



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

Διπλωματική εργασία

**«Η Ποιότητα των Υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας Καρπάθου
μέσα από τις εμπειρίες των χρηστών»**

**«The Quality of services of the Health Center of Karpathos
through the User's Experiences»**

Όνοματεπώνυμο φοιτήτριας: Μαρίνα Καφετζή

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δάφνη Καϊτελίδου, Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ**

ΑΘΗΝΑ 2018

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ :

Δάφνη Καϊτελίδου

Τούντας Ιωάννης

Καντζανού Μαρία

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας ερευνητικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, Δάφνη Καϊτελίδου, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους όσους με στήριξαν στην προσπάθειά μου αυτή και ιδιαίτερα στον σύζυγο μου και την κόρη μου.

Τέλος, ένα ευχαριστώ και στους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή, χωρίς τη συνεργασία των οποίων η έρευνα δε θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ABSTRACT.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
A.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	4
1. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	4
1.1 Η έννοια και το περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	4
1.2 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα.....	6
1.3 Ο ρόλος της ΠΦΥ στην παροχή υπηρεσιών και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.....	6
1.4 Οι βασικοί στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	8
1.5 Τα κέντρα υγείας στην Ελλάδα – Σκοπός – Υπηρεσίες τους.....	10
1.6 Το Κ.Υ Καρπάθου (ΥΠΟΔΟΜΗ – ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ – ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ).....	12
2. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	15
2.1 Ορισμός της Ποιότητας.....	15
2.2 Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	17
2.3 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	17
2.4 Οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	18
2.5 Τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας.....	21
3. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ.....	24
3.1 Ο ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών.....	25
3.2 Οι διαστάσεις της ικανοποίησης.....	26
3.3 Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας.....	28
3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.....	29
3.5 Τα οφέλη από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι πολλά.....	32
4. ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	34
4.1 Οι εμπειρίες των χρηστών (Ολλανδία, Αγγλία, Μάλτα, Χονγκ Κονγκ, Ολλανδία).....	34

4.2 Διαφορές μεταξύ της μέτρησης της εμπειρίας και της ικανοποίησης.....	41
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	42
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	42
5.1 Σκοπός.....	42
5.2 Υλικό - Μέθοδος:.....	42
5.3 Στατιστική ανάλυση.....	43
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	45
6.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά.....	45
6.2 Χρήση των υπηρεσιών υγείας.....	47
6.3 Οι εμπειρίες των ασθενών από το Κέντρο Υγείας.....	50
6.4 Σημασία των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας.....	57
6.5 Συσχετίσεις.....	60
6.5.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία προσβασιμότητας.....	60
6.5.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας.....	62
6.5.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.....	63
6.5.4. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας.....	65
6.5.5. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας.....	67
6.5.6. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας.....	69
6.5.7. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας	70
6.5.8.Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.....	72
6.5.9. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύστασης του Κέντρου Υγείας σε συγγενείς/φίλους.....	75
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	84

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Κ.Υ Κέντρο Υγείας

Π.Φ.Υ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

NPS Δείκτη Καθαρών Προσόντων

FFT Friends and Family Test

NHS New Health System

GPs General Practitioners

GOPCs General Outpatient Clinics

FHB Food and Health Bureau

PC Ηλεκτρονικό Υπολογιστή

CQI Δείκτης ποιότητας καταναλωτή

PCAT-AE Primary Care Assessment Tool-Adult Edition

HA Hospital Authority

DH Department of Health

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ στο Κέντρο Υγείας Καρπάθου μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών .

Υλικό – Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη από τις 17 Μαρτίου 2018 έως 17 Απριλίου 2018. Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 260 άτομα, χρήστες των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Κέντρου Υγείας Καρπάθου. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο (το οποίο περιλάμβανε 73 ερωτήσεις) που προέκυψε από την πιλοτική μελέτη για την ανάπτυξη ερωτηματολογίου για την αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ (Καϊτελίδου, Οικονόμου, Γαλάνη και συν., 2018), το οποίο συμπληρώθηκε εθελοντικά από τους συμμετέχοντες. Η επιλογή των ασθενών έγινε με δειγματοληψία ευκολίας κατά την έξοδο από όλα τα ιατρεία του Κ.Υ (κριτήρια ένταξης: την επιθυμία των χρηστών να συμμετάσχουν στην έρευνα, ηλικία > 18 ετών και η δυνατότητα συνεννόησης στην ελληνική γλώσσα).

Οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια είτε μόνοι τους είτε με τη βοήθεια της ερευνήτριας, η οποία έδινε διευκρινήσεις με τρόπο ώστε να μην επηρεάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 44,3 έτη (ΤΑ=15,1), το 42,3% ήταν άνδρες και το 83,3% ήταν ελληνικής εθνικότητας. Το 20,4% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ/κάτοχοι Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού, το 10,81% ήταν απόφοιτοι μετα-λυκειακής εκπαίδευσης, το 27,3% ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 18,8% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου και το 21,9% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης (93,1%) ενώ το 10,8% είχαν ιδιωτική ασφάλιση. Το 40,2% έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα και τα συχνότερα νοσήματα ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα (22,3%) και τα νοσήματα του θυρεοειδούς αδένος (13,1%).

Το 85,4% αυτοεκτίμησαν την κατάσταση της υγείας τους καλή έως εξαιρετική. Οι περισσότεροι επισκέφτηκαν την μονάδα υγείας από 1 έως 4 φορές τους τελευταίους 6 μήνες (64,8%) και το 99,6% επισκέφτηκαν την μονάδα υγείας χωρίς παραπομπή (με δική τους πρωτοβουλία). Οι περισσότεροι επισκέφτηκαν Γενικό γιατρό (70,4%), παθολόγο (11,9%), οδοντίατρο (11,5%) και νοσηλεύτη/-τρια (6,9%). Οι συνηθέστερες αιτίες επίσκεψης ήταν η ασθένεια/αδιαθεσία (63,5%), η συνταγογράφηση φαρμάκων (15,4%), παραπεμπτικό για εργαστηριακές/ διαγνωστικές εξετάσεις (13,1%), για ιατρικό πιστοποιητικό/ βεβαίωση (8,8%) και για προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ) (5%). Μόλις 7 συμμετέχοντες έκλεισαν ραντεβού για την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας (2,7%). Ο χρόνος αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών και από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών μέχρι την επαφή με τον γιατρό ήταν συνήθως μέχρι 15 λεπτά (84% και 49,2%, αντίστοιχα). Το 24,7% των συμμετεχόντων παραπέμφθηκαν σε άλλο γιατρό ή υπηρεσία υγείας και το 32,3% είχε επαφή με νοσηλεύτη ή άλλο επαγγελματία υγείας χωρίς επαφή με γιατρό.

Η μέση βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε φίλους ή/και συγγενείς και η μέση βαθμολογία σύστασης της μονάδας υγείας σε φίλους ή/και συγγενείς ήταν 8,1 (σε κλίμακα από 1 έως 10). Εκτός από επτά ερωτήσεις, στις υπόλοιπες η μέση τιμή αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας ήταν μεγαλύτερη από τη διάμεση τιμή της κλίμακας (=4) γεγονός που δηλώνει υψηλά επίπεδα ικανοποίησης.

Επιπρόσθετα, βρέθηκε πως η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας, με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους και με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης του Κέντρου Υγείας σε συγγενείς/φίλους. Επίσης, ο βαθμός ικανοποίησης (επίπεδο θετικών εμπειριών) των συμμετεχόντων σχετίζονταν θετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Βέβαια οι περισσότεροι χρήστες των δομών Π.Φ.Υ. δηλώνουν ότι υπάρχουν κάποια προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με το ωράριο λειτουργίας, την καθαριότητα των χώρων του κέντρου υγείας καθώς και η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη.

Συμπεράσματα: Η ΠΦΥ πρέπει να ενισχυθεί με στόχο την αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών και συνεπώς τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τα δεδομένα που συλλέγονται μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Λέξεις-κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, Ικανοποίηση, Εμπειρίες ασθενών

ABSTRACT

Aim: To investigate the quality of Primary Health Care Services at the Karpathos Health Center through the presentation of user experiences.

Material-Method: A cross-sectional study was conducted from 17 March 2018 to 17 April 2018. The population surveyed consisted of 260 people, users of the primary health care services of the Karpathos Health Center. A questionnaire (which included 73 questions) was derived from the pilot study on the development of a questionnaire to capture the experiences of patients from PMI structures (Kaitelidu, Economou, Galani et al., 2018), which was voluntarily completed by the participants. The selection of patients was made by sampling at the exit of all KS clinics (integration criteria: the willingness of users to participate in the research, age > 18 years and the possibility of conciliation in Greek). Patients were able to complete the questionnaires either on their own or with the help of the researcher, which provided clarifications so as not to affect the participants' responses.

Results: The mean age of the participants was 44.3 years (TA = 15.1), 42.3% were men and 83.3% were of Greek nationality. 20.4% were graduates of MA / TEI / postgraduate and / or PhD graduates, 10.81% were graduates of post-Lyceum education, 27.3% were high school graduates, 18.8% were Gymnasium graduates,

and 21.4%, 9% were primary school graduates. Most participants were insured with the EOPYY or other public / social insurance fund (93.1%), while 10.8% had private insurance. 40.2% suffered from a chronic disease and the most common diseases were cardiovascular disease (22.3%) and thyroid disease (13.1%). The 85.4% self-assessed their health status to good to excellent. Most visited the health unit 1 to 4 times over the last 6 months (64.8%) and 99.6% visited the health facility without referral (on their own initiative). Most visited a general practitioner (70.4%), a physician (11.9%), a dentist (11.5%) and a nurse (6.9%). The most common reasons for the visit were illness / sickness (63.5%), prescription medication (15.4%), referral for laboratory / diagnostic tests (13.1%), medical certificate / certificate (8.8%) and for a scheduled review visit or medical check-up (5%). Only 7 participants had an appointment to visit the Health Center (2.7%). The waiting time for completion of the administrative procedures and from the completion of the administrative procedures to contacting the doctor was usually up to 15 minutes (84% and 49.2%, respectively). 24.7% of the participants were referred to another physician or health service and 32.3% had contact with a nurse or other health professional without contact with a doctor. The average doctor recommendation for friends and / or relatives and the average health unit recommendation for friends and / or relatives were 8.1 (on a scale of 1 to 10). In addition to seven questions, in the rest, the mean value of the experience of patients from the Health Center was higher than the median of the scale (= 4), which indicates high levels of satisfaction. In addition, it was found that the age increase was related to an increase in the quality of the Health Center facility, increasing the physician's recommendation to relatives / friends and increasing the Health Center's recommendation to relatives / friends. Also, the level of satisfaction (level of positive experiences) of the participants was positively related to the quality of the provided medical and nursing care. Of course, most users of PBL structures say there are some problems that are related to the working hours, the cleanliness of the health center's rooms and the waiting room to be comfortable.

Conclusions: Primary Health Care should be strengthened to increase user satisfaction and hence improve the quality of healthcare provided. The data collected can be used to improve the quality of primary health care services in Greece.

Key words: Primary health care, Quality, Satisfaction, Patients' Experience

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το Γενικό και το Ειδικό. Στο Γενικό μέρος επιχειρείται μία σύντομη ανάλυση της ΠΦΥ. Επιπλέον και μία εννοιολογική προσέγγιση του περιεχομένου της ποιότητας, της ικανοποίησης καθώς και των εμπειριών των χρηστών από την ΠΦΥ. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια και το περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας. Ο ρόλος της Π.Φ.Υ στην παροχή των υπηρεσιών και στην βελτίωση της υγείας του πληθυσμού καθώς και οι βασικοί στόχοι της. Γίνεται επίσης μία σύντομη αναφορά στα κέντρα υγείας στην Ελλάδα καθώς περιγράφονται οι στόχοι και οι υπηρεσίες τους, και τέλος δίνονται πληροφορίες για το Κέντρο υγείας Καρπάθου.

Το δεύτερο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Παρουσιάζονται οι επικρατέστεροι ορισμοί της ποιότητας και περιγράφονται τα χαρακτηριστικά της, καθώς και οι παράγοντες που την προσδιορίζουν. Επίσης αναλύονται οι διαστάσεις της ποιότητας και γίνεται αναφορά στους τρόπους μέτρησής της.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών μέσα από διάφορους ορισμούς. Περιγράφονται οι διαστάσεις και οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Επιπλέον, αναλύονται τα οφέλη που προκύπτουν από τη μέτρησή της.

Το τέταρτο κεφάλαιο εστιάζει στη σημασία της αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με έμφαση στις διαφορές μεταξύ της αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών και της μέτρησης της ικανοποίησής τους.

Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφονται ο σκοπός της έρευνας, η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων και τα αποτελέσματα που προέκυψαν. Στο τέλος γίνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα.

Στο έκτο κεφάλαιο αναλύονται τα αποτελέσματα.

Τέλος στο έβδομο κεφάλαιο αναλύεται η συζήτηση και τα συμπεράσματα.

Α.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Η έννοια και το περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η έννοια της ΠΦΥ προσδιορίστηκε για πρώτη φορά στην ιστορική συνδιάσκεψη της Alma Ata, που διοργανώθηκε από τον ΠΟΥ και την Unicef στη Γενεύη στις 12 Σεπτέμβρη το 1978. Η συνδιάσκεψη στην οποία τέθηκε ο φιλόδοξος στόχος «υγεία για όλους έως το 2000», που υιοθετήθηκε από όλα τα κράτη που συμμετείχαν, κατέληξε στη διακήρυξη δέκα σημείων και αποτέλεσε ορόσημο στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. Στη διακήρυξη της Alma- Ata επιβεβαιώθηκε ότι η υγεία, η οποία σύμφωνα με τον ΠΟΥ αποτελεί κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά έλλειψη νόσου ή αναπηρίας, αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, ενώ η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί τον πιο σημαντικό παγκόσμιο στόχο.

Η Διακήρυξη διατυπώνει έναν πλήρη ορισμό για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στον οποίο η Π.Φ.Υ. αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι προσβάσιμη από το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και τους παρέχεται σε διαδραστική μορφή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί ανεξαρτήτως σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης.

Η ΠΦΥ προσδιορίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται.(Alma-Ata, 1978)

Ο κύριος σκοπός της ΠΦΥ καθορίζεται μέσα από τις αρχές της διακήρυξης ,ιδιαίτερα (α) ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα με βάση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την προαγωγή και την πρόληψη της υγείας και την ενίσχυση των πολιτικών δημόσιας υγείας, (β) προτεραιοποίηση των πολιτικών άρσης των ανισοτήτων, με προσήλωση στα κριτήρια της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και στη στρατηγική «Υγεία για Όλους», (γ) απομάκρυνση από ένα περιοριστικό, τεχνικό, βιοϊατρικό παράδειγμα υγείας και έμφαση στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας με βάση τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών, με την κινητοποίηση της κοινοτικής και διατομεακής δράσης και την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου και (δ) ενδυνάμωση των μεθόδων αποδοτικής χρήσης των πόρων και εφαρμογής της

κατάλληλης τεχνολογίας και σύγχρονων διαγνωστικών μεθόδων. (Κυριόπουλος Γ, 2000)

Μια άλλη προσέγγιση της ΠΦΥ δόθηκε το 1996 από το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute Of Medicine- IOM) των Η. Π. Α. μέσω της Επιτροπής για το Μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εξέδωσε τον ακόλουθο ορισμό. «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η παροχή ενσωματωμένων (ολοκληρωμένων, συντονισμένων, συνεχιζόμενων), προσβάσιμων υπηρεσιών φροντίδας υγείας από κλινικούς ιατρούς που είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση των πλείστων προσωπικών αναγκών φροντίδας υγείας των ασθενών, μέσα από την ανάπτυξη ενός διαρκούς συνεταιρισμού με τους ασθενείς και οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας» (Donaldson MS, et al., 1996).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι πολύτιμη για τα άτομα για τους ακόλουθους πέντε λόγους:

1) Αποτελεί το χώρο στον οποίο οι ασθενείς μπορούν να προσέλθουν με ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας για να λάβουν την κατάλληλη προσοχή και να αναμένουν ότι στις πλείστες περιπτώσεις τα προβλήματα τους θα λυθούν χωρίς να χρειάζεται να παραπεμφθούν.

2) Καθοδηγεί τους ασθενείς διαμέσου του συστήματος υγείας με κατάλληλες παραπομπές για υπηρεσίες από άλλους επαγγελματίες υγείας.

3) Διευκολύνει την ανάπτυξη μιας διαρκούς σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και στον ασθενή και ενθαρρύνει τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους και την προσωπική τους φροντίδα.

4) Παρέχει ευκαιρίες για την πρόληψη της νόσου και την προαγωγή υγείας καθώς και για την πρώιμη ανίχνευση των προβλημάτων.

5) Βοηθά στη διασύνδεση των υπηρεσιών προσωπικής φροντίδας υγείας, της οικογένειας του ασθενούς και της κοινότητας που μπορούν να υποστηρίξουν την ικανοποίηση των αναγκών υγείας του ασθενούς (Donaldson MS., 1996).

1.2 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα

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

- I. Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.): Κέντρα Υγείας σε αγροτικές περιοχές, Κέντρα Υγείας αστικού και ημιαστικού τύπου και εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων, τα οποία χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και λιγότερο από τους ασφαλιστικούς φορείς.

- II. Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης: Πολυϊατρεία και πολυκλινικές τα οποία λειτουργούν και χρηματοδοτούνται από τις ασφαλιστικές εισφορές των ασφαλισμένων.
- III. Υπηρεσίες υγείας από τις τοπικές αρχές: δημοτικά ιατρεία χρηματοδοτούμενα από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- IV. Ιδιωτικός τομέας: ιδιώτες γιατροί, διαγνωστικά κέντρα, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών τα οποία χρηματοδοτούνται από εισφορές ιδιωτών, εθελοντικές εισφορές ή άλλους πόρους που σχετίζονται με την ιδιωτική ασφάλιση. (Altanis P, 2008)

1.3 Ο ρόλος της ΠΦΥ στην παροχή υπηρεσιών και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού

Η διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 αποτέλεσε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης του συστήματος υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η ανάδειξη της σημασίας της Πρόληψης και της Αγωγής Υγείας σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη για την αντιμετώπιση της ασθένειας και τη βελτίωση ή διατήρηση της υγείας του μέσα από συντονισμένη διατομεακή δράση, αναδείχθηκαν και αποτέλεσαν στη συνέχεια την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών (Θεοδώρου 2001)

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής του ασθενούς, με τα οποία έχει την πρώτη του επαφή με το σύστημα υγείας, δηλαδή με κάποιο επαγγελματία υγείας όπως ιατρό, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, μαία, κοινωνικό λειτουργό. Ο τόπος και τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και παροχής των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να είναι το ιατρείο, το κέντρο υγείας, η πολυκλινική ή το πολυϊατρείο, τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται μπορεί να κυμαίνεται από 500 έως 5000 άτομα. (Ιωαννίδης Ε, 1999)

Σήμερα, η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει την αναγκαιότητα της ΠΦΥ ως επίκεντρο του συστήματος υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της θέσης τους αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση-επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια). Ο ρόλος τους είναι να αποτελούν ένα είδος «φίλτρου» (gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέχονται πριν αυτές προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ'επέκταση τον περιορισμό των δαπανών.

Η ΠΦΥ ασχολείται με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας και την παροχή υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας βασιζόμενη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η έννοιά της

υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περικλείει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, τη διατροφή και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής. Συγκεκριμένα, στην ΠΦΥ λαμβάνουν χώρα ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες που έχουν σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των προβλημάτων χωρίς να απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Το τελευταίο λαμβάνει ένα τελείως διαφορετικό ρόλο, να αποτελεί συμπλήρωμα της ΠΦΥ για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων περιπτώσεων και όταν η βαρύτητα της νόσου δεν επιτρέπει τη νοσηλεία στο σπίτι ή σε μονάδες ΠΦΥ.

Οι προληπτικές δραστηριότητες μέσα από την ΠΦΥ διακρίνονται σε αυτές που σχετίζονται με μέτρα για το περιβάλλον και σκοπό έχουν τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και κατ' επέκταση τη μείωση της νοσηρότητας, και σε ατομικά μέτρα που έχουν σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Την αύξηση του επιπέδου συνειδητότητας του πληθυσμού, την ετοιμότητα και αποφασιστικότητα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών, έρχεται να καλύψει η έννοια της Αγωγής Υγείας, που σχετίζεται στενά με την ΠΦΥ, με την προσδοκία της επίλυσης σημαντικών προβλημάτων υγείας. Ο σημαντικός ρόλος της ΠΦΥ στην αποκατάσταση του ατόμου μετά την ύφεση της οξείας νόσου έγκειται σε παρεμβάσεις που έχουν σκοπό να καλύψουν όλες τις ιατρικές, νοσηλευτικές και άλλες ανάγκες του μέχρι την ένταξή του ως ενεργό μέλος στο κοινωνικό σύνολο.

Ο ρόλος της ΠΦΥ στη αναγνώριση και φροντίδα των ατόμων με ψυχική νόσο είναι αδιαμφισβήτητη τόσο στην έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή τους σε ειδικούς όσο και στην παραμονή και φροντίδα αυτών των ατόμων στο σπίτι, στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον. Σύμφωνα με μελέτη της ΠΟΥ, η ανάπτυξη της ΠΦΥ σχετίζεται με τη βελτίωση της έκβασης της υγείας, της περιγεννητικής θνησιμότητας, της θνησιμότητας από άλλες αιτίες (π.χ. ατυχήματα) ή την ειδική με τη νόσο θνητότητα (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, αναπνευστικά). Αυτή η σχέση είναι σημαντική για τον έλεγχο καθοριστικών παραγόντων για την υγεία σε μακροεπίπεδο (ποσοστό ηλικιωμένων, ΑΕΠ κατά κεφαλή, ποσοστό ιατρών ανά 1000 κατοίκους) καθώς και σε μικροεπίπεδο (ΜΟ εξωνοσοκομειακών επισκέψεων, κατά κεφαλήν εισόδημα, κατανάλωση αλκοόλ και καπνού). Αναφέρεται ακόμη ότι αυξημένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ σχετίζεται θετικά με την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών και μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία. Προσανατολισμένα στην ΠΦΥ συστήματα υγείας, ακόμη και σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, αναφέρεται να είναι περισσότερο δίκαια, προσιτά και προσβάσιμα υπέρ των φτωχών. Η εφαρμογή του θεσμού των γενικών ιατρών σχετίζεται θετικά με τη μείωση του κόστους και την αυξημένη ικανοποίηση των χρηστών, χωρίς αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, χαρακτηριστικά της ΠΦΥ όπως η γεωγραφική κάλυψη, η μακροχρονιότητα, ο συντονισμός και ο προσανατολισμός προς την κοινότητα, σχετίζονται με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η βιβλιογραφία που σχετίζεται με την άμεση σχέση της ΠΦΥ με την ποιότητα και την αποδοτικότητα, είναι περιορισμένη. Όμως, αναφέρεται ότι οι γενικοί-οικογενειακοί ιατροί προάγουν τη συνέχεια και περιεκτική/πολυσήμαντη φροντίδα, συμβάλουν στη μείωση των εισαγωγών νοσηλείας, μειώνουν τη χρήση εξειδικευμένων και επείγουσών υπηρεσιών και κατ' επέκταση βελτιώνουν τη σχέση κόστους-

αποτελεσματικότητας. Βέβαια, για να γευτούν τα κράτη τα οφέλη της ΠΦΥ, οφείλουν να ικανοποιούν βασικές προϋποθέσεις, όπως υψηλή προσπελασιμότητα, ύπαρξη μηχανισμών ελέγχου και διαχείρισης, συνεργασία με τις άλλες μορφές περίθαλψης και διατομεακή συνεργασία εντός της ομάδας ΠΦΥ, πλήρη δράση του οικογενειακού ιατρού. Σύμφωνα με το νέο αυτό πρίσμα της ενίσχυσης της ΠΦΥ που προτείνει η ΠΟΥ, θα πρέπει να κατευθυνθούν (Θεοδούλη Αδαμακίδου, 2008).

