



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση ασθενών του Κέντρου Υγείας Ελευθερούπολης Καβάλας

Τοπαλατζής Κωνσταντίνος
Γενικός Ιατρός , Επιμελητής Β' ΕΣΥ
Κ.Υ. Ελευθερούπολης, Καβάλα

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Τσάρας Κωνσταντίνος Επικ. Καθηγητής Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας Επιβλέπων Καθηγητής
Κοτρώτσιου Στυλιανή Επικ. Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Μαλλιαρού Μαρία Αξ/κός ΥΝ, Επιστ.Συν.Τ.Ε.Ι Θεσσαλίας Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2016



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Evaluation of the factors which influence the satisfaction of patients with the Health Center of Eleftheroupolis, Kavala.

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τον Επιβλέποντα Καθηγητή κ. Τσάρα Κωνσταντίνο, για την ουσιαστική βοήθεια και συμβολή στην εκπόνηση της παρούσας μελέτης.

Επίσης ευχαριστώ την οικογένειά μου για την υπομονή και την άοκνη συμπαράσταση σε όλη τη διάρκεια των σπουδών ώστε να καταστεί δυνατή η ολοκλήρωση του εγχειρήματος.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ - Λέξεις ευρετηρίου	5
ABSTRACT – Key words	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	10
1.1.1 Ορισμός	10
1.1.2 Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας	11
1.1.3 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα	13
1.1.4 Διασφάλιση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	14
1.2 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	16
1.2.1 Ορισμός	16
1.2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την Ικανοποίηση	18
1.2.3 Μέτρηση της Ικανοποίησης των ασθενών	20
1.3 Ε.Σ.Υ. και ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	22
1.3.1 Ιστορική αναδρομή	22
1.3.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σήμερα	23
1.4 ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΠΟΛΗΣ	26
2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
2.1 ΣΚΟΠΟΣ και ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	29
2.2 ΥΛΙΚΟ και ΜΕΘΟΔΟΣ	29
2.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	32
2.3.1 Περιγραφική Ανάλυση	32
2.3.2 Επαγωγική Ανάλυση	45
2.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	60
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - Υπόδειγμα Ερωτηματολογίου	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Αντικείμενο της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της άποψης και η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, ως δείκτη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας Ελευθερούπολης Καβάλας καθώς επίσης και η διερεύνηση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών τους που σχετίζονται και επηρεάζουν την ικανοποίησή τους. Στόχος της έρευνας πέρα από την ανάδειξη προβλημάτων και ελλείψεων ήταν η εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για το σχεδιασμό μέτρων βελτίωσης και αναβάθμισης των υπηρεσιών.

Υλικό και Μέθοδος: Πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς – χρήστες που προσέρχονται στα ιατρεία του Κέντρου Υγείας Ελευθερούπολης. Επιλέχθηκε ένα δείγμα 200 ασθενών άνω των 18 ετών, εφαρμόζοντας τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας. Για την συλλογή των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικό, πλήρως δομημένο με απαντήσεις κλειστού τύπου ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε δύο μέρη: ερωτήσεις για τα ατομικά, δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος και το ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.19.0 και περιελάμβανε την περιγραφική και επαγωγική ανάλυση.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Όσον αφορά την γενική εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, περίπου τρεις στους τέσσερις ασθενείς – χρήστες του Κέντρου Υγείας (75,5%) δήλωσε ευχαριστημένος συνολικά από την επίσκεψη στα ιατρεία. Αυτό μεταφράζεται σε ικανοποίηση για το ιατρικό, νοσηλευτικό, και λοιπό προσωπικό (+80%), τα εργαστήρια και τις υποδομές (+75%), το χρόνο αναμονής (+65%), την εύκολη πρόσβαση (+90%) αλλά με προβλήματα στο χώρο στάθμευσης και τη σήμανση (+50%) στους χώρους του Κέντρου Υγείας. Εξετάζοντας την συνολική ικανοποίηση φαίνεται να μην επηρεάζεται σημαντικά από τα ατομικά χαρακτηριστικά των επισκεπτών ενώ καταδεικνύεται ότι σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p<0,001$) με την ικανοποίηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, το περιβάλλον του Κέντρου Υγείας και από το χρόνο ραντεβού. Συνεπώς ακόμη και σε περιόδους οικονομικής κρίσης και ελλείψεων στις υποδομές φαίνεται ότι μεγάλη βαρύτητα για την ικανοποίηση του ασθενή κατέχει η σχέση του με το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών.

Λέξεις ευρητηρίου: Ποιότητα, Ικανοποίηση ασθενών, Κέντρο Υγείας,
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

ABSTRACT

Introduction: Aim of the present study was the recording of the view and the measurement of the satisfaction of patients, as a quality score of the provided services of the Health Center of Eleftheroupolis, Kavala, as well as the investigation of their demographic and socio-economic characteristics that relate to and affect their satisfaction. Aim of the study, beyond the designation of problems and deficiencies, was to draw useful conclusions about the designing of measures of improvement and upgrading of services.

Material and Method: The patients-users who come to the health clinics of the Health Center of Eleftheroupolis, Kavala consisted the population of study. A sample of 200 patients above 18 years of age was selected, applying the method of convenience sampling. A specific, fully structured questionnaire of the closed type was used for the analysis of the data of the research, which included two parts: questions for the personal, demographic and socio-economic characteristics of the sample and the questionnaire of measurement of the visitors' satisfaction. The analysis of the data was realised using the statistical program SPSS v.19.0 and included the descriptive and inferential analysis.

Results-Conclusions: As regards the general estimate of the provided services, approximately three out of four patients-users of the Health Center (75,5%) stated that they are altogether satisfied with their visit in the health clinics. This is translated in satisfaction with the medical personnel, nursing staff and the rest of the staff (+80%), the laboratories and the infrastructure (+75%), the waiting time (+65%), the easy access (+90%), however, with problems in the parking lot and labeling (+50%) in the premises of the Health Center. On examining the overall satisfaction, this seems not to be significantly affected by the individual characteristics of the visitors, while it is demonstrated that it is related statistically notably ($p < 0,001$) with the satisfaction with the medical personnel and nursing staff, the surroundings of the Health Center and the appointment waiting time. Consequently, even in periods of economic crisis and insufficiency of infrastructure, it seems that great emphasis for the satisfaction of the patient is on their relationship with the human resources of the services.

Key words: Quality, Patients' satisfaction, Health Centre, Primary Health Care.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα πρώτα βήματα στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών, από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, άρχισαν από το χώρο της Νοσηλευτικής στις ΗΠΑ το 1956. Στην Ευρώπη η προσπάθεια αντιπροσωπεύεται από τη μελέτη της Standing Committee of Hospital on the EU στην οποία συμμετείχαν περίπου 14.000 νοσοκομεία.[1] Σήμερα, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί νομική και ηθική υποχρέωση και αναγνωρίζεται ως ένας από τους πλέον αξιόπιστους δείκτες για την αξιολόγηση και τον καθορισμό της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, η αξιολόγηση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας. Στις μέρες μας, η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και η ανάπτυξη μηχανισμών και εργαλείων αξιολόγησής της αποτελεί πρωταρχικό στόχο στη διαμόρφωση πολιτικής στον τομέα της υγείας. Η καταγραφή της γνώμης των ασθενών, η οποία αποτυπώνεται με τη χρήση ερωτηματολογίων, είναι ένα χρήσιμο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.[2]

Από την παρούσα μελέτη αναμένεται να εκτιμηθεί η ικανοποίηση των ασθενών-χρηστών από τις υπηρεσίες και την υποδομή του Κέντρου Υγείας Ελευθερούπολης καθώς και οι δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που σχετίζονται και επηρεάζουν την ικανοποίησή τους. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε ανήκει στις περιγραφικές μελέτες συσχέτισης και ο σχεδιασμός της είναι συγχρονικού τύπου (cross-sectional study). Τον μελετώμενο πληθυσμό (study population) αποτελούν ασθενείς-χρήστες των Κέντρων Υγείας. Το δείγμα της έρευνας προήλθε από τους επισκέπτες του Κ.Υ. Ελευθερούπολης του Ν. Καβάλας στην περιοχή ευθύνης του (περίπου 40.000 κάτοικοι).

Η συλλογή του εμπειρικού υλικού της έρευνας έγινε τους μήνες Αύγουστο και Σεπτέμβριο του 2016 με τη χρήση ενός ειδικού, πλήρως δομημένου με απαντήσεις κλειστού τύπου έντυπου ερωτηματολογίου, μέσω προσωπικής συνέντευξης, ή αυτοσυμπληρούμενο όποτε ήταν δυνατό από τους ασθενείς, σύμφωνα με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας, αφού ενημερώθηκαν σχετικά με το σκοπό της και εφόσον το επιθυμούσαν. Το ερωτηματολόγιο απαρτιζόταν από δύο μέρη: Το πρώτο μέρος αφορούσε τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών-χρηστών του Κ.Υ. (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, εισόδημα, αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας του κ.α.). Το δεύτερο μέρος εκτιμούσε την ικανοποίηση των ασθενών-χρηστών από τις υπηρεσίες και την υποδομή του Κ.Υ. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το «Ερωτηματολόγιο Μέτρησης της Ικανοποίησης Επισκεπτών των Εξωτερικών Ιατρείων Νοσοκομείου», το οποίο δημιουργήθηκε από τους Αλετρά Β. Ζαχαράκη Φ. και Νιάκα Δ.[3] (Παράρτημα). Η ανάλυση των δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.19.0 και περιελάμβανε την περιγραφική (descriptive) και επαγωγική (inferential) ανάλυση.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται μια μεγάλη προσπάθεια, σε παγκόσμιο επίπεδο, να αξιολογηθούν οι απόψεις των ασθενών πάνω σε θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί τα

τελευταία χρόνια οι δημοσιευμένες εργασίες γύρω από τη μέτρηση της ικανοποίησης. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2001 σε 244 άτομα για την αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας των εξωτερικών ιατρείων τεσσάρων νοσοκομείων έδειξε ότι άτομα που κατέχουν υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχουν συνήθως μεγαλύτερες απαιτήσεις.[4] Επίσης, άλλη μελέτη που διεξήχθη στο ΚΥ Ναυπάκτου το 2004 σε 150 ασθενείς, έδειξε ότι οι ασθενείς με χαμηλότερη εκπαίδευση και οι άνδρες, δήλωναν σε μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποιημένοι [5] ενώ σε πέντε ΚΥ της Μεσσηνίας το 2004 σε αριθμό 300 ασθενών, βρέθηκε ότι οι ανασφάλιστοι και οι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι.[6] Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 1.206 πολίτες από όλη την Ελλάδα και διήρκησε δύο χρόνια έδειξε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας είναι το φύλο, το επάγγελμα αλλά και η οικογενειακή κατάσταση.[7] Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 10 Κέντρα Υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας, έδειξε διαφορές στην ικανοποίηση των ασθενών μεταξύ των δύο νομών που οφειλόταν κυρίως στην έλλειψη προσωπικού και στη δυσλειτουργία των εργαστηρίων.[1] Επίσης έρευνα που διεξήχθη το 2009 στο ΚΥ Αταλάντης στην οποία συμμετείχαν 150 ασθενείς επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα άλλων μελετών ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού προφίλ τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.[8] Τέλος μελέτη που διεξήχθη το 2011 σε 438 ασθενείς από 15 δημόσια ΚΥ της Κύπρου έδειξε υψηλό δείκτη ικανοποίησης αλλά και προβλήματα τα οποία συνδέονται περισσότερο με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας και λιγότερο με την ιατρική επίσκεψη και την κλινική εξέταση. Επίσης μελέτες που διεξήχθησαν στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, κατέδειξαν ότι η ευγένεια του προσωπικού και ιδιαίτερα των ιατρών αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών καθώς και ο χρόνος που αφιέρωσε για την εξέταση και οι εξηγήσεις που έδωσε στον ασθενή σχετικά με το νόσημά του.[9]

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη: Στο πρώτο μέρος εξετάζεται μέσα από την βιβλιογραφία ο ορισμός της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, η αξιολόγησή τους και οι μέθοδοι διασφάλισης της ποιότητας. Στη συνέχεια μελετάται η ικανοποίηση των ασθενών, οι παράγοντες που την επηρεάζουν και τα συστήματα μέτρησης της ικανοποίησης. Ακολούθως περιγράφεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας και η Πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα, η ιστορική της αναδρομή και η συζήτηση για τη σημερινή κατάσταση. Τέλος παρουσιάζεται το παράδειγμα του ΚΥ Ελευθερούπολης. Στο δεύτερο μέρος αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας και ακολουθεί η συζήτηση και τα συμπεράσματα που προέκυψαν. Στόχος της έρευνας πέρα από την ανάδειξη προβλημάτων και ελλείψεων ήταν η εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για το σχεδιασμό μέτρων βελτίωσης και αναβάθμισης των αντίστοιχων υπηρεσιών. Προσδοκάται επίσης να εξοικειωθούν οι ασθενείς-χρήστες σε παρόμοιες διαδικασίες και τέλος να εκτιμηθεί το ερωτηματολόγιο, η μεθοδολογία της έρευνας και τα αποτελέσματά της, σε σχέση με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας και των σχετικών μελετών σε άλλες δομές παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1.1 Ορισμός της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η έννοια της ποιότητας ερμηνευόταν πάντοτε με πολλούς και αμφιλεγόμενους ορισμούς. Κάθε επιχείρηση ή οργανισμός οφείλει να προσφέρει συνεχώς βελτιωμένη ποιότητα αγαθών και υπηρεσιών με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη-χρήστη.

Ο παραδοσιακός ορισμός της ποιότητας βασίζεται στην άποψη ότι «τα προϊόντα και οι υπηρεσίες πρέπει να συναντούν τις προσδοκίες αυτών που τα ή τις χρησιμοποιούν». Μια άλλη άποψη την ορίζει ως «το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος που ικανοποιούν εκφρασμένες ή συναγόμενες ανάγκες των πελατών». Επίσης, «Ποιότητα είναι η συμμόρφωση με απαιτήσεις και προδιαγραφές, είναι η ολότητα των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητα να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες» (Τούντας Γ., 2003).[10]

Στις υπηρεσίες υγείας που έχουν ως στόχο τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας των πολιτών, η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών γίνεται επιτακτικότερη. Λόγω της ιδιομορφίας των υπηρεσιών αυτών ο ορισμός της ποιότητας είναι πολυδιάστατος και εξαρτάται από την υποκειμενική άποψη του προσώπου που την ερμηνεύει.

Σύμφωνα με τον πρωτοπόρο σε θέματα ορισμού και βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία:

«Ποιότητα είναι το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία» (Avedis Donabedian, 1980).[11]

Τον ίδιο χρόνο ο Thompson έδωσε τον ακόλουθο ορισμό: «το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή - είτε στη διάγνωση, είτε στη θεραπεία ή στην αποκατάσταση - στην αποφυγή ιατρικών λαθών και στην ευαισθητοποίηση και προσοχή για τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του με ένα τρόπο που ενσωματώνει τόσο το κόστος όσο και την αποτελεσματικότητά και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων».[12]

Το 1990 το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α. ορίζει την ποιότητα στην Υγεία ως «το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επιστημονική γνώση».

Άλλος ερευνητής όρισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως «τον βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία βάσει της υπάρχουσας επαγγελματικής γνώσης» (Nelson 1996).[13]

Ενώ το 2000 η American Medical Association θεωρεί ότι: «φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι η ιατρική φροντίδα που συνεχώς και με συνέπεια συμβάλλει στη βελτίωση της διατήρησης της

ποιότητας ή / και της διάρκειας της ζωής. Τα χαρακτηριστικά αυτής της φροντίδας είναι η προώθηση της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών, η έγκαιρη παρέμβαση, η ενημέρωση και συμμετοχή των ασθενών, η προσοχή στην επιστημονική βάση της Ιατρικής και η αποτελεσματική χρήση των πόρων».[14]

Σύμφωνα με άλλο ορισμό: «Η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η ευαισθησία και η ανταπόκριση στη ζητούμενη μεταχείριση λόγω των συνθηκών που δημιουργεί η κατάσταση της ασθένειας και η ικανοποίηση του ασθενούς σε όλα τα επίπεδα διαδικασιών».[15]

Κατά τον Donabedian, «η ποικιλία στον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι δικαιολογημένη, καθώς εξαρτάται τόσο από την σχέση που έχει αυτός που τον διατυπώνει με το σύστημα υγείας, όσο και από το είδος και το εύρος των ευθυνών του». [11]

Η ποιότητα αποτελεί σήμερα το βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής αλλά και επιχειρηματικής συμπεριφοράς, για όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες που μπορεί να διατίθενται στην αγορά, όμως πολύ μεγαλύτερη σημασία έχει η ποιότητα στις υπηρεσίες που ικανοποιούν ζωτικές ανάγκες του ανθρώπου, όπως είναι οι υπηρεσίες υγείας.

1.1.2 Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας

Στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας η αξιολόγηση ισοδυναμεί με την όσο το δυνατόν αντικειμενική εκτίμηση, του βαθμού στον οποίο το σύνολο των υπηρεσιών ανταποκρίνονται στους σκοπούς που έχουν τεθεί για την παροχή αυτή.[16]

«Η συνολική αξιολόγηση προγραμμάτων και υπηρεσιών υγείας επιχειρείται, εκτός των άλλων, με τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών - ασθενών ή ακόμη και με την εκτίμηση της στάσης των καταναλωτών υγείας απέναντι στους γιατρούς και στις υπηρεσίες υγείας».[17]

Η αξιολόγηση αυτή συνιστά υποχρεωτικό παράμετρο για τη βελτίωση της διαχειριστικής διαδικασίας των υπηρεσιών υγείας και της εμπλοκής επαγγελματιών και των ασθενών στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας (Who 1981).[18]

Η αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας οφείλεται κυρίως: (Θεοδώρου 1992)[19]

Στην αναποτελεσματικότητα των υγειονομικών συστημάτων, στη συνεχή αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας χωρίς αντίστοιχη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, στην άνοδο του μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου των ατόμων, στην απομυθοποίηση του ιατρικού επαγγέλματος και των ιατρικών πράξεων, στη συνεχή αυξανόμενη απαίτηση των ασθενών να ενημερώνονται πληρέστερα και να αντιμετωπίζονται καλλίτερα, στη μη ικανοποίηση των χρηστών.

Στη χώρα μας γίνονται κάποια βήματα, που όμως αποτελούν μεμονωμένες πρωτοβουλίες επαγγελματιών υγείας και αφορούν κυρίως τη νοσοκομειακή περίθαλψη ή τα εξωτερικά ιατρεία. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υπάρχει κατακερματισμός των υπηρεσιών και κακή νοοτροπία εργαζομένων και ασφαλισμένων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα κακής ποιότητας παραγόμενες υπηρεσίες, οι οποίες οδηγούν στη μη ικανοποίηση των χρηστών και σε υψηλό κόστος. Επομένως, «η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών είναι σήμερα τελείως απαραίτητες διαδικασίες». (Μουμτζόγλου Α. 1997) [20]

Σύμφωνα με τον Donabedian, η ποιότητα των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών πιστοποιείται με τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης. Επομένως η γνώμη των ασθενών είναι ένα χρήσιμο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Παρόλα αυτά τα ευρήματα τέτοιων ερευνών, που βασίζονται σε υποκειμενικές απόψεις, δεν αρκούν για την πλήρη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και πρέπει να συμπληρώνονται κάθε φορά με άλλους δείκτες και στοιχεία ώστε να προσδώσουν μια περισσότερο αντικειμενική και πολυκριτηριακή προσέγγιση στο ζήτημα. Συνήθως τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας είναι η Αποδοτικότητα (Efficiency), η Αποτελεσματικότητα (Effectiveness), η Επιστημονική και τεχνική ποιότητα (Scientific and technical quality level), η Επάρκεια (Adequacy), η Επίδραση (Aspect), η Επίπτωση (Impact) και η Οικονομική διάσταση (Economic proportion).[21] Άλλες μελέτες αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας αναδεικνύουν την ευκολία στην πρόσβαση, τον χρόνο αναμονής και διαλογής, την σωστή ενημέρωση, το εύρος των προσφερόμενων υπηρεσιών αλλά και τα νοσολογικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενή. Με δεδομένη την πολυπλοκότητα και την ετερογένεια των υπηρεσιών υγείας, πιστεύεται ότι η ποιότητα οφείλει να αξιολογείται όχι μόνο από την μεριά του καταναλωτή αλλά και από την μεριά του παρόχου προκειμένου να σχηματισθεί μία πλήρης και ολοκληρωμένη εικόνα.[22]

Η παρουσία δεικτών αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας βοηθάει ουσιαστικά στην επίτευξη της ποιότητας. Σε όλα τα στάδια εφαρμογής από την εισαγωγή του ασθενή, τη νοσηλεία του μέχρι και την υποστήριξη μετά το εξιτήριο πρέπει να υπάρχουν δείκτες μέτρησης οι οποίοι θα συμβάλλουν και στην ανεύρεση των λανθασμένων διαδικασιών.[14] Μελετώντας τους δείκτες πριν και μετά την εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας, οι διοικητές των μονάδων μπορούν να ποσοτικοποιήσουν πλέον τις αλλαγές που γίνονται στον οργανισμό τους και να σχεδιάσουν τις μελλοντικές στρατηγικές κινήσεις τους. Οι οργανισμοί που έχουν σωστή πληροφόρηση και τεκμηριωμένες μετρήσεις διαχειρίζονται πολύ καλύτερα τους διαθέσιμους πόρους. «Οι διοικητές που θέλουν να διευθύνουν την ποιότητα πρέπει να εγκαταστήσουν συστήματα και διαδικασίες που μετρούν την ποιότητα, αντί να βασίζονται τις αποφάσεις τους σε παράγοντες όπως διαίσθηση και εμπειρική γνώση». (Betka 1993)[23]

1.1.3 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προσδιορίζεται με βάση κάποια κριτήρια που σχετίζονται με την αμεσότητα στην παροχή της υπηρεσίας, την ευκολία στην πρόσβαση, την αξιοπιστία, την καταλληλότητα και την διαρκή υποστήριξη. Επιπλέον από τα παραπάνω κριτήρια οι βασικότεροι από τους παράγοντες που την επηρεάζουν είναι οι παρακάτω: [15,24]

- Η συμπεριφορά του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού στους ασθενείς το οποίο θα πρέπει να φέρεται ευγενικά, φιλικά και να σέβεται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
- Οι ικανότητες, οι γνώσεις, η εμπειρία και η επαγγελματική ευσυνειδησία των φορέων που παρέχουν φροντίδα στις υπηρεσίες υγείας.
- Η ετοιμότητα παροχής της ιατρικής φροντίδας (24 ώρες, 7 ημέρες), η ταχύτητα στην επίλυση του προβλήματος υγείας των ασθενών και η ορθότητα στην επιλογή της θεραπευτικής αντιμετώπισης παράγοντες που αναδεικνύουν την επάρκεια αριθμητική και επιστημονική του προσωπικού.
- Η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού όλων των βαθμίδων που συνδέεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Η προσβασιμότητα του ασθενούς στις υπηρεσίες υγείας χωρίς γραφειοκρατία, ενδιάμεσους σταθμούς και αναμονές, με τη μεγαλύτερη δυνατή ελευθερία επιλογής.
- Η υποστήριξη και μετά από την παροχή των υπηρεσιών που αρχίζει με την παροχή αναλυτικών οδηγιών και ολοκληρώνεται με την ύπαρξη ακριβούς αρχείου και οργανωμένου συστήματος επανελέγχου των ασθενών.
- Η ύπαρξη των κατάλληλων οργανωτικών δομών για τη συνεχή υποστήριξη της παροχής φροντίδας, η αξιοπιστία των διοικητικών υπηρεσιών, η χρήση νέου τεχνολογικού εξοπλισμού, η επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής. Ο κατάλληλος σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων, έτσι ώστε να διευκολύνεται η διακίνηση ανθρώπων και υλικών.
- Η τήρηση των κανόνων υγιεινής και ο περιορισμός των νοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Η διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών με το μικρότερο δυνατό κόστος.

