



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ικανοποίησης και της
σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής στους λήπτες
πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε απομακρυσμένη περιοχή»

Παγιούλα Βασιλική

Επιβλέπων καθηγητής: Νικόλαος Κοντοδημόπουλος

Ιστιάα, Ιούνιος 2026

© Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Παγιούλα Βασιλικής που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η 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 της συγγραφέως/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 της συγγραφέως/δημιουργού. Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών της δικαιωμάτων.

«Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ικανοποίησης και της
σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής στους λήπτες
πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε απομακρυσμένη περιοχή»

Παγιούλα Βασιλική

Επιτροπή επίβλεψης διπλωματικής εργασίας

Επιβλέπων καθηγητής

Νικόλαος Κοντοδημόπουλος

Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΑΠ

Συν-επιβλέπων καθηγητής

Ιωάννης Φανουργιάκης

Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Ιστιάα, Ιούνιος 2026

Ευχαριστίες

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή κ. Κοντοδημόπουλο Νικόλαο για την επιστημονική του καθοδήγηση, τη στήριξη και ενθάρρυνση κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους εργαζόμενους και συναδέλφους του Κέντρου Υγείας Ιστιάας για την πολύτιμη βοήθειά τους, στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου για την υπομονή, την υποστήριξη και την συμπαράσταση που επέδειξε σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

. . . για την Ηρώ

Περίληψη

Εισαγωγή: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας και ειδικά σε απομακρυσμένες ή ημιαστικές περιοχές, ο ρόλος της αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία. Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τα δυνατά σημεία και τις αδυναμίες μιας υπηρεσίας, συμβάλλοντας στον σχεδιασμό παρεμβάσεων βελτίωσης. Παράλληλα, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί έναν εξίσου σημαντικό δείκτη για την αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των πολιτών, η οποία αποτυπώνει τον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται την σωματική και ψυχική του κατάσταση.

Σκοπός: Η παρούσα διπλωματική εργασία διερευνά τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας, την αυτό-αναφερόμενη ποιότητα ζωής τους ως προς την υγεία και τις πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των δύο αυτών πεδίων.

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ποσοτική μεθοδολογία και δειγματοληψία ευκολίας, σε δείγμα 83 ενηλίκων χρηστών των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο σταθμισμένα ερωτηματολόγια: το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών από ιατρούς ειδικότητας και άλλους επαγγελματίες υγείας των Κέντρων Υγείας, καθώς και το SF-12 για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό IBM SPSS Statistics 29.0.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν ιδιαίτερα θετικά την επικοινωνία με τον γιατρό, την ευγένεια, την προσεκτική ακρόαση, τον χρόνο που αφιερώθηκε στην εξέταση και την αναλυτική ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας και τους τρόπους θεραπείας. Υψηλή ήταν επίσης η πρόθεση σύστασης τόσο του γιατρού όσο και του Κέντρου Υγείας. Χαμηλότερη, αν και συνολικά θετική, ήταν η αξιολόγηση του εξοπλισμού της μονάδας.

Ως προς τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, οι περισσότεροι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τη γενική κατάσταση της υγείας τους από καλή έως εξαιρετική. Ωστόσο, οι συνοπτικές κλίμακες σωματικής και ψυχικής υγείας του SF-12 κινήθηκαν κάτω από το όριο των 50 μονάδων, υποδηλώνοντας επιβαρυνμένη αυτό-αναφερόμενη ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα στο επίπεδο της σωματικής υγείας.

Από τις συσχετίσεις προέκυψε ότι η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος σχετίζεται με χαμηλότερη συνολική αξιολόγηση, καθώς και με χαμηλότερη αξιολόγηση της συνέχειας της φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας. Το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίστηκε θετικά με την αξιολόγηση της προσβασιμότητας, ενώ η ύπαρξη αναπηρίας άνω του 67% συσχετίστηκε με χαμηλότερη σωματική υγεία. Αντίθετα, δεν διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των συνοπτικών κλιμάκων σωματικής και ψυχικής υγείας και της συνολικής ικανοποίησης από τις υπηρεσίες.

Συμπεράσματα: Το Κέντρο Υγείας Ιστιαίας αξιολογείται θετικά από τους χρήστες του, ιδιαίτερα ως προς τη σχέση με τους επαγγελματίες υγείας και την καθημερινή λειτουργία της μονάδας. Παράλληλα, αναδεικνύεται η ανάγκη ενίσχυσης του εξοπλισμού, της συνέχειας της φροντίδας και της υποστήριξης των ατόμων με χρόνια νοσήματα ή αναπηρία, ιδίως σε περιοχές όπου η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί κρίσιμο σημείο πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κέντρο Υγείας σε απομακρυσμένη περιοχή, ικανοποίηση ασθενών, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, SF-12.

"Investigating the relationship between satisfaction and health-related quality of life among primary health care recipients in a remote area"

Pagioula Vasiliki

Abstract

Introduction: Primary Health Care is the first point of contact, among the citizens and the health system and especially in remote or semi-urban areas, its role becomes even more important. The satisfaction of health service users provides important information about the strengths and weaknesses of a service, contributing to the design of improvement interventions. At the same time, health-related quality of life is an equally important indicator for assessing the health status of citizens, which reflects the way in which the individuals perceive their physical and mental condition.

Purpose: This thesis investigates the users' degree of satisfaction regarding the services provided by the Istiaia Health Center, their self-reported health related quality of life and the possible correlations between these two fields.

Methodology: The research was conducted using quantitative methodology and convenience sampling, on a sample of 83 adult users of the services of the Istiaia Health Center. Two weighted questionnaires were used to collect data: the questionnaire for evaluating services provided by specialist doctors and other health professionals of the Health Centers, as well as the SF-12 for measuring health-related quality of life. The statistical analysis was performed using the IBM SPSS Statistics 29.0 software.

Results: The results showed a high degree of patients' satisfaction regarding the services of the Istiaia Health Center. Participants evaluated the communication with the doctor, the courtesy, the attentive listening, the time spent on the examination and the detailed information about the health status and the treatment methods very positively. The intention to recommend both the doctor and the Health Center was also high. The evaluation of the unit's adequate equipment was lower, although overall positive.

Regarding health-related quality of life, most participants rated their general health as good to excellent. However, the SF-12 physical and mental health summary scales were below the 50-point threshold, indicating impaired self-reported quality of life, particularly in the area of physical health.

The correlations showed that the presence of a chronic disease was associated with a lower overall rating, as well as with a lower rating of continuity of care, medical and nursing care. Educational level was positively associated with the assessment of accessibility, while the presence of a disability of more than 67% was associated with lower physical health. In contrast, no strong correlation was found between the summary scales of physical and mental health and overall satisfaction with services.

Conclusions: The Istiaia Health Center is positively evaluated by its users, especially in terms of the relationship with health professionals and the daily operation of the unit. At the same time, the need to strengthen equipment, continuity of care and support for people with chronic diseases or disabilities is highlighted, especially in areas where Primary Health Care is a critical point of access to the health system.

Keywords: Primary Health Care, Health Center in a remote area, patient satisfaction, health-related quality of life, SF-12.

Περιεχόμενα

Περίληψη	vi
Abstract	viii
Περιεχόμενα.....	x
Κατάλογος Γραφημάτων	xiii
Κατάλογος Πινάκων	xiv
Συντομογραφίες και ακρωνύμια.....	xvi
Εισαγωγή.....	16
Θεωρητικό Μέρος.....	19
1. Υγεία.....	19
1.1. Τι είναι υγεία	19
1.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία	19
1.3. Συστήματα υγείας.....	21
1.3.1. Έννοια Συστήματος Υγείας	21
1.3.2. Επίπεδα παροχών υγείας και περίθαλψης	21
1.4. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	22
1.4.1. Περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	22
1.4.2. Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του ΕΣΥ.....	23
1.5. Ρόλος και Προκλήσεις της ΠΦΥ	25
2. Η Ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης μέτρησης	27
2.1.1. Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην υγεία.....	27
2.1.2. Διαστάσεις της ποιότητας	27
2.1.3. Δείκτες μέτρησης της ποιότητας υγείας	28
2.1.4. Ποιότητα στην Π.Φ.Υ.	29
2.2. Η Ικανοποίηση ως δείκτης μέτρησης της ποιότητας.....	30
2.2.1. Γενικά.....	30
2.2.2. Ορισμός	30
2.2.3. Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Ικανοποίησης	31
2.3. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση για την Ικανοποίηση των ασθενών	34
2.3.1. Έρευνες στην Ελλάδα	34
2.3.2. Έρευνες στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο.....	36
2.3.3. Συμπεράσματα	37

3. Ποιότητα Ζωής	39
3.1. Θεωρητικό πλαίσιο	39
3.2. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα ζωής	40
3.2.1. Θεωρητικό πλαίσιο.....	40
3.2.2. Μέτρηση της ΣΥΠΖ.....	41
3.2.3 Εργαλεία Μέτρησης της ΣΥΠΖ.....	42
3.2.4. Επισκόπηση υγείας Short Form 12 (SF-12)	44
3.3. Παράγοντες διαμόρφωσης της ΣΥΠΖ σύμφωνα με τη βιβλιογραφία	45
3.4. Έρευνες στην Ελλάδα	47
Ειδικό Μέρος.....	49
4. Μεθοδολογία Έρευνας.....	49
4.1. Παρουσίαση Κέντρου Υγείας Ιστιαίας	49
4.2. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.	50
4.3. Μεθοδολογία της Έρευνας.	51
4.4. Εργαλεία της Έρευνας.....	51
4.5. Δείγμα της Έρευνας.	53
4.6. Στατιστική ανάλυση	53
4.7. Ζητήματα Δεοντολογίας της Έρευνας.....	53
5. Αποτελέσματα της Έρευνας	55
5.1. Ερωτηματολόγιο για την Ικανοποίηση των Ασθενών	55
5.1.1. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	55
5.1.2. Κατάσταση υγείας του δείγματος	56
5.1.3. Χαρακτηριστικά επίσκεψης στο Κέντρο Υγείας	57
5.1.4. Προγραμματισμός επίσκεψης.....	60
5.1.5. Παραπομπή σε άλλο γιατρό.....	61
5.1.6. Ερωτήσεις αξιολόγησης του Κ.Υ. Ιστιαίας.....	63
5.1.7. Σημαντικότητα των επιμέρους διαστάσεων της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.....	67
5.2. Ερωτηματολόγιο για την Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.....	70
5.3. Συσχετίσεις.....	73
6. Συζήτηση	85
7. Συμπεράσματα	88
8. Περιορισμοί της Έρευνας.....	89
9. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	91

Βιβλιογραφία	93
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	93
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	96
Παράρτημα Α: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας από Υ.Π.Ε.....	104
Παράρτημα Β: Έγκριση ερευνητικού πρωτοκόλλου	106

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1: Αναπηρία άνω του 67%	56
Γράφημα 2: Φορές επίσκεψης του Κέντρου Υγείας.....	58
Γράφημα 3: Τρόπος παραπομπής	58
Γράφημα 4: Εξυπηρέτηση από νοσηλεύτη ή άλλον επαγγελματία υγείας, όχι από γιατρό.	63

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Γενικά εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ.....	43
Πίνακας 2: Νοσολογικά εξειδικευμένα εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ.....	44
Πίνακας 3: Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	55
Πίνακας 4: Κατάσταση υγείας συμμετεχόντων δείγματος.....	56
Πίνακας 5: Ύπαρξη Χρόνιου Νοσήματος.....	57
Πίνακας 6: Είδος Χρόνιου Νοσήματος.....	57
Πίνακας 7: Με ποιους επαγγελματίες υγείας ήρθατε σε επαφή.....	59
Πίνακας 8: Λόγοι επίσκεψης στο Κέντρο Υγείας.....	60
Πίνακας 9: Προγραμματισμός επίσκεψης στο Κέντρο Υγείας.....	60
Πίνακας 10: Χρόνος αναμονής την ημέρα της επίσκεψης.....	61
Πίνακας 11: Παραπομπή σε άλλον επαγγελματία υγείας.....	61
Πίνακας 12: Επαρκής καθοδήγηση σε περίπτωση παραπομπής σε άλλο γιατρό.....	62
Πίνακας 13: Περιγραφικά στατιστικά για την Επαρκή καθοδήγηση σε περίπτωση παραπομπής σε άλλο γιατρό.....	62
Πίνακας 14: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις αξιολόγησης του Κ.Υ.....	64
Πίνακας 15: Περιγραφικά στοιχεία των Απαντήσεων για τις ερωτήσεις αξιολόγησης του Κ.Υ.....	65
Πίνακας 16: Αξιολόγηση γιατρού και Κ.Υ.....	66
Πίνακας 17: Περιγραφικά στοιχεία για το αν θα σύστηναν οι συμμετέχοντες τον γιατρό και το Κ.Υ που επισκέφτηκαν.....	66
Πίνακας 18: Σημασία που αποδίδουν οι ασθενείς σε κάθε επιμέρους διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.....	68
Πίνακας 19: Περιγραφικά χαρακτηριστικά για τη Σημασία που αποδίδουν οι ασθενείς σε κάθε επιμέρους διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.....	69
Πίνακας 20: Συχνότητες απαντήσεων του SF-12.....	71
Πίνακας 21: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 8 κλιμάκων της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής.....	72
Πίνακας 22: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 2 Συνολικών Κλιμάκων της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής του SF-12.....	73
Πίνακας 23: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Συνολική Αξιολόγηση.....	73
Πίνακας 24: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την Αξιολόγηση Προσβασιμότητας.....	75
Πίνακας 25: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Συνέχεια της φροντίδας.....	76
Πίνακας 26: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την Περιεκτικότητα στη φροντίδα.....	77
Πίνακας 27: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την Ποιότητα της ιατρικής φροντίδας.....	78
Πίνακας 28: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τις Εγκαταστάσεις.....	79
Πίνακας 29: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την Ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.....	80
Πίνακας 30: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Σύσταση του γιατρού.....	81
Πίνακας 31: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Σύσταση της μονάδας υγείας.....	82

Πίνακας 32: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας PCS	83
Πίνακας 33: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας MCS	84

Συντομογραφίες και ακρωνύμια

Δ.Φ.Υ.:	Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΕΚΑΒ:	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΛΣΤΑΤ:	Ελληνική Στατιστική Αρχή
Ε.Π.Ι.:	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία
Ε.Σ.Υ.:	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Κ.Υ.:	Κέντρο Υγείας
ΠΖ:	Ποιότητα Ζωής
Π.Ι.:	Περιφερειακά Ιατρεία
ΠΟΥ:	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Π.Ι.:	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία
Π.Φ.Υ.:	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΥΠΖ:	Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής
Τ.Ι.:	Τοπικά Ιατρεία
Το.Μ.Υ.:	Τοπικές Μονάδες Υγείας
Υ.Π.Ε.:	Υγειονομικές Περιφέρειες
EQ-5D:	Euro Quality of Life – 5 Dimensions
EQ-5D-5L:	Euro Quality of Life – 5 Dimensions – 5 Levels
MCS:	Mental Health Component summary – Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας
PCS:	Physical Health Component summary – Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας
SF-12:	Short Form 12
SF-36:	Short Form 36
WHOQOL-BREF:	World Health Organization Quality of Life assessment instrumen

Εισαγωγή

Η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ανθρώπου και συνδέεται άμεσα όχι μόνο με την απουσία νόσου, αλλά και με τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Στο πλαίσιο αυτό, τα σύγχρονα συστήματα υγείας δεν αξιολογούνται πλέον αποκλειστικά με βάση την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν την ασθένεια, αλλά και με βάση το κατά πόσο παρέχουν υπηρεσίες προσβάσιμες, ποιοτικές, αποτελεσματικές και προσανατολισμένες στις ανάγκες των πολιτών.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας και διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων και την παραπομπή σε ανώτερα επίπεδα φροντίδας, όποτε αυτό κρίνεται σκόπιμο. Ιδιαίτερα σε απομακρυσμένες ή ημιαστικές περιοχές, ο ρόλος της Π.Φ.Υ. αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία, καθώς οι πολίτες συχνά εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις τοπικές δομές υγείας για την κάλυψη βασικών αναγκών ή επειγόντων περιστατικών.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δεν αφορά μόνο την επιστημονική επάρκεια και το κλινικό αποτέλεσμα. Περιλαμβάνει επίσης την προσβασιμότητα, τον χρόνο αναμονής, την οργάνωση της επίσκεψης, την επάρκεια του εξοπλισμού, την καθαριότητα των χώρων, την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, την ευγένεια, την ενημέρωση και τη συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία της φροντίδας. Για τον λόγο αυτό, η ικανοποίηση των ασθενών χρησιμοποιείται διεθνώς ως ένας σημαντικός δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο, η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια σύνθετη έννοια, που επηρεάζεται από τις προσδοκίες των ασθενών, τις προηγούμενες εμπειρίες τους, τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, την κατάσταση της υγείας τους και την ποιότητα της αλληλεπίδρασης με το προσωπικό της μονάδας υγείας. Παρά την υποκειμενική της φύση, η καταγραφή της ικανοποίησης παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τα δυνατά σημεία και τις αδυναμίες μιας υπηρεσίας, συμβάλλοντας στον σχεδιασμό παρεμβάσεων βελτίωσης.

Παράλληλα, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί έναν εξίσου σημαντικό δείκτη για την αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των πολιτών, η οποία αποτυπώνει τον τρόπο με τον

οποίο το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται την επίδραση της υγείας του στην καθημερινή του λειτουργικότητα, στις κοινωνικές του δραστηριότητες, στη σωματική και ψυχική του κατάσταση και στη συνολική του ευεξία. Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, καθώς μέσα από την οπτική του ίδιου του ασθενούς, αναδεικνύονται πλευρές της υγείας που δεν είναι πάντα ορατές μέσα από την κλινική αξιολόγηση.

Η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η κατάσταση υγείας ενός ατόμου μπορεί να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αξιολογεί τις υπηρεσίες που λαμβάνει. Αντίστοιχα, η ποιότητα της φροντίδας, η επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και η συνολική εμπειρία από μια μονάδα υγείας μπορούν να διαμορφώσουν την αντίληψη του ασθενούς για τη φροντίδα που λαμβάνει και, έμμεσα, για την καθημερινότητά του.

Η παρούσα εργασία εστιάζει στους λήπτες υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας, μιας μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που εξυπηρετεί πληθυσμό απομακρυσμένης περιοχής. Η γεωγραφική θέση της περιοχής, η απόσταση από τα νοσοκομεία αναφοράς και οι ιδιαίτερες ανάγκες του τοπικού πληθυσμού καθιστούν την αξιολόγηση της συγκεκριμένης μονάδας ιδιαίτερα σημαντική. Σε τέτοιες περιοχές, η αποτελεσματική λειτουργία του Κέντρου Υγείας δεν αποτελεί απλώς ζήτημα εξυπηρέτησης, αλλά βασική προϋπόθεση για την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας, καθώς και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Επιπλέον, επιχειρείται να εξεταστεί αν και σε ποιο βαθμό η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας συνδέεται με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο αφορά την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από ιατρούς ειδικότητας και άλλους επαγγελματίες υγείας των Κέντρων Υγείας, ενώ το δεύτερο είναι το SF-12, το οποίο χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 83 χρηστών των υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας. Το θέμα, ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας έχουν ήδη διαμορφωθεί γύρω

από τη σχέση ικανοποίησης και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής στους λήπτες πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε απομακρυσμένη περιοχή.

Η εργασία διαρθρώνεται σε δύο βασικά μέρη. Στο θεωρητικό μέρος παρουσιάζεται η έννοια της υγείας, το πλαίσιο λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης ποιότητας και η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Στο ειδικό μέρος παρουσιάζονται η μεθοδολογία της έρευνας, το Κέντρο Υγείας Ιστιαίας, το δείγμα, τα ερευνητικά εργαλεία, η στατιστική ανάλυση και τα αποτελέσματα. Τέλος, διατυπώνονται τα βασικά συμπεράσματα, οι περιορισμοί της έρευνας και οι προτάσεις για μελλοντική διερεύνηση.

Με τον τρόπο αυτό, η παρούσα εργασία επιδιώκει να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση της εμπειρίας των χρηστών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε απομακρυσμένη περιοχή και να αναδείξει στοιχεία που μπορούν να αξιοποιηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Θεωρητικό Μέρος

1. Υγεία

1.1. Τι είναι υγεία

Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας και αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα όλων των ανθρώπων, το οποίο περιλαμβάνει την καλή διανοητική, σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου (WHO, 1946). Για ένα κράτος πρόνοιας, αποτελεί καθήκον η δημιουργία καλών συνθηκών διαβίωσης για τους πολίτες, σε ένα υγιεινό και ασφαλές περιβάλλον, το οποίο θέτει τις βέλτιστες συνθήκες για την επίτευξη της καλής υγείας των πολιτών (Parrish, 2010).

Βέβαια, η υγεία του ανθρώπου επηρεάζεται είτε θετικά, είτε αρνητικά, από διάφορους παράγοντες, με αποτέλεσμα η διατήρηση της υγείας να αποτελεί μια δυναμική και εναλλασσόμενη κατάσταση. Αυτό καθορίζεται τόσο από τις περιστάσεις όσο και από το περιβάλλον. Παράγοντες όπως το μέρος που διαβιεί κάποιος, η κατάσταση του περιβάλλοντος, η γενετική, το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο καθώς και οι σχέσεις με φίλους και οικογένεια έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία (WHO, 2017).

1.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι πολλοί. Οι προσωπικοί – βιολογικοί παράγοντες αποτελούν μία βασική κατηγορία που περιλαμβάνει προσωπικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, την ηλικία και την εθνοτική ομάδα. Σε αυτούς συγκαταλέγονται η κληρονομικότητα και η γενετική προδιάθεση ενός ατόμου που αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για διάφορες ασθένειες (Παπαχριστόπουλος, 2013).

Στους προσωπικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται και οι προσωπικές επιλογές, συνήθειες και συμπεριφορές, που συνθέτουν τον τρόπο ζωής ενός ανθρώπου και επηρεάζουν σημαντικά την υγεία του. Κυρίως, οι διατροφικές συνήθειες οι οποίες σε συνδυασμό με την έλλειψη σωματικής άσκησης, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο καθώς η παχυσαρκία σχετίζεται άμεσα

με διάφορα προβλήματα υγείας. Άλλες συνήθειες που σχετίζονται με αρκετές ασθένειες είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση ουσιών. Επίσης, ο ύπνος είναι ουσιαστικός για την καλή υγεία, με σημαντική επίδραση τόσο στη σωματική και όσο και στη διανοητική υγεία (Farhud, 2015).

Καθοριστικοί για την υγεία είναι εξίσου και οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, οι οποίοι εμπερικλείουν ένα μεγάλο φάσμα. Το εισόδημα, η εκπαίδευση, η κοινωνική προστασία, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια καθώς και οι συνθήκες εργασίας, αποτελούν μεταβλητές με σημαντική επίδραση στην υγεία ενός ατόμου (Róǵ & Jankowiak, 2021). Τα κοινωνικά δίκτυα και οι δεσμοί που δημιουργούνται συμβάλουν στην καλή σωματική και πνευματική υγεία του ανθρώπου, όπως οι σχέσεις ενός ατόμου με τη γειτονιά, τους φίλους και την οικογένειά του (Τσεκούρα, 2003).

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν σημαντικά στην υγεία των ανθρώπων καθώς η έκθεση σε συγκεκριμένους αρνητικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες έχει καταλυτικό ρόλο στην εμφάνιση διαφόρων ασθενειών όπως πνευμονικές παθήσεις, νευροσυμπεριφορικές διαταραχές, ανοσολογικές διαταραχές και διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος ή άλλων συστημάτων ελέγχου που βασίζονται σε υποδοχείς (Warren et. al, 2002). Επίσης, η υπερβολική παρέμβαση του ανθρώπου στο οικοσύστημα του πλανήτη και η επακόλουθη κλιματική αλλαγή, επιδρούν αρνητικά στην υγεία των ανθρώπων. (Graham & White, 2016).

Εξαιρετικής σημασίας για την υγεία ενός ανθρώπου είναι και οι ψυχολογικοί παράγοντες. Η ψυχολογική κατάσταση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη σωματική υγεία, την πνευματική υγεία αλλά και τον τρόπο ζωής των ανθρώπων. Το στρες και το άγχος, και η πολλές φορές επακόλουθη υιοθέτηση διάφορων ανθυγιεινών συμπεριφορών, συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ασθενειών και άλλων προβλημάτων υγείας (Macleod & Smith, 2003).

Τέλος, είναι σημαντική και η πνευματική υγεία, που περιλαμβάνει την ικανότητα ενός ατόμου να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις της ζωής και να διαχειρίζεται τις συναισθηματικές και πνευματικές του ανάγκες. Η καλή πνευματική υγεία συντελεί στην αντιμετώπιση διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, και βοηθά τους ανθρώπους να δημιουργήσουν μια ευτυχισμένη ζωή (Skoko et. al., 2021).

1.3. Συστήματα υγείας

1.3.1. Έννοια Συστήματος Υγείας

Η έννοια της υγείας είναι συνδεδεμένη με την υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται από το εκάστοτε σύστημα υγείας. Ένα σύστημα υγείας είναι υπεύθυνο για τη βελτίωση, διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας του πληθυσμού μέσω των υπηρεσιών που προσφέρουν, καθώς και για τη σωστή διαχείριση των υπηρεσιών αυτών (WHO, 2007). Παρέχεται από επαγγελματίες υγείας όπως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μέσω της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης και αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας μέσω της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας ασθενειών ή άλλων σωματικών και ψυχικών βλαβών. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να διαφέρει ανάλογα τη χώρα ή την κοινότητα, επηρεαζόμενη από τις κοινωνικό - οικονομικές συνθήκες καθώς και τις πολιτικές υγείας (Lohr, 1990).

Ως εκ τούτου, ένα σύστημα υγείας αποτελεί το βασικό φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό μιας χώρας. Μέσω αυτού, αλληλεπιδρούν και οργανώνονται τα διάφορα υποσυστήματα των υπηρεσιών υγείας, αποσκοπώντας στην παροχή βέλτιστων υγειονομικών υπηρεσιών. Το ελληνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και τη φορολογία, μέσω ασφαλιστικών εισφορών και οι υγειονομικές υπηρεσίες του κατατάσσονται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη (Πέγιου, 2023).

1.3.2. Επίπεδα παροχών υγείας και περίθαλψης

Όλα τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε δύο μορφές περίθαλψης και τρία επίπεδα οργάνωσης παροχής υπηρεσιών υγείας.

Οι μορφές περίθαλψης είναι δύο. Η πρώτη είναι η εξωνοσοκομειακή ή ανοιχτή περίθαλψη που αναφέρεται σε υπηρεσίες του πρωτοβάθμιου επιπέδου περίθαλψης και στοχεύει πρωτίστως στην πρόληψη. Η δεύτερη είναι νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη που αναφέρεται σε υπηρεσίες του δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου περίθαλψης και στοχεύει στη θεραπεία και αποκατάσταση της ασθένειας (Θεοδώρου και συν, 2005).

