



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

“ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ : ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΣΤΟΝ ΝΟΜΟ ΑΧΑΪΑΣ”

ΚΟΜΝΗΝΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Δρ ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ , 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	5
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	9
1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
2 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	13
2.1 ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ –ΈΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑ.....	13
2.2 Ο ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	14
2.3 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	16
2.3.1 Η έννοια της ποιότητας.....	16
2.3.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες.....	18
2.3.3 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	19
2.3.4 Έλεγχος της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	20
2.4 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	22
2.4.1 Εννοιολογικός ορισμός.....	22
2.4.2 Αιτιολογικοί παράγοντες μέτρησης της ικανοποίησης.....	23
2.4.3 Μέτρηση της ικανοποίησης.....	25
2.4.4 Οφέλη της μέτρησης της ικανοποίησης.....	26
2.5 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	28
2.5.1 Η ικανοποίηση στην οδοντιατρική φροντίδα.....	28
2.5.2 Παράγοντες ικανοποίησης στην οδοντιατρική φροντίδα.....	29
2.5.2.1 Προσδοκίες.....	29
2.5.2.2 Διαπροσωπικές Σχέσεις.....	30
2.5.2.3 Τεχνική ικανότητα οδοντίατρου.....	31
2.5.2.4 Ευκολίες προσέλευσης.....	31
2.5.2.5 Κόστος περίθαλψης.....	31
2.5.2.6 Εγκαταστάσεις.....	32
2.5.2.7 Ηλικία.....	32
2.5.2.8 Φύλο.....	32
2.5.2.9 Οικονομική κατάσταση.....	33
2.5.2.10 Οδοντιατρικές εμπειρίες.....	33
2.5.2.11 Οδοντιατρικό άγχος.....	33
3 ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	34
3.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	34
3.1.1 Σκοπός και αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας.....	34
3.1.2 Ερωτήματα της έρευνας.....	34
3.1.3 Μέσα συλλογής δεδομένων.....	34
3.1.4 Πιλοτική έρευνα.....	36
3.1.5 Υλικό και μέθοδος.....	36
3.1.6 Επεξεργασία δεδομένων.....	36
3.1.7 Ηθικές διαστάσεις.....	37
3.1.8 Περιορισμοί της έρευνας.....	37

4	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	39
4.1	ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	39
4.2	ΧΡΗΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	41
4.3	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	43
4.3.1	<i>Ικανοποίηση -- Γενική ανάλυση δείγματος</i>	43
4.3.2	<i>Προσπελασιμότητα</i>	43
4.3.2.1	Μέσοι Όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις: Προσπελασιμότητα	44
4.3.2.2	Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου – Προσπελασιμότητα	44
4.3.3	<i>Προσβασιμότητα</i>	48
4.3.3.1	Μέσοι Όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις: Προσβασιμότητα	48
4.3.3.2	Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου – Προσβασιμότητα	50
4.3.4	<i>Εξυπηρέτηση</i>	53
4.3.4.1	Μέσοι Όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις: Εξυπηρέτηση	53
4.3.4.2	Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου – Εξυπηρέτηση	54
4.3.5	<i>Ενημέρωση</i>	56
4.3.5.1	Μέσοι Όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις: Ενημέρωση	56
4.3.5.2	Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου – Ενημέρωση	58
4.3.6	<i>Περιβάλλον</i>	60
4.3.6.1	Μέσοι Όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις: Περιβάλλον	60
4.3.6.2	Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου – Περιβάλλον	62
4.3.7	<i>Κόστος και Προσδοκίες</i>	64
4.3.7.1	Μέσοι Όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις: Κόστος & Προσδοκίες	64
4.3.7.2	Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου- Κόστος και Προσδοκίες	65
4.3.8	<i>Αξιολόγηση</i>	66
4.3.8.1	Μέσοι Όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις : Αξιολόγηση	67
4.3.8.2	Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου – Αξιολόγηση	67
4.3.9	<i>Ικανοποίηση- Ανάλυση δείγματος κατά Ηλικιακές Ομάδες</i>	68
4.4	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	75
4.4.1	<i>Μεταρρύθμιση</i>	75
4.4.1.1	Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις (Μεταρρύθμιση)	75
4.4.2	<i>Οικονομική κρίση</i>	75
4.4.2.1	Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις (Οικονομική κρίση)	75
5	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΒΑΣΕΙ ΗΛΙΚΙΩΝ	77
5.1	ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	77
5.2	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	78
5.3	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	78
5.4	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	79
5.5	ΦΥΛΟ	80
5.6	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	80
5.7	ΛΟΓΟΙ ΜΗ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	81
5.7.1	<i>α) το κόστος</i>	81
5.7.2	<i>β) το εύρος</i>	81
5.7.3	<i>γ) η ποιότητα</i>	82
5.7.4	<i>δ) Η ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη</i>	82
5.7.5	<i>ε) η γραφειοκρατία</i>	83
5.8	ΔΑΠΑΝΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	83
5.9	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΤΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ	84
5.10	ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ- ΡΑΝΤΕΒΟΥ	84
5.11	ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ- ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	85
5.12	ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ- ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ	85
5.13	ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ- ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ	86

5.14	ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ-ΧΩΡΟΙ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ.....	87
5.15	ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ-ΜΑΖΙΚΑ ΜΕΣΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ	87
5.16	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ –ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ.....	88
5.17	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ- ΒΟΗΘΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ.....	89
5.18	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ- ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ	91
5.19	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ.....	91
5.20	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ –ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	92
5.21	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ- ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	93
5.22	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	93
5.23	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ.....	94
5.24	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	95
5.25	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ –ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	95
5.26	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	96
5.27	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	96
5.28	ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	97
5.29	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ – ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	98
5.30	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ – ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	99
5.31	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ –ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	100
5.32	ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ Ε.Ο.Ο	101
5.32.1	<i>Ηλικιακή ομάδα Ενηλίκων (35-44 ετών).....</i>	<i>101</i>
5.32.2	<i>Ηλικιακή ομάδα Υπερηλίκων (65-74 ετών)</i>	<i>104</i>
6	ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	108
	• ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	111
	• ΛΟΓΟΙ ΜΗ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	111
	• ΔΑΠΑΝΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	111
	• ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΤΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ	112
	• ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ	112
	• ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ	112
	• ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	112
	• ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ.....	112
	• ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	113
	• ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	113
	• ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	113
7	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	118
8	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	130
9	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	138
10	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.....	141
10.1	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 2 (ΕΝΗΛΙΚΕΣ) – ΚΑΤΑΝΟΜΕΣ.....	141
10.2	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 5 (ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ)	145

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 4-1: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΣΩΝ ΟΡΩΝ (Μ.Ο.) ,	40
Πίνακας 4-2: ΧΡΗΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	42
Πίνακας 4-3: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις, Προσπελασιμότητα	44
Πίνακας 4-4: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ - ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ.....	45
Πίνακας 4-5: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις, Προσβασιμότητα	49
Πίνακας 4-6: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ - ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ	50
Πίνακας 4-7: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις , Εξυπηρέτηση	53
Πίνακας 4-8 : ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ - ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ.....	54
Πίνακας 4-9: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις, Ενημέρωση	57
Πίνακας 4-10: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ- ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	58
Πίνακας 4-11: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις, Περιβάλλον.....	60
Πίνακας 4-12: : ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ -ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	62
Πίνακας 4-13: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις, Κόστος & Προσδοκίες	64
Πίνακας 4-14: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ -ΚΟΣΤΟΣ & ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	65
Πίνακας 4-15: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις, Αξιολόγηση.	67
Πίνακας 4-16: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	68
Πίνακας 4-17: ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ – ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ.....	69
Πίνακας 4-18: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.)τυπικές αποκλίσεις (Μεταρρύθμιση)	75
Πίνακας 4-19: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.)	76
Πίνακας 5-1 : ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....	78
Πίνακας 5-2 : ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	78
Πίνακας 5-3 : ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	79
Πίνακας 5-4: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	79
Πίνακας 5-5: ΦΥΛΟ	80
Πίνακας 5-6 : ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΕ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ	80
Πίνακας 5-7: ΛΟΓΟΙ ΧΡΗΣΕΩΣ_ ΚΟΣΤΟΣ	81
Πίνακας 5-8: ΛΟΓΟΙ ΧΡΗΣΕΩΣ_ ΕΥΡΟΣ	81
Πίνακας 5-9: ΛΟΓΟΙ ΧΡΗΣΕΩΣ_ ΠΟΙΟΤΗΤΑ	82
Πίνακας 5-10: ΛΟΓΟΙ ΧΡΗΣΕΩΣ_ ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗ	82
Πίνακας 5-11: ΛΟΓΟΙ ΧΡΗΣΕΩΣ_ ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ	83
Πίνακας 5-12: ΔΑΠΑΝΗ ΟΔ. ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΤΟΥΣ	83
Πίνακας 5-13: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΚΑΙ ΚΑΛΥΨΕΙΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΑΜΕΙΟΥ	84
Πίνακας 5-14: ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ_ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	84
Πίνακας 5-15:ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ_ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	85
Πίνακας 5-16: ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ.....	86
Πίνακας 5-17:ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	86
Πίνακας 5-18: ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ- ΧΩΡΩΝ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ	87
Πίνακας 5-19: ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ ΜΑΖΙΚΑ ΜΕΣΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ.....	88
Πίνακας 5-20: ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ –ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ I	88
Πίνακας 5-21: ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ –ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ II	89
Πίνακας 5-22:ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ- ΒΟΗΘΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ I.....	89
Πίνακας 5-23: ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ- ΒΟΗΘΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ II.....	90
Πίνακας 5-24: ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ- ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ	91
Πίνακας 5-25: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ	92
Πίνακας 5-26: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	92
Πίνακας 5-27: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	93
Πίνακας 5-28:ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	93
Πίνακας 5-29: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ.....	94
Πίνακας 5-30: ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ.....	95
Πίνακας 5-31: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ –ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	95

Πίνακας 5-32: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ.....	96
Πίνακας 5-33: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	97
Πίνακας 5-34: ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	97
Πίνακας 5-35: ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	98
Πίνακας 5-36: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ – ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	99
Πίνακας 5-37: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	100
Πίνακας 5-38: Συγκριτικός Πίνακας -Ηλικιακή ομάδα Ενηλίκων (35-44 ετών)	102
Πίνακας 5-39: Συγκριτικός Πίνακας -Ηλικιακή ομάδα Υπερηλίκων (65-74 ετών).....	104

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 1 : ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΩΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	71
Διάγραμμα 2: ΕΝΗΛΙΚΕΣ- ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΡΕΥΝΑ Ε.Ο.Ο.....	103
Διάγραμμα 3: ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ – ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΡΕΥΝΑ Ε.Ο.Ο.....	106

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με την ραγδαία αύξηση των δαπανών του κοινωνικού κράτους και ιδίως στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, δημιουργήθηκε η ανάγκη μέτρησης της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, ώστε οι περιορισμένοι συνήθως διαθέσιμοι πόροι να αποδίδουν το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα.

Παράλληλα οι έρευνες για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας απέδειξαν ότι δεν αρκεί η αξιολόγηση της μόνον από την οπτική γωνία του ιατρικού κόσμου, αλλά χρειάζεται να μετρηθεί και η ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών.

Συστατικά στοιχεία της ικανοποίησης τα οποία και επιτρέπουν μια ακριβή μέτρηση της, είναι η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης, το φυσικό περιβάλλον των υπηρεσιών, η μέριμνα για τον ασθενή, η θεραπεία και το αποτέλεσμα αυτής, αλλά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο κ.λ.π.

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό την διερεύνηση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων στον ΟΠΑΔ –ΤΥΔΚΥ και τώρα ΕΟΠΥΥ, στην περιοχή των Πατρών, από την εμπειρία τους στις υγειονομικές υπηρεσίες των ιδιωτικών οδοντιατρείων.

Για την μέτρηση της ικανοποίησης των συγκεκριμένων ασθενών χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία διανεμήθηκαν και συμπληρώθηκαν με την παρουσία της ερευνήτριας στους ασφαλισμένους που προσέρχονταν στον ασφαλιστικό τους φορέα. Τα αποτελέσματα αυτής της μέτρησης αξιολογήθηκαν αυτοτελώς αλλά και σε συνδυασμό με άλλες προγενέστερες έρευνες και ιδιαίτερα με την έρευνα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας.

Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι η συνολική ικανοποίηση των ασφαλισμένων στα ανωτέρω ταμεία, όπως αυτή αποτυπώνεται στις απαντήσεις των ερωτηματολογίων, είναι αρκούτως καλή για την θεραπευτική διαδικασία, αφού το 88% των ερωτηθέντων δήλωσαν ικανοποιημένοι. Από την ανάλυση όμως των επί μέρους παραμέτρων και την σύγκριση με την έρευνα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, αναφαίνεται ότι το κόστος είναι ένας σοβαρά υπολογίσιμος παράγων για την μη χρήση των υπηρεσιών των ιδιωτικών οδοντιατρείων, η ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη επίσης παίζει ρόλο στην συχνότητα με την οποία προσέρχονται στα ιδιωτικά οδοντιατρεία, αλλά και η ευχέρεια στην πρόσβαση είναι ένας άλλος αρνητικός παράγων στην ικανοποίηση των ασθενών.

Τα αποτελέσματα αυτά απέδειξαν ότι υπάρχουν ακόμη τομείς οι οποίοι μπορούν να βελτιωθούν γεγονός που θα αναβαθμίσει την ποιότητα των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

ABSTRACT

With the soaring costs of the welfare state and especially in health services, the need to measure the quality of the services was born, so that the often limited resources available, are used to deliver the best possible result. M.O. while, research in the quality of health services showed that it is not enough to evaluate health services only from the perspective of the medical world, but that the satisfaction of patients also needs to be measured. Components of satisfaction and which allow an accurate measurement include ease of access, nature of services, care for the patient, treatment and outcome, as well as the demographic characteristics of patients such as age, sex etc. This study aims to investigate the satisfaction in health services delivered by private dental practices, amongst public sector employees insured under the former OPAD-TYDK (now named EOPYY), in the area of Patras. To measure the satisfaction of these patients, questionnaires were personally distributed to insured persons and completed in the presence of the researcher, during visits to the local EOPYY offices. The results of this measurement were evaluated separately and in combination with previous research, focusing on the comparison with similar research carried out by the Greek Dental Association. The evaluation results indicate that the overall satisfaction of policyholders in these insurance organisations, as reflected in the answers of the questionnaires, is sufficiently good for the healing process, since 88% of respondents were satisfied. The analysis, however, of individual parameters compared with the survey of the Greek Dental Association, make it apparent that cost is a major factor for not using the services of private dental practices. Inadequate insurance coverage also plays a role in the frequency with which patients visit private dental offices, and that the ease of access is another negative factor in patient satisfaction. These results demonstrate that there are still areas that can be improved which will upgrade the quality of services offered by private dental practices.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στην εκπόνηση της παρούσας διατριβής.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω πρωτίστως στον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Μητρόπουλο Ιωάννη για την καθοδήγηση, τα πολύτιμα σχόλια και την ενθάρρυνση που μου έδειξε καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ επίσης στον σύζυγο μου Τάσο και στα παιδιά μου Ανδρέα και Μαργαρίτα για την αμέριστη ηθική συμπαράσταση και την βοήθεια που μου προσέφεραν, ζητώντας τους συγχρόνως συγγνώμη για τις ώρες φροντίδας που τους στέρησα.

Θερμές ευχαριστίες και στην φίλη κυρία Κατερίνα Αβραμοπούλου διευθύντρια της Υ.Π.Α.Δ Αχαΐας για τον ενθουσιασμό με τον οποίο δέχθηκε να μου διαθέσει τον χώρο και τον χρόνο για τη συλλογή των ερωτηματολογίων.

Τέλος ευχαριστώ τους συναδέλφους μου τόσο στην Υ.Π.Α.Δ Αχαΐας όσο και στην Ν.Μ.Υ – Ε.Ο.Π.Υ.Υ ΠΑΤΡΩΝ για το καθημερινό τους ενδιαφέρον, και όλως ιδιαίτερα τους ασφαλισμένους των δύο ταμείων που με την συμβολή τους βοήθησαν στην διεξαγωγή της έρευνας.

1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το στοματογναθικό σύστημα, ως μέρος του όλου ανθρώπινου οργανισμού, είναι άμεσα συνυφασμένο με την γενική υγεία του ανθρώπου. Οι επιπτώσεις από μια νόσο στην περιοχή του στόματος όπως π.χ μια γενικευμένη περιοδοντίτιδα ή η έλλειψη οδόντων ή ακόμα και ένας καρκίνος των χειλέων έχουν ως συνέπεια την μείωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή. Άλλωστε η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση αντιμετωπίζει τη στοματική υγεία όχι απλώς ως υγεία των δοντιών και των ούλων, αλλά ως την απουσία χρόνιου πόνου, καρκίνου της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας, συγγενών ανωμαλιών (π.χ υπερωιοσχιστίες), τραυματισμών, δυσλειτουργιών και εκδηλώσεων συστηματικών νόσων.

Το στόμα χρησιμεύει πρωτίστως για την βασική λειτουργία της μάσησης, αλλά και για την άμυνα του οργανισμού έναντι των λοιμώξεων, την ομιλία, την γεύση, την έκφραση συναισθημάτων όπως το χαμόγελο και το φιλί, αλλά και για την ολοκλήρωση της όλης αισθητικής του προσώπου.

Η έλλειψη άρα, αυτών των λειτουργιών του στόματος, καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την υγεία και την ένταξη του ατόμου στο κοινωνικό του περιβάλλον και εν τέλει την ποιότητα της ζωής του.

Οι παρατηρήσεις αυτές υποχρεώνουν μια ευνομούμενη και προνοιακού χαρακτήρα πολιτεία, να ασχοληθεί με την οργάνωση της οδοντιατρικής περίθαλψης, ως μέρος της συνολικής ιατρικής φροντίδας που οφείλει να παρέχει, προς ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών της

Προς τούτο, η διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1978 για την καθιέρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, παροτρύνει τα κράτη, στα πλαίσια αρχών κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας, και με στόχο την ικανοποίηση των αναγκών της κοινότητας, να εξασφαλίσουν προσπελασιμότητα, και αποδοτικότητα στα προγράμματα και συστήματα υγείας (Μωραΐτης και συν1995).

Στα πλαίσια αυτά έγιναν στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια αρκετές προσπάθειες οργάνωσης της οδοντιατρικής περίθαλψης του πληθυσμού, όπως μέσα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Στοματική Υγεία 2008-2012, και πρόσφατα εντός του Ενιαίου Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας, όχι όμως με αξιόλογα αποτελέσματα. Η λειτουργία του συστήματος παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης στηρίζεται κυρίως στον ιδιωτικό τομέα με αποτέλεσμα μεν την βελτίωση κάποιων δεικτών

στοματικής υγείας, χαρακτηρίζεται όμως γενικότερα από υψηλό κόστος και χαμηλή αποτελεσματικότητα συνολικά, ενώ συντηρεί παράλληλα τις ανισότητες στη στοματική υγεία (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Στοματική Υγεία 2008-2012).

Συμπέρασμα του γεγονότος αυτού είναι η απαίτηση για εξασφάλιση, βελτίωση και διεύρυνση των παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών στην χώρα μας, προς ικανοποίηση των χρηστών και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Για τον σκοπό αυτό είναι αναγκαίο να γίνουν μελέτες μέτρησης της στοματικής υγείας του πληθυσμού, και των διαφορετικών διαστάσεων της, που έχουν να κάνουν με τον τρόπο ζωής, την πρόληψη, τη συνεχή στοματική φροντίδα, τη συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο, το προφίλ του οδοντίατρου, την ποιότητα ζωής του ατόμου και άλλες κοινωνικές και δημογραφικές παραμέτρους όπως το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα και το εισόδημα (Υφαντόπουλος και Ουλής 2010).

Οι πρώτες προσπάθειες για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας άρχισαν το 1956 στην Αμερική από τον χώρο της νοσηλευτικής (Abdellah και Levine, 1957) ενώ οι πρώτες ερευνητικές προσπάθειες στον χώρο της οδοντιατρικής περίθαλψης ξεκίνησε γύρω στα 1980 (Υφαντόπουλος και Ουλής 2010).

Η αξία της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών βασίστηκε στις μελέτες για την ποιότητα του Donabedian και του Picker οι οποίες απέδειξαν και την άμεση σχέση μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων της υγειονομικής περίθαλψης (Υφαντόπουλος και Ουλής 2010).

Στα μεθοδολογικά εργαλεία για την μέτρηση της ικανοποίησης συγκαταλέγονται οι συνεντεύξεις και τα ερωτηματολόγια. Οι συνεντεύξεις είναι μια πιο προσωπική και ευέλικτη μορφή ερευνών ενώ τα ερωτηματολόγια, είναι σαφώς δομημένα και μειονεκτούν στην άντληση λεπτομερών απαντήσεων. Αμφότερα όμως προϋποθέτουν τη χρήση συγκεκριμένων και συστηματικών πρωτοκόλλων.

Η παρούσα εργασία έχει ως βασικό σκοπό να περιγράψει την ικανοποίηση των οδοντιατρικών ασθενών των ασφαλισμένων στον Ο.Π.Α.Δ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου) και Τ.Υ.Δ.Κ.Υ (Τομέας υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων) οι οποίοι προσέρχονται στα ιδιωτικά οδοντιατρεία των Πατρών και της γύρω περιοχής. Η επιλογή των ταμείων έγινε με αφορμή το διορισμό της συγγραφέως ως ελεγκτού οδοντίατρου στα δύο αυτά ταμεία, αλλά και το ενδιαφέρον της που πηγάζει από

την πολυετή εμπειρία της στον χώρο της ιδιωτικής άσκησης του οδοντιατρικού επαγγέλματος. Συνέπεσε δε, με τις ριζικές ανακατατάξεις στην υγειονομική πολιτική των τελευταίων κυβερνήσεων της χώρας και τα ερωτηματικά που ανακύπτουν στο φιλοσοφικό υπόβαθρο της ιατρικής τον 21^ο αιώνα (βιοηθική, σχέση ιατρού ασθενή, ιατρική μέσω κανόνων marketing κ.λ.π) .

Σε μια εποχή όπου η γνώμη των ανθρώπων με την ιδιότητα του καταναλωτή αναζητείται σε όλα σχεδόν τα αγαθά, θα ήταν ιδιαίτερος παράξενος αν στον χώρο της οδοντιατρικής επιστήμης στη χώρα μας, έλειπαν οι έρευνες για την ικανοποίηση των οδοντιατρικών ασθενών και αντιστοίχως η κοινωνική προσφορά των οδοντιάτρων.

Η διατριβή αποτελείται από δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Στο γενικό μέρος παρουσιάζονται αρχικά οι παράγοντες που επηρεάζουν την στοματική υγεία καθώς και το αντίκτυπο που έχουν οι ασθένειες του στόματος στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων και στην κοινωνία γενικότερα. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στην περιορισμένη, είναι αλήθεια, ελληνική βιβλιογραφία τη σχετική με την ικανοποίηση των οδοντιατρικών ασθενών. Ακολουθεί η ανάλυση του τρόπου λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα του υγειονομικού συστήματος και γίνεται αναφορά στις θεωρίες και τις εννοιολογικές αναλύσεις για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, την ικανοποίηση των ασθενών και την ικανοποίηση στην οδοντιατρική περίθαλψη. Στο ειδικό μέρος της διατριβής περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας, τα αποτελέσματα μέσα από πίνακες και διαγράμματα και στο τέλος η απαραίτητη συζήτηση και η εξαγωγή των συμπερασμάτων.

2 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Στοματική υγεία – Έρευνες στην Ελληνική επικράτεια

Σύμφωνα με τις μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στοματική υγεία ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες:

- Στις οδοντιατρικές υπηρεσίες του συγκεκριμένου υγειονομικού συστήματος, ήτοι στην προσβασιμότητα, τη διαθεσιμότητα, την πρόληψη, και ιδίως την πρωτοβάθμια περίθαλψη.
- Στους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες που διαμορφώνονται από την εκπαίδευση, την απασχόληση, το εισόδημα, την εθνικότητα, τον τρόπο ζωής και την υποστήριξη του κοινωνικού περιβάλλοντος.
- Στους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες όπως το πόσιμο νερό, η διατροφή και η υγιεινή.
- Στη χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών όπως η ζήτηση, οι αιτίες χρήσης των υπηρεσιών και η συχνότητα χρήσης.
- Στην συμπεριφορά των ατόμων σε σχέση με την προσωπική τους υγιεινή και την κατανάλωση ζάχαρης (Υφαντόπουλος και Ουλής 2010).

Όλοι αυτοί οι παράγοντες που αξιολογούνται και κατά τη μέτρηση της ικανοποίησης των οδοντιατρικών ασθενών, κοινωνικοί, οικονομικοί, ψυχολογικοί, παθολογικοί, και επί πλέον το σύστημα υγείας της κάθε χώρας, συμβάλουν στη διαμόρφωση της στοματικής υγείας όχι μόνον ενός εκάστου εξ ημών, αλλά και του συνόλου του πληθυσμού.

Στις μελέτες αυτές διαπιστώθηκε το αντίκτυπο που έχουν οι ασθένειες του στόματος στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων αλλά και στην κοινωνία, σε σχέση με το κόστος περίθαλψης και την απώλεια της παραγωγικότητας.

Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ από τα 800.000.000 ανθρώπους που ζουν στις χώρες του οικονομικού εμπορίου (established market economies), στις οποίες ανήκει και η Ευρώπη, χάνονται πάνω από ένα εκατομμύριο «προσαρμοσμένα έτη ζωής» που οφείλονται σε ανικανότητα εργασίας λόγω στοματικών παθήσεων. Είναι δε αυτή η απώλεια αντίστοιχη με την απώλεια λόγω διαβήτη ή άσθματος και δεν συνυπολογίζονται στην έρευνα ο στοματικός καρκίνος και οι τραυματισμοί στην περιοχή (Σουλιώτης 2000).

Όσον αφορά τώρα το κόστος της περίθαλψης, στην χώρα μας το 68% των ιδιωτικών δαπανών αναλώνεται στον εξωνοσοκομειακό τομέα, με την οδοντιατρική φροντίδα να απορροφά το 31,1% του συνόλου της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών (€ 1.912 εκατομμύρια) ή το 1,5% του ΑΕΠ την στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό για το 2004 στις

χώρες του ΟΟΣΑ δεν υπερβαίνει το 0,5%, και ενώ, ακόμη και στις ΗΠΑ, όπου το σύστημα υγείας είναι έντονα ιδιωτικοποιημένο και 50 εκατομμύρια πολίτες είναι χωρίς ασφάλιση, το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει μόλις στο 0,7% του ΑΕΠ (Σίσκου και συν,2008).

Παρ' όλα αυτά, πολύ λίγες είναι οι έρευνες που έχουν γίνει για την μέτρηση της ποιότητας των παρεχομένων οδοντιατρικών υπηρεσιών στα ιδιωτικά οδοντιατρεία της χώρας και την αναμενόμενη ικανοποίηση των ασθενών. Η σημαντικότερη εξ αυτών είναι η εργασία που δημοσιεύτηκε το 2011, για την «Διερεύνηση των ανισοτήτων και της ικανοποίησης των χρηστών από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες και την σχέση της στοματικής υγείας με την ποιότητα ζωής των Ελλήνων», της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, στα πλαίσια του «Προγράμματος προαγωγής και καταγραφής της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού» (Ε.Ο.Ο 2011)

Επίσης στα πλαίσια της αξιολόγησης πανελλαδικής έρευνας της κοινής γνώμης από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας με τίτλο την «Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα» το 2006 (ΕΣΔΥ), περιλαμβάνονται ερωτήματα με τα οποία αναζητείται το επίπεδο της στοματικής υγείας, η χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών, οι λόγοι χρήσης οδοντιατρικών υπηρεσιών, και το συνολικό ποσό που ξόδεψε ο ερωτώμενος εξ ιδίων πόρων για οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Άλλη μια μελέτη επίσης ασχολείται με το κόστος των οδοντιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα με τίτλο «Τάσεις στην ιδιωτική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, οδοντιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών ιατρών στην Ελλάδα τα έτη 1987, 1993 και 1998» (Μαντωνανάκη, Κωλέτση-Κουνάρη 2006).

Μια τελευταία ανασκόπηση πάλι, ασχολείται με τη «Στοματική Υγεία και Προγράμματα Προαγωγής Στοματικής Υγείας στο Γενικό Πληθυσμό και τις Ένοπλες Δυνάμεις» ως συνιστώσες της ποιότητας ζωής (Ρόκα, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009).

2.2 Ο ιδιωτικός τομέας της οδοντιατρικής περίθαλψης

Οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και το εξωτερικό ακολουθούν τα τελευταία χρόνια τους κανόνες του marketing προσαρμοσμένους στις ιδιαιτερότητες του υγειονομικού χώρου, προκειμένου να εξασφαλίσουν την ποιότητα και την ικανοποίηση των ασθενών, θεμελιώδεις απαιτήσεις για την βιωσιμότητα οποιουδήποτε οργανισμού (Donaldson, 1995). Μια από τις ιδιαιτερότητες αυτές είναι η ύπαρξη δημόσιου αλλά και ιδιωτικού τομέα, με τον οποίο, είναι προφανές ότι η στρατηγική marketing σχετίζεται περισσότερο αφού απώτερος στόχος του ιδιωτικού τομέα είναι η διείδυση στην αγορά. Έτσι στον ιδιωτικό τομέα υπολογίζεται σοβαρά η διατίμηση των υπηρεσιών, ενώ δε λαμβάνεται υπόψη η

έννοια της προστασίας του δημοσίου συμφέροντος (Κωσταγιόλας και συν 2006). Αντιθέτως, στον ιδιωτικό τομέα η ικανοποίηση των χρηστών έχει προεξάρχουσα σημασία για την ανάπτυξη κύριων και υποστηρικτικών ενεργειών που θα βελτιώσουν τη σχέση πελάτη και παραγωγού σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον (Κωσταγιόλας και συν 2006).

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι στην Ελλάδα η οδοντιατρική περίθαλψη χρηματοδοτείται σχεδόν αποκλειστικά από ιδιωτικούς πόρους θεωρούμε ότι θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούμε στο πώς λειτουργεί σήμερα η οδοντιατρική περίθαλψη στην χώρα μας.

Κατ' αρχάς οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν σημαντικό μέρος των συνολικών ιδιωτικών δαπανών της υγείας (34%) και είναι σημαντικά υψηλότερες από τις αντίστοιχες δαπάνες για τις υπηρεσίες ιατρών (Μαντωνανάκη, Κωλέτση-Κουνάρη 2006). Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι η δημόσια συμμετοχή στην οδοντιατρική περίθαλψη βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε για το έτος 1998 ότι η συνολική δημόσια δαπάνη ανήλθε στα 60,8 εκατομμύρια ενώ η αντίστοιχη ιδιωτική στο 1,3 δις ευρώ (Δόλγερας, Σουλιώτης 2002) και το 2000 οι συνολικές δαπάνες για οδοντιατρική περίθαλψη ανέρχονταν στο 1,1% του ΑΕΠ από τις οποίες το 95,7% ήταν ιδιωτικές (Μαντωνανάκη, Κωλέτση-Κουνάρη 2006).

Εκτός αυτού όμως, η οδοντιατρική κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα δεν είναι σε θέση να προσφέρει ικανή κάλυψη των ασφαλισμένων. Το ασφαλιστικό σύστημα είναι κατακερματισμένο στους διάφορους επαγγελματικούς κλάδους και χαρακτηρίζεται από πολλές ιδιομορφίες. Μέχρι πρότινος υπήρχαν περίπου 33 ασφαλιστικά ταμεία με πολυπληθέστερο αυτό των δημοσίων υπαλλήλων. Εντούτοις μόνον το 70 % του ελληνικού πληθυσμού έχει κάποια, ανεπαρκή έστω, ασφαλιστική κάλυψη (Γεωργούση και συν 1992). Επιπλέον, στον οδοντιατρικό τομέα η απαράδεκτη τιμολόγηση των οδοντιατρικών πράξεων και η καθήλωση των τιμών αυτών από το 1993 στα ασφαλιστικά ταμεία, έχει οδηγήσει στην καταγγελία των συμβάσεων εκ μέρους των οδοντιάτρων, γεγονός που απαξιώνει και αυτές τις ελάχιστες καλύψεις. Στις ημέρες μας πάντως γίνεται προσπάθεια ασφαλιστικής κάλυψης μέσω της ενοποίησης από 1/1/2012 των ταμείων του ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών), ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων) και ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών) και από 1/4/2012 και του Ν.Α.Τ (Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο), στον Ενιαίο Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ώστε να αποκτήσουν οδοντιατρική ασφαλιστική κάλυψη και οι αγρότες, ελεύθεροι επαγγελματίες, βιοτέχνες και έμποροι. Επί πλέον από 1/5/2012 οι κλάδοι ασθενείας του ΤΑΥΤΕΚΩ (Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και

Επιχειρήσεων Κοινής Ωφελείας) εντάχθηκαν επίσης στον ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Περίθαλψης Υπηρεσιών Υγείας).

Όσον αφορά τώρα στη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας και της αντίστοιχης κατανάλωσης των δαπανών, αυτή σχετίζεται με διάφορους παράγοντες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιδιωτικών οδοντιατρείων είναι εγκατεστημένα στις αστικές περιοχές όπου παράλληλα υπάρχουν και τα μεγάλα νοσοκομεία, οι ιδιωτικές κλινικές, και τα διαγνωστικά κέντρα, ήτοι μονάδες που δρουν συμπληρωματικά στα ιδιωτικά οδοντιατρεία. Συγχρόνως, το βιοτικό επίπεδο και η ενημέρωση γύρω από τα ιατρικά θέματα των αστών, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση στη ζήτηση των υπηρεσιών αυτών, τόσο σε αριθμό, όσο και σε εξειδικευμένες παροχές. Η συσχέτιση της οικονομικής κατάστασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας στην ιδιωτική αγορά έχει αποδειχθεί από πλήθος ερευνών (Γεωργούση και συν 1992, Zavras et al 2004). Στις αγροτικές περιοχές η οδοντιατρική περίθαλψη είναι εντελώς διαφορετική. Τα χαμηλότερα εισοδήματα των ανθρώπων και η μη επαρκής ύπαρξη ιδιωτικών οδοντιατρείων, τους ωθούν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας όπου όμως και εκεί η ανεπαρκής χρηματοδότηση σε συνδυασμό με το υψηλό κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης, αδυνατούν να τους προσφέρουν την πλήρη κάλυψη των αναγκών τους.

Συνολικά, αποτέλεσμα όλων αυτών των παραγόντων είναι ο πληθυσμός να δυσκολεύεται να ικανοποιήσει τις οδοντιατρικές του ανάγκες, αλλά και να γίνεται άνιση κατανομή των διαθέσιμων δαπανών για οδοντιατρική περίθαλψη.

2.3 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

2.3.1 Η έννοια της ποιότητας

Η ποιότητα είναι μια έννοια πολυδιάστατη και σύνθετη, η οποία δεν έχει γίνει κατορθωτό μέχρι σήμερα να οριστεί επακριβώς, είναι όμως συνυφασμένη από αρχαιοτάτων χρόνων με την ανάγκη του ανθρώπου για πρόοδο και εξέλιξη σε όλους τους τομείς της ζωής του. Οι πολιτισμικές, κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες κάθε εποχής καθορίζουν το περιεχόμενο της και την ερμηνεία που αυτή παίρνει ανάλογα με τη σκοπιά από την οποία την εξετάζουμε. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι οι πολλοί ορισμοί της ποιότητας από τους μελετητές που ασχολούνται με το θέμα, ιδίως μετά τον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο όταν η επιλογή ποιοτικής παραγωγής οδήγησε σε εκπληκτική ανασυγκρότηση της Ιαπωνικής Βιομηχανίας.

Σύμφωνα με τους κανόνες του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης για τη διαχείριση της ποιότητας με βάση το διεθνές πρότυπο I.S.O 9000:2001, ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο το σύνολο των δομικών χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας

ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από την χρήση τους ή αλλιώς ο βαθμός αριστείας που κατέχει ένα πράγμα.

Ο Edward Deming, Αμερικανός στατιστικολόγος και πρωτεργάτης αυτής της αλλαγής - ορίζει ότι «η ποιότητα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη συνεχή βελτίωση ενός παραγωγικού συστήματος που βρίσκεται σε σταθερή κατάσταση λειτουργίας» (Μηταλίδου 2010).

Επίσης κατά τον Joseph Juran, αμερικανό μηχανικό, καθηγητή πανεπιστημίου, «ποιότητα είναι η καταλληλότητα για σκοπό και χρήση και δεν είναι ποτέ τυχαία αλλά αποτέλεσμα κατάλληλου σχεδιασμού» ή αναλυτικότερα βασίζεται στον σχεδιασμό, στο έλεγχο και τη βελτίωση (Μηταλίδου 2010).