1.4 Οι βασικοί στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Π.Φ.Υ. είναι ένα τμήμα του συστήματος υγείας και είναι η πρώτη επαφή των ατόμων με το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελώντας το πρωταρχικό στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996). Στόχος της Π.Φ.Υ. είναι να μειωθούν οι ανισότητες της υγείας και να βελτιωθούν οι μέθοδοι επικοινωνίας προκειμένου τα άτομα να συμμετέχουν στην προαγωγή της υγείας, η οποία στηρίζεται σε τρεις αρχές (Πιερράκος, 2008):

- Ισότητα στην κατανομή των υπηρεσιών υγείας και όλων των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία.
- Συμμετοχή της κοινότητας και των ατόμων σε αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία.
- Ο προγραμματισμός της υγείας να επικεντρώνεται στην πρόληψη για την προαγωγή της υγείας του συνόλου των ατόμων.

Οι υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. αφορούν άτομα και οικογένειες, τον πληθυσμό και την κοινότητα και το φυσικό και δομημένο περιβάλλον. Έτσι, έχουμε:

Άτομα και οικογένειες

- Συστηματική παρακολούθηση της υγείας
- Κλινική αντιμετώπιση – διαχείριση περιστατικών (επείγοντων, εκτάκτων, χρόνιων προβλημάτων υγείας, ψυχικής υγείας σε διασύνδεση με τις αντίστοιχες δομές, αναπτυξιακών διαταραχών)
- Κοινωνική φροντίδα
- Φροντίδα κατ' οίκον
- Εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού επιπολασμού
- Φυσική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη
- Αγωγή υγείας

Σχεδιάγραμμα 1: Άτομα και Οικογένειες



Πληθυσμός και κοινότητα

- Εκτίμηση των αναγκών υγείας της κοινότητας
- Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων (πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής της υγείας)

Σχεδιάγραμμα: Πληθυσμός και Κοινότητα



Φυσικό και δομημένο περιβάλλον

- Εκτίμηση και παρέμβαση σχετικά με τις συνθήκες υγιεινής διαβίωσης στο σπίτι, τη γειτονιά, την εργασία, το σχολείο.

Για να αναπτυχθούν σωστά όλα τα παραπάνω απαιτείται σωστή ανάπτυξη του υγειονομικού χάρτη και σωστή λειτουργία του ηλεκτρονικού φακέλου προκειμένου να υπάρχει ένα ενιαίο σύστημα υγείας. Οι στόχοι της Π.Φ.Υ. πρέπει να είναι μετρήσιμοι και να καθορίζονται με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Επίσης, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι τοπικές, πολιτιστικές, περιβαλλοντικές και γεωγραφικές ιδιαιτερότητες του πληθυσμού (Αντωνιάδου και συν, 2015).

1.5 Τα κέντρα υγείας στην Ελλάδα – Σκοπός – Υπηρεσίες τους.

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

Τα Κέντρα Υγείας είναι μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας υγείας, που έχουν τη δυνατότητα να εξυπηρετήσουν πληθυσμό ύψους 10.000 - 50.000 ατόμων περίπου. Διαθέτουν ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό και παρέχουν εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στους ασθενείς. Στο νομικό πλαίσιο βέβαια προβλέπεται ότι λειτουργούν και ως κέντρα άσκησης Προληπτικής Ιατρικής, παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, σχολικής αγωγής και οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και ως φορείς ιατρικών και επιδημιολογικών ερευνών.

1.5.1 Σκοπός των κέντρων υγείας

Βασικοί σκοποί των Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων είναι:

- Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σ' αυτήν
- Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο
- Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, έως διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο
- Η διακομιδή ασθενών με ασθενοφόρο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, στο κέντρο υγείας ή το νοσοκομείο
- Η οδοντιατρική περίθαλψη
- Η άσκηση προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού
- Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα
- Η ιατρική της εργασίας
- Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής
- Η ενημέρωση και διαφώτιση του πληθυσμού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού

- Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας. Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας
 - Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους
 - Η μελέτη και διάγνωση δυσμενών κοινωνικό - οικονομικών και ψυχολογικών καταστάσεων ατόμων και ομάδων και εργασία μαζί τους για την άμβλυνση ή «θεραπεία» τους πριν δημιουργηθούν σοβαρά προβλήματα υγείας
 - Ενημέρωση του πληθυσμού και «ειδικών ομάδων» γύρω από τα θέματα ψυχικής υγιεινής ενδοοικογενειακών σχέσεων και προϋποθέσεων ομαλής κοινωνικής ζωής. (Αλεξιάδης Α.Δ, 1999)
- Ψυχολογική και κοινωνική συμπαράσταση του ασθενή και της οικογένειάς του, τόσο στη φάση της αρρώστιας όσο και στη φάση της αποθεραπείας, της αποκατάστασης και της αναπροσαρμογής στο οικογενειακό, επαγγελματικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.
 - Την εκτέλεση ειδικών προγραμμάτων ιατροκοινωνικής και επιδημιολογικής έρευνας που αποσκοπούν στην προάσπιση και προαγωγή της υγείας των πολιτών. (Έλληνας, 2009).

Αυτές τις παροχές δικαιούνται όλοι οι πολίτες που διαμένουν μόνιμα ή προσωρινά στην περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας ή του Περιφερειακού Ιατρείου (Ε.Σ.Υ, 1983)

1.5.2. Υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας

Ειδικότερες υπηρεσίες υγείας μπορεί να είναι:

- Υγειονομική παρακολούθηση του πληθυσμού (ιατρικές εξετάσεις, εργαστηριακές εξετάσεις).
- Πρώτες βοήθειες.
- 24ωρη λειτουργία.
- Παρακολούθηση ασθενών σε πρωινά τακτικά ιατρεία.
- Βραχυρόνια νοσηλεία.
- Μεταφορά έκτακτων περιστατικών στα νοσοκομεία.
- Λειτουργική σύνδεση με άλλες βαθμίδες περίθαλψης.
- Εκπαίδευση γιατρών στην κοινωνική, στην κοινοτική και στη γενική ιατρική.
- Παρακολούθηση ειδικών παθήσεων (ψυχιατρικές).
- Προληπτική ιατρική , προαγωγή της υγείας και υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Διακομιδή βαρέως πασχόντων μέσω του ΕΚΑΒ.
- Οδοντιατρική ενηλίκων, και παιδόδοδοντιατρική προληπτική ιατρική.
- Βασικός ακτινολογικός και μικροβιολογικός έλεγχος.
- Εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και πρόληψης της υγείας στη σχολική κοινότητα.

- Εμβολιασμοί σε σχολεία.
- Υλοποίηση πρακτικής άσκησης στους χώρους του Κέντρου Υγείας (Πολύζος N. etal, 2007).

1.6 Το Κ.Υ Καρπάθου (ΧΩΡΟΚΑΤΟΝΟΜΗ – ΥΠΟΔΟΜΗ – ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ – ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ)

Το Κέντρο Υγείας είναι πολύ κοντά στο κεντρικό δρόμο . Στη περιοχή που είναι εγκατεστημένο το Κ.Υ βρίσκεται φαρμακείο σε απόσταση 20 μέτρων καθώς υπάρχει και εμπορικό κέντρο. Ο μέγιστος χρόνος πρόσβασης στο Κ.Υ από τα γύρω χώρια ανέρχεται σε 60 περίπου λεπτά (Όλυμπος - Πηγάδια). Επιπλέον στο Κ.Υ ανήκουν τα Περιφερειακά Ιατρεία στο Αεροδρόμιο, Μεσοχώρι, Όλυμπο, Μενετές, Αρκάσα, Απέρι, Βωλάδα, Όθος, Πυλές από τα οποία λειτουργούν μόνο τρία από αυτά..

Το Κ.Υ Καρπάθου εξυπηρετεί περίπου 5.500 κατοίκους

ΧΩΡΟΚΑΤΟΝΟΜΗ

ΚΟΙΝΟΧΡΗΣΤΟΙ ΧΩΡΟΙ

- αίθουσα υποδοχής - αναμονής
- τουαλέτες
- αυλή
- κήπο
- χώρος στάθμευσης
- ασανσέρ

Στα Κέντρο Υγείας λειτουργούν ιατρεία:

1 Παθολογίας

2 Γενικής Ιατρικής

1 Παιδιατρικής

1 Οδοντιατρικής

1 Οφθαλμολογικής

1 Μαιευτικής - Γυναικολογίας

2 Αγροτικών Ιατρών

Επίσης λειτουργεί Μικροβιολογικό και Ακτινολογικό Εργαστήριο.

ΧΩΡΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

- Γραφ. κοινωνικής εργασίας.
- Γραφ. Νοσηλεύτριας.
- Αίθουσα διδασκαλίας και ιατρικής.

ΧΩΡΟΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

- Γραφείο προσωπικού, γραμματέως ,δακτυλογράφησης ,αρχείο.
- Γραφείο πληροφοριών.
- Αίθουσα συνεδριάσεων (Διοικούσας Επιτροπής) .

ΧΩΡΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- 7 Ιατρικά γραφεία
- 1 Αίθουσα πρώτων βοηθειών
- 1 οδοντιατρείο
- 1 αίθουσα θεραπείας
- 1 φαρμακείο
- 4 κλίνες (ασθενών)
- 1 Αίθουσα βραχείας νοσηλείας
- 1 οφθαλμιατρείο
- Σηπτικό χειρουργείο
- Αίθουσα φυσιοθεραπείας

ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΧΩΡΟΙ

- Κουζίνα
- Βοηθητικοί χώροι για καθαρά ή χρησιμοποιηθέντα υλικά

- Χώρος απορριμμάτων
- Χώρος ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων - Λεβητοστάσιο - Καυστήρας
- Αποθήκη γενικής χρήσης και εφοδίων
- Αποθήκη φύλαξης αερίων

ΥΠΟΔΟΜΗ / ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Εξεταστικούς χώρους

Βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό (Ακτινολογικό και Υπέρηχος)

Μικροβιολογικό εργαστήριο

Σηπτικό χειρουργείο

Μονάδα βραχείας νοσηλείας

Οδοντιατρείο και

Ασθενοφόρο για τη διακομιδή των ασθενών

Δύο δωμάτια εφημερίας

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Νοσηλευτική υπηρεσία

5 Νοσηλεύτριες

2 Επισκέπτριες Υγείας

1 Μαία

Τμήμα συναφών επαγγελματιών υγείας:

- 1 Παρασκευαστής εργαστηρίων
- 1 Χειριστήεμφανιστή ακτινολογικών μηχανημάτων
- 1 Φυσιοθεραπευτής

Διοικητικό τμήμα

- 1 διοικητικός υπάλληλος

Τμήμα επιστάσις

- 1 Κλητήρας - θυρωρός , 1 Καθαρίστρια, 4 Οδηγοί ασθενοφόρων

2. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Ορισμός της Ποιότητας

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα (Department of Health, UK, 2003).

Από τη διοικητική σκοπιά, σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών σημαίνει δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο. Είναι εμφανές ότι η έννοια της ποιότητας έχει διαφορετικές αποχρώσεις για τους άμεσα ενδιαφερόμενους (εσωτερικοί, εξωτερικοί «πελάτες»). (ΠΑΡΑΚΟΣΤΙΔΙ, Ν, 2012)

Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία θεωρείται ο Donabedian. Ο οποίος προχώρησε στον ορισμό της ποιότητας ως <<«**τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μία διαδικασία περίθαλψης**»>> (Donabedian A., 1980)

Σύμφωνα με τον **ΠΟΥ** «η ποιότητα αποτελεί την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής» (WHO, 2008)

Κατά τον **Juran**, δύο από τους πολλούς ορισμούς που μπορούν να δοθούν στην ποιότητα εκφράζουν καλύτερα την έννοια της λέξης:

- <<Η ποιότητα αποτελείται από εκείνα τα χαρακτηριστικά του προϊόντος που καλύπτουν τις ανάγκες του πελάτη και με αυτόν τον τρόπο παρέχουν ικανοποίηση για το προϊόν>>
- <<Η ποιότητα χαρακτηρίζεται από την έλλειψη ανεπαρκειών>> (Juran J.M. 1988)

Σύμφωνα με τον **Palmer** ποιότητα ορίζεται: «Η ποιότητα φροντίδας, είναι η παραγωγή βελτιωμένης υγείας και η ικανοποίηση ενός πληθυσμού μέσα στα όρια της υπάρχουσας τεχνολογίας, πόρων και καταναλωτικών συνθηκών» (Palmer H.R. 1991)

Η Αμερικανική Ένωση Ποιοτικού Ελέγχου ορίζει την ποιότητα ως: << Το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που επηρεάζουν την ικανότητα να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες >> (Τούντας, 2003)

Το **Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών** ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση και εξειδίκευση, (J.Mainz, 2003)

2.2. Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Τα κύρια χαρακτηριστικά ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών είναι:

- ❖ Χρόνος: η διάρκεια ολοκλήρωσης της υπηρεσίας
- ❖ Ακρίβεια χρόνου: η ολοκλήρωση παροχής την υπηρεσίας σε καθορισμένη χρονική στιγμή
- ❖ Ευγένεια προσωπικού
- ❖ Βαθμός ολοκλήρωσης παρεχόμενης υπηρεσίας: αν η υπηρεσία παρήχθη στο σύνολό της ή μέρος μόνον αυτής. ο Συνέπεια: παροχή της υπηρεσίας κατά τον ιδιοκάθε φορά τρόπο
- ❖ Προσβασιμότητα και Ευκολία
- ❖ Ακρίβεια: σωστή εκτέλεση της υπηρεσίας από την πρώτη φορά
- ❖ Ανταποκρισιμότητα: ευκολία παροχής της υπηρεσίας σε αναπάντεχες και μη προγραμματισμένες καταστάσεις. ο Οι υπηρεσίες παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό εξειδίκευσης (customization) σε σχέση με τον τομέα παραγωγής και κατασκευών
- ❖ Οι εκροές του χώρου υπηρεσιών είναι μη απτές.
- ❖ Οι υπηρεσίες, συνήθως, «καταναλώνονται» ταυτόχρονα με την παραγωγή τους
- ❖ Συνήθως, οι πελάτες είναι παρόντες κατά τη διάρκεια εκτέλεσης της παραγγελίας και της παροχής της υπηρεσίας. ο Οι υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από την έντονη ανάμειξη και συμμετοχή του ανθρώπινου παράγοντα. ο Ο αριθμός συναλλαγών με τους πελάτες είναι συνήθως αρκετά μεγάλος(Evans&Lindsay, 1996).

2.3. Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προσδιορίζεται με βάση κάποια κριτήρια, Τα οποία σχετίζονται με την άμεση παροχή της υπηρεσίας, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, την ευκολία πρόσβασης σε αυτήν, αλλά και την υποστήριξη που παρέχεται κατόπιν της διάθεσής της. Η μελέτη για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται κατά κύριο λόγο με τα νοσοκομεία. Εκτός από τα παραπάνω κριτήρια υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, οι οποίοι την επηρεάζουν, οι βασικότεροι εκ των οποίων είναι οι παρακάτω.

- Η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στους ασθενείς. Το προσωπικό στα νοσοκομεία θα πρέπει να φέρεται ευγενικά, φιλικά και να σέβεται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
- Η ταχύτητα στην επίλυση προβλημάτων υγείας.
- Η επάρκεια του προσωπικού εξαρτάται από την ετοιμότητα στην οποία αυτό βρίσκεται και από την ταχύτητα που λαμβάνει δράση.
- Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ανά πάσα χρονική στιγμή.
- Οι γνώσεις, η εμπειρία, οι ικανότητες και η επαγγελματική δεοντολογία των μονάδων που προσφέρουν φροντίδα στους ασθενείς. Εάν το ιατρικό προσωπικό διαθέτει επαρκείς και υψηλού επιπέδου γνώσεις τότε επιτυγχάνεται η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά η ασθένεια.
- Η συνεχής εκπαίδευση νοσηλευτικού, διοικητικού και τεχνικού προσωπικού που συνδέεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Η σωστή επιλογή θεραπευτικής αγωγής.
- Η υποστήριξη και μετά από την παροχή των υπηρεσιών που αρχίζει με αναλυτικές οδηγίες που δίνονται από τους ιατρούς και η ολοκλήρωσή της γίνεται με τον έλεγχο των ασθενών.
- Επάρκεια υλικοτεχνικής υποδομής.
- Ο σωστός σχεδιασμός των εγκαταστάσεων των νοσοκομείων και των κλινικών έτσι ώστε να διευκολύνεται η μετακίνηση των ασθενών και η μεταφορά υλικών.
- Η χρήση νέου τεχνολογικού εξοπλισμού.
- Η αξιοπιστία των διοικητικών υπηρεσιών και η καλή λειτουργία των μονάδων υγείας.
- Η αποφυγή των νοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Η διασφάλιση της ποιότητας με το μικρότερο δυνατό κόστος. (Μπαλάσκα Δ, 2015)

2.4. Οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι :

- **Αποτελεσματικότητα (effectiveness), αποδοτικότητα (efficiency) και τεχνική ικανότητα (technical competence).** Η ποιότητα μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από κατάλληλες και ορθές διαδικασίες στο πνεύμα και στην εξοικονόμηση πόρων. Η σπατάλη και η άσκοπη επανάληψη θα πρέπει να εξαλειφθούν, καθώς αυξάνονται οι απαιτήσεις για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σε ένα περιβάλλον περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτούνται τεκμηριωμένοι στόχοι και κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, που καλούνται κάθε φορά να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες και να ανταποκριθούν στις καθημερινές προκλήσεις, τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών και της κοινότητας. (Jensen J, 1991)
- **Ασφάλεια (safety).** Όσον αφορά στις απαιτήσεις ασφάλειας, εκτός από τον προφανή και μη αποδεκτό κίνδυνο ατυχημάτων, τη σωματική και την ψυχική

βλάβη των ατόμων και τις δικαστικές αντιδικίες, η έλλειψη ασφάλειας είναι αντιπαραγωγική καθώς χρόνος (και χρήμα) αφιερώνεται για την αντιμετώπιση των συνεπειών (παράπονα, μηνύσεις, αντιμετώπιση σωματικών βλαβών). Ταυτόχρονα, διακυβεύεται η φήμη του οργανισμού και χάνεται η εμπιστοσύνη.

- **Προσβασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility)** και ανάπτυξη τους με επίκεντρο τον ασθενή (patient-centered health). Η έννοια της προσβασιμότητας των υπηρεσιών περιλαμβάνει την οικονομική, την πνευματική και την κοινωνικό-πολιτισμική διάσταση. Το σύστημα υγείας οφείλει να βρίσκεται κοντά στο χρήστη, χωρίς διακρίσεις. Καθώς ο ασθενής έρχεται στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας, η φροντίδα που του παρέχεται θα πρέπει να σέβεται την προσωπικότητά του και να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες, στις προτιμήσεις, στις ανάγκες και στις αξίες του.
- **Συνέχεια της φροντίδας (continuity)**. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς. Επίσης, η συνέχεια των υπηρεσιών αφορά στη μετάβαση του ασθενούς από το ένα τμήμα στο επόμενο, ανεξάρτητα από το χρόνο ή τον τόπο. Σε κατακερματισμένα και αποσυνδεδεμένα συστήματα υγείας δεν μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι ποιότητας.
- **Διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations)**. Οικαλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού είναι σημαντικές για το συντονισμό των δράσεων. Μέσα από μια καλή ομάδα μπορεί να επιτευχθεί η ποιότητα. Τέλος, δεν μπορεί να παραλειφθεί ότι πάντα είναι προτιμότερο να εργάζεται κάποιος ή να προσφέρονται υπηρεσίες σε ένα αισθητικά αποδεκτό περιβάλλον. Όπου υπάρχει φροντίδα για την άνεση και την ευεξία των ανθρώπων, εκεί υπάρχει ποιότητα. (Παπακωστίδη Α, 2012)

Σύμφωνα με το Αυστραλιανό μοντέλο <<National Hospital Outcomes Program>> 1997, οι διαστάσεις της ποιότητας είναι οι ακόλουθες:

Προσβασιμότητα (access): είναι η παρεχόμενη, στο σύνολο των ασθενών και γενικότερα πελατών, δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες ιδίου ποιοτικού επιπέδου.

Αποδοτικότητα (efficiency): αναφέρεται στη μεγιστοποίηση των πλεονεκτημάτων ή θετικών αποτελεσμάτων με δεδομένο και σταθερό το κόστος των διαθέσιμων πόρων. Η εν λόγω διάσταση περιλαμβάνει τις παραμέτρους της τεχνικής από την μία, και των διαθέσιμων πηγών από την άλλη, αποδοτικότητας.

Η τεχνική αποδοτικότητα (*technical efficiency*) είναι ο βαθμός κατά το οποίο είναι δυνατή η παραγωγή και παροχή μιας υπηρεσίας με τον , ελάχιστο κόστος, συνδυασμό των διαθέσιμων πόρων.

Η αποδοτικότητα των διαθέσιμων πηγών (*allocative efficiency*) ορίζεται ως ο βαθμός επίτευξης του μεγίστου δυνατού οφέλους ή αποτελέσματος με τη χρήση αυτών των πηγών.

Ασφάλεια(safety): σχετίζεται με την αποφυγή έκθεσης του ασθενούς σε κινδύνους Και στην ελαχιστοποίηση πιθανών ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων κατά την διανομή των υπηρεσιών.

Αποτελεσματικότητα (effectiveness): ορίζεται ως ο βαθμός κατά τον οποίο μία ιατρική διαδικασία ή επέμβαση προκαλεί θετικά αποτελέσματα , όπως αύξηση του μέσου χρόνου επιβίωσης των ασθενών μετά την επέμβαση , βελτίωση της ποιότητας ζωής κ.α.

