



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



**Π.Μ.Σ.: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ  
ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ  
ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ »**

**Υπεύθυνη Καθηγήτρια:  
Δρ. Μαίρη Κοντούλη Γείτονα**

**Εισηγήτρια:  
Σοφία Μπραζίτικου**

**Ιανουάριος 2011**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	6
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	8
Εισαγωγή .....	8
Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	8
Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην ΕΛΛΑΔΑ.....	10
Νομοθετικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα .....	10
Κέντρα υγείας – Περιφερειακά Ιατρεία.....	12
Σκοπός κέντρων υγείας.....	13
Διοίκηση των κέντρων υγείας.....	14
Διασύνδεση των κέντρων υγείας με την κοινότητα .....	14
Αστικά κέντρα υγείας .....	15
Πολεοδομικές προδιαγραφές .....	15
Κτιριολογικές - Κτιριοδομικές προδιαγραφές .....	15
Λειτουργικές προδιαγραφές.....	16
Υλοποιήσεις και στόχοι .....	18
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	19
Ορισμός ικανοποίησης .....	19
Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση .....	20
Μέτρηση της ικανοποίησης.....	23
Η σημασία της μέτρησης.....	25
Έρευνες ικανοποίησης των χρηστών από την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα.....	27
Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	29
Η έννοια της ποιότητας.....	29
Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας .....	30
Αξιολόγηση της ποιότητας .....	34
Μέτρηση της ποιότητας.....	37
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	40
Κέντρο Υγείας αστικού τύπου Βύρωνα .....	40
Μεθοδολογία έρευνας .....	43
Η δομή του ερωτηματολογίου .....	43
Καταχώρηση και επεξεργασία δεδομένων .....	45
Αποτελέσματα έρευνας.....	46
Δημογραφικά στοιχεία.....	46
Στοιχεία από την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας.....	55
Ανάλυση κυρίων παραγόντων .....	61
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ .....	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	76

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας σε σύμπραξη με το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Λάρισας.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας κα Μαίρη Κοντούλη Γείτονα για την καθοδήγηση και υποστήριξή της. Επίσης, τον καθηγητή κ Αλετρά Βασίλη για την παραχώρηση του ερωτηματολογίου για την εκπόνηση της έρευνάς μου, καθώς και τον κ Ζάβρα Δημήτρη για τις κατευθύνσεις και συμβουλές του όσον αφορά την στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διοίκηση και το προσωπικό του κέντρου υγείας Βύρωνα για την θετική τους ανταπόκριση όσο αφορά την πραγματοποίηση του ερευνητικού τμήματος της εργασίας, καθώς και τους ασθενείς/χρήστες του κέντρου υγείας που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου για την συμπαράστασή της και ιδιαίτερα τον γιο μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών στα πλαίσια ενός οργανωμένου συστήματος υγείας αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο αυτού του συστήματος, αφού η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή εκφράζει έναν σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μάλιστα, η σχέση μεταξύ ασθενή και φορέα φροντίδας υγείας είναι μια αμφίδρομη σχέση που πρέπει συνέχεια να καλλιεργείται και να ανατροφοδοτείται με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας και το βέλτιστο για την υγεία του ασθενή.

**Σκοπός** της διπλωματικής αυτής εργασίας είναι η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας καθώς και η αποτύπωση της γνώμης τους σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας από το κέντρο υγείας αστικού τύπου του Βύρωνα.

**Υλικό και μέθοδος.** Για την εκτίμηση της ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο σταθμισμένο ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του από προηγούμενες αντίστοιχες έρευνες, το οποίο περιλαμβάνει κλειστού τύπου ερωτήσεις εκφρασμένες σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert και το οποίο συμπληρώθηκε από 400 ενήλικες ασθενείς που επισκέφτηκαν το κέντρο υγείας κατά το διάστημα Ιούνιος – Ιούλιος 2010. Στα στοιχεία που προέκυψαν έγινε ανάλυση των κυρίων μεταβλητών και οι αθροιστικές κλίμακες που προέκυψαν ελέγχθηκαν για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους με τη χρήση συγκεκριμένων στατιστικών και μεθόδων.

**Αποτελέσματα.** Οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 94,3% έχουν θετική άποψη μετά την επίσκεψή τους στο κέντρο υγείας. Η ανάλυση των πρωταρχικών παραγόντων ανάδειξε τις παρακάτω αρχικές κλίμακες: ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, χρόνος αναμονής για εξέταση, περιβάλλον κέντρου υγείας, καθαριότητα χώρων και προσωπικό γραμματείας. Οι τρεις πρώτες κλίμακες είχαν ικανοποιητικό συντελεστή Cronbach, ενώ οι υπόλοιπες εξαιρέθηκαν λόγω χαμηλής εσωτερικής συνοχής. Επίσης, η μέση τιμή της συνολικής ικανοποίησης ήταν 3,75 (με μέγιστη δυνατή τιμή το 5), ενώ οι μέσες τιμές των αθροιστικών κλιμάκων ήταν 4,45 για το ιατρικό προσωπικό, 4,42 για το νοσηλευτικό προσωπικό και 2,30 για το χρόνο αναμονής για εξέταση.

**Συμπεράσματα.** Οι επισκέπτες/χρήστες των υπηρεσιών του κέντρου υγείας είναι συνολικά αρκετά ικανοποιημένοι, με εξαίρεση το χρόνο αναμονής για εξέταση, στο οποίο διαπιστώνεται να υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης.

Πρέπει να γίνονται τέτοιες μελέτες γιατί η μέτρηση της ικανοποίησης αποτελεί το μοναδικό τρόπο να αντλήσουμε τις αναγκαίες πληροφορίες σχετικά με τις προσδοκίες, ανάγκες, εμπειρίες και στάσεις των χρηστών απέναντι στις υπηρεσίες υγείας, ώστε να χρησιμοποιηθούν τα στοιχεία αυτά προς όφελος των οργανισμών υγείας.

## ABSTRACT

The investigation of satisfaction of patients in the frames of organised system of health constitutes integral element of this system, after the measurement of satisfaction of patient expresses an important indicator of evaluation of quality of provided services of health. Of course, the relation between patient and institution of care of health is a bidirectional relation that should continuity be cultivated and be resupplied aiming at the upgrade of quality and most optimal for the health of patient.

**Aim** of this diplomatic work is the measurement of degree of satisfaction of virtuous services of health as well as the imprinting of their opinion with regard to the benefit of services of health from the centre of health of urban type of Vyronea.

**Material and method.** For the estimate of satisfaction was used questionnaire parked as for the validity and his reliability by previous corresponding researches, which includes closed type questions expressed in pentabathmi scale Likert and which was supplemented by 400 adult patients that visited the centre of health during June - July 2010. In the elements that resulted became analysis of gentlemen of variables and the adding scales that resulted were checked for the reliability and their validity with the use of concrete statistics and methods.

**Results.** Asked in percentage 94,3% they have positive opinion afterwards their visit in the centre of health. The analysis of fundamental factors elected the following initial scales: medical personnel, nursing personnel, time of waiting for examination, environment of centre of health, cleanness of spaces and personnel of secretariat. The three first scales had satisfactory factor Cronbach, while remainder were excluded because low internal cohesion. Also, the medium price of total satisfaction was 3,75 (with biggest possible price the 5), while the medium prices of adding scales were 4,45 for the medical personnel, 4,42 for nursing personnel and 2,30 for the time waiting for examination.

**Conclusions.** The visitors/users of services of centre of health are globally enough satisfied, with the exception of time waiting for examination, in which he is realised exist important margins of improvement.

It should become such studies because the measurement of satisfaction constitutes the unique way to draw the necessary information with regard to the expectations, needs,

experiences and attitudes of users toward the services of health, so that are used this elements to profit of organisms of health.

## ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νέα στρατηγική της Παγκόσμιας οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), όπως αυτή διακηρύχθηκε στην Alma-Ata το 1978, στοχεύει στον αναπροσανατολισμό των στόχων του τομέα της υγείας και την στροφή προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος μιας χώρας. Η διακήρυξη βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας και στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών της κοινότητας, εξασφαλίζοντας προσπελασιμότητα, αποδοτικότητα και συμμετοχή του πληθυσμού.<sup>1</sup>

Ποιο συγκεκριμένα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι προσβάσιμη από το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και τους παρέχεται σε διαδραστική μορφή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί ανεξαρτήτως σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προσδιορίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Με τον τρόπο αυτό συνιστά το πρώτο στάδιο μιας αλληλουχίας υπηρεσιών υγείας.<sup>2</sup>

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η διακήρυξη Alma-Ata το 1978 αποτέλεσε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό του συστήματος υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Δημιουργείται μια νέα φιλοσοφία που στηρίζεται στην σφαιρική αντίληψη ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και



ποιο συγκεκριμένα μέσα από υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη.<sup>3</sup>

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής του ασθενούς, με τα οποία έχει την πρώτη του επαφή με το σύστημα υγείας, δηλαδή με κάποιο επαγγελματία υγείας όπως ιατρό, νοσηλευτή, επισκέπτη υγείας, μαία, κοινωνικό λειτουργό. Ο τόπος και ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και παροχής των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να είναι το ιατρείο, το κέντρο υγείας, η πολυκλινική ή το πολυϊατρείο, τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτει μπορεί να κυμαίνεται από 500 έως 5000 άτομα.<sup>4</sup> Συγκεκριμένα περιλαμβάνει τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες που παρέχονται σε ιατρεία του νοσοκομείου (Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων) για διάγνωση και θεραπεία αρρώστων, τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες, που παρέχονται επίσης σε ιατρεία του νοσοκομείου για την άμεση αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) και τις δραστηριότητες οι οποίες αφορούν στην άσκηση προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής, στο πλαίσιο εφαρμογής σχετικών προγραμμάτων.<sup>5</sup> Επίσης, περιλαμβάνει και δραστηριότητες που αφορούν την αποκατάσταση του ασθενή και την ομαλή επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.

Οι προληπτικές δραστηριότητες μέσα από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διακρίνονται σε αυτές που σχετίζονται με μέτρα για το περιβάλλον και σκοπό έχουν τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και κατ' επέκταση τη μείωση της νοσηρότητας και σε ατομικά μέτρα που έχουν σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Την αύξηση του επιπέδου συνειδητότητας του πληθυσμού, την ετοιμότητα και αποφασιστικότητα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών, έρχεται να καλύψει η έννοια της αγωγής υγείας, που σχετίζεται στενά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με την προσδοκία της επίλυσης σημαντικών προβλημάτων υγείας.<sup>6</sup>

Η επίτευξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι μια εξαιρετικά επίπονη και κουραστική διαδικασία, με μια έμφυτη τάση-ένταση μεταξύ αυτών που υποστηρίζουν την άμεση και στοχευμένη ολοκλήρωση της φροντίδας για επείγουσες καταστάσεις (κάθετη) και εκείνων που υποστηρίζουν την ευρεία ολοκλήρωση η οποία χτίζει υγιής κοινότητες (οριζόντια). Τόσο η κάθετη όσο και η

οριζόντια ολοκλήρωση είναι απαραίτητες, καθώς χωρίς την εφαρμογή τους θα υπήρχαν εμπόδια στην επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος που είναι η υγεία. Διεθνείς οργανισμοί μελετάνε την ενσωμάτωση μονάδων ψυχικής υγείας στις μονάδες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

## Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα υπάρχει με τις παρακάτω τέσσερις δομές:

- ♦ Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.): Κέντρα Υγείας σε αγροτικές περιοχές, Κέντρα Υγείας αστικού και ημιαστικού τύπου και εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων, τα οποία χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και λιγότερο από τους ασφαλιστικούς φορείς.
- ♦ Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης: Πολυϊατρεία και πολυκλινικές τα οποία λειτουργούν και χρηματοδοτούνται από τις ασφαλιστικές εισφορές των ασφαλισμένων.
- ♦ Υπηρεσίες υγείας από τις τοπικές αρχές: δημοτικά ιατρεία χρηματοδοτούμενα από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- ♦ Ιδιωτικός τομέας: ιδιώτες γιατροί, διαγνωστικά κέντρα, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών τα οποία χρηματοδοτούνται από εισφορές ιδιωτών, εθελοντικές εισφορές ή άλλους πόρους που σχετίζονται με την ιδιωτική ασφάλιση.<sup>8</sup>

## ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο βασικός σκοπός κάθε συστήματος υγείας, στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους, είναι η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και κατ' επέκταση η βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού.<sup>9</sup> Έτσι, λοιπόν, και το ελληνικό κράτος αναδιαρθρώθηκε και με το νόμο πλαίσιο 1397/1983 επεδίωξε νομοθετικές ρυθμίσεις με στόχο την αναβάθμιση και προαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Κύριους στόχους του νόμου αποτέλεσαν η καθολικότητα στην ασφαλιστική κάλυψη, η ισότητα της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, η

ανάπτυξη όλων των βαθμίδων περίθαλψης από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και η ποιοτική και ποσοτική αύξηση των επενδύσεων και του ανθρώπινου δυναμικού στο δημόσιο τομέα.<sup>10</sup>

Ο νόμος 3235/2004 αποτελεί μια αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον οποίο καθορίζονται ο σκοπός, η έννοια και το περιεχόμενο της. Έτσι, στο πλαίσιο εφαρμογής του νόμου, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του. Επίσης, περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας, τον οικογενειακό προγραμματισμό, τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού, την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική, τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και υπηρεσίες αποκατάστασης, την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο και τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Επίσης, βάση του νόμου εξασφαλίζεται σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας η πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τέλος το σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποσκοπεί στην ικανοποίηση των αρχών: της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους, της ισότητας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου. Της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των ποιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας καθώς και των σημαντικών παραγόντων κινδύνου, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερομένου, του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων, της διαχείρισης ιατρο-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητά τους και τέλος της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης

επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Επίσης, βάση του άνωθεν νόμου η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα κέντρα υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία, τα κέντρα υγείας του οικείου οργανισμού κοινωνικής ασφάλισης, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης καθώς και από άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.<sup>11</sup>

Επίσης, η πιο πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση που αφορά τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι αυτή που προβλέπει το νέο νομοσχέδιο του υπουργείου υγείας. Σύμφωνα με το οποίο συστήνεται ένας κύριος φορέας παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υγείας, στον οποίο θα υπάγονται οι κλάδοι υγείας και οι πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων. Με τη δημιουργία αυτού του οργανισμού επιδιώκεται η ισότιμη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και επίσης καθορίζεται η οργάνωση, ο προγραμματισμός, η λειτουργία των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

## **ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ**

Με την ψήφιση του νόμου 1397/1983 συγκροτούνται σε κάθε νομό, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητές του, Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία, ως αποκεντρωμένες οργανωτικές μονάδες του νοσοκομείου του κάθε νομού της χώρας. Με τον ίδιο νόμο καθορίζεται και η περιοχή ευθύνης του κέντρου υγείας και περιφερειακού ιατρείου, ενώ παράλληλα συνιστώνται οι θέσεις του προσωπικού αυτών των μονάδων, οι οποίες προστίθενται στις θέσεις που προβλέπονται στον οργανισμό του νοσοκομείου στον οποίο υπάγεται το κέντρο υγείας. Με τη νομοθετική αυτή ρύθμιση επήλθε οργανική διασύνδεση των κέντρων υγείας με τα νοσοκομεία και εξασφαλίστηκε η λειτουργική και επιστημονική τους συνεργασία.<sup>10</sup>

Οι αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες υγείας λειτουργούν ως εξής:

- Κέντρα Υγείας με τακτικό ωράριο σε πενθήμερη βάση εργασίας και εφημερεύουν καθημερινά για όλες τις υπόλοιπες ώρες.
- Περιφερειακά Ιατρεία ορισμένα παρέχουν τις υπηρεσίες τους όλο το 24ωρο, ενώ κάποια άλλα λειτουργούν με τακτικό ωράριο συγκεκριμένες μόνο ημέρες και ώρες.<sup>12</sup>

Η ψήφιση του νόμου 2889/2001 εισήγαγε μια βασική καινοτομία στο χώρο της υγείας, την εφαρμογή ενός αποκεντρωμένου μοντέλου διοίκησης, το οποίο ήταν πάγιο αίτημα του Έλληνα πολίτη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Η μεταρρυθμιστική προσπάθεια του παραπάνω νόμου επέφερε την εκ βάθρων αλλαγή στο σύστημα υγείας, κυρίαρχο στοιχείο της οποίας είναι η αποκέντρωση-δηλαδή η μεταβίβαση αρμοδιοτήτων στην περιφέρεια.<sup>13</sup>

## ΣΚΟΠΟΣ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Βασικοί σκοποί των Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων είναι:

- Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους.
- Η άσκηση προληπτικής ιατρικής - η ενημέρωση και διαφώτιση σε θέματα πρόληψης
- Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- Η μετανοσοκομειακή νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης.
- Η παροχή πρώτων βοηθειών, η νοσηλεία και η διακομιδή των εκτάκτων περιστατικών στο νοσοκομείο.
- Η άσκηση προληπτικής και θεραπευτικής οδοντιατρικής περίθαλψης.
- Η ιατρική εργασία.
- Οι υπηρεσίες σχολικής υγιεινής.
- Η ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Η εκπαίδευση των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.
- Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, όταν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.
- Τα προγράμματα αγωγής υγείας.
- Η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση και με τους ιδιώτες ιατρούς της περιοχής.

Αυτές τις παροχές δικαιούνται όλοι οι πολίτες που διαμένουν μόνιμα ή προσωρινά στην περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας ή του Περιφερειακού Ιατρείου.<sup>14</sup>

## ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η διοίκηση του κέντρου υγείας ασκείται από τα εσωτερικά όργανα που είναι ο διευθυντής του και το συμβούλιο των υπευθύνων των άλλων υπηρεσιών. Ο διευθυντής είναι ιατρός ή οδοντίατρος του κέντρου υγείας που φέρει το βαθμό του διευθυντή, ο οποίος ορίζεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου της υγειονομικής περιφέρειας και του νοσοκομείου που ανήκει το κέντρο υγείας. Με την ίδια απόφαση ορίζεται και ο αναπληρωτής διευθυντής. Σε περίπτωση έλλειψης διευθυντή, η διεύθυνση ανατίθεται σε αναπληρωτή διευθυντή ή ακόμη και σε επιμελητή Α'. Το συμβούλιο των υπευθύνων έχει γνωμοδοτικό χαρακτήρα και αποτελείται από τους προϊσταμένους της νοσηλευτικής, της διοικητικής υπηρεσίας και των λοιπών επαγγελματιών υγείας.<sup>15</sup>

## ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του. Έτσι, τα κέντρα υγείας συνδέονται με την τοπική κοινωνία με τους παρακάτω τρόπους: μέσω του Δημοτικού Συμβουλίου της περιοχής, μέσω των συλλόγων και των κινήσεων πολιτών, μέσω της άσκησης προληπτικής ιατρικής στα σχολεία, μέσω της ένταξης των ιατρών και των άλλων εργαζομένων του κέντρου υγείας στην τοπική κοινωνία, μέσω της τριμελούς διοικούσας επιτροπής των κέντρων υγείας σε νησιωτικές περιοχές και μέσω της προσφοράς υπηρεσιών ψυχολογικής υποστήριξης και κοινωνικής φροντίδας στους ασθενείς. Μάλιστα, το όφελος της ψυχολογικής υποστήριξης δεν αφορά μόνο τους ασθενείς, αλλά έχει αντίκτυπο και στην οικονομία της υγείας.<sup>12</sup> Χαρακτηριστική εν προκειμένω είναι η παρατήρηση των Gummings και Vandenbos, οι οποίοι μελέτησαν το ποιο παλιό και σημαντικό σύστημα διατήρησης της υγείας, το Health Maintenance Organization (HMO) των Η.Π.Α., ότι «η απουσία ψυχολογικής παρέμβασης μπορεί να οδηγήσει ένα σύστημα υγείας στην πτώχευση».<sup>16</sup>

## ΑΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα Κέντρα Υγείας Αστικών Περιοχών έχουν σκοπό να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και Κοινωνική Φροντίδα, στα μεγάλα αστικά κέντρα. Πρόκειται για δομές οι οποίες εγγυώνται την ελάχιστη και αναγκαία, αλλά επαρκή και ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών, με εστίαση στην προαγωγή της υγείας και την προληπτική ιατρική. Η λειτουργία Κέντρων Υγείας σε αστικές περιοχές καλύπτει πληθυσμό περίπου 100.000 κατοίκων και αποτελεί μεγάλη ανακούφιση για τα νοσοκομεία, καθώς συμβάλλει στην αποσυμφόρησή τους, μειώνοντας σημαντικά τον όγκο εργασίας, σε επίπεδο τόσο επειγόντων περιστατικών όσο και τακτικών ιατρείων. Το γεγονός αυτό διευκολύνει αφενός τα νοσοκομεία και αφετέρου τους ασθενείς, αφού η πρόσβαση στο κέντρο υγείας είναι ευκολότερη και η εξυπηρέτηση ταχύτερη και αποτελεσματικότερη. Προκειμένου να εφαρμοστούν οι αρχές της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, τα Αστικά Κέντρα Υγείας πρέπει να πληρούν τις εξής τρεις κατηγορίες προδιαγραφών: πολεοδομικές, κτιριολογικές – κτιριοδομικές και λειτουργικές.

