)*. New York: McGraw-Hill.
- Kenten, C. *et al.* (2010) 'A study of patient expectations in a Norfolk general practice', *Health Expectations*, 13(3), pp. 273–284. doi: 10.1111/j.1369-7625.2010.00603.x.
- Kiran, D. R. (2016) *Total Quality Management*. Butterworth-Heinemann. Available at: http://proquestcombo.safaribooksonline.com/book/quality-management/9780128110362/chapter-3-quality-gurus/s0060_html_2?unicode=12783270.
- Kravitz, R. (1998) 'Patient satisfaction with health care: critical outcome or trivial pursuit?', *Journal of general internal medicine*, 13(4), pp. 280–282. doi: 10.1046/j.1525-1497.1998.00084.x.
- Kurpas, D. *et al.* (2013) 'The quality of primary health care for chronically ill patients: a cross-sectional study.', *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 22(4), pp. 501–511.
- Laframboise, H. (1973) 'Health policy: breaking the problem down into more manageable segments', *Canadian Medical Association Journal*, 108(3), pp. 388–391.
- Lalonde, M. (1974) *A new perspective on the Health of Canadians*. Ottawa.
- Larson, J. S. (1999) 'The Conceptualization of Health', *Medical Care Research and Review*, 56(2), pp. 123–136. doi: 10.1177/107755879905600201.

- LaTour, K. M. *et al.* (2013) *Health Information Management : Concepts, Principles, and Practice*. Chicago, Ill: AHIMA Press. Available at:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e020mww&AN=667492&site=eds-live&authtype=ip,athens>.
- Lehtinen, U. and Lehtinen, J. R. (1991) 'Two Approaches to Service Quality Dimensions', *The Service Industries Journal*, 11(3), pp. 287–303. doi: 10.1080/02642069100000047.
- Levi, B. (2017) 'Perceived health status in a comparative perspective: Methodological limitations and policy implications for Israel', *Israel Journal of Health Policy Research*. *Israel Journal of Health Policy Research*, 6(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s13584-016-0128-x.
- Licina, P. *et al.* (2012) 'Patient expectations, outcomes and satisfaction: related, relevant or redundant?', *Evidence-Based Spine-Care Journal*, 3(04), pp. 13–19. doi: 10.1055/s-0032-1328138.
- Lin, B. and Kelly, E. (1995) 'Methodological issues in patient satisfaction surveys.', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8(6), pp. 32–37. doi: 10.1108/09526869510098840.
- Lloyd, R. C. (2019) *Quality health care: a guide to developing and using indicators*. Jones & Bartlett Learning.
- Locker, D. and Dunt, D. (1978) 'Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care.', *Social science & medicine*, 12, pp. 283–292. doi: 10.1016/0160-7979(78)90210-2.
- Lohr, K. N. (1990) *Medicare : A Strategy for Quality Assurance, Volume I*. Washington, D.C.: National Academies Press (IOM Publication).
- Lynn, M. R., Mcmillen, B. J. and Sidani, S. (2007) 'Understanding and measuring patients' assessment of the quality of nursing care', *Nursing Research*, 56(3), pp. 159–166.
- Mahadevan, B. (2015) *Operations Management*. 3rd edn. Pearson Education India. Available at:
http://proquestcombo.safaribooksonline.com/book/operations/9789332541092/12dot-total-quality-management/sec12_3_html?uicode=12783270 (Accessed: 6 March 2018).
- Manary, M. P. *et al.* (2013) 'The Patient Experience and Health Outcomes', *New England Journal of Medicine*, 368(3), pp. 201–203. doi: 10.1056/NEJMp1211775.

