

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία

«Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Συγκριτική μελέτη μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού στο νομό Χανίων»

Ονοματεπώνυμο Φοιτήτριας: Σφακάκη Ευαγγελία

Επιβλέπων Α : Ματαλλιωτάκης Γεώργιος

Επιβλέπων Β : Πάλλης Ελευθέριος

Χανιά, Μάιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας «Σφακάκη Ευαγγελίας» 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.

Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην πρόσβαση και χρήση
υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Συγκριτική μελέτη
μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού στο νομό Χανίων

Σφακάκη Ευαγγελία

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:
Ματαλλιωτάκης Γεώργιος
ΣΕΠ ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:
Πάλλης Ελευθέριος
ΣΕΠ ΕΑΠ

Χανιά, Μάϊος 2026

*Ευχαριστώ το σύμβουλο καθηγητή μου Ματαλλιωτάκη Γεώργιο. Ευχαριστώ τους φίλους
εκείνους που στάθηκαν δίπλα μου, με ενθάρρυναν, με συμβούλεψαν και με καθοδήγησαν
αφιλοκεδώς. Ολόκληρο το εγχείρημα του μεταπτυχιακού και της διπλωματικής εργασίας
είναι αφιερωμένο στο σύζυγο και στα παιδιά μου, για την ατελείωτη υπομονή τους και
συμπαράσταση σε όλη τη διάρκεια.*

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο τρόπος με τον οποίο οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες επηρεάζουν την προσβασιμότητα και τη χρήση των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί ζήτημα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης καθώς η ΠΦΥ είναι το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας. Στόχος της παρούσας διπλωματικής είναι η διερεύνηση και ανάλυση ανισοτήτων στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού στον νομό Χανίων.

Μέθοδος: Εφαρμόστηκε ποσοτική, διατομεακή και συγκριτική μελέτη σε 150 συμμετέχοντες χρησιμοποιώντας ανώνυμα ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώθηκαν από αγροτικό και αστικό πληθυσμό που επισκέφθηκε τα Κέντρα Υγείας στην Κάνδανο και στα Χανιά, αντίστοιχα. Οι ενότητες στις οποίες ερωτήθηκαν οι ασθενείς προκειμένου να συλλεχθούν τα δεδομένα ήταν δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας, χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ, εμπόδια πρόσβασης, ανικανοποίητες ανάγκες και ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Η ανάλυση περιλάμβανε περιγραφική στατιστική και ελέγχους χ^2 .

Αποτελέσματα: Στατιστικά σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού ως προς το φύλο, την ηλικιακή ομάδα και τη μορφή απασχόλησης, όχι όμως ως προς το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο. Επίσης, παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση ως προς τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ ανά περιοχή, καθώς οι συμμετέχοντες από τα Χανιά υπέδειξαν πως είχαν περισσότερες επισκέψεις σε γιατρό. Η Κάνδανος ανέδειξε το Κέντρο Υγείας ως κύριο σημείο πρώτης επαφής, ενώ στα Χανιά ήταν πιο διανεμημένες οι επιλογές φροντίδας. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις ανικανοποίητες ανάγκες, ωστόσο στην Κάνδανο η απόσταση αναδείχθηκε ως το κύριο εμπόδιο ενώ στα Χανιά ο χρόνος αναμονής. Ο βαθμός ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα ήταν υψηλός και στους δύο πληθυσμούς, ενώ η χρόνια νόσος συσχετίστηκε σημαντικά τόσο με τη χρήση ΠΦΥ όσο και με τις ανικανοποίητες ανάγκες.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν την αλληλεπίδραση που έχουν σημαντικοί παράγοντες στην ποιότητα της ΠΦΥ, η οποία δεν καθορίζεται μόνο από την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Η συστηματική και οργανωμένη παρακολούθηση των χρόνιων ασθενών, η πρόσβαση σε όλες τις ειδικότητες και σε κατάλληλες υποδομές

ιατρικής περίθαλψης μπορούν να συμβάλουν στην αναβάθμιση των υπηρεσιών της ΠΦΥ και τη μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και χρήση τους.

Λέξεις – Κλειδιά

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ανικανοποίητες ανάγκες, κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, αγροτικός και αστικός πληθυσμός

Socioeconomic inequalities in access to and use of Primary Health Care services: A comparative study between rural and urban populations in the prefecture of Chania

Evangelia Sfakaki

Abstract

Introduction: The way in which socioeconomic inequalities affect access to, and use of Primary Health Care services (PHC) is an issue that warrants further investigation, as PHC is the first point of contact for citizens with the health system. The aim of this thesis is to investigate and analyze inequalities in access to and use of PHC services between rural and urban populations in the prefecture of Chania.

Method: A quantitative, cross-sectional, and comparative study was conducted among 150 participants using anonymous questionnaires completed by rural and urban residents who visited the Health Centers in Kandalos and Chania, respectively. The areas in which patients were surveyed to collect data included demographic and socioeconomic characteristics, self-reported health status, use of primary health care services, barriers to access, unmet needs, and satisfaction with the care provided. The analysis included descriptive statistics and chi-square tests.

Results: Statistically significant differences were found between urban and rural populations in terms of gender, age group, and employment status, but not in terms of income and educational level. Additionally, significant variation was observed in the use of primary healthcare services by region, as participants from Chania reported having more visits to a doctor. In Kandalos, the Health Center emerged as the primary point of first contact, while in Chania, care options were more evenly distributed. No statistically significant differences were observed in unmet needs; however, in Kandalos, distance emerged as the main barrier, while in Chania it was waiting time. Satisfaction with the care

provided was high in both populations, while chronic disease was significantly associated with both the use of primary care and unmet needs.

Conclusions: The results of the study highlight the interplay among key factors affecting the quality of primary care, which is not determined solely by the provision of medical services. Systematic and organized monitoring of patients with chronic conditions, access to all medical specialties, and adequate healthcare infrastructure can contribute to improving primary care services and reducing inequalities in access to and use of these services.

Keywords

Primary Health Care, unmet needs, socioeconomic inequalities, rural and urban population

Περιεχόμενα

Περίληψη	v
Abstract	vii
Περιεχόμενα	ix
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xi
Κατάλογος Πινάκων	xiii
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια	xiv
Εισαγωγή	1
1. Κοινωνικοί προσδιοριστές και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες	5
1.1 Η έννοια της υγείας	5
1.1.1 Η υγεία στα προϊστορικά χρόνια	5
1.1.2 Η έννοια της υγείας στην αρχαία Ελλάδα (5 ^{ος} -4 ^{ος} αιώνας π.Χ.)	5
1.1.3 Η υγεία στα ρωμαϊκά χρόνια	6
1.1.4 Η υγεία στη σύγχρονη εποχή	6
1.2 Προσδιοριστές της υγείας	7
1.2.1 Εσωτερικοί προσδιοριστές της υγείας	7
1.2.2 Κοινωνικοί και οικονομικοί προσδιοριστές της υγείας	8
1.3 Έννοια και τύποι ανισοτήτων στην υγεία	9
2. Υγειονομικές ανάγκες και ανικανοποίητες ανάγκες	11
2.1 Υγειονομικές ανάγκες - Εννοιολογική προσέγγιση	11
2.2 Οι κυριότεροι δείκτες αποτίμησης του επιπέδου υγείας	12
2.3 Ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες - Εννοιολογική προσέγγιση	13
2.4 Ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες - Παράγοντες που τις προκαλούν	15
2.4.1 Ατομικά και δημογραφικά αίτια	15
2.4.2 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες	16
2.4.3 Οργανωτικοί και θεσμικοί παράγοντες του συστήματος υγείας	17
2.4.4 Γεωγραφικοί και χωρικοί παράγοντες	18
3. Ανικανοποίητες ανάγκες και αξιολόγηση της ΠΦΥ στην Ευρώπη και την Ελλάδα	19
3.1 Ευρωπαϊκά ευρήματα για ανισότητες στην πρόσβαση στην ΠΦΥ και στη χρήση ..	19
3.2 Ελλάδα: εξέλιξη των ανικανοποίητων αναγκών και βασικά χαρακτηριστικά της πρόσβασης στην ΠΦΥ	25
3.3 Αξιολόγηση της ΠΦΥ: δείκτες χρήσης, ικανοποίησης και εμπειρίας των ασθενών	30
4. Μεθοδολογία της Έρευνας	37
4.1 Σκοπός της έρευνας και ειδικοί στόχοι	37
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα	37
4.3 Σχεδιασμός της μελέτης	38
4.4 Ερευνητικά εργαλεία	39
4.5 Στατιστική ανάλυση	41
5. Αποτελέσματα	42
5.1 Περιγραφικά στατιστικά του δείγματος	42
5.2 Αυτοαναφερόμενη Κατάσταση Υγείας	45
5.3 Σύγκριση κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών	47
5.4 Χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ	49

5.5 Εμπόδια & ανικανοποίητες ανάγκες.....	53
5.6 Ικανοποίηση από την ΠΦΥ.....	56
5.7 Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών.....	57
6. Συμπεράσματα & Προτάσεις	62
6.1 Συμπεράσματα και συζήτηση ευρημάτων	62
6.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	67
6.3 Προτάσεις βελτίωσης της πρόσβασης στην ΠΦΥ και μελλοντική έρευνα	67
Βιβλιογραφία.....	70
Παράρτημα Α: Έντυπο Συναίνεσης σε Διπλωματική εργασία	77
Παράρτημα Β: Ερωτηματολόγιο.....	78

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία, 2024	20
Διάγραμμα 2 Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία λόγω υπερβολικού κόστους, ανά εισοδηματικό πεντημόριο, 2024.....	22
Διάγραμμα 3 Άτομα που δήλωσαν ότι έχουν ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία λόγω υπερβολικού κόστους, μεγάλης απόστασης ή λιστών αναμονής, 2024.....	24
Διάγραμμα 4 Τα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο οικονομικής δυσχέρειας στην Ελλάδα αναφέρουν πολύ μεγαλύτερες ανικανοποίητες ανάγκες σε ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη	26
Διάγραμμα 5 Στην Ελλάδα, οι πληρωμές από τους ίδιους τους πολίτες αντιπροσωπεύουν λίγο περισσότερο από το ένα τρίτο του συνόλου των δαπανών για την υγεία	27
Διάγραμμα 6 Οι επίσημες στατιστικές υπερεκτιμούν τον αριθμό των γιατρών στην Ελλάδα σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ	28
Διάγραμμα 7 Προσωπικό και εξοπλισμός των Κέντρων Υγείας, έτη 2023 και 2024.....	30
Διάγραμμα 8 Κέντρα υγείας ανά περιφέρεια NUTS 2 της Ελλάδας, 2024.....	30
Διάγραμμα 9 Μέσος αριθμός δια ζώσης ιατρικών επισκέψεων ανά άτομο, 2011, 2019 και 2021.....	32
Διάγραμμα 10 Ασθενοκεντρικότητα και συντονισμός της φροντίδας στην ΠΦΥ για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, 2024	34
Διάγραμμα 11 Οι 10 βασικοί δείκτες της μελέτης PaRIS: αποτελέσματα και εμπειρίες που αναφέρουν οι ίδιοι οι ασθενείς με μία ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις στην Ελλάδα.....	35
Διάγραμμα 12 Το φύλο με το οποίο ταυτίζονται οι συμμετέχοντες (Α) και η ηλικία τους (Β)	43
Διάγραμμα 13 Κατανομή των συμμετεχόντων (n=150) ανάλογα με την περιοχή κατοικίας τους (αστικός και αγροτικός πληθυσμός)	43
Διάγραμμα 14 Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων (Α) και το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που ολοκλήρωσαν (Β)	44
Διάγραμμα 15 Μορφή απασχόλησης των συμμετεχόντων (Α) και το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα (Β).....	45
Διάγραμμα 16 Αυτοαναφερόμενη γενική κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων	46
Διάγραμμα 17 Προβλήματα υγείας ή παθήσεις που ταλαιπώρησαν τους συμμετέχοντες τους τελευταίους 12 μήνες	46
Διάγραμμα 18 Χρόνια προβλήματα υγείας που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες ..	47
Διάγραμμα 19 Συχνότητα επισκέψεων σε γιατρό (οικογενειακό ή γενικό γιατρό) τους τελευταίους 12 μήνες, στο σύνολο του δείγματος.....	50
Διάγραμμα 20 Επίσκεψη σε νοσοκομείο ή ειδικό γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες, στο σύνολο του δείγματος	50
Διάγραμμα 21 Πρώτο σημείο επαφής - αναζήτησης φροντίδας σε περίπτωση προβλήματος υγείας, στο σύνολο του δείγματος	51

Διάγραμμα 22 Κύριοι λόγοι μη λήψης υγειονομικής φροντίδας, στον αγροτικό (Κάνδανος) και στον αστικό (Χανιά) πληθυσμό	54
Διάγραμμα 23 Ευκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες ΠΦΥ ανά περιοχή κατοικίας (αγροτική/αστική) μεταξύ συμμετεχόντων με ανικανοποίητες ανάγκες υγείας	56

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά κατηγορία, έτη 2023-2024	29
Πίνακας 2 Σύγκριση δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού	48
Πίνακας 3 Χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ: σύγκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού	52
Πίνακας 4 Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας: σύγκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού	53
Πίνακας 5 Ευκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες ΠΦΥ: σύγκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού	55
Πίνακας 6 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες ΠΦΥ: σύγκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού	56
Πίνακας 7 Συσχέτιση δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και κλινικών χαρακτηριστικών με τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ	58
Πίνακας 8 Συσχέτιση δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και κλινικών χαρακτηριστικών με τις ανικανοποίητες ανάγκες.....	60

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

Ελληνικές συντομογραφίες

ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
π.Χ.	Προ Χριστού
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
TOMY	Τοπική Μονάδα Υγείας

Αγγλικές συντομογραφίες

DALYs	Disability-Adjusted Life Years	Προσαρμοσμένα στην ανικανότητα έτη ζωής
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions	Ευρωπαϊκή Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης
NUTS	Nomenclature of Territorial Units for Statistics	Ονοματολογία Εδαφικών Στατιστικών Μονάδων
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
WHO	World Health Organization	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
YLD	Years Lived with Disability	Χαμένα Έτη ζωής λόγω αναπηρίας / ανικανότητας
YLL	Years of Life Lost	Χαμένα Έτη ζωής λόγω πρόωρης θνησιμότητας

Εισαγωγή

Ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικά ζητήματα της σύγχρονης εποχής και κεντρικό αντικείμενο μελέτης των κοινωνικών επιστημών αποτελούν οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες. Ο όρος αφορά τις συστηματικές διαφοροποιήσεις διαφορετικών κοινωνικών ομάδων στην εκπαίδευση, την εργασία, το εισόδημα, το επίπεδο υγείας, την πρόσβαση σε κοινωνικούς πόρους, στη ζωή γενικότερα. Η σπουδαιότητά τους αφορά την άσκηση σημαντικής επιρροής στις ευκαιρίες στη ζωή, στον τρόπο διαβίωσης και τελικά στη συνοχή των διαφορετικών αυτών κοινωνιών (Marmot, 2005; Wilkinson & Pickett, 2009) .

Στη σύγχρονη εποχή, η αλληλεξάρτηση των κοινωνιών, των πολιτισμών, των οικονομιών τους, σε συνδυασμό με τις παρατεταμένες οικονομικές κρίσεις, τις συνεχείς αλλαγές στην αγορά εργασίας, την άνιση κατανομή του πλούτου έχουν εντείνει τις ανισότητες μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. Οι κοινωνικά ευάλωτες ομάδες είναι αυτές που επηρεάζονται περισσότερο (OECD, 2019b). Κοινωνικά ευάλωτες ομάδες είναι ομάδες που δύσκολα προσεγγίζουν κοινωνικούς πόρους και υπηρεσίες, όπως η εκπαίδευση, η εργασία, η κοινωνική προστασία και κινδυνεύουν να αποκλειστούν κοινωνικά, πολιτισμικά, οικονομικά (WHO, 2010).

Η ευαλωτότητα μπορεί να σχετίζεται με παράγοντες όπως το εισόδημα, η μόρφωση, η ηλικία, τα χρόνια νοσήματα, η κοινωνική και πολιτισμική περιθωριοποίηση, η γεωγραφική απομόνωση και η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Η αναγνώριση αυτών των ομάδων λοιπόν για τη δημόσια υγεία, είναι πολύ σημαντική, γιατί οι ανισότητες που τις χαρακτηρίζουν επηρεάζουν την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τελικά την υγεία και την ποιότητα ζωής τους (Marmot, 2010).

Η υγεία και η ασθένεια από την άλλη και η κατανομή αυτών είναι στοιχεία της κοινωνικής δομής και του πολιτισμού μιας χώρας, καθώς επηρεάζουν τόσο την κοινωνική οργάνωση όσο και την παραγωγικότητα. Υψηλά επίπεδα υγείας σημαίνουν αυξημένο ανθρώπινο δυναμικό, υψηλότερα επίπεδα συμμετοχής στην αγορά εργασίας, αυξημένη παραγωγικότητα, μειωμένες δαπάνες κοινωνικής πρόνοιας, βιώσιμη ανάπτυξη. Υψηλά επίπεδα ασθένειας αποδυναμώνουν βασικές δομές της κοινωνίας όπως η οικογένεια, η εκπαίδευση, η εργασία, οδηγώντας σε κοινωνική αποσταθεροποίηση. Γι' αυτό και οι

υπηρεσίες υγείας, η παροχή τους και η κατανομή τους, είναι καίριας σημασίας (Marmot, 2005).

Χρειάζεται έτσι να προσδιοριστεί η υγειονομική ανάγκη, μια έννοια που αποτιμάται έμμεσα από το επίπεδο υγείας, το οποίο με τη σειρά του αποτιμάται από δείκτες όπως η νοσηρότητα, η θνησιμότητα, οι χρόνιες παθήσεις, η αυτοαναφερόμενη αξιολόγηση της υγείας, η χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η εκτίμηση, αλλά και η ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών αποτελεί πρόκληση καθώς εκφράζουν τον βαθμό αποτυχίας της βελτίωσης του επιπέδου υγείας. Υγειονομικές ανάγκες που δεν ικανοποιούνται αναφέρονται στις υπηρεσίες που απαιτούνται για να αντιμετωπιστεί ένα πρόβλημα και στις υπηρεσίες που τελικά λαμβάνονται (Carr & Wolfe, 1976). Η εκτίμηση των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών βασίζεται στην αυτοαναφερόμενη πεποίθηση για μη κάλυψη μιας υγειονομικής ανάγκης. Διαμορφώνεται τόσο από τα χαρακτηριστικά του υγειονομικού συστήματος (προσβασιμότητα, διαθεσιμότητα), όσο και από ατομικά χαρακτηριστικά (αποδοχή).

Όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα, οι ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης είναι ιδιαίτερα αυξημένες. Συγκεκριμένα, το 21,9% των ατόμων στην Ελλάδα που δήλωσαν ότι χρειάστηκαν ιατρική περίθαλψη το 2024 δήλωσαν ότι λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής η ανάγκη αυτή παρέμεινε ανικανοποίητη (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025). Μάλιστα, το ποσοστό αυτό ήταν έξι φορές υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ και το υψηλότερο στην ΕΕ. Επίσης, τα επίπεδα ανικανοποίητων αναγκών είναι υψηλότερα σε άτομα με οικονομικές δυσκολίες, υποδεικνύοντας ότι η πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα δεν εξασφαλίζεται μόνο από την τυπική ύπαρξη υπηρεσιών, αλλά επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες (κοινωνικοοικονομικούς, γεωγραφικούς και οργανωτικούς).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας και διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, τη διαχείριση των ασθενειών και τη συνέχεια της περίθαλψης. Περιοχές με γεωγραφική ιδιαιτερότητα έχουν ενδιαφέρον καθώς μπορεί να μελετηθεί εάν ο αστικός πληθυσμός, σε σύγκριση με τον αγροτικό, παρουσιάζει διαφορές στα πρότυπα πρόσβασης, χρήσης και εμπειρίας από τις υπηρεσίες ΠΦΥ. Η παρούσα διπλωματική εργασία στοχεύει να διερευνήσει τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και τις ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μεταξύ αγροτικού και αστικού

πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα εστίασε στις συγκρίσεις μεταξύ χρηστών της ΠΦΥ σε αγροτικές και αστικές περιοχές στον νομό Χανίων με στόχο να εντοπίσει εάν ο τύπος διαμονής σχετίζεται με διαφορές στην πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦΥ, στη χρήση τους, στις ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και κατά συνέπεια στην ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που έλαβαν. Παράλληλα, η διπλωματική στοχεύει να διερευνήσει τον ρόλο των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα και μορφή απασχόλησης) στη διαμόρφωση διαφορών στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών.

Το πρώτο κεφάλαιο στοχεύει να θέσει το θεωρητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εντάσσεται η παρούσα έρευνα. Παρουσιάζεται η έννοια της υγείας, η ιστορική της εξέλιξη και αναλύονται οι κοινωνικοί και οι οικονομικοί παράγοντες που διαμορφώνουν την υγεία και επεξηγείται η έννοια των ανισοτήτων στην υγεία και στη φροντίδα υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι υγειονομικές ανάγκες και οι ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες στοχεύοντας να συνδέσει τη θεωρητική έννοια της ανάγκης με την πραγματική χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ. Συνεπώς, παρουσιάζονται βασικές εννοιολογικές προσεγγίσεις και παράγοντες που συμβάλλουν στη μη κάλυψη των αναγκών υγείας (δημογραφικοί, κοινωνικοοικονομικοί, οργανωτικοί και γεωγραφικοί).

Στο τρίτο κεφάλαιο πραγματοποιείται βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις ανικανοποίητες ανάγκες και την αξιολόγηση της ΠΦΥ στην Ευρώπη και την Ελλάδα. Η βιβλιογραφία επικεντρώνεται στις ανισότητες πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ, εστιάζοντας στο κόστος, την απόσταση, τους χρόνους αναμονής και τις κοινωνικοοικονομικές διαφοροποιήσεις που έχουν αναφερθεί στην Ευρώπη. Επίσης, παρουσιάζονται τα αντίστοιχα ελληνικά δεδομένα με αναφορά στους γεωγραφικούς περιορισμούς. Το κεφάλαιο κλείνει παρουσιάζοντας τους δείκτες αξιολόγησης της ΠΦΥ (χρήση υπηρεσιών, ικανοποίηση, ασθενοκεντρική φροντίδα).

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας. Πρόκειται για μια ποσοτική, διατομεακή και συγκριτική μελέτη, στοχεύοντας να διερευνήσει τις διαφορές μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού σχετικά με την πρόσβαση και τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ. Συγκεκριμένα, περιγράφονται ο σκοπός, τα ερευνητικά ερωτήματα, ο σχεδιασμός της μελέτης, ο πληθυσμός και η διαδικασία συλλογής δεδομένων χρησιμοποιώντας ανώνυμο έντυπο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν

από πέντε ενότητες, με ερωτήσεις που αφορούσαν: (1) τη συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων, (2) την αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας, (3) τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ, (4) τα εμπόδια πρόσβασης και τις ανικανοποίητες ανάγκες και τέλος (5) την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Επιπλέον, παρουσιάζεται η στατιστική μεθοδολογία που εφαρμόστηκε για την περιγραφή του δείγματος και τη σύγκριση μεταξύ των δύο πληθυσμών.

Το πέμπτο κεφάλαιο αναλύει τα αποτελέσματα της έρευνας. Αρχικά περιγράφονται τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και η αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας τους. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ, το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας, τις ανικανοποίητες ανάγκες, τα εμπόδια πρόσβασης και την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Επίσης, παρουσιάζονται τα δεδομένα σύγκρισης μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού και η διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και κλινικών χαρακτηριστικών με τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ και τις ανικανοποίητες ανάγκες.

Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της διπλωματικής εργασίας, επισημαίνονται οι περιορισμοί της έρευνας και αναφέρονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα, καθώς και για τη βελτίωση της πρόσβασης στην ΠΦΥ.

1. Κοινωνικοί προσδιοριστές και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες

1.1 Η έννοια της υγείας

Ιστορικά η έννοια της υγείας φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με την ιστορική περίοδο και τις εκάστοτε κοινωνικές συνθήκες. Καθώς οι αντιλήψεις για το σώμα, τη φροντίδα και την ασθένεια διαφοροποιούνται ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο και το επίπεδο γνώσης κάθε εποχής, διαφοροποιείται και η έννοια της υγείας (Porter, 1997; Γαρδίκας, 2003).

1.1.1 Η υγεία στα προϊστορικά χρόνια

Οι κοινωνίες των προϊστορικών χρόνων στηρίζονταν σε εμπειρικές γνώσεις για το σώμα και την ασθένεια, τις οποίες αντλούσαν μέσα από την παρατήρηση της φύσης και την πρακτική εμπειρία. Οι ασθένειες συχνά θεωρούνταν το αποτέλεσμα υπερφυσικών μαγικών δυνάμεων (Sigerist, 1951). Η υγεία γινόταν αντιληπτή ως ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις ανάγκες της καθημερινής ζωής όπως η συλλογή τροφής και η προστασία της ομάδας. Αν και η υγεία δεν οριζόταν επιστημονικά, είχε άμεση σχέση με την επιβίωση και τη λειτουργικότητα του ανθρώπου και μπορεί να θεωρηθεί ως δυναμική ισορροπία ανάμεσα στο άτομο, τη φύση και την κοινωνική ομάδα (Porter, 1997).

Αρχαιολογικά ευρήματα, όπως επουλωμένα κατάγματα και κρανιακοί τρυπανισμοί, δείχνουν την ύπαρξη πρακτικών φροντίδας και θεραπείας από τα προϊστορικά χρόνια. Οι χειρισμοί αυτοί υποδηλώνουν, ότι η υγεία δεν ήταν ατομική υπόθεση αλλά υπόθεση συλλογική που σκοπό είχε να ενισχύει την επιβίωση της ομάδας (Roberts & Manchester, 2005).

1.1.2 Η έννοια της υγείας στην αρχαία Ελλάδα (5^{ος}-4^{ος} αιώνας π.Χ.)

Παρατηρείται μετάβαση του εννοιολογικού περιεχομένου της υγείας από το εμπειρικό στο επιστημονικό επίπεδο, καθώς οι επιρροές της θρησκείας και της μαγείας υποχωρούν έναντι του ορθολογισμού και της φυσιοκρατικής ερμηνείας. Η υγεία εξαρτάται και επηρεάζεται από φυσικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Αποτελεί μια δυναμική ισορροπία ανάμεσα στο σώμα, την ψυχή, το περιβάλλον και την κοινωνία και δεν αποτελεί μια απλή απουσία νόσου. Αποτελεί επίσης κοινωνική αξία, καθώς άτομα υγιή και σε καλή φυσική κατάσταση ήταν πιο πιθανό να συμμετέχουν στα κοινά και σε στρατιωτικές επιχειρήσεις (Nutton, 2013; Porter, 1997; Γαρδίκας, 2003).

Ο Ιπποκράτης αναφέρεται στην αρμονική ισορροπία των τεσσάρων χυμών (αίμα, φλέγμα, κίτρινη χολή, μέλαινα χολή) στην «ευκρασία» που αποτελεί και τον ορισμό της υγείας. Η ασθένεια είναι η διαταραχή αυτής της ισορροπίας. Στο έργο του «περί ανέμων και υδάτων και τόπων» συνδέει την κατάσταση υγείας με το κλίμα, τη γεωγραφία, τη διατροφή και τις κοινωνικές συνήθειες. Συνδέοντάς την υγεία με το περιβάλλον και τον τρόπο ζωής βάζει τη βάση για τη σύγχρονη προσέγγιση των κοινωνικών και περιβαλλοντικών προσδιοριστών της υγείας (Ιπποκράτης, n.d.-a, n.d.-b)

Οι φιλόσοφοι Πλάτωνας και Αριστοτέλης αναφέρονται στην υγεία ως την αρμονία ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή. Δίνουν στην υγεία ολιστικό χαρακτήρα και την συνδέουν με το σώμα, την ψυχή, την ηθική και κοινωνική ισορροπία του ανθρώπου μέσα στην πόλη-κράτος (Αριστοτέλης, n.d.; Πλάτων, n.d.). Συνοψίζοντας η έννοια της υγείας στην αρχαία Ελλάδα καθόρισε τις σύγχρονες ολιστικές προσεγγίσεις της υγείας (Porter, 1997). Από την ελληνική φιλοσοφική-ολιστική προσέγγιση της υγείας περνάμε στην ρωμαϊκή αντίληψη περισσότερο πρακτική και συλλογική.