Έναν άλλο ορισμό της ποιότητας δίνει το 1979, ο Philip Crosby, αμερικάνος σύμβουλος μάνατζμεντ, ορίζοντας την ποιότητα σύμφωνα με την αρχή των «μηδέν λαθών - κάνοντάς το σωστά από την πρώτη φορά» (Μηταλίδου 2010)

Κοινό σημείο όμως, τα τελευταία χρόνια, των διαφορετικών προσεγγίσεων της ποιότητας είναι ο αποδέκτης (καταναλωτής ή χρήστης) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, οι ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του οποίου πρέπει να ικανοποιηθούν. Από την σκοπιά αυτή όπως αναφέρουν οι Ali και Zairi,(2006) ο μιν Taguchi το 1987 καθορίζει την ποιότητα από μια άλλη προοπτική, όπου η «ποιότητα είναι ο βαθμός αντίληψης του πελάτη για ένα προϊόν, πέρα από την πραγματική αξία των εγγενών λειτουργιών του», ο Garvin το 1988, επεξηγεί ότι όσο μεγαλύτερες είναι οι απώλειες, τόσο υψηλότερος είναι και ο βαθμός δυσαρέσκειας των πελατών, κάτι που φανερώνει τη χαμηλής ποιότητας απόδοση, ο Choppin το 1991 στο βιβλίο του «Η ποιότητα μέσω των ανθρώπων», καθορίζει την ποιότητα ως την «ικανοποίηση των διαπραγματεύσιμων απαιτήσεων και προσδοκιών των πελατών», και τέλος ο Flood το 1993, στο βιβλίο του «Πέρα από τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας», ορίζει την ποιότητα ως «την ικανοποίηση των (συμφωνηθέντων) απαιτήσεων των πελατών, επίσημα και ανεπίσημα, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος, από την πρώτη φορά και κάθε φορά»,.

Σύμφωνα δε με τον Brook (1999) η ποιότητα έχει δύο χαρακτηριστικά: Το σχεδιασμό και την ικανοποίηση του πελάτη. Η αξιολόγηση συνεπώς της ποιότητας εξαρτάται κατά μεγάλο μέρος από τον καταναλωτή.

Η ποικιλία αυτών των ορισμών αναδεικνύει τις πολλές πτυχές της έννοιας της ποιότητας και ως εκ τούτου τη δυσκολία με την οποία αυτή μπορεί να προσδιοριστεί ποσοτικά, από τους μελετητές.

Παρ' όλα αυτά, και σύμφωνα με την Μηταλίδου (2010), όπως χαρακτηριστικά έχει αναφέρει ο γκουρού του ποιοτικού μάνατζμεντ, Joseph Juran, «αν ο 20ος αιώνας χαρακτηρίστηκε, επιχειρησιακά, ως ο αιώνας της παραγωγικότητας, ο 21ος θα χαρακτηριστεί ως ο αιώνας της ποιότητας».

2.3.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες

Σύμφωνα με την επιστήμη του marketing ως προϊόντα δεν ορίζονται μόνον τα υλικά αγαθά αλλά και οι υπηρεσίες οι οποίες χαρακτηρίζονται ως άυλα αγαθά.

Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα μοναδικά για κάθε πελάτη, μιας και προσαρμόζονται απόλυτα στις διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες του, και ως προϊόντα εντάσεως εργασίας η αξία του παραγόμενου έργου εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το ανθρώπινο δυναμικό που συμμετέχει σε αυτό.

Χαρακτηριστικό επίσης των υπηρεσιών είναι ότι οι καταναλωτές αποτελούν μέρος των διαδικασιών παραγωγής, παρέχοντας πληροφορίες ή συμμετέχοντας στο παραγόμενο έργο, και αλληλεπιδρούν με τους φορείς παροχής υπηρεσιών

Ειδικότερα η ποιότητα των υπηρεσιών καθορίζεται από ορισμένες ιδιότητες που έχουν ή πρέπει να έχουν και οι οποίες είναι:

- Η διαθεσιμότητα τους
- Η αποδοχή τους
- Η δυνατότητα χρήσης τους, ανάλογα με τις δαπάνες που απαιτούνται, και
- Η δυνατότητα ελέγχου (Σωτηρίου 2006)

Οι ιδιαιτερότητες αυτές αποτελούσαν και αποτελούν εν μέρει ακόμα, εμπόδια στην διαμόρφωση της ποιοτικής απόδοσης μιας υπηρεσίας. Πολλώ δε μάλλον όταν η υπηρεσία αυτή άπτεται του χώρου της υγείας όπου η πολυπλοκότητα των προσφερομένων αγαθών έχει ιδιαίτερη αξία και άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ατόμου, και όπου η στατιστική ανάλυση αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπιση των παραγόντων που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας, και η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων στην διαδικασία της περίθαλψης, στην πράξη σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής» (Τούντας 2003).

Το γεγονός αυτό των ιδιαιτεροτήτων, οδήγησε τους μελετητές να εστιάσουν τις έρευνες στις προσδοκίες των ασθενών και την ικανοποίηση τους από τις υπηρεσίες υγείας.

Οι Lewis και Booms (1983) περιγράφουν την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών ως «ένα μέτρο του κατά πόσο το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πελατών» θεωρώντας ότι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών σημαίνει διαρκή προσαρμογή στις προσδοκίες των πελατών.

Επίσης οι Zeithaml και συν (1990) αναφέρουν ότι «η ποιότητα παροχής υπηρεσιών πρέπει να βασίζεται στις προσδοκίες των πελατών».

Επιπλέον επειδή, στον τομέα των υπηρεσιών η παραγωγή και η κατανάλωση είναι ταυτόχρονες, η ποιότητα παίρνει την έννοια της σύγκλισης μεταξύ αυτών που οι πελάτες αναμένουν και αυτών που πραγματικά λαμβάνουν ή αντιλαμβάνονται ότι λαμβάνουν. Αυτό ονομάζεται αντιληπτή ποιότητα, και οποιαδήποτε απόκλιση της αναμενόμενης υπηρεσίας από την αντιληπτή υπηρεσία αποτελεί ένα ποιοτικό «χάσμα» (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Η άμβλυνση του ποιοτικού αυτού χάσματος βελτιώνει την ποιότητα των υπηρεσιών.

2.3.3 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας ξεκίνησε με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας στην αρχαιότητα και συγκεκριμένα στην Αίγυπτο, με «κριτήρια αξιολόγησης» την παρατήρηση, την περίθαλψη ή την άρνηση αυτής, γραμμένα στην ιερογλυφική σε λίθινες πλάκες (Κουκουσελά, Μυλωνάκη, 2008). Όμως και το 2259 π.Χ ο ποινικός κώδικας του βασιλέως της Βαβυλωνίας Χαμουραμί, καθορίζει μεταξύ άλλων τις αμοιβές των ιατρών αλλά προβλέπει και ποινή (ακόμη και κόψιμο των χεριών του ιατρού) βασιζόμενη στο μέγεθος της βλάβης που πιθανόν προκύπτει από κακή χειρουργική φροντίδα με ατυχή έκβαση (Γολεμάτης, 2008). Αλλά και ο Ιπποκράτης, ο θεμελιωτής της ιατρικής επιστήμης, συνοψίζει την εμπειρία του στην επιταγή «ωφελείν ή μη βλάπτειν».

Ο ουσιαστικός όμως έλεγχος της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ξεκινά το 1858 με την Florence Nightingale νοσηλεύτρια στον Κριμαϊκό πόλεμο, η οποία προσπάθησε να ορίσει δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών ελέγχοντας ποιοτικά τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Οι δείκτες θνησιμότητας χρησίμευσαν για μεταγενέστερες μελέτες και κυρίως για χειρουργικά περιστατικά, έως ότου ο Godman συνέλαβε την «ιδέα του τελικού αποτελέσματος» σύμφωνα με την οποία τα νοσοκομεία έπρεπε να παρακολουθούν τους ασθενείς τους τόσο κατά τη νοσηλεία όσο και για κάποιο χρονικό διάστημα μετά την έξοδο τους από την νοσηλευτική μονάδα.

Πρωτοπόρος όμως στον ορισμό της έννοιας της ποιότητας στην υγεία και στην διαρκή ανάγκη βελτίωσης της, είναι ο A. Donabedian, καθηγητής στην Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ο οποίος προχώρησε σε εκτεταμένη ανάλυση και καταγραφή σειράς παραγόντων που επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της.

Εστίασε επίσης στη διαχείριση ολικής ποιότητας και διαχώρισε τη μελέτη της ποιότητας της περίθαλψης, σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα. Η δομή περιλαμβάνει τους υλικούς και ανθρώπινους πόρους, η διαδικασία είναι το σύνολο των ενεργειών του ασθενή και του γιατρού για τη διασφάλιση της παροχής της περίθαλψης, και αποτέλεσμα είναι η βελτίωση ή όχι της υγείας του ασθενή μετά την εφαρμογή της αγωγής (Αποστόλα, Σκαρλέα, Χρυσού 2008). Τέλος ο Donabedian έδωσε τον κλασικό ορισμό της ποιότητας διατυπώνοντας την ως την «μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης» (Donabedian 1980).

Αποτέλεσμα των μελετών του Donabedian αλλά και πληθώρας άλλων ερευνητών, είναι η αύξηση του ενδιαφέροντος για τη βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών εκ μέρους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, των εθνικών πολιτικών υγείας και οι οδηγίες των επιστημονικών και επαγγελματικών φορέων των σχετιζομένων με την υγειονομική περίθαλψη.

Παράλληλα οι αλλαγές του κοινωνικού περιβάλλοντος, ο ανταγωνισμός των επιχειρήσεων, η τρομερή αύξηση των δαπανών υγείας, η δυνατότητα καταστρατήγησης νόμων και ηθικής και άνομης εκμετάλλευσης της υγείας και ακεραιότητας του ανθρώπου, αποτέλεσαν αιτία για την δημιουργία κίνησης για την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στις ημέρες μας (Αποστόλα και συν 2008).

Ενδεικτικό για την αξία της πιστοποίησης και της βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης είναι το γεγονός ότι αυτή θεωρήθηκε ως η Τρίτη «επανάσταση» στον τομέα της υγείας μετά την καθιέρωση της ασφάλειας της υγείας και τη δημιουργία χρηματοδοτούντων ταμείων (Γενικό Επιτελείο Ναυτικού, 2010).

2.3.4 Έλεγχος της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η αναγνώριση της αξίας της έννοιας της ποιότητας και της ανάγκης για συνεχή βελτίωση της, μας οδηγεί αναπόφευκτα στην αξιολόγηση και τον έλεγχο κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας. Σύμφωνα με τους Τούντα, Οικονόμου (2007) η αξιολόγηση αυτή στο σχεδιασμό, την οργάνωση και την διοίκηση, μας αναδεικνύει τυχόν ελλείψεις ή προβλήματα της υπηρεσίας και καθιστά εφικτή την τροποποίηση της λειτουργίας προς την κατεύθυνση της επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων ή την εισαγωγή νέων εφαρμογών

και πρακτικών. Η διαδικασία της αξιολόγησης γίνεται βάσει κριτηρίων που προσδιορίζουν ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών και καθορίζουν συγκεκριμένα πρότυπα με τα οποία συγκρίνεται και αποτιμάται η πραγματική κατάσταση της ελεγχόμενης μονάδας υγείας (Λιακοπούλου 2008).

Τα κριτήρια ανάλογα με τις απαιτήσεις του ελέγχου μπορεί να είναι δομικά, διαδικασιών ή αποτελεσμάτων και προσδιορίζουν το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας το οποίο μπορεί να είναι ελάχιστο, μέσο ή ιδανικό. Το τελευταίο αποτελεί και τον εκάστοτε τελικό στόχο (Σιγάλας 1999).

Οι μέθοδοι σύμφωνα με τη Λιακοπούλου (2008) που κυρίως χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι:

- Η διασφάλιση της ποιότητας, ήτοι το σύνολο των προγραμματισμένων συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών ώστε η υπηρεσία να πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές (Τσιότρας 1995).
- Ο ποιοτικό έλεγχος, ήτοι, σύμφωνα με τον Θεοδώρου (1992), η συστηματική προσπάθεια εντοπισμού των προβλημάτων και προγραμματισμού των λύσεων
- Οι κύκλοι ποιότητας, ήτοι η συγκρότηση ομάδας εργαζομένων προς επίλυση προβλημάτων και στα πλαίσια ενός συστήματος διοίκησης, που τους επιτρέπει να επηρεάζουν τις αποφάσεις που τους αφορούν.
- Η διοίκηση Ολικής Ποιότητας κατά την οποία επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας της παρεχόμενης υπηρεσίας και
- Τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής, ήτοι ένα δείκτη που καταγράφει τις αλλαγές στη διάρκεια και την ποιότητα ζωής του ασθενή και μετρά την υποκειμενική ικανοποίηση του.

Όλες αυτές οι μέθοδοι μετρούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στις διάφορες διαστάσεις της. Κοινός παράγων όμως όλων είναι το ενδιαφέρον για την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή και αυτό που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αποκαλεί «ευεξία». Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται κυρίως η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, ήτοι μια διαδικασία μέτρησης με ειδικά ερωτηματολόγια των απόψεων, των παρατηρήσεων και των προτάσεων των ασθενών σχετικά με την παρασχεθείσα σε αυτούς περίθαλψη.

2.4 Η ικανοποίηση των ασθενών

2.4.1 Εννοιολογικός ορισμός

Αν και η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας είναι ευκόλως κατανοητή, και παρά τον αυξανόμενο όγκο της έρευνας, εξακολουθεί να υπάρχει μικρή συναίνεση σχετικά με τον ορισμό της (Bond S. & Thomas L. 1992 a).

Η έννοια της ικανοποίησης βέβαια δεν είναι σχετικά καινούργια. Ήδη από τη δεκαετία του '50 οι Abdellah & Levine (1957) αναγνώριζαν την ικανοποίηση με βάση τις αντιλαμβανόμενες από τους ασθενείς παραλείψεις στην φροντίδα υγείας. Αργότερα ο Donabedian (1980) θεωρεί ότι η ικανοποίηση αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας της φροντίδας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενή.

Λίγο αργότερα ο Pascoe (1983) στηριζόμενος στις μελέτες του Donabedian περί δομής, διαδικασίας και αποτελέσματος στην μέτρηση της ποιότητας, ορίζει την ικανοποίηση ως μια αντίδραση των ασθενών εσωτερική, μοναδική και εκδηλούμενη με παρατηρήσιμες μεταβολές στην συμπεριφορά τους.

Ο Guzman και οι συνεργάτες του (1988) θεωρούν ότι η ικανοποίηση είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των ασθενών με τη φροντίδα υγείας, ενώ ο Petersen (1988) τη χαρακτηρίζει ως μια γενική αντίληψη του τρόπου που παρέχεται η φροντίδα χωρίς όμως ο ασθενής να αξιολογεί την αποτελεσματικότητα ή την καταλληλότητα αυτής

Κατά τον Smith (1992) η ικανοποίηση είναι συνδυασμός των αναγκών, των προσδοκιών και της εμπειρίας από την φροντίδα υγείας των ασθενών όπως αυτοί την αντιλαμβάνονται.

Περίπου την ίδια αντίληψη έχουν και οι Bond S., Thomas L.H (1992b) όταν αναφέρουν ότι «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες». Με άλλα λόγια η εκπλήρωση των αναγκών μπορεί επίσης να οριστεί και ως ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών σε σχέση με την προσωπική εμπειρία του ασθενή ή σε κάθε υγειονομική παρέμβαση, οι προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει θεωρητικά να ταυτίζονται με τις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας (Κοτσαγιώργη, Γκέκα 2010).

Η Linder-Pelz (1982) επίσης επικεντρώνοντας στο συναισθηματικό κόσμο του ασθενή, ορίζει την ικανοποίηση ως στάση- και όχι ως αντίληψη ή απλά άποψη- η οποία

επηρεάζεται από τις πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς και από την αξιολόγηση των υπηρεσιών που τους προσφέρονται.

Τέλος η Oberst (1984), θεωρεί ότι οι προηγούμενες εμπειρίες και οι γνώσεις και πληροφορίες που λαμβάνουν οι ασθενείς από τους λειτουργούς υγείας, σχηματίζουν ένα σύνολο προσδοκιών για τα αποτελέσματα της φροντίδας το οποίο αποτελεί πρότυπο με το οποίο θα συγκριθεί η αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή φροντίδα.

Η ποικιλία αυτή των ορισμών της ικανοποίησης δίδει το δικαίωμα στον Williams (1994) να αμφισβητήσει την εγκυρότητα της ίδιας της έννοιας και να ισχυριστεί ότι υπάρχει λίγη κατανόηση του πώς οι ασθενείς καταλήγουν στις κρίσεις τους σχετικά με την ικανοποίηση από τις φροντίδες υγείας.

2.4.2 Αιτιολογικοί παράγοντες μέτρησης της ικανοποίησης

Παρ' όλα αυτά, τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται παγκοσμίως ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μελέτη και έρευνα της ικανοποίησης των ασθενών, στα πλαίσια της αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι παρεχόμενες πληροφορίες εκ μέρους των ασθενών ως τελικών αποδεκτών των υπηρεσιών αυτών, αποτελούν σημαντικότατο δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών για ένα κράτος το οποίο μέσω των πολιτικών υγείας, επιζητεί αναμφισβήτητα θετικά οφέλη στον υγειονομικό, οικονομικό και κοινωνικό τομέα.

Οι παράγοντες που οδήγησαν τα τελευταία χρόνια στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα υγείας είναι πάρα πολλοί. Μεταξύ αυτών η φιλοσοφική άποψη του «ωφελιμισμού» ή της «συνεπειοκρατίας» του Jeremy Bentham και του J.S Mill, μια θεωρία που αξιολογεί τις πράξεις μας, ανάλογα με τις συνέπειες που έχουν για το άλλο άτομο ή το σύνολο των ατόμων (Καραγεωργάκης 2006) Οι εισηγητές του ωφελιμισμού στην προσπάθειά τους να θεμελιώσουν μια «επιχειρησιακή ηθική» αναζήτησαν κάποιο αντικειμενικό κριτήριο ώστε να μπορούμε να αξιολογούμε αν κάποια πράξη είναι ηθικά ορθή ή όχι, χωρίς αμφιβολία και περιθώρια λάθους (Γούναρης 2008). Το αξίωμα στο οποίο συνοψίζεται η θεωρία τους, υποστηρίζει την «μεγαλύτερη ευδαιμονία για μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων» (Mill, 1860).

Παράλληλα στον ίδιο τον ορισμό της υγείας από τον Π.Ο.Υ, ως κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνον απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, ενυπάρχει με την λέξη «ευεξία» η αναγνώριση του δικαιώματος του ίδιου του ασθενή να αξιολογεί την υγεία του. Αυτό δίνει μια άλλη διάσταση της έννοιας της νόσου

ώστε υπερβαίνοντας τον βιολογικό της ορισμό, να λαμβάνονται υπ' όψιν τα υποκειμενικά κριτήρια του ασθενή.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση επίσης στη Λευκή Βίβλο και στην Στρατηγική Προσέγγιση που προτείνει για την υγεία και για την περίοδο 2008-2013 αναφέρει: «Η φροντίδα υγείας επικεντρώνεται ολοένα και περισσότερο στον ασθενή και εξατομικεύεται, ενώ ο ασθενής καθίσταται δρουν πρόσωπο και όχι απλό αντικείμενο της φροντίδας υγείας». Προωθεί με αυτόν τον τρόπο τις επιλογές του ασθενή και την παροχή υπηρεσιών με βάση τις «εκπεφρασμένες επιθυμίες των ασθενών».

Επίσης το διαρκώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας και οι ταυτόχρονοι οικονομικοί περιορισμοί που τίθενται εκ των πραγμάτων, είναι δύο από τους παράγοντες που οδήγησαν τους επιστήμονες και την πολιτεία στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών. Η συνεχής βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και η προσπάθεια υγειονομικής κάλυψης όλο και μεγαλύτερου πληθυσμού, αύξησε όμως υπέρμετρα τις σχετικές δαπάνες. Η ανάγκη για καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων απασχολεί διακαώς τα ανεπτυγμένα κράτη με προφανή σκοπό την αποτελεσματικότητα και την εξισορρόπηση μεταξύ κόστους και οφέλους.

Η προσφορά υπηρεσιών «ολικής ποιότητας» και ο έντονος ανταγωνισμός των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης είναι επίσης παράγοντες που απαιτούν τη μέτρηση της ικανοποίησης. Οι σύγχρονες μελέτες έχουν δείξει ότι η διάθεση πόρων για εξασφάλιση όσο το δυνατόν καλύτερης ποιότητας περίθαλψης, δεν αντιστοιχεί πάντα με το καλύτερο κλινικό αποτέλεσμα, με αποτέλεσμα τη συνεχή κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση της υγειονομικής φροντίδας και των προγραμμάτων υγείας (Θεοφίλου 2011).

Αντίστοιχα και η στάση των χρηστών αυτών των υπηρεσιών έχει αλλάξει σημαντικά, μεταβαίνοντας από ένα παθητικό σε ένα ενεργητικό ρόλο απαιτήσεων και συμμετοχής στην όλη διαδικασία. Στο παρελθόν οι επαγγελματίες της υγείας ήταν οι μόνοι αρμόδιοι να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών και το κλινικό αποτέλεσμα. Σήμερα όμως οι χρήστες αυτών των υπηρεσιών έχουν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, καλύτερη πληροφόρηση και κριτική δυνατότητα. Ως εκ τούτου επιζητούν την συμμετοχή τους στον σχεδιασμό της φροντίδας και στην λήψη των αποφάσεων και επιθυμούν να γνωρίζουν την κατάσταση της υγείας τους και να κατανοούν την διάγνωση (Miller-Bader 1988). Συνεπώς, η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας δεν μπορεί να ιδωθεί μέσα από τους κανόνες της ποιότητας που καθορίζονται μόνον από τους λειτουργούς της υγείας (Strasen 1988) όπως στο παρελθόν.

Συγχρόνως, η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων υγείας, παράλληλα με την αύξηση του κόστους, δίνει και την δυνατότητα πολλών άλλων εναλλακτικών θεραπευτικών και διαγνωστικών παρεμβάσεων (Βογιατζακη και συν 2008). Οι εναλλακτικές αυτές μέθοδοι, ανταποκρίνονται πολλές φορές καλύτερα στις προσδοκίες των ασθενών, οι οποίοι μένουν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με την «κλασσική» ιατρική.

Μια άλλη αιτία για την μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή, είναι ότι μέσα από τις παρατηρήσεις του και την συμμετοχή του στην όλη διαδικασία της φροντίδας, βοηθά και ο ίδιος τον εαυτόν του, τη διοίκηση, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και εν τέλει την οργάνωση του συστήματος.

Τέλος η άυλη φύση και ο μηδενικός χρόνος μεταξύ παραγωγής και κατανάλωσης των υπηρεσιών καθιστούν απαραίτητη την δημιουργία στενής σχέσης μεταξύ καταναλωτή και εκείνου που τις παρέχει, και δυσκολότερη την διόρθωση λαθών (Θεοφανόπουλος 1994), στις δε υπηρεσίες υγείας η προσωπική επαφή και η εξάρτηση που αναπτύσσεται είναι ακόμα μεγαλύτερες σε σχέση με άλλες υπηρεσίες (Smith 1977) καθιστώντας απαραίτητη τη μέτρηση της ικανοποίησης. Η μέτρηση αυτή βελτιώνει την ποιότητα των προσωπικών επαφών και προετοιμάζει τους λειτουργούς της υγείας να ανταποκρίνονται άμεσα στις ανάγκες των ασθενών.

2.4.3 Μέτρηση της ικανοποίησης

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ήδη από τη δεκαετία του 1950 (Ραφτόπουλος 2002) στις ΗΠΑ, κριτήριο αξιολόγησης για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Τα επιστημονικά όμως θεμέλια της πολυδιάστατης αυτής έννοιας έχει θέσει ο πρωτοπόρος για την δημόσια υγεία A. Donabedian ο οποίος το 1980 (Υφαντόπουλος και Ουλής 2010) όταν στον προαναφερθέντα ορισμό της ποιότητας μιλά για «μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή από τις παρεχόμενες υπηρεσίες» και «κέρδη και τις ζημιές που προκύπτουν από μια διαδικασία περίθαλψης». Η άποψη αυτή του Donabedian αμφισβητήθηκε με το αιτιολογικό ότι οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά της φροντίδας και επομένως ενδιαφέρονται μόνον για τις διαπροσωπικές σχέσεις. Επίσης περιπτώσεις όπως η διδασκαλία για αυτοφροντίδα, μπορεί να προκαλέσει αντίδραση των ασθενών και μείωση της ικανοποίησης λόγω της αλλαγής στον τρόπο ζωής που συνεπάγεται. (Κοτσαγιώργη, Γκέκα 2010).

Παρά ταύτα ο Donabedian επανερχόμενος το 1988 και αναγνωρίζοντας τις όποιες αδυναμίες του δείκτη αυτού της ποιότητας, επιμένει σύμφωνα με την αναφορά της Frattali,

(1991) ότι η ικανοποίηση των ασθενών θα πρέπει να κρίνεται ως απαραίτητη για την αξιολόγηση της ποιότητας κατά τον σχεδιασμό και την διαχείριση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με την ίδια συγγραφέα τις μελέτες του Donabedian συμπληρώνουν οι Davis και Hobbs το 1989, όταν προσδιορίζουν τα συστατικά στοιχεία της ικανοποίησης τα οποία θα επιτρέψουν μια ακριβή μέτρηση, ως εξής:

Πρόσβαση στην περίθαλψη (π.χ απόσταση της εγκατάστασης από τον ασθενή, χρόνος αναμονής)

Φυσικό περιβάλλον (π.χ καθαριότητα χώρου υποδοχής και ιατρείου, ύπαρξη θορύβου, εξοπλισμός)

Μέριμνα για τον άνθρωπο, τη θεραπεία, το αποτέλεσμα.

Οι προσδιοριστικοί αυτοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών συμπληρώθηκαν από μεταγενέστερες μελέτες οι οποίες εντόπισαν και την αξία των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών, όπως η ηλικία το φύλο, ή το μορφωτικό επίπεδο (Βατάρογλου 2010) καθώς και από τις προσδοκίες των ιδίων των ασθενών από την υπηρεσία, την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Γ.Ε.Ν, 2010) και την σχέση ασθενή ιατρού (Λιακοπούλου, 2008).

2.4.4 Οφέλη της μέτρησης της ικανοποίησης

Τοιουτοτρόπως, η ικανοποίηση του ασθενή προσδιορίζεται ως μεταβλητή που επηρεάζει τη συμπεριφορά και συνεργασία με τον ιατρό, την αποδοχή της θεραπείας, την αξιοπιστία της υπηρεσίας, βοηθά στον εντοπισμό των προβλημάτων και στηρίζει το ηθικό των εργαζομένων στην υγειονομική μονάδα. Επίσης συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών, στην καλύτερη διαχείριση των δαπανών της υγείας και κυρίως αποτελεί έγκυρο δείκτη της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης (Κοτσαγιώργη, Γκέκα 2010).

Αναλυτικότερα:

Οι ικανοποιημένοι ασθενείς ανταποκρίνονται θετικά στις υποδείξεις των ιατρών και συνεργάζονται μαζί τους κατά τη διαδικασία της περίθαλψης, με αποτέλεσμα τη γρήγορη ανάρρωση και σμίκρυνση του χρόνου νοσηλείας. Το ίδιο αποτέλεσμα μπορεί να έχει και αυτή καθ' εαυτή η ικανοποίηση η οποία ως ψυχολογικός παράγων δύναται σύμφωνα με μερικούς ερευνητές να φθάσει μέχρι και την αυτοθεραπεία (Λιακοπούλου, 2008). Οι

ασθενείς αποκτούν ένα αίσθημα εμπιστοσύνης προς τους θεράποντες και την διαδικασία που ακολουθείται, καθώς και την αίσθηση ότι ελέγχουν την κατάσταση και άρα υπάρχει δυνατότητα καλύτερης εξέλιξης της νόσου. Ακόμα δε και μόνον η αναζήτηση της γνώμης του ασθενή μπορεί να δημιουργήσει τα ίδια συναισθήματα (Λιακοπούλου, 2008).

Από την πλευρά πάλι των εργαζομένων αυξάνει την υπευθυνότητα και αποδοτικότητα τους προκειμένου να ικανοποιήσουν τον ασθενή, προσφέρει στους διοικούντες τη δυνατότητα να ανταμείβουν τους εργαζόμενους με αντικειμενικά κριτήρια, προσφέρει μια εναλλακτική λύση στην αντίληψη περί αποδοτικότητας στην εργασία και τέλος κατευθύνει το προσωπικό να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του ενώ παράλληλα διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας στα οποία στηρίζονται οι διοικήσεις και τους δίνει την δυνατότητα να αξιολογήσουν τις δικές τους αποφάσεις και τον τρόπο επίλυσης των όποιων προβλημάτων (Παπανικολάου 1994).

Απόρροια όλων αυτών είναι τα οφέλη που προκύπτουν στο υγειονομικό σύστημα από υγειονομικούς παράγοντες όπως είναι π.χ η έγκαιρη διάγνωση και η μείωση του πόνου και των επιπλοκών που παρατείνουν την περίθαλψη και αυξάνουν το κόστος (Λιακοπούλου, 2008).

Συγχρόνως, η μέτρηση της ικανοποίησης αναδεικνύει παραμέτρους της προσφερόμενης ποιότητας της περίθαλψης που μπορούν να αξιοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, εντοπίζοντας προβλήματα του συστήματος από μία άλλη οπτική εκτός της οπτικής του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού.

Συνοψίζοντας τα ανωτέρω, μπορούμε να αναγνωρίσουμε ότι η ικανοποίηση των ασθενών χρησιμεύει στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, στην αξιολόγηση συμβουλευτικών παρεμβάσεων, στην λήψη διοικητικών αποφάσεων, στην αξιολόγηση της επίδρασης αλλαγών στην οργάνωση της περίθαλψης, στη διοίκηση του προσωπικού, στην προσέλκυση ασθενών – πελατών (marketing), και τέλος στη διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας (Αποστόλα και συν 2008).

Συμπερασματικά, η ικανοποίηση των ασθενών αποδίδει θετικά οφέλη τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στην υγειονομική μονάδα και κατ' επέκταση στην δημόσια υγεία και την οικονομία του κράτους.

2.5 Ικανοποίηση οδοντιατρικών ασθενών

2.5.1 Η ικανοποίηση στην οδοντιατρική φροντίδα

Στις προηγμένες κοινωνίες της εποχής μας, βασικός άξονας της άσκησης της οδοντιατρικής φροντίδας, είναι η ολιστική προσέγγιση της υγείας, ώστε εκτός των άλλων, να λαμβάνονται υπόψη τα ψυχολογικά δεδομένα και το κοινωνικό υπόβαθρο του ατόμου που δέχεται την οδοντιατρική περίθαλψη.

Η προσέγγιση αυτή συμβαδίζει με την επιταγή περί «ευεξίας» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και μας κατευθύνει άμεσα στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που τους παρέχονται. Ψυχολογικοί αλλά και κοινωνιολογικοί παράγοντες υπεισέρχονται εκ μέρους των στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών και απαιτούν από τους οδοντιάτρους την ικανότητα να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αναγνωρίσουν και να εκτιμήσουν τη βέλτιστη φροντίδα, να συνεργαστούν για τη θεραπεία τους και να αποκτήσουν θετική συμπεριφορά υγείας (Κωλέτση-Κουνάρη, Αυγέρης, 2008)

Οι εμπειρίες των ατόμων από την οδοντιατρική περίθαλψη είναι επίσης σημαντικές για τους κλινικούς γιατρούς καθώς συχνά αναθεωρούνται οι υφιστάμενες προδιαγραφές της στοματικής υγείας σε σχέση με την ποιότητα ζωής. Άλλωστε, βλέπουμε γενικότερα μια στροφή προς ανάπτυξη ερευνητικών εργαλείων με έρεισμα τις ατομικές εμπειρίες των ασθενών και τον ορισμό επιστημονικών εννοιών (Exley 2009). Οι μελέτες αυτές με επίκεντρο τις αντιλήψεις των ασθενών στα διάφορα χαρακτηριστικά της ποιότητας των υπηρεσιών και το ρόλο που έχουν οι κοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές, μπορούν να ανατροφοδοτήσουν το βασικό άξονα της άσκησης της οδοντιατρικής φροντίδας και να καθορίσουν την έννοια της ικανοποίησης στους ασθενείς (Newsome, Wright 1999).

Σημαντική συμβολή στην ανίχνευση και μέτρηση της ικανοποίησης και της τεκμηριωμένης άσκησης της οδοντιατρικής, έχουν οι επιστήμες συμπεριφοράς, όπως η ψυχολογία και η κοινωνιολογία. Οι επιστήμες αυτές αποτελούν γέφυρα μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας για την κατανόηση και αξιολόγηση, μεταξύ άλλων, της οργάνωσης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας και της σχέσης της οικονομίας με την υγεία και τις υπηρεσίες υγείας (Dowrick , 2001). Παραδείγματος χάριν, μελέτες που επιβεβαιώνουν ότι άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, ακόμη και στις προηγμένες χώρες, παρουσιάζουν μεγαλύτερο επιπολασμό τερηδόνας και περιοδοντίτιδας, μεγαλύτερη απώλεια δοντιών και μεγαλύτερες ανάγκες ορθοδοντικής θεραπείας ενώ αντιθέτως δεν

πηγαίνουν συχνά στον οδοντίατρο και δεν λαμβάνουν προληπτικά μέτρα (Watt, Sheiham 1999, Locker 2000, Kallestal, Wall 2002).

2.5.2 Παράγοντες ικανοποίησης στην οδοντιατρική φροντίδα

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει μία μεγάλη ποικιλία παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των οδοντιατρικών ασθενών οι οποίοι μάλιστα παράγοντες, άλλοτε μεν αλληλοσυμπληρώνονται και άλλοτε αλληλοαναιρούνται.

Οι παράγοντες αυτοί αφορούν οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των οδοντιατρικών υπηρεσιών, καθώς και κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Στα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνεται η ευκολία πρόσβασης του ασθενή, ο χρόνος αναμονής, η τεχνική ικανότητα του οδοντίατρου, η υποστήριξη από το βοηθητικό προσωπικό, η καθαριότητα του χώρου, ο εξοπλισμός της αίθουσας αναμονής αλλά κυρίως του ιατρείου, η ενημέρωση που παρέχει ο ιατρός σχετικά με το πρόβλημα της στοματικής υγείας στον ασθενή του. Στην κορυφή όμως όλων αυτών των παραγόντων βρίσκεται η σχέση ασθενή-ιατρού.

Ωστόσο ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τα ανωτέρω χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας δεν αρκούν για να τις αξιολογήσουν και να μείνουν ή όχι ικανοποιημένοι από αυτές. Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες παίζουν επίσης ρόλο: το φύλο, η ηλικία, η οικονομική κατάσταση, οι προηγούμενες οδοντιατρικές εμπειρίες, το οδοντιατρικό άγχος.

2.5.2.1 Προσδοκίες

Όλοι αυτοί οι παράγοντες της διαδικασίας της οδοντιατρικής φροντίδας συντείνουν στην διαμόρφωση εκάστοτε άλλων προσδοκιών εκ μέρους των ασθενών. Η σύγκριση αυτών των προσδοκιών με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν πραγματικά, ήτοι το μέγεθος του χάσματος μεταξύ της αναμενόμενης και της αντιληπτής παραδοθείσας υπηρεσίας διαμορφώνει και το μέγεθος της ικανοποίησης τους.

Οι Zeithaml, Bitner (1996) διακρίνουν τρεις τύπους προσδοκιών. Η πρώτη είναι η «επιθυμητή υπηρεσία», που ορίζεται ως το επίπεδο των υπηρεσιών που ο ασθενής επιθυμεί και εύχεται να λάβει. Η δεύτερη είναι οι «προβλέψιμες υπηρεσίες», ήτοι ένα επίπεδο υπηρεσιών λίγο κατώτερο των επιθυμητών, κατανοώντας ότι η άριστη ανταπόκριση των υπηρεσιών δεν είναι πάντα εφικτή. Η τρίτη τέλος είναι οι «επαρκείς υπηρεσίες» που αντιπροσωπεύουν το ελάχιστο ανεκτό επίπεδο. Η απόσταση ανάμεσα στα δύο τελευταία

επίπεδα προσδοκιών αποτελεί τη ζώνη ανοχής. Όταν η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών περνά τα όρια της ζώνης ανοχής είτε προς τα επάνω είτε προς τα κάτω, τότε ο ασθενής εκφράζει την ικανοποίηση του ή την δυσαρέσκεια του.

Ωστόσο, οι έρευνες του Linder-Pelz. (1982a,b), καταλήγουν ότι μόνον ένα 8% της διακύμανσης της ικανοποίησης αντιστοιχεί στις προσδοκίες και μαζί με τις γενικότερες αξίες και τις αντιλήψεις των ασθενών, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 10%. Επίσης η ίδια έρευνα αποκαλύπτει ότι η ικανοποίηση από τις προσδοκίες είναι ανεξάρτητη από τις άλλες μεταβλητές, έτσι ώστε πρακτικά η συμπεριφορά του ιατρού να μπορεί να αναπληρώσει ένα πιθανό χάσμα μεταξύ ιδεατής άσκησης της φροντίδας και τελικής πρακτικής.

Την άποψη αυτή επιβεβαιώνουν οι μελέτες των Zeithaml, et al (1990) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς που στην πλειοψηφία τους δεν μπορούν να αξιολογήσουν τις υπηρεσίες από επιστημονική και τεχνική άποψη, κρίνουν τελικά από άλλους παράγοντες, όπως το περιβάλλον, η ικανότητα του ιατρού προς επίλυση προβλημάτων, ο χρόνος της διαδικασίας, η ευγένεια κ.λ.π.