### Πολεοδομικές προδιαγραφές

Διαμορφώνονται από μια σειρά κριτηρίων (δημογραφικά, γεωγραφικά - συγκοινωνιακά, κοινωνικό-οικονομικά, περιβαλλοντικά, επιδημιολογικά κ.ά.), τα οποία αποδίδουν την εικόνα των διοικητικών ενοτήτων ενός πολεοδομικού συγκροτήματος, στα όρια του οποίου θα γίνει η χωροθέτηση μίας Μονάδας Υγείας.

### Κτιριολογικές - Κτιριοδομικές προδιαγραφές

Οι προδιαγραφές αυτές καθορίζονται από κριτήρια, αναφορικά με την περιγραφή των απαιτούμενων χώρων, του αναγκαίου εξοπλισμού και ενός ενδεικτικού προϋπολογισμού για το κόστος κατασκευής και προμήθειας του εξοπλισμού. Σύμφωνα με το κτιριολογικό πρόγραμμα του υπουργείου Υγείας, οι βασικότεροι χώροι ενός Αστικού Κέντρου Υγείας περιλαμβάνουν:

- εξεταστήρια (χώροι εξέτασης των ασθενών ανά ιατρική ειδικότητα, καθώς και γραφεία ιατρών και παραϊατρικού προσωπικού, χώρος υποδοχής - αναμονής ανά εξεταστήριο)
- τμήμα Πρώτων Βοηθειών – βραχείας νοσηλείας
- εργαστήρια (ακτινολογικό, μικροβιολογικό)

- χώρους παροχής κοινωνικών υπηρεσιών (γραφείο κοινωνικού λειτουργού, υποδοχή επισκεπτών, γραφεία προσωπικού, γραφεία συναντήσεων-συνεντεύξεων)
- χώρους εξυπηρέτησης κοινού και προσωπικού
- χώρους συναφών επαγγελμάτων (γραφείο διαιτολόγου και επόπτη δημόσιας υγείας, γραφείο φυσιοθεραπευτή, αίθουσα φυσιοθεραπείας, αίθουσα υδροθεραπείας, αποδυτήρια)
- χώρους διοίκησης
- χώρους λοιπού προσωπικού (γραφείο τεχνικών-συντηρητών, γραφείο θυρωρού, αίθουσα προσωπικού καθαριότητας, αποδυτήρια)
- βοηθητικούς χώρους (αποθήκες, γενικές αποθήκες-αναλωσίμων ιατρικών μηχανημάτων, ιατρικών αερίων, οργάνων γυμναστικής- χώρος ακαθάρτων, χώρος ακαθάρτου ιματισμού, φαρμακείο, λεβητοστάσιο-καυστήρας, χώρος ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, χώρος εγκαταστάσεων πυρόσβεσης).

### **Λειτουργικές προδιαγραφές**

Οι λειτουργικές προδιαγραφές απαρτίζονται από ένα σύνολο κριτηρίων, τα οποία σχετίζονται με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών σε μια μονάδα υγείας, τη λειτουργική και διοικητική της οργάνωση, τις ειδικότητες και τον αριθμό του απαιτούμενου προσωπικού για τη στελέχυσή της.

#### **1. Υπηρεσίες**

Τα Κέντρα Υγείας Αστικών Περιοχών είναι απαραίτητο να παρέχουν ένα σύνολο υπηρεσιών που θα καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια πρόληψη και κοινωνική φροντίδα και περιλαμβάνει ιατρικές υπηρεσίες, νοσηλευτικές υπηρεσίες, κοινωνικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες, ιατροκοινωνικές υπηρεσίες, διοικητικές υπηρεσίες

#### **2. Οργανωτικό Διάγραμμα**

Το Οργανωτικό Σχήμα των Κέντρων Υγείας Αστικών Περιοχών στοχεύει στην ενίσχυση της αποδοτικότητας και στην υποστήριξη του νέου Λειτουργικού Προτύπου. Οι βασικές παράμετροι που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την πληρέστερη σχεδίαση της δομής ενός Κέντρου Υγείας Αστικών Περιοχών είναι οι ακόλουθες:

- Ευελιξία οργάνωσης και διοίκησης
- Δημόσιος χαρακτήρας



- Σαφής καθορισμός αρμοδιοτήτων και καθηκόντων των Διευθύνσεων και Τμημάτων της Κεντρικής Διοίκησης
- Αποκέντρωση της λήψης αποφάσεων
- Διασφάλιση της αποτελεσματικής επικοινωνίας και ροής της πληροφορίας
- Αξιοποίηση και ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού
- Χρησιμοποίηση των υφιστάμενων πόρων
- Λειτουργία του Κέντρου με βάση τα σύγχρονα διεθνή πρότυπα.

Οι βασικές συνιστώσες της οργάνωσης εντοπίζονται σε τρία επίπεδα:

#### ***A) Επίπεδο Διοίκησης***

Το Διοικητικό Σχήμα ενός Κέντρου Υγείας Αστικής Περιοχής αποτελείται αρχικά από τον Διευθυντή, που δεν θα ασκεί ιατρικά καθήκοντα, αλλά θα έχει διοικητικές αρμοδιότητες, ενώ θα προΐσταται επίσης και της Διεύθυνσης Ιατρικών Υπηρεσιών. Επίσης, αναγκαίος είναι ο ορισμός του Αναπληρωτή Διευθυντή.

#### ***B) Επίπεδο παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών***

Ο οικογενειακός - προσωπικός ιατρός αποτελεί το θεμέλιο λίθο για την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών και πλαισιώνεται από ιατρούς ειδικότητας, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτικό προσωπικό. Ο οικογενειακός - προσωπικός ιατρός, δεδομένου ότι αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των δικαιούχων με το σύστημα, διασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας και διαχειρίζεται την αγωγή - προαγωγή της υγείας, τον προσυμπτωματικό έλεγχο και την προληπτική ιατρική.

#### ***Γ) Επίπεδο παροχής Νοσηλευτικών Υπηρεσιών***

Προκειμένου να παρέχονται υπηρεσίες όπως οι Πρώτες Βοήθειες, οι τηλεφωνικές συμβουλευτικές υπηρεσίες, η καθ' οίκον νοσηλεία και η κάλυψη των αναγκών υγείας καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου, είναι αναγκαία η ύπαρξη νοσηλευτικού προσωπικού, παραϊατρικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού. Ιδιαίτερη έμφαση χρειάζεται να δοθεί στην εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

## Υλοποιήσεις και στόχοι

Έχουν ενταχθεί οκτώ (8) κτιριακά έργα που αφορούν νέα Αστικά Κέντρα Υγείας τα οποία δημιουργούνται στην Αττική και στη Θεσσαλονίκη:

- 1. Νέα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου:** Κ.Υ. Αχαρνών Αττικής, Κ.Υ. Καλυβίων Αττικής, Κ.Υ. Περιστερίου Αττικής, Κ.Υ. Κερατσινίου Αττικής, Κ.Υ. Οδού Φράγκων Θεσσαλονίκης, Κ.Υ. Ευόσμου Θεσσαλονίκης, Κ.Υ. Καλλικράτειας, Κ.Υ. Καμένων Βούρλων
- 2. Δύο (2) αναβαθμιζόμενα Κέντρα Υγείας:** Κ.Υ. Μαρκόπουλου Αττικής, Κ.Υ. Νέας Μάκρης Αττικής
- 3. Νέα Κέντρα Υγείας:** Κ.Υ. Μαυροθάλασσας Σερρών, Κ.Υ. Αβδήρων, Κ.Υ. Καρπάθου<sup>17</sup>

# ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

## ΟΡΙΣΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο Oliver σημειώνει ότι «ο καθένας γνωρίζει τι είναι η ικανοποίηση μέχρι να του ζητηθεί να δώσει έναν ορισμό. Τότε φαίνεται ότι κανείς δεν γνωρίζει.»<sup>18</sup> Οι μελέτες της ικανοποίησης των καταναλωτών/ασθενών χαρακτηρίζονται από την έλλειψη τους σε τυποποίηση ορισμών και μεθόδων.<sup>19</sup> Γενικότερα υπάρχει μια ασυμφωνία στους ορισμούς και μια διαφωνία σχετικά με το αν η ικανοποίηση αποτελεί μια διαδικασία ή ένα αποτέλεσμα.<sup>20</sup>

Ο A. Donabedian ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την ικανοποίηση του ασθενούς ως δείκτη έκβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τον ίδιο, η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Ουσιαστικά, η ικανοποίηση είναι ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό.<sup>21</sup>

Ο Pascoe όρισε την ικανοποίηση του ασθενή ως την γενική αντίδρασή του σε μια παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη μέσα από τις εμφανείς πτυχές της εμπειρίας του στις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσεις και μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών.<sup>22</sup>

Ένας σφαιρικός ορισμός της ικανοποίησης του ασθενή, περιλαμβάνει τέσσερις ιδέες. Οι πρώτες τρεις – τα ερεθίσματα, οι κρίσεις αξιών και οι αντιδράσεις και η τέταρτη ιδέα – οι ατομικές διαφορές. Συγκεκριμένα, εισερχόμενος ο ασθενής σε μια υπηρεσία παροχής φροντίδας υγείας έρχεται σε επαφή με πλήθος ερεθισμάτων στα οποία μπορεί να ανταποκρίνεται ή όχι. Πινακίδες σήμανσης, εξασφάλιση χώρου στάθμευσης, το επίπεδο άνεσης στις καρέκλες υποδοχής, η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κ.α. Καθώς αυτά τα ερεθίσματα παρατηρούνται και γίνονται αντιληπτά, ο ασθενής ανταποκρίνεται κάνοντας συνειδητές ή ασυνειδητες κρίσεις για αυτά. Το βασικό σημείο σε αυτές τις κρίσεις είναι οι αξίες που αποδίδουν οι ασθενείς σε αυτές. Οι κρίσεις αξιών αντιπροσωπεύουν τις προσπάθειες των ασθενών να αποδώσουν νόημα στην

πληθώρα των ερεθισμάτων, στα οποία εκτίθενται. Οι κρίσεις αξιών οι οποίες αποδίδονται στα εισερχόμενα ερεθίσματα αποτελούν το πρώτο, κύριο στοιχείο της ικανοποίησης των ασθενών που επιθυμούμε να μετρήσουμε. Μετά τις κρίσεις αξιών, οι ασθενείς μπορεί (ή μπορεί και όχι) να αντιδράσουν (να νιώσουν και να σκεφτούν κάτι παραπάνω ή να κάνουν κάτι). Μπορεί να αντιδράσουν συναισθηματικά και γνωστικά με αισθήματα και σκέψεις ικανοποίησης, δυσαρέσκειας, ευχαρίστησης, θυμού, χαράς ή λύπης. Έτσι, λοιπόν, η ικανοποίηση των ασθενών ορίζεται θεωρητικά ως οι κρίσεις αξιών των ασθενών και οι επακόλουθες αντιδράσεις στα ερεθίσματα τα οποία αντιλαμβάνονται στο περιβάλλον φροντίδας υγείας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την πορεία της παραμονής τους στο νοσοκομείο ή της κλινικής τους επίσκεψης. Αυτές οι κρίσεις αξιών και οι αντιδράσεις θα επηρεαστούν από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών, τις ανάγκες τους, τις αξίες τους, τα πιστεύω τους και τις προηγούμενες εμπειρίες της ζωής τους και της φροντίδας υγείας.<sup>23</sup>

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας προσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από δύο ομάδες παραγόντων, τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας, σχέσεις μεταξύ γιατρών και ασθενών καθώς και την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων.

Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν τη διαδικασία εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο και την παροχή πρώτων φροντίδων (ευκολία πρόσβασης του ασθενούς στις υπηρεσίες υγείας, χρόνος αναμονής για την εισαγωγή του, γραφειοκρατικές διαδικασίες, διευθέτηση θεμάτων ασφαλείας κ.α.), τη φροντίδα στο θάλαμο και την ιατρική φροντίδα (προετοιμασία του ασθενούς για την διενέργεια εξετάσεων ή χειρουργικών επεμβάσεων, παροχή φαρμάκων, υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό, επικοινωνία του προσωπικού με την οικογένεια), τη ζωή του ασθενή στο θάλαμο (διατροφή, καθαριότητα του δωματίου, ωράριο του επισκεπτηρίου, επίπλωση, θέρμανση, άνεση), τη διαδικασία εξαγωγής (συνταγογραφία., οδηγίες για αυτοφροντίδα), τη διευθέτηση τυπικών θεμάτων του εξιτηρίου (χρηματικές απαιτήσεις, έγγραφα).

Οι σχέσεις μεταξύ ιατρού και ασθενή, που συνήθως εκφράζονται με σχετική δυσαρέσκεια από τους ασθενείς όσον αφορά την ανθρωπιστική διάσταση της υγειονομικής περίθαλψης, καθορίζονται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τόσο των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας (προσωπικότητα, τέχνη και τεχνική με τις οποίες προσφέρονται οι υπηρεσίες) όσο και των χρηστών (κοινωνικά – δημογραφικά χαρακτηριστικά, επίπεδο υγείας, απαιτήσεις που έχουν από τις υπηρεσίες υγείας).<sup>24</sup>

Όσον αφορά στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, επιδρούν στο χρήστη, κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιφέροντας αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους LeVois et al, μεγάλο ποσοστό ασθενών είθισται να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ' ό,τι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στον αντίποδα, αρκετοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους.<sup>25</sup>

Έρευνες καταδεικνύουν ότι διάφορα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά διαμορφώνουν και επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, η κατάσταση της υγείας, το επίπεδο εκπαίδευσης, το είδος της κοινωνικής ασφάλισης, ο τόπος κατοικίας και το κόστος των υπηρεσιών.<sup>26,27,28</sup>

Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης λαμβάνοντας υπόψη τη θετικότερη στάση τους απέναντι στους γιατρούς. Αυτό συμβαίνει λόγω του ότι αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη αβεβαιότητα τα ιατρικά ζητήματα και στηρίζονται απόλυτα στις συμβουλές του γιατρού.<sup>26</sup>

Έρευνες δείχνουν να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φύλου και ικανοποίησης, με τις γυναίκες να είναι συνολικά περισσότερο ικανοποιημένες. Το εισόδημα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα, αφού χαμηλού εισοδήματος κοινωνικές τάξεις εμφανίζουν αυξημένη ανάγκη και ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, ενώ οι υψηλού εισοδήματος φαίνεται να έχουν καλύτερη πρόσβαση. Αντίστοιχα αποτελέσματα προκύπτουν και για το επίπεδο εκπαίδευσης.<sup>27</sup> Συγκεκριμένα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου, εισοδήματος και

κοινωνικής τάξης εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης, λόγω του ότι έχουν μεγαλύτερες προσδοκίες από τις υπηρεσίες υγείας.<sup>29</sup>

Η κατάσταση της υγείας των ασθενών συνδέεται θετικά με την ικανοποίηση. Όσον αφορά την κοινωνική ασφάλιση, χαμηλότερη ικανοποίηση παρουσιάζεται σε ανασφάλιστους ή ασφαλισμένους σε ταμεία με μεγάλο όγκο ασφαλισμένων. Ο τύπος διαμονής επηρεάζει αρνητικά την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας, αφού απομακρυσμένες περιοχές, αγροτικές και ημιαστικές έχουν δυσκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ακόμη, το κόστος σχετίζεται με την ικανοποίηση, υψηλό κόστος θεραπείας ή υπηρεσιών υγείας συνεπάγεται χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης.<sup>26</sup>

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που επηρεάζει την διαμόρφωση της ικανοποίησης είναι η κοινωνικοπολιτική θέση του χρήστη, με αναφορά στους μετανάστες. Γενικότερα έρευνες επιβεβαιώνουν ότι οι μετανάστες αν και επισκέπτονται τον γιατρό μόνο για συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας και όχι για προληπτικό έλεγχο είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας, σε αντίθεση με τους μόνιμους κατοίκους μιας χώρας, οι οποίοι αν και έχουν καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες δεν είναι αρκετά ικανοποιημένοι.<sup>29</sup>

Έντονη συσχέτιση υπάρχει, επίσης, ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών και την ικανοποίησή τους. Δημιουργείται έτσι, ένα συνειρμικό μοντέλο που διατείνεται ότι η ικανοποίηση εκπορεύεται και συμπορεύεται με την εκπλήρωση των προσδοκιών του ασθενούς. Η εκπλήρωση των προσδοκιών ορίζεται ως η υποκειμενική εκτίμηση του χρήστη, σαν αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα στις προσδοκίες του και στην παρεχόμενη υπηρεσία. Παράλληλα όμως αναφέρονται και υψηλά επίπεδα ικανοποίησης ακόμη και σε περιπτώσεις που δεν εκπληρώνονται οι προσδοκίες.<sup>21</sup>

Η προηγούμενη εμπειρία αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες ικανοποίησης. Λειτουργεί ως μια τράπεζα μνήμης όλων των εμπειριών πάνω σε ένα προϊόν ή υπηρεσία. Είναι σημαντικό να προσδιοριστεί ένας αριθμός παραγόντων που μπορεί να μετριάσουν ή να ενισχύσουν την προηγούμενη εμπειρία. Αυτές οι επιρροές έχουν να κάνουν: (α) με χαρακτηριστικά των πελατών, κυρίως με δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εισόδημα, εκπαίδευση κ.α.) και με την προσωπική γνώση ή ικανότητα. Η ενίσχυση ή ο αντίλογος από τους συνανθρώπους (από στόμα σε στόμα) προωθείται επίσης σαν μία προσωπική επιρροή, ικανή να τροποποιήσει την προηγούμενη εμπειρία,

(β) με επιρροές από διάφορες καταστάσεις όπως από την εξέλιξη της τεχνολογίας, από την ένταση και τη φύση του ανταγωνισμού, από τα διαφημιστικά, την προβολή κ.α. Κάθε παράγοντας συμβάλλει στην ενίσχυση ή ελάττωση της προηγούμενης εμπειρίας του πελάτη/ασθενή. Η διαδικασία διαμόρφωσης της ικανοποίησης περιλαμβάνει μια σύγκριση των προσδοκιών με την αντιλαμβανόμενη επίδοση τους προϊόντος ή της υπηρεσίας. Η αντιλαμβανόμενη επίδοση μπορεί να ενισχύσει, να υπερσκελίζει ή να υπολείπεται των προσδοκιών. Αν οι προσδοκίες εκπληρωθούν ή ξεπεραστούν, η ικανοποίηση αυξάνεται και οι προσδοκίες στις μελλοντικές χρήσεις μπορεί να προσαρμοστούν ανοδικά.<sup>30</sup>

## ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες, στο σύνολο των βιομηχανικών χωρών έχει γίνει κατανοητή η σπουδαιότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως ένα άμεσο και αξιόπιστο σύστημα ανατροφοδότησης για τους οργανισμούς υγείας, δεδομένου ότι παρέχει με ουσιαστικό και σαφή τρόπο την άποψή τους. Με αυτόν τον τρόπο, η μέτρηση της ικανοποίησης επιτρέπει τον προσδιορισμό ενός συνολικού βαθμού επίδοσης για τον οργανισμό και επιπλέον οριοθετεί την πιθανή υπεροχή ή υστέρηση σε σχέση με αντίστοιχους φορείς.<sup>31</sup>

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.<sup>32</sup> Κάθε ασθενής μεμονωμένα μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες, σχετικά με το προσωπικό, τις υπηρεσίες οι οποίες δεν γίνονται εύκολα αντιληπτές στα μέλη της διοίκησης. Ο ασθενής τις περισσότερες φορές βρίσκει τις προβληματικές περιοχές τις οποίες το μάνατζμεντ δεν έχει αγγίξει, συμβάλλοντας έτσι στην υψηλότερη ποιότητα φροντίδας.

Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι ο σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης, παρέχοντας ένα μέτρο που καταδεικνύει το βαθμό ανταποκρίσεις των παροχών φροντίδας υγείας στις ανάγκες και τις προσδοκίες του ασθενούς.<sup>30</sup> Αυτό προκύπτει και από έρευνες που δείχνουν ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς συνεργάζονται καλύτερα με τους θεραπευτές τους, συνεχίζουν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας, διατηρούν μια σχέση με ένα συγκεκριμένο προμηθευτή, συμμετέχουν στη θεραπεία τους αποκαλύπτοντας σημαντικές

ιατρικές πληροφορίες.<sup>33</sup> Αντίθετα, οι δυσαρεστημένοι ασθενείς αμελούν να ζητήσουν φροντίδα όταν χρειάζεται, είτε αρνούνται να συμμορφωθούν με τον καθορισμένο τρόπο θεραπείας.<sup>34</sup> Υποστηρίζεται ότι τα αποτελέσματα, όπως η κατάσταση υγείας του ασθενή, η συχνότητα και η διάρκεια της νοσηλείας του και η συνέχιση της φροντίδας, επηρεάζονται από τη συμμόρφωση και την ικανοποίηση του ασθενή.<sup>33</sup>

Έρευνες έχουν δείξει ότι ανεξάρτητα από τον τύπο της υπηρεσίας, οι καταναλωτές χρησιμοποιούν παρόμοια βασικά κριτήρια στην αξιολόγηση των υπηρεσιών μέσα από τα οποία διαφαίνεται η ικανοποίησή τους και τα οποία αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες ποιότητας. Είναι τα παρακάτω:

- Αξιοπιστία: σταθερότητα φροντίδας, συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.
- Ανταπόκριση: προθυμία, ετοιμότητα των εργαζομένων να εξυπηρετήσουν τον χρήστη.
- Ικανότητα: επαρκή προσόντα-δεξιότητες των εργαζομένων για να εκτελέσουν μια υπηρεσία.
- Πρόσβαση: πόσο εύκολο είναι να έρθει ο χρήστης σε επαφή ή να εισχωρήσει στην υπηρεσία.
- Ευγένεια: φιλικότητα και προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη.
- Επικοινωνία: τρόποι πληροφόρησης του χρήστη με εύληπτη ορολογία και ενδιαφέρον για τις ανησυχίες του.
- Επαγγελματική πίστη: εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη του προσωπικού.
- Ασφάλεια: σωματική ασφάλεια, όχι ρίσκο ή αμφιβολίες
- Κατανόηση: σκληρή δουλειά από τους εργαζομένους προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη καθώς και απόδειξη της κατανόησης στην πράξη.
- Φυσικά χαρακτηριστικά: ευχάριστο περιβάλλον εργασίας, καλή εμφάνιση εργαζομένων.<sup>30</sup>



## Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή η οποία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ των προσώπων που παρέχουν τη φροντίδα υγείας. Επηρεάζει, επίσης, την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αποκτά έτσι σπουδαία σημασία για το σχεδιασμό και τη χάραξη της πολιτικής υγείας.<sup>35</sup> Η εκτίμηση, λοιπόν, της ικανοποίησης των ασθενών συνιστά μείζον ζήτημα για τη λειτουργία ενός φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Ένα ορθώς σχεδιασμένο, τεκμηριωμένο και αξιόπιστο πρόγραμμα με σκοπό την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών: (α) αποτελεί την πλέον αντικειμενική πληροφορία για την επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας και βοηθά τη διοίκηση ενός οργανισμού υγείας, να βελτιώσει την ποιότητα των κλινικών (ιατρικών και νοσηλευτικών), των διοικητικών και άλλων υποστηρικτικών δραστηριοτήτων, (β) συντελεί στην κατανόηση των αντιλήψεων του πελάτη και ποιο συγκεκριμένα στον προσδιορισμό και την ανάλυση των αναγκών, των προσδοκιών και των επιθυμιών του, (γ) μπορεί να ενδυναμώσει τη διοίκηση-διαχείριση, να διασφαλίσει την εισαγωγή καινοτομιών, (δ) να ενισχύσει το ηθικό των εργαζομένων, (ε) να τεκμηριώσει διαφορετικά επίπεδα εκτέλεσης της εργασίας, (στ) να διευκολύνει τη διαδικασία αξιολόγησης των δραστηριοτήτων και γενικότερα να αποτελέσει ένα ισχυρό εργαλείο οργανωτικής ανάπτυξης και στρατηγικής διοίκησης για τους οργανισμούς υγείας.<sup>30</sup>

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα μιας έρευνας μέτρησης της ικανοποίησης των πελατών/ασθενών συνοψίζονται στα εξής σημεία:

- 1) Τα προγράμματα μέτρησης ικανοποίησης, εφόσον αποτελούν συνεχείς και συστηματικές προσπάθειες του οργανισμού, βελτιώνουν την επικοινωνία με το σύνολο των πελατών.
- 2) Ο οργανισμός μπορεί να δει κατά πόσο οι υπηρεσίες του ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πελατών. Επιπρόσθετα, δίνεται η δυνατότητα να μελετηθεί κατά πόσο νέα ενέργειες, προσπάθειες και προγράμματα έχουν αντίκτυπο στους πελάτες του οργανισμού.
- 3) Εντοπίζονται οι κρίσιμες διαστάσεις της ικανοποίησης οι οποίες θα πρέπει να βελτιωθούν καθώς και οι τρόποι με τους οποίους θα επιτευχθεί η βελτίωση αυτή.

- 4) Προσδιορίζονται τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του οργανισμού σε σχέση με τον ανταγωνισμό, σύμφωνα με τις απόψεις των πελατών.
- 5) Δίνεται ένα κίνητρο στο προσωπικό του οργανισμού να αυξήσει την παραγωγικότητά του, δεδομένου ότι οι προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρονται αξιολογούνται από τους ίδιους τους πελάτες.

Η επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας τοποθετεί τον πελάτη/ασθενή στο επίκεντρο της οργανωμένης στρατηγικής.<sup>30</sup>

Ειδικότερα, για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, μέσα από τη συστηματική μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, η ασκούμενη πρακτική μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, να βελτιώσει τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα και να ελέγχει καλύτερα τις δαπάνες.<sup>36</sup>

Όμως η καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών εμπεριέχει και κάποιες διαφωνίες που σχετίζονται με τη χρησιμότητα της μέτρησης ως δείκτη ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η αξία της μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης ποιότητας αμφισβητείται, θεωρούμενη περιορισμένης εγκυρότητας.<sup>37</sup> Οι ασθενείς δεν έχουν τις γνώσεις για να εκτιμήσουν τις τεχνικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα όταν βρίσκονται σε ψυχολογική και σωματική κατάσταση, που επηρεάζεται η κρίση τους. Επίσης, οι ασθενείς επηρεάζονται από εξωιατρικούς παράγοντες, όπως είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας και πολλές φορές είναι απρόθυμοι να αναφέρουν τις πραγματικές σκέψεις τους εξαιτίας της αίσθησης εξάρτησης που νιώθουν ή των προηγούμενων αποτυχημένων επαφών τους με το γιατρό. Οι ασθενείς αδυνατούν να εκτιμήσουν με ακρίβεια πτυχές της διαδικασίας παροχής φροντίδας υγείας το οποίο μπορεί να συμβαίνει λόγω της ταχύτητας εναλλαγής των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων. Ακόμη, αρκετές φορές οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους. Επιπλέον, όσον αφορά στην έννοια της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρο σε χώρο.<sup>38</sup>

Διατυπώθηκαν δυο θεωρίες που εξηγούν την επιμονή των ασθενών να εκφράζουν την ικανοποίησή τους παρά τις δυσκολίες που συνάντησαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους:

α. Η πρώτη θεωρία υποστηρίζει ότι ένας ασθενής μπορεί να εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ακόμη και όταν έχει αντιμετωπίσει δυσκολίες, στην περίπτωση που οι προσδοκίες του βρίσκονται εκτός καθήκοντος του επαγγελματία υγείας.

β. Η δεύτερη θεωρία υποστηρίζει ότι ακόμη και όταν ο ασθενής αισθάνεται πως ο επαγγελματίας υγείας δεν επιτέλεσε το καθήκον του, εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά τη φροντίδα που του παρέχεται, αν αποδειχθεί ότι υπήρξαν άλλες ελαφρυντικές καταστάσεις.<sup>21</sup>

Οι έρευνες ασθενών ενδεχομένως είναι ακατάλληλο μέσο για τη μέτρηση τόσο υψηλά υποκειμενικών φαινομένων. Παρόλα αυτά, η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί χρήσιμο εργαλείο που συμβάλει στον επαναπροσδιορισμό της κατεύθυνσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και των πιθανών αποκλίσεων, ώστε να πραγματοποιηθούν διορθωτικές παρεμβάσεις.<sup>38</sup>

## ΈΡΕΥΝΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι μετρήσεις διερεύνησης της ικανοποίησης των ασθενών, παρότι έχουν καθιερωθεί ως μια πάγια τακτική στο διεθνή χώρο, αποτελώντας στοιχείο του management, ολικής ποιότητας, απουσιάζουν από την καθημερινή πρακτική του ελληνικού συστήματος υγείας.<sup>39</sup> Χαρακτηριστικό είναι ότι παρά τη γενική δυσανεμία του πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας, οι λίγες σχετικές μελέτες δεν αξιοποιούνται επαρκώς στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας.<sup>40</sup>

Στην Ελλάδα, την τελευταία δεκαετία, παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον για την εκπόνηση μελετών ικανοποίησης ασθενών. Οι ερευνητές προβαίνουν συνήθως στην εξέταση των εξής παραμέτρων: (α) προσπέλαση/διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας, (β) σχέση ασθενή/επαγγελματιών υγείας, (γ) επαγγελματικές ικανότητες/ποιότητα φροντίδας, (δ) οργανωτική πλευρά υπηρεσιών υγείας.<sup>30</sup>

Όσον αφορά τη μεθοδολογία, συνιστάται η χρήση σύνθετα δομημένων ερωτηματολογίων, τα οποία συνδυάζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις, καθώς και ανοικτές ερωτήσεις που δίνουν τη δυνατότητα στον ερωτηθέντα να αναφέρει χωρίς περιορισμό την άποψή του. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται είτε με

τη διαδικασία των προσωπικών συνεντεύξεων (face to-face interviews), είτε τηλεφωνικά, είτε αποστέλλονται ηλεκτρονικά (e-mail). Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες, οι προσωπικές και οι διαμέσου τηλεφώνου συνεντεύξεις επιφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης, παρόλο που η ανωνυμία που προσφέρει το e-mail συντελεί στην αποτύπωση περισσότερο αντιπροσωπευτικής και αξιόπιστης γνώμης του ασθενούς.<sup>25</sup>

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των δεδομένων οι έρευνες συγκλίνουν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό στο ότι: τα ποσοστά ικανοποίησης από ιατρικό/νοσηλευτικό δυναμικό είναι υψηλά, δυσαρέσκεια διακρίνεται από τις ώρες αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία, το χρόνο για το κλείσιμο του ραντεβού και πολλές φορές και τη χωροταξική υποδομή και επίσης παρουσιάζουν το στοιχείο ότι αρκετά σημαντικό ποσοστό καταφεύγει σε ιδιώτη γιατρό.

Παρόλα τη μεγάλη σημασία που έχει η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας και ακόμα περισσότερο η μέτρησή της, λίγοι οργανισμοί επενδύουν στη βελτίωσή της. Εκτός των μεμονωμένων μετρήσεων ικανοποίησης χρηστών σε επίπεδο οργανισμών είναι αναγκαία η ανάπτυξη και ενός Εθνικού δείκτη ικανοποίησης χρηστών. Αυτός ο δείκτης θα αποτελεί τη βάση για την παρακολούθηση της ικανοποίησης των χρηστών και το πώς διαμορφώνεται αυτή με το χρόνο. Ο Εθνικός δείκτης θα πρέπει να δίνει απαντήσεις σε ερωτήσεις όπως η ικανοποίηση των χρηστών και οι εκτιμήσεις τους σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε εθνικό επίπεδο βελτιώνεται ή χειροτερεύει; Χρησιμοποιώντας τις μετρήσεις του δείκτη, παρέχεται η δυνατότητα σύγκρισης της ικανοποίησης διαφορετικών τομέων υπηρεσιών υγείας και οργανισμών τόσο μεταξύ τους όσο και με βάση τον εθνικό μέσο όρο. Η διαδικασία αυτή θα λειτουργεί θετικά τόσο για τη λήψη αποφάσεων σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, όσο και για τη διαδικασία της συγκριτικής επίδοσης, παρέχοντας τη δυνατότητα αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών των οργανισμών με πρότυπο τον Εθνικό μέσο όρο. Η εξαγωγή των πορισμάτων γίνεται ευκολότερα και ακολούθως και οι ενέργειες των φορέων κινούνται με γρηγορότερους ρυθμούς και μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση.<sup>30</sup>

## Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

### Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η ποιότητα αποτελεί όρο ο οποίος είναι στενά συνδεδεμένος με διάφορες απαιτήσεις ή προδιαγραφές που απευθύνονται στους καταναλωτές ή στους χρήστες υπηρεσιών και απαντάτε σε πολυάριθμους τομείς και ποικίλες δραστηριότητες. Αναζήτηση ανθρώπινη, από τους αρχαίους χρόνους ήταν συνώνυμη με την αρετή, τη συνεχή βελτίωση, το «αειν αριστεύειν».<sup>41</sup> Από τους πρώτους φιλόσοφους έχει επισημανθεί η έννοια της ποιότητας της ζωής. Ο Αριστοτέλης έγραψε για τη φύση της ευτυχίας και τι απαιτείται προκειμένου οι άνθρωποι να έχουν μία «καλή ζωή». Για τον Αριστοτέλη, όπως και για πολλούς φιλοσόφους από τότε, ο πρωταρχικός στόχος ήταν να επιτευχθεί η υψηλότερη κατάσταση ή το «αγαθό» που οι περιστάσεις επέτρεπαν. Το πρόσωπο που πέτυχε αυτόν τον στόχο είχε την καλύτερη ποιότητα ζωής.<sup>42</sup>

Η ποιότητα συναντάται και επιδιώκεται σε όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης δράσης και η αξία και σημαντικότητα της είναι αναμφισβήτητη. Το πολύπτυχο περιεχόμενό της διαμορφώνεται από τις κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές συνθήκες κάθε εποχής. Η κοινωνική της διάσταση αναφέρεται στο αίτημα κάθε πολίτη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Το πολιτισμικό στοιχείο αποτελεί βασική παράμετρό της, δεδομένου ότι επηρεάζεται και διαμορφώνεται από τις πολιτισμικές αξίες κάθε εποχής. Τέλος, η οικονομική της διάσταση προσδιορίζει το λειτουργικό της ρόλο και αναφέρεται γενικότερα στους φορείς παραγωγής προϊόντων, έργων και υπηρεσιών.

Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε στη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Πολλοί επιστήμονες, υποστηρίζουν ότι η έννοια γεννήθηκε στην Ιαπωνία, μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν κάλεσαν τον Αμερικάνο στατιστικό Edwards Deming για να βοηθήσει στην αλλαγή των παραδοσιακών παραγωγικών διαδικασιών.<sup>41</sup>

## Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αξίζει να σημειωθεί ότι η έννοια της ποιότητας της υγείας έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα και συγκεκριμένα στα κείμενα του Ιπποκράτη, όπου αναφέρουν, ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να αποτελεί έναν από τους στόχους της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και αποτυπώνεται καλύτερα στην έκφραση «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Ωστόσο, μόλις προς τα τέλη της δεκαετίας του 1980, το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας άρχισε να στρέφεται προς την εφαρμογή μέτρων στην καθημερινή κλινική πρακτική για την αξιολόγηση των ιατρικών διαδικασιών, όπως επίσης και τη δημιουργία προτύπων για τη διασφάλιση ποιότητας. Έκτοτε, πλήθος ορισμών έχουν δημιουργηθεί για τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας στο χώρο της υγείας, οι οποίοι όμως δεν επιτυγχάνουν τον σκοπό τους διότι αποτελεί πολύπλοκη έννοια που δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και να εννοηθεί.<sup>43</sup> Ωστόσο, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν μπορεί ακριβώς να ταυτιστεί με τη γενικότερη έννοια της ποιότητας σαν χαρακτηριστικού ενός οποιουδήποτε αγαθού. Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, δεν μπορεί να ακολουθηθεί μια συγκεκριμένη και τυποποιημένη διαδικασία παραγωγής τους, όπως συμβαίνει με τα περισσότερα βιομηχανικά προϊόντα. Οι ασθενείς μεταξύ τους, παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους. Είναι αναμενόμενο, επομένως, η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές, αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους. Γι' αυτό και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς, αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και επιθυμούν. Η εξασφάλιση της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί ένα περισσότερο δύσκολο επιχείρημα από ότι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία.<sup>44</sup>

Η εκτίμηση της ποιότητας της προσφερόμενης περίθαλψης δεν είναι εύκολη υπόθεση, γεγονός που οφείλεται στην ιδιομορφία των υπηρεσιών αυτών (π.χ. άυλα αγαθά, συνεχής παροχή, μεγάλος όγκος, δυσκολία προσδιορισμού προτύπων απόδοσης) καθώς κάθε περίπτωση είναι διαφορετική.<sup>45</sup> Ο όρος «ποιότητα» προκαλεί συχνά σύγχυση, επειδή ερμηνεύεται με διαφορετικό τρόπο τόσο από τον αγοραστή/καταναλωτή του προϊόντος ή της υπηρεσίας υγείας όσο και από τον παραγωγό/προμηθευτή τους. Από την πλευρά του αγοραστή/καταναλωτή, η ποιότητα καθορίζεται από τον βαθμό στον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί τις απαιτήσεις του. Οι απαιτήσεις του

βέβαια προσδιορίζονται από τις ανάγκες που έχει, αλλά και από την προσδοκία ότι το συγκεκριμένο προϊόν ή η συγκεκριμένη υπηρεσία θα τον ικανοποιήσει. Από την πλευρά του παραγωγού/προμηθευτή, η ποιότητα προσδιορίζεται από την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να συμμορφωθεί με τις προδιαγραφές που έχει επιλέξει η διοίκηση για το προϊόν ή την υπηρεσία.<sup>46</sup> Οι προδιαγραφές, επομένως, που επιλέγει η διοίκηση για το προϊόν ή την υπηρεσία θα πρέπει κατ' αρχάς να «πλησιάζουν» όσο περισσότερο γίνεται στις απαιτήσεις του αγοραστή/καταναλωτή, ώστε το προϊόν ή η υπηρεσία να έχει τη μεγαλύτερη επιτυχία όταν προωθηθεί στην αγορά.<sup>5</sup>

Το 1980, ο Donabedian, ο πρώτος που ασχολήθηκε με τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας διέκρινε τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας, οι οποίες επιδρούν καθοριστικά στην ποιότητα:

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine). Αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας του ασθενή.
- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine). Αναφέρεται στην ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από το γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, στη συμπεριφορά τους, δηλαδή, απέναντί του, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.
- Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities). Αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις.<sup>41</sup>

Με δεδομένες τις διαστάσεις αυτές προχώρησε στον πρώτο κλασικό ορισμό της ποιότητας της φροντίδας στην ιατρική ως: «αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σε όλα τα επιμέρους της σημεία».<sup>47</sup>

Επίσης, ορισμοί που έχουν καθιερωθεί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι:

Το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, που εστιάζει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του (και της

οικογένειάς του), έτσι ώστε να ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και το κόστος των υπηρεσιών.<sup>48</sup>

Ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδεκτές με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση.<sup>49</sup>

Ο βαθμός στον οποίον δεδομένο προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη σύμφωνα με το Juran (1988).

Η ποιότητα ορίζεται ως συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη σύμφωνα με τον Crosby (1989).

Η Palmer (1991), λαμβάνοντας υπόψη τόσο την άποψη του ιατρικού σώματος όσο και την οικονομική διάσταση της ποιότητας, διάσταση η οποία απασχολεί κάθε κοινωνία, δίνει τον εξής ορισμό «η ποιότητα της φροντίδας μετράτε με τη βελτίωση στο επίπεδο υγείας ενός δεδομένου πληθυσμού, λαμβανομένων υπόψη τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και την τεχνολογία όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο».

Σύμφωνα με την Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η υψηλής ποιότητας περίθαλψη διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά (WHO, 2000): (α) ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματικής υπεροχής, (β) αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων, (γ) μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς, (δ) ικανοποίηση του ασθενή και (ε) τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή.

