



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

*Η ποιότητα παροχής υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
Υγείας μέσα από τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών.
Μελέτη ειδικής περίπτωσης: Κέντρο Υγείας Άντισσας, Λέσβου.*

Συγγραφέας:

Κατερίνα Μαμώλη

ΑΜ: 204852101513

Αθήνα, 2020-2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Η ποιότητα παροχής υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
Υγείας μέσα από τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών.
Μελέτη ειδικής περίπτωσης: Κέντρο Υγείας Άντισσας, Λέσβου.**

Συγγραφέας:

Κατερίνα Μαμώλη

ΑΜ: 204852101513

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Βασιλική Παπανικολάου

Αθήνα, 2020-2023



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

DEPARTMENT PUBLIC HEALTH POLICY

MSc in LEADERSHIP, INNOVATION AND VALUE BASED HEALTH POLICIES

Diploma Thesis

**The quality-of-service provision in Primary Health care through the
measurement of user's satisfaction: A case study of Antissa's
Primary Health Care Center.**

Katerina Mamoli

R.N. 204852101513

Supervisor

Vasiliki Papanikolaou

Athens, 2020-2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η ποιότητα παροχής υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
Υγείας μέσα από τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών.
Μελέτη ειδικής περίπτωσης: Κέντρο Υγείας Άντισσας, Λέσβου.

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

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
2	ΕΛΕΝΗ ΚΟΡΝΑΡΟΥ	ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
3	ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΖΑΒΡΑΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Κατερίνα Μαμόλη του Δημητρίου, με αριθμό μητρώου 204852101513 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Ηγεσία, Καινοτομία και Πολιτικές Αξίας στην Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας 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,


Κατερίνα Μαμόλη

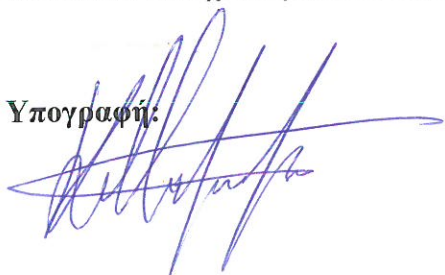
Copyright © ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΜΑΜΩΛΗ

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στη Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία, του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Κοινός τόπος πλήθους ερευνών στο χώρο της Υγείας είναι η βαρύνουσα σημασία μιας σύγχρονης και ποιοτικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), ως θεμέλιο εύρωστων Συστημάτων Υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναπτυχθεί διεθνώς ένας προβληματισμός, για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί αυτή να βελτιωθεί προκειμένου να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των χρηστών/ασθενών και να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή ικανοποίηση τους.

Σκοπός: Η διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ενός κέντρου υγείας (ΚΥ) ορεινής/νησιωτικής περιοχής της ελληνικής περιφέρειας και συγκεκριμένα του Κ.Υ. Άντισσας, Λέσβου.

Υλικό – μέθοδος: Η έρευνα διεξήχθη τον Νοέμβριο του 2022 σε δείγμα 132 ασθενών του ΚΥ με δειγματοληψία ευκολίας, από το γενικό πληθυσμό της περιοχής ευθύνης. Χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο SERVQUAL προκειμένου να διερευνηθούν αφενός οι προσδοκίες, αφετέρου η αντίληψη των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, εκτιμήθηκαν οι πέντε διαστάσεις του μοντέλου, ήτοι η απτότητα, η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η διασφάλιση και η ενσυναίσθηση ενώ εξετάστηκε και η συσχέτιση μεταξύ τους αλλά και με τρία δημογραφικά χαρακτηριστικά, φύλο, ηλικία και μορφωτικό επίπεδο.

Αποτελέσματα: Το γενικό συμπέρασμα είναι ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι σχετικά χαμηλή, οι ερωτηθέντες έχουν υψηλότερες προσδοκίες από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν. Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι έχουμε συνολικό αρνητικό χάσμα (-0,868) και όλες οι διαστάσεις έχουν αρνητικό πρόσημο, με μεγαλύτερο όλων τη διάσταση της Διασφάλισης (-1,20) που αναφέρεται στο αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης που εμπνέει το προσωπικό προς τους ασθενείς. Σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο σε επιμέρους διαστάσεις

Συμπεράσματα: Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να αναδείξει τόσο το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και να συμβάλει στον εντοπισμό των αδυναμιών των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του ΚΥ. Η διοίκηση μπορεί, με κατάλληλες παρεμβάσεις, να βελτιώσει τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που απολαμβάνουν οι χρήστες / ασθενείς έτσι ώστε να καλύπτουν τις προσδοκίες τους.

Ωστόσο, η αλλαγή ταυτότητας της δημόσιας υγείας στη χώρα μας προκειμένου η πολιτική ανάπτυξης της ΠΦΥ να αποτελέσει στόχο υψηλής και άμεσης προτεραιότητας στη χώρα, δεν μπορεί να επιτευχθεί παρά μόνο με πρωτοβουλία της Πολιτείας, με ευρύτερες πολιτικές και κοινωνικές συμμαχίες και με σταθερή πολιτική δέσμευση.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, ΠΦΥ, Ικανοποίηση ασθενών, Μοντέλο SERVQUAL.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ii
Κατάλογος πινάκων γραφημάτων εικόνων.....	v
Συντομογραφίες.....	vii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.1. Γενικό Πλαίσιο.....	1
1.2. Σκοπός και Προσδοκώμενα Αποτελέσματα της Εργασίας.....	3
1.3. Δομή της Εργασίας.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	6
2.1 Εισαγωγή.....	6
2.2. Οι ρίζες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).....	9
2.3 Η γέννηση και εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).....	10
2.4. Από την Alma-Ata στην Astana και την μετά Covid-19 εποχή.....	13
2.5. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, ο «Μεγάλος Ασθενής».....	15
2.6. Η γέννηση της Ποιότητας στη Βιομηχανία.....	18
2.7. Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.....	19
2.8. Διαστάσεις και γνωρίσματα της Ποιότητας στην Υγεία.....	22
2.9. Οφέλη της Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	24
2.10. Διαχείριση Ποιότητας στην Υγεία- η ελληνική πραγματικότητα.....	25
2.11. Η ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης ποιότητας.....	28
2.12. Μέθοδος SERVQUAL: Εργαλείο Αξιολόγησης της Ποιότητας Υπηρεσιών.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	40
3.1. Σκοπός της έρευνας.....	40
3.2. Κέντρο Υγείας Άντισσας Λέσβου.....	41

3.3. Εργαλείο Μέτρησης Ποιότητας.....	43
3.4. Δείγμα έρευνας.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	48
4.1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος.....	48
4.2. Εύρεση Χάσματος.....	51
4.3 Έλεγχος Αξιοπιστίας.....	57
4.4 Έλεγχος Κανονικότητας.....	58
4.5.Συσχετίσεις Χάσματος.....	58
4.6 Συσχετίσεις με τα Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος.....	60
4.7 Συζήτηση.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΝΟΨΗ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	67
5.1. Συμπεράσματα και περιορισμοί έρευνας.....	67
5.2. Διοικητικές Προτάσεις-Τελικές σκέψεις.....	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	73
ABSTRACT.....	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	83

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ, ΕΙΚΟΝΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ:

Γράφημα 1. Φύλο Συμμετεχόντων.....	48
Γράφημα 2. Ηλικία ερωτηθέντων.....	49
Γράφημα 3. Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων.....	50

ΕΙΚΟΝΕΣ

Εικόνα 1. Διακήρυξη της Alma-Ata (1978).....	10
Εικόνα 2. Διακήρυξη της Astana (2018)	13
Εικόνα 3. Service Quality	18
Εικόνα 4: The Seven Pillars of Quality, Donabedian (1990)	23
Εικόνα 5: Θεωρία Επιβεβαίωσης- Διάψευσης (Oliver, 1980)	31
Εικόνα 6: Μοντέλο Ανάλυσης Χασμάτων των Parasuraman, Berry & Zeithaml	34
Εικόνα 7: Οι 5 διαστάσεις της Ποιότητας Υπηρεσιών, Parasuraman et al. 1988	35
Εικόνα 8: Κέντρο Υγείας Άντισσας Λέσβου	42

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Νομοθετικές Παρεμβάσεις δράσεων ποιότητας στον υγειονομικό τομέα	27
Πίνακας 2. Συγκεντρωτικός πίνακας δημογραφικών χαρακτηριστικών δείγματος.....	50
Πίνακας 3. Συγκεντρωτικός πίνακας Προσδοκιών, Αντιλήψεων & Χασμάτων ανά Διάσταση.....	51

Πίνακας 4. Πίνακας Μέσων Όρων των ερωτήσεων των Προσδοκιών σε φθίνουσα σειρά	53
Πίνακας 5. Πίνακας Μέσων Όρων των ερωτήσεων των Αντιλήψεων σε φθίνουσα σειρά	55
Πίνακας 6. Συντελεστής Αξιοπιστίας Cronbach α & μέσοι όροι Διαστάσεων	57
Πίνακας 7. Έλεγχος Κανονικότητας	58
Πίνακας 8. Συσχετίσεις Χασμάτων των Διαστάσεων με Spearman Correlation ρ	59
Πίνακας 9. Σύγκριση μέσων όρων Mann-Whitney μεταξύ Χάσματος & Φύλου	61
Πίνακας 10. Σύγκριση μέσων όρων Mann-Whitney μεταξύ Χάσματος & Ηλικίας ..	62
Πίνακας 11. Σύγκριση μέσων όρων Mann-Whitney μεταξύ Χασμάτων & Μορφωτικού Επιπέδου	63

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΠΘ: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική Στατιστική Αρχή

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

ΗΒ: Ηνωμένο Βασίλειο

ΚΥ: Κέντρο Υγείας

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΥΥ: Πάροχοι Υπηρεσιών Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΣΥ: Σύστημα Υγείας

ΤΟΜΥ: Τοπική Μονάδα Υγείας

Covid-19: Coronavirus Disease

JCI: Joint Commission International

SERVQUAL: Service Quality

WHO: World Health Organization

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

« Ένα σύστημα υγείας όπου η ΠΦΥ είναι η ραχοκοκαλιά και ο οικογενειακός γιατρός ο θεμέλιος λίθος του, παράγει τα καλύτερα αποτελέσματα υγείας με το ελάχιστο δυνατό κόστος και τη μέγιστη ικανοποίηση των χρηστών»

Margaret Chan, Γενική Διευθύντρια Π.Ο.Υ. (2013)

1.1. Γενικό Πλαίσιο

Η Υγεία διαχρονικά αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους ζωής, κοινωνικό αγαθό που σχετίζεται προφανώς με την ίδια την ύπαρξη αλλά και την ποιότητα της ζωής του ανθρώπου. Επομένως, είναι πρόδηλο ότι διαχρονικά αφορά όχι μόνο την απαίτηση για την παροχή των απαιτούμενων κατά περίπτωση υπηρεσιών της σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες, αλλά και την υψηλότερη δυνατή ποιότητα των υπηρεσιών αυτών (Μπένος και συν., 2015).

Οι κοινωνίες όμως αλλάζουν και μαζί τους αλλάζουν ταυτόχρονα και οι ειδικές ανάγκες υγείας και οι προσδοκίες του πληθυσμού για φροντίδα και περίθαλψη. Οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από αυξημένες προσδοκίες του πληθυσμού για ιατρική φροντίδα και περίθαλψη, οι οποίες εξασφαλίζουν την καλύτερη δυνατή, σχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής ενώ ταυτόχρονα στο παρόν δυσμενές οικονομικό περιβάλλον οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται, ή και αδυνατούν, να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία (Σουλιώτης, και συν. 2013).

Μια από τις σημαντικότερες πρόσφατες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς υπήρξε το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την πρόληψη (Σουλιώτης, και συν. 2013).

Με τη Διακήρυξη της Συνδιάσκεψης της Alma-Ata (1978) και της Astana (2018), επικυρώνεται η αναγνώριση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) ως κοινωνικό δικαίωμα, ως η κρίσιμη και απαραίτητη βάση για τον επανασχεδιασμό και την αναβάθμιση της ποιότητας των συστημάτων υγείας προκειμένου να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες και θεωρήθηκε η απάντηση στην κρίση του

ιατρο-κεντρικού και νοσο-κεντρικού υγειονομικού συστήματος (Μπαλάσκα,- Μπιτσώρη, 2019).

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και δη στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας μπαίνει έκτοτε μεταξύ άλλων, δυναμικά στο προσκήνιο και τίθεται πλέον στη σύγχρονη εποχή ως απαραίτητη συνθήκη η ανάγκη επιστημονικά τεκμηριωμένης μέτρησης και αξιολόγησης της (Papanikolaou – Zygiaris, S. 2012).

Κλείνοντας την παρούσα εισαγωγή και προτού μπούμε στη κύρια συζήτηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήταν σοβαρή παράλειψη μου αν δεν αναφερόμουν στους ανθρώπους που συνέβαλαν καθοριστικά στην πραγματοποίησή της.

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω θερμά την κυρία Παπανικολάου Βασιλική, επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας για την καθοδήγηση, την υποστήριξη και τις πολύτιμες συμβουλές της που συνέβαλαν καθοριστικά στην υλοποίηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Επιπροσθέτως, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον κύριο Στρ. Παυλή, Διευθυντή του Κέντρου Υγείας Άντισσας καθώς και σε όλο το προσωπικό του Κέντρου Υγείας για την πολύτιμη αρωγή τους, στον κύριο Κ. Καραμιχαήλ, Πρόεδρο της Κοινότητας Άντισσας Λέσβου, στην κυριά Β. Καρίνου, Πρόεδρο του Αγροτικού Συνεταιρισμού Άντισσας και στον κύριο Θ. Καραμιχαήλ Πρόεδρο του Πολιτιστικού Συλλόγου Τέρπανδρος Άντισσας Λέσβου για την πολύτιμη βοήθεια τους στην πραγματοποίηση της έρευνας μου καθώς και το φίλο Στατιστικό Σπύρο Ζώρζο που συνέβαλε σημαντικά στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας μου.

Τις θερμότερες ευχαριστίες μου δε θα μπορούσα παρά να τις αποδώσω στους συγχωριανούς μου, από την Άντισσα της Λέσβου που συνέβαλαν με τη συμμετοχή τους καθοριστικά στην υλοποίηση της εργασίας μου. Χωρίς αυτούς, η εργασία μου ποτέ δεν θα είχε υλοποιηθεί.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά τον σύντροφο μου Στέφανο για την υποστήριξη και την υπομονή του καθώς και τους γονείς μου Μαρία και Δημήτρη για την ηθική τους συμπαράσταση καθ' όλη τη διάρκεια του εγχειρήματος αυτού αλλά και όλους όσους συνέβαλαν με τον τρόπο τους στη διεξαγωγή της παρούσας εργασίας.

1.2. Σκοπός και Προσδοκώμενα Αποτελέσματα της Εργασίας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αποτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από ένα Κέντρο Υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών από αυτές, αξιολογώντας τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις τους.

Πιο συγκεκριμένα, μελετώνται αφενός οι προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών ενός Κέντρου Υγείας προκειμένου να αναδειχθεί τι θεωρούν κρίσιμο από τις υπηρεσίες αυτές και αφετέρου μελετώνται οι αντιλήψεις των χρηστών αυτών από τις υπηρεσίες που πραγματικά τους παρασχέθηκαν από το εν λόγω Κέντρο Υγείας.

Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα προκύπτει από τη διαφορά/χάσμα μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων που προσδιορίζει το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη. Έτσι, μπορεί να διαφανεί και ποια είναι η σχέση της ποιότητας της φροντίδας υγείας με την ικανοποίηση του χρήστη/ασθενή.

Επίσης θα διερευνηθεί κατά πόσο τα δημογραφικά στοιχεία- φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο- επηρεάζουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα είναι σε γενικές γραμμές τα εξής:

- Ποιες είναι οι προσδοκίες των χρηστών από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας;
- Ποιες είναι οι αντιλήψεις των χρηστών από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας;
- Ποια είναι η αντιλαμβανόμενη από τους χρήστες ποιότητα των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας, όπως αυτή προκύπτει από τη διαφορά αντιλήψεων και προσδοκιών;
- Τα δημογραφικά στοιχεία επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας;

Η εφαρμογή διαδικασιών αξιολόγησης είναι απαραίτητη σε ένα τομέα όπως αυτός της Υγείας όπου οι παρεχόμενες υπηρεσίες υλοποιούνται υπό το πρίσμα της συνεχούς βελτίωσης παρά τις διαφορετικές προσεγγίσεις και οπτικές όσον αφορά τη φύση και το περιεχόμενο της έννοιας ποιότητα.

Η αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εστιαζόταν κυρίως στο χώρο της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, ενώ μόλις τα τελευταία χρόνια άρχισε να εφαρμόζεται και σε δομές ΠΦΥ (Λιονής - Παπανικολάου 2016).

Σε αυτό το πεδίο που δεν έχει διερευνηθεί ενδελεχώς, έρχεται να συνεισφέρει η παρούσα διπλωματική εργασία και εδώ έγκειται κυρίως το ερευνητικό της ενδιαφέρον.

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει ως κύριο στόχο την μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μέσα από τη μελέτη ενός Κέντρου Υγείας της χώρας και συγκεκριμένα του Κέντρου Υγείας Άντισσας Λέσβου καθώς επίσης και της ικανοποίησης των ασθενών από αυτές, αξιολογώντας τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις τους. Για το σκοπό αυτό αξιοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο, το ερωτηματολόγιο SERVQUAL.

Εκ των ανωτέρω είναι πρόδηλο ότι η παρούσα έρευνα προσδοκά να «φωτίσει» παραπάνω μια λιγότερο μελετημένη πτυχή της ποιότητας υγείας, δηλαδή την ποιότητα των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας και να συμβάλλει στο πλαίσιο αυτό αφενός στην αποτύπωση της σημερινής πραγματικότητας των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα και αφετέρου στην ανάδειξη καλών πρακτικών όσον αφορά την ποιότητα υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

1.3. Δομή της Εργασίας

Η παρούσα εργασία αποτελείται συνολικά από πέντε κεφάλαια: την εισαγωγή, τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, την ερευνητική μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τέλος, τη σύνοψη και τις προτάσεις.

Στο παρόν πρώτο κεφάλαιο, τίθεται σε αδρές γραμμές το γενικό πλαίσιο, ο σκοπός και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της εργασίας ενώ εξηγείται και η συνεισφορά της στο γνωστικό αντικείμενο και στην τελευταία ενότητα η δομή της παρούσας εργασίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρατίθεται η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με θέματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ποιότητας υπηρεσιών υγείας και η εξέλιξη τους στον ελληνικό χώρο, αναπτύσσεται το ζήτημα της ικανοποίησης ασθενών ενώ παρουσιάζεται και η κλίμακα SERVQUAL ως εργαλείο αξιολόγησης της Ποιότητας καθώς και τα κύρια δημογραφικά χαρακτηριστικά –φύλο, ηλικία, εκπαίδευση- που φαίνεται να επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η μεθοδολογία της παρούσας έρευνας, ο σκοπός διεξαγωγής της καθώς και τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία επιδιώκεται να απαντηθούν. Επιπροσθέτως, γίνεται μια σύντομη περιγραφή του Κέντρου Υγείας Άντισσας Λέσβου, τις υπηρεσίες του οποίου διερευνά η παρούσα μελέτη. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται το εργαλείο μέτρησης ποιότητας SERVQUAL καθώς και το δείγμα της παρούσας έρευνας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, περιγράφονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Αρχικά, δίνονται διαγραμματικά και περιγραφικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο). Εν συνεχεία, ακολουθεί η εύρεση του χάσματος μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών, από το οποίο προκύπτει η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των ασθενών.

Ακολουθούν ο έλεγχος αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων, ο έλεγχος κανονικότητας, οι συσχετίσεις χασμάτων κάθε διάστασης με τα χάσματα των υπολοίπων διαστάσεων αλλά και έλεγχος συσχέτισης των χασμάτων των διαστάσεων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τη συζήτηση των αποτελεσμάτων.

Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη σύνοψη της μελέτης, τους περιορισμούς της έρευνας καθώς και ορισμένες προτάσεις.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση της βιβλιογραφίας που αξιοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της παρούσας μελέτης, το abstract και το παράρτημα που είναι το χορηγούμενο κατά την έρευνα ερωτηματολόγιο.

