

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΛΑΡΙΣΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ - MBA



Θέμα μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας:
Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από χρήστες
μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις νέες δομές των
TOMY. Η περίπτωση των TOMY Λάρισας

Όνομα Φοιτήτριας: Κουτσαντώνη Γεωργία

Τριμελής επιτροπή
Θεοδοσίου Γεώργιος (Επιβλέπων)
Ασπρίδης Γεώργιος
Μιχαηλίδης Αναστάσιος

ΛΑΡΙΣΑ

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2019-2020

*Η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αφιερωμένη στη μνήμη του
πατέρα μου Αθανάσιου και της μητέρας μου Χριστίνας
Κουτσαντώνη*

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω πολύ τον επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας κ. Γεώργιο Θεοδοσίου για την καθοδήγηση του σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μου. Ήταν αρωγός στην προσπάθεια μου και οι πολύτιμες συμβουλές του με βοήθησαν να ανταπεξέλθω σε όλες τις δυσκολίες.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά και όλους τους καθηγητές του προγράμματος για τις γνώσεις και εμπειρίες που μου έδωσαν.

Θερμά ευχαριστώ και τον Διευθυντή μου στην υπηρεσία κ. Γκογκογιάννη Ιωάννη και τη συνάδελφο μου Σοφία Οτατζόγλου, για την απεριόριστη κατανόηση και συμπαράσταση τους σε όλη τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την κατανόηση τους.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	11
1.1. Η έννοια και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	11
1.2. Ιστορική αναδρομή στην εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.....	13
1.3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας στην Ελλάδα σήμερα	15
1.4. Η λειτουργία των Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.).....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	22
2.1. Η έννοια της ποιότητας και η σχέση της με τις υπηρεσίες υγείας.....	22
2.2. Η αναγκαιότητα της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας.....	25
2.3. Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	27
2.4. Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	28
2.5. Οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας.....	30
2.6. Η αξιολόγηση της ποιότητας.....	32
2.7. Μέτρηση της ποιότητας.....	33
2.8. Παράγοντες για τη βελτίωση της ποιότητας.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	37
3.1. Η έννοια της ικανοποίησης	37
3.2. Διαφορετικές προσεγγίσεις του όρου ικανοποίηση	39
3.3. Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.....	40
3.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	41
3.4.1. Παράγοντες σε σχέση με τους ασθενείς	42
3.4.2. Παράγοντες που αφορούν το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό.....	45
3.4.3. Παράγοντες που αφορούν την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	46
3.5. Έρευνες ικανοποίησης των χρηστών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.....	47
3.6. Προτάσεις για την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	50
4.1 Ερευνητικός σκοπός.....	50
4.2 Μέθοδος.....	50

4.3	Δείγμα	50
4.4	Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	51
4.5	Εργαλεία συλλογής δεδομένων	52
4.6	Ηθικά ζητήματα.....	54
4.7	Ανάλυση δεδομένων.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....		56
5.1	Περιγραφή του δείγματος, δημογραφικά αποτελέσματα της έρευνας.	56
5.2	Αποτελέσματα της έρευνας.....	57
5.2.1	Αποτελέσματα 1 ^{ου} ερευνητικού ερωτήματος	58
5.2.1.1	Πόσο βολικές θεωρούν τις μονάδες υγείας ΤΟΜΥ οι ασθενείς που τις επισκέφθηκαν αναφορικά με την τοποθεσία στην οποία βρίσκονται, το ωράριο λειτουργίας τους και τον προγραμματισμό των ραντεβού τους;	58
5.2.1.2	Ποια είναι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ιατρικό προσωπικό των δομών ΤΟΜΥ;	60
5.2.1.3	Ποια είναι η ποιότητα των υποδομών των δομών ΤΟΜΥ;.....	66
5.2.1.4	Ποια είναι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό των δομών ΤΟΜΥ;	68
5.2.1.5	Πόσος ήταν ο χρόνος αναμονής των ασθενών στις εγκαταστάσεις των δομών ΤΟΜΥ και στις διοικητικές εργασίες που απαιτήθηκαν για την εξέτασή τους;.....	71
5.2.2	Αποτελέσματα 2 ^{ου} ερευνητικού ερωτήματος	74
5.2.3	Αποτελέσματα 3 ^{ου} ερευνητικού ερωτήματος	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο – ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ		108
6.1	Συμπεράσματα έρευνας	108
6.1.1	Συμπεράσματα αναφορικά με το 1ο ερευνητικό ερώτημα	108
6.1.2	Συμπεράσματα αναφορικά με το 2ο ερευνητικό ερώτημα.....	110
6.1.3	Συμπεράσματα αναφορικά με το 3ο ερευνητικό ερώτημα.....	110
6.2	Περιορισμοί έρευνας.....	111
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		112

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Ο σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθεί η ικανοποίηση που απολαμβάνουν οι ασθενείς από την παροχή ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών μέσω των Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.) και να αναδειχθεί η αναγκαιότητα της συστηματικής αξιολόγησης των μονάδων υγείας, ώστε να αναβαθμιστούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες.

Μεθοδολογία: Στα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας υπεισέρχονται ποσοτικές μεταβλητές και για αυτό το λόγο μετρήθηκαν με τη χρήση αντικειμενικών εργαλείων μέτρησης. Τα εργαλεία αυτά αποτελούνταν από ανώνυμα ερευνητικά ερωτηματολόγια.

Αποτελέσματα έρευνας: Αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ιατρικό προσωπικό των μονάδων ΤΟΜΥ, οι ασθενείς τις κρίνουν μέτρια προς καλές. Αναφορικά με την υλικοτεχνική ποιότητα των δομών ΤΟΜΥ συμπεραίνουμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς (ή οι συνοδοί τους) συμφωνούν στο ότι είναι καλή έως πολύ καλή. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων ΤΟΜΥ, κρίνεται μέτρια προς ισχυρά στο ότι είναι καλή. Αναφορικά με την υλικοτεχνική ποιότητα των δομών ΤΟΜΥ συμπεραίνουμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς (ή οι συνοδοί τους) συμφωνούν στο ότι είναι καλή έως πολύ καλή. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων ΤΟΜΥ, κρίνεται μέτρια προς ισχυρά στο ότι είναι καλή.

Λέξεις – κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τοπικές Ομάδες Υγείας, ασθενείς, ικανοποίηση, περίθαλψη.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this work is to investigate the satisfaction of patients with the provision of medical services through the Local Health Teams (TOMY) and to highlight the necessity of systematic evaluation of health units in order to upgrade the services provided.

Methodology: Quantitative variables are included in the research questions of the research and therefore measured using objective measurement tools. These tools consisted of anonymous research questionnaires.

Research results: Regarding the quality of services provided by TOMY medical staff, patients consider them moderate to good. Concerning the logistical quality of the TOMY structures we conclude that most patients (or their companions) agree that they are good to very good. The quality of services provided by the nursing staff of the TOMY units is judged to be moderate to strong in that it is good. Concerning the logistical quality of the TOMY structures we conclude that most patients (or their companions) agree that they are good to very good. The quality of services provided by the nursing staff of the TOMY units is judged to be moderate to strong in that it is good.

Keywords: Primary Health Care, Local Health Groups, patients, satisfaction, care.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Προκειμένου να αξιολογήσουμε την πνευματική, σωματική και ψυχική κατάσταση ενός ανθρώπου, χρησιμοποιούμε ως κριτήριο την υγεία. Η υγεία είναι συνδεδεμένη με την υπόστασή του, την αξιοπρέπειά του και την αξία της ζωής του. Από αρχαιοτάτων χρόνων, η φροντίδα της υγείας ήταν μία από τις βασικές ανθρώπινες προτεραιότητες, πράγμα που έκανε αναγκαία τη συνταγματική της κατοχύρωση. Στις σημερινές οργανωμένες κοινωνίες προβλέπεται η δημιουργία δομών με σκοπό τη θεραπεία και την πρόληψη ασθενειών του κοινωνικού συνόλου. Έτσι, έχουμε τη λειτουργία των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπου παρέχονται υπηρεσίες στους ασθενείς. Τις μονάδες αυτές αποτελούν τα Κέντρα Υγείας, οι Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.), τα περιφερειακά ιατρεία ή και τα ιδιωτικά ιατρεία (Κοντιάδης, Σουλιώτης, 2005).

Στα κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στόχος των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας στον υγιή πληθυσμό, αλλά παράλληλα και η θεραπεία και η αποκατάσταση των ασθενών με τις σύγχρονες επιστημονικές μεθόδους. Αποστολή τους είναι η παροχή ολοκληρωμένης μέριμνας στα άτομα και η προσφορά ασφαλών και ποιοτικών υπηρεσιών, προκειμένου να καλύπτονται οι ανάγκες του πληθυσμού. Μεγάλη σημασία, επίσης, δίνεται σε ότι αφορά τη δημόσια υγεία, όπως επίσης και σε θέματα κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Σουρτζή, 2005).

Σήμερα, όμως, η οργάνωση και ο σχεδιασμός πολιτικής υγείας στις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αντιμετωπίζουν προβλήματα, γεγονός που καθιστά απαραίτητο τον εκσυγχρονισμό τους. Ο στόχος των ρυθμίσεων που θα πραγματοποιηθούν πρέπει να θέτει στο επίκεντρο την αναβάθμιση του επιπέδου υγείας και την αξιοποίηση υποδομών και υπαρχόντων πόρων. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τους εμπλεκόμενους με το σχεδιασμό πολιτικής στο χώρο της υγείας (Λιονής& Μερκούρης, 2000).

Η αξιολόγηση των παραπάνω δομών καθίσταται αναγκαία, ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα παροχής των υπηρεσιών τους. Για το σκοπό αυτό χρειάζεται συνεργασία με το ανθρώπινο δυναμικό της μονάδας, αλλά και με

τους αποδέκτες των υπηρεσιών, καθώς και συγκέντρωση πληροφοριών για την κάλυψη των αναγκών της κάθε κοινότητας. Η αξιοποίηση των πληροφοριών αυτών μπορεί να συντελέσει στη βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας και στην ελαχιστοποίηση ή ακόμα καλύτερα στην αποφυγή λαθών, ώστε να αποφευχθεί η δυσλειτουργία των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001).

Οι βασικοί παράγοντες που είναι ενδεικτικοί για την αναγνώριση της ποιοτικής περίθαλψης είναι η δυνατότητα πρόσβασης, η έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση, η αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση, η χρήση μεθόδων τελευταίας τεχνολογίας καθώς και η φιλική προσέγγιση του ασθενούς και ο επαγγελματισμός του προσωπικού υγείας (Τούντας, 2003).

Η αξιολόγηση της ποιότητας αποσκοπεί στο να διαπιστωθεί η αξία ενός αγαθού και συνήθως χρησιμοποιεί επιστημονικές μεθόδους για να συσχετίσει τις αιτίες με τα αποτελέσματα και για να προσδιορίσει κατά πόσο επιτυγχάνονται οι προσδοκώμενοι στόχοι. Η αξιολόγηση στις θεραπευτικές μεθόδους αποσκοπεί να δώσει λογικές εξηγήσεις για τα αποτελέσματα που προκύπτουν, είτε είναι θετικά, είτε αρνητικά (Παπανικολάου, 2007).

Ο A. Donabedian (2005) ήταν ο πρώτος που ανέφερε ως δείκτη μέτρησης της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας την ικανοποίηση των ασθενών. Η ικανοποίηση, λοιπόν, του χρήστη υπηρεσιών υγείας είναι η άποψη του για τη φροντίδα που δέχεται και εξαρτάται άμεσα από τις προσδοκίες του και τις αξίες του. Η παραπάνω άποψη βρίσκει σύμφωνο και τον ιατρό H. Vuori (1987) ο οποίος υπογραμμίζει ότι η ικανοποίηση είναι χαρακτηριστικό της ποιότητας, το αναμενόμενο αποτέλεσμα που αποδεικνύει πώς αντιλαμβάνονται οι ασθενείς τις υπηρεσίες υγείας. Ένας ικανοποιημένος ασθενής είναι πιο συνεργάσιμος με το επιστημονικό προσωπικό, δέχεται πιο εύκολα την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και εμπιστεύεται το σύστημα υγείας στο οποίο εμπλέκεται (Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2004).

Η ικανοποίηση των χρηστών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί δείκτη που επιδρά σημαντικά στο σχεδιασμό και τη χάραξη πολιτικής υγείας. Η έρευνα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών βελτιώνει το σύστημα υγείας, δίνοντας της ευκαιρία ένταξης νέων προγραμμάτων και ενεργειών, καθώς και μέσω της αύξησης της παραγωγικότητας του

προσωπικού. Σε ένα επιτυχημένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας ο ασθενής αποτελεί επίκεντρο των επιλογών στρατηγικής (Παπανικολάου, 2007).

Ο σκοπός της εργασίας, λοιπόν, είναι να διερευνηθεί η ικανοποίηση που απολαμβάνουν οι ασθενείς από την παροχή ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών μέσω των Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.) και να αναδειχθεί η αναγκαιότητα της συστηματικής αξιολόγησης των μονάδων υγείας, ώστε να αναβαθμιστούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες. Η μεθοδολογία της έρευνας περιλαμβάνει συλλογή δεδομένων μέσω της μεθόδου απροσδιόριστης πιθανότητας επιλογής και, συγκεκριμένα, μέσω συμπτωματικής δειγματοληψίας.

Έτσι, στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται αναφορά στην έννοια και το ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με στόχο να αναλυθεί συγκεκριμένα η λειτουργία των Τοπικών Ομάδων Υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο διερευνάται η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας, με ιδιαίτερη αναφορά στους παράγοντες που την προσδιορίζουν και τα οφέλη που προκύπτουν από τη βελτίωσή της.

Το τρίτο κεφάλαιο εστιάζει στην ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών Υγείας προσδιορίζοντας όλους τους παράγοντες που την επηρεάζουν και τονίζοντας τη χρησιμότητα της ικανοποίησης των ασθενών για την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ακολουθεί το ερευνητικό μέρος στο οποίο θα αναλυθούν στατιστικά τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και που σχετίζονται με την άποψη που έχουν διαμορφώσει οι χρήστες του συστήματος υγείας σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1.Η έννοια και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι το πλέγμα δομών παροχής υπηρεσιών που αφορά περιπτώσεις, στις οποίες δε χρειάζεται άμεσα νοσοκομειακή παρακολούθηση. Όλοι οι άνθρωποι έχουν ισότιμη πρόσβαση στις δομές αυτές, στις οποίες περιλαμβάνονται κυρίως τα Κέντρα Υγείας, οι Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.) αλλά και περιφερειακά ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και ιδιωτικά ιατρεία. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο στάδιο στο σύστημα υγείας της χώρας, το οποίο δέχεται τους ασθενείς για να τους παράσχει τις στοιχειώδεις υπηρεσίες υγείας. Στη συνέχεια, εφόσον κριθεί αναγκαίο, αυτοί μεταφέρονται σε πιο εξειδικευμένες μονάδες νοσηλείας (Ιωαννίδης, Μάντης, 1999).

Η διακήρυξη της Alma-Ata δίνει έναν πλήρη ορισμό για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σύμφωνα με τον οποίο:

α) αναγνωρίζεται η υγεία ως ένα από τα στοιχειώδη ανθρώπινα δικαιώματα

β) κατακρίνονται ως μη αποδεκτές οι οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές ανισότητες στον τομέα της υγείας

γ) γίνεται γενικά παραδεκτό πως η διαφύλαξη της υγείας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την οικονομική και κοινωνική εξέλιξη ατόμων και λαών

δ) δίνεται βαρύτητα στο σχεδιασμό και την οργάνωση της φροντίδας υγείας, που αποτελεί ατομικό και συλλογικό δικαίωμα αλλά και καθήκον

ε) επισημαίνεται ο συσχετισμός της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη βελτίωση της υγείας σε παγκόσμια κλίμακα

στ) αναδεικνύεται η στενή σχέση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος γενικότερα σε ότι αφορά την προσέγγιση του ατόμου, της οικογένειας και του κοινωνικού συνόλου (Hixon, Mascarinec 2008).

Επίσης, το 1996 το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α. (Institute of Medicine–IOM) συνέταξε έναν ορισμό μέσω της Επιτροπής για το Μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: «*Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η*

παροχή ενσωματωμένων (ολοκληρωμένων, συντονισμένων, συνεχιζόμενων), προσβάσιμων υπηρεσιών φροντίδας υγείας από κλινικούς ιατρούς που είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση των πλείστων προσωπικών αναγκών φροντίδας υγείας των ασθενών, μέσα από την ανάπτυξη ενός διαρκούς συνεταιρισμού με τους ασθενείς και οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας» (Donaldson et al., 1996).

Κοινή συνισταμένη των παραπάνω ορισμών αποτελεί το γεγονός πως η ύπαρξη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αναγνωρίζεται ως βασική προϋπόθεση για την παροχή στοιχειωδών υπηρεσιών, με σκοπό τη διασφάλιση της προστασίας και του επιπέδου της υγείας των ανθρώπων. Το δικό του ορισμό για την ΠΦΥ δίνει ο Υφηγητής της Ιατρικής Σχολής Αθηνών Π. Αδαμόπουλος ως *«την παροχή υπηρεσιών υγείας του ατόμου και της κοινότητας και αφορά τη διάγνωση οξέων και χρόνιων νοσημάτων, τη θεραπεία τους, τη μεταφορά του αρρώστου που χρήζει διακομιδής σε κάποια άλλη πιο εξειδικευμένη μονάδα, την αποκατάσταση του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης της νόσου, την κατ'οίκον νοσηλεία, την προαγωγή υγείας, την πρόληψη, τη δημόσια υγεία, την αγωγή υγείας»* (Αδαμόπουλος, 1992).

Σύμφωνα με τους Θεοδώρου και Πιερράκο, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι το σύνολο των υπηρεσιών που πρέπει να παρέχονται με προσιτές οικονομικά και αποδεκτές από την κοινωνία και την επιστημονική κοινότητα μεθόδους με στόχο την έμπρακτη προσπάθεια για αναβάθμιση της υγείας των ανθρώπων (Θεοδώρου, 1999, Πιερράκος, 2008).

Η φροντίδα για την οργάνωση Πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας είναι κοινό χαρακτηριστικό όλων των χωρών. Σίγουρα, σε κάθε κράτος υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν. Όμως, καθίσταται αναγκαίο και κοινά αποδεκτό να ισχύουν οι παρακάτω προϋποθέσεις για την ομαλή λειτουργία αυτών των δομών:

- Να έχουν όλοι ισότιμη πρόσβαση σ' αυτές.
- Να παρέχονται υπηρεσίες σε 24ωρη βάση.
- Να εφαρμόζονται σύγχρονες και επιστημονικά αποδεκτές μέθοδοι που να είναι συμβατές με τις ανάγκες των ανθρώπων στους οποίους απευθύνονται.

- Να έχουν ως στόχο τους την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας των πολιτών.
- Να προσφέρουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες για όλο το φάσμα της υγείας (σωματική, ψυχική, κοινωνική) (Τούντας, 2008).

Αναμφισβήτητα, είναι ανάγκη να τονιστεί η διαφορά ανάμεσα στους χαρακτηρισμούς πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ο πρώτος όρος αφορά μια ευρύτερη έννοια και αναφέρεται στις υπηρεσίες που παρέχονται τόσο σε υγιείς όσο και σε ασθενείς πληθυσμούς, αφού κυρίως στοχεύει στην πρόληψη και την διαφύλαξη της υγείας των ατόμων. Από την άλλη πλευρά, η πρωτοβάθμια περίθαλψη αφορά την διάγνωση και αντιμετώπιση νοσημάτων, αλλά και τις υπηρεσίες προς άτομα, οι ανάγκες των οποίων απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα και παρακολούθηση (Λιαρόπουλος, 2007).

1.2 Ιστορική αναδρομή στην εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Η αναγνώριση της Εθνικής ανεξαρτησίας το 1830 σηματοδοτεί την προσπάθεια ανασύνταξης του Ελληνικού κράτους, κάτι που περιλάμβανε και την αναδιοργάνωση του χώρου της υγείας και την υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού της χώρας. Συγκεκριμένα, με το διάταγμα της 15^{ης} Δεκεμβρίου 1836 ξεκινά να οργανώνεται ο τομέας της κοινωνικής ασφάλισης με τη δημιουργία του πρώτου ασφαλιστικού ταμείου, του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (ΝΑΤ), που λειτούργησε για πρώτη φορά το 1861. Ταυτόχρονα, θεσπίζεται και ο θεσμός του επαρχιακού γιατρού το 1852, ενώ παρατηρούνται και οι πρώτες νοσοκομειακές δομές σε διαφορετικές αστικές περιοχές. Ξεχωριστό γεγονός με ιδιαίτερη σημασία αποτελεί η ίδρυση της Πολυκλινικής Αθηνών κατά το έτος 1903. Προσέφερε αναβαθμισμένες υπηρεσίες στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αξίζει, επίσης, να αναφερθεί η ίδρυση του γραφείου Δημόσιας Υγείας στη Θεσ/νίκη το 1915 με το Ν.582 (Αλεξιάδου και συν., 2008).

Η κοινωνική ασφάλιση ως θεσμός κατοχυρώνεται νομοθετικά με το νόμο 2868 του 1922, με τον οποίο θεσπίζεται η υποχρεωτική ένταξη των

υπαλλήλων του ιδιωτικού τομέα και των εργατών σε ασφαλιστικούς φορείς. Αποτέλεσμα της εξέλιξης αυτής είναι η ίδρυση πληθώρας ασφαλιστικών ταμείων (καπνεργατών, τυπογράφων, αρτοποιών κλπ) για την ασφαλιστική κάλυψη των εργαζομένων. Παράλληλα, θεσπίζεται η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδοτών και εργαζομένων (Κυριόπουλος, Φιλαλήθης, 1996).

Επίσης, στο νόμο 6298/1934 «Περί κοινωνικών ασφαλίσεων» αναφέρεται για πρώτη φορά η σύσταση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ). (Αλεξιάδου και συν., 2008).

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) άρχισε να λειτουργεί επίσημα από την 1.1.1937 και θεσμοθετείται η υποχρεωτική ασφάλιση σ' αυτό όλων των μισθωτών υπαλλήλων. Στη διάρκεια των χρόνων ο συγκεκριμένος ασφαλιστικός φορέας πέρασε από διάφορα στάδια ανάπτυξης και υπέστη μεταβολές. Κατάφερε, όμως, να συγκροτήσει τις δικές του μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα να αποτελεί στις μέρες μας τον μεγαλύτερο ασφαλιστικό οργανισμό. Την έναρξη της λειτουργίας του ΙΚΑ ακολουθεί εν έτει 1961 η δημιουργία ενός άλλου σημαντικού ασφαλιστικού φορέα, του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ώστε να καλυφθεί ασφαλιστικά ο πολυπληθής (τότε) αγροτικός κόσμος (Αλεξιάδου και συν., 2008).

Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '70 δεν έχει δημιουργηθεί στη χώρα μας ολοκληρωμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Με το νόμο 1397/1983 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας» που ψηφίστηκε στη Βουλή το Σεπτέμβριο του 1983 συντελείται μια καίρια παρέμβαση στο χώρο της υγείας, αφού προβλέπεται η δημιουργία ολοκληρωμένου και ενιαίου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ανάλογες προσπάθειες σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες είχαν γίνει πριν πολλά χρόνια. Ο νόμος 1397 προέβλεπε την ποιοτική αναβάθμιση της περίθαλψης, την περιφερειακή αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, τον προγραμματισμό και σχεδιασμό στην οργάνωση της υγειονομικής φροντίδας και τη δικαιότερη κατανομή των διαθέσιμων πόρων. Επίσης, στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας προβλεπόταν η λειτουργία αστικών και μη αστικών Κέντρων Υγείας και περιφερειακών ιατρείων με εξειδικευμένο προσωπικό που θα λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων και θα είχαν μ' αυτά επιστημονική και λειτουργική διασύνδεση (Ποτήρης, Σαράφης, 2014).

Στα επόμενα χρόνια έγιναν πολλές μεταρρυθμίσεις με κύριο στόχο την αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ. και την καλύτερη οργάνωση της Π.Φ.Υ. Οι όποιες αλλαγές, όμως, δεν πέτυχαν το επιθυμητό αποτέλεσμα, καθώς η εφαρμογή τους στην πράξη αποδείχθηκε δύσκολη υπόθεση. Σημαντική μπορεί να θεωρηθεί και η μεταρρύθμιση του 2011, καθώς με το νόμο 3818/2011 προβλεπόταν η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Στο φορέα αυτό ενσωματώθηκαν τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία με τους κλάδους υγείας τους. Στόχος ήταν να διασφαλιστεί για τους εργαζομένους και τα προστατευόμενα μέλη τους ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας έτσι, ώστε να επιτυγχάνεται η πρόληψη, η βελτίωση, η αποκατάσταση και η προστασία της υγείας τους (Γιανασμίδης, Τσιαούση, 2012).

Η τελευταία χρονικά εξέλιξη για την αναβάθμιση και τη βελτίωση των υπηρεσιών στο χώρο της Π.Φ.Υ. είναι η δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). Ο νόμος 4238/2014 προβλέπει ότι τα Κέντρα Υγείας, οι Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.), τα περιφερειακά ιατρεία και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. εντάσσονται στις Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες (Δ.Υ.Πε.) και αποτελούν τις Δημόσιες Δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.. Ο ίδιος νόμος προβλέπει τη μεταβολή του ρόλου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που από προμηθευτής υπηρεσιών υγείας γίνεται πλέον αγοραστής (Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Νόμος 4238/2014).

Στις μέρες μας οι προσπάθειες εστιάζονται στην δημιουργία του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος θα έχει το ρόλο του συμβούλου υγείας και του οδηγού για την προαγωγή της υγείας των πολιτών. Και στην περίπτωση αυτή παρατηρείται καθυστέρηση συγκριτικά με τις χώρες της Ευρώπης, αφού τη δημιουργία του προέβλεπε ήδη ο νόμος 1397/1983, αλλά δεν ολοκληρώθηκε ποτέ.

1.3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας στην Ελλάδα σήμερα

Κοινός και απώτερος σκοπός όλων των συστημάτων υγείας είναι η εξασφάλιση υψηλού επιπέδου υγείας στον πληθυσμό και ποιότητας ζωής στους ανθρώπους. Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσα από

ένα πλέγμα δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων που αποτελείται από τις παρακάτω μορφές:

- Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στο οποίο περιλαμβάνονται τα Κέντρα Υγείας, οι Τοπικές Ομάδες Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία στις αγροτικές περιοχές και τα Εξωτερικά Ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων στις αστικές περιοχές. Η χρηματοδότησή τους εξασφαλίζεται από κρατικούς πόρους και πρόσβαση σ' αυτά έχουν όλοι οι ασθενείς σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.

- Τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης. Αυτά περιλαμβάνουν ιατρεία, εργαστήρια, κλινικές και διαγνωστικά κέντρα συμβεβλημένα με τα ασφαλιστικά ταμεία. Οικονομικά, οι φορείς αυτοί στηρίζονται στις εισφορές των ασφαλισμένων που έχουν κατά βάση πρόσβαση σ' αυτά.

- Την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Οργανώνει προγράμματα περίθαλψης και υπηρεσιών προνοίας που υλοποιούνται από τα ιατρεία των δήμων με χρηματοδότηση από τους δημοτικούς φόρους.

- Τον Ιδιωτικό Τομέα. Περιλαμβάνει τους ιδιώτες γιατρούς, τις κλινικές και τα εργαστήρια. Εδώ η χρηματοδότηση γίνεται από το εισόδημα των ασθενών ή από την ιδιωτική τους ασφάλιση (Θεοδώρου και συν., 2001).

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

α) Η παροχή υπηρεσιών στηρίζεται σ' ένα δίκτυο δομών αποτελούμενο από περίπου 200 Κέντρα Υγείας που υπάρχουν στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, 250 πολυιατρεία του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές και 127 Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ)

β) Για όσους φορείς δε διαθέτουν υπηρεσίες υγείας οι ασφαλισμένοι εξυπηρετούνται μέσω συμβάσεων από ιδιωτικά σχήματα και ιατρούς

γ) Ως συνέπεια της ύπαρξης προβλημάτων για την οργάνωση της ΠΦΥ παρατηρήθηκε αύξηση στις επενδύσεις ιδιωτών στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Ο αριθμός των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων ανέρχεται στα 400 και είναι γεγονός ότι η λειτουργία τους έχει ανεβάσει τον ανταγωνισμό στο χώρο της υγείας (Νικολάκης και συν., 2000).

Η σύγκριση της παροχής υπηρεσιών της ΠΦΥ στην Ελλάδα με άλλες χώρες, μας οδηγεί στη διαπίστωση ότι η υγειονομική μέριμνα, η οποία παρέχεται από τις πρωτοβάθμιες δομές στη χώρα μας, δεν τυγχάνει ιδιαίτερης προσοχής. Αυτό συμβαίνει για οικονομικούς, κυρίως, ή πολιτικούς λόγους με

αποτέλεσμα το σύστημα υγείας να παρουσιάζεται δυσλειτουργικό. Κατά συνέπεια, οι δομές αυτές δεν εκπληρώνουν τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα και προκύπτουν συνεχώς περισσότερα προβλήματα, εξαιτίας των οποίων η προσπάθεια σωστού σχεδιασμού δυσχεραίνεται ακόμα περισσότερο (Τούντας, 2000).

Συγκεκριμένα, σε πρωτοβάθμιες δομές απομακρυσμένων περιοχών παρατηρούνται σοβαρές ελλείψεις στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών έρχεται ως αποτέλεσμα της έλλειψης κινήτρων και των χαμηλών μισθών του προσωπικού, οπότε επακόλουθο είναι η δημιουργία ανισοτήτων ανάμεσα στους ασφαλισμένους των αστικών και σε εκείνους των απομακρυσμένων περιοχών. Εξάλλου, εντοπίζονται σοβαρές ελλείψεις και στην υλικοτεχνική υποδομή, με αποτέλεσμα το έργο των εργαζόμενων στην Π.Φ.Υ. να δυσχεραίνεται περισσότερο. Ένα ακόμη επιβαρυντικό γεγονός της όλης κατάστασης είναι η μη παροχή υπηρεσιών διαφόρων ειδικοτήτων σε απογευματινές ή βραδινές ώρες με αποτέλεσμα την περαιτέρω συμφόρηση των νοσοκομειακών μονάδων ή τη στροφή των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα (Μωραΐτης και συν., 1995).

Τα παραπάνω προβλήματα σε συνδυασμό με την όλο και συχνότερη εμφάνιση χρόνιων και οξείων ασθενειών, τη γήρανση του πληθυσμού και την οικονομική κρίση που αναγκάζει τους πολίτες να αναζητήσουν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, μας οδηγούν στη διαπίστωση ότι επιβάλλεται να αναδιοργανωθεί το δίκτυο της Π.Φ.Υ., προκειμένου και οι ανάγκες των ασθενών να καλυφθούν και η παροχή υγειονομικής μέριμνας να αναβαθμιστεί (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

1.4. Η λειτουργία των Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.)

Το Υπουργείο Υγείας προσπαθώντας να μειώσει τις παθογένειες του Συστήματος Υγείας και σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας προχώρησε σε μία καθοριστικής σημασίας μεταρρύθμιση που αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Για την καλύτερη λειτουργία της και την ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών θέσπισε δύο επίπεδα ΠΦΥ στοχεύοντας στην προαγωγή της δημόσιας υγείας. Στο πρώτο επίπεδο

υγειονομικής φροντίδας ανήκουν οι Τοπικές Ομάδες Υγείας που εστιάζουν στην αντιμετώπιση των κοινωνικών και πολιτισμικών περιορισμών στην πρόσβαση όλων στην περίθαλψη και υπάγονται απευθείας στις Υγειονομικές Περιφέρειες.

