

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΑΠΟ
ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΔΟΜΗ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΕΛΕΤΗ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΩΝ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΕΩΝ ΆΛΣΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ ΚΑΙ
ΑΡΧΑΙΟΥ ΕΛΑΙΩΝΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ»**

**Αμπουλάτζε Μαριάμι
Α.Μ: 22007**

Επιβλέπουσα: Γούλα Ασπασία

Αθήνα 2024

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

**«MEASURING USERS' SATISFACTION OF A PRIMARY
HEALTHCARE SERVICE: A CASE STUDY
OF EGALEO PARK & ANCIENT OLIVE GROVE CAMPUS OF
THE UNIVERSITY OF WEST ATTICA»**

**Ampoulatze Mariami
R.N: 22007**

Supervisor: Goula Aspasia

Athens 2024

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Ασπασία Γούλα	Καθηγήτρια	
2	Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής	
3	Αγγελική Σταμούλη	ΕΔΙΠ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αμπουλάτζε Μαριάμι του Νταβίτ, με αριθμό μητρώου 22007 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και διαχείριση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας του Τμήματος της Σχολής διοίκησης επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

Αμπουλάτζε Μαριάμι



Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Γούλα Ασπασία για την καθοδήγηση, υποστήριξη, εμπιστοσύνη και πολύτιμη βοήθεια που πρόσφερε για την διεκπεραίωση της διπλωματικής μου εργασίας.

Επιπλέον, ευχαριστώ όσους συμμετείχαν στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και συνέβαλαν στην πραγματοποίηση της ερευνητικής μου μελέτης. Τέλος, ευχαριστώ όλους τους καθηγητές μου για τις πολύτιμες γνώσεις που μου πρόσφεραν στην διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής αλλά και την οικογένεια μου για την οικονομική και ψυχολογική υποστήριξη.

Περιεχόμενα

Συνοτομογραφίες.....	4
Εισαγωγή.....	5
Περίληψη.....	7
Abstract.....	9

Γενικό Μέρος¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΥΓΕΙΑ..... 11

1.1 Η έννοια της υγείας..... 11

1.2 Σύστημα υγείας..... 12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ..... 15

2.1 Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας..... 15

2.2 Ιστορική αναδρομή της ΠΦΥ..... 17

2.3 Τα πλεονεκτήματα της ΠΦΥ στην κοινότητα και στο σύστημα υγείας..... 20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ..... 22

3.1 Ο ορισμός της ικανοποίησης..... 22

3.2 Παράγοντες ικανοποίησης των χρηστών στην ΠΦΥ..... 24

3.3 Η συσχέτιση της ικανοποίησης με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας..... 26

3.3.1 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και ο εννοιολογικός προσδιορισμός... 27

3.3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα υπηρεσιών..... 29

3.4 Εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης..... 31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ..... 34

4.1 Η εξέλιξη της ΠΦΥ σε εκπαιδευτικές δομές και η συμβολή της..... 34

4.2 Υπηρεσίες υγείας σε ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης..... 35

Ειδικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... 38

5.1 Σκοπός της έρευνας:..... 38

5.2 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	38
5.3 Πεδίο εφαρμογής της έρευνας	38
5.4 Δείγμα και δειγματοληψία	39
5.5 Εργαλεία συλλογής των δεδομένων	40
5.6 Ηθική και δεοντολογία.....	41
5.7 Στατιστική ανάλυση	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	60
8.1 Συμπεράσματα	60
8.2 Περιορισμοί έρευνας	61
8.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	62
Βιβλιογραφία	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	81

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Βασικά περιγραφικά χαρακτηριστικά 168 επισκεπτών/ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.....	43
Πίνακας 2. Συχνότητα επισκεψιμότητας των δομών ΠΦΥ από τους 168 επισκέπτες/ασθενείς, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.....	46
Πίνακας 3. Κατανομή αποκρίσεων σε 7 προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ ΤΩΝ 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που αφορούν την Ιατρική Φροντίδα	47
Πίνακας 4. Κατανομή αποκρίσεων σε 7 προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές της ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που αφορούν την Νοσηλευτική Φροντίδα	48
Πίνακας 5. Κατανομή αποκρίσεων σε 8 προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ. που αφορούν τις Εγκαταστάσεις	48
Πίνακας 6. Κατανομή αποκρίσεων σε 3 προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που αφορούν συνολικά τις υπηρεσίες των Ιατρείων	49
Πίνακας 7. Κατανομή αποκρίσεων σε 3 προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που αφορούν τη μελλοντική χρήση των Ιατρείων	49
Πίνακας 8. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών, συμμετεχόντων στην μελέτη.	50
Πίνακας 9. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ασθενών της μελέτης ως προς τις Δομές της ΠΦΥ.....	52
Πίνακας 10. Συσχέτιση βασικών χαρακτηριστικών με τις βαθμολογίες της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών της μελέτης ως προς τις δομές της ΠΦΥ.	52

Πίνακας 11. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών της μελέτης ως προς τη φοιτητική ιδιότητα των συμμετεχόντων.	53
Πίνακας 12. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών της μελέτης ως προς την εργασιακή ιδιότητα των συμμετεχόντων.	54
Πίνακας 13. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών της μελέτης ως προς την επισκεψιμότητα των συμμετεχόντων σε Δομές.	55
Πίνακας 14. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών της μελέτης ως προς τη συχνότητα επισκεψιμότητας τους στις δομές τον τελευταίο χρόνο.	55

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1. Συχνότητα κατανομής του μηνιαίου εισοδήματος του νοικοκυριού των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.	44
Σχήμα 2. Εργασιακή απασχόληση (ως εργαζόμενοι) των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.	44
Σχήμα 3. Συχνότητα δημόσιας ή και ιδιωτικής ασφάλισης των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.	45
Σχήμα 4. Φοιτητική ιδιότητα των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.	45
Σχήμα 5. Συχνότητα διαβαθμισμένης απόκρισης των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, για την Γενική Κατάσταση της Υγείας τους (αυτοεκτίμηση).	46
Σχήμα 6. Βαθμολογίες της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών των 168 επισκεπτών/ ασθενών, συμμετεχόντων στη μελέτη.	51

Συντομογραφίες

Et. al.	Και άλλοι
WHO	World Health Organization
UNICEF	United Nations Children's Fund
Και συν.	Και συνεργάτες
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΠΑΔΑ	Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
TOMY	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
AHRQ	Agency for Health Care Research and Quality
ISO	International Organization for Standardization

Εισαγωγή

Η εξέλιξη και η αναβάθμιση του συστήματος υγείας συμβάλλουν σημαντικά στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων αλλά και στην καλή υγεία η οποία χαρακτηρίζεται ως το «πολυτιμότερο αγαθό». Στο πλαίσιο των τρεχουσών υγειονομικών συνθηκών, η επικέντρωση και η εστίαση στην ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας συνιστά κρίσιμο παράγοντα για την διασφάλιση τόσο της αποτελεσματικότητας όσο και της αναπτυξιακής πορείας του συστήματος υγείας.

Η παρούσα διπλωματική μελέτη, έχει σκοπό την διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε δημόσιες πρωτοβάθμιες δομές υγείας, εστιάζοντας συγκεκριμένα στην μελέτη περίπτωσης στα ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων Άλσους Αιγάλεω και Αρχαίου Ελαιώνα του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι *«μια πολύπλοκη δομή που περιλαμβάνει κοινωνικούς, δημογραφικούς, πολιτιστικούς και γνωστικούς παράγοντες»* (Shirley & Sanders, 2013). Επιπλέον, αποτελεί κρίσιμο δείκτη για την ποιότητα – αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας ενώ παράλληλα αναδεικνύει την ποιότητα και την επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η εν λόγω μελέτη θα επικεντρωθεί, κατ' αρχάς, στην διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης κατανόησης του συστήματος υγείας και συγκεκριμένα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Έπειτα, θα επικεντρωθεί στην έννοια της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας παράλληλα με την ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν καθοριστικά τα επίπεδα ικανοποίησης τους και ως εκ τούτου την σχέση τους με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι στόχοι της ποιοτικής φροντίδας περιλαμβάνουν: *«επιτυχή αποτελέσματα, ασφάλεια ασθενών και χαμηλά ποσοστά επιπλοκών»* (Richardson, et. al., 2001). Ένας από τους βασικούς στόχους της μελέτης αυτής είναι να αναδείξει πιθανές αδυναμίες, προβλήματα ή κενά στις παροχές υγείας σε δομή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης μέσω της έρευνας και της αξιολόγησης της ικανοποίησης των χρηστών. Έτσι, η μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης συμβάλλει τόσο στην αντιμετώπιση των δυσλειτουργιών όσο και στην αναβάθμιση – βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας παρέχοντας σημαντική υγειονομική προσφορά. Στην συνέχεια η εργασία επικεντρώνεται στην σημασία της ύπαρξης του ιατρού σε συνδυασμό με την ορθή λειτουργία του στην

πανεπιστημιούπολη το οποίο αποτελεί καίριο παράγοντα για την άμεση και ολοκληρωμένη περίθαλψη της κοινότητας του πανεπιστημίου, καθώς ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εκπαιδευτικών, το προσωπικού και των φοιτητών, εξασφαλίζοντας άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των υγειονομικών ζητημάτων. Με αυτόν τον τρόπο, διασφαλίζεται και προσφέρεται ψυχική ευημερία και επιτυχής ακαδημαϊκή επίδοση.

Σε όλα τα πανεπιστήμια, ιδιαίτερα σε εκείνα με ξένους φοιτητές που διαμένουν σε εστίες, η ύπαρξη ενός καλού κέντρου υγείας είναι εξαιρετικά σημαντική. Στις δυτικές χώρες, τα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας συνήθως διεξάγουν ετήσιες έρευνες ικανοποίησης των φοιτητών - ασθενών τους, ώστε να αποκτήσουν μια καθαρή εικόνα της λειτουργίας τους και της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχουν. Με αυτόν τον τρόπο, μπορούν να εντοπίσουν και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα και τις υπηρεσίες που προκαλούν δυσαρέσκεια (Anderson, 1995).

Αναμένεται επιπλέον, η μελέτη να προσφέρει σημαντικά και ενημερωμένα δεδομένα στην ελλιπή και περιορισμένη ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με την ΠΦΥ σε δομές πανεπιστημίων, προοπτικές έρευνας που θα συνεισφέρουν στην βελτίωση της ΠΦΥ και της εμπειρίας των χρηστών σε αυτόν τον τομέα ενισχύοντας την εμπιστοσύνη και το αίσθημα ασφάλειας τους προς το σύστημα υγείας γενικότερα. Πιο συγκεκριμένα, η εργασία αυτή θα μελετήσει θεωρητικά ζητήματα που σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, παρέχοντας έτσι μια πολυδιάστατη και ολοκληρωμένη κατανόηση του θέματος.

Συνοψίζοντας, μέσω της παρούσας μελέτης αναδεικνύεται η ανάγκη μέτρησης της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και επιδιώκονται νέες προοπτικές για την βελτίωση της φροντίδας υγείας στις δημόσιες πρωτοβάθμιες δομές. Παράλληλα, προσφέρει ένα κρίσιμο προβληματισμό σχετικά με την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στο πανεπιστημιακό περιβάλλον και μια εκτενής ανάλυση για την αναγκαιότητα ύπαρξης τους για τον απαραίτητο ρόλο που διαδραματίζει, υπό τις τρέχουσες υγειονομικές συνθήκες.

Περίληψη

Γενική εισαγωγή: Η ύπαρξη και ορθή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας σε τριτοβάθμια εκπαιδευτικά ιδρύματα είναι ζωτικής σημασίας καθώς εξασφαλίζει την υγειονομική πρόσβαση σε φοιτητές και εργαζόμενους, συμβάλλοντας έτσι στην ψυχική – φυσική ευημερία και την ακαδημαϊκή επιτυχία. Η έρευνα ικανοποίησης από αυτές τις υπηρεσίες είναι εξίσου σημαντική για την αξιολόγηση της ποιότητας και την εξασφάλιση βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών προς όφελος της κοινότητας του πανεπιστημίου.

Σκοπός: Η διερεύνηση και καταγραφή της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε πρωτοβάθμια δομή υγείας και πιο συγκεκριμένα αφορά τα ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων Άλσους Αιγάλεω και Αρχαίου Ελαιώνα του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής . Επιπλέον, η διερεύνηση – μελέτη των παραγόντων που καθορίζουν και επηρεάζουν τα επίπεδα ικανοποίησης τους.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα αποτελούμενη από δυο μέρη, το γενικό μέρος και το ειδικό μέρος, με την ερευνητική μέθοδο της μελέτης περίπτωσης και συγκεκριμένα με την μέθοδο της μη τυχαίας δειγματοληψίας (δειγματοληψία ευκολίας). Το εργαλείο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της μελέτης ήταν το ερωτηματολόγιο των Γούλα και συν. (2019), το οποίο είχε προσαρμοστεί στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας και στις συγκεκριμένες ανάγκες με την διασφάλιση της ανωνυμίας.

Αποτελέσματα: Στην μελέτη από τους 171 που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, οι 168 είχαν έγκυρες αποκρίσεις και τρεις αποκλείστηκαν από την ανάλυση. Διαπιστώθηκε ότι, από τους 168 επισκέπτες/ασθενείς που συμμετείχαν στην μελέτη, φοιτητική ιδιότητα κατείχε το 65,5% ενώ εργασιακή ιδιότητα το 34,5%. Επιπλέον, με την ερώτηση «*Επισκέπτεστε συχνά τα ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων;*», διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι από τους μισούς απάντησαν καταφατικά (61,9%, $p<0,05$). Όπως φαίνεται από τις μέσες βαθμολογίες της Κλίμακας Ικανοποίησης, τα ποσοστά ικανοποίησης είναι υψηλά, με μέση τιμή συνολικής ικανοποίησης 4,59.

Συμπεράσματα: Συνολικά απο τις μέσες βαθμολογίες της Κλίμακας Ικανοποίησης, εκτιμήθηκαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας των ιατρείων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με τη Νοσηλευτική Φροντίδα να λαμβάνει την υψηλότερη βαθμολογία. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην ικανοποίηση μεταξύ των δύο ιατρείων, εκτός από την Ιατρική Φροντίδα, που εκτιμήθηκε υψηλότερα στο ιατρείο Αρχαίου Ελαιώνα. Οι μεγαλύτερης ηλικίας και οι έγγαμοι επισκέπτες ήταν πιο ικανοποιημένοι, ενώ οι φοιτητές έδειξαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Συχνές επισκέψεις συνδέθηκαν με υψηλότερη ικανοποίηση από τη Νοσηλευτική Φροντίδα.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ικανοποίηση ασθενών, υπηρεσίες υγείας πανεπιστημιούπολεων, επαγγελματίες υγείας, παράγοντες ικανοποίησης

Abstract

Introduction: The existence and proper functioning of health services in tertiary educational institutions are crucial as they ensure healthcare access for students and staff, thereby contributing to their mental and physical well-being and academic success. Research on satisfaction with these services is equally important for evaluating their quality and ensuring improvement for the benefit of the university community.

Purpose: To investigate and document the satisfaction levels of healthcare recipients regarding the services provided at the primary healthcare facilities, specifically focusing on Doctor Offices Egaleo Park & Ancient Olive Grove campus of the University of West Attica. Furthermore, the investigation aims to study the factors determining and influencing their satisfaction levels.

Method: A quantitative research was conducted, comprising two parts, the general part and the specific part, using the research method of case study, specifically employing the non-probability sampling method (convenience sampling). The data collection tool used to conduct the study was the questionnaire by Goula et al. (2019), which was adapted to the context of the present research and to the specific needs while ensuring anonymity.

Results: In the study, out of the 171 respondents who completed the questionnaire, 168 had valid responses, and three were excluded from the analysis. It was found that, among the 168 visitors/patients who participated in the study, 65.5% were students, while 34.5% were employed. Additionally, in response to the question "Do you frequently visit the university clinics?", it was found that more than half answered affirmatively (61.9%, $p < 0.05$). As indicated by the average scores on the Satisfaction Scale, the satisfaction rates are high, with an average overall satisfaction score of 4.59.

Conclusion: Based on the average scores of the Satisfaction Scale, high levels of user satisfaction with the health services of the University of West Attica clinics were estimated, with Nursing Care receiving the highest score. No significant differences in satisfaction were noted between the two clinics, except for Medical Care, which was rated higher at the Ancient Olive Grove clinic. Older and married visitors were more

satisfied, while students showed lower levels of satisfaction. Frequent visits were associated with higher satisfaction with Nursing Care.

Key-words: Primary healthcare, patient satisfaction, campus health services, healthcare professionals, satisfaction factors

Γενικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΥΓΕΙΑ

1.1 Η έννοια της υγείας

Η υγεία είναι ένας πολυδιάστατος όρος στον οποίο έχουν δοθεί πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί κατά καιρούς από τους επιστήμονες καθώς εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, τόσο παθοφυσιολογικούς όσο και κοινωνικοοικονομικούς, παρόλα αυτά δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός (Μαλάμου, 2015). Ενώ ο όρος «υγεία» δεν έχει ακόμη έναν ορισμό αποδεκτό από όλους, η πλειοψηφία συμφωνεί με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ): *«υγεία είναι η απουσία νόσου, δηλαδή η μη ύπαρξη παθολογικών συμπτωμάτων και σωματικών ανωμαλιών σύμφωνα με τα κοινωνικά πρότυπα»* (αρνητικός ορισμός) (Οικονόμου, 2005). Ωστόσο, ο πιο διαδεδομένος, επικρατέστερος και εύχρηστος ορισμός που ορίζει η ΠΟΥ ως ‘υγεία’ από το 1946 είναι *«η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας»* (Υγείας, 1999). Συνοψίζοντας, για να εκτιμάται ένας άνθρωπος ως υγιής, χρειάζεται να υπάρχει ορθή ‘λειτουργεία’ 1.σωματικής, 2.ψυχικής και 3.κοινωνικής οντότητας.

Ο λειτουργικός ορισμός της υγείας που δόθηκε από την κοινωνιολογική προσέγγιση είναι: *«Υγεία θεωρείται η ικανότητα που έχει το άτομο να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους και να προσαρμόζεται στις καταστάσεις»* (Ιωαννίδη & Μαντή,1999). Η ύπαρξη της υγείας εξαρτάται άμεσα από μεταβλητές όπως, οι διατροφικές συνήθειες, η ισότητα που επικρατεί σε μια κοινωνία, το εισόδημα και η ορθή χρήση των πόρων, η ειρήνη και η κοινωνική δικαιοσύνη αλλά και ο σεβασμός των ανθρώπινων δικαιωμάτων (WHO, 1986 ; Τσελέπη, 2000) . Ο μείζον παράγοντας όμως για την κακή υγεία του ανθρώπου είναι η φτώχεια (Μαλάμου, 2015).

Η υγεία αποτελεί δικαίωμα κάθε ανθρώπου. Έτσι, ο λόγος πίσω από την λήψη μέτρων από τις πολιτείες για την προστασία της ανθρώπινης υγείας είναι ότι θεωρούν την υγεία των πολιτών το πολυτιμότερο αγαθό και ως εκ τούτου μια από τις πρώτες προτεραιότητές τους. Για να το επιτύχουν αυτό, αναλαμβάνουν διάφορες δράσεις και

πολιτικές που προάγουν την υγεία και προστατεύουν τους πολίτες από ασθένειες και κινδύνους για την υγεία τους διότι η πρόληψη ασθενειών – νοσημάτων είναι ζωτικής σημασίας για την ευεξία (Μαλάμου, 2015). Από τους Starfield και συν. (2008), αναφέρθηκε η σημασία της πρόληψης στον χώρο της υγείας. Με την πρόληψη μειώνονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες μιας ασθένειας και περιορίζονται πιθανοί κίνδυνοι νόσησης βελτιώνοντας την υγεία και μειώνοντας τις ανισότητες στην υγεία (Starfield, et al., 2008). Εκτός από τα προαναφερόμενα, σημαντική επίδραση στην διαμόρφωση της κατάστασης της υγείας του ατόμου, διαδραματίζει η ατομική συμπεριφορά υγείας έχοντας τον καθοριστικό ρόλο (Rothman, 2000).

Συνεπώς, στο πλαίσιο των παραπάνω μέτρων που λαμβάνει η πολιτεία, γίνεται προσπάθεια για διαρκή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, επιδιώκοντας την διασφάλιση προσιτών υπηρεσιών και προσφοράς με ισότιμο τρόπο σε όλους. Στόχος όλων αυτών, αποτελεί η ικανοποίηση των αναγκών των ανθρώπων που λαμβάνουν αυτές τις υπηρεσίες υγείας (Αλεξιάδης & Σιγάλας 1999).

1.2 Σύστημα υγείας

Ο τρόπος αντίληψης της έννοιας «υγείας» και «αρρώστιας» έχει σημαντική επίπτωση στη δομή του συστήματος υγείας (Παναγιώτου Ε. & Παναγιώτου Γ., 2004). Πιο συγκεκριμένα, για να κατανοηθεί ο τρόπος που λειτουργούν τα συστήματα υγείας και να αναπτυχθούν αποτελεσματικές πολιτικές για την υγειονομική περίθαλψη, είναι μέγιστης σημασίας η ανάλυση υγείας – αρρώστιας μέσω της κοινωνικής, πολιτιστικής και επιδημιολογικής προσέγγισης (Χατζηπουλίδης, 2004). Ωστόσο, με τις συνεχείς μεταβαλλόμενες προκλήσεις της εποχής, το σύστημα υγείας απαιτεί μεταρρυθμιστικές δράσεις. Για την επίτευξη των ανωτέρω, χρειάζεται άρτια διεπιστημονική συνεργασία για την ορθή οργάνωση, τον σχεδιασμό, τη διοίκηση και την συνεχή παρακολούθηση – επίβλεψη του συστήματος υγείας, κατάλληλου για τις απαιτήσεις της εποχής καθώς και του στόχου της ΠΟΥ «υγεία για όλους τον 21^ο αιώνα» (Τούντας, 2000).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, για την καθολική κάλυψη υγείας χρειάζεται να έχουν πρόσβαση στην περίθαλψη όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως εισοδήματος. Γι' αυτόν τον λόγο, έχουν αναπτυχθεί διάφορα συστήματα υγείας, όπου κάποιες χώρες βασίζονται

σε ένα μοντέλο ενώ άλλες σε συνδυασμό μοντέλων (Evans & Etienne, 2010). Τα υγειονομικά συστήματα διακρίνονται σε τρία τμήματα διεθνώς, 1)δημόσια χρηματοδότηση από τους φόρους των πολιτών, 2)τα κεφάλαια για την κοινωνική ασφάλιση υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία (ιδιωτική δαπάνη) και 3)μεικτή χρηματοδότηση που αναφέρεται στον συνδυασμό, δηλαδή τόσο στη δημόσια χρηματοδότηση όσο και στις ιδιωτικές δαπάνες με στόχο την κάλυψη ασφαλιστικών αναγκών.

Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας κατηγοριοποιούνται σε κοινωνική ασφάλιση με εισφορές μισθωτών (τύπου Bismarck) και χρηματοδοτούμενα από κρατική φορολογία (τύπου Beveridge) (Mentis, 2021). Το μοντέλο Bismarck το οποίο άρχισε την λειτουργία το 1883 ως κομμάτι του κράτους πρόνοιας κατά την ενοποίηση της Γερμανίας, χαρακτηρίζεται από υποχρεωτικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που χρησιμοποιεί πολλά ασφαλιστικά ταμεία με υψηλή αυτονομία . Οι πολίτες συνδέονται με αυτά τα ταμεία χωρίς διακρίσεις, με καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Ο λειτουργία του κράτους, περιορίζεται στην ρύθμιση και τον έλεγχο του συστήματος καθώς οι πάροχοι της περίθαλψης είναι ως επί το πλείστον ιδιωτικοί. Το μοντέλο αυτό υλοποιείται σε χώρες όπως Γαλλία, Ολλανδία, Γερμανία, Αυστρία, Βέλγιο, Ιαπωνία κλπ. (Sawicki & Bastian, 2008). Το μοντέλο Beveridge, ξεκίνησε να λειτουργεί το 1948 με βασική προϋπόθεση την διασφάλιση υγειονομικής και κοινωνικής ασφάλειας από το κράτος. Σε αυτό το μοντέλο, χρηματοδότη αποτελεί το κράτος μέσω πληρωμών φορολογίας. Η κυβέρνηση όντας ως ο μοναδικός χρηματοδότης της περίθαλψης, κατέχει τον απόλυτο έλεγχο. Το σύστημα αυτό ακολουθείται από την Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία, Ηνωμένο Βασίλειο και την πλειοψηφία της Σκανδιναβίας (Grosios et. al., 2010; Van Der Zee & Kroneman, 2007).

Στις νοτιοευρωπαϊκές χώρες, το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται μέσω υποχρεωτικών εισφορών και παρέχει δωρεάν υγειονομικές υπηρεσίες. Το ελληνικό σύστημα υγείας, ονομάζεται μεικτό διότι χρηματοδοτείται από τρεις πηγές: δημόσιους πόρους, ιδιωτικές πληρωμές και ασφαλιστικές εισφορές (Mentis, 2021). Αυτό διαιρείται σε τρεις τομείς: το δημόσιο σύστημα υγείας (Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΕΣΥ), τον ιδιωτικό τομέα και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς (Yfantopoulos N., Yfantopoulos P. & Yfantopoulos J., 2016). Συγκεκριμένα,

συνδυάζει χαρακτηριστικά από το χρηματοδοτικό μοντέλο της Γερμανίας (Bismarck), το οποίο βασίζεται σε ασφαλιστικές εισφορές, με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την καθολική κάλυψη, που αποτελεί χαρακτηριστικό των αγγλοσαξονικών μοντέλων. Το ελληνικό σύστημα είναι επίσης επηρεασμένο από τα χαρακτηριστικά των χωρών της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης αλλά και των χωρών της Νότιας Ευρώπης (Yfantopoulos & Chantzaras, 2018).

Αντιθέτως, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ), παρόλο που υπάρχουν υψηλά ποσοστά χρηματοδότησης στον χώρο της υγείας, η συμμετοχή της κυβέρνησης είναι περιορισμένη με αρκετά χαμηλά ποσοστά. Έτσι, στην ανάπτυξη του αμερικάνικου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο ιδιωτικός τομέας. Είναι αξιοσημείωτο ότι, ενώ η Αμερική χαρακτηρίζεται από υψηλό εισόδημα και ανεπτυγμένη οικονομία, η πλειονότητα των πολιτών της ασφαλίζεται μέσω ιδιωτικής ασφάλισης καθώς επίσης το ένα δέκατο των πολιτών δεν έχει πρόσβαση σε υγειονομική ασφάλεια (ποσοστό βελτιωμένο σε σχέση με το 2010, χρονολογία στην οποία έγιναν αλλαγές στην νομοθεσία). Ωστόσο, υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας έχουν φανεί σε κάποιες ασθένειες (πχ. κάποιες μορφές καρκίνου, άσθμα κλπ.) και σε κάποιες θετικές για την υγεία συμπεριφορές (πχ. διακοπή καπνίσματος). Η αποτελεσματικότητα αυτή, δεν παρατηρείται όμως στην αντιμετώπιση και βελτίωση διατροφικών προβλημάτων – παχυσαρκίας. Με λίγα λόγια, το αμερικάνικο σύστημα αποτελείται από πολλαπλά συστήματα που λειτουργούν ανεξάρτητα και συνεργάζονται ενίοτε με τις εξουσίες στον τομέα της υγείας τα οποία διαιρούνται σε πολιτειακής και ομοσπονδιακής κυβέρνησης (Rice, et. al., 2020).

Συνοψίζοντας, η υγειονομική κρίση και η ανάγκη για αλλαγές στις υπηρεσίες υγείας απαιτούν ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας που περιλαμβάνει κύκλους ποιότητας, συνεργασία αντί ανταγωνισμού μεταξύ επαγγελματιών και επιστημόνων με στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας και την διαρκή αναβάθμιση της με ισότιμη πρόσβαση των πολιτών (Χατζηπουλίδης, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), κατέχει παγκοσμίως τον πρωταρχικό ρόλο του συστήματος υγείας και αποτελεί το κλειδί της πρώτης επαφής – επικοινωνίας των πολιτών με το σύστημα υγείας διασφαλίζοντας την ελεύθερη πρόσβαση του πολίτη στην ‘πρώτη γραμμή’ της υγείας (World Health Organization, 2020). Κατά καιρούς έχουν δοθεί κάποιοι ορισμοί:

Όπως αναφέρεται στην διακήρυξη της ALMA -ATA (1978), ΠΦΥ είναι: «η βασική υγειονομική περίθαλψη βασιζόμενη σε επιστημονικά και κοινωνικά αποδεκτά μέσα, η οποία είναι καθολικά προσβάσιμη από άτομα και οικογένειες της κοινότητας και με κόστος στο οποίο μπορεί να ανταπεξέλθει οικονομικά η κοινότητα και η χώρα. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο του συστήματος υγείας όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας» (World Health Organization, 1978).

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν.4486/17 (Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως), ως ΠΦΥ ορίζεται: *«το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του ΕΣΥ, οι οποίες έχουν στόχο την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, την διάγνωση, την θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και την συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στο σύνολο του πληθυσμού με σεβασμό στα δικαιώματα και στις ανάγκες του».*

Η ΠΦΥ αποτελώντας αναπόσπαστο κομμάτι του (ΕΣΥ), στόχο έχει την πρόληψη ασθενειών μέσω της ενημέρωσης της κοινότητας, την προαγωγή της υγείας, τον καθορισμό απαραίτητης θεραπείας, την μακροχρόνια αποκατάσταση και φροντίδα (Wang et. al., 2023). Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει ευρύ φάσμα υπηρεσιών και δράσεων για την βελτίωση και αντιμετώπιση των κύριων προβλημάτων της υγείας όπως: η εκπαίδευση σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες, την διαθεσιμότητα ασφαλούς και πόσιμου νερού, την φροντίδα της μητέρας και του παιδιού, την ανοσοποίηση για λοιμώξεις και την πρόληψη με έλεγχο – διαχείριση των τοπικών ασθενειών καθώς και με έμφαση στην ενημέρωση – εκπαίδευση σχετικά με

τα υγειονομικά ζητήματα, την αντιμετώπιση τραυματισμών και παθήσεων αλλά και την παροχή βασικής φαρμακευτικής αγωγής. Αναπόσπαστο μέρος αυτών των υπηρεσιών αποτελεί η αυτοδυναμία και συμμετοχή των πολιτών στην διαμόρφωση των σχεδίων (World Health Organization, 1978).

Ωστόσο, οι βασικές αρχές της ΠΦΥ έχουν καταγραφεί στον Νόμο 3235/2004 - ΦΕΚ 53/Α/18-2-2004:

- 1) Η ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις ή περιορισμούς.
- 2) Ίσα δικαιώματα στην φροντίδα του ασθενή για όσο χρόνο χρειάζεται ανεξαρτήτως της φύσης των προβλημάτων υγείας (οξεία ή χρόνια).
- 3) Ολοκληρωμένη φροντίδα προς όλους τους πολίτες.
- 4) Επίκεντρο του συστήματος υγείας το άτομο και η οικογένεια του μέσω παροχής οργανωμένης φροντίδας.
- 5) Διαχείριση ιατροασφαλιστικών πληροφοριών προκειμένου η διαθεσιμότητα τους να είναι εφικτή σε όλο το σύστημα υγείας ενώ παράλληλα θα χαρακτηρίζεται από εμπιστευτικότητα.
- 6) Διατήρηση του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής προσωπικού και οικογενειακού ιατρού για την συντονισμένη πρόσβαση στο σύστημα υγείας.

Με λίγα λόγια, χωρίς την πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν είναι δυνατή η επίτευξη του καλού επιπέδου υγείας και η ορθή οικοδόμηση του ΕΣΥ τόσο σε ανεπτυγμένες χώρες όσο και σε λιγότερο ανεπτυγμένες αποτελώντας το προαπαιτούμενο κομμάτι για την «υγεία για όλους» (World Health Organization, 1978). Είναι μέγιστης σημασίας, η ΠΦΥ να προάγει την ανάπτυξη υποστήριξης και συνεργασίας μεταξύ των οργανισμών της κοινωνίας και των μέσων ενημέρωσης για την δημιουργία ενημερωμένου και υποστηρικτικού περιβάλλοντος σχετικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη (World Health Organization, 2003). Τέλος, μέσω της πρωτοβάθμιας περίθαλψης εξυπηρετούνται ζωτικής σημασίας λειτουργίες τόσο του μέλλοντος όσο και του παρελθόντος (Ellner & Phillips, 2017).

2.2 Ιστορική αναδρομή της ΠΦΥ

Η ανάγκη για μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας έγινε ορατή την δεκαετία του 1970 με τις υπάρχουσες συνθήκες σε κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό επίπεδο. Κεντρικό σημείο των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας αποτέλεσε η ΠΦΥ ως θεμέλιο – βάση του υγειονομικού συστήματος (Μωραΐτης, 2003).

Η διακήρυξη της Alma – Ata, 1978

Ο λόγος για την ΠΦΥ ξεκίνησε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, όμως η περιγραφή του όρου με σύγχρονη και επίκαιρη προσέγγιση έγινε το 1978 στην πόλη της Alma – Ata. Η διακήρυξη της Alma – Ata έλαβε χώρα στο Καζακστάν, αποτελούμενο από 134 χώρες του ΠΟΥ και της UNICEF (United Nations Children’s Fund) με βασικό ‘σύμβολο’ το «Υγεία για όλους ως το 2000» (Word, 2004). Βασικός στόχος και σημείο αναφοράς της συνέλευσης αυτής, ήταν η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής των ατόμων και η ύπαρξη παγκόσμιας ειρήνης (WHO, 1978), μέσω της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας με ασθενο – κεντρικό χαρακτήρα και σεβασμό στην ατομικότητα και τον οικογενειακό περίγυρο (Committee on Quality of Health Care in America, 2001 & Μαλαβάζος και συν., 2019). Πιο συγκεκριμένα:

- Μείωση ανισοτήτων στην υγεία
- Πρόληψη και αγωγή υγείας
- Αποκατάσταση
- Θεραπεία
- Οργάνωση και διαχείριση υγειονομικών υπηρεσιών
- Συμμετοχή του πληθυσμού στην διαδικασία της διαμόρφωσης αποφάσεων σχετικά με την υγεία (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012; De Vos et. al., 2009; Φιλαλήθης, 2008; Cueto, 2004).

Η διακήρυξη της Astana, 2018

Το 2018, 40 χρόνια μετά η διακήρυξη της Άστανα επιβεβαίωσε την εγκυρότητα – ορθότητα των αρχών της ΠΦΥ προσαρμόζοντάς τα με σύγχρονα στοιχεία (WHO, 2010), για την πρόληψη των επερχόμενων προκλήσεων (Chokshi & Cohen, 2018). Επιπλέον, με το παγκόσμιο συνέδριο που πραγματοποιήθηκε

επιβεβαιώθηκε η αναγκαιότητα για συνεργασία της ΠΦΥ με τον δημόσιο τομέα υγείας καθώς και η σημασία συμμετοχής της κοινότητας σε αυτή. Παράλληλα, εισήχθησαν νέοι όροι όπως η ανάλυση των πτυχών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης περιλαμβάνοντας την φροντίδα υγείας και τη φροντίδα ανακούφισης. Ακόμη, γίνεται αναφορά σε κοινωνικές, οικονομικές και περιβαλλοντικές πτυχές που επηρεάζουν τους παράγοντες κινδύνου και συνεπώς την υγεία (Kruk et. al., 2020). Η έμφαση δόθηκε στις ατομικές ανάγκες, παρέχοντας υπηρεσίες περίθαλψης κοντά στον τόπο κατοικίας χωρίς διακοπόμενη και περιστασιακή φροντίδα αλλά ολοκληρωμένη, χωρίς διακρίσεις (καθολική κάλυψη), ανεξαρτήτως φυλής, θρησκείας, φύλου, οικονομικής κατάστασης και κοινωνικής θέσης, με επίκεντρο την ποιότητα των υπηρεσιών (WHO, 2019 & Word, 2004). Το όραμα της είναι η εστίαση στην πρόληψη ασθενειών και η προαγωγή υγείας, δηλαδή ένα σύστημα εστιασμένο στον ασθενή (Kruk et al., 2018).

Με την ορθή οικοδόμηση της ΠΦΥ (βασισμένο στην διακήρυξη της Άστανα), πιθανά μελλοντικά ζητήματα θα αντιμετωπιστούν και θα επιτευχθεί η «βιώσιμη ανάπτυξη» (WHO, 2019), μέσω της καθολικής κάλυψης της υγείας του πληθυσμού, βασικός στόχος του Οργανισμού των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) (Kruk et. al., 2020).

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Σχετικά με την ελληνική πραγματικότητα, με τον νόμο του 1397/1983 δημιουργήθηκε το ΕΣΥ έχοντας ως πρωταρχικό μέλημα την ορθή οργάνωση της ΠΦΥ (Tountas, Karnaki & Pavi 2002). Στη συνέχεια, το άρθρο 12 του νόμου 1579/1985 ίδρυσε την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής, απαγορεύοντας παράλληλα την χρήση της επωνυμίας 'Κέντρο Υγείας – Ιατρικό Κέντρο' από ιδιώτες. Το άρθρο 7 του ίδιου νόμου ίδρυσε το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) για επείγουσα ιατρική παρέμβαση, φροντίδα και μεταφορά των έκτακτων περιστατικών σε δομές υγείας (νοσοκομεία) (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως). Επιπλέον, μέχρι το 1987, είχαν τεθεί σε λειτουργία 176 Κέντρα Υγείας και 19 μικρά νοσοκομεία (Marmor et. al., 2003). Το 1992 πραγματοποιήθηκαν μεταρρυθμίσεις στον χώρο της υγείας με στόχο την αντιμετώπιση της μειωμένης παραγωγικότητας και της γραφειοκρατίας του δημόσιου τομέα (Βασιλική, Ιωάννης & Παύλος, 2021). Την ίδια χρονολογία με τον Ν. 2071/1992 προωθήθηκε η σύναψη συμβάσεων ιδιωτικών φορέων με ασφαλιστικούς φορείς στοχεύοντας στην πλήρη κάλυψη της ΠΦΥ. Με τον Ν.

2519/1997 έρχεται στην επιφάνεια η ειδικότητα το οικογενειακού γιατρού ενώ με τον Ν. 3235/ 2004 θεσμοθετείται ως ειδικότητα παράλληλα με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας.

Με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα να ακμάζει, έγινε περισσότερο επιτακτική η ανάγκη για αλλαγές στον χώρο της ΠΦΥ, της τήρησης των δεσμεύσεων από την πλευρά των κυβερνήσεων, μείωσης των εξόδων και βελτίωσης της αποτελεσματικότητας. Η πρώτη μεταρρύθμιση που έπαιξε καταλυτικό ρόλο στην λειτουργία της ΠΦΥ ήταν η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας /2009-2011) με βασικό χαρακτηριστικό την αποκεντρωμένη διοίκηση (μεταφορά εξουσίας σε δήμους και περιφέρειες). Το 2012 ακολούθησε η δεύτερη σε σειρά μεταρρύθμιση ιδρύοντας τα ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας). Το βασικό χαρακτηριστικό της ήταν η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ σε ολόκληρη βάση, στον χώρο των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων (Ματθαίος & Ριχάρδος, 2016). Στη συνέχεια, το 2017 αναπτύχθηκαν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) με ένα ομαδικό σύνολο επαγγελματιών υγείας διάφορων ειδικοτήτων συμπεριλαμβανομένου και του οικογενειακού γιατρού με ένα σύστημα παραπομπών σε νοσοκομειακές δομές. Ως εκ τούτου, η πρώτη επαφή του πολίτη με το σύστημα υγείας γίνεται στα ΤΟΜΥ και έπειτα στα Κέντρα Υγείας και στις δομές ΠΕΔΥ (Μαλαβάζος και συν., 2019).

Ενώ πολλές από τις νομοθεσίες για την ανάπτυξη της ΠΦΥ δεν εφαρμόστηκαν, το 2017 με τον νόμο 4486 προσδιορίστηκαν οι παροχές της ΠΦΥ βασιζόμενο στην διακήρυξη της Alma – Ata και Astana. *«Υπηρεσίες: προαγωγής της υγείας/πρόληψης/αξιολόγησης αναγκών, διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, αναπαραγωγική φροντίδα, φροντίδα μητέρων και παιδιών, εμβολιασμός, επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα, ψυχικής υγείας, αντιμετώπιση εξαρτήσεων, διασύνδεση με κοινωνικές υπηρεσίες και δημόσια υγεία, υγιεινή στον χώρο εργασίας, νοσηλεία και φροντίδα κατ'οίκον»*. Προσδιορίστηκε η παροχή των υπηρεσιών χωρίς οικονομική επιβάρυνση, με ισότητα, χωρίς διακρίσεις, αδιάλειπτη εφαρμογή, σεβασμό από τους επαγγελματίες υγείας των αξιών και προσωπικών δεδομένων των ατόμων (ηθική & δεοντολογία). Αποκλειστικός στόχος ήταν οι υπηρεσίες να στοχεύουν στην διάγνωση, θεραπεία, παροχή νοσηλείας και συνεχόμενης – ολοκληρωμένης φροντίδας, βελτιώνοντας και διατηρώντας την υγεία (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2017).

Συνεπώς, παρόλο που οι αρχές της Astana το 2018, (στηριζόμενο στο ιστορικό συνέδριο της Alma – Ata), έχει σύγχρονο χαρακτήρα, σε πολλά κράτη δεν έχουν εφαρμοστεί ακόμη. Ως εκ τούτου, εάν η ΠΦΥ δεν αντιμετωπιστεί ως κεντρικό και φλέγον ζήτημα του συστήματος υγείας από το σύνολο των χωρών, οι ανισότητες στον χώρο της υγείας δεν θα υποχωρήσουν και η υγεία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα δεν θα προστατεύεται (Kruk et. al., 2020; Walraven, 2019). Στην Ελλάδα, παρόλο που έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ανάπτυξης της ΠΦΥ από τις κυβερνήσεις με δεδομένα διεθνών προτύπων του ΠΟΥ, δεν έχει επιτευχθεί ακόμη πλήρως το επιθυμητό αποτέλεσμα της ανάπτυξης και καθολικής υγείας με πλήρης ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού. Καθοριστικό ρόλο έχει η πολιτική κατάσταση της Ελλάδας με συνεχείς αλλαγές και διακεκομμένες ρυθμίσεις – οργανώσεις του ΕΣΥ (Κυριόπουλος, 1996).

2.3 Τα πλεονεκτήματα της ΠΦΥ στην κοινότητα και στο σύστημα υγείας

Τα τελευταία χρόνια έχει αναγνωριστεί σημαντικά από τις κυβερνήσεις ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύστημα υγείας. Η ΠΦΥ αποτελεί το βασικό θεμέλιο για την ισότητα στην υγεία και την αποτελεσματικότητα του συστήματος γενικότερα (Atun, 2004).

Η ΠΦΥ έχει πλεονεκτήματα τόσο για την κοινότητα όσο και για το σύστημα υγείας. Σύμφωνα με την Health Evidence Network (HEN), μέσω της ΠΦΥ βελτιώνεται η υγεία της κοινότητας, διευκολύνεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις και εμπόδια καθώς μειώνεται σημαντικά το κόστος περίθαλψης χωρίς αρνητική επίδραση στην ποιότητα (Davis et. al., 2014; Shear et. al., 1983; De Savigny & Adam, 2009; Institute for Healthcare Improvement, 2017; Porter, 2010). Με αυτόν τον τρόπο, μειώνονται οι εισαγωγές στα νοσοκομεία, οι νοσηλείες και οι πιθανές επεμβάσεις μειώνοντας σημαντικά τις δαπάνες υγείας (Friedberg, Hussey & Schneider 2010). Ωστόσο, κεντρικό και απαραίτητο σημείο όλων αυτών αποτελεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού με ρόλο που στοχεύει στο βασικό τρίπτυχο *‘πρόληψη – έγκαιρη διάγνωση – θεραπεία’*, περιστατικών που δεν χρήζουν δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης (Αθανάσιος, 2018; Ιωαννίδη, Λοπατατζίδη & Μάντη, 1999). Ως εκ τούτου, εκτός από τις νοσηλείες, μειώνονται και

οι επισκέψεις στο Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) συμβάλλοντας σημαντικά στην αποσυμφόρηση του συστήματος υγείας (Enard & Ganelin, 2013).

Εν κατακλείδι, η συνέχεια της οργανωμένης λειτουργίας της ΠΦΥ, προϋποθέτει την συνεχή βελτίωση της περίθαλψης και συνάμα της υγείας με ταυτόχρονη ικανοποίηση του ασθενή σχετικά με το κόστος. Γι' αυτόν τον λόγο, απαιτείται άρτια καταρτισμένο/εκπαιδευμένο προσωπικό και σύγχρονη τεχνολογία, με δίκαιη κατανομή των πόρων της υγείας υπέρ της ΠΦΥ, βελτιώνοντας τις διαδικασίες συνεχώς (Ellner & Phillips, 2017; Cassel & Wilkes, 2017; Ellner et. al., 2015; Cassel et al., 2009). Από τα παραπάνω γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι, μέσω της ορθής λειτουργίας της ΠΦΥ οι πολίτες θα αναζητούν περίθαλψη σε δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές υγείας μόνο εφόσον υπάρχει πραγματική ανάγκη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1 Ο ορισμός της ικανοποίησης

Παλαιότερα υπήρχε η πατερναλιστική άποψη σύμφωνα με την οποία δινόταν προσοχή στην γνώμη των επαγγελματιών (γιατρών & προσωπικού) για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, όμως στην δεκαετία του 90' μπήκε στο επίκεντρο η άποψη των ασθενών με σκοπό την βέλτιστη και ορθή οργάνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την επίτευξη της καλής υγείας (Smith & York, 2004). Με τις επικρατούσες συνθήκες και τις αυξανόμενες απαιτήσεις των ασθενών, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί προτεραιότητα για τους επαγγελματίες υγείας και τον τομέα υγείας γενικότερα (Sitzia & Wood, 1997). Γι' αυτόν τον λόγο, τα τελευταία 20 χρόνια, οι πολιτικές υγείας βασίζονται στις έρευνες – μελέτες που πραγματοποιούνται για την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας ενώ παράλληλα συμβάλλει στην εύρυθμη λειτουργία των φορέων (Behm, Bennington & Cummane, 2000).