Ενώ ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Organization of Standardization, ISO), ορίζει την ποιότητα ως εξής: «ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, τα οποία της δίνουν τη δυνατότητα να ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από τη χρήση τους.»<sup>41</sup>

Σύμφωνα με την Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, JCAHO, 2000), ποιότητα είναι «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση» και καθόρισε εννιά παράγοντες που την ορίζουν. Την καταλληλότητα, την διαθεσιμότητα, την συνέχεια στην φροντίδα, την αποτελεσματικότητα, την δραστηριότητα, την αποδοτικότητα, τον σεβασμό και τη φροντίδα του ασθενή, την ασφάλεια και την επικαιρότητα.<sup>50</sup>



Επιπλέον, το 1988, το Συμβούλιο Ιατρικών Υπηρεσιών της Αμερικανικής Ιατρικής Εταιρείας (American Medical Association) όρισε την ποιοτική περίθαλψη ως «αυτή που ουσιαστικά και σημαντικά συνεισφέρει στη βελτίωση ή και στη διατήρηση της ποιότητας και της διάρκειας της ζωής του ασθενή».<sup>45</sup>

Η πολυπλοκότητα των παραπάνω ορισμών οφείλεται στο γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιάζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης-χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα από ότι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία. Είναι αδιαμφισβήτητο ότι η επάνοδος του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, σε αντίθεση με άλλες μορφές παρεχόμενων υπηρεσιών, δεν αποτελεί στόχο καθώς δεν αποδεικνύει πιθανότατα την αποτελεσματικότητα. Εκτός από την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, την φιλικότητα στην παροχή και την επαρκή υποστήριξή της μετά τη διάθεσή της, παράγοντες που σχετίζονται με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, τον άμεμπτο επαγγελματισμό, την υψηλή τεχνολογία και την αξιοπρέπεια του «πελάτη», αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελώντας άμεση προτεραιότητα.<sup>44</sup>

Παρά τις διαφορές που παρατηρούνται στους διάφορους ορισμούς, κοινό σημείο είναι η επίτευξη του «άριστου», του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος ως προς την περίθαλψη του ασθενούς, με βάση τις δεδομένες συνθήκες. Οι προσπάθειες εκτίμησης και επιδίωξης της ποιότητας απευθύνονται και αφορούν πρωτίστως στους χρήστες.<sup>45</sup> Υπάρχει σημαντικός βαθμός διαφοροποίησης στην ερμηνεία που δίνεται από τους επαγγελματίες της υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές και διοικητικούς), αλλά και από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερα ο ασθενής δεν έχει τις απαραίτητες πληροφορίες, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αξιολογήσει την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών που λαμβάνει. Έτσι, λοιπόν, πολλοί υποστηρίζουν ότι όσο περισσότερα κεφαλαιουχικά αγαθά (σύγχρονη τεχνολογία και ξενοδοχειακός εξοπλισμός) παρέχονται στον ασθενή σε συνδυασμό με τις ιατρικές υπηρεσίες, τόσο περισσότερο «ποιοτική» θεωρεί ο ασθενής τη φροντίδα που λαμβάνει. Αυτή η εκτίμηση-πεποίθηση ίσως οδηγεί σε μεγαλύτερο νοσοκομειακό κόστος, αλλά, όπως έχει αποδειχθεί, η ακριβότερη νοσοκομειακή περίθαλψη δεν σημαίνει και περισσότερο ποιοτική ή κλινικά αποτελεσματική περίθαλψη. Οι περισσότερες αναλύσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, προκειμένου να επιτευχθούν καλύτερα επίπεδα στην ποιότητα των

νοσοκομειακών υπηρεσιών, θα πρέπει το ενδιαφέρον να επικεντρωθεί στον προσδιορισμό της καλύτερης δυνατής λειτουργίας του νοσοκομείου συνολικά ως μονάδας και όχι στον προσδιορισμό της άριστης συμπεριφοράς κάθε μίας ομάδας προσωπικού.<sup>51</sup>

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η αξιολόγηση είναι η διαδικασία της αξίας ενός πράγματος. Η έρευνα αξιολόγησης χρησιμοποιεί επιστημονικές μεθόδους για να διαπιστώσει την αξία ενός πράγματος αναλύοντας τις σχέσεις αιτίας και αποτελέσματος. Η αξιολόγηση αποτελεσμάτων, συγκεκριμένα, προσδιορίζει και αξιολογεί τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων για την επίτευξη ενός στόχου. Η αξιολόγηση επιδιώκει τις λογικές ερμηνείες του γιατί μια παρέμβαση ή ένα πρόγραμμα θεραπείας είχε συγκεκριμένα αποτελέσματα, τόσο αναμενόμενα όσο και μη αναμενόμενα.<sup>30</sup>

Ο Suchman επεσήμανε ότι η αξιολόγηση είναι μια κυκλική διαδικασία η οποία ξεκινά και ολοκληρώνεται με τη διαμόρφωση κρίσεων αξιών. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει σε κύκλο τα εξής στάδια: την διαμόρφωση των αξιών, τον καθορισμό των στόχων ή των σκοπών, τον καθορισμό των κριτηρίων για την μέτρηση των στόχων, τον σχεδιασμό των δραστηριοτήτων του προγράμματος για την επίτευξη των στόχων, την εφαρμογή δραστηριοτήτων για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος, την αξιολόγηση του προγράμματος μαζί με την επίδραση των δραστηριοτήτων στους στόχους.<sup>52</sup>

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αξιολογείται με βάση τον βαθμό ανταπόκρισης σε κάποια προκαθορισμένα κριτήρια. Τα κριτήρια, ανάλογα με τους στόχους αξιολόγησης, μπορεί να είναι:

α. *Κριτήρια δομικά*, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της δομής της υγειονομικής φροντίδας. Με αυτά κρίνεται η ανεπάρκεια και η ποιότητα της υλικοτεχνικής υποδομής των ανθρώπινων πόρων που διαθέτει η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας.

β. *Κριτήρια διαδικασιών*, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των διαδικασιών παραγωγής και παροχής της υγειονομικής φροντίδας. Με αυτά κρίνονται

μια σειρά από ενέργειες οι οποίες πραγματοποιούνται από τη στιγμή που ο ασθενής θα έρθει σε επαφή με το σύστημα υγειονομικών φροντίδων μέχρι την έξοδό του από αυτό.

γ. *Κριτήρια αποτελεσμάτων*, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της υγειονομικής φροντίδας. Με αυτά κρίνονται οι ίδιες οι ιατρικές φροντίδες που παρέχονται σε έναν ασθενή, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα, βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα, τη βελτίωση, τη σταθερότητα ή την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του.

Τα παραπάνω κριτήρια είναι ρητά καθορισμένα και προσδιορίζουν ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας το οποίο μπορεί να είναι:

α. Το *ελάχιστο επίπεδο*. Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης δεν επιτρέπεται να πέσει κάτω από το επίπεδο αυτό.

β. Το *μέσο επίπεδο*. Η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών φροντίδων είναι δυνατή με την ανεύρεση εκείνων των στοιχείων που βρίσκονται κάτω του μέσου επιπέδου, καθώς και με τη λήψη μέτρων για τη βελτίωση μόνο αυτών.

γ. Το *ιδανικό επίπεδο*. Αυτό το επίπεδο ουσιαστικά αποτελεί τον στόχο του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.<sup>5</sup>

Ο Avedis Donabedian, υποστήριζε ότι υπάρχουν τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης στον χώρο της υγείας.

Η *αξιολόγηση των εισροών* που αποτιμά τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους μιας υπηρεσίας υγείας. Αξιολογείται, δηλαδή, το προσωπικό, ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, το κόστος, καθώς και άλλοι παράγοντες που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δομή και το περιεχόμενο μιας υπηρεσίας υγείας.

Η *αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών* αναφέρεται στην αποτίμηση της οργάνωσης και της ποιότητας των «ενδιάμεσων» παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αξιολόγηση της ποιότητας αποτελεί έναν ταχέως αναπτυσσόμενο τομέα αξιολόγησης, που εντάσσεται στις διαδικασίες διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας.

Η *αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών* εκτιμά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσοκομειακών κρεβατιών, ιδιωτικών ή εξωτερικών ιατρείων) και τον όγκο του άμεσα παραγόμενου προϊόντος (π.χ. εργαστηριακών εξετάσεων, εμβολιασμών ή χειρουργικών επεμβάσεων). Οι ενδιάμεσες εκροές χρησιμοποιούνται ως μέτρο της αποτελεσματικότητας μιας υπηρεσίας υγείας σε πολλές περιπτώσεις, όπου είναι δύσκολη

ή χρονοβόρα η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της. Η σχέση εισροών προς εκροές αποτελεί το μέτρο της αποδοτικότητας μιας υπηρεσίας.

Η *αξιολόγηση των αποτελεσμάτων* αποτελεί τον τελικό στόχο της αξιολόγησης και αναφέρεται στις επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου ή του πληθυσμού. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια λειτουργίας της υπηρεσίας ή αναδρομικά μετά από την ολοκλήρωση μιας περιόδου λειτουργίας της, όταν θα είναι πλέον εμφανείς οι επιπτώσεις στην υγεία. Με τη χρήση δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας που προκύπτουν από σύνθετες επιδημιολογικές έρευνες πεδίου, τους δείκτες θνητότητας, του πίνακες επιβίωσης, τις καμπύλες επιβίωσης, καθώς και με τη χρήση σύγχρονων δεικτών που μετρούν τη διάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όπως είναι τα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία, είναι δυνατή η συνεχής και συστηματική αξιολόγηση του επιπέδου υγείας.<sup>44</sup>

Η συνδυασμένη αξιολόγηση και των τεσσάρων επιπέδων φροντίδας με τη χρήση κατάλληλων δεικτών μπορεί να οδηγήσει στην ολοκληρωμένη αποτίμηση μιας υπηρεσίας υγείας.

Οι κυριότεροι δείκτες ποιότητας που χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας είναι οι δείκτες εισροών (απλοί ποσοτικοί δείκτες, όπως ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας, η εκπαίδευση του προσωπικού, γεωγραφικής προσπελασιμότητας κ.α.), οι δείκτες αξιολόγησης ενδιάμεσων διαδικασιών (αξιοπιστίας διαγνωστικών εξετάσεων, ικανοποίησης ασθενών, αρτιότητας ιατρικών τεχνικών, χρόνου αναμονής), οι δείκτες ενδιάμεσων εκροών (απλοί δείκτες επαφών ή χρήσης υπηρεσιών), οι δείκτες αποτελέσματος και υγείας πληθυσμού (δείκτες νοσηρότητας, θνητότητας, θνησιμότητας, δείκτες ευεξίας κ.α.), οι δείκτες αποδοτικότητας (δείκτες μακρο-αξιολόγησης όπως η τεχνική αποδοτικότητα, δείκτες οικονομικής αξιολόγησης όπως ο λόγος κόστους-αποτελέσματος κ.α.), οι σύνθετοι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες (εισόδημα, κατοικία κ.α.) και οι δείκτες πολιτικής υγείας (πολιτικών επιλογών, κατανομής πόρων κ.α.).<sup>53</sup>

Οι κυριότεροι δείκτες που χρησιμοποιούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι οι δείκτες εισροών. Αξιολογούνται με κατάλληλους δείκτες επάρκειας το επιστημονικό προσωπικό, ο διαθέσιμος χώρος αναμονής επισκεπτών, η ύπαρξη των απαραίτητων διαγνωστικών μέσων, ο διαθέσιμος χώρος εξέτασης κ.α. Επίσης,

χρησιμοποιούνται οι δείκτες εκροών και ποιο συγκεκριμένα αξιολογείται ή πρόσβαση, η οποία προσδιορίζεται με δείκτες επαφών, όπως είναι ο αριθμός επισκέψεων στην υπηρεσία ή σε επαγγελματία υγείας ανά πληθυσμό ευθύνης, το ποσοστό του πληθυσμού που δεν ήρθε σε επαφή με το γιατρό κατά η διάρκεια του χρόνου κ.α. Το φάσμα και το είδος των υπηρεσιών, με δείκτες συνταγογραφίας, όπως είναι ο αριθμός των ιατρικών συνταγών ανά πληθυσμό ή ανά υπηρεσία ή ανά γιατρό και με δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων, όπως είναι ο αριθμός των εκτελούμενων ιατρικών εξετάσεων ανά πληθυσμό ή ανά υπηρεσία. Άλλοι δείκτες αξιολογούν τις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ακόμη, είναι οι δείκτες αξιολόγησης ενδιάμεσων διαδικασιών (π.χ. ικανοποίησης των ασθενών, μη αναγκαίων παραπομπών σε νοσοκομεία, λίστες αναμονής). Επιπλέον, είναι οι δείκτες αποδοτικότητας (δείκτες παραγωγικότητας, τεχνική αποδοτικότητα κ.λπ.). Τέλος, είναι οι δείκτες αποτελεσματικότητας, που προκύπτουν με βάση δείκτες υγείας του πληθυσμού (π.χ. σχετική με τη υγεία ποιότητα ζωής) ή με ειδικές έρευνες.<sup>54</sup>

## ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με την Palmer (1991), μέτρηση είναι: «η απόδοση μιας ποσότητας σε μια ιδιότητα ή ένα φαινόμενο, μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των παρατηρηθέντων στοιχείων προς αντικειμενικά κριτήρια». Εάν λοιπόν ποιότητα είναι ο βαθμός τελειότητας της φροντίδας, τότε κάθε διαπιστούμενη απόκλιση από αυτόν συνιστά μέτρηση της ποιότητας, που συχνά αναφέρεται ως αποτίμηση της ποιότητας, όπου τελειότητα ή αντικειμενικά κριτήρια είναι τα πρότυπα, οι οδηγίες και τα πρωτόκολλα, τα οποία αποτελούν μέτρο σύγκρισης με την τρέχουσα πραγματικότητα, όπως αυτή καταγράφεται στους δείκτες ή στα αποτελέσματα άλλων μετρήσεων, προκειμένου να εντοπίζονται λάθη ή να διαπιστώνονται οι βελτιώσεις.<sup>44</sup>

Η μέτρηση έχει αξία μόνο όταν αποτελεί μέρος μιας γενικότερης στρατηγικής η οποία αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και περιλαμβάνει τα στάδια: (α) διασφάλιση ποιότητας, (β) μέτρηση ποιότητας και (γ) συνεχή βελτίωση ποιότητας.

Ο Avedis Donabedian παρουσίασε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη μέτρηση, σύμφωνα με το οποίο η μέτρηση εξαρτάται από τρεις παραμέτρους: τη δομή, τις διαδικασίες και το αποτέλεσμα.

Η δομή είναι οι εισροές (inputs) και περιλαμβάνει τους παραγωγικούς πόρους οι οποίοι επενδύονται σε συγκεκριμένες δραστηριότητες π.χ. κτιριακές εγκαταστάσεις, εξοπλισμό, πόρους, αριθμό εργαζομένων. Η δομή αποτελεί εύκολα αναγνωρίσιμη και μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, δεν μπορεί όμως να θεωρηθεί και ως ασφαλές εργαλείο μέτρησης, αφού από μόνη της η κατάλληλη δομή δεν επαρκεί για την παροχή άριστων φροντίδων υγείας. Από την άλλη πλευρά, η ύπαρξη μικρού αριθμού κλινών, για την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών, η έλλειψη μονάδας εντατικής θεραπείας, οι μεγάλες ελλείψεις σε εκπαιδευμένο και έμπειρο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δημιουργούν από πριν την αίσθηση ότι η υπό μελέτη μονάδα υπολείπεται έναντι κάποιας άλλης, στην οποία δεν παρατηρούνται οι παραπάνω ελλείψεις.

Η διαδικασία (process) είναι οι εκροές (outputs) ή ενδιάμεσες εκροές, είναι τα μετρήσιμα προϊόντα, τα οποία συνδέονται με τις εισροές π.χ. όλες οι ενέργειες περίθαλψης, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση διάρκεια αναμονής κ.α.

Τα αποτελέσματα (outcomes) είναι η έκβαση, οι αλλαγές τω επιπέδων υγείας του εξυπηρετούμενου πληθυσμού ως αποτέλεσμα της φροντίδας υγείας, η ικανοποίηση, καθώς και ο βαθμός ενημέρωσής του. Ουσιαστικά είναι τα τελικά στάδια και δεν συνδέονται με τη δομή ή τις διαδικασίες. Παρά τις δυσκολίες στον προσδιορισμό των ενδιάμεσων προϊόντων και των τελικών αποτελεσμάτων, η μέτρηση της έκβασης αποτελεί τον καλύτερο δείκτη μέτρησης της ποιότητας. Εξάλλου, οι αλλαγές στα συστήματα υγείας με συνεπακόλουθο στην έμφαση στον περιορισμό του κόστους και τον ανταγωνισμό επιβάλλουν την έμφαση στα αποτελέσματα.

Τα απαραίτητα στοιχεία της μέτρησης είναι: (α) τα δεδομένα (data), (β) τα πρότυπα (standards), (γ) τα κριτήρια (criteria).

Όσον αφορά τα δεδομένα (data), είναι το πρώτο απαραίτητο στοιχείο για τη μέτρηση, το ποια θα χρησιμοποιηθούν εξαρτάται από τις εκάστοτε συνθήκες.

Τα πρότυπα (standards) είναι ο έγκυρος τρόπος ορισμού, οργάνωσης, αξιολόγησης και ελέγχου της ποιότητας μιας παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας. Οφείλουν να είναι συγκεκριμένα, μετρήσιμα, κατάλληλα, αξιόπιστα και επίκαιρα/σύγχρονα.

Με τον όρο κριτήρια ((criteria), ορίζουμε την ερμηνευτική ανάλυση των προτύπων για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος μέσω του οποίου δύναται να γίνει η μέτρηση ή η εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Κριτήριο είναι μια μεταβλητή η οποία επιλέγεται ως σχετικός δείκτης ποιότητας νοσηλείας. Τα κριτήρια βοηθούν να λειτουργήσουν τα πρότυπα γιατί είναι λεπτομερειακοί δείκτες τους. Επίσης, πρέπει να είναι μετρήσιμα, συγκεκριμένα, σχετικά, απόλυτα κατανοητά, ξεκάθαρα, εφικτά, κλινικά τεκμηριωμένα, περιοδικά αναθεωρούμενα και αντιπροσωπευτικά όλων των πλευρών της κατάστασης των ασθενών.<sup>30</sup>

Σύμφωνα με μία άποψη η «ποιότητα των υπηρεσιών υγείας» (service quality, SERVQUAL) μετριέται συγκρίνοντας τις αντιλήψεις (perceptions) με τις προσδοκίες (expectations) και ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών. Το SERVQUAL αποτελεί μεθοδολογία και ταυτόχρονα εργαλείο ανάλυσης, ανάπτυξης και μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών που μπορεί να προσφέρει ένας οργανισμός προς τους πελάτες του προκειμένου να είναι ευχαριστημένοι και πιστοί τόσο στα προϊόντα και τις υπηρεσίες που τα διέπουν πριν και μετά την πώλησή τους όσο και στις καθαρές μορφές υπηρεσιών χωρίς την πώληση απτών αγαθών.<sup>55</sup>

Η ποιότητα μετράτε λοιπόν, αν λάβουμε υπόψη μας τα πρότυπα, τα κριτήρια και τα δεδομένα όσον αφορά τη δομή του οργανισμού, τη διαδικασία που ακολουθείται και την έκβαση του αποτελέσματος. Κάθε απόκλιση από το επιθυμητό αποτέλεσμα συνεπάγεται και σε απόκλιση από την ποιότητα.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η έρευνα αφορά το κέντρο υγείας αστικού τύπου του Βύρωνα, που προσφέρει τις υπηρεσίες του στον οικείο δήμο καθώς και στους όμορους δήμους Καισαριανής, Καρέα, Ηλιούπολης, Ζωγράφου. Σκοπός της έρευνας είναι η εκτίμηση και η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας από το κέντρο υγείας αστικού τύπου του Βύρωνα.

## ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΒΥΡΩΝΑ

Το κέντρο υγείας Βύρωνα είναι το πρώτο κέντρο υγείας αστικού τύπου στην Ελλάδα, ιδρύθηκε το 2004 και προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας μέσω έρευνας και εκπαίδευσης. Το Κέντρο Υγείας εδράζεται στο δήμο Βύρωνα Αττικής, ένα πυκνοκατοικημένο και από τους πολυπληθέστερους δήμους της ευρύτερης περιοχής Αθηνών με 61.102 δημότες, σύμφωνα με την απογραφή του 2001 και υπάγεται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο.

Όσον αφορά την διάρθρωσή του περιλαμβάνει ιατρεία, εργαστήριο, βραχεία νοσηλεία, κατ'οίκον νοσηλεία και φροντίδα, γραφείο νοσηλευτικής υπηρεσίας, επισκεπτών-τριών υγείας, διοικητικής υπηρεσίας, βιοστατιστικής, πρόληψης και εκπαίδευσης-έρευνας.

Τα ιατρεία του κέντρου υγείας είναι των επειγόντων περιστατικών που λειτουργούν σε 16ωρη και εβδομαδιαία βάση, ιατρεία γενικής/οικογενειακής ιατρικής, διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων, πρόληψης παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, παιδιατρικής, εμβολίων, συνταγογραφίας, εκπαίδευσης ασθενών, μαιευτικής και γυναικολογικής φροντίδας και οικογενειακού προγραμματισμού, κατόπιν ραντεβού.

Στο κέντρο υγείας υπάρχει η δυνατότητα διενέργειας αιματολογικών, βιοχημικών και άλλων εξετάσεων.

Ο θάλαμος βραχείας νοσηλείας αποτελείται από τρεις κλίνες. Είναι πλήρως εξοπλισμένος ικανός για να ανταπεξέλθει στην καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών που προσέρχονται στο ιατρείο επειγόντων περιστατικών του Κέντρου Υγείας. Η παραμονή των ασθενών στο θάλαμο βραχείας νοσηλείας διευκολύνει τη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία. Ο μέσος όρος νοσηλευόμενων ανά ημέρα είναι 21,7 ασθενείς.