- Marcinowicz, L., Chlabicz, S. and Grebowski, R. (2010) 'Understanding patient satisfaction with family doctor care', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, pp. 712–715. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01180.x.
- Martin, M. L. *et al.* (2016) *Diversity and inclusion in Quality patient care*. Springer.
- Maxwell, R. (1984) 'Perspectives in NHS Management: Quality assessment in health', *Bmj*, 288(May), pp. 1470–1472.
- Maxwell, R. J. (1992) 'Dimensions of quality revisited: from thought to action.', *Quality in Health Care*, 1(3), pp. 171–177. doi: 10.1136/qshc.1.3.171.
- Miller, R. K., Washington, K. D. and Associates, R. K. M. & (2015) *Healthcare Business Market Research Handbook 2015-2016*. Loganville, GA: Richard K. Miller & Associates (RKMA Market Research Handbook Series). Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=991211&site=eds-live&authtype=ip,athens>.
- Mitropoulos, P., Vasileiou, K. and Mitropoulos, I. (2018) 'Understanding quality and satisfaction in public hospital services: A nationwide inpatient survey in Greece', *Journal of Retailing and Consumer Services*. Elsevier Ltd, 40, pp. 270–275. doi: 10.1016/j.jretconser.2017.03.004.
- Mohamed, E. Y. *et al.* (2015) 'Patients' Satisfaction with Primary Health Care Centers' Services, Majmaah, Kingdom of Saudi of Saudi Arabia.', *International Journal of Health Sciences*, 9(2), pp. 163–70.
- Muldoon, L. K., Hogg, W. E. and Levitt, M. (2006) 'Primary care (PC) and primary health care (PHC): What is the difference?', *Canadian Journal of Public Health*, 97(5), pp. 409–411.
- Naidu, A. (2009) 'Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(4), pp. 366–381. doi: 10.1108/09526860910964834.
- Nguyen Thi, P. L. *et al.* (2002) 'Factors determining inpatient satisfaction with care', *Social Science and Medicine*, 54(4), pp. 493–504. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00045-4.
- Niakas, D., Gnardellis, C. and Theodorou, M. (2004) 'Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey', *Health Services Management Research*, 17(1), pp. 62–69. doi: 10.1258/095148404322772741.

OECD/EU (2016) *Health at a Glance: Europe 2016-State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264265592-en.

OECD (2017) *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU*. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285224-el>.

Ogaji, D. S. (2017) 'Questionnaires for Patient Evaluation of Primary Health Care: A Systematic Review and Implications for the Nigerian Practice Setting', *Journal of Community Medicine and Primary Health Care*, 29(1), pp. 18–34. Available at: <https://www.ajol.info/index.php/jcmphc/article/viewFile/160829/150864>.

Olson, J., Roese, N. and Zanna, M. (1996) 'Expectancies', in Kruglanski, A. and Higgins, E. (eds) *Social Psychology: A Handbook of Basic Principles*. New York: Guilford Press, pp. 211–238.

Otani, K., Kurz, R. and Harris, L. (2005) 'Managing primary care using patient satisfaction measures', *Journal of Healthcare Management*, 50(5), pp. 311–324. Available at: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-25444472333&partnerID=40&md5=a41ddb24b91328eacd9d835a175bdb57>.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1985) 'A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research', *The Journal of Marketing*, 49(4), pp. 41–50. doi: 10.2307/1251430.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1988) 'SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality', *Journal of Retailing*, 64(1), pp. 12–40.

Pascoe, G. C. (1983) 'Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis', *Evaluation and Program Planning*, 6, pp. 185–210. doi: 10.1016/0149-7189(83)90002-2.

Patrick, D. L., Scrivens, E. and Charlton, J. R. H. (1983) 'Disability and patient satisfaction with medical care', *Medical Care*, 21(11), pp. 1062–1075.

Pearse, J. (2005) *Review of patient satisfaction and experience surveys conducted for public hospitals in Australia*, Health Policy Analysis Pty Ltd. Available at: <https://www.pc.gov.au/research/supporting/patient-satisfaction>.

Press, I. (2002) *Patient Satisfaction : Defining, Measuring, and Improving the Experience of Care*. Chicago, IL: Health Administration Press (ACHE Management Series). Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=72544&site=eds-live&authtype=ip,athens>.

Press, I. (2006) *Patient Satisfaction : Understanding and Managing the Experience of Care*. Chicago, IL: Health Administration Press (ACHE Management Series). Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=147541&site=eds-live&authtype=ip,athens>.

Raftopoulos, V. (2005) 'A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care', *ICUS NURS WEB J*, April-June(22).

Raftopoulos, V. (2010) 'Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece', *International Journal of Caring Sciences*, 3(3), pp. 110–121. Available at: https://www.researchgate.net/publication/228358611_Assessment_of_users%27_expectations_perceived_quality_and_satisfaction_with_primary_care_in_Greece.

Robertson, R., Appleby, J. and Evans, H. (2018) 'Public satisfaction with the NHS in 2017: Results and trends from the British Social Attitudes survey', *The King's Fund*, (February), pp. 1–23. Available at: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-02/NUT_KF_BSA_2018_WEB.pdf.

Roghamann, K., Hengst, A. and Zastowny, T. (1979) 'Satisfaction with Medical Care : Its Measurement and Relation to Utilization', *Medical Care*, XVII(5), pp. 461–479.

Ross, C. K. *et al.* (1987) 'The role of expectations in patient satisfaction with medical care', *Journal of Health Care Marketing*, 7, pp. 16–27.