Οι δημοσιευμένες μελέτες για την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας αυξάνονται όλο και περισσότερο καθώς βάσει της βιβλιογραφίας περισσότερο από 95% των δομών υγείας ερευνούν τα επίπεδα ικανοποίησης των χρηστών (Bleich, Ozaltin & Murray, 2009; Smith, 1992). Από τις μελέτες προκύπτει ότι η συμπεριφορά των ασθενών, δηλαδή η επιλογή ή μη των αντίστοιχων υγειονομικών δομών, καθορίζεται από την προηγούμενη εμπειρία και τον βαθμό ικανοποίησης τους (Newsome & Wright 1999; Prasad, 1995). Επιπροσθέτως, τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών έχουν συσχετιστεί με την υψηλή ανταπόκριση – συμμόρφωση τους στην ενδεδειγμένη θεραπεία του γιατρού αλλά και με την συστηματική παρακολούθηση της κατάστασης τους έχοντας ως αποτέλεσμα την βελτίωση της κατάστασης υγείας και ως εκ τούτου την σύσταση της υπηρεσίας σε άλλους (Cehng et. al., 2003; Sitzia & Wood 1997; Pascoe, 1983).

Στην έννοια της ικανοποίησης έχουν δοθεί πολλές ερμηνείες. Μια από αυτές έχει δοθεί από τον Donabedian, τον πρωτοπόρο της θεώρησης 'η ικανοποίηση του χρήστη αποτελεί έναν δείκτη ποιότητας', σύμφωνα με τον οποίο ικανοποίηση είναι *«έννοια άμεσα συνδεδεμένη με τις προηγούμενες εμπειρίες του ασθενούς, τις ανάγκες και τις προσδοκίες, καθώς και την παρεχόμενη φροντίδα»* (Avis, Bond & Arthur,

1995; Guzman et. al., 1988). Ωστόσο, έχει αναφερθεί στον υποκειμενικό χαρακτήρα της ικανοποίησης των ασθενών καθώς σχετίζεται με την πολιτισμική τους συμπεριφορά (Tsaousoglou & Koukourikos, 2007; Petersen & M.B.H, 1988). Επιπλέον, έχει αναφερθεί στην σημαντικότητα της αξιολόγησης της υγείας από τους ασθενείς ως τη βασικότερη πηγή άντλησης πληροφοριών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Donabedian, 1988a & Donabedian, 1988b). Οι Bond και Thomas (1992), υποστήριξαν ότι «1) η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με την ικανοποίηση των αναγκών τους και 2) η ικανοποίηση επέρχεται όταν επιτυγχάνεται η εκπλήρωση της ανάγκης τους για διαπροσωπικές σχέσεις και συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων». Οι Crowe et. al., (2002) και Urdu (2002) επίσης υποστήριξαν ότι «ικανοποίηση του ασθενούς είναι γνωστική αξιολόγηση η οποία επηρεάζεται συναισθηματικά και ως εκ τούτου αποτελεί μια υποκειμενική αντίληψη». Έπειτα, το 2005 ο Wolosin επίσης υποστήριξε ότι, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί δείκτη ποιότητας στις υπηρεσίες αναφέροντας την σημαντικότητα των προσωπικών εμπειριών των ασθενών και δίνοντας τον εξής ορισμό στην έννοια της ικανοποίησης: «είναι η σημαντική 'φωνή' του ασθενούς καθώς αντανακλά την σχέση τους με τους παρόχους της περίθαλψης». Η ικανοποίηση μαθητών-ασθενών μπορεί να περιγραφεί ως «η θετική ή αρνητική στάση απέναντι στην εμπειρία τους και ορισμένες συγκεκριμένες πτυχές στην παροχή υπηρεσιών» (Sadeh, 2017, σελ. 104).

Ωστόσο, σε άλλες βιβλιογραφικές μελέτες η έννοια ορίζεται ως «ένα κυκλικό μοντέλο που εξηγεί την σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και της αφοσίωσης». Ο Mc. Alexander (2003), ανέφερε την ικανοποίηση ως «προϋπάρχον της πίστης» ενώ ο Camper το 2004 υποστήριξε ότι «η πίστη – αφοσίωση οδηγεί τις προσδοκίες των καταναλωτών μέσω των οποίων κατευθύνονται οι αγορές και οι διαδικασίες καταπόνησης». Ακόμη, από τους Liljinder et. al., (1995), η ικανοποίηση ορίστηκε ως «η αξία του προϊόντος ή της υπηρεσίας που τα άτομα αξιολογούν ανάλογα με τις προσδοκίες των εμπειριών τους» (Kalaja & Xhafa, 2016).

Σύμφωνα με τον Παπανικολάου (2007), ένα πρόγραμμα αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών, το οποίο είναι επιτυχημένο, αξιόπιστο και ορθά τεκμηριωμένο, μπορεί να προσφέρει σημαντικά οφέλη. Πρώτον, μπορεί να συνδράμει στη διοίκηση ενός οργανισμού υγείας, βοηθώντας στη βελτίωση της ποιότητας των κλινικών, διοικητικών και υποστηρικτικών δραστηριοτήτων. Δεύτερον, μπορεί να

συμβάλλει στον καθορισμό και την ανάλυση των αναγκών, των προσδοκιών και των επιθυμιών των ασθενών. Τρίτον, μπορεί να ενισχύσει τη διοίκηση και να επιφέρει καινοτομίες. Τέταρτον, μπορεί να βελτιώσει την ηθική του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Πέμπτον, μπορεί να προσφέρει ένα κίνητρο στους εργαζομένους για την αύξηση της παραγωγικότητάς τους, καθώς οι προσπάθειες για βελτίωση των υπηρεσιών αξιολογούνται από τους ίδιους τους ασθενείς. Τέλος, μπορεί να προσδιορίσει τα κύρια πλεονεκτήματα και αδυναμίες του οργανισμού σε σύγκριση με τους ανταγωνιστές, με βάση τις απόψεις και τις αντιλήψεις των χρηστών. Συνολικά, αποτελεί ένα ισχυρό εργαλείο για την ανάπτυξη και τη στρατηγική διοίκηση των οργανισμών υγείας

3.2 Παράγοντες ικανοποίησης των χρηστών στην ΠΦΥ

Έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες μέχρι σήμερα σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών. Ωστόσο, κάποια από τα στοιχεία των μελετών είναι αντικρουόμενα (Batbaatar et. al., 2017). Μέσω των ερευνών που πραγματοποιούνται για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, γίνονται αντιληπτοί οι παράγοντες που επηρεάζουν τις τιμές και χρήζουν βελτίωσης (Aharony & Strasser, 1993). Αυτό, συμβάλλει στην κατανόηση των αναγκών των ασθενών από τους παρόχους υγείας και ακολούθως στον επιτυχή σχεδιασμό ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας (Al-Abri & Al-Balushi, 2014; Majeed Alhasem et. al., 2011).

Κάποιοι από τους καθοριστικούς παράγοντες του βαθμού ικανοποίησης που καταγράφονται στα εξωτερικά ιατρεία είναι ο βαθμός επαγγελματισμού που χαρακτηρίζει τις συμπεριφορές του προσωπικού (ιδίως των γιατρών) και οι διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται. Σε μια άλλη μελέτη, προσδιορίστηκαν ως σημαντικότεροι παράγοντες η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η εθνικότητα (Jung et. al., 2003). Ακόμη, γίνεται αναφορά στην μεγάλη επίδραση που έχει ο σεβασμός προς τους ασθενείς στην τελική διαμόρφωση της εμπειρίας – ικανοποίησης τους (Ekaterina, Stavros, Anca & Lambrini, 2017). Κεντρικό ρόλο στους παράγοντες κατέχει η επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και το προσωπικό, σχετικά με το επίπεδο ενημέρωσης και εκπαίδευσης που λαμβάνει για το ζήτημα υγείας του από

τον θεράπων γιατρό (Carr-Hill, 1992). Ο βαθμός εκπαίδευσης και αποτελεσματικότητας του προσωπικού έχει επίσης σημαντικό ρόλο. Όπως αναφέρεται σε βιβλιογραφίες, οι εγκαταστάσεις των ιατρείων – δομών υγείας συμβάλλουν με την σειρά τους στα επίπεδα ικανοποίησης (Zoller, Lackland & Silverstein, 2001). Η διάρκεια της αναμονής για τον προγραμματισμό και την πραγματοποίηση του ραντεβού (πχ, λίστες αναμονής) έχει εξίσου σημαντικό ρόλο καθώς έχει ως συνέπεια την πρόκληση άγχους και έντασης (Aletras, Zacharaki & Niakas, 2007). Σε μια άλλη έρευνα, επίσης υποστηρίχτηκε ότι οι βασικότεροι παράγοντες είναι οι διαστάσεις της φροντίδας και οι διαπροσωπικές σχέσεις (Kalaja & Xhafa, 2016). Αντίθετα, το 2007 στην μελέτη που διενεργήθηκε, οι αρχικές προσδοκίες του ασθενούς αναφέρθηκαν ως ο σημαντικότερος παράγοντας ικανοποίησης (Tam, 2007). Επιπλέον, σύμφωνα με σχετικές έρευνες, υποστηρίζεται ότι οι εμπειρίες των ασθενών καθορίζονται τόσο από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας όσο και από την επαφή με τους επαγγελματίες υγείας (Bradshaw & Raphaelson, 2021; Moore et. al., 2016). Τέλος, στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι *«η ικανοποίηση συνδέεται με τρεις παράγοντες: ασθενείς – επαγγελματίες υγείας – κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, χαρακτηριστικά του ασθενή και οι χρόνοι αναμονής»* (Sengupta, Chakrabarti & Mukhopadhyay, 2019).

Εν κατακλείδι, οι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών παραμένουν αμφισβητούμενοι, αβέβαιοι, ασαφείς και αντιφατικοί διότι διαφέρουν μεταξύ τους στα στοιχεία των μελετών (Sanchez-Piedra et. al., 2014; Footman et. al., 2013; Jackson, et. al., 2001). Αναμφίβολα συμπεραίνεται ότι, υπάρχει ανάγκη να πραγματοποιηθούν περαιτέρω έρευνες και μελέτες τόσο για την σημαντικότητα των παραγόντων ικανοποίησης όσο και για την επίδραση τους στην διαμόρφωση της εμπειρίας των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Hall & Dornan, 1990). Τέλος, είναι σημαντικό οι έρευνες αυτές να πραγματοποιηθούν με τυποποιημένα ερωτηματολόγια σταθμισμένα σε συγκεκριμένα κοινωνικά σύνολα και έθνη ώστε να ακολουθήσουν οι συγκρίσεις (Batbaatar et. al., 2017).

3.3 Η συσχέτιση της ικανοποίησης με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Με την αυξανόμενη τάση του ανταγωνισμού στον χώρο των παροχών υγείας λόγω της αύξησης των απαιτήσεων των ασθενών, οι επιχειρήσεις – οργανισμοί υγείας έρχονται αντιμέτωποι με δυσκολίες σχετικά με τους ‘πελάτες’ (Boadi et. al., 2019; Farooq et. al., 2018; Fatima et. al., 2018). Ως εκ τούτου, για την επιβίωση των οργανισμών και διατήρηση των ‘πελατών’ σε εποχές μεγάλων/ έντονων προκλήσεων, είναι μέγιστης σημασίας η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας (Farooq et. al., 2018; Jamaluddin & Ruswanti, 2017).

Σύμφωνα με τον Donabedian, η ικανοποίηση των ασθενών αποτέλεσε τον ουσιαστικό δείκτη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ενώ παράλληλα ορίστηκε ως δείκτης αποδοτικότητας για την μέτρηση της επιτυχίας των γιατρών στις νοσοκομειακές δομές (Smith & York, 2004; Merkouris et. al., 2003; Donabedian, 1988). Οι επαγγελματίες υγείας ακολουθώντας το ασθενοκεντρικό μοντέλο, στοχεύουν τόσο στην κλινική αποτελεσματικότητα όσο και στην ικανοποίηση του ασθενούς με ποιοτικές υπηρεσίες η οποία υπολογίζεται μέσω ερευνών, διαδραματίζοντας κεντρικό ρόλο στην ανάδειξη της αξίας του συστήματος (Farley et. al., 2014). Επομένως, η σύνδεση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών είναι στενή καθώς οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας όταν λαμβάνουν καλές - ποιοτικές και ασφαλείς υπηρεσίες με σεβασμό. Αξίζει να σημειωθεί ότι, η αύξηση της ποιότητας αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα που επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή ως προς την χρήση υπηρεσιών, την σύσταση σε άλλους και την επανάληψη ‘κατανάλωσης’ (Meesala & Paul, 2018; Oliver, 1980).

Στις ΗΠΑ, η μέτρηση και ποσοτικοποίηση της αξίας των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται πλέον με έρευνα και συγκεκριμένα με εργαλεία ικανοποίησης των ασθενών (Farley et. al., 2014). Ωστόσο, οι υψηλές βαθμολογίες ικανοποίησης ασθενών δεν αντιστοιχούν πάντα σε υψηλή ποιότητα περίθαλψης, καθώς οι τιμές αυτές ενδέχεται να συνδέονται με αυξημένο κόστος χωρίς βελτίωση στην φροντίδα και σε δείκτες ασφάλειας (Godil et. al., 2013; Lyu, 2013). Οι έρευνες ικανοποίησης, παρά την δημοφιλία και την δημοτικότητα που έχουν αποκτήσει δεν είναι ολοκληρωμένο και ασφαλές – έγκυρο μέτρο ποιότητας περίθαλψης καθώς η σχέση

μεταξύ της ικανοποίησης και άλλων ποιοτικών δικτύων όπως η αποδοτική και αποτελεσματική φροντίδα είναι περισσότερο άξια προσοχής (Zgierska, Rabago & Miller, 2014). Με λίγα λόγια, η αξιολόγηση της ποιότητας απαιτεί πολυδιάστατη προσέγγιση με συγκεκριμένα μέτρα για κάθε τομέα (Shirley & Sanders, 2016).

Για την ακρίβεια των στοιχείων μιας έρευνας και την ανάδειξη της ποιότητας δεν αρκεί μόνο η μέτρηση της ικανοποίησης αλλά συνάμα να ληφθούν υπόψιν οι δείκτες των αποτελεσμάτων, της ασφάλειας και του κόστους με ξεχωριστή μέτρηση και σύγκριση των δεδομένων (Committee on Quality of Health Care in America, 2001). Επομένως, η έρευνα χρειάζεται να εστιάζει σε όλους τους τομείς της ποιότητας για την ορθή συλλογή των δεδομένων καθώς και για την αποφυγή εστίασης σε απλούστερους τομείς (Shirley & Sanders, 2016).

Συνεπώς, η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας προσδιορίζεται ως «θεμέλιος πυλώνας» καθώς με την αξιολόγηση της ικανοποίησης τους αλλά και ο εντοπισμός των αναγκών τους συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας (Izadi et.al., 2017). Η ποιότητα των υπηρεσιών ενισχύει σημαντικά την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας ενώ παράλληλα συμβάλλει θετικά στην ικανοποίηση – εμπειρία των ασθενών με σημαντική ελαχιστοποίηση πιθανών βλαβών στην υγεία τους (Almomani et. al., 2020; Arcidiacono & Pieroni, 2018). Γι' αυτόν τον λόγο, οι διευθύνσεις των νοσοκομείων χρειάζεται να θέσουν ως προτεραιότητα και γραμμή την συνεχή βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Meesala & Paul, 2018).

3.3.1 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και ο εννοιολογικός προσδιορισμός

Η έννοια της ποιότητας στον ευρύτερο κλάδο των υπηρεσιών όπως αναφέρει ο Σιγάλας (1999), ταυτίστηκε με «*την ετοιμότητα παροχής, την δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία την φιλικότητα και την συνεχή υποστήριξη*» (Νικολάου, Κουράκος & Καυκιά, 2022). Όμως, στον κλάδο της υγείας από το 1983, στις ΗΠΑ (Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής) ψηφίστηκε από τον Εθνικό Οργανισμό Υπηρεσιών Υγείας νόμος σύμφωνα με τον οποίο, έπρεπε να ορίζονται σχέδια βασισμένα στις απόψεις των ασθενών από όλα τα κέντρα υγειονομικής φροντίδας (Vingerhoets, Wensing & Grol, 2001). Έπειτα, ακολούθησαν πολλές

μελέτες για την αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας μέσω των οποίων αναδεικνύονταν ζητήματα που έρχονταν μεταρρυθμίσεων (Parand et. al., 2014). Είναι αξιοσημείωτο ότι, η ποιότητα στοχεύει σε μια φροντίδα η οποία χαρακτηρίζεται από ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, δικαιοσύνη – ισότητα, έγκαιρη παρέμβαση και κυρίως με επίκεντρο τον ασθενή (Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

Η μέτρηση της ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας καθώς μέσω αυτής, αναδεικνύονται οι αδυναμίες και ο βαθμός επάρκειας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Izadi et. al., 2017). Για την αξιολόγηση της ποιότητας, υπολογίζονται τα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας, το κόστος και η αποτελεσματικότητα σύμφωνα με τις απόψεις των ασθενών (National Institute of Health, 2017). Γενικά, η ποιότητα όπως ορίζει ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Organization for Standardization/ISO), «είναι ο βαθμός κατά τον οποίο ένα σύνολο εγγενών χαρακτηριστικών πληροί συγκεκριμένες απαιτήσεις» (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985).

Από τους Jurand & Godfrey (1999), η ποιότητα ορίστηκε ως «η συμμόρφωση με απαιτήσεις και προδιαγραφές και πιο συγκεκριμένα ως ένα σύνολο των χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητα τους να ικανοποιούν δεδομένες ανάγκες» (Νικολάου, Κουράκος & Κανκιά, 2022).

Ωστόσο, η 'ποιότητα' στις υπηρεσίες υγείας είναι ένας σύνθετος και πολυδιάστατος όρος με δυσκολία στην απόδοση ενός μοναδικού ορισμού, γι' αυτόν το λόγο έχουν αποδοθεί αρκετοί ορισμοί (Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

Σύμφωνα με τον Donabedian(1980), η ποιότητα στην φροντίδα ορίζεται ως «το είδος της φροντίδας το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει τα καλώς έχειν του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψιν των ωφελειών και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία της περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους σημεία».

Ωστόσο ο ΠΟΥ, το 2006 ανέφερε ότι ποιότητα φροντίδας είναι «η διαδικασία λήψης στρατηγικών επιλογών στα συστήματα υγείας».

Από το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής, η ποιότητα ορίζεται ως «ο βαθμός με το οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα της επίτευξης επιθυμητών

αποτελεσμάτων υγείας για άτομα και πληθυσμούς και παρέχονται με βάση τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις» (Shirley & Sander, 2016). Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, η ποιότητα μεταβάλλεται ανάλογα με τα επιστημονικά δεδομένα που επικρατούν σε κάθε χρονική περίοδο.

Σύμφωνα με την Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) 2020, η ποιότητα είναι «να κάνει κανείς τα σωστά πράγματα, για τον σωστό ασθενή, την κατάλληλη στιγμή, με τον σωστό τρόπο για να επιτύχει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα» (Ψαρίκογλου, Αποστολάκης & Σαράφης, 2022).

Ενώ, οι Ψαρίκογλου, Αποστολάκης και Σαράφης (2022), αναφέρουν ότι η έννοια της ποιότητας στο δημόσιο είναι ανόμοια με αυτή του ιδιωτικού καθώς ποικίλουν οι απόψεις και οι προσδοκίες των ασθενών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι, σε ιδιωτικές δομές υγείας οι ασθενείς δίνουν ιδιαίτερη σημασία και προσδοκούν ξενοδοχειακές υποδομές ενώ στο δημόσιο εστιάζουν στον βαθμό προσβασιμότητας στις υπηρεσίες.

Επομένως, είναι μέγιστης σημασίας οι διευθυντές των δομών υγειονομικής περίθαλψης να εστιάσουν στις απόψεις και ανάγκες των ασθενών για την επίλυση των ζητημάτων, να προχωρήσουν σε μεταρρυθμίσεις όπου απαιτούνται και συνάμα να δοθεί μεγάλη βαρύτητα στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Για την επίτευξη των παραπάνω, χρειάζεται να εφαρμοστεί η μέτρηση της ποιότητας και να κατανοηθεί η συμβολή της στην ασφάλεια των ασθενών, στην έκβαση της υγείας τους και στην ποιότητα φροντίδας γενικότερα (Κοντοδημόπουλος, 2016).

3.3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα υπηρεσιών

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αντιπροσωπεύει έναν συνδυασμό πολλών παραμέτρων – παραγόντων οι οποίες επηρεάζουν την εμπειρία του ασθενούς, την αποτελεσματικότητα της ιατρικής περίθαλψης και των υπηρεσιών υγείας γενικότερα. Ο εντοπισμός των παραγόντων αυτών, στοχεύει στον ορθό προγραμματισμό πολιτικών υγείας με μεταρρυθμίσεις/ βελτιώσεις στα υγειονομικά ιδρύματα καθώς επίσης και στις συμπεριφορές και προσεγγίσεις του υγειονομικού προσωπικού. Με τις υπάρχουσες συνθήκες στον τομέα της υγείας, ο καθορισμός των παραγόντων που

επηρεάζουν την ποιότητα αποτελεί μια διαδικασία αναγκαία και απαραίτητη. Με την ανάδειξη των παραγόντων αυτών και την αξιολόγηση τους, γίνεται αντιληπτή η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται καθώς επίσης επιτυγχάνεται αποτελεσματικότερα η διαμόρφωση του συστήματος υγείας προσφέροντας βελτιωμένες υπηρεσίες περίθαλψης στην κοινότητα. Γι' αυτόν τον λόγο, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες για τους κρίσιμους παράγοντες αλλά και την αξιολόγηση τους μέσω κάποιων μοντέλων, εκ των οποίων το πιο συχνό είναι το μοντέλο SERVQUAL (Νικολάου, Κουράκος & Καυκιά, 2022).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2006), οι έξι γενικοί παράγοντες που χρήζουν βελτίωσης στο σύστημα υγείας για την επίτευξη ύψιστης ποιότητας είναι η αποτελεσματικότητα στην κατάσταση της υγείας, η αποτελεσματικότητα σχετικά με την διαχείριση των πόρων χωρίς περιττές δαπάνες, η έγκαιρη και γεωγραφικά εφικτή προσβασιμότητα, η ισότητα ανεξαρτήτως φύλου ή κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, ασθενοκεντρικές πρακτικές και τέλος η ασφάλεια μειώνοντας σημαντικά την πιθανότητα κινδύνου ή βλάβης. Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Meesala και Paul (2018), ανέφεραν ότι οι παράγοντες που πρέπει να εστιάζουν οι διοικητές των νοσοκομειακών μονάδων είναι: η έγκαιρη παροχή των υπηρεσιών, η φροντίδα που παρέχεται από το προσωπικό, το κόστος, η ορθή επικοινωνία για τους χρόνους παροχής υπηρεσιών, η ταχύτητα αλλά και οι πρακτικές – συμπεριφορές των εργαζομένων όπως η προθυμία, η ορθή και αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για την ορθή λειτουργία της υγειονομικής δομής. Επιπλέον ανέφεραν ότι, η διαβεβαίωση, η ενσυναίσθηση και η σημασία που λαμβάνουν οι ασθενείς κατέχουν μικρότερο ρόλο στην επιρροή της ικανοποίησης του ασθενούς (ιδιαίτερα σε αναπτυσσόμενες χώρες που οι ασθενείς εξαρτώνται από τον θεράποντα γιατρό).

Όπως γίνεται αντιληπτό, το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών τις περισσότερες φορές καθορίζεται από τρεις βασικές πτυχές: την υποδομή, τις διαδικασίες και την αποτελεσματικότητα. Στην υποδομή εστιάζεται η επάρκεια των εγκαταστάσεων, των υλικών και του προσωπικού, στις διαδικασίες εστιάζεται η διαχείριση της φροντίδας αλλά και οι τρόποι που εφαρμόζονται για την βελτίωση της αποδοτικότητας. Η τρίτη πτυχή της αποτελεσματικότητας αξιολογείται ως προς τις αλλαγές στην υγεία του ατόμου, την ικανοποίηση του, το επίπεδο πληροφόρησης του

αλλά και ως προς τους δείκτες των επιπλοκών, της θνησιμότητας και τον χρόνο παραμονής σε ιατρική μονάδα (Virgo et. al., 2006).

