

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ:

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ
ΓΕΝΙΚΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΜΟΣΧΟΥΤΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2017

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ
ΓΕΝΙΚΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ:

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ
ΓΕΝΙΚΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΜΟΣΧΟΥΤΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2017

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΑΡΙΑΝΝΑ ΔΙΟΜΗΔΟΥΣ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΑΝΤΑΣ

Copyright ©

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω καταρχάς την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κα Μαριάννα Διομήδους, καθώς και τον καθηγητή κο Ιωάννη Μαντά, για την κατανόησή τους. Επίσης τους Ολυμπία Κωνσταντακοπούλου, Κωνσταντίνο Χαρδαλιά και Άγγελο Μεχίλι για τη βοήθειά τους. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στη Θεοδώρα. Μωυσή και Κώστα, για την παρέα σας...και όλο το γέλιο ενδιάμεσα. Στην Δάφνη ακόμη πιο πολλά ευχαριστώ για όλα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΤΙΤΛΟΣ</u>	<u>ΣΕΛΙΔΑ</u>
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	12
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</u>	12
Η ικανοποίηση από την χρήση των υπηρεσιών υγείας.....	12
Προβλήματα στην εκτίμηση της ικανοποίησης.....	17
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η</u>	
<u>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΕΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....</u>	20
Εισαγωγή.....	20
Ο κοινωνικός τομέας.....	22
Σχεδιασμός – Προγραμματισμός και Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.....	24
Σχεδιασμός και Προγραμματισμός.....	25
Αξιολόγηση προγράμματος.....	31
Δυσκολίες στο πρακτικό μέρος της αξιολόγησης.....	33
Ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η σχέση της με την αξιολόγηση.....	33

Διασφάλιση Ποιότητας.....	36
Έλεγχος της ποιότητας.....	37
Απόδοση συστημάτων υγείας.....	39
Ικανοποίηση του πληθυσμού.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΡΙΣΜΟΙ ΓΙΑ

ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.....

Εισαγωγή.....	47
Πορεία προς ανάπτυξη ορισμού.....	47
Ορισμοί για την Ποιότητα.....	49
Ορισμοί για την ικανοποίηση.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.....

Θεωρίες για την Ποιότητα.....	55
Θεωρίες για την ικανοποίηση.....	59
Η έννοια της δυσαρέσκειας.....	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ

ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....

Διαστάσεις της ποιότητας.....	67
Διαστάσεις ικανοποίησης.....	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	79
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....</u>	79
Σκοπός Μελέτης.....	79
Υλικό και μέθοδος.....	79
Στατιστική ανάλυση.....	80
Ηθική και δεοντολογία.....	82
Περιορισμοί της μελέτης.....	82
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</u>	83
1. Δημογραφικά στοιχεία.....	83
2. Κατάσταση υγείας και χαρακτηριστικά ληφθείσας φροντίδας.....	86
3. Αξιολόγηση της σημαντικότητας των επιμέρους διαστάσεων της προσφερόμενης φροντίδας υγείας στις πρωτοβάθμιες δομές υγείας.....	89
4. Εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (SPCS: Satisfaction with the Primary Care Services).....	92
4.1. Τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή (Nurse's technical and interpersonal competence).....	92
4.2. Διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού (Physician's interpersonal competence).....	95
4.3. Τεχνική επάρκεια του ιατρού (Physician's technical competence).....	98
4.4. Χαρακτηριστικά της Δομής (Structure Characteristics).....	101
4.5. Συνολική βαθμολογία ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.....	103
5. Συσχετίσεις.....	104

5.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή (Nurse’s technical and interpersonal competence).....	104
5.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από τη διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού (Physician’s interpersonal competence).....	108
5.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική επάρκεια του ιατρού (Physician’s technical competence).....	112
5.4. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από τα χαρακτηριστικά της δομής (Structure characteristics).....	116
5.5. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία ικανοποίησης των πασχόντων από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.....	120
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	123
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	134
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ.....	151
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ.....	153
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	155

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στο σημερινό ανταγωνιστικό περιβάλλον του χώρου της Υγείας, η ανατροφοδότηση με πληροφορίες και η αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας αποτελεί μάλλον τη μοναδική αποτελεσματική τακτική στο πλαίσιο της επιχειρηματικότητας. Η εκτίμηση, με συγκεκριμένα ερευνητικά εργαλεία, της ικανοποίησης του χρήστη υπηρεσιών υγείας όπως αυτός την αντιλαμβάνεται είναι ένας τρόπος για τη λήψη πληροφοριών με σκοπό την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας και τη χάραξη πορείας και πολιτικής.

Δυστυχώς, οι έννοιες της ποιότητας και της ικανοποίησης στερούνται ενιαίων και σαφών ορισμών στη διεθνή βιβλιογραφία. Επιπρόσθετα, η δυσκολία σαφούς σύζευξης μεταξύ των δύο εννοιών, καθιστά προβληματική τη δημιουργία ερευνητικών εργαλείων βασισμένων σε καλά σταθμισμένες κλίμακες, τα οποία να επιτρέπουν την πραγματοποίηση μελετών με αξιόπιστα αποτελέσματα, εύκολα συγκρίσιμα και ερμηνεύσιμα στο πλαίσιο διαφορετικών φορέων, καθώς και διαφορετικών χρονικών περιόδων και γεωγραφικών περιοχών. Αρκετές έρευνες έχουν γίνει πάνω στο θέμα της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, με αλλαγή του χαρακτήρα τους στην πάροδο του χρόνου από τη δεκαετία του '50, οπότε και δημοσιεύτηκαν οι πρώτες, έως σήμερα.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία θα επιχειρηθεί εκτίμηση της ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά παρόμοιων ερευνών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη: στο γενικό πραγματοποιείται μια αναφορά στη βιβλιογραφία, καλύπτοντας θεματικές ενότητες όπως η θέση της ποιότητας και της ικανοποίησης σε ένα σύστημα υγείας, θεωρίες για τις δύο αυτές έννοιες ή οι προβλεπτικοί δείκτες της ικανοποίησης. Στο ειδικό μέρος παρουσιάζεται η διεξαχθείσα έρευνα (μεθοδολογία, στατιστική επεξεργασία, αποτελέσματα και συζήτηση).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ικανοποίηση από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας

Η έννοια της ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας, αν και όχι σαφώς ορισμένη από την επιστημονική κοινότητα, χρησιμοποιείται ως ένα από τα εργαλεία για την αξιολόγηση και τον έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι απόψεις των χρηστών καταγράφονται παραδοσιακά από τους φορείς υπηρεσιών υγείας σε μια προσπάθεια αποτύπωσης της ικανοποίησης των πρώτων και ανατροφοδότησης των δεύτερων με σκοπό τον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας. Λόγω των ιδιαιτεροτήτων του κλάδου των υπηρεσιών υγείας, οι ορισμοί που έχουν δοθεί για την έννοια της ποιότητας στον χώρο είναι αρκετοί και ο όρος δε γίνεται πάντα αντιληπτός από όλους με τον ίδιο τρόπο. Η έννοια της ποιότητας συναντάται σε όλο σχεδόν το εύρος της ανθρώπινης δραστηριότητας, ενώ η ανάγκη στον χώρο της υγείας υπάρχει από πολύ νωρίς. Από την εποχή ήδη του Ιπποκράτη δινόταν σημασία στο επίπεδο της ποιότητας φροντίδας που παρεχόταν στους ασθενείς, ενώ η ιδρύτρια της σύγχρονης νοσηλευτικής, Florence Nightingale, ήταν η πρώτη που κατέγραψε στοιχεία για την κατάσταση της υγείας των ασθενών και την πορεία της θεραπείας με σκοπό την αξιολόγηση των παρεμβάσεων. Ο πρώτος που εισήγαγε την ικανοποίηση ως δείκτη έκβασης των υπηρεσιών υγείας ήταν ο Donabedian, ενώ έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες διατύπωσης ενός ορισμού. Οι σημαντικότερες θεωρίες της ικανοποίησης έχουν αναπτυχθεί από τους Fox & Storms, 1981 «Θεωρίες απόκλισης και παράβασης», Linder-Pelz, 1982 «Θεωρία προσδοκιών-αξιών», Ware et al., 1983 «Καθοριστικοί παράγοντες και συστατικά της ικανοποίησης του ασθενούς», Fitzpatrick and Hopkins, 1983 «Θεωρία πολλαπλών μοντέλων», Donabedian, 1988 «Αξιολόγηση ποιότητας μέσω πληροφοριών για τη δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα» (1).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο Donabedian ήταν ο πρώτος που υποστήριξε πως η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί έναν δείκτη για την ποιότητα της φροντίδας. Οι

πρώτες έρευνες για την ικανοποίηση στον τομέα της υγείας πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 50 και στη Μεγάλη Βρετανία τη δεκαετία του '60. Στις τελευταίες δεκαετίες ο ρυθμός δημοσίευσης αυξήθηκε δραματικά, ενώ αυτήν τη στιγμή υπάρχουν στο PubMed πάνω από 15.000 άρθρα (2). Ο ρόλος του ασθενούς, ιδιαίτερα μετά από την αύξηση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στον χώρο της υγείας, έχει επαναπροσδιοριστεί ως καταναλωτής υπηρεσιών υγείας. Η παγκοσμιοποίηση, η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και η αλλαγή του χαρακτήρα της υγείας με την αύξηση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα, δημιούργησαν την ανάγκη για αναδιοργάνωση του κλάδου, όπου η ποιότητα των υπηρεσιών και η αναγνώριση από τους χρήστες αποτελεί πια υψηλής προτεραιότητας στόχο των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας (1), ενώ έχει επίσης υποστηριχθεί πως η ικανοποίηση του πελάτη/ασθενούς αποτελεί «όχι απλά έναν καλό στόχο, αλλά τη μοναδική αποτελεσματική επιχειρηματική επιλογή στο σημερινό ανταγωνιστικό περιβάλλον» (3). Το 1991 διατέθηκαν μεταξύ 1,1 και 4,8 εκατομμύρια στερλίνες στις έρευνες για εκτίμηση της ικανοποίησης στην Βρετανία (4), ενώ τα αρνητικά σχόλια των ασθενών και του περιβάλλοντός τους σχετίζονται με σημαντικές οικονομικές απώλειες για τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (5). Η εκτίμηση της έκβασης της φροντίδας αποτελεί ένα κατάλληλο μέσο ανατροφοδότησης για την αποτελεσματική συλλογή δεδομένων και ερμηνεία των αποτελεσμάτων, την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και τη λήψη αποφάσεων για την πραγματοποίηση αναγκαίων αλλαγών και βελτιώσεων (6). Η διαδικασία αυτή συνιστά το περιεχόμενο μιας κατεύθυνσης στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας η οποία λειτουργεί με κύριο κριτήριο τα αποτελέσματα της φροντίδας (Outcomes Management) (2).

Οι μελέτες για την εκτίμηση της ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας χρειάζονται για τρεις κυρίως λόγους: καταρχάς, οι χρήστες αποτελούν καταναλωτές υπηρεσιών και οι μελέτες αυτές θεωρείται γενικά πως έχουν κεντρική σημασία για την αύξηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών και τη βελτίωσή τους γενικότερα. Επίσης, η ικανοποίηση είναι επιθυμητή τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε κλινικό πλαίσιο, καθώς σχετίζεται με συμμόρφωση στις οδηγίες και βελτίωση του επιπέδου υγείας. Τρίτον, λόγω του γεγονότος ότι ο τομέας της υγείας χρηματοδοτείται σε μεγάλο μέρος από την Πολιτεία και οι χρήστες υπηρεσιών υγείας είναι πολίτες, έχουν το δικαίωμα συμμετοχής, σχολιασμού και άσκησης κριτικής σε ολόκληρη την πορεία

της διαδικασίας λειτουργίας ενός συστήματος υγείας και της άσκησης πολιτικής. Τέλος, λόγω της διαδεδομένης αντίληψης πως είναι εύκολη η διεξαγωγή σχετικών μελετών, η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας επικροτείται από το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων και ομάδων που σχετίζονται και επηρεάζονται από αυτήν (7).

Η εκπλήρωση αναγκών ενός πελάτη μέσω της απόλαυσης αγαθών και υπηρεσιών οδηγεί στην άντληση ικανοποίησης από μέρους του (8). Από την άλλη, όσον αφορά στην πολιτική των ίδιων των εταιρειών ή οργανισμών, οι μελέτες εκτίμησης της ικανοποίησης των πελατών αποτελούν, κατά τους Jones και Sasser (9), ένα βαρόμετρο της ποιότητας των υπηρεσιών και αγαθών. Οι πληροφορίες από τις μελέτες αυτές μπορούν επίσης να οδηγήσουν την εταιρεία στην υιοθέτηση κατάλληλων πολιτικών και πρακτικών ώστε να αυξάνει την ικανοποίηση των πελατών της βήμα-βήμα και τελικά να επιτυγχάνει πλήρη ικανοποίηση της πλειοψηφίας τους. Η εκτίμηση της ικανοποίησης και της αφοσίωσης των πελατών αποτελεί προτεραιότητα. Πρέπει να διασφαλίζεται η απουσία μεροληψίας, κυρίως από μέλη της εταιρείας, τα οποία μπορεί να έχουν ιδιοτελείς λόγους για διαστρέβλωση των στοιχείων. Χρειάζεται επίσης συνέχεια εφαρμογής ώστε να έχουν νόημα, να μπορούν να συσχετισθούν μεταξύ τους και να αξιολογηθούν αλλαγές που γίνονται σε διαδοχικές χρονικές περιόδους. Ακόμη, ένα ικανοποιητικό εύρος εφαρμογής δίνει τη δυνατότητα διενέργειας συγκρίσεων μεταξύ διαφορετικών προϊόντων, τοποθεσιών και μονάδων της εταιρείας ώστε να λαμβάνονται οι κατάλληλες αποφάσεις για την καλύτερη διαχείριση των πόρων της. Μία χρήσιμη τακτική, τέλος, θα μπορούσε να είναι η εξατομικευμένη άντληση πληροφοριών με σκοπό την επικέντρωση των προσπαθειών αύξησης της ικανοποίησης στις ανάγκες του κάθε πελάτη ξεχωριστά. Η διάκριση μεταξύ αληθούς και ψευδούς αφοσίωσης μπορεί να δείξει αν η εταιρεία διατηρεί τους πελάτες της λόγω της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει ή αν υπάρχουν άλλοι μηχανισμοί που δρουν και οι οποίοι δημιουργούν μια παραπλανητική εικόνα. Τέτοιοι μηχανισμοί μπορεί να περιλαμβάνουν νομοθετικές ρυθμίσεις που μειώνουν τον ανταγωνισμό και ενισχύουν το ολιγοπώλιο ή μονοπώλιο, το κόστος που προκύπτει από την αναζήτηση εναλλακτικών επιλογών, καθώς και την ύπαρξη κατοχυρωμένων τεχνολογιών που μειώνουν τις εναλλακτικές επιλογές. Στην συνέχεια οι Jones και Sasser υποστηρίζουν πως μέσα από την έρευνά τους (9) διαπιστώνεται ότι, ακόμη και σε αγορές με σχετικά

μικρό ανταγωνισμό, η μόνη αξιόπιστη τακτική για τη μακρόχρονη διατήρηση της αφοσίωσης των πελατών μιας εταιρείας μπορεί να είναι η ενσωμάτωση εξαιρετικής αξίας στα προϊόντα και τις υπηρεσίες της. Ακόμη και οι φαινομενικά αφοσιωμένοι πελάτες, οι οποίοι διατηρούν έναν βαθμό ψευδούς αφοσίωσης, μπορεί να εγκαταλείψουν την εταιρεία που προτιμούν σε μια δεδομένη στιγμή για μια άλλη εφόσον οι συνθήκες αλλάξουν. Η υπεροχή λοιπόν και η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών που ανταποκρίνονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες των πελατών είναι κρίσιμης σημασίας για έναν οργανισμό ή εταιρεία, ενώ εξίσου σημαντική είναι και η ταυτοποίηση του κατάλληλου πληθυσμού πελατών, στις ανάγκες των οποίων υπάρχει ρεαλιστική δυνατότητα ανταπόκρισης. Η παροχή υψηλής ποιότητας αγαθών και υπηρεσιών δημιουργεί υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των πελατών, ενώ η ικανοποίηση με την σειρά της οδηγεί σε αύξηση της αφοσίωσής τους, επηρεάζοντας σημαντικά την οικονομική επίδοση της εταιρείας σε βάθος χρόνου. Όσον αφορά στον χώρο της υγείας, παρά τη σταδιακή εμφάνιση όλο και πιο έντονου ανταγωνισμού υπάρχουν ακόμη σημαντικά εμπόδια στη δυνατότητα του πελάτη-ασθενή να αλλάξει πάροχο υπηρεσιών υγείας. Τέτοια είναι, για παράδειγμα, η έντονη επιρροή των ιατρών ή ασφαλιστικών φορέων η οποία μπορεί συχνά να καθορίζει την επιλογή του νοσηλευτικού ιδρύματος ή παρόχου, η τάση εκ μέρους του ασθενή ολοκλήρωσης της θεραπείας στο σημείο έναρξής της και η έλλειψη περισσότερων του ενός ιδρυμάτων σε κοντινή απόσταση. Παρόλα αυτά, ακόμη και σε αυτόν τον χώρο μπορούν να εμφανιστούν οι κατάλληλες συνθήκες για υπερπήδηση τέτοιων εμποδίων. Μια άλλη σημαντική παρατήρηση είναι πως, σύμφωνα με μια απλουστευμένη λογική, η συσχέτιση ικανοποίησης και αφοσίωσης σε μια αγορά που δίνει τη δυνατότητα εναλλακτικών επιλογών θα ακολουθούσε μάλλον μια γραμμική πορεία. Στην πραγματικότητα όμως, και ειδικά σε περιβάλλοντα ισχυρού ανταγωνισμού, υπάρχουν σημαντικές επιπτώσεις από τη μεταπήδηση από το επίπεδο της πλήρους σε αυτό της απλής ικανοποίησης. Στον χώρο της αυτοκινητοβιομηχανίας για παράδειγμα, μικρές πτώσεις από το επίπεδο πλήρους ικανοποίησης οδήγησαν σε δυσανάλογα μεγάλες πτώσεις στην αφοσίωση. Όσον αφορά σε άλλους χώρους, όπως αυτόν των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, η ικανοποίηση φαίνεται να επηρεάζει την αφοσίωση σε βαθμό μεγαλύτερο από αυτόν που πιστεύουν τα στελέχη των εταιρειών, ενώ η επίδραση του βαθμού ικανοποίησης γίνεται ακόμη μεγαλύτερη κατά την εμφάνιση ιδιαίτερων καταστάσεων και συνθηκών. Πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα φαίνεται να δίνουν λίγη σημασία στην ικανοποίηση των ασθενών, εξακολουθώντας

να χαράσσουν την πολιτική τους σαν να βρίσκονται σε συνθήκες σχετικά χαμηλού ανταγωνισμού. Ίσως παράμετροι όπως ο συγκεντρωτικός χαρακτήρας της αγοραστικής ικανότητας στον χώρο να δημιουργούν στα διοικητικά στελέχη την αίσθηση ανάγκης ικανοποίησης οποιουδήποτε άλλου φορέα παρά του ασθενή. Μπορεί επίσης για τους ίδιους λόγους να δημιουργείται η ιδέα πως τα εμπόδια στην επιλογή εναλλακτικών από τους ασθενείς πρόκειται μόνο να αυξηθούν. Παρόλα αυτά, στο μέλλον θα έρθει η στιγμή που οι ασθενείς και οι ασφαλιστικοί φορείς θα έχουν τη δυνατότητα επιλογής διαφορετικού ιδρύματος ανά πάσα στιγμή, και τότε τα διοικητικά στελέχη των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ίσως να βρεθούν προ εκπλήξεως. Σαν συμπέρασμα, οι πελάτες είναι μεν λογικοί αλλά από την άλλη επιζητούν πολύ υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Η διάκριση του βαθμού της αληθούς αφοσίωσης των πελατών ξεπερνά σε σημασία την ύπαρξη απλής γνώσης του ποσοστού αφοσίωσης ανάμεσα στους αγοραστές. Η μέτρηση της ικανοποίησης είναι ένα κατάλληλο μέσο για αυτόν τον σκοπό. Έτσι η εταιρεία, καταβάλλοντας μια συνεχή προσπάθεια αύξησης της ικανοποίησης των πελατών, θα μπορεί να ανταποκρίνεται στις εξελίξεις προλαμβάνοντας τις αλλαγές στην αγοραστική τους συμπεριφορά μέσα από την επίτευξη του μέγιστου δυνατού βαθμού ικανοποίησής τους. Είναι σημαντικό όμως να ληφθεί υπόψιν πως, παρά τη σημασία των ερευνών ικανοποίησης και τη χρησιμότητα των συμπερασμάτων που μπορούν να εξαχθούν από αυτές, δεν μπορούν να καλύψουν ολόκληρο το εύρος των πληροφοριών που χρειάζεται μια εταιρεία αναφορικά με τους πελάτες και τις ανάγκες τους ώστε να χαράξει μια ολοκληρωμένη στρατηγική. Για αυτόν τον λόγο είναι αναγκαία η ενσωμάτωση μιας ευρύτερης ποικιλίας μεθόδων στη διαδικασία της ακρόασης των πελατών και της κατανόησης των επιθυμιών και αναγκών τους (9).

Οι συνθήκες των τελευταίων δεκαετιών δημιουργούν την ανάγκη ανάπτυξης «ευαίσθητων νοσηλευτικών δεικτών έκβασης» οι οποίοι δίνουν μια λεπτομερή εικόνα για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Μέσα στους δείκτες πρέπει να εμπεριέχονται πληροφορίες για τις επιπτώσεις και την επιρροή της φροντίδας στην οικογένεια του ασθενούς, όπως για παράδειγμα οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, αλλά και στην κοινότητα, όπως για παράδειγμα ο βαθμός κάλυψης του πληθυσμού με εμβολιασμό. Το «Κίνημα της Διοίκησης Αποτελεσμάτων» θεμελιώνεται με βάση αυτά τα στοιχεία και ανάγεται στην εποχή της Florence Nightingale η οποία χρησιμοποίησε τη θνησιμότητα ως δείκτη ποιότητας μετά από παροχή φροντίδας σε

στρατιώτες (2). Η Marek (10) όρισε κατηγορίες τέτοιων δεικτών έκβασης μέσα στις οποίες συμπεριλαμβάνει την ικανοποίηση των ασθενών.

Στο παρόν γίνονται προσπάθειες ανάπτυξης κατάλληλων εργαλείων για την ταξινόμηση της έκβασης της νοσηλευτικής φροντίδας. Το Πανεπιστήμιο της Iowa έχει αναπτύξει έναν κώδικα ταξινόμησης (Nursing Outcomes Classification), τον οποίο έχει υιοθετήσει ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών. Μέσα από την κωδικοποίηση του συγκεκριμένου εργαλείου είναι δυνατός ένας βαθμός ελέγχου και ποσοτικοποίησης παραμέτρων της φροντίδας στην προσπάθεια για διασφάλιση της ποιότητας (2).

Προβλήματα στην εκτίμηση της ικανοποίησης

Στην αναδρομή των Van Campen et al. (11) σχετικά με τις έρευνες για την ποιότητα φροντίδας και ικανοποίηση ασθενών παρατηρείται η κατανομή τους σε τρία χρονικά διαστήματα. Στην βιβλιογραφία έως το 1983 οι έρευνες ήταν απλώς διερευνητικές και χαρακτηρίζονταν από τρεις σημαντικές αδυναμίες: ανεπαρκή θεωρητική και εννοιολογική θεμελίωση, μεθοδολογικά προβλήματα των ερευνητικών εργαλείων όσον αφορά κυρίως στην εγκυρότητα και αξιοπιστία των κλιμάκων και τέλος, χαμηλή εξειδίκευση των αποτελεσμάτων η οποία δεν επέτρεπε την εφαρμογή τους στον επιθυμητό βαθμό. Οι έρευνες της «δεύτερης γενιάς», οι οποίες επηρεάστηκαν και βασίστηκαν ως έναν βαθμό στις έρευνες κατανάλωσης, δεν επέφεραν αξιόλογη βελτίωση των εργαλείων στην εκτίμηση της ποιότητας φροντίδας και ικανοποίησης ασθενών, με αποτέλεσμα οι παραπάνω αδυναμίες να παραμείνουν σε μεγάλο βαθμό ως έχουν. Η τελευταία χρονικά ομάδα ερευνών, η οποία συνεχίζεται έως και σήμερα, χαρακτηρίζεται από προσπάθεια τοποθέτησης πιο στέρεων θεωρητικών βάσεων και ανάπτυξης εννοιολογικών πλαισίων που θα χρησιμεύσουν στη δημιουργία κατάλληλων κλιμάκων και εργαλείων έρευνας.

Ο Cohen (12) τονίζει τη σπουδαιότητα της συμμετοχής των ίδιων των χρηστών υπηρεσιών υγείας στη δημιουργία και διατύπωση του περιεχομένου των σχετικών κλιμάκων, ενώ πιστεύει πως η δυσαρέσκεια των χρηστών συχνά υποεκτιμάται και αναφέρει σαν κύριο λόγο την έλλειψη προσοχής στον σωστό σχεδιασμό των περισσότερων ερευνών. Υποστηρίζει πως οι μετρήσεις γενικής ικανοποίησης τείνουν

να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τα πραγματικά και για αυτόν τον λόγο έχουν περιορισμένη χρησιμότητα. Χρειάζεται λοιπόν έμφαση στις διακριτές πτυχές της φροντίδας και εμβάθυνση στις λεπτομέρειες των απόψεων και θέσεων του κάθε ασθενούς. Η ταυτοποίηση ατόμων της κοινότητας που χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας στο παρελθόν και η συνέντευξή τους σε αυτό το μεταγενέστερο της νοσηλείας χρονικό σημείο πιθανόν έχει το αποτέλεσμα της αίσθησης μεγαλύτερης ελευθερίας από μέρους τους να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους. Παρά ταύτα, το χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει ενδέχεται να έχει οδηγήσει σε προβλήματα στην ανάκληση των πληροφοριών ή σε διαστρέβλωση των συναισθημάτων σε σχέση με αυτά που πραγματικά ένιωθαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (12).

Οι κλειστές ερωτήσεις είναι επίσης πολύ πιθανό να αποτυπώσουν έναν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από τον πραγματικό. Οι ερωτήσεις με απαντήσεις τύπου «ναι» ή «όχι» και οι γενικές ερωτήσεις, όπως για παράδειγμα εάν ο χρήστης είναι ικανοποιημένος με τη φροντίδα γενικά, έχουν συνήθως σαν αποτέλεσμα τη λήψη θετικών απαντήσεων (13,14).

Η δυσαρέσκεια με συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας μπορεί να καλυφθεί από τη συνολική ικανοποίηση με τη φροντίδα, εξού και η ανάγκη των εξειδικευμένων ή λεπτομερών ερωτήσεων. Επίσης, η ποικιλία των χαρακτηριστικών μεταξύ των ατόμων και των ομάδων του πληθυσμού καθιστά αναγκαία τη δημιουργία ερωτηματολογίων προσαρμοσμένων στα χαρακτηριστικά της εκάστοτε μελετώμενης ομάδας (2).

Μια τέτοια παράλειψη εμπεριέχει τον κίνδυνο απώλειας πληροφοριών για τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής ερμηνεύει από τη δική του οπτική τα γεγονότα (5). Τα προσωπικά βιώματα του ασθενούς χρειάζεται να τεθούν σε αντιδιαστολή με τις απόψεις του ερευνητή, καθώς η αδυναμία θεώρησης των γεγονότων από τη σκοπιά του πρώτου δε συνάδει με τον ίδιο τον σκοπό διενέργειας της έρευνας. Η εγκυρότητα της μελέτης εξαρτάται στενά από την ακριβή αποτύπωση των πτυχών της φροντίδας στο πλαίσιο της οπτικής του ίδιου του ασθενούς. Επίσης, ενδέχεται κάποιες ερωτήσεις να μην είναι έγκυρες ως προς το ακριβές περιεχόμενο, καθώς μπορεί οι ασθενείς να αντιλαμβάνονται διαφορετικά μεταξύ τους το περιεχόμενο μιας ερώτησης. Ακόμη ο ασθενής μπορεί να δώσει απαντήσεις που είναι ήδη προκαθορισμένες για τον συγκεκριμένο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας (2). Ίσως

λοιπόν ο πλέον ενδεδειγμένος τρόπος να σχηματίσει ο ερευνητής μια όσο το δυνατόν καλύτερη εικόνα της αντίληψης του ασθενούς για τις έννοιες της ποιότητας και της ικανοποίησης είναι η δημιουργία ερωτήσεων ανοικτού τύπου οι οποίες επιτρέπουν τη διατύπωση σχολίων και εκφορά ιδεών (15).

Το γεγονός της απουσίας σύγκλισης στη βιβλιογραφία προς έναν σαφή ορισμό της έννοιας «ικανοποίηση» δημιουργεί προβλήματα στην εγκυρότητα της κλίμακας. Το ίδιο συμβαίνει και με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται δεδομένου ότι δεν υπάρχει σιγουριά ως προς το αν περιγράφουν με έγκυρο τρόπο την ικανοποίηση. Η ενσωμάτωση σε μεγαλύτερο βαθμό της ποιοτικής έρευνας στις μελέτες μπορεί να βοηθήσει στη βαθύτερη κατανόηση των σκέψεων και συναισθημάτων του ασθενούς, αλλά χρειάζεται προσοχή στην αποφυγή ακατάλληλων μεθόδων (2).

Υπάρχει συχνά η αυθαίρετη θεώρηση πως η ποιότητα και η ικανοποίηση συνδέονται γραμμικά, ενώ δεν υπάρχει αρκετός αριθμός ερευνών με αξιολόγηση αυτής της υπόθεσης. Γι' αυτόν τον λόγο, το στάδιο της συνέντευξης με ερωτήσεις ανοικτού τύπου για τη λήψη πληροφοριών σχετικά με τις αντιλήψεις του χρήστη για τις έννοιες ποιότητα και ικανοποίηση, καθώς και με τον τρόπο που τις συσχετίζει, είναι ένα απαραίτητο αρχικό βήμα στη διαδικασία της εκτίμησης της ικανοποίησης. Ταυτόχρονα, χρειάζεται στάθμιση από τον ίδιο τον χρήστη της σημαντικότητας της κάθε πτυχής της φροντίδας. Έπειτα, ο χρήστης χρειάζεται να ερωτηθεί εάν στην πραγματικότητα έλαβε μια συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας, καθώς για να κριθεί κάτι πρέπει πρώτα να βιωθεί και να περάσει στη σφαίρα της εμπειρίας. Τα βήματα αυτά συνιστούν μία αλληλουχία ολοκληρωμένης νοητικής διαδικασίας και όχι αφηρημένων σκέψεων και κρίσεων (2).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΕΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η υγεία είναι μία κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (16). Κάθε άνθρωπος έχει το θεμελιώδες δικαίωμα να απολαμβάνει το αγαθό της υγείας στον μέγιστο δυνατό βαθμό χωρίς την παρουσία οποιουδήποτε είδους διακρίσεων, ενώ η ενημερωμένη άποψη και ενεργός συμμετοχή των πολιτών αποτελούν παράγοντες ύψιστης σημασίας για τη συνεχή βελτίωση της υγείας τους. Σε αυτήν την προσπάθεια η βέλτιστη συμμετοχή ιδιωτικών και δημόσιων φορέων είναι καθοριστικός παράγοντας για την επίτευξη ειρήνης και ασφάλειας μέσα από την απόλαυση ενός υψηλού επιπέδου υγείας από την κοινωνία. Η επέκταση των οφελών της γνώσης σε όσο το δυνατόν περισσότερα άτομα μέσα σε μία κοινωνία είναι σημαντική για την επίτευξη ενός βέλτιστου επιπέδου υγείας, ενώ οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη για την υγεία των λαών τους, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την παροχή επαρκών υπηρεσιών φροντίδας και κοινωνικών μέτρων.

Σχετικά με την έννοια της υγείας υπάρχουν διάφορες αντιλήψεις και όροι από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τους υπόλοιπους πολίτες. Τέτοιες διαφορές αφορούν για παράδειγμα στην επιμέρους διάκριση σε ασθένεια, αρρώστια και νόσο ανάλογα με τις επιπτώσεις που έχει η διαταραχή της υγείας στη λειτουργικότητα του ατόμου, όπως και στις έννοιες ευεξία, φυσιολογικό, παθολογικό. Η διαταραχή της υγείας δεν οφείλεται αποκλειστικά σε παράγοντες που σχετίζονται με το ίδιο το άτομο, όπως είναι οι βιολογικοί, αλλά και σε κοινωνικούς παράγοντες και επιδράσεις του περιβάλλοντος. Παραδείγματα αποτελούν το εκπαιδευτικό και μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, η οικονομική κατάσταση της χώρας, οι προσδοκίες και αντιλήψεις του ίδιου του ατόμου αλλά και της κοινωνίας στην οποία ζει κ.α. Η υγεία έχει διατομεακό – διεπιστημονικό χαρακτήρα και αποτελεί υψηλής προτεραιότητας σκοπό στο πλαίσιο της ευημερίας και προόδου κάθε χώρας (17).

Σύστημα Υγείας είναι το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων που οργανώνονται με συγκεκριμένο τρόπο ώστε μέσα από προγραμματισμένη διοίκηση

και ανάπτυξη υπηρεσιών να οδηγήσουν στην επίτευξη ενός βέλτιστου επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Το κράτος πρόνοιας έχει σαν έναν από τους βασικούς στόχους του την ανάπτυξη ενός λειτουργικού συστήματος υγείας. Το Σύστημα Υγείας αναπόφευκτα αναπτύσσεται με βάση τα ιδεολογικά χαρακτηριστικά και το πολιτικό σύστημα κάθε κοινωνίας, καθώς και τις κοινωνικές και πολιτιστικές ζυμώσεις στην πορεία του χρόνου. Η ιατρική που γνωρίζουμε στη σημερινή εποχή, κυρίως στις δυτικές κοινωνίες, έχει αναπτυχθεί τους τελευταίους αιώνες βασιζόμενη στην επιστημονική και τεχνολογική εξέλιξη αυτής της περιόδου. Ένα από τα σημαντικότερα σημεία στην ιστορία της είναι η εισαγωγή του επιστημονικού τρόπου σκέψης και η αναγνώριση της σχέσης φυσικό αίτιο – αποτέλεσμα σε αντιδιαστολή με τις μεταφυσικές αντιλήψεις που χαρακτήριζαν έως ένα σημείο τη θεώρηση της ασθένειας και την αντιμετώπισή της. (17).

Τα συστήματα υγείας, όπως είναι φυσικό, δεν παραμένουν ίδια με την πάροδο του χρόνου, όπως άλλωστε συμβαίνει και με τις συνθήκες που επικρατούν σε κάθε κοινωνία και οι οποίες επηρεάζουν τον τρόπο ανάπτυξης και λειτουργίας τους (17).

Εξελίξεις όπως η παγκοσμιοποίηση, η αύξηση του κόστους υπηρεσιών υγείας, η γήρανση του πληθυσμού που οφείλεται σε παράγοντες όπως η αύξηση του προσδόκιμου ζωής μέσω της βελτίωσης του επιπέδου υγείας και η ανάγκη για βελτίωση των ιατρικών πρακτικών, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητάς τους, είναι μόνο μερικές από αυτές που συμβαίνουν με γρήγορο ρυθμό στις δυτικές κοινωνίες και επιτάσσουν υψηλού επιπέδου επαγρύπνηση και ετοιμότητα ώστε τα συστήματα υγείας να συμβαδίζουν με τις ανάγκες της εποχής (17).

Στη δεκαετία του '80 έγινε μία προσπάθεια ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας μέσα από μέτρα ελέγχου της προσφοράς και της δημιουργίας «παθητικών» κινήτρων. Στη δεκαετία του '90 αντίθετα, προσφέρθηκαν ενεργητικά κίνητρα. Ένα τέτοιο κίνητρο είναι η επιβράβευση των υψηλών επιδόσεων σε δείκτες όπως η αποδοτικότητα και η ποιότητα (17).

Ο ΠΟΥ παρακινεί τις χώρες μέλη στην ανάπτυξη συστημάτων υγείας που θα απολαμβάνουν υψηλού επιπέδου κοινωνική αποδοχή και συμμετοχή και θα προσφέρουν ευκολία πρόσβασης και μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης από μέρους των πολιτών (17).

Τέλος, τα σημαντικότερα θέματα που απασχολούν σε συνεχώς αυξανόμενο βαθμό τις χώρες οι οποίες συμμετέχουν στον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και αφορούν στα συστήματα υγείας είναι τα εξής (18):

- Η απόλαυση υψηλού επιπέδου υγείας από τον μέγιστο δυνατό αριθμό πολιτών.
- Οι κλινικές αποφάσεις καλό είναι να βασίζονται σε σωστή πρακτική, δηλαδή αποφυγή διενέργειας περιττών πράξεων και παρεμβάσεων ή παράλειψης απαραίτητων, η οποία θα οδηγεί σε αύξηση της κλινικής αποτελεσματικότητας.
- Η αποφυγή σφαλμάτων και επικίνδυνων πρακτικών που αποτελούν δυνητικά κινδύνους για την ασφάλεια του χρήστη υπηρεσιών υγείας.
- Ο σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου, των προσδοκιών και αξιών του, και η εστίαση σε ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο φροντίδας του οποίου η πρώτη προτεραιότητα είναι ο άνθρωπος και οι ανάγκες του.
- Ο έλεγχος του κόστους και η βελτίωση της αποδοτικότητας μέσα από τη διασφάλιση της μέγιστης αξίας υπηρεσιών με τους υπάρχοντες πόρους.
- Η διασφάλιση της παροχής υψηλού επιπέδου φροντίδας σε όλους τους πολίτες χωρίς την παρουσία διακρίσεων και η μείωση των ανισοτήτων στη φροντίδα ανάμεσα σε περιοχές ή κοινωνικές ομάδες με διαφορετικά χαρακτηριστικά.

