



ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ
ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ ΤΗΣ ΦΛΩΡΙΝΑΣ»**

της

ΑΡΒΑΝΙΤΗ ΛΥΔΙΑΣ του Ιωάννη

Υποβλήθηκε ως αιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος στη
Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΧΑΤΖΗΘΩΜΑΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Υπήρξαν πολλοί οι άνθρωποι που με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας, παρέχοντας μου ηθική και πρακτική συμπαράσταση.

Καταρχήν, θα ήθελα πολύ να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Χατζηθωμά Λεωνίδα, για την ουσιαστική καθοδήγηση που μου προσέφερε, για τις συμβουλές και τις εποικοδομητικές υποδείξεις, αλλά και για το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε, καθόλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, Άννα και Γιάννη, για την ατέρμονη συμπαράσταση και κατανόησή τους, επικροτώντας και στηρίζοντας κάθε μου προσπάθεια, καθόλη τη διάρκεια της φοίτησης μου στο μεταπτυχιακό.

Παράλληλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συμμετείχαν στην έρευνα, απαντώντας τα ερωτηματολόγια, χωρίς τη συνεργασία των οποίων η έρευνα δε θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί.

Τέλος, ευχαριστώ όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος στη «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» για όλες τις πολύτιμες γνώσεις που μου μετέφεραν, δίνοντας τον καλύτερο τους εαυτό στη δύσκολη περίοδο της πανδημίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες, έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση του ενδιαφέροντος για την έρευνα και τη μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών, ιδιαίτερα στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατ' επέκταση την επιβίωση των υγειονομικών μονάδων στον ανταγωνιστικό κλάδο της υγείας. Αν και στην Ελλάδα έχει διερευνηθεί αρκετά το συγκεκριμένο θέμα, λίγες είναι οι μελέτες που αφορούν τα ιδιωτικά ιατρεία των ιδιωτών ιατρών, ενώ απουσιάζει η σύγκριση τους με τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, τόσο τα Τακτικά όσο και τα Απογευματινά. Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας διπλωματικής εργασίας, είναι πρωταρχικά να διερευνηθούν οι παράγοντες που έχουν καταλυτικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών και στη συνέχεια, να πραγματοποιηθεί συγκριτική ανάλυση της ικανοποίησης που προκαλείται από αυτούς, στους ασθενείς των ιδιωτικών ιατρείων στην πόλη της Φλώρινας και στους ασθενείς των Ε.Ι. του Γενικού Νοσοκομείου της πόλης. Το ερευνητικό εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί είναι ένα δομημένο ερωτηματολόγιο τύπου Likert. Ο στόχος είναι να διερευνηθεί αν υπάρχουν όντως διαφοροποιήσεις στην ικανοποίηση των ασθενών και σε ποιους τομείς αυτές εντοπίζονται. Ουσιαστικά, να επαληθευτεί ή όχι η θεώρηση ότι οι ασθενείς εκφράζουν χαμηλότερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες δημόσιων νοσοκομείων, έναντι των ιδιωτικών μονάδων υγείας.

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, διαφάνηκε ότι η οργάνωση και ο προγραμματισμός της μονάδας υγείας, η στάση και οι ικανότητες του ιατρού, αλλά και οι κτιριακές εγκαταστάσεις συνεισφέρουν στατιστικά σημαντικά, στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών, ενώ από τους δημογραφικούς παράγοντες μόνο η οικονομική κατάσταση του δείγματος φάνηκε ότι επηρεάζει τη μεταβλητή αυτή. Σχετικά με τη σύγκριση των παραγόντων ικανοποίησης, στους συγκεκριμένους φορείς Π.Φ.Υ., αποδείχθηκε ότι οι ασθενείς των ιδιωτικών ιατρείων δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σχέση με τους ασθενείς των Ε.Ι. του νοσοκομείου, καθώς αξιολογούν με υψηλότερη βαθμολογία όλους τους προαναφερόμενους παράγοντες. Το βασικότερο λοιπόν συμπέρασμα, είναι ότι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία υπερτερεί, έναντι της αντίστοιχης στα Ε.Ι. του νοσοκομείου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	ii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	iv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	vi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	4
1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	4
2. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	6
2.1 Ορισμός.....	6
2.2 Ρόλος και χαρακτηριστικά της Π.Φ.Υ.	7
2.3 Υπηρεσίες της Π.Φ.Υ.....	8
2.4 Οφέλη της Π.Φ.Υ. για τον πολίτη και το σύστημα υγείας.....	9
2.5 Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.....	10
2.5.1 Ιστορική Αναδρομή.....	11
2.5.2 Οργάνωση των δομών παροχής Π.Φ.Υ.	13
2.6 Η Π.Φ.Υ. ως εξωνοσοκομειακή φροντίδα	14
2.6.1 Εξωτερικά ιατρεία	15
2.6.2 Ιδιωτικά ιατρεία.....	17
3. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
3.1 Ορισμός.....	19
3.2 Διαστάσεις και χαρακτηριστικά της ποιότητας στον τομέα της υγείας	22
3.3 Δείκτες μέτρησης της ποιότητας υγείας.....	24
3.4 Η ποιότητα στις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ.....	26
4. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	28
4.1 Ορισμός.....	30
4.2 Μεταβλητές ικανοποίησης των ασθενών.....	31
4.2.1 Παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών στην Π.Φ.Υ.....	33
4.2.2 Η ικανοποίηση των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.....	34
4.2.3 Η ικανοποίηση των ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία.....	35
4.3 Προσδιοριστικοί παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών	37
4.3.1 Προσδοκίες	37
4.3.2 Κοινωνικο - οικονομικοί παράγοντες.....	38
4.3.3 Ψυχο - κοινωνικοί παράγοντες.....	40

4.4	Εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης	41
5.	ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ	43
B.	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	45
6.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	45
6.1	Ερευνητικό εργαλείο	45
6.2	Επεξήγηση ερευνητικής διαδικασίας	49
6.3	Πληθυσμός και Δείγμα	50
7.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	53
7.1	Ανάλυση Συσχετίσεων	53
7.2	Ανάλυση Παλινδρόμησης	55
7.3	Έλεγχος τ-τεστ των παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών ανάλογα το χαρακτήρα ιατρού	58
8.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ	63
9.	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	68
10.	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	68
Γ.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	69
	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	69
	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	72
	ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	73
	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	79
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	81

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. 2017-2019.....	13
Πίνακας 2. Δείκτες μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας.....	25
Πίνακας 3. Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας βασικού ερωτηματολογίου.....	47
Πίνακας 4. Νέες μεταβλητές με συντελεστή Cronbach's Alpha.....	48
Πίνακας 5. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των δύο κατηγοριών ασθενών.....	50
Πίνακας 6. Πίνακας Συσχετίσεων.....	54
Πίνακας 7. Ποσοστό διασποράς της Συνολικής Ικανοποίησης που επεξηγείται από το μοντέλο της παλινδρόμησης.....	56
Πίνακας 8. Στατιστική σημαντικότητα μοντέλου παλινδρόμησης.....	56
Πίνακας 9. Υπόδειγμα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Ικανοποίηση.....	57
Πίνακας 10. Περιγραφική στατιστική ανά χαρακτήρα μονάδας υγείας των απαντήσεων για την Οργάνωση της μονάδας υγείας.....	59
Πίνακας 11. Έλεγχος t-τεστ του χαρακτήρα της μονάδας υγείας με τις απαντήσεις για την Οργάνωση της μονάδας υγείας.....	59
Πίνακας 12. Περιγραφική στατιστική ανά χαρακτήρα μονάδας υγείας των απαντήσεων για το Περιβάλλον και τις Κτιριακές εγκαταστάσεις.....	60
Πίνακας 13. Έλεγχος t-τεστ του χαρακτήρα της μονάδας υγείας με τις απαντήσεις για το Περιβάλλον και τις Κτιριακές εγκαταστάσεις.....	60
Πίνακας 14. Περιγραφική στατιστική ανά χαρακτήρα μονάδας υγείας των απαντήσεων για τη Στάσης – Συμπεριφορά – Ικανότητες ιατρού.....	61
Πίνακας 15. Έλεγχος t-τεστ του χαρακτήρα της μονάδας υγείας και της Στάσης – Συμπεριφοράς – Ικανοτήτων ιατρού.....	61
Πίνακας 16. Περιγραφική στατιστική ανά χαρακτήρα μονάδας υγείας των απαντήσεων για τη Συνολική Ικανοποίηση.....	62
Πίνακας 17. Έλεγχος t-τεστ του χαρακτήρα της μονάδας υγείας με τη Συνολική Ικανοποίηση.....	62

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο βασικότερος στόχος των υγειονομικών συστημάτων κάθε χώρας, είναι η προστασία και η βελτίωση της υγείας όλων των πολιτών, η ισότιμη αντιμετώπιση τους και η καλύτερη δυνατή εκπλήρωση των προσδοκιών τους, μέσω της προσφοράς κατάλληλων υπηρεσιών (Κοτρώτσιου κ.α., 2020). Στην Ελλάδα, μία από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις πραγματοποιήθηκε το 1983, η οποία αποσκοπούσε στην αναβάθμιση του τομέα της υγείας, με τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και τη θέσπιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), με κύριο γνώμονα την κοινωνική δικαιοσύνη και την ισότητα (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί την είσοδο του πολίτη στο Ε.Σ.Υ., καθώς είναι το πρώτο σημείο αλληλεπίδρασης του πληθυσμού με τον υγειονομικό χώρο. Συγκεκριμένα, παρέχει υπηρεσίες ευρείας κλίμακας, σε όποιον τις έχει ανάγκη, με απώτερο σκοπό την επίτευξη των επιθυμητών στόχων του συστήματος υγείας (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016). Κατά κύριο λόγο, οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. επικεντρώνονται στην προφύλαξη της υγείας των πολιτών, μέσω της διάγνωσης, της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης των υγειονομικών ζητημάτων, με τη χρησιμοποίηση της τεχνολογίας και των διαφόρων κλινικών πρακτικών, ώστε να ενισχυθεί η δημόσια υγεία, αλλά παράλληλα να περιοριστούν οι ιατροφαρμακευτικές σπατάλες (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου και Σουρτζή, 2005, Σουλιώτης, 2014).

Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται από ένα πολυποίκιλο πεδίο εφαρμογής, τόσο του δημόσιου, όσο και του ιδιωτικού τομέα. Μεταξύ άλλων, τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (Τ.Ε.Ι.) και τα Απογευματινά Εξωτερικά Ιατρεία (Α.Ε.Ι.) των νοσοκομείων, καθώς και τα ιδιωτικά ιατρεία με τους ιδιώτες ιατρούς, αποτελούν δομές παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας και επιλέγονται συχνά από τους Έλληνες πολίτες, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους (Οικονόμου, 2012).

Το παγκόσμιο ενδιαφέρον στη μελέτη και έρευνα της ικανοποίησης των ασθενών αυξάνεται συνεχώς, εξαιτίας των αυξανόμενων προσδοκιών και απαιτήσεων του πληθυσμού από το σύστημα υγείας (Πίνη κ.α., 2010). Ειδικότερα, έχουν δημοσιευθεί περισσότερες από 3.500 έρευνες παγκοσμίως, οι οποίες μελετούν τις διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, προκειμένου να ερευνηθούν όχι μόνο τα κλινικά αποτελέσματα των ιατρικών μεθόδων, αλλά όλες οι διενέργειες των μονάδων υγείας. Το πιο συνηθισμένο εργαλείο που χρησιμοποιείται, είναι ο δείκτης της ικανοποίησης

των ασθενών, ο οποίος συνεισφέρει στην ερμηνεία του βαθμού ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας των ατόμων που χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας, καθώς μέσω αυτού, τους δίνεται η δυνατότητα να αποτυπώσουν τις απόψεις τους, τόσο για τις υπηρεσίες που καταναλώνουν, όσο και για τη συνολική εικόνα των δομών υγείας (Κοτρώτσιου κ.α., 2020, Πίνη κ.α., 2010).

Η σημαντικότητα της διερεύνησης της ικανοποίησης των ασθενών, έγκειται στο γεγονός ότι παρέχει την αναγκαία πληροφόρηση για την αναγνώριση και την κατανόηση των αναγκών των ασθενών, καθώς και τη διευκρίνιση του τι προβλέπουν, τι προσδοκούν και τι θεωρούν απαραίτητο να λάβουν ως πελάτες του υγειονομικού συστήματος. Επιπλέον, με την αξιολόγηση της ικανοποίησης, είναι δυνατό να εντοπιστούν πιο εύκολα οι αδυναμίες των λειτουργιών των μονάδων υγείας, να προταθούν πιθανές λύσεις, αλλά και να προσδιοριστεί το επίπεδο της συνολικής επίδοσης τους (Πίνη κ.α., 2010).

Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι ερευνητικός και διττός. Ο κύριος σκοπός είναι η διερεύνηση των παραγόντων ικανοποίησης των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας, που παρέχονται από την Π.Φ.Υ. στην πόλη της Φλώρινας και συγκεκριμένα, από τα Ε.Ι. του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας και από τα ιδιωτικά ιατρεία που βρίσκονται στην περιοχή. Ο στόχος της εν λόγω αξιολόγησης, είναι η παροχή πληροφοριών σχετικά με το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων από τους εν λόγω φορείς Π.Φ.Υ. της πόλης.

Δευτερεύων σκοπός, αποτελεί η συγκριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης, αναφορικά με τους παράγοντες ικανοποίησης στους δύο φορείς Π.Φ.Υ., ώστε να προσδιοριστεί εάν υπάρχουν όντως διαφοροποιήσεις και σε ποιους τομείς της φροντίδας υγείας εντοπίζονται, καθώς και να αναγνωρισθούν και να γνωστοποιηθούν οι λόγοι που συντελούν και επιδρούν στη διαφορετική αυτή εκτίμηση και θεώρηση των ασθενών, πέρα από τον παράγοντα του κόστους.

Κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, ώστε να συλλεχθούν στοιχεία για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, παρατηρήθηκε ότι έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών στις δομές της Π.Φ.Υ. και συγκεκριμένα στα Ε.Ι. δημόσιων νοσοκομείων (Γούλα κ.α., 2019, Πιερράκος κ.α., 2013, Πιερράκος κ.α., 2015). Ωστόσο, δεν εντοπίστηκαν ερευνητικά δεδομένα, σχετικά με την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων στα Ε.Ι. του Γενικού

Νοσοκομείου Φλώρινας, καθώς και για την ικανοποίηση των ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία των ιδιωτών ιατρών που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα στην πόλη. Επομένως, είναι προφανές το ερευνητικό και βιβλιογραφικό κενό που θα ήταν χρήσιμο να απαντηθεί κατά το δυνατόν.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν, προκειμένου να επιτευχθούν οι επιμέρους στόχοι της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι:

1. Ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών που προσέρχονται στα Ε.Ι. του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας;
2. Ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών που προσέρχονται στα ιδιωτικά ιατρεία που βρίσκονται στην πόλη της Φλώρινας;
3. Ποιοι είναι οι παράγοντες που επιδρούν σημαντικά στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών;
4. Σε ποιόν εκ των δύο φορέων Π.Φ.Υ, οι ασθενείς είναι περισσότερο ευχαριστημένοι; Στα ιδιωτικά ιατρεία της πόλης ή στα Ε.Ι. του Γενικού Νοσοκομείου;

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η καλή υγεία, πάντοτε αποτελούσε τον ακρογωνιαίο λίθο για την οικονομική, κοινωνική και προσωπική ανάπτυξη του ατόμου, επομένως, δικαίως ανήκει στην κατηγορία με τα πολυτιμότερα αγαθά, αν όχι το πιο πολύτιμο στη ζωή των ανθρώπων (Ifanti et al., 2011).

Με το πέρασμα των χρόνων, έχουν διατυπωθεί και αναπτυχθεί διάφοροι ορισμοί που αφορούν την έννοια της υγείας. Ωστόσο, ο συγκεκριμένος όρος είναι πολύπλευρος και ερμηνεύεται με διαφορετικό τρόπο από τον κάθε άνθρωπο (Green and Tones, 2010). Κάποιοι θεωρούν την υγεία βασικό παράγοντα της ευημερίας τους, άλλοι θεωρούν τον εαυτό τους υγιή όταν βρίσκονται σε καλή φυσική κατάσταση και έχουν την ικανότητα να εργαστούν, ενώ, άλλοι πιστεύουν πως η υγεία είναι η απουσία ψυχολογικής ή σωματικής πάθησης (Nordenfelt, 2007). Για αυτόν τον λόγο, δεν υπάρχει κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός (Green and Tones, 2010).

Ο Σουηδός φιλόσοφος Nordenfelt (2007), υποστηρίζει ότι η άποψη που διαμορφώνει ο κάθε άνθρωπος για την υγεία του, εξαρτάται άμεσα από το κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό του επίπεδο. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Γαβριήλ κ.α. (2007), υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που προσδιορίζουν την κατάσταση της υγείας του κάθε ατόμου, όπως τα χαρακτηριστικά στοιχεία της κοινωνίας στην οποία ζει, αλλά και τα προσωπικά γνωρίσματα του ίδιου. Ειδικότερα, καταλυτικό ρόλο έχουν:

- ✓ Οι κοινωνικές συνθήκες (π.χ. εάν το άτομο κατοικεί σε πόλη ή επαρχία και ο τρόπος διάρθρωσης της κοινωνίας, οι κοινωνικές ανισότητες, ο τρόπος διαβίωσης κ.α.)
- ✓ Οι οικονομικο - πολιτικές συνθήκες (π.χ. η οργάνωση και η καταλληλότητα του υγειονομικού συστήματος, η οικονομική ανάπτυξη της χώρας κ.α.)
- ✓ Οι περιβαλλοντικές συνθήκες (π.χ. η καταστροφή περιβάλλοντος κ.α.)
- ✓ Ψυχο - κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες (π.χ. το επίπεδο μόρφωσης, τα ήθη και έθιμα, οι αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια κ.α.)
- ✓ Γεωγραφικές συνθήκες (π.χ. το κλίμα, η ποσότητα φυσικού πλούτου, παραγωγικής γης και πρώτων υλών κ.α.)

- ✓ Δημογραφικές συνθήκες (π.χ. το μέγεθος του πληθυσμού, η αναλογία ανδρών-γυναικών, ηλικιακών ομάδων και επαγγελμάτων, το ποσοστό μετανάστευσης εντός και εκτός της χώρας κ.α.)
- ✓ Υγειονομικές συνθήκες (π.χ. ο βαθμός ανάπτυξης των ιατροφαρμακευτικών γνώσεων και των θεραπευτικών μεθόδων κ.α.).

Ένας από τους πρώτους και δημοφιλέστερους ορισμούς για την έννοια της υγείας διαμορφώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 1947. Ο Π.Ο.Υ. όρισε την υγεία ως *«την κατάσταση πλήρους σωματικής ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά την απουσία αναπηρίας ή αρρώστιας»* (WHO, 2006, p.1). Μέσα από τον συγκεκριμένο ορισμό, γίνεται κατανοητό ότι η υγεία είναι αποτέλεσμα δύο παραμέτρων, την παράμετρο της ευεξίας, στην οποία αντικατοπτρίζεται η θετική σημασία της και την παράμετρο της απουσίας της αρρώστιας, στην οποία αποτυπώνεται η αρνητική σημασία του όρου (Downie et al., 1996, WHO, 2006).

Επιπλέον, η προσέγγιση των Green and Tones (2010) για την υγεία, παρουσιάζει την ολιστική φύση της, η οποία βασίζεται σε έξι σημαντικές διαστάσεις που την ολοκληρώνουν, τη σωματική υγεία, τη συναισθηματική, τη ψυχική, την κοινωνική, την πνευματική και τέλος, την υγεία της κοινωνίας.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η υγεία, καθώς και η παρουσία παθήσεων, ανήκει στους βασικότερους δείκτες μέτρησης της ευημερίας μια κοινωνίας. Την τελευταία 20ετία, έχει παρατηρηθεί εκθετική αύξηση των ακαδημαϊκών ερευνών στην παγκόσμια υγεία, με σκοπό να αποσαφηνιστεί η έννοια της, σε διεθνές επίπεδο (Venkatapuram, 2012).

2. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τη δεκαετία του 1970, ήρθε στην επιφάνεια η ανάγκη για σημαντικές αλλαγές στην οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας των συστημάτων φροντίδας υγείας. Ο λόγος εμφάνισης της εν λόγω αναγκαιότητας, ήταν ότι τελευταία χρόνια είχε παρατηρηθεί άμεση εξάρτηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μιας χώρας, με τον τρόπο ζωής και την κοινωνική ανάπτυξη του. Επιπλέον, είχε διαπιστωθεί σταδιακή γήρανση του πληθυσμού, σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, ως αποτέλεσμα της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της καλύτερευσης του επιπέδου υγείας. Τα προαναφερθέντα αποτέλεσαν, μεταξύ άλλων, τους λόγους δημιουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) (Σουρτζή, 1997).

2.1 Ορισμός

Ο Π.Ο.Υ. στη διακήρυξη της Άλμα Άτα με στόχο το «Υγεία για όλους», όρισε την Π.Φ.Υ. ως *«τη βασική φροντίδα που στηρίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, στην οποία έχουν πρόσβαση όλοι οι πολίτες και οι οικογένειες μιας κοινότητας και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους σε κόστος, που η κοινότητα και η χώρα έχει τη δυνατότητα να διαθέσει, σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η Π.Φ.Υ. αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα δομικά στοιχεία του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικο - οικονομικού εποικοδομήματος. Η Π.Φ.Υ. μεταφέρει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πιο κοντά στους χώρους, όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί την είσοδο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής φροντίδας.»* (WHO, 1978, p. 1-2).

Επιπρόσθετα, κατά τους Donaldson et al. (1996), αξιοσημείωτος είναι και ο ορισμός που δόθηκε από το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α., μέσω της Επιτροπής για το Μέλλον της Π.Φ.Υ.. Σε αυτόν τον ορισμό, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στις ιδιότητες του επαγγελματία υγείας, όπως η συνεργασία και η συνεχής επικοινωνία με τους ασθενείς, η προσφορά υπηρεσιών στο οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και στο περιβάλλον της κοινότητας, αλλά και η ευθύνη για τη μέγιστη δυνατή κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών. Ακόμη, επισημάνθηκε πως οι άξονες γύρω από τους οποίους παρέχονται και αναπτύσσονται οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι ο συντονισμός, η ολοκλήρωση, η συνέχεια και κυρίως, η ευκολία πρόσβασης σε αυτές.

Τέλος, σε μια ακόμα περιγραφή για την Π.Φ.Υ., που διατυπώθηκε από τον Vuori (1986), ξεχώρισαν τέσσερα σημαντικά γνωρίσματα:

- Μια δέσμη δραστηριοτήτων
- Ένα επίπεδο περίθαλψης
- Ένας οργανωσιακός προσανατολισμός προς τη φροντίδα υγείας
- Μια νοοτροπία που προάγει την υγεία.

2.2 Ρόλος και χαρακτηριστικά της Π.Φ.Υ.

Η Π.Φ.Υ. είναι το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα, ελέγχει όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από το φύλο ή την πάθηση, πριν αυτοί παραπεμφθούν στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016, Starfield, 1994). Επιπλέον, χρειάζεται να διευκρινιστεί ότι η Π.Φ.Υ. παρέχεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας στη Γενική / Οικογενειακή Ιατρική και δεν αποτελεί κάποια ειδικότητα (Saltman, 2006).

Ο στόχος της Π.Φ.Υ. αφορά, όχι μόνο την αντιμετώπιση των υγειονομικών ζητημάτων του πληθυσμού, αλλά και τη μείωση της χρήσης φαρμάκων, τον περιορισμό των δαπανών υγείας, καθώς και την επίτευξη υψηλού επιπέδου υγείας όλων των πολιτών, σε ένα περιβάλλον δίκαιης και ισότιμης αντιμετώπισης (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016). Ουσιαστικά, η ανάπτυξη του συστήματος Π.Φ.Υ. επιδιώκει τη βελτίωση της σχέσης κόστους - αποτελεσματικότητας (Sifaki-Pistola et al., 2017).

Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά της Π.Φ.Υ. προσδιορίστηκαν από τον Π.Ο.Υ. στη διακήρυξη της Άλμα Άτα ως εξής:

- 1) Έχει άμεση εξάρτηση από την οικονομική και πολιτική κατάσταση μιας χώρας, καθώς και από τις κοινωνικο - πολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτή. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή της Π.Φ.Υ. στηρίζεται σε εμπειρικά δεδομένα που προκύπτουν από τη δημόσια υγεία, όπως και από το ερευνητικό έργο βιοϊατρικών, κοινωνικών και υγειονομικών μελετών.
- 2) Ενισχύει υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, διάγνωσης, αποκατάστασης και πρόληψης, αντιμετωπίζοντας με αυτόν τον τρόπο, τις βασικότερες προκλήσεις που αφορούν την υγεία του πληθυσμού.
- 3) Στο πλαίσιο της Π.Φ.Υ., πραγματοποιούνται όλες οι απαραίτητες ενέργειες με στόχο την προσφορά τροφής και πόσιμοι νερού, την παρότρυνση για την υιοθέτηση

υγιεινών διατροφικών συνηθειών και την παροχή ικανοποιητικών συνθηκών υγιεινής. Επιπλέον, περιλαμβάνεται ο έλεγχος και η πρόληψη ενδημικών ασθενειών, ο εμβολιασμός για τις βασικότερες μεταδοτικές ασθένειες, καθώς και η κατάλληλη φροντίδα υγείας για την καταπολέμηση των συχνότερων ή / και σημαντικότερων παθήσεων και τραυματισμών. Επίσης, η Π.Φ.Υ. προωθεί τη φροντίδα για το παιδί και τη μητέρα, την εκπαίδευση στην πρόληψη και την ορθή και έγκαιρη χορήγηση των απαραίτητων φαρμάκων.

- 4) Βασίζεται στη λειτουργία ομάδων υγείας που αποτελούνται από επαγγελματίες υγείας, όπως οι ιατροί, οι νοσηλευτές, το βοηθητικό προσωπικό, οι μαίες κ.α., οι οποίοι έχουν την απαραίτητη εκπαίδευση και τις κατάλληλες δεξιότητες.
- 5) Ενθαρρύνει την ανάπτυξη της ατομικής και κοινωνικής συμμετοχής στον έλεγχο, στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή και στην οργάνωση της Π.Φ.Υ., χρησιμοποιώντας όλους τους εθνικούς και τοπικούς πόρους.
- 6) Στηρίζεται σε ένα ενιαίο σύστημα αλληλένδετων υπηρεσιών παραπομπής, στοχεύοντας στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας για ολόκληρο τον πληθυσμό και ειδικότερα, των ατόμων που βρίσκονται σε άμεση και μεγάλη ανάγκη (WHO,1978).

Επιπλέον χαρακτηριστικά της Π.Φ.Υ., εκτός από τα προαναφερθέντα, είναι η τήρηση του ηθικού κώδικα δεοντολογίας, η αποδοτική χρήση των υλικών και ανθρώπινων πόρων, η ευκολία πρόσβασης των πολιτών στις δομές, μέσω της εξάλειψης των γεωγραφικών και των διοικητικών εμποδίων και η συνεχής αλληλεπίδραση ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας, όπως η παροχή ιατρικών συμβουλών και η πρόωπη ανίχνευση κινδύνων που απειλούν την υγεία των ασθενών, με στόχο τη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού (Shi, 2012).