Αποδοχή (acceptability): είναι ο βαθμός κατά τον οποίο μια παρεχόμενη υπηρεσία υγείας πληροί τις απαιτήσεις και προσδοκίες των ασθενών ή των πελατών γενικότερα. Πρόκειται για μια διάσταση της ποιότητας με καθαρά πελατοκεντρικό χαρακτήρα που περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών και η οπτική αντιμετώπισης των υπηρεσιών από την πλευρά του ασθενούς.

Συνεκτικότητα (continuity): αυτή η διάσταση αναφέρεται στο βαθμό ενσωμάτωσης οποιουδήποτε περιστατικού που χρήζει ιατρικής φροντίδας στη συνολική λειτουργία του συστήματος παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών.

Τεχνική επάρκεια (technical proficiency): περιγράφει τον βαθμό κατά τον οποίο οι εκτελούμενες διαδικασίες προϋποθέτουν συγκεκριμένο επίπεδο γνώσεων και ικανοτήτων και εφαρμόζουν τα σύγχρονα επαγγελματικά πρότυπα.

Καταλληλότητα (appropriateness): ορίζεται ως ο βαθμός κατά τον οποίο τα οφέλη μιας ιατρικής διαδικασίας ή επέμβασης υπερβαίνουν τους κινδύνους που εμπεριέχονται (National Hospital Outcomes Program, 1997).

Οι Parasuraman et al. το 1985 ανέλυσαν τις παρακάτω διαστάσεις της ποιότητας:

1. **Αξιοπιστία (Reliability):** η ικανότητα να παρέχεται η υποσχόμενη υπηρεσία έγκαιρα και με συνέπεια.

2. **Ανταπόκριση (Responsiveness):** η προθυμία και η ετοιμότητα των υπαλλήλων της υπηρεσίας να εξυπηρετήσουν πλήρως τον πελάτη, ικανοποιώντας άμεσα τα αιτήματά του.

3. **Επαγγελματική επάρκεια (Competence):** η ικανότητα των υπαλλήλων να αναπτύσσουν τις κατάλληλες δεξιότητες και να αποκτούν τις απαραίτητες γνώσεις, ώστε να παρέχουν την υπηρεσία.

4. **Προσβασιμότητα (Access):** ο βαθμός ευκολίας στην επικοινωνία και στην προσέγγιση της υπηρεσίας.
5. **Ευγένεια (Courtesy):** ο σεβασμός, η φιλικότητα και η αξιοπρεπής εμφάνιση του προσωπικού με προσανατολισμό στην εξυπηρέτηση του χρήστη.
6. **Επικοινωνία (Communication):** η ενημέρωση των πελατών με κατανοητούς όρους, χρησιμοποιώντας κώδικα επικοινωνίας ανάλογα με το προφίλ του χρήστη.
7. **Εμπιστευτικότητα (Credibility):** η εμπιστοσύνη που δείχνουν οι πελάτες στην υπηρεσία, η οποία προκύπτει από το όνομα και τη φήμη της υπηρεσίας, καθώς και από τα ατομικά χαρακτηριστικά του προσωπικού.
8. **Ασφάλεια (Security):** η αποφυγή κινδύνων, ρίσκου ή αμφιβολιών, που εξασφαλίζεται από τησωματική και οικονομική ασφάλεια και την εχεμύθεια.
9. **Κατανόηση και γνώση του πελάτη (Understanding/knowingthecustomer):** η προσπάθεια των υπαλλήλων να κατανοήσουν τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των χρηστών, καθώς και την παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών.
10. **Ορατά χαρακτηριστικά (Tangibles):** το πλαίσιο μέσα στο οποίο παρέχεται η υπηρεσία, έτσι όπως διαμορφώνεται μέσα από τις κτιριακές εγκαταστάσεις, το περιβάλλον, την εμφάνιση του προσωπικού και την τεχνολογία. (Parasuraman A, 1985)

2.5 Τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας

Η μέτρηση της ποιότητας μας διασφαλίζει την δυνατότητα εξεύρεσης μηχανισμών βελτίωσής της. Ο σκοπός της μέτρησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας είναι τριπλός :

1. Η επιβεβαίωση ότι τα πλήρη οφέλη της ιατρικής γνώσης εφαρμόζονται επιτυχώς στις ανάγκες των ασθενών.
2. Η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου της φροντίδας. Οι δύο πρώτοι σκοποί διευκολύνουν τη βελτίωση κατά τη διάρκεια της μετάβασης του ασθενή από όλα τα στάδια της νοσοκομειακής περίθαλψης.
3. Η συνεχής αυτή αξιολόγηση είναι και ο τρόπος με τον οποίο το επάγγελμα διατηρεί και θέτει τα δικά του στάνταρ και παραμένει υπεύθυνο στο κοινό που υπηρετεί (Τσιόρτας, 2002).

Η μέτρηση της ποιότητας και η συνεχής βελτίωσή της είναι αναγκαία για όλους. Και πιο συγκεκριμένα:

- Για τον ίδιο τον ασθενή (για υγειονομικά, ψυχολογικά και οικονομικά οφέλη)
- Για τους επαγγελματίες υγείας (αποτελεσματικότητα έργου τους, νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους, ικανοποίηση, κλπ.)
- Για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (οικονομικά και λειτουργικά οφέλη, αναγνώριση και φήμη). (PeppasC, 2013)

Η ποιότητα είναι απτή και μπορεί να μετρηθεί. Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία του Donebedian, στις υπηρεσίες υγείας μπορούν να διακριθούν τρία συστατικά στοιχεία

- Η δομή (ανθρώπινοι πόροι, προσωπικό, εξοπλισμός και εγκαταστάσεις-υποδομές, πληροφοριακά συστήματα)
- Οι διαδικασίες (οργάνωση, λειτουργία του οργανισμού και παροχή υπηρεσιών υγείας, προληπτική φροντίδα, θεραπεία, αποκατάσταση, ενημέρωση και εκπαίδευση)
- Τα αποτελέσματα (των δράσεων και των υπηρεσιών, κατάσταση υγείας, αποτελέσματα φροντίδας, κατάσταση καλής φροντίδας ασθενή, ικανοποίηση ασθενή, αποδοτικότητα χρήσης πόρων).

Σε κάθε κατηγορία υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορεί να είναι συγκεκριμένα, αντικειμενικά και σαφώς μετρήσιμα κριτήρια π.χ. δείκτες.

Οι οποίοι μπορούν να μετρηθούν, όπως π.χ η εκπαίδευση και τα έτη εμπειρίας των ιατρών, οι χρόνοι αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των μηχανημάτων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών κ.ά. Αρκεί να εντοπιστούν τα κρίσιμα σημεία ενδιαφέροντος στις υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια μπορούν να οριστούν πρότυπα καλής πρακτικής, δείκτες αξιολόγησης και δράσεις συμμόρφωσης. (Κωσταγιόλας Π, 2008)

Σύμφωνα με άλλη άποψη η «ποιότητα των υπηρεσιών υγείας» (servicequality, SERVQUAL) μετριέται συγκρίνοντας τις αντιλήψεις (perceptions) με τις προσδοκίες (expectations) και ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών.

Το SERVQUAL αποτελεί μεθοδολογία και ταυτόχρονα εργαλείο ανάλυσης, ανάπτυξης και μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών που μπορεί να προσφέρει ένας οργανισμός προς τους πελάτες του προκειμένου να είναι ευχαριστημένοι και πιστοί τόσο στα προϊόντα και τις υπηρεσίες που τα διέπουν πριν και μετά την πώλησή τους όσο και στις καθαρές μορφές υπηρεσιών χωρίς την πώληση απτών αγαθών. Η ποιότητα μετράτε λοιπόν, αν λάβουμε υπόψη μας τα πρότυπα, τα

κριτήρια και τα δεδομένα όσον αφορά τη δομή του οργανισμού, τη διαδικασία που ακολουθείται και την έκβαση του αποτελέσματος. Κάθε απόκλιση από το επιθυμητό αποτέλεσμα συνεπάγεται και σε απόκλιση από την ποιότητα(Κωσταγιόλας Π.Α.,2006).

Σύμφωνα με τον Ιάπωνα ερευνητήKaoruIshikawa του Πανεπιστημίου του Τόκιο, επτά είναι τα εργαλεία για το σχεδιασμό και τη διαχείριση της ποιότητας, που χρησιμοποιούνται έωςσήμερα.

Πίνακας1: 7 βασικά εργαλεία μέτρησης ποιότητας.

Εργαλείο	Περιγραφή
Διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος (cause and-effect diagram/fishbone diagram/Ishikawa diagram)	Προσδιορίζει πολλές πιθανές αιτίες ενός προβλήματος
Φύλλο ελέγχου (check sheet)	Έντυπο συλλογής στοιχείων για τη συχνότητα ορισμένων συμβάντων
Διάγραμμα ελέγχου μιας διαδικασίας (control chart/process behavior chart)	Για την ποσοτικοποίηση και την πρόβλεψη του αποτελέσματος μιας διαδικασίας
Ιστόγραμμα (histogram)	Καταγραφή και σχηματική αποτύπωση της κατανομής των δεδομένων
Διάγραμμα Pareto (Pareto chart)	Ανάλυση δεδομένων για την ανάδειξη των πλέον σημαντικών συμβάντων
Διάγραμμα διασποράς (scatter diagram)	Σχηματική μέθοδος για τον καθορισμό της συσχέτισης δύο μεταβλητών
Στρωμάτωση (stratification)	Κατηγοριοποίηση των δεδομένων, ώστε να αναδειχθεί το υπόστρωμα μιας κατάστασης (εναλλακτικά χρησιμοποιείται το διάγραμμα ροής, flowchart)

Πηγή: Παπακωστίδης, 2012

3. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ

Η ποιότητα της φροντίδας υγείας μπορεί να προσδιοριστεί σήμερα με πολλούς τρόπους. Είναι μια έννοια που συνεχώς μεταβάλλεται και προσαρμόζεται, ως αποτέλεσμα της δημιουργίας νέων αναγκών και προσδοκιών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Μια γενικότερη προσέγγιση συνδέει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών. Η απαίτηση για παροχή υπηρεσιών υγείας, οι οποίες να καλύπτουν τις προσδοκίες των χρηστών τους, οδήγησε σε ένα αυξημένο ενδιαφέρον για την εκτίμηση της γνώμης τους, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησής τους. Οι ασθενείς, εκφράζοντας την άποψή τους για τις υπηρεσίες που βίωσαν, αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας υγείας που έλαβαν σύμφωνα με το βαθμό κάλυψης των προσδοκιών τους.

Είναι γνωστό, ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα στο πλαίσιο της αξιολόγησης και της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στη χώρα μας, οι αντίστοιχες προσπάθειες είναι πολύ λίγες και αποσπασματικές. (ΤσιριντάνηΜ, 2010)

Σημαντικό ρόλο, εξ άλλου, στην ικανοποίηση των χρηστών διαδραματίζουν ο επαγγελματισμός του ιατρικού προσωπικού, οι εξηγήσεις του ιατρού στον ασθενή, ο χρόνος εξέτασης που αφιερώνεται από τον ιατρό, ο χρόνος αναμονής για τον καθορισμό του ραντεβού και την εξέταση, και η αμφίδρομη επικοινωνία ασθενούς-ιατρού.

Στην ελληνική πραγματικότητα, η αποτύπωση της ικανοποίησης των ασθενών από τις μονάδες υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) μπορεί να συμβάλει στην ορθολογική ανάπτυξη ενός πλαισίου λειτουργικότητας για περαιτέρω προσέλκυση και διατήρηση των ασθενών στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στη μείωση της δαπανηρής νοσοκομειακής φροντίδας (FRENGIDOU E, etal 2017).

Η ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί σημαντικό θέμα στο τομέα της υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προσδιορίζει την «υγεία» ως μια κατάσταση τέλειας πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας. Το να νοιώθει ο ασθενής δυσαρεστημένος και να αισθάνεται ότι δεν έχουν ληφθεί υπόψη οι ανάγκες και οι επιθυμίες του, αποτελεί σημάδι έλλειψης ευημερίας και φτωχής ποιότητας φροντίδας υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών κρίνεται απαραίτητη για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. (Αντεριώτη Π, etal, 2014)

3.1 Ο ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών

Ο **Donabedian** (1980), θεωρεί ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα

στοιχεία της ποιότητας, που έχουν σχέση κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενή. (Donabedian A.,1980).

Ο **Pascoe** ορίζει την ικανοποίηση ως μια αντίδραση σε ενδόμυχες εμπειρίες των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα. (Pascoe G.C, 1983)

Οι **Bond** και **Thomas** προκειμένου να εξηγήσουν την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, υποστήριξαν ότι «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες».(Bond S, Thomas, 1992)

Σύμφωνα με τον **Wriglesworth** και τον **Williams** (1975), ο όρος ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για κάθε άτομο καθώς άλλοι του προσδίδουν την έννοια της ευτυχίας, της ασφάλειας, της εμπιστοσύνης, της ευχαρίστησης. Για το λόγο αυτό, οποιαδήποτε αξιολόγηση θεωρείται πολύ υποκειμενική. (Wriglesworth, Jetal, 1975)

Για τον **Oliver**, η ικανοποίηση του πελάτη είναι μια αντίδρασή του (λογική και συναισθηματική) σε μια διαδοχή γεγονότων που λαμβάνουν χώρα κατά την διάρκεια παροχής της υπηρεσίας.(Oliver L, 1980)

Ο **Vuori** ανέφερε ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι: (α) ιδιότητα της ποιότητας της φροντίδας και ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα, β) δείκτης της ποιότητας της φροντίδας που εκφράζει την άποψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας και (γ) προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. (Κοτσαγιώργη I, etal, 2010)

3.2 Οι διαστάσεις της ικανοποίησης

Οι Abdellah και Levine προχώρησαν πρώτες σε μια κατηγοριοποίηση των συστατικών διαστάσεων της ικανοποίησης, που είναι:

- η αποτελεσματικότητα της δομής της φροντίδας,
- οι επαγγελματικές δεξιότητες,
- η ανταπόκριση του προσωπικού και
- το αποτέλεσμα της φροντίδας στον ασθενή.(Abdellah F.G. & Levine E. 1965)

Στην Ελλάδα στην ΠΦΥ, οι 6 παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το 74,15% της παρατηρούμενης διακύμανσης και αποτελούν τις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της ΠΦΥ είναι:

1. ο σεβασμός από τη νοσηλεύτρια,
2. ο σεβασμός από τον γιατρό,
3. οι τεχνικές δεξιότητες του γιατρού,
4. οι παράγοντες δομής του ιατρείου (τήρηση των ραντεβού, άνεση και ησυχία του χώρου αναμονής),
5. εμπιστοσύνη και επαγγελματική συνέπεια του γιατρού και
6. επάρκεια του ρόλου του γιατρού (Ραφτόπουλος Β., *etal*, 2001)

Οι Abramowitz et al. πρότειναν τις ακόλουθες διαστάσεις της ικανοποίησης:

- + η ιατρική φροντίδα,
- + η διαμονή (*housekeeping*),
- + η νοσηλευτική φροντίδα,
- + η ενημέρωση που παρέχει το προσωπικό για τις διαδικασίες της φροντίδας και τις θεραπείες,
- + το επίπεδο του θορύβου,
- + η ποιότητα του φαγητού,
- + η καθαριότητα,
- + η ασφάλεια,
- + η συνολική ποιότητα (Abramowitz *Setal*, 1987)

Η Baker διαπίστωσε για τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στην Αμερική, τις ακόλουθες διαστάσεις της ικανοποίησης:

- η συνέχεια στην φροντίδα,
- η προσβασιμότητα στις χειρουργικές υπηρεσίες,
- η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας,
- η κτιριακή υποδομή και
- η διαθεσιμότητα των γιατρών (BakerR, 1991)

Η παραγοντική ανάλυση (AtaKilkis) από την Συμβουλευτική Επιτροπή Υγειονομικού Σχεδιασμού των ΗΠΑ έδειξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών συναρτάται με τις ακόλουθες έξι διαστάσεις της:

- ιατρική φροντίδα και πληροφόρηση,
- φαγητό και υλικοτεχνικός εξοπλισμός,
- μη ορατό περιβάλλον,
- ποσότητα του φαγητού,
- νοσηλευτική φροντίδα και
- ξενοδοχειακή υποδομή. (Health Policy Advisory Unit 1989)

Ο ορισμός των **Carey** και **Seibert** (1993) αναφέρει κι αυτός οχτώ διαφορετικές διαστάσεις για την ικανοποίηση των ασθενών: την ευγένεια, το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό, το φαγητό, το άνετο περιβάλλον και την καθαριότητα, τις

διαδικασίες εισαγωγής – χρέωσης, τις θρησκευτικές ανάγκες και τα αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας. (Acad G, etal 1993)

3.3 Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί την καταγραφή της απόδοσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών απέναντι στον ασθενή (Nelson& Niederberger, 1990).

Η ικανοποίηση των ασθενών εκτιμάται για να διακρίνουμε την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει το ανθρώπινο δυναμικό κάθε νοσοκομείου καθώς και το νοσοκομειακό περιβάλλον (Barnett, 2001).

Συγκεκριμένα όταν μετράμε την ικανοποίηση των ασθενών μετράμε την ποιότητα στο φαγητό ,την καθαριότητα του νοσοκομείου ,την ποιότητα του ξενοδοχειακού και ιατρικού εξοπλισμού ,τις συνθήκες λειτουργίας (ησυχία, άνεση) ,το χρόνο αναμονής ,την ενημέρωση των ασθενών, τα αποτελέσματα επιτυχούς διάγνωσης των εξετάσεων, την επικοινωνία μεταξύ ασθενή με τοιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό κ.τ.λ. Όλα τα παραπάνω αξιολογούνται κατά την μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας (Matsui ET AL, 1998).

Για τη μέτρηση της ικανοποίησης συνιστάται η χρήση σύνθετα δομημένων ερωτηματολογίων, τα οποία συνδυάζουν ποιοτικές (Waltz& al 1991) και ποσοτικές (Barbour, 1999) διαστάσεις, καθώς και ανοικτές ερωτήσεις που δίνουν τη δυνατότητα στον ερωτηθέντα να αναφέρει χωρίς περιορισμό την άποψή του.(Concato 1997).

Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται είτε με τη διαδικασία των προσωπικών συνεντεύξεων (faceto -faceinterviews), είτε τηλεφωνικά, είτε αποστέλλονται ηλεκτρονικά (e-mail). Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες, οι προσωπικές και οι διαμέσου τηλεφώνου συνεντεύξεις επιφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης, παρόλο που η ανωνυμία που προσφέρει το e-mai συντελεί στην αποτύπωση περισσότερο αντιπροσωπευτικής και αξιόπιστης γνώμης του ασθενούς.(Παπαγιαννοπούλου Β.,2008)

Οι τρόποι μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών επιτυγχάνεται με την μέθοδο του ερωτηματολογίου στο οποίο καταγράφονται απόψεις, παρατηρήσεις και προτάσεις των ασθενών αναφορικά με το νοσοκομείο και την νοσηλεία που οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν όταν εισέρχονται ή όταν εξέρχονται από το νοσοκομείο. Τα τελευταία χρόνια ο κατάλογος που καλείται να απαντήσει ο κάθε ασθενής αυξήθηκε και έτσι εκτός από το λόγο πρόσβασης ,την ανταπόκριση από τις υπηρεσίες υγείας , προστεθήκαν η πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας και το κόστος, το νοσηλευτικό περιβάλλον (φαγητό,καθαριότητακ.τ.λ.) τα δικαιώματα και η προσωπικότητα των ασθενών καθώς και η επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρού-νοσηλευτικού προσωπικού (Baider et al, 1997).

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου καθώς και τα αποτελέσματα πρέπει να είναι αξιόπιστα,κατανοητά και απλά.

Όταν πραγματοποιούνται συνεχόμενα ενεργές μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών τότε έχει ως αποτέλεσμα να βελτιώνεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου, να παρουσιάζονται πιο αξιόπιστες υπηρεσίες. Ακόμη με την βοήθεια της μέτρησης των υπηρεσιών υγείας εντοπίζονται οι ελλείψεις καθώς και όλα τα προβλήματα κάθε νοσοκομείου.

Όμως υπάρχουν ομάδες ατόμων που επικρίνουν και κατακρίνουν την αξία και τη χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών για το λόγο ότι πιστεύουν ότι οι ασθενείς απαντούν χωρίς τις κατάλληλες γνώσεις καθώς και κάτω από συνθήκες ψυχολογικής πίεσης. (Καλογεροπούλου, 2011).