Ο κοινωνικός τομέας

Η κοινωνία προσπαθεί να επιτύχει το μέγιστο δυνατό επίπεδο κοινωνικής ευημερίας μέσω συγκεκριμένων πολιτικών, παρεμβάσεων και υπηρεσιών που έχουν σαν αποδέκτη το κοινωνικό σύνολο. Το φάσμα αυτών των δραστηριοτήτων αποτελεί την κοινωνική πολιτική. Ο κοινωνικός τομέας καλύπτει ολόκληρο εκείνο το εύρος των ανθρώπινων αναγκών, μέσα από την ικανοποίηση των οποίων μπορεί να επιτευχθεί η κοινωνική ευημερία και είναι ο χώρος μέσα στον οποίο τα άτομα και οι κοινωνικοί φορείς δρουν και συνεργάζονται για αυτόν τον σκοπό. Σε αυτόν περιλαμβάνονται ενότητες της ανθρώπινης δραστηριότητας όπως η εκπαίδευση και η απασχόληση. Παρόλα αυτά η κοινωνική πολιτική και ο τρόπος πραγματοποίησής της

μέσα από δαπάνες και δραστηριότητες δεν σχετίζεται με το σύνολο του κοινωνικού τομέα, αλλά κυρίως με τις υπηρεσίες υγείας, ασφάλειας και πρόνοιας (19).

Ο κοινωνικός τομέας σχετίζεται με τις ανάγκες του ανθρώπου η ικανοποίηση των οποίων δεν εξαρτάται από τους νόμους του κέρδους. Παρά το γεγονός πως οι υπηρεσίες του τομέα μπορεί να επηρεάζονται από οικονομικές ανάγκες και να εμφανίζουν χαρακτηριστικά της οικονομίας όπως η αναδιανομή εισοδήματος, χαρακτηρίζονται από μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα (20).

Η ανθρώπινη ευημερία χαρακτηρίζεται από δύο διαστάσεις. Η πρώτη αφορά στην ικανοποίηση των αναγκών του ατόμου και η δεύτερη στην ασφάλειά του από πιθανούς μελλοντικούς κινδύνους. Με βάση τα παραπάνω, οι κοινωνικές υπηρεσίες μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες (19) :

- Επένδυσης, με σκοπό την επίτευξη μελλοντικής ευημερίας, καθώς και υπηρεσίες που σχετίζονται με την ασφάλεια. Παραδείγματα αποτελούν η εκπαίδευση, η κοινωνική ασφάλιση κ.α.
- Άμεσης κατανάλωσης και οφελών για την ευημερία, με παραδείγματα τις υπηρεσίες υγείας, επιδόματα ανεργίας κ.α.
- Αποζημίωσης για προβλήματα και απώλειες λόγω απρόβλεπτων και μη ελεγχόμενων παραγόντων όπως φυσικές καταστροφές.

Οι υπηρεσίες ενός συστήματος υγείας καλύπτουν και τις τρεις παραπάνω κατηγορίες (19).

Ο κοινωνικός τομέας αναπτύχθηκε κατά κύριο λόγο τον 20^ο αιώνα και ειδικότερα μεταξύ των δεκαετιών '50 και '80. Οι σημαντικές εξελίξεις παγκοσμίως που ακολούθησαν τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξή του. Οι εξελίξεις αυτές είναι κυρίως η οικονομική ανάπτυξη, η οποία έκανε δυνατή τη διάθεση οικονομικών πόρων στον κοινωνικό τομέα και η μετατόπιση της πολιτικής ιδεολογίας και πρακτικής προς τα αριστερά με τάση για αυξημένη κρατική παρέμβαση προς όφελος της κοινωνίας. Το δεύτερο χαρακτηριστικό παρατηρήθηκε έντονα στις ευρωπαϊκές χώρες κατά τον 20^ο αιώνα (19).

Δύο οικονομικές θεωρίες αντιπαρατίθενται πάνω στο πεδίο της συσχέτισης των κοινωνικών δαπανών με την πορεία της οικονομίας:

- Οι κοινωνικές δαπάνες, με βάση τη φιλελεύθερη θεώρηση της οικονομίας, σχετίζονται με την κατανάλωση, οπότε αυξάνουν το κόστος παραγωγής. Γι' αυτόν τον λόγο η αύξηση των κοινωνικών δαπανών είναι λογική και εφικτή αν γίνεται σε αντίστοιχο βαθμό και η αύξηση της οικονομίας.
- Αντίθετα, με βάση τη θεωρία του κρατικού παρεμβατισμού, οι κοινωνικές δαπάνες προσφέρουν έναν τρόπο αναδιανομής εισοδήματος με οφέλη στην οικονομία. Αυτό οφείλεται στον χαρακτήρα έντασης εργασίας των υπηρεσιών, ενώ το αποτέλεσμα της βελτίωσης του επιπέδου υγείας και των συνθηκών διαβίωσης οδηγεί με τη σειρά του στην αύξηση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού και της παραγωγικότητας (21).

Στους τελευταίους δύο αιώνες επικρατούσε η πεποίθηση ότι η οικονομική ανάπτυξη σημαίνει απαραίτητα και κοινωνική ευημερία. Παρόλα αυτά, τα χρόνια που ακολούθησαν τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο η ιδέα αυτή γνώρισε έντονη αμφισβήτηση (22). Το μέγεθος της καταστροφής του περιβάλλοντος και οι νέες ασθένειες στη μεταβιομηχανική εποχή, καταστάσεις που οφείλονται στην οικονομική ανάπτυξη και τον νέο τρόπο ζωής, είναι δύο παραδείγματα που στηρίζουν την αμφισβήτηση αυτής της πεποίθησης. Ακόμη, οι συνθήκες της παγκοσμιοποίησης των πρόσφατων χρόνων όξυναν τις εισοδηματικές ανισότητες, οπότε και η οικονομική ανάπτυξη των δυτικών χωρών δεν συνοδεύτηκε από την αντίστοιχη κοινωνική ανάπτυξη (19).

Σχεδιασμός – Προγραμματισμός και Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας

Ένα οργανωμένο σύστημα υγείας εμπεριέχει τις διαδικασίες του σχεδιασμού, του προγραμματισμού και της αξιολόγησης (19).

Σχεδιασμός και Προγραμματισμός

Σύμφωνα με τους Davidoff και Reiner (23), ο σχεδιασμός είναι μία διαδικασία. Είναι μία μέθοδος καθορισμού των κατάλληλων δράσεων μέσω της υιοθέτησης μιας σειράς επιλογών. Η έννοια «καθορισμός», αναφέρεται με δύο τρόπους: ανακαλύπτω και διασφαλίζω. Από τη στιγμή που η λέξη «κατάλληλος» υπονοεί την ύπαρξη κριτηρίων για την άσκηση κρίσης σχετικά με προτιμητέες καταστάσεις εξυπακούεται πως ο σχεδιασμός εμπεριέχει την ιδέα των στόχων. Η δράση αποτελεί την τελική έκβαση των προσπαθειών σχεδιασμού και έτσι μία θεωρία σχεδιασμού σχετίζεται απαραίτητα με προβλήματα υλοποίησης. Οι επιλογές της διαδικασίας σχεδιασμού πραγματοποιούνται σε τρία επίπεδα: επιλογή στόχων και κριτηρίων, ταυτοποίηση δυνητικών εναλλακτικών με επιλογή της καταλληλότερης και τέλος, καθοδήγηση της πρακτικής βάσει προκαθορισμένων στόχων. Σε όλο αυτό το φάσμα χρειάζεται άσκηση κρίσης.

Συνεχίζοντας (23), περιγράφουν μία σειρά από σύνολα αξιωμάτων απαραίτητων για την περιγραφή και θεμελίωση της θεωρίας τους για τον σχεδιασμό.

Σχετικά με το πρώτο σύνολο, που αφορά στο περιβάλλον του σχεδιασμού και περιγράφει χαρακτηριστικά του κόσμου «όπως είναι», οι Davidoff και Reiner (23) αναφέρουν καταρχάς την παρατήρηση πως τα άτομα έχουν προτιμήσεις βάσει των οποίων συμπεριφέρονται. Οι άνθρωποι σε κάποιο βαθμό μπορούν να διαβαθμίσουν τις προτιμήσεις τους, ενώ ποτέ δεν γεύονται πλήρη ικανοποίηση όλων των επιθυμιών τους. Επίσης, υπάρχει το πρόβλημα της μειούμενης οριακής χρησιμότητας, δηλαδή με την αυξανόμενη χρήση η ικανοποίηση συνεχώς μειώνεται, ενώ τέλος, η ένδεια επιθυμιών μπορεί να συνεπάγεται και περιορισμό του εύρους των προτιμήσεων του ατόμου.

Τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους όσον αφορά στις προτιμήσεις. Αυτό περιπλέκει τη διαδικασία κατανομής πόρων μέσα σε μία κοινωνία, καθώς η συσσώρευση πολλών διαφορετικών ατομικών προτιμήσεων και η διαφωνία για το αν το κοινό συμφέρον μπορεί να τις υπερκεράσει μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα (23).

Η περιορισμένη φύση των πόρων συνεπάγεται τον περιορισμό της προσφοράς και την αδυναμία πραγματοποίησης όλων των επιθυμιών και αναγκών που μπορεί να υπάρχουν σε μία δεδομένη στιγμή (23).

Τέλος, η ατελής γνώση του ανθρώπου σημαίνει πως η ικανότητα υπολογισμών και ελέγχου πρόκειται να είναι πάντα ελλιπής σε σχέση με μία ιδανική κατάσταση τέλειας λογικής και ικανότητας κρίσης (23).

Στο δεύτερο σύνολο αξιωμάτων, το οποίο μιλά για τους σκοπούς του σχεδιασμού, αναφέρονται τρεις κατηγορίες. Αρχικά, αναφορικά με την αποδοτικότητα και την ενσωμάτωση της λογικής στην πρακτική, η περιορισμένη φύση των πόρων δημιουργεί την ανάγκη τόσο περιορισμού κατά το δυνατό της χρήσης των πόρων όσο και αποδοτικής κατανομής τους. Έτσι, ο σχεδιασμός βοηθά στη μείωση των αποβλήτων και την παραγωγή της μέγιστης αξίας από τη χρήση των πόρων και την εργασία. Σε κάθε περίπτωση πάντως, η αποδοτικότητα εξαρτάται στενά από τη σημασία που δίνουν στις ανάγκες τους τα άτομα μίας κοινωνίας. Έτσι, η αποδοτικότητα αναπόφευκτα μετράται στο πλαίσιο των σκοπών που εξυπηρετεί. Η λογική από την άλλη πλευρά θα μπορούσε να εννοηθεί καταρχάς ως η εκλογίκευση των αποφάσεων με την παροχή πληροφοριών στους λήπτες των αποφάσεων και ενδεχομένως στους πελάτες υπηρεσιών υγείας και το κοινό, επίσης όμως και σαν η εμπλοκή πλήρους γνώσης η οποία εμπεριέχει την εξέταση όλων των δυνατών εναλλακτικών και την ταυτοποίηση της καλύτερης (23).

Η δεύτερη κατηγορία των σκοπών κάνει λόγο για τις συνθήκες και τους κανόνες της αγοράς. Ένα τέλειο σύστημα αγοράς θα ήταν αυτό στο οποίο είναι δυνατή η πλήρης γνώση της σχετικής αξίας των αγαθών και υπηρεσιών στο πέρασμα του χρόνου, καθώς και όλων των εναλλακτικών. Επίσης κανείς δεν θα ασκούσε μονοπωλιακό έλεγχο σε οποιοδήποτε τμήμα. Τέτοιο σύστημα δεν υπάρχει και έτσι ο σχεδιασμός είναι αναγκαίος για τη βέλτιστη κατανομή αγαθών και υπηρεσιών σε συνάρτηση με τις προτιμήσεις και τις ανάγκες την κοινωνίας. Ωστόσο, αναφέρουν οι Davidoff και Reiner (23), υπάρχει και η κριτική από ορισμένες πλευρές πως αποκλείεται η πιθανότητα ύπαρξης μιας λειτουργικής ανταγωνιστικής αγοράς και υπάρχει πρόταση από αυτές τις πλευρές για τη δημιουργία ενός εναλλακτικού συστήματος κατανομής των περιορισμένων πόρων σε απάντηση στις αιτήσεις για αυτούς. Κάτι τέτοιο θα συνιστούσε ένα νέο ελεγχόμενο σύστημα τιμολόγησης και κατανομής. Για το ανταγωνιστικό σύστημα ο σχεδιασμός δεν είναι ένας άμεσος παράγοντας αλλαγής αλλά απλά παρέχει δεδομένα που θα θέσουν τις βάσεις για τη δυνατότητα επιλογής εναλλακτικών. Αντίθετα, για το εναλλακτικό σύστημα, ο σχεδιασμός είναι άμεσα υπεύθυνος για την αλλαγή και ουσιαστικά είναι ένας

κατευθυντήριοι παράγοντες στην πορεία της επίτευξης τάξης. Ο ρόλος του σχεδιαστή εδώ διευρύνεται.

Τέλος, δεδομένου του περιορισμού των πόρων, συλλογικές και ατομικές επιλογές χρειάζεται να γίνουν ώστε να καθοριστεί ο τρόπος διανομής των πόρων. Η ηθική της δημοκρατίας επιτάσσει πως κανείς από μόνος του δεν έχει την απαραίτητη σοφία να πάρει αποφάσεις για άλλο άτομο ή σύνολο ατόμων. Έτσι, απομένει στο άτομο ή την πλειοψηφία των ψηφοφόρων να αποφασίσουν για τους ίδιους. Στον σημερινό κόσμο τα άτομα εκλέγουν τους αντιπροσώπους τους και τους αναθέτουν εξουσίες λήψης αποφάσεων με όλο και αυξανόμενο ρυθμό, ενώ με τη σειρά τους τα νομοθετήματα ανατίθενται σε διαχειριστικά και εκτελεστικά όργανα. Με αυτήν τη διαδικασία η ευκαιρία του ατόμου να επιλέξει μπορεί να μειωθεί, αλλά ακόμη και έτσι, έως ένα βαθμό. Ο κάθε πολίτης μπορεί να ερωτηθεί και να πληροφορηθεί για τα θέματα που τον απασχολούν από τα αρμόδια όργανα λήψης αποφάσεων. Η δυνατότητα διεύρυνσης της διαδικασίας σχεδιασμού σε ευρύτερο κοινό και αύξησης του αριθμού των εναλλακτικών επιλογών μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση της δυνατότητας επιλογής μέσω της δημιουργίας καινούργιων ευκαιριών. Παρόλα αυτά, κάτι τέτοιο θα μπορούσε να έχει αρνητικές συνέπειες στην εφαρμογή της λογικής κατά την ανάληψη δράσης λόγω της πιθανής επικάλυψης του διευρυμένου αριθμού των επιλογών με τους σκοπούς. Η απουσία γνώσης σχετικά με νεοεμφανιζόμενες εναλλακτικές αποτρέπει την εφαρμογή κριτικής ικανότητας στην εξέτασή τους και ο σχεδιαστής χρειάζεται να παρέχει στο άτομο – λήπτη αποφάσεων με εξαιρετικά λεπτομερή τρόπο τις πληροφορίες, τις εναλλακτικές και τις συνέπειες από τις επιλογές του ατόμου (23).

Ο σχεδιασμός μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την παρουσίαση «ουτοπικών» λύσεων και σκοπών. Προβάλλοντας μη οικεία δεδομένα και εικόνες, αυτή η προσέγγιση θα μπορούσε να δείξει ριζικές αλλαγές σε αξίες και δεδομένα, διευρύνοντας το πεδίο των επιλογών. Αυτό μπορεί να γίνει για παράδειγμα δίνοντας νόημα σε μία νέα αξία με το να την εντάξει σε ένα νέο και μη οικείο περιβάλλον ή κλονίζοντας την προσκόλληση σε δεδομένες καταστάσεις και προτείνοντας νέες πιθανότητες, δεδομένα και κατευθύνσεις (23).

Το τρίτο και τελευταίο σύνολο αξιωμάτων αφορά σε εκείνα τα στοιχεία τα οποία χαρακτηρίζουν τη διαδικασία του σχεδιασμού μέσω των αλληλοσυσχετίσεων τους. Παρά το γεγονός πως οι Davidoff και Reiner θα ήθελαν να χρησιμοποιήσουν αυτά τα

στοιχεία για τον διαχωρισμό του σχεδιασμού από άλλες μορφές συμπεριφοράς, αναγνωρίζουν πως υπάρχει επικάλυψη μεταξύ του σχεδιασμού και άλλων πεδίων όπως η λήψη αποφάσεων και η λύση προβλημάτων. Προτείνουν στη συνέχεια ορισμένα απαραίτητα συστατικά της διαδικασίας σχεδιασμού (23):

- Η επίτευξη στόχων. Με βάση τον ορισμό τους, οι συγγραφείς αναφέρουν πως ο σχεδιασμός εμπεριέχει μία ιδέα στοχευμένης διαδικασίας στενά συνδεδεμένης με επιθυμητά και προκαθορισμένα αποτελέσματα. Τέτοια αποτελέσματα μπορεί να είναι καταστάσεις μετά το πέρας των παρεμβάσεων ή η επίτευξη ενός συγκεκριμένου ρυθμού αλλαγής. Τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι απλά εργαλεία για την επίτευξη στόχων ενώ οι σκοποί δεν είναι οριστικοί και μη αναστρέψιμοι, αλλά υπόκεινται οποιαδήποτε στιγμή σε ανάλυση και επανεξέταση.
- Άσκηση του δικαιώματος της επιλογής. Μιας και στη διαδικασία του σχεδιασμού εμπλέκονται αξίες, μέσα και εναλλακτικές, είναι φυσική και απαραίτητη η άσκηση της επιλογής σαν βασική νοητική πράξη της διαδικασίας.
- Προσανατολισμός στο μέλλον. Με δεδομένη την αξία και τον χαρακτήρα του χρόνου σαν εξαντλούμενο αγαθό στην πορεία της εμφάνισης οποιουδήποτε αποτελέσματος, ο σχεδιασμός προσανατολίζεται προς το μέλλον καθώς η κύρια κατεύθυνσή του είναι προς το αποτέλεσμα και το τέλος μίας διαδικασίας. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο είναι απαραίτητη η διαθεσιμότητα πληροφοριών στο παρόν και επίσης υφίσταται η ανάγκη ταυτοποίησης των σημείων όπου χρειάζεται πιθανά έλεγχος. Τέλος, η κοστολόγηση της επίτευξης στόχων και πιθανών απωλειών σε έναν μελλοντικό χρόνο εμπεριέχει σχεδιασμό.
- Δράση. Ο σχεδιασμός είναι ένα απλώς βήμα σε μία διαδικασία που οδηγεί σε ένα επιθυμητό αποτέλεσμα. Σε αυτήν τη διαδικασία η δράση είναι απαραίτητη για την επίτευξη στόχων και συνδέεται αναπόφευκτα με τον σχεδιασμό.
- Ευκολία κατανόησης. Μιας και ο σχεδιασμός συσχετίζεται μεταξύ τους τα συστατικά ενός συστήματος, οι σχεδιαστές πρέπει να δώσουν όσο το δυνατόν καλύτερα και λεπτομερέστερα τις απαραίτητες πληροφορίες στον λήπτη

αποφάσεων ώστε ο τελευταίος να μπορεί να ασκήσει την κρίση του με τον βέλτιστο τρόπο στην επιλογή ανάμεσα στις διαθέσιμες εναλλακτικές. Στο ρεαλιστικό πλαίσιο της ατελούς γνώσης χρειάζεται εξισορρόπηση αυτού του τελευταίου χαρακτηριστικού με τη δράση.

Οι Davidoff και Reiner (23) επίσης κάνουν λόγο για τη διαδικασία του σχεδιασμού, η οποία περιλαμβάνει τη διαμόρφωση των αξιών, την ταυτοποίηση των μέσων και την υλοποίηση.

Σχετικά με τη διαμόρφωση των αξιών, το έργο του σχεδιαστή εμπεριέχει ένα σύνολο αξιών οι οποίες διακρίνονται φιλοσοφικά από τα γεγονότα. Το γεγονός είναι μία περιγραφή δεδομένων και καταστάσεων και των συσχετίσεων μεταξύ τους και υποδεικνύει μία αλήθεια που χαρακτηρίζει αυτές τις σχέσεις. Αντίθετα, οι αξίες εκφράζονται σαν ηθικές δηλώσεις όπως και δηλώσεις προτίμησης ή στόχων. Παρά τη διάκρισή τους, οι έννοιες των γεγονότων και των αξιών συνδέονται στενά. Για παράδειγμα, η ανάλυση των γεγονότων από τα άτομα μπορεί να αντανακλά τις αξίες τους βάσει της σπουδαιότητας και της προτεραιότητας που δίνεται σε αυτά. Επίσης, η κατανόηση των γεγονότων από το κάθε άτομο δίνει έναν συγκεκριμένο χαρακτήρα στις αξίες του (23).

Η επιβεβαίωση των γεγονότων διαφέρει σε τεχνική από αυτήν των αξιών. Η πρώτη περίπτωση εμπεριέχει τη δυνατότητα απόρριψης μίας δήλωσης γεγονότων ως λανθασμένης και επίσης αποκλείει τη δυνατότητα ύπαρξης κάποιας απόλυτα σίγουρης δήλωσης καθώς το πραγματικό μέτρο των γεγονότων επαφίεται σε ένα συνεχές πιθανοτήτων. Από την άλλη, η εξέταση και επιβεβαίωση δηλώσεων αξιών είναι τόσο πολύπλοκα θέματα που δεν μπορούν να επιλυθούν επιτυχώς, καθώς δεν υπάρχει κάποια αντικειμενική πηγή στην οποία μπορούν να ανατρέξουν δύο πλευρές οι οποίες διαφωνούν σχετικά με μία αξία. Παρόλα αυτά είναι αναγκαία μια αναφορά σε αξίες που βρίσκονται σε ένα ανώτατο επίπεδο, οι οποίες περιγράφονται σαν αξιώματα. Ο σχεδιαστής μίας υπηρεσίας, όντας στην υπηρεσία των πελατών του, τους βοηθά στην κατανόηση των επιλογών, εναλλακτικών, και συνεπειών επιστρατεύοντας την εξέταση και αξιολόγηση τόσο δεδομένων όσο και αξιών. Τα δεδομένα χρησιμεύουν στην αντικειμενική θεώρηση του μέλλοντος και εξέταση των

συνθηκών, ενώ οι αξίες χρησιμεύουν στην ταυτοποίηση επιθυμητών καταστάσεων τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον (23).

Οι αξίες που υπεισέρχονται στη διαδικασία πρέπει να είναι απαραίτητα των πελατών. Αυτοί τις εκφράζουν σαν άτομα και όχι σαν ιδρύματα και οργανισμοί. Έχουν δηλαδή οι αξίες καθαρά προσωπικό χαρακτήρα. Γι' αυτόν τον λόγο ο σχεδιαστής πρέπει αρχικά να ταυτοποιήσει τους πελάτες του. Εδώ τίθεται το ερώτημα για το είδος των πληροφοριών που χρειάζεται να αναζητείται από τους πελάτες. Σε κάθε περίπτωση, η έκφραση των αξιών της πλειοψηφίας ενός συνόλου δεν μπορεί να αντανakλά τις μόνιμες απόψεις αυτής της ομάδας ατόμων ή του εκάστοτε ατόμου (23).

Όπως αναφέρει ο Λιαρόπουλος (19), στη διεθνή αλλά και στην ελληνική βιβλιογραφία γίνεται αρκετές φορές σύγχυση μεταξύ των όρων σχεδιασμός και προγραμματισμός. Για την αποσαφήνιση των όρων, δίνει συγκεκριμένες προτάσεις: το πρόγραμμα, από τη μία πλευρά, εμπεριέχει την έννοια του χρόνου και της αλληλουχίας γεγονότων και ενεργειών μέσα σε ένα χρονικό πλαίσιο. Έτσι ο όρος πρόγραμμα δίνει την εικόνα συγκεκριμένων ενεργειών και των σχέσεων τόσο μεταξύ τους όσο και με τον χρόνο. Ο σχεδιασμός, από την άλλη, ερευνά τα προβλήματα και τις διαστάσεις τους και προβαίνει σε αξιολόγηση και πρόταση παρεμβάσεων χωρίς απαραίτητα την εισαγωγή συσχετίσεων μεταξύ τους. Ακόμη, ο σχεδιασμός δεν περιέχει την υλοποίηση ενεργειών, ενώ ο προγραμματισμός τοποθετείται στο πολιτικό πεδίο και εμπεριέχει τη θέσπιση συγκεκριμένων μέτρων. Έτσι, ο σχεδιασμός αποτελεί απλά ένα τμήμα του προγραμματισμού.

Ένα εθνικό πρόγραμμα υγείας αποτελείται από ένα σύνολο σχεδιασμένων δραστηριοτήτων με τρεις στόχους που συσχετίζονται μεταξύ τους: προαγωγή υγείας, πρόληψη ασθένειας και αποκατάσταση (24). Στη λειτουργία του συναντούμε τέσσερα στάδια:

- Σχεδιασμό
- Συλλογή και επεξεργασία δεδομένων
- Εκτέλεση δραστηριοτήτων
- Αξιολόγηση

Αξιολόγηση προγράμματος

Η αξιολόγηση ενός προγράμματος έχει σαν σκοπό την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας όλου του φάσματος από τον σχεδιασμό έως και την εκτέλεση. Είναι ένα μέσο για τη διαπίστωση της αναγκαιότητας αλλαγών και παρεμβάσεων σε οποιοδήποτε σημείο της διαδικασίας. Τρία στάδια εμπεριέχονται στη διαδικασία της αξιολόγησης (19):

- Εκτίμηση πριν τη λειτουργία
- Επίβλεψη κατά τη διάρκεια της λειτουργίας του προγράμματος
- Εκτίμηση μετά το πέρας της λειτουργίας

Η αξιολόγηση είναι μια συνεχής διαδικασία και στοχεύει στη βελτίωση του σχεδιασμού μέσα από την εξέταση των δράσεων και παρεμβάσεων, την αύξηση της παραγωγικότητας και τη σύγκριση της αξίας μεταξύ αποτελεσμάτων και προκαθορισμένων στόχων (19).

Στο στάδιο της εκτίμησης πριν τη λειτουργία του προγράμματος ο υπεύθυνος για την ανάπτυξη του προγράμματος χρειάζεται τα απαραίτητα δεδομένα για τον καθορισμό προτεραιοτήτων και στόχων και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των εργαλείων και μέσων που έχει στη διάθεσή του. Στην πραγματικότητα, εδώ γίνεται μια εκτίμηση των συνθηκών που επικρατούν στο παρόν. Διάφορες καταστάσεις και δεδομένα όπως προβλήματα που απασχολούν ένα σύνολο ατόμων, οι συνθήκες που επικρατούν σε μία κοινωνία και οι δυνατότητες που υπάρχουν για την αντιμετώπιση προβλημάτων, ταυτοποιούνται και μελετώνται. Τρεις βασικοί παράγοντες που αξιολογούνται είναι σε γενικές γραμμές οι στόχοι του προγράμματος, οι διαθέσιμες υποδομές και οι διαθέσιμοι πόροι (19).

Η αξιολόγηση ταυτόχρονα με τη λειτουργία ενός προγράμματος είναι χρήσιμη στην εκτίμηση της προόδου στο πλαίσιο της ροής του χρόνου και επιτρέπει την ταυτοποίηση της ανάγκης για αλλαγές και παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της λειτουργίας. Ένα εξειδικευμένο μοντέλο για τον προγραμματισμό υγείας που έχει προταθεί και αφορά στο συγκεκριμένο στάδιο είναι το παρακάτω, αποτελούμενο από τέσσερα βασικά συστατικά στοιχεία (24):

- Αφετηρία: ταυτοποίηση των στοιχείων από τα οποία χαρακτηρίζονται οι στόχοι του προγράμματος. Εδώ σημασία έχουν χαρακτηριστικά όπως το υπάρχον πρόβλημα εκφρασμένο μέσω της στατιστικής επιστήμης, η σημασία και έκταση του προβλήματος υπό το πρίσμα της δημόσιας υγείας ή οι οικονομικές συσχετίσεις και επιπτώσεις.
- Στόχος: το επιθυμητό αποτέλεσμα τοποθετείται σε συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο και του προσδίδεται ποιοτικός και ποσοτικός χαρακτήρας.
- Στρατηγική: αναπτύσσεται ο τρόπος με τον οποίον γίνεται η οργάνωση και διαχείριση των διαθέσιμων πόρων και η μεθοδολογία που συνδέει τη γραμμή εκκίνησης με το στόχο. Ζητείται η άριστη κατανομή των πόρων και γίνεται εισήγηση αλλαγών και παρεμβάσεων σε διοικητικό και λειτουργικό πλαίσιο.
- Ο χρόνος: το συχνό φαινόμενο της αλληλεπίδρασης και σύνδεσης μεταξύ των στοιχείων και προβλημάτων που χαρακτηρίζουν ένα πρόγραμμα, καθιστά πολλές φορές αναγκαία την υιοθέτηση μιας μεθοδολογίας η οποία αποσκοπεί στην ιεράρχηση των ενεργειών και τη συσχέτιση τόσο μεταξύ τους όσο και με τον χρόνο.

Η εκ των υστέρων αξιολόγηση, η οποία γίνεται μετά την εκτέλεση των λειτουργιών και το πέρας ενός προγράμματος, αποσκοπεί στα εξής (19):

- Διαπίστωση του βαθμού επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων.
- Συσχέτιση διατεθειμένων πόρων και αποτελέσματος, ώστε να εξεταστεί αν η εναλλακτική που ακολουθήθηκε και ο τρόπος αξιοποίησης των πόρων έφεραν το βέλτιστο αποτέλεσμα.
- Συσχέτιση παραγόμενης αξίας με την επίδρασή της στο πεδίο εφαρμογής.
- Τροφοδότηση με νέα δεδομένα και εμπειρία των επόμενων διαδικασιών σχεδιασμού.

Η τελευταία αυτή φάση είναι και η πιο φανερή. Στα εθνικά προγράμματα υγείας η συγκεκριμένη γίνεται στην ουσία ταυτόχρονα με την αξιολόγηση κατά το στάδιο του σχεδιασμού. Ταυτόχρονα με την εξακρίβωση του βαθμού επιτυχίας, εξετάζονται οι

επιπτώσεις στην υγεία, την κοινωνία και την οικονομία και επίσης μελετάται η συσχέτιση μεταξύ του κόστους και του οφέλους με σκοπό τη χρησιμοποίηση των δεδομένων στις επόμενες δράσεις και παρεμβάσεις (19).

Δυσκολίες στο πρακτικό μέρος της αξιολόγησης

Η πραγματοποίηση της αξιολόγησης συχνά προσπίπτει σε δυσκολίες. Το γεγονός αυτό αφορά σε σημαντικό βαθμό την Ελλάδα καθώς δεν έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στις έννοιες του σχεδιασμού, του προγραμματισμού και της αξιολόγησης και στην υλοποίησή τους (19).

Η κυριότερη δυσκολία έγκειται στην αρνητική και αμυντική στάση των υπεύθυνων για τον σχεδιασμό και υλοποίηση των προγραμμάτων απέναντι στην αξιολόγηση. Η ιδεολογία που επικρατεί συχνά σχετικά με την αξιολόγηση, προσδίδει στην τελευταία τον χαρακτήρα αυστηρής και αρνητικής κριτικής, ενώ στην ουσία αποσκοπεί στην ταυτοποίηση λαθών και παραλείψεων και στη λήψη πληροφοριών που θα χρησιμεύσουν στην υλοποίηση απαραίτητων αλλαγών. Ο χαρακτήρας της λοιπόν είναι εποικοδομητικός και συμβουλευτικός, αποσκοπώντας στη βελτίωση μεθόδων και επιδόσεων και όχι στην τιμωρία (24). Ο συνδυασμός της ανάγκης για ανατροφοδότηση με τα δεδομένα της αξιολόγησης και του γεγονότος της περιορισμένης λειτουργίας επιστημονικών οργάνων που ασχολούνται με την αξιολόγηση συνιστά μια δεύτερη δυσκολία. Είναι λοιπόν αναγκαία η δημιουργία ενός κατάλληλου περιβάλλοντος και η θεσμοθέτηση των απαραίτητων οργάνων τα οποία θα εκφράζονται ελεύθερα μέσα σε αυτό (19).

Ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η σχέση της με την αξιολόγηση

Για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, η αντίληψη που επικρατούσε για τους σκοπούς του συστήματος υγείας περιοριζόταν σε προσδοκίες για τη θεραπεία προβλημάτων υγείας, την εφαρμογή μέτρων δημόσιας υγείας και την πρόληψη. Η ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια των οικονομικών μεγεθών σε συνδυασμό με την επιστημονική και τεχνολογική πρόοδο έχουν αυξήσει τις προσδοκίες σχετικά με τις εκβάσεις και τα αποτελέσματα υγείας. Παρ' όλα αυτά, αυτές οι ίδιες συνθήκες που έφεραν βελτίωση

στον χώρο της υγείας συνοδεύτηκαν από νέα προβλήματα και θέματα προς συζήτηση. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής οδηγεί σε γήρανση του πληθυσμού και εμφάνιση νέων ειδών προβλημάτων υγείας και αναγκών. Η επιστημονική πρόοδος επιτρέπει αλλά και καθιστά επιθυμητή, μέσα σε μία δημοκρατική κοινωνία, τη διεύρυνση της συμμετοχής του ατόμου στα προβλήματα που το απασχολούν μέσω της ανάληψης ενεργού ρόλου και της εγκατάλειψης της νοοτροπίας της παθητικής συμμετοχής. Στα πλαίσια της εδραίωσης της δημοκρατίας στον δυτικό κόσμο, η κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ανθρώπου υποχρεώνει όλους τους υπεύθυνους για την άσκηση πολιτικής φορείς να σέβονται και να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες και απαιτήσεις των μελών της κοινωνίας. Το ενδιαφέρον των υπεύθυνων φορέων για την κατοχύρωση της έννοιας της ποιότητας στον χώρο της υγείας αυξάνεται όλο και περισσότερο σαν συνέπεια των παραπάνω παραγόντων (25).

Πριν αρχίσει μία διαδικασία αξιολόγησης για την ποιότητα, ο Donabedian (26) τονίζει πως πρώτα χρειάζεται η τελευταία να οριστεί. Αυτό εξαρτάται από μία σειρά ερωτημάτων:

- Αξιολογείται η απόδοση των επαγγελματιών υγείας ή επίσης η συμβολή των ασθενών και του συστήματος υγείας;
- Ποιο είναι το εύρος του ορισμού της υγείας και της υπευθυνότητας σχετικά με αυτή;
- Αναζητείται η μέγιστα ή η βέλτιστα αποτελεσματική θεραπεία;
- Ποιος καθορίζει τι είναι βέλτιστο; Οι ατομικές ή οι συλλογικές προτιμήσεις;

Επαρκής πληροφόρηση για τις σχέσεις αιτιότητας μεταξύ των δομικών χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος παροχής υπηρεσιών υγείας, των διαδικασιών παροχής υπηρεσιών υγείας και των αποτελεσμάτων τους είναι απαραίτητη για την ταυτοποίηση των χαρακτηριστικών και αποτελεσμάτων της φροντίδας προς αξιολόγηση, την υιοθέτηση κατάλληλων κριτηρίων και την εισροή των απαραίτητων πληροφοριών (26).

Πριν από κάποιο χρονικό διάστημα, η ποιότητα της φροντίδας θεωρείτο κάτι υπαρκτό και αντιληπτό, αλλά όχι επιδεκτικό σε μέτρηση. Μάλιστα η προσπάθεια

ορισμού και μέτρησής της φαινόταν να μειώνει το μέγεθος και την αξία της. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία αντίθετη κατάσταση. Όσοι από τους υπεύθυνους φορείς για την ανάπτυξη και λειτουργία ενός συστήματος υγείας δεν έχουν γνωρίσει από κοντά τις ιδιαιτερότητες της πραγματικότητας που χαρακτηρίζει την κλινική πρακτική απαιτούν και περιμένουν δεδομένα και μετρήσεις που να λαμβάνονται με ευκολία και ακρίβεια, χωρίς να έχουν επίγνωση του πραγματικού μεγέθους της δυσκολίας ενός τέτοιου εγχειρήματος. Παρόλα αυτά, κάποια στοιχεία της ποιότητας φροντίδας είναι εύκολα οριζόμενα και μετρήσιμα, αλλά ακόμη και έτσι υπάρχουν βασικά στοιχεία της των οποίων η φύση και το μέγεθος δε μας είναι στην παρούσα στιγμή γνωστά ή κατανοητά. Τονίζει μάλιστα ο Donabedian πως δεν πρέπει να επιτραπεί σε καμία περίπτωση η μείωση της σημασίας των στοιχείων αυτών, μιας και προσδίδουν δόξα στην τέχνη της παροχής φροντίδας υγείας (26).