Επομένως, ο καθορισμός των πολύπλοκων παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών και ως εκ τούτου την ικανοποίηση των ασθενών, είναι ζωτικής σημασίας που απαιτούν συνεχή παρακολούθηση και βελτίωση. Με βάση τους κρίσιμους αυτούς παράγοντες, είναι δυνατή η επίτευξη της βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες περίθαλψης, η βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη, η μείωση κινδύνων για επιπλοκές και ιατρικά λάθη και συνάμα παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για την λήψη αποφάσεων, την χάραξη πολιτικών υγείας και την προώθηση γενικής ευημερίας των πολιτών αυξάνοντας την ικανοποίηση των ασθενών και βελτιώνοντας τα αποτελέσματα υγείας γενικότερα (Fatima, et. al., 2019).

3.4 Εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης

Η διεξαγωγή έρευνών και μελετών που εξετάζουν την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί αναγκαίο και χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ολόκληρο το σύστημα υγείας. Τα επίπεδα ικανοποίησης επηρεάζονται άμεσα από τις προσδοκίες των ατόμων που λαμβάνουν την περίθαλψη.

Σύμφωνα με τους Sitzia & Wood (1998), η πιο συχνή μέθοδος – εργαλείο συλλογής δεδομένων είναι με την μορφή των ερωτηματολογίων που συμπληρώνονται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες παρόλο που έχει χαμηλότερη ανταπόκριση σε σχέση με την μέθοδο της συνέντευξης, η οποία φαίνεται να έχει υψηλότερα επίπεδα ανταποκρισιμότητας με μικρή διαφορά. Ακόμη, στην μελέτη τους κάνουν αναφορά για τον ρόλο που έχει το μέγεθος του ερωτηματολογίου το οποίο όσο αυξάνεται, τόσο μειώνεται η ανταποκρισιμότητα (με μικρή συσχέτιση). Αντίθετα, η ανταπόκριση φαίνεται να αυξάνεται με την αποστολή υπενθύμισης σε όσους δεν έχουν ανταποκριθεί (Gordon & Stokes, 1989).

Οι κλίμακες εκτίμησης που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών χρειάζεται να χαρακτηρίζονται από εγκυρότητα (validity) και αξιοπιστία (reliability). Η εγκυρότητα ενός οργάνου μέτρησης ορίζεται ως «η

ιδιότητα της μέτρησης που επιτρέπει στον ερευνητή να ισχυριστεί ότι το όργανο μετρά αυτό που λέει ότι μετρά», ενώ η αξιοπιστία είναι «η συμφωνία μεταξύ δυο προσπαθειών για την μέτρηση του ίδιου χαρακτηριστικού μέσω όσο το δυνατόν διαφορετικών μεθόδων» (Hammersley, 1987). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Hammersley (1987), «ένα εργαλείο είναι αληθές ή έγκυρο εάν αντιπροσωπεύει επακριβώς τις διαστάσεις ενός φαινομένου, που σκοπεύει να περιγράψει, να διαμορφώσει ή να εξηγήσει σε θεωρητικό επίπεδο».

Ωστόσο, σε κάποιες μελέτες υποστηρίζεται ότι δεν αποφέρουν μόνο θετικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα τα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών και η εστίαση στο οικονομικό όφελος σε συνδυασμό με την βελτίωση – ελαχιστοποίηση του πόνου των ασθενών καταλήγουν σε αυξημένο αριθμό συνταγογραφήσεων οπιοειδών (Lembke, 2013; Shill et. al., 2012; Welch, 2010). Επιπροσθέτως, τα αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης ενδεχομένως να συνδέονται με υψηλότερο κόστος υπηρεσιών ενώ μπορεί να αυξηθεί περεταίρω μέσω της εφαρμογής έρευνας ικανοποίησης των ασθενών (Shirley & Sanders , 2016). Παράλληλα, υπάρχει και η άποψη περί υποκειμενικότητας των ασθενών στην ικανοποίηση αλλά και των προσδοκιών τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, δυσχεραίνοντας την διαδικασία της αξιολόγησης με τα ερευνητικά εργαλεία διότι αναδεικνύονται ζητήματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας των χρησιμοποιούμενων εργαλείων μέτρησης (Toma et. al., 2009; Weinman, 2001; De Ruyter et al., 1998; Williams, 1994). Οι Glickman και λοιποί ανέφεραν ότι, τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης είναι δυνατό να προέρχονται από το γεγονός ότι στα εργαλεία μέτρησης ανταποκρίνονται περισσότερο ασθενείς με καλύτερη υγεία, επηρεάζοντας σημαντικά τα ευρύτερα αποτελέσματα (Glickman et. al., 2010). Γι' αυτόν το λόγο, η Αμερικάνικη Ιατρική Ένωση αμφισβητεί τα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης ως επικυρωμένα για την έγκυρη αξιολόγηση του επιπέδου της ιατρικής περίθαλψης (Farley et. al., 2014).

Παρόλο που οι απόψεις δίστανται, η κυρίαρχη άποψη που επικρατεί υποστηρίζει την εφαρμογή εργαλείων μέτρησης. Πιο συγκεκριμένα, με την ραγδαία ανάπτυξη στον τομέα της τεχνολογίας και της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, κρίνεται μείζονος σημασίας η αξιολόγηση της απόδοσης των υπηρεσιών περίθαλψης καθώς η ικανοποίηση των ασθενών έχει αναδειχθεί από μελέτες ως δείκτης μέτρησης

της ποιότητας των υπηρεσιών (Kourakos et al., 2020; Tsai et. al., 2015; Bleustein et. al., 2014; Yellen et. al., 2002).

Συνεπώς, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών με σταθμισμένα εργαλεία επιτυγχάνεται η ανάδειξη των προβλημάτων των δομών υγείας και ως εκ τούτου α)η βελτίωση της φροντίδας υγείας που παρέχεται β)η αντιμετώπιση προκλήσεων και γ)η επίλυση ζητημάτων, αποτελώντας αναπόσπαστο εργαλείο για την ορθή σχεδίαση πολιτικών υγείας (Νικολάου, Κουράκος & Καυκιά, 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

4.1 Η εξέλιξη της ΠΦΥ σε εκπαιδευτικές δομές και η συμβολή της

Η πρώτη επαφή της ΠΦΥ με εκπαιδευτική δομή ήταν σε σχολείο το 1902, με τον διορισμό νοσηλεύτριας με σκοπό την επίβλεψη 8.671 μαθητών σε τέσσερα διαφορετικά σχολεία της Νέας Υόρκης. Την δράση αυτή, ακολούθησε η εξαιρετική μείωση των απουσιών των μαθητών, οδηγώντας σύντομα σε προσλήψεις επιπλέον 12 νοσηλευτριών (Zaiger, 2013). Ενώ η πρώτη φορά που προτάθηκε ένα συντονισμένο – οργανωμένο πρόγραμμα σχολικής υγείας ήταν το 1987 από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Kremer, 1993).

Στην Ελλάδα, στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση εισήχθησαν νοσηλευτές για παροχές υγειονομικής περίθαλψης το 1985 («Νόμος 1566/1985, δομή και λειτουργία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ΦΕΚ 167 Α' / 30-9-1985»), ενώ θεσμοθετήθηκε το 2000. Αξίζει να σημειωθεί ότι, στην Ελλάδα η ύπαρξη νοσηλευτικού ή ιατρικού προσωπικού σε δημόσια και ιδιωτικά ιδρύματα εκπαίδευσης δεν ορίζεται ως υποχρεωτική. Παρ' όλα αυτά, σε περιστατικά έκτακτης ανάγκης η παρουσία καταρτισμένων επαγγελματιών υγείας αποτελεί αναγκαιότητα για την διασφάλιση της μαθητικής – φοιτητικής υγείας αλλά και του προσωπικού των ιδρυμάτων.

Η ύπαρξη επαγγελματιών υγείας στην εκπαίδευση είναι καθοριστική και αποτελεί το κλειδί για την σύνδεση και 'επικοινωνία' των μαθητών – σπουδαστών με το σύστημα υγείας και τις παροχές του, επιβεβαιώνοντας την φράση «*Η καλή υγεία και η ισχυρή εκπαίδευση δεν μπορούν αν διαχωριστούν*» (Council on Children with Disabilities and Medical Home Implementation Project Advisory Committee, et al., 2014; McAllister, et. al., 2007; American Academy of Pediatrics, 2004). Είναι χαρακτηριστικό ότι έτσι ενισχύεται η Δημόσια Υγεία, επιτυγχάνεται η προαγωγή της υγείας (εκπαίδευση/πρόληψη) και η πρωτοβάθμια αντιμετώπιση επιπλοκών υγείας (Wainwright, Thomas & Jones, 2000). Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας δίνουν οδηγίες με στόχο την καλή υγεία, την θεραπεία, παρέχουν υποστήριξη και συντονισμό – συνεργασία με άλλες πιο εξειδικευμένες δομές υγείας (Godson, 2012;

Green & Reffel, 2009; Croghan, et.al., 2004). Επιπλέον, βρίσκονται σε ετοιμότητα σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, αξιολογούν την υγεία, αντιμετωπίζουν χρόνια νοσήματα παρέχουν συνεχή εκπαίδευση υγείας, περιθάλπουν σε περίπτωση ασθένειας ή τραυματισμού προάγοντας υγεία και ασφάλεια σε ώρες διδασκαλίας και εκπαιδευτικού περιβάλλοντος (Holmes, et. al., 2016).

Συνοψίζοντας, παρόλο που τα τελευταία χρόνια πολλοί παράγοντες (κοινωνικοί – νομικοί – ιατρικοί), επηρέασαν σημαντικά την ανάγκη για ύπαρξη επαγγελματιών υγείας σε εκπαιδευτικά ιδρύματα, παρατηρήθηκε ότι η ύπαρξη βιβλιογραφικών πηγών που αναφέρονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας, είναι περιορισμένη στην Ελλάδα σε σύγκριση με το εξωτερικό, κυρίως στα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Holmes, et. al., 2016). Ωστόσο, παρέχονται εκτενείς πληροφορίες σχετικά με την παρουσία επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, με έμφαση στους σχολικούς νοσηλευτές και τους ρόλους τους στο πλαίσιο της υγειονομικής φροντίδας στα εκπαιδευτικά ιδρύματα τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς. Τέλος, είναι αξιοσημείωτο ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και συγκεκριμένα των σχολικών νοσηλευτών στο εκπαιδευτικό σύστημα συμβάλλει στην ενίσχυση των υπηρεσιών υγείας προς την κοινότητα, εξασφαλίζοντας την συμμόρφωση με επαγγελματική επίβλεψη και καθοδήγηση στους χώρους των ιδρυμάτων (Council on School Health, 2008).

4.2 Υπηρεσίες υγείας σε ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης

Τα ιατρεία των πανεπιστημίων αποτελούν μια εύκολη επιλογή και εξυπηρετική για τους φοιτητές – εργαζόμενους όταν χρήζουν περίθαλψης εν ώρα διδασκαλίας. Τα ιατρεία αυτά αποτελούμενα από πιστοποιημένους επαγγελματίες υγείας, προσφέρουν υπηρεσίες υγείας αντίστοιχες των πρωτοβάθμιων δομών εκτός ιδρύματος (Perrault, 2018). Η αρχή αυτή έγινε το 1859 στις ΗΠΑ, όταν ο πρόεδρος Στερνς και επικεφαλής του κολεγίου Amherst ισχυρίστηκε ότι *«μεγάλος αριθμός φοιτητών δεν συνεχίζουν τις ακαδημαϊκές σπουδές λόγω των επιπλοκών στην υγεία τους»*, προτείνοντας μέτρα για την πρόληψη υγείας. Έτσι, μετά από μεγάλο διάστημα, το 1940 στην Ν. Αφρική δημιουργήθηκε η πρώτη δομή περίθαλψης υγείας (Ricks, Strumpher & van Rooyen, 2010).

Οι δομές αυτές είναι ζωτικής σημασίας για την ενημέρωση και προετοιμασία των φοιτητών που πρόκειται να έρθουν αντιμέτωποι στο μέλλον με το σύστημα υγείας ως καταναλωτές και χρήστες των υπηρεσιών (Perrault, 2018). Σύμφωνα με την έρευνα του Perrault (2015), ορισμένοι φοιτητές αν δεν λάμβαναν άμεση ιατρική βοήθεια, θα καθυστερούσαν πολύ την επίσκεψη σε κέντρο υγείας ή θα την ανέβαλαν τελείως. Στόχος λοιπόν είναι, η υγεία και ευημερία των φοιτητών καθώς βοηθούν προσωπικό και φοιτητές να επιτύχουν την καλύτερη υγεία. Αυτό, αποτελεί κρίσιμο παράγοντα τόσο για την ακαδημαϊκή επίτευξη όσο και για την ορθή διαμόρφωση μελλοντικών πολιτών που πρόκειται να βγουν στην κοινωνία και αγορά εργασίας, επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό και την οικονομία. Είναι αξιοσημείωτο ότι, η παροχή ολιστικής υγειονομικής υπηρεσίας συμβάλλει στην ικανότητα και στην διαμόρφωση ισορροπημένων ατόμων (Ricks, Strumphier & van Rooyen, 2010).

Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει ακόμη περισσότερη εξέλιξη – πρόοδος στις υπηρεσίες υγείας των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων καθώς οι απαιτήσεις προς αυτά είναι ολοένα και αυξανόμενες λόγω της αύξησης του αριθμού των φοιτητών σε συνδυασμό με την κρίση που επικρατεί στον χώρο της υγείας και του περιβάλλοντος. Πιο συγκεκριμένα, τα επόμενα χρόνια προβλέπεται αύξηση της ζήτησης στους εξής τομείς: *«ψυχική υγεία, διαχείριση χρόνιων νοσημάτων (πχ. άσθμα), εθισμός, διατροφικές διαταραχές και φυσικές αναπηρίες αλλά και σε πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας όπως: εργαστήριο, εικονολογικές μελέτες, φυσικοθεραπεία και φαρμακευτικές υπηρεσίες»*, επιβαρύνοντας σημαντικά τους προϋπολογισμούς υγειονομικής περίθαλψης των πανεπιστημίων (Dandis et. al., 2022; Skorton & Altschuler, 2013).

Ωστόσο, σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Αμερικάνικο Σύνδεσμο Υγείας των κολεγίων το 2010, παρατηρήθηκε ότι μόνο το 50% των φοιτητών που χρήζουν περίθαλψης αναζητούν υγειονομική περίθαλψη σε ιατρείο πανεπιστημίου (American College Health Association, 2010). Μία υπόθεση στην οποία θα μπορούσε να οφείλεται αυτή η μικρή προσέλευση των φοιτητών σε σχέση με τα άτομα που χρήζουν φροντίδας υγείας είναι η αμφισβήτηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται καθώς επίσης και η ελλιπής ενημέρωση σχετικά με τα ιατρεία, σημειώνοντας ότι οι φοιτητές θα ήθελαν να είναι ενήμεροι για τις ειδικότητες - πιστοποιήσεις που κατέχουν οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν τις υπηρεσίες

αυτές (Perrault & Silk, 2015). Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε επιβεβαιώνοντας τα παραπάνω, διαπίστωσε ότι οι φοιτητές δεν εμπιστεύονται τις ικανότητες σε συνδυασμό με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στις ιατρικές εγκαταστάσεις των πανεπιστημιούπολεων. Ακόμη, έγινε αναφορά για τις ενημερώσεις που γίνονται για τις παροχές υγείας σε πρωτοετείς φοιτητές οι οποίες πιθανόν να ξεχνιούνται στην διάρκεια των ετών (Garcia et. al., 2014; Davies et. al., 2000). Αντίθετα, μια άλλη έρευνα έδειξε ότι οι φοιτητές που δεν ήταν πρωτοετείς είχαν περισσότερη εξοικείωση με το πανεπιστήμιο και ως εκ τούτου με την χρήση υπηρεσιών υγείας του εκπαιδευτικού ιδρύματος (Hong, 2015).

Συμπερασματικά, σε προκλητικές για την υγεία εποχές, τα ιατρεία των πανεπιστημίων αποτελούν αναγκαιότητα για την κοινωνία και συγκεκριμένα για τους φοιτητές – εργαζόμενους στα ιδρύματα εκπαίδευσης, συμβάλλοντας στην ενημέρωσή τους για ζητήματα προαγωγής υγείας σε συνδυασμό με παροχή ασφάλειας και περίθαλψης σε έκτακτη ανάγκη υγείας. Ωστόσο, για την εξάλειψη των αμφιβολιών των πιθανών ληπτών υπηρεσιών υγείας, την καλλιέργεια εμπιστοσύνης αλλά και για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι κρίσιμο να γίνεται ακριβής πληροφόρηση τόσο για τις παροχές υγείας που μπορούν να λάβουν όσο και για τους επαγγελματίες που τις παρέχουν. Γι' αυτόν τον λόγο, τα αρμόδια Υπουργεία χρειάζεται να καλύψουν τα κενά που προκύπτουν στις υπηρεσίες υγείας των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και οι διοικήσεις των πανεπιστημίων να εστιάσουν προς την βελτίωση της ικανότητας και της οργάνωσης, στις υγειονομικές ανάγκες των χρηστών, στην εξυπηρέτηση του προσωπικού και των φοιτητών και στις συχνές αξιολογήσεις των καταναλωτών για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν διότι η ικανοποίηση τους αποτελεί κρίσιμο στοιχείο για την ποιότητα των υπηρεσιών (Gonzalez, 2019).

Τέλος, είναι ουσιώδες να διεξαχθούν περαιτέρω έρευνες σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στα πανεπιστημιακά ιδρύματα εμπλουτίζοντας τις περιορισμένες βιβλιογραφικές πηγές και συμβάλλοντας στη διαμόρφωση μιας πλουσιότερης και πιο ενημερωμένης γνώσης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στο πανεπιστημιακό περιβάλλον.

Ειδικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Σκοπός της έρευνας:

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τα επίπεδα ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε πρωτοβάθμια δομή υγείας και συγκεκριμένα στα ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων Άλσους Αιγάλεω και Αρχαίου Ελαιώνα του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, θα μετρηθούν συγκεκριμένοι παράγοντες ικανοποίησης. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των υπηρεσιών αποτελεί τον βασικότερο δείκτη για την βελτίωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας με την υψηλότερη δυνατή ποιότητα και την μεγιστοποίηση της διαχείρισης των κλινικών μονάδων.

5.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

- Ποιοι παράγοντες σχετίζονται με τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιες δομές;
- Σε τι βαθμό εξαρτάται η ικανοποίηση των χρηστών από τους επαγγελματίες υγείας;
- Τι επίδραση έχουν οι εγκαταστάσεις στην διαμόρφωση της ικανοποίησης;
- Υπάρχουν άλλοι παράγοντες που ασκούν επιρροή στον βαθμό ικανοποίησης;
- Υπάρχει συσχέτιση ηλικίας με τον βαθμό ικανοποίησης των ερωτώμενων;
- Διαφοροποιούνται οι διαστάσεις της ικανοποίησης με τα δημογραφικά στοιχεία και τους προσωπικούς παράγοντες;

5.3 Πεδίο εφαρμογής της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και συγκεκριμένα στα 2 ιατρεία Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. Το πρώτο είναι του Άλσους Αιγάλεω το οποίο βρίσκεται επί της Αγ. Σπυρίδωνος 28, το δεύτερο είναι του Αρχαίου Ελαιώνα το οποίο βρίσκεται επί της Π. Ράλλη & Θηβών 250 στο Αιγάλεω. Στην παρούσα μελέτη επιλέχτηκε η μελέτη περίπτωσης (case study) διότι δεν μπορούσε να γίνει γενίκευση. Η μελέτη περίπτωσης αποτελεί «α) μια εις βάθος εξέταση ενός ζητήματος ή φαινομένου μέσα στο φυσικό του περιβάλλον, β) εστιάζει σε μια

συγκεκριμένη μονάδα ενδιαφέροντος απ' όπου αντλούνται τα δεδομένα της έρευνας και γ) αποτελεί μια τεχνική που μπορεί να προσφέρει πλούσιο υλικό στον ερευνητή καθώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά δεδομένα» (Cohen, Manion, & Morrison, 2007). Με την παρούσα εργασία αναδεικνύονται ζητήματα όπως ελλείψεις αλλά και οι λόγοι μη ικανοποίησης των χρηστών/ασθενών καθιστώντας εφικτό να ληφθούν υπόψιν από την πρυτανεία του πανεπιστημίου, ενισχύοντας την εξεύρεση λύσεων και ως εκ τούτου να ακολουθήσουν ουσιώδεις βελτιώσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών.

5.4 Δείγμα και δειγματοληψία

Πρόκειται για έρευνα με μελέτη περίπτωσης (μελέτη παρατήρησης/ observational), συγχρονική (cross-sectional) με συλλογή στοιχείων. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 171 χρήστες των υπηρεσιών υγείας από τα 2 ιατρεία του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Συγκεκριμένα οι χρήστες είναι:

- Το ανθρώπινο δυναμικό του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής
- Οι φοιτητές του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Το χρονικό διάστημα της συλλογής δεδομένων που πραγματοποιήθηκε είναι μεταξύ του Ιανουάριος του 2024 και Μάιος 2024. Σε κάθε περίπτωση διασφαλίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Για την συλλογή δειγμάτων στην έρευνά μας, επιλέξαμε να χρησιμοποιήσουμε τη μέθοδο της μη τυχαίας δειγματοληψίας (non probability sampling), γνωστή ως δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) (Μερκούρης, 2008). Αυτή η προσέγγιση μας επέτρεψε να επιλέξουμε δείγματα από οποιαδήποτε διαθέσιμη ομάδα ατόμων ή στοιχείων του πληθυσμού, βασιζόμενοι σε κριτήρια όπως η ταχύτητα, η οικονομικότητα και η ευκολία εφαρμογής, όπως αναφέρεται στη μελέτη του Μερκούρη (2008). Αυτή η επιλογή μεθόδου δειγματοληψίας έγινε με στόχο την αποτελεσματική και οικονομική συλλογή δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Η δειγματοληψία ευκολίας συχνά αποκαλείται απλούστερη μέθοδος επιλογής δείγματος στην έρευνα, καθώς ο ερευνητής δεν μπορεί να ελέγξει πλήρως την αντικειμενικότητα των επιλογών των συμμετεχόντων. Αυτό, μπορεί να επηρεάσει την

αξιοπιστία των αποτελεσμάτων και να μειώσει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Ωστόσο, οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή αυτής της μεθόδου για την έρευνά μας είναι: η ευκολία πρόσβασης στα δεδομένα, το περιορισμένο οικονομικό φόρτο κατά τη συλλογή δεδομένων και η συντομότητα της διαδικασίας δειγματοληψίας

5.5 Εργαλεία συλλογής των δεδομένων

Για την διεκπεραίωση της μελέτης σύμφωνα με την φύση και τον σκοπό της, ως κατάλληλη μέθοδος για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων με έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο επιλέχτηκε η χρήση ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου. Αυτή η επιλογή προέκυψε μέσα από την ανάλυση της σχετικής βιβλιογραφίας και την καθοδήγηση που παρείχαν τα χαρακτηριστικά της μελέτης και οι στόχοι της. Η συλλογή των δεδομένων διεξήχθη με τη χρήση ερωτηματολογίων που δόθηκαν στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια της έρευνας. Από τους 171 που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, οι 168 είχαν έγκυρες αποκρίσεις και τρεις αποκλείστηκαν από την ανάλυση.