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1. Εισαγωγή

Στη διεθνή βιβλιογραφία για τον όρο Υγεία έχουν χρησιμοποιηθεί διαχρονικά διάφορες εννοιολογικές ερμηνείες. Ένας από τους επικρατέστερους ορισμούς είναι εκείνος που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) το 1946, σύμφωνα με τον οποίο η υγεία είναι *«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*.

Ο ορισμός αυτός, κυριάρχησε έναντι όλων καθώς έχει ένα θετικό περιεχόμενο σύμφωνα με το οποίο η υγεία δε συνιστά απλώς μια αρνητική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την απουσία νόσου, αλλά μια θετική δυναμική κατάσταση ανάπτυξης της ανθρώπινης δυνατότητας και ελευθερίας.

Η Υγεία διαχρονικά αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους ζωής, αγαθό που σχετίζεται προφανώς με την ίδια την ύπαρξη αλλά και την ποιότητα της ζωής του ανθρώπου. Επομένως, είναι πρόδηλο ότι αφορά όχι μόνο την απαίτηση για την παροχή των αναγκαίων κατά περίπτωση υπηρεσιών της σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες, αλλά και την υψηλότερη δυνατή ποιότητα των υπηρεσιών αυτών (Ρίκος, 2015).

Σύμφωνα με την Β. Παπανικολάου (2007: 24), η ποιότητα που υφίσταται ως έννοια από τις πρώτες δεκαετίες του 20 αι., γενικά *«μπορεί να οριστεί ως μία δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη»*.

Η έννοια της ποιότητας στην υγεία προσδιορίζεται διαφορετικά από ότι στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής από τον οποίο προήλθε και είναι αρκετά σύνθετη καθώς η φύση της είναι πολυπαραγοντική, άμεσα συναρτώμενη από την αξιολόγηση ικανοποίησης των πολιτών/ασθενών, την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών καθώς και από τον έλεγχο κόστους-οφέλους που προκύπτει. (Μπαλάσκα-Μπιτσώρη, 2015).

Σήμερα, σε ένα περιβάλλον διακινδύνευσης και πολύπλευρης κρίσης, όπως όλοι βιώσαμε σε διεθνές επίπεδο τόσο με τις συνέπειες της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης και στα συστήματα υγείας όσο και με την πρόσφατη πανδημία του Covid-19, οι οργανισμοί υγείας καλούνται να υιοθετήσουν πορεία συνεχούς βελτίωσης και να ανασυγκροτηθούν στη βάση προτύπων και αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) προκειμένου να ανταποκριθούν στις σύγχρονες ανάγκες και προκλήσεις της 4^{ης} Βιομηχανικής Επανάστασης που διανύουμε. Η εφαρμογή ενός συστήματος ποιότητας ως προϋπόθεση για ένα βιώσιμο υγειονομικό σύστημα, αποτελεί πλέον κοινό τόπο (Τζωρτζόπουλος, 2018, Πέγιου, 2023).

Ειδικότερα, όπως διαπιστώνεται από πλήθος ερευνών, προς αυτή την κατεύθυνση έχει αναδειχθεί η βαρύνουσα σημασία μιας σύγχρονης και ποιοτικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), ως θεμέλιο εύρωστων Συστημάτων Υγείας, καθώς συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών, στον εξορθολογισμό και τη μείωση των απαιτούμενων υλικών πόρων και εντέλει, όπως χαρακτηριστικά τονίζει ο ΠΟΥ (2020) η ΠΦΥ αποτελεί την απαρχή στην επίτευξη της παγκόσμιας υγείας, στην άρση των κοινωνικό-οικονομικών ανισοτήτων και στην προώθηση της κοινωνικής ευημερίας, μέσω της διασφάλισης της καθολικής πρόσβασης στην Υγεία.

Στην Ελλάδα, το Σύστημα Υγείας (ΣΥ), αν και έχουν υπάρξει πολιτικές πρωτοβουλίες που συνέβαλαν σημαντικά στον εκσυγχρονισμό του, εντούτοις, απέχει από το να θεωρηθεί ενιαίο, ολοκληρωμένο, προσβάσιμο και ανθρωποκεντρικό καθώς υστερεί μεταξύ άλλων, τόσο στην εφαρμογή πολιτικών ποιότητας όσο και στις Υπηρεσίες ΠΦΥ που παραμένουν κατακερματισμένες και αποσπασματικές, με αποτέλεσμα να διαιωνίζεται ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος ασθενείας και όχι υγείας, που επικρατεί στη χώρα μας (Ελληνας, 2011, Economou et. al., 2017).

Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας (ΠΥΥ), μέχρι και τα τέλη του 20^{ου} αι. δεν εφάρμοζαν με συγκροτημένο τρόπο πολιτικές ποιότητας ούτε στις διοικητικές διαδικασίες, ούτε στις επιμέρους υπηρεσίες υγείας που παρείχαν ενώ ταυτόχρονα, η προσπάθεια ανάπτυξης πολιτικών για παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ΠΦΥ με καθολική κάλυψη του πληθυσμού δεν έχει καρποφορήσει, πρόβλημα που συνδέεται

αποφασιστικά με την έλλειψη ισχυρής πολιτικής βούλησης για την υπερνίκηση των εμποδίων και των αντιστάσεων που ήταν και παραμένουν ισχυρά (Φιλαλήθης, 2021).

Ωστόσο, στην αυγή της 4^{ης} Βιομηχανικής Επανάστασης, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η αλλαγή του προφίλ νοσηρότητας, οι νέες τεχνολογικές εξελίξεις που επιφέρει η Τεχνητή Νοημοσύνη αλλά και οι σύνθετες απαιτήσεις για παροχή αναβαθμισμένων υπηρεσιών ποιότητας προς τον πολίτη/ασθενή σε συνδυασμό με τη μείωση του κόστους για τον πάροχο των υπηρεσιών, αποτελούν μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις πολιτικών ηγεσιών, κρατών και συστημάτων υγείας (Πέγιου, 2023).

Σε αυτό το πλαίσιο καταγιστικών αλλαγών του τρόπου ζωής, δε μπορεί παρά να γίνεται και στη χώρα μας, επίκαιρο το ζήτημα των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και δη στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην οποία και εστιάζουμε στην παρούσα εργασία (Κουκουφιλίππου και συν., 2017).

Για την παρούσα εργασία, πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση που αναπτύσσεται στο παρόν κεφάλαιο, σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων όπως είναι το Pubmed, το Researchgate και το Google Scholar, εστιάζοντας σε επιστημονικά άρθρα και συγγράμματα που αναφέρονται σε ζητήματα ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας και δη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς επίσης και στο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας που αξιοποιήθηκε, το SERVQUAL. Ενδεικτικά χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως: “quality of health services in Greece ” and “Greek primary health care”, “ primary health quality assessment” and “SERVQUAL model“, quality perceptions” and “primary health care”, “evaluation of health services” and “patient satisfaction” or “Insurance” or “empathy” or “reliability” or “response”.

Συνοπτικά, στο παρόν κεφάλαιο ανασκόπησης, τα θέματα που θα αναλυθούν με βάση τη διαθέσιμη βιβλιογραφία είναι τα εξής:

- Η γέννηση και τα ορόσημα στην εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς και η ελληνική πραγματικότητα στην ΠΦΥ.
- Η έννοια της Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, διαστάσεις και οφέλη από την αξιολόγηση της καθώς και η εξέλιξη της στον ελληνικό χώρο.
- Η ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης Ποιότητας.

- Η κλίμακα SERVQUAL, ως εργαλείο αξιολόγησης της Ποιότητας καθώς και η κριτική που του έχει ασκηθεί διαχρονικά.
- Τα κύρια δημογραφικά χαρακτηριστικά –φύλο, ηλικία, εκπαίδευση- που φαίνεται να επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Οι παραπάνω θεματικές επιλέχθηκαν διότι κρίθηκε ότι αποτελούν το απαραίτητο θεωρητικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο βασίζεται η έρευνα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, εξοικειώνουν τον αναγνώστη με έννοιες που είναι κρίσιμες για την κατανόηση του ερευνητικού μέρους της εργασίας αλλά και με την κλίμακα SERVQUAL, που αποτελεί το εργαλείο της διεξαχθείσας έρευνας μου.

Τέλος, κρίθηκε σκόπιμη η συνοπτική παρουσίαση της ελληνικής πραγματικότητας τόσο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας όσο και στην ανάπτυξη της Ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς είναι σημαντικό ο αναγνώστης να εξοικειωθεί και με το γενικότερο κοινωνικό πλαίσιο, τα ζητήματα του ελληνικού συστήματος καθώς και την ανάγκη συνεχούς αξιολόγησης τους.

2.2. Οι ρίζες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

Οι βασικές αρχές και το περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί στη σύγχρονη εποχή, αποτελούν το επιστέγασμα μιας μακράς επιστημονικής αναζήτησης, που μας πάει πολύ πίσω στο χρόνο, έναν αιώνα πριν και αξίζει πολύ συνοπτικά να αναφερθούμε.

Το 1920, δημοσιεύθηκε η Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής που συγκρότησε το νέο-ιδρυθέν τότε Υπουργείο Υγείας του ΗΒ, γνωστή ως «Έκθεση Dawson», η οποία ήταν η πρώτη Έκθεση που αναφέρθηκε στην ανάγκη δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών υγείας που θα βασιζόταν στην οργάνωση σε τρία επίπεδα: τα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια κέντρα υγείας και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Αν και η «Έκθεση Dawson» δεν εφαρμόστηκε ποτέ, είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι ήδη από τότε όσον αφορά την ΠΦΥ, αναφερόταν η στελέχωση από γενικούς ιατρούς (general practitioners, GP) ενώ ως κύρια αποστολή της αναφερόταν η πρόληψη, η νοσηλεία απλών περιστατικών και η θεραπεία (Φιλαλήθης, 2021).

Στη δεκαετία του '40, στην φτωχή επαρχία Nadal της Ν. Αφρικής, η προσανατολισμένη στην κοινότητα πρωτοβάθμια φροντίδα (COPC) κατόρθωσε να συμβάλλει καίρια στη βελτίωση της υγείας των κατοίκων της μέσα από το συνδυασμό των μεθοδολογιών της δημόσιας υγείας και της ΠΦΥ με την ενεργό συμμετοχή της κοινότητας.

Δύο δεκαετίες αργότερα (1960) οι White, Williams και Greenberg του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας, αξιοποιώντας στοιχεία από τις ΗΠΑ και το ΗΒ και μελετώντας τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από ένα γενικό πληθυσμό, κατέληξαν στην διατύπωση της «Οικολογίας της ιατρικής φροντίδας», την πυραμίδα δηλαδή της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, που αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη των τριών βαθμίδων φροντίδας (Φιλαλήθης, 2021).

2.3. Η γέννηση και εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

Η ΠΦΥ με τη σύγχρονη πια έννοια και περιεχόμενο, ως βασικός πυλώνας των συστημάτων υγείας, καθιερώνεται στην Παγκόσμια Συνδιάσκεψη 134 κρατών-μελών, για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έλαβε χώρα στην Alma-Ata το Σεπτέμβριο του 1978 με πρωτοβουλία του ΠΟΥ και της UNICEF.

Στη Διακήρυξη της Alma-Ata (1978), η υγεία ορίζεται ως: *«μια κατάσταση ολικής, φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παγκόσμιο στόχο του οποίου η πραγματοποίηση προϋποθέτει τη συμβολή πολλών άλλων οικονομικών και κοινωνικών*



τομέων, πέραν του τομέα υγείας». (WHO,1978).

Η Διακήρυξη της Alma-Ata (1978) αποτέλεσε αναπόσπαστο μέρος

μιας συνολικής στρατηγικής που ονομάστηκε «Υγεία για Όλους το 2000» του Π.Ο.Υ. και επικαλείτο το καθολικό δικαίωμα για υγεία, το συνέδεε με την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη ενώ τόνιζε την αναγκαιότητα της συμμετοχής της κοινότητας στην όλη διαδικασία (Φιλαλήθης, 2021).

Με τη Διακήρυξη της Συνδιάσκεψης της Alma-Ata, επιβεβαιώνεται η αναγνώριση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) ως κοινωνικό δικαίωμα, ως η κρίσιμη και απαραίτητη βάση για τον επανασχεδιασμό και την αναβάθμιση των συστημάτων υγείας προκειμένου να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες και θεωρήθηκε η απάντηση στην κρίση του ιατρο-κεντρικού και νοσο-κεντρικού υγειονομικού συστήματος (Μπαλάσκα- Μπιτσώρη, 2019).

Η ΠΦΥ ορίζεται στο άρθρο 6 της Διακήρυξης της Alma-Ata (1978), ως «βασική φροντίδα που εδράζεται σε τεκμηριωμένες ιατρικά και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και αξιολογεί κατάλληλα τη σύγχρονη τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα υγείας και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο ανάπτυξής της. Η ΠΦΥ αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η ΠΦΥ φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους όπου οι πολίτες ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτή απευθύνεται στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης».

Ο ορισμός της ΠΦΥ είναι πρόδηλος της νέας αντίληψης που γεννάται στα τέλη του 20 αι. και βασίζεται στην ολιστική προσέγγιση της υγείας και της ασθένειας που προϋποθέτει την οικοδόμηση μιας νέας κουλτούρας όχι απλώς για την υγεία αλλά για τη ζωή συνολικά ενώ θεωρείται έκτοτε ότι συνιστά το βασικό πυρήνα κάθε οργανωμένου υγειονομικού συστήματος που παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες. Η προαγωγή και η προστασία της υγείας εκλαμβάνονται πλέον ως βασική προϋπόθεση της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης συνολικά ενώ η ΠΦΥ αναδύεται σε συνέργεια με τη δημόσια υγεία, ως το μέσο για τη βελτίωση της παγκόσμιας υγείας

στο πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης. (Μωραΐτης, και συν., 1995, Μαλαβάζος, και συν., 2019).

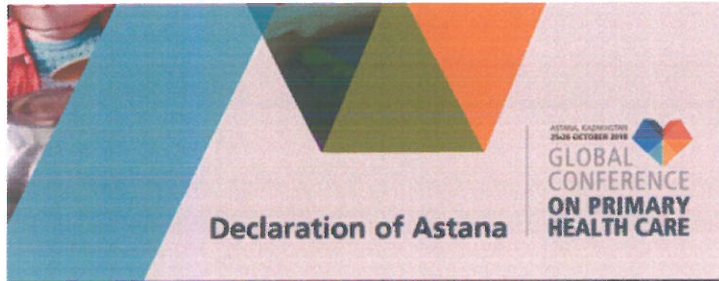
Η ΠΦΥ απαντά άμεσα στις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Μερικές από τις βασικότερες αρχές λειτουργίας της είναι η εξασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα και της ανεμπόδιστης προσπέλασης όλων των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες με δυνατότητα χρήσης τους όλο το 24ωρο καθ' όλη τη διάρκεια του έτους χωρίς οικονομική επιβάρυνση, η διασφάλιση της διάθεσης όλων των αναγκαίων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων ώστε να είναι δυνατή η αντιμετώπιση κάθε κοινού προβλήματος υγείας στο τοπικό επίπεδο, αποφεύγοντας έτσι τη μη αναγκαία προσφυγή σε νοσοκομειακή μονάδα (Μωραΐτης, και συν., 1995).

Οι αντιστάσεις στην εφαρμογή του ολοκληρωμένου σχεδίου για την ΠΦΥ, όμως δεν άργησαν να φανούν. Ο ιατρός ΠΦΥ, Γ. Καζιόλας (2022) σημειώνει ότι η απάντηση του ιδιωτικού τομέα ήρθε από το Rockefeller Foundation, που χρηματοδότησε συνέδριο για την Π.Φ.Υ. στην Ιταλία (1979). Έτσι εισήχθη η επιλεκτική πρωτοβάθμια υγεία (selective P.H.C.), με την ιδέα της εξεύρεσης λύσεων κάθετων, εστιασμένων παρεμβάσεων χαμηλού κόστους, μια προσέγγιση περιοριστική στην υγεία και στο πλαίσιο της Π.Φ.Υ. καθώς δεν συμβάλλει στην ολοκληρωμένη περίθαλψη.

Το μειωμένο ενδιαφέρον για την ολοκληρωμένη ΠΦΥ κι ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται η επιστήμη της γενικής/οικογενειακής Ιατρικής, αναζωοπυρώνεται στις αρχές του 21^{ου} αι. καθώς γίνεται αντιληπτό ότι οι κάθετες εστιασμένες παρεμβάσεις δεν απέδιδαν με αποτέλεσμα η «οριζόντια» προσέγγιση της ΠΦΥ ξανά ήρθε στο προσκήνιο μέσα από την Παγκόσμια Έκθεση Υγείας (2008) με τίτλο: «ΠΦΥ, Τώρα όσο ποτέ άλλοτε» και επιβεβαιώθηκε τόσο από το νόμο Affordable Care Act, γνωστός ως Obamacare, που έχει σκοπό την επέκταση της ασφάλισης υγείας στα 50 εκατομμύρια ανασφάλιστων πολιτών των ΗΠΑ όσο και από την επιδημία του ιού Ebola (2013-2016) στην Αφρική (Φιλαλήθης, 2021).

2.4. Από την Alma-Ata στην Astana και την μετά Covid-19 εποχή

Σαράντα χρόνια μετά τη Διακήρυξη της Alma-Ata πραγματοποιείται με πρωτοβουλία του ΠΟΥ και της UNICEF συνάντηση στην πόλη Astana με σκοπό την επιβεβαίωση των διδαγμάτων της Διακήρυξης που είχαν οριοθετηθεί το 1978.



Παράλληλα, επιδοκιμάστηκε κείμενο με σημαντικές θέσεις στην κατεύθυνση της παγκόσμιας κάλυψης της υγείας (universal health coverage) με τον τίτλο “A vision for primary health care in the 21st century” (Λιονής, 2020)

Στο κείμενο αυτό γίνεται αναφορά των τριών συστατικών της ΠΦΥ που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και συγκεκριμένα των παρακάτω: (α) «*Η συνάντηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού μέσω μιας ολοκληρωμένης (comprehensive) φροντίδας που προάγει, προστατεύει, προλαμβάνει, θεραπεύει, αποκαθιστά, ανακουφίζει σε όλη τη διάρκεια της ζωής, θέτοντας ως προτεραιότητα τις κύριες υπηρεσίες φροντίδας, στοχεύοντας σε άτομα και οικογένειες διά μέσου της πρωτοβάθμιας φροντίδας και του πληθυσμού διά μέσου των λειτουργιών δημόσιας υγείας ως κεντρικών στοιχείων των απαρτιωμένων (integrated) υπηρεσιών υγείας, (β) η συστηματική αναφορά στους διευρυνμένους προσδιοριστές της υγείας (όπου περιλαμβάνονται κοινωνικοί, οικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, καθώς και τα ατομικά χαρακτηριστικά και η συμπεριφορά) διά μέσου τεκμηριωμένων πολιτικών και δράσεων σε όλους τους τομείς, και (γ) η ενδυνάμωση ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων στη βελτιστοποίηση της υγείας τους, ως συνηγόρους για πολιτικές που προάγουν και προστατεύουν την υγεία και την ευημερία, ως συν-παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, και ως αυτο-φροντιζόμενους και φροντιστές» (WHO, 2018, Λιονής, 2020).*

Οι εξελίξεις αυτές οδήγησαν στη σύγχρονη εποχή στον επαναπροσδιορισμό των εννοιών της υγείας και της ασθένειας και σε ουσιαστική αλλαγή του προσανατολισμού των υπηρεσιών υγείας: από τη θεραπεία της ασθένειας στην πρόληψη και προώθηση της υγείας. Αυτό συνέβαλε καθοριστικά στην ανάδειξη της πρωτοβάθμιας υγείας στο χώρο των πολιτικών υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θεωρείται πλέον αναπόσπαστο μέρος όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας προηγμένης χώρας αλλά και συνολικά της κοινωνικό-οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας (Papanikolaou– Zygiaris, 2012, Sharifi, Hosseini, Mohammadpour et al. 2021).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας. Έτσι, η παροχή κατάλληλων και ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στις δομές ΠΦΥ αποτρέπει από τις περιττές παραπομπές και κατά συνέπεια το πρόσθετο κόστος. Επίσης, οι υψηλής ποιότητας υπηρεσίες ΠΦΥ μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένη ικανοποίηση, εμπιστοσύνη, ταχύτητα παροχής υπηρεσιών και οικονομική αποδοτικότητα καθώς επίσης και μείωση του χρόνου αναμονής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) έχει τονίσει τη σημασία της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και έχει αναδείξει την πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους, ως κύριο τρόπο επίτευξης της βιώσιμης ανάπτυξης (Sharifi, Hosseini, Mohammadpour et al. 2021).