2.5.2.2 Διαπροσωπικές Σχέσεις

Συνέπεια αυτού είναι ο παράγων των διαπροσωπικών σχέσεων να παίζει μεγάλο ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών. Η επικοινωνία μαζί τους, λεκτική και μη, η φροντίδα και οι πληροφορίες σε σχέση με την στοματική τους κατάσταση, είναι από τις σημαντικότερες έννοιες που πρέπει να απασχολούν συνεχώς τον οδοντίατρο.

Ο Richard Blum (1960) στην εισαγωγή του βιβλίου του "The Management of the Doctor-Patient Relationship", αναρωτιέται: Γιατί ο ιατρός θα πρέπει να ανησυχεί όσον αφορά την πρόληψη της δυσαρέσκειας από μέρος του ασθενή του; Και η απάντηση που δίνει ο ίδιος είναι: Η δυσαρέσκεια του ασθενούς οδηγεί σε θεραπευτικές ανεπάρκειες και σε μια πληθώρα συνεπειών τόσο για τον ιατρό όσο και για τον άρρωστο.

Στην έρευνα των Holt and McHugh (1997) η έννοια της «φροντίδας και προσοχής» εκ μέρους του οδοντιάτρου αξιολογήθηκε θετικά από το 90% των ερωτηθέντων και κατά 73% ο «έλεγχος του πόνου», «εάν ο οδοντίατρος σας, ενδιαφέρεται να νοιώθετε άνετα» και είναι «ευαίσθητοποιημένος για την ασφάλεια σας».

Επίσης, στην μελέτη των Chakraborty, et al. (1993) οι προτιμήσεις των ασθενών έκλιναν προς τους οδοντιάτρους που «ανταποκρίνονταν στον πόνο τους, συζητούσαν τους φόβους τους και βοηθούσαν στην αντιμετώπιση τους».

Η ευαισθησία επίσης στην αντιμετώπιση των μικρών ασθενών είναι κριτήριο ικανοποίησης και επιλογής του οδοντιάτρου (Barnes, 1985).

Τα ίδια περίπου κριτήρια αποτυπώνονται και στην έρευνα των Δημητριάδη και συν (2008) στα ιδιωτικά οδοντιατρεία του δήμου της Αθήνας: Η ανώδυνη και καθησυχαστική συνεδρία, η ικανότητα του ειδικού να παρέχει πληροφορίες και λεπτομέρειες σχετικά με το είδος και το σχέδιο θεραπείας, και επί πλέον η ποιότητα του εξοπλισμού του οδοντιατρείου και το κόστος της θεραπείας.

2.5.2.3 Τεχνική ικανότητα οδοντιάτρου

Ο παράγων αυτός της ικανοποίησης των ασθενών αναφέρεται συχνά ως βασική παράμετρος της αξιολόγησης των οδοντιατρικών υπηρεσιών. Ωστόσο όπως ήδη αναφέρθηκε, οι ασθενείς αδυνατούν να κρίνουν τις γνώσεις και τις πρακτικές δεξιότητες του γιατρού. Μόνον έμμεσα μπορούν να έχουν μια γνώμη από το επίπεδο των σπουδών του, την επαγγελματική του επάρκεια στο πέρασμα των χρόνων και την εν γένει προσωπικότητα του.

2.5.2.4 Ευκολίες προσέλευσης

Ο παράγων ευκολία στην προσέλευση στο οδοντιατρείο, δεν φαίνεται να έχει μεγάλη βαρύτητα για την ικανοποίηση των ασθενών, αν εξαιρέσουμε τα έκτακτα περιστατικά, όπως τραυματισμούς και οξείς πόνους.

Στην προαναφερθείσα έρευνα των Holt and McHugh (1997) διαπιστώθηκε ότι τρεις από τους τέσσερις λιγότερο σημαντικούς παράγοντες της ικανοποίησης είναι ο χρόνος προσέλευσης, ο χρόνος αναμονής και ο χρόνος που δαπανάται για την θεραπεία. Στο ίδιο περίπου επίπεδο αξιολόγησης κατατάχθηκαν και η τοποθεσία του ιατρείου καθώς και οι εγκαταστάσεις στάθμευσης στην έρευνα των Janda, Wang, Rao (1996). Ωστόσο στις έρευνες των Unell et al (1996) διατυπώνεται η άποψη ότι τα άτομα των οποίων η κατοικία είναι απομακρυσμένη από το οδοντιατρείο είναι λιγότερο ικανοποιημένα.

Ο προγραμματισμός επίσης των ραντεβού, για χρόνια θεωρούμενος ως μια δύσκολη υπόθεση, επανέρχεται στο ερευνητικό ενδιαφέρον, και είναι σήμερα ένας σημαντικός παράγων μέτρησης της ικανοποίησης, ενώ παράλληλα αποτελεί ένα εργαλείο για την υποστήριξη της λήψης αποφάσεων που μπορούν να δικαιολογήσουν ορισμένες δράσεις όπως η προσθήκη πόρων σε μια οδοντιατρική κλινική (οδοντίατροι, υγειονόμοι, κλπ) με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Djemaa et al 2011).

2.5.2.5 Κόστος περίθαλψης

Οι έρευνες των Alvesalo, Uusi-Heikkilä (1984) καταδεικνύουν ότι αν και οι ασθενείς θεωρούν ότι το κόστος των οδοντιατρικών υπηρεσιών είναι μεγάλο, το πρόβλημα

ξεπερνιέται με την έγκαιρη και σωστή διαπραγμάτευση μεταξύ ιατρού και ασθενή, ενώ συγχρόνως μπορεί να θεωρηθεί ως δείκτης ποιότητας των προσφερομένων παροχών (Barnes, 1985). Σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή, σε αυτή την περίπτωση, οι τιμές απλά ερμηνεύονται ως δίκαιες από έναν ασθενή που έχει αντιληφθεί την υψηλή ποιότητα της περίθαλψης που του παρέχεται, και αντιθέτως ο ασθενής που είναι δυσαρεστημένος από το κόστος είναι συγχρόνως δυσαρεστημένος και από την ποιότητα της περίθαλψης.

Πάντως σύμφωνα με τους Chu et al (2001) ο χρόνος αναμονής στον χώρο του οδοντιατρείου και το κόστος της θεραπείας, αποτελούν τους δύο σημαντικότερους παράγοντες ικανοποίησης ή μη των ατόμων.

2.5.2.6 Εγκαταστάσεις

Σύμφωνα με την έρευνα του 1985 των Andrus, Buchheister, η εμφάνιση και λειτουργικότητα των οδοντιατρικών εγκαταστάσεων δεν επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση των ασθενών.

Ωστόσο, είναι αποδεδειγμένο ότι το περιβάλλον επηρεάζει τα συναισθήματα των ανθρώπων και τη συμπεριφορά τους σε μεγάλο βαθμό. Ο μεγάλος όγκος και η πληθώρα των μηχανημάτων και των εκτεθειμένων σε κοινή θέα εργαλείων, δημιουργούν ένα αυστηρό και τυπικό περιβάλλον που προκαλεί φόβο και συναισθήματα υποταγής. Επίσης οι μεγάλοι λιτοί και αυστηροί χώροι επιτρέπουν τη δημιουργία τυπικών επαγγελματικών και όχι διαπροσωπικών σχέσεων. Αντιθέτως το ζεστό περιβάλλον με τη χρήση κατάλληλων υλικών και χρωμάτων προκαλεί χαλάρωση στους ανθρώπους και αίσθηση οικειότητας (Λιονής 2011).

2.5.2.7 Ηλικία

Στην μελέτη των Stege et al (1996) που έγινε ειδικά για την ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών από την οδοντιατρική φροντίδα, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς ηλικίας άνω των 60 ετών έτειναν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς, αλλά ίσχυε το αντίθετο όταν η ερώτηση αφορούσε τη διαδικασία της επικοινωνίας. Σε εκ διαμέτρου αντίθετα αποτελέσματα όμως κατέληξαν οι Lahti, Hausen, Kääriäinen (1996) εξηγώντας τη μη ικανοποίηση των ηλικιωμένων με τη βαρύτητα και πολυπλοκότητα των στοματικών ευρημάτων.

2.5.2.8 Φύλο

Γενικότερα στις υπηρεσίες υγείας, ο παράγοντας φύλο έχει προκαλέσει σύγχυση, αφού άλλες έρευνες δείχνουν να μην υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φύλου και ικανοποίησης και

άλλες υποστηρίζουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση και ότι άλλοτε είναι οι άνδρες που είναι συνολικά περισσότερο ικανοποιημένοι και άλλοτε οι γυναίκες (Ραφτόπουλος, 2002).

Οι Gopalakrishna και Mummalaneni (1993) πάντως, σε μελέτη τους διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από τους άνδρες από την οδοντιατρική περίθαλψη αποδίδοντας το εύρημα αυτό στη μεγαλύτερη έκθεση τους σε οδοντιατρικές υπηρεσίες και προσαρμογή των προσδοκιών τους στις πραγματικές δυνατότητες φροντίδας.

2.5.2.9 Οικονομική κατάσταση

Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση, ο Golletz et al (1995) υποστηρίζουν ότι παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι που φαίνεται να ισχύει καθώς οι έρευνες τους έδειξαν ότι οι ευκατάστατοι λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους, ακόμη και μέσα στην ίδια υπηρεσία και είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις τους στους οδοντιάτρους σε σύγκριση με τους ασθενείς των κατώτερων κοινωνικών τάξεων.

2.5.2.10 Οδοντιατρικές εμπειρίες

Σύμφωνα με τους Liddell, Locker (1992) και Lahti et al (1996) η ικανοποίηση στις οδοντιατρικές υπηρεσίες επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις προηγούμενες εμπειρίες που οδηγούν σε φοβία της οδοντιατρικής πράξης. Ωστόσο όλοι οι άνθρωποι δεν φοβούνται την οδοντιατρική πράξη παρά το γεγονός ότι υπάρχουν δυσάρεστες εμπειρίες και σε αυτούς (Freeman, 1998).

2.5.2.11 Οδοντιατρικό άγχος

Σε μια σειρά από μελέτες (Locker, Liddell 1991, Locker et al (1996) έχει αποδειχθεί ότι οι ασθενείς που διακατέχονται από οδοντιατρικό άγχος είναι περισσότερο δυσαρεστημένοι από όσους προσέρχονται στο ιατρείο ήρεμοι.

Η οδοντιατρική ανησυχία (Dental Anxiety) είναι μία κατάσταση που ευθύνεται για την παραμέληση της στοματικής υγείας, για τις δυσλειτουργίες του στοματογναθικού συστήματος, για την αντικοινωνική, συμπεριφορά στην οποία οδηγούνται λόγω κακοσμίας, κακής εμφάνισης, αδυναμίας μάσησης σκληρών τροφών, με συνύπαρξη ισχυρού πόνου και παραμόρφωσης λόγω αποστημάτων και για το μεγάλο ποσοστό υποτίμησης που αισθάνονται οι ασθενείς για τον εαυτό τους, αναφορικά με τους φόβους τους (Αράβου 2008). Η αντιμετώπιση όλων αυτών των καταστάσεων δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο μεταξύ του οδοντιατρικού άγχους και της ικανοποίησης από τη θεραπεία.

3 ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 Σχεδιασμός και Μεθοδολογία

3.1.1 Σκοπός και αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας

Η ανάλυση των ανωτέρω αναφερομένων παραγόντων κινεί το ενδιαφέρον για την παρούσα έρευνα. Σκοπός της είναι να εκτιμήσει το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες των ιδιωτικών οδοντιατρείων τα οποία λειτουργούν στη Πάτρα και τις περιοχές της Αχαΐας γύρο από αυτήν, καθώς και ο εντοπισμός προβλημάτων τα οποία δρουν ανασταλτικά στην εξυπηρέτηση των υπηρεσιών αυτών. Απώτερος στόχος της έρευνας είναι να εξαχθούν συμπεράσματα τα οποία θα δίνουν τη δυνατότητα στο σχεδιασμό και τη λήψη μέτρων για αρτιότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των ιατρείων, τη βελτίωση της ασφαλιστικής κάλυψης και τη δημιουργία συνθηκών οι οποίες θα διευκολύνουν τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Τέλος τα συμπεράσματα αυτά θα είναι δυνατόν να αξιοποιηθούν στη διαμόρφωση της πολιτικής της υγείας, στη σχεδιαζόμενη σήμερα από τη πολιτεία αναμόρφωση του υγειονομικού συστήματος, με γνώμονα πάντα τη καλύτερη εξυπηρέτηση και την ικανοποίηση των οδοντιατρικών ασθενών.

3.1.2 Ερωτήματα της έρευνας

Προς επίτευξη του σκοπού και των στόχων της έρευνας θα πρέπει να διατυπωθούν τα ακόλουθα ερωτήματα προς διερεύνηση:

- Ποια είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασφαλισμένων του Ο.Π.Α.Δ και του Τ.Υ.Δ.Κ.Υ οι οποίοι χρησιμοποιούν τα ιδιωτικά οδοντιατρεία της περιοχής, πόσο συχνά και με τι κόστος;
- Πως σχετίζεται η ευκολία στη προσέλευση στα ιατρεία, το κόστος της θεραπείας, και η εξυπηρέτηση και το ενδιαφέρον το οποίο απολαμβάνουν από το ιατρικό και βοηθητικό προσωπικό, με την ικανοποίηση την οποία νοιώθουν απερχόμενοι;
- Ποιες οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην επιλογή της ιδιωτικής οδοντιατρικής περίθαλψης;

3.1.3 Μέσα συλλογής δεδομένων

Προς επίτευξη των στόχων της παρούσας έρευνας, αξιοποιήθηκε, μέρος δομημένου ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την

Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία το 2010 υπό τους Ιωάννη Ν. Υφαντόπουλο και Κωνσταντίνο Ι. Ουλή, για να μετρήσει τις Ανισότητες και την Ικανοποίηση από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες και τη Σχέση της Στοματικής Υγείας με την Ποιότητα Ζωής των Ελλήνων. Το ερωτηματολόγιο αυτό τροποποιήθηκε και εμπλουτίστηκε μερικώς, με ερωτήσεις οι οποίες παρουσίαζαν ενδιαφέρον για την εξαγωγή συμπερασμάτων από την παρούσα έρευνα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο προσωπικών συνεντεύξεων εν μέρει στην Υ.Π.Α.Δ Αχαΐας και εν μέρει στην Υγειονομική Μονάδα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ Πατρών.

Το ερωτηματολόγιο (βλ Παράρτημα ΙΙ), είναι χωρισμένο σε τέσσερες ενότητες:

1. Τα δημογραφικά στοιχεία,
2. τη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών,
3. την αξιολόγηση του επίπεδου ικανοποίησής των ασθενών με τη βοήθεια μιας κλίμακας τύπου Likert πέντε σημείων (καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ, απόλυτα ικανοποιημένος)
4. και δύο επιπλέον ερωτήσεις, σε σχέση με την παρούσα οικονομική κρίση και την πιθανή επίπτωση στο ασφαλιστικό τους μέλλον, οι οποίες επίσης αξιολογήθηκαν στην κλίμακα τύπου Likert. Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε διότι σύμφωνα με την Ogier (1999), τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούν κλίμακες μέτρησης στάσεων με βαθμίδες θεωρούνται κατάλληλα για τη μέτρηση και εξακρίβωση απόψεων.

Εξαίρεση αποτέλεσε μία μόνον γενική ερώτηση της δεύτερης ενότητας η οποία βαθμολογήθηκε από 0 έως 10, καθώς και ολόκληρη η πρώτη ενότητα η οποία αφορούσε την ηλικία, το φύλο το μορφωτικό επίπεδο, το τόπο μόνιμης κατοικίας, τον ασφαλιστικό φορέα και την επαγγελματική κατάσταση.

Η συνεργασία των ασθενών ήταν εξαιρετική. Στην συντριπτική τους πλειοψηφία συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο με ενδιαφέρον και προθυμία. Ελάχιστοι ήταν αυτοί που αρνήθηκαν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων λόγω ελλείψεως διαθέσιμου χρόνου ή αρνητικής εν γένει στάσης σε παρόμοιες πρακτικές. Παρατηρήθηκε όμως μια δυσκολία στην κατανόηση κάποιων ερωτήσεων και ως εκ τούτου αναζητήθηκαν διευκρινίσεις σχετικές με τις απαντήσεις στις ερωτήσεις Q2.2 και Q3.8 καθώς και αμφισβήτηση δυνατότητας απαντήσεως σε κάποιες άλλες όπως η Q3.6. Προς αντιμετώπιση αυτού του γεγονότος και με δεδομένο ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν με τη παρουσία της ερευνήτριας, ετίθεντο στη διάθεση τους διευκρινιστικά στοιχεία ώστε οι

ερωτώμενοι να μπορούν να διατυπώσουν μια σαφή απάντηση, και με το τρόπο αυτό να διασφαλιστεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου.

3.1.4 Πιλοτική έρευνα

Το ερωτηματολόγιο παρά το ότι ήταν σταθμισμένο και δοκιμασμένο, δοκιμάστηκε πάλι προκαταβολικά τον Δεκέμβριο του 2011, σε τυχαίο δείγμα 30 ασφαλισμένων για να διαπιστωθούν τυχόν δυσκολίες στην κατανόηση και ακρίβεια του περιεχομένου των ερωτήσεων αφού είχαν προστεθεί οι δύο τελευταίες ερωτήσεις για την οικονομική κρίση. Αποτέλεσμα αυτού ήταν οι δύο αυτές ερωτήσεις να διατυπωθούν και αυτές έτσι ώστε να αξιολογηθούν στην κλίμακα τύπου Likert.

Επίσης η πιλοτική έρευνα έφερε στο φως την ανάγκη διεξαγωγής της έρευνας με την μέθοδο προσωπικών συνεντεύξεων ώστε οι ασθενείς να έχουν τη δυνατότητα διευκρινίσεως σε κάποια σημεία του ερωτηματολογίου. Αυτό βοήθησε ώστε να μην υπάρχουν αναπάντητα ερωτήματα και λάθος επιλογές από κακή κατανόηση (Crow, et al 2002).

3.1.5 Υλικό και μέθοδος

Το συνολικό αξιοποιήσιμο δείγμα που συλλέχτηκε είναι 292 ερωτηματολόγια σε σύνολο 307. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν ανώνυμη και εθελοντική και γινόταν επ' ευκαιρία της προσέλευσης των ασθενών προς έγκριση της οδοντιατρικής περίθαλψης που είχαν λάβει και αποζημίωσης εκ μέρους του ασφαλιστικού τους ταμείου. Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε στο γραφείο της ερευνήτριας, μετά από έγκριση της προϊσταμένης αρχής της υπηρεσίας, κατά τις ώρες λειτουργίας της υπηρεσίας, το διάστημα μεταξύ 15/1/2012 και 17/3/2012. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τοποθετούνταν σε φάκελο και τοποθετούνταν σε ειδικά για τον σκοπό αυτό μεγάλο ντοσιέ. Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου και πριν από τις ερωτήσεις αναφερόταν ο σκοπός της έρευνας η ταυτότητα της ερευνήτριας και οι ευχαριστίες εκ των προτέρων για την διάθεση εκ μέρους των ερωτώμενων του απαιτούμενου χρόνου.

3.1.6 Επεξεργασία δεδομένων

Μετά την συλλογή των δεδομένων και τον έλεγχο τους δια τυχόν διορθώσεις, αυτά κωδικοποιήθηκαν στον υπολογιστή και ακολούθησε η ανάλυση τους με τη χρήση καταλλήλων στατιστικών κριτηρίων. Για τη συγκεκριμένη έρευνα κρίθηκε προτιμότερο η στατιστική ανάλυση να γίνει με το πρόγραμμα κοινωνικών επιστημών SPSS, (Statistical

Package for Social Sciences, version 17.0) ώστε μετά από την στατιστική επεξεργασία όλων των μεταβλητών, να προσδιοριστεί για κάθε μεταβλητή/ερώτηση προς τους χρήστες, το ποσοστό των απαντήσεων ανά κλίμακα.

Με το ίδιο στατιστικό πρόγραμμα SPSS έχει γίνει η στατιστική ανάλυση και στην έρευνα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας με της οποίας τα αποτελέσματα θα προσπαθήσουμε να έχουμε μια σύγκριση.

Επιδίωξη μας είναι μέσω βασικών κατανομών και παρουσίασης πινάκων, να παρουσιάσουμε τα περιγραφικά αποτελέσματα σε ποσοστιαίες κατανομές των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συγκεκριμένων χρηστών, τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν την χρήση της ιδιωτικής οδοντιατρικής περίθαλψης στην περιοχή των Πατρών, την ικανοποίηση των χρηστών από αυτήν, καθώς και την εκτίμηση των χρηστών για την ιδιωτική οδοντιατρική περίθαλψη σε σχέση με τις αλλαγές που συντελούνται στις ημέρες μας στο ασφαλιστικό σύστημα της χώρας.

Τέλος επιδίωξη μας επίσης είναι η διερεύνηση μέσω της στατιστικής ανάλυσης της χρήσης και της ικανοποίησης των ασθενών, σε σχέση με το δημογραφικό και κοινωνικο-οικονομικό τους προφίλ.

3.1.7 Ηθικές διαστάσεις

Στα πλαίσια των ηθικών κανόνων που πρέπει να διέπουν μια επιστημονική έρευνα, η έκκληση για συμπλήρωση του ερωτηματολογίου προς τους ασθενείς έγινε μετά τη περαίωση της διαδικασίας έγκρισης των δαπανών της θεραπείας τους, ώστε η διαδικασία αυτή να μη συνδυαστεί με μια πιθανή «επιβολή» εκ μέρους της ερευνήτριας της συμμετοχής τους στην έρευνα.

Επίσης έγινε σαφής ενημέρωση για τις διαδικασίες και τον σκοπό της έρευνας και διευκρινίστηκε ότι η έρευνα δεν έχει σχέση μόνον με την πρόσφατη επίσκεψη τους στον οδοντίατρο αλλά και με την γενικότερη εμπειρία τους από την οδοντιατρική περίθαλψη, ώστε να απεμπλακούν από την ιδέα ότι σχολιάζουν συγκεκριμένο ιατρό.

3.1.8 Περιορισμοί της έρευνας

Ο κυριότερος περιορισμός της παρούσας έρευνας ήταν η αίσθηση των ασθενών ότι έκριναν συναδέλφους της ερευνήτριας και μάλιστα με την παρουσία της. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την μειωμένη ελευθερία έκφρασης και αρνητικού σχολιασμού ή μερικές φορές και την ακριβώς αντίθετη αντίδραση, πάντα όμως ενέχει τον κίνδυνο της μη αντικειμενικής και αξιόπιστης απάντησης.

Πέραν αυτών, η πίεση του χρόνου μπορεί να οδηγήσει σε αναξιόπιστες απαντήσεις, καθώς και ο τύπος των κλειστών ερωτήσεων οι οποίες αν και θεωρούνται εύκολα απαντήσιμες, δεν δίδουν περισσότερες διευκρινήσεις, από τις οποίες θα μπορούσαν να εξαχθούν πολύτιμα συμπεράσματα για τους λόγους που ένας ασθενής δεν είναι ικανοποιημένος.

Εν άλλο στοιχείο το οποίο θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ως μειονέκτημα είναι ότι το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήσαμε ως βάση, στηριζόταν και αυτό με την σειρά του σε επιλογές από ανάλογα παλαιότερα ερωτηματολόγια και την εμπειρία των συντακτών του (E.O.O 2011).

4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο σχολιασμός και ανάλυση των απαντήσεων στα ευρήματα της έρευνας σχετικά με την δημογραφική σύνθεση και τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ασφαλισμένων στον ΟΠΑΔ και ΤΥΔΚΥ (και τώρα ΕΟΠΥΥ), ασθενών που επισκέπτονται τις ιδιωτικές Οδοντιατρικές Υπηρεσίες έχει ως εξής:

- **Ηλικία:**

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 38 (βλ. Παράρτημα I) οι ηλικίες όσων προσήλθαν για έγκριση των θεραπειών που έλαβαν στα ιδιωτικά οδοντιατρεία της περιοχής των Πατρών κυμαίνονται μεταξύ 22 και 74 ετών. Οι θεραπείες βέβαια δεν αφορούσαν πάντοτε τους ίδιους, αλλά ήταν και ένα μικρό ποσοστό έμμεσα ασφαλισμένων τέκνων, τα οποία δεν ήταν δυνατόν να προσέλθουν λόγω σύμπτωσης των ωρών εργασίας της υπηρεσίας με τις ώρες λειτουργίας των σχολείων. Αυτό το γεγονός είναι και η αιτία του ότι δεν ήταν δυνατόν να έχουμε και τη γνώμη μικρότερων ηλικιών στο δείγμα μας.

Ωστόσο, για λειτουργικούς λόγους της στατιστικής ανάλυσης, οι ηλικίες των ερωτηθέντων διαχωρίστηκαν στις εξής ομάδες: 22 έως 34, 35 έως 44, 45 έως 54, 55 έως 64 και 65 έως 74. Αυτό θα μας βοηθήσει ώστε να μπορέσουμε να κάνουμε συγκρίσεις των αποτελεσμάτων μας με τα αποτελέσματα της έρευνας της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας., το ερωτηματολόγιο της οποίας χρησιμοποιήσαμε ως βάση του δικού μας.

- **Φύλο:**

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 38 (βλ. Παράρτημα I) το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες 50,7% έναντι 49,3% των ανδρών.

Αν και η διαφορά είναι μικρή η έρευνα κατέδειξε ότι η πλειοψηφία των ασθενών που επισκέπτονται τις ιδιωτικές Οδοντιατρικές Υπηρεσίες στην περιοχή των Πατρών είναι γυναίκες,

Ωστόσο, στη δική μας έρευνα και στην ομάδα των ενηλίκων (35-44 ετών) αλλά και στην ομάδα των υπερηλίκων (65-74 ετών) υπάρχει μια υπεροχή του αριθμού των ανδρών (29,2% και 16,7%) έναντι των γυναικών (25,7% και 13,5%).

- **Εκπαιδευτικό επίπεδο:**

Στο Πίνακα 38 (βλ. Παράρτημα I), το 90% περίπου των προσερχομένων για οδοντιατρική περίθαλψη είναι απόφοιτοι μέσης και ανώτατης εκπαίδευσης

- **Επαγγελματική κατάσταση:**

Η πλειοψηφία των χρηστών είναι εν ενεργεία υπάλληλοι (59,2%) έναντι 40,8% των συνταξιούχων. (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι)

- **Τόπος διαμονής:**

Επίσης η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών είναι κάτοικοι αστικής περιοχής (97,9%) εν αντιθέσει με το 2,1% των κατοίκων αγροτικών περιοχών.

(βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι)

- **Ασφαλιστικός φορέας:**

Το αυτό συμβαίνει και με τον ασφαλιστικό φορέα των χρηστών, ήτοι 91,4% είναι ασφαλισμένοι στον ΟΠΑΔ έναντι 8,6% ασφαλισμένων στο ΤΥΔΚΥ.

(βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι)

Πίνακας 4-1: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΣΩΝ ΟΡΩΝ (Μ.Ο.) ,

ΤΟΠΟΣ_ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ Q1.1.	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπικό Σφάλμα	T.A.
	1	2							
1	ΑΣΤΙΚΗ	286	292	-	-	-	-	-	-
	2	ΑΓΡΟΤΙΚΗ							
ΕΠΑΓΓ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Q1.2.	1	ΕΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ	173	292	-	-	-	-	-
	2	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	119						
ΑΣΦΑΛ_ΦΟΡΕΑΣ Q1.3.	1	ΤΑΜΕΙΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥ	267	292	1	2	1,09	0,016	0,28
	2	ΤΥΔΚΥ	25						
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ Q1.4.	1	ΠΑΝΕΠ/ΚΗ Η/ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ	210	292	-	-	-	-	-
	2	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	54						
	3	ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΓΥΜΝΑΣΙΟ	23						
	4	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	5						

ΦΥΛΛΟ Q1.5.	METABΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	Ν	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπικό Σφάλμα	Τ.Α.
	1	APPEN	144	292	-	-	-	-	-
2	ΘΗΛΥ	148							
ΗΛΙΚΙΑ Q1.6.				292	22	74	50,54	0,713	12,18
				22-74 ΕΤΩΝ					
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	1	22-34	23	292					
	2	35-44	80						
	3	45-54	77						
	4	55-64	68						
	5	65-74	44						

4.2 Χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών υγείας

Η ανάλυση των απαντήσεων στα ευρήματα της έρευνας σχετικά με τη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών υγείας έχει ως εξής:

- **Πλήθος επισκέψεων το τελευταίο έτος**

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων υπαλλήλων, ήτοι το 58,2% έχει επισκεφθεί τον οδοντίατρο μια έως δύο φορές στην διάρκεια του τελευταίου έτους ενώ το 25% τρεις και περισσότερες φορές και το 16,8% καμία. (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι)

- **Αποφυγή χρήσεως ιδιωτικών οδοντιατρείων**

Το κόστος είναι ένας σοβαρά (76%) υπολογίσιμος παράγων για την μη χρήση των ιδιωτικών οδοντιατρείων έναντι της αντίθετης (24%) άποψης.

Αντιθέτως το εύρος των εργασιών δεν θεωρείται ως εμπόδιο στην προσέλευση στα ιδιωτικά οδοντιατρεία (59,9%) έναντι του 40,1%.

Η ποιότητα πάλι είναι σχεδόν μοιρασμένη, με το 52,7% να την θεωρεί εμπόδιο ενώ το 47,3% όχι.

Η ανεπαρκής επίσης ασφαλιστική κάλυψη πριμοδοτείται με ένα ποσοστό 63,4% στην αποφυγή χρήσεως ιδιωτικών οδοντιατρείων έναντι του 36,6% της αντίθετης άποψης.

Η γραφειοκρατία τέλος θεωρείται ως εμπόδιο για το 40,8% των ερωτηθέντων έναντι 59,2% που δεν την εκλαμβάνουν ως σοβαρή αιτία. (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι)

- **Ποσό διατεθέν τον τελευταίο χρόνο**

Σε ποσοστό 72% τα χρήματα που διατέθηκαν από τους ασφαλισμένους για την οδοντιατρική τους περίθαλψη τον τελευταίο χρόνο κυμάνθηκαν μεταξύ 50 και 500 ευρώ. Σαφώς μικρότερα ποσοστά των ερωτηθέντων, είτε δε χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν τις οδοντιατρικές υπηρεσίες, είτε δαπάνησαν άνω των 500 ευρώ. (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι)

- **Συχνότητα προσέλευσης σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη**

Άνω του 70% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η ασφαλιστική κάλυψη παίζει ρόλο στην συχνότητα με την οποία επισκέπτεται τον οδοντίατρο ενώ κάποιοι μεταξύ αυτών που έχουν την αντίθετη γνώμη το αιτιολόγησαν με το ότι η υγεία δεν μπορεί να εξαρτάται από το κόστος. (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι)

Πίνακας 4-2: ΧΡΗΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπικό Σφάλμα	Τ.Α.
	1	2							
Q 2.1.	1	ΚΑΜΙΑ	49	292	1	3	2,08	0,038	0,642
	2	1 ΕΩΣ 2	170	<i>Ο Μ.Ο. ήταν 2,08 (±0,642), δηλαδή επισκέφτηκε τον οδοντίατρο μία έως τρεις φορές τον τελευταίο χρόνο</i>					
	3	3 ΚΑΙ ΑΝΩ	73						
ΜΗ ΧΡΗΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ ΕΝΕΚΑ ΚΟΣΤΟΥΣ Q 2.2. (1)	1	ΝΑΙ	222	292					
	2	ΟΧΙ	70						
ΜΗ ΧΡΗΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ ΕΝΕΚΑ ΕΥΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ Q 2.2. (2)	1	ΝΑΙ	117	292					
	2	ΟΧΙ	175						
ΜΗ ΧΡΗΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ ΕΝΕΚΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ Q 2.2. (3)	1	ΝΑΙ	154	292					
	2	ΟΧΙ	138						

ΚΑΤΑΒΛΗΘΕΙΣΑ ΔΑΠΑΝΗ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ Q 2.3.	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπικό Σφάλμα	Τ.Α.
	1	2							
Q 2.3.	1	<50	32	292	-	-	2,79	0,075	1,287
	2	51-100	53	<i>Ο Μ.Ο. είναι 2,79 (±1,287) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων δαπάνησε έως και 500,00€.</i>					
	3	101-200	87						
	4	201-500	70						
	5	501-1000	22						
	6	>1000	28						
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΑΜΕΙΩΝ & ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ Q 2.4.	1	ΝΑΙ	207	292	-	-	-	-	-
	2	ΟΧΙ	85						
ΜΗ ΧΡΗΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ ΕΝΕΚΑ ΑΝΕΠΑΡΚΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ Q 2.2. (4)	1	ΝΑΙ	185	292					
	2	ΟΧΙ	107						
ΜΗ ΧΡΗΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ ΕΝΕΚΑ ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑΣ Q 2.2. (5)	1	ΝΑΙ	119	292					
	2	ΟΧΙ	173						

4.3 Ικανοποίηση από την χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών

Η ανάλυση των απαντήσεων στα ευρήματα της έρευνας σχετικά με την ικανοποίηση από την χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών υγείας έχει ως εξής:

4.3.1 Ικανοποίηση -- Γενική ανάλυση δείγματος

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (88%), έχει θετική γνώμη από την εμπειρία της στη οδοντιατρική περίθαλψη των ιδιωτικών οδοντιατρείων.

4.3.2 Προσπελασιμότητα

Μόνον το 1% και το 2,4% των ερωτηθέντων δεν είναι ικανοποιημένοι με την ευκολία ορισμού του ραντεβού και τον χρόνο αναμονής στον προθάλαμο του ιατρείου αντιστοίχως.

Όλοι οι υπόλοιποι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι απλώς έως απόλυτα. (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι)

4.3.2.1 Μέσοι Όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις: Προσπελασιμότητα.

Στο πιο κάτω πίνακα 4-3, παρατίθενται οι τιμές των μέσων όρων των συντελεστών της ικανοποίησης που σχετίζονται με την προσπελασιμότητα των ασθενών για την παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Πίνακας 4-3: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις, Προσπελασιμότητα

ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	Ν	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπικό Σφάλμα	Τ.Α.
				292	1	5	3,82	0,062	1,061
ΕΥΚΟΛΙΑ ΣΤΟ ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ Q 3.2. (1)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	3	<i>Ο Μ.Ο. είναι 3,82 (± 1,061) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από αρκετά έως απόλυτα ικανοποιημένοι από την ευκολία που τους παρέχεται στο κλείσιμο ραντεβού.</i>					
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	39						
	3	ΑΡΚΕΤΑ	60						
	4	ΠΟΛΥ	96						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	94						
ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ				292	1	5	3,61	0,067	1,139
ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΑΜΟΝΗΣ Q 3.2. (2)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	7	<i>Ο Μ.Ο. είναι 3,61 (± 1,139) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά</u> έως <u>απόλυτα</u> ικανοποιημένοι από τον απαιτούμενο χρόνο που χρειάζεται να παραμείνουν στην αίθουσα αναμονής του ιατρείου.</i>					
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	55						
	3	ΑΡΚΕΤΑ	61						
	4	ΠΟΛΥ	91						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	78						

4.3.2.2 Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου – Προσπελασιμότητα.

Στον πίνακα 4-4 που ακολουθεί, παρατίθεται η συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με την Προσπελασιμότητα που έχουν αυτοί για την παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Πίνακας 4-4: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ - ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ

<u>Πίνακας 4-4, Σελίδα 1</u>		ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη). N: Πλήθος ερωτηθέντων			
ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	Συσχέτιση Pearson	1	,157**
	σημαν. (αμφίπλευρη)		,007
	N	292	292
ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,157**	1
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,007	
	N	292	292
ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	Συσχέτιση Pearson	,178**	,079
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,002	,176
	N	292	292
ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	Συσχέτιση Pearson	,266**	,076
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000	,197
	N	292	292
ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΧΩΡΩΝ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,152**	,052
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,009	,374
	N	292	292
ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ M.M.M.	Συσχέτιση Pearson	,045	,133*
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,450	,024
	N	290	290
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,180*	,150*
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,017	,047
	N	176	176

<p style="text-align: center;"><u>Πίνακας 4-4. Σελίδα 2</u></p> <p>(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη).</p>		ΠΡΟΣΠΕΛΛΑΣΙΜΟΤΗΤ Α ΡΑΝΤΕΒΟΥ	ΠΡΟΣΠΕΛΛΑΣΙΜΟΤΗΤ Α ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΒΟΗΘΟ	Συσχέτιση Pearson	,063	,285**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,417	,000
	N	170	170
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ	Συσχέτιση Pearson	,180**	,179**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,002	,002
	N	292	292
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ	Συσχέτιση Pearson	,271**	,089
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000	,130
	N	292	292
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,112	,071
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,056	,229
	N	292	292
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,269**	,211**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000	,000
	N	292	292
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,110	,123*
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,061	,036
	N	292	292
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	Συσχέτιση Pearson	,168**	,094
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,004	,110
	N	292	292
ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,145*	,110
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,013	,061
	N	292	292

<u>Πίνακας 4-4. Σελίδα 3</u>		ΠΡΟΣΠΕΛΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ PANTEBOY	ΠΡΟΣΠΕΛΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη).			
(*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη).			
ΚΑΤΑΛΗΛΟΤΗΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	Συσχέτιση Pearson	,172**	,089
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,003	,127
	N	292	292
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,036	,044
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,542	,452
	N	292	292
ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ	Συσχέτιση Pearson	,124*	,092
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,034	,119
	N	292	292
ΔΑΠΑΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,075	,050
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,199	,398
	N	292	292
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,114	,151*
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,052	,010
	N	292	292
ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Συσχέτιση Pearson	,196**	,165**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,001	,005
	N	292	292
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Συσχέτιση Pearson	,033	,103
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,573	,078
	N	292	292
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	,185**	,092
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,001	,116
	N	292	292

Πίνακας 4-4, Σελίδα 4 (**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη).		ΠΡΟΣΠΕΛΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	ΠΡΟΣΠΕΛΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ
ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	,028	,217**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,633	,000
	N	292	292
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,140*	,030
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,017	,606
	N	292	292

4.3.3 Προσβασιμότητα

Μικρά ποσοστά των ερωτηθέντων είναι δυσαρεστημένοι από την τοποθεσία του οδοντιατρείου (3,4%), το χρόνο μεταφοράς έως το ιατρείο (6,2%), και την ύπαρξη συγκοινωνιακού μέσου (0,7%). Οι υπόλοιποι ασθενείς μοιράζουν γενικώς τις εμπειρίες τους μεταξύ του «ικανοποιημένοι» και «απόλυτα ικανοποιημένοι». (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι).