2.3 Υπηρεσίες της Π.Φ.Υ.

Λαμβάνοντας υπόψιν τα ανωτέρω, προκύπτει ότι η σημαντικότερη αξία, στην οποία βασίζεται η Π.Φ.Υ., είναι η προστασία της υγείας. Η παρακολούθηση, η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας των πολιτών αποτελούν τους βασικότερους πυλώνες της Π.Φ.Υ.. Οι υπηρεσίες οργανώνονται σύμφωνα με τις προσδοκίες και τις ανάγκες της κοινότητας και με σεβασμό απέναντι στα δικαιώματα του κάθε πολίτη, ενώ, ταυτόχρονα, ενισχύεται η ελευθερία επιλογής οικογενειακού ή γενικού ιατρού και η δύναμη του ατόμου στη λήψη αποφάσεων στην πολιτική υγείας. Το εύρος μέσα στο οποίο οι

ενέργειες της Π.Φ.Υ αναπτύσσονται, συντονίζονται και εφαρμόζονται, στηρίζεται στην καθολική αλλά και στην ισότιμη πρόσβαση του πληθυσμού σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, στην εγγύτητα των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, στον περιορισμό των κοινωνικών ανισοτήτων και τέλος, στην κάλυψη των αναγκών των ευπαθών κυρίως, κοινωνικών ομάδων (Σουλιώτης, 2014, ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017,2017).

Πιο συγκεκριμένα, η Π.Φ.Υ. παρέχει υπηρεσίες όπως:

- Ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες για τις περιπτώσεις των ασθενών που δεν κρίνεται αναγκαία η νοσηλεία τους σε κάποιο νοσοκομείο
- Καθορισμός των υγειονομικών αναγκών και θέσπιση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη ασθενειών
- Συχνή παρακολούθηση και διαχείριση χρόνιων νοσημάτων
- Συνεργασία με τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο
- Πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα
- Επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα
- Πρωτοβάθμια ψυχική υγεία
- Υποστήριξη με ενέργειες κοινωνικής φροντίδας
- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής
- Παροχή φροντίδας υγείας και νοσηλείας στο σπίτι του ασθενούς
- Παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας
- Φυσικοθεραπεία
- Διενέργεια προγραμμάτων εμβολιασμού
- Ειδικές υπηρεσίες για τη μητέρα και το παιδί και οικογενειακό προγραμματισμό (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017, 2017).

2.4 Οφέλη της Π.Φ.Υ. για τον πολίτη και το σύστημα υγείας

Είναι παραδεκτό ότι η υγεία των πολιτών που ζουν σε χώρες, των οποίων το σύστημα υγείας στηρίζεται, σε μεγάλο βαθμό, στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι συγκριτικά καλύτερη.

Συγκεκριμένα, σε ένα καλά οργανωμένο σύστημα Π.Φ.Υ., έχει αποδειχθεί ότι οι άνθρωποι με χρόνιες παθήσεις, όπως η οσφυαλγία και ο σακχαρώδης διαβήτης, έχουν θετικότερα αποτελέσματα στην υγεία τους, από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας

που καταναλώνουν για τη διαχείριση της νόσου. Παράλληλα, για ορισμένα νοσήματα, έχει διαπιστωθεί ότι οι πολίτες προβαίνουν σε εντατικότερους προληπτικούς ελέγχους, όπως λόγω χάριν το προσυμπτωματικό check up του τεστ Παπανικολάου ή η μαστογραφία, ώστε να προλάβουν κάποια πιθανή εμφάνιση κινδύνου (Τατσιώνη κ.α., 2015).

Η Π.Φ.Υ. έχει τη δυνατότητα να εξυπηρετεί μια μεγάλη ποικιλία περιστατικών, με αποτέλεσμα την αποσυμφόρηση της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Δ.Φ.Υ.) (Donaldson et al., 1996). Για παράδειγμα, η συχνή πρόληψη έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των εισαχθέντων στο νοσοκομείο, για επιπλοκές χρόνιων νοσημάτων (Τατσιώνη κ.α., 2015). Επίσης, φέρνει σε επαφή την κοινότητα, την οικογένεια του ασθενούς και τις υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας υγείας, με σκοπό να επιτευχθεί η καλύτερη διαχείριση και υποστήριξη των αναγκών του πάσχοντος. Επιπρόσθετα, με τη βοήθεια της Π.Φ.Υ., ο ασθενής κατευθύνεται εύκολα μέσα στο σύστημα υγείας με παραπομπές, από άλλους επαγγελματίες υγείας (Donaldson et al., 1996).

Το χαμηλότερο κόστος αποτελεί ένα ακόμα πλεονέκτημα των συστημάτων που στηρίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, το οποίο αντανακλάται σε ατομικό, αλλά και εθνικό επίπεδο. Ειδικότερα, παρατηρείται μικρότερο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και λιγότερες ημέρες νοσηλείας σε μονάδες εντατικής φροντίδας, εξαιτίας του αυξημένου αριθμού των επισκεπτών - ασθενών σε ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και της τάσης των πολιτών για συχνή πρόληψη. Επομένως, επωφελείται τόσο το κράτος, λόγω του περιορισμού των δαπανών υγείας, όσο και ο ίδιος ο ασθενής, διότι δε χρειάζεται να νοσηλευτεί για μεγάλο χρονικό διάστημα ή και καθόλου σε ορισμένες περιπτώσεις.

Τέλος, η Π.Φ.Υ. είναι επικεντρωμένη στον τελικό αποδέκτη των υπηρεσιών. Αυτό το χαρακτηριστικό οδηγεί στη συχνή επικοινωνία, ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή. Η επικοινωνία ωθεί τον ασθενή να εμπιστευτεί και να εκμυστηρευτεί ευαίσθητα θέματα στον ιατρό, να ακολουθήσει την προτεινόμενη θεραπεία και να διατηρεί θετική στάση για την παρακολούθηση και την προφύλαξη της υγείας του (Τατσιώνη κ.α., 2015).

2.5 Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, από τη δεκαετία του '60 είχαν αρχίσει να γίνονται προσπάθειες για τη δημιουργία ενός λειτουργικού συστήματος Π.Φ.Υ.. Ωστόσο, 20 περίπου χρόνια μετά,

θεσπίστηκε ο Νόμος Ν.1397/1983, μέσα από τον οποίο έκανε την πρώτη επίσημη εμφάνιση της η Π.Φ.Υ. στην ελληνική κοινωνία (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

2.5.1 Ιστορική Αναδρομή

Μέχρι σήμερα, έχει πραγματοποιηθεί μια σειρά μεταρρυθμίσεων στο σύστημα της Π.Φ.Υ., με στόχο την καλύτερη οργάνωση και την ανάπτυξη της.

Αναλυτικότερα:

Ο Ν. 1397/1983 υποστήριξε τη διακήρυξη της Άλμα Άτα για την Π.Φ.Υ., στοχεύοντας στην ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και στην καθολική ασφαλιστική τους κάλυψη, σε οποιαδήποτε περιοχή της χώρας και αν βρίσκονται. Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός, όρισε τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (Πε.Σ.Υ.), τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) και τροποποίησε τα νοσοκομεία σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) με τους ιατρούς που εργάζονται σε αυτά, να απασχολούνται πλήρως και αποκλειστικά. (Ποτήρης και Σαράφης, 2014). Η Π.Φ.Υ. παρέχεται εξ' ολοκλήρου με κρατικές δαπάνες σε Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων, Κέντρα Υγείας και σε κάποιες δομές του ιδιωτικού τομέα, οι οποίες είναι συμβεβλημένες με το δημόσιο, ενώ, ταυτόχρονα, παραβλέπεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, εξαιτίας της έλλειψης Κέντρων Υγείας στις αστικές περιοχές (ΦΕΚ 143/1/7-10-1983, 1983).

Στο νόμο 1579/1985 διατυπώνεται η έννοια της Γενικής Ιατρικής, ως ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα (άρθρο 1) και αναγράφεται ότι οι απαραίτητες μονάδες υγείας για τη λειτουργία εξειδικευμένων προγραμμάτων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, έρευνας, περίθαλψης, νοσηλείας και πρόληψης θα ορισθούν με συγκεκριμένες υπουργικές αποφάσεις (άρθρο 13) (ΦΕΚ 217/Α/23-12-1985, 1985).

Με το Ν. 2071/1992, η νοσηλευτική υπηρεσία γίνεται 24ωρη και παράλληλα, θεσπίζεται η νοσηλεία κατ'οίκον, η συμμετοχή των ιδιωτών ιατρών στην Π.Φ.Υ., αλλά και ο οικογενειακός ιατρός, στοχεύοντας στον εκσυγχρονισμό και στην ορθότερη οργάνωση του συστήματος υγείας (ΦΕΚ 123/Α/15-7-1992, 1992).

Ο Ν. 2519/1997 ορίζει τη δημιουργία «δικτύων» μέσα στο σύστημα της Π.Φ.Υ., για τον καλύτερο συντονισμό των διαφόρων μονάδων παροχής υπηρεσιών. Ωστόσο, ο συγκεκριμένος νόμος δεν εφαρμόστηκε (Σωτηριάδου κ.α., 2011).

Ο Ν. 2889/2001 εισάγει τη λειτουργία των απογευματινών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων, για την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, των οποίων ο αριθμός καθορίζεται με αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου, όπως ακριβώς και ο αριθμός των περιστατικών, ώστε να μην παραμελούνται οι ήδη νοσηλευόμενοι ασθενείς του νοσοκομείου, καθώς και οι ασθενείς των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001, 2001).

Ο Ν. 3235/2004 προσπαθεί να αξιοποιήσει όλες τις τότε υπάρχουσες υποδομές των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας του Ε.Σ.Υ., των πολυϊατρείων και των τοπικών ιατρείων. Επιπρόσθετα, περιγράφει για πρώτη φορά την έννοια του ηλεκτρονικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας (άρθρο 9) και επαναπροσδιορίζει το θεσμό του οικογενειακού γιατρού (άρθρο 7) (ΦΕΚ 53/Α/18-2-2004, 2004).

Μέσω του νόμου 3329/2005, τα προγράμματα Ειδίκευσης στην Συμβουλευτική και τον Προσανατολισμό (Πε.Σ.Υ.Π.) ελαττώνονται από δεκαεπτά σε επτά και ονομάζονται Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε) (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

Με τη θέσπιση του Ν. 3918/2011, δημιουργείται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ο οποίος, σταδιακά, αρχίζει να ενσωματώνει τους κλάδους υγείας των ταμείων, ενώ, συγχρόνως, συγχωνεύονται αρκετά ασφαλιστικά ταμεία για τη μείωση των δαπανών (άρθρο 17) (ΦΕΚ31/Α/2-3-2011, 2011).

Το 2014, με το νόμο 4238/2014 δημιουργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), το οποίο λειτουργεί υπό τις Δ.Υ.Πε.. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτού του νομοθετήματος, είναι η ανάπτυξη ενός καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου Π.Ε.Δ.Υ. (άρθρο 1). Στο άρθρο 3 ορίζεται ο Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.), ο οποίος αφορά την περιοχή ευθύνης των Κέντρων Υγείας, η οποία προσδιορίζεται από τις Δ.Υ.Πε. (ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014, 2014).

Ο τελευταίος και σπουδαιότερος νόμος για την Π.Φ.Υ. είναι ο Ν. 4486/2017. Ο συγκεκριμένος νόμος ιδρύει τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) και αναφέρει την καθολική εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού ως κύριο θεράποντα, ο οποίος ορίζεται παθολόγος ή γενικός ιατρός για τους ενήλικες και ως παιδίατρος για τον ανήλικο πληθυσμό (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017, 2017). Επιπλέον, με τον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.), εξασφαλίζεται η συνεχής και ασφαλής ροή της ιατρικής πληροφορίας, εντός του υγειονομικού συστήματος και παράλληλα, καθιερώνεται ένα

σύστημα κοινωνικού ελέγχου, με στόχο να δοθεί η δυνατότητα στους χρήστες των υπηρεσιών να αξιολογούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Ακόμη, ο νόμος επιδίωξε τη μείωση της άσκοπης χρήσης των υπηρεσιών, μέσω κατάλληλων παραπομπών, που ρυθμίζουν τη ροή των περιστατικών στα επόμενα επίπεδα της φροντίδας (Platis and Kyritsi, 2019).

2.5.2 Οργάνωση των δομών παροχής Π.Φ.Υ.

Σύμφωνα με τον τελευταίο νόμο που αναλύθηκε προηγουμένως (Ν. 4486/2017), οι υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. προσφέρονται μέσω ενός συνόλου φορέων, οι οποίοι διαχωρίζονται σε 2 επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο ανήκουν οι Το.Μ.Υ., τα Τοπικά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία και τέλος, τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία. Σε αυτό το επίπεδο, απασχολούνται οι επαγγελματίες υγείας των μονάδων παροχής Π.Φ.Υ., καθώς και οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Στο δεύτερο επίπεδο ανήκουν τα Κέντρα Υγείας, τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου και οι Μονάδες Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. Οι τελευταίες, ωστόσο, παύουν να ονομάζονται έτσι και αποκτούν τον τίτλο του Κέντρου Υγείας (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017, 2017).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ανά κατηγορία φορέα, κατά τα έτη 2017-2019 στην Ελλάδα:

Πίνακας 1. Μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. 2017-2019 (ΕΛΣΤΑΤ,2020).

	Κέντρα Υγείας	Μονάδες* Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία	Λοιπές Μονάδες
2017	204	101	1425	93	49	221	6
2018	204	101	1425	94	49	221	7
2019	204	101	1425	93	50	221	10

Επιπλέον, οι υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. παρέχονται συνδυαστικά από δομές, είτε του δημόσιου, είτε του ιδιωτικού τομέα. Συγκεκριμένα, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. κατατάσσονται στις εξής τέσσερις κατηγορίες:

1. Παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. μέσω του Ε.Σ.Υ.

Σε αυτή την κατηγορία ανήκει το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα και τα Ειδικά Περιφερειακά

Ιατρεία, τα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) και τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων (Τ.Ε.Ι. και Α.Ε.Ι.) (Economou et al., 2017, Οικονόμου, 2012).

2. Παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. μέσω του ιδιωτικού τομέα.

Στον ιδιωτικό τομέα, ανήκουν τα ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, τα ιδιωτικά διαγνωστικά και μικροβιολογικά κέντρα, τα Εξωτερικά Ιατρεία ιδιωτικών κλινικών, οι ιδιώτες γιατροί, με τα ιδιωτικά τους ιατρεία και τα ιδιωτικά τους πολυιατρεία, που είναι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Π.Υ. (Economou et al., 2017, ΦΕΚ 70/Α/10-4-2001, 2001).

3. Παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. μέσω των μη κυβερνητικών και μη κερδοσκοπικών οργανώσεων (Μ.Κ.Ο.).

Στις Μ.Κ.Ο. μπορεί να εξυπηρετηθεί δωρεάν ο γενικός πληθυσμός, μέσω για παράδειγμα του «*Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού*», οι μετανάστες, αλλά και οι πρόσφυγες μέσω ειδικών προγραμμάτων, όπως «*Γιατροί Χωρίς Σύνορα*» και «*Γιατροί του Κόσμου*».

4. Παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. με την υποστήριξη των δημοτικών αρχών.

Η τελευταία κατηγορία περιλαμβάνει προγράμματα, όπως το «*Βοήθεια στο σπίτι*», δημοτικές κλινικές, καθώς και τα «*Ανοικτά Κέντρα Φροντίδας Ηλικιωμένων*» (Κ.Α.Π.Η.), με στόχο την προσφορά ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών και υπηρεσιών πρόνοιας (Adamakidou and Kalokairinou, 2010).

2.6 Η Π.Φ.Υ. ως εξωνοσοκομειακή φροντίδα

Τα νοσοκομεία της χώρας, εκτός από την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν και εξωνοσοκομειακή φροντίδα, μέσω των Τ.Ε.Ι., των Α.Ε.Ι., αλλά και των Τ.Ε.Π.. Όμως, όπως γίνεται κατανοητό και από την ονομασία της, η παροχή αυτού του είδους φροντίδας δεν περιορίζεται μόνο σε αυτούς τους χώρους, αλλά επεκτείνεται και έξω από το νοσοκομείο. Ειδικότερα, η εξωνοσοκομειακή φροντίδα ορίζεται ως η ιατροφαρμακευτική φροντίδα, που παρέχεται από επαγγελματίες υγείας στα θεραπευτήρια, στα διαγνωστικά κέντρα, στις κλινικές, στα ιδιωτικά ιατρεία, στα Τ.Ε.Ι., στα Τ.Ε.Π., στα Α.Ε.Ι., στα Κέντρα Υγείας, στα Περιφερειακά Ιατρεία, στα Πολυιατρεία Ασφαλιστικών Ταμείων, αλλά και το σπίτι του ασθενούς (ΕΛΣΤΑΤ, 2020).

Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, στις οποίες μπορούν να συμμετέχουν χειροπρακτικοί, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι και κινησιοθεραπευτές και συγχρόνως, περικλείει ένα σημαντικά μεγάλο πεδίο ιατρικών ειδικοτήτων. Βασικό τμήμα της εξωνοσοκομειακής φροντίδας είναι η παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον, η οποία παρέχεται από νοσηλευτές/τριες, μαίες, κοινωνικούς λειτουργούς κ.α. και απευθύνεται σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα ή στον ηλικιωμένο πληθυσμό (ΕΛΣΤΑΤ,2019).

Σύμφωνα με μελέτη της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (2019), στην οποία καταγράφηκε το ποσοστό των ανθρώπων ηλικίας άνω των 15 ετών που ήρθε σε επαφή (ηλεκτρονική, κατ' ιδίαν επίσκεψη ή τηλεφωνική) με κάποιον επαγγελματία υγείας εξωνοσοκομειακής φροντίδας, εξήχθησαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

- 50,0% του πληθυσμού απευθύνθηκε σε οδοντίατρο ή ορθοδοντικό,
- 57,9% του πληθυσμού επισκέφτηκε ιατρό γενικής ιατρικής, οικογενειακό ιατρό ή παθολόγο,
- 46,8% του πληθυσμού ήρθε σε επαφή με ιατρό άλλης ειδικότητας ή χειρουργό,
- 8,6% του πληθυσμού συνάντησε φυσικοθεραπευτή, κινησιοθεραπευτή και χειροπράκτη,
- και τέλος, το ποσοστό που χρησιμοποίησε ιατρονοσηλευτική ή άλλη φροντίδα κατ' οίκον ανήλθε σε 2,9% (ΕΛΣΤΑΤ, 2020).

2.6.1 Εξωτερικά ιατρεία

Τα Ε.Ι. των δημόσιων νοσοκομείων καταλαμβάνουν πρωταρχική θέση στην παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ., καλύπτουν όλες τις ειδικότητες και αποτελούν σημαντικό πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, κυρίως στις αστικές περιοχές (Οικονόμου, 2012, Πιερράκος κ.α., 2015). Συγκεκριμένα, το 44% του αριθμού των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων πραγματοποιείται στα Ε.Ι. (Ε.Ε.Μ.Υ.Υ., 2016). Διαχωρίζονται στα Α.Ε.Ι., στα οποία παρατηρείται υψηλή επισκεψιμότητα και στα Τ.Ε.Ι., τα οποία δεν επισκέπτονται συχνά οι ασθενείς, παρόλο που το κόστος είναι σημαντικά χαμηλότερο. Το κόστος που οφείλουν να πληρώνουν οι ασθενείς των Α.Ε.Ι. κυμαίνεται από 16 έως 72 ευρώ και πρέπει να καταβάλλεται άμεσα. Η τιμή αυτή εξαρτάται από τα προσόντα και τη θέση του ιατρού. Το συνολικό ποσό των εσόδων, που δημιουργούνται από τα ραντεβού των ασθενών στα Α.Ε.Ι., μοιράζεται κατά 40% στο νοσοκομείο και το προσωπικό και κατά 60% στους ιατρούς (Γείτονα κ.α., 2010, Πιερράκος κ.α., 2015). Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Πίνη κ.α. (2010), ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των

Τ.Ε.Ι. αποτελεί ο μεγάλος χρόνος αναμονής και οι υπέρογκες λίστες αναμονής, γεγονός που θα μπορούσε να αιτιολογήσει τη χαμηλότερη επισκεψιμότητα τους.

Οι υπηρεσίες των Ε.Ι. παρέχονται από ιατρούς του Ε.Σ.Υ., οι οποίοι εργάζονται σε διάφορα τμήματα του νοσοκομείου, ή από πανεπιστημιακούς ιατρούς (Γείτονα κ.α., 2010). Οι ιατροί που απασχολούνται στα Α.Ε.Ι., επιτελούν ιδιωτικό έργο, στη βάση προγραμματισμένων ραντεβού και αμειβόμενοι κατά πράξη, σε προκαθορισμένες τιμές που πλησιάζουν το μέσο όρο της αγοράς (Οικονόμου, 2012).

Η λειτουργία των Ε.Ι. στοχεύει στην εύρεση και τη θεραπεία της ασθένειας των επισκεπτών, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, χωρίς να χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο, ώστε να μην επιφορτίζονται τα νοσοκομειακά ιδρύματα. Ουσιαστικά, αποτελούν το συνδετικό κρίκο μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Οι βασικότερες και πιο κοινές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα Ε.Ι. των νοσοκομείων είναι οι εξής:

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| ➤ Ορθοπαιδική | ➤ Ψυχιατρική |
| ➤ Καρδιολογία | ➤ Οφθαλμιατρική |
| ➤ Ουρολογία | ➤ Χειρουργική |
| ➤ Παιδιατρική | ➤ Παθολογία |
| ➤ Οδοντιατρική | ➤ Μαιευτική |
| ➤ Ωτορινολαρυγγολογία | ➤ Γυναικολογία |

Οι κύριες λειτουργίες του τμήματος των Ε.Ι. ενός νοσοκομείου, αφορούν την υποδοχή των ασθενών στο χώρο, τις συζητήσεις των ασθενών με τους ιατρούς, την προσφορά συμβουλών και οδηγιών για τη σωστή τήρηση της θεραπείας και την ευκολότερη αντιμετώπιση της ασθένειας, τις διαγνωστικές υπηρεσίες, τις «*in vivo*» εργαστηριακές εξετάσεις, όπως τα σπινθηρογραφήματα, τα καρδιογραφήματα, τη μέτρηση του σφυγμού και της θερμοκρασίας, τις λήψεις δειγμάτων για «*in vitro*» εξετάσεις, δηλαδή τις εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε εργαστηριακές συνθήκες, έξω από τον οργανισμό του ασθενούς, όπως για παράδειγμα οι εξετάσεις αίματος και τέλος, τις μικρές επεμβάσεις (Σπυρόπουλος, 2015, Lipinski and Hopkins, 2004).

Ολοκληρώνοντας, πρέπει να σημειωθεί ότι ο χώρος των Ε.Ι. των νοσοκομειακών μονάδων πρέπει να είναι διαμορφωμένος με τέτοιο τρόπο, ώστε να παρέχεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς και ταυτόχρονα, να υπάρχει η δυνατότητα υποστήριξης των απαιτήσεων του ιδρύματος στο οποίο ανήκουν, όταν και αν αυτό χρειαστεί. Συγκεκριμένα, με τον κατάλληλο σχεδιασμό των Ε.Ι. εξασφαλίζεται η δυνατότητα μελλοντικής επέκτασης του τμήματος και αναδιάταξης των λειτουργιών του. Ως προς τον ασθενή, ο χώρος, στον οποίον βρίσκονται τα Ε.Ι., πρέπει να είναι ήσυχος, εύκολα προσβάσιμος και σωστά διαρρυθμισμένος, ώστε να μπορούν να προσέλθουν σε αυτόν τα άτομα με ειδικές ανάγκες (Σπυρόπουλος, 2015).

2.6.2 Ιδιωτικά ιατρεία

Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί ολοένα και αυξανόμενη χρήση του ιδιωτικού τομέα παροχής Π.Φ.Υ. στην ελληνική κοινωνία (Οικονόμου, 2012). Ο λόγος φαίνεται να είναι η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού και οι βελτιωμένες αντιλήψεις των πολιτών, όσον αφορά την πρόληψη των προβλημάτων υγείας, αλλά και η μεγαλύτερη ικανοποίηση που απολαμβάνουν, η οποία προκύπτει από την καλύτερη εξυπηρέτηση τους και κυρίως, την αποτελεσματικότερη λειτουργία των ιδιωτικών φορέων παροχής Π.Φ.Υ., συγκριτικά με το δημόσιο σύστημα (Πίνη κ.α, 2010, Μάνιου, 2009). Επιπλέον, ο μεγάλος αριθμός των ιατρών συμβάλλει στην αύξηση αυτή, μέσα από την ίδρυση πολλών ιδιωτικών ιατρείων, καθώς και το συνεχώς αναπτυσσόμενο ποσοστό πρωτοφανών νοσημάτων (Μάνιου, 2009, Οικονόμου, 2012).

Ειδικότερα, στην Ελλάδα, υπάρχουν περισσότερα από 22.000 ιδιωτικά ιατρεία, με ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων, περισσότερα από 13.000 ιδιωτικά οδοντιατρεία και περίπου 3.500 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Οι δύο μεγαλύτερες πόλεις της χώρας, η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη, συγκεντρώνουν την πλειοψηφία των διαγνωστικών κέντρων, με σύγχρονο εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας (Economidou, 2015). Σε αυτό το σημείο, πρέπει να διευκρινιστεί ότι ως ιδιωτικό ιατρείο ή οδοντιατρείο, ορίζεται ο χώρος, στον οποίο δε διατίθενται κλίνες νοσηλείας, όμως μπορούν να παρέχονται ιατρικές ή οδοντιατρικές υπηρεσίες από άτομα που διαθέτουν την κατάλληλη άδεια άσκησης του επαγγέλματος και την αντίστοιχη άδεια λειτουργίας ιατρείου (ΦΕΚ 70/Α/10-4-2001, 2001). Επιπρόσθετα, ο ιδιωτικός τομέας καταλαμβάνει κυρίαρχη θέση στην παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης, όπως οι φυσιοθεραπείες, αλλά και στην παροχή γηριατρικής φροντίδας.

Οι πάροχοι ιδιωτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι, κατά κύριο λόγο, συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους ασφαλισμένους πολίτες. Εκτός, όμως, από την ασφαλιστική κάλυψη, δίνεται η δυνατότητα στους ασθενείς να πραγματοποιούν πληρωμές, είτε με την απευθείας εξόφληση του ποσού στον επαγγελματία υγείας, είτε μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης (Οικονόμου, 2012).

Οι γιατροί της Π.Φ.Υ., που έχουν συνάψει σύμβαση με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., έχουν συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης και είναι υποχρεωμένοι να τηρούν ένα ανώτατο μηνιαίο όριο επισκέψεων. Ο αριθμός των επισκέψεων δεν πρέπει να ξεπερνάει τις 200 ανά μήνα. Η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση, τέθηκε σε εφαρμογή το 2014. Επίσης, έχει οριοθετηθεί και ο αριθμός των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που παρέχονται από τους ιδιώτες ιατρούς. Ωστόσο, το πλαφόν της συνταγογράφησης είναι πιο ευέλικτο, καθώς επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η ειδικότητα του ιατρού, το πλήθος των ασθενών, καθώς και η περιφερειακή ενότητα, στην οποία βρίσκεται το ιατρείο. Επομένως, οι πολίτες που είναι ασφαλισμένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καλύπτουν τις ιατροφαρμακευτικές τους ανάγκες σε ιατρούς που δεν έχουν υπερβεί τα προαναφερθέντα όρια, ή διαφορετικά, εξοφλώντας οι ίδιοι το κόστος (Economou et al., 2017).

3. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι ένα από τα πιο πολυσυζητημένα ζητήματα σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό αλλά και κρατικό πολιτικό επίπεδο (Busse et al., 2019). Ένας από τους κυριότερους λόγους είναι ότι με την πάροδο των χρόνων, παρατηρείται ολοένα και μεγαλύτερη ζήτηση ιατροφαρμακευτικής φροντίδας, αυξημένα κόστη και σημαντική έλλειψη πόρων. Επιπλέον, η ικανοποίηση των πολιτών, οι αντιλήψεις τους και η αφοσίωση τους στις μονάδες περίθαλψης, εξαρτάται άμεσα από το επίπεδο ποιότητας της υπηρεσίας που καταναλώνουν. Συνεπώς, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της επίτευξης των στόχων κάθε υγειονομικού συστήματος. Δικαιολογημένα, λοιπόν, καταλαμβάνει μία από τις πρώτες θέσεις στην πολιτική ατζέντα (Abbasi-Moghaddam et al., 2019).

Τα κράτη συνδέουν την ποιότητα στην υγεία με την προσφορά της φροντίδας ως κοινωνικό αγαθό, αλλά και με τη χρησιμοποίηση κατάλληλων πρακτικών και την αξιολόγηση των συνεπειών τους, με στόχο την αναγνώριση των προκλήσεων που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας κάθε χώρας. Στην Ευρώπη, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο συσχετίζει την ποιότητα υγείας με τις εύκολα προσβάσιμες υγειονομικές υπηρεσίες, με την κάλυψη υγείας όλων των πολιτών, με την ισότιμη πρόσβαση στις διάφορες δομές υγείας, καθώς και με την αλληλοϋποστήριξη. Επιπλέον, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή τονίζει (όπως αναφέρουν οι Busse et al., 2019), ότι η ποιοτική φροντίδα συμβάλλει στην αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας και δημιουργείται όταν παρέχεται εξατομικευμένη διαχείριση των προτιμήσεων και των αναγκών κάθε ασθενούς. Σε διεθνές επίπεδο, η έννοια της ποιότητας συμπληρώνεται, εκτός των προαναφερθέντων, με την οικονομική φύση της, η οποία αφορά την προσφορά ασφαλούς και κυρίως, αποκλειστικά της αναγκαίας φαρμακευτικής περίθαλψης και εμβολίων για το σύνολο του πληθυσμού, με στόχο τον περιορισμό της υπερκατανάλωσης και κατ' επέκταση, την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων (Busse et al., 2019).

3.1 Ορισμός

Ο όρος της ποιότητας στον τομέα της υγείας αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία έχει διαφορετική σημασία για τον κάθε άνθρωπο, όπως ακριβώς και η έννοια της υγείας που αναλύθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Ένας από τους λόγους που συντελεί στην ιδιαιτερότητα της έννοιας, είναι ότι το κάθε άτομο έχει διαφορετικές ανάγκες και προτιμήσεις και χρειάζεται ξεχωριστή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την

ικανοποίησή τους, γεγονός που οδηγεί στην πολυποίκιλη ερμηνεία της (Καλογερόπουλος και Χαραλάμπους, 2019). Επιπλέον, η σύνθετη φύση του όρου στηρίζεται στο ότι χρειάζεται να εμπλακούν πολλά άτομα, προκειμένου να παραχθούν, να προσφερθούν, αλλά και να καταναλωθούν οι υπηρεσίες υγείας (Θανασάς, 2019).

Με το πέρασμα των χρόνων, πολλοί ερευνητές επιχείρησαν να διατυπώσουν έναν ενιαίο και έγκυρο ορισμό της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Σημείο αναφοράς, στη διαμόρφωση των διαφόρων προσεγγίσεων, αποτέλεσε ο όρκος του Ιπποκράτη, ο οποίος είναι ένα διαχρονικό και χαρακτηριστικό παράδειγμα ηθικής, δεοντολογίας και καλής πρακτικής, που συστήθηκε κατά τα αρχαία χρόνια και στον οποίο έγινε η πρωταρχική αναφορά της έννοιας της ιατρικής φροντίδας.

Στη νεότερη εποχή, συγκεκριμένα κατά την περίοδο που διήρκησε ο Κριμαϊκός Πόλεμος, καταγράφηκε για πρώτη φορά, ο αριθμός των τραυματισμένων στρατιωτών και του ποσοστού θνησιμότητας τους από τη Florence Nightingale, η οποία θεωρείται η πρωτοπόρος της σύγχρονης νοσηλευτικής, με στόχο την αξιολόγηση του επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και κατ' επέκταση, τη διατύπωση ενός από τους πρώτους ορισμούς της (Θανασάς, 2019).

Αρκετά χρόνια αργότερα, μετά από πολύχρονη έρευνα, η οποία βασίστηκε στη συλλογή και την ανάλυση διαφορετικών προσεγγίσεων του όρου, ο Avedis Donabedian αναγνώρισε τους τρεις πυλώνες της ποιότητας υγείας (όπως επισημαίνουν οι Καλογερόπουλος και Χαραλάμπους, 2019, σ. 25 και ο Θανασάς, 2019, σ. 348), οι οποίοι είναι οι «σωστές δομές», οι «καλές πρακτικές» και τα «κατάλληλα αποτελέσματα». Το πρώτο στοιχείο αφορά τους ανθρώπινους και τους υλικούς πόρους, το δεύτερο τη λειτουργικότητα και την οργανωτικότητα της υγειονομικής μονάδας, ενώ το τρίτο περιλαμβάνει τις συνέπειες των δράσεων και των υπηρεσιών. Σύμφωνα με τον Ρίκο (2015), ο Donabedian επιχείρησε να ορίσει την υγειονομική ποιότητα, ως ένα γνώρισμα της περιθαλπτικής διαδικασίας, το οποίο συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας του ασθενούς και ταυτόχρονα, συμπεριλαμβάνει τα κόστη και τις ωφέλειες σε όλα τα στάδια της παρεχόμενης φροντίδας.

Αξιοσημείωτος είναι και ο ορισμός που δόθηκε από τον Π.Ο.Υ., σχετικά με την ποιότητα υγείας, ο οποίος επικεντρώθηκε στην καταλληλότητα του τρόπου που παρέχεται η φροντίδα, ώστε να χρησιμοποιούνται οι απαραίτητοι και μόνο πόροι και να ελαχιστοποιούνται οι σπατάλες, στις διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους που

μειώνουν το ρίσκο και είναι κλινικά αποδεδειγμένο ότι θα φέρουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία των πασχόντων, αλλά και στην ευθυγράμμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών με τα προσωπικά γνωρίσματα του κάθε ασθενούς (φύλο, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, εθνικότητα κ.α.), ώστε να επιτυγχάνεται η βέλτιστη κάλυψη των εξατομικευμένων αναγκών και προτιμήσεων του (WHO, 2006).

Σε μια πιο πρόσφατη ανασκόπηση του Mosadeghrad (2014), η υγειονομική ποιότητα ταυτίστηκε με έννοιες όπως η αριστεία, η αξία, η τήρηση των προτύπων και της επαγγελματικής δεοντολογίας, η εκπλήρωση των απαιτήσεων και των προσδοκιών των ασθενών, αλλά και η ικανοποίηση του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης. Ακόμη, η Αμερικάνικη Ιατρική Ένωση υποστήριξε (όπως αναφέρουν οι Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015), ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας, εντοπίζεται στις υπηρεσίες που λειτουργούν με κύριο γνώμονα τη συνεχή βελτίωση και προσδιορίζεται από ένα ευρύ φάσμα δράσεων, όπως για παράδειγμα ο εντοπισμός των νοσημάτων πριν αυτά εξελιχθούν σε προχωρημένο στάδιο και η αποτελεσματική επικοινωνία των υγειονομικών με τους ασθενείς, με στόχο την έγκαιρη και πλήρης ενημέρωσή τους.

Λαμβάνοντας υπόψιν τους παραπάνω ορισμούς, γίνεται παραδεκτό, ότι η υγειονομική ποιότητα μπορεί να διαχωριστεί σε 2 επιμέρους συνιστώσες, την τεχνική ποιότητα και τη λειτουργική ποιότητα. Η πρώτη αφορά όλες τις διαδικασίες, τις γνώσεις και τις ικανότητες του επαγγελματία υγείας ή διαφορετικά το κλινικό στοιχείο, ενώ η δεύτερη σχετίζεται με το μη κλινικό στοιχείο, δηλαδή οτιδήποτε έχει να κάνει με τον ασθενή, όπως οι επιθυμίες και αντιλήψεις του, το κοινωνικό ήθος και κυρίως, ο τρόπος αλληλεπίδρασης του ιατρού με αυτόν (Abbasi-Moghaddam et al., 2019, Μινάκη, Σαμόλη και Θεοδώρου, 2012).

Τέλος, η ποιότητα στον χώρο της υγείας βασίζεται σε ένα πλήθος συντελεστών, οι οποίοι ορίστηκαν με απλούς όρους από τον Donabedian (όπως επισημαίνεται από τις Κουκουφιλίππου κ.α., 2017, σ. 330 και Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015, σ. 109) και είναι η ισότιμη κατανομή των πόρων και των ωφελημάτων («*equity*»), η κλινική αποτελεσματικότητα («*efficacy*»), η αποτελεσματικότητα («*effectiveness*») η αποδεκτικότητα («*acceptability*»), η βελτιστότητα («*optimality*»), η αποδοτικότητα («*efficiency*»), το κόστος («*cost*») και η νομιμότητα («*legitimacy*»).

3.2 Διαστάσεις και χαρακτηριστικά της ποιότητας στον τομέα της υγείας

Εκτός από τις προαναφερθέντες προσεγγίσεις για τον ορισμό της ποιότητας, πολλοί επιστήμονες προσπάθησαν να προσδιορίσουν τις διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Μεταξύ άλλων, σημαντική αποτέλεσε η μελέτη των Parasuraman et al. (1985), κατά την οποία αναλύθηκαν οι παρακάτω συνιστώσες και στην οποία βασίστηκαν αρκετές μεταγενέστερες έρευνες.

- «*Ανταπόκριση*»: Η θέληση και η ταχύτητα των διαφόρων επαγγελματιών υγείας να παρέχουν τις υπηρεσίες τους και να καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών άμεσα και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή.
- «*Επαγγελματική επάρκεια*»: Η δια βίου εκπαίδευση, η εμπειρία και η τήρηση της ιατρικής δεοντολογίας, με στόχο την ανάπτυξη και την ενίσχυση των δεξιοτήτων και των γνώσεων του υγειονομικού προσωπικού.
- «*Αξιοπιστία*»: Η παροχή των υποσχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς, την κατάλληλη στιγμή και με το σωστό τρόπο.
- «*Ασφάλεια*»: Ο περιορισμός των λαθών και των αναποτελεσματικών μεθόδων και η αποτροπή κάθε σωματικής και ψυχικής βλάβης του ασθενούς, με στόχο την εξάλειψη της αμφιβολίας.
- «*Εμπιστευτικότητα*»: Η αντίληψη των ασθενών σχετικά με μια υπηρεσία, η οποία επηρεάζεται από τα γνωρίσματα και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, αλλά και από τη φήμη που έχει η συγκεκριμένη υπηρεσία ή η μονάδα παροχής της.
- «*Εμφανή χαρακτηριστικά*»: Η εικόνα του προσωπικού, ο τεχνολογικός εξοπλισμός, οι χώροι αναμονής και εξέτασης, καθώς και οι υποδομές του κτιρίου.
- «*Ευγένεια*»: Η συμπεριφορά και η στάση του νοσηλευτικού, ιατρικού, διοικητικού και τεχνικού προσωπικού απέναντι στον πελάτη, λαμβάνοντας υπόψιν και τον κώδικα ενδυμασίας, σκοπεύοντας στη δημιουργία ενός φιλικού περιβάλλοντος για τον ασθενή.
- «*Επικοινωνία*»: Η χρήση κατανοητού λεξιλογίου, ανάλογα με τη ταυτότητα του ασθενούς, προκειμένου να λάβει την απαραίτητη πληροφόρηση, σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και την προτεινόμενη θεραπεία.
- «*Η γνωριμία με τον ασθενή*»: Η προθυμία του προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού) να έρθει κοντά με τον ασθενή, ώστε να γνωρίσει τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του και να του παρέχει τις κατάλληλες, για αυτόν, υπηρεσίες.

- «Προσβασιμότητα»: Η ευκολία πρόσβασης του ασθενούς στη μονάδα παροχής υπηρεσιών και η απλοποίηση της επαφής με τον επαγγελματία υγείας.

Επιπλέον, σε μια διαφορετική προσέγγιση σχετικά με την αποσαφήνιση των διαστάσεων της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, αναφέρθηκαν οι εξής:

- ✓ Η «καταλληλότητα»: Η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αξιοποιώντας τις γνώσεις και τις ικανότητες των επαγγελματιών υγείας και πάντοτε σύμφωνα με τις υγειονομικές ανάγκες του πελάτη.
- ✓ Η «διαθεσιμότητα»: Η ικανότητα να παρέχεται φροντίδα στον ασθενή, όποτε αυτός τη χρειάζεται, χωρίς να δημιουργούνται μεγάλοι χρόνοι αναμονής.
- ✓ Η «συνέχεια»: Ο συντονισμός μεταξύ των οργανισμών και των ιατρών, έτσι ώστε να υπάρχει διαχρονικά σωστή και αποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία των διαδικασιών παροχής φροντίδας.
- ✓ Η «αποτελεσματικότητα»: Η χρήση κλινικά αποδεδειγμένων ιατρικών μεθόδων, πόρων και γνώσεων, με μοναδικό σκοπό τη βελτιστοποίηση του επιπέδου υγείας των ασθενών.
- ✓ Η «αποδοτικότητα»: Η επιδίωξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων, με τη χρησιμοποίηση όσο το δυνατόν λιγότερων πόρων.
- ✓ Ο «σεβασμός και η φροντίδα»: Οι επαγγελματίες υγείας να λαμβάνουν υπόψιν τις εξατομικευμένες προτιμήσεις του ασθενούς και να προσπαθούν να ικανοποιήσουν την οποιαδήποτε προσδοκία του, να τον αντιμετωπίζουν με αξιοπρέπεια και να τον αφήνουν να εκφράσει τη γνώμη του, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο ένα επικοινωνιακό και φιλικό κλίμα (Ρίκος, 2015).

Συνοψίζοντας, η εφαρμογή των διαστάσεων της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, δημιουργεί συγκεκριμένες ωφέλειες για τον ασθενή, τον προμηθευτή υγείας, τη μονάδα παροχής υπηρεσιών, αλλά και το ίδιο το κράτος. Πιο συγκεκριμένα, με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, μειώνεται ο χρόνος νοσηλείας, με αποτέλεσμα ο ασθενής να διακατέχεται από καλή διάθεση και ψυχολογία, η οποία είναι πολύ πιθανό να τον οδηγήσει στη ταχύτερη αντιμετώπιση της ασθένειάς του. Επιπλέον, περιορίζονται οι αργοπορημένες ή οι λανθασμένες θεραπείες, ενώ ενισχύεται η γρήγορη αναγνώριση και η διαχείριση των νοσημάτων. Συνεπώς, τα έξοδα του ασθενούς ελαττώνονται, ενώ παράλληλα έχει καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία του. Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, το κέρδος αντικατοπτρίζεται στην ικανοποίηση που λαμβάνουν

από το προσφερόμενο έργο τους και στην ηθική ανταμοιβή από την κοινωνία. Σχετικά με τις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, τα πλεονεκτήματα είναι κυρίως χρηματικά, γιατί εξοικονομούνται οικονομικοί πόροι και μειώνεται το λειτουργικό κόστος, εξαιτίας των έγκαιρων θεραπευτικών αγωγών (Κουκουφιλίππου κ.α., 2017, Μπαλάσκα και Μπιτσώνη, 2015). Ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα υγείας, η ποιότητα συμβάλλει στη δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και κατ' επέκταση στην επιβίωση των ιδιωτικών μονάδων (Zarei et al., 2012). Τέλος, σε κρατικό επίπεδο, τα αποτελέσματα φαίνονται μέσα από την υψηλότερη επίδοση του συστήματος υγείας, αλλά και από την αύξηση του ποσοστού των ικανοποιημένων ασθενών (Κουκουφιλίππου κ.α., 2017, Μπαλάσκα και Μπιτσώνη, 2015).

3.3 Δείκτες μέτρησης της ποιότητας υγείας

Ο έλεγχος του επιπέδου της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί ένα ζήτημα πρωταρχικής σημασίας για τις μονάδες περίθαλψης, διότι παρέχει πληροφορίες σχετικά με το βαθμό ικανοποιημένων ασθενών, την προθυμία τους να ξαναχρησιμοποιήσουν την ίδια υπηρεσία, αλλά και τον εντοπισμό και την εξάλειψη λαθών και αδυναμιών (Abbasi-Moghaddam et al., 2019).

Ένας τρόπος, με τον οποίο μπορεί να μετρηθεί η ποιότητα υγείας, είναι η χρησιμοποίηση συγκεκριμένων δεικτών. Οι δείκτες είναι ένα εργαλείο, το οποίο είναι δυνατό να αξιολογήσει τη λειτουργία μιας υπηρεσίας, ενός τμήματος ή μιας ολόκληρης μονάδας υγείας. Συγκεκριμένα, παρέχουν κατάλληλη ενημέρωση, σχετικά με τις αδυναμίες ή τα δυνατά σημεία του αντικειμένου που μελετούν και αποτελούν το κυριότερο μέσο για την πραγματοποίηση συγκρίσεων με αναγνωρισμένες καλές πρακτικές και πρότυπα (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012). Πρέπει να σημειωθεί ότι οι μεταβλητές που μελετούν οι δείκτες, πρέπει να είναι μετρήσιμες, σωστά διατυπωμένες, ώστε να είναι κατανοητές και ταυτόχρονα, να έχει οριοθετηθεί ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, στο οποίο πραγματοποιούνται οι μετρήσεις (Kavanagh et al., 2009).

Οι δείκτες υγειονομικής ποιότητας κατηγοριοποιούνται σε τρεις ομάδες, οι οποίες βασίζονται στη θεωρία του Donabedian που αναλύθηκε προηγουμένως. Στην πρώτη ομάδα, ανήκουν οι δείκτες δομής, οι οποίοι αξιολογούν όλες τις απαραίτητες ενέργειες που χρειάζεται να πραγματοποιηθούν και τις υλικοτεχνικές υποδομές που θα χρησιμοποιηθούν, προκειμένου να παραχθεί μια υπηρεσία υγείας. Ουσιαστικά,

εξετάζουν την τήρηση των προδιαγραφών των συντελεστών της παραγωγικής διαδικασίας, δηλαδή το ανθρώπινο δυναμικό, τον τεχνολογικό εξοπλισμό και τις κτιριακές εγκαταστάσεις. Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τους δείκτες διαδικασίας, οι οποίοι μελετούν τον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τέλος, οι δείκτες αποτελέσματος επεξεργάζονται στοιχεία που αφορούν τις θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις που προκαλούνται από τις προσφερόμενες υπηρεσίες, τόσο στον ίδιο τον ασθενή, όσο και στο κοινωνικό σύνολο (Ζέρβας, 2020). Ωστόσο, η τελευταία κατηγορία δεικτών εξαρτάται άμεσα και από άλλα στοιχεία που σχετίζονται με τη ζωή των ανθρώπων, όπως οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες διαβίωσης, η ηλικία και οι συνήθειες τους (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Οι πιο γνωστοί δείκτες που μετρούν την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα ανά ομάδα.

Πίνακας 2. Δείκτες μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Δείκτες Δομής	Δείκτες Διαδικασίας	Δείκτες αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Εγκαταστάσεις (εύκολη πρόσβαση, προστατευμένοι, ασφαλείς, καθαροί, λειτουργικοί χώροι, ευρύχωρες αίθουσες) Τεχνολογικές και ιατρικές υποδομές, τήρηση προδιαγραφών Δια βίου εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας Διοίκηση, τμηματοποίηση προσωπικού Μηχανισμοί πληρωμών Αναλογία αριθμού επαγγελματιών υγείας/ ασθενών 	<ul style="list-style-type: none"> Συχνότητα μηχανημάτων εκτός λειτουργίας/ έτος Αρτιότητα του φακέλου με το ιστορικό του ασθενούς, σχολαστικότητα κάρτας θεραπείας Συνεργασία τμημάτων και υπηρεσιών Χρόνος αναμονής Αριθμός ασθενών που εξυπηρετούνται / ώρα Εφαρμογή προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας Κόστος / αποδοτικότητα Διαπροσωπικές σχέσεις 	<ul style="list-style-type: none"> Ποσοστό επιβίωσης/ κατηγορία νόσου Διάστημα ελεύθερο νόσου Διάστημα ελεύθερο υποτροπής νόσου Τοξικότητα (πρώιμη, όψιμη) Ποιότητας ζωής Κόστος/ Αποτελεσματικότητα Ικανοποίηση ασθενών

Από τον πίνακα 2. και σύμφωνα με τον Donabedian (1988), φανερόνεται η άμεση συσχέτιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών, μέσω του τελευταίου δείκτη της τρίτης στήλης. Ειδικά, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες, που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη της ποιότητας σε μια υγειονομική υπηρεσία (Παπαγιαννοπούλου κ.α., 2008). Αναλυτικότερα θα αναφερθούμε σε επόμενο κεφάλαιο.

3.4 Η ποιότητα στις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ.

Η ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας αξιολογείται μέσα από την εκτίμηση συγκεκριμένων δεικτών (π.χ. η καλή ποιότητα ζωής, ο περιορισμός των λαθών και των επιπλοκών στις κλινικές πράξεις, η ελάττωση του κόστους, η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής, η ικανοποίηση των ασθενών κ.α.). Πρέπει να σημειωθεί ότι το κόστος, εκτός από την οικονομική ερμηνεία του, αφορά και οποιαδήποτε άλλη μορφή ζημίας, όπως για παράδειγμα τη δημιουργία ανάγκης επιπρόσθετων ιατρικών παρεμβάσεων, την απώλεια της ικανότητας του ατόμου να εργαστεί ή την αναπηρία για μεγάλο χρονικό διάστημα (Τατσιώνη κ.α., 2015).

Σύμφωνα με έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα για την εκτίμηση της ποιότητας στην Π.Φ.Υ., από τον Ραφτόπουλο (2002), εντοπίστηκαν συγκεκριμένα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών, τα οποία μεταφράστηκαν από την πλευρά των καταναλωτών υγείας ως ποιοτικά. Αναλυτικά, ο ασθενής αναγνωρίζει την ποιότητα, όταν αισθάνεται ότι εμπιστεύεται και νιώθει άνετα να εκφραστεί στον επαγγελματία υγείας, το οποίο αίσθημα εξαρτάται τόσο από τις τεχνικές δεξιότητες, όσο και από τη συμπεριφορά του ιατρού, όταν το περιβάλλον του ιατρείου είναι καθαρό, αλλά και όταν νιώθει ότι τον σέβονται και τον αντιμετωπίζουν με αξιοπρέπεια. Επίσης, σημαντικό χαρακτηριστικό αποτελεί ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός, προκειμένου να παρέχει την κατάλληλη ενημέρωση για τη ιατροφαρμακευτική αγωγή που θα ακολουθήσει ο ασθενής.

Μια ακόμη μελέτη, των Crossland et al. (2014), έδειξε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. συνδέεται άρρηκτα, εκτός από τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά, με τη σωστή καθοδήγηση του ασθενούς, με την ατμόσφαιρα του χώρου εξέτασης, με την αποδοτικότητα της θεραπείας, με την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του πάσχοντος και του ιατρού, με τη δια βίου εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και με την προσφορά φροντίδας, ως μια διαδικασία συνεχούς βελτίωσης. Επιπλέον,

αναφέρθηκε πως η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών εξαρτάται άμεσα από το αν συμμετέχουν ενεργά όλοι οι επαγγελματίες υγείας στην παροχή φροντίδας. Τέλος, από τα ευρήματα της έρευνας των Papp et al. (2014), στην οποία συμμετείχαν επτά ευρωπαϊκές χώρες, προέκυψε ότι καθοριστικό ρόλο έχει η δίκαιη αντιμετώπιση των ασθενών, το είδος των ιατρικών μεθόδων, η ευκολία πρόσβασης, το μέσο διάστημα αναμονής και το στοιχείο της καταλληλότητας, μέσω της συνέχειας και του συντονισμού των διαφόρων δράσεων, της επάρκειας των δεξιοτήτων και των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας, αλλά και της ενσυναίσθησης. Πρέπει να σημειωθεί ότι και στις δύο έρευνες δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη διαμόρφωση του συστήματος της Π.Φ.Υ. με επίκεντρο τον τελικό αποδέκτη των υπηρεσιών, καθώς αυτή η ιδιότητα αυξάνει σημαντικά το επίπεδο της αντιλαμβανόμενης ποιότητας από την πλευρά του ασθενούς (Crossland et al., 2014, Papp et al., 2014).

4. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τις τελευταίες δεκαετίες, ο μεγάλος ανταγωνισμός στο χώρο της υγείας έχει αποτελέσει κινητήρια δύναμη για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Ο στόχος είναι η βελτίωση της επίδοσης των μονάδων υγείας, δίνοντας τη δυνατότητα στους καταναλωτές των υγειονομικών υπηρεσιών να εκφέρουν τις απόψεις τους και να τονίσουν τους προβληματισμούς τους, συμμετέχοντας, με αυτόν τον τρόπο, στην παραγωγή των υπηρεσιών (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Η μεγάλη σημασία της έννοιας, αιτιολογείται από το γεγονός ότι ο υγειονομικός χώρος χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο, από κρατικά κονδύλια, αλλά και από το ότι η αποδοτικότητα και η ανάπτυξη των υπηρεσιών και των προϊόντων οποιοδήποτε χώρου, εξαρτάται άμεσα από την έρευνα του καταναλωτικού κοινού. Στην προκειμένη περίπτωση, οι καταναλωτές είναι οι ασθενείς. Επιπλέον, η ικανοποίηση στο χώρο της υγείας προσδιορίζει τη συμμόρφωση του ασθενούς με την κλινική θεραπεία, που σημαίνει ότι βελτιώνεται η υγεία του πληθυσμού, άρα επιτυγχάνονται οι επιθυμητοί στόχοι των υγειονομικών συστημάτων (Evason and Whittington, 1997).