Σε γενικές γραμμές, οι δείκτες από τους οποίους μπορούν να εξαχθούν πληροφορίες για την τεχνική ποιότητα της φροντίδας υγείας ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες:

- Δομών, οι οποίοι αναφέρονται στα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος παροχής φροντίδας, όπως οι υλικοί και ανθρώπινοι πόροι.
- Διαδικασιών, οι οποίοι περιγράφουν τα γεγονότα και διεργασίες κατά την παροχή φροντίδας, όπως οι δραστηριότητες αναζήτησης φροντίδας από τη μεριά του ασθενούς ή διάγνωσης και εφαρμογής θεραπείας από τη μεριά των επαγγελματιών υγείας.
- Αποτελεσμάτων, οι οποίοι αποτυπώνουν τις συνέπειες από τις πρακτικές παροχής φροντίδας υγείας όπως για παράδειγμα το ποσοστό ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Η τελευταία αυτή ομάδα δεικτών εξαρτάται αρκετά από παράγοντες που βρίσκονται εκτός του πλαισίου της ποιότητας των υπηρεσιών (26).

Αν και στην παρούσα στιγμή υπάρχουν αρκετές προσεγγίσεις στο ζήτημα του ορισμού, ένας ευρέως χρησιμοποιούμενος είναι αυτός που έχει προταθεί από το Institute of Medicine των ΗΠΑ και έχει υιοθετηθεί από τον ΟΟΣΑ (27): «Ποιότητα

είναι ο βαθμός στον οποίον οι υπηρεσίες υγείας σε επίπεδο ατόμων και πληθυσμών αυξάνουν την πιθανότητα για την επίτευξη επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και συμβαδίζουν με τη διαθέσιμη γνώση».

Διασφάλιση Ποιότητας

Δύο βασικοί ορισμοί ανάμεσα στο σύνολο των διαθέσιμων ορισμών για τη διασφάλιση ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής (28):

- Ένας μηχανισμός που αποσκοπεί στην εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας φροντίδας και περιλαμβάνει ενέργειες για την πραγματοποίηση αλλαγών και παρεμβάσεων μετά την ταυτοποίηση των σχετικών αναγκών.
- Ένας μηχανισμός εξασφάλισης αρμονικής συνεργασίας μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών του συστήματος υγείας και διαχείρισης των πόρων με βέλτιστο τρόπο, ώστε να επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα της παροχής όσο το δυνατό υψηλότερου επιπέδου φροντίδας στους χρήστες υπηρεσιών υγείας.

Ο ασθενής χρειάζεται να βρίσκεται στο επίκεντρο των προσπαθειών διασφάλισης ποιότητας, οι οποίες θα βασίζονται στην εμπειρία της κλινικής πράξης και στην τεκμηρίωση της καταλληλότητας των παρεμβάσεων μέσα από την έρευνα. Είναι δυνατό η διασφάλιση ποιότητας να συγγέεται συχνά με την αξιολόγηση. Παρόλα αυτά είναι δύο διαφορετικές έννοιες, καθώς η αξιολόγηση αφορά κυρίως στην εξακρίβωση του βαθμού της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, μπορούν να συνδυαστούν. Επίσης, υπάρχει ο όρος βελτίωση ποιότητας, ο οποίος περιλαμβάνει δραστηριότητες πέρα από προκαθορισμένα πλαίσια και αποσκοπεί στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας χωρίς τη θέσπιση συγκεκριμένων ορίων. Η διασφάλιση αντίθετα, περιλαμβάνει τις δραστηριότητες για διόρθωση αποκλίσεων και μη αποδεκτών φαινομένων μέσα σε ένα οριοθετημένο πλαίσιο (28).

Έλεγχος της ποιότητας

Το πρώτο βήμα για τη διασφάλιση της ποιότητας είναι ο έλεγχός της. Αυτός μπορεί να οριστεί ως ένα σύνολο ενεργειών που εξασφαλίζουν την παρακολούθηση και αξιολόγηση δραστηριοτήτων, συμπεριφορών και αποτελεσμάτων στο πλαίσιο της συνεργασίας των συντελεστών της οργάνωσης, με στόχο την επίτευξη ενός επιθυμητού βαθμού αποτελεσματικότητας. Ο έλεγχος βρίσκεται στην τελευταία θέση στην αλληλουχία του προγραμματισμού, οργάνωσης, στελέχωσης και διεύθυνσης. Περιλαμβάνει τη σύγκριση αποτελεσμάτων με βάση ήδη προκαθορισμένα κριτήρια και την εφαρμογή διορθώσεων όπου κρίνεται αναγκαίο. Ο έλεγχος συνίσταται στα εξής βήματα:

- Καθορισμός προτύπων. Τα πρότυπα σχετίζονται με συγκεκριμένα και προκαθορισμένα στοιχεία, όπως για παράδειγμα τα επιθυμητά αποτελέσματα.
- Παρακολούθηση – αξιολόγηση, η οποία επιτρέπει τη λήψη πληροφοριών και την αποτύπωση των χαρακτηριστικών και επιπτώσεων των δράσεων και συμπεριφορών.
- Σύγκριση με πρότυπα, η οποία εκτιμά τον βαθμό επίτευξης στόχων και τον εντοπισμό αποκλίσεων.
- Ανάλυση αποκλίσεων, ώστε να εντοπιστούν και να εξεταστούν οι αιτίες τους.
- Διόρθωση αποκλίσεων. Σε αυτό το στάδιο ο έλεγχος συνδέεται με τον προγραμματισμό και γίνεται προσπάθεια αντιμετώπισης των προβλημάτων και αιτιών πίσω από τις αποκλίσεις (29).

Τρία είδη ελέγχου μπορούν να ταυτοποιηθούν στο πλαίσιο του χρονικού σημείου της εφαρμογής του:

- Ο προδρομικός έλεγχος γίνεται πριν την πραγματοποίηση δράσης και ελέγχονται οι εισροές του συστήματος, όπως για παράδειγμα η υλική υποδομή και το ανθρώπινο δυναμικό.
- Ο ταυτόχρονος έλεγχος γίνεται παράλληλα με την ανάληψη δράσης. Ο

ταυτόχρονος έλεγχος στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας αξιολογεί την τελευταία καθώς αυτή παρέχεται στον ασθενή δίνοντας τη δυνατότητα για την εφαρμογή διορθώσεων τη στιγμή που παρέχεται η φροντίδα.

- Ο αναδρομικός έλεγχος, ο οποίος γίνεται μετά το πέρας των δραστηριοτήτων, συγκρίνει τις εξεταζόμενες παραμέτρους όπως το αποτέλεσμα και το κόστος με τα προκαθορισμένα και επιθυμητά μεγέθη (29).

Παρά τις όποιες επιφυλάξεις που υπάρχουν για την καταγραφή της φροντίδας και την εξαγωγή δεικτών και αποτελεσμάτων, οι λειτουργίες αυτές είναι εξέχουσας σημασίας για τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για τους ασκούντες τη διοίκηση. Ειδικά όσον αφορά στον χώρο της υγείας, χρειάζεται επέκταση του περιεχομένου του ελέγχου πέρα από το πλαίσιο της έννοιας της διοίκησης. Ο ιδιαίτερος χαρακτήρας της υγείας, ο οποίος περιλαμβάνει σημαντικές παραμέτρους όπως την εγγύτητα με τον ασθενή, την ανάγκη σεβασμού στην προσωπικότητά του και την ανάγκη για παροχή ολιστικής φροντίδας με επίκεντρο τον άνθρωπο, προβάλλει αυτήν την επιταγή. Αυτές οι παράμετροι ίσως να περιλαμβάνουν και ανεπίσημες τεχνικές ελέγχου, χωρίς αυτό να είναι απαραίτητα ανεπιθύμητο (28).

Στον διεθνή χώρο και όσον αφορά στην αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας, δηλαδή την προσπάθεια βέλτιστης αξιοποίησης των πόρων και δαπανών με σκοπό την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος, γίνεται τελευταία αντιληπτό όλο και σε μεγαλύτερο βαθμό πως είναι αναγκαίος ένας σαφής και αξιόπιστος τρόπος αξιολόγησης της φροντίδας υγείας. Επιπλέον, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής υγείας και την παροχή φροντίδας καθώς και οι πολίτες επιθυμούν τη σύγκριση σε διεθνές πλαίσιο. Έτσι στο παρόν λαμβάνει χώρα η προσπάθεια εκτίμησης της λειτουργίας των συστημάτων υγείας μέσω εξέτασης διαστάσεων της όπως η ποιότητα, η πρόσβαση και το κόστος. Μέχρι πριν από κάποιο διάστημα οι δείκτες που χρησιμοποιούνταν για τον παραπάνω σκοπό περιορίζονταν σε σχετικά βασικού τύπου αποτελέσματα όπως το προσδόκιμο ζωής και η βρεφική θνησιμότητα. Το γεγονός όμως της επιρροής παραγόντων έξω από το σύστημα υγείας στα αποτελέσματα υγείας δυσχεραίνει την εκτίμηση της ποιότητας σε συσχέτιση με αυτούς τους παράγοντες (28).

Ο ΠΟΥ και ο ΟΟΣΑ έχουν καταβάλει πρόσφατα προσπάθειες για ανάπτυξη ενός ενιαίου και σαφούς μεθοδολογικού πλαισίου για την αποτελεσματική συλλογή δεδομένων ώστε να γίνεται πιο εύκολα η πραγματοποίηση συγκρίσεων τόσο μεταξύ κρατών όσο και ανάμεσα σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Μία Διεθνής Ομάδα Εργασίας που συστάθηκε για την ανάπτυξη Δεικτών Ποιότητας επέλεξε ανάμεσα από μία πληθώρα διαθέσιμων δεικτών με σκοπό την κατάρτιση σχετικής λίστας, έχοντας ως κριτήριο τη συγκρισιμότητά τους μεταξύ των χωρών προς μελέτη. Τα χαρακτηριστικά που κατηγοριοποιούν τους δείκτες αυτούς αφορούν στη συνολική απόδοση των συστημάτων υγείας. Αυτά τα χαρακτηριστικά – διαστάσεις είναι η αποδοχή από τους χρήστες, η καταλληλότητα, η προσβασιμότητα, η ικανότητα, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η συνέχεια στη φροντίδα και η ασφάλεια. Η αποδοχή συγκεκριμένα αφορά στην ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών αλλά και της κοινότητας συνολικά, όπως και των προμηθευτών και ασφαλιστικών φορέων (28).

Η σύγκριση της ποιότητας των υπηρεσιών στο επιθυμητό επίπεδο και βαθμό σε διεθνές πλαίσιο δεν είναι πολλές φορές εφικτή. Αρκετή προσπάθεια χρειάζεται ακόμα για την ταυτοποίηση του είδους των πληροφοριών προς συλλογή και τη διεθνή στάθμιση των δεικτών ώστε να γίνεται εύκολα και με όσο το δυνατό πιο σαφή τρόπο η σύγκριση μεταξύ χωρών (28).

Απόδοση συστημάτων υγείας

Τις τελευταίες δεκαετίες η υγεία του πληθυσμού στις χώρες που ανήκουν στον ΟΟΣΑ έχει βελτιωθεί. Εκτός της αύξησης των οικονομικών μεγεθών, η απόδοση των συστημάτων υγείας είναι επίσης υπεύθυνη για αυτό το αποτέλεσμα. Ο βαθμός της πρόσβασης έχει αυξηθεί και οι πολιτικές δημόσιας υγείας έχουν βελτιωθεί. Η επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος προσφέρει συνεχώς καινούργια εργαλεία, όπως τεχνολογία και φάρμακα, τα οποία επιτρέπουν καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε όλο το φάσμα από την πρόληψη έως και την αποκατάσταση. Ωστόσο σε αυτήν την εικόνα βελτίωσης αντιπαραβάλλεται η εμφάνιση με συνεχώς αυξανόμενους ρυθμούς ασθενειών όπως οι ψυχικές νόσοι και φαινομένων όπως η γήρανση του πληθυσμού, αλλάζοντας συνεχώς τα δεδομένα και δημιουργώντας νέες ανάγκες. Επίσης στον χώρο της υγείας παρατηρούνται σοβαρά προβλήματα όπως

νοσηρότητα ή και θάνατοι που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με την εφαρμογή σωστών πρακτικών και ακόμη, σε πολλές περιπτώσεις γίνεται λανθασμένη διαχείριση και σπατάλη των διαθέσιμων πόρων. Το σύνολο αυτών των παραγόντων δημιούργησε την ανάγκη για επικέντρωση της προσοχής στην απόδοση των συστημάτων υγείας. Αυτή αξιολογείται με κριτήρια την κοινωνική δικαιοσύνη, τον έλεγχο του κόστους, την ανταπόκριση στις προσδοκίες των χρηστών και τον βαθμό βελτίωσης του επιπέδου υγείας. Οι διαστάσεις στις οποίες κάθε κριτήριο μπορεί να αξιολογηθεί είναι από τη μία το συνολικό όφελος για την κοινωνία και από την άλλη ο τρόπος κατανομής του οφέλους ανάμεσα στις ομάδες του πληθυσμού (25).

Η αναδιοργάνωση και μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας σε αρκετές χώρες τα τελευταία χρόνια με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσης έχει προκαλέσει διάλογο σχετικά με τον κατάλληλο τρόπο μέτρησης της απόδοσης ώστε να αξιολογηθούν οι επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων. Για αυτόν τον λόγο χρειάζεται η δημιουργία ενός πλαισίου που να εμπεριέχει με σαφήνεια τους στόχους του συστήματος υγείας ώστε στη συνέχεια να υπάρχει η δυνατότητα ποσοτικοποίησης της απόδοσης και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων (30).

Ένα τέτοιο πλαίσιο για τον χαρακτηρισμό των στόχων ενός συστήματος υγείας έχει προταθεί ως εξής (31):

Γίνεται διαφοροποίηση των εγγενών στόχων του συστήματος από τους συντελεστικούς. Ο εγγενής στόχος είναι αυτός του οποίου ο βαθμός επίτευξης μπορεί να αυξηθεί κρατώντας τους υπόλοιπους εγγενείς στόχους σταθερούς. Επίσης, η βελτίωση της επίτευξης του είναι από μόνη της επιθυμητή, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες. Από την άλλη οι συντελεστικοί στόχοι είναι απλώς μέσα που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των εγγενών στόχων. Τρεις εγγενείς στόχοι έχουν προσδιοριστεί από τον ΠΟΥ, όπως φαίνεται και στην Εικόνα 1 (31):

- Βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, τόσο σε συνολικό βαθμό όσο και στον τρόπο κατανομής.
- Ανταποκρισιμότητα στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού, επίσης σε διαστάσεις επιπέδου και κατανομής.
- Δικαιοσύνη στη χρηματική συμμετοχή των ομάδων του πληθυσμού και

προστασία από οικονομικούς κινδύνους. Αυτός ο στόχος μπορεί να αναλυθεί μόνο στη διάσταση της κατανομής, όπως είναι φανερό.



Εικόνα 1: Στόχοι Συστήματος Υγείας σύμφωνα με τον ΠΟΥ (31)

Σχετικά με την ανταποκρισιμότητα, δεν εξετάζεται η βελτίωση που αναφέρεται απλά στη διάσταση της κατάστασης υγείας. Οι διαστάσεις της ανταποκρισιμότητας είναι δύο και έχουν ανθρωπιστικό – πολιτισμικό χαρακτήρα (25):

- Η πρώτη διάσταση αφορά στον σεβασμό προς τον χρήστη και χαρακτηρίζει τη σχέση του με το σύστημα. Το περιεχόμενό της έχει κυρίως ηθικό χαρακτήρα. Συστατικά της στοιχεία είναι ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια του ατόμου, η αυτονομία του στη λήψη αποφάσεων, καθώς επίσης και η διασφάλιση των προσωπικών του δεδομένων.
- Η δεύτερη διάσταση αφορά στην ικανοποίηση του καταναλωτή. Αυτή συνίσταται στην άμεση ικανοποίηση των αναγκών για φροντίδα, την παροχή βασικών ανέσεων, την πρόσβαση σε συστήματα υποστήριξης και τη δυνατότητα επιλογής παρόχου φροντίδας.

Οι πέντε παράγοντες του άνω μοντέλου για την απόδοση, όπως φαίνονται στην Εικόνα 1, δηλαδή η βελτίωση της γενικής κατάστασης υγείας του πληθυσμού, η κατανομή των οφελών της υγείας, ο βαθμός ανταπόκρισης στις προσδοκίες των πολιτών συνολικά, η κατανομή της ανταπόκρισης και η δίκαιη κατανομή της οικονομικής επιβάρυνσης, δεν έχουν το ίδιο βάρος για τον ΠΟΥ στην εξαγωγή του βαθμού απόδοσης. Ο τελευταίος είναι το σταθμισμένο άθροισμα των πέντε αυτών παραγόντων. Η διάσταση της κατανομής λαμβάνει μεγαλύτερη σημασία. Γι' αυτόν τον λόγο χώρες όπως η Ελλάδα με μικρό βαθμό βελτίωσης στο επίπεδο της υγείας μπορεί να δείχνουν υψηλό συνολικό δείκτη απόδοσης, εφόσον υπάρχει δίκαιη κατανομή των αποτελεσμάτων μεταξύ του πληθυσμού (25).

Ο ΟΟΣΑ προτείνει μία παραλλαγή του άνω μοντέλου εισάγοντας την έννοια της «προσπελασιμότητας» ως συστατικού στοιχείου της ανταποκρισιμότητας και διαφοροποιώντας έτσι τη θέση του από αυτήν του ΠΟΥ, ο οποίος τονίζει πως η πρώτη καθορίζει τη δεύτερη και δεν είναι απλά στοιχείο της. Επίσης στο μοντέλο του ΟΟΣΑ δίνεται σημασία στην αποδοτικότητα, δηλαδή τη σωστή χρήση των πόρων προς εξαγωγή των επιθυμητών αποτελεσμάτων ή απλούστερα τη σχέση κόστους-αποτελέσματος, τόσο σε επίπεδο της συνολικής οικονομίας (μακροοικονομία) όσο και σε αυτό των μικρότερων οικονομικών μονάδων, όπως των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των μικρότερων σχετικά κλάδων της υγείας (μικροοικονομία) (25).

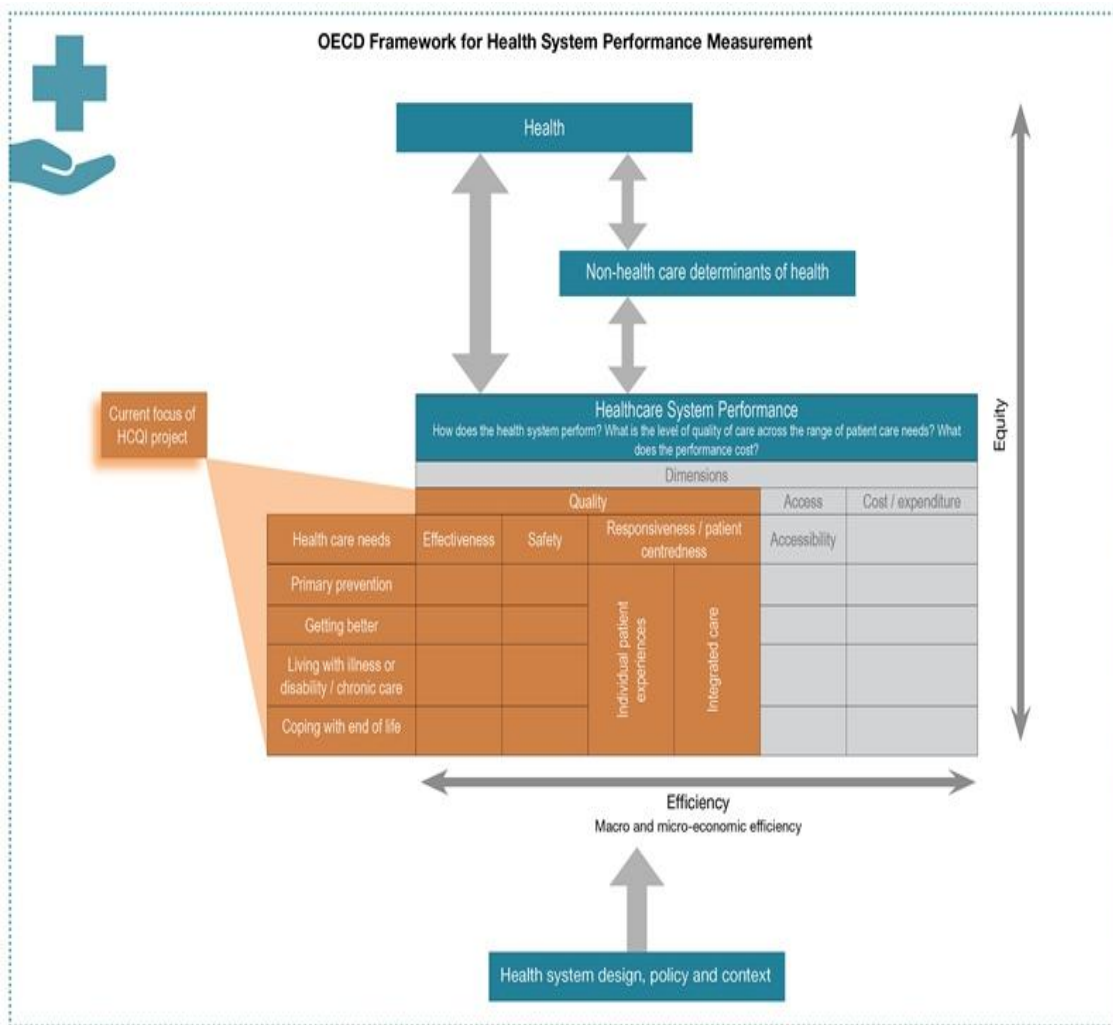
Η αποδοτικότητα είναι ο δείκτης εκείνος στον οποίον αναπόφευκτα καταλήγει η διαδικασία αξιολόγησης της απόδοσης. Ένας τέτοιος δείκτης είναι απολύτως απαραίτητος, μιας και η κάθε χώρα χρειάζεται να ξέρει πόσο καλά αξιοποιούνται οι περιορισμένοι πόροι που έχει στη διάθεσή της (25).

Η διαφορά που υπάρχει στην προσέγγιση της απόδοσης μεταξύ του ΠΟΥ και του ΟΟΣΑ οφείλεται κυρίως στον σκοπό σύστασής τους και το πεδίο ευθύνης τους. Ο ΠΟΥ, ο οποίος ευθύνεται για όλες τις χώρες του πλανήτη, ακόμα και για τις πιο φτωχές, δίνει μεγαλύτερη σημασία στην κατανομή των οφελών της υγείας απ' ότι στο απόλυτο μέγεθος των τελευταίων. Ο ΟΟΣΑ από την άλλη, έχει συσταθεί για διαφορετικούς λόγους και περιλαμβάνει τριάντα κράτη – μέλη μεταξύ των πλουσιότερων του πλανήτη. Το ενδιαφέρον αυτών των χωρών για τη σωστή χρήση των πόρων και την επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων με τα μέσα που

έχουν στη διάθεσή τους είναι η αιτία της συμπερίληψης δεικτών μακρο- και μικροοικονομικής αποδοτικότητας (25).

Στο πλαίσιο της συνολικής λειτουργίας του συστήματος υγείας και της απόδοσής του, όπως περιγράφεται από τον ΟΟΣΑ στην Εικόνα 2 (32), υπάρχουν καταρχάς δύο στοιχεία των οποίων ζητείται η μεγιστοποίηση: η ισοτιμία και η αποδοτικότητα. Στο μοντέλο αυτό αναγνωρίζεται πως η υγεία καθορίζεται σε μεγάλο μέρος από παράγοντες εκτός του συστήματος υγείας και επίσης η ισοτιμία και η αποδοτικότητα εξαρτώνται στενά από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και πολιτικές. Εξετάζοντας το ίδιο το σύστημα υγείας, η πρόσβαση σε υπηρεσίες και το μέγεθος των δαπανών είναι δύο από τα στοιχεία που συνιστούν τη συνολική απόδοση του συστήματος. Το τρίτο στοιχείο, η ποιότητα, περιλαμβάνει τις ενότητες της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της ανταποκρισιμότητας/επικέντρωσης στον ασθενή. Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια σχετίζονται με τις ανάγκες φροντίδας υγείας που υπάρχουν σε μια δεδομένη στιγμή. Η αποτελεσματικότητα αφορά στον βαθμό στον οποίον έχουν επιτευχθεί τα επιθυμητά αποτελέσματα σε σύγκριση με τα προκαθορισμένα. Η ασφάλεια τα τελευταία χρόνια υπόκειται σε μεγαλύτερο βαθμό αξιολόγησης, λόγω της αυξημένης προσοχής που έχει δοθεί στην αντιμετώπιση των ιατρικών σφαλμάτων και των επικίνδυνων για την υγεία πρακτικών. Η παροχή κατάλληλης φροντίδας και η διενέργεια σωστών πρακτικών καθίστανται σημαντικές όχι μόνο στο πλαίσιο της αποδοτικότητας και της ορθής χρήσης των πόρων, αλλά και σε αυτό της ασφάλειας του πολίτη τόσο σε επίπεδο υγείας όσο και σε οικονομικό (25).

Η ανταποκρισιμότητα σε συνδυασμό με την επικέντρωση της φροντίδας στον ασθενή συμπεριλαμβάνει τις διαστάσεις των ατομικών, ξεχωριστών εμπειριών του κάθε ασθενούς και της συνέχειας στη φροντίδα. Αυτές εκτείνονται σε ένα ευρύτερο φάσμα το οποίο περιλαμβάνει, εκτός των άμεσων αναγκών υγείας, την πρόληψη, τη βελτίωση της υγείας, την αντιμετώπιση της αναπηρίας και των χρόνιων προβλημάτων και την αντιμετώπιση των καταστάσεων που σχετίζονται με το τέλος της ζωής (32).



Εικόνα 2: Η θέση της ποιότητας στο σύστημα υγείας με βάση τον ΟΟΣΑ (32)

Η προσβασιμότητα, η οποία διαφέρει από τη γενικότερη έννοια της πρόσβασης, αποτυπώνει τον χρόνο αναμονής για την παροχή κάθε υπηρεσίας, όπως για παράδειγμα πρόσβαση σε οικογενειακό γιατρό ή μεγάλες χρόνιες επεμβάσεις (25).

Για την αξιολόγηση της ποιότητας στην εποχή της πληροφορίας, είναι απαραίτητη η δημιουργία ενός συνόλου βάσεων δεδομένων σε σύνδεση και επικοινωνία μεταξύ τους. Μάλιστα, η ανάγκη για ολιστική φροντίδα καθιστά αναγκαία τη μετάβαση από τα καθιερωμένα πληροφοριακά συστήματα, τα οποία διαχειρίζονται πληροφορίες και λειτουργίες διοικητικού και οικονομικού χαρακτήρα, σε συστήματα που τοποθετούν στο κέντρο τους τον άνθρωπο και τις ανάγκες του. Η ηλεκτρονική υγεία (e-health), η οποία έχει αυξήσει την παρουσία της τα τελευταία χρόνια αποτελεί έναν νεοτερισμό των συστημάτων υγείας. Ο χαρακτήρας και ο σκοπός της e-health, η οποία προσφέρει

καινοτομίες και πλεονεκτήματα όπως εύκολη λήψη από τον ασθενή δεδομένων σε ηλεκτρονική μορφή, ηλεκτρονικά ραντεβού και online έλεγχο των χρεώσεων, οδήγησαν στη συμπερίληψη αυτών των παραμέτρων σαν συστατικά του δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας όπως αυτός καταγράφηκε στην έκδοση του Euro Health Consumer Index του 2009 (25).

Η τεχνολογία της πληροφορίας χρησιμοποιείται επίσης για τη συγκέντρωση και επεξεργασία πληροφοριών στην προσπάθεια της διενέργειας συγκρίσεων μεταξύ διαφορετικών παρόχων υπηρεσιών υγείας και επαγγελματιών. Ο Λιαρόπουλος (25) τονίζει πως ίσως αυτή να είναι και η σημαντικότερη χρήση της.

Ικανοποίηση του πληθυσμού

Παράλληλα με την εκτίμηση της απόδοσης του συστήματος υγείας και την αξιολόγηση των πιο «αντικειμενικών» δεικτών, όπως το κόστος και η αποτελεσματικότητα, μπορεί να γίνει εκτίμηση της ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας, η οποία αναφέρεται στην υποκειμενική εμπειρία και αίσθηση που αποκομίζουν από τη χρήση των υπηρεσιών. Η εκτίμηση της ικανοποίησης είναι κατά κανόνα μέρος της αξιολόγησης του προγράμματος υγείας, παρέχοντας ανατροφοδότηση με πληροφορίες από τα άτομα στα οποία απευθύνονται οι υπηρεσίες υγείας: τους χρήστες. Οι πληροφορίες αυτές καλύπτουν δυνητικά ένα μεγάλο εύρος διεργασιών, πολιτικών και πρακτικών, αποτυπώνοντας εκτός των άλλων τον τρόπο με τον οποίο οι πολίτες αποτιμούν την εκπλήρωση των συστατικών στοιχείων της απόδοσης, όπως η προσβασιμότητα και η επικέντρωση στον ασθενή. Όμως η έννοια και το περιεχόμενο της ικανοποίησης είναι δύσκολο να κατανοηθούν και να οριστούν με σαφή και ευρέως αποδεκτό τρόπο. Η δυσκολία αυτή έγκειται κατά κανόνα σε παράγοντες που αφορούν στην ίδια τη φύση του ανθρώπου, όπως η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης νόησης και συμπεριφοράς, η υποκειμενικότητα της εμπειρίας και το πλήθος των συσχετίσεων μεταξύ τους αλλά και με εξωτερικούς παράγοντες. Δύο είναι οι κύριες μέθοδοι για την πραγματοποίηση της μέτρησης: οι έρευνες κοινής γνώμης με τις οποίες καταγράφουμε τις απόψεις των πολιτών και η χρησιμοποίηση υποκατάστατων δεικτών, με τη μελέτη των οποίων γίνεται έμμεση εξαγωγή συμπερασμάτων. Πληροφορίες για την ικανοποίηση των πολιτών λαμβάνονται από έρευνες που διενεργούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, διεθνείς

οργανισμούς αλλά και μη κυβερνητικές οργανώσεις. Στην Ελλάδα, η ικανοποίηση στο σύνολο του πληθυσμού βρίσκεται στο 16% με βάση εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ στο σύνολο δεκαεπτά χωρών. Το μέσο ποσοστό των πολιτών που δήλωσαν αρκετά ή πολύ ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας είναι, όπως φαίνεται, εξαιρετικά χαμηλό στην Ελλάδα τοποθετώντας τη στην προτελευταία θέση των χωρών του ΟΟΣΑ. Τα ποσοστά ικανοποίησης στις μεσογειακές χώρες και τις ΗΠΑ είναι αρκετά χαμηλά ενώ τα υψηλότερα επίπεδα παρατηρούνται στις σκανδιναβικές χώρες (25).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΡΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Εισαγωγή

Η ποιότητα στον χώρο της υγείας είναι μία πολύπλοκη έννοια για την οποία δεν υπάρχει σαφής σύγκλιση στη βιβλιογραφία ως προς τον ορισμό και το περιεχόμενο. Η λέξη βασίζεται στην αρχαία ελληνική λέξη ποιότης, η οποία έχει κοινή ρίζα με την αντωνυμία ποίος, που σημαίνει τι φύσεως ή τι λογής και αναφέρεται στα χαρακτηριστικά που συνιστούν τη φύση μιας οντότητας, όπως ένα προϊόν (2). Στο λεξικό του Kahn (33) η ποιότητα ορίζεται ως ο βαθμός της τελειότητας ενός προϊόντος ή υπηρεσίας.

Πορεία προς ανάπτυξη ορισμού

Κατά τη διαδικασία του ορισμού της έννοιας της ποιότητας παρουσιάζεται η ανάγκη εξέτασης των παρακάτω παραμέτρων.

Η πρώτη παράμετρος αφορά στο επίπεδο και πρίσμα υπό το οποίο εξετάζεται και παρατηρείται το πεδίο ενδιαφέροντος. Ποια είναι λοιπόν τα βασικά στοιχεία που συγκροτούν την ποιότητα φροντίδας υγείας; Στη διαδικασία της προσπάθειας ορισμού της ποιότητας, ο Donabedian (26) παρατηρεί πως είναι δυνατές αλλά και θεμιτές πολλαπλές διατυπώσεις, ανάλογα πάντα με τη θέση των επαγγελματιών υγείας στο σύστημα υγείας και με τον χαρακτήρα των ευθυνών τους. Η κεντρικής σημασίας θέση των επαγγελματιών υγείας στο σύστημα, γύρω από τους οποίους οι λειτουργίες του περιστρέφονται, δημιουργεί μάλλον την ανάγκη να αρχίσει η εξέταση της έννοιας της ποιότητας με την αξιολόγηση της πρακτικής και των επιδόσεων των επαγγελματιών υγείας.

Δύο κύριες διαστάσεις χαρακτηρίζουν την πρακτική και τις επιδόσεις των επαγγελματιών υγείας: η τεχνική και η διαπροσωπική. Η τεχνική επίδοση σχετίζεται με τη γνώση και κρίση που επιστρατεύονται στην εφαρμογή των κατάλληλων στρατηγικών καθώς και με τις ικανότητες των εμπλεκόμενων ατόμων. Η καλή τεχνική επίδοση κρίνεται σε συσχετισμό με τη βέλτιστη πρακτική, ενώ η σημασία της τελευταίας έγκειται στη γενική αντίληψη πως παράγει τις μεγαλύτερες βελτιώσεις

στην υγεία. Το πόσο καλή είναι λοιπόν η τεχνική φροντίδα θεωρείται ευθέως ανάλογο προς τις προσδοκίες από την παροχή της μέσα στο πλαίσιο της παρούσας επιστημονικής και τεχνολογικής κατάστασης στο σύστημα υγείας. Ορίζοντας ως αποτελεσματικότητα το κλάσμα του επιπέδου των αποτελεσμάτων που επιτυγχάνονται προς το θεωρητικά επιτεύξιμο τότε η ποιότητα της τεχνικής φροντίδας είναι ευθέως ανάλογη προς την αποτελεσματικότητά της. Η τεχνική ποιότητα είναι στενά συνδεδεμένη και εξαρτάται από το μέγιστο επίπεδο των τεχνολογικών εξελίξεων σε μία δεδομένη στιγμή και επίσης βασίζεται σε μελλοντικές προσδοκίες. Ακόμη και αν τα αποτελέσματα μίας δράσης έχουν επιτευχθεί σε ελάχιστο βαθμό τότε η ποιότητα θα έπρεπε και πάλι να κριθεί το ίδιο καλή, δεδομένου ότι η παροχή φροντίδας σε μια παρελθούσα χρονική στιγμή ήταν σύμφωνη με τη βέλτιστη πρακτική, η οποία αναμενόταν να δώσει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα (26).

Η διαπροσωπική διάσταση της ποιότητας έχει με τη σειρά της μεγάλη σημασία. Η αλληλεπίδραση και επικοινωνία μεταξύ των ατόμων δίνει τη δυνατότητα ανταλλαγής πληροφοριών που χρειάζονται για την επίτευξη ενός αποτελέσματος όπως η διάγνωση και οι οποίες επίσης κάνουν γνωστές τις προσωπικές προτιμήσεις στο πλαίσιο της επιλογής των κατάλληλων εναλλακτικών. Ο επαγγελματίας υγείας παρέχει πληροφορίες για τη φύση, τη διαχείριση και τις επιπτώσεις της ασθένειας και παρακινεί τον δέκτη της φροντίδας να αναλάβει ενεργό ρόλο και συμμετοχή στον σχεδιασμό και την υλοποίηση του πλάνου φροντίδας. Η διαπροσωπική επικοινωνία αποτελεί λοιπόν τον φορέα υλοποίησης αυτού του πλάνου μέσα από την εφαρμογή της τεχνικής φροντίδας και επομένως οι δύο διαστάσεις της ποιότητας φροντίδας είναι αλληλένδετες και αλληλεξαρτώμενες όσον αφορά στην επιτυχία τους. Παρόλα αυτά, η διαπροσωπική διάσταση έχει έναν ιδιαίτερο χαρακτήρα στο γεγονός ότι οι ατομικές και κοινωνικές προσδοκίες χρειάζεται να εκπληρωθούν, ακόμη και σε βάρος της τεχνικής επίδοσης. Μερικές από τις παραμέτρους που της προσδίδουν αυτόν τον ιδιαίτερο χαρακτήρα είναι η ιδιωτικότητα, η εμπιστευτικότητα, η ενημερωμένη επιλογή, η ενσυναίσθηση, η ευαισθησία και η εντιμότητα, βασικές αξίες των οποίων ο σεβασμός αναμένεται σε μία κοινωνία με σύγχρονες ηθικές αξίες (26).