Κλίμακα Ικανοποίησης από Δομές ΠΦΥ:

Το ερωτηματολόγιο/Κλίμακα Ικανοποίησης Επισκεπτών/Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ αποτελείται από 28 προτάσεις (έπειτα από προσαρμογή), που αναπτύσσονται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert με τιμές: το 5 υποδηλώνει «πολύ καλές εντυπώσεις» και το 1 «πολύ κακές εντυπώσεις», στις οποίες ο ερωτώμενος καλούνταν να απαντήσει γραπτά και με μία συγκεκριμένη σειρά (Γούλα και συν., 2019). Στο πρώτο τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονταν ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, η οικογενειακός κατάσταση, η ιθαγένεια, το επίπεδο εκπαίδευσης και άλλα. Στο δεύτερο τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονταν ερωτήσεις ή προτάσεις κλειστού τύπου, καθώς και μερικές ερωτήσεις ανοικτού τύπου. Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 διαστάσεις (υποκλίμακες ή συνιστώσες): 1) Ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα (7 ερωτήσεις), 2) Ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα (7 ερωτήσεις), 3) Ικανοποίηση από τις εγκαταστάσεις (8 ερωτήσεις), 4) Ικανοποίηση από τη βελτίωση της υγείας τους (3 ερωτήσεις) & 5) Μελλοντική Χρήση Ιατρείων (3 ερωτήσεις όπου η τελευταία αντιστρέφεται στην εκτίμηση της βαθμολογίας). Στη βαθμονόμηση τους

εκτιμάται ο μέσος όρος των σχετικών σε κάθε διάσταση ερωτήσεων αλλά και στο σύνολο που καθορίζει τη συνολική ικανοποίηση. Υψηλότερες τιμές ($\rightarrow 5,00$) καθορίζει υψηλότερη ικανοποίηση (Διακουμή, 2022).

5.6 Ηθική και δεοντολογία

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με όλες τις αρχές διασφάλισης ηθικής και δεοντολογίας της κλινικής έρευνας. Η εργασία πραγματοποιήθηκε αφού εγκρίθηκε από τον προϊστάμενο του τμήματος περίθαλψης και την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (ΕΗΔΕ). Η συναίνεση και η ελεύθερη συμμετοχή στην έρευνα πραγματοποιήθηκε κατόπιν ενημέρωσης των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, ενημερώθηκαν ότι οι πληροφορίες και τα δεδομένα που καταγράφονται είναι απολύτως εμπιστευτικές με αυστηρή πρόσβαση αποκλειστικά από μέλη της ερευνητικής ομάδας, ότι οι πληροφορίες είναι ανώνυμες και πρόκειται να χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Το προσωπικό απόρρητο και η ανωνυμία τηρήθηκαν στο ακέραιο και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας τόσο κατά την διάρκεια της έρευνας όσο και μετά το πέρας αυτής. Υπήρξε ενημέρωση για τους σκοπούς και στόχους της έρευνας, για την ανωνυμία – απόρρητο των πληροφοριών καθώς και η επιλογή της μη συμμετοχής εφόσον δεν το επιθυμούσαν. Συνεπώς, υπήρξε η κατάλληλη πληροφόρηση των εμπλεκόμενων πριν συναινέσουν για την συμμετοχή στην έρευνα καθώς επίσης διατέθηκε ο απαραίτητος χρόνος για να λυθούν τυχόν απορίες.

5.7 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας της παρούσας διπλωματικής εργασίας έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS (IBM Corp. Released 2018, IBM SPSS Statistics for Windows, v.25.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Έγιναν εκτιμήσεις των κατανομών συχνοτήτων των χαρακτηριστικών των 168 συμμετεχόντων στη μελέτη. Στη συνέπεια αποκρίσεων της Κλίμακας Ικανοποίησης εκτιμήθηκαν οι συντελεστές αξιοπιστίας κατά Cronbach ενώ ο έλεγχος της συμμετρίας τους έγινε με τη μέθοδο κατά Blom (QQ plot) ή και με το δείκτη συμμετρίας (skewness) όπου εκτιμήθηκαν με πολύ έντονη ασυμμετρία. Ακολούθησε έλεγχος μεταξύ των υποκλιμάκων

Ικανοποίησης μέσω της μεθόδου Friedman και εν συνεχεία μονομεταβλητή συσχέτιση με τη μη παραμετρική μέθοδο Spearman, των υποκλιμάκων της Ικανοποίησης με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Παράλληλα έγιναν συγκρίσεις των επίπεδων της Ικανοποίησης με ορισμένα χαρακτηριστικά όπως οι δομές των ιατρείων, η ιδιότητα των συμμετεχόντων ή συχνότητα επισκεψιμότητας μέσω των μεθόδων Mann-Whitney & Kruskal-Wallis. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Βασικά χαρακτηριστικά των επισκεπτών/ασθενών σε Δομές ΠΦΥ

Στην έρευνα της παρούσα εργασίας συμμετείχαν 168 επισκέπτες/ασθενείς σε 2 Δομές ΠΦΥ της περιοχής Αιγάλεω Αττική, εκ των οποίων το 61,9% προερχόταν από το Ιατρείο Άλσους Αιγάλεω και το 38,1% από εκείνο του Αρχαίου Ελαιώνα (πίνακας 1). Το 54,2% ήταν γυναίκες, η μέση ηλικία όλων εκτιμήθηκε στα 31,8 χρόνια ($\pm 15,5$), με την πλειοψηφία ή το 71,4% να άγαμοι ή διαζευγμένοι. Ως προς τα μέλη της οικογένειάς τους, το 36,3% ανέφεραν ότι αποτελείται από ένα μέλος (τους ίδιους/ίδιες), το 17,3% από δύο ή το 8,9% από 5+. Στην εκπαίδευσή τους, το 1,2% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου ή το 17,3% κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης. Ως προς την εθνικότητα, το 94,6% ήταν Έλληνες.

Πίνακας 1. Βασικά περιγραφικά χαρακτηριστικά 168 επισκεπτών/ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

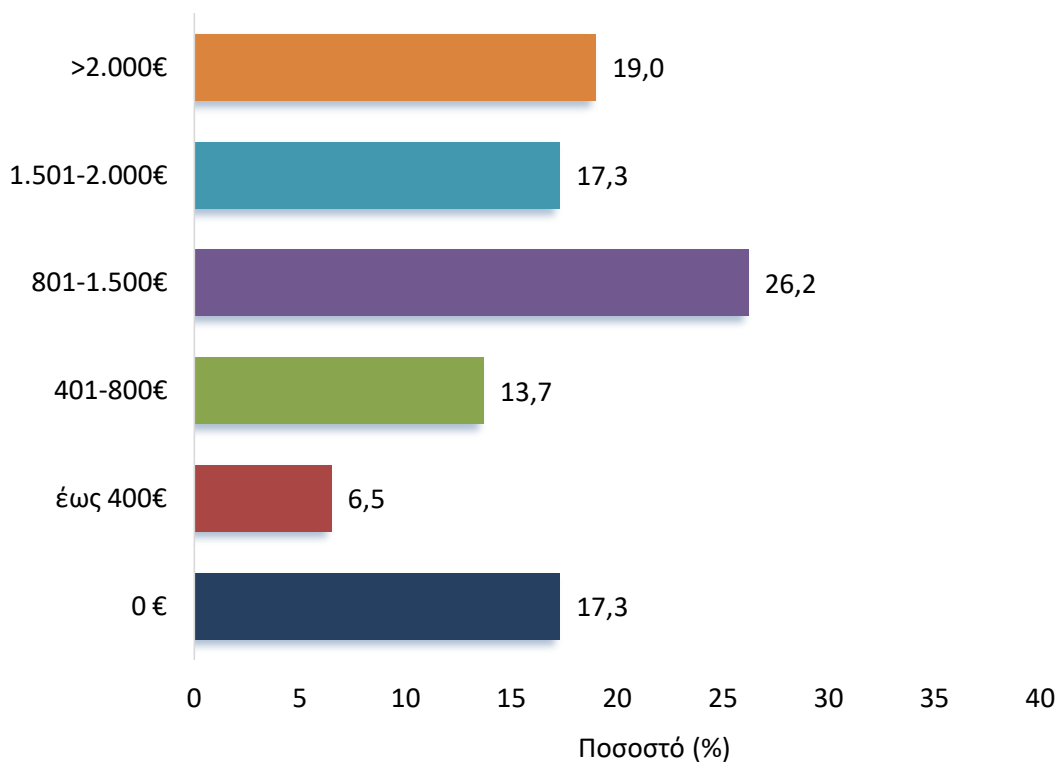
		v	%
Δομές ΠΦΥ	<i>Άλσους Αιγάλεω</i>	104	61,9
	<i>Αρχαίου Ελαιώνα</i>	64	38,1
Φύλο	<i>Άνδρες/Γυναίκες</i>	77 / 91	45,8 / 54,2
Ηλικία, χρόνια	<i>μέση τιμή\pmτ.α. (ελάχ., μέγ.)</i>	31,8 \pm 15,5 (18, 65)	
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η</i>	120	71,4
	<i>Έγγαμος/η, Σε συμβίωση</i>	48	28,6
Μέλη οικογένειας	<i>1</i>	61	36,3
	<i>2</i>	29	17,3
	<i>3</i>	19	11,3
	<i>4</i>	44	26,2
	<i>5+</i>	15	8,9
Εκπαίδευση	<i>Γυμνάσιο</i>	2	1,2
	<i>Λύκειο</i>	49	29,2
	<i>Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ</i>	88	52,3
	<i>MSc</i>	29	17,3
Εθνικότητα	<i>Ελληνική</i>	159	94,6
	<i>άλλη</i>	9	5,4

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Από τη συχνότητα κατανομής του μηνιαίου εισοδήματος του νοικοκυριού τους (σχήμα 1), το 17,3% δήλωσαν μηδενικό εισόδημα, το 6,5% έως 400 ευρώ ενώ το 19,0%

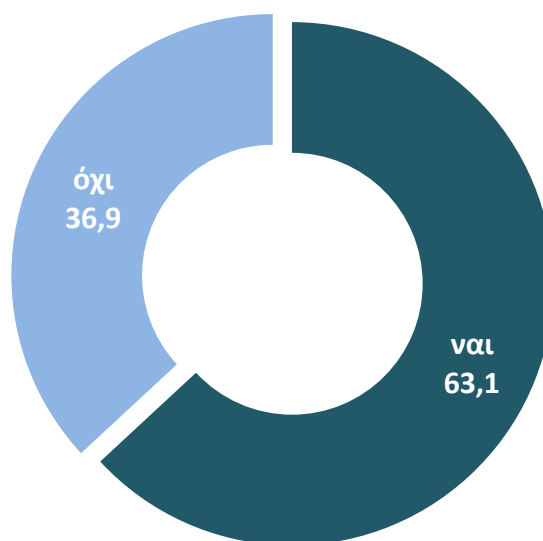
ανέφεραν >2000 ευρώ. Στην εργασιακή απασχόληση αντίστοιχα (σχήμα 2), εργαζόμενοι δήλωσαν το 63,1%.

Σχήμα 1. Συχνότητα κατανομής του μηνιαίου εισοδήματος του νοικοκυριού των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.



Πηγή: ίδια επεξεργασία.

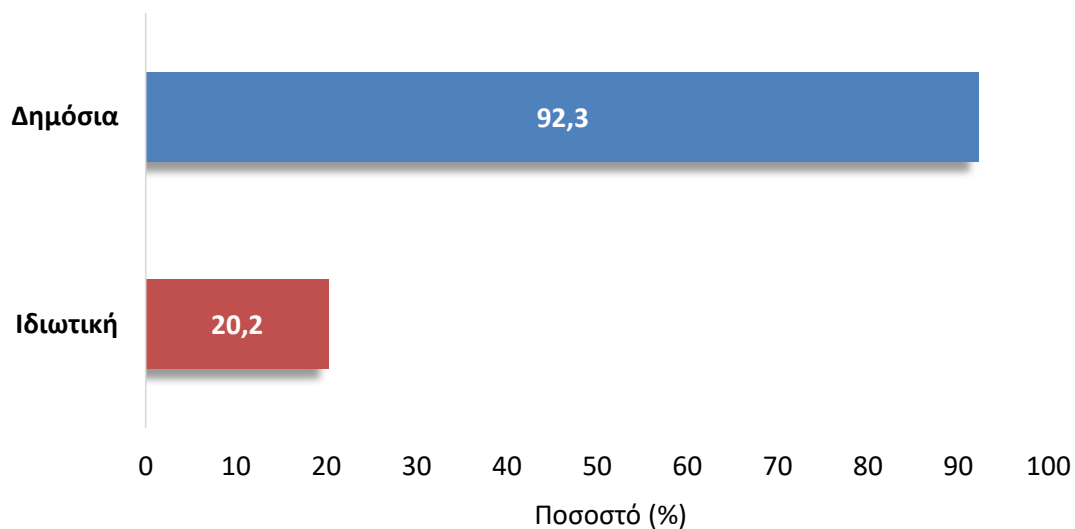
Σχήμα 2. Εργασιακή απασχόληση (ως εργαζόμενοι) των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.



Πηγή: ίδια επεξεργασία.

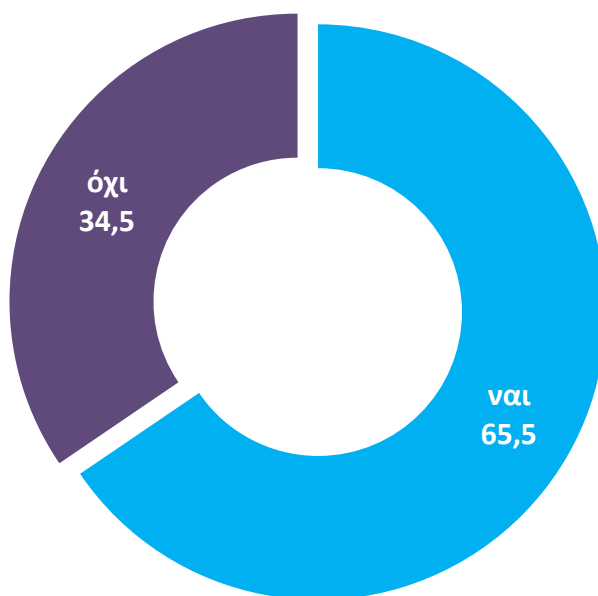
Ως προς τη συχνότητα δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης των συμμετεχόντων και το **σχήμα 3**, το 92,3% ανέφεραν ότι έχουν δημόσια ασφάλιση ενώ επίσης το 20,2% ανέφεραν ή και ιδιωτική ενώ στη φοιτητική ιδιότητά τους (**σχήμα 4**), το 65,5% δήλωσαν φοιτητές.

Σχήμα 3. Συχνότητα δημόσιας ή και ιδιωτικής ασφάλισης των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.



Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Σχήμα 4. Φοιτητική ιδιότητα των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.



Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Στον **πίνακα 2** παρουσιάζεται η συχνότητα επισκεψιμότητας στις δυο δομές ΠΦΥ από τους 168 επισκέπτες/ασθενείς. Στην ερώτηση λοιπόν «*Επισκέπτεστε συχνά τα ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων;*» σημαντικά περισσότεροι από τους μισούς απαντούν καταφατικά (61,9%, $p < 0,05$) ενώ στη συχνότητα επισκεψιμότητας τον τελευταίο χρόνο, το 56,5% ανέφερε 3+ φορές.

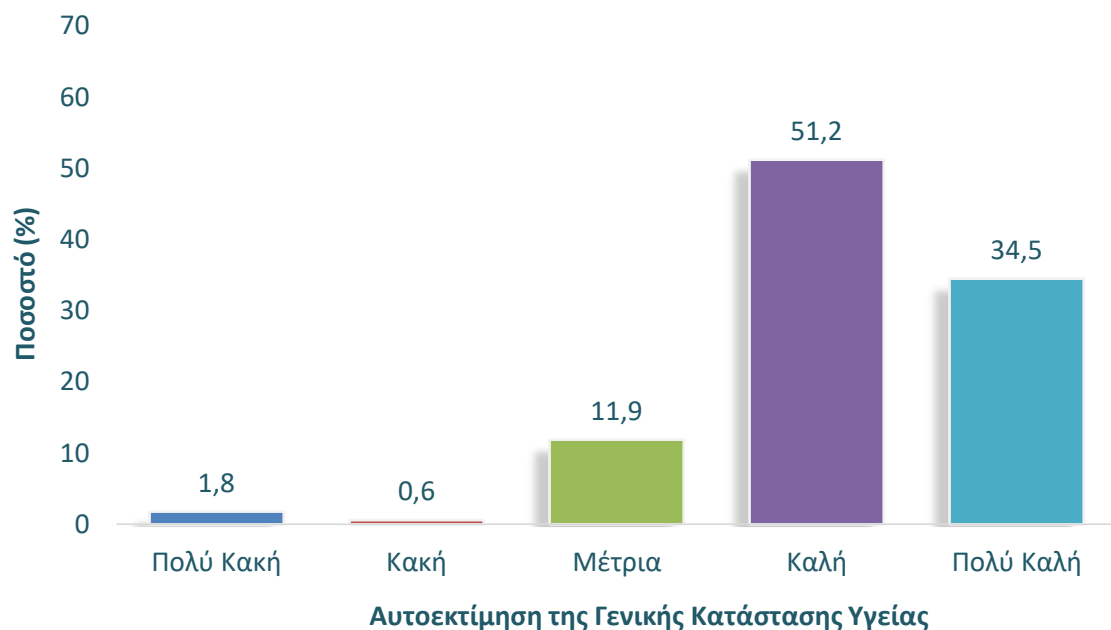
Πίνακας 2. Συχνότητα επισκεψιμότητας των δομών ΠΦΥ από τους 168 επισκέπτες/ασθενείς, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

		v	%	95%ΔΕ
<i>Επισκέπτεστε συχνά τα ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων;</i>	ναι	104	61,9	54,4-69,0
	όχι	64	38,1	31,0-45,6
<i>Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο; (φορές)</i>	1	54	32,2	
	2	19	18,3	
	3+	95	56,5	

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Από την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους και το **σχήμα 5**, το 2,4% των 168 επισκεπτών/ασθενών εκτίμησε την υγεία του ως πολύ κακή ή και κακή, το 11,9% ως μέτρια και το 85,7% ως πολύ καλή ή και καλή.

Σχήμα 5. Συχνότητα διαβαθμισμένης απόκρισης των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, για την Γενική Κατάσταση της Υγείας τους (αυτοεκτίμηση).



Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Ικανοποίηση Επισκεπτών/Ασθενών

Στους πίνακες 3-7 παρουσιάζονται οι κατανομές συχνοτήτων και οι μέσες τιμές των διαβαθμισμένων αποκρίσεων σε προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ από τους 168 συμμετέχοντες. Σημειώνεται ότι η υψηλότερη βαθμολογία (πλησίον του 5) εκφράζει τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης. Στον **πίνακα 3** λοιπόν παρουσιάζονται οι κατανομές που αφορούν την *Ιατρική Φροντίδα* όπου με υψηλότερο μέσο όρο ή βαθμό ικανοποίησης βρέθηκε η πρόταση «*Ευγενική συμπεριφορά των γιατρών*» (4,80 ή 83,3% ως πολύ καλή) και χαμηλότερη η «*Οδηγίες για τον τρόπο ζωής*» (4,55 ή 63,1% ως πολύ καλή).

Πίνακας 3. Κατανομή αποκρίσεων σε 7 προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ ΤΩΝ 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που αφορούν την **Ιατρική Φροντίδα**.

<i>Αξιολογείστε τις υπηρεσίες της Ιατρικής Φροντίδας σχετικά με:</i>	Πολύ κακές (1)	Κακές (2)	Μέτριες (3)	Καλές (4)	Πολύ καλές (5)	μέση τιμή
	%					
<i>Χρόνος που διαθέτουν οι γιατροί</i>	0,0	0,0	4,2	23,2	72,6	4,68
<i>Οδηγίες λήψης φαρμάκων</i>	0,0	0,0	8,3	26,8	64,9	4,57
<i>Οδηγίες για τον τρόπο ζωής</i>	0,0	0,6	7,1	29,2	63,1	↓ 4,55
<i>Ευγενική συμπεριφορά των γιατρών</i>	0,0	1,2	0,6	14,9	83,3	↑ 4,80
<i>Επικοινωνία με τους γιατρούς</i>	0,0	1,2	0,6	17,3	81,0	4,78
<i>Εμπιστοσύνη προς τους γιατρούς</i>	0,0	0,0	3,0	23,8	73,2	4,70
<i>Το ενδιαφέρον των γιατρών για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας</i>	0,0	0,0	3,0	20,2	76,8	4,74

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Στον **πίνακα 4**, παρουσιάζονται οι κατανομές που αφορούν την *Νοσηλευτική Φροντίδα* όπου με υψηλότερο μέσο όρο ή βαθμό ικανοποίησης βρέθηκε αντίστοιχα όπως και για το ιατρικό προσωπικό, η πρόταση «*Ευγενική συμπεριφορά των νοσηλευτριών/των*» (4,84 ή 86,9% ως πολύ καλή) και χαμηλότερη η «*Εμπιστοσύνη προς νοσηλεύτριες/τές*» (4,69 ή 73,8% ως πολύ καλή).

Πίνακας 4. Κατανομή αποκρίσεων σε 7 προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές της ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που αφορούν την **Νοσηλευτική Φροντίδα**.

Αξιολογείστε τις υπηρεσίες της Νοσηλευτικής Φροντίδας σχετικά με:	Πολύ κακές	Κακές	Μέτριες	Καλές	Πολύ καλές	μέση τιμή
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
	%					
<i>Προθυμία νοσηλευτριών/των για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας</i>	0,0	0,0	4,2	13,1	82,7	4,79
<i>Ευγενική συμπεριφορά των νοσηλευτριών/των</i>	0,0	0,0	3,0	10,1	86,9	↑ 4,84
<i>Επικοινωνία με τις νοσηλεύτριες/τές</i>	0,0	0,0	7,7	11,3	81,0	4,73
<i>Εμπιστοσύνη προς νοσηλεύτριες/τές</i>	0,0	0,0	4,8	21,4	73,8	↓ 4,69
<i>Στήριξη απο τις νοσηλεύτριες/τές για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας</i>	0,0	0,0	4,8	14,9	80,4	4,76
<i>Ταχύτητα εκτέλεσης καθηκόντων απο τις νοσηλεύτριες/τές</i>	0,0	0,0	4,8	13,1	82,1	4,77
<i>Το ενδιαφέρον των νοσηλευτριών/τών για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας</i>	0,0	0,0	3,6	15,5	81,0	4,77

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Στον **πίνακα 5** και την ικανοποίηση από τις **Εγκαταστάσεις**, με υψηλότερο μέσο όρο ή βαθμό ικανοποίησης βρέθηκε η πρόταση «**Καθαριότητα χώρων**» (4,70 ή 71,4% ως πολύ καλή) και χαμηλότερη η «**Ευκολία προσανατολισμού προς το ιατρείο**» (4,09 ή 45,2% ως πολύ καλή).

Πίνακας 5. Κατανομή αποκρίσεων σε 8 προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που αφορούν τις **Εγκαταστάσεις**.