4.3.3.1 Μέσοι Όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις: Προσβασιμότητα.

Στο πιο κάτω πίνακα 4-5, παρατίθενται οι τιμές των μέσων όρων των συντελεστών της ικανοποίησης που σχετίζονται με την Προσβασιμότητα των ασθενών στους χώρους παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών .

Πίνακας 4-5: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις, Προσβασιμότητα

ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ Q 3.3. (1)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπικό Σφάλμα	Τ.Α.
				292	1	5	3,72	0,068	1,163
	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	10	<i>Ο Μ.Ο. είναι 3,72 ($\pm 1,163$) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά</u> έως <u>απόλυτα</u> ικανοποιημένοι από την τοποθεσία του ιατρείου.</i>					
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	41						
	3	ΑΡΚΕΤΑ	67						
	4	ΠΟΛΥ	78						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	96						
				292	1	5	3,28	0,068	1,156
ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ Q 3.3. (2)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	18	<i>Ο Μ.Ο. είναι 3,28 ($\pm 1,156$) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>ικανοποιημένοι</u> έως <u>πολύ ικανοποιημένοι</u> από τον απαιτούμενο χρόνο που χρειάζονται να φτάσουν στο ιατρείο.</i>					
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	61						
	3	ΑΡΚΕΤΑ	84						
	4	ΠΟΛΥ	79						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	50						
				292	1	5	2,28	0,083	1,411
ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΑΝΕΥΡΕΣΗΣ ΧΩΡΟΥ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ Q 3.3. (3)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	129	<i>Ο Μ.Ο. είναι 2,28 ($\pm 1,411$) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>καθόλου</u> έως <u>αρκετά ικανοποιημένοι</u> από την ευκολία που τους παρέχεται στην εξέταση χώρου στάθμευσης του αυτοκινήτου τους πλησίον του ιατρείου.</i>					
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	49						
	3	ΑΡΚΕΤΑ	49						
	4	ΠΟΛΥ	32						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	33						
				292	1	5	3,24	0,081	1,376
ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΑΦΙΞΕΩΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΜΑΖΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ Q 3.3. (4)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	129	<i>Ο Μ.Ο. είναι 3,24 ($\pm 1,376$) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά</u> έως <u>απόλυτα ικανοποιημένοι</u> από την ευκολία που τους παρέχεται από την δυνατότητα χρήσης μαζικών μέσων μεταφοράς (Μ.Μ.Μ.) για να φτάσουν στο ιατρείο.</i>					
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	49						
	3	ΑΡΚΕΤΑ	49						
	4	ΠΟΛΥ	32						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	33						

4.3.3.2 Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου – Προσβασιμότητα.

Στον πίνακα 4-6 που ακολουθεί, παρατίθεται η συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με την Προσβασιμότητα τους, στους χώρους παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών .

Πίνακας 4-6: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ - ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ

Πίνακας 4-6. Σελίδα 1 (**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη). N: Πλήθος ερωτηθέντων		ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΧΩΡΩΝ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ	ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ Μ.Μ.Μ.
ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	Συσχέτιση Pearson	1	,218	,169	,082
	σημαν. (αμφίπλευρη)		,000	,004	,163
	N	292	292	292	290
ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	Συσχέτιση Pearson	,218	1	,195	-,016
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000		,001	,780
	N	292	292	292	290
ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΧΩΡΩΝ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,169	,195	1	,101
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,004	,001		,086
	N	292	292	292	290
ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ Μ.Μ.Μ.	Συσχέτιση Pearson	,082	-,016	,101	1
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,163	,780	,086	
	N	290	290	290	290
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,157*	,045	,015	,165*
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,038	,552	,846	,029
	N	176	176	176	175
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΒΟΗΘΟ	Συσχέτιση Pearson	,166*	,042	,045	,052
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,030	,586	,557	,497
	N	170	170	170	170

<u>Πίνακας 4-6. Σελίδα 2</u>		ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΧΩΡΩΝ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ	ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ Μ.Μ.Μ.
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη). N: Πλήθος ερωτηθέντων					
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ	Συσχέτιση Pearson	,097	,065	,029	-,026
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,100	,271	,624	,660
	N	292	292	292	290
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ	Συσχέτιση Pearson	,197 ^{**}	,022	,074	,076
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,001	,703	,205	,198
	N	292	292	292	290
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,137	,156 ^{**}	,017	,061
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,019	,008	,769	,301
	N	292	292	292	290
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,116 [*]	,151 ^{**}	-,042	-,086
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,047	,010	,472	,144
	N	292	292	292	290
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,023	,046	,054	,080
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,695	,433	,355	,172
	N	292	292	292	290
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	Συσχέτιση Pearson	,053	-,015	-,002	-,064
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,366	,794	,973	,281
	N	292	292	292	290
ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,118 [*]	,097	,015	-,003
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,044	,099	,797	,953
	N	292	292	292	290
ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	Συσχέτιση Pearson	-,024	,086	,004	,043
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,685	,141	,951	,465
	N	292	292	292	290

Πίνακας 4-6. Σελίδα 3		ΤΟΙΘΘΕΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤ	ΔΙΑΦΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΧΩΡΩΝ	ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤ Α ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ Μ.Μ.Μ.
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη). N: Πλήθος ερωτηθέντων					
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,060	,051	-,080	,050
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,308	,381	,173	,393
	N	292	292	292	290
ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ	Συσχέτιση Pearson	,033	,069	-,001	-,089
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,573	,239	,983	,130
	N	292	292	292	290
ΔΑΠΑΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,139 [*]	,090	,016	-,021
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,017	,123	,788	,720
	N	292	292	292	290
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	Συσχέτιση Pearson	-,020	,070	-,080	,042
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,730	,234	,173	,475
	N	292	292	292	290
ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Συσχέτιση Pearson	,034	,178 ^{**}	-,035	,061
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,560	,002	,550	,299
	N	292	292	292	290
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Συσχέτιση Pearson	,083	,059	-,026	,048
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,158	,313	,662	,412
	N	292	292	292	290
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	,059	,085	,000	-,042
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,314	,148	,999	,474
	N	292	292	292	290
ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	-,024	,033	-,039	-,046
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,679	,577	,512	,431
	N	292	292	292	290
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,074	,050	-,006	,052
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,209	,398	,915	,377
	N	292	292	292	290

4.3.4 Εξυπηρέτηση

Σε σχέση με την εξυπηρέτηση από το ιατρικό και βοηθητικό προσωπικό του ιατρείου οι ερωτηθέντες δήλωσαν σε ποσοστό 39,7% και 41,8% ότι οι οδοντίατροι που επισκέφθηκαν δεν είχαν υπάλληλο υποδοχής και βοηθό οδοντίατρο, αντίστοιχα. Στα ιατρεία όμως όπου αυτοί υπήρχαν αλλά και από τους ίδιους τους οδοντίατρος οι ασθενείς ήσαν ικανοποιημένοι αρκετά, πολύ ή απόλυτα (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι).

4.3.4.1 Μέσοι Όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις: Εξυπηρέτηση.

Στο πιο κάτω πίνακα 4-7, παρατίθενται οι τιμές των μέσων όρων των συντελεστών της ικανοποίησης που σχετίζονται με την Εξυπηρέτηση των ασθενών.

Πίνακας 4-7: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις, Εξυπηρέτηση

ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΥΠΑΛΛΗΛΟ ΥΠΟΛΟΧΗΣ Q 3.4. (1)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΜΕΤΡ/ΣΕΙΣ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπ Σφάλμα	T.A.
	Δεν απάντησαν : 116			292	1	5	3,84	0,081
1	ΚΑΘΟΛΟΥ		116	Ο Μ.Ο. είναι 3,84 (± 0,996) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι <u>αρκετά ικανοποιημένοι</u> από την εξυπηρέτηση του υπαλλήλου υποδοχής (εκεί όπου υπήρχε) στο ιατρείο.				
2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ		1					
3	ΑΡΚΕΤΑ		19					
4	ΠΟΛΥ		40					
5	ΑΠΟΛΥΤΑ		63					
Δεν απάντησαν : 122			292	1	5	3,76	0,069	0,906
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΒΟΗΘΟ Q 3.4. (2)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	122	Ο Μ.Ο. είναι 3,76(± 0,906) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά ικανοποιημένοι έως απόλυτα</u> από την εξυπηρέτηση του βοηθού οδοντίατρο (εκεί όπου υπήρχε) στο ιατρείο				
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	6					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	4					
	4	ΠΟΛΥ	46					
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	82					
			292	1	5	4,27	0,069	0,831
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ Q 3.4. (3)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	3	Ο Μ.Ο. είναι 4,27(± 0,831) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά ικανοποιημένοι έως απόλυτα</u> από την εξυπηρέτηση του βοηθού οδοντίατρο (εκεί όπου υπήρχε) στο ιατρείο				
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	3					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	45					
	4	ΠΟΛΥ	103					
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	138					

4.3.4.2 Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου – Εξυπηρέτηση.

Στον πίνακα 4-8 που ακολουθεί, παρατίθεται η συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την Εξυπηρέτησή τους.

Πίνακας 4-8 : ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ - ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

<u>Πίνακας 4-8, Σελίδα 1</u>		ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΒΟΗΘΟ	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη). N: Πλήθος ερωτηθέντων				
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ	Συσχέτιση Pearson	1	,176 [^]	,067
	σημαν. (αμφίπλευρη)		,042	,375
	N	176	133	176
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΒΟΗΘΟ	Συσχέτιση Pearson	,176 [^]	1	,061
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,042		,432
	N	133	170	170
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ	Συσχέτιση Pearson	,067	,061	1
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,375	,432	
	N	176	170	292
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ	Συσχέτιση Pearson	,087	-,021	,171 ^{**}
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,250	,782	,003
	N	176	170	292
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,105	-,008	,278 ^{**}
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,165	,913	,000
	N	176	170	292
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,225 ^{**}	,255 ^{**}	,227 ^{**}
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,003	,001	,000
	N	176	170	292
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,115	,101	,141 [^]
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,128	,188	,016
	N	176	170	292
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	Συσχέτιση Pearson	,096	,185 [^]	,210 ^{**}
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,205	,016	,000
	N	176	170	292

<u>Πίνακας 4-8, Σελίδα 2</u>		ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΥΠΟΛΟΧΗΣ	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΒΟΗΘΟ	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη). N: Πλήθος ερωτηθέντων				
ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,019	-,019	,051
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,803	,805	,383
	N	176	170	292
ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	Συσχέτιση Pearson	,217**	-,024	,082
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,004	,752	,163
	N	176	170	292
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,046	,017	,021
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,548	,821	,715
	N	176	170	292
ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ	Συσχέτιση Pearson	-,070	,169*	,171**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,358	,028	,003
	N	176	170	292
ΔΑΠΑΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,051	-,003	,043
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,504	,967	,467
	N	176	170	292
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,061	,036	,170**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,419	,642	,003
	N	176	170	292
ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Συσχέτιση Pearson	,148	-,095	,063
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,050	,220	,282
	N	176	170	292
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Συσχέτιση Pearson	,118	,032	,132*
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,120	,680	,024
	N	176	170	292

<u>Πίνακας 4-8, Σελίδα 3</u>		ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΥΠΟΛΟΧΗΣ	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΒΟΗΘΟ	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη). N: Πλήθος ερωτηθέντων				
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	,152*	,005	,107
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,044	,952	,067
	N	176	170	292
ΠΙΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	-,009	,033	-,040
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,901	,669	,491
	N	176	170	292
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,200**	-,023	,150*
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,008	,764	,010
	N	176	170	292

4.3.5 Ενημέρωση

Γύρω στο 90% των ερωτηθέντων δήλωσαν αρκετά έως απόλυτα ικανοποιημένοι από την ενημέρωση που είχαν για τα προβλήματα στο στόμα τους, την θεραπεία που έπρεπε να λάβουν και την διάρκεια της .Σε σχέση όμως με την ενημέρωση για το κόστος της θεραπείας τα ποσοστά μοιράζονται με ανώτερο το 24,3% για την περίπτωση της απόλυτης ικανοποίησης. (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι).

4.3.5.1 Μέσοι Όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις: Ενημέρωση.

Στο πιο κάτω πίνακα 4-9, παρατίθενται οι τιμές των μέσων όρων των συντελεστών της ικανοποίησης που σχετίζονται με την Ενημέρωση των ασθενών.

Πίνακας 4-9: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις, Ενημέρωση

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ Q 3.5. (1)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπικό Σφάλμα	Τ.Α.
	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	5	292	1	5	4,08	0,061	1,039
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	26	<i>Ο Μ.Ο. είναι 4,08(± 1,039) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά</u> έως <u>απόλυτα ικανοποιημένοι</u> από την ενημέρωση.</i>					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	39						
	4	ΠΟΛΥ	94						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	128						
	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	4						
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Q 3.5. (2)	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	22	<i>Ο Μ.Ο. είναι 4,09(± 0,972) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά</u> έως <u>απόλυτα ικανοποιημένοι</u> από την ενημέρωση για την θεραπεία..</i>					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	36						
	4	ΠΟΛΥ	113						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	117						
	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	3						
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Q 3.5. (3)	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	23	<i>Ο Μ.Ο. είναι 4,01(± 0,956) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά</u> έως <u>απόλυτα ικανοποιημένοι</u> από την ενημέρωση για την θεραπεία..</i>					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	45						
	4	ΠΟΛΥ	119						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	102						

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Q 3.5. (4)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπικό Σφάλμα	Τ.Α.
	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	55	292	1	5	3,07	0,086	1,462
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	66	<i>Ο Μ.Ο. είναι 3,07(± 1,462) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>ικανοποιημένοι</u> έως <u>πολύ ικανοποιημένοι</u> από την ενημέρωση για το κόστος .</i>					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	47						
	4	ΠΟΛΥ	53						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	71						

4.3.5.2 Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου – Ενημέρωση.

Στον πίνακα 4-10 που ακολουθεί, παρατίθεται η συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την Ενημέρωσή τους.

Πίνακας 4-10: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ- ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Πίνακας 4-10, Σελίδα 1		ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη). N: Πλήθος ερωτηθέντων					
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ	Συσχέτιση Pearson	1	,313 ^{**}	,262 ^{**}	,101
	σημαν. (αμφίπλευρη)		,000	,000	,085
	N	292	292	292	292
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,313 ^{**}	1	,329 ^{**}	,158 ^{**}
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000		,000	,007
	N	292	292	292	292
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,262 ^{**}	,329 ^{**}	1	,260 ^{**}
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000	,000		,000
	N	292	292	292	292
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,101	,158 ^{**}	,260 ^{**}	1
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,085	,007	,000	
	N	292	292	292	292
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	Συσχέτιση Pearson	,155 ^{**}	,164 ^{**}	,221 ^{**}	,123 [*]
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,008	,005	,000	,036
	N	292	292	292	292
ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,173 ^{**}	,231 ^{**}	,160 ^{**}	,043
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,003	,000	,006	,462
	N	292	292	292	292
ΚΑΤΑΛΗΛΟΤΗΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	Συσχέτιση Pearson	,225 ^{**}	,285 ^{**}	,200 ^{**}	,094
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000	,000	,001	,110
	N	292	292	292	292

<u>Πίνακας 4-10. Σελίδα 2</u>		ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη). N: Πλήθος ερωτηθέντων					
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,090	,187**	,069	,024
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,123	,001	,241	,685
	N	292	292	292	292
ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ	Συσχέτιση Pearson	,248**	,168**	,217**	,120*
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000	,004	,000	,040
	N	292	292	292	292
ΔΑΠΑΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,150*	,190**	,124*	,228**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,010	,001	,034	,000
	N	292	292	292	292
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,221**	,194**	,212**	,155**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000	,001	,000	,008
	N	292	292	292	292
ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Συσχέτιση Pearson	,133*	,148*	,181**	,065
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,023	,011	,002	,271
	N	292	292	292	292
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Συσχέτιση Pearson	,174**	,171**	,261**	,235**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,003	,003	,000	,000
	N	292	292	292	292
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	,249**	,137*	,164**	,051
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000	,020	,005	,387
	N	292	292	292	292
ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	,031	,095	,099	,058
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,600	,104	,092	,322
	N	292	292	292	292
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,150*	,243**	,245**	,167**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,010	,000	,000	,004
	N	292	292	292	292

4.3.6 Περιβάλλον

Πολύ και απόλυτα ικανοποιημένοι δήλωσαν περισσότεροι από το 80% για την καθαριότητα του ιατρείου και του προσωπικού, ενώ για τα κατάλληλα μηχανήματα και το επίπεδο αποστείρωσης το 80%-90% ξεκινά την αξιολόγηση από το «αρκετά ικανοποιημένος» (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι).

4.3.6.1 Μέσοι Όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις: Περιβάλλον.

Στο πιο κάτω πίνακα 4-11, παρατίθενται οι τιμές των μέσων όρων των συντελεστών της ικανοποίησης που σχετίζονται με το Περιβάλλον παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Πίνακας 4-11: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις, Περιβάλλον

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ Q 3.6. (1)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπικό Σφάλμα	Τ.Α.	
1	ΚΑΘΟΛΟΥ	2	292	1	5	4,44	0,048	0,817		
2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	7	Ο Μ.Ο. είναι 4,44(± 0,817) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι.</u>							
3	ΑΡΚΕΤΑ	28								
4	ΠΟΛΥ	78								
5	ΑΠΟΛΥΤΑ	177								
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ Q 3.6. (2)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	1	292	1	5	4,14	0,053	0,911	
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	23	Ο Μ.Ο. είναι 4,14(± 0,911) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά έως απόλυτα ικανοποιημένοι.</u>						
	3	ΑΡΚΕΤΑ	28							
	4	ΠΟΛΥ	122							
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	118							

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ Q 3.6. (3)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	1	292	1	5	4,14	0,053	0,911
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	23	<i>Ο Μ.Ο. είναι 4,14(± 0,911) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά έως απόλυτα ικανοποιημένοι.</u></i>					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	28						
	4	ΠΟΛΥ	122						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	118						
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ Q 3.6. (4)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ			ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ					
				N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τοπικό Σφάλμα	T.A.
	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	2	292	1	5	3,86	0,056	0,955
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	18	<i>Ο Μ.Ο. είναι 3,86(± 0,955) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά έως απόλυτα ικανοποιημένοι.</u></i>					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	90						
	4	ΠΟΛΥ	91						
5	ΑΠΟΛΥΤΑ	91							
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ Q 3.6. (5)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	0	292	1	5	4,22	0,055	0,935
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	19	<i>Ο Μ.Ο. είναι 4,22(± 0,935) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά έως απόλυτα ικανοποιημένοι.</u></i>					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	45						
	4	ΠΟΛΥ	80						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	148						

4.3.6.2 Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολόγιου – Περιβάλλον.

Πιο κάτω παραθέτουμε τον πίνακα συσχέτισης 4-12, της ικανοποίησης που σχετίζεται με το περιβάλλον παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς.

Πίνακας 4-12: : ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ -ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

<u>Πίνακας 4-12. Σελίδα 1</u>		ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	ΚΑΤΑΛΗΛΟΤΗΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη). N: Πλήθος ερωτηθέντων						
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	Συσχέτιση Pearson	1	,276**	,226**	,212**	,231**
	σημαν. (αμφίπλευρη)		,000	,000	,000	,000
	N	292	292	292	292	292
ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,276**	1	,267**	,220**	,205**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000		,000	,000	,000
	N	292	292	292	292	292
ΚΑΤΑΛΗΛΟΤΗΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	Συσχέτιση Pearson	,226**	,267**	1	,185**	,185**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000	,000		,002	,001
	N	292	292	292	292	292
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,212**	,220**	,185**	1	,162**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000	,000	,002		,005
	N	292	292	292	292	292
ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ	Συσχέτιση Pearson	,231**	,205**	,185**	,162**	1
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000	,000	,001	,005	
	N	292	292	292	292	292
ΔΑΠΑΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,095	,271**	,110	,035	,210**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,107	,000	,060	,554	,000
	N	292	292	292	292	292

<u>Πίνακας 4-12. Σελίδα 2</u>		ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	ΚΑΤΑΛΗΛΟΤΗΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΠΙΠΛΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη). N: Πλήθος ερωτηθέντων						
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,078	,068	,072	,081	,110
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,183	,244	,222	,166	,061
	N	292	292	292	292	292
ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Συσχέτιση Pearson	,084	,092	,177**	,093	,098
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,153	,118	,002	,112	,093
	N	292	292	292	292	292
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Συσχέτιση Pearson	,171**	,148*	,121*	,151**	,117*
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,003	,011	,039	,010	,046
	N	292	292	292	292	292
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	,190**	,161**	,044	,134*	,014
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,001	,006	,453	,022	,807
	N	292	292	292	292	292
ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	,169**	,239**	,091	,090	,117*
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,004	,000	,122	,124	,046
	N	292	292	292	292	292
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,214**	,167**	,170**	,175**	,117*
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000	,004	,003	,003	,046
	N	292	292	292	292	292

4.3.7 Κόστος και Προσδοκίες

Στην περίπτωση του κόστους οι απαντήσεις μοιράζονται με την ένδειξη απλά «ικανοποιημένος» να συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό 34,2% (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι).

Μικρά ποσοστά συγκεντρώνει το «καθόλου ικανοποιημένος» τόσο στην ελπίδα για οδηγίες πρόληψης (5,5%), όσο στην πιθανότητα πόνου (2,4%), αλλά και στο αποτέλεσμα της θεραπείας (0,7%) (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι).

4.3.7.1 Μέσοι Όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις: Κόστος & Προσδοκίες.

Στο πιο κάτω πίνακα 4-13, παρατίθενται οι τιμές των μέσων όρων των συντελεστών της ικανοποίησης που σχετίζονται με το Κόστος και τις Προσδοκίες των ασθενών για τη παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Πίνακας 4-13: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις, Κόστος & Προσδοκίες.

ΚΟΣΤΟΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑΒΛΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Q 3.7	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπικό Σφάλμα	Τ.Α.
	1	2	3						
Q 3.7	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	47	292	1	5	3,28	0,082	1,398
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	100	Ο Μ.Ο. είναι 4,22(± 0,935) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>ικανοποιημένοι έως και πολύ ικανοποιημένοι.</u>					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	49						
	4	ΠΟΛΥ	59						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	37						
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ Q 3.8. (1)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	16	292	1	5	3,41	0,065	1,107
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	44	Ο Μ.Ο. είναι 3,41(± 1,107) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>ικανοποιημένοι έως και πολύ ικανοποιημένοι.</u>					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	86						
	4	ΠΟΛΥ	95						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	51						

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ Q 3.8. (2)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπικό Σφάλμα	Τ.Α.
	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	7						
Q 3.8. (2)	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	51	292	1	5	3,47	0,062	1,056
	3	ΑΡΚΕΤΑ	85						
	4	ΠΟΛΥ	95						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	54						
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ Q 3.8. (3)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	2	292	1	5	3,68	0,057	0,973
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	34						
	3	ΑΡΚΕΤΑ	86						
	4	ΠΟΛΥ	104						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	66						
			Ο Μ.Ο. είναι 3,68(± 0,973) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>πολύ ικανοποιημένοι έως και απόλυτα ικανοποιημένοι.</u>						

4.3.7.2 Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολόγιου- Κόστος και Προσδοκίες.

Πιο κάτω παραθέτουμε τον πίνακα συσχέτισης 4-14 της ικανοποίησης, που σχετίζεται με το κόστος και τις προσδοκίες της παρεχόμενης περίθαλψης.

Πίνακας 4-14: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ -ΚΟΣΤΟΣ & ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Πίνακας 4-14, Σελίδα 1		ΔΑΠΑΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΟΛΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη). N: Πλήθος ερωτηθέντων					
ΔΑΠΑΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	1	,097	,060	,207**
	σημαν. (αμφίπλευρη)		,098	,305	,000
	N	292	292	292	292

Πίνακας 4-14, Σελίδα 2					
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη).					
(*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη).					
N: Πλήθος ερωτηθέντων					
		ΛΑΠΑΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	Συσχέτιση Pearson	,097	1	,076	,210**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,098		,196	,000
	N	292	292	292	292
ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Συσχέτιση Pearson	,060	,076	1	,165**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,305	,196		,005
	N	292	292	292	292
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Συσχέτιση Pearson	,207**	,210**	,165**	1
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000	,000	,005	
	N	292	292	292	292
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	,157**	,207**	,207**	,225**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,007	,000	,000	,000
	N	292	292	292	292
ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	,193**	,123*	,169**	,193**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,001	,035	,004	,001
	N	292	292	292	292
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,171**	,173**	,177**	,110
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,003	,003	,002	,061
	N	292	292	292	292

4.3.8 Αξιολόγηση

Τα μικρά ποσοστά του 3,4%, 1,7% και 0,7% που έλαβαν αντίστοιχα την αξιολόγηση «καθόλου ικανοποιημένος» επιβεβαιώνουν τις προσδοκίες των ασθενών (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι).

4.3.8.1 Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις : Αξιολόγηση.

Στο πιο κάτω πίνακα 4-15, παρατίθενται οι τιμές των μέσων όρων των συντελεστών της ικανοποίησης που σχετίζονται με την Αξιολόγηση των ασθενών για τη παροχή των προσφερθέντων οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Πίνακας 4-15: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις, Αξιολόγηση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	ΤΥΠΙΚΟ Σφάλμα	Τ.Α.
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ Q 3.9. (1)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	10	292	1	5	3,75	0,067	1,148
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	43	<i>Ο Μ.Ο. είναι 3,75(± 1,148) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>ικανοποιημένοι έως και απόλυτα ικανοποιημένοι</u>.</i>					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	49						
	4	ΠΟΛΥ	99						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	91						
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΑΝ ΠΟΝΕΣΑΤΕ Q 3.9. (2)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	5	292	1	5	3,8	0,058	0,998
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	32	<i>Ο Μ.Ο. είναι 3,8(± 0,998) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά ικανοποιημένοι έως και απόλυτα ικανοποιημένοι</u>.</i>					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	53						
	4	ΠΟΛΥ	127						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	75						
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Q 3.9. (3)	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	2	292	1	5	4,07	0,055	0,938
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	18	<i>Ο Μ.Ο. είναι 4,07(± 0,938) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι από <u>αρκετά ικανοποιημένοι έως και απόλυτα ικανοποιημένοι</u>.</i>					
	3	ΑΡΚΕΤΑ	53						
	4	ΠΟΛΥ	105						
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	114						

4.3.8.2 Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου – Αξιολόγηση.

Πιο κάτω παραθέτουμε τον πίνακα συσχέτισης 4-16 της ικανοποίησης, που σχετίζεται με την Αξιολόγηση μετά την παρεχόμενη περίθαλψη.

Πίνακας 4-16: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

<u>Πίνακας 4-16, Σελίδα 1</u>		ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
(**) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (αμφίπλευρη). (*) Συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (αμφίπλευρη). N: Πλήθος ερωτηθέντων				
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	1	,242**	,127*
	σημαν. (αμφίπλευρη)		,000	,030
	N	292	292	292
ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Συσχέτιση Pearson	,242**	1	,201**
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,000		,001
	N	292	292	292
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Συσχέτιση Pearson	,127*	,201**	1
	σημαν. (αμφίπλευρη)	,030	,001	
	N	292	292	292

4.3.9 Ικανοποίηση- Ανάλυση δείγματος κατά Ηλικιακές Ομάδες

Η ανάλυση του δείγματος για τις πέντε ηλικιακές ομάδες παρατίθεται στο πίνακα 4-17 και έχει ως ακολούθως:

Πίνακας 4-17: ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ – ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ

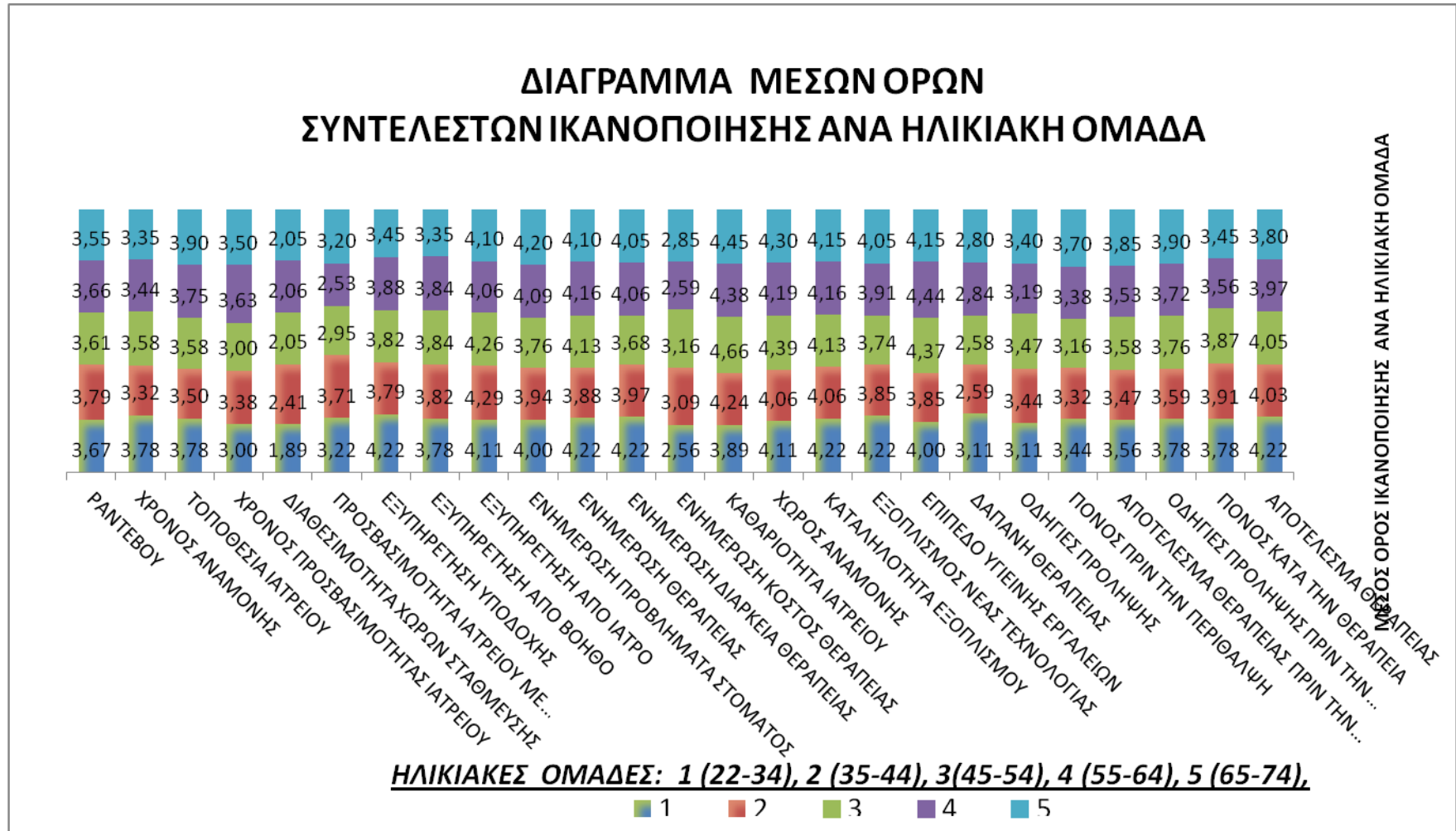
95% Επίπεδο εμπιστοσύνης για Μ.Ο. <u>Πίνακας 4-17, Σελίδα 1</u>	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (Μ.Ο.)					ΚΑΤΩ ΟΡΙΟ					ΠΑΝΩ ΟΡΙΟ				
	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ					ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ					ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ΡΑΝΤΕΒΟΥ	3,67	3,79	3,61	3,66	3,55	2,81	3,41	3,23	3,23	3,06	4,53	4,18	3,98	4,08	4,04
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	3,78	3,32	3,58	3,44	3,35	2,85	2,96	3,22	2,96	2,76	4,70	3,69	3,93	3,91	3,94
ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	3,78	3,50	3,58	3,75	3,90	2,94	3,10	3,20	3,33	3,33	4,62	3,90	3,96	4,17	4,47
ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	3,00	3,38	3,00	3,63	3,50	2,23	3,00	2,60	3,21	2,88	3,77	3,77	3,4	4,04	4,12
ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΧΩΡΩΝ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ	1,89	2,41	2,05	2,06	2,05	0,91	1,88	1,58	1,62	1,40	2,86	2,94	2,52	2,50	2,7
ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ Μ.Μ.Μ.	3,22	3,71	2,95	2,53	3,20	2,15	3,27	2,52	2,02	2,55	4,29	4,14	3,37	3,04	3,85
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ	4,22	3,79	3,82	3,88	3,45	3,71	3,45	3,52	3,52	2,89	4,73	4,14	4,11	4,23	4,01
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΒΟΗΘΟ	3,78	3,82	3,84	3,84	3,35	3,14	3,51	3,54	3,46	2,91	4,42	4,14	4,14	4,22	3,79
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ	4,11	4,29	4,26	4,06	4,10	3,65	4,04	3,98	3,72	3,55	4,57	4,54	4,55	4,40	4,65
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ	4,00	3,94	3,76	4,09	4,20	2,98	3,58	3,37	3,80	3,73	5,02	4,31	4,16	4,39	4,67
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	4,22	3,88	4,13	4,16	4,10	3,48	3,53	3,81	3,88	3,73	4,97	4,23	4,45	4,43	4,47
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	4,22	3,97	3,68	4,06	4,05	3,48	3,66	3,37	3,67	3,61	4,97	4,29	4,00	4,45	4,49
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	2,56	3,09	3,16	2,59	2,85	1,40	2,56	2,61	2,09	2,06	3,72	3,61	3,70	3,10	3,64
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	3,89	4,24	4,66	4,38	4,45	2,84	3,91	4,44	4,07	4,13	4,94	4,56	4,88	4,68	4,77
ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	4,11	4,06	4,39	4,19	4,30	3,40	3,72	4,09	3,85	3,9	4,82	4,4	4,70	4,52	4,7
ΚΑΤΑΛΗΛΟΤΗΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	4,22	4,06	4,13	4,16	4,15	3,71	3,74	3,85	3,81	3,64	4,73	4,38	4,41	4,50	4,66

95% Επίπεδο εμπιστοσύνης για Μ.Ο. <u>Πίνακας 4-17, Σελίδα 2</u>	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ				ΚΑΤΩ ΟΡΙΟ					ΠΑΝΩ ΟΡΙΟ					
	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ				ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ					ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	4,22	3,85	3,74	3,91	4,05	3,71	3,5	3,45	3,57	3,69	4,73	4,21	4,02	4,24	4,41
ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ	4,00	3,85	4,37	4,44	4,15	2,98	3,45	4,09	4,15	3,77	5,02	4,26	4,65	4,73	4,53
ΔΑΠΑΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	3,11	2,59	2,58	2,84	2,80	1,93	2,14	2,21	2,31	2,16	4,29	3,04	2,95	3,38	3,44
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	3,11	3,44	3,47	3,19	3,4	2,4	3,06	3,07	2,75	2,96	3,82	3,83	3,88	3,62	3,84
ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	3,44	3,32	3,16	3,38	3,7	2,67	2,95	2,77	3,02	3,24	4,22	3,7	3,54	3,73	4,16
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	3,56	3,47	3,58	3,53	3,85	2,53	3,1	3,3	3,21	3,39	4,58	3,84	3,86	3,85	4,31
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	3,78	3,59	3,76	3,72	3,9	2,85	3,16	3,42	3,28	3,33	4,7	4,02	4,11	4,16	4,47
ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	3,78	3,91	3,87	3,56	3,45	2,85	3,62	3,58	3,14	2,96	4,7	4,2	4,16	3,98	3,94
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	4,22	4,03	4,05	3,97	3,8	3,48	3,67	3,79	3,59	3,28	4,97	4,39	4,32	4,35	4,32
ΣΥΝΟΛΟΝ	92,89	93,30	94,18	95,02	96,65										

ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΟΜΑΔΩΝ

1. Ηλικιακή Ομάδα 1:92,89 Μ.Ο.:3,71
2. Ηλικιακή Ομάδα 2:93,30 Μ.Ο.:3,73
3. Ηλικιακή Ομάδα 3:94,18 Μ.Ο.:3,76
4. Ηλικιακή Ομάδα 4:95,02 Μ.Ο.:3,80
5. Ηλικιακή Ομάδα 5:96,65 Μ.Ο.:3,87

Διάγραμμα 1 : ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΩΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ



Όπως προκύπτει τόσο από το πιο πάνω διάγραμμα 1 που παραθέτουμε αλλά όσο και από τον αναλυτικό πίνακα 4-16, των μέσων όρων των συντελεστών ικανοποίησης που μετρήσαμε για τις αντίστοιχες πέντε (5) ηλικιακές ομάδες, προκύπτουν συγκριτικά με τους μέσους όρους ικανοποίησης ότι:

1. **Η Ηλικιακή Ομάδα 1 (22-34 ετών)** υπερέρχει των άλλων ομάδων σε επτά (7) από τους συντελεστές ικανοποίησης, (με τον χαμηλότερο όμως μέσο όρο ομάδος 3,71) ήτοι:

- Χρόνος αναμονής (M.O. =3,78), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι.
- Ενημέρωση πριν την θεραπεία (M.O.=4,22), είναι δηλαδή από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι.
- Ενημέρωση πριν την θεραπεία (M.O.=4,22), είναι δηλαδή από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι.
- Καταλληλότητα εξοπλισμού (M.O.=4,22), είναι δηλαδή από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι.
- Εξοπλισμός νέας Τεχνολογίας (M.O.=4,22), είναι δηλαδή από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι.
- Δαπάνη θεραπείας, (M.O.=3,11), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι, και
- Αποτέλεσμα θεραπείας, (M.O.=4,22), είναι δηλαδή από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι.