1.1.3 Η υγεία στα ρωμαϊκά χρόνια

Τα ρωμαϊκά χρόνια το εννοιολογικό περιεχόμενο της υγείας διαμορφώνεται επηρεαζόμενο τόσο από την αρχαία ελληνική ιατρική σκέψη όσο και από τη ρωμαϊκή πρακτικότητα. Στηρίζεται στην Ιπποκρατική ιατρική και τη Γαληνική ιατρική, με έντονα όμως τα στοιχεία της κρατικής φροντίδας και της κοινωνικής ευθύνης. Η υγεία αποτελεί προϋπόθεση για να είναι το άτομο λειτουργικό στην κοινωνία και συνδέεται άμεσα με τη στρατιωτική ισχύ, την παραγωγικότητα και τη σταθερότητα της αυτοκρατορίας. Κατασκευάστηκαν έτσι υδραγωγεία, λουτρά και αποχετευτικά συστήματα, στοχεύοντας στην πρόληψη ασθενειών και τη δημόσια υγεία (Nutton, 2013). Ο Γαληνός υποστήριξε την Ιπποκρατική θεωρία των τεσσάρων χυμών, την ισορροπία μεταξύ σωματικών και ψυχικών λειτουργιών και τη σημασία της διαίτας, της άσκησης, του ύπνου και της ψυχικής ηρεμίας δίνοντας κι αυτός μια ολιστική θεώρηση της υγείας. Η υγεία δεν αφορά αποκλειστικά το άτομο, αλλά αποκτά δημόσια και κοινωνική διάσταση και δίνει τις βάσεις για τις σύγχρονες πολιτικές δημόσιας υγείας (Γαληνός, n.d.-b, n.d.-c, n.d.-a).

1.1.4 Η υγεία στη σύγχρονη εποχή

Μετά τα ρωμαϊκά χρόνια η έννοια της υγείας επηρεάζεται από την ανάπτυξη της επιστήμης της επιδημιολογίας, της βιολογίας και της επιστημονικής ιατρικής. Επικρατεί το βιοϊατρικό

μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο υγεία ορίζεται ως η απουσία νόσου και σημασία δίνεται στη διάγνωση και θεραπεία μόνο παθολογικών καταστάσεων (Porter, 1997). Ο Β' Παγκόσμιος Πόλεμος πυροδοτεί την ανάγκη ενός ευρύτερου ορισμού της υγείας λαμβάνοντας υπόψη του, εκτός από το ανθρώπινο σώμα, την ανθρώπινη ψυχή, τις κοινωνικές συνήθειες, το περιβάλλον διαβίωσης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) «*υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας και αναπηρίας*» (WHO, 1948). Ο ορισμός του ΠΟΥ αποτελεί ορόσημο καθώς μετατοπίζει το εννοιολογικό περιεχόμενο της υγείας από τα στενά όρια της ιατρικής, σε μια πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Η έννοια της ευεξίας όμως είναι γενική και αόριστη και υπάρχει δυσκολία στην πρακτική εφαρμογή του ορισμού. Εξέλιξη αυτού του ορισμού διατυπώνεται από τον ΠΟΥ το 1986, όπου η υγεία θεωρείται πόρος της καθημερινής ζωής και δίνεται μεγάλη σημασία στην ενδυνάμωση ατόμων και κοινωνίας (WHO, 1986). Η Υγεία γίνεται συνώνυμη με την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται και να διαχειρίζεται τις προκλήσεις της ζωής (Huber et al., 2011). Η υγεία πλέον δεν αντιμετωπίζεται μόνο ως βιολογική κατάσταση, αλλά ως ένα κοινωνικό φαινόμενο με πολλές διαστάσεις, η ερμηνεία και η μελέτη του οποίου απαιτούν τη συμβολή πολλών επιστημονικών πεδίων.

1.2 Προσδιοριστές της υγείας

1.2.1 Εσωτερικοί προσδιοριστές της υγείας

Η κατανομή όμως της υγείας και της ασθένειας τόσο μεταξύ χωρών όσο και μεταξύ κοινωνικών ομάδων της ίδιας χώρας ποικίλλει. Επηρεάζεται από ένα πλήθος παραγόντων που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους και διαμορφώνουν ανισότητες. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι εσωτερικοί και εξωτερικοί. Οι εσωτερικοί παράγοντες αναφέρονται σε βιολογικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου που επηρεάζουν την ευαισθησία του στην ασθένεια. Είναι παράγοντες που δημιουργούν ανισότητες, που είναι όμως αναπόφευκτες (WHO, 1986). Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι γενετικοί και να αφορούν την προδιάθεση για εμφάνιση νοσημάτων, όπως τα καρδιακά νοσήματα, ορισμένες μορφές καρκίνου, και σακχαρώδη διαβήτη (Khoury et al., 2005). Η γενετική προδιάθεση δεν καθορίζει απόλυτα την εμφάνιση ασθενειών, αλληλοεπιδρά όμως με το περιβάλλον και άλλους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τελικά το βαθμό εμφάνισής τους (McGinnis et al., 2002). Η ηλικία συνδέεται με βιολογικές μεταβολές, όπως η φθορά των

οργάνων του ανθρώπου, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εξασθένηση της φυσικής κατάστασης. Σε ακραίες ηλικιακές ομάδες η αυξημένη νοσηρότητα διαφοροποιεί σημαντικά και τις ανάγκες υγείας (Marmot et al., 2012). Το διαφορετικό φύλο, έχει φανεί μέσα από μελέτες ότι επηρεάζει σημαντικά την υγεία, λόγω διαφορών στις ορμόνες, στην ανατομία και την φυσιολογία του σώματος. Άντρες και γυναίκες χαρακτηρίζονται από διαφορετικά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας για συγκεκριμένες νόσους, όπως και διαφορές στην εκδήλωση και στην πορεία τους (Regitz-Zagrosek, 2012). Η ψυχική κατάσταση, το άγχος και η συναισθηματική σταθερότητα επηρεάζουν άμεσα τις αντιδράσεις του σώματος. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα και η απόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος έχει σχετιστεί άμεσα με χρόνιο στρες (Kohen et al., 2007). Η ανοσολογική απόκριση ενός οργανισμού, επηρεάζει σημαντικά την ευαισθησία τόσο στις λοιμώξεις όσο και στις χρόνιες παθήσεις. Φαίνεται δε ότι σχετίζεται τόσο με γενετικούς όσο και με ψυχολογικούς παράγοντες (Segerstrom & Miller, 2004). Η εθνικότητα μπορεί επίσης να θεωρηθεί εσωτερικός παράγοντας. Η σύγχρονη βιβλιογραφία όμως τονίζει ότι οι γενετικές διαφορές ευθύνονται για μικρό ποσοστό ανισοτήτων υγείας μεταξύ διαφορετικών εθνοτικών ομάδων. Αντίθετα τα κοινά πρότυπα συμπεριφοράς, ο τρόπος ζωής και οι αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια είναι αυτά που διαμορφώνουν τη συνολική κατάσταση υγείας (Nazroo, 2003). Οι παραπάνω εσωτερικοί παράγοντες αποτελούν τη βάση, πάνω στην οποία θα δράσουν οι εξωτερικοί παράγοντες.

1.2.2 Κοινωνικοί και οικονομικοί προσδιοριστές της υγείας

Το κοινωνικό και το οικονομικό περιβάλλον, η γεωγραφική περιοχή και το πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει το άτομο, διαμορφώνουν τις συνθήκες της ζωής του και σε συνδυασμό ή όχι με τα ατομικά χαρακτηριστικά, επηρεάζουν την υγεία του. Το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του νερού, του αέρα, η ηχορύπανση, το κλίμα και η στέγαση συσχετίζονται με αναπνευστικά, νευρολογικά και καρδιακά νοσήματα (Braveman & Gottlieb, 2014). Οι συνθήκες εργασίας, η έκθεση σε επικίνδυνους παράγοντες, το χρόνιο άγχος και η ανασφάλεια αυξάνουν τον κίνδυνο για επαγγελματικές ασθένειες και ψυχικές διαταραχές (Benach et al., 2014). Οι κοινωνικές σχέσεις, τα υποστηρικτικά δίκτυα και η συνοχή μιας κοινωνίας επηρεάζουν σημαντικά την υγεία. Η έλλειψη υποστηρικτικών σχέσεων επιδεινώνει την ψυχική υγεία και αυξάνει τη θνησιμότητα (Holt-Lunstad et al., 2015). Οι αξίες της κοινωνίας, οι κανόνες της και οι πολιτισμικές πρακτικές, επηρεάζουν τα άτομα. Διαμορφώνουν αντιλήψεις και τελικά διαμορφώνουν στάσεις και συμπεριφορές

απέναντι στην υγεία, στην ασθένεια και στη χρήση υπηρεσιών υγείας (Kawachi et al., 2008). Η διαθεσιμότητα, η πρόσβαση και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι καίριας σημασίας. Η χαμηλή πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας διευρύνει τις ανισότητες (WHO, 2000). Η κοινωνική και οικονομική θέση, δηλαδή το μορφωτικό επίπεδο, η εκπαίδευση, το επάγγελμα και το εισόδημα, αποτελούν τους πιο ισχυρούς προσδιοριστές της υγείας. Άτομα σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, αποτέλεσμα ψυχολογικής επιβάρυνσης, συνθηκών διαβίωσης και πρόσβασης σε πόρους (Marmot, 2005). Οι διαφορές υγείας ανάμεσα σε αστικές και αγροτικές περιοχές με άνιση κατανομή πόρων και υποδομών αποτελεί σημαντικό προσδιοριστή της υγείας (Braveman & Gottlieb, 2014). Τέλος οι δημόσιες πολιτικές σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η εργασία και η κοινωνική πρόνοια, αποτελούν επιλογές που έχουν άμεσο και έμμεσο αντίκτυπο στην υγεία των λαών (Solar O & Irwin A. A, 2010).

1.3 Έννοια και τύποι ανισοτήτων στην υγεία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, World Health Organization) ορίζει τις ανισότητες στην υγεία ως “*διαφορές στην κατάσταση υγείας μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων που είναι συστηματικές, κοινωνικά παραγόμενες, άδικες και αποτρέψιμες*” (WHO, 2008). Οι ανισότητες δεν είναι φυσικό φαινόμενο, αλλά είναι αποτέλεσμα κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών συνθηκών, οι οποίες επηρεάζουν την κατανομή των πόρων και των ευκαιριών. Μειώνεται έτσι η σημασία των βιολογικών και ατομικών παραγόντων και ενισχύονται οι κοινωνικοί προσδιοριστές ως βασικά αίτια. Η υγεία προσεγγίζεται ως κοινωνικό αγαθό και όχι μόνο ως ατομική υπόθεση (WHO, 2008). Η Whitehead αναφέρεται στις ανισότητες, ως διαφορές στην υγεία που είναι περιττές, αποτρέψιμες και άδικες. Πρόκειται για ένα ορισμό που δίνει έμφαση στην αποτρέψιμότητα και μετατοπίζει την υγεία και τις ανισότητές της, από τη βιολογία του σώματος στην κοινωνική ευθύνη, τονίζοντας και μια ηθική διάσταση αυτής. Ο ορισμός αυτός, αποτέλεσε τη βάση για μεταγενέστερες προσεγγίσεις του ΠΟΥ και για την προώθηση της ισότητας στην υγεία, θέτοντας ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης (Whitehead, 1992). Ο Marmot αναφέρεται σε διαφορές στην υγεία που ακολουθούν την κοινωνική ιεραρχία. Η υγεία επιδεινώνεται όσο μειώνεται η κοινωνικοοικονομική βαθμίδα. Είναι όμως δομικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής οργάνωσης και όχι χαρακτηριστικό μειονεκτούντων

πληθυσμών μόνο, δίνοντας κι αυτός μεγάλη σημασία στην κατανομή πόρων και ευκαιριών, στο εισόδημα, στην εκπαίδευση και στο επάγγελμα (Marmot, 2005; Marmot et al., 2012). Η Graham, αναφέρεται σε συστηματικές διαφορές υγείας μεταξύ κοινωνικών ομάδων, οι οποίες είναι κοινωνικά παραγόμενες, άδικες και δυνητικά αναστρέψιμες. Συνδέει τις ανισότητες με τις κοινωνικές τάξεις και τις άνισες συνθήκες ζωής και πρόσβασης σε πόρους και όχι σε ατομικές επιλογές ή βιολογική προδιάθεση (Graham, 2004).

Εκτός όμως από τις ανισότητες στο επίπεδο υγείας, οι ανισότητες στην υγεία αναφέρονται και στις ανισότητες στη φροντίδα υγείας. Πρόκειται για απόλυτα διακριτές όμως στενά συνδεδεμένες διαστάσεις του ίδιου κοινωνικού φαινομένου. Οι πρώτες αφορούν την κατάσταση υγείας μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων, ενώ οι δεύτερες συχνά αποτελούν την αιτία που αναπαραγάγει ή ενισχύει αυτές τις διαφορές. Οι ανισότητες στη φροντίδα υγείας, συνδέονται με οικονομικά και γεωγραφικά εμπόδια, πολιτισμικά αίτια και διακρίσεις που οδηγούν σε άδικη κάλυψη υγειονομικών αναγκών (Braveman & Gruskin, 2003). Ο ΠΟΥ αναφέρεται στην ισότητα στη φροντίδα υγείας, προσδιορίζοντας τρία επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο αφορά την ισότιμη πρόσβαση σε υπάρχουσες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για άτομα με τις ίδιες ανάγκες· με άλλα λόγια, τη γεωγραφικά δίκαιη κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες και τη διευκόλυνση της πρόσβασης σε αυτούς τους πόρους. Το δεύτερο επίπεδο αφορά τη δίκαιη χρήση των υπηρεσιών ανάλογα με τις ανάγκες, διασφαλίζοντας ότι οι διαθέσιμες υπηρεσίες δεν χρησιμοποιούνται δυσανάλογα από άτομα που ανήκουν σε υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Το τρίτο επίπεδο αφορά την ισότιμη ποιότητα της περίθαλψης για όλες τις κοινωνικές ομάδες και σχετίζεται τόσο με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης όσο και με την οργάνωση των υπηρεσιών, διασφαλίζοντας ότι η περίθαλψη είναι κατάλληλη, έγκαιρη και υψηλής ποιότητας, και καθορίζεται από τις ανάγκες υγείας και όχι από την κοινωνική θέση (WHO, 2008, 2010).

2. Υγειονομικές ανάγκες και ανικανοποιήτες ανάγκες

2.1 Υγειονομικές ανάγκες - Εννοιολογική προσέγγιση

Οι ανισότητες στην υγεία και ιδιαίτερα στη φροντίδα υγείας είναι δύσκολο να προσδιοριστούν και να αναλυθούν, χωρίς να ληφθεί υπόψη ο τρόπος κατανομής των υπηρεσιών υγείας. Η κατανομή των πόρων, όπως είναι οι δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και το ανθρώπινο δυναμικό τους, τόσο με γεωγραφικά όσο και οικονομικά κριτήρια, επηρεάζει άμεσα τόσο την ισότητα στην πρόσβαση, όσο και την ισότητα στην κάλυψη αναγκών υγείας διαφορετικών κοινωνικών ομάδων (Starfield et al., 2005). Η άνιση κατανομή αφορά τόσο τη φυσική διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, όσο και την αναλογία προσφερόμενων υγειονομικών πόρων και αναγκών υγείας (Marmot, 2010). Είναι γεγονός ότι η συγκέντρωση υγειονομικών πόρων σε αστικά κέντρα δημιουργεί και συντηρεί εμπόδια πρόσβασης, χρήσης και ποιότητας υγειονομικής φροντίδας (Gulliford et al., 2002). Το γεγονός αυτό καθιστά επιβεβλημένο τον προσδιορισμό της έννοιας της υγειονομικής ανάγκης ως εργαλείο σχεδιασμού και αξιολόγησης των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας.

Επίσης, αξιοσημείωτο είναι ότι υπάρχει βαθμός ασυμφωνίας στον ορισμό της υγειονομικής ανάγκης. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ υγειονομική ανάγκη είναι η διαφορά ανάμεσα στη βέλτιστη δυνατή κατάσταση υγείας και στην πραγματική κατάσταση υγείας. Αυτή η ανισότητα μπορεί να μειωθεί μέσω παρεμβάσεων κοινωνικής δικαιοσύνης (WHO, 2000, 2008). Οι Stevens και Raffery αναφέρουν την υγειονομική ανάγκη ως την ικανότητα του πληθυσμού να ωφελείται από μία παρέμβαση υγείας όταν αυτή εφαρμοστεί σωστά (Stevens & Rafferty, 1997). Η Παππά αναφέρει ότι, στη διεθνή βιβλιογραφία, η υγειονομική ανάγκη ορίζεται με βάση τέσσερις διαστάσεις (Παππά, 2020). Αυτές οι τέσσερις διαστάσεις αφορούν: την ανάγκη όπως τη βιώνει και την αντιλαμβάνεται το άτομο· την ανάγκη όπως εκτιμάται από τον επαγγελματία υγείας· την ανάγκη όπως εκφράζεται μέσω της χρήσης υπηρεσιών υγείας· και την ανάγκη όπως προσδιορίζεται από ειδικούς σε διάφορες κοινωνικές ομάδες. Εκτός από τη δυσκολία ορισμού της υγειονομικής ανάγκης, υπάρχει δυσκολία και στην αποτίμηση της, η οποία γίνεται έμμεσα από το επίπεδο υγείας, δεδομένου ότι η ίδια η ανάγκη δεν είναι άμεσα προσδιορίσιμη, αλλά προκύπτει μελετώντας αποτελέσματα υγείας. Βασισμένοι στην παραδοχή ότι ομάδες με χαμηλό επίπεδο υγείας έχουν και μεγαλύτερες υγειονομικές

ανάγκες, δείκτες όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα, προσδιορίζουν υποκείμενες ανάγκες υγείας (Culyer, 1976).

2.2 Οι κυριότεροι δείκτες αποτίμησης του επιπέδου υγείας

Η νοσηρότητα (morbidity indicators) αποτελεί χρήσιμο δείκτη αποτίμησης του επιπέδου υγείας για μακροχρόνιες παθήσεις με χαμηλή θνητότητα. Συγκεκριμένα ο επιπολασμός, δηλαδή ο αριθμός των νοσούντων ατόμων μια δεδομένη στιγμή σε δεδομένο πληθυσμό και η επίπτωση, δηλαδή ο αριθμός νέων περιστατικών μια δεδομένη στιγμή - σε δεδομένο πληθυσμό - αποτυπώνουν το φορτίο μιας νόσου (Murray & Lopez, 1997). Η θνησιμότητα (mortality rate), είναι χρήσιμη στο να υποδεικνύει πόσο σοβαρή είναι μια ασθένεια. Αν πρόκειται δε για πρόωγη θνησιμότητα ή θνησιμότητα που μπορεί να αποτραπεί, αποτελεί και δείκτη ανεπαρκούς φροντίδας. Μπορεί να εκτιμηθεί ως γενική θνησιμότητα, ή ως ειδική θνησιμότητα ανάλογα με την αιτία θανάτου, την ηλικία, τη φυλή, το φύλο, το επάγγελμα και τη γεωγραφική περιοχή (Nolte & McKee, 2004). Το προσδόκιμο ζωής (life expectancy), δηλαδή ο μέσος αριθμός ετών που ένα άτομο μιας δεδομένης ηλικίας είναι πιθανό να ζήσει με τους δείκτες θνησιμότητας που είναι σε ισχύ σήμερα, αποτελεί έμμεση ένδειξη της επίδρασης κοινωνικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών παραγόντων (Marmot, 2005). Πιο σύνθετοι δείκτες, όπως τα έτη ζωής προσαρμοσμένα ως προς την αναπηρία (DALY), συνδυάζουν τα έτη ζωής που χάνονται λόγω πρόωρης θνησιμότητας (YLL) με τα έτη ζωής που διανύονται με αναπηρία (YLD), επιτρέποντας έτσι τη σύγκριση μεταξύ πληθυσμών (Bonita et al., 2009; WHO, 2000).

Οι δείκτες αυτοαναφερόμενης υγείας χρησιμοποιούνται επίσης στην αποτίμηση του επιπέδου υγείας. Διαθέτουν ισχυρή προβλεπτική αξία τόσο στη θνησιμότητα όσο και στη πρόβλεψη αναγκών υγείας. Η γενική αυτοαξιολόγηση της υγείας αποτελεί τον πιο συχνά χρησιμοποιούμενο δείκτη που έχει ισχυρή προγνωστική αξία στη θνησιμότητα και στη νοσηρότητα (Idler & Benyamini, 1997). Οι χρόνιες παθήσεις που αναφέρονται από τους ίδιους τους ασθενείς αντικατοπτρίζουν την αντίληψη του ατόμου για τη διάγνωση, τα συμπτώματα και τη γενική κατάσταση της υγείας του (Marmot et al., 2008). Οι λειτουργικοί περιορισμοί που αναφέρουν οι ίδιοι οι ασθενείς - δηλαδή, οι δυσκολίες που αντιλαμβάνονται τα άτομα κατά την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων - συνδέονται άμεσα με την ποιότητα ζωής τους και τις ανάγκες τους για φροντίδα (WHO, 2001). Η αυτοαναφερόμενη ψυχική υγεία και ευεξία όπως αποτυπώνεται μέσω σταθμισμένων

ερωτηματολογίων και ο αυτοαντιλαμβανόμενος πόνος, η ένταση και η διάρκεια του και η σωματική δυσφορία γενικότερα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως δείχτες επιβάρυνσης της υγείας (Breivik et al., 2006; Goldberg & Williams, 1988).

Η χρήση των υπηρεσιών υγείας, όπως οι επισκέψεις σε γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, δεδομένου ότι εκφράζει το σημείο επαφής της υγειονομικής ανάγκης με τη διαθεσιμότητα και την πρόσβαση σε αυτές, αποτελεί έμμεσο όμως πολύ συχνά χρησιμοποιούμενο δείκτη. Σε συνθήκες ισότιμης πρόσβασης αυξημένη χρήση ίσως να σημαίνει αυξημένη ανάγκη (Carr-Hill et al., 1994). Όμως η χρήση δεν είναι ταυτόσημη με την ανάγκη καθώς η χρήση επηρεάζεται από πληθώρα παραγόντων, όπως η πρόσβαση και κοινωνικά και οικονομικά εμπόδια. Ο ΠΟΥ διευκρινίζει, ότι όταν οι ανάγκες υγείας δεν συμπορεύονται με τη χρήση υπηρεσιών υγείας υποδεικνύουν ανισότητες στη φροντίδα υγείας. Οπότε η χρήση αυτού του δείκτη είναι χρήσιμη μόνο σε συνδυασμό με το επίπεδο υγείας και τις δυνατότητες πρόσβασης (WHO, 2010).

2.3 Ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες - Εννοιολογική προσέγγιση

Οι ανάγκες στον τομέα της υγείας αντικατοπτρίζονται στην κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού, όπως αυτή μετράται μέσω δεικτών υγείας και δεικτών χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Εξαιτίας των πολλών οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, η παραπάνω αποτίμηση ενδέχεται να είναι ατελής. Όταν όμως οι καταγεγραμμένες ανάγκες όπως αυτές αποτυπώνονται με επιδημιολογικούς και λειτουργικούς δείκτες, δεν συμπορεύονται με τη χρήση ή την παροχή ιατρικής φροντίδας, αναδεικνύεται η έννοια των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών (Allin et al., 2010).

Οι Carr και Wolfe ορίζουν τις ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες ως τις διαφορές ανάμεσα στις υπηρεσίες που χρειάζονται για να αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά τα προβλήματα υγείας και στις υπηρεσίες που τελικά λαμβάνονται (Carr & Wolfe, 1976). Διακρίνουν τρία επίπεδα:

- Την υγειονομική ανάγκη όπως την βιώνει το άτομο ή όπως είναι κλινικά προσδιοριζόμενη
- Τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Αν δηλαδή το άτομο επιδιώξει να ζητήσει βοήθεια
- Την πραγματική χρήση υπηρεσιών. Αν το άτομο λάβει τελικά την κατάλληλη φροντίδα από το σύστημα

Οι ανικανοποίητες ανάγκες εμφανίζονται όταν η ανάγκη δε μετατρέπεται σε πραγματική χρήση. Ωστόσο, ο ορισμός αυτός δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για την ανάγκη, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε υποτίμηση των πραγματικών ανεκπλήρωτων αναγκών. Όμως τελικά η συμβολή του ορισμού είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί δεν αναφέρεται μόνο στην απλή χρήση των υπηρεσιών υγείας αλλά συνδέει την υγειονομική ανάγκη με την ανάγκη χρήσης. Η μελέτη των ανικανοποίητων αναγκών επιτρέπει την εκτίμηση της ικανότητας μιας κοινωνίας να φροντίζει τους ασθενείς της και στρέφει την προσοχή όχι μόνο στη βιοϊατρική πλευρά της ασθένειας, αλλά και στην κοινωνική ευθύνη για την οργάνωση και την παροχή κατάλληλης υγειονομικής φροντίδας (Elinson, 1974). Η ποσοτικοποίησή τους σε έναν πληθυσμό που αντιμετωπίζει ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας παρέχει πληροφορίες σχετικά με το βαθμό στον οποίο εφαρμόζονται στην πράξη οι διαθέσιμες παρεμβάσεις. Επίσης δεδομένου ότι εκφράζουν ελλείμματα φροντίδας, για καθορισμένα προβλήματα, δίνουν πληροφορίες προκειμένου να εκτιμηθεί ο τρόπος κατανομής και οργάνωσης υπηρεσιών, ανθρώπινου δυναμικού, και λοιπών πόρων προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες αυτές (Carr & Wolfe, 1976).

Ο Donabedian, χωρίς να δίνει έναν σαφή ορισμό στις ανικανοποίητες ανάγκες, αναφέρεται σε αυτές μέσα από την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Αναφέρεται σε αναγνωρισμένες ανάγκες υγείας που το σύστημα δε καταφέρνει να καλύψει με σωστή, έγκυρη και έγκαιρη παροχή φροντίδας. Αναφέρεται στις ανικανοποίητες ανάγκες τόσο ως υποκειμενική εμπειρία, όσο και ως κλινικά τεκμηριωμένη ανάγκη (Donabedian, 1988). Αναγνωρίζει τρία επίπεδα ανικανοποίητων αναγκών

- Ανεπάρκεια στους πόρους, τόσο στο ανθρώπινο δυναμικό όσο και στις υποδομές
- Ανεπάρκεια στη διαδικασία όταν η φροντίδα δεν είναι κατάλληλη ή προσβάσιμη
- Ανεπάρκεια στο αποτέλεσμα, όταν δεν υπάρχει βελτίωση υγείας παρά την επιβεβαιωμένη ανάγκη

Ο Donabedian θεωρεί ότι μια ανάγκη μπορεί να θεωρηθεί ανικανοποίητη ακόμα κι αν το άτομο δεν την αναγνωρίσει και δεν ζητήσει φροντίδα. Η ανικανοποίητη ανάγκη δεν είναι δηλαδή μόνο αποτέλεσμα ατομικών επιλογών αλλά και αποτυχία του συστήματος να λειτουργήσει ισότιμα και αποτελεσματικά.

Οι Aday και Andersen αναφέρονται στις ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες μέσω ενός μοντέλου πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Θεωρούν ότι οι ανικανοποίητες

ανάγκες είναι το αποτέλεσμα της αδυναμίας συμπόρευσης της ανάγκης για φροντίδα και της πραγματικής χρήσης υπηρεσιών υγείας (Aday LA & Andersen R., 1974). Εστιάζουν στην έννοια της ανάγκης, διακρίνοντας μεταξύ της αυτοεκτιμώμενης και της εκτιμώμενης ανάγκης. Η πρώτη αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται την υγεία τους, ενώ η δεύτερη βασίζεται στην αξιολόγηση από επαγγελματίες υγείας. Ο συνδυασμός υποκειμενικής και αντικειμενικής διάστασης της ανάγκης καθιστά το μοντέλο χρήσιμο στις μελέτες ανισοτήτων. Εστιάζουν επίσης στην αδυναμία χρήσης υπηρεσιών υγείας, η οποία οφείλεται σε εμπόδια που δεν σχετίζονται με την κατάσταση υγείας του ατόμου, υποδεικνύοντας μη ισότιμη πρόσβαση και αναπαραγωγή κοινωνικών ανισοτήτων.