Όπως χαρακτηριστικά διακηρύττει ο ΠΟΥ (2020): *«Η ενδυνάμωση της ΠΦΥ αποτελεί καθοριστική στην επίτευξη των σχετιζόμενων με την υγεία στόχων της Βιώσιμης Ανάπτυξης Sustainable Development Goals (SDGs) και της καθολικής κάλυψης στην υγεία. Συνεισφέρει στην επίτευξη και άλλων στόχων, πέραν του στόχου για την υγεία (SDG3), συμπεριλαμβανομένων εκείνων για τη φτώχεια, την πείνα, την εκπαίδευση, την ισότητα των φύλων, το καθαρό νερό και την αποχέτευση, την εργασία και την οικονομική ανάπτυξη, τη μείωση της ανισότητας και την κλιματική δράση».*

Επιπροσθέτως, ο ΠΟΥ (2020) εξέδωσε ειδικό εγχειρίδιο προς τα κράτη μέλη, με σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες αναφορικά με την κρισιμότητα του ρόλου της ΠΦΥ στην αποτελεσματική διαχείριση της πανδημίας COVID-19, υπογραμμίζοντας για μια ακόμη φορά την καίρια θέση της στην επίτευξη της παγκόσμιας υγείας: *«Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη αποτελεί βασικό θεμέλιο για την παγκόσμια*

ανταπόκριση στη νόσο του COVID-19. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαφύλαξη του ελέγχου και των κλινικών ανταποκρίσεων: διαχωρίζοντας τους ασθενείς με αναπνευστικά συμπτώματα από τα άτομα με COVID-19, ασκώντας έγκαιρη διάγνωση, βοηθά τα ευάλωτα άτομα στην αντιμετώπιση κατά του φόβου τους προς τον ιό και μειώνοντας τις απαιτήσεις για νοσοκομειακές υπηρεσίες».

2.5. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, ο «Μεγάλος Ασθενής»

Από όλα τα παραπάνω, προκύπτει αβίαστα το συμπέρασμα ότι στη βάση ενός σύγχρονου, αποτελεσματικού και ολοκληρωμένου συστήματος για την Υγεία, βρίσκεται η ΠΦΥ. Το επίπεδο οργάνωσης της ΠΦΥ, διαφέρει από χώρα σε χώρα και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως κοινωνικοπολιτικούς, οικονομικούς, γεωγραφικούς, πολιτισμικούς κ.α. (Γαβρίλη-Καπάκη, 2022).

Στη χώρα μας από το 1983 που ψηφίστηκε ο νόμος 1397 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας μέχρι σήμερα, πλήθος υγειονομικών μεταρρυθμίσεων εξαγγέλθηκαν και εφαρμόστηκαν εν μέρει ή εν συνόλω στη χώρα μας με τελευταία το Ν. 4931/2022, γέννημα της πανδημίας του Covid-19, κατά την οποία ξεκάθαρα φάνηκαν τα σημαντικά ελλείμματα της ΠΦΥ στη χώρα μας.

Ενδεικτικά, σε έρευνα του ΑΠΘ που διεξήχθη το 2020 με συνεντεύξεις επαγγελματιών υγείας σε ΚΥ, ΤΟΜΥ, προκύπτει ότι οι δομές ΠΦΥ εμφανίζονται απροετοίμαστες την περίοδο του πρώτου κύματος της πανδημίας. Οι ελλείψεις σε μέσα ατομικής προστασίας, η αποσπασματική ενημέρωση του προσωπικού κατά βάση μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου από το ΕΟΔΥ καθώς και η μετακίνηση του προσωπικού των δομών της ΠΦΥ στα νοσοκομεία αποδυνάμωσε την αποτελεσματικότητά της. Η δυσκολία χρήσης των μέσων τηλεϊατρικής και της άυλης συνταγογράφησης από τους ηλικιωμένους ασθενείς επέτεινε το πρόβλημα διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων. Επίσης περιορίστηκαν οι έτσι κι αλλιώς περιορισμένες κατ' οίκον επισκέψεις. (Αγοραστίδου et al. 2020).

Ακόμη κι από τη μελέτη της Ειδικής Επιτροπής με επικεφαλής τον Α. Smith (1994) που διενεργήθηκε με εντολή του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με την οποία «το ΕΣΥ είναι ένα άναρχο «νοσοκομειοκεντρικό» σύστημα υγείας χωρίς οργανωμένη αποτελεσματικά ΠΦΥ και απαιτείται η άμεση αναδιοργάνωση της ΠΦΥ, η αποτελεσματικότερη λειτουργία των ΚΥ και η αποκέντρωση του ΕΣΥ», λίγα φαίνεται να έχουν ουσιαστικά αλλάξει.

Το γεγονός αυτό μας επαναφέρει στην αφετηρία του ζητήματος, ήτοι το πρόβλημα της έλλειψης οργανωμένου συστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας, δεν είναι ούτε επιστημονικό, ούτε τεχνοκρατικό. Σχετίζεται άμεσα με τη διαχρονική έλλειψη σαφούς πολιτικής βούλησης για υπερνίκηση των ισχυρών αντιστάσεων, για την εφαρμογή με συνέπεια και συνέχεια μιας πολιτικής προώθησης και ανάπτυξης της ΠΦΥ και την ανακατανομή πόρων για την επένδυση στην ΠΦΥ που θα συνέβαλαν καθοριστικά στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας στη χώρα μας (ΕΣΔΥ, 2013, Φιλαλήθης, 2021).

Υποστηρικτικό αυτού του επιχειρήματος, είναι και το γεγονός ότι στη χώρα μας σε επίπεδο υποδομών, υπάρχει ισχυρή βάση για την πρώτη επαφή των χρηστών υγείας με το Σύστημα Υγείας, εντούτοις, οι δομές της ΠΦΥ μοιάζουν με λαβύρινθο για τον ασφαλισμένο, όπως χαρακτηριστικά τις αποκαλεί ο Α. Φιλαλήθης (2021) και ο μίτος της Αριάδνης χαμένος.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την ετήσια απογραφή της ΕΛΣΤΑΤ (2023) για τις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ), που περιλαμβάνει πέραν των παραδοσιακών Κ.Υ. και τις αποκεντρωμένες μονάδες, βλέπουμε ότι για το έτος 2022, στη χώρα μας υπάρχουν συνολικά:

- 311 Κέντρα Υγείας,
- 136 Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ),
- 1432 Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι),
- 97 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι),
- 50 Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι),
- 220 Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι) και 10 λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ.

Ο θεσμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρά τις όποιες προσπάθειες που έγιναν από Κυβερνήσεις, αν και θεμέλιος λίθος για την αποκατάσταση των αρχών λειτουργίας του υγειονομικού τομέα και την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών, παραμένει ουσιαστικά και σήμερα στη χώρα μας, στη νέα σελίδα της ιστορίας της πανδημίας Covid-19, ανολοκλήρωτος με αποτέλεσμα το σύστημα υγείας στη χώρα μας να εξακολουθεί να αποτελεί χωρίς υπερβολή, σύστημα ασθενείας και όχι υγείας με δομές ΠΦΥ κατακερματισμένες. Ένα σύστημα στο οποίο οι έννοιες πρόληψη και προαγωγή της υγείας εξακολουθούν να αποτελούν στόχο προς μελλοντική επίτευξη.

Η χώρα μας εξακολουθεί να είναι ουραγός και να υστερεί σημαντικά στην εύρυθμη λειτουργία ενός ολοκληρωμένου, αποτελεσματικού συστήματος ΠΦΥ. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνεται σε πρόσφατη μελέτη από τον καθηγητή κ. Τούντα ότι *«η ΠΦΥ αποτελεί τον αδύναμο κρίκο του συστήματος υγείας στη χώρα μας, αντί να είναι η ραχοκοκαλιά του, όπως συμβαίνει σε όλα τα προηγμένα συστήματα υγείας διεθνώς»* (Lionis et al, 2017, Πέγιου, 2023).

Το σύστημα ΠΦΥ στην Ελλάδα θεωρείται χαμηλής απόδοσης σε διάφορους τομείς φροντίδας με βάση την ποιότητα καθώς οι ασθενείς συχνά έχουν άниση πρόσβαση σε τυπικές υπηρεσίες ΠΦΥ, με κύριες αιτίες την ανισότητα στη γεωγραφική προσβασιμότητα, το υψηλό κόστος για απεύθυνση σε ιδιώτη γιατρό, τη μη συνέχεια και τη μη ενεργό εμπλοκή των ασθενών (Lionis et al, 2017).

Το φαινόμενο αυτό πλην του προφανούς υγειονομικού κόστους λόγω μη έγκαιρης αντιμετώπισης, έχει ως απότοκο και τη σημαντική οικονομική επιβάρυνση των προϋπολογισμών υγείας δεδομένου ότι το κόστος μιας μέσης περίπτωσης (baserate) στη νοσοκομειακή περίθαλψη υπερβαίνει τα 2500 ευρώ, ενώ στην πρωτοβάθμια φροντίδα προσεγγίζει μόλις τα 150 ευρώ (ΕΣΔΥ, 2013).

Απόρροια των παραπάνω είναι και το γεγονός ότι στην Ελλάδα, με βάση δημοσιευμένες επιστημονικές έρευνες, το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών αλλά και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους φορείς ΠΦΥ είναι χαμηλός (Γαβρίλη - Καπάκη, 2022).

Την εικόνα αυτή επιβεβαιώνουν και πλήθος πανευρωπαϊκών ερευνών, όπως πχ η πρόσφατη έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (DG Connect) το 2018, που εξετάζει την υιοθέτηση και χρήση ψηφιακής τεχνολογίας (e-Health) από τους γενικούς γιατρούς στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Δείκτης eHealth adoption) και στην οποία η Ελλάδα κατατάσσεται στην 23η θέση μεταξύ 27 χωρών της ΕΕ. (Σακκάς, 2020).

2.6. Η γέννηση της Ποιότητας στη Βιομηχανία



Η βιομηχανική επανάσταση και η μαζική παραγωγή που σημάδεψαν την αυγή του 20^{ου} αιώνα, συνέβαλαν στην ανάδειξη της ανάγκης ποιοτικού ελέγχου της γραμμής παραγωγής (Παπακωστίδης-Τσουκαλάς, 2012).

Σε αυτό το πλαίσιο, εξαιρετικά σημαντική είναι η συνεισφορά ανθρώπων οι οποίοι με τον τρόπο σκέψης τους και τις αρχές που ανέπτυξαν μας εισήγαγαν στη νέα εποχή της Ποιότητας.

Ενδεικτικά θα αναφερθούμε στους Deming, Juran και Ishikawa που με το έργο τους συνέβαλαν στην μεταπολεμική βιομηχανική άνθηση της Ιαπωνίας αρχικά και του τριτογενή τομέα Οικονομίας σε διεθνές επίπεδο στη συνέχεια.

Κεντρικό ρόλο στη διάδοση της στατιστικής ανάλυσης και τον έλεγχο όλων των διαδικασιών και συστημάτων διαδραμάτισαν οι Edwards W. Deming και Joseph M. Juran. Ο Deming τόνισε τη σημασία της διοίκησης του εκάστοτε οργανισμού στη διασφάλιση της ποιότητας, καθώς όπως χαρακτηριστικά ανέφερε στο βιβλίο του «Out of crisis» (1986): «*Η αποτυχία της διοίκησης να προγραμματίσει το μέλλον, προβλέποντας τα πιθανά προβλήματα, προκαλεί σπατάλη ανθρώπινου δυναμικού,*

πρώτων υλών, χρόνου και μηχανών, τα οποία έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους παραγωγής αρά και την τελική τιμή του προϊόντος» (Παπανικολάου, 2007).

Ο Deming εισηγήθηκε τα 14 σημεία, τον κύκλο Deming και τις επτά θανάσιμες ασθένειες που καθόρισαν την αλλαγή προτύπων και την εισαγωγή της Ποιότητας στο βιομηχανικό τομέα (Παπανικολάου, 2007).

Ο Juran μεταξύ άλλων, εισήγαγε την έννοια του μάνατζμεντ ποιότητας και υποστήριξε ότι η ποιότητα δεν προκύπτει τυχαία, πρέπει να προσχεδιάζεται από τη διοίκηση του κάθε οργανισμού η οποία είναι αυτή που έχει καθοριστικό ρόλο στη διασφάλιση της ποιότητας (Παπανικολάου, Β. 2007). Στον ορισμό του για την βελτίωση της ποιότητας προεξάρχοντα ρόλο έχουν ο ορισμός του έργου, η πορεία διάγνωσης, η πορείας θεραπείας και η μονιμοποίηση των βελτιώσεων (Παπανικολάου, 2007).

Κομβική στην εξέλιξη της Ποιότητας στην Βιομηχανία, ήταν η συνεισφορά των Ιαπώνων ερευνητών, ιδιαιτέρως μετά το Β' Π.Π., με αποτέλεσμα τα ιαπωνικά προϊόντα να γίνουν εξαιρετικά ανταγωνιστικά και να υποσκελίσουν τα αντίστοιχα αμερικάνικα και κυρίως στους τομείς των ηλεκτρονικών και των αυτοκινήτων (Παπακωστίδης- Τσουκαλάς, 2012).

Ο Kaoru Ishikawa του Πανεπιστημίου του Τόκιο, γνωστός για τη σημαντική συνεισφορά του στο μάνατζμεντ ποιότητας μέσω στατιστικής ανάλυσης και ελέγχου, εισήγαγε επτά εργαλεία για το σχεδιασμό και τη διαχείριση της Ποιότητας, όπως πχ το διάγραμμα Ishikawa (ψαροκόκαλο) που αποτέλεσαν σημαντικές τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και αξιοποιούνται μέχρι σήμερα (Παπανικολάου, 2007).

2.7. Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Σε αντίθεση με την ποιότητα των προϊόντων, η οποία αντικειμενικά μπορεί να αξιολογηθεί μέσω τήρησης προδιαγραφών και δεικτών, όπως η διάρκεια και ο αριθμός των μειονεκτημάτων, η ποιότητα των υπηρεσιών είναι δύσκολο να καθοριστεί με σαφήνεια, μιας και είναι μια περισσότερο αφηρημένη έννοια για την

οποία δεν μπορεί να ακολουθηθεί μια συγκεκριμένη και τυποποιημένη διαδικασία παραγωγής καθώς χαρακτηρίζεται από το άυλο χαρακτήρα των υπηρεσιών, το αδιαχώριστο «παραγωγής» και «κατανάλωσης» των υπηρεσιών και την ανομοιογένεια του υγειονομικού προϊόντος (Parasuraman, Zeitham, and Berry, 1988, Goula et al., 2021).

Η έννοια της Ποιότητας στον τομέα της Υγείας συμβαδίζει χρονικά με τη γέννηση της Ιατρικής επιστήμης. Ήδη από την αρχαιότητα, η έννοια της ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσης αυτής στον τομέα της Υγείας απασχολούσε τους ανθρώπους.

Στο πλαίσιο αυτό, χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο Όρκος του Ιπποκράτη (5ος αιώνας π.Χ.), που συνιστά ένα κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας (Θανασας, 2019).

Το ζήτημα της ποιότητας των οργανισμών υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών τάσεων και προσπαθειών και φαίνεται σύμφωνα με τους Dalrymple και Drew (2000) να είναι μια «σύνθεση μαθημάτων, μεθόδων και αποκτημένης γνώσης από μια σειρά επιστημονικών κλάδων» (Παπανικολάου, 2007).

Είναι χαρακτηριστικός ο ορισμός που προτάθηκε από μια ομάδα εμπειρογνομόνων στον Π.Ο.Υ. (2001), σύμφωνα με τον οποίο, «*Η ποιότητα των συστημάτων υγείας ορίζεται ως το επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση της υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού*» (Παπανικολάου, 2007).

Η ποιότητα στην υγεία επομένως, θα μπορούσε να ιδωθεί ως η συνισταμένη των απόψεων των κύριων συμμετεχόντων σε αυτή αλλά και σαφών κριτηρίων που αντικατοπτρίζουν τις αξίες που διέπουν μια δεδομένη κοινωνία.

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν εξ ορισμού μια ιδιαίτερη μορφή παροχής υπηρεσιών, καθώς ο λήπτης των υπηρεσιών έχει πολύ υψηλότερες απαιτήσεις από κάθε άλλη περίπτωση υπηρεσίας καθώς συνδέεται άμεσα και ευθέως με τη ζωή.

Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία, ο Avedis Donabedian (1980), καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Michigan, σε μια ανασκόπηση μελετών της περιόδου 1954–1984, κατέγραψε τις προηγούμενες προσπάθειες και διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο «*sound*

structures, good processes and suitable outcomes» ήτοι, *σωστές δομές* -ανθρώπινοι πόροι και εγκαταστάσεις-υποδομές, οικονομικοί πόροι, οργανωτική δομή νοσοκομείου- *καλές διαδικασίες* -οργάνωση, λειτουργία του οργανισμού και παροχή υπηρεσιών υγείας πχ διάρκεια νοσηλείας- και *κατάλληλα αποτελέσματα* της παρεχόμενης φροντίδας των δράσεων και των υπηρεσιών. (Τούντας, 2003, Κουλλιάς, Αποστολάκης και Σαράφης, 2020).

Η διάκριση αυτή του A. Donabedian συνέβαλε καθοριστικά στην προώθηση της έννοιας της Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας καθώς σε κάθε μία από τις παραπάνω κατηγορίες υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν, όπως τα έτη εμπειρίας των ιατρών, οι χρόνοι αναμονής, η κατάσταση των μηχανημάτων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, τα ποσοστά επιτυχίας θεραπειών κ.α. Με βάση αυτές τις μετρήσεις, προκύπτουν δείκτες αξιολόγησης, πρωτόκολλα καλών πρακτικών και εντέλει η αποσαφήνιση της επιδιωκόμενης ποιότητας (Παπακωστίδη-Τσουκαλάς, 2012).

Σύμφωνα με τον κλασικό πλέον ορισμό του, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης. Ενώ στο ίδιο πνεύμα, διατυπώνονται και νέοι ορισμοί όπως του Black (1990) και το Kronenfeld (2006) που εστιάζουν στο βαθμό κατά τον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των ασθενών/πελατών (Μπαλάσκα-Μπιτσώρη, 2015, Μαλάμου, 2016).

Επιπροσθέτως, διαφέρουν σημαντικά από τις υπόλοιπες υπηρεσίες καθώς βασίζονται στις ανάγκες των ασθενών και όχι στις επιθυμίες των πελατών, συχνά δεν υπάρχει ορατό αποτέλεσμα ενώ, όπως ισχυρίζονται οι Taner και Antony, οι ασθενείς είναι αρκετά μοναδικοί ως «πελάτες» λόγω της χαμηλής εξειδίκευσής τους και της ασυμμετρίας γνώσεων σε σύγκριση με επαγγελματίες υγείας καθώς οι ασθενείς δεν είναι ειδικευμένοι και δε διαθέτουν τις απαιτούμενες γνώσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία (Goula, A. et. al. 2021).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (1993), η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας είναι *«η παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή η οποία αφορά στο σύνολο των διαγνωστικών πράξεων που, όταν πραγματοποιείται στον κατάλληλο χρόνο, με τον σωστό τρόπο και στα άτομα που την έχουν ανάγκη είναι ικανές να διασφαλίσουν το*

καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης Ιατρικής επιστήμης και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής» (Κουλλιάς, Αποστολάκης και Σαράφης, 2020).

Η Joint Commission International (JCI, 2000) ορίζει την ποιότητα ως *«τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση»* (Παπανικολάου, 2007).