Τα αποτελεσματικά ερωτηματολόγια πρέπει να διαθέτουν κατάλληλες ψυχομετρικές ιδιότητες και να έχουν τρεις σημαντικές ιδιότητες: την εστίαση, τη συντομία και τη σαφήνεια. Οι ερωτήσεις θα πρέπει να εστιάζουν άμεσα σε συγκεκριμένα θέματα, να είναι σύντομες και να εκφράζονται όσο πιο απλά και με σαφήνεια γίνεται. (Πετράκη Ε, 2007)

3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αποτελούν το επίπεδο βασικής εκπαίδευσης, το διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, η ικανότητα γλωσσικής συνεννόησης, η πολιτιστική ποικιλομορφία τους, αλλά και στοιχεία που αφορούν την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Όλα τα παραπάνω, επηρεάζουν αρνητικά ή θετικά τους ασθενείς, στην τελική έκφραση της ικανοποίησής τους. Ωστόσο οι παράγοντες που πρέπει να εξετάζονται για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι (Ervin NE, 2006):

- Οι προσδοκίες των χρηστών: Οι προσδοκίες του καταναλωτή διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο να θεωρηθεί το αποτέλεσμα ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό.
- Η ηλικία: Τα ηλικιωμένα άτομα σε όλες σχεδόν τις έρευνες, εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σχέση με άτομα νεότερα σε ηλικία και δίνουν συνήθως, κοινές κολακευτικές απαντήσεις, γιατί δεν θέλουν να αμφισβητήσουν την αυθεντία των ιατρών και νοσηλευτών. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι έχουν χαμηλότερες προσδοκίες, λόγω έλλειψης εμπειριών και διαμορφωμένης άποψης ή έχουν μεγάλη ανοχή στην έκφραση της δυσαρέσκειάς τους, λόγω αυξημένης εξάρτησης από τον ιατρό, όπως για Όσο αφορά το φύλο, δεν έχει αποσαφηνιστεί αν επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την ικανοποίηση. Ορισμένες μελέτες, σε αντίθεση με άλλες, δείχνουν ότι οι

γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τους ιατρούς, νοσηλεύονται περισσότερο και εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες. (Paranikolaou V, 2008)

- Η ασθένεια: Ασθενείς με σοβαρότερες ασθένειες που βρίσκονται υπό ψυχολογική πίεση φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Δεν αποδεικνύεται, όμως, αν η δυσαρέσκεια τους οφείλεται στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας ή στη φύση της ασθένειας ή σε άλλους παράγοντες. (Pappa E et al, 2006)
- Μορφωτική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση: Η εκπαίδευση και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με νεότερους ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, και αυτό μπορεί να εξηγείται, λόγω των χαμηλότερων προσδοκιών των πρώτων και υψηλότερων προσδοκιών των δεύτερων. (Gwozdz W et al, 2009)
- Το είδος της απασχόλησης των ασθενών (επάγγελμα) δεν φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίηση. Οι έγγαμοι ασθενείς δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σχέση με τους άγαμους, διαζευγμένους ή χήρους. (Niakas D et al, 2004)
- Προηγούμενη εμπειρία ικανοποίησης: Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την εμπειρία προγενέστερης παροχής υπηρεσιών, αλλά και με το βαθμό ικανοποίησης των επιθυμιών και προσδοκιών τους. (Κέπεντζης, et al, 2004)
- Σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας (ιατρών και νοσηλευτών) με τον ασθενή: Η επικοινωνία των ασθενών με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, καθώς και το επικοινωνιακό στυλ που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας κατά την επαφή τους με τον ασθενή, θεωρούνται κρίσιμα στοιχεία για την ικανοποίηση. Η αποτελεσματική επικοινωνία εκ μέρους του ιατρού, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Αρνητική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών έχει ο τρόπος προσέγγισης, η αδιαφορία στις ανησυχίες του ατόμου, η μη ξεκάθαρη επεξήγηση και η χρήση της ιατρικής δυσνόητης ορολογίας. Αντιθέτως, η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών για άμεση αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών π.χ. φροντίδα, πόνος, πληροφόρηση, αυξάνουν την ικανοποίηση. (Scotto F et al, 2009)
- Οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του οργανισμού: Η διαδικασία εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, η καλή ποιοτική δομή των εγκαταστάσεων, η καθαριότητα του νοσοκομείου, η προσφορά άνετης διαμονής, η διαδικασία αναχώρησης, είναι παράγοντες που επιδρούν στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Επίσης σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση είναι η αριθμητική και λειτουργική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού. Συγκεκριμένα, μελέτες έχουν δείξει ότι η μείωση

νοσηλευτικού προσωπικού και η εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης επιδρούν αρνητικά στην ικανοποίηση των ασθενών. (Χαντζοπούλου M et al, 2017)

- Αποτελεσματικότητα θεραπείας. Διαπιστώνεται πως η συσχέτιση μεταξύ αποτελέσματος της θεραπείας και του βαθμού ικανοποίησης είναι πολύ ισχυρή ειδικά όταν η έκβαση της θεραπείας δεν είναι πετυχημένη, οπότε συνήθως προκύπτει δυσαρέσκεια. (Hall J et al, 1988)
- Περιβάλλονπερίθαλψης
Έχει αποδειχθεί πως όταν το περιβάλλον παροχής της ιατρικής περίθαλψης είναι καθαρό, άνετο και κατάλληλα διαμορφωμένο οι ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι. (Scott et al, 2009)
- Προσβασιμότητα
Όσο πιο εύκολη θεωρείται η πρόσβαση στην υπηρεσία παροχής υγειονομικής περίθαλψης τόσο αυξάνεται ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. (Carmacho F, 2006)
- Κατάσταση Υγείας. Ορισμένες μελέτες συμπεράναν ότι η κατάσταση της υγείας του ασθενούς σχετίζεται με την αντίληψη τους για την προσλαμβανόμενη φροντίδα, αφού οι ασθενείς που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση υγείας αξιολογούν θετικά την ποιότητα της φροντίδας εν αντιθέσει με τους ασθενείς που δεν χαιρούν καλής υγείας. (Jenkinson C et al, 2002)
- Οικογενειακή κατάσταση. Έρευνα (Κεπεντζής και συν, 2004) ανέδειξε ότι οι έγγαμοι ασθενείς εν αντιθέσει με τους άγαμους ή διαζευγμένους ή χήρους δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.
- Θρησκεία. Πολλοί ερευνητές έχουν καθιερώσει δημογραφικούς παράγοντες οι οποίοι συσχετίζονται με την ικανοποίηση, παρόλα αυτά έχει δοθεί λιγότερη προσοχή σε ψυχοκοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Ο Benjamins (2006) ύστερα από έρευνα που διεξήγαγε συμπέρανε πως τα υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικών πεποιθήσεων, σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών για την φροντίδα υγείας.

Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι η ικανοποίηση των ασθενών πέρα από το ότι είναι σύνθετη έννοια, εξαρτάται και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η σύσταση κατάλληλων και αξιόπιστων εργαλείων καταγραφής και μέτρησης της ικανοποίησης είναι δύσκολη και οι ερευνητές θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να λαμβάνουν όλους τους παράγοντες υπόψη τους κατά τη διεκτέλεση των ερευνών.

3.5 Τα Οφέλη από την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Εκτός όμως από τα σημαντικά, θετικά οφέλη που έχει ο παράγοντας ικανοποίηση για τους ασθενείς (ταχύτερη ανάρρωση, μικρότερος χρόνος νοσηλείας), έχει σημαντικά οφέλη και για την ίδια την υγειονομική μονάδα, καθώς προσφέρει στη Διοίκηση στοιχεία για να εκτιμήσει την αποδοτικότητα του προσωπικού, να την αξιολογήσει και να την επιβραβεύσει. Συγκεκριμένα, η ενσωμάτωση της μέτρησης ικανοποίησης του ασθενή μέσα στο σύστημα εκτίμησης των προσπαθειών των εργαζομένων τους:

α) αυξάνει τη γνησιότητα της μέτρησης ικανοποίησης του ασθενή μέσα στον οργανισμό,

β) αυξάνει την υπευθυνότητα του εργαζομένου για επίδειξη υψηλών επιπέδων αποδοτικότητας πάνω στην ικανοποίηση του ασθενή,

γ) προσφέρει στους διοικούντες ένα νέο τρόπο ανταμοιβής των εργαζομένων στο σύστημα νοσηλείας βασισμένο σε αντικειμενικά κριτήρια,

δ) προσφέρει μια εναλλακτική λύση στην αντίληψη περί αποδοτικότητας στην εργασία,

ε) διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας πάνω στα οποία στηρίζονται οι διοικήσεις των νοσοκομείων και στ) κατευθύνει το προσωπικό νοσηλείας - τόσο εντός όσο και εκτός κλινικής- να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του. (Παπανικολάου Betal, 1994)

Μερικά από τα σπουδαιότερα οφέλη των ποιοτικών φροντίδων και της ικανοποίησης του ασθενούς αναφέρονται παρακάτω : (Μερκούρης Α, 1996)

1. Υγειονομικά οφέλη που προκύπτουν από την έγκαιρη διάγνωση, την μείωση του πόνου, την αποτροπή επιπλοκών, που παρατείνουν την νοσηλεία και εκτοξεύουν το κόστος.

2. Ψυχολογικά οφέλη από την ικανοποίηση του ασθενούς, η οποία οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση, μείωση του χρόνου νοσηλείας και σύμφωνα με μερικούς ερευνητές, όχι μόνο είναι προϋπόθεση μιας επιτυχημένης θεραπείας, αλλά εξισώνεται με αυτοθεραπεία. Το αίσθημα εμπιστοσύνης των ικανοποιημένων ασθενών και η εξ αυτού απορρέουσα συμμόρφωση προς την θεραπεία, που πηγάζουν από την αίσθηση ελέγχου της κατάστασης και της συμμετοχής του ίδιου του ασθενούς στην έκφραση γνώμης για την ποιότητα, αποτελούν τις προϋποθέσεις της ταχύτερης αποκατάστασης των ασθενών. Για αυτό ακόμη και η αναζήτηση της γνώμης των ασθενών, μπορεί να θεωρηθεί θεραπευτικός παράγων, αφού αυξάνει την ικανοποίησή τους και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους, σε αντίθεση με την υιοθέτηση παθητικού ρόλου.

3. Με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατόν να συλλεχθούν πληροφορίες, που σωστά αξιοποιούμενες, μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας. Δια τούτο πολλοί ερευνητές (Α. Donabedian) τονίζουν ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, αποτελεί

σημαντικότερο εργαλείο για την έρευνα, την οργάνωση και τον σχεδιασμό τους και ενδείκνυται να αποτελεί τον κύριο σκοπό της υγειονομικής περίθαλψης.

4. Ανατροφοδοτεί το σύστημα και βοηθά στον ανασχεδιασμό του, δίνοντας πληροφορίες στην Διοίκηση για προβληματικές περιοχές της φροντίδας υγείας, που μπορεί να τις αξιοποιήσει με διορθωτικές παρεμβάσεις,, οι οποίες μπορούν και άμεσα να έχουν θετική επίδραση στην υγεία των ασθενών, αλλά και μακροπρόθεσμα να αυξήσουν την ικανοποίηση τους.

5. Αποτελεί μία ευκαιρία εκτίμησης της αποδοτικότητας του προσωπικού και προάγει την υπευθυνότητα του εργαζόμενου και δίνει αφορμή στην Διοίκηση για επιβράβευση ή εξάλειψη-διόρθωση των αντικινήτρων. Διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας και κατευθύνει το προσωπικό των νοσοκομείων να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του. Προσθέτως και μόνο το γεγονός, ότι το προσωπικό γνωρίζει, ότι οι υπηρεσίες του εκτιμώνται (ποιοτικά και ποσοτικά) από τον ικανοποιημένο ασθενή, συντελεί στην ανύψωση του ηθικού του και της αποδοτικότητας του, σε μία εποχή που οι απαιτήσεις αυξάνουν. Ταυτόχρονα από τα στοιχεία ικανοποίησης των ασθενών προκύπτουν χρήσιμα δεδομένα για στάσεις και συμπεριφορές του προσωπικού, ώστε να αναληφθούν οι κατάλληλες διορθωτικές παρεμβάσεις.

6. Τέλος μπορεί να δώσει συγκριτικό πλεονέκτημα στον Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών. Υγείας, αφού ο συγκεκριμένος πλεονεκτεί έναντι των ομοίων του (ανταγωνιστών του) διότι:

- Αναγνωρίζει τις απαιτήσεις και ανάγκες των πελατών του
- Εντοπίζει τυχόν κενά μεταξύ αυτών και του τι τελικά λαμβάνει ο πελάτης
- Εντοπίζει και θέτει νέους στόχους για το προσωπικό και τους ασθενείς.

Η αναπτυσσόμενη ανταγωνιστικότητα προσελκύει νέους πελάτες, που είναι ζωτικής σημασίας για το ιδιωτικό νοσοκομείο και επιθυμητός στόχος του δημοσίου. Σύμφωνα με μία Αμερικάνικη έρευνα όταν ένας πελάτης ικανοποιείται το λέει σε άλλους τέσσερις ή ενίοτε σε έντεκα και όταν δεν ικανοποιείται, χρειάζεται ικανοποίηση τριών άλλων για να εξισορροπηθούν τα αρνητικά σχόλια.

Εάν ένας πελάτης είναι δυσαρεστημένος με τη φροντίδα που δέχτηκε σε ένα νοσοκομείο, υπάρχει το ενδεχόμενο όχι μόνο να προσφύγει ο ίδιος και η οικογένειά του σε έναν ανταγωνιστή, αλλά επίσης να διαδώσει αρνητικά σχόλια για τις υπηρεσίες του οργανισμού. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι ένας πελάτης/χρήστης που αισθάνθηκε ότι υπήρξε αποδέκτης μιας υπηρεσίας κακής ποιότητας θα μιλήσει για τη δυσάρεστη αυτή εμπειρία του σε 9-10 άλλους ανθρώπους και ότι ο 1 στους 8 δυσαρεστημένους πελάτες θα επαναλάβει το γεγονός αυτό σε πάνω από 20 άτομα". (Παπανικολάου Β, etal, 1994)

4. ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Οι εμπειρίες των χρηστών

Την τελευταία δεκαετία, οι εμπειρίες των ασθενών έχουν γίνει ένα σημαντικό μέτρο για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, επιπλέον των κλινικών δεικτών αποτελεσματικότητας και ασφάλειας. Μια σημαντική πτυχή της εμπειρίας του ασθενούς είναι ότι ορισμένα θέματα μπορούν να αναφερθούν μόνο από τους ίδιους τους ασθενείς, για παράδειγμα τη συμπεριφορά και την ποιότητα της επικοινωνίας του προσωπικού υγείας. Επίσης, οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας μπορεί να διαφέρουν από εκείνες των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.

Οι εμπειρίες των ασθενών μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παρακολούθηση της ποιότητας της περίθαλψης, των αγορών υγειονομικής περίθαλψης από τους ασφαλιστές υγειονομικής περίθαλψης ή τα σχέδια υγείας, από τους ασθενείς για να αποφασίσουν ποιον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης να επισκεφτούν, αλλά και οι ίδιοι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης για να βελτιώσουν τη φροντίδα τους. Εάν οι εμπειρίες μετρούνται με τυποποιημένο τρόπο σε όλα τα ιδρύματα υγείας, μπορούν να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ των ιδρυμάτων. Οι χαμηλές βαθμολογίες υποδεικνύουν δυνατότητες βελτίωσης, ενώ υψηλές βαθμολογίες δείχνουν εκείνες τις πτυχές στις οποίες υπερέχει ένα ίδρυμα. Αυτό ανοίγει τις δυνατότητες των ιδρυμάτων να μάθουν ο ένας από τον άλλο.

Ωστόσο, δεν είναι πάντα σαφές ποια οργανωτικά επίπεδα ευθύνονται για αποτυχία ή επιτυχία. οι ποιοτικές πληροφορίες είναι μερικές φορές υπερβολικά αφηρημένες για στοχοθετημένη δράση. Αυτό είναι ιδιαίτερα προβληματικό για μεγάλα ιδρύματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όπως νοσοκομεία, που αποτελούνται από πολυάριθμους διαφορετικούς κλάδους και τμήματα υγειονομικής περίθαλψης. Μέσω της κατά μέσο όρο βαθμολογίας απόδοσης σε ολόκληρο το νοσοκομείο, οι κακές ή υψηλές επιδόσεις συγκεκριμένων τμημάτων μπορεί να είναι συγκαλυμμένες.

Βεβαίως, πολλά θέματα που αφορούν τη νοσοκομειακή περίθαλψη είναι διευθετημένα σε νοσοκομειακό επίπεδο, για παράδειγμα πρόσβαση, στάθμευση, στέγαση και φαγητό. Άλλες πτυχές, ωστόσο, μπορεί να προσδιοριστούν περισσότερο από το συγκεκριμένο τμήμα, όπως η διαθεσιμότητα του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης και η επικέντρωση στον ασθενή. Κάθε τμήμα έχει τις δικές του πολιτικές, προσωπικό και οργανωτικό κλίμα, επηρεάζοντας τις εμπειρίες των ασθενών από μόνες τους

Αναμφισβήτητα, εάν οι εμπειρίες των ασθενών πρόκειται να αξιοποιηθούν πλήρως, είναι πολύ σημαντικό να παρουσιάζονται τα αποτελέσματα στο σωστό οργανωτικό επίπεδο, στην περίπτωση των νοσοκομείων σε επίπεδο τμημάτων. Με τον τρόπο αυτό, τα νοσοκομεία θα είναι σε θέση να καθορίσουν σωστά ποιες διαδικασίες πηγαίνουν καλά και ποιες όχι, και σε ποια ζητήματα οργανωτικού επιπέδου πρέπει να αντιμετωπιστούν. (Krol, M.Wetal, 2015)

Στην **Ολλανδία**, σε έρευνες αναφορικά με τις εμπειρίες ασθενών από τη νοσηλεία τους σε νοσοκομείο έχει χρησιμοποιηθεί ο [Δείκτης ποιότητας με βάση την άποψη του καταναλωτή (CustomerQualityIndex)]. Πρόκειται για ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο CQI, που αποτελεί ολλανδικό πρότυπο για τη μέτρηση των εμπειριών του ασθενούς. Χρησιμοποιήθηκε για τον καθορισμό της εμπειρίας νοσηλευτικής περίθαλψης σε νοσοκομειακούς ασθενείς σε 78 ολλανδικά νοσοκομεία όπου οι συμμετέχοντες ήταν συνολικά 15.171 τυχαία επιλεγέντες νοσηλευόμενοι που είχαν τουλάχιστον μία νύχτα νοσηλείας από τον Οκτώβριο του 2006 έως τον Οκτώβριο του 2007. Οι εμπειρίες των ασθενών μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας επικυρωμένους δείκτες ποιότητας, υπολογιζόμενοι από συγκεκριμένα στοιχεία της έρευνας. Σε αυτό το άρθρο, επικεντρώθηκαν στην ενσωμάτωση του επιπέδου του τμήματος στις μετρήσεις των εμπειριών του ασθενούς στην ολλανδική νοσοκομειακή νοσηλεία όπου αξιολόγησαν τη προσθήκη του επιπέδου των μονάδων σε αναλύσεις της εμπειρίας των ασθενών όπου οδήγησαν σε πιο πληροφοριακά και συγκεκριμένα αποτελέσματα. Τα στοιχεία της έρευνας CQI Hospital Patient Hospital ασθενών χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό 14 δεικτών ποιότητας.

Σε αυτή την έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα μεγάλο, ολοκληρωμένο σύνολο δεδομένων, συμπεριλαμβανομένης μιας ευρείας ποικιλίας εμπειριών ασθενών από πολλά διαφορετικά νοσοκομειακά τμήματα και νοσοκομεία. Επίσης, στις αναλύσεις ελέγχθηκαν και τα σημαντικά χαρακτηριστικά ασθενών. Τελικά τα ευρήματά ήταν έγκυρα και σε μεγάλο βαθμό αντιπροσωπευτικά για την νοσοκομειακή περίθαλψη στα νοσοκομεία με την μέθοδο και χρησιμοποίηση του Δείκτη ποιότητας καταναλωτή (CQI). (Krol, M.W et al, 2015)

Στην **Αγγλία** έχουν ένα σημαντικό εργαλείο Friends and Family Test (δοκιμή φίλων και οικογενειών (FFT) του NewHealthSystemNHS) ανατροφοδότησης, που υποστηρίζει τη θεμελιώδη αρχή ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν υπηρεσίες του NHS θα πρέπει να έχουν την ευκαιρία να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την εμπειρία τους. Η ακρόαση των απόψεων των ασθενών και του προσωπικού βοηθάει στον προσδιορισμό του τι λειτουργεί καλά, τι μπορεί να βελτιωθεί και πώς.

Το FFT ζητά από τους ανθρώπους να προτείνουν τις υπηρεσίες που έχουν χρησιμοποιήσει και προσφέρει μια σειρά από απαντήσεις. Όταν συνδυάζεται με συμπληρωματικές ερωτήσεις παρακολούθησης, ο FFT παρέχει ένα μηχανισμό για να τονίσει τόσο την καλή όσο και την κακή εμπειρία του ασθενούς. Αυτό το είδος ανατροφοδότησης είναι ζωτικής σημασίας για τη μετατροπή των υπηρεσιών του NHS και την υποστήριξη της επιλογής των ασθενών.

Το ερωτηματολόγιο Φίλων και Οικογένειας (FFT) εισήχθη τον Απρίλιο του 2013. Οι οδηγίες για την εφαρμογή του FFT δημοσιεύθηκαν από το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας στις 4 Οκτωβρίου 2012. Από 1η Οκτωβρίου 2013. Η FFT επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει όλες τις γυναίκες οποιασδήποτε ηλικίας που χρησιμοποιούν υπηρεσίες μητρότητας που χρηματοδοτούνται από το NHS και την 1η Απριλίου 2014 ξεκίνησε η FFT με το προσωπικό της NHS, έτσι ώστε οι ασθενείς που επισκέπτονται ή διαμένουν στα νοσοκομεία ως νοσηλευόμενοι μπορούν να αξιολογήσουν και να σχολιάσουν την εμπειρία τους, να συγκεντρώνουν χρήσιμα σχόλια από άτομα που

χρησιμοποιούν υπηρεσίες που μπορούν να τροφοδοτηθούν απευθείας στο προσωπικό που φροντίζουν, σε απλή μορφή, σε σχεδόν πραγματικό χρόνο. Παρέχουν ένα ευρύ φάσμα εμπειρίας ασθενούς που μπορεί να χρησιμοποιηθεί παράλληλα με άλλα δεδομένα για την ενημέρωση των ασθενών. και να προσδιορίσουν τομείς στους οποίους μπορούν να γίνουν βελτιώσεις, ώστε να μπορούν να αναληφθούν πρακτικές ενέργειες

Το FFT βασίζεται στην αρχή ότι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα συμμετοχής στην παροχή ανατροφοδότησης στο NHS και σε σχέση με την ενδεχόμενη μελλοντική τους φροντίδα, έχουν το δικαίωμα να δουν τι έχουν πει οι άλλοι για να ενημερώσουν τις επιλογές και τις αποφάσεις τους.

Η δοκιμασία θέτει ένα μόνο ερώτημα: "Σε κάθε νοσοκομείο, οι ασθενείς θα μπορούν να απαντήσουν σε μια απλή ερώτηση: αν θα ήθελαν ένας φίλος ή ένας συγγενής να αντιμετωπιστεί εκεί την ώρα της ανάγκης τους. Κάνοντας αυτές τις απαντήσεις, θα δώσουμε σε όλους μια σαφή ιδέα για το πού να πάρει την καλύτερη δυνατή φροντίδα - και να οδηγήσει άλλα νοσοκομεία για να αυξήσουν το παιχνίδι τους. "

Το FFT έχει παραγάγει μέχρι στιγμής περισσότερα από 48 εκατομμύρια ανατροφοδοτούμενα στοιχεία - και η συνολική άνοδος αυξάνεται κατά περίπου 1,2 εκατομμύρια ευρώ κάθε μήνα - καθιστώντας τη χώρα τη μεγαλύτερη πηγή απόψεων των ασθενών στον κόσμο. Τα αποτελέσματα μέχρι τώρα μας έδειξαν ότι τουλάχιστον εννέα στους δέκα ασθενείς θα συνιστούσαν τις υπηρεσίες του NHS που χρησιμοποιούσαν στους αγαπημένους τους. Τα σχόλια των ασθενών εντοπίζουν επίσης τομείς στους οποίους μπορούν να γίνουν βελτιώσεις ώστε οι πάροχοι να μπορούν να φροντίζουν και να θεραπεύουν καλύτερα για όλους.

Η ανατροφοδότηση που συγκεντρώθηκε μέσω του FFT χρησιμοποιείται στους οργανισμούς του NHS σε ολόκληρη τη χώρα για να τονώσει την τοπική βελτίωση και να ενισχύσει το προσωπικό για να πραγματοποιήσει τις αλλαγές που κάνουν πραγματική διαφορά στους ασθενείς και τη φροντίδα τους.

Ενώ τα αποτελέσματα δεν θα είναι στατιστικά συγκρίσιμα σε σχέση με άλλους οργανισμούς λόγω των διαφόρων μεθόδων συλλογής δεδομένων, η FFT παρέχει ένα ευρύ φάσμα εμπειρίας ασθενούς που μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαζί με άλλα δεδομένα για να ενημερώσει τη βελτίωση της υπηρεσίας και την επιλογή των ασθενών. Τα τελευταία δεδομένα δημοσιεύονται κάθε μήνα.