Ένα βασικό κομμάτι των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας είναι η παροχή κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας. Μέσω αυτής της δραστηριότητας οι Υπηρεσίες Υγείας μεταφέρονται στα άτομα και στην οικογένεια, στο χώρο που ζουν, με σκοπό τη διατήρηση, προαγωγή ή αποκατάσταση της υγείας τους. Γνωρίζοντας πως το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει αποφασιστικά την υγεία, τη νόσο, ή την αναπηρία, η οργανωμένη δράση ομάδων υγείας σε αυτό το επίπεδο αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Επιπλέον, ευνοείται η συνεργασία επαγγελματιών υγείας – ασθενούς καθώς τα άτομα συμπεριφέρονται με περισσότερη άνεση στο φυσικό τους περιβάλλον. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας δίνει μεγάλη έμφαση στην κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα επιτυγχάνοντας έτσι παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Ομάδα από καταρτισμένα στελέχη επισκέπτεται μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρίες, δίνοντας προτεραιότητα σ' αυτούς που διαβιούν μόνοι τους, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία. Η επίσκεψη στο σπίτι ως μέθοδος επικοινωνίας είναι πιο προσωπική και εξατομικευμένη. Υπάρχει διαφοροποίηση αξιολόγησης του ασθενούς στον προσωπικό του χώρο σε σχέση με το νοσοκομείο. Στο περιβάλλον του ο ασθενής εκφράζεται ευκολότερα, εκμυστηρεύεται τα προβλήματά του. Σε καθημερινή βάση, με ραντεβού, πραγματοποιούνται σε πολίτες του Βύρωνα κατ' οίκον επισκέψεις για νοσηλεία και φροντίδα από το προσωπικό του Κέντρου Υγείας.

Οι νοσηλευτές συμμετέχουν ενεργά στις δραστηριότητες του Κέντρου Υγείας, αναπτύσσοντας πολυσχιδή δράση. Οι αρχές της ολιστικής προσέγγισης στην παροχή υπηρεσιών υγείας που διέπουν τη Νοσηλευτική, βρίσκουν άριστη εφαρμογή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Ο Επισκέπτης/τρια Υγείας, σε συνεργασία με το προσωπικό του Κέντρου Υγείας, αντιμετωπίζει ολοκληρωμένα και πολυδύναμα ιατροκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλει στην ανάπτυξη της κοινότητας στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στόχος τους είναι η πρόληψη της ασθένειας και η διατήρηση και προαγωγή της υγείας στην κοινότητα, στην οικογένεια, στο σχολείο και στο χώρο εργασίας.

Στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα λειτουργεί γραφείο Βιοστατιστικής στο οποίο γίνεται καταγραφή σε ηλεκτρονική μορφή όλων των δεδομένων που αφορούν στα νοσήματα και

στους ασθενείς που προσέρχονται στο Κέντρο Υγείας. Επίσης διενεργούνται αναλύσεις όλων των μεταβλητών για την σύνταξη επιδημιολογικών δελτίων για τα κυριότερα νοσήματα με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών αλλά και αρτιότερη και πιο ολοκληρωμένη προαγωγή της υγείας στην περιοχή ευθύνης. Παράλληλα, τα αποτελέσματα των αναλύσεων τεκμηριώνονται με τη μορφή ανακοινώσεων ή δημοσιεύσεων σε Ιατρικά Συνέδρια και Περιοδικά

Στο γραφείο εκπαίδευσης - έρευνας του Κέντρου Υγείας, οργανώνονται και διενεργούνται μαθήματα, σεμινάρια, διαλέξεις κα ομιλίες σε ιατρικό και μη προσωπικό. Επιπλέον, γίνονται ομιλίες και παρουσιάσεις εργασιών σε Διεθνή και Ελληνικά ιατρικά συνέδρια, καθώς και ενδεδειγμένη έρευνα και συνεχής ενημέρωση των ιατρών πάνω σε νέες ιατρικές τεχνικές και θεραπείες από τις μεγαλύτερες παγκόσμιες ιατρικές βάσεις δεδομένων και από τα εγκυρότερα ελληνικά και ξενόγλωσσα ιατρικά περιοδικά. Ταυτόχρονα, διενεργούνται μελέτες και κλινικές δοκιμές στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τα αποτελέσματα των οποίων δημοσιεύονται και κοινοποιούνται σε διεθνή ιατρικά περιοδικά.

Το ιατρείο προληπτικής ιατρικής, αγωγής και προαγωγής υγείας έρχεται να καλύψει ένα κενό στον τομέα της πρόληψης μιας και η νοσοκομειακή/θεραπευτική ιατρική περιορίζεται συνήθως στο διαγνωστικό-εργαστηριακό τομέα. Στο κέντρο υγείας πραγματοποιούνται προγράμματα προαγωγής και αγωγής υγείας στην κοινότητα σε σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, σε ομάδες εργαζομένων υψηλού κινδύνου, σε κοινωνικούς ξενώνες και οικοτροφεία, σε κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων, καθώς γίνεται και έλεγχος πιθανών περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου.

Στο Κέντρο Υγείας λειτουργεί καθημερινά βιβλιοθήκη με Ελληνικά και Διεθνή συγγράμματα, Ελληνικά και Διεθνή Ιατρικά Περιοδικά και Διαδίκτυο.

Επίσης, στο Κέντρο Υγείας πραγματοποιείται η εκπαίδευση των Ειδικευομένων Ιατρών Γενικής Ιατρικής που αποτελεί βασικό τμήμα της ειδικότητας για την απόκτηση και εφαρμογή βασικών γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων σε Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Στο κέντρο υγείας Βύρωνα ανήκουν τα παρακάτω περιφερειακά ιατρεία: παιδική πολυκλινική Αθηνών, κέντρο οικογένειας, περιφερειακό ιατρείο Καλλιθέας, πλατείας

Αμερικής, Ζωγράφου, Νέων Σφαγείων, Ασυρμάτου, Καισαριανής, Γαλατσίου και Πατησίων.<sup>56</sup>

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για την εκπόνηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ο τύπος του δομημένου ερωτηματολογίου με κλειστές και μιας ανοικτής απαντήσεις, με τη μορφή της πεντάβαθμης κλίμακας Likert, η οποία θεωρείται το προσφορότερο εργαλείο για τέτοιους είδους μετρήσεις. Η κλίμακα αυτή προτείνεται από τους ερευνητές, επειδή επιτρέπει τη δημιουργία μιας ομοιόμορφης δομής, η οποία είναι εύκολο να ακολουθηθεί από τον ερευνητή, αλλά και να εμπεθωδεί σύντομα από τον ερωτώμενο, αφού έχει όμοιες ενδεχόμενες απαντήσεις. Επίσης, οι κλίμακες Likert επιτρέπουν την ύπαρξη θετικών αλλά και αρνητικών διατυπωμένων ερωτήσεων.<sup>57</sup> Κάθε πρόταση διαβαθμίζεται σε κλίμακες από την απόλυτη συμφωνία έως την απόλυτη διαφωνία. Η κλίμακα με πέντε διαβαθμίσεις προτιμήθηκε επειδή έχει θεωρηθεί επαρκής από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Επίσης, οι θετικά διατυπωμένες δηλώσεις εναλλάσσονται με τις αρνητικά εκφρασμένες και έτσι αποφεύγεται ο κίνδυνος θετικής μεροληψίας. Τέλος, οι κλίμακες αυτές συνήθως θεωρούνται ως «κλίμακες διαστήματος» (interval scales) και συνεπώς μπορούν να λάβουν αριθμητικές τιμές. Προκειμένου να περιοριστεί το τυχαίο σφάλμα μέτρησης, που επηρεάζει τις βαθμολογίες ικανοποίησης μεμονωμένων στοιχείων των ερωτηματολογίων, προτείνεται διεθνώς η χρήση αθροιστικών κλιμάκων.<sup>58</sup>

## Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Ως βάση αναφοράς χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, σταθμισμένο και ελεγμένο ως προς της αξιοπιστία και εγκυρότητα του περιεχομένου.<sup>57</sup> Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει συνολικά 46 ερωτήσεις (45 κλειστές και 1 ανοικτή ερώτηση) που αφορούν δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία από την επίσκεψη στο κέντρο υγείας και στοιχεία από την χρήση των υπηρεσιών υγείας του. Οι ερωτήσεις αυτές είναι πολλαπλής επιλογής ή διχοτομικού τύπου ή τύπου Likert σε πεντάβαθμη κλίμακα έντασης (συμφωνώ απόλυτα=5, συμφωνώ=4, είμαι ουδέτερος=3, διαφωνώ=2, διαφωνώ απόλυτα=1). Ειδικότερα το πρώτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις όσον αφορά τα ατομικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά

με την επίσκεψη στο κέντρο υγείας, τον τρόπο και χρόνο κλεισίματος του ραντεβού και την αναμονή, την πρόσβαση στο κέντρο υγείας, το διοικητικό προσωπικό, την κτιριακή υποδομή, καθαριότητα και άνεση χώρου αναμονής. Το τρίτο μέρος αναφέρεται στην χρήση των υπηρεσιών υγείας. Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την άνεση του χώρου του ιατρείου, την συμπεριφορά και ανθρώπινες σχέσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και ενημέρωση και οδηγίες για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας, το προσωπικό της γραμματείας και την γενική εκτίμηση του ασθενή τόσο για το κέντρο υγείας όσο και για την κατάσταση της υγείας τους.

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν ως δείγμα 400 ασθενείς/χρήστες που επισκέφθηκαν το κέντρο υγείας του Βύρωνα, κατά το διάστημα Ιούνιος-Ιούλιος 2010.

Η επιλογή του δείγματος έγινε με τυχαίο τρόπο, με βάση τα κριτήρια της συναίνεσής τους για συμμετοχή στην έρευνα κατόπιν ενημερώσεώς τους για το σκοπό της έρευνας και την εξαγωγή συμπερασμάτων σε συλλογικό και όχι ατομικό χαρακτήρα, να είναι ενήλικες να μιλούν την ελληνική γλώσσα και να έχουν τη δυνατότητα επικοινωνίας και συνομιλίας με άλλο πρόσωπο.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από τους ίδιους τους ασθενείς, με τη μέθοδο των προσωπικών συνεντεύξεων για όσους ασθενείς δεν μπορούσαν να το συμπληρώσουν οι ίδιοι, είτε επειδή ήταν ηλικιωμένοι και δεν μπορούσαν να το συμπληρώσουν μόνοι τους, είτε επειδή είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και απαιτούταν η συνδρομή του ερευνητή. Ο χρόνος συμπλήρωσης του κάθε ερωτηματολογίου ήταν κατά μέσο όρο δέκα λεπτά.

Το σύνολο των στοιχείων για τα οποία καταγράφηκε η ικανοποίηση των χρηστών ήταν εικοσιεπτά (27). Ακολουθώς περιγράφονται σύντομα οι ερωτήσεις για τις οποίες καταγράφηκε η ικανοποίηση των χρηστών.

Σύντομη Περιγραφή Ερωτήσεων	
ΕΡ.13	Ευκολία κλεισίματος ραντεβού
ΕΡ.15	Ευγένεια Γραμματείας κατά το κλείσιμο του ραντεβού
ΕΡ.16	Μεγάλος χρόνος αναμονής μέχρι την ημέρα εξέτασης
ΕΡ.17	Εύκολη πρόσβαση στο Κέντρο Υγείας
ΕΡ.19	Δυσκολία εύρεσης θέσης στάθμευσης
ΕΡ.20	Ελλιπής σήμανση στο Κέντρο Υγείας
ΕΡ.21	Ευγένεια και προθυμία προσωπικού πληροφοριών
ΕΡ.22	Καθαριότητα αίθουσας αναμονής
ΕΡ.23	Ευρυχωρία αίθουσας αναμονής
ΕΡ.24	Ευκολία εύρεσης ελεύθερου καθίσματος
ΕΡ.26	Θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής
ΕΡ.28	Καθαριότητα στις τουαλέτες του Κέντρου Υγείας
ΕΡ.29	Χρόνος αναμονής για εξέταση στο Κέντρο Υγείας
ΕΡ.30	Καθαριότητα ιατρείου
ΕΡ.31	Ευρυχωρία ιατρείου
ΕΡ.32	Επάρκεια χρόνου εξέτασης
ΕΡ.33	Αδιαφορία ιατρού για απομόνωση του ασθενούς
ΕΡ.34	Προθυμία ιατρού να ακούσει τους ασθενείς
ΕΡ.35	Επάρκεια ιατρικής πληροφόρησης για την υγεία του ασθενούς
ΕΡ.36	Εμπιστοσύνη στη διάγνωση
ΕΡ.37	Επάρκεια οδηγιών θεραπείας
ΕΡ.38	Σεβασμός ιατρού προς τους ασθενείς
ΕΡ.39	Ευγένεια νοσηλευτών
ΕΡ.40	Προθυμία νοσηλευτών
ΕΡ.43	Χρονοβόρες διαδικασίες κατά την αποχώρηση από το Κέντρο Υγείας
ΕΡ.44	Ευγένεια Γραμματείας
ΕΡ.45	Γενική εκτίμηση από την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας

## ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την επεξεργασία και την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package of Social Sciences (SPSS V 12.0).

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

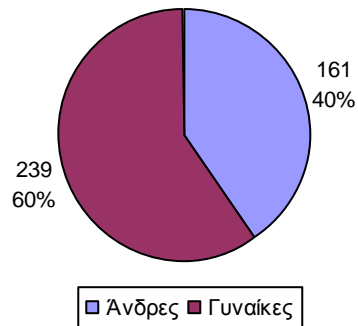
Παρακάτω παρουσιάζονται περιγραφικά στατιστικά στοιχεία όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς και κάποιες επιπλέον διαπιστώσεις του υπό παρατήρηση πληθυσμού. Έτσι προκύπτουν οι ακόλουθοι πίνακες και διαγράμματα.

### Δημογραφικά στοιχεία

**Πίνακας 1: ΦΥΛΟ**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Άνδρας	161	40.3
Γυναίκα	239	59.8
Σύνολο	400	100.0

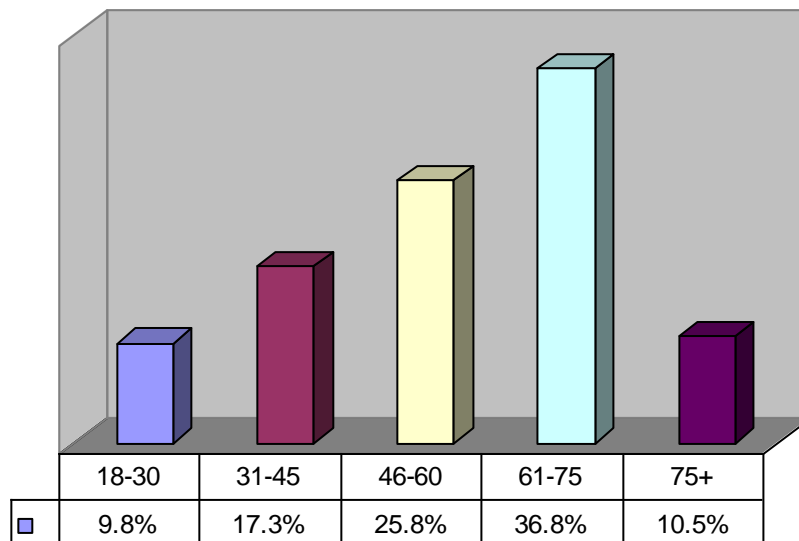
**Διάγραμμα 1: ΦΥΛΟ**



Στον πίνακα 1 ο οποίος αναφέρεται στο φύλο, διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες με ποσοστό 59,8% ενώ ακολουθούν οι άντρες με ποσοστό 40,3%.

**Πίνακας 2: ΗΛΙΚΙΑ**

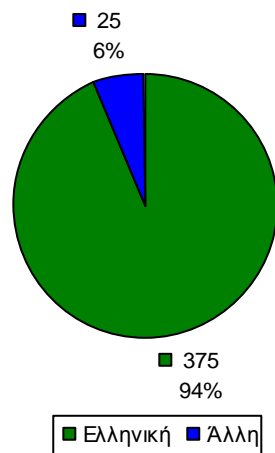
	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
18-30	39	9.8	9.8
31-45	69	17.3	27.0
46-60	103	25.8	52.8
61-75	147	36.8	89.5
75+	42	10.5	100.0
Σύνολο	400	100.0	

**Διάγραμμα 2: ΗΛΙΚΙΑ**

Από τον πίνακα 2 παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 36,8% είναι ηλικίας από 61-75 ετών, ποσοστό ίσο με 25,8% είναι ηλικίας από 46-60 ετών, ποσοστό 17,3% είναι 31-45 ετών, ακολουθούν οι ηλικίες 75 και άνω με ποσοστό 10,5% και τέλος με το μικρότερο ποσοστό οι ηλικίες 18-30 ετών. Έτσι, λοιπόν, προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό περίπου το 73% είναι ηλικίας μεγαλύτερη των 46 ετών.

**Πίνακας 3: ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ελληνική	375	93.8
Άλλη	25	6.3
Σύνολο	400	100.0

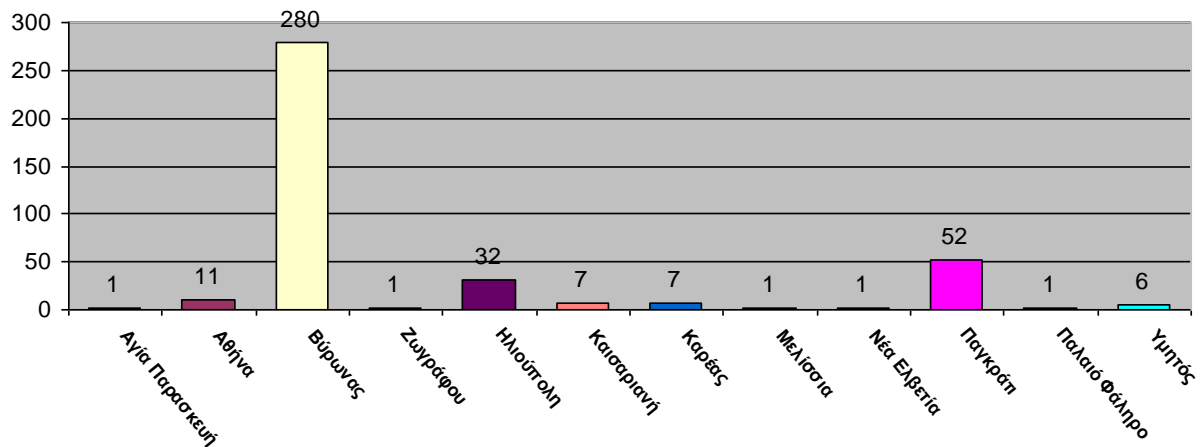
**Διάγραμμα 3: ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ**

Από τον πίνακα 3 ο οποίος αναφέρεται στην εθνικότητα προκύπτει ότι το 93,8% ήταν Έλληνες ενώ μόλις το 6,3% άλλης εθνικότητας.



**Πίνακας 4: ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ**

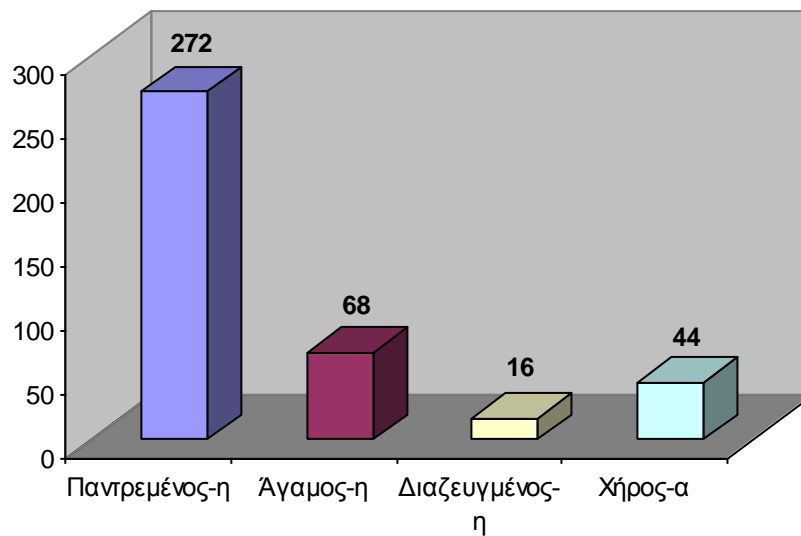
	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Αγία Παρασκευή	1	.3	.3
Αθήνα	11	2.8	3.0
Βύρωνας	280	70.0	73.0
Ζωγράφου	1	.3	73.3
Ηλιούπολη	32	8.0	81.3
Καισαριανή	7	1.8	83.0
Καρέας	7	1.8	84.8
Μελίσσια	1	.3	85.0
Νέα Ελβετία	1	.3	85.3
Παγκράτι	52	13.0	98.3
Παλαιό Φάληρο	1	.3	98.5
Υμητός	6	1.5	100.0
Σύνολο	400	100.0	

**Διάγραμμα 4: ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ**

Στον πίνακα 4 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 70% κατοικούσε στο Βύρωνα στον δήμο που ανήκει το κέντρο υγείας και ακολουθούν με μεγάλη διαφορά η περιοχή του Παγκρατίου με ποσοστό 13%, η περιοχή της Ηλιούπολης με ποσοστό 8%, η περιοχή της Αθήνας με ποσοστό 2,8%, η περιοχή της Καισαριανής και του Καρέα με ποσοστό 1,8% και η περιοχή του Υμηττού με ποσοστό 1,5%. Με αμελητέα ποσοστά αναφέρονται ως τόπος διαμονής η Αγία Παρασκευή, το Ζωγράφου, τα Μελίσσια, η Νέα Ελβετία και το Παλαιό Φάληρο με ποσοστά 0,3%.