2. **Η Ηλικιακή Ομάδα 2 (35-44 ετών)** υπερέρχει των άλλων ομάδων σε πέντε (5) από τους συντελεστές ικανοποίησης, (με μέσο όρο ομάδος 3,73) ήτοι:

- Χρόνος για ραντεβού (M.O. =3,79), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι.
- Διαθεσιμότητα χώρων στάθμευσης πλησίον του ιατρείου, (M.O. =2,41), είναι δηλαδή από ικανοποιημένοι έως αρκετά ικανοποιημένοι.

- Προσβασιμότητα προς το ιατρείο με μαζικά μέσα μεταφοράς (M.M.M) (M.O.=3,71), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι.
 - Εξυπηρέτηση από τον ιατρό, (M.O.=4,29), είναι δηλαδή από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι, και
 - Πόνος κατά την θεραπεία, (M.O.=3,91), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι.
3. **Η Ηλικιακή Ομάδα 3 (45-54 ετών)** υπερέχει των άλλων ομάδων σε τέσσερις (4) από τους συντελεστές ικανοποίησης, (με μέσο όρο ομάδος 3,76) ήτοι:
- Εξυπηρέτηση από τον βοηθό, (M.O.=3,84), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι.
 - Ενημέρωση κόστους θεραπείας, (M.O.=3,16), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι.
 - Χώρος αναμονής, (M.O.=4,39), είναι δηλαδή από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι, και
 - Οδηγίες πρόληψης, (M.O.=3,47), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι.
4. **Η Ηλικιακή Ομάδα 4 (55-64 ετών)** υπερέχει των άλλων ομάδων σε τέσσερις (4) από τους συντελεστές ικανοποίησης, (με μέσο όρο ομάδος 3,80) ήτοι:
- Χρόνος προσβασιμότητας στο ιατρείο, (M.O.=3,63), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι.
 - Εξυπηρέτηση υποδοχής, (M.O.=3,88), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι.
 - Εξυπηρέτηση από βοηθό, (M.O.=3,84), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι, και ταυτίζονται με την ηλικιακή ομάδα 3, και
 - Επίπεδο υγιεινής εργαλείων, (M.O.=4,44), είναι δηλαδή από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι.

5. **Η Ηλικιακή Ομάδα 5 (65-74 ετών)** υπερέρχει των άλλων ομάδων σε έξι (6) από τους συντελεστές ικανοποίησης, (με τον υψηλότερο μέσο όρο ομάδος 3,87) ήτοι:

- Τοποθεσία ιατρείου, (Μ.Ο.=3,90), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι.
- Ενημέρωση προβλημάτων στόματος (Μ.Ο.=4,20), είναι δηλαδή από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι.
- Καθαριότητα ιατρείου, (Μ.Ο.=4,45), είναι δηλαδή από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι.
- Πόνος πριν την περίθαλψη, (Μ.Ο.=3,70), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι.
- Αποτέλεσμα θεραπείας πριν την περίθαλψη, (Μ.Ο.=3,85), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι, και
- Οδηγίες πρόληψης μετά την θεραπεία, (Μ.Ο.=3,90), είναι δηλαδή από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι.

Τέλος πρέπει να αναφέρουμε ότι:

- ✓ πολύ χαμηλούς δείκτες ικανοποίησης παρουσίασαν οι συντελεστές:
 - Η διαθεσιμότητα χώρων στάθμευσης πλησίον του ιατρείου,
 - η ενημέρωση κόστους θεραπείας, και
 - η δαπάνη για την θεραπεία.
- ✓ Αντίθετα, παρουσίασαν υψηλούς δείκτες ικανοποίησης οι συντελεστές:
 - Η εξυπηρέτηση από τον ιατρό,
 - η καθαριότητα του ιατρείου, και
 - ο χώρος αναμονής του ιατρείου.

Οι υπόλοιποι συντελεστές, κινήθηκαν περίπου στο μέσο επίπεδο ικανοποίησης, δηλαδή στο επίπεδο του «αρκετά ικανοποιημένος».

Τέλος, η Ηλικιακή Ομάδα 5, δηλαδή **οι υπερήλικες**, συγκέντρωσαν την υψηλότερη βαθμολογία της ικανοποίησης, με την Ομάδα 1 των **νέων**, να συγκεντρώνει τη χαμηλότερη βαθμολογία, πράγμα που σημαίνει ότι θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση σε μελλοντική έρευνα, προς διερεύνηση των συντελεστών ικανοποίησης για αυτήν την ηλικιακή ομάδα των νέων.

4.4 Οικονομική κρίση

4.4.1 Μεταρρύθμιση

Η συντριπτική πλειοψηφία του 81,5% των ερωτηθέντων βλέπει «μάλλον αρνητικά» και «αρνητικά» την οδοντιατρική μεταρρύθμιση στον ασφαλιστικό του φορέα (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι).

4.4.1.1 Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις (Μεταρρύθμιση)

Πίνακας 4-18: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.)τυπικές αποκλίσεις (Μεταρρύθμιση)

ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ Q 4.1.	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπικό Σφάλμα	Τ.Α.
	1	2	3						
	1	ΘΕΤΙΚΑ	8	292	1	5	4,11	0,061	1,044
	2	ΜΑΛΛΟΝ ΘΕΤΙΚΑ	25	<i>Ο Μ.Ο. είναι 4,11(± 1,044) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι η μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος, <u>δεν θα επηρεάσει</u> έως και ότι αυτή θα επηρεάσει <u>αρνητικά</u> αυτούς..</i>					
	3	ΔΕΝ ΘΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ	21						
	4	ΜΑΛΛΟΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ	110						
	5	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	128						

4.4.2 Οικονομική κρίση

4.4.2.1 Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) τυπικές αποκλίσεις (Οικονομική κρίση)

Πίνακας 4-19: Μέσος Όρος (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Μ.Ο. Τυπικό Σφάλμα	Τ.Α.
	1	2							
ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ Q 4.2.	1	ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	75	292	1	5	2,61	0,073	1,251
	2	ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	61	<i>Ο Μ.Ο. είναι 2,61(± 1,251) δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι η οικονομική κρίση <u>ίσως</u> έως και <u>μάλλον ναι</u> θα τους οδηγήσει να χρησιμοποιήσουν δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας για την λήψη οδοντιατρικής φροντίδας.</i>					
	3	ΙΣΩΣ	80						
	4	ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	55						
	5	ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	21						

Μόνον το 26% δηλώνει ότι δεν προτίθεται να χρησιμοποιήσει τις δημόσιες μονάδες υγείας, παρ' όλη την οικονομική κρίση. Όλοι οι ανωτέρω σχολιασμοί είναι μια πρώτη αδρή ματιά στην γενική εικόνα που αναδύεται από τους πίνακες που συντάχτηκαν με βάση τα αποτελέσματα των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας (βλ. Πίνακα 38, Παράρτημα Ι).

5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΒΑΣΕΙ ΗΛΙΚΙΩΝ

Τα αποτελέσματα της έρευνας ομαδοποιήθηκαν με βάση τις ηλικίες των ερωτηθέντων ασθενών, με σκοπό τη δυνατότητα μίας αναλυτικότερης μελέτης τη σύγκριση με τα αποτελέσματα της έρευνας που έκανε σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας, η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, το ερωτηματολόγιο της οποίας χρησιμοποιήσαμε εν μέρει. Οι πίνακες αυτοί παρατίθενται στο Παράρτημα, η δε ομαδοποίηση έγινε ως εξής:

Ηλικιακή Ομάδα 1 : 22-34 ετών,

Ηλικιακή Ομάδα 2 : 35-44, Ενήλικες

Ηλικιακή Ομάδα 3 : 45-54,

Ηλικιακή Ομάδα 4 : 55-64

Ηλικιακή Ομάδα 5 : 65-74 ετών, Υπερήλικες.

Από τις ομάδες αυτές, θα επιλέξουμε για την σύγκριση τις ηλικίες των 35-44 ετών (Ομάδα 2, Ενήλικες) και τις ηλικίες των 65-74 (Ομάδα 5, Υπερήλικες), με δεδομένο ότι οι ηλικίες αυτές μελετήθηκαν στην έρευνα της Ομοσπονδίας.

Οι ηλικίες των εφήβων 15-18 ετών που μελετήθηκαν επί πλέον στην έρευνα της Ομοσπονδίας δεν ήταν δυνατόν να συμπεριληφθούν στο δικό μας δείγμα.

5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η ομάδα των ενηλίκων στην έρευνα μας κατοικεί σε ποσοστό 98,8% σε αστική περιοχή η δε ομάδα των υπερηλίκων επίσης κατά 97,7%. Αντίστοιχα στην προηγούμενη έρευνα τα ποσοστά ήταν 76,4% και 75,5%. Η σύγκριση των δύο ερευνών επιβεβαιώνει την αρχική, τόσο για την ομάδα των ενηλίκων όσο και για την ομάδα των υπερηλίκων.

Πίνακας 5-1 : ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ (ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 2)	Έρευνα Απαντήσεις ¹		%	ΕΟΟ ² %
		ΑΣΤΙΚΗ	79	98,8
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	1	1,3	23,6
	Άθροισμα	80	100,00	100,00
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ (ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 5)	Έρευνα Απαντήσεις		%	%
		ΑΣΤΙΚΗ	43	97,7
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	1	2,3	22,5
	Άθροισμα	44	100,0	100,0

5.2 Επαγγελματική κατάσταση

Στην έρευνα μας οι μεν ενήλικες είναι κατά 93,8% εν ενεργεία και οι υπόλοιποι συνταξιούχοι οι δε υπερήλικες κατά 38,6 εν ενεργεία και κατά 61,4% συνταξιούχοι.

Πίνακας 5-2 : ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
		ΕΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ	75	93,8
	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	5	6,3	-
	Άθροισμα	80	100,0	-
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
		ΕΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ	17	38,6
	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	27	61,4	-
	Άθροισμα	44	100,0	-

5.3 Ασφαλιστικός φορέας

¹ Απαντήσεις που δόθηκαν κατά την διεξαγωγή της έρευνας στη παρούσα πτυχιακή εργασία.

² Δεδομένα από την έρευνα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (ΕΟΟ), Πρόγραμμα προαγωγής και καταγραφής της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού, 2010.

Οι ενήλικες στην έρευνα μας είναι κατά 92,5% ασφαλισμένοι στο δημόσιο και μόνον κατά 7,5% στο ΤΥΔΚΥ. Οι υπερήλικες είναι κατά 93,2% στο δημόσιο και κατά 6,8% στο ΤΥΔΚΥ.

Πίνακας 5-3 : ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
TAMEIO ΔΗΜΟΣΙΟΥ	74	92,5	-
ΤΥΔΚΥ	6	7,5	-
Άθροισμα	80	100,0	-
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
TAMEIO ΔΗΜΟΣΙΟΥ	41	93,2	-
ΤΥΔΚΥ	3	6,8	-
Άθροισμα	44	100,0	-

5.4 Εκπαίδευση

Στην έρευνα μας οι ενήλικες είναι κατά 71,3% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 20,0% δευτεροβάθμιας, 7,5% υποχρεωτικής και 1,3% του δημοτικού σχολείου. Οι δε υπερήλικες κατά 81,8% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 13,6% δευτεροβάθμιας, και 4,5% υποχρεωτικής.

Πίνακας 5-4: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
ΠΑΝΕΠ/ΚΗ Η/ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ	57	71,3	43,8
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	16	20,0	41,4
ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ - ΓΥΜΝΑΣΙΟ	6	7,5	-
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	1	1,3	4,4
Άθροισμα	80	100,0	-
ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
ΠΑΝΕΠ/ΚΗ Η/ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ	36	81,8	11,4
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	6	13,6	24,5
ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ - ΓΥΜΝΑΣΙΟ	2	4,5	63,4
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	0	0,0	-
Άθροισμα	44	100,0	-

5.5 Φύλο

Οι άρρενες στην έρευνα μας είναι σε ποσοστό 52,5% και οι γυναίκες 47,4% στην ομάδα των ενηλίκων. Για την ομάδα των υπερηλίκων τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 54,5% και 45,5%.

Πίνακας 5-5: ΦΥΛΟ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
ΑΡΡΕΝ	42	52,5	49,8
ΘΗΛΥ	38	47,5	50,2
Άθροισμα	80	100,0	100,0
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
ΑΡΡΕΝ	24	54,5	62,4
ΘΗΛΥ	20	45,5	37,4
Άθροισμα	44	100,0	100,0

5.6 Συχνότητα επισκέψεων

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι ενήλικες για την έρευνα μας το 23,8% δεν έχει επισκεφθεί τον οδοντίατρό τους τον τελευταίο χρόνο. Το 48,8% τον επισκέφθηκε μια έως δύο φορές και το 27,5% τον επισκέφθηκε τρεις ή περισσότερες. Οι αντίστοιχες απαντήσεις για την ομάδα των υπερηλίκων είναι ποσοστό 27,3% δεν έκανε ούτε μια επίσκεψη, 61,4% έκανε μια έως δύο και 11,4% τρεις επισκέψεις και άνω.

Πίνακας 5-6 : ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΕ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
ΚΑΜΙΑ	19	23,8	16
1 ΕΩΣ 2	39	48,8	55
3 ΚΑΙ ΑΝΩ	22	27,5	29
Άθροισμα	80	100,0	100,0
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
ΚΑΜΙΑ	12	27,3	12,5
1 ΕΩΣ 2	27	61,4	43,4
3 ΚΑΙ ΑΝΩ	5	11,4	44,1
Άθροισμα	44	100,0	100,0

5.7 Λόγοι μη χρήσης υπηρεσιών

5.7.1 α) το κόστος

Στην ομάδα των ενηλίκων:

- Το 68,8% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το κόστος αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τη χρήση ιδιωτικών ιατρείων, ενώ το 31,3% δε το θεωρεί..

Στην ομάδα των υπερηλίκων:

- το κόστος είναι επίσης πρόβλημα για το 77,3% των χρηστών, ενώ για το 22,75% δεν είναι.

Πίνακας 5-7: ΛΟΓΟΙ ΧΡΗΣΕΩΣ_ ΚΟΣΤΟΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
ΝΑΙ		55	68,8	81,2
ΟΧΙ		25	31,3	18,8
Άθροισμα		80	100,0	100,0
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
ΝΑΙ		34	77,3	72,7
ΟΧΙ		10	22,7	
Άθροισμα		44	100,0	

5.7.2 β) το εύρος

Στην ομάδα των ενηλίκων:

- το εύρος υπηρεσιών είναι για το 45% των χρηστών εμπόδιο και για το 55% αυτών, όχι.

Στην ομάδα των υπερηλίκων:

- το εύρος υπηρεσιών είναι εμπόδιο μόνον για το 20,5% των χρηστών, ενώ το 79,5% αυτών, δε το αξιολογεί με τον ίδιο τρόπο.

Πίνακας 5-8: ΛΟΓΟΙ ΧΡΗΣΕΩΣ_ ΕΥΡΟΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
ΝΑΙ		36	45,0	10,8
ΟΧΙ		44	55,0	89,2
Άθροισμα		80	100,0	100,0
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
ΝΑΙ		9	20,5	
ΟΧΙ		35	79,5	89,1
Άθροισμα		44	100,0	

5.7.3 γ) η ποιότητα

Στην ομάδα των ενηλίκων:

- η ποιότητα επίσης προβληματίζει το 58,8% των ασθενών στη χρήση των ιδιωτικών ιατρείων, ενώ το 41,3% αυτών δεν έχουν ενδοιασμούς.

Στην ομάδα των υπερηλίκων:

- η ποιότητα πάλι για το 56,8% των χρηστών αποτελεί πρόβλημα ενώ για το 43,2% αυτών όχι.

Πίνακας 5-9: ΛΟΓΟΙ ΧΡΗΣΕΩΣ_ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
NAI		47	58,8	10,8
OXI		33	41,3	89,2
Άθροισμα		80	100,0	100,0
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
NAI		25	56,8	
OXI		19	43,2	89,1
Άθροισμα		44	100,0	

5.7.4 δ) Η ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη

Στην ομάδα των ενηλίκων:

- η ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη επίσης θεωρείται εμπόδιο σύμφωνα με το 68,8% των ασθενών έναντι 31,3%.

Στην ομάδα των υπερηλίκων:

- η ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη είναι επίσης καθοριστικός παράγων μη χρήσης ιδιωτικών οδοντιατρείων για το 63,6% των ερωτηθέντων, αλλά όχι για το 36,4% εξ αυτών.

Πίνακας 5-10: ΛΟΓΟΙ ΧΡΗΣΕΩΣ_ ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
NAI		55	68,8	66,7
OXI		25	31,3	33,3
Άθροισμα		80	100,0	100,0
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
NAI		28	63,6	57,3
OXI		16	36,4	42,7
Άθροισμα		44	100,0	100,0

5.7.5 ε) η γραφειοκρατία

Στην ομάδα των ενηλίκων:

- η γραφειοκρατία θεωρείται εμπόδιο για το 28,8% των ερωτηθέντων, ενώ για το 71,3% εξ αυτών δε θεωρείται πρόβλημα για την χρήση των ιδιωτικών οδοντιατρείων.

Στην ομάδα των υπερηλίκων:

- η γραφειοκρατία θεωρείται εμπόδιο στην χρήση ιδιωτικών οδοντιατρείων για το 52,3% των ερωτηθέντων, αλλά όχι για το 47,7% εξ αυτών.

Πίνακας 5-11: ΛΟΓΟΙ ΧΡΗΣΕΩΣ_ ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	ΝΑΙ	23	28,8	12,5
	ΟΧΙ	57	71,3	87,5
	Άθροισμα	80	100,0	100,0
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	ΝΑΙ	23	52,3	
	ΟΧΙ	21	47,7	94,8
	Άθροισμα	44	100,0	

5.8 Δαπάνες χρήσης οδοντιατρικών υπηρεσιών

Στην ομάδα των ενηλίκων το μεγαλύτερο ποσοστό (72,6%) δαπάνησαν από 50 έως 500 ευρώ και μόνον λίγο πιο πάνω από το 20% εξ αυτών χρειάστηκε να ξοδέψουν επιπλέον ποσά.

Πίνακας 5-12: ΔΑΠΑΝΗ ΟΔ. ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΤΟΥΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΔΑΠΑΝΗ	ΕΟΟ %
	<50	5	6,3		
	51-100	14	17,5	<u>50-500 €</u>	
	101-200	23	28,8		
	201-500	21	26,3	72,6%	
	501-1000	8	10,0	<u>≥500€</u>	
	>1000	9	11,3	21,3%	
	Άθροισμα	80	100,0		
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%		ΕΟΟ %
	<50	6	13,6		
	51-100	9	20,5		
	101-200	14	31,8		
	201-500	10	22,7	<u>≥500</u>	
	501-1000	1	2,3	11,4%	
	>1000	4	9,1		
	Άθροισμα	44	100,0		

Αντίστοιχα, στην ομάδα των υπερηλίκων η συντριπτική πλειονότητα των ερωτηθέντων δαπάνησε από λιγότερα των 50 ευρώ έως 500, ενώ μόλις ένα 12% περίπου διέθεσε πάνω από 500 ευρώ για την περίθαλψη του.

5.9 Συχνότητα των επισκέψεων αναλόγως της κάλυψης του ταμείου

Η συντριπτική πλειοψηφία των ενηλίκων (72,5%) δήλωσε ότι θα έκανε συχνότερη χρήση των ιδιωτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών εάν το ταμείο τους αποζημίωνε μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών τους, ενώ οι υπερήλικες θα ενεργούσαν με τον ίδιο τρόπο σε ποσοστό 65,9%.

Πίνακας 5-13: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΚΑΙ ΚΑΛΥΨΕΙΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΑΜΕΙΟΥ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΝΑΙ	58	72,5	78,1
	ΟΧΙ	22	27,5	21,9
	Άθροισμα	80	100,0	100,0
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΝΑΙ	29	65,9	61,8
	ΟΧΙ	15	34,1	38,2
	Άθροισμα	44	100,0	100,0

5.10 Προσπελασιμότητα- ραντεβού

Το 32,5% των ερωτηθέντων δήλωσε απόλυτη ικανοποίηση ενώ καθόλου ικανοποιημένος δεν υπήρξε κανείς.

Πίνακας 5-14: ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ_ΡΑΝΤΕΒΟΥ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
1	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	0	0,0	2,4
2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	15	18,8	
3	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	19	23,8	16,2
4	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	20	25,0	29,7
5	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	26	32,5	43,6
	Άθροισμα	80	100,0	
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
1	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	2,3	3
2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	4	9,1	
3	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	9	20,5	16
4	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	14	31,8	24,6
5	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	16	36,4	50,2
	Άθροισμα	44	100,0	

Οι υπόλοιπες διαβαθμίσεις μοιράστηκαν σχεδόν εξίσου το εναπομείναν ποσοστό. Στους υπερήλικες η απόλυτη ικανοποίηση πήρε ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό (36,2%) ενώ υπήρξε ένα 12% περίπου που απλά ήταν ικανοποιημένο ή καθόλου ικανοποιημένο.

5.11 Προσπελασιμότητα- χρόνος αναμονής

Στην ομάδα των ενηλίκων μόνον το 2,5% δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο, ενώ η διαβάθμιση «πολύ» συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό (31,3%).

Στην ομάδα των υπερηλίκων το «πολύ» συγκεντρώνει επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό (31,8%) και το «καθόλου» το 4,5%.

Πίνακας 5-15:ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ_ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	2	2,5	3,2
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	13	16,3	9,9
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	21	26,3	19,4
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	25	31,3	31
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	19	23,8	36,5
	Άθροισμα	80	100,0	100,0
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	%
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	2	4,5	3
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	10	22,7	
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	7	15,9	15,7
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	14	31,8	25,8
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	11	25,0	46,6
	Άθροισμα	44	100,0	

5.12 Προσβασιμότητα- περιοχή εγκατάστασης του οδοντιατρείου

Σε σχέση με την περιοχή εγκατάστασης του οδοντιατρείου, οι ενήλικες δεν ήταν ικανοποιημένοι καθόλου σε ποσοστό 1,3%, ενώ μοίρασαν τις εμπειρίες τους στο υπόλοιπο ποσοστό. Αντιθέτως οι υπερήλικες δήλωσαν απόλυτα ικανοποιημένοι σε ποσοστό 50% και ήταν φειδωλοί στις απαντήσεις «καθόλου» (2,3%) και «αρκετά» (9,1%).

Πίνακας 5-16: ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	1,3	2,2
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	17	21,3	
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	23	28,8	
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	18	22,5	25,1
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	21	26,3	42,9
	Άθροισμα	80	100,0	
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	%
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	2,3	0,8
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	5	11,4	
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	4	9,1	15,1
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	12	27,3	24,4
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	22	50,0	51,9
	Άθροισμα	44	100,0	

5.13 Προσβασιμότητα- χρόνος πρόσβασης

Για τους ενήλικες της έρευνας μας η ικανοποίηση είναι αρκετή στο 32,5% αυτών, ενώ καθόλου στο 6,3%.

Οι υπερήλικες είναι πολύ ικανοποιημένοι (29,5%) αλλά καθόλου 2,3%.

Πίνακας 5-17:ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	5	6,3	2
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	17	21,3	
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	26	32,5	21,6
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	21	26,3	20,4
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	11	13,8	43,2
	Άθροισμα	80	100,0	
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	2,3	2
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	9	20,5	
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	12	27,3	17,1
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	13	29,5	21,6
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	9	20,5	50,2
	Άθροισμα	44	100,0	

5.14 Προσβασιμότητα-χώροι στάθμευσης

Σε σχέση με τους χώρους στάθμευσης στη παρούσα έρευνα, οι ενήλικες αντιμετωπίζουν πρόβλημα σε ποσοστό 33,8% ώστε να μην είναι καθόλου ικανοποιημένοι και μόνον το 12% αυτών απαντούν απόλυτα ικανοποιημένοι. Οι υπόλοιπες διαβαθμίσεις μοιράζονται μεταξύ 15% και 20%.

Οι υπερήλικες δήλωσαν ακόμη μεγαλύτερη δυσχέρεια με το ποσοστό «καθόλου ικανοποιημένοι» να φτάνει το 47,7% και «απόλυτα» μόλις το 9,1%.

Πίνακας 5-18: ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ- ΧΩΡΩΝ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	27	33,8	20,2
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	15	18,8	20
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	16	20,0	12,7
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	12	15,0	13,3
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	10	12,5	33,9
	Άθροισμα	80	100,0	100,0
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	%
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	21	47,7	10,3
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	8	18,2	16,9
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	6	13,6	14,1
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	5	11,4	16,9
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	4	9,1	41,7
	Άθροισμα	44	100,0	100,0

5.15 Προσβασιμότητα-Μαζικά μέσα μεταφοράς

Η ύπαρξη μέσων μαζικής μεταφοράς δεν ικανοποίησε καθόλου το 7,5% των ενηλίκων της έρευνας μας ενώ οι υπόλοιποι μοιράστηκαν από 18,8% έως 27,5% τις υπόλοιπες διαβαθμίσεις. Στους υπερήλικες όμως αυξάνεται η απόλυτη ικανοποίηση στο 31,8% αλλά και η αρνητική απάντηση στο 9,1%.

Πίνακας 5-19: ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ ΜΑΖΙΚΑ ΜΕΣΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	6	7,5	
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	20	25,0	
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	15	18,8	19,5
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	17	21,3	19,9
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	22	27,5	32,8
	Αθροισμα	80	100,0	
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	4	9,1	4,3
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	9	20,5	
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	7	15,9	17
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	10	22,7	19,8
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	14	31,8	50,4
	Αθροισμα	44	100,0	

5.16 Εξυπηρέτηση –υπάλληλος υποδοχής

Σύμφωνα με τις απαντήσεις του 46,3% των ενηλίκων, οι οδοντίατροι που επισκέπτονται οι ασθενείς, δε διαθέτουν υπάλληλο υποδοχής. Σε ότι αφορά όμως την ικανοποίηση εκεί όπου αυτός υπάρχει, 32,6% των ερωτηθέντων είναι πολύ ικανοποιημένοι, 25,6% απόλυτα, 23,3% αρκετά και 18,6% ικανοποιημένοι απλώς. Στους υπερήλικες το 40,9% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι ο οδοντίατρος τους δεν έχει υπάλληλο υποδοχής.

Πίνακας 5-20: ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ –ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ Ι

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	I	Έρευνα Απαντήσεις	
			%
	<u>ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ:</u>	37	46,3
	• ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	8	10,0
	• ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	10	12,5
	• ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	14	17,5
	• ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	11	13,8
	Αθροισμα	80	100,0
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	I	Έρευνα Απαντήσεις	
			%
	<u>ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ:</u>	18	40,9
	• ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	6	13,6
	• ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	8	18,2
	• ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	4	9,1
	• ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	8	18,2
	Αθροισμα	44	100,0

Από τον πιο πάνω πίνακα (5-20), προκύπτει ότι για μεν τους ενήλικες δε απάντησαν 37 άτομα δηλαδή το 46,3%, για δε τους υπερήλικες δε απάντησαν 18, δηλαδή το 40,9%. Ως εκ τούτου, παραθέτουμε το πίνακα (5-21), που κάνει αναγωγή των ποσοστών μόνον στο σύνολο των ερωτηθέντων κάθε ομάδας, οι οποίοι εξυπηρετήθηκαν από υπάλληλο υποδοχής.

Πίνακας 5-21: ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ –ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ II

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	II	Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	• ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	8	18,6%	-
	• ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	10	23,3%	28
	• ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	14	32,6%	34,8
	• ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	11	25,6%	32,6
	Άθροισμα	43	100,0%	-
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	II	Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	• ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	6	23,08%	
	• ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	8	30,77%	26,1
	• ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	4	15,38%	17
	• ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	8	30,77%	44,3
	Άθροισμα	26	100,00%	-

5.17 Εξυπηρέτηση- βοηθός οδοντίατρο

Σύμφωνα με τις απαντήσεις του 37,5% των ενηλίκων, οι οδοντίατροι τους οποίους επισκέπτονται δε διαθέτουν βοηθό. Από τους ερωτηθέντες όμως που δέχθηκαν την φροντίδα βοηθών οδοντιάτρων, σχεδόν οι μισοί (48%) ικανοποιήθηκαν πολύ, 26% αρκετά, 20% απόλυτα και μόνον το 2% είναι ικανοποιημένοι απλά και 4% καθόλου.

Πίνακας 5-22:ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ- ΒΟΗΘΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ I

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	I	Έρευνα Απαντήσεις	ΕΟΟ %
	<u>ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ:</u>	30	37,5
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	2	2,5
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	1	1,3
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	13	16,3
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	24	30,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	10	12,5
	Άθροισμα	80	100,0

ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	I	Έρευνα Απαντήσεις	ΕΟΟ
			%
	<u>ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ:</u>	17	38,6
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	2,3
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	2	4,5
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	8	18,2
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	14	31,8
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	2	4,5
	Άθροισμα	44	100,0

Στους υπερήλικες το 38,6% απάντησαν ότι ο οδοντίατρος τους δε διαθέτει βοηθό. Οι υπόλοιποι έμειναν πολύ ικανοποιημένοι (51,85%) και αρκετά ικανοποιημένοι (29,63%), (7,41%) ικανοποιημένοι απλά, (7,41%) απόλυτα ικανοποιημένοι αλλά και 3,70% καθόλου. Στις δηλώσεις των υπερηλικών το ποσοστό των οδοντιατρών που δεν απασχολεί βοηθό, είναι επίσης διπλάσιο, ενώ οι διαβαθμίσεις της ικανοποίησης κυμαίνονται περίπου στα ίδια επίπεδα.

Από τον πιο πάνω πίνακα (5-22) , προκύπτει ότι για μεν τους ενήλικες δεν απάντησαν 30 άτομα δηλαδή το 37,5% , για δε τους υπερήλικες δεν απάντησαν 17 άτομα δηλαδή το 38,6%.

Ως εκ τούτου, παραθέτουμε τον πιο κάτω το πίνακα (5-23), που κάνει αναγωγή των ποσοστών μόνον στο σύνολο των ερωτηθέντων κάθε ομάδας, οι οποίοι εξυπηρετήθηκαν από βοηθό οδοντίατρο.

Πίνακας 5-23: ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ- ΒΟΗΘΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ II

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	II	Έρευνα		ΕΟΟ
		Απαντήσεις	%	%
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	2	4,0%	1,9
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	1	2,0%	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	13	26,0%	21,7
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	24	48,0%	35
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	10	20,0%	36,9
	Άθροισμα	50	100,0%	-
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	II	Έρευνα		%
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	3,70%	1,6
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	2	7,41%	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	8	29,63%	21,3
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	14	51,85%	37,7
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	2	7,41%	32,8
	Άθροισμα	27	100,0%	-

5.18 Εξυπηρέτηση- οδοντίατρος

Το 48,8% των ενηλίκων της παρούσας έρευνας δήλωσε απόλυτα ικανοποιημένο από την εξυπηρέτηση που του παρείχε ο οδοντίατρος του. Επίσης 36,3% δήλωσαν πολύ και 13,8% αρκετά ικανοποιημένοι. Απλά ικανοποιημένοι δήλωσαν μόνον το 1,3% ενώ «καθόλου», κανέναν από τους ερωτηθέντες. Στην ομάδα των υπερηλίκων το ποσοστό των απόλυτα ικανοποιημένων αυξάνεται στο 59,1%, πολύ δηλώνουν 22,7%, αρκετά 13,6%, αλλά και απλά ικανοποιημένοι και καθόλου από 2,3% το καθένα.

Πίνακας 5-24: ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ- ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	1	1,3	0,6
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	11	13,8	-
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	29	36,3	29,1
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	39	48,8	56,2
	Άθροισμα	80	100,0	-
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	2,3	1,4
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	1	2,3	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	6	13,6	9,5
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	10	22,7	27
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	26	59,1	59,1
	Άθροισμα	44	100,0	-

5.19 Ενημέρωση – προβλήματα στόματος

Σε ότι αφορά την ενημέρωση εκ μέρους του ιατρού για τα προβλήματα του στόματος οι ενήλικες στη μεγάλη τους πλειοψηφία απάντησαν απόλυτα (37,5%) και πολύ (36,3%) ικανοποιημένοι. Αρκετά απάντησαν 15%, ικανοποιημένοι 10% και καθόλου ικανοποιημένοι μόνον 1,3%. Από τους υπερηλίκους ουδείς απάντησε «καθόλου», ενώ αντιθέτως το 52,3% ήταν απόλυτα ικανοποιημένο, 22,7% πολύ ικανοποιημένο, 15,9% αρκετά ικανοποιημένο και 9,1 ικανοποιημένο απλά.

Πίνακας 5-25: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
		ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	1,3
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	8	10,0	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	12	15,0	-
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	29	36,3	-
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	30	37,5	30,9
	Άθροισμα	80	100,0	-
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
		ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	4	9,1
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	7	15,9	14,3
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	10	22,7	26,2
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	23	52,3	49,4
	Άθροισμα	44	100,0	-

5.20 Ενημέρωση –θεραπευτική αγωγή

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ενηλίκων στην έρευνα μας, για την ενημέρωση εκ μέρους του ιατρού για το σχέδιο θεραπείας το 43,8% ήταν πολύ ικανοποιημένο, το 32,5% απόλυτα ικανοποιημένο, 12,5% ικανοποιημένο, 10% αρκετά ικανοποιημένο και 1,3 καθόλου ικανοποιημένο. Στις απαντήσεις των υπερηλίκων, το 40,9% ήταν απόλυτα ικανοποιημένο, το 36,3% πολύ, και μόλις το 4,5% ικανοποιημένο και το 2,3 καθόλου ικανοποιημένο.

Πίνακας 5-26: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
		ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	1,3
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	10	12,5	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	8	10,0	16,8
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	35	43,8	32,5
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	26	32,5	44,4
	Άθροισμα	80	100,0	-
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
		ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	2,3
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	2	4,5	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	7	15,9	13,7
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	16	36,4	27,1
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	18	40,9	49,9
	Άθροισμα	44	100,0	-

5.21 Ενημέρωση- διάρκεια θεραπείας

Η ενημέρωση των ασθενών για τη διάρκεια της θεραπείας τους εκ μέρους των ιατρών, εξασφάλισε την απόλυτη ικανοποίηση του 33,8% των ερωτηθέντων ενηλίκων, αλλά και την απάντηση «πολύ» για το 32,5% εξ αυτών. Μαζί δε με το 21,3% της διαβάθμισης «αρκετά» πλησιάζει το 90% και απομένει ένα 11,3% για το «ικανοποιημένος» και 1,3% για το «καθόλου». Στις απαντήσεις των υπερηλίκων, το 50% δηλώνει πολύ ικανοποιημένο, 34,1% απόλυτα, 6,8%αρκετά, 9,1% ικανοποιημένο και ουδείς δηλώνει καθόλου ικανοποιημένος.

Πίνακας 5-27: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	1,3	2,2
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	10	12,5	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	8	10,0	16,6
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	35	43,8	33,3
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	26	32,5	40,8
	Άθροισμα	80	100,0	-
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	4	9,1	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	3	6,8	12,5
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	22	50,0	28,6
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	15	34,1	48,8
	Άθροισμα	44	100,0	

5.22 Ενημέρωση – κόστος θεραπείας

Στην απάντηση για την ενημέρωση σχετικά με το κόστος της θεραπείας, το ποσοστό των 28,8% των ερωτηθέντων ενηλίκων δήλωσε απλά ικανοποιημένο, από 21,3% πολύ και απόλυτα και το σχετικά υψηλό ποσοστό των 16,3% καθόλου ικανοποιημένο. Στις απαντήσεις των υπερηλίκων από 20,5% των ερωτηθέντων δηλώνουν απόλυτα πολύ ή καθόλου, ενώ το 25% συγκεντρώνει η διαβάθμιση «ικανοποιημένος» και 13,6% «αρκετά».