Ο Donabedian (26) παρατηρεί πως υπάρχουν αρκετοί λόγοι για τους οποίους η αξιολόγηση της διαπροσωπικής επικοινωνίας δε λαμβάνει την προσοχή που της αρμόζει παρά το γεγονός ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική. Ένας λόγος μπορεί να είναι η

δυσκολία λήψης και συγκέντρωσης πληροφοριών και δεδομένων για τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. Επίσης, δεν υπάρχουν καλά καθιερωμένα κριτήρια και πρότυπα για ικανοποιητικές μετρήσεις των παραμέτρων της διαπροσωπικής διαδικασίας και εκεί που υπάρχουν, πολλές φορές παραμελείται η χρήση τους. Το δεύτερο μπορεί να συμβαίνει λόγω των πολλών μεταβλητών στις προτιμήσεις και τα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου ξεχωριστά, οι οποίες πιθανόν αποτρέπουν την προσοχή από τον γενικό χαρακτήρα που έχουν τα καθιερωμένα συστήματα κατευθυντήριων οδηγιών και στοιχείων μιας κλίμακας. Η παροχή φροντίδας στο πλαίσιο του χαρακτήρα της ως τέχνης επιστρατεύει συχνά τη διαίσθηση των επαγγελματιών υγείας και την προσαρμογή σε εξατομικευμένα χαρακτηριστικά. Ακόμη, ο ακριβής τρόπος με τον οποίον οι επαγγελματίες υγείας επεξεργάζονται και διαχειρίζονται τις πληροφορίες που έχουν στη διάθεσή τους στην πορεία προς την επίτευξη του αποτελέσματος δεν είναι εύκολα κατανοητός. Αυτό οφείλεται στο μυστήριο που ως ένα σημείο προσδίδει στην παροχή φροντίδας ο χαρακτήρας της ως τέχνη και το οποίο αναμένεται να μειώνεται συνεχώς όσο παράγεται νέα γνώση και αυξάνει ο επιστημονικός χαρακτήρας της.

Ορισμοί για την Ποιότητα

Ο ορισμός της ποιότητας που έχει δώσει το Institute of Medicine των ΗΠΑ και τον οποίον υιοθετεί ο ΟΟΣΑ (27) είναι ο εξής: «ο βαθμός στον οποίον οι υπηρεσίες υγείας σε επίπεδο ατόμων και πληθυσμών αυξάνουν την πιθανότητα για την επίτευξη επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και συμβαδίζουν με τη διαθέσιμη επιστημονική γνώση».

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (34) δίνει τον δικό του ορισμό: «ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίον το σύνολο των εγγενών χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας ικανοποιεί τις ανάγκες ή προσδοκίες». Ο Ραφτόπουλος (2) παρατηρεί πως ο συγκεκριμένος ορισμός της ποιότητας τοποθετεί τον χρήστη προϊόντων και υπηρεσιών σε κεντρική θέση όσον αφορά στην αξιολόγηση της ποιότητας.

Οι Monroe και Krishnan (35) ορίζουν την ποιότητα ως την «ικανότητα από τη σκοπιά της αντίληψης του χρήστη ενός προϊόντος ή υπηρεσίας να τον ικανοποιεί, έχοντας υπόψιν τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές».

Σύμφωνα με τους Parasuraman et al. (36), ένας ορισμός της ποιότητας, ο οποίος χρησιμοποιείται και συχνά, έχει ως εξής: «το αποτέλεσμα της σύγκρισης μεταξύ των προσδοκιών των χρηστών από μία υπηρεσία και της αντίληψης του τρόπου με τον οποίον αυτή παρέχεται».

Στην ελληνική εμπειρία, σε προσπάθειες που έχουν γίνει για τη στάθμιση κλιμάκων εκτίμησης του όρου ποιότητα από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, παρατηρήθηκαν σε γενικές γραμμές τα εξής:

- Στον χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, ο χρήστης υπηρεσιών υγείας αντιλαμβάνεται την ποιότητα ως σεβασμό της προσωπικότητάς του από τον ιατρό κατά την εξέταση, προστασία της ιδιωτικότητας και αξιοπρέπειάς του από το νοσηλευτικό προσωπικό, αφιέρωση χρόνου από τον ιατρό για επαρκή εξήγηση της κατάστασης και της απαιτούμενης αγωγής και τέλος, ως αίσθηση ότι ο γιατρός γνωρίζει καλά το αντικείμενό του (37).
- Στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα και ειδικότερα για τους ηλικιωμένους χρήστες, η ποιότητα σχετίζεται με την απόλυτη ειλικρίνεια του ιατρού σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, την αίσθηση σεβασμού της προσωπικότητάς τους από τους επαγγελματίες υγείας, την αίσθηση πως οι τελευταίοι γνωρίζουν καλά τη δουλειά τους, τη λήψη κατάλληλης φροντίδας χωρίς την απαίτηση για παραπάνω χρήματα και τέλος, το ενδιαφέρον και την ενσυναίσθηση από τη μεριά των επαγγελματιών υγείας όταν οι ίδιοι υποφέρουν (38).

Σύμφωνα με τους Ghobadian et al. (39), οι ορισμοί για την ποιότητα μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε κατηγορίες με βάση τις παρακάτω παραμέτρους:

- Ανωτερότητα. Εδώ η ποιότητα εμπεριέχει μια ιδέα έμφυτης τελειότητας και κινείται κυρίως σε φιλοσοφικά πλαίσια. Οι ορισμοί αυτοί έχουν έναν άκαμπτο χαρακτήρα καθώς λαμβάνουν περισσότερο τη μορφή αξιώματος.
- Εξέχοντα χαρακτηριστικά. Η ποιότητα μπορεί να ερευνηθεί ποσοτικά και να συγκριθεί μεταξύ προϊόντων και υπηρεσιών στο πλαίσιο της ιδέας του βαθμού εκπλήρωσης προσδοκιών.
- Χαρακτηριστικά διαδικασίας ή παροχής. Η ποιότητα συνδέεται άμεσα με τη συμμόρφωση σε προκαθορισμένες απαιτήσεις. Οι Οργανισμοί, στο πλαίσιο του σχεδιασμού των υπηρεσιών και της εφαρμογής πρακτικών και αλλαγών, είναι περισσότερο πιθανό να ακολουθούν αυτόν τον ορισμό.
- Ικανοποίηση του χρήστη. Η ποιότητα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις επιδράσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος. Ο χώρος της παροχής υπηρεσιών υγείας, ο οποίος είναι χώρος εντάσεως εργασίας, εμπεριέχει δραστηριότητες που πιθανόν σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με αυτόν τον ορισμό.
- Προστιθέμενη αξία. Η ποιότητα σχετίζεται με την ανταπόκριση στις απαιτήσεις του πελάτη σχετικά με το κόστος, τη διαθεσιμότητα και την προστιθέμενη αξία.

Οι Holbrook και Corfman (40) και μετέπειτα ο Holbrook (41), υποστήριξαν πως η ποιότητα έχει έναν απροσδιόριστο χαρακτήρα και μπορεί να εννοηθεί μόνο σε συνάρτηση με τον όρο αξία. Σύμφωνα με την Zeithaml (42), η οποία γενικά συμφωνεί με την άνω άποψη, η ποιότητα χαρακτηρίζεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο αλληλεπίδρασης ενώ η έννοια της αξίας αφορά περισσότερο το άτομο. Ο χρήστης συσχετίζει την αξία που προσέδωσε στην υπηρεσία με την κρίση του για το τι έδωσε και τι πήρε πίσω, καταλήγοντας σε μια τελική αξιολόγηση της ποιότητας.

Ο Ραφτόπουλος (2) θεωρεί πως η ποιότητα θα μπορούσε να οριστεί από κάποιους μέσα στο πλαίσιο μιας υπάρχουσας κουλτούρας και νοοτροπίας σε συνδυασμό με το σύστημα αξιών υπό το πρίσμα του οποίου ο κάθε άνθρωπος βλέπει τον κόσμο. Επίσης παρατηρεί πως στη διεθνή βιβλιογραφία γενικά, η ποιότητα και η ικανοποίηση από μια συγκεκριμένη υπηρεσία είναι ξεχωριστά φαινόμενα. Παραδείγματα εξαιρέσεων αποτελούν οι ιδέες των Cronin και Taylor (43), καθώς και

της Bitner (44), οι οποίοι θεωρούν πως η ποιότητα αποτελεί προϋπόθεση για την ικανοποίηση.

Σύμφωνα με τους Rust και Oliver (45), η συσχέτιση της ποιότητας με την ικανοποίηση είναι σε γενικές γραμμές η παρακάτω:

- Η ποιότητα είναι απλά μία έκφραση της ικανοποίησης.
- Ο χρήστης αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών στο πλαίσιο συγκεκριμένων διαστάσεων, ενώ οι διαστάσεις της υπηρεσίας που αφορούν στην ικανοποίηση δεν σχετίζονται απαραίτητα με την ποιότητα.
- Οι προσδοκίες των χρηστών για την ποιότητα της υπηρεσίας τοποθετούνται στο πλαίσιο ιδεών και απόψεων για ένα βέλτιστο επίπεδο απόδοσής της. Από την άλλη, οι χρήστες συχνά σχηματίζουν προσδοκίες που τοποθετούν την έννοια της ικανοποίησης σε διαφοροποίηση από αυτήν της ποιότητας και του βαθμού της επίτευξης των αποτελεσμάτων. Τέτοιες προσδοκίες μπορεί να αφορούν σε ιδέες και αξίες όπως η δικαιοσύνη και η ισοτιμία.
- Δε χρειάζεται πρότερη εμπειρία για την αξιολόγηση ή τον σχηματισμό αντιλήψεων περί της ποιότητας σε αντιδιαστολή με την ικανοποίηση, η οποία απαιτεί την πρότερη χρήση μιας υπηρεσίας.
- Τα απαραίτητα στοιχεία και τοποθετήσεις για την αξιολόγηση της ποιότητας και τη θεμελίωσή της σαν έννοια μάλλον είναι λιγότερα από αυτά που αφορούν στην ικανοποίηση.

Υπάρχουν πάντως ερευνητές, όπως οι Cronin και Taylor (43), που θεωρούν πως υπάρχει ένας βαθμός σύνδεσης μεταξύ ποιότητας και ικανοποίησης.

Σύμφωνα με τους Taylor και Hausman (46), μέχρι τη δεκαετία του '60 η νοσηλευτική επιστήμη δυσκολεύθηκε ιδιαίτερα να εμβαθύνει στην ιδέα και το νόημα της ποιότητας. Συχνά μέχρι και σήμερα οι όροι διασφάλιση και έλεγχος ποιότητας, καθώς και τα πρότυπα, χρησιμοποιούνται στη θέση του όρου ποιότητα.

Όπως αναφέρει ο Koch (47), γενικά παρατηρείται πως η προσπάθεια τοποθέτησης της ποιότητας σε ένα σαφές εννοιολογικό πλαίσιο δεν έχει νόημα, καθώς οι

παράγοντες και οι συνθήκες που της δίνουν υπόσταση είναι πολύπλοκες τόσο από μόνες τους όσο και σε συσχέτιση μεταξύ τους και υφίστανται μέσα σε ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο από αυτό του χώρου παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ορισμοί για την ικανοποίηση

Όσον αφορά στον ορισμό της έννοιας της ικανοποίησης, η Linder-Pelz (48) την ορίζει ως ένα σύνολο από θετικές αξιολογήσεις διακριτών διαστάσεων της φροντίδας υγείας. Το είδος της παροχής φροντίδας που αξιολογείται θα μπορούσε να είναι μία απλή επίσκεψη στην κλινική, η θεραπεία ενός επεισοδίου ή ακόμη και το σύστημα υγείας στο σύνολό του. Ο Pascoe (49) παίρνοντας σαν αφετηρία τον ορισμό της Linder-Pelz, θεωρεί πως η άμεση αντίδραση του ασθενούς στην εμπειρία της τρέχουσας στιγμής μπορεί πιθανόν να διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησής του απ' ότι οι γενικές αξίες και οι προκαθορισμένες προσδοκίες, τις οποίες έχει ήδη επεξεργαστεί γνωστικά.

Σύμφωνα με τη Williams (50), η ικανοποίηση μπορεί να οριστεί είτε εμμέσως, είτε ρητά ως μία «αξιολόγηση» βασισμένη στην εκπλήρωση προσδοκιών.

Οι Williams et al. (51) υποστηρίζουν ότι στην προσπάθεια εννοιολογικού προσδιορισμού της ικανοποίησης σημαντική θέση κατέχουν οι έννοιες καθήκον και ενοχή. Η ερμηνεία αυτών των εννοιών μεταθέτει το επίκεντρο της προσοχής από την περιγραφή μίας θετικής ή αρνητικής εμπειρίας σε μία περιγραφή υπηρεσίας με θετικούς ή αρνητικούς όρους (δηλαδή αξιολόγηση της υπηρεσίας υγείας). Όταν οι χρήστες υπηρεσιών υγείας ερωτήθηκαν σχετικά με την αξιολόγηση μιας υπηρεσίας οι απαντήσεις τους καθοδηγούνταν από πεποιθήσεις σχετικά με το τι η υπηρεσία «πρέπει» ή «δεν πρέπει» να προσφέρει (έννοια καθήκοντος), αλλά και επίσης σχετικά με τη δυνατότητα απόδοσης σε αυτήν «ευθύνης» όσον αφορά στην πραγματοποίηση από μέρους της ενεργειών που δε θα έπρεπε ή παράλειψη αυτών που θα έπρεπε να κάνει. Το «καθήκον» αντιπροσωπεύει την αίσθηση που έχουν τα άτομα για τα δικαιώματά τους και αντανακλά την προσδοκία τους για το τι θα έπρεπε να συμβεί. Σε αυτό το πλαίσιο οι αρνητικές εμπειρίες στο πλαίσιο της συνολικής διαδικασίας δεν οδηγούσαν απαραίτητα και σε μια αρνητική αξιολόγηση της υγείας. Η έννοια της ευθύνης οδήγησε σε αποτελέσματα της μελέτης που υποδεικνύουν πως τα

περισσότερα άτομα δεν αξιολόγησαν την υπηρεσία στο σύνολό της αρνητικά, ακόμη και αν περιείχε αρνητικές εμπειρίες ή οι επαγγελματίες υγείας δεν έκαναν σωστά το «καθήκον» τους, εφόσον αναγνώρισαν πως υπήρχαν ελαφρυντικοί παράγοντες που επέτρεψαν αυτό το αποτέλεσμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Θεωρίες για την Ποιότητα

Συνολική εκληφθείσα ποιότητα μιας υπηρεσίας

Οι Parasuraman et al. ήταν οι πρώτοι που παρουσίασαν μαθηματικό μοντέλο ερμηνείας της ποιότητας, βασισμένοι στις θεωρίες από τον χώρο του marketing (36). Ο μαθηματικός τύπος που συνιστά αυτήν την προσέγγιση είναι ο εξής:

$$\Sigma \text{EΠ}_i = A_i - \text{Π}_i$$

Αν ένα συμβάν κατά τη διαδικασία παροχής μιας υπηρεσίας θεωρηθεί ως ερέθισμα, τότε ΣΕΠ ορίζεται ως η «συνολική εκληφθείσα ποιότητα» της υπηρεσίας την οποία αποτυπώνει η ερμηνεία των i ερεθισμάτων. A_i είναι οι αντιλήψεις των χρηστών όσον αφορά στη χρήση και λειτουργία των συντελεστών της υπηρεσίας, ενώ Π_i είναι οι προσδοκίες τους οι οποίες έχουν σχηματιστεί με βάση ένα προϋπάρχον σύστημα αξιολόγησης, ξεχωριστό για κάθε χρήστη.

Οι Parasuraman et al. (36), όπως έχει ήδη αναφερθεί, χαρακτηρίζουν την ποιότητα, όπως την αντιλαμβάνεται ο χρήστης, σαν τον βαθμό της ταύτισης ανάμεσα στις αντιλήψεις και τις προσδοκίες του. Η εκληφθείσα ποιότητα αποτυπώνει τη συνολική «στάση» του χρήστη απέναντι στην υπηρεσία. Οι αντιλήψεις προκύπτουν από νοητική επεξεργασία και αντανακλούν αυτά που οι πολίτες πιστεύουν για την υπηρεσία μετά από χρήση της, ενώ οι προσδοκίες, οι οποίες εκφράζονται ως «επιθυμίες», αντιπροσωπεύουν τη σκέψη για το τι «πρέπει» να προσφέρει μια υπηρεσία σε σύγκριση με ένα «ιδανικό» επίπεδο.

Οι Parasuraman et al. δηλώνουν (52) πως το μοντέλο τους δεν εμπεριέχει μια μέτρηση διαφοράς ούτε αποτελεί μοντέλο πρόβλεψης, αλλά απλώς ένα σύστημα στο οποίο το επίπεδο της εκλαμβανόμενης από τον χρήστη ποιότητας μεγαλώνει ανάλογα με την αύξηση της τιμής του Α-Π.

Μοντέλο των Monroe και Krishnan

Οι Monroe και Krishnan ανέπτυξαν ένα μοντέλο το οποίο αποτυπώνεται στην παρακάτω σχέση (35):

$$\Pi_i = -1 \left[\sum \Sigma_i I_i (A_i - \pi_i) \right]$$

Π_i είναι η εκληφθείσα ποιότητα προϊόντος ή υπηρεσίας, Σ_i είναι η σημαντικότητα της κάθε διάστασης της φροντίδας, π_i η πιθανότητα το προϊόν ή η υπηρεσία να έχει ένα συγκεκριμένο ποσοστό από την άνω διάσταση, I_i είναι το ιδανικό ποσοστό της κάθε διάστασης.

Κλιμακούμενη ποιότητα

Στο μοντέλο των Ghobadian et al. η εκληφθείσα ποιότητα λαμβάνει μία τιμή από ένα σύνολο που τοποθετείται πάνω σε ένα συνεχές με άκρα τη μη αποδεκτή και την ιδανική ποιότητα (39). Σε συγκεκριμένο σημείο εντός της κλίμακας βρίσκεται η «ικανοποιητική» ποιότητα. Το μοντέλο τους έχει ως εξής:

$$E\Pi = \Delta\Pi\Pi + \Pi\Pi Y + \Pi\Pi A$$

$E\Pi$ είναι η εκληφθείσα από τους πελάτες ποιότητα της υπηρεσίας, $\Delta\Pi\Pi$ είναι οι ήδη διαμορφωμένες προσδοκίες των πελατών, οι οποίες προκύπτουν από παράγοντες όπως πρότερη χρήση της υπηρεσίας, προσωπικές ανάγκες ή τιμή, $\Pi\Pi Y$ είναι η πραγματική ποιότητα του περιεχομένου και διαδικασίας της υπηρεσίας όπως προσδιορίζεται και ελέγχεται από τον πάροχο, η οποία όμως στην τελική καθορίζεται από τις απαιτήσεις των πελατών και $\Pi\Pi A$ αντανakλά και πάλι την πραγματική ποιότητα, αυτήν τη φορά όμως του αποτελέσματος από τη χρήση της υπηρεσίας.

Με βάση το άνω μοντέλο, η αίσθηση που αποκομίζει ο χρήστης για την ποιότητα και η οποία καθορίζει το επίπεδο ικανοποίησής του, καθορίζεται από τον βαθμό στον οποίον η ποιότητα της διαδικασίας και του αποτελέσματος ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του. Τα τρία πιθανά αποτελέσματα για την ποιότητα της υπηρεσίας τα οποία μπορούν να προκύψουν από αυτήν τη σύγκριση είναι τα παρακάτω:

- Ικανοποιητική ποιότητα, όταν η εκληφθείσα ποιότητα ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των χρηστών, δηλαδή $EΠ = ΔΠΠ$.
- Ιδανική ποιότητα όταν $EΠ > ΔΠΠ$, όταν η εκληφθείσα ποιότητα ξεπερνά τις προσδοκίες.
- Μη αποδεκτή ποιότητα όταν $EΠ < ΔΠΠ$, όταν η εκληφθείσα ποιότητα δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες.

Η Εκληφθείσα Ποιότητα ως Στάση

Οι Bolton και Drew (53,54) χαρακτηρίζουν την εκληφθείσα ποιότητα ως στάση η οποία πηγάζει από την αντίληψη του χρήστη για την ποιότητα μιας υπηρεσίας με βάση τη χρήση στο παρελθόν, το επίπεδο ικανοποίησης ή δυσαρέσκειάς του και το τρέχον επίπεδο απόδοσης της υπηρεσίας. Στο μοντέλο τους υποστήριξαν πως η εκληφθείσα ποιότητα δεν επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την εκπλήρωση προσδοκιών, αλλά από την τρέχουσα απόδοση της υπηρεσίας. Στη συνέχεια προέβησαν σε μια προσπάθεια βελτίωσης του μοντέλου τους, δίνοντας μεγαλύτερη σημασία από ότι προτύτερα στην ικανοποίηση των χρηστών.

Οι Mazis et al. (55) με τη σειρά τους θεωρούν πως η στάση του χρήστη προκύπτει από την αξιολόγηση της απόδοσης λαμβάνοντας υπόψιν βαθμούς σημαντικότητας για τις διαστάσεις της τελευταίας. Διαπιστώνουν πως πειραματικά συμπεραίνεται πως η αξιολόγηση και μόνο παρέχει δυνατότητα πρόβλεψης για την εκδήλωση συμπεριφορών στον ίδιο βαθμό με ένα ολοκληρωμένο υπόδειγμα που περιλαμβάνει τις παραμέτρους της εκληφθείσας ποιότητας, των προσδοκιών και της ικανοποίησης. Η τελική τους πρόταση λοιπόν είναι η χρήση της αξιολόγησης απόδοσης ως μοναδικού δείκτη της ποιότητας.

Η ποιότητα από τη σκοπιά του ασθενή

Οι Wilde et al. (56) προσπάθησαν να διερευνήσουν τον τρόπο αντίληψης του όρου ποιότητα από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν πως ο χρήστης λαμβάνει υπόψιν του ένα σύνολο διαστάσεων στην εικόνα που σχηματίζει. Οι δύο βασικές διαστάσεις είναι οι προτιμήσεις των χρηστών και η δομή των πόρων. Οι πόροι λαμβάνουν ατομικά χαρακτηριστικά, τα οποία αφορούν στους

επαγγελματίες υγείας, αλλά και χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος και της διοίκησης όπως είναι το τεχνολογικό πλαίσιο ή ο χώρος της φροντίδας. Οι ασθενείς έχουν προτιμήσεις που τοποθετούνται σε δύο διακριτές κατηγορίες: την ορθολογική, με βάση δηλαδή την επεξεργασία πληροφοριών και την εξαγωγή συμπερασμάτων για την κατάσταση της υγείας, και την ανθρώπινη, στο πλαίσιο του σεβασμού της προσωπικότητας, της μοναδικότητας και των δικαιωμάτων τους.

Προβλέπουσα Ποιότητα της Φροντίδας

Οι Ραφτόπουλος και συν. (37) προτείνουν τη δική τους θεωρία για την «προβλέπουσα» ποιότητα. Αυτή προκύπτει σε συνάρτηση με όλα τα χαρακτηριστικά και παράγοντες που αποτελούν προβλεπτικούς δείκτες της εκληφθείσας ποιότητας, όπως η τελευταία ορίζεται από τους Parasuraman et al. (36). Στη μελέτη τους στο πλαίσιο της ΠΦΥ παρατηρούν πως οι προσδοκίες που διαμορφώνουν οι χρήστες υπηρεσιών υγείας δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση. Αυτά που χαρακτηρίζουν ως συστατικά μιας ποιοτικής φροντίδας, μετά από τη νοητική επεξεργασία των διαστάσεων της φροντίδας, αποτελούν τις προϋποθέσεις για την ικανοποίηση. Το μοντέλο τους λοιπόν έχει ως εξής:

$$I_k = \sum (\Sigma E\Pi_k - \Pi_k)$$

I_k είναι η ικανοποίηση του χρήστη, $\Sigma E\Pi_k$ είναι η συνολική εκληφθείσα ποιότητα και Π_k οι προσδοκίες του χρήστη.

Μοντέλο της συντελεστικής ποιότητας της φροντίδας

Ο Ραφτόπουλος (2) πιστεύει πως η ποιότητα έχει δύο κύριες διαστάσεις: κανονιστική και θετικιστική. Η θετικιστική διάσταση θεωρεί πως ο κάθε άνθρωπος επιζητά μια «καλή» φροντίδα στο πλαίσιο των επιθυμιών και προσδοκιών του. Εδώ γίνεται λόγος για προαγωγή της ευεξίας μέσω της ποιοτικής φροντίδας. Η ικανοποίηση του ασθενή από τη φροντίδα προσθέτει αξία σε κάθε ποιοτική παρέμβαση, στον βαθμό που αυτή συμβάλλει στην ευεξία του. Η κανονιστική διάσταση θεωρεί πως ορισμένα πράγματα έχουν μια εγγενή αξία και είναι καλά

ανεξάρτητα από την αντίληψή μας, επιτάσσοντας την προσπάθεια επίτευξής τους. Υπάρχει λοιπόν ένας διαχωρισμός, σύμφωνα με τον οποίον η μία ομάδα υποστηρικτών μπορεί να πιστεύει πως το δικαίωμα στη φροντίδα αυτή καθεαυτή διαφέρει σε σημασία και διάσταση από την προσπάθεια καθορισμού στόχων επίτευξης αυξημένων επιπέδων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας που να συναρτώνται με την ικανοποίηση του χρήστη.

Θεωρίες για την ικανοποίηση

Μοντέλο του Oliver

Ο Oliver προσπάθησε να συνδέσει ικανοποίηση και ποιότητα στο μοντέλο του (57). Θεωρεί ότι η εκληφθείσα ποιότητα καθορίζεται από το αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα σε ιδεώδες και τρέχον επίπεδο απόδοσης της υπηρεσίας, ενώ η ικανοποίηση προκύπτει από την εκπλήρωση των προσδοκιών πρόβλεψης σχετικά με τις διαστάσεις της ποιότητας της υπηρεσίας. Στο υπόδειγμα του Oliver, οι προσδοκίες δεν επηρεάζουν τις αντιλήψεις του χρήστη για την απόδοση της υπηρεσίας.

Μοντέλο των Howard και Sheth

Το μοντέλο τους έχει ως εξής (58):

$$A_{t+2} = f(S_{t+1} - A_t) + A_t$$

όπου A_t η στάση πριν τη χρήση μιας υπηρεσίας, S_{t+1} η ικανοποίηση αμέσως μετά τη χρήση της, A_{t+2} η αναθεωρημένη στάση μετά τη χρήση της και $S_{t+1} - A_t$ το αποτέλεσμα της σύγκρισης μεταξύ της προσδοκώμενης ικανοποίησης και της ικανοποίησης μετά τη χρήση.

Προσαρμοσμένη ικανοποίηση από τη φροντίδα

Ο Ραφτόπουλος (2) πιστεύει πως η χρήση συνηθισμένων κλιμάκων που εμπεριέχουν ερωτήσεις όπως «πόσο ικανοποιημένος είστε με...» οδηγεί σε σφάλματα καθώς όπως αναφέρει χαρακτηριστικά τείνουν να οδηγούν σε μια «ομογενοποιημένη ισοπέδωση» της έννοιας ικανοποίηση. Συμπεραίνει πως αποτελούν ένα εργαλείο το οποίο δεν έχει χρησιμότητα για αυτούς που λαμβάνουν και αξιολογούν τις πληροφορίες στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο που προτείνει και το οποίο αναφέρεται στη σταθμισμένη ικανοποίηση έχει ως εξής:

$$\Sigma I = \Sigma (I_k \times \Sigma_k)$$

όπου ΣI η σταθμισμένη ικανοποίηση, I_k η ικανοποίηση από κάθε συγκεκριμένη διάσταση της φροντίδας και Σ_k ο βαθμός της σημασίας που δίνει ο ασθενής σε κάθε διάσταση. Το αποτέλεσμα της σταθμισμένης ικανοποίησης αποτελεί λοιπόν το άθροισμα της ικανοποίησης από τις διαστάσεις της φροντίδας.

Μοντέλο των Spreng et al.

Οι Spreng et al. (59) βασίστηκαν στην πρόταση του Oliver (57) για να αναπτύξουν το δικό τους υπόδειγμα. Θεωρώντας πως η συνολική ικανοποίηση αποτελεί συναισθηματική αντίδραση σε ένα γεγονός ή υπηρεσία, τη διαχωρίζουν στην ικανοποίηση από τα ίδια τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας και στην ικανοποίηση από τη χρήση της διαθέσιμης πληροφορίας για την επιλογή της συγκεκριμένης υπηρεσίας. Αυτές οι δύο ξεχωριστές διαστάσεις της ικανοποίησης, οι οποίες συνδυασμένες καθορίζουν τη συνολική ικανοποίηση του χρήστη, επηρεάζονται με τη σειρά τους από την αντίληψη του βαθμού στον οποίον η εκληφθείσα απόδοση της υπηρεσίας συντελεί στην εκπλήρωση των επιθυμιών και προσδοκιών του.

Μοντέλο της Linder-Pelz

Η Linder-Pelz υπήρξε από τους πρώτους ερευνητές που προσπάθησαν να θεμελιώσουν μία θεωρία για την ικανοποίηση των ασθενών. Υποστηρίζει (48) πως η αυξανόμενη προσοχή που δίνεται συνεχώς στο θέμα της ικανοποίησης ασθενών οφείλεται καταρχάς στο γεγονός πως θεωρείται γενικά σαν ένας από τους στόχους της παροχής φροντίδας υγείας. Σαν συνέπεια του κινήματος καταναλωτών, η ικανοποίησή τους θεωρείται ως απαραίτητη έκβαση ανεξάρτητα από την αποτελεσματικότητα της συναλλαγής. Επίσης στο ίδιο πλαίσιο υπάρχει ενθάρρυνση της συμμετοχής των ασθενών στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Ακόμη πιστεύεται πως υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και διάφορων συμπεριφορών της υγείας και της ασθένειας. Για παράδειγμα, θεωρείται πως ο ικανοποιημένος ασθενής θα εφαρμόσει τις οδηγίες του ιατρού και θα ακολουθήσει το συνιστώμενο πρόγραμμα. Μεγάλο μέρος της έρευνας, αναφέρει η Linder-Pelz (48), έχει πραγματοποιηθεί για την εξαγωγή συμπερασμάτων σε πρακτικό επίπεδο, τα οποία θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν σε μια ποικιλία πτυχών της φροντίδας. Πολύ μικρό μέρος της έρευνας όμως αφιερώθηκε στη θεμελίωση μίας θεωρίας η οποία θα παρέχει δεδομένα που θα εξηγούν τις σχέσεις μεταξύ της ικανοποίησης από τη μία μεριά και των χαρακτηριστικών της φροντίδας και του ασθενούς, καθώς και της μελλοντικής συμπεριφοράς του, από την άλλη. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η Linder-Pelz (48) όρισε την ικανοποίηση ασθενών ως ένα σύνολο από θετικές αξιολογήσεις διακριτών διαστάσεων της φροντίδας υγείας. Σημαντικό ρόλο για τη θεωρία της έχουν οι έννοιες των στάσεων και αντιλήψεων. Ένας τύπος αντιλήψεων είναι οι πεποιθήσεις. Αυτές κινούνται στο γνωστικό πεδίο ενώ οι στάσεις αναφέρονται στο συναισθηματικό. Οι πεποιθήσεις αντανακλούν τον βαθμό της πληροφορίας που έχει κάποιος για ένα αντικείμενο το οποίο και συνδέει με κάποια χαρακτηριστικά. Ο κάθε άνθρωπος διαφέρει όσον αφορά τις πεποιθήσεις του και τη δύναμή τους, η οποία σχετίζεται με το ενδεχόμενο απόδοσης ενός χαρακτηριστικού στο αντικείμενο, όπως αυτό το ενδεχόμενο γίνεται αντιληπτό από το άτομο. Η θεωρία που υποστηρίζει η Linder-Pelz (48) για τις σχέσεις μεταξύ πεποιθήσεων και στάσεων είναι αυτή των «προσδοκιών-αξιών». Οι προσδοκίες είναι πεποιθήσεις πως ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα θα ακολουθήσει κάποιο γεγονός, ανεξάρτητα από τη θετική ή αρνητική επίπτωση του γεγονότος. Οι πεποιθήσεις και οι συνοδευόμενες αξιολογήσεις είναι αυτές που καθορίζουν τη στάση του ατόμου. Μία στάση, όπως η

ικανοποίηση του ασθενούς, βασίζεται σε δύο παράγοντες: δύναμη των πεποιθήσεων και αξιολόγηση των στάσεων. Οι βαθμοί της πεποίθησης για την κάθε στάση και οι τιμές της αξιολόγησης αυτών των στάσεων πολλαπλασιάζονται και τα γινόμενα αθροίζονται μεταξύ τους. Τέλος, ορισμένες προϋπάρχουσες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές θεωρούνται ως πιθανοί καθοριστικοί παράγοντες θετικών αξιολογήσεων. Οι προσδοκίες και η αξία σχετίζονται όπως αναφέρθηκε με πεποιθήσεις και αξιολόγηση ενός αντικειμένου. Σε αυτούς τους παράγοντες προστίθενται:

- η αξίωση ενός ατόμου πάνω σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα από τη χρήση της υπηρεσίας ή του αντικειμένου
- οι τρέχουσες συνθήκες, οι οποίες αναφέρονται στην αντίληψη περί του τι πραγματικά συνέβη. Αυτή διαφέρει από την ικανοποίηση η οποία αποτελεί αξιολόγηση και στάση απέναντι στο συμβάν
- διενέργεια συγκρίσεων με άλλες παρόμοιες εμπειρίες που είχε στο παρελθόν

Η έννοια της δυσαρέσκειας

Στη σημερινή εποχή, οι έρευνες για την ικανοποίηση ασθενών θεωρούνται ως ένας σημαντικός τρόπος για τη λήψη πληροφοριών ως προς τον τρόπο που οι ασθενείς βλέπουν την παροχή φροντίδας υγείας (60). Παρά το γεγονός πως το κόστος των ερευνών για την ικανοποίηση δεν έχει υπολογιστεί ακριβώς, μάλλον είναι σημαντικό, όπως υποστηρίζουν οι Coyle και Williams (61). Επίσης θεωρούν πως, δεδομένου ότι τέτοιες έρευνες έχουν σαν πρωταρχικό τους κίνητρο την επιθυμία για παροχή υπηρεσιών που θα ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών, φαίνεται παρόλα αυτά λογικό πως η διερεύνηση της δυσαρέσκειας των ασθενών ίσως να μη λαμβάνει τη σημασία που της αξίζει. Ένα σημαντικό πρόβλημα με τις έρευνες για την ικανοποίηση είναι πως συνήθως δείχνουν πολύ μικρά επίπεδα δυσαρέσκειας από τη φροντίδα υγείας, όπως παρατηρούν οι Williams et al. (51). Οι Coyle και Williams (61), αναφερόμενοι στο τι μπορεί να μας πει μία έρευνα εκτίμησης ικανοποίησης για τη δυσαρέσκεια και τι όχι, τονίζουν καταρχάς πως οι ερευνητές χρειάζεται να προσέχουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων για τη

δυσαρέσκεια από μία τέτοια έρευνα. Στη χρησιμοποίηση κλιμάκων ικανοποίησης οι ερευνητές συνήθως θεωρούν πως υπάρχει ένα συνεχές, στα δύο άκρα του οποίου βρίσκονται η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια. Παρόλα αυτά, υπάρχουν μελέτες οι οποίες δεν υποστηρίζουν πως οι ασθενείς σκέφτονται και αξιολογούν με βάση ένα τέτοιο συνεχές (51), (60), (62).

Οι Coyle και Williams (61) παρατηρούν επίσης πως πολλές έρευνες ικανοποίησης διαμορφώνουν μοντέλα τα οποία συνδέουν το αποτέλεσμα της ικανοποίησης με την εκπλήρωση προσδοκιών. Στα μοντέλα αυτά λογικά η δυσαρέσκεια καθορίζεται από την αποτυχία να εκπληρωθούν οι προσδοκίες. Αναφέρουν επίσης πως υπάρχουν έρευνες που δείχνουν αμφίβολου βαθμού συσχέτιση μεταξύ των προσδοκιών και της ικανοποίησης. Οι Bramadat και Driedger (63) θεωρούν πως το μοντέλο εκπλήρωσης προσδοκιών είναι ανεπαρκές, μιας και προβλέπει πως οποιαδήποτε εμπειρία η οποία διαφέρει από την προσδοκώμενη οδηγεί απαραίτητα και σε δυσαρέσκεια, ακόμη και αν είναι καλύτερη από αυτό που προσδοκώταν. Οι Coyle και Williams (61) συμπεραίνουν πως τα στοιχεία έως τώρα για τη σχέση προσδοκιών και ικανοποίησης δεν υποδεικνύουν κάποια θετική συσχέτιση. Είναι αβέβαιο για αυτούς ποιος είναι ο ακριβής ρόλος των προσδοκιών στις κρίσεις που διαμορφώνουν οι ασθενείς και επομένως δεν μπορεί να υποτεθεί με ασφάλεια πως η αποτυχία της εκπλήρωσης προσδοκιών οδηγεί σε δυσαρέσκεια. Τέλος, υποστηρίζουν πως ένας καλύτερα διατυπωμένος ορισμός των προσδοκιών μπορεί να παρέχει το πλαίσιο για την εμπειρική διερεύνηση του περιεχομένου τους και την ταυτοποίηση των εκφάνσεών τους. Έτσι, θα μπορεί να διερευνηθεί καλύτερα η σημασία των προσδοκιών στον καθορισμό της δυσαρέσκειας και απογοήτευσης με συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας.