Μία από τις δημοφιλέστερες και κυριότερες αναφορές της έννοιας της ικανοποίησης των ανθρώπων, εντοπίζεται στην πυραμίδα ιεράρχησης των αναγκών, από το διάσημο ψυχολόγο Maslow. Στο συγκεκριμένο μοντέλο, οι ανάγκες ταξινομούνται ιεραρχικά σε πέντε ομάδες ανάλογα με το βαθμό σημαντικότητάς τους (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014). Σύμφωνα με τον Maslow, όπως αναφέρουν οι Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος (2013), στο πρώτο επίπεδο ξεκινώντας από κάτω προς τα πάνω, ανήκουν οι βιολογικές ανάγκες, οι οποίες είναι απαραίτητες, προκειμένου το άτομο να μπορεί να επιβιώσει, όπως για παράδειγμα ο ύπνος και το φαγητό. Στο δεύτερο επίπεδο ανήκουν οι ανάγκες ασφαλείας, δηλαδή η επιθυμία του ατόμου να αισθάνεται σίγουρο και προστατευμένο, μέσω της εξάλειψης του άγχους, της ανησυχίας και του φόβου. Το τρίτο στάδιο περιλαμβάνει τις κοινωνικές ανάγκες, οι οποίες αφορούν την επιθυμία του ατόμου να ανήκει σε μια ομάδα, την ανάγκη για αγάπη και επικοινωνία, αλλά και τη δημιουργία κοινωνικών δεσμών. Οι ανάγκες αυτοεκτίμησης βρίσκονται στο τέταρτο στάδιο, οι οποίες αφορούν την ανάγκη του ατόμου να το σέβονται και να το εκτιμούν και παράλληλα, περιλαμβάνουν τη σημασία του κύρους και της φήμης. Στο πέμπτο και τελευταίο επίπεδο, ανήκουν οι ανάγκες αυτό-ολοκλήρωσης, οι οποίες σχετίζονται με τη μέγιστη δυνατή αυτό-ανάπτυξη του ατόμου.

Η ιεράρχηση των αναγκών από τον Maslow, δε συνδέεται απόλυτα με την έννοια της ικανοποίησης στο χώρο της υγείας. Ωστόσο, αποτελεί ένα βασικό βοήθημα για τους υπεύθυνους του τμημάτων marketing του υγειονομικού τομέα, προκειμένου να κατανοήσουν και να αξιολογήσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις ανάγκες των ασθενών, αλλά και να προσδιορίσουν το επίπεδο στο οποίο αυτές ικανοποιούνται (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας δείκτης αποτελέσματος, με τον οποίο εκτιμάται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012). Συγκεκριμένα, η μέτρηση του δείκτη φανερώνει την αποτελεσματικότητα των υγειονομικών ενεργειών, εντοπίζει τυχόν προβλήματα και συνεισφέρει στη διεξαγωγή διορθωτικών προτάσεων για την αντιμετώπιση τους (Abera et al., 2017). Επιπρόσθετα, αποτελεί ένα μέσο υποστήριξης για τα διοικητικά στελέχη των μονάδων υγείας, ώστε να πάρουν τις κατάλληλες αποφάσεις και παράλληλα, συμβάλλει στο σχεδιασμό καλών στρατηγικών.

Ιδιαίτερα στην ιδιωτική περίθαλψη, ο δείκτης της ικανοποίησης βοηθάει στην προώθηση των υπηρεσιών, στη διατήρηση αλλά και στην προσέλκυση νέων πελατών-ασθενών (marketing), καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να επιλέξουν ξανά την ίδια μονάδα φροντίδας, εφόσον τους παρουσιαστεί η ανάγκη, αλλά και να προωθήσουν τις υπηρεσίες της στα κοντινά τους πρόσωπα (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014). Ουσιαστικά, η φιλοσοφία του marketing στο χώρο της υγείας στοχεύει στην αναγνώριση των προτιμήσεων και των αναγκών των ασθενών, αλλά και των εμπειριών που διαμορφώνονται από την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, ώστε να καθοριστούν τα χαρακτηριστικά εκείνα που αυξάνουν το καταναλωτικό κοινό. Επομένως, η διερεύνηση του συγκεκριμένου δείκτη συνεισφέρει στην επίτευξη των βασικότερων στόχων του (Santos de Almeida, Bourliataux-Lajoinie and Martins, 2015).

Τέλος, μια ακόμα απόπειρα αποσαφήνισης της έννοιας, πραγματοποιήθηκε από τους Bond and Thomas (1992), οι οποίοι υποστήριξαν ότι ο δείκτης της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα εργαλείο, που χρησιμοποιείται με σκοπό να προσδιοριστεί ο θετικός ή ο αρνητικός αντίκτυπος των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς, αλλά και ο βαθμός στον οποίο καλύπτονται οι ανάγκες τους.

4.1 Ορισμός

Αρχικά, ο όρος της ικανοποίησης των ασθενών προσδιορίστηκε ως «*η στάση απέναντι στους ιατρούς και την ιατρική φροντίδα*» (Hulca et al., 1970, p. 429). Ο συγκεκριμένος ορισμός, αφορούσε την αξιολόγηση της διαδικασίας περίθαλψης, δηλαδή τις υπηρεσίες που παρέχονται από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο εμπλέκεται στην παροχή τους, από την πλευρά των πασχόντων.

Ωστόσο, κάποια χρόνια αργότερα, σύμφωνα με τον Singh (1989), αναδείχθηκαν τρεις διαφορετικές ερμηνείες της έννοιας. Στην πρώτη ερμηνεία τονίστηκε ότι η ικανοποίηση δεν εξαρτάται αποκλειστικά και μόνο από τη διαδικασία παροχής φροντίδας, αλλά και από τις συνθήκες με τις οποίες αυτή παρέχεται. Υπογραμμίστηκε ότι η ικανοποίηση αντιπροσωπεύεται από την αντίληψη του ασθενούς, σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνει και με διαφορετικό τρόπο σε κάθε συνάντηση του με τον επαγγελματία υγείας. Επομένως, η έννοια της ικανοποίησης δεν είναι ένα στατικό αποτέλεσμα αλλά ένας δυναμικός δείκτης που εναλλάσσεται στο χρόνο. Στη δεύτερη ερμηνεία, δόθηκε έμφαση στα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών που είναι υπεύθυνα για την προσφορά ικανοποίησης στον πελάτη - ασθενή. Επιπλέον, διακρίθηκαν δυο διαστάσεις της έννοιας, η συναισθηματική, η οποία αφορά τις μη επιβεβαιωμένες προσδοκίες του ασθενούς και η γνωστική, η οποία σχετίζεται με τις προσδοκίες που έχουν δημιουργηθεί από προηγούμενη χρήση των υπηρεσιών, δηλαδή μέσω της εμπειρίας. Στην τρίτη και τελευταία ερμηνεία, αναφέρθηκε ότι ο ορισμός της ικανοποίησης δεν πρέπει να σχετίζεται μόνο με την ποιότητα και με τα κλινικά αποτελέσματα, αλλά και με άλλες παραμέτρους, διότι σε αρκετές έρευνες έχει αποδειχθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό των καταναλωτών των υπηρεσιών ήταν δυσαρεστημένο, αν και η παρεχόμενη φροντίδα είχε επιδράσει θετικά στην υγεία του.

Επιπλέον, αξιοπρόσεκτος είναι και ο ορισμός του Donabedian (όπως επισημαίνεται από τους Μινάκη, Σαμόλη και Θεοδώρου, 2012), κατά τον οποίο, η ικανοποίηση του πάσχοντος είναι η άποψη που διαμορφώνει από την κατανάλωση των υπηρεσιών, η οποία προκύπτει ως συνδυαστικό αποτέλεσμα των προσδοκιών, των αξιών και των 'πιστεύω' του.

Τέλος, ο Evrard Yves υποστήριξε, όπως αναφέρουν οι Santos de Almeida, Bourliataux-Lajoinie and Martins (2015), ότι η ικανοποίηση ορίζεται ως μια ψυχολογική κατάσταση, που δημιουργείται μετά την αγορά και τη χρησιμοποίηση μιας υπηρεσίας,

ανάλογα με το διαμορφωμένο πρότυπο του κάθε ασθενούς. Ενώ σύμφωνα με τον Oliver (1980), η ικανοποίηση εμφανίζεται από τη σύγκριση των προσδοκιών και των αντιλήψεων που σχηματίζονται από την κατανάλωση μιας υπηρεσίας υγείας, λαμβάνοντας υπόψιν το χαρακτηριστικό της υποκειμενικότητας.

Συνοψίζοντας, στις αναλύσεις των ανωτέρω προσεγγίσεων, γίνεται συχνή αναφορά στη συσχέτιση της έννοιας της προσδοκίας με την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών. Πρέπει να σημειωθεί, ότι αν και υπάρχει άρρηκτη σχέση ανάμεσα σε αυτούς τους δύο όρους, οι προσδοκίες και τα πρότυπα με τα οποία συγκρίνει ο ασθενής τη φροντίδα υγείας που του παρέχεται συνεχώς εξελίσσονται, παρόλο που τις περισσότερες φορές οι διαδικασίες στις υγειονομικές μονάδες είναι τυποποιημένες. Επομένως, από τη μία οι μεταβλητές της ικανοποίησης είναι αντικειμενικές, από την άλλη η αξιολόγηση τους είναι πάντοτε υποκειμενική (Goldstein, Elliott and Guccione, 2000).

4.2 Μεταβλητές ικανοποίησης των ασθενών

Η παραπάνω θεωρία ήταν ευθυγραμμισμένη με τη θεωρία των Wringlesworth και Williams (1975), οι οποίοι τόνισαν την υποκειμενική φύση της ικανοποίησης και υποστήριξαν ότι στο χώρο της υγείας, μεταφράζεται διαφορετικά από τον κάθε άνθρωπο. Κάποιοι είναι υψηλά ικανοποιημένοι όταν είναι ευτυχισμένοι, άλλοι όταν αισθάνονται ασφαλείς, ενώ, άλλοι όταν νιώθουν εμπιστοσύνη απέναντι στον προμηθευτή υπηρεσιών υγείας που έχουν απευθυνθεί. Ως εκ τούτου, η υποκειμενικότητα είναι ένα σημαντικό ζήτημα. Για αυτόν το λόγο, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες, προκειμένου να καθοριστούν οι μεταβλητές που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης και μπορούν να αξιολογηθούν από τον κάθε ασθενή, ανεξάρτητα από το μορφωτικό του επίπεδο και την κοινωνία στην οποία ζει.

Μια από τις πρώτες μελέτες που ασχολήθηκαν με τον προσδιορισμό των παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών, αποτέλεσε η έρευνα των Ware and Snyder (1975), από την οποία προέκυψαν οι εξής:

- Οι περιβαλλοντικές συνθήκες
- Η προσβασιμότητα
- Οι ιατροφαρμακευτικές μέθοδοι
- Ο τρόπος αλληλεπίδρασης ιατρού - ασθενούς
- Η συνοχή

- Η διαθεσιμότητα
- Τα αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας
- Το κόστος των υπηρεσιών και ο μηχανισμός πληρωμής

Λίγα χρόνια αργότερα, οι Abramowitz, Cote and Berry (1987), έδωσαν τη δική τους εκδοχή, σχετικά με τον καθορισμό των περιοχών ικανοποίησης στην υγειονομική περίθαλψη, οι οποίοι ανέδειξαν τις παρακάτω κατηγορίες:

- Συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας
- Συνολική ικανοποίηση από τη συμμετοχή του βοηθητικού και του νοσηλευτικού προσωπικού
- Συνολική ικανοποίηση από την παροχή επαρκούς ενημέρωσης, από όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας, σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης της νόσου
- Η ένταση των θορύβων στους διάφορους χώρους
- Η ποιότητα του προσφερόμενου φαγητού
- Το καθαρό περιβάλλον
- Οι υπηρεσίες σχετικά με τη συνοδεία και τη μεταφορά των πασχόντων
- Οι διαμορφωμένες προσδοκίες των ασθενών για την ποιότητα

Στη συνέχεια ο ερευνητής Fitzpatrick (1991), υποστήριξε ότι πρέπει να μελετώνται και να αξιολογούνται οι παρακάτω διαστάσεις των διαδικασιών παροχής φροντίδας, προκειμένου να διεξάγονται σαφή αποτελέσματα για την ικανοποίηση των πασχόντων:

- Η ευγένεια
- Οι κτιριακές υποδομές και ο τεχνολογικός εξοπλισμός
- Η οικονομική προσιτότητα
- Η ποιότητα
- Η επάρκεια
- Η συνέχεια
- Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες
- Το κλινικό αποτέλεσμα
- Η πρόσβαση
- Η αναγνώριση και ο κατάλληλος χειρισμός των ψυχολογικών προβλημάτων

Τέλος, ακόμα μία προσέγγιση σχετικά με τους τομείς ικανοποίησης, αποτέλεσαν τα ευρήματα της έρευνας των Carey and Seibert (1993), οι οποίοι έδωσαν έμφαση σε οχτώ παράγοντες που σχετίζονται με:

- Τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, αλλά και των ατόμων που δε συμμετέχουν στη διαδικασία περίθαλψης (π.χ. διοικητικό προσωπικό)
- Την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα (π.χ. μεταχείριση των ασθενών ως άνθρωποι και όχι ως ασθένεια, γρήγορη ανταπόκριση στο κουμπί καλέσματος)
- Τις παρεχόμενες υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας
- Το φαγητό (π.χ. θερμοκρασία, χρόνος παράδοσης, ποικιλία επιλογών στα μενού)
- Την κάλυψη θρησκευτικών αναγκών
- Τις εκβάσεις της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (π.χ. ο πόνος, η αντιμετώπιση της ασθένειας, η προετοιμασία των ασθενών για τη φροντίδα στο σπίτι και την ενημέρωση για τις ανάγκες που θα έχουν στην καθημερινότητα τους, μετά την εξαγωγή από το νοσηλευτικό ίδρυμα)
- Το καθαρό και άνετο περιβάλλον
- Το σύστημα εισαγωγών / εξαγωγών και το σύστημα πληρωμών

4.2.1 Παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών στην Π.Φ.Υ.

Αναφορικά με την Π.Φ.Υ., μια από τις σημαντικότερες έρευνες που επιχείρησαν να αναδείξουν τα κριτήρια ικανοποίησης των ασθενών της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αποτέλεσε η μελέτη του Baker (1991), σύμφωνα με την οποία, τα κριτήρια αυτά κατατάχθηκαν σε τέσσερις βασικές κατηγορίες:

- Στη συνολική ικανοποίηση από τη συνεδρία με τον επαγγελματία υγείας
- Στα γνωρίσματα του επαγγελματία υγείας (π.χ. προσιτότητα, εμπιστοσύνη, ενδιαφέρον, κατανόηση, επαγγελματικότητα)
- Στη δημιουργία ουσιαστικών δεσμών ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό
- Στο χρόνο που αφιερώνει ο ιατρός στον ασθενή και στη λαμβάνουσα προσοχή

Λίγα χρόνια αργότερα, η συστηματική ανασκόπηση των Wensing et al. (1998), αποτέλεσε σημείο αναφοράς για τον προσδιορισμό των μεταβλητών ικανοποίησης στην Π.Φ.Υ.. Η μελέτη έλαβε χώρα κατά τα έτη 1966 – 1995 και βασίστηκε στην ανάλυση 19 δημοσιευμένων ερευνών, αλλά και της βιβλιογραφίας. Από τα ευρήματα, προέκυψε ότι πρωταρχικό ρόλο έχει η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και η

ενσυναίσθηση, η οποία ανήλθε σε ποσοστό 86% στις έρευνες που τη συμπεριέλαβαν. Τη δεύτερη θέση κατέκτησε η ακρίβεια και οι ικανότητες του επαγγελματία υγείας, με 64%, έπειτα ακολούθησε η δυνατότητα των ασθενών να συμμετέχουν στις αποφάσεις, με 63% και τέλος, ο χρόνος που διαθέτει ο επαγγελματίας υγείας, καθώς και η διαθεσιμότητα- προσβασιμότητα με ποσοστό 60%. Τις επόμενες θέσεις κατέλαβαν λιγότερο σημαντικά χαρακτηριστικά των διαδικασιών φροντίδας, όπως οι χρόνοι αναμονής, οι συμβουλευτικές υπηρεσίες, η ιδιωτικότητα κ.α..

4.2.2 Η ικανοποίηση των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, τα Ε.Ι. των νοσοκομείων, αποτελούν μία από τις συχνότερα επισκεπτόμενες μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επομένως, οι έρευνες της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών αποτελούν ένα ζήτημα πρωταρχικής σημασίας, προκειμένου να αναπτυχθούν κατάλληλες πολιτικές υγείας με στόχο την αναβάθμιση του συστήματος Π.Φ.Υ. της χώρας (Πιερράκος κ.α., 2013, Πιερράκος κ.α., 2015).

Σύμφωνα, με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα, των Γούλα κ.α. (2019) και των Πιερράκου κ.α. (2015), οι τέσσερις πυλώνες γύρω από τους οποίους χτίζεται η ικανοποίηση των εξωτερικών ασθενών είναι:

- Τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού (π.χ. εμπιστοσύνη, ασφάλεια, στήριξη, ευγένεια, εγρήγορση, προθυμία κ.α.)
- Ο εξοπλισμός και οι υλικοτεχνικές υποδομές (π.χ. καθαριότητα, θερμοκρασία, επάρκεια, άνεση, εύκολη πρόσβαση, ωράρια λειτουργίας κ.α.)
- Τα γνωρίσματα του επαγγελματία υγείας (π.χ. ενημέρωση, ευγένεια, σαφήνεια, αλληλεπίδραση, ενσυναίσθηση, ενεργητική ακρόαση κ.α.)
- Η οργάνωση των διοικητικών λειτουργιών (π.χ. συμπεριφορά, ταχύτητα εξυπηρέτησης, ευκολία κλεισίματος ραντεβού, συνέπεια, επικοινωνία, ελαχιστοποίηση χρόνου αναμονής, τήρηση διαδικασιών, γραφειοκρατία κ.α.)

Οι δύο έρευνες κατέδειξαν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών των Τ.Ε.Ι. και των Α.Ε.Ι., παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς των Τ.Ε.Ι. παραμένουν για περισσότερο χρόνο στις αίθουσες αναμονής, καθώς και του συγκριτικά μεγαλύτερου κόστους στα Α.Ε.Ι..

Ένα ακόμα σημαντικό προσδιοριστικό της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών, αποτελεί η ευχέρεια των πασχόντων στη συμμετοχή των αποφάσεων, σχετικά με την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή, η αλληλεπίδραση με το γραμματειακό προσωπικό, καθώς και οι λίστες αναμονής. Ωστόσο, ο τελευταίος παράγοντας, δεν επιδρά σημαντικά αρνητικά, όταν έχει προηγηθεί ενημέρωση στον ασθενή για την καθυστέρηση της συνάντησης του με τον επαγγελματία υγείας (Πιερράκος κ.α., 2015). Επίσης, σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη σε 4 δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες της Κύπρου, των Γαβριήλ, Θεοδώρου και Middeton (2012), διαπιστώθηκε ότι εκτός από τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά, η ευκολία στάθμευσης έξω από το νοσοκομειακό ίδρυμα, το μέγεθος της αίθουσας εξέτασης, αλλά και η συμπεριφορά των υπαλλήλων του γραφείου πληροφοριών, αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα την ευχαρίστηση των ασθενών. Τέλος, μία ακόμη καθοριστική μεταβλητή ικανοποίησης είναι ο εύκολος εντοπισμός των Ε.Ι., μέσω της σηματοδότησης στους εξωτερικούς χώρους του νοσοκομείου (Πίνη κ.α., 2011).

4.2.3 Η ικανοποίηση των ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία

Οι ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., έχουν επικεντρωθεί στην προσφορά ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας, συγκριτικά με τις δημόσιες, εξαιτίας του έντονου ανταγωνισμού. Η πελατοκεντρική προσέγγιση, σε συνδυασμό με τη χρησιμοποίηση των τελευταίων τεχνολογικών εξελίξεων αποτελούν τα εργαλεία, μέσω των οποίων, τα ιδιωτικά ιατρεία επιχειρούν να μεγιστοποιήσουν το κέρδος τους (Μάνιου, 2009). Όμως, ακόμα μία απαραίτητη προϋπόθεση για να πετύχουν υψηλό κέρδος, είναι η προσφορά ικανοποίησης στους ασθενείς, προκειμένου να τους διατηρήσουν ως πελάτες και να διασφαλίσουν την αφοσίωσή τους (Alhashem, Alquraini and Chowdhury, 2009).

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τη Μάνιου (2009), τα χαρακτηριστικά των ιδιωτικών μονάδων Π.Φ.Υ., που αυξάνουν την ικανοποίηση των ασθενών και ενθαρρύνουν τη στροφή του ελληνικού πληθυσμού, προς τα ιδιωτικά ιατρεία και γενικότερα τις ιδιωτικές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. είναι:

- Οι σύγχρονες ιατρικές μέθοδοι και ο ιατρικός εξοπλισμός
- Η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών
- Η πελατοκεντρική προσέγγιση
- Η μεγάλη εξειδίκευση των ιατρών
- Η εύκολη πρόσβαση

- Η γρήγορη εξυπηρέτηση
- Οι κτιριακές υποδομές και το ευχάριστο περιβάλλον
- Η περιορισμένη γραφειοκρατία και η αποτελεσματική οργάνωση
- Η δημιουργία ουσιαστικών σχέσεων ιατρού – ασθενή και το επικοινωνιακό κλίμα
- Η δια βίου εκπαίδευση των ιατρών και του βοηθητικού προσωπικού
- Οι περισσότερες συνδυαστικές παροχές.

Η διεθνής βιβλιογραφία, (Owusu-Frimpong, Nwankwo and Dason, 2010, Zineldin, 2006, Gill and Lesley, 2009), φανερώνει ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών της Π.Φ.Υ. στον ιδιωτικό τομέα, πραγματοποιείται συνήθως, με την αξιολόγηση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, από την πλευρά του ασθενούς. Πρέπει να σημειωθεί ότι παρατηρήθηκε βιβλιογραφικό κενό, στις έρευνες ικανοποίησης σε ιδιωτικά ιατρεία στον Ελλαδικό χώρο.

Ο Zineldin M. (2006), έδωσε τη δική του προσέγγιση σχετικά με τις διαστάσεις της ικανοποίησης, στην ιδιωτική περίθαλψη, στην οποία αναδείχθηκε ότι καταλυτικό ρόλο έχει:

- Η φύση της υπηρεσίας, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο η υπηρεσία ανταποκρίνεται στο υγειονομικό πρόβλημα του ασθενούς.
- Οι τεχνικές, δηλαδή ο τρόπος που ο προμηθευτής υγείας παρέχει την υπηρεσία αλλά και το επίπεδο οργάνωσης της ιδιωτικής μονάδας, λόγω χάρη ο χρόνος αναμονής, η ταχύτητα διεκπεραίωσης των βασικών διαδικασιών από τη γραμματεία και το λοιπό προσωπικό (π.χ. κλείσιμο ραντεβού).
- Οι υποδομές, οι οποίες περιλαμβάνουν τους υλικούς πόρους (π.χ. μηχανήματα), η επάρκεια και η καθαριότητα των χώρων, αλλά και τους άυλους όπως η εμπειρία, οι δεξιότητες, η τεχνογνωσία, οι στάσεις του προσωπικού, η συνεργασία και ο συντονισμός.
- Η επικοινωνία, δηλαδή το κατά πόσο ο ασθενής αισθάνεται ότι ενημερώνεται ολοκληρωτικά σχετικά τη θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθήσει, αλλά και ο χρόνος που αφιερώνει το προσωπικό, προκειμένου να γνωρίσει και να κατανοήσει τις ανάγκες του.
- Το φιλικό κλίμα. Πρέπει να τονιστεί ότι και στον ιδιωτικό τομέα, η συμπεριφορά του ιδιώτη ιατρού, του βοηθητικού προσωπικού ή της γραμματείας προς τον ασθενή, συνεισφέρει σημαντικά στην προσφορά ευχαρίστησης.

Συνοψίζοντας, γίνεται παραδεκτό ότι η επικοινωνία έχει καταλυτικό ρόλο στην ικανοποίηση του αποδέκτη των υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το χαρακτήρα του ιατρού. Η φιλικότητα και η κατάλληλη πληροφόρηση από τον επαγγελματία υγείας, το νοσηλευτή/τρια, τα διοικητικά στελέχη, αλλά και το βοηθητικό προσωπικό αποτελεί μία από τις σημαντικότερες διαστάσεις της. Αυτό συμβαίνει κυρίως, επειδή ο ασθενής, μέσω της επικοινωνίας, αισθάνεται πιο άνετα, διότι εξαλείφεται το άγχος και ο φόβος που προκαλείται συνήθως στους χώρους των ιατρείων, με αποτέλεσμα τη διαμόρφωση θετικότερων αντιλήψεων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, και κατ' επέκταση την εκδήλωση υψηλότερων επιπέδων ικανοποίησης. Επιπλέον, ο σεβασμός και η εμπιστευτικότητα των εμπλεκόμενων στις υπηρεσίες των υγειονομικών μονάδων, συμβάλλουν στη μέγιστη ευχαρίστηση του (Γαβριήλ, Θεοδώρου και Middleton, 2012).

4.3 Προσδιοριστικοί παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών

Εκτός από τις μεταβλητές ικανοποίησης, ένα ακόμα σημαντικό ζήτημα που ενδιαφέρει ιδιαίτερα τους ερευνητές είναι ο καθορισμός των προσδιοριστικών παραγόντων, που σχετίζονται με το ίδιο το άτομο και το επηρεάζουν κατά την αξιολόγηση της ικανοποίησης του. Οι παράγοντες ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη αφορά τις διαμορφωμένες προσδοκίες του ασθενούς, σχετικά με τις υπηρεσίες που καταναλώνει, η δεύτερη σχετίζεται με τα οικονομικά και κοινωνικά γνωρίσματα του και η τρίτη αναφέρεται στη ψυχοσύνθεση του (Παπαγιαννοπούλου κ.α., 2008).

Στην παρακάτω ανάλυση, συμπεριλαμβάνονται στοιχεία από την αξιοσημείωτη συστηματική μελέτη, κατά τα έτη 1980-2014, των Batbaatar et al. (2016), οι οποίοι ερεύνησαν τους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών της Π.Φ.Υ., μέσα από τη μελέτη 109 δημοσιευμένων ερευνών, καθώς και τη χρησιμοποίηση της προϋπάρχουσας και τρέχουσας βιβλιογραφίας.

4.3.1 Προσδοκίες

Ο βαθμός στον οποίο ικανοποιούνται οι προσδοκίες του κάθε ασθενούς, επηρεάζει άμεσα την διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας (Παπαγιαννοπούλου κ.α., 2008). Συγκεκριμένα, στην περίπτωση που η εμπειρία από την κατανάλωση μιας υπηρεσίας επαληθεύει ή ξεπερνά τις προσδοκίες που έχει διαμορφώσει ένας ασθενής, τότε επιτυγχάνεται υψηλό επίπεδο ικανοποίησης, ενώ, αντίθετα, στην περίπτωση που η αντίληψη από την υπηρεσία που λαμβάνει, υπολείπεται των προσδοκιών του, τότε ο

καταναλωτής των υπηρεσιών είναι δυσαρεστημένος, δηλαδή επιτυγχάνεται χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης (Goldstein, Elliott and Guccione, 2000). Επομένως, σε ποσοτικούς όρους η ικανοποίηση ορίζεται ως η διαφορά των προσδοκιών και των πραγματικά λαμβανόμενων υπηρεσιών (Παπαγιαννοπούλου κ.α., 2008).

Σύμφωνα με τους Thomson and Sunol (1995), υπάρχουν τέσσερα είδη προσδοκιών:

- ✓ Οι ιδανικές προσδοκίες, οι οποίες εκφράζουν τις επιθυμίες, τις φιλοδοξίες και τα προτιμώμενα αποτελέσματα, δηλαδή αυτό που θέλουν να συμβεί οι ασθενείς από την κατανάλωση μια υπηρεσίας.
- ✓ Οι προβλέψιμες προσδοκίες, οι οποίες αφορούν το τι πραγματικά πιστεύουν οι ασθενείς ότι θα συμβεί, δηλαδή το ρεαλιστικό – αναμενόμενο αποτέλεσμα και η διαμόρφωση τους επηρεάζεται κυρίως, από τις προηγούμενες εμπειρίες του ίδιου του ατόμου ή των κοντινών του προσώπων, αλλά και από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (M.M.E.).
- ✓ Οι κανονιστικές προσδοκίες που σχετίζονται με τις πεποιθήσεις των ασθενών για το τι θα έπρεπε ή πρέπει να συμβεί από τη λήψη μιας υπηρεσίας.
- ✓ Οι μη διαμορφωμένες, αυτές δηλαδή που δεν έχουν εκφραστεί λόγω απροθυμίας ή αδυναμίας έκφρασης, εξαιτίας του άγχους, του φόβου κ.α..