Μέσω της έρευνας EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions), η Eurostat μετρά τις ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης με βάση τις εμπειρίες που αναφέρουν οι ίδιοι οι πολίτες. Ο δείκτης καταγράφει εάν ένα άτομο χρειάστηκε ιατρική εξέταση ή θεραπεία κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δώδεκα μηνών, αλλά δεν την έλαβε. Η προσέγγιση αυτή είναι χρήσιμη από λειτουργική άποψη, καθώς επιτρέπει τη συγκριτική παρακολούθηση των εμποδίων πρόσβασης, συμπεριλαμβανομένων του κόστους, της απόστασης και των χρόνων αναμονής. Αν και βασίζεται σε υποκειμενική αξιολόγηση και, ως εκ τούτου, παρουσιάζει μεθοδολογικούς περιορισμούς, παραμένει ένας σημαντικός δείκτης για την αξιολόγηση της ισότητας στην πρόσβαση στην περίθαλψη και της απόδοσης του συστήματος υγείας (Eurostat, 2023; OECD and European Union, 2022).

2.4 Ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες - Παράγοντες που τις προκαλούν

Οι ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης δεν καθορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας ή τις ατομικές αποφάσεις, αλλά και από κοινωνικές, οικονομικές, γεωγραφικές και οργανωτικές συνθήκες που επηρεάζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τη χρήση τους (Aday LA & Andersen R., 1974; Andersen, 1995; WHO, 2010). Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται οι κύριοι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνισή τους.

2.4.1 Ατομικά και δημογραφικά αίτια

Η ηλικία αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα ανικανοποίητων αναγκών. Οι ηλικιωμένοι έχουν αυξημένες ανάγκες φροντίδας λόγω της ποικιλομορφίας, της χρόνιας

φύσης και της πολυπλοκότητας των προβλημάτων υγείας τους (Allin et al., 2009). Τα γνωστικά τους ελλείμματα δυσκολεύουν την αξιοποίηση των παροχών των συστημάτων υγείας (Osborn et al., 2014). Η μειωμένη κινητικότητα τους, σε συνδυασμό με τα ωράρια λειτουργίας των υγειονομικών δομών, την άνιση γεωγραφική κατανομή τους ή την έλλειψη μεταφορικού μέσου, μετατρέπουν τις αυξημένες ανάγκες σε ανικανοποίητες (Arcury et al., 2005; Devaux, 2015).

Το φύλο αποτελεί επίσης ακόμα έναν παράγοντα διαφοροποίησης. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά προληπτικών εξετάσεων και μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών εξωτερικών ιατρείων, γεγονός που ενδέχεται να συνδέεται με τα υψηλότερα ποσοστά αναφερόμενων ανικανοποίητων αναγκών. Αίτια θεωρούνται διάφοροι οικονομικοί περιορισμοί, αλλά και οι κοινωνικοί τους ρόλοι όπως η φροντίδα πολλών εξαρτώμενων μελών (Goddard & Smith, 2001). Οι άντρες αντίθετα εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών. Στην περίπτωση τους πρόκειται για υπαρκτές αλλά μη δηλωμένες ανάγκες, καθώς οι άντρες συνήθως υποεκτιμούν τα προβλήματα υγείας τους και καθυστερούν να ζητήσουν βοήθεια (Courtenay, 2000).

Η κακή κατάσταση υγείας, ανεξάρτητα από την ηλικία, καθώς και η ύπαρξη αναπηρίας, συχνά απαιτούν συχνότερη και πιο εξειδικευμένη φροντίδα. Αυτό μπορεί να μην είναι πάντα εφικτό από τα υπάρχοντα συστήματα υγείας. Όταν οι ανάγκες αυτές συνδυάζονται με χαμηλή υγειονομική παιδεία, η κατανόηση και η αναζήτηση των διαθέσιμων υπηρεσιών γίνεται δύσκολη και μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή κάλυψη υγειονομικών αναγκών (Berkman et al., 2011).

Τέλος τα εθνοτικά χαρακτηριστικά μιας πληθυσμιακής ομάδας, τα έθιμα, οι παραδόσεις, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, οι κοινωνικοί ρόλοι, οι αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια, οι εμπειρίες κοινωνικού αποκλεισμού και διακρίσεων και η γλώσσα, αποτελούν συχνά φραγμούς. Μπορούν να επηρεάσουν όχι μόνο την αναγνώριση των συμπτωμάτων, τη στάση απέναντι στο σύστημα υγείας και την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και την αποδοχή της θεραπείας και την τήρηση του θεραπευτικού σχεδίου (Rechel et al., 2013).

2.4.2 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες διαμορφώνουν άνισες συνθήκες διαβίωσης και κατά συνέπεια άνισες συνθήκες τόσο πρόσβασης όσο και χρήσης υπηρεσιών υγείας και

αποτελούν τους ισχυρότερους παράγοντες που οδηγούν σε ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες. Το εισόδημα φαίνεται ότι αποτελεί τον πιο καθοριστικό οικονομικό παράγοντα. Το χαμηλό εισόδημα αποτελεί σημαντικό εμπόδιο όταν υπάρχει ανάγκη άμεσων πληρωμών, συμμετοχή στη δαπάνη των φαρμάκων και αντιμετώπιση έμμεσων εξόδων, όπως οι χαμένες εργατοώρες και το κόστος μετακίνησης, ιδιαίτερα σε συστήματα με περιορισμούς στην υγειονομική κάλυψη και υψηλά ποσοστά ιδιωτικών δαπανών (Cylus et al., 2018; WHO, 2010). Η ανεργία, η εποχιακή εργασία, οι ελεύθερες και επισφαλείς εργασιακές σχέσεις μπορεί να μειώσουν το εισόδημα και να περιορίσουν την ασφαλιστική κάλυψη, εντείνοντας τις ανισότητες, ιδίως στα συστήματα υγείας ή κοινωνικής ασφάλισης, όπου η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη συνδέεται με το εργασιακό καθεστώς (Marmot et al., 2008). Η απουσία υγειονομικής παιδείας, σε συνάρτηση με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα τόσο στην κατανόηση των ατομικών δικαιωμάτων όσο και στην αναζήτηση και χρήση των διαθέσιμων υπηρεσιών (Berkman et al., 2011). Σε επίπεδο κοινωνίας, η έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια και τα κοινωνικά δίκτυα, ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι διακρίσεις λόγω καταγωγής, φύλου ή φυλής, εντείνουν τόσο τις ανισότητες όσο και τις ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες (Rechel et al., 2013).

Συνεπώς, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν όχι μόνο το μέγεθος των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και το κατά πόσον αυτές οι ανάγκες μπορούν να μετατραπούν σε πραγματική χρήση των υπηρεσιών. Ο ρόλος των οικονομικών εμποδίων επιβεβαιώνεται περαιτέρω από τα στοιχεία της έρευνας EU-SILC, τα οποία αναλύονται στην Ενότητα 3.1.

2.4.3 Οργανωτικοί και θεσμικοί παράγοντες του συστήματος υγείας

Οι οργανωτικοί και θεσμικοί παράγοντες του συστήματος υγείας αποτελούν σημαντικά αίτια διαμόρφωσης και συντήρησης ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών, καθώς επηρεάζουν τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, την πρόσβαση και τη συνέχεια της φροντίδας. Ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα είναι οι λίστες αναμονής, που φανερώνουν αδυναμίες στελέχωσης, οργάνωσης και διάθεσης ανθρωπίνων και υλικών πόρων. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής τόσο για προληπτικές και διαγνωστικές εξετάσεις όσο και για θεραπευτικές παρεμβάσεις, οδηγούν σε καθυστέρηση ή σε πλήρη ματαίωση της αναζήτησης φροντίδας (Siciliani et al., 2013). Ο κατακερματισμός στην οργάνωση των

υπηρεσιών υγείας, ο ανεπαρκής συντονισμός πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, οδηγούν σε ασάφειες στη διαδικασία των παραπομπών τόσο από το ένα επίπεδο φροντίδας στο άλλο όσο και μέσα στο ίδιο επίπεδο φροντίδας, οδηγώντας σε ασυνέχεια της φροντίδας, ακόμα και όταν οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες (OECD, 2020). Ο τρόπος χρηματοδότησης των υπηρεσιών και οι κανόνες που διέπουν την ασφαλιστική κάλυψη μπορούν να αποτελέσουν εμπόδια. Οι περιορισμοί στις παροχές, τα ποσοστά συμμετοχής στο κόστος, ο αποκλεισμός ομάδων από την υγειονομική κάλυψη αποτελούν οικονομικά εμπόδια στην κάλυψη αναγκών (Thomson et al., 2019). Οι πολιτικές λιτότητας που ακολουθούν περιόδους οικονομικών κρίσεων, οδηγούν σε ανάλογες περικοπές στις δαπάνες υγείας επιδεινώνοντας τα οικονομικά εμπόδια (Kentikelenis et al., 2014). Γραφειοκρατικά και διοικητικά χαρακτηριστικά όπως πολύπλοκες και μη στοχευμένες παραπομπές, η ελλιπής και μη κατάλληλη πληροφόρηση των χρηστών και η έλλειψη διαφάνειας, δυσχεραίνουν την αναζήτηση και την πρόσβαση στη φροντίδα, ιδιαίτερα για άτομα με χαμηλή υγειονομική παιδεία (Allin & Masseria, 2009).

2.4.4 Γεωγραφικοί και χωρικοί παράγοντες

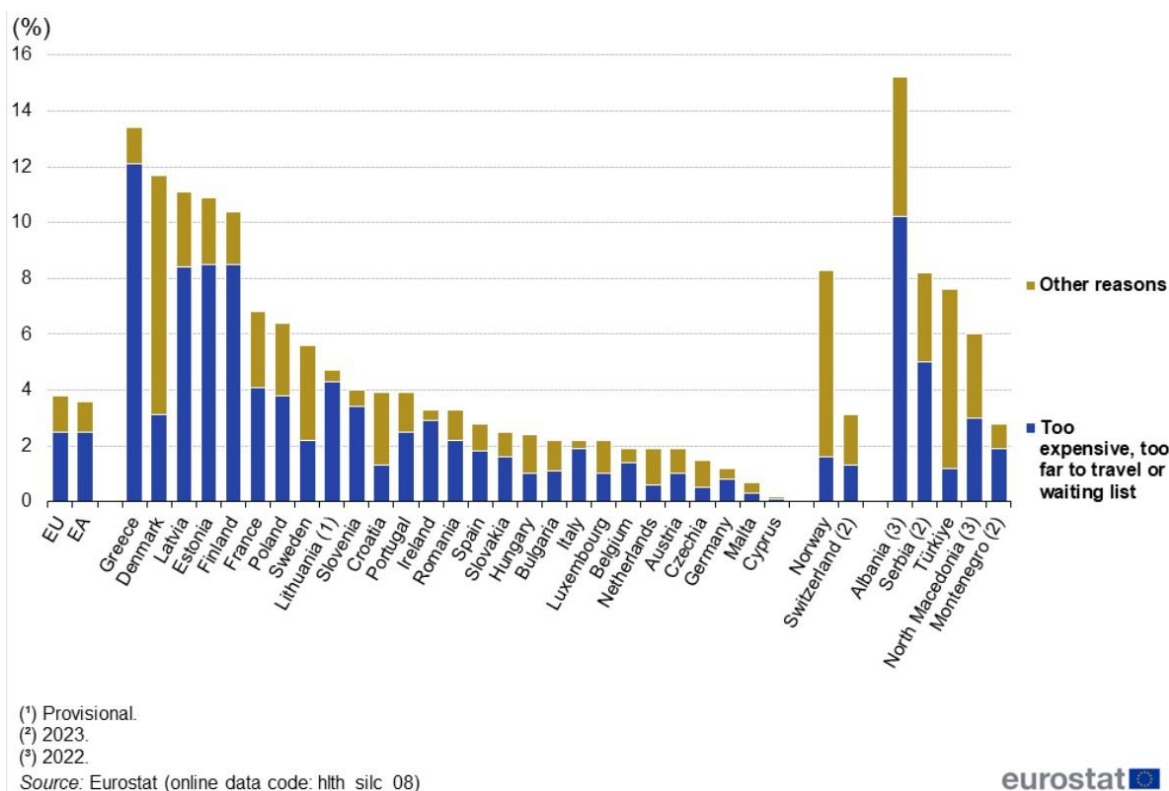
Η άνιση γεωγραφική κατανομή και η έλλειψη προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας, σε συνδυασμό με τις μεγάλες αποστάσεις, την περιορισμένη πρόσβαση στα μέσα μεταφοράς και το ανεπαρκές οδικό δίκτυο, αποτελούν εμπόδια στην πρόσβαση, ιδίως στις ορεινές, αγροτικές και νησιωτικές περιοχές (Guagliardo, 2004). Ο περιορισμός δε στη διαθεσιμότητα, είτε πρωτοβάθμιας, είτε εξειδικευμένης φροντίδας οδηγεί σε καθυστέρηση ή αποφυγή αναζήτησης φροντίδας. Οι ελλείψεις υποδομές μεταφοράς, η εξάρτηση από ιδιωτικά μέσα μετακίνησης, τα ανεπαρκώς συντηρημένα οδικά δίκτυα επιδεινώνουν τα εμπόδια των γεωγραφικών αποστάσεων, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα και με αναπηρίες άτομα. Παράλληλα, το κόστος μεταφοράς και ο χρόνος απουσίας από την εργασία αποτελούν οικονομικά εμπόδια (Arcury et al., 2005). Οι χωρικοί αυτοί παράγοντες όταν αλληλοεπιδρούν με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, δρουν συσσωρευτικά ενισχύοντας τις ανισότητες και τις ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες. Δεν αποτελούν απλώς φυσικά εμπόδια αλλά εμπόδια που σχετίζονται και με τον τρόπο οργάνωσης και ευρύτερου χωροταξικού σχεδιασμού συστημάτων υγείας.

3. Ανικανοποίητες ανάγκες και αξιολόγηση της ΠΦΥ στην Ευρώπη και την Ελλάδα

3.1 Ευρωπαϊκά ευρήματα για ανισότητες στην πρόσβαση στην ΠΦΥ και στη χρήση

Στην Ευρώπη, οι ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζονται από παράγοντες οι οποίοι έχουν άμεση σχέση με τα παρακάτω: το κόστος, την απόσταση από τον τόπο διαμονής των ασθενών, τις υπηρεσίες της ΠΦΥ και το χρόνο αναμονής. Η ΠΦΥ είναι το πρώτο σημείο επαφής και «γνωριμίας» των ασθενών με το σύστημα υγείας κάθε χώρας, από το οποίο αναμένουν πλήρη ανταπόκριση στο πρόβλημά τους με ολοκληρωμένη φροντίδα. Τα παραπάνω στοιχεία, τόσο ως προς τη δυνατότητα πρόσβασης στην ΠΦΥ όσο και ως προς τις παροχές υπηρεσιών προς τους ασθενείς, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όσον αφορά την πληρέστερη εκτίμηση της ισότητας στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ (Kringos et al., 2013; Schäfer et al., 2019). Στο πλαίσιο αυτό, οι ανικανοποίητες ανάγκες χρησιμοποιούνται ως δείκτης πρόσβασης σε ευρωπαϊκές έρευνες, όπου το κόστος, η απόσταση και οι χρόνοι αναμονής αναγνωρίζονται ως τα βασικά εμπόδια (Eurostat, 2025a; OECD, 2024).

Στο Διάγραμμα 1, βάσει προσφάτων στοιχείων της Eurostat φαίνεται καθαρά η άνιση κατανομή ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών. Σύμφωνα με τα δεδομένα του 2024 στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), το 3,8% των ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω δήλωσε ανικανοποίητες ανάγκες από το σύστημα υγείας, ωστόσο το ποσοστό αυτό παρουσίαζε σημαντικές μεταβολές μεταξύ των χωρών. Συγκεκριμένα, το ποσοστό κυμαινόταν από 0,2% στην Κύπρο και 0,7% στη Μάλτα έως 13,4% στην Ελλάδα (Eurostat, 2025a). Με εξίσου μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών, το 2,5% του πληθυσμού της ΕΕ ανέφερε ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες το 2024, λαμβάνοντας υπόψη εμπόδια που συνδέονται με τη λειτουργία του συστήματος υγείας, όπως το οικονομικό κόστος, η απόσταση και οι λίστες αναμονής (Eurostat, 2025a). Αυτές οι διαφορές από χώρα σε χώρα της Ε.Ε. δείχνουν ότι η προσβασιμότητα στην περίθαλψη δεν εξασφαλίζεται από την επίσημη υγειονομική κάλυψη. Στην πραγματικότητα, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται κυρίως από τα έξοδα που καλείται να καλύψει ο ασθενής, τη διαθεσιμότητα των γιατρών, την κατανομή των υπηρεσιών και τους χρόνους αναμονής (OECD, 2024).

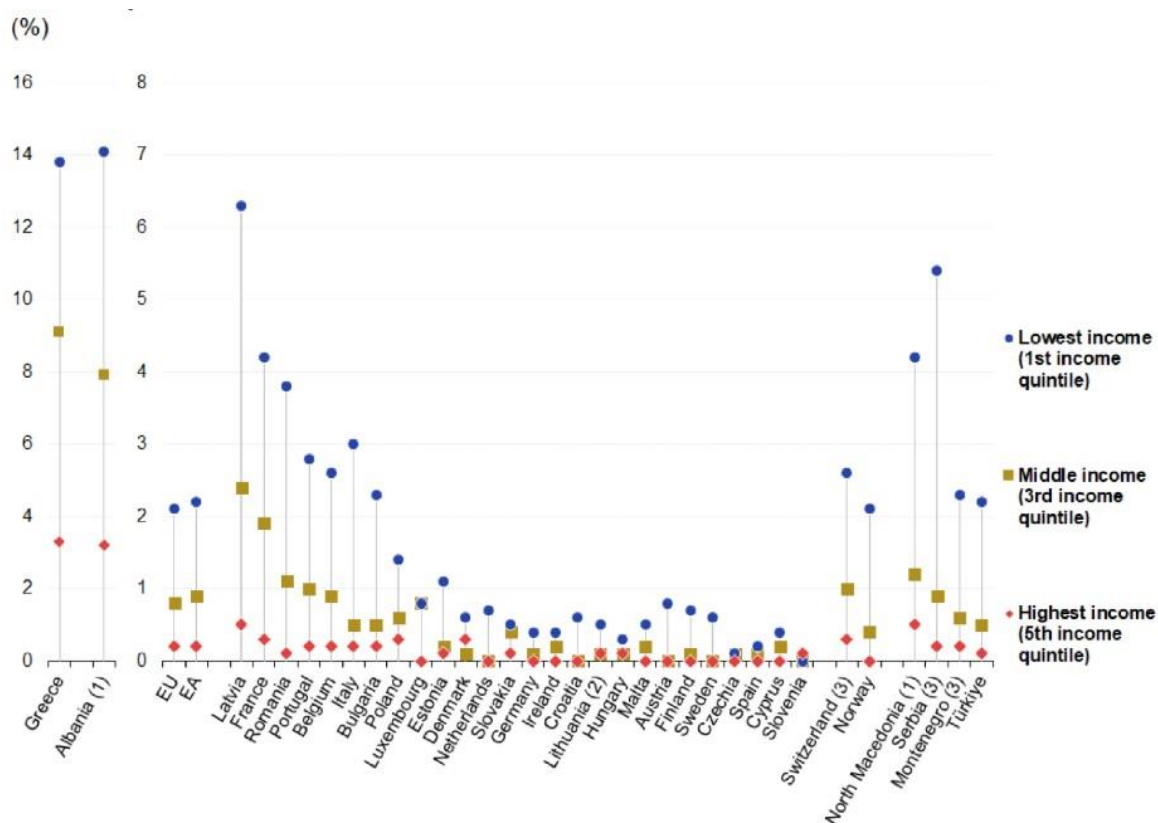


Διάγραμμα 1 Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία, 2024

(Πηγή: Eurostat, 2025a)

Στοιχεία από διάφορες χώρες δείχνουν ότι τα χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας, επηρεάζουν τις ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Λαμβάνοντας υπόψιν δεδομένα της έρευνας EU-SILC διαπιστώνεται ότι οι ανικανοποίητες ανάγκες, κάθε είδους ιατρικής περίθαλψης στην Ευρώπη, είναι άμεσα συνδεδεμένες με τη στελέχωση ιατρικού προσωπικού, καθώς και με τις δαπάνες που βαρύνουν τον ασθενή (Chaupain-Guillot & Guillot, 2015). Ομοίως, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προσδιόρισε ότι η ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα περιορίζεται από τους μειωμένους δημόσιους πόρους, την ελλιπή κάλυψη, τις υψηλές πληρωμές από τους ίδιους τους ασθενείς, την έλλειψη προσωπικού, τις μεγάλες λίστες αναμονής και την ανεπαρκή διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας στις αγροτικές περιοχές (European Commission, 2018). Συνεπώς, οι ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα, δεν είναι αποτέλεσμα αποκλειστικά παραγόντων που αφορούν τον ίδιο τον ασθενή, αλλά διαμορφώνονται από την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και τη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας.

Η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση αποτελεί πλέον ένα από τα κύρια μοτίβα στην ευρωπαϊκή βιβλιογραφία σχετικά με τις ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Συγκριτικά με τις κοινωνικά ευνοημένες ομάδες, δυσκολίες πρόσβασης στην απαραίτητη περίθαλψη αναφέρονται κυρίως από άτομα με χαμηλό εισόδημα και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Carnazza et al., 2023; OECD, 2019a). Το Διάγραμμα 2 με τα στοιχεία της Eurostat για το 2024 παρουσιάζει ακριβώς αυτή τη διαβάθμιση: ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες που αναφέρθηκαν από το 2,1% των ατόμων στο κατώτατο εισοδηματικό πεντημόριο εξαιτίας του υπερβολικού κόστους της περίθαλψης, σε σύγκριση με μόλις 0,2% στο ανώτατο εισοδηματικό πεντημόριο (Eurostat, 2025a). Συνεπώς, τα δεδομένα αυτά υποδεικνύουν ότι σε πολλά συστήματα υγείας στην Ευρώπη, η ατομική οικονομική προστασία παραμένει ελλιπής, κυρίως όταν η πρόσβαση επηρεάζεται από τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και τα έμμεσα κόστη.



Note: different scales are used in the two parts of the figure. For reasons of readability, the shares are shown only for the 1st, 3rd and 5th income quintiles. Ranked on the overall share of people aged 16 years or over reporting unmet needs for medical examination or treatment due to being too expensive.

(*) 2022. (†) Provisional. (‡) 2021.

Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_08)

Διάγραμμα 2 Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία λόγω υπερβολικού κόστους, ανά εισοδηματικό πεντημόριο, 2024

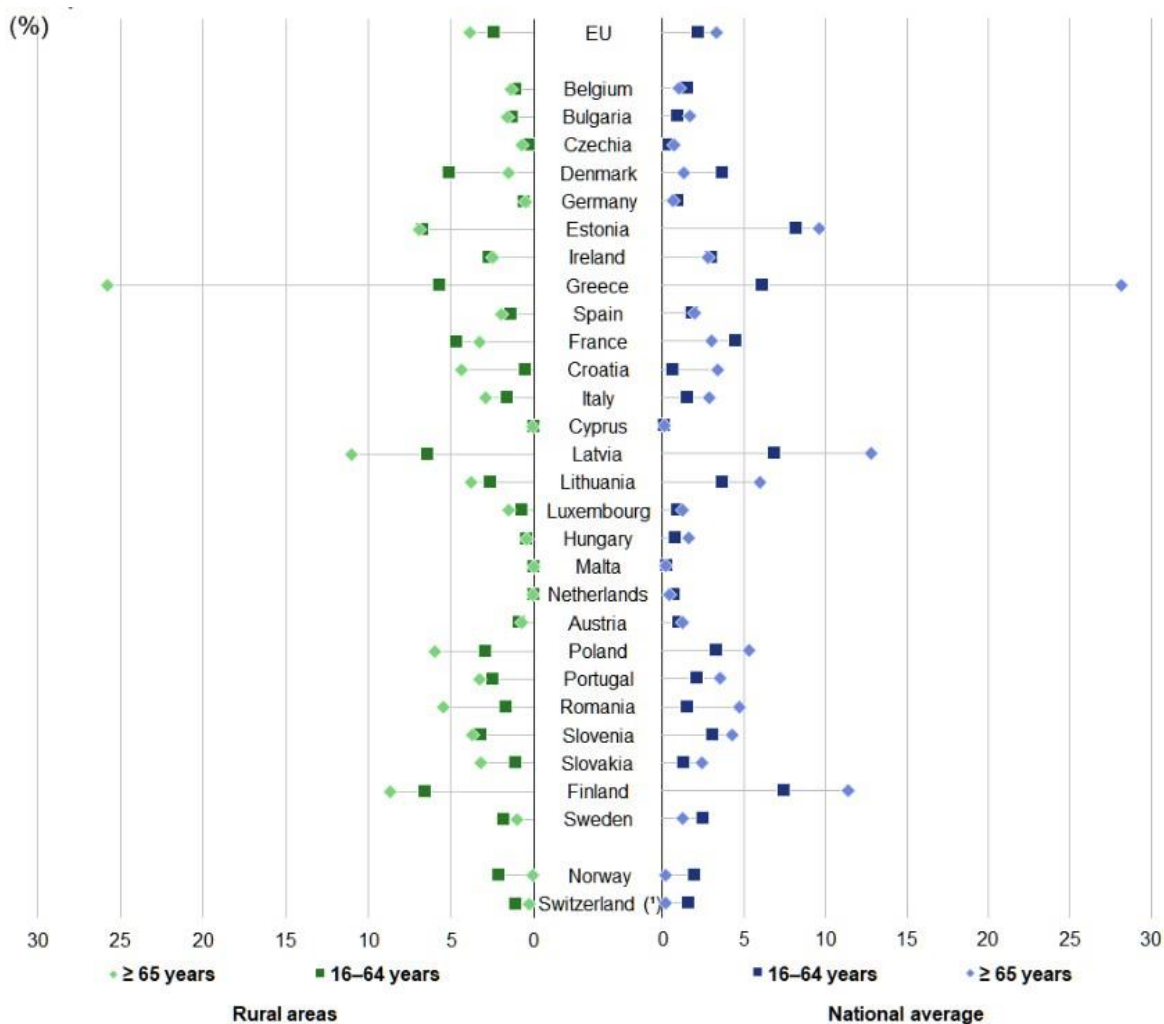
(Πηγή: Eurostat, 2025a)

Μια ανάλογη τάση μπορεί να εντοπιστεί αναλογίζοντας την κατάσταση οικονομικής δυσχέρειας και το μορφωτικό επίπεδο. Στην ΕΕ το 2024, το 6,0% των κατοίκων που είχαν ιατρικές ανάγκες και οικονομική δυσκολία, ανέφεραν ανικανοποίητες ανάγκες λόγω κόστους, απόστασης ή λιστών αναμονής, σε αντίθεση με το 3,2% των κάτοικων που δεν είχαν οικονομική δυσκολία (Eurostat, 2025a). Επίσης, τα υψηλά επίπεδα ανικανοποίητων αναγκών συνδέονται και με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Eurostat, 2025a). Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι οι αιτίες των ανικανοποίητων αναγκών διαφοροποιούνται ανάλογα με τη φύση του εμποδίου: οι ανικανοποίητες ανάγκες που σχετίζονται με το κόστος οφείλονται κυρίως σε οικονομικούς παράγοντες, ενώ οι ανικανοποίητες ανάγκες που σχετίζονται με τις λίστες αναμονής και την απόσταση συνδέονται στενότερα με θεσμικά και οργανωτικά εμπόδια (Carnazza et al., 2023). Αυτή η διάκριση είναι σημαντική για την έρευνα στον τομέα της ΠΦΥ, καθώς η άνιση πρόσβαση μπορεί να προκύπτει από διαφορετικούς μηχανισμούς: αδυναμία πληρωμής, δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες ή καθυστερήσεις εντός του συστήματος.