1.1.4 Διασφάλιση της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.

Η Διασφάλιση ποιότητας έχει οριστεί ως το σύνολο των προγραμματισμένων συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες κρίνονται απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληρούν συγκεκριμένες προδιαγραφές. Ως Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας ορίζεται η οργάνωση, τα αναγκαία μέσα και το προσωπικό που απαιτούνται για το σκοπό αυτό.[25]

Η διαφορά της Διασφάλισης από τον ποιοτικό έλεγχο έγκειται στο γεγονός ότι ενώ ο τελευταίος επισημαίνει και καταγράφει απόκλιση του προϊόντος ή της υπηρεσίας από δεδομένες προδιαγραφές, η διασφάλιση κατοχυρώνει ότι το τελικό προϊόν ή υπηρεσία θα είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές τους, δηλαδή αποτελεί μια μέθοδο για την εκ των προτέρων εξασφάλιση ποιότητας σε προϊόντα και υπηρεσίες.[14]

Στη Διασφάλιση Ποιότητας, δίδεται έμφαση κυρίως στο να παρακολουθείται αν η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται με σωστές διαδικασίες. Σε αντίθετη περίπτωση εφαρμόζονται διορθωτικές ενέργειες που αποσκοπούν στη βελτίωση της συγκεκριμένης διαδικασίας, ώστε να διασφαλίζονται καλύτερα αποτελέσματα στο μέλλον. [26]

Προκειμένου να εξυπηρετηθούν κατάλληλα επιχειρήσεις και οργανισμοί στην προσπάθειά τους για τη Διασφάλιση της Ποιότητας, στη βάση μιας διεθνώς κοινής και αποδεκτής γλώσσας, δημιουργήθηκαν διεθνή πρότυπα προϊόντων και υπηρεσιών όπως αυτά που συντάχθηκαν από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Standardization Organization), τα γνωστά πρότυπα της σειράς ISO 9000 (-1-2-3-4), τα πρότυπα της ισοδύναμης σειράς EN 2900 (-1-2-3-4), που ισχύουν για την Ευρωπαϊκή Ένωση καθώς και τα πρότυπα της σειράς ANSI για τις ΗΠΑ.[14]

Η εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει : Ποσοτικά και ποιοτικά κλινικά δεδομένα. Ευχάριστο περιβάλλον, υπευθυνότητα, άμεση εξυπηρέτηση των ασθενών και ενημέρωση των συνοδών. Ικανοποίηση των ασθενών, αξιοπρεπή αντιμετώπιση απέναντι στους ασθενείς. Ανάπτυξη του προσωπικού και των αναγκών του, υψηλά κίνητρα - στόχους για μεγαλύτερη αποδοτικότητα και προσπάθεια για την επίτευξη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.[26]

Το πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας στο νοσοκομείο (quality assurance) ολοκληρώνεται με τα ακόλουθα βήματα:[20]

- Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου αναζητά και υποστηρίζει ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας.
- Το προσωπικό του νοσοκομείου επιβλέπει και αξιολογεί την ποιότητα και την καταλληλότητα της φροντίδας, την κλινική απόδοση και επιλύει διαπιστούμενα προβλήματα αναφέροντας την πληροφόρηση στο Δ.Σ.

- Υπάρχει ένα γραπτό σχέδιο για τη διασφάλιση της ποιότητας, που περιγράφει τους στόχους, την οργάνωση, το εύρος και τους μηχανισμούς για την επίβλεψη και την αξιολόγηση της αποδοτικότητας του και την επίλυση των προβλημάτων.
- Το εύρος του προγράμματος περιλαμβάνει την απόδοση του ιατρικού προσωπικού και την κριτική της λειτουργίας του. Η επαγγελματική διαπίστευση του προσωπικού που υποβάλλει αίτηση στο νοσοκομείο ελέγχεται από ειδική επιτροπή.
- Επιλογή κριτηρίων σε μία συγκεκριμένη περιοχή της περίθαλψης και σύγκριση τους με τα “άριστα κριτήρια περίθαλψης” (Sanazaro, 1980).
- Η ικανοποίηση του χρήστη: συνίσταται στη χορήγηση ερωτηματολογίων στους ασθενείς για τη διερεύνηση της άποψής τους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Μονάδες παραπόνων: δηλαδή διαδικασίες που διερευνούν παρατηρήσεις και παράπονα για τις υπηρεσίες υγείας
- Αξιολόγηση του νοσοκομείου: η οποία πραγματοποιείται από επιθεωρητές που ελέγχουν εγκαταστάσεις, εξοπλισμό και πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας.

Στην πράξη η διασφάλιση της ποιότητας ακολουθεί ορισμένα στάδια: [20]

«επιλογή θεμάτων και προτεραιοτήτων - αρχική εκτίμηση – οριστική αξιολόγηση του σχεδιασμού βελτίωσης - εφαρμογή των ενεργειών βελτίωσης - επανεκτίμηση των αποτελεσμάτων των ενεργειών διασφάλισης της ποιότητας, με τελικό στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών».

Στην Ελλάδα η εφαρμογή συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας είναι περιορισμένη και συναντάται κυρίως στην νοσοκομειακή περίθαλψη και περισσότερο στον εργαστηριακό τομέα. Ο ποιοτικός έλεγχος δεν επικεντρώνεται στην πρόληψη και τον σχεδιασμό, αλλά στην παρέμβαση μετά τη διαπίστωση του προβλήματος, με αποτέλεσμα η αντιμετώπιση του να καθίσταται δύσκολη και δαπανηρή.

Η εφαρμογή προγραμμάτων Διασφάλισης της Ποιότητας που αφορούν θέματα διοικητικής, οικονομικής, τεχνικής και ξενοδοχειακής φύσης στις μονάδες υγείας, παρά το γεγονός ότι δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη δυσκολία, δεν αποδεικνύεται από τη σχετική βιβλιογραφία να έχει απασχολήσει ιδιαίτερα όσους ευθύνονται για τον σχεδιασμό τους.[26]

1.2 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

1.2.1 Ορισμός της Ικανοποίησης

Η διερεύνηση της ικανοποίησης του χρήστη των υπηρεσιών υγείας στοιχειοθετεί την αλλαγή προσανατολισμού των διεθνών συστημάτων και πολιτικών υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι δύσκολο να ορισθεί με ακρίβεια διότι αποτελεί στην ουσία της μία δυναμική διαδικασία που φιλοδοξεί να συμπεριλάβει τις σχέσεις μεταξύ των παραγόντων παροχής υπηρεσιών, την αξιολόγηση και τις αντιδράσεις των ασθενών αλλά και των ατομικών τους διαφορών δηλαδή με κριτήρια που καθορίζονται από τις προσωπικές τους αντιλήψεις. Το γεγονός λοιπόν ότι το προσωπικό στοιχείο κατέχει σημαντική θέση στη διαμόρφωση της άποψης του ασθενή, δυσχεραίνει περαιτέρω την προσπάθεια να καθοριστεί ένας γενικός κοινά αποδεκτός ορισμός. Ως εκ τούτου έχουν δοθεί κατά περιόδους μια σειρά ορισμών που αφορούν συνολικά όλες τις πλευρές της ικανοποίησης των ασθενών:

Σύμφωνα με τον Donabedian A.(1980), «η ικανοποίηση του ασθενή είναι η γνώμη για την ποιότητα φροντίδας που αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενή. Η ικανοποίηση είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό». [11]

«Η ικανοποίηση είναι μία γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας».(Petersen 1988) Ο Smith (1992) υποστηρίζει: «Η ικανοποίηση του ασθενή είναι ένας συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από τη φροντίδα Υγείας».[17] Σύμφωνα με το Risser «η ικανοποίηση για τους ασθενείς είναι η σύγκλιση ανάμεσα στην προσδοκία του να έχει την ιδανική φροντίδα και στην αντίληψή του για το επίπεδο της φροντίδας που απολαμβάνει». Η σχέση μεταξύ ικανοποίησης και προσδοκιών είναι δύσκολο να καθοριστεί, ως εκ τούτου η διαφορά βαθμού ικανοποίησης και προσδοκιών αποτελεί σημαντική παράμετρο μέτρησης.[27]

Αργότερα οι Bond και Thomas υπογραμμίζουν :«οι ασθενείς ικανοποιούνται με την εκπλήρωση των εσωτερικών αναγκών τους, όπως είναι λόγου χάρη η ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις και η συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ νιώθουν δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι συνθήκες δεν είναι οι κατάλληλες».[28]

Η ικανοποίηση του ασθενή, κατά τον Yucelt [29] αποτελεί την επιβεβαίωση ή μη των επιδιώξεων σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών. Παρόλο που αυτό που χρειάζεται ένας ασθενής από ένα νοσοκομείο είναι η θεραπεία, υπάρχει πλήθος άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την κρίση του (Kotler and Clarke, 1987), όπως η διαχείριση παραπόνων, η συμπεριφορά του

προσωπικού, η αμεσότητα της φροντίδας και η συνολική εικόνα του οργανισμού. Άλλωστε, η δυσχέρεια των ασθενών να εκτιμήσουν την ποιότητα της φροντίδας, τους οδηγεί στο να κρίνουν ένα νοσοκομείο από το ωράριο, τις ξενοδοχειακές ανέσεις και την εξυπηρέτηση.[30]

Κατά τον Pascoe «η ικανοποίηση του ασθενούς ορίζεται ως η γενική αντίδρασή του σε παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη μέσα από τις εμφανείς πτυχές της εμπειρίας του στις υπηρεσίες υγείας».[31]

Ο Guzman υποστήριξε ότι «η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει εν μέρει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την οποία θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή».[32]

Η ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αποτελεί ένα από τα κριτήρια αξιολόγησης των υπηρεσιών, μαζί με την επάρκεια, την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και την αποτίμηση της στάσης των ασθενών. Η καταγραφή της γνώμης του ασθενή αποτελεί ουσιαστική διαδικασία διαμόρφωσης πολιτικής και προάγει την έννοια της δημοκρατικής συμμετοχής, ιδίως όπου η παροχή ελέγχεται κρατικά, οπότε και αποτελεί ίσως ευκαιρία να ακουστεί η γνώμη του πληθυσμού. Επίσης, προσδιορίζεται ως μια μεταβλητή, η οποία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας και την πρόσβαση στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, συμβάλλοντας έτσι στην χάραξη πολιτικής υγείας.

Η θέση του ασθενή διαβαθμισμένη σε μία κλίμακα μέτρησης ορίζει το βαθμό αποδοχής των υπηρεσιών εκ μέρους του και σύμφωνα με τις προσδοκίες και τις αξίες του το βαθμό ικανοποίησης, που αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς και έγκυρους δείκτες που αξιολογούν και καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών. Με αυτόν τον τρόπο οικοδομείται μια βασική συνεργασία ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και ικανοποιημένους ασθενείς οι οποίοι συνεργάζονται ευκολότερα, έχουν ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία τους και εμπιστεύονται τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών συμβάλλει στην αναγνώριση των προβλημάτων, των αναγκών και των τρόπων που ικανοποιούνται στην άντληση χρήσιμων πληροφοριών και στη βελτίωση της διαχείρισης των πόρων. «Η γνώμη του χρήστη αποτελεί τον ακριβέστερο δείκτη ποιότητας της φροντίδας από τα αντίστοιχα κριτήρια και πρότυπα της ποιότητας, που τίθεται εκ των προτέρων». Επομένως η στενή παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ενός καθημερινού και απλού συστήματος αποτελεί αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας. Η βιβλιογραφία εστιάζει ιδιαίτερα στην ικανοποίηση του ασθενή ως δυναμικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τις μονάδες υγείας. [33]

1.2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Τα τελευταία χρόνια, το διαρκώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας σε ένα περιβάλλον περιορισμένων διαθέσιμων πόρων όπου γίνεται επιτακτική η ανάγκη για την σωστή αξιοποίησή τους, το κλίμα του καταναλωτισμού, η τεχνολογική ανάπτυξη, και οι αυξημένες ανάγκες και απαιτήσεις του πληθυσμού, συνετέλεσαν στην ανάδειξη του ενδιαφέροντος για τους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών. Ως εκ τούτου έχει διενεργηθεί πληθώρα μελετών από τις οποίες φαίνεται ότι είναι πολλοί οι παράγοντες που την επηρεάζουν, οι οποίοι μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες:

- κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών,
- χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας.

Παράγοντες που ανήκουν στην πρώτη κατηγορία όπως επίπεδο εκπαίδευσης, ικανότητα συνεννόησης, πολιτιστικές αξίες, κοινωνική και οικονομική κατάσταση φαίνεται να ασκούν σημαντική επιρροή στην ικανοποίηση, ενώ σύμφωνα με τους Lorentzon et al., (1996) τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν σχετίζονται έντονα με την ικανοποίηση συγκρινόμενα με άλλους παράγοντες όπως οι παλαιότερες εμπειρίες από φροντίδα υγείας, λόγοι και αίτια αναζήτησης φροντίδας, προσδοκίες και ιδεολογίες για τον τρόπο που θα έπρεπε να λειτουργούν οι υπηρεσίες.[34] Αντίθετα ο Straser θεωρεί ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν σε υψηλό βαθμό την ικανοποίηση των ασθενών.[26]

Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας στις περισσότερες έρευνες εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης [35] ενώ έχουν μεγάλη ανοχή στην έκφραση της δυσαρέσκεια τους, λόγω αυξημένης εξάρτησης από τον γιατρό, όπως για παράδειγμα σε χρόνιες παθήσεις ή απλώς δεν θέλουν να προκαλέσουν την αυθεντία γιατρών και νοσηλευτών.[36]

Οι ασθενείς δε που πάσχουν από σοβαρότερες ασθένειες φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι. Όσον αφορά το φύλο δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί αν ασκεί θετική ή αρνητική επιρροή στην ικανοποίηση. Κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες επισκέπτονται πιο συχνά τους γιατρούς, νοσηλεύονται περισσότερο, και εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης συγκριτικά με τους άνδρες [37] Οι έγγαμοι ασθενείς δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με τους άγαμους. Επίσης όσο περισσότερο αυξάνει ο αριθμός των επισκέψεων λόγω χρονιότητας της ασθένειας ή της προτίμησης του ασθενή, τόσο επηρεάζεται θετικά και η ικανοποίηση.[38]

Η εκπαίδευση και το μορφωτικό επίπεδο δείχνει ότι επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με νεότερους ασθενείς υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Άτομα με υψηλότερο κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο υπάρχουν ενδείξεις ότι επισκέπτονται συχνότερα, είτε τα τακτικά ιατρεία λόγω ευκολότερης πρόσβασης στη γραμματεία ή στο ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων [38] είτε τα απογευματινά ιατρεία λόγω υψηλότερου εισοδήματος. Τα άτομα με

υψηλότερο εισόδημα μάλιστα που επισκέπτονται τακτικότερα ιδιώτες και απογευματινά εξωτερικά ιατρεία εκφράζουν και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν, ίσως και λόγω της αναπτυσσόμενη πελατειακής σχέσης με το γιατρό ο οποίος ενδιαφέρεται για την πιθανή δυσαρέσκεια τους. Ειδικότερα, η δυνατότητα επιλογής ιατρού σίγουρα αυξάνει τον βαθμό ικανοποίησης του ασθενή. [37]

Οι Hall και Dogan θεωρούν την κοινωνική θέση του ασθενή ως τον σημαντικότερο ίσως παράγοντα που παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, καθώς έρευνες έδειξαν ότι άτομα με υψηλότερο εισόδημα απολαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους λιγότερο προνομιούχους, ακόμη και μέσα στην ίδια υπηρεσία και εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις επισκέψεις τους στους ιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς των κατώτερων κοινωνικών τάξεων. Οι Khayat και Salter ενίσχυσαν την άποψη, της συσχέτισης μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της ικανοποίησης. [26]

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας η ευκολία πρόσβασης και η συνέχεια στη φροντίδα της παροχής υγείας και στην επικοινωνία, χωρίς συχνές ακυρώσεις στα ραντεβού και αλλαγές ιατρού, είναι παράγοντες στενά συνδεδεμένοι με την ικανοποίηση των ασθενών. Επιπλέον, η επικοινωνία των ασθενών με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, η διαπροσωπική τους σχέση, η ανθρωπιστική συμπεριφορά, η επάρκεια στην ενημέρωση, η αμεσότητα στην εξυπηρέτηση, η ευγένεια και η προθυμία, η αξιοπιστία στις διαδικασίες καθοδήγησης των ασθενών, φαίνεται ότι εκτιμώνται ιδιαίτερα και δημιουργούν αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης. [39]

Ο τρόπος οργάνωσης, ο συντονισμός των λειτουργιών της δομής και οι συνθήκες εργασίας του προσωπικού καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών. Η ανεπαρκής στελέχωση σε προσωπικό και η ανεπάρκεια εξοπλισμού των κέντρων φροντίδας στην περιφέρεια οδηγεί στην αύξηση της ζήτησης στα νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων με αποτέλεσμα να δημιουργούνται μεγάλες λίστες αναμονής γεγονός που αυξάνει την δυσαρέσκεια των ασθενών. [40] Η έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιστατικών, σε ένα Τμήμα Επειγόντων με εύρυθμη λειτουργία βελτιώνει την αξιοπιστία των υπηρεσιών. Αντίθετα, μετά από την πρώτη επίσκεψη η σύντομη επιστροφή για περαιτέρω διευκρινήσεις και εξετάσεις προκαλεί δυσαρέσκεια και παράταση του άγχους για την κατάσταση της υγείας τους. [39]

Εξίσου σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών παίζει η οργάνωση και η λειτουργία του οργανισμού. Συγκεκριμένα οι διαδικασίες εισαγωγής και εξόδου από το νοσοκομείο, η καλή ποιότητα των εγκαταστάσεων, η αξιοπρεπής διαμονή, η διαθεσιμότητα των κλινών, η καθαριότητα, η εύρυθμη επικοινωνία με τη γραμματεία, ο σωστός σχεδιασμός των κτηριακών εγκαταστάσεων που είναι ουσιαστικός για τη διακίνηση ανθρώπων και υλικών. Επίσης τα πρόσωπα που διοικούν πρέπει να διαθέτουν τις ανάλογες ικανότητες και την αποτελεσματικότητα που απαιτείται για τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσα από ένα πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας που μεταξύ άλλων θα προνοεί για τη συνεχή μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών.

1.2.3 Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Οι διαφορετικές απόψεις σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών οδηγούν όπως αναμένεται και στη δημιουργία διαφορετικών συστημάτων μέτρησης της ικανοποίησης. Αυτά που χρησιμοποιούνται συχνότερα στις διάφορες μελέτες είναι: [41]

Το σύστημα *DONABEDIAN*, όπου εξετάζεται η ικανοποίηση των ασθενών ως προς τη δομή του οργανισμού, τις διαδικασίες λειτουργίας και το αποτέλεσμα, δηλαδή τη διαφορά στην υγεία των ασθενών από τις παρεμβάσεις, συνυπολογίζοντας το κόστος που απαιτήθηκε.

Ο *COCHRANE* στο σύστημα που προτείνει για τη μέτρηση της ικανοποίησης, προβάλλει τρία κριτήρια: αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και ισότητα (ισότιμη πρόσβαση) στη θεραπεία.

Το σύστημα *SERVOU AUSERVISE QUALITY*, αναπτύχθηκε από τον Parassuraman et al και διερευνά την απόκλιση μεταξύ των προσδοκιών του ασθενή και της ποιότητας που πραγματικά λαμβάνει εξεταζόμενη ως προς δέκα χαρακτηριστικά: απτότητα και πρόσβαση υπηρεσιών, επικοινωνία, ικανότητες, ευγένεια και ανταπόκριση του προσωπικού, κατανόηση των προβλημάτων, αξιοπιστία, ασφάλεια, εγκυρότητα. Στο “*SERVQUAL*” μια σειρά ερωτήσεων με τρεις υπό ερωτήσεις διατυπώνονται έτσι ώστε να διερευνάται η άποψη των ασθενών σχετικά με τις προσδοκίες, την σημαντικότητα και την πραγματικότητα για τις υπηρεσίες.[42]

Με ανάλογο τρόπο θεωρώντας δέκα χαρακτηριστικά διερευνάται η ικανοποίηση των ασθενών και στο σύστημα *LINDER –PELZ*: ευκολία στην πρόσβαση, συμπεριφορά και ικανότητα του προσωπικού, χορήγηση και λήψη πληροφοριών, αποτελεσματικότητα και συνέχεια στη φροντίδα, διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, ικανοποίηση από το περιβάλλον, χρηματοδότηση και κόστος. Πιο κοντά στο σύστημα *LINDER-PELZ*, θεωρείται και η μέτρηση της ικανοποίησης στην παρούσα έρευνα δεδομένου ότι εφαρμόζεται σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Αξιολογώντας με γενικής φύσης ερωτήσεις τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών είναι δύσκολο να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα ώστε να είναι εφικτή και η μετέπειτα αξιοποίηση των αποτελεσμάτων. Ως εκ τούτου υποστηρίζεται από ερευνητές ότι είναι προσφορότερη η μέτρηση σε συγκεκριμένους τομείς των υπηρεσιών. [36]

Διερευνώντας λοιπόν την ικανοποίηση από τη πλευρά των ασθενών και του περιβάλλοντός τους διαπιστώνεται ότι πέρα από κάποιες επιφυλάξεις που εκφράζουν σχετικά με τον τρόπο διεξαγωγής των ερευνών έχουν ως επί το πλείστον θετική στάση θεωρώντας ότι οι υπηρεσίες που απολαμβάνουν βελτιώνονται μέσα από τέτοιες διαδικασίες. Αντίθετα οι πάροχοι των υπηρεσιών, γιατροί και νοσηλευτές, δεν είναι συνήθως θετικοί διότι θεωρούν ότι χρεώνονται προβλήματα για τα οποία δεν ευθύνονται όπως η έλλειψη προσωπικού, ή είναι εκτός των αρμοδιοτήτων τους, είτε ελέγχεται η συμπεριφορά τους έναντι των ασθενών, είτε τέλος θεωρούν ότι αξιολογείται η επιστημονική τους επάρκεια και μάλιστα από μη ειδικούς.[43]

Ενώ από την πλευρά της διοίκησης η στάση είναι μάλλον αρνητική σε τέτοιες έρευνες θεωρώντας τα όποια προβλήματα ως αποτέλεσμα των περιορισμένων πόρων, υλικών και ανθρώπινου δυναμικού που οφείλεται στις κεντρικές πολιτικές για την υγεία. Επίσης θεωρείται ότι τα τυχόν αρνητικά αποτελέσματα στις έρευνες δημιουργούν εντυπώσεις και αρνητικά αισθήματα στο προσωπικό, τους ασθενείς και το περιβάλλον τους που δημιουργεί δυσχέρειες στη λειτουργία της υπηρεσίας και ενδεχομένως μπορεί να αποκαλύψουν ελλείψεις στην οργάνωση και τη διαχείριση, προβλήματα στη συμπεριφορά του προσωπικού και στην επαγγελματική του επάρκεια. Πέρα όμως από τις όποιες επιφυλάξεις οι διάφορες μελέτες έχουν καταδείξει για την σκοπιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών ότι μπορεί να βελτιώσει την παραγωγικότητα του προσωπικού, την ποιότητα των υπηρεσιών και την πρόοδο των ασθενών ως δέκτες των υπηρεσιών αυτών ενθαρρύνοντας την ενεργό συμμετοχή τους. [43]

Διάφοροι μέθοδοι χρησιμοποιούνται για τη συλλογή πρωτογενών στοιχείων (π.χ. παρατήρηση, πειράματα, ερωτηματολόγια). Η επιλογή εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του προβλήματος που μελετάται, τη διαθεσιμότητα των οικονομικών πόρων, την εμπειρία και την κατάρτιση των ερευνητών. Η ευχερέστερη μέθοδος για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας είναι τα ερωτηματολόγια με τα οποία μπορεί να διερευνηθεί η γνώμη των ασθενών αλλά και να σχεδιαστούν κατάλληλα ώστε να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για την ποιότητα των υπηρεσιών σε όποιους τομείς κρίνεται απαραίτητο από την μελέτη. [44]

Η ικανοποίηση των ασθενών όπως αυτή διερευνάται από τα ερωτηματολόγια οφείλει να είναι ο σκοπός της υγειονομικής φροντίδας και όχι απλά ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας διότι έχει βρεθεί ότι αποφέρει θετικά αποτελέσματα ακόμη και στο χρόνο νοσηλείας των ασθενών ο οποίος σύμφωνα με τις μελέτες γίνεται βραχύτερος. Πέρα όμως από τα οφέλη υγειονομικά και ψυχολογικά από την ικανοποίηση των ασθενών, η ενσωμάτωση σε ένα σταθερό σύστημα των μετρήσεων από τις διοικήσεις των οργανισμών προσφέρει αξιόπιστα στοιχεία για την αξιολόγηση του προσωπικού με βάση αντικειμενικά κριτήρια, προτείνει μια εναλλακτική αντίληψη περί κριτηρίων αποδοτικότητας, αυξάνει την υπευθυνότητα του προσωπικού και το κατευθύνει να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του. [36]

1.3 Εθνικό Σύστημα Υγείας και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

1.3.1 Ιστορική αναδρομή

Το 1978 (Άλμα-Άτα) καθιερώθηκε η ΠΦΥ, η οποία αποτέλεσε τον ακρογωνιαίο λίθο για τη βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών, με τη θεμελίωση πολιτικών για την προώθηση της υγείας.[18] Η κύρια μονάδα παροχής ΠΦΥ είναι τα Κέντρα Υγείας, τα οποία αποτελούν και το πρώτο στάδιο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας. Έως τις αρχές της δεκαετίας του '80 δεν φαίνεται να υπάρχει στην Ελλάδα ένα ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας με αποτέλεσμα το έργο αυτό να έχουν επωμισθεί οι ιδιώτες ιατροί, τα ιατρεία και πολυιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Με την ψήφιση του Ν.1397 του 1983 για το ΕΣΥ προβλέπεται η ανάπτυξη συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) με τη λειτουργία Κέντρων Υγείας (Κ.Υ.) και Περιφερειακών Ιατρείων (Π.Ι.) τα οποία αναπτύχθηκαν με ορθολογική χωροταξική κατανομή, καλή πυκνότητα ιατρικού δυναμικού, και ικανοποιητικού επιπέδου τεχνολογία, αλλά και μία πρώτη απόπειρα για την καθιέρωση του οικογενειακού ιατρού. Σχεδόν 10 χρόνια μετά με το Ν.2071 γίνεται προσπάθεια να διευρυνθεί η έννοια της ΠΦΥ με τη λειτουργία «Υγειονομικών Σταθμών», την κατ' οίκον φροντίδα και τη λειτουργία κινητών μονάδων φροντίδας και πρόληψης. Στη συνέχεια με το Ν.2519/97 επιχειρείται με τη σύμβαση δύο η περισσότερων φορέων ΠΦΥ η ανάπτυξη των ΔΠΦΥ (Δίκτυα ΠΦΥ), ενώ ο Ν.3235/04 καθιερώνει τη λειτουργία των ΚΥ των οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, την τομεοποίηση της ΠΦΥ και μια νέα απόπειρα να προσδιορισθεί ο ρόλος του οικογενειακού αλλά και του προσωπικού ιατρού, ενώ για πρώτη φορά αναγνωρίζεται η ανάγκη καθιέρωσης του ηλεκτρικού φακέλου του ασθενή.[45]

Το σύστημα υγείας με τον τρόπο που αναπτύχθηκε αποτέλεσε ένα υβρίδιο μεταξύ συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck) και Εθνικού συστήματος υγείας (μοντέλο Beveridge), όπου οι κύριοι χρηματοδότες των υπηρεσιών είναι ο κρατικός προϋπολογισμός και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης, με σταδιακή αποκατάσταση χρηματοδοτικά μετά το '80 της κοινωνικής ασφάλισης από την κρατική. [40] Ένα μικρό ποσοστό νοσοκομειακών υπηρεσιών καλύπτουν οι ιδιωτικές ασφάλειες, ενώ το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι πολύ υψηλό (+30%) και ακόμη μετά την ίδρυση του ΕΣΥ συνεχίζει να έχει αυξητική τάση μεγαλύτερη τα τελευταία χρόνια. Αυτό χαρακτηρίστηκε και ως «Ελληνικό παράδοξο» διότι παρά τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος που διαπιστώνεται με στατιστικούς όρους, η αποδοτικότητα είναι σχετικά χαμηλή με υψηλό ποσοστό του ΑΕΠ όπου ενώ τη δεκαετία του '70 οι ιδιωτικές δαπάνες είναι περίπου ίσες με τις δημόσιες, 20 χρόνια μετά οι δημόσιες δαπάνες διπλασιάζονται ενώ αυξάνονται λίγο και οι ιδιωτικές. Ως εκ τούτου, από τα χρόνια του '70 παρατηρείται σημαντική

ανάπτυξη στον τομέα της υγείας με αύξηση του προσωπικού από 1,5% σε 3,5% και μείωση στον αριθμό των ιδιωτικών κρεβατιών στα χρόνια που ακολούθησαν.[14]

Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ προέβλεπε ως βασικές αρχές την ισότητα στην πρόσβαση για όλους, θεωρώντας την υγεία ως κοινωνικό αγαθό, την ενεργό συμμετοχή του πολίτη, την αποκέντρωση με ισότιμη κατανομή των πόρων και αποκλειστική ευθύνη του κράτους. Οι κύριοι στόχοι ήταν η αύξηση των δημόσιων πόρων υγείας, η διοικητική ανασυγκρότηση του συστήματος με την αποκέντρωση και την δημιουργία δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας την παράλληλη αναβάθμιση των νοσοκομείων με αύξηση του προσωπικού, και τον έλεγχο στον ιδιωτικό τομέα. [40]

Ως προς τη δομή του το σύστημα σχεδιάστηκε ώστε να λειτουργεί ιδανικά με το λεγόμενο «πυραμιδικό μοντέλο» στη βάση του οποίου βρίσκεται η ΠΦΥ, σε δευτεροβάθμιο επίπεδο η νοσοκομειακή περίθαλψη και σε τριτοβάθμιο επίπεδο τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Η εύρυθμη λειτουργία της πυραμίδας επιτυγχάνεται με το ρόλο της ΠΦΥ ως «θυρωρού» (Gatekeeper), που διευκολύνει την πρόσβαση στο σύστημα αλλά ελέγχει και την ροή μειώνοντας την άσκοπη ζήτηση υπηρεσιών. Δυστυχώς από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ και για 30 και πλέον χρόνια παρά τα δεκάδες νομοθετήματα που μεσολάβησαν με τα οποία επιχειρήθηκε πληθώρα θεσμικών, δομικών και λειτουργικών βελτιώσεων, το σύστημα εξακολουθεί και σήμερα να θεωρείται αναξιόπιστο και αναποτελεσματικό. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού παρέμεινε στα χαρτιά των αλληπάλληλων νομοθετημάτων και η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας δεν οδήγησε στην αναμενόμενη βελτίωση ποιοτική και ποσοτική των παρεχόμενων υπηρεσιών με αποτέλεσμα η χώρα μας να είναι μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τη χαμηλότερη ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας. (Ευρωβαρόμετρο 2002)

1.3.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σήμερα

Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, φέρνοντας την υγειονομική περίθαλψη όσο το δυνατόν πλησιέστερα στο σημείο όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται, ενώ αφορά τις πρώτες υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε ένα ενιαίο και συνεχόμενο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Στόχος της ΠΦΥ είναι: Η πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση, με γενικό σκοπό την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Ισότητα πρόσβασης (accessibility). Ισότητα διαθεσιμότητας (availability). Η εξασφάλιση και ο συντονισμός της συνέχειας (continuity) της φροντίδας των αρρώστων σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας.[18]

Ο Ν.3235 του 2004 στα άρθρα 1&2 ορίζει για την έννοια της ΠΦΥ στην Ελλάδα: «Ως ΠΦΥ, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων

υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η ΠΦΥ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγείας της χώρας υπηρετώντας τους γενικούς και ειδικούς στόχους του». Ο Ν. 4238/2014, άρθρα 1&2 όρισε τα χαρακτηριστικά της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ από τις Δημόσιες δομές του Π.Ε.Δ.Υ: «Όλες οι υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Η εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, η εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου και η προαγωγή υγείας. Η παροχή πρώτων βοηθειών. Η παραπομπή, στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα. Η τακτική παρακολούθηση και η διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα. Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας υγείας, καθώς και οι υπηρεσίες αποκατάστασης. Η πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα.»

Στο πρόσφατο παρελθόν συγκροτήθηκαν δύο Επιτροπές γνωμοδότησης, για επικείμενες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της ΠΦΥ. Η πρώτη Επιτροπή συγκροτήθηκε το 2012, στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας *Υγεία εν Δράσει*, με πρόεδρό της τον κ. Παύλο Θεοδωράκη, [46] και η δεύτερη επιτροπή, το 2013, με συντονιστή της τον κ. Κυριάκο Σουλιώτη.[47]

Στην τελευταία πρόταση της «Ομάδας Εργασίας για την ΠΦΥ», (Μπένος Α και συν, 2015) γίνεται λόγος για δημιουργία ενός Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ, όπου το κέντρο παροχής των υπηρεσιών μεταφέρεται, από τις Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ και τα ΚΥ, δίπλα στον πολίτη.[48]

Η πρώτη σημαντική τομή της ΠΦΥ στη χώρα μας έγινε με το Νόμο 1397/83, για το ΕΣΥ. Οι σημαντικές καινοτομίες του εφαρμόστηκαν μερικώς και μόνον στις αγροτικές περιοχές με την δημιουργία των ΚΥ και των ΠΙ, ενώ στις αστικές περιοχές την παροχή της φροντίδας ανέλαβαν το ΙΚΑ και οι ιδιώτες. Οι υπηρεσίες υγείας αναπτύχθηκαν περιστασιακά, δίχως την κατάλληλη προετοιμασία, με αποτέλεσμα η ουσιαστική ΠΦΥ, που παρέχεται από τον οικογενειακό γιατρό (γενικό γιατρό, παθολόγο, παιδίατρο) να υποκαθίσταται από την λεγόμενη «Περιπατητική Φροντίδα», τις υπηρεσίες δηλαδή από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. [47] Παρά τις επιμέρους και κατά καιρούς προσπάθειες όπως π.χ. με το νόμο 3235/2004 που εισήγαγε την περιφερειακή συγκρότηση - ΠΕΣΥ, κύρια χαρακτηριστικά των υπηρεσιών αυτών παραμένουν μέχρι σήμερα η (συνταγογραφική, κυρίως) διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, η αναποτελεσματική και νοσοκομειοκεντρική λειτουργία τους, η αλόγιστη ποικιλία εργασιακών σχέσεων, η διατήρηση του πελατειακού και μερικώς ιδιωτικοποιημένου συστήματος, η αποσπασματική λειτουργία, η συντήρηση προκλητής ζήτησης υπηρεσιών με αποτέλεσμα τη σπατάλη πόρων και λειτουργιών. Η πρόληψη, η προαγωγή υγείας και η αποκατάσταση απουσιάζουν από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. [48] Η εφαρμογή τα τελευταία χρόνια πολιτικών λιτότητας, απορρύθμισης και υποχρηματοδότησης του δημόσιου συστήματος υγείας, με την παράλληλη χρηματοδότηση του ιδιωτικού τομέα από δημόσιους πόρους, οδήγησαν στην

αποδιάρθρωση του δημόσιου συστήματος και την εκρηκτική ανάπτυξη των ιδιωτικών δομών. Η ανθρωπιστική κρίση που δημιούργησε η πολιτική αυτή, έχει γιγαντώσει τις ανάγκες του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας. [46]

Μετά το νόμο του 1983 ακολούθησαν αρκετές προτάσεις και νομοσχέδια με διαπιστώσεις και ευχολόγια που αναμασούσαν τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται παραπάνω τα οποία όφειλε να είχε το υπό σχεδίαση σύστημα της ΠΦΥ. Στα χρόνια της κρίσης έγινε αρχικά προσπάθεια για τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος παροχής υπηρεσιών, του ΕΟΠΥΥ και στη συνέχεια η μετατροπή του αποκλειστικά σε αγοραστή και όχι πάροχο υπηρεσιών, με τη δημιουργία του ΠΕΔΥ που περιλαμβάνει όλες τις δομές ΠΦΥ, τόσο στην περιφέρεια όσο και στα αστικά κέντρα (πρώην ΙΚΑ). Παρ' όλα αυτά η υλοποίηση του νομοσχεδίου μετά την εισήγηση της ομάδας του κ. Σουλιώτη και συν.[47] προωθήθηκε έως την διάλυση του πρώην ΙΚΑ και την μνημονιακή απαίτηση της συμπλήρωσης στη λίστα των απολυμένων με ορισμένο αριθμό γιατρών. Ουδέποτε προχώρησε η προβλεπόμενη από το νομοσχέδιο επάνδρωση του ΠΕΔΥ στις πόλεις, η σύμβαση με ιδιώτες, ο θεσμός οικογενειακού ιατρού κλπ. Είναι γεγονός ότι υπάρχει μία χαρακτηριστική ανακολουθία μεταξύ της μεταρρυθμιστικής νομοθεσίας για την ΠΦΥ και της πρακτικής τους εφαρμογής.

Στο νομοσχέδιο που προωθεί η παρούσα κυβέρνηση, μετά την εισήγηση της ομάδας του κ. Μπένου,[48] προβλέπει ότι το κέντρο παροχής των υπηρεσιών μεταφέρεται δίπλα στον πολίτη, στη Μονάδα Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς. Ο σχεδιασμός είναι προς την σωστή κατεύθυνση αλλά οι συγκεκριμένες μονάδες προβλέπεται να είναι δυσλειτουργικές με μεγάλο κόστος (2-3 γιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για 5000 πολίτες, 2 βάρδιες, νοσηλευτικό προσωπικό, γραμματεία, κλπ). Με την παρούσα οικονομική κατάσταση το πιθανότερο είναι να δημιουργηθούν πιλοτικά μερικές τέτοιες δομές στα μεγάλα αστικά κέντρα οι οποίες το μόνο που θα προσφέρουν είναι επιχειρήματα στον εκάστοτε υπουργό στις επερωτήσεις περί ανυπαρξίας της ΠΦΥ.

Η λειτουργία της ΠΦΥ μέσα από τις προτάσεις της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής. [49]

Όλα τα επιτυχημένα συστήματα υγείας όχι μόνο βασίζονται στην ΠΦΥ αλλά και την εφαρμόζουν με κύριο εργαλείο τον Γενικό/Οικογενειακό γιατρό. Προβλέπουν δε μεθόδους αποζημίωσης που συνδυάζουν την αξία στη φροντίδα (P4P, Value Based), με την παραδοσιακή «κατά κεφαλήν» (per capita) αμοιβή. Έτσι αντιμετωπίζεται η τραγελαφική κατάσταση της αποζημίωσης κατά πράξη και περίπτωση όπου τα 200 ραντεβού των συμβεβλημένων ιατρών εξαντλούνται τις πρώτες 2-3 ημέρες κάθε μήνα.

Σε κάθε χώρα με οργανωμένο σύστημα οι εκπρόσωποι των ΓΙ βρίσκονται σε μόνιμη επαφή με τον Υπουργό, ο οποίος δεν διανοείται ποτέ να προβεί εν αγνοία τους σε καμιά ενέργεια αναφορικά με την

ΠΦΥ. Στη χώρα μας ο μεγάλος αριθμός των γιατρών άλλων ειδικοτήτων οδήγησε σ' αυτό που ονομάστηκε «Νοσοκομειοκεντρισμός» και ουσιαστικά κατέστρεψε το ΕΣΥ από την αρχή του.

Οι Οικογενειακοί γιατροί που απαιτούνται για ολοκληρωτική εφαρμογή ενός συστήματος ΠΦΥ είναι 6.500 μαζί με τους Παιδιάτρους. Είναι σαφές ότι θα πρέπει να συνυπάρξουν οι ΓΙ, τουλάχιστον στην αρχική φάση υλοποίησης του προγράμματος με Παθολόγους ή και άλλες ειδικότητες του παθολογικού τομέα που επιθυμούν να παρέχουν πρωτοβάθμιο έργο ως οικογενειακοί ιατροί εφόσον εκπαιδευτούν στους λοιπούς τομείς σε ετήσιο πρόγραμμα “on the job training”.

Όλες οι μονάδες του ΠΕΔΥ (ΚΥ και τ. ΙΚΑ) συνδέονται με δορυφόρα Ιατρεία Οικογενειακών γιατρών, οι οποίοι θα διαθέτουν ο καθένας λίστα ατόμων που δεν θα ξεπερνούν τους 2.000. Οι Οικογενειακοί γιατροί θα έχουν δικαίωμα παραπομπής στην Δευτεροβάθμια Περίθαλψη σε εργαστήρια και Ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Η κατάρτιση της λίστας των Οικογενειακών γιατρών θα γίνεται με ανάρτηση των ονομάτων τους στις αντίστοιχες μονάδες ΠΕΔΥ και θα καλούνται οι πολίτες να επιλέξουν (ή να αλλάξουν) κάποιον από αυτούς. Οι Οικογενειακοί γιατροί θα είναι πλήρους (8ώρες) αλλά όχι αποκλειστικής απασχόλησης και δεν θα είναι μόνιμοι αλλά θα υπογράφουν συμβόλαιο με το Υπουργείο. Θα μπορούν να δέχονται ιδιωτικά ασθενείς αλλά όχι στο προκαθορισμένο δωρό τους, επί ποινή απόλυσης. Οι πολίτες κατά την στιγμή της επιλογής του Οικογενειακού τους Ιατρού θα καταβάλλουν κατ' έτος «παράβολο επιλογής» (π.χ. 30 ευρώ).

Με αυτό τον τρόπο το στήσιμο του Ιατρείου επιβαρύνει τον Ιδιώτη ουσιαστικά γιατρό που θέλει να συμβληθεί, και ωθεί τον ίδιο να αναζητήσει την γειτονιά που δεν έχει κάλυψη. Έτσι μπορεί να δημιουργηθεί με πολύ μικρότερο κόστος, από τα σχεδιαζόμενα στο παρόν νομοσχέδιο, ένα δίκτυο πρωτοβάθμιων ιατρείων για πρώτη φορά στη χώρα μας κατά το παράδειγμα άλλων Ευρωπαϊκών χωρών όπου λειτουργεί εδώ και δεκαετίες.

1.4 Το Κέντρο Υγείας Ελευθερούπολης.

Βρίσκεται στην πρωτεύουσα του δήμου Παγγαίου στο δυτικό τμήμα του νομού Καβάλας. Ανήκει στην 4^η ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης. Έχει στην ευθύνη του 13 Περιφεριακά Ιατρεία (Π.Ι.) και καλύπτει πάνω από 40 χιλιάδες κατοίκους οι οποίοι την καλοκαιρινή περίοδο υπερδιπλασιάζονται. Διαθέτει 20 Γενικούς Ιατρούς (5 στο Κ.Υ. και 15 στα Π.Ι.) και ένα Αγροτικό Ιατρό στο πλοίο της γραμμής Καβάλα-Νησιά Β.Αιγαίου.. Διαθέτει επίσης 17 νοσηλεύτριες, δύο μαίες, και μια επισκέπτρια υγείας.

Ιατρεία-Εργαστήρια: Στο ΚΥ λειτουργούν στο καθημερινό ωράριο 2-3 Ιατρεία Γενικής Ιατρικής και σε 24ωρη βάση τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Διαβητολογικό Ιατρείο μία φορά την εβδομάδα από Παθολόγο-Διαβητολόγο του ΚΥ αποσπασμένη στο ΓΝ Καβάλας.

Παιδιατρικό Ιατρείο μια φορά την εβδομάδα από παιδίατρο του ΚΥ αποσπασμένο στο ΓΝ Καβάλας.
Μαιευτικό Γυναικολογικό Ιατρείο υπεύθυνο και για τον προσυμπτωματικό έλεγχο (test pap) δύο φορές το μήνα με Ιατρό του ΓΝ Καβάλας.

Ακτινολογικό εργαστήριο που λειτουργεί καθημερινά με τεχνικό εργαστηρίων. Ο Ιατρός Ακτινολόγος που ανήκει στο ΚΥ το επισκέπτεται μια φορά την εβδομάδα διότι καλύπτει το νοσοκομείο.

Μικροβιολογικό εργαστήριο με 2 τεχνικούς στο καθημερινό ωράριο. Μετά την συνταξιοδότηση της Ιατρού Μικροβιολόγου και παρά τις προσπάθειες δεν έχει πληρωθεί η θέση τα τελευταία χρόνια.

Τμήμα εμβολιασμών παιδιών-ενηλίκων.

Ένα Οδοντιατρείο το οποίο λειτουργεί με τη φιλότιμη προσπάθεια της Οδοντιάτρου σε περίοδο τραγικής έλλειψης υλικών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το ΚΥ συστέγαζε δομές του πρώην ΙΚΑ με καθημερινά ιατρεία παθολόγου καρδιολόγου και παιδίατρου οι οποίοι μετά τη διάλυση του οργανισμού επέλεξαν τα ιδιωτικά τους ιατρεία. Επίσης ενώ προ της κρίσης επισκεπτόταν από το νοσοκομείο το ΚΥ σε εβδομαδιαία βάση δερματολόγος και οφθαλμίατρος σήμερα δύο επιπλέον γενικοί ιατροί του ΚΥ εργάζονται σε τμήματα του νοσοκομείου.

Προσωπικό-δραστηριότητες: Το ΚΥ διαθέτει 3 διοικητικούς υπαλλήλους, και 6 πλήρωμα ασθενοφόρου (δύο αποσπασμένοι) που εξυπηρετούν την πρωινή βάρδια και κάποια απογεύματα την εβδομάδα για την κάλυψη ενός από τους μεγαλύτερους σε έκταση δήμους της χώρας, 60 χιλιομέτρων Εγνατίας οδού και παραλιακής ζώνης. Προ κρίσης η κάλυψη ήταν 24ωρη.

Το 2015 οργανώθηκαν προγράμματα ενημέρωσης στην κοινότητα (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα παρουσιάσεις σε σχολεία, ομιλίες για την υπέρταση και την άνοια σε δημοτικά διαμερίσματα). Επίσης λειτουργεί πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας σε συνεργασία με το δήμο και το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι.

Το ΚΥ ανήκει στο Σύστημα Παρατηρητών Νοσηρότητας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΚΕΕΛΠΝΟ. Επίσης εκπαιδεύει ειδικευόμενους Ιατρούς Γενικής Ιατρικής, Αγροτικούς Ιατρούς και προπτυχιακούς φοιτητές Ιατρικής του ΑΠΘ στο μάθημα της Π.Φ.Υ.

Στατιστικά στοιχεία 2015 (κατά προσέγγιση): Τακτικά περιστατικά: 25.000. Συνταγογράφηση: 10.000. Εργαστηριακές εξετάσεις: 14.000. Ακτινογραφίες: 6.000. Εμβολισμοί εκτός της γρίπης: 2000. Επείγοντα περιστατικά: 6500, βραχεία νοσηλεία 2000, διακομιδές 1000.

2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών από τις υπηρεσίες και την υποδομή του Κέντρου Υγείας Ελευθερούπολης Καβάλας καθώς επίσης και η διερεύνηση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών τους που σχετίζονται και επηρεάζουν την ικανοποίησή τους από το Κέντρο Υγείας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν ήταν τα κάτωθι:

- Ποια είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών από τις υπηρεσίες και την υποδομή του Κέντρου Υγείας Ελευθερούπολης;
- Ποια είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά (δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά) των ασθενών-χρηστών που πιθανόν σχετίζονται και επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησή τους από το Κέντρο Υγείας Ελευθερούπολης;

Η έρευνα αναμένεται να αναδείξει τα προβλήματα και τις ελλείψεις του Κέντρου Υγείας και να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα, τόσο για τη λειτουργία του Κέντρου Υγείας όσο και για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στην ΠΦΥ, ώστε να αποτελέσουν τον οδηγό για το σχεδιασμό μέτρων βελτίωσης και αναβάθμισης των υπηρεσιών της.

2.2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχέδιο έρευνας

Η παρούσα μελέτη ανήκει στις Περιγραφικές μελέτες συσχέτισης και ειδικότερα ο σχεδιασμός της ήταν Συγχρονικού τύπου.

Δείγμα της έρευνας

Τον Μελετώμενο Πληθυσμό αποτελούν οι ασθενείς – χρήστες που προσέρχονται στα Ιατρεία του Κέντρου Υγείας Ελευθερούπολης της Καβάλας. Το Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 200 ασθενείς – χρήστες που προσήλθαν στα Ιατρεία του Κέντρου Υγείας, ηλικίας άνω των 18 ετών και με επαρκή γνώση της Ελληνικής γλώσσας. Για την επιλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε μη τυχαία δειγματοληψία (μη πιθανότητας) και συγκεκριμένα εφαρμόστηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας.

Μέθοδος διενέργειας της έρευνας

Για την συλλογή των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικό, πλήρως δομημένο με απαντήσεις κλειστού τύπου ερωτηματολόγιο, μέσω προσωπικής συνέντευξης, ή αυτοσυμπληρούμενο, σχετικά με την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των επισκεπτών στα Ιατρεία του Κέντρου Υγείας (*Παράρτημα*). Το ερωτηματολόγιο δόθηκε στους ασθενείς – χρήστες και μετά από τις απαραίτητες διευκρινήσεις, συμπληρώθηκε στο χώρο του Κέντρου Υγείας Η συμπλήρωσή του δεν ξεπερνούσε κατά μέσο όρο τα 10 λεπτά. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ανώνυμη, διασφαλίζοντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Η όλη διαδικασία συλλογής των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τους μήνες Αύγουστο και Σεπτέμβριο του 2016. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε δύο μέρη.

Το πρώτο μέρος απαρτιζόταν από ερωτήσεις για τα ατομικά χαρακτηριστικά, δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά, του δείγματος. Ειδικότερα οι ερωτήσεις του κατέγραφαν την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την κατάσταση εργασίας, το μηνιαίο εισόδημα, την χιλιομετρική απόσταση από το Κέντρο Υγείας, την συχνότητα επισκέψεων στο Κέντρο Υγείας και την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας.

Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης της Ικανοποίησης των Επισκεπτών στα Ιατρεία του Κέντρου Υγείας. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε από τους Αλετρά Β., Ζαχαράκη Φ. και Νιάκα Δ. και αφορούσε έρευνα ικανοποίησης ασθενών σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου (*Αλετράς Β. και συν., 2007*). Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην Ελλάδα, σε διάφορες έρευνες ικανοποίησης ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία (τακτικά και απογευματινά) Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας. Παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων.

Το Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της Ικανοποίησης περιλαμβάνει συνολικά 46 ερωτήσεις, οι οποίες επιμερίζονται σε τέτοια σειρά ώστε να περιγράφεται η πορεία των ασθενών και οι διαδικασίες που ακολουθούνται στα ιατρεία. Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε 7 κατηγορίες που αφορούν: α) το κλείσιμο του ραντεβού [6], β) την άφιξη στα εξωτερικά ιατρεία [5], γ) την αναμονή για εξέταση [8], δ) το ιατρείο και την ιατρική εξέταση [13], ε) τις εργαστηριακές εξετάσεις [10], στ) την αναχώρηση από τα εξωτερικά ιατρεία [3] και ζ) τη γενική εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών [1].

Από τις 46 ερωτήσεις οι 37 ερωτήσεις αναφέρονται στην μέτρηση της άποψης σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης και οι απαντήσεις δίνονται σε πεντάβαθμη κλίμακα έντασης, τύπου Likert με την εξής διαβάθμιση: 1=Συμφωνώ απόλυτα, 2=Συμφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος, 4=Διαφωνώ, 5=Διαφωνώ πλήρως. Επίσης υπήρχε και εναλλακτική απάντηση δεν ξέρω / δεν απαντώ

(missing value). Σε 18 ερωτήσεις η βαθμολόγηση γίνεται αντίστροφα (reverse scoring), ούτως ώστε όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολόγηση τόσο υψηλότερος είναι ο βαθμός της αξιολογούμενης ικανοποίησης. Επίσης η δομή του ερωτηματολογίου ήταν τέτοια ώστε να εναλλάσσονται θετικές και αρνητικές διατυπωμένες ερωτήσεις, γεγονός που συμβάλλει στην αποφυγή σφάλματος θετικής μεροληψίας, φαινόμενο συχνό στις κλίμακες ικανοποίησης. Τέλος υπήρχαν 4 ερωτήσεις ταξινόμησης σχετικά με το χρόνο αναμονής, διάρκειας εξέτασης κ.α., 3 ερωτήσεις διχοτομικού τύπου ναι / όχι που αποτελούσαν «φίλτρα» για τις επόμενες και 2 ερωτήσεις σχετικά με τρόπο κλεισίματος του ραντεβού και το μέσον προσέλευσης στο Κέντρο Υγείας.

Σύμφωνα με την στάθμιση των κατασκευαστών του Ερωτηματολογίου (*Αλετράς Β. και συν., 2007*) από τις ερωτήσεις ικανοποίησης τύπου Likert προκύπτουν τέσσερις ομαδοποιήσεις ερωτήσεων (αθροιστικές ερωτήσεις ή Υποκλίμακες): α) Ιατρικό προσωπικό, β) Νοσηλευτικό προσωπικό, γ) Χρόνος ραντεβού και δ) Περιβάλλον. Η τέταρτη Υποκλίμακα στη στάθμιση είχε εξαιρεθεί επειδή παρουσίαζε μικρή εσωτερική συνοχή των ερωτήσεων (χαμηλός συντελεστής Cronbach's Alpha). Κάθε Υποκλίμακα είναι ανεξάρτητη από την άλλη και η μέτρηση γίνεται ξεχωριστά για την κάθε μία, προσθέτοντας τη βαθμολογία των επιμέρους ερωτήσεων (αθροιστικό σκορ). Πέραν του εξαγόμενου σκορ κάθε Υποκλίμακας, στην παρούσα έρευνα υπολογίστηκε και ένα συνολικό σκορ με την άθροιση των περισσότερων επιμέρους ερωτήσεων τύπου Likert για την αξιολόγηση του βαθμού Συνολικής Ικανοποίησης.

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS version 19.0 for Windows και περιελάμβανε την περιγραφική και επαγωγική ανάλυση.

Οι απαντήσεις όλων των ερωτήσεων περιγράφονται με την απόλυτη και σχετική % κατανομή των συχνοτήτων. Επίσης εκτιμήθηκαν η μέση τιμή, η σταθερή απόκλιση καθώς και το εύρος των ποσοτικών μεταβλητών. Για την ανεύρεση πιθανών συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-test μεταξύ δύο ομάδων και η ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (one-way ANOVA) μεταξύ περισσότερων ομάδων καθώς επίσης και ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών. Τα σκορ (score) της Κλίμακας Ικανοποίησης (Συνολικό και Υποκλιμάκων) χρησιμοποιήθηκαν ως μέτρα έκβασης (outcome) των μελετώμενων σχέσεων. Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και το αποδεκτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 5%.

2.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών - χρηστών

Πίνακας 1: Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας (n=200).

Χαρακτηριστικά	n	%
Φύλο		
- Άνδρας	85	42,5%
- Γυναίκα	115	57,5%
Ηλικία (έτη)		
- 18-44	67	33,5%
- 45-64	73	36,5%
- ≥65	60	30,0%
Οικογενειακή κατάσταση		
- Άγαμος/η	39	19,5%
- Έγγαμος/η	142	71,0%
- Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	19	9,5%
Επίπεδο εκπαίδευσης		
- Πρωτοβάθμια	69	34,5%
- Δευτεροβάθμια	85	42,5%
- Τριτοβάθμια	46	23,0%
Εργασιακή κατάσταση		
- Συνταξιούχος/α	56	28,0%
- Εργαζόμενος/η (μόνιμα, εποχικά)	123	61,5%
- Άνεργος/η	21	10,5%
Μηνιαίο εισόδημα (€)		
- <400	62	31,0%
- 400-800	71	35,5%
- 800-1200	44	22,0%
- >1200	23	11,5%

Απόσταση από το Κ.Υ. (km)

- <5	41	20,5%
- 5-15	53	26,5%
- 15-25	60	30,0%
- 25-35	27	13,5%
- >35	19	9,5%

Συχνότητα επισκέψεων στο Κ.Υ. το τελευταίο έτος

- 0	47	23,5%
- 1-2	71	35,5%
- 3-4	47	23,5%
- ≥5	35	17,5%

Αυτοαξιολόγηση επιπέδου υγείας

- Πολύ κακή	2	1,0%
- Κακή	14	7,0%
- Μέτρια	46	23,0%
- Καλή	53	26,5%
- Πολύ καλή	85	42,5%

Από τον Πίνακα 1 σχετικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας Ελευθερούπολης προκύπτει ότι, το 57,5% ήταν γυναίκες και το 42,5% άνδρες. Η ηλικία τους κατανέμεται περίπου το ίδιο στις τρεις κατηγορίες με το 33,5% να είναι 18 – 44 ετών, το 36,5% 45 – 64 ετών και το 30,0% άνω των 65 ετών. Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση έγγαμοι ήταν το 71,0% άγαμοι το 19,5% και διαζευγμένοι/χήροι το 9,5%. Σχετικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο η πλειονότητα είχε δευτεροβάθμια εκπαίδευση 42,5% ενώ πρωτοβάθμια το 34,5% και τριτοβάθμια το 23,0%. Η πλειονότητα του ασθενών 61,5% ήταν εργαζόμενοι μόνιμα ή εποχικά. Όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα περίπου 2 στους 3 είχαν κάτω από 800 ευρώ (66,5%), εκ των οποίων κάτι λιγότερο από τους μισούς κάτω από 400 ευρώ. Η απόσταση του τόπου διαμονής τους από το Κέντρο Υγείας ήταν κάτω από 15km για το 47,0% από 15 – 25km για το 30,0% και πάνω από 25km για το 23,0%. Ένα σημαντικό ποσοστό 23,5% δεν είχαν επισκεφτεί το Κέντρο Υγείας στη διάρκεια του τελευταίου έτους, το 35,5% μία ή δύο φορές και το 41,0% πάνω από τρεις φορές. Τέλος αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους το 69,0% αυτοαξιολογεί την υγεία του ως καλή ή πολύ καλή.

Ερωτήσεις αξιολόγησης της Ικανοποίησης των ασθενών - χρηστών**α) Το κλείσιμο του ραντεβού**

Πίνακας 2: Τρόπος που κλείστηκε το ραντεβού και χρόνος που μεσολάβησε έως την ημέρα της εξέτασης.

Κλείσιμο ραντεβού για εξέταση	n	%
Τρόπος κλεισίματος του ραντεβού για εξέταση (n=200)		
- Τηλεφωνικώς	58	29,0%
- Με επίσκεψη στο ΚΥ	130	65,0%
- Με άλλο τρόπο	12	6,0%
Χρόνος από το κλείσιμο του ραντεβού έως την εξέταση (n=185)		
- <1 μήνας	78	42,2%
- 1 – 3 μήνες	9	4,9%
- 3 – 6 μήνες	1	0,5%
- >6 μήνες	0	0,0%
- Επίσκεψη χωρίς ραντεβού	97	52,4%

Η πλειονότητα των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας Ελευθερούπολης έκλεισε το ραντεβού για εξέταση με επίσκεψη στο ΚΥ (65,0%) ενώ οι υπόλοιποι είτε τηλεφωνικώς (29,0%) είτε με άλλο τρόπο (6,0%). Περισσότεροι από τους μισούς πήγαν για εξέταση στα Ιατρεία του ΚΥ χωρίς προηγούμενο ραντεβού (52,4%) και οι υπόλοιποι εξετάστηκαν σε λιγότερο από 1 μήνα (42,2%). Ένα μικρό ποσοστό 4,9% εξετάστηκαν εντός των επόμενων 3 μηνών (Πίνακας 2).

Πίνακας 3: Ερωτήσεις για το βαθμό ικανοποίησης σχετικά με το κλείσιμο του ραντεβού.

Ερωτήσεις για το κλείσιμο του ραντεβού	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ					Mean ± St. Dev.
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ πλήρως	
Το κλείσιμο του ραντεβού στη γραμματεία έγινε εύκολα και γρήγορα (n=188)	59,0%	33,5%	6,9%	0,0%	0,5%	4,51 ± 0,67
Ήταν δύσκολο να επιλέξετε εσείς ημέρα και ώρα εξέτασης (n=188)	18,6%	12,2%	13,3%	27,7%	28,2%	3,35 ± 1,47
Το προσωπικό της γραμματείας με το οποίο ήρθατε σε επαφή για το ραντεβού φαινόταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει	61,7%	24,9%	8,8%	3,1%	1,6%	4,42 ± 0,89

(n=193)

Ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που για πρώτη φορά θελήσατε να εξεταστείτε έως την ημέρα που επισκεφθήκατε τα Εξωτερικά Ιατρεία ήταν μεγάλος (n=188)	5,3%	10,6%	19,1%	34,6%	30,3%	3,74 ± 1,16
--	------	-------	-------	-------	-------	-------------

Το 92,5% των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας θεωρεί ότι το κλείσιμο του ραντεβού στη γραμματεία έγινε εύκολα και γρήγορα και για το 55,9% δεν ήταν δύσκολο να επιλέξουν οι ίδιοι την ημέρα και ώρα της εξέτασης. Το 86,6% θεωρεί ότι το προσωπικό της γραμματείας με το οποίο ήρθε σε επαφή για το ραντεβού ήταν ευγενικό και πρόθυμο να τους εξυπηρετήσει. Για το 64,9% των ασθενών – χρηστών ο χρόνος αναμονής έως την ημέρα της εξέτασης δεν ήταν μεγάλος (Πίνακας 3).

Από τα ανωτέρω ποσοστά του Πίνακα 3 συμπεραίνεται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας, από την ενότητα σχετικά με το κλείσιμο του ραντεβού, ήταν σχετικά υψηλός. Εξάλλου η μέση τιμή του σκορ των απαντήσεων όλων των σχετικών ερωτήσεων ήταν άνω του 3, το οποίο αποτελεί το ουδέτερο σημείο στην 5βαθμη κλίμακα μέτρησης, ενώ στις δύο από τις τέσσερις ερωτήσεις άνω του 4.

β) Η άφιξη στο Κέντρο Υγείας

Πίνακας 4: Μέσο μεταφοράς για την μετακίνηση προς το Κέντρο Υγείας.

Μέσο μεταφοράς (n=200)	n	%
- Ι.Χ. αυτοκίνητο	167	83,5%
- Αστική συγκοινωνία / ταξί	33	16,5%

Το 83,5% των ασθενών – χρηστών προσήλθε στο Κέντρο Υγείας με αυτοκίνητο ιδιωτικής χρήσης ενώ το 16,5% με αστική συγκοινωνία ή ταξί (Πίνακας 4).

Πίνακας 5: Ερωτήσεις για το βαθμό ικανοποίησης σχετικά με την άφιξη στο Κέντρο Υγείας.

Ερωτήσεις για την άφιξη στο ΚΥ	Συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ πλήρως	Mean ± St. Dev.
	απόλυτα	Συμφωνώ	διαφωνώ	Διαφωνώ		
Η πρόσβαση στο ΚΥ ήταν εύκολη (n=164)	68,9%	24,4%	4,9%	1,2%	0,6%	4,60 ± 0,70

Η εύρεση θέσης για παρκάρισμα ήταν δύσκολη (n=159)	30,8%	18,2%	23,3%	15,7%	11,9%	2,60 ± 1,38
Η σηματοδότηση στους εξωτερικούς χώρους του ΚΥ για να βρείτε τα Εξωτερικά Ιατρεία ήταν ελλιπής (n=188)	19,7%	15,4%	33,0%	20,7%	11,2%	2,88 ± 1,26
Το προσωπικό στο γραφείο πληροφοριών ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει (n=197)	52,8%	31,5%	13,2%	1,5%	1,0%	4,34 ± 0,84

Το 93,3% των ασθενών – χρηστών θεωρεί ότι η πρόσβαση στο Κέντρο Υγείας ήταν εύκολη. Η εύρεση θέσης για παρκάρισμα ήταν δύσκολη για το 49,0% ενώ η σηματοδότηση στους εξωτερικούς χώρους του ΚΥ για τα Εξωτερικά Ιατρεία ήταν ελλιπής για το 35,1%. Το 84,3% θεωρεί ότι το προσωπικό στο γραφείο πληροφοριών ήταν ευγενικό και πρόθυμο να τους εξυπηρετήσει (Πίνακας 5).

Από τα δεδομένα του Πίνακα 5 φαίνεται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας, από την ενότητα σχετικά με την άφιξη στο ΚΥ, ήταν πολύ υψηλός για την πρόσβαση στο ΚΥ και την εξυπηρέτηση του γραφείου πληροφοριών (οι αντίστοιχες μέσες τιμές του σκορ των απαντήσεων άνω του 4) ενώ από την άλλη σχετικά χαμηλός για την εύρεση θέσης παρκαρίσματος κυρίως και την σηματοδότηση στους εξωτερικούς χώρους (οι αντίστοιχες μέσες τιμές του σκορ των απαντήσεων κάτω του 3).

γ) Η αναμονή για την εξέταση

Πίνακας 6: Χρόνος αναμονής για την εξέταση.

Χρόνος από την προκαθορισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι την εξέταση (n=179)	n	%
- <5 λεπτά	14	7,8%
- 5 – 15 λεπτά	46	25,7%
- 15 – 30 λεπτά	57	31,8%
- 30 – 60 λεπτά	23	12,8%
- >1 ώρα	34	19,0%
- Εξέταση την ώρα του ραντεβού ή νωρίτερα	5	2,8%

Από τον Πίνακα 6, σύμφωνα με τις δηλώσεις των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας, προκύπτει ότι λίγο παραπάνω από το 1/3 εξετάστηκε με καθυστέρηση έως 15 λεπτών ή στην ώρα του

ραντεβού ή λίγο νωρίτερα (36,3%), περίπου το 1/3 με καθυστέρηση 15 έως 30 λεπτών (31,8%) και το υπόλοιπο περίπου 1/3 με καθυστέρηση άνω των 30 λεπτών (31,8%).

Πίνακας 7: Ερωτήσεις για το βαθμό ικανοποίησης σχετικά με το χώρο και τον χρόνο αναμονής για την εξέταση.

Ερωτήσεις για τον χώρο και τον χρόνο αναμονής	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ					Mean ± St. Dev.
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ πλήρως	
Η αίθουσα αναμονής ήταν καθαρή (n=196)	49,5%	37,2%	11,2%	0,5%	1,5%	4,33 ± 0,81
Η αίθουσα αναμονής ήταν στενόχωρη (n=196)	6,6%	10,2%	25,0%	39,8%	18,4%	3,53 ± 1,11
Ήταν εύκολο να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε (n=199)	31,2%	26,6%	17,6%	20,6%	4,0%	3,60 ± 1,23
Η θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής ήταν δυσάρεστη (είχε πολύ κρύο ή πολύ ζέστη) (n=195)	8,7%	11,3%	26,7%	39,0%	14,4%	3,39 ± 1,13
Οι τουαλέτες ήταν καθαρές και φροντισμένες (n=84)	38,1%	33,3%	16,7%	8,3%	3,6%	3,94 ± 1,10
Ο χρόνος που περιμένατε στην αίθουσα αναμονής για εξέταση ήταν υπερβολικά μεγάλος (n=196)	9,2%	14,8%	23,5%	37,2%	15,3%	3,35 ± 1,18

Το 86,7% των ασθενών – χρηστών θεωρεί ότι η αίθουσα αναμονής ήταν καθαρή, το 58,2% ότι δεν ήταν στενόχωρη, το 57,8% βρήκε εύκολα κάθισμα για να περιμένει και το 53,4% ότι η θερμοκρασία της δεν ήταν δυσάρεστη. Από τους 84 ασθενείς – χρήστες που επισκέφτηκαν τις τουαλέτες το 71,4% τις βρήκε καθαρές και φροντισμένες. Όσον αφορά το χρόνο αναμονής για την εξέταση το 52,5% απάντησε ότι δεν ήταν υπερβολικά μεγάλος (Πίνακας 7).

Από τα δεδομένα του Πίνακα 7 φαίνεται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας, από την ενότητα σχετικά με το χώρο και τον χρόνο αναμονής για την εξέταση, ήταν σχετικά υψηλός. Σε όλες τις ερωτήσεις της ενότητας οι μέσες τιμές του σκορ των απαντήσεων ήταν άνω του 3 (ουδέτερο σημείο της κλίμακας μέτρησης) και σε δύο από τις έξι ερωτήσεις πολύ κοντά ή πάνω του σημείου 4.

δ) Το Ιατρείο και η ιατρική εξέταση

Πίνακας 8: Χρόνος διάρκειας της ιατρικής εξέτασης στο Ιατρείο.

Διάρκεια της ιατρικής εξέτασης (n=191)	n	%
- <5 λεπτά	9	4,7%
- 5 – 10 λεπτά	71	37,2%
- 11 – 20 λεπτά	66	34,6%
- 21 – 30 λεπτά	38	19,9%
- 31 – 40 λεπτά	5	2,6%
- >40 λεπτά	2	1,0%

Αναφορικά με το χρόνο διάρκειας της ιατρικής εξέτασης, σύμφωνα με τους ασθενείς – χρήστες, ήταν έως 10 λεπτά για το 41,9%, 11 έως 20 λεπτά για το 34,6% και πάνω από 20 λεπτά για το 23,5% (Πίνακας 8).

Πίνακας 9: Ερωτήσεις για το βαθμό ικανοποίησης σχετικά με το Ιατρείο και την ιατρική εξέταση.

Ερωτήσεις για το Ιατρείο και την ιατρική εξέταση	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ					Mean ± St. Dev.
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ πλήρως	
Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός (n=197)	54,3%	34,5%	9,6%	0,0%	1,5%	4,40 ± 0,79
Ο χώρος εξέτασης ήταν στενός και άβολος (n=197)	8,1%	11,2%	33,0%	36,0%	11,7%	3,32 ± 1,08
Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέτασή σας (n=197)	52,8%	35,5%	9,6%	1,0%	1,0%	4,38 ± 0,78
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 (n=191)	6,8%	6,8%	14,7%	45,5%	26,2%	3,77 ± 1,12
Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει όσα είχατε να του πείτε σχετικά με την υγεία σας (n=198)	64,6%	30,8%	3,0%	0,5%	1,0%	4,58 ± 0,68
Ο γιατρός σας έδωσε ανεπαρκείς ή ακατανόητες πληροφορίες σε	5,6%	5,6%	15,2%	47,7%	25,9%	3,83 ± 1,06

σχέση με την κατάσταση της υγείας σας (n=197)						
Έχετε εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που σας είπε ο γιατρός (n=197)	42,6%	44,7%	12,7%	0,0%	0,0%	4,30 ± 0,68
Οι εξηγήσεις και οι οδηγίες που λάβατε από το γιατρό σε σχέση με τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες (n=196)	5,6%	6,6%	11,2%	48,0%	28,6%	3,87 ± 1,08
Ο γιατρός σας φέρθηκε με σεβασμό (n=198)	63,1%	32,8%	3,0%	1,0%	0,0%	4,58 ± 0,61
Οι γιατροί φαίνονταν ανίκανοι και με ανεπαρκή εκπαίδευση (n=194)	2,6%	1,0%	8,2%	53,1%	35,1%	4,17 ± 0,83
Οι νοσηλευτές ήταν ευγενικοί με σας (n=197)	50,8%	35,0%	12,2%	1,5%	0,5%	4,34 ± 0,79
Οι νοσηλευτές ήταν απρόθυμοι να απαντήσουν σε ερωτήσεις σας (n=197)	7,1%	8,1%	11,2%	41,1%	32,5%	3,84 ± 1,18

Το 88,8% των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας θεωρεί ότι ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός και το 47,7% ότι δεν ήταν στενός και άβολος. Το 88,3% των ασθενών – χρηστών πιστεύει ότι ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέτάσή τους και το 71,7% ότι δεν έδειξε αδιαφορία για την κατάλληλη απομόνωσή τους κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει όσα είχατε να του πείτε σχετικά με την υγεία σας απαντά το 95,4% και δεν έδωσε ανεπαρκείς ή ακατανόητες πληροφορίες σε σχέση με την κατάσταση της υγείας σας απαντά το 73,6%. Το 87,3% των ασθενών – χρηστών έχει εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που τους είπε ο γιατρός και το 76,6% δεν θεωρεί ότι οι εξηγήσεις και οι οδηγίες που έλαβαν σε σχέση με τη θεραπεία ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες. Ο γιατρός τους φέρθηκε με σεβασμό για το 95,9% και δεν φαίνονταν ανίκανοι και με ανεπαρκή εκπαίδευση για το 88,2%. Σχετικά με τους Νοσηλευτές το 85,8% των ασθενών – χρηστών του Κ.Υ. τους θεωρεί ευγενικούς και το 73,6% δεν πιστεύει ότι ήταν απρόθυμοι να απαντήσουν σε ερωτήσεις τους (Πίνακας 9).

Από τα δεδομένα του Πίνακα 9 φαίνεται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας, από την ενότητα σχετικά με το Ιατρείο και την ιατρική εξέταση, ήταν σχετικά

υψηλός. Σε όλες τις ερωτήσεις της ενότητας οι μέσες τιμές του σκορ των απαντήσεων ήταν άνω του 3 (ουδέτερο σημείο της κλίμακας μέτρησης) και σε επτά από τις δώδεκα ερωτήσεις άνω του σημείου 4.

ε) Οι εργαστηριακές εξετάσεις

Πίνακας 10: Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εργαστηριακές εξετάσεις και χρόνος που μεσολάβησε έως την ημέρα της εξέτασης.

Κλείσιμο ραντεβού για εργαστηριακή εξέταση	n	%
Υποβολή σε εργαστηριακές εξετάσεις (n=200)		
- Ναι	88	44,0%
- Όχι	112	56,0%
Χρόνος από το κλείσιμο του ραντεβού έως την εξέταση (n=81)		
- <1 εβδομάδα	50	61,7%
- 1 εβδομάδα – 1 μήνα	10	12,3%
- 1 – 3 μήνες	6	7,4%
- >3 μήνες	1	1,2%
- Επίσκεψη χωρίς ραντεβού	14	17,3%

Το 44,0% των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας (n=88) υποβλήθηκαν σε κάποια εργαστηριακή εξέταση. Το 17,3% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε κάποια εργαστηριακή εξέταση, την πραγματοποίησαν χωρίς ραντεβού την ημέρα της επίσκεψης στο ΚΥ. Το 61,7% σε λιγότερο από μία εβδομάδα από το κλείσιμο του ραντεβού, το 12,3% εντός του μήνα και το 8,6% σε περισσότερο από ένα μήνα (Πίνακας 10).

Πίνακας 11: Ερωτήσεις για το βαθμό ικανοποίησης σχετικά με τις εργαστηριακές εξετάσεις.

Ερωτήσεις για τις εργαστηριακές εξετάσεις	Συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ πλήρως	Mean ± St. Dev.
	απόλυτα	Συμφωνώ	διαφωνώ	Διαφωνώ		
Το ραντεβού για τις επιπλέον εξετάσεις κλείστηκε με τρόπο πολύπλοκο / χρονοβόρο (n=85)	8,2%	3,5%	10,6%	44,7%	32,9%	3,91 ± 1,15
Είχατε δυνατότητα επιλογής ημέρας και ώρας του ραντεβού (n=86)	30,2%	44,2%	9,3%	15,1%	1,2%	3,87 ± 1,05

Ο χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν μεγάλος (n=82)	8,5%	6,1%	13,4%	53,7%	18,3%	3,67 ± 1,11
Η σηματοδότηση στους εξωτερικούς χώρους του ΚΥ για να βρείτε τα εργαστήρια ήταν επαρκής / κατατοπιστική (n=83)	25,3%	30,1%	15,7%	22,9%	6,0%	3,46 ± 1,26
Την ημέρα του ραντεβού, χρειάστηκε να περιμένετε για σύντομο χρονικό διάστημα στην αίθουσα αναμονής ώσπου να έρθει η σειρά σας να εξεταστείτε (n=85)	17,6%	47,1%	15,3%	15,3%	4,7%	3,58 ± 1,10
Οι χώροι εξέτασης στα εργαστήρια ήταν στενόχωροι / άβολοι (n=85)	8,2%	5,9%	12,9%	47,1%	25,9%	3,76 ± 1,15
Οι εργαστηριακές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν με εύκολο και ανώδυνο για σας τρόπο (n=85)	51,8%	38,8%	5,9%	3,5%	0,0%	4,39 ± 0,76
Το βοηθητικό προσωπικό των εργαστηρίων ήταν απρόθυμο να σας εξυπηρετήσει (n=84)	11,9%	14,3%	8,3%	40,5%	25,0%	3,52 ± 1,33

Το 77,6% των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας που έκαναν κάποια εργαστηριακή εξέταση θεωρεί ότι το ραντεβού για τις επιπλέον εξετάσεις δεν κλείστηκε με τρόπο πολύπλοκο ή χρονοβόρο, το 74,4% ότι είχαν τη δυνατότητα επιλογής ημέρας και ώρας του ραντεβού και το 72,0% ότι ο χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εργαστηριακών εξετάσεων δεν ήταν μεγάλος. Η σηματοδότηση στους εξωτερικούς χώρους του ΚΥ για τα Εργαστήρια ήταν επαρκής και κατατοπιστικός για το 55,4% των ασθενών – χρηστών. Την ημέρα της εξέτασης ήταν σύντομο το χρονικό διάστημα στην αίθουσα αναμονής για το 64,7% των ασθενών – χρηστών. Το 73,0% θεωρεί ότι οι χώροι εξέτασης στα εργαστήρια δεν ήταν στενόχωροι ή άβολοι, το 90,6% ότι οι εργαστηριακές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν με εύκολο και ανώδυνο τρόπο και το 65,5% ότι το βοηθητικό προσωπικό των Εργαστηρίων δεν ήταν απρόθυμο να τους εξυπηρετήσει (Πίνακας 11).

Από τα δεδομένα του Πίνακα 11 φαίνεται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας, από την ενότητα σχετικά με τις εργαστηριακές εξετάσεις, ήταν σχετικά υψηλός. Σε όλες τις ερωτήσεις της ενότητας οι μέσες τιμές του σκορ των απαντήσεων ήταν άνω του 3 (ουδέτερο σημείο της κλίμακας μέτρησης) και σε τρεις από τις οκτώ ερωτήσεις πολύ κοντά ή πάνω του σημείου 4.

στ) Η αναχώρηση από το Κέντρο Υγείας

Πίνακας 12: Επίσκεψη στη Γραμματεία για τακτοποίηση εκκρεμοτήτων πριν την αναχώρηση από το Κέντρο Υγείας.

Επίσκεψη στη Γραμματεία πριν την αναχώρηση (n=200)	n	%
- Ναι	65	32,5%
- Όχι	135	67,5%

Περίπου ένας στους τρεις ασθενείς – χρήστες (32,5%) πριν την αναχώρηση από το Κέντρο Υγείας χρειάστηκε να επισκεφτεί τη Γραμματεία για τακτοποίηση εκκρεμοτήτων (Πίνακας 12). Ο βαθμός ικανοποίησης από αυτήν τη διαδικασία παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 13: Ερωτήσεις για το βαθμό ικανοποίησης σχετικά με την Γραμματεία για τακτοποίηση εκκρεμοτήτων πριν την αναχώρηση από το Κέντρο Υγείας.

Ερωτήσεις για την Γραμματεία πριν την αναχώρηση	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ					Mean ± St. Dev.
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ πλήρως	
Οι διαδικασίες πληρωμής / θεώρησης ήταν χρονοβόρες (n=65)	1,5%	7,7%	9,2%	52,3%	29,2%	4,00 ± 0,92
Το προσωπικό της Γραμματείας ήταν ευγενικό και εξυπηρετικό (n=65)	58,5%	32,3%	7,7%	1,5%	0,0%	4,48 ± 0,71

Το 81,5% των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας που χρειάστηκε να επισκεφτεί τη Γραμματεία για τακτοποίηση εκκρεμοτήτων πριν την αναχώρηση, θεωρεί ότι οι διαδικασίες πληρωμής ή θεώρησης δεν ήταν χρονοβόρες και το 90,8% ότι το προσωπικό της Γραμματείας ήταν ευγενικό και εξυπηρετικό (Πίνακας 13).

Από τα δεδομένα του Πίνακα 13 φαίνεται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας, από την ενότητα σχετικά με την Γραμματεία για τακτοποίηση εκκρεμοτήτων πριν την αναχώρηση από το ΚΥ, ήταν αρκετά υψηλός. Και στις δύο ερωτήσεις της ενότητας οι μέσες τιμές του σκορ των απαντήσεων ήταν άνω του σημείου 4 (σημειώνεται ότι το σημείο 3 ήταν το ουδέτερο σημείο της κλίμακας μέτρησης).

ζ) Γενική εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών

Πίνακας 14: Βαθμός ικανοποίησης σχετικά με την γενική εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Γενική εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών	Συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ πλήρως	Mean ± St. Dev.
	απόλυτα	Συμφωνώ	διαφωνώ	Διαφωνώ		
Από την επίσκεψή σας συνολικά στα Εξωτερικά Ιατρεία του Κέντρου Υγείας είστε δυσαρεστημένος (n=200)	2,5%	3,5%	18,5%	40,0%	35,5%	4,02 ± 0,95

Η τελευταία ερώτηση έχει να κάνει με μια γενική εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Περίπου τρεις στους τέσσερις ασθενείς – χρήστες του Κέντρου Υγείας (75,5%) δήλωσε μη δυσαρεστημένος από την επίσκεψη συνολικά στα Ιατρεία του ΚΥ. Η μέση τιμή του σκορ της συγκεκριμένης απάντησης ήταν 4,02.τιμή που δηλώνει αρκετά υψηλό βαθμό ικανοποίησης συνολικά από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας (Πίνακας 14).

Αθροιστικές ερωτήσεις (Υποκλίμακες) αξιολόγησης της Ικανοποίησης των ασθενών - χρηστών

Σύμφωνα με την στάθμιση των κατασκευαστών του Ερωτηματολογίου (Αλετράς Β. και συν., 2007) από τις ερωτήσεις ικανοποίησης τύπου Likert υπολογίστηκαν οι τέσσερις ομαδοποιήσεις ερωτήσεων (αθροιστικές ερωτήσεις ή Υποκλίμακες): α) Ιατρικό προσωπικό, β) Νοσηλευτικό προσωπικό, γ) Χρόνος ραντεβού και δ) Περιβάλλον Κέντρου Υγείας. Επίσης υπολογίστηκε και η Συνολική Ικανοποίηση από την άθροιση των επιμέρους ερωτήσεων τύπου Likert του Ερωτηματολογίου. Επισημαίνεται ότι από τον υπολογισμό των ανωτέρω Υποκλιμάκων εξαιρέθηκαν οι ερωτήσεις που αναφέρονται στην ενότητα σχετικά με τις εργαστηριακές εξετάσεις, στην ενότητα σχετικά με την αναχώρηση από το Κέντρο Υγείας (διεκπεραίωση εκκρεμοτήτων) καθώς και η ερώτηση σχετικά με τη χρήση τουαλέτας επειδή συγκεντρώνουν μικρό αριθμό απαντήσεων.

Πίνακας 15: Υποκλίμακες αξιολόγησης του βαθμού ικανοποίησης.

Υποκλίμακες Ικανοποίησης	Αριθμός ερωτήσεων	Cronbach's alpha	Mean ± SD	Min - Max	n
--------------------------	-------------------	------------------	-----------	-----------	---

- Ιατρικό προσωπικό	6	0,76	4,26 ± 0,56	1,50 – 5,00	194
- Νοσηλευτικό προσωπικό	2	0,57	4,09 ± 0,83	1,00 – 5,00	197
- Χρόνος ραντεβού	2	0,35	4,12 ± 0,73	1,50 – 5,00	186
- Περιβάλλον ΚΥ	3	0,56	3,26 ± 0,87	1,00 – 5,00	187
- Συνολική Ικανοποίηση	26	0,85	3,90 ± 0,46	2,42 – 4,92	137

Κλίμακα μέτρησης: 1=Συμφωνώ απόλυτα έως 5=Διαφωνώ πλήρως.
Το υψηλότερο σκορ δηλώνει και μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 15, όλες οι Υποκλίμακες Ικανοποίησης εμφανίζουν μέση τιμή σκορ άνω του 3, η οποία αποτελεί το μεσαίο σημείο (ουδέτερη άποψη) της κλίμακας μέτρησης, γεγονός που δηλώνει τον σχετικά υψηλό βαθμό ικανοποίησης των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας. Ειδικότερα η μέση τιμή του βαθμού ικανοποίησης για το Ιατρικό προσωπικό ήταν 4,26 (SD=0,56), για το Νοσηλευτικό προσωπικό 4,09 (SD=0,83), για το Χρόνο ραντεβού 4,12 (SD=0,73) και για το Περιβάλλον του ΚΥ 3,26 (SD=0,87), η οποία αποτελεί και τη μικρότερη μέση τιμή σε σχέση με τις υπόλοιπες. Ο δείκτης της Συνολικής Ικανοποίησης κυμαίνονταν από 2,42 έως 4,92 με μέση τιμή 3,90 (SD=0,46).

Ο συντελεστής Cronbach's alpha αποτελεί δείκτη της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων που απαρτίζουν την Υποκλίμακα. Τιμή του δείκτη $\alpha > 0,70$ δηλώνει την πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της Υποκλίμακας, δηλαδή υψηλή συνοχή των ερωτήσεών της. Ο συντελεστής α ήταν για το Ιατρικό προσωπικό $\alpha=0,76$ για το Νοσηλευτικό προσωπικό $\alpha=0,57$ για το Περιβάλλον του ΚΥ $\alpha=0,56$ για το Χρόνο ραντεβού $\alpha=0,35$ και για τη Συνολική Ικανοποίηση $\alpha=0,85$ (Πίνακας 15). Η Υποκλίμακα για το Χρόνο ραντεβού έχει χαμηλή αξιοπιστία λόγω της μικρής τιμής του δείκτη Cronbach's alpha.

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι ερωτήσεις τύπου Likert που απαρτίζουν τις τέσσερις Υποκλίμακες από τη στάθμιση του Ερωτηματολογίου Ικανοποίησης.

Πίνακας 16: Ερωτήσεις των Υποκλιμάκων αξιολόγησης του βαθμού ικανοποίησης.

Υποκλίμακα / Ερωτήσεις	Mean ± St. Dev.
Ιατρικό προσωπικό (n=194)	4,26 ± 0,56
Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέτασή σας (n=197)	4,38 ± 0,78
Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει όσα είχατε να του πείτε σχετικά με την υγεία σας (n=198)	4,58 ± 0,68
Ο γιατρός σας έδωσε ανεπαρκείς ή ακατανόητες πληροφορίες σε σχέση με την κατάσταση της υγείας σας (n=197)	3,83 ± 1,06
Έχετε εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που σας είπε ο γιατρός (n=197)	4,30 ± 0,68
Οι εξηγήσεις και οι οδηγίες που λάβατε από το γιατρό σε σχέση με τη θεραπεία (τρόπο λήψης	3,87 ± 1,08

φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες (n=196)	
Ο γιατρός σας φέρθηκε με σεβασμό (n=198)	4,58 ± 0,61
Νοσηλευτικό προσωπικό (n=197)	4,09 ± 0,83
Οι νοσηλευτές ήταν ευγενικοί με σας (n=197)	4,34 ± 0,79
Οι νοσηλευτές ήταν απρόθυμοι να απαντήσουν σε ερωτήσεις σας (n=197)	3,84 ± 1,18
Χρόνος ραντεβού (n=186)	4,12 ± 0,73
Το κλείσιμο του ραντεβού στη γραμματεία έγινε εύκολα και γρήγορα (n=188)	4,51 ± 0,67
Ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που για πρώτη φορά θελήσατε να εξεταστείτε έως την ημέρα που επισκεφθήκατε τα Εξωτερικά Ιατρεία ήταν μεγάλος (n=188)	3,74 ± 1,16
Περιβάλλον ΚΥ (n=187)	3,26 ± 0,87
Η σηματοδότηση στους εξωτερικούς χώρους του ΚΥ για να βρείτε τα Εξωτερικά Ιατρεία ήταν ελλιπής (n=188)	2,88 ± 1,26
Ήταν εύκολο να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε (n=199)	3,60 ± 1,23
Ο χώρος εξέτασης ήταν στενός και άβολος (n=197)	3,32 ± 1,08

2.3.2 ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Σχέση των Υποκλιμάκων Ικανοποίησης και της Συνολικής Ικανοποίησης με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών - χρηστών

α) Ικανοποίηση από το Ιατρικό προσωπικό του Κέντρου Υγείας

Πίνακας 17: Συσχέτιση της Ικανοποίησης από το Ιατρικό προσωπικό με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας (n=194).

Χαρακτηριστικά	Σκορ «Ιατρικό προσωπικό»		
	Mean ± St. Dev.	t / F / r	P value
Φύλο		t=0,362	0,718
- Άνδρας	4,28 ± 0,53		
- Γυναίκα	4,25 ± 0,58		
Ηλικία (έτη)		F=3,176	0,044
- 18-44 (1)	4,16 ± 0,63		
- 45-64 (2)	4,23 ± 0,53		

- ≥65 (3)	4,41 ± 0,48		
LSD Post Hoc	(1) < (3)		0,014
	(2) < (3)		0,080
Οικογενειακή κατάσταση		F=0,063	0,939
- Άγαμος/η	4,29 ± 0,52		
- Έγγαμος/η	4,26 ± 0,57		
- Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	4,23 ± 0,55		
Επίπεδο εκπαίδευσης		F=3,133	0,045
- Πρωτοβάθμια (1)	4,40 ± 0,49		
- Δευτεροβάθμια (2)	4,20 ± 0,53		
- Τριτοβάθμια (3)	4,16 ± 0,66		
LSD Post Hoc	(2) < (1)		0,036
	(3) < (1)		0,030
Εργασιακή κατάσταση		F=1,304	0,274
- Συνταξιούχος/α	4,36 ± 0,49		
- Εργαζόμενος/η (μόνιμα, εποχικά)	4,22 ± 0,59		
- Άνεργος/η	4,23 ± 0,53		
Μηνιαίο εισόδημα (€)		t=2,283	0,024
- ≤1200	4,29 ± 0,53		
- >1200	4,01 ± 0,71		
Απόσταση από το Κ.Υ. (km)		r=0,079	0,276
Συχνότητα επισκέψεων στο Κ.Υ.		r=0,162	0,024
Αυτοαξιολόγηση επιπέδου υγείας		F=1,675	0,190
- Πολύ κακή / Κακή	4,20 ± 0,34		
- Μέτρια	4,39 ± 0,49		
- Πολύ καλή / Καλή	4,22 ± 0,59		

Από τον Πίνακα 17 προκύπτει ότι:

- Η ηλικία των ασθενών – χρηστών σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την Ικανοποίηση από το Ιατρικό προσωπικό (F=3,176 p=0,044). Ειδικότερα οι ασθενείς – χρήστες ηλικίας ≥65 ετών εμφάνιζαν μεγαλύτερη μέση τιμή Ικανοποίησης από το Ιατρικό προσωπικό σε σχέση με τους ασθενείς – χρήστες ηλικίας 18-44 ετών (4,41 ± 0,48 έναντι 4,16 ± 0,63 p=0,014) και ηλικίας 45-64 ετών, οριακά στο επίπεδο σημαντικότητας του 10% (4,41 ± 0,48 έναντι 4,23 ± 0,53 p=0,080).

- Το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών – χρηστών σχετιζόνταν στατιστικά σημαντικά με την Ικανοποίηση από το Ιατρικό προσωπικό ($F=3,133$ $p=0,045$). Ειδικότερα οι ασθενείς – χρήστες Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης εμφάνιζαν μεγαλύτερη μέση τιμή Ικανοποίησης από το Ιατρικό προσωπικό σε σχέση με τους ασθενείς – χρήστες Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($4,40 \pm 0,49$ έναντι $4,20 \pm 0,53$ $p=0,036$) και Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($4,40 \pm 0,49$ έναντι $4,16 \pm 0,66$ $p=0,030$).
- Το μηνιαίο εισόδημα των ασθενών – χρηστών σχετιζόνταν στατιστικά σημαντικά με την Ικανοποίηση από το Ιατρικό προσωπικό ($t=2,283$ $p=0,024$). Ειδικότερα οι ασθενείς – χρήστες με μηνιαίο εισόδημα $\leq 1200\text{€}$ εμφάνιζαν μεγαλύτερη μέση τιμή Ικανοποίησης από το Ιατρικό προσωπικό σε σχέση με τους ασθενείς – χρήστες με μηνιαίο εισόδημα $>1200\text{€}$ ($4,29 \pm 0,53$ έναντι $4,01 \pm 0,71$).
- Η συχνότητα επισκέψεων των ασθενών – χρηστών στο Κέντρο Υγείας κατά το τελευταίο έτος σχετιζόνταν στατιστικά σημαντικά με την Ικανοποίηση από το Ιατρικό προσωπικό ($p=0,024$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η συχνότητα των επισκέψεων των ασθενών – χρηστών στο Κέντρο Υγείας τόσο αυξάνονταν και η Ικανοποίηση από το Ιατρικό προσωπικό (ασθενής θετική σχέση, $r=0,162$).
- Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της Ικανοποίησης από το Ιατρικό προσωπικό με το φύλο ($p=0,718$), την οικογενειακή κατάσταση ($p=0,939$), την εργασιακή κατάσταση ($p=0,274$), την απόσταση του τόπου κατοικίας από το Κέντρο Υγείας ($p=0,276$) και την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας ($p=0,190$) των ασθενών - χρηστών.

β) Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό προσωπικό του Κέντρου Υγείας

Πίνακας 18: Συσχέτιση της Ικανοποίησης από το Νοσηλευτικό προσωπικό με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας ($n=197$).

Σκορ «Νοσηλευτικό προσωπικό»			
Χαρακτηριστικά	Mean \pm St. Dev.	t / F / r	P value
Φύλο		t=0,180	0,858
- Άνδρας	4,10 \pm 0,79		
- Γυναίκα	4,08 \pm 0,86		
Ηλικία (έτη)		F=1,641	0,197
- 18-44	3,94 \pm 0,81		
- 45-64	4,18 \pm 0,72		
- ≥ 65	4,15 \pm 0,96		

Οικογενειακή κατάσταση		F=0,525	0,592
- Άγαμος/η	4,18 ± 0,75		
- Έγγαμος/η	4,08 ± 0,81		
- Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	3,94 ± 1,10		
Επίπεδο εκπαίδευσης		F=2,369	0,095
- Πρωτοβάθμια	4,22 ± 0,88		
- Δευτεροβάθμια	4,10 ± 0,77		
- Τριτοβάθμια	3,88 ± 0,85		
Εργασιακή κατάσταση		F=0,968	0,382
- Συνταξιούχος/α	4,19 ± 0,96		
- Εργαζόμενος/η (μόνιμα, εποχικά)	4,02 ± 0,78		
- Άνεργος/η	4,21 ± 0,75		
Μηνιαίο εισόδημα (€)		t=-0,556	0,579
- ≤1200	4,08 ± 0,83		
- >1200	4,18 ± 0,81		
Απόσταση από το Κ.Υ. (km)		r=0,062	0,388
Συχνότητα επισκέψεων στο Κ.Υ.		r=0,140	0,050
Αυτοαξιολόγηση επιπέδου υγείας		F=0,290	0,748
- Πολύ κακή / Κακή	3,94 ± 0,89		
- Μέτρια	4,11 ± 0,92		
- Πολύ καλή / Καλή	4,10 ± 0,80		

Από τον Πίνακα 18 προκύπτει ότι:

- Η συχνότητα επισκέψεων των ασθενών – χρηστών στο Κέντρο Υγείας κατά το τελευταίο έτος σχετιζόνταν στατιστικά σημαντικά με την Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό προσωπικό ($p=0,050$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η συχνότητα των επισκέψεων των ασθενών – χρηστών στο Κέντρο Υγείας τόσο αυξάνονταν και η Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό προσωπικό (ασθενής θετική σχέση, $r=0,140$).
- Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της Ικανοποίησης από το Νοσηλευτικό προσωπικό με το φύλο ($p=0,858$), την ηλικία ($p=0,197$), την οικογενειακή κατάσταση ($p=0,592$), το επίπεδο εκπαίδευσης ($p=0,095$), την εργασιακή κατάσταση ($p=0,382$), το μηνιαίο εισόδημα ($p=0,579$), την απόσταση του τόπου κατοικίας από το Κέντρο Υγείας ($p=0,388$) και την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας ($p=0,748$) των ασθενών - χρηστών.

Να σημειωθεί όμως, ότι φαίνεται μια τάση οριακά στο επίπεδο σημαντικότητας του 10% οι ασθενείς – χρήστες Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν μικρότερη μέση τιμή Ικανοποίησης από το Νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με τους ασθενείς – χρήστες των άλλων εκπαιδευτικών βαθμίδων.

γ) Ικανοποίηση από το Περιβάλλον του Κέντρου Υγείας

Πίνακας 19: Συσχέτιση της Ικανοποίησης από το Περιβάλλον του Κ.Υ. με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας (n=187).

Σκορ «Περιβάλλον Κ.Υ.»			
Χαρακτηριστικά	Mean ± St. Dev.	t / F / r	P value
Φύλο		t=-0,131	0,896
- Άνδρας	3,25 ± 0,82		
- Γυναίκα	3,27 ± 0,91		
Ηλικία (έτη)		F=0,308	0,735
- 18-44	3,20 ± 0,90		
- 45-64	3,29 ± 0,87		
- ≥65	3,31 ± 0,84		
Οικογενειακή κατάσταση		F=0,749	0,474
- Άγαμος/η	3,11 ± 0,85		
- Έγγαμος/η	3,30 ± 0,87		
- Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	3,33 ± 0,94		
Επίπεδο εκπαίδευσης		F=4,019	0,020
- Πρωτοβάθμια (1)	3,44 ± 0,86		
- Δευτεροβάθμια (2)	3,30 ± 0,81		
- Τριτοβάθμια (3)	2,97 ± 0,93		
LSD Post Hoc	(3) < (1)		0,006
	(3) < (2)		0,038
Εργασιακή κατάσταση		F=0,194	0,824
- Συνταξιούχος/α	3,30 ± 0,81		
- Εργαζόμενος/η (μόνιμα, εποχικά)	3,24 ± 0,91		
- Άνεργος/η	3,35 ± 0,80		
Μηνιαίο εισόδημα (€)		t=2,504	0,013
- ≤1200	3,32 ± 0,84		
- >1200	2,83 ± 0,97		

Απόσταση από το Κ.Υ. (km)		r=-0,254	<0,001
Συχνότητα επισκέψεων στο Κ.Υ.		r=0,330	<0,001
Αυτοαξιολόγηση επιπέδου υγείας		F=1,122	0,328
- Πολύ κακή / Κακή	3,08 ± 0,71		
- Μέτρια	3,43 ± 0,82		
- Πολύ καλή / Καλή	3,23 ± 0,90		

Από τον Πίνακα 19 προκύπτει ότι:

- Το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών – χρηστών σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την Ικανοποίηση από το Περιβάλλον του Κ.Υ. (F=4,019 p=0,020). Ειδικότερα οι ασθενείς – χρήστες Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης εμφάνιζαν μικρότερη μέση τιμή Ικανοποίησης από το Περιβάλλον του Κ.Υ. σε σχέση με τους ασθενείς – χρήστες Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (2,97 ± 0,93 έναντι 3,44 ± 0,86 p=0,006) και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (2,97 ± 0,93 έναντι 3,30 ± 0,81 p=0,038).
- Το μηνιαίο εισόδημα των ασθενών – χρηστών σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την Ικανοποίηση από το Περιβάλλον του Κ.Υ. (t=2,504 p=0,013). Ειδικότερα οι ασθενείς – χρήστες με μηνιαίο εισόδημα ≤1200€ εμφάνιζαν μεγαλύτερη μέση τιμή Ικανοποίησης από το Περιβάλλον του Κ.Υ. σε σχέση με τους ασθενείς – χρήστες με μηνιαίο εισόδημα >1200€ (3,32 ± 0,84 έναντι 2,83 ± 0,97).
- Η απόσταση του τόπου κατοικίας των ασθενών – χρηστών από το Κέντρο Υγείας σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την Ικανοποίηση από το Περιβάλλον του Κ.Υ. (p<0,001). Ειδικότερα όσο μειώνονταν η απόσταση του τόπου κατοικίας των ασθενών – χρηστών από το Κέντρο Υγείας τόσο αυξάνονταν και η Ικανοποίηση από το Περιβάλλον του Κ.Υ. (ασθενής αρνητική σχέση, r=-0,254).
- Η συχνότητα επισκέψεων των ασθενών – χρηστών στο Κέντρο Υγείας κατά το τελευταίο έτος σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την Ικανοποίηση από το Περιβάλλον του Κ.Υ. (p<0,001). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η συχνότητα των επισκέψεων των ασθενών – χρηστών στο Κέντρο Υγείας τόσο αυξάνονταν και η Ικανοποίηση από το Περιβάλλον του Κ.Υ. (μέτρια θετική σχέση, r=0,330).
- Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της Ικανοποίησης από το Περιβάλλον του Κ.Υ. με το φύλο (p=0,896), την ηλικία (p=0,735), την οικογενειακή κατάσταση (p=0,474), την εργασιακή κατάσταση (p=0,824) και την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας (p=0,328) των ασθενών - χρηστών.

δ) Ικανοποίηση από το Χρόνο ραντεβού του Κέντρου Υγείας

Πίνακας 20: Συσχέτιση της Ικανοποίησης από το Χρόνο ραντεβού με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας (n=186).