Είναι παραδεκτό, ότι η αναγνώριση και η κατανόηση των προσδοκιών των ασθενών, είναι ένα ζήτημα μεγάλης σημασίας για τους ερευνητές που επιθυμούν να μελετήσουν τις στάσεις, τις απόψεις, τους προβληματισμούς και τις ανησυχίες των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας, καθώς προσφέρει χρήσιμη πληροφόρηση σχετικά με το τι ελπίζει, τι προβλέπει και τι αναμένει να λάβει ένας ασθενής και διευκρινίζει τον τρόπο με τον οποίο αξιολογεί τη φροντίδα υγείας που του παρέχεται (Bowling et al., 2012).

4.3.2 Κοινωνικο - οικονομικοί παράγοντες

Ηλικία: Η ηλικία είναι ένας από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. (Batbaatar et al., 2016). Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένοι τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι και να αξιολογούν με μεγαλύτερη επιείκεια τις υπηρεσίες υγείας, από ότι οι νέοι. Το γεγονός αυτό, πιθανότατα οφείλεται στο ότι ο μεγαλύτερος ηλικιακά πληθυσμός έχει λιγότερες απαιτήσεις, εξαιτίας των πολλαπλών προβλημάτων υγείας και της αναγκαιότητας της συχνής συνάντησης με τον επαγγελματία υγείας. Επομένως,

η ικανοποίηση του βασίζεται κατά κύριο λόγο, στο κλινικό αποτέλεσμα από την παρεχόμενη φροντίδα, παρά στις υπόλοιπες διαστάσεις της ικανοποίησης, οι οποίες απασχολούν ιδιαίτερα το νεότερο πληθυσμό (Kalda et al., 2003). Ωστόσο, από τη συστηματική ανασκόπηση των Batbaatar et al. (2016), προκύπτει ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση της ηλικίας με την ικανοποίηση, διότι σε πολλές έρευνες διαπιστώθηκε μείωση του ποσοστού των ευχαριστημένων ασθενών άνω των 80 ετών.

Φύλο: Υπάρχει επιστημονική ασυνέπεια ως προς το βαθμό που το φύλο επηρεάζει την ικανοποίηση των πασχόντων. Στην ανασκόπηση των Batbaatar et al. (2016), φανερώθηκε ότι τα αποτελέσματα των μελετώμενων ερευνών είναι αντιφατικά, διότι περίπου στις μισές ο γυναικείος πληθυσμός είναι περισσότερο ικανοποιημένος από ότι ο αντρικός, ενώ, στις υπόλοιπες το αντίθετο. Ωστόσο, υπάρχει και η άποψη ότι δεν έχει καμία συσχέτιση αυτός ο παράγοντας με την ικανοποίηση (Kalda et al., 2003).

Εκπαιδευτικό υπόβαθρο: Το επίπεδο μόρφωσης είναι, τις περισσότερες φορές, ανάλογο με την ικανοποίηση των ασθενών. Συνήθως, το ανεπτυγμένο εκπαιδευτικό υπόβαθρο, συμβάλλει σε υψηλά ποσοστά ικανοποίησης (Batbaatar et al., 2016). Όμως, υπάρχουν έρευνες που αποδεικνύουν το αντίθετο. Για παράδειγμα, η έρευνα των Etter and Perneger (1997), έδειξε ότι όσο πιο μορφωμένο είναι ένα άτομο τόσο πιο εξειδικευμένες επιθυμίες έχει, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η εκπλήρωσή τους, άρα και να αυξάνεται το επίπεδο δυσαρέσκειας του.

Οικονομική θέση: Η οικονομική κατάσταση φαίνεται να προσδιορίζει σημαντικά την ικανοποίηση των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερο εισόδημα έχουν οι ασθενείς, τόσο περισσότερη ικανοποίηση απολαμβάνουν, σε σχέση με το φτωχό πληθυσμό, ο οποίος τείνει να εκφράζει περισσότερα παράπονα. Αυτό συμβαίνει, διότι μέσω του εισοδήματος διευκολύνεται η πρόσβαση στην μονάδα υγείας, αλλά και σε περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες (Batbaatar et al., 2016).

Οικογενειακή κατάσταση: Οι έρευνες που συμπεριλαμβάνουν αυτή τη μεταβλητή είναι πολύ λίγες και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι παντρεμένοι, εκφράζουν υψηλότερη ικανοποίηση από ότι οι χήροι, οι διαζευγμένοι και οι ελεύθεροι (Batbaatar et al., 2016).

Εθνικότητα: Η φυλή αποτελεί έναν ακόμα καθοριστικό παράγοντα ικανοποίησης. Τα άτομα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες, συνήθως είναι λιγότερο ικανοποιημένα, εξαιτίας των ρατσιστικών συμπεριφορών και των κοινωνικών διακρίσεων που βιώνουν

(Batbaatar et al., 2016). Επίσης, η δυσαρέσκεια των μειονοτήτων έγκειται στη δυσκολία της επικοινωνίας με τον επαγγελματία υγείας, λόγω της διαφορετικής γλώσσας, αλλά και στις διαφορετικές αντιλήψεις και κουλτούρες (Etter and Perneger, 1997).

Τόπος κατοικίας: Οι άνθρωποι που κατοικούν σε αστικές περιοχές, τείνουν να δηλώνουν περισσότερο δυσαρεστημένοι, σχετικά με τους κατοίκους αγροτικών περιοχών. Φυσικά, αυτό εξαρτάται από την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος της κάθε χώρας (Batbaatar et al., 2016). Στις μεγάλες πόλεις υπάρχει η δυνατότητα επιλογής μεταξύ περισσότερων μονάδων Π.Φ.Υ., γεγονός που οδηγεί στην πραγματοποίηση συγκρίσεων και στη διαμόρφωση μεγαλύτερων προσδοκιών. Επιπλέον, εξαιτίας του μεγάλου πληθυσμού των αστικών περιοχών υπάρχουν απρόσωπες σχέσεις ανάμεσα στο υγειονομικό προσωπικό και τους ασθενείς και από την άλλη, οι μονάδες υγείας έχουν να αντιμετωπίσουν μεγάλο όγκο περιστατικών, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι χρόνοι αναμονής και κατ' επέκταση ο βαθμός δυσαρέσκειας των πασχόντων (Levinton et al., 2011).

Επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας: Η υγεία αποτελεί ίσως το σημαντικότερο παράγοντα ικανοποίησης. Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις καθώς, και τα άτομα με ειδικές ανάγκες, συνήθως εκφράζουν χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης, επειδή αντιμετωπίζουν δύσκολες συνθήκες διαβίωσης, ανεξάρτητα από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνουν. Εξίσου σημαντική είναι και η ψυχική υγεία, καθώς το άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια, λόγω χάρη η κατάθλιψη και η αγχώδης διαταραχή, δυσκολεύεται να αισθανθεί πληρότητα (Batbaatar et al., 2016).

4.3.3 Ψυχο - κοινωνικοί παράγοντες

Αναφορικά με τους παράγοντες της ψυχοσύνθεσης του ατόμου, έχει διαπιστωθεί ότι είναι συχνό φαινόμενο οι ασθενείς να δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από ότι είναι στην πραγματικότητα, εξαιτίας της αντίληψης ότι θα λάβουν περισσότερη προσοχή και πιο ευνοϊκή αντιμετώπιση από τον επαγγελματία υγείας. Από την άλλη, υπάρχει μεγάλο ποσοστό ασθενών που αδιαφορεί ή δεν επιθυμεί να συμμετέχει στις έρευνες ικανοποίησης, εξαιτίας της πεποίθησης ότι δε θα υπάρξει καμία βελτίωση στην υγεία του ή επειδή θέλει να αποφύγει χειρότερη μεταχείριση στο μέλλον (Levois, Nguyen and Attkisson, 1981). Επιπλέον, ένας ακόμα παράγοντας που συνδέεται με τη ψυχολογία των ασθενών, είναι η προσωπική επιλογή ιατρού. Σύμφωνα με την έρευνα των Kalda et al. (2003), οι ασθενείς, στους οποίους δόθηκε η δυνατότητα να επιλέξουν

τον ιατρό που επιθυμούν να απευθυνθούν, βαθμολόγησαν με περισσότερη επιείκεια τις μεταβλητές ικανοποίησης, όπως την καθαριότητα, τους χρόνους αναμονής και την ευκολία πρόσβασης, συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν τους δόθηκε αυτό το δικαίωμα, παρόλο που οι διαδικασίες παροχής φροντίδας ήταν πανομοιότυπες.

4.4 Εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης

Ένας δομημένος τρόπος, με τον οποίο μπορεί να εκτιμηθεί η ικανοποίηση των ασθενών είναι η χρήση ερωτηματολογίων. Μέσω αυτών, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να εκφέρουν τις απόψεις τους για τις διάφορες συνιστώσες των διαδικασιών περίθαλψης, απαντώντας σε ερωτήσεις, είτε ανοικτού, είτε κλειστού τύπου (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014). Ουσιαστικά, τα ερωτηματολόγια αποτελούν το μέσο με το οποίο ακούγεται η ‘φωνή’ των καταναλωτών και ταυτόχρονα, μεταφράζεται η επιτυχία των μονάδων περίθαλψης σε ποσοτικούς όρους (Πολύζος κ.α., 2004).

Οι τρόποι συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ποικίλουν. Οι ερωτώμενοι απαντούν με προσωπικές συνεντεύξεις, μέσω τηλεφώνου, ή σε ηλεκτρονική μορφή (email). Παρόλο που έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης όταν υπάρχει διαπροσωπική επαφή, η χρησιμοποίηση των email επιφέρει περισσότερο αντιπροσωπευτικά και αξιόπιστα αποτελέσματα, εξαιτίας της ανωνυμίας (Παπαγιανοπούλου κ.α., 2008).

Η διεξαγωγή σωστών και ολοκληρωμένων αποτελεσμάτων, έχει διαπιστωθεί ότι βασίζεται κυρίως, στην διατύπωση κατάλληλων ερωτήσεων και πολλών απαντήσεων (χρήση διαβαθμισμένης κλίμακας) (Πολύζος κ.α., 2004). Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις πρέπει να είναι ακριβείς, ώστε να κατανοούνται από τον ερωτώμενο, χωρίς όμως να αισθάνεται ότι προσβάλλεται. Παράλληλα, πρέπει να αποφεύγονται οι ερωτήσεις που ορίζουν ταυτόχρονα δύο και τρία ζητήματα, αλλά και αυτές που αφορούν θέματα, τα οποία δε γνωρίζουν οι ασθενείς. Επίσης, πρέπει να χρησιμοποιείται απλό λεξιλόγιο, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από το μορφωτικό τους επίπεδο (Αλετράς κ.α., 2008).

Οι δύο βασικότερες ιδιότητες, που πρέπει να χαρακτηρίζουν κάθε ερωτηματολόγιο είναι η αξιοπιστία και η εγκυρότητα. Η πρώτη αφορά τη δυνατότητα διεξαγωγής σαφών και σταθερών μετρήσεων, οι οποίες θα μπορούν να προκύψουν και με τη χρησιμοποίηση διαφορετικών εργαλείων ή σε διαφορετικές συνθήκες εκπόνησης της

έρευνας, τη συμμετοχή αντιπροσωπευτικού δείγματος, αλλά και ικανοποιητικού αριθμού ερωτηθέντων (Quintana, 2006). Αναφορικά με τον αριθμό των ερωτηματολογίων, οι επιστήμονες διχάζονται. Κάποιοι θεωρούν ότι χρειάζονται περίπου 400 ερωτηματολόγια, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι 50 έως 100 επαρκούν για την παροχή κατάλληλων πληροφοριών (Πολύζος κ.α., 2004). Η δεύτερη ιδιότητα, αναφέρεται στον βαθμό που αξιολογείται όντως το αντικείμενο για το οποίο διαμορφώθηκε το ερωτηματολόγιο (Αλετράς κ.α., 2008). Συγκεκριμένα, ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο οφείλει να περιλαμβάνει όλες τις διαστάσεις της ικανοποίησης, αλλά και να προσδιορίζει το εύρος των μεταβλητών, οι οποίες οδηγούν στα αποτελέσματα και αυτά με τη σειρά τους στις αληθινές αξίες των ερωτώμενων (Quintana, 2006).

5. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Σύμφωνα με την ανωτέρω ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, οι ερευνητικές υποθέσεις που προκύπτουν, σχετικά με τους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. και οι οποίες θα μελετηθούν στο «ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ» της παρούσας εργασίας είναι:

H1: Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά: α) το φύλο, β) η ηλικία, γ) το μορφωτικό επίπεδο, δ) η κατάσταση της υγείας, ε) το εισόδημα, καθώς και στ) ο χαρακτήρας του ιατρού, επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών.

H2: Η οργάνωση και ο προγραμματισμός της μονάδας υγείας, επηρεάζουν άμεσα και θετικά το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών.

H3: Το περιβάλλον και οι εγκαταστάσεις της μονάδας υγείας, επηρεάζουν άμεσα και θετικά το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών.

H4: Η συμπεριφορά, η στάση και οι ικανότητες του επαγγελματία υγείας, επηρεάζουν άμεσα και θετικά το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών.

Σύμφωνα με τους Owusu Kwateng, Lumor and Acheampong (2017), οι οποίοι πραγματοποίησαν συγκριτική μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα υγείας, προέκυψε ότι η ικανοποίηση από τις εγκαταστάσεις, την καθαριότητα, την ατμόσφαιρα, την προσβασιμότητα και τον εξοπλισμό, ήταν υψηλότερη στις ιδιωτικές δομές, σε αντίθεση με την αντίστοιχη στις δημόσιες μονάδες παροχής φροντίδας. Το ίδιο συμπέρασμα διεξήχθη και από τη μελέτη των Zamil, Areiqat and Tailakh (2012). Σχετικά με τα χαρακτηριστικά της ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής και γραμματειακής υπηρεσίας, τα ευρήματα των ερευνών κατέδειξαν ότι οι ασθενείς που ήρθαν σε επαφή με ιδιωτικές μονάδες ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι, συγκριτικά με τις δημόσιες. Συγκεκριμένα, οι διαστάσεις της ποιότητας που αναλύθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο, η αξιοπιστία, η υπευθυνότητα, η ασφάλεια, η ενσυναίσθηση, καθώς και η συμπεριφορά του υγειονομικού, διοικητικού και γραμματειακού προσωπικού, αξιολογήθηκαν υψηλότερα στις ιδιωτικές δομές (Owusu Kwateng, Lumor and Acheampong, 2017, Zamil, Areiqat and Tailakh, 2012). Σύμφωνα λοιπόν με τη βιβλιογραφία, οι ερευνητικές υποθέσεις που προκύπτουν είναι:

H5: Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών που επισκέπτονται τα Ε.Ι. και των ασθενών που προσέρχονται σε ιδιωτικά ιατρεία, όσον αφορά την οργάνωση και τον προγραμματισμό της μονάδας υγείας.

H6: Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών που επισκέπτονται τα Ε.Ι. και των ασθενών που προσέρχονται σε ιδιωτικά ιατρεία, όσον αφορά το περιβάλλον και τις εγκαταστάσεις της μονάδας υγείας.

H7: Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών που επισκέπτονται τα Ε.Ι. και των ασθενών που προσέρχονται σε ιδιωτικά ιατρεία, όσον αφορά τη συμπεριφορά, τη στάση και τις ικανότητες του επαγγελματία υγείας της μονάδας υγείας.

H8: Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών που προσέρχονται σε ιδιωτικά ιατρεία είναι σημαντικά διαφορετική και υψηλότερη, από αυτή των ασθενών που επισκέπτονται τα Ε.Ι. δημόσιου νοσοκομείου.

Η επαλήθευση ή η διάψευση των παραπάνω υποθέσεων θα αποδειχθεί μέσα από τα αποτελέσματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι της παρούσας διπλωματικής εργασίας, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με ερωτήσεις κλειστού τύπου, με τη μορφή πολλαπλών επιλογών, οι οποίες αφορούσαν την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, που παρέχονται στα Ε.Ι. του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας και στα ιδιωτικά ιατρεία της περιοχής, από την πλευρά των ασθενών. Η χρονική περίοδος συλλογής των δεδομένων διήρκησε 14 ημέρες, από τις 23/6/2021 έως τις 6/7/2021.

6.1 Ερευνητικό εργαλείο

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, για τη συλλογή των δεδομένων, είναι ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 40 ερωτήσεις, χωρισμένες σε 4 επιμέρους ενότητες (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ). Πριν τη διανομή της οριστική μορφής των ερωτηματολογίων, έγινε χρήση ενός πιλοτικού ερωτηματολογίου σε δείγμα 10 ατόμων, προκειμένου να εξακριβωθεί το πόσο κατανοητό είναι το ερωτηματολόγιο από τους ερωτώμενους, όχι μόνο ως προς το περιεχόμενο, αλλά και ως προς τη δομή, την έκταση και τον απαιτούμενο χρόνο για τη συμπλήρωση του.

Η πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου περιλάμβανε πληροφορίες και οδηγίες για την ορθή συμπλήρωση του. Συγκεκριμένα, παρείχε ενημέρωση στον αναγνώστη, σχετικά με το περιεχόμενο και το σκοπό της έρευνας, τονίζοντας την εμπιστευτικότητα των στοιχείων του και τη διαφύλαξη της ανωνυμίας του, ώστε να τον ωθήσει να εκφράσει ελεύθερα τις απόψεις του. Επιπλέον, υπήρχε η σημείωση ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις, παρά μόνο η υποκειμενική αποτύπωση της εμπειρίας του. Σε αυτό το κομμάτι, τοποθετήθηκε η ερώτηση συγκατάθεσης του υποκειμένου για την επεξεργασία των δεδομένων του για ερευνητικούς και μόνο σκοπούς. Στην περίπτωση που η απάντηση του ήταν «*ΝΑΙ*», τότε μπορούσε να προχωρήσει στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ενώ στην περίπτωση που η απάντηση του ήταν «*ΟΧΙ*», τότε το ερωτηματολόγιο τον παρέπεμψε απευθείας στο τέλος και η διαδικασία ολοκληρωνόταν. Από το δείγμα της έρευνας (299 άτομα), μόλις 2 άτομα αποφάσισαν πως δεν επιθυμούν να συμμετέχουν.

Η πρώτη ενότητα περιλάμβανε 6 ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του κάθε ερωτώμενου, το φύλο, την ηλικία, το εισόδημα, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και την κατάσταση της υγείας του.

Στη δεύτερη ενότητα, για να διασφαλιστεί η αξιοπιστία της έρευνας, τοποθετήθηκε η παρακάτω δήλωση φίλτρου, ώστε να υπενθυμίσει στον αναγνώστη την ταυτότητα του ερωτηματολογίου και να απομειωθεί ο κίνδυνος να συμπληρωθεί από πολίτες που δεν έχουν επισκεφθεί κάποιον από τους 2 φορείς Π.Φ.Υ.:

«Συμπληρώνω το ερωτηματολόγιο για να αποτυπώσω τις εντυπώσεις μου από την επίσκεψη μου σε:

A) Ιδιωτικό ιατρείο στην πόλη της Φλώρινας

B) Εξωτερικά Ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας [Τακτικά (πρωινά) Εξωτερικά Ιατρεία ή Απογευματινά Εξωτερικά Ιατρεία]

Γ) Άλλο»

Εάν ο ερωτώμενος επέλεγε την πρώτη ή τη δεύτερη απάντηση, τότε προχωρούσε στην επόμενη ενότητα με προσαρμοσμένες ερωτήσεις, ανάλογα το είδος του ιατρείου που επισκέφθηκε και θέλησε να αξιολογήσει, ενώ, αν επέλεγε την τρίτη απάντηση, τότε το ερωτηματολόγιο τον παρέπεμψε και πάλι στο τέλος του. Σε αυτό το κομμάτι προστέθηκε και η ερώτηση σχετικά με το λόγο επίσκεψης του ασθενούς στη μονάδα υγείας (συνταγογράφηση φαρμάκων, ιατρική εξέταση, λήψη βεβαιώσεων / πιστοποιητικών κλπ.).

Οι ερωτήσεις της τρίτης ενότητας, στο σύνολο τους 25, κάλυπταν διάφορες πτυχές της διαδικασίας παροχής φροντίδας και ήταν διατυπωμένες σύμφωνα με την κλίμακα πέντε βαθμών «*Likert*», με διαβάθμιση από το 1 έως το 5, όπου η απάντηση 1 σημαίνει διαφωνώ απόλυτα και η απάντηση 5 συμφωνώ απόλυτα. Βασίστηκαν στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα των Γαβριήλ, Θεοδώρου και Middleton (2007), η οποία μετρούσε την ικανοποίηση των ασθενών από τα Ε.Ι. τεσσάρων νοσοκομείων της Κύπρου. Ωστόσο, χρειάστηκε να γίνει περιορισμός των ερωτήσεων του αρχικού ερωτηματολογίου, ώστε να μην κουράσουν τον ερωτώμενο, αλλά και να ταιριάζουν με το σκοπό της έρευνας. Για παράδειγμα, αφαιρέθηκαν οι ερωτήσεις που ήταν σχετικές με το νοσηλευτικό προσωπικό, εφόσον δεν υπάρχει τέτοιο στα ιδιωτικά ιατρεία. Για τους πολίτες που επέλεξαν να αξιολογήσουν τα Ε.Ι. του νοσοκομείου, οι ερωτήσεις έμειναν ίδιες με τις πρωτότυπες, ενώ για τους πολίτες που

επέλεξαν τα ιδιωτικά ιατρεία. χρειάστηκε να αναπροσαρμοστούν ορισμένες από αυτές, ώστε να μην υπάρξει σύγχυση. Επιπλέον, τοποθετήθηκαν με τέτοιο τρόπο, ώστε να ακολουθούν την πορεία του ασθενούς από τη στιγμή που επιχείρησε να κλείσει ραντεβού, έως τη στιγμή που αποχώρησε από τη μονάδα υγείας.

Η πέμπτη και τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου αφορούσε τη συνολική ικανοποίηση του ασθενούς από τη δομή υγείας, πλαισιωμένη από 7 δηλώσεις, οι οποίες πάρθηκαν από το ερωτηματολόγιο των Pouragha and Zarei (2015) και μεταφράστηκαν από την ερευνήτρια. Οι δηλώσεις χρησιμοποιούσαν και αυτές την κλίμακα «*Likert*» με πέντε διαβαθμίσεις (διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα).

Πρέπει να σημειωθεί, ότι οι αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις (Γ4, Γ10, Γ12, Γ14, Γ16, Γ17, Γ18, Γ19 και Γ25) χρειάστηκε να αντιστραφούν (*recoding*), ώστε στη κλίμακα των απαντήσεων της κάθε ερώτησης, η υψηλότερη τιμή να μετρά την ικανοποίηση και όχι τη δυσαρέσκεια του ασθενούς. Έπειτα από τις αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (*internal consistency reliability*) του κύριου ερωτηματολογίου (δηλ. χωρίς τις δημογραφικές ερωτήσεις) εκτιμήθηκε με το συντελεστή «*Cronbach's Alpha*», ο οποίος ήταν 0,950, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα. Αυτό σημαίνει ότι οι ερωτήσεις δημιουργούν - συνθέτουν ένα πολύ αξιόπιστο εργαλείο.

Πίνακας 3. Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας βασικού ερωτηματολογίου.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,950	32

Στη συνέχεια, οι 32 ερωτήσεις ταξινομήθηκαν από την ερευνήτρια σε 4 ομάδες και έπειτα κατασκευάστηκαν 4 αθροιστικές κλίμακες, με το μέσο όρο των ερωτήσεων της κάθε ομάδας, όπως φαίνεται στον επόμενο πίνακα. Η τιμή του συντελεστή Cronbach's Alpha επιδιώχθηκε να είναι σε κάθε μία από αυτές πάνω από 0,7.

Πίνακας 4. Νέες μεταβλητές με συντελεστή Cronbach's Alpha.

Μεταβλητές	Στοιχεία – Ερωτήσεις	N	Συντελεστής μεταβλητής Cronbach's Alpha
1. Περιβάλλον – Κτιριακές εγκαταστάσεις	Γ5: Ευκολία στάθμευσης Γ6: Ευκολία πρόσβασης Γ7: Κατατοπιστική σηματοδότηση Γ9: Ευκολία εύρεσης καθίσματος Γ10: Ευρυχωρία αίθουσας αναμονής Γ11: Καθαριότητα αίθουσας αναμονής Γ12: Ευχάριστη θερμοκρασία αίθουσας αναμονής Γ13: Καθαριότητα τουαλέτας Γ14: Ευρυχωρία χώρου εξέτασης Γ15: Καθαριότητα χώρου εξέτασης	10	0,830
2. Οργάνωση	Γ1: Επιλογή ημέρας και ώρας ραντεβού Γ2: Τηλεφωνική εξυπηρέτηση Γ3: Ευκολία κλεισίματος ραντεβού Γ4: Χρόνος αναμονής μέχρι το ραντεβού Γ8: Χρόνος αναμονής μέχρι την εξέταση Γ24: Συμπεριφορά – Εξυπηρέτηση γραμματείας Γ25: Διάρκεια διαδικασιών πληρωμής - θεώρησης	7	0,805
3. Συμπεριφορά - Στάση - Ικανότητες ιατρού	Γ16: Απομόνωση κατά τη διάρκεια εξέτασης Γ17: Ικανότητες - Εκπαίδευση ιατρού Γ18: Επαρκείς - κατανοητές οδηγίες για τη θεραπεία Γ19: Επαρκείς - κατανοητές οδηγίες για την κατάσταση υγείας Γ20: Εμπιστοσύνη απέναντι στον ιατρό Γ21: Ενεργητική ακρόαση Γ22: Σεβασμός Γ23: Χρόνος εξέτασης	8	0,883
4. Συνολική ικανοποίηση	Δ1: Γενική ικανοποίηση Δ2: Ικανοποίηση αναγκών Δ3: Επαλήθευση προσδοκιών Δ4: Ιδανικό πρότυπο μονάδας υγείας Δ5: Ξαναχρησιμοποίηση υπηρεσιών μονάδας Δ6: Μεταφορά θετικών σχολίων σε τρίτους Δ7: Παρότρυνση συγγενών και φίλων για επίσκεψη	7	0,952

6.2 Επεξήγηση ερευνητικής διαδικασίας

Τα ερωτηματολόγια διαμοιράστηκαν σε ηλεκτρονική μορφή μέσω της πλατφόρμας «*Google forms*». Χρησιμοποιήθηκαν διάφορα δίκτυα επικοινωνίας, όπως το Gmail, το Facebook και το Viber, ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη συμμετοχή, εξαιτίας της δύσκολης κατάστασης που βίωνε εκείνη την περίοδο η χώρα, λόγω της πανδημίας του COVID-19, η οποία δημιούργησε σοβαρούς περιορισμούς κατά την πρόσβαση στις δομές υγείας, ενώ προηγουμένως είχε τεθεί σε απαγόρευση κυκλοφορίας ολόκληρος ο πληθυσμός. Επιπλέον, ένας λόγος επιλογής του συγκεκριμένου τρόπου διεξαγωγής της έρευνας, αποτέλεσε η υψηλότερη πιθανότητα λήψης πιο αντιπροσωπευτικών απαντήσεων, εξαιτίας της ανωνυμίας των ερωτώμενων και της έλλειψης ή πίεσης χρόνου, συγκριτικά με άλλες μεθόδους, όπως η τηλεφωνική επικοινωνία ή η απευθείας διαπροσωπική επαφή κατά την έξοδο των ασθενών από την υγειονομική μονάδα, στις οποίες έχει σημειωθεί μεγαλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης, αλλά λιγότερο αξιόπιστα αποτελέσματα (Παπαγιανοπούλου κ.α., 2008). Ωστόσο, ο αριθμός των ερωτηματολογίων που απαντήθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν ικανοποιητικός.