Η παροχή υπηρεσιών υγείας οργανώνεται σε τρία επίπεδα και το καθένα από αυτά παρέχει συγκεκριμένες υπηρεσίες σε καθορισμένο πληθυσμό.

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο, αλλιώς η Π.Φ.Υ., αποτελεί την πρώτη επαφή του χρήστη με το σύστημα υγείας. Αποβλέπει στη διάγνωση και θεραπεία νοσημάτων, τα οποία δεν χρήζουν νοσηλείας σε νοσοκομείο. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται κυμαίνεται από 500 έως 50000 άτομα (Θεοδώρου και συν, 2005).

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο αναφέρεται στην κάλυψη που παρέχεται στον ασθενή, από ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, με σκοπό τη θεραπεία και αποκατάσταση μιας ασθένειας που δεν αντιμετωπίζεται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται κυμαίνεται από 50000 έως 500000 άτομα (Θεοδώρου και συν, 2005).

Το τριτοβάθμιο επίπεδο προσφέρει εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και παρέχεται από Πανεπιστημιακά νοσοκομεία και κλινικές, από εξειδικευμένα περιφερειακά νοσοκομεία καθώς και από εξειδικευμένα ιδιωτικά νοσοκομεία. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται κυμαίνεται από 50000 έως 1500000 άτομα (Θεοδώρου και συν, 2005). Προσφέρουν υψηλότερο επίπεδο φροντίδας υγείας και πέρα από την εξειδικευμένη ιατρική περίθαλψη είναι υπεύθυνα και για την εκπαίδευση (Καρακούνος, 2005).

1.4. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

1.4.1. Περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Διακήρυξη της ALMA ATA, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το 1978, αποτέλεσε την αφετηρία για τη δημιουργία μιας στρατηγικής υγείας με στόχο την βελτίωση της υγείας και τη μείωση της θνησιμότητας. Αναθεωρήθηκε η έννοια της της ασθένειας και της πρόληψης και σχεδιάστηκαν συστήματα που ορίζουν τα βασικά στοιχεία για μια ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος 2016).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) ορίζεται ως *«η βασική φροντίδα υγείας, που βασίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες και είναι καθολικά διαθέσιμη στα άτομα και τις οικογένειες μέσα στην κοινότητα, μέσω της πλήρους συμμετοχής τους και με ένα κόστος που η κοινωνία και η χώρα μπορεί να διαθέσει για να τη διατηρήσει σε κάθε φάση της ανάπτυξης τους μέσα στο πνεύμα της αυτό-εμπιστοσύνης και αυτοπροσδιορισμού»* (WHO, 1978).

Πέντε χρόνια αργότερα, με το Ν. 1397/83, δημιουργείται στην Ελλάδα το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), όπου οι δομές δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης ενοποιούνται και η περίθαλψη διαχωρίζεται σε τρεις βαθμίδες, την Πρωτοβάθμια, την Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ως προς τις δομές Π.Φ.Υ., καθορίστηκαν οι υπηρεσίες που παρέχονται από αυτήν, καθώς και οι ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας που έχουν το δικαίωμα παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

Με την ίδρυση του ΕΣΥ συγκροτούνται και ορίζονται με σαφήνεια οι βασικές αρχές για την υγεία, η οποία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και παρέχεται δωρεάν σε όλους τους πολίτες, με την αποκλειστική ευθύνη του κράτους. Σε αυτό το πλαίσιο, η ΠΦΥ αποτελεί την πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα υγείας, όπως ιατρεία, κέντρα υγείας ή εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, όπου πραγματοποιείται η πρώτη αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ λειτουργώντας ως το αρχικό σημείο πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, συνιστούν βασικό στοιχείο ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, διαχωρίζοντας τις περιπτώσεις που χρήζουν νοσοκομειακής φροντίδας από αυτές που δεν χρήζουν, με σκοπό τον περιορισμό της άσκοπης χρήσης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και χωρίς λόγο δαπανών (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού, 2008).

Με την πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση του Ν.4486/2017, αναδιατυπώνονται οι βασικές αρχές του Ε.Σ.Υ για την βελτίωση της υγείας, την πρόληψη από την νόσο, την ολοκληρωμένη φροντίδα και την συνέχεια αυτής και δίνεται έμφαση στην ισότιμη και καθολική πρόσβαση του πληθυσμού, στην ποιότητα, στην ασφάλεια αλλά και στην λογοδοσία σε σχέση με την δεοντολογία που διέπει τους επαγγελματίες υγείας. Αναδεικνύεται ο σκοπός λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, τα είδη παροχής φροντίδας, ενώ καθορίζονται οι περιοχές ευθύνης τους. Επιπλέον, συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ), όπου παρέχονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και προβλέπεται η κατ'οίκον νοσηλεία.

1.4.2. Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του ΕΣΥ

Σύμφωνα με τον Ν. 3235/2004, καθορίζεται ότι η Π.Φ.Υ. παρέχεται από κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ. και από τα περιφερειακά ιατρεία του Ε.Σ.Υ., από μονάδες Π.Φ.Υ. των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, από εξωτερικά ιατρεία του Ε.Σ.Υ, από μονάδες τοπικής αυτοδιοίκησης και από άλλους φορείς του Ε.Σ.Υ, ενώ καθιερώνεται και ο θεσμός του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού για όλους τους πολίτες της χώρας (Ν. 3235/2004).

Με τη θέσπιση του Ν.4486/2017 για την «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» ο όρος «Κέντρο Υγείας», διευρύνθηκε και περιλαμβάνει τις Το.Μ.Υ που παρέχουν υπηρεσίες πρώτου βαθμού, τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι), τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι) τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι), και λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες από τις δομές της Π.Φ.Υ. σύμφωνα με τη διαδικτυακή πύλη του Εθνικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (2025) *«Η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. γίνεται στις προαναφερόμενες δομές χωρίς να απαιτείται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Ενδεικτικά αναφέρονται, η εφαρμογή μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, η υλοποίηση του Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και η προαγωγή της υγείας. Επίσης, προσφέρεται τακτική παρακολούθηση και διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, καθώς και η παραπομπή περιστατικών, ανάλογα με την κρισιμότητα, προς τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η Π.Φ.Υ. παρέχει επίσης προνοσοκομειακή φροντίδα, προγράμματα εμβολιασμού, υπηρεσίες αποκατάστασης, καθώς και ανακουφιστική και παρηγορητική φροντίδα. Παράλληλα, παρέχονται οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη. Τέλος, η Π.Φ.Υ. διασυνδέεται με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια, τα οποία προσφέρουν διαγνωστικές υπηρεσίες εργαστηριακής και απεικονιστικής ιατρικής.»*

Σύμφωνα με την τελευταία απογραφή της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) αναφορικά με τις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) για το έτος 2024, στην Ελλάδα υπάρχουν 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.Π.Ε.) στις οποίες λειτουργούν συνολικά 312 Κέντρα Υγείας, 1.432 Περιφερειακά Ιατρεία, 98 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, 50 Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία, 227 Τοπικά Ιατρεία, 10 Λοιπές Μονάδες και 137 ΤοΜΥ. (ΕΛΣΤΑΤ, 2025).

Επιπλέον, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνονται και δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής Υγείας. Λειτουργούν 18 Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικες, 15 Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικες και παιδιά/έφηβους και 31 Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας παιδιών και εφήβων (ΕΛΣΤΑΤ, 2025).

Σύμφωνα με την ίδια απογραφή, το σύνολο των εργαζομένων στην Π.Φ.Υ. είναι 15422 άτομα, τα οποία αναλύονται σε 5486 άτομα ιατρικό προσωπικό, σε 5423 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό και σε 4693 άτομα προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων (ΕΛΣΤΑΤ, 2025).

1.5. Ρόλος και Προκλήσεις της ΠΦΥ

Ο ρόλος της Π.Φ.Υ. πέρα από την παροχή ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υγειονομικές δομές, της παροχής ιατρικών υπηρεσιών και της ανίχνευσης κινδύνων απειλητικών για την υγεία των ασθενών (Shi, 2012) δεν εξαντλείται στην αντιμετώπιση των υγειονομικών ζητημάτων του πληθυσμού, αλλά παράλληλα επιδιώκει τη βελτίωση της σχέσης κόστους - αποτελεσματικότητας (Sifaki-Pistola et al., 2017), χωρίς να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μέσα από το μεγάλο εύρος των περιστατικών που εξυπηρετεί, βοηθά στην αποσυμφόρηση της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Δ.Φ.Υ.) και όπου κρίνεται σκόπιμο, ο ασθενής κατευθύνεται εύκολα μέσα στο σύστημα υγείας με παραπομπές, από άλλους επαγγελματίες υγείας (Donaldson et al., 1996).

Για να μπορέσει όμως η Π.Φ.Υ. να επιτελέσει το έργο της θα πρέπει να εντοπιστούν οι όποιες αδυναμίες του συστήματος σε οργανωτικό και λειτουργικό επίπεδο και να βελτιωθούν. Οι ανεπάρκειες στο σύστημα παραπομπής των ασθενών σε άλλες ειδικότητες, προβλήματα στο συντονισμό των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ., η μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, η υποστελέχωση των μονάδων με καταρτισμένο προσωπικό και η έλλειψη παροχής υπηρεσιών επί εικοσιτετράωρου βάσεως (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012) είναι κάποια ζητήματα που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν. Επιπροσθέτως, παρουσιάζονται ελλείψεις σε υλικοτεχνικές υποδομές και εξοπλισμό, στην ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας και στην αδυναμία εξυπηρέτησης αναγκών που μεταφράζεται σε μεγάλες λίστες αναμονής. Τέλος, η υποχρηματοδότηση αλλά και η σπατάλη των διαθέσιμων οικονομικών πόρων αποτελεί τροχοπέδη στην αναβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας από τις δομές της Π.Φ.Υ. (Φρεγγίδου και συν, 2017).

Ωστόσο, η επιτυχία των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. δε βασίζεται αποκλειστικά στην παροχή επαρκών πόρων, τις κατάλληλες υποδομές και την στελέχωση με εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στους κανόνες δεοντολογίας και στη μεταχείριση των ασθενών από το επιστημονικό προσωπικό και την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας σε αυτούς, καθώς έχουν καταγραφεί συμπεριφορές που δεν καθιστούν το περιβάλλον ευνοϊκό για τους ασθενείς (Gibson et al, 2015).

Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα η Π.Φ.Υ. να απομακρύνεται από τις αρχές της διακήρυξης της ALMA ATA και να μην αποτελεί τον θεμέλιο λίθο του συστήματος υγείας, αφενός

επιβαρύνοντας τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και αφετέρου δημιουργώντας ανισότητες στην ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

2. Η Ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης μέτρησης

2.1.1. Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην υγεία

Η παροχή υπηρεσιών υγείας, υψηλής ποιότητας, αποτελεί βασικό πυλώνα κάθε συστήματος υγείας σε όλα τα κράτη στον κόσμο, η οποία δοκιμάζεται συνεχώς λόγω της διαρκώς αυξανόμενης ζήτησης ιατροφαρμακευτικής φροντίδας. Πέραν όμως της προσφοράς της αναγκαίας φαρμακευτικής περίθαλψης, στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι παράλληλα και ο περιορισμός της υπερκατανάλωσης και η σωστή κατανομή των διαθέσιμων πόρων (Busse et al., 2019).

Για τον ορισμό της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες. Το γενικότερο πλαίσιο είναι πως η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας επιτυγχάνεται, όταν οι παρεχόμενες υπηρεσίες βοηθούν τους ασθενείς να ανακτήσουν τη σωματική και ψυχική τους υγεία με ορθολογικές μεθόδους (Donabedian, 1988), όταν υπάρχει ελεύθερη και ισότιμη πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, δηλαδή στον σωστό τόπο και χρόνο και με τον σωστό τρόπο (Maxwell, 1984). Σύμφωνα με τους Καλογερόπουλος & Χαραλάμπους (2019) «Η ποιότητα και η αποδοτικότητα στον χώρο των υπηρεσιών υγείας προσδιορίζεται βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων σχετικά με την εκάστοτε υπηρεσία, τα οποία έχουν να κάνουν με την άμεση παροχή υπηρεσιών, την ευκολία πρόσβασης, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία της, ακόμα και την υποστήριξη που παρέχεται μακροπρόθεσμα».

2.1.2. Διαστάσεις της ποιότητας

Η ποιότητα των υπηρεσιών στον χώρο της υγείας βασίζεται σε ένα πλήθος συντελεστών, οι οποίες αποτελούν τις διαστάσεις της. Οι έρευνες έχουν αναδείξει διάφορες διαστάσεις όπως την τεχνική διάσταση, ως την ποιότητα των ικανοτήτων και των δεξιοτήτων, την εμπειρία, την τεχνογνωσία και την τεχνολογία (Camgöz-Akdağ & Zineldin, 2010), την λειτουργική διάσταση, ως την αλληλοεπίδραση και την λειτουργικότητα, την περιβαλλοντική διάσταση, που αναφέρεται στην ατμόσφαιρα, στην τοποθεσία και στην υποδομή του νοσοκομείου (Zineldin, 2006) καθώς και την διοικητική διάσταση που σχετίζεται με το χρόνο αναμονής και ολοκλήρωσης της ιατρικής περίθαλψης (Dagger et al., 2007).

Ο Donabedian, (1992) υποστηρίζει πως η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει τρεις διαστάσεις. Η πρώτη σχετίζεται με τις δομές, τις διαθέσιμες εγκαταστάσεις και το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει τις μονάδες υγείας. Η δεύτερη σχετίζεται με όλες εκείνες τις διαδικασίες που πραγματοποιούνται για μια ολοκληρωμένη παροχή υγείας στους ασθενείς και η τρίτη είναι τα κλινικά αποτελέσματα και πως αυτά επιδρούν πάνω στην υγεία των ασθενών. Ο Maxwell, (1984) περιγράφει έξι διαστάσεις της ποιότητας υγείας, την προσβασιμότητα, την διαθεσιμότητα, την αποτελεσματικότητα, την ισότητα, την κοινωνική αποδοχή και την οικονομική αποδοτικότητα.

2.1.3. Δείκτες μέτρησης της ποιότητας υγείας

Για τον έλεγχο και την αξιολόγηση όλων των παραπάνω διαστάσεων, τα συστήματα υγείας έχουν αναπτύξει διάφορα εργαλεία, προκειμένου να συγκεντρώνουν πληροφορίες μέσω δεικτών ελέγχου ποιότητας, όπως ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών και η βούλησή τους να χρησιμοποιήσουν ξανά την ίδια υπηρεσία, ώστε να εντοπίζουν και να διορθώνουν αδυναμίες και σφάλματα τους συστήματος (Abbasi-Moghaddam et al., 2019).

Οι δείκτες μέτρησης της ποιότητας υγείας αποτελούν ένα εργαλείο, το οποίο δύναται να αξιολογήσει τη λειτουργία μιας υπηρεσίας, ενός τμήματος ή μιας ολόκληρης μονάδας υγείας, παρέχοντας πληροφορίες αναφορικά με τις αδυναμίες και τα δυνατά σημεία του υποσυστήματος που ερευνούν, αποτελώντας το μέσο για την αναγνώριση καλών πρακτικών (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Οι δείκτες αυτοί χρησιμοποιούνται προκειμένου να αξιολογήσουν την ποιότητα μιας μονάδας υγείας σε ένα ευρύ φάσμα. Υπάρχουν οι δείκτες διαδικασιών που αξιολογούν δραστηριότητες όπως ο χρόνος αναμονής των ασθενών από την ώρα άφιξης έως τον χρόνο εξέτασης, δείκτες δομής που αξιολογούν τις εγκαταστάσεις, τον τεχνολογικό εξοπλισμό, την κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού και την εκπαίδευσή του, και φυσικά δείκτες αποτελέσματος, που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, όπως οι δείκτες ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης των ασθενών. (Καλογερόπουλος & Χαραλάμπους, 2019)

2.1.4. Ποιότητα στην Π.Φ.Υ.

Η ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας αξιολογείται μέσα από την εκτίμηση διάφορων δεικτών, όπως η καλή ποιότητα ζωής, η ελάττωση του κόστους, η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής και η ικανοποίηση των ασθενών (Τατσιώνη και συν., 2015).

Τα πλεονεκτήματα της υψηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών είναι πολλαπλά για ένα σύστημα υγείας, καθώς ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο αποκομίζει οφέλη. Με επίκεντρο τον ασθενή, η γρήγορη και στοχευμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του οδηγεί σε βελτίωση της ποιότητας ζωής του, στη θετική στάση του απέναντι στο σύστημα υγείας και στη συμμόρφωσή του απέναντι στις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον, αποφεύγει πιθανή επιβάρυνση της οικογένειας από μια μακροχρόνια νοσηλεία (Καπάκη, 2015).

Για τις μονάδες που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, αυξάνεται η επίδοση, η αποτελεσματικότητά τους και συνεπώς η φήμη τους. Επιπλέον λόγω του υψηλού επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών και της έγκαιρης αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας των ασθενών, μειώνονται τα κόστη θεραπείας και άλλες πιθανές δαπάνες προς όφελος του κράτους και της κοινωνίας. Για τους ίδιους λόγους ωφελούνται εξίσου και τα ασφαλιστικά ταμεία από την μείωση του κόστους των θεραπειών των ασθενών (Καπάκη, 2015).

Το πιο σημαντικό όμως, είναι η αποσυμφόρηση των μονάδων της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Όταν οι μονάδες Π.Φ.Υ. δεν εκπληρώνουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την άσκοπη νοσηλεία τους σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο επίπεδο. Σύμφωνα με έρευνες, οφθαλμολογικά, χειρουργικά, ορθοπεδικά και γυναικολογικά περιστατικά σε ποσοστό που κυμαίνεται από 30% - 40%, θα μπορούσαν να είχαν εξυπηρετηθεί από γενικό ιατρό (Economou et al., 2017)

Χάρη στη συνεχόμενη προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας δημιουργούνται νέες γνώσεις για την περίθαλψη των ασθενών, γίνεται καλύτερη χρήση των καλών πρακτικών περίθαλψης, ενισχύεται η αποδοτικότητα των μονάδων υγείας και ως εκ τούτου βελτιώνεται το επίπεδο υγείας των ασθενών (Inkelas & McPherson, 2015).

2.2. Η Ικανοποίηση ως δείκτης μέτρησης της ποιότητας

2.2.1. Γενικά

Η διαρκής ανάγκη για βελτίωση της απόδοσης των μονάδων υγείας σε όλο τον κόσμο, έχει δώσει τη δυνατότητα στους ασθενείς - χρήστες των υγειονομικών υπηρεσιών να εκφέρουν τις απόψεις τους και να εκθέσουν τους προβληματισμούς τους ως προς την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών που έχουν λάβει. Αυτό θεωρείται ένας εξαιρετικά σημαντικός δείκτης, καθώς η ικανοποίηση των ασθενών δείχνει να επηρεάζει τη συμμόρφωσή τους ως προς την κλινική θεραπεία, το οποίο συνεπάγεται συνήθως την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και τη βελτίωση της υγείας τους. Ως εκ τούτου, επιτυγχάνονται οι επιθυμητοί στόχοι των υγειονομικών συστημάτων. Στον αντίποδα, οι μη ικανοποιημένοι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, δεν εφαρμόζουν τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας και δεν συμμορφώνονται στην προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή (Evason & Whittington, 1997; Dubina et al., 2009).

Η ικανοποίηση των ασθενών, ως δείκτης μέτρησης της ποιότητας υγείας, αποτελεί ουσιαστικά ένα εργαλείο, ώστε να προσδιοριστεί ο θετικός ή ο αρνητικός αντίκτυπος των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών στους ασθενείς, καθώς και ο βαθμός κάλυψης των αναγκών τους (Bond & Thomas, 1992). Μέσω αυτού του δείκτη αξιολόγησης των υγειονομικών υπηρεσιών ενός συστήματος υγείας, εντοπίζονται τυχόν προβλήματα και δίνεται η δυνατότητα για παρεμβάσεις και διορθωτικές προτάσεις για την αντιμετώπιση τους. Επιπρόσθετα, με αυτό το εργαλείο, η διοίκηση μιας μονάδας υγείας δύναται να λαμβάνει τις κατάλληλες αποφάσεις για τον σχεδιασμό καλών στρατηγικών. Τόσο οι ερευνητές στο χώρο της υγείας, όσο και διοικήσεις των νοσοκομείων επιλέγουν τον συγκεκριμένο δείκτη, καθώς συνιστά έναν από τους πιο σημαντικούς δείκτες αποτελέσματος που διατίθενται στο πλαίσιο της αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Raftopoulos, 2010).

2.2.2. Ορισμός

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, δεν έχει διατυπωθεί ένας συγκεκριμένος και αποδεκτός ορισμός της ικανοποίησης, παρόλο που χρησιμοποιείται ευρέως ως δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας (Williams et al., 1998). Η ικανοποίηση λογίζεται ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των

ασθενών με τις υπηρεσίες υγείας, που καθορίζει τη συμμόρφωση των ασθενών ως προς την αγωγή και την θεραπεία τους» (Guzman et al., 1988).

Ο Donabedian (1990) υποστηρίζει πως έγκειται στην προσωπική κρίση του ασθενή το πως θα δείξει την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκειά του σχετικά με τη διαδικασία της περίθαλψής του και πως η άποψη του ασθενούς αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του. Σύμφωνα με άλλο ορισμό, η ικανοποίηση συνιστά ένα σύνθετο φαινόμενο χαρακτηριζόμενο από την υποκειμενική σκοπιά των αντιδράσεων των ασθενών ως προς το προσδοκώμενο αποτέλεσμα από την νοσηλεία τους και από το προσφερόμενο επίπεδο φροντίδας από τις υπηρεσίες υγείας (Παπανικολάου, 2007).

2.2.3. Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Ικανοποίησης

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στηρίζεται ουσιαστικά στο κατά πόσο ικανοποιήθηκαν οι προσδοκίες τους ως προς το περιεχόμενο των παρεχόμενων υπηρεσιών, της προσέγγισης του ζητήματός τους και το τελικό αποτέλεσμα της εμπειρίας τους. Οπότε, ο δείκτης αυτός δεν επηρεάζεται αποκλειστικά από το κλινικό αποτέλεσμα αλλά από όλες εκείνες τις διαδικασίες που καθορίζουν το τελικό προϊόν υγείας. Οι προσδοκίες βέβαια αυτές επηρεάζονται από τις αρχές που διέπουν τον εκάστοτε ασθενή, από τις προσωπικές εμπειρίες του κάθε ασθενή αλλά και των κοντινών του προσώπων κατά το παρελθόν και από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του. Οι προσδοκίες αυτές αποτελούν βασικό προσδιοριστικό παράγοντα, που επηρεάζει τον βαθμό ικανοποίησής του αλλά δεν είναι ο μοναδικός. Είναι εξίσου σημαντικά τα δημογραφικά και οικονομικό-κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών καθώς και η ψυχροσύνθεση του καθενός. Δεν πρέπει επίσης να αγνοηθεί, πως ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών επηρεάζεται και από την κατάσταση της υγείας τους αλλά και από τις εμπειρίες τους από το παρελθόν αναφορικά με υπηρεσίες υγείας που έχουν λάβει (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014). Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο, ενίοτε παρατηρείται διάσταση απόψεων μεταξύ ασθενών ακόμη και για την ίδια υπηρεσία υγείας (Bond & Thomas, 1992).

Από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που δείχνουν να επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών είναι η ηλικία. Η ηλικία των ασθενούς επηρεάζει σημαντικά τον βαθμό ικανοποίησής του, καθώς οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι νέοι ασθενείς δεν ικανοποιούνται τόσο εύκολα σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους που δείχνουν πιο ικανοποιημένοι λόγω της επιβαρυσμένης κατάστασης της υγείας τους, ειδικότερα στις ηλικίες 65 – 80 (Γαβριήλ & συν.,

2012; Φρεγγίδου & συν., 2017). Μετά τα 80 υπάρχει μείωση του ποσοστού των ικανοποιημένων ασθενών (Langen et al., 2005).

Σύμφωνα με τις έρευνες το φύλο δείχνει να μην επηρεάζει τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Οι περισσότερες έρευνες που έχουν διενεργηθεί καταλήγουν ότι μεταξύ των δύο φύλων δεν υπάρχουν διαφορές ως προς το βαθμό ικανοποίησης (Γαβριήλ & συν., 2012). Υπάρχουν ωστόσο και έρευνες με αντιφατικά αποτελέσματα καθώς κάποιες παρουσιάζουν τις γυναίκες ως πιο απαιτητικές και λιγότερο ικανοποιημένες σε σχέση με τους άντρες (Χαντζοπούλου και συν., 2017), ενώ άλλες τις παρουσιάζουν πιο ικανοποιημένες (Weisman et al., 2001).

Το επίπεδο μόρφωσης είναι ένας άλλος προσδιοριστικός παράγοντας της ικανοποίησης των ατόμων από την υγειονομική περίθαλψη. Στην πλειονότητα των ερευνών επισημαίνεται πως το εκπαιδευτικό υπόβαθρο είναι αντιστρόφως ανάλογο με την ικανοποίηση των χρηστών. Δηλαδή όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο μόρφωσης τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Από την άλλη πλευρά οι άνθρωποι με αυξημένο επίπεδο μόρφωσης έχουν περισσότερες απαιτήσεις από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες και ως εκ τούτου δεν ικανοποιούνται τόσο εύκολα (Φρεγγίδου & συν., 2017; Χαντζοπούλου και συν., 2017). Παρόλα αυτά έχουν υπάρξει έρευνες που δεν επιβεβαιώνεται αυτή η σχέση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και βαθμού ικανοποίησης των ασθενών (Γαβριήλ & συν., 2012), ενώ έχουν υπάρξει και κάποιες με αντίθετα αποτελέσματα (Bener & Ghuloum, 2013).

Τα αποτελέσματα των ερευνών, για την επίδραση της οικονομικής κατάστασης των ασθενών στον βαθμό ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας, είναι αντιφατικά. Παρά το αδιαμφισβήτητο δεδομένο, πως το εισόδημα επηρεάζει την πρόσβαση σε πιο ποιοτικές υπηρεσίες (Batbaatar et al., 2017), έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα σημειώνουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης, καθώς δεν έχουν τις ίδιες προσδοκίες συγκριτικά με τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα (Afzal et al., 2014). Ωστόσο, υπάρχουν έρευνες με αντίθετα ευρήματα (Priporas et al., 2008).