Πρόκειται για Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας που συγκροτούνται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας και στελεχώνονται από μια ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα υγείας πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ενισχύοντας το έργο που παρέχουν οι δημόσιες δομές. Η δράση τους στοχεύει στην ορθολογική πλοήγηση των πολιτών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), ώστε να αναζητούν ποιοτικές, ολιστικής προσέγγισης υπηρεσίες φροντίδας υγείας, πέρα από τα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομειακά ιδρύματα. (Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ν.4486/17, ΦΕΚ 115)

Το προσωπικό που απασχολείται στις Τ.ΟΜ.Υ. ανέρχεται σε 12 το πολύ άτομα και περιλαμβάνει:

- μέχρι τέσσερις (4) ιατρούς ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας
- έναν (1) ιατρό ειδικότητας παιδιατρικής
- μέχρι δύο (2) νοσηλευτές/-τριες
- μέχρι δύο (2) επισκέπτες/-τριες υγείας
- έναν(1) κοινωνικό/-η λειτουργό
- μέχρι δύο (2) υπαλλήλους διοικητικού προσωπικού

Οι επαγγελματίες αυτοί έχουν χρέος να ασκούν τα καθήκοντά τους σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο (Εφημερίδα της Κυβέρνησης,ν.4486/17, ΦΕΚ 115). Απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών στον ωφελούμενο πληθυσμό αποτελεί η υποδειγματική συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, ώστε να ανταποκρίνονται στις υποχρεώσεις τους και να υποστηρίζουν τις δράσεις της δομής. Οι δράσεις αυτές, πέρα από την παροχή ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών, προβλέπουν ενεργό συμμετοχή σε εκδηλώσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης καθώς και σε εξωστρεφείς δράσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας του γενικού πληθυσμού με έμφαση στις ευάλωτες ομάδες, σύμφωνα με τον αντίστοιχο προγραμματισμό (Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΦΕΚ 216).Όσον αφορά στα ζητήματα ιατρικής δεοντολογίας

τηρούνται όσα προβλέπονται από τη σχετική νομοθεσία (Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ν.2071/92, ΦΕΚ 123- ν.3418/05, ΦΕΚ 287).

Πιο συγκεκριμένα, έργο των Τ.ΟΜ.Υ. είναι να παρέχουν δωρεάν, καθολική, αποτελεσματική, ποιοτική και ανθρωποκεντρική φροντίδα υγείας στον εγγεγραμμένο πληθυσμό. Λειτουργούν, δηλαδή, ως ομάδες οικογενειακής ιατρικής και εστιάζουν στους εξής άξονες:

α) την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους, με έμφαση στην πρόληψη της νόσου και την αγωγή της υγείας,

β) την ανάπτυξη παρεμβάσεων και δράσεων για την προαγωγή της υγείας στην οικογένεια, στους χώρους εργασίας, στις σχολικές μονάδες και γενικά σε όλο το φάσμα της κοινότητας ευθύνης σε συνεργασία με φορείς κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης κ.α.,

γ) την πρόληψη, εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα σε ομάδες ή άτομα του πληθυσμού σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας,

δ) τη συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους, στην Τ.ΟΜ.Υ. και κατ' οίκον,

ε) την αντιμετώπιση οξέων και επειγόντων προβλημάτων υγείας και την παραπομπή αυτών στα Κέντρα Υγείας ή στα Νοσοκομεία,

στ) την προγραμματισμένη φροντίδα υγείας ενηλίκων και παιδιών,

ζ) την παρακολούθηση και συνδιαχείριση με το θεράποντα ιατρό χρόνιων νοσημάτων στη Τ.ΟΜ.Υ. και κατ' οίκον,

η) τη συμβουλευτική και την υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες,

θ) την κατ' οίκον φροντίδα υγείας- κατ' οίκον νοσηλεία και κατ' οίκον αιμοληψία σε μη δυνάμενους να μεταβούν στις οικείες μονάδες Π.Φ.Υ.,

ι) τη μετανοσοκομειακή φροντίδα και αποκατάσταση,

ια) την αναγνώριση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας

ιβ) την ανίχνευση περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς απεξάρτησης,

ιγ) τη φροντίδα μητέρας-παιδιού και τη μέριμνα για οικογενειακό προγραμματισμό σε συνεργασία με τους αρμόδιους επαγγελματίες υγείας του Κ.Υ. Αναφοράς,

ιδ) την εκπαίδευση και καθοδήγηση ατόμων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους,

ιε) την υγειονομική φροντίδα της τρίτης ηλικίας,

ιστ) την παρακολούθηση της πολυνοσηρότητας και

ιζ) τη συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης, σύμφωνα με το Διεθνές Υγειονομικό Κανονισμό σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες δημόσιας υγείας.»(Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ν. 4486/17, ΦΕΚ 115)

Οι Τ.ΟΜ.Υ. έχουν την ευθύνη για τη διασφάλιση της προσβασιμότητας και συνέχειας της φροντίδας στον πληθυσμό ευθύνης τους, που ανέρχεται στα 10.000 – 12.000 άτομα, αλλά και στους φορείς που περιλαμβάνονται στην περιοχή ευθύνης τους (σχολεία, δήμοι, Κ.Α.Π.Η. κ.λπ.). Οι ωφελούμενοι πολίτες εγγράφονται σε λίστα και έχουν πρόσβαση σε δράσεις που στοχεύουν στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας τους. Οι μη εγγεγραμμένοι πληθυσμοί εξυπηρετούνται κατ' εξαίρεση για έκτακτα περιστατικά, σύμφωνα με την κρίση των ιατρών της Τ.ΟΜ.Υ. Οι δομές των Τ.ΟΜ.Υ. στεγάζονται σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους, με διακριτή σήμανση, σε δημόσιες δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή σε άλλα κτίρια του δημοσίου ή των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης ή άλλων φορέων που παραχωρούνται ή σε ιδιωτικά κτίρια που μισθώνονται από τις Υγειονομικές Περιφέρειες. Σε κάθε περίπτωση οι χώροι των Τ.ΟΜ.Υ. οφείλουν να είναι λειτουργικοί και προσβάσιμοι για οριζόντια και κάθετη κίνηση.(Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ν. 4461/17, ΦΕΚ 38)

Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός και ο εξοπλισμός μηχανοργάνωσης των Τ.ΟΜ.Υ. οφείλει να ανταποκρίνεται στις υγειονομικές και λειτουργικές ανάγκες του προσωπικού, καθώς και να διασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας Π.Φ.Υ. στους λήπτες. Επισημαίνεται ότι ως απαραίτητος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός ορίζεται αυτός ο οποίος είναι ικανός να εξυπηρετήσει τις ανάγκες για παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Για εξειδικευμένες εξετάσεις οι ωφελούμενοι παραπέμπονται στο Κ.Υ. Αναφοράς ή σε άλλους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Η λήψη δειγμάτων δύναται να λαμβάνει χώρα στον χώρο της Τ.ΟΜ.Υ. και το

δείγμα να αποστέλλεται στο αρμόδιο δημόσιο εργαστήριο. (Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ν. 4486/17, ΦΕΚ 115)

Το ωράριο εργασίας του ιατρικού προσωπικού στις Τ.ΟΜ.Υ. είναι επτάωρο και πενθήμερο. Το δε ωράριο του λοιπού προσωπικού των Τ.ΟΜ.Υ. είναι οκτάωρο και πενθήμερο(ν. 4486/2017, ΦΕΚ 115). Η Τ.ΟΜ.Υ. λειτουργεί καθημερινά σε δύο βάρδιες σύμφωνα με τα γεωγραφικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά της περιοχής, την εποχή, το εύρος του καταλόγου εγγεγραμμένου πληθυσμού και την επαρκή σύνθεση της ομάδας. Για τη λειτουργία κάθε βάρδιας απαιτείται η ελάχιστη σύνθεση, όπως αυτή ορίζεται στο αρ. 106 του ν. 4461/2017 (ΦΕΚ 38). Ειδικότερα, το τακτικό ωράριο του ιατρικού προσωπικού των Τ.ΟΜ.Υ. είναι επτάωρο και πενθήμερο από Δευτέρα έως και Παρασκευή σε δύο βάρδιες. Επισημαίνεται ότι οι Τ.ΟΜ.Υ. δεν λειτουργούν κατά τις επίσημες αργίες και τα Σαββατοκύριακα.

Οι Τοπικές Ομάδες Υγείας διασφαλίζουν την πλήρη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τόσο για το γενικό πληθυσμό, όσο και για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και ΑμεΑ. Είναι το εισαγωγικό επίπεδο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και στοχεύει στην επίλυση ζητημάτων δημόσιας υγείας μέσω της διεπιστημονικής προσέγγισης των αναγκών υγείας του πληθυσμού στην κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Η έννοια της ποιότητας και η σχέση της με τις υπηρεσίες υγείας

Με τον όρο ποιότητα εννοούνται οι απαιτήσεις των καταναλωτών ή των χρηστών υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι προϋποθέσεις, οι οποίες, εφόσον πληρούνται, αποτελούν εχέγγυο για να ικανοποιήσει ένας τομέας ή μια δραστηριότητα τις ανάγκες των πολιτών. Η αξία της ποιότητας δεν αμφισβητείται και είναι αυτή με την οποία εξασφαλίζεται ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. Παράγοντες που μπορούν να την επηρεάσουν είναι οι κοινωνικές συνθήκες που κάθε φορά επικρατούν, οι οικονομικές παράμετροι που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο να διαμορφωθεί και το πολιτιστικό επίπεδο που υφίσταται σε κάθε κοινωνία και εποχή (Οικονομοπούλου, 2002).

Κατά καιρούς έχουν γίνει διάφορες απόπειρες να δοθεί ένας ορισμός του όρου ποιότητα. Έτσι, ο Parasuraman (1985) θεωρεί ότι *«η ποιότητα των υπηρεσιών είναι αποτέλεσμα της σύγκρισης μεταξύ του τι ο υποψήφιος πελάτης αισθάνεται ότι ο παρέχων τις υπηρεσίες φορέας θα έπρεπε να προσφέρει (επίπεδο προσδοκιών) και τι πραγματικά προσέφερε (επίπεδο αντίληψης)»*. Για τους Rust&Oliver(1994) *«η ποιότητα αναφέρεται στην σύγκριση της παρεχόμενης υπηρεσίας, που καταναλώνει ο πελάτης, με κάποια μορφή τελειότητας»*. Ο Takeuchi(1983) υποστηρίζει ότι *«ο καταναλωτής είναι εκείνος που καθορίζει τι είναι ποιοτικό και τι όχι»* ενώ για τον Gronroos (1990) *«η κάθε επιχείρηση πρέπει να καθορίζει το επίπεδο της ποιότητας που παρέχει με τον ίδιο τρόπο, όπως οι πελάτες της»*.

Μπορούμε, λοιπόν, να προσεγγίσουμε την έννοια της ποιότητας με πολλούς τρόπους:

- Σχετικά με τον ορισμό της μπορούμε να τη συσχετίσουμε με το γεγονός ότι τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες συμπίπτουν με τις προσδοκίες των χρηστών
- Κατά μία άλλη εκδοχή η ποιότητα έχει άμεση σχέση με τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας με γνώμονα την ικανοποίηση των αναγκών των πελατών (Jackson, David 1995).

Ειδικά για το χώρο της υγείας, με τον όρο ποιότητα εννοούμε την προσφορά της καλύτερης ιατροφαρμακευτικής φροντίδας στον κατάλληλο

χρόνο και με τον ενδεδειγμένο τρόπο προς τον ασθενή, με σκοπό το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Γι' αυτόν που προσφέρει την περίθαλψη, ποιότητα υπηρεσιών υγείας είναι η προσφορά μέριμνας με οικονομικό τρόπο και με σωστή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών, είναι το να έχουν εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα και με αποτέλεσμα που να τους ικανοποιεί. Με λίγα λόγια, δηλαδή, θα λέγαμε ότι ο όρος αποκτά διαφορετικές σημασίες σε συνάρτηση με την οπτική γωνία όσων εμπλέκονται άμεσα. Η κοινή συνισταμένη απ' όλα τα παραπάνω είναι ότι η ποιότητα διασφαλίζεται από τη στιγμή που οι διάφορες ενέργειες υλοποιούνται με γνώμονα την ικανοποίηση των αναγκών και των απαιτήσεων των άμεσα ενδιαφερομένων (Al-Assaf, 1996).

Από την αρχαία ακόμα εποχή υπήρξε η ανάγκη για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Ο μεγάλος ιατρός της αρχαιότητας Ιπποκράτης επισημαίνει σε κείμενά του ότι βασικός στόχος αυτών που ασκούν το ιατρικό επάγγελμα πρέπει να είναι η παροχή ποιοτικής υγειονομικής φροντίδας στους ασθενείς. Παρ' όλα αυτά, οι επιστήμες υγείας μόνο κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχουν να επιδείξουν ουσιαστική μέριμνα, ώστε να εφαρμοστούν μέτρα για τη βελτίωση των διαδικασιών και τη διασφάλιση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι μια πολυσύνθετη έννοια με πολυδιάστατο χαρακτήρα και δεν μπορεί να γίνει συσχετισμός της με την ποιότητα οποιουδήποτε άλλου αγαθού. Σε ένα κοινό βιομηχανικό προϊόν, για παράδειγμα, μπορεί να εφαρμοστεί συγκεκριμένη διαδικασία για τη βελτίωση της ποιότητάς του, ενώ στον τομέα των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να γίνει κάτι τέτοιο. Στο πεδίο της υγείας εμπλέκονται ασθενείς, των οποίων η θεραπεία είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων. Αυτό σημαίνει ότι επιβάλλεται να εφαρμοστούν διαφορετικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της εκάστοτε περίπτωσης. Το να επιλεγεί η ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή και να ολοκληρωθεί με επιτυχία, είναι μια δύσκολη διαδικασία και σύγκριση με την τυποποιημένη διαδικασία παραγωγής βιομηχανικών αγαθών δεν μπορεί να γίνει (Ραφτόπουλος, Οικονομοπούλου, 2003).

Ο Avedis Donabedian (1980)μίλησε για την ύπαρξη τριών επιπέδων σε ότι αφορά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητά τους:

- Τεχνικό επίπεδο : Αφορά την εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων, προκειμένου να παρέχεται στον ασθενή καλύτερη και αποτελεσματικότερη μέριμνα

- Διαπροσωπικό επίπεδο : Έχει να κάνει με τις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στον ασθενή και τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας και τη συμπεριφορά που αυτοί επιδεικνύουν απέναντί του

- Το επίπεδο της υλικοτεχνικής υποδομής : Σχετίζεται με τους χώρους στους οποίους παρέχεται η ιατρική μέριμνα.

Σε μία άλλη προσέγγιση από διαφορετική σκοπιά ο Maxwell (1984) προσδιορίζει την ποιότητα στον χώρο της υγείας με βάση την προσβασιμότητα, δηλαδή τη δυνατότητα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα στον σωστό τόπο και χρόνο σύμφωνα με τις ανάγκες τους, ισότιμα και αποτελεσματικά.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνδέει άμεσα την ποιότητα με τους εργαστηριακούς ελέγχους που παρέχουν εγγυήσεις για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στο χώρο της υγείας. Επίσης, με τη σωστή χρήση των μέσων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, ώστε να ελαχιστοποιούνται οι κίνδυνοι και να εξυπηρετούνται οι ασθενείς με την παροχή υπηρεσιών και την ανθρώπινη επαφή (WHO, 1993).

Αναφορικά με την ποιότητα στην προσφορά έργου στον τομέα της περιθαλψής, μπορούμε να διαπιστώσουμε πως συνυπάρχουν δύο αντιλήψεις. Η πρώτη συνδέει περισσότερο την έννοια με την τεχνική διαδικασία πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας των προβλημάτων υγείας. Η δεύτερη επικεντρώνεται πιο πολύ στην ανθρώπινη πλευρά των υπηρεσιών και στη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Το ενδιαφέρον των θεραπευτών εστιάζεται πιο πολύ στην αποτελεσματικότητα του τεχνικού τομέα αλλά οι ασθενείς δείχνουν να ενδιαφέρονται περισσότερο για τις ανθρώπινες επαφές και τον τρόπο συμπεριφοράς. Αυτές οι δύο οπτικές συμπληρώνουν η μία την άλλη, γιατί η ποιότητα έχει να κάνει και με τους τρόπους θεραπείας αλλά και με το σύνολο της παροχής υγειονομικής μέριμνας (Σιγάλας, 1999, Νιάκας, 2003).

Εν κατακλείδι, θα λέγαμε ότι από τη μια η ικανοποίηση των ασθενών για την παρεχόμενη μέριμνα και από την άλλη η αποτελεσματικότητα των

υπηρεσιών, είναι οι δύο παράμετροι που συνθέτουν την έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας.

2.2. Η αναγκαιότητα της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας

Στο πέρασμα του χρόνου, πολλοί ερευνητές (Maxwell, 1984, Parasuraman, 1985, Gronroos, 1990, Rust&Oliver, 1994) ασχολήθηκαν με την έννοια της ποιότητας και θέλησαν να ανιχνεύσουν τη σημασία της και να καταγράψουν τα στάδια για την επίτευξή της. Στη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου και συγκεκριμένα το 1858 η φημισμένη Αγγλίδα νοσηλεύτρια Florence Nightingale κατέγραψε τους θανάτους των τραυματιών, προκειμένου να φτάσει σε συμπεράσματα σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Επίσης, ο Ernest Godman, χειρουργός σε νοσοκομείο της Μασαχουσέτης στις αρχές του 20ού αι., ασχολήθηκε με τη βελτίωση της όλης διαδικασίας των χειρουργικών επεμβάσεων και ανέδειξε την ανάγκη παρακολούθησης της πορείας των ασθενών για κάποιο εύλογο χρονικό διάστημα μετά την αποχώρησή τους απ' αυτό. Ακόμη, ο A. Flexner (1910) έκανε αναφορά στο συσχετισμό της ποιότητας εκπαίδευσης του προσωπικού με την ποιότητα της υγειονομικής μέριμνας (Παπακωστίδης, Τσουκαλάς, 2012).

Έχει λεχθεί ήδη ότι οι επιστήμες υγείας ενδιαφέρθηκαν ώστε να βελτιωθούν οι διαδικασίες και οι μέθοδοι για την αναβάθμιση και την αποτελεσματικότητα της παροχής ιατρικής μέριμνας και υπηρεσιών μόλις κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Ενδεικτικά, μπορούμε να αναφέρουμε ότι στα μέσα της δεκαετίας του 1960 έγιναν γύρω στις 100 κλινικές δοκιμές, ενώ μέσα στην τριακονταετία που ακολούθησε, ο αριθμός τους ανήλθε στις 10.000 (Ραφτόπουλος, 2009).

Στη σημερινή εποχή τρεις είναι οι λόγοι για τους οποίους προβάλλει ως επιτακτική ανάγκη η προσπάθεια να αναβαθμιστεί η ποιότητα των υπηρεσιών στο χώρο της υγείας:

- Οι ασθενείς που δέχονται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη επιβαρύνονται οικονομικά, άρα είναι φυσιολογική η αξίωσή τους να υπάρχει

μια αντιστοιχία του κόστους με το επίπεδο ποιότητας της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας.

- Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας έχουν αλλάξει τη στάση τους σε σύγκριση με το παρελθόν. Με τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και την άνοδο του μορφωτικού τους επιπέδου, είναι καλύτερα ενημερωμένοι και έχουν την αξίωση για πιο ποιοτική ιατρική μέριμνα.

- Αισθητή είναι η μεταβολή και στο νοσολογικό φάσμα, το οποίο καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας. Στη σημερινή εποχή συχνά παρουσιάζουν μεγάλη έξαρση χρόνια και οξεία νοσήματα, για την αντιμετώπιση των οποίων μια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή δεν είναι αρκετή. Έτσι, βασική προϋπόθεση προκειμένου να θεραπευτούν ή και να προληφθούν τα συγκεκριμένα νοσήματα, αποτελεί το να υπάρχουν σε μεγάλο βαθμό συνεργασία και εμπιστοσύνη μεταξύ των ατόμων και του συστήματος παροχής υπηρεσιών (Λιαρόπουλος, 2007).

Η αναφορά στην παροχή υπηρεσιών ουσιαστικά ταυτίζεται με την αναφορά στο έμπυχο δυναμικό στο χώρο της υγείας, το οποίο είναι επιφορτισμένο με την ευθύνη για τις ιατρονοσηλευτικές δραστηριότητες. Επομένως, το αν υπάρχει ποιότητα στις διαδικασίες καθορίζεται από τους εργαζομένους του συστήματος υγείας. Η διασφάλιση της ποιότητας προϋποθέτει την ξεχωριστή προς κάθε εργαζόμενο υποστήριξη, αφού αυτοί καλούνται να αντεπεξέλθουν και να επιτελέσουν το καθήκον τους αντιμετωπίζοντας καθημερινά περιπτώσεις πασχόντων που απαιτούν λεπτούς συναισθηματικά χειρισμούς και προσωπική φροντίδα. Εξάγεται, λοιπόν, το συμπέρασμα πως η ποιότητα των υπηρεσιών δεν εξαρτάται μόνο από την ολοκληρωμένη επαγγελματική και τεχνική τους εκπαίδευση. Εξίσου αναγκαία είναι η καλλιέργεια ενός κλίματος εμπιστοσύνης, ασφάλειας και συνεργασίας. Με αυτό ως προαπαιτούμενο, το προσωπικό θα είναι σε θέση να ανταποκρίνεται στις οργανωτικές μεταβολές, να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους σκοπούς και στόχους και να διαχειρίζεται συναισθηματικά καταστάσεις που αναφύονται λόγω της φύσεως της εργασίας. Με άλλα λόγια, η ποιότητα στο χώρο της υγείας δε σχετίζεται μόνο με τους πάσχοντες πολίτες, αλλά έχει να κάνει και με το ανθρώπινο δυναμικό του συστήματος (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Συμπερασματικά, λοιπόν, θα λέγαμε ότι η απαίτηση για ποιοτική φροντίδα είναι διαχρονική, έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής έρευνας σε διεθνές επίπεδο και είναι ένα βασικό προαπαιτούμενο για τη διασφάλιση ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου.

2.3. Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Όπως προαναφέρθηκε, η τιμή της υγείας δεν μπορεί να εκτιμηθεί με τον ίδιο τρόπο που αξιολογείται ένα οποιοδήποτε βιομηχανικό προϊόν. Σε ότι αφορά την υγειονομική μέριμνα και τις υπηρεσίες της, μπορούμε να εντοπίσουμε ορισμένα χαρακτηριστικά που εμποδίζουν την εφαρμογή κριτηρίων σύγκρισης, οπότε κατά συνέπεια οι γνώμες των χρηστών παρουσιάζουν απόκλιση και διακρίνονται από υποκειμενικότητα.

Το επίπεδο, λοιπόν, ποιότητας στις υγειονομικές διαδικασίες είναι δύσκολο να αξιολογηθεί λόγω των παρακάτω παραμέτρων:

- Άυλος χαρακτήρας (intangibility) : Οι υπηρεσίες περιθάλψης δεν έχουν υλική και χειροπιαστή υπόσταση. Οι χρήστες δεν είναι σε θέση να τις εξετάσουν και να τις κρίνουν, όπως αν επρόκειτο για κάποιο άλλο προϊόν. Δεν γίνεται να τυποποιηθούν, ούτε να τις γνωρίσουν αυτοί που θα τις δεχτούν πριν τη χρήση τους, ούτε φυσικά να καθοριστεί εκ των προτέρων η τιμή τους.

- Δυσκολία διαχωρισμού της παραγωγής και της κατανάλωσης (inseparability) : Η κατανάλωση των υπηρεσιών γίνεται ταυτόχρονα με την παραγωγή τους. Η μαζική παραγωγή είναι ανέφικτη και φυσικά στη διαδικασία της παραγωγής παρευρίσκονται και οι χρήστες.

- Ετερογένεια (heterogeneity) : Ο αποδέκτης της οποιασδήποτε υπηρεσίας που παρέχεται είναι συγκεκριμένος, κάτι που καθιστά αδύνατη την τυποποίηση της παραγωγής.

- Φθαρτός χαρακτήρας (perish ability) : Η χρήση των υπηρεσιών γίνεται τη στιγμή της παραγωγής τους. Δεν μπορεί να γίνει αποθήκευσή τους και κατοπινή χρήση τους (Lindsay & Evans, 2010, Rust & Oliver, 1994 Fitzsimmons, Fitzsimmons & Bordoloi, 2014, Kotler & Keller, 2012, Mosadeghrad, 2014).

2.4. Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η μορφή υπηρεσιών που συναντάμε στον τομέα της υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ιδιότυπη και, όπως είναι φυσικό, παρουσιάζει εμφανείς διαφορές από άλλες μορφές προσφοράς προσωπικής υπηρεσίας. Εύκολα μπορεί κάποιος να κατανοήσει ότι το ζητούμενο στο σύστημα υγείας δεν είναι η επάνοδος του χρήστη των υπηρεσιών. Αυτό γίνεται σε άλλες περιπτώσεις, στις οποίες ο καταναλωτής του προϊόντος βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος. Στον τομέα της ιατρικής μέριμνας, όμως, η αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών δεν μπορεί να αποδειχθεί με τον ίδιο τρόπο. Εδώ η δυνατότητα πρόσβασης, η έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση, η αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση, η χρήση μεθόδων τελευταίας τεχνολογίας, η φιλική προσέγγιση του ασθενούς και η επίδειξη επαγγελματισμού από το υγειονομικό προσωπικό, αποτελούν κύριες παραμέτρους, ενδεικτικές ώστε να αναγνωριστεί η παροχή ποιοτικής περίθαλψης (Κοράκη, Πέππας, 2013).

Κατά συνέπεια οι ασθενείς δίνουν μεγάλη σημασία:

- Στην ταχύτητα της παροχής υπηρεσιών με σκοπό την άμεση επίλυση των προβλημάτων υγείας που παρουσιάζονται. Αυτό είναι συνάρτηση και της επάρκειας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για να υπάρχει ετοιμότητα και ταχεία αντιμετώπιση των περιστατικών
- Στην επαγγελματική εμπειρία και τις εξειδικευμένες γνώσεις του προσωπικού, ώστε να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά τα περιστατικά. Απαραίτητη προϋπόθεση για να συμβαίνει αυτό, είναι η διαρκής επιμόρφωση του έμψυχου δυναμικού πάνω στις εξελίξεις και τα νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας
- Στην αντιμετώπιση των ασθενών που πρέπει να είναι αξιοπρεπής και στην επίδειξη από την πλευρά του προσωπικού συνεχούς ενδιαφέροντος που δεν εξαντλείται στη διάρκεια της θεραπείας αλλά συνεχίζεται και μετά την αποκατάσταση της υγείας
- Στη σωστή επιλογή θεραπευτικών μέσων και στη χρήση σύγχρονου εξοπλισμού, για να ελαχιστοποιούνται οι κίνδυνοι και η ταλαιπωρία των πολιτών

- Στον κατάλληλο σχεδιασμό και τη λειτουργικότητα της υλικοτεχνικής υποδομής, ώστε να διακινούνται απρόσκοπτα άνθρωποι και υλικά
- Στη συμμόρφωση με τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας
- Στη διασφάλιση, όσο είναι δυνατό, μικρότερου κόστους, ώστε να υλοποιούνται οι παραπάνω παράμετροι (Αδαμαντίδου, 2004, Γείτονα και συν., 2004, Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Γίνεται, επίσης, κατανοητό ότι μπορεί ο όρος ποιότητα στον τομέα της υγείας να επικεντρώνεται κατά κύριο λόγο στους ασθενείς, αλλά δεν παύει να σχετίζεται και με όλους τους εμπλεκόμενους «καταναλωτές» του συστήματος, όπως είναι οι συγγενείς, ο κοινωνικός περίγυρος κλπ. Εξάλλου, οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν «εσωτερικοί πελάτες», αφού το ενδιαφέρον τους επικεντρώνεται στο να εφαρμόζονται οι πλέον αποτελεσματικές θεραπευτικές μέθοδοι και να γίνεται σωστή και λελογισμένη διαχείριση των διαθέσιμων μέσων.

Αν εξετάσουμε την έννοια της ποιότητας από την οπτική γωνία του συστήματος υγείας και του προσωπικού, αυτή σημαίνει:

- Να είναι αποτελεσματικές οι θεραπευτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται
- Να υπάρχει ασφάλεια στην παροχή υπηρεσιών. Βασικό μέλημα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί το να αποφεύγονται οι κίνδυνοι για τη σωματική και ψυχική ακεραιότητα των ασθενών, γιατί διαφορετικά επέρχεται κλονισμός της εμπιστοσύνης τους και πλήττεται η φήμη του οργανισμού. Άλλωστε, λόγω της έλλειψης ασφάλειας μπορούν να προκληθούν και άλλα προβλήματα, για την αντιμετώπιση των οποίων θα απαιτηθούν χρόνος και χρήματα (παράπονα, καταγγελίες, μηνύσεις, αποκατάσταση για σωματικές/ψυχικές βλάβες κλπ.)
- Να είναι οι υπηρεσίες προσβάσιμες στους ασθενείς. Οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να βρίσκονται, όσο είναι δυνατό, κοντά στους χρήστες και να προσφέρουν αδιάκριτα εύκολη και ισότιμη πρόσβαση σ' αυτούς.
- Να επικεντρώνεται το έμφυχο δυναμικό στους ασθενείς. Γνώμονας της ιατρικής και νοσηλευτικής μέριμνας θα πρέπει να είναι ο σεβασμός της προσωπικότητας, της αξιοπρέπειας, των αναγκών και των αξιών των πασχόντων.
- Η μέριμνα προς τον ασθενή να συνεχίζεται. Επιδίωξη του ιατρο/νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να είναι η παρακολούθηση του

ασθενή και όταν τελειώσει η νοσηλεία του. Η στάση αυτή σίγουρα εκτιμάται και συμβάλλει στη διασφάλιση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

- Να υπάρχει διαπροσωπική επαφή. Η επικοινωνία και η συνεργασία με τους ασθενείς αποτελεί στόχευση και για τους επαγγελματίες της υγείας, γιατί με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνονται συνήθως και τα επιθυμητά αποτελέσματα (Αδαμαντίδου, 2004, , Γείτονα και συν., 2004, Κωσταγιόλας και συν., 2008).

2.5. Οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας

Το ενδιαφέρον και η προσπάθεια να αναβαθμιστούν ποιοτικά οι υπηρεσίες υγείας, αποτελούν διαχρονική απαίτηση. Όπως εύκολα γίνεται αντιληπτό, η διαρκής εξέλιξη και βελτίωση των διαδικασιών υγειονομικής φροντίδας συνεπάγεται ωφέλειες για όλους όσοι εμπλέκονται στον τομέα της υγείας. Αν θέλαμε, λοιπόν, να ταξινομήσουμε τα οφέλη της ποιοτικής μέριμνας, θα λέγαμε τα εξής:

A. Οφέλη για τον ασθενή:

- Ωφελείται σε υγειονομικό επίπεδο : Γίνεται έγκαιρη διάγνωση των προβλημάτων υγείας, του χορηγείται η δέουσα θεραπευτική αγωγή, επιτυγχάνεται η αποφυγή ανεπιθύμητων επιπλοκών κλπ.

- Ωφελείται σε ψυχολογικό επίπεδο : Όταν προσφέρονται στους ασθενείς ποιοτικές υπηρεσίες, βελτιώνεται η ψυχολογική τους κατάσταση κι έτσι αυξάνονται οι πιθανότητες να ανταποκριθούν θετικά στη χορηγούμενη θεραπευτική αγωγή. Συνακόλουθα, η παροχή υπηρεσιών υψηλού επιπέδου συμβάλλει στη μείωση του χρόνου θεραπείας τους και κατ' επέκταση αντιμετωπίζεται θετικά το όποιο πρόβλημα υγείας.

- Ωφελείται σε οικονομικό επίπεδο : Όταν διαγιγνώσκεται εγκαίρως το πρόβλημα και αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά, περιορίζεται το χρονικό διάστημα αποθεραπείας με αποτέλεσμα να μειώνεται και το κόστος συγκριτικά με μια άλλη μακροχρόνια θεραπευτική αγωγή (Coddington, Sands, 2008).

B. Οφέλη για το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό:

Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ωφελεί και το έμπυχο δυναμικό των δομών υγείας, αφού:

- αντιμετωπίζονται με σεβασμό από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους.
- περιορίζονται το άγχος και η πίεση που φυσιολογικά βιώνουν λόγω της φύσης της εργασίας τους.
- ικανοποιούνται και οι ίδιοι, επειδή προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες.
- νιώθουν ότι λόγω του υψηλού επιπέδου υπηρεσιών οι ασθενείς και οι οικείοι τους θα δείξουν μεγαλύτερη ανοχή σε περίπτωση λάθους (Αλεξιάδης, Σιγάλας, 1999).