Τα αποτελέσματα των FFT δημοσιεύονται σε μηνιαία διαστήματα και στις δύο ιστοσελίδες του NHSEngland και του NHS.

HFFT έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα ισχυρό εργαλείο για τη βελτίωση της υπηρεσίας, προωθώντας μια κουλτούρα αυξημένης ανταπόκρισης στην ανατροφοδότηση των ασθενών στο NHS. Μέσω του FFT, οι υπάλληλοι του NHS λαμβάνουν τακτικές αναφορές σχετικά με την εργασία που κάνουν. Συχνά, αυτή η ανατροφοδότηση επιβεβαιώνει τη μεγάλη δουλειά που κάνουν, αλλά όπου είναι λιγότερο θετική, ενθαρρύνει το προσωπικό να κάνει αλλαγές για να βελτιώσει την ποιότητα της εμπειρίας φροντίδας. (NHS England Review of the Friends and Family Test 2014)

Στην **Μάλτα** διεξήχθη μια περιγραφική, εγκάρσια μελέτη χρησιμοποιώντας ένα επικυρωμένο εργαλείο για την αξιολόγηση της παράδοσης και των αποτελεσμάτων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και για να συγκρίνουν τις εμπειρίες των ασθενών, με ηλεκτρονικό υπολογιστή PC που παρέχονται από δημόσιους και ιδιωτικούς (ανεξάρτητους) γενικούς ιατρούς. Με την χρήση του ερωτηματολογίου QUALICOPC GP και των εμπειρογνομόνων των ασθενών. Αυτά τα εργαλεία αναπτύχθηκαν από την Κοινοπραξία QUALICOPC για την αξιολόγηση των ευρωπαϊκών συστημάτων Η / Υ σχετικά με την ποιότητα, την ισότητα και το κόστος των υπηρεσιών υγείας.

Στη Μάλτα, αυτός ο Η / Υ παρέχεται από την κρατική υπηρεσία υγείας και από ιδιωτικούς γενικούς ιατρούς (GPs). Η δημόσια υπηρεσία είναι δωρεάν στο σημείο χρήσης, προσβάσιμη από κυβερνητικά Κέντρα Υγείας, 24 ώρες την ημέρα και 7 ημέρες την εβδομάδα. Οι ιδιωτικοί ιατροί λειτουργούν στα γραφεία τους ή στα φαρμακεία της κοινότητας.

Η ανάλυση έδειξε καλή αξιοπιστία δοκιμής-επανεξέτασης. Τα ερωτηματολόγια των ασθενών συνέλεξαν δεδομένα σε επίπεδο διαδικασίας και αποτελέσματος, βάσει του πλαισίου της Donabedian. Η διαδικασία του PC σχεδιάστηκε σε τέσσερις διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης, του συντονισμού, της πληρότητας και της συνέχειας της περίθαλψης. Οι βαθμολογίες έδειξαν ότι οι ασθενείς που μόλις επισκέφτηκαν τον ιδιωτικό GP ανέφεραν καλύτερες εμπειρίες στη «συνέχεια της φροντίδας» και στην «πληρότητα της φροντίδας» με μια χειρότερη εμπειρία στην «πρόσβαση». Η προσαρμογή για την ηλικία, το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο και τις γεωγραφικές περιοχές εξασθένησε τη διαφορά, παρόλο που οι επισκέπτες που επισκέφτηκαν τον ιδιωτικό GP πέτυχαν σημαντικά καλύτερα για την παροχή συνεχούς φροντίδας και για την εφαρμογή μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης με σημαντικά χαμηλότερα αποτελέσματα στην πρόσβαση.

Μετά την προσαρμογή για την ηλικία, το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο και τις γεωγραφικές περιοχές, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην αναφερθείσα βελτίωση της υγείας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Αυτή η μελέτη έδειξε ότι δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ της βελτίωσης της υγείας που παρουσίασε ο ίδιος ο ασθενής στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα. Παρόλο που δεν υπάρχει σύστημα καταγραφής ασθενών στη Μάλτα, το 88% του πληθυσμού ισχυρίστηκε ότι είχε δικό του γιατρό. Αυτό έδειξε ότι οι δημόσιοι ασθενείς χρησιμοποιούν επίσης ιδιωτικές υπηρεσίες GP και αντίστροφα. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι υπάρχει περιθώριο για περαιτέρω ανάπτυξη και στους δύο τομείς. Οι μη ικανοποιημένες ανάγκες ιδιαίτερα για τον ευάλωτο πληθυσμό μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη βελτίωση της πρόσβασης, τη συνέχεια της περίθαλψης και την υιοθέτηση μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης. (Pullicino G, et al, 2014)

Στο **Χονγκ Κονγκ** διεξήχθη τηλεφωνική έρευνα σε όλη την επικράτεια της οποίας στόχος ήταν η σύγκριση των εμπειριών της τρέχουσας ποιότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας των χρηστών του general outpatient clinics (GOPC) και των χρηστών περίθαλψης που παρέχονται από ιδιωτικούς γενικούς ιατρούς general practitioners (GPs). Χρησιμοποιώντας ένα διεθνώς αναγνωρισμένο μέτρο για την αξιολόγηση των επιδόσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η μελέτη χρησιμοποίησε το εργαλείο αξιολόγησης πρωτοβάθμιας περίθαλψης-ενηλίκων Primary Care Assessment Tool-Adult Edition (PCAT-AE) για τη συλλογή δεδομένων. Το PCAT-AE αναπτύχθηκε από το Κέντρο Πολιτικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Johns Hopkins για τη μέτρηση της εμπειρίας των ασθενών με την πηγή τους φροντίδας. Το εργαλείο επικεντρώνεται στην εμπειρία των εμπειριών πρωτοβάθμιας φροντίδας των καταναλωτών και όχι στην ικανοποίησή τους από τη φροντίδα. Το PCAT έχει επικυρωθεί και αποδεικνύεται ότι έχει εξαιρετική αξιοπιστία και εγκυρότητα σε σχέση με τους τομείς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Μια διαστρωμένη τυχαία τηλεφωνική έρευνα πραγματοποιήθηκε σε άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω στο Χονγκ Κονγκ από το Κέντρο Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής του Κινεζικού Πανεπιστημίου του Χονγκ Κονγκ. Τρεις μεγάλες γεωγραφικές περιοχές στρωματοποιήθηκαν και οι τηλεφωνικοί αριθμοί επιλέχθηκαν τυχαία από τηλεφωνικό κατάλογο. Οι ερωτώμενοι επιλέχθηκαν με μια τροποποιημένη μέθοδο «τελευταία γενέθλια» για κάθε οικείο νοικοκυριό. Αυτό έγινε για να ελαχιστοποιηθεί η υπερεκπροσώπηση των νοικοκυριών και των ηλικιωμένων στο δείγμα. Προσκλήθηκαν κλήσεις τρεις φορές πριν ο αριθμός τηλεφώνου ταξινομηθεί ως μη έγκυρος.

Το άτομο που απάντησε στο τηλέφωνο έμαθε ότι η μελέτη θα συλλέγει πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στο Χονγκ Κονγκ και ότι η συμμετοχή θα βοηθήσει την κυβέρνηση να βελτιώσει τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο Χονγκ Κονγκ.

Στο Χονγκ Κονγκ, οι αμοιβές για όλες τις υπηρεσίες σε δημόσια νοσοκομεία και κλινικές επιχορηγούνται σε μεγάλο βαθμό από την κυβέρνηση. Πάνω από το 90% όλων των νοσοκομειακών υπηρεσιών (σε σχέση με τον αριθμό των κλινών) στο Χονγκ Κονγκ παρέχονται από δημόσια νοσοκομεία.

Το Γραφείο Τροφίμων και Υγείας Food and Health Bureau (FHB) της κυβέρνησης είναι υπεύθυνο για την επίβλεψη του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Το Υπουργείο Υγείας Department of Health (DH), το οποίο αναφέρεται απευθείας στη FHB, είναι κυρίως υπεύθυνο για την εκτέλεση λειτουργιών δημόσιας υγείας και προαγωγής της υγείας. Παρέχει επίσης άμεση φροντίδα σε τέσσερις ειδικούς τομείς υπηρεσιών, όπως υπηρεσίες υγείας για μητέρες και παιδιά, υπηρεσίες υγείας των σπουδαστών, κοινωνική υγιεινή και δερματολογικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας ηλικιωμένων.

Η Νοσοκομειακή Αρχή Hospital Authority (HA), η οποία επίσης αναφέρει στην FHB, διαχειρίζεται και τα 44 νοσοκομεία με δημόσια χρηματοδότηση (συμπεριλαμβανομένων των κλινικών τους ειδικότητας) και 74 γενικές εξωτερικές κλινικές (GOPC) μέσω επτά γεωγραφικών ομάδων.

Ο ρόλος των(GOPC) είναι να παρέχουν πρόσβαση και ποιοτική κλινική φροντίδα στις απαραίτητες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τους οικονομικά ευάλωτους, τους ηλικιωμένους και τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Τα περισσότερα (GOPC) βρίσκονται στην κοινότητα, αν και λίγα βρίσκονται εντός δημόσιων νοσοκομείων. Οι δημόσιες εξειδικευμένες κλινικές βρίσκονται εντός νοσοκομείων. Τόσο τα δημόσια

ιδρύματα (GOPC) όσο και τα νοσοκομεία της Νοσοκομειακής Αρχής διαθέτουν το ίδιο ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής ασθενών.

Στα δημόσια νοσοκομεία, η πρόσβαση σε ειδικούς είναι μόνο μέσω παραπομπής από τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα ή από άλλους ειδικούς, παρόλο που δεν απαιτείται παραπομπή όταν οι ειδικοί ζητούν από τους ασθενείς να επιστρέψουν για παρακολούθηση (Δεν υπάρχει περιορισμός στον αριθμό επισκέψεων σε ειδικούς).

Οι επισκέψεις σε ιδιώτες ειδικούς μπορούν να πραγματοποιηθούν χωρίς παραπομπή και οι ασθενείς μπορούν να επισκεφθούν απευθείας τους ιδιώτες ειδικούς με δική τους πρωτοβουλία. Οι υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας στο Χονγκ Κονγκ, όπως οι ανοσοποιήσεις για παιδιά και ο εμβολιασμός κατά της γρίπης για ηλικιωμένους, παρέχονται δωρεάν στα (GOPC) καθώς και στα μητρικά και παιδικά κέντρα του Υπουργείου Υγείας. Οι εξετάσεις Παπανικολάου είναι διαθέσιμες στις κλινικές του Υπουργείου Υγείας, αλλά υπόκεινται σε αμοιβή υπηρεσιών μερικών εκατοντάδων δολαρίων. Δεν υπάρχουν προγράμματα πληθυσμιακού προσυμπτωματικού ελέγχου σε ολόκληρη την επικράτεια στο Χονγκ Κονγκ και δεν υπάρχουν καταχωρητές ασθενών σε κανένα είδος εγκαταστάσεων. Παρόλο που οι υπηρεσίες που παρέχονται από τις GOPCs και τις κλινικές του Υπουργείου Υγείας ενδέχεται να αλληλεπικαλύπτονται, δεν υπάρχει καμία ή ελάχιστη επικοινωνία μεταξύ των GOPC και των υπηρεσιών που παρέχονται από το Υπουργείο Υγείας. Δεν είναι ασυνήθιστο για τους ασθενείς να χρησιμοποιούν και τις δύο υπηρεσίες για παρόμοια προβλήματα (π.χ. οι ηλικιωμένοι μπορούν να το δουν τόσο από κλινικές DH όσο και από (GOPCs)).

Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν κατά κύριο λόγο φροντίδα από ιδιωτικούς θεράποντες ιατρούς στο Χονγκ Κονγκ ανέφεραν καλύτερες εμπειρίες πρωτοβάθμιας φροντίδας από (GOPCs). Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη μεγαλύτερη προσβασιμότητα και στις καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις που προσφέρονται από τους ιδιωτικούς (GPs). Δεδομένου ότι οι περισσότεροι ασθενείς χρησιμοποιούν τόσο (GOPCs) όσο και ιδιωτικούς (GPs), οι συνολικές εμπειρίες πρωτοβάθμιας φροντίδας τους μπορεί να μην είναι τόσο διαφορετικές όσο υποδηλώνουν τα ευρήματα αυτής της μελέτης.

Επιπλέον, ιδιωτικοί πάροχοι που παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς που συμβουλευόμαστε επίσης δημόσιους γιατρούς (είτε GOPC είτε νοσοκομεία) μπορούν να έχουν πρόσβαση στα δημόσια ηλεκτρονικά αρχεία υγείας των ασθενών με τη συγκατάθεσή τους. Δεδομένου ότι οι περισσότερες ειδικευμένες φροντίδες στο Χονγκ Κονγκ παρέχονται από το δημόσιο τομέα και ο δημόσιος τομέας είναι εφοδιασμένος με ένα καλά ανεπτυγμένο κεντρικό ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής ασθενών, το συμπέρασμα ότι η «επίσκεψη ειδικών» συνδέθηκε με υψηλότερες βαθμολογίες PCAT δεν ήταν έκπληξη. (Wong SY, et al, 2010)

Στην **Ολλανδία** πραγματοποιήθηκε μία έρευνα με στόχο να περιγράψει την ανάπτυξη, δοκιμή και βελτιστοποίηση με ένα νέο πρότυπο όργανο, που αφορά τη μακροχρόνια φροντίδα, μέσω ενός οργάνου, του δείκτη ποιότητας του ασθενή (CQ-index®) (Consumer Quality Index), για τη μέτρηση του ασθενή μετρήθηκαν εμπειρίες μακροχρόνιας φροντίδας .

Αναπτύχθηκαν μέθοδοι μέσω του CQ-δείκτη με ερωτηματολόγια και πρωτόκολλα για τη μελέτη δειγματοληψίας και τη συλλογή δεδομένων, σχεδιασμένο με συνεντεύξεις από κατοίκους, ειδικοί της νοσηλευτικής και εμπειρίες φροντίδας σε σπίτια καθώς και έρευνες μεταξύ ειδικών της ψυχογηριατρικής. Από τον Ιούλιο έως τον Νοέμβριο του 2006, μια πιλοτική μελέτη διεξήχθη μεταξύ 2,697 χρήστες 68 θηλάζουσες και γηροκομεία, 2,164 εκπροσώπους σε 57 ψυχο-γηριατρικά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, και 1,462 πελατών 19 homecare οργανισμών.

Αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης έδειξαν την σκοπιμότητα και χρηστικότητα των μέσων, που υποστήριξε ο πολυδιάστατος χαρακτήρας των ερωτηματολογίων και έδειξε ευρήματα, τις εμπειρίες και τις δυνατότητες για βελτίωση της ποιότητας της υγείας. Εννέα κλίμακες εξετάστηκαν που εφαρμόζονται σε όλες τις βαθμίδες φροντίδας: λήψη αποφάσεων, τη στάση και την ευγένεια, πληροφορίες, περιποίηση σώματος, της επάρκειας και της ασφάλειας της περίθαλψης, δραστηριότητες, αυτονομία, ψυχική ευεξία και τη διαθεσιμότητα του προσωπικού. Η έρευνα οδήγησε σε βελτιστοποιημένα ερωτηματολόγια και συστάσεις για εφαρμογή σε εθνικό επίπεδο.

Συμπεράσματα του CQ-δείκτη® μακροχρόνιας φροντίδας παρέχει μια καλή βάση για τη διερεύνηση της ποιότητας της φροντίδας: γηροκομεία και homecare από την άποψη των ασθενών. Αυτό το τυποποιημένο μέσο επιτρέπει μια πανεθνική σύγκριση της ποιότητας της μακροχρόνιας φροντίδας για τους σκοπούς της διαφάνειας και της διασφάλισης της ποιότητας.

Απαντήσεις και γενική χρήση σε γενικές γραμμές, οι ασθενείς ήταν συνεργάσιμοι και πρόθυμοι να μοιραστούν τις εμπειρίες τους. Με αυτόν τον τρόπο, ήταν χρήσιμο και αποδοτικό να έχουν κριτήρια αποκλεισμού. Ιδιαίτερα στη συνέντευξη και πρόσωπο με πρόσωπο κατάσταση οδήγησε σε υψηλό ποσοστό απόκρισης (98%). Οι ταχυδρομικές έρευνες μεταξύ ερευνητών και ασθενών, με ψυχο-γηριατρικά και μεταξύ των ασθενών homecare οδήγησαν σε χαμηλότερα ποσοστά ανταπόκρισης (77% και 52% αντίστοιχα).

Για γενική χρήση, οι έρευνες μπορεί να αντικατοπτρίζουν τις εμπειρίες με τη μακροχρόνια φροντίδα λόγω των υψηλών ποσοστών των επιλέξιμων περιπτώσεων (71%, 94% και 82% αντίστοιχα), τα ικανοποιητικά ποσοστά ανταπόκρισης.

Παρά ταύτα, αποτελέσματα για το homecare πρέπει να ερμηνεύονται προσεκτικά γιατί είχαν το χαμηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης, με τους άνδρες να υποεκπροσωπούνται, έτσι ώστε υπήρχε κίνδυνος τα αποτελέσματα αυτά να μπορούν να είναι μεροληπτικά λόγω μη απάντησης. (TriemstraM, etal, 2010)

4.2 Διαφορές μεταξύ της μέτρησης της εμπειρίας και της ικανοποίησης.

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ερευνών της «εμπειρίας» και της «ικανοποίησης» του ασθενούς. Η αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών αποτελούν καλύτερο μέτρο αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με αυτό της ικανοποίησης. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία η μέθοδος της αποτύπωσης των εμπειριών, υπερτερεί της

ικανοποίησης. Οι εμπειρίες είναι πιο αντικειμενικά μέτρα επειδή είναι πιο κοντά στις παρατηρήσεις ενώ τα μέτρα ικανοποίησης είναι περισσότερο υποκειμενικά μέτρα επειδή είναι πιο κοντά στις αξιολογήσεις. Όμως μία ή δύο συνολικές αξιολογήσεις (μέτρα ικανοποίησης) περιλαμβάνονται στα μέτρα εμπειρίας των ασθενών, οπότε η ικανοποίηση δεν εξαιρείται εντελώς. Η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς παρέχει συνεχή ανατροφοδότηση, βοηθά στον εντοπισμό λαθών και παραλείψεων και συντελεί στη βελτίωση της ποιότητας. Η εμπειρία των ερωτήσεων αφορά τις πραγματικές, πιο αντικειμενικές εμπειρίες του ασθενούς στο κέντρο υγείας και αποσκοπεί στην αποφυγή εκτιμήσεων αξίας και των επιπτώσεων των υπαρχουσών προσδοκιών. Έτσι, η διαφορά ανάμεσα στην ικανοποίηση του ασθενή και την εμπειρία του ασθενούς είναι αυτό που δίνει προτεραιότητα στις αξίες: τις προτεραιότητες του οργανισμού και της διαχείρισης ή τις ανάγκες των ασθενών. Τα εργαλεία που μετρούν τις εμπειρίες χρησιμοποιώντας αναφορές από τους ασθενείς απαιτούν ανάκληση από μνήμης και εκτίμηση της συχνότητας συγκεκριμένων γεγονότων που δεν αντανακλούν αντικειμενικά την παροχή φροντίδας. Αναφέρουν μόνο τη συχνότητα συγκεκριμένων γεγονότων και αξιολογούν τον αριθμό των προβλημάτων ανεξάρτητα από τη σπουδαιότητα που δίνουν οι ασθενείς στα θέματα. Η αξιοπιστία μειώνεται σημαντικά με την καθυστέρηση ανάμεσα στις εμπειρίες και την αναφορά του ασθενούς. (DrainM, etal, 2004)

Η προσέγγιση του Ινστιτούτου Picker, που εκπροσωπεί αυτό το είδος έρευνας, συσχετίζει το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενούς με τρεις μεταβλητές: τις προσωπικές προτιμήσεις, τις προσδοκίες και τη φροντίδα που λαμβάνεται. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ο γιατρός, το πολιτισμικό και εκπαιδευτικό υπόβαθρο του ασθενούς και κυρίως η κατάσταση υγείας επηρεάζουν την ικανοποίηση που μετράται με τον τρόπο αυτό (Polyzos N, etal, 2005).

Σε αντίθεση, τα εργαλεία που μετρούν τις αξιολογήσεις των ασθενών για τη φροντίδα χρησιμοποιώντας βαθμολόγηση λαμβάνουν υπόψη τους τόσο την αξιολόγηση όσο και τη σχετική της σημασία. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να πουν ότι ο πόνος τους «συνήθως» ελεγχόταν και να πιστεύουν πως ο έλεγχος του πόνου τους ήταν «πολύ καλός», ενώ άλλοι ασθενείς μπορεί να πιστεύουν ότι ο έλεγχος του πόνου τους ήταν «κακός». Τα ποσοστά των απαντήσεων «ποτέ, μερικές φορές, συνήθως, πάντα» μπορεί να δείχνουν το πόσο συχνά κάτι προέκυψε αλλά να μην περιγράφουν κάτι για το πώς το βίωσαν οι ασθενείς. Ένας περιορισμός των παραδοσιακών μετρήσεων είναι η δυσκολία στο διαχωρισμό των προσδοκιών και των εμπειριών από την ικανοποίηση. Παρόλο που η πληροφορία που δίνουν οι ασθενείς είναι υποκειμενική, οι έρευνες ικανοποίησης αξιολογούν με ακρίβεια το πώς βίωσαν την εμπειρία της νοσηλείας οι ασθενείς. (DrainM, 2004)

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 Σκοπός: Η διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ στο Κέντρο Υγείας Καρπάθου μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών .

5.2 Υλικό – Μέθοδος:Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη από τις 17 Μαρτίου 2018 έως 17 Απριλίου 2018. Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 260 άτομα, χρήστες των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Κέντρου Υγείας Καρπάθου. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο (το οποίο περιλάμβανε 73 ερωτήσεις) που προέκυψε από την πιλοτική μελέτη για την ανάπτυξη ερωτηματολογίου για την αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ (Καϊτελίδου, Οικονόμου, Γαλάνη και συν., 2018), το οποίο συμπληρώθηκε εθελοντικά από τους συμμετέχοντες. Η επιλογή των ασθενών έγινε με δειγματοληψία ευκολίας κατά την έξοδο από όλα τα ιατρεία του Κ.Υ (κριτήρια ένταξης: την επιθυμία των χρηστών να συμμετάσχουν στην έρευνα, ηλικία> 18 ετών και η δυνατότητα συνεννόησης στην ελληνική γλώσσα).

Οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια είτε μόνοι τους είτε με τη βοήθεια της ερευνήτριας, η οποία έδινε διευκρινήσεις με τρόπο ώστε να μην επηρεάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Ερευνητικά ερωτήματα:

- Η διερεύνηση των απόψεων-εμπειριών των ασθενών από την επαφή τους με την Π.Φ.Υ που προσφέρονται από το Κέντρο Υγείας Καρπάθου.
- Η συσχέτιση των δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών του δείγματος με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου που αντικατοπτρίζονται στις διαστάσεις της φροντίδας (προσβασιμότητα, συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας, περιεκτικότητα της φροντίδας, ποιότητα ιατρικής φροντίδας, εγκατάσταση του Κέντρου Υγείας, ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητα φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας.