Η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών φαίνεται να επιδρά στον βαθμό της ικανοποίησης που λαμβάνουν οι ασθενείς καθώς σε αρκετές έρευνες, οι έγγαμοι ασθενείς, χρήστες των υπηρεσιών υγείας ικανοποιούνται σε μεγαλύτερο βαθμό από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με τους άγαμους ασθενείς (Γαβριήλ & συν., 2012; Φρεγγίδου & συν., 2017).

Η εθνικότητα των ασθενών δεν δείχνει να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά στον βαθμό ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Χαλκίδη και συν., 2016). Ωστόσο, πολλές φορές δύναται να υπάρχει δυσανεμία, η οποία έγκειται στη δυσκολία της επικοινωνίας με τον επαγγελματία υγείας, λόγω διαφορετικής γλώσσας, διαφορετικών αντιλήψεων και κουλτούρας (Batbaatar et al., 2017).

Αναφορικά με τον τόπο κατοικίας, οι κάτοικοι αστικών περιοχών, τείνουν να δηλώνουν περισσότερο δυσαρεστημένοι, εν συγκρίσει με εκείνους των αγροτικών περιοχών. Φυσικά, αυτό εξαρτάται από το υγειονομικό σύστημα της εκάστοτε χώρας (Batbaatar et al., 2017).

Το αντιλαμβανόμενο επίπεδο της υγείας ενός ανθρώπου δείχνει να επηρεάζει την ικανοποίησή του από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Παρατηρείται υψηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών που αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους ως καλή ή πολύ καλή σε αντίθεση με εκείνους που την αντιλαμβάνονται ως κακή ή πολύ κακή (Jenkinson et al., 2002).

Ως προς το κομμάτι της υγείας δεν πρέπει να παραλειφθεί και η ψυχική υγεία, καθώς έχει διαπιστωθεί ο αρνητικός αντίκτυπος της κατάθλιψης και της διαταραχής προσωπικότητας στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (Kohler et al., 2015).

Ωστόσο, θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν καταλήγουν όλες οι έρευνες στην ύπαρξη στατιστικώς σημαντικών σχέσεων ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών υπηρεσιών υγείας και του βαθμού ικανοποίησής τους. Τα αποτελέσματα των ερευνών πολλές φορές διαφοροποιούνται καθώς επηρεάζεται το διαφορετικό δείγμα των ερευνών και τα ατομικά χαρακτηριστικά του καθενός, ενώ σε πολλές περιπτώσεις έχουμε και αντιφατικά αποτελέσματα. Αυτό δείχνει τον βαθμό «υποκειμενικότητας» της ικανοποίησης (Wringlesworth & Williams, 1975), χωρίς όμως να αμφισβητούνται τα αποτελέσματα των ερευνών, τα οποία εκ των πραγμάτων δείχνουν μια τάση για την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών που λαμβάνουν οι ασθενείς.

Επίσης, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης μέτρησης της ποιότητας υγείας αμφισβητείται και για επιπλέον λόγους. Αρχικά, οι ασθενείς δεν διαθέτουν τις ανάλογες επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις για να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών και να κατανοήσουν την πολυπλοκότητα και χρήση των διάφορων μετρήσεων και διαγνωστικών εξετάσεων. Επιπροσθέτως, δεν μπορούν να είναι αντικειμενικοί λόγω της ψυχολογική φόρτισης την στιγμή που λαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας. Ακόμη, όπως προαναφέρθηκε, η ποιότητα όπως την αντιλαμβάνεται ο εκάστοτε ασθενής επηρεάζεται ανάλογα με τις κοινωνικές

και πολιτιστικές συνθήκες στις οποίες εντάσσεται. Ωστόσο, παρά την υποκειμενική της φύση, αποτελεί μια αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα η οποία θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και να χρησιμοποιηθεί για την βελτίωση των προσφερόμενων παροχών υγείας (Κοτσαγιώργη & Γκέκα 2010).

2.3. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση για την Ικανοποίηση των ασθενών

2.3.1. Έρευνες στην Ελλάδα

Για την διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες σε παγκόσμιο και εθνικό επίπεδο. Παρακάτω γίνεται παρουσίαση ερευνών που έχουν διενεργηθεί σε μονάδες υγείας στην Ελλάδα.

Οι Χαντζοπούλου και συν., (2017), πραγματοποίησαν έρευνα σε δημόσιο νοσοκομείο του νομού Αττικής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 69% είχε υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τους χώρους του νοσοκομείου, τον ιατρικό και ξενοδοχειακό εξοπλισμό, τις συνθήκες του θαλάμου και τη διατροφή. Στον αντίποδα, βρέθηκε χαμηλός βαθμός ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής για την εισαγωγή στο νοσοκομείο, τις εξετάσεις και τις χειρουργικές επεμβάσεις. Παρόλα αυτά, το μεγαλύτερο ποσοστό (82,5%) ήταν ικανοποιημένο γενικά από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και το 95,3% επισήμανε ότι θα το πρότεινε σε τρίτους.

Οι Τσιρώνη & Κουλιεράκης (2017) διενήργησαν έρευνα σε δύο δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία της Αττικής. Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του προσωπικού (81,9%), την παρεχόμενη φροντίδα (78,2%) και την πληροφόρηση των γονέων για την εξέλιξη της νόσου (71,9%) αλλά στον αντίποδα το ποσοστό των ικανοποιημένων γονιών κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα ως προς τη δυνατότητα συμμετοχής τους στη φροντίδα του νοσηλευόμενου παιδιού τους (52,3%) και την προσβασιμότητα στο νοσοκομείο (39,5%).

Στην έρευνα των Φρεγγίδου και συν., (2017), διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών και των κοινωνικό – δημογραφικών χαρακτηριστικών τους σε μονάδες υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας. Το επίπεδο συνολικής ικανοποίησης ήταν χαμηλό (48,6%), με τους έγγαμους να επιδεικνύουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία

συμμετέχοντες σε συνάρτηση με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είχαν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό.

Τέλος, η έρευνα της Καλογεροπούλου (2011) διενήργησε έρευνα σε 6 δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας διερευνώντας τη διαφορά μεταξύ προσδοκιών των ασθενών και της πραγματικής αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης ως προς την παρεχόμενη ενημέρωση από το νοσοκομείο, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την συμμετοχή των ασθενών σε αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους. Επιπλέον, περισσότεροι από τους μισούς δεν έμειναν ικανοποιημένοι από την καθαριότητα των υγειονομικών μονάδων και τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Οι Χαλκίδη και συν. (2016) διεξήγαγαν έρευνα σε συγγενείς και φροντιστές ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας δημόσιου νοσοκομείου της χώρας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 72% των συμμετεχόντων δήλωσε ικανοποιημένο από το επίπεδο φροντίδας που έλαβαν οι συγγενείς τους και το 80% δήλωσε υψηλή ικανοποίηση από τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ωστόσο, σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων αιτήθηκε λεπτομερέστερη ενημέρωση για την πρόγνωση της νόσου (55,9%), για τη θεραπεία (50%) και τη διάγνωση (48,6%).

Η έρευνα των Πίνη και συν. (2012) από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Ε.Α.Ν.Π. Μεταξά ανέδειξε υψηλό βαθμό ικανοποίησης (87%) λόγω της επιστημονικής κατάρτισης των ιατρών και της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ θεραπόντων ιατρών και ασθενών. Ωστόσο, αναδύθηκαν και προβλήματα, όπως ο μεγάλος χρόνος αναμονής από το κλείσιμο του ραντεβού μέχρι την ημέρα εξέτασης, η έλλειψη δυνατότητας επιλογής της ημέρας και ώρας του ραντεβού και ο μεγάλος χρόνος αναμονής την ημέρα της εξέτασης, στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία.

Οι Παπαγιαννοπούλου και συν. (2008) διενήργησαν έρευνα σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, για τον βαθμό ικανοποίησης γονέων ή συνοδών παιδιών για τις υπηρεσίες υγείας που έλαβαν τα παιδιά τους. Μόνο το 49,9% των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσε πολύ ή απόλυτα ικανοποιημένο από την εμπειρία του με το συγκεκριμένο νοσοκομείο αναδεικνύοντας το μεγάλο περιθώριο βελτίωσης που υπάρχει στις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

2.3.2. Έρευνες στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο

Οι Κωνσταντίνου & Μητρόπουλος (2012) προσπάθησαν να αποτυπώσουν να την ικανοποίηση των χρηστών από την ποιότητα της προσφερόμενης περίθαλψης των κρατικών Κέντρων Υγείας (ΚΥ) της Κύπρου. Διαπιστώθηκε υψηλό ποσοστό ικανοποίησης για τις περισσότερες λειτουργίες που διερευνήθηκαν (70%), ενώ υπήρξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο μέσο βαθμό ικανοποίησης μεταξύ των αστικών (84,2%) και των αγροτικών ΚΥ (66,2%). Ο βασικός παράγοντας που οδήγησε σε τόσο υψηλό βαθμό ικανοποίησης ήταν η στάση και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, η ευγένειά τους, το επίπεδο των γνώσεών τους και ο χρόνος που αφιέρωσαν στον ασθενή τους.

Οι Γαβριήλ και συν. (2012), κατέγραψαν το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων τεσσάρων δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου. Το 61,8% των χρηστών έμεινε ικανοποιημένο από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με σημαντικότερη θετική αξιολόγηση την ευγένεια και τον επαγγελματισμό των ιατρών των εξωτερικών ιατρείων και την καθαριότητα του χώρου. Αρνητικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση των ασθενών είχε η δυσκολία στάθμευσης και ο χρόνος αναμονής μεταξύ της επιθυμίας επίσκεψης στο νοσοκομείο και της πραγματοποίησης αυτής.

Οι De Simone και Esposito (2014) πραγματοποίησαν έρευνα σε ένα παιδιατρικό νοσοκομείο της Νάπολης, όπου διερεύνησαν τον βαθμό ικανοποίησης των γονέων, για τις υπηρεσίες υγείας που έλαβαν τα παιδιά τους. Διερευνήθηκαν οι διαστάσεις της διοικητικής αποδοχής, της άνεσης, της σχέσης γιατρού-ασθενούς και της σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τις γνώσεις και τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας και από τη σχέση που ανέπτυξαν μαζί τους. Στον αντίποδα, ασκήθηκε κριτική για τον χρόνο αναμονής για την επίσκεψη στο νοσοκομείο, το επίπεδο υγιεινής και καθαριότητας στα δωμάτια του νοσοκομείου, καθώς για την σήμανση για την πρόσβαση στα ιατρεία.

Οι Mortsiefer et al. (2017) διερεύνησαν τον βαθμό της ικανοποίησης ασθενών που πάσχουν από πολυνοσηρότητα και λαμβάνουν φροντίδα από μονάδες γενικής ιατρικής της Γερμανίας. Ποσοστό μεγαλύτερο του 80% δήλωσε ικανοποιημένο ή πολύ ικανοποιημένο στις 22 από τις 23 διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας που ελέγχθηκαν.

Οι Alhashem *et al* (2011) πραγματοποίησαν μελέτη για την ικανοποίηση των ασθενών σε κλινικές Π.Φ.Υ. στο Κουβέιτ. Η έρευνα έδειξε χαμηλό βαθμό ικανοποίησης των ασθενών διότι

ο χρόνος για επικοινωνία μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς δεν κρίθηκε επαρκής και μεγάλο ποσοστό (79%) υποστήριξε πως σε επόμενη επείγουσα περίπτωση θα προτιμούσαν τα επείγοντα ενός νοσοκομείου αντί της κλινικής Π.Φ.Υ..

Οι Fenny *et al* (2014) πραγματοποίησαν μια μελέτη όπου συνέκριναν την συνολική ικανοποίηση μεταξύ ασφαλισμένων και ανασφάλιστων ασθενών σε μονάδες Π.Φ.Υ.. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ασφάλιση επηρεάζει την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από μονάδες Π.Φ.Υ. καθώς οι ασφαλισμένοι ασθενείς ήταν πιο ικανοποιημένοι από τη συνολική ποιότητα της φροντίδας, συγκριτικά με τους ανασφάλιστους.

Οι Kohler *et al* (2015) διερεύνησαν την ικανοποίηση ασθενών με σοβαρή μορφή κατάθλιψης και ασθενών με σχιζοφρένεια. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι ασθενείς με σοβαρή μορφή κατάθλιψης και με διαταραχή προσωπικότητας σημείωσαν χαμηλότερη ικανοποίηση από τους ασθενείς με σοβαρή μορφή κατάθλιψης αλλά χωρίς διαταραχή προσωπικότητας. Επιπλέον, καταγράφηκε αρνητική συσχέτιση με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης και με τον αριθμό των επιπλέον ασθενειών (συννοσηρότητα) στους ασθενείς με σοβαρή μορφή κατάθλιψης.

2.3.3. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα των μέχρι τώρα ερευνών δικαιώνουν αυτό που είχαν υποστηρίξει οι Bond & Thomas (1992), πως οι προσδοκίες των ασθενών εκπληρώνονται όταν καλύπτονται οι ανάγκες τους για διαπροσωπική σχέση, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις για την φροντίδα τους, ενώ στον αντίποδα, η δυσaráσκειά τους επιτείνεται για περιβαλλοντολογικούς παράγοντες και μη κατάλληλες θεραπείες.

Φαίνεται πως ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την κατανάλωση μιας υπηρεσίας υγείας, δεν διαμορφώνεται αποκλειστικά από το τελικό κλινικό αποτέλεσμα, αλλά παράλληλα αξιολογούνται και άλλες διαστάσεις όπως οι διοικητικές υπηρεσίες, η διαπροσωπική σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, το περιβάλλον και η ποιότητα των εγκαταστάσεων.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η στάση και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, πέρα από την επιστημονική τους κατάρτιση φυσικά. Οι ασθενείς δίνουν μεγάλη βαρύτητα στην επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό, στην ευγένεια και την διαπροσωπική σχέση. Η αναλυτική ενημέρωση για την πορεία της υγείας του ασθενούς και η επαρκής πληροφόρηση για τη συμμετοχή του ασθενούς στην λήψη αποφάσεων σχετικά με

διαγνωστικές, θεραπευτικές πράξεις και τη φαρμακευτική αγωγή, είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση των χρηστών υγείας (Καλογεροπούλου, 2011).

Επίσης, σημαντική επίδραση έχει σε οργανωτικό επίπεδο ο χρόνος διεκπεραίωσης μιας υπηρεσίας. Αφενός ο χρόνος αναμονής για την λήψη μιας υπηρεσίας και αφετέρου ο χρόνος που αφιερώνεται στον ίδιο τον ασθενή για μια υπηρεσία υγείας, τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ως τον βαθμό προσοχής που έδειξε το προσωπικό στο πρόβλημα υγείας του. Σε αυτό συμπεριλαμβάνεται και ο χρόνος αναμονής για εξετάσεις και για χειρουργικές επεμβάσεις (Πίνη & συν., 2012; Χαντζοπούλου & συν., 2017).

Ακόμη όμως κι αν πληρούνται στο έπακρο όλα τα παραπάνω κριτήρια, η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να επηρεαστεί από τις υποδομές και τις εγκαταστάσεις. Η άνεση των χώρων, η καθαριότητα, η προσβασιμότητα αλλά και ο τεχνολογικός εξοπλισμός που στηρίζει τη λειτουργία μιας μονάδας υγείας είναι εξίσου σημαντικοί (Καλογεροπούλου, 2011; Τσιρώνη & Κουλιεράκης, 2017).

Όλα τα παραπάνω συμπεράσματα συνηγορούν στην σπουδαιότητα διερεύνησης της ικανοποίησης των ασθενών από μια υπηρεσίας υγείας, προκειμένου να εντοπιστούν οι λειτουργίες που επιδέχονται βελτίωσης και να δημιουργηθούν οι συνθήκες για βέλτιστη παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, με παράλληλο έλεγχο των δαπανών και κατανομής των διαθέσιμων πόρων.

3. Ποιότητα Ζωής

3.1. Θεωρητικό πλαίσιο

Η τεχνολογική εξέλιξη και η πρόοδος της ιατρικής, έχουν βελτιώσει αισθητά τις συνθήκες ζωής των ανθρώπων του 21^{ου} αιώνα (πόσιμο νερό, συνθήκες διαβίωσης και εργασίας), συγκριτικά με όσους έζησαν στις απαρχές του προηγούμενου αιώνα. Ως προς το επίπεδο της υγείας, οι άνθρωποι έχουν αυξήσει το προσδόκιμο ζωής τους καθώς μειώθηκε η θνησιμότητα από μεταδοτικές και μολυσματικές ασθένειες. Ωστόσο, τη θέση αυτών έχουν αντικαταστήσει οι καρδιαγγειακές νόσοι, ο διαβήτης και οι αυτοάνοσες ασθένειες. Τίθεται εύλογα το ερώτημα, αν και κατά πόσο οι άνθρωποι της εποχής μας απολαμβάνουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με παλαιότερα (Υφαντόπουλος, 2007).

Η Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) ως όρος, συνιστά μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία επηρεάζεται από πλείστους παράγοντες, όπως το εισόδημα, το εκπαιδευτικό, μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο, τον τρόπο ζωής και την διατροφή, τις κλιματολογικές συνθήκες, τις κοινωνικές σχέσεις, τις συνθήκες εργασίας και διαβίωσης των ανθρώπων, καθώς και την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Σε όλο αυτά, πρέπει να ληφθούν υπόψη τόσο τα πραγματικά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει ο κάθε άνθρωπος, αλλά και οι υποκειμενικές αντιλήψεις του καθενός, για την σωματική και ψυχική του υγεία (Κοντοδημόπουλος, 2016).

Ο όρος «Ποιότητα Ζωής» δύναται να ερμηνευθεί από πολλές διαφορετικές σκοπιές, ανάλογα το θεωρητικό υπόβαθρο του εκάστοτε ερευνητή, διότι εμπεριέχει πολλές και διαφορετικές σημασίες, οι οποίες δικαιολογούν την πληθώρα των ορισμών που συναντώνται στη διεθνή βιβλιογραφία (Σαρρής, 2001).

Σε γενικές γραμμές, μέσω του όρου «Ποιότητα Ζωής» επιχειρείται να αποτυπωθεί η ευημερία, σε επίπεδο πληθυσμού ή ατομικό, σε μια δεδομένη στιγμή. Στον όρο αυτό, περιλαμβάνεται η φυσική, ψυχική και πνευματική υγεία, οι κοινωνικές σχέσεις, η εκπαίδευση, το επαγγελματικό περιβάλλον, η οικονομική κατάσταση, η ασφάλεια, η ελευθερία, η αυτονομία στη λήψη αποφάσεων, η κοινωνική ενσωμάτωση και το περιβάλλον (Teoli & Bhardwaj, 2023).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή μέσα στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιών του κοινωνικού συστήματος όπου ζει και σε σχέση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του» (WHO, 1998).

Η Ποιότητα Ζωής δείχνει να επηρεάζεται ως επί το πλείστο από τον παράγοντα «καλή υγεία» και δευτερευόντως από τις άλλες μεταβλητές όπως το επάγγελμα, το εισόδημα, την οικογενειακή κατάσταση και το περιβάλλον. Επίσης, δείχνει να επηρεάζεται από τον παράγοντα ηλικία, λόγω της φυσιολογικής έκπτωσης των διάφορων λειτουργιών (Υφαντόπουλος, 2001; Υφαντόπουλος, 2007).

Η δυσκολία καθορισμού ενός καθολικά αποδεκτού ορισμού για την ΠΖ, αφενός λόγω της υποκειμενικότητας των πεποιθήσεων και των αντιλήψεων των ανθρώπων για την ποιότητα ζωής τους αλλά και των διάφορων παραγόντων που επιδρούν σε αυτή, χρησιμοποιείται η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ), που αναφέρεται αποκλειστικά στην ποιότητα ζωής ως προς την υγεία των πολιτών και είναι μετρήσιμη (Υφαντόπουλος, 2007; Theofilou, 2013).

3.2. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα ζωής

3.2.1. Θεωρητικό πλαίσιο

Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) αναφέρεται ταυτόχρονα σε δυο έννοιες, την υγεία και την ποιότητα ζωής, σε συνάρτηση με το βαθμό που η πρώτη επιδρά στην δεύτερη. Ως προς την υγεία, περιλαμβάνονται όλες οι διαστάσεις της, η σωματική, η ψυχική και η κοινωνική υγεία. Ωστόσο, ο ακριβής προσδιορισμός της ΣΥΠΖ κρίνεται δύσκολος, διότι ενυπάρχουν στοιχεία υποκειμενικότητας ως προς τον τρόπο αντίληψης της δεύτερης έννοιας, της ποιότητας υγείας. Συνιστά μια υποκειμενική αντίληψη του προσωπικού επιπέδου υγείας, η οποία αξιολογεί την επίδραση μιας συγκεκριμένης κατάστασης υγείας, στην δυνατότητα ενός ανθρώπου να έχει μια ικανοποιητική ζωή (Κοντοδημόπουλος, 2016). Διότι, κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται διαφορετικά την κατάσταση της υγείας του, γεγονός που επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησής του. Ως εκ τούτου, η ΣΥΠΖ αποτελεί μια δυναμική έννοια, η θεώρηση της οποίας συνεχώς μεταβάλλεται και τροποποιείται, επηρεαζόμενη από διάφορους παράγοντες, όπως από το επίπεδο υγείας, τις εμπειρίες και τους ρόλους του κάθε ατόμου (Υφαντόπουλος, 2007).

Η κλινική εξέταση δεν δύναται να αξιολογήσει απόλυτα την επίδραση μιας νόσου στην σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών. Πολλές φορές, η «αντικειμενική» αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας έρχεται σε αντιπαράθεση με την υποκειμενική αντίληψη του ασθενή για την επίδραση της νόσου στην ποιότητα ζωής τους

(Νάκου, 2001). Επιπλέον, δύο άτομα που παρουσιάζουν την ίδια «αντικειμενική» κατάσταση υγείας, να βιώνουν διαφορετική ποιότητας ζωής λόγω αυτών των υποκειμενικών αντιλήψεων (Xavier, et all, 2003). Αυτό αναδεικνύει το πόσο σημαντική είναι η προσωπική αντίληψη του καθενός για την ΣΥΠΖ του.

Ως δείκτης μέτρησης, η ΣΥΠΖ περιγράφει την επίδραση της κατάστασης της υγείας ενός ανθρώπου στην καθημερινότητά του, δηλαδή στην ικανότητά του να ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στις οικογενειακές, εργασιακές και κοινωνικές του δραστηριότητες και υποχρεώσεις. Σε αυτό συγκλίνουν οι περισσότεροι ορισμοί (Tengland, 2006). Περιλαμβάνει όλους τους τομείς της ζωής που επηρεάζονται από την προσωπική υγεία και επιπλέον τις ενέργειες του ατόμου για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας του (Κοντοδημόπουλος, 2016). Αυτό βέβαια δεν σημαίνει πως η ΣΥΠΖ αφορά μόνο τα άτομα που νοσούν. Αφορά εξίσου και τον υγιή πληθυσμό στο πώς αντιλαμβάνεται την κατάσταση της υγείας του βάσει των τριών προαναφερθέντων διαστάσεων της υγείας (Αργέντου, 2009).

Οι Kaplan και Bush (1982) υποστηρίζουν πως οι παράμετροι της ΣΥΠΖ είναι τρεις:

1. Η υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικότητας του ατόμου.
2. Η επίδραση της υγείας του στη λειτουργικότητα του ατόμου και
3. Ο περιορισμός της λειτουργικότητας στους απαραίτητους τομείς ώστε να μπορεί το άτομο να πραγματοποιεί τους στόχους της ζωής του.

Γίνεται εύκολα αντιληπτό, πως η ΣΥΠΖ αποτελεί μια πολυδιάστατη αξιολόγηση της κατάστασης υγείας ενός ατόμου μια δεδομένη στιγμή. Η αποτίμηση της ΣΥΠΖ στηρίζεται στις αναφορές του ίδιου του ατόμου για τη συνολική ευημερία και την ικανοποίηση του από τη ζωή, όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος, επηρεαζόμενος από τον βαθμό λειτουργικότητάς του στην καθημερινότητά του, τις ενδεχόμενες παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει και τις προσδοκίες του για βελτίωση της υγείας του. Η μέτρηση, ως εκ τούτου, της ΣΥΠΖ, είναι εξέχουσας σημασίας, καθώς συμβάλλει στην αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού, στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπειών και στη χάραξη πολιτικών υγείας (Κοντοδημόπουλος, 2016).

3.2.2. Μέτρηση της ΣΥΠΖ

Λόγω του ενδιαφέροντος, από την επιστημονική κοινότητα, για την αξιολόγηση του επιπέδου της ΣΥΠΖ των πολιτών, έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια αρκετά ερωτηματολόγια

(εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ), που αποσκοπούν στην αξιολόγηση όλων των διαστάσεων της έννοιας της υγείας. Πρόκειται για σταθμισμένα ερωτηματολόγια, τα οποία χωρίζονται σε 2 κατηγορίες. Τα γενικής χρήσης (Generic) και τα συγκεκριμένων ασθενειών (Disease Specific) (Υφαντόπουλος, 2007). Η συλλογή των δεδομένων, εκτός από την αυτοσυμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τον ίδιο τον ασθενή, μπορεί να γίνει και μέσω προσωπικής συνέντευξης (Κοντοδημόπουλος, 2016).

Τα γενικά ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας του γενικού πληθυσμού αλλά και σε ασθενείς που νοσούν από μια συγκεκριμένη νόσο. Μέσω αυτών των εργαλείων μέτρησης της ΣΥΠΖ, αξιολογούνται οι προσωπικές αντιλήψεις γενικής υγείας, καθώς και η σωματική, ψυχική και κοινωνική διάσταση της υγείας, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, ως παράγοντες επίδρασης (Υφαντόπουλος, 2007).

Στα ειδικά ερωτηματολόγια δίνεται έμφαση στην επίδραση μιας συγκεκριμένης ασθένειας στο επίπεδο υγείας του ασθενούς. Χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των μεταβολών στην κατάσταση υγείας ενός ασθενούς ή των μεταβολών κατά τη διάρκεια των διαφόρων σταδίων μιας νόσου, ατόμων που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση ή πάσχουν από την ίδια νόσο (Υφαντόπουλος, 2007).

Αναφορικά με τις μετρήσεις της ΣΥΠΖ, ο Κοντοδημόπουλος (2016) αναφέρει ότι, «διακρίνονται σε ατομικές και ομαδικές. Σε ατομικό επίπεδο ενδιαφέρουν κυρίως ο προσδιορισμός των αναγκών υγείας, η εξέταση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, η διάγνωση της έκτασης και βαρύτητας της νόσου, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας, η σύγκριση εναλλακτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, κ.α. Σε ομαδικό επίπεδο οι μετρήσεις αφορούν στην αξιολόγηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, στην επιτήρηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, στην εκτίμηση των επιπτώσεων της πολιτικής της υγείας, και στην κατανομή ή και παρακολούθηση των διατιθέμενων κονδυλίων.»