Οι εκφράσεις της ικανοποίησης είναι πιθανό να λαμβάνουν διαφορετική σημασία ανάλογα με τα πλαίσια και τις διαφορετικές διαστάσεις της φροντίδας υγείας. Αυτό μπορεί να ισχύει και για τη δυσαρέσκεια, πιστεύουν οι Coyle και Williams (61). Οι εκφράσεις της τελευταίας, θα μπορούσαν να αντανakλούν ιδέες και αντιλήψεις σχετικά με το δικαίωμα στην κριτική προς τους επαγγελματίες υγείας, την εμπιστοσύνη των χρηστών προς τους εαυτούς τους και τις διεκδικήσεις τους, αλλά και την αλλαγή στη νοοτροπία για τον ρόλο και τη θέση του ασθενούς μέσα στη διεργασία της παροχής φροντίδας υγείας. Στη διαδικασία προς τη διατύπωση ενός ορισμού για τη δυσαρέσκεια, πιο πρόσφατες προσπάθειες (64, 65) επικεντρώνονται

σε σχετικά σταθερές αρνητικές ερμηνείες ενός γεγονότος που λαμβάνει χώρα σε συγκεκριμένο χρονικό σημείο, όπως για παράδειγμα τα αρνητικά συναισθήματα που παρουσιάζονται αμέσως μετά την εμπειρία. Παρόλα αυτά, άλλοι ερευνητές όπως οι Bramadat και Driedger (63) θεωρούν πως η έκφραση της δυσαρέσκειας μπορεί να είναι το ίδιο αόριστη με αυτήν της ικανοποίησης.

Οι εκφράσεις της δυσαρέσκειας είναι επίσης πιθανό να είναι απλά ένα τεχνητό αποτέλεσμα της μεθοδολογίας. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Mulcahy και Tritter (64), δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω της σημείωσης σε κουτιά στο ερωτηματολόγιο ή της καταγραφής των λεγόμενων από τους ερευνητές χειρόγραφα. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι συνεντευκτές είναι πιθανότερο να καταγράψουν περισσότερο συγκεκριμένες και απόλυτες εκφάνσεις της δυσαρέσκειας. Χαρακτηριστικά της νοητικής διεργασίας και σκέψης των ασθενών, όπως η πολυπλοκότητα, τα διλήμματα, η αβεβαιότητα και η λεπτότητα μάλλον είναι πιο δύσκολο να αποτυπωθούν σε μια μελέτη όπου οι συνεντευκτές καταγράφουν χειρόγραφα συναισθήματα και εμπειρίες. Οι Bramadat και Driedger (63) από την άλλη, χρησιμοποίησαν ηχητική καταγραφή της ομιλίας των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα, κάτι που πιθανόν επέτρεψε πιο ελεύθερη έκφραση και επίσης την αποτύπωση πιο αόριστων και υποτυπωδών αισθημάτων και ιδεών. Οι Williams et al. (51) προσέγγισαν το ερώτημα του τρόπου με τον οποίον οι αρνητικές εμπειρίες μπορούν να μεταφραστούν σε εκφράσεις ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας. Η δυσαρέσκεια μπορεί να προκύπτει με βάση την παράμετρο της ενοχής των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, δηλαδή ο χρήστης αναφέρει μια αρνητική εμπειρία και αποδίδει ενοχή στον φορέα της υπηρεσίας νιώθοντας σαν αποτέλεσμα μία αίσθηση δυσαρέσκειας. Αν παρόλα αυτά υπάρχουν ελαφρυντικοί παράγοντες για τον πάροχο τότε μπορεί να μην υφίσταται αυτή η δυσαρέσκεια. Αν κάτι τέτοιο ισχύει, υποστηρίζουν οι Coyle και Williams (61), θα στήριζε την άποψη πως η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια δε βρίσκονται στα αντίθετα άκρα ενός συνεχούς καθώς συγκεκριμένες παράμετροι, όπως οι πεποιθήσεις του χρήστη, παρεμβαίνουν στην όλη διαδικασία και την κάνουν πιο πολύπλοκη.

Η διερεύνηση των παραπόνων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας υποδεικνύει πως πιθανόν διάφοροι πολιτισμικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την έκφραση δυσαρέσκειας και την άσκηση κριτικής προς τους επαγγελματίες υγείας. Στην έρευνα που διενεργήθηκε από τη Mori για το Citizens

Charter Complaints Task Force (66) φάνηκε ότι αρκετοί άνθρωποι που συνάντησαν προβλήματα με τη φροντίδα υγείας δεν παραπονέθηκαν. Ταυτοποιήθηκε ένα σύνολο παραγόντων οι οποίοι φαίνεται να εμπόδισαν τόσο τους χρήστες υπηρεσιών υγείας όσο και τους παρόχους να εκφράσουν παράπονα ή δυσαρέσκεια. Τέτοιοι παράγοντες περιλαμβάνουν ιδέες αδυναμίας, φόβο ανταπόδοσης, συναισθηματικό κόστος από την έκφραση παραπόνων, καθώς και αισθήματα ευγνωμοσύνης.

Στο πλαίσιο της εξαγωγής συμπερασμάτων σχετικά με την επικέντρωση της προσοχής στη δυσαρέσκεια, οι Coyle και Williams (61) θεωρούν πως πιθανόν υπάρχει ένας βαθμός σπατάλης των πόρων που χρησιμοποιούνται για τη διεξαγωγή ερευνών ικανοποίησης. Η έλλειψη της θεωρητικής θεμελίωσης και της σαφήνειας του όρου ικανοποίηση εμποδίζουν την επίτευξη του κατάλληλου τρόπου διεξαγωγής αυτών των ερευνών. Η πλειοψηφία τους αναφέρει σημαντικά επίπεδα ικανοποίησης τα οποία ίσως να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Υποστηρίζουν λοιπόν οι Coyle και Williams (61) πως αν οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας πραγματικά ενδιαφέρονται για την οπτική των ασθενών, είτε επειδή πιστεύουν στην εγγενή σημασία του ρόλου τους να εκπληρώνουν τις ανάγκες των τελευταίων είτε λόγω της επιθυμίας τους να αποφύγουν προβλήματα που σχετίζονται με μη συμμόρφωση, τότε θα έπρεπε να δώσουν περισσότερη σημασία στη διερεύνηση της δυσαρέσκειας. Αν πράγματι δεν υπάρχει γραμμικότητα στο συνεχές ικανοποίησης-δυσαρέσκειας, τότε οι περισσότερες έρευνες δεν έχουν επαρκή χρησιμότητα. Τελειώνοντας, συνιστούν πως οι ερευνητές δε θα έπρεπε να υποθέτουν πως δυσαρέσκεια και ικανοποίηση αποτελούν τα άκρα ενός συνεχούς, πως η έκφραση δυσαρέσκειας αντανακλά αρνητική αξιολόγηση της φροντίδας και πως η δυσαρέσκεια πηγάζει από την αποτυχία εκπλήρωσης προσδοκιών. Αντίθετα, τα χαρακτηριστικά που αποδίδουν στη δυσαρέσκεια έχουν ως εξής:

- Είναι μια υποκειμενική και πολύπλοκη διεργασία μετάβασης που εμπεριέχει την πορεία από την αποκρυστάλλωση ενός δυνατού και αόριστου, άμεσα αισθητού, αρνητικού συναισθήματος σε μια πιο σταθερή κατάσταση αρνητικής ερμηνείας της εμπειρίας.

- Παράγοντες και ιδέες όπως δύναμη, έλεγχος, προσωπική αξία παρεμβαίνουν μεταξύ της εμπειρίας δυσχερών καταστάσεων και της έκφρασης δυσαρέσκειας.
- Η απόδοση ευθύνης σε έναν φορέα συμβάλλει στην αποκρυστάλλωση ενός αρνητικού συναισθήματος σε ένα πιο σταθερό παράπονο. Τυχόν ελαφρυντικοί παράγοντες είναι δυνατό να εμποδίσουν την έκφραση δυσαρέσκειας, γι' αυτό και η έκφραση της δυσαρέσκειας θα πρέπει να περιέχει επαρκή αιτιολόγηση και αξιολογήσεις για την ευθύνη και την ενοχή.
- Τέλος, θέματα που σχετίζονται με την αντίληψη περί εαυτού χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψιν στα πλαίσια της διερεύνησης της δυσαρέσκειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Διαστάσεις της ποιότητας

Στον τομέα των υπηρεσιών γενικότερα

Τρεις σημαντικές απόψεις για τις διαστάσεις της ποιότητας μιας υπηρεσίας είναι οι εξής:

Ο Grönroos (67) αποδίδει τρεις διαστάσεις στην ποιότητα:

- Τεχνική διάσταση της ποιότητας έκβασης, η οποία αφορά στο τελικό αποτέλεσμα.
- Λειτουργική διάσταση, η οποία αποτυπώνει την αλληλεπίδραση προμηθευτή, πελάτη και περιβάλλοντος και έχει υποκειμενικό χαρακτήρα καθώς σχετίζεται με στοιχεία όπως ο βαθμός πληροφόρησης και επικοινωνίας.
- Η διάσταση της συνολικής εικόνας που σχηματίζει ο πελάτης για τον οργανισμό από τον οποίον παρέχεται η υπηρεσία. Αυτή εξαρτάται από τις δύο προηγούμενες διαστάσεις.

Οι Parasuraman et al. (36), προσδίδουν έντεκα διαστάσεις στην ποιότητα:

- Φερεγγυότητα: παροχή υπηρεσιών έγκαιρα και με ακρίβεια.
- Ανταπόκριση: αποτελεσματική αξιοποίηση των παραπόνων, στήριξη και έγκαιρη ικανοποίηση των αιτημάτων των πελατών.
- Εξυπηρέτηση πελατών: πρόθεση και ικανότητα ικανοποίησης αναγκών των πελατών.
- Αξιοπιστία: αυτή σχετίζεται με τη φήμη του προμηθευτή και τα χαρακτηριστικά των μελών του προσωπικού.

- **Επάρκεια:** η αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών επιτάσσει τη χρησιμοποίηση των καλύτερων και απαραίτητων μέσων, δεξιοτήτων και γνώσης.
- **Προσβασιμότητα:** εύκολη επικοινωνία με την υπηρεσία και προσέγγιση του χώρου υπηρεσιών.
- **Αβρότητα:** οι καλοί τρόποι, η ευγένεια και ο σεβασμός προς τους πελάτες από τη μεριά του προσωπικού.
- **Επικοινωνία:** παροχή επαρκούς ενημέρωσης στον πελάτη και διασφάλιση κατανόησης από τον τελευταίο της φύσης και των χαρακτηριστικών μίας υπηρεσίας.
- **Ασφάλεια:** προστασία του πελάτη από φυσικούς και οικονομικούς κινδύνους.
- **Τα εμφανή στοιχεία:** τα χαρακτηριστικά και οι συνθήκες παροχής υπηρεσιών όπως οι υποδομές και η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο εξοπλισμός.
- **Κατανόηση του πελάτη:** περιλαμβάνει την ενσυναίσθηση και την κατανόηση από μεριάς του οργανισμού των αναγκών και επιθυμιών του πελάτη, καθώς και την ικανότητα προσαρμογής και εξατομίκευσης των υπηρεσιών για κάθε πελάτη χωριστά.

Οι Lehtinen και Lehtinen (68) αποδίδουν στην ποιότητα τρεις διαστάσεις κάνοντας λόγο για ποιότητα τόσο διαδικασίας όσο και έκβασης:

- **Ποιότητα φυσικού περιβάλλοντος:** η κατάσταση των υποδομών και του εξοπλισμού.
- **Διαδραστική ποιότητα:** ο βαθμός και τα χαρακτηριστικά της αλληλεπίδρασης προμηθευτή και πελάτη.
- **Συνολική εικόνα:** τα χαρακτηριστικά του προφίλ και η συνολική εικόνα που δείχνει προς τα έξω ο οργανισμός.

Στον τομέα υπηρεσιών υγείας

Ο Carman (69), σταθμίζοντας την κλίμακα των Parasuraman et al. για τον τομέα της υγείας, προσδίδει πέντε διαστάσεις στην ποιότητα:

- Εμφανή χαρακτηριστικά, όπως η καθαριότητα του χώρου παροχής φροντίδας.
- Αξιοπιστία.
- Ανταπόκριση.
- Διασφάλιση, η οποία εμπεριέχει την ικανότητα προστασίας του δικαιώματος του χρήστη στην ιδιωτικότητα και την ασφάλεια, καθώς και την επίδειξη αβρότητας και την επαρκή άσκηση των επαγγελματικών πρακτικών και δεξιοτήτων.
- Ενσυναίσθηση, δηλαδή κατανόηση των αναγκών του χρήστη και της σημασίας των προβλημάτων που τον απασχολούν.

Σύμφωνα με τον Maxwell (70), οι έξι διαστάσεις της φροντίδας είναι η πρόσβαση, ο βαθμός της σχέσης με τις ανάγκες, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η ισοτιμία και η κοινωνική αποδοχή.

Ο Thompson (71) αποδίδει έξι διαστάσεις οι οποίες είναι αρκετά συγκεκριμένες και εξειδικευμένες:

- Επίπεδο ιατρικής φροντίδας και επαρκής πληροφόρηση.
- Φαγητό και φυσικό περιβάλλον.
- Η ατμόσφαιρα του χώρου παροχής φροντίδας.
- Νοσηλευτική φροντίδα.
- Ποσότητα φαγητού.
- Ο τρόπος υποδοχής κατά την εισαγωγή στο τμήμα.

Στην έρευνα των Ραφτόπουλος και συν. (37) στο πλαίσιο της ΠΦΥ οι επτά διαστάσεις της ποιότητας για τον συγκεκριμένο τομέα του συστήματος υγείας έχουν ως εξής:

- Το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας, το οποίο εκφράζεται έμπρακτα.
- Ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του χρήστη από τους επαγγελματίες υγείας.
- Η φιλικότητα τόσο του χώρου παροχής φροντίδας όσο και των επαγγελματιών υγείας προς τον χρήστη.
- Τεχνικές δεξιότητες των ιατρών.
- Ενσυναίσθηση του χρήστη από τη μεριά των επαγγελματιών υγείας.
- Εμπιστοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας.
- Οργάνωση του ιατρείου.

Διαστάσεις ικανοποίησης

Ο Pascoe (49) και οι Ware et al. (72), κατηγοριοποίησαν τις διαστάσεις της ικανοποίησης ως εξής:

- Συνολική ικανοποίηση.
- Ικανοποίηση από τον ανθρώπινο χαρακτήρα της φροντίδας, δηλαδή την ενσυναίσθηση και το σεβασμό.
- Ικανοποίηση με βάση την ικανότητα πρόσβασης.
- Ικανοποίηση με βάση την οικονομική επιβάρυνση.
- Ικανοποίηση με τη συνολική ποιότητα της υπηρεσίας.
- Ικανοποίηση από την επάρκεια των επιδόσεων και ικανοτήτων του προσωπικού, η οποία σχετίζεται με τα τεχνικά χαρακτηριστικά της φροντίδας.
- Ικανοποίηση από την επάρκεια της πληροφόρησης του χρήστη σχετικά με την κατάσταση της υγείας του.
- Ικανοποίηση από τα χαρακτηριστικά των διαδικασιών και της λειτουργίας του συστήματος, όπως για παράδειγμα ο χρόνος αναμονής.

- Ικανοποίηση από τις υποδομές και τον εξοπλισμό.
- Ικανοποίηση από το ενδιαφέρον του προσωπικού για προβλήματα που μπορεί να απασχολούν τους χρήστες πέρα από το πρόβλημα υγείας για το οποίο τους παρέχεται φροντίδα, όπως ανησυχίες και θέματα κοινωνικής φύσης.
- Ικανοποίηση από τη συνέχεια στη φροντίδα.
- Ικανοποίηση από την έκβαση της φροντίδας.

Στην κατηγοριοποίηση αυτή παρατηρήθηκε πως μεγαλύτερη σημασία σχετικά με τις υπόλοιπες, λαμβάνουν οι διαστάσεις του ανθρώπινου χαρακτήρα της φροντίδας, οι επιδόσεις του προσωπικού και η τεχνική διάσταση της φροντίδας, όπως και η συνολική εκληφθείσα ποιότητα. Λιγότερη σημασία δίνεται στους παράγοντες που σχετίζονται με θέματα που απασχολούν τον ασθενή και δεν αφορούν άμεσα στο βιοϊατρικό μοντέλο της υγείας, καθώς και σε αυτούς οι οποίοι αντανακλούν τις διαδικασίες λειτουργίας του συστήματος και της αλληλεπίδρασής του με τον χρήστη, όπως ο χρόνος αναμονής. Οι Ware et al. (72) υποθέτουν πως η ικανοποίηση των χρηστών αντανάκλα και τη σύγχρονη απόδοση του συστήματος. Με βάση αυτήν την υπόθεση, η σημασία που δίνεται από τους χρήστες στην τεχνική διάσταση της φροντίδας πιθανόν σχετίζεται με την απόδοση έμφασης από τα συστήματα υγείας στις επιδόσεις του προσωπικού στο πλαίσιο του βιοϊατρικού και μόνο μοντέλου, υποβαθμίζοντας τη σημασία των υπόλοιπων αναγκών των χρηστών, οι οποίες εμπεριέχονται μέσα σε ένα διευρυμένο πλαίσιο ολιστικής φροντίδας. Επίσης, οι χρήστες είναι πιθανό να δίνουν τόση σημασία στα τεχνικά χαρακτηριστικά της φροντίδας επειδή δυσκολεύονται να παραδεχτούν στους επαγγελματίες υγείας πως η φροντίδα που τους παρέχεται και την οποία έχουν ήδη επιλέξει δεν έχει υψηλή ποιότητα.

Ακολουθούν παρακάτω μερικές κατηγοριοποιήσεις που έχουν κάνει άλλοι ερευνητές.

Της Risser (73):

- Κόστος
- Άνεση

- Χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας
- Η φύση και τα χαρακτηριστικά της σχέσης και αλληλεπίδρασης επαγγελματιών υγείας και χρήστη

Του Rubin (74), αναφορικά με τη φροντίδα σε νοσοκομείο:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Ιατρική φροντίδα
- Επικοινωνία
- Οργάνωση τμήματος
- Περιβάλλον τμήματος
- Διαδικασία εξόδου

Των Abramowitz et al. (75):

- Ιατρική φροντίδα
- Νοσηλευτική φροντίδα
- Ενημέρωση και παροχή πληροφοριών προς τον χρήστη
- Ο θόρυβος
- Η ποιότητα του φαγητού
- Καθαριότητα
- Ασφάλεια
- Συνολική ποιότητα

Οι Pascoe και Atkinson (76), σε έρευνα ιεράρχησης των διαστάσεων της φροντίδας από εξωτερικούς ασθενείς σε νοσοκομείο των ΗΠΑ, με βάση τη σημασία που τους αποδίδουν, διαπιστώνουν την ύπαρξη των εξής διαστάσεων:

- Συμπεριφορά επαγγελματιών υγείας
- Αποτελέσματα κλινικών πρακτικών και παρεμβάσεων
- Βαθμός εκπλήρωσης των εκληφθεισών αναγκών των χρηστών
- Η στάση και η συμπεριφορά του βοηθητικού προσωπικού
- Προσβασιμότητα και παροχή ανέσεων
- Χρόνος αναμονής

Στη μελέτη των Ραφτόπουλος και συν. (37) οι έξι κυριότερες διαστάσεις της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο της ΠΦΥ, είναι οι εξής:

- Σεβασμός από τους νοσηλευτές.
- Σεβασμός από τους ιατρούς.
- Η επάρκεια του ιατρού σε τεχνικές δεξιότητες.
- Οι παράγοντες που σχετίζονται με τις συνθήκες και την οργάνωση του ιατρείου, όπως η άνεση και η απουσία ενοχλήσεων.
- Αξιοπιστία του ιατρού και συνεπής ανταπόκριση στα επαγγελματικά του καθήκοντα.
- Επάρκεια του ιατρού στον ρόλο που επιτελεί και αφοσίωση στον σκοπό του ρόλου αυτού.

Τέλος ο Car-Hill (77) πιστεύει πως παρ' όλες τις προσπάθειες διερεύνησης της έννοιας και του περιεχομένου του όρου ικανοποίηση, αυτές δεν μπορούν να αποτυπώσουν το σύνολο των χαρακτηριστικών και την πραγματική της φύση, καθώς παράμετροι όπως ισότητα, ασφάλεια, ελευθερία επιλογής και διαστάσεις των διεργασιών του ψυχικού κόσμου του χρήστη δεν μπορούν να διερευνηθούν μέσα από τέτοιες έρευνες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι κυριότεροι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τον βαθμό της ικανοποίησης του χρήστη υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής (2):

- Οι προσδοκίες του χρήστη
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών με κυριότερα την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των χρηστών, το φύλο, την εθνικότητα και το επίπεδο υγείας τους.
- Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες
- Ο διενεργών τη συνέντευξη
- Ο βαθμός εξάρτησης από τους επαγγελματίες υγείας
- Ο βαθμός χρήσης των υπηρεσιών
- Οι κοινωνικές και πολιτιστικές ιδιαιτερότητες των διαφορετικών ομάδων χρηστών
- Η ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής
- Η ικανοποίηση από τη διαχείριση του πόνου

Προσδοκίες

Υπάρχει ένα σύνολο από διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με τη φύση του όρου προσδοκίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτές γίνονται αντιληπτές ως ένα σύνολο από χαρακτηριστικά που διακρίνουν μία υπηρεσία και σε άλλες θεωρείται ότι αντανακλούν μία εκτίμηση πιθανότητας εμφάνισης γεγονότος συν την αξιολόγησή του (2).

Σύμφωνα με τον Oliver (78), δύο κύρια συστατικά εμπεριέχονται στην έννοια των προσδοκιών, η πιθανότητα πραγματοποίησης ενός γεγονότος και η αξιολόγησή της (με κριτήρια καλό, κακό, επιθυμητό, κτλ.) από τον χρήστη. Παρατηρεί πως επειδή δε γνωρίζουμε επακριβώς τις επιθυμίες όλων των πελατών, χρειάζεται να έχουμε αρκετές πληροφορίες και για τις δύο αυτές διαστάσεις.

Ο Ραφτόπουλος (2) θεωρεί πως σε αυτό το πλαίσιο οι προσδοκίες μπορούν σε γενικές γραμμές να διαχωριστούν σε προβλεπτικές και αξιολογικές, δηλαδή με βάση αυτό που το άτομο περιμένει ή θέλει, αντίστοιχα, να συμβεί. Ένας αριθμός ερευνητών συναρτά την ικανοποίηση με τις προσδοκίες για τη φροντίδα που θα λάβει. Ο Vuori (79) προσθέτει στις προσδοκίες, σαν προβλεπτικό παράγοντα της ικανοποίησης, την άποψη που σχηματίζει ο χρήστης για τη φροντίδα που λαμβάνει. Οι Abramowitz et al. (75) συνδέουν και αυτοί στενά την ικανοποίηση με τις προσδοκίες. Ο Donabedian (80) παρουσιάζει τον όρο «πληροφορημένες προσδοκίες», οι οποίες διαμορφώνονται μετά από επιδράσεις κοινωνικών, πολιτιστικών και άλλων παραγόντων, και οι οποίες πρέπει να διερευνηθούν μέσα από τη μελέτη αυτών των παραγόντων. Οι Westbrook και Reilly (81) στη μελέτη του βαθμού της ικανοποίησης σε συνάρτηση με την εκπλήρωση προσδοκιών και επιθυμιών, διαπίστωσαν πως η εκπλήρωση προσδοκιών διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο στο αποτέλεσμα, ενώ ο Barbeau (82) διαπίστωσε το αντίθετο.

Στο πλαίσιο των ανθρώπινων αναγκών και επιθυμιών, οι Williams et al. (83) προσδιορίζουν τον χαρακτήρα των προσδοκιών στο πλαίσιο αναγκών και επιθυμιών, ενώ ο Buetow (84) διαχωρίζει προσδοκίες από επιθυμίες. Στη γραμμή του τελευταίου κινούνται και οι Like & Zyzanski (85) οι οποίοι διαχωρίζουν τις προσδοκίες από τα αιτήματα που διατυπώνουν οι χρήστες για τη φροντίδα που τους παρέχεται.

Ερευνητές (62, 86) που χρησιμοποίησαν ποιοτικές μεθόδους διαπίστωσαν πως ο χαρακτήρας των προσδοκιών είναι δυναμικός και μεταβάλλεται μεταξύ ατόμων και χρονικών στιγμών. Ως εκ τούτου, είναι ασταθείς και δύσκολο να διερευνηθούν.

Τέλος, η McIver (87) πιστεύει ότι στις έρευνες στις οποίες οι χρήστες υπηρεσιών υγείας αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας, και σε συνάρτηση με αυτήν και την ικανοποίησή τους, οι ερευνητές θεωρούν αυθαίρετα πως οι χρήστες έχουν επαρκή γνώση των υπηρεσιών ώστε να είναι σε θέση να επεξεργαστούν νοητικά αξιολογήσεις και συγκρίσεις, ενώ κάτι τέτοιο δεν ισχύει.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Οι Strasser et al. (88) διαπίστωσαν πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν όχι μόνο την ικανοποίηση από τη φροντίδα αλλά και την επιλογή εξαρχής του ιατρού και των υπηρεσιών.

Οι Fitzpatrick (13,14) και Fox & Storms (89) δέχονται μόνο την ηλικία σαν δημογραφικό παράγοντα που επιδρά σταθερά στην ικανοποίηση ενώ άλλοι, όπως οι Linn και Greenfield (90) δε δέχονται τη σημαντική επίδραση της ηλικίας.

Οι ηλικιωμένοι πολλές φορές δηλώνουν υψηλότερη ικανοποίηση από τη φροντίδα. Αυτό ίσως να οφείλεται στις διαφορετικές συνθήκες που επικρατούσαν και την εικόνα την οποία είχαν για τους ιατρούς οι σημερινοί ηλικιωμένοι ασθενείς σε προηγούμενες δεκαετίες (2). Επίσης, οι ηλικιωμένοι έχουν μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης από τη φροντίδα σε σχέση με νεαρότερους ασθενείς και ίσως δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην τελική έκβαση της φροντίδας παρά στην ίδια τη φροντίδα. Οι King (91), Dubby (92) και O'Leary (93) σχολιάζουν πως οι ασθενείς, αναγνωρίζοντας την πιθανότητα να ξαναχρειαστούν στο μέλλον φροντίδα στον ίδιο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας, διστάζουν να εκδηλώσουν δυσαρέσκεια στους επαγγελματίες υγείας.

Οι Ahmed et al. (86) διαπιστώνουν πως καταρχάς οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης με τον ιατρό, η οποία πιθανόν σχετίζεται με την ικανότητα του τελευταίου να τους καθησυχάζει και επίσης είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με την εξέταση στο πλαίσιο της προσδοκίας τους για την υπευθυνότητα του ιατρού. Ακόμη δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση με τον ιατρό στο πλαίσιο του ρόλου του σαν υπεύθυνου για τη φροντίδα τους αλλά και σαν ατόμου που τους παρέχει βοήθεια. Παρατηρούν τέλος οι Ahmed et al (86), πως η ικανοποίηση από τους νοσηλευτές και τον τρόπο που αυτοί βοηθούν τους ασθενείς στην κατανόηση άγνωστων διαστάσεων της φροντίδας σχετίζεται με την ηλικία.

Κοινωνικοοικονομικές συνθήκες

Τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών συχνά δεν καταγράφονται επαρκώς. Οι Hall και Dornan (94) θεωρούν πως η κοινωνική θέση

του ασθενή επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση. Στις ΗΠΑ για παράδειγμα, οι πιο εύποροι ασθενείς είναι πιο πιθανό να λάβουν καλύτερης ποιότητας φροντίδα από τους υπόλοιπους και αυτό μπορεί να εξηγεί αυτήν την παρατήρηση. Στην Μεγάλη Βρετανία από την άλλη, οι Savage και Armstrong (95) παρατηρούν πως υπάρχει καλύτερη ενημέρωση των περισσότερο εύπορων.

Κατάσταση της υγείας

Σύμφωνα με μία σειρά ερευνών (96 – 101), το επίπεδο υγείας επηρεάζει την ικανοποίηση. Όσο χαμηλότερο είναι, τόσο λιγότερη φαίνεται να είναι η ικανοποίηση. Επίσης, ο Fisher (102) συσχετίζει το χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης με την αυξημένη σοβαρότητα της διαταραχής της υγείας του ασθενούς.

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Κοινωνικές και ψυχολογικές επιρροές είναι πιθανό να επηρεάζουν τους χρήστες δημιουργώντας σφάλματα στις μετρήσεις (103). Αυτοί μπορεί να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τα πραγματικά διότι πιστεύουν πως στα πλαίσια της κοινωνικής αποδοχής, οι ερευνητές δεν είναι πρόθυμοι να δεχτούν αρνητικά σχόλια, ενώ επίσης αρκετοί απ' αυτούς φαίνεται να χρησιμοποιούν σχετικές έρευνες ως ένα μέσο για να κερδίσουν την εύνοια αυτών που θα λάβουν τις πληροφορίες και τα αποτελέσματα των ερευνών, όπως οι ίδιοι οι ερευνητές ή οι επαγγελματίες υγείας.

Σχετικά με την ψυχολογία του ασθενούς είναι πολύ δύσκολο να γίνει μία συσχέτιση με την ικανοποίηση. Παρόλα αυτά, υπάρχουν έρευνες που συσχετίζουν εκφάνσεις και φαινόμενα της ψυχολογικής κατάστασης, και συγκεκριμένα το άγχος και την κατάθλιψη, με την ικανοποίηση (103 - 106).

Παρόλα αυτά, οι Ραφτόπουλος και συν. (107) θεωρούν μετά από έρευνά τους πως η κατάθλιψη σχετίζεται με ικανοποίηση από συγκεκριμένες μόνο πτυχές της φροντίδας και πως τα συμπεράσματά τους δεν επιτρέπουν τις γενικεύσεις των άνω ερευνών.

Κοινωνικές και πολιτιστικές διαφορές

Στα πλαίσια στάθμισης κλίμακας για την εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών σε τέσσερις διαφορετικές χώρες, οι Brédart et al. (108) εξήγαγαν τα εξής συμπεράσματα:

- Οι προσδοκίες των ασθενών και η εμπειρία που αποκομίζουν από τη φροντίδα εξαρτάται από τις διαφορές στις αξίες, τις συνθήκες της κοινωνίας και τη στάση των επαγγελματιών υγείας ανάμεσα στις χώρες.
- Οι διαφορές των ασθενών πιθανόν να σχετίζονται με τις αντιλήψεις τους για τις διαστάσεις της φροντίδας.

Ικανοποίηση από τη διαχείριση του πόνου

Σε έρευνά τους οι McNeill et al. (109), στην οποία χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις περιγραφικές του πόνου και της επίδρασής του στη διάθεση των ασθενών, στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και σε άλλες εκφάνσεις της ζωής τους, διαπίστωσαν πως οι τελευταίοι γενικά έδειξαν ικανοποίηση με τη συνολική διαχείριση του πόνου και την ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας, αλλά λιγότερη όσο μεγαλύτερη ήταν η ένταση του πόνου κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και του τελευταίου εικοσιτετραώρου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός Μελέτης

Κύριος σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας από τις υπηρεσίες γενικών ιατρών και νοσηλευτών στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιζητείται η εξαγωγή κατάλληλων συμπερασμάτων τα οποία ενδεχομένως θα αναδείξουν πτυχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον ελληνικό χώρο που χρήζουν αυξημένης προσοχής ή περαιτέρω διερεύνησης προς απόκτηση μίας πιο ολοκληρωμένης εικόνας. Στο πλαίσιο αυτό θα επιχειρηθεί και σύγκριση με σχετική βιβλιογραφία από την Ελλάδα και το εξωτερικό, κατά κανόνα τον ευρωπαϊκό χώρο.

Υλικό και μέθοδος

Η μελέτη διεξήχθη στο πλαίσιο της Περιφέρειας Αττικής. Πραγματοποιήθηκαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις με την χρήση τηλεφωνικού καταλόγου. Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας, το οποίο επιλέχθηκε λαμβάνοντας τον πρώτο αριθμό κάθε σελίδας από τηλεφωνικό κατάλογο της περιφέρειας Αττικής. Αν δεν ήταν δυνατό να ληφθεί συνέντευξη από κάποιο συγκεκριμένο άτομο, επιλεγόταν το αμέσως επόμενο κ.ο.κ. Στην περίπτωση που ο κατάλογος θα έφτανε στο τέλος, θα γινόταν επιστροφή στην πρώτη σελίδα κ.ο.κ.

Κριτήρια επιλογής ήταν τα εξής:

- Ηλικία 18 και άνω
- Προθυμία για συμμετοχή στη μελέτη
- Κατανόηση της ελληνικής γλώσσας σε προφορικό επίπεδο

- Χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (κέντρα υγείας οποιουδήποτε τύπου, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων του ΕΣΥ, περιφερειακά ιατρεία κ.α.) τουλάχιστον μία φορά το τελευταίο εξάμηνο.

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα παρακάτω:

- Μη ικανοποιητικό επίπεδο ακοής
- Γνωσιακά ελλείμματα

Αρχικός στόχος ήταν η πραγματοποίηση 150 συνεντεύξεων. Τελικά κατέστη δυνατό σε διάστημα τεσσάρων μηνών (Ιανουάριος - Απρίλιος 2017) να συγκεντρωθούν 95 ερωτηματολόγια. 182 άτομα αρνήθηκαν να συμμετάσχουν.

Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ή ως διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test) όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance) όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p .

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Για την εκτίμηση της **ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα**, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Satisfaction with Primary Care Services Scale-SPCSS (110) η οποία περιλαμβάνει 27 ερωτήσεις και εκτιμά την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που έλαβαν θέτοντας το ερώτημα: «πως αισθάνεστε από...» και καλώντας τον ασθενή να απαντήσει από 0 «καθόλου σημαντικό» έως 10 «πολύ σημαντικό».

Η κλίμακα Satisfaction with Primary Care Services Scale (SPCSS) αποτελείται από τις εξής τέσσερις (4) διαστάσεις:

1. Τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή (Nurse's technical and interpersonal competence)
2. Διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού (Physician's interpersonal competence)
3. Τεχνική επάρκεια του ιατρού (Physician's technical competence)
4. Χαρακτηριστικά της δομής (Structure characteristics)

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τα στοιχεία που αφορούν στη διάσταση τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή (nurse's technical and interpersonal competence) ήταν 0,86, για τα στοιχεία που αφορούν στη διάσταση διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού (physician's interpersonal competence) ήταν 0,90, για τα στοιχεία που αφορούν στη διάσταση τεχνική επάρκεια του ιατρού (physician's technical competence) ήταν 0,79, για τα στοιχεία που αφορούν στη διάσταση χαρακτηριστικά της δομής (structure characteristics) ήταν 0,63 και για τα στοιχεία που αφορούν στη συνολική βαθμολογία ικανοποίησης των

ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ήταν 0,87, γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

Ηθική και δεοντολογία

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της και τους έγινε γνωστό εξ αρχής πως μπορούσαν να αρνηθούν τη συμμετοχή τους σε αυτή, είτε στην αρχή είτε σε οποιοδήποτε μετέπειτα σημείο της συνέντευξης. Επίσης τους έγινε γνωστό πως η συμμετοχή είναι ανώνυμη και τα δεδομένα που θα παραχωρούσαν θα χρησιμοποιούνταν μόνο στο πλαίσιο της μελέτης και αποκλειστικά για τους σκοπούς της. Η συναίνεσή τους ήταν προφορική.

Περιορισμοί της μελέτης

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι μία μέθοδος που εγγενώς υπόκειται δυνητικά σε σφάλματα αναφοράς. Η χρήση δείγματος ευκολίας συνιστά άλλον έναν περιορισμό της μελέτης και επηρεάζει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Το μέγεθος του ερωτηματολογίου (27 διπλές ερωτήσεις για την αποδιδόμενη σημαντικότητα και την ικανοποίηση από κάθε αντικείμενο της κλίμακας συν τις δημογραφικές και λοιπές εκτός κλίμακας ερωτήσεις) θα μπορούσε να θεωρηθεί σχετικά μεγάλο στο πλαίσιο μιας τηλεφωνικής συνέντευξης, συμβάλλοντας πιθανόν ακόμα και στην άρνηση υποψηφίων να συμμετάσχουν στη μελέτη. Τέλος, τα μέλη του δείγματος περιορίζονται στην περιοχή της Αττικής και ως εκ τούτου δεν υπάρχει δυνατότητα γενίκευσης για το σύνολο του ελλαδικού χώρου. Αυτό το γεγονός πρέπει να ληφθεί υπόψιν στο πλαίσιο διενέργειας σύγκρισης σε διεθνές επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Δημογραφικά στοιχεία

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούταν συνολικά από **95** άτομα που επισκέφτηκαν κάποια πρωτοβάθμια δομή υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Πίνακας 1: Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Γυναίκα	53 (55,8)
Ανδρας	42 (44,2)
Ηλικία (σε έτη)^α	45,3 (15,1)
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Απόφοιτος Λυκείου	26 (27,4)
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	53 (55,8)
Μεταπτυχιακό	14 (14,7)
Διδακτορικό	2 (2,1)
Οικογενειακή Κατάσταση	
Άγαμος/η	29 (30,5)
Έγγαμος/η - Σε συμβίωση	55 (57,9)

Χήρος/α	5 (5,3)
Διαζευγμένος/η	6 (6,3)
Εργασιακή Κατάσταση	
Εργαζόμενος	56 (58,9)
Φοιτητής	8 (8,4)
Άνεργος	8 (8,4)
Συνταξιούχος	17 (17,9)
Άλλο	6 (6,3)
Υπηκοότητα	
Αλλοδαπή	19 (20,0)
Ελληνική	76 (80,0)
Εισόδημα νοικοκυριού	
Κάτω του μέσου	39 (41,1)
Μεσαίο	43 (45,3)
Άνω του μέσου	13 (13,7)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη –N- και σχετική -%- συχνότητα, εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά

^a Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Το 55,8% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν γυναίκες (n=53), το 80% είχαν ελληνική υπηκοότητα και η μέση ηλικία όλων των συμμετεχόντων ήταν τα 45,3 έτη (SD=15,1). Το 27,4% των ατόμων του δείγματος ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 55,8% ήταν απόφοιτοι Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι. και το 16,8% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή/και διδακτορικού τίτλου, ενώ το 45,3% των συμμετεχόντων στη μελέτη ανέφεραν πως είχαν μεσαίο εισόδημα και μόλις το 13,7% είχε εισόδημα άνω του μέσου.

Το 30,5% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν άγαμοι (n=29), το 57,9% ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση, ενώ το 11,6% ήταν χήροι ή διαζευγμένοι. Το 58,9% των ατόμων του δείγματος ήταν εργαζόμενοι (n=56), το 16,8% ήταν άνεργοι ή φοιτητές, ενώ το 17,9% ήταν συνταξιούχοι.

2. Κατάσταση υγείας και χαρακτηριστικά ληφθείσας φροντίδας

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται χαρακτηριστικά του δείγματος που αφορούν στην κατάσταση της υγείας τους και τα χαρακτηριστικά της φροντίδας που έλαβαν κατά την επίσκεψή τους στην πρωτοβάθμια δομή φροντίδας υγείας.

Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά του δείγματος που αφορούν στην κατάσταση της υγείας τους και τα χαρακτηριστικά της φροντίδας που έλαβαν κατά την επίσκεψή τους στη πρωτοβάθμια δομή φροντίδας της υγείας

Χαρακτηριστικό	N (%)
Παρουσία χρόνιου νοσήματος	
Όχι	70 (73,7)
Ναι	25 (26,3)
Παρουσία αναπηρίας	
Όχι	89 (93,7)
Ναι	6 (6,3)
Πόσο σοβαρό θεωρείτε το πρόβλημα για το οποίο επισκεφτήκατε τη δομή;	
Καθόλου	5 (5,3)
Λίγο	37 (38,9)
Αρκετά	37 (38,9)
Πολύ	16 (16,8)
Δεχτήκατε νοσηλευτική φροντίδα;	
Όχι	23 (24,2)

Ναι	72 (75,8)
Πιστεύω πως πρέπει να αποφασίζουν οι επαγγελματίες υγείας για την φροντίδα μου χωρίς να με ρωτούν επειδή αυτοί γνωρίζουν τι είναι καλύτερο για μένα	
Συμφωνώ απόλυτα	1 (1,1)
Συμφωνώ	3 (3,2)
Διαφωνώ	47 (49,5)
Διαφωνώ απόλυτα	32 (33,7)
Δεν ξέρω	12 (12,6)
Πως αισθάνεστε συνολικά από τις υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στη δομή;	
Δυσανεστημένος	3 (3,2)
Καθόλου ικανοποιημένος	3 (3,2)
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσανεστημένος	9 (9,5)
Απλά ικανοποιημένος	14 (14,7)
Λίγο ικανοποιημένος	29 (30,5)
Αρκετά ικανοποιημένος	29 (30,5)
Πολύ ικανοποιημένος	8 (8,4)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη –N- και σχετική -%- συχνότητα, εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά

Το 26,3% των συμμετεχόντων στη μελέτη είχε χρόνια νόσημα, το 6,3% είχε αναπηρία, το 55,7% θεωρούσε το πρόβλημα για το οποίο επισκέφτηκε τη δομή αρκετά/πολύ σοβαρό, ενώ το 75,85% των ατόμων του δείγματος δέχτηκε νοσηλευτική φροντίδα.

Το 83,2% δεν πίστευε πως πρέπει να αποφασίζουν οι επαγγελματίες υγείας για την φροντίδα του/της χωρίς να τον/την ρωτούν επειδή αυτοί γνωρίζουν τι είναι καλύτερο για αυτόν/αυτήν και το 38,9% αισθανόταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες που του/της προσφέρθηκαν στη δομή.

3. Αξιολόγηση της σημαντικότητας των επιμέρους διαστάσεων της προσφερόμενης φροντίδας υγείας στις πρωτοβάθμιες δομές υγείας

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη σημαντικότητα των επιμέρους διαστάσεων της προσφερόμενης φροντίδας υγείας στις πρωτοβάθμιες δομές υγείας.

Πίνακας 3: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη σημαντικότητα των επιμέρους διαστάσεων της προσφερόμενης φροντίδας υγείας στις πρωτοβάθμιες δομές υγείας

Στοιχείο	Πόσο σημαντικό; (από 0=καθόλου έως 10=πάρα πολύ)
1. Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια χρόνο για να μου εξηγήσει όσα δεν κατάλαβα από τον ιατρό	7,4 (1,7)
2. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται για το πρόβλημα μου	7,2 (1,6)
3. Να είναι φιλική η νοσηλεύτρια μαζί μου	7,5 (1,3)
4. Η νοσηλεύτρια να είναι διακριτική	8,9 (1,3)
5. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ξέρει καλά την δουλειά της	8,9 (1,0)
6. Η νοσηλεύτρια να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία	7,5 (1,4)
7. Η νοσηλεύτρια να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό	7,9 (1,1)
8. Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου	8,7 (1,4)
9. Ο γιατρός να αφιερώσει χρόνο για να μου εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει οδηγίες	9,0 (1,0)
10. Να νιώθω ό τι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω	8,6 (1,2)

11. Ο γιατρός να είναι φιλικός μαζί μου	8,2 (1,1)
12. Ο γιατρός να είναι διακριτικός	9,2 (0,8)
13. Ο γιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό	9,0 (0,9)
14. Να νιώθω ότι ο γιατρός ξέρει καλά την δουλειά του	9,4 (0,7)
15. Ο γιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει	9,3 (0,8)
16. Ο γιατρός να προστατεύει την αξιοπρέπεια μου όταν με εξετάζει	9,2 (0,6)
17. Ο γιατρός να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία	8,7 (1,2)
18. Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση	9,3 (0,6)
19. Ο γιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού	8,5 (0,9)
20. Ο γιατρός να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις	8,6 (0,7)
21. Ο γιατρός να μην μου ζητά χρήματα	9,6 (0,6)
22. Ο γιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση	9,5 (0,7)
23. Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος	7,9 (0,9)
24. Τα εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά οργανωμένα	8,2 (0,9)
25. Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας	8,1 (1,2)
26. Να τηρούνται τα ραντεβού	8,2 (1,0)
27. Να είναι φιλικός ο χώρος των εξωτερικών ιατρείων	7,4 (1,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση).

Οι **σημαντικότερες διαστάσεις** της προσφερόμενης φροντίδας υγείας στις πρωτοβάθμιες δομές υγείας, όπως αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, ξεκινώντας από τη σημαντικότερη, ήταν οι εξής:

1. Ο γιατρός να μην μου ζητά χρήματα (Mean score=9,6)
2. Ο γιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση (Mean score=9,5)
3. Να νιώθω ότι ο γιατρός ξέρει καλά την δουλειά του (Mean score=9,4)
4. Ο γιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει (Mean score=9,3)
5. Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση (Mean score=9,3)
6. Ο γιατρός να είναι διακριτικός (Mean score=9,2)
7. Ο γιατρός να προστατεύει την αξιοπρέπεια μου όταν με εξετάζει (Mean score=9,2)
8. Ο γιατρός να αφιερώνει χρόνο για να μου εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει οδηγίες (Mean score=9)
9. Ο γιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό (Mean score=9)
10. Η νοσηλεύτρια να είναι διακριτική (Mean score=8,9)
11. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ξέρει καλά την δουλειά της (Mean score=8,9)
12. Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου (Mean score=8,7)
13. Ο γιατρός να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία (Mean score=8,7)
14. Να νιώθω ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω (Mean score=8,6)
15. Ο γιατρός να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις (Mean score=8,6)
16. Ο γιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού (Mean score=8,5)
17. Ο γιατρός να είναι φιλικός μαζί μου (Mean score=8,2)
18. Τα εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά οργανωμένα (Mean score=8,2)
19. Να τηρούνται τα ραντεβού (Mean score=8,2)
20. Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας (Mean score=8,1)
21. Η νοσηλεύτρια να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό (Mean score=7,9)
22. Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος (Mean score=7,9)
23. Να είναι φιλική η νοσηλεύτρια μαζί μου (Mean score=7,5)
24. Η νοσηλεύτρια να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία (Mean score=7,5)

25. Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια χρόνο για να μου εξηγήσει όσα δεν κατάλαβα από τον ιατρό (Mean score=7,4)
26. Να είναι φιλικός ο χώρος των εξωτερικών ιατρείων (Mean score=7,4)
27. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται για το πρόβλημα μου (Mean score=7,2)

4. Εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (SPCS: Satisfaction with the Primary Care Services)

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τις τέσσερις (4) διαστάσεις της κλίμακας **SPCS (Satisfaction with the Primary Care Services)** για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας:

5. **Τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή (Nurse's technical and interpersonal competence)**
6. **Διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού (Physician's interpersonal competence)**
7. **Τεχνική επάρκεια του ιατρού (Physician's technical competence)**
8. **Χαρακτηριστικά της δομής (Structure characteristics)**

4.1. Τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή (Nurse's technical and interpersonal competence)

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή (Nurse's technical and interpersonal competence).

Πίνακας 4: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη διάσταση Τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή (Nurse's technical and interpersonal competence)

Στοιχείο	Πόσο ικανοποιημένος: (από 0=καθόλου έως 10=πάρα πολύ)
1. Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια χρόνο για να μου εξηγήσει όσα δεν κατάλαβα από τον ιατρό	7,1 (1,2)
2. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται για το πρόβλημα μου	6,6 (1,6)
3. Να είναι φιλική η νοσηλεύτρια μαζί μου	7,3 (1,4)
4. Η νοσηλεύτρια να είναι διακριτική	8,3 (1,6)
5. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ξέρει καλά την δουλειά της	8,0 (1,0)
6. Η νοσηλεύτρια να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία	6,7 (1,4)
7. Η νοσηλεύτρια να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό	7,6 (1,4)

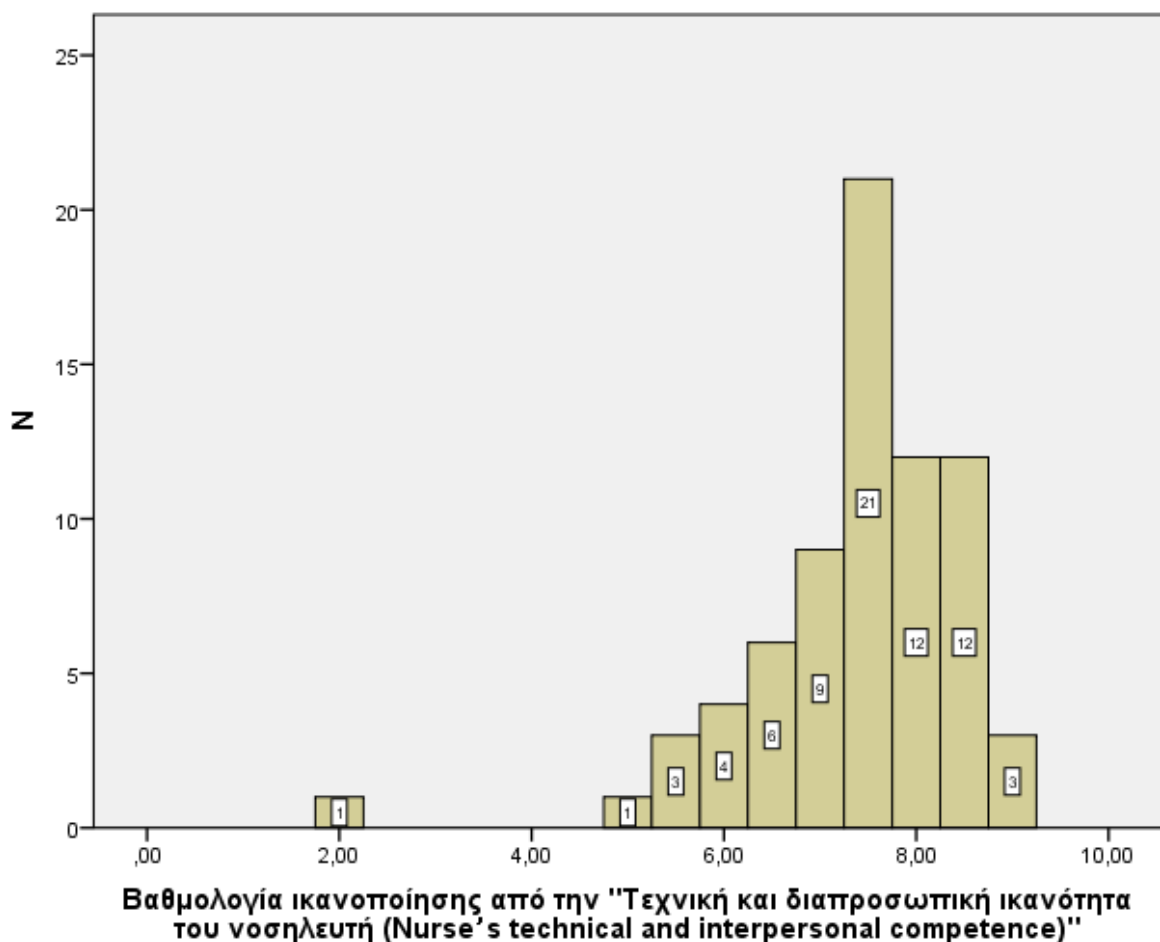
Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση).

Τα **στοιχεία** της διάστασης «Τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή (Nurse's technical and interpersonal competence)», όπως αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, ξεκινώντας από αυτό με την υψηλότερη μέση βαθμολογία ικανοποίησης, ήταν τα εξής:

1. Η νοσηλεύτρια να είναι διακριτική (Mean score=8,3)
2. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ξέρει καλά την δουλειά της (Mean score=8,0)
3. Η νοσηλεύτρια να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό (Mean score=7,6)
4. Να είναι φιλική η νοσηλεύτρια μαζί μου (Mean score=7,3)

5. Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια χρόνο για να μου εξηγήσει όσα δεν κατάλαβα από τον ιατρό (Mean score=7,1)
6. Η νοσηλεύτρια να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία (Mean score=6,7)
7. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται για το πρόβλημα μου (Mean score=6,6)

Η μέση βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή (Nurse's technical and interpersonal competence) ήταν 7,4, η τυπική απόκλιση ήταν 1,1, η διάμεσος ήταν 7,4, η ελάχιστη τιμή ήταν 2,0 και η μέγιστη τιμή ήταν 9,1 (Γράφημα 1).



Γράφημα 1: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας ικανοποίησης από την τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή (Nurse's technical and interpersonal competence).

4.2. Διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού (Physician's interpersonal competence)

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού (Physician's interpersonal competence).

Πίνακας 5: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη διάσταση Διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού (Physician's interpersonal competence).

Στοιχείο	Πόσο ικανοποιημένος: (από 0=καθόλου) έως 10=πάρα πολύ)
1. Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου	7,3 (1,7)
2. Ο γιατρός να αφιερώσει χρόνο για να μου εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει οδηγίες	7,8 (1,4)
3. Να νιώθω ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω	7,0 (1,8)
4. Ο γιατρός να είναι φιλικός μαζί μου	7,2 (1,5)
5. Ο γιατρός να είναι διακριτικός	8,2 (1,4)
6. Ο γιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό	7,5 (1,5)
7. Να νιώθω ότι ο γιατρός ξέρει καλά την δουλειά του	8,2 (0,9)

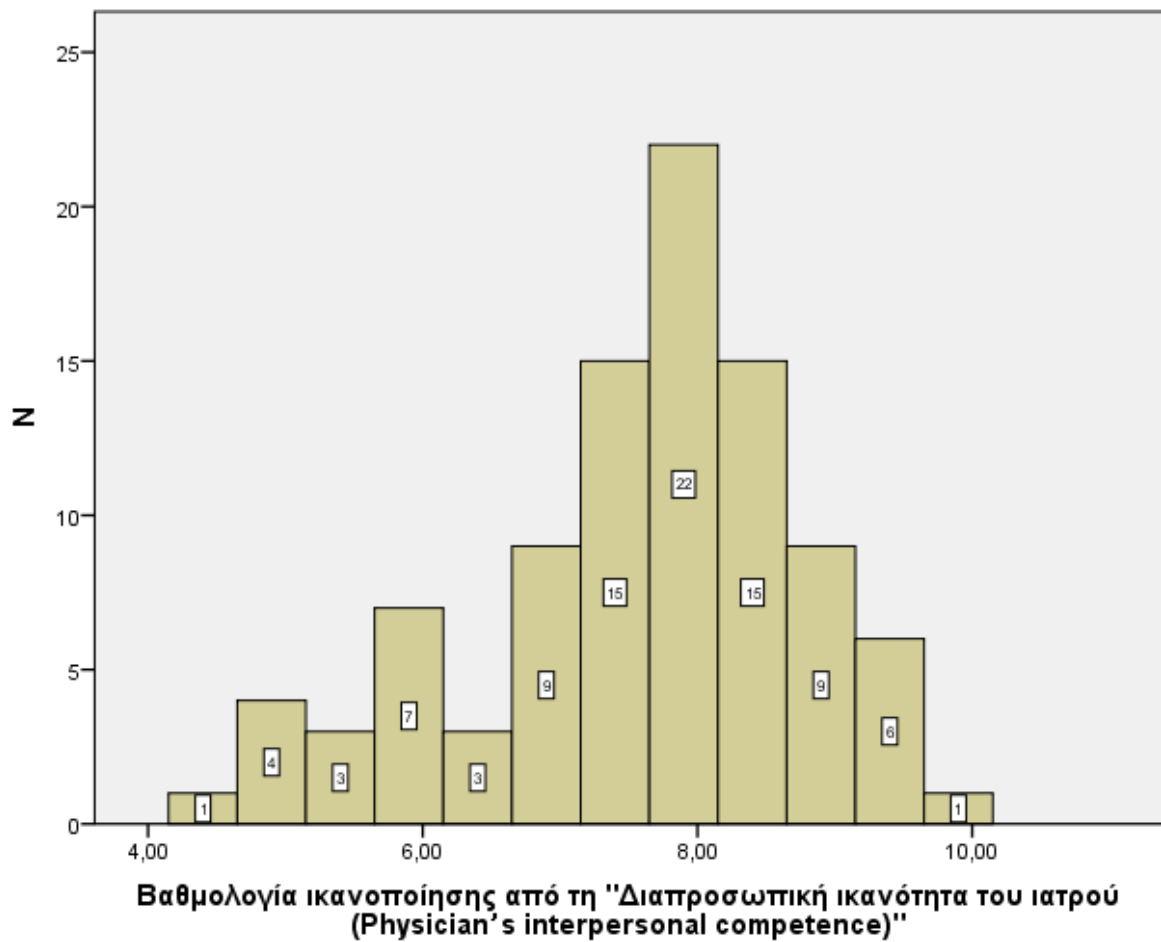
Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση).

Τα **σημαντικότερα στοιχεία** της διάστασης «Διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού (Physician's interpersonal competence)», όπως αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, ξεκινώντας από αυτό με την υψηλότερη μέση βαθμολογία ικανοποίησης, ήταν τα εξής:

1. Να νιώθω ότι ο γιατρός ξέρει καλά την δουλειά του (Mean score=8,2)
2. Ο γιατρός να είναι διακριτικός (Mean score=8,2)

3. Ο γιατρός να αφιερώσει χρόνο για να μου εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει οδηγίες (Mean score=7,8)
4. Ο γιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό (Mean score=7,5)
5. Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου (Mean score=7,3)
6. Ο γιατρός να είναι φιλικός μαζί μου (Mean score=7,2)
7. Να νιώθω ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω (Mean score=7,0)

Η μέση βαθμολογία ικανοποίησης από τη διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού (Physician's interpersonal competence) ήταν 7,6, η τυπική απόκλιση ήταν 1,2, η διάμεσος ήταν 7,9, η ελάχιστη τιμή ήταν 4,4 και η μέγιστη τιμή ήταν 9,7 (Γράφημα 2).



Γράφημα 2: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας ικανοποίησης από τη διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού (Physician's interpersonal competence).

4.3. Τεχνική επάρκεια του ιατρού (Physician's technical competence)

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Τεχνική επάρκεια του ιατρού (Physician's technical competence).

Πίνακας 6: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη διάσταση Τεχνική επάρκεια του ιατρού (Physician's technical competence).

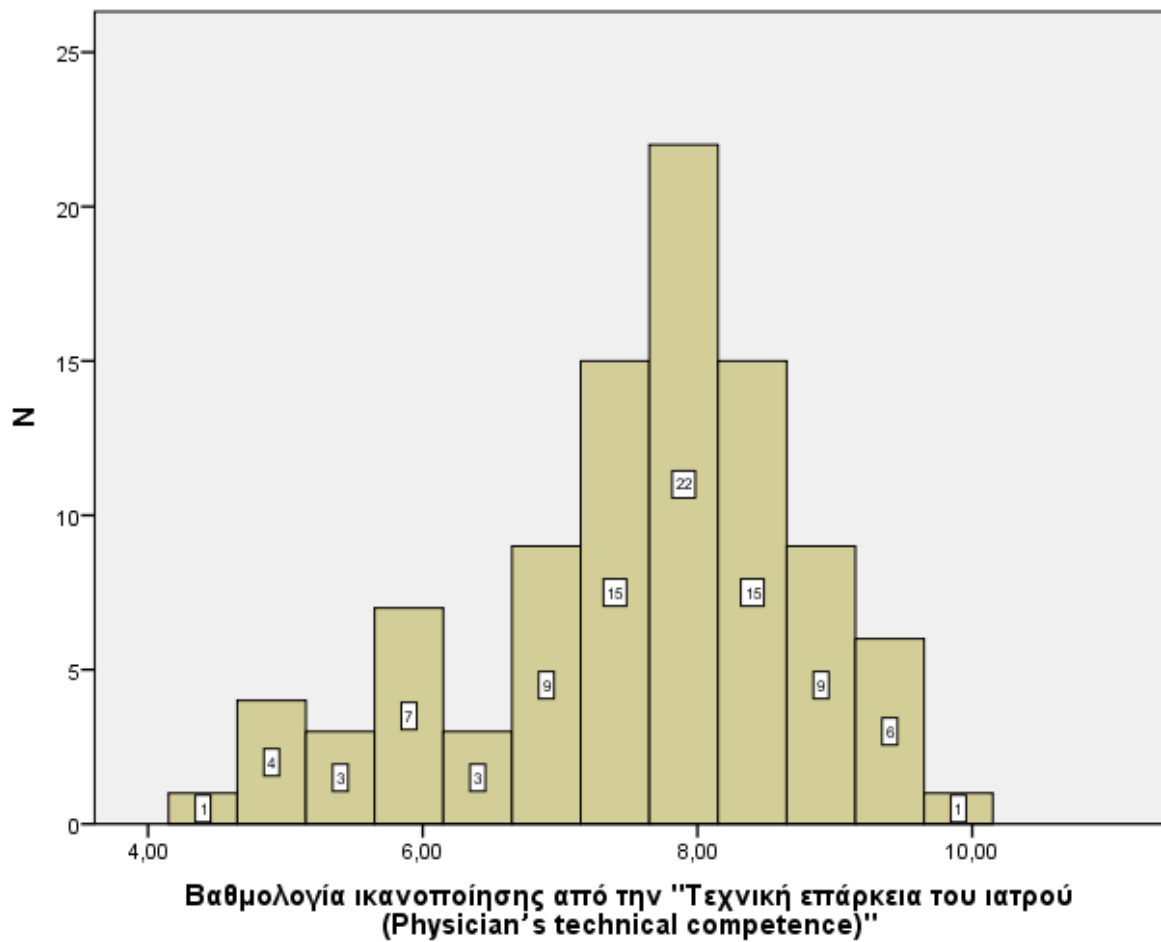
Στοιχείο	Πόσο ικανοποιημένος: (από 0=καθόλου) έως 10=πάρα πολύ)
1. Ο γιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει	8,2 (1,2)
2. Ο γιατρός να προστατεύει την αξιοπρέπεια μου όταν με εξετάζει	8,1 (1,4)
3. Ο γιατρός να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία	7,1 (1,3)
4. Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση	8,0 (1,4)
5. Ο γιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού	7,9 (1,2)
6. Ο γιατρός να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις	8,0 (0,9)
7. Ο γιατρός να μην μου ζητά χρήματα	9,7 (1,3)
8. Ο γιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση	8,1 (1,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση).

Τα **σημαντικότερα στοιχεία** της διάστασης «Τεχνική επάρκεια του ιατρού (Physician's technical competence)», όπως αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, ξεκινώντας από αυτό με την υψηλότερη μέση βαθμολογία ικανοποίησης, ήταν τα εξής:

1. Ο γιατρός να μην μου ζητά χρήματα (Mean score=9,7)
2. Ο γιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει (Mean score=8,2)
3. Ο γιατρός να προστατεύει την αξιοπρέπεια μου όταν με εξετάζει (Mean score=8,1)
4. Ο γιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση (Mean score=8,1)
5. Ο γιατρός να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις (Mean score=8,0)
6. Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση (Mean score=8,0)
7. Ο γιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού (Mean score=7,9)
8. Ο γιατρός να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία (Mean score=7,1)

Η μέση βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική επάρκεια του ιατρού (Physician's technical competence) ήταν 7,6, η τυπική απόκλιση ήταν 1,2, η διάμεσος ήταν 7,9, η ελάχιστη τιμή ήταν 4,4 και η μέγιστη τιμή ήταν 9,7 (Γράφημα 3).



Γράφημα 3: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας ικανοποίησης από την τεχνική επάρκεια του ιατρού (Physician's technical competence).

4.4. Χαρακτηριστικά της Δομής (Structure Characteristics)

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Χαρακτηριστικά της δομής (Structure Characteristics).

Πίνακας 7: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη διάσταση Χαρακτηριστικά της δομής (Structure Characteristics)

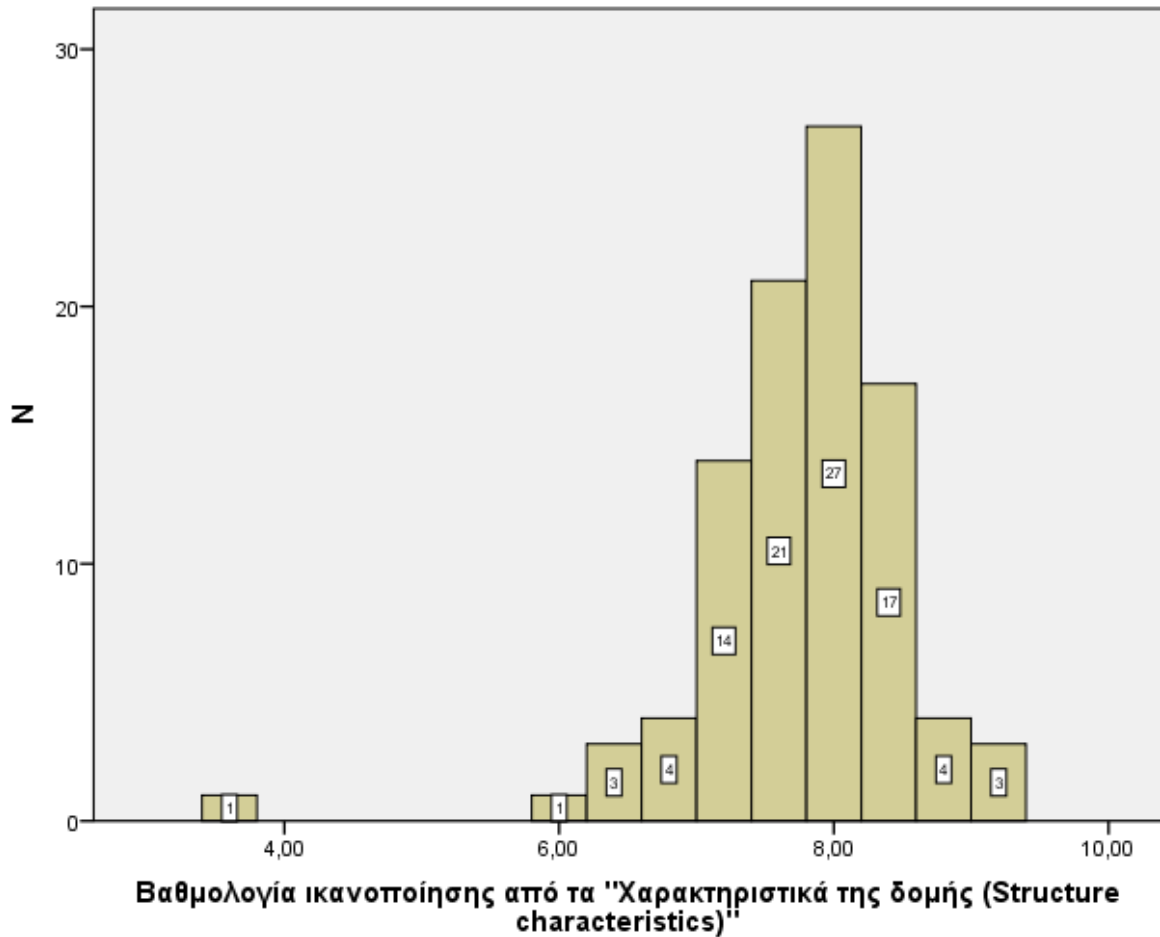
Στοιχείο	Πόσο ικανοποιημένος; (από 0=καθόλου) έως 10=πάρα πολύ)
23. Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος	7,6 (1,3)
24. Τα εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά οργανωμένα	7,7 (1,1)
25. Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας	7,8 (1,1)
26. Να τηρούνται τα ραντεβού	7,7 (1,4)
27. Να είναι φιλικός ο χώρος των εξωτερικών ιατρείων	7,5 (1,1)

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση).

Τα **σημαντικότερα στοιχεία** της διάστασης «Χαρακτηριστικά της δομής (Structure Characteristics)», όπως αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, ξεκινώντας από αυτό με την υψηλότερη μέση βαθμολογία ικανοποίησης, ήταν τα εξής:

1. Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας (Mean score=7,8)
2. Να τηρούνται τα ραντεβού (Mean score=7,7)
3. Τα εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά οργανωμένα (Mean score=7,7)
4. Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος (Mean score=7,6)
5. Να είναι φιλικός ο χώρος των εξωτερικών ιατρείων (Mean score=7,5)

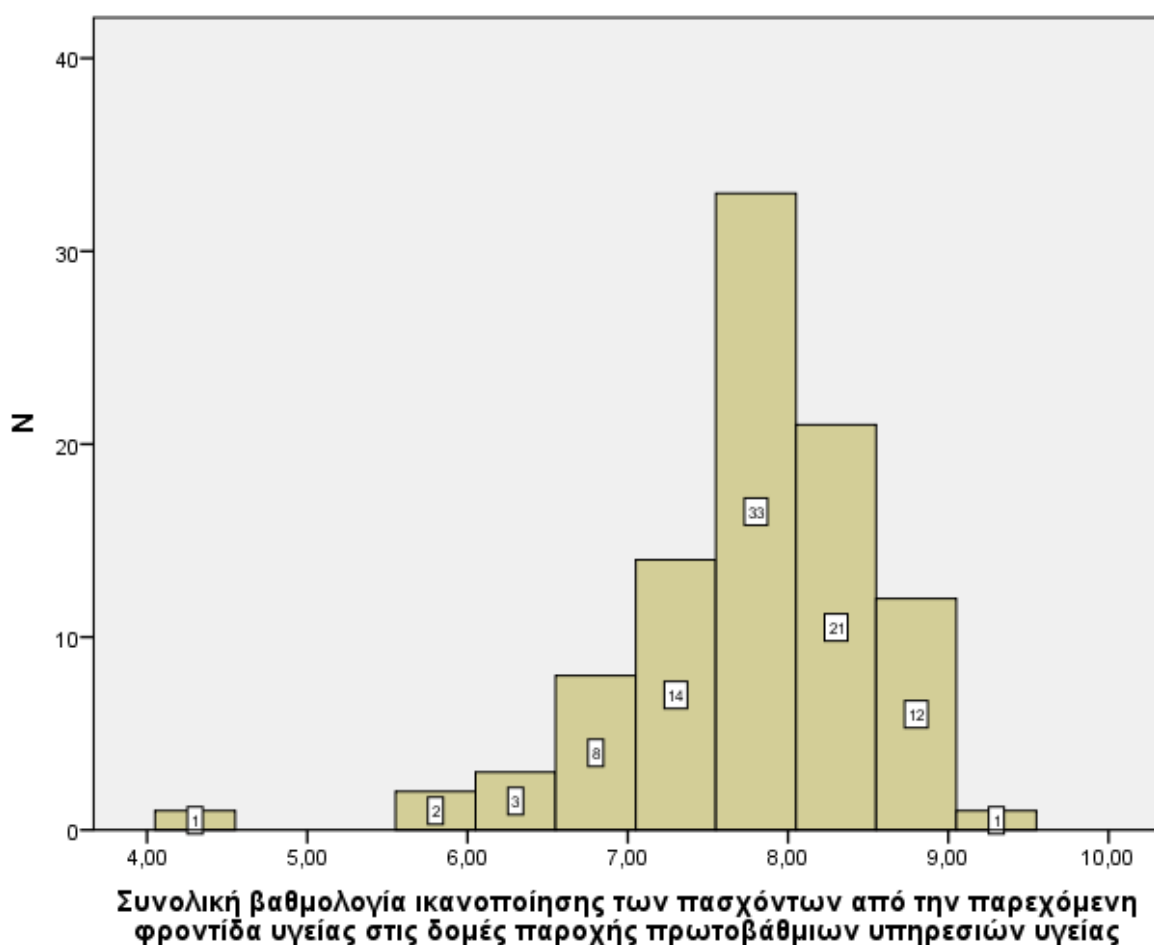
Η μέση βαθμολογία ικανοποίησης από τα χαρακτηριστικά της δομής (Structure characteristics) ήταν 7,7, η τυπική απόκλιση ήταν 0,7, η διάμεσος ήταν 7,8, η ελάχιστη τιμή ήταν 3,6 και η μέγιστη τιμή ήταν 9,2 (Γράφημα 4).



Γράφημα 4: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας ικανοποίησης από τα χαρακτηριστικά της δομής (Structure characteristics).

4.5. Συνολική βαθμολογία ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας

Η μέση συνολική βαθμολογία ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας ήταν 7,7, η τυπική απόκλιση ήταν 0,77, η διάμεσος ήταν 7,9, η ελάχιστη τιμή ήταν 4,3 και η μέγιστη τιμή ήταν 9,4 (Γράφημα 5).



Γράφημα 5: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

5. Συσχετίσεις

5.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή (Nurse's technical and interpersonal competence)

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή.

Πίνακας 8: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,697 ^a
Γυναίκα	7,4 (0,9)	
Άνδρας	7,3 (1,4)	
Ηλικία (σε έτη)^b	0,203 ^b	0,088^b
Επίπεδο εκπαίδευσης		0,931 ^γ
Απόφοιτος Λυκείου	7,4 (0,8)	
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	7,4 (1,3)	
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	7,2 (1,0)	

Οικογενειακή Κατάσταση		0,287 ^γ
Άγαμος/η	7,1 (1,5)	
Έγγαμος/η - Σε συμβίωση	7,4 (0,9)	
Χήρος/α	8,0 (0,7)	
Διαζευγμένος/η	7,8 (1,2)	
Εργασιακή Κατάσταση		0,047^γ
Εργαζόμενος	7,5 (0,9)	
Φοιτητής	6,3 (2,3)	
Άνεργος	7,0 (1,2)	
Συνταξιούχος	7,7 (0,7)	
Άλλο	7,0 (0,8)	
Υπηκοότητα		0,012^α
Αλλοδαπή	6,7 (1,7)	
Ελληνική	7,5 (0,9)	
Εισόδημα νοικοκυριού		0,261 ^γ
Κάτω του μέσου	7,1 (1,3)	
Μεσαίο	7,6 (0,8)	
Άνω του μέσου	7,6 (1,1)	
Παρουσία χρόνιου νοσήματος		0,242 ^α
Όχι	7,3 (1,2)	
Ναι	7,6 (0,6)	
Παρουσία αναπηρίας		0,169^α

Όχι	7,4 (1,1)	
Ναι	7,8 (0,5)	
Πόσο σοβαρό θεωρείτε το πρόβλημα για το οποίο επισκεφτήκατε τη δομή;		0,992 ^γ
Καθόλου	7,5 (1,5)	
Λίγο	7,3 (1,3)	
Αρκετά	7,4 (1,0)	
Πολύ	7,4 (0,9)	

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ικανοποίησης από την τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 9.

Πίνακας 9 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Υπηκοότητα (Ελληνική σε σχέση με αλλοδαπή)	0,862	0,192 έως 1,531	0,012

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι **οι συμμετέχοντες στη μελέτη ασθενείς με ελληνική υπηκοότητα είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία** ικανοποίησης από την τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή **σε σχέση με τους συμμετέχοντες στη μελέτη ασθενείς με αλλοδαπή υπηκοότητα.**

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 7,3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ικανοποίησης από την τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή.

5.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από τη διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού (Physician's interpersonal competence)

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού.

Πίνακας 10: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από τη διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,119^α
Γυναίκα	7,8 (1,1)	
Άνδρας	7,4 (1,2)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0,291 ^β	0,004^β
Επίπεδο εκπαίδευσης		0,096^γ
Απόφοιτος Λυκείου	7,2 (1,2)	
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	7,8 (1,2)	
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	7,6 (0,9)	
Οικογενειακή Κατάσταση		0,209 ^γ
Άγαμος/η	7,8 (0,9)	
Έγγαμος/η - Σε συμβίωση	7,5 (1,3)	
Χήρος/α	6,8 (1,3)	

Διαζευγμένος/η	8,2 (1,0)	
Εργασιακή Κατάσταση		0,077^γ
Εργαζόμενος	7,7 (1,1)	
Φοιτητής	7,8 (1,1)	
Άνεργος	8,2 (1,1)	
Συνταξιούχος	6,9 (1,4)	
Άλλο	7,5 (1,5)	
Υπηκοότητα		0,763^α
Αλλοδαπή	7,5 (1,2)	
Ελληνική	7,6 (1,2)	
Εισόδημα νοικοκυριού		0,324^γ
Κάτω του μέσου	7,4 (1,3)	
Μεσαίο	7,8 (1,0)	
Άνω του μέσου	7,6 (1,5)	
Παρουσία χρόνιου νοσήματος		0,248^α
Όχι	7,7 (1,1)	
Ναι	7,3 (1,3)	
Παρουσία αναπηρίας		0,292^α
Όχι	7,6 (1,2)	
Ναι	7,0 (1,3)	
Πόσο σοβαρό θεωρείτε το πρόβλημα για το οποίο επισκεφτήκατε τη δομή;		0,277^γ

Καθόλου	7,9 (1,3)	
Λίγο	7,8 (1,0)	
Αρκετά	7,5 (1,1)	
Πολύ	7,2 (1,5)	
Δεχτήκατε νοσηλευτική φροντίδα;		0,699 ^α
Όχι	7,7 (1,3)	
Ναι	7,6 (1,2)	

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Ανάλυση διασποράς

^δ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ικανοποίησης από τη διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

Πίνακας 11: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	-0,023	-0,038 έως -0,008	0,004

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτει ότι η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τη διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 9,3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ικανοποίησης από τη διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού.

5.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική επάρκεια του ιατρού (Physician's technical competence)

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική επάρκεια του ιατρού.

Πίνακας 12: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική επάρκεια του ιατρού.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική επάρκεια του ιατρού (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,119^a
Γυναίκα	7,8 (1,1)	
Άνδρας	7,4 (1,2)	
Ηλικία (σε έτη)^b	-0,291 ^b	0,004^b
Επίπεδο εκπαίδευσης		0,096^γ
Απόφοιτος Λυκείου	7,2 (1,2)	
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	7,8 (1,2)	
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	7,6 (0,9)	
Οικογενειακή Κατάσταση		0,209^γ
Άγαμος/η	7,8 (0,9)	
Έγγαμος/η - Σε συμβίωση	7,5 (1,3)	
Χήρος/α	6,8 (1,3)	

Διαζευγμένος/η	8,2 (1,0)	
Εργασιακή Κατάσταση		0,077^γ
Εργαζόμενος	7,7 (1,1)	
Φοιτητής	7,8 (1,1)	
Άνεργος	8,2 (1,1)	
Συνταξιούχος	6,9 (1,4)	
Άλλο	7,5 (1,5)	
Υπηκοότητα		0,763^α
Αλλοδαπή	7,5 (1,2)	
Ελληνική	7,6 (1,2)	
Εισόδημα νοικοκυριού		0,324^γ
Κάτω του μέσου	7,4 (1,3)	
Μεσαίο	7,8 (1,0)	
Άνω του μέσου	7,6 (1,5)	
Παρουσία χρόνιου νοσήματος		0,248^α
Όχι	7,7 (1,1)	
Ναι	7,3 (1,3)	
Παρουσία αναπηρίας		0,292^α
Όχι	7,6 (1,2)	
Ναι	7,0 (1,3)	
Πόσο σοβαρό θεωρείτε το πρόβλημα για το οποίο επισκεφτήκατε τη δομή;		0,277^γ

Καθόλου	7,9 (1,3)	
Λίγο	7,8 (1,0)	
Αρκετά	7,5 (1,1)	
Πολύ	7,2 (1,5)	
Δεχτήκατε νοσηλευτική φροντίδα;		0,699 ^α
Όχι	7,7 (1,3)	
Ναι	7,6 (1,2)	

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Ανάλυση διασποράς

^δ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ικανοποίησης από την τεχνική επάρκεια του ιατρού και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ικανοποίησης από την τεχνική επάρκεια του ιατρού.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	-0,023	-0,038 έως -0,008	0,004

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι **η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας ικανοποίησης από την τεχνική επάρκεια του ιατρού.**

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 9,3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ικανοποίησης από την τεχνική επάρκεια του ιατρού.

5.4. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από τα χαρακτηριστικά της δομής (Structure characteristics)

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τα χαρακτηριστικά της δομής.

Πίνακας 14: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τα χαρακτηριστικά της δομής.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από τα χαρακτηριστικά της δομής (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,050^α
Γυναίκα	7,8 (0,6)	
Άνδρας	7,5 (0,9)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0,026 ^β	0,805 ^β
Επίπεδο εκπαίδευσης		0,138^γ
Απόφοιτος Λυκείου	7,4 (0,7)	
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	7,7 (0,8)	
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	7,8 (0,6)	
Οικογενειακή Κατάσταση		0,669^γ
Άγαμος/η	7,6 (1,0)	
Έγγαμος/η - Σε συμβίωση	7,7 (0,6)	
Χήρος/α	7,3 (0,7)	

Διαζευγμένος/η	7,8 (0,7)	
Εργασιακή Κατάσταση		0,655 ^γ
Εργαζόμενος	7,8 (0,6)	
Φοιτητής	7,5 (1,7)	
Άνεργος	7,7 (0,5)	
Συνταξιούχος	7,5 (0,7)	
Άλλο	7,5 (1,0)	
Υπηκοότητα		0,477 ^α
Αλλοδαπή	7,5 (1,1)	
Ελληνική	7,7 (0,7)	
Εισόδημα νοικοκυριού		0,263 ^γ
Κάτω του μέσου	7,5 (0,8)	
Μεσαίο	7,8 (0,6)	
Άνω του μέσου	7,7 (0,9)	
Παρουσία χρόνιου νοσήματος		0,262 ^α
Όχι	7,7 (0,8)	
Ναι	7,5 (0,6)	
Παρουσία αναπηρίας		0,519 ^α
Όχι	7,7 (0,8)	
Ναι	7,5 (0,6)	
Πόσο σοβαρό θεωρείτε το πρόβλημα για το οποίο επισκεφτήκατε τη δομή;		0,567 ^γ

Καθόλου	7,7 (0,4)	
Λίγο	7,7 (0,9)	
Αρκετά	7,5 (0,7)	
Πολύ	7,8 (0,5)	
Δεχτήκατε νοσηλευτική φροντίδα;		0,203 ^α
Όχι	7,8 (0,6)	
Ναι	7,6 (0,8)	

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Ανάλυση διασποράς

^δ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ικανοποίησης από τα χαρακτηριστικά της δομής και 2 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 15.

Πίνακας 15: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ικανοποίησης από τα χαρακτηριστικά της δομής.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Φύλο (Άνδρες σε σχέση με γυναίκες)	-0,315	-0,619 έως -0,011	0,042

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι **οι συμμετέχοντες στη μελέτη άνδρες είχαν μικρότερη βαθμολογία**

ικανοποίησης από τα χαρακτηριστικά της δομής σε σχέση με τις συμμετέχουσες στη μελέτη γυναίκες.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 3,3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ικανοποίησης από τα χαρακτηριστικά της δομής.

5.5. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 16: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία ικανοποίησης των πασχόντων από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,141^α
Γυναίκα	7,9 (0,60)	
Άνδρας	7,6 (0,9)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0,153 ^β	0,140^β
Επίπεδο εκπαίδευσης		0,306 ^γ
Απόφοιτος Λυκείου	7,6 (0,7)	
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	7,8 (0,8)	
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	7,8 (0,7)	
Οικογενειακή Κατάσταση		0,585 ^γ

Άγαμος/η	7,8 (0,9)	
Έγγαμος/η - Σε συμβίωση	7,7 (0,7)	
Χήρος/α	7,5 (0,6)	
Διαζευγμένος/η	8,1 (0,5)	
Εργασιακή Κατάσταση		0,392 ^γ
Εργαζόμενος	7,8 (0,6)	
Φοιτητής	7,6 (1,5)	
Άνεργος	8,0 (0,6)	
Συνταξιούχος	7,5 (0,7)	
Άλλο	7,6 (0,6)	
Υπηκοότητα		0,303 ^α
Αλλοδαπή	7,6 (1,1)	
Ελληνική	7,8 (0,7)	
Εισόδημα νοικοκυριού		0,191^γ
Κάτω του μέσου	7,6 (0,8)	
Μεσαίο	7,9 (0,6)	
Άνω του μέσου	7,8 (0,9)	
Παρουσία χρόνιου νοσήματος		0,249 ^α
Όχι	7,8 (0,8)	
Ναι	7,6 (0,7)	
Παρουσία αναπηρίας		0,480 ^α
Όχι	7,8 (0,8)	

Ναι	7,6 (0,7)	
Πόσο σοβαρό θεωρείτε το πρόβλημα για το οποίο επισκεφτήκατε τη δομή;		0,442 ^γ
Καθόλου	7,9 (0,8)	
Λίγο	7,9 (0,8)	
Αρκετά	7,7 (0,6)	
Πολύ	7,6 (0,9)	
Δεχτήκατε νοσηλευτική φροντίδα;		0,129^α
Όχι	8,0 (0,8)	
Ναι	7,7 (0,7)	

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, στην οποία κανένα χαρακτηριστικό δεν σχετίζονταν με τη βαθμολογία ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι GroI και Wensing (111-3) διερεύνησαν τον βαθμό ικανοποίησης από τη χρήση υπηρεσιών γενικής ιατρικής σε διάφορες χώρες της Ευρώπης στις οποίες όμως δεν περιλαμβανόταν η Ελλάδα. Στην πλειοψηφία των χωρών διαπίστωσαν υψηλά ποσοστά του πληθυσμού τα οποία αξιολόγησαν την υπηρεσία που χρησιμοποίησαν ως «εξαιρετική» (βαθμός 5 σε κλίμακα 1-5). Οι Kroneman et al. (114) διερεύνησαν τον βαθμό ελευθερίας επιλογής παρόχου από τη μεριά του πολίτη σε 18 ευρωπαϊκές χώρες με την Ελλάδα να εμφανίζει υψηλή βαθμολογία. Συνδυάζοντας τα ευρήματα των GroI και Wensing (111-3) με τα δικά τους (114), διαπίστωσαν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού ελευθερίας επιλογής και της συνολικής ικανοποίησης. Τα ποσοστά της απάντησης «εξαιρετική» κυμαίνονταν περίπου από 49% έως 63% ανάμεσα στις περισσότερες χώρες που δεν έχουν gatekeeping ενώ στις περισσότερες χώρες με gatekeeping τα ποσοστά ήταν μικρότερα, από περίπου 36% έως 45%. Μια πιθανή εξήγηση για το φαινόμενο είναι η υπόθεση πως οι ασθενείς είναι πιθανό να αποδώσουν «φταίξιμο» στον γενικό ιατρό στην περίπτωση που χρειαστούν παραπομπή σε άλλον επαγγελματία υγείας. Επίσης, σε χώρες με υψηλό βαθμό ελευθερίας επιλογής, η επίσκεψη στον επαγγελματία υγείας μπορεί να είναι περισσότερο επικεντρωμένη στον ασθενή και τις ανάγκες του. Σε αυτά τα συστήματα υγείας, στα οποία ο πολίτης επιλέγει ελεύθερα τον επαγγελματία υγείας που θα επισκεφθεί, ο ανταγωνισμός που δυνητικά αντιμετωπίζει ο γενικός ιατρός από άλλους επαγγελματίες υγείας πιθανόν τον ωθεί να δείξει μεγαλύτερη προσοχή και ενδιαφέρον για προβλήματα και ανάγκες των ασθενών που κινούνται έξω από το πλαίσιο του καθαρά ιατρικού μέρους της επίσκεψης (114). Στην παρούσα έρευνα το ποσοστό των απαντήσεων «πολύ» ικανοποιημένος-η (βαθμός 7 σε κλίμακα 1-7) ήταν 8,4%, ενώ το 38,9% απάντησαν 6 ή 7 («αρκετά» ή «πολύ» ικανοποιημένος-η, αντίστοιχα). Παρόλο που, όπως είναι φανερό, η κλίμακα της ερώτησης που αποτυπώνει την αίσθηση συνολικής ικανοποίησης από την υπηρεσία δεν είναι ίδια ανάμεσα στην παρούσα έρευνα και αυτές των GroI και Wensing (111-3), ίσως μπορούμε αδρά να αντιστοιχίσουμε τις δύο απότερες βαθμίδες της κλίμακας της παρούσας έρευνας (6, 7 – «αρκετά» και «πολύ» ικανοποιημένος-η, αντίστοιχα) με την απώτερη βαθμίδα (5 - «εξαιρετική» αξιολόγηση της υπηρεσίας) της κλίμακας που χρησιμοποίησαν οι GroI και Wensing (111-3). Με αυτήν την προσέγγιση, το ποσοστό

από την παρούσα έρευνα που αντιστοιχεί σε «εξαιρετική» αξιολόγηση βρίσκεται κοντά στο 40%. Αυτό το ποσοστό είναι σε γενικές γραμμές παραπλήσιο με αυτά που παρατηρήθηκαν (114) στις χώρες με gatekeeping παρά σε αυτές που έχουν υψηλό βαθμό ελευθερίας επιλογής παρόχου όπως η Ελλάδα. Μια πολύ γενική και καθαρά θεωρητική υπόθεση για την παρούσα στιγμή, στην οποία παρατηρείται αυτό το αποτέλεσμα, θα μπορούσε να αφορά στις επιπτώσεις της τρέχουσας οικονομικής συγκυρίας στην Ελλάδα ή σε πολιτιστικές διαφορές. Επίσης, έχει παρατηρηθεί (115) αρνητική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) των επαγγελματιών υγείας και του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών. Η τρέχουσα κρίση, της οποίας οι επιπτώσεις στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα σοβαρές, ίσως συνδέεται με αυξημένα επίπεδα burnout, καθώς το φαινόμενο αυτό σχετίζεται με δυσαναπλήρωτα κενά ανάμεσα στις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας και την έλλειψη πόρων και υποστήριξης από το πλαίσιο της εργασίας. Η αδυναμία ανταπόκρισης και το επακόλουθο stress μπορεί να οδηγήσουν σε εξάντληση των συναισθηματικών και ενεργειακών αποθεμάτων του επαγγελματία υγείας, καθώς και σε αποπροσωποποίηση και απόσυρση. Αυτές οι καταστάσεις σχετίζονται με ένα βιοϊατρικό παρά βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο επικεντρώνεται στην παροχή πληροφοριών και οδηγιών δίνοντας λιγότερη σημασία σε διαστάσεις όπως η επικοινωνία, το ενδιαφέρον για τις ανάγκες του ασθενούς σε ένα πλαίσιο ευρύτερο από το καθαρά ιατρικό-τεχνικό μέρος της φροντίδας και η συμμετοχή του ασθενούς. Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά σαν συνέπεια των προηγούμενων. Και αυτή η υπόθεση αντανακλά μια καθαρά θεωρητική σκέψη του γράφοντος και δεν βασίζεται σε στοιχεία σχετικά με τον βαθμό εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα ή τον συσχετισμό κοινωνικοοικονομικών συγκυριών και εξουθένωσης. Ο Raftopoulos (110), χρησιμοποιώντας κλίμακα 1-6 («καθόλου» έως «πολύ» ικανοποιημένος-η) στην ερώτηση «Πώς αισθάνεστε συνολικά από τη χρήση της υπηρεσίας;» εξάγει υψηλό ποσοστό (97,2%) συμμετεχόντων στην έρευνα που δήλωσαν ικανοποιημένοι (σε οποιοδήποτε βαθμό π.χ. «αρκετά», «πολύ» κτλ.) και αναφέρει μελέτες που καταλήγουν τόσο σε παρόμοια ποσοστά (116-8) όσο και σε χαμηλότερα (119,120). Στην παρούσα έρευνα αυτό το ποσοστό ανέρχεται στο 84,1%. Σε έρευνα που διεξήγαγαν οι Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος σε Κέντρα Υγείας ανά την Κύπρο (121) διαπίστωσαν ποσοστό ικανοποιημένων χρηστών (4 και 5 – «ικανοποιημένος-η» και «πολύ ικανοποιημένος-η», αντίστοιχα, σε κλίμακα 1-5) που ανέρχεται στο 70%. Οι Φρεγγίδου και συν., σε

έρευνά τους σε μονάδα υγείας στην Περιφέρεια Κιλκίς (122) εξήγαγαν ποσοστό ικανοποιημένων χρηστών (4 και 5 – «ικανοποιημένος-η» και «πολύ ικανοποιημένος-η», αντίστοιχα, σε κλίμακα 1-5) ίσο με 48,6%, παρατηρώντας πως το ποσοστό αυτό είναι σχετικά χαμηλό. Οι Pini et al. (123) σε έρευνα που εκπόνησαν σε ελληνικό ογκολογικό νοσοκομείο, κατέληξαν σε ποσοστό ογκολογικών ασθενών που δήλωσε ικανοποίηση (4 και 5 – «ικανοποιημένος-η» και «πολύ ικανοποιημένος-η», αντίστοιχα, σε κλίμακα 1-5) από τις υπηρεσίες των πρωινών εξωτερικών ιατρείων ίσο με 87%, ενώ για τα απογευματινά ιατρεία το ποσοστό ήταν ουσιαστικά 100%. Τα ποσοστά αυτά είναι αρκετά υψηλά. Όσον αφορά στη διαφορά ανάμεσα σε πρωινές και απογευματινές υπηρεσίες, θεωρούν πως ίσως ο μεγαλύτερος αριθμός επισκεπτών των πρωινών ιατρείων να είναι μία αιτία, καθώς πιθανόν δημιουργείται αίσθηση περιορισμένου χώρου ή έλλειψης κατάλληλων συνθηκών ιδιωτικότητας λόγω της αυξημένης κίνησης. Επίσης, ο χρόνος που διατίθεται για την εξέταση στις πρωινές επισκέψεις είναι πιθανό να είναι μικρότερος, και πάλι λόγω αυξημένης κίνησης και αριθμού ασθενών. Άλλοι πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διαφορά αυτή μπορεί να είναι η απουσία προγραμματισμού ραντεβού μέχρι την ημέρα της εξέτασης ή οι χρόνοι στον χώρο αναμονής.

Η μέση βαθμολογία ικανοποίησης από τη χρήση της υπηρεσίας συνολικά, όπως εξήχθη από την κλίμακα SPCSS, ήταν 7,7 στην παρούσα έρευνα (σε κλίμακα από 0 έως 10). Στην ίδια ουσιαστικά βαθμολογία (μέση τιμή 3,87 στα 5) κατέληξαν οι Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος στην προαναφερθείσα έρευνά τους (121). Οι Φρεγγίδου και συν. (122) εξάγουν χαμηλότερη μέση βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης, ίση με 6,1 (σε κλίμακα 0-10). Η τελευταία αυτή τιμή συμβαδίζει με το χαμηλότερο - σε σχέση με τις άλλες έρευνες - ποσοστό ασθενών που δήλωσαν ικανοποίηση στην ίδια έρευνα.

Αναφορικά με την σημαντικότητα που αποδίδουν οι χρήστες στα επιμέρους στοιχεία της φροντίδας, τα περισσότερα από τα στοιχεία που αξιολογήθηκαν στην παρούσα έρευνα ως σημαντικότερα ανήκουν στις δύο διαστάσεις που αφορούν στην ιατρική φροντίδα, δηλαδή τη διαπροσωπική ικανότητα και την τεχνική επάρκεια του ιατρού. Τα στοιχεία από τις άλλες δύο διαστάσεις κατέλαβαν χαμηλότερες θέσεις, με τη διάσταση «τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή» να έχει μια ελαφριά υπεροχή. Τα πέντε σημαντικότερα στοιχεία ήταν:

- ο ιατρός δε ζητά επιπλέον χρήματα
- ο ιατρός δε βιάζεται κατά την εξέταση
- ο ασθενής να αισθάνεται πως ο ιατρός γνωρίζει καλά τη δουλειά του, δηλαδή ο τελευταίος να αποπνέει σιγουριά και εμπιστοσύνη
- ο ιατρός σέβεται τον ασθενή σαν άνθρωπο κατά την εξέταση
- ο ιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο στη λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στη διάγνωση.

Οι Lionis et al. (124) διεξήγαγαν έρευνα στην οποία ζητήθηκε από τους ασθενείς να βαθμολογήσουν τη σημαντικότητα στοιχείων από πέντε διαστάσεις, από τις οποίες οι τέσσερις σχετίζονταν με την ιατρική φροντίδα και η μία με την προσβασιμότητα. Τα στοιχεία που συγκέντρωσαν τα υψηλότερα ποσοστά αξιολόγησης ως «πολύ σημαντικά» (βαθμός 4 σε κλίμακα 1-4) ήταν τα εξής:

- ο ιατρός ακούει με προσοχή (από διάσταση «επικοινωνία και φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή»): 68,8%
- ο ασθενής καταλαβαίνει ξεκάθαρα τις εξηγήσεις του ιατρού (από την ίδια διάσταση με το προηγούμενο): 67,1%
- ο ιατρός δίνει οδηγίες για την περίπτωση που εμφανιστούν ανεπιθύμητες καταστάσεις (από διάσταση «συνέχεια και συντονισμός»): 64,7%
- ο ιατρός είναι ευγενικός (από διάσταση «επικοινωνία και φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή»): 63,9%
- ο ιατρός δε δίνει την αίσθηση πως βρίσκεται υπό πίεση χρόνου (από διάσταση «προσβασιμότητα»): 59,4%.

Παρόλο που η παρούσα έρευνα εξήγαγε τιμές σε μεγέθη μέσης βαθμολογίας αποδιδόμενης σημαντικότητας στο κάθε στοιχείο (σε κλίμακα 0-10) ενώ η έρευνα των Lionis et al. (124) ποσοστά αξιολόγησης κάθε στοιχείου ως «πολύ σημαντικού», αν συγκριθούν οι κορυφαίες παρατηρήσεις των δύο ερευνών παρατηρείται ένα μόνο κοινό στοιχείο: ο ιατρός να μη βιάζεται κατά την εξέταση. Και πάλι όμως το στοιχείο αυτό καταλαμβάνει υψηλότερη θέση στην παρούσα έρευνα.

Στην έρευνά του ο Raftopoulos (110), ο οποίος διερευνά τα ίδια στοιχεία με την παρούσα έρευνα, παραθέτει τα πέντε πιο σημαντικά στοιχεία κατά τους ασθενείς:

- ο ιατρός σέβεται τον ασθενή σαν άνθρωπο κατά την εξέταση
- ο ιατρός προστατεύει την αξιοπρέπεια του ασθενούς κατά την εξέταση
- ο ιατρός αφιερώνει χρόνο για να εξηγήσει στον ασθενή τη θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσει και να του δώσει οδηγίες
- ο ασθενής να αισθάνεται πως ο ιατρός γνωρίζει καλά τη δουλειά του, δηλαδή ο τελευταίος να αποπνέει σιγουριά και εμπιστοσύνη
- ο ιατρός είναι πρόθυμος να απαντήσει σε ερωτήσεις του ασθενούς.

Ανάμεσα στην τελευταία έρευνα (110) και την παρούσα παρατηρούνται δύο κοινά στοιχεία στις κορυφαίες θέσεις: «ο ιατρός σέβεται τον ασθενή σαν άνθρωπο κατά την εξέταση» (πρώτη θέση έναντι τέταρτης, αντίστοιχα) και «ο ασθενής να αισθάνεται πως ο ιατρός γνωρίζει καλά τη δουλειά του, δηλαδή ο τελευταίος να αποπνέει σιγουριά και εμπιστοσύνη» (τέταρτη θέση έναντι τρίτης, αντίστοιχα). Στην έρευνα του Raftopoulos (110) η διακριτικότητα-εχεμύθεια τόσο του ιατρού όσο και του νοσηλευτή καταλαμβάνει χαμηλή θέση. Ο Raftopoulos θεωρεί πως ένας πιθανός παράγοντας που επηρεάζει αυτό το αποτέλεσμα είναι η πατερναλιστική κουλτούρα στον τρόπο άσκησης της ιατρικής στην Ελλάδα, δημιουργώντας στους ασθενείς την αίσθηση πως δε χρειάζεται ή δεν είναι στην «δικαιοδοσία» τους να ασχοληθούν με το θέμα της εμπιστευτικότητας των δεδομένων τους. Παρόλα αυτά, στην παρούσα

έρευνα τα στοιχεία αυτά κατέλαβαν αρκετά υψηλότερες θέσεις (6^η και 10^η για τον ιατρό και τον νοσηλευτή, αντίστοιχα).

Όσον αφορά στις επιμέρους διαστάσεις της υπηρεσίας, οι τιμές της μέσης βαθμολογίας ικανοποίησης για κάθε διάσταση αντίστοιχα είναι στην παρούσα έρευνα: τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή: 7,4· διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού: 7,6· τεχνική επάρκεια του ιατρού: 7,6· χαρακτηριστικά της δομής: 7,7. Οι Πιερράκος και συν. (125) εξήγαγαν μέση τιμή ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα ίση με 3,8 στα 5 (ή 7,6 στα 10), τιμή που συμφωνεί με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, αν και στην τελευταία η ιατρική φροντίδα χωρίζεται σε δύο επιμέρους διαστάσεις. Η τιμή που αναφέρουν για τη νοσηλευτική φροντίδα είναι 3,4 στα 5 (ή 6,8 στα 10), τιμή η οποία είναι κάπως μικρότερη από την αντίστοιχη της παρούσας έρευνας. Οι τιμές που εξήγαγαν για τις διοικητικές υπηρεσίες και το περιβάλλον της υπηρεσίας είναι 6,6 στα 10 και 6,8 στα 10, αντίστοιχα. Και αυτές επίσης είναι μικρότερες σε σχέση με τις τιμές στοιχείων της παρούσας έρευνας τα οποία αναφέρονται σε χαρακτηριστικά εκτός της ίδιας της φροντίδας. Οι Φρεγγίδου και συν. (122) αναφέρουν μέση βαθμολογία ικανοποίησης από τους ιατρούς ίση με 3,4 στα 5 (6,8 στα 10). Αν και η τιμή αυτή κινείται στο ίδιο μήκος κύματος με τις υπόλοιπες που εξάγει η έρευνά τους, όντας δηλαδή χαμηλότερη σε σχέση με άλλες έρευνες, παρόλα αυτά μέσα στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας βρίσκεται σε υψηλότερο επίπεδο ακόμη και από τη μέση βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης από τις υπηρεσίες. Στην έρευνα του Raftoroulos (110) οι δύο υψηλότερες βαθμολογίες μέσης ικανοποίησης παρουσιάζονται σε στοιχεία που ανήκουν στην ιατρική φροντίδα: «ο ασθενής να αισθάνεται πως ο ιατρός γνωρίζει καλά τη δουλειά του, δηλαδή ο τελευταίος να αποπνέει σιγουριά και εμπιστοσύνη» (6,4 στα 10) και «ο ιατρός δε ζητά επιπλέον χρήματα» (6,4 στα 10). Τα τρία στοιχεία που ακολουθούν σχετίζονται με χαρακτηριστικά της ίδιας της φροντίδας (ιατρικό και νοσηλευτικό κομμάτι): «ο ασθενής να αισθάνεται πως ο νοσηλευτής γνωρίζει καλά τη δουλειά του, δηλαδή ο τελευταίος να αποπνέει σιγουριά και εμπιστοσύνη» (6,2 στα 10)· «ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό» (6,2 στα 10) και «ο ιατρός σέβεται τον ασθενή σαν άνθρωπο κατά την εξέταση» (6,1 στα 10). Στην παρούσα έρευνα τρία από τα πέντε αυτά στοιχεία που μόλις αναφέρθηκαν εμφανίζονται επίσης στην πρώτη πεντάδα σε αρκετά παραπλήσιες αντίστοιχες

θέσεις. Όσον αφορά την ιατρική διάσταση, παρατηρήσεις σαν τις άνω φαίνεται να υποδεικνύουν τη σημασία που δίνουν οι ασθενείς σε σταθερή βάση στο ιατρικό κομμάτι στο πλαίσιο της συνολικής υπηρεσίας.

Η πρώτη στατιστικά σημαντική συσχέτιση που διαπιστώθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν μεταξύ υπηκοότητας και ικανοποίησης από την τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή. Η ελληνική υπηκοότητα συνδέεται με μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από ότι η αλλοδαπή. Ίσως πολιτιστικοί και κοινωνικοί παράγοντες, όπως αρνητικές αντιλήψεις ή προκαταλήψεις από τη μεριά των νοσηλευτών, καθώς και οι συνθήκες των τελευταίων ετών, να επηρεάζουν την αντιμετώπιση των αλλοδαπών ασθενών, αν λάβουμε επίσης υπόψιν πως ο νοσηλευτής αλληλεπιδρά πιο στενά με τον ασθενή από ότι ο ιατρός. Από την άλλη, ίσως οι πολιτιστικές ιδιαιτερότητες και τάσεις προς συγκεκριμένες απαντήσεις από τη μεριά του ίδιου του αλλοδαπού ασθενούς να επιδρούν στις απαντήσεις που θα δοθούν, σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητα από την ίδια τη φύση και το αποτέλεσμα της φροντίδας. Αυτές οι υποθέσεις αντιπροσωπεύουν ιδέες των Hall και Dornan (94) σχετικά με πιθανές αιτίες συσχέτισης μεταξύ δημογραφικών παραγόντων και ικανοποίησης.

Συσχέτιση παρουσιάστηκε επίσης ανάμεσα στην ηλικία και την ικανοποίηση τόσο από τη διαπροσωπική ικανότητα όσο και από την τεχνική επάρκεια του ιατρού. Σε αντίθεση όμως με τα ευρήματα που παρατηρούνται στη βιβλιογραφία τα οποία συνήθως αποτυπώνουν θετική συσχέτιση της ηλικίας με τη συνολική ικανοποίηση αλλά και με την ικανοποίηση από τους ιατρούς (94,110,120,122,126-30), στην παρούσα έρευνα εμφανίστηκε αρνητική συσχέτιση με την ιατρική φροντίδα. Έχει πιθανολογηθεί πως με την πάροδο του χρόνου οι ασθενείς ίσως γίνονται πιο μελίχιοι και δεκτικοί ή μπορεί να διστάζουν να εκφράσουν αντιρρήσεις και αρνητικές κρίσεις στους επαγγελματίες υγείας. Οι παράγοντες αυτοί επικουρούνται από τη δυνητικά αυξημένη εξάρτηση του ηλικιωμένου ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας λόγω της σχετικά εύθραυστης κατάστασης της υγείας του. Επίσης είναι πιθανό ένας μεγαλύτερος σε ηλικία ασθενής να λάβει μεγαλύτερη ανταπόκριση και θερμότερη αντιμετώπιση από τον ιατρό, ενώ και ο χαρακτήρας της διαδικασίας της επίσκεψης μπορεί να είναι πιο διεξοδικός (94). Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει κάποιο στοιχείο που να υποστηρίζει πως τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα παράγοντες σαν αυτούς έχουν μεταβληθεί σε βαθμό που να μεταβάλλουν με τέτοιο

τρόπο τη συσχέτιση. Ίσως η επιβαρυνόμενη κατάσταση του χώρου της υγείας στην Ελλάδα, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, να σχετίζεται με συνθήκες που επηρεάζουν σε κάποιον βαθμό τους επαγγελματίες υγείας και την εργασία τους με επακόλουθες συνέπειες στην αντιμετώπιση των ασθενών. Η επαγγελματική εξουθένωση, η δυσκολία στη διεκπεραίωση εργασιών και οι ελλείψεις σε συντελεστές, όπως προσωπικό και υλικά, είναι πιθανοί παράγοντες για την εμφάνιση τέτοιων συνθηκών. Από την άλλη όμως, ακούγεται συχνά στον ελληνικό χώρο πως οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται με τέτοιον τρόπο ώστε να αναπληρώσουν για τις ελλείψεις του συστήματος. Σύμφωνα με τη θεωρία για το «καθήκον» και την «υπαιτιότητα» (51), αν ο χρήστης της υπηρεσίας πιστεύει, εκτός των άλλων, πως υπάρχουν ελαφρυντικά για τη μειωμένη απόδοση της υπηρεσίας, είναι πιθανό να προβεί σε δήλωση ικανοποίησης από τη χρήση της, ακόμη κι αν αυτή περιείχε αρνητικές εμπειρίες. Με βάση αυτήν την ιδέα, οι ασθενείς στη σημερινή πραγματικότητα μάλλον θα εκτιμούσαν την προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας να ανταπεξέλθουν σε δυσμενείς συνθήκες εργασίας παρά θα έδειχναν δυσαρέσκεια. Ως εκ τούτου, δε δύναται να διατυπωθεί από τον γράφοντα κάποια ικανοποιητικά ερμηνευτική ιδέα για τις αιτίες εμφάνισης της αρνητικής συσχέτισης.

Ίσως σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ένα από τα ευρήματα της εργασίας των Pini et al. (123), σύμφωνα με το οποίο δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε δημογραφικούς παράγοντες και την ικανοποίηση ασθενών στο ογκολογικό νοσοκομείο όπου διεξήχθη η συγκεκριμένη έρευνα.

Τέλος, ως απάντηση στη δήλωση της παρούσας έρευνας «Πιστεύω πως πρέπει να αποφασίζουν οι επαγγελματίες υγείας για τη φροντίδα μου χωρίς να με ρωτούν επειδή αυτοί γνωρίζουν τι είναι καλύτερο για μένα», το 83,2% απάντησαν πως διαφωνούν (απαντήσεις «διαφωνώ» ή «διαφωνώ απόλυτα»), ενώ την απάντηση «διαφωνώ απόλυτα» έδωσε το 33,7%. Στην έρευνα των Lionis et al. (124) το 37,7% των συμμετεχόντων αξιολόγησαν το στοιχείο «Ο ιατρός προάγει τη συμμετοχή μου στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα μου» ως «πολύ σημαντικό» (βαθμός 4 σε κλίμακα 1-4). Το ποσοστό αυτό είναι ελαφρώς μεγαλύτερο από το αντίστοιχο 33,7% που προαναφέρθηκε στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας. Επίσης, στην έρευνα του Raftopoulos (110), σε παραπλήσιου περιεχομένου ερώτηση, το 92,9% των συμμετεχόντων απάντησαν πως ο ασθενής πρέπει να έχει το δικαίωμα να κρίνει τη φροντίδα που του παρέχεται. Τα προαναφερθέντα ποσοστά αντανακλούν την

επιθυμία συμμετοχής στη φροντίδα και την αντίθεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς στην οποία ο ασθενής έχει παθητικό ρόλο.

Συμπερασματικά, στην παρούσα έρευνα παρατηρείται κατ'αρχάς ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (84,1%) που δήλωσαν οποιονδήποτε βαθμό ικανοποίησης. Το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο σε σχέση με το αντίστοιχο από άλλες δύο έρευνες στον ελληνικό χώρο και αρκετά μεγαλύτερο από άλλη μία, για την οποία όμως οι συγγραφείς της σχολιάζουν πως η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων είναι μικρή, καθώς διεξήχθη σε μία μόνο μονάδα υγείας. Σε σχέση με την έρευνα από κέντρα υγείας ανά την Κύπρο είναι μεγαλύτερο, αλλά με μικρότερη διαφορά σε σύγκριση με την άλλη έρευνα που αναφέρθηκε πριν από λίγο. Σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό χώρο, το ποσοστό της απάντησης «πολύ ικανοποιημένος-η» συμβαδίζει περισσότερο με αντίστοιχα ποσοστά από χώρες με χαμηλότερη ελευθερία επιλογής παρόχου φροντίδας από ότι στην Ελλάδα. Ο μέσος όρος συνολικής ικανοποίησης από την παροχή φροντίδας δεν μπορεί να χαρακτηριστεί αρκετά μεγάλος, όμως ούτε και χαμηλός, ενώ συμφωνεί με την αντίστοιχη τιμή από την προαναφερθείσα έρευνα στην Κύπρο.