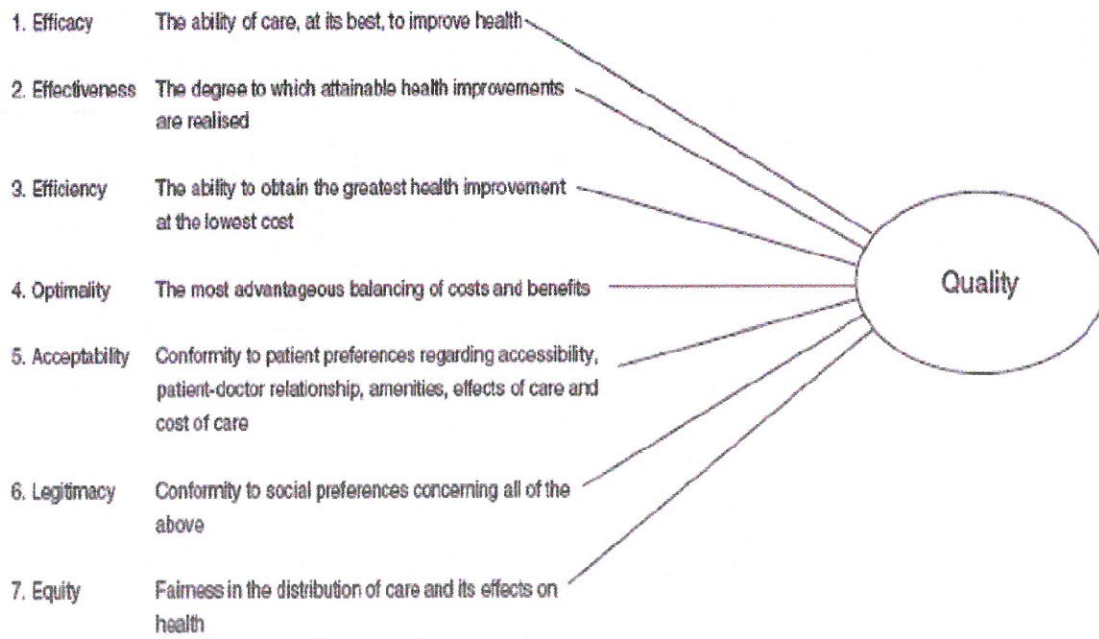
Τέλος, στο κείμενο της Διακήρυξης του Τόκιο (2018) προκρίνεται η ανάγκη για δέσμευση των ηγεσιών των κρατών διεθνώς προς την υλοποίηση μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας σε όλους τους υγειονομικούς φορείς με επικέντρωση στην καθολική πρόσβαση σε ασφαλείς και αποδοτικές ιατρικές υπηρεσίες.

2.8. Διαστάσεις και γνωρίσματα της Ποιότητας στην Υγεία

Σύμφωνα με τη θεωρία του Donabedian, μπορούμε να διακρίνουμε τρεις επιμέρους διαστάσεις στην έννοια της ποιότητας: α) Το *τεχνικό μέρος* (technical, science of medicine) το οποίο και αναφέρεται στη εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας με σκοπό να αντιμετωπιστεί καλύτερα ο ασθενής. β) Το *διαπροσωπικό μέρος* (interpersonal, art of medicine), που αναφέρεται στην ανθρώπινη/ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία και τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών και γ) η *ξενοδοχειακή υποδομή* (amenities) που αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις (Παπανικολάου, 2007, Μάρκοβιτς-Μοναστηρίδου, 2011, Μπαλάσκα-Μπιτσώρη, 2015).

Γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη συνολική λειτουργία ενός οργανισμού υγείας, εκκινώντας από ζητήματα στελεχιακής, διοικητικής και οργανωτικής φύσεως έως την κλινική πρακτική με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενούς. (Παπακωστιδής - Τσουκαλάς, 2012).

Ο Donabedian (1990), στο άρθρο με τίτλο: «The Seven Pillars of Quality», «Οι επτά στυλοβάτες της ποιότητας», περιγράφει τα επτά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα (Εικόνα 4).



Εικόνα 4: The Seven Pillars of Quality, Donabedian (1990)

1) *Κλινική Αποτελεσματικότητα (efficacy)*: που αφορά την βέλτιστη αποδοτικότητα της παρεχόμενης φροντίδας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας

2) *Αποτελεσματικότητα (effectiveness)*: η φροντίδα οφείλει να παρέχεται με τον ενδεδειγμένο τρόπο, ώστε να καθίσταται εφικτή η απαραίτητη υγειονομική βελτίωση.

3) *Αποδοτικότητα (efficiency)*: η επίτευξη της μέγιστης βελτίωσης με το χαμηλότερο κόστος.

4) *Βελτιστότητα (optimality)*: η επίτευξη του κατάλληλου ισοζυγίου κόστους-οφέλους με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

5) *Αποδεκτικότητα (acceptability)*: ο ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις για τη φροντίδα του και εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες, τις εφαρμόζουν με σεβασμό στις ανάγκες, προσδοκίες και ιδιαιτερότητες του.

6) *Νομιμότητα (legitimacy)*: η οποία σχετίζεται με όλα τα παραπάνω και

7) *Δίκαιη διανομή ωφελειών (equity)*: ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Παπανικολάου, 2007, Μπαλάσκα- Μπιτσώρη, 2015).

2.9. Οφέλη της Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Σε έναν υγειονομικό οργανισμό, η διασφάλιση και συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι θέμα τόσο συλλογικής όσο και ατομικής προσπάθειας και αποφέρει σημαντικά οφέλη, πρωτίστως στον ασθενή που «καταναλώνει» τις υπηρεσίες αυτές αλλά ενδιαφέρει και αυτούς που συντελούν στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας, τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας συνολικά, αυτούς που επιβαρύνονται με το κόστος των υπηρεσιών -κράτος και ασφαλιστικοί φορείς- αλλά και την κοινωνία στο σύνολό της (Κουκουφιλίππου και συν., 2017).

Τα οφέλη για τον ασθενή διαχωρίζονται σε: 1) Υγειονομικά οφέλη και αφορούν την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών, καθώς και αποτροπή ιατρικών λαθών και επιπλοκών. 2) Ψυχολογικά οφέλη, που έχουν σχέση με το περιβάλλον όπου θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό πρόβλημα του ασθενούς. Η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς συμβάλλει στη θετική έκβαση της θεραπευτικής αγωγής. 3) Οικονομικά οφέλη, η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας συμβάλλει στην εγκυρότερη, ταχεία και πιο αξιόπιστη διάγνωση, ως εκ τούτου το πρόβλημα θα διαγνωσθεί και θα αντιμετωπιστεί εγκαίρως με αποτέλεσμα το μικρότερο κόστος.

Τα οφέλη για όλους του επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνουν τη νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους, την ηθική ικανοποίηση από την αποτελεσματική εργασία τους, το σεβασμό και την εμπιστοσύνη από μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους και φυσικά την απαλλαγή από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος.

Ομοίως για τις υγειονομικές υπηρεσίες τα οφέλη είναι εξίσου σημαντικά όπως η μείωση του λειτουργικού κόστους που επιτυγχάνεται από την έγκαιρη και αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία του ασθενούς, λειτουργικά οφέλη μέσω του

εξορθολογισμού της χρήσης των δομών, και παράλληλα εδραίωση του κύρους του οργανισμού.

Εξίσου σημαντικά είναι και τα οφέλη των ασφαλιστικών ταμείων που περιλαμβάνουν υγειονομικά οφέλη, που επιτυγχάνονται με την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασφαλισμένων ασθενών, οικονομικά οφέλη, καθώς η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας οδηγεί σε περιορισμό του κόστους των δαπανών και περιορισμό των καταβαλλόμενων στους ασφαλισμένους ασθενείς επιδομάτων ασθενείας και φυσικά κοινωνικά οφέλη στους ασφαλισμένους που εκφράζεται μέσω της ικανοποίησης με την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και τέλος τη δημιουργία αίσθησης εκπλήρωσης του κοινωνικού τους ρόλου στους δημόσιους λειτουργούς του ασφαλιστικού συστήματος.

Σημαντικά οφέλη προκύπτουν τέλος και για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο, που πέραν της περιστολής των δαπανών, αφορούν την αύξηση της παραγωγικότητας, την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος ασφάλειας, και τέλος την ανάδειξη του κοινωνικού κράτους της χώρας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο (Χατζηπουλίδης, 2003, Μπαλάσκα-Μπιτσώρη, 2015, Κουκουφιλίππου και συν., 2017).

2.10. Διαχείριση Ποιότητας στην Υγεία- η ελληνική πραγματικότητα

Επικεντρώνοντας την προσοχή στο χώρο της Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας διαπιστώνουμε ότι η εφαρμογή πολιτικών βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένη, αν και έχουν γίνει σχετικές προσπάθειες.

Ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι μέχρι και τις αρχές του 21^{ου} αιώνα, σύμφωνα με δημοσιευμένη έρευνα, η συντριπτική πλειοψηφία των νοσοκομείων (91,7%) δεν είχαν την ποιότητα στους στόχους τους, 65% των νοσοκομείων δε διεξήγαγαν έρευνα ικανοποίησης ασθενών, μόλις το 16,6% των διοικήσεων εφαρμόζει εργαλεία διαχείρισης ποιότητας ενώ δεν υλοποιούνταν εκπαιδευτικά προγράμματα ποιότητας ούτε υπήρχαν τμήματα ποιότητας (Μάρκοβιτς-Μοναστηρίδου, 2011).

Σε νομοθετικό επίπεδο, όπως μπορεί κανείς να παρατηρήσει και στον πίνακα 1 που ακολουθεί, η ανάπτυξη πολιτικών ποιότητας στον υγειονομικό τομέα παρά τη δράση ανασταλτικών παραγόντων εφαρμογής της, εκκινεί δειλά το 1992 με το Ν. 2071/1992 και την κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ασθενή και εν συνέχεια ακολουθεί ο Ν. 2519/1997, που αναφερόταν έμμεσα στο θέμα της ποιότητας των ΠΥΥ καθώς και ο Ν. 2889/2001 με την ίδρυση των Πε.Σ.Υ. (Παπανικολάου, 2007, Κουλλιάς-Αποστολάκης- Σαράφης, 2020).

Ενδεικτικά επίσης, αναφέρεται ότι η πρώτη ουσιαστική μεταρρυθμιστική προσπάθεια επιτυγχάνεται με τον Ν. 3230/2004 με τον οποίο εισάγεται η στοχοθέτηση και η μέτρηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών ενώ ο Ν.3235/2004 λειτουργεί συμπληρωματικά στο χώρο της υγείας, στοχεύοντας στην ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών σε ένα σύστημα ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας (Κουκουφιλίππου και συν., 2017)

Στις μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες που ακολούθησαν, αξίζει να αναφέρουμε την προώθηση από το Υπουργείο Υγείας της πιστοποίησης 34 νοσοκομείων της χώρας κατά την περίοδο 2007-2013, τον καθορισμό για την περίοδο 2013-2016 της επιθυμίας του στρατηγικού στόχου του Υπουργείου για εφαρμογή ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας καθώς και ο καθορισμός ως στρατηγικού στόχου της εφαρμογής των καλών πρακτικών της ΔΟΠ για την τριετία 2017-2020 (Τζωρτζόπουλος, 2018).

Πίνακας 1. Νομοθετικές Παρεμβάσεις δράσεων ποιότητας στον υγειονομικό τομέα μέχρι το 2017

Πίνακας 1. Νομοθετικές παρεμβάσεις για ανάπτυξη δράσεων ποιότητας στον υγειονομικό τομέα.	
Νόμοι - ΠΔ - υπουργικές αποφάσεις (ΥΑ)	Περιγραφή δράσης ποιότητας
N. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α' /15.7.1992)	Κατοχύρωση δικαιωμάτων νοσοκομειακού ασθενούς
N. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α' /21.8.1997)	Σύσταση: (α) Αυτοτελούς υπηρεσίας (τμήματος) προστασίας δικαιωμάτων ασθενών στο Υπουργείο Υγείας, (β) επιτροπής ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών στο Υπουργείο Υγείας και (γ) γραφείου επικοινωνίας με τον πολίτη σε κάθε νοσοκομείο
N. 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α' /2.3.2001)	Σύσταση τμήματος βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας σε επίπεδο περιφερειακού συστήματος υγείας (ΠΕΣΥ) και σε νοσοκομεία >400 κλινών
N. 3235/2004 (ΦΕΚ 53/Α' /18.2.2004)	Δημιουργία ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου. Σύνοψη ιατρικού ιστορικού ασθενούς και ηλεκτρονικής κάρτας υγείας
N. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α' /4.4.2004)	Διατήρηση τμήματος βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας στις υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ). Συγκρότηση Κεντρικού Συμβουλίου ΥΠΕ και περιφερειακών συμβουλίων
N. 3868/2010 (ΦΕΚ 129/Α' /3.8.2010)	Σύσταση γραφείου εξυπηρέτησης του πολίτη, γραφείου ποιότητας και άμισθης επιτροπής ποιότητας στα νοσοκομεία >400 κλινών
N. 4025/2011 (ΦΕΚ 228/Α' /2.11.2011)	Υποχρέωση εφαρμογής ποιοτικού ελέγχου των παρεχομένων υπηρεσιών από τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας Διαπίστευση εργαστηρίων επεξεργασίας βιολογικών δειγμάτων με το πρότυπο κατά ISO 15189
N. 4368/2016 (ΦΕΚ 21/Α' /21.2.2016)	Σύσταση Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών(ριών) υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) σε αντικατάσταση των γραφείων υποστήριξης του πολίτη
ΠΔ 21/2006 (ΦΕΚ 17/Α' /7.2.2006)	Σύσταση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας, με σκοπό τη μέτρηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και τη διατύπωση προτάσεων για την καθιέρωση συστημάτων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) και την ποιοτική βελτίωση της λειτουργίας του Υπουργείου Υγείας και των υπαγόμενων νομικών προσώπων
ΠΔ 106/2014 (ΦΕΚ 173/Α' /28.8.2014)	Σύσταση τμήματος Μέτρησης Απόδοσης ΕΣΥ υπαγόμενο στη Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας. Κατάργηση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας και ανάθεση σχετικών αρμοδιοτήτων στο νέο τμήμα
140077/10.11.2010 ΥΑ	Συγκρότηση 45 επιτροπών ποιότητας σε νοσοκομεία δυναμικότητας 400 κλινών
162857/24.12.2010 ΥΑ	Δημιουργία δικτύου ποιότητας σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας
ΓΠ οικ. 30518/28.3.2013 (ΑΔΑ: ΒΛ4ΞΘ-ΞΚΨ) ΥΑ	Καθορισμός οράματος, στρατηγικών στόχων, βασικών αρχών και αξόνων πολιτικής του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2013
Γ2/ΓΠ οικ. 20930/17.3.2017 (ΑΔΑ: 6ΖΠΥ465ΦΥΟ-Λ3Λ) ΥΑ	Καθορισμός στρατηγικών στόχων και αξόνων παρέμβασης του Υπουργείου Υγείας για τις υπηρεσίες υγείας της χώρας κατά την τριετία 2017-2020

ΠΔ: Προεδρικό διάταγμα

Τέλος, πρόσφατα τον Αύγουστο του 2020 με το Ν. 4715 προωθείται η ίδρυση του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία ως ανώνυμη εταιρεία (Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.), γεγονός που ανανεώνει το ενδιαφέρον για εγκαθίδρυση κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης ποιότητας και ασφάλειας στο χώρο της υγείας αν και η λογική ελεγκτικού μηχανισμού που φαίνεται να τον χαρακτηρίζει με βάση τα οριζόμενα στο νόμο, δημιουργεί εύλογο προβληματισμό.

Σύμφωνα με τον Ν.4715/2020, ο Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε. έχει ως βασικές αρμοδιότητες του:

- α) την καταγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και ενημέρωση των πολιτών ως προς την πρόσβασή τους σε αυτές.
- β) την ανάπτυξη διαδικασιών και προτύπων ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας και τις διοικητικές πρακτικές στα νοσοκομεία
- γ) τη διαμόρφωση διεθνώς αποδεκτών δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών της υγείας
- δ) την αξιολόγηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας ως προς την προσαρμογή των υπηρεσιών τους στα πρότυπα ποιότητας.
- ε) την αξιολόγηση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από ΠΥΥ, οι οποίοι συνάπτουν συμβάσεις με φορείς κοινωνικής ασφάλισης.
- στ) την κατάρτιση και τήρηση μητρώου εξωτερικών εμπειρογνομόνων για την αξιολόγηση.
- ζ) την υποβολή προτάσεων στο αρμόδιο όργανο του Υπουργείου Υγείας παροχή ανταμοιβών ή για επιβολή κυρώσεων σε ΠΥΥ
- η) τη δημιουργία και υποστήριξη υπηρεσιών εκπαίδευσης και κατάρτισης των ΠΥΥ ως προς τις διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας.
- θ) την έρευνα των εξελισσόμενων αναγκών υγείας του πληθυσμού, τον εντοπισμό ελλείψεων των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τη διατύπωση προτάσεων για την κάλυψή τους και την αναδιοργάνωση του χάρτη των υπηρεσιών υγείας.
- ι) τη συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και την ανάπτυξη κοινών δράσεων με επιστημονικούς φορείς.
- ιβ) τη σύσταση και τήρηση μητρώου πιστοποιημένων παρόχων υπηρεσιών υγείας.

Τα παραπάνω νομοθετήματα όπως ενδεικτικά αναφέρθηκαν, αποτελούν προφανώς σημαντική εξέλιξη όσον αφορά την εφαρμογή συστήματος ελέγχου και διασφάλισης ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας εντούτοις, απαιτούνται αρκετά ακόμη να γίνουν όχι τόσο σε επίπεδο νομοθεσίας, όσο έμπρακτα σε επίπεδο εφαρμογής πολιτικών στους οργανισμούς υγείας.

2.11 Η ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης ποιότητας

Στη διεθνή βιβλιογραφία είναι σαφές ότι υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον ιδιαιτέρως τις τελευταίες δεκαετίες αφενός για την ποιότητα στις υπηρεσίες αφετέρου στη σχέση που αυτή έχει με την ικανοποίηση των ληπτών.

Όσον αφορά τη σχέση ποιότητας υπηρεσιών-ικανοποίησης πελατών, είναι σαφές ότι είναι μεν δύο διαφορετικές έννοιες, αλλά πολύ στενά συνδεδεμένες που αλληλεπιδρούν, με την ποιότητα να προηγείται αλλά και να είναι σαφώς προσανατολισμένη στην επίτευξη της ικανοποίησης (Parasuraman et al., 1994, Γαβρίλη – Καπάκη, 2022).

Ένας τρόπος για να γίνει πιο σαφής η διάκριση μεταξύ της ικανοποίησης του ασθενούς και της ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας είναι αν εκλάβουμε την ικανοποίηση ως μια συναισθηματική αξιολόγηση και το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ως μια γνωσιακή κατάσταση (Papanikolaou – Zygiaris, 2011).

Ειδικά για τις υπηρεσίες υγείας, η ικανοποίηση θεωρείται ως η πλέον κρίσιμη μεταβλητή του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και η αξιολόγηση της δεν αφορά μόνο σε τεχνικό, δομικό επίπεδο ή επίπεδο αποτελεσμάτων, αλλά εμπεριέχει και την ικανοποίηση των προσωπικών αξιών και προτιμήσεων, σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο (Χρίστος, 2008, Konstantakopoulou et. al. 2020).

Εξάλλου, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ορίζεται από το βαθμό συμμόρφωσης σε πρότυπα και κριτήρια που επηρεάζουν καθοριστικά από την πλήρωση και ικανοποίηση κοινωνικών απαιτήσεων και αναγκών (Τούντας, 2003).

Η ικανοποίηση δηλαδή μπορεί να ιδωθεί ως το μέτρο στο οποίο οι πάροχοι των υπηρεσιών έχουν ανταποκριθεί στις ανάγκες και τις προσδοκίες του ασθενή (Παπανικολάου, 2007).

Αναλυτικότερα, η ικανοποίηση αποτελεί κρίσιμο μέτρο αξιολόγησης της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας και εξαρτάται από τρεις παράγοντες: α) τις προσδοκίες των ασθενών από την παρεχόμενη υπηρεσία, β) τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και γ) τα ψυχοκοινωνικά τους χαρακτηριστικά (Καλογεροπούλου, 2011).