**Πίνακας 5: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

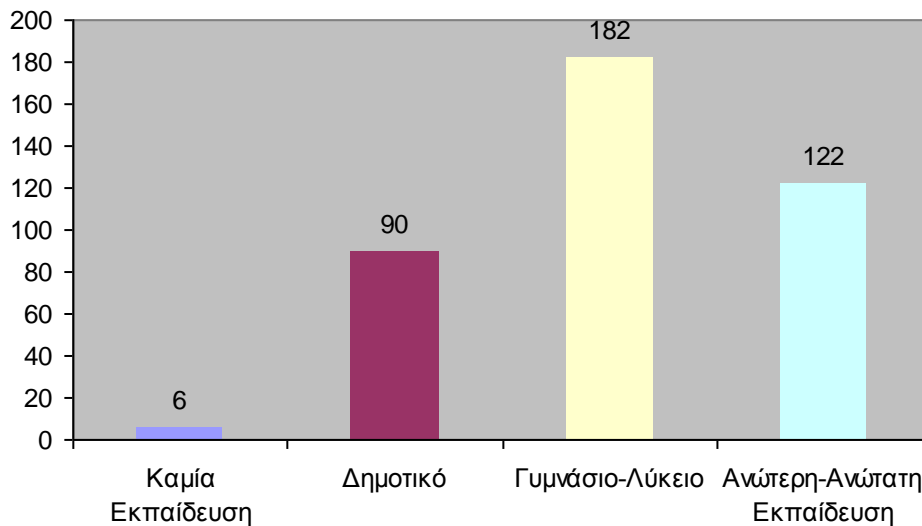
	Συχνότητα	Ποσοστό
Παντρεμένος-η	272	68.0
Άγαμος-η	68	17.0
Διαζευγμένος-η	16	4.0
Χήρος-α	44	11.0
Σύνολο	400	100.0

**Διάγραμμα 5: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Στον πίνακα 5 που αναφέρεται στην οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι με ποσοστό 68% και ακολουθούν οι άγαμοι με ποσοστό 17%, οι εν χηρεία με ποσοστό 11% και μόλις το 4% δήλωσαν διαζευγμένοι.

**Πίνακας 6: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

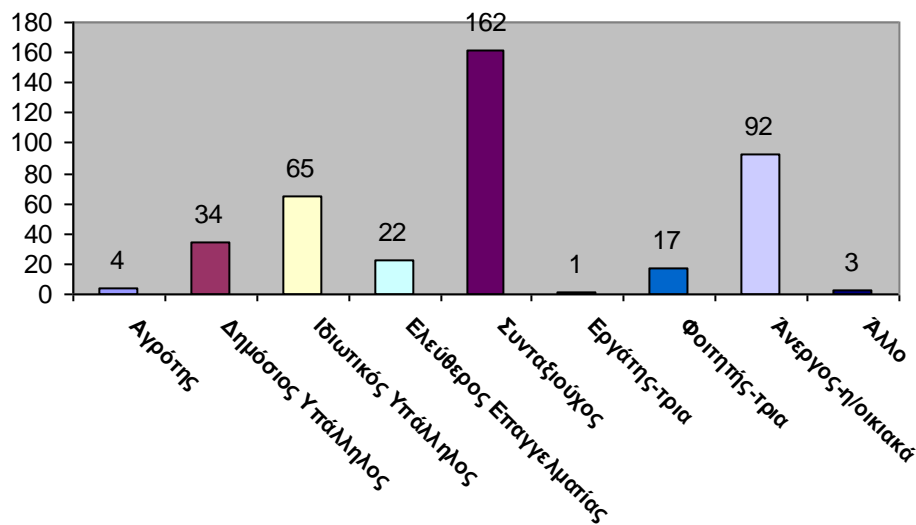
	Συχνότητα	Ποσοστό
Καμία Εκπαίδευση	6	1.5
Δημοτικό	90	22.5
Γυμνάσιο-Λύκειο	182	45.5
Ανώτερη-Ανώτατη Εκπαίδευση	122	30.5
Σύνολο	400	100.0

**Διάγραμμα 6: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

Στον πίνακα 6 εξετάζεται το επίπεδο εκπαίδευσης και προκύπτει ότι το 45,5% έχει τελειώσει γυμνάσιο-λύκειο και ακολουθούν με ποσοστό 30,5% εκείνοι που έχουν ανώτερη-ανώτατη εκπαίδευση ενώ σημαντικό είναι και το ποσοστό εκείνων που έχει τελειώσει μόνο το δημοτικό με 22,5%. Τέλος πολύ μικρό είναι το ποσοστό εκείνων που δεν έχουν λάβει καμία εκπαίδευση με μόλις 1,5%.

**Πίνακας 7: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ**

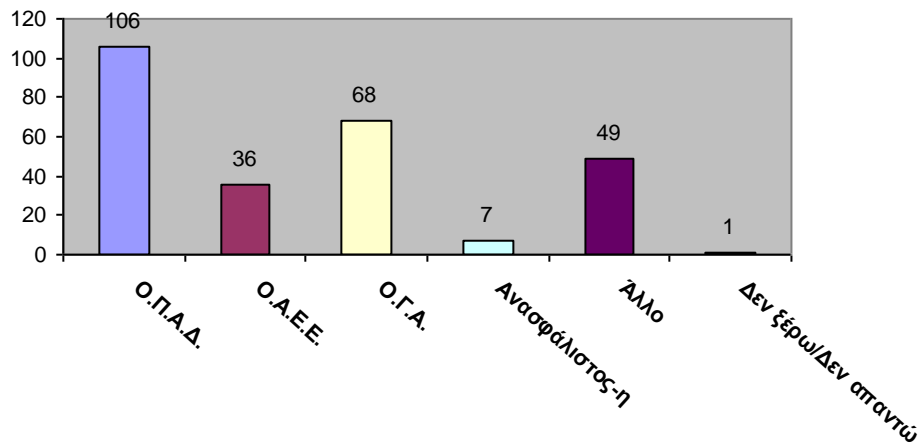
	Συχνότητα	Ποσοστό
Αγρότης	4	1.0
Δημόσιος Υπάλληλος	34	8.5
Ιδιωτικός Υπάλληλος	65	16.3
Ελεύθερος	22	5.5
Επαγγελματίας	162	40.5
Συνταξιούχος	1	.3
Εργάτης-τρια	17	4.3
Φοιτητής-τρια	92	23.0
Άνεργος-η/οικιακά	3	.8
Άλλο	400	100.0

**Διάγραμμα 7: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ**

Ο πίνακας 7 αναφέρεται στην επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων και διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 40,5% δηλώνουν συνταξιούχοι, το 23% δηλώνει οικιακά/άνεργος, ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με ποσοστό 16,3%, ενώ οι δημόσιοι υπάλληλοι δηλώνουν μόλις το 8,5%, σε ποσοστό 5,5% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 4,3% είναι φοιτητές, μόνο το 1% είναι αγρότες αφού κέντρο αναφοράς της περιοχής είναι αστικός πληθυσμός και τέλος τα ποσοστά των εργατών και αυτών που δηλώνουν άλλο επάγγελμα είναι 0,3% και 0,8% αντίστοιχα.

**Πίνακας 8: ΑΣΦΑΛΙΣΗ**

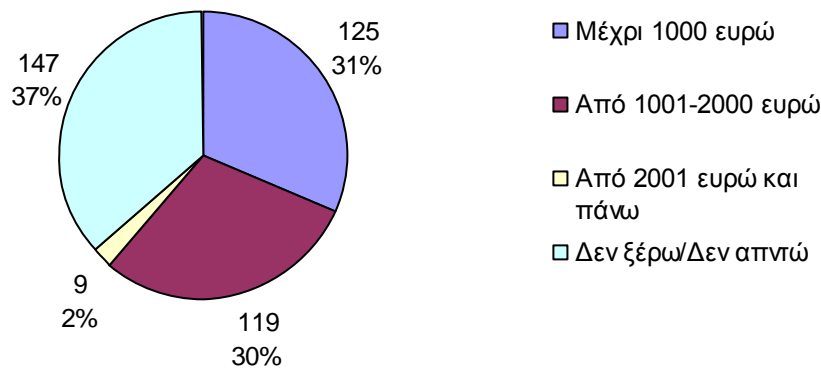
	Συχνότητα	Ποσοστό
ΙΚΑ	133	33.3
Ασφάλιση Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)	106	26.5
Ασφάλιση Ελευθέρων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε)	36	9.0
Ο.Γ.Α.	68	17.0
Ανασφάλιστος-η	7	1.8
Άλλο	49	12.3
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	.3
Σύνολο	400	100.0

**Διάγραμμα 8: ΑΣΦΑΛΙΣΗ**

Όσον αφορά την ασφάλιση των ερωτηθέντων διαφαίνεται από τον πίνακα 8 ότι οι περισσότεροι έχουν ασφάλιση ΙΚΑ με ποσοστό 33,3%, ακολουθούν οι ασφαλισμένοι στον ΟΠΑΔ με ποσοστό 26,5%, το 17% έχουν ασφάλιση ΟΓΑ, το 12,3% δηλώνουν ότι έχουν άλλη ασφάλιση, το 9% έχει ασφάλιση Ο.Α.Ε.Ε. και μόνο το 1,8% δηλώνουν ανασφάλιστοι. Χαρακτηριστικό είναι σε σχέση και με το επάγγελμα ότι ενώ λίγοι δηλώνουν αγρότες μόλις το 1%, οι ασφαλισμένοι του ταμείου των αγροτών (ΟΓΑ) ανέρχονται σε 17%. Αυτό δικαιολογείται από το μεγάλο ποσοστό των συνταξιούχων 40,5% και επί μέρους από το ποσοστό αυτών που δηλώνουν οικιακά 23%.

**Πίνακας 9: ΕΙΣΟΔΗΜΑ**

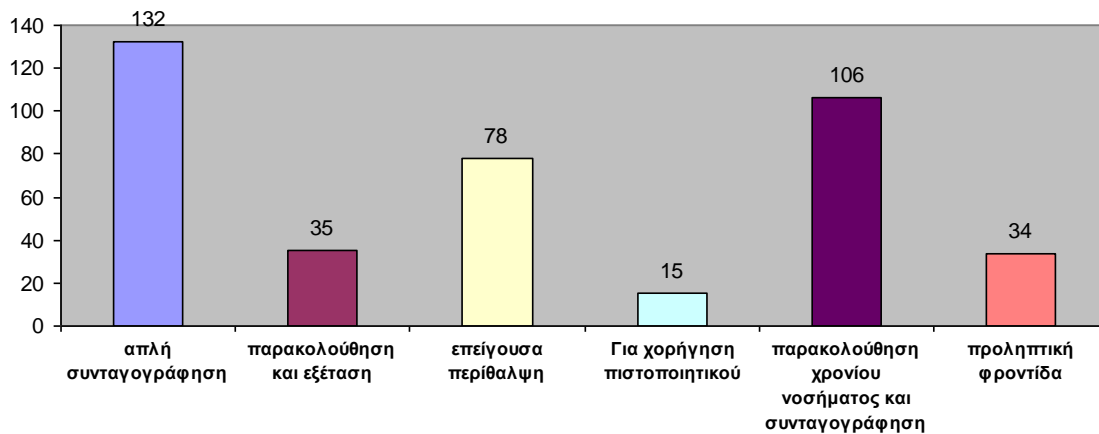
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μέχρι 1000 ευρώ	125	31.3	31.3	31.3
Από 1001-2000 ευρώ	119	29.8	29.8	61.0
Από 2001 ευρώ και πάνω	9	2.3	2.3	63.3
Δεν ξέρω/Δεν απντώ	147	36.8	36.8	100.0
Σύνολο	400	100.0	100.0	

**Διάγραμμα 9: ΕΙΣΟΔΗΜΑ**

Στον πίνακα 9 αναφέρεται το εισόδημα από τον οποίο προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 36,8% δεν απάντησε, το 31,3% δηλώνει ότι το μηνιαίο εισόδημά του είναι μέχρι 1000 ευρώ και σχεδόν ίδιο ποσοστό το 29,8% δηλώνει ότι αμοιβάται με ποσό από 1001-2000 ευρώ. Πολύ μικρό είναι το ποσοστό που αμοιβάται με ποσό πάνω από 2000 ευρώ μόλις το 2,3%. Η μεγάλη αποχή φανερώνει ότι το εισόδημα συγκαταλέγεται στις ερωτήσεις των προσωπικών δεδομένων.

**Στοιχεία από την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας****Πίνακας 10: ΛΟΓΟΙ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ**

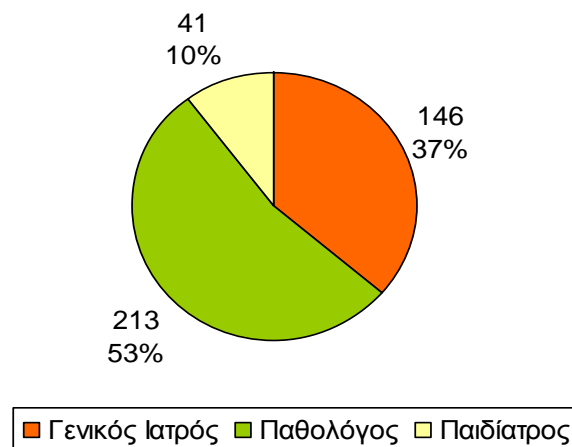
	Συχνότητα	Ποσοστό
Για απλή συνταγογράφηση	132	33.0
Για παρακολούθηση και εξέταση	35	8.8
Για επείγουσα περίθαλψη	78	19.5
Για χορήγηση πιστοποιητικού	15	3.8
Για παρακολούθηση χρόνιου νοσήματος και συνταγογράφηση	106	26.5
Για προληπτική φροντίδα	34	8.5
Σύνολο	400	100.0

**Διάγραμμα 10: ΛΟΓΟΙ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ**

Από τον πίνακα 10 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επισκέπτονται το κέντρο υγείας σε ποσοστό 33% για απλή συνταγογράφηση, ακολουθεί σε ποσοστό 26,5% εκείνων που πηγαίνουν για παρακολούθηση χρόνιου νοσήματος και συνταγογράφηση, ποιο χαμηλό είναι το ποσοστό με 19,5% που απαιτούν επείγουσα φροντίδα, σχεδόν ίδια είναι τα ποσοστά με 8,8% και 8,5% αυτών που επισκέπτονται για παρακολούθηση και εξέταση καθώς και προληπτική φροντίδα αντίστοιχα. Τέλος μόνο το 3,8% επισκέπτεται το κέντρο υγείας για χορήγηση πιστοποιητικού. Τα παραπάνω ποσοστά δικαιολογούνται από το μεγάλο αριθμό των συνταξιούχων (40,5%) που επισκέπτονται το κέντρο υγείας.

**Πίνακας 11: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΓΙΑΤΡΟΥ**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Γενικός Ιατρός	146	36.5
Παθολόγος	213	53.3
Παιδίατρος	41	10.3
Σύνολο	400	100.0

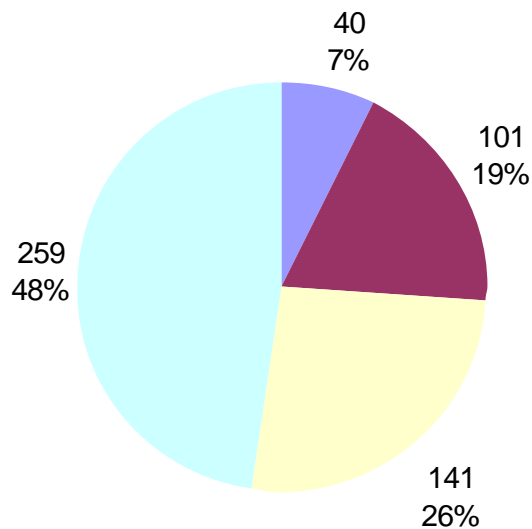
**Διάγραμμα 11: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΓΙΑΤΡΟΥ**

Από τον πίνακα 11 προκύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς σε ποσοστό 53,3% επισκέφτηκαν παθολόγο, το 36,5% επισκέφτηκαν γενικό ιατρό και το 10,3% παιδίατρο.



**Πίνακας 12: ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Τηλεφωνικός	40	10.0	28.4	28.4
Με επίσκεψη στο κέντρο υγείας	101	25.3	71.6	100.0
Σύνολο	141	35.3	100.0	
Missing system	259	64.8		
Σύνολο	400	100.0		

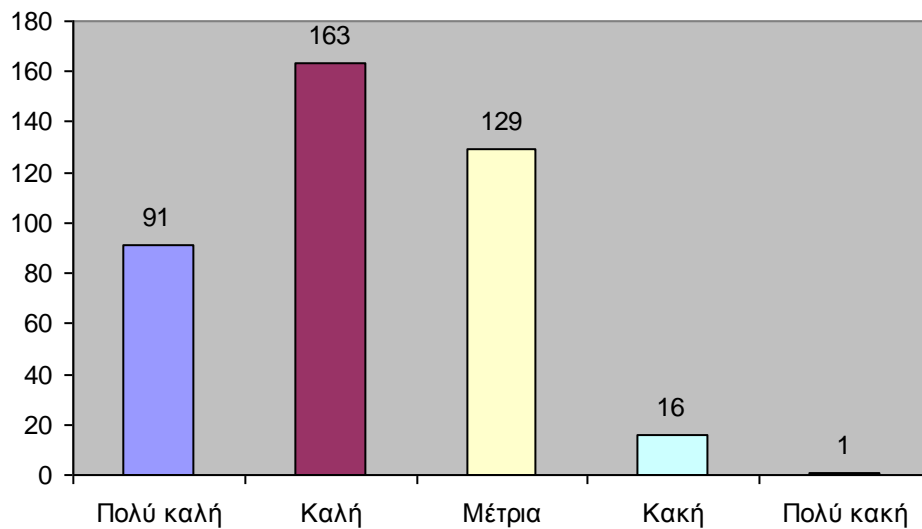
**Διάγραμμα 12: ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ**

■ Τηλεφωνικός ■ Με επίσκεψη στο κέντρο υγείας ■ Σύνολο ■ Missing system

Στον πίνακα 12 διαφαίνεται ότι το 71,6% έκλεισε ραντεβού με επίσκεψη στο κέντρο υγείας και μόλις το 28,4% τηλεφωνικός. Βέβαια το ποσοστό ανταποκρισιμότητας σε αυτήν την ερώτηση ήταν μόλις 35,3%, στοιχείο από το οποίο συνεπάγεται ότι μεγάλο μέρος των ασθενών δεν κλείνει ραντεβού.

**Πίνακας 13: ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ καλή	91	22.8
Καλή	163	40.8
Μέτρια	129	32.3
Κακή	16	4.0
Πολύ κακή	1	.3
Σύνολο	400	100.0

**Διάγραμμα 13: ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Από τον πίνακα 13 διαφαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεωρούν την κατάσταση της υγείας τους καλή σε ποσοστό ίσο με 40,8%, το 32,3% την θεωρεί μέτρια, το 22,8% την θεωρεί πολύ καλή, το 4% κακή και μόνο το αμελητέο 0,3% πολύ κακή. Δηλαδή, παρόλο που οι περισσότεροι είναι συνταξιούχοι θεωρούν την υγεία τους ότι βρίσκεται σε καλά επίπεδα.

**Πίνακας 14**

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ/είμαι αδιάφορος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
Ελλιπής σήμανση των χώρων	61	189	125	15	7	3
Καθαριότητα αίθουσας αναμονής	1		4	230	165	
Στενάχωρη αίθουσα αναμονής	71	203	103	19	4	
Καθαριότητα τουαλετών	1	1	12	67	53	266
Καθαριότητα ιατρείου			6	227	167	
Στενότητα χώρου ιατρείου	44	182	100	60	13	1
Χρονοβόρες διαδικασίες γραμματείας	29	60	54	14	4	239
Προσωπικό γραμματείας	1	3	5	82	69	240
Γενική εκτίμηση από κέντρο υγείας		4	19	145	232	

Από τον πίνακα 14 προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες ότι βρίσκουν ικανοποιητική την σήμανση των χώρων του κέντρου υγείας, όσον αφορά την αίθουσα αναμονής είναι καθαρή και σχεδόν άνετη στους χώρους τις, οι τουαλέτες όσοι τις επισκέφτηκαν τις βρήκαν καθαρές, επίσης, τον χώρο του ιατρείου τον βρήκαν καθαρό αλλά σε πολλούς φάνηκε να μη είναι τόσο άνετος. Ακόμη το προσωπικό της γραμματείας ήταν ευγενικό και πρόθυμο να τους εξυπηρετήσει και τις διαδικασίες των υπηρεσιών της γραμματείας δεν τις βρήκαν χρονοβόρες.