Το ιδιαίτερο εύρημα πάντως ήταν η ύπαρξη αρνητικής συσχέτισης της ηλικίας με την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, το οποίο ίσως χρειαστεί να διερευνηθεί πιο διεξοδικά στο άμεσο μέλλον. Είναι πιθανό να οφείλεται στις αδυναμίες τις έρευνας, καθώς στη βιβλιογραφία παρουσιάζεται συχνά το αντίθετο αποτέλεσμα. Σε κάθε περίπτωση, η ομάδα των πιο μεγάλων σε ηλικία ασθενών χρειάζεται αυξημένη προσοχή και εγρήγορση. Ανήκουν στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού και πιθανόν είναι πιο εύκολο να επηρεαστούν από τις δυσμενείς συνθήκες που δημιουργούν οι εξελίξεις των τελευταίων ετών. Πιθανόν η μείωση του επιπέδου ικανοποίησης σε μία ομάδα, που για ιδιαίτερους ίσως λόγους αναφέρει συνήθως σχετικά υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης, να αντανακλά έντονες επιπτώσεις από συνθήκες και εξελίξεις η διερεύνηση των οποίων χρήζει προσοχής.

Αν λάβουμε υπόψιν το μοντέλο των Parasuraman et al. (36), τότε η διαφορά – ή αλλιώς το «κενό» - που παρατηρείται ανάμεσα στο επίπεδο των προσδοκιών και αυτό των αντιλήψεων για τα στοιχεία της φροντίδας ίσως μπορεί να δώσει μία εικόνα για την εκληφθείσα απόδοση αυτών των στοιχείων και τη χρησιμότητα

παρεμβάσεων και αλλαγών. Τα στοιχεία τα οποία στην παρούσα έρευνα εμφανίζουν τις μεγαλύτερες τιμές για αυτά τα κενά είναι:

- Να νιώθω ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω (-1,6)
- Ο γιατρός να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία (-1,6)
- Ο γιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό (-1,5)
- Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου (-1,4)
- Ο γιατρός να μη βιάζεται κατά την εξέταση (-1,4)
- Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στη λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στη διάγνωση (-1,3)

Όπως φαίνεται, τα στοιχεία με τις μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ της σημαντικότητας που τους αποδίδεται και της ικανοποίησης από την εμπειρία προέρχονται από τις δύο διαστάσεις που απαρτίζουν την ιατρική φροντίδα. Η κουλτούρα που χαρακτηρίζει την άσκηση της ιατρικής στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται σε αρκετά μεγάλο βαθμό από την εξέχουσα θέση την οποία κατέχει ο ιατρός, με τοποθέτηση του ασθενούς σε ρόλο δέκτη πληροφοριών και οδηγιών. Αρκετές φορές ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπίζεται μέσα στο σύστημα υγείας ως μια ιατρική περίπτωση παρά ως μοναδικό άτομο με τις δικές του ιδιαιτερότητες, ανάγκες, επιθυμίες και ανησυχίες. Παράμετροι του τεχνικού μέρους της φροντίδας όπως η απουσία βιασύνης κατά την εξέταση ίσως επηρεάζονται εκτός των άλλων από τις συνθήκες στο ελληνικό σύστημα υγείας. Η ιατρική φροντίδα όμως είναι μία διάσταση των υπηρεσιών υγείας στην οποία παρατηρούνται συχνά αρκετά υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, αν όχι μεγαλύτερα σε σχέση με τις υπόλοιπες διαστάσεις που διερευνώνται στην εκάστοτε έρευνα. Έχουν επίσης ήδη αναφερθεί πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν τα υψηλά αυτά επίπεδα, όπως η αίσθηση εξάρτησης από τον ιατρό και ο δισταγμός εκφοράς αρνητικών κρίσεων. Το παρόν σχόλιο όμως

αφορά σε εκλαμβανόμενες αποκλίσεις της έκβασης από τις διαμορφωμένες προσδοκίες. Τα αποτελέσματα αυτά αντανακλούν την εικόνα της διαμόρφωσης αρκετά υψηλών προσδοκιών από την ιατρική φροντίδα, οι οποίες όμως δεν εκπληρώνονται. Μπορεί μάλλον να υποστηριχθεί, λαμβάνοντας υπόψιν τη γνώση για τα χαρακτηριστικά της άσκησης της ιατρικής στην Ελλάδα, πως το κατέχον κεντρική θέση κομμάτι αυτό των υπηρεσιών υγείας επιδέχεται αλλαγή κατεύθυνσης κατά κύριο λόγο στα χαρακτηριστικά της κουλτούρας και του τρόπου σκέψης που το διαπνέει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Στάγιας Ν. Βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνητικών εργαλείων και των μελετών ικανοποίησης ασθενών στις μονάδες υγείας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό (Πτυχιακή Εργασία). Καλαμάτα: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας; 2011.
2. Ραφτόπουλος Β. 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; 2002.
3. Steiber S, Krowinski W. Measuring and managing patient satisfaction. Chicago: American Hospital Association; 1990. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
4. Batchelor C, Owens DJ, Read M, Bloor M. Patient satisfaction studies: methodology, management and consumer evaluation. *Int J Health Care Qual Assur* 1994;7(7):22-30. DOI:<http://dx.doi.org/10.1108/09526869410074720>
5. Strasser S, Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Chicago: Health Administration Press; 1995. (Management Series). (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
6. Ραφτόπουλος Β, Θεοδοσοπούλου Ε. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Νοσηλευτική* 2001;40(1):8-23. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

7. Evason E, Whittington D. Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study. *Int J Health Care Qual Assur* 1997;10(1):7-19. DOI:<https://doi.org/10.1108/09526869710159589>
8. Evans JR, Lindsay WM. The management and control of quality. St. Paul, Minneapolis: West Publishing; 1996. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
9. Jones TO, Sasser WE. Why satisfied customers defect. *Harv Bus Rev* 1995;73(6):88-99.
10. Marek KD. Measuring the effectiveness of nursing care. *Outcomes Manag Nurs Pract* 1997;1(1):8-12. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
11. van Campen C, Sixma H, Friele RD, Kerssens JJ, Peters L. Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Med Care Res Rev* 1995;52(1):109-33. DOI:<https://doi.org/10.1177/107755879505200107>
12. Cohen G. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med* 1996;42(7):1085-93. DOI:[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00315-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00315-0)
13. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I--Important general considerations. *Br Med J* 1991;302(6781):887-9.
14. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II--Designing a questionnaire and conducting a survey. *Br Med J* 1991;302(6785):1129-32.
15. Θεοδοσοπούλου Ε, Ραφτόπουλος Β. Ανάπτυξη ενός εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. *Νοσηλευτική* 2002;41(1). (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

16. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Proceedings of the International Health Conference; 1946 June 19-July 22; New York, USA.
17. Οικονομοπούλου ΧΒ. Η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών; 2006.
18. Or Z. Improving the performance of health care systems: from measures to action (a review of experiences in four OECD countries). In: OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers No 57. Paris: OECD Publishing; 2002. DOI:<http://dx.doi.org/10.1787/742876710365>
19. Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις; 2010. τόμος Α σ. 26-9,229-33.
20. Titmuss RM. Commitment to welfare. London: George Allen & Unwin; 1976. (Η αναφορά κατά: Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις; 2010. τόμος Α σ. 26).
21. Λιαρόπουλος Λ. Τομέας υγείας: πρέπει να γίνει μηχανή οικονομικής και κοινωνικής αναπτύξεώς μας. Οικονομικός Ταχυδρόμος 1983 ΙΟΝ 9. (Η αναφορά κατά: Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις; 2010. τόμος Α σ. 28).
22. Mishan EJ. The economic growth debate. London: George Allen & Unwin; 1977. (Η αναφορά κατά: Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις; 2010. τόμος Α σ. 28-9).
23. Davidoff P, Reiner TA. A choice theory of planning. J Am Inst Plann 1962;28(2):103-15. DOI:<http://dx.doi.org/10.1080/01944366208979427>
24. Zammit-Tabona V. Principles and methods of evaluation of national health programmes. In: World Health Organization. Afro Tech Pap No 7. WHO, Regional Office for Africa; 1974. (Η αναφορά κατά: Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις; 2010. τόμος Α σ. 230,232).

25. Λιαρόπουλος Α. Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας: διεθνή συστήματα υγείας. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις; 2010. τόμος Β σ. 105-7,109-11,115,117-8,121-2.
26. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? J Am Med Assoc 1988;260(12):1743-8.
27. Klazinga NS, Ronchi E. Using ICT to monitor and improve quality in health care. In: Organisation for Economic Co-operation and Development. Achieving better value for money in health care. OECD Publishing; 2009. p.132. (OECD Health Policy Studies Series). DOI:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264074231-en>
28. Καϊτελίδου Δ. Ποιότητα και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Στο: Λιαρόπουλος Α. Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις; 2010. τόμος Α σ. 245-9.
29. Μπουραντάς Δ. Μάνατζμεντ. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου; 2002. (Η αναφορά κατά: Καϊτελίδου Δ. Ποιότητα και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Στο: Λιαρόπουλος Α. Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις; 2010. τόμος Α σ. 246-7).
30. Tandon A, Murray CJ, Lauer JA, Evans DB. Measuring overall health system performance for 191 countries. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper Series No 30).
31. Murray CJ, Frenk J. A WHO framework for health system performance assessment. Geneva: World Health Organization; 1999. (GPE Discussion Paper Series No 6).
32. Carinci F, van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora EC, Januel JM, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. Int J Qual Health Care 2015;27(2):137–46. DOI:<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv004>
33. Kahn JE. The right word at the right time. New York: The Reader's Digest Association Limited; 1985. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

34. International Organization for Standardization. ISO 9000:2015: quality management systems -- fundamentals and vocabulary. [Online]. 2015 Sep 25 [access 2016 May 19]; Available from: URL:<https://www.iso.org/standard/45481.html>

35. Monroe K, Krishnan R. The effect of price on subjective product evaluations. In: Jacoby J, Olson J, eds. Perceived quality. Institute of Retail Management, New York University. Lexington, Massachusetts: D.C. Heath and Co; 1985. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

36. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. J Marketing 1985;49(4):41-50.

37. Ραφτόπουλος Β, Πολυχρονοπούλου Ο, Ευαγγέλου Ε, Λέκκα Δ, Λούκα Ν, Τζήμα Δ. Αξιολόγηση της ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΝΕ; 2001 ΜΑΙ 3-5; Λήμνος. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

38. Θεοδοσοπούλου Ε, Ραφτόπουλος Β, Τζαβέλας Γ, Κοτρώτσιου Ε, Zarzycka D, Gorajek-Jozwik J. Διακρατική μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα και στην Πολωνία (πρώτα αποτελέσματα). 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΝΕ; 2001 ΜΑΙ 3-5; Λήμνος. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

39. Ghobadian A, Speller S, Jones M. Service quality: concepts and models. Int J Qual Reliab Manag 1994;11(9):43-66.
DOI:<http://dx.doi.org/10.1108/02656719410074297>

40. Holbrook MB, Corfman KP. Quality and value in the consumption experience: Phaedrus rides again. In: Jacoby J, Olson J, eds. Perceived quality. Institute of Retail Management, New York University. Lexington, Massachusetts: D.C. Heath and Co; 1985. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
41. Holbrook MB. The nature of customer value: an axiology of services in the consumption experience. In: Rust R, Oliver RL, eds. Service quality: new directions in theory and practice. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1994. DOI:<http://dx.doi.org/10.4135/9781452229102>
42. Zeithaml VA. Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. J Marketing 1988;52(3):2-22. DOI:<http://dx.doi.org/10.2307/1251446>
43. Cronin JJ Jr, Taylor SA. Measuring service quality: a reexamination and extension. J Marketing 1992;56(3):55-68. DOI:<http://dx.doi.org/10.2307/1252296>
44. Bitner MJ. Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. J Marketing 1990;54:69-82. DOI:<http://dx.doi.org/10.2307/1251871>
45. Rust R, Oliver RL. Service quality: insights and managerial implications from the frontier. In: Rust R, Oliver RL, eds. Service quality: new directions in theory and practice. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1994. DOI:<http://dx.doi.org/10.4135/9781452229102.n1> (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
46. Taylor AG, Hausmann GM. Meaning and measurement of quality nursing care. Appl Nurs Res 1988;1(2):84-8. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(88\)80007-7](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(88)80007-7)
47. Koch T. A review of nursing quality assurance. J Adv Nurs 1992;17(7):785-94. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

48. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982;16(5):577-82. DOI:[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90311-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90311-2)

49. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983;6(3-4):185-210. DOI:[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90002-2](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90002-2)

50. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994;38(4):509-16. DOI:[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-X)

51. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 1998;47(9):1351-9. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00213-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00213-5)

52. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* 1988;64(1):12-40.

53. Bolton RN, Drew JH. A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *J Marketing* 1991;55(1):1-9. DOI:<https://doi.org/10.2307/1252199>

54. Bolton RN, Drew JH. A multistage model of customers' assessments of service quality and value. *J Consum Res* 1991;17(4):375-84. DOI:<https://doi.org/10.1086/208564>

55. Mazis MB, Ahtola OT, Klippel RE. A comparison of four multi-attribute models in the prediction of customer attitudes. *J Consum Res* 1975;2(1):38-52. DOI:<https://doi.org/10.1086/208614> (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

56. Wilde B, Starrin B, Larsson G, Larsson M. Quality of care from a patient perspective: a grounded theory study. *Scand J Caring Sci* 1993;7(2):113-20. DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1993.tb00180.x>

57. Oliver RL. A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. In: Swartz TA, Bowen DE, Brown SW, eds. *Advances in services marketing and management: research and practice*. Greenwich, CT: JAI Press; 1993. vol 2 p. 65-85. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
58. Howard JA, Sheth JN. *The theory of buyer behavior*. New York: John Wiley & Sons; 1969. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
59. Spreng RA, MacKenzie SB, Olshavsky RW. A reexamination of the determinants of consumer satisfaction. *J Marketing* 1996;60(3):15-32. DOI:<https://doi.org/10.2307/1251839>
60. Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *J Adv Nurs* 1995;22(2):316-22. DOI:<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22020316.x>
61. Coyle J, Williams B. Seeing the wood for the trees: defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *Leadersh Health Serv* 1999;12(4):1-9. DOI:<https://doi.org/10.1108/13660759910298707>
62. Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Social Health Illn* 1983;5(3):297-311. DOI:<https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491836>
63. Bramadat IJ, Driedger M. Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth* 1993;20(1):22-9. DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1993.tb00175.x>
64. Mulcahy L, Tritter J. *Dissatisfaction, grievances and complaints in the NHS: a report to the Wilson committee*. London: South Bank University; 1994. (Η αναφορά κατά: Coyle J, Williams B. Seeing the wood for the trees: defining the forgotten

concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *Leadersh Health Serv* 1999;12(4):1-9).

65. Verkruijssen WG. Dissatisfied patients: their experiences, interpretations and actions. Groningen: University of Groningen; 1993. (Η αναφορά κατά: Coyle J, Williams B. Seeing the wood for the trees: defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *Leadersh Health Serv* 1999;12(4):1-9).

66. Citizen's Charter Complaints Task Force. Complaint handling in the public sector: a research study conducted by MORI. CCCTF; 1995. (Η αναφορά κατά: Coyle J, Williams B. Seeing the wood for the trees: defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *Leadersh Health Serv* 1999;12(4):1-9).

67. Grönroos C. A Service oriented approach to marketing of services. *Eur J Mark* 1978;12(8):588-601. DOI:<https://doi.org/10.1108/EUM0000000004985>

68. Lehtinen U, Lehtinen JR. Service quality: a study of quality dimensions. Helsinki: Service Management Institute; 1992. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

69. Carman JM. Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *J Retailing* 1990;66(1):33-55. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

70. Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Qual Health Care* 1992;1(3):171-7.

71. Thompson A. Inpatients' opinions of the quality of acute hospital care: discrimination as the key to measurement validity. In: Fitzpatrick R, Hopkins A, eds. *Measurement of patients' satisfaction with their care*. London: Royal College of

Physicians of London; 1993. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

72. Ware JE Jr, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann* 1983;6(3-4):247-63. DOI:[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90005-8](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90005-8)

73. Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research* 1975;24(1):45-52.

74. Rubin HR. Can patients evaluate the quality of hospital care? *Med Care Rev* 1990;47(3):267-326.

75. Abramowitz S, Côté AA, Berry E. Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. *Qual Rev Bull* 1987;13(4):122-30. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0097-5990\(16\)30118-X](https://doi.org/10.1016/S0097-5990(16)30118-X)

76. Pascoe GC, Attkisson CC. The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. *Eval Program Plann* 1983;6(3-4):335-47.

77. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health* 1992;14(3):236-49. DOI:<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a042739> (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

78. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Mark Res* 1980;17(4):460-9. DOI:<https://doi.org/10.2307/3150499>

79. Vuori H. Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care? *Qual Rev Bull* 1987;13(3):106-8. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0097-5990\(16\)30116-6](https://doi.org/10.1016/S0097-5990(16)30116-6) (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

80. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114(11):1115-8. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
81. Westbrook RA, Reilly MD. Value-percept disparity: an alternative to the disconfirmation of expectations theory of consumer satisfaction. In: Bagozzi RP, Tybout AM, eds. *Advances in consumer research*. Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research; 1983. vol 10 p. 256-61.
82. Barbeau JB. Predictive and normative expectations in consumer satisfaction: a utilization of adaptation and comparison levels in a unified framework. In: Hunt HK, Day RL, eds. *Conceptual and empirical contributions to consumer satisfaction and complaining behavior*. Bloomington, IN: Indiana University School of Business; 1985.
83. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract* 1995;12(2):193-201. DOI:<https://doi.org/10.1093/fampra/12.2.193>
84. Buetow SA. What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. *Soc Sci Med* 1995;40(2):213-21. DOI:[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)E0074-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)E0074-3)
85. Like R, Zyzanski SJ. Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Soc Sci Med* 1987;24(4):351-7. DOI:[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90153-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90153-5)
86. Ahmed L, Staniszewska S, Ahmad F, Duff L. Patient expectations and satisfaction. Oxford: National Institute for Nursing; 1995. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

87. McIver S. Obtaining the views of inpatients and users of casualty departments. London: King's Fund Centre; 1992. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
88. Strasser S, Schweikhart S, Welch GE 2nd, Burge JC. Satisfaction with medical care: it's easier to please patients than their family members and friends. *J Health Care Mark* 1995;15(3):34-44. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
89. Fox JG, Storms DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Soc Sci Med A* 1981;15(5):557-64. DOI:[https://doi.org/10.1016/0271-7123\(81\)90079-1](https://doi.org/10.1016/0271-7123(81)90079-1)
90. Linn LS, Greenfield S. Patient suffering and patient satisfaction among the chronically ill. *Med Care* 1982;20(4):425-31. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
91. King T. Management: more than a buzzword. *Nurs Mirror* 1985;160(8):34-5. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
92. Dubby I. The patient's experience. *Nurs Stand* 1990;5(9):7. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).
93. O'Leary A. Patient satisfaction as a measure of quality in the care of the elderly. *Br J Nurs* 1992;1(9):470-2. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

94. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990;30(7):811-8. DOI:[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90205-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90205-7)

95. Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *Br Med J* 1990;301:968-70. DOI:<https://doi.org/10.1136/bmj.301.6758.968>

96. Williams SJ, Calnan M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Soc Sci Med* 1991;33(6):707-16. DOI:[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90025-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90025-8)

97. Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, et al. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Aff* 1991;10(4):254-67. DOI:<https://doi.org/10.1377/hlthaff.10.4.254>

98. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988;25(1):25-36.

99. Temkin-Greener H, Winchell M. Medicaid beneficiaries under managed care: provider choice and satisfaction. *Health Serv Res* 1991;26(4):509-29.

100. Covinsky KE, Rosenthal GE, Chren MM, Justice AC, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. The relation between health status changes and patient satisfaction in older hospitalized medical patients. *J Gen Intern Med* 1998;13(4):223-9. DOI:<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00071.x>

101. Hermann RC, Ettner SL, Dorwart RA. The influence of psychiatric disorders on patients' ratings of satisfaction with health care. *Med Care* 1998;36(5):720-7.

102. Fisher AW. Patients' evaluation of outpatient medical care. *J Med Educ* 1971;46(3):238-44. DOI:<https://doi.org/10.1097/00001888-197103000-00008> (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

103. LeVois M, Nguyen TD, Attkisson CC. Artifact in client satisfaction assessment: experience in community mental health settings. *Eval Program Plann* 1981;4(2):139-50. DOI:[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(81\)90004-5](https://doi.org/10.1016/0149-7189(81)90004-5)

104. Raphael W. Do we know what patients think? A survey comparing the views of patients, staff and committee members. *Int J Nurs Stud* 1967;4(3):209-23. DOI:[https://doi.org/10.1016/0020-7489\(67\)90026-0](https://doi.org/10.1016/0020-7489(67)90026-0)

105. Wyshak G, Barsky A. Satisfaction with and effectiveness of medical care in relation to anxiety and depression: patient and physician ratings compared. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17(2):108-14. DOI:[https://doi.org/10.1016/0163-8343\(94\)00097-W](https://doi.org/10.1016/0163-8343(94)00097-W)

106. May S. Patient satisfaction and the detection of psychiatric morbidity in general practice. *Fam Pract* 1992;9(1):76-81. DOI:<https://doi.org/10.1093/fampra/9.1.76> (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

107. Ραφτόπουλος Β, Θεοδοσοπούλου Ε, Ευαγγέλου Ε, Σώλου Ε, Λαβδανίτη Μ, Κοτριώτσιου Ε. Εκτίμηση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο. 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΝΕ; 2001 ΜΑΙ 3-5; Λήμνος. (Η αναφορά κατά: Ραφτόπουλος Β. 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; 2002).

108. Brédart A, Razavi D, Robertson C, Batel-Copel L, Larsson G, Lichosik D, et al. A comprehensive assessment of satisfaction with care: preliminary psychometric analysis in French, Polish, Swedish and Italian oncology patients. *Patient Educ Couns* 2001;43(3):243-53. DOI:[http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(00\)00165-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00165-8)

109. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL, Thompson CJ. Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. *J Pain Symptom Manage* 1998;16(1):29-40. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(98\)00034-7](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(98)00034-7)
110. Raftopoulos V. Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece. *International Journal of Caring Sciences* 2010;3(3):110-20.
111. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000;50(460):882-7.
112. Grol R, Wensing M, Kersnik J. Patients evaluate general/family practice: the EUROPEP instrument. Nijmegen: University Medical Centre; 2000. (Η αναφορά κατά: Kroneman MW, Maarse H, van der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: a european study. *Health Policy* 2006;76(1):72-9).
113. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002;14(2):111-8. DOI:<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.intqhc.a002597>
114. Kroneman MW, Maarse H, van der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: a european study. *Health Policy* 2006;76(1):72-9. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.05.003>
115. Anagnostopoulos F, Liolios E, Persefonis G, Slater J, Kafetsios K, Niakas D. Physician butnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: evidence of relationships from a one-with-many design. *J Clin Psychol Med Settings* 2012;19(4):401-10. DOI:<https://doi.org/10.1007/s10880-011-9278-8>
116. Gadallah M, Zaki B, Rady M, Anwer W, Sallam I. Patient satisfaction with primary health care services in two districts in Lower and Upper Egypt. *East Mediterr Health J* 2003;9(3):422-30.
117. Raftopoulos V. Pain, satisfaction with quality of pain management and depressive symptoms in elderly hospitalized patients. *ICUs and Nursing Web Journal* 2005. Issue: 20. (Η αναφορά κατά: Raftopoulos V. Assessment of users' expectations,

perceived quality and satisfaction with primary care in Greece. *International Journal of Caring Sciences* 2010;3(3):110-20).

118. Raftopoulos V. A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *ICUs and Nursing Web Journal* 2005. Issue: 22. (Η αναφορά κατά: Raftopoulos V. Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece. *International Journal of Caring Sciences* 2010;3(3):110-20).

119. Aldana JM, Piechulek H, Al-Sabir A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bull World Health Organ* 2001;79(6):512-7. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862001000600006>

120. Margolis SA, Al-Marzouqi S, Revel T, Reed RL. Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. *Int J Qual Health Care* 2003;15(3):241-9. DOI:<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg036>

121. Κωνσταντίνου Ε, Μητρόπουλος Ι. Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Κύπρο. Πάτρα: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2012;29(5):614-22.

122. Φρεγγίδου Ε, Γαλάνης Π, Ζαφειροπούλου Μ, Διακουμής Γ, Παπαδόπουλος Ρ, Παπαγιάννη Α, και συν. Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2017;34(2):236-43.

123. Pini A, Sarafis P, Malliarou M, Tsounis A, Igoumenidis M, Bamidis P, et al. Assessment of patient satisfaction of the quality of health care provided by outpatient services of an oncology hospital. *Glob J Health Sci* 2014;6(5):196-203. DOI:<https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n5p196>

124. Lionis C, Papadakis S, Tatsi C, Bertias A, Duijker G, Mekouris PB, et al. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):255. DOI:<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2189-0>

125. Πιερράκος Γ, Λατσού Δ, Γούλα Α, Σταμούλη Μ, Δημάκου Σ, Υφαντόπουλος Ι. Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2015;32(5):629-35.
126. Νιάκας Δ, Γναρδέλης Χ. Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας. *Ιατρική* 2000;77:464-70. (Η αναφορά κατά: Φρεγγίδου Ε, Γαλάνης Π, Ζαφειροπούλου Μ, Διακουμής Γ, Παπαδόπουλος Ρ, Παπαγιάννη Α, και συν. Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2017;34(2):236-43).
127. Bodur S, Özdemir YE, Kara F. Outpatient satisfaction with health centers in urban areas. *Turk J Med Sci* 2002;32:409-14.
128. Πουλογιαννοπούλου Ε. Ικανοποίηση ασθενών κέντρων υγείας (Μεσσήνης, Μελιγαλά, Αγίου Νικολάου, Πύλου) νομού Μεσσηνίας. Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 2006. (Η αναφορά κατά: Φρεγγίδου Ε, Γαλάνης Π, Ζαφειροπούλου Μ, Διακουμής Γ, Παπαδόπουλος Ρ, Παπαγιάννη Α, και συν. Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2017;34(2):236-43).
129. Πολύζος Ν, Σινογεώργου Θ, Μαριάτου Δ. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ποιότητα: ικανοποίηση ασθενών σε ένα κέντρο υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2007;19(1):10-9.
130. Δρακοπούλου Μ, Γιαννακοπούλου Μ, Διομήδους Μ, Καλοκαιρινού Α. Αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας σε κέντρα υγείας αστικού τύπου. *Νοσηλεία και Έρευνα* 2010;26:21-6. (Η αναφορά κατά: Φρεγγίδου Ε, Γαλάνης Π, Ζαφειροπούλου Μ, Διακουμής Γ, Παπαδόπουλος Ρ, Παπαγιάννη Α, και συν. Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2017;34(2):236-43).

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ
ΓΕΝΙΚΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΜΟΣΧΟΥΤΑΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι ένας δείκτης που χρησιμοποιείται από τους φορείς χάραξης πολιτικής υγείας με σκοπό την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών στο πλαίσιο του σχεδιασμού και υλοποίησης προγραμμάτων υγείας.

Σκοπός: Η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας από τις υπηρεσίες γενικών ιατρών και νοσηλευτών στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Μέθοδος: Η κλίμακα Satisfaction with Primary Care Services Scale (SPCSS) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Διενεργήθηκαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε δείγμα κατοίκων της Περιφέρειας Αττικής. Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν «πόσο σημαντικό είναι...» και «πόσο ικανοποιημένος-η είστε...» για κάθε ένα από τα 27 αντικείμενα της κλίμακας, με δυνατές απαντήσεις από 0 (καθόλου) έως 10 (πολύ). Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences). Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

Αποτελέσματα: Η μέση συνολική βαθμολογία ικανοποίησης από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας ήταν 7,7. Το ποσοστό που δήλωσε «πολύ ικανοποιημένος-η» (τιμή 7 σε κλίμακα 1-7) ήταν 8,4%, ενώ το 38,9% απάντησε 6 ή 7 («αρκετά» ή «πολύ» ικανοποιημένος-η, αντίστοιχα). Εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ: ικανοποίησης από την τεχνική και διαπροσωπική ικανότητα του νοσηλευτή και υπηκοότητας (ελληνική σε σχέση με αλλοδαπή, $b=0,862$, $p=0,012$), ικανοποίησης από τη διαπροσωπική ικανότητα του ιατρού και ηλικίας ($b= -0,023$, $p=0,004$), ικανοποίησης από την τεχνική επάρκεια του ιατρού και ηλικίας ($b= -0,023$, $p=0,004$) και τέλος, μεταξύ ικανοποίησης από τα χαρακτηριστικά της δομής και φύλου (άνδρες σε σχέση με γυναίκες, $b= -0,315$, $p=0,042$). Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης από τη φροντίδα και κάποιου χαρακτηριστικού.

Συμπεράσματα: Η ηλικία έδειξε να συσχετίζεται αρνητικά με το επίπεδο ικανοποίησης και από τις δύο διαστάσεις της ιατρικής φροντίδας, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα που εμφανίζονται συνήθως στην βιβλιογραφία. Αυτή η παρατήρηση ίσως χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, αν πράγματι αντανακλά εξελίξεις των τελευταίων ετών που επηρεάζουν ειδικά τις μεγαλύτερες ηλικίες με τέτοιο τρόπο ώστε να προκαλέσουν μια τέτοια αλλαγή. Η τιμή της μέσης συνολικής ικανοποίησης έδειξε να βρίσκεται μεταξύ αντίστοιχων τιμών από έρευνες στον ελληνικό χώρο, ενώ το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν τις ανώτερες δύο βαθμίδες ικανοποίησης είναι χαμηλότερο από ότι σε χώρες της Ευρώπης με παρόμοιο βαθμό ελευθερίας επιλογής παρόχου φροντίδας υγείας σε σχέση με την Ελλάδα, αν και η παρούσα έρευνα περιλαμβάνει συμμετέχοντες από την Περιφέρεια Αττικής και όχι αντιπροσωπευτικό δείγμα από τον ελλαδικό χώρο στο σύνολό του.

Λέξεις κλειδιά: Ικανοποίηση χρηστών, γενική ιατρική, νοσηλευτές, ποιότητα, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

**NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
FACULTY OF NURSING**

INTERUNIVERSITY POSTGRADUATE PROGRAM IN HEALTH CARE
MANAGEMENT

DISSERTATION

**ASSESSMENT OF HEALTH CARE USERS' SATISFACTION FROM
SERVICES PROVIDED BY GENERAL PRACTITIONERS AND NURSES IN
PRIMARY HEALTH CARE**

BY SOTIRIOS MOSCHOUTAS

SUMMARY

Background: Health care users' satisfaction is an index used by health care policy carriers in order to assess service quality in the context of health care programming.

Objective: To assess health care users' satisfaction from general practice and nursing services in the primary health care setting.

Method: Satisfaction with Primary Care Services Scale (SPCSS) was used to assess satisfaction from primary health care services. Phone interviews were carried out in a sample of Attica Region residents. Participants were asked "how important is it..." and "how satisfied are you..." for each of the 27 scale objects, with possible answers ranging from 0 (not at all) and 10 (very much). Statistical analysis was done using IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences). Two-sided significance level of 0.05 was assumed.

Results: Average total satisfaction level from health care was found equal to 7.7. The percentage that reported "high" satisfaction (value 7 on a 1-7 scale) was 8.4%, while 38.9% reported "significant" or "high" satisfaction (values 6 or 7, respectively). Statistically important relationships were found between: satisfaction from nurse's technical and interpersonal competence and nationality (greek in relation to foreign, $b=0.862$, $p=0.012$), satisfaction from physician's interpersonal competence and age

($b=-0.023$, $p=0.004$), satisfaction from physician's technical competence and age ($b=-0.023$, $p=0.004$) and finally, between structure characteristics and gender (male compared to female, $b=-0.315$, $p=0.042$). No statistically significant relationship was found between any characteristic and total satisfaction from health services in the primary health care setting.

Conclusions: Age was found to be negatively correlated to satisfaction from both aspects of care related to doctor services, contrary to the results usually found in literature. This observation may merit further inquiry if it really reflects changes in the last years affecting older ages in such a way that brings about a change like this. Average total satisfaction lies in the area between respective values found in other studies in Greece, while the percentage that reported the highest two levels of satisfaction was found to be lower than those observed in European countries with similar levels of users' freedom of health care provider choice, although the current study only includes residents of the Attica Region and not a representative sample of the entire country.

Keywords: User satisfaction, general practice, nurses, quality, primary health care

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ - κλίμακα Satisfaction with Primary Care Services Scale (SPCSS) – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ 110

Δίπλα από την κάθε ερώτηση απαντήστε από 0 (καθόλου) έως 10 (πάρα πολύ) στην πρώτη στήλη πόσο σημαντικό είναι το καθένα για εσάς και στην δεύτερη στήλη πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το καθένα κατά τη νοσηλεία σας στο νοσοκομείο

Ερώτηση	Πόσο σημαντικό;	Πόσο ικανοποιημένος
1. Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια χρόνο για να μου εξηγήσει όσα δεν κατάλαβα από τον ιατρό		
2. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται για το πρόβλημα μου		
3. Να είναι φιλική η νοσηλεύτρια μαζί μου		
4. Η νοσηλεύτρια να είναι διακριτική		
5. Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ξέρει καλά την δουλειά της		
6. Η νοσηλεύτρια να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία		
7. Η νοσηλεύτρια να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό		
8. Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου		
9. Ο γιατρός να αφιερώσει χρόνο για να μου εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει οδηγίες		
10. Να νιώθω ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω		
11. Ο γιατρός να είναι φιλικός μαζί μου		
12. Ο γιατρός είναι να διακριτικός		
13. Ο γιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό		
14. Να νιώθω ότι ο γιατρός ξέρει καλά την δουλειά του		
15. Ο γιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει		
16. Ο γιατρός να προστατεύει την αξιοπρέπεια μου όταν με εξετάζει		

17. Ο γιατρός να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία		
18. Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση		
19. Ο γιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού		
20. Ο γιατρός να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις		
21. Ο γιατρός να μην μου ζητά χρήματα		
22. Ο γιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση		
23. Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος		
24. Τα εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά οργανωμένα		
25. Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας		
26. Να τηρούνται τα ραντεβού		
27. Να είναι φιλικός ο χώρος των εξωτερικών ιατρείων		

ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΑΙΤΗΜΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

Αξιότιμε κύριε Ραφτόπουλε

Ονομάζομαι Σωτήριος Μοσχούτας και φοιτώ στο Διαπανεπιστημιακό-διατμηματικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών του τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, στην κατεύθυνση "Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας". Ο αριθμός μητρώου μου είναι 143043 και η επιβλέπουσα καθηγήτρια στην διπλωματική μου εργασία είναι η κα Μ. Διομήδους. Η εργασία έχει τίτλο:

«Εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας από γενικούς ιατρούς και νοσηλευτές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας».

Πρόσεξα το άρθρο σας με τίτλο "Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece" στο International Journal of Caring Sciences, 2010, Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος, τόμος 3, τεύχος 3, σσ 110-120.

Θα μπορούσατε παρακαλώ να μου χορηγήσετε την άδεια να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιό σας και ειδικότερα όπως αυτό μεταφράστηκε στα ελληνικά και χρησιμοποιήθηκε από τις φοιτήτριες του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου Άντρη Χρίστου και Ιωάννα Έλληνα στην διατριβή τους, επιπέδου μάστερ, με τίτλο "Αξιολόγηση της Ικανοποίησης των Χρηστών του Στρατιωτικού Νοσοκομείου στην Κύπρο".

Ευχαριστώ για την προσοχή σας,
Σωτήριος Μοσχούτας

ΑΠΑΝΤΗΣΗ

Κύριε Μοσχούτα

Καλησπέρα. Με χαρά σας δίνω την άδεια χρήσης με την παράκληση να γίνει αναφορά στο άρθρο.

Φιλικά

Vasilios Raftopoulos, RGN, MSc, PhD
Associate Professor of Nursing Care Quality Management
Head of the Mediteranean Research Centre of Public Health and Quality of Care
Department of Nursing, School of Health Sciences
Cyprus University of Technology

ΛΕΞΙΚΟ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΩΝ ΟΡΩΝ

Outcomes Management: Διοίκηση με Κριτήριο τα Αποτελέσματα

Nursing Outcomes Classification: Ταξινόμηση Έκβασης Νοσηλευτικής Φροντίδας

E-health: «Η-Υγεία» (Ηλεκτρονική Υγεία)

Euro Health Consumer Index: Κατάλογος δεικτών για την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη

PubMed: Μηχανή αναζήτησης πρωταρχικά για πρόσβαση στην “MEDLINE” βάση δεδομένων βιβλιογραφικών αναφορών και αποσπασμάτων στα πεδία βιολογικών και βιοϊατρικών επιστημών

Institute of Medicine: Ινστιτούτο Ιατρικής

Citizens Charter Complaints Task Force: Τμήμα της βρετανικής ομάδας πρωτοβουλίας των πολιτών το οποίο επικεντρώνεται στην διατύπωση παραπόνων

Gatekeeping: Όρος που περιγράφει την υποχρεωτική ανάθεση σε κάθε (ασφαλισμένο) πολίτη συγκεκριμένου επαγγελματία υγείας ο οποίος αποφασίζει μετά από κάθε επίσκεψη σχετικά με την περαιτέρω κίνηση του ασθενούς στο σύστημα υγείας (παραπομπή σε εξειδικευμένο ιατρό, εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, εργαστηριακές εξετάσεις κτλ.