Πίνακας 5-28:ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	13	16,3	3,6
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	23	28,8	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	10	12,5	20,8
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	17	21,3	29,3
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	17	21,3	40,4
	Άθροισμα	80	100,0	-

ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	9	20,5	5,1
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	11	25,0	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	6	13,6	14,4
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	9	20,5	23,7
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	9	20,5	49,9
	Άθροισμα	44	100,0	-

5.23 Περιβάλλον – καθαριότητα

Η πλειοψηφία (55%) του δείγματος της έρευνας μας στους ενήλικες δηλώνει απόλυτα ικανοποιημένη. Εάν στην απάντηση αυτή προσθέσουμε και το 27,5% της απάντησης «πολύ», και το 11,3% του «αρκετά» μένει η ελάχιστη μειοψηφία του 5% που είναι ικανοποιημένη και 1,3% που θεωρούν απαράδεκτη την καθαριότητα του ιατρείου που επισκέπτονται. Ωστόσο οι υπερήλικες αξιολογούν την καθαριότητα του ιατρείου και του προσωπικού από αρκετά έως απόλυτα ικανοποιητική με αντίστοιχα ποσοστά 11,4% πολύ, 15,9% αρκετά και το υψηλό 63,6% απόλυτα

Πίνακας 5-29: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	1,3	0,2
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	4	5,0	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	9	11,3	-
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	22	27,5	29,1
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	44	55,0	59,8
	Άθροισμα	80	100,0	-
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	0	0,0	0,6
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	0	0,0	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	5	11,4	11,5
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	11	25,0	25,4
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	28	63,6	61,3
	Άθροισμα	44	100,0	-

5.24 Περιβάλλον – χώρος αναμονής

Σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος των ενηλίκων στην έρευνα μας πολύ και απόλυτα ικανοποιημένοι έμειναν αντίστοιχα το 42,4% και το 35% ενώ μικρότερα ποσοστά συγκέντρωσαν οι διαβαθμίσεις «αρκετά» (11,3%), «ικανοποιημένος» (8,8%) και «καθόλου» (2,5%).

Οι υπερήλικες τώρα, είναι απόλυτα ικανοποιημένοι σε ποσοστό 47,7% από τον χώρο αναμονής, 27,3% πολύ, 15,9% αρκετά και 9,1% καθόλου.

Πίνακας 5-30: ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	2	2,5	0,2
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	7	8,8	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	9	11,3	13,5
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	34	42,5	31,7
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	28	35,0	49
	Άθροισμα	80	100,0	-
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		Έρευνα Απαντήσεις	%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	0	0,0	0,6
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	4	9,1	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	7	15,9	13,3
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	12	27,3	28,2
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	21	47,7	54,8
	Άθροισμα	44	100,0	-

5.25 Περιβάλλον – διαθεσιμότητα εξοπλισμού

Για το ζήτημα της διαθεσιμότητας του εξοπλισμού του οδοντιατρείου, οι ενήλικες της περιοχής των Πατρών έμειναν πολύ ικανοποιημένοι σε ποσοστό 45%, απόλυτα σε ποσοστό 33,8%, 12,5% αρκετά και 8,8% απλά ικανοποιημένοι. Οι υπερήλικες τώρα, έμειναν απόλυτα ικανοποιημένοι κατά 52,3%, πολύ κατά 31,8%, ικανοποιημένοι κατά 11,4% και καθόλου και αρκετά από 2,3%.

Πίνακας 5-31: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	7	8,8	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	10	12,5	12,3
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	36	45,0	33,7
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	27	33,8	48,3
	Άθροισμα	80	100,0	-

ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	2,3	-
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	5	11,4	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	1	2,3	11,9
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	14	31,8	32,9
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	23	52,3	50,7
	Άθροισμα	44	100,0	-

5.26 Περιβάλλον – εξοπλισμός νέας τεχνολογίας

Ο εξοπλισμός νέας τεχνολογίας ικανοποίησε τους ενήλικες χρήστες των οδοντιατρικών υπηρεσιών στη παρούσα έρευνα, σε συνολικό ποσοστό πάνω από 92% αρκετά, πολύ και απόλυτα, και μόνον το 6,3% έμεινε απλά ικανοποιημένο και 1,3% καθόλου. Ακόμη λίγο πιο ενθαρρυντικές ήταν οι απαντήσεις των υπερηλικών, φτάνοντας το 95% και δίνοντας ποσοστό 2,3% σε απλή ικανοποίηση και το ίδιο στην διαβάθμιση «καθόλου ικανοποίηση».

Πίνακας 5-32: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	1,3	3
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	5	6,3	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	23	28,8	15,2
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	25	31,3	31,5
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	26	32,5	44,8
	Άθροισμα	80	100,0	-
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	1	2,3	1,4
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	1	2,3	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	12	27,3	17,2
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	15	34,1	28,7
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	15	34,1	47,1
	Άθροισμα	44	100,0	-

5.27 Περιβάλλον – αποστείρωση εξοπλισμού

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας, οι ενήλικες έμειναν απόλυτα ικανοποιημένοι σε ποσοστό 41,3% και πολύ ικανοποιημένοι σε ποσοστό 28,8%. Επίσης σε ποσοστό 15% έμειναν ικανοποιημένοι και αρκετά ικανοποιημένοι. Οι υπερηλικές τώρα,

έμειναν απόλυτα ικανοποιημένοι σε ποσοστό 45,5% πολύ ικανοποιημένοι 36,4% και αρκετά 15,9%.

Πίνακας 5-33: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	12	15,0	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	12	15,0	-
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	23	28,8	25,5
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	33	41,3	61,6
	Άθροισμα	80	100,0	-
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	1	2,3	1,2
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	7	15,9	8,7
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	16	36,4	22,5
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	20	45,5	64,4
	Άθροισμα	44	100,0	-

Ελάχιστο ήταν το ποσοστό των ικανοποιημένων (2,3%) και μηδενικό των καθόλου ικανοποιημένων.

5.28 Κόστος Θεραπείας

Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη οι ενήλικες είναι ικανοποιημένοι σε σχετικά καλό ποσοστό (35%), και πολύ σε ποσοστό 20%,ενώ το 17% δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο. Ωστόσο ένα 16,3% έμεινε αρκετά ικανοποιημένο και ένα 11,3% απόλυτα. Στους υπερήλικες επίσης οι ικανοποιημένοι ανέρχονται σε σχετικά καλό ποσοστό (34,1%) και πολύ (31,8%).Ακολουθεί το «καθόλου» με 13,6% και «αρκετά» με 11,4%, ενώ είναι απόλυτα ικανοποιημένοι μόνον το 9,1%.

Πίνακας 5-34: ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	14	17,5	-
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	28	35,0	-
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	13	16,3	27,1
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	16	20,0	30
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	9	11,3	28
	Άθροισμα	80	100,0	-

ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ	Έρευνα Απαντήσεις		%	ΕΟΟ %
	ΚΑΘΟΛΟΥ Ικανοποιημένος	6	13,6	5
	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	15	34,1	10
	ΑΡΚΕΤΑ Ικανοποιημένος	5	11,4	24,5
	ΠΟΛΥ Ικανοποιημένος	14	31,8	25,9
	ΑΠΟΛΥΤΑ Ικανοποιημένος	4	9,1	34,6
	Άθροισμα	44	100,0	-

5.29 Ποιότητα περίθαλψης – οδηγίες πρόληψης πριν και μετά την περίθαλψη

Στην παρούσα μελέτη η πλειοψηφία των ερωτηθέντων **ενηλίκων** (36,3%) δήλωσε πολύ ικανοποιημένη από τις οδηγίες πρόληψης που προσδοκούσε από τον οδοντίατρο πριν την περίθαλψη, ποσοστό το οποίο μειώθηκε λίγο μετά την περίθαλψη.

Πίνακας 5-35: ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ			ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ		
		ΕΡΕΥΝΑ		ΕΟΟ	ΕΡΕΥΝΑ		ΕΟΟ
		Έρευνα Απαντήσεις	%		Έρευνα Απαντήσεις	%	
1	ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	3	3,8	4,4	3	3,8	5,2
2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	16	20,0		12	15,0	
3	ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	19	23,8		11	13,8	
4	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	29	36,3	29,9	27	33,8	31,7
5	ΑΠΟΛΥΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	13	16,3	32,3	27	33,8	39,9
	Άθροισμα	80	100,0		80	100,0	
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ			ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ		
		ΕΡΕΥΝΑ		ΕΟΟ	ΕΡΕΥΝΑ		ΕΟΟ
		Έρευνα Απαντήσεις	%		Έρευνα Απαντήσεις	%	
1	ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	1	2,3	9,3	1	2,3	8,9
2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	7	15,9		7	15,9	
3	ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	18	40,9		9	20,5	
4	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	12	27,3	25,5	13	29,5	26,1
5	ΑΠΟΛΥΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	6	13,6	34	14	31,8	42,4
	Άθροισμα	44	100,0		44	100,0	

Μεγάλη όμως αύξηση είχε το ποσοστό όσων πριν την παρεχόμενη περίθαλψη ήταν απόλυτα ικανοποιημένοι (16,3%) ενώ μετά την περίθαλψη το ποσοστό ανέβηκε στο 33,8%.

Αντιθέτως, μείωση είχε το ποσοστό όσων δήλωσαν ικανοποιημένοι (από 20% σε 15%) και αρκετά ικανοποιημένοι (από 23,8% σε 13,8%). Το ποσοστό (3,8%) όμως όσων δεν έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι παρέμεινε σταθερό.

Στους **υπερήλικες** επίσης της μελέτης μας, το αρκετά ικανοποιημένο ποσοστό (40,9%) πριν την παρεχόμενη περίθαλψη μειώθηκε στο 20,5% και αντιθέτως αυξήθηκε το ποσοστό όσων έμειναν πολύ ικανοποιημένοι (από 27,3% σε 29,5%) και ιδιαίτερα όσων έμειναν απόλυτα ικανοποιημένοι (από 13,6% σε 31,8%). Σταθερά έμειναν τα ποσοστά όσων έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι (2,3%) ή ικανοποιημένοι(15,9%)

5.30 Ποιότητα περίθαλψης – πόνος κατά την θεραπεία

Στην παρούσα μελέτη ο φόβος των **ενήλικων** πριν την θεραπεία για πιθανό πόνο μειώθηκε σε μεγάλο ποσοστό ήτοι από 33,8% σε 16,3% σε όσους ήταν αρκετά ικανοποιημένοι, αυξήθηκε όμως σε όσους ήταν πολύ ικανοποιημένοι (από 26,3% σε 43,8%).

Το ίδιο συνέβη και με όσους ήταν απόλυτα ικανοποιημένοι (από 16,3% ανέβηκε το ποσοστό σε 28,8%). Αντίθετα πάλι μειώθηκαν αντίστοιχα τα ποσοστά όσων δεν έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι(από 3,8% σε 1,3%) και ικανοποιημένοι (από 20% σε 10%).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των **υπερηλικών** αυξήθηκε ελάχιστα το ποσοστό από 45,4% σε 47,7% στους πολύ ικανοποιημένους, και από 18,2% σε 20,5% στους αρκετά ικανοποιημένους. Μειώθηκε όμως από 15,9% σε 11,4% στους απόλυτα ικανοποιημένους και έμεινε σταθερό (20,5%) σε όσους ήταν απλά ικανοποιημένοι.

Πίνακας 5-36: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ – ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ			ΠΟΝΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ		
		ΕΡΕΥΝΑ		ΕΟΟ	ΕΡΕΥΝΑ		ΕΟΟ
		Έρευνα Απαντήσεις	%		Έρευνα Απαντήσεις	%	
1	ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	3	3,8		1	1,3	
2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	16	20,0		8	10,0	
3	ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	27	33,8	30,3	13	16,3	17,6
4	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	21	26,3	21,8	35	43,8	33,5
5	ΑΠΟΛΥΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	13	16,3	27,3	23	28,8	37,2
	Άθροισμα	80	100,0		80	100,0	

ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ			ΠΟΝΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ		
		ΕΡΕΥΝΑ		ΕΟΟ	ΕΡΕΥΝΑ		ΕΟΟ
		Έρευνα Απαντήσεις	%		Έρευνα Απαντήσεις	%	
1	ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	0	0,0	4	0	0,0	3,6
2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	9	20,5		9	20,5	
3	ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	8	18,2		9	20,5	
4	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	20	45,5	24,3	21	47,7	29,5
5	ΑΠΟΛΥΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	7	15,9	34	5	11,4	46,3
Άθροισμα		44	100,0		44	100,0	

5.31 Ποιότητα περιθάλψης –αποτέλεσμα θεραπείας

Όσοι ενήλικες δήλωσαν απόλυτα (25%) και πολύ (28,8%) ικανοποιημένοι στην παρούσα μελέτη για το αποτέλεσμα της θεραπείας τους πριν την περίθαλψη, μετά από αυτήν αυξήθηκαν σε 36,3% και 38,8%, αντίστοιχα. Μειώθηκαν όμως τα ποσοστά των ικανοποιημένων και των αρκετά ικανοποιημένων από 16,3% σε 6,3% και από 28,8% σε 17,5% αντίστοιχα. Το ποσοστό όσων ήταν καθόλου ικανοποιημένοι παρέμεινε σταθερό (1,3%) και μετά την θεραπεία. Παρόμοια αποτελέσματα έδωσαν οι υπερήλικες για την ποιότητα της θεραπείας που ανέμεναν και που έγινε τελικά, για όσους δήλωσαν απόλυτα (από 27,3% σε 31,8%) και πολύ(από 27,3% σε 31,8%) ικανοποιημένοι. Μειώθηκαν επίσης τα ποσοστά των ικανοποιημένων και των αρκετά ικανοποιημένων από 11,4% σε 9,1% και από 34,1% σε 25% αντίστοιχα. Τέλος οι υπερήλικες εμφάνισαν ένα ποσοστό 2,3% καθόλου ικανοποιημένων μετά την παρασχεθείσα θεραπεία.

Πίνακας 5-37: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

ΕΝΗΛΙΚΕΣ		ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ			ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ		
		ΕΡΕΥΝΑ		ΕΟΟ	ΕΡΕΥΝΑ		ΕΟΟ
		Έρευνα Απαντήσεις	%		Έρευνα Απαντήσεις	%	
1	ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	1	1,3		1	1,3	
2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	13	16,3		5	6,3	
3	ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	23	28,8	22,4	14	17,5	13,9
4	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	23	28,8	28,3	31	38,8	33,7
5	ΑΠΟΛΥΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	20	25,0	40,6	29	36,3	45,9
Άθροισμα		80	100,0		80	100,0	

ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ		ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ			ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ		
		ΕΡΕΥΝΑ		ΕΟΟ	ΕΡΕΥΝΑ		ΕΟΟ
		Έρευνα Απαντήσεις	%		Έρευνα Απαντήσεις	%	
1	ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	0	0,0	1,6	1	2,3	3,4
2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	5	11,4		4	9,1	
3	ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	15	34,1		11	25,0	
4	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	12	27,3	25,8	14	31,8	29,7
5	ΑΠΟΛΥΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	12	27,3	48,3	14	31,8	50,7
Άθροισμα		44	100,0		44	100,0	

5.32 Συγκριτικοί Πίνακες παρούσας μελέτης και έρευνας της Ε.Ο.Ο

5.32.1 Ηλικιακή ομάδα Ενηλίκων (35-44 ετών)

Παρατίθεται πιο κάτω ο συγκριτικός πίνακας 5-38, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων για την ηλικιακή ομάδα Ενηλίκων, ήτοι ηλικίας από 35 έως 44 ετών , μεταξύ των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη και από την μελέτη που έχει διεξάγει η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Ε.Ο.Ο.).

Κατά γενική παρατήρηση, τα συγκριτικά αποτελέσματα συγκλίνουν αρκετά ικανοποιητικά, χωρίς να εμφανίζονται μεγάλες αποκλίσεις στις μέσες τιμές των ιδίων μεταβλητών και στις δύο έρευνες.

Ωστόσο εδώ, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι, οι μεν ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν όλοι τους ασφαλισμένοι στο Δημόσιο, και στους Ο.Τ.Α, σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες της έρευνας της Ε.Ο.Ο για τους οποίους δεν υπήρχε κατηγοριοποίηση σε κλάδους ασφάλισης.

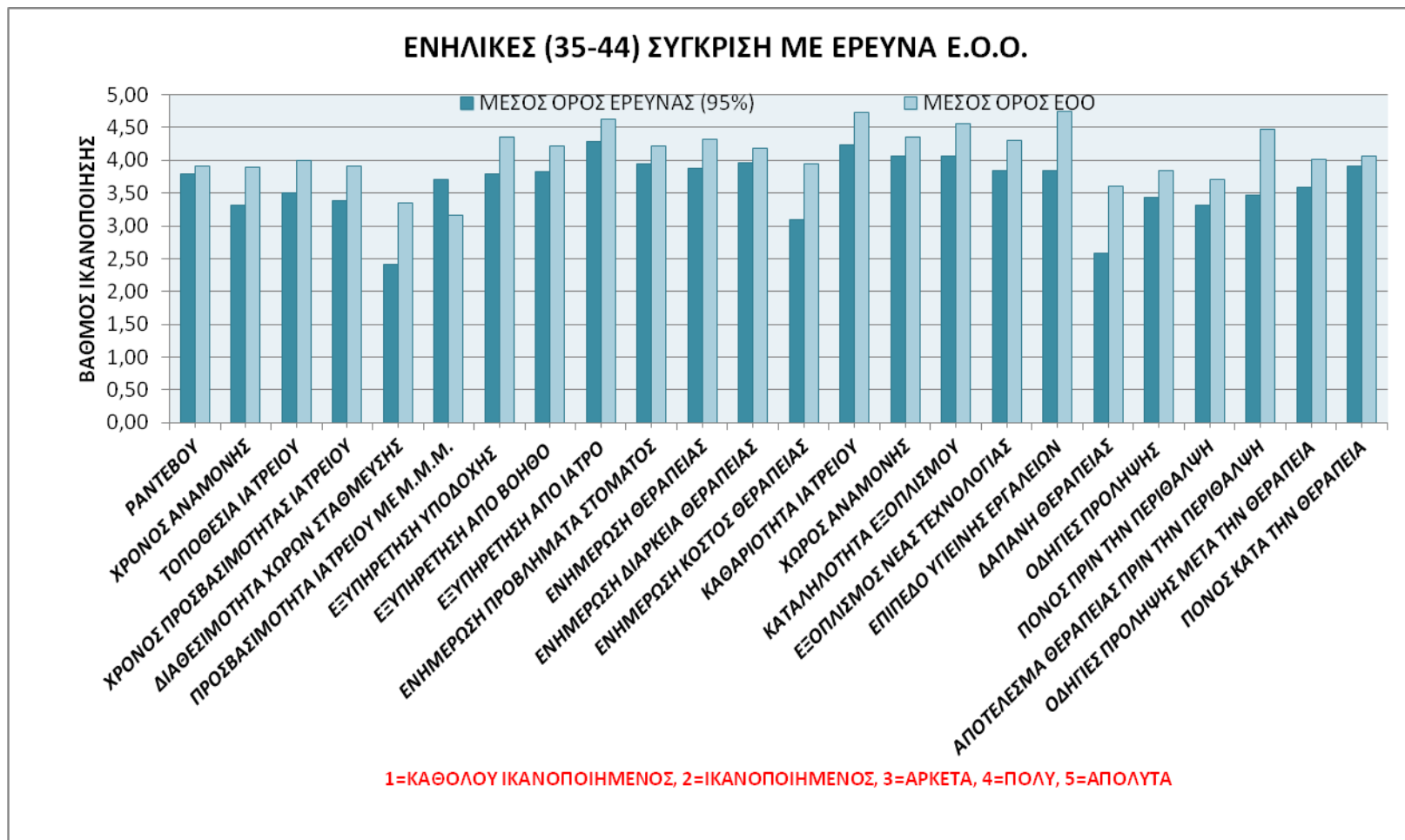
Οι συχνότητες και οι κατανομές αυτής της ηλικιακής ομάδος παρουσιάζονται στο Παράρτημα ΙΙΙ της παρούσας μελέτης.

Πίνακας 5-38: Συγκριτικός Πίνακας -Ηλικιακή ομάδα Ενηλίκων (35-44 ετών)

	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (95%)	ΚΑΤΩ ΟΡΙΟ	ΑΝΩ ΟΡΙΟ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΕΟΟ**
ΕΝΗΛΙΚΕΣ (ΟΜΑΔΑ 2)				
ΡΑΝΤΕΒΟΥ	3,79	3,41	4,18	3,91
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	3,32	2,96	3,69	3,90*
ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	3,50	3,10	3,90	4,00*
ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	3,38	3,00	3,77	3,91*
ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΧΩΡΩΝ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ	2,41	1,88	2,94	3,35*
ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ Μ.Μ.Μ.	3,71	3,27	4,14	3,17
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ	3,79	3,45	4,14	4,36*
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΒΟΗΘΟ	3,82	3,51	4,14	4,21*
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ	4,29	4,04	4,54	4,63*
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ	3,94	3,58	4,31	4,21*
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	3,88	3,53	4,23	4,32*
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	3,97	3,66	4,29	4,19
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	3,09	2,56	3,61	3,94*
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	4,24	3,91	4,56	4,73*
ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	4,06	3,72	4,40	4,35
ΚΑΤΑΛΗΛΟΤΗΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	4,06	3,74	4,38	4,56*
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	3,85	3,50	4,21	4,31*
ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ	3,85	3,45	4,26	4,74*
ΔΑΠΑΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	2,59	2,14	3,04	3,60*
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	3,44	3,06	3,83	3,84
ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	3,32	2,95	3,70	3,70
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	3,47	3,10	3,84	4,48*
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	3,59	3,16	4,02	4,02
ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	3,91	3,62	4,20	4,06*
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	4,03	3,67	4,39	4,55*

*στατιστικά σημαντική απόκλιση. Τιμές Ε.Ο.Ο εκτός άνω και κάτω ορίου έρευνας.

Διάγραμμα 2: ΕΝΗΛΙΚΕΣ- ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΡΕΥΝΑ Ε.Ο.Ο.



5.32.2 Ηλικιακή ομάδα Υπερηλικών (65-74 ετών)

Παραθέτουμε πιο κάτω το συγκριτικό πίνακα μέσω τιμών και τυπικών αποκλίσεων για την ηλικιακή ομάδα Υπερηλικών, ήτοι ηλικίας από 65 έως 74 ετών, μεταξύ των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη και από την μελέτη που έχει διεξάγει η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Ε.Ο.Ο.).

Κατά γενική παρατήρηση, τα συγκριτικά αποτελέσματα συγκλίνουν αρκετά ικανοποιητικά, χωρίς να εμφανίζονται μεγάλες αποκλίσεις στις μέσες τιμές των ιδίων μεταβλητών και στις δύο έρευνες.

Ωστόσο εδώ, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι, οι μεν ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν όλοι τους ασφαλισμένοι στο Δημόσιο, και στους Ο.Τ.Α, σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες της έρευνας της Ε.Ο.Ο για τους οποίους δεν υπήρχε κατηγοριοποίηση σε κλάδους ασφάλισης.

Πίνακας 5-39: Συγκριτικός Πίνακας -Ηλικιακή ομάδα Υπερηλικών (65-74 ετών)

ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ (ΟΜΑΔΑ 2)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (95%)	ΚΑΤΩ ΟΡΙΟ	ΑΝΩ ΟΡΙΟ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΕΟΟ
PANTEBOY	3,55	3,06	4,04	3,89
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	3,35	2,76	3,94	3,78
ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	3,90	3,33	4,47	4,01
ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	3,50	2,88	4,12	3,81
ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΧΩΡΩΝ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ	2,05	1,40	2,70	3,52*
ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ Μ.Μ.Μ.	3,20	2,55	3,85	3,97*
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ	3,45	2,89	4,01	3,77
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΒΟΗΘΟ	3,35	2,91	3,79	3,97*
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ	4,10	3,55	4,65	4,40
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ	4,20	3,73	4,67	4,09
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	4,10	3,73	4,47	4,24

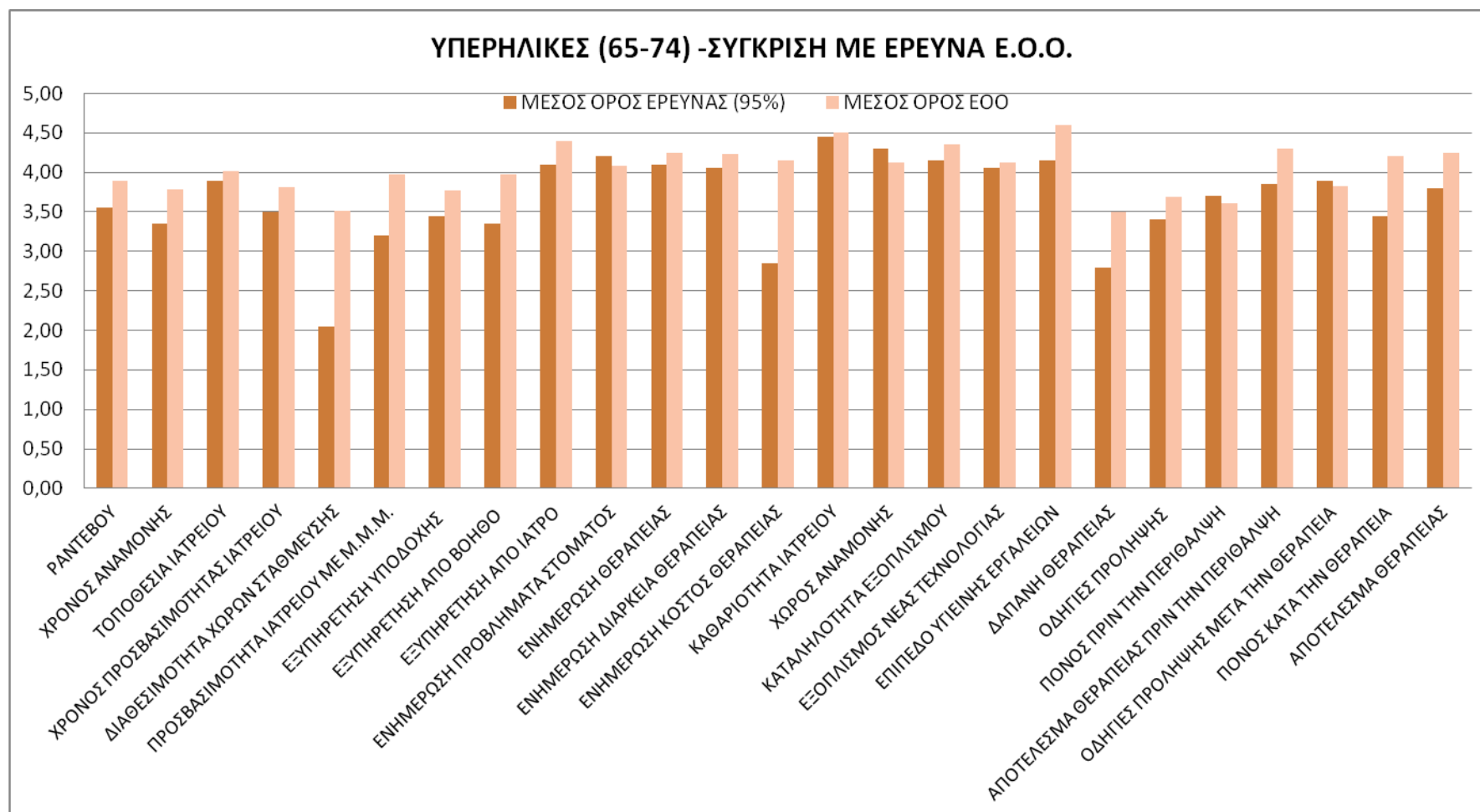
ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ (ΟΜΑΔΑ 2)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (95%)	ΚΑΤΩ ΟΡΙΟ	ΑΝΩ ΟΡΙΟ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΕΟΟ **
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	4,05	3,61	4,49	4,23
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	2,85	2,06	3,64	4,15*
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	4,45	4,13	4,77	4,51
ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	4,30	3,90	4,70	4,12
ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	4,15	3,64	4,66	4,35
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	4,05	3,69	4,41	4,12
ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ	4,15	3,77	4,53	4,60*
ΔΑΠΑΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	2,80	2,16	3,44	3,50
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	3,40	2,96	3,84	3,69
ΠΟΝΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	3,70	3,24	4,16	3,61
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	3,85	3,39	4,31	4,30
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	3,90	3,33	4,47	3,82
ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	3,45	2,96	3,94	4,21*
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	3,80	3,28	4,32	4,24

*στατιστικά σημαντική απόκλιση. Τιμές Ε.Ο.Ο εκτός άνω και κάτω ορίου έρευνας.

** Πηγή : Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Ε.Ο.Ο), 2011 *Πρόγραμμα προαγωγής και καταγραφής της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού*

Οι συχνότητες και οι κατανομές αυτής της ηλικιακής ομάδος παρουσιάζονται στο Παράρτημα ΙΙΙ της παρούσας μελέτης.

Διάγραμμα 3: ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ – ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΡΕΥΝΑ Ε.Ο.Ο



Όσον αφορά στις παραμέτρους της ικανοποίησης στην Ομάδα 2 των **ενηλίκων** στις δύο έρευνες, προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διακυμάνσεις, και συγκεκριμένα ο μέσος όρος των ευρημάτων από την έρευνα της Ε.Ο.Ο, βρίσκεται εκτός των άνω και κάτω ορίων της δικής μας έρευνας, ήτοι σε δέκα επτά (17) από τους συνολικά είκοσι πέντε (25) μετρηθέντες συντελεστές ικανοποίησης, ήτοι :

- Στο χρόνο αναμονής,
- την τοποθεσία του ιατρείου,
- το χρόνο προσβασιμότητας στο ιατρείο,
- τη διαθεσιμότητα των χώρων στάθμευσης,
- την εξυπηρέτηση από τον υπάλληλο υποδοχής,
- την εξυπηρέτηση από τον βοηθό και,
- την εξυπηρέτηση από τον ιατρό,
- την ενημέρωση για τα προβλήματα του στόματος,
- τη θεραπεία και
- το κόστος της,
- την καθαριότητα του ιατρείου,
- την καταλληλότητα του εξοπλισμού,
- τον εξοπλισμό νέας τεχνολογίας,
- το επίπεδο υγιεινής των εργαλείων,
- τη δαπάνη θεραπείας,
- την προσδοκία για το αποτέλεσμα της θεραπείας,
- τον πόνο κατά την θεραπεία και το αποτέλεσμα της θεραπείας.

Αντιθέτως στην Ομάδα 5 των **υπερηλίκων** στις δύο έρευνες, η στατιστικά σημαντική διακύμανση περιορίζεται μόνο σε έξι (6) συντελεστές, ήτοι:

- Στη διαθεσιμότητα των χώρων στάθμευσης,
- στην προσβασιμότητα με τα μέσα μαζικής μεταφοράς,
- στην εξυπηρέτηση από τον βοηθό,
- στην ενημέρωση για το κόστος θεραπείας,
- στο επίπεδο υγιεινής των εργαλείων και
- στον πόνο κατά τη θεραπεία.

Ως μια ερμηνεία για τα πιο πάνω, δύναται να θεωρηθεί το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα όλοι οι ερωτηθέντες ήταν υπό την δική μας άμεση εποπτεία και παροχή διευκρινήσεων κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την ολοκλήρωση της στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων της έρευνας μας, δύναται να εξάγουμε ορισμένα συμπεράσματα βάσει της ικανοποίησης που εξέφρασαν οι ασφαλισμένοι του πρώην Ο.ΠΑ.Δ και του Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. από την παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών στην περιοχή των Πατρών. Η γενική εντύπωση που μπορεί να αποκομίσει κάποιος είναι η διαπίστωση ότι τα οδοντιατρεία της περιοχής προσφέρουν μια αρκετά καλή περίθαλψη στους ασθενείς τους, με αποτέλεσμα την ικανοποίηση αυτών. Αυτό επιβεβαιώνεται από το ιδιαίτερα σημαντικό ερώτημα της συνολικής αξιολόγησης της ικανοποίησης από τη χρήση των υπηρεσιών των ιδιωτικών οδοντιατρείων, όπου η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (88%), εξέφρασε θετική γνώμη από την εμπειρία της στη οδοντιατρική περίθαλψη. Στο σημείο αυτό όμως θα πρέπει να αναφέρουμε την παρατήρηση ότι η υψηλή αυτή θετική γνώμη που χαρακτηρίζει συνήθως τη μέτρηση της ικανοποίησης από τις υγειονομικές υπηρεσίες οφείλεται κατά ορισμένους μελετητές στην κοινωνική προκατάληψη, σε σκοπιμότητα, σε απροθυμία να εκφράσουν αρνητική γνώμη, στην διατύπωση των ερωτημάτων ή σε μη συγκεκριμένες ερωτήσεις (Locker. & Dunt. 1978).

Ωστόσο πέραν όμως της συνολικής εκτίμησης των προσφερόμενων υπηρεσιών μια επιμέρους ανάλυση των αποτελεσμάτων μπορεί να φέρει στο φως τις κοινωνικο-οικονομικές παραμέτρους της όλης διαδικασίας της περίθαλψης καθώς και τα θετικά αλλά και αρνητικά της σημεία.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

- Φύλο:

Υπερτερούν οι γυναίκες, εύρημα που συμφωνεί και με άλλες προγενέστερες (Charalambous, 2004 Woolfolk, Lung, et al., 1999) έρευνες οι οποίες αφορούν πολυπληθέστερα δείγματα και πιστοποιούν την κοινή αίσθηση ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τον ιατρό και ακολουθούν πιστότερα την αγωγή. Η ίδια αναλογία αναφέρεται και στην έρευνα της Ομοσπονδίας για την ηλικιακή ομάδα των ενηλίκων (50,2% έναντι 49,8%) ενώ η σημαντικά μεγαλύτερη διαφορά στους υπερήλικες 62,4% έναντι 37,6%) ίσως δικαιολογείται από το γεγονός ότι μέρος της έρευνας έγινε στα ΚΑΠΗ όπου συχνάζουν περισσότερο άνδρες.

- Εκπαιδευτικό επίπεδο

Η πλειονότητα των αποφοίτων ανώτατης και μέσης εκπαίδευσης ως εύρημα, συμφωνεί και με την τελευταία απογραφή του 2010 στην οποία οι δημόσιοι υπάλληλοι σε ποσοστό 39% είναι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης, 9% είναι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, 28% είναι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και 9% Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (Enet 2010).

- Τόπος διαμονής

Το εύρημα της συντριπτικής πλειονότητας της αστικής διαμονής εξηγείται ίσως ως αποτέλεσμα της συγκέντρωσης των δημοσίων οργανισμών στις μεγάλες πόλεις, ενώ στην περιφέρεια διαμένουν και εργάζονται κυρίως ένα μικρό μέρος των ασφαλισμένων στο Τ.ΥΔ.Κ.Υ.

- Ασφαλιστικός φορέας

Υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ του αριθμού των ασφαλισμένων των δύο ταμείων, εύρημα το οποίο συμφωνεί και με τη διαπίστωση ότι «το ταμείο Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων (ΤΥΔΚΥ) διαθέτει πανελλαδικά 300.000 ασφαλισμένους, ενώ ο συνολικός αριθμός των ασφαλισμένων του ΟΠΑΔ (μαζί με το ΤΥΔΚΥ) ξεπερνάει το 1,7 εκατ.» (Ευθυμιάδου 2012).

Χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών υγείας

Περισσότεροι από το ήμισυ των ερωτηθέντων έχει επισκεφθεί τα ιατρεία έως και δύο φορές το τελευταίο έτος υπολογίζοντας όμως σοβαρά το απαιτούμενο κόστος και δηλώνοντας δυσαρεστημένοι από την ασφαλιστική τους κάλυψη.

Ικανοποίηση από την χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών

Στο ιδιαίτερα σημαντικό ερώτημα για την ικανοποίηση από την αξιολόγηση των ιδιωτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών οι ασθενείς δηλώνουν την θετική τους γνώμη από τις φροντίδες που τους προσφέρονται. Το αποτέλεσμα αυτό είναι ανάλογο γενικότερων ερευνών στην ιατρική περίθαλψη, στο διεθνή και τον ελληνικό χώρο (Παπανικολάου 1994, Fitzpatrick 2000).

Ωστόσο η ικανοποίηση μπορεί να αναλυθεί σε επιμέρους παράγοντες οι οποίοι αθροιζόμενοι δίδουν την συνολική εικόνα της οδοντιατρικής περίθαλψης.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας η προσπελασιμότητα και η προσβασιμότητα στα ιατρεία της περιοχής είναι εύκολη για τους ασθενείς εκτός βεβαίως από τη δυνατότητα στάθμευσης των ιδιωτικών τους αυτοκινήτων. Επίσης η εξυπηρέτηση εκ μέρους των οδοντιάτρων και του βοηθητικού προσωπικού αναδεικνύουν τη διάθεση προσφοράς και τον επαγγελματισμό που τους διέπει. Ανάλογες έρευνες στο εξωτερικό συσχετίζουν την εξυπηρέτηση της ομάδας των ιατρών και της ομάδας του προσωπικού με την ευκολία ορισμού των ραντεβού και αποδεικνύουν την βελτίωση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών(Djema et al 2011).

Όσον αφορά την ικανοποίηση από την ενημέρωση εκ μέρους του ιατρού για τα προβλήματα και την θεραπεία τους, οι ασθενείς εκδηλώνουν δυσαρέσκεια για την ενημέρωση του κόστους της θεραπείας. Αλλά και το ίδιο το κόστος είναι ένας παράγων για τον οποίο δε δηλώνεται ικανοποίηση.

Αντίθετα το περιβάλλον καθώς και η αξιολόγηση των υπηρεσιών σε σχέση με τις προσδοκίες που είχαν οι ασθενείς πριν την παρασχεθείσα περίθαλψη, έχουν θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση.

Οικονομική κρίση

Πηγή δυσαρέσκειας για τη πλειονότητα των ασθενών αναδεικνύεται μέσα από την έρευνα η επερχόμενη ασφαλιστική μεταρρύθμιση, αν και μικρό ποσοστό εξ αυτών θα επέλεγε την δημόσια οδοντιατρική περίθαλψη.