Επιπλέον, ευρωπαϊκές μελέτες δείχνουν ότι η ΠΦΥ διαφέρει από χώρα σε χώρα ως προς τον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης, τη στελέχωση του ιατρικού προσωπικού και την προσβασιμότητα (Kringos et al., 2013). Η μελέτη QUALICOPC συνέκρινε την ΠΦΥ σε 34 χώρες, συνδυάζοντας δεδομένα από γενικούς γιατρούς και ασθενείς, εστιάζοντας στην ποιότητα, την ισότητα και το κόστος (Nivel, 2014; Schäfer et al., 2019). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η απόδοση της ΠΦΥ δεν πρέπει να αξιολογείται μόνο σύμφωνα με τον αριθμό των επισκέψεων ή την ύπαρξη διαθέσιμων υπηρεσιών. Θα πρέπει εξίσου να αξιολογείται εάν αυτές οι υπηρεσίες είναι προσβάσιμες, καλά συντονισμένες, αλλά και κατά πόσο είναι ασθενοκεντρικές ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού.

Η διάκριση μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών αποτελεί έναν σημαντικό χωρικό παράγοντα σε αυτές τις ανισότητες. Στις αγροτικές περιοχές, οι άνθρωποι δυσκολεύονται

περισσότερο να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας καθώς οι αποστάσεις είναι μεγάλες με περιορισμένες συγκοινωνίες, οι επαγγελματίες υγείας είναι λιγότεροι και η διαθεσιμότητα εξειδικευμένης περίθαλψης είναι μειωμένη. Το Διάγραμμα 3 παρουσιάζει τα στοιχεία της Eurostat για το 2024, σύμφωνα με τα οποία οι ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες σε αγροτικές περιοχές της ΕΕ σε σύγκριση με τις πόλεις, ήταν υψηλότερες λόγω κόστους, απόστασης ή λιστών αναμονής. Τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 2,8% στις αγροτικές περιοχές και 2,6% στις πόλεις (Eurostat, 2025b). Φαινομενικά για την ΕΕ αυτή η διαφορά μπορεί να είναι μικρή, ωστόσο ενδέχεται να είναι μεγαλύτερη σε ορεινές, νησιωτικές ή αραιοκατοικημένες περιοχές.



(*) 2023.

Source: Eurostat (online data code: hlth_siic_21)

eurostat

Διάγραμμα 3 Άτομα που δήλωσαν ότι έχουν ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία λόγω υπερβολικού κόστους, μεγάλης απόστασης ή λιστών αναμονής, 2024

(Πηγή: Eurostat, 2025b)

Ένα ακόμη εμπόδιο πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας στις αγροτικές περιοχές είναι η ηλικία. Τα δεδομένα της Eurostat για το 2024 έδειξαν ότι στις αγροτικές περιοχές της ΕΕ τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών λόγω κόστους, απόστασης ή λιστών αναμονής σε σύγκριση με τα άτομα σε ηλικία εργασίας σε αντίστοιχες αγροτικές περιοχές, με ποσοστά 3,9% και 2,4%, αντίστοιχα (Eurostat, 2025b). Αυτό είναι σημαντικό, διότι στις αγροτικές περιοχές συχνά κατοικούν περισσότεροι ηλικιωμένοι, οι οποίοι έχουν μεγαλύτερες ανάγκες φροντίδας, παρακολούθησης, ανανέωσης συνταγών και συνεχούς περίθαλψης. Συνεπώς, το πρόβλημα στις αγροτικές περιοχές δεν σχετίζεται μόνο με την απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας. Συνδέεται με ένα σύνολο παραγόντων, όπως η ηλικία των κατοίκων, οι δυσκολίες μετακίνησης, η περιορισμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών και η κοινωνικοοικονομική ευπάθεια.

Στο παραπάνω φαινόμενο, σημαντικό ρόλο έχει και η στελέχωση του ιατρικού προσωπικού της ΠΦΥ στις αγροτικές περιοχές. Συγκεκριμένα, μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι συγκριτικά με τους γενικούς γιατρούς των αστικών περιοχών, οι αντίστοιχοι συνάδελφοι στις αγροτικές περιοχές της Ευρώπης, εργάζονταν περισσότερες ώρες και μάλιστα παρείχαν ευρύτερο φάσμα ιατρικών παροχών (Groenewegen et al., 2020). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνει τον φόρτο εργασίας και να δημιουργεί προβληματισμούς σχετικά με το κατά πόσο το ανθρώπινο δυναμικό μπορεί να ανταπεξέλθει μακροπρόθεσμα. Συγκεκριμένα, το Περιφερειακό Γραφείο της ΠΟΥ για την Ευρώπη (WHO Regional Office for Europe) είχε επισημάνει ότι η έγκαιρη πρόσβαση επηρεάζεται από τις ανισορροπίες στην κατανομή των επαγγελματιών της ΠΦΥ σε αγροτικές περιοχές (WHO, 2018).

Συνολικά, σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα συμπεραίνεται ότι οι ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρήση της ΠΦΥ εξαρτώνται από πολλές παραμέτρους, τόσο από την πλευρά της οργάνωσης των υπηρεσιών ΠΦΥ, όσο και από την πλευρά των ασθενών. Οι παράμετροι που αφορούν τους ασθενείς περιλαμβάνουν την κοινωνική και οικονομική κατάσταση, την απόσταση από τον τόπο κατοικίας και την ηλικία, ενώ από την πλευρά της ΠΦΥ οι ανισότητες στην πρόσβαση επηρεάζονται από την οργάνωση της ΠΦΥ σε επάρκεια προσωπικού, τους χρόνους αναμονής και τον βαθμό ολοκληρωμένης φροντίδας.

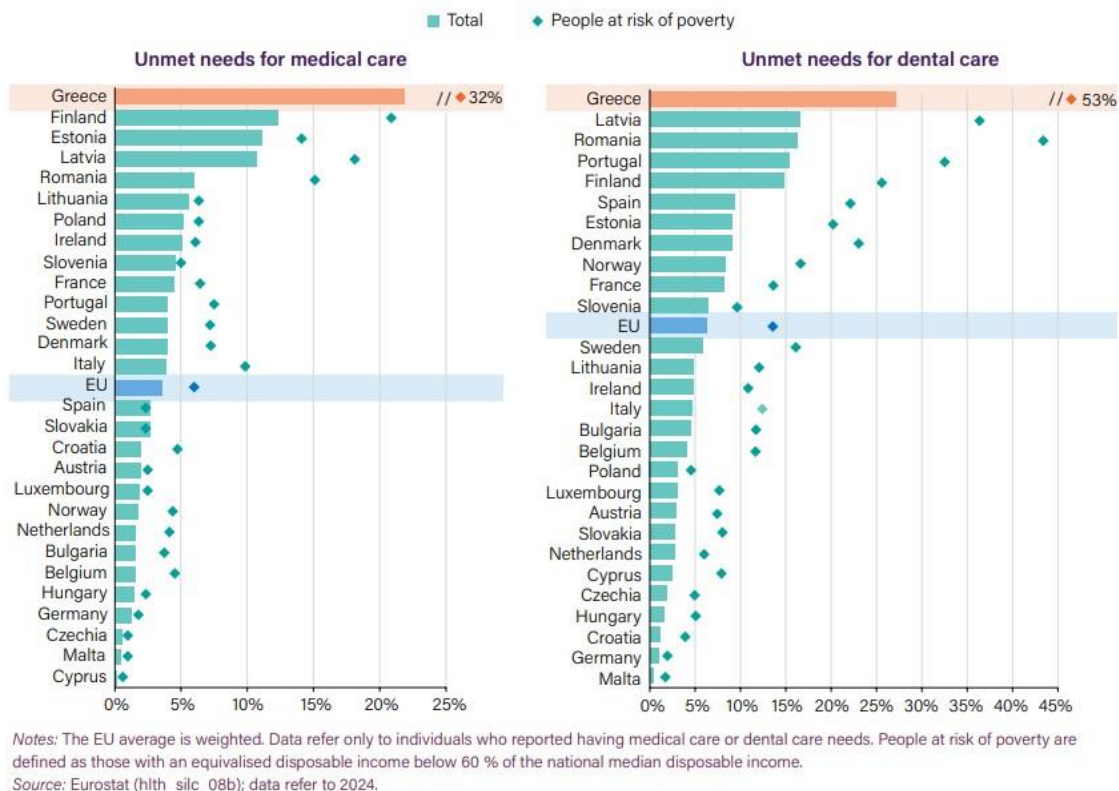
3.2 Ελλάδα: εξέλιξη των ανικανοποίητων αναγκών και βασικά χαρακτηριστικά της πρόσβασης στην ΠΦΥ

Η Ελλάδα με τη χαρακτηριστική μορφολογία των εδαφών της, αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση μελέτης και έρευνας για τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Στα υπάρχοντα εμπόδια πρόσβασης προστέθηκαν ακόμα περισσότερα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, για αυτό και οι ανικανοποίητες ανάγκες παραμένουν υψηλές σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ. Για τις ευπαθείς ομάδες, η πρόσβαση στην περίθαλψη έγινε ακόμα πιο δύσκολη κατά τη διάρκεια της κρίσης εξαιτίας της μείωσης των εισοδημάτων και των πόρων για τη δημόσια υγεία και της ανεργίας. Μεταξύ των Ελλήνων ενηλίκων, οι ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης αυξήθηκαν από 10,0% σε 21,9% κατά το διάστημα 2010 - 2015, ενώ το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν ιδιωτικές δαπάνες υγείας αυξήθηκε από 34,4% σε 58,7% (Filippidis et al., 2017). Οι ανικανοποίητες ανάγκες που σχετίζονταν με το κόστος καθώς και τα προβλήματα προσβασιμότητας αυξήθηκαν από 3,4% σε 12,2% και από 2,8% σε 4,5%, αντίστοιχα κατά την ίδια περίοδο. Τα παραπάνω δεδομένα με όλες τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης και μείωσης των πόρων για δημόσια υγεία έκαναν ακόμα πιο δύσκολη την πρόσβαση των ευπαθών ομάδων στην ΠΦΥ (Filippidis et al., 2017).

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία οι ανικανοποίητες ανάγκες εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στην Ελλάδα. Σύμφωνα με το «Προφίλ Υγείας της Ελλάδας 2025», το 21,9% των ατόμων στην Ελλάδα που δήλωσαν ότι χρειαστήκαν ιατρική περίθαλψη το 2024 δήλωσαν ότι λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής η ανάγκη αυτή παρέμεινε ανικανοποίητη (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025). Το ποσοστό αυτό ήταν έξι φορές υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (3,6%) και το υψηλότερο στην ΕΕ (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025).

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 4, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες αποτελούν ένα από τα πιο σημαντικά αίτια ανικανοποίητων αναγκών στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, το 2024, το 32,3% των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο οικονομικής δυσχέρειας στην Ελλάδα και είχαν ανάγκη ιατρικής περίθαλψης ανέφεραν ανικανοποίητες ανάγκες, σε σύγκριση με το 6,0% της ίδιας ομάδας σε ολόκληρη την ΕΕ (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025). Μεγαλύτερες ανισότητες προέκυψαν στην οδοντιατρική περίθαλψη. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, το 27,1% των ατόμων που χρειάζονταν οδοντιατρική

περίθαλψη ανέφερε ανικανοποίητες ανάγκες, ενώ μεταξύ των ατόμων με οικονομική δυσχέρεια το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 52,8%. Τα παραπάνω δεδομένα αποδεικνύουν ότι οι ανικανοποίητες ανάγκες εντοπίζονται στα οικονομικά ευάλωτα άτομα (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025).

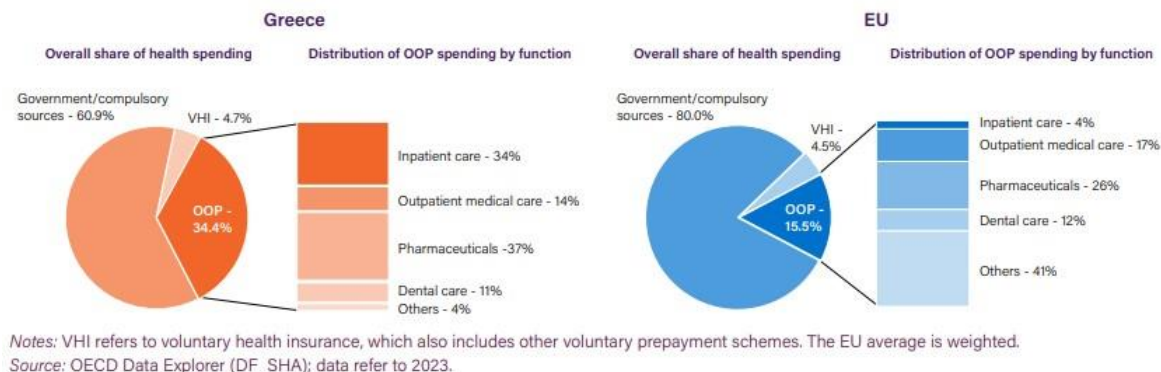


Διάγραμμα 4 Τα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο οικονομικής δυσχέρειας στην Ελλάδα αναφέρουν πολύ μεγαλύτερες ανικανοποίητες ανάγκες σε ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη

(Πηγή: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025)

Ένας ακόμα παράγοντας που συντηρεί τις ανικανοποίητες ανάγκες είναι αυτός του κόστους. Στην Ελλάδα το 2023 οι πληρωμές από τους ίδιους τους ασθενείς άγγιξαν το 34% σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που έφτανε το 16% (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025). Οι δαπάνες αυτές αφορούν νοσηλεία, εξωνοσοκομειακή φροντίδα, φάρμακα και οδοντιατρική κάλυψη. Επιπλέον, το Προφίλ Υγείας της Χώρας για το 2025 επισημαίνει επίσης ότι η περιορισμένη δημόσια κάλυψη της οδοντιατρικής περίθαλψης συμβάλλει ειδικότερα στην εξήγηση του πολύ υψηλού επιπέδου

των ανικανοποίητων οδοντιατρικών αναγκών. Ο ρόλος των πληρωμών από τον ίδιο τον ασθενή παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 5.



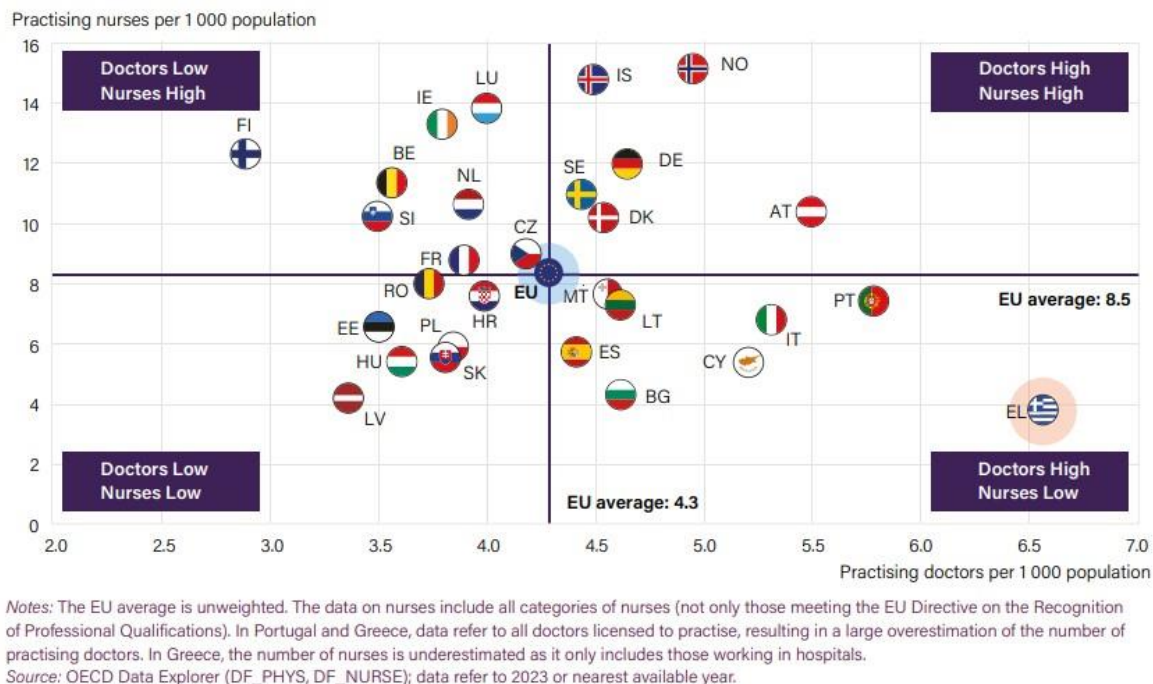
Διάγραμμα 5 Στην Ελλάδα, οι πληρωμές από τους ίδιους τους πολίτες αντιπροσωπεύουν λίγο περισσότερο από το ένα τρίτο του συνόλου των δαπανών για την υγεία

(Πηγή: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025)

Σύμφωνα με το Προφίλ Υγείας της Χώρας, οι ανικανοποίητες ανάγκες στην Ελλάδα διαφέρουν πολύ ακόμη και από περιφέρεια σε περιφέρεια, λόγω της γεωγραφικής ιδιομορφίας όπως η ύπαρξη αγροτικών, ορεινών και νησιωτικών περιοχών καθώς και ιδιαίτερα απομακρυσμένων περιοχών από τα αστικά κέντρα (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025). Στην περίπτωση της Ελλάδας αυτό είναι σημαντικό, γιατί η παροχή φροντίδας μπορεί να εμποδιστεί εξαιτίας αποστάσεων, δυσκολιών στις μετακινήσεις, ελλείψεων επαγγελματιών υγείας και περιορισμένων τοπικών υπηρεσιών, λόγω της ύπαρξης νησιωτικών και ορεινών περιοχών. Αυτά τα γεωγραφικά χαρακτηριστικά είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την ΠΦΥ, επειδή η ΠΦΥ πρέπει να παρέχει φροντίδα πρώτης επαφής κοντά στον τόπο διαμονής των ανθρώπων (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025).

Η επαφή των ασθενών με την ΠΦΥ είναι ζωτικής σημασίας, αφού το Εθνικό Σύστημα Υγείας σε μεγάλο βαθμό στηρίζεται στην Νοσοκομειακή περίθαλψη, δεδομένου ότι εκεί ο ασθενής θα έχει πρόσβαση στις περισσότερες ειδικότητες των γιατρών. Το 2023, η Ελλάδα είχε 6,6 γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 4,3 (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025). Ωστόσο, στην Ελλάδα το 6% του ιατρικού προσωπικού ήταν γενικοί γιατροί σε σύγκριση με τον μέσο όρο

της ΕΕ που ανέρχεται στο 19%, ενώ η χώρα μας είχε 3,8 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 8,5. Το Διάγραμμα 6 παρουσιάζει αυτή την ανισορροπία τονίζοντας την περιορισμένη ικανότητα της ΠΦΥ να λειτουργεί ως ένα δυνατό επίπεδο πρώτης επαφής και συντονισμού της φροντίδας.



Διάγραμμα 6 Οι επίσημες στατιστικές υπερεκτιμούν τον αριθμό των γιατρών στην Ελλάδα σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ

(Πηγή: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025)

Στοχεύοντας την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, από το 2017, η Ελλάδα έχει επεκτείνει το δίκτυο των τοπικών μονάδων υγείας και των κέντρων υγείας. Το σύστημα του «προσωπικού γιατρού» υιοθετήθηκε το 2022 και ενισχύθηκε το 2024 (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας (ΕΣΥ) στην προσπάθειά του να ενισχύσει το ιατρικό προσωπικό στην ΠΦΥ μέσω του συστήματος του “Προσωπικού Γιατρού” ώστε να αποτελέσει το πρώτο σημείο επαφής για τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, συνάντησε μεγάλες δυσκολίες λόγω της έλλειψης γιατρών, οι οποίοι δεν είναι πρόθυμοι να ενταχθούν στον δημόσιο φορέα.

καθώς στρέφονται προς τον ιδιωτικό τομέα (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025).

Η Elstat παρέχει στοιχεία σχετικά με τη δομή και τη στελέχωση των μονάδων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, και το 2024 η Ελλάδα διέθετε 312 Κέντρα Υγείας, 1.432 Περιφερειακά Ιατρεία, 98 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, 50 Εξειδικευμένα Περιφερειακά Ιατρεία, 227 Τοπικά Ιατρεία, 10 άλλες μονάδες και 137 Τοπικές Μονάδες Υγείας (Elstat, 2025). Σχετικά με τα Κέντρα Υγείας, το Διάγραμμα 7 παρουσιάζει τις αλλαγές στο προσωπικό και τον εξοπλισμό από το 2023 έως το 2024: το ιατρικό προσωπικό και το νοσηλευτικό προσωπικό μειώθηκε από 4.139 σε 3.920 και από 5.098 σε 4.906 αντίστοιχα, ενώ το υπόλοιπο μη ιατρικό προσωπικό αυξήθηκε από 3.348 σε 3.376 και ο εξοπλισμός αυξήθηκε από 3.782 σε 3.880 (Elstat, 2025).

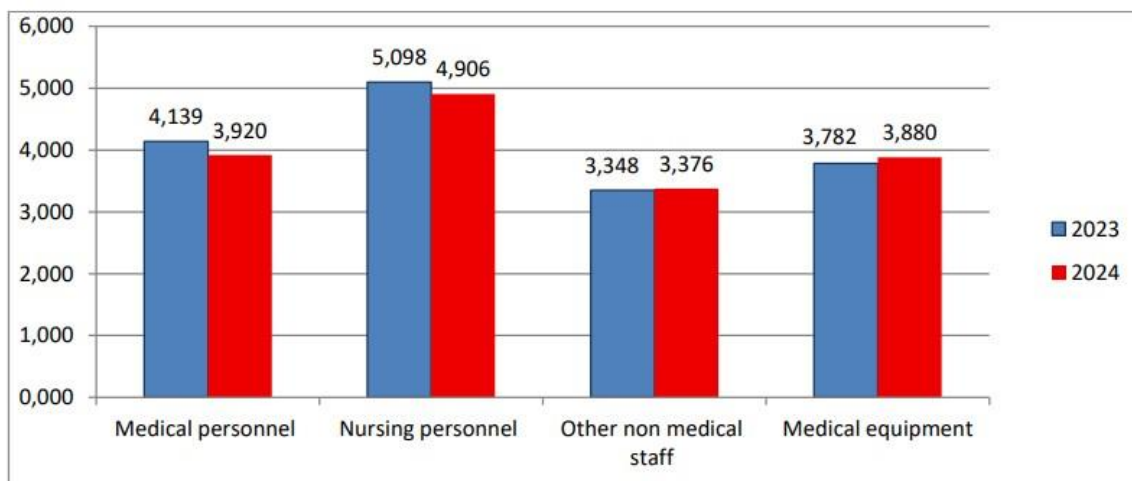
Πίνακας 1 Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά κατηγορία, έτη 2023-2024

	Health Centers*	Regional Medical Offices	Multipurpose Regional Medical Offices	Specialised Regional Medical Offices	Local Medical Offices**	Other Units	Local Health Units
2023	312	1,433	97	50	227	10	137
2024	312	1,432	98	50	227	10	137

* Health Units of the National Primary Health Care Network (PEDY, Law 4238/2014), which by virtue of the Law 4486/2017 are renamed as Health Centers

** 66 Local Medical Offices in function

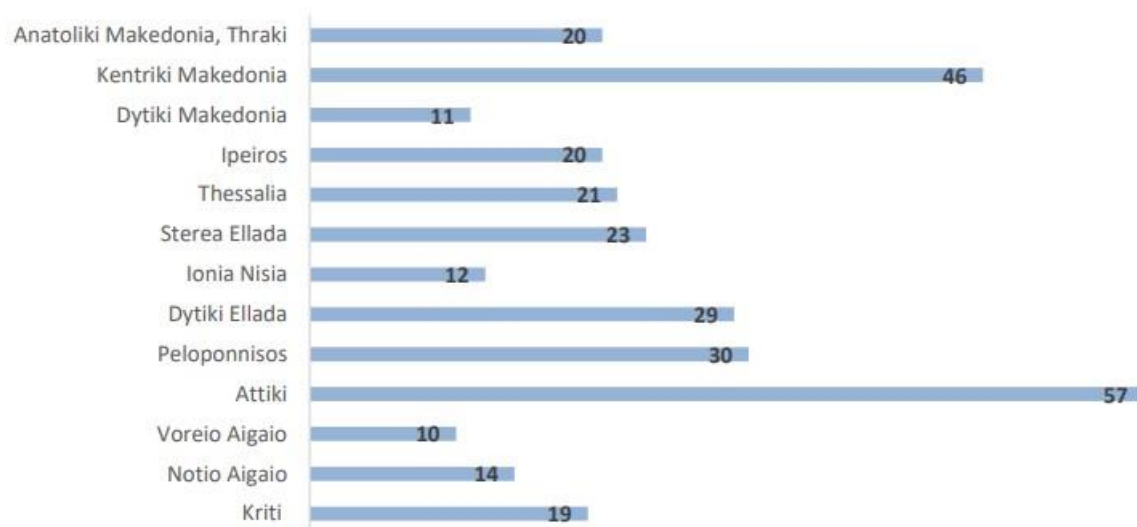
(Πηγή: Elstat, 2025)



Διάγραμμα 7 Προσωπικό και εξοπλισμός των Κέντρων Υγείας, έτη 2023 και 2024

(Πηγή: Elstat, 2025)

Καθώς στην παρούσα διατριβή είναι σημαντική η περιφερειακή κατανομή των Κέντρων Υγείας, τα δεδομένα της Elstat κατέγραψαν 19 Κέντρα Υγείας στην Κρήτη το 2024, 57 για την περιοχή της Αττικής και 46 για την περιοχή της Κεντρικής Μακεδονίας όπως απεικονίζεται στο Διάγραμμα 8 (Elstat, 2025).



Διάγραμμα 8 Κέντρα υγείας ανά περιφέρεια NUTS 2 της Ελλάδας, 2024

(Πηγή: Elstat, 2025)

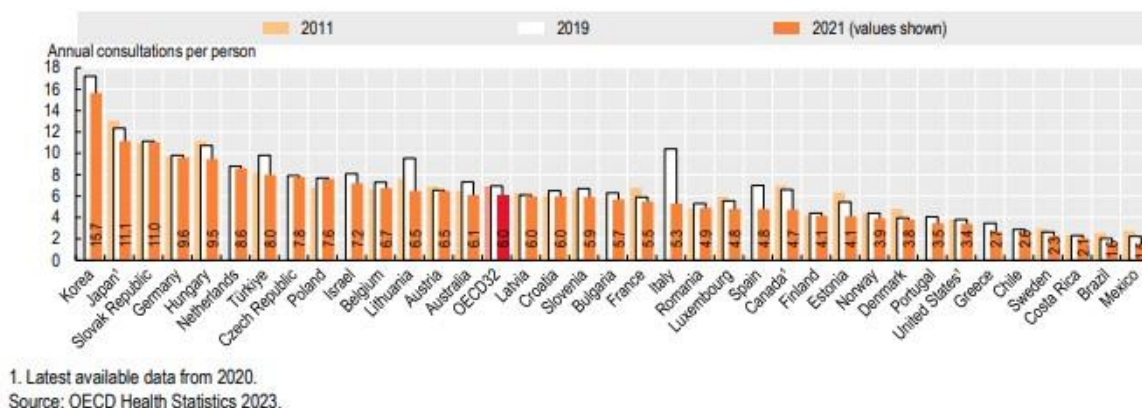
Συνολικά, η βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι στην Ελλάδα (α) η κοινωνική και οικονομική ευπάθεια, (β) το υψηλό κόστος που καλείται να καλύψει ο ασθενής, (γ) οι περιφερειακές ανισότητες και (δ) οι περιορισμοί στην οργάνωση της ΠΦΥ, συνδέονται άμεσα με τις ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Συνεπώς, η αξιολόγηση της ΠΦΥ δεν πρέπει να εξετάζει μόνο αν υπάρχουν υπηρεσίες, αλλά και αν οι ασθενείς έχουν πρόσβαση σε αυτές, αν αντιμετωπίζουν εμπόδια και αν η φροντίδα που λαμβάνουν είναι συνεχής, συντονισμένη και επικεντρωμένη στον ασθενή.