Αξιολογείστε τις Εγκαταστάσεις των Ιατρείων σχετικά με:	Πολύ κακές	Κακές	Μέτριες	Καλές	Πολύ καλές	μέση τιμή
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
	%					
<i>Καθαριότητα χώρων</i>	0,0	0,0	1,2	27,4	71,4	↑ 4,70
<i>Καθαριότητα τουαλέτας</i>	0,0	0,0	6,5	32,1	61,3	4,55
<i>Άνεση αιθουσών αναμονής</i>	0,0	1,2	7,1	30,4	61,3	4,52
<i>Επάρκεια χώρων</i>	0,6	3,0	7,1	39,3	50,0	4,35
<i>Θερμοκρασία χώρων</i>	0,0	1,2	6,5	31,5	60,7	4,52
<i>Διευκόλυνση πρόσβασης ατόμων με ειδικές ανάγκες</i>	0,0	2,4	13,7	30,4	53,6	4,35

Ευκολία προσανατολισμού προς το ιατρείο	3,0	6,5	14,3	31,0	45,2	↓ 4,09
Ανταπόκριση των ωραρίων λειτουργίας στις ανάγκες	0,6	2,4	10,7	20,2	66,1	4,49

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Από τον **πίνακα 6** και την ικανοποίηση που αφορούν *συνολικά τις υπηρεσίες των Ιατρείων*, με υψηλότερο μέσο όρο ή βαθμό ικανοποίησης βρέθηκε η πρόταση «*Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες μετά την εξέταση*» (4,72 ή 75,0% ως πολύ καλή).

Πίνακας 6. Κατανομή αποκρίσεων σε 3 προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που αφορούν *συνολικά τις υπηρεσίες των Ιατρείων*.

<i>Αξιολογείτε συνολικά τις υπηρεσίες των Ιατρείων σχετικά με:</i>	Πολύ κακές	Κακές	Μέτριες	Καλές	Πολύ καλές	μέση τιμή
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
	%					
<i>Βελτίωση της υγείας</i>	0,0	0,6	4,8	33,3	61,3	4,55
<i>Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες μετά την εξέταση</i>	0,0	0,0	3,0	22,0	75,0	↑ 4,72
<i>Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες πριν την εξέταση</i>	0,0	1,2	5,4	31,0	62,5	4,55

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Από τον **πίνακα 7** τέλος και το βαθμό συμφωνίας στη *Μελλοντική Χρήση των Ιατρείων*, με υψηλότερο μέσο όρο ή βαθμό συμφωνίας βρέθηκε η πρόταση «*Επιθυμία επίσκεψης ξανά στο ίδιο ιατρείο*» (4,71 ή 75,0% ως συμφωνώ πολύ). Αντίθετα, το 48,8% διαφωνεί για τη *Προτίμηση επίσκεψης ιδιωτικών ιατρείων*.

Πίνακας 7. Κατανομή αποκρίσεων σε 3 προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών σε 2 Δομές ΠΦΥ, που αφορούν *τη μελλοντική χρήση των Ιατρείων*.

<i>Μελλοντική Χρήση Ιατρείων</i>	Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Ούτε Διαφωνώ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ	μέση τιμή
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
	%					
<i>Επιθυμία επίσκεψης ξανά στο ίδιο ιατρείο</i>	0,0	0,0	6,5	18,5	75,0	↑ 4,71
<i>Σύσταση των ιατρείων σε άλλους φοιτητές - εργαζόμενους</i>	0,0	0,0	6,5	18,5	75,0	4,68
<i>Προτίμηση επίσκεψης ιδιωτικών ιατρείων</i>	26,8	22,0	33,9	9,5	7,7	2,49

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Τα επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ασθενών, συμμετεχόντων στη μελέτη, παρουσιάζονται στον **πίνακα 5**. Όλες οι μέσες βαθμολογίες της Κλίμακας Ικανοποίησης εκτιμήθηκαν σε υψηλά επίπεδα (θεωρητικό εύρος 1-5). Η Συνολική Ικανοποίηση Επισκεπτών/Ασθενών βρέθηκε με μέση τιμή 4,59, ενώ στις συνιστώσες της με υψηλότερη μέση βαθμολογία ικανοποίησης βρέθηκε η *Νοσηλευτική Φροντίδα* έναντι χαμηλότερης της *Μελλοντικής Χρήσης των Ιατρείων* που όμως αφορά βαθμό συμφωνίας αλλά στην ίδια κλίμακα διαβάθμισης (4,76 έναντι 4,30, $p < 0,001$). Η αξιοπιστία τους διαπιστώθηκε επίσης σε 0,793 και 0,908 αντίστοιχα (εξαιρετική/excellent).

Πίνακας 8. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών, συμμετεχόντων στην μελέτη.

Κλίμακες	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.	Cronbach α
Συνολική Ικανοποίηση Επισκεπτών/Ασθενών (υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη ικανοποίηση) ^α	4,59	0,36	4,68	3,07	5,00	0,908
Ιατρική Φροντίδα	4,69	0,40	4,86	3,29	5,00	0,846
Νοσηλευτική Φροντίδα	↑ 4,76	0,45	5,00	3,00	5,00	0,941
Εγκαταστάσεις	4,45	0,49	4,50	2,88	5,00	0,793
Συνολικά για τις υπηρεσίες των Ιατρείων	4,61	0,52	5,00	3,00	5,00	0,840
Μελλοντική Χρήση Ιατρείων ^β	↓ 4,30	0,58	4,00	2,67	5,00	0,814

^α Εύρος Κλίμακας από 1:πολύ κακές έως 5:Πολύ καλές.

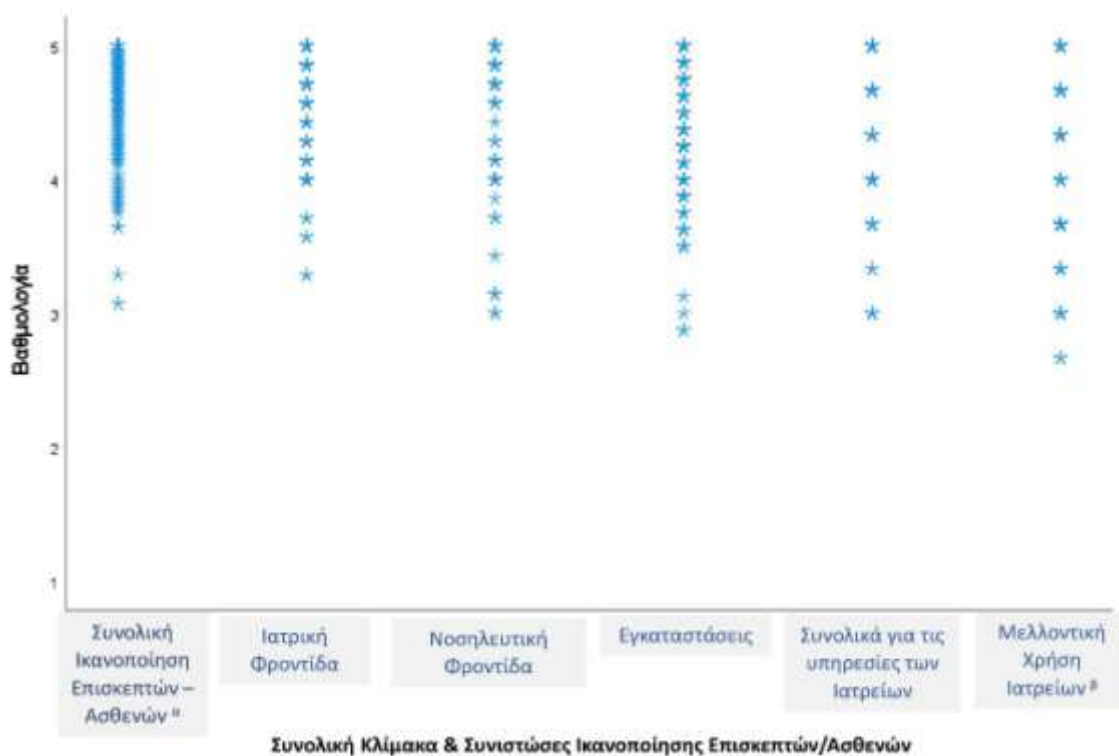
^β Εύρος υποκλίμακας από 1:διαφωνώ πολύ έως 5:συμφωνώ πολύ.

Έλεγχος Friedman μεταξύ των 5 υποκλιμάκων, $p < 0,001$. Με βελάκια σημειώνονται η σημαντικά υψηλότερη και χαμηλότερη σε διαφορά τιμή.

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Στο **σχήμα 6** παρουσιάζονται γραφικά οι βαθμολογίες της Κλίμακας Ικανοποίησης των 168 επισκεπτών/ασθενών. Διαπιστώνεται λοιπόν, πλέον των μέτρων θέσεως και διασποράς του πίνακα 8, ότι οι βαθμολογίες τους είναι πλησιέστερα του 5 ή σε υψηλά επίπεδα.

Σχήμα 6. Βαθμολογίες της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών των 168 επισκεπτών/ ασθενών, συμμετεχόντων στη μελέτη.



^α Εύρος Κλίμακας από 1:πολύ κακές έως 5:Πολύ καλές. ^β Εύρος υποκλίμακας από 1:διαφανώ πολύ έως 5:συμφωνώ πολύ.

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Στον **πίνακα 9** δίνεται η σύγκριση των βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ασθενών ως προς τις Δομές της ΠΦΥ που προσήλθαν. Δεν διαπιστώνεται συνολικά σημαντική διαφοροποίηση στην ικανοποίηση μεταξύ επισκεπτών/ασθενών των δυο ιατρείων ($p > 0,05$) με εξαίρεση την *Ιατρική Φροντίδα* που εκτιμήθηκε σε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τους επισκέπτες/ασθενείς του ιατρείου Αρχαίου Ελαιώνα έναντι Άλσους Αιγάλεω (4,79 έναντι 4,62, $p = 0,013$).

Στον **πίνακα 10** ωστόσο παρουσιάζεται η συσχέτιση των βασικών χαρακτηριστικών των επισκεπτών/ασθενών με τις βαθμολογίες της Κλίμακας Ικανοποίησης. Συνολικά, εκτιμάται ότι οι μεγαλύτεροι ηλικιακά επισκέπτες/ασθενείς σχετίζονται με υψηλότερη Συνολική Ικανοποίηση ($r = 0,267$, $p < 0,05$), Ιατρικής Φροντίδας ($r = 0,152$, $p < 0,05$), Νοσηλευτικής Φροντίδας ($r = 0,233$, $p < 0,05$), Εγκαταστάσεων ($r = 0,215$, $p < 0,05$), Συνολικά για τις υπηρεσίες των Ιατρικών ($r = 0,239$, $p < 0,05$) ή Μελλοντικής Χρήσης των Ιατρείων ($r = 0,194$, $p < 0,05$). Ανάλογα, με υψηλότερη Συνολική Ικανοποίηση

σχετίζονται οι έγγαμοι ή σε συμβίωση ($\rho=0,177$, $p<0,05$) ή έχοντες υψηλότερο εισόδημα ($\rho=0,199$, $p<0,05$).

Πίνακας 9. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ασθενών της μελέτης ως προς τις Δομές της ΠΦΥ.

Κλίμακες	Δομές ΠΦΥ				p-value
	Άλσους Αιγάλεω ($n=104$)		Αρχαίου Ελαιώνα ($n=64$)		
	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλ.	
Συνολική Ικανοποίηση Επισκεπτών/Ασθενών (υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη ικανοποίηση) ^α	4,55	0,41	4,65	0,27	0,343
Ιατρική Φροντίδα	4,62	0,43	↑4,79	0,32	0,013
Νοσηλευτική Φροντίδα	4,70	0,52	4,86	0,28	0,283
Εγκαταστάσεις	4,44	0,51	4,46	0,45	0,935
Συνολικά για τις υπηρεσίες των Ιατρείων	4,58	0,56	4,66	0,44	0,721
Μελλοντική Χρήση Ιατρείων ^β	4,28	0,62	4,34	0,52	0,865

^α Εύρος Κλίμακας από 1:πολύ κακές έως 5:Πολύ καλές.

^β Εύρος υποκλίμακας από 1:διαφωνώ πολύ έως 5:συμφωνώ πολύ.

Έλεγχος Mann-Whitney. Με βελάκι σημειώνεται η σημαντικά υψηλότερη τιμή.

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Πίνακας 10. Συσχέτιση βασικών χαρακτηριστικών με τις βαθμολογίες της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών της μελέτης ως προς τις δομές της ΠΦΥ.

	Φύλο (1: άνδρες, 2: γυναίκες)	Ηλικία (χρόνια)	Οικογενειακή κατάσταση (1: Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, 2: Έγγαμος/η, Σε συμβίωση)	Μέλη οικογένειας (πλήθος)	Εκπαίδευση (1: δημοτικό, 2: λύκειο, 3: Πανεπιστήμιο, TEI, 4: MSc)	Εισόδημα (0: 0€, 1:-400, 2:401-800, 3:801-1500, 4: 1501-2000, 5:>2000)
	rho-Spearman					
Συνολική Ικανοποίηση Επισκεπτών - Ασθενών (υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη ικανοποίηση)	-0,018	0,267*	0,177*	0,027	-0,047	0,199*
Ιατρική Φροντίδα	0,011	0,152*	0,141	0,088	-0,037	0,148
Νοσηλευτική Φροντίδα	0,004	0,233*	0,087	-0,029	0,022	0,134
Εγκαταστάσεις	-0,074	0,215*	0,142	-0,006	-0,091	0,192*
Συνολικά για τις υπηρεσίες των	-0,003	0,239*	0,256*	-0,010	-0,082	0,137

Ιατρείων						
Μελλοντική Χρήση Ιατρείων	-0,017	0,194*	0,117	0,096	-0,111	0,162*

* p<0,05

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Στον **πίνακα 11** δίνεται επίσης η σύγκριση των βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ασθενών ως προς τη φοιτητική ιδιότητα των συμμετεχόντων. Διαπιστώνεται συνολικά σημαντική διαφοροποίηση στην ικανοποίηση μεταξύ επισκεπτών/ασθενών φοιτητών και μη ($p>0,05$). Συγκεκριμένα, οι φοιτητές/τριες έναντι των υπολοίπων βρέθηκαν με σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα Συνολικής Ικανοποίησης (4,51 έναντι 4,73, $p=0,001$), Ιατρικής Φροντίδας (4,63 έναντι 4,81, $p=0,008$), Νοσηλευτικής Φροντίδας (4,68 έναντι 4,92, $p=0,007$), Εγκαταστάσεων (4,36 έναντι 4,60, $p=0,003$) ή Συνολικά για τις υπηρεσίες των Ιατρείων (4,52 έναντι 4,78, $p=0,010$).

Πίνακας 11. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών της μελέτης ως προς τη φοιτητική ιδιότητα των συμμετεχόντων.

Κλίμακες	Φοιτητές & Φοιτήτριες				p-value
	Ναι (n=110)		Όχι (n=58)		
	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλ.	
Συνολική Ικανοποίηση Επισκεπτών/Ασθενών (υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη ικανοποίηση) ^α	4,51	0,40	↑4,73	0,20	0,001
Ιατρική Φροντίδα	4,63	0,43	↑4,81	0,32	0,008
Νοσηλευτική Φροντίδα	4,68	0,51	↑4,92	0,22	0,007
Εγκαταστάσεις	4,36	0,51	↑4,60	0,40	0,003
Συνολικά για τις υπηρεσίες των Ιατρείων	4,52	0,58	↑4,78	0,34	0,010
Μελλοντική Χρήση Ιατρείων ^β	4,25	0,64	4,41	0,44	0,285

^α Εύρος Κλίμακας από 1:πολύ κακές έως 5:Πολύ καλές.

^β Εύρος υποκλίμακας από 1:διαφωνώ πολύ έως 5:συμφωνώ πολύ.

Έλεγχος Mann-Whitney. Με βελάκι σημειώνεται η σημαντικά υψηλότερη τιμή.

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Αντίστοιχα, από τον **πίνακα 12** και τη σύγκριση των βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ασθενών ως

προς την εργασιακή τους ιδιότητα, δεν διαπιστώνεται συνολικά σημαντική διαφοροποίηση στην ικανοποίηση μεταξύ επισκεπτών/ασθενών που εργάζονται ή όχι ($p>0,05$). Εξαιρέση αποτελούν οι *Εγκαταστάσεις* που εκτιμήθηκε σε υψηλότερα επίπεδα η ικανοποίηση για αυτές από τους εργαζόμενους επισκέπτες/ασθενείς έναντι των υπολοίπων (4,51 έναντι 4,34, $p=0,023$).

Πίνακας 12. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών της μελέτης ως προς την εργασιακή ιδιότητα των συμμετεχόντων.

Κλίμακες	Εργαζόμενοι				p-value
	Ναι (n=106)		Όχι (n=62)		
	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλ.	
Συνολική Ικανοποίηση					
Επισκεπτών/Ασθενών (υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη ικανοποίηση) ^α	↑4,63	0,35	4,51	0,37	0,029
Ιατρική Φροντίδα	4,72	0,40	4,63	0,40	0,081
Νοσηλευτική Φροντίδα	4,80	0,43	4,71	0,49	0,102
Εγκαταστάσεις	↑4,51	0,47	4,34	0,49	0,023
Συνολικά για τις υπηρεσίες των Ιατρείων	4,65	0,49	4,53	0,56	0,176
Μελλοντική Χρήση Ιατρείων ^β	4,33	0,56	4,25	0,63	0,476

^α Εύρος Κλίμακας από 1:πολύ κακές έως 5:Πολύ καλές.

^β Εύρος υποκλίμακας από 1:διαφώνω πολύ έως 5:συμφωνώ πολύ.

Έλεγχοι Mann-Whitney. Με βελάκι σημειώνεται η σημαντικά υψηλότερη τιμή.

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Ανάλογα και σύμφωνα με τον **πίνακα 13**, δεν διαπιστώνεται συνολικά σημαντική διαφοροποίηση στην ικανοποίηση μεταξύ επισκεπτών/ασθενών που επισκέπτονται συχνά τα δυο ιατρεία έναντι των υπολοίπων ($p>0,05$). Ωστόσο, και σύμφωνα με την ταξινομημένη συχνότητα επισκεψιμότητας (**πίνακας 14**), όσοι/όσες επισκέπτες/ασθενείς επισκέφθηκαν τα ιατρεία τρεις ή περισσότερες φορές στο τελευταίο έτος βρέθηκαν έναντι εκείνων που επισκέφθηκαν δυο φορές ή μια, με σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση από τη Νοσηλευτική Φροντίδα (4,83 έναντι 4,70 ή 4,67 αντίστοιχα, $p=0,040$).

Πίνακας 13. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ Ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών της μελέτης ως προς την επισκεψιμότητα των συμμετεχόντων σε Δομές.

Κλίμακες	Επισκεψιμότητα («Επισκέπτεστε συχνά τα ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων;»)				p-value
	Ναι (n=104)		Όχι (n=64)		
	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλ.	
Συνολική Ικανοποίηση Επισκεπτών/Ασθενών (υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη ικανοποίηση) ^α	4,59	0,35	4,59	0,38	0,914
Ιατρική Φροντίδα	4,69	0,41	4,68	0,39	0,746
Νοσηλευτική Φροντίδα	4,76	0,45	4,78	0,46	0,544
Εγκαταστάσεις	4,43	0,48	4,47	0,50	0,471
Συνολικά για τις υπηρεσίες των Ιατρείων	4,59	0,52	4,64	0,52	0,508
Μελλοντική Χρήση Ιατρείων ^β	4,37	0,56	4,19	0,61	0,068

^α Εύρος Κλίμακας από 1:πολύ κακές έως 5:Πολύ καλές.

^β Εύρος υποκλίμακας από 1:διαφωνώ πολύ έως 5:συμφωνώ πολύ.

Έλεγχοι Mann-Whitney. Με βελάκι σημειώνεται η σημαντικά υψηλότερη τιμή.

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Πίνακας 14. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Επισκεπτών/ ασθενών σε Δομές ΠΦΥ των 168 επισκεπτών/ ασθενών της μελέτης ως προς τη συχνότητα επισκεψιμότητας τους στις δομές τον τελευταίο χρόνο.

Κλίμακες	Συχνότητα Επισκεψιμότητας						p-value
	1 (n=54)		2 (n=19)		3+ (n=95)		
	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλ.	
Συνολική Ικανοποίηση Επισκεπτών/Ασθενών (υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη ικανοποίηση) ^α	4,53	0,39	4,57	0,31	4,62	0,35	0,335
Ιατρική Φροντίδα	4,63	0,44	4,72	0,32	4,71	0,39	0,600
Νοσηλευτική Φροντίδα	4,67	0,53	4,70	0,44	↑4,83	0,39	0,040
Εγκαταστάσεις	4,45	0,48	4,33	0,44	4,46	0,50	0,355
Συνολικά για τις υπηρεσίες των Ιατρείων	4,49	0,56	4,63	0,44	4,67	0,50	0,083
Μελλοντική Χρήση Ιατρείων ^β	4,23	0,61	4,46	0,47	4,31	0,59	0,440

^α Εύρος Κλίμακας από 1:πολύ κακές έως 5:Πολύ καλές.

^β Εύρος υποκλίμακας από 1:διαφωνώ πολύ έως 5:συμφωνώ πολύ.

Έλεγχοι Kruskal-Wallis. Με βελάκι σημειώνεται η σημαντικά υψηλότερη τιμή.

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί στα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα εστιάζοντας στις ανάγκες των φοιτητών και του προσωπικού είναι πολύ περιορισμένες, ιδίως στην Ελλάδα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η έρευνα της Houtz (2018), η οποία κατέληξε ότι το 75% των ιδρυμάτων ανώτατης εκπαίδευσης με κλινική πανεπιστημιούπολης στην πολιτεία του Μισισιπή δεν αναφέρει ότι χρησιμοποιεί έρευνες ικανοποίησης ασθενών. Η έλλειψη τέτοιων δεδομένων μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην ενίσχυση των προβλημάτων της Δημόσιας Υγείας καθώς σχετίζεται άμεσα με την απόδοση του ίδιου του συστήματος υγείας. Σκοπός της παρούσας διπλωματικής έρευνας, ήταν να διερευνήσει τα επίπεδα ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε πρωτοβάθμια δομή υγείας και συγκεκριμένα στα ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων Άλσους Αιγάλεω και Αρχαίου Ελαιώνα του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Στην συγκεκριμένη έρευνα, η πλειοψηφία των 168 συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (54,2%), ενώ η μέση ηλικία όλων προσεγγίζεται στα 31,8 χρόνια, οι περισσότεροι ήταν άγαμοι ή διαζευγμένοι (71,4%), ενώ φοιτητική ιδιότητα στο πανεπιστήμιο κατείχε το 65,5% και εργασιακή το 34,5%. Ως προς την εθνικότητα, το 94,6% ήταν Έλληνες. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων έδωσε καταφατική απάντηση στη ερώτηση για την συχνή επισκεψιμότητα στα ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων. Ως προς την ικανοποίηση των επισκεπτών/ ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που εκτιμήθηκε με την Κλίμακα Ικανοποίησης επισκεπτών/ ασθενών σε δομές ΠΦΥ, οι μέσες βαθμολογίες εκτιμήθηκαν σε υψηλά επίπεδα, προσεγγίζοντας την συνολική ικανοποίηση με μέση τιμή 4,59. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς/επισκέπτες σχετίστηκαν με υψηλότερη συνολική ικανοποίηση, όπως επίσης και οι έγγαμοι ή σε συμβίωση και οι έχοντες υψηλότερο εισόδημα, σε αντίθεση με τους φοιτητές που ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης έναντι των υπολοίπων.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις δομές υγείας διάφορων πανεπιστημίων της Ιορδανίας (Dandis et. al., 2022), με διανομή 500 ερωτηματολογίων σε φοιτητές – ασθενείς, εκ των οποίων ελήφθησαν συμπληρωμένα τα 407, η πλειοψηφία των ερωτώμενων ήταν 18 έως 25 ετών (90,4%) με ποσοστό συμμετοχής ανδρών 53,3%

ενώ το 47,7% ήταν γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 32,9% των φοιτητών επισκέπτονταν την κλινική της πανεπιστημιούπολης για 1-3 χρόνια, ενώ το 28,7% για 3-5 χρόνια και το 28,5% για λιγότερο από ένα χρόνο. Σχετικά με την συχνότητα επισκεψιμότητας των φοιτητών ανά έτος, το 54,9% επισκέπτονταν 1-3 φορές, το 21,1% 4-6 φορές, το 16,5% 7-9 φορές και το 6,4% περισσότερες από 9 φορές. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην δική μας μελέτη καθώς το 61,9% των 168 συμμετεχόντων επισκέπτονταν συχνά τα ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων ενώ το 38,1% όχι. Ειδικότερα, το 32,2% επισκέφτηκαν την κλινική μια φορά τον τελευταίο χρόνο, το 18,3% δύο φορές και το 56,5% τρεις ή περισσότερες φορές. Παρόλο που η πρώτη μελέτη παρέχει περισσότερες λεπτομέρειες για την διάρκεια των επισκέψεων και την συχνότητα ανά έτος ενώ η δική μας μελέτη επικεντρώνεται περισσότερο στην συχνότητα επισκεψιμότητας τον τελευταίο χρόνο, και οι δυο μελέτες δείχνουν εξίσου ότι ένα σημαντικό ποσοστό φοιτητών χρησιμοποιεί συχνά τις υπηρεσίες υγείας των πανεπιστημιούπολεων. Από τα αποτελέσματα της μελέτης στην Ιορδανία φάνηκαν ότι, πρωταρχικοί παράγοντες (ποιότητα διοίκησης, διαπροσωπική ποιότητα και τεχνική ποιότητα) είχε σημαντικό και θετικό αντίκτυπο στο λεγόμενο «στόμα με στόμα» των φοιτητών που επηρεάζει άμεσα την λήψη αποφάσεων τους. Ειδικότερα η διοικητική ποιότητα φάνηκε να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που οδηγεί σε σημαντική θετική επίδραση.