Russell, R. S., Johnson, D. M. and White, S. W. (2015) 'Patient perceptions of quality: analyzing patient satisfaction surveys', *International Journal of Operations & Production Management*, 35(8), pp. 1158–1181. doi: 10.1108/IJOPM-02-2014-0074.

Sanchez-Piedra, C. *et al.* (2014) 'Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project', *Quality in Primary Care*, 22, pp. 147–155. Available at: <http://primarycare.imedpub.com/factors-associated-with-patient-satisfaction-with-primary-care-in-europe-results-from-the-euprimecare-project.php?aid=39>.

Schoenfelder, T., Klewer, J. and Kugler, J. (2011) 'Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany', *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), pp. 503–509. doi: 10.1093/intqhc/mzr038.

Shi, L. (2012) 'The Impact of Primary Care: A Focused Review', *Scientifica*, 2012, pp. 1–22. doi: 10.6064/2012/432892.

Sitzia, J. (1999) 'How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies', *International Journal for Quality in Health Care*, 11(4), pp. 319–328. Available at: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/11/4/319>.

Sixma, H. J., Spreeuwenberg, P. M. . and Van Der Pasch, M. A. A. (1998) 'Patient Satisfaction with the General Practitioner : A Two-Level Analysis', *Med*, 36(2), pp. 212–229.

Spath, P. (2013) *Introduction to Healthcare Quality Management*. 2nd edn. Chicago: Health Administration Press. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=643679&site=eds-live&authtype=ip,athens>.

Staniszewska, S. and Ahmed, L. (1999) 'The concepts of expectation and satisfaction: Do they capture the way patients evaluate their care?', *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), pp. 364–372. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00897.x.

Starfield, B. (1994) 'Is primary care essential?', *The Lancet*, 344(8930), pp. 1129–1133. Available at: <http://www.hindawi.com/journals/scientifica/2012/432892/>.

Stepurko, T., Pavlova, M. and Groot, W. (2016) 'Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: A cross-sectional study in six Central and Eastern European countries', *BMC Health Services Research*, 16(1), pp. 1–14. doi: 10.1186/s12913-016-1585-1.

Suarez, J. G. (1992) *Three Experts on Quality Management: Philip B. Crosby, W. Edwards Deming, Joseph M. Juran*. Total Quality Leadership Office Arlington VA.

Thompson, A. G. H. and Sunol, R. (1995) 'Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence', *International Journal for Quality in Health Care*, 7(2), pp. 127–141. doi: 10.1093/intqhc/7.2.127.

U.S. Congress and Office of Technology Assessment (1988) *The Quality of Medical Care : Information for Consumers*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Vuković, M. *et al.* (2012) 'Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care', *Public Health*, 126(8), pp. 710–718. doi: 10.1016/j.puhe.2012.03.008.
- Ware, J. E. *et al.* (1983) 'Defining and Measuring Patient With Medical Care Satisfaction', *Evaluation and Program Planning*, 6, pp. 247–263. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0149718983900058>.
- Ware, J. E., Davies-Avery, A. and Stewart, a L. (1977) 'The measurement and Meaning of Patient Satisfaction: A Review of the Literature', *Health and Medical Services Review*. Santa Monica: RAND Corporation, pp. 3–45. Available at: <https://www.rand.org/pubs/papers/P6036.html>.
- Williams, B. (1994) 'Patient Sastisfaction: A Valid Concept?', *Social Science & Medicine*, 38(4), pp. 509–516. doi: 10.1016/0277-9536(94)90247-X.
- Williams, S. *et al.* (1995) 'Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction?', *Family Practice*, 12(2), pp. 193–201.
- World Health Organization (1978) *Declaration of Alma-Ata*. Alma-Ata, USSR: World Health Organization.
- World Health Organization (2000) *The World Health Report 2000: health systems: improving performance*. Geneva. Available at: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf.
- World Health Organization (2003) *The world health report 2003: Shaping the future*, Geneva: Wold Health Organization.
- World Health Organization (2006) *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2016) *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Geneva: World Health Organization. Available at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/119694>.
- World Health Organization (2018a) 'Second International Conference on Primary Health Care: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals', (October), p. 3. Available at: <http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT-Declaration--9-April-2018.pdf>.

World Health Organization (2018b) *What is Quality of Care and why is it important?*
Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/ (Accessed: 24 February 2018).

Yi, Y. (1989) *A critical review of consumer satisfaction*. University of Michigan.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

Συμπληρώνοντας αυτό το έντυπο συνεισφέρετε στην ερευνητική προσπάθεια :

"Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ενός Κέντρου Υγείας της Ανατολικής Αττικής."