Πριν την έναρξη συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, η ερευνήτρια ενημέρωνε ηλεκτρονικά τον κάθε ερωτώμενο για το περιεχόμενο και τον σκοπό της έρευνας, το χρόνο συμπλήρωσης των ερωτήσεων, ο οποίος δε ξεπερνούσε τα 10 λεπτά, καθώς και το χρονικό περιθώριο που είχαν στη διάθεση τους για να το απαντήσουν (14 ημέρες). Εάν ο ερωτώμενος είχε οποιαδήποτε απορία, υπήρχε άμεση ανταπόκριση από την ερευνήτρια. Επιπλέον, υπήρχε η δυνατότητα αποχώρησης από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι στην περίπτωση που ο ερωτώμενος είχε επισκεφθεί και τους 2 φορείς Π.Φ.Υ. (Ε.Ι. και ιδιωτικό ιατρείο), δόθηκε η δυνατότητα απάντησης του ερωτηματολογίου 2 φορές, σε όποιον το επιθυμούσε, ώστε να αποτυπωθούν οι εντυπώσεις του και για τις δύο επισκέψεις που είχε πραγματοποιήσει.

Όταν η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου έφτανε στο τέλος της, η πλατφόρμα «*Google forms*» αποθήκευε αυτόματα τις απαντήσεις του κάθε συμμετέχοντος. Αφού τελείωσε η χρονική περίοδος που είχε τεθεί από την ερευνήτρια για τη συλλογή των ερωτηματολογίων, ακολούθησε η φάση της επεξεργασίας των δεδομένων με το στατιστικό πρόγραμμα «*IBM SPSS Statistics 26*».

6.3 Πληθυσμός και Δείγμα

Τον υπό μελέτη πληθυσμό αποτέλεσαν όλοι οι κάτοικοι της Φλώρινας. Από τον πληθυσμό αποκλείστηκαν οι πολίτες που:

- ο δεν είχαν ολοκληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας τους (ανήλικοι),
- ο δεν είχαν υπάρξει μόνιμοι κάτοικοι της Φλώρινας,
- ο δεν κατανοούσαν την ελληνική γλώσσα,
- ο δεν είχαν γνώσεις χρήσης ηλεκτρονικού υπολογιστή / κινητού τηλεφώνου (smartphone),
- ο δεν είχαν επισκεφτεί κανέναν από τους δύο φορείς Π.Φ.Υ. (Ιδιωτικό ιατρείο της πόλης ή Ε.Ι. του Γενικού νοσοκομείου Φλώρινας)
- ο και τέλος, οι υπερήλικες με έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 299 άτομα, τα οποία επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο από το σύνολο του πληθυσμού, εκ των οποίων τα 2 δεν έδωσαν τη συγκατάθεση τους για την επεξεργασία των απαντήσεων τους, όπως προαναφέρθηκε και αφαιρέθηκαν από το δείγμα. Επομένως, το δείγμα που μελετήθηκε ήταν 297 άτομα. Το ποσοστό ανταπόκρισης θεωρείται αρκετά υψηλό, σε σχέση με αντίστοιχες έρευνες ικανοποίησης ασθενών της διεθνούς βιβλιογραφίας, καθώς είναι πάνω από το 80% που προτείνεται τουλάχιστον σε επιδημιολογικές μελέτες (Sitzia and Wood, 1998). Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται αναλυτικά τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, διαχωρισμένα ανάλογα με το χαρακτήρα του ιατρείου.

Πίνακας 5. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των δύο κατηγοριών ασθενών.

Μεταβλητή	Εξωτερικά Ιατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία		Σύνολο	
	Αριθμός απαντήσεων	%	Αριθμός απαντήσεων	%	Αριθμός απαντήσεων	%
Φύλο						
Γυναίκα	68	22,9	87	29,3	155	52,2
Άνδρας	80	26,9	62	20,9	142	47,8
Ηλικιακή ομάδα						
18 – 30	49	16,5	52	17,5	101	34
31 – 44	20	6,7	24	8,1	44	14,8
45 – 60	56	18,9	53	17,8	109	36,7
61 – 74	21	7,1	13	4,4	34	11,4
> 75	2	0,7	7	2,4	9	3
Επίπεδο εκπαίδευσης						

Καμία εκπαίδευση	1	0,3	1	0,3	2	0,7
Δημοτικό	2	0,7	3	1	5	1,7
Γυμνάσιο	2	0,7	1	0,3	3	0,1
Λύκειο	17	5,7	9	3	26	8,8
ΑΕΙ / ΤΕΙ	90	30,3	86	29	176	59,3
Μεταπτυχιακό	33	11,1	48	16,2	81	27,3
Διδακτορικό	3	1	1	0,3	4	1,3
Κατάσταση υγείας						
Πολύ κακή	1	0,3	1	0,3	2	0,7
Κακή	1	0,3	0	0	1	0,3
Μέτρια	15	5,1	9	3	24	8,1
Καλή	65	21,9	68	22,9	133	44,8
Πολύ καλή	66	22,2	71	23,9	137	46,1
Οικογενειακή κατάσταση						
Άγαμος/ή	60	20,2	62	20,9	122	41,1
Διαζευγμένος/η	3	1	6	2	9	3
Έγγαμος/η	83	27,9	78	26,3	161	54,2
Χήρος/α	2	0,7	3	1	5	1,7
Μηνιαίο εισόδημα						
< 400 €	21	7,4	18	6,3	39	13,7
401 - 700 €	19	6,7	23	8,1	42	14,7
701 - 1000 €	21	7,4	30	10,5	51	19,9
1001 - 1500 €	65	22,8	60	21,1	125	43,9
> 1500 €	16	5,6	12	4,2	28	10,8
(Missing Values)	12					
Λόγος επίσκεψης						
Ιατρική εξέταση	90	30,3	115	38,7	205	69
Κοινοποίηση αποτελεσμάτων	11	3,7	17	5,7	28	9,4
Λήψη βεβαιώσεων / πιστοποιητικών	5	1,7	2	0,7	7	2,4
Περίπτωση έκτακτης ανάγκης	41	13,8	5	1,7	47	15,5
Συνταγογράφηση φαρμάκων	1	0,3	10	3,4	11	3,7

Από τον παραπάνω πίνακα, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία του δείγματος είναι γυναίκες. Οι άνδρες προτιμούν περισσότερο τα Ε.Ι., ενώ οι γυναίκες τα ιδιωτικά ιατρεία. Μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής έχουν οι ασθενείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 45 – 60 και στην επόμενη θέση ακολουθεί η ομάδα των 18 – 30 ετών, χωρίς όμως κάποια σημαντική διαφορά στην επιλογή του είδους της μονάδας υγείας, ενώ φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες της ηλικιακής ομάδας 61- 74 απευθύνονται περισσότερο στα Ε.Ι.. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας

εκπαίδευσης και στις δύο κατηγορίες ασθενών, ενώ οι ασθενείς με μεταπτυχιακή εκπαίδευση φαίνεται να επιλέγουν περισσότερο τα ιδιωτικά ιατρεία. Σχετικά με την κατάσταση της υγείας των ερωτώμενων, η πλειοψηφία απάντησε ότι η υγεία της είναι πολύ καλή και παρατηρήθηκε ότι όσο καλύτερη είναι η υγεία του δείγματος, τείνει να επιλέγει τα ιδιωτικά ιατρεία, με πολύ μικρή όμως διαφορά. Επίσης, το καθαρό μηνιαίο εισόδημα δείχνει να μη διαφέρει μεταξύ των δύο κατηγοριών ασθενών. Εδώ, πρέπει να σημειωθεί, ότι 12 άτομα αποφάσισαν πως δεν επιθυμούν να μοιραστούν αυτή την πληροφορία (missing values) και ότι το 43,9% του δείγματος δήλωσε αρκετά καλή οικονομική κατάσταση (1001 - 1500 ευρώ). Τέλος, φαίνεται ότι ο βασικότερος λόγος που οι ασθενείς επισκέπτονται τα ιδιωτικά ιατρεία είναι η ιατρική εξέταση, έπειτα η κοινοποίηση αποτελεσμάτων και τέλος, η συνταγογράφηση φαρμάκων. Η πρώτη και η τρίτη θέση είναι ίδια και για τους πολίτες που επιλέγουν τα Ε.Ι., ωστόσο σημαντική διαφορά αποτελεί το γεγονός ότι το 13,8% του δείγματος επισκέπτεται τα Ε.Ι., σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ευρήματα της έρευνας μέσα από τη στατιστική επεξεργασία και την ανάλυση των δεδομένων, που συλλέχθηκαν από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων. Ο σκοπός είναι να μελετηθούν οι 8 ερευνητικές υποθέσεις που αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο 5.

7.1 Ανάλυση Συσχετίσεων

Αρχικά, προκειμένου να εξεταστεί εάν υπάρχει σχέση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, του χαρακτήρα της μονάδας υγείας (Ε.Ι. / Ιδιωτικό ιατρείο), των τριών αθροιστικών κλιμάκων «*Οργάνωση*», «*Συμπεριφορά- Στάση – Ικανότητες ιατρού*», «*Περιβάλλον - Κτιριακές εγκαταστάσεις*» και της συνολικής ικανοποίησης από τη μονάδα υγείας, χρησιμοποιήθηκε ο πίνακας συσχέτισης (*Correlation Matrix*). Στην εν λόγω ανάλυση, υπάρχουν τρεις συντελεστές που μπορούν να μελετηθούν, ο συντελεστής Pearson, ο συντελεστής Spearman και ο συντελεστής Kendall. Ο πρώτος χρησιμοποιείται για ισοδιαστημικές ή αναλογικές μεταβλητές, ενώ οι άλλοι δύο χρησιμοποιούνται για διατακτικές μεταβλητές (Παπαναστασίου και Παπαναστασίου, 2016). Στην προκειμένη περίπτωση, επειδή οι δημογραφικές μεταβλητές είναι διατακτικής μορφής, ή κατηγορικής με μόνο 2 υποκατηγορίες (Φύλο, Χαρακτήρας μονάδας υγείας) και επειδή η μεταβλητή «*Συνολική Ικανοποίηση*», καθώς και οι τρεις αθροιστικές κλίμακες χρησιμοποιούν κλίμακα Likert επιλέχθηκε να εξεταστεί ο συντελεστής Spearman. Πρέπει να αναφερθεί, ότι στη μεταβλητή «*Χαρακτήρας μονάδας υγείας*», ορίστηκε ως 1= Ιδιωτικό ιατρείο στην πόλη της Φλώρινας και ως 2= Ε.Ι του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας.

Πίνακας 6. Πίνακας Συσχετίσεων

Συντελεστής Συσχέτισης	Στοιχείο προς συσχέτιση	Φύλο	Ηλικιακή ομάδα	Επίπεδο εκπαίδευσης	Κατάσταση Υγείας	Εισόδημα	Χαρακτήρας μονάδας υγείας	Περιβάλλον - Κτιριακές εγκαταστάσεις	Συμπεριφορά - Στάση - Ικανότητες γιατρού	Οργάνωση Μονάδας Υγείας	Συνολική ικανοποίηση	
Spearman's rho	Φύλο	Correlation Coefficient	1,000	-,206**	,093	,008	-,298**	-,125	,122	,045	,031	,011
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,108	,886	,000	,032	,048	,438	,599	,851
		N	297	297	297	297	285	297	264	297	297	297
	Ηλικιακή ομάδα	Correlation Coefficient	-,206**	1,000	-,205**	-,213**	,638**	,033	,176**	,237**	,200**	,211**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,000	,567	,004	,000	,001	,000
		N	297	297	297	297	285	297	264	297	297	297
	Επίπεδο Εκπαίδευσης	Correlation Coefficient	,093	-,205**	1,000	,173**	,028	-,106	-,068	-,005	-,029	,020
		Sig. (2-tailed)	,108	,000	.	,003	,641	,069	,273	,931	,613	,736
		N	297	297	297	297	285	297	264	297	297	297
	Κατάσταση Υγείας	Correlation Coefficient	,008	-,213**	,173**	1,000	,082	-,052	-,047	,038	,024	,031
		Sig. (2-tailed)	,886	,000	,003	.	,169	,376	,451	,512	,679	,596
		N	297	297	297	297	285	297	264	297	297	297
	Εισόδημα	Correlation Coefficient	-,298**	,638**	,028	,082	1,000	,048	,127*	,154**	,154**	,198**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,641	,169	.	,424	,042	,009	,009	,001
		N	285	285	285	285	285	285	256	285	285	285
	Χαρακτήρας μονάδας υγείας	Correlation Coefficient	-,125	,033	-,106	-,052	,048	1,000	-,382**	-,437**	-,581**	-,518**
		Sig. (2-tailed)	,032	,567	,069	,376	,424	.	,000	,000	,000	,000
		N	297	297	297	297	285	297	264	297	297	297
	Περιβάλλον - Κτιριακές εγκαταστάσεις	Correlation Coefficient	,122	,176**	-,068	-,047	,127	-,382**	1,000	,603**	,704**	,667**
		Sig. (2-tailed)	,048	,004	,273	,451	,042	,000	.	,000	,000	,000
		N	264	264	264	264	256	264	264	264	264	264
	Συμπεριφορά - Στάση - Ικανότητες γιατρού	Correlation Coefficient	,045	,237**	-,005	,038	,154**	-,437**	,603**	1,000	,652**	,680**
		Sig. (2-tailed)	,438	,000	,931	,512	,009	,000	,000	.	,000	,000
		N	297	297	297	297	285	297	264	297	297	297
	Οργάνωση	Correlation Coefficient	,031	,200**	-,029	,024	,154**	-,581**	,704**	,652**	1,000	,737**
		Sig. (2-tailed)	,599	,001	,613	,679	,009	,000	,000	,000	.	,000
		N	297	297	297	297	285	297	264	297	297	297
	Συνολική ικανοποίηση	Correlation Coefficient	,011	,211**	,020	,031	,198**	-,518**	,667**	,680**	,737**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,851	,000	,736	,596	,001	,000	,000	,000	,000	.
		N	297	297	297	297	285	297	264	297	297	297

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Από τον πίνακα 6., μελετώντας την τελευταία στήλη, παρατηρείται ότι από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, μόνο η «*Ηλικιακή ομάδα*» και το «*Εισόδημα*» είναι αυτά που συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη μεταβλητή «*Συνολική ικανοποίηση*», καθώς τα επίπεδα σημαντικότητας τους είναι 0,000 και 0,001 αντίστοιχα, άρα μικρότερα του $p=0,01$. Μάλιστα, οι συσχετίσεις έχουν θετικό πρόσημο (coefficient = 0,211 και coefficient = 0,198). Αυτό σημαίνει ότι η συνολική ικανοποίηση του κάθε υποκειμένου, κινείται προς την ίδια κατεύθυνση με την ηλικία και την οικονομική του κατάσταση. Ωστόσο, οι 2 τιμές είναι χαμηλές ($r < 0,50$), επομένως το μέγεθος της συσχέτισης θεωρείται μικρό. Αντίθετα, η συσχέτιση του παράγοντα «*Χαρακτήρας μονάδας υγείας*» είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,000$), αλλά αρνητική (coefficient = - 0,518). Αυτό το στοιχείο, δείχνει ότι η συγκεκριμένη μεταβλητή κινείται αντίθετα από τη συνολική ικανοποίηση του δείγματος, δηλαδή τα άτομα που επισκέφτηκαν τα Ε.Ι. εξέφρασαν στατιστικά χαμηλότερη ικανοποίηση από τα άτομα που προσήλθαν σε κάποιο ιδιωτικό ιατρείο. Επίσης, η απόλυτη τιμή αυτού του δείκτη είναι μεγαλύτερη του 0,50, που σημαίνει ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης και του είδους της μονάδας υγείας.

Όσον αφορά τις 3 αθροιστικές κλίμακες, «*Οργάνωση*», «*Συμπεριφορά- Στάση – Ικανότητες ιατρού*», «*Περιβάλλον - Κτιριακές εγκαταστάσεις*», προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση αυτών με τη συνολική ικανοποίηση, καθώς τα επίπεδα σημαντικότητας τους είναι 0,000 και άρα μικρότερα του $p=0,01$. Επιπλέον, η υψηλή ($>0,50$) και θετική τιμή του δείκτη της κάθε μίας (Coefficient₁= 0,737, Coefficient₂= 0,680, Coefficient₃= 0,667 αντίστοιχα), υποδηλώνει ότι η συνολική ικανοποίηση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από αυτές.

7.2 Ανάλυση Παλινδρόμησης

Με τον «*Πίνακα Συσχέτισης*» μπορεί να διαφανεί μόνο το εάν οι μεταβλητές συσχετίζονται μεταξύ τους και όχι το ποια μεταβλητή προκαλεί μια άλλη. Για αυτόν το λόγο, στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε Ανάλυση Παλινδρόμησης (*Regression Analysis*), η οποία χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις όπου επιδιώκεται η εύρεση της σχέσης μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής, στη δική μας περίπτωση της «*Συνολικής ικανοποίησης*», και των ανεξάρτητων μεταβλητών που αποδείχτηκε προηγουμένως ότι σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με αυτή, δηλαδή των 2 δημογραφικών μεταβλητών, «*Ηλικιακή Ομάδα*» και «*Εισόδημα*», του «*Χαρακτήρα της μονάδας υγείας*» και των 3

αθροιστικών κλιμάκων «Οργάνωση», «Περιβάλλον - Κτιριακές εγκαταστάσεις», «Στάση- Συμπεριφορά- Ικανότητες ιατρού». Επειδή οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι περισσότερες από 1, κατασκευάστηκε ένα υπόδειγμα Πολλαπλής Παλινδρομικής Ανάλυσης, το οποίο δημιούργησε τους παρακάτω 3 πίνακες.

Πίνακας 7. Ποσοστό διασποράς της Συνολικής Ικανοποίησης που επεξηγείται από το μοντέλο της παλινδρόμησης.

Μοντέλο	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,779^a	,606	,597	,65059

- a. Ανεξάρτητες Μεταβλητές (Σταθερά), Ηλικιακή Ομάδα, Εισόδημα, Χαρακτήρας Μονάδας Υγείας, Περιβάλλον -Κτιριακές εγκαταστάσεις, Συμπεριφορά - Στάση - Ικανότητες γιατρού, Οργάνωση

Στον πίνακα 7. παρουσιάζεται ο παλινδρομικός συντελεστής συσχέτισης R, ο οποίος δείχνει τη σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και των προβλεπόμενων τιμών της. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι $R = 0,779$ ($>0,50$). Η τιμή αυτή είναι ικανοποιητικά υψηλή για να λεχθεί ότι μπορεί να προβλεφθεί η εξαρτημένη μεταβλητή «Συνολική Ικανοποίηση» του δείγματος από την ηλικιακή ομάδα, το εισόδημα, το χαρακτήρα της μονάδας υγείας, το περιβάλλον και τις κτιριακές εγκαταστάσεις, τη συμπεριφορά, τη στάση και ικανότητες ιατρού, καθώς και από την οργάνωση της μονάδας υγείας. Επίσης, το $R^2 = 0,606$ σημαίνει ότι το 60,6% της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής, μπορεί να προβλεφθεί από τον καλύτερο δυνατό συνδυασμό των ανεξάρτητων αυτών μεταβλητών.

Στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 8.), η προσοχή εστιάζεται στις στήλες F και Sig (p). Στο μοντέλο, φαίνεται ότι $F = 63,903$ και $p = 0,000$, η οποία τιμή είναι μικρότερη του $p = 0,01$, επομένως συμπεραίνουμε ότι η παλινδρομική σχέση ($R = 0,779$), διαφέρει σημαντικά από το 0 και άρα, η συνεισφορά των 6 ανεξάρτητων παραγόντων στη «Συνολική ικανοποίηση» θεωρείται στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 8. Στατιστική σημαντικότητα μοντέλου.

Μοντέλο		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig. (p)
1	Regression	162,289	6	27,048	63,903	,000^b
	Residual	105,394	249	,423		
	Total	267,682	255			

- a. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική ικανοποίηση

- b. Ανεξάρτητες Μεταβλητές (Σταθερά), Ηλικιακή ομάδα, Εισόδημα, Χαρακτήρας μονάδας υγείας, Περιβάλλον -Κτιριακές εγκαταστάσεις, Συμπεριφορά - Στάση - Ικανότητες γιατρού Οργάνωση

Ο τρίτος και τελευταίος πίνακας (Πίνακας 9.) της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης, στοχεύει στην περαιτέρω εμβάθυνση των παραγόντων, που επιδρούν σημαντικά στη διαμόρφωση του βαθμού της εξαρτημένης μεταβλητής.

Πίνακας 9. Υπόδειγμα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Ικανοποίηση.

Μοντέλο	Μεταβλητή	Μη κανονικοποιημένοι συντελεστές		Κανονικοποιημένοι συντελεστές	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Σταθερά)	-,406	,381		-1,064	,288
	Ηλικιακή ομάδα	-,013	,045	-,014	-,278	,781
	Εισόδημα	,088	,041	,104	2,130	,034
	Χαρακτήρας μονάδας υγείας (1= Ε.Ι., 2=Ιδιωτικό Ιατρείο)	-,221	,100	-,108	-2,219	,027
	Οργάνωση	,414	,084	,324	4,911	,000
	Συμπεριφορά - Στάση - Ικανότητες γιατρού	,388	,068	,308	5,733	,000
	Περιβάλλον - Κτιριακές εγκαταστάσεις	,251	,088	,167	2,869	,004

a. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική ικανοποίηση
 Στατιστικά σημαντικό σε $p < 0,05$

Όπως φαίνεται από τα δεδομένα του πίνακα, οι ανεξάρτητες μεταβλητές που επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη «Συνολική ικανοποίηση» του δείγματος είναι το «Εισόδημα» με $p=0,034$, ο «Χαρακτήρας μονάδας υγείας» με $p= 0,027$, η «Οργάνωση» με $p=0,000$, η «Συμπεριφορά - Στάση - Ικανότητες γιατρού» με $p=0,000$ και τέλος, η μεταβλητή «Περιβάλλον – Κτιριακές εγκαταστάσεις» με επίπεδο σημαντικότητας 0,004. Αντιθέτως, η μεταβλητή «Ηλικιακή ομάδα», φαίνεται ότι δεν την επηρεάζει στατιστικά σημαντικά.

Επιπλέον, από τον Πίνακα 9. γίνεται κατανοητό ότι εάν ένας ασθενής επισκεφτεί τα Ε.Ι. αντί κάποιο ιδιωτικό ιατρείο, τότε η συνολική ικανοποίηση του θα μειωθεί κατά 0,221 μονάδες. Αυτό υποδηλώνει ότι τα άτομα που προσέρχονται στα ιδιωτικά ιατρεία εκφράζουν μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης, από ότι οι ασθενείς των Ε.Ι.. Σχετικά με τη μεταβλητή «Εισόδημα», διαφαίνεται ότι όσο καλύτερη οικονομική θέση έχει ένα

άτομο, τείνει να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο κατά 0,088 μονάδες. Όσον αφορά τις 3 αθροιστικές κλίμακες, μία αύξηση της μεταβλητής «Περιβάλλον - Κτιριακές εγκαταστάσεις», «Συμπεριφορά - Στάση - Ικανότητες ιατρού» και «Οργάνωση» κατά μία μονάδα, θα οδηγήσει σε αύξηση της εξαρτημένης μεταβλητής κατά 0,251, 0,388 και 0,414 μονάδες αντίστοιχα.

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με τις παραπάνω αναλύσεις προκύπτει ότι από την υπόθεση **H1**: «Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά: α) το φύλο, β) η ηλικία, γ) το μορφωτικό επίπεδο, δ) η κατάσταση της υγείας, ε) το εισόδημα, καθώς και στ) ο χαρακτήρας του ιατρού, επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών», **αποδεχόμαστε μόνο τις υπο-υποθέσεις ε) και στ)**, διότι όπως αποδείχτηκε, μόνο η οικονομική κατάσταση και το είδος της μονάδας υγείας, έχουν στατιστικά σημαντικό ρόλο στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών.

Αντιθέτως, οι υποθέσεις: **H2**: «Η οργάνωση και ο προγραμματισμός της μονάδας υγείας, επηρεάζουν άμεσα και θετικά το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών», **H3**: «Το περιβάλλον και οι εγκαταστάσεις της μονάδας υγείας, επηρεάζουν άμεσα και θετικά το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών», **H4**: «Η συμπεριφορά, η στάση και οι ικανότητες του επαγγελματία υγείας, επηρεάζουν άμεσα και θετικά το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών», **είναι αληθείς.**

7.3 Έλεγχος τ-τεστ των παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών ανάλογα το χαρακτήρα ιατρού.

Στη συνέχεια, προκειμένου να ελεγχθεί η επίδραση του χαρακτήρα της μονάδας υγείας (Ε.Ι. / ιδιωτικό ιατρείο) στις απαντήσεις του δείγματος, σχετικά με τους παράγοντες που συμβάλλουν εντονότερα στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι με τη χρήση «τ- τεστ». Το είδος του ιατρού θεωρήθηκε η ανεξάρτητη μεταβλητή, ενώ οι υπόλοιπες θεωρήθηκαν εξαρτημένες. Οι παρακάτω πίνακες παρουσιάζουν τους ελέγχους αυτούς με $\alpha=0,05$, καθώς και τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής για τον κάθε παράγοντα ξεχωριστά. Πρέπει να σημειωθεί, ότι ο έλεγχος τ-τεστ κατασκευάζει έναν πίνακα με δύο σειρές αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα που θα ληφθούν υπόψιν, εξαρτώνται από το κριτήριο Levene's Test για την ισότητα των διασπορών. Στην παρούσα έρευνα, το κριτήριο αυτό αποδείχθηκε στατιστικά σημαντικό, καθώς σε όλους τους ελέγχους ίσχυε

$p < 0,05$, δηλαδή οι διασπορές δεν ήταν ίσες. Επομένως, μελετήθηκαν τα στοιχεία της δεύτερης γραμμής των πινάκων.