3.2.3 Εργαλεία Μέτρησης της ΣΥΠΖ

Τα ερωτηματολόγια, που χρησιμοποιούνται, είναι σταθμισμένα, και πληρούν συγκεκριμένες ψυχομετρικές ιδιότητες. Οι ιδιότητες αυτές είναι η αξιοπιστία, η εγκυρότητα, η ανταποκρισιμότητα, η ειδικότητα και η ευαισθησία. Η αξιοπιστία δηλώνει την ακρίβεια και τη

συνέπεια των μετρήσεων, χωρίς να επηρεάζεται το αποτέλεσμα της μέτρησης από τυχαίους παράγοντες. Η εγκυρότητα αναφέρεται στην ικανότητα του εργαλείου να μετρά τις διαστάσεις που σχεδιάστηκε να μετρήσει, ανεξάρτητα από τυχαίους παράγοντες και επιμερίζεται σε εγκυρότητα έκφρασης, περιεχομένου, κριτηρίου, δομής. Η ειδικότητα δηλώνει την ικανότητα απόδοσης διαφορών μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών ή ομάδων που ανήκουν σε διαφορετικές έρευνες. Μέσω της ανταποκρισιμότητας δηλώνεται η ικανότητα ανίχνευσης αλλαγών στο φυσικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο υγείας. Τέλος, η ευαισθησία, δηλώνει τη δυνατότητα του εργαλείου να καλύπτει όλες τις πιθανές αλλαγές της ΣΥΠΖ στη διάρκεια του χρόνου (Κοντοδημόπουλος, 2016).

Στον πίνακα 1 αναφέρονται ονομαστικά, μερικά από τα γενικά εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ, που έχουν μεταφραστεί στα ελληνικά, όπως αναφέρονται στον Κοντοδημόπουλο (2016).

Πίνακας 1: Γενικά εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ

Πλήρης ονομασία	Σύντομη ονομασία
15-dimensional health-related quality of life measure	15D
Brief Illness Perception Questionnaire	Brief IPQ
Childhood Health Assessment Questionnaire	CHAQ
Child Health Questionnaire	CHQ
EQ-5D	EQ-5D
General Health Questionnaire	GHQ
Health Assessment Questionnaire	HAQ
Illness Behavior Questionnaire	IBQ
Revised Illness Perception Questionnaire	IPQ-R
KIDSCREEN	KIDSCREEN
KINDL	KINDL
Modified Barthel Index	MBI
Medical Outcomes Study Sleep scale	MOS Sleep
Nottingham Health Profile	NHP
Pediatric Quality of Life Inventory	PedsQL
Psychological General Well-Being Index	PGWBI
Perceived Quality of Life scale	PQoL
Ferrans and Powers Quality of Life Index	QLI
Flanagan's Quality of Life Scale	QOLS
Social Adjustment Scale - Self-Report	SAS-SR
MOS Short Form 12 items	SF-12
MOS Short Form 36 Items	SF-36
Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication	TSQM
WHO (Five) Well-Being Index	WHO-5
World Health Organization Quality of Life assessment instrument	WHOQOL-100/WHOQOL-BREF
Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire	WPAI

Πηγή: (Κοντοδημόπουλος, 2016)

Στη συνέχεια, στον πίνακα 2 αναφέρονται μερικά από τα νοσολογικά εξειδικευμένα εργαλεία, που έχουν σχεδιαστεί για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας και της ΣΥΠΖ ατόμων που πάσχουν από κάποια ασθένεια. Δίπλα από το όνομα του εργαλείου αναφέρεται η νόσος για την οποία εξειδικεύεται. Ειδικά για τον καρκίνο έχουν κατασκευαστεί εξειδικευμένα εργαλεία μέτρησης για συγκεκριμένες μορφές καρκίνου, όπως καρκίνος του μαστού, του πνεύμονα και προστάτη. Τα περισσότερα από αυτά έχουν μεταφραστεί και σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό (Κοντοδημόπουλος, 2016)

Πίνακας 2: Νοσολογικά εξειδικευμένα εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ

Ονομασία	Νόσος
EORTC QLQ-C30	Καρκίνος
QLQ-BR23	Καρκίνος μαστού
QLQ-LY13	Καρκίνος πνεύμονα
QLQ-PR25	Καρκίνος προστάτη
FACT-G	Καρκίνος
DTSQ	Σακχαρώδης διαβήτης
DFS-SF	Διαβητικό πόδι
ICOAP	Οστεοαρθρίτιδα
WOMAC	Οστεοαρθρίτιδα
HAQ	Ρευματοειδής αρθρίτιδα
KDQOL-SF	Νεφροπάθεια
CLDQ	Ηπατοπάθεια
CROQ	Στεφανιαία νόσος
Zung Depression Rating Scale	Κατάθλιψη
EPDS	Επιλόχεια κατάθλιψη
NEI VFQ-25	Οφθαλμικές παθήσεις
DLQI	Δερματικά νοσήματα
OHIP-14	Στοματική υγεία
OAB-q	Υπερδραστήρια κύστη
Haem-A-QoL	Αιμορροφιλία
Athens Insomnia Scale	Ποιότητα ύπνου

Πηγή: (Κοντοδημόπουλος, 2016)

3.2.4. Επισκόπηση υγείας Short Form 12 (SF-12)

Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η επισκόπηση υγείας SF-12, η οποία αποτελεί την βραχεία έκδοση της Επισκόπησης Υγείας SF-36, που είναι ένα διαδεδομένο διεθνώς γενικό εργαλείο μέτρησης της ΣΥΠΖ. Το SF-12 αποτελεί μια συντομευμένη εκδοχή του SF-36, και περιλαμβάνει 12 από τις 36 ερωτήσεις του. Σε αντίθεση με τις 32 ερωτήσεις για τις 8 διαστάσεις του SF-36, το SF-12 μετράει τις τέσσερις διαστάσεις του SF-36 (σωματική λειτουργικότητα,

σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος, και ψυχική υγεία) με δύο ερωτήσεις κλειστού τύπου, και για τις υπόλοιπες τέσσερις διαστάσεις (σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα) χρησιμοποιεί μόνο μια ερώτηση κλειστού τύπου. Αποτελεί μια αξιόπιστη εναλλακτική επιλογή, η οποία έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό (Kontodimopoulos et al, 2007).

Οι οκτώ διαφορετικές διαστάσεις της υγείας που περιγράφονται στο SF-36 και το SF-12 είναι οι εξής:

1. **Σωματική Λειτουργικότητα:** Αξιολογεί το βαθμό κατά τον οποίο, καθημερινές σωματικές δραστηριότητες περιορίζονται από το επίπεδο της υγείας (ερωτήσεις 2 & 3).
2. **Σωματικός Ρόλος:** Αξιολογεί το βαθμό κατά τον οποίο η εργασία και οι καθημερινές δραστηριότητες επηρεάζονται από το επίπεδο σωματικής υγείας (ερωτήσεις 4 & 5).
3. **Σωματικός Πόνος:** Προσδιορίζει την ένταση του πόνου που βιώνει το άτομο και κατά πόσο περιορίζει το άτομο στην εκτέλεση δραστηριοτήτων μέσα και έξω από το σπίτι (ερώτηση 8).
4. **Γενική Υγεία:** Αξιολογεί την προοπτική διατήρησης της υγείας σε υψηλό επίπεδο και την δυνατότητα αντίστασης στην ασθένεια (ερώτηση 1).
5. **Ζωτικότητα:** Αξιολογεί το αίσθημα της ζωντάνιας ή της εξάντλησης (ερώτηση 10).
6. **Κοινωνική Λειτουργικότητα:** Αξιολογείται κατά πόσο επηρεάζονται οι κοινωνικές δραστηριότητες από τη σωματική υγεία και τα συναισθηματικά προβλήματα (ερώτηση 12).
7. **Συναισθηματικός Ρόλος:** προσδιορίζει το βαθμό επίδραση της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου στην εκτέλεση της εργασίας και των καθημερινών δραστηριοτήτων (ερωτήσεις 9 & 11).
8. **Ψυχική Υγεία:** Αξιολογεί την ψυχική κατάσταση του ατόμου, συμπεριλαμβάνοντας την κατάθλιψη, την ανησυχία και τον έλεγχο της συμπεριφοράς των συναισθημάτων (ερωτήσεις 6 & 7) (Κοντοδημόπουλος, 2016).

3.3. Παράγοντες διαμόρφωσης της ΣΥΠΖ σύμφωνα με τη βιβλιογραφία

Σύμφωνα με τις μέχρι τώρα έρευνες που διερευνούν την ΣΥΠΖ των πολιτών, οι παράγοντες που φαίνεται να διαμορφώνουν ως επί το πλείστο την ποιότητα ζωής είναι το φύλο η ηλικία

και η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος. Αναφορικά με τον παράγοντα ηλικία, οι μελέτες δείχνουν ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο επιδεινώνεται η ΣΥΠΖ. Επίσης, στις περισσότερες έρευνες οι γυναίκες εμφανίζουν χειρότερη ποιότητα ζωής από τους άνδρες. Σημαντική είναι και η επίδραση των χρόνιων νοσημάτων στην ΣΥΠΖ, καθώς η ύπαρξη ενός ή περισσότερων χρόνιων νοσημάτων οδηγεί σε έκπτωση της ποιότητας ζωής ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου (Michelson et al, 2000).

Συγκεκριμένα, από τις έρευνες που χρησιμοποίησαν ως ερευνητικό εργαλείο, το ερωτηματολόγιο EQ-5D-5L, οι Teni et. al., (2022) είχαν ως εύρημα πως οι γυναίκες και τα άτομα με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παρουσίασαν χειρότερο επίπεδο υγείας. Αντίστοιχα και στην έρευνα των Encheva et al., (2020), τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και οι γυναίκες εμφάνισαν περισσότερα προβλήματα, όπως και στην έρευνα Hołownia-Voloskova et al., (2021), το γυναικείο φύλο, η προχωρημένη ηλικία (65+ ετών) φάνηκε να αποτελούν αρνητικούς παράγοντες για την ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Στον αντίποδα, στην έρευνα των Clarijs et al., (2023) αποκλειστικά σε γυναίκες, εντοπίστηκαν υψηλά ποσοστά άγχους / κατάθλιψης στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες, τα οποία μειωνόταν με την ηλικία.

Στην έρευνα των Van Wilder et. al., (2022) που έδωσε βάση στις χρόνιες ασθένειες και την πολυνοσηρότητα, οι γυναίκες, τα ηλικιωμένα άτομα, τα άτομα σε χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και τα άτομα με χρόνιες ασθένειες ή πολυνοσηρότητα δήλωσαν χειρότερη ποιότητα ζωής. Η έρευνα των Huber et al. (2017) δεν εντόπισε μεγάλη διαφορά στην ποιότητα ζωής ανδρών γυναικών, αλλά επιβεβαίωσε ευρήματα άλλων ερευνών πως τα άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες και τα άτομα με χρόνια ασθένεια επισημαίνουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής.

Οι Nguyen et. al. (2020) επιβεβαιώνουν τα ανωτέρω ευρήματα και προσθέτουν πως συμμετέχοντες διαζευγμένοι ή χήροι παρουσίασαν χειρότερη ποιότητα ζωής, σε σχέση με έγγαμα ή άγαμα άτομα. Οι Grochtdreis et. al. (2019) πρόσθεσαν πως η δημόσια ασφάλιση και η έλλειψη πλήρους επαγγελματικής απασχόλησης σχετίστηκαν με χειρότερη ποιότητα ζωής. Η ανεργία ως αρνητικός παράγοντας επίδρασης της ΣΥΠΖ επιβεβαιώθηκε και στην έρευνα των Norström et. al. (2019) οι οποίοι όμως έκαναν χρήση του ερωτηματολογίου EQ-5D. Η εργασία, το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο, το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα και ο γάμος ή η σχέση, αποτέλεσαν ανεξάρτητους, στατιστικά σημαντικούς, προγνωστικούς παράγοντες καλύτερης ποιότητας ζωής και στην έρευνα των McCaffrey et. al., (2016). Βέβαια, υπήρξαν και έρευνες με ενδιαφέροντα ευρήματα όπως των Garcia-Gordillo et. al., (2016), οι οποίοι να μην

επιβεβαίωσαν πως καλύτερη ΣΥΠΖ εμφανίζουν τα άτομα χωρίς ασθένεια, με υψηλότερο εισόδημα και με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο, αλλά σε αυτούς συμπεριέλαβαν τους καπνιστές.

Στην έρευνα των Hobbins et. al., (2018), ενδιαφέρον εύρημα ήταν πως οι κάτοικοι αστικών περιοχών βίωναν καλύτερη υγεία σε σύγκριση με τους κατοίκους της υπαίθρου με εξαίρεση τη διάσταση άγχους/ θλίψης. Επίσης, οι άνθρωποι με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο και αυτοί με υψηλότερο εισόδημα ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Τέλος, σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ΣΥΠΖ είναι οι ψυχικές και αγχώδεις διαταραχές (Οικονόμου & συν., 2001). Σύμφωνα με την έρευνα των Tang & Thomas (2020), η ΣΥΠΖ των ατόμων με κατάθλιψη ή άλλες παθήσεις ψυχικής υγείας επηρεάζεται αρνητικά. Ειδικότερα, η κατάθλιψη αποτέλεσε τον ισχυρότερο αρνητικό προγνωστικό παράγοντα ποιότητας και στη συνέχεια, η ηλικία και το φύλο, καθώς οι γυναίκες παρουσίασαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους άντρες.

3.4. Έρευνες στην Ελλάδα

Αναφορικά με έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, οι Triantafillou et. al. (2022) αξιοποιώντας το WHOQOL-BREF, έδειξαν ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τα άτομα με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι άνεργοι και τα άτομα με ψυχική ή/ και σωματική ασθένεια παρουσίασαν χειρότερη ποιότητα ζωής. Σε αντίθεση με τις περισσότερες έρευνες, οι άνδρες παρουσίασαν χειρότερη ποιότητα ζωής.

Οι Beletsioti & Niakas (2019) αξιοποιώντας το ερωτηματολόγιο SF-36, πραγματοποίησαν ερευνητική μελέτη της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης και οι πιο σημαντικοί παράγοντες αρνητικής επίδρασης στην ΣΥΠΖ ήταν η χηρεία και η ανεργία.

Οι Καρανικόλα και συν., (2018) διερεύνησαν την ενδεχόμενη σχέση μεταξύ της ΣΥΠΖ ηλικιωμένων ατόμων και παραγόντων που συνδέονται με την οικονομική κρίση, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο SF-36. Το γυναικείο φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία και τα χρόνια νοσήματα περιλαμβάνονται στους παράγοντες που σχετίζονται με χειρότερη ΣΥΠΖ στους ηλικιωμένους. Επιπλέον, η οικονομική ανεπάρκεια σχετίζεται με χειρότερη ΣΥΠΖ στον γηραιό πληθυσμό.

Οι Γούλα και συν., (2018) διερεύνησαν διαφορές της ΣΥΠΖ μεταξύ ατόμων που διαμένουν σε τρεις διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας, μίας αστικής πόλης, δύο νησιών τουριστικού

ενδιαφέροντος και ενός ακριτικού νησιού, αξιοποιώντας το ερωτηματολόγιο SF-36. Οι διαστάσεις της σωματικής υγείας βαθμολογήθηκαν υψηλότερα από τα άτομα που διέμεναν στην αστική περιοχή ενώ οι διαστάσεις της ψυχικής υγείας βαθμολογήθηκαν υψηλότερα από τα άτομα που διέμεναν στην αγροτική περιοχή. Το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση και το εισόδημα των ατόμων φάνηκε να επηρεάζονται από την περιοχή διαμονής ως προς τις διαστάσεις της σωματικής και της ψυχικής υγείας.

Οι Poulimenakou et al., (2020) διερεύνησαν την επίδραση της μακροχρόνιας ανεργίας στην ποιότητα ζωής των ανέργων στα αστικά κέντρα αξιοποιώντας το ερωτηματολόγιο SF-36, με την υλική στέρηση να αποδεικνύεται ο μεγαλύτερος επιβαρυντικός παράγοντας για την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής.

Οι Chania et al., (2014) διερεύνησαν την επίδραση της άσκησης σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις αξιοποιώντας το ερωτηματολόγιο SF-12. Το 50% των συμμετεχόντων εμφάνισε είχε χαμηλή σωματική δραστηριότητα, με τους άνδρες να έχουν καλύτερη σωματική υγεία. Επίσης, το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων είχε επίδραση στο βαθμό σωματικής υγείας. Οι γυναίκες από την άλλη εμφάνισαν καλύτερη ψυχική υγεία σε σύγκριση με τους άνδρες.

Ειδικό Μέρος

4. Μεθοδολογία Έρευνας

4.1. Παρουσίαση Κέντρου Υγείας Ιστιαίας

Το κέντρο Υγείας Ιστιαίας είναι ένα από τα τέσσερα στο σύνολο των Κέντρων Υγείας της νήσου Ευβοίας και βρίσκεται στον δήμο Ιστιαίας-Αιδηψού, στο Βόρειο τμήμα της νήσου. Η υγειονομική του περιφέρεια καλύπτει πληθυσμό 19.396 ατόμων σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του 2021 και έκταση 499,3 τετραγωνικών χιλιομέτρων (Δήμος Ιστιαίας – Αιδηψού, 2026)

Η περιοχή ευθύνης του ΚΥ είναι περιοχή απομακρυσμένη από αστικά κέντρα. Η απόσταση από το Νοσοκομείο αναφοράς του, στην Χαλκίδα είναι 114 χλμ., όμως λόγω του δύσβατου δρόμου, η διάρκεια οδήγησης είναι σχεδόν 2,5 ώρες την ημέρα, ενώ την νύχτα είναι πολύ περισσότερο. Επιπλέον, τον χειμώνα κάποιες φορές, λόγω της χιονόπτωσης στα βουνά της Εύβοιας, η διάρκεια οδήγησης μπορεί να αυξηθεί ακόμη περισσότερο.

Καθώς το Νοσοκομείο της Χαλκίδας είναι ένα μικρό επαρχιακό νοσοκομείο, όταν κάποιο περιστατικό του Κ.Υ. Ιστιαίας είναι επείγον ή σύνθετο, τότε διακομίζεται στο Νοσοκομείο Λαμίας ή σε κάποιο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Λάρισας ή της Αθήνας, οπότε το ασθενοφόρο πρέπει να μπει στο ferry boat που εκτελεί το δρομολόγιο Λουτρά Αιδηψού – Αρκίτσα, και από εκεί οδικώς για Λαμία ή Αθήνα. Εναλλακτικά, και λιγότερο συχνά, επιλέγεται η πλεύση Αγιοκάμπος - Γλύφα και μετά οδικώς ως την Λάρισα. Η διακομιδή προς Λαμία γενικά προτιμάται, διότι είναι και πιο σύντομη και γιατί το Νοσοκομείο της Λαμίας είναι γενικά πιο καλά στελεχωμένο συγκριτικά με αυτό της Χαλκίδας. Ωστόσο, υφίσταται η πρακτική δυσκολία της πλεύσης. Τα δρομολόγια είναι σε συγκεκριμένες ώρες, κάθε 2 ώρες την ημέρα με το τελευταίο να αναχωρεί στις 18.00 τον χειμώνα, κατάσταση που περιπλέκει τον σχεδιασμό της διακομιδής. Από τον Δεκέμβριο του 2025, τέθηκε στην υπηρεσία του ΕΚΑΒ και ένα μικρό πλωτό ασθενοφόρο του Λιμενικού Σώματος, με σκοπό να διευκολυνθεί η διαδικασία της διακομιδής των ασθενών.

Η σύσταση του ΚΥ Ιστιαίας έγινε στο πλαίσιο της ίδρυσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της ανάπτυξης του Συστήματος Πρωτοβάθμιας Υγείας το 1983 με τον **Νόμο 1397/1983**. Το Κ.Υ Ιστιαίας έχει στην αρμοδιότητά του οκτώ (8) Περιφερειακά Ιατρεία στα

οποία υπηρετούν ένας Ιατρός Γενικής Ιατρικής και έντεκα αγροτικοί ιατροί. Στο Κέντρο Υγείας παρέχουν τις υπηρεσίες τους δυο ιατροί Γενικής Ιατρικής, μια Παιδιάτρος, δυο Καρδιολόγοι, (εκ των οποίων η μια είναι η Συντονίστρια Διευθύντρια του Οργανισμού), ένας Γενικός Χειρουργός, μια Ακτινολόγος, μια Βιοπαθολόγος, μια Οδοντίατρος και δέκα αγροτικοί ιατροί. Το υπάρχον προσωπικό συνεπικουρείται από 16 Νοσηλεύτριες, τρεις Μαίες, μια Επισκέπτρια Υγείας, τρεις Τεχνολόγους Ιατρικών Εργαστηρίων και 4 χειριστές ακτινολογικού εργαστηρίου. Το διοικητικό προσωπικό του ΚΥ αποτελείται από τρεις υπαλλήλους και επιπλέον εργάζονται 4 υπάλληλοι Γενικών Καθηκόντων, ένας Ηλεκτρολόγος, τρεις υπάλληλοι καθαριότητας, δυο υπάλληλοι φύλαξης και ένας επιμελητής. Στο σύνολο στο Κέντρο Υγείας Ιστιαίας υπηρετούν 67 άτομα. Με βάση το οργανόγραμμα του ΚΥ, ο συνολικός αριθμός των θέσεων είναι 78, συνεπώς η κάλυψη των θέσεων συνιστά ένα ποσοστό 85%. (ΦΕΚ 1632, 2023)

Χωρικά, το ΚΥ Ιστιαίας βρίσκεται πάρα πολύ κοντά στο κέντρο της Ιστιαίας, η οποία είναι και το εμπορικό και διοικητικό κέντρο όλου του δήμου. Οι κτιριακές εγκαταστάσεις του ΚΥ βρίσκονται εξολοκλήρου στο ισόγειο με αποτέλεσμα η πρόσβαση στο ΚΥ να μην έχει πρακτικές δυσκολίες. Στην οπίσθια πλευρά του ΚΥ βρίσκονται και οι εγκαταστάσεις του ΕΚΑΒ Βόρειας Εύβοιας. Την τρέχουσα περίοδο διενεργείται η ανακαίνιση, επισκευή, αναδιαρρύθμιση και αναβάθμιση του ΚΥ, με σκοπό το ΚΥ να εκτείνεται σε εμβαδό 870 τετραγωνικών μέτρων. Σταδιακά αναπτύσσονται και νέα τμήματα. Εδώ και λίγους μήνες λειτουργεί ψηφιακός μαστογράφος στο Ακτινολογικό Τμήμα του ΚΥ και αυτή την περίοδο τοποθετείται ο Αξονικός Τομογράφος. Επίσης, έχει ξεκινήσει η διαδικασία ανάπτυξης Τμήματος Τεχνητού Νεφρού.

4.2. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει αφενός τον βαθμό ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας και αφετέρου την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Στη συνέχεια, επιχειρεί να εντοπίσει πιθανές σχέσεις ανάμεσά στην ικανοποίηση των πολιτών και την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους.

Ως εκ τούτου διαμορφώνονται τα εξής 3 ερευνητικά ερωτήματα.

1^ο Ερώτημα: Ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ληπτών των υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας;

2^ο Ερώτημα: Ποια είναι η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ίδιων ληπτών των υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας;

3^ο Ερώτημα: Ποια είναι η συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής τους;

4.3. Μεθοδολογία της Έρευνας.

Για την διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων, έγινε χρήση ποσοτικής έρευνας, καθώς ενδείκνυται για την πραγματοποίηση στατιστικών ελέγχων και για την παρατήρηση των συσχετίσεων των ανεξάρτητων μεταβλητών με τις εξαρτημένες, αλλά και για την παρατήρηση πιθανών μεταξύ τους συσχετίσεων.

Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε ένα σταθμισμένο εργαλείο για την διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ληπτών των υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας, και ένα σταθμισμένο εργαλείο για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ληπτών των υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας, μετά από επίσκεψη που πραγματοποίησαν σε αυτό.

Για την επιλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας, και η έρευνα διήρκεσε 17 ημέρες και συγκεκριμένα ξεκίνησε στις 14/04/2026 και ολοκληρώθηκε στις 30/4/2026.

4.4. Εργαλεία της Έρευνας.

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν 2 ξεχωριστά ερωτηματολόγια, τα οποία συμπληρώθηκαν, κατόπιν επίσκεψης και χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας, από τους ίδιους τους χρήστες, χωρίς τη χρήση συνεντεύκτη ή συνεντεύκτριας. Το πρώτο ερωτηματολόγιο, μέσω του οποίου διερευνάται η ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας, είναι το «Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών από Ιατρούς Ειδικότητας και άλλους Επαγγελματίες Υγείας των Κέντρων Υγείας» που έχει αναπτυχθεί και σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό (Kaitelidou et al., 2019). Το

ερωτηματολόγιο διαρθρώνεται σε τέσσερις ενότητες. Η πρώτη ενότητα αποτελείται από 21 ερωτήσεις και αφορά τα κοινωνικό – δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τις διαδικασίες προγραμματισμού της επίσκεψής τους καθώς και τους λόγους επίσκεψης και τους επαγγελματίες υγείας που τους εξυπηρέτησαν. Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις. Οι 21 ερωτήσεις είναι σε πεντάβαθμη κλίμακα, όπου 1 σημαίνει «διαφωνώ απόλυτα» και 5 «συμφωνώ απόλυτα», και αξιολογούν τις εξής διαστάσεις της υγείας. Προσβασιμότητα (22 έως 24), Συνέχεια της φροντίδας (25 έως 27), Περιεκτικότητα στη φροντίδα (28 έως 30), Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (31 έως 34), Εγκαταστάσεις (35 έως 38), Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (39 έως 42). Στη συνέχεια ακολουθούν 2 ερωτήσεις σε δεκάβαθμη κλίμακα, όπου 1 σημαίνει «σίγουρα όχι» και 10 «σίγουρα ναι», και η μία αξιολογεί, κατά πόσο θα συνιστούσαν σε κάποιον άλλον τον γιατρό που τους εξυπηρέτησε και η άλλη αξιολογεί, κατά πόσο θα συνιστούσαν σε κάποιον άλλο το Κέντρο Υγείας που επισκέφτηκαν. Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, σε τετράβαθμη κλίμακα, όπου 1 σημαίνει «ασήμαντη» και 4 σημαίνει «Πολύ σημαντική», σχετικά με τη σημασία που αποδίδουν οι ασθενείς σε κάθε επιμέρους διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Τέλος, η τέταρτη ενότητα περιλαμβάνει 3 ανοικτές ερωτήσεις για τις εντυπώσεις των ασθενών από την επίσκεψή τους στο Κ.Υ., οι οποίες δεν συμπεριλήφθηκαν στην ποσοτική στατιστική ανάλυση.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο που διερευνούσε την ποιότητα Ζωής των επισκεπτών ως προς την Υγεία, ήταν το **SF-12**, το οποίο αποτελεί μια συντομευμένη εκδοχή του SF-36, και περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις που ανταποκρίνονται στις 8 κλίμακες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Χρησιμοποιεί από μια ερώτηση κλειστού τύπου για τη διερεύνηση της γενικής υγείας, του σωματικού πόνου, της ζωτικότητας και της κοινωνικής λειτουργικότητας και από δύο ερωτήσεις κλειστού τύπου για την σωματική λειτουργικότητα, τον σωματικό ρόλο, τον συναισθηματικό ρόλο, και την ψυχική υγεία (Kontodimopoulos et al, 2007).