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας εμπιστευτικές.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

- ¹ Άνδρας
⁰ Γυναίκα

2. Πόσο χρονών είστε;

3. Εθνικότητα:

- ¹ Ελληνική
² Άλλη

4. Σε ποια κατηγορία εκπαίδευσης ανήκετε;

- ¹ Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)
² Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)
³ Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, Α.Τ.Ε.Ι.)
⁴ Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης
⁵ Διδακτορικό δίπλωμα

5. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- ⁴ Άγαμη/ος
³ Έγγαμη/ος
² Διαζευγμένη/ος
¹ Χήρα/ος
⁰ Συμβίωση

6. Η εργασία σας είναι :

- ³ Μη χειρωνακτική
² Χειρωνακτική
¹ Αγρότης
⁰ Οικιακά

7. Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα σας;

- ⁴ Μεγαλύτερο των 1350 ευρώ
³ Από 901 έως 1350 ευρώ
² Από 451 έως 900 ευρώ
¹ Μικρότερο των 450 ευρώ
⁰ Άνεργος

8. Η απόσταση της μόνιμης κατοικίας σας από το κέντρο υγείας είναι:

- ⁴ Μεγαλύτερη από 10 χλμ
³ Μεγαλύτερη από 7,5 και έως 10 χλμ
² Μεγαλύτερη από 5 και έως 7,5 χλμ
¹ Μεγαλύτερη από 2,5 και έως 5 χλμ
⁰ Έως 2,5 χλμ

9. Έχετε ασφάλιση υγείας;

- ¹ Ναι
⁰ Όχι

10. Πόσες φορές έχετε επισκεφτεί το κέντρο υγείας;

- ⁴ Περισσότερες από 3 φορές
³ 2 φορές
² 1 φορά
¹ Καμία
⁰ Πρώτη φορά στη ζωή μου

11. Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα;

- ¹ Ναι
⁰ Όχι

12. Ο λόγος της επίσκεψης σας γίνεται (ή έγινε) για:

- ¹ Ένα ξαφνικό πρόβλημα υγείας
² Επανεξέταση για ένα πρόβλημα υγείας
³ Τη συνήθη συνταγογράφηση
⁴ Χορήγηση αναρρωτικής άδειας
⁵ Έκδοση πιστοποιητικού υγείας
⁶ Ιατρονομικές εξετάσεις (α/α θώρακος κ.ά.)
⁷ Πρόληψη (εμβολιασμός, Pap test κ.ά.)

13. Πόσο σοβαρό θεωρείτε ότι είναι το πρόβλημα σας;

- ³ Πολύ
² Αρκετά
¹ Λίγο
⁰ Καθόλου

14. Θα ήθελα στο μέλλον να επισκεφτώ ξανά αυτό το κέντρο υγείας αν παρουσιαστεί πρόβλημα:

- ⁴ Συμφωνώ απόλυτα
³ Συμφωνώ
² Διαφωνώ
¹ Διαφωνώ απόλυτα
⁰ Δεν ξέρω

15. Αισθάνομαι ότι η συνολική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο κέντρο υγείας είναι ποιοτική.

- ⁴ Συμφωνώ απόλυτα
³ Συμφωνώ
² Διαφωνώ
¹ Διαφωνώ απόλυτα
⁰ Δεν ξέρω

16. Αισθάνομαι ότι η ιατρική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο κέντρο υγείας είναι ποιοτική.

- ⁴ Συμφωνώ απόλυτα
³ Συμφωνώ
² Διαφωνώ
¹ Διαφωνώ απόλυτα
⁰ Δεν ξέρω

17. Αισθάνομαι ότι η νοσηλευτική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο κέντρο υγείας είναι ποιοτική.

- ⁴ Συμφωνώ απόλυτα
³ Συμφωνώ
² Διαφωνώ
¹ Διαφωνώ απόλυτα
⁰ Δεν ξέρω

18. Πώς αισθάνεστε συνολικά από τις υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο κέντρο υγείας;

- ⁸ Πολύ ικανοποιημένος
⁷ Αρκετά ικανοποιημένος
⁶ Λίγο ικανοποιημένος
⁵ Απλά ικανοποιημένος
⁴ Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος
³ Καθόλου ικανοποιημένος
² Δυσαρεστημένος
¹ Πολύ δυσαρεστημένος
⁰ Αδιάφορος