3.3 Αξιολόγηση της ΠΦΥ: δείκτες χρήσης, ικανοποίησης και εμπειρίας των ασθενών

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την αξιολόγηση της ΠΦΥ εκτός από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι και κατά πόσο ο ασθενής αντιμετωπίζει εμπόδια προκειμένου να έχει πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη, καθώς και εάν η φροντίδα που λαμβάνει είναι

συνεχής και ασθενοκεντρική (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2022). Το Πλαίσιο Μέτρησης της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης του ΠΟΥ (WHO Primary Healthcare Measurement Framework) προσδιορίζει τα ακόλουθα στοιχεία ως βασικές λειτουργίες της ΠΦΥ τα οποία συμβάλουν στην ποιότητα της ΠΦΥ: την ευκολία πρόσβασης για την πρώτη ιατρική επίσκεψη, την ολοκλήρωση της φροντίδας, καθώς και τον συντονισμό και την ανθρωποκεντρική φροντίδα (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2022). Ουσιαστικά η αξιολόγηση της ΠΦΥ δεν βασίζεται σε ένα μόνο μέτρο αλλά συνδυάζει δείκτες χρήσης των υπηρεσιών και πρόσβασης των ασθενών (OECD, 2025b; World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2022).

Η πρώτη ομάδα δεικτών αφορά τη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των επισκέψεων σε γενικούς γιατρούς, οικογενειακούς γιατρούς και κέντρα υγείας (OECD, 2023). Ο αριθμός των επισκέψεων σε γιατρούς παίζει σημαντικό ρόλο, δεδομένου ότι χρησιμοποιείται ως δείκτης μέτρησης επαφής ασθενούς-γιατρού και να οδηγήσει σε διάγνωση, αντιμετώπιση ή παραπομπή (OECD, 2023). Ο αριθμός επισκέψεων όμως χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, καθότι μια χαμηλή μέτρηση επισκεψιμότητας μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα πρόσβασης ή έλλειψη ειδικευμένων γιατρών, αλλά και εναλλακτικών επιλογών στελέχωσης της περίθαλψης όπως για παράδειγμα περισσότερες επισκέψεις και αξιολογήσεις από νοσηλευτές (OECD, 2023). Αυτό φαίνεται στο Διάγραμμα 9, όπου τα στοιχεία του OECD δείχνουν μεγάλες ανισότητες μεταξύ των χωρών όσον αφορά τις ετήσιες δια ζώσης επισκέψεις ανά κάτοικο, με την Ελλάδα να συγκαταλέγεται μεταξύ των χωρών που είχαν λιγότερες από τρεις επισκέψεις ανά άτομο το 2021 (OECD, 2023).



Διάγραμμα 9 Μέσος αριθμός δια ζώσης ιατρικών επισκέψεων ανά άτομο, 2011, 2019 και 2021

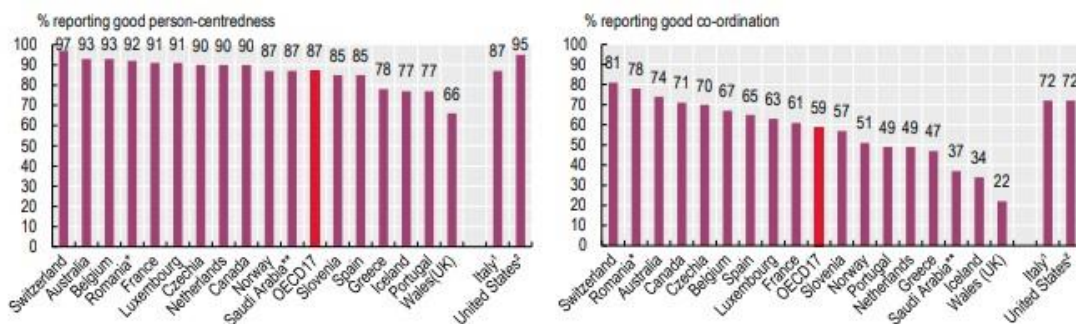
(Πηγή: OECD, 2023)

Ένας τρόπος αξιολόγησης εάν η ΠΦΥ λειτουργεί ως το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας είναι η επιλογή των ασθενών να επισκεφτούν τον οικογενειακό ή γενικό γιατρό (Starfield, 1998; World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2022). Η επιλογή των ασθενών να επισκέπτονται την ΠΦΥ για κοινά προβλήματα υγείας είναι η πλέον συνήθης διαδικασία και ανάλογα με τη γνωμάτευση και αντιμετώπιση μπορούν να παραπεμφθούν σε ειδική περίθαλψη εάν και εφόσον χρειαστεί (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2022). Επομένως, πρακτικοί δείκτες αξιολόγησης του ρόλου της ΠΦΥ είναι η διαθεσιμότητα και η πρόσβαση σε τακτικό γιατρό, η χρήση της ΠΦΥ πριν από την επίσκεψη σε εξειδικευμένο γιατρό και η παραπομπή μέσω της ΠΦΥ (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2022).

Άλλοι σοβαροί λόγοι οι οποίοι αυξάνουν τους δείκτες των ανικανοποίητων αναγκών, οδηγώντας έναν ασθενή να μην κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας που του προσφέρονται, δίνοντας αρνητικό πρόσημο στην αξιολόγηση της ΠΦΥ, είναι το κόστος, ο χρόνος αναμονής, η διαθεσιμότητα για ραντεβού, η απόσταση όπως επίσης και πόσο εύκολη είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (OECD, 2019a; World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2022). Οι παραπάνω λόγοι λοιπόν, αποτελούν τη δεύτερη ομάδα δεικτών αναφορικά με τα εμπόδια πρόσβασης και λειτουργικότητας της ΠΦΥ (OECD, 2019a; World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2022).

Η επόμενη ομάδα δεικτών αποτελείται από την ικανοποίηση και την εμπειρία των ασθενών (OECD, 2025b). Οι ασθενείς ανάλογα με την ποιότητα φροντίδας και το συνολικό αποτέλεσμα των υπηρεσιών που έλαβαν για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν, γνωστοποιούν την ικανοποίησή τους, επηρεάζοντας έτσι τους δείκτες ποιότητας παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Η γνώμη των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, λόγω της συχνότητας επισκέψεων αλλά και της εμπειρίας που έχουν αποκτήσει στον τρόπο της προσέγγισης και αντιμετώπισης από τους θεράποντες γιατρούς, έχει ιδιαίτερη σημασία και βαρύτητα για τους δείκτες της φροντίδας υγείας (OECD, 2025b). Η έρευνα PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys), διεθνής πρωτοβουλία του OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development/Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) αποσκοπεί στη μέτρηση των αποτελεσμάτων υγείας και των εμπειριών φροντίδας ακριβώς όπως τα ανέφεραν οι ίδιοι ασθενείς, εστιάζοντας σε άτομα ηλικίας 45 ετών και άνω με χρόνιες παθήσεις, με στόχο την καλύτερη και πιο αντικειμενική αξιολόγηση του κατά πόσο έχει επηρεαστεί η ποιότητα ζωής τους από τη φροντίδα που έλαβαν (OECD, 2025a).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας PaRIS, ο συνδυασμός της ασθενοκεντρικής φροντίδας και του συντονισμού της φροντίδας μπορεί να αποτελέσει σημαντικό άξονα για την αναβάθμιση της ΠΦΥ (OECD, 2025b). Η ασθενοκεντρική φροντίδα επικεντρώνεται στις ανάγκες του ασθενούς, στις προτιμήσεις και στις επιλογές του, στη συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων θεραπείας και εξατομικευμένης αντιμετώπισης, καθώς και στην ανάγκη ενημέρωσης και επικοινωνίας, αποκλείοντας έτσι μια ιατροκεντρική προσέγγιση. Η συντονισμένη περίθαλψη, η σωστή και έγκυρη πληροφόρηση σχετικά με το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και η ασθενοκεντρική φροντίδα μπορούν να περιορίσουν άσκοπες επαναλήψεις εξετάσεων και δυσκολίες στην αντιμετώπιση και διαχείριση χρόνιων παθήσεων (OECD, 2025b). Τα παραπάνω δεδομένα παρουσιάζονται στο συγκριτικό Διάγραμμα 10, σύμφωνα με τα στοιχεία του OECD για το 2024, αναφορικά με τις εμπειρίες ασθενών με χρόνιες παθήσεις σε διάφορες χώρες (OECD, 2025b).



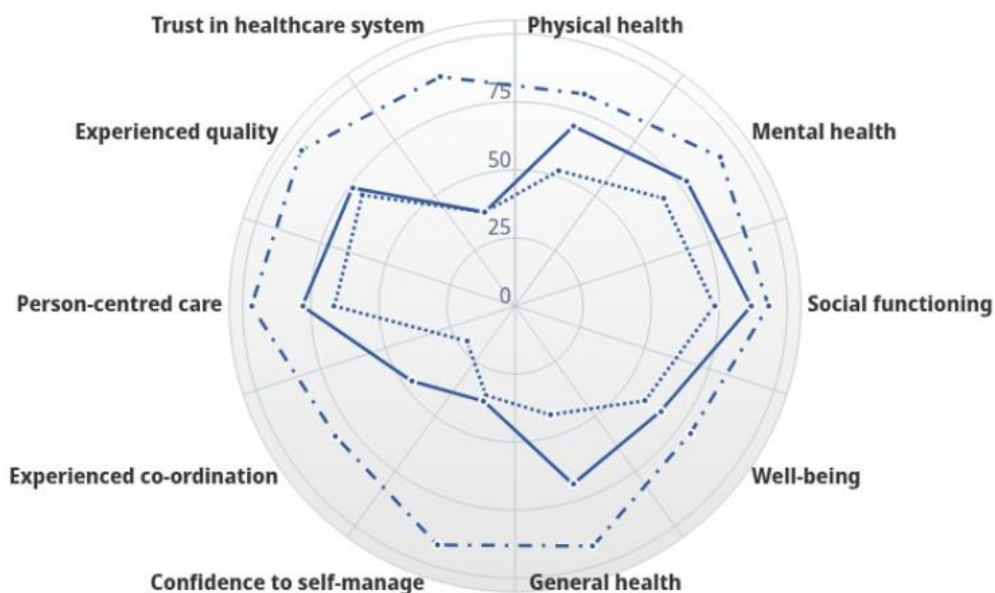
1. Data for Italy refer to patients enrolled in outpatient settings for specialist visits in selected regions. 2. United States sample only includes people aged 65 and over.
* Accession/partner country. ** Participated in the PaRIS survey.
Source: OECD PaRIS 2024 Database.

Διάγραμμα 10 Ασθενοκεντρικότητα και συντονισμός της φροντίδας στην ΠΦΥ για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, 2024

(Πηγή: OECD, 2025b)

Σύμφωνα με την έκθεση της Ελλάδας για την έρευνα PaRIS, τα δεδομένα που παρουσιάστηκαν κυρίως για τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις υποδηλώνουν σημαντικά κενά στην εμπειρία τους από την ΠΦΥ, αναδεικνύοντας την ανάγκη ενίσχυσης της ασθενοκεντρικής φροντίδας και του συντονισμού (OECD, 2025a). Η έρευνα PaRIS στην Ελλάδα βασίστηκε σε δέκα βασικούς δείκτες οι οποίοι συγκρίθηκαν με τον μέσο όρο της μελέτης PaRIS (OECD, 2025a). Σύμφωνα με το Διάγραμμα 11, οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις κατέγραψαν χαμηλότερα αποτελέσματα σε σημαντικούς δείκτες εμπειρίας από τον μέσο όρο της PaRIS, όπως στους δείκτες εμπιστοσύνης, αυτοδιαχείρισης, ποιότητας και συντονισμού φροντίδας (OECD, 2025a). Ειδικότερα, το 37% των ασθενών με χρόνιες παθήσεις ανέφερε εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, έναντι 59%, ποσοστό σημαντικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο της μελέτης PaRIS. Αντίστοιχα παρατηρείται η ίδια εικόνα και στον συντονισμό της φροντίδας, όπου η Ελλάδα καταγράφει ποσοστό 47%, έναντι 59% στον μέσο όρο της PaRIS (OECD, 2025a).

-- Highest --- Greece ... Lowest



Διάγραμμα 11 Οι 10 βασικοί δείκτες της μελέτης PaRIS: αποτελέσματα και εμπειρίες που αναφέρουν οι ίδιοι οι ασθενείς με μία ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις στην Ελλάδα

(Πηγή: OECD, 2025a)

Επιπλέον, τα στοιχεία της μελέτης ανέδειξαν αδυναμίες στα οργανωτικά χαρακτηριστικά της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα, συγκριτικά με τον μέσο όρο της PaRIS (OECD, 2025a). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά σε βασικά οργανωτικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ: λιγότερο από το ένα τέταρτο έλαβε φροντίδα σε ιατρεία με παρακολούθηση και επισκέψεις άνω των 15 λεπτών, έναντι 47% στον μέσο όρο της PaRIS, ενώ το 60% έλαβε φροντίδα σε ιατρεία με συμμετοχή προσωπικού εκτός γιατρών, έναντι 83% (OECD, 2025a). Παράλληλα, περισσότεροι από δύο στους πέντε ανέφεραν σταθερή σχέση με τον ίδιο επαγγελματία ΠΦΥ για πάνω από πέντε χρόνια, έναντι 58% στον μέσο όρο της PaRIS (OECD, 2025a). Αντίστοιχα, η ελληνική μελέτη QUALICOPC έδειξε ότι, παρά τις συνολικά θετικές εμπειρίες των ασθενών από τον γενικό γιατρό, υπήρχαν κενά στους χρόνους αναμονής, στην πρόσβαση στο ιατρικό ιστορικό, στις υπηρεσίες πρόληψης και στη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων (Lionis et al., 2017). Συνολικά, τα ευρήματα των δύο μελετών υποδηλώνουν ότι η αξιολόγηση της ΠΦΥ πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο τη

διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, αλλά και την οργάνωση, τη συνέχεια, τον συντονισμό και την ενεργό συμμετοχή των ασθενών.

Η σπουδαιότητα και η ανάγκη σωστού συνδυασμού της ασθενοκεντρικής φροντίδας και του συντονισμού φροντίδας για την αξιολόγηση και τη βελτιστοποίηση της ΠΦΥ επιβεβαιώνονται από τη βιβλιογραφία (OECD, 2025b; World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2022). Οι δείκτες αυτοί συμβάλλουν στον εντοπισμό των κενών της ΠΦΥ και παράλληλα βοηθούν στην ανάδειξη των μέτρων που μπορούν να ληφθούν υπόψη, προκειμένου η ποιότητα της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης να βελτιωθεί (OECD, 2019a; World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2022).

4. Μεθοδολογία της Έρευνας

4.1 Σκοπός της έρευνας και ειδικοί στόχοι

Η παρούσα εργασία στοχεύει, να διερευνήσει τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και τις ανισότητες στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα εστίασε στις συγκρίσεις μεταξύ χρηστών της ΠΦΥ σε αγροτικές και αστικές περιοχές με στόχο να εντοπίσει εάν ο τύπος διαμονής σχετίζεται με διαφορές στην πρόσβαση της ΠΦΥ, τη χρήση της, τις ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και κατά συνέπεια την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που έλαβαν.

Η έρευνα των παραπάνω διαφορών είναι σημαντική καθώς η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας και διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, τη διαχείριση των ασθενειών και τη συνέχεια της περίθαλψης.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι στόχοι της έρευνας είναι:

1. Περιγραφή των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.
2. Καταγραφή της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων όπως οι ίδιοι την αντιλαμβάνονται.
3. Διερεύνηση της χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ από τους συμμετέχοντες.
4. Εντοπισμός των εμποδίων πρόσβασης στην ΠΦΥ, καθώς και των ανικανοποίητων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης.
5. Ανίχνευση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την παρεχόμενη φροντίδα.
6. Σύγκριση των παραπάνω παραγόντων μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού.

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Βάσει του σκοπού και των στόχων της παρούσας διπλωματικής, τα ερευνητικά ερωτήματα αναπτύχθηκαν με σκοπό να καθοδηγήσουν την εμπειρική έρευνα και να διευκρινίσουν τις κύριες διαστάσεις που εξετάζονται. Τα ερωτήματα αυτά εστιάζουν στις πιθανές διαφορές μεταξύ των χρηστών της ΠΦΥ σε αγροτικές και αστικές περιοχές, δίνοντας έμφαση στα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, την πρόσβαση, τη χρήση των υπηρεσιών, τις

ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα.

Συνεπώς, εξετάστηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Διερεύνηση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, και η μορφή απασχόλησης, αναφορικά με την πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού.
2. Διερεύνηση των εμποδίων στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ, όπως η απόσταση, το κόστος, η διαθεσιμότητα γιατρού, και ο χρόνος αναμονής.
3. Διερεύνηση της χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ, όπως η συχνότητα επισκέψεων σε οικογενειακό ή γενικό γιατρό, η επίσκεψη σε νοσοκομείο ή ειδικό γιατρό καθώς και το πρώτο σημείο αναζήτησης φροντίδας.
4. Διερεύνηση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την παρεχόμενη φροντίδα.
5. Διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ και τις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας.

Τα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα συνδέονται με ερευνητικές υποθέσεις, οι οποίες όμως δεν επιδιώκουν να προκαθορίσουν τα αποτελέσματα της έρευνας, αλλά να καθοδηγήσουν την ανάλυση των δεδομένων. Σε αυτό το πλαίσιο, αναμένεται να προκύψουν διαφορές στις μεταβλητές εκείνες που οδηγούν σε ανισότητες στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ, μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού. Επιπλέον, διατυπώνεται η υπόθεση ότι κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά όπως το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα και η εργασιακή κατάσταση σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες έχουν πρόσβαση και χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της ΠΦΥ.

4.3 Σχεδιασμός της μελέτης

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική, διατομεακή (cross-sectional) και συγκριτική ερευνητική προσέγγιση με στόχο να διερευνηθούν οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών της ΠΦΥ μεταξύ

αγροτικού και αστικού πληθυσμού. Η ποσοτική μέθοδος επιλέχθηκε γιατί προσφέρει συστηματική συλλογή δεδομένων και σύγκριση μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων (Creswell, 2014).

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο μεταξύ Δεκεμβρίου 2025 και Μαρτίου 2026 μέσω ανώνυμων ερωτηματολογίων τα οποία μοιράστηκαν σε έντυπη μορφή. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διήρκεσε περίπου 15 λεπτά.

Ως πληθυσμός της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν οι επισκέπτες στο Κέντρο Υγείας Κανδάνου που αντιπροσώπευαν τον αγροτικό πληθυσμό και οι επισκέπτες στο Κέντρο Υγείας Χανίων που αντιπροσώπευαν τον αστικό πληθυσμό, στο νομό Χανίων, περιοχή ευθύνης της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης.

Η προσέγγιση των πιθανών συμμετεχόντων γινόταν στο Κέντρο Υγείας κατά την επίσκεψή τους στον οικογενειακό γιατρό. Αφού τους εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας, σε όσους συμφωνούσαν να συμμετάσχουν δόθηκε πρώτα το έντυπο συναίνεσης ([Παράρτημα Α](#)) και έπειτα το ερωτηματολόγιο ([Παράρτημα Β](#)).

Συνολικά, 150 άτομα συμμετείχαν στην έρευνα οικειοθελώς και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Παράλληλα, διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των απαντήσεων, ενώ τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν είτε από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, είτε με βοήθεια από την ερευνήτρια, ανάλογα με την προτίμηση του συμμετέχοντος. Σε κάθε περίπτωση, ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε ώστε να μην επηρεαστούν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων. Καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας συλλογής δεδομένων, προσοχή δόθηκε στην προστασία της ιδιωτικότητας και της εμπιστευτικότητας των συμμετεχόντων. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια και τα έντυπα συναίνεσης φυλάχθηκαν με ασφάλεια.

Τέλος, η έρευνα έλαβε την απαραίτητη έγκριση από την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η διαδικασία συλλογής των δεδομένων στις συγκεκριμένες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

4.4 Ερευνητικά εργαλεία

Για τη διεκπεραίωση του ερευνητικού μέρους, το κύριο ερευνητικό εργαλείο αποτέλεσε ένα ερωτηματολόγιο σε έντυπη μορφή. Η χρήση ερωτηματολογίου για τη συλλογή δεδομένων έχει αρκετά πλεονεκτήματα καθώς παράγει δεδομένα υψηλής ποιότητας, επιτυγχάνει

ικανοποιητικά ποσοστά ανταπόκρισης και προσφέρει ανωνυμία, προωθώντας έτσι πιο ειλικρινείς απαντήσεις σε σύγκριση με μεθόδους όπως οι συνεντεύξεις (Marshall, 2005; Williams, 2003). Επίσης, παρέχει συστηματική συλλογή δεδομένων και διευκολύνει τις συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων (Bryman, 2017).

Το ερωτηματολόγιο στηρίχθηκε σε ενότητες του WHO SAGE Questionnaire (WHO, 2006), το οποίο αποτελεί διεθνές εργαλείο αξιολόγησης και περιλαμβάνει δείκτες πρόσβασης και χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών σε συνάρτηση με κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας, προκειμένου να εντοπιστούν οι λόγοι που υπάρχουν ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια και αποτελείται συνολικά από πέντε ενότητες και 18 ερωτήσεις. Η πρώτη ενότητα (*A. Δημογραφικά και Κοινωνικοοικονομικά Στοιχεία*) περιελάμβανε 7 ερωτήσεις ώστε να συλλεχθούν τα δημογραφικά και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η μόνιμη κατοικία, το μορφωτικό επίπεδο, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και μορφή απασχόλησης. Η δεύτερη ενότητα (*B. Αυτοαναφερόμενη Κατάσταση Υγείας*) περιελάμβανε 3 ερωτήσεις επικεντρώνοντας στην αυτοαναφερόμενη γενική κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων, προβλήματα υγείας και χρόνιων παθήσεων. Η τρίτη ενότητα (*Γ. Χρήση Υπηρεσιών ΠΦΥ*) με 3 ερωτήσεις εστίασε στη χρήση των υπηρεσιών της ΠΦΥ, συμπεριλαμβανομένης της συχνότητας των επισκέψεων σε γιατρό (οικογενειακό ή γενικό γιατρό), των επισκέψεων σε νοσοκομείο ή ειδικό γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες και του συνήθους πρώτου σημείου επαφής όταν προκύπτει κάποιο πρόβλημα υγείας. Η τέταρτη ενότητα (*Δ. Εμπόδια στην Πρόσβαση / Ανικανοποίητες Ανάγκες*) περιελάμβανε 3 ερωτήσεις και διερεύνησε την ύπαρξη ανικανοποίητων αναγκών, τους κύριους λόγους μη λήψης φροντίδας και την ευκολία πρόσβασης, ενώ η τελευταία ενότητα (*Ε. Ικανοποίηση από την Παρεχόμενη Φροντίδα*) εστίασε στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την περίθαλψη που έλαβαν κατά την τελευταία τους επίσκεψη και στην επικοινωνία τους με τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με το εάν ο γιατρός κατανόησε πλήρως το πρόβλημά τους. Για το ερωτηματολόγιο δεν επιλέχθηκαν ερωτήσεις ανοικτού τύπου για αποφυγή δυσκολίας στην κωδικοποίηση και επεξεργασία τους. Συνεπώς έγινε χρήση ερωτήσεων κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής και διχοτομικών ερωτήσεων με απάντηση «ναι/όχι». Επιπλέον χρησιμοποιήθηκαν

ερωτήσεις κλιμακωτής απάντησης τύπου Likert, ώστε να εκτιμηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των συμμετεχόντων και οι απόψεις τους σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Η χρήση της κλίμακας Likert σε ένα ερωτηματολόγιο προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα καθώς είναι απλή στη χρήση τόσο για τον ερευνητή όσο και για τους ερωτηθέντες, δεν απαιτεί εξειδικευμένο εξοπλισμό, είναι εύκολη στην κατανόηση, απαιτεί λιγότερο χρόνο για την εξήγηση του ερωτηματολογίου και έχει υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης και αξιοπιστίας (Chomeya, 2010; Hasson & Arnetz, 2005; Mohammad Yusof et al., 2019).

4.5 Στατιστική ανάλυση

Για την επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Σύμφωνα με το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου, οι απαντήσεις που συλλέχθηκαν ήταν με τη μορφή κατηγορικών μεταβλητών και παρουσιάστηκαν ως απόλυτες συχνότητες και ποσοστά ($n(\%)$), ενώ τα αποτελέσματα από τις ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής παρουσιάστηκαν ως πλήθος θετικών απαντήσεων. Για τη σύγκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού, καθώς και για τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών, εφαρμόστηκαν έλεγχοι ανεξαρτησίας, όπως ο έλεγχος χ^2 . Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0,05$.

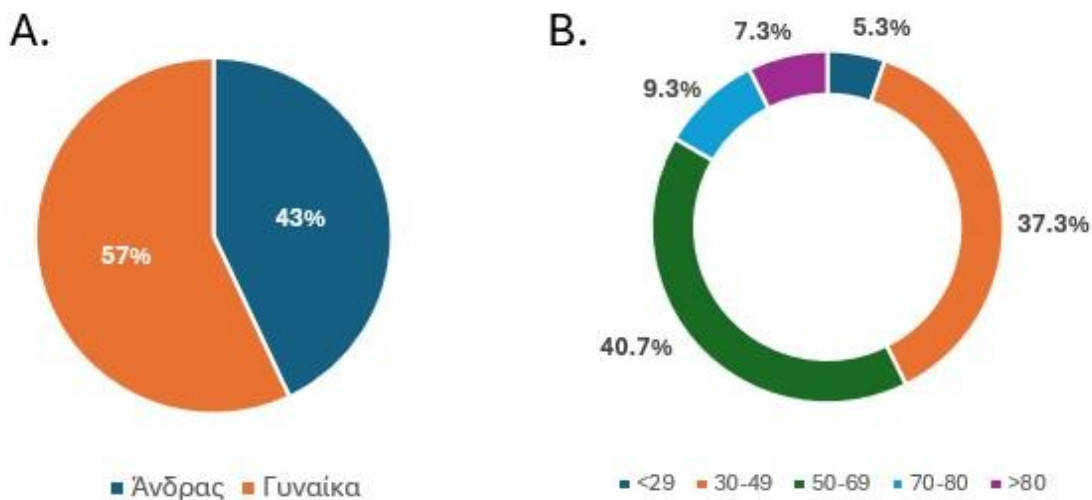
5. Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης οργανωμένα σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας (ενότητα [4.2](#)) παρουσιάζονται στο παρόν κεφάλαιο. Αρχικά παρουσιάζεται το δημογραφικό, κοινωνικοοικονομικό και κλινικό προφίλ του δείγματος και στη συνέχεια αναλύονται τα αποτελέσματα σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ, τα εμπόδια πρόσβασης και τις ανικανοποίητες ανάγκες, την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, καθώς και τις πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των βασικών μεταβλητών.

5.1 Περιγραφικά στατιστικά του δείγματος

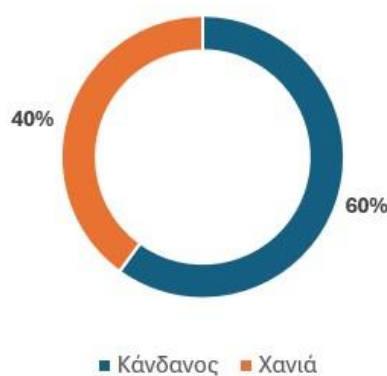
Τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων που συμμετείχαν στην έρευνα, παρουσιάζονται παρακάτω, με σκοπό να αποτελέσουν τη βάση για τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ αστικού (Χανιά) και αγροτικού (Κάνδαρος) πληθυσμού ως προς την πρόσβαση και τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ.

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 150 άτομα. Ως προς το φύλο οι γυναίκες αποτέλεσαν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (57%), ενώ οι άνδρες αντιστοιχούσαν σε μικρότερο ποσοστό (43%) ([Διάγραμμα 12 Α](#)). Η ηλικιακή κατηγορία με το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν μεταξύ 50 και 69 ετών με ποσοστό ίσο με 40,7%, ακολουθούσε η ομάδα μεταξύ 30 και 49 ετών με ποσοστό ίσο με 37,3%, ενώ στην κατηγορία των άνω των 80 ετών ανήκε το 7,3% των ερωτηθέντων ([Διάγραμμα 12 Β](#)).