Σύμφωνα με τον θετικό αντίκτυπο αυτών των διαστάσεων, φαίνεται ότι οι φοιτητές ήταν ικανοποιημένοι γενικά με τις υπηρεσίες, σε συμφωνία με την μελέτη μας καθώς είχαμε παρόμοια ευρήματα. Αναλυτικότερα, από όλες τις μέσες βαθμολογίες της Κλίμακας Ικανοποίησης εκτιμήθηκε υψηλή ικανοποίηση ενώ οι συνιστώσες με την υψηλότερη μέση βαθμολογία ικανοποίησης βρέθηκε η Νοσηλευτική Φροντίδα.

Σε αντίθεση έρχονται τα ευρήματα της έρευνας των Rezaian & Selamat (2014), που συμμετείχαν 132 φοιτητές μεταπτυχιακού και διδακτορικού διάφορων εθνικοτήτων οι οποίοι επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο από ένα σύνολο 190 φοιτητών. Οι ερωτήσεις των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν κατηγοριοποιήθηκαν σε δυο ξεχωριστούς παράγοντες/διαστάσεις. Οι δύο από αυτές τις διαστάσεις εξηγούν το 48,8% και το 11,2% των αλλαγών στα ερωτηματολόγια καλύπτοντας συνολικά το 60%. Ειδικότερα, ο παράγοντας 1 ο οποίος περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 1 έως 7, φαίνεται να αντικατοπτρίζει την ικανοποίηση από τους παρόχους υγειονομικής

περίθαλψης και το προσωπικό του εργαστηρίου. Αντίστοιχα, οι ερωτήσεις 8 έως 10 σχετίζονται με τον παράγοντα 2 και καταγράφουν την ικανοποίηση από το προσωπικό του φαρμακείου. Με βάση τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης, αξιολογήθηκε η κατασκευαστική εγκυρότητα των ερωτήσεων, επιβεβαιώνοντας την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου και την ικανότητα του να αποτυπώνει με ακρίβεια τις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από τις διάφορες υπηρεσίες τους.

Η έρευνα αυτή διερευνούσε το επίπεδο ικανοποίησης τους από την δομή υγείας του πανεπιστημίου της Μαλαισία, συγκεντρώνοντας συνάμα πληροφορίες σχετικά με τις δυνατότητες πληροφορικής της δομής υγείας. Από τους 132 συμμετέχοντες, οι 76 ήταν άνδρες και 56 ήταν γυναίκες, εκ των οποίων οι 117 ήταν μεταπτυχιακοί φοιτητές και οι 15 ήταν υποψήφιοι διδάκτορες. Δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις ομάδες όσον αφορά τις κοινωνικοδημογραφικές παραμέτρους και το επίπεδο ικανοποίησης από τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης/ το προσωπικό του εργαστηρίου. Τα επίπεδα ικανοποίησης τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες εκτιμήθηκαν σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 63% των μαθητών ήταν δυσαρεστημένοι και περίπου το 10% από αυτούς πολύ δυσαρεστημένοι. Επομένως, πάνω από το 70% των μαθητών ήταν δυσαρεστημένοι ή πολύ δυσαρεστημένοι και μόνο το 2,5% (μειοψηφία) ήταν πολύ ικανοποιημένο. Η δυσαρέσκεια ήταν διάχυτη και αφορούσε όλες τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας ανεξάρτητα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών – φοιτητών αλλά και του επιπέδου μόρφωσής τους, καταλήγοντας ότι οι προσδοκίες των μορφωμένων φοιτητών του πανεπιστημίου ήταν υψηλές το οποίο ήταν ανεξάρτητο από το φύλο ή την εθνικότητα του ασθενούς. Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, φάνηκε ότι το επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή η ικανοποίηση ασθενών δεν επιτεύχθηκε καθώς στην μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής, η έλλειψη επαρκών πληροφοριών από τους γιατρούς αλλά και η ανεπαρκής εκπαίδευση υγείας από τους νοσηλευτές έχουν εντοπιστεί ως σημαντικοί παράγοντες δυσαρέσκειας.

Παρόμοια αποτελέσματα με την παραπάνω έρευνα βρέθηκαν στην μελέτη των Bodur et. al., (2002), όπου τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο βρέθηκαν να είναι πιο δυσαρεστημένα. Ενώ οι Jones και συν. (1993), ανέφεραν ότι δεν υπήρχε σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και του φύλου. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές

έχουν αναφέρει ότι η ικανοποίηση είναι μεγαλύτερη μεταξύ των ανδρών, συγκριτικά με τις γυναίκες (Cohen, 1996; Biderman et. al., 1994).

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει περιορισμένη βιβλιογραφία καθώς δεν έχει μελετηθεί εκτενώς διότι άρχισε να απασχολεί πρόσφατα ενώ παράλληλα έχουν αναφερθεί αδυναμίες στις μεθοδολογίες που εφαρμόζονται για την μέτρηση της ικανοποίησης (Shirley & Sanders,2016). Τέλος, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας υποδηλώνουν την ανάγκη και την σημασία για ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας φροντίδας σε δομές εκπαίδευσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1 Συμπεράσματα

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποσκοπούσε στην ανάδειξη της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε δημόσια πρωτοβάθμια δομή υγείας, με μελέτη περίπτωσης τα ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων Άλσους Αιγάλεω και Αρχαίου Ελαιώνα του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η ικανοποίηση των χρηστών αποτελεί κρίσιμο στοιχείο κάθε κλινικής πρακτικής, καθιστώντας επιτακτική την τακτική διεξαγωγή ερευνών στην εγκατάσταση για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μέσα από μια συστηματική ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών, καθώς και τη συσχέτιση αυτής με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, καταγράφηκαν σημαντικά ευρήματα που υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα για συνεχή βελτίωση και αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν κρίσιμες πτυχές της λειτουργίας των δομών αυτών, προσφέροντας πολύτιμες προτάσεις για την ενίσχυση της ποιότητας και της αποδοτικότητας, προς όφελος τόσο των χρηστών όσο και του ευρύτερου συστήματος υγείας. Ακόμη, η έρευνα αυτή, συνέβαλε σημαντικά στην περιορισμένη και ελλιπής ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με την ΠΦΥ σε δομές πανεπιστημίων. Είναι αξιοσημείωτο ότι, με την ορθή λειτουργία της πρωτοβάθμιας, συμβάλλουμε στο να μην επιβαρύνονται υπερβολικά οι δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες μονάδες υγείας λόγω της ανεπαρκούς λειτουργίας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Συνοπτικά και σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα, εκτιμήθηκε ότι:

- Από όλες οι μέσες βαθμολογίες της Κλίμακας Ικανοποίησης εκτιμήθηκε υψηλή Ικανοποίηση. Η Συνολική Ικανοποίηση Επισκεπτών/Ασθενών βρέθηκε με μέση τιμή 4,59, ενώ στις συνιστώσες της με υψηλότερη μέση βαθμολογία ικανοποίησης βρέθηκε η *Νοσηλευτική Φροντίδα* έναντι χαμηλότερης της *Μελλοντικής Χρήσης των Ιατρείων* που όμως αφορά βαθμό συμφωνίας αλλά στην ίδια κλίμακα διαβάθμισης ($p < 0,001$).
- Δεν διαπιστώθηκε συνολικά σημαντική διαφοροποίηση στην ικανοποίηση μεταξύ επισκεπτών/ασθενών των δυο ιατρείων ($p > 0,05$) με εξαίρεση την *Ιατρική Φροντίδα*

που εκτιμήθηκε σε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τους επισκέπτες/ασθενείς του ιατρείου Αρχαίου Ελαιώνα έναντι Άλσους Αιγάλεω ($p=0,013$).

- Οι μεγαλύτεροι ηλικιακά επισκέπτες/ασθενείς σχετίζονταν με υψηλότερη Συνολική Ικανοποίηση, Ιατρικής Φροντίδας, Νοσηλευτικής Φροντίδας, Εγκαταστάσεων, Συνολικά για τις υπηρεσίες των Ιατρείων ή Μελλοντικής Χρήσης των Ιατρείων ($p<0,05$).
- Με υψηλότερη Συνολική Ικανοποίηση σχετίζονταν οι έγγαμοι ή σε συμβίωση ή έχοντες υψηλότερο εισόδημα ($p<0,05$).
- Οι φοιτητές/τριες έναντι των υπολοίπων βρέθηκαν με σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα Συνολικής Ικανοποίησης, Ιατρικής Φροντίδας, Νοσηλευτικής Φροντίδας, Εγκαταστάσεων ή Συνολικά για τις υπηρεσίες των Ιατρείων ($p=0,010$).
- Δεν διαπιστώθηκε συνολικά σημαντική διαφοροποίηση στην ικανοποίηση μεταξύ επισκεπτών/ασθενών που εργάζονται ή όχι ($p>0,05$) με εξαίρεση τις *Εγκαταστάσεις* που εκτιμήθηκε σε υψηλότερα επίπεδα η ικανοποίηση για αυτές από τους εργαζόμενους επισκέπτες/ασθενείς έναντι των υπολοίπων ($p=0,023$).
- Δεν διαπιστώθηκε συνολικά σημαντική διαφοροποίηση στην ικανοποίηση μεταξύ επισκεπτών/ασθενών που επισκέπτονται συχνά τα δυο ιατρεία έναντι των υπολοίπων ($p>0,05$).
- Σύμφωνα με την ταξινομημένη συχνότητα επισκεψιμότητας, όσοι/όσες επισκέπτες/ασθενείς επισκέφθηκαν τα ιατρεία τρεις η περισσότερες φορές στο τελευταίο έτος βρέθηκαν έναντι εκείνων που επισκέφθηκαν δυο φορές ή μια, με σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση από τη Νοσηλευτική Φροντίδα ($p=0,040$).

8.2 Περιορισμοί έρευνας

Τα αποτελέσματα της μελέτης περίπτωσης που πραγματοποιήθηκε αναφορικά με την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, οδήγησαν σε σημαντικές και αξιόλογες διαπιστώσεις. Ωστόσο, υπήρξαν κάποιοι περιορισμοί στην έρευνα. Καταρχήν, ο αριθμός του δείγματος ήταν μικρός άρα και η διαθεσιμότητα των δεδομένων περιορισμένη. Επιπλέον, υπήρξε χωροχρονικός περιορισμός για την συλλογή δεδομένων και για την εκτέλεση έρευνας και σε ιατρεία άλλων πανεπιστημίων, με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η πραγματοποίηση μιας

ολοκληρωμένης ανάλυσης, γενίκευσης και σύγκρισης στα ευρύτερα ιατρεία τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι, η αδυναμία συλλογής περισσότερων συμμετεχόντων για την υποστήριξη της παρούσας προσπάθειας, δεν μειώνει τα σημαντικά ευρήματα της έρευνας για την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

8.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Διερευνώντας την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας, επιτυγχάνεται ο εντοπισμός των αδυναμιών, προβλημάτων ή ελλείψεων με σκοπό να βελτιωθούν, να αντιμετωπιστούν αλλά και να κατανοηθούν καλύτερα οι ανάγκες της κοινότητας βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας και ως εκ τούτου αυξάνοντας τόσο την ικανοποίηση των πολιτών όσο και την αξιοπιστία τους προς το σύστημα υγείας γενικότερα. Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με την παρούσα ερευνητική εργασία, η παροχή υπηρεσιών υγείας σε ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων αποτελεί σημαντικό και καίριο κεφάλαιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς επίσης και συνδετικό κρίκο των φορέων Παιδείας και Υγείας, αναδεικνύοντας κρίσιμα σημεία για νέες μελλοντικές έρευνες. Προτείνεται η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας σε ευρύτερη κλίμακα και με την ενσωμάτωση άλλων πανεπιστημίων. Με ένα μεγαλύτερο δείγμα και τη συμμετοχή άλλων ιδρυμάτων, μπορούν να επιτευχθούν πιο αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα και να εμπλουτιστούν οι υπάρχουσες πληροφορίες. Αυτό, επιτρέπει την εξερεύνηση ποικιλίας συνθηκών και πρακτικών που ενδέχεται να επηρεάζουν τα αποτελέσματα, και δίνει τη δυνατότητα για σύγκριση και επαλήθευση των αποτελεσμάτων μεταξύ διαφορετικών πανεπιστημίων.

Συνεπώς, η εν λόγω προσέγγιση θα οδηγήσει σε πιο ακριβή και αξιόπιστα συμπεράσματα, που μπορούν να εφαρμοστούν ευρέως στο σύνολο των ιατρείων της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό μέτρο για την παροχή ενός άμεσου δείκτη ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη, και γι' αυτό είναι απαραίτητο να μετράται τακτικά. Η έρευνα στο σύστημα υγείας, παρόμοια με αυτή που πραγματοποιήσαμε, είναι απαραίτητη σε όλα τα κέντρα υγείας της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στις αναπτυσσόμενες χώρες για να εντοπιστούν οι ελλείψεις και να αντιμετωπιστούν σωστά τα προβλήματα. Με αυτόν τον τρόπο,

μπορεί να αναπτυχθεί ένα προσαρμοσμένο και τοπικό σχέδιο υγειονομικής φροντίδας.

Τέλος, η διεξαγωγή έρευνας για το σύστημα υγείας, όπως η παρούσα, συνιστάται για όλα τα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας στην περιοχή μας και σε αναπτυσσόμενες χώρες για τον εντοπισμό και την επίλυση προβλημάτων. Ελπίζουμε ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης θα παρέχουν νέες και σαφέστερες πληροφορίες στους υπεύθυνους σχετικά με τα ζητήματα - λειτουργία των ιατρείων, συμβάλλοντας στη βελτίωση/ διατήρηση της ποιότητας και της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην συνεχή αύξηση της ικανοποίησης των φοιτητών.

Βιβλιογραφία

➤ Ελληνική βιβλιογραφία

Αθανάσιος, Μ. (2018). Τα οφέλη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στον ασθενή από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. *Rostrum of Asclepius/Vima του Asklipeiou*, 17(2).

Αλεξιάδης, Α., & Σιγάλας, Ι. (1999). Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές. Τόμος Δ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Βασιλική, Τ., Ιωάννης, Α., & Παύλος, Σ. (2021). Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του ΕΣΥ έως σήμερα-Η διακήρυξη της Αστάνα και οι σύγχρονες προκλήσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Rostrum of Asclepius/Vima του Asklipeiou*, 20(3).

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), 106-115.

Γούλα Α, Λάτσου Δ, Νάτσης Χ, Σούλης Σ, Πιερράκος Γ (2019). Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου Ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(1):88-95.

Διακουμή Α (2022). Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης εξυπηρετούμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Η περίπτωση των Τ.ΟΜ.Υ. του Νομού Μαγνησίας. Διπλωματική Εργασία, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ, ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ, Λάρισα.

Εφημερίδα της κυβερνήσεως της ελληνικής δημοκρατίας. Αριθμός φύλλου 115. Νόμος υπ' αριθμών 4486/2017

Εφημερίδα της κυβερνήσεως της ελληνικής δημοκρατίας. Μεταρρυθμίσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας

Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. Αριθμός φύλλου 115, Νόμος υπ' αριθμών 4486/2017.

Ιωαννίδη, Ε., & Μάντη, Π. (1999). Υγεία και Περίθαλψη, στο: Ιωαννίδη Ε. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις.

Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., & Μάντη, Π. (1999). Υγεία: Οριοθετήσεις και προοπτικές. Εκδ., ΕΑΠ, Πάτρα.

Κοντοδημόπουλος, Ν. (2016). Η χρησιμότητα της μέτρησης της υγείας στις αποφάσεις κατανομής των πόρων. URL: <https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/file.php> (προσπελάθηκε στις 14/1/2022).

Κυριόπουλος, Γ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: Το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του. Κυριόπουλος & Τ. Φιλαλήθης (επιμ.) Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 17-43.

Μαλαβάζος, Θ., Μαρκασιώτη, Β., Μαλλιαρού, Μ., & Σαράφης, Π. Η. (2019). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα από την Alma-Ata στην Astana. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 11(3), 39-56.

Μαλάμου, Θ. (2015). Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 54(3), 236-237.

Ματθαίος, Π., & Ριχάρδος, Δ. Φ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Rostrum of Asclepius/Vima του Asklipiou, 15(4).

MENTIS, I. (2021). Διείσδυση γενοσήμων στον ευρωπαϊκό νότο με την αρωγή της Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας και των κανόνων ανταγωνισμού. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 38(1).

Μερκούρης, Α. (2008). Μεθοδολογία νοσηλευτικής έρευνας. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθηνά.

Μωραΐτης, Ε. (2003). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Από το Όραμα στην Αβεβαιότητα. Η σύγχρονη προσέγγιση στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων

προστασίας της υγείας: Το διεθνές περιβάλλον και η θέση της Ελλάδας. Αθήνα: ΕΚΔΔ.

Νικολάου, Ε., Κουράκος, Μ., & Καυκιά, Θ. (2022). Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας από την επαφή με δομές υγείας και από την εκπλήρωση των προσδοκιών τους. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 39(6).

Νόμος 1566/1985, ΦΕΚ 167 Α' / 30-9-1985: 'Δομή και λειτουργία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης'.

ΝΟΜΟΣ 1579/1985 - ΦΕΚ 217/Α/23-12-1985 : Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.

ΝΟΜΟΣ 2071/1992, Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του Συστήματος Υγείας, ΦΕΚ 123 Α' /15-7-1992. (1992). Αθήνα.

ΝΟΜΟΣ 2519/1997 : Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις

ΝΟΜΟΣ 3235/2004 - ΦΕΚ 53/Α/18-2-2004: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Οικονόμου, Χ. (2005). Κοινωνιολογία της υγείας. Α', Διόνικος, Αθήνα.

Παναγιώτου Ε, Παναγιώτου Γ. Ο κύκλος των καλύτερων διαγνώσεων και θεραπειών. *Επιθεώρηση Υγείας*, 2004. Τόμος 15, Τεύχος 88, σελ. 33-36.

Παπανικολάου, Β. (2007). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 30-36.

Τούντας, Γ. (2000). Κοινωνία και υγεία. Αθήνα: Οδυσσεύς/Νέα Υγεία. σελ. 15-16, 23-32, 391-398

Τσελέπη, Χ. (2000). Κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες στην πρόσληψη και στην εμπειρία της αρρώστιας. Στο: Μάντη Π, Τσελέπη Χ (Επιμ.) Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας. Τόμος Α. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Υγείας, Δ. Κ. Π. (1999). Στο: Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική. Τόμος Β. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, 17-96.

ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ, Α. (2008). χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: Ένα νέο ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 20, 108-110.

Χατζηπουλίδης, Γ. (2004). Η ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας για τη διαμόρφωση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 3(2), 93-98.

Ψαρίκογλου-Χατζηβασιλείου, Α., Αποστολάκης, Ι., & Σαράφης, Π. (2022). Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας και το περιεχόμενο ενός πλαισίου Κλινικής Διακυβέρνησης. *Scientific Chronicles/Epistimonika Chronika*, 27(1).

➤ Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Aharony, L., & Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical care review*, 50(1), 49-79.

Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman medical journal*, 29(1), 3.

Aletras, V., Zacharaki, F., & Niakas, D. (2007). Questionnaire for the measurement of outpatient satisfaction in the ophthalmology clinic of a Greek public hospital. *Archives of Hellenic Medicine*, 24(1), 89-96.

Almomani, R., Al-Ghdabi, R., & Banyhamdan, K. (2020). Patients' satisfaction of health service quality in public hospitals: A PubHosQual analysis. *Management Science Letters*, 10(8), 1803-1812.

American Academy of Pediatrics. (2004). Medical Home Initiatives for Children with Special Health Needs Project Advisory Committee. The medical home, policy statement, organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children. The medical home. *Pediatrics*, 113(5), 1545-7

American College Health Association. (2010). Survey on the utilization of student health services.

- Anderson, E. A. (1995). Measuring service quality at a university health clinic. *International journal of health care quality assurance*, 8(2), 32-37.
- Arcidiacono, G., & Pieroni, A. (2018). The revolution lean six sigma 4.0. *International Journal on Advanced Science, Engineering and Information Technology*, 8(1), 141-149.
- Atun, R. (2004). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?.
- Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of advanced nursing*, 22(2), 316-322.
- 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), 89-101.
- Behm, A., Bennington, L., & Cummane, J. (2000). A value-creating model for effective policy services. *Journal of Management Development*, 19(3), 162-178.
- Biderman, A., Carmel, S., & Yeheskel, A. (1994). Measuring patient satisfaction in primary care: a joint project of community representatives, clinic staff members and a social scientist. *Family practice*, 11(3), 287-291.
- Bleich, S. N., Özaltın, E., & Murray, C. J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?. *Bulletin of the World health Organization*, 87(4), 271-278.
- Bleustein, C., Rothschild, D. B., Valen, A., Valatis, E., Schweitzer, L., & Jones, R. (2014). Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *The American journal of managed care*, 20(5), 393-400.
- Boadi, E. B., Wenxin, W., Bentum-Micah, G., Asare, I. K. J., & Bosompem, L. S. (2019). Impact of service quality on customer satisfaction in Ghana hospitals: A PLS-SEM approach. *Canadian Journal of Applied Science and Technology*, 7(3).
- Bodur, S., Özdemir, Y. E., & Kara, F. (2002). Outpatient satisfaction with health centers in urban areas. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 32(5), 409-414.