19. Θα έλεγα ότι οι υπηρεσίες που μου προσφέρθηκαν στο κέντρο υγείας ήταν:

- ⁴ Καλύτερες από αυτές που περίμενα
³ Καλές όπως τις περίμενα
² Μέτριες όπως τις περίμενα
¹ Κακές όπως τις περίμενα
⁰ Χειρότερες από αυτές που περίμενα

20. Πώς αισθάνεστε συνολικά από την ιατρική φροντίδα που σας προσφέρθηκε στο κέντρο υγείας;

- ⁸ Πολύ ικανοποιημένος
⁷ Αρκετά ικανοποιημένος
⁶ Λίγο ικανοποιημένος
⁵ Απλά ικανοποιημένος
⁴ Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος
³ Καθόλου ικανοποιημένος
² Δυσαρεστημένος
¹ Πολύ δυσαρεστημένος
⁰ Αδιάφορος

21. Θα έλεγα ότι η ιατρική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο κέντρο υγείας ήταν:

- ⁴ Καλύτερη από αυτήν που περίμενα
³ Καλή όπως την περίμενα
² Μέτρια όπως την περίμενα
¹ Κακή όπως την περίμενα
⁰ Χειρότερη από αυτήν που περίμενα

22. Πώς αισθάνεστε συνολικά από τη νοσηλευτική φροντίδα που σας προσφέρθηκε;

- ⁸ Πολύ ικανοποιημένος
⁷ Αρκετά ικανοποιημένος
⁶ Λίγο ικανοποιημένος
⁵ Απλά ικανοποιημένος
⁴ Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος
³ Καθόλου ικανοποιημένος
² Δυσαρεστημένος
¹ Πολύ δυσαρεστημένος
⁰ Αδιάφορος

23. Θα έλεγα ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν:

- ⁴ Καλύτερη από αυτήν που περίμενα
³ Καλή όπως την περίμενα
² Μέτρια όπως την περίμενα
¹ Κακή όπως την περίμενα
⁰ Χειρότερη από αυτήν που περίμενα

24. Τι θεωρείτε το πιο σπουδαίο στη φροντίδα σας στο κέντρο υγείας;

- ¹ Όλα
² Η ενημέρωση από το προσωπικό
³ Ο σεβασμός από το προσωπικό
⁴ Το ενδιαφέρον του προσωπικού
⁵ Η ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό
⁶ Οι ανέσεις του χώρου αναμονής
⁷ Η ευγένεια του προσωπικού
⁸ Η επικοινωνία με το προσωπικό

25. Δεχθήκατε νοσηλευτική φροντίδα/πράξη;

- ¹ Ναι
⁰ Όχι

Δίπλα από την κάθε ερώτηση απαντήστε **από 0 (καθόλου) έως 10 (πάρα πολύ)**.
 Στην **πρώτη στήλη σημειώστε τι περιμένετε** και στην **δεύτερη στήλη πόσο ικανοποιημένος/η**
 είστε από το καθένα κατά την επίσκεψη σας στο κέντρο υγείας.

Ερώτηση	Τι περιμένω; 0 έως 10	Πόσο ικανοποιημένος; 0 έως 10
1. Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια χρόνο για να μου εξηγήσει όσα δεν κατάλαβα από τον ιατρό		
2. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται για το πρόβλημα μου		
3. Να είναι φιλική η νοσηλεύτρια μαζί μου		
4. Η νοσηλεύτρια να είναι διακριτική		
5. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ξέρει καλά την δουλειά της		
6. Η νοσηλεύτρια να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία		
7. Η νοσηλεύτρια να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό		
8. Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου		
9. Ο γιατρός να αφιερώσει χρόνο για να μου εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει οδηγίες		
10. Να νιώθω ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω		
11. Ο γιατρός να είναι φιλικός μαζί μου		
12. Ο γιατρός να είναι διακριτικός		
13. Ο γιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό		
14. Να νιώθω ότι ο γιατρός ξέρει καλά την δουλειά του		
15. Ο γιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει		
16. Ο γιατρός να προστατεύει την αξιοπρέπεια μου όταν με εξετάζει		
17. Ο γιατρός να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία		
18. Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση		
19. Ο γιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού		
20. Ο γιατρός να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις		
21. Ο γιατρός να μην μου ζητά χρήματα		
22. Ο γιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση		
23. Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος		
24. Τα ιατρεία να είναι καλά οργανωμένα		
25. Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας		
26. Να τηρούνται τα ραντεβού		
27. Να είναι φιλικός ο χώρος των ιατρείων		

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας.