



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

Διπλωματική Εργασία

Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εκληφθείσα ποιότητα και την ικανοποίηση του ωφελούμενου πληθυσμού από τις υπηρεσίες που παρέχονται σε Τοπική Ομάδα Υγείας (ΤΟΜΥ) της Νοτίου Ελλάδος.

Ανδρεάκη Καλλιόπη

Επιβλέπων καθηγητής : Ραφτόπουλος Βασίλειος

Συν-Επιβλέπων καθηγητής: Αλεξόπουλος Ευάγγελος

Ηράκλειο, Μάιος 2023

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας (Ανδρεάκη Καλλιόπη) που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

«Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εκληφθείσα ποιότητα και την ικανοποίηση του ωφελούμενου πληθυσμού από τις υπηρεσίες που παρέχονται σε Τοπική Ομάδα Υγείας (TOMY) της Νοτίου Ελλάδος»

Ανδρεάκη Καλλιόπη

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Ραφτόπουλος Βασίλειος

Μέλος ΣΕΠ- ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων καθηγητής:

Αλεξόπουλος Ευάγγελος

Μέλος ΣΕΠ- ΕΑΠ

Ηράκλειο, Μάϊος 2023

## **Ευχαριστίες**

Ευχαριστώ θερμά τους επιβλέποντες καθηγητές μου και ιδιαίτερα τον κύριο Ραφτόπουλο για την άμεση και κατατοπιστική καθοδήγηση του κατά τη διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας. Ευχαριστώ επίσης τον σύζυγο και τους γονείς μου οι οποίοι ήταν δίπλα μου και με στήριξαν με κάθε τρόπο ενισχύοντας την προσπάθειά μου. Η εργασία αυτή αφιερώνεται στα αγαπημένα μου παιδιά τα οποία είναι η κινητήριος μου δύναμη για να βελτιώνομαι συνεχώς.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η ίδρυση των Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) ως αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων στην ΠΦΥ, υποσχέθηκε δωρεάν και καθολική κάλυψη του πληθυσμού με εξασφάλιση ανθρωποκεντρικών χαρακτηριστικών στη φροντίδα υγείας. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της ΠΦΥ αποτελεί τον κεντρικό μοχλό για τη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας στην φροντίδα.

**Σκοπός:** της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση και αξιολόγηση όλων των παραγόντων που σχετίζονται με την εκληφθείσα ποιότητα και την ικανοποίηση που παρέχουν οι υπηρεσίες μιας TOMY της Νοτίου Ελλάδος στους ωφελούμενους λήπτες της.

**Υλικό και μέθοδος:** Για τις ανάγκες της έρευνας διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο στους ενήλικες εγγεγραμμένους χρήστες της συγκεκριμένης TOMY. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 199 συμμετέχοντες. Η ποσοτική ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS.

**Αποτελέσματα:** Οι συνολικές προσδοκίες των χρηστών από τη φροντίδα (ιατρική και νοσηλευτική) καθώς και από τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης TOMY εκπληρώθηκαν. Η ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα ήταν ανώτερη των προσδοκιών τους ενώ τα χαρακτηριστικά της TOMY δεν ανταποκρίνονταν επαρκώς. Η καλή γνώση της δουλειάς τους, η αφιέρωση χρόνου στον ασθενή και ο σεβασμός στον άνθρωπο ήταν οι παράγοντες που θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικοί από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

Μεταξύ των ερωτηθέντων το 91,4% θα επισκεπτόταν ξανά αυτήν την μονάδα. Η ηλικία δεν συνδέθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση, ενώ οι πολίτες με αυξημένο μορφωτικό επίπεδο εξέφρασαν μεγαλύτερες προσδοκίες από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

**Συμπέρασμα:** Τα επίπεδα ικανοποίησης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, βρέθηκαν σε αρκετά υψηλά ποσοστά, ωστόσο δεν θα πρέπει να αδρανοποιήσουν τις προσπάθειες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας καθώς υπάρχει δυνατότητα βελτίωσης σε ορισμένους προσδιοριστικούς παράγοντες.

**Λέξεις- κλειδιά :** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, TOMY, ποιότητα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, προσδοκίες ασθενών, ικανοποίηση ασθενών.

Investigation of the factors related to the perceived quality and the satisfaction of the beneficiary population from the services provided in a local health Unit (TOMY) of Southern Greece

Andreaki Kalliopi

## **Abstract**

**Introduction:** The establishment of the Local Health Teams (LHGs) as a result of the PHY reforms, promised free and universal coverage of the population ensuring human-centered characteristics in health care. The assessment of user satisfaction with the services provided by the PPH is the central lever for ensuring and improving the quality of care. The **purpose** of this work is to inquiry and evaluate all the factors related to the perceived quality and satisfaction provided by the services of a TOMY of Southern Greece to its beneficiaries.

**Material and method:** For the needs of the research, a questionnaire was distributed to the adult registered users of the specific TOMY. The study sample consisted of 199 participants. The quantitative analysis of the questionnaire data was done using the SPSS statistical program.

**Results:** The overall users expectations of health care (medical and nursing), as well as the characteristics of the specific TOMY were fulfilled. The satisfaction of medical care was higher than their expectations, while TOMY's characteristics did not respond sufficiently. Good knowledge of their work, devoting time to the patient and human respect were the factors considered statistically significant by medical and nursing care. Among respondents 91.4% would visit this unit again. Age was not associated to a statistically significant degree with expectations and satisfaction, while high educational level citizens expressed greater expectations of medical and nursing care.

**Conclusion:** The satisfaction levels, according to the results of the survey, were found at quite high rates, however they should not idle the efforts to improve the provided care services as there is possibility of improvement in some determining factors.

**Keywords:** Primary Health Care, TOMY, quality of health care services, patient expectations, patient satisfaction.

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	iv
Περίληψη .....	v
Abstract .....	vi
Περιεχόμενα.....	vii
Κατάλογος Πινάκων .....	ix
Συνομογραφίες & Ακρόνυμα .....	x
1. Εισαγωγή .....	1
2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) .....	3
2.1 Η έννοια της ΠΦΥ .....	3
2.2 Ιστορική εξέλιξη της ΠΦΥ .....	4
2.3 Οι υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	4
2.4 Η χρηματοδότηση της ΠΦΥ .....	6
3. Η ίδρυση των Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) .....	7
3.1 Η διεπιστημονική ομάδα των TOMY .....	10
4. Η ποιότητα της φροντίδας .....	12
4.1 Ορισμοί της ποιότητας της φροντίδας .....	12
4.2 Η ποιότητα φροντίδας υγείας σύμφωνα με τον Donabedian .....	14
4.3 Η ποιότητα φροντίδας στην ΠΦΥ .....	14
4.4 Τα χαρακτηριστικά και οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας 16	
5. Η ικανοποίηση των ασθενών.....	19
5.1 Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών.....	19
5.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες ικανοποίησης ασθενών.....	21
5.2.1 Προσδοκίες ασθενών .....	21
5.2.2 Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών .....	22
5.3 Μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών .....	23
6. Βιβλιογραφική ανασκόπηση ικανοποίησης ασθενών για την ΠΦΥ στην Ελλάδα .....	25
7. Μεθοδολογία έρευνας .....	28
7.1 Σκοπός έρευνας.....	28
7.2 Ερευνητικές υποθέσεις .....	28
7.3 Ερευνητικό εργαλείο.....	28
7.4 Πληθυσμός-δείγμα και η μεθοδολογία δειγματοληψίας .....	29
7.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων .....	29
7.6 Στατιστική ανάλυση.....	29
7.7 Δεοντολογία έρευνας .....	30

8.	Αποτελέσματα έρευνας .....	31
8.1	Δημογραφικά στοιχεία δείγματος .....	31
8.2	Εκληφθείσα ποιότητα (προσδοκίες) από τις παρεχόμενες υπηρεσίες .....	34
8.3	Εκληφθείσα απόδοση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες .....	38
8.4	Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.....	42
8.5	Έλεγχος διαφοράς μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης.....	46
8.6	Έλεγχος διαφορών ως προς τα δημογραφικά στοιχεία των πολιτών.....	47
9.	Συζήτηση .....	61
10.	Περιορισμοί μελέτης.....	66
11.	Συμπέρασμα.....	67
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	68
	Παράρτημα Α: Έγκριση μεταπτυχιακής έρευνας σε TOMY της Νοτίου Ελλάδος.....	82
	Παράρτημα Β: Ερωτηματολόγιο Έρευνας .....	84



## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία πολιτών (N=199) .....	31
Πίνακας 2. Στοιχεία για την ηλικία και το μέσο αριθμό επισκέψεων στην TOMY .....	32
Πίνακας 3. Στοιχεία για την επίσκεψη στην TOMY .....	33
Πίνακας 4. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα ποιότητα από τις υπηρεσίες που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό .....	35
Πίνακας 5. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα ποιότητα από τις υπηρεσίες που παρέχει το ιατρικό προσωπικό.....	36
Πίνακας 6. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα ποιότητα της TOMY .....	37
Πίνακας 7. Περιγραφικά αποτελέσματα για τη συνολική εκληφθείσα ποιότητα των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού, του ιατρικού προσωπικού και της TOMY.....	38
Πίνακας 8. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα απόδοση από τις υπηρεσίες που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό.....	39
Πίνακας 9. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα απόδοση από τις υπηρεσίες που παρέχει το ιατρικό προσωπικό .....	40
Πίνακας 10. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα απόδοση της TOMY .....	42
Πίνακας 11. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό.....	43
Πίνακας 12. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που παρέχει το ιατρικό προσωπικό .....	44
Πίνακας 13. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την ικανοποίηση από τα χαρακτηριστικά της TOMY .....	45
Πίνακας 14. Περιγραφικά αποτελέσματα για τη συνολική εκληφθείσα ποιότητα των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού, του ιατρικού προσωπικού και της TOMY.....	46
Πίνακας 15. Μέση διαφορά μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης: ευρήματα κριτηρίου Wilcoxon.....	47
Πίνακας 16. Ευρήματα κριτηρίου Mann-Whitney ως προς το φύλο των πολιτών .....	48
Πίνακας 17. Ευρήματα κριτηρίου Kruskal Wallis ως προς το επίπεδο σπουδών των πολιτών .....	50
Πίνακας 18. Ευρήματα κριτηρίου Mann-Whitney ως προς την καταγωγή των πολιτών.....	52
Πίνακας 19. Ευρήματα συντελεστή συσχέτισης του Spearman με την ηλικία των πολιτών και τον αριθμό επισκέψεων στην TOMY .....	53
Πίνακας 20. Ευρήματα κριτηρίου Kruskal Wallis ως προς την οικογενειακή κατάσταση των πολιτών .....	55
Πίνακας 21. Ευρήματα κριτηρίου Mann-Whitney ως προς την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος πολιτών .....	57
Πίνακας 22. Ευρήματα κριτηρίου Kruskal Wallis ως προς την επαγγελματική κατάσταση των πολιτών .....	59

## **Συντομογραφίες & Ακρώνυμα**

ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΟΜΥ	Τοπικές Ομάδες Υγείας
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνικής Στατιστικής Αρχής
ΚΥ	Κέντρο Υγείας
WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

# 1. Εισαγωγή

Η αποδοχή της διακήρυξης της ALMA-ATA το 1978 από εκπροσώπους των υγειονομικών αρχών έμελλε να αλλάξει την ιστορία της παγκόσμιας υγείας και να φέρει στο επίκεντρο του υγειονομικού ενδιαφέροντος την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) (Δομάγερ και Λιονής, 2020). Οι βασικές αρχές που ορίστηκαν για την ΠΦΥ στοχεύουν στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας με καθολική γεωγραφική και κοινωνικοοικονομική πρόσβαση για όλους (WHO, 2018a).

Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο σκαλοπάτι στο υγειονομικό σύστημα καθώς φιλτράρει τις εισροές των περιστατικών πριν την νοσοκομειακή φροντίδα. Βασικό της πυλώνα αποτελεί η παροχή ολοκληρωμένης υγείας μέσω της πρόληψης, της αγωγής και προαγωγής υγείας, της διάγνωσης, της θεραπείας και της αποκατάστασης με τελικό στόχο την βελτίωση του επιπέδου υγείας του ατόμου και της οικογένειάς του (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Η συγκρότηση των Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) αποτέλεσε μια προσπάθεια ενδυνάμωσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν4461/2017 (άρθρο 106) οι TOMY αποτελούν μονάδες οικογενειακής ιατρικής και στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας. Κάθε TOMY λειτουργεί με εγγεγραμμένο πληθυσμό ο οποίος καλύπτει μια περιοχή ευθύνης και βασικός σκοπός τους είναι η δωρεάν πρόληψη και προαγωγή της υγείας καθώς και η διάγνωση και η θεραπεία της ασθένειας (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2017). Στα πλαίσια του σκοπού αυτού παρέχονται υπηρεσίες πρόληψης, παρακολούθησης των χρόνιων πασχόντων, αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ελαφριάς βαρύτητας, πραγματοποιούνται δράσεις αγωγής υγείας στην κοινότητα, κατ'οίκον επισκέψεις και συμβουλευτική υποστήριξη στον πληθυσμό ευθύνης (Konstantakopoulou et al., 2019).

Η ΠΦΥ με το πέρασ των ετών εξελίσσεται και οφείλει να ανταποκρίνεται στις αλλαγές και στις ανάγκες της κοινωνίας. Οι συνεχόμενες προκλήσεις από κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την υγεία πρέπει να αποτελούν έναυσμα για εφαρμογή μεταρρυθμίσεων με σκοπό την αποσυμφόρηση της δευτεροβάθμιας περίθαλψης και εξοικονόμηση κόστους και χρόνου. Για το λόγο αυτό τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον των ερευνητών για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών της ΠΦΥ και την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών (Malavazos et al.,

2019).

Καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία των δομών φροντίδας υγείας είναι η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν στους ωφελούμενους χρήστες. Η ποιότητα είναι μια διαδικασία η οποία είναι δύσκολο να οριστεί με ακρίβεια λόγω της πολυδιάστατης φυσιολογίας της (Κυριάκος-Γεωργίου και συν., 2021). Η προσπάθεια ορισμού της ποιότητας στο χώρο της υγείας αποδίδεται ως ο βαθμός επίτευξης των πολυπόθητων αποτελεσμάτων εξαιτίας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας στον πληθυσμό.

Με λίγα λόγια η ποιότητα είναι μια αλληλουχία της αξιοποίησης των διαθέσιμων μέσων με την ικανοποίηση των αναγκών των ληπτών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Οι διαστάσεις της ποιότητας υγείας είναι μη μετρήσιμες και προκύπτουν μέσα από την μελέτη ερωτηματολογίων σχετικών με την ποιότητα της φροντίδας (Ραφτόπουλος, 2020). Βασικός δείκτης μέτρησης της ποιότητας αποτελεί η ικανοποίηση των χρηστών μέσω της εκπλήρωσης των εσωτερικών αναγκών τους (Andrade et al., 2019).

Απαραίτητη προϋπόθεση για την πρόοδο των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τον εντοπισμό των σημείων που χρήζουν βελτίωση αποτελεί η αξιολόγηση των προσδοκιών και των αντιλήψεων από τους ωφελούμενους χρήστες (Pini et al., 2014) σχετικά με την αντιληπτή ποιότητα φροντίδας και την ικανοποίηση που λαμβάνουν. Το γεγονός αυτό βοηθάει και στην καλύτερη ταυτοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών με τις ανάγκες των χρηστών (Raftopoulos, 2010).

Το πρώτο μέρος της εργασίας αφορά το θεωρητικό μέρος και πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνει κεφάλαια για την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την ίδρυση των Τοπικών Ομάδων υγείας (TOMY), την ποιότητα της φροντίδας, την ικανοποίηση των ασθενών και τέλος την βιβλιογραφική ανασκόπηση ικανοποίησης ασθενών για την ΠΦΥ στην Ελλάδα. Το δεύτερο σκέλος περιλαμβάνει το ερευνητικό μέρος και αποτελείται από την μεθοδολογία της έρευνας, ερευνητικές υποθέσεις, ερευνητικό εργαλείο, πληθυσμός-δείγμα, μεθοδολογία δειγματοληψίας, διαδικασία συλλογής δεδομένων, στατιστική ανάλυση, δεοντολογία έρευνας), τα αποτελέσματα και τη συζήτηση -συμπέρασμα.

## 2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

### 2.1 Η έννοια της ΠΦΥ

Η ΠΦΥ ορίζεται ως το μέσο για την πρόοδο της παγκόσμιας υγείας με γνώμονα την κοινωνική δικαιοσύνη και την ισότητα βασιζόμενη πάντα σε επιστημονικά αποδεκτές πρακτικές (Malavazos et al., 2019). Είναι ένα από τα βασικά θεμέλια του συστήματος υγείας ενώ αποτελεί το κύριο μέσο προσέγγισης των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη (WHO, 2020). Αντίστοιχα, στην Ελλάδα ο νόμος 4486/2017 ορίζει την ΠΦΥ ως «ένα σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου». Κύριος υπεύθυνος για την εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ ορίζεται το κράτος και βασική προτεραιότητα ο σεβασμός στα δικαιώματα και τις ανάγκες στο σύνολο των πολιτών (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Η υγεία και η ασθένεια προσεγγίζονται ολιστικά μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η οποία αφογκράζεται την σωματική, την ψυχική και την κοινωνική υγεία σεβόμενη τις ανάγκες σε επίπεδο ατόμου, οικογένειας και κοινότητας (WHO, 2018a). Η ΠΦΥ καθρεφτίζει τα πολιτισμικά και οικονομικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας ενώ εξασφαλίζει προληπτικές-θεραπευτικές υπηρεσίες, υπηρεσίες αποκατάστασης καθώς και εκπαίδευση σε βασικά ζητήματα υγείας στην κοινότητα (Φιλαλήθης, 2021β). Επιπλέον στοχεύει στην εξασφάλιση ίσης πρόσβασης και άρτια καταρτισμένων επαγγελματιών υγείας σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας προς όλους (Ellner & Phillips, 2017). Η αντιμετώπιση του ασθενή ως ολοκληρωμένη οντότητα καθώς και η εστιασμένη φροντίδα προς αυτόν από το υγειονομικό προσωπικό αποτελούν προϋποθέσεις για μια επιτυχημένη ΠΦΥ (Λιονής και συν., 2015 ). Το 40 % όλων των θανάτων το 2019 στην Ελλάδα και ποσοστό παρόμοιο στην Ευρώπη οφείλεται σε παράγοντες κινδύνου συμπεριφοράς που θα μπορούσαν να είχαν τροποποιηθεί μέσω της ΠΦΥ (OECD, 2021).

Τρία είναι τα βασικά θεμέλια της ΠΦΥ, σύμφωνα με τον ΠΟΥ τα οποία εδραιώνουν το όραμα της. Το πρώτο είναι η ικανοποίηση των αναγκών για την υγεία του πληθυσμού μέσω δράσεων αγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας (WHO, 2018a). Δεύτερο θεμέλιο αποτελεί η ανάδειξη των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών υγείας καθώς και οι ανθρώπινες

συμπεριφορές. Ο τελευταίος πυλώνας υποστηρίζει την ενδυνάμωση του πληθυσμού για διαφύλαξη της καλής υγείας του (Δομάγερ & Λιονής, 2020).

## **2.2 Ιστορική εξέλιξη της ΠΦΥ**

Η ΠΦΥ διαμόρφωσε το σημερινό της αποτέλεσμα μετά από κείμενα και συμβάντα που χρονολογούνται από τις αρχές του 20ου αιώνα. Ξεκίνησε δειλά το όραμα της από την ‘έκθεση του Dawson’ το 1920 στο Ηνωμένο Βασίλειο όπου προτάθηκε για πρώτη φορά η ίδρυση πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων κέντρων υγείας.

Το επιστέγασμα μιας μακροχρόνιας επώασης αποτελεί η διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 στο Καζακστάν (Φιλαλήθης, 2021β). Η διακήρυξη αυτή ώθησε την υγεία σε θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και αποτέλεσε ορόσημο στην ιστορία της παγκόσμιας υγείας καθώς 134 κράτη μέλη του ΠΟΥ και της Unicef δεσμεύτηκαν ομόφωνα για την προσπάθεια αποκατάστασης των υγειονομικών ανισοτήτων (ιδιαίτερα μεταξύ αναπτυσσόμενων και αναπτυγμένων χωρών), την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας ζωής στα άτομα και την καθολική πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες (Δομάγερ & Λιονής, 2020). Σαράντα χρόνια μετά την διακήρυξη της Alma-Ata, η μακροχρόνια διαδρομή της ΠΦΥ καταλήγει το 2018 στην Διακήρυξη της Αστάνα όπου η μεταμόρφωση του οράματος της γίνεται πράξη και επικαιροποιούνται οι βασικές αρχές της (Κυριόπουλος, 2016). Τα άτομα και η κοινότητα τοποθετούνται στο επίκεντρο των προσπαθειών για την παροχή υψηλής ποιότητας ΠΦΥ και ισχυρής δημόσιας υγείας. Ωστόσο δεν απουσιάζει η αβεβαιότητα για την εξέλιξη της ΠΦΥ κατά τη διάρκεια της πανδημίας της Covid-19 που ακολούθησε (Kraef & Kallestrup, 2019; WHO, 2019).

## **2.3 Οι υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα**

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) για το έτος 2021, συνολικά 310 Κέντρα Υγείας (ΚΥ) παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα, εκ των οποίων τα 57 βρίσκονται στην Αττική (ΕΛΣΤΑΤ, 2022α). Ο ρόλος της ΠΦΥ περιορίζεται όμως στην αντιμετώπιση οξέων περιστατικών (κυρίως λοιμώξεων), στην συνταγογράφηση και στην παραγγελία εργαστηριακών εξετάσεων υπό τη σκέπη του προληπτικού ελέγχου ρουτίνας ενώ απουσιάζει η εκπαίδευση της συμπεριφοράς υγείας για την αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων και της πολυφαρμακίας (Δομάγερ & Λιονής, 2020). Οι οικογενειακοί ιατροί

υστερούν στην εκπαίδευση απόκτησης δεξιοτήτων αλλαγής συμπεριφοράς υγείας. Επιπλέον οι έννοιες της πρόληψης και της προαγωγής υγείας οι οποίες αποτελούν τα θεμέλια για την εφαρμογή της ΠΦΥ χρησιμοποιούνται φειδωλά (Λιονής, 2020). Η προσοχή στην έννοια της οικογένειας, της δυναμικής των μελών της στο άτομο και της επίδρασης της στην ευτυχία του απουσιάζει. Τέλος οι κατ οίκον επισκέψεις σε ευπαθείς ομάδες για την παρακολούθηση και την υποστήριξη τους παρουσιάζουν μικρή συχνότητα (Δομάγερ & Λιονής, 2020).

Στην κατάταξη των Ευρωπαϊκών χωρών για την ποιότητα των υπηρεσιών της ΠΦΥ σύμφωνα με έρευνα του ινστιτούτου NIVEL εντοπίζεται η Ελλάδα στα χαμηλότερα επίπεδα σε όλες τις διαστάσεις (ολοκληρωμένη φροντίδα, πρόσβαση, συντονισμός και συνέχεια φροντίδας) (Λιονής, 2020). Η χαμηλή συνέχεια στη φροντίδα κοστίζει στους πολίτες σε ταλαιπωρία, αυξημένο χρόνο αναμονής και έξοδα για ακατάλληλες διαγνωστικές εξετάσεις. Απόρροια των παραπάνω είναι η μειωμένη ικανοποίηση και ποιότητα φροντίδας υγείας καθώς και η ελαττωμένη ζήτηση των υπηρεσιών από τον πληθυσμό (Lionis et al., 2019).

Η διασύνδεση της ΠΦΥ με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι νοσηρή ενώ παράλληλα οι μονάδες εξωνοσοκομειακής υποστήριξης απουσιάζουν (Myloneros & Sakellariou, 2021). Το πρόβλημα γίνεται πιο αισθητό στην φροντίδα χρονίων πασχόντων σε προχωρημένο στάδιο καθώς εκλείπουν υπηρεσίες υποστήριξης κατ οίκον και παρηγορητικής φροντίδας (Δομάγερ & Λιονής, 2020). Επιπλέον οι υγειονομικές ανάγκες του ασθενή δεν υπολογίζονται στον σχεδιασμό των υπηρεσιών φροντίδας υγείας της ΠΦΥ και η αξιολόγηση της ποιότητας και της ασφάλειας τους είναι ανύπαρκτη (Λιονής και συν., 2015).

Η έλλειψη επικοινωνίας και η δυσκολία στην προσβασιμότητα προς τον ιατρό αποτελούν επίσης αγκάθι στην παροχή ποιοτικής ΠΦΥ στην Ελλάδα (Brito-Pons & Librada- Flores, 2018). Εξαιρετικά δυσάρεστο είναι ήδη το γεγονός πως η ΠΦΥ στην Ελλάδα δεν διαθέτει ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα και δεν παρέχεται ολιστική κάλυψη (Oikonomou & Mariolis, 2010).

Σε μελέτη των Sifaki -Pistolla et al (2017) στην 2η και 7η Υγειονομική περιφέρεια όπου περιελάμβανε 12 και 27 αντίστοιχα μονάδες ΠΦΥ μετρήθηκε για πρώτη φορά για τα Ελληνικά δεδομένα το επίπεδο ολοκλήρωσης στις δομές της ΠΦΥ το οποίο και ποικίλει από τα φτωχά ως τα βασικά επίπεδα. Συμπερασματικά η διαδικτυακή πλατφόρμα καταγραφής της υγείας οδηγεί προς αυτή την κατεύθυνση και ενισχύει την αναδιάρθρωση της ΠΦΥ .

Ακόμα μια μελέτη για την ΠΦΥ που διεξήχθη στην 7η Υγειονομική περιφέρεια (Κρήτη) αλλά και στην Ηπειρο το 2020 αναδεικνύει από κοινού τα ελλείμματα σε πόρους και σε δράσεις πρόληψης και αγωγής υγείας και τις υπανάπτυκτες υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας. Όλες αυτές οι ελλείψεις μπορούν να επηρεάσουν την τελική ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Sbarouni et al, 2020).

## **2.4 Η χρηματοδότηση της ΠΦΥ**

Η επένδυση στην ΠΦΥ συμβάλει στην μείωση του κόστους σε όλα τα επίπεδα φροντίδας (OECD, 2020) ενώ οι πόροι που διατίθενται για αυτήν ενισχύουν την αποδοτικότητα του υγειονομικού συστήματος (OECD, 2019). Κάθε χώρα δίνει διαφορετική προτεραιότητα στην ΠΦΥ για την κατανομή των δαπανών ενώ υπολογίζεται πως για την ΠΦΥ δαπανάται λιγότερο από το μισό των συνολικών δαπανών υγείας με διακυμάνσεις ανάλογα τη χώρα (WHO, 2021a). Η Ελλάδα δαπανά για πρόληψη μόλις το 1,4 % των δαπανών της, ποσοστό αρκετά χαμηλό συγκριτικά με το 2,9 % το οποίο είναι ο ΜΟ στην ΕΕ (OECD, 2021).

Το Ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μικτό σύστημα τόσο ως προς τον τρόπο παροχής υπηρεσιών όσο και προς την χρηματοδότηση (Economou et al., 2017). Οι υγειονομικές υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από τα κρατικά κονδύλια, από τα ασφαλιστικά ταμεία και από πληρωμές ιδιωτικές (Economou, 2010). Το 2019 διοχετεύτηκαν 2515 εκατομμύρια ευρώ στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας και 6876 στην νοσοκομειακή από τα συνολικά 15031 που είχαν εξασφαλιστεί για την υγεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2022β). Το γεγονός αυτό αποδεικνύει την "νοσοκομειακή αδυναμία" του ελληνικού συστήματος υγείας και την ανάγκη ενδυνάμωσης της ΠΦΥ (Economou et al , 2017).



### **3. Η ίδρυση των Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY)**

Στην Ελλάδα το σύστημα της ΠΦΥ είναι αντιμέτωπο με κοινωνικοοικονομικές προκλήσεις. Χαρακτηρίζεται αδύναμο με ελλειμματική δημόσια υγεία, κατακερματισμένη παροχή ΠΦΥ και ταυτόχρονα ποιοτικά χαμηλές υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Απόρροια των παραπάνω είναι η ενίσχυση της ιδιωτικοποίησης της ΠΦΥ (Emmanouilidou, 2021).

Η ανάγκη για μεταρρύθμιση της ΠΦΥ στην Ελλάδα οδήγησε την σύσταση των Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) και την υιοθέτηση του συστήματος του οικογενειακού γιατρού σαν προσπάθεια εφαρμογής ολιστικής υγειονομικής περίθαλψης με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα (Kalavrezou & Jin, 2021). Τον Αύγουστο του 2017 ψηφίστηκε η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 106 του Ν. 4486-2017 η οποία στηρίζεται στις κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ και της ΕΕ. Τον Δεκέμβριο της ίδιας χρονιάς τέθηκαν επίσημα σε λειτουργία οι πρώτες μονάδες (Emmanouilidou, 2021).

Σύμφωνα με την Γ1α/Γ.Π.οικ.87406 ΥΑ, το έργο της κάθε TOMY είναι «η παροχή δωρεάν, καθολικής, κατάλληλης, αποτελεσματικής, αποδοτικής, ποιοτικής και ανθρωποκεντρικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον εγγεγραμμένο πληθυσμό, με έμφαση στις κοινοτικές δράσεις στο γενικό πληθυσμό συμπεριλαμβανομένων των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού». Στόχος των παραπάνω είναι η παροχή εξωνοσοκομειακής υγειονομικής περίθαλψης από δομές ή υγειονομικό προσωπικό με απώτερο σκοπό την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων (Υπουργείο Υγείας, 2020).

Οι TOMY αποτελούν την πρώτη επαφή του πολίτη με το εθνικό Σύστημα Υγείας και οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας παρέχονται καθολικά και δωρεάν στον Ελληνικό πληθυσμό. Η καθολική κάλυψη του πληθυσμού αφορά τους ανασφάλιστους και μη πολίτες γεγονός που θυμίζει το μοντέλο Beveridge (Υπουργείο Υγείας, 2020). Οι νεοσύστατες αυτές μονάδες απαρτίζονται από μια διεπιστημονική ομάδα υγείας, λειτουργούν με εγγεγραμμένο πληθυσμό αναφοράς και στοχεύουν στην παροχή τόσο υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής όσο και υπηρεσιών πρόληψης και αγωγής υγείας. Επιπλέον συμβάλουν στην ενίσχυση του έργου που παρέχουν οι δημόσιες υπηρεσίες της ΠΦΥ του ΠΕΔΥ καθώς αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2017).

Η ομάδα υγείας που στελεχώνει τις TOMY αποτελείται από υγειονομικό προσωπικό έως 12 άτομα. Ειδικότερα η σύνθεση της ομάδας υγείας αποτελείται από γιατρούς με ειδικότητα γενικής ιατρικής, παθολογίας και παιδιατρικής, νοσηλευτές/τριες, επισκέπτες/τριες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και διοικητικό προσωπικό. Με τον τρόπο αυτό επιχειρείται η μετάβαση από το ιατροκεντρικό μοντέλο σε ομάδα υγείας. Το ελάχιστο προσωπικό που μπορεί να στελεχώσει μια TOMY είναι ένας ιατρός (οποιασδήποτε ειδικότητας που αναφέρθηκε), ένας νοσηλευτή ή επισκέπτης υγείας και ένας διοικητικός υπάλληλος (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2017).

Το ωράριο λειτουργίας των μονάδων είναι από τις 7:00 έως τις 22:00, πενθήμερης διάρκειας εκτός Σαββατοκύριακου ενώ το προσωπικό προσέρχεται σε δυο βάρδιες (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2022). Ο πληθυσμός ευθύνης της κάθε TOMY κυμαίνεται από 10.000 έως 12.000 εγγεγραμμένους πολίτες και καθορίζεται με την απόφαση συγκρότησης κάθε μονάδας (έως 2250 άτομα ανά οικογενειακό ιατρό και έως 1500 παιδιά ανά παιδίατρο) (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2017).

Η χρηματοδότηση του εγχειρήματος αυτού καλύπτεται από αξιοποίηση πόρων από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΣΠΑ) στο πλαίσιο συγχρηματοδοτούμενου προγράμματος με διάρκεια τέσσερα έτη, έπειτα δύναται να συγχρηματοδοτείται και από κρατικά κονδύλια (Φιλαλήθης, 2021α). Τέλος η στέγη για κάποιες TOMY μπορεί να είναι από κοινού με δομές του ΠΕΔΥ ενώ κάποιες άλλες στεγάζονται σε αυτόνομα κτίρια που τους παραχωρήθηκαν από την αντίστοιχη ΥΠΕ (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2017).

Σκοπός της λειτουργίας των TOMY είναι:

- η ανάπτυξη δράσεων αγωγής και προαγωγής υγείας στην κοινότητα αυτόνομα ή σε συνεργασία με φορείς κοινωνικής φροντίδας
- Η αδιάκοπη παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης και η πρόληψη για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα.
- Η αντιμετώπιση οξέων και επειγόντων περιστατικών και η παραπομπή (όπου χρειάζεται) στα κέντρα υγείας και στα νοσοκομεία.
- Η κατ οίκον φροντίδα υγείας σε πληθυσμό που αδυνατεί να μετακινηθεί προς την

## TOMY

- Η συμβουλευτική υποστήριξη
- Η ανίχνευση ψυχικών παθήσεων ή εξαρτήσεων και η συνεργασία με μονάδες ψυχικής υγείας ή αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων αντίστοιχα
- Η εκπαίδευση για την διαχείριση χρόνιων νοσημάτων σε επίπεδο ατόμου και οικογένειας
- Η συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας για την εξασφάλιση επιδημιολογικών στοιχείων και δεικτών υγείας του συγκεκριμένου πληθυσμού (Konstantakopoulou et al., 2019; Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2017).

Ο αρχικός σχεδιασμός περιλάμβανε τη λειτουργία 239 TOMY σε 60 πόλεις της χώρας εντός δύο ετών από τις οποίες τελικά δημιουργήθηκαν σχεδόν οι μισές (127) κυρίως στην Ηπειρωτική Ελλάδα αφήνοντας τις αγροτικές περιοχές με ελάχιστη κάλυψη (53,1% του αρχικού στόχου) (Trakakis et al., 2022). Οι 127 αυτές TOMY καλύπτουν 857.250 πολίτες ενώ ο αρχικός προγραμματισμός προέβλεπε 1.613.250 πολίτες για τις 239 TOMY (Υπουργείο Υγείας, 2020). Η εξασφάλιση γενικών ιατρών (GPs) ήταν μεγάλη πρόκληση για την επέκταση του δικτύου των TOMY καθώς οι γιατροί αυτής της ειδικότητας αντιπροσωπεύουν το 7 % του συνόλου των γιατρών συγκριτικά με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ανέρχεται στο 26 % (OECD, 2021). Η ημιτελής ανάπτυξη του αρχικού αριθμού των TOMY και κατά συνέπεια η μέτρια πληθυσμιακή κάλυψη αποδίδεται στον περιορισμένο αριθμό γενικών ιατρών, στην έλλειψη εγκαταστάσεων για στέγαση (Myloneros & Sakellariou, 2021) αλλά και στην έλλειψη οικονομικών κινήτρων για την εξασφάλιση προσλήψεων (Lionis et al., 2019).

Τέλος αξίζει να γίνει αναφορά σε κάποια ποσοστά που καταγράφηκαν στο υπόεργο «αξιολόγηση της λειτουργίας των TOMY» από την επιτελική δομή του Υπουργείου Υγείας (ΕΔΕΥΠΥ) στα πλαίσια συγχρηματοδοτούμενων πράξεων από τα Ευρωπαϊκά ταμεία. Έως τις 31/12/19 οι δράσεις που πραγματοποιήθηκαν στην κοινότητα αφορούσαν πρόληψη και αγωγή υγείας (86,3%), εμβολιασμούς (69,9%) και διαχείριση χρόνιων νοσημάτων (58,9%). Οι κυριότεροι λόγοι επισκέψεις ήταν προγραμματισμένο ραντεβού (68,7%), προσυμπτωματικός έλεγχος (64,4%), εμβολιασμός (63,7%), συνταγογράφηση και

παραπεμπτικά (58%) ενώ η πιο συχνή διασύνδεση είναι με το ΚΥ αναφοράς (77%). Ως το 2019 πάνω από 400000 άτομα έχουν κάνει εγγραφή στον οικογενειακό ιατρό (Υπουργείο Υγείας, 2020).

### **3.1 Η διεπιστημονική ομάδα των TOMY**

Απαραίτητη προϋπόθεση για ένα επιτυχημένο σύστημα υγείας με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα είναι η ομάδα υγείας στην ΠΦΥ (Cheong et al., 2013) η οποία αποτελείται από διαφόρων ειδικοτήτων καταρτισμένους επαγγελματίες υγείας. Κοινός σκοπός τους είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού ευθύνης παρέχοντας συνεχή, ποιοτική και εξατομικευμένη φροντίδα υγείας (Mitchell et al, 2012). Ο κάθε επαγγελματίας στην TOMY έχει το δικό του ρόλο και τις δικές του ευθύνες στην ομάδα αλλά ταυτόχρονα τα μέλη συνεργάζονται, αλληλοσυμπληρώνονται και λειτουργούν με σεβασμό και εμπιστοσύνη (Lionis et al., 2019).

Ο γενικός-οικογενειακός ιατρός έχει υπό την εποπτεία του τη συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα των ατόμων σε επίπεδο όχι μόνο ατομικό αλλά και σε επίπεδο κοινότητας (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2022). Καθοδηγεί τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας σε εξειδικευμένες και εξατομικευμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας αντιμετωπίζοντας τους ολιστικά και θέτοντας τις ανάγκες τους στο επίκεντρο της ιατρικής προσέγγισης (WHO, 2018b). Παρέχει συμπονετική φροντίδα, διαχειρίζεται την ψυχική υγεία, τα χρόνια νοσήματα, την συννοσηρότητα και την πολυφαρμακία (Kousoulis et al., 2012). Τέλος αναλαμβάνει την ηγεσία και τον συντονισμό της μονάδας για την παροχή υπηρεσιών και την εξασφάλιση της βέλτιστης λειτουργίας της (Kousoulis et al., 2013). Στη χώρα μας έως τις 31/12/19 μετρούνται 1063 γιατροί εντός TOMY (Υπουργείο Υγείας, 2020).

Ο νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας των TOMY συμβάλλει στην ποιοτική βελτίωση της ζωής των ληπτών και στην αποτελεσματικότητα των εκλαμβανόμενων υπηρεσιών υγείας. (Anderson et al.,2012). Στοχεύει στην εκπαίδευση των ασθενών και των φροντιστών σχετικά με συμπεριφορές που προάγουν την υγεία, στην παροχή εξατομικευμένης φροντίδας, θεραπείας και αποκατάστασης όπου χρειάζεται και στην αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών (Wilkes et al., 2014).

Ο επισκέπτης υγείας έχει σκοπό την αγωγή και προαγωγή της υγείας σε επίπεδο ατόμου, οικογένειας και κοινότητας (Hemingway et al, 2012). Η ενίσχυση της κοινοτικής υγείας μέσω του σχεδιασμού και της υλοποίησης δράσεων στην κοινότητα με θέματα ΠΦΥ (Bishop et al.,2015), η παροχή ψυχολογικής στήριξης σε άτομα και οικογένειες, η εκτίμηση των αναγκών της κοινότητας και η μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων μέσω της προστασίας των ευπαθών ομάδων είναι κάποιοι επιπλέον ρόλοι του (Σακελλάρη, 2015).

Ο κοινωνικός λειτουργός στοχεύει στην προαγωγή υγείας, στην αποκατάσταση των υγειονομικών ανισοτήτων και στην αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων με συνεχή υποστήριξη στα μη αυτοεξυπηρετούμενα και ευπαθή άτομα (Tadic et al, 2020). Ο κοινωνικός λειτουργός συνηγορεί για την παροχή προνομίων στις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες και ενθαρρύνει την απόκτηση υψηλότερων επιπέδων ποιότητας ζωής (Παπαδακάκη, 2015).

## 4. Η ποιότητα της φροντίδας

### 4.1 Ορισμοί της ποιότητας της φροντίδας

Η λέξη ποιότητα προέρχεται από τη λέξη “ποιότης” (ποιός = τι είδους) και αφορά το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος οι οποίες αποτελούν κριτήριο διαφοροποίησης από τα ομοειδή τους (Ραφτόπουλος, 2009). Μέχρι τα τέλη του '70 η ποιότητα αποτελούσε πεδίο ακαδημαϊκής έρευνας. Από τότε η προσπάθεια βελτίωσης της είναι συνεχής και αποτελεί διακύβευμα του 21ου αιώνα. Η ποιότητα στην υγεία είναι μια συνεχής διαδικασία, απαιτεί αξιόπιστες πληροφορίες ενώ η τελειότητα δεν είναι το χαρακτηριστικό της (Georgiou et al, 2021).

Η ρευστότητα και η πολυπλοκότητα αποτελούν ιδιαίτερα γνωρίσματα της ποιότητας στο χώρο της υγείας η οποία πολυδιάστατη καθώς είναι δέχεται πολλές ερμηνείες. Ο ορισμός της τροποποιείται ανάλογα με τον λόγο της εκτίμησης που δέχεται και γι αυτό δεν περιγράφεται με έναν ενιαίο ορισμό. Με λίγα λόγια η ποιότητα στον τομέα της υγείας αποδίδεται ως ο βαθμός αύξησης των πιθανοτήτων για επίτευξη ενός θετικού αποτελέσματος μέσω των υπηρεσιών φροντίδας υγείας που λαμβάνουν οι πολίτες (Giannoula et al., 2020).

Στο λεξικό του Kahn το 1985 η ποιότητα ορίζεται ως «ο βαθμός της τελειότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας ενώ διασφάλιση της ποιότητας είναι η επίσημη εγγύηση, η θετική δήλωση ύπαρξης της ποιότητας». Επομένως η διασφάλιση της ποιότητας είναι η διαβεβαίωση της τελειότητας του προϊόντος ή της υπηρεσίας στηριζόμενη σε συγκεκριμένα πρότυπα ποιότητας. Ωστόσο η τελειότητα δεν έχει διαβάθμιση γεγονός που καθιστά τον ορισμό αυτό ατελή. Η ποιότητα στην φροντίδα υγείας είναι ένα δίπολο: ή υπάρχει ή δεν υπάρχει (Ραφτόπουλος, 2020).

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής, η ποιότητα υιοθετώντας την τρέχουσα επιστημονική γνώση ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας αυξάνουν την πιθανότητα υλοποίησης των προσδοκόμενων θετικών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς (Τούντα, 2020). Αυτός ο ορισμός βασίζεται στην αποτελεσματικότητα, στην ασφάλεια, στην ισότητα, στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση και στην επικαιρότητα (WHO, 2018c). Ωστόσο η προσέγγιση αυτή δημιουργεί σκέψεις σχετικά με την ταύτιση των

θετικών αποτελεσμάτων φροντίδας του ασθενή με την ποιότητα. Είναι σημαντικό η ποιότητα παράλληλα με την έκβαση της να αξιολογείται και ως προς τις διαδικασίες που ακολουθήθηκαν (Hanefeld et al., 2017).

Οι Monroe & Krishnan το 1985 ερμήνευσαν την ποιότητα ως την δεξιότητα ενός προϊόντος ή μια υπηρεσίας να ικανοποιεί τον ωφελούμενο χρήστη σύμφωνα με τις υπάρχουσες επιλογές. Συνοπτικά το αποτέλεσμα της σύγκρισης των προσδοκιών των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στην ικανοποίηση των ωφελούμενων χρηστών αποτελεί την έννοια της ποιότητας (Ραφτόπουλος, 2020).

Ένας επιπλέον ορισμός που δόθηκε από το τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO) το 1990 αναφέρει την ποιότητα ως « το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιούν τις δηλωθείσες ή τις προκύπτουσες ανάγκες, από τη χρήση τους». Σε αυτόν τον ορισμό τονίζεται σπουδαιότητα του ρόλου του ωφελούμενου στην διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητας (Ραφτόπουλος, 2009).

Τέλος, η ποιότητα στην υγεία σύμφωνα με το Ευρωμεσογειακό Ινστιτούτο ποιότητας και ασφάλειας στις υπηρεσίες υγείας (EIQSH), Avedis Donabedian ορίζεται ως η άμεση παροχή της βέλτιστης και εξατομικευμένης περίθαλψης στους εξυπηρετούμενους στοχεύοντας σε ένα ολοκληρωμένο και ασφαλές αποτέλεσμα (EIQSH, 2023).

Αξιοσημείωτη είναι και η έννοια της εκλειφθίσας ποιότητας η οποία ορίζεται ως η ποιότητα που αναφέρει ο ίδιος ο ωφελούμενος και αποτελεί την αυτούσια έκβαση της (Ραφτόπουλος, 2020). Αποτελεί τον βαθμό ταύτισης ανάμεσα στις αντιλήψεις των ωφελούμενων και στις προσδοκίες τους. Ως αντιλήψεις ορίζονται οι θέσεις, οι απόψεις, τα πιστεύω των ωφελούμενων από την χρήση της υπηρεσίας και ως προσδοκίες οι επιθυμίες τους από την παρεχόμενη υπηρεσία (Ραφτόπουλος, 2009).

Όλη αυτή η πληθώρα ορισμών της ποιότητας στην φροντίδα υγείας προκαλεί σύγχυση ακόμα και στους ειδικούς ωστόσο σύμφωνα με τον Donabedian αυτό είναι φυσιολογικό καθώς εξαρτάται από την σχέση που έχει αυτός που τον ορίζει με τις υπηρεσίες φροντίδας καθώς και από τις ευθύνες του (Donabedian, 2005).

## **4.2 Η ποιότητα φροντίδας υγείας σύμφωνα με τον Donabedian**

Ο ιατρός και μελετητής Avedis Donabedian θεωρείται ο εμπνευστής της διασφάλισης της ποιότητας στην υγεία. Ο ίδιος αναγνωρίζει την σημασία της οπτικής σκοπιάς του ασθενή στην αξιολόγηση της ποιότητας και υποστηρίζει ότι υπάρχει δυσκολία των ατόμων στην αντίληψη της σχέσης της διασφάλισης ποιότητας και των υγειονομικών συστημάτων. Το 1996 σε άρθρο του ισχυρίστηκε πως η ποιότητα αξιολογείται σε τρία επίπεδα: δομή-διαδικασία-αποτέλεσμα (Donabedian, 2005). Η ‘δομή’ αναφέρεται στο περιβάλλον της περίθαλψης (κτίρια, εξοπλισμό, υγειονομικό προσωπικό, τρόπο λειτουργίας του συστήματος), η ‘διαδικασία’ αφορά τη διάδραση μεταξύ παρόχων και χρηστών των υπηρεσιών ενώ το ‘αποτέλεσμα’ αναφέρεται σε μια τροποποίηση της υγείας του ασθενή η οποία μπορεί να χρεωθεί στην υγειονομική περίθαλψη (Rupp, 2018). Το μοντέλο αυτό είναι αρκετά εύελκτο με εφαρμογή σε διαφορετικούς χώρους υγειονομικής περίθαλψης (McDonald et al., 2007). Ο Donabedian υποστηρίζει πως η ποιότητα της φροντίδας υγείας δεν καθορίζεται από το τελικό αποτέλεσμα στην υγεία του ατόμου αλλά από τη διαδρομή μέχρι να φτάσει στον τελικό στόχο του (Rupp, 2018). Από τότε η γνώση αυτή αποτέλεσε βασικό εργαλείο για διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας (Liu et al, 2021).

Η διασφάλιση της ποιότητας αφορά το σύνολο των διαδικασιών που στοχεύουν στην εξασφάλιση και διατήρηση υψηλού επιπέδου ποιότητας η οποία εφαρμόζεται μέσα από το τρίπτυχο δομή- διαδικασία-αποτέλεσμα (Σμπαρούνη, 2022). Από την άλλη πλευρά η αξιολόγηση της ποιότητας σύμφωνα με τον Donabedian εκτιμάται με πέντε μεθόδους. Οι τρεις πρώτες είναι εσωτερικές και δεν βασίζονται σε προκαθορισμένα πρότυπα ποιότητας .Η τέταρτη είναι εξωτερική και βασίζεται σε πρότυπα. Ομοίως και η πέμπτη η οποία απαντά στο αν τα αποτελέσματα της έρευνας είχαν προβλεφθεί (Ραφτόπουλος, 2009). Αξίζει να αναφερθεί πως τα πρότυπα ποιότητας έχουν εγκυρότητα μόνο αν περιγράφονται από κριτήρια που μπορούν να αξιολογήσουν την παρεχόμενη φροντίδα σε όρους ποιότητας και παρέχουν πολύτιμη βοήθεια στην αξιολόγηση και στην διασφάλιση της (Giannoula et al., 2020).

## **4.3 Η ποιότητα φροντίδας στην ΠΦΥ**

Η αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας στην ΠΦΥ είναι εξαιρετικά σημαντική καθώς στοχεύει στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των



ατόμων, στη συγκράτηση παραπομπών για τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη αλλά και στην μείωση δαπανών για την υγεία (Suklar, 2019). Η έρευνα στην ΠΦΥ αναδεικνύει κάποιες ιδιαιτερότητες των συστημάτων υψηλής ποιότητας της ΠΦΥ, οι οποίες συνοψίζονται στον ανθρωποκεντρικό και ολοκληρωμένο χαρακτήρα της, στη συνέχεια, στη προσβασιμότητα και στον συντονισμό (WHO, 2018c). Ένα προσανατολισμένο στην ΠΦΥ σύστημα υγείας επιδιώκει το μέγιστο εφικτό επίπεδο υγείας του πληθυσμού μέσω της καθολικής πρόσβασης και της ισότητας (WHO, 2020) ενώ οι παρεχόμενες ποιοτικά υπηρεσίες προκύπτουν από την εξασφάλιση της εγκυρότητας, της δικαιοσύνης και της αποτελεσματικότητας. Η υψηλής ποιότητας ΠΦΥ συνδέεται με βασικές λειτουργίες της δημόσιας υγείας οι οποίες αλληλοεπηρεάζονται (WHO, 2018c).

Η ΠΦΥ μπορεί να καλύψει έως και το 90% των αναγκών υγείας του πληθυσμού, αποτελεί έναν από τους βασικούς πυλώνες του υγειονομικού συστήματος και το ενισχύει με την εξασφάλιση ποιοτικής φροντίδας υγείας (WHO, 2020). Αρκετά εμπόδια όμως όπως η γήρανση του πληθυσμού, η συννοσηρότητα, η άνοδος των μη μεταδοτικών ασθενειών, η έλλειψη πόρων και η ανεπάρκεια χρηματοδότησης την απομακρύνουν από αυτή την κατεύθυνση, καθιστούν δύσκολη την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και συνεπώς μειώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών της ΠΦΥ (WHO, 2018c).

Για την εξασφάλιση και διατήρηση της ποιότητας η ηγεσία έχει τον πρωταρχικό ρόλο καθώς χωρίς την στήριξη της οποιαδήποτε προσπάθεια για βελτίωση κινδυνεύει να αποτύχει (WHO, 2018c). Επιπλέον απαιτείται προσεκτικός σχεδιασμός και άρτια καταρτισμένοι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι διαθέτουν επικοινωνιακές δεξιότητες με τους ασθενείς και συνεργάζονται αρμονικά με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα της ΠΦΥ (WHO, 2020). Επιπρόσθετα οι καλά εξοπλισμένες εγκαταστάσεις με το κατάλληλο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, η επάρκεια φαρμάκων καθώς και ένα σύγχρονο πληροφοριακό σύστημα το οποίο αξιολογεί την ποιότητα της φροντίδας συμβάλουν στην ενίσχυση της ποιότητας (WHO, 2018). Μέσω του ιατρικού φακέλου παρέχονται σημαντικές πληροφορίες και σε συνδυασμό με την συνέχεια της φροντίδας αποτελούν σημαντικά κομμάτια που συμπληρώνουν το παζλ της ποιότητας φροντίδας στην ΠΦΥ (Liu et al, 2021).

#### **4.4 Τα χαρακτηριστικά και οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας**

Η ποιότητα στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας παρουσιάζει ιδιομορφίες σε σχέση με την ποιότητα σε άλλα προϊόντα ή υπηρεσίες. Η υγεία είναι συνυφασμένη με την επιβίωση του ατόμου και για αυτό οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας οφείλουν να υπόκεινται σε αυστηρούς κανόνες ποιότητας προκειμένου να επιτευχθεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Mosadeghrad, 2013). Η ασφάλεια του ασθενή, τόσο ως προς την διάγνωση αλλά και ως προς την έκβαση της φροντίδας δεν αποτελεί μόνο βασική επιδίωξη για τα συστήματα υγείας αλλά θεωρείται και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα της φροντίδας (Giannoula et al., 2020).

Παρόλα αυτά, ορισμένα χαρακτηριστικά στο χώρο της υγείας δυσχεραίνουν την εφαρμογή μέτρων ποιότητας με συνέπεια οι ωφελούμενοι των υπηρεσιών να διατυπώνουν διαφορετικές απόψεις (Mosadeghrad, 2014). Ορισμένα από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι: η αυλή φύση των παρεχόμενων υπηρεσιών οι οποίες δεν είναι ορατές στους καταναλωτές για να τις εκτιμήσουν ορθά, η ετερογένεια τους όπου εξαιτίας της μοναδικότητας τους δυσκολεύει η συστηματοποίηση της παραγωγής και η αξιολόγηση της ποιότητας τους, η φθαρτή υπόσταση τους καθώς δεν μπορούν να αποθηκευτούν για μελλοντική χρήση και συνεπώς η ζήτηση και η προσφορά παρουσιάζουν αρκετές διαφοροποιήσεις (Mosadeghrad, 2014) και τέλος η δυσκολία διαχωρισμού της παραγωγής από την κατανάλωση αφού οι υπηρεσίες αναπτύσσονται και χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα με τους καταναλωτές να εμπλέκονται στην παραγωγή (Τόσκα, 2020).

Η ποιότητα φροντίδας υγείας για ορισμένους είναι ταυτισμένη με την ανταγωνιστικότητα του υγειονομικού προσωπικού στην προσπάθεια προσαρμογής του στα συνεχώς μεταβαλλόμενα πρότυπα της ενώ για κάποιους άλλους είναι συνυφασμένη με την ισότητα στην παροχή και πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Ραφτόπουλος, 2009). Η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στον σχεδιασμό συστημάτων ποιότητας καλλιεργεί το ομαδικό πνεύμα της υγειονομικής ομάδας, αυξάνει την παραγωγικότητα και ενισχύει την ικανοποίηση και την ασφάλεια των ασθενών (Georgiou et al, 2021).

Η προσπάθεια για κατανόηση όλων αυτών των χαρακτηριστικών στην ποιότητα φροντίδας από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής θα μπορούσε να ενισχύσει την προσβασιμότητα σε

βασικές παρεμβάσεις για την υγεία (Hanefeld et al., 2017). Οι εθνικές πολιτικές ποιότητας εδραιώνονται κυρίως σε εθνικά σχέδια για την ποιότητα στην υγεία μέσω των υπουργείων υγείας. Η Σουηδία το 1993 ήταν η πρώτη χώρα που ανέπτυξε μια τέτοια εθνική στρατηγική ενώ η Ελλάδα και η Κύπρος στερούνται ακόμα δομημένης στρατηγικής και ποιότητας στην υγεία. Η ανάπτυξη μιας “οικουμενικής” ποιότητας αποτελεί το μέλλον για την ποιότητα η οποία στηρίζεται στις διεθνείς συνεργασίες (Ραφτόπουλος, 2020). Η πιστοποιημένη και καθολική εκπαίδευση στην ποιότητα θεωρείται αναγκαία. Η καθιέρωση ενός μαθησιακού υγειονομικού συστήματος το οποίο θα απευθύνεται στους ενδιαφερόμενους σε κάθε επίπεδο του συστήματος αυτού στοχεύει στην καθιέρωση ενός κοινού οράματος για την ποιότητα αλλά και την ενίσχυση της υλοποίησης εθνικής στρατηγικής για την ποιότητα (Sarakbi et al., 2021).

Οι διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας δεν μετρώνται και δεν θα πρέπει να συγκρίνονται με τους δείκτες ποιότητας οι οποίοι αποτελούν το σημείο εκκίνησης για την εκτίμηση της ποιότητας. Οι δείκτες ποιότητας είναι μετρήσιμοι δείκτες έχουν βοηθητικό ρόλο στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Σημαντικοί δείκτες ποιότητας για την ΠΦΥ θεωρούνται ο έλεγχος των συνταγογραφήσεων και η επιτήρηση των χρόνιων νοσημάτων (Ramalho et al, 2019). Κάποιες από τις κυριότερες διαστάσεις που προκύπτουν από ερευνητικά ευρήματα είναι (Institute of medicine, 2001): η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η ενσυναίσθηση (σύμφωνα με την κλίμακα των Praturaman et al), η ασφάλεια, η ανθρωπιά, η υπευθυνότητα και διορατικότητα των επαγγελματιών υγείας, η συνεργασία, η διατροφή, η υγιεινή, η ολοκληρωμένη φροντίδα και η ικανοποίηση του ασθενή (σύμφωνα με το advisory Council on Health Research), η προσβασιμότητα, η αποτελεσματικότητα, η ισότητα και η κοινωνική αποδοχή (σύμφωνα με τον Maxwell 1992), ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια του ασθενή, η επικοινωνία και πληροφόρηση και η συμμετοχή του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος στην παροχή φροντίδας υγείας (σύμφωνα με το ινστιτούτο Picker) (Ραφτόπουλος, 2020).

Όλα τα παραπάνω ευρήματα συγκλίνουν στο συμπέρασμα πως οι ασθενείς αντιλαμβάνονται παρόμοιες διαστάσεις της ποιότητας φροντίδας υγείας η οποία γίνεται κατανοητή μόνο εντός κοινωνικών κανόνων και σχέσεων εμπιστοσύνης (Hanefeld et al., 2017). Οι αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας υγείας ενδέχεται να μην σχετίζονται με την πραγματική ποιότητα καθώς δεν διαθέτουν ιατρική εμπειρία, ούτε θεωρητική εκπαίδευση. Επίσης, η αντίληψη τους μπορεί να αναπτυχθεί με χρονική καθυστέρηση καθώς

ανακαλύπτουν τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας. Τέλος η κοινωνική θέση και οι προσδοκίες των ωφελούμενων καθώς και οι συνθήκες παροχής φροντίδας υγείας αποτελούν βασικές παραμέτρους συσχέτισης με την ποιότητα (Hanefeld et al., 2017). Οι χρήστες των υπηρεσιών αντιλαμβάνονται την ποιότητα κυρίως ως την έγκαιρη και θετική διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας τους (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015).

## 5. Η ικανοποίηση των ασθενών

### 5.1 Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών

Μια από τις διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας η οποία διαθέτει υψηλού βαθμού υποκειμενικότητα είναι η ικανοποίηση των ασθενών και δεν θα πρέπει να συγχέεται με την έννοια της ποιότητας (Ραφτόπουλος, 2009). Το Αμερικάνικο κολλέγιο επειγόντων ιατρών και η ευρύτερη διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζουν πως η ποιότητα και η ικανοποίηση των χρηστών από τις προσφερθείσες υπηρεσίες θεωρούνται ως δυο ξεχωριστά φαινόμενα (ACEP, 2011). Στον αντίποδα όμως υποστηρίζεται πως οι έννοιες αυτές αλληλοκαλύπτονται καθώς τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στις αποφάσεις που λαμβάνονται για την εξέλιξη των συστημάτων υγείας και αποτελούν τρόπο αποτίμησης της ποιότητας φροντίδας (Κουτσίμπου, 2020).

Σύμφωνα με την Pascoe το 1983 η ικανοποίηση είναι η αξιολόγηση της φροντίδας με βάση την πραγματοποίηση των προσδοκιών των ασθενών (Ραφτόπουλος, 2009). Η Larson και οι συνεργάτες της αναφέρουν ότι το μέγεθος της έκβασης των εμπειριών της φροντίδας υγείας του ασθενή σε συνδυασμό με την επίδραση στην υγεία του και την εμπιστοσύνη στο υγειονομικό σύστημα ορίζουν την ικανοποίηση του ασθενή (Larson et al., 2019; Kruk et al., 2018). Όπως επίσης παρατηρούν οι Crow et al. η ικανοποίηση αξιολογεί τις υπηρεσίες υγείας ενώ εκφράζει υποκειμενικές συμπεριφορές και επηρεάζεται από τα συναισθήματα του ασθενή (Crow et al., 2003).

Από τις σπουδαιότερες διαστάσεις της ικανοποίησης θεωρούνται σύμφωνα με τους ερευνητές η ανθρωπιά και η συνολική εκλειφθήσα ποιότητα ενώ εκείνες που παρουσιάζουν λιγότερο ενδιαφέρον είναι η προσβασιμότητα και το κόστος, παράμετροι δηλαδή που εκφράζουν μη σωματικές ανάγκες (Ραφτόπουλος, 2009).

Ο Donabedian ήταν ο πρωτοπόρος που ισχυρίστηκε ότι η ικανοποίηση του ασθενή θεωρείται δείκτης έκβασης της ποιότητας φροντίδας ενώ η διαδικασία και η δομή καθορίζονται από την εμπειρία του ασθενή (Oyvind et al, 2011). Όρισε την ικανοποίηση του ασθενούς ως τον εξατομικευμένο ορισμό της ποιότητας ο οποίος επηρεάζεται από τις προσδοκίες και τις αξίες του ίδιου. Υποστηρίζει πως το συναίσθημα της ικανοποίησης ή της δυσαρέσκειας είναι απόρροια της επαφής του ασθενή με την ποιότητα στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας αλλά και

της σχέσης με την διαπροσωπική διαδικασία της φροντίδας (Μινάκη και συν., 2013).

Η πιθανότητα τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών και το ενδεχόμενο επιστροφής ή σύστασης της υπηρεσίας φροντίδας υγείας σε τρίτους αυξάνονται για τους ικανοποιημένους ασθενείς. Το γεγονός αυτό βελτιώνει τα αποτελέσματα της υγείας, μειώνει τις διαγνωστικές εξετάσεις και ενισχύει την χρήση των υπηρεσιών υγείας (WHO, 2021b).

Το κλειδί για την ερμηνεία της ικανοποίησης του ασθενή σύμφωνα με την Williams και τους συνεργάτες της είναι η αποκωδικοποίηση των λέξεων καθήκον και ενοχή, όπου το καθήκον αφορά την ευθύνη της υπηρεσίας φροντίδας υγείας προς τους χρήστες ενώ η ενοχή αφορά τον βαθμό εμπλοκής του επαγγελματία υγείας στο δυσάρεστο συμβάν (Ραφτόπουλος, 2009). Κάποιοι ερευνητές θεωρούν πως η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο πληροφοριών για την βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και ως μια μορφής θεραπείας καθώς ασκεί επιρροή στην αυτοφροντίδα (Merkouris et al., 2013).

Οι πρώτες έρευνες για την ικανοποίηση του ασθενή έλαβαν χώρα την δεκαετία του 1950 στις ΗΠΑ. Από τότε έως σήμερα εκατοντάδες μελέτες έχουν δημοσιευτεί στις πιο γνωστές βάσεις δεδομένων. Οι έρευνες αποτελούν πηγή ανατροφοδότησης για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων φροντίδας υγείας. Στις έρευνες για την αναζήτηση της μεθόδου με την οποία οι ασθενείς αξιολογούν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στρέφεται το ενδιαφέρον των ερευνητών καθώς την άποψη των ασθενών επηρεάζει άμεσα το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, ομάδες ατόμων οι οποίες αποτελούν μελλοντικούς χρήστες των υπηρεσιών (Ραφτόπουλος, 2002).

Αρκετές μελέτες τονίζουν πως η ικανοποίηση κάποιων ασθενών προκύπτει από την κάλυψη εσωτερικών αναγκών όπως η σχέση με τους υγειονομικούς υπαλλήλους, η ενημέρωση και η ενεργός συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων. Από την άλλη η δυσαρέσκεια τους καθορίζεται από την ακαταλληλότητα των περιβαλλοντικών συνθηκών (Μινάκη και συν., 2013). Η ικανοποίηση μπορεί να επηρεαστεί από τις προσδοκίες, τις αξίες αλλά και από την εμπειρία του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα. Η τελευταία μπορεί να έχει διακυμάνσεις εξαιτίας κάποιων κοινωνικών χαρακτηριστικών όπως η ηλικία και η εκπαίδευση (Larson et al., 2019).

Επικρατούν ωστόσο επιφυλάξεις από ορισμένους ερευνητές σχετικά με το αν οι ασθενείς είναι σε θέση να αξιολογήσουν και την τεχνική πλευρά της φροντίδας εκτός από την διαπροσωπική για την οποία είναι αρμόδιοι (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010) καθώς αφορά ευρύτερα μέτρα ποιότητας όπως οικονομική ανάλυση και ικανότητα των επαγγελματιών υγείας (Fenny et al., 2014).

## **5.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες ικανοποίησης ασθενών**

Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες διαφέρει σε κάθε χρήστη καθώς επηρεάζεται από πλήθος μεταβλητών. Παρακάτω ακολουθούν οι προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης όπως έχουν παρουσιαστεί στην την ακαδημαϊκή βιβλιογραφία.

### **5.2.1 Προσδοκίες ασθενών**

Ο Oliver το 1980 αντιλήφθηκε πως οι προσδοκίες έχουν δυο αναγκαία χαρακτηριστικά: την πιθανότητα εμφάνισης και την αξιολόγηση του γεγονότος. Με λίγα λόγια, δυο άτομα με όμοιες προσδοκίες μπορεί να κρίνουν διαφορετικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες εξαιτίας των διαφορετικών επιθυμιών (Ραφτόπουλος, 2009).

Η προσδοκία έχει χρονικό περιορισμό όσο η διάρκεια μιας συγκεκριμένης διαδικασίας. και αποτελεί την εγγήγορση του ατόμου να αντιδράσει σε μια δεδομένη κατάσταση. Ο Donabedian το 1990 επισήμανε πως ψυχολογικοί, μορφωτικοί και κοινωνικο-πολιτικοί παράγοντες ασκούν σημαντική επιρροή στους ασθενείς κατά την διαμόρφωση των προσδοκιών (Bowling et al., 2013). Παρατηρήθηκε όμως πως η πλειοψηφία των προσδοκιών παρουσιάζουν αστάθεια καθώς μεταβάλλονται στο χρόνο και μεταξύ των ατόμων.

Κάποιες έρευνες καταγράφουν πως πιο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς με χαμηλές προσδοκίες, άλλες αμφισβητούν το γεγονός πως η ικανοποίηση του χρήστη προκύπτει από την εκπλήρωση των προσδοκιών του ενώ άλλες αναφέρουν πως η ικανοποίηση επηρεάζεται από το αν η εμπειρία τους ήταν χειρότερη ή καλύτερη από την επιθυμητή (Ραφτόπουλος, 2009). Όλη η ερευνητική προσπάθεια γύρω από την ικανοποίηση του ασθενή αναδεικνύει την σύνδεση της ικανοποίησης με την εκπλήρωση των προσδοκιών (Batbaatar et al., 2017). Σύμφωνα με τους Rao et al. (2006) υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των

προσδοκιών του ασθενή και το αυξημένο επίπεδο ικανοποίησης από την επισκεψιμότητα στην ΠΦΥ (Raftopoulos, 2010) .

Οι αποκτηθείσες εμπειρίες μαζί με τις προσδοκίες αποτελούν σημαντικούς παράγοντες αξιολόγησης της υγειονομικής περίθαλψης (Tuncalp et al, 2015). Η υπέρβαση των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με τις προσδοκίες του ασθενή οδηγεί σε αυξημένη ικανοποίηση και το αντίστροφο. Οι προσδοκίες χωρίζονται ανάλογα με το ποιες υγειονομικές υπηρεσίες περίμενε ο ασθενής πως θα λάμβανε σε ιδανικές συνθήκες και ποιες σε ρεαλιστικές (Bowling et al., 2013).

### **5.2.2 Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών**

Ορισμένα χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλλο, το μορφωτικό επίπεδο, η κατάσταση υγείας, το εισόδημα, η θρησκεία, η οικογενειακή κατάσταση και η εθνικότητα συναντώνται στην βιβλιογραφία και επηρεάζουν άμεσα τις προσδοκίες και κατά συνέπεια την ικανοποίηση των ασθενών από τις υγειονομικές υπηρεσίες. Ωστόσο συχνά κάποια ευρήματα είναι αντικρουόμενα χωρίς σαφές αποτέλεσμα. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η μεταβλητή για το φύλλο και την οικογενειακή κατάσταση (Κουτσίμπου, 2022).

Ένας παράγοντας που έχει μελετηθεί αρκετά είναι η ηλικία. Οι ηλικιωμένοι έχουν χαμηλότερες προσδοκίες καθώς αρκετοί είναι συνηθισμένοι σε λιτές συνθήκες διαβίωσης και νιώθουν ευγνωμοσύνη για τις υπηρεσίες που τους παρέχονται ενώ τα νέα άτομα κρίνουν πιο αυστηρά αφού η γενιά τους είναι εξοικειωμένη με την καταναλωτική συμπεριφορά και τις απεριόριστες δυνατότητες (Bowling et al., 2013). Ο βαθμός ικανοποίησης βρέθηκε ότι παρουσιάζει ανοδική τάση ως τα 80 έτη ζωής και μετά έχει σημαντική μείωση (Κουτσίμπου, 2022).

Το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί μια ακόμα μεταβλητή ικανοποίησης. Όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο χαμηλότερα είναι τα ποσοστά ικανοποίησης. Επίσης η καλή κατάσταση της υγείας του ατόμου οδηγεί σε υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης ενώ άτομα με χρόνια νοσήματα δηλώνουν υψηλή δυσαρέσκεια. Το ίδιο συμβαίνει και με τα άτομα από εθνικές μειονότητες (Rahmqvist & Bara, 2010; Kaitelidou et al., 2019).

Οι διαπροσωπικές σχέσεις με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ο επαγγελματισμός τους



αποτελούν τους κυριότερους ενθαρρυντικούς παράγοντες ικανοποίησης (Γαβριήλ και συν., 2012). Επιρροή στην ικανοποίηση των ασθενών σε διαφορετικές δομές υπηρεσιών υγείας ασκεί ακόμα και το περιβάλλον των υπηρεσιών, ο χρόνος αναμονής, η οργάνωση, οι δεξιότητες του γιατρού (Raftopoulos, 2010), του νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, η εξασφάλιση του απορρήτου, ο σεβασμός της προσωπικότητας, η ενσυναίσθηση και η εμπιστευτικότητα (Καλογεροπούλου, 2011). Επιπρόσθετα ο βαθμός συμμετοχής του ασθενή στη λήψη αποφάσεων, ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός σε εκείνον και η πληροφόρηση που του παρέχεται (Rahmqvist & Bara, 2010; Sagaro et al., 2015) αλλά και η επάρκεια των φαρμάκων και των ατόμων του προσωπικού, η προσβασιμότητα, οι κτιριακές εγκαταστάσεις και η καθαριότητα είναι εξίσου καταλυτικοί παράγοντες (Manzoor et al., 2019). Τέλος κάποιοι ασθενείς δεν επιθυμούν να εκφράσουν την δυσαρέσκεια τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες είτε από φόβο για έκπτωση των μελλοντικών υπηρεσιών είτε λόγω της εξάρτησης από τους επαγγελματίες υγείας (Ραφτόπουλος, 2009).

Για τις υπηρεσίες της ΠΦΥ η προσβασιμότητα συμπεριλαμβανομένης της εύκολης πρόσβασης, του χρόνου αναμονής, των διαθέσιμων ραντεβού και της τηλεφωνικής επικοινωνίας αποτελεί σπουδαίο παράγοντα ικανοποίησης των ασθενών (Fenny et al., 2014 ; Γαβριήλ και συν., 2012). Επιπλέον η ιδιωτικότητα, η ενσυναίσθηση, ο σεβασμός, η συντονισμένη φροντίδα υγείας και το φιλικό περιβάλλον συμπληρώνουν τις ιδανικές συνθήκες της ΠΦΥ για την επίτευξη ικανοποίησης από τους χρήστες των υπηρεσιών (Ραφτόπουλος, 2010).

### **5.3 Μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών**

Με τη χρήση ποιοτικών και ποσοτικών διαδικασιών μπορεί να εκτιμηθεί η ικανοποίηση των ασθενών στην ΠΦΥ. Οι ποσοτικές κλίμακες παρουσιάζουν πιο ευρεία χρήση. Τα ερωτηματολόγια αποτελούν εργαλεία μέτρησης της ποιότητας και της ικανοποίησης και η επιλογή του καταλληλότερου γίνεται από τους ερευνητές με βάση τις διαστάσεις και τις ανάγκες που θέλουν να αξιολογήσουν. Η αξιοπιστία τους θα πρέπει να είναι βασικό μέλημα των ερευνητών η οποία διασφαλίζεται μέσω της επανάληψης με διαφορετικά εργαλεία. Το κάθε δομημένο ερωτηματολόγιο διαφοροποιείται ως προς τα χαρακτηριστικά που καλύπτει, το μέγεθος του και τον πληθυσμό που το συμπληρώνει ενώ για το καλύτερο αποτέλεσμα μπορεί να γίνει συνδυασμός ερωτηματολογίων. Ακόμα και η πιο αξιόπιστη κλίμακα αξιολόγησης όμως χαρακτηρίζεται από την υποκειμενικότητα του ατόμου που τη

συμπληρώνει καθώς επηρεάζεται από την προσωπικότητα και τις προσδοκίες του (Derriennic et al., 2022).

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών είναι ένας δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών αλλά και δείκτης αποτελέσματος ο οποίος αποδεικνύει αν οι παρεχόμενες υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του χρήστη (Larson et al., 2019). Η εκτίμηση των δεδομένων της μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας συνεπάγεται χρήση αποδοτικότερων υπηρεσιών και την βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών παρεμβάσεων (Λιονής και συν., 2016).

Εξέχουσα σημασία για τον προσδιορισμό του βαθμού της απόδοσης μιας υγειονομικής μονάδας παίζει η αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών της. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να συγκριθεί με άλλες παρόμοιες υπηρεσίες και να αναδείξει την υπεροχή της. Επιπλέον μέσω αυτής οι διοικήσεις των υπηρεσιών αυτών έχουν πρόσβαση σε χρήσιμες πληροφορίες για το προσωπικό και αυτό βοηθάει στην επίλυση τυχόν λειτουργικών προβλημάτων (Pini et al., 2014)

## 6. Βιβλιογραφική ανασκόπηση ικανοποίησης ασθενών για την ΠΦΥ στην Ελλάδα

Για την αναζήτηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας της ΠΦΥ πραγματοποιήθηκε αναζήτηση με λέξεις κλειδιά: ‘patient satisfaction in primary healthcare’, ‘satisfaction with primary healthcare services, patient satisfaction’ στις βάσεις δεδομένων: Pubmed και GoogleScholar. Από την επισκόπηση αυτή προέκυψαν 274 άρθρα από τα οποία τα 22 πληρούσαν τα επιθυμητά κριτήρια. Ακολουθούν κάποια από αυτά:

- Στην έρευνα των Konstantopoulou et al. (2019) για την αξιολόγηση της ποιότητας σε 63 ΤΟΜΥ της Ελλάδας η οποία απευθύνθηκε σε 2620 συμμετέχοντες, αναφέρθηκαν θετικές εμπειρίες σε όλους του παράγοντες αξιολόγησης ενώ βρέθηκαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης ως προς το υγειονομικό προσωπικό. Η ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζαν την υψηλότερη μέση βαθμολογία.
- Η έρευνα των Γούλα και συν. (2019) με τίτλο «Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» με δείγμα 454 ωφελούμενους από 7 δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της Αττικής κατέγραψε μέτρια έως υψηλή ικανοποίηση από τις υπηρεσίες φροντίδας της ΠΦΥ. Το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης σημειώθηκε από την ιατρική φροντίδα ενώ το χαμηλότερο από τις διοικητικές υπηρεσίες.
- Σύμφωνα με έρευνα του Lionis και συν. (2017) που διεξήχθη σε 220 ιατρεία γενικών ιατρών στην Ελλάδα στα πλαίσια μελέτης ποιότητας και κόστους της ΠΦΥ στην Ευρώπη διαπιστώθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων παρουσιάζει υψηλή ικανοποίηση ως προς την επικοινωνία με τον ιατρό και τον βαθμό συμμετοχής του στην διαδικασία λήψης αποφάσεων ενώ λιγότερο ικανοποιημένοι έμειναν από τις εγκαταστάσεις και τον εξοπλισμό.
- Οι Φρεγγίδου και συν. (2017) προχώρησαν σε μελέτη για την ικανοποίηση των ωφελούμενων από τις υπηρεσίες των υπηρεσιών φροντίδας υγείας του ΠΕΔΥ Κιλκίς σε 181 άτομα. Τα αποτελέσματα έδειξαν χαμηλό επίπεδο συνολικής ικανοποίησης με τους μεγαλύτερους σε ηλικία χρήστες να έχουν χαμηλότερες απαιτήσεις και τους νεότερους με υψηλό επίπεδο μόρφωσης να εμφανίζουν μικρότερη ικανοποίηση.

- Οι Πιερράκος και συν. (2013) στην συγκριτική ανάλυση δυο ερευνών που διεξήγαγαν για την απόδοση της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην ΠΦΥ επισήμαναν και στις δυο την χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών από τις διοικητικές υπηρεσίες συγκριτικά με τις ιατρικές και νοσηλευτικές. Επιπλέον η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και στις δυο μελέτες χαρακτηρίστηκε από καλή έως πολύ καλή. Ωστόσο στη δεύτερη έρευνα όλοι οι δείκτες είχαν υψηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με την πρώτη. Οι έρευνες έλαβαν χώρα σε 8 νοσοκομεία της Αττικής με την πρώτη να αφορά στην μέθοδο 457 ερωτηματολογίων από προσωπικές συνεντεύξεις ενώ η δεύτερη σε 1683 ερωτηματολόγια μέσω της χρήσης κουτιού παραπόνων. Η επικοινωνία με το προσωπικό με έμφαση στην ανθρώπινη πλευρά θεωρήθηκε αρκετά σημαντική στην ικανοποίηση του ασθενούς.
- Ο Raftopoulos (2010) διεξήγαγε έρευνα με τη βοήθεια 250 συμμετεχόντων για την αξιολόγηση της ποιότητας, της ικανοποίησης και των προσδοκιών από την παρεχόμενη φροντίδα των υπηρεσιών της ΠΦΥ στην χώρα μας. Βρέθηκε αρκετά υψηλή η συνολική ικανοποίηση από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες φροντίδας ενώ η πλειοψηφία δήλωσε ως πολύ σημαντικό στην φροντίδα από το ιατρό την αντιμετώπιση με σεβασμό και την ενημέρωση σχετικά με τη θεραπεία. Απο τη φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρούν σημαντική την προστασία της αξιοπρέπειας τους.
- Οι Ferreira et al. (2017) συνέλεξαν δεδομένα από 19.965 ερωτηθέντες στην Λισαβόνα για τον προσδιορισμό του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε 125 μονάδες οικογενειακής υγείας και σε κάποιες από τις 127 εξατομικευμένες μονάδες υγείας. Βρέθηκε μέση συνολική ικανοποίηση 77,4 % και υπογραμμίστηκαν ως σημαντικά η φροντίδα, η προσοχή και ο σεβασμός από τους επαγγελματίες υγείας. Τα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο παρουσίασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση ενώ οι γυναίκες και οι νέοι χρήστες είχαν περισσότερη δυσαρέσκεια από τους άνδρες και τους μεγαλύτερους ηλικιακά χρήστες.
- Στην Πολωνία ένα δείγμα 1980 ασθενών και 220 γιατρών επιστρατεύτηκαν για να συμμετάσχουν στην έρευνα των Oleszczyk et al. (2017) για την διερεύνηση της ικανοποίησης και των εμπειριών των ασθενών από την φροντίδα των ιατρών της ΠΦΥ. Το συμπέρασμα που προέκυψε αναδεικνύει ένα αρκετά καλό επίπεδο ποιότητας στην ΠΦΥ με θετικό δείκτη ικανοποίησης σε όλους τους τομείς.

- Οι Aldosari et al. (2017) στην ερευνητική τους προσπάθεια για αναζήτηση των παραγόντων που αλληλοεπηρεάζονται με την ικανοποίηση των ασθενών στην ΠΦΥ της Βραζιλίας κατέληξαν στο συμπέρασμα πως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η ανεργία συνδέονται με αυξημένη ικανοποίηση. Το ίδιο ισχύει και για το χρόνο που αφιερώνει κατά την επίσκεψη ο ιατρός αλλά και την προσπάθεια του για παροχή των κατάλληλων θεραπευτικών οδηγιών καθώς και το βοηθητικό προσωπικό της ΠΦΥ.
- Σε έρευνα των Paddison et al. (2015) στην Αγγλία με δείγμα 2169718 ατόμων μετρήθηκε η ικανοποίηση τους από την ΠΦΥ. Παράμετρος με μεγάλη συσχέτιση με την συνολική ικανοποίηση ήταν η επικοινωνία με τον ιατρό.
- Οι Pelletier- Fleury και Valiant (2013) πραγματοποίησαν έρευνα σε 860 Βρετανούς που διαμένουν στη Γαλλία για να αξιολογήσουν τις πτυχές της παρεχόμενης φροντίδας του οικογενειακού γιατρού. Ποσοστό μεγαλύτερο του 80% χαρακτήρισε εξαιρετική ή πολύ καλή τη σχέση γιατρού-ασθενούς και όλοι ένιωσαν ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Από την άλλη χαμηλή ικανοποίηση δήλωσε η πλειοψηφία σε οργανωτικά ζητήματα όπως ο χρόνος αναμονής.
- Σε επίπεδο διπλωματικών εργασιών η Ρυσσάκη (2022) διένειμε 200 ερωτηματολόγια στους εγγεγραμμένους χρήστες των 12 ΤΟΜΥ της Κρήτης με σκοπό την αξιολόγηση των υπηρεσιών. Το σημαντικότερο εύρημα που παρατηρήθηκε είναι η υψηλή ικανοποίηση των ασθενών από το προσωπικό των ΤΟΜΥ. Δεν έλλειψε όμως και η δυσαρέσκεια ως προς τις εγκαταστάσεις και τον εξοπλισμό. Με την ικανοποίηση δεν συσχετίστηκαν το φύλλο και η ηλικία των χρηστών.

## **7. Μεθοδολογία έρευνας**

### **7.1 Σκοπός έρευνας**

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην διερεύνηση και αξιολόγηση όλων των μεταβλητών που σχετίζονται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση που παρέχουν οι υπηρεσίες μιας TOMY της Νοτίου Ελλάδος στους χρήστες της. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας (από την πλευρά του χρήστη) της TOMY στην ενδυνάμωση της ΠΦΥ μέσω του μοντέλου του οικογενειακού γιατρού και της αλληλεπίδρασης των χρηστών με το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν επιμέρους στόχους της έρευνας. Μετά την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης τα ευρήματα αναμένεται να αναδείξουν τα δυνατά σημεία της δράσης της TOMY ή και τυχόν αστοχίες κατά την λειτουργία της μέσω της αξιολόγησης των διαστάσεων της φροντίδας υγείας και της εξεύρεση των προσδιοριστικών παραγόντων της ικανοποίησης .

### **7.2 Ερευνητικές υποθέσεις**

Οι ερευνητικές υποθέσεις είναι οι ακόλουθες:

- Ποιές είναι οι προσδοκίες, ο βαθμός ικανοποίησης και αντιληπτής ποιότητας φροντίδας υγείας των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της συγκεκριμένης TOMY;
- Ποιοι είναι οι παράγοντες που οδηγούν σε αυτά τα αποτελέσματα;
- Τα δημογραφικά στοιχεία των ωφελούμενων χρηστών, η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα καθώς και τα χαρακτηριστικά της TOMY επηρεάζουν τον βαθμό της εκληφθείσας ποιότητας και της ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες της μονάδας;

### **7.3 Ερευνητικό εργαλείο**

Εργαλείο της ποσοτικής αυτής έρευνας αποτέλεσε η χρήση σύντομου ερωτηματολογίου του κυρίου Ραφτόπουλου Β. με ερωτήσεις κλειστού τύπου το οποίο αποτελείται από δύο ενότητες. Η πρώτη περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις οι οποίες σχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων και με ερωτήσεις αναφορικά με την επίσκεψη τους στην TOMY, την παρουσία χρόνιας νόσου και την ανάδειξη της πιο σπουδαίας συνθήκης της φροντίδας απο τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στην τελική

εκληφθείσα ποιότητα, στην εκληφθείσα απόδοση καθώς και στην ικανοποίηση που λαμβάνουν οι χρήστες από τις υπηρεσίες της συγκεκριμένης TOMY σε σχέση με τις προσδοκίες τους.

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ καθώς διερευνά την ικανοποίηση των ασθενών σε συνάρτηση με τις προσδοκίες και την αντιληπτή ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του και έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές αντίστοιχες έρευνες. Η έρευνα διεξήχθη έπειτα από την χορήγηση ειδικής άδειας από την 7η Υγειονομική Περιφέρεια για την έγκριση της πραγματοποίησης της στην συγκεκριμένη TOMY.

#### **7.4 Πληθυσμός-δείγμα και η μεθοδολογία δειγματοληψίας**

Τον πληθυσμό αποτέλεσαν οι εγγεγραμμένοι χρήστες της TOMY με την προϋπόθεση να έχουν συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας τους. Τα συνολικά συμπληρωμένα ερωτηματολόγια ήταν 199 στον αριθμό. Η επιλογή πραγματοποιήθηκε με τυχαία δειγματοληψία των χρηστών κατά την διάρκεια επίσκεψης τους την TOMY ανεξάρτητου λόγου και διάρκειας και έπειτα από οικειοθελή συναίνεση για την συμμετοχή τους στην έρευνα. Η έρευνα διεξήχθη σε διάστημα 50 ημερών (από 20/2/23 έως 10/4/23) στο ωράριο λειτουργίας της TOMY (Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 7:00πμ έως τις 22:00μμ).

#### **7.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με την υποστήριξη της παρούσας ερευνήτριας ώστε να γίνει πλήρως κατανοητό το περιεχόμενό τους, να απαντηθούν όλα τα ερωτήματα και να δοθούν τυχόν διευκρινίσεις αν ζητηθούν. Η διανομή έγινε σε συνεχόμενη ροή προσέλευσης των ασθενών στην TOMY τις συγκεκριμένες μέρες.

#### **7.6 Στατιστική ανάλυση**

Μετά την ηλεκτρονική καταχώρηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε επεξεργασία των δεδομένων με τη στατιστική μέθοδο SPSS (Statistical Package for Social Science) προκειμένου να γίνουν στατιστικές αναλύσεις και συσχετίσεις μεταβλητών. Κατά τη διαδικασία αυτή υπολογίστηκαν μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, συχνότητες και ποσοστά.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Kolmogorov Smirnov test στις τέσσερις μεταβλητές (συνολικές προσδοκίες, προσδοκίες από την ιατρική φροντίδα, τη νοσηλευτική και τα χαρακτηριστικά της TOMY) και προέκυψε πως δεν παρουσίαζαν κανονική κατανομή για την ανάλυση. Για το λόγο αυτό έγινε ανάλυση με μη παραμετρικούς ελέγχους επαγωγικής στατιστικής. Οι έλεγχοι με τα κριτήρια Mann Whitney και Kruskal Wallis χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο διαφορών ως προς τα δημογραφικά στοιχεία. Χρησιμοποιήθηκε επίσης ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας επιλέχθηκε στο  $\alpha=0.05$ .

## **7.7 Δεοντολογία έρευνας**

Η έρευνα διεξήχθη με σεβασμό στους κανόνες ηθικής και ερευνητικής δεοντολογίας και είχε αυστηρά εθελοντικό χαρακτήρα. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν χωρίς καμία διάκριση, τηρώντας το δικαίωμα τους στην ανωνυμία και εφαρμόζοντας τον γενικό κανονισμό προστασίας δεδομένων GDPR (General Data Protection Regulation). Η ερευνητική διαδικασία διεξήχθη με διακριτικότητα χωρίς να προκαλέσει αναστάτωση στην μονάδα κατά τη διάρκεια της λειτουργίας της. Τα αποτελέσματα που συλλέχθηκαν είχαν αυστηρά χρήση στην συγκεκριμένη μόνο έρευνα.



## 8. Αποτελέσματα έρευνας

### 8.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας συμμετείχαν συνολικά 199 πολίτες που είχαν λάβει υπηρεσίες από μια ΤΟΜΥ στην Νότια Ελλάδα. Το δείγμα της έρευνας κατά 56.3% (v=112) αποτελούνταν από γυναίκες και κατά 43.7% (v=87) αποτελούνταν από άντρες. Επιπλέον, η πλειοψηφία του δείγματος είχε Ελληνική καταγωγή (v=175, 89.7%). Από το σύνολο των 199 πολιτών, το 46.9% (v=90) ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου/ Λυκείου. Αντίθετα, μικρότερο ποσοστό του δείγματος ήταν απόφοιτοι Ι.Ε.Κ. (v=19, 9.9%), απόφοιτοι τεχνικής σχολής (v=24, 12.5%), απόφοιτοι ΤΕΙ (v=22, 11.5%) απόφοιτοι ΑΕΙ (v=21, 10.9%) και κάτοχοι μάστερ/ διδακτορικού (v=16, 8.4%).

Τα στοιχεία σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση έδειξαν πως το 49.2% (v=98) του δείγματος ήταν παντρεμένοι. Αντίστοιχα, το 21.6% (v=43) ήταν ανύπαντροι, το 14.1% (v=28) ήταν χήροι, το 10.1% (v=20) ήταν χωρισμένοι και το 5% (v=10) δήλωσαν πως συμβιώνουν (Πίνακας 1). Επιπρόσθετα, το 47.2% (v=94) των συμμετεχόντων έκαναν μη χειρωνακτική εργασία, το 20.1% (v=40) των συμμετεχόντων έκαναν χειρωνακτική εργασία, το 11.1% (v=22) ήταν αγρότες και το 21.6% (v=43) ασχολούνταν με τα οικιακά. Τέλος, το 53.3% (v=106) των συμμετεχόντων είχαν κάποιο χρόνιο νόσημα και αυτό τους κάνει να επισκέπτονται συχνά τα ιατρεία.

**Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία πολιτών (N=199)**

		v	%
Φύλο	Άνδρας	87	43.7%
	Γυναίκα	112	56.3%
Ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης	Γυμνάσιο/ Λύκειο	90	46.9%
	Ι.Ε.Κ.	19	9.9%
	Μέση Τεχνική Σχολή	24	12.5%
	ΤΕΙ	22	11.5%

	ΑΕΙ	21	10.9%
	Μάστερ	12	6.3%
	Διδακτορικό	4	2.1%
Οικογενειακή κατάσταση	Ανύπαντρος/η	43	21.6%
	Παντρεμένος/η	98	49.2%
	Χωρισμένος/η	20	10.1%
	Χήρος/α	28	14.1%
	Συμβίωση	10	5.0%
Εθνικότητα	Ελληνική	175	89.7%
	Άλλη	20	10.3%
Επάγγελμα	Μη χειρωνακτικό	94	47.2%
	Χειρωνακτικό	40	20.1%
	Αγρότης	22	11.1%
	Οικιακά	43	21.6%
Χρόνιο νόσημα και επίσκεψη	Ναι	106	53.3%
	Όχι	93	46.7%

Από τον Πίνακα 2 προκύπτει πως η μέση ηλικίας των 199 πολιτών ήταν τα 49.4 (ΤΑ=16.4) έτη. Αντίστοιχα, ο μέσος αριθμός επισκέψεων στην ΤΟΜΥ ήταν 6.6 (ΤΑ=5.1) φορές.

**Πίνακας 2. Στοιχεία για την ηλικία και το μέσο αριθμό επισκέψεων στην ΤΟΜΥ**

	ΜΟ	ΤΑ	Min	Max
Ηλικία	49.4	16.4	20.0	83.0
Αριθμός επισκέψεων ΤΟΜΥ	6.6	5.1	0.0	25.0

Στον Πίνακα 3 που ακολουθεί δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης που αφορούν διάφορα στοιχεία για την επίσκεψη των πολιτών στην TOMY. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως το 91.4% (n=182) των πολιτών συμφώνησαν ή συμφώνησαν απόλυτα με το ότι θα ήθελαν στο μέλλον να επισκεφθούν ξανά αυτό το ιατρείο αν παρουσιαστεί πρόβλημα. Αντίθετα, το 61.6% (n=122) των πολιτών διαφώνησαν ή διαφώνησαν απόλυτα με το ότι θα πρέπει να αποφασίζει το προσωπικό για τη φροντίδα τους χωρίς να τους ρωτά γιατί αυτοί γνωρίζουν καλύτερα. Αναφορικά με τους λόγους επίσκεψης, το 37.2% (n=74) των συμμετεχόντων ανέφεραν ως λόγο επίσκεψης μια συνήθη συνταγογράφηση, το 33.7% (n=67) ανέφεραν ως λόγο επίσκεψης ένα ξαφνικό πρόβλημα υγείας και το 28.6% (n=57) ανέφεραν ως λόγο επίσκεψης μια επανεξέταση για ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας. Μικρότερο ποσοστό δήλωσε πως επισκέφθηκε τα ιατρεία για άλλο λόγο (n=21, 10.6%).

Τέλος, από τον Πίνακα 3 προκύπτει πως το 72.2% (n=143) των πολιτών ανέφεραν πως το πιο σπουδαίο στη φροντίδα τους στο ιατρείο είναι όλα τα αναφερόμενα (επικοινωνία με το προσωπικό, ευγένεια προσωπικού, ανέσεις του χώρου αναμονής, ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό, ενδιαφέρον προσωπικού, σεβασμός προσωπικού και ενημέρωση από το προσωπικό).

**Πίνακας 3. Στοιχεία για την επίσκεψη στην TOMY**

		v	%
Θα ήθελα στο μέλλον να επισκεφθώ ξανά αυτό το ιατρείο αν παρουσιαστεί πρόβλημα	Δε ξέρω	12	6.0%
	Διαφωνώ απόλυτα	3	1.5%
	Διαφωνώ	2	1.0%
	Συμφωνώ	58	29.1%
	Συμφωνώ απόλυτα	124	62.3%
Λόγος επίσκεψης	Ξαφνικό πρόβλημα υγείας	67	33.7%
	Επανεξέταση για ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας	57	28.6%

	Συνήθης συνταγογράφηση	74	37.2%
	Άλλο	21	10.6%
Τι θεωρείτε πιο σπουδαίο στη φροντίδα σας στο ιατρείο	Επικοινωνία με το προσωπικό	1	0.5%
	Ευγένεια προσωπικού	1	0.5%
	Ανέσεις του χώρου αναμονής	0	0.0%
	Ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό	5	2.5%
	Ενδιαφέρον προσωπικού	11	5.6%
	Σεβασμός προσωπικού	11	5.6%
	Ενημέρωση από το προσωπικό	26	13.1%
	Όλα	143	72.2%
Πιστεύω ότι πρέπει να αποφασίζει το προσωπικό για τη φροντίδα μου χωρίς να με ρωτά γιατί αυτοί γνωρίζουν καλύτερα	Δε ξέρω	23	11.6%
	Διαφωνώ απόλυτα	78	39.4%
	Διαφωνώ	44	22.2%
	Συμφωνώ	38	19.2%
	Συμφωνώ απόλυτα	15	7.6%

## 8.2 Εκληφθείσα ποιότητα (προσδοκίες) από τις παρεχόμενες υπηρεσίες

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτήσεων που αφορούσαν την εκληφθείσα ποιότητα (προσδοκίες) από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Στον Πίνακα 4 δίνονται τα στοιχεία που αφορούν τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα ποιότητα από τις υπηρεσίες που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό. Η

ανάλυση έδειξε πως σε όλες τις ερωτήσεις καταγράφηκε μέση τιμή μεταξύ 5.2 και 6.1 (όπου 5=αρκετά σημαντικό και 6=πολύ σημαντικό). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν πως οι πολίτες αναγνωρίζουν πως είναι πολύ σημαντικό γι' αυτούς να αισθάνονται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ξέρει καλά την δουλειά του (MO=6.1, TA=1.0). Επιπλέον, πολύ σημαντικό είναι το νοσηλευτικό προσωπικό να τους αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό (MO=5.8, TA=1.2), το νοσηλευτικό προσωπικό να αφιερώνει για να τους εξηγήσει όσα δεν κατάλαβαν από τον ιατρό (MO=5.5, TA=1.4) και να αισθάνονται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρεται για το πρόβλημα τους (MO=5.5, TA=1.3). Παρόμοια, αρκετά σημαντική θεωρούν τη φιλικότητα (MO=5.2, TA=1.6) και τη διακριτικότητα (MO=5.5, TA=1.4) του νοσηλευτικού προσωπικού.

**Πίνακας 4. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα ποιότητα από τις υπηρεσίες που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό**

	MO	TA
Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια χρόνο για να μου εξηγήσει όσα δεν κατάλαβα από τον ιατρό	5.5	1.4
Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται για το πρόβλημα μου	5.5	1.3
Να είναι φιλική η νοσηλεύτρια μαζί μου	5.2	1.6
Η νοσηλεύτρια να είναι διακριτική	5.5	1.4
Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ξέρει καλά την δουλειά της	6.1	1.0
Η νοσηλεύτρια να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία	5.5	5.4
Η νοσηλεύτρια να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό	5.8	1.2

Στον Πίνακα 5 δίνονται τα στοιχεία που αφορούν τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα ποιότητα από τις υπηρεσίες που παρέχει το ιατρικό προσωπικό. Η ανάλυση έδειξε πως σε όλες τις ερωτήσεις καταγράφηκε μέση τιμή μεταξύ 5.8 και 6.5 (όπου 5=αρκετά

σημαντικό, 6=πολύ σημαντικό και 7=πάρα πολύ σημαντικό). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι πολίτες αναγνωρίζουν πως είναι πολύ σημαντικό γι' αυτούς ο ιατρός να ξέρει να κάνει καλά τη δουλειά του (MO=6.7, TA=0.5), να αφιερώνει χρόνο για να τους εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσουν και να τους δώσει οδηγίες (MO=6.5, TA=0.7), να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις τους (MO=6.4, TA=0.9), να μην τους ζητά χρήματα (MO=6.5, TA=0.8) και να ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν (MO=6.5, TA=0.9). Παρόμοια, οι πολίτες αναγνωρίζουν πως είναι πολύ σημαντικό γι' αυτούς ο ιατρός να τους σέβεται σαν ανθρώπους όταν τους εξετάζει (MO=6.4, TA=1.0), να προστατεύει την αξιοπρέπεια τους όταν τους εξετάζει (MO=6.3, TA=1.1), να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση (MO=6.3, TA=0.8) και να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις (MO=6.3, TA=0.8).

**Πίνακας 5. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα ποιότητα από τις υπηρεσίες που παρέχει το ιατρικό προσωπικό**

	MO	TA
Ο ιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου	6.4	0.9
Ο ιατρός να αφιερώσει χρόνο για να μου εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει οδηγίες	6.5	0.7
Να νιώθω ότι ο ιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω	6.5	0.9
Ο ιατρός να είναι φιλικός μαζί μου	5.8	1.5
Ο ιατρός να είναι διακριτικός	6.0	1.3
Ο ιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό	6.2	1.1
Να νιώθω ότι ο ιατρός ξέρει καλά την δουλειά του	6.7	0.5
Ο ιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει	6.4	1.0

Ο ιατρός να προστατεύει την αξιοπρέπεια μου όταν με εξετάζει	6.3	1.1
Ο ιατρός να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία	6.2	1.1
Ο ιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση	6.3	0.8
Ο ιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού	5.9	1.2
Ο ιατρός να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις	6.3	0.8
Ο ιατρός να μην μου ζητά χρήματα	6.5	0.9
Ο ιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση	6.0	1.5

Στον Πίνακα 6 δίνονται τα στοιχεία που αφορούν τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα ποιότητα από τα χαρακτηριστικά της TOMY. Η ανάλυση έδειξε πως σε όλες τις ερωτήσεις καταγράφηκε μέση τιμή μεταξύ 4.7 και 6.1 (όπου 4=απλά σημαντικό και 6= πολύ σημαντικό). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι πολίτες αναγνωρίζουν πως είναι πολύ σημαντικό γι' αυτούς να τηρούνται τα ραντεβού (MO=6.1, TA=0.9) και η μονάδα να είναι καλά οργανωμένη (MO=6.0, TA=1.1). Επιπλέον, είναι αρκετά σημαντικό ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος (MO=5.1, TA=1.9) και ο χώρος των ιατρείων να είναι φιλικός (MO=5.1, TA=2.0)

**Πίνακας 6. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα ποιότητα της TOMY**

	MO	TA
Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος	5.1	1.9
Η μονάδα να είναι καλά οργανωμένη	6.0	1.1
Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας	4.7	2.3
Να τηρούνται τα ραντεβού	6.1	0.9
Να είναι φιλικός ο χώρος των ιατρείων	5.1	2.0

Τέλος, στον Πίνακα 7 δίνονται τα αποτελέσματα για τη συνολική εκληφθείσα ποιότητα (προσδοκίες) των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού και του ιατρικού προσωπικού και των χαρακτηριστικών της TOMY. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως γενικά οι πολίτες έχουν ένα πολύ υψηλό επίπεδο προσδοκιών από τις υπηρεσίες της TOMY (MO=5.7, TA=0.9). Από τις τρεις διαστάσεις ποιο σημαντική αναγνωρίζουν την ιατρική φροντίδα (MO=6.3, TA=0.8) και ακολουθούν η νοσηλευτική φροντίδα (MO=5.5, TA=1.1) και τα χαρακτηριστικά της TOMY (MO=5.4, TA=0.9). Από τον έλεγχο Kolmogorov Smirnov test προέκυψε πως και οι τέσσερις μεταβλητές δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Για το λόγο αυτό στη συνέχεια της ανάλυσης έγινε χρήση μη παραμετρικών ελέγχων επαγωγικής στατιστικής.

**Πίνακας 7. Περιγραφικά αποτελέσματα για τη συνολική εκληφθείσα ποιότητα των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού, του ιατρικού προσωπικού και της TOMY**

	MO	TA	Min	Max	Kolmogorov Smirnov test
Προσδοκίες από νοσηλευτικό προσωπικό	5.5	1.1	0.7	7.0	0.000
Προσδοκίες από ιατρικό προσωπικό	6.3	0.8	3.7	7.0	0.000
Προσδοκίες από τα χαρακτηριστικά της δομής	5.4	1.4	1.0	7.0	0.000
Συνολικές προσδοκίες	5.7	0.9	2.9	7.0	0.000

### **8.3 Εκληφθείσα απόδοση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες**

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτήσεων που αφορούσαν την εκληφθείσα απόδοση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Στον Πίνακα 8 δίνονται τα στοιχεία που αφορούν τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα απόδοση από τις υπηρεσίες που παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό. Η ανάλυση έδειξε πως η πλειοψηφία των πολιτών αναγνωρίζει πως το νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρθηκε για το



πρόβλημα τους (v=154, 77.8%), ήταν φιλικό απέναντι τους (v=162, 81.8%), ήταν διακριτικό (v=166, 84.3%) και τους έκανε να αισθάνονται πως ξέρει καλά την δουλειά του (v=161, 81.3%). Επιπλέον, το 73.9% (v=147) των πολιτών αναγνώρισε πως το νοσηλευτικό προσωπικό τους αντιμετώπισε σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό και το 57.1% (v=113) αναγνώρισε πως το νοσηλευτικό προσωπικό αφιέρωσε χρόνο για να τους εξηγήσει όσα δεν κατάλαβα από τον ιατρό.

**Πίνακας 8. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληθείσα απόδοσης από τις υπηρεσίες που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό**

	Δε συνέβη		Συνέβη		Δε ξέρω	
	v	%	v	%	v	%
Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια χρόνο για να μου εξηγήσει όσα δεν κατάλαβα από τον ιατρό	68	34.3%	113	57.1%	17	8.6%
Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται για το πρόβλημα μου	26	13.1%	154	77.8%	18	9.1%
Να είναι φιλική η νοσηλεύτρια μαζί μου	20	10.1%	162	81.8%	16	8.1%
Η νοσηλεύτρια να είναι διακριτική	16	8.1%	166	84.3%	15	7.6%
Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ξέρει καλά την δουλειά της	17	8.6%	161	81.3%	20	10.1%
Η νοσηλεύτρια να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία	80	40.4%	95	48.0%	23	11.6%

Η νοσηλεύτρια να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό	18	9.0%	147	73.9%	34	17.1%
--	----	------	-----	-------	----	-------

Στον Πίνακα 9 δίνονται τα στοιχεία που αφορούν τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληθείσα απόδοση από τις υπηρεσίες που παρείχε το ιατρικό προσωπικό. Η ανάλυση έδειξε πως η πλειοψηφία των πολιτών αναγνωρίζει πως το ιατρικό προσωπικό ήταν πρόθυμο να απαντήσει στις ερωτήσεις τους (v=193, 97.5%), αφιέρωσε χρόνο για να τους εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσουν και να τους δώσει οδηγίες (v=188, 94.9%) και τους έκανε να αισθανθούν πως νοιάζεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν (v=190, 96%). Παρόμοια, η πλειοψηφία των πολιτών αναγνώρισαν πως στην πράξη παρατηρήσαν όλες τις αναφερόμενες συμπεριφορές.

**Πίνακας 9. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληθείσα απόδοσης από τις υπηρεσίες που παρέχει το ιατρικό προσωπικό**

	Δε συνέβη		Συνέβη		Δε ξέρω	
	v	%	v	%	v	%
Ο ιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου	1	0.5%	193	97.5%	4	2.0%
Ο ιατρός να αφιερώσει χρόνο για να μου εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει οδηγίες	3	1.5%	188	94.9%	7	3.5%
Να νιώθω ότι ο ιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω	0	0.0%	190	96.0%	8	4.0%
Ο ιατρός να είναι φιλικός μαζί μου	0	0.0%	174	87.9%	24	12.1%

Οιατρός να είναι διακριτικός	2	1.0%	178	89.9%	18	9.1%
Ο ιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό	0	0.0%	177	89.4%	21	10.6 %
Να νιώθω ότι ο ιατρός ξέρει καλά την δουλειά του	0	0.0%	191	96.5%	7	3.5%
Ο ιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει	1	0.5%	191	96.5%	6	3.0%
Ο ιατρός να προστατεύει την αξιοπρέπεια μου όταν με εξετάζει	4	2.0%	190	96.0%	4	2.0%
Ο ιατρός να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία	11	5.6%	172	86.9%	15	7.6%
Ο ιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση	10	5.2%	173	90.1%	9	4.7%
Ο ιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού	33	16.8 %	139	70.9%	24	12.2 %
Ο ιατρός να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις	1	0.5%	178	90.8%	17	8.7%
Ο ιατρός να μην μου ζητά χρήματα	20	10.2 %	175	89.3%	1	0.5%
Ο ιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση	8	4.1%	167	85.2%	21	10.7 %

Στον Πίνακα 10 δίνονται τα στοιχεία που αφορούν τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα απόδοση από τα χαρακτηριστικά της TOMY. Η ανάλυση έδειξε πως η πλειοψηφία των πολιτών αναγνωρίζει πως ο χώρος αναμονής ήταν άνετος και ήσυχος (v=175, 89.3%), ο χώρος των ιατρείων ήταν φιλικός (v=169, 86.2%), η μονάδα ήταν καλά οργανωμένη (v=161, 82.1%) και τηρήθηκαν τα ραντεβού (v=153, 78.1%).

**Πίνακας 10. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την εκληφθείσα απόδοση της TOMY**

	Δε συνέβη		Συνέβη		Δε ξέρω	
	v	%	v	%	v	%
Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος	13	6.6%	175	89.3%	8	4.1%
Η μονάδα να είναι καλά οργανωμένη	10	5.1%	161	82.1%	25	12.8%
Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας	123	62.8%	62	31.6%	11	5.6%
Να τηρούνται τα ραντεβού	32	16.3%	153	78.1%	11	5.6%
Να είναι φιλικός ο χώρος των ιατρείων	8	4.1%	169	86.2%	19	9.7%

#### **8.4 Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες**

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτήσεων που αφορούσαν την ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Στον Πίνακα 11 δίνονται τα στοιχεία που αφορούν τις ερωτήσεις που αξιολογούν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό. Η ανάλυση έδειξε πως σε όλες τις ερωτήσεις καταγράφηκε μέση τιμή μεταξύ 5.4 και 5.9 (όπου 5=αρκετά ικανοποιημένος/η και 6=πολύ ικανοποιημένος/η). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι πολίτες είναι αρκετά ικανοποιημένοι από όλες τις αναφερόμενες διαστάσεις της νοσηλευτικής

φροντίδας. Αναλυτικότερα, προκύπτει πως οι πολίτες είναι αρκετά ικανοποιημένοι από το ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους έδωσε την αίσθηση ότι γνωρίζει καλά τη δουλειά του (ΜΟ=5.9, ΤΑ=0.9) και από το ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους αντιμετώπισε σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό (ΜΟ=5.8, ΤΑ=1.0). Επιπλέον, οι πολίτες αναγνώρισαν πως είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τη φιλικότητα (ΜΟ=5.7, ΤΑ=1.0) και τη διακριτικότητα (ΜΟ=5.7, ΤΑ=1.0) του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και από το χρόνο που αφιέρωσε το νοσηλευτικό προσωπικό για να τους εξηγήσει όσα δεν κατάλαβαν από τον ιατρό (ΜΟ=5.5, ΤΑ=1.2)

**Πίνακας 11. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό**

	ΜΟ	ΤΑ
Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια χρόνο για να μου εξηγήσει όσα δεν κατάλαβα από τον ιατρό	5.5	1.2
Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται για το πρόβλημα μου	5.7	1.0
Να είναι φιλική η νοσηλεύτρια μαζί μου	5.7	1.0
Η νοσηλεύτρια να είναι διακριτική	5.7	1.0
Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ξέρει καλά την δουλειά της	5.9	0.9
Η νοσηλεύτρια να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία	5.4	1.2
Η νοσηλεύτρια να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό	5.8	1.0

Στον Πίνακα 12 δίνονται τα στοιχεία που αφορούν τις ερωτήσεις που αξιολογούν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που παρείχε το ιατρικό προσωπικό. Η ανάλυση έδειξε πως σε όλες τις ερωτήσεις καταγράφηκε μέση τιμή μεταξύ 5.5 και 6.5 (όπου 5=αρκετά ικανοποιημένος/η και 6=πολύ ικανοποιημένος/η). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι πολίτες είναι αρκετά ικανοποιημένοι από όλες τις αναφερόμενες διαστάσεις της ιατρικής φροντίδας.

Αναλυτικότερα, προκύπτει πως οι πολίτες είναι αρκετά ικανοποιημένοι από το ότι το ιατρικό προσωπικό δε τους ζήτησε χρήματα (MO=6.5, TA=0.7), από το ότι φάνηκε να ξέρει καλά την δουλειά του (MO=6.3, TA=0.8), από το ότι ενδιαφέρθηκε για το πρόβλημα υγείας που αντιμετώπισαν (MO=6.2, TA=0.9) και από το ότι τους σεβάστηκε σαν ανθρώπους όταν τους εξέτασε (MO=6.2, TA=0.9). Παρόμοια, οι πολίτες είναι αρκετά ικανοποιημένοι από το ότι το ιατρικό προσωπικό ήταν πρόθυμο να απαντήσει στις ερωτήσεις τους (MO=6.1, TA=0.9), από το ότι αφιέρωσε χρόνο για να τους εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσουν και να τους δώσει οδηγίες (MO=6.1, TA=1.0), από το ότι προστάτευσε την αξιοπρέπεια τους όταν τους εξέτασε (MO=6.1, TA=0.9) και από το ότι τους αντιμετώπισε σαν ανθρώπους και όχι σαν αριθμό (MO=6.1, TA=0.9).

**Πίνακας 12. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που παρέχει το ιατρικό προσωπικό**

	MO	TA
Ο ιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου	6.1	0.9
Ο ιατρός να αφιερώσει χρόνο για να μου εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει οδηγίες	6.1	1.0
Να νιώθω ότι ο ιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω	6.2	0.9
Ο ιατρός να είναι φιλικός μαζί μου	5.9	1.0
Ο ιατρός να είναι διακριτικός	6.0	1.0
Ο ιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό	6.1	0.9
Να νιώθω ότι ο ιατρός ξέρει καλά την δουλειά του	6.3	0.8
Ο ιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει	6.2	0.9
Ο ιατρός να προστατεύει την αξιοπρέπεια μου όταν με εξετάζει	6.1	0.9

Ο ιατρός να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία	6.0	1.2
Ο ιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση	6.0	1.1
Ο ιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού	5.5	1.3
Ο ιατρός να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις	6.1	0.9
Ο ιατρός να μην μου ζητά χρήματα	6.5	0.7
Ο ιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση	6.0	1.1

Στον Πίνακα 13 δίνονται τα στοιχεία που αφορούν τις ερωτήσεις που αξιολογούν την ικανοποίηση από τα χαρακτηριστικά της TOMY. Η ανάλυση έδειξε πως σε όλες τις ερωτήσεις καταγράφηκε μέση τιμή μεταξύ 5.3 και 5.8 (όπου 5=αρκετά ικανοποιημένος/η και 6=πολύ ικανοποιημένος/η). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι πολίτες είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την άνεση και την ησυχία του χώρου αναμονής (MO=5.8, TA=1.0), από την οργάνωση της μονάδας (MO=5.8, TA=1.0) και από τη φιλικότητα του χώρου των ιατρείων (MO=5.7, TA=1.2). Παρόμοια, αρκετά ικανοποιημένοι έμειναν από την τήρηση των ραντεβού (MO=5.5, TA=1.2) και από τους αριθμούς προτεραιότητας (MO=5.3, TA=1.3).

**Πίνακας 13. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την ικανοποίηση από τα χαρακτηριστικά της TOMY**

	MO	TA
Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος	5.8	1.0
Η μονάδα να είναι καλά οργανωμένη	5.8	1.0
Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας	5.3	1.3
Να τηρούνται τα ραντεβού	5.5	1.2
Να είναι φιλικός ο χώρος των ιατρείων	5.7	1.2

Τέλος, στον Πίνακα 14 δίνονται τα αποτελέσματα για την ικανοποίηση των πολιτών από τη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα και τα χαρακτηριστικά της TOMY. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως γενικά οι πολίτες έχουν ένα πολύ υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που έλαβαν από την TOMY (MO=5.8, TA=0.8). Από τις τρεις διαστάσεις περισσότερο ικανοποιημένοι έμειναν από την ιατρική φροντίδα (MO=6.1, TA=0.8) και ακολουθεί η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα (MO=5.7, TA=0.9) και η ικανοποίηση από χαρακτηριστικά της TOMY (MO=5.6, TA=0.9). Από τον έλεγχο Kolmogorov Smirnov test προέκυψε πως και οι τέσσερις μεταβλητές δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Για το λόγο αυτό στη συνέχεια της ανάλυσης έγινε χρήση μη παραμετρικών ελέγχων επαγωγικής στατιστικής.

**Πίνακας 14. Περιγραφικά αποτελέσματα για τη συνολική εκληφθείσα ποιότητα των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού, του ιατρικού προσωπικού και της TOMY**

	MO	TA	Min	Max	Kolmogorov Smirnov test
Προσδοκίες από νοσηλευτικό προσωπικό	5.7	0.9	3.0	7.0	0.000
Προσδοκίες από ιατρικό προσωπικό	6.1	0.8	3.0	7.0	0.000
Προσδοκίες από τα χαρακτηριστικά της δομής	5.6	0.9	3.0	7.0	0.000
Συνολικές προσδοκίες	5.8	0.8	3.0	7.0	0.000

## 8.5 Έλεγχος διαφοράς μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης

Στον Πίνακα 15 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης για τον έλεγχο της διαφοράς μεταξύ προσδοκιών και επιπέδου ικανοποίησης. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο του Wilcoxon. Τα ευρήματα της ανάλυσης έδειξαν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική απόκλιση προσδοκιών και ικανοποίησης στη διάσταση της ιατρικής φροντίδας ( $p=0.000$ ) και στη διάσταση που αφορά τα χαρακτηριστικά της TOMY ( $p=0.000$ ). Τα ευρήματα έδειξαν πως το επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών ξεπέρασε τις προσδοκίες τους στη διάσταση της ιατρικής φροντίδας (MO διαφοράς=0.2, TA=0.7).



Αντίθετα, τα ευρήματα έδειξαν πως δεν καλύφθηκε το επίπεδο προσδοκιών των πολιτών από τα χαρακτηριστικά της TOMY, καθώς το επίπεδο ικανοποίησης τους από τα χαρακτηριστικά της TOMY υπολείπεται σημαντικά των προσδοκιών τους (MO διαφοράς=-0.2, TA=1.3). Τέλος, δεν καταγράφηκε σημαντική απόκλιση μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα ( $p=0.066$ ) ενώ δεν καταγράφηκε σημαντική απόκλιση μεταξύ των συνολικών προσδοκιών και της συνολικής ικανοποίησης.

**Πίνακας 15. Μέση διαφορά μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης: ευρήματα κριτηρίου Wilcoxon**

	MO	TA	Min	Max	Wilcoxon p
Νοσηλευτικό προσωπικό	-0.1	0.9	-4.1	2.7	0.066
Ιατρικό προσωπικό	0.2	0.7	-3.0	3.7	0.000
Χαρακτηριστικά της δομής	-0.2	1.3	-4.0	3.0	0.000
Συνολική διαφορά	-0.1	0.8	-3.0	3.1	0.205

## 8.6 Έλεγχος διαφορών ως προς τα δημογραφικά στοιχεία των πολιτών

Στην τελευταία ενότητα δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τις πιθανές διαφορές στις αντιλήψεις των πολιτών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε σύγκριση με τα ατομικά χαρακτηριστικά τους. Λόγω της μη κανονικότητας των μεταβλητών για την ανάλυση επιλέχθηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann Whitney και Kruskal Wallis.

Στον Πίνακα 16 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα του κριτηρίου Mann-Whitney ως προς το φύλο των πολιτών. Η ανάλυση έδειξε πως οι άντρες είχαν σημαντικά υψηλότερες προσδοκίες από τα χαρακτηριστικά της TOMY σε σύγκριση με τις γυναίκες ( $U=3776.5$ ,  $p=0.009$ ). Αντίστοιχα, καταγράφηκε σημαντική διαφορά στην απόκλιση μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης στις διαστάσεις που αφορούν τα χαρακτηριστικά της 1ης TOMY Ηρακλείου ( $U=3690.5$ ,  $p=0.006$ ) και στο σύνολο των υπηρεσιών ( $U=3302.5$ ,  $p=0.006$ ). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως στις γυναίκες καταγράφηκε μεγαλύτερη απόκλιση μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης από τα χαρακτηριστικά της TOMY Παρόμοια, στις γυναίκες

καταγράφηκε μεγαλύτερη απόκλιση μεταξύ συνολικών προσδοκιών και συνολικής ικανοποίησης σε σύγκριση με τους άντρες.

**Πίνακας 16. Ευρήματα κριτηρίου Mann-Whitney ως προς το φύλο των πολιτών**

	Φύλο				Mann Whitney U	P
	Άντρας		Γυναίκα			
	MO	TA	MO	TA		
Προσδοκίες νοσηλευτικό προσωπικό	5.5	1.2	5.5	1.0	4547.5	0.481
Προσδοκίες ιατρικό προσωπικό	6.4	0.7	6.2	0.8	4262.5	0.126
Προσδοκίες χαρακτηριστικά της δομής	5.7	1.1	5.1	1.5	3776.5	0.009
Συνολικές προσδοκίες	5.9	0.9	5.6	1.0	4036.5	0.063
Ικανοποίηση νοσηλευτικό προσωπικό	5.6	0.9	5.7	0.8	4426.5	0.328
Ικανοποίηση ιατρικό προσωπικό	6.1	0.7	6.0	0.8	4222.5	0.523
Ικανοποίηση χαρακτηριστικά της δομής	5.7	0.9	5.6	0.9	4628.0	0.615
Συνολική ικανοποίηση	5.8	0.7	5.8	0.8	4362.5	0.899
Διαφορά νοσηλευτές	-0.1	1.0	-0.2	0.8	4063.0	0.069
Διαφορά ιατροί	0.2	0.7	0.1	0.8	4138.0	0.387
Διαφορά δομή	0.1	1.1	-0.5	1.3	3690.5	0.006
Διαφορά σύνολο	0.1	0.8	-0.2	0.8	3302.5	0.006

Στον Πίνακα 17 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα του κριτηρίου Kruskal Wallis ως προς το επίπεδο σπουδών των πολιτών. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ως

προς το επίπεδο σπουδών των πολιτών στις προσδοκίες που είχαν από τη νοσηλευτική φροντίδα ( $\chi^2=12.29$ ,  $p=0.015$ ), στις προσδοκίες που είχαν από την ιατρική φροντίδα ( $\chi^2=13.84$ ,  $p=0.008$ ), στις προσδοκίες που είχαν από τα χαρακτηριστικά της TOMY ( $\chi^2=10.17$ ,  $p=0.038$ ) και στις συνολικές προσδοκίες ( $\chi^2=15.94$ ,  $p=0.003$ ). Επιπλέον, καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα ( $\chi^2=14.83$ ,  $p=0.005$ ) και στο συνολικό επίπεδο ικανοποίησης ( $\chi^2=14.10$ ,  $p=0.007$ ).

Τα στοιχεία δείχνουν πως οι πολίτες που ήταν κάτοχοι μάστερ ή διδακτορικού είχαν υψηλότερο επίπεδο προσδοκιών από τη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα και από τα χαρακτηριστικά της TOMY. Επιπλέον, οι πολίτες που ήταν κάτοχοι μάστερ ή διδακτορικού ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα ενώ ήταν και συνολικά περισσότερο ικανοποιημένοι από το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Πίνακας 17. Ευρήματα κριτηρίου Kruskal Wallis ως προς το επίπεδο σπουδών των πολιτών

	Εκπαίδευση										Kruskal Wallis	p
	Γυμνάσιο/ Λύκειο		ΙΕΚ		Μέση Τεχνική Σχολή		ΤΕΙ/ ΑΕΙ		Μάστερ/ PhD			
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ		
Προσδοκίες νοσηλευτικό προσωπικό	5.7	1.0	5.3	1.0	5.1	1.0	5.4	1.3	5.9	1.1	12.29	0.015
Προσδοκίες ιατρικό προσωπικό	6.4	0.7	6.0	0.9	6.0	0.8	6.3	0.7	6.7	0.7	13.84	0.008
Προσδοκίες χαρακτηριστικά της δομής	5.6	1.3	5.2	1.3	4.8	1.5	5.3	1.4	6.1	0.9	10.17	0.038
Συνολικές προσδοκίες	5.9	0.9	5.5	0.9	5.3	0.9	5.7	0.9	6.2	0.8	15.94	0.003
Ικανοποίηση νοσηλευτικό προσωπικό	5.8	0.9	5.7	0.8	5.4	0.8	5.5	0.8	5.9	1.0	8.51	0.075
Ικανοποίηση ιατρικό προσωπικό	6.2	0.8	5.8	0.9	5.8	0.7	6.1	0.6	6.3	1.0	14.83	0.005
Ικανοποίηση χαρακτηριστικά	5.8	1.0	5.5	0.9	5.3	1.0	5.6	0.7	5.8	1.0	7.80	0.099

της δομής												
Συνολική ικανοποίηση	5.9	0.8	5.7	0.8	5.4	0.8	5.8	0.6	6.1	0.9	14.10	0.007
Διαφορά νοσηλευτές	-0.1	0.7	-0.4	1.3	-0.2	0.9	-0.1	1.1	0.1	0.9	2.86	0.582
Διαφορά ιατροί	0.2	0.6	0.2	1.2	0.3	0.9	0.2	0.6	0.3	1.1	3.68	0.451
Διαφορά δομή	-0.2	1.1	-0.3	1.5	-0.5	1.6	-0.3	1.2	0.3	1.3	4.78	0.311
Διαφορά σύνολο	0.0	0.6	-0.2	1.3	-0.1	1.0	-0.1	0.6	0.2	1.0	0.96	0.917

Στον Πίνακα 18 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα του κριτηρίου Mann-Whitney ως προς την καταγωγή των πολιτών. Η ανάλυση έδειξε πως οι προσδοκίες, το επίπεδο ικανοποίησης και η απόκλιση μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης δε διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς την καταγωγή των πολιτών, καθώς προέκυψε p-value μεγαλύτερο από  $\alpha=0.05$  σε όλες τις αναλύσεις.

**Πίνακας 18. Ευρήματα κριτηρίου Mann-Whitney ως προς την καταγωγή των πολιτών**

	Καταγωγή				Mann Whitney U	p
	Ελληνική		Άλλη			
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ		
Προσδοκίες νοσηλευτικό προσωπικό	5.5	1.1	5.8	1.1	1461.00	0.239
Προσδοκίες ιατρικό προσωπικό	6.3	0.8	6.4	0.6	1723.50	0.911
Προσδοκίες χαρακτηριστικά της δομής	5.4	1.4	5.2	1.2	1449.00	0.219
Συνολικές προσδοκίες	5.7	1.0	5.8	0.8	1665.50	0.785
Ικανοποίηση νοσηλευτικό προσωπικό	5.7	0.9	5.8	0.8	1496.00	0.303
Ικανοποίηση ιατρικό προσωπικό	6.1	0.8	6.1	0.6	1544.50	0.817
Ικανοποίηση χαρακτηριστικά της δομής	5.6	0.9	5.7	0.7	1711.50	0.904
Συνολική ικανοποίηση	5.8	0.8	5.9	0.6	1566.00	0.926
Διαφορά νοσηλευτές	-0.1	0.9	0.0	0.6	1555.50	0.453

Διαφορά ιατροί	0.2	0.7	0.3	0.8	1271.50	0.145
Διαφορά δομή	-0.2	1.3	-0.5	1.2	1403.00	0.165
Διαφορά σύνολο	-0.1	0.8	-0.1	0.7	1535.50	0.884

Στον Πίνακα 19 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα του συντελεστή συσχέτισης του Spearman με την ηλικία των πολιτών και τον αριθμό επισκέψεων στην TOMY. Η ανάλυση έδειξε πως οι προσδοκίες, το επίπεδο ικανοποίησης και η απόκλιση μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης δε σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την ηλικία των πολιτών και με τον αριθμό φορών που είχαν επισκεφθεί την TOMY, καθώς προέκυψε p-value μεγαλύτερο από  $\alpha=0.05$  σε όλες τις αναλύσεις.

**Πίνακας 19. Ευρήματα συντελεστή συσχέτισης του Spearman με την ηλικία των πολιτών και τον αριθμό επισκέψεων στην TOMY**

		Ηλικία	Αριθμός επισκέψεων στα ιατρεία
Προσδοκίες από νοσηλευτικό προσωπικό	r	.001	.009
	p	.986	.902
Προσδοκίες από ιατρικό προσωπικό	r	.127	-.073
	p	.076	.304
Προσδοκίες από τα χαρακτηριστικά της δομής	r	.102	-.109
	p	.153	.126
Συνολικές προσδοκίες	r	.098	-.065
	p	.171	.366
Ικανοποίηση από νοσηλευτικό προσωπικό	r	-.017	.064

	p	.811	.369
Ικανοποίηση από ιατρικό προσωπικό	r	.026	.006
	p	.722	.937
Ικανοποίηση από τα χαρακτηριστικά της δομής	r	.064	.045
	p	.369	.532
Συνολική ικανοποίηση	r	.023	.029
	p	.750	.695
Νοσηλεύτες	r	.001	-.034
	p	.991	.637
Ιατροί	r	.026	-.077
	p	.726	.295
Δομή	r	.002	-.156
	p	.975	.029
Ικανοποίηση	r	.050	-.101
	p	.503	.171

Στον Πίνακα 20 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα του κριτηρίου Kruskal Wallis ως προς την οικογενειακή κατάσταση των πολιτών. Η ανάλυση έδειξε πως οι προσδοκίες, το επίπεδο ικανοποίησης και η απόκλιση μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης δε διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς την οικογενειακή κατάσταση των πολιτών, καθώς προέκυψε p-value μεγαλύτερο από  $\alpha=0.05$  σε όλες τις αναλύσεις.



**Πίνακας 20. Ευρήματα κριτηρίου Kruskal Wallis ως προς την οικογενειακή κατάσταση των πολιτών**

	Οικογενειακή κατάσταση										Kruskal Wallis	p
	Ανύπαντρος/η		Παντρεμένος/η		Χωρισμένος/η		Χήρος/α		Συμβίωση			
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ		
Προσδοκίες νοσηλευτικό προσωπικό	5.6	1.1	5.4	1.1	5.6	1.1	5.8	1.1	5.7	0.6	5.52	0.238
Προσδοκίες ιατρικό προσωπικό	6.3	0.7	6.2	0.8	6.2	0.7	6.3	0.9	6.5	0.4	2.27	0.686
Προσδοκίες χαρακτηριστικά της δομής	5.9	1.0	5.2	1.5	5.0	1.5	5.7	1.4	5.5	1.0	9.24	0.055
Συνολικές προσδοκίες	5.9	0.8	5.6	1.0	5.6	1.0	5.9	1.1	5.9	0.4	6.82	0.146
Ικανοποίηση νοσηλευτικό προσωπικό	5.9	0.7	5.5	0.9	5.5	0.9	6.0	0.8	5.4	1.1	9.34	0.053
Ικανοποίηση ιατρικό προσωπικό	6.3	0.6	6.0	0.8	5.9	0.8	6.2	0.8	5.9	1.1	3.83	0.429

Ικανοποίηση χαρακτηριστικά της δομής	5.8	0.8	5.5	1.0	5.8	0.8	5.6	1.0	5.3	1.0	4.53	0.339
Συνολική ικανοποίηση	6.0	0.6	5.7	0.8	5.7	0.8	6.0	0.8	5.6	1.0	5.90	0.207
Διαφορά νοσηλευτές	-0.2	1.1	-0.2	0.9	0.1	0.9	-0.2	0.5	0.2	1.3	2.53	0.639
Διαφορά ιατροί	0.1	0.8	0.2	0.7	0.3	0.7	0.2	0.5	0.6	1.2	1.79	0.774
Διαφορά δομή	0.1	0.9	-0.4	1.3	-0.8	1.4	0.0	1.2	0.2	1.4	9.34	0.053
Διαφορά σύνολο	0.0	0.8	-0.1	0.8	-0.1	0.8	0.0	0.7	0.3	1.2	2.90	0.575

Στον Πίνακα 21 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα του κριτηρίου Mann-Whitney ως προς την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος πολιτών. Η ανάλυση έδειξε πως οι πολίτες με χρόνια νόσημα είχαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα ( $U=4079.5$ ,  $p=0.045$ ), από την ιατρική φροντίδα ( $U=3619.5$ ,  $p=0.019$ ) και από τα χαρακτηριστικά της ΤΟΜΥ ( $U=3958.0$ ,  $p=0.021$ ). Αντίστοιχα, πολίτες με χρόνια νόσημα είχαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε σύγκριση με τους πολίτες χωρίς κάποιο χρόνια νόσημα ( $U=3602.5$ ,  $p=0.023$ )

**Πίνακας 21. Ευρήματα κριτηρίου Mann-Whitney ως προς την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος πολιτών**

	Χρόνιο νόσημα				Mann Whitney U	p
	Ναι		Όχι			
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ		
Προσδοκίες νοσηλευτικό προσωπικό	5.7	1.0	5.4	1.2	4432.5	0.262
Προσδοκίες ιατρικό προσωπικό	6.4	0.7	6.2	0.8	4280.5	0.105
Προσδοκίες χαρακτηριστικά της δομής	5.4	1.4	5.3	1.3	4574.5	0.442
Συνολικές προσδοκίες	5.8	0.9	5.6	1.0	4308.5	0.186
Ικανοποίηση νοσηλευτικό προσωπικό	5.8	0.9	5.5	0.8	4079.5	0.045
Ικανοποίηση ιατρικό προσωπικό	6.2	0.8	6.0	0.8	3619.5	0.019
Ικανοποίηση χαρακτηριστικά της	5.8	1.0	5.5	0.8	3958.0	0.021

δομής						
Συνολική ικανοποίηση	5.9	0.8	5.7	0.7	3602.5	0.023
Διαφορά νοσηλευτές	-0.1	0.8	-0.1	1.0	4625.5	0.592
Διαφορά ιατροί	0.2	0.7	0.2	0.8	4302.0	0.591
Διαφορά δομή	-0.3	1.3	-0.1	1.2	4470.5	0.358
Διαφορά σύνολο	-0.1	0.7	0.0	0.8	4014.0	0.339

Στον Πίνακα 22 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα του κριτηρίου Kruskal Wallis ως προς την επαγγελματική κατάσταση των πολιτών. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το επίπεδο σπουδών των πολιτών στις προσδοκίες που είχαν από την ιατρική φροντίδα ( $\chi^2=9.44$ ,  $p=0.024$ ), στις προσδοκίες που είχαν από τα χαρακτηριστικά της ΤΟΜΥ ( $\chi^2=14.55$ ,  $p=0.002$ ) και στις συνολικές προσδοκίες ( $\chi^2=9.83$ ,  $p=0.020$ ). Επιπλέον, καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην απόκλιση μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα ( $\chi^2=9.53$ ,  $p=0.023$ ) και στην απόκλιση μεταξύ συνολικών προσδοκιών και συνολικής ικανοποίησης ( $\chi^2=11.72$ ,  $p=0.008$ ).

Τα στοιχεία δείχνουν πως οι πολίτες που ήταν χήροι είχαν υψηλότερο επίπεδο προσδοκιών από την ιατρική φροντίδα και από τα χαρακτηριστικά της ΤΟΜΥ. Επιπλέον, οι πολίτες που ήταν χήροι είχαν περισσότερες συνολικές προσδοκίες. Τέλος, για τους πολίτες που ήταν σε συμβίωση καταγράφηκε σημαντικά μεγαλύτερη απόκλιση μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα. Παρόμοια, για τους πολίτες που ήταν σε συμβίωση καταγράφηκε σημαντικά μεγαλύτερη απόκλιση συνολικών προσδοκιών και συνολικής ικανοποίησης.

**Πίνακας 22. Ευρήματα κριτηρίου Kruskal Wallis ως προς την επαγγελματική κατάσταση των πολιτών**

	Ανύπαντρος/η		Χωρισμένος/η		Χήρος/α		Συμβίωση		Kruskal Wallis	p
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ		
Προσδοκίες νοσηλευτικό προσωπικό	5.4	1.2	5.6	0.9	5.8	1.1	5.5	1.1	2.67	0.445
Προσδοκίες ιατρικό προσωπικό	6.3	0.8	6.1	0.7	6.6	0.6	6.2	0.9	9.44	0.024
Προσδοκίες χαρακτηριστικά της δομής	5.4	1.4	5.3	0.9	6.3	0.9	5.1	1.7	14.55	0.002
Συνολικές προσδοκίες	5.7	0.9	5.7	0.8	6.3	0.8	5.6	1.1	9.83	0.020
Ικανοποίηση νοσηλευτικό προσωπικό	5.6	0.9	5.6	0.7	5.6	1.0	5.9	0.8	4.98	0.173
Ικανοποίηση ιατρικό προσωπικό	6.1	0.8	5.9	0.7	6.4	0.6	6.1	0.9	6.35	0.096
Ικανοποίηση χαρακτηριστικά της δομής	5.5	0.9	5.5	0.8	6.1	0.8	5.7	0.9	7.67	0.053
Συνολική ικανοποίηση	5.7	0.8	5.7	0.7	6.0	0.7	5.9	0.8	4.21	0.240

Διαφορά νοσηλευτές	-0.2	1.0	0.0	0.9	0.2	0.8	-0.4	0.7	9.53	0.023
Διαφορά ιατροί	0.2	0.8	0.2	0.8	0.2	0.6	0.1	0.5	3.94	0.268
Διαφορά δομή	-0.2	1.3	-0.2	1.1	0.2	0.9	-0.6	1.3	7.71	0.052
Διαφορά σύνολο	-0.1	0.8	0.0	0.8	0.3	0.6	-0.3	0.7	11.72	0.008

## 9. Συζήτηση

Τα τελευταία χρόνια σε Ελλάδα και εξωτερικό πλήθος μελετών έχουν ασχοληθεί με τα διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από την ΠΦΥ. Οι μελέτες αυτές ενισχύουν την σύγχρονη αντίληψη η οποία ενθαρρύνει την συμμετοχή των πολιτών στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία.

Λίγες μελέτες υπάρχουν όμως σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών στις TOMY. καθώς είναι ένας πρόσφατος θεσμός με έναρξη της λειτουργίας του στα τέλη του 2017. Η ίδρυση των TOMY αποτελεί σημαντικό παράγοντα μεταρρύθμισης της ΠΦΥ καθώς παρέχουν υπηρεσίες ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα και ολοκληρωμένης ΠΦΥ στους εγγεγραμμένους ωφελούμενους. Αξίζει να αναφερθεί η συμβολή των TOMY στην αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 τροποποιώντας την λειτουργία τους καθώς κάποιες μετατράπηκαν σε εμβολιαστικά κέντρα ενώ από άλλες μέρος του προσωπικού συνεπικουρούσε σε αυτά, όπως η TOMY που διεξήχθη η έρευνα που πραγματεύεται αυτή η εργασία. Μέρος του προσωπικού μετακινούνταν κάποιες μέρες στα δύο κέντρα υγείας της πόλης. Κατά την περίοδο διανομής του ερωτηματολογίου όμως η μονάδα είχε επανέλθει στην ομαλή της λειτουργία.

Η παρούσα διπλωματική εργασία ασχολήθηκε με την διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης του δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες μιας TOMY στην Νότια Ελλάδα καθώς και τις προσδοκίες και την αντιληπτή απόδοση από τις υπηρεσίες αυτές. Επίσης επικεντρώθηκε στην ύπαρξη και συσχέτιση των παραγόντων που ασκούν επιρροή στην ικανοποίηση των χρηστών.

Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (56,3%), σχεδόν οι μισοί ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου /Λυκείου (46,9%), μόνο το 10,3 % ήταν αλλοδαποί, το 49,2% ήταν έγγαμοι και λίγο παραπάνω από τους μισούς είχαν κάποιο χρόνιο νόσημα (53,3 %). Όσον αφορά την επίσκεψη των χρηστών στην TOMY, ελάχιστοι ήταν αυτοί που δεν θα ήθελαν να επισκεφτούν την μονάδα ξανά στο μέλλον (8,6%), με τους περισσότερες να αναφέρουν ως σύνηθες λόγο επίσκεψης τη συνταγογράφηση (37,2%) ή ένα έκτακτο πρόβλημα υγείας (33,7%).

Τα κύρια ευρήματα της εν λόγω έρευνας φανερώνουν πως η συνολική εκληφθείσα ποιότητα φροντίδας στην συγκεκριμένης TOMY βρίσκεται σε πολύ υψηλό επίπεδο και στις τρεις διαστάσεις. Ιεραρχικά η ιατρική φροντίδα βρίσκεται στην πρώτη θέση και στην τελευταία τα χαρακτηριστικά της TOMY Ως στατιστικά σημαντικό οι συμμετέχοντες θεωρούν:

-στην ιατρική φροντίδα (MO6,3): ο ιατρός να γνωρίζει καλά τη δουλειά του, να αφιερώνει χρόνο για επεξήγηση της θεραπευτικής αγωγής, να παρέχει δωρεάν τις υπηρεσίες του, να τους σέβεται σαν άτομα, να μην βιάζεται στη λήψη του ιατρικού ιστορικού.

-στην νοσηλευτική φροντίδα (MO 5,5): οι νοσηλεύτές/τριες να γνωρίζουν τη δουλειά τους, να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς ανθρώπινα και όχι ως νούμερα, να τους εξηγούν αναλυτικά τις απορίες που ίσως προέκυψαν από την επίσκεψη στον ιατρό, να δείχνουν ενδιαφέρον για το πρόβλημα τους.

-στα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης TOMY (MO 5,4): η τήρηση της σειράς των ραντεβού, η καλή οργάνωση της TOMY, η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη και ήσυχη.

Με τα ευρήματα αυτά συμφωνεί και η μελέτη που πραγματοποίησαν οι Konstantakorouloy και συν. (2019) για την αποτίμηση της ποιότητας της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σε 63 TOMY στην Ελλάδα όπου οι χρήστες ανέδειξαν την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα (4,57 και 4,52 αντίστοιχα) με την υψηλότερη μέση τιμή. Παρόμοια αποτελέσματα κατέγραψαν και αρκετές ακόμα έρευνες (Γούλας και συν., 2019; Πιερράκος και συν., 2013; Pelletier- Fleury & Valiant, 2013). Επιπλέον οι χρήστες χαρακτήρισαν εξαιρετικά ποιοτική την παρεχόμενη φροντίδα σε όλα τα επίπεδα. Άξιο λόγου είναι όμως και το γεγονός πως την περίοδο της έρευνας οι TOMY ήταν νεοσύστατες με μικρό χρόνο λειτουργίας.

Κατά τη διερεύνηση του επιπέδου της εκληφθείσας απόδοσης (προσδοκίες) των υπηρεσιών της TOMY, βρέθηκαν εξίσου υψηλά ποσοστά. Οι ασθενείς αναγνωρίζουν πως το νοσηλευτικό προσωπικό έδειξε ενδιαφέρον για το πρόβλημα υγείας τους, ήταν φιλικό, ήξεραν τη δουλειά τους ενώ οι γιατροί απαντούσαν πρόθυμα στις ερωτήσεις τους, αφιέρωσαν χρόνο στην ανάλυση της θεραπευτικής τους αγωγής και ενδιαφέρθηκαν για το πρόβλημα τους. Επιπλέον οι περισσότεροι εκτίμησαν την άνεση του χώρου αναμονής, την καλή οργάνωση της μονάδας και την τήρηση των ραντεβού.

Τέλος, τα αποτελέσματα της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες δείχνουν και εδώ μέση υψηλή τιμή ικανοποίησης σε όλες τις διαστάσεις. Στο ίδιο



συμπέρασμα οδηγήθηκε και η μελέτη των Oleszczyk et al., 2017. Αναλυτικότερα οι χρήστες έμειναν ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς αισθάνθηκαν ότι γνώριζε καλά τη δουλειά του, τους αντιμετώπισε ανθρώπινα και φιλικά ενώ αντίστοιχα από το ιατρικό προσωπικό έμειναν πολύ ικανοποιημένοι κυρίως επειδή δεν τους ζητήθηκαν χρήματα, οι γιατροί γνώριζαν καλά τη δουλειά τους, ενδιαφέρθηκαν για το πρόβλημα τους και τους σεβάστηκαν. Η καλά οργανωμένη μονάδα, το φιλικό περιβάλλον και η τήρηση των ραντεβού ήταν οι κύριοι λόγοι που αισθάνθηκαν υψηλή ικανοποίηση από τα χαρακτηριστικά της TOMY

Στον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης στην ιατρική φροντίδα και στα χαρακτηριστικά της TOMY που έγινε παρουσιάστηκε σημαντική απόκλιση. Στην πρώτη διάσταση η ικανοποίηση των πολιτών ξεπέρασε τις προσδοκίες τους ενώ αντίθετα ανικανοποίητες έμειναν οι προσδοκίες τους ως προς τη δεύτερη διάσταση. Λιγότερα θετικά αξιολόγησαν τα χαρακτηριστικά των δομών υγείας (εγκαταστάσεις, εξοπλισμός ) και οι ερωτώμενοι στις έρευνες των Pelletier- Fleury και Valiant (2013), Ρυσσάκη (2022), Γούλας και συν. (2019) και Lionis et al. (2017). Σχετικά με τη διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας δεν παρατάθηκε σημαντική απόκλιση.

Τα ευρήματα από την έρευνα του Ραφτόπουλου (2010) είναι παρεμφερή με τα ευρήματα της εν λόγω έρευνας. Ανέδειξαν υψηλή ικανοποίηση από τις υπηρεσίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα η συνολική ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα έφτανε το 95,3 % ενώ από την νοσηλευτική ήταν 92,5 %. Η ανθρωπιά και ο σεβασμός ήταν οι παράγοντες που θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικοί από την ιατρική φροντίδα, ενώ από την νοσηλευτική συμφώνησαν στην προστασία της αξιοπρέπειας κατά την εξέταση. Επιπλέον οι ανθρώπινη πλευρά του προσωπικού και στις δύο έρευνες (φιλική, ευγενική, αφοσίωση, προσοχή) αποτελούν ποιοτικά στοιχεία φροντίδας για τους χρήστες. Κοινό συμπέρασμα και των δυο ερευνών επίσης είναι πως τα χαρακτηριστικά των δομών υγείας θεωρούνται λιγότερο σημαντικά για την ικανοποίηση των χρηστών.

Ακολουθεί συσχέτιση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας που σχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και των ευρημάτων υπό το φως της βιβλιογραφίας. Συχνά τα αποτελέσματα για τον παράγοντα του φύλο είναι αντιφατικά. Κάποιες φορές το φύλο δεν παρουσιάζει μεγάλη συσχέτιση με την ικανοποίηση (Konstantakopoulou και συν., 2019; Ρυσσάκη, 2022), ενώ άλλες καταγράφεται πως οι

γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με τους άνδρες (Ferreira et al. (2017). Παρόλα αυτά στον έλεγχο διαφορών σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των πολιτών της παρούσας εργασίας καταγράφηκε πως οι άνδρες έχουν υψηλότερες προσδοκίες ως προς τα χαρακτηριστικά της TOMY ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη απόκλιση μεταξύ των συνολικών προσδοκιών και της συνολικής ικανοποίησης.

Η ηλικία δεν συνδέθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση. Το εύρημα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα και άλλων μελετών (Konstantakopoulou και συν., 2019; Ρυσσάκη, 2022). Το ίδιο ισχύει και για άλλους προσδιοριστικούς παράγοντες όπως η καταγωγή, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και η συχνότητα επίσκεψης στην μονάδα.

Το μορφωτικό επίπεδο είναι ένας παράγοντας ο οποίος ελέγχθηκε για την επιρροή που ασκεί στην ικανοποίηση των ασθενών. Οι πολίτες με μάστερ ή διδακτορικό παρουσίασαν μεγαλύτερο επίπεδο προσδοκιών ως προς τη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Στην μελέτη της Φρεγγίδου και συν. (2017) διαπιστώθηκε πως οι νέοι με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης παρουσιάζουν μειωμένη ικανοποίηση. Την ίδια άποψη υποστηρίζουν και οι Aldosari και συν. (2017), οι Ferreira et al. (2017) τονίζοντας πως τα άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου έχουν αυξημένα ποσοστά ικανοποίησης.

Η μελέτη των Rahmqvist & Bara (2010) συσχετίζει θετικά την ικανοποίηση και την καλή υγεία, εύρημα όμως στο οποίο δεν οδηγήθηκε η παρούσα έρευνα καθώς οι ασθενείς με χρόνια νόσημα εμφάνισαν πιο υψηλά επίπεδα συνολικής ικανοποίησης συγκριτικά με ασθενείς χωρίς χρόνια νόσο (Rahmqvist & Bara, 2010).

Συμπερασματικά, το ενδιαφέρον του προσωπικού (ιατρικού και νοσηλευτικού), η καλή γνώση της δουλειάς τους, η αφιέρωση χρόνου στον ασθενή, η αντιμετώπιση του με σεβασμό στην ανθρώπινη υπόσταση του και επιπλέον η τήρηση των ραντεβού και η καλή οργάνωση της μονάδας αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες οι οποίοι παρατηρήθηκαν σε υψηλά ποσοστά κατά τον έλεγχο τόσο της εκληφθείσας ποιότητας όσο και της εκληφθείσας απόδοσης αλλά και της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες της TOMY Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζονται από τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης (Lionis et al., 2017; Paddison et al., 2015; Ferreira et al., 2017; Πιερράκος και συν., 2013; Pelletier- Fleury & Valiant, 2013; Aldosari et al., 2017).

Τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών καθώς και εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας είναι συνήθη σε σχετικές έρευνες. Το 80% των συμμετεχόντων σε τέτοιες έρευνες απαντάει με θετική διάθεση στις ερωτήσεις που του δίνονται (Ραφτόπουλος, 2002). Μελέτες έχουν καταγράψει πως ο βαθμός ικανοποίησης και αφοσίωσης του λήπτη δέχεται άμεση επιρροή από τον πάροχο. Επίσης τα θετικά αυξημένα ποσοστά ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας ίσως υποδηλώνουν και μια σχέση εξάρτησης ασθενή με ιατρό (Konstantakoroulou et al., 2019). Επιπρόσθετα μια άλλη αιτία που οδηγεί σε αυτή τη συνθήκη είναι οι διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως τα συναισθήματα -σκέψεις των ασθενών και η επιθυμία να ευνοηθούν από τους επαγγελματίες υγείας (Μινάκη και συν., 2013; Raftopoulos, 2010).

## 10. Περιορισμοί μελέτης

Η μικρή χρονική διάρκεια της έρευνας και το επίσης μικρό μέγεθος του δείγματος αποτέλεσαν περιορισμούς της έρευνας. Επιπλέον οι συμμετέχοντες αφορούσαν μόνο τους χρήστες της συγκεκριμένης ΤΟΜΥ και γι αυτό το λόγο τα ευρήματα ίσως να μην αντιπροσωπεύουν άλλες ΤΟΜΥ ή δομές υγείας.

Ακόμα ο συγχρονικός χαρακτήρας της έρευνας δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό καθώς δεν μπορούν να αποτυπωθούν οι χρονικές αλλαγές που ίσως προκύψουν.

## 11. Συμπέρασμα

Η ανάδειξη του επιπέδου ικανοποίησης και εκληφθείσας ποιότητας σε υψηλά επίπεδα και στις τρεις διαστάσεις: ιατρική φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα, χαρακτηριστικά TOMY αλλά και το γεγονός πως η ικανοποίηση των χρηστών από την ιατρική φροντίδα ξεπέρασε τις προσδοκίες τους δεν θα πρέπει να προκαλεί εφησυχασμό καθώς υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης σε κάποιους προσδιοριστικούς παράγοντες. Παράλληλα παραπάνω προσοχή θα πρέπει να δοθεί στα λειτουργικά χαρακτηριστικά της TOMY καθώς δεν ανταπεξήλθαν επαρκώς στις προσδοκίες των χρηστών.

Τα ευρήματα αυτά τα οποία επικεντρώνονται στην φροντίδα του ασθενή μέσω δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας και η οργάνωση της μονάδας μπορούν να αποτελέσουν εργαλεία στα χέρια τόσο του προσωπικού της TOMY όσο και σε υψηλότερα ιεραρχικά επίπεδα για την ανάληψη δράσεων σχετικά με την βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών και την διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας ή και τον ανασχεδιασμό τους στοχεύοντας στην ΠΦΥ και στο ευρύτερο σύστημα υγείας. Οι παράγοντες αυτοί έχουν την δυνατότητα τροποποίησης και βελτίωσης σε αντίθεση με τους κοινωνικοδημογραφικούς και για αυτό θεωρούνται σημαντικοί καθώς διαφοροποιούνται υπό την επίδραση δράσεων επηρεάζοντας την ικανοποίηση.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Γαβριήλ Ε., Θεοδώρου Μ. & Middleton Ν. (2012). “Ίκανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου”. *Archives of Hellenic Medicine*.

Γούλα Α., Λάτσου Δ., Νάτσης Χ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. & Πιερράκος Γ. (2019). “Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας”. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 36(1):88-95.

Δομάγερ Φ.Ρ. & Λιονής Χ. (2020). “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ”, στο Π. Σαράφης, Π. Μπαμίδης (επιμέλεια). *Υπηρεσίες υγείας, συστήματα και πολιτικές*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη, σ. 381-408.

ΕΛΣΤΑΤ α (2022). ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ. ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2021. Διαθέσιμο από: <https://www.statistics.gr/documents/20181/01441a6a-7027-b079-6158-b263b4fbecad>. [Ημ. Πρόσβασης: 7/4/23].

ΕΛΣΤΑΤ β (2022). Δελτίο τύπου .Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2020. Διαθέσιμο από: [https://www.statistics.gr/documents/20181/17776954/NWS\\_SHE35DT2020\\_30032022\\_GR.pdf/60ffe579-1337-91d6-f282-4097158421a3?t=1648628281952](https://www.statistics.gr/documents/20181/17776954/NWS_SHE35DT2020_30032022_GR.pdf/60ffe579-1337-91d6-f282-4097158421a3?t=1648628281952) [Ημ. Πρόσβασης: 7/4/23].

Ευρωμεσογειακό Ινστιτούτο ποιότητας και ασφάλειας στις υπηρεσίες υγείας (EIQSH), Avedis Donabedian (2023). Διαθέσιμο στο: <https://eiqsh.eu/> .[Ημ. Πρόσβασης: 1/5/23].

Εφημερίς της κυβερνήσεως της Ελληνικής δημοκρατίας. (2017). “Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν.

4387/2016 και άλλες διατάξεις”. Τεύχος πρώτο, ΝΟΜΟΣ υπ’ αριθμ. 4461, Αρ. Φύλλου 38, Διαθέσιμο στο: [https://tomy.moh.gov.gr/Files/N.4461 \(2017\).pdf](https://tomy.moh.gov.gr/Files/N.4461%20(2017).pdf). [Ημ. Πρόσβασης: 24/4/23].

Εφημερίς της κυβέρνησεως της Ελληνικής δημοκρατίας. (2022). “Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις”. Τεύχος πρώτο, ΝΟΜΟΣ ΥΠ’ ΑΡΙΘΜ. 4931, Αρ. Φύλλου 94, Διαθέσιμο στο:

<https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/nomothesia-prwtobathmias-frontidas-ygeias/10511-n-4931-2022-giatros-gia-oloys-isotimh-kai-poiotikh-prosbash-stis-yphresies-toy-ethnikoy-organismoy-paroxhs-yphresiwn-ygeias-kai-sthn-prwtobathmia-frontida-ygeias-kai-alles-epeiyoyses-diatakseis>. [Ημ.

Πρόσβασης: 24/4/23].

Καλογεροπούλου Μ. (2011). “Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων”. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*. 28(5): 667-673.

Κοτσαγιώργη Ι. & Γκέκα Κ. (2010). “Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας”. *Το βήμα του Ασκληπιού*. 4(9).

Κουτσίμπου Π. (2020). “Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης από την φροντίδα, ασθενών με αναπνευστικά νοσήματα: η επίδραση των κοινωνικο-οικονομικών τους χαρακτηριστικών στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης”. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Κυριάκου-Γεωργίου Μ., Μερκούρης Α., Χατζημπαλάση Μ. & Σαράφης Π. (2021). “Συμβολή Επαγγελματιών Υγείας σε Θέματα που σχετίζονται με τη Διαχείριση Ποιότητας”. *Materiasociomedica. Journal of the Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina*. 33(1): 45–50.

Κυριόπουλος Γ. (2016). “Η επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma Ata για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”. *Χρόνος*. Διαθέσιμο στο: <https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-alma-ata>. [Ημ. Πρόσβασης: 24/1/23].

Λιονής Χ., Βιβιλάκη Β., Αδαμακίδου Θ. & Σακελλάρη Ε. (2015). Η ομάδα υγείας της

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας :ορισμός και έννοιες στο: Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Κάλλιπος σ. 24- 35.

Λιονής Χ., Θηβαίος Ε. & Παπανικολάου Ν. (2016). “ Ποιότητα και αποδοτικότητα στην ΠΦΥ- Αξιολόγηση και σχεδιασμός των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ. Πρακτικά 42ου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου.

Λιονής Χ. (2020). “Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα κάτω από το φως της Διακήρυξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Astana. Ένα κείμενο θέσεων”. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(2):151-154.

Λιονής Χ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Λάγιου Α. & Βιβιλάκη Β. (2015). “Ολοκληρωμένη (απαρτιωμένη) και εστιασμένη στον άνθρωπο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας :Εισαγωγικά σχόλια και ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας”. Στο Καλοκαιρινού Α., Αδαμακίδου Θ., Βελονάκη Β.Σ., Βιβιλάκη Β., Καπρέλη Ε., Κριεμπάρδης Α., Λάγιου Α., Λιονής Χ., Μαρκάκη Α., Μποδοσάλης Π.Μ., Παπαδαμάκη Μ.& Σακελλάρη Ε. (Επιμ.) *Εφαρμογές καλών πρακτικών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας* (σελ.36-46). Αθήνα : Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις

Μινάκη Π., Σαμόλης Ε. & Θεοδώρου Μ. (2013). “Παράπονα ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα ενδιαφέρεται γι’ αυτά”; *Αρχαία Ελληνική Ιατρικής*. 30(1): 67-68.

Μπαλάσκα Δ. & Μπιτσιώρη Ζ. (2015). “Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 3(4): 106-120.

Παπαδακάκη Μ. (2015). “Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”. Στο Καλοκαιρινού Α., Αδαμακίδου Θ., Βελονάκη Β.Σ., Βιβιλάκη Β., Καπρέλη Ε., Κριεμπάρδης Α., Λάγιου Α., Λιονής Χ., Μαρκάκη Α., Μποδοσάλης Π. Μ., Παπαδαμάκη Μ. & Σακελλάρη Ε. (Επιμ.) *Εφαρμογές καλών πρακτικών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. (σελ.122-135). Αθήνα : Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις.

Πετρέλης Μ. & Δομάγερ Φ.(2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης *.Το βήμα του Ασκληπείου*. 15



Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Γούλα Α., Λατσού Δ., Πατέρας Ι., Βουρλιώτου Κ., Γιαννουλάτος Π. (2013). “Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη”. *Archives of Hellenic Medicine*. 30(3):316-324

Ραφτόπουλος Β (2002). “Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας”. Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Ραφτόπουλος Β. (2009). *Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*. Λευκωσία. Αυτοέκδοση.

Ραφτόπουλος Β. (2020). “ Τα ευ και τα φεύ της ποιότητας και της ασφάλειας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας ”, στο Π. Σαράφης. Π. Μπαμίδης (επιμέλεια) *Υπηρεσίες υγείας συστήματα & πολιτικές*, Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη, σ.481-496.

Ρυσσάκη Ν. (2022). “ Αξιολόγηση των υπηρεσιών των Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) της Κρήτης από τους ωφελούμενους χρήστες”. Μεταπτυχιακή εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Σακελλάρη Ε. (2015). “Ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”. Στο Καλοκαιρινού Α., Αδαμακίδου Θ., Βελονάκη Β.Σ., Βιβιλάκη Β., Καπρέλη Ε., Κριεμπάρδης Α., Λάγιου Α., Λιονής Χ., Μαρκάκη Α., Μποδοσάλης Π.Μ., Παπαδαμάκη Μ.& Σακελλάρη Ε. (Επιμ.) *Εφαρμογές καλών πρακτικών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. (σελ.108-121). Αθήνα : Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις.

Σμπαρούνη Β.( 2022). “Αξιολόγηση της απόδοσης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας από τα Κέντρα Υγείας της Ελληνικής επικράτειας”. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Τόσκα Α. (2020). “Ποιότητα και Διοίκηση ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας”, στο Π. Σαράφης. Π. Μπαμίδης (επιμέλεια) *Υπηρεσίες υγείας συστήματα & πολιτικές*, Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη, σ.497-516.

Υπουργείο Υγείας (2017). “Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.” Αθήνα (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4486/2017).(ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017)

Υπουργείο Υγείας (2020). “Αξιολόγηση της λειτουργίας των Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY)”. Επιτελική Σύνοψη Συμπερασμάτων και Προτάσεων

Φιλαλήθης Α. (2021α). “Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Χαμένη στον λαβύρινθο”. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 38(4): 548-556.

Φιλαλήθης Α. (2021β). “Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας”. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38 (5).

Φρεγγίδου Ε., Γαλανής Π., Ζαφειρόπουλος Μ., Διακουμής Δ., Παπαδόπουλος Ρ., Παπαγιάννη Α., Θεοδώρου Μ. (2017). “Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς”. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 34(2):236-24

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

Aldosari M. A., Tavares M.A, Gonzaga Matta A. T., & Guimaraes Abreu M. H. N. (2017). “Factors associated with patients 'satisfaction in Brazilian dental primary health care”. *Plos One*.12(11).

American College of Emergency Physicians (ACEP). (2011). “Patient Satisfaction Surveys”. *Policy Statement*.

Anderson D.R, St Hilaire D. & Flinter M. (2012). “Primary care nursing role and care coordination: an observational study of nursing work in a community health center”. *The online Journal of Issues in Nursing*, 17(2).

Andrade L.A.F., Salazar P.E.L., Leopoldino K.D.M. & Montenegro C.B. (2019). Primary health care quality assessment according to the level of satisfaction of elderly users .*Revista Gaucha de Enfermagem*.

Batbaatar E., Dorjdagva J., Luvsannyam A., Savin M. M. & Amenta P. (2017). “Determinants of patient satisfaction: a systematic review”. *Perspect Public Health*. 137(2): 89-101.

Bishop P., Gilroy V. & Stirling L. (2015). A National Framework for Continuing Professional Development for Health Visitors - Standards to support professional practice. London: Institute of Health Visiting. Available at: [http://ihv.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/iHV\\_Framework-for-CPD\\_-HIA-Revision-AW-WEB.pdf](http://ihv.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/iHV_Framework-for-CPD_-HIA-Revision-AW-WEB.pdf). [Accessed 24/4/2023].

Bowling A., Rowe G. & McKee M. (2013). “Patients ’experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey”. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 106(4).

Brito-Pons G.& Librada- Flores S. (2018). “Compassion in palliative care : a review”. *Current Pinion in Supportive and Palliative Care*. 12:1-8.

Cheong L. H., Armour C. L. & Bosnic-Anticevich S.Z. (2013). “Primary health care teams and the patient perspective : a social network analysis;,. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9 (6):741-575

Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L. & Thomas H. (2003). “The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature”. *Health Technology Assessment 2002*. 32(6).

Derriennic J., Nabbe P., Barais M., Le Goff d., Pourtau T., Penpennic B., Le Reste J. (2022). “A systematic literature review of patient self-assessment instruments concerning quality of primary care in multiprofessional clinics”. *Family Practice*. 39(5): 951-963.

- Donabedian A. (2005). "Evaluating the quality of medical care". *The Milbank Quarterly*. 83(4): 691-729.
- Economou C. (2010). "Health systems in Transition Greece: Health system review". *European Observatory on Health Systems and Policies* .12 (7) :1-180.
- Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M. & Maresso A. (2017). "Greece: health system review". *Health Systems in Transition* . 19(5): 1-192.
- Ellner A. L. & Phillips R. (2017). "The Coming Primary Care Revolution". *Journal of General Internal Medicine*.32(4): 380–386.
- Emmanouilidou M. (2021). The 2017 Primary Health Care (PHC) reform in Greece: Improving access despite economic and professional constrains? *Health Policy*. 125(3): 290-295
- Fenny A. P., Enemark U., Asante F. A.& Hansen K. S. (2014). "Patient Satisfaction with Primary Health Care – A Comparison between the Insured and Non-Insured under the National Health Insurance Policy in Ghana". *Global Journal of Health Science*. 4(6).
- Ferreira P. L. (2017). "The voice of Primary Care patients in the Lisbon and Tagus Valley region of Portugal". *Cien Saude Colet*. 22(3):747-758.
- Georgiou M. K., Merkouris A., Hadjibalasi M. & Sarafis P. (2021). "Contribution of Healthcare Professionals in Issues that Relate to Quality Management". *Materiasociomedica. Journal of the Academy of medical sciences of Bosnia and Herzegovina*.33(1): 45–50.
- Giannoula E., Panagiotidis E., Katsikavelas I., Chatzipavlidou V., Sachpekidis C., Bamidis P., Raftopoulos V. & Iakovou I. (2020). "Quality & safety aspects of nuclear medicine practice: Definitions and review of the current literature". *Hellenic Journal of Nuclear Medicine*.23(1):60-66 .

Hanefeld J., Powell-Jackson T. & Balabanova D. (2017). “Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity”. *Bulletin of the World Health Organization*. 95(5): 368–374.

Hemingway A., Aarts C., Koskinen L., Campbell B. & Chasse F. (2012). A European Union and Canadian. Review of Public Health Nursing Preparation and Practice. *Public Health Nursing*, 30(1), pp. 58-69.

Institute of Medicine. (2001). “*Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*”, Washington DC: National Academy Press.

Kaitelidou D., Economou c., Galanis P., Konstantakopoulou O., Siskou O., Domete S., Boer D., Boerma W. G. & Groenewegen P.P. (2019). “Development and validation of measurement tools for users’ experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece : a mixed method study. *BMC family practice*, 20(1): 1-12.

Kalavrezou N. & Jin H. (2021). Health Care Reform on Greece: Progress and Reform Priorities. *International Monetary Fund*. 189: 1018-5941

Kraef C. & Kallestrup P. (2019). ‘After the Astana declaration: is comprehensive primary health care set for success this time?’. *BMJ Global Health*. 4(6):1-7

Kruk M.E., Gage A.D., Arsenault C., Jordan K., Leslie H.H., Roder-DeWan S., Adeyi O., Barker P., Daelmans B., Doubova S.V., Enflish M., Garcia- Elorrio E., Guanais F., Guareje O., Hirschhorn L.R, Kelly E., Tekle Lemango E., LiljerstrandJ., Malata A., Marchant T., Preciouw Matsoso M., Meara J.G., Mohanan M., Ndiaye Y., Norheim O.F., Srinath Reddy K., Rowe A. K., Salomon J.A , Thapa G., Twum-Danso, N.A.Y. & Pate M. (2018). “High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution”. *The Lancet global health*, 6(11):1196-1252.

Konstantakopoulou O., Kaitelidou D., Galanis P., Siskou O. & Economou C. (2019). “Using patient experience measures to evaluate of medical and nursing care in the newly established PHC units (TOMYs), in Greece. *Social Cohesion and Development*, 14(1), 49-63.

Kousoulis A. A., Angelopoulou K.E. & Lionis C. (2013). "Exploring health care reform in a changing Europe: lessons from Greece". *The European Journal of General Practice*. 19(3): 194-199

Kousoulis A. A., Symvoulakis E. K., & Lionis C. (2012). "What Greece can learn from UK primary care experience and empirical research". *British Journal of General Practice*, 62 (603)

Larson E., Sharma j., Bohren M. A. & Tuncalp O. (2019). "When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care". *Policy and Practice*.

Lions C., Papadakis S., Tatsi C., Bertsiias A., Duijker G., Merkouris P., Boerma W. & Scafer W. (2017). "Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the Qualicopc study);, *Bio Med Central Health Services Research*. 17(1): 1-13.

Lionis C., Symvoulakis E. K., Markaki A., Petelos E., Papadakis S., Sifaki-Pistolla D., Papadakakis M., Souliotis K. & Tziraki C. (2019). Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne's thread. *Primary Health Care Research & Development*.

Liu R., Shi L., Meng Y., He N., Wu J., Yan X. & Hu R. (2021). "The institutional primary healthcare service quality and patients' experiences in Chinese community health centers: results from the greater bay area study, China." *International Journal for equity in health*, 20 (1): 1-9.

Malavazos Th., Markasioti V., Malliarou M. & Sarafis P. (2019). Primary Health Care in Greece from ALMA-ATA to ASTANA. *Interscientific Health Care* . 11(3):39-56.

Manzoor F., Wei L., Hussain A., Asif M. & Shah S.I. (2019). 'Patient satisfaction with healthcare services: an application of physician's behavior as a moderator'. *International Journal of environmental research and public health*". 16(18): 3318.

McDonald K. M., Sundaram V., Bravata d. m., Lewis R., Lin, N., Kraft, S., McKinnon, M., Paguntalan, H. & Owens, D. (2007). "Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination)". *Agency for Healthcare Research and Quality*.

Mercouris A., Andreadoy A., Athini E., Hatzimbasali M., Rovithis M. & Papastauroy E. (2013). "Assessment of patient satisfaction in public hospitals in Cyprus: a descriptive study". *Health Science Journal*.

Mitchell P., Wynia M., Golden R., McNellis B., Okus S., Webb C.E.,...& Von Kohorn I.(2012). "Core principles & values of effective team-based health care ". *National Academy of Sciences*. Discussion paper. Institute of Medicine , Washington.

Mosadeghrad A.M. (2013). H"ealthcare service quality:Towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3): 203-219.

Mosadeghrad A.M. (2014). "Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management* , 3(2): 77-89.

Myloneros T. & Sakellariou D. (2021). "The effectiveness of primary health care in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review". *BMC health services research*. 21(1):1-12.

OECD (2019). "Deriving Preliminary Estimates of Primary Care Spending under the SHA 2011 Framework". [Online] Available at: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf> [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/greece-country-health-profile-2021\\_4ab8ea73-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/greece-country-health-profile-2021_4ab8ea73-en) of Health in the EU. [Accessed 7/4/2023]

OECD (2020). "Health at a Glance: Europe 2020 state of health in the EU cycle". [Online] Available at: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en). [Accessed 7/4/2023].

OECD (2021). State of Health in the EU . Greece .Country Health Profile 2021. [Online] Available at: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/greece-country-health-profile-2021\\_4ab8ea73-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/greece-country-health-profile-2021_4ab8ea73-en) .[Accessed 7/4/2023].

Oikonomou N. & Mariolis A. (2010). "How is Greece conforming to ALMA -ATA 'S principles in the middle of its biggest financial crisis? " *British Journal of General Practice* , 60 (575): 456-457.

Oleszczyk M., Krzton-krolewiecka A., Schafer W., Boerma W. & Windak A. (2017). "Experiences of adult patients using primary care services in Poland – a cross-sectional study in QUALICOPC study framework". *BMC Family practice*.18: 93

Oyvind AB, Ingeborg S.S. & Hilde h.i. (2011). "Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfillment of expectations". *British Medical Journal Quality Safety* . [Online] Available at: <https://qualitysafety.bmj.com/>. [Accessed 15/5/2023]

Paddison C. A. M., Abel G. A., Roland M. O., Elliot M. N., Lyratzopoulos G. & Cambbell J.L. (2015). "Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey". *Health Expectations*.18(5): 1081–1092.

Pelletier-Fleury N. & Le Vaillant M. (2013). "British residents 'views about general practice care in France – a telephone survey". *BMC Health Services Research*.13: 224.

Pini A., Sarafis P., Malliarou M., Tsounis A., Igoumenidis M., Bamidis P. & Niakas D. (2014). "Assessment of Patient Satisfaction of the Quality of Health Care Provided by



Outpatient Services of an Oncology Hospital”. *Global Journal of Health Science*.6(5): 196–203.

Raftopoulos V. (2010). “Assessment of users ’expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece”. *International Journal of Caring Sciences* 2010. 3(3): 110-121.

Rahmqvist M. & Bara A. C. (2010). “Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction”. *International Journal for Quality in Health care*. 22(2): 86-92.

Rahmqvist M. & Bara A. (2010). “Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction”. *International Journal for quality in health care*.

Ramalho A., Castro P., Goncalves-Pinho M., Teixeira J., Santos J.V., Viana J., Lobo M., Santos P. & Freitas A. (2019). “Primary health care quality indicators: an umbrella review”. *PloS one*, 14(8): 1-20.

Rupp T. M. (2018). “Assessing Quality of Care in Pharmacy: Remembering Donabedian”. *JMCP Journal of Managed care and Specialty Pharmacy*. 24(4):354-356.

Sagaro G.G., Yale A.W. & Koyira. (2015). “Patients satisfaction and associated factors among outpatient department at Wolaita Sodo University teaching hospital, southern Ethiopia: a cross sectional study”. *Science Journal of Clinical Medicine*. 4(5): 109-116.

Sarakbi D., Mensah-Abrampah N., Kleine-Bingham M. & Syed S. (2021). “Aiming for quality: a global compass for national learning systems”. *Health Research Policy and Systems*.19: 102.

Sbarouni V., Petelos E., Kamekis A., Tzagkarakis S.I., Symvoulakis E. & Lionis C. (2020). Discussing issues of health promotion and research in the context of primary care during the ongoing austerity period: an exploratory analysis from two regions in Greece. *Medicine and pharmacy reports*. 93(1): 69–74

Suklar S. (2019). "Ensuring and measuring quality in primary healthcare". *Journal of Universal Excellence*, 8(2): 153-168.

Sifaki-Pistolla D., Chatzea V.E., Markaki A., Kritikos K., Petelos E. & Lionis C. (2017). Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. *BMC Health Services Research* .17:788

Tadic V., Ashcroft R., Brown J.B. & Dahrouge S. (2020). "The role of social worker interprofessional primary healthcare teams". *Healthcare Policy*. 16(1):27.

Trakakis A., Nektarios M., Tziaferis S. & Prezarakos P. (2022). "Evaluation of the efficiency in public health centers in Greece regarding the human resources occupied: A bootstrap data envelopment analysis application". *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(3): 1-13.

Tuncalp O., Were W. M., MacLennan C., Olando O. T., Gulmezoglu A.M., Bahl R., Daelmans B., Mathai M., Say L., Kristensen F., Temmerman M. & Bustreo F. (2015). "Quality of care for pregnant women and newborns- the WHO vision". *Bjog An international Journal of Obstetrics & Gynecology*. 122(8): 1045-1049.

Wilkes L., Cioffi J., Cummings J., Warne B. & Harrison K. (2014). "Clients with chronic conditions: community nurse role in a multidisciplinary team". *Journal of Clinical Nursing* 23(5-6):844-855.

World Health Organization. (2018a). 'A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the sustainable development goals'.

*World Health Organization*. [Online] Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> .[Accessed 7/4/2023].

World Health Organization. (2018b). “Παρακολούθηση και τεκμηρίωση των συστημικών και υγειονομικών επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα”. Εκθεση αξιολόγησης. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2018c). “Quality in primary health ”. *World Health Organization*.

World Health Organization. (2019). “Declaration of Astana Global: Conference on Primary Health Care : Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018”. *World Health Organization*. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . [Accessed 7/4/2023].

World Health Organization. (2020). “Operational framework for Primary Health Care .Transforming Vision Into Action”. *World Health Organization*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832> . [Accessed 7/4/2023].

World Health Organization. (2021a). “Spending on health in Europe: entering a new era”. [Online] Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340910>. [Accessed 7/4/2023].

World Health Organization. (2021b). “Patient satisfaction and experience at migrant health centers in Turkey”. *World Health Organization*. [Online] Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341819>. [Accessed 15/5/2023]. [Accessed 7/4/2023]

WHO, World Bank Group & OECD (2018). “Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage”. *WHO, World Bank Group & OECD*.

# Παράρτημα Α: Έγκριση μεταπτυχιακής έρευνας σε ΤΟΜΥ της Νοτίου Ελλάδος



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
7<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
Ταχ. Δ/ση: 3<sup>ο</sup> χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,  
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης  
Πληροφορίες: **Ανδρέας Μανουράς**  
Τηλ: 2813 404433  
Fax: 2810 331570  
Email: [dprogram@hc-crete.gr](mailto:dprogram@hc-crete.gr)

09.01.2023 07:37:38  
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ  
ΥΠΟΦΑΚΑ  
ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΟ  
ΑΠΟ  
ΚΑΛΛΙΟΡΗ ΜΑΝΔΥΛΑΚΗ

Ηράκλειο, 05/01/2023

Α. Π.: 843

Απάντηση στο έγγραφο: 55520

ΠΡΟΣ: κα Ανδρεάκη Καλλιόπη,  
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του  
Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου

ΚΟΙΝ: 1) κ. Αγαπίου Δημήτριο,  
Υποδιοικητής 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης,  
2) κ. Υπεύθυνο της 1<sup>ης</sup> ΤΟΜΥ  
Ηρακλείου της 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης.

**ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στην 1<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Ηρακλείου, στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Εργασίας».**

**ΣΧΕΤΙΚΑ: 1.** Την με αρ. πρωτ. 55520/14-12-2022 αίτηση της κας Ανδρεάκη Καλλιόπης, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του ΕΑΠ,

**2.** Η ενυπόγραφη έγκριση του Υπεύθυνου της 1<sup>ης</sup> ΤΟΜΥ Ηρακλείου, κ. Βαρθάλη Διονύση.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στην 1<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Ηρακλείου, και συγκεκριμένα τη **διανομή ερωτηματολογίου στους εγγεγραμμένους χρήστες της 1<sup>ης</sup> ΤΟΜΥ Ηρακλείου που έχουν συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους**, στο πλαίσιο του Μ.Π.Σ. «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, από την φοιτήτρια κα Καλλιόπη Ανδρεάκη, με θέμα: **«Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εκληφθείσα ποιότητα και την ικανοποίηση του ωφελούμενου πληθυσμού από τις υπηρεσίες που παρέχονται σε Τοπική Ομάδα Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ) της Νοτίου Ελλάδος»**, υπό την επίβλεψη του ΣΕΠ ΔΜΥ ΕΑΠ, Δρ Β. Ραφτόπουλου.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της εθελοντικής συμμετοχής, της έγγραφης συγκατάθεσής τους και της ανώνυμης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (χωρίς προσωπικά δεδομένα, Ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, διεύθυνση κατοικίας, e-mail)

β) πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί **περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο της ΠΦΥ της 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης**. Η υποβολή της περιλήψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περιλήψης αποτελεσμάτων για την 7<sup>η</sup> Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον

ακόλουθο σύνδεσμο [www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx](http://www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx). Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στην ερευνήτρια ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

γ) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης της Μονάδας Υγείας.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ**  
**7<sup>ΗΣ</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**

**Συνημμένα:** Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας  
**Εσωτερική Διανομή:** Γραφείο Διοίκησης

## Παράρτημα Β: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Αγαπητέ/ή

Στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας, πραγματοποιείται έρευνα στο χώρο της 1ης Τ.ΟΜ.Υ. Ηρακλείου μέσω της συμπλήρωσης αυτού του ερωτηματολογίου. Σκοπός της είναι η αξιολόγηση της εκληφθείσας ποιότητας και της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες της συγκεκριμένης Τ.ΟΜ.Υ..

Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για το σκοπό της έρευνας. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη.

Η βοήθειά σας είναι πολύτιμη στην προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη συνεργασία.

Με εκτίμηση

Ανδρεάκη Καλλιόπη

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### 1. ΦΥΛΟ:

Άνδρας

Γυναίκα

### 2. ΗΛΙΚΙΑ \_\_\_\_\_ (χρόνια)

### 3. Ποιο είναι το ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσής σας:

Γυμνάσιο/Λύκειο

ΙΕΚ

Μέση Τεχνική Σχολή

Πτυχίο ΤΕΙ

Πτυχίο ΑΕΙ

Μάστερ

Διδακτορικό

### 4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Ανύπαντρος/η

Παντρεμένος/η

Χωρισμένος/η

Χήρος/η

Συμβίωση

### 5. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ:

Ελληνική

Άλλη

### 6. Επάγγελμα που κάνατε:

Μη χειρωνακτάς

Χειρωνακτάς

Αγρότης

Οικιακά

### 7. Εκτός από αυτή τη φορά πόσες άλλες φορές έχετε επισκεφτεί τα ιατρεία; \_\_\_\_\_

### 8 Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα που σας κάνει να επισκέπτεστε συχνά τα ιατρεία;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

### 9. Θα ήθελα στο μέλλον να επισκεφτώ ξανά αυτό το ιατρείο αν παρουσιαστεί πρόβλημα.

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Διαφωνώ

Διαφωνώ απόλυτα

Δεν ξέρω

**10. Ο λόγος της επίσκεψης είναι**

- Ένα ξαφνικό πρόβλημα υγείας  
Μια επανεξέταση για ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας  
Η συνήθης συνταγογράφηση  
Άλλο \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

**11. Τι θεωρείτε το πιο σπουδαίο στην φροντίδα σας στο ιατρείο;**

- Όλα  
Η ενημέρωση από το προσωπικό  
Ο σεβασμός από το προσωπικό  
Το ενδιαφέρον του προσωπικού  
Η ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό  
Οι ανέσεις του χώρου αναμονής  
Η ευγένεια του προσωπικού  
Η επικοινωνία με το προσωπικό

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

**12. Πιστεύω ότι πρέπει να αποφασίζει το προσωπικό (ο γιατρός και η νοσηλεύτρια) για την φροντίδα μου χωρίς να με ρωτά γιατί αυτοί γνωρίζουν τι είναι καλύτερο για μένα.**

- Συμφωνώ απόλυτα  
Συμφωνώ  
Διαφωνώ  
Διαφωνώ απόλυτα  
Δεν ξέρω

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>



**ΜΕΡΟΣ Β:** Παρακαλούμε βάλτε στα κουτάκια του πίνακα που ακολουθεί τον αριθμό της απάντησής που εκφράζει την προσωπική σας άποψη/εκτίμηση.  
Συμπληρώστε και τις τέσσερις στήλες του πίνακα.

**ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ**

- Πάρα πολύ σημαντικό..... 7
- Πολύ σημαντικό..... 6
- Αρκετά σημαντικό..... 5
- Απλά σημαντικό..... 4
- Λίγο σημαντικό..... 3
- Καθόλου σημαντικό..... 2
- Ουδέτερος..... 1
- Αδιάφορος..... 0

**ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ ΑΠΟΔΟΣΗ**

- Δεν ξέρω..... 2
- Συνέβη..... 1
- Δεν συνέβη..... 0

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ**

- Πάρα πολύ ικανοποιημένος..... 7
- Πολύ ικανοποιημένος..... 6
- Αρκετά ικανοποιημένος..... 5
- Απλά ικανοποιημένος..... 4
- Λίγο ικανοποιημένος..... 3
- Καθόλου ικανοποιημένος..... 2
- Δυσανεστημένος..... 1
- Πολύ δυσανεστημένος..... 0

	<b>Πόσο σημαντικό είναι για σας:</b> Σημειώστε τον αριθμό που σας εκφράζει από την ενότητα «ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ»	<b>Συνέβη:</b> Σημειώστε τον αριθμό που σας εκφράζει από την ενότητα «ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ ΑΠΟΔΟΣΗ»	<b>Πώς αισθάνεστε:</b> Σημειώστε τον αριθμό που σας εκφράζει από την ενότητα «ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ»
Να αφιερώσει η νοσηλεύτρια χρόνο για να μου εξηγήσει όλα δεν κατάλαβα από τον ιατρό			
Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται για το πρόβλημα μου			
Να είναι φιλική η νοσηλεύτρια μαζί μου			
Η νοσηλεύτρια να είναι διακριτική			
Να αισθάνομαι ότι η νοσηλεύτρια ξέρει καλά την δουλειά της			
Η νοσηλεύτρια να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία			

	<u>Πόσο σημαντικό είναι για σας:</u> Σημειώστε τον αριθμό που σας εκφράζει από την ενότητα «ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ»	<u>Συνέβη:</u> Σημειώστε τον αριθμό που σας εκφράζει από την ενότητα «ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ ΑΠΟΔΟΣΗ»	<u>Πώς αισθάνεσθε:</u> Σημειώστε τον αριθμό που σας εκφράζει από την ενότητα «ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ»
Η νοσηλεύτρια να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό			
Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου			
Ο γιατρός να αφιερώσει χρόνο για να μου εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει οδηγίες			
Να νιώθω ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω			
Ο γιατρός να είναι φιλικός μαζί μου			
Ο γιατρός είναι να διακριτικός			
Ο γιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό			
Να νιώθω ότι ο γιατρός ξέρει καλά την δουλειά του			
Ο γιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει			
Ο γιατρός να προσπατεί την αξιοπρέπεια μου όταν με εξετάζει			
Ο γιατρός να με συμβουλεύει τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία			
Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση			
Ο γιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού			
Ο γιατρός να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις			
Ο γιατρός να μην μου ζητά χρήματα			
Ο γιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση			
Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος			
Τα ιατρεία να είναι καλά οργανωμένα			
Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας			
Να τηρούνται τα ραντεβού			
Να είναι φιλικός ο χώρος των ιατρείων			

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.