5.3 Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. 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 δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient), ενώ μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman'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 .

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η βαθμολογία προσβασιμότητας, η βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας, η βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας, η βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας, η βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του κέντρου υγείας, η βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας, η συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το κέντρο υγείας, η βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους και η βαθμολογία σύστασης του κέντρου υγείας σε συγγενείς/φίλους. Η αύξηση των βαθμολογιών σημαίνει υψηλότερο επίπεδο θετικών εμπειριών από τη μονάδα υγείας. Οι βαθμολογίες προέκυψαν από τον μέσο όρο των απαντήσεων στις ερωτήσεις που τις αφορούν.

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).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε **260** χρήστες υπηρεσιών ΠΦΥ/ασθενείς που επισκέφτηκαν το Κέντρο Υγείας Καρπάθου. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1: Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Γυναίκες	150 (57,7)
Άνδρες	110 (42,3)
Ηλικία^α	44,3 (15,1)
Εθνικότητα	
Μη ελληνική	43 (16,7)
Ελληνική	215 (83,3)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Μερικές τάξεις του Δημοτικού	2 (0,8)
Απόφοιτος-η Δημοτικού	57 (21,9)
Απόφοιτος-η Γυμνασίου	49 (18,8)
Απόφοιτος-η Λυκείου	71 (27,3)
Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)	28 (10,8)
Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού	53 (20,4)
Ιδιωτική ασφάλιση	
Όχι	232 (89,2)
Ναι	28 (10,8)
Ανασφάλιστος-η	
Όχι	242 (93,1)
Ναι	18 (6,9)

Αναπηρία άνω του 67%	
Όχι	258 (99,6)
Ναι	1 (0,4)
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας	
Εξαιρετική	50 (19,2)
Πολύ καλή	91 (35,0)
Καλή	81 (31,2)
Μέτρια	33 (12,7)
Κακή	5 (1,9)
Χρόνιο νόσημα	
Κανένα	155 (59,8)
Ένα	77 (29,7)
Δύο	24 (9,3)
>2	3 (1,2)
Καρδιαγγειακό νόσημα	
Όχι	202 (77,7)
Ναι	58 (22,3)
Νόσημα του αναπνευστικού συστήματος	
Όχι	256 (98,5)
Ναι	4 (1,5)
Αυτοάνοσο νόσημα	
Όχι	256 (98,5)
Ναι	4 (1,5)
Νόσημα του θυρεοειδούς αδένος	
Όχι	226 (86,9)
Ναι	34 (13,1)
Καρκίνος	
Όχι	256 (98,5)
Ναι	4 (1,5)
Σακχαρώδης διαβήτης	
Όχι	251 (96,5)
Ναι	9 (3,5)

Νεφρική νόσος	
Όχι	258 (99,2)
Ναι	2 (0,8)
Άλλο	
Όχι	245 (94,2)
Ναι	15 (5,8)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^a Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 44,3 έτη (TA=15,1), το 42,3% ήταν άνδρες και το 83,3% ήταν ελληνικής εθνικότητας. Το 20,4% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ/κάτοχοι Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού, το 10,81% ήταν απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης, το 27,3% ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 18,8% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου και το 21,9% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ασφαλισμένοι (93,1%) ενώ το 10,8% είχαν ιδιωτική ασφάλιση. Μόλις ένα άτομο είχε αναπηρία άνω του 67% και το 40,2% έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα. Τα συχνότερα νοσήματα ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα (22,3%) και τα νοσήματα του θυρεοειδούς αδένος (13,1%). Το 85,4% αυτοεκτίμησαν την κατάσταση της υγείας τους καλή έως εξαιρετική.

6.2 Χρήση των υπηρεσιών υγείας

Στους Πίνακες 2 και 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με την επίσκεψή τους στο Κέντρο Υγείας.

Πίνακας 2: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με την επίσκεψή τους στα Κέντρα Υγείας

Χαρακτηριστικό	N (%)
Αριθμός επισκέψεων τους τελευταίους 6 μήνες στα Κέντρα Υγείας	
Καμία	56 (22,1)

Μια	83 (32,8)
2 έως 4 φορές	81 (32,0)
>4 φορές	33 (13,0)
Τρόπος επίσκεψης στα Κέντρα Υγείας	
Χωρίς παραπομπή (με δική μου πρωτοβουλία)	248 (99,6)
Με παραπομπή (μετά από σύσταση του γιατρού)	1 (0,4)
Επαφή με	
Γενικό γιατρό	183 (70,4)
Παθολόγο	31 (11,9)
Παιδίατρο	2 (0,8)
Ακτινολόγο	5 (1,9)
Μικροβιολόγο	7 (2,7)
Καρδιολόγο	1 (0,4)
Δερματολόγο	1 (0,4)
Ωτορινολαρυγγολόγο	2 (0,8)
Οφθαλμίατρο	4 (1,5)
Οδοντίατρο	30 (11,5)
Νοσηλεύτη/-τρια	18 (6,9)
Αιτία επίσκεψης	
Ασθένεια/αδιαθεσία	165 (63,5)
Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)	13 (5,0)
Συνταγογράφησηφαρμάκων	40 (15,4)
Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις	34 (13,1)
Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	0 (0,0)
Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση	23 (8,8)
Συμβουλευτική υποστήριξη (π.χ. μαθήματα ανώδυνου τοκετού)	1 (0,4)
Άλλο	
<i>Εμβολιασμός</i>	1 (0,4)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Οι περισσότεροι επισκέφτηκαν την μονάδα υγείας από 1 έως 4 φορές τους τελευταίους 6 μήνες (64,8%) και το 99,6% επισκέφτηκαν την μονάδα υγείας χωρίς παραπομπή (με δική τους πρωτοβουλία). Οι περισσότεροι επισκέφτηκαν Γενικό γιατρό (70,4%), παθολόγο (11,9%), οδοντίατρο (11,5%) και νοσηλεύτη/-τρια (6,9%). Οι συνηθέστερες αιτίες επίσκεψης ήταν η ασθένεια/αδιαθεσία (63,5%), η συνταγογράφηση φαρμάκων (15,4%), παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις (13,1%), για ιατρικό πιστοποιητικό/ βεβαίωση (8,8%) και για προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ) (5%).

Πίνακας 3: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την επίσκεψή τους στα Κέντρα Υγείας.

Χαρακτηριστικό	N (%)
Ραντεβού για την επίσκεψη	
Όχι	253 (97,3)
Ναι	7 (2,7)
Προγραμματισμός ραντεβού	
Με επίσκεψη στη Γραμματεία	23 (8,8)
Τηλεφωνικά στη Γραμματεία	5 (1,9)
Απευθείας με τον-την γιατρό	1 (0,4)
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι τη σημερινή επίσκεψη	
Προγραμμάτισα το ραντεβού νωρίτερα σήμερα (εξυπηρετήθηκα αυθημερόν)	25 (9,6)
Προγραμμάτισα το ραντεβού χθες	4 (1,5)
Χρόνος αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών	
Μέχρι 15 λεπτά	215 (84,0)
Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα	19 (7,4)
Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα	9 (3,5)
Περισσότερο από μια ώρα	13 (5,1)
Χρόνος αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών μέχρι την επαφή με τον γιατρό	
Μέχρι 15 λεπτά	127 (49,2)

Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα	69 (26,7)
Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα	29 (11,2)
Περισσότερο από μια ώρα	33 (12,8)
Ο γιατρός:	
Δεν χρειάστηκε να με παραπέμψει σε κανέναν άλλον	220 (85,3)
Με παρέπεμψε σε άλλον/η γιατρό σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ	5 (1,9)
Με παρέπεμψε σε νοσοκομείο	1 (0,4)
Με παρέπεμψε για διαγνωστικές εξετάσεις εντός του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	31 (12,0)
Με παρέπεμψε σε διαγνωστικό εργαστήριο/κέντρο εκτός του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	1 (0,4)
Σε περίπτωση παραπομπής, η πληροφόρηση/καθοδήγηση από τον γιατρό ήταν επαρκής	
Διαφωνώ λίγο	1 (0,4)
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	3 (1,9)
Συμφωνώ λίγο	23 (8,8)
Συμφωνώ απόλυτα	33 (12,7)
Επαφή με νοσηλεύτη ή άλλο-η επαγγελματία υγείας χωρίς επαφή με γιατρό	
Όχι	176 (67,7)
Ναι	84 (32,3)

Οι τιμές εκφράζονται ως η (%).

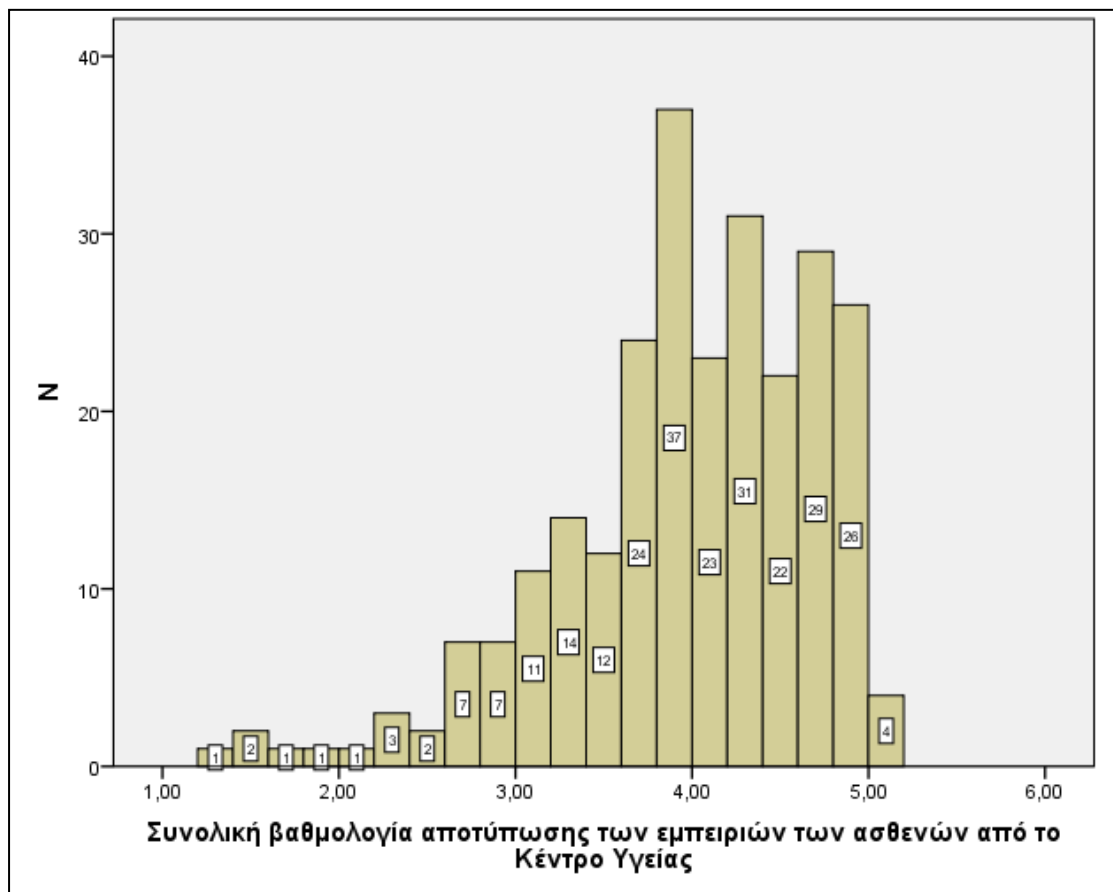
Μόλις 7 συμμετέχοντες έκλεισαν ραντεβού για την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας (2,7%). Ο χρόνος αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών και από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών μέχρι την επαφή με τον γιατρό ήταν συνήθως μέχρι 15 λεπτά (84% και 49,2%, αντίστοιχα).

Το 24,7% των συμμετεχόντων παραπέμφθηκαν σε άλλο γιατρό ή υπηρεσία υγείας και το 32,3% είχε επαφή με νοσηλεύτη ή άλλο επαγγελματία υγείας χωρίς επαφή με γιατρό.

6.3 Οι εμπειρίες των ασθενών από το Κέντρο Υγείας

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την εμπειρίες τους από το Κέντρο Υγείας. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις του Πίνακα 4 ήταν 0,90 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή αξιοπιστία.

Η μέση συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας ήταν 3,9, η τυπική απόκλιση ήταν 0,7, η διάμεσος ήταν 4,0, η ελάχιστη τιμή ήταν 1m3 και η μέγιστη τιμή ήταν 5,0 (Γράφημα 1).



Γράφημα 1: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας

Εκτός από επτά ερωτήσεις, στις υπόλοιπες η μέση τιμή αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας ήταν μεγαλύτερη από τη διάμεση τιμή της

κλίμακας (=4) γεγονός που δηλώνει υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Οι ερωτήσεις στις οποίες η βαθμολογία ήταν χαμηλή ήταν οι εξής:

1. Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού
2. Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι καλά εξοπλισμένο/η
3. Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό
4. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με ακούν προσεκτικά
5. Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη
6. Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)
7. Αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου.

Σύμφωνα με τις μέσες τιμές ικανοποίησης, οι 10 διαστάσεις με την **μεγαλύτερη βαθμολογία θετικών εμπειριών** ήταν οι εξής:

- Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτού του κέντρου υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ
- Οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές
- Οι νοσηλευτές-τριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου
- Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά
- Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου
- Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει
- Οι νοσηλευτές-τριες με ακούν προσεκτικά
- Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας
- Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου
- Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου

Πίνακας 4: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις εμπειρίες τους από το Κέντρο Υγείας

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	50 (19,5)	4 (1,6)	75 (29,2)	63 (24,5)	65 (25,3)	3,3 (1,4)
Αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	74 (28,8)	2 (0,8)	5 (1,9)	28 (10,9)	148 (57,6)	3,7 (1,8)
Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	112 (43,4)	2 (0,8)	30 (11,6)	25 (9,7)	89 (34,5)	2,9 (1,8)
Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	18 (7,0)	0 (0,0)	23 (9,0)	80 (31,3)	135 (52,7)	4,2 (1,1)
Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	18 (7,0)	0 (0,0)	22 (8,6)	84 (32,7)	133 (51,8)	4,2 (1,1)
Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	19 (7,4)	0 (0,0)	22 (8,6)	79 (30,7)	137 (53,3)	4,2 (1,1)
Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	30 (11,6)	2 (0,8)	27 (10,5)	75 (29,1)	124 (48,1)	4,0 (1,3)
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	15 (5,8)	1 (0,4)	24 (9,3)	83 (32,2)	135 (52,3)	4,2 (1,0)
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	14 (5,4)	2 (0,8)	24 (9,3)	82 (31,8)	136 (52,7)	4,3 (1,0)
Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	19 (7,4)	0 (0,0)	33 (12,8)	75 (29,1)	131 (50,8)	4,2 (1,1)
Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	8 (3,1)	2 (0,8)	25 (9,7)	79 (30,6)	144 (55,8)	4,4 (0,9)
Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	10 (3,9)	3 (1,2)	31 (12,1)	74 (28,8)	139 (54,1)	4,3 (1,0)
Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	8 (3,1)	5 (1,9)	28 (10,9)	72 (28,0)	144 (56,0)	4,3 (1,0)
Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτού του κέντρου υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	8 (3,1)	2 (0,8)	16 (6,2)	57 (22,1)	175 (67,8)	4,5 (0,9)
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	57 (22,2)	5 (1,9)	48 (18,7)	51 (19,8)	96 (37,4)	3,5 (1,5)

Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	35 (13,6)	7 (2,7)	69 (26,7)	65 (25,2)	82 (31,8)	3,6 (1,3)
Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	89 (34,6)	3 (1,2)	44 (17,1)	52 (20,2)	69 (26,8)	3,0 (1,6)
Οι νοσηλευτές-τριες με ακούν προσεκτικά	7 (8,3)	0 (0,0)	8 (9,5)	17 (20,2)	52 (61,9)	4,3 (1,2)
Οι νοσηλευτές-τριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	4 (5,4)	0 (0,0)	6 (8,1)	19 (25,7)	45 (60,8)	4,4 (1,0)
Οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές	1 (1,4)	2 (2,7)	6 (8,1)	19 (25,7)	46 (62,2)	4,4 (0,9)
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με ακούν προσεκτικά	46 (18,5)	20 (8,0)	44 (17,7)	53 (21,3)	86 (34,5)	3,5 (1,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως η (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

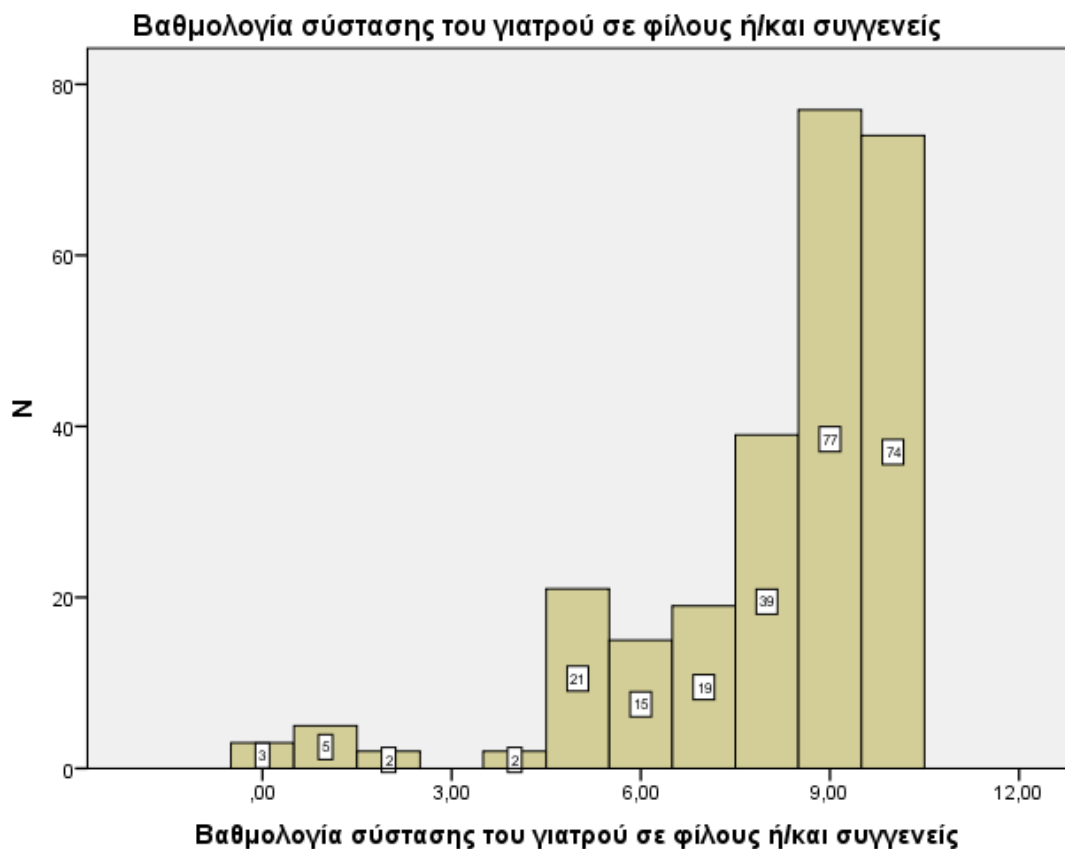
Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή των βαθμολογιών των επιμέρους διαστάσεων των εμπειριών των ασθενών.

Πίνακας 5: Περιγραφικά μέτρα των βαθμολογιών των επιμέρους διαστάσεων των εμπειριών των ασθενών

	Μέση τιμή	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Βαθμολογία προσβασιμότητας	3,3	3,3	1,1	1,0	5,0
Βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας	4,2	4,7	1,0	1,0	5,0
Βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας	4,2	4,3	1,0	1,0	5,0
Βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας	4,3	4,5	0,9	1,0	5,0

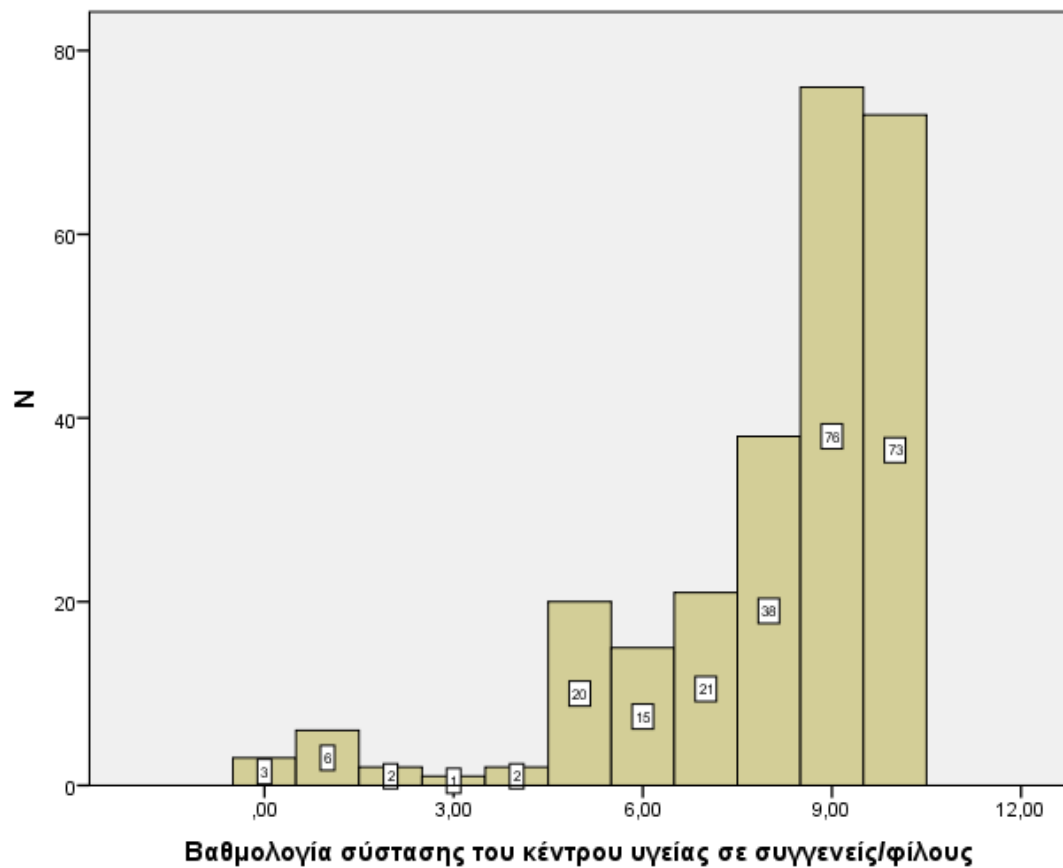
Βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας	3,9	4,0	1,0	1,0	5,0
Βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας	3,5	4,0	1,5	1,0	5,0

Η μέση βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε φίλους ή/και συγγενείς ήταν 8,1, η τυπική απόκλιση ήταν 2,1, η διάμεσος ήταν 9, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 10 (Γράφημα 2).