Επίσης όσον αφορά τη σύγκριση των δύο ηλικιακών ομάδων μεταξύ της παρούσας έρευνας και της αντίστοιχης έρευνας της Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας μπορούμε να κάνουμε τις εξής διαπιστώσεις:

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η σύγκριση των δύο ερευνών (βλ Πίνακες 5.1-5,5) επιβεβαιώνει την γενικότερη κατανομή των ασφαλισμένων στις αστικές και αγροτικές περιοχές, ενώ οι διαφορές στην εκπαίδευση, ίσως οφείλονται στο ότι η παρούσα έρευνα εντοπίστηκε καθαρά σε δημοσίους υπαλλήλους έναντι της πληθώρας των ασφαλιστικών ταμείων της άλλης μελέτης.

Επίσης οι διαφορές όσον αφορά το φύλο, μεταξύ των δύο μελετών και ιδίως στους υπερήλικες, ίσως οφείλονται επίσης στο ότι η παρούσα έρευνα εντοπίστηκε καθαρά σε δημοσίους υπαλλήλους έναντι της άλλης μελέτης η οποία για το δείγμα των ενηλίκων η προσέγγιση έγινε σε διάφορους εργασιακούς χώρους όπως δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις και εργοστάσια, ενώ για το δείγμα των υπερηλίκων οι ερευνητές απευθύνθηκαν σε χώρους συγκέντρωσης αυτών όπως είναι τα ΚΑΠΗ και τα καφενεία.

Χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών υγείας

- Συχνότητα επισκέψεων

Η σύγκριση των δύο ερευνών (βλ. Πίνακα 5.6) για μεν τους ενήλικες δίνει μεγάλο ποσοστό διαφοράς για όσους δεν επισκέφθηκαν τον τελευταίο χρόνο καμία φορά τον οδοντίατρο τους. Επίσης δίνει μικρή διαφορά σε όσους επισκέφθηκαν μια έως δύο φορές, και επίσης μικρή στις περιπτώσεις τρεις και άνω. Για τους υπερήλικες η παρούσα έρευνα έδωσε πολύ μεγάλο ποσοστό σε σχέση με την προηγούμενη, για όσους δεν επισκέφθηκαν τον τελευταίο χρόνο καμία φορά τον οδοντίατρο τους, επίσης μεγαλύτερο ποσοστό για όσους επισκέφθηκαν μια έως δύο φορές, και εξαιρετικά μικρό σε σχέση με όσους επισκέφθηκαν τρεις φορές και άνω.

- Λόγοι μη χρήσης υπηρεσιών

Η σύγκριση των δύο ερευνών (βλ. Πίνακες 5.7-5.11) δίδει στους ενήλικες τα εξής αποτελέσματα:

Το κόστος είναι ο υπ' αριθμόν ένα εμπόδιο για την χρήση υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα ακολουθούμενο από την ανεπαρκή ασφαλιστική κάλυψη. Το εύρος υπηρεσιών επίσης και η γραφειοκρατία δεν αποτελεί εμπόδιο. Η ποιότητα των υπηρεσιών αξιολογήθηκε με αντιφατικά αποτελέσματα από τις δυο έρευνες.

Για τους υπερήλικες τα αποτελέσματα είναι τα εξής:

Το κόστος παραμένει το μεγάλο εμπόδιο προσέλευσης στα ιδιωτικά οδοντιατρεία. Το εύρος υπηρεσιών και η ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη δεν αποτελεί αρνητικό παράγοντα επιλογής των παροχών του ιδιωτικού τομέα. Η ποιότητα των υπηρεσιών και η γραφειοκρατία αξιολογήθηκε με αντιφατικά αποτελέσματα από τις δυο έρευνες.

- Δαπάνες χρήσης οδοντιατρικών υπηρεσιών

Αν και η ανισομερής διαβάθμιση των χρημάτων απαξιώνει το νόημα των ποσών που δαπανήθηκαν, ας αναφέρουμε μόνον ένα αξιοπρόσεκτο στοιχείο της σύγκρισης που είναι η μεγάλη διαφορά στο ποσό κάτω των 50 ευρώ στην ομάδα των υπερηλίκων (βλ. Πίνακα 5,12).

- Συχνότητα των επισκέψεων αναλόγως της κάλυψης του ταμείου

Η σύγκριση στην συχνότητα των επισκέψεων αναλόγως της κάλυψης του ταμείου, δίδει τα ίδια αποτελέσματα (βλ. Πίνακα 5,13).

Ικανοποίηση από την χρήση Οδοντιατρικών Υπηρεσιών

- Προσπελασιμότητα

Η σύγκριση (βλ. Πίνακες 5.14-5.15) δίδει σαφή υπεροχή στην ευκολία για τον καθορισμό ραντεβού και τον χρόνο αναμονής, των ενηλίκων και υπερηλίκων που δήλωσαν για την έρευνα της Ομοσπονδίας απόλυτη ικανοποίηση.

- Προσβασιμότητα

Υπάρχουν αυξημένες τιμές τόσο στους ενήλικες όσο και στους υπερήλικες που δήλωσαν απόλυτη ικανοποίηση, στα ποσοστά των ερωτηθέντων στην έρευνα της Ομοσπονδίας έναντι των ποσοστών της παρούσας μελέτης, τόσο στο χρόνο πρόσβασης, όσο και στους χώρους στάθμευσης και στα μαζικά μέσα μεταφοράς ενώ η ικανοποίηση από την περιοχή εγκατάστασης του οδοντιατρείου, δε παρουσιάζει διαφορές (βλ. Πίνακες 5.16-5.19).

- Εξυπηρέτηση

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των δυο ερευνών, (βλ. Πίνακες 5.20-5.24) είναι εντυπωσιακό ότι το ποσοστό όσων δήλωσαν ότι ο οδοντίατρος τους δεν διαθέτει υπάλληλο υποδοχής και βοηθό είναι εξαιρετικά μεγαλύτερο στην έρευνα της Ομοσπονδίας, από τη παρούσα έρευνα. Επίσης και στις δύο μελέτες δεν υπήρξε κανείς να δηλώσει καθόλου ικανοποιημένος από τον υπάλληλο υποδοχής ενώ οι διαβαθμίσεις της ικανοποίησης από τον βοηθό κυμαίνονται περίπου στα ίδια επίπεδα. Επίσης ικανοποιημένοι σχεδόν στο σύνολο τους είναι οι ερωτώμενοι από την εξυπηρέτηση των οδοντιάτρων.

- Ενημέρωση

Η γενική εικόνα από τις δυο έρευνες (βλ. Πίνακες 5.25-5.28) είναι ότι σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες έμειναν εξαιρετικά ικανοποιημένοι από την ενημέρωση που είχαν σε σχέση με τα προβλήματα της στοματικής τους κοιλότητας, την θεραπευτική αγωγή, την διάρκεια θεραπείας και την θεραπευτική αγωγή. Για το κόστος θεραπείας όμως, και ειδικά στην ομάδα των υπερηλίκων, η ικανοποίηση είναι εξαιρετικά μεγαλύτερη στην έρευνα της Ομοσπονδίας.

- Περιβάλλον

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, (βλ. Πίνακες 5.30-5.33) και οι δύο έρευνες δίνουν πολύ καλά αποτελέσματα ικανοποίησης τόσο στους ενήλικες όσο και στους υπερήλικες, για την καθαριότητα, τον χώρο αναμονής, την διαθεσιμότητα εξοπλισμού, τον εξοπλισμό νέας τεχνολογίας και την αποστείρωση των εργαλείων.

- Κόστος θεραπείας

Στις απαντήσεις αυτές (βλ. Πίνακα 5.34) των ερωτηθέντων αξιολογημένο στοιχείο είναι τα μεγάλα ποσοστά (15% και 17%) όσων ήταν καθόλου ικανοποιημένοι ενήλικες και στις δύο έρευνες. Επίσης τεράστια είναι η διαφορά μεταξύ της παρούσας έρευνας (9,1%) και της έρευνας της Ομοσπονδίας (34,6%) στην ομάδα των υπερηλικών, αλλά και ανάλογη στους ενήλικες.

- Ποιότητα περίθαλψης

Τόσο στους ενήλικες όσο και στους υπερήλικες και στις δύο έρευνες (βλ. Πίνακες 5.35-5.37) αυξήθηκε σημαντικά το ποσοστό της ικανοποίησης μετά την περίθαλψη, σε σχέση με τις αρχικές τους προσδοκίες, τόσο για τις οδηγίες πρόληψης, όσο και για τον πόνο κατά την θεραπεία και το αποτέλεσμα αυτής.

Από τους μέσους όρους των συντελεστών ικανοποίησης που μετρήσαμε και παραθέσαμε πιο πάνω για τις αντίστοιχες πέντε (5) ηλικιακές ομάδες, προκύπτει ότι:

1. **Η Ηλικιακή Ομάδα 1** (22-34 ετών) υπερέχει των άλλων ομάδων σε επτά (7) συντελεστές ικανοποίησης, οι οποίοι είναι:

από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι

- Ο χρόνος αναμονής
- Δαπάνη θεραπείας

από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι

- Ενημέρωση πριν την θεραπεία .
- Ενημέρωση μετά την θεραπεία .
- Καταλληλότητα εξοπλισμού.
- Εξοπλισμός νέας Τεχνολογίας.

- Αποτέλεσμα θεραπείας.

2. **Η Ηλικιακή Ομάδα 2** (35-44 ετών) υπερέχει των άλλων ομάδων σε πέντε (5) από τους συντελεστές ικανοποίησης, οι οποίοι είναι:

από ικανοποιημένοι έως αρκετά ικανοποιημένοι

- Διαθεσιμότητα χώρων στάθμευσης πλησίον του Ιατρείου

από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι

- Χρόνος για ραντεβού .
- Προσβασιμότητα προς το ιατρείο με μαζικά μέσα μεταφοράς (Μ.Μ.Μ).
- Πόνος κατά την θεραπεία,

από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι

- Εξυπηρέτηση από τον Ιατρό.

3. **Η Ηλικιακή Ομάδα 3** (45-54 ετών) υπερέχει των άλλων ομάδων σε τέσσερις (4) από τους συντελεστές ικανοποίησης, οι οποίοι είναι:

από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι

- Εξυπηρέτηση από το βοηθό,
- Ενημέρωση κόστους θεραπείας,
- Οδηγίες πρόληψης.

από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι

- Χώρος αναμονής,

4. **Η Ηλικιακή Ομάδα 4** (55-64 ετών) υπερέχει των άλλων ομάδων σε τέσσερις (4) από τους συντελεστές ικανοποίησης, οι οποίοι είναι:

από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι

- Χρόνος προσβασιμότητας στο Ιατρείο
- Εξυπηρέτηση υποδοχής
- Εξυπηρέτηση από βοηθό

από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι

- Επίπεδο υγιεινής εργαλείων

5. **Η Ηλικιακή Ομάδα 5** (65-74 ετών) υπερέχει των άλλων ομάδων σε έξι (6) από τους συντελεστές ικανοποίησης οι οποίοι είναι:

από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι

- Τοποθεσία Ιατρείου.
- Οδηγίες πρόληψης μετά την θεραπεία.

από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι

- Ενημέρωση προβλημάτων στόματος .
- Καθαριότητα Ιατρείου.
- Πόνος πριν την περίθαλψη.
- Αποτέλεσμα θεραπείας πριν την περίθαλψη.

Επισημάνθηκαν επίσης στην παρούσα μελέτη ότι, πολύ χαμηλούς δείκτες ικανοποίησης παρουσίασαν οι συντελεστές:

- Η διαθεσιμότητα χώρων στάθμευσης πλησίον του Ιατρείου.
- Η ενημέρωση κόστους θεραπείας.
- Η δαπάνη για την θεραπεία.

Υψηλούς δείκτες ικανοποίησης παρουσίασαν οι συντελεστές:

- Η εξυπηρέτηση από τον Ιατρό.
- Η καθαριότητα του Ιατρείου

- Ο χώρος αναμονής του Ιατρείου.

Οι υπόλοιποι συντελεστές, κινήθηκαν περίπου στο μέσο επίπεδο ικανοποίησης.

Η συγκριτική αντιπαραβολή των μέσων όρων ικανοποίησης για τις ηλικιακές Ομάδες 2 και 5 μεταξύ της δικής μας έρευνας και της έρευνας της Ε.Ο.Ο, κατέδειξε σημαντικότερες αποκλίσεις για την Ηλικιακή Ομάδα 2, που κατά την δική μας ερμηνεία οφείλονται πρωτίστως στη διαδικασία συλλογής των απαντήσεων, τους χώρους όπου αυτή διεξήχθη, τις πόλεις με τις αντίστοιχες τοπικές ιδιαιτερότητες, αλλά και ίσως διότι το δείγμα της έρευνας της Ε.Ο.Ο δεν ήταν αμιγές όπως ήταν το δείγμα της παρούσας έρευνας (δηλαδή στην πλειοψηφία τους εν ενεργεία υπάλληλοι, ασφαλισμένοι στο ίδιο ταμείο, στο δημόσιο, και στο ταμείο υγείας των Ο.Τ.Α). Αντίθετα στην Ηλικιακή Ομάδα 5 όπου οι περισσότεροι είναι συνταξιούχοι, οι προτεραιότητες και η εμπειρία ζωής ίσως αδυνατίζει εν μέρει την αξία των ανωτέρω προϋποθέσεων της έρευνας.

Τα πολύ μικρά ποσοστά που συγκεντρώνει το «καθόλου ικανοποιημένος» τόσο στην προσδοκία για οδηγίες πρόληψης (5,5%), όσο στην πιθανότητα πόνου (2,4%), αλλά και στο αποτέλεσμα της θεραπείας (0,7%) φανερώνουν την εμπιστοσύνη με την οποία προσέρχονται στο ιατρείο.

Στα ερωτήματα που τέθηκαν σχετικά με τη μεταρρύθμιση στον χώρο των ασφαλιστικών ταμείων αλλά και σε σχέση με την οικονομική κρίση, η συντριπτική πλειοψηφία του 81,5% των ερωτηθέντων βλέπει «μάλλον αρνητικά» και «αρνητικά» την οδοντιατρική μεταρρύθμιση στον ασφαλιστικό του φορέα, αλλά και μόνον το 26% δηλώνει ότι δεν προτίθεται να χρησιμοποιήσει τις δημόσιες μονάδες υγείας, παρ' όλη την οικονομική κρίση, γεγονός που ενισχύει την εμπιστοσύνη στον ιδιωτικό τομέα.

Μια μεταγενέστερη έρευνα θα πρέπει να εστιάσει και να εξετάσει τα προβλήματα που εντόπισε η παρούσα έρευνα, και τα οποία αναφέρονται στους χαμηλούς δείκτες ικανοποίησης.

Η Ηλικιακή Ομάδα 5, δηλαδή οι υπερήλικες, συγκέντρωσαν το υψηλότερο ποσοστό βαθμολογίας που αφορά την ικανοποίηση των παρεχομένων οδοντιατρικών υπηρεσιών, ενώ αντίθετα η Ηλικιακή Ομάδα 1, συγκεντρώνει το χαμηλότερο, πράγμα που σημαίνει ότι θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση σε μελλοντική έρευνα για αυτήν την ηλικιακή ομάδα των νέων.

Εν κατακλείδι, οι πιο πάνω διαπιστώσεις της παρούσας έρευνας, φέρνουν στο φως ένα αρκετά καλό επίπεδο παροχής ιδιωτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών, εμπιστοσύνης στις προσφερόμενες υπηρεσίες και αντίστοιχης ικανοποίησης των ασφαλισμένων στα δύο ταμεία, στην περιοχή των Πατρών, το οποίο όμως επιδέχεται περαιτέρω βελτίωση τόσο από τον οδοντιατρικό κόσμο όσο και από τον ασφαλιστικό τομέα και τις κυκλοφοριακές και γενικότερες συνθήκες που υπάρχουν στην περιοχή.

7 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αποστόλα Μίνα, Σκαρλέα Δήμητρα, Χρυσού Μαρία, (2008),

Σύγκριση απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στα παθολογικά τμήματα των Δημόσιων Νοσοκομείων της Κρήτης. Πτυχιακή Εργασία Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης Σ.Ε.Υ.Π. Νοσηλευτικής Ηράκλειο Κρήτης
<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/nos/2008/ApostolaMina/attached-document/Apostola2008.pdf> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Αράβου Σ, (2008), Διαδικασίες επιρροής οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών ασθενών
Διδακτορική διατριβή Τμήμα Ψυχολογίας Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα .

Βατάρογλου Ι (2010), Συγκριτική εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών σε ιδιωτικά απογευματινά και τακτικά εξωτερικά ιατρεία στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου Διπλωματική εργασία Διατμηματικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών στη διοίκηση επιχειρήσεων. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Βογιατζακη Ειρήνη , Κουτσιπετσιδης Βαΐτσης, Λαμπράκη Μαρία, (2008), σύγκριση των απόψεων των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού για την ποιότητα της παρεχομένης νοσηλευτικής φροντίδας στα χειρουργικά τμήματα των δημοσίων νοσοκομείων της Κρήτης.
Πτυχιακή Εργασία ΑΤΕΙ Κρήτης ΣΕΥΠ -Τμήμα Νοσηλευτικής
<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/nos/2008/VogiatzakiEirini/attached-document/Vogiatzaki2008.pdf> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Γενικό Επιτελείο Ναυτικού (Γ.Ε.Ν), (2010), Αποτελέσματα Έρευνας Ικανοποίησης Ασθενών από τις Παρεχόμενες υπηρεσίες του Ν.Ν.Α Ενημερωτικό Δελτίο, σελ 7 Γενικό Επιτελείο Ναυτικού, Διεύθυνση Υγειονομικού. Αθήνα 2010
<http://www.onalert.gr/files/Image/pdf/ereyna.pdf> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ, Ανδρουτσόπουλος Δ Καπλάνης Ν, (1992), Η κατανάλωση οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα, Στο Κωλέτση – Κουνάρη Χ

Κυριόπουλος Γ, Τα οικονομικά της οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα. Αθήνα. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας , σελ 75-82.

Γολεμάτης Β, (2008), Ιατρικά Λάθη στην Αρχαία Ελληνική Ιατρική. *Med time* <http://www.medtime.gr/content/view/169/49/lang,greek/> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Γούναρης Κ, (2008), *Από την Επιχειρησιακή Ηθική στο Αναγκαστικό “Fair play” Ηθική των Επιχειρήσεων*, Business Ethics Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, σελ 191-210 <http://www.ethics.gr/content.php?id=39> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Δημητριάδης Δ, Κωνσταντινίδης Ρ, Σαραφίδου Γ, Κοντός Δ, Αγραφιώτης Δ, Petersen Ρ.Ε, (2008), *Σχέση οδοντίατρου-ασθενούς. Αντιλήψεις και στάσεις ασθενών ιδιωτικών οδοντιατρείων ενός δήμου της Αθήνας*. Στοματολογία, 65: 46-54

Δόλγερας Α, Σουλιώτης Κ, (2002), *Μεθοδολογία υπολογισμού της δημόσιας οδοντιατρικής δαπάνης*. Στο Κυριόπουλος, Γ- Σουλιώτης, Κ Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά προβλήματα στην μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας. Αθήνα. Εκδόσεις Παπαζήση, σελ 117-119

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), (2006), *Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*

http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/General%20info.pdf και
http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/2nd%20Part.pdf και
http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/3rd%20Part.pdf (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Στοματική Υγεία 2008-2012, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2008), Αθήνα, <http://www.yyka.gov.gr/> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Ε.Ο.Ο), 2011 *Πρόγραμμα προαγωγής και καταγραφής της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού* <http://www.eoo.gr/> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Enet, 2010 *Το προφίλ των 768 χιλιάδων δημοσίων υπαλλήλων*. Ηλεκτρονική έκδοση εφημερίδας «Ελευθεροτυπία». 30 Ιουλίου 2010
<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=188530> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Ευθυμιάδου, Δ *Μια ηλεκτρονική κάρτα υγείας μόνο για ...λίγους* Iatropedia 12/4/12
<http://www.iatropedia.com/articles/read/1613> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Θεοδώρου Μ.1992 «Ο ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας», Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, Ιανουάριος 1992

Θεοφανόπουλος, Π. (1994), *Εφαρμογή συστημάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας: πρόκληση ή ουτοπία και η ελληνική κατάσταση*. Πρακτικά συνεδρίου «Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας. 4-6 Νοεμβρίου 1998, σελ 31-38. Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.

Θεοφίλου Π.(2011), *Η συμβολή των κοινωνικών επιστημών στην αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής* e -Journal of Science & Technology (e-JST), (2), 6, 2011 http://e-jst.teiath.gr/issue_20/theofilou_20.pdf (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Καραγεωργάκης Σ, (2006), *Περιβαλλοντική ηθική και πολιτική οικολογία, Οι υποχρεώσεις μιας οικολογικής κοινωνίας απέναντι στον μη ανθρώπινο κόσμο*. Διδακτορική διατριβή Ε.Κ.Π.Α <http://www.scribd.com/doc/45276241/Phd-Thesis-Karageorgakis>(ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Κοτσαγιώργη Ι, Γκέκα Κ, (2010), *Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας*. Το Βήμα του Ασκληπιού © 2010 Τόμος 9ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2010

Κουκουσελά Σ, Μυλωνάκη Χ, (2008), *Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες στα δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης* Thesis Τεχνολογικό και Επαγγελματικό Ίδρυμα Κρήτης (Ηράκλειο) Τμήμα Νοσηλευτικής (ΣΕΥΠ), Ηράκλειο 2008 σελ 6,

<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/nos/2008/KoukouselaSoulтана/attached-document/Koukousela2008.pdf> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Κωλέτση-Κουνάρη Χ, Αυγέρης Ι, (2005), *Επιστήμες συμπεριφοράς και Οδοντιατρική, Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά τόμος 49 τεύχος 2 σελ 211-218*

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

Κοτσαγιώργη Ι, Γκέκα Κ 2010 *Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, Το βήμα του Ασκληπιού Τόμος 9ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2010*

ΛΕΥΚΗ ΒΙΒΛΟΣ (2000) *Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013* Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων Βρυξέλλες,

http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/el/com/2007/com2007_0630el01.pdf (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Λιακοπούλου Ε, (2008), *Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Νοσοκομείο «Χατζηκώστα». Διπλωματική Εργασία . Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τμήμα Οικονομικών Επιστημών.*

Λιονής Χ, (2011), *Σχέση Ιατρού-Ασθενούς: Οδηγίες για μια αποτελεσματική επικοινωνία* Πανεπιστημιακές σημειώσεις Τμήμα Ιατρικής Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστήμιο Κρήτης

Μαντωνανάκη Μ, Κωλέτση-Κουνάρη Χ, (2006), *Τάσεις στην ιδιωτική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, οδοντιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών ιατρών στην Ελλάδα τα έτη 1987, 1993 και 1998.*Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά Τόμος 50 τεύχος 2, σελ 145-152

Μηταλίδου Α, (2010), *Η ποιότητα παροχής υπηρεσιών στον τομέα της εκπαίδευσης*. Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Οργάνωσης & Διοίκησης Επιχειρήσεων. Δ.Π.Μ.Σ. στη Διοίκηση Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
<http://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/14047> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Μωραΐτης Ε, Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεοδώρου Μ, Πολύζος Ν, (1995), *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

Παπανικολάου Β, (1994), *Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*. Διδακτορική διατριβή Πάντειο Πανεπιστήμιο Αθηνών
<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/3257#page/86/mode/2up> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Ραφτόπουλος Β, (2002), *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*. Διδακτορική διατριβή Ε.Κ.Π.Α Αθήνα

Ρόκα Β, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, (2009), *Στοματική Υγεία και Προγράμματα Προαγωγής Στοματικής Υγείας στο Γενικό Πληθυσμό και τις Ένοπλες Δυνάμεις* Νοσηλευτική 48 (4):388-395

Σιγάλας Ι, (1999), *‘Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου ‘Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις’, Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα

Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Θεοδώρου Μ, Λιαρόπουλος Λ, (2008), *Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα Το ελληνικό παράδοξο*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5):663-672
<http://www.mednet.gr/archives/2008-5/pdf/663.pdf> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012).

Σουλιώτης Κ, (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Σωτηρίου Δ, (2006), *Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής*
<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=559> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012).

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

Τούντας Γ, Οικονόμου Α Ν, (2007), *Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*
Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1):7-21.

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

Υφαντόπουλος Ι, Ουλής Κ, (2010), *Ανισότητες και Ικανοποίηση από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες και Σχέση της Στοματικής Υγείας με την Ποιότητα Ζωής των Ελλήνων*, Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία Αθήνα, σελ 17.

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

Ali A, and Zairi M, (2006), *'Service Quality In Higher Education'* International Journal of Applied Quality Management, Volume 2 Issue 2 Special Edition pp1-16.

Alvesalo I, Uusi-Heikkilä Y, (1984), *Use of services, care-seeking behavior and satisfaction among university dental clinic patients in Finland*. Community Dent Oral Epidemiol 12: 297-302.

Andrus D, Buchheister J, (1985), *Major factors affecting dental consumer satisfaction*. Health Market Q, 3: 57-68.

Barnes N, (1985), *Open wide: an examination of how patients select and evaluate their dentist*. Health Market Q 3: 49–56.

Bedi R, Gulati N, McGrath C, (2005), *A study of satisfaction with dental services among adults in the United Kingdom* British Dental Journal 198: 433 – 437

Blum RH, (1960), Introduction. In: *"The Management of the Doctor-Patient Relationship"*, Mc Graw- Hill Book Company, Inc eds, New York, Toronto, London.

Bond S, & Thomas L, (1992 a), *Measuring patients' satisfaction with nursing care*. Journal of Advanced Nursing 17, 52-63.

Bond S., Thomas L.H, (1992b), *Measuring patients' satisfaction with nursing care*. Journal of advanced Nursing 17, 52-56.

Brook C, (1999), *Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives*, International journal for quality in health care, Volume 11, Number 1: pp. 1–3.

Chakraborty G, Gaeth G, (1993), *Cunningham M. Understanding consumers' preferences for dental service*. J Health Care Market 13: 48–58.

Charalambous, C. (2004), *"Patients' satisfaction with urban and rural public dental services in Cyprus."* A report submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master in Science in Dental Public Health in the Faculty of Medicine, University of London.

Chu C.H., Yeung C.Y.Y.J., (2001), Lo E.C.M. Monitoring patient satisfaction with university dental services under two fee-paying systems. Community Dent Oral Epidemiol 29(5):390-398

Crow R, Cage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L & Thomas H, (2002),*The Measurement of Satisfaction with healthcare: Implications for practice.* Health Technology Assessment, Vol.6, No. 32.

Djemaa N, Riopel D, Perez-Gladish B, Impact de la taille de l' équipe de travail d' une clinique dentaire sur la satisfaction de la clientèle.

http://www.simagi.polymtl.ca/cigi2011/articles/_Djemaa-Impact.pdf (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012)

Donabedian A.K, (1980), *Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment.* Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Donaldson WG, (1995), *Manufacturers need to show greater commitment to customer service.* Industrial Marketing Management, 24:421–430.

Dowrick C, (2001), *Behavioral sciences and medicine.* In: Dowrick C. ed. Medicine in Society Arnold.

Exley C, (2009), *Bridging a gap: the (lack of a) sociology of oral health and healthcare,* Sociology of Health & Illness Vol. 31 No. 7 2009 ISSN 0141–9889, pp. 1093–1108.

Fitzpatrick, R., (2000) *Surveys of Patient Satisfaction: Important General Considerations,* British Medical Journal, Vol.302, p. 887 – 889, in McCarthy, K., McGee, H.M. & O' Boyle, C.A., *Outpatient Clinic Waiting Times and Non-attendance as Indicators of Quality,* Psychology, Health & Medicine, Vol. 5, No. 3, pp. 287 – 293.

Frattali Carol M., *Measuring Client Satisfaction.* The following article was originally published by ASHA in the Winter 1991 Quality Improvement Digest. (p. 1743)

<http://www.asha.org/SLP/healthcare/Measuring-Client-Satisfaction/> (ημερομηνία πρόσβασης:27/2/2012).

Freeman R, (1998), *A psychodynamic theory for dental phobia*. Br Dent J 184(4): 170-172.

Garvin, D. A, (1988), *Managing quality*. New York: Free Press.

Golletz, Milgrom P, Mancini L, (1995), *Dental care satisfaction: The reliability and validity of the DSQ in a low-income population*. J Public Health Dentist 55: 210–217.

Gopalakrishna P, Mummalaneni V, (1993), *Influencing satisfaction for dental services*. J Health Care Market 13: 16–22.

Guzman P. M, Sliepcevich E. M, Lacey, E. P, Vitello E. M, Matten M. R, Woehlke P. L, & Wright W. R, (1988), *Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment*. Patient Education and Counseling, 12, 225-233.

Holt V, McHugh K (1997), *Factors influencing patient loyalty to dentist and dental practice*. Br Dent J 183: 365–370.

Janda S, Wang Z, Rao C, (1996), *Matching dental offerings with expectations*. J Health Care Market 16: 38–44

Kallestal C, Wall S: (2002), *Socio-economic effect on caries. Incidence data among Swedish 12-14-years-old*. Community Dent Oral Epidemiol 30: 108-114.

Lahti S, Hausen H, Kääriäinen R. (1996), *Patients' expectations of an ideal dentist and their views concerning the dentist they visited: Do the views conform to the expectations and what determines how well they conform?.* Community Dent Oral Epidemiol 24: 240–244.

Lewis, R. C and Boom, B. H, (1983), *'The marketing aspects of quality', Emerging*

perspectives of services marketing, American Marketing Association pp 99-107

Liddell A, Locker D. (1992), *Dental visit satisfaction in a group of adults aged 50 years and over*. J Behav Med 15: 415–427.

Linder-Pelz S, (1982), *Toward a theory of patient satisfaction*. Social Science and Medicine, 16, 577-582.

Linder-Pelz S, a. (1982), *Toward a theory of patient satisfaction*. Soc Sci Med 16: 577–582.

Linder-Pelz S, b. (1982), *Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses*. Soc Sci Med 16: 583–589.

Locker D: (2000), *Deprivation and oral health: a review*. Community Dent Oral Epidemiol 28: 161-169

Locker D, Liddell A. (1991), *Correlates of dental anxiety among older adults*. J Dent Res 70: 198–203.

Locker D, Shapiro D, Liddell A. (1996), *Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety*. Community Dent Health 13: 86–92.

Locker D. & Dunt D. (1978) *Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care*. Social Science and Medicine 12, 283-292.

Mill J. S, (1860), *Utilitarianism*. Επανάκδοση (1970) London: Fontana Library of Philosophy.

Miller-Bader, M (1988), *Nursing care behaviors that predict patient satisfaction*. Journal of Nursing Quality Assurance, 2(3), 11-17

Newsome P R H, Wright G H, (1999), *Patient Management: A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature*, British Dental Journal 186, 166 - 170

Oberst, M. T. (1984). *Patients' perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction*. Cancer, 53, 2366-2373.

Ogier M. E, (1999), *Working and Learning*. London, Sarfan Press.

Parasuraman A, Zeithaml V. A & Berry L. L, (1985), *A conceptual model of service quality and its implications for future research*. Journal of Marketing, 67, Fall, pp. 41-50.

Pascoe G, (1983), *Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis*. Evaluation and Programm Planning, 6, 189.

Petersen, M. B. (1988). *Measuring patient satisfaction: collecting useful data*. Journal of Nursing Quality Assurance, 2(3), 25-35.

Smith, C. (1992). *Validation of patient satisfaction system in the United Kingdom*. Quality Assurance in Health Care, 4(3), 171-177.

Smith R. B, (1977), *Patient opinion help place hospital services in perspective*. Hospitals, 51(16), 65-68.

Stege P, Handelman S, Baric J, Espeland M. (1986), *Satisfaction of the older patient with dental care*. Gerodontology 2: 171-174.

Strasen L, (1988), *Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures* Journal of Nursing Administration, 18(11), 5-6.

Zavras D, Economou Ch, Kyriopoulos J, (2004), *Factors Influencing dental utilization in Greece.* Community Dent Health 21: 181-188.

Zeithaml V, Bitner M, (1996), *Services marketing.* New York: McGraw-Hill.

Zeithaml, V, Parasuraman A & Berry L, (1990), *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations.* New York: The Free Press.

Unell L, Soderfeldt B, Hailing A, Solen G, Paulander J, Birkhed B, 1996), *Equality in satisfaction, perceived need, and utilization of dental care in a 50-year old Swedish population.* Community Dent Oral Epidemiol 24(3): 191-195.

Watt R G, Sheiham A, (1999), *Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action.* Br Dent J 1999; 187: 6-12.

Williams B, (1994), *Patient satisfaction: a valid concept?* Social Science and Medicine 38, 509-516.

Woolfolk, M W, Lang, W P, Borgnakke, W S, Taylor, G W, et al. (1999) “*Determining dental check-up frequency*”. J Am Dent Assoc May;130 (50) :715-23.

8 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Πίνακας 38 : ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΔΙΑΝΕΜΗΘΗΚΑΝ : 302 ΣΥΝΟΛΟ ΕΓΚΥΡΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ: 292

ΤΟΠΟΣ_ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες	1	ΑΣΤΙΚΗ	286	97,9%
τιμές	2	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	6	2,1%

ΕΠΑΓΓ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες	1	ΕΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ	173	59,2%
τιμές	2	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	119	40,8%

ΑΣΦΑΛ_ΦΟΡΕΑΣ

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες	1	ΤΑΜΕΙΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥ	267	91,4%
τιμές	2	ΤΥΔΚΥ	25	8,6%

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες	1	ΠΑΝΕΠ/ΚΗ Η/ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ	210	71,9%
τιμές	2	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	54	18,5%
	3	ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ_ΓΥΜΝΑΣΙΟ	23	7,9%
	4	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	5	1,7%

ΦΥΛΟ

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες	1	ΑΡΡΕΝ	144	49,3%
τιμές	2	ΘΗΛΥ	148	50,7%

ΗΛΙΚΙΑ

		Τιμή
N	Έγκυρα	292
	Λείπουν	0
	Standard Deviation	12,178

ΟΜΑΔΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	22-34	23	7,9%
	2	35-44	80	27,4%
	3	45-54	77	26,4%
	4	55-64	68	23,3%
	5	65-74	44	15,1%

ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΜΙΑ	49	16,8%
	2	1 ΕΩΣ 2	170	58,2%
	3	3 ΚΑΙ ΑΝΩ	73	25,0%

ΜΗ_ΧΡΗΣΗ_ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ 1

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΝΑΙ	222	76,0%
	2	ΟΧΙ	70	24,0%

ΜΗ_ΧΡΗΣΗ_ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ 2

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΝΑΙ	117	40,1%
	2	ΟΧΙ	175	59,9%

ΜΗ_ΧΡΗΣΗ_ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ 3

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΝΑΙ	154	52,7%
	2	ΟΧΙ	138	47,3%

ΜΗ_ΧΡΗΣΗ_ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ4

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΝΑΙ	185	63,4%
	2	ΟΧΙ	107	36,6%

ΜΗ_ΧΡΗΣΗ_ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ5

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΝΑΙ	119	40,8%
	2	ΟΧΙ	173	59,2%

ΠΟΣΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	<50	32	11,0%
	2	51-100	53	18,2%
	3	101-200	87	29,8%
	4	201-500	70	24,0%
	5	501-1000	22	7,5%
	6	>1000	28	9,6%

ΔΑΠΑΝΕΣ_ ΤΑΜΕΙΟ

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΝΑΙ	207	70,9%
	2	ΟΧΙ	85	29,1%

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

		Τιμή
N	Έγκυρα	292
	Λείπουν	0
	Standard	1,708
	Deviation	

ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ1

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	3	1,0%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	39	13,4%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	60	20,5%
	4	ΠΟΛΥ	96	32,9%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	94	32,2%

ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ2

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	7	2,4%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	55	18,8%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	61	20,9%
	4	ΠΟΛΥ	91	31,2%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	78	26,7%

ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ1

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	10	3,4%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	41	14,0%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	67	22,9%
	4	ΠΟΛΥ	78	26,7%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	96	32,9%

ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ2

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	18	6,2%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	61	20,9%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	84	28,8%
	4	ΠΟΛΥ	79	27,1%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	50	17,1%

ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ3

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	129	44,2%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	49	16,8%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	49	16,8%
	4	ΠΟΛΥ	32	11,0%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	33	11,3%

ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ4

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές			2	,7%
	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	32	11,0%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	72	24,7%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	59	20,2%
	4	ΠΟΛΥ	48	16,4%
5	ΑΠΟΛΥΤΑ	79	27,1%	

ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ 1

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές			116	39,7%
	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	1	,3%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	19	6,5%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	40	13,7%
	4	ΠΟΛΥ	63	21,6%
5	ΑΠΟΛΥΤΑ	53	18,2%	

ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ 2

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	122	41,8%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	6	2,1%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	4	1,4%
	4	ΠΟΛΥ	46	15,8%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	82	28,1%
			32	11,0%

ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ3

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	3	1,0%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	3	1,0%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	45	15,4%
	4	ΠΟΛΥ	103	35,3%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	138	47,3%

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ 1

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	5	1,7%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	26	8,9%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	39	13,4%
	4	ΠΟΛΥ	94	32,2%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	128	43,8%

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ 2

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	4	1,4%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	22	7,5%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	36	12,3%
	4	ΠΟΛΥ	113	38,7%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	117	40,1%

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ 3

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	3	1,0%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	23	7,9%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	45	15,4%
	4	ΠΟΛΥ	119	40,8%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	102	34,9%

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ 4

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	55	18,8%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	66	22,6%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	47	16,1%
	4	ΠΟΛΥ	53	18,2%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	71	24,3%

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ 1

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	2	,7%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	7	2,4%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	28	9,6%
	4	ΠΟΛΥ	78	26,7%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	177	60,6%

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ 2

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	2	,7%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	20	6,8%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	39	13,4%
	4	ΠΟΛΥ	93	31,8%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	138	47,3%

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ 3

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	1	,3%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	23	7,9%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	28	9,6%
	4	ΠΟΛΥ	122	41,8%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	118	40,4%

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ 4

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	2	,7%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	18	6,2%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	90	30,8%
	4	ΠΟΛΥ	91	31,2%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	91	31,2%

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ5

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	0	,0%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	19	6,5%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	45	15,4%
	4	ΠΟΛΥ	80	27,4%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	148	50,7%

ΚΟΣΤΟΣ

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	47	16,1%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	100	34,2%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	49	16,8%
	4	ΠΟΛΥ	59	20,2%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	37	12,7%

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ 1

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	16	5,5%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	44	15,1%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	86	29,5%
	4	ΠΟΛΥ	95	32,5%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	51	17,5%

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ 2

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	7	2,4%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	51	17,5%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	85	29,1%
	4	ΠΟΛΥ	95	32,5%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	54	18,5%

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ 3

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	2	,7%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	34	11,6%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	86	29,5%
	4	ΠΟΛΥ	104	35,6%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	66	22,6%

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ 1

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	10	3,4%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	43	14,7%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	49	16,8%
	4	ΠΟΛΥ	99	33,9%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	91	31,2%

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ 2

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	5	1,7%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	32	11,0%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	53	18,2%
	4	ΠΟΛΥ	127	43,5%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	75	25,7%

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ 3

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΚΑΘΟΛΟΥ	2	,7%
	2	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	18	6,2%
	3	ΑΡΚΕΤΑ	53	18,2%
	4	ΠΟΛΥ	105	36,0%
	5	ΑΠΟΛΥΤΑ	114	39,0%

ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΘΕΤΙΚΑ	8	2,7%
	2	ΜΑΛΛΟΝ ΘΕΤΙΚΑ	25	8,6%
	3	ΔΕΝ ΘΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ	21	7,2%
	4	ΜΑΛΛΟΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ	110	37,7%
	5	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	128	43,8%

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ_ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

		Τιμή	Μετρήσεις	%
Έγκυρες τιμές	1	ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	75	25,7%
	2	ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	61	20,9%
	3	ΙΣΩΣ	80	27,4%
	4	ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	55	18,8%
	5	ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	21	7,2%

9 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ιδιωτική Οδοντ/κή Περίθαλψη: Ικανοποίηση Ασθενών



Ερωτηματολόγιο 2012

Αυτό το ερωτηματολόγιο έχει σκοπό την μέτρηση της ικανοποίησης των δημοσίων και δημοτικών υπαλλήλων των προσερχομένων για οδοντιατρική περίθαλψη στα ιδιωτικά ιατρεία της Πάτρας και της ευρύτερης περιοχής. Η έρευνα αυτή γίνεται στα πλαίσια της πτυχιακής μου εργασίας για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας, στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Τα στοιχεία θα συλλεγούν ανώνυμα και θα καταστραφούν μετά το πέρας της εργασίας. Ευχαριστώ θερμά εκ των προτέρων για τα 10' λεπτά που θα αφιερώσετε για την συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου.