Γ. Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας:

- Στην προκειμένη περίπτωση αναφερόμαστε στο οικονομικό επίπεδο : όταν η διάγνωση είναι ακριβής και η αντιμετώπιση των προβλημάτων γίνεται επιτυχώς, αποτέλεσμα είναι ο περιορισμός των λειτουργικών εξόδων και η λελογισμένη και σωστή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Με τον τρόπο αυτό γίνεται εφικτό να καλυφθούν άλλου είδους δαπάνες (ποσά για κλινικές έρευνες, βελτίωση των εργασιακών συνθηκών για το προσωπικό και για τη νοσηλεία των ασθενών κλπ.), ενώ ταυτόχρονα επιτυγχάνεται περαιτέρω βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται (Sansgiry, 2005).

Δ. Οφέλη για τους ασφαλιστικούς φορείς:

- Οικονομικό επίπεδο : Έχουμε περιορισμό των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων.
- Κοινωνικό επίπεδο : Αποτυπώνεται η ικανοποίηση των ασθενών, εφόσον δέχονται αποτελεσματική και ολοκληρωμένη φροντίδα. Από την άλλη, οι ασφαλιστικοί φορείς εκπληρώνουν τον κοινωνικό τους ρόλο, που δεν είναι άλλος από την προαγωγή της υγείας των ασφαλισμένων (Τσελέπη, 2000).

Ε. Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο:

- Οικονομικό επίπεδο : Οι ποιοτικές υπηρεσίες συμβάλλουν στη μείωση του χρόνου αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας. Συνέπεια αυτού είναι να μην πλήττεται σε μεγάλο βαθμό η παραγωγικότητα των ασθενών, που έχουν τη δυνατότητα να επιστρέψουν σε σύντομο χρονικό διάστημα στα

εργασιακά τους καθήκοντα. Άλλωστε, με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται και η μείωση των περιττών δαπανών, με τις οποίες θα επιβαρυνόταν το κράτος.

- Υγειονομικό επίπεδο : Η ποιοτική μέριμνα στο χώρο της υγείας συντελεί στη βελτίωση των δεικτών υγείας των πολιτών, ενώ παράλληλα έχουμε μείωση της θνησιμότητας και, γενικότερα, αναβάθμιση του βιοτικού επιπέδου του συνόλου.

- Κοινωνικό επίπεδο : Αναπτύσσεται ένα αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης των ατόμων προς τις κρατικές κοινωνικές υπηρεσίες, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της εικόνας και του κύρους της οργανωμένης πολιτείας (Μάντη, Τσελέπη, 2000).

2.6. Η αξιολόγηση της ποιότητας

Για να διαπιστωθεί η αξία ενός αγαθού, ενδεδειγμένη διαδικασία είναι η αξιολόγηση. Με τη χρήση επιστημονικών μεθόδων επιδιώκεται ο συσχετισμός των αιτιών με τα αποτελέσματα και η διακρίβωση του βαθμού επίτευξης των προσδοκώμενων στόχων. Σε ότι αφορά τις θεραπευτικές μεθόδους, σκοπός της αξιολόγησης είναι να εξηγηθούν με λογικό τρόπο τα θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα που κάθε φορά θα προκύψουν (Παπανικολάου, 2007).

Στην υγειονομική φροντίδα εναλλακτικός όρος για την αξιολόγηση είναι η «Διασφάλιση Ποιότητας». Με τον τρόπο αυτό γίνεται λόγος για το επίπεδο που χαρακτηρίζει τις υπηρεσίες της υγείας και για τις προσπάθειες που καταβάλλονται προκειμένου να αναβαθμιστούν οι υπηρεσίες αυτές. Τα αποτελέσματα, λοιπόν, της φροντίδας υγείας προβλέπονται και καθορίζονται σύμφωνα με τα εξής επίπεδα:

- Το ελάχιστο επίπεδο. Αποτελεί το κατώτατο όριο για την παροχή των υπηρεσιών και είναι αυτό που καθιστά επιτακτική την ανάγκη να βελτιωθούν.

- Το μέσο επίπεδο. Πρόκειται για μια μέση κατάσταση για να αποτιμηθούν η οργάνωση και η παροχή υγειονομικής φροντίδας. Αναγκαίες κι εδώ είναι οι δραστηριότητες για τη βελτίωση και την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

- Το ιδανικό επίπεδο. Επί της ουσίας συνιστά το ιδανικό αποτέλεσμα για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών (Σιγάλας, 1999).

Οι δείκτες εισροών αποτελούν, αρχικά, τα βασικότερα ποσοτικά μεγέθη για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στο χώρο της πρωτοβάθμιας υγείας. Σχετίζονται με την κατάρτιση του επιστημονικού δυναμικού, την κατάσταση των χώρων αναμονής ή εξέτασης των ασθενών κι ακόμα την ύπαρξη του αναγκαίου ιατρικού και τεχνολογικού εξοπλισμού. Χρήσιμα στοιχεία αποτελούν και οι δείκτες εκροών που αναφέρονται στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Αυτοί σχετίζονται με τον αριθμό των επισκέψεων στους επαγγελματίες υγείας, τον αριθμό των συνταγογραφήσεων ή τον αριθμό των ιατρικών εξετάσεων. Σημειώνεται, επίσης, η χρήση άλλων μεγεθών που σχετίζονται με την αξιολόγηση σε ενδιάμεσες διαδικασίες, όπως είναι η λήψη ιατρικού ιστορικού, η διάρκεια νοσηλείας και η διάρκεια αναμονής κατά μέσο όρο. Λαμβάνονται, τέλος, υπ' όψιν οι δείκτες αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας που απορρέουν από τους δείκτες υγείας του πληθυσμού (ποιότητα ζωής, νοσηρότητα, θνησιμότητα κλπ.) (Τούντας, Οικονόμου, 2007).

Συμπερασματικά η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας είναι συνάρτηση διαφόρων κριτηρίων που σχετίζονται με τις δομές του συστήματος υγείας, την ακολουθούμενη διαδικασία και το τελικό αποτέλεσμα. Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η ποιότητα των υπηρεσιών εξαρτάται από το βαθμό σύγκλισης με τους στόχους που επιδιώκονται.

2.7. Μέτρηση της ποιότητας

Σύμφωνα με τον Palmer (1991) η έννοια της ποιότητας σχετίζεται με τη διαβάθμιση της τελειότητας στις υπηρεσίες μέριμνας. Τότε η μέτρηση απορρέει από τις αποκλίσεις ως προς το βαθμό τελειότητας. Για τον καθορισμό της τελειότητας καταλυτικό ρόλο παίζουν οι οδηγίες και τα αντικειμενικά κριτήρια που πρέπει να τηρούνται, ώστε να χρησιμοποιούνται ως μέτρο σύγκρισης.

Ο Donabedian (1980) επισημαίνει τρεις παραμέτρους από τις οποίες εξαρτώνται οι μετρήσεις ποιότητας:

• **Δομή**: Περιλαμβάνει την υλικοτεχνική υποδομή, τον εξοπλισμό, τις κτηριακές εγκαταστάσεις, τον αριθμό του προσωπικού και τους διαθέσιμους πόρους. Αποτελεί την πιο εμφανή διάσταση της ποιότητας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι είναι επαρκής για την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων σχετικά με την ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Τα επιθυμητά αποτελέσματα

δεν μπορούν να είναι απόρροια μόνο της επαρκούς δομής. Οι ελλείψεις σε άλλους τομείς, όπως το έμπειρο και ειδικευμένο προσωπικό, ο εξοπλισμός, οι υποδομές προκειμένου να διεκπεραιωθούν επείγοντα περιστατικά είναι καθοριστικοί παράγοντες, ώστε να διαπιστωθεί ότι η μια μονάδα υγείας δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις.

•Διαδικασία: Περιλαμβάνει τις ιατροφαρμακευτικές πράξεις, το χρονικό διάστημα της νοσηλείας ή της αναμονής των ασθενών, τη θεραπευτική αγωγή κλπ. Οι σχετικές και αναγκαίες πληροφορίες γι' αυτή την παράμετρο αντλούνται από τους ατομικούς φακέλους των ασθενών.

•Αποτελέσματα: Εδώ γίνεται λόγος για την κατάληξη της θεραπευτικής αγωγής, τις διαφοροποιήσεις στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς, το κατά πόσο ικανοποιήθηκε από την περίθαλψη που δέχτηκε και το κατά πόσο ενημερωμένος είναι. Όπως είναι φυσικό, η καταγραφή των αποτελεσμάτων σε αρκετές περιπτώσεις είναι δύσκολη, αλλά η κατάληξη των υπηρεσιών υγείας αποτελεί τον πλέον ενδεδειγμένο δείκτη για τη μέτρηση της ποιότητας (Donabedian, 2005).

Προκειμένου να προκύψουν τα συμπεράσματα των μετρήσεων, λαμβάνονται υπ' όψιν τα εξής στοιχεία: i) τα δεδομένα, ii) τα πρότυπα, iii) τα κριτήρια.

Τα δεδομένα αποτελούν το κύριο στοιχείο των μετρήσεων, ανάλογα με την περίπτωση, όμως, μπορεί να διαφοροποιούνται.

Τα πρότυπα είναι αυτά που επιβεβαιώνουν το κατά πόσο οι μετρήσεις είναι έγκυρες. Γι' αυτό επιβάλλεται να είναι αξιόπιστα και επίκαιρα.

Τα κριτήρια αποτελούν τους δείκτες για την ανάλυση των προτύπων. Πρόκειται για μεταβλητά μεγέθη που εξετάζουν και αποτυπώνουν την κατάσταση του πάσχοντα από κάθε πλευρά. Είναι αναγκαίο να είναι συγκεκριμένα, να έχουν τεκμηριωθεί κλινικά και σε τακτά χρονικά διαστήματα να γίνεται αναθεώρησή τους (Παπανικολάου, 2007).

Συμπέρασμα όλων των παραπάνω αποτελεί η παραδοχή ότι για τον υπολογισμό της ποιότητας χρειάζεται η συνεκτίμηση των προτύπων, των κριτηρίων και των δεδομένων σε ότι αφορά τη δομή ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών αλλά και των διαδικασιών που τηρούνται, καθώς επίσης και της έκβασης του αποτελέσματος. Η οποιαδήποτε απόκλιση από τον τελικό στόχο συνεπάγεται και την απόκλιση από την ποιότητα.

2.8. Παράγοντες για τη βελτίωση της ποιότητας

Έγινε, λοιπόν, αντιληπτός ο πολύ σημαντικός ρόλος της ποιότητας στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι, κάθε φορέας που σχετίζεται με την υγειονομική φροντίδα πρέπει να υπολογίζει τους παρακάτω παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν το ποιοτικό έργο (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου, Χατζοπούλου, 2008, Γείτονα και συν., 2004, Κοράκη, Πέππας, 2013):

•**Ηγεσία**: Ο επικεφαλής του συντονισμού των διαδικασιών σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας απαιτείται να είναι στέλεχος με ικανότητες ηγέτη, άνεση στην επικοινωνία και πρωτοποριακές ιδέες, προκειμένου να εξασφαλιστούν οι προϋποθέσεις εκείνες με τις οποίες θα αναβαθμιστούν ποιοτικά οι υπηρεσίες αυτές.

•**Στόχος**: Κρίνεται απαραίτητη η συνεισφορά όλων και η υπέρβαση των δυνατοτήτων τους για την κατάκτηση των κάστρων που έχουν οριοθετηθεί.

•**Ενδιαφέρον για τους χρήστες των υπηρεσιών**: Το έργο ενός οργανισμού κρίνεται επιτυχημένο, εφόσον οι «πελάτες» του είναι ικανοποιημένοι. Ο στόχος, δηλαδή, είναι να διαπιστωθούν οι ανάγκες και οι προσδοκίες τους και να βρεθούν τρόποι, ώστε να είναι ευχαριστημένοι.

•**Διαρκής αναβάθμιση των υπηρεσιών**: Το κατά πόσο είναι επιτυχημένο το έργο κάθε οργανισμού, εξαρτάται από την αποτελεσματικότητά του, κάτι που σημαίνει ότι ο συγκεκριμένος οργανισμός πρέπει να χαρακτηρίζεται από συνέπεια αναφορικά με τις προτεραιότητές του και να προσπαθεί συνεχώς να ενεργοποιεί τους τρόπους βελτίωσης των ακολουθούμενων διαδικασιών.

•**Εργαζόμενοι**: Στους χώρους παροχής των υπηρεσιών υγείας παρατηρείται ένταση και συναισθηματική φόρτιση. Στις περιπτώσεις αυτές η ποιότητα έχει να κάνει με τους ανθρώπινους πόρους. Θεμέλιο του όλου συστήματος θεωρούνται οι εργαζόμενοι, γι' αυτό επιβάλλεται η επιλογή τους να γίνεται σωστά, να γίνονται δέκτες της δέουσας εκπαίδευσης καθώς επίσης και να νιώθουν ικανοποίηση για την εργασία τους. Καθήκον των υπευθύνων είναι η διαμόρφωση ενός ασφαλούς και υποστηρικτικού περιβάλλοντος που θα τους καταστήσει ικανούς να παίρνουν πρωτοβουλίες και να έχουν ενεργό συμμετοχή στην αναβάθμιση του έργου τους.

•Προληπτικές διαδικασίες: Επιβάλλεται η κινητοποίηση των μηχανισμών βελτίωσης σε κάθε περίπτωση κι όχι μόνο όταν συμβαίνει κάποιο σφάλμα. Η ανάληψη πρωτοβουλιών και η οριοθέτηση καινοτόμων στόχων θα βοηθούσε πολύ στην κατεύθυνση πρόληψης και αποφυγής λαθών αλλά και προσέγγισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων.

•Λήψη αποφάσεων: Απαραίτητη προϋπόθεση για τη λήψη των σωστών αποφάσεων είναι η συμμετοχή όλων και ο έλεγχος των πληροφοριών για να αποφευχθούν τυχόν σφάλματα.

•Ομαδικότητα: Εφόσον τα μέλη του οργανισμού συμμετέχουν ενεργά, αναπτύσσονται μεταξύ τους αισθήματα ομαδικού πνεύματος και συνεργατικότητας, πράγμα που επιφέρει την ευκολότερη επίτευξη των στόχων.

•Συνεχής επιμόρφωση και επιβράβευση: Για να κριθεί το έργο αποτελεσματικό, η ευθύνη βαρύνει το ανθρώπινο δυναμικό. Με τη συνεχή κατάρτισή του διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Όταν μάλιστα επαινείται και επιβραβεύεται, τονώνεται ηθικά με αποτέλεσμα την αυξημένη παραγωγικότητα (Sansgiry, 2005, Coddigton, 2008, Παπακωστίδη, Τσουκαλάς, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Η έννοια της ικανοποίησης

Ο όρος ικανοποίηση είναι πολύ αόριστος και δε θα ήταν εύκολο για κάποιον να τον προσδιορίσει επακριβώς. Πρόκειται, σίγουρα, για μια άποψη που χαρακτηρίζεται από υποκειμενικότητα και η διαμόρφωσή της εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις ατομικές εμπειρίες και τα βιώματα. Σε ότι αφορά τον τομέα της υγείας, σημαντική ένδειξη για την ποιότητα του συστήματος και των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελεί ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από την υγειονομική μέριμνα που δέχονται, σύμφωνα με τα στοιχεία της παγκόσμιας βιβλιογραφίας (Johanson, Oleni, Fridlund, 2002).

Ο πρώτος που επισήμανε ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να αποτελέσει δείκτη για να μετρηθεί η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται, ήταν ο A. Donabedian (1980). Υποστήριξε, πιο συγκεκριμένα, ότι ανάλογα με τη γνώμη που διαμορφώνει ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας για την παρεχόμενη φροντίδα και που είναι συνάρτηση των αξιών και των προσδοκιών του, εκφράζεται και η ικανοποίησή του για τις υπηρεσίες αυτές. Η παραπάνω άποψη βρίσκει σύμφωνο και το Φιλανδό γιατρό H. Vuori (1987), ο οποίος υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση του πάσχοντα αποτελεί χαρακτηριστικό της ποιότητας και την ένδειξη για το πώς δέχονται και ποια αντίληψη έχουν οι ασθενείς για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ο ασθενής που αισθάνεται ικανοποιημένος, δείχνει μεγαλύτερη διάθεση συνεργασίας με το επιστημονικό προσωπικό, είναι πιο δεκτικός στην ιατρο-φαρμακευτική περίθαλψη και εμπιστεύεται πολύ περισσότερο το σύστημα υγείας στο οποίο συμμετέχει (Θεοδοσοπούλου, Ραφτόπουλος, 2004).

Η αναδρομή της σχετικής βιβλιογραφίας, πάντως, δείχνει τη ύπαρξη μιας διάστασης απόψεων, αν θελήσει κάποιος να προσδιορίσει την έννοια «ικανοποίηση». Υπάρχει το ενδεχόμενο άτομα να βιώνουν το ίδιο περιστατικό, αλλά να δίνουν διαφορετική έννοια στον όρο ή ακόμα και το ίδιο άτομο να προσλαμβάνει με διαφορετικό τρόπο την έννοια σε κάποιες άλλες περιπτώσεις. Σύμφωνα με την άποψη του καθηγητή G. Pascoe (1983), δύο

είναι τα μοντέλα στα οποία στηρίζεται η ικανοποίηση των ασθενών: το μοντέλο αντιπαράθεσης και το μοντέλο αφομοίωσης. Σύμφωνα με το πρώτο, σε ένα απλό περιστατικό η σύγκριση αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών, όπως ο ίδιος τις λαμβάνει, με τις προσδοκίες του, οπότε διαφαίνεται κατά πόσο είναι ικανοποιημένος. Στο μοντέλο αφομοίωσης οι ασθενείς που εμπλέκονται σε ένα πιο σοβαρό συμβάν επειδή δεν έχουν την αντίστοιχη εμπειρία, προσαρμόζουν τις εμπειρίες τους, πράγμα που επιδρά και στον τρόπο με τον οποίο θα εκτιμήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών και θα εκφράσουν την ικανοποίησή τους (Κάππας, 2006).

Σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών έναν ορισμό έχει διατυπώσει και ο N. Risser, από τον οποίο το 1975 καθιερώθηκε η κλίμακα ικανοποίησης των ασθενών Risser (patient satisfaction scale Risser). Υποστηρίζει, λοιπόν, ότι μια σημαντική παράμετρος για το πώς κάποιος αντιλαμβάνεται την έννοια, είναι η προσέγγιση ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών προτού δεχθούν την ιατρική μέριμνα και στις υπηρεσίες που τους παρέχονται (Risser, 1975).

Σύμφωνα με την άποψη άλλων μελετητών, η ικανοποίηση των πασχόντων ταυτίζεται με τη διαπροσωπική σχέση που αναπτύσσουν με το προσωπικό της υγείας. Κάνουν, δηλαδή, λόγο για τρεις προσεγγίσεις:

- Αρχικά, εκφράζεται η άποψη ότι για να αισθανθεί ο ασθενής ικανοποιημένος, καθοριστικός παράγοντας είναι η περίσταση, η ιδιαίτερη, δηλαδή, κατάσταση κατά την οποία λαμβάνει την υγειονομική φροντίδα
- Σε δεύτερο επίπεδο, η ικανοποίηση ταυτίζεται με το πώς αντιδρά συναισθηματικά ο ασθενής, όταν δέχεται τις υπηρεσίες υγείας
- Και σε μια τρίτη προσέγγιση, εκφράζεται η άποψη ότι σημαντικό ρόλο για το βαθμό ικανοποίησης διαδραματίζουν κι άλλα κριτήρια, για παράδειγμα το χρονικό διάστημα αναμονής ή το ύψος της δαπάνης που απαιτήθηκε (Τσελέπη, 2000).

Αναμφισβήτητα, πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι οι προσδοκίες των ασθενών επιβάλλεται να συγκλίνουν μ' αυτές των επαγγελματιών υγείας, ώστε οι πρώτοι να νιώθουν ικανοποιημένοι. Έτσι, η συνεργασία και η διαδικασία ιατρικής παρέμβασης που θεωρούνται προαπαιτούμενα για την παροχή υγειονομικής μέριμνας υψηλών απαιτήσεων, θα διευκολυνθούν (Κοτσαγιώργη, Γκέκα, 2010).

3.2. Διαφορετικές προσεγγίσεις του όρου ικανοποίηση

Έχει ήδη επισημανθεί ότι ένα από τα βασικά κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσει κάποιος την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στον τομέα της υγείας, καθώς και την εξέλιξη και τη βελτίωσή τους, είναι η ικανοποίηση των ασθενών. Θα πρέπει, όμως, να ληφθεί υπ' όψιν το γεγονός ότι στην ικανοποίηση ως έννοια δεν δίνεται το ίδιο περιεχόμενο από τους παρόχους και τους δέκτες της υγειονομικής φροντίδας. Η ικανοποίηση για το επιστημονικό προσωπικό εδράζεται σε επαγγελματικά κριτήρια που σχετίζονται με το κατά πόσο οι μέθοδοι που ακολουθούνται είναι αποτελεσματικές. Αντίθετα, οι πάσχοντες συνδέουν την ικανοποίηση πιο πολύ με τη σχέση που αναπτύσσουν με το προσωπικό, την επικοινωνία μαζί του και την κατανόηση που βρίσκουν από τους επαγγελματίες της υγείας. Σε ότι αφορά τις διοικητικές υπηρεσίες, λαμβάνονται, επίσης, υπ' όψιν η προσβασιμότητα και η συνεχής βελτίωση των υπηρεσιών (Campbell et al., 2003).

Αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν να αλλάξει και ο τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας στην παροχή ιατρικής φροντίδας. Ενώ, δηλαδή, παλαιότερα στηριζόταν σε επαγγελματικά πρότυπα, τα τελευταία χρόνια δίνεται μεγάλη σημασία στις γνώμες των ασθενών. Κατά συνέπεια, επήλθαν αλλαγές στον τρόπο της αξιολόγησης, αφού πλέον σημαντικές πληροφορίες για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την προσβασιμότητα αντλούνται από τις απόψεις των ασθενών (Haddad et al., 2000).

Αυτή η συμμετοχή των ασθενών στην αποτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, έχει συναντήσει και πολλές αντιδράσεις με αποτέλεσμα κάποιοι να είναι αντίθετοι. Εκφράζεται αμφισβήτηση για το κατά πόσο έγκυρη μπορεί να είναι η ικανοποίηση αυτή, ώστε να ληφθεί υπ' όψιν ως δείκτης μέτρησης. Το επιχείρημα που χρησιμοποιείται στην περίπτωση αυτή, είναι η έλλειψη από την πλευρά των ασθενών των απαραίτητων επιστημονικών γνώσεων, ώστε να είναι σε θέση να κρίνουν την παροχή υπηρεσιών. Πρέπει, ακόμα, να τονιστεί το γεγονός ότι οι ασθενείς βρίσκονται αντιμέτωποι με ειδικές συνθήκες που αφορούν και τη σωματική αλλά και την ψυχολογική τους κατάσταση και, επιπρόσθετα, ότι σε πολλές περιπτώσεις λαμβάνονται από τους υπεύθυνους γρήγορες αποφάσεις για την περίπτωσή τους, στοιχεία που

αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες, ώστε να διαμορφώσουν πλήρη άποψη. Οι ερευνητές, λοιπόν, φτάνουν στη διαπίστωση ότι η ικανοποίηση διαμορφώνεται με υποκειμενικά κριτήρια, γι' αυτό και ο τρόπος αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να στηρίζεται σ' αυτή (Merkouris et al., 2013).

3.3. Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών

Τα τελευταία χρόνια η ικανοποίηση των ασθενών θεωρήθηκε πολύ σημαντικός παράγοντας για την αξιολόγηση της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Στην εξέλιξη αυτή έπαιξε ρόλο το γεγονός ότι αυξήθηκαν οι υγειονομικές ανάγκες των πολιτών, το κόστος που απαιτείται για την ιατρική φροντίδα και ο ανταγωνισμός των εμπλεκόμενων φορέων. Οι απόψεις των ερευνητών συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι όταν οι ασθενείς αναγνωρίζουν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, αυτό αποτελεί βασική ένδειξη για την ικανοποίησή τους (Donabedian, 1980).

Στη σύγχρονη εποχή είναι μεγάλο το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στις γνώμες των ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες και τις λαμβάνουν σοβαρά υπ' όψιν, ώστε να βελτιώσουν το υγειονομικό περιβάλλον. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να νιώθουν και οι ασθενείς ικανοποιημένοι και να έχουν την αίσθηση ότι συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους (Ραγιά, 2005).

Η αποτύπωση της ικανοποίησης των πασχόντων εξυπηρετεί, σε γενικό πλαίσιο, δύο στόχους:

- Τη συγκέντρωση πληροφοριών από τους οργανισμούς υγείας που θα τους βοηθήσουν να αξιολογήσουν τις υπηρεσίες που προσφέρουν και να τις συγκρίνουν μ' αυτές των ανταγωνιστών τους
- Τη βελτίωση του έργου τους και την οριοθέτηση νέων στόχων στην παροχή υγειονομικής φροντίδας (Jones, Sasser, 1995).

Σύμφωνα με την άποψη άλλων ερευνητών, η αξιολόγηση της ευαρέσκειας των πασχόντων γίνεται:

- Για την κατανόηση της οπτικής γωνίας των ασθενών
- Για την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας

- Για τη διαπίστωση ύπαρξης αδυναμιών και τη λήψη διορθωτικών μέτρων (Sitzia, Wood, 1997).

Συνεπώς, όσο το ενδιαφέρον για την άποψη των ασθενών μεγαλώνει, τόσο καταβάλλεται προσπάθεια, ώστε να βελτιωθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες. Ο Φιλανδός γιατρός Η. Vuori (1987) εντόπισε δύο στοιχεία, τα οποία ήταν καθοριστικά για να αλλάξουν νοοτροπία οι πολίτες. Πρώτον, το γεγονός ότι στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος τοποθετείται η προσπάθεια να επιτευχθεί η ευημερία του κοινωνικού συνόλου και δεύτερον ότι οι απόψεις των ασθενών διαμορφώνονται υπό την επίδραση υποκειμενικών εμπειριών. Με το σκεπτικό αυτό, λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν η γνώμη τους για το ποιο θεωρούν το κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον (Vuori, 1987).

Με βάση όλα τα παραπάνω, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η γνώμη των πολιτών έχει βαρύνουσα σημασία για όλους τους εμπλεκόμενους στον τομέα της υγείας, όπως επαγγελματίες υγείας, διοικητικό προσωπικό κ.λπ. Το προσωπικό λαμβάνει κατάλληλες και χρήσιμες πληροφορίες για τυχόν αδυναμίες αλλά και για επιτυχίες του υγειονομικού συστήματος. Η αξιοποίηση των πληροφοριών αυτών μπορεί να φέρει διορθωτικές παρεμβάσεις, ώστε να καλυφθούν τα κενά, αλλά και επαινούς για εκείνες τις δομές που ικανοποιούν τις ανάγκες των πολιτών. Ο σημερινός έντονος ανταγωνισμός σε όλους τους τομείς με στόχο τη βελτίωση στην παροχή υπηρεσιών και αγαθών, την ικανοποίηση από την πλευρά των καταναλωτών και την προσέλκυση νέων πελατών, επιβάλλει να γίνεται σεβαστή και να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν η άποψη των καταναλωτών των υγειονομικών υπηρεσιών (Παπανικολάου, 2007).

3.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Προκειμένου να ανιχνευθούν οι παράγοντες εκείνοι που παίζουν ρόλο στο κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς από την παρεχόμενη μέριμνα στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έχουν εκπονηθεί πολλές

μελέτες. Έτσι, μπορεί να γίνει μια κατηγοριοποίηση των αποτελεσμάτων αυτών των ερευνών ως εξής:

- Οι λόγοι που επηρεάζουν την άποψη των ασθενών
- Οι έννοιες που σχετίζονται με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό
- Οι παράγοντες που αφορούν την οργάνωση και τη λειτουργία των μονάδων Π.Φ.Υ.

3.4.1. Παράγοντες σε σχέση με τους ασθενείς

α) Προσδοκίες

Οι προσδοκίες των ασθενών διαμορφώνονται σύμφωνα με τις εμπειρίες τους από χώρους παροχής ιατρικής φροντίδας, τις προτιμήσεις και τις απόψεις τους. Με βάση τις προσδοκίες αυτές, θα προβούν στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και θα εκφράσουν αναλόγως το κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι ή δυσαρεστημένοι. Αν αυτό που περίμεναν από τη μέριμνα που δέχτηκαν και αυτό που συνάντησαν στην πράξη συμβαδίζουν, τότε θα εκφράσουν την ικανοποίησή τους έχοντας την αίσθηση ότι καλύφθηκαν οι προσδοκίες τους. Σε αντίθετη περίπτωση, η διαφορά σε σχέση μ' αυτό που ανέμεναν θα τους καταστήσει δυσαρεστημένους (Bowling, Rowe, Mckee, 2013).

Είναι γεγονός πως υπάρχει μια αντιστοιχία ανάμεσα στις υψηλές προσδοκίες και τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Αυτό εξηγείται εύκολα, αν λάβουμε υπ' όψιν ότι όσοι έχουν μεγάλες προσδοκίες, αναζητούν αντίστοιχα και υπηρεσίες μεγάλων προδιαγραφών, οπότε είναι λογικό να είναι και ικανοποιημένοι. Ωστόσο, οι απόψεις των πασχόντων για τη φροντίδα που δέχονται θα μπορούσαν να προσαρμοστούν, ώστε να αντιστοιχούν στις προσδοκίες τους. Πάντως, η εξέταση των προσδοκιών όσων δέχονται υγειονομική φροντίδα συνιστά βασικό κριτήριο για την παροχή υπηρεσιών (Bowling, Rowe, Mckee, 2013).

β) Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών

Ηλικία:

Αποτελέσματα ερευνών σε παγκόσμια κλίμακα πιστοποιούν το γεγονός ότι η ηλικία αποτελεί σημαντική παράμετρο η οποία επιδρά στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών. Οι πάσχοντες μεγαλύτερης ηλικίας εκφράζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την ικανοποίησή τους συγκριτικά με τους νέους. Αιτία γι' αυτό μπορεί να θεωρηθεί το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι δείχνουν περισσότερη υπομονή, τυγχάνουν μεγαλύτερου σεβασμού από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και η πείρα ζωής που έχουν αποκτήσει τους έχει καταστήσει πιο ανεκτικούς. Ο ηλικιωμένος ασθενής έχει περισσότερη ανάγκη για βοήθεια και συμπαράσταση σε σύγκριση με έναν μικρότερο ηλικιακά πάσχοντα με αποτέλεσμα και ο ίδιος να δείχνει περισσότερη επιείκεια και εμπιστοσύνη στις γνώσεις των θεραπόντων γιατρών, να εκφράζει λιγότερα παράπονα και να εκτιμά πιο πολύ την παρεχόμενη μέριμνα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι προσδοκίες του να είναι χαμηλότερες και κατά συνέπεια να αισθάνεται πιο εύκολα ικανοποιημένος (Ραφτόπουλος, 2002).

Στον αντίποδα, οι ασθενείς που είναι ηλικιακά νεότεροι παρουσιάζονται σε μικρότερο βαθμό ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, δεν πειθαρχούν με την ίδια διάθεση σε ότι τους λένε οι γιατροί και συχνά εκφράζουν επιφύλαξη αναφορικά με την αξιολόγηση του συστήματος. Σύμφωνα, πάντως, με τα στοιχεία πιο πρόσφατων ερευνών διαπιστώνεται ότι και οι μεγαλύτεροι ηλικιακά εγείρουν απαιτήσεις για την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη, εναρμονίζοντας τις προσδοκίες τους με τη γενικότερη καταναλωτική νοοτροπία και τις πολλές δυνατότητες που υπάρχουν στις μέρες μας (Williams, Canlan, 1991).

Φύλο:

Το φύλο του ασθενούς δεν αποτελεί καθοριστικό παράγοντα που να επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησής του κι αυτό προκύπτει ως συμπέρασμα από το γεγονός ότι οι σχετικές έρευνες δίστανται. Σύμφωνα με παλαιότερες μελέτες οι γυναίκες εμφανίζονταν σε μικρότερο ποσοστό ικανοποιημένες από την παρεχόμενη μέριμνα αλλά μια έρευνα του Ραφτόπουλου που έγινε στη χώρα μας το 2010 έδειξε το αντίθετο (Crow et al, 2002, Raftopoulos, 2010).

Μορφωτικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά:

Ένας παράγοντας που παίζει ρόλο στην εκδήλωση ικανοποίησης των πασχόντων από τις προσφερόμενες υπηρεσίες στο χώρο της υγείας και στο πώς διαμορφώνονται οι προσδοκίες τους, είναι η εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, όσο πιο χαμηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο των πολιτών, τόσο μεγαλύτερη ικανοποίηση εκφράζουν. Από την άλλη πλευρά, ασθενείς που διαθέτουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, έχουν και περισσότερες προσδοκίες και απαιτήσεις από το σύστημα υγείας με αποτέλεσμα η ικανοποίησή τους να είναι λιγότερη (Τσελέπη, 2000, Ζάβρας, Γείτονα, Κυριόπουλος, 2006).

Αλλά και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των πολιτών έχει αποτελέσει αντικείμενο μελετών και τα ευρήματα και σ' αυτή την περίπτωση είναι παρόμοια. Όσοι δέχονται ιατρικές υπηρεσίες και κατατάσσονται σε ανώτερα κοινωνικά στρώματα, αντιμετωπίζουν την ιατρική μέριμνα με διαφορετική αντίληψη με αποτέλεσμα οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες τους να αυξάνονται και να μη νιώθουν ικανοποιημένοι. Βέβαια, τα άτομα αυτά μπορούν να αναζητήσουν ιατρικές υπηρεσίες υψηλότερου επιπέδου (Μάντη – Τσελέπη, 2000).

Εθνικότητα:

Και η εθνικότητα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας αποτελεί παράμετρο που διαμορφώνει το βαθμό ικανοποίησής τους. Έχει παρατηρηθεί πως μέλη μειονοτήτων δεν εκφράζουν ιδιαίτερη ικανοποίηση από την παρεχόμενη μέριμνα. Η γλώσσα, το πολιτισμικό επίπεδο και η κουλτούρα αποτελούν παράγοντες που καθορίζουν τις αντιδράσεις κατά περίπτωση και διαμορφώνουν τον τρόπο αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της προσφερόμενης φροντίδας (Πιερράκος&Υφαντόπουλος, 2007).

Γεωγραφικά κριτήρια:

Όσοι ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές, έχουν δύσκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και κατά συνέπεια εκφράζουν τη δυσαρέσκειά τους για την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος. Επομένως, ο τόπος διαμονής αποτελεί κι αυτός ένα σημαντικό παράγοντα που καθορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών και την ικανοποίηση των ασθενών (Carr-Hill, 1992).

γ) Επίπεδο υγείας

Είναι κοινά παραδεκτό ότι σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση ικανοποίησης των ασθενών έχει η κατάσταση της υγείας τους. Όταν το άτομο δεν ταλαιπωρείται από κάποιο πολύ σοβαρό πρόβλημα, δηλώνει πιο ικανοποιημένο από την παροχή υπηρεσιών, ενώ, αντίθετα, κάποιος που πάσχει από χρόνιο νόσημα, εκφράζει σε χαμηλότερο βαθμό την ικανοποίησή του. Φυσικά, αντικείμενο προς διερεύνηση είναι αν η δυσαρέσκεια είναι αποτέλεσμα παροχής υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας ή αν παίζει ρόλο και η άσχημη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, επειδή η ταλαιπωρία του διαρκεί πολύ (Rahmovist, Bara, 2010).

δ) Ψυχολογικοί παράγοντες

Το κατά πόσο η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή επιδρά στο βαθμό ικανοποίησής του είναι κάτι που, επίσης, έχει απασχολήσει την έρευνα. Ασθενείς με κακή διάθεση, στρες και άγχος επηρεάζονται στις απαντήσεις που δίνουν και στην άποψη που διαμορφώνουν για την ποιοτική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι χρόνια πάσχοντες αισθάνονται ψυχολογική πίεση και έχουν την τάση να εμφανίζονται δυσαρεστημένοι για την μέριμνα που τους προσφέρεται. Υπάρχει και ένα ποσοστό ασθενών που αποφεύγουν να δηλώσουν δυσαρέσκεια και να διαμαρτυρηθούν, γιατί θεωρούν ότι θα τύχουν χειρότερης μεταχείρισης ή γιατί θέλουν να εξασφαλίσουν ευνοϊκή μεταχείριση από το προσωπικό. Και στην περίπτωση αυτή το πόρισμα των ερευνητών είναι ότι δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για το αν η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησής του (Σελέπη, 2000).

3.4.2. Παράγοντες που αφορούν το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό

Κοινή συνισταμένη όλων των ερευνών είναι η αντίληψη ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών για την προσφερόμενη μέριμνα διαμορφώνεται κατά πολύ από τη συναναστροφή με το ιατρικό προσωπικό. Όταν ο γιατρός προσεγγίζει τον ασθενή σε προσωπικό επίπεδο, ο τελευταίος το εκτιμά περισσότερο και επηρεάζεται θετικά στις κρίσεις του για τις προσφερόμενες

υπηρεσίες. Η ύπαρξη επικοινωνίας με το προσωπικό αποτελεί ένδειξη για τον πάσχοντα ότι υπάρχει διάθεση να τον φροντίσουν και να παρακολουθήσουν στενά την περίπτωση του. Το κλίμα εμπιστοσύνης που δημιουργείται, συμβάλλει περισσότερο στην αντιμετώπιση της πάθησης. Ο χρόνος εξέτασης αποτελεί κι αυτός βασική παράμετρο για τους ασθενείς. Η μεγαλύτερη διάρκεια της εξέτασης και οι λεπτομερείς οδηγίες και υποδείξεις των γιατρών για την υγεία των ασθενών, αυξάνουν το βαθμό ικανοποίησής τους (Crow et al., 2002).

3.4.3. Παράγοντες που αφορούν την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

α. Διαθεσιμότητα-Προσβασιμότητα:

Άλλος ένας παράγοντας που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο να εκδηλώσουν οι πάσχοντες την ικανοποίησή τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, είναι η προσβασιμότητα. Γίνεται, δηλαδή, λόγος και για τη φυσική πρόσβαση και για τη διαδικασία της τηλεφωνικής επικοινωνίας αλλά και για το χρόνο αναμονής. Σε ένα μεγάλο αριθμό δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που βρίσκονται σε απομακρυσμένες και δύσκολα προσβάσιμες περιοχές εντοπίζονται προβλήματα σχετικά με την έλλειψη προσωπικού και εξοπλισμού με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η φροντίδα των ασθενών και να επιδρά αυτό αρνητικά στην ικανοποίησή τους (Oikonomidou et al., 2010).

β. Συνέχεια στη φροντίδα

Ο παράγοντας αυτός σχετίζεται με τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνια νοσήματα και χρειάζονται στενή ιατροφαρμακευτική παρακολούθηση, συχνή επαφή με το γιατρό τους και τακτικές εργαστηριακές εξετάσεις. Όσο πιο συχνά, λοιπόν, επισκέπτονται τις υγειονομικές δομές, τόσο πιο θετική άποψη διαμορφώνουν για τις υπηρεσίες που δέχονται και τόσο περισσότερο ικανοποιημένοι νιώθουν (Kurpas et al., 2013).

γ. Διεπιστημονική ομάδα ιατρικής φροντίδας

Οι ασθενείς βλέπουν με πολύ θετική διάθεση την ανάληψη και ολοκλήρωση της φροντίδας τους από μια ιατρική ομάδα που εμπεριέχει όλες τις ειδικότητες, όπως αυτή του ιατρού, του νοσηλευτή, του κοινωνικού λειτουργού, του ιατρικού επισκέπτη, του ψυχολόγου κ.ά. Η κατάρτιση, οι γνώσεις, η πείρα και η καλή διάθεση των μελών του επιστημονικού έμφυχου δυναμικού σε μια μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα καθορίσει καταλυτικά την ικανοποίηση των ασθενών που, πέραν όλων των άλλων, επηρεάζονται και από την ευγένεια και την εν γένει συμπεριφορά του προσωπικού (Rao, Pilot, 2014).

3.5. Έρευνες ικανοποίησης των χρηστών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Η στρατηγική και ο σχεδιασμός της πολιτικής για την υγεία επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την έκφραση ικανοποίησης των πολιτών που δέχονται ιατρική μέριμνα από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η διερεύνηση και η παρατήρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί συχνά το έναυσμα για τη βελτιστοποίηση του συστήματος υγείας, για την υιοθέτηση νέων προγραμμάτων και δράσεων και για την αύξηση της παραγωγικότητας του προσωπικού. Αν ένα σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών θέλει να χαρακτηρίζεται επιτυχημένο, ο πολίτης πρέπει να τοποθετείται στο κέντρο του σχεδιασμού και της στρατηγικής (Παπανικολάου, 2007).

Σε διεθνές επίπεδο οι έρευνες και οι μελέτες για την έκφραση ικανοποίησης των ασθενών συνιστούν μια συνήθη πρακτική, ώστε να υπάρξουν διορθωτικές παρεμβάσεις στη χάραξη της αντίστοιχης πολιτικής. Στην Ελλάδα, όμως, το ενδιαφέρον για να διερευνηθεί η ικανοποίηση των ασθενών εκδηλώθηκε κατά την τελευταία δεκαετία. Οι έρευνες εστιάζουν περισσότερο: α) στο κατά πόσο προσβάσιμες και διαθέσιμες είναι οι παροχές υγείας β) στις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στους ασθενείς και τους θεραπευτές γ) στην ποιότητα της μέριμνας και τον επαγγελματισμό του προσωπικού δ) στα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών ως προς την οργάνωση (Hardy, West&Hill, 1996).

Η διαδικασία που εφαρμόζεται στις έρευνες αυτές αφορά τη χρήση ερωτηματολογίου και ο στόχος της διάταξής τους είναι να αντληθούν πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα και την ποσότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η ενσωμάτωση ερωτήσεων και ανοιχτού τύπου, εξάλλου, δίνει τη δυνατότητα για ελεύθερη έκφραση απόψεων. Ο τρόπος συμπλήρωσης ποικίλλει, είτε μέσω απευθείας επαφής, είτε μέσω τηλεφώνου, είτε με ηλεκτρονικά μέσα. Η ανάγκη να είναι αξιόπιστα, επιβάλλει να εμπειρέχουν όλες τις παραμέτρους οι οποίες καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών, να αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα και να εξασφαλίζουν ικανοποιητικό αριθμό συμμετεχόντων (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008).

Από τα αποτελέσματα των ερευνών προκύπτει το πόρισμα ότι οι επισκέπτες αξιολογούν χαμηλά την αρέσκεια τους για τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Αιτίες της δυσαρέσκειάς τους αποτελούν ο μεγάλος χρόνος αναμονής, οι μεγάλες δαπάνες για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, με το υπαρκτό ενδεχόμενο της πρόσθετης επιβάρυνσης σε κάποιες περιπτώσεις, η έλλειψη υποδομής και υλικοτεχνικού εξοπλισμού, η συμπεριφορά του προσωπικού και τα γραφειοκρατικά ζητήματα. Έτσι, όπως γίνεται εμφανές και από τα ερωτηματολόγια, ένας μεγάλος αριθμός ασθενών στρέφεται σε πολλές περιπτώσεις στον ιδιωτικό τομέα (Ross, Frommelt, Hazelwood & Chang, 1994).

Πάντως, αν ληφθεί υπ' όψιν το γεγονός ότι οι δείκτες υγείας των πολιτών κυμαίνονται σε ικανοποιητικά επίπεδα, τότε μπορεί κάποιος να ισχυριστεί ότι το ελληνικό υγειονομικό σύστημα είναι σε γενικές γραμμές αποτελεσματικό. Οι μειωμένοι δείκτες της βρεφικής θνησιμότητας και η αύξηση του μέσου όρου ζωής φέρνουν την Ελλάδα στις πρώτες θέσεις της κατάταξης των χωρών. Σε ότι αφορά τους θανάτους, ως βασικές αιτίες λογίζονται καρδιακά νοσήματα ή αυτά που σχετίζονται με το κυκλοφορικό σύστημα, τροχαία δυστυχήματα και μορφές καρκίνου που αποδεικνύουν τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής και την παραμέληση της πρόληψης. Πάντα, φυσικά, υπάρχει περιθώριο για βελτίωση και διορθωτικές παρεμβάσεις στη χάραξη και την οργάνωση της υγειονομικής φροντίδας με σκοπό την προαγωγή του πιο σημαντικού αγαθού, της υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2014).

3.6. Προτάσεις για την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Με δεδομένα, λοιπόν, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οργάνωση και ο σχεδιασμός πολιτικής υγείας στις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας καθίσταται απαραίτητος ο εκσυγχρονισμός τους. Οι ρυθμίσεις που θα πραγματοποιηθούν θα πρέπει να στοχεύουν στην πρόληψη των ασθενειών, στην αναβάθμιση του επιπέδου υγείας και στην αξιοποίηση των υποδομών και των πόρων που υπάρχουν. Η ΠΦΥ πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για όσους ασχολούνται με το σχεδιασμό πολιτικής στο χώρο της υγείας (Λιονής, Μερκούρης, 2000).

Βέβαια, για να φέρει τελικά η ΠΦΥ τα αναμενόμενα αποτελέσματα πρέπει να διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά:

- α) Να προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες για την πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας των πληθυσμών λαμβάνοντας ιδιαίτερη μέριμνα για τους χρόνιους ασθενείς και τα μη αυτόνομα άτομα
- β) Να διαθέτει το αναγκαίο προσωπικό αλλά και την κατάλληλη υποδομή για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού
- γ) Να στηρίζει τη λειτουργία της στις διεπιστημονικές ομάδες που αποτελούνται από διάφορες ειδικότητες ιατρών και εθίζουν στη συνεργασία και τον αλληλοσεβασμό
- δ) Να προωθεί τη συνεργασία με τα άτομα και την κοινότητα όσον αφορά τον προγραμματισμό των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών (Κουρής, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1 Ερευνητικός σκοπός

Η παρούσα έρευνα αφορά στη μελέτη των απόψεων και αντιλήψεων των επισκεπτών ή των συνοδών τους στις δομές TOMY του νομού Λάρισας οι οποίοι εξυπηρετήθηκαν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Στόχος της έρευνας είναι η κατανόηση των απαντήσεων και η εξαγωγή συμπερασμάτων προκειμένου να αξιολογηθούν οι συνθήκες που επικρατούν στις δομές TOMY για τους ασθενείς, όπως επίσης και η συμβολή αναφορικά με την καλύτερευση των ήδη υφιστάμενων δομών στις δομές TOMY Λάρισας.

Στη μελέτη συμμετείχαν ενήλικες, είτε είναι ασθενείς, είτε συνοδοί ανήλικων ασθενών. Απαραίτητη προϋπόθεση ήταν να έχουν ολοκληρώσει την επίσκεψη τους σε κάποια από τις δομές TOMY της πόλης της Λάρισας.

4.2 Μέθοδος

Στα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας υπεισέρχονται ποσοτικές μεταβλητές και για αυτό το λόγο μετρήθηκαν με τη χρήση αντικειμενικών εργαλείων μέτρησης. Τα εργαλεία αυτά αποτελούνταν από ανώνυμα ερευνητικά ερωτηματολόγια.

4.3 Δείγμα

Τα υποκείμενα της έρευνας, ήταν 124 σε πλήθος και ήταν όλοι τους ενήλικες επισκέπτες-ασθενείς στις δομές των TOMY. Το εν λόγω δείγμα αφορά άτομα τα οποία ήταν άμεσα προσβάσιμα από εμένα προσωπικά και επίσης ήθελαν οικειοθελώς να συμμετάσχουν στην έρευνα. Το δείγμα της έρευνας λοιπόν πρόκειται για εθελοντικό δείγμα και η επιλογή του έγινε με τη μέθοδο της απροσδιόριστης πιθανότητας (non-probability) έως ότου αποκτηθεί το απαιτούμενο μέγεθος του δείγματος ή έως ότου ολοκληρωθεί χρονικά η έρευνα.

Επίσης το παραπάνω δείγμα αφορά επιλεκτικό δείγμα (convenient sample) καθώς τα δύο μοναδικά κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν α) να προσέλθουν στις δομές των ΤΟΜΥ και β) να διαμένουν σε κάποιες από τις περιοχές του Αγ. Γεωργίου, των Αμπελοκήπων, της Γιάννουλης και της Φιλιππούπολης (περιοχές οι οποίες ανήκουν στον δήμο Λαρισαίων).

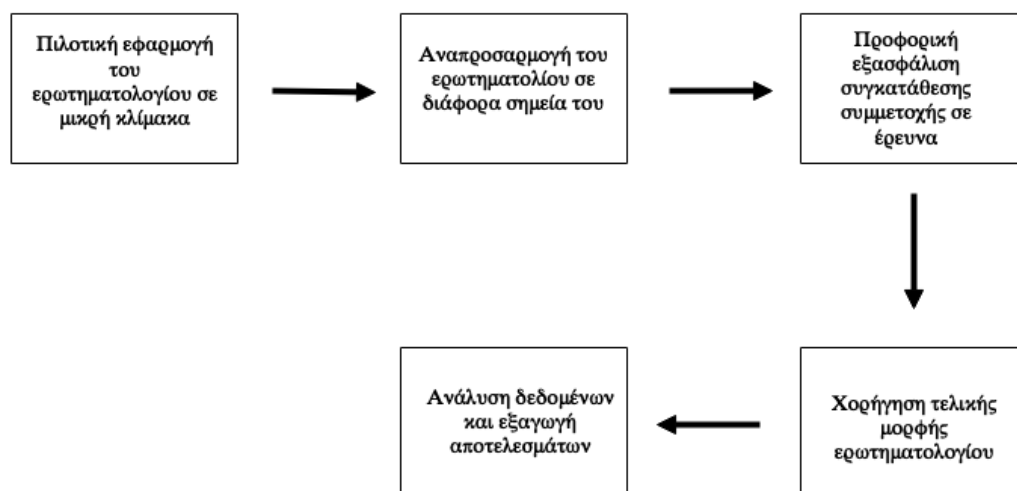
4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων συντελέστηκε με την ανώνυμη συμπλήρωση ενός κατάλληλα διαμορφωμένου ερωτηματολογίου από τους ασθενείς οι οποίοι προσέρχονταν στις τοπικές μονάδες υγείας (ΤΟΜΥ) των περιοχών που αναφέρθηκαν πιο πάνω. Κατά την κατάστρωση του ερωτηματολογίου δόθηκε έμφαση έτσι ώστε η διατύπωση των ερωτήσεων να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο εύληπτη και επίσης οι ερωτήσεις να είναι κατανοητές, απλές, σύντομες και σαφείς χωρίς παρερμηνείες κατά την ανάγνωση τους.

Το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα 1) αρχικά χορηγήθηκε πιλοτικά σε μικρό αριθμό ατόμων, προκειμένου να ελεγχθεί ως προς τη σαφήνεια των ερωτήσεων του όπως επίσης και ως προς την κατανόηση του. Η πιλοτική διεξαγωγή του ερωτηματολογίου έγινε τον Δεκέμβριο του 2019. Στη συνέχεια έγινε αναπροσαρμογή σε όσες ερωτήσεις κρίθηκε απαραίτητο. Η δεύτερη φάση διεξαγωγής της έρευνας έγινε τους μήνες Δεκέμβριο 2019 έως Ιανουάριο του 2020.

Προτού χορηγηθεί το εκάστοτε ερωτηματολόγιο, τονιζόταν τόσο προφορικά όσο και γραπτά ότι επρόκειτο να διασφαλιστεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων και ότι δεν επρόκειτο με οποιονδήποτε τρόπο να συνδεθεί το όνομα τους με την έρευνα. Επίσης το ότι οι απαντήσεις τους επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν για στατιστικούς σκοπούς και μόνον. Για αυτό το σκοπό, επιπλέον, στην αρχική σελίδα κάθε ερωτηματολογίου υπήρχε μια συνοδευτική επιστολή η οποία τόνιζε τη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται διαγραμματικά η διαδικασία της συλλογής των δεδομένων της έρευνας.



Διάγραμμα 1: Διαδικασία συλλογής δεδομένων της έρευνας.

4.5 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε (Παράρτημα 1), πάρθηκε από το ιατρικό περιοδικό ΕΛΕΓΕΙΑ (2011) το οποίο περιέχει αξιολογητικές ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών αναφορικά με το ιατρικό προσωπικό και με τις παρεχόμενες υπηρεσίες ιατρικών μονάδων. Σαν εργαλείο χρησιμοποιείται ευρέως στην ιατρική έρευνα και περιέχει εύληπτες και κατανοητές ερωτήσεις.

Το ερωτηματολόγιο είχε ως σκοπό να μετρήσει τις απόψεις και τις αντιλήψεις των επισκεπτών ή των συνοδών επισκεπτών στις δομές των ΤΟΜΥ, οι οποίοι εξυπηρετήθηκαν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Στην έρευνα συμμετείχαν ενήλικες, είτε ασθενείς είτε συνοδοί ανήλικων ασθενών. Απαραίτητη προϋπόθεση συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν να έχουν ολοκληρώσει την επίσκεψή τους σε κάποια από τις ΤΟΜΥ της πόλης της Λάρισας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από 43 ερωτήσεις-δηλώσεις. Το ερωτηματολόγιο περιείχε διχοτομικές ερωτήσεις τύπου (π.χ. ναι-όχι), κατηγοριακές ερωτήσεις (π.χ. αναφορικά με το φύλο) και διατακτικές ερωτήσεις. Για τις απαντήσεις των διατακτικών ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκε μια διαβαθμισμένη κλίμακα τύπου Likert πέντε θέσεων η φορά της οποίας

ήταν θετική με τις μεγαλύτερες επιλογές να αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερα μεγέθη συμφωνίας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από επτά ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιείχε τις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5 οι οποίες είχαν δημογραφικό χαρακτήρα με σκοπό να προσδιοριστεί το φύλο των συμμετεχόντων στην έρευνα, η ηλικία τους, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, το είδος της ασφάλισης τους όπως επίσης και η συχνότητα επίσκεψης τους στη συγκεκριμένη μονάδα TOMY τους τελευταίους 6 μήνες.

Η δεύτερη ενότητα περιείχε τις ερωτήσεις 7, 8, 9 οι οποίες μελετούσαν το πόσο βολικές θεωρούν οι ασθενείς ή οι συνοδοί τους τις δομές TOMY σχετικά με την τοποθεσία στην οποία βρίσκονται, στο πόσο βολική είναι η μετάβαση τους προς αυτές, στο πόσο εύκολα μπορούν να προγραμματίσουν ένα ραντεβού στην μονάδα όπως επίσης και αν το ωράριο λειτουργίας των μονάδων είναι βολικό. Για την απάντηση αυτών των ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα τύπου Likert πέντε θέσεων (διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα).

Η τρίτη ενότητα περιείχε τις ερωτήσεις 6, 10 έως 19 και είχε σκοπό να προσδιορίσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ιατρικό προσωπικό των δομών TOMY. Περιείχε ερωτήσεις όπως εάν αυτός που εξέτασε τον ασθενή ήταν γιατρός, εάν ο γιατρός ενδιαφέρθηκε να μάθει για το ιστορικό του ασθενή, εάν ο γιατρός ρώτησε για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων του ασθενή που έγιναν στο παρελθόν, εάν ο γιατρός μπήκε στη διαδικασία να εξηγήσει αναλυτικά την κατάσταση της υγείας του ασθενή και εάν του παρείχε συμβουλές υγείας, εάν ο γιατρός εξήγησε αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας και εάν αφιέρωσε αρκετό χρόνο προκειμένου να εξετάσει τον ασθενή.

Η τέταρτη ενότητα περιείχε τις ερωτήσεις 20 έως 23 και μελετούσε την ποιότητα των δομών TOMY και τη γενικότερη εμπειρία των ασθενών έπειτα από την αλληλεπίδραση τους με τις εγκαταστάσεις, με τη διαρρύθμιση τους, τον ιατρικό εξοπλισμό που φέρουν όπως επίσης και για την κατάσταση της υγιεινής τους.

Η πέμπτη ενότητα περιείχε τις ερωτήσεις 24 έως 27 και μελετούσε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό των δομών TOMY. Περιείχε ερωτήσεις όπως το εάν οι νοσηλευτές ενδιαφέρονται

για την υγεία των ασθενών, εάν είναι ευγενικοί μαζί τους και επίσης εάν δίνουν συμβουλές υγείας στους ασθενείς.

Η έκτη ενότητα περιείχε τις ερωτήσεις 28 έως 31 και μελετούσε τον χρόνο αναμονής των ασθενών αναφορικά με τον προγραμματισμό της επίσκεψης τους και των διοικητικών διαδικασιών που ακολουθήθηκαν μέχρι να εξεταστούν. Επίσης μελετούσε την επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης από τον γιατρό τους κατά την μετάβαση τους από τον έναν επαγγελματία υγείας σε κάποιον άλλον εντός της δομής TOMY.

Η έβδομη ενότητα περιείχε τις ερωτήσεις 32 έως 34 και μελετούσε τις εντυπώσεις των ασθενών έπειτα από την αλληλοεπίδραση τους με την μονάδα TOMY αναφορικά με το περιβάλλον της μονάδας, την ευγένεια και την εμπειρία του προσωπικού όπως επίσης και προτάσεις αναφορικά με τις βελτιωτικές κινήσεις που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν στη συγκεκριμένη μονάδα από τους γιατρούς ή από τη διοίκηση της μονάδας (μεγαλύτερη ταχύτητα εξυπηρέτησης, περισσότερη ενασχόληση με τον ασθενή, βελτίωση της οργάνωσης των ραντεβού, πραγματοποίηση περισσότερων εξετάσεων, αύξηση του προσωπικού, επέκταση του ωραρίου λειτουργίας των δομών, απόκτηση τηλεφωνικού κέντρου).

4.6 Ηθικά ζητήματα

Σε κάθε έρευνα θα πρέπει να παρέχεται από τον ερευνητή προς τους συμμετέχοντες επαρκή ενημέρωση σχετικά με τον σκοπό της (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2014) και επίσης να εξασφαλίζεται η εθελούσια συμμετοχή των υποκειμένων σε αυτή (Orb, Eisenhauer & Wynaden, 2001).

Ο ερευνητής επίσης είναι υπεύθυνος στο να διατηρήσει την ανωνυμία των συμμετεχόντων στην έρευνα ώστε να μην μπορεί οποιοδήποτε να συνδέσει τα αποτελέσματα αυτής με τα ονόματα οποιουδήποτε συμμετέχοντα (Rodriguez, Hanna & Federman, 2003 · Resnik, 2013).

Η έρευνα οφείλει επιπλέον να είναι έγκυρη. Αυτό σημαίνει ότι ο ερευνητής φέρει την ευθύνη να μην αλλοιώσει με οποιονδήποτε τρόπο τα δεδομένα της (Resnik, 2013). Επίσης οφείλει να επιδείξει και την ανάλογη

εντιμότητα προς τους συμμετέχοντες προκειμένου να μην τους εκμεταλλευτεί με οποιονδήποτε τρόπο (Mahon, Glendinning, Clarke & Craig, 1996).

Έχοντας υπόψη τα παραπάνω, σε πρώτο στάδιο γνωστοποιήθηκε στους συμμετέχοντες ο σκοπός της έρευνας και στη συνέχεια εξασφαλίστηκε προφορικά η εθελούσια συμμετοχή τους σε αυτή. Επίσης, στους συμμετέχοντες τονίστηκε η διασφάλιση της ανωνυμίας τους όπως επίσης και ότι δεν θα αποκαλύπτονταν με οποιονδήποτε τρόπο οι προσωπικές τους πληροφορίες σε τρίτους.

4.7 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων δομήθηκε επάνω σε οχτώ κατηγορίες σε αντιστοιχία με τις οχτώ ενότητες που αναλύθηκαν πιο πάνω. Τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια κωδικοποιήθηκαν με το λογισμικό IBM SPSS 23.0.0 όπου με τη βοήθεια του οποίου έγινε χρήση τόσο εργαλείων περιγραφικής στατιστικής όσο και επαγωγικής στατιστικής προκειμένου να εξαχθούν τα συμπεράσματα της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Περιγραφή του δείγματος, δημογραφικά αποτελέσματα της έρευνας.

Ερώτηση	Επιλογές	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρας	39	31,5
	Γυναίκα	85	68,5
Ηλικία	18-30	7	5,6
	31-40	13	10,5
	41-50	31	25,0
	51-60	14	11,3
	61 και άνω	59	47,6
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Δημοτικό	55	44,4
	Γυμνάσιο	11	8,9
	Λύκειο	28	22,6
	Πανεπιστήμιο	26	21,0
	Μεταπτυχιακό	4	3,2
	Διδακτορικό	0	0
Είδος Ασφάλισης	Κοινωνική ασφάλιση	121	97,6
	Ιδιωτική ασφάλιση	0	0
	Ανασφάλιστος	3	2,4
Συχνότητα επίσκεψης σε μονάδα TOMY τους τελευταίους 6 μήνες	Ποτέ	0	0
	Μία φορά	34	27,4
	2 έως 4 φορές	71	57,3
	5 φορές ή περισσότερες	19	15,3

Πίνακας 1: Αποτελέσματα των δημογραφικών αποτελεσμάτων της έρευνας.

Στην έρευνα συμμετείχαν 124 ασθενείς ή συνοδοί τους εκ των οποίων οι γυναίκες ήταν (68,5 %) σε διπλάσιο ποσοστό απ' ότι οι άνδρες (31,5 %).

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (47,6 %) έχουν ηλικία άνω των 61 ετών και το 25 % έχουν ηλικία 41-50 ετών. Η μέση τιμή του δείγματος βρίσκεται στην ηλικία των 48 ετών με τυπική απόκλιση ± 12 έτη.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (44,4 %) είναι απόφοιτοι Δημοτικού, το 22,6 % είναι απόφοιτοι Λυκείου και το 21 % είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου.

Το 97,6 % των συμμετεχόντων στην έρευνα έχουν κοινωνική ασφάλιση, το 2,4 % έχουν ιδιωτική ενώ κανείς δεν ήταν ανασφάλιστος.

Το 57,3 % των συμμετεχόντων στην έρευνα επισκέφθηκαν την μονάδα TOMY δύο έως τέσσερις φορές το τελευταίο εξάμηνο, το 27,4 % την επισκέφθηκαν μία φορά ενώ το 15,3 % την επισκέφθηκε πέντε ή περισσότερες φορές.

5.2 Αποτελέσματα της έρευνας

Στη συνέχεια θα παρατεθούν οι αναλύσεις των απαντήσεων των ερωτηματολογίων προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία είναι τα εξής:

1. Ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις μονάδες υγείας TOMY αναφορικά με τις υποδομές τους, την πρόσβαση τους σε αυτές, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό;

Το παραπάνω ερώτημα αναλύεται περαιτέρω σε πέντε ακόμα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία είναι να εξής:

1α. Πόσο βολικές θεωρούν τις μονάδες υγείας TOMY οι ασθενείς που τις επισκέφθηκαν αναφορικά με την τοποθεσία στην οποία βρίσκονται, το ωράριο λειτουργίας τους και τον προγραμματισμό των ραντεβού τους;

1β. Ποια είναι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ιατρικό προσωπικό των δομών TOMY;

1γ. Ποια είναι η ποιότητα των υποδομών των δομών TOMY;

1δ. Ποια είναι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό των δομών TOMY;

1ε. Πόσος ήταν ο χρόνος αναμονής των ασθενών στις εγκαταστάσεις των δομών TOMY και στις διοικητικές εργασίες που απαιτήθηκαν για την εξέτασή τους;

2. Ποιες ήταν οι θετικές εντυπώσεις που αποκόμισαν οι ασθενείς που επισκέφθηκαν τις δομές TOMY και πως αυτές συσχετίζονται με τα

δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού τους (φύλο, ηλικία, βαθμός εκπαίδευσης κ.τ.λ.);

3. Τι θεωρούν οι ασθενείς ότι πρέπει να βελτιωθεί στις δομές TOMY και πως αυτές τους οι προτάσεις συσχετίζονται με τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού τους (φύλο, ηλικία, βαθμός εκπαίδευσης κ.τ.λ.);

5.2.1 Αποτελέσματα 1^{ου} ερευνητικού ερωτήματος

Στη συνέχεια θα παραθέσουμε τα αποτελέσματα του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος και των επιμέρους ερωτημάτων που το αφορούν.

5.2.1.1 Πόσο βολικές θεωρούν τις μονάδες υγείας TOMY οι ασθενείς που τις επισκέφθηκαν αναφορικά με την τοποθεσία στην οποία βρίσκονται, το ωράριο λειτουργίας τους και τον προγραμματισμό των ραντεβού τους;

Σε αυτό το σημείο θα εξετάσουμε το επίπεδο βολικότητας των μονάδων TOMY αναφορικά με την τοποθεσία στην οποία βρίσκονται, στο πόσο βολική είναι η μετάβαση τους προς αυτές, στο πόσο εύκολα μπορούν να προγραμματίσουν ένα ραντεβού στην μονάδα όπως επίσης και αν το ωράριο λειτουργίας των μονάδων είναι βολικό. Τα παρακάτω αποτελέσματα αφορούν τις ερωτήσεις 7,8,9 του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στους ακόλουθους πίνακες και προκειμένου να επισημανθεί η αξιοπιστία των απαντήσεων αυτές ελέγχθηκαν με τον δείκτη συνάφειας Cronbach α , όπου προέκυψε $\alpha = 0,475$ ο οποίος φανερώνει χαμηλό επίπεδο αξιοπιστίας.

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	8	6,5	6,5	6,5
Διαφωνώ	42	33,9	33,9	40,3
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	14	11,3	11,3	51,6
Συμφωνώ	47	37,9	37,9	89,5
Συμφωνώ απόλυτα	13	10,5	10,5	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 2: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Το ωράριο λειτουργίας των μονάδων είναι βολικό.**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	3	2,4	2,4	2,4
Διαφωνώ	0	0	0	0
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	3	2,4	2,4	4,8
Συμφωνώ	47	37,9	37,9	42,7
Συμφωνώ απόλυτα	71	57,3	57,3	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 3: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Η TOMY είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου.**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	6	4,8	4,8	4,8
Διαφωνώ	22	17,7	17,7	22,6
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	22	17,7	17,7	40,3
Συμφωνώ	22	17,7	17,7	40,3
Συμφωνώ απόλυτα	45	36,3	36,3	76,6
Σύνολο	29	23,4	23,4	100,0
	124	100,0	100,0	

Πίνακας 4: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού.**».

Στη συνέχεια παραθέτουμε τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα αναφορικά με τον βαθμό της βολικότητας των δομών TOMY από τους ασθενείς (ή τους συνοδούς τους).

	Πλήθος (N)	Μέση τιμή (Μ.Τ.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)
Το ωράριο λειτουργίας των μονάδων είναι βολικό	124	3,12	1,18
Η TOMY είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	124	4,48	,77
Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	124	3,56	1,17
Έγκυρα	124		

Πίνακας 5: Συγκεντρωτικά αποτελέσματα αναφορικά με τον βαθμό της βολικότητας των δομών TOMY από τους ασθενείς (ή τους συνοδούς τους).

Μελετώντας τα παραπάνω αποτελέσματα παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των χρηστών των μονάδων TOMY συμφωνεί ισχυρά ότι οι μονάδες TOMY είναι κοντά στο σπίτι τους ή στην δουλειά τους (Μ.Τ.=4,48, Τ.Α.=0,77), συμφωνεί μέτρια αναφορικά με το εάν το ωράριο των μονάδων είναι βολικό (Μ.Τ.=3,12, Τ.Α.=1,18) και μέτρια προς ισχυρά αναφορικά με το αν είναι εύκολο να προγραμματίσει ραντεβού σε μια μονάδα TOMY (Μ.Τ.=3,56, Τ.Α.=1,17). Γενικά το επίπεδο βολικότητας των μονάδων TOMY είναι άνω του μετρίου για τους ασθενείς.

5.2.1.2 Ποια είναι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ιατρικό προσωπικό των δομών TOMY;

Στη συνέχεια εξετάζουμε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ιατρικό προσωπικό των δομών TOMY παραθέτοντας τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με τις ερωτήσεις 6,10-19. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στους ακόλουθους πίνακες και προκειμένου να επισημανθεί η αξιοπιστία των απαντήσεων αυτές ελέγχθηκαν με τον δείκτη

συνάφειας Cronbach α , όπου προέκυψε $\alpha = 0,890$ ο οποίος φανερώνει υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας.

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Ναι	13	10,5	10,5	10,5
Όχι	111	89,5	89,5	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 6: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Σήμερα με είδε νοσηλευτής ή άλλος επαγγελματίας υγείας χωρίς να με δει γιατρός σε αυτή την μονάδα TOMY;**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	11	8,9	8,9	8,9
Διαφωνώ	27	21,8	21,8	30,6
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	22	17,7	17,7	48,4
Συμφωνώ	38	30,6	30,6	79,0
Συμφωνώ απόλυτα	26	21,0	21,0	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 7: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Ο/η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου.**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	11	8,9	8,9	8,9
Διαφωνώ	26	21,0	21,0	29,8
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	25	20,2	20,2	50,0
Συμφωνώ	36	29,0	29,0	79,0
Συμφωνώ απόλυτα	26	21,0	21,0	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 8: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Ο/η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν οι άλλοι γιατροί δώσει.**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	16	12,9	12,9	12,9
Διαφωνώ	40	32,3	32,3	45,2
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	9	7,3	7,3	52,4
Συμφωνώ	46	37,1	37,1	89,5
Συμφωνώ απόλυτα	13	10,5	10,5	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 9: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Ο/η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν.**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	58	46,8	46,8	46,8
Διαφωνώ	17	13,7	13,7	60,5
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	18	14,5	14,5	75,0
Συμφωνώ	18	14,5	14,5	89,5
Συμφωνώ απόλυτα	13	10,5	10,5	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 10: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Ο/η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λ.π.)**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	33	26,6	26,6	26,6
Διαφωνώ	19	15,3	15,3	41,9
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	26	21,0	21,0	62,9
Συμφωνώ	32	25,8	25,8	88,7
Συμφωνώ απόλυτα	14	11,3	11,3	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 11: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Ο/η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου.**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	29	23,4	23,4	23,4
Διαφωνώ	26	21,0	21,0	44,4
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	30	24,2	24,2	68,5
Συμφωνώ	17	13,7	13,7	82,3
Συμφωνώ απόλυτα	22	17,7	17,7	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 12: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	9	7,3	7,3	7,3
Διαφωνώ	10	8,1	8,1	15,3
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	8	6,5	6,5	21,8
Συμφωνώ	44	35,5	35,5	57,3
Συμφωνώ απόλυτα	53	42,7	42,7	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 13: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Ο-η γιατρός είναι ευγενικός/η μαζί μου**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	9	7,3	7,3	7,3
Διαφωνώ	10	8,1	8,1	15,3
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	19	15,3	15,3	30,6
Συμφωνώ	45	36,3	36,3	66,9
Συμφωνώ απόλυτα	41	33,1	33,1	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 14: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	6	4,8	4,8	4,8
Διαφωνώ	34	27,4	27,4	32,3
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	26	21,0	21,0	53,2
Συμφωνώ	37	29,8	29,8	83,1
Συμφωνώ απόλυτα	21	16,9	16,9	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 15: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	37	29,8	29,8	29,8
Διαφωνώ	27	21,8	21,8	51,6
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	25	20,2	20,2	71,8
Συμφωνώ	18	14,5	14,5	86,3
Συμφωνώ απόλυτα	17	13,7	13,7	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 16: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου**».

Στη συνέχεια παραθέτουμε τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ιατρικό προσωπικό των δομών ΤΟΜΥ.

	Πλήθος (N)	Μέση τιμή (Μ.Τ.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)
Σήμερα με είδε νοσηλευτής ή άλλος επαγγελματίας υγείας χωρίς να με δει γιατρός σε αυτή την μονάδα TOMY	124	1,90	0,31
Ο/η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	124	3,33	1,27
Ο/η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν οι άλλοι γιατροί δώσει	124	3,32	1,27
Ο/η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	124	3,00	1,28
Ο/η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λ.π.)	124	2,28	1,44
Ο/η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	124	2,80	1,38
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	124	2,81	1,41
Ο-η γιατρός είναι ευγενικός/η μαζί μου	124	3,98	1,22
Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	124	3,80	1,20
Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	124	3,27	1,18
Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	124	2,60	1,40
Έγκυρα	124		

Πίνακας 17: Συγκεντρωτικά αποτελέσματα αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ιατρικό προσωπικό των δομών TOMY.

Μελετώντας τα παραπάνω αποτελέσματα παρατηρούμε ότι στις περισσότερες ερωτήσεις οι χρήστες των μονάδων TOMY θεωρούν ότι οι

παρεχόμενες υπηρεσίες προς αυτούς από το ιατρικό προσωπικό είναι μέτριες προς καλές. Η ελάχιστη τιμή των μετρήσεων παρατηρήθηκε στην ερώτηση σχετικά με το εάν οι γιατροί παρέχουν προς τους ασθενείς συμβουλές αναφορικά με τις συνήθειες που πρέπει να έχουν ώστε να διάγουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής (Μ.Τ.=2,28, Τ.Α.=1,44). Επίσης μικρές τιμές συμφωνίας έλαβαν οι ερωτήσεις σχετικά με το εάν οι γιατροί λαμβάνουν υπόψη τους τη γνώμη των ασθενών αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία τους (Μ.Τ.=2,60, Τ.Α.=1,40), και οι ερωτήσεις εάν οι γιατροί εξηγούν αναλυτικά την κατάσταση της υγείας των ασθενών (Μ.Τ.=2,80, Τ.Α.=1,38) και τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας (Μ.Τ.=2,81, Τ.Α.=1,41) τους.

5.2.1.3 Ποια είναι η ποιότητα των υποδομών των δομών TOMY;

Στη συνέχεια παραθέτονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ποιότητα των δομών TOMY και τη γενικότερη εμπειρία των ασθενών έπειτα από την αλληλεπίδραση τους με τις εγκαταστάσεις, με τη διαρρύθμιση τους, τον ιατρικό εξοπλισμό που φέρουν όπως επίσης και για την κατάσταση της υγιεινής τους που επικρατεί (ερωτήσεις 20 έως 23 του ερωτηματολογίου). Τα αποτελέσματα παρατίθενται στους ακόλουθους πίνακες.

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	3	2,4	2,4	2,4
Διαφωνώ	0	0	0	0
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	6	4,8	4,8	7,3
Συμφωνώ	79	63,7	63,7	71,0
Συμφωνώ απόλυτα	36	29,0	29,0	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 18: Αποτελέσματα της ερώτησης «Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα χώρους αυτής της μονάδας TOMY».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	6	4,8	4,8	4,8
Διαφωνώ	12	9,7	9,7	14,5
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	23	18,5	18,5	33,1
Συμφωνώ	48	38,7	38,7	71,8
Συμφωνώ απόλυτα	35	28,2	28,2	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 19: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	0	0	0	0
Διαφωνώ	3	2,4	2,4	2,4
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	41	33,1	33,1	35,5
Συμφωνώ	80	64,5	64,5	100,0
Συμφωνώ απόλυτα	124	100,0	100,0	
Σύνολο		100,0	100,0	

Πίνακας 20: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Οι χώροι αυτής της μονάδας είναι καθαροί**».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	3	2,4	2,4	2,4
Διαφωνώ	0	0	0	0
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	83	66,9	66,9	69,4
Συμφωνώ	38	30,6	30,6	100,0
Συμφωνώ απόλυτα	124	100,0	100,0	
Σύνολο		100,0	100,0	

Πίνακας 21: Αποτελέσματα της ερώτησης «**Η μονάδα TOMY είναι καλά εξοπλισμένη**».

Στη συνέχεια παραθέτουμε τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα αναφορικά με την ποιότητα των δομών TOMY και τη γενικότερη εμπειρία των ασθενών έπειτα από την αλληλεπίδραση τους με τις εγκαταστάσεις, με τη διαρρύθμιση τους, τον ιατρικό εξοπλισμό που φέρουν όπως επίσης και για την κατάσταση της υγιεινής τους που επικρατεί.

	Πλήθος (N)	Μέση τιμή (Μ.Τ.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)
Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα χώρους αυτής της μονάδας TOMY.	124	4,17	,73
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη.	124	3,76	1,11
Οι χώροι αυτής της μονάδας είναι καθαροί ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λ.π.).	124	4,62	,53
Η μονάδα TOMY είναι καλά εξοπλισμένη (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λ.π.).	124	3,26	,58
Σύνολο	124		

Πίνακας 22: Συγκεντρωτικά αποτελέσματα αναφορικά με την ποιότητα των δομών TOMY.

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι ασθενείς (ή οι συνοδοί τους) συμφωνούν ότι η υλικοτεχνική ποιότητα των δομών TOMY είναι καλή έως πολύ καλή. Οι περισσότεροι συμφωνούν πολύ έως πάρα πολύ ότι οι χώροι των μονάδων είναι καθαροί (Μ.Τ.=4,62, Τ.Α.=,53) και ότι είναι πολύ εύκολο να προσανατολιστούν μέσα χώρους των μονάδων (Μ.Τ.=4,17, Τ.Α.=,73). Επίσης συμφωνούν μέτρια προς ισχυρά στο ότι οι αίθουσες αναμονής είναι άνετες (Μ.Τ.=3,76, Τ.Α.=1,11) και ότι οι μονάδες είναι καλά εξοπλισμένες αναφορικά με τα αναλώσιμα και τα απαραίτητα ιατρικά μηχανήματα (Μ.Τ.=3,26, Τ.Α.=,58).

5.2.1.4 Ποια είναι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό των δομών TOMY;

Στη συνέχεια ακολουθούν τα ευρήματα της πέμπτης ενότητας του ερωτηματολογίου (ερωτήσεις 24 έως 27) αναφορικά με τη μελέτη της

ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό των δομών TOMY. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στους ακόλουθους πίνακες και προκειμένου να επισημανθεί η αξιοπιστία των απαντήσεων αυτές ελέγχθηκαν με τον δείκτη συνάφειας Cronbach α , όπου προέκυψε $\alpha = 0,948$ ο οποίος φανερώνει υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας.

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	6	4,8	4,8	4,8
Διαφωνώ	6	4,8	4,8	9,7
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	59	47,6	47,6	57,3
Συμφωνώ	44	35,5	35,5	92,7
Συμφωνώ απόλυτα	9	7,3	7,3	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 23: Αποτελέσματα της ερώτησης «Οι νοσηλεύτριες με ακούν προσεκτικά».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	6	4,8	4,8	4,8
Διαφωνώ	18	14,5	14,5	19,4
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	55	44,4	44,4	63,7
Συμφωνώ	36	29,0	29,0	92,7
Συμφωνώ απόλυτα	9	7,3	7,3	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 24: Αποτελέσματα της ερώτησης «Οι νοσηλεύτριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	9	7,3	7,3	7,3
Διαφωνώ	3	2,4	2,4	9,7
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	55	44,4	44,4	54,0
Συμφωνώ	37	29,8	29,8	83,9
Συμφωνώ απόλυτα	20	16,1	16,1	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 25: Αποτελέσματα της ερώτησης «Οι νοσηλεύτριες είναι ευγενικοί-ές».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	6	4,8	4,8	4,8
Διαφωνώ	6	4,8	4,8	9,7
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	55	44,4	44,4	54,0
Συμφωνώ	37	29,8	29,8	83,9
Συμφωνώ απόλυτα	20	16,1	16,1	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 26: Αποτελέσματα της ερώτησης «Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτριες) με ακούν προσεκτικά.»

	Πλήθος (N)	Μέση τιμή (Μ.Τ.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)
Οι νοσηλεύτριες-τριες με ακούν προσεκτικά.	124	3,35	,88
Οι νοσηλεύτριες-τριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου.	124	3,19	,94
Οι νοσηλεύτριες-τριες είναι ευγενικοί-ές.	124	3,45	1,03
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτριες) με ακούν προσεκτικά.	124	3,48	,98
Σύνολο	124		

Πίνακας 27: Συγκεντρωτικά αποτελέσματα αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό των δομών TOMY.

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι ασθενείς (ή οι συνοδοί τους) συμφωνούν μέτρια προς ισχυρά στο ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό των δομών ΤΟΜΥ είναι καλή. Οι ασθενείς συμφωνούν μέτρια προς ισχυρά στο ότι οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές μαζί τους (Μ.Τ.=3,45, Τ.Α.=1,03) και ότι οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) τους ακούν προσεκτικά (Μ.Τ.=3,48, Τ.Α.=0,98). Συμφωνούν μέτρια στο ότι οι νοσηλευτές-τριες τους ακούν προσεκτικά (Μ.Τ.=3,35, Τ.Α.=0,88) και στο ότι οι νοσηλευτές-τριες τους δίνουν συμβουλές για την υγεία τους (Μ.Τ.=3,19, Τ.Α.=0,94).

5.2.1.5 Πόσος ήταν ο χρόνος αναμονής των ασθενών στις εγκαταστάσεις των δομών ΤΟΜΥ και στις διοικητικές εργασίες που απαιτήθηκαν για την εξέταση τους;

Στη συνέχεια παραθέτονται τα ερωτήματα της έκτης ενότητας του ερωτηματολογίου (ερωτήσεις 28 έως 31) αναφορικά με τον χρόνο εξυπηρέτησης των ασθενών κατά τη διάρκεια της επίσκεψης τους σε μια δομή ΤΟΜΥ αλλά και κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας του ραντεβού τους. Στην ενότητα αυτή οι ασθενείς δήλωναν μέσω μιας πενταθέσιας κλίμακας Likert, το πόσο σημαντικό είναι για αυτούς η συγκεκριμένη συνθήκη. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στους ακόλουθους πίνακες και προκειμένου να επισημανθεί η αξιοπιστία των απαντήσεων αυτές ελέγχθηκαν με τον δείκτη συνάφειας Cronbach α, όπου προέκυψε $\alpha = 0,796$ ο οποίος φανερώνει υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας.

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Ασήμαντη	0	0	0	0
Μερικώς σημαντική	0	0	0	0
Ούτε ασήμαντη ούτε σημαντική	6	4,8	4,8	4,8
Σημαντική	48	38,7	38,7	43,5
Πολύ σημαντική	70	56,5	56,5	100,0
Σύνολο		100,0	100,0	

Πίνακας 28: Αποτελέσματα της ερώτησης «Πόσο σημαντικός είναι για εσάς ο χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης;».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Ασήμαντη	0	0	0	0
Μερικώς σημαντική	0	0	0	00
Ούτε ασήμαντη ούτε σημαντική	6	4,8	4,8	4,8
Σημαντική	49	39,5	39,5	44,4
Πολύ σημαντική	69	55,6	55,6	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 29: Αποτελέσματα της ερώτησης «Πόσο σημαντικός είναι για εσάς ο χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες;».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Ασήμαντη	0	0	0	0
Μερικώς σημαντική	0	0	0	0
Ούτε ασήμαντη ούτε σημαντική	9	7,3	7,3	7,3
Σημαντική	48	38,7	38,7	46,0
Πολύ σημαντική	67	54,0	54,0	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 30: Αποτελέσματα της ερώτησης «Πόσο σημαντικός είναι για εσάς ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός;».

	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Ασήμαντη	3	2,4	2,4	2,4
Μερικώς σημαντική	0	0	0	0
Ούτε ασήμαντη ούτε σημαντική	35	28,2	28,2	30,6
Σημαντική	33	26,6	26,6	57,3
Πολύ σημαντική	53	42,7	42,7	100,0
Σύνολο	124	100,0	100,0	

Πίνακας 31: Αποτελέσματα της ερώτησης «Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμψει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, πόσο σημαντικό είναι για εσάς η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό;».

	Πλήθος (N)	Μέση τιμή (Μ.Τ.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης.	124	4,52	,59
Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας κ.λ.π.).	124	4,51	,59
Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός.	124	4,47	,63
Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμψει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής).	124	4,07	,96
Σύνολο	124		

Πίνακας 32: Συγκεντρωτικά αποτελέσματα αναφορικά με το πόσο σημαντικό θεωρούν οι ασθενείς τη χρονική διάρκεια της εξυπηρέτησης τους και την επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης τους.

Οι ασθενείς θεωρούν σημαντική έως πολύ σημαντική παράμετρο τη χρονική διάρκεια της επίσκεψης τους στη δομή ΤΟΜΥ αναφορικά με τον χρόνο αναμονής τους στον προγραμματισμό της επίσκεψης (Μ.Τ.=4,52, Τ.Α.=,59), με τον χρόνο αναμονής τους μέσα στην δομή ΤΟΜΥ (Μ.Τ.=4,47, Τ.Α.=,59) και με το να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (Μ.Τ.=4,51, Τ.Α.=,59).

5.2.2 Αποτελέσματα 2^{ου} ερευνητικού ερωτήματος

Στη συνέχεια παρατίθεται η ανάλυση των δεδομένων αναφορικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα στο οποίο αναζητείται απάντηση στο ποιες ήταν οι θετικές εντυπώσεις που αποκόμισαν οι ασθενείς που επισκέφθηκαν τις δομές TOMY και πως αυτές συσχετίζονται με τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού τους (φύλο, ηλικία, βαθμός εκπαίδευσης κ.τ.λ.). Για την απάντηση αυτού του ερωτήματος χρησιμοποιήθηκε η ερώτηση 32 του ερωτηματολογίου και τα αποτελέσματα αυτής παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα. Προκειμένου να επισημανθεί η αξιοπιστία των απαντήσεων αυτές ελέγχθηκαν με τον δείκτη συνάφειας Cronbach α , όπου προέκυψε $\alpha = 0,784$ ο οποίος φανερώνει υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας.

	Πλήθος (N)	Μέση τιμή (Μ.Τ.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)
Περιβάλλον μονάδας TOMY	124	3,90	,94
Ευγένεια - Αναλυτική διάγνωση	124	4,00	1,11
Εμπειρία γιατρού	124	3,27	1,20
Σύγχρονος εξοπλισμός	124	3,10	,92
Σύνολο	124		

Πίνακας 33: Αποτελέσματα της ερώτησης «Τι σας δημιούργησε θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της σημερινής σας επίσκεψης;».

Στους ασθενείς δημιουργήθηκαν θετικές εντυπώσεις από την ευγένεια και την αναλυτική διάγνωση των γιατρών (Μ.Τ.=4,00, Τ.Α.=1,11) και από το περιβάλλον των δομών TOMY (Μ.Τ.=3,90, Τ.Α.=0,94). Μέτριες θετικές εντυπώσεις δημιουργήθηκαν στους ασθενείς η εμπειρία του γιατρού που τους εξέτασε (Μ.Τ.=3,27, Τ.Α.=1,20) όπως επίσης και το αν ο ιατρικός εξοπλισμός ήταν σύγχρονος (Μ.Τ.=3,10, Τ.Α.=0,92).

Για να μελετηθεί η σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Φύλο» και «Εντυπώσεις αναφορικά με το περιβάλλον της μονάδας TOMY», την «ευγένεια και την Αναλυτική διάγνωση του προσωπικού», την «εμπειρία του γιατρού» και τον «σύγχρονο εξοπλισμό» χρησιμοποιήθηκε η εντολή

Crosstabs με την επιλογή του στατιστικού κριτηρίου Chi-Square τα αποτελέσματα του οποίου φαίνονται στους παρακάτω πίνακες.

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,370a	4	,035
Likelihood Ratio	13,384	4	,010
Linear-by-Linear Association	4,271	1	,039
N of Valid Cases	124		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,94.

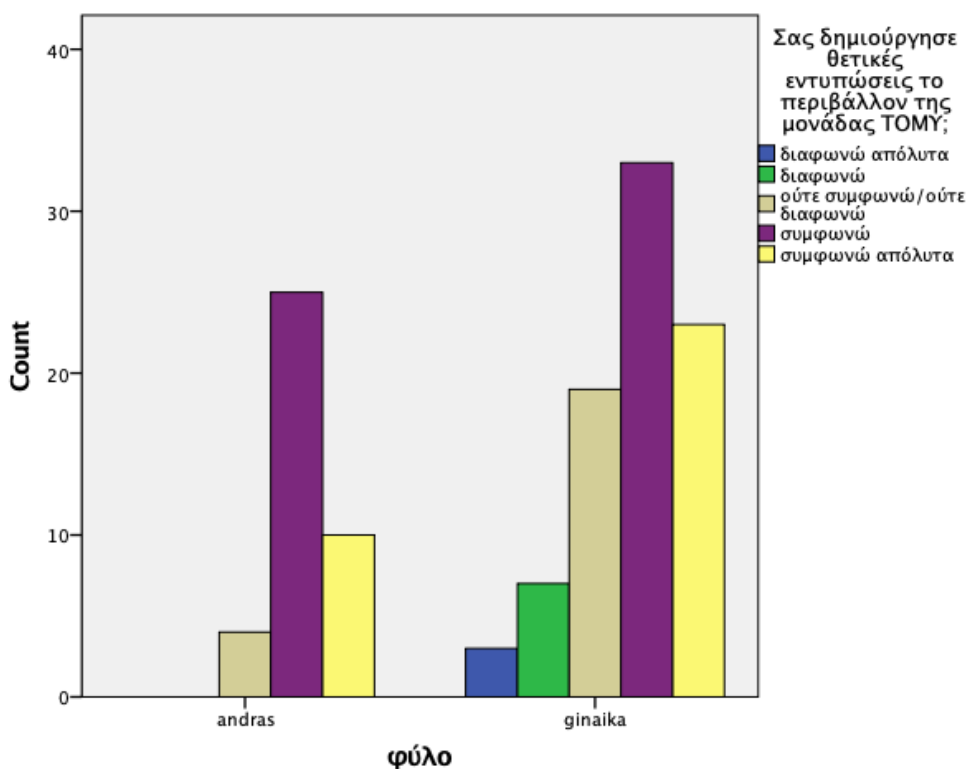
Πίνακας 34: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Εντυπώσεις από το περιβάλλον των δομών TOMY».

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, προκύπτει η ύπαρξη σχέσης μεταξύ των μεταβλητών «Φύλο» και «Θετικές εντυπώσεις από το περιβάλλον των δομών TOMY» καθώς το επίπεδο σημαντικότητας είναι μικρότερο από 0,05 ($p=0,035$). Για να μελετηθεί το επίπεδο της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών αυτών εφαρμόσαμε το test Crammer's V τα αποτελέσματα του οποίου φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,289	,035
	Cramer's V	,289	,035
N of Valid Cases		124	

Πίνακας 35: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Εντυπώσεις από το περιβάλλον των δομών TOMY», test Crammer's V.

Από την ερμηνεία των αποτελεσμάτων του παραπάνω πίνακα προκύπτει μια μέτρια συσχέτιση μεταξύ των δυο φύλων αναφορικά με τις θετικές εντυπώσεις σχετικά με το περιβάλλον των δομών TOMY (Crammer's $V=0,289$) και το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,035$).



Ραβδόγραμμα 1: Ραβδόγραμμα μεταξύ του φύλου και των θετικών εντυπώσεων από το περιβάλλον των δομών TOMY.

Στη συνέχεια των τεστ, προκύπτει ότι δεν συσχετίζεται το φύλο των ασθενών με το πόσο θετικές εντυπώσεις είχαν από την ευγένεια του προσωπικού και την αναλυτική διάγνωση ($p=0,355$), όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα.

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,247 ^a	3	,355
Likelihood Ratio	4,426	3	,219
Linear-by-Linear Association	,121	1	,728
N of Valid Cases	124		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,26.

Πίνακας 36: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Ευγένεια - Αναλυτική διάγνωση του προσωπικού των δομών TOMY».

Από τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών «Φύλο» και «Θετικές εντυπώσεις από την εμπειρία του γιατρού» παρατηρείται ότι υπάρχει συσχέτιση καθώς το επίπεδο σημαντικότητας είναι μικρότερο από 0,05 ($p=0,08$).

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,725 ^a	4	,008
Likelihood Ratio	15,185	4	,004
Linear-by-Linear Association	2,781	1	,095
<u>N of Valid Cases</u>	<u>124</u>		

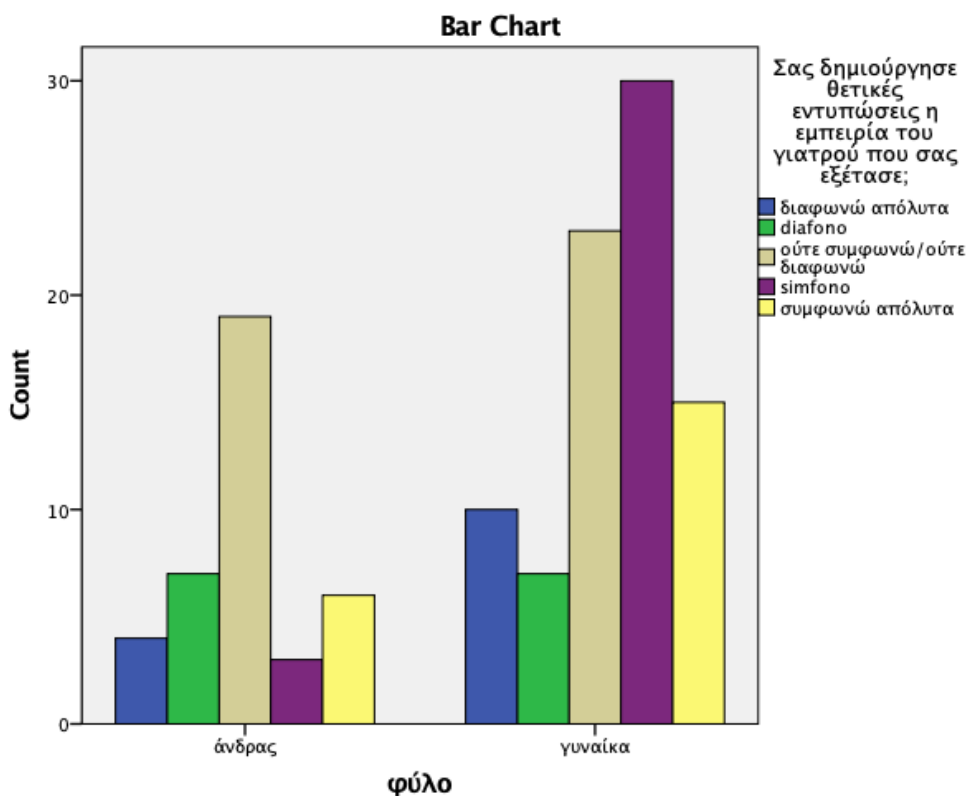
a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,40.

Πίνακας 37: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Εμπειρία γιατρού».

Για να μελετηθεί το επίπεδο της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών αυτών εφαρμόσαμε το test Crammer's V τα αποτελέσματα του οποίου φαίνονται στον παρακάτω πίνακα όπου φαίνεται η ισχυρή συσχέτιση (Crammer's $V=0,333$).

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,333	,008
	Cramer's V	,333	,008
N of Valid Cases		124	

Πίνακας 38: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Εμπειρία γιατρού», τεστ Crammer's V.



Ραβδόγραμμα 2: Ραβδόγραμμα μεταξύ του φύλου και των θετικών εντυπώσεων από την εμπειρία των γιατρών των δομών TOMY.

Στη συνέχεια δεν παρατηρήθηκε να συσχετίζεται το φύλο των ασθενών με το πόσο θετικές εντυπώσεις είχαν από τον σύγχρονο εξοπλισμό των δομών TOMY ($p=0,162$).

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,544 ^a	4	,162
Likelihood Ratio	7,252	4	,123
Linear-by-Linear Association	2,014	1	,156
N of Valid Cases	124		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,94.

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,94.

Πίνακας 39: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Σύγχρονο εξοπλισμός».

Για να μελετηθεί η σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Ηλικία» και «Θετικές εντυπώσεις αναφορικά με το περιβάλλον της μονάδας TOMY», την «ευγένεια και την Αναλυτική διάγνωση του προσωπικού», την «εμπειρία του γιατρού» και τον «σύγχρονο εξοπλισμό» χρησιμοποιήθηκε η εντολή Crosstabs με την επιλογή του στατιστικού κριτηρίου Chi-Square τα αποτελέσματα του οποίου φαίνονται στους παρακάτω πίνακες.

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,749 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	40,920	16	,001
Linear-by-Linear Association	4,355	1	,037
N of Valid Cases	124		

a. 17 cells (68,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

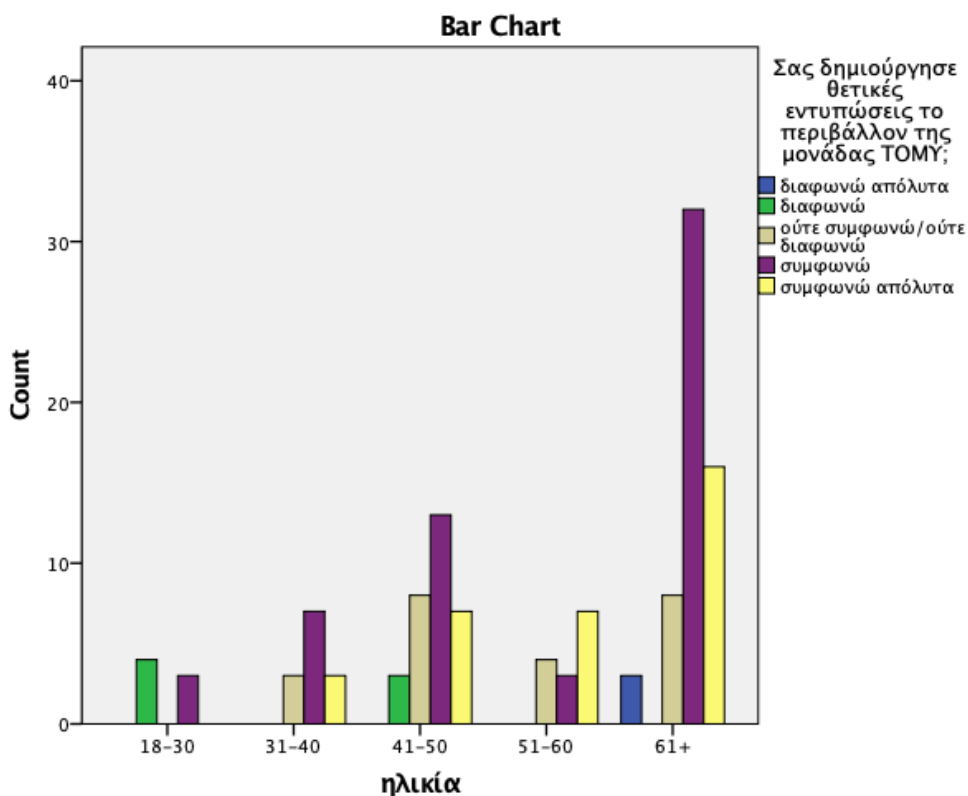
Πίνακας 40: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Εντυπώσεις αναφορικά με το περιβάλλον της μονάδας TOMY».

Παρατηρούμε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και των θετικών εντυπώσεων που αποκόμισαν από την επίσκεψη τους στην μονάδα TOMY ($p=0,000$).

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,658	,000
	Cramer's V	,329	,000
N of Valid Cases		124	

Πίνακας 41: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Εντυπώσεις αναφορικά με το περιβάλλον της μονάδας TOMY», τεστ Cramer's V.

Κάνοντας επιπλέον το παραπάνω τεστ (Cramer's V) βλέπουμε ότι η συσχέτιση μεταξύ αυτών των δυο μεταβλητών είναι ισχυρή (Cramer's $V=0,329$).



Ραβδόγραμμα 3: Ραβδόγραμμα μεταξύ της ηλικίας και των θετικών εντυπώσεων από το περιβάλλον των δομών TOMY.

Στη συνέχεια βρήκαμε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και των θετικών εντυπώσεων που αποκόμισαν από την ευγένεια και την αναλυτική διάγνωση κατά την επίσκεψη τους στην μονάδα TOMY ($p=0,000$), όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,613 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	42,724	12	,000
Linear-by-Linear Association	8,109	1	,004
N of Valid Cases	124		

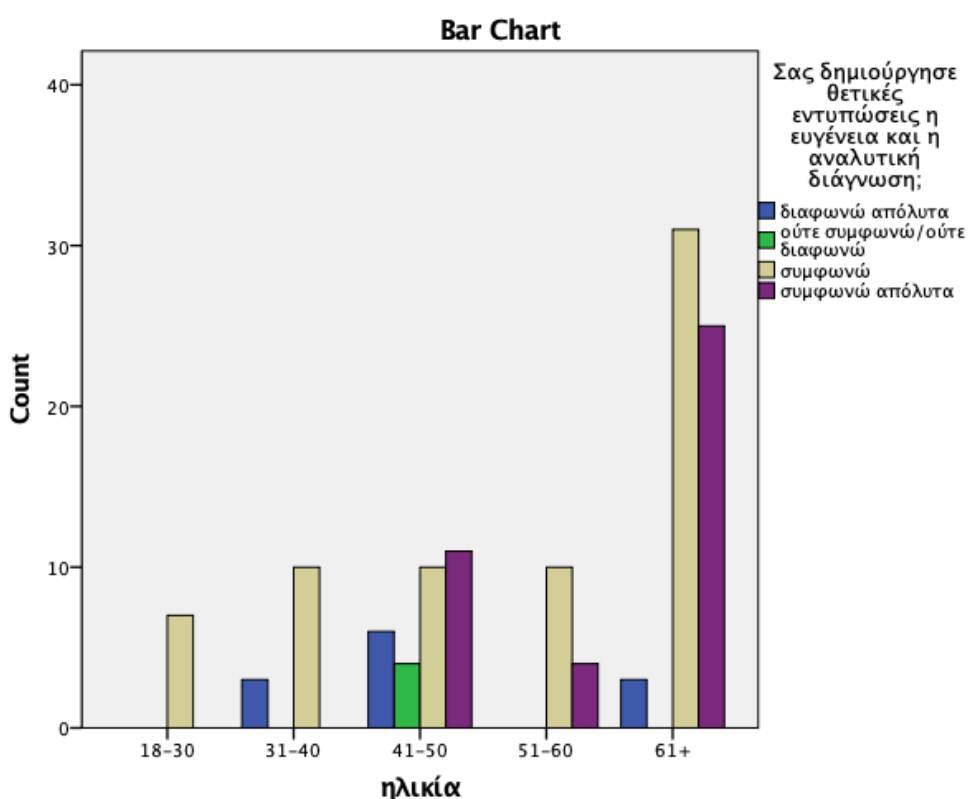
a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

Πίνακας 42: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Ευγένεια - Αναλυτική διάγνωση του προσωπικού των δομών TOMY».

Κάνοντας επιπλέον το τεστ Cramer's V βλέπουμε ότι η συσχέτιση μεταξύ αυτών των δυο μεταβλητών είναι ισχυρή (Cramer's V=0,314), όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,543	,000
	Cramer's V	,314	,000
N of Valid Cases		124	

Πίνακας 43: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Ευγένεια - Αναλυτική διάγνωση του προσωπικού των δομών TOMY», τεστ Cramer's V.



Ραβδόγραμμα 4: Ραβδόγραμμα μεταξύ της ηλικίας και των θετικών εντυπώσεων από την ευγένεια και την αναλυτική διάγνωση του προσωπικού των δομών TOMY.

Στη συνέχεια βρήκαμε μία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και των θετικών εντυπώσεων που αποκόμισαν από την εμπειρία του γιατρού που τους εξέτασε ($p=0,000$).

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	114,464 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	115,813	16	,000
Linear-by-Linear Association	3,935	1	,047
N of Valid Cases	124		

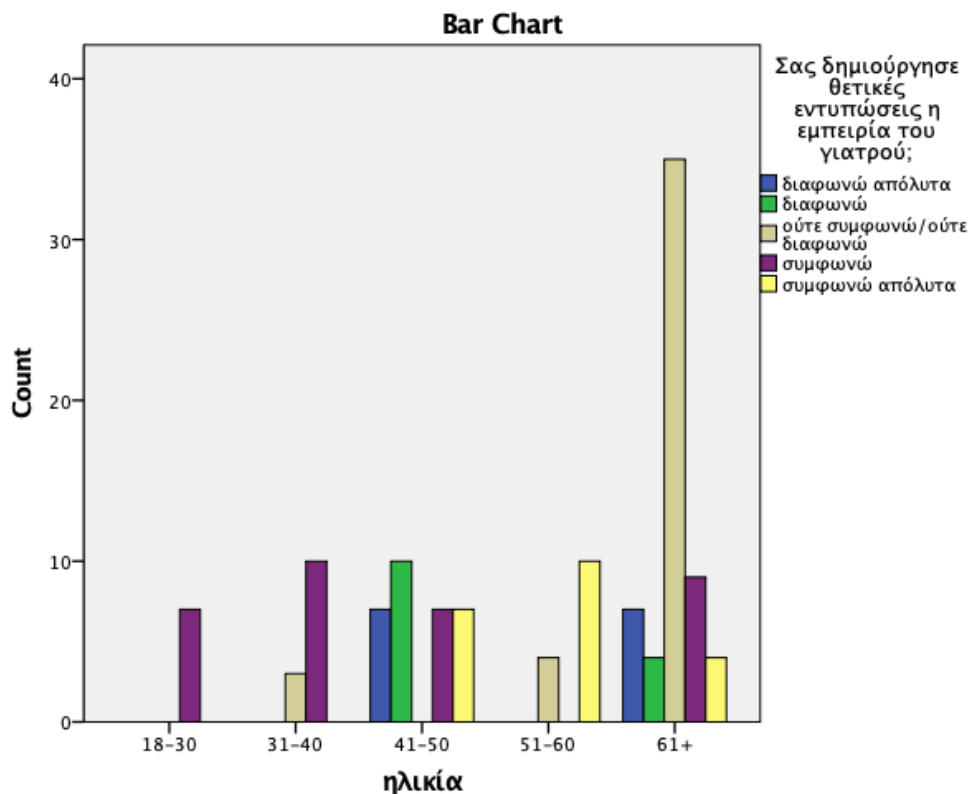
a. 17 cells (68,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,79

Πίνακας 44: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Εμπειρία γιατρού».

Κάνοντας επιπλέον το παρακάτω τεστ (Cramer's V) βλέπουμε ότι η συσχέτιση είναι ισχυρή (Cramer's V=0,480).

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,961	,000
	Cramer's V	,480	,000
N of Valid Cases		124	

Πίνακας 45: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Εμπειρία γιατρού», τεστ Cramer's V.



Ραβδόγραμμα 5: Ραβδόγραμμα μεταξύ της ηλικίας και των θετικών εντυπώσεων από την εμπειρία του γιατρού.

Επίσης βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και των θετικών εντυπώσεων που αποκόμισαν από το πόσο σύγχρονος ήταν ο εξοπλισμός των δομών TOMY ($p=0,000$).

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	65,712 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	74,689	16	,000
Linear-by-Linear Association	16,407	1	,000
N of Valid Cases	124		

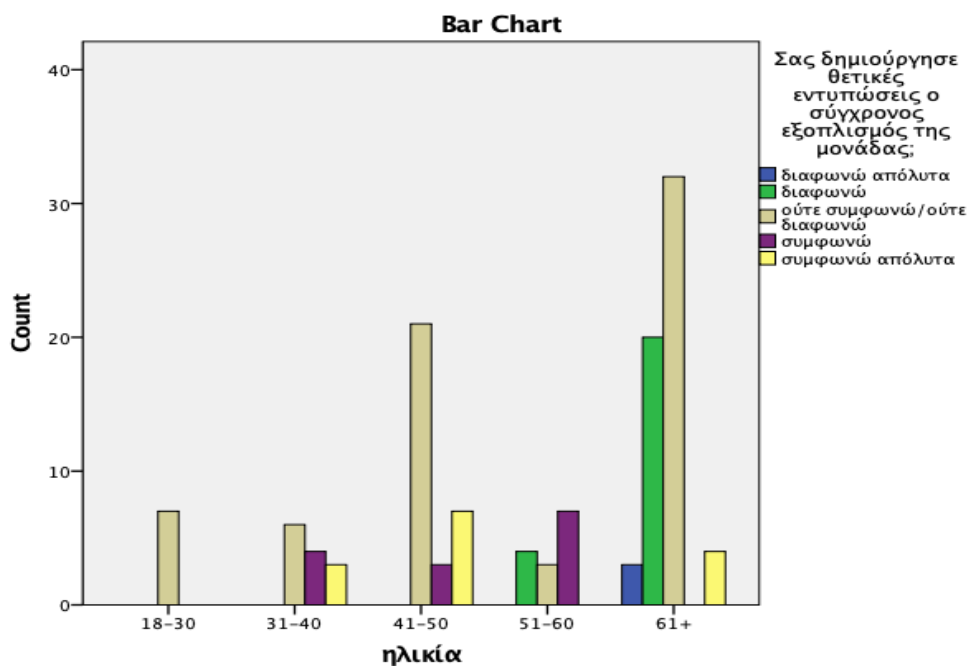
a. 17 cells (68,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

Πίνακας 46: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Σύγχρονος εξοπλισμός».

Κάνοντας επιπλέον το παρακάτω τεστ (Cramer's V) βλέπουμε ότι προκύπτει μια ισχυρή συσχέτιση (Cramer's $V=0,364$).

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,728	,000
	Cramer's V	,364	,000
N of Valid Cases		124	

Πίνακας 47: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Σύγχρονος εξοπλισμός», τεστ Cramer's V.



Ραβδόγραμμα 6: Ραβδόγραμμα μεταξύ της ηλικίας και των θετικών εντυπώσεων από τον σύγχρονο εξοπλισμό της μονάδας.

Για να μελετηθεί η σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Θετικές εντυπώσεις αναφορικά με το περιβάλλον της μονάδας TOMY», την «ευγένεια και την αναλυτική διάγνωση του προσωπικού», την «εμπειρία του γιατρού» και τον «σύγχρονο εξοπλισμό» χρησιμοποιήθηκε η εντολή Crosstabs με την επιλογή του στατιστικού κριτηρίου Kendall's tau-c τα αποτελέσματα του οποίου φαίνονται στους παρακάτω πίνακες.

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-c	-,093	,065	-1,428	,153
	Spearman Correlation	-,127	,088	-1,417	,159 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	-,112	,089	-1,248	,214 ^c
N of Valid Cases		124			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Πίνακας 48: Συσχέτιση των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Εντυπώσεις αναφορικά με το περιβάλλον της μονάδας TOMY».

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Εντυπώσεις αναφορικά με το περιβάλλον της μονάδας TOMY» καθώς το επίπεδο σημαντικότητας είναι μεγαλύτερο από 0,01 ($p=0,153$).

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-c	-,257	,064	-4,022	,000
	Spearman Correlation	-,337	,081	-3,949	,000 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	-,323	,086	-3,771	,000 ^c
N of Valid Cases		124			

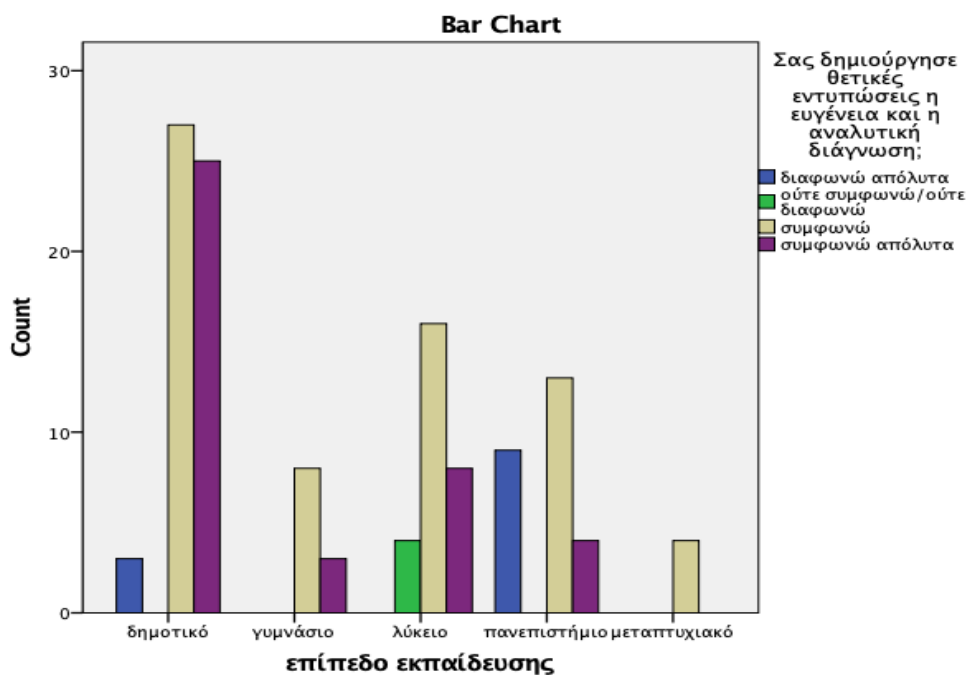
a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Πίνακας 49: Συσχέτιση των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Ευγένεια - Αναλυτική διάγνωση του προσωπικού των δομών TOMY».

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Ευγένεια - Αναλυτική διάγνωση του προσωπικού των δομών TOMY» ($p=0,000$) με χαμηλή αρνητική συσχέτιση.



Ραβδόγραμμα 7: Ραβδόγραμμα μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και των θετικών εντυπώσεων από την ευγένεια και την αναλυτική διάγνωση.

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-c	,117	,065	1,797	,072
	Spearman Correlation	,152	,092	1,703	,091 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	,104	,082	1,152	,252 ^c
N of Valid Cases		124			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Πίνακας 50: Συσχέτιση των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Εμπειρία γιατρού».

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Εμπειρία γιατρού» καθώς το επίπεδο σημαντικότητας είναι μεγαλύτερο από 0,01 ($p=0,072$).

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-c	,239	,045	5,358	,000
	Spearman Correlation	,367	,062	4,362	,000 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	,305	,066	3,533	,001 ^c
N of Valid Cases		124			

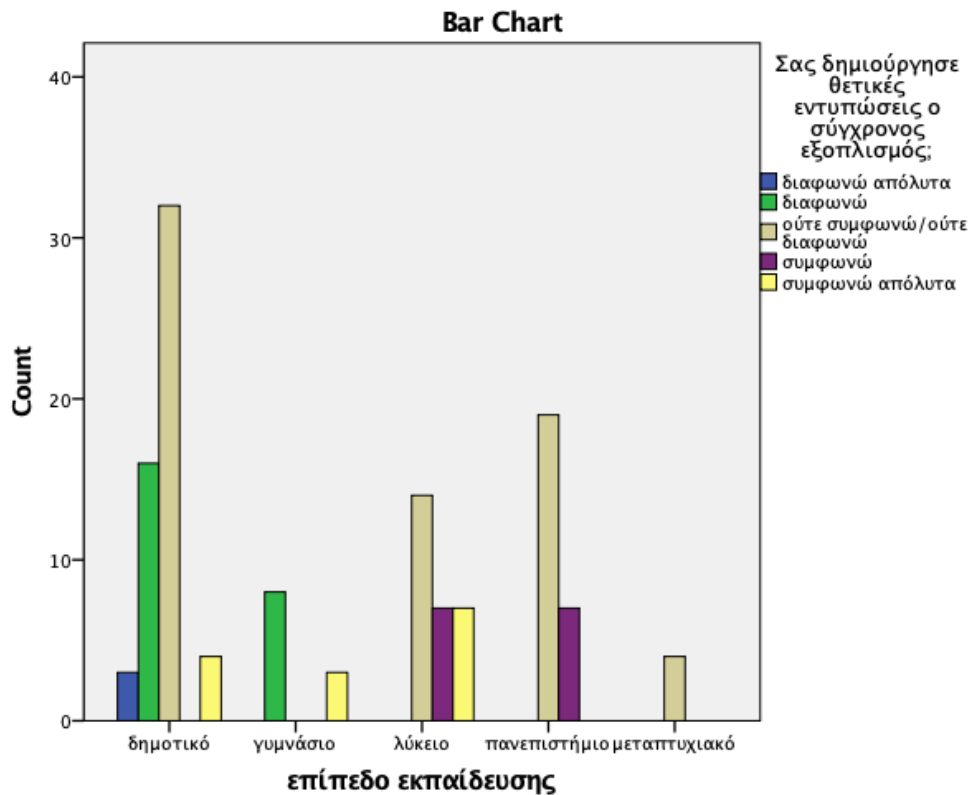
a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Πίνακας 51: Συσχέτιση των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Σύγχρονο εξοπλισμός».

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Σύγχρονος εξοπλισμός» με θετική σχέση η οποία είναι στατιστικά σημαντική καθώς το επίπεδο σημαντικότητας είναι μικρότερο από 0,01 ($p=0,000$).



Ραβδόγραμμα 8: Ραβδόγραμμα μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και των θετικών εντυπώσεων από τον σύγχρονο εξοπλισμό.

5.2.3 Αποτελέσματα 3^{ου} ερευνητικού ερωτήματος

Στη συνέχεια παρατίθεται η ανάλυση των δεδομένων αναφορικά με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα στο οποίο αναζητείται απάντηση στο τι θεωρούν οι ασθενείς ότι πρέπει να βελτιωθεί στις δομές TOMY και πως αυτές τους οι προτάσεις συσχετίζονται με τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού τους (φύλο, ηλικία, βαθμός εκπαίδευσης κ.τ.λ.);

Για την απάντηση αυτού του ερωτήματος χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις 33 και 34 του ερωτηματολογίου και τα αποτελέσματα τους παρατίθενται στους ακόλουθους πίνακες. Προκειμένου να επισημανθεί η αξιοπιστία των απαντήσεων αυτές ελέγχθηκαν με τον δείκτη συνάφειας Cronbach α , όπου προέκυψε $\alpha = 0,690$ ο οποίος φανερώνει μέτριο επίπεδο αξιοπιστίας.

	Πλήθος (N)	Μέση τιμή (Μ.Τ.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)
Μεγαλύτερη ταχύτητα εξυπηρέτησης - Μείωση χρόνου αναμονής	124	3,09	1,22
Περισσότερη ενασχόληση με τον ασθενή	124	3,71	1,15
Βελτιωμένη οργάνωση στα ραντεβού	124	3,30	1,17
Δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων	124	4,66	,58
Σύνολο	124		

Πίνακας 52: Αποτελέσματα της ερώτησης «Τι θα μπορούσε να βελτιώσει ο γιατρός ειδικότητας ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που επισκεφθήκατε σήμερα;».

	Πλήθος (N)	Μέση τιμή (Μ.Τ.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)
Αύξηση προσωπικού	124	2,51	1,36
Επέκταση του ωραρίου	124	4,56	,77
Αύξηση ιατρικού εξοπλισμού	124	3,74	,76
Άμεση απόκτηση τηλεφωνικού κέντρου - Καλύτερη οργάνωση ραντεβού	124	3,73	1,15
Σύνολο	124		

Πίνακας 53: Αποτελέσματα της ερώτησης «Τι θα μπορούσε να βελτιωθεί σε αυτή τη μονάδα TOMY;».

Οι ασθενείς θεωρούν ότι θα έπρεπε να υπάρχει η δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων από τους επαγγελματίες υγείας (M.T.=4,66, T.A.=0,58) και επίσης να υπάρχει μεγαλύτερη ενασχόληση με τον ασθενή (M.T.=3,71, T.A.=1,15). Επίσης οι ασθενείς θεωρούν ότι θα έπρεπε να επεκταθεί το ωράριο λειτουργίας των δομών TOMY (M.T.=4,56, T.A.=0,77), να αυξηθεί ο ιατρικός εξοπλισμός (M.T.=3,74, T.A.=0,76) και να αποκτηθεί άμεσα τηλεφωνικό κέντρο για την καλύτερη οργάνωση των ραντεβού (M.T.=3,73, T.A.=1,15). Στη συνέχεια παρατίθεται η ανάλυση των δεδομένων αναφορικά το αν υπάρχει εξάρτηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και των προτάσεων βελτίωσης που θα μπορούσαν να συμβούν στις δομές TOMY.

Για να μελετηθεί η σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Φύλο» και «Προτάσεις βελτίωσης» αναφορικά με την μεγαλύτερη ταχύτητα εξυπηρέτησης και της μείωσης του χρόνου αναμονής, της περισσότερης ενασχόλησης με τον ασθενή, την οργάνωση των ραντεβού, τη δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων, την αύξηση του προσωπικού, την επέκταση του ωραρίου λειτουργίας των δομών, την αύξηση του ιατρικού εξοπλισμού και την άμεση απόκτηση τηλεφωνικού κέντρου ή την καλύτερη οργάνωση των ραντεβού χρησιμοποιήθηκε η εντολή Crosstabs με την επιλογή του στατιστικού κριτηρίου Chi-Square.

Συσχέτιση βρήκαμε μεταξύ της μεταβλητής «Φύλο» και «Δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων». Αυτό σημαίνει ότι το φύλο των ασθενών συσχετίζεται μέτρια με την εξέφραση προτάσεων για τη βελτίωση των δομών αναφορικά με τη δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων (Cramer's $V=0,278$) και το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,008$), όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

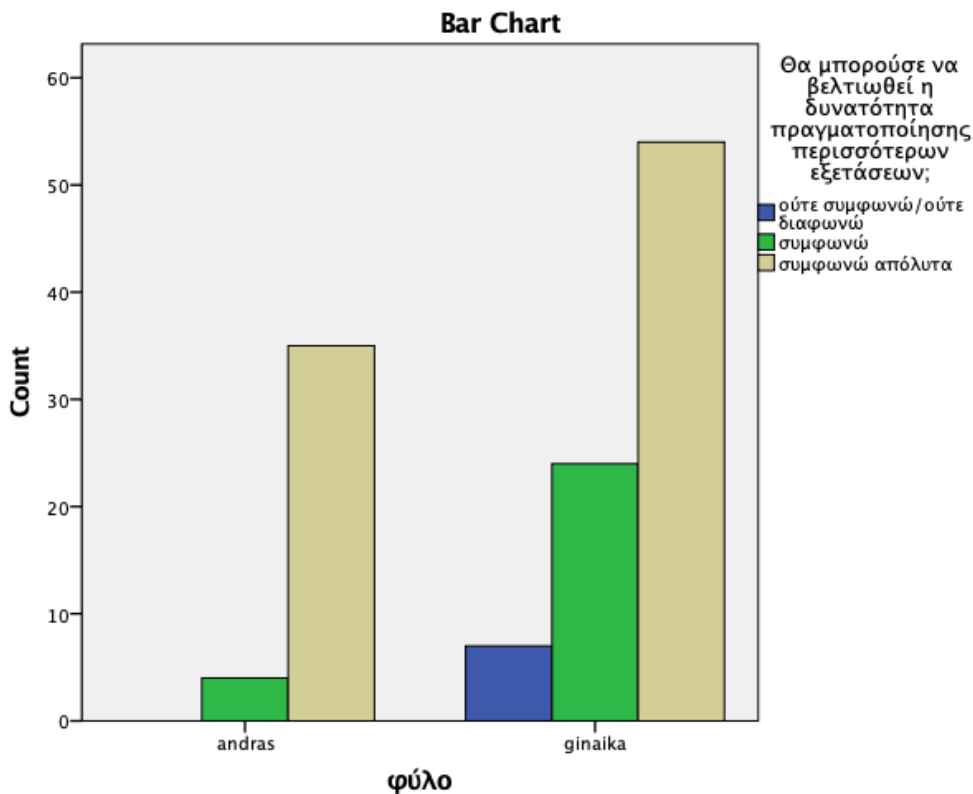
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,598 ^a	2	,008
Likelihood Ratio	12,162	2	,002
Linear-by-Linear Association	9,342	1	,002
N of Valid Cases	124		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,20.

Πίνακας 54: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Βελτιώσεις σχετικά με τη δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων».

		Value	Approximate Significance
Nominal by	Phi	,278	,008
Nominal	Cramer's V	,278	,008
N of Valid Cases		124	

Πίνακας 55: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Βελτιώσεις σχετικά με τη δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων», τεστ Crammer's V.



Ραβδόγραμμα 9: Ραβδόγραμμα μεταξύ του «Φύλου» και «Βελτιώσεις σχετικά με τη δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων».

Στη συνέχεια, εντοπίσαμε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Φύλο» και «Αύξηση προσωπικού». (Cramer's V=0,368) και το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,002$), όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

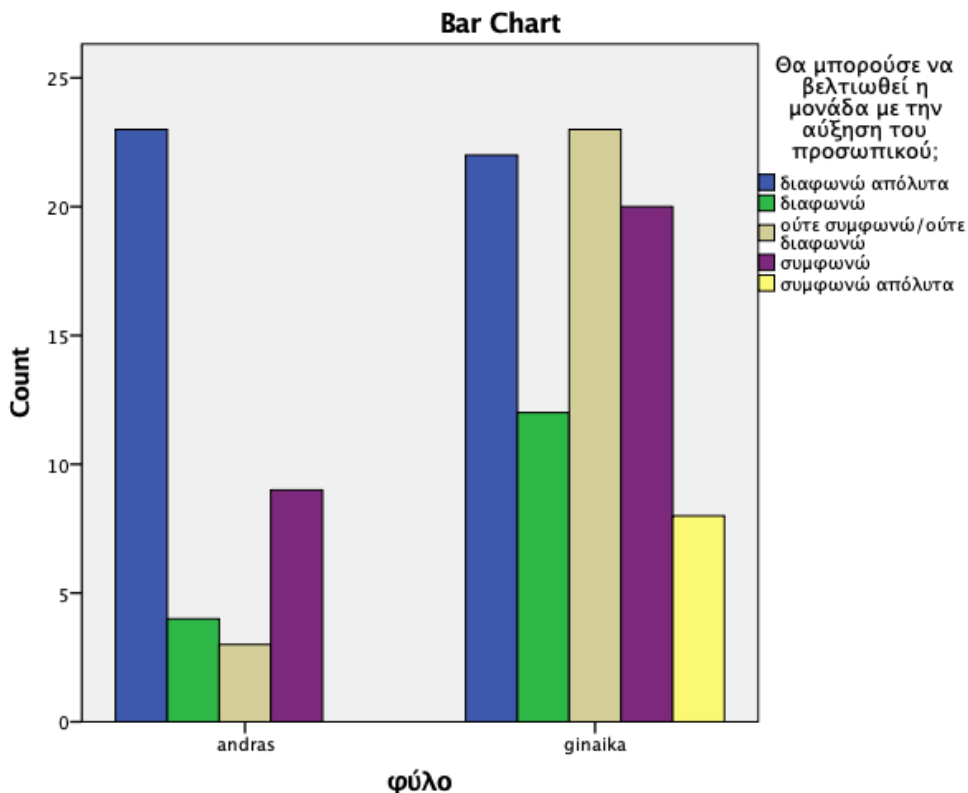
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,831 ^a	4	,002
Likelihood Ratio	19,545	4	,001
Linear-by-Linear Association	9,645	1	,002
N of Valid Cases	124		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,52.

Πίνακας 56: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Βελτιώσεις σχετικά με την αύξηση του προσωπικού».

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,368	,002
	Cramer's V	,368	,002
N of Valid Cases		124	

Πίνακας 57: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Βελτιώσεις σχετικά με την αύξηση του προσωπικού», τεστ Cramer's V.



Ραβδόγραμμα 10: Ραβδόγραμμα μεταξύ του «Φύλου» και «Βελτιώσεις σχετικά με την αύξηση του προσωπικού».

Επίσης, μέτρια συσχέτιση βρήκαμε μεταξύ της μεταβλητής «Φύλο» και «Επέκταση του ωραρίου»(Cramer's V=0,274) και το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό (p=0,025), όπως φαίνεται και στους παρακάτω πίνακες.

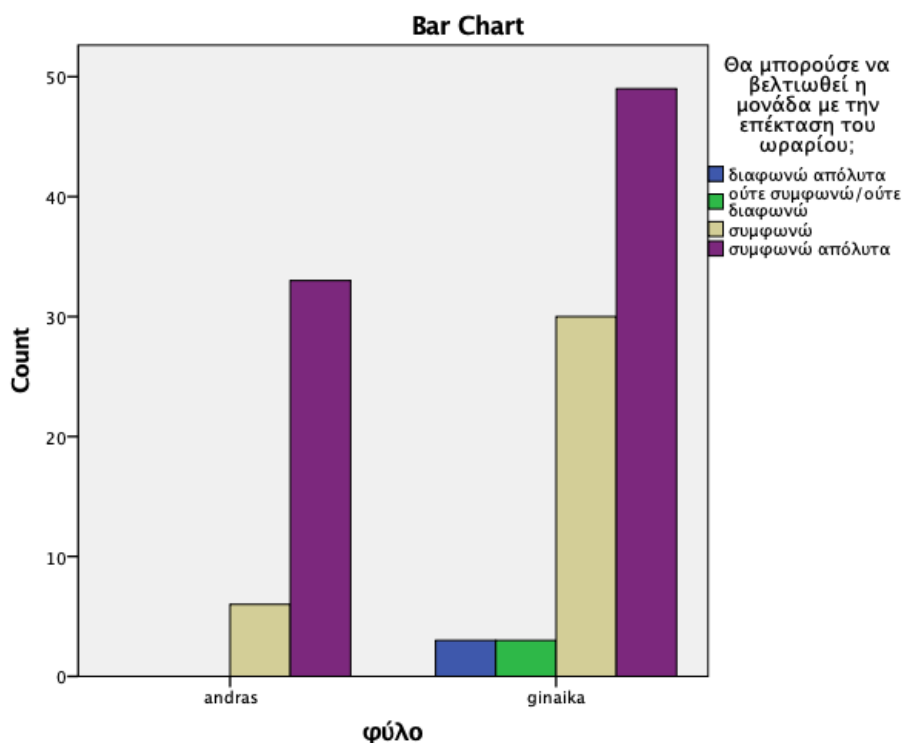
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,343 ^a	3	,025
Likelihood Ratio	11,447	3	,010
Linear-by-Linear Association	7,658	1	,006
N of Valid Cases	124		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,94.

Πίνακας 58: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Βελτιώσεις σχετικά με την επέκταση του ωραρίου λειτουργίας των δομών TOMY».

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,274	,025
	Cramer's V	,274	,025
N of Valid Cases		124	

Πίνακας 59: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Βελτιώσεις σχετικά με την επέκταση του ωραρίου λειτουργίας των δομών TOMY», τεστ Crammer's V.



Ραβδόγραμμα 11: Ραβδόγραμμα μεταξύ του «Φύλου» και «Βελτιώσεις σχετικά με την επέκταση του ωραρίου λειτουργίας των δομών TOMY».

Στη συνέχεια, βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Φύλο» και «Βελτιώσεις σχετικά με την άμεση απόκτηση τηλεφωνικού κέντρου - καλύτερη οργάνωση των ραντεβού»(Cramer's $V=0,412$) και το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,000$), όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

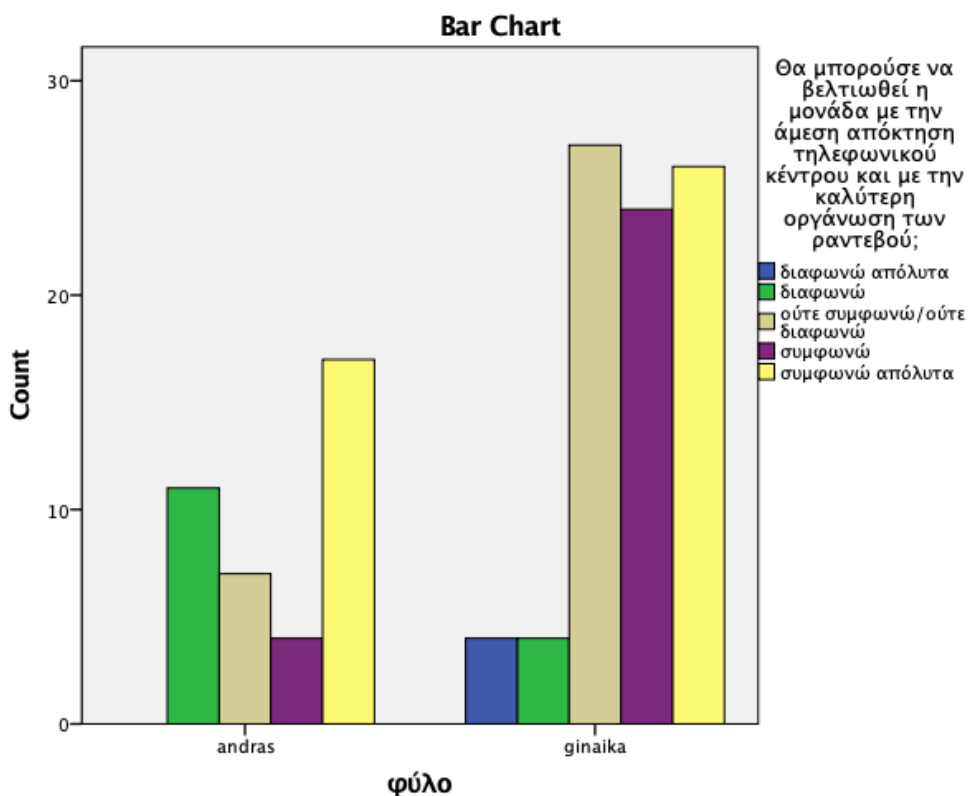
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,030 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	21,770	4	,000
Linear-by-Linear Association	,074	1	,786
N of Valid Cases	124		

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,26.

Πίνακας 60: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Βελτιώσεις σχετικά με την άμεση απόκτηση τηλεφωνικού κέντρου - καλύτερη οργάνωση των ραντεβού».

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,412	,000
	Cramer's V	,412	,000
N of Valid Cases		124	

Πίνακας 61: Συσχέτιση των μεταβλητών «Φύλο» και «Βελτιώσεις σχετικά με την άμεση απόκτηση τηλεφωνικού κέντρου - καλύτερη οργάνωση των ραντεβού», τεστ Crammer's V.



Ραβδόγραμμα 12: Ραβδόγραμμα μεταξύ του «Φύλου» και «Βελτιώσεις σχετικά με την άμεση απόκτηση τηλεφωνικού κέντρου - καλύτερη οργάνωση των ραντεβού».

Στη συνέχεια, βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης και του χρόνου αναμονής» (Cramer's $V=0,474$) και το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,000$), όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

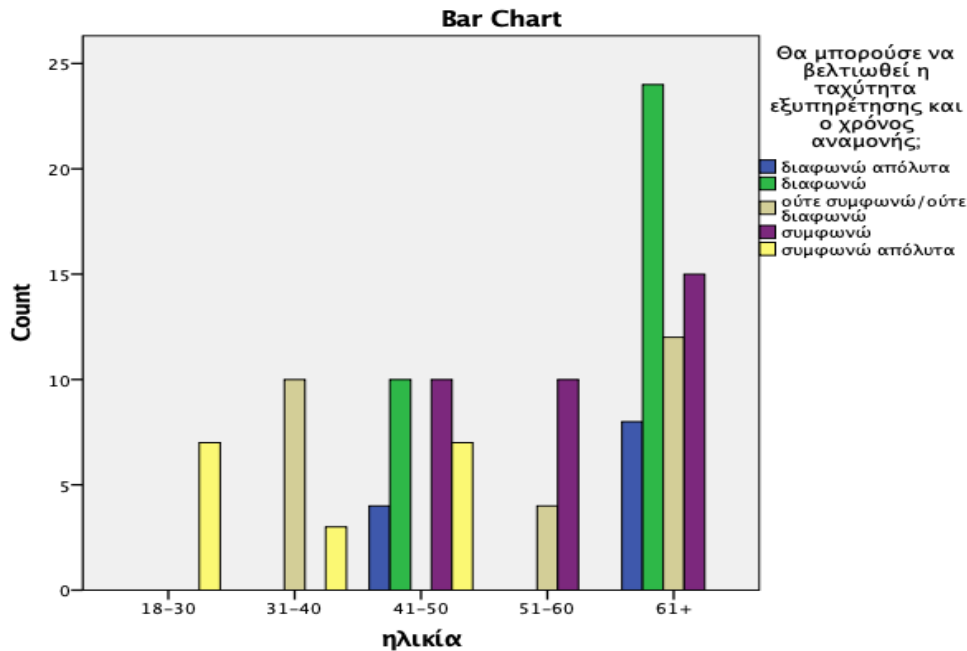
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	111,573 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	113,655	16	,000
Linear-by-Linear Association	22,958	1	,000
N of Valid Cases	124		

a. 17 cells (68,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,68.

Πίνακας 62: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης και του χρόνου αναμονής».

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,949	,000
	Cramer's V	,474	,000
N of Valid Cases		124	124

Πίνακας 63: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης και του χρόνου αναμονής», τεστ Cramer's V.



Ραβδόγραμμα 13: Ραβδόγραμμα μεταξύ των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης και του χρόνου αναμονής».

Στη συνέχεια, βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την μεγαλύτερη ενασχόληση με τον ασθενή» (Cramer's $V=0,313$) και το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,000$), όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

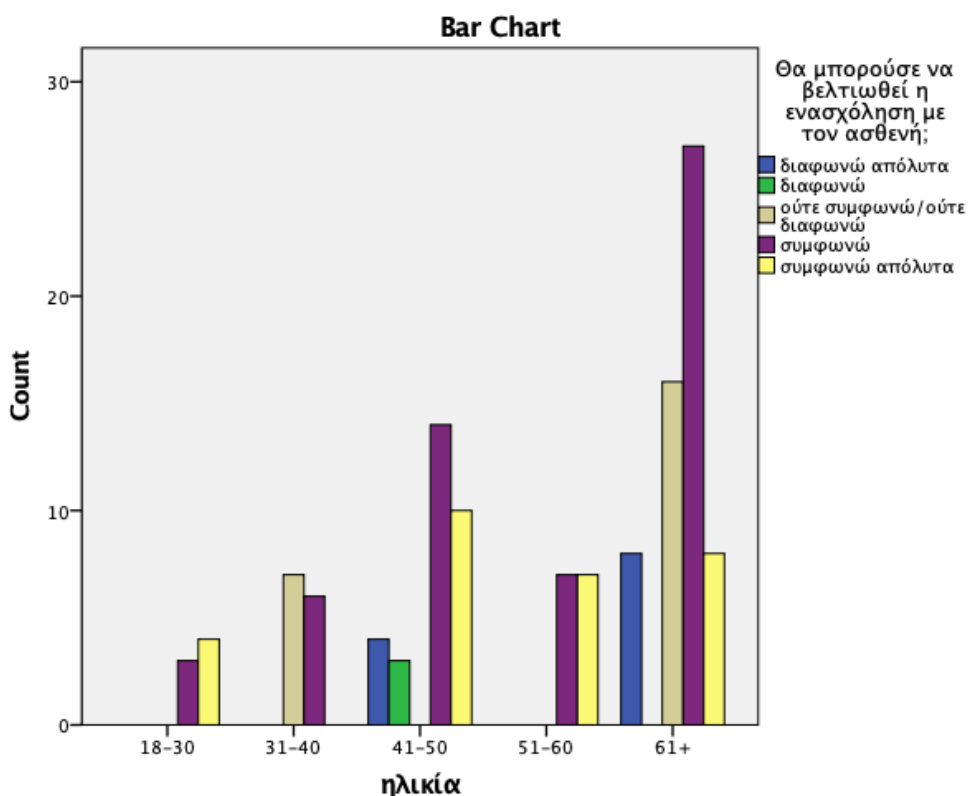
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	48,496 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	58,654	16	,000
Linear-by-Linear Association	2,853	1	,091
N of Valid Cases	124		

a. 16 cells (64,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

Πίνακας 64: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την μεγαλύτερη ενασχόληση με τον ασθενή».

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,625	,000
	Cramer's V	,313	,000
N of Valid Cases		124	124

Πίνακας 65: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την μεγαλύτερη ενασχόληση με τον ασθενή», τεστ Crammer's V.



Ραβδόγραμμα 14: Ραβδόγραμμα μεταξύ των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την μεγαλύτερη ενασχόληση με τον ασθενή».

Στη συνέχεια, βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την οργάνωση των ραντεβού» (Cramer's $V=0,307$) και το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,000$), όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

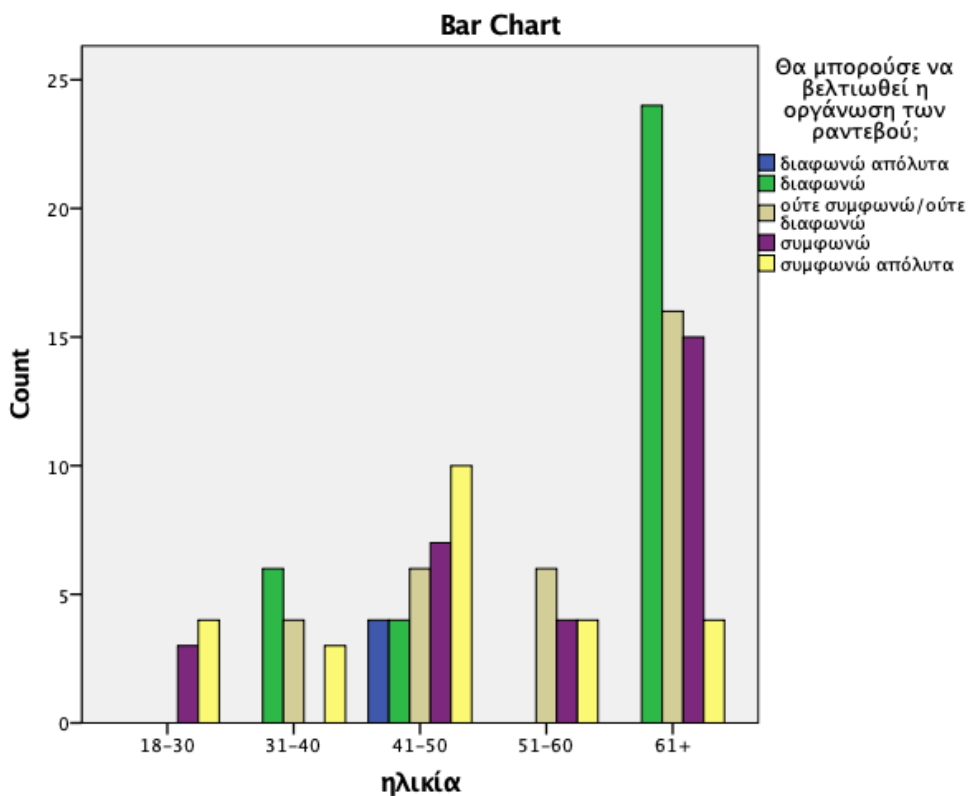
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	46,868 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	55,736	16	,000
Linear-by-Linear Association	6,804	1	,009
N of Valid Cases	124		

a. 17 cells (68,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

Πίνακας 66: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την οργάνωση των ραντεβού».

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,615	,000
	Cramer's V	,307	,000
N of Valid Cases		124	124

Πίνακας 67: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την οργάνωση των ραντεβού», τεστ Cramer's V.



Ραβδόγραμμα 15: Ραβδόγραμμα μεταξύ των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την οργάνωση των ραντεβού».

Στη συνέχεια, βρέθηκε μέτρια συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με τη δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων» (Cramer's V=0,288) και το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,008$), όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

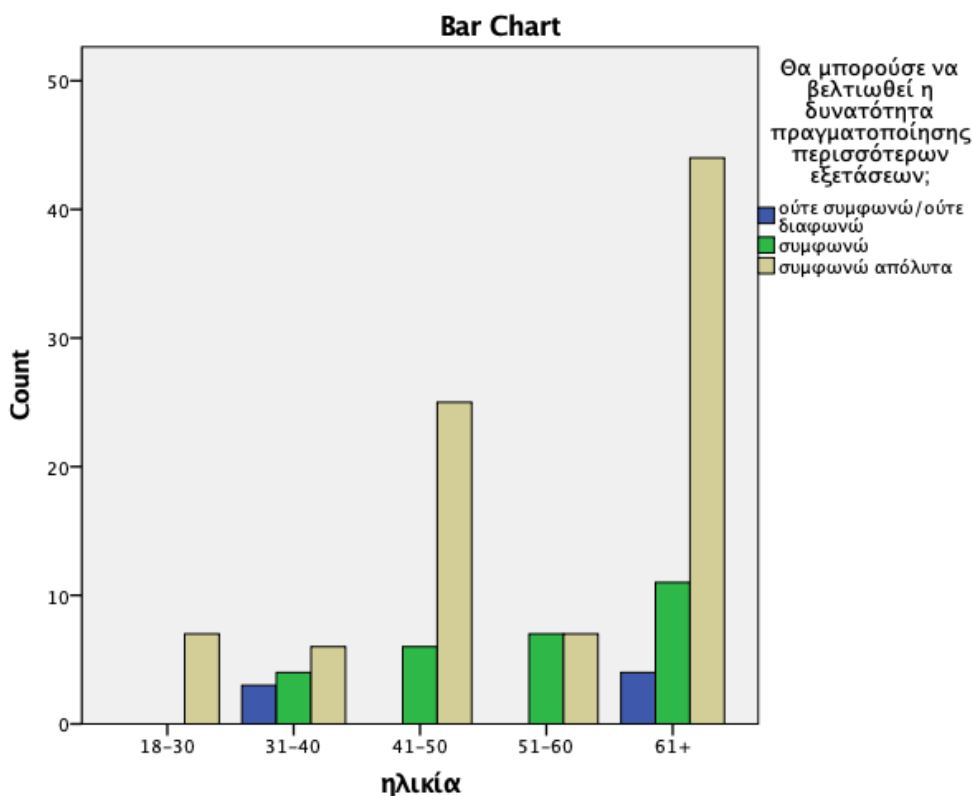
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,538 ^a	8	,008
Likelihood Ratio	20,934	8	,007
Linear-by-Linear Association	,005	1	,946
N of Valid Cases	124		

a. 8 cells (53,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,40.

Πίνακας 68: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με τη δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων».

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,407	,008
	Cramer's V	,288	,008
N of Valid Cases		124	124

Πίνακας 69: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με τη δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων», τεστ Crammer's V.



Ραβδόγραμμα 16: Ραβδόγραμμα μεταξύ των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με τη δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων».

Στη συνέχεια, βρέθηκε μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την αύξηση του προσωπικού» (Cramer's $V=0,445$) και το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,000$), όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

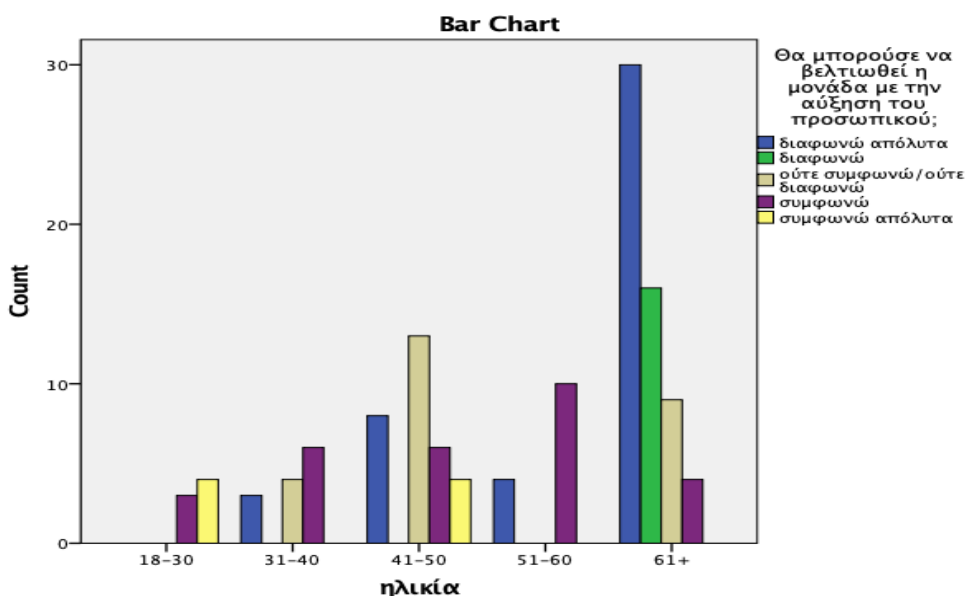
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	98,258 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	94,224	16	,000
Linear-by-Linear Association	33,843	1	,000
N of Valid Cases	124		

a. 17 cells (68,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

Πίνακας 70: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την αύξηση του προσωπικού».

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,890	,000
	Cramer's V	,445	,000
N of Valid Cases		124	124

Πίνακας 71: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την αύξηση του προσωπικού», τεστ Cramer's V.



Ραβδόγραμμα 17: Ραβδόγραμμα μεταξύ των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την αύξηση του προσωπικού».

Στη συνέχεια, βρέθηκε μια μέτρια συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την επέκταση του ωραρίου λειτουργίας των δομών ΤΟΜΥ» (Cramer's $V=0,283$) και το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,003$), όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

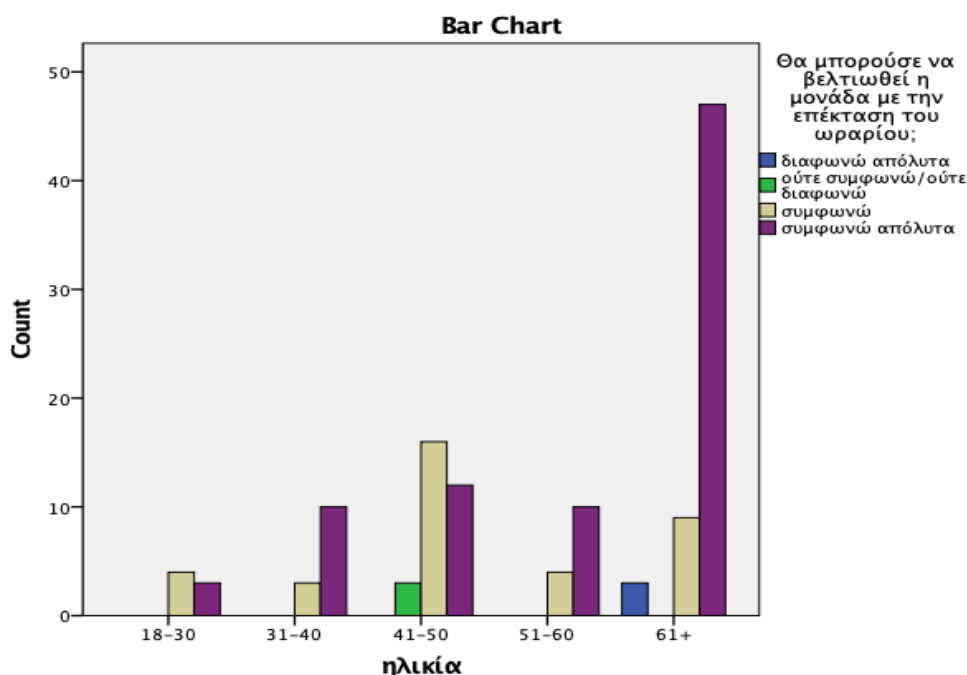
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,692 ^a	12	,003
Likelihood Ratio	30,125	12	,003
Linear-by-Linear Association	,966	1	,326
N of Valid Cases	124		

a. 14 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17

Πίνακας 72: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την επέκταση του ωραρίου λειτουργίας των δομών ΤΟΜΥ».

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,489	,003
	Cramer's V	,283	,003
N of Valid Cases		124	124

Πίνακας 73: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την επέκταση του ωραρίου λειτουργίας των δομών TOMY», τεστ Crammer's V.



Ραβδόγραμμα 18: Ραβδόγραμμα μεταξύ των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την επέκταση του ωραρίου λειτουργίας των δομών TOMY».

Στη συνέχεια, βρέθηκε μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την αύξηση του ιατρικού εξοπλισμού των δομών TOMY» (Cramer's $V=0,590$) και το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,000$), όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

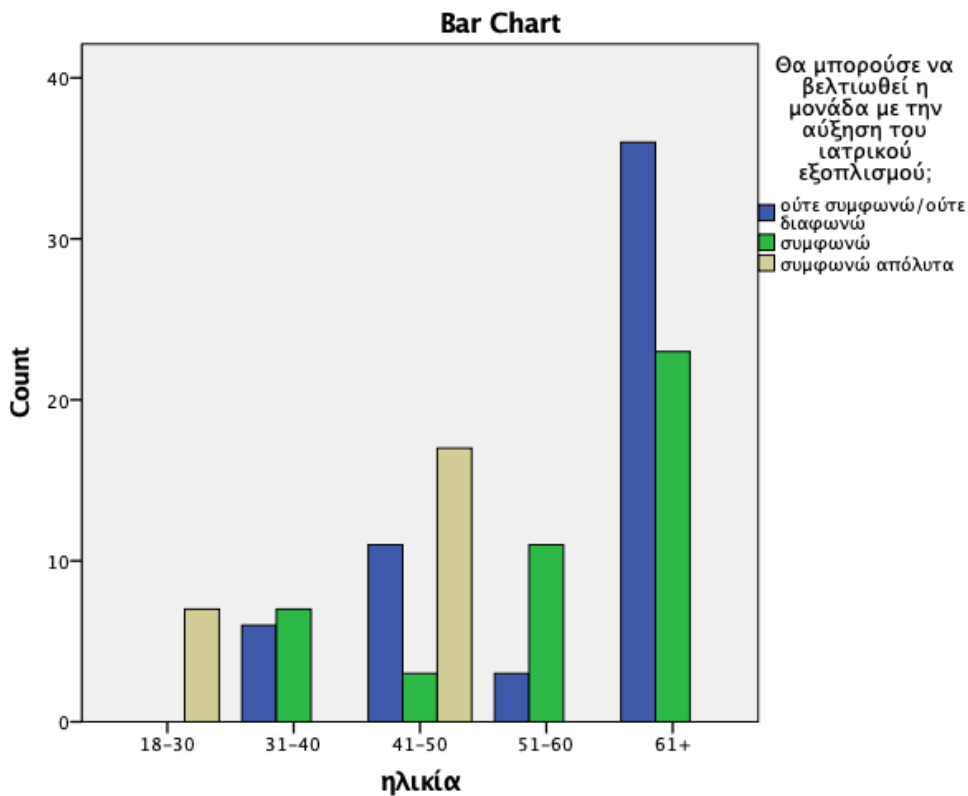
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	86,237 ^a	8	,000
Likelihood Ratio	90,406	8	,000
Linear-by-Linear Association	26,513	1	,000
N of Valid Cases	124		

a. 7 cells (46,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,35.

Πίνακας 74: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την αύξηση του ιατρικού εξοπλισμού των δομών TOMY».

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,834	,000
	Cramer's V	,590	,000
N of Valid Cases		124	124

Πίνακας 75: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την αύξηση του ιατρικού εξοπλισμού των δομών ΤΟΜΥ», τεστ Crammer's V.



Ραβδόγραμμα 19: Ραβδόγραμμα μεταξύ των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την αύξηση του ιατρικού εξοπλισμού των δομών ΤΟΜΥ».

Στη συνέχεια, βρέθηκε μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την άμεση απόκτηση τηλεφωνικού κέντρου και καλύτερη οργάνωση των ραντεβού» (Cramer's $V=0,342$) και το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,000$), όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

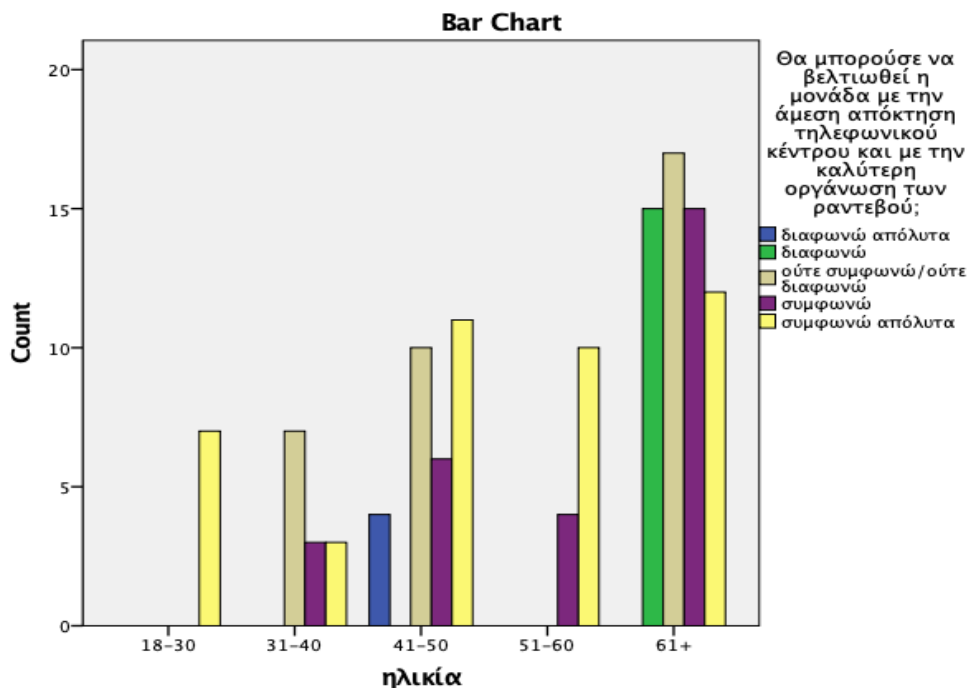
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	58,134 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	66,015	16	,000
Linear-by-Linear Association	6,556	1	,010
N of Valid Cases	124		

a. 18 cells (72,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23

Πίνακας 76: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την άμεση απόκτηση τηλεφωνικού κέντρου και καλύτερη οργάνωση των ραντεβού».

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,685	,000
	Cramer's V	,342	,000
N of Valid Cases		124	124

Πίνακας 77: Συσχέτιση των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την άμεση απόκτηση τηλεφωνικού κέντρου και καλύτερη οργάνωση των ραντεβού», τεστ Crammer's V.



Ραβδόγραμμα 20: Ραβδόγραμμα μεταξύ των μεταβλητών «Ηλικία» και «Βελτιώσεις σχετικά με την άμεση απόκτηση τηλεφωνικού κέντρου και καλύτερη οργάνωση των ραντεβού».

Στη συνέχεια, προκειμένου να μελετηθεί η σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Προτάσεις βελτίωσης» αναφορικά με την μεγαλύτερη ταχύτητα εξυπηρέτησης και της μείωσης του χρόνου αναμονής, της περισσότερης ενασχόλησης με τον ασθενή, την οργάνωση των ραντεβού, τη δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων, την αύξηση του προσωπικού, την επέκταση του ωραρίου λειτουργίας των δομών, την αύξηση του ιατρικού εξοπλισμού και την άμεση απόκτηση τηλεφωνικού κέντρου ή την καλύτερη οργάνωση των ραντεβού χρησιμοποιήθηκε η εντολή Crosstabs με την επιλογή του στατιστικού κριτηρίου Kendall's tau-c τα αποτελέσματα του οποίου έδωσαν στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της μεταβλητής «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Μεγαλύτερη ταχύτητα εξυπηρέτησης - Μείωση χρόνου αναμονής» ($p=0,001$) με θετική εξάρτηση.

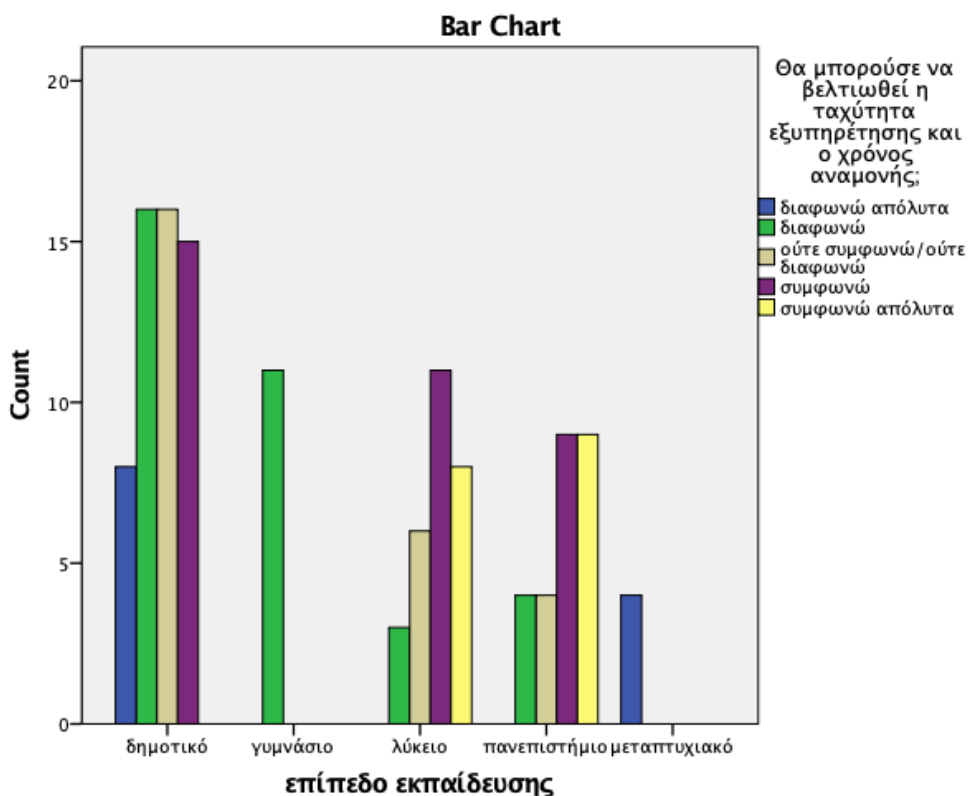
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-c	,245	,071	3,444	,001
	Spearman Correlation	,313	,093	3,636	,000 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	,302	,099	3,504	,001 ^c
N of Valid Cases		124			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Πίνακας 78: Συσχέτιση των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Βελτίωση της ταχύτητας εξυπηρέτησης - Μείωση του χρόνου αναμονής».



Ραβδόγραμμα 21: Ραβδόγραμμα μεταξύ των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Βελτιώσεις σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης και τον χρόνο αναμονής».

Παρατηρήθηκε επίσης θετική σχέση μεταξύ της μεταβλητής «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Αύξηση προσωπικού» με στατιστική σημαντικότητα ($p=0,000$) και τα αποτελέσματα αυτού του test παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

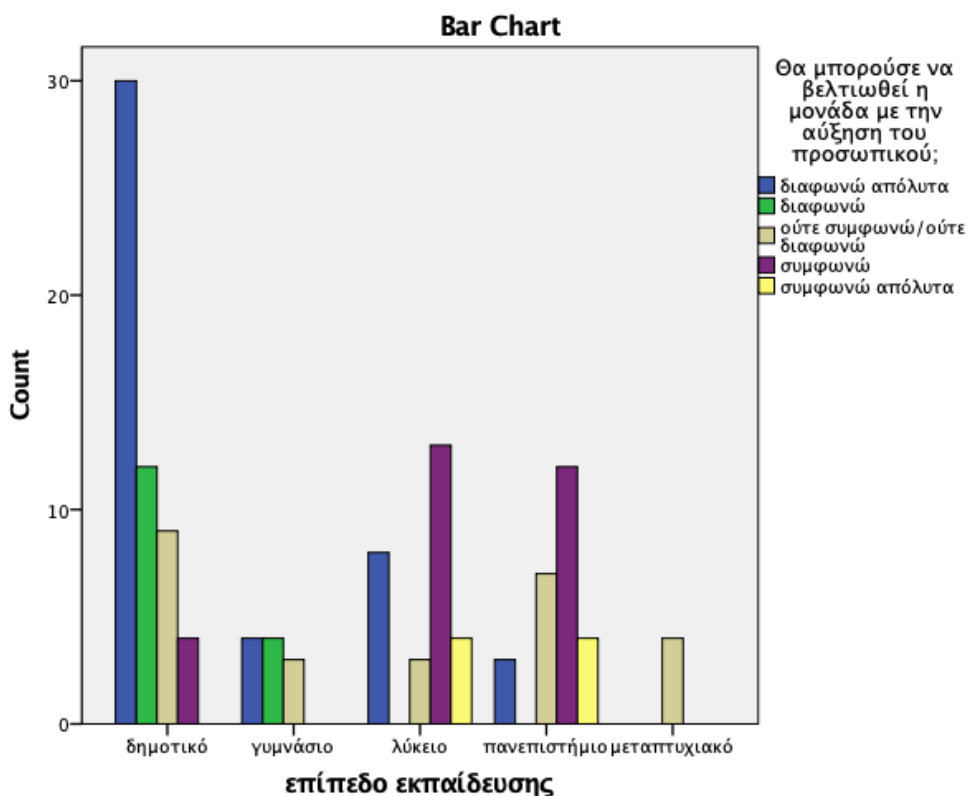
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-c	,394	,050	7,928	,000
	Spearman Correlation	,534	,063	6,975	,000c
Interval by Interval	Pearson's R	,543	,061	7,150	,000c
N of Valid Cases		124			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Πίνακας 79: Συσχέτιση των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Βελτίωση των μονάδων μέσω της αύξησης προσωπικού».



Ραβδόγραμμα 22: Ραβδόγραμμα μεταξύ των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Βελτίωση των μονάδων μέσω της αύξησης προσωπικού».

Θετική σχέση παρατηρήθηκε και μεταξύ της μεταβλητής «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Αύξηση του ιατρικού εξοπλισμού» με στατιστική σημαντικότητα ($p=0,003$). Τα αποτελέσματα του test παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

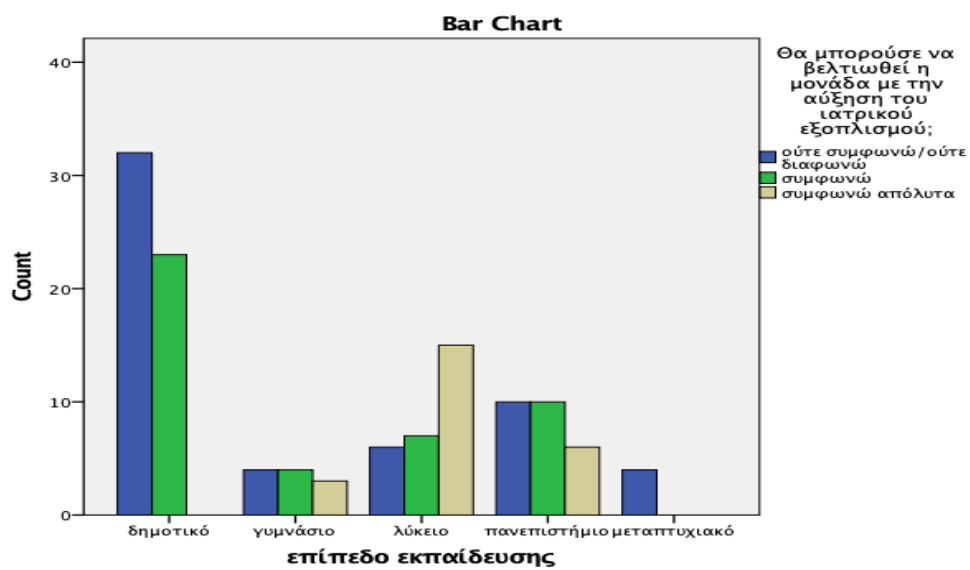
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-c	,215	,073	2,933	,003
	Spearman Correlation	,244	,086	2,774	,006c
Interval by Interval	Pearson's R	,248	,081	2,824	,006c
N of Valid Cases		124			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Πίνακας 80: Συσχέτιση των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Βελτίωση των μονάδων μέσω της αύξησης ιατρικού εξοπλισμού».



Ραβδόγραμμα 23: Ραβδόγραμμα μεταξύ των μεταβλητών «Επίπεδο εκπαίδευσης» και «Βελτίωση των μονάδων μέσω της αύξησης ιατρικού εξοπλισμού».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° – ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 Συμπεράσματα έρευνας

6.1.1 Συμπεράσματα αναφορικά με το 1ο ερευνητικό ερώτημα

Οι ασθενείς που επισκέφθηκαν τις μονάδες υγείας TOMY τις θεωρούν αρκετά βολικές καθώς οι μέσες τιμές που παρουσιάστηκαν στα αποτελέσματα κυμαίνονται άνω του μετρίου. Αναφορικά με το γεγονός ότι βρίσκονται κοντά στο σπίτι τους οι ασθενείς συμφωνούν ότι τους βολεύει, ωστόσο αλλαγές θα πρέπει να γίνουν στο ωράριο λειτουργίας των μονάδων από τη στιγμή που δεν καλύπτει όλους τους ασθενείς ως προς το επίπεδο βολικότητας. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι το δείγμα ήταν σχεδόν κατά το ήμισυ του (47,6 %) ηλικίας άνω των 61 ετών και είναι γενικά γνωστό ότι οι υπερηλικες άνθρωποι σε αυτές τις ηλικίες ξυπνούν νωρίτερα από τον μέσο πληθυσμό και έχουν διαφορετικό βιολογικό ρολόι ύπνου.

Όσον αφορά τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών που προσφέρονται από το ιατρικό προσωπικό των μονάδων TOMY, οι ασθενείς τις κρίνουν μέτριες προς καλές. Ωστόσο βελτιωτικές κινήσεις μπορούν να γίνουν αναφορικά με το να δίνονται περισσότερες συμβουλές υγείας προς τους ασθενείς. Επίσης οι γιατροί θα πρέπει να λαμβάνουν περισσότερο υπόψη τους τη γνώμη των ασθενών αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία τους καθώς και να εξηγούν περισσότερο αναλυτικά την κατάσταση της υγείας των ασθενών αλλά και τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας τους. Όλα αυτά συντείνουν προς την παροχή ποιοτικότερων ιατρικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς αυξάνοντας έτσι τον βαθμό της ικανοποίησης των δεύτερων και των συνοδών τους. Οι όποιες αρνητικές διαφοροποιήσεις από το μέσο όρο όπως το ότι κάποιοι ασθενείς απάντησαν πως οι γιατροί δεν είναι ευγενικοί μαζί τους ή ότι δεν τους εξηγούν αναλυτικά τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας, μπορούν να εξηγηθούν από τον φόρτο και τον υπερβολικό όγκο εργασίας που έχουν να αντιμετωπίσουν οι εργαζόμενοι γιατροί, κάτι το οποίο τους κάνει να θέλουν να διεκπεραιώσουν

όσες περισσότερες εξετάσεις και περιστατικά είναι δυνατόν ώστε να εξυπηρετήσουν όσο το δυνατόν περισσότερα ραντεβού.

Αναφορικά με την υλικοτεχνική ποιότητα των δομών TOMY συμπεραίνουμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς (ή οι συνοδοί τους) συμφωνούν στο ότι είναι καλή έως πολύ καλή. Οι χώροι των δομών είναι καθαροί και εύκολα προσανατολισίμοι από τους ασθενείς με αίθουσες οι οποίες είναι αρκετά άνετες και μονάδες καλά εξοπλισμένες αναφορικά με τα αναλώσιμα και τα απαραίτητα ιατρικά μηχανήματα που είναι χρήσιμα για τις εξετάσεις.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων TOMY, κρίνεται μέτρια προς ισχυρά στο ότι είναι καλή. Οι ασθενείς συμφωνούν στο ότι οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές μαζί τους όπως επίσης και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι τους ακούν προσεκτικά και επίσης τους δίνουν συμβουλές για την υγεία τους. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα όσον αφορά το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό συμπεραίνουμε ότι οι γιατροί είναι περισσότερο ευγενικοί με τους ασθενείς απ' ότι είναι οι νοσηλευτές, επίσης ότι ακούν τους ασθενείς περισσότερο προσεκτικά όμως παρέχουν λιγότερες συμβουλές υγείας προς αυτούς απ' ότι οι νοσηλευτές. Το τελευταίο μπορεί να εξηγηθεί από αυτό που αναφέραμε και πιο πάνω το οποίο έχει να κάνει με τον φόρτο εργασίας τους. Ωστόσο κρίνεται αξιόλογο το αποτέλεσμα ότι οι νοσηλευτές δεν ανταποκρίνονται ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο οι γιατροί και συστήνεται άξιο διερεύνησης σε μελλοντική έρευνα.

Τέλος, οι επισκέπτες θεωρούν εξέχουσας σημαντικότητας το χρόνο που διαρκεί η επίσκεψη τους στη δομή TOMY αλλά και τον χρόνο αναμονής τους κατά τον προγραμματισμό της επίσκεψης τους όπως επίσης και τον χρόνο αναμονής τους μέσα σε αυτή. Κάτι τέτοιο είναι λογικό και δεν χρειάζεται περεταίρω διερεύνηση από τη στιγμή που πάνω από το μισό δείγμα βρίσκεται σε ηλικία εργασίας και αναγκαστικά θα πρέπει να χάνει συγκεκριμένες ώρες εργασίας κατά την επίσκεψη του σε μια δομή TOMY. Αυτό ενισχύεται περεταίρω και από το ότι περισσότερο από το 57% του δείγματος επισκέφθηκε την μονάδα TOMY δύο έως τέσσερις φορές το τελευταίο εξάμηνο.

6.1.2 Συμπεράσματα αναφορικά με το 2^ο ερευνητικό ερώτημα

Αναφορικά με τις εντυπώσεις που αποκόμισαν οι ασθενείς από την επίσκεψη τους στις δομές TOMY προέκυψαν αποτελέσματα τα οποία κρίθηκαν στατιστικά αξιόπιστα και μας φέρνουν σε θέση να συμπεραίνουμε ότι στους ασθενείς δημιουργήθηκαν θετικές εντυπώσεις από την ευγένεια και την αναλυτική διάγνωση των γιατρών, από το περιβάλλον των δομών TOMY, από την εμπειρία του γιατρού που τους εξέτασε όπως επίσης και από την ύπαρξη σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού.

Ωστόσο, στατιστικά σημαντικές δημογραφικές διαφορές παρατηρήθηκαν αναφορικά με το φύλο των ασθενών και τις θετικές εντυπώσεις που αποκόμισαν από το περιβάλλον των δομών TOMY καθώς και από τον βαθμό εμπειρίας του γιατρού που τους εξέτασε.

Επίσης σημαντικές διαφορές προέκυψαν αναφορικά με την ηλικία των ασθενών και τις θετικές εντυπώσεις που αποκόμισαν από το περιβάλλον των δομών TOMY, από την ευγένεια και την αναλυτική διάγνωση κατά την επίσκεψη τους στην μονάδα, από τον βαθμό εμπειρίας του γιατρού που τους εξέτασε και από το πόσο σύγχρονος ήταν ο ιατρικός εξοπλισμός στην μονάδα.

Επίσης σημαντικές διαφορές προέκυψαν από το επίπεδο της εκπαίδευσης των ασθενών και στο πόσο ευγενικοί και αναλυτικοί στη διάγνωση τους ήταν οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζοντας χαμηλή αρνητική σχέση. Επίσης αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών και με το πόσο σύγχρονος ήταν ο εξοπλισμός των μονάδων εμφανίζοντας θετική σχέση.

6.1.3 Συμπεράσματα αναφορικά με το 3^ο ερευνητικό ερώτημα

Αναφορικά με τις βελτιωτικές προτάσεις που εξέφρασαν οι ασθενείς έπειτα από την επίσκεψη τους στις δομές TOMY προέκυψαν αποτελέσματα τα οποία κρίθηκαν στατιστικά αξιόπιστα. Αυτά μας φέρνουν σε θέση να συμπεραίνουμε ότι οι ασθενείς θεωρούν ότι θα έπρεπε να υπάρχει η δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων και μεγαλύτερη ενασχόληση με τον ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης οι

ασθενείς θεωρούν ότι θα έπρεπε να επεκταθεί το ωράριο λειτουργίας των δομών ΤΟΜΥ όπως επίσης και να αυξηθεί ο ιατρικός εξοπλισμός τους αλλά και να αποκτηθεί άμεσα τηλεφωνικό κέντρο για την καλύτερη οργάνωση των ραντεβού.

Στατιστικά σημαντικές δημογραφικές διαφορές παρατηρήθηκαν αναφορικά με το φύλο των ασθενών και στη δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων προς αυτούς, στο να συντελεστεί αύξηση του προσωπικού, να επεκταθεί το ωράριο λειτουργίας των δομών και να αποκτηθεί άμεσα τηλεφωνικό κέντρο για την καλύτερη οργάνωση των ραντεβού.

Επίσης, σημαντικές δημογραφικές μεταβολές παρατηρήθηκαν αναφορικά με την ηλικία των ασθενών και την πρόταση προς βελτίωση της ταχύτητας εξυπηρέτησης, του χρόνου αναμονής, την πρόταση προς βελτίωση σχετικά με την μεγαλύτερη ενασχόληση με τον ασθενή, την πρόταση προς βελτίωση σχετικά με την οργάνωση των ραντεβού, τη δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων εξετάσεων, την πρόταση για αύξηση του προσωπικού, την επέκταση του ωραρίου, την πρόταση για την αύξηση του ιατρικού εξοπλισμού και τέλος την άμεση απόκτηση τηλεφωνικού κέντρου για καλύτερη οργάνωση των ραντεβού.

Τέλος, σημαντικές δημογραφικές μεταβολές παρατηρήθηκαν αναφορικά με το επίπεδο της εκπαίδευσης των ασθενών και στις προτάσεις τους αναφορικά με τη βελτίωση της ταχύτητα εξυπηρέτησης, την αύξηση του προσωπικού και την πρόταση για την αύξηση του ιατρικού εξοπλισμού.

6.2 Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα έρευνα υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά το δείγμα δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό όλης της επικράτειας καθώς προέρχεται από έναν μόνο δήμο, τον δήμο Λαρισαίων. Επίσης κάποιοι από τους ασθενείς ήθελαν διευκρινιστικές απαντήσεις σε κάποιες από τις ερωτήσεις οι οποίες δίδονταν από την ερευνήτρια πράγμα που επίσης αποτελεί μεροληπτικό παράγοντα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

1. Al-Assaf A.F. (1996) *International health care and the management of quality*, Delmar Publishers, New York.
2. Aletras V., Papadopoulos E., Niakas D. (2006) Development and preliminary validation of a Greek – language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi - trate analyses, *BMC Health Services Research*, 6 (66).
3. Aletras V., Kostarelis A., Tsitouridou M., Niakas D., Nikolaou A. (2010) Development and preliminary validation of a satisfaction questionnaire to measure satisfaction with home care in Greece: an exploratory factor analysis of polychoric correlations, *BMC Health Services Research*, 10 (189).
4. Anagnostopoulou I., Siskou O., Galanis P. (2012) Evaluation and Exploration of Factors that Influence Patient Satisfaction with the Health Centre of Atalanti, *Nosileftiki*, 51 (2) p. 216-226.
5. Bowling A., Rowe G., Mckee m. (2013) Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations satisfaction: a population survey, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106.
6. Campbell S.M., Braspenning J., Hutchinson A., Marshall M.N. (2003) Research Methods used in developing and applying quality, *BMJ*, 326.
7. Carr – Hill R. (1992) The measurement of patient satisfaction, *Journal of Public Health Medicine*, 14 (3) p. 236-249.
8. Coddington, JA, Sands LP, (2008), Cost of health care and quality outcomes of patients at nurse-managed clinics. *Nurs Econ.* 26(2), 75-83.
9. Collins D. (2003) Pretested survey instruments: An overview of cognitive methods, *Quality of Life Research* 12, p. 229-238.
10. Creswell W., Plano C. (2007) *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, Thousand Oaks CA, Sage.
11. Crow R., Cage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L., Thomas H. (2002) The measurement of satisfaction with healthcare :

- implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6.
12. Donabedian A. (1980) The definition of quality and approaches to its assessment, Anne Andor, *Health Administration Press*, Michigan.
 13. Donabedian A. (1998) The Quality of Care How Can It Be Assessed? *JAMA* 260 (12).
 14. Donabedian A. (1990) Quality assurance in health care : consumer's role, *Qual Health Care* 1,p. 247-251.
 15. Donabedian A. (2005) Evaluating the Quality of Medical Care, *The Milbank Quarterly*, 83 (4): 691–729.
 16. Donaldson M.S., Yordy K.D., Lohr K.N., Nandelow N.A. (1996) *Committee on the future of Primary Care Services*, Institute of Medicine, Primary Care, America's Health in a New Era, Washington DC: National Academy Press.
 17. Drennan J. (2003) Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting questionnaires, *Journal of Advanced Nursing*, 42 (1), p. 57-63.
 18. Engels Y., Dautzenberg M., Campbell S., Broge B., Boffin N., Marshall M., Elwyn G., Vodopivec-Jamsek V., Gerlach F., Samuelson M. and Grol R. (2006) Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Fam Pract*, 23, p. 137-147.
 19. Fitzsimmons, J.A., Fitzsimmons, M.J. & Bordoloi, S.K (2014). *Service management: Operations, strategy, information technology*. Eighth edition, NY: McGraw Hill.
 20. Flexner A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada*. Washington, DC: Science and Health Publications.
 21. Foss C., Ellefsen B (2002) The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing method research by means of methods triangulation, *Journal of Advanced Nursing*, 40 (2), p. 242-248.
 22. Galanis P. (2013) Validity and reliability of questionnaires in epidemiological studies, *Archives of Hellenic Medicine*, 30 (1), p. 97-110.
 23. Grönroos, C. (1990), *Service Management and Marketing*, Lexington Books, Lexington, MA.

24. Gill L., White L. (2009) A critical review of patient satisfaction, *Leadership in Health Services*, 22 (1), p. 8-19.
25. Haddad S., Potvin L., Roberge D., Pineault R., Remondin M. (2000) Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit, *Family Practice*, 17.
26. Hardy, G.E., West, M.A., & Hill, F. (1996). Components and predictors of patient satisfaction. *Br J Health Psychol*, 1, 65–85.
27. Heale R., Tywycross A. (2015) Validity and reliability in quantitative studies, *Evid Base Nurs*, 18, 66-67.
28. Health Policy Advisory Unit (1989) *The patient satisfaction questionnaire*, Sheffield HPAU.
29. Hixon A.L., Mascarinec G.G. (2008) The Declaration of Alma Ata on its 30th Anniversary: Relevance for family medicine today, *Fam Med*, 40(8).
30. Jackson P., David A. (1995) *Achieving ISO 9000*, Kogan page Ltd, London.
31. Johansson P., Oleni M., Fridlund P. (2002) Patient satisfaction of nurse care in the context of health care: a literature study, *Scand Caring Sci*, 16, p. 337-344.
32. Jones T.O., Sasser W.E. (1995) Why satisfied customers defect, *Harvard Business Review*, 73(6).
33. Kurpas D., Church J., Mroczek B., Hans-Wytrychowska A., Nitsch-Osuch A., Kassolik K., Andrzejewki W., Steciwko A. (2013) The quality of primary health care for chronically ill patients : a cross sectional study. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 22.
34. Lionis C., Symvoulakis E., Markaki A., Vardavas C., Papadakaki M., Daniilidou N., Souliotis K., Kyriopoulos I. (2009) Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *Int J Integr Care*, 30(9), p. 88-93.
35. Lavela S. (2014) Evaluation and measurement of patient experience, *Patient Experience Journal*, 1(1), p. 28-36.
36. Lindsay, W.R. & Evans, J. R.(2010). *Managing for quality and performance excellence*. Cincinnati, Ohio: South-Western Engage Learning.

37. Lislaine N., Aparecida M., Fracolli J. (2014) *Primary Health Care assessment tools: a literature review and meta-synthesis*, DOI.
38. Marshall C., Rossman B. (2006) *Designing Qualitative Research*, Thousand Oaks CA, Sage.
39. Merkouris A., Andreadou A., Athini E., Hatzimbalasi M., Rovithis M., Papastavrou E. (2013) Assessment of patient satisfaction in public hospitals in Cyprus : a descriptive study, *Health Science Journal*, 7.
40. Merkouris A., Yfantopoulos J., Lanara V., Lemonidou C. (1999) Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece, *Journal of Nursing Management*, 91, p. 91-100.
41. Merkouris A., Papathanassoglou E., Lemonidou C. (2004) Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? , *International Journal of Nursing Studies*, 41, p. 355-367.
42. Mosadeghrad A.M. (2014) Factors influencing healthcare service quality, *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2).
43. Naidu A. (2009) Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22 (4), p. 366-381.
44. Nightingale, F. (1858). *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency, and Hospital Administration of the British Army*. London: Harrison and Sons.
45. Oikonomidou E., Anastasiou F., Dervas D., Patri F., Karaklidis D., Moustakas P., Andreadou N., Mantzanas E., Merkouris B. (2010) Rural primary care in Greece : working under limited resources, *International Journal for Quality in Health Care*, 22.
46. Ostlund U., Kidd L., Wengstrom U., Rowa – Dewar N. (2011) Combining quantitative and qualitative research within mixed methods research designs: a methodological review, *International Journal of Nursing Studies*, 48, p. 369-383.
47. Palmer HR. (1991), Considerations in defining quality of health care. In: Palmer HR, Donabedian A, Povar GJ (eds) *Striving for quality in health care. An inquiry into policy and practice*. Health Administration Press, Ann Arbor.

48. Pascoe, G. C. (1983) Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185–210.
49. Priporas C., Laspa C., Kamenidou I. (2008) Patient satisfaction measurement for in - hospital services: A pilot study in Greece, *Journal of Medical Marketing*, 8 (4), p. 325-340.
50. Rao M., Pilot E. (2014) The missing Link – the role of primary care in global health, *Global Health Action*, 7.
51. Raftopoulos V. (2010) Assessment of users' expectations perceived quality and satisfaction with primary care in Greece, *International Journal of Caring Sciences*, 3.
52. Rahmovist M., Bara A.C. (2010) Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction, *International Journal for Quality in Health Care*, 22.
53. Risser N. (1975) Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings, *Nurs Res.* 4.
54. Ross, C., Frommelt, G., Hazelwwood, L., & Chang, R. (1994). *The role of expectations in patient satisfaction with medical care*. In: Cooper P (ed) *Health care marketing: A foundation for managed quality* (pp. 55–69). Gaithersburg, MD, Aspen.
55. Rust, R.T. & Oliver, R.L.(1994). *Service quality*. Thousand Oaks, California: Sage.
56. Sansgiry, S (2005), Pharmacy patient – reported satisfaction with health care services offered by health plan, health clinics and pharmacies, *Drug Benefit Trends*, 17(1), 38-49.
57. Sandelowski M. (2010) Combining quantitative and qualitative sampling, Data Collection and Analysis techniques in mixed method studies, *Research in Nursing Health*, 23, p. 246-255.
58. Sitzia j., Wood N. (1997) Patient satisfaction: A review of issues and concepts, *Social Science and Medicine*, 45(12).
59. Thompson J.D., Goldin G. (1980) *Next steps in implementing quality appraisal/action plans in hospitals*, Thomson, Mohr and Associates Inc, Oark brook.

60. Vuori H. (1987) Patient satisfaction, an attitude or indicator of the quality of care?, *Quality Review, Bulletin*, 13(3).
61. Williams S.J., Canlan M. (1991) Convergence and divergence : assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings, *Social Science and Medicine*, 33.
62. Willis G. (2004) *Cognitive Interviewing: a tool for improving questionnaires design*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
63. World Health Organization (1978) *Declaration of Alma Ata*.
64. World Health Organization (1993) *Continuous quality development: A proposal national policy*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
65. World Health Organization (2009) *Process of translation and adaptation of instruments*, World health Organization.

Ελληνική

1. Αδαμαντίδου Τ. (2004) Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, *Επιθεώρηση Υγείας*.
2. Αδαμόπουλος Π.Ν. (1992) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Μία σφαιρική προσέγγιση*, Αθήνα, εκδόσεις Παρισιανού.
3. Αλεξιάδης Α.Δ. (1999) *Εισαγωγή στο δίκαιο της Υγείας, Νομοθεσία-Νομολογία*, Θεσ/νίκη, εκδόσεις Μ. Δημοπούλου.
4. Αλεξιάδης Δ., και Σιγάλας Ι.,(1999). *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Δ, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
5. Αλεξιάδου Σ.Α., Αλεξιάδου Ε.Α., Χαμαλίδου Α. (2008) Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, *Διοικητική Ενημέρωση*, 35.
6. Αλετράς Β., Ζαχαράκη Φ., Νιάκας Δ. (2007) Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής δημοσίου νοσοκομείου Ελλάδος, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (1), σελ. 89-96.

7. Αλετράς Β., Μπασσιούρη Φ., Κοντοδημόπουλος Ν., Μπασσιούρη Δ., Νιάκας Δ. (2009) Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 26 (1), σελ. 79-89.
8. Γείτονα, Μ. Καρόκης, Α., Κυριόπουλος, Γ., Λιόνης, Χ., Σίσουρας, Α., Υφαντόπουλος, Γ. (2004), *Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και η φροντίδα υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
9. Γιανασμίδης Α., Τσιούση Μ. (2012) Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1).
10. Επιχειρησιακό πρόγραμμα «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ» 2000-2006. Ανάπτυξη Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, *Ιατρικό Βήμα*, Τεύχος 5, Αθήνα.
11. Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Νόμος 1397/83, Τεύχος Α/7-10-1983, Φ.Ε.Κ. 143.
12. Ζάβρας Δ., Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ. (2006) Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης από τη Φαρμακευτική φροντίδα στην Ελλάδα, *Ιατρική*, 90.
13. Ζηλίδης Χ. (1995) *Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Θεσ/νίκη, University Studio Press.
14. Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β. (2004) Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, Τόμος 41, Τεύχος 1, Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
15. Θεοδώρου Μ. (1999) *Διεθνής εμπειρία και ελληνική πραγματικότητα*, Τόμος Γ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
16. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001) *Συστήματα Υγείας και ελληνική πραγματικότητα*, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.
17. Ιωαννίδης Ε., Μάντης Π. (1999) *Υγεία και περίθαλψη*, Πάτρα, εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

18. Καδδά Ο., Μαρβάκη Α., Τζαβάρας Α., Μαζγάλα Κ., Παληός Θ., Κόντας Ν., Ανδρουλάκη Ζ. (2010) Οι ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια μονάδα υγείας στην Ελλάδα, *Το βήμα του Ασκληπιού*, 9 (1)..
19. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π. (2005) *Κοινωνική Νοσηλευτική*, Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις.
20. Κάππας Κ. (2006) *Διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες Υγείας*, Διπλωματική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.
21. Κιαχοπούλου Μ. (2013) *Κέντρα Υγείας αστικού τύπου: μελέτη περίπτωσης «Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού ΑΕΜΥ»* Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιάς, προσβάσιμο από <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/6329>.
22. Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ. (2005) *Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας*, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.
23. Κοράκη, Α. & Πέππας, Χ. (2013), Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και τεκμηριωμένη ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα;, *Περιοδικό της Ιατροχειρουργικής εταιρείας Κέρκυρας*, 1(9), 25-1.
24. Κοτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ. (2010) Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9.
25. Κουρής Γ. (2003) Πέντε προτάσεις για μια ολοκληρωμένη Εθνική Πολιτική Υγείας, *Επιθεώρηση Υγείας*, 14(85).
26. Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., Μερκούρης Μ., Οικονόμου Χ., Τσάκος Γ., Φιλαλήθης Α. (2000) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 4 (12).
27. Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β. (2010) Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*.
28. Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. (1996) *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.
29. Κωσταγιόλας Π., Καϊτενίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. (2008) *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα: εκδόσεις Παπασωτηρίου.

30. Λιαρόπουλος Λ. (2007) *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*, Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις.
31. Λιονής Χ., Μερκούρης Μ. (2001) Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(1).
32. Μάντη Π. & Τσελέπη Χ. (2000). *Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας*. Υπηρεσιών Υγείας Τόμος Α΄, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
33. Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν. (1995) *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
34. Νιάκας Δ. (2003) *Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα, εκδόσεις Mediforce.
35. Νικολάκης Κ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Τσάκος Γ., Κυριόπουλος Γ. (2000) Περιφερειακή κατανομή του ιατρικού δυναμικού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη: το παράδειγμα του ΙΚΑ, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(2).
36. Οικονομοπούλου Χ. (2002) Εκπαιδευτικές Σημειώσεις, Ποιότητα.
37. Ουζούνη Χ., Νακάκης Α. (2011) Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες, *Νοσηλευτική*, 50 (2), σελ. 231-239.
38. Παπαγιανοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ. (2008) Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25 (1), σελ. 73-82.
39. Παπακωστίδης Α., Τσουκαλάς Ν. (2012) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4)
40. Παπανικολάου Β. (2007) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες της Υγείας, Αρχές και μέθοδοι Εφαρμογής*, Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.
41. Περράκος Γ. (2008) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τοπική κοινωνία*, Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.

42. Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Γ. (2007) Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (6), σελ. 578-582.
43. Ποτήρης Α., Σαράφης Π. (2014) Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα- Προτάσεις βελτίωσης, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(3).
44. Ραγιά Χ.Α. (2005) *Βασική Νοσηλευτική*, Αθήνα: εκδόσεις Παρισιάνος.
45. Ραφτόπουλος Β. (2002) *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας*, Διδακτορική διατριβή, Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
46. Ραφτόπουλος Β. (2009) *Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας*, Λευκωσία, Αυτοέκδοση.
47. Ραφτόπουλος Β., Οικονομοπούλου Χ. (2003) Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας*.
48. Σιγάλας Ι. (1999) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, *Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, «Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις»*, Πάτρα, εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.
49. Τούντας Γ. (2003) Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20 (5), σελ. 532-546.
50. Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α. (2007) Αξιολόγηση Υπηρεσιών και συστημάτων Υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24.
51. Τούντας Ι. (2008) *Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία.
52. Τούντας Ι. (2000) *Κοινωνία και Υγεία*, Αθήνα, εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία.
53. Τσελέπη Χ. (2000) *Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα, Ε.Α.Π., Τόμος Α.
54. Τσιότρας Γ. (1995) *Βελτίωση ποιότητας*, Αθήνα, εκδόσεις Μπένου.
55. Υπουργείο Υγείας (2014) *Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα της υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2000*.

56. Φρεγγίδου Ε., Γαλάνης Π., Ζαφειροπούλου Μ., Διακουμής Γ., Παπαδόπουλος Ρ., Παπαγιάννης Α., Θεοδώρου Μ. (2017) Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας του Κιλκίς, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34 (2), σελ. 236-243.