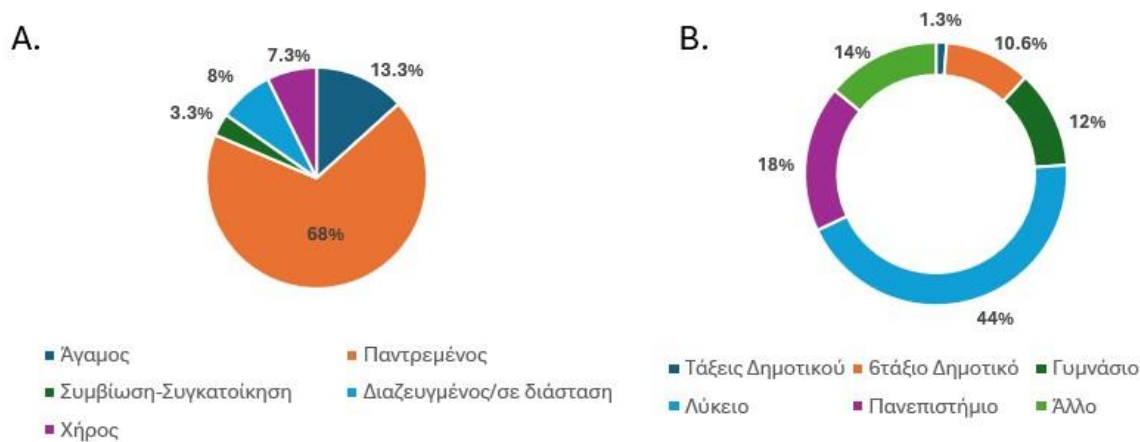
Διάγραμμα 12 Το φύλο με το οποίο ταυτίζονται οι συμμετέχοντες (Α) και η ηλικία τους (Β)

Ως προς την περιοχή μόνιμης κατοικίας, το 60% των ερωτηθέντων αντιπροσώπευε τον αγροτικό πληθυσμό καθώς κατοικούσε στην Κάνδανο, ενώ το 40% αντιπροσώπευε τον αστικό πληθυσμό με περιοχή κατοικίας τα Χανιά ([Διάγραμμα 13](#)).



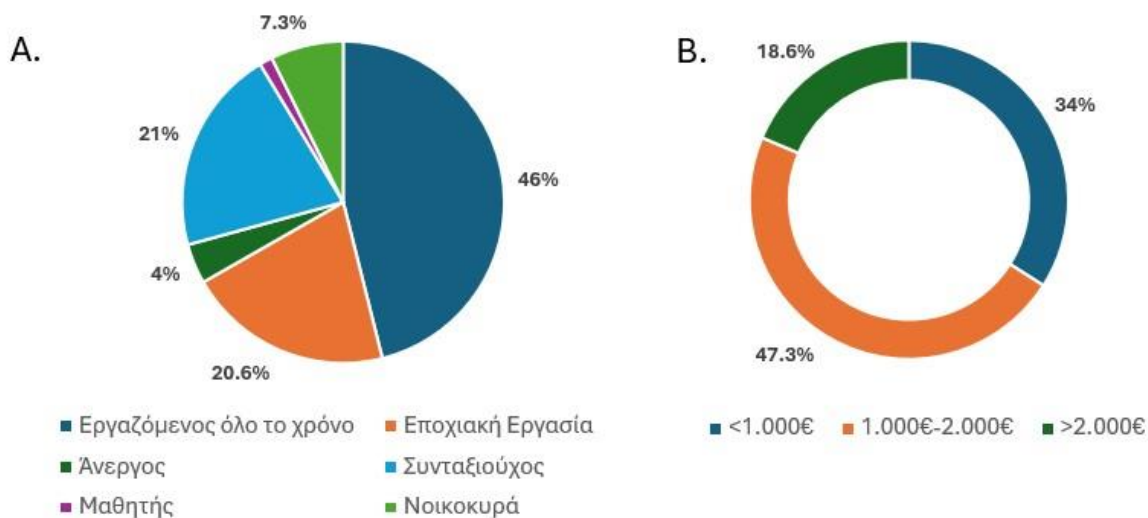
Διάγραμμα 13 Κατανομή των συμμετεχόντων (n=150) ανάλογα με την περιοχή κατοικίας τους (αστικός και αγροτικός πληθυσμός)

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, το 68% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι, το 13,3% άγαμοι και το 3,3% δήλωσε ότι βρισκόταν σε κατάσταση συμβίωσης-συγκατοίκησης ([Διάγραμμα 14 Α](#)). Ως προς το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που ολοκλήρωσαν οι συμμετέχοντες, εντοπίστηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν απόφοιτοι λυκείου (44%), ενώ ακολουθούσαν οι συμμετέχοντες με πανεπιστημιακή εκπαίδευση (18%) και οι απόφοιτοι γυμνασίου (12%) ([Διάγραμμα 14 Β](#)).



Διάγραμμα 14 Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων (Α) και το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που ολοκλήρωσαν (Β)

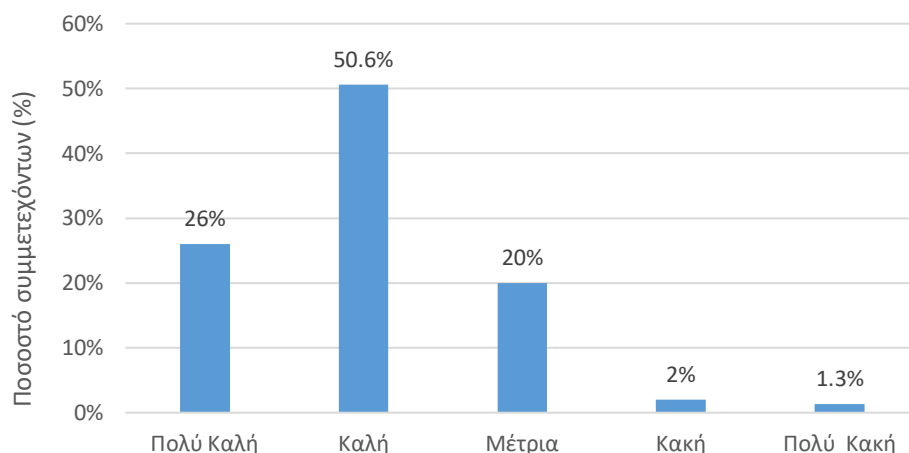
Όσον αφορά τη μορφή απασχόλησης, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσε ότι εργάζεται όλο τον χρόνο (46%) και ακολουθούσαν οι συνταξιούχοι (21%) και οι εποχιακά εργαζόμενοι (20,6%) ([Διάγραμμα 15 Α](#)). Τέλος, το 47,3% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ήταν μεταξύ 1.000 και 2.000 ευρώ, που αντιπροσώπευε τη συχνότερη κατηγορία, ενώ μικρότερα ποσοστά δήλωσαν εισόδημα κάτω από 1.000 ευρώ ή πάνω από 2.000 ευρώ ([Διάγραμμα 15 Β](#)).



Διάγραμμα 15 Μορφή απασχόλησης των συμμετεχόντων (Α) και το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα (Β)

5.2 Αυτοαναφερόμενη Κατάσταση Υγείας

Με στόχο να αντληθούν στοιχεία που θα αξιοποιηθούν στη συνέχεια για τη διερεύνηση συσχετίσεων με τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ και τις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, τα δεδομένα της ενότητας 5.2 εξυπηρετούν στο να συμπληρώσουν την περιγραφή του δείγματος της έρευνας περιγράφοντας: την αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας, τα προβλήματα υγείας των συμμετεχόντων τους τελευταίους 12 μήνες και τα χρόνια νοσήματα. Στην ερώτηση σχετικά με τη γενική κατάσταση της υγείας τους, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ανέφερε ότι ήταν καλή (50,6%) ή πολύ καλή (26%), μικρότερο ποσοστό αξιολόγησε την κατάσταση της υγείας του ως μέτρια (20%), ενώ μόνο το 1,3% τη χαρακτήρισε ως πολύ κακή ([Διάγραμμα 16](#)).



Διάγραμμα 16 Αυτοαναφερόμενη γενική κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων

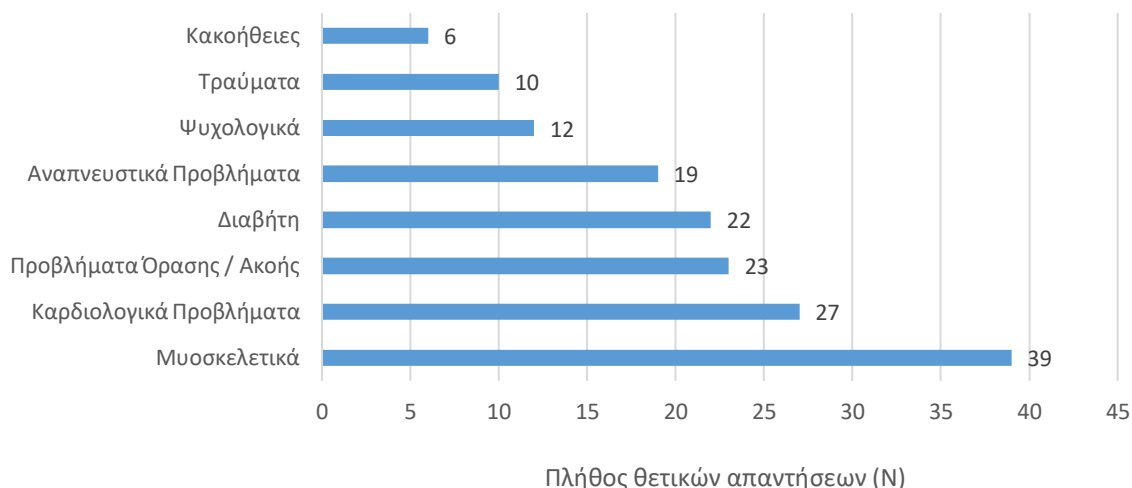
Όσον αφορά τα προβλήματα υγείας ή παθήσεις που ταλαιπώρησαν τους συμμετέχοντες τους τελευταίους 12 μήνες, το *άγχος και η στεναχώρια* αναφέρθηκαν συχνότερα, με τον *πόνο και τη δυσφορία* να ακολουθούν. Τα αποτελέσματα αφορούν το πλήθος θετικών απαντήσεων, καθώς η ερώτηση επέτρεπε περισσότερες από μία επιλογές ([Διάγραμμα 17](#)).



Διάγραμμα 17 Προβλήματα υγείας ή παθήσεις που ταλαιπώρησαν τους συμμετέχοντες τους τελευταίους 12 μήνες

Στην ερώτηση εάν πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα, τα μυοσκελετικά προβλήματα αναφέρθηκαν συχνότερα από τους συμμετέχοντες (39 θετικές απαντήσεις), με τα καρδιολογικά προβλήματα και τα προβλήματα όρασης/ακοής να ακολουθούν (27 και 23 θετικές απαντήσεις, αντίστοιχα), ενώ λιγότερο συχνά αναφέρθηκαν οι κακοήθειες. Ομοίως,

καθώς η ερώτηση ήταν πολλαπλής επιλογής, τα αποτελέσματα αφορούν το πλήθος θετικών απαντήσεων ([Διάγραμμα 18](#)).



Διάγραμμα 18 Χρόνια προβλήματα υγείας που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες

5.3 Σύγκριση κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών

Η ενότητα 5.3 παρουσιάζει τα δεδομένα όπου απαντάει στο ερευνητικό ερώτημα της παρούσης διατριβής σχετικά με το εάν τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά διαφοροποιούνται μεταξύ δύο πληθυσμών. Συγκεκριμένα, η σύγκριση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών μεταξύ αστικού (Χανιά) και αγροτικού (Κάνδαρος) πληθυσμού παρουσιάζεται στον Πίνακα 2. Στατιστικά σημαντικές διαφορές προέκυψαν ως προς το φύλο ($p=0,044$), την ηλικιακή ομάδα ($p=0,003$) και τη μορφή απασχόλησης ($p=0,026$). Αντίθετα, αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και το μηνιαίο εισόδημα, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Πιο συγκεκριμένα, στα Χανιά καταγράφηκε υψηλότερο ποσοστό γυναικών (66,7%) σε σύγκριση με την Κάνδαρο (50,0%). Ως προς την ηλικιακή ομάδα, στα Χανιά καταγράφηκαν υψηλότερα ποσοστά στις ηλικιακές ομάδες 50-69 και 70-80 ετών, σε αντίθεση με την Κάνδαρο, όπου παρατηρήθηκε υψηλότερη συμμετοχή ατόμων ηλικίας 30-49 ετών. Τέλος, σχετικά με τη μορφή απασχόλησης, στα Χανιά ήταν υψηλότερο το ποσοστό των συνταξιούχων, ενώ στην Κάνδαρο προέκυψε υψηλότερο ποσοστό εργαζομένων όλο τον χρόνο (Πίνακας 2).

Πίνακας 2 Σύγκριση δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού

Μεταβλητή	Χανιά n (%)	Κάνδαλος n (%)	p-value
Φύλο			0,044
<i>Ανδρας</i>	20 (33,3%)	45 (50,0%)	
<i>Γυναίκα</i>	40 (66,7%)	45 (50,0%)	
Ηλικιακή ομάδα			0,003
<i><29</i>	2 (3,3%)	6 (6,7%)	
<i>30-49</i>	15 (25,0%)	41 (45,6%)	
<i>50-69</i>	29 (48,3%)	32 (35,6%)	
<i>70-80</i>	11 (18,3%)	3 (3,3%)	
<i>>80</i>	3 (5,0%)	8 (8,9%)	
Οικογενειακή κατάσταση			0,139
<i>Αγαμος</i>	10 (16,7%)	10 (11,1%)	
<i>Παντρεμένος</i>	34 (56,7%)	68 (75,6%)	
<i>Συμβίωση-Συγκατοίκηση</i>	3 (5,0%)	2 (2,2%)	
<i>Διαζευγμένος /σε διάσταση</i>	6 (10,0%)	6 (6,7%)	
<i>Χήρος</i>	7 (11,7%)	4 (4,4%)	
Μορφωτικό επίπεδο			0,650
<i>δτάζιο Δημοτικού</i>	1 (1,7%)	1 (1,1%)	
<i>Δημοτικό</i>	5 (8,3%)	11 (12,2%)	
<i>Γυμνάσιο</i>	5 (8,3%)	13 (14,4%)	
<i>Λύκειο</i>	29 (48,3%)	37 (41,1%)	
<i>Πανεπιστήμιο</i>	13 (21,7%)	14 (15,6%)	
<i>Άλλο</i>	7 (11,7%)	14 (15,6%)	

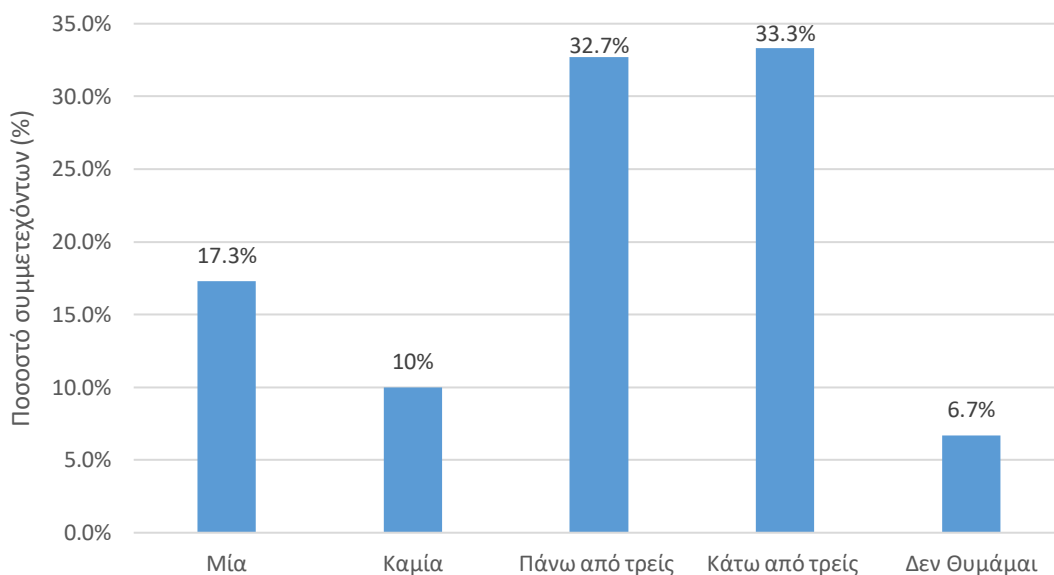
Μηνιαίο εισόδημα		0,447
<1.000 ευρώ	24 (40,0%)	27 (30,0%)
1.000-2.000 ευρώ	26 (43,3%)	45 (50,0%)
>2.000 ευρώ	10 (16,7%)	18 (20,0%)
Μορφή απασχόλησης		0,026
Εργαζόμενος όλο το χρόνο	20 (33,3%)	49 (54,4%)
Εποχιακή εργασία	11 (18,3%)	20 (22,2%)
Ανεργος	4 (6,7%)	2 (2,2%)
Συνταξιούχος	19 (31,7%)	12 (13,3%)
Μαθητής	1 (1,7%)	1 (1,1%)
Νοικοκυρά	5 (8,3%)	6 (6,7%)

Η έντονη γραφή δείχνει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού ($p < 0,05$).

5.4 Χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ

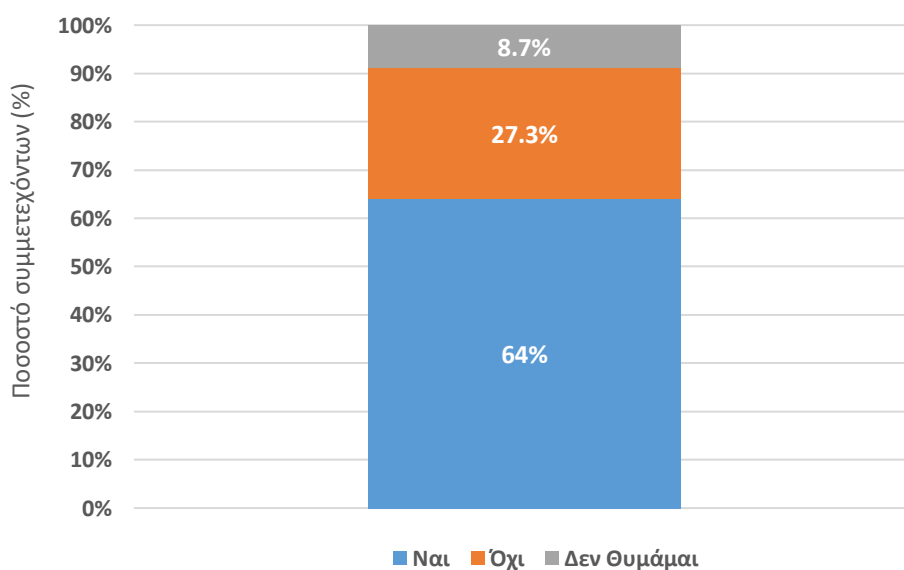
Ένα από τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας διατριβής, είναι η διερεύνηση της χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ, όπως η συχνότητα επισκέψεων σε οικογενειακό ή γενικό γιατρό, η επίσκεψη σε νοσοκομείο ή ειδικό γιατρό καθώς και το πρώτο σημείο αναζήτησης φροντίδας. Η ενότητα 5.4 παρουσιάζει τα δεδομένα χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ αρχικά για το σύνολο του δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα ([Διάγραμμα 19](#), [Διάγραμμα 20](#) και [Διάγραμμα 21](#)) και μετέπειτα τη σύγκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού (Πίνακας 3).

Στο σύνολο του δείγματος, το 33,3% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι επισκέφτηκε γιατρό κάτω από 3 φορές τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ παρόμοιο ποσοστό (32,7%) ανέφερε πάνω από 3 επισκέψεις το ίδιο χρονικό διάστημα ([Διάγραμμα 19](#)). Μικρότερο ποσοστό ανέφερε μία επίσκεψη, ενώ 6,7% του συνολικού πληθυσμού της έρευνας δεν θυμόταν.



Διάγραμμα 19 Συχνότητα επισκέψεων σε γιατρό (οικογενειακό ή γενικό γιατρό) τους τελευταίους 12 μήνες, στο σύνολο του δείγματος

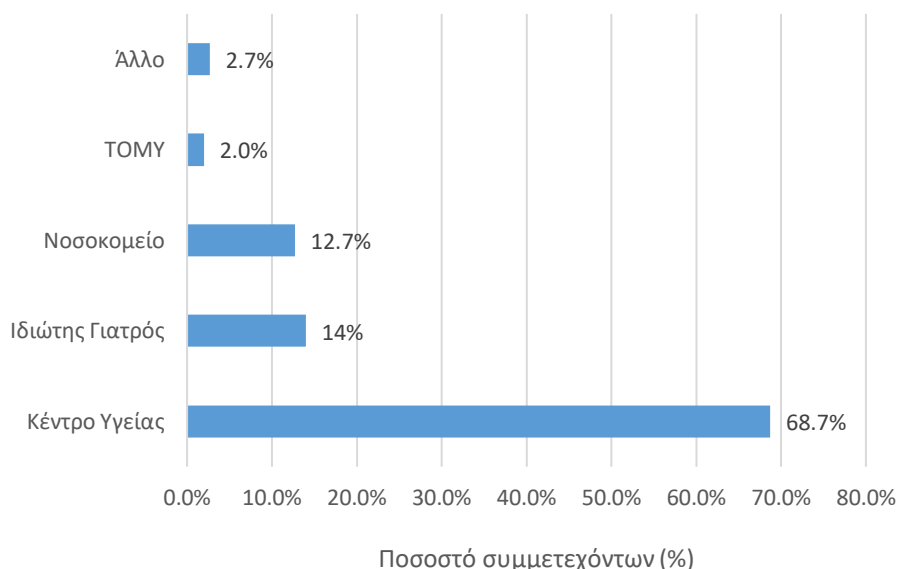
Ως προς την επίσκεψη σε νοσοκομείο ή ειδικό γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες, η πλειοψηφία του συνολικού πληθυσμού της έρευνας απάντησε «Ναι» (64%), ενώ μικρότερο ποσοστό ανέφερε ότι δεν πραγματοποίησε τέτοια επίσκεψη (27,3%) (Διάγραμμα 20).



Διάγραμμα 20 Επίσκεψη σε νοσοκομείο ή ειδικό γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες, στο σύνολο του δείγματος

Συνεχίζοντας την ανάλυση στο σύνολο του δείγματος, στην ερώτηση «Συνήθως πού απευθύνεστε πρώτα όταν έχετε πρόβλημα υγείας», ως πρώτο σημείο επαφής φροντίδας αναφέρθηκε το Κέντρο Υγείας (68,7%), ενώ οι επιλογές του ιδιώτη γιατρού και του νοσοκομείου αναφέρθηκαν σε μικρότερα ποσοστά, 14% και 12,7% αντίστοιχα ([Διάγραμμα 21](#)).

Συγκεντρωτικά, τα παραπάνω δεδομένα για το σύνολο του δείγματος, δείχνουν ότι υπάρχει έντονη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ, με το Κέντρο Υγείας να διακρίνεται ως το συχνότερο πρώτο σημείο επαφής και αναζήτησης φροντίδας.



Διάγραμμα 21 Πρώτο σημείο επαφής - αναζήτησης φροντίδας σε περίπτωση προβλήματος υγείας, στο σύνολο του δείγματος

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει τη σύγκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ. Στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε στη συχνότητα επισκέψεων σε γιατρό (οικογενειακό ή γενικό γιατρό) τους τελευταίους 12 μήνες ($p=0,002$). Συγκεκριμένα, στα Χανιά καταχωρήθηκαν υψηλότερα ποσοστά συμμετεχόντων που ανέφεραν «κάτω από 3» ή «πάνω από 3» επισκέψεις, σε αντίθεση με την Κάνδανο, όπου υψηλότερα ήταν τα ποσοστά όσων ανέφεραν «καμία» ή «μία» επίσκεψη ή ότι δεν θυμούνται. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν μια διαφοροποίηση στη συχνότητα χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ μεταξύ των δύο τύπων πληθυσμού, αστικού και αγροτικού.

Ως προς το πρώτο σημείο αναζήτησης φροντίδας, επίσης παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,001$), όπου οι συμμετέχοντες του αγροτικού πληθυσμού απευθύνονταν συχνότερα στο Κέντρο Υγείας, ενώ στους συμμετέχοντες του αστικού πληθυσμού οι απαντήσεις ήταν πιο κατανομημένες μεταξύ Κέντρου Υγείας, νοσοκομείου, ιδιώτη γιατρού, Τοπικής Μονάδας Υγείας (TOMY) και άλλης επιλογής. Αντίθετα, δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την επίσκεψη σε νοσοκομείο ή ειδικό γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες ($p = 0,756$) (Πίνακας 3). Από τα παραπάνω δεδομένα, φαίνεται η προτίμηση του αγροτικού πληθυσμού στην επιλογή των Κέντρων Υγείας ως πρώτου σημείου φροντίδας, σε αντίθεση με τον αστικό πληθυσμό, όπου παρατηρείται μεγαλύτερος κατακερματισμός στην επιλογή αναζήτησης φροντίδας.

Πίνακας 3 Χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ: σύγκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού

Μεταβλητή	Χανιά n (%)	Κάνδαλος n (%)	p-value
Επισκέψεις σε γιατρό			
(οικογενειακό ή γενικό γιατρό)			0,002
τους τελευταίους 12 μήνες			
<i>Καμία</i>	1 (1,7%)	14 (15,6%)	
<i>Μία</i>	8 (13,3%)	18 (20,0%)	
<i>Κάτω από 3</i>	25 (41,7%)	25 (27,8%)	
<i>Πάνω από 3</i>	25 (41,7%)	24 (26,7%)	
<i>Δεν θυμάμαι</i>	1 (1,7%)	9 (10,0%)	
Επίσκεψη σε νοσοκομείο ή			
ειδικό γιατρό τους τελευταίους			0,756
12 μήνες			
<i>Ναι</i>	40 (66,7%)	56 (62,2%)	
<i>Όχι</i>	16 (26,7%)	25 (27,8%)	
<i>Δεν θυμάμαι</i>	4 (6,7%)	9 (10,0%)	

Πρώτο σημείο αναζήτησης φροντίδας			<0,001
Κέντρο Υγείας	32 (53,3%)	71 (78,9%)	
TOMY	3 (5,0%)	0 (0,0%)	
Ιδιώτης γιατρός	6 (10,0%)	15 (16,7%)	
Νοσοκομείο	15 (25,0%)	4 (4,4%)	
Άλλο	4 (6,7%)	0 (0,0%)	

Σημείωση: Η έντονη γραφή δείχνει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού ($p < 0,05$). TOMY: Τοπική Μονάδα Υγείας

5.5 Εμπόδια & ανικανοποίητες ανάγκες

Συνεχίζοντας την ανάλυση των δεδομένων σχετικά με τη διερεύνηση ύπαρξης ανικανοποίητων αναγκών υγείας και βασικών εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες ΠΦΥ, η ενότητα 5.5 παρουσιάζει: στον Πίνακα 4 την ύπαρξη ανάγκης ιατρικής φροντίδας κατά τους τελευταίους 12 μήνες χωρίς λήψη φροντίδας, στο Διάγραμμα 23 τους κύριους λόγους μη λήψης υγειονομικής φροντίδας και στον Πίνακα 5 την ευκολία πρόσβασης στην ΠΦΥ, συγκρίνοντας τον αστικό και αγροτικό πληθυσμό.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 4, το 16,7% και το 11,1% των συμμετεχόντων του αστικού (Χανιά) και του αγροτικού (Κάνδαμος) πληθυσμού αντίστοιχα, δήλωσαν ότι υπήρξε ανάγκη ιατρικής φροντίδας τους τελευταίους 12 μήνες αλλά δεν την έλαβαν. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν περιγραφικά ότι οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας είναι υψηλότερες στον αστικό πληθυσμό. Ωστόσο, η διαφορά μεταξύ των δύο πληθυσμών δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,327$).