Η ικανοποίηση των ασθενών δηλαδή εξαρτάται απολύτως από το τι προσδοκά ο λήπτης των υπηρεσιών υγείας και ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αυτού που προσδοκούσε να λάβει ως παροχή υπηρεσιών και αυτό που τελικά εκτιμά ότι έλαβε (Καλογεροπούλου, 2011).

Σύμφωνα με τον Risser, η ικανοποίηση εντέλει για τους ασθενείς είναι η σύγκλιση μεταξύ προσδοκίας για το τι συνιστά ιδανική φροντίδα και αντίληψης για το επίπεδο της φροντίδας που τελικά απολαμβάνουν. Η σχέση μεταξύ ικανοποίησης και προσδοκιών είναι δύσκολα προσδιορίσιμη και για αυτό το λόγο η διαφορά του βαθμού ικανοποίησης και των προσδοκιών αποτελεί σημαντικό δείκτη μέτρησης (Μπαλάσκα,- Μπιτσώρη, 2015).

Η διαφορά μεταξύ προσδοκιών και πραγματικής αντίληψης ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, οφείλεται σε τέσσερις βασικά αιτίες: 1) τη διάσταση μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των παρεχόμενων υπηρεσιών που αντικατοπτρίζει την άγνοια ως προς τις ανάγκες των ασθενών 2) τη διάσταση μεταξύ προσδοκιών και προδιαγραφών που αντανακλά την αδυναμία της διοίκησης να μεταφράσει τις προσδοκίες των ασθενών σε συγκεκριμένα πρωτόκολλα, 3) τη διάσταση μεταξύ προσδοκιών και προτύπων σωστής φροντίδας και εξυπηρέτησης και 4) τη διαφορά μεταξύ υποσχόμενων υπηρεσιών που άρα αυξάνουν την προσδοκία των ασθενών και των πραγματικά προσφερόμενων εντέλει υπηρεσιών (Καλογεροπούλου, 2011).

Εκ των ανωτέρω, προκύπτει αβίαστα το συμπέρασμα ότι για μια επιτυχή στρατηγική βελτίωσης της αποδοτικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί εκ των ων ουκ άνευ ο προσδιορισμός και η εξέταση της ικανοποίησης των ασθενών.

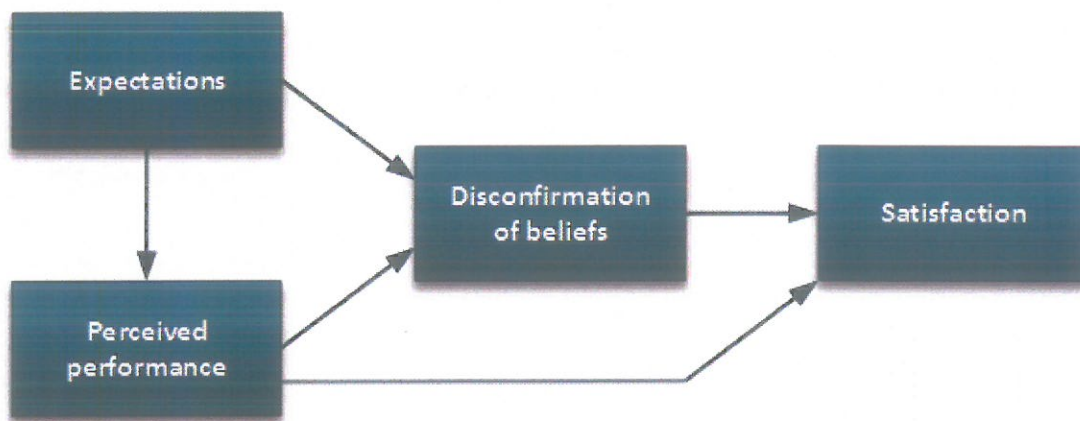
Εφόσον, λοιπόν, όπως τονίστηκε παραπάνω, η ποιότητα είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση της μέγιστης ικανοποίησης των ασθενών και η διαδικασία διαμόρφωσης της ικανοποίησης περιλαμβάνει μια σύγκριση των προσδοκιών με την αντιλαμβανόμενη επίδοση της παρεχόμενης υπηρεσίας, τότε το ερώτημα που προκύπτει αβίαστα είναι πώς μπορεί αυτή να μετρηθεί (Παπανικολάου, Β. 2007, Papanikolaou- Zygiaris, 2012).

Αυτή η διαδικασία διαμόρφωσης της ικανοποίησης, έχει περιγράψει από τον Oliver (1980) ως η «διαδικασία επιβεβαίωσης/διάψευσης» (expectation confirmation theory, Εικόνα 2), σύμφωνα με την οποία οι προσδοκίες είναι το βασικό σημείο αναφοράς σε σχέση με το οποίο θα πρέπει να μετριούνται οι εμπειρίες (Παπανικολάου, 2007).

Συγκεκριμένα, πρώτος διατύπωσε την άποψη ότι οι προσδοκίες αποτελούν βασικό σημείο αναφοράς για τη μέτρηση των εμπειριών των πελατών και περιέγραψε μια διαδικασία που αποτελείται από τρία βασικά στάδια: 1. Οι πελάτες έχουν

διαμορφωμένες συγκεκριμένες προσδοκίες ως προς την αγορά μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος. 2. Η πραγματική εμπειρία που απορρέει από την εν λόγω υπηρεσία ή το προϊόν παράγει ένα επίπεδο αντιλαμβανόμενης ποιότητας 3. Η επιβεβαίωση των προσδοκιών οδηγεί σε ικανοποίηση του πελάτη, αντιθέτως η διάψευση τους σε δυσαρέσκεια ενώ στην περίπτωση που η πραγματικότητα υπερβεί κατά πολύ τις προσδοκίες τότε γίνεται λόγος για ενθουσιασμό του πελάτη (customer delight).

Το ζήτημα αυτό υπήρξε εξαιρετικά κρίσιμο, καθώς η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί εντέλει να αποτελέσει ένα ισχυρό εργαλείο οργανωτικής ανάπτυξης και στρατηγικής μάνατζμεντ για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Η ικανοποίηση επομένως, δεν συνιστά απλώς μέτρο της ποιότητας αλλά σκοπό της υγειονομικής περίθαλψης (Παπανικολάου, 2007).



Εικόνα 5: Θεωρία Επιβεβαίωσης- Διάψευσης (Oliver, 1980)

Ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός όσον αφορά τις προσδοκίες είναι ότι αποτελούν «μεροληπτικές πεποιθήσεις όσον αφορά μια υπηρεσία ή ένα προϊόν, οι οποίες συνιστούν ένα σημείο αναφοράς που αξιοποιείται από τους καταναλωτές κατά τη διαμόρφωση της αξιολογικής τους κρίσης σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών/προϊόντων (Papanikolaou- Zygiaris, 2012).

2.12 SERVQUAL: Εργαλείο Αξιολόγησης της Ποιότητας Υπηρεσιών

Ένα από τα πρώτα μοντέλα ανάλυσης της ποιότητας των υπηρεσιών που δημιουργήθηκε τη δεκαετία του 1980, ήταν το μοντέλο της ανάλυσης των χάσμάτων (gap analysis model) των Parasuraman, Zeithaml και Berry (1985) που αναπτύχθηκε στη Βόρεια Αμερική με βάση τη θεωρία επιβεβαίωσης/διάψευσης του Oliver (1980) που ήδη αναλύθηκε.

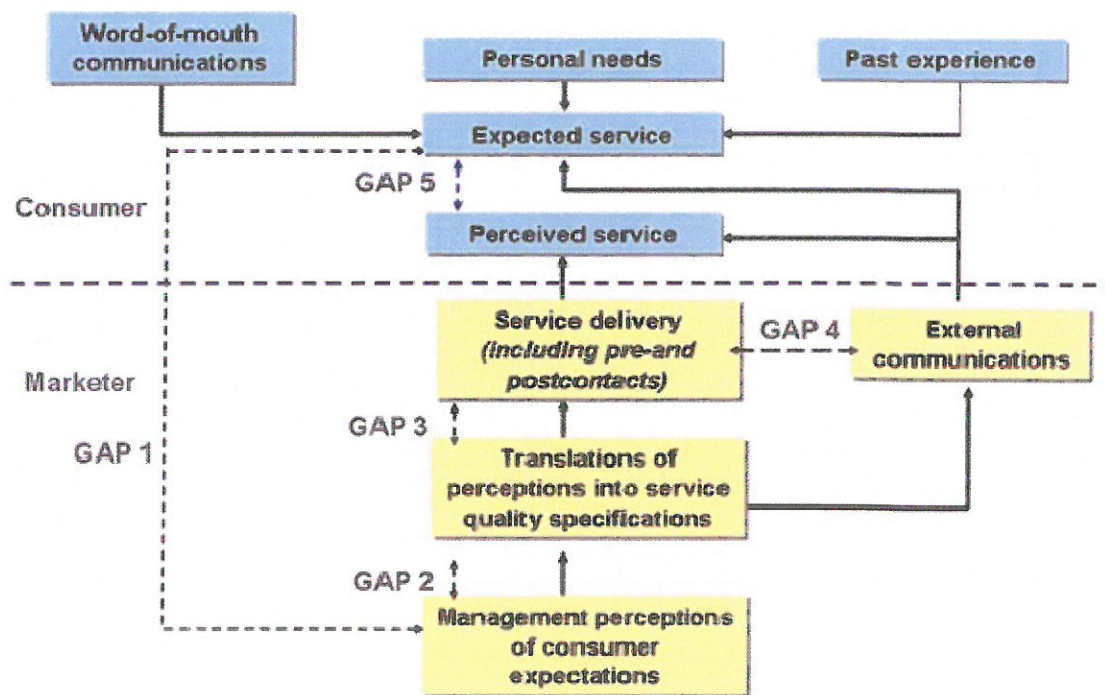
Η υπόθεση στην οποία στηρίχθηκε ήταν ότι η ποιότητα μιας υπηρεσίας εκφράζεται σύμφωνα με τα χάσματα μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ατόμων από τις υπηρεσίες. Από το κενό που προκύπτει μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων, προκύπτει και η αξιολόγηση της ποιότητας (Zeithaml et. al., 1988, Goula et. al., 2021).

Συγκεκριμένα, το άτομο κατά τη διαδικασία παροχής και παραγωγής της υπηρεσίας, μπορεί να βιώσει πέντε κενά ποιότητας, ως αποτέλεσμα των πρακτικών διοίκησης ποιότητας που ενδεχομένως ακολουθεί η υπηρεσία, όπως φαίνεται και στην Εικόνα 6.

Τα χάσματα αυτά τα οποία λειτουργούν ως εμπόδια στην ικανοποίηση των προσδοκιών του πελάτη είναι τα εξής:

- ❖ Χάσμα 1^ο: Κενό μεταξύ των προσδοκιών του πελάτη και της αντίληψης της διοίκησης σχετικά με τις προσδοκίες αυτές. Το χάσμα αυτό αναφέρεται στην άγνοια της διοίκησης για το τι πραγματικά προσδοκά ο πελάτης με αποτέλεσμα την προφανή αποτυχία του να τον ικανοποιήσει. Οι αιτίες είναι συνήθως, το έλλειμμα ερευνών αγοράς, το έλλειμμα στην επικοινωνία διοίκησης και εργαζομένων και η «γραφειοκρατικοποίηση» των επιπέδων διοίκησης.
- ❖ Χάσμα 2^ο: Κενό μεταξύ αντίληψης Διοίκησης και των προδιαγραφών ποιότητας υπηρεσιών. Το χάσμα αυτό οφείλεται στην εστίαση της Διοίκησης σε μη σωστά πρότυπα ποιότητας υπηρεσίας. Στην περίπτωση αυτή, η Διοίκηση γνωρίζει τις προσδοκίες των πελατών αλλά αδυνατεί να τις μετατρέψει ορθά σε πρότυπα. Οι αιτίες είναι συνήθως η μη δέσμευση της διοίκησης για ποιότητα υπηρεσιών, η ανεπαρκής τυποποίηση, η απουσία καθορισμού στόχων και η μη εφαρμοσιμότητα.

- ❖ Χάσμα 3^ο: Κενό μεταξύ προδιαγραφών ποιότητας και παράδοσης της υπηρεσίας. Το χάσμα αυτό εστιάζει στην απόδοση της υπηρεσίας. Ενώ δηλαδή η διοίκηση αντιλαμβάνεται τις προσδοκίες των πελατών και ορίζει κατάλληλες προδιαγραφές, εντούτοις, και πάλι η παρεχόμενη υπηρεσία αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στις προσδοκίες τους. Το χάσμα αυτό προκύπτει από την αδυναμία των υπαλλήλων να ανταποκριθούν στις ανάγκες άσκησης των καθηκόντων τους. Αιτίες είναι κυρίως η ανεπάρκεια γνώσεων, η ακαταλληλότητα σε θέσεις εργασίας, η ασάφεια και σύγκρουση καθηκόντων, η έλλειψη ομαδικότητας, η έλλειψη ελέγχου και διαδικασιών για επίλυση προβλημάτων, η ανεπάρκεια συστημάτων ελέγχου.
- ❖ Χάσμα 4^ο: Κενό μεταξύ παράδοσης υπηρεσίας και επικοινωνίας με τους πελάτες σχετικά με την παροχή της υπηρεσίας. Το χάσμα αυτό προκύπτει ως αποτέλεσμα της ασυμφωνίας μεταξύ υπόσχεσης προς τον πελάτη και παρεχόμενης εντέλει υπηρεσίας. Βασικές αιτίες είναι η ανεπαρκής οριζόντια εσωτερική επικοινωνία μεταξύ τμημάτων, η τάση για υπερβολικές υποσχέσεις.
- ❖ Χάσμα 5^ο: Κενό μεταξύ αντιλαμβανόμενης και προσδοκώμενης ποιότητας υπηρεσίας από τον πελάτη. Το χάσμα αυτό αποτελεί την κοινή συνισταμένη όλων των ανωτέρω συνιστωσών αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών. Η σύγκριση των δύο αυτών οδηγεί τελικά τους πελάτες στο να διαμορφώσουν ένα τελικό συμπέρασμα σε σχέση με την αντιλαμβανόμενη εμπειρία εξυπηρέτησης. Το Χάσμα 5^ο είναι αυτό που κυρίως απασχολεί την ερευνητική κοινότητα (Παπανικολάου, Β., 2007).



Εικόνα 6: Μοντέλο Ανάλυσης Χασμάτων των Parasuraman, Berry & Zeithaml

Αυτή είναι μια προσέγγιση εστιασμένη στον χρήστη (user-based approach) και η σύγκριση που παρουσιάζει δεν περιορίζεται μόνο στα αποτελέσματα της παρεχόμενης υπηρεσίας αλλά και στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών και την αλληλεπίδραση μεταξύ παρόχου και λήπτη υπηρεσιών (Karassavidou, 2009, Goula et al., 2021)

Εξέλιξη της θεωρίας των Parasuraman et al. (1985), αποτέλεσε η κλίμακα SERVQUAL (Parasuraman et al. 1988, Parasuraman et al. 1994) για τη μέτρηση των αντιλήψεων και των προσδοκιών των ατόμων για την ποιότητα των υπηρεσιών, δηλαδή μελέτη σχετικά με το Χάσμα 5^ο που προαναφέραμε.

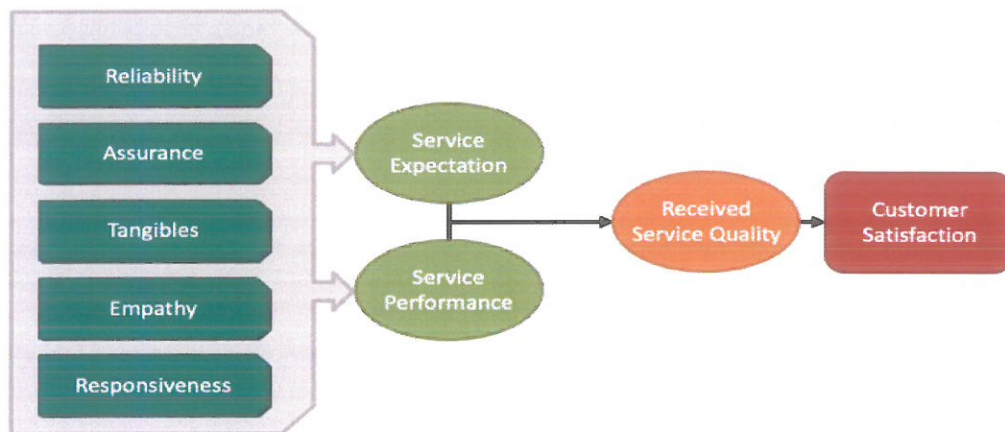
Το SERVQUAL και οι παραλλαγές του ανά τομέα υπηρεσιών όπως πχ το PATIENTQUAL στην υγεία, θεωρούνται από τα πλέον αξιόπιστα και ευρέως διαδεδομένα ερευνητικά εργαλεία διαμέσου των οποίων μπορούμε να διακρίνουμε και να αποσαφηνίσουμε τη σχέση ποιότητας υπηρεσιών και ικανοποίησης ασθενών (Ανδρέου, 2008, Mohammadreza, 2011).

Η κλίμακα SERVQUAL αναπτύχθηκε ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας μιας ευρείας γκάμας υπηρεσιών όπως π.χ. ο τραπεζικός χώρος, οι τηλεπικοινωνίες κλπ και έχει γίνει πλέον εκτενώς αποδεκτό ως γενικό όργανο που αποτυπώνει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας υπηρεσιών καθώς είναι κοινός τόπος ότι ναί μεν κάθε είδος υπηρεσίας έχει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, εντούτοις, υπάρχουν μετρήσιμες πτυχές της ποιότητας που είναι κοινές σε όλες τις μορφές παροχής υπηρεσιών (Karassavidou et. al., 2009, Papanikolaou– Zygiaris ,2012).

Οι Parasuraman et al. (1985, 1988), είχαν αρχικά προσδιορίσει δέκα διαστάσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών που χαρακτήριζαν τις αντιλήψεις των πελατών για την παρεχόμενη υπηρεσία, εντούτοις, αυτές μειώθηκαν στις εξής πέντε (Εικόνα 7): α) απτότητα/υλικά στοιχεία (tangibles), β) αξιοπιστία (reliability), γ) ανταπόκριση (responsiveness), δ) διασφάλιση (assurance) και ε) συναισθηματική κατανόηση (empathy).

SERVQUAL MODEL

The Five Key Service Dimensions of the Servqual Model



Εικόνα 7: Οι 5 διαστάσεις της Ποιότητας Υπηρεσιών, Parasuraman et al. 1988

Για την κλίμακα SERVQUAL, παρά την ευρεία χρήση της σε πλήθος ερευνών αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών, έχουν επισημανθεί και μια σειρά από κριτικές σε θεωρητικό αλλά και λειτουργικό επίπεδο που αμφισβητούν την καταλληλότητα του εργαλείου.

Σε θεωρητικό επίπεδο, η κριτική επικεντρώνεται κυρίως στα εξής:

Αρχικά, στο ζήτημα της Εγκυρότητας, αμφισβητείται το κατά πόσο το μοντέλο SERVQUAL μπορεί να αξιοποιηθεί ως γενικό εργαλείο καθώς μια απλή αναθεώρηση των στοιχείων SERVQUAL δεν αρκεί για τη μέτρηση της ποιότητας της υπηρεσίας σε διαφορετικές περιπτώσεις υπηρεσιών.

Δεύτερον, ερευνητές εκφράζουν την αμφιβολία τους όσον αφορά την καταλληλότητα της θεωρίας διάψευσης προσδοκιών στην οποία στηρίζεται το SERVQUAL, καθώς υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση της ποιότητας δεν προκύπτει από τη σύγκριση προσδοκιών και αντιλήψεων αλλά επηρεάζεται άμεσα από τις αντιλήψεις.

Επίσης, το SERVQUAL θεωρείται ότι είναι προσανατολισμένο στη διαδικασία και όχι στα αποτελέσματα της παροχής των υπηρεσιών, γεγονός που θεωρείται σημαντικό μειονέκτημα λόγω του ότι η αξιολόγηση της διαδικασίας και του αποτελέσματος από κοινού είναι καλύτερος προγνωστικός παράγοντας της επιλογής των καταναλωτών από τη διαδικασία ή το αποτέλεσμα ξεχωριστά.