Η πέμπτη ερευνητική υπόθεση (**H5**) αφορούσε το αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των ερωτώμενων που επισκέφτηκαν κάποιο ιδιωτικό ιατρείο και στις απαντήσεις αυτών που επισκέφθηκαν τα Ε.Ι. του νοσοκομείου, όσον αφορά την **οργάνωση και τον προγραμματισμό της μονάδας υγείας**. Από τον πίνακα 10., διαφαίνεται ότι ο μέσος όρος των απαντήσεων των ατόμων που αξιολόγησαν κάποιο ιδιωτικό ιατρείο είναι 4,2119, ενώ των ατόμων που αξιολόγησαν τα Ε.Ι 3,2799. Αυτά τα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο μέσων όρων, όμως για να εξακριβωθεί εάν η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική, ακολουθεί ο πίνακας 11., στον οποίο παρατηρείται $p = 0,000$ ($< 0,05$). Επομένως, η διαφορά των απαντήσεων που σχετίζονται με την οργάνωση της μονάδας υγείας, ανάμεσα στις 2 ομάδες ασθενών είναι στατιστικά σημαντική. Συγκεκριμένα, η οργάνωση των ιδιωτικών ιατρείων αξιολογήθηκε κατά 0,932 μονάδες υψηλότερα, από ότι στα Ε.Ι. του νοσοκομείου.

Πίνακας 10. Περιγραφική στατιστική των απαντήσεων για την Οργάνωση της μονάδας υγείας ανά χαρακτήρα μονάδας υγείας.

Μεταβλητή	Χαρακτήρας Μονάδας Υγείας	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσο τυπικό σφάλμα
Οργάνωση Μονάδας Υγείας	Ιδιωτικό Ιατρείο	149	4,2119	,53981	,04422
	Ε.Ι.	148	3,2799	,78102	,06420

Πίνακας 11. Έλεγχος τ-τεστ του χαρακτήρα της μονάδας υγείας με τις απαντήσεις για την Οργάνωση της μονάδας υγείας.

		Levene's Test για ισότητα διασπορών		t-test για ισότητα μέσων όρων			
		F	Sig. (p)	t	Df	Sig. (p) (2-tailed)	Mean Difference
Οργάνωση Μονάδας Υγείας	Equal variances assumed	22,106	,000	11,969	295	,000	0,93197
	Equal variances not assumed			11,955	261,191	,000	0,93197

Επομένως η υπόθεση **H5**: «Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών που επισκέπτονται τα Ε.Ι. και των ασθενών που προσέρχονται σε ιδιωτικά ιατρεία, όσον αφορά την οργάνωση και τον προγραμματισμό της μονάδας», είναι **αληθής**.

Η έκτη ερευνητική υπόθεση (**H6**) αναφερόταν στο αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των ερωτώμενων που επισκέφτηκαν κάποιο ιδιωτικό ιατρείο και στις απαντήσεις αυτών που επισκέφθηκαν τα Ε.Ι. του νοσοκομείου, σχετικά με το **περιβάλλον και τις κτιριακές εγκαταστάσεις**. Από τον Πίνακα 12. διαφαίνεται ότι ο μέσος όρος των απαντήσεων που δόθηκαν για κάποιο ιδιωτικό ιατρείο είναι 4,2203, άρα διαφορετικός και μεγαλύτερος από το μέσο όρο των απαντήσεων για τον συγκεκριμένο παράγοντα στα Ε.Ι. του Γενικού Νοσοκομείου, ο οποίος είναι 3,6941. Στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 13.), επιβεβαιώνεται ότι αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική, διότι $p = 0,000$. Ειδικότερα, ο μέσος όρος των απαντήσεων των ατόμων που αξιολόγησαν αυτήν την μεταβλητή στα ιδιωτικά ιατρεία είναι κατά 0,5292 μονάδες υψηλότερος από τον μέσο όρο των απαντήσεων των ατόμων που επισκέφτηκαν τα Ε.Ι.

Πίνακας 12. Περιγραφική στατιστική των απαντήσεων για το Περιβάλλον και τις Κτιριακές εγκαταστάσεις ανά χαρακτήρα μονάδας υγείας.

Μεταβλητή	Χαρακτήρας Μονάδας Υγείας	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσο τυπικό σφάλμα
Περιβάλλον - Κτιριακές εγκαταστάσεις	Ιδιωτικό Ιατρείο	128	4,2203	,55221	,04881
	Ε.Ι.	136	3,6941	,72406	,06209

Πίνακας 13. Έλεγχος t-τεστ του χαρακτήρα της μονάδας υγείας με τις απαντήσεις για το Περιβάλλον και τις Κτιριακές εγκαταστάσεις.

		Levene's Test για ισότητα διασπορών		t-test για ισότητα μέσων όρων			
		F	Sig. (p)	t	Df	Sig. (p) (2-tailed)	Mean Difference
Περιβάλλον - Κτιριακές εγκαταστάσεις	Equal variances assumed	8,867	,003	6,609	262	,000	0,52619
	Equal variances not assumed			6,663	251,369	,000	0,52919

Επομένως, η υπόθεση **H6**: «Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών που επισκέπτονται τα Ε.Ι. και των ασθενών που προσέρχονται σε ιδιωτικά ιατρεία, όσον αφορά το περιβάλλον και τις εγκαταστάσεις της μονάδας», είναι αληθής.

Σχετικά με την αξιολόγηση της **Στάσης - Συμπεριφοράς – Ικανοτήτων του ιατρού** των 2 κατηγοριών μονάδας υγείας (**H7**), παρατηρείται στον Πίνακα 14. ότι ο μέσος όρος των απαντήσεων για αυτόν τον παράγοντα στα ιδιωτικά ιατρεία είναι 4,4891, ενώ στα Ε.Ι. μόνο 3,7365. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς των Ε.Ι. δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι κατά 0,7526 μονάδες, σχετικά με τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του επαγγελματία υγείας και της ιατρικής υπηρεσίας. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική, καθώς, στον έλεγχο τ-τεστ, το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000 και άρα μικρότερο του 0,05 (Πίνακας 15.).

Πίνακας 14. Περιγραφική στατιστική των απαντήσεων για τη Στάση – Συμπεριφορά – Ικανότητες ιατρού ανά χαρακτήρα μονάδας υγείας.

Μεταβλητή	Χαρακτήρας Μονάδας Υγείας	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσο τυπικό σφάλμα
Συμπεριφορά - Στάση - Ικανότητες γιατρού	Ιδιωτικό Ιατρείο	149	4,4891	,54291	,04448
	Ε.Ι.	148	3,7365	,90470	,07437

Πίνακας 15. Έλεγχος τ-τεστ του χαρακτήρα της μονάδας υγείας και της Στάσης – Συμπεριφοράς – Ικανοτήτων ιατρού.

		Levene's Test για ισότητα διασπορών		t-test για ισότητα μέσων όρων			
		F	Sig. (p)	t	Df	Sig. (p) (2-tailed)	Mean Difference
Συμπεριφορά - Στάση - Ικανότητες γιατρού	Equal variances assumed	41,374	,000	8,699	295	,000	,75261
	Equal variances not assumed			8,685	240,419	,000	,75261

Επομένως **αποδεχόμαστε την υπόθεση H7**: «Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών που επισκέπτονται τα Ε.Ι. και των ασθενών που προσέρχονται σε ιδιωτικά ιατρεία, όσον αφορά τη συμπεριφορά, τη στάση και τις ικανότητες του επαγγελματία υγείας της μονάδας.».

Η τελευταία ερευνητική υπόθεση της παρούσας εργασίας (**H8**), αναφέρεται στη **σύγκριση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών των ιδιωτικών ιατρείων με την συνολική ικανοποίηση των ασθενών των Ε.Ι. του νοσοκομείου**. Από τους επόμενους 2 πίνακες, παρατηρείται ότι στα ιδιωτικά ιατρεία, οι ερωτώμενοι δήλωσαν

περισσότερο ικανοποιημένοι κατά 1,06341 μονάδες. Ειδικότερα, ο μέσος όρος των απαντήσεων για τη «Συνολική ικανοποίηση» στα ιδιωτικά ιατρεία έφτασε τις 4,1870 μονάδες, ενώ στα Ε.Ι. μόλις τις 3,1236. Η διαφορά των δύο μέσων όρων, θεωρείται στατιστικά σημαντική, όπως αποδεικνύει ο Πίνακας 17. ($p < 0,05$). Μάλιστα, σε σχέση με τους προηγούμενους ελέγχους των 3 αθροιστικών κλιμάκων, η εν λόγω διαφορά είναι η μεγαλύτερη, όπως και αναμενόταν.

Πίνακας 16. Περιγραφική στατιστική των απαντήσεων για τη Συνολική Ικανοποίηση ανά χαρακτήρα μονάδας υγείας.

Μεταβλητή	Χαρακτήρας Μονάδας Υγείας	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσο τυπικό σφάλμα
Συνολική ικανοποίηση	Ιδιωτικό Ιατρείο	149	4,1870	,75280	,06167
	Ε.Ι.	148	3,1236	1,01531	,08346

Πίνακας 17. Έλεγχος τ-τεστ του χαρακτήρα της μονάδας υγείας με τη Συνολική Ικανοποίηση.

		Levene's Test για ισότητα διασπορών		t-test για ισότητα μέσων όρων			
		F	Sig. (p)	T	Df	Sig. (p) (2-tailed)	Mean Difference
Συνολική ικανοποίηση	Equal variances assumed	15,764	,000	10,258	295	,000	1,06341
	Equal variances not assumed			10,248	271,087	,000	1,06341

Ως εκ τούτου, **αποδεχόμαστε την H8**: «Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών που προσέρχονται σε ιδιωτικά ιατρεία είναι σημαντικά διαφορετική και υψηλότερη, από αυτή των ασθενών που επισκέπτονται τα Ε.Ι. δημόσιου νοσοκομείου.».

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο παρόν κεφάλαιο, θα διατυπωθούν τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την ανωτέρω στατιστική ανάλυση των δεδομένων και θα γίνει προσπάθεια συσχέτισης αυτών, με την προϋπάρχουσα βιβλιογραφία, αλλά και με προγενέστερες επιστημονικές μελέτες.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης που διεξήχθη στην πόλη της Φλώρινας, ήταν πρωταρχικά, ο εντοπισμός των βασικότερων παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών των Ε.Ι. του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας και των ιδιωτικών ιατρείων της περιοχής. Δευτερεύων σκοπός, αποτέλεσε η εκτίμηση της ικανοποίησης αυτής και η συγκριτική διερεύνηση και ανάλυση των παραγόντων που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της, με στόχο να εξακριβωθεί εάν όντως υπάρχουν διαφοροποιήσεις. Προκειμένου να επιτευχθούν οι σκοποί της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, το οποίο περικλείει διάφορες πτυχές της διαδικασίας παροχής φροντίδας.

Από το ερωτηματολόγιο, προέκυψαν 4 αθροιστικές κλίμακες, η «*Οργάνωση*», το «*Περιβάλλον – Κτιριακές εγκαταστάσεις*», η «*Συμπεριφορά – Στάση – Ικανότητες ιατρού*» και τέλος, η «*Συνολική ικανοποίηση*», με πολύ ικανοποιητικούς συντελεστές εσωτερικής συνέπειας.

Οι ερευνητικές υποθέσεις, στο σύνολο τους 8, που τέθηκαν στην αρχή της έρευνας, κατορθώθηκαν να απαντηθούν με επιτυχία. Η επαλήθευση ή η διάψευση των πρώτων τεσσάρων υποθέσεων, που αφορούσαν τον έλεγχο της σχέσης των δημογραφικών μεταβλητών και των 3 αθροιστικών κλιμάκων, με την αθροιστική κλίμακα «*Συνολική ικανοποίηση*», πραγματοποιήθηκε αρχικά με τη βοήθεια του «*Πίνακα Συσχέτισης*». Στη συνέχεια, δημιουργήθηκε ένα μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης, ώστε να προσδιοριστούν αναλυτικά οι σχέσεις των ανεξάρτητων παραγόντων με τον εξαρτημένο παράγοντα «*Συνολική Ικανοποίηση*». Αντίθετα, η επόμενη τετράδα υποθέσεων, η οποία αναφερόταν στη σύγκριση της ικανοποίησης που προκύπτει από τους μελετηθέντες παράγοντες στους 2 φορείς Π.Φ.Υ., διερευνήθηκε συνδυαστικά με την εφαρμογή της «*Περιγραφικής Στατιστικής*» και με τον έλεγχο «*t-τεστ*», με στόχο να παραχθούν πληροφορίες, τόσο για το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τον κάθε παράγοντα ξεχωριστά, όσο και τη συγκριτική ανάλυση αυτών, ανάλογα με το είδος της μονάδας παροχής φροντίδας.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 297 κάτοικοι της Φλώρινας που επισκέφτηκαν τα Ε.Ι. του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας και τα ιδιωτικά ιατρεία της πόλης. Η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (52,2 %), απόφοιτοι ΑΕΙ / ΤΕΙ (59,3 %), ηλικιακής ομάδας 45-60 ετών (36,7 %), έγγαμοι (54,2 %), με μηνιαίο εισόδημα 1001-1500 ευρώ (43,9 %) και πολύ καλή κατάσταση υγείας (46,1 %).

Σε ότι αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικιακή ομάδα, κατάσταση υγείας, εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο), διαφάνηκε ότι μόνο η οικονομική κατάσταση και η ηλικία των ερωτώμενων συσχετίζεται σημαντικά με τη συνολική ικανοποίηση τους. Αυτό το αποτέλεσμα, είναι σύμφωνο με ευρήματα άλλων ερευνών, καθώς αυτές οι δύο μεταβλητές συναποτελούν, μεταξύ άλλων, τους καθοριστικότερους παράγοντες ικανοποίησης (Fan et al., 2005, Green and Davis, 2005, Xiao and Barber, 2008, Γαβριήλ κ.α., 2012). Μάλιστα, τόσο η ηλικία όσο και το εισόδημα των ερωτώμενων, κινούνται προς την ίδια κατεύθυνση με την ικανοποίηση, δηλαδή όσο μεγαλώνει ηλικιακά ο ασθενής ή αυξάνεται το εισόδημα του, τείνει να δηλώνει περισσότερη ικανοποίηση, όπως και στις περισσότερες μελέτες της συστηματικής ανασκόπησης των Batbaatar et al. (2016). Από την άλλη, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και η κατάσταση της υγείας των ερωτώμενων, αποδείχθηκε ότι δεν συσχετίζονται σημαντικά με την ικανοποίηση. Οι Kalda et al (2003), είναι σύμφωνοι με το αποτέλεσμα που αφορά τη μεταβλητή του φύλου, διότι και οι ίδιοι κατέληξαν έπειτα από επιστημονική έρευνα ότι δεν υπάρχει καμία συσχέτιση αυτής της μεταβλητής με την ικανοποίηση. Γενικότερα, το φύλο είναι αμφιλεγόμενη μεταβλητή, διότι αν και πολλές έρευνες την περιλαμβάνουν, συνεχώς προκύπτουν αντιφατικά αποτελέσματα (Bikker and Thompson, 2006, Hekkert et al., 2009). Επομένως, είναι αδύνατο να προχωρήσουμε σε κάποια γενίκευση. Όσον αφορά όμως το παράγοντα της υγείας, οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι έχει καταλυτικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών (Schoenfelder, Klewer and Kugler, 2011, Xiao and Barber, 2008). Επομένως, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι διαφορετικά από αυτά της βιβλιογραφίας και συνίσταται περαιτέρω έρευνα. Τέλος, σχετικά με τη δημογραφική μεταβλητή της εκπαίδευσης, το αποτέλεσμα που προέκυψε, δηλαδή η έλλειψη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης της με την ικανοποίηση, είναι σύμφωνο με την έρευνα των Γαβριήλ, Θεοδώρου και Middleton (2012), από την οποία πάρθηκε ένα μέρος του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη. Ωστόσο, οι περισσότεροι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι σχετίζεται άμεσα και είτε θετικά, είτε

αρνητικά με την ικανοποίηση των ασθενών (Batbaatar et al., 2016, Etter and Perneger, 1997).

Ο χαρακτήρας της μονάδας υγείας (Ε.Ι. / Ιδιωτικό Ιατρείο), αποδείχτηκε ότι σχετίζεται και αυτός στατιστικά σημαντικά με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Σε ότι αφορά αυτό το αποτέλεσμα, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει βιβλιογραφικό κενό στον Ελλαδικό χώρο, καθώς δεν εντοπίστηκαν μελέτες που να μελετούν συγκριτικά την ικανοποίηση των ασθενών στα συγκεκριμένα είδη ιατρείου. Ωστόσο, έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο εξωτερικό, στις οποίες στόχος ήταν να ελεγχθεί εάν η ικανοποίηση των ασθενών στις δημόσιες δομές είναι στατιστικά διαφορετική από την ικανοποίηση στις ιδιωτικές, κατέληξαν στην επαλήθευση αυτής της υπόθεσης και μάλιστα οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι οι δημόσιες δομές υγείας δημιουργούν χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης στους ασθενείς από ότι οι ιδιωτικές. Κατ' επέκταση, το είδος του ιατρείου, συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών (Anabila, Kwadjo Kumi and Anome, 2019, Shabbir, Malik and Malik, 2016, Zamil, Areiqat and Tailakh, 2012).

Η οργάνωση και ο προγραμματισμός της μονάδας υγείας, παράγοντας που περιλαμβάνει στοιχεία σχετικά με τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού, τη γραμματειακή και τηλεφωνική εξυπηρέτηση, τις διαδικασίες πληρωμής/ θεώρησης και τους χρόνους αναμονής, αποδείχθηκε ότι συσχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση των ασθενών. Ομοίως, το περιβάλλον και οι κτιριακές εγκαταστάσεις, στον οποίο παράγοντα ταξινομήθηκαν στοιχεία που σχετίζονται με την καθαριότητα, την ευρυχωρία, τη θερμοκρασία, την επαρκή σηματοδότηση των χώρων, καθώς και την ευκολία στάθμευσης και πρόσβασης, φάνηκε ότι συσχετίζεται και αυτός στατιστικά σημαντικά με την ικανοποίηση. Τέλος, όσον αφορά τη στάση, τις ικανότητες και τη συμπεριφορά του ιατρού (σεβασμός, ενεργητική ακρόαση, αποτελεσματική επικοινωνία, χρόνος εξέτασης), όπως είχε προβλεφθεί, επηρεάζουν σημαντικά τη συνολική ικανοποίηση. Μάλιστα η συσχέτιση των 3 αυτών παραγόντων με την ικανοποίηση είναι θετική και υψηλή. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν, συμφωνούν με ευρήματα προγενέστερων ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα, αλλά και στην Κύπρο και μελετούν παρόμοιους παράγοντες ικανοποίησης στα Ε.Ι. νοσοκομείων (Αλετράς κ.α., 2008, Γούλα κ.α., 2019, Πιερράκος κ.α., 2013, Πιερράκος κ.α., 2015).

Στη συνέχεια, από την ανάλυση παλινδρόμησης δημιουργήθηκε ένα ισχυρό μοντέλο, στο οποίο διαφάνηκε ότι από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που είχε προηγουμένως αποδειχθεί ότι συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την συνολική ικανοποίηση, αποκλείστηκε η μεταβλητή της ηλικιακής ομάδας. Επιπλέον, από το μοντέλο της παλινδρόμησης, φάνηκε ότι όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές επηρεάζουν θετικά τη συνολική ικανοποίηση του δείγματος (εξαρτημένη μεταβλητή), εκτός από το χαρακτήρα του ιατρού. Σύμφωνα με την κωδικοποίηση που δόθηκε στην εν λόγω μεταβλητή, η αρνητική αυτή σχέση δείχνει ότι όσο αυξάνονται οι επισκέψεις στα Ε.Ι. του νοσοκομείου, τόσο μειώνεται το επίπεδο συνολικής ικανοποίησης του δείγματος, ενώ αντίθετα, όσο αυξάνονται οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία, τόσο αυξάνεται ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης των ερωτηθέντων.

Όσον αφορά την αξιολόγηση των παραγόντων και κατ' επέκταση τη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών που προσήλθαν στα Ε.Ι. και στα ιδιωτικά ιατρεία, διαφάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Ειδικότερα, από την περιγραφική στατιστική, παρατηρήθηκε αρκετά υψηλή βαθμολογία στην οργάνωση και στον προγραμματισμό, στο περιβάλλον και στις κτιριακές εγκαταστάσεις, στα χαρακτηριστικά της ιατρικής υπηρεσίας και του ιατρού και στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία. Αντίθετα, οι ίδιοι παράγοντες βαθμολογήθηκαν στατιστικά χαμηλότερα στα Ε.Ι. του νοσοκομείου. Ως εκ τούτου, τα Ε.Ι. του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας, φαίνεται να υστερούν στους μελετηθέντες τομείς, συγκριτικά με τα ιδιωτικά ιατρεία της πόλης, καθώς οι ασθενείς αυτών δήλωσαν χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης, τόσο για τον κάθε παράγοντα ξεχωριστά, όσο και συνολικά.

Μέσα από τον έλεγχο τ-τεστ διαφάνηκε ότι οι διαφορές αυτές, δεν είναι μόνο οπτικές αλλά και στατιστικά σημαντικές. Ειδικά στον τελευταίο παράγοντα «*Συνολική ικανοποίηση*», στον οποίο ταξινομήθηκαν στοιχεία που σχετίζονται με τις προσδοκίες των ερωτώμενων, τη γενική ικανοποίησή τους, τη διάθεση για επαναχρησιμοποίηση των υπηρεσιών, την παρότρυνση των συγγενών τους να επισκεφτούν τη μονάδα υγείας και τη μεταφορά θετικών σχολίων σε τρίτους, η διαφορά στους 2 φορείς Π.Φ.Υ. είναι η μεγαλύτερη. Σύμφωνα, με όλα τα παραπάνω, προκύπτει ότι η ικανοποίηση των ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία υπερτερεί της ικανοποίησης των ασθενών στα Ε.Ι. του νοσοκομείου. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, δεν εντοπίστηκαν έρευνες που να μελετούν αυτό ακριβώς το αντικείμενο στην Ελλάδα. Ωστόσο, το γενικότερο πλαίσιο των ανωτέρω ευρημάτων συμφωνεί με επιστημονικές μελέτες στο εξωτερικό, που

μελέτησαν και ανέλυσαν διάφορες πτυχές της διαδικασίας παροχής φροντίδας, μέσα από τις διαστάσεις της ποιότητας, δημόσιων και ιδιωτικών δομών υγείας, κατά τις οποίες οι μελετώμενες μεταβλητές αξιολογήθηκαν στατιστικά υψηλότερα σε ιδιωτικές μονάδες, έναντι των δημοσίων (Owusu Kwateng, Lumor and Acheampong, 2017, Zamil, Areiqat and Tailakh, 2012, Anabila, Kwadjo Kumi and Anome, 2019, Shabbir, Malik and Malik, 2016).

9. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο βασικότερος περιορισμός της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτέλεσε η πανδημία Covid-19 που κυριαρχούσε κατά τη διάρκεια της έρευνας. Η πανδημία, περιόρισε κατά πολύ την πρόσβαση στις δομές υγείας, καθώς και την κατ' ιδίαν προσωπική επαφή. Αυτό το γεγονός, οδήγησε σε πολύ περιορισμένες δυνατότητες στην επιλογή εργαλείου δειγματοληψίας (ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο). Επομένως, από τον πληθυσμό της έρευνας αποκλείστηκαν τα άτομα που δεν είχαν πρόσβαση στο διαδίκτυο ή δεν είχαν ψηφιακές γνώσεις, όπως οι ηλικιωμένοι. Επιπλέον, οι διευκρινίσεις που είχαν ορισμένοι ερωτώμενοι, δόθηκαν από την ερευνήτρια ηλεκτρονικά και υπάρχει η πιθανότητα δημιουργίας παρεξηγήσεων, εξαιτίας του γραπτού λόγου. Ακόμη, ένας σημαντικός ερευνητικός περιορισμός, αφορά τα γεωγραφικά όρια που τέθηκαν καθώς, το δείγμα των ασθενών, το οποίο αν και αριθμητικά ήταν μεγάλο, απαρτίστηκε από πολίτες που έχουν επισκεφτεί αποκλειστικά τα Ε.Ι. του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας και τα ιδιωτικά ιατρεία της πόλης. Αυτοί οι περιορισμοί ενδέχεται να επηρεάζουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

10. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής δεν είναι άμεσα γενικεύσιμα για τον λόγο ότι είναι μονοκεντρική και όχι πολυκεντρική. Αρχικά, προτείνεται να πραγματοποιηθούν έρευνες που να μελετούν συγκριτικά την ικανοποίηση των ασθενών σε δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες υγείας, χρησιμοποιώντας μεγαλύτερα δείγματα και σε περισσότερες περιοχές. Επίσης, σημαντικό θα ήταν οι μελλοντικές μελέτες να ερευνήσουν τους παράγοντες που συσχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών, συγκριτικά με τα κλινικά αποτελέσματα των υγειονομικών δομών (δείκτες νοσηρότητας, δείκτες θνησιμότητας κ.α.). Επιπρόσθετα, ενδιαφέρουσα θα ήταν η επανάληψη του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, στο μέλλον, στο ίδιο δείγμα, ώστε να εξεταστεί εάν ο δύσκολος καιρός της πανδημίας επηρέασε εν μέρει τις απαντήσεις που δόθηκαν ή να επιβεβαιωθεί η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Τέλος, είναι παραδεκτό, ότι οι προσδοκίες και τα 'πιστεύω' των ερωτώμενων είναι δύσκολο να αντικατοπτριστούν από ένα ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις. Ιδανικά, προτείνεται η συνδυαστική χρήση ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων, σε μια επόμενη έρευνα, με σκοπό τη συλλογή σαφέστερων και ασφαλέστερων αποτελεσμάτων.

Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλετράς, Β.Ο., Μπασιούρη, Φ.Ν., Κοντοδημόπουλος, Ν., Ιωαννίδου, Μ.Δ. και Νιάκας, Δ.Α., 2009. Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(1), σ. 79-89.

Αντεριώτη, Π. και Αντωνίου, Γ., 2014. Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1), σ. 62-68.

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

Γαβριήλ, Ε., Παπασταύρου, Ε. και Καραγιάννης, Γ., 2007. Ευρωπαϊκοί Δείκτες Υγείας ECHI. *Cyprus Nursing Chronics*, 8(2), σ. 25-32.

Γείτονα, Μ., Ανδρούτσου, Λ., Μπούκη, Λ. και Κόκκινος, Κ., 2010. Αξιολόγηση της λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, (58), σ. 139-157.

Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Νάτσης, Χ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. και Πιερράκος, Γ., 2019. Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(1), σ. 88-95.

Ελληνική Εταιρεία Management Υπηρεσιών Υγείας, 2016. «Πρωτοβάθμια και Επείγουσα Φροντίδα Υγείας – Η Εμπλοκή των Νοσοκομείων». Στο: *Διαπιστώσεις και προτάσεις για την Πρωτοβάθμια και Επείγουσα Φροντίδα Υγείας*. Θεσσαλονίκη: 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ε.Ε.Μ.Υ.Υ.

Ζέρβας, Δ., 2020. Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας και προσδιορισμός της στις υπηρεσίες υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 12(1), σ. 8-21.

Θανασάς, Ι.Κ., 2019. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, (24)3, σ. 347-360.