Γράφημα 2: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε φίλους ή/και συγγενείς.

Η μέση βαθμολογία σύστασης της μονάδας υγείας σε φίλους ή/και συγγενείς ήταν 8,1, η τυπική απόκλιση ήταν 2,2, η διάμεσος ήταν 9, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 10 (Γράφημα 3).



Γράφημα 3: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας σύστασης της μονάδας υγείας σε φίλους ή/και συγγενείς.

6.4 Σημασία των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη σημασία που προσέδωσαν στις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας που έλαβαν από το Κέντρο Υγείας. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις του Πίνακα 5 ήταν 0,95 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία.

Σύμφωνα με τις μέσες τιμές σημασίας, οι 10 διαστάσεις με την **μεγαλύτερη σημασία** ήταν οι εξής:

- Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν
- Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου
- Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας
- Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά
- Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί
- Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου
- Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου
- Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ
- Ο-η γιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά
- Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου

Επιπλέον, σύμφωνα με τις μέσες τιμές σημασίας, οι 10 διαστάσεις με την **μικρότερη σημασία** ήταν οι εξής:

- Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού
- Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου
- Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό
- Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη
- Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)
- Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης

- Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)
- Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμψει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης
- Οι νοσηλευτές-τριες να με ακούν προσεκτικά
- Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες

Πίνακας 6: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη σημασία που προσέδωσαν στις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας που έλαβαν από το Κέντρο Υγείας.

	Καθόλου σημαντική	Λίγο σημαντική	Μέτρια σημαντική	Πολύ σημαντική	Πάρα πολύ σημαντική	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,2)	35 (13,9)	213 (84,9)	4,8 (0,4)
Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας κ.λπ.)	0 (0,0)	1 (0,4)	2 (0,8)	31 (12,4)	217 (86,5)	4,8 (0,4)
Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,2)	31 (12,4)	217 (86,5)	4,9 (0,4)
Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμψει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησής από τον/την γιατρό (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,6)	31 (12,3)	217 (86,1)	4,8 (0,4)
Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό	4 (1,6)	2 (0,8)	6 (2,4)	29 (11,5)	211 (83,7)	4,8 (0,7)
Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	10 (4,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	23 (9,1)	217 (86,1)	4,7 (0,8)
Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού	19 (7,5)	0 (0,0)	1 (0,4)	18 (7,1)	214 (84,9)	4,6 (1,1)

Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	20 (7,9)	231 (91,7)	4,9 (0,3)
Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,8)	21 (8,4)	228 (90,8)	4,9 (0,3)
Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (8,0)	231 (92,0)	4,9 (0,3)
Ο-η γιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	1 (0,4)	0 (0,0)	2 (0,8)	22 (8,7)	227 (90,1)	4,9 (0,4)
Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	22 (8,7)	229 (90,9)	4,9 (0,4)
Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας		0 (0,0)	0 (0,0)	23 (9,2)	228 (90,8)	4,9 (0,3)
Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου	1 (0,4)	0 (0,0)	2 (0,8)	22 (8,7)	227 (90,1)	4,9 (0,4)
Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,8)	20 (7,9)	230 (91,3)	4,9 (0,3)
Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (2,0)	23 (9,1)	224 (88,9)	4,9 (0,4)
Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,8)	22 (8,7)	228 (90,5)	4,9 (0,3)
Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	2 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,4)	23 (9,1)	226 (89,7)	4,9 (0,5)
Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	26 (10,3)	226 (89,7)	4,9 (0,3)
Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	1 (0,4)	0 (0,0)	9 (3,6)	23 (9,1)	219 (86,9)	4,8 (0,5)
Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)	1 (0,4)	0 (0,0)	9 (3,6)	21 (8,3)	221 (87,7)	4,8 (0,5)
Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	3 (1,2)	0 (0,0)	4 (1,6)	21 (8,3)	224 (88,9)	4,8 (0,6)
Οι νοσηλεύτριες να με	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	13 (13,3)	84 (85,7)	4,8 (0,4)

ακούν προσεκτικά						
Οι νοσηλεύτριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	12 (12,5)	83 (86,5)	4,9 (0,4)
Οι νοσηλεύτριες να είναι ευγενικοί-ές	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,1)	10 (10,4)	84 (87,5)	4,9 (0,4)
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτριες) να με ακούν προσεκτικά	2 (0,8)	0 (0,0)	4 (1,6)	18 (7,3)	223 (90,3)	4,9 (0,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

6.5.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία προσβασιμότητας

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσβασιμότητας.

Πίνακας 7: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσβασιμότητας

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία προσβασιμότητας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,133^α
Γυναίκες	3,4 (1,1)	
Άνδρες	3,2 (1,0)	
Ηλικία^β	-0,014	0,820
Εθνικότητα		0,429 ^α
Μη Ελληνική	3,4 (1,1)	
Ελληνική	3,3 (1,1)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^γ	0,083	0,186
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας^γ	-0,106	0,088
Χρόνιο νόσημα		0,709 ^α
Όχι	3,3 (1,1)	
Ναι	3,3 (1,1)	
Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας^γ	0,014	0,820

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας προσβασιμότητας και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, στην οποία κανένα χαρακτηριστικό δεν σχετιζόταν με τη βαθμολογία προσβασιμότητας.

6.5.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας.

Πίνακας 8: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας

Χαρακτηριστικό	Μέση συνολική βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,301 ^α
Γυναίκες	4,3 (1,0)	
Άνδρες	4,1 (1,1)	
Ηλικία^β	0,033	0,602
Εθνικότητα		0,739 ^α
Μη Ελληνική	4,3 (1,1)	
Ελληνική	4,2 (1,0)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^γ	-0,129	0,038
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας^γ	0,107	0,086

Χρόνιο νόσημα		0,680 ^α
Όχι	4,2 (1,0)	
Ναι	4,2 (1,1)	
Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας^γ	0,089	0,160

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, στην οποία **κανένα χαρακτηριστικό δεν σχετίζονταν με τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας.**

6.5.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.

Πίνακας 9: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,662 ^α
Γυναίκες	4,2 (1,0)	
Άνδρες	4,1 (1,0)	
Ηλικία^β	-0,051	0,418

Εθνικότητα		0,611 ^α
Μη Ελληνική	4,2 (1,0)	
Ελληνική	4,2 (1,0)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^γ	-0,050	0,420
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας^γ	0,078	0,214
Χρόνιο νόσημα		0,249 ^α
Όχι	4,2 (1,0)	
Ναι	4,1 (1,1)	
Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας^γ	0,032	0,610

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση **δεν προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας περιεκτικότητας της φροντίδας και των ανεξάρτητων μεταβλητών.**

6.5.4. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας.

Πίνακας 10: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,598 ^α
Γυναίκες	4,3 (0,9)	
Άνδρες	4,2 (0,9)	
Ηλικία^β	0,014	0,828
Εθνικότητα		0,217 ^α
Μη Ελληνική	4,1 (1,0)	
Ελληνική	4,3 (0,9)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^γ	-0,113	0,069
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας^γ	0,056	0,374
Χρόνιο νόσημα		0,993 ^α
Όχι	4,3 (0,9)	
Ναι	4,3 (1,0)	
Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας^γ	0,025	0,689

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) μεταξύ της βαθμολογίας ποιότητας ιατρικής φροντίδας και των ανεξάρτητων μεταβλητών.

6.5.5. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας.

Πίνακας 11: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,794 ^α
Γυναίκες	3,8 (1,1)	
Άνδρες	3,9 (0,9)	
Ηλικία^β	0,129	0,038
Εθνικότητα		0,656 ^α
Μη Ελληνική	3,8 (0,9)	
Ελληνική	3,9 (1,0)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^γ	-0,063	0,313
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας^γ	0,115	0,066
Χρόνιο νόσημα		0,462 ^α
Όχι	3,8 (0,9)	
Ναι	3,9 (1,0)	

Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας^γ	-0,088	0,166
--	---------------	--------------

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.

Πίνακας 12: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,009	0,001 έως 0,018	0,025

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **2%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας.

6.5.6. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 13: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,934 ^α
Γυναίκες	3,5 (1,5)	
Άνδρες	3,5 (1,5)	
Ηλικία^β	0,090	0,157
Εθνικότητα		0,718 ^α
Μη Ελληνική	3,6 (1,5)	
Ελληνική	3,5 (1,5)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^γ	-0,051	0,417
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας^γ	0,106	0,093
Χρόνιο νόσημα		0,783 ^α
Όχι	3,5 (1,4)	
Ναι	3,6 (1,5)	

Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας^γ	0,093	0,146
--	-------	--------------

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, στην οποία **κανένα χαρακτηριστικό δεν σχετίζονταν με τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας.**

6.5.7. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας.

Πίνακας 14: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας

Χαρακτηριστικό	Μέση συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,585 ^α
Γυναίκες	3,9 (0,7)	
Άνδρες	3,9 (0,7)	
Ηλικία^β		0,358

Εθνικότητα		0,852 ^α
Μη Ελληνική	3,9 (0,8)	
Ελληνική	3,9 (0,7)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^γ	-0,079	0,206
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας^γ	0,089	0,153
Χρόνιο νόσημα		0,911 ^α
Όχι	3,9 (0,7)	
Ναι	3,9 (0,8)	
Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας^γ	0,021	0,741

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση **δεν προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας και των ανεξάρτητων μεταβλητών.**

6.5.8. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.

Πίνακας 15: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,847 ^α
Γυναίκες	8,2 (2,0)	
Άνδρες	8,1 (2,3)	
Ηλικία^β	0,156	0,012
Εθνικότητα		0,759 ^α
Μη Ελληνική	8,2 (2,2)	
Ελληνική	8,1 (2,1)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^γ	-0,037	0,560
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας^γ	0,053	0,400
Χρόνιο νόσημα		0,347 ^α
Όχι	8,0 (2,2)	
Ναι	8,3 (2,1)	
Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας^γ	0,031	0,629
Συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας^β	0,310	<0,001

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους και 2 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 16.

Πίνακας 16: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,895	0,550 έως 1,239	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **10,8%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.

6.5.9. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύστασης του Κέντρου Υγείας σε συγγενείς/φίλους

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης του Κέντρου Υγείας σε συγγενείς/φίλους.

Πίνακας 17: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης των Κέντρου Υγείας σε συγγενείς/φίλους

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία σύστασης της μονάδας υγείας σε συγγενείς/φίλους (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,891^α
Γυναίκες	8,1 (2,1)	
Άνδρες	8,1 (2,3)	
Ηλικία^β	0,162	0,009
Εθνικότητα		0,581^α
Μη Ελληνική	8,2 (2,2)	
Ελληνική	8,0 (2,2)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^γ	-0,064	0,310
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας^γ	0,076	0,226
Χρόνιο νόσημα		0,195^α
Όχι	7,9 (2,3)	
Ναι	8,3 (2,1)	
Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας^γ	0,027	0,674
Συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας^β	0,332	<0,001

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σύστασης του Κέντρου Υγείας σε συγγενείς/φίλους και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 18.

Πίνακας 18: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σύστασης του Κέντρου Υγείας σε συγγενείς/φίλους

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,981	0,629 έως 1,332	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης του Κέντρου Υγείας σε συγγενείς/φίλους.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **12,4%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σύστασης του Κέντρου Υγείας σε συγγενείς/φίλους.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ– ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και επιχειρώντας να σκιαγραφήσουμε το προφίλ των ασθενών που επισκέφθηκαν τη συγκεκριμένη μονάδα, οι ασθενείς στην πλειονότητά τους ήταν γυναίκες (57,7%) . Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 44,3 έτη, ήταν ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης (93,1%) ενώ το 83,3% ήταν ελληνικής εθνικότητας. Το 27,3% ήταν απόφοιτοι Λυκείου, και το 21,9% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού. Ο κύριος λόγος επίσκεψης ήταν η ασθένεια/αδιαθεσία (63,5%), η συνταγογράφηση φαρμάκων (15,4%) και από αυτό επιβεβαιώνεται η πεποίθηση ότι η μονάδα αυτή αποτελεί το ρόλο της ως κέντρο ΠΦΥ. Οι περισσότεροι επισκέφτηκαν την μονάδα υγείας από 1 έως 4 φορές τους τελευταίους 6 μήνες (64,8%) και το 99,6% επισκέφτηκαν την μονάδα υγείας χωρίς παραπομπή (με δική τους πρωτοβουλία). Το 40,2% έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα και τα συχνότερα νοσήματα ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα (22,3%) και τα νοσήματα του θυρεοειδούς αδένος (13,1%).

Το 85,4% αυτό-εκτίμησαν την κατάσταση της υγείας τους καλή έως εξαιρετική. Οι περισσότεροι επισκέφτηκαν Γενικό γιατρό (70,4%), και παθολόγο (11,9%). Όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι ασφαλισμένοι που επισκέφτηκαν τη συγκεκριμένη μονάδα ΠΦΥ ήταν πολύ ικανοποιημένοι. Αναλυτικότερα, ο χρόνος αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών και από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών μέχρι την επαφή με τον γιατρό ήταν συνήθως μέχρι 15 λεπτά (84% και 49,2%, αντίστοιχα). Η μέση βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε φίλους ή/και συγγενείς και η μέση βαθμολογία σύστασης της μονάδας υγείας σε φίλους ή/και συγγενείς ήταν 8,1 (σε κλίμακα από 1 έως 10). Η μέση τιμή αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το Κέντρο Υγείας ήταν μεγαλύτερη από τη διάμεση τιμή της κλίμακας (=4) γεγονός που δηλώνει υψηλά επίπεδα ικανοποίησης.

Ωστόσο, η συνολική ικανοποίηση (συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών) με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σχετιζόταν θετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Επιπρόσθετα, βρέθηκε πως η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της εγκατάστασης του Κέντρου Υγείας, με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους και με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης του Κέντρου Υγείας σε συγγενείς/φίλους.

Σε αντίστοιχη έρευνα που διεξήγαγε οRaftopoulos το 2010, (με περίπου ίδιο αριθμό ερωτηθέντων και όμοια κριτήρια ένταξης με την δική μας έρευνα) σχετικά με την αξιολόγηση των προσδοκιών των χρηστών, και την αντίληψη τους για την ποιότητα και την ικανοποίηση στη πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα, είχε βρεθεί ότι οι προσδοκίες συνέπιπταν με την κατάσταση που συνάντησαν οι ασθενείς, ενώ η συνολική ικανοποίησή με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας ήταν πολύ υψηλή 97,2%, με την παρεχόμενη ιατρική περίθαλψη να είναι 95,3% και με νοσηλευτική φροντίδα ήταν 92,5%. Στην δική μας μελέτη βρέθηκε ότι η συνολική ικανοποίηση (συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών) από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σχετιζόταν θετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και σε υψηλά επίπεδα.

Σε άλλη μελέτη (Πιερράκος, 2015), αναπτύχθηκε ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε 53 ερωτήσεις κλειστού τύπου (με απαντήσεις σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, όπου το 1 αντιπροσώπευε την πολύ κακή και το 5 την πολύ καλή ικανοποίηση). Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από μία ομάδα ασθενών-χρηστών που επισκέφθηκαν την ΠΦΥ των δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής. Η χρονική περίοδος της έρευνας περιελάμβανε το διάστημα από το Φεβρουάριο έως και το Μάρτιο του 2013. Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 454 ασθενείς, από τους οποίους 91,3% ήταν Έλληνες πολίτες, το 58,7% ήταν γυναίκες και βρέθηκε συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες με το φύλο.

Στη δική μας μελέτη, η πλειοψηφία των χρηστών ήταν γυναίκες. Είναι γεγονός ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας, ή μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός ότι είναι πιο θετικές/δεκτικές και διατεθειμένες να συμμετάσχουν στην έρευνα. Οι διαστάσεις και στην συγκεκριμένη έρευνα και στη δικιά μας αφορούσαν την διαπροσωπική ποιότητα και τεχνική ποιότητα (ικανοποίηση από την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα), και την ποιότητα του περιβάλλοντος και διοικητική ποιότητα (περιβάλλον-εγκαταστάσεις νοσοκομείου, χρόνος αναμονής-εξέτασης), και την ικανοποίηση ασθενών (επισκόπηση της γενικής ικανοποίησης). Οι ασθενείς περίμεναν 30 ημέρες από τη χρονική στιγμή της τηλεφωνικής επικοινωνίας με τη γραμματεία έως και τη στιγμή που προγραμματίστηκε το ραντεβού με τον ιατρό και ο μέσος χρόνος αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία για όλο το δείγμα ήταν τα 45 λεπτά από την προκαθορισμένη ώρα έως και τη στιγμή που ο ιατρός δέχθηκε τον ασθενή. Αντιθέτως, στη δική μας μελέτη, ο χρόνος αναμονής ήταν πολύ μικρότερος 15 λεπτά γεγονός που συνέβαλε θετικά στην ικανοποίηση των χρηστών.

Τέλος, το 2017 διεξήχθη μια συγχρονική έρευνα στο πλαίσιο της μελέτης «Ποιότητα και Κόστος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην Ευρώπη» (QUALICOPC) από τον (Λιονής και συν., 2017) σχετικά με την μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα διερευνώντας τις προσδοκίες και τις εμπειρίες των ασθενών. Συνολικά 1964 ασθενείς ολοκλήρωσαν το ερωτηματολόγιο για την εμπειρία των ασθενών. Το ερωτηματολόγιο για τις τιμές των ασθενών ζητούσε από τους ασθενείς να κατατάξουν τη σημασία κάθε δήλωσης που περιεχόταν στην μελέτη χρησιμοποιώντας κλίμακα την 1-4, 1 (όχι σημαντικό) έως 4 (πολύ σημαντικό). Οι ασθενείς βαθμολόγησαν τις πέντε διαστάσεις: προσβασιμότητα, συνέχεια και συντονισμός, την πληρότητα, την ενεργοποίηση των ασθενών και την επικοινωνία του γιατρού-ασθενούς. Σχεδόν το 95% των συμμετεχόντων θεώρησε ότι οι γιατροί ήταν ευγενικοί και το 93% ανέφεραν ότι ακούν προσεκτικά κατά τη διάρκεια της σωματικής εξέτασης.

Το 74% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι οι γιατροί τους ρώτησαν για άλλα προβλήματα, πέρα από αυτά που ήρθαν στην κλινική για να απευθυνθούν, ενώ 81% ανέφεραν ότι ήταν πολύ χρήσιμοι και με προσωπικά προβλήματα που τους αφορούσαν, το 81% των ασθενών με χρόνιες ασθένειες είχαν λάβει συμβουλές σχετικές με (διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ) – όμως μόνο το 60% μεταξύ των ατόμων χωρίς χρόνια ασθένεια. Το 76% των συμμετεχόντων διαπίστωσε ότι μετά την επίσκεψη του από τον γιατρό αισθάνθηκαν καλύτερα από πριν και σε καλύτερη θέση να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα υγείας τους. Από την μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από την εμπειρία τους στην υγεία στο σύστημα φροντίδας. Οι ασθενείς συνολικά ανέφεραν θετικές εμπειρίες με τη γενική πρακτική που επισκέφτηκαν. Επιπλέον, οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση από ό,τι οι ερωτηθέντες χωρίς χρόνιες παθήσεις. Βέβαια, εντοπίστηκαν αρκετά κενά ιδίως όσον αφορά τους χρόνους αναμονής, την πρόσβαση του γενικού ιατρού στο ιατρικό ιστορικό ασθενούς, την παροχή προληπτικών υπηρεσιών, τη συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ωστόσο, εντοπίστηκαν και αρκετοί τομείς βελτίωσης που αφορούσαν ειδικότερα την πρόσβαση, την πληρότητα και την πρόληψη τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας καθώς και την ανάπτυξη δραστηριοτήτων για την ενίσχυση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η σημασία της αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών αποτελεί καλύτερο μέτρο αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η μέθοδος αυτή υπερτερεί από τις έρευνες ικανοποίησης διότι οι εμπειρίες είναι πιο αντικειμενικά

μέτρα, που καταγράφει περισσότερα χαρακτηριστικά και ουσιαστικές λεπτομέρειες για την ποιότητα των υπηρεσιών μίας μονάδα υγείας. Είναι πολύ σημαντικό να γίνεται συστηματική διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών μέσα από την αποτύπωση και καταγραφή των εμπειριών τους, καθώς αυτό αντανακλά σε μεγάλο βαθμό στο επίπεδο της φροντίδας μιας υπηρεσίας. Πρέπει να αξιολογούνται συχνά τέτοιοι δείκτες γιατί μόνο έτσι βελτιώνεται το επίπεδο της ποιότητας της φροντίδας. Οι φορείς χάραξης πολιτικής στον χώρο της υγείας και οδηγοί των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας είναι σκόπιμο να υποστηρίζουν τέτοιες πρακτικές αξιολόγησης και να λαμβάνουν υπ' όψη τα αποτελέσματα μελετών αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών, στοχεύοντας στην ανάπτυξη πολιτικών που θα αναβαθμίσουν τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η ΠΦΥ πρέπει να ενισχυθεί με στόχο την αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών μέσα από τις εμπειρίες τους και συνεπώς στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τα δεδομένα που συλλέγονται μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Α., Διδακτορική Διατριβή «// ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών», Αθήνα 1996
- Αδαμακίδου Θεοδούλα και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Αθηνά 2008. Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2008, 47(3):320–333 .Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
- Αλεξιάδης Α.Δ. Εισαγωγή στο δίκαιο της Υγείας, Νομοθεσία-Νομολογία, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, 1999,29-39
- Αντεριώτη Παρασκευή , Γιώργος Α . ΑντωνίουΠεριεγχειρητική Νοσηλευτική (2014) τόμος 1, τεύχος 1Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείαςURI: <http://hdl.handle.net/11400/8346>
- Αντωνιάδου, Ι., Κούτης, Α., Λιονής, Χ., Μυλωνέρος, Θ., Παναγιωτόπουλος, Τ. &Μπένος, Α., 2015. Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. [e-βιβλίο]Αθήνα. Διαθέσιμο από: <http://isx.gr/sites/default/files.pdf>
- ΓΑΒΡΗΛ Ε, ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, MIDDLETON Ν. Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. ΑρχΕλλιατρ 2012, 29:720–73
- Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Άλμα-Άτα, Ε.Σ.Σ.Δ., 6-12 Σεπτεμβρίου 1978 25/11/2006 <https://athens.indymedia.org/post/611035/>
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Εθνικό Σύστημα Υγείας, Νόμος 1397/83, Τεύχος 1. ΦΕΚ 143
- ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ) «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας Άρθρο 14 του Ν. 1397/83/ΦΕΚ 143. Α΄/83.
- Έλληνας Δ., (2009) «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας», Ιατρικά Θέματα, τεύχος 48, σελ 17. <http://www.isth.gr/images/uploads/02.3-ELLHNAS.pdf>
- (Ε.Σ.Υ) Άρθρο 15 του Ν.1397/83
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001
- Ιωαννίδης Ε., Μάντης Π. Υγεία και περίθαλψη. Στο: Ιωαννίδης Ε., Λοπατατζίδης Α., Μάντης Π.(Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/ Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Α, 1999:15-58
- Καλογεροπούλου, Μ.(2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 28(5):667-673.