Επιπροσθέτως, η κριτική αφορά και τις πέντε διαστάσεις του SERVQUAL οι οποίες δε θεωρούνται καθολικές ενώ υπάρχει και υψηλός βαθμός αλληλο-συσχέτισης μεταξύ των πέντε διαστάσεων. Αυτό σημαίνει ότι ο ερευνητής πρέπει να έχει εργαστεί με τις αρχικές δέκα διαστάσεις, αντί να υιοθετήσει τις αναθεωρημένες πέντε.

Τέλος, το SERVQUAL βασίζεται σε ένα μοντέλο προσδοκιών και όχι σε ένα μοντέλο συμπεριφοράς, μη αξιοποιώντας τις καθιερωμένες θεωρίες στην οικονομία, στην στατιστικά και στη ψυχολογία (Parasuramam et al. 1994, Buttle, 1995, Karassavidou et. al. 2009, Goula et. al., 2021)

Αντικείμενο κριτικής αποτέλεσε επίσης και η λειτουργικότητα του συγκεκριμένου εργαλείου και συγκεκριμένα η κριτική αυτή αφορά κυρίως τα εξής:

Ο όρος προσδοκία χαρακτηρίζεται από πολυσημία και οι καταναλωτές χρησιμοποιούν πρότυπα άλλα από τις προσδοκίες για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Επίσης, όσον αφορά τη σύνθεση, η κριτική αφορά το γεγονός ότι 4 ή 5 στοιχεία δεν μπορούν να αποτυπώσουν τη συνθετότητα και τη μεταβλητότητα κάθε διάστασης ποιότητας υπηρεσίας.

Η αντίστροφη πόλωση (αναδιατύπωση θετικά και αρνητικά) των στοιχείων στην κλίμακα προκαλεί σφάλμα του ερωτώμενου, δημιουργώντας ζητήματα εγκυρότητας για την κλίμακα.

Επιπροσθέτως, η κριτική έχει αναφερθεί και στα μειονεκτήματα της επταβάθμιας κλίμακα Likert. Η κλίμακα Likert έχει επικριθεί για πολλούς λόγους, αν και κανένας δεν είναι συγκεκριμένος για το SERVQUAL, ωστόσο, έχει έμμεση επιρροή.

Τέλος, αρκετοί ερευνητές έχουν επισημάνει το γεγονός ότι το μοντέλο SERVQUAL είναι δύσχρηστο για τη μέτρηση της ποιότητας καθώς προϋποθέτει τη χορήγηση του ερωτηματολογίου δύο φορές, με αποτέλεσμα το ερωτηματολόγιο να εκλαμβάνεται από τους ερωτώμενους ως κουραστικό και να δημιουργεί σύγχυση (Parasuramam et al. 1994, Buttle, 1995, Karassavidou Et. al. 2009, Goula et. al., 2021).

Παρά τα μειονεκτήματα του μοντέλου και την κριτική που έχει ασκηθεί, το SERVQUAL εξακολουθεί να χρησιμοποιείται ευρέως σε πλήθος υπηρεσιών και να θεωρείται ένα αξιόπιστο μέσο μέτρησης της ποιότητας τους καθώς πλήθος ερευνών υποστηρίζουν τα ευρήματα των δημιουργών του SERVQUAL, Parasuramam, A. et al. (1985,1988), με αποτέλεσμα να παραμένει από τα πιο δημοφιλή εργαλεία μέτρησης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Papanikolaou– Zygiaris, 2012).

Το SERVQUAL αποτελεί ένα ισχυρό εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς επιτρέπει στον ερευνητή όχι μόνο να διαπιστώσει το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης αλλά και να εντοπίσει διαστάσεις όπου η αντίληψη υπερβαίνει τις προσδοκίες και διαστάσεις όπου η αντίληψη υπολείπεται των προσδοκιών. Μέσω αυτής της δυνατότητας εντοπισμού χασμάτων, είναι δυνατό να προσδιοριστούν οι τομείς που επιδέχονται βελτίωσης και έτσι να αυξηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει το όργανο SERVQUAL έχουν διεξαχθεί στις ΗΠΑ, στην Αυστραλία και στην Ευρώπη. Το SERVQUAL έχει εισαχθεί και ως εργαλείο αξιολόγησης ποιότητας στο χώρο της υγείας και στην Ελλάδα (Paranikolaou – Zygiaris, 2012).

Οι μελέτες ικανοποίησης ασθενών έχουν συχνά δείξει διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης για διαφορετικές ομάδες ανθρώπων. Η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται από την ικανοποίηση ποικίλων αναγκών τους. Παράγοντες οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν τον βαθμό ικανοποίησης είναι οι προσωπικές εμπειρίες του παρελθόντος, καθώς και η εξέλιξη μιας ασθένειας κατά τη διάρκεια της ζωής των ασθενών, ο χρόνος επαφής με τον ιατρό, η ιδιοσυγκρασία (locus of control), οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των υπηρεσιών υγείας, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η επικοινωνία και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Paranikolaou – Zygiaris, 2012, Γαβρίλη-Καπάκη, 2021).

Ειδικά όσον αφορά τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση) φαίνεται πώς είναι προσδιοριστές ικανοποίησης. Συγκεκριμένα, ορισμένες μελέτες έχουν εντοπίσει διαφορές φύλου, με τις γυναίκες οι οποίες έχουν μεγαλύτερη οικειότητα με τις υπηρεσίες υγείας, να εκφράζουν θετικότερες δηλώσεις σε σχέση με τους άνδρες. Επίσης, η οικειότητα με τις υπηρεσίες υγείας επεκτείνεται και στην ηλικία, όπου οι νέοι εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένοι από τους μεγαλύτερους.

Η αυξανόμενη ικανοποίηση αναλόγως την ηλικιακής κλίμακας αποδίδεται σε διάφορες πιθανές εξηγήσεις όπως πχ ότι οι μεγαλύτεροι άνθρωποι ενδιαφέρονται λιγότερο για λεπτομέρειες ή ότι συχνά εκλαμβάνουν τον εαυτό τους ως βάρος για την οικογένεια ή την κοινωνία με αποτέλεσμα να θεωρούν ότι δεν αξίζουν τη φροντίδα και να παρουσιάζουν χαμηλές προσδοκίες.

Τέλος, οι διαφορές φαίνεται σε έρευνες να σχετίζονται και με το επίπεδο εκπαίδευσης, και συγκεκριμένα φαίνεται ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο μεγαλύτερο είναι και το επίπεδο ικανοποίησης από έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (Ανδρέου, 2008, Papanikolaou – Zygiaris, 2012, Γαβρίλη.-Καπάκη, 2021).

Ένα ερώτημα που προκύπτει είναι εάν αυτές οι διαφορές αντικατοπτρίζουν διαφορετικές προσδοκίες ή διαφορετικές εμπειρίες από το νοσοκομειακό περιβάλλον.

Η κλίμακα SERVQUAL δίνει τη δυνατότητα να απαντηθεί το κρίσιμο αυτό ερώτημα (Papanikolaou– Zygiaris, 2012).

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί η Ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ένας τομέας έρευνας που τόσο στη διεθνή βιβλιογραφία όσο στην ελληνική δεν έχει αποτελέσει σημαντικό αντικείμενο μελέτης καθώς το ενδιαφέρον επικεντρώνεται περισσότερο στο χώρο της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας (νοσοκομεία).

Συγκεκριμένα, αυτό επιδιώκεται να επιτευχθεί μέσα από την αποτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από ένα Κέντρο Υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών από αυτές, αξιολογώντας τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις τους.

Πιο συγκεκριμένα, μελετώνται αφενός οι προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών ενός Κέντρου Υγείας προκειμένου να αναδειχθεί τι θεωρούν κρίσιμο από τις υπηρεσίες αυτές και αφετέρου μελετώνται οι αντιλήψεις των χρηστών αυτών από τις υπηρεσίες που πραγματικά τους παρασχέθηκαν από το εν λόγω Κέντρο Υγείας.

Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα προκύπτει από τη διαφορά/χάσμα μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων που προσδιορίζει το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη. Έτσι, μπορεί να διαφανεί και ποια είναι η σχέση της ποιότητας της φροντίδας υγείας με την ικανοποίηση του χρήστη/ασθενή.

Επίσης, θα διερευνηθεί κατά πόσο τα βασικά δημογραφικά στοιχεία- φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο- επηρεάζουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Συνοπτικά, η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στο να δώσει απαντήσεις στα εξής βασικά ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιες είναι οι προσδοκίες των χρηστών από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας;
2. Ποιες είναι οι αντιλήψεις των χρηστών από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας;

3. Ποια είναι η αντιλαμβανόμενη από τους χρήστες ποιότητα των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας, όπως αυτή προκύπτει από τη διαφορά αντιλήψεων και προσδοκιών;
4. Πώς αξιολογούν οι ασθενείς του Κέντρου Υγείας την καθεμιά από τις διαστάσεις ποιότητας;
5. Η μη ικανοποίηση από μία διάσταση είναι ανεξάρτητη από την αξιολόγηση των άλλων διαστάσεων ή υπάρχει συσχέτιση;
6. Τα δημογραφικά στοιχεία επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας;

3.2. Κέντρο Υγείας Αντισσας Λέσβου

Σε ετήσια βάση δημοσιεύονται τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ αναφορικά με τις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ).

Η παρακολούθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από την ΕΛΣΤΑΤ μέχρι το έτος 2016, περιοριζόταν στα Κέντρα Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ).

Μετά τη θέσπιση του Ν.4486/2017 για την «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» ο όρος «Κέντρο Υγείας», διευρύνθηκε και περιλαμβάνει επιπλέον τις αποκεντρωμένες μονάδες, όπου στο πρώτο επίπεδο Π.Φ.Υ. παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι), τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι) και λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ.



Εικόνα 8. Κέντρο Υγείας Άντισσας Λέσβου

Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιεύτηκαν από την ΕΛΣΤΑΤ (2023) στην Ελλάδα, υπάρχουν συνολικά 311 Κέντρα Υγείας, ένα εκ των οποίων βρίσκεται στην ακριτική Λέσβο και συγκεκριμένα στο χωρίο Άντισσα, ένα κεφαλοχώρι 1000 περίπου κατοίκων στο βορειοδυτικό τμήμα του νησιού που πλέον υπάγεται στο Δήμο Δυτικής Λέσβου, με συνολικό πληθυσμό 24.783, σύμφωνα με την απογραφή του 2021.

Το συγκεκριμένο Κ.Υ., το πρώτο που θεμελιώθηκε στην Ελλάδα από τα 200 Κ.Υ. το 1986, εξυπηρετεί συνολικά τους κατοίκους επτά (7) χωριών του νησιού, ήτοι άνω των 5.5 χιλιάδων ανθρώπων πέραν των καλοκαιρινών επισκεπτών και κατοίκων της ευρύτερης περιοχής. Στην περιοχή δεν υπάρχει ιδιώτης γιατρός που να μπορεί να εξυπηρετήσει προσθετικά, πέραν του εν λόγω Κ.Υ. και των πέντε Περιφερειακών Ιατρείων (Π.Ι.) που διαθέτει.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι η Λέσβος είναι το τρίτο μεγαλύτερο σε έκταση νησί της χώρας μας, με εκτεταμένους ορεινούς όγκους που δυσχεραίνουν την μετακίνηση και την πρόσβαση σε πιο μεγάλες νοσοκομειακές δομές όπως είναι το Κ.Υ. Καλλονής (απόσταση 60km) και το Βοστανείο Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης (απόσταση 74km, το πλέον απομακρυσμένο Κ.Υ. από την πρωτεύουσα του νησιού).

Το Κ.Υ. Άντισσας Λέσβου αποτελεί θα λέγαμε ένα κλασσικό παράδειγμα δομής πρωτοβάθμιας φροντίδας στη χώρα μας που παρόλη τη σημαντική συνεισφορά του στην υγεία των πολιτών που εξυπηρετεί, παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα λειτουργίας, που οφείλονται, κυρίως, στην υποστελέχωση μόνιμου προσωπικού, στο έλλειμμα πόρων και σύγχρονων υποδομών καθώς και στην έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού από μεριάς της Πολιτείας.

Ενδεικτικά, αναφέρουμε ότι κατά τη διάρκεια διενέργειας της παρούσας μελέτης πρόβλημα υπήρχε με την ύπαρξη αγροτικών ιατρών, οι οποίοι τελειώνοντας την θητεία τους στο Κ.Υ Άντισσας, μεταφέρονται στο Βοστανείο Νοσοκομείο για την ενός μηνός ολοκλήρωση της εκπαίδευσής τους, αφήνοντας το Κ.Υ Άντισσας χωρίς την απαραίτητη παρουσία τους για την κάλυψη εξυπηρέτησης περιστατικών και την καθημερινή λειτουργία του για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ενώ σε αυτά, προστίθεται η έλλειψη οδηγών ασθενοφόρων- που προ διμήνου (Ιούλιος 2023) συνέβαλε καθοριστικά στην τραγική κατάληξη γυναίκας λόγω πνιγμού σε κοντινή παραλία της Άντισσας- και οι συνεχείς «εικονικές» προσλήψεις στο Κ.Υ Άντισσας που αποσπώνται/ μετακινούνται στο Κεντρικό Νοσοκομείο Βοστανείο στη Μυτιλήνη, αφήνοντας κενές βασικές ειδικότητες για την λειτουργία του Κ.Υ Άντισσας.

Τυπικά το εν λόγω Κ.Υ. διαθέτει τρία εργαστήρια: μικροβιολογικό, ακτινολογικό και φυσιοθεραπευτήριο, τρία ιατρεία: παθολογικό-γενικής ιατρικής, οδοντιατρικό και επειγόντων περιστατικών. Το προσωπικό του Κ.Υ. Άντισσας (συμπεριλαμβανομένων των 5 Π.Ι.) ανέρχεται περίπου στα 30 άτομα, όλων των ειδικοτήτων και μορφών απασχόλησης πχ αορίστου, μόνιμο προσωπικό, επιδοτούμενα προγράμματα ΟΑΕΔ.

3.3. Εργαλείο Μέτρησης Ποιότητας

Όπως έχει γίνει πλέον αντιληπτό, η Ποιότητα είναι απτή και μπορεί να μετρηθεί.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Donabedian, μπορούμε να διακρίνουμε τρεις βασικές κατηγορίες στις υπηρεσίες υγείας: Τη δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα και σε καθεμιά από αυτές, υπάρχουν συγκεκριμένα ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν όπως είναι η εκπαίδευση, ο χρόνος αναμονής των ασθενών, το

ποσοστό επιτυχίας των θεραπειών και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών (Παπακωστίδης- Τσουκάλας, 2012).

Για τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων για την παρούσα πρωτογενή έρευνα, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, η δομή του οποίου βασίζεται στο διεθνές μοντέλο μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών SERVQUAL και το οποίο παρουσιάστηκε αναλυτικά στο κεφάλαιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης (Aparajita- Amist, 2017).

Στη βάση αυτή και πολύ συνοπτικά σημειώνουμε ότι το ερωτηματολόγιο SERVQUAL εισήχθη το 1988 (Parasuraman et al.) και ήταν ένα πρωτοποριακό εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών (Ghimire et al., 2019).

Το υπόδειγμα SERVQUAL είναι σχεδιασμένο να μετράει την ποιότητα των υπηρεσιών, όπως γίνεται αντιληπτή από τον χρήστη, μετρώντας δηλαδή των βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (Παπανικολάου, Β. 2007).

Η μέθοδος αξιολόγησης της ποιότητας μέσω του ερωτηματολογίου SERVQUAL έχει χαρακτηριστεί (Caruanaa et al. 2000) ως μία από τις πλέον δημοφιλείς για τη μέτρηση των διαστάσεων της ποιότητας των υπηρεσιών, παρά τις όποιες θεωρητικές και λειτουργικές ανησυχίες γεννά η χρήση του και οι οποίες περιεγράφηκαν στο 2^ο κεφάλαιο (Ghimire, et al., 2019).

Το σκεπτικό πίσω από την ανάπτυξη ενός γενικού μέσου είναι ότι, ενώ κάθε υπηρεσία είναι μοναδική σε ορισμένες πτυχές, υπάρχουν πτυχές που ισχύουν για όλες τις υπηρεσίες γενικά και, το πιο σημαντικό, είναι βασικές για την αξιολόγηση της ποιότητας.

Επομένως, αν και το ερωτηματολόγιο SERVQUAL δεν αναπτύχθηκε ρητά για την αξιολόγηση της ποιότητας στο χώρο της υγείας, εντούτοις, έχει προσαρμοστεί για να ταιριάζει στα χαρακτηριστικά ενός τέτοιου περιβάλλοντος και έχει αποδειχθεί αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο (Papanikolaou – Zygiaris, 2012).

Το SERVQUAL αρχικά αξιολογούσε δέκα πτυχές της ποιότητας της υπηρεσίας. Η μέτρηση της ποιότητας προκύπτει από το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών και της εμπειρίας των χρηστών των υπηρεσιών. Στις αρχές της δεκαετίας του '90, οι δημιουργοί του, τελειοποίησαν το μοντέλο με το χρήσιμο αρκτικόλεξο RATER: reliability, assurance, tangibles, empathy and responsiveness, ήτοι, αξιοπιστία,

διασφάλιση, απτά στοιχεία, ενσυναίσθηση και ανταπόκριση, που έχουν ήδη αναλυθεί (Papanikolaou – Zygiaris, 2012).

Το ερωτηματολόγιο SERVQUAL αποτελείται πλέον από 22 ζεύγη ερωτήσεων όπου οι απαντήσεις δίνονται σε μια επταβάθμια κλίμακα Likert που αφορούν αφενός τις προσδοκίες των ασθενών από την εξυπηρέτηση από τον πάροχο των υπηρεσιών υγείας και αφετέρου τις αντιλήψεις τους σχετικά με τις υπηρεσίες που τελικά τους παρασχέθηκαν ενώ καθεμιά από τις ερωτήσεις αντιπροσωπεύει μία από τις προαναφερόμενες πέντε διαστάσεις ποιότητας. (Papanikolaou– Zygiaris, 2012).

- Ερωτήσεις 1-4 Απτά στοιχεία

Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν την υποδομή του Κ.Υ. δηλαδή τις εγκαταστάσεις που διαθέτει, την εμφάνιση του προσωπικού καθώς και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται.

- Ερωτήσεις 5-9 Αξιοπιστία

Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν τη διερεύνηση του αν οι παρεχόμενες υπηρεσίες ανταποκρίνονταν στον τρόπο, στο χρόνο και με το ενδιαφέρον που υπήρξε δέσμευση να παρασχεθούν.

- Ερωτήσεις 10-13 Ανταπόκριση

Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν το κατά πόσο άμεσα θεωρούν οι ασθενείς ότι το προσωπικό ανταποκρίθηκε στις ανάγκες και στα αιτήματα του.

- Ερωτήσεις 14-17 Διασφάλιση

Οι ερωτήσεις που ερευνούν τις προσδοκίες/αντιλήψεις που σχετίζονται με την διασφάλιση διερευνούν το κατά πόσο το προσωπικό της εκάστοτε δομής υγείας εμπνέει ασφάλεια και εμπιστοσύνη στους ανθρώπους που κάνουν χρήση των υπηρεσιών του

- Ερωτήσεις 18-22 Ενσυναίσθηση

Οι ερωτήσεις που διερευνούν τις προσδοκίες/ αντιλήψεις που σχετίζονται με την ενσυναίσθηση επικεντρώνουν στο αν οι ωφελούμενοι αισθάνονται ότι το προσωπικό δείχνει το απαιτούμενο ενδιαφέρον στις ιδιαίτερες ανάγκες και αιτήματα του κάθε ασθενούς.

Οι παραπάνω ερωτήσεις αποτελούν το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου ενώ στο δεύτερο μέρος συμπληρώνονται βασικά δημογραφικά στοιχεία, ήτοι φύλο, ηλικία και μορφωτικό επίπεδο.

Η κωδικοποίηση των δεδομένων που συλλέχθηκαν πραγματοποιήθηκε με τη χρήση Microsoft Excel ενώ για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν, αξιοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics.