Πίνακας 4 Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας: σύγκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού

Μεταβλητή	Χανιά n (%)	Κάνδαμος n (%)	p-value
Ύπαρξη ανάγκης ιατρικής φροντίδας κατά			0,327

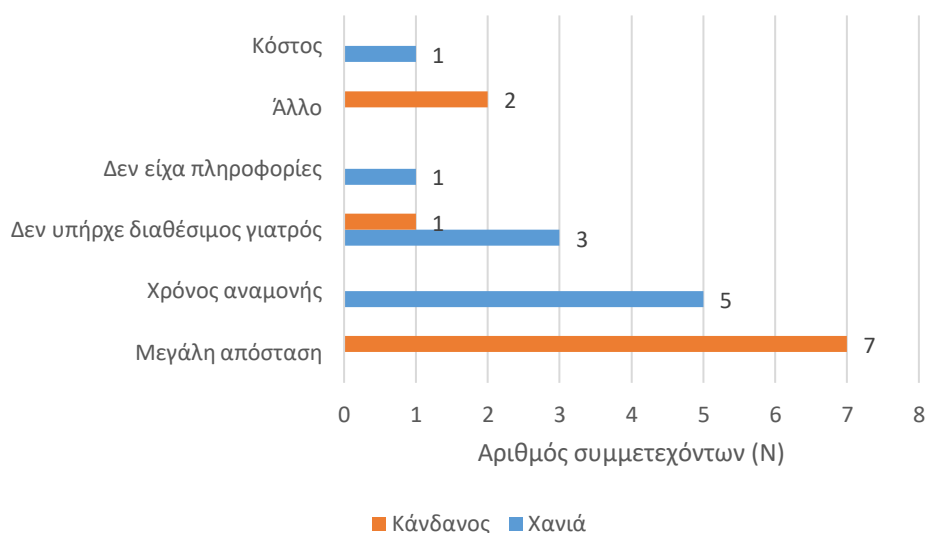
τους τελευταίους

12 μήνες χωρίς

λήψη φροντίδας

Ναι	10 (16,7%)	10 (11,1%)
Όχι	50 (83,3%)	80 (88,9%)

Μεταξύ των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι χρειάστηκαν ιατρική φροντίδα αλλά δεν την έλαβαν, οι κύριοι λόγοι διαφοροποιήθηκαν ανάλογα με την περιοχή κατοικίας ([Διάγραμμα 22](#)). Στα Χανιά, ο χρόνος αναμονής αναφέρθηκε ως ο πιο συχνός λόγος μη λήψης υγειονομικής φροντίδας (5 συμμετέχοντες), ακολουθούμενος από τη μη διαθεσιμότητα γιατρού (3 συμμετέχοντες). Στην Κάνδανο, ο συχνότερος λόγος μη λήψης ιατρικής φροντίδας ήταν η μεγάλη απόσταση (7 συμμετέχοντες). Τα παραπάνω δεδομένα αφορούν μόνο τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι χρειάστηκαν ιατρική φροντίδα αλλά δεν την έλαβαν (n=20).



Διάγραμμα 22 Κύριοι λόγοι μη λήψης υγειονομικής φροντίδας, στον αγροτικό (Κάνδανος) και στον αστικό (Χανιά) πληθυσμό

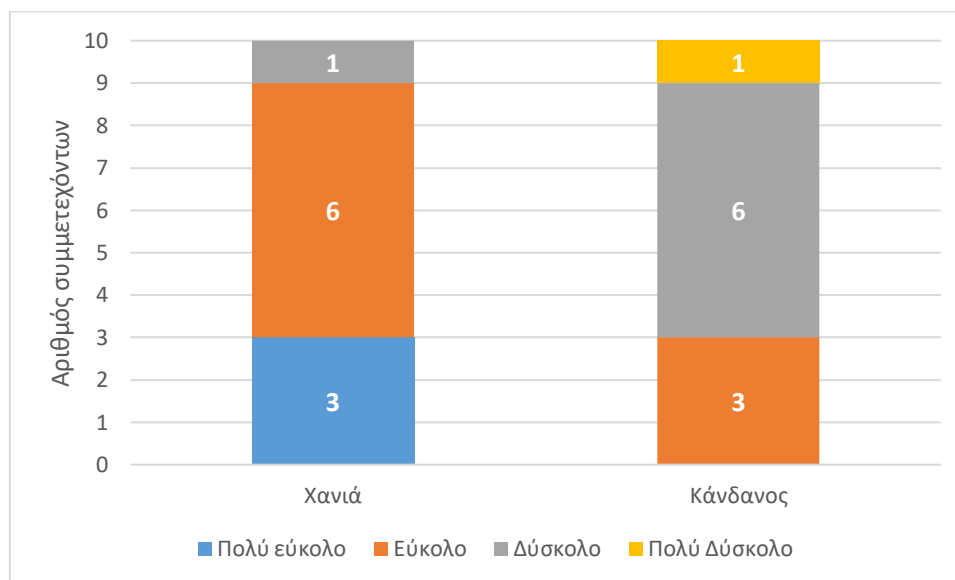
Όσον αφορά την ευκολία πρόσβασης στην ΠΦΥ, στα Χανιά και στην Κάνδανο, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων προσδιόρισε την πρόσβαση ως «εύκολη» (56,7% και 54,4%,

αντίστοιχα) ή «πολύ εύκολη» (35,0% και 30,0%, αντίστοιχα). Παρόλο που στην Κάνδανο καταγράφηκαν ελαφρώς μεγαλύτερα ποσοστά στις επιλογές «δύσκολο» (13,3%) και «πολύ δύσκολο» (2,2%) συγκριτικά με τα Χανιά, η διαφορά μεταξύ των δύο πληθυσμών δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,486$).

Πίνακας 5 Ευκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες ΠΦΥ: σύγκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού

	Χανιά n (%)	Κάνδανος n (%)	p-value
Ευκολία πρόσβασης στη μονάδα ΠΦΥ			0,486
<i>Πολύ εύκολο</i>	21 (35,0%)	27 (30,0%)	
<i>Εύκολο</i>	34 (56,7%)	49 (54,4%)	
<i>Δύσκολο</i>	5 (8,3%)	12 (13,3%)	
<i>Πολύ δύσκολο</i>	0 (0,0%)	2 (2,2%)	

Σχετικά με τους συμμετέχοντες αγροτικού ($n=10$) και αστικού ($n=10$) πληθυσμού που εξέφρασαν ότι είχαν ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, ότι χρειάστηκαν δηλαδή ιατρική φροντίδα τους τελευταίους 12 μήνες αλλά δεν την έλαβαν, έγινε μια υποανάλυση ώστε στη συγκεκριμένη ομάδα ερωτηθέντων, να διερευνηθεί πόσο δύσκολη ή εύκολη ήταν η πρόσβασή τους σε υπηρεσίες ΠΦΥ. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Διαγράμματος 23, παρατηρείται περιγραφικά διαφορετικό μοτίβο πρόσβασης μεταξύ των δύο πληθυσμών. Στα Χανιά, έξι (6) συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η πρόσβαση στην ΠΦΥ ήταν εύκολη και τρεις (3) πολύ εύκολη. Σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες από την Κάνδανο όπου έξι (6) συμμετέχοντες χαρακτήρισαν την πρόσβαση δύσκολη, ένας (1) πολύ δύσκολη, ενώ τρεις (3) τη χαρακτήρισαν εύκολη ([Διάγραμμα 23](#)).



Διάγραμμα 23 Ευκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες ΠΦΥ ανά περιοχή κατοικίας (αγροτική/αστική) μεταξύ συμμετεχόντων με ανικανοποιήτες ανάγκες υγείας

5.6 Ικανοποίηση από την ΠΦΥ

Ένα από τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την παρεχόμενη φροντίδα κατά την τελευταία επίσκεψη, καθώς και το κατά πόσο ο γιατρός άκουσε και κατανόησε το πρόβλημά τους. Σύμφωνα με τον Πίνακα 6, τόσο στα Χανιά όσο και στην Κάνδαο, οι περισσότεροι συμμετέχοντες εξέφρασαν την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες που έλαβαν κατά την τελευταία τους επίσκεψη. Συγκεκριμένα, το 56,7% και το 48,9% των ερωτηθέντων ήταν «πολύ» ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα στα Χανιά και στην Κάνδαο, αντίστοιχα, ενώ ένα μικρό ποσοστό του συνολικού δείγματος (2,7%) δήλωσε «λίγη» ικανοποίηση. Συνεπώς, η ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ήταν υψηλή και στους δύο πληθυσμούς, χωρίς ωστόσο να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,611$).

Ομοίως, οι περισσότεροι συμμετέχοντες και στις δύο περιοχές δήλωσαν ότι ο γιατρός άκουσε και κατανόησε το πρόβλημά τους, χωρίς ωστόσο να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο πληθυσμών ($p=0,281$) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες ΠΦΥ: σύγκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού

	Χανιά n (%)	Κάνδαλος n (%)	Σύνολο n (%)	p-value
Ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα				0,611
<i>Πολύ</i>	34 (56,7%)	44 (48,9%)	78 (52,0%)	
<i>Αρκετά</i>	25 (41,7%)	43 (47,8%)	68 (45,3%)	
<i>Λίγο</i>	1 (1,7%)	3 (3,3%)	4 (2,7%)	
<i>Καθόλου</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Ο γιατρός άκουσε και κατανόησε το πρόβλημα				0,281
<i>Ναι απόλυτα</i>	56 (93,3%)	78 (86,7%)	134 (89,3%)	
<i>Εν μέρει</i>	4 (6,7%)	12 (13,3%)	16 (10,7%)	
<i>Όχι ιδιαίτερα</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
<i>Καθόλου</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

5.7 Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών

Η ενότητα 5.7 παρουσιάζει τα δεδομένα τα οποία απαντούν στο ερευνητικό ερώτημα της διπλωματικής σχετικά με τις πιθανές συσχετίσεις δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και κλινικών χαρακτηριστικών με τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ και με την ύπαρξη ανικανοποίητων αναγκών υγείας. Συγκεκριμένα, οι συσχετίσεις χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ παρουσιάζονται στον Πίνακα 7 και οι αντίστοιχες συσχετίσεις με τις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας στον Πίνακα 8.

Αρχικά, η χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τον τύπο πληθυσμού ($p=0,004$). Πιο αναλυτικά, οι συμμετέχοντες αστικού πληθυσμού (98,3%) ανέφεραν συχνότερη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ συγκριτικά με τους συμμετέχοντες αγροτικού πληθυσμού (82,7%). Επίσης, στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίστηκε μεταξύ χρήσης ΠΦΥ και ύπαρξης χρόνιας νόσου ($p=0,002$). Συχνότερη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ παρατηρήθηκε στους συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν χρόνια νόσο (96,4%) σε σύγκριση με

συμμετέχοντες που δεν ανέφεραν χρόνια νόσο (78,9%). Για τις υπόλοιπες μεταβλητές (φύλο, μορφωτικό επίπεδο, μηνιαίο εισόδημα και μορφή απασχόλησης) δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη χρήση ΠΦΥ. Τέλος, χωρίς να φτάσει το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, η μεταβλητή *ηλικιακή ομάδα*, παρουσίασε οριακά τάση συσχέτισης με τη χρήση ΠΦΥ ($p=0,051$).

Πίνακας 7 Συσχέτιση δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και κλινικών χαρακτηριστικών με τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ

Μεταβλητή	Χρήση ΠΦΥ:		p-value
	Ναι	Όχι	
	n (%)	n (%)	
Τύπος πληθυσμού (αστικός/αγροτικός)			0,004
<i>Χανιά</i>	58 (98,3%)	1 (1,7%)	
<i>Κάνδαλος</i>	67 (82,7%)	14 (17,3%)	
Φύλο			0,590
<i>Ανδρας</i>	56 (87,5%)	8 (12,5%)	
<i>Γυναίκα</i>	69 (90,8%)	7 (9,2%)	
Ηλικιακή ομάδα			0,051
<i><29</i>	5 (100,0%)	0 (0,0%)	
<i>30-49</i>	42 (80,8%)	10 (19,2%)	
<i>50-69</i>	57 (95,0%)	3 (5,0%)	
<i>70-80</i>	14 (100,0%)	0 (0,0%)	
<i>>80</i>	7 (77,8%)	2 (22,2%)	
Ύπαρξη χρόνιας νόσου			0,002
<i>Όχι</i>	45 (78,9%)	12 (21,1%)	

<i>Ναι</i>	80 (96,4%)	3 (3,6%)
Μορφωτικό επίπεδο		0,352
<i>δτάξιο Δημοτικού</i>	1 (100,0%)	0 (0,0%)
<i>Δημοτικό</i>	13 (81,2%)	3 (18,8%)
<i>Γυμνάσιο</i>	14 (82,4%)	3 (17,6%)
<i>Λύκειο</i>	57 (93,4%)	4 (6,6%)
<i>Πανεπιστήμιο</i>	21 (84,0%)	4 (16,0%)
<i>Άλλο</i>	19 (95,0%)	1 (5,0%)
Μηνιαίο εισόδημα		0,776
<i><1.000 ευρώ</i>	44 (91,7%)	4 (8,3%)
<i>1.000-2.000 ευρώ</i>	56 (87,5%)	8 (12,5%)
<i>>2.000 ευρώ</i>	25 (89,3%)	3 (10,7%)
Μορφή απασχόλησης		0,588
<i>Εργαζόμενος όλο το χρόνο</i>	56 (83,6%)	11 (16,4%)
<i>Εποχιακή εργασία</i>	24 (92,3%)	2 (7,7%)
<i>Άνεργος</i>	5 (100,0%)	0 (0,0%)
<i>Συνταξιούχος</i>	27 (93,1%)	2 (6,9%)
<i>Μαθητής</i>	2 (100,0%)	0 (0,0%)
<i>Νοικοκυρά</i>	11 (100,0%)	0 (0,0%)

Η έντονη γραφή δείχνει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ μεταβλητών ($p < 0,05$). Το σύνολο του δείγματος ως προς τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ είναι 140. Οι απαντήσεις «Δεν θυμάμαι» ($n=10$) εξαιρέθηκαν από την ανάλυση.

Όσον αφορά τη συσχέτιση δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και κλινικών χαρακτηριστικών με τις ανικανοποίητες ανάγκες, στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίστηκε μόνο με την ύπαρξη χρόνια νόσου ($p=0,014$). Αναλυτικά, οι συμμετέχοντες με

χρόνια νόσο ανέφεραν συχνότερα ανικανοποίητες ανάγκες υγείας (19,1%) σε σύγκριση με όσους δεν είχαν χρόνια νόσο (4,9%). Για τις υπόλοιπες μεταβλητές (τύπο πληθυσμού, φύλο, ηλικιακή ομάδα, μορφωτικό επίπεδο, μηνιαίο εισόδημα και μορφή απασχόλησης), δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις ανικανοποίητες ανάγκες (Πίνακας 8).

Πίνακας 8 Συσχέτιση δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και κλινικών χαρακτηριστικών με τις ανικανοποίητες ανάγκες

Μεταβλητή	Ανικανοποίητη ανάγκη: Ναι n (%)	Ανικανοποίητη ανάγκη: Όχι n (%)	p-value
Τύπος πληθυσμού (αστικός/αγροτικός)			0,338
<i>Χανιά</i>	10 (16,7%)	50 (83,3%)	
<i>Κάνδαλος</i>	10 (11,1%)	80 (88,9%)	
Φύλο			0,232
<i>Ανδρας</i>	6 (9,2%)	59 (90,8%)	
<i>Γυναίκα</i>	14 (16,5%)	71 (83,5%)	
Ηλικιακή ομάδα			0,100
<i><29</i>	0 (0,0%)	8 (100,0%)	
<i>30-49</i>	5 (8,9%)	51 (91,1%)	
<i>50-69</i>	8 (13,1%)	53 (86,9%)	
<i>70-80</i>	3 (21,4%)	11 (78,6%)	
<i>>80</i>	4 (36,4%)	7 (63,6%)	
Ύπαρξη χρόνιας νόσου			0,014
<i>Όχι</i>	3 (4,9%)	58 (95,1%)	
<i>Ναι</i>	17 (19,1%)	72 (80,9%)	

Μορφωτικό επίπεδο		0,309
<i>δτάξιο Δημοτικού</i>	1 (50,0%)	1 (50,0%)
<i>Δημοτικό</i>	3 (18,8%)	13 (81,2%)
<i>Γυμνάσιο</i>	1 (5,6%)	17 (94,4%)
<i>Λύκειο</i>	9 (13,6%)	57 (86,4%)
<i>Πανεπιστήμιο</i>	5 (18,5%)	22 (81,5%)
<i>Άλλο</i>	1 (4,8%)	20 (95,2%)
Μηνιαίο εισόδημα		0,813
<i><1.000 ευρώ</i>	6 (11,8%)	45 (88,2%)
<i>1.000-2.000 ευρώ</i>	11 (15,5%)	60 (84,5%)
<i>>2.000 ευρώ</i>	3 (10,7%)	25 (89,3%)
Μορφή απασχόλησης		0,174
<i>Εργαζόμενος όλο το χρόνο</i>	7 (10,1%)	62 (89,9%)
<i>Εποχιακή εργασία</i>	2 (6,5%)	29 (93,5%)
<i>Άνεργος</i>	2 (33,3%)	4 (66,7%)
<i>Συνταξιούχος</i>	7 (22,6%)	24 (77,4%)
<i>Μαθητής</i>	0 (0,0%)	2 (100,0%)
<i>Νοικοκυρά</i>	2 (18,2%)	9 (81,8%)

Η έντονη γραφή δείχνει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ μεταβλητών ($p < 0,05$).

6. Συμπεράσματα & Προτάσεις

6.1 Συμπεράσματα και συζήτηση ευρημάτων

Ο σκοπός της διπλωματικής εργασίας ήταν η διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην πρόσβαση και τη χρήση υπηρεσιών της ΠΦΥ, συγκρίνοντας τον αγροτικό και τον αστικό πληθυσμό στον νομό Χανίων. Συγκεκριμένα, ασθενείς από την Κάνδανο (αγροτικός πληθυσμός) και ασθενείς από τα Χανιά (αστικός πληθυσμός) συμπλήρωσαν το ερευνητικό ερωτηματολόγιο, από το οποίο συλλέχθηκαν τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, η αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας τους, η χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ, τα εμπόδια πρόσβασης, οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας και η ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Η προσέγγιση αυτή αποσκοπούσε στο να αποτυπώσει αν οι ασθενείς αξιοποιούν τις υπηρεσίες της ΠΦΥ και κατά πόσο ο τόπος διαμονής και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν την πρόσβαση και την εμπειρία φροντίδας.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού ως προς το φύλο ($p=0,044$), την ηλικιακή ομάδα ($p=0,003$) και τη μορφή απασχόλησης ($p=0,026$). Στην Κάνδανο συμμετείχαν ίσα ποσοστά ανδρών και γυναικών (50,0% και 50,0%), ενώ στα Χανιά καταμετρήθηκε υψηλότερο ποσοστό γυναικών (66,7%). Επίσης, μεταξύ των δύο πληθυσμών, καταγράφηκε διαφοροποίηση της ηλικιακής κατανομής και της μορφής απασχόλησης. Στην αστική περιοχή το ποσοστό των συνταξιούχων ήταν υψηλότερο σε σύγκριση με την αγροτική περιοχή (31,7% έναντι 13,3%), όπου η πλειοψηφία στην Κάνδανο ήταν εργαζόμενοι (54,4% έναντι 33,3% στα Χανιά). Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα μεταξύ των ασθενών της Κανδάνου και των Χανίων, δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συνεπώς, παρόλο που οι δυο πληθυσμοί είχαν δημογραφικές διαφοροποιήσεις, δεν διαφοροποιήθηκαν σε βασικούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες (εισόδημα και εκπαίδευση), υποδεικνύοντας ότι οι διαφορές που παρατηρήθηκαν στην πρόσβαση και τη χρήση της ΠΦΥ ενδεχομένως να σχετίζονται με τον τόπο κατοικίας των συμμετεχόντων και όχι με τα κοινωνικοοικονομικά τους χαρακτηριστικά.

Από τη μελέτη αναδείχθηκε η σημασία της ΠΦΥ ως σημείου αναφοράς και για τις δυο ομάδες, με διαφοροποίηση στη χρήση της ανάλογα με την περιοχή κατοικίας. Στο σύνολο του πληθυσμού της μελέτης, οι περισσότεροι ασθενείς είχαν επισκεφθεί υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, είτε μέσω οικογενειακού ή γενικού γιατρού, είτε μέσω νοσοκομείου ή ειδικού γιατρού. Ωστόσο, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,002$) στη συχνότητα επισκέψεων σε γιατρό μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς από τα Χανιά δήλωσαν μεγαλύτερη επισκεψιμότητα σε γιατρούς (41,7% δήλωσε «πάνω από 3 επισκέψεις») σε σύγκριση με τους ασθενείς από την Κάνδαλο, όπου καταγράφηκε υψηλότερο ποσοστό ασθενών που δήλωσαν «καμία» (15,6% έναντι 1,7% στα Χανιά) ή «μία» επίσκεψη (20,0% έναντι 13,3% στα Χανιά). Αυτό υποδεικνύει ότι, παρά την παρουσία της ΠΦΥ και στις δυο περιοχές, η συχνότητα χρήσης υπηρεσιών δεν είναι ίδια και ενδεχομένως να επηρεάζεται από γεωγραφικούς παράγοντες προσβασιμότητας, τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών και των γιατρών, καθώς και την οργάνωση της φροντίδας σε κάθε περιοχή.

Η διαφοροποίηση αυτή εναρμονίζεται με τη βιβλιογραφία, όπου αναφέρει ότι η πρόσβαση στην ΠΦΥ δεν εξαρτάται μόνο από τις παρεχόμενες δομές, αλλά και από το κατά πόσο οι ασθενείς μπορούν να αξιοποιήσουν αυτές τις δομές και υπηρεσίες όταν τις χρειάζονται (Kringos et al., 2013; Schäfer et al., 2019; World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2022). Αναδεικνύεται ο σπουδαίος ρόλος της ΠΦΥ ως πρώτου σημείου επαφής μεταξύ ασθενών και συστήματος υγείας για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και τη συνέχεια της φροντίδας. Επομένως, η μειωμένη συγκριτικά χρήση υπηρεσιών της ΠΦΥ από ένα μέρος του αγροτικού πληθυσμού δεν σημαίνει μειωμένη ανάγκη για φροντίδα, αλλά αναδεικνύει την πιθανή ένδειξη εμποδίων που επηρεάζουν την πρόσβαση στις υποδομές και στις υπηρεσίες της ΠΦΥ. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στις αγροτικές περιοχές η προσβασιμότητα επηρεάζεται από τις αποστάσεις, τις δυσκολίες στη μετακίνηση αλλά και την περιορισμένη διαθεσιμότητα γιατρών (Eurostat, 2025b; Groenewegen et al., 2020; WHO, 2018). Αυτή η άποψη είναι σημαντική στην Ελλάδα, δεδομένου ότι η γεωγραφική της ιδιομορφία, καθώς και οι αποστάσεις από τα αστικά κέντρα, δυσκολεύουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦΥ (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τη βιβλιογραφία, καθώς ο τρόπος διαμονής

συσχετίστηκε στατιστικά με τη χρήση υπηρεσιών της ΠΦΥ (98,3% στα Χανιά έναντι 82,7% στην Κάνδανο, $p=0,004$).

Σχετικά με την επιλογή του πρώτου σημείου αναζήτησης φροντίδας, οι ασθενείς από την περιοχή της Κανδάνου δήλωσαν ότι απευθύνθηκαν συχνότερα στο Κέντρο Υγείας (78,9%). Συνεπώς, φαίνεται πως για τον αγροτικό πληθυσμό το Κέντρο Υγείας αποτελεί τη βασική επιλογή δομής ως πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας. Αντίθετα, ο αστικός πληθυσμός επειδή είχε περισσότερες διαθέσιμες επιλογές, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν μεγαλύτερη διασπορά ως προς την επιλογή σημείων φροντίδας – το 53,3% των συμμετεχόντων ανέφερε το Κέντρο Υγείας, το 25,0% ανέφερε το νοσοκομείο, το 10,0% ανέφερε ιδιώτη γιατρό και το 5,0% των συμμετεχόντων ανέφερε την ΤΟΜΥ. Η διαφορά μεταξύ των δύο πληθυσμών σχετικά με το πρώτο σημείο αναζήτησης φροντίδας ήταν στατιστικά σημαντική ($p<0,001$). Η διαφοροποίηση αυτή ερμηνεύεται ως προς το εύρος διαθέσιμων υπηρεσιών που παρέχονται στις αστικές περιοχές αλλά και από τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών φορέων ιατρικής περίθαλψης. Στην πράξη, αυτό σημαίνει ότι στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας ο αγροτικός πληθυσμός συγκεντρώνεται στο Κέντρο Υγείας, ενώ ο αστικός πληθυσμός έχει περισσότερες επιλογές. Τα αποτελέσματα της έρευνας συμφωνούν με τη βιβλιογραφία, ότι η αξιολόγηση της ΠΦΥ πρώτον δεν περιορίζεται στην ύπαρξη δομών, αλλά εξαρτάται και από το εάν οι ασθενείς μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν ως πρώτο σημείο φροντίδας (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2022) και δεύτερον, ότι ένας δείκτης λειτουργίας της ΠΦΥ είναι η χρήση οικογενειακού γιατρού ή γενικού γιατρού πριν από την επίσκεψη σε εξειδικευμένη φροντίδα (Starfield, 1998).

Αναφορικά με τις ανικανοποίητες ανάγκες, παρόλο που δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο περιοχών (16,7% στα Χανιά έναντι 11,1% στην Κάνδανο, $p=0,327$), η περιγραφική ανάλυση προσδιόρισε διαφοροποίηση στους λόγους μη λήψης φροντίδας. Συγκεκριμένα, σημαντικό ρόλο για τους ασθενείς της Κανδάνου έπαιξε η απόσταση (7 συμμετέχοντες), ενώ για τους ασθενείς των Χανίων ο χρόνος αναμονής ήταν ο συχνότερος λόγος (5 συμμετέχοντες). Επομένως, για τον αγροτικό πληθυσμό η απόσταση και η δυνατότητα μετακίνησης είναι εμπόδια πρόσβασης σε μονάδες υγείας, ενώ για τον αστικό πληθυσμό η οργάνωση, η διαθεσιμότητα και η διαχείριση του χρόνου, αποτελούν τα βασικά εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες ΠΦΥ. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν

με τη βιβλιογραφία, τα οποία αναγνωρίζουν την απόσταση, τον χρόνο αναμονής αλλά και το κόστος υπηρεσιών ως βασικά εμπόδια πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα (Eurostat, 2025a; OECD, 2024). Παράλληλα, η βιβλιογραφία τονίζει ότι οι ανικανοποίητες ανάγκες δημιουργούνται από συνδυασμό διαφορετικών παραγόντων όπως τα οικονομικά εμπόδια και τη δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες ΠΦΥ (Carnazza et al., 2023). Συνεπώς, οι λόγοι που δημιουργούν ανικανοποίητες ανάγκες διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή.

Η πλειοψηφία του γενικού πληθυσμού των συμμετεχόντων στη μελέτη τόσο από την Κάνδανο όσο και από τα Χανιά, χαρακτήρισε την πρόσβαση στη μονάδα ΠΦΥ εύκολη ή πολύ εύκολη, χωρίς η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική μεταξύ των δύο πληθυσμών ($p=0,486$). Συγκεκριμένα, στα Χανιά η πρόσβαση χαρακτηρίστηκε από το 56,7% ως «εύκολη» και ως «πολύ εύκολη» από το 35,0%, ενώ στην Κάνδανο τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 54,4% και 30,0%. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι στην υποανάλυση των δεδομένων από τους ασθενείς που δήλωσαν ανικανοποίητες ανάγκες υγείας ($n=20$, 10 από τα Χανιά και 10 από τη Κάνδανο), η πρόσβαση στις μονάδες ΠΦΥ φάνηκε περιγραφικά δυσκολότερη στον αγροτικό πληθυσμό της Κανδάνου. Παρόλο που το αποτέλεσμα αυτό προέκυψε από μικρό δείγμα συμμετεχόντων, υποστηρίζει την άποψη τη διεθνούς βιβλιογραφίας, σύμφωνα με την οποία η ισότιμη χρήση υπηρεσιών υγείας μπορεί να επηρεαστεί από γεωγραφικές συνθήκες, όπως την απόσταση, τη δυσκολία μετακίνησης και τη περιορισμένη διαθεσιμότητα γιατρών και τοπικών υπηρεσιών σε αγροτικές περιοχές (Eurostat, 2025b; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025).