- Καλογερόπουλος, Δ. και Χαραλάμπους, Γ., 2019. Ποιότητα και αποδοτικότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Ποιότητα και αποδοτικότητα στην υγεία. *Προεγχειρητική Νοσηλευτική*, 8(1), σ. 22-34.
- Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, Α. και Σουρτζή, Π., 2005. *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Κοτρώτσιου, Σ., Βαλδούμας, Σ., Φουντούκη, Α., Θεοφανίδης, Δ., Κατσιάνα, Α. και Παραλίκας, Θ., 2020. Διερεύνηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 12(3), σ. 1-13.
- Κουκουφιλίππου, Ι., Μπόμπος, Γ., Μπόγρη, Δ., Βασιλακοπούλου, Β. και Κοΐνης Α., 2017. Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(3), σ. 327-333.
- Μάνιου, Μ., 2009. Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 8(4), σ. 380-400.
- Μινάκη, Π., Σαμόλη, Ε. και Θεοδώρου, Μ., 2013. Παράπονα ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Ποιος ενδιαφέρεται γι' αυτά; *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(1), σ. 67-78.
- Μπαλάσκα, Δ. και Μπιτσώρη, Ζ., 2015. Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 4(3), σ. 106-120.
- Οικονόμου, Χ., 2012. *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Καμπύλη ΑΕΒΕ.
- Παπαγιαννοπούλου, Γ., Πιερράκος, Μ., Σαρρής, Γ. και Υφαντόπουλος, Γ., 2008. Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1), σ. 73-82.
- Παπακωστίδη, Α. και Τσουκαλάς, Ν., 2012. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), σ. 480-488.

- Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ, Φ.Ρ., 2016. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 15(4), σ. 365-369.
- Πιερράκος, Γ., Λατσού, Δ., Γούλα, Α., Σταμούλη, Μ., Δημάκου, Σ. και Υφαντόπουλος, Ι., 2015. Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής. Ενδεχόμενη μελέτη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(5), σ. 629-635.
- Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Γούλα, Α., Λάτσου, Δ., Πατέρας, Ι., Βουρλιώτου, Κ. και Γιαννουλάτος, Π., 2013. Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(3), σ. 316-324.
- Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Μπαμίδης, Π. και Νιάκας, Δ., 2011. Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(4), σ. 42-52.
- Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι. και Υφαντόπουλος, Ι., 2005. Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(3), σ. 284-295.
- Πολυκανδριώτη, Μ. και Κουτελέκος, Ι., 2013. Ανάγκες ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 2(2), σ. 73-83.
- Ποτήρης, Α. και Σαράφης, Π., 2014. Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(3), σ. 116-121.
- Ραφτόπουλος, Β., 2002. *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Ρίκος, Ν., 2015. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 14(4), σ. 247-252.

Σουλιώτης, Κ., 2014. Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων. Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(1), σ. 7-12.

Σουρτζή, Π., 1997. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και νοσηλεία στο σπίτι. *Νοσηλευτική*, 36(1), σ. 24-30.

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

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Ν. 1397/1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 143/Α/7-10-1983).

Ν. 1579/1985. Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 217/Α/23-12-1985).

Ν. 2071/1992. Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 123/Α/15-7-1992).

Ν. 2889/2001. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001).

Ν. 3235/2004. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 53/Α/18-2-2004).

Ν. 3918/2011. Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 31/Α/2-3-2011).

Ν. 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014).

Ν. 4486/2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017).

Προεδρικό Διάταγμα 84/2001. Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την Ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.). Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 70/Α/10-4-2001).

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abbasi-Moghaddam, M.A., Zarei, E., Bagherzadeh, P., Dargahi, H. and Farrokhi, P., 2019. Evaluation of service quality from patients' viewpoint. *BMC Health Services Research*, 19(170), p.p. 1-7.

Abera, R.G., Abota, B.R., Legese, M.H. and Negesso, A.E., 2017. Patient satisfaction with clinical laboratory services at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Patient Preference and Adherence*, 11, p.p. 1181-1188.

Abramowitz, S., Cote, A.A. and Berry, E., 1987. Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*, 13(4), p.p. 122-130.

Adamakidou, T. and Kalokairinou, A., 2010. New health policies on Primary Health Care in Greece. *Health science journal*, 4(1), p.p. 15-23.

Alhashem, A.M., Alquraini, H. and Chowdhury, R.I., 2009. Factors influencing patient satisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(3), p.p. 249-262.

Anabila, P., Kwadjo Kumi, D. and Anome, J., 2019. Patients' perceptions of healthcare quality in Ghana: a review of public and private hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(1), p.p. 1-14.

Baker, R., 1990. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice*, 40, p.p. 487-490.

Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M.M., Amenta, P., 2016. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), p.p. 89-101.

Bikker, A.P. and Thompson, A.G.H., 2006. Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across a nation. *Social Science and Medicine*, 63(6), p.p. 1671-1683.

- Bond, S. and Thomas, L.H., 1992. Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17, p.p. 52-63.
- Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M., Mahtani, K.R., Kenten, C., Howe, A. and Francis, F.A., 2012. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assess*, 16(30), p.p. 1.
- Busse, R., Panteli, D. and Quentin, W., 2019. An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. In Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., Quentin, W., eds. 2019. *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. United Kingdom: OECD, p.p. 3-18.
- Carey, R.G. and Seibert, T.H., 1993. A Patient Survey System to Measure Quality Improvement: Questionnaire Reliability and Validity. *Medical Care*, 31(9), p.p. 834-845.
- Crossland, L., Janamian, T. and Jackson, C.L., 2014. Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. *The Medical Journal of Australia*, 201(3), p.p. 47-51.
- Donabedian, A., 1988. Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means. *The Challenge of Quality*, 25(1), p.p. 173-192.
- Donaldson, M.S., Yordy, K.D., Lohr, K.N. and Vanselow, N.A. (Eds.), 1996. *Primary Care America's Health in a New Era*. Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Downie, R.S., Fyfe, C. and Tannahill, A., 1991. *Health promotion: models and values*. 2nd Ed., Oxford: Oxford Medical Publications.
- Economou, C., 2015. *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. and Maresso, A., 2017. Greece Health system review. In Maresso, A. & Karanikolos, M., eds. 2017. *Health Systems in Transition*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Etter, J. and Perneger, T., 1997. Quantitative and qualitative assessment of patient satisfaction in a managed care plan. *Evaluation and Program Planning*, 20(2), p.p. 129-135.

Evason, E. and Whittington, D., 1997. Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10(1), p.p. 7-19.

Fan, V.S., Reiber, G.E., Diehr, P., Burman, M., McDonell, M.B. and Fihn, S.D., 2005. Functional status and patient satisfaction: a comparison of ischemic heart disease, obstructive lung disease, and diabetes mellitus. *Journal of General Internal Medicine*, 20(5), p.p. 452-459.

Fitzpatrick, R., 1991. Surveys of patients' satisfaction: I-Important general considerations. *British medical journal*, 302(6781), p.p. 887-889.

Gill, L. and White, L., 2009. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), p.p. 8-19.

Goldstein, M.S., Elliott, S.D. and Guccione, A.A., 2000. The Development of an Instrument to Measure Satisfaction with Physical Therapy. *Physical Therapy*, 80(9), p.p. 853-863.

Green, A. and Davis, S., 2005. Toward a Predictive Model of Patient Satisfaction with Nurse Practitioner Care. *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 17(4), p.p. 139-148.

Green, J. and Tones, K., 2010. *Health Promotion: Planning and Strategies*. 2nd Ed., London: Sage Publications.

Hulca, B.S. and Cassel, G.C., 1970. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Medical Care*, 8(5), p.p. 429-435.

Ifanti, A., Argyriou, A. and Kalofonos, C., 2011. Health promotion education politics and schooling: The Greek case. *Educational Research and Reviews*, 6(10), p.p. 671-678.

Kalda, R., Polluste, P. and Lember, M., 2003. Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician. *Health Policy*, 64(1), p.p. 55-62.

- Kavanagh, P.L., Adams, W.G. and Wang, C.J., 2009. Quality indicators and quality assessment in child health. *Archives of Disease in Childhood*, 94(6), p.p. 458–463.
- Levinton, C., Veillard, J., Slutsky, A. and Brown, A., 2011. The importance of place of residence in patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), p.p. 295-502.
- Levois, M., Nguyen, T.D. and Attkisson, C.C., 1981. Artifact in client satisfaction assessment. Experience in Community Mental Health Settings. *Evaluation and Program Planning*, 4(2), p.p. 139-150.
- Lipinski, C. and Hopkins, A., 2004. Navigating chemical space for biology and medicine. *Nature*, 432, p.p. 855-861.
- Mosadeghrad, A.M., 2014. Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), p.p. 77-89.
- Nordenfelt, L., 2007. The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(1), p.p. 5–10.
- Oliver, R.L., 1980. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), p.p. 460-469.
- Owusu-Frimpong, N., Nwankwo, S. and Dason, B., 2010. Measuring service quality and patient satisfaction with access to public and private healthcare delivery. *International Journal of Public Sector Management*, 23(3), p.p. 203-220.
- Owusu Kwateng, K., Lumor, R. and Acheampong, F.O., 2017. Service quality in public and private hospitals: A comparative study on patient satisfaction. *International Journal of Healthcare Management*, 12(4), p.p. 251-258.
- Papp, R., Borbas, I., Dobos, E., Bredehorst, M., Jaruseviciene, L., Vehko, T. and Balogh, S., 2014. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC Family Practice*, 15(128), p.p. 1-13.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L., 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *The Journal of Marketing*, 49(4), p.p. 41-50.

- Platis, C. and Kyritsi, N., 2019. Institutional and Organizational Efforts to Establish Primary Health Care in Greece. In: Kavoura, A., Kefallonitis, E., Giovanis, A., eds. 2019. *Strategic Innovative Marketing and Tourism*. Springer Proceedings in Business and Economics, Cham: Springer. p.p. 497-503.
- Saltman, R.B., 2006. Drawing the strands together: primary care in perspective. In Saltman, R.B., Rico, A., Boerma, W., eds. 2006. *Primary care in the driver's seat? Organization reform in European primary care*. World health Organization 2006 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. p.p. 3-21.
- Santos de Almeida, R., Bourliataux-Lajoinie, S. and Martins, M., 2015. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), p.p. 11-25.
- Schoenfelder, T., Klewer, J. and Kugler, J., 2011. Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), p.p. 503-509.
- Shabbir, A., Malik, S.A. and Malik, S.A., 2016. Measuring patients' healthcare service quality perceptions, satisfaction, and loyalty in public and private sector hospitals in Pakistan. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 33(5) p.p. 538-557.
- Shi, L., 2012. The Impact of Primary Care: A Focused Review. *Scientifica*, 2012, p.p. 1-22.
- Sifaki-Pistola, D., Chatzea, V.E., Markaki, A., Kritikos, K., Petelos, E. and Lionis, C., 2017. Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. *BMC Health Services Research*, 17(788), p.p. 1-10.
- Singh, J., 1989. The Patient Satisfaction Concept: a Review and Reconceptualization. In Srull, T.K., eds. *NA - Advances in Consumer Research Volume 16*, 1989. UT: Association for Consumer Research, p.p. 176-179.
- Sitzia, J. and Wood, N., (1998). Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *International Journal for Quality in Health Care*, 10(4), p.p. 311-317.

- Starfield, B., 1994. Is primary care essential? *The Lancet*, 344(8930), p.p. 1129-1133.
- Thomson, A. and Sunol, R., 1995. Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence. *International Journal for Quality in Health Care*, 7(2), p.p. 127-140.
- Vuori, H., 1986. Health for all, primary health care and general practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 36, p.p. 398-402.
- Ware, J.E. and Snyder, M.K., 1975. Dimensions of Patients Attitudes Regarding Doctors and Medical Care Service. *Medical Care*, 13(8), p.p. 669-682.
- Wensing, M., Jung, H.P., Mainz, J., Olesen, F. and Grol, R., 1998. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain. *Social Science & Medicine*, 47(10), p.p. 1573-1588.
- World Health Organization, 2006. *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization.
- Wriglesworth, J.M. and Williams, J.T., 1975. The construction of an objective test to measure patient satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 12, p.p. 123-132.
- Xiao, H. and Barber, J.P., 2008. The Effect of Perceived Health Status on Patient Satisfaction. *Value in Health*, 11(4), p.p. 719-725.
- Zamil, A.M., Areiqat, A. and Tailakh, W., 2012. The Impact of Health Service Quality on Patients' Satisfaction over Private and Public Hospitals in Jordan. A Comparative Study. *International Journal of Marketing Studies*, 4(1), p.p. 123-137.
- Zarei, A., Arab, A., Froushani, A.R., Rashidian, A. and Tabatabaei, A.G., 2012. Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. *BMC Health Services Research*, 12(31), p.p. 1-7.
- Zineldin, M., 2006. The quality of health care and patient satisfaction. An exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1), p.p. 60-92.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Ελληνική Δημοκρατία. Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2019). *Έρευνα Υγείας έτους 2019*. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/infographic-ygeia-1-2019> [Πρόσβαση στις 2 Απριλίου 2021].

Ελληνική δημοκρατία. Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2020). *Απογραφή κέντρων Υγείας Και Λοιπών Μονάδων παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Έτος 2019*. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/b44866e3-2003-dd46-52df-69e8ba53859a> [Πρόσβαση στις 2 Απριλίου 2021].

Ελληνική Δημοκρατία. Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2020). *Έρευνα Υγείας έτους 2019*. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/5856c8ff-59cd-ae0-2883-f90e4b265706> [Πρόσβαση στις 5 Απριλίου 2021].

Σπυρόπουλος, Β., 2015. Το Σύγχρονο Νοσοκομείο. [e-book]. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: Αποθετήριο Κάλλιπος, < <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3035> > [Πρόσβαση στις 2 Απριλίου 2021].

Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β. και Μίσσιου, Α., 2015. *Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική*. [e-book]. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: Αποθετήριο Κάλλιπος, < <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3810> > [Πρόσβαση στις 2 Απριλίου 2021].

Quintana, J.M., Gonzalez, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastian, J.A., De-la-Sierra, E. and Thompson, A., 2006. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, [online] 6(102). Available at: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-102> [Accessed on 11 May 2021].

Venkatapuram, S., 2012. Health, Vital Goals, and central human capabilities. *Bioethics*, [e-journal] 27(5), p.p. 271–279. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3709132> [Accessed on 1 April 2021].

World Health Organization, 1978. *Declaration of Alma Ata*. Available at: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf [Accessed at 3 April 2021].

World Health Organization, 2006. *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006*. Available at: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [Accessed at 3 April 2021].

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Το παρόν ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα: *Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Συγκριτική μελέτη μεταξύ των ιδιωτικών ιατρείων και των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου στην πόλη της Φλώρινας*, στο Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και εμπιστευτικό. Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν για ακαδημαϊκούς/ερευνητικούς σκοπούς και η επεξεργασία τους προορίζεται αποκλειστικά για στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Οι απαντήσεις σας είναι σημαντικό να αντικατοπτρίζουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις απόψεις σας.

Σας ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων για το χρόνο και τη συμβολή σας.

Με εκτίμηση,

Αρβανίτη Λυδία

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Παρέχω τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των δεδομένων μου, για ερευνητικούς και μόνο σκοπούς που περιορίζονται στην εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας.

ΝΑΙ

ΟΧΙ (Υποβολή Φόρμας)

Μέρος Α - Δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία.

Επιλέξτε το κατάλληλο για σας πεδίο.

A.1) Φύλο:

Άνδρας

Γυναίκα

A.2) Ηλικιακή ομάδα (σε έτη):

18-30

31-44

45-60

61-74

75+

A.3) Επίπεδο εκπαίδευσης:

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

ΙΕΚ / ΟΑΕΔ

ΑΕΙ/ΤΕΙ

Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

A.4) Η κατάσταση της υγείας μου θεωρώ ότι είναι:

Πολύ καλή

Καλή

Μέτρια

Κακή

Πολύ κακή

A.6) Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος/η

Άγαμος/ή

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

A.7) Το συνολικό μηνιαίο εισόδημα μου είναι (κατά προσέγγιση):

Κάτω από 400 €

401 - 700 €

701 - 1000 €

1001 - 1500 €

Πάνω από 1500 €

Δε γνωρίζω / Δεν απαντώ

Μέρος Β - Επιλογή μονάδας υγείας και λόγου επίσκεψης.

Επιλέξτε το αντίστοιχο πεδίο.

B.1) Συμπληρώνω το ερωτηματολόγιο για να αποτυπώσω τις εντυπώσεις μου από την επίσκεψη μου σε:

Ιδιωτικό ιατρείο στην πόλη της Φλώρινας (Μετάβαση στην αντίστοιχη ενότητα Γ και Δ)

Εξωτερικά Ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας [Τακτικά (πρωινά) Εξωτερικά Ιατρεία ή Απογευματινά Εξωτερικά Ιατρεία] (Μετάβαση στην αντίστοιχη ενότητα Γ και Δ)

Άλλο (Υποβολή φόρμας)

B.2) Ο λόγος που επισκέφτηκα τη μονάδα υγείας είναι:

Ιατρική εξέταση

Κοινοποίηση αποτελεσμάτων εργαστηριακών- διαγνωστικών εξετάσεων

Λήψη βεβαιώσεων/ πιστοποιητικών

Περίπτωση έκτακτης ανάγκης

Συνταγογράφηση φαρμάκων

Μέρος Γ - Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών από το ιδιωτικό ιατρείο.

Παρακαλώ επιλέξτε ΜΟΝΟ μία απάντηση σε κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις, ανάλογα με το βαθμό που ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ ή ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ με το περιεχόμενο της δήλωσης.

Γ.1) Είχα τη δυνατότητα επιλογής ημέρας και ώρας του ραντεβού.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα
○ ○ ○ ○ ○

Γ.2) Το προσωπικό με το οποίο ήρθα σε επαφή για να κλείσω το ραντεβού, φαινόταν ευγενικό και πρόθυμο να με εξυπηρετήσει.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα
○ ○ ○ ○ ○

Γ.3) Το κλείσιμο του ραντεβού έγινε γρήγορα και εύκολα.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα
○ ○ ○ ○ ○

Γ.4) Ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που για πρώτη φορά θέλησα να εξεταστώ έως την ημέρα που επισκέφθηκα το ιδιωτικό ιατρείο ήταν μεγάλος.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5
 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.5) Η εύρεση θέσης για στάθμευση ήταν εύκολη.

Στην περίπτωση που επιλέξατε κάποιο άλλο μέσο μεταφοράς, εκτός του αυτοκινήτου σας, παρακαλώ ΜΗΝ απαντήσετε την ερώτηση.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5
 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.6) Η πρόσβαση στο κτίριο (π.χ. πολυκατοικία) που βρίσκεται το ιδιωτικό ιατρείο ήταν εύκολη.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5
 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.7) Η σηματοδότηση στους χώρους του κτιρίου (π.χ. πολυκατοικία) για να βρω το ιδιωτικό ιατρείο ήταν επαρκής / κατατοπιστική.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5
 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.8) Την ημέρα του ραντεβού χρειάστηκε να περιμένω σύντομο χρονικό διάστημα στην αίθουσα αναμονής, ώσπου να έρθει η σειρά μου να εξεταστώ.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5
 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.9) Ήταν εύκολο να βρω κάθισμα για να περιμένω.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5
 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.10) Η αίθουσα αναμονής ήταν στενόχωρη.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5
 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.11) Η αίθουσα αναμονής ήταν καθαρή.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5
 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.12) Η θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής ήταν δυσάρεστη (πολύ κρύο ή πολύ ζέστη).

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5
 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.13) Η τουαλέτα ήταν καθαρή και φροντισμένη.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.14) Ο χώρος εξέτασης ήταν στενός και άβολος.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.15) Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.16) Ο/Η γιατρός έδειξε αδιαφορία για την κατάλληλη απομόνωσή μου, κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ώστε να μη με βλέπουν ή ακούν άτομα που δεν έπρεπε.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.17) Ο/Η γιατρός φαινόταν ανίκανος/η και με ανεπαρκή εκπαίδευση.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.18) Οι εξηγήσεις / οδηγίες που έλαβα από το/τη γιατρό σε σχέση με τη θεραπεία (τρόπος λήψης φαρμάκων, τρόπος ανάρρωσης κ.ά.) ήταν ανεπαρκείς ή πολύπλοκες.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.19) Ο/Η ιατρός μου έδωσε ανεπαρκείς ή ακατανόητες πληροφορίες σε σχέση με την κατάσταση της υγείας μου.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.20) Έχω εμπιστοσύνη στην ορθότητα και στην καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που μου είπε ο/η γιατρός.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.21) Ο/Η γιατρός ήταν πρόθυμος/η να ακούσει όσα είχα να του πω σχετικά με την υγεία μου.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.22) Ο/Η γιατρός μου φέρθηκε με σεβασμό.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.23) Ο/Η γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέτασή μου.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.24) Το προσωπικό της γραμματείας ήταν ευγενικό και εξυπηρετικό.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.25) Οι διαδικασίες πληρωμής/θεώρησης ήταν χρονοβόρες.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Μέρος Δ - Αξιολόγηση συνολικής ικανοποίησης από το ιδιωτικό ιατρείο.

Οι παρακάτω δηλώσεις αφορούν την αξιολόγηση της συνολικής ικανοποίησης σας από την επίσκεψη που πραγματοποιήσατε στο ιδιωτικό ιατρείο.

Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε δήλωση (σε κάθε σειρά).

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ (Ουδέτερος)	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Δ.1) Γενικά είμαι ικανοποιημένος/η από το ιδιωτικό ιατρείο και τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.					
Δ.2) Το ιδιωτικό ιατρείο και οι παρεχόμενες υπηρεσίες του, ικανοποίησαν τις ανάγκες μου.					
Δ.3) Το ιδιωτικό ιατρείο και οι παρεχόμενες υπηρεσίες του, επαλήθευσαν τις προσδοκίες μου.					
Δ.4) Το ιδιωτικό ιατρείο και οι παρεχόμενες υπηρεσίες του είναι πολύ κοντά με το ιδανικό πρότυπο ιατρείου που έχω στο μυαλό μου.					
Δ.5) Θα ξανααχρησιμοποιήσω τις υπηρεσίες αυτού του ιδιωτικού ιατρείου.					
Δ.6) Θα μεταφέρω θετικά σχόλια για το ιδιωτικό ιατρείο και τις υπηρεσίες του σε άλλους.					
Δ.7) Θα συστήσω το ιδιωτικό ιατρείο στους φίλους και τους συγγενείς μου.					

Μέρος Γ - Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών από τα Εξωτερικά Ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας.

Παρακαλώ επιλέξτε ΜΟΝΟ μία απάντηση σε κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις, ανάλογα με το βαθμό που ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ ή ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ με το περιεχόμενο της δήλωσης.

Γ.1) Είχα τη δυνατότητα επιλογής ημέρας και ώρας του ραντεβού.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.2) Το προσωπικό με το οποίο ήρθα σε επαφή για να κλείσω το ραντεβού, φαινόταν ευγενικό και πρόθυμο να με εξυπηρετήσει.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.3) Το κλείσιμο του ραντεβού έγινε γρήγορα και εύκολα.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.4) Ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που για πρώτη φορά θέλησα να εξεταστώ έως την ημέρα που επισκέφθηκα τα Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου ήταν μεγάλος.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.5) Η εύρεση θέσης για στάθμευση ήταν εύκολη.

Στην περίπτωση που επιλέξατε κάποιο άλλο μέσο μεταφοράς, εκτός του αυτοκινήτου σας, παρακαλώ ΜΗΝ απαντήσετε την ερώτηση.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.6) Η πρόσβαση στο νοσοκομείο ήταν εύκολη.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.7) Η σηματοδότηση στους χώρους του νοσοκομείου για να βρω τα Εξωτερικά Ιατρεία ήταν επαρκής/κατατοπιστική.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.8) Την ημέρα του ραντεβού χρειάστηκε να περιμένω σύντομο χρονικό διάστημα στην αίθουσα αναμονής, ώσπου να έρθει η σειρά μου να εξεταστώ.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.9) Ήταν εύκολο να βρω κάθισμα για να περιμένω.

	1	2	3	4	5	
Διαφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Συμφωνώ απόλυτα

Γ.10) Η αίθουσα αναμονής ήταν στενόχωρη.

	1	2	3	4	5	
Διαφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Συμφωνώ απόλυτα

Γ.11) Η αίθουσα αναμονής ήταν καθαρή.

	1	2	3	4	5	
Διαφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Συμφωνώ απόλυτα

Γ.12) Η θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής ήταν δυσάρεστη (πολύ κρύο ή πολύ ζέστη).

	1	2	3	4	5	
Διαφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Συμφωνώ απόλυτα

Γ.13) Η τουαλέτα ήταν καθαρή και φροντισμένη.

	1	2	3	4	5	
Διαφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Συμφωνώ απόλυτα

Γ.14) Ο χώρος εξέτασης ήταν στενός και άβολος.

	1	2	3	4	5	
Διαφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Συμφωνώ απόλυτα

Γ.15) Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός.

	1	2	3	4	5	
Διαφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Συμφωνώ απόλυτα

Γ.16) Ο/Η γιατρός έδειξε αδιαφορία για την κατάλληλη απομόνωσή μου, κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ώστε να μη με βλέπουν ή ακούν άτομα που δεν έπρεπε.

	1	2	3	4	5	
Διαφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Συμφωνώ απόλυτα

Γ.17) Ο/Η γιατρός φαινόταν ανίκανος/η και με ανεπαρκή εκπαίδευση.

	1	2	3	4	5	
Διαφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Συμφωνώ απόλυτα

Γ.18) Οι εξηγήσεις / οδηγίες που έλαβα από το/τη γιατρό σε σχέση με τη θεραπεία (τρόπος λήψης φαρμάκων, τρόπος ανάρρωσης κ.ά.) ήταν ανεπαρκείς ή πολύπλοκες.

	1	2	3	4	5	
Διαφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Συμφωνώ απόλυτα

Γ.19) Ο/Η ιατρός μου έδωσε ανεπαρκείς ή ακατανόητες πληροφορίες σε σχέση με την κατάσταση της υγείας μου.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.20) Έχω εμπιστοσύνη στην ορθότητα και στην καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που μου είπε ο/η γιατρός.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.21) Ο/Η γιατρός ήταν πρόθυμος/η να ακούσει όσα είχα να του πω σχετικά με την υγεία μου.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.22) Ο/Η γιατρός μου φέρθηκε με σεβασμό.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.23) Ο/Η γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέτασή μου.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.24) Το προσωπικό της γραμματείας ήταν ευγενικό και εξυπηρετικό.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Γ.25) Οι διαδικασίες πληρωμής/θεώρησης ήταν χρονοβόρες.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

Μέρος Δ - Αξιολόγηση συνολικής ικανοποίησης από τα Εξωτερικά Ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας.

Οι παρακάτω δηλώσεις αφορούν την αξιολόγηση της συνολικής ικανοποίησης σας από την επίσκεψη που πραγματοποιήσατε στα Εξωτερικά Ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας. Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε δήλωση (σε κάθε σειρά).

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ (Ουδέτερος)	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Δ.1) Γενικά είμαι ικανοποιημένος/η από τα Εξωτερικά Ιατρεία και τις					

παρεχόμενες υπηρεσίες τους.					
Δ.2) Τα Εξωτερικά Ιατρεία και οι παρεχόμενες υπηρεσίες τους, ικανοποίησαν τις ανάγκες μου.					
Δ.3) Τα Εξωτερικά Ιατρεία και οι παρεχόμενες υπηρεσίες τους, επαλήθευσαν τις προσδοκίες μου.					
Δ.4) Τα Εξωτερικά Ιατρεία και οι παρεχόμενες υπηρεσίες τους είναι πολύ κοντά με το ιδανικό πρότυπο ιατρείου που έχω στο μυαλό μου.					
Δ.5) Θα ξαναχρησιμοποιήσω τις υπηρεσίες των Εξωτερικών Ιατρείων.					
Δ.6) Θα μεταφέρω θετικά σχόλια για τα Εξωτερικά Ιατρεία και τις υπηρεσίες τους σε άλλους.					
Δ.7) Θα συστήσω τα Εξωτερικά Ιατρεία στους φίλους και τους συγγενείς μου.					

~ Υποβολή Φόρμας ~