3.4. Δείγμα έρευνας

Στην παρούσα μελέτη το συνολικό δείγμα αποτελείται από 132 έγκυρα ερωτηματολόγια -σε σύνολο 200 ερωτηματολογίων- που συλλέχθηκαν μέσω δειγματοληψίας ευκολίας, κατά τη διάρκεια του μηνός Νοεμβρίου 2022.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από άτομα που αφενός συναίνεσαν με τη θέληση τους στη συμπλήρωση του και αφετέρου ήταν άμεσα προσβάσιμα κατά το πεπερασμένο χρονικό διάστημα που είχε ως ερευνήτρια, τη δυνατότητα να βρίσκεται στην Άντισσα της Λέσβου. Το σύνολο των κατοίκων του χωριού ενημερωνόταν σχετικά με τη διενέργεια της παρούσας έρευνας μέσω ανακοινώσεων από το ΚΕΠ του χωριού τις τρεις προηγούμενες μέρες, προ της άφιξης της ερευνήτριας.

Η εν λόγω μέθοδος αποσκοπούσε στη όσο το δυνατόν πιο άμεση και ταχεία διάχυση της ενημέρωσης των κατοίκων για την έρευνα αυτή. Στόχος που επετεύχθη μέσω της εν λόγω μεθόδου, που αξιοποιείται καθημερινά από την Κοινότητα προκειμένου να ενημερώνονται οι κάτοικοι για θέματα που τους αφορούν πχ διενέργεια εμβολιασμών, εκδηλώσεις κ.λ.π.

Προκειμένου να καταστεί εφικτή η χορήγηση του ερωτηματολογίου σε όσο το δυνατόν περισσότερους εναλλακτικούς χώρους πέραν της χορήγησης του στο χώρο του Κ.Υ., αξιοποιήθηκαν και άλλες δυνατότητες, όπως για παράδειγμα τα καφενεία του χωριού και ιδιαιτέρως μετά την κυριακάτικη λειτουργία της Εκκλησίας που υπήρχε πολύ περισσότερος κόσμος στην πλατεία του χωριού, οι κατοικίες των ερωτώμενων, οι χώροι του Πολιτιστικού Συλλόγου Τέρπανδρος Άντισσας, όπου γίνονταν μαθήματα χορού, διδασκαλίας μουσικών οργάνων και δημιουργικής απασχόλησης παιδιών καθώς επίσης και ο Αγροτικός Συνεταιρισμός της Άντισσας

καθώς εκεί τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο συγκεντρώνονταν πολλοί αγρότες της περιοχής για το άλεσμα της ελιάς.

Για την χορήγηση του ερωτηματολογίου, προτιμήθηκε η προσωπική μέθοδος διανομής του με την ερευνήτρια να χορηγεί η ίδια το ερωτηματολόγιο στον ερωτώμενο, καθώς έτσι μπορούσε με τρόπο άμεσο να επιλύει απορίες και να παράσχει τυχόν διευκρινίσεις και πληροφορίες.

Η εν λόγω μέθοδος επιλέχθηκε καθώς εξασφαλίζει μεγαλύτερο βαθμό ανταπόκρισης, λαμβάνοντας υπόψη ότι και η ερευνήτρια έλκει την καταγωγή της από την Άντισσα της Λέσβου, γεγονός που λειτουργούσε θετικά στη δημιουργία δεσμού και οικειότητας και συνέβαλε στο να επιστρέφεται μεγαλύτερος αριθμός συμπληρωμένων ερωτηματολογίων.

Όσον αφορά τη διαδικασία συμπλήρωσης, η ερευνήτρια ενημέρωνε τους συμμετέχοντες σχετικά με το σκοπό και το πλαίσιο της έρευνας, εν συνεχεία για τον τρόπο συμπλήρωσης δίνοντας έμφαση στην επεξήγηση της 7βάθμιας κλίμακας και στη διευκρίνηση της διαφοράς μεταξύ των ερωτήσεων που αφορούσαν το τι προσδοκά γενικά από ένα Κέντρο Υγείας ο ερωτώμενος και εν συνεχεία ποιες είναι οι αντιλήψεις του αναφορικά με τις πραγματικά παρεχόμενες υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας της Άντισσας. Επιπροσθέτως, γινόταν σαφές ότι η συμπλήρωση των ερωτήσεων είναι εθελοντική ενώ η συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα είναι απαραίτητη. Κρίσιμο φάνηκε να είναι σε ορισμένες ειδικά περιπτώσεις, η σαφής διευκρίνηση της ερευνήτριας ότι οι απαντήσεις θα παραμείνουν εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και ότι το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ανώνυμο.

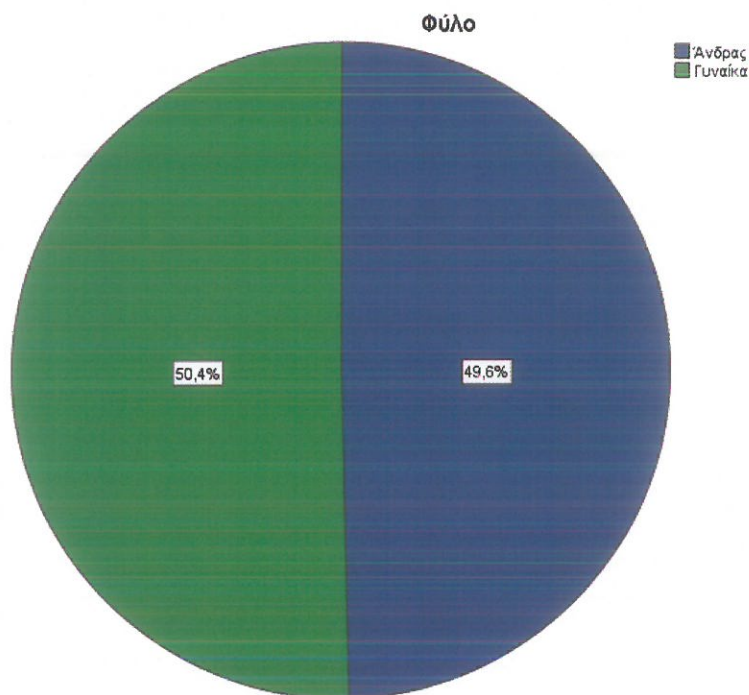
Τέλος, τονίστηκε η κρισιμότητα της συμμετοχής σε αυτή την έρευνα στη βάση ότι μόνο αυτοί μπορούσαν να παράσχουν τις αναγκαίες πληροφορίες για τη διενέργεια της. Το εν λόγω στοιχείο, φάνηκε για ορισμένους ειδικά ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας που δυσκολεύονταν να απαντήσουν καθώς δεν ήταν εξοικειωμένοι με τέτοιες μεθόδους, να λειτουργεί ως κίνητρο για να μην εγκαταλείψουν τη συμπλήρωση του. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν τα 15 λεπτά.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

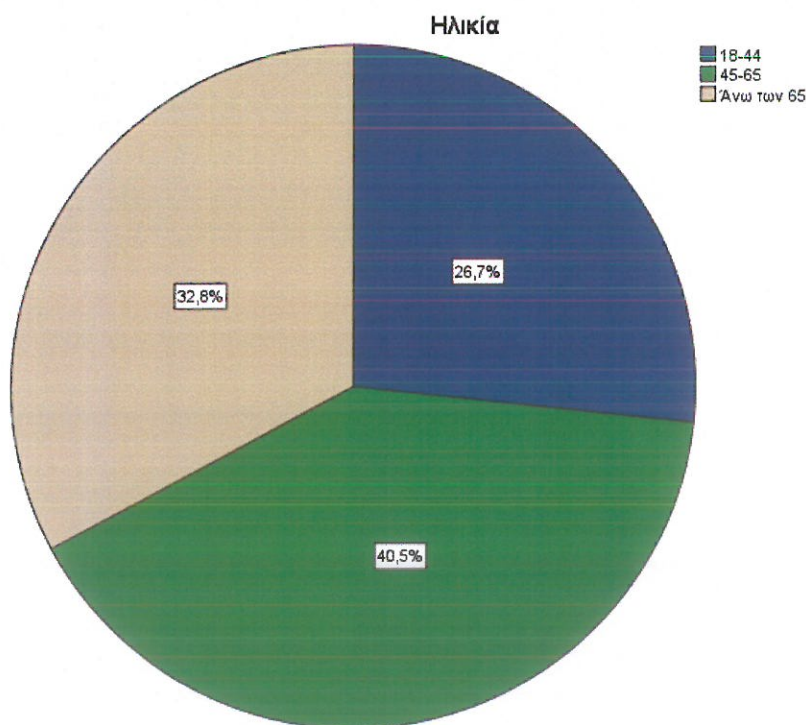
Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, υπήρχαν τρεις ερωτήσεις οι οποίες αφορούσαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα, φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο. Αξίζει προτού προχωρήσουμε στη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, να δούμε το δημογραφικό «προφίλ» των ερωτώμενων.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά το φύλο, το 50,4% των ερωτηθέντων ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 49,6% ήταν γυναίκες (Γράφημα 1).



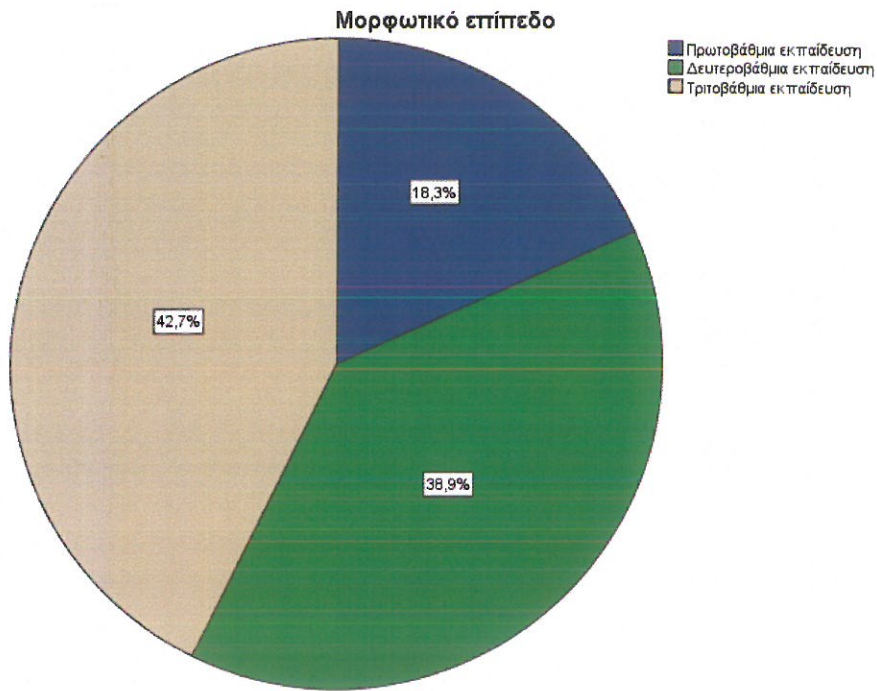
Γράφημα 1. Φύλο Συμμετεχόντων

Σχετικά με την ηλικία, οι πλειοψηφία των ερωτηθέντων, δηλαδή το 40,5%, ήταν ηλικίας από 45-65 ετών, το 32,8% ήταν άνω των 65 ετών και το υπόλοιπο 26,7% ήταν από 18-44 ετών (Γράφημα 2).



Γράφημα 2. Ηλικία ερωτηθέντων

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, δηλαδή το 42,7%, ήταν απόφοιτοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 38,9% ήταν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το υπόλοιπο 18,3% ήταν απόφοιτοι Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Γράφημα 3).



Γράφημα 3. Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων

Συνοπτικά, τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα δίνονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 2)

Πίνακας 2. Συγκεντρωτικός πίνακας δημογραφικών χαρακτηριστικών δείγματος

Ερώτηση	Υποκατηγορία	N	%
Φύλο	Ανδρας	65	49,6
	Γυναίκα	66	50,4
Ηλικία	18-44	35	26,7
	45-65	53	40,5
	Άνω των 65	43	32,8
Μορφωτικό επίπεδο	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	24	18,3
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	51	38,9
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	56	42,7

4.2. Εύρεση Χάσματος

Στην παρούσα ενότητα βρήκαμε το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών από τις υπηρεσίες που προσδοκούμε να λαμβάνουμε γενικά από τα Κέντρα Υγείας και των αντιλήψεων από τις υπηρεσίες που έλαβαν οι ασθενείς από το Κέντρο Υγείας Άντισσας Λέσβου.

Αυτό το χάσμα προκύπτει από την διαφορά μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών για κάθε διάσταση. Στη συνέχεια προκύπτει το σύνολο του χάσματος από το οποίο θα κριθεί η συνολική αντιλαμβανόμενη ποιότητα για τους ερωτηθέντες της έρευνας. Εάν προκύψει χάσμα με αρνητικό πρόσημο, θα συνεπάγεται ότι η ποιότητα της υπηρεσίας είναι χαμηλότερη από την προσδοκώμενη ενώ αν είναι θετικό το πρόσημο, ισχύει το αντίστροφο.

Στον πίνακα 3, αποτυπώνονται οι μέσοι όροι ανά διάσταση αλλά και ανά ερώτηση καθώς και η διαφορά χάσματος όπως και το συνολικό χάσμα.

Πίνακας 3. Συγκεντρωτικός πίνακας Προσδοκιών, Αντιλήψεων & Χασμάτων ανά Διάσταση

Διάσταση	Ερώτηση	Αντίληψη	Προσδοκία	Χάσμα
Απτότητα	1	4,42	6,43	-2,01
	2	4,59	5,66	-1,07
	3	5,52	5,92	-0,40
	4	6,14	6,61	-0,47
Μέσο Χάσμα Απτότητας		5,17	6,16	-0,99
Αξιοπιστία	5	5,46	6,21	-0,75
	6	5,74	6,39	-0,65
	7	5,66	6,45	-0,79
	8	5,44	6,27	-0,83
	9	5,84	6,35	-0,51
Μέσος Χάσμα Αξιοπιστίας		5,63	6,33	-0,71
Ανταπόκριση	10	5,82	6,55	-0,73
	11	5,22	6,01	-0,79
	12	5,72	6,3	-0,58
	13	5,14	5,83	-0,69
Μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης		5,48	6,17	-0,70
Διασφάλιση	14	5,93	6,76	-0,83
	15	6,11	6,5	-0,39
	16	5,75	6,42	-0,67
	17	3,83	6,75	-2,92

Μέσο Χάσμα Διασφάλισης		5,41	6,61	-1,20
Ενσυναίσθηση	18	5,54	6,14	-0,60
	19	4,77	6,00	-1,23
	20	5,57	6,14	-0,57
	21	5,43	6,05	-0,62
	22	5,46	6,13	-0,67
Μέσο Χάσμα Ενσυναίσθησης		5,35	6,09	-0,74
Σύνολο Χάσματος				-0,868

Αναλύοντας, εκ πρώτης όψης τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι έχουμε συνολικό αρνητικό χάσμα (-0,868) και όλες οι διαστάσεις έχουν αρνητικό πρόσημο, γεγονός που σημαίνει ότι οι ερωτηθέντες έχουν υψηλότερες προσδοκίες από τις υπηρεσίες υγείας που θα ήθελαν να λαμβάνουν ενώ τελικά, η ποιότητα των υπηρεσιών στην πράξη είναι χαμηλότερη (*Ερευνητικός Σκοπός 3*).

Ειδικότερα, παρατηρούμε ότι η διάσταση που έχει το μεγαλύτερο χάσμα είναι η διάσταση της Διασφάλισης (-1,20), ακολουθούν κατά σειρά η διάσταση της Απτότητας (-,099), η διάσταση της Ενσυναίσθησης (-,074), η διάσταση της Αξιοπιστίας (-,071) και τέλος, με ελάχιστη διαφορά, η διάσταση της Ανταπόκρισης (-,070) (*Ερευνητικός Σκοπός 4*).

Σε ότι αφορά τους μέσους όρους ανά διάσταση σχετικά με την αντίληψη των ερωτηθέντων για τις υπηρεσίες υγείας που έλαβαν έχουμε τα εξής αποτελέσματα: η Αξιοπιστία είχε τον υψηλότερο μέσο όρο (5,63), ακολούθησε η Ανταπόκριση (5,48), η Διασφάλιση (5,41), η Ενσυναίσθηση (5,35) και η Απτότητα (5,17) (*Ερευνητικός Σκοπός 2*).

Σε ότι αφορά τους μέσους όρους ανά διάσταση, σχετικά με την προσδοκία των ερωτηθέντων για τις υπηρεσίες υγείας που θα ήθελαν να λάβουν έχουμε τα εξής αποτελέσματα: η Διασφάλιση είχε τον υψηλότερο μέσο όρο (6,61), ακολούθησε η Αξιοπιστία (6,33), η Ανταπόκριση (6,17), η Απτότητα (6,16) και η Ενσυναίσθηση (6,09) (*Ερευνητικός Σκοπός 1*).

Στη συνέχεια κρίνεται σκόπιμο να παραθέσουμε τις ερωτήσεις με το μεγαλύτερο αλλά και με το χαμηλότερο σκορ στις ερωτήσεις των προσδοκιών, προκειμένου να δούμε τι υπηρεσίες υγείας προσδοκούσαν περισσότερο να λάβουν οι ασθενείς από ένα Κέντρο Υγείας και ποιες λιγότερο.

Πίνακας 4. Πίνακας Μέσων Όρων των ερωτήσεων των Προσδοκιών σε φθίνουσα σειρά

	Mean	Std. Deviation
14. Η συμπεριφορά των εργαζομένων των κέντρων υγείας πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς	6,76	0,51
17. Οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας πρέπει να λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους	6,75	0,54
4. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση, πρέπει να είναι πάντα τακτοποιημένα & καθαρά	6,61	0,61
10. Το προσωπικό των κέντρων υγείας πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή	6,55	0,73
15. Οι ασθενείς πρέπει να νιώθουν ασφαλείς στις συναλλαγές τους με τους εργαζόμενους των κέντρων υγείας	6,50	0,72
7. Τα κέντρα υγείας θα πρέπει να είναι αξιόπιστα και να παρέχουν από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες	6,45	0,67
1. Τα κέντρα υγείας θα πρέπει να έχουν σύγχρονο εξοπλισμό	6,43	0,83
16. Οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας πρέπει να είναι συνεπείς & ευγενικοί με τους ασθενείς	6,42	0,63
6. Όταν ο ασθενής έχει ένα πρόβλημα, το προσωπικό των κέντρων υγείας πρέπει να δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει	6,39	0,70
9. Τα κέντρα υγείας θα πρέπει να διατηρούν τα αρχεία τους σωστά	6,35	0,86
12. Το προσωπικό των κέντρων υγείας θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς του	6,30	0,76
8. Τα κέντρα υγείας θα πρέπει να παρέχουν τις υπηρεσίες τους, τη στιγμή που υποσχέθηκαν να το κάνουν	6,27	0,80
5. Όταν το προσωπικό των κέντρων υγείας υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, θα πρέπει να το κάνει	6,21	0,68
18. Οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας πρέπει να δίνουν ξεχωριστή προσοχή στον κάθε ασθενή	6,14	0,84
20. Οι υπάλληλοι των κέντρων υγείας πρέπει να καταλαβαίνουν και να γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών	6,14	0,76
22. Το προσωπικό των κέντρων υγείας πρέπει να αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του.	6,13	0,81
21. Τα κέντρα υγείας πρέπει να έχουν τα συμφέροντα των ασθενών τους κατά νου	6,05	0,90
11. Το προσωπικό των κέντρων υγείας θα πρέπει να παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς	6,01	0,87
19. Οι ώρες λειτουργίας των κέντρων υγείας πρέπει να ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς	6,00	0,92
3. Οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας θα πρέπει να είναι ομοίομορφο ντυμένοι και καθαροί.	5,92	1,16
13. Το προσωπικό των κέντρων υγείας πρέπει να ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο & αν είναι	5,83	0,98
2. Οι φυσικές εγκαταστάσεις των κέντρων υγείας θα πρέπει να είναι οπτικά ελκυστικές	5,66	1,25

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι μεγαλύτερο σκορ προσδοκιών είχαμε στην ερώτηση 14 που αφορούσε την εμπιστοσύνη που πρέπει να εμπνέουν οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας στους ασθενείς (6,76), την υποστήριξη που πρέπει να λαμβάνουν οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας προκειμένου να κάνουν καλά τη δουλειά τους (6,75), να εξασφαλίζουν την καθαριότητα των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση (6,61), να ενημερώνει το προσωπικό τους ασθενείς (6,55) και να εξασφαλίζουν οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας τους ασθενείς ότι οι συναλλαγές μεταξύ τους είναι ασφαλείς (6,50).