**Πίνακας 15: ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΩΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μία εβδομάδα	137	34.3	34.3	34.3
Δύο εβδομάδες	2	.5	.5	34.8
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	261	65.3	65.3	100.0
Σύνολο	400	100.0	100.0	

Από τον πίνακα 15 προκύπτει ότι από ποσοστό 34,8% που απάντησε το 34,3% περιμένει μόνο μία εβδομάδα ή και λιγότερο μετά το κλείσιμο το ραντεβού κα μόλις το 0,5% περιμένει δύο εβδομάδες.

**Πίνακας 16: ΜΕΣΟΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ι.Χ. αυτοκίνητο/μηχανάκι	79	19.8	19.8	19.8
Αστική συγκοινωνία	71	17.8	17.8	37.5
Ταξί	10	2.5	2.5	40.0
Με τα πόδια	240	60.0	60.0	100.0
Σύνολο	400	100.0	100.0	

Από τον πίνακα 16 προκύπτει ότι ποσοστό 60% προσεγγίζει το κέντρο υγείας με τα πόδια, το 19,8% με Ι.Χ. αυτοκίνητο ή μηχανάκι. Το 17,8% με κάποια αστική συγκοινωνία και μόνο το 2,5% με ταξί. Παρατηρείται ότι οι περισσότεροι χρήστες των υπηρεσιών του κέντρου υγείας είναι και δημότες του οικείου δήμου Βύρωνα.

## ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΥΡΙΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος της ανάλυσης κυρίων συνιστωσών, προκειμένου να δημιουργηθούν κατάλληλες αθροιστικές κλίμακες από τα μεμονωμένα στοιχεία του ερωτηματολογίου, ενώ η αρχική λύση περιστράφηκε με τη μέθοδο Varimax, ώστε να γίνει ευκολότερη η ερμηνεία των παραγόντων. Ως κριτήριο για την επιλογή του αριθμού των παραγόντων που θα δημιουργούνταν χρησιμοποιήθηκαν οι ιδιοτιμές και παραλείφθηκαν κύριες συνιστώσες με τιμές χαμηλότερες της μονάδας. Ως αποδεκτό όριο φόρτισης, προκειμένου να συμπεριληφθεί ένα στοιχείο σε κάποια αθροιστική κλίμακα, θεωρήθηκε το 0,50, όπως συνίσταται από τη βιβλιογραφία. Ταυτόχρονα, όταν για κάποια ερώτηση η διαφορά μεταξύ των φορτίσεων αυτής με τις κύριες συνιστώσες ήταν  $<0,20$ , τότε το συγκεκριμένο στοιχείο δεν συμπεριλαμβανόταν σε κάποια κλίμακα.<sup>59</sup>

Είναι απαραίτητη βέβαια και η διερεύνηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των κλιμάκων. Η αξιοπιστία (reliability) αναφέρεται στην ικανότητα ενός ερωτηματολογίου να παρέχει μετρήσεις που να χαρακτηρίζονται από ακρίβεια και σταθερότητα. Αυτό σημαίνει ότι οι βαθμοί ικανοποίησης των ασθενών (όπως αυτοί αποτυπώνονται σε αντίστοιχες αθροιστικές κλίμακες) σε διαφορετικές μετρήσεις δεν πρέπει να επηρεάζονται πλέον από τυχαία σφάλματα μέτρησης. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας/συνάφειας (internal consistency reliability) εκτιμά το βαθμό στον οποίο όλα τα στοιχεία μιας αθροιστικής κλίμακας μετρούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή. Όταν πραγματικά συμβαίνει αυτό, λέμε ότι αυτά διακρίνονται για την εσωτερική συνάφειά τους. Η παράμετρος αυτή εκτιμάται με το συντελεστή άλφα του Cronbach. Ο συντελεστής άλφα του Cronbach αποδυναμώνεται όταν υπάρχουν ευάριθμα στοιχεία εντός μιας κλίμακας και όταν κάποιο ή κάποια από τα στοιχεία της κλίμακας έχουν χαμηλό βαθμό συσχέτισης με τις υπόλοιπες ερωτήσεις της. Εάν παρατηρηθούν τιμές  $<0,70$ , ο ερευνητής μπορεί να εξαλείφει ένα προς ένα τα στοιχεία από την κλίμακα και να υπολογίσει ξανά το συντελεστή άλφα, ώστε να αποκλείσει τελικά τις ερωτήσεις εκείνες που τον αποδυναμώνουν.<sup>60</sup>

Στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα η ικανοποίηση μετρήθηκε σε μια κλίμακα, όπου ο αριθμός 1 συμβολίζει το χαμηλότερο και ο 5 τον υψηλότερο δυνατό βαθμό ικανοποίησης.

Επίσης, από την ανάλυση θα εξαιρεθούν οι ερωτήσεις των οποίων η επιλογή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ είναι μεγαλύτερη από 10%.

Στην παρούσα έρευνα τα μέτρα διάγνωσης της καταλληλότητας της εφαρμογής της ανάλυσης κυρίων συνιστωσών στα υπό μελέτη δεδομένα Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) και Bartlett's test of Sphericity δίνουν ικανοποιητικά αποτελέσματα ( $KMO=0,831$ ), όπως φαίνεται στον πίνακα 1, αφού τιμές μεγαλύτερες του 0,8 είναι πολύ καλές τιμές και μας επιτρέπουν τη συνέχιση της ανάλυσης των κυρίων παραγόντων. Επίσης, επειδή η τιμή Sig. του Approx. Chi-square (Sig. **0.000**, όπως φαίνεται στο παρακάτω πίνακα 1) είναι μικρότερη του 0,05, απορρίπτεται η υπόθεση της μη ύπαρξης σημαντικών συσχετίσεων σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, δηλαδή υπάρχουν στον πίνακα συσχετίσεων μεταβλητές οι οποίες συσχετίζονται.

**Πίνακας 1: KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.831
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4485.053
	df	231
	Sig.	.000

Το γεγονός αυτό μας οδηγεί ένα βήμα παρακάτω στην ανάλυση κυρίων παραγόντων και στον έλεγχο του δείκτη MSA (Measures of Sampling Adequacy), για κάθε μεταβλητή ξεχωριστά. Επιλέχθηκαν οι τιμές του δείκτη  $MSA > 0,5$ , οπότε μειώθηκε και ο αριθμός των αρχικών στοιχείων από 27 σε 20.

Στη συνέχεια της διαδικασίας της ανάλυσης κυρίων παραγόντων προέκυψαν έξι παράγοντες οι οποίοι συσχετίζονται με ομάδες ερωτήσεων και δημιουργούν τις αντίστοιχες αθροιστικές κλίμακες. Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι παράγοντες που προέκυψαν καθώς και οι συσχετίσεις στοιχείου παράγοντα.

**Πίνακας 2: Συσχετίσεις στοιχείων με τους παράγοντες**

Στοιχείο-ερώτηση	Παράγοντας					
	1	2	3	4	5	6
Q17	-.024	.236	.060	.491	.028	-.249
Q21	.245	.690	-.147	-.045	.023	.046
Q22	.102	.742	.065	.168	.225	-.019
Q23	-.128	-.027	.102	.093	-.672	.446
Q24	.076	.226	.076	.058	.809	.075
Q25	-.069	-.051	.906	-.026	.010	.060
Q26	-.070	.014	.194	.088	-.161	.692
Q29	-.117	-.137	.885	-.033	.056	.031
Q30	.140	.734	-.130	.082	-.025	-.141
Q31	-.038	-.114	-.101	-.246	.157	.698
Q32	.691	.273	-.027	-.014	.025	-.017
Q33	-.135	-.220	.297	.125	.411	.269
Q34	.829	.172	-.083	.065	.027	-.115
Q35	.896	.085	-.093	.064	.019	-.070
Q36	.876	.019	-.036	.186	.050	-.084
Q37	.868	.107	-.022	.108	.030	-.002
Q38	.848	.134	-.080	.169	.047	.021
Q39	.573	.010	-.085	.739	.029	.081
Q40	.563	-.022	-.121	.729	.022	.085
Q45	.489	.406	-.313	.031	-.111	-.113

Οι αρχικοί παράγοντες ελήφθησαν με ανάλυση πρωταρχικών παραγόντων. Ο πίνακας έχει στη συνέχεια περιστραφεί με τη μέθοδο Varimax μετά από 10 διαδοχικές προσεγγίσεις.

Έτσι, ο πρώτος παράγοντας περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (32,34,35,36,37,38) οι οποίες αφορούν το ιατρικό προσωπικό, ο δεύτερος παράγοντας περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (21,22,30) που αφορούν το προσωπικό της γραμματείας και την καθαριότητα του χώρου, ο τρίτος παράγοντας περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (25,29) που αφορούν το χρόνο αναμονής για εξέταση, ο τέταρτος παράγοντας περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (39,40) που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό, ο πέμπτος παράγοντας την ερώτηση (24) που αφορά την ευκολία εύρεσης καθίσματος και ο έκτος παράγοντας τις ερωτήσεις (26,31) που αφορούν την θερμοκρασία της αίθουσας αναμονής και την άνεση του χώρου εξέτασης. Επειδή, ο πέμπτος παράγοντας περιλαμβάνει μία μόνο ερώτηση δεν συνιστά αθροιστική κλίμακα οπότε δεν συμπεριλαμβάνεται στην συνέχεια της ανάλυσης.

Στη συνέχεια οι παραπάνω παράγοντες που δημιουργούν τις αντίστοιχες αθροιστικές κλίμακες θα ελεγχθούν ως προς την αξιοπιστία και εγκυρότητά τους και κατά πόσο όλα με το συντελεστή άλφα του Cronbach.

**Πίνακας 3: Συντελεστές αθροιστικών κλιμάκων Cronbach**

Κλίμακα		Συντελεστής κλίμακας	Συντελεστής χωρίς στοιχείο
Στοιχείο	Περιγραφή		
Ιατρικό προσωπικό		0,930	0,938
32	Επάρκεια χρόνου εξέτασης		
34	Προθυμία γιατρού να ακούει ασθενείς		
35	Πληροφόρηση για υγεία ασθενών		
36	Εμπιστοσύνη στη διάγνωση-θεραπεία		
37	Επάρκεια οδηγιών για θεραπεία		
38	Σεβασμού γιατρού στους ασθενείς		
Προσωπικό γραμματείας και καθαριότητα του χώρου		0,667	0,621
21	Προθυμία και ευγένεια προσωπικού γραμματείας		
22	Καθαριότητα αίθουσας αναμονής		
30	Καθαριότητα χώρου ιατρείου		
Χρόνος αναμονής για εξέταση		0,843	-
25	Χρόνος αναμονής από προκαθορισμένο ραντεβού		
29	Χρόνος αναμονής για εξέταση		
Νοσηλευτικό προσωπικό		0,978	-
39	Ευγένεια νοσηλευτριών		
40	Προθυμία νοσηλευτριών να απαντούν		
Θερμοκρασία αίθουσας αναμονής και άνεση χώρου εξέτασης		0,283	-
26	Θερμοκρασία αίθουσας αναμονής		
31	Άνεση χώρου εξέτασης		

Από τον πίνακα 3 φαίνεται ότι προκύπτουν τελικά τρεις αθροιστικές κλίμακες που περιλαμβάνουν το ιατρικό προσωπικό, το χρόνο αναμονής και το νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα για την κλίμακα νοσηλευτικό προσωπικό ο συντελεστής έχει υψηλότερη τιμή (0,978) όπως και για το ιατρικό προσωπικό (0,930), ενώ ικανοποιητική είναι και η τιμή για το χρόνο αναμονής για εξέταση (0,843). Αντίθετα, οι κλίμακες προσωπικό γραμματείας και καθαριότητα του χώρου και θερμοκρασία αίθουσας αναμονής και άνεση χώρου εξέτασης έχουν πολύ χαμηλό συντελεστή, ο οποίος δεν βελτιώνεται αισθητά με την απαλοιφή κάποιου στοιχείου. Παρόλο, που για την κλίμακα προσωπικό γραμματείας και καθαριότητα του χώρου παρατηρήθηκαν υψηλές συσχετίσεις στοιχείων-κλίμακας κατά την ανάλυση παραγόντων όπως φαίνεται στον



πίνακα 2, η χαμηλή εσωτερική συνοχή οφείλεται στις σχετικά χαμηλές συσχετίσεις των ερωτήσεων μεταξύ τους, οι οποίες κυμαίνονται από 0,370-0,451. Επομένως οι κλίμακες αυτές δεν θα ληφθούν υπόψη στις περαιτέρω αναλύσεις.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των αθροιστικών κλιμάκων με τη μέση τιμή συνολικής ικανοποίησης 3,745 (η οποία έχει σαν μέγιστη τιμή το πέντε) καταλήγουμε στα εξής: οι μέσες τιμές των αθροιστικών κλιμάκων είναι 4,445 για το ιατρικό προσωπικό, 4,422 για το νοσηλευτικό προσωπικό και 2,301 για το χρόνο αναμονής για εξέταση. Παρατηρούμε ότι οι μέσες τιμές για τις δύο πρώτες κατηγορίες είναι μεγαλύτερες από τη μέση συνολική ικανοποίηση, ενώ για την τελευταία η αντίστοιχη τιμή είναι σημαντικά μικρότερη. Επομένως, οι τομείς που υστερούν στις υπηρεσίες του κέντρου υγείας είναι ο χρόνος αναμονής για εξέταση.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την εργασία εξάγεται το συμπέρασμα ότι υπάρχει πολύ υψηλή ικανοποίηση των επισκεπτών του κέντρου υγείας αστικού τύπου του Βύρωνα από την απόδοση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Όσον αφορά τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό αυτό μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός ότι υπάρχει μια αίσθηση εξάρτησης που νιώθουν οι ασθενείς προς το γιατρό.

Αρκετά υψηλά ήταν και τα αποτελέσματα από το νοσηλευτικό προσωπικό του κέντρου υγείας, αφού οι νοσηλευτές είναι και τα πρώτα πρόσωπα που έρχονται σε επαφή οι ασθενείς ιδίως στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών και με τους οποίους νιώθουν ποιο οικεία καθώς αποτελούν ένα «σκαλοπάτι» στην επαφή τους με το γιατρό.

Οι ποιο συχνοί λόγοι επίσκεψης στο κέντρο υγείας είναι για απλή συνταγογράφηση, για επείγουσα περίθαλψη και για παρακολούθηση κάποιου χρονίου νοσήματος και συνταγογράφηση.

Οι ποιο συχνές ειδικότητες που επισκέπτονται είναι αυτή του παθολόγου και του γενικού ιατρού με την ειδικότητα του παθολόγου να υπερσχύει με ποσοστό 53,3% έναντι του γενικού ιατρού με ποσοστό 36,5%, γεγονός που φανερώνει την έλλειψη της ειδικότητας του γενικού ιατρού από το κέντρο υγείας, που είναι μάλιστα αστικού τύπου. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται στα περισσότερα κέντρα υγείας. Χαρακτηριστικό είναι ότι στην Ελλάδα η εκπαίδευση και αναγνώριση της γενικής ιατρικής ως ξεχωριστής ειδικότητας συνέβη περίπου το 1999 και ακόμη και τώρα είναι μικρός ο αριθμός τους, ενώ σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπως είναι η Μεγάλη Βρετανία υπήρχε πολύ νωρίτερα. Η κατάσταση αυτή φανερώνει μια γενικότερη εύθραυστη κατάσταση στη δομή και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με συνέπεια αδυναμίες στην πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών.<sup>8</sup>

Οι επισκέπτες του κέντρου υγείας είναι συνολικά ικανοποιημένοι ως προς την πρόσβαση, αφού οι περισσότεροι πηγαίνουν με τα πόδια. Επίσης, κρίνουν τη σήμανση των χώρων του κέντρου υγείας ικανοποιητική.

Δηλώνουν ότι υπάρχει σχετική ευρυχωρία και καθαριότητα στους χώρους των ιατρείων και της αίθουσας αναμονής.

Όσον αφορά το προσωπικό της γραμματείας, αν και δεν το επισκέπτονται συχνά, θεωρούν ότι είναι εξυπηρετικό και πρόθυμο και οι διαδικασίες των υπηρεσιών της γραμματείας δεν είναι χρονοβόρες.

Χαρακτηριστικό είναι ότι οι περισσότεροι δεν κλείνουν ραντεβού προκειμένου να επισκεφτούν κάποιο γιατρό του κέντρου υγείας. Βέβαια, σημαντικά μικρός είναι ο χρόνος που μεσολαβεί από τη στιγμή που κλείστηκε το ραντεβού ως την ημέρα της εξέτασης, μόλις μία εβδομάδα ή και λιγότερο. Όμως, ο τομέας του χρόνου αναμονής για εξέταση παρουσιάζει κάποιες αδυναμίες, γεγονός το οποίο θα μπορούσε να δικαιολογηθεί από την ύπαρξη μικρού αριθμού γιατρών που εξυπηρετούν τους ασθενείς στα τακτικά ή επείγοντα ιατρεία.

Συνολικά οι ασθενείς/χρήστες των υπηρεσιών του κέντρου υγείας έχουν θετική άποψη μετά από επίσκεψή τους σε αυτό.

Το κέντρο υγείας ως αστικού τύπου διαφέρει σε ορισμένα χαρακτηριστικά των πελατών/χρηστών από άλλα μη αστικού τύπου. Συγκεκριμένα το επισκέπτονται κυρίως κάτοικοι του δήμου Βύρωνα, ηλικιακά προσδιορισμένοι από 46 ετών και άνω, στην πλειοψηφία τους συνταξιούχοι, με αρκετά υψηλό μορφωτικό επίπεδο (ποσοστό 45,5% έχει τελειώσει γυμνάσιο-λύκειο και 30,5% ανώτερη-ανώτατη εκπαίδευση), ασφαλισμένοι σε ποσοστό 33,3% στο Ι.Κ.Α. και στην τρίτη θέση είναι οι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α. με ποσοστό 17% και μέτριου εισοδήματος (ποσοστό 29,8% δηλώνει ότι αμοίβεται από 1000-2000 ευρώ). Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε κέντρο υγείας μη αστικού τύπου και ειδικότερα στο Κέντρο Υγείας Κορωπίου (έρευνα της κ Γείτονα Μ. και συνεργατών της)<sup>60</sup> ο πληθυσμός αναφοράς δεν έχει χαρακτηριστικά αμιγώς αστικού πληθυσμού, ενδεικτικά αναφέρεται ότι ποσοστό 49,3% δήλωσαν αναλφάβητοι ή απόφοιτοι της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και μόνο το 8,6% ανώτερη-ανώτατη εκπαίδευση. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει εισόδημα μέχρι 1000ευρώ, γεγονός που δείχνει την ύπαρξη σημαντικού ποσοστού συνταξιούχων, εργατών και ανέργων.

Αν και έχουν γίνει αρκετές έρευνες ικανοποίησης των χρηστών από τη νοσοκομειακή φροντίδα, οι έρευνες που εστιάζουν αμιγώς στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως είναι τα κέντρα υγείας δεν είναι πολλές. Εντούτοις τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παρουσιάζουν ομοιότητες με

προηγούμενες αντίστοιχες έρευνες. Αναλυτικότερα, υψηλή ικανοποίηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει και έρευνα που έγινε στα εξωτερικά ιατρεία οφθαλμολογικής κλινικής πανεπιστημιακού νοσοκομείου από τον κ. Αλετρά και τους συνεργάτες του.<sup>57</sup> Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν και από έρευνα σε κέντρο υγείας της περιφέρειας από τον κ. Πολύζο και τους συνεργάτες του.<sup>61</sup> Επίσης, σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α. από τον κ Τούντα και τους συνεργάτες του διαπιστώθηκε ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό δηλώνει ότι έχει καλή υγεία και ότι ο χρόνος αναμονής για εξέταση δεν ξεπερνά την μία εβδομάδα. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ο χρόνος αναμονής αποτελεί έναν από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες που καθορίζουν το βαθμό ικανοποίησης.<sup>62</sup>

Υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί της μελέτης, οι οποίοι αναφέρονται στο συγκεκριμένο δείγμα, την διαδικασία συλλογής των δεδομένων (προσωπική συνέντευξη), το χρόνο. Το δείγμα συγκροτούνταν κυρίως από συνταξιούχους, ηλικιωμένους οι οποίοι είτε δεν έχουν τις γνώσεις για να εκτιμήσουν τις τεχνικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα όταν βρίσκονται σε ψυχολογική και σωματική κατάσταση, που επηρεάζεται η κρίση τους είτε είναι απρόθυμοι να αναφέρουν τις πραγματικές σκέψεις τους εξαιτίας της αίσθησης εξάρτησης που νιώθουν ή των προηγούμενων αποτυχημένων επαφών τους με το γιατρό. Επίσης, οι ασθενείς αδυνατούν να εκτιμήσουν με ακρίβεια πτυχές της διαδικασίας παροχής φροντίδας υγείας το οποίο μπορεί να συμβαίνει λόγω της ταχύτατης εναλλαγής των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων.<sup>38</sup> Επίσης, δεν υπάρχουν αντίστοιχες έρευνες και από άλλα κέντρα υγείας αστικού τύπου για σύγκριση των αποτελεσμάτων. Ακόμη η επανάληψη της έρευνας με μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού ίσως μας δώσει ποιο αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα σχετικά με την ικανοποίηση του πληθυσμού ευθύνης του κέντρου υγείας.