Φωτ. Τσαούση - Κομνηνού [Οδοντίατρος]

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Q1.1 Ο τόπος κατοικίας σας είναι:

Αστική περιοχή Αγροτική περιοχή

Q1.2 Επαγγελματική κατάσταση

Εν ενεργεία Συνταξιούχος
Επαγγελματική κατάσταση

Q1.3 Ασφαλιστικός Φορέας

Ταμείο Δημοσίου ΤΥΔΚΥ
Ασφαλιστικός Φορέας

Q1.4 Εκπαίδευση

Πανεπιστημιακή ή/και Τεχνολογική
Δευτεροβάθμια
Υποχρεωτική (μέχρι και το γυμνάσιο)
Δημοτικό

Q1.5 Φύλο:

Αρρεν Θήλυ

Q1.6 Τί ηλικία έχετε;

Χρήση Οδοντιατρικών Υπηρεσιών Υγείας

Q2.1 Πόσες φορές έχετε επισκεφθεί τον οδοντίατρό σας το τελευταίο έτος;

καμία
1 έως 2
3 και άνω

Q2.2 Θα μπορούσε κάποιος απο τους κατωτέρω λόγους να γίνει απία να μην ξαναχρησιμοποιήσετε ιδιωτικά οδοντιατρεία ;

Ναι Όχι
Κόστος
Ευρος εργασιών
Ποιότητα
Ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη
Γραφειοκρατία

Q2.3 Πόσο περίπου πληρώσατε για οδοντιατρική περίθαλψη τον τελευταίο χρόνο;

Κάτω των 50 ευρώ.....

51-100 ευρώ.....

101-200 ευρώ.....

201-500 ευρώ.....

501-1000 ευρώ.....

1001 ευρώ και άνω.....

Q2.4 Εάν το ταμείο σας κάλυπτε υψηλότερο ποσοστό δαπανών, θα χρησιμοποιούσατε συχνότερα τα ιδιωτικά οδοντιατρεία;

Ναί Όχι

Ικανοποίηση απο την Χρήση Οδοντιατρικών Υπηρεσιών

Q3.1 Ικανοποίηση - Σε κλίμακα απο το 0 (Καθόλου) έως το 10 (Απόλυτα), πόσο ικανοποιημένος/η είστε συνολικά απο την χρήση ιδιωτικών οδοντιατρείων;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q3.2 Προσπελασιμότητα - Πόσο ικανοποιημένος/η είστε απο το:

	Καθόλου Ικαν/μένος	Ικαν/μένος	Αρκετά Ικαν/μένος	Πολύ Ικαν/μένος	Απόλυτα Ικαν/μένος
πόσο εύκολα σας δίνει ραντεβού ο οδοντίατρός σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
χρόνο που περιμένετε στο χώρο αναμονής;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3.3 Προσβασιμότητα - Πόσο ικανοποιημένος/η είστε απο:

	Καθόλου Ικαν/μένος	Ικαν/μένος	Αρκετά Ικαν/μένος	Πολύ Ικαν/μένος	Απόλυτα Ικαν/μένος
την τοποθεσία του οδοντιατρείου που πηγαίνετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
την ώρα (χρόνο) που χρειάζεστε για να φθάσετε στο ιατρείο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
την δυνατότητα να παρκάρετε εύκολα κοντά στο ιατρείο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
την ύπαρξη συγκοινωνίας που σας εξυπηρετεί για να φθάσετε στο ιατρείο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3.4 Εξυπηρέτηση - Πόσο ικανοποιημένος/η είστε απο:

	Καθόλου Ικαν/μένος	Ικαν/μένος	Αρκετά Ικαν/μένος	Πολύ Ικαν/μένος	Απόλυτα Ικαν/μένος
την εξυπηρέτηση του υπαλλήλου υποδοχής; (εαν δεν υπάρχει υπάλληλος, παρακαλώ αφήστε την απάντηση κενή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
την εξυπηρέτηση του βοηθού οδοντίατρου; (εαν δεν υπάρχει παρακαλώ αφήστε την απάντηση κενή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
τον οδοντίατρό σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3.5 Ενημέρωση - Πόσο ικανοποιημένος είστε απο την ενημέρωση που σας παρέιχε ο οδοντίατρός σας

	Καθόλου Ικαν/μένος	Ικαν/μένος	Αρκετά Ικαν/μένος	Πολύ Ικαν/μένος	Απόλυτα Ικαν/μένος
για τα προβλήματα στο στόμα σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
για την θεραπεία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
για την διάρκεια της θεραπείας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
για το κόστος της θεραπείας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3.6 Περιβάλλον - Πόσο ικανοποιημένος/η μείνατε από :

	Καθόλου Ικαν/μένος	Ικαν/μένος	Αρκετά Ικαν/μένος	Πολύ Ικαν/μένος	Απόλυτα Ικαν/μένος
την γενική καθαριότητα του ιατρείου και του προσωπικού;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
τον χώρο αναμονής;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
το κατά πόσο το οδοντιατρείο διαθέτει κατάλληλα εργαλεία/ μηχανήματα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
το κατά πόσο το οδοντιατρείο διαθέτει μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
το επίπεδο αποστείρωσης του εξοπλισμού / των εργαλείων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3.7 Κόστος - Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από

	Καθόλου Ικαν/μένος	Ικαν/μένος	Αρκετά Ικαν/μένος	Πολύ Ικαν/μένος	Απόλυτα Ικαν/μένος
τα χρήματα που πληρώσατε για την θεραπεία που λάβατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3.8 Προσδοκίες - Πόσο ικανοποιημένος/η περιμένετε να μείνετε όσον αφορά :

	Καθόλου Ικαν/μένος	Ικαν/μένος	Αρκετά Ικαν/μένος	Πολύ Ικαν/μένος	Απόλυτα Ικαν/μένος
τις οδηγίες πρόληψης που θα λαμβάνετε πριν την παρεχόμενη περίθαλψη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
το εάν θα πονέσατε κατά την οδοντιατρική θεραπεία πριν την παρεχόμενη περίθαλψη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
το αποτέλεσμα της παρεχόμενης θεραπείας πριν την παρεχόμενη περίθαλψη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3.9 Αξιολόγηση - Πόσο ικανοποιημένος/η τελικά μείνατε από :

	Καθόλου Ικαν/μένος	Ικαν/μένος	Αρκετά Ικαν/μένος	Πολύ Ικαν/μένος	Απόλυτα Ικαν/μένος
τις οδηγίες πρόληψης από τον οδοντίατρο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
το εάν πονέσατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
το αποτέλεσμα της θεραπείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Οικονομική Κρίση

Q4.1 Πιστεύετε ότι η επερχόμενη ασφαλιστική μεταρρύθμιση θα επηρεάσει, και αν ναι ως προς ποιά κατεύθυνση, την προσφερόμενη οδοντιατρική περίθαλψη;

	Θετικά	Μάλλον θετικά	Δεν θα επηρεάσει	Μάλλον αρνητικά	Αρνητικά
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4.2 Θεωρείτε ότι η παρούσα οικονομική κρίση μπορεί να σας οδηγήσει να αναζητήσετε οδοντιατρική περίθαλψη στα νοσοκομία και κέντρα υγείας;

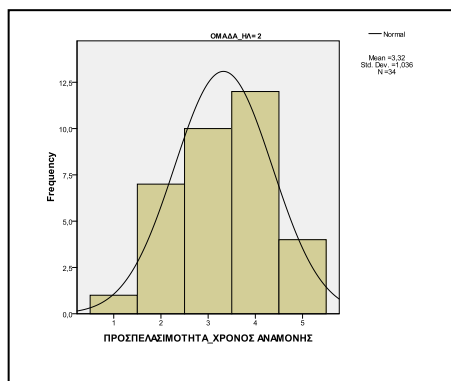
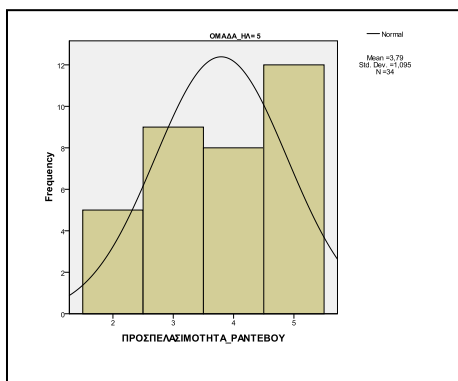
	Σίγουρα Ναι	Μάλλον Ναι	Ίσως	Μάλλον Όχι	Σίγουρα Όχι
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Τέλος Ερωτηματολογίου - Ευχαριστώ πολύ !

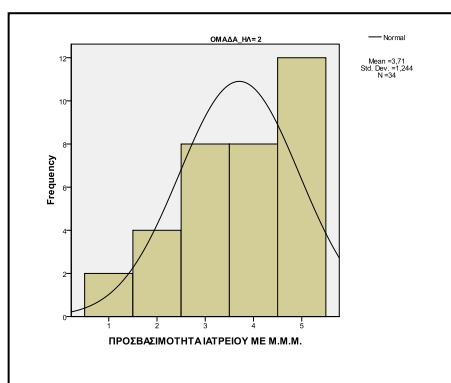
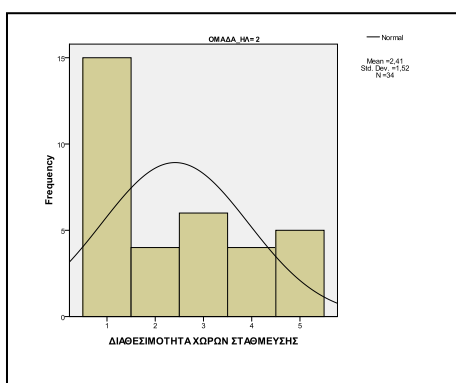
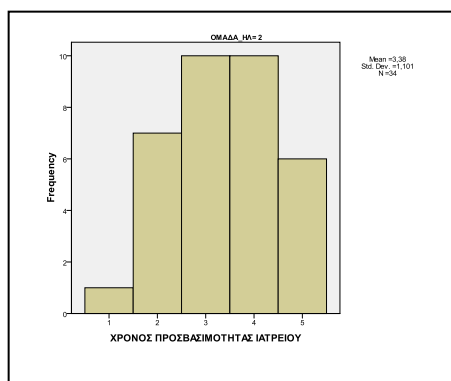
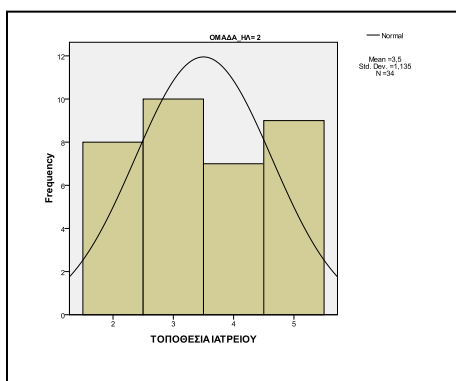
10 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

10.1 ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 2 (ΕΝΗΛΙΚΕΣ) – ΚΑΤΑΝΟΜΕΣ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 2 (ΕΝΗΛΙΚΕΣ)

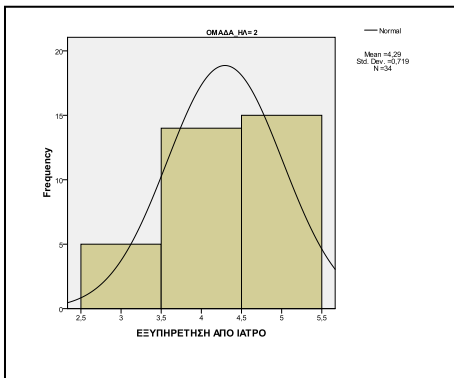
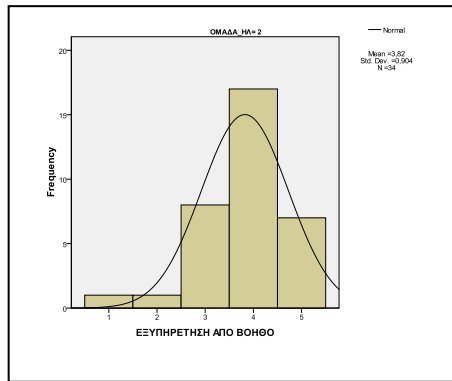
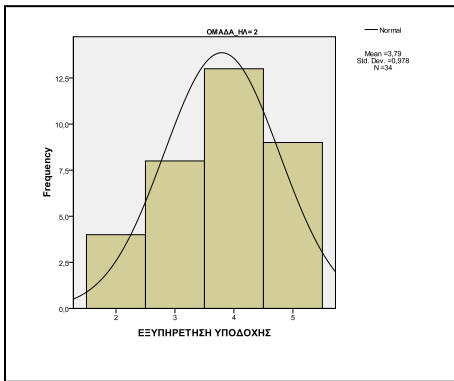
ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ



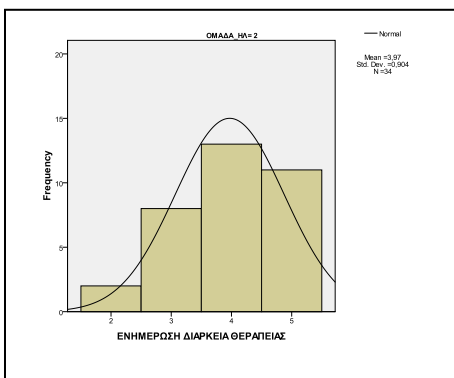
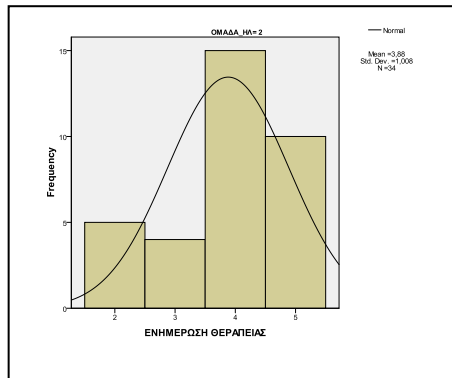
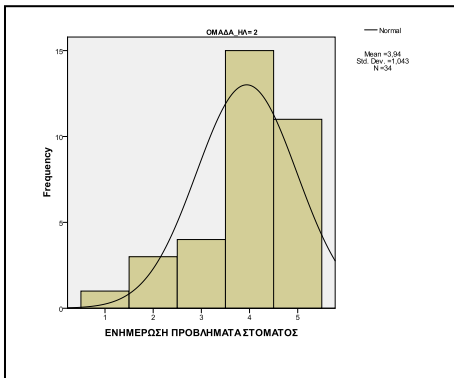
ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ



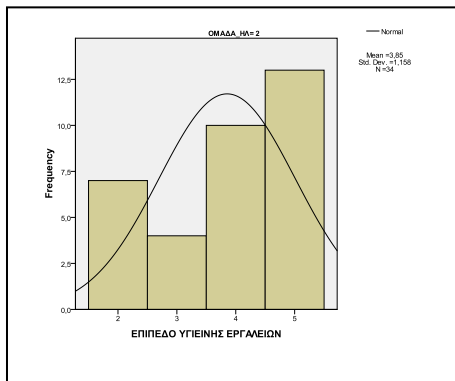
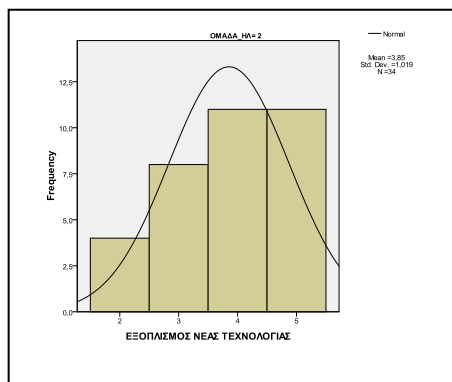
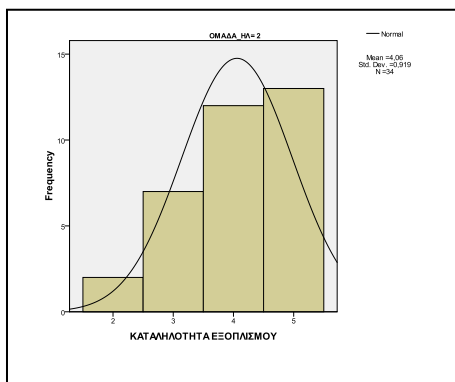
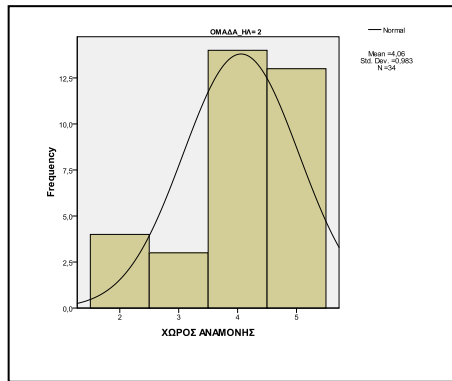
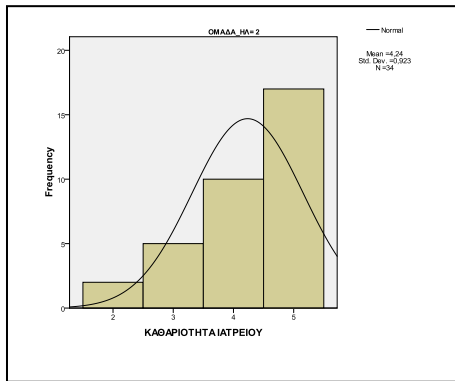
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ



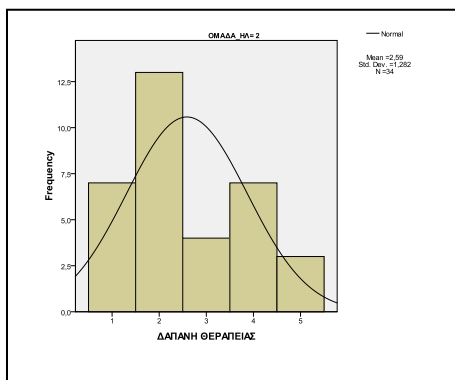
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



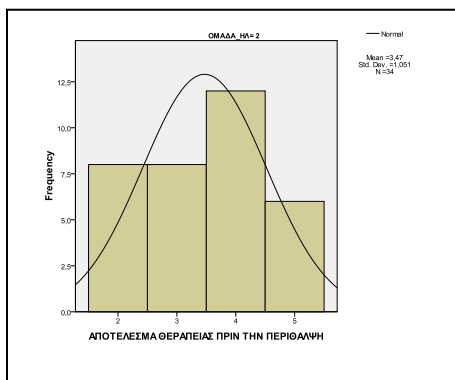
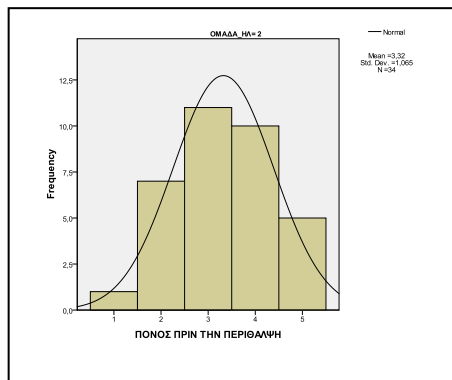
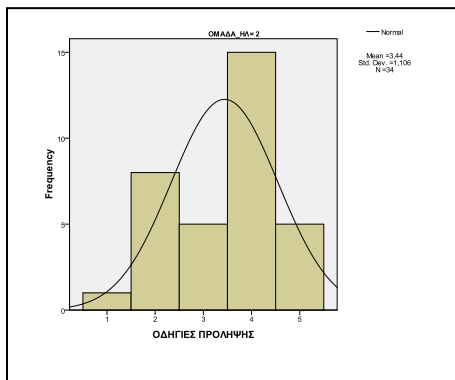
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ



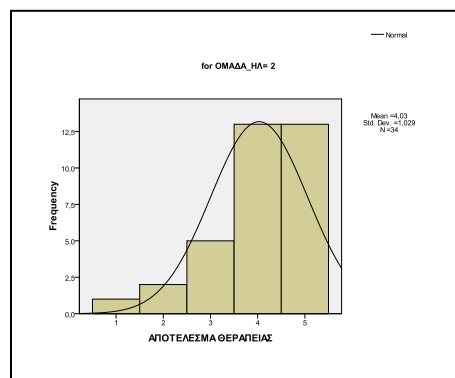
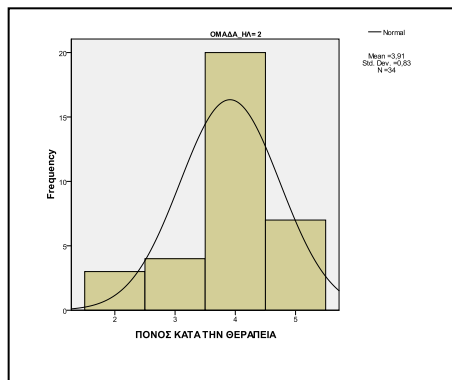
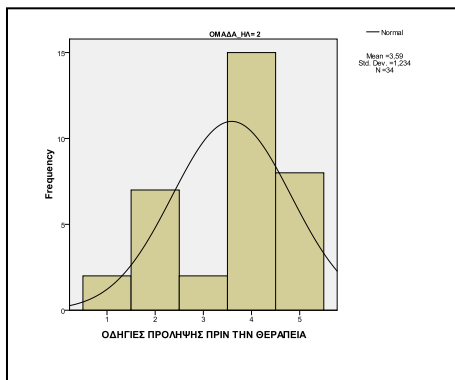
ΚΟΣΤΟΣ



ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ



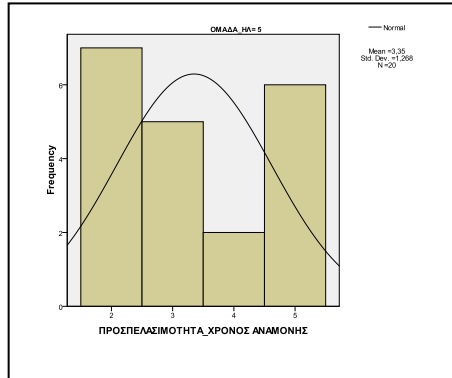
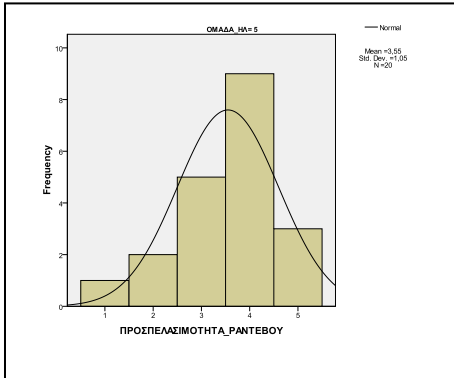
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ



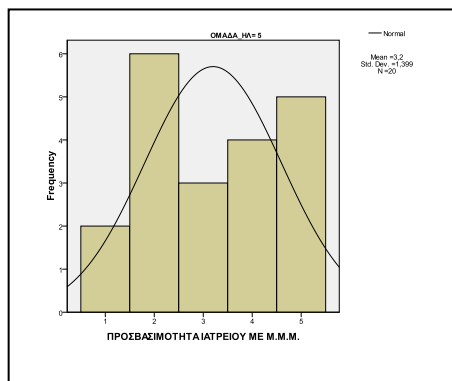
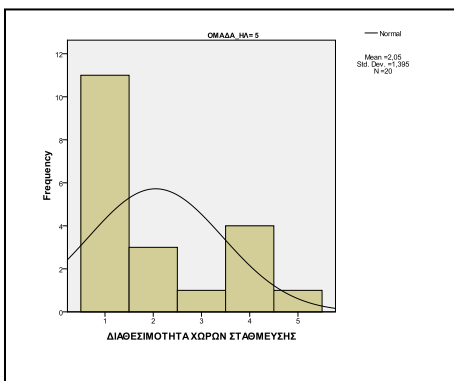
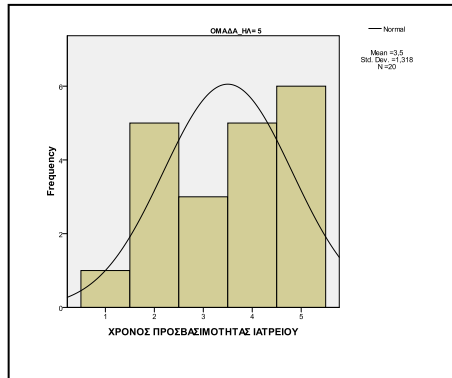
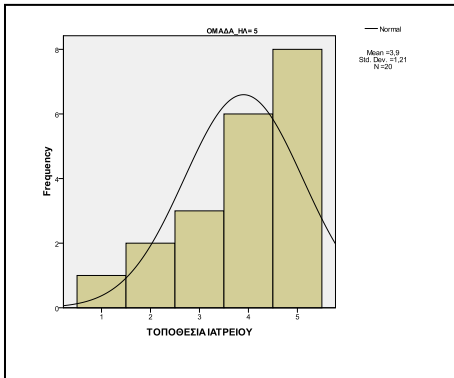
10.2 ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 5 (ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ)

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 5 (ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ)

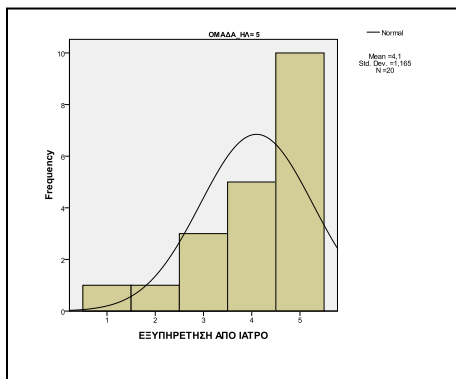
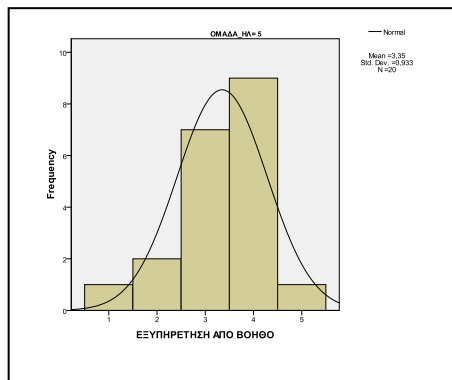
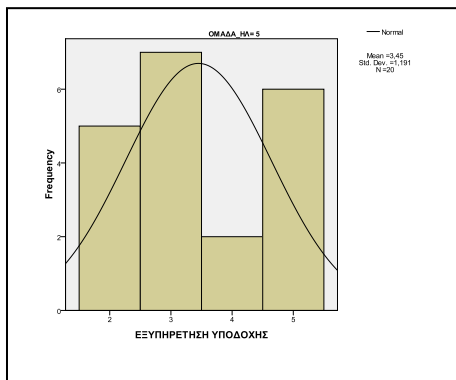
ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ



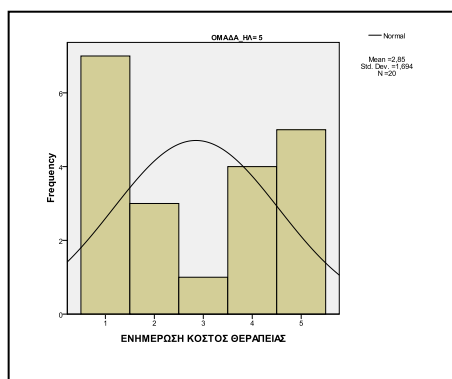
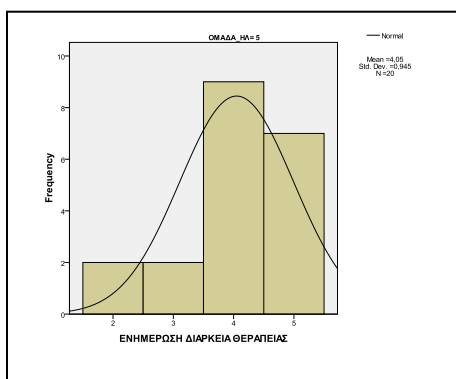
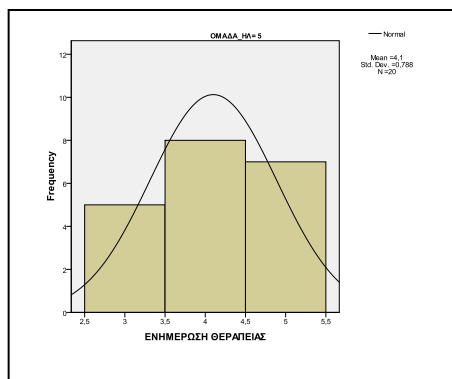
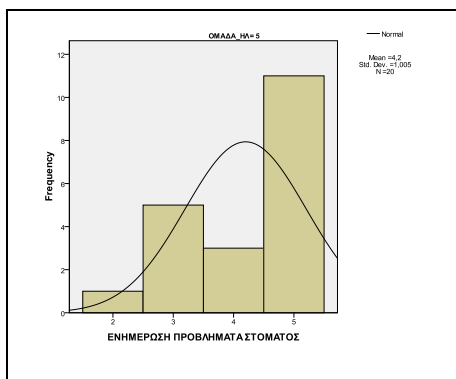
ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ



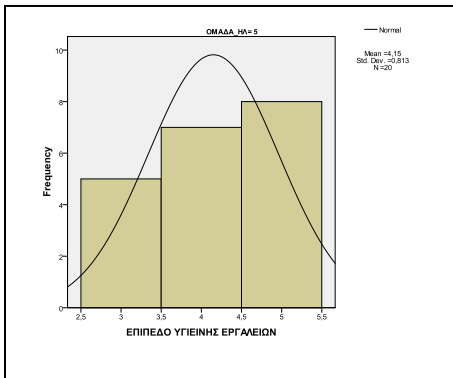
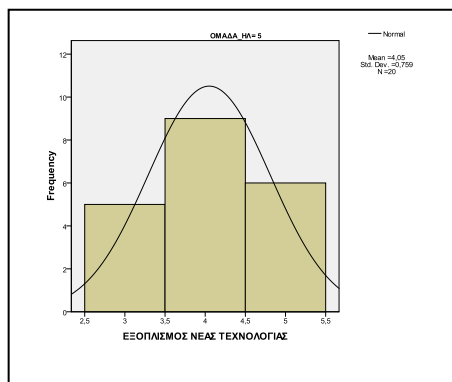
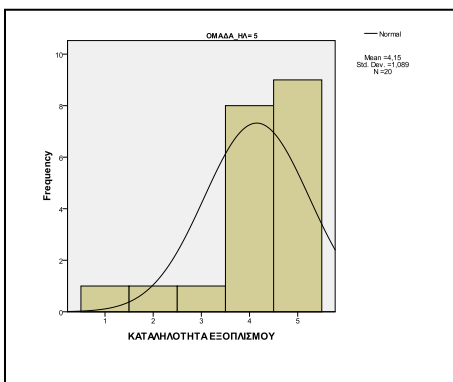
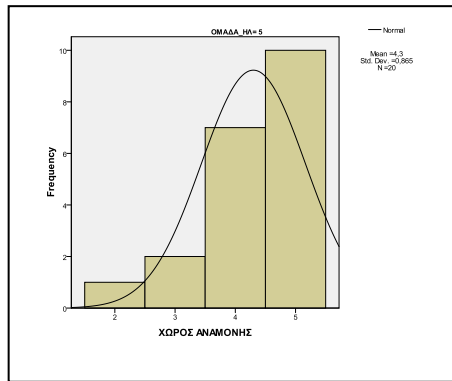
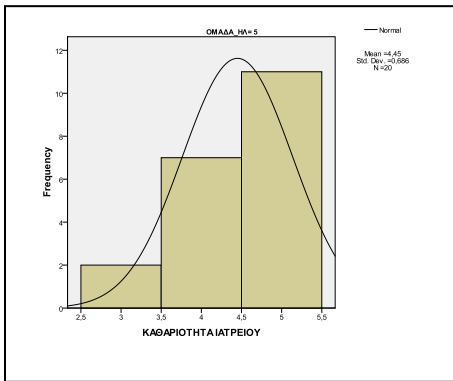
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ



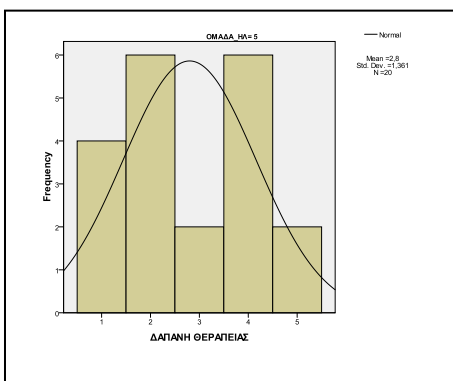
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



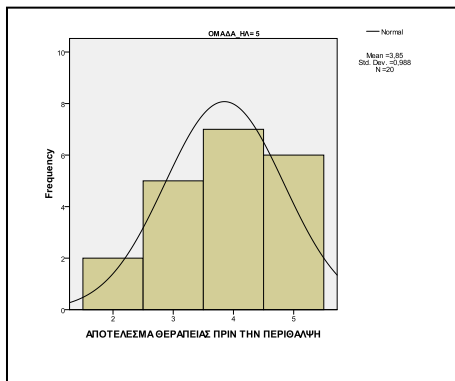
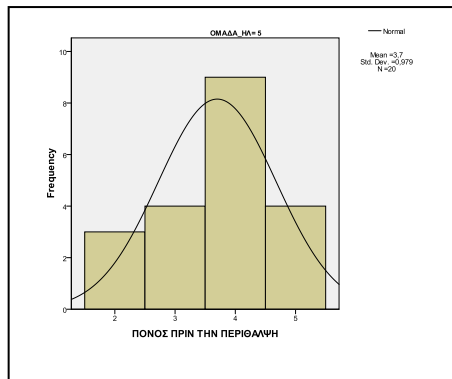
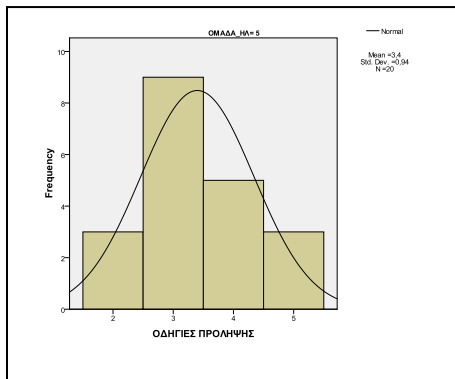
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ



ΚΟΣΤΟΣ



ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