- Bond, S., & Thomas, L. H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced Nursing*, *17*(1), 52-63.
- Bradshaw, A., & Raphaelson, S. (2021). Improving patient satisfaction with wait times. *Nursing2023*, *51*(4), 67-69.
- Carr-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of public health*, *14*(3), 236-249.
- Cassel, C., & Wilkes, M. (2017). Location, location, location: where we teach primary care makes all the difference. *Journal of general internal medicine*, *32*, 411-415.
- Cheng, S. H., Yang, M. C., & Chiang, T. L. (2003). Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *International Journal for Quality in Health Care*, *15*(4), 345-355.
- Chokshi, D. A., & Cohen, L. (2018). Progress in primary care—from Alma-Ata to Astana. *Jama*, *320*(19), 1965-1966.
- Cohen, G. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social science & medicine*, *42*(7), 1085-1093.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education*.
- Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- Council on Children with Disabilities and Medical Home Implementation Project Advisory Committee, Turchi, R. M., Antonelli, R. C., Norwood Jr, K. W., Adams, R. C., Brei, T. J., ... & Sia, C. (2014). Patient-and family-centered care coordination: a framework for integrating care for children and youth across multiple systems. *Pediatrics*, *133*(5), e1451-e1460.
- Council on School Health. (2008). Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics*, *121*(5), 1052-1056.

Croghan, E., Johnson, C., & Aveyard, P. (2004). School nurses: policies, working practices, roles and value perceptions. *Journal of advanced nursing*, 47(4), 377-385.

Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *American journal of public health*, 94(11), 1864-1874.

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1), 1-15.

Dandis, A. O., Jarrad, A. A., Joudeh, J. M., Mukattash, I. L., & Hassouneh, A. G. (2022). The effect of multidimensional service quality on word of mouth in university on-campus healthcare centers. *The TQM Journal*, 34(4), 701-727.

Davies, J., McCrae, B. P., Frank, J., Dochnahl, A., Pickering, T., Harrison, B., ... & Wilson, K. (2000). Identifying male college students' perceived health needs, barriers to seeking help, and recommendations to help men adopt healthier lifestyles. *Journal of American College Health*, 48(6), 259-267.

Davis, K., Stremikis, K., Squires, D., & Schoen, C. (2014). Mirror, mirror on the wall. *How the performance of the US Health care system compares internationally*. New York: Commonwealth Fund.

De Ruyter, K., & Wetzels, M. (1998). On the complex nature of patient evaluations of general practice service. *Journal of Economic Psychology*, 19(5), 565-590.

De Savigny, D., & Adam, T. (Eds.). (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. World Health Organization.

De Vos, P., Malaise, G., De Ceukelaire, W., Perez, D., Lefèvre, P., & Van der Stuyft, P. (2009). Participation and empowerment in Primary Health Care: from Alma Ata to the era of globalization. *Social Medicine*, 4(2), 121-127.

Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment.

Donabedian, A. (1988). Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, 173-192. (A)

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*, 260(12), 1743-1748. (B)

Ekaterina, G., Stavros, K., Anca, M., & Lambrini, K. (2017). Measurement of patient satisfaction as a quality Indicator of hospital health services: the case of outpatient clinics in general hospital. *Science*, 5(2), 128-35.

Ellner, A. L., & Phillips, R. S. (2017). The coming primary care revolution. *Journal of general internal medicine*, 32, 380-386.

Ellner, A. L., Stout, S., Sullivan, E. E., Griffiths, E. P., Mountjoy, A., & Phillips, R. S. (2015). Health systems innovation at academic health centers: leading in a new era of health care delivery. *Academic Medicine*, 90(7), 872-880.

Enard, K. R., & Ganelin, D. M. (2013). Reducing preventable emergency department utilization and costs by using community health workers as patient navigators. *Journal of Healthcare Management/American College of Healthcare Executives*, 58(6), 412.

Evans, D. B., & Etienne, C. (2010). Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 402-403.

Farley, H., Enguidanos, E. R., Coletti, C. M., Honigman, L., Mazzeo, A., Pinson, T. B., ... & Wiler, J. L. (2014). Patient satisfaction surveys and quality of care: an information paper. *Annals of emergency medicine*, 64(4), 351-357.

Farooq, M. S., Salam, M., Fayolle, A., Jaafar, N., & Ayupp, K. (2018). Impact of service quality on customer satisfaction in Malaysia airlines: A PLS-SEM approach. *Journal of Air Transport Management*, 67, 169-180.

Fatima, T., Malik, S. A., & Shabbir, A. (2018). Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 35(6), 1195-1214.

Footman, K., Roberts, B., Mills, A., Richardson, E., & McKee, M. (2013). Public satisfaction as a measure of health system performance: a study of nine countries in the former Soviet Union. *Health policy, 112*(1-2), 62-69.

Friedberg, M. W., Hussey, P. S., & Schneider, E. C. (2010). Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Affairs, 29*(5), 766-772.

Garcia, C. M., Lechner, K. E., Frerich, E. A., Lust, K. A., & Eisenberg, M. E. (2014). College students' preferences for health care providers when accessing sexual health resources. *Public Health Nursing, 31*(5), 387-394.

Glickman, S. W., Boulding, W., Manary, M., Staelin, R., Roe, M. T., Wolosin, R. J., ... & Schulman, K. A. (2010). Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 3*(2), 188-195.

Godil, S. S., Parker, S. L., Zuckerman, S. L., Mendenhall, S. K., Devin, C. J., Asher, A. L., & McGirt, M. J. (2013). Determining the quality and effectiveness of surgical spine care: patient satisfaction is not a valid proxy. *The Spine Journal, 13*(9), 1006-1012.

Godson, R. (2012). Getting it right for children, young people and families. *Community Practitioner, 85*(4), 13-14.

Gonzalez, M. E. (2019). Improving customer satisfaction of a healthcare facility: reading the customers' needs. *Benchmarking: An International Journal, 26*(3), 854-870.

GORDON, S. E., & STOKES, S. A. (1989). Improving response rate to mailed questionnaires. *Nursing Research, 38*(6), 375-376.

Green, R., & Reffel, J. (2009). Comparison of administrators' and school nurses' perception of the school nurse role. *The Journal of School Nursing, 25*(1), 62-71.

Grosios, K., Gahan, P. B., & Burbidge, J. (2010). Overview of healthcare in the UK. *EPMA journal, 1*, 529-534.

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), 225-233.

Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social science & medicine*, 30(7), 811-818.

Hammersley, M. (1987). Some notes on the terms 'validity' and 'reliability'. *British educational research journal*, 13(1), 73-82.

Holmes, B. W., Sheetz, A., Allison, M., Ancona, R., Attisha, E., Beers, N., ... & Young, T. (2016). Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics*, 137(6).

Hong, S. (2015). Health Promotion and Health Service/Program Use on an Urban Campus in the US. *보건사회연구*, 35(3), 253-277.

Houtz, S. (2018). Perceptions of college students towards healthcare provisions on campus.

Institute for Healthcare Improvement. (2017). IHI triple aim initiative

Iram Fatima, I. F., Ayesha Humayun, A. H., Usman Iqbal, U. I., & Muhammad Shafiq, M. S. (2019). Dimensions of service quality in healthcare: a systematic review of literature.

Izadi, A., Jahani, Y., Rafiei, S., Masoud, A., & Vali, L. (2017). Evaluating health service quality: using importance performance analysis. *International journal of health care quality assurance*, 30(7), 656-663.

Jackson, J. L., Chamberlin, J., & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social science & medicine*, 52(4), 609-620.

Jamaluddin, J., & Ruswanti, E. (2017). Impact of service quality and customer satisfaction on customer loyalty: a case study in a private hospital in Indonesia. *IOSR Journal of Business and Management*, 19(5), 23-33.

Jones, R. B., Carnon, A. G., Wylie, H., & Hedley, A. J. (1993). How do we measure consumer opinions of outpatient clinics?. *Public Health, 107*(4), 235-241.

Jung, H. P., Baerveldt, C., Olesen, F., Grol, R., & Wensing, M. (2003). Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health expectations, 6*(2), 160-181.

Kalaja, R., & Xhafa, H. (2016). Patient satisfaction with health care services in Albania. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies, 5*(1), 295.

Kourakos, M., & Kafkia, T. (2020). Use of simulation technology in teaching nursing clinical skills. *International Journal of Entertainment Technology and Management, 1*(1), 95-102.

Kremer, W. V. (1993). *The school nurse role as perceived by elementary and junior high school teachers*. San Jose State University.

Kruk, M. E., Ataguba, J. E., & Akweongo, P. (2020). The universal health coverage ambition faces a critical test. *The Lancet, 396*(10258), 1130-1131.

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ... & Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet global health, 6*(11), e1196-e1252.

Lembke, A. (2013). Why doctors prescribe opioids to known opioid abusers. *The New England Journal of Medicine, 368*(5), 485-485.

Majeed Alhashem, A., 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), 249-262.

Marmor, T. R., & Okma, K. G. (2003). Health Care Systems in Transition. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1996. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 28*(4), 747-755.

McAllister, J. W., Presler, E., & Cooley, W. C. (2007). Practice-based care coordination: a medical home essential. *Pediatrics, 120*(3), e723-e733.

Meesala, A., & Paul, J. (2018). Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40, 261-269..

Moore, A. D., Hamilton, J. B., Krusel, J. L., Moore, L. G., & Pierre-Louis, B. J. (2016). Patients provide recommendations for improving patient satisfaction. *Military medicine*, 181(4), 356-363.

National Institutes of Health. (2017). PROMIS: Dynamic tools to measure health outcomes from the patient perspective. *Maryland: National Institutes of Health*.

Newsome, P. R. H., & Wright, G. H. (1999). A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British dental journal*, 186(4), 161-165.

Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of marketing research*, 17(4), 460-469.

Parand, A., Dopson, S., Renz, A., & Vincent, C. (2014). The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 4(9).

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing*, 49(4), 41-50.

Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program planning*, 6(3-4), 185-210.

Perrault, E. K. (2018). Campus health centers' lack of information regarding providers: a content analysis of division-I campus health centers' provider websites. *Health Communication*, 33(7), 860-866.

Perrault, E. K., & Silk, K. J. (2015). Reducing communication apprehension for new patients through information found within physicians' biographies. *Journal of Health Communication*, 20(7), 743-750.

Petersen, M. B. H. (1988). Measuring patient satisfaction: collecting useful data. *Journal of Nursing Care Quality*, 2(3), 25-35.

Porter, M. E. (2010). What is value in health care. *N Engl J Med*, 363(26), 2477-2481.

Prasad, M. V. (1995). Factors influencing patient satisfaction: Its impacts on hospital success. *Hosp Adm*, 33, 27-35.

REZAIAN, S., & SELAMAT, H. B. (2014). Patient satisfaction in a university health center: A Malaysian study. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 8(2).

Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., & Barnes, A. J. (2020). United States: Health System Review. *Health systems in transition*, 22(4), 1-441.

Richardson, W. C., Berwick, D., Bisgard, J., Bristow, L., Buck, C., & Cassel, C. (2001). Institute of medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.

Ricks, E. J., Strümpher, J., & van Rooyen, D. (2010). A model for higher education campus health services. *Health SA Gesondheid*, 15(1)

Rothman, A. J. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology*, 19(1S), 64.

Sadeh, E. (2017). Interrelationships among quality enablers, service quality, patients' satisfaction and loyalty in hospitals. *The TQM Journal*, 29(1), 101-117.

Sánchez-Piedra, C. A., Prado-Galbarro, F. J., García-Pérez, S., & Santamera, A. S. (2014). Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Quality in Primary Care*, 22(3), 147-155.

Sawicki, P. T., & Bastian, H. (2008). German health care: a bit of Bismarck plus more science. *BMJ*, 337.

Sengupta, M., Chakrabarti, S., & Mukhopadhyay, I. (2019). Waiting time: the expectations and preferences of patients in a paediatric OPD. *Journal of Health Management*, 21(3), 427-442.

Shear, C. L., Gipe, B. T., Mattheis, J. K., & Levy, M. R. (1983). Provider continuity and quality of medical care: A retrospective analysis of prenatal and perinatal outcome. *Medical care*, 21(12), 1204-1210.

Shill, J., Taylor, D. M., Ngui, B., Taylor, S. E., Ugoni, A. M., Yeoh, M., & Richardson, J. (2012). Factors associated with high levels of patient satisfaction with pain management. *Academic emergency medicine, 19*(10), 1212-1215.

Shirley, E. D., & Sanders, J. O. (2013). Patient satisfaction: implications and predictors of success. *JBJS, 95*(10), e69.

Shirley, E. D., & Sanders, J. O. (2016). Measuring quality of care with patient satisfaction scores. *JBJS, 98*(19), e83.

Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine, 45*(12), 1829-1843.

Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine, 45*(12), 1829-1843.

Sitzia, J., & Wood, N. (1998). Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *International Journal for Quality in Health Care, 10*(4), 311-317.

Smith, C. (1992). Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *International Journal for Quality in Health Care, 4*(3), 171-177.

Smith, P. C., & York, N. (2004). Quality incentives: the case of UK general practitioners. *Health Affairs, 23*(3), 112-118.

Starfield, B., Hyde, J., Gervas, J., & Heath, I. (2008). The concept of prevention: a good idea gone astray?. *Journal of Epidemiology & Community Health, 62*(7), 580-583.

Tam, J. L. (2007). Linking quality improvement with patient satisfaction: a study of a health service centre. *Marketing Intelligence & Planning, 25*(7), 732-745.

Toma, G., Triner, W., & McNutt, L. A. (2009). Patient satisfaction as a function of emergency department previsit expectations. *Annals of emergency medicine, 54*(3), 360-367.

Tsai, T. C., Orav, E. J., & Jha, A. K. (2015). Patient satisfaction and quality of surgical care in US hospitals. *Annals of surgery, 261*(1), 2-8.

Tsaousoglou, A., & Koukourikos, K. (2007). Quality and service health. *Stigma, 15*(2), 18-24.

Van Der Zee, J., & Kroneman, M. W. (2007). Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC health services research, 7*(1), 1-11.

Vingerhoets, E., Wensing, M., & Grol, R. P. T. M. (2001). Feedback of patients' evaluations of general practice care: a randomised trial. *Quality in Health care: QHC, 10*(4), 224.

Virgo, K. S., Piry, J. R., Valentine, M. P., Denner, D. R., Ryan, G., Risk, N. K., & Kato Price, R. (2006). Access, quality and satisfaction with care: Concerns of Vietnam veterans. In *Access, Quality and Satisfaction with Care* (pp. 17-40). Emerald Group Publishing Limited.

Wainwright, P., Thomas, J., & Jones, M. (2000). Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 32*(5), 1083-1091

Walraven, G. (2019). The 2018 Astana declaration on primary health care, is it useful?. *Journal of Global Health, 9*(1).

Wang, H. H., Li, Y. T., Zhang, Y., & Wong, M. C. (2023). Revisiting primary healthcare and looking ahead. *Hong Kong Med J, 29*, 8-10.

Weinman, J. (2001). Doctor–patient interaction: psychosocial aspects.

Welch, S. J. (2010). Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *American Journal of Medical Quality, 25*(1), 64-72.

Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept?. *Social science & medicine, 38*(4), 509-516.

Word, L. (2004). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. *Development, 47*(2), 159-161.

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

World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata* (No. WHO/EURO: 1978-3938-43697-61471). World Health Organization. Regional Office for Europe.

World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. In *First International Health Promotion Conference, Ottawa, Canada, 1986*.

World Health Organization. (2003). *Primary health care: 25 years after ALMA-ATA* (No. EM/RC50/8).

World Health Organization. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. World Health Organization.

World Health Organization. (2019). *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018* (No. WHO/HIS/SDS/2018.61). World Health Organization.

World Health Organization. (2019). *Report of the Global conference on primary health care: from Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals* (No. WHO/UHC/IHS/2019.62). World Health Organization.

World Health Organization. (2020). *Role of primary care in the COVID-19 response* (No. WPR/DSE/2020/004). WHO Regional Office for the Western Pacific.

Yellen, E., Davis, G. C., & Ricard, R. (2002). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(4), 23-29.

Yfantopoulos, J. N., & Chantzaras, A. (2018). Drug policy in Greece. *Value in health regional issues*, 16, 66-73.

Yfantopoulos, N., Yfantopoulos, P., & Yfantopoulos, J. (2016). Pharmaceutical policies under economic crisis: The Greek case. *J. Health Policy Outcomes Res*, 2, 4-16.

Zaiger, D. (2013). Historical perspectives of school nursing. *School nursing: A comprehensive text*, 2-24.

Zgierska, A., Rabago, D., & Miller, M. M. (2014). Impact of patient satisfaction ratings on physicians and clinical care. *Patient preference and adherence*, 437-446.

Zoller, J. S., Lackland, D. T., & Silverstein, M. D. (2001). Predicting patient intent to return from satisfaction scores. *The Journal of ambulatory care management*, 24(1), 44-50.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Π.Μ.Σ. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΑΜΠΟΥΛΑΤΖΕ ΜΑΡΙΑΜΙ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΕ

Αγαπητή κύριε-α,

Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο διερευνά τον βαθμό της ικανοποίησης του κάθε χρήστη των υπηρεσιών που παρέχονται στα ιατρεία των Πανεπιστημιούπολεων Άλσους Αιγάλεω και Αρχαίου Ελαιώνα του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής .

Αποτελεί μεθοδολογικό εργαλείο σχετικής μελέτης που πραγματοποιούμε στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διπλωματικής μας εργασίας. Η συμμετοχή σας απαιτεί τη διάθεση χρόνου 15 περίπου λεπτών για να απαντήσετε με ειλικρίνεια τις ερωτήσεις που ακολουθούν. Θα θέλαμε να τονίσουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και προαιρετικό. Όλα τα στοιχεία που θα σας ζητηθούν θα είναι εμπιστευτικά και θα είναι σε γνώση μόνο των ερευνητών και του επιστημονικού υπευθύνου από τη σχολή. Τα επεξεργασμένα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν συλλογικά και ανώνυμα. Πολλές απαντήσεις ερωτήσεων εκφράζονται με ένα αριθμό που κυμαίνεται από το 1 έως το 5 και κάθε αριθμός ορίζει μια απάντηση. Σε αυτές τις ερωτήσεις κυκλώστε την απάντηση που θεωρείτε ως καλύτερη για τη συγκεκριμένη ερώτηση. Επίσης ο ερευνητής θα μπορεί να σας απαντήσει σε όποιες άλλες απορίες έχετε. Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τον χρόνο που θα μας διαθέσετε.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: Ικανοποίηση Ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα Ιατρεία του ΠΑΔΑ

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/> 2. Ηλικία _____ 3. Υπηκοότητα: Ελληνική <input type="checkbox"/> Άλλη <input type="checkbox"/>					
4. Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Συζώ με σύντροφο <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Σε χηρεία <input type="checkbox"/> Αριθμός μελών οικογένειας: _____					
5. Εκπαίδευση: Δημοτικό <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο <input type="checkbox"/> Λύκειο <input type="checkbox"/> ΤΕΙ, Πανεπιστήμιο <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακό <input type="checkbox"/>					
6. Μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού σας είναι: 0€ <input type="checkbox"/> μέχρι 400 € <input type="checkbox"/> από 401€ – 800€ <input type="checkbox"/> από 801€– 1.500€ <input type="checkbox"/> από 1501€ - 2.000€ <input type="checkbox"/> 2001 € και άνω <input type="checkbox"/>					
7. Εργάζεστε α) 1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/> 8. Έχετε Δημόσια ασφάλεια υγείας α) 1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/> 9. Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας ; α) 1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/>					
10. Είστε φοιτητής: α) 1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/>					
11. Επισκέπτεστε συχνά τα ιατρεία των πανεπιστημιούπολεων Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Πόσο συχνά _____ τον τελευταίο χρόνο					
12. Ιατρείο που επισκεφθήκατε (Άλσους Αιγάλεω/ Αρχαίου Ελαιώνα):					
13. Η γενική σας υγεία νομίζετε ότι είναι	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή
	1	2	3	4	5
B. Αξιολογείτε τις υπηρεσίες της Ιατρικής Φροντίδας σχετικά με:					
	Πολύ κακές	Κακές	Μέτριες	Καλές	Πολύ καλές
14. Το χρόνο που διαθέτουν οι γιατροί για την πραγματοποίηση της εξέτασης	1	2	3	4	5
15. Τις οδηγίες για τη λήψη των φαρμάκων που πρέπει να πάρετε	1	2	3	4	5
16. Τις οδηγίες για τον τρόπο ζωής που πρέπει να ακολουθήσετε	1	2	3	4	5

17. Την ευγενική συμπεριφορά των γιατρών	1	2	3	4	5
18. Την επικοινωνία που είχατε με τους γιατρούς	1	2	3	4	5
19. Την εμπιστοσύνη που αισθανθήκατε με τους γιατρούς	1	2	3	4	5
20. Το ενδιαφέρον των γιατρών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας σας	1	2	3	4	5
Γ. Αξιολογίστε τις υπηρεσίες της Νοσηλευτικής Φροντίδας σχετικά με:	Πολύ κακές	Κακές	Μέτριες	Καλές	Πολύ καλές
21. Την προθυμία των νοσηλευτριών/των για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας σας	1	2	3	4	5
22. Την ευγενική συμπεριφορά των νοσηλευτριών/των	1	2	3	4	5
23. Την επικοινωνία που είχατε με τις νοσηλεύτριες/τες	1	2	3	4	5
24. Την εμπιστοσύνη που αισθανθήκατε με τις νοσηλεύτριες/τες	1	2	3	4	5
25. Την στήριξη που σας παρείχαν οι νοσηλεύτριες/τες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων σας	1	2	3	4	5
26. Την ταχύτητα με την οποία εκτέλεσαν τα καθήκοντά τους	1	2	3	4	5
27. Το ενδιαφέρον των νοσηλευτριών/των για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας σας	1	2	3	4	5
Δ. Αξιολογίστε τις Εγκαταστάσεις των Ιατρείων σχετικά με:	Πολύ κακές	Κακές	Μέτριες	Καλές	Πολύ καλές
28. Την καθαριότητα των χώρων	1	2	3	4	5
29. Την καθαριότητα στις τουαλέτες	1	2	3	4	5
30. Την άνεση στις αίθουσες αναμονής	1	2	3	4	5

31. Την επάρκεια των χώρων	1	2	3	4	5
32. Τη θερμοκρασία των χώρων	1	2	3	4	5
33. Τη διευκόλυνση πρόσβασης σε άτομα με ειδικές ανάγκες	1	2	3	4	5
34. Την ευκολία προσανατολισμού σας (ταμπέλες, γραμμές κατεύθυνσης, σηματοδότησης)	1	2	3	4	5
35. Την ανταπόκριση των ωραρίων λειτουργίας στις ανάγκες σας	1	2	3	4	5
Ε. Αξιολογείτε συνολικά τις υπηρεσίες των Ιατρείων σχετικά με:	Πολύ κακές	Κακές	Μέτριες	Καλές	Πολύ καλές
36. Την βελτίωση της υγείας σας	1	2	3	4	5
37. Την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες μετά την εξέτασή σας	1	2	3	4	5
38. Την ικανοποίηση που περιμένατε να έχετε πριν την εξέτασή σας	1	2	3	4	5
ΣΤ. Μελλοντική Χρήση Ιατρείων	Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Ούτε Διαφωνώ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ
39. Θα επιθυμούσατε να επισκεφθείτε ξανά τα ίδια ιατρεία	1	2	3	4	5
40. Θα συστήνατε σε άλλους φοιτητές – εργαζόμενους των πανεπιστημιούπολεων τα ίδια ιατρεία που επισκεφθήκατε	1	2	3	4	5
41. Θα προτιμούσατε να επισκεφθείτε ιδιωτικά ιατρεία	1	2	3	4	5

Ευχαριστούμε για το χρόνο που διαθέσατε