Γενικότερα κάθε έρευνα ικανοποίησης θα πρέπει να έχει τις ακόλουθες ιδιότητες:

1. Αξιοπιστία (Reliability), βαθμός της συνέπειας των αποτελεσμάτων σε περίπτωση επαναληπτικής διεξαγωγής της έρευνας.
2. Εγκυρότητα (Validity), κατά πόσο η έρευνα ικανοποίησης μετρά και αναλύει τις παραμέτρους και τα μεγέθη που πρέπει να μετρηθούν.
3. Έλλειψη συστηματικών σφαλμάτων, η συστηματική «καθοδήγηση» των πελατών να απαντούν με συγκεκριμένο τρόπο.

4. Σημασία, κατά πόσο τα αποτελέσματα της έρευνας ικανοποίησης έχουν λογική σημασία και πόσο «αβίαστη» είναι η πληροφορία η προέρχεται από τους πελάτες.
5. Ακρίβεια, ικανότητα εντοπισμού αλλαγής της στάσης των πελατών και υπολογισμού το μεγέθους του σφάλματος.<sup>30</sup>

Η μέτρηση της ικανοποίησης αποτελεί το μοναδικό τρόπο να αντλήσουμε τις αναγκαίες πληροφορίες σχετικά με τις προσδοκίες, ανάγκες, εμπειρίες και στάσεις των χρηστών απέναντι στις υπηρεσίες υγείας, ώστε να χρησιμοποιηθούν τα στοιχεία αυτά προς όφελος των οργανισμών υγείας.

Οι έρευνες ασθενών ενδεχομένως είναι ακατάλληλο μέσο για τη μέτρηση τόσο υψηλά υποκειμενικών φαινομένων. Παρόλα αυτά, η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί χρήσιμο εργαλείο που συμβάλει στον επαναπροσδιορισμό της κατεύθυνσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και των πιθανών αποκλίσεων, ώστε να πραγματοποιηθούν διορθωτικές παρεμβάσεις.<sup>38</sup>

Τα επιστημονικά δεδομένα που συλλέγονται με τις έρευνες ικανοποίησης θα πρέπει να λαμβάνονται σημαντικά υπόψη στη χάραξη της πολιτικής της υγείας και στην εξυγίανση των υπηρεσιών της. Ειδικότερα το βάρος θα πρέπει να δοθεί στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις οποίες πρέπει να αξιολογείται ο βαθμός στον οποίο διατηρεί και προάγει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Οι πολίτες απαιτούν μια όλο και πιο ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ενώ προκύπτει η ανάγκη για τη συχνή πραγματοποίηση παρόμοιων ερευνών από όλες σχεδόν τις υγειονομικές μονάδες. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας «τοποθετεί» τον ασθενή στο κέντρο της προσοχής των υπηρεσιών – επαγγελματιών υγείας, με κύρια εργαλεία την επικοινωνία, τη συνεργασία και την προαγωγή της υγείας του.

Πιο ολοκληρωμένη θα ήταν μια πρόταση για ύπαρξη συντονισμένης προσπάθειας μέσω κάποιου ειδικού οργανισμού, κέντρου ή ινστιτούτου ποιότητας, υπεύθυνου για την προώθηση και διεξαγωγή διαδικασιών ή ερευνών για τη μέτρηση και τον έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών, καθώς και τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Αυτό θα έχει τελικά αντίκτυπο στον πληθυσμό και στη διαμόρφωση πιο ορθολογικών και αποτελεσματικών πολιτικών υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών - πολιτών είναι προάγγελος του ελέγχου ποιότητας των υπηρεσιών και της στρατηγικής βελτίωσής τους. Είναι τελικά σημαντικό να ελέγχεται ο βαθμός επίτευξης των

επιδιωκόμενων στόχων, όταν μάλιστα πρόκειται για έναν τόσο ευαίσθητο τομέα, όπως είναι η προστασία και η προαγωγή της υγείας των πολιτών.<sup>61</sup>

Υπό το πρίσμα αυτό, η εθνική στρατηγική για την αναδιοργάνωση, ανάπτυξη και ενδυνάμωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της γενικής ιατρικής είναι επιτακτική, αφού θα βελτιώσει την πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες και θα αυξήσει την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Η κεντρική διοίκηση σε συνεργασία με όλους του εμπλεκόμενους φορείς, οφείλει να καθορίσει την κατεύθυνση του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας καθώς επίσης και το ρόλο των επαγγελματιών υγείας και ιδίως το ρόλο του γενικού γιατρού.<sup>63</sup>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν. Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 1995
2. World Health Report (WHO). Alma-Ata. Primary Health Care. Geneva WHO., Health for All, Series No 1, 1978
3. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001
4. Ιωαννίδης Ε., Μάντης Π. Υγεία και περίθαλψη. Στο: Ιωαννίδης Ε., Λοπατατζίδης Α., Μάντης Π. (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/ Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Α, 1999:15-58
5. Σιγάλας Ι. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, 'Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις', Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα, 1999
6. Τούντας Γ. Ο ρόλος της προαγωγής και αγωγής υγείας στην Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση. Στο: Μπεσμπέας Σ. (Επιμ.) Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς. Αθήνα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, 2002, 97-104
7. Lionis C., Symvoulakis K.E., Markaki A., Vardavas C., Papadakaki M., Daniilidou N., Souliotis K., Kyriopoulos I. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review, International Journal of Integrated Care, 2009, Vol. 9, 30
8. Altanis P., Economou C., Geitona M., Gregory S., Mestheneos E., Triantafyllou J., Petsetaki E., Kyriopoulos J. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services, Country Report for Greece, March 2008, 8
9. Δικαίος Κ., Πολιτική Υγείας. Στο: Δικαίος Κ., Χλέτσος Μ. (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/ Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Β, 1999:17-96
10. Νόμος 1397/1983. (Φ.Ε.Κ.143 Τεύχος Α/7-10-1983) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»
11. Νόμος 3235/2004. (Φ.Ε.Κ.53 Τεύχος Α/18-02-2004) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»
12. Τζανακάρη Α., Τσιρογιάννη Θ., Χατζητόλιου Α. Η σχέση του κέντρου υγείας με την τοπική κοινωνία, Διοικητική ενημέρωση, 89-92

13. Αλεξιάδης Α.Δ. Η αποκεντροποίηση στη διοίκηση της υγείας – Ν.2889/2001, Επιθεώρησης Δημοσίου και Διοικητικού Δικαίου, Τεύχος 2, Αθήνα, 2004, 285-290
14. Αλεξιάδης Α.Δ. Εισαγωγή στο δίκαιο της Υγείας, Νομοθεσία-Νομολογία, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, 1999, 29-39
15. Αλεξιάδης Α.Δ. Το αποκεντρωτικό σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επιθεώρησης Δημοσίου Δικαίου, Τεύχος 1, Αθήνα, 2005, 35-42
16. Αντωνοπούλου Λ. Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ευρώπη, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Ζυγός, 2002, 78
17. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ» 2000-2006. Ανάπτυξη Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρικό Βήμα, Τεύχος 5, Αθήνα, 2006, 40-43
18. Oliver, Richard L. Satisfaction: A Behavioural Perspective on the Consumer, New York: The McGraw-Hill Companies, Inc, 1997
19. Peterson Robert A, William R. Wilson. Measuring customer satisfaction: Fact and artefact, Journal of the academy of marketing science, 1992, (winter): 61-71
20. Yi, Youjae. A critical review of consumer satisfaction, in review of marketing. Valarie Ed Zeithaml A., Chicago: American Marketing Association, 68-123
21. Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β. «Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας», Νοσηλευτική, Τόμος 41, Τεύχος 1, Αθήνα, 2004, 2002
22. Clearly D. Paul, Barbara J. McNeil. Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care, Blue Cross and Blue Shield Association, 1988, Inquiry 25: 25-36
23. Παπανικολάου Β. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση των χρηστών στο Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα, Θεμέλιο, 2003
24. Τσελέπη Χ. Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών υγείας. Πάτρα, Ε.Α.Π., Τόμος Α, 2000, 158-164
25. Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ, Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ. Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2008, 25(1): 73-82



26. Geitona M., Kyriopoulos J., Zavras D., Theodoratou T., Alexopoulos E. Medication use and patient satisfaction: a population – based survey. *Family Practice*, 2008, 25:362-369
27. Geitona M., Zavras D., Kyriopoulos J. Determinants of healthcare utilization in Greece: Implications for decision-making. *European Journal of General Practice*, 2007, 13: 144-150
28. Geitona M., Alexopoulos E. Self-Rated Health: Inequalities and Potential Determinants. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2009, 6, 2456-2469
29. Ζάβρας Δ., Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ. Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Ικανοποίησης από τη Φαρμακευτική Φροντίδα στην Ελλάδα. *Ιατρική*, 2006, 90(4): 326-337
30. Παπανικολάου Β., Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Αρχές – Μέθοδοι και Εφαρμογές, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2007
31. World Health Report (WHO), Health Systems: Improving Performance, Geneva: WHO, 2000
32. Cleary P.D., Edgman-Levitan S. Health Care Quality: incorporating consumer perspectives. *JAMA*, 1997, 278:1608-12
33. Aharony L., Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev*, 1993, 50:49-79
34. Rinkin M.O., Bush P.J. The satisfaction continuum in health care: consumer and provinder preferences. In S. J. Mushkin (Ed), *Consumer incentives for health care*, New York: Prodist, 1974
35. Κυριόπουλος Ι., Μπεαζόγλου Τ. «Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία: Μια απόπειρα για τη συνολική προσέγγιση της υγειονομικής μεταρρύθμισης» στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Μπεαζόγλου Τ. (επιμ), *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*, Αθήνα, Θεμέλιο, 2000
36. Drain M. Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions, *Ambul Care Manag*, 2001, 24:30-46
37. Aletras V, Papadopoulos E, Niakas D. Development and preliminary validation of Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. *BMC Health Serv Res* 2006, 6:66
38. Nelson W. Carl Patient Satisfaction Surveys: An Opportunity for Total Quality Improvemeny. *Hospital & Health Services Administration*, 1990, 409-442

39. Tsiotras G., Theodorakioglou Y. The need for introduction of quality management into the Greek health care. *Total quality management*, 2000, 11:1153-1165
40. Mossialos E. Citizen's views on health care in the 15 member states of the European Union. *Health Econ*, 1997, 6:109-116
41. Οικονομοπούλου Χ., «Εκπαιδευτικές Σημειώσεις – Ποιότητα», 2001 –2002.
42. Faden R., Leplege A. Assessing quality of life: Moral implications for clinical practice. *Med Care* 1992, 30, 5:166–175
43. Osterfeld E. Aristotle on the good life and quality of life. In: Nordenfelt L (ed.), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Amsterdam: Kluwer 1994, 19-34
44. Τούντας Γ. Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2003, 20(5):532-546
45. Πάλλης Α.Γ., Μουζάς Ι.Α., Κωσταγιόλας Π.Α., Νιάκας Δ. Εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσους, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2007, 24:58-65
46. Δερβιτσιώτης Ν. Κ. Διοίκηση Παραγωγής. Σύγχρονες Προσεγγίσεις. Αθήνα, 1999
47. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment, Anne Andor, Health Administration Press, Michigan, 1980
48. Thompson J.D. Goldin G. Next Steps in implementing quality appraisal/action plans in hospitals, Thompson, Mohr and Associates Inc, Oark Brook, 1980
49. Nelson A.R. Measuring performance and improving quality, Hospital Managmnt International, International Hospital Federation, London, Sterling Publications Limited, 1996
50. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, Lexicon dictionary of health care terms, organizations, and acronyms for the era of reform, Chicago, 2000
51. Υφαντόπουλος Γ. Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική. Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός, 2003
52. Suchman E. Evaluative Research, Principles in Public Service and Social Action Programs. Russel Sage Foyndation, New York, 1967
53. World Health Organization (WHO). Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2000. WHO, Geneva, 1981:11-40
54. Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2007, 24(1):8-9

55. Κωσταγιόλας Π.Α., Πλατής Χ.Γ., Ζήμερας Στ. Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(6):603-614
56. [www.hcvyrona.gr](http://www.hcvyrona.gr)
57. Αλετράς Β., Ζαχαράκη Φ., Νιάκας Δ. Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2007. 24(1):89-96
58. Αλετράς Β., Ιωαννίδου Δ.Μ., Κοντοδημόπουλος Ν., Μπασιούρη Φ.Ν., Νιάκας Δ.Α., Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2009, 26(1):79-89
59. Αποστολάκης Ι., Δάρας Τ., Σταμούλη Μ.Α. Ασκήσεις υπολογιστικής στατιστικής στην υγεία, Τεύχος Β', Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2009, σελ.85-101
60. Gliem J.A., Gliem R.R. Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales, Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, 2003
61. Πολύζος Ν., Σινογέωργου Θ., Μαριάτου Δ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα: ικανοποίηση ασθενών σε ένα Κέντρο Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2007, 19(1), 10-19
62. Τούντας Γ., Λοπατζίδης Θ., Χουλιάρα Α. Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2003, 20(5), 497-503
63. Κομματάς Δ., Παπανότη Β., Γκολφινόπουλος Π., Ανδριώτη Δ. Το μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2008, 20(2), 80-88

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Έρευνας



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ  
Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ  
ΒΥΡΩΝΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΜΑΙΡΗ ΓΕΙΤΟΝΑ  
ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

Παρακαλώ σημειώστε με ☐ την απάντησή σας.

### I. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

2. Ηλικία:

3. Υπηκοότητα: Ελληνική ☐ Άλλη ☐

4. Τόπος μόνιμης κατοικίας : .....

#### 5. Οικογενειακή Κατάσταση:

Παντρεμένος-η ☐  
Άγαμος-η ☐  
Διαζευγμένος-η ☐  
Χήρος-α ☐

#### 6. Εκπαίδευση:

Καμία Εκπαίδευση ☐  
Δημοτικό ☐  
Γυμνάσιο - Λύκειο ☐  
Ανώτερη - Ανώτατη Εκπαίδευση ☐  
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ ☐

#### 7. Επάγγελμα:

Αγρότης ☐  
Δημόσιος Υπάλληλος ☐  
Ιδιωτικός Υπάλληλος ☐  
Ελεύθερος Επαγγελματίας ☐  
Συνταξιούχος ☐  
Εργάτης-τρια ☐  
Φοιτητής-τρια ☐  
Άνεργος-η / Οικιακά ☐  
Άλλο ☐  
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ ☐

**8. Ασφαλιστικός φορέας:**

Ι.Κ.Α

Ασφάλιση Δημοσίου ( Ο.Π.Α.Δ )

Ασφάλιση Ελευθέρων Επαγγελματιών ( Ο.Α.Ε.Ε )

Ο.Γ.Α

Ανασφάλιστος-η

Άλλο

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ


**9. Μηνιαίο Καθαρό Εισόδημα :**

Μέχρι 1000 €

Από 1001-2000 €

Από 2001 € και άνω

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ


**II. ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ****10. Ποιοι ήταν οι λόγοι που επισκεφθήκατε το Κέντρο Υγείας;**

Για απλή συνταγογράφηση

Για παρακολούθηση και εξέταση

Για Επείγουσα περίθαλψη

Για χορήγηση πιστοποιητικού

Για παρακολούθηση χρόνιου νοσήματος και συνταγογράφηση

Για προληπτική φροντίδα

Άλλο

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ


**11. Ποιας ειδικότητας ιατρό επισκεφτήκατε στο Κέντρο Υγείας;**

.....

**12. Πώς κλείσατε το ραντεβού για εξέταση στο Κέντρο Υγείας;**

Τηλεφωνικώς

Με επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας

Με άλλο τρόπο, προσδιορίστε: .....


**13. Το κλείσιμο του ραντεβού στη γραμματεία έγινε εύκολα και γρήγορα:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**14. Ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή που χρειάστηκε να κλείσετε το ραντεβού για εξέταση έως την ημέρα που επισκεφθήκατε το Κέντρο Υγείας ήταν:**

Μια εβδομάδα

☐

2 εβδομάδες

☐

3 εβδομάδες

☐

1 μήνα

☐

Πάνω από 1 μήνα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**15. Το προσωπικό της γραμματείας με το οποίο ήρθατε σε επαφή για το ραντεβού ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**16. Ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή που χρειάστηκε να κλείσετε το ραντεβού για εξέταση έως την ημέρα που επισκεφθήκατε το Κέντρο Υγείας ήταν μεγάλος:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐

**17. Η πρόσβαση στο Κέντρο Υγείας ήταν εύκολη:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**18. Με τι μέσον ήρθατε στο Κέντρο Υγείας;**

Ι.Χ. αυτοκίνητο

☐

( Προχωρείστε στην Ερώτηση 19 )

Αστική Συγκοινωνία

☐

Ταξί

☐

Με τα πόδια

☐**19. Η εύρεση θέσης στάθμευσης ήταν δύσκολη:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**20. Η σήμανση στους χώρους του Κέντρου Υγείας για τα Ιατρεία ήταν ελλιπής:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐



**21. Το προσωπικό στο γραφείο πληροφοριών ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**22. Η αίθουσα αναμονής ήταν καθαρή:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**23. Η αίθουσα αναμονής ήταν στενόχωρη:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**24. Ήταν εύκολο να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐

**25. Ο χρόνος που πέρασε από την προκαθορισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι να γίνει η εξέταση ήταν:**

Περίπου 15 λεπτά

☐

16 λεπτά μέχρι μισή ώρα

☐

Από μισή μέχρι 1 ώρα

☐

Περισσότερο από 1 ώρα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐

**26. Η θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής ήταν δυσάρεστη:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐

**27. Επισκεφθήκατε τις τουαλέτες του Κέντρου Υγείας ;**

ΝΑΙ ☐

( Προχωρείστε στην Ερώτηση 27 )

ΟΧΙ ☐

( Προχωρείστε στην Ερώτηση 28 )

**28. Οι τουαλέτες ήταν καθαρές και φροντισμένες:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐

**29. Ο χρόνος που περιμένατε στην αίθουσα αναμονής για εξέταση ήταν υπερβολικά μεγάλος:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐

**III. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ****30. Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**31. Ο χώρος εξέτασης ήταν στενός και άβολος:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**32. Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέτασή σας:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**33. Ο γιατρός έδειξε αδιαφορία για την κατάλληλη απομόνωσή σας κατά τη διάρκεια της εξέτασης ώστε να μη σας βλέπουν ή ακούνε άτομα που δεν έπρεπε:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐

**34. Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει όσα είχατε να του πείτε σχετικά με την υγεία σας:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐

**35. Ο γιατρός σας έδωσε επαρκείς ή κατανοητές πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας σας:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐

**36. Έχετε εμπιστοσύνη στην ορθότητα της διάγνωσης και καταλληλότητα της θεραπείας του γιατρού:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐

**37. Οι οδηγίες που λάβατε από το γιατρό για τη θεραπεία σας (τρόπος λήψης φαρμάκων, τρόπος ανάρρωσης, κ.α) ήταν επαρκείς και σαφείς:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐

**38. Ο γιατρός σας φέρθηκε με σεβασμό:**

- Συμφωνώ απόλυτα ☐
- Συμφωνώ ☐
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος ☐
- Διαφωνώ ☐
- Διαφωνώ απόλυτα ☐
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ ☐

**39. Οι νοσηλεύτριες ήταν ευγενικές με σας:**

- Συμφωνώ απόλυτα ☐
- Συμφωνώ ☐
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος ☐
- Διαφωνώ ☐
- Διαφωνώ απόλυτα ☐
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ ☐

**40. Οι νοσηλεύτριες ήταν πρόθυμες να απαντήσουν σε ερωτήσεις σας:**

- Συμφωνώ απόλυτα ☐
- Συμφωνώ ☐
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος ☐
- Διαφωνώ ☐
- Διαφωνώ απόλυτα ☐
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ ☐

**41. Πόσο χρόνο διήρκεσε η εξέταση στο ιατρείο;**

- 5-10 λεπτά ☐
- 11-20 λεπτά ☐
- 21-30 λεπτά ☐
- 31-40 λεπτά ☐
- Περισσότερο από 40 λεπτά ☐
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ ☐

**42. Πριν από την αναχώρησή σας χρειάστηκε να επισκεφθείτε τη Γραμματεία για τακτοποίηση κάποιας εκκρεμότητας; ( θεώρηση βιβλιαρίου, χορήγηση πιστοποιητικού, πληρωμή ή άλλο )**

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

**43. Οι παραπάνω διαδικασίες ήταν χρονοβόρες:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**44. Το προσωπικό της Γραμματείας ήταν ευγενικό και εξυπηρετικό:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**45. Η γενική εκτίμηση από την επίσκεψή σας στο Κέντρο Υγείας είναι θετική:**

Συμφωνώ απόλυτα

☐

Συμφωνώ

☐

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

☐

Διαφωνώ

☐

Διαφωνώ απόλυτα

☐

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

☐**46. Γενικά πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;**

Πολύ καλή

☐

Καλή

☐

Μέτρια

☐

Κακή

☐

Πολύ κακή

☐**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ !!!**