Οι κλίμακες έχουν ανακωδικοποιηθεί, ώστε η μεγαλύτερη βαθμολογία να υποδηλώνει καλύτερη υγεία και καλύτερη ποιότητα ζωής. Η συνολική βαθμολογία σε κάθε μια από τις επιμέρους διαστάσεις υπολογίζεται από το άθροισμα των βαθμολογιών σε κάθε απάντηση που έχει δώσει ο ερωτώμενος.

Στη συνέχεια, οι 8 επιμέρους κλίμακες συνθέτουν 2 γενικές κλίμακες: για την απλούστερη αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής.

1. Κλίμακα Σωματικής Υγείας (Physical Health Component summary).

2. Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (Mental Health Component summary).

4.5. Δείγμα της Έρευνας.

Ο πληθυσμός της έρευνας αποτελείται από ενήλικες πολίτες που επισκέπτονται το Κέντρο Υγείας Ιστιαίας και χρησιμοποιούν τις παρεχόμενες από αυτό υπηρεσίες υγείας. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελείται από 83 χρήστες των υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας. Υπογραμμίζεται, ότι η ερευνήτρια προσέγγισε αρκετά μεγαλύτερο αριθμό επισκεπτών του Κέντρου Υγείας, ωστόσο μόνο 83 συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν επιτυχώς τη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Το μέγεθος του δείγματος σύμφωνα με τον Javeau (2000) είναι αποδεκτό καθώς ξεπερνά τα 30 άτομα, που είναι το ελάχιστο μέγεθος δείγματος που πρέπει να επιλέγεται στις ποσοτικές έρευνες.

4.6. Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το Λογισμικό Στατιστικής Ανάλυσης IBM-SPSS, έκδοση 29.0. Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών των δύο ερωτηματολογίων, με παρουσίαση συχνοτήτων, ποσοστών, μέσων όρων και τυπικών αποκλίσεων, ανάλογα με τη φύση κάθε μεταβλητής. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε επαγωγική στατιστική ανάλυση, με σκοπό να διερευνηθούν πιθανές σχέσεις ανάμεσα στα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, στην ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

4.7. Ζητήματα Δεοντολογίας της Έρευνας

Κατά τη διενέργεια της έρευνας για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας λήφθηκαν τα κατάλληλα μέτρα από την πλευρά της ερευνήτριας προκειμένου, να ενημερωθούν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας του υπό μελέτη Κέντρου Υγείας για τον σκοπό της έρευνας και για τον τρόπο με τον οποίον θα χρησιμοποιηθούν οι απαντήσεις που έχουν δώσει. Επιπλέον, δεν ζητήθηκαν προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα, για τη διασφάλιση της προστασίας των προσωπικών τους δεδομένων. Τέλος, η έρευνα δεν απαιτούσε από τους συμμετέχοντες να πραγματοποιήσουν κάποια ενέργεια που θα έθετε σε κίνδυνο είτε τη

σωματική τους ακεραιότητα, είτε την ψυχολογική και συναισθηματική τους υγεία. Οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί, πως είχαν το δικαίωμα να διακόψουν την συμμετοχή τους οποιαδήποτε στιγμή, αν το επιθυμούσαν.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας, ζητήθηκε και ελήφθη άδεια χρήσης των δυο ερωτηματολογίων καθώς και άδεια από την 5^η Υ.Π.Ε. για την διενέργεια της εν λόγω έρευνας στο Κ.Υ. Ιστιαίας.

5. Αποτελέσματα της Έρευνας

5.1. Ερωτηματολόγιο για την Ικανοποίηση των Ασθενών

5.1.1. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στον Πίνακα 3 αναγράφονται τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των 83 χρηστών των υπηρεσιών του Κ.Υ. Ιστιαίας. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν Ελληνικής καταγωγής (v=80, 96,4%) καθώς και ως προς το φύλο, οι γυναίκες ήταν περισσότερες (v=52, 62,7%). Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, η έρευνα έδειξε ότι το 7,2% (v=6) ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, το 32,3% (v=26) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 26,5% (v=22) ήταν απόφοιτοι Μεταλυκειακής εκπαίδευσης και το 13,3% (v=11) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ ή κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος. Στην έρευνα υπήρξε συμμετοχή και από αποφοίτους Δημοτικού (v=15, 18,1%), Δημοτικού και άτομα που δεν έχουν ολοκληρώσει τη φοίτηση του Δημοτικού (v=3, 3,6%).

Πίνακας 3: Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

		v	%
Φύλο	Άνδρες	31	37,3
	Γυναίκες	52	62,7
Εθνικότητα	Ελληνική	80	96,4
	Άλλη	3	3,6
Επίπεδο εκπαίδευσης	Τάξεις Δημοτικού	3	3,6
	Απόφοιτος Δημοτικού	15	18,1
	Απόφοιτος Γυμνασίου	6	7,2
	Απόφοιτος Λυκείου	26	31,3
	Απόφοιτος Μεταλυκ. εκπαίδευσης	22	26,5
	Απόφοιτος ΑΕΙ	11	13,3
Είδος ασφάλισης	Ιδιωτική	1	1,2
	Δημόσια	73	88,0
	Ανασφάλιστος	9	10,8
Ηλικία	60 + ετών	24	28,9
	50 – 59 ετών	19	22,9
	40 – 49 ετών	25	30,1
	30 – 39 ετών	10	12,1
	18 – 30 ετών	5	6

Ως προς το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία ήταν ασφαλισμένη σε δημόσιο ταμείο (v=73, 88,0%), μια μικρή μειονότητα ήταν ανασφάλιστη (v=9, 10,8%) και μόνο ένας συμμετέχων είχε ιδιωτική ασφάλιση (v=1, 1,2%).

Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων, το εύρος κυμάνθηκε από τα 24 έως τα 86 έτη, με μέσο όρο τα 51 έτη. Η πλειονότητα των επισκεπτών ήταν άνθρωποι άνω των 40 ετών (n=68, 81,9%).

5.1.2. Κατάσταση υγείας του δείγματος

Αναφορικά με την αυτοαξιολόγηση της γενικής κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων το 13,3% (n=11) δήλωσε εξαιρετική, το 34,9% (n=29) πολύ καλή, το 34,9% (n=29) καλή, το 15,7% (n=13) μέτρια και μόνο το 1,2% (n=1) δήλωσε κακή.

Πίνακας 4: Κατάσταση υγείας συμμετεχόντων δείγματος

	n	%
Εξαιρετική	11	13,3
Πολύ καλή	29	34,9
Καλή	29	34,9
Μέτρια	13	15,7
Κακή	1	1,2

Ως προς την ύπαρξη αναπηρίας άνω του 67 %, οι 79 συμμετέχοντες απάντησαν αρνητικά (95,2%) και μόνο 4 (4,8%) δήλωσαν ναι (Γράφημα 1).



Γράφημα 1: Αναπηρία άνω του 67%

Στην ερώτηση αν οι συμμετέχοντες πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα, οι 43 συμμετέχοντες απάντησαν αρνητικά (51,8%), 4 (4,8%) δήλωσαν άγνοια, 31 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι πάσχουν από 1 χρόνιο νόσημα (37,3%) και 5 συμμετέχοντες από 2 χρόνια νοσήματα (6,0%) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Ύπαρξη Χρόνιου Νοσήματος

	v	%
Όχι	43	51,8
Πάσχω από 1 χρόνιο νόσημα	31	37,3
Πάσχω από 2 χρόνια νοσήματα	5	6,0
Δεν γνωρίζω	4	4,8

Τα χρόνια νοσήματα που αναφέρθηκαν από τους 36 πάσχοντες συμμετέχοντες ήταν: καρδιαγγειακό (v=6, 16,7%), αναπνευστικό (v=6, 16,7%), αυτοάνοσο (v=4, 11,1%), θυρεοειδούς (v=9, 25,0%), καρκίνος (v=2, 5,6%), νεφρική νόσος (v=1, 2,8%), άλλο (v=3, 8,3%) και 5 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι πάσχουν από 2 χρόνια νοσήματα συγχρόνως (14,0%).

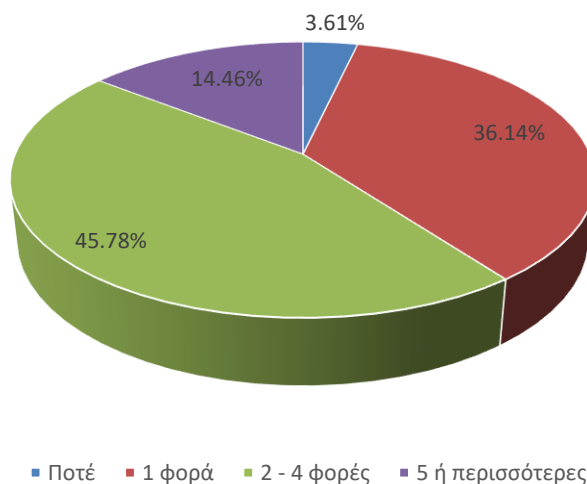
Πίνακας 6: Είδος Χρόνιου Νοσήματος

	v	%
Καρδιαγγειακό	6	16,7
Αναπνευστικό	6	16,7
Αυτοάνοσο	4	11,1
Θυρεοειδούς	9	25,0
Καρκίνος	2	5,6
Νεφρική Νόσος	1	2,8
Άλλο	3	8,3
Καρκίνος και Διαβήτης	1	2,8
Αυτοάνοσο και Διπολική διαταραχή	1	2,8
Καρδιαγγειακό και Διαβήτης	1	2,8
Πέτρες στη χολή και Διαβήτης	1	2,8
Αυτοάνοσο και Διαβήτης	1	2,8

5.1.3. Χαρακτηριστικά επίσκεψης στο Κέντρο Υγείας

Στην ερώτηση πόσες φορές επισκεφτήκατε το Κ.Υ. Ιστιάας τους προηγούμενους έξι μήνες, 3 συμμετέχοντες δήλωσαν ποτέ (3,6%), 30 συμμετέχοντες 1 φορά (36,1%), 38 συμμετέχοντες από 2 έως 4 φορές (45,8%) και 12 συμμετέχοντες πάνω από 5 φορές (14,5%) (Γράφημα 2).

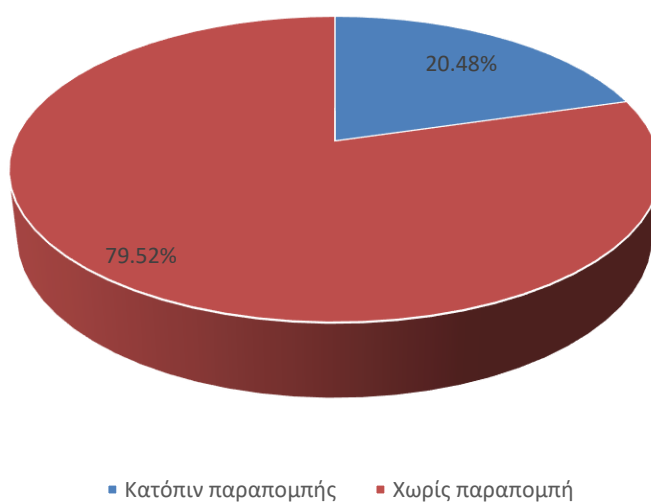
Πόσες φορές επισκεφτήκατε το Κέντρο Υγείας τους τελευταίους 6 μήνες



Γράφημα 2: Φορές επίσκεψης του Κέντρου Υγείας

Στην ερώτηση αν επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας κατόπιν παραπομπής ιατρού ή κατόπιν δικής τους πρωτοβουλίας, οι 17 συμμετέχοντες δήλωσαν κατόπιν παραπομπής (20,5%), ενώ οι 66 χωρίς παραπομπή (79,5%) (Γράφημα 3).

Τρόπος Παραπομπής



Γράφημα 3: Τρόπος παραπομπής

Στον πίνακα 7, αναγράφεται ποιοι επαγγελματίες υγείας εξυπηρέτησαν τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Ελλείψει της ειδικότητας του Παθολόγου, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εξυπηρετήθηκε αποκλειστικά από τους Γενικούς ιατρούς (ν=52, 62,7%). Επίσης, παρατηρείται πως 15 συμμετέχοντες εξυπηρετήθηκαν από περισσότερους από έναν επαγγελματίες υγείας (18%).

Στον πίνακα 8, αναγράφονται οι λόγοι επίσκεψης στο Κέντρο Υγείας. Η πλειονότητα των ασθενών επισκέφθηκε το Κέντρο Υγείας για λόγους ασθένειας (ν=46, 56,4%). Ωστόσο, υπήρξαν και αρκετές περιπτώσεις που οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας του κέντρου Υγείας Ιστιαίας, προσήλθαν για περισσότερους από έναν λόγους. (ν=, 8,4%)

Πίνακας 7: Με ποιους επαγγελματίες υγείας ήρθατε σε επαφή

	ν	%
Γενικός ιατρός	52	62,7
Καρδιολόγος	13	15,7
Μαία	1	1,2
Χειρουργός	2	2,4
Γενικός Ιατρός και Μαία	2	2,4
Γενικός Ιατρός και καρδιολόγος	2	2,4
Γενικός Ιατρός και Μικροβιολόγος	1	1,2
Γενικός Ιατρός και Ακτινολόγος	1	1,2
Γενικός Ιατρός και Νοσηλεύτης	1	1,2
Καρδιολόγος και Νοσηλεύτης	1	1,2
Γενικός Ιατρός, Καρδιολόγος και Μαία	1	1,2
Γενικός Ιατρός, Ακτινολόγος και Μαία	1	1,2
Γενικός Ιατρός, Ακτινολόγος και Μικροβιολόγος	1	1,2
Γενικός Ιατρός, Ακτινολόγος και Καρδιολόγος	1	1,2
Γενικός Ιατρός, Ακτινολόγος, Καρδιολόγος και Νοσηλεύτης	1	1,2
Ακτινολόγος, Μικροβιολόγος, Καρδιολόγος και Νοσηλεύτης	1	1,2
Γενικός ιατρός, Ακτινολόγος, Μικροβιολόγος, Καρδιολόγος, Νοσηλεύτης, Μαία και Παιδίατρος	1	1,2

Πίνακας 8: Λόγοι επίσκεψης στο Κέντρο Υγείας

	v	%
Ασθένεια / Αδιαθεσία	46	55,4
Τακτικός έλεγχος / Checkup	18	21,7
Συνταγογράφηση	6	7,2
Παραπεμπτικό για εξετάσεις	5	6,0
Ιατρική βεβαίωση	1	1,2
Ασθένεια, Συνταγογράφηση	1	1,2
Checkup, Συνταγογράφηση	1	1,2
Ασθένεια, Ιατρική βεβαίωση	1	1,2
Συνταγογράφηση, Παραπεμπτικό για εξετάσεις	1	1,2
Checkup, Παραπεμπτικό για εξετάσεις, Ιατρική βεβαίωση	1	1,2
Checkup, Συνταγογράφηση, Παραπεμπτικό για εξετάσεις	1	1,2
Ασθένεια, Checkup, Συνταγογράφηση, Παραπεμπτικό για εξετάσεις	1	1,2

5.1.4. Προγραμματισμός επίσκεψης

Στην ερώτηση εάν έγινε προγραμματισμός ραντεβού πριν την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας, 19 συμμετέχοντες απάντησαν όχι (22,9%) ενώ στον αντίποδα οι 64 έκλεισαν ραντεβού (77,1%). Στον πίνακα 9, αναγράφεται ο τρόπος με τον οποίο έκλεισαν ραντεβού και ο χρόνος αναμονής από την ώρα του προγραμματισμού μέχρι την ημέρα επίσκεψης. Από τους 64 συμμετέχοντες που έκλεισαν ραντεβού, οι 40 (62,5%) το έκαναν τηλεφωνικά στη γραμματεία. Ως προς τον χρόνο αναμονής, από την ώρα που έκλεισαν ραντεβού, οι 50 από τους 64 (78,2%) εξυπηρετήθηκαν εντός 24ώρου.

Πίνακας 9: Προγραμματισμός επίσκεψης στο Κέντρο Υγείας

		v	%
Προγραμματίσατε την επίσκεψη στο Κ.Υ	Όχι	19	22,9
	Ναι	64	77,1
Με ποιο τρόπο προγραμματίσατε την επίσκεψη	Επίσκεψη στη Γραμματεία	19	29,7
	Τηλεφωνικά στη Γραμματεία	40	62,5
	Τηλεφωνικά σε 5ψήφιο αριθμό	2	3,1
	Με τον γιατρό	2	3,1
	Άλλος το έκλεισε για μένα	1	1,6
Ημέρες αναμονής από τον προγραμματισμό μέχρι την επίσκεψη στο Κ.Υ.	Εξυπηρετήθηκα αυθημερόν	17	26,6
	Έκλεισα το ραντεβού χθες	33	51,6
	Λιγότερο από εβδομάδα	13	20,3
	Δεν γνωρίζω / δεν θυμάμαι	1	1,6

Ως προς τον χρόνο αναμονής την ημέρα της επίσκεψης οι 69 από τους 83 συμμετέχοντες (83,1%) ολοκλήρωσαν τις διοικητικές διαδικασίες εντός 15 λεπτών. Αναφορικά με τον χρόνο αναμονής, μέχρι να τους δει ο γιατρός, οι 44 συμμετέχοντες (53,0%) εξυπηρετήθηκαν εντός 15 λεπτών και ακόμη 25 συμμετέχοντες (30,1%) εντός 30 λεπτών.

Πίνακας 10: Χρόνος αναμονής την ημέρα της επίσκεψης

		v	%
Χρόνος αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών	Μέχρι 15 λεπτά	69	83,1
	15 έως 30 λεπτά	11	13,3
	30 έως 60 λεπτά	1	1,2
	Πάνω από 1 ώρα	1	1,2
	Δεν θυμάμαι	1	1,2
Χρόνος αναμονής μέχρι να σας δει ο γιατρός	Μέχρι 15 λεπτά	44	53,0
	15 έως 30 λεπτά	25	30,1
	30 έως 60 λεπτά	8	9,6
	Πάνω από 1 ώρα	4	4,8
	Δεν θυμάμαι	2	2,4

5.1.5. Παραπομπή σε άλλο γιατρό

Οι 3 τελευταίες ερωτήσεις της πρώτης ενότητας του ερωτηματολογίου, διερευνούν αρχικά την πιθανότητα παραπομπής του ασθενούς σε άλλο γιατρό εντός της ίδιας μονάδας ή και εκτός αυτής, την επάρκεια της καθοδήγησης σε περίπτωση παραπομπής καθώς και το ενδεχόμενο ο ασθενής να εξυπηρετήθηκε από Νοσηλεύτη ή άλλον επαγγελματία υγείας, χωρίς να τον δει γιατρός. Στην ερώτηση 19, εάν έγινε παραπομπή σε άλλον επαγγελματία υγείας, 70 συμμετέχοντες δήλωσαν πως δεν χρειάστηκε παραπομπή (84,3%)

Πίνακας 11: Παραπομπή σε άλλον επαγγελματία υγείας

	v	%
Δεν χρειάστηκε παραπομπή σε άλλο γιατρό	70	84,3
Παραπομπή σε άλλον γιατρό στο ίδιο Κέντρο Υγείας	3	3,6
Παραπομπή σε νοσοκομείο	2	2,4
Παραπομπή για εξετάσεις εντός του Κ.Υ.	4	4,8
Παραπομπή για εξετάσεις εντός του Κ.Υ.	4	4,8

Οι 13 συμμετέχοντες που δήλωσαν παραπομπή σε άλλο γιατρό (πίνακας 12), κλήθηκαν να αξιολογήσουν την επάρκεια καθοδήγησης από τον θεράποντα ιατρό σε πεντάβαθμη κλίμακα

όπου 1 = διαφωνώ απόλυτα και 5 = συμφωνώ απόλυτα. Οι 5 από αυτούς (38,5%) δήλωσαν πως συμφωνούν απόλυτα και οι 4 (30,8%) ότι συμφωνούν. Ωστόσο, υπήρχε και ένα ποσοστό (ν=4, 30,8%) που δεν έδειξαν ικανοποιημένοι από την καθοδήγηση του θεράποντα ιατρού. Σύμφωνα με τον πίνακα 13, ο μέσος όρος των απαντήσεων κυμαίνεται στο 3,92.

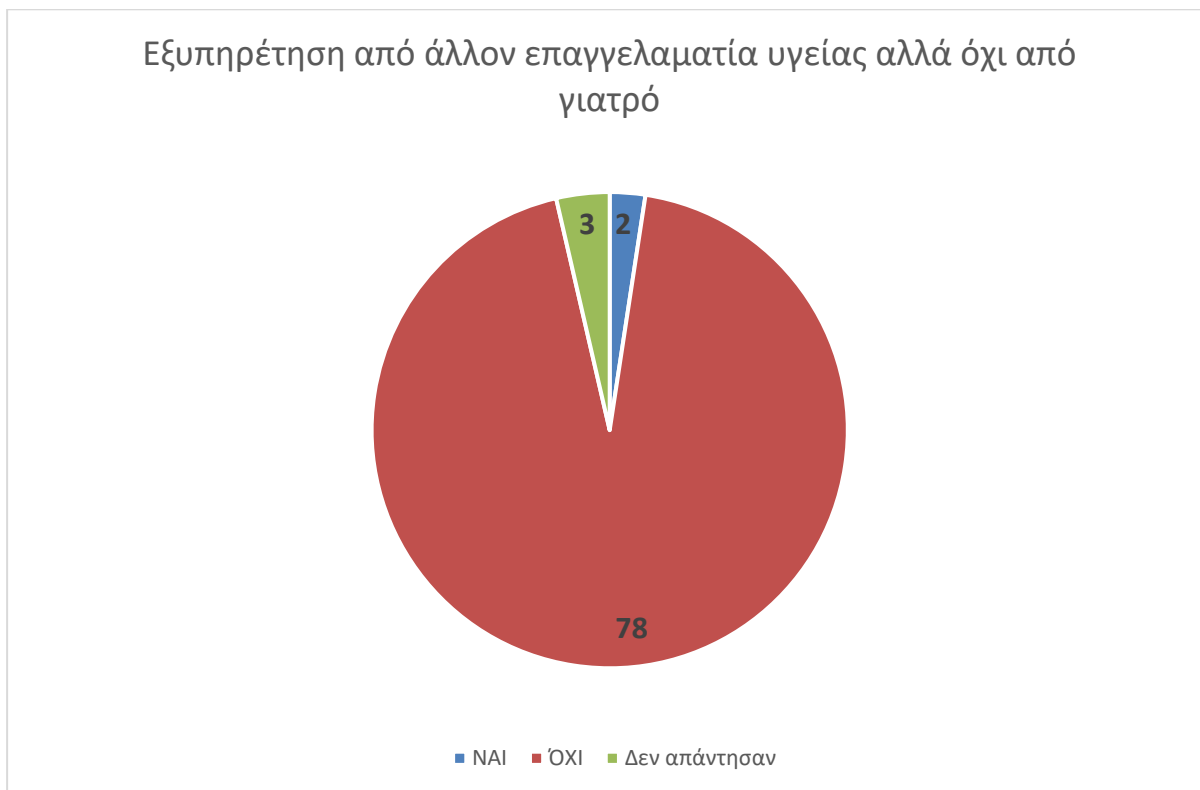
Πίνακας 12: Επαρκής καθοδήγηση σε περίπτωση παραπομπής σε άλλο γιατρό

	ν	%
Διαφωνώ απόλυτα	1	7.7
Διαφωνώ	-	-
Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	3	23.1
Συμφωνώ	4	30.8
Συμφωνώ απόλυτα	5	38.5

Πίνακας 13: Περιγραφικά στατιστικά για την Επαρκή καθοδήγηση σε περίπτωση παραπομπής σε άλλο γιατρό

	N	Μέσος Όρος	Τυπικό Σφάλμα	Τυπική Απόκλιση
Επαρκής καθοδήγηση σε περίπτωση παραπομπής σε άλλο γιατρό	13	3,92	0,329	1,188

Τέλος στην ερώτηση, αν οι συμμετέχοντες στην έρευνα εξυπηρετήθηκαν από νοσηλεύει ή κάποιον άλλο επαγγελματία υγείας χωρίς να τους δει γιατρός (γράφημα 4), η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε όχι (ν=78, 94,0%), ελάχιστοι απάντησαν ναι (ν=2, 2,4%) και κάποιοι απέφυγαν να απαντήσουν (ν=3, 3,6%).



Γράφημα 4: Εξυπηρέτηση από νοσηλεύτη ή άλλον επαγγελματία υγείας, όχι από γιατρό.

5.1.6. Ερωτήσεις αξιολόγησης του Κ.Υ. Ιστιάας

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου διερευνά την αξιολόγηση του Κ.Υ. από τους συμμετέχοντες. Οι κάτωθι 21 ερωτήσεις (πίνακας 14) αξιολογούνται σε πεντάβαθμη κλίμακα όπου 1 = διαφωνώ απόλυτα και 5 = συμφωνώ απόλυτα. Ωστόσο, στις 4 τελευταίες από τις 21 ερωτήσεις, σύμφωνα με τις οδηγίες του ερωτηματολογίου, δίνεται η δυνατότητα στους συμμετέχοντες να τις παραλείψουν, αν δεν έχουν εξυπηρετηθεί από νοσηλεύτη ή άλλον επαγγελματία υγείας. Γι' αυτό το λόγο απαντήθηκαν μόνο από τους 52 συμμετέχοντες (πίνακας 15) ενώ 31 απέφυγαν να τις απαντήσουν (37,3%)

Πίνακας 14: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις αξιολόγησης του Κ.Υ.