- Κεπεντζής Σ, Γκογκόσης Κ και Νιάκας Δ (2004) Αθήνα. Διερεύνηση της Ικανοποίησης Ασθενών και των παραγόντων που την επηρεάζουν : Το παράδειγμα των Εξωτερικών Ιατρείων σε 6 Νοσοκομεία της Αττικής. Στις Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας : Εκδόσεις Mediforce. Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας.
- Κωσταγιόλας Π.Α., Πλατής Χ.Γ., Ζήμερας Στ. Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(6):603-614
- Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Δημολιάτης Γ, Μερκούρης ΜΠ, Οικονόμου Χ, Τσάκος Γ, Φιλαλήθης Α. και ομάδα εργασίας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως Θεμέλιο της Υγειονομικής Μεταρρύθμισης. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2000, 12(4): 169-188.
- Κυριόπουλος, Γ. & Φιλαλήθης, Τ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Θεμέλιο .
- Κωσταγιόλας Π, , Καϊτενίδου Δ, Χατζοπούλου Μ. Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα, 2008
- Κοτσαγιώργη Ι, Γκέκα Κ. Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού 2010;9(4):398-408.
ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας
- ΜΑΚΡΗΣ Μ, ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, MIDDLETON Ν. Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. ΑρχΕλλιατρ 2011, 28:234–244
- Μπαλάσκα Δήμητρα, Μπιτσώρη Ζωή, 2015
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ (2015), ΤΟΜΟΣ 4, ΤΕΥΧΟΣ 3
- «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»
Υπουργείο Υγείας Δικτυακός Τόπος Διαβουλεύσεων 11 Απριλίου 2017,
- Νόμος 1397/1983. (Φ.Ε.Κ.143 Τεύχος Α/7-10-1983) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»
- Οι διαστάσεις της ποιότητας στο μοντέλο του Donabedian (πηγή: WHO, 1999)
- Παγκράτης Α. Πρακτικά Ημερίδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 1992.
- Παπακωστίδης Α, Τσουκαλάς Ν, «Quality in health care and its evaluation»
- Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερίκους Γ, Σαρρής Μ., Αφεντόπουλο Γ. Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2008, 25(1):73-82
- Παγκράτης Α. Πρακτικά Ημερίδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 1992.

- ΠαπακωστίδηςΑ, ΤσουκαλάςΝ, «Quality in health care and its evaluation»
- Παπανικολάου Β, Σιγαλής Ι, «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας». Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας». Ευρωπαϊκή ΈνωσηΝέων Managers Υγείας, Θεσσαλονίκη, 1994.
- Πετράκη Ε. Μεταπτυχιακή Εργασία «Μετάφραση, στάθμιση και εφαρμογή ενός εργαλείου μέτρησης ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών σε νοσοκομείο Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο 2007».
- Πιερράκος, Γ. (2008). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τοπική κοινωνία. Αθήνα: Παπαζήσης
- Πιερράκος, Γ., Λατσού Δ., Γούλα Α., Σταμούλη Μ., Δημάκου Σ., Υφαντόπουλος Ι., Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησηςτων εξωτερικών ασθενώνκαι της προθυμίας πληρωμής. Ενδεχόμενη μελέτη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015.32(5):629-635
- Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Τεκμηριωμένη Ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα; Πέππας Χρήστος , Κοράκη Αικατερίνη 2013
- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στις επαρχίες Άργους – Ναυπλίας του νομού Αργολίδας (Άρθρο Ιατρικό Βήμα, τεύχος 105), Μ. ΤΑΒΛΑΝΤΑ, Κ. ΤΖΙΑΡΟΥ, Α. ΧΑΣΙΩΤΗ, Δ. ΛΙΑΤΑΣ, Θ. ΤΑΒΛΑΝΤΑ, Γ.Ζ. ΖΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΠΟΓΙΑΤΖΗΣ Π. ΤΑΒΛΑΝΤΑΣ, Κ.Υ Λυγουριού
- Ραφτόπουλος Β., Πολυχρονοπούλου Ό., Ευαγγέλου Ε., Λέκκα Δ., Λούκα Ν., Τζήμα Δ. Αξιολόγηση της ποιότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. 28Ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΔΝΕ. 3-5 Μαΐου 2001
- Σουλιώτης Κ. Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων. Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή. ΑρχΕλλιατρ 2014;31 (Συμπλήρ. 1):13-18.
- Τούντας Γ. (2003), Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας , Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2003,20(5): 532-546.
- Τσιριντάνη Μαρία, Γιοβάνης Απόστολος, Μπινιώρας Σπυριδών, Ασπασία Γούλα. Μια Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2010, 49(1): 40–52
- Τσελέπη Χ (2000) Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας,(1) : 158-164
- ΤΣΙΟΤΡΑΣ Δ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ Β' ΕΚΔΟΣΗ 2002
- Χαντζοπούλου Μαρία, Μαρβάκη Χριστίνα, Λατσού Δήμητρα, Παπαγεωργίου Δημήτρης. ΤΟΜΟΣ 3, ΤΕΥΧΟΣ 1 (ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 2017). ORIGINAL ARTICLE - HEALTH AND RESEARCH JOURNAL HRJ. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>
- Altanis P., Economou C., Geitona M., Gregory S., Mestheneos E., Triantafyllou J., Petsetaki E., Kyriopoulos J. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services, Country Report for Greece, March 2008, 8
- Abdellah F.G. & Levine E. (1965) Better patient care through nursing research. Macmillan, New York.
- Abramowitz S., Cote A. & Berry E. (1987) Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. Quality Review Bulletin, 13(4): 122-130.
- Baider, L., Uziely, B. & DE Nour, A.K. (1997). The impact of perceived behavior on patient-physician satisfaction. Ann NY Acad Sci, 809:266–278
- Baker R. (1991) The reliability and criterion validity of a measure of patients' satisfaction with their general practice. Family Practice. 8: 171-177.
- Barnett, P.B. (2001). Rapport and the hospitalist. Am J Med, 111:31S–35S
- Benjamins M (2006) Does Religion Influence Patient Satisfaction. Am J Health Behavior, 30 (1) : 85-91.
- Binns Gs The relationship among quality, cost, and market share in hospitals. Top Health Care Financ 1991, 18:21–32
- Bond S, Thomas L.H. Measuring patients' satisfaction with nursing care. Journal of advanced Nursing 1992;17:52-56.
- Carey G και Seibert J (1993) A patient survey system to measure quality improvement : Questionnaire reliability and validity. Medical Care,3(9) :834-845.
- Camacho F (2006) The Relationship between Patients Perceived Waiting Time and Office-Based Practice Satisfaction, 67:409-413.
- Crow R, Storey L, Page H. The measurement of patient satisfaction: implications for health service delivery through a systematic review of the conceptual, methodological and empirical literature. Health Technology Assessment 2003, 6(32).
- Donabedian A., Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1., The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1980.
- Donabedian A., The definition of quality and approaches to its assessment, 1980
- Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vandelow NA eds. Committee on the Future of Primary Care Services. Institute of Medicine. Primary Care. America's Health in a New Era. Washington DC: National Academy Press;1996:27-51.
- Donabedian A. Assessment and measurement of quality assurance in healthcare. Milbank Memorial Fund Quarterly 1966, 44:194–196

- Drain M, Clark A, P, «Measuring Experience from the Patient's Perspective: Implications for National Initiatives». JHQ Online, 26(4), 2004
- Evans James Robert, Lindsay William M. The Management and Control of Quality. West Publishing Company, 1996
- Ervin NE. Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? The journal of nursing administration 2006, 36(3):126-30.
- FRENGIDOU E, GALANIS P, ZAFEIROPOULOU M, DIAKOUMIS G, PAPADOPOULOS R, PAPAGIANNI A, THEODOROU M. Archives of Hellenic Medicine 2017, 34(2):236–243 User satisfaction with the services provided by the PEDY health unit in Kilkis
- Gwozdz W και Poza A (2009) Ageing, Health, and Life Satisfaction of the oldest old: An Analysis for Germany 10 (3):3-37.
- Hall JA, Milburn MA. Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models. Health Psychology 1998, 17(1), 70-75.
- Health Policy Advisory Unit (1989) The Patient Satisfaction Questionnaire. HPAU, Sheffield
- Irish Society for Quality & Safety in Healthcare. (2003). Measurement of patient satisfaction – Guidelines. Health Strategy Implementation project 2003. Dublin: Irish Society for Quality in Healthcare).
- Jensen J 60 Marketing hospital quality. Top Health Care Financ 1991, 18:58–66
- Jenkinson C, Coulter A και Brusters (2002) Patient experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care Quality και Safety in Health care, 11(4): 335-339
- Juran J.M. (1988), “Juran’s Quality Control Handbook”, 4th ed., McGraw-Hill International Editions
- Krol, M.W., Boer, D. de, Sixma, H., Hoek, L. van der, Rademakers, J.J.D.J.M., Delnoij, D.M. Patient experiences of inpatient hospital care: a department matter and a hospital matter. International Journal for Quality in Health Care: 2015, 27(1), 17-25.<http://postprint.nivel.nl/PPpp5275.pdf>
- Lionis et al. Informing primary care reform in Greece:patient expectations and experiences(the QUALICOPC study) BMC Health Services Research (2017) 17:255
- M. Drain, A. P. Clark, «Measuring Experience from the Patient's Perspective: Implications for National Initiatives». JHQ Online, 26(4), 2004
- Mainz J., Defining and classifying clinical indicators for quality improvement, international journal for Quality in Health Care,2003
- Matsui, D., Cho, M. & Reider, M.J. (1998). Physicians’ attire as perceived by young children and their parents: The myth of the white coat syndrome. Pediatr Emerg Care, 14:198–201
- NHS England Review of the Friends and Family Test (2014) <https://www.england.nhs.uk/fft/>

- National Hospital NHS England Review of the Friends and Family Test (2014)
- <https://www.england.nhs.uk/fft/> Outcomes Program, Quality and outcome indicators for Acute Healthcare Services, 1997
- Ng CW, Lim GH, McMaster F, Molina J, Seow E, Hen BH. Patient satisfaction in an observation unit: the consumer assessment of health providers and systems hospital survey. *Emergency Medicine Journal* 2009, 26(8):586-589.
- Nelson, C.W. & Niederberger, J. (1990). Patient satisfaction surveys: An opportunity for total quality improvement. *Hosp Health Serv Adm*, 35:409–427
- Niakas D, Gnardellis C, Theodorou M. Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Services Management Research* 2004, 17(1): 62-69
- Oliver R.L. (1980) A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*. 17: 460-469.
- Papanikolaou V, Ntani Sp. Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2008, 21(6):548-561.
- Pappa E και Niakas D (2006) Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: The case of the Athens area. *BMC Health Services Research*, (6): 146.
- PAPAΚOSTIDIA, TSOUKALAS N, Quality in health care and its evaluation. *Archives of Hellenic Medicine* 2012, 29(4):480–488
- Patient Experience and Outcomes Framework (NHS) . Friends and family test, 2013. Available at: score-calculation, accessed 22 July 2014. <http://www.patientexperience.co.uk/en/friends-and-family-test/fft->
- Palmer H.R. (1991) «Considerations in defining quality of care», Chapt. to: Striving for quality in health care. An Inquiry into policy and practice, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *The Journal of Marketing* 1985, 49(4): 41-50.
- Peppas C, MD, LM, MBA, MS, A. Koraki, MD 2013 Quality in Health Services and Evidence-based Medicine: A challenge or a tornado?
- Pascoe G.C. (1983) Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*. 6: 185-210.
- Polyzos N, Mpartzokas D, Mylonakis J, Yfantopoulos J, Mougia V. «Factors Affecting Outpatient and Inpatient Hospital Satisfaction», *European Journal of Scientific Research*, 11(2), 2005
- Pullicino, G., Sciortino, P., Calleja, N., Schäfer, W., Boerma, W., and Groenewegen, P. (2014). Comparison of patients' experiences in

public and private primary care clinics in Malta. *The European Journal of Public Health*, 25(3), 399-401.

- <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/3/399/2399132>
- Quintana JM, Gonzalez N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, SanSebastian JA, De-la-Sierra E, Thomson A. Predictors of patient satisfaction with hospital care. *BMC Health Services Research* 2006, 6:102-111. 29
- Raftopoulos V. Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece. *International Journal of Caring Sciences* 2010, 3(3): 110-121.
- STEVEN ID, DOUGLAS RM. Dissatisfaction in general practice: What do patients really want? *Med J Aust* 1988, 148:280–282
- Scotto F, DeCeglie A, Guerra V, Misciagna G, Pellecchia A. Determinants of patient satisfaction survey in gastrointestinal endoscopy services. *Clinical Governance International Journal* 2009, 114(2): 86-97.
- Triemstra M, Winters S, Kool RB, Wieggers TA. Measuring client experiences in long-term care in the Netherlands: a pilot study with the Consumer Quality Index Long-term Care. *BMC Health Serv Res.* 2010 Apr 12;10:95. doi: 10.1186/1472-6963-10-95. PMID: 20384989 Free PMC Article.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907762/>
- Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care.* 2004;42(2 suppl):II57-II66.
- Vuori H. Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin* 1999; 13(3):106-8. 28
- WHO, continuous quality development : A proposal national policy, 1993.
- Woodward JL. Effects of rounding on patient satisfaction and patient safety on a medical-surgical unit. *Clinical Nurse Specialist* 2009, 23(4): 200-206.
- World Health Organization. *The World Health Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever.* 2008. Ανακτήθηκε στις 2/7/2014 από: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- Wriglesworth, J. M., & Williams, J. T. (1975). The construction of an objective test to measure patient satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 12, 123-132.
- Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV, et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong, *BMC Public Health BioMed Central*, 2010, vol. 10 pg. 397
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-397>
- ZOLLER JS, LACKLAND DT, SILVERSTEIN MD. Predicting patient intent to return from satisfaction scores. *J Ambul Care Manage* 2011, 24:44–50

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών από Ιατρούς Ειδικότητας και άλλους Επαγγελματίες Υγείας των Κέντρων Υγείας/Μονάδων ΠΕΔΥ

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

Άνδρας

Γυναίκα

2. Ποιό είναι το έτος γέννησής σας;

3. Ποιά είναι η εθνικότητά σας;

Ελληνική

Άλλη (Παρακαλώ προσδιορίστε:)

4. Ποιό είναι το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο μέχρι το οποίο έχετε φτάσει;

Μερικές τάξεις του Δημοτικού

Απόφοιτος-η Δημοτικού

Απόφοιτος-η Γυμνασίου

Απόφοιτος-η Λυκείου

Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)

Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού

5. Αναφορικά με την ασφάλισή σας: *(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)*

Είμαι ασφαλισμένος-η στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης

Έχω ιδιωτική ασφάλιση

Είμαι ανασφάλιστος-η

6. Έχετε αναπηρία άνω του 67%;

Ναι

Όχι

7. Πως θα περιγράφατε την κατάσταση της υγείας σας γενικά;

Εξαιρετική

Πολύ καλή

- Καλή
- Μέτρια
- Κακή

8. Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα, δηλαδή από νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο;

- Όχι, από κανένα νόσημα
- Ναι, από ένα νόσημα
- Ναι, από δύο νοσήματα
- Ναι, από τρία ή περισσότερα νοσήματα
- Δεν γνωρίζω

9. Εάν πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα, τότε ποιό είναι αυτό; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- Καρδιαγγειακό νόσημα (π.χ. αγγειακό εγκεφαλικό νόσημα, καρδιακή ανεπάρκεια κ.ά.)
- Νόσημα του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.ά.)
- Αυτοάνοσο νόσημα (π.χ. ελκώδης κολίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας, ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.ά.)
- Νόσημα του θυρεοειδούς αδένος (π.χ. υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός, νόσος Hashimoto κ.ά.)
- Καρκίνος
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Νεφρική νόσος
- Άλλο(Παρακαλώ προσδιορίστε:)

10. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πόσο συχνά επισκεφτήκατε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ;

- Ποτέ
- Μία φορά
- 2 έως 4 φορές
- 5 φορές ή περισσότερες
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

11. Πώς επισκεφτήκατε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ σήμερα;

- Με παραπομπή (μετά από σύσταση του γιατρού)
- Χωρίς παραπομπή (με δική μου πρωτοβουλία)

12. Με ποιούς από τους παρακάτω επαγγελματίες υγείας ήρθατε σε επαφή

σήμερα;

Γενικό γιατρό	<input type="checkbox"/>	Διαιτολόγο	<input type="checkbox"/>
Παθολόγο	<input type="checkbox"/>	Οδοντίατρο	<input type="checkbox"/>
Παιδίατρο	<input type="checkbox"/>	Νοσηλεύτη/-τρια	<input type="checkbox"/>
Ακτινολόγο	<input type="checkbox"/>	Επισκέπτη/-τρια υγείας	<input type="checkbox"/>
Μικροβιολόγο	<input type="checkbox"/>	Μαιευτή/Μαία	<input type="checkbox"/>
Καρδιολόγο	<input type="checkbox"/>	Φυσιοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Δερματολόγο	<input type="checkbox"/>	Εργοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Ωτορινολαρυγγολόγο	<input type="checkbox"/>	Λογοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Οφθαλμίατρο	<input type="checkbox"/>	Κοινωνικό/-η λειτουργό	<input type="checkbox"/>
Πνευμονολόγο	<input type="checkbox"/>	Ψυχολόγο	<input type="checkbox"/>
Ψυχίατρο	<input type="checkbox"/>	Άλλο	<input type="checkbox"/>
Ενδοκρινολόγο	<input type="checkbox"/>	Παρακαλώ προσδιορίστε:.....	

13. Ποιός είναι ο λόγος της επίσκεψής σας σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ σήμερα; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερους από έναν)

- Ασθένεια/αδιαθεσία
- Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)
- Συνταγογράφησηφαρμάκων
- Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις
- Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση
- Συμβουλευτική υποστήριξη (π.χ. μαθήματα ανώδυνου τοκετού)
- Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε:

14. Προγραμματίσατε ραντεβού για την επίσκεψη αυτή;

- Ναι
- Όχι (σε περίπτωση που επιλέξατε «Όχι», παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 17)

15. Πώς προγραμματίσατε το ραντεβού;

- Με επίσκεψη στη Γραμματεία
- Τηλεφωνικά στη Γραμματεία
- Τηλεφωνικά σε 5ψήφιο αριθμό
- Απευθείας με τον-την γιατρό
- Μέσω Ίντερνετ (e-ραντεβού)

- Δεν ξέρω, κάποιος άλλος μου το προγραμματίσει
- 16.** Πόσες ημέρες περιμένατε από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψή σας σήμερα;
- Προγραμματίσα το ραντεβού νωρίτερα σήμερα (εξυπηρετήθηκα αυθημερόν)
- Προγραμματίσα το ραντεβού χθες
- Περιμένα μία εβδομάδα
- Περιμένα από μία εβδομάδα έως έναν μήνα
- Περιμένα πάνω από έναν μήνα
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι
- 17.** Πόση ώρα περιμένατε σήμερα για να ολοκληρώσετε τις διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά κ.λπ.);
- Μέχρι 15 λεπτά
- Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα
- Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα
- Περισσότερο από μια ώρα
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι
- 18.** Πόση ώρα περιμένατε σήμερα από τη στιγμή που ολοκληρώσατε τις διοικητικές διαδικασίες μέχρι να σας δει ο/η γιατρός;
- Μέχρι 15 λεπτά
- Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα
- Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα
- Περισσότερο από μια ώρα
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι
- 19.** Ο-η γιατρός:
- δεν χρειάστηκε να με παραπέμψει σε κανέναν άλλον (σε περίπτωση που το επιλέξατε, τότε παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 21)
- με παρέπεμψε σε άλλον/η γιατρό σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ
- με παρέπεμψε σε νοσοκομείο
- με παρέπεμψε για διαγνωστικές εξετάσεις εντός του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ
- με παρέπεμψε σε διαγνωστικό εργαστήριο/κέντρο εκτός του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ

20. Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παρέπεμψε σε άλλο-η επαγγελματία υγείας, η πληροφόρηση/καθοδήγηση που σας παρείχε ήταν επαρκής (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής);

Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 1 έως το 5 (όπου το 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση **Διαφωνώ απόλυτα** και το 5 την απάντηση **Συμφωνώ απόλυτα**)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Σήμερα σας είδε νοσηλευτής ή άλλος-η επαγγελματίας υγείας χωρίς να σας δει γιατρός σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ;

- Ναι
 Όχι

**Αναφορικά με τη σημερινή σας επίσκεψη,
σε ποιό βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω;**

Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 1 έως το 5 (όπου το 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση **Διαφωνώ απόλυτα** και το 5 την απάντηση **Συμφωνώ απόλυτα**)

	Διαφωνώ απόλυτα 1	Διαφωνώ 2	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3	Συμφωνώ 4	Συμφωνώ απόλυτα 5
22. Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

θεραπείας					
31. Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτού του κέντρου υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εάν σήμερα, ΔΕΝ είδατε νοσηλευτές/-τριες ή άλλους επαγγελματίες υγείας, τότε παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση 43

	Διαφωνώ απόλυτα 1	Διαφωνώ 2	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3	Συμφωνώ 4	Συμφωνώ απόλυτα 5
39. Οι νοσηλευτές-τριες με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Οι νοσηλευτές-τριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τί βαθμό θα συστήνατε τον-την γιατρό που επισκεφτήκατε σήμερα στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα όχι** και το 10 σημαίνει **Σίγουρα ναι**)*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τι βαθμό θα συνιστούσατε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα**)*

όχι και το 10 σημαίνει Σίγουρα ναι)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Παρακαλώ προσέξτε ότι σε αυτήν την ενότητα του ερωτηματολογίου σας ζητούμε **να αξιολογήσετε το πόσο σημαντικές είναι οι παρακάτω διαστάσεις:**

Διαστάσεις	Καθόλου σημαντική	Λίγο σημαντική	Μέτρια σημαντική	Πολύ σημαντική	Πάρα πολύ σημαντική
45. Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Καθόλου σημαντική	Λίγο σημαντική	Μέτρια σημαντική	Πολύ σημαντική	Πάρα πολύ σημαντική
48. Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμπει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό(π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

άλλοι γιατροί					
54. Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Ο-η γιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Καθόλου σημαντική	Λίγο σημαντική	Μέτρια σημαντική	Πολύ σημαντική	Πάρα πολύ σημαντική
64. Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Οι νοσηλεύτριες να με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Οι νοσηλεύτριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Οι νοσηλεύτριες να είναι ευγενικοί-ές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές) να με ακούν προσεκτικά

71. Τί σας δημιούργησε θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της σημερινής σας επίσκεψης;

72. Τί θα μπορούσε να βελτιώσει ο γιατρός ειδικότητας ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που επισκεφτήκατε σήμερα;

73. Τί θα μπορούσε να βελτιωθεί σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ;

***Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή
και το χρόνο σας!***