Χαρακτηριστικά	Σκορ «Χρόνος ραντεβού»		
	Mean ± St. Dev.	t / F / r	P value
Φύλο		t=1,785	0,076
- Άνδρας	4,23 ± 0,72		
- Γυναίκα	4,03 ± 0,73		
Ηλικία (έτη)		F=0,948	0,389
- 18-44	4,05 ± 0,87		
- 45-64	4,08 ± 0,69		
- ≥65	4,23 ± 0,61		
Οικογενειακή κατάσταση		F=4,127	0,018
- Άγαμος/η (1)	4,43 ± 0,72		
- Έγγαμος/η (2)	4,04 ± 0,73		
- Διαζευγμένος/η, Χήρος/α (3)	4,09 ± 0,57		
LSD Post Hoc	(2) < (1)		0,005
Επίπεδο εκπαίδευσης		F=1,442	0,239
- Πρωτοβάθμια	4,23 ± 0,65		
- Δευτεροβάθμια	4,02 ± 0,74		
- Τριτοβάθμια	4,13 ± 0,80		
Εργασιακή κατάσταση		F=1,103	0,334
- Συνταξιούχος/α	4,24 ± 0,59		
- Εργαζόμενος/η (μόνιμα, εποχικά)	4,06 ± 0,80		
- Άνεργος/η	4,16 ± 0,60		
Μηνιαίο εισόδημα (€)		t=-0,116	0,908
- ≤1200	4,11 ± 0,71		
- >1200	4,14 ± 0,92		
Απόσταση από το Κ.Υ. (km)		r=0,282	<0,001
Συχνότητα επισκέψεων στο Κ.Υ.		r=-0,147	0,046
Αυτοαξιολόγηση επιπέδου υγείας		F=0,460	0,632
- Πολύ κακή / Κακή	3,97 ± 0,96		

- Μέτρια	4,17 ± 0,56
- Πολύ καλή / Καλή	4,11 ± 0,75

Από τον Πίνακα 20 προκύπτει ότι:

- Η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών – χρηστών σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την Ικανοποίηση από το Χρόνο ραντεβού ($F=4,127$ $p=0,018$). Ειδικότερα οι έγγαμοι ασθενείς – χρήστες εμφάνιζαν μικρότερη μέση τιμή Ικανοποίησης από το Χρόνο ραντεβού σε σχέση με τους άγαμους ασθενείς – χρήστες ($4,04 \pm 0,73$ έναντι $4,43 \pm 0,72$ $p=0,005$).
- Η απόσταση του τόπου κατοικίας των ασθενών – χρηστών από το Κέντρο Υγείας σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την Ικανοποίηση από το Χρόνο ραντεβού ($p<0,001$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η απόσταση του τόπου κατοικίας των ασθενών – χρηστών από το Κέντρο Υγείας τόσο αυξάνονταν και η Ικανοποίηση από το Χρόνο ραντεβού (ασθενής θετική σχέση, $r=0,282$).
- Η συχνότητα επισκέψεων των ασθενών – χρηστών στο Κέντρο Υγείας κατά το τελευταίο έτος σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την Ικανοποίηση από το Χρόνο ραντεβού ($p=0,046$). Ειδικότερα όσο μειώνονταν η συχνότητα των επισκέψεων των ασθενών – χρηστών στο Κέντρο Υγείας τόσο αυξάνονταν και η Ικανοποίηση από το Χρόνο ραντεβού (ασθενής αρνητική σχέση, $r=-0,147$).
- Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της Ικανοποίησης από το Χρόνο ραντεβού με το φύλο ($p=0,076$), την ηλικία ($p=0,389$), το επίπεδο εκπαίδευσης ($p=0,239$), την εργασιακή κατάσταση ($p=0,334$), το μηνιαίο εισόδημα ($p=0,908$) και την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας ($p=0,632$) των ασθενών - χρηστών.

Να σημειωθεί όμως, ότι φαίνεται μια τάση οριακά στο επίπεδο σημαντικότητας του 10% οι γυναίκες ασθενείς – χρήστες να έχουν μικρότερη μέση τιμή Ικανοποίησης από το Χρόνο ραντεβού σε σχέση με τους άνδρες ασθενείς – χρήστες.

ε) Συνολική Ικανοποίηση από το Κέντρο Υγείας

Πίνακας 21: Συσχέτιση της Συνολικής Ικανοποίησης με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών – χρηστών του Κέντρου Υγείας ($n=137$).

Χαρακτηριστικά	Σκορ «Συνολική Ικανοποίηση»		
	Mean ± St. Dev.	t / F / r	P value
Φύλο		t=1,338	0,183
- Άνδρας	3,97 ± 0,43		
- Γυναίκα	3,86 ± 0,48		

Ηλικία (έτη)		F=0,128	0,880
- 18-44	3,88 ± 0,47		
- 45-64	3,92 ± 0,45		
- ≥65	3,91 ± 0,49		
Οικογενειακή κατάσταση		F=0,704	0,497
- Άγαμος/η	4,00 ± 0,37		
- Έγγαμος/η	3,88 ± 0,48		
- Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	3,89 ± 0,51		
Επίπεδο εκπαίδευσης		F=0,649	0,524
- Πρωτοβάθμια	3,95 ± 0,56		
- Δευτεροβάθμια	3,92 ± 0,36		
- Τριτοβάθμια	3,83 ± 0,52		
Εργασιακή κατάσταση		F=0,241	0,786
- Συνταξιούχος/α	3,95 ± 0,47		
- Εργαζόμενος/η (μόνιμα, εποχικά)	3,89 ± 0,47		
- Άνεργος/η	3,95 ± 0,39		
Μηνιαίο εισόδημα (€)		t=1,139	0,257
- ≤1200	3,92 ± 0,44		
- >1200	3,79 ± 0,57		
Απόσταση από το Κ.Υ. (km)		r=0,130	0,131
Συχνότητα επισκέψεων στο Κ.Υ.		r=0,127	0,139
Αυτοαξιολόγηση επιπέδου υγείας		F=0,817	0,444
- Πολύ κακή / Κακή	3,72 ± 0,57		
- Μέτρια	3,98 ± 0,37		
- Πολύ καλή / Καλή	3,90 ± 0,48		

Από τον Πίνακα 21 προκύπτει ότι:

- Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της Συνολικής Ικανοποίησης από το Κέντρο Υγείας με το φύλο (p=0,183), την ηλικία (p=0,880), την οικογενειακή κατάσταση (p=0,497), το επίπεδο εκπαίδευσης (p=0,524), την εργασιακή κατάσταση (p=0,786), το μηνιαίο εισόδημα (p=0,257), την απόσταση του τόπου κατοικίας από το Κέντρο Υγείας (p=0,131), την συχνότητα επισκέψεων στο Κέντρο Υγείας (p=0,139) και την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας (p=0,444) των ασθενών - χρηστών.

Σχέση της Συνολικής Ικανοποίησης με τις Υποκλίμακες Ικανοποίησης

Πίνακας 22: Συσχέτιση της Συνολικής Ικανοποίησης με την Ικανοποίηση από το Ιατρικό προσωπικό, το Νοσηλευτικό προσωπικό, το Περιβάλλον του Κ.Υ. και το Χρόνο ραντεβού (n=137).

Υποκλίμακες Ικανοποίησης	Συνολική Ικανοποίηση	
	Pearson's r	P value
- Ιατρικό προσωπικό	0,800	<0,001
- Νοσηλευτικό προσωπικό	0,471	<0,001
- Περιβάλλον Κέντρου Υγείας	0,661	<0,001
- Χρόνος ραντεβού	0,424	<0,001

Από τον Πίνακα 22 προκύπτει ότι:

- Η Συνολική Ικανοποίηση των ασθενών – χρηστών από το Κέντρο Υγείας σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με την Ικανοποίηση από το Ιατρικό προσωπικό ($p<0,001$) και με την Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό προσωπικό ($p<0,001$) όσο και με την Ικανοποίηση από το Περιβάλλον του Κ.Υ. ($p<0,001$) και με την Ικανοποίηση από το Χρόνο ραντεβού ($p<0,001$).
Ειδικότερα:
 - ✓ Όσο αυξάνονταν η Ικανοποίηση από το Ιατρικό προσωπικό τόσο αυξάνονταν και η Συνολική Ικανοποίηση (πολύ ισχυρή θετική σχέση, $r=0,800$).
 - ✓ Όσο αυξάνονταν η Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό προσωπικό τόσο αυξάνονταν και η Συνολική Ικανοποίηση (μέτρια θετική σχέση, $r=0,471$).
 - ✓ Όσο αυξάνονταν η Ικανοποίηση από το Περιβάλλον του Κ.Υ. τόσο αυξάνονταν και η Συνολική Ικανοποίηση (ισχυρή θετική σχέση, $r=0,661$).
 - ✓ Όσο αυξάνονταν η Ικανοποίηση από το Χρόνο ραντεβού τόσο αυξάνονταν και η Συνολική Ικανοποίηση (μέτρια θετική σχέση, $r=0,424$).

2.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συζήτηση. Οι 3 στους 4 ασθενείς – χρήστες του Κ.Υ. δήλωσαν συνολικά ευχαριστημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και ειδικότερα για το ιατρικό, νοσηλευτικό, και λοιπό προσωπικό (+80%), τα εργαστήρια και τις υποδομές (+75%), το χρόνο αναμονής (+65%), την εύκολη πρόσβαση (+90%) αλλά με προβλήματα στο χώρο στάθμευσης και τη σήμανση (+50%) στους χώρους του Κ.Υ. Εξετάζοντας την συνολική ικανοποίηση φαίνεται να μην επηρεάζεται σημαντικά από τα ατομικά χαρακτηριστικά των επισκεπτών ενώ σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p < 0,001$) με την ικανοποίηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, το περιβάλλον του Κ.Υ. και από το χρόνο ραντεβού. Σύμφωνα με την στάθμιση των κατασκευαστών του Ερωτηματολογίου [3] από τις ερωτήσεις ικανοποίησης τύπου Likert υπολογίστηκαν οι τέσσερις παραπάνω ομαδοποιήσεις ερωτήσεων (αθροιστικές ερωτήσεις ή υποκλίμακες), των οποίων η σχέση ικανοποίησης με τα χαρακτηριστικά των ασθενών κατέδειξε τα εξής:

α) Ικανοποίηση από το Ιατρικό προσωπικό: Οι επισκέπτες ηλικίας ≥ 65 ετών εμφάνιζαν μεγαλύτερη μέση τιμή ικανοποίησης σε σχέση με τους ασθενείς μικρότερης ηλικίας, αποτέλεσμα που συμφωνεί με παρόμοιες μελέτες σε άλλα ΚΥ [8] και με τις περισσότερες έρευνες όπου φαίνεται ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης [35] ενώ έχουν μεγάλη ανοχή στην έκφραση της δυσαρέσκεια τους, ίσως λόγω αυξημένης εξάρτησης από τον γιατρό, ή απλώς διότι δεν θέλουν να προκαλέσουν την αυθεντία γιατρών και νοσηλευτών.[36]

Οι ασθενείς – χρήστες Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης εμφάνιζαν μεγαλύτερη μέση τιμή ικανοποίησης σε σχέση με τους ασθενείς Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με σχετικές έρευνες στην Ελλάδα σε τέσσερα νοσοκομεία της Αθήνας,[4] στα ΚΥ Ναυπάκτου, Αταλάντης και στο εξωτερικό,[5,8] από όπου φαίνεται ότι συνήθως τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν και λιγότερες απαιτήσεις οπότε δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι από άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης οι οποίοι είναι σαφώς πιο ενημερωμένοι και επομένως εμφανίζονται περισσότερο απαιτητικοί.

Οι ασθενείς – χρήστες με μηνιαίο εισόδημα $\leq 1200\text{€}$ εμφάνιζαν μεγαλύτερη μέση τιμή ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό σε σχέση με τους ασθενείς με μηνιαίο εισόδημα $> 1200\text{€}$. Τα στοιχεία συμφωνούν με άλλες έρευνες όπου φαίνεται ότι άτομα με χαμηλότερο εισόδημα δήλωναν περισσότερο ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών συγκριτικά με άτομα υψηλότερου εισοδήματος οι οποίοι έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις, καλύτερο έλεγχο της κατάστασης της υγείας τους κυρίως λόγω τακτικότερων επισκέψεων σε ιδιωτικά και απογευματινά ιατρεία αλλά και καλύτερη φροντίδα ακόμη και μέσα στην ίδια υπηρεσία.[26]

Όσο αυξάνονταν η συχνότητα των επισκέψεων των ασθενών – χρηστών στο Κέντρο Υγείας τόσο αυξάνονταν και η ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό. Το στοιχείο αυτό παραπέμπει εκ νέου στη συχνότερη επαφή λόγω αυξημένης νοσηρότητας με τις υπηρεσίες του Κ.Υ. και στο γεγονός ότι βελτιώνεται η επικοινωνία με το προσωπικό. Το γεγονός αυτό όμως προϋποθέτει και την επάρκεια στο στελεχιακό δυναμικό της υπηρεσίας, διαφορετικά όπως παρατηρήθηκε στη μελέτη 10 Κ.Υ. των νομών Αχαΐας και Ηλείας [1] η έλλειψη προσωπικού στο τελευταίο οδηγεί σε μεγαλύτερη ταλαιπωρία, περισσότερες επισκέψεις και παραπομπές και επομένως χαμηλότερη ικανοποίηση. Το ίδιο αποτέλεσμα έχει παρατηρηθεί και στα νοσοκομεία όπου μετά από την πρώτη επίσκεψη η σύντομη επιστροφή των ασθενών για περαιτέρω διευκρινήσεις και εξετάσεις προκαλεί δυσαρέσκεια και παράταση του άγχους για την κατάσταση της υγείας τους.[39]

Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την εργασιακή κατάσταση, την απόσταση του τόπου κατοικίας από το Κέντρο Υγείας και την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας των ασθενών - χρηστών.

Στη σχετική βιβλιογραφία όσον αφορά το φύλο, δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί αν ασκεί θετική ή αρνητική επιρροή στην ικανοποίηση. Κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες επισκέπτονται πιο συχνά τους γιατρούς, νοσηλεύονται περισσότερο, και εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης συγκριτικά με τους άνδρες.[37] Αντίθετα έρευνα που διεξήχθη σε 1206 άτομα από όλη την Ελλάδα έδειξε ότι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας είναι το φύλο, το επάγγελμα και η οικογενειακή κατάσταση καθώς και στις έρευνες των Κ.Υ. Ναυπάκτου και Αταλάντης βρέθηκε ότι το ποσοστό των ανδρών παρουσιαζόταν πιο ικανοποιημένο.[5,8]

Μελέτη σε πέντε ΚΥ της Μεσσηνίας το 2004 [6] έδειξε ότι οι ανασφάλιστοι και οι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι. Το ίδιο αποτέλεσμα δείχνουν έρευνες για ασθενείς που πάσχουν από σοβαρότερες ασθένειες. Τέλος μεγαλύτερη ικανοποίηση φαίνεται να έχουν οι έγγαμοι ασθενείς σε σχέση με τους άγαμους.[38]

β) Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό προσωπικό : Τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα με του ιατρικού προσωπικού, δεδομένου ότι δεν διαπιστώθηκε σημαντική σχέση ικανοποίησης με τα χαρακτηριστικά των ασθενών πλην αυτών της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης όπου φαίνεται οριακά μικρότερη μέση τιμή ικανοποίησης, ενώ σημαντική είναι η σχέση μεταξύ συχνότητας επισκέψεων και ικανοποίησης γεγονός που επιβεβαιώνει τη σπουδαιότητα της διαπροσωπικής σχέσης του ασθενή με το προσωπικό. Πράγματι όπως προκύπτει από τη σχετική βιβλιογραφία, η επικοινωνία των ασθενών με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, η διαπροσωπική τους σχέση, η ανθρωπιστική συμπεριφορά, η επάρκεια στην ενημέρωση, η αμεσότητα στην εξυπηρέτηση, η ευγένεια και η προθυμία, η αξιοπιστία στις διαδικασίες καθοδήγησης των ασθενών, φαίνεται ότι εκτιμώνται ιδιαίτερα και δημιουργούν αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης.[39]

γ) Ικανοποίηση από το Περιβάλλον : Σχετίζεται κατά ανάλογο τρόπο όπως και παραπάνω με το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, τη συχνότητα των επισκέψεων, χωρίς στατιστικά σημαντική σχέση με τα λοιπά χαρακτηριστικά των ασθενών αλλά και υψηλότερη ικανοποίηση από το περιβάλλον όσο μειώνεται η απόσταση του τόπου κατοικίας. Επομένως οι ασθενείς που διαμένουν εγγύτερα νιώθουν μεγαλύτερη οικειότητα με το περιβάλλον του Κ.Υ. το επισκέπτονται τακτικότερα και παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι. Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με πρόσφατες έρευνες ικανοποίησης όπου ασθενείς χαμηλότερου οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου που επισκέπτονται συχνότερα τις υπηρεσίες είναι και πιο ικανοποιημένοι από τις υποδομές.[9]

δ) Ικανοποίηση από το Χρόνο ραντεβού: Μεγαλύτερη μέση τιμή ικανοποίησης από το χρόνο ραντεβού εμφάνισαν οι άγαμοι ασθενείς και οριακά οι άνδρες, όσοι έμεναν σε μεγαλύτερη απόσταση, αυτοί που δεν επισκέπτονταν συχνά το Κ.Υ. ενώ δεν διαπιστώθηκε σημαντική σχέση με την ηλικία, και παραδόξως με το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικονομική και επαγγελματική κατάσταση, δεδομένου ότι αυτοί οι ασθενείς είναι πιο απαιτητικοί.[50]

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα αποτελέσματα στις επιμέρους κατηγορίες ερωτήσεων. Η πλειονότητα των ασθενών θεωρεί ότι η διαδικασία του ραντεβού ήταν εύκολη και το προσωπικό ευγενικό και πρόθυμο. Ο χρόνος αναμονής για τα 2/3 των ασθενών δεν ήταν μεγάλος. Η θέση του Κ.Υ. και η άφιξη σ' αυτό θεωρείται εύκολη, αλλά η εύρεση θέσης στάθμευσης ήταν δύσκολη για 1 στους 2 επισκέπτες και η σηματοδότηση στους χώρους ελλιπής. Όσον αφορά το χώρο και το χρόνο αναμονής τα 2/3 των ασθενών εξετάστηκαν εντός 30 λεπτών, ενώ είναι ικανοποιημένοι (+57%) για την αίθουσα αναμονής και το 70% αυτών που έκαναν χρήση από τις τουαλέτες. Η πλειονότητα των ασθενών (+88%) είναι ικανοποιημένη με το χώρο του ιατρείου και με το χρόνο που αφιέρωσε ο γιατρός για την εξέτασή τους. Μεγάλο ποσοστό (+87%) έχει εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής και το 76,6% θεωρεί ότι οι οδηγίες που έλαβε ήταν επαρκείς και κατανοητές. Κατά το ίδιο περίπου ποσοστό θεωρεί τους νοσηλευτές ευγενικούς και πρόθυμους να απαντήσουν σε ερωτήσεις. Τέλος υψηλό βαθμό ικανοποίησης εξέφρασαν για τη διαδικασία οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εργαστηριακό έλεγχο και αυτοί που χρειάστηκε να επισκεφθούν τη γραμματεία για τακτοποίηση εκκρεμοτήτων.

Τα ευρήματα σχετικά με την εξέταση, το ραντεβού και την αναμονή ενισχύουν την σημασία της αριθμητικής επάρκειας του προσωπικού. Μελέτες που διεξήχθησαν στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου,[9] κατέδειξαν ότι η ευγένεια του προσωπικού και ιδιαίτερα των ιατρών αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών καθώς και ο χρόνος που αφιέρωσε για την εξέταση και οι εξηγήσεις που έδωσε στον ασθενή σχετικά με το νόσημά του. Στα παραδείγματα της Ηλείας [1] και των αστικών ΚΥ. της Κύπρου,[9] η πληθώρα περιστατικών και οι ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό οδηγούν σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών ανά ιατρό και στερούν τη δυνατότητα να αφιερωθεί ο κατάλληλος χρόνος στους ασθενείς, ενώ η εξυπηρέτηση από μη ειδικευμένους ιατρούς

δεν δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες εμπιστοσύνης. Τα ευρήματα επίσης συμφωνούν με εκείνα παρόμοιας έρευνας που διεξήχθη σε τρία ΚΥ του Νομού Κέρκυρας, όπου παρατηρήθηκε ότι τα ποσοστά ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό, την ενημέρωση, τις οδηγίες και το χρόνο που αφιερώνει ο ιατρός στον ασθενή ήταν υψηλά. Παρόμοια στοιχεία προκύπτουν και από μελέτη σε τέσσερα Κ.Υ. της Λέσβου με εξαίρεση για την ικανοποίηση από την παροχή οδηγιών από το ιατρικό προσωπικό. Μάλιστα σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 181 ασθενείς στην Ήπειρο παρατηρήθηκε ότι σχεδόν οι μισοί ασθενείς δήλωσαν ότι έχουν σκεφθεί να αλλάξουν ιατρό λόγω ελλιπούς ενημέρωσης.[8]

Περιορισμοί της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται στους χρήστες των Κ.Υ επομένως δεν αντιπροσωπεύει την άποψη του γενικού πληθυσμού γι' αυτά, και το δείγμα αφορά σε αυτό της Ελευθερούπολης οπότε τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευτούν. Ο αριθμός του δείγματος δεν αποδείχθηκε επαρκής για να δώσει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ατομικών χαρακτηριστικών και συνολικής ικανοποίησης. Επίσης δεν προβλέφθηκε να διερευνηθεί η άποψη των ασθενών για τις ελλείψεις ιατρικών ειδικοτήτων όπως σε παρόμοιες μελέτες που διαπιστώθηκε δυσαρέσκεια των ερωτηθέντων. Η πλειονότητα των επισκεπτών των Κ.Υ. είναι ηλικιωμένοι. Για να αποφευχθούν προβλήματα επικοινωνίας αλλά και για είναι το δείγμα αντιπροσωπευτικό για όλες τις ηλικιακές ομάδες χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας. Το ιατρικό προσωπικό στην παρούσα και σε παρόμοιες μελέτες παρουσιάζει υψηλή βαθμολογία γεγονός που μπορεί σε μερικές περιπτώσεις παρά τις διαβεβαιώσεις για ανωνυμία να οφείλεται στον φόβο ότι αρνητικές απαντήσεις μπορεί να επηρεάσουν τη μελλοντική σχέση με το γιατρό.