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	0	0,0	0	0,0	5	6,0	38	45,8	40	48,2
Το Κέντρο Υγείας είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	0	0,0	9	10,8	15	18,1	26	31,3	33	39,8
Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	1	1,2	1	1,2	5	6,0	38	45,8	38	45,8
Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	43,4	47	56,6
Ο-η γιατρός δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	2	2,4	1	1,2	5	6,0	36	43,4	39	47,0
Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	1	1,2	0	0,0	1	1,2	35	42,2	46	55,4
Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	1	1,2	1	1,2	7	8,4	28	33,7	46	55,4
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	1	1,2	0	0,0	2	2,4	32	38,6	48	57,8
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	1	1,2	0	0,0	1	1,2	34	41,0	47	56,6
Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	1	1,2	0	0,0	0	0,0	27	32,5	55	66,3
Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	1	1,2	0	0,0	1	1,2	30	36,1	51	61,4
Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	1	1,2	1	1,2	0	0,0	30	36,1	51	61,4
Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	1	1,2	1	1,2	5	6,0	33	39,8	43	51,8
Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτού του κέντρου υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	2	2,4	1	1,2	13	15,7	32	38,6	35	42,2
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	2	2,4	3	3,6	12	14,5	35	42,2	31	37,3
Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας είναι καθαροί	1	1,2	1	1,2	9	10,8	38	45,8	34	41,0
Το/η Κέντρο Υγείας είναι καλά εξοπλισμένο	5	6,0	15	18,1	20	24,1	25	30,1	18	21,7
Οι νοσηλεύτριες με ακούν προσεκτικά	0	0,0	0	0,0	6	11,5	25	48,1	21	40,4
Οι νοσηλεύτριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	0	0,0	0	0,0	8	15,4	27	51,9	17	32,7
Οι νοσηλεύτριες είναι ευγενικοί-ές	0	0,0	0	0,0	3	5,8	27	51,9	22	42,3
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτριες) με ακούν προσεκτικά	0	0,0	0	0,0	5	9,6	28	53,8	19	36,5

Όπως γίνεται αντιληπτό από την παράθεση των αποτελεσμάτων, σε όλες τις επιμέρους ερωτήσεις, η συνολική αξιολόγηση είναι αρκετά υψηλή με την πλειονότητα των απαντήσεων να βρίσκεται μεταξύ του «συμφωνώ» και «συμφωνώ απόλυτα» και υψηλούς μέσους όρους

(πίνακας 15). Μοναδική εξαίρεση φαίνεται να είναι το πόσο καλά εξοπλισμένο είναι το Κέντρο Υγείας Ιστιαίας όπου μόνο το 51,7% απάντησε «συμφωνώ» ή «συμφωνώ απόλυτα», έχοντας μέσο όρο 3,43.

Πίνακας 15: Περιγραφικά στοιχεία των Απαντήσεων για τις ερωτήσεις αξιολόγησης του Κ.Υ.

	N	Μέσος όρος	Τυπικό σφάλμα	Τυπική Απόκλιση
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	83	4,42	0,067	0,607
Το Κέντρο Υγείας είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	83	4,00	0,111	1,012
Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	83	4,34	0,83	0,753
Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	83	4,57	0,055	0,499
Ο-η γιατρός δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	83	4,31	0,092	0,840
Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	83	4,51	0,071	0,651
Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	83	4,41	0,087	0,797
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	83	4,52	0,073	0,669
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	83	4,52	0,071	0,651
Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	83	4,63	0,068	0,619
Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	83	4,57	0,071	0,648
Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	83	4,55	0,75	0,685
Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	83	4,40	0,084	0,764
Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτού του κέντρου υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	83	4,17	0,100	0,908
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	83	4,08	0,103	0,940
Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας είναι καθαροί	83	4,24	0,087	0,790
Το/η Κέντρο Υγείας είναι καλά εξοπλισμένο	83	3,43	0,131	1,191
Οι νοσηλεύτριες με ακούν προσεκτικά	52	4,29	0,092	0,667
Οι νοσηλεύτριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	52	4,17	0,094	0,678
Οι νοσηλεύτριες είναι ευγενικοί-ές	52	4,37	0,083	0,595
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτριες) με ακούν προσεκτικά	52	4,27	0,087	0,630

Ακολουθούν 2 ακόμη ερωτήσεις για να κλείσει το 2^ο μέρος του ερωτηματολογίου, με τις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν σε κλίμακα από 0 έως 10, αφενός σε τί βαθμό θα σύστηναν τον-την γιατρό που επισκέφτηκαν εκείνη την ημέρα στους φίλους ή/και τους

συγγενείς τους και αφετέρου πάλι σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τι βαθμό θα σύστηναν αυτό το Κέντρο Υγείας στους φίλους ή/και τους συγγενείς τους (πίνακας 16). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα (πίνακας 17), όπως αποτυπώνεται και από το μέσο όρο, η πλειονότητα των συμμετεχόντων επέδειξε υψηλό βαθμό ικανοποίησης τόσο από το γιατρό που τους είδε (μ.ο.= 9,33) όσο και από το Κ.Υ. συνολικά (μ.ο.= 9,00).

Πίνακας 16: Αξιολόγηση γιατρού και Κ.Υ.

		v	%
Θα συστήνατε τον-την γιατρό που επισκεφτήκατε σήμερα στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;	0 – Σίγουρα όχι	0	0,0
	1	0	0,0
	2	0	0,0
	3	0	0,0
	4	0	0,0
	5	3	3,6
	6	1	1,2
	7	2	2,4
	8	5	6,0
	9	21	25,3
	10 – Σίγουρα ναι	51	61,4
Θα συνιστούσατε αυτό το Κέντρο Υγείας στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;	0 – Σίγουρα όχι	0	0,0
	1	1	1,2
	2	0	0,0
	3	0	0,0
	4	0	0,0
	5	4	4,8
	6	2	2,4
	7	4	4,8
	8	6	7,2
	9	22	26,5
	10 – Σίγουρα ναι	44	53,0

Πίνακας 17: Περιγραφικά στοιχεία για το αν θα σύστηναν οι συμμετέχοντες τον γιατρό και το Κ.Υ που επισκέφτηκαν

	N	Μέσος όρος	Τυπικό σφάλμα	Τυπική Απόκλιση
Θα συστήνατε τον-την γιατρό που επισκεφτήκατε σήμερα στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας	83	9,33	0,128	1,170
Θα συνιστούσατε αυτό το Κέντρο Υγείας στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας	83	9,00	0,176	1,608

5.1.7. Σημαντικότητα των επιμέρους διαστάσεων της παρεχόμενης φροντίδας υγείας

Η τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, σε τετράβαθμη κλίμακα, όπου 1= «ασήμαντη» και 4= «Πολύ σημαντική», σχετικά με τη σημασία που αποδίδουν οι ασθενείς σε κάθε επιμέρους διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τον πίνακα 18, σε όλες τις επιμέρους ερωτήσεις, η συνολική αξιολόγηση είναι αρκετά υψηλή με την πλειονότητα των απαντήσεων να βρίσκεται μεταξύ του «σημαντική» και «πολύ σημαντική». Ειδικότερα, οι ερωτήσεις οι οποίες πήραν αξιολόγηση ως «σημαντική» και όχι «πολύ σημαντική» είναι η 2^η ερώτηση, που διερευνά την σημαντικότητα του χρόνου αναμονής έως την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών και η 4^η ερώτηση, η οποία αναφέρεται στην σημαντικότητα της επάρκειας της παρεχόμενης καθοδήγησης από τον γιατρό σε περίπτωση παραπομπής σε άλλον επαγγελματία υγείας. Στις υπόλοιπες ερωτήσεις η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δίνει αξιολόγηση «πολύ σημαντική».

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σημασίας που αποδίδουν οι ασθενείς σε διάφορες διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας. Υψηλό μέσο όρο παρουσιάζουν ερωτήσεις που μετρούν την σημαντικότητα, αναφορικά με το καθαρά ιατρικό μέρος της επίσκεψης. Παρατηρείται ότι οι ερωτήσεις αυτές, έχουν λάβει μέσο όρο >3,5. Στον αντίποδα οι χαμηλότεροι μέσοι όροι του πίνακα (ίσοι ή μικρότεροι του 3,20) αντικατοπτρίζουν κυρίως τον χρόνο αναμονής μέσα στο ΚΥ και δηλώνουν ότι εφόσον οι ασθενείς γνωρίζουν ότι θα τους δεχθεί ο ιατρός είναι για αυτούς κάπως λιγότερο σημαντικό. Ίδιο σκορ 3,20 έλαβε και η 4^η ερώτηση, η οποία αφορά την παρεχόμενη καθοδήγηση σε περίπτωση παραπομπής και η οποία αναλύθηκε προηγουμένως.

Πίνακας 18: Σημασία που αποδίδουν οι ασθενείς σε κάθε επιμέρους διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας

	Ασήμαντη		Μερικώς σημαντική		Σημαντική		Πολύ σημαντική	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης	6	7,2	5	6,0	33	39,8	39	47,0
Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες	8	9,6	8	9,6	35	42,2	32	38,6
Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός	6	7,2	8	9,6	32	38,6	37	44,6
Στην περίπτωση παραπομπής σε άλλον επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης καθοδήγησης από τον/την γιατρό	2	2,4	10	12,0	40	48,2	31	37,3
Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό	1	1,2	2	2,4	36	43,4	44	53,0
Το/η Κέντρο Υγείας να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	1	1,2	12	14,5	33	39,8	37	44,6
Να είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	2	2,4	2	2,4	30	36,1	49	59,0
Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	0	0,0	0	0,0	26	31,3	57	68,7
Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	2	2,4	3	3,6	23	27,7	55	66,3
Ο-η γιατρός να ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	0	0,0	2	2,4	25	30,1	56	67,5
Ο-η γιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	0	0,0	4	4,8	26	31,3	53	63,9
Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	0	0,0	0	0,0	24	28,9	59	71,1
Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	0	0,0	0	0,0	24	28,9	59	71,1
Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου	0	0,0	0	0,0	23	27,7	60	72,3
Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά	0	0,0	0	0,0	22	26,5	61	73,5
Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	0	0,0	0	0,0	23	27,7	60	72,3
Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	1	1,2	6	7,2	25	30,1	51	61,4
Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	0	0,0	4	4,8	31	37,3	48	57,8
Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους του Κέντρου Υγείας	1	1,2	8	9,6	35	42,2	39	47,0
Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	1	1,2	10	12,0	34	41,0	38	45,8
Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας να είναι καθαροί	0	0,0	5	6,0	25	30,1	53	63,9
Το Κέντρο Υγείας να είναι καλά εξοπλισμένο	1	1,2	3	3,6	25	30,1	54	65,1
Οι νοσηλεύτριες-τριες να με ακούν προσεκτικά	0	0,0	1	1,2	34	41,0	48	57,8
Οι νοσηλεύτριες-τριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	1	1,2	4	4,8	34	41,0	44	53,0
Οι νοσηλεύτριες-τριες να είναι ευγενικοί-ές	0	0,0	1	1,2	33	39,8	49	59,0
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας να με ακούν προσεκτικά	1	1,2	3	3,6	37	44,6	42	50,6

Πίνακας 19: Περιγραφικά χαρακτηριστικά για τη Σημασία που αποδίδουν οι ασθενείς σε κάθε επιμέρους διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας

	N	Μέσος Όρος	Τυπικό σφάλμα	Τυπική Απόκλιση
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης	83	3,27	0,096	0,871
Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες	83	3,10	0,102	0,932
Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός	83	3,20	0,098	0,894
Στην περίπτωση παραπομπής σε άλλον επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης καθοδήγησης από τον/την γιατρό	83	3,20	0,082	0,745
Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό	83	3,48	0,067	0,612
Το/η Κέντρο Υγείας να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	83	3,28	0,083	0,754
Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού	83	3,52	0,073	0,669
Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	83	3,69	0,051	0,467
Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	83	3,58	0,075	0,683
Ο-η γιατρός να ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	83	3,65	0,058	0,528
Ο-η γιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	83	3,59	0,064	0,585
Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	83	3,71	0,050	0,456
Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	83	3,71	0,050	0,456
Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου	83	3,72	0,049	0,450
Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά	83	3,73	0,049	0,444
Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	83	3,72	0,049	0,450
Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	83	3,52	0,075	0,687
Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	83	3,53	0,065	0,591
Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους του Κέντρου Υγείας	83	3,35	0,077	0,706
Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	83	3,31	0,080	0,731
Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας να είναι καθαροί	83	3,58	0,067	0,607
Το Κέντρο Υγείας να είναι καλά εξοπλισμένο	83	3,59	0,069	0,625
Οι νοσηλεύτριες να με ακούν προσεκτικά	83	3,57	0,057	0,522
Οι νοσηλεύτριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	83	3,46	0,071	0,650
Οι νοσηλεύτριες να είναι ευγενικοί-ές	83	3,58	0,057	0,521
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας να με ακούν προσεκτικά	83	3,45	0,069	0,630

5.2. Ερωτηματολόγιο για την Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, διερευνά την Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής και περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις που ανταποκρίνονται στις 8 κλίμακες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής.

Στον πίνακα 20, βλέπουμε τις συχνότητες και τα ποσοστά των απαντήσεων του δείγματος, για την κάθε μια ερώτηση ξεχωριστά. Στην 1^η ερώτηση του SF-12, μόλις 9 συμμετέχοντες (10,8%) απάντησαν, ότι η υγεία τους είναι «εξαιρετική», ενώ από 31 άτομα (37,3%) βαθμολόγησαν την υγεία τους, ως «πολύ καλή» και «καλή» αντίστοιχα. 10 άτομα (12,0%) την χαρακτήρισαν «μέτρια», ενώ ως «κακή» την αξιολόγησε ένα πολύ μικρό τμήμα του πληθυσμού (n=2, 2,4%). Συμπερασματικά το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού (85,4%) αξιολογεί την υγεία του από «καλή» και άνω.

Στην 2α και 2β ερώτηση του SF-12, το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού δεν υφίσταται κανένα περιορισμό στην σωματική του λειτουργικότητα, σε μέτριας έντασης δραστηριότητες με ποσοστό 71,1% και όταν ανεβαίνει ορόφους με τα πόδια 57,8% αντίστοιχα.

Στην 3α και 3β ερώτηση του SF-12 αναφορικά με τον σωματικό ρόλο, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (73,5%), δήλωσε πως δεν πραγματοποίησε λιγότερα από όσα ήθελε λόγω σωματικής υγείας, ούτε περιορίσε δουλειές ή δραστηριότητες λόγω σωματικής υγείας (68,7%)

Στην 4α και 4β ερώτηση του SF-12, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (75,9%) δηλώνει ότι δεν έχει περιορισμό δραστηριότητας λόγω κάποιου συναισθηματικού προβλήματος, και ομοίως (75,9%) δεν επηρεάστηκε αρνητικά η εργασία τους λόγω των συναισθηματικού προβλήματος.

Στην 5^η ερώτηση του SF-12, για τον σωματικό πόνο, το 41,1% των συμμετεχόντων δήλωσε πως δεν επηρεάστηκε «καθόλου» η συνηθισμένη εργασία του λόγω πόνου. «Λίγο» δήλωσε το 25,3%, «μέτρια» το 20,5%, και μόλις το 9,6% ανέφερε «αρκετά». Υπήρχε κι ένα μικρό ποσοστό του δείγματος (3,6%) που επηρεάστηκε «πάρα πολύ».

Ως προς την αυτοαξιολόγηση της ψυχικής υγείας, στην 6α ερώτηση του SF-12, 26 συμμετέχοντες (31,3%) δηλώνουν ότι αισθάνονται ήρεμα και γαλήνια «πολύ συχνά», 15 συμμετέχοντες (18,1%) «συχνά» και 12 συμμετέχοντες (14,5%) «συνεχώς». Αντίστοιχα, στην ερώτηση 6γ, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (59,0%) δήλωσε πως «σπάνια» ή «καθόλου» αισθάνονται μελαγχολία ή απελπισία.

Πίνακας 20: Συχνότητες απαντήσεων του SF-12

		v	%
Γενική Υγεία Ερώτηση 1 (SF-1) Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι	1= Κακή 2= Μέτρια 3= Καλή 4= Πολύ καλή 5= Εξαιρετική	2 10 31 31 9	2,4 12,0 37,3 37,3 10,8
Σωματική Λειτουργικότητα Ερώτηση 2^a (SF-2) Η σημερινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε μέτριας έντασης δραστηριότητες	1= Ναι, με περιορίζει πολύ 2= Ναι, με περιορίζει λίγο 3= Όχι δεν με περιορίζει καθόλου	6 18 59	7,2 21,7 71,1
Σωματική Λειτουργικότητα Ερώτηση 2^b (SF-3) Η σημερινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν ανεβαίνετε ορόφους με τα πόδια	1= Ναι, με περιορίζει πολύ 2= Ναι, με περιορίζει λίγο 3= Όχι δεν με περιορίζει καθόλου	11 24 48	13,3 28,9 57,8
Σωματικός Ρόλος Ερώτηση 3^a (SF-4) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, λόγω της κατάστασης της σωματικής σας υγείας, πραγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θέλατε	1= Ναι 2= Όχι	22 61	26,5 73,5
Σωματικός Ρόλος Ερώτηση 3^b (SF-5) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, λόγω της κατάστασης της σωματικής σας υγείας, περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	1= Ναι 2= Όχι	26 57	31,3 68,7
Συναισθηματικός Ρόλος Ερώτηση 4^a (SF-6) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, λόγω οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος, περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	1= Ναι 2= Όχι	20 63	24,1 75,9
Συναισθηματικός Ρόλος Ερώτηση 4^b (SF-7) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, λόγω οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος, κάνατε την δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ό τι συνήθως	1= Ναι 2= Όχι	20 63	24,1 75,9
Σωματικός Πόνος Ερώτηση 5 (SF-8) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, λόγω οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος, κάνατε την δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ό τι συνήθως	1= Πάρα πολύ 2= Αρκετά 3= Μέτρια 4= Λίγο 5= Καθόλου	3 8 17 21 34	3,6 9,6 20,5 25,3 41,0
Ψυχική Υγεία Ερώτηση 6^a (SF-9) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη	1= Καθόλου 2= Σπάνια 3= Ορισμένες φορές 4= Συχνά 5= Πολύ συχνά 6= Συνεχώς	2 8 20 15 26 12	2,4 9,6 24,1 18,1 31,3 14,5
Ψυχική Υγεία Ερώτηση 6^b (SF-11) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία	1= Συνεχώς 2= Πολύ συχνά 3= Συχνά 4= Ορισμένες φορές 5= Σπάνια 6= Καθόλου	3 5 8 18 21 28	3,6 6,0 9,6 21,7 25,3 33,7
Ζωτικότητα Ερώτηση 6^b (SF-10) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα είχατε πολλή ενεργητικότητα	1= Καθόλου 2= Σπάνια 3= Ορισμένες φορές 4= Συχνά 5= Πολύ συχνά 6= Συνεχώς	3 5 12 19 32 12	3,6 6,0 14,5 22,9 38,6 14,5
Κοινωνική Λειτουργικότητα Ερώτηση 7 (SF-12) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες, η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα	1= Συνεχώς 2= Το μεγαλύτερο διάστημα 3= Μερικές φορές 4= Μικρό διάστημα 5= Καθόλου	2 5 22 18 36	2,4 6,0 26,5 21,7 43,4

Στην 6β ερώτηση που διερευνά την Ζωτικότητα, 32 συμμετέχοντες (38,6%) απαντούν ότι διαθέτουν πολλή ενεργητικότητα «πολύ συχνά», ενώ υπήρξε κι ένα μικρό ποσοστό του δείγματος (9,6%) που δήλωσε «σπάνια» ή «καθόλου».

Στην τελευταία ερώτηση του SF-12, που αξιολογεί την Κοινωνική Λειτουργικότητα, 36 συμμετέχοντες (43,4%) ανέφεραν πως δεν επηρεάστηκαν «καθόλου» οι κοινωνικές τους δραστηριότητες, λόγω σωματικής υγείας ή συναισθηματικών προβλημάτων.

Στον πίνακα 21, είναι συγκεντρωμένα τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 8 κλιμάκων του SF-12. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού έχει θετικό μέσο όρο, σε όλες τις διαστάσεις της υγείας, αποτυπώνοντας θετικό πρόσημο ως προς την αυτό-αξιολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής.

Πίνακας 21: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 8 κλιμάκων της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής

	N	Μέσος όρος	Τυπικό Σφάλμα	Τυπική Απόκλιση
Γενική Υγεία	83	3,42	0,102	0,926
Σωματική Λειτουργικότητα	83	5,08	0,136	1,242
Σωματικός Ρόλος	83	3,42	0,096	0,871
Συναισθηματικός Ρόλος	83	3,52	0,088	0,802
Σωματικός πόνος	83	3,90	0,127	1,154
Ψυχική υγεία	83	4,30	0,139	1,266
Ζωτικότητα	83	8,70	0,255	2,320
Κοινωνική Λειτουργικότητα	83	3,98	0,119	1,082

Στον πίνακα 22, είναι συγκεντρωμένα τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 2 Συνολικών Κλιμάκων της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής του SF-12. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το μέσο όρο βρίσκεται οριακά κάτω από το 50 υποδηλώνοντας κακή ποιότητα Ζωής τόσο ως προς τη σωματική υγεία, όσο και ως προς την Ψυχική Υγεία.

Πίνακας 22: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 2 Συνολικών Κλιμάκων της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής του SF-12

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπικό Σφάλμα	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος
Σωματική Υγεία – Physical Health Component	83	26,61	52,01	40,75	0,565	5,15	41,05
Ψυχική Υγεία – Mental Health Component	83	19,91	62,36	44,90	0,769	7,00	45,37

5.3. Συσχετίσεις

Στη συνέχεια θα διερευνηθούν οι συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες και τις εξαρτημένες μεταβλητές. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι τα δημογραφικά στοιχεία, η ύπαρξη ή όχι αναπηρίας άνω του 67%, η ύπαρξη ή όχι χρόνιου νοσήματος και η αυτοεκτίμηση της υγείας των συμμετεχόντων. Εξαρτημένες μεταβλητές είναι οι έξι διαστάσεις της υγείας, η σύσταση γιατρού και η σύσταση του Κ.Υ. που εντοπίζονται στο 1^ο ερωτηματολόγιο. Επιπλέον, στις εξαρτημένες μεταβλητές τοποθετούνται η συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας (PCS) και η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας (MCS) του 2^{ου} ερωτηματολογίου.

Στους πίνακες που θα ακολουθήσουν, θα παρουσιαστούν οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τις εξαρτημένες μεταβλητές, καθώς και οι συσχετίσεις ανάμεσα στο μέσο όρο της συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας (PCS) και της συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας (MCS) και τις εξαρτημένες μεταβλητές του 1^{ου} ερωτηματολογίου.

Στον πίνακα 23, παρατίθενται τα αποτελέσματα της συσχέτισης των ανεξάρτητων μεταβλητών με την συνολική αξιολόγηση. Από τις ανεξάρτητες μεταβλητές, μόνο η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος δείχνει να επηρεάζει την συνολική αξιολόγηση των ερωτηθέντων ($p < 0,05$).

Πίνακας 23: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Συνολική Αξιολόγηση

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p^a
----------------------	-----------------	-----------------	------------

Φύλο			0,28
Άνδρες	4,27	0,45	
Γυναίκες	4,35	0,54	
Εθνικότητα			0,79
Ελληνική	4,32	0,51	
Άλλη	4,4	0,53	
Ασφάλιση			0,21
Ναι	4,34	0,52	
Όχι	4,17	0,39	
Αναπηρία άνω του 67%			0,29
Ναι	4,09	0,19	
Όχι	4,33	0,52	
Χρόνιο νόσημα			0,016
Ναι	4,17	0,55	
Όχι	4,45	0,44	
		Pearson's rho	Τιμή p^β
Ηλικία		0,007	0,95
PCS-12		0,07	0,54
MCS-12		0,04	0,74
		Spearman's rho	Τιμή p^γ
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,16	0,15
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		-0,07	0,53

^α Mann-Whitney U test

^β Pearson correlation

^γ Spearman correlation

Στον πίνακα 24, εμφανίζονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης των ανεξάρτητων μεταβλητών με την αξιολόγηση της προσβασιμότητας του Κ.Υ. Ιστιαίας. Από τις ανεξάρτητες μεταβλητές, το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων δείχνει να επηρεάζει την αξιολόγηση της προσβασιμότητας ($p < 0,05$).

Πίνακας 24: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την Αξιολόγηση Προσβασιμότητας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p ^a
Φύλο			0,32
Άνδρες	4,19	0,54	
Γυναίκες	4,29	0,61	
Εθνικότητα			0,53
Ελληνική	4,25	0,59	
Άλλη	4,44	0,51	
Ασφάλιση			0,34
Ναι	4,27	0,6	
Όχι	4,11	0,44	
Αναπηρία άνω του 67%			0,88
Ναι	4,33	0,61	
Όχι	4,25	0,58	
Χρόνιο νόσημα			0,07
Ναι	4,1	0,61	
Όχι	4,36	0,54	
		Pearson's rho	Τιμή p^β
Ηλικία		-0,03	0,79
PCS-12		0,03	0,84
MCS-12		0,15	0,18
		Spearman's rho	Τιμή p^γ
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,28	0,012
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		-0,04	0,7

^a Mann-Whitney U test

^β Pearson correlation

^γ Spearman correlation

Ως προς την συσχέτιση των ανεξάρτητων μεταβλητών με την αξιολόγηση της συνέχειας της φροντίδας (πίνακας 25), εντοπίζονται 2 ανεξάρτητες μεταβλητές, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και η ύπαρξη ασφάλισης, οι οποίες δείχνουν να επηρεάζουν την εν λόγω διάσταση ($p < 0,05$).

Πίνακας 25: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Συνέχεια της φροντίδας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p^a
Φύλο			0,26
Άνδρες	4,4	0,51	
Γυναίκες	4,5	0,6	
Εθνικότητα			0,63
Ελληνική	4,47	0,57	
Άλλη	4,33	0,58	
Ασφάλιση			0,022
Ναι	4,5	0,6	
Όχι	4,11	0,41	
Αναπηρία άνω του 67%			0,17
Ναι	4,17	0,43	
Όχι	4,48	0,57	
Χρόνιο νόσημα			0,036
Ναι	4,3	0,66	
Όχι	4,6	0,45	
		Pearson's rho	Τιμή p^b
Ηλικία		0,062	0,58
PCS-12		0,08	0,47
MCS-12		0,06	0,57
		Spearman's rho	Τιμή $p^γ$
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,07	0,52
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		-0,07	0,53

^a Mann-Whitney U test

^b Pearson correlation

^γ Spearman correlation

Δεν εντοπίστηκαν συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την Περιεκτικότητα στη φροντίδα, όπως φαίνεται στον πίνακα 26.

Πίνακας 26: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την Περιεκτικότητα στη φροντίδα

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p ^a
Φύλο			0,55
Άνδρες	4,46	0,53	
Γυναίκες	4,49	0,73	
Εθνικότητα			0,53
Ελληνική	4,49	0,66	
Άλλη	4,33	0,58	
Ασφάλιση			0,63
Ναι	4,49	0,67	
Όχι	4,44	0,53	
Αναπηρία άνω του 67%			0,14
Ναι	4	0,82	
Όχι	4,51	0,65	
Χρόνιο νόσημα			0,07
Ναι	4,33	0,8	
Όχι	4,63	0,5	
		Pearson's rho	Τιμή p^b
Ηλικία		0,01	0,92
PCS-12		0,11	0,32
MCS-12		-0,11	0,32
		Spearman's rho	Τιμή p^γ
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,03	0,83
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,01	0,9

^a Mann-Whitney U test

^b Pearson correlation

^γ Spearman correlation

Αναφορικά με την συσχέτιση ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την Ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος είναι η μόνη ανεξάρτητη μεταβλητή που επηρεάζει την αξιολόγηση της Ποιότητας της ιατρικής φροντίδας ($p < 0,05$).