Σχετικά με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι ανικανοποίητες ανάγκες σχετίζονται με το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και την οικονομική δυσχέρεια (Carnazza et al., 2023; OECD, 2019a). Ωστόσο, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν επιβεβαίωσαν την ίδια συσχέτιση, καθώς δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της χρήσης ΠΦΥ ή των ανικανοποίητων αναγκών με το μορφωτικό επίπεδο, το μηνιαίο εισόδημα και τη μορφή απασχόλησης. Αυτό όμως δεν αποκλείει την επιρροή των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην ΠΦΥ, καθώς το εύρημα αυτό μπορεί να σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά και το μέγεθος του δείγματος, δεδομένου ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που είχαν ήδη καταφέρει να έχουν πρόσβαση και να χρησιμοποιήσουν συγκεκριμένες δομές ΠΦΥ.

Σε αντίθεση με το παραπάνω εύρημα, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ύπαρξης χρόνιας νόσου και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ (96,4% στους συμμετέχοντες με χρόνια νόσο έναντι 78,9% σε όσους δεν είχαν χρόνια νόσο, $p=0,002$), καθώς και μεταξύ χρόνιας νόσου και ανικανοποίητων αναγκών υγείας (19,1% έναντι 4,9%, $p=0,014$). Αναμενόμενο αποτέλεσμα, δεδομένου ότι οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα χρήζουν συχνότερης παρακολούθησης και φροντίδας. Συγχρόνως, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι χρόνιοι ασθενείς παρά τη συχνότερη χρήση υπηρεσιών της ΠΦΥ, είναι πιθανό να αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες συχνότερα. Τα δεδομένα αυτά αποτυπώνουν την άποψη ότι παρόλο που υπάρχει αυξημένη χρήση υπηρεσιών της ΠΦΥ, αυτό δεν σημαίνει αυτόματα ότι θα διασφαλιστεί και η πλήρης κάλυψη των αναγκών τους, και για αυτό το λόγο η παροχή φροντίδας θα πρέπει να είναι οργανωμένη, συντονισμένη και προσαρμοσμένη σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών με χρόνια νοσήματα. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συνάδουν με τα ευρήματα της μελέτης PaRIS, η οποία τονίζει ότι οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα στην Ελλάδα, χρειάζονται οργανωμένη, συντονισμένη και συνεχή φροντίδα στην ΠΦΥ (OECD, 2025a).

Κλείνοντας, η ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ήταν ιδιαίτερα υψηλή και στις δύο περιοχές, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ($p=0,611$). Επιπλέον, οι περισσότεροι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι ένιωσαν ότι ο γιατρός άκουσε και κατανόησε το πρόβλημά τους (89,3% δήλωσε «ναι απόλυτα»), επίσης χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο πληθυσμών ($p=0,281$). Τα αποτελέσματα αυτά, ενισχύουν την άποψη ότι, όταν οι ασθενείς νιώθουν ότι ακούγονται και λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα βάσει των αναγκών τους, η συνολική εμπειρία τους από το σύστημα υγείας έχει θετικό πρόσημο. Παρόλα αυτά, η ύπαρξη εμποδίων πρόσβασης δεν εξαλείφεται από τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, λαμβάνοντας υπόψη ότι ένας ασθενής μπορεί να έλαβε την καλύτερη ιατρική φροντίδα, αλλά μέχρι να τη λάβει αντιμετώπισε προβλήματα πρόσβασης. Συνεπώς, οργανωτικά και γεωγραφικά εμπόδια πρόσβασης μπορούν να συνυπάρχουν με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, αντίληψη που συμφωνεί με τη βιβλιογραφία, η οποία επισημαίνει ότι η αξιολόγηση της ΠΦΥ πρέπει να βασίζεται σε ένα σύνολο παραγόντων, όπως η προσβασιμότητα, ο συντονισμός και η συνέχεια της φροντίδας και όχι μόνο στην ικανοποίηση (OECD, 2025a; World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2022).

Επομένως, το βασικό συμπέρασμα της παρούσας μελέτης είναι ότι οι ανικανοποίητες ανάγκες στην ΠΦΥ δεν βασίζονται μόνο στο θέμα της ύπαρξης δομών υγείας και προσβασιμότητας αλλά εξαρτώνται και από άλλα εμπόδια ανά περιοχή. Συγκεκριμένα στον αγροτικό πληθυσμό τα εμπόδια είναι γεωγραφικά, ενώ στον αστικό πληθυσμό είναι οργανωτικά. Τέλος, σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται τόσο με τη συχνότερη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ όσο και με αυξημένες ανικανοποίητες ανάγκες, αναδείχθηκε η χρόνια νόσος.

6.2 Περιορισμοί της έρευνας

Όπως συμβαίνει με όλες τις μελέτες, παρόλο που παρέχουν έγκυρα αποτελέσματα σχετικά με το αντικείμενο έρευνας, υπάρχουν πάντα περιορισμοί. Η παρούσα μελέτη δεν αποτελεί εξαίρεση και παρουσιάζει συγκεκριμένους περιορισμούς. Αρχικά, η γεωγραφική δειγματοληψία ήταν περιορισμένη καθώς καλύφθηκε από 150 συμμετέχοντες από δύο δομές ΠΦΥ του νομού Χανίων. Επομένως, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν στο σύνολο του αγροτικού και αστικού πληθυσμού της Κρήτης ή της Ελλάδας. Επίσης, ο διατομεακός σχεδιασμός της μελέτης βασίζεται σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, περιορίζοντας έτσι να διεξαχθούν αιτιολογικά συμπεράσματα. Επιπρόσθετα, οι αυτοαναφερόμενες απαντήσεις ενδέχεται να έχουν επηρεαστεί από τη μνήμη του κάθε συμμετέχοντος, όπως επίσης και από την υποκειμενική αντίληψη. Ένας ακόμη περιορισμός εντοπίζεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς που ήδη επισκέπτονταν Κέντρα Υγείας, ενδεχομένως να μην συνάντησαν εμπόδια πρόσβασης και αυτό οδηγεί σε υποεκτίμηση των εμποδίων προσβασιμότητας σε αντίθεση με τους ασθενείς με μεγαλύτερες δυσκολίες οι οποίοι ενδέχεται να μην προσήλθαν καθόλου στις δομές. Τέλος, οι κλειστού τύπου ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο μπορεί να διευκόλυναν τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, ωστόσο περιόρισαν το εύρος των προσωπικών εμπειριών των ασθενών που θα μπορούσαν να συλλεχθούν.

6.3 Προτάσεις βελτίωσης της πρόσβασης στην ΠΦΥ και μελλοντική έρευνα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η ποιότητα της ΠΦΥ μπορεί να βελτιωθεί με την εξεύρεση αποτελεσματικών λύσεων για τη διευκόλυνση της πρόσβασης, καθώς και με την περαιτέρω ενίσχυση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Αυτό μπορεί να

επιτευχθεί στις αγροτικές περιοχές με την ενίσχυση των τοπικών δομών, μειώνοντας έτσι τις μετακινήσεις σε αστικές ιατρικές υποδομές, αυξάνοντας τη διαθεσιμότητα και την πρόσβαση σε γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων σε απομακρυσμένες περιοχές και με την εφαρμογή της τηλεϊατρικής. Μάλιστα, η ανάγκη αυτή συνδέεται με τη βιβλιογραφία όπου τονίζει ότι οι αποστάσεις, οι δυσκολίες στη μετακίνηση και η περιορισμένη διαθεσιμότητα τοπικών υπηρεσιών υγείας, επηρεάζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες ΠΦΥ ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025; WHO, 2018). Τέτοιου είδους παρεμβάσεις ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις ανάγκες της πρόληψης και της ορθής παρακολούθησης χρόνιων νοσημάτων.

Στις αστικές περιοχές η καλύτερη οργάνωση και διαχείριση του χρόνου των ραντεβού είναι απαραίτητη, δεδομένου ότι, σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, ο χρόνος αναμονής επισημάνθηκε ως ο πιο συχνός λόγος μη λήψης ιατρικής φροντίδας από τους συμμετέχοντες των Χανίων που δήλωσαν ανικανοποίητες ανάγκες. Αποτέλεσμα, το οποίο και συνάδει με τη βιβλιογραφία, η οποία αναγνωρίζει ως οργανωτικά εμπόδια πρόσβασης, το χρόνο αναμονής και τις καθυστερήσεις εντός του συστήματος (Carnazza et al., 2023; Eurostat, 2025a; OECD, 2024). Παρεμβάσεις όπως η αύξηση του ιατρικού προσωπικού αλλά και η καλυτέρευση του συντονισμού μεταξύ Κέντρων Υγείας, ΤΟΜΥ, νοσοκομείων και ιδιωτών γιατρών θα συμβάλουν σημαντικά στη μείωση του χρόνου αναμονής. Ωστόσο, σημαντικό ρόλο παίζει και η συστηματική παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα, καθώς τα δεδομένα της παρούσας έρευνας υπέδειξαν ότι η χρόνια νόσος συσχετίζεται τόσο με αυξημένη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ όσο και με ανικανοποίητες ανάγκες υγείας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη δημιουργία συστημάτων υπενθύμισης τακτικής παρακολούθησης και παραπομπής, εξασφαλίζοντας έτσι το αίσθημα ασφάλειας των ασθενών και την ενίσχυση της εμπιστοσύνης τους στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Σε μελλοντικές έρευνες θα ήταν ωφέλιμη η δειγματοληψία με εκτεταμένη γεωγραφική κάλυψη αγροτικών, αστικών, ορεινών και νησιωτικών περιοχών. Επιπλέον, θα βοηθούσε αρκετά και ο συνδυασμός ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων, ώστε να καταγραφούν οι προσωπικές εμπειρίες των ασθενών αναφορικά με την πρόσβασή τους σε υποδομές υγείας και την επικοινωνία με τους γιατρούς. Κλείνοντας, προκειμένου να διευκρινιστούν καλύτερα οι μηχανισμοί που δημιουργούν τις ανισότητες στην πρόσβαση και χρήση της ΠΦΥ, θα βοηθούσε σε μελλοντικές έρευνες η ολιστική προσέγγιση της σχέσης μεταξύ

κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών, χρόνιας νόσου, γεωγραφικής περιοχής και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ.

Βιβλιογραφία

- Aday LA, & Andersen R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*, 9(3), 208–220.
- Allin, S., Masseria, C., & Mossialos, E. (2010). Equity in health care use among older people in 13 OECD countries. *European Journal of Health Economics*, 11(4), 327–343.
- Allin, S., & Masseria, C. (2009). Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth*, 15(3), 7–9.
- Allin, S., Masseria, C., & Mossialos, E. (2009). Measuring Socioeconomic Differences in Use of Health Care Services by Wealth Versus by Income. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1849–1855. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.141499>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- Arcury, T. A., Preisser, J. S., Gesler, W. M., & Powers, J. M. (2005). Access to Transportation and Health Care Utilization in a Rural Region. *The Journal of Rural Health*, 21(1), 31–38. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2005.tb00059.x>
- Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2014). Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 229–253. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2009). *Basic Epidemiology*. Broken Hill Publishers Ltd.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*®, 129(1_suppl2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/003335491412915206>
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287–287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Bryman, A. (2017). *Social Research Methods (5th ed.)* Oxford University Press.
- Carnazza, G., Liberati, P., & Resce, G. (2023). Income-related unmet needs in the European countries. *Socio-Economic Planning Sciences*, 87, 101542. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2023.101542>
- Carr, W., & Wolfe, S. (1976). Unmet Needs as Sociomedical Indicators. *International Journal of Health Services*, 6(3), 417–430. <https://doi.org/10.2190/MCG0-UH8D-OAG8-VFNU>
- Carr-Hill, R. A., Sheldon, T. A., Smith, P., Martin, S., Peacock, S., & Hardman, G. (1994). Allocating resources to health authorities: development of method for small area

- analysis of use of inpatient services. *BMJ*, 309(6961), 1046–1049.
<https://doi.org/10.1136/bmj.309.6961.1046>
- Chaupain-Guillot, S., & Guillot, O. (2015). Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. *The European Journal of Health Economics*, 16(7), 781–796. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0629-x>
- Chomeya, R. (2010). Quality of Psychology Test Between Likert Scale 5 and 6 Points. *Journal of Social Sciences*, 6(3), 399–403. <https://doi.org/10.3844/jssp.2010.399.403>
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (4th ed.)*. SAGE Publications.
- Culyer, A. J. (1976). Need and the national health service. *Economics of Health Care*, 1(1), 1–11.
- Cylus, J., Thomson, S., & Evetovits, T. (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 599–609. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.209031>
- Devaux, M. (2015). Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *The European Journal of Health Economics*, 16(1), 21–33. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0546-4>
- Donabedian, A. (1988). The Assessment of Technology and Quality: A Comparative Study of Certainties and Ambiguities. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 4(4), 487–496. <https://doi.org/10.1017/S0266462300007571>
- Elinson, J. (1974). Toward sociomedical health indicators. *Social Indicators Research*, 1(1), 59–71. <https://doi.org/10.1007/BF00286421>
- Elstat. (2025). *Census of Health Centres and other units providing Primary Health Care services: Year 2024*. Hellenic Statistical Authority. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/66936bec-43c9-56cd-9aac-c8bdadfd639a>.
- European Commission. (2018). *Inequalities in access to healthcare: A study of national policies*. European Social Policy Network.
- Eurostat. (2023). *Unmet needs for medical examinations in 2022*. Διαθέσιμο στο: [https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20231211-1#:~:text=In%202022%2C%20at%20the%20EU,%25\)%20with%20the%20lowest%20shares.&text=The%20share%20of%20people%20at,\(11.7%25%20against%203.2%25\)](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20231211-1#:~:text=In%202022%2C%20at%20the%20EU,%25)%20with%20the%20lowest%20shares.&text=The%20share%20of%20people%20at,(11.7%25%20against%203.2%25).). https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics
- Eurostat. (2025a). *Unmet needs for health care statistics*. Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics.
- Eurostat. (2025b). *Urban-rural Europe: Quality of life in rural areas*. European Commission.. Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Urban-rural_Europe_-_quality_of_life_in_rural_areas.

- Filippidis, F. T., Gerovasili, V., Millett, C., & Tountas, Y. (2017). Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Scientific Reports*, 7(1), 46423. <https://doi.org/10.1038/srep46423>
- Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: *Social Science & Medicine*, 53(9), 1149–1162. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00415-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00415-9)
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.
- Graham, H. (2004). Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101–124. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00303.x>
- Groenewegen, P. P., Bosmans, M. W. G., Boerma, W. G. W., & Spreeuwenberg, P. (2020). The primary care workforce in Europe: a cross-sectional international comparison of rural and urban areas and changes between 1993 and 2011. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_4), iv12–iv17. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa125>
- Guagliardo, M. F. (2004). Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, 3(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-3-3>
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does “access to health care” mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>
- Hasson, D., & Arnetz, B. (2005). Validation and Findings Comparing VAS vs. Likert Scales for Psychosocial Measurements. *International Electronic Journal of Health Education*, 8, 178–192.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M. v. d., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. v., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(jul26 2), d4163–d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21–37.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Kim, D. (2008). Social capital and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(9), 790–796.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 383(9918), 748–753. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62291-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62291-6)
- Khoury, M. J., Gwinn, M., & Burke, W. (2005). Genomics and population health. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1154–1159.
- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Pavlic, D. R., Svab, I., Tedeschi, P., Wilm, S., Wilson, A., Windak, A., Van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care

- in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 63(616), e742–e750. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X674422>
- Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertsiyas, A., Duijker, G., Mekouris, P.-B., Boerma, W., & Schäfer, W. (2017). Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Services Research*, 17(1), 255. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2189-0>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives (The Marmot Review). *The Lancet*, 375(9728), 2121–2122.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011–1029. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Marshall, G. (2005). The purpose, design and administration of a questionnaire for data collection. *Radiography*, 11(2), 131–136. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2004.09.002>
- McGinnis, J. M., Williams-Russo, P., & Knickman, J. R. (2002). The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion. *Health Affairs*, 21(2), 78–93. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.78>
- Mohammad Yusof, N., Karuppiah, K., Tamrin, S., Rasdi, I., & Mohamad Jamil, P. (2019). Likert Scale vs. Visual Analogue Scale on Vehicle Seat Discomfort Questionnaire: A Review. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 15, 159–165.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9063), 1436–1442. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07495-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07495-8)
- Nazroo, J. Y. (2003). The structuring of ethnic inequalities in health. *Journal of Social Policy*, 32(3), 403.
- Nivel. (2014). *QUALICOPC: Quality and costs of primary care in Europe, 2010–2014*. Διαθέσιμο στο: <https://www.nivel.nl/en/project/qualicopc-quality-and-costs-primary-care-europe-2010-2014>.
- Nolte, E., & McKee, M. (2004). Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited. *The Nuffield Trust*, 10(2), 1–38.
- Nutton, V. (2013). *Ancient Medicine* (2 nd). Routledge.
- OECD. (2019a). *Health for Everyone? Social inequalities in health and health systems*. OECD Publishing. Διαθέσιμο στο: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2019/09/health-for-everyone_ebff9e21/3c8385d0-en.pdf.
- OECD. (2019b). *Under Pressure: The Squeezed Middle Class*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/689afed1-en>
- OECD. (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

- OECD. (2024). *OECD/European Commission. (2024). Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. Διαθέσιμο στο:
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_bb301b77/b3704e14-en.pdf.
- OECD. (2025a). *Does healthcare deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Greece*. OECD Publishing. Διαθέσιμο στο:
https://www.oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver-results-from-the-patient-reported-indicator-surveys-paris_748c8b9a-en/greece_62bb779b-en.html.
- OECD. (2025b). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris,
<https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
- OECD and European Union. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022*. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2025). *Greece: Country Health Profile 2025. State of Health in the EU*. OECD Publishing / European Observatory on Health Systems and Policies.. Διαθέσιμο στο:
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/greece_71e37e79/9ca0bb52-en.pdf.
- Osborn, R., Moulds, D., Squires, D., Doty, M. M., & Anderson, C. (2014). International Survey Of Older Adults Finds Shortcomings In Access, Coordination, And Patient-Centered Care. *Health Affairs*, 33(12), 2247–2255.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0947>
- Porter, R. (1997). *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity* (1st ed.). HarperCollins.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*, 381(9873), 1235–1245.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62086-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8)
- Regitz-Zagrosek, V. (2012). Sex and gender differences in health. *Nature Reviews Cardiology*, 9(8), 477–484.
- Roberts, C. A., & Manchester, K. (2005). *The Archaeology of Disease* (3rd ed.). Sutton Publishing.
- Schäfer, W. L. A., Boerma, W. G. W., van den Berg, M. J., De Maeseneer, J., De Rosis, S., Detollenaere, J., Greß, S., Heinemann, S., van Loenen, T., Murante, A. M., Pavlič, D. R., Seghieri, C., Vainieri, M., Willems, S., & Groenewegen, P. P. (2019). Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e104. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000434>
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>
- Siciliani, L., Borowitz, M., & Moran, V. (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>
- Sigerist, H. E. (1951). *A History of Medicine. Volume I: Primitive and Archaic Medicine*. Oxford University Press.

- Solar O, & Irwin A. A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*.
- Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York: Oxford University Press. Revised edition.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Stevens, A., & Raftery, J. (1997). Health care needs assessment: The epidemiologically based needs assessment reviews. *BMJ*, 314(7087), 1526–1528.
- Thomson, S., Cylus Jonathan, & Evetovits Tamás. (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. *WHO Regional Office for Europe*, 25(3), 41–46.
- Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- WHO. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Διαθέσιμο στο: https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf.
https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Διαθέσιμο στο: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hpr%20ottawa_charter.pdf.
https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hpr%20ottawa_charter.pdf
- WHO. (2000). *The world health report 2000, Health systems: improving performance*. Διαθέσιμο στο: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/ea4.pdf.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/ea4.pdf
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Διαθέσιμο στο: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/83e1c3e0-cf9e-4063-a424-71ccc9a84ded/content>.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/83e1c3e0-cf9e-4063-a424-71ccc9a84ded/content>
- WHO. (2006). *WHO SAGE Survey Manual: The WHO Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE)*. Geneva, World Health Organization.
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health*. Διαθέσιμο στο: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789241563703_eng.pdf. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789241563703_eng.pdf
- WHO. (2010). *The World Health Report 2010, 'Health systems financing: the path to universal coverage'*. Διαθέσιμο στο: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/18e28fe3-d767-417f-811a-fd5f639a9ee4/content>. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/18e28fe3-d767-417f-811a-fd5f639a9ee4/content>

- WHO. (2018). *Imbalances in rural primary care: A scoping literature review with an emphasis on the WHO European Region*. Διαθέσιμο στο:
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6761a443-eae5-49ac-b1ed-87d7fb5a466a/content>.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London: Allen Lane.
- Williams, A. (2003). How to write and analyse a questionnaire. *Journal of Orthodontics*, 3(245e52).
- World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2022). *World Health Organization & United Nations Children's Fund. Primary health care measurement framework and indicators: Monitoring health systems through a primary health care lens*. World Health Organization. Διαθέσιμο στο:
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/01195433-c326-4d03-ba77-a64e5462a8ef/content>.
- Αριστοτέλης. (n.d.). *Ηθικά Νικομάχεια*. Μετάφραση: Ι. Δεληγιάννης. Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος.
- Γαληνός. (n.d.-a). *Περὶ κράσεων*. Μετάφραση: εκδοτική ομάδα κάκτος. Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος.
- Γαληνός. (n.d.-b). *Περὶ τῶν τῆς ψυχῆς παθῶν*. Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος.
- Γαληνός. (n.d.-c). *Περὶ ὑγιεινῆς*. Μετάφραση: εκδοτική ομάδα κάκτος. Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος.
- Γαρδίκας, Κ. (2003). *Ιστορία της Ιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Ιπποκράτης. (n.d.-a). *Περὶ ἀέρων, ὑδάτων, τόπων*. Μετάφραση – σχόλια: Ι. Λυμπέρης. Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος.
- Ιπποκράτης. (n.d.-b). *Περὶ φύσεως ἀνθρώπου*. Μετάφραση – σχόλια: Ι. Λυμπέρης. Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος.
- Παππά, Ε. (2020). *Ανισότητες στην υγεία. Εννοιολογική διερεύνηση, προσδιοριστικοί παράγοντες και σύγχρονες προκλήσεις*. Στο: Σαράφης Π, Μπαμίδης Π (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα και πολιτικές*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Λατσία, Λευκωσία, 2020:119–132.
- Πλάτων. (n.d.). *Τίμαιος*. Μετάφραση: Β. Τατάκης. Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος.

Παράρτημα Α: Έντυπο Συναίνεσης σε Διπλωματική εργασία

Έντυπο Συναίνεσης σε Διπλωματική εργασία

Παρακαλώ να διαβάσετε το παρόν «Έντυπο Συναίνεσης σε Διπλωματική εργασία» και να υπογράψετε στο τέλος εάν συμφωνείτε με τη συμμετοχή σας στην έρευνα.

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών “ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ” του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (Ε.Α.Π) καλείστε να συμμετέχετε σε μια ερευνητική εργασία, με την συμπλήρωση ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου. Η έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και των ανισοτήτων στην πρόσβαση και αξιοποίηση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μεταξύ κατοίκων αγροτικών και αστικών περιοχών του Νομού Χανίων, μέσα από τη σύγκριση των επισκεπτών στο Κέντρο Υγείας Κανδάνου και στο Κέντρο Υγείας Χανίων.

Θα ήθελα να τονίσω ότι:

Η συμμετοχή σας είναι εντελώς εθελουσία.

Είστε ελεύθερος/η να αποσυρθείτε από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή.

Είστε ελεύθερος/η να αρνηθείτε να απαντήσετε οποιαδήποτε ερώτηση.

Οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα.

Παρακαλώ απαντήστε ότι έχετε ενημερωθεί για την παρούσα έρευνα και ότι δέχεστε να συμμετέχετε στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Έχω ενημερωθεί για τους σκοπούς της έρευνας:

ΝΑΙ ΟΧΙ (Κυκλώστε ένα)

Συναινώ να συμμετέχω στην έρευνα:

ΝΑΙ ΟΧΙ (Κυκλώστε ένα)

Παράρτημα Β: Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΣΚΟΠΟΣ : Διερεύνηση κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην πρόσβαση και αξιοποίηση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Κυκλώστε το σωστό

A. Δημογραφικά και Κοινωνικοοικονομικά Στοιχεία

1. Ποιο είναι το έτος γέννησής σας;
2. Ποιο είναι το Φύλο σας; α. Άνδρας β. Γυναίκα. γ. Άλλο
3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
α. Άγαμος β. Παντρεμένος γ. Συμβίωση-Συγκατοίκηση
δ. Διαζευγμένος /σε διάσταση ε. Χήρος
4. Ποια είναι η μόνιμη κατοικία σας (οικισμός/περιοχή); α. Κάνδανος β. Χανιά
5. Ποιο είναι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει
α. Τάξεις Δημοτικού. β. 6τάξιο Δημοτικό. γ. Γυμνάσιο
δ. Λύκειο. ε. Πανεπιστήμιο
6. Ποιο είναι το κατά προσέγγιση μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα; (μισθός, σύνταξη, έσοδα από άλλες πηγές)
α. Κάτω από 1000 ευρώ β. 1000-2000 ευρώ γ. Πάνω από 2000 ευρώ
7. Μορφή Απασχόλησης:
α. Εργαζόμενος όλο το χρόνο β. Εποχιακή εργασία γ. Άνεργος
δ. Συνταξιούχος ε. Μαθητής στ. Νοικοκυρά

Β. Αυτοαναφερόμενη Κατάσταση Υγείας

1. Πώς θα περιγράφατε εσείς, γενικά την κατάσταση της υγείας σας;

α. Πολύ καλή β. Καλή γ. Μέτρια δ. Κακή ε. Πολύ κακή

2. Έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας ή πάθηση που σας ταλαιπωρεί τους τελευταίους 12 μήνες όπως:

α. Κινητικά προβλήματα	ε. Δυσκολία στις Κοινωνικές σχέσεις
β. Προβλήματα Αυτοφροντίδας	στ. Διαταραχές ύπνου και ημερήσιας δραστηριότητας
γ. Πόνο και δυσφορία	ζ. Άγχος, στεναχώρια
δ. Διαταραχές μνήμης	η. Διαταραχές όρασης

3. Έχετε χρόνια προβλήματα υγείας;

1. Μυοσκελετικά	5. Προβλήματα Όρασης/Ακοής
2. Καρδιολογικά προβλήματα	6. Τραύματα
3. Διαβήτη	7. Κακοήθειες
4. Αναπνευστικά προβλήματα	8. Ψυχολογικά

Γ. Χρήση Υπηρεσιών Π. Φ. Υ.

1. Πόσες φορές επισκεφτήκατε γιατρό (οικογενειακό ή γενικό ιατρό) τους τελευταίους 12 μήνες

α. Καμία β. Μια γ. Κάτω από τρεις δ. Πάνω από τρεις ε. Δε θυμάμαι

2. Επισκεφτήκατε νοσοκομείο ή ειδικό γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες

α. Ναι β. Όχι γ. Δε θυμάμαι

3. Συνήθως πού απευθύνεστε πρώτα όταν έχετε πρόβλημα υγείας

α. Κέντρο Υγείας β. ΤΟΜΥ γ. Ιδιώτη γιατρό δ. Νοσοκομείο ε. Άλλο

Δ. Εμπόδια στην Πρόσβαση / Ανικανοποίητες Ανάγκες

1. Υπήρξε περίπτωση κατά τους τελευταίους 12 μήνες που χρειαστήκατε ιατρική φροντίδα αλλά δεν την λάβατε;

α. Ναι. β. Όχι

2. Αν ναι, ποιος ήταν ο κύριος λόγος;

α. Μεγάλη απόσταση β. Κόστος γ. Χρόνος αναμονής

δ. Δεν υπήρχε διαθέσιμος γιατρός ε. Δεν είχα πληροφορίες

στ. Δεν αξιολόγησα σωστά την κατάσταση μου ζ. Άλλο

3. Πόσο εύκολο είναι να μεταβείτε στη μονάδα Π. Φ. Υ. που σας εξυπηρετεί;

α. Πολύ εύκολο β. Εύκολο γ. Δύσκολο δ. Πολύ Δύσκολο

Ε. Ικανοποίηση από την Παρεχόμενη Φροντίδα

1. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε συνολικά από τις υπηρεσίες που λάβατε κατά την τελευταία σας επίσκεψη;

α. Πολύ β. Αρκετά γ. Λίγο δ. Καθόλου

2. Πιστεύετε ότι ο γιατρός/η ομάδα σας άκουσε και κατανόησε πλήρως το πρόβλημά σας.

α. Ναι απόλυτα β. Εν μέρει γ. Όχι ιδιαίτερα δ. Καθόλου

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.