Συμπεράσματα. Οι επισκέπτες του Κ.Υ. εκφράζουν συνολικά υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τις υποδομές και τις υπηρεσίες του και παρά τις δυσχέρειες που απορρέουν από την οικονομική κατάσταση, παραμένει σημαντική για την ικανοποίησή τους η επικοινωνία και η διαπροσωπική τους σχέση με το προσωπικό. Παρόμοιες έρευνες ικανοποίησης σε άλλα Κ.Υ. επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα γεγονός που καταδεικνύει ότι η λειτουργία τους σε πρωτοβάθμιο επίπεδο προσφέρει λύσεις στις ανάγκες περίθαλψης του πληθυσμού. Το παράδοξο στην ελληνική πραγματικότητα είναι ότι διαθέτει οργανωμένο σύστημα Π.Φ.Υ. στην περιφέρεια και το στερείται στα αστικά κέντρα. Επομένως στην σημερινή συγκυρία είναι επιτακτικότερη από ποτέ η στελέχωση και ο εξοπλισμός των μονάδων ΠΕΔΥ στις πόλεις και η καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού. Η παρούσα μελέτη ανέδειξε προβλήματα και ελλείψεις στο χώρο στάθμευσης και στη σήμανση στους χώρους του Κ.Υ. Επίσης παρά την αριθμητική επάρκεια των γενικών ιατρών τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία συνεχής μείωση των υπηρεσιών από άλλες ιατρικές ειδικότητες προς όφελος του υποστελεχομένου νοσοκομείου όπως περιγράφεται στη σχετική ενότητα του Κ.Υ. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποδείχθηκε χρήσιμο εργαλείο στη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών, με

αναγκαία όμως τη προσθήκη μια πρώτης ενότητας ερωτήσεων σχετικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών για τα οποία και διερευνήθηκε η συσχέτιση με τις υποκλίμακες ικανοποίησης.

Αντικείμενο μελλοντικής μελέτης μπορεί να αποτελέσουν επιμέρους θέματα των Κ.Υ. η λειτουργία των Περιφερειακών τους Ιατρείων και των ασθενοφόρων. Η μέτρηση της ποιότητας και της ικανοποίησης ασθενών στις υπηρεσίες υγείας θεωρείται πλέον αναγκαία. Ανάλογα ερωτηματολόγια μπορούν να αποτελέσουν εργαλεία συνεχούς αυτοαξιολόγησης όλων των μονάδων υγείας προκειμένου να διαμορφώσουν και τις ανάλογες πολιτικές στην Π.Φ.Υ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Λέντζας Ι, Θεοδωροπούλου Α, Σιουρούνη Ε, Ανδρουτσοπούλου Χ, Μαντζουράνης Γ, Μητρόπουλος Ι. Ικανοποίηση ασθενών - χρηστών Κέντρων Υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2010;22(1):9-23.
2. Καλογεροπούλου Μ. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2011;28(5):667-673.
3. Αλετράς Β., Ζαχαράκη Φ., Νιάκας Δ. Ερωτηματολόγιο μέτρησης ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογική κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2007;24:89-96.
4. Πιερράκος Γ, Υφαντόπουλος Ι. Παράγοντες που επηρεάζουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2007;24:578-582.
5. Πολύζος Ν, Σινογεώργου Θ, Μαριάτου Δ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα: Ικανοποίηση ασθενών σε ένα Κέντρο Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2007;19:10-19
6. Πουλογιαννοπούλου Ε. Ικανοποίηση ασθενών Κέντρων Υγείας (Μεσσήνης, Μελιγαλά, Αγίου Νικολάου, Πύλου) νομού Μεσσηνίας. Διπλωματική Εργασία, Σχολή Διοίκησης Μονάδων Υγείας, ΕΑΠ, 2006
7. Καδδά Ο, Μαρβάκη Α, Τζαβάρας Α, Μαζγάλα Κ, Παληός Θ, Κόντας Ν και συν. Οι ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, 2010;9:61-75.
8. Αναγνωστοπούλου Ι, Σίσκου Ο, Γαλάνης Π. Αξιολόγηση και Διερεύνηση των Παραγόντων που Επηρεάζουν την Ικανοποίηση των Ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης. Νοσηλευτική 2012;51(2): 216-226
9. Κωνσταντίνου Ε, Μητρόπουλος Ι. Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2012;29(5):614-622.
10. Τούντας Γ. Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και υπηρεσίες υγείας. Αρχεία Ελληνική Ιατρικής, 2003;20(5):532-546.
11. Av. Donabedian,. The Quality of Care How Can It Be Assessed. JAMA 260, 1998;12(9):23
12. R.E Thompson. Next steps in Implementing Quality Appraisal/ Action Plans in Hospitals. Thompson, Mohr and Associates Inc 1980
13. Nelson A.. Measuring Peformance and Improving Quality. Sterling Publications, 1996

14. Σταυρόπουλος Ν. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Μελέτη ικανοποίησης ασθενών Δημοσίου Νοσοκομείου. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. ΠΜΣ Διοίκηση Επιχειρήσεων – Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Πανεπιστήμιο Πειραιά, 2009
15. Αδαμαντίδου Τ. Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 2004;7:29-31.
16. Σούλης Σ. *Οικονομικά της Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 1998.
17. Jackson JL, Champerlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc. Sci. Med.*, 2001;52:609-620.
18. World Health Organization. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 1978. Health for All by Year 2000, WHO, 1980. Health Programme Evaluation. WHO, Geneva. 1981. Πρόσβαση 21/11/2016. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/en/>
19. Θεοδώρου Μ. Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας. *Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ*, 1992;3(1).
20. Μουμτζόγλου Α. Πρόγραμμα Διασφάλισης της Ποιότητας στα Νοσοκομεία. *Επιθεώρηση της Υγείας*, 1997;47(7):48-50.
21. Μπαλάσκα Δ, Μπιτσώρη Ζ. Ποιότητα των παρεχομένων Υπηρεσιών Υγείας και ο βαθμός Ικανοποίησης των ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 2015;4(3):106-120.
22. Vasco E, Jose´ Antonio F. Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *Int. Journal of Health Care Quality Assurance*, 2006;18(6):404-412
23. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring service quality: a reexamination and extension. *J Market*, 1992;56(3):55–68.
24. Wiig S, Aase K, von Plessen C, et al. Talking about quality: exploring how 'quality' is conceptualized in European hospitals and healthcare systems. *BMC Health Serv Res.* 2014 Oct 11;14:478.
25. Μέριανου-Μιχαήλ Β, Ζαχαράκη-Σαββοπούλου Ρ. Ποιοτική Διασφάλιση στην Αιμοδοσία. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1993;2(4).
26. Ραφτόπουλος Β. Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. *Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Λευκωσία*, 2009.
27. Risser H. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings *Nurs. Res.* 1975;24:45-52.

28. Bond S, Thomas L.H. Measuring patients satisfaction with nursing care.
Journal of advanced Nursing, 1992;17:52-56.
29. Yucelt, U. An Investigation of Causes of Patient Satisfaction/Dissatisfaction with Physician Services. Health Marketing Quarterly, 1994;12(2):11-28.
30. Kotler P, Clarke R. Marketing for Health Care Organizations.
Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc. 1987
31. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis.
Eval Program Plann, 1983;6(3-4):185-210.
32. Μερκούρης Α. Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών.
Διδακτορική διατριβή. Αθήνα, 1996.
33. Taylor S, Cronin J. Jr. Modeling patient satisfaction and service quality.
Journal of Health Care Marketing, 1994;14(1):34-43.
34. Lorentzon M, Salisbury C, Bruster S, Weston D. Listening to patients in the National Health Service: a selective review of literature on patients' views about outpatient services in British hospitals. Journal of Nursing Management, 1996;4:163-169.
35. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction in health care: implications for practice from a systematic review of the literature.
Health Technology Assessment, 2002;6:1-244.
36. Papanikolaou V, Ntani Sp. Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care.
International Journal of Health Care Quality Assurance, 2008;21(6):548-561.
37. Pappa E, Niakas D. Assessment of health care needs and utilization in a mixed public – private system: the case of the Athens area. BMC Health Services Research, 2006;6:146.
38. Κέπεντζης Σ, Γκογκόσης Κ, Νιάκας Δ. Διερεύνηση της Ικανοποίησης Ασθενών και των Παραγόντων που την επηρεάζουν: Το παράδειγμα των Εξωτερικών Ιατρείων σε 6 Νοσοκομεία της Αττικής. Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας. Επιμέλεια Νιάκας Δ. Εκδόσεις Mediforce. Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας. Αθήνα 2004.
39. Avis M, Bond M, Arthur A. Exploring patient satisfaction with outpatient Services.
Journal of Nursing Management 1995;3:59-65.
40. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E, Souliotis K. The “unexpected” growth of the private health sector in Greece. Health Policy, 2005;74:167-180.
41. Almeida RS, Bourliataux-Lajoinie S, Martins M. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. Cad Saude Publica. 2015 Jan;31(1):11-25.

42. Parasuraman A, Berry L, Zeithaml V. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, 1991;67(4):420–450.
43. Σαπέρα-Τσούση Β., Η μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από τις Υπηρεσίες Υγείας, Διπλωματική Εργασία, ΕΣΔΥ, 2001
44. Murphy M, Salisbury C, Hollinghurst S. Can the outcome of primary care be measured by a Patient Reported Outcome Measure? *Br J Gen Pract*. 2014 Dec;64(629):647-8.
45. Σωτηριάδου Κ, Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π.
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές.
Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 2011;3(4):140-148
46. Θεοδωράκης Π, Ανδριανάκη Φ, Ζησιμοπούλου Ο, και συν. Σχέδιο Δράσης για ένα καθολικό, ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Υπουργείο Υγείας: Υγεία εν Δράσει. Αθήνα 2013
Πρόσβαση 14/2/16. Διαθέσιμο στο <http://www.moh.gov.gr/articles/health>
47. Σουλιώτης Κ, Θηραίος Ε, Καϊτελίδου Δ, και συν. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επιστημονική Επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της ΠΦΥ. Αθήνα, 2013. Πρόσβαση 7/2/16.
Διαθέσιμο στο <http://docplayer.gr/255132-Vasika-simeia-protasis-gia-ti-metarrythmisi-tis-protovathmias-frontidas-ygeias.html>.
48. Αντωνιάδου Ι, Κούτης Α, Λιονής Χ, Μυλωνέρος Θ, Παναγιωτόπουλος Τ, Μπένος Α. Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα, 2015. Πρόσβαση 7/2/16. Διαθέσιμο στο <http://docplayer.gr/133728-Anartyxi-tis-protovathmias-frontidas-ygeias.html>.
49. Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής. ΕΛΕΓΕΙΑ.
Πρόσβαση 25/2/2016. Διαθέσιμο στο <https://www.elegeia.gr/>
50. Κοτσαγώργη Ι, Γκέκα Κ. Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 2010;9(4):399-408.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Μέτρησης της Ικανοποίησης Επισκεπτών των Εξωτερικών Ιατρείων Κέντρου Υγείας

Διεξάγουμε μια έρευνα για το πόσο ικανοποιημένος/η ή δυσαρεστημένος/η είστε από την επίσκεψή σας στα Εξωτερικά Ιατρεία του Κέντρου Υγείας Ελευθερούπολης. Θα σας υποβάλουμε κάποιες ερωτήσεις, η διαδικασία διαρκεί το πολύ 10 λεπτά. Τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν κρυφά και θα καταστραφούν με το τέλος της έρευνας.

ΜΕΡΟΣ Α: Δημογραφικά και Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά

Ηλικία:

18 – 44

45 – 64

≥ 65

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Οικογενειακή κατάσταση:

Παντρεμένος/η Ελεύθερος Διαζευγμένος/η Συμβίωση Χήρος/α

Επίπεδο Εκπαίδευσης:

Δεν έχω τελειώσει το Δημοτικό

Απόφοιτος Δημοτικού

Απόφοιτος Γυμνασίου

Απόφοιτος Λυκείου

Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής (ΙΕΚ)

Απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ

Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών

Επάγγελμα:

Συνταξιούχος

Αγρότης

Ελεύθερος επαγγελματίας

Ιδιωτικός υπάλληλος

Δημόσιος υπάλληλος

Οικιακά

Εποχική εργασία

Άνεργος

Μηνιαίο Εισόδημα:

<400 400-800 800-1200 >1200

Χιλιομετρική απόσταση από το ΚΥ: (Περιφ. Ιατρεία και περιοχή ευθύνης τους)

< 5 (Ελευθερούπολη, Χορτοκόπι, Παναγία)

5-15 (Αυλή, Παλαιοχώρι, Κοκκινόχωμα, Αμυγδαλεώνας)

15-25 (Μουσθένη, Φίλιπποι, Ζυγός, Νικήσιανη, Καβάλα, Πέραμος, Μυρτόφυτο)

25-35 (Ποδοχώρι, Γαληψός, Κρηνίδες)

> 35 (Λουτρά Ελευθερών – Παραλία Οφρυνίου - άλλο)

Πόσο συχνά επισκεφθήκατε το Κέντρο Υγείας το τελευταίο έτος;

Καμία φορά 1-2 φορές 3-4 φορές 5 ή περισσότερες φορές

Πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;

Πολύ καλή
Καλή
Μέτρια
Κακή
Πολύ κακή

ΜΕΡΟΣ Β: Μέτρηση της Ικανοποίησης

Ερωτήσεις σχετικά με το κλείσιμο του ραντεβού

1. Πώς κλείσατε το ραντεβού για εξέταση στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία;

Τηλεφωνικώς
Με επίσκεψη στο Κ.Υ.
Με άλλο τρόπο Προσδιορίστε:.....

2. Ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή που χρειάστηκε να κλείσετε το ραντεβού για εξέταση έως την ημέρα που επισκεφθήκατε τα Εξωτερικά Ιατρεία ήταν:

Λιγότερος από 1 μήνα 1
Περισσότερος από 1 μήνα, αλλά λιγότερος από 3 μήνες 2
Περισσότερος από 3 μήνες, αλλά λιγότερος από 6 μήνες 3
Περισσότερος από 6 μήνες, 4
Πήγα στα Εξωτερικά Ιατρεία χωρίς ραντεβού 5
Δεν θυμάμαι 6

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

Συμφωνώ απόλυτα 1
Συμφωνώ 2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος 3
Διαφωνώ 4
Διαφωνώ πλήρως 5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ 6

4. Ήταν δύσκολο να επιλέξετε εσείς ημέρα και ώρα εξέτασης:

Συμφωνώ απόλυτα 1
Συμφωνώ 2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος 3
Διαφωνώ 4
Διαφωνώ πλήρως 5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ 6

5. Το προσωπικό της γραμματείας με το οποίο ήρθατε σε επαφή για το ραντεβού φαινόταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

6. Ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που για πρώτη φορά θελήσατε να εξεταστείτε έως την ημέρα που επισκεφθήκατε τα Εξωτερικά Ιατρεία ήταν μεγάλος:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

Ερωτήσεις σχετικά με την άφιξη στα Εξωτερικά Ιατρεία

7. Με τι μέσον ήρθατε στο Κέντρο Υγείας;

Ι.Χ. αυτοκίνητο (Συνεχίζω με την 8 και τις υπόλοιπες)

Αστική συγκοινωνία / ταξί (Συνεχίζω με την 10 και τις υπόλοιπες)

8. Η πρόσβαση στο Κέντρο Υγείας ήταν εύκολη:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

9. Η εύρεση θέσης για παρκάρισμα ήταν δύσκολη:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

10. Η σηματοδότηση στους εξωτερικούς χώρους του κέντρου Υγείας για να βρείτε τα Εξωτερικά Ιατρεία ήταν ελλιπής:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

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

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

Ερωτήσεις σχετικά με την αναμονή για εξέταση

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

Λιγότερος από 5 λεπτά	1
5-14 λεπτά	2
15-29 λεπτά	3
30-59 λεπτά	4
Περισσότερο από 1 ώρα	5
Εξεταστήκατε την ώρα που έπρεπε ή νωρίτερα	6
Δεν θυμάμαι	7

13. Η αίθουσα αναμονής ήταν καθαρή:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

14. Η αίθουσα αναμονής ήταν στενόχωρη:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

15. Ήταν εύκολο να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

16. Η θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής ήταν δυσάρεστη (είχε πολύ κρύο ή πολύ ζέστη):

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

17. Επισκεφθήκατε τις τουαλέτες του Κέντρου Υγείας:

- Ναι. (Συνεχίζω με την 18 και τις υπόλοιπες)
- Όχι (Συνεχίζω με την 19 και τις υπόλοιπες)

18. Οι τουαλέτες ήταν καθαρές και φροντισμένες:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

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

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

Ερωτήσεις σχετικά με το ιατρείο και την ιατρική εξέταση

20. Πόσο χρόνο διήρκεσε η εξέταση στο ιατρείο:

Λιγότερο από 5 λεπτά	1
5-10 λεπτά	2
11-20 λεπτά	3
21-30 λεπτά	4
31-40 λεπτά	5
Περισσότερο από 40 λεπτά	6
Δεν θυμάμαι / δεν απαντώ	7

21. Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος -η	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

22. Ο χώρος εξέτασης ήταν στενός και άβολος:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

23. Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέτασή σας:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

24. 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	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

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

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

26. Ο γιατρός σας έδωσε ανεπαρκείς ή ακατανόητες πληροφορίες σε σχέση με την κατάσταση της υγείας σας:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5

Δεν ξέρω / δεν απαντώ 6

27. Έχετε εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που σας είπε ο γιατρός:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

28. Οι εξηγήσεις και οι οδηγίες που λάβατε από το γιατρό σε σχέση με τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

29. Ο γιατρός σας φέρθηκε με σεβασμό:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

30. Οι γιατροί φαίνονταν ανίκανοι και με ανεπαρκή εκπαίδευση:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

31. Οι νοσηλεύτριες ήταν ευγενικές με σας:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

32. Οι νοσηλεύτριες ήταν απρόθυμες να απαντήσουν σε ερωτήσεις σας:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3

Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

Ερωτήσεις σχετικά με εργαστηριακές εξετάσεις

33. Χρειάστηκε να υποβληθείτε σε εργαστηριακές εξετάσεις (π.χ. μικροβιολογικές / αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφίες, υπερηχογράφημα κ.α.)

ΝΑΙ

ΟΧΙ (Συνεχίζω με την ερώτηση 43)

34. Το ραντεβού για τις επιπλέον εξετάσεις κλείστηκε με τρόπο πολύπλοκο / χρονοβόρο:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

35. Είχατε δυνατότητα επιλογής ημέρας και ώρας του ραντεβού:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

36. Ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή που χρειάστηκε να κλείσετε το ραντεβού για εξέταση έως την ημέρα που επισκεφθήκατε τα εργαστήρια ήταν:

Λιγότερος από 1 εβδομάδα	1
Περισσότερος από 1 εβδομάδα αλλά λιγότερος από 1 μήνα	2
Περισσότερος από 1 μήνα, αλλά λιγότερος από 3 μήνες	3
Περισσότερος από 3 μήνες,	4
Πήγα στα Εξωτερικά Ιατρεία χωρίς ραντεβού	5
Δεν θυμάμαι	6

37. Ο χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν μεγάλος:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

38. Η σηματοδότηση στους εξωτερικούς χώρους του Κέντρου Υγείας για να βρείτε τα εργαστήρια ήταν επαρκής / κατατοπιστική:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

39. Την ημέρα του ραντεβού, χρειάστηκε να περιμένετε για σύντομο χρονικό διάστημα στην αίθουσα αναμονής ώσπου να έρθει η σειρά σας να εξεταστείτε:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

40. Οι χώροι εξέτασης στα εργαστήρια ήταν στενόχωροι / άβολοι:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

41. Οι εργαστηριακές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν με εύκολο και ανώδυνο για σας τρόπο:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

42. Το βοηθητικό προσωπικό των εργαστηρίων ήταν απρόθυμο να σας εξυπηρετήσει:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

Ερωτήσεις σχετικά με την αναχώρηση από τα Εξωτερικά Ιατρεία

43. Πριν από την αναχώρησή σας χρειάστηκε να επισκεφθείτε τη Γραμματεία των Εξωτερικών Ιατρείων για τακτοποίηση κάποιας εκκρεμότητας (πληρωμή, θεώρηση βιβλιαρίου, ή άλλο:)

ΝΑΙ

ΟΧΙ

44. Οι διαδικασίες πληρωμής / θεώρησης ήταν χρονοβόρες:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

45. Το προσωπικό της Γραμματείας ήταν ευγενικό και εξυπηρετικό:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

Γενική εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών

46. Από την επίσκεψή σας συνολικά στα Εξωτερικά Ιατρεία του Κέντρου Υγείας είστε δυσαρεστημένος:

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / ουδέτερος	3
Διαφωνώ	4
Διαφωνώ πλήρως	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σας.