Πίνακας 27: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την Ποιότητα της ιατρικής φροντίδας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p^a
Φύλο			
Άνδρες	4,56	0,49	0,87
Γυναίκες	4,52	0,71	
Εθνικότητα			0,85
Ελληνική	4,53	0,64	
Άλλη	4,58	0,52	
Ασφάλιση			0,28
Ναι	4,55	0,65	
Όχι	4,42	0,5	
Αναπηρία άνω του 67%			0,2
Ναι	4,25	0,5	
Όχι	4,55	0,64	
Χρόνιο νόσημα			0,036
Ναι	4,36	0,79	
Όχι	4,69	0,43	
		Pearson's rho	Τιμή p^b
Ηλικία		-0,01	0,93
PCS-12		0,07	0,51
MCS-12		-0,02	0,88
		Spearman's rho	Τιμή p^c
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,05	0,67
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		-0,05	0,64

^a Mann-Whitney U test

^b Pearson correlation

^c Spearman correlation

Στον πίνακα 28, εμφανίζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τις Εγκαταστάσεις, χωρίς να εντοπιστεί κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Πίνακας 28: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τις Εγκαταστάσεις

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p ^α
Φύλο			0,12
Άνδρες	3,85	0,71	
Γυναίκες	4,06	0,8	
Εθνικότητα			0,36
Ελληνική	3,97	0,78	
Άλλη	4,33	0,58	
Ασφάλιση			0,3
Ναι	4,01	0,78	
Όχι	3,75	0,66	
Αναπηρία άνω του 67%			0,59
Ναι	3,81	0,24	
Όχι	3,99	0,79	
Χρόνιο νόσημα			0,16
Ναι	3,83	0,81	
Όχι	4,1	0,72	
		Pearson's rho	Τιμή p^β
Ηλικία		-0,002	0,99
PCS-12		0,1	0,38
MCS-12		0,03	0,79
		Spearman's rho	Τιμή p^γ
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,2	0,07
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		-0,01	0,93

^α Mann-Whitney U test

^β Pearson correlation

^γ Spearman correlation

Αναφορικά με τις συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την Ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (πίνακας 29), η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος ήταν και πάλι η ανεξάρτητη μεταβλητή που δείχνει να επηρεάζει την αξιολόγηση της συγκεκριμένης διάστασης ($p < 0,05$).

Πίνακας 29: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την Ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p^a
Φύλο			0,47
Άνδρες	4,21	0,57	
Γυναίκες	4,31	0,59	
Εθνικότητα			0,64
Ελληνική	4,26	0,58	
Άλλη	4,5	0,71	
Ασφάλιση			1
Ναι	4,28	0,6	
Όχι	4,25	0,39	
Αναπηρία άνω του 67%			0,6
Ναι	4,08	0,14	
Όχι	4,29	0,6	
Χρόνιο νόσημα			0,038
Ναι	4,11	0,53	
Όχι	4,45	0,58	
		Pearson's rho	Τιμή p^b
Ηλικία		0,02	0,89
PCS-12		-0,11	0,43
MCS-12		0,16	0,27
		Spearman's rho	Τιμή p^c
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,15	0,28
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		-0,17	0,23

^a Mann-Whitney U test

^b Pearson correlation

^c Spearman correlation

Ως προς τη διερεύνηση των συσχετίσεων ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Σύσταση του γιατρού (πίνακας 30), εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοαξιολόγηση της υγείας του ασθενούς και της σύστασης του θεράποντος ιατρού ($p < 0.05$). Όσο πιο χαμηλή ήταν η αυτοαξιολόγηση της υγείας του ασθενούς, τόσο πιο υψηλή ήταν η βαθμολογία σύστασης του γιατρού.

Πίνακας 30: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Σύσταση του γιατρού

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p^a
Φύλο			0,67
Άνδρες	9,26	1,24	
Γυναίκες	9,37	1,14	
Εθνικότητα			0,18
Ελληνική	9,3	1,18	
Άλλη	10	0	
Ασφάλιση			0,07
Ναι	9,26	1,22	
Όχι	9,89	0,33	
Αναπηρία άνω του 67%			0,29
Ναι	9,25	0,5	
Όχι	9,33	1,2	
Χρόνιο νόσημα			0,53
Ναι	9,08	1,54	
Όχι	9,49	0,77	
		Pearson's rho	Τιμή p^b
Ηλικία		-0,05	0,68
PCS-12		0,002	0,99
MCS-12		0,13	0,25
		Spearman's rho	Τιμή p^c
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,2	0,07
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		-0,24	0,029

^a Mann-Whitney U test

^b Pearson correlation

^c Spearman correlation

Ως προς τη διερεύνηση των συσχετίσεων ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Σύσταση της μονάδας υγείας (πίνακας 31), δεν εντοπίστηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Πίνακας 31: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Σύσταση της μονάδας υγείας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p ^α
Φύλο			0,24
Άνδρες	8,84	1,51	
Γυναίκες	9,1	1,67	
Εθνικότητα			1
Ελληνική	9,03	1,57	
Άλλη	8,33	2,89	
Ασφάλιση			0,71
Ναι	9	1,61	
Όχι	9	1,73	
Αναπηρία άνω του 67%			0,15
Ναι	7	4,08	
Όχι	9,1	1,36	
Χρόνιο νόσημα			0,09
Ναι	8,53	2,06	
Όχι	9,3	1,06	
		Pearson's rho	Τιμή p^β
Ηλικία		0,08	0,46
PCS-12		-0,009	0,94
MCS-12		0,08	0,47
		Spearman's rho	Τιμή p^γ
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,09	0,41
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		-0,1	0,35

^α Mann-Whitney U test

^β Pearson correlation

^γ Spearman correlation

Στη συνέχεια, διερευνώνται οι συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας PCS (πίνακας 32) αλλά και τη Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας MCS (πίνακας 33). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η ύπαρξη αναπηρίας άνω του 67% δείχνει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κλίμακα της σωματικής υγείας ($p < 0,05$). Ενώ για την κλίμακα ψυχικής υγείας δεν εντοπίστηκε κάποια στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Πίνακας 32: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας PCS

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p^a
Φύλο			0,34
Άνδρες	39,9	4,77	
Γυναίκες	41,3	5,34	
Εθνικότητα			0,72
Ελληνική	40,7	5,22	
Άλλη	41,8	3,62	
Ασφάλιση			0,18
Ναι	40,93	5,08	
Όχι	39,3	5,88	
Αναπηρία άνω του 67%			0,04
Ναι	35,8	4,15	
Όχι	41	5,1	
Χρόνιο νόσημα			0,38
Ναι	40,45	5,28	
Όχι	41,12	5,18	
		Pearson's rho	Τιμή p^b
Ηλικία		-0,17	0,13
		Spearman's rho	Τιμή p^c
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,03	0,8
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,006	0,96

^a Mann-Whitney U test

^b Pearson correlation

^c Spearman correlation

Πίνακας 33: Συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας MCS

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p ^α
Φύλο			0,43
Άνδρες	45,8	1,3	
Γυναίκες	44,4	0,95	
Εθνικότητα			0,71
Ελληνική	44,9	7,14	
Άλλη	44,8	0,97	
Ασφάλιση			0,76
Ναι	45	6,7	
Όχι	44,12	9,65	
Αναπηρία άνω του 67%			0,22
Ναι	48,4	7,01	
Όχι	44,7	7	
Χρόνιο νόσημα			0,39
Ναι	44,1	7,89	
Όχι	45,69	6,46	
		Pearson's rho	Τιμή p^β
Ηλικία		0,16	0,16
		Spearman's rho	Τιμή p^γ
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,006	0,96
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		-0,012	0,92

^α Mann-Whitney U test

^β Pearson correlation

^γ Spearman correlation

6. Συζήτηση

Η παρούσα εργασία είχε ως βασικό σκοπό τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας, την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τους και την εξέταση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Η επιλογή του συγκεκριμένου Κέντρου Υγείας έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς πρόκειται για μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που εξυπηρετεί πληθυσμό απομακρυσμένης περιοχής, με σημαντική απόσταση από τα νοσοκομεία αναφοράς και με πρακτικές δυσκολίες στη διακομιδή περιστατικών.

Σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες εμφανίζουν υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας. Η συνολική αξιολόγηση κινήθηκε σε υψηλά επίπεδα, ενώ ιδιαίτερα θετική ήταν η αξιολόγηση, τόσο για τον γιατρό που εξυπηρέτησε τους συμμετέχοντες, όσο και για το ίδιο το Κέντρο Υγείας. Η μέση βαθμολογία στη σύσταση του γιατρού ήταν 9,33 και η μέση βαθμολογία στη σύσταση της μονάδας 9,00, γεγονός που αποτυπώνει ισχυρή πρόθεση θετικής σύστασης της υπηρεσίας σε τρίτους.

Ως προς την αξιολόγηση των 6 επιμέρους διαστάσεων της υγείας, τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται κυρίως με την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και με τη διαπροσωπική σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν θετικά την ευγένεια του γιατρού, την προσεκτική ακρόαση, τον χρόνο που αφιερώθηκε στην εξέταση, την αναλυτική ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους και την εξήγηση των προτεινόμενων τρόπων θεραπείας. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τη βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία η συμπεριφορά, η επικοινωνία, η ενημέρωση και η σχέση εμπιστοσύνης με τους επαγγελματίες υγείας αποτελούν βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών (Καλογεροπούλου, 2011; Γαβριήλ και συν., 2012; Πίνη και συν., 2012).

Θετική ήταν επίσης η εικόνα ως προς την οργάνωση της επίσκεψης. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων είχε προγραμματίσει ραντεβού, ενώ οι περισσότεροι εξυπηρετήθηκαν σε σύντομο χρόνο από τον προγραμματισμό έως την επίσκεψη. Επιπλέον, ο χρόνος αναμονής την ημέρα της επίσκεψης ήταν περιορισμένος για το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, τόσο ως προς τις διοικητικές διαδικασίες όσο και ως προς την αναμονή μέχρι την εξέταση από τον

γιατρό. Σε μια απομακρυσμένη περιοχή, όπου το Κέντρο Υγείας λειτουργεί ως βασικό σημείο πρόσβασης στο σύστημα υγείας, η δυνατότητα άμεσης εξυπηρέτησης αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα.

Παρά τη συνολικά θετική αξιολόγηση, εντοπίζεται ένα σημείο που φαίνεται να απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή. Η χαμηλότερη μέση βαθμολογία καταγράφηκε στην ερώτηση που αφορά το κατά πόσο το Κέντρο Υγείας είναι καλά εξοπλισμένο. Αν και η αξιολόγηση δεν είναι αρνητική, διαφοροποιείται από τις υψηλές βαθμολογίες που συγκέντρωσαν οι διαστάσεις της ιατρικής επικοινωνίας και της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η εμπειρία του ασθενούς δεν εξαρτάται μόνο από τη συμπεριφορά και την επιστημονική επάρκεια του προσωπικού, αλλά και από τις υποδομές, τον τεχνολογικό εξοπλισμό και τις δυνατότητες της ίδιας της μονάδας.

Σε σχέση με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, η αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων παρουσιάζει μικτή εικόνα. Από τη μία πλευρά, η πλειονότητα του δείγματος αξιολόγησε τη γενική κατάσταση της υγείας του ως καλή, πολύ καλή ή εξαιρετική, ενώ στις επιμέρους ερωτήσεις του SF-12 αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν περιορισμένη επίδραση της σωματικής ή ψυχικής τους κατάστασης στην καθημερινή λειτουργικότητα. Από την άλλη πλευρά, οι συνοπτικές κλίμακες του SF-12 έδειξαν μέσους όρους κάτω από το 50 τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία, με τη σωματική υγεία να εμφανίζεται περισσότερο επιβαρυνόμενη.

Η εικόνα αυτή μπορεί να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα των χαρακτηριστικών του δείγματος. Ένα σημαντικό τμήμα των συμμετεχόντων ήταν άνω των 40 ετών, ενώ αρκετοί δήλωσαν την ύπαρξη ενός ή περισσότερων χρόνιων νοσημάτων. Η βιβλιογραφία έχει αναδείξει ότι η ηλικία, τα χρόνια νοσήματα, η αναπηρία και η γενικότερη επιβάρυνση της υγείας συνδέονται συχνά με χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Michelson et al., 2000; Huber et al., 2017; Van Wilder et al., 2022). Στην παρούσα έρευνα, η ύπαρξη αναπηρίας άνω του 67% συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, γεγονός που επιβεβαιώνει την αναμενόμενη επίδραση της λειτουργικής επιβάρυνσης στη σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής.

Σε σχέση με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, τα αποτελέσματα δεν ανέδειξαν ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στις συνοπτικές κλίμακες σωματικής και ψυχικής υγείας του SF-12 και στη συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας. Η απουσία στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων δείχνει ότι, στο συγκεκριμένο δείγμα, η ικανοποίηση από τη μονάδα

δεν φαίνεται να καθορίζεται άμεσα από τη συνολική αυτοαναφερόμενη σωματική ή ψυχική υγεία των συμμετεχόντων. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι οι χρήστες αξιολογούν την εμπειρία τους από την υπηρεσία κυρίως με βάση την άμεση επαφή με το προσωπικό, την οργάνωση της επίσκεψης, τον χρόνο αναμονής και την ποιότητα της επικοινωνίας, παρά με βάση τη γενικότερη κατάσταση της υγείας τους.

Ωστόσο, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος φάνηκε να σχετίζεται με χαμηλότερη συνολική αξιολόγηση, καθώς και με χαμηλότερη αξιολόγηση της συνέχειας της φροντίδας, της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας και της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Το εύρημα αυτό είναι σημαντικό, διότι οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα έρχονται συχνότερα σε επαφή με το σύστημα υγείας, έχουν μεγαλύτερη ανάγκη παρακολούθησης, συνέχειας, καθοδήγησης και συντονισμού της φροντίδας και είναι πιθανό να εντοπίζουν ευκολότερα οργανωτικές ή λειτουργικές αδυναμίες. Επομένως, αν και οι συνοπτικές κλίμακες ποιότητας ζωής δεν συσχετίστηκαν άμεσα με την ικανοποίηση, η ύπαρξη χρόνιας νόσου φαίνεται να αποτελεί παράγοντα που διαφοροποιεί την εμπειρία και την αξιολόγηση των χρηστών.

Επιπλέον, το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίστηκε θετικά με την αξιολόγηση της προσβασιμότητας. Το εύρημα αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν μεγαλύτερη ευχέρεια στην αναζήτηση πληροφοριών, στον προγραμματισμό ραντεβού ή στην πλοήγηση μέσα στις διαθέσιμες υπηρεσίες. Παράλληλα, η ύπαρξη ασφάλισης συσχετίστηκε με υψηλότερη αξιολόγηση της συνέχειας της φροντίδας, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία της ασφαλιστικής κάλυψης για την αίσθηση σταθερής πρόσβασης και παρακολούθησης μέσα στο σύστημα υγείας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας και στη σύσταση του γιατρού. Με βάση τα αποτελέσματα, όσο χαμηλότερη ήταν η αυτοαξιολόγηση της υγείας, τόσο υψηλότερη ήταν η πρόθεση σύστασης του γιατρού. Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως ένδειξη ότι οι ασθενείς που βιώνουν μεγαλύτερη ανάγκη φροντίδας ή μεγαλύτερη επιβάρυνση της υγείας τους αποδίδουν μεγαλύτερη αξία στην υποστήριξη, την προσοχή και τη θεραπευτική σχέση με τον γιατρό.

7. Συμπεράσματα

Ως προς το 1^ο ερευνητικό ερώτημα, η παρούσα έρευνα δείχνει ότι το Κέντρο Υγείας Ιστιαίας αξιολογείται θετικά από τους χρήστες του και φαίνεται να καλύπτει σε σημαντικό βαθμό βασικές ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε μια περιοχή με γεωγραφικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες. Η ισχυρή θετική αξιολόγηση της ιατρικής επικοινωνίας, της ευγένειας, της ακρόασης και της πρόθεσης σύστασης αποτελεί σημαντικό δείκτη εμπιστοσύνης προς τη μονάδα και τους επαγγελματίες υγείας.

Ταυτόχρονα, τα ευρήματα αναδεικνύουν πεδία που μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο βελτίωσης. Η ενίσχυση του εξοπλισμού, η περαιτέρω αναβάθμιση των υποδομών, η καλύτερη καθοδήγηση σε περιπτώσεις παραπομπής και η ανάπτυξη πιο συστηματικής παρακολούθησης των ασθενών με χρόνια νοσήματα μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της εμπειρίας των χρηστών και στη μεγαλύτερη συνέχεια της φροντίδας. Η ανάγκη αυτή είναι ακόμη πιο έντονη σε απομακρυσμένες περιοχές, όπου η αποτελεσματική λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας συνδέεται άμεσα με την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας. Συμπερασματικά, η ικανοποίηση των χρηστών από το Κέντρο Υγείας Ιστιαίας είναι υψηλή, χωρίς όμως αυτό να αναιρεί την ανάγκη συνεχούς αξιολόγησης και βελτίωσης.

Ως προς το 2^ο ερευνητικό ερώτημα, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων εμφανίζει ορισμένες επιβαρύνσεις, κυρίως στη σωματική διάσταση, οι οποίες συνδέονται περισσότερο με χαρακτηριστικά, όπως η αναπηρία και η χρόνια νόσος. Η σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής δεν αποδείχθηκε άμεση και ισχυρή στο παρόν δείγμα, ωστόσο τα ευρήματα δείχνουν ότι οι ανάγκες των χρονίως πασχόντων και των περισσότερο ευάλωτων ομάδων πρέπει να λαμβάνονται ιδιαίτερα υπόψη στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

8. Περιορισμοί της Έρευνας

Το δείγμα είναι σχετικά μικρό, προέρχεται από ένα μόνο Κέντρο Υγείας και άρα τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευθούν σε όλα τα Κέντρα Υγείας της χώρας. Επίσης, επειδή οι απαντήσεις είναι αυτοαναφερόμενες, μπορεί να υπάρχει τάση θετικής αξιολόγησης από τους συμμετέχοντες.

Η παρούσα έρευνα παρέχει χρήσιμα ευρήματα για την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους στο Κέντρο Υγείας Ιστιαίας. Ωστόσο, τα αποτελέσματα θα πρέπει να ερμηνευθούν λαμβάνοντας υπόψη ορισμένους μεθοδολογικούς και πρακτικούς περιορισμούς, οι οποίοι επηρεάζουν κυρίως τη δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων.

Πρώτος περιορισμός είναι το μέγεθος και ο τρόπος επιλογής του δείγματος. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελείται από 83 συμμετέχοντες, αριθμός που είναι αποδεκτός για την πραγματοποίηση μιας ποσοτικής διερεύνησης, αλλά παραμένει σχετικά περιορισμένος για την εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων για τον συνολικό πληθυσμό των χρηστών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επιπλέον, η δειγματοληψία ήταν δειγματοληψία ευκολίας, καθώς συμμετείχαν όσοι επισκέπτες του Κέντρου Υγείας ήταν διαθέσιμοι και πρόθυμοι να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια κατά την περίοδο συλλογής των δεδομένων. Συνεπώς, δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα το δείγμα να μην αποτυπώνει πλήρως όλες τις κατηγορίες χρηστών της μονάδας.

Δεύτερος περιορισμός είναι ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μία μόνο μονάδα υγείας και συγκεκριμένα στο Κέντρο Υγείας Ιστιαίας. Το γεγονός αυτό καθιστά τα ευρήματα ιδιαίτερα χρήσιμα για την κατανόηση της εμπειρίας των χρηστών στη συγκεκριμένη απομακρυσμένη περιοχή, αλλά περιορίζει τη δυνατότητα σύγκρισης με άλλα Κέντρα Υγείας, είτε αστικών είτε αγροτικών και νησιωτικών περιοχών. Οι ιδιαίτερες γεωγραφικές, πληθυσμιακές και οργανωτικές συνθήκες της Βόρειας Εύβοιας μπορεί να διαφοροποιούν σημαντικά την εμπειρία των χρηστών σε σχέση με άλλες περιοχές της χώρας.

Τρίτος περιορισμός αφορά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε σύντομο χρονικό διάστημα, από τις 14/04/2026 έως τις 30/04/2026. Η συγκεκριμένη χρονική διάρκεια δεν επιτρέπει την αποτύπωση πιθανών εποχικών διαφοροποιήσεων στη χρήση των υπηρεσιών, στον φόρτο εργασίας του Κέντρου Υγείας ή στις

ανάγκες των πολιτών. Σε περιοχές που δέχονται μεταβολές στον πληθυσμό ή στην επισκεψιμότητα, όπως συμβαίνει συχνά σε απομακρυσμένες και τουριστικές περιοχές, η χρονική περίοδος συλλογής των δεδομένων μπορεί να επηρεάσει την εικόνα που διαμορφώνεται για την ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής των χρηστών.

Ένας ακόμη περιορισμός σχετίζεται με τον αυτοαναφερόμενο χαρακτήρα των απαντήσεων. Τόσο η αξιολόγηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες όσο και η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής βασίστηκαν στις προσωπικές εκτιμήσεις των συμμετεχόντων. Επομένως, οι απαντήσεις μπορεί να επηρεάστηκαν από υποκειμενικούς παράγοντες, όπως οι προσδοκίες των χρηστών, η πρόσφατη εμπειρία τους από την επίσκεψη, η ψυχολογική τους κατάσταση τη συγκεκριμένη ημέρα ή η τάση θετικής αξιολόγησης μιας δημόσιας δομής υγείας από την οποία εξαρτώνται για την κάλυψη των αναγκών τους.

Επιπλέον, ορισμένες επιμέρους υποομάδες του δείγματος ήταν αριθμητικά μικρές. Για παράδειγμα, λίγοι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι χρειάστηκε παραπομπή σε άλλον επαγγελματία υγείας, ενώ οι ερωτήσεις που αφορούσαν τη νοσηλευτική φροντίδα απαντήθηκαν μόνο από όσους είχαν σχετική επαφή. Αυτό περιορίζει την ερμηνευτική ισχύ των ευρημάτων σε συγκεκριμένες διαστάσεις της αξιολόγησης και δεν επιτρέπει ασφαλείς συγκρίσεις ανάμεσα σε όλες τις επιμέρους κατηγορίες χρηστών.

Τέλος, ο ερευνητικός σχεδιασμός ήταν συγχρονικός. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε μία χρονική στιγμή και, ως εκ τούτου, δεν είναι δυνατή η διατύπωση αιτιώδους σχέσης ανάμεσα στις μεταβλητές. Οι συσχετίσεις που εντοπίστηκαν, όπως η διαφοροποίηση της αξιολόγησης ανάλογα με την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος ή η σχέση ορισμένων διαστάσεων της ποιότητας ζωής με την αξιολόγηση της μονάδας, δείχνουν τάσεις και πιθανές σχέσεις, αλλά δεν αποδεικνύουν αιτιότητα. Για την επιβεβαίωση αυτών των σχέσεων απαιτούνται μελλοντικές έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα, διαχρονικό σχεδιασμό και, ενδεχομένως, πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση.

9. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Με βάση τα ευρήματα και τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να κινηθεί σε περισσότερες κατευθύνσεις, ώστε να υπάρξει πληρέστερη κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Αρχικά, προτείνεται η πραγματοποίηση αντίστοιχων ερευνών σε μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα χρηστών υπηρεσιών υγείας. Η συμμετοχή περισσότερων Κέντρων Υγείας, από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές της χώρας, θα επέτρεπε τη σύγκριση ανάμεσα σε απομακρυσμένες, αγροτικές, νησιωτικές και αστικές περιοχές. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε να διερευνηθεί κατά πόσο οι ανάγκες, οι προσδοκίες και η ικανοποίηση των πολιτών διαφοροποιούνται ανάλογα με την απόσταση από νοσοκομεία αναφοράς, τη διαθεσιμότητα προσωπικού, τις υποδομές και τις δυνατότητες παραπομπής.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε η διερεύνηση της εμπειρίας των ατόμων με χρόνια νοσήματα. Στην παρούσα έρευνα, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος συνδέθηκε με χαμηλότερη αξιολόγηση σε ορισμένες διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας. Επομένως, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εστιάσουν ειδικά στις ανάγκες αυτής της ομάδας, εξετάζοντας ζητήματα όπως η συνέχεια της φροντίδας, η παρακολούθηση, η συνταγογράφηση, η πρόσβαση σε ειδικούς ιατρούς, η επικοινωνία με το προσωπικό και η επάρκεια καθοδήγησης μετά από παραπομπή.

Επιπλέον, προτείνεται η αξιοποίηση μικτής μεθοδολογίας. Η ποσοτική προσέγγιση, μέσω ερωτηματολογίων, προσφέρει μετρήσιμα και συγκρίσιμα δεδομένα, όμως δεν αρκεί πάντα για να αναδείξει τους βαθύτερους λόγους που διαμορφώνουν την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια των χρηστών. Η προσθήκη ποιοτικής έρευνας, μέσω ατομικών συνεντεύξεων ή ομάδων εστίασης με πολίτες και επαγγελματίες υγείας, θα μπορούσε να φωτίσει πιο αναλυτικά τις εμπειρίες, τις δυσκολίες και τις προσδοκίες των χρηστών, ιδιαίτερα σε περιοχές με γεωγραφική απομόνωση.

Μία ακόμη σημαντική κατεύθυνση αφορά τη διαχρονική αξιολόγηση της λειτουργίας του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας. Δεδομένου ότι η μονάδα βρίσκεται σε διαδικασία αναβάθμισης, με νέες υποδομές, εξοπλισμό και υπηρεσίες, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να πραγματοποιηθεί επαναληπτική έρευνα μετά την ολοκλήρωση των παρεμβάσεων. Έτσι θα μπορούσε να

εξεταστεί αν οι αλλαγές στις εγκαταστάσεις, στον εξοπλισμό και στην οργάνωση της φροντίδας επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών και τη συνολική εικόνα τους για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν επίσης να ενσωματώσουν αντικειμενικούς δείκτες λειτουργίας των μονάδων υγείας, όπως ο πραγματικός χρόνος αναμονής, ο αριθμός των διαθέσιμων ειδικοτήτων, η συχνότητα παραπομπών, οι ελλείψεις προσωπικού, η διαθεσιμότητα διαγνωστικών υπηρεσιών και οι δυνατότητες διακομιδής. Ο συνδυασμός των αντικειμενικών αυτών στοιχείων με τις υποκειμενικές αξιολογήσεις των χρηστών θα μπορούσε να προσφέρει πιο ολοκληρωμένη εικόνα για την ποιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Τέλος, προτείνεται η περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις διαστάσεις της ικανοποίησης και στις συνοπτικές κλίμακες σωματικής και ψυχικής υγείας του SF-12. Η χρήση πιο σύνθετων στατιστικών μοντέλων θα μπορούσε να αναδείξει ποιοι παράγοντες λειτουργούν ως ισχυρότεροι προβλεπτικοί δείκτες της ικανοποίησης και ποιοι παράγοντες συνδέονται περισσότερο με την ποιότητα ζωής. Με τον τρόπο αυτό, τα ευρήματα θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν όχι μόνο σε ακαδημαϊκό επίπεδο, αλλά και στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων για τη βελτίωση της εμπειρίας των χρηστών και την ενίσχυση της ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., 2008. Το οργανωτικό πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, 47(3), pp.320-333.

Αντεριώτη, Π. & Αντωνίου, Γ.Α., 2014. Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 1(1), pp.62-68.

Αργέντου, Α., 2009. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία. Ελευθώ, 1, pp.25-30.

Βραχάτης, Δ. & Παπαδόπουλος, Α., 2012. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και προοπτικές. Νοσηλευτική, 51(1), pp.10-17.

Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ. & Middleton, N., 2012. Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(6), pp.720-730.

Γιανασμίδης, Α. & Τσιαούση, Μ., 2012. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1), pp.106-115.

Γούλα, Α., Πιερράκος, Γ., Λατσού, Δ., Βάθη, Α., Λιβάνη, Ε., Ξαγοράρη, Μ. & Λούκας, Θ., 2018. Διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μεταξύ αστικών και απομακρυσμένων περιοχών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(5).

Δήμος Ιστιαίας-Αιδηψού, 2026. Πληροφορίες για τον Δήμο μας. Available at: <https://dimosistiaiasaidipsou.gr/dhmos/plirofories-gia-ton-dimo-mas/> (Accessed: 29 March 2026).

Ε.Η.Φ.Υ., 2025. Παρεχόμενες υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. Available at: <https://www.ehealthrecord.gov.gr/first-degree-health-care> (Accessed: 15 December 2025).

ΕΛΣΤΑΤ, 2025. Απογραφή κέντρων υγείας και λοιπών μονάδων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έτος 2024. Available at: <https://www.statistics.gr/documents/20181/96bec9ef-54cb-e7bd-1de2-3e8cdf5fbbf4> (Accessed: 15 December 2025).

Θεοδώρου, Μ., Σίσκου, Ο., Κατελίδου, Δ., Φαρατσέλη, Ο. & Λιαρόπουλος, Λ.Η., 2005. Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα. In: Υπουργείο Υγείας και

Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Αττικής, ed. Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πειραιάς, pp.23-44.

Καλογερόπουλος, Δ. & Χαραλάμπους, Γ., 2019. Ποιότητα και αποδοτικότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Προεγχειρητική Νοσηλευτική, 8(1), pp.22-34.

Καλογεροπούλου, Μ., 2011. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών: Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28(5), pp.667-673.

Καπάκη, Β., 2015. Ποιότητα και ασφάλεια στην υγεία: Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή. Κόρινθος: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής.

Καρακούνος, Σ., 2005. Δομή Ελληνικού Συστήματος Υγείας και πηγές χρηματοδότησής του. Το Βήμα του Ασκληπιού, 4(1), pp.3-11.

Καρανικόλα, Ε.Κ., Δημόπουλος, Ε.Χ., Νιάκας, Δ.Α. & Αλετράς, Β.Ο., 2018. Οικονομική κρίση και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ηλικιωμένων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(2).

Κοντοδημόπουλος, Ν., 2016. Η χρησιμότητα της μέτρησης της υγείας στις αποφάσεις κατανομής των πόρων. Αθήνα: Αυτοέκδοση. Available at: <https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/file.php> (Accessed: 14 January 2022).

Κοτσαγιώργη, Ι. & Γκέκα, Κ., 2010. Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(4), pp.398-408.

Κυριόπουλος, Γ., 2016. Η επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma-Ata για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Available at: <https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-alma-ata> (Accessed: 31 December 2025).

Κωνσταντίνου, Ε. & Μητρόπουλος, Ι., 2012. Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29, pp.614-622.

N. 1397/1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας. Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΦΕΚ 143/Α/7.10.1983.

N. 3235/2004. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΦΕΚ 53/Α/18.2.2004.

N. 4486/2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΦΕΚ 115/Α/7.8.2017.

Νάκου, Σ., 2001. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), pp.254-266.

Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε. & Χριστοδούλου, Γ., 2001. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), pp.239-253.

Παπαγιαννοπούλου, Γ., Πιερράκος, Μ., Σαρρής, Γ. & Υφαντόπουλος, Γ., 2008. Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1), pp.73-82.

Παπακωστίδη, Α. & Τσουκαλάς, Ν.Η., 2012. Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4), pp.480-488.

Παπανικολάου, Β., 2007. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Παπαχριστόπουλος, Ν., 2013. Υγεία, πρόνοια και αναπηρία. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.

Πέγιου, Φ., 2023. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η δυναμική της στη Δημόσια Υγεία. Το Βήμα του Ασκληπιού, 22(2), pp.333-347.

Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Μπαμίδης, Π. & Νιάκας, Δ., 2012. Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4(4), pp.42-52.

Σαρρής, Μ., 2001. Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β. & Μίσσιου, Α., 2015. Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Available at: <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3810> (Accessed: 19 January 2026).

Τσεκούρα, Α., 2003. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.

Τσιρώνη, Σ. & Κουλιεράκης, Γ., 2017. Μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των γονέων από την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας στα νοσηλευόμενα παιδιά. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 10, pp.13-26.

Υφαντόπουλος, Γ., 2001. Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), pp.279-287.

Υφαντόπουλος, Γ.Ν., 2007. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1), pp.6-18.

ΦΕΚ 1632/Β/17.03.2023. Available at: <https://search.et.gr/el/fek/?fekId=561204> (Accessed: 29 March 2026).

Φρεγγίδου, Ε., Γαλάνης, Π., Ζαφειροπούλου, Μ. & Παραστατίδης, Σ., 2017. Η προσπάθεια δικτύωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα μέσω της εδραίωσης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Συστήματος Υγείας: Η περιπτωσιολογική μελέτη δικτύωσης δομών ΠΕΔΥ Κιλκίς. Το Βήμα του Ασκληπιού, 16(1), pp.33-46.

Φρεγγίδου, Ε., Γαλάνης, Π., Ζαφειροπούλου, Μ., Διακουμής, Γ., Παπαδόπουλος, Ρ., Παπαγιάννη, Α. & Θεοδώρου, Μ., 2017. Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34(2).

Χαλκίδη, Ε., Μπελλάλη, Θ., Κυρομίτη, Α., Κοσμάς, Α., Ποπότη, Σ. & Καπραβέλος, Ν., 2016. Διερεύνηση των αναγκών και της ικανοποίησης της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης.

Χαντζοπούλου, Μ., Μαρβάκη, Χ., Λατσού, Δ. & Παπαγεωργίου, Δ., 2017. Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας νοσηλευόμενων ασθενών έπειτα από επείγουσα εισαγωγή σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Αττικής. Health and Research Journal, 3(1), pp.26-42.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Abbasi-Moghaddam, M.A., Zarei, E., Bagherzadeh, R., Dargahi, H. & Farrokhi, P., 2019. Evaluation of service quality from patients' viewpoint. BMC Health Services Research, 19(1), p.170.

- Afzal, M., Rizvi, F., Azad, A.H., Rajput, A.M., Khan, A. & Tariq, N., 2014. Effect of demographic characteristics on patient's satisfaction with health care facility. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 28(2).
- Alhashem, A.M., Alquraini, H. & Chowdhury, R.I., 2011. Factors influencing patient satisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(3), pp.249-262.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M.M. & Amenta, P., 2017. Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), pp.89-101.
- Beletsioti, C. & Niakas, D., 2019. Health-related quality of life in adult population before and after the onset of financial crisis: The case of Athens, Greece. *Quality of Life Research*, 28(12), pp.3237-3247.
- Bener, A. & Ghuloum, S., 2013. Gender difference on patients' satisfaction and expectation towards mental health care. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 16(3), pp.285-291.
- Bond, S. & Thomas, L.H., 1992. Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), pp.52-63.
- Busse, R., Panteli, D. & Quentin, W., 2019. An introduction to healthcare quality: Defining and explaining its role in health systems. In: Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. & Quentin, W., eds. *Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Camgöz-Akdağ, H. & Zineldin, M., 2010. Quality of health care and patient satisfaction: An exploratory investigation of the 5Qs model at Turkey. *Clinical Governance: An International Journal*, 15(2), pp.92-101.
- Chania, M., Tountas, I., Tsironi, M. & Tziaferi, S.G., 2014. The effects of exercise standards on the quality of life to people with chronic disease. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), p.276.
- Clarijs, M.E., Kregting, L.M., van Ravesteijn, N.T., Koppert, L.B. & Korfage, I.J., 2023. Health-related quality of life using the EQ-5D-5L: Normative utility scores in a Dutch female population. *Quality of Life Research*, 32(2), pp.373-381.

- Dagger, T.S., Sweeney, J.C. & Johnson, L.W., 2007. A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research*, 10(2), pp.123-142.
- De-Simone, S. & Esposito, A., 2014. Customer satisfaction research in Italian hospital. *International Journal of Education and Research*, 2(2), pp.1-8.
- Donabedian, A., 1988. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), pp.1743-1748.
- Donabedian, A., 1990. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), pp.1115-1118.
- Donabedian, A., 1992. The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: Consumers' role. *Quality in Health Care*, 1(4), p.247.
- Donaldson, M.S., Yordy, K.D., Lohr, K.N. & Vanselow, N.A., eds., 1996. *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington, DC: National Academy Press.
- Dubina, M.I., O'Neill, J.L. & Feldman, S.R., 2009. Effect of patient satisfaction on outcomes of care. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 9(5), pp.393-395.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. & Maresso, A., 2017. Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(5).
- Encheva, M., Djambazov, S., Vekov, T. & Golicki, D., 2020. EQ-5D-5L Bulgarian population norms. *The European Journal of Health Economics*, 21(8), pp.1169-1178.
- Evason, E. & Whittington, D., 1997. Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: A focus group study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10(1), pp.7-19.
- Farhud, D.D., 2015. Impact of lifestyle on health. *Iranian Journal of Public Health*, 44(11), p.1442.
- Fenny, A.P., Enemark, U., Asante, F.A. & Hansen, K.S., 2014. Patient satisfaction with primary health care: A comparison between the insured and non-insured under the National Health Insurance Policy in Ghana. *Global Journal of Health Science*, 6(4), p.9.

- Garcia-Gordillo, M.A., Adsuar, J.C. & Olivares, P.R., 2016. Normative values of EQ-5D-5L in a Spanish representative population sample from Spanish Health Survey, 2011. *Quality of Life Research*, 25(5), pp.1313-1321.
- Gibson, O., Lisy, K., Davy, C., Aromataris, E., Kite, E., Lockwood, C., Riitano, D., McBride, K. & Brown, A., 2015. Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: A systematic review. *Implementation Science*, 10(1), p.71.
- Graham, H. & White, P.C., 2016. Social determinants and lifestyles: Integrating environmental and public health perspectives. *Public Health*, 141, pp.270-278.
- Grochtdreis, T., Dams, J., König, H.H. & Konnopka, A., 2019. Health-related quality of life measured with the EQ-5D-5L: Estimation of normative index values based on a representative German population sample and value set. *The European Journal of Health Economics*, 20(6), pp.933-944.
- Guzman, P.M., Sliepcevich, E.M., Lacey, E.P., Vitello, E.M., Matten, M.R., Woehlke, P.L. & Wright, W.R., 1988. Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. *Patient Education and Counseling*, 12(3), pp.225-233.
- Hobbins, A., Barry, L., Kelleher, D. & O'Neill, C., 2018. The health of the residents of Ireland: Population norms for Ireland based on the EQ-5D-5L descriptive system. *HRB Open Research*, 1, p.22.
- Hołownia-Voloskova, M., Tarbastaev, A. & Golicki, D., 2021. Population norms of health-related quality of life in Moscow, Russia: The EQ-5D-5L-based survey. *Quality of Life Research*, 30(3), pp.831-840.
- Huber, M.B., Felix, J., Vogelmann, M. & Leidl, R., 2017. Health-related quality of life of the general German population in 2015: Results from the EQ-5D-5L. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(4), p.426.
- Inkelas, M. & McPherson, M.E., 2015. Quality improvement in population health systems. *Healthcare*, 3(4), pp.231-234.
- Javeau, C., 2000. Η έρευνα με ερωτηματολόγιο: Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή. Αθήνα: Τυπωθήτω.

- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N. & Chandola, T., 2002. Patients' experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 11(4), pp.335-339.
- Kaitelidou, D., Economou, C., Galanis, P., Konstantakopoulou, O., Siskou, O., Domete, S., de Boer, D., Boerma, W.G. & Groenewegen, P.P., 2019. Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece: A mixed methods study. *BMC Family Practice*, 20(1), p.49.
- Kaplan, R.M. & Bush, J.W., 1982. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1(1), p.61.
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D. & Tountas, Y., 2007. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), p.55.
- Köhler, S., Unger, T., Hoffmann, S., Steinacher, B. & Fydrich, T., 2015. Patient satisfaction with inpatient psychiatric treatment and its relation to treatment outcome in unipolar depression and schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(2), pp.119-123.
- Langen, I., Myhren, H., Ekeberg, Ø. & Stokland, O., 2006. Patient's satisfaction and distress compared with expectations of the medical staff. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2), pp.118-125.
- Lohr, K.N., ed., 1990. *Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Volume I*. Washington, DC: National Academies Press.
- Macleod, J. & Smith, G.D., 2003. Psychosocial factors and public health: A suitable case for treatment? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(8), pp.565-570.
- Maxwell, R.J., 1984. Quality assessment in health. *British Medical Journal*, 288(6428), p.1470.
- McCaffrey, N., Kaambwa, B., Currow, D.C. & Ratcliffe, J., 2016. Health-related quality of life measured using the EQ-5D-5L: South Australian population norms. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), p.133.
- Michelson, H., Bolund, C. & Brandberg, Y., 2000. Multiple chronic health problems are negatively associated with health-related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Quality of Life Research*, 9(10), pp.1093-1104.

- Mortsiefer, A., Altiner, A., Ernst, A., Kadusziwicz, H., Krahe, A., Mellert, C., Schäfer, I., Stolzenbach, C.O., Wiese, B. & Löffler, C., 2017. Satisfaction with general practice care in German patients with multimorbidity: A cross-sectional study. *Family Practice*, 34(4), pp.452-458.
- Nguyen, H.C., Nguyen, M.H., Do, B.N., Tran, C.Q., Nguyen, T.T., Pham, K.M., Pham, L.V., Tran, K.V., Duong, T.T., Tran, T.V. & Duong, T.H., 2020. People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: The potential benefit of health literacy. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), p.965.
- Norström, F., Waenerlund, A.K., Lindholm, L., Nygren, R., Sahlén, K.G. & Brydsten, A., 2019. Does unemployment contribute to poorer health-related quality of life among Swedish adults? *BMC Public Health*, 19(1), p.457.
- Parrish, R.G., 2010. Measuring population health outcomes. *Preventing Chronic Disease*, 7(4), p.A71.
- Priporas, C.V., Laspa, C. & Kamenidou, I., 2008. Patient satisfaction measurement for in-hospital services: A pilot study in Greece. *Journal of Medical Marketing*, 8(4), pp.325-340.
- Poulimenakou, G., Sarris, M., Kourakos, M., Goula, A., Mitsi, A. & Soulis, S., 2020. Long-term and discouraged unemployment in urban centers: Investigating quality of life, material deprivation and financial support from the family. *International Journal of Health Sciences and Research*, 10(9), pp.31-42.
- Raftopoulos, V., 2010. Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 3(3), pp.110-121.
- Rój, J. & Jankowiak, M., 2021. Socioeconomic determinants of health and their unequal distribution in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), p.10856.
- Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V.E., Markaki, A., Kritikos, K., Petelos, E. & Lionis, C., 2017. Operational integration in primary health care: Patient encounters and workflows. *BMC Health Services Research*, 17(1), p.788.
- Shi, L., 2012. The impact of primary care: A focused review. *Scientifica*, 2012(1), p.432892.
- Skoko, I., Topić Stipić, D., Tustonja, M. & Stanić, D., 2021. Mental health and spirituality. *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl. 4), pp.822-826.

- Tang, A.L. & Thomas, S.J., 2020. Relationships between depressive symptoms, other psychological symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research*, 289, p.113049.
- Tengland, P.A., 2006. The goals of health work: Quality of life, health and welfare. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 9(2), pp.155-167.
- Teni, F.S., Gerdtham, U.G., Leidl, R., Henriksson, M., Åström, M., Sun, S. & Burström, K., 2022. Inequality and heterogeneity in health-related quality of life: Findings based on a large sample of cross-sectional EQ-5D-5L data from the Swedish general population. *Quality of Life Research*, 31(3), pp.697-712.
- Teoli, D. & Bhardwaj, A., 2023. Hospice appropriate diagnoses. In: *StatPearls*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing.
- Theofilou, P., 2013. Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1).
- Triantafyllou, E., Tsellos, P., Christodoulou, N., Tzavara, C., Mrvoljak-Theodoropoulou, I. & Christodoulou, G.N., 2022. The effect of COVID-19 pandemic on mental health and quality of life in the Athens area, Greece. *Psychiatriki*, 33(4), pp.271-282.
- Van Wilder, L., Devleeschauwer, B., Clays, E., De Buyser, S., Van der Heyden, J., Charafeddine, R., Boeckxstaens, P., De Bacquer, D., Vandepitte, S. & De Smedt, D., 2022. The impact of multimorbidity patterns on health-related quality of life in the general population: Results of the Belgian Health Interview Survey. *Quality of Life Research*, 31(2), pp.551-565.
- Warren, R., Walker Jr, B. & Nathan, V.R., 2002. Environmental factors influencing public health and medicine: Policy implications. *Journal of the National Medical Association*, 94(4), p.185.
- Weisman, C.S., Henderson, J.T., Schiffrin, E., Romans, M. & Clancy, C.M., 2001. Gender and patient satisfaction in managed care plans: Analysis of the 1999 HEDIS/CAHPS 2.0 H Adult Survey. *Women's Health Issues*, 11(5), pp.401-415.
- Williams, B., Coyle, J. & Healy, D., 1998. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47(9), pp.1351-1359.
- World Health Organization, 1946. Constitution of the World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (Accessed: 31 December 2025).

World Health Organization, 1978. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 1998. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/64546> (Accessed: 31 December 2025).

World Health Organization, 2007. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 2017. Determinants of health. Available at: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health> (Accessed: 31 December 2025).

Wriglesworth, J.M. & Williams, J.T., 1975. The construction of an objective test to measure patient satisfaction. International Journal of Nursing Studies, 12(3), pp.123-132.

Xavier, F.M., Ferraz, M.P., Marc, N., Escosteguy, N.U. & Moriguchi, E.H., 2003. Elderly people's definition of quality of life. Brazilian Journal of Psychiatry, 25(1), pp.31-39.

Zineldin, M., 2006. The quality of health care and patient satisfaction: An exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. International Journal of Health Care Quality Assurance, 19(1), pp.60-92.

Παράρτημα Α: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας από Υ.Π.Ε



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΛΑΡΙΣΑ 31.03.2026

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ 2^{ης} ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ 5^{ης} Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Στη Λάρισα σήμερα στις 31 Μαρτίου ημέρα Τρίτη και ώρα 11:00 π.μ στην Κεντρική Υπηρεσία της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικώς σε δια περιφοράς συνεδρίαση του Ε.Σ. μετά από πρόσκληση του Αν. Διοικητή και Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, το οποίο συγκροτήθηκε με την με την αριθμ. 2849/ 11.01.2019 και τροποποιήθηκε με την αριθμ. πρωτ. 10627/04.02.2026 Απόφαση του Διοικητή της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και των μελών του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Στη συνεδρίαση συμμετείχαν οι κάτωθι:

1. Χρήστος Δημητρέλος, Υποδιοικητής της 5^{ης} Υ.ΠΕ., ως Πρόεδρος.
2. Γεώργιος Έξαρχος, Διευθυντής ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής Υπεύθυνος Συντονιστής Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Αγιάς.
3. Μαρία Γεωργοπούλου, Διευθύντρια ΕΣΥ Ιατρικής Βιοπαθολογίας Υπεύθυνη Συντονίστρια Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Αταλάντης.
4. Ιωάννης Κουτσονάσιος, Διευθυντής ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής Υπεύθυνος Συντονιστής Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Πύλης.
5. Παναγιώτα Λιάκου, μόνιμη υπάλληλος του Κ.Υ Φαρσάλων, κλάδου ΠΕ Διοικητικού Λογιστικού.
6. Στυλιανή Χατζηνίκου, υπάλληλος κλάδου ΔΕ Διοικητικού -Γραμματέων, της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς, Γραμματέας του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Θέματα Ημερήσιας Διάταξης :

Θέμα 2^ο: Αίτημα της κ. ΠΑΓΙΟΥΛΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ-ΚΥΡΙΑΚΗΣ του ΙΩΑΝΝΗ
ιατρού κλάδου ΕΣΥ, Δ/ντρια Παιδιατρικής του Κ.Υ ΙΣΤΙΑΙΑΣ και
μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Ε.Α.Π., αναφορικά για την έγκριση
διεξαγωγής μελέτης με διανομή ερωτηματολογίων σε λήπτες υγείας του
Κέντρου Υγείας Ιστιαίας.

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου ενημέρωσε τα μέλη για το αίτημα της κ. **ΠΑΓΙΟΥΛΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ-ΚΥΡΙΑΚΗΣ του ΙΩΑΝΝΗ** ιατρού κλάδου ΕΣΥ, Δ/ντρια Παιδιατρικής του Κ.Υ ΙΣΤΙΑΙΑΣ για έγκριση διεξαγωγής μελέτης με διανομή ερωτηματολογίων σε λήπτες υγείας του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

1. Την εισήγηση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου,
2. Την με αριθμ. πρωτ.16298/24/02/2025 αίτηση της κ. ΠΑΓΙΟΥΛΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ-ΚΥΡΙΑΚΗΣ του ΙΩΑΝΝΗ

Ομόφωνα εισηγείται

Την έγκριση του αιτήματος, της κ. **ΠΑΓΙΟΥΛΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ-ΚΥΡΙΑΚΗΣ του ΙΩΑΝΝΗ**, ιατρού κλάδου ΕΣΥ, Δ/ντριας Παιδιατρικής του Κ.Υ ΙΣΤΙΑΙΑΣ και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Ε.Α.Π., αναφορικά για την έγκριση διεξαγωγής μελέτης με διανομή ερωτηματολογίων σε λήπτες υγείας του Κέντρου Υγείας Ιστιαίας.

Το θέμα της διπλωματικής είναι «Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ικανοποίησης και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής στους λήπτες πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε απομακρυσμένη περιοχή»

Η παραπάνω έρευνα θα γίνει κατόπιν συνεννόησης με των Συντονιστή του αναφερόμενου Κέντρου Υγείας ώστε να μην παρακωλύεται η λειτουργία της υπηρεσίας.

Ο Πρόεδρος

Χρήστος Δημητρέλος

Ακριβές απόσπασμα

Η Γραμματέας

Στυλιανή Χατζηνίκου

Τα Μέλη

Γεώργιος Έξαρχος

Μαρία Γεωργοπούλου

Ιωάννης Κουτσονάσιος

Παναγιώτα Λιάκου

Παράρτημα Β: Έγκριση ερευνητικού πρωτοκόλλου



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (Ε.Η.Δ.Ε.)

ΑΠΟΦΑΣΗ

**ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ
ΕΡΕΥΝΑΣ (Ε.Η.Δ.Ε.)
ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ**

ΓΙΑ

**ΕΓΚΡΙΣΗ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Τίτλος μελέτης για την οποία ζητήθηκε έγκριση			
Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ικανοποίησης και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής στους λήπτες πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε απομακρυσμένη περιοχή			
Επιστημονικός Υπεύθυνος της μελέτης			
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος			
Είδος προτεινόμενης μελέτης			
Κοινωνική έρευνα			
Αριθμός Πρωτοκόλλου Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.)			
Αριθμός & Ημερομηνία Απόφασης Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.)			
14η/29-01-2026			
Απόφαση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) (με ηλεκτρονικά μέσα)			
Εγκρίνεται			
Μέλη της Επιτροπής που έλαβαν μέρος στην Απόφαση			
- Τσιάμης Γεώργιος: Καθηγητής, ως Πρόεδρος - Γελαστοπούλου Ελένη: Καθηγήτρια, ως Αντιπρόεδρος - Σγουρού Αργυρώ: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια			
Σχόλια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) με βάση τα οποία λήφθηκε η απόφαση για την αίτηση που υποβλήθηκε			
Μελετώντας το ερευνητικό πρωτόκολλο και όλα τα σχετικά δικαιολογητικά/πρόσθετες εγκρίσεις, όπως κατατέθηκαν στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) και λαμβάνοντας υπόψη τους σκοπούς και τα αναμενόμενα οφέλη, τη μεθοδολογία της έρευνας, την απουσία ταπεινών κινήτρων συμμετοχής, την έλλειψη σύγκρουσης συμφερόντων από τους ερευνητές και την έλλειψη πιθανών κινδύνων για τα υποκείμενα της έρευνας, η Ε.Η.Δ.Ε. διαπιστώνει και ομόφωνα αποφασίζει, σύμφωνα με το άρθρ. 279 παρ.1.α του Ν.4957, σχετικά με την υποβληθείσα αίτηση υπ' αριθμ. πρωτ.: 144/19-12-2025 [αρχική υποβολή] και υπ' αριθμ. πρωτ.: 1/07-01-2026 [υποβολή διευκρινίσεων] ότι εγκρίνει την εκτέλεση του υπό εξέταση ερευνητικού έργου, καθώς προκύπτει ότι τηρούνται οι παραδεδεγμένοι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και ερευνητικής ακεραιότητας ως προς το περιεχόμενο και ως προς τον τρόπο διεξαγωγής του εν λόγω ερευνητικού έργου, καθώς και οι εκ του νόμου προβλεπόμενες προϋποθέσεις. Η παρούσα απόφαση της ΕΗΔΕ σε καμία περίπτωση ΔΕΝ υποκαθιστά την απαιτούμενη από άλλη αρμόδια δημόσια υπηρεσία, διοικητικό όργανο ή ανεξάρτητη διοικητική Αρχή, έγκριση ή αδειοδότηση του παρόντος ερευνητικού έργου/ μελέτης που δύναται επιπλέον να απαιτείται εκ του νόμου.			
Ημερομηνία έκδοσης απόφασης			
Έτος:	Μήνας:	Ημέρα:	
2026	Φεβρουάριος		
Υπογράφει ο Πρόεδρος της Επιτροπής			
Θέση	Όνομα	Επίθετο	Υπογραφή
Πρόεδρος	Γεώργιος	Τσιάμης	GEORGIOS TSIAMIS 13/02/2026 10:31