Σε ότι αφορά τα χαμηλότερα σκορ των προσδοκιών, ο χαμηλότερος μέσος όρος αφορούσε τις φυσικές εγκαταστάσεις των κέντρων υγείας και πως αυτές θα πρέπει να είναι οπτικά ελκυστικές (5,66), ακολούθησε το πώς το προσωπικό των κέντρων υγείας πρέπει να ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και αν είναι (5,83) καθώς και η εμφάνιση των εργαζομένων των κέντρων υγείας και το πως θα πρέπει να είναι ομοιόμορφα ντυμένοι και καθαροί (5,92).

Συμπερασματικά, καταλήγουμε ότι οι ασθενείς έχουν περισσότερες προσδοκίες για την εμπιστοσύνη που πρέπει να εμπνέουν οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας στους ασθενείς, την υποστήριξη που πρέπει να λαμβάνουν οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας προκειμένου να κάνουν καλά τη δουλειά τους, την εξασφάλιση της καθαριότητας των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση, την ενημέρωση των ασθενών από το προσωπικό και η εξασφάλιση ότι ασθενείς και εργαζόμενοι μπορούν να συναλλάσσονται με ασφάλεια.

Αντίθετα, οι ερωτηθέντες δίνουν λιγότερη σημασία στην εξωτερική εμφάνιση των Κέντρων Υγείας αλλά και του προσωπικού που το στελεχώνει και δεν απαιτεί από αυτό να ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα τους, λαμβάνοντας υπόψη το φόρτο εργασίας που έχουν.

Στη συνέχεια θα παραθέσουμε τις ερωτήσεις με το μεγαλύτερο αλλά και με το χαμηλότερο σκορ στις ερωτήσεις των αντιλήψεων, προκειμένου να δούμε ποια πεδία του Κέντρου Υγείας που ερευνούμε υστερούν και ποια υπερτερούν στην πράξη.

Πίνακας 5. Πίνακας Μέσων Όρων των ερωτήσεων των Αντιλήψεων σε φθίνουσα σειρά

	Mean	Std. Deviation
4. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούν για τη θεραπευτική μου αντιμετώπιση είναι πάντα τακτοποιημένα & καθαρά	6,14	0,95
15. Νιώθω ασφαλής στις συναλλαγές μου με τους εργαζόμενους του Κέντρου Υγείας Άντισσας	6,11	0,84
14. Η συμπεριφορά των εργαζομένων του Κέντρου Υγείας Άντισσας εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς.	5,93	0,88
9. Το Κέντρο Υγείας Άντισσας διατηρεί τα αρχεία του σωστά	5,84	0,97
10. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Άντισσας με ενημερώνει σωστά	5,82	1,03
16. Οι εργαζόμενοι στο Κέντρο Υγείας Άντισσας είναι πάντα συνεπείς και ευγενικοί	5,75	1,23
6. Όταν έχω πρόβλημα, το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Άντισσας, δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει	5,74	1,06
12. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Άντισσας είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς του	5,72	1,01
7. Το Κέντρο Υγείας Άντισσας είναι αξιόπιστο και παρέχει από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες	5,66	1,11
20. Οι υπάλληλοι του Κέντρου Υγείας Άντισσας καταλαβαίνουν και γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών	5,57	1,09
18. Οι εργαζόμενοι στο Κέντρο Υγείας Άντισσας δίνουν ξεχωριστή προσοχή στον κάθε ασθενή	5,54	1,16
3. Οι εργαζόμενοι του Κέντρου Υγείας Άντισσας είναι ομοίομορφα ντυμένοι και καθαροί	5,52	1,04
22. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Άντισσας αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του	5,46	1,20
5. Όταν το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Άντισσας, υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, το κάνει.	5,46	1,21
8. Το Κέντρο Υγείας Άντισσας παρέχει τις υπηρεσίες του τη στιγμή που υποσχέθηκε να το κάνει	5,44	1,22
21. Το Κέντρο Υγείας Άντισσας έχει τα συμφέροντα των ασθενών του κατά νου	5,43	1,24
11. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Άντισσας παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς	5,22	1,27
13. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Άντισσας ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι	5,14	1,21
19. Οι ώρες λειτουργίας του Κέντρου Υγείας Άντισσας ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς	4,77	1,51
2. Οι φυσικές εγκαταστάσεις του Κέντρου Υγείας που επισκέπτομαι είναι οπτικά καθαρές	4,59	1,36
1. Το Κέντρο Υγείας Άντισσας έχει σύγχρονο εξοπλισμό	4,42	1,24
17. Οι εργαζόμενοι στο Κέντρο Υγείας Άντισσας λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους	3,83	1,99

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι μεγαλύτερο σκορ αντιλήψεων είχαμε στην ερώτηση 4 που αφορούσε την διαπίστωση ότι τα εργαλεία στο Κέντρο Υγείας Άντισσας που χρησιμοποιούν για τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά (6,14), την ερώτηση 15 που αφορούσε την ασφάλεια που νιώθουν στις συναλλαγές τους με τους εργαζόμενους (6,11), την ερώτηση 14 που αφορούσε την εμπιστοσύνη που τους εμπνέει η συμπεριφορά των εργαζομένων του

Κέντρου Υγείας Άντισσας (5,93), την ερώτηση 9 που αφορούσε τη σωστή διαχείριση των αρχείων τους (5,84) και την ερώτηση 10 που αφορούσε τη σωστή ενημέρωση τους από την πλευρά του προσωπικού (5,82).

Σε ότι αφορά τα χαμηλότερα σκορ των αντιλήψεων, ο χαμηλότερος μέσος όρος εντοπίστηκε στην ερώτηση 17 που αφορούσε την υποστήριξη που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι στο Κέντρο Υγείας Άντισσας ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους (3,83), την ερώτηση 1 που αφορούσε τον σύγχρονο εξοπλισμό του Κέντρου Υγείας (4,42), την ερώτηση 2 που αφορούσε την οπτική καθαριότητα των φυσικών εγκαταστάσεων του Κέντρου (4,59) και την ερώτηση 19 που αφορούσε το αν οι ώρες λειτουργίας του Κέντρου Υγείας Άντισσας ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς (4,77).

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι οι ερωτηθέντες έμειναν περισσότεροι ικανοποιημένοι με το γεγονός ότι τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική τους αντιμετώπιση είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά, την ασφάλεια που νιώθουν στις συναλλαγές τους με τους εργαζόμενους, την εμπιστοσύνη που τους εμπνέει η συμπεριφορά των εργαζομένων του Κέντρου Υγείας Άντισσας, την σωστή διαχείριση των αρχείων τους και την σωστή ενημέρωση τους από την πλευρά του προσωπικού.

Αντιθέτως, έμειναν λιγότεροι ικανοποιημένοι με την υποστήριξη που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι στο Κέντρο Υγείας Άντισσας ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους, τον εξοπλισμό του Κέντρου Υγείας, την οπτική καθαριότητα των φυσικών εγκαταστάσεων του Κέντρου και τις ώρες λειτουργίας του Κέντρου Υγείας Άντισσας.

4.3 Έλεγχος Αξιοπιστίας

Για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής των ερωτηματολογίων και συγκεκριμένα των Προσδοκιών (22 ερωτήσεις) και των Αντιλήψεων (22 ερωτήσεις) χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha. Γενικά αυτό που επιθυμούμε για να θεωρείται ότι τα ερωτηματολόγια πληρούν τις προϋποθέσεις για να είναι αξιοπιστίας πρέπει το α να είναι $>0,6$.

Πίνακας 6. Συντελεστής Αξιοπιστίας Cronbach α & μέσοι όροι Διαστάσεων

	Προσδοκίες		Αντιλήψεις		
	Cronbach α	Μέσος Όρος	Cronbach α	Μέσος Όρος	Μέσος Όρος Αντιλήψεων/Προσδοκιών
Απτότητα	0,791	6,16	0,643	5,17	-0,99
Αξιοπιστία	0,789	6,33	0,930	5,63	-0,71
Ανταπόκριση	0,723	6,17	0,914	5,48	-0,70
Διασφάλιση	0,750	6,61	0,744	5,41	-1,20
Ενσυναίσθηση	0,807	6,09	0,895	5,35	-0,74

Η αξιοπιστία υπολογίστηκε για κάθε διάσταση ξεχωριστά και μας έδειξε ότι για την πρώτη διάσταση των Προσδοκιών (Απτότητα), που αποτελείται από την στάθμιση 4 ερωτήσεων, το $\alpha=,791$, η δεύτερη διάσταση (Αξιοπιστία), που αποτελείται από την στάθμιση 5 ερωτήσεων, το $\alpha=,789$, η τρίτη διάσταση (Ανταπόκριση), που αποτελείται από την στάθμιση 4 ερωτήσεων, το $\alpha=,723$, η τέταρτη διάσταση (Διασφάλιση), που αποτελείται από την στάθμιση 4 ερωτήσεων, το $\alpha=,750$ και την πέμπτη διάσταση (Ενσυναίσθηση), που αποτελείται από την στάθμιση 5 ερωτήσεων, το $\alpha=,807$.

Σε ότι αφορά την πρώτη διάσταση των Αντιλήψεων (Απτότητα), που αποτελείται από την στάθμιση 4 ερωτήσεων, το $\alpha=0,643$, η δεύτερη διάσταση (Αξιοπιστία), που αποτελείται από την στάθμιση 5 ερωτήσεων, το $\alpha=,930$, η τρίτη διάσταση (Ανταπόκριση), που αποτελείται από την στάθμιση 4 ερωτήσεων, το $\alpha=,914$, η τέταρτη διάσταση (Διασφάλιση), που αποτελείται από την στάθμιση 4 ερωτήσεων, το $\alpha=,744$ και την πέμπτη διάσταση (Ενσυναίσθηση), που αποτελείται από την στάθμιση 5 ερωτήσεων, το $\alpha=,895$.

Στην περίπτωση μας είναι ικανοποιητική η αξιοπιστία γεγονός που καθιστά το ερωτηματολόγιο καθώς και τα αποτελέσματά του, έγκυρα και αξιόπιστα.

4.4 Έλεγχος Κανονικότητας

Αρχικά, διενεργήσαμε τεστ κανονικότητας προκειμένου να δούμε αν τα δεδομένα μας ακολουθούν την κανονική κατανομή. Χρησιμοποιήσαμε το test Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk. Προκειμένου να έχουμε κανονική κατανομή θα πρέπει το $p > 0,05$. Στην περίπτωση μελέτης μας βλέπουμε ότι έχουμε μη κανονική κατανομή καθώς το $p < 0,05$ και τα δεδομένα μας δεν έχουν κανονική κατανομή.

Αυτό συνεπάγεται ότι για την διερεύνηση των ερευνητικών μας ερωτημάτων θα ακολουθήσουμε μη παραμετρικούς ελέγχους.

Ακολουθεί ο πίνακας με τα αποτελέσματα του τεστ κανονικότητας.

Πίνακας 7. Έλεγχος Κανονικότητας

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Φύλο	,342	131	,000	,636	131	,000
Ηλικία	,216	131	,000	,805	131	,000
Μορφωτικό επίπεδο	,272	131	,000	,785	131	,000
Χάσμα Απώλειας	,117	131	,000	,962	131	,001
Χάσμα Αξιοπιστίας	,141	131	,000	,897	131	,000
Χάσμα Ανταπόκρισης	,165	131	,000	,914	131	,000
Χάσμα Διασφάλισης	,100	131	,003	,954	131	,000
Χάσμα Ενσυναίσθησης	,089	131	,013	,972	131	,008

a. Lilliefors Significance Correction

4.5 Συσχετίσεις Χάσματος

Στη συνέχεια χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό εργαλείο Spearman Correlation ρ , προκειμένου να δούμε αν τα χάσματα των διαστάσεων συσχετίζονται μεταξύ τους και αν ναι, ποια είναι η ένταση της συσχέτισης αυτής και η φορά της.

Πιο αναλυτικά, όταν αναφερόμαστε στην ένταση εννοούμε το μέγεθος της συσχέτισης, το οποίο κυμαίνεται από -1 έως 1. Όταν η μεταβλητή κυμαίνεται από 0,1-0,3 έχουμε μικρής έντασης συσχέτιση, όταν κυμαίνεται από 0,3-0,5 έχουμε

μέτρια έντασης συσχέτιση και όταν είναι πάνω από 0,5 είναι μεγάλης έντασης συσχέτιση. Όταν αναφερόμαστε στη φορά, ερμηνεύουμε το πρόσημο, το οποίο αν είναι αρνητικό, οι μεταβλητές έχουν αντιστρόφως ανάλογη σχέση, δηλαδή όταν αυξάνεται η μια μεταβλητή, η άλλη μειώνεται ενώ αν είναι θετικό σημαίνει ότι όταν αυξάνεται η μια μεταβλητή, αυξάνεται και η άλλη.

Πίνακας 8. Συσχετίσεις Χασμάτων των Διαστάσεων με Spearman Correlation ρ

		Χάσμα Απτότητας	Χάσμα Αξιοπιστίας	Χάσμα Ανταπόκρισης	Χάσμα Διασφάλισης	Χάσμα Ενσυναίσθησης
Spearman's rho	Χάσμα Απτότητας	Correlation Coefficient 1 Sig. (2-tailed) . N 132				
	Χάσμα Αξιοπιστίας	Correlation Coefficient ,519** Sig. (2-tailed) 0 N 132	1 . 132			
	Χάσμα Ανταπόκρισης	Correlation Coefficient ,280** Sig. (2-tailed) 0,001 N 132	,672** 0 132	1 . 132		
	Χάσμα Διασφάλισης	Correlation Coefficient ,174* Sig. (2-tailed) 0,046 N 132	,563** 0 132	,652** 0 132	1 . 132	
	Χάσμα Ενσυναίσθησης	Correlation Coefficient ,310** Sig. (2-tailed) 0 N 132	,679** 0 132	,684** 0 132	,663** 0 132	1 . 132

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Από τον παραπάνω πίνακα έχουμε τα εξής αποτελέσματα: η Απτότητα συσχετίζεται θετικά και σε μέτριο βαθμό με την Αξιοπιστία καθώς $\rho=,519$ και $p=,000$, συσχετίζεται επίσης θετικά και σε μικρό βαθμό με την Ανταπόκριση καθώς $\rho=,280$ και $p=,001$, όπως και με την Διασφάλιση επίσης θετικά και σε μικρό βαθμό καθώς

$\rho=,174$ και $\rho=,046$ όπως και με την Ενσυναίσθηση επίσης θετικά και σε μικρό βαθμό καθώς $\rho=,310$ και $\rho=,000$.

Η Αξιοπιστία συσχετίζεται θετικά και σε υψηλό βαθμό με την Ανταπόκριση καθώς $\rho=,672$ και $\rho=,000$, όπως και με την Διασφάλιση επίσης θετικά και σε υψηλό βαθμό καθώς $\rho=,563$ και $\rho=,000$ όπως και με την Ενσυναίσθηση επίσης θετικά και σε υψηλό βαθμό καθώς $r=,679$ και $\rho=,000$.

Η Ανταπόκριση συσχετίζεται θετικά και σε υψηλό βαθμό με την Διασφάλιση καθώς $\rho=,652$ και $\rho=,000$ όπως και με την Ενσυναίσθηση επίσης θετικά και σε υψηλό βαθμό καθώς $r=,684$ και $\rho=,000$.

Η Διασφάλιση συσχετίζεται θετικά και σε υψηλό βαθμό με την Ενσυναίσθηση καθώς $r=,663$ και $\rho=,000$.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα καταλήγουμε στο ότι η μεγαλύτερη συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του χάσματος διαστάσεων της Αξιοπιστίας και της Ανταπόκρισης, ακολούθησε η Ανταπόκριση και η Διασφάλιση, η Ανταπόκριση με την Ενσυναίσθηση, η Διασφάλιση με την Ενσυναίσθηση, η Αξιοπιστία με την Ενσυναίσθηση και οι μικρότερες συσχετίσεις ήταν αυτές με την Απτότητα με την Αξιοπιστία, την Απτότητα με την Ανταπόκριση, την Απτότητα με την Ενσυναίσθηση και την Απτότητα με την Διασφάλιση (*Ερευνητικός Σκοπός 5*).

4.6 Συσχετίσεις με τα Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος

Στην ενότητα αυτή θα εξετάσουμε αν προκύπτει συσχέτιση μεταξύ των χάσμάτων των διαστάσεων μας και του Φύλου, της Ηλικίας και του Μορφωτικού επιπέδου του δείγματος μας με την χρήση των κατάλληλων στατιστικών μεθόδων ανάλογα την μεταβλητή (*Ερευνητικός Σκοπός 6*).

Ορίζουμε τις μηδενικές μας υποθέσεις:

H_{01} : Δεν υπάρχει διαφορά στο χάσμα αντιλήψεων-προσδοκιών μεταξύ ανδρών και γυναικών

H_{02} : Δεν υπάρχει διαφορά στο χάσμα αντιλήψεων-προσδοκιών μεταξύ των ηλικιακών ομάδων

H_{03} : Δεν υπάρχει διαφορά στο χάσμα αντιλήψεων-προσδοκιών μεταξύ των διαφορετικών μορφωτικών επιπέδων

Στην έρευνα μας έχουμε τρεις υποθέσεις καθώς έχουμε μόνο τρεις δημογραφικές ερωτήσεις.

Προκειμένου να επιβεβαιώσουμε τις παραπάνω ερευνητικές υποθέσεις, θα διενεργήσουμε Mann-Whitney test, δηλαδή σύγκριση μέσων όρων μεταξύ ανδρών και γυναικών για την πρώτη ερευνητική υπόθεση καθώς το φύλο είναι διχοτομική μεταβλητή και είναι η κατάλληλη στατιστική μέθοδος.

Στις υπόλοιπες ερευνητικές υποθέσεις θα διενεργήσουμε ανάλυση διακύμανσης με Kruskal-Wallis, δηλαδή σύγκριση μέσων όρων για παραπάνω από δυο ομάδες, καθώς τόσο η μεταβλητή ηλικία όσο και η μεταβλητή μορφωτικό επίπεδο έχουν τρεις ομάδες.

Mann-Whitney test

Πίνακας 9. Σύγκριση μέσων όρων Mann-Whitney μεταξύ Χάσματος & Φύλου

Φύλο		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	p
Χάσμα Απτότητας	Ανδρας	65	71,19	4627,50	1807,5	0,118
	Γυναίκα	66	60,89	4018,50		
	Total	131				
Χάσμα Αξιοπιστίας	Ανδρας	65	63,73	4142,50	1997,5	0,496
	Γυναίκα	66	68,23	4503,50		
	Total	131				
Χάσμα Ανταπόκρισης	Ανδρας	65	64,65	4202,00	2057	0,684
	Γυναίκα	66	67,33	4444,00		
	Total	131				
Χάσμα Διασφάλισης	Ανδρας	65	67,31	4375,00	2060	0,695
	Γυναίκα	66	64,71	4271,00		
	Total	131				
Χάσμα Ενσυναίσθησης	Ανδρας	65	61,77	4015,00	1870	0,205
	Γυναίκα	66	70,17	4631,00		
	Total	131				

Από τον πίνακα 9, βλέπουμε ότι μεταξύ του Φύλου και των Χασμάτων των πέντε διαστάσεων δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα καθώς $p > 0,05$.

Καταλήγουμε ότι επιβεβαιώνεται η πρώτη μηδενική μας υπόθεση, καθώς πράγματι δεν προκύπτει διαφορά στο χάσμα αντιλήψεων-προσδοκιών μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Kruskal-Wallis test

Πίνακας 10. Σύγκριση μέσων όρων Mann-Whitney μεταξύ Χάσματος & Ηλικίας

Ηλικία		N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	p
Χάσμα Απτότητας	18-44	35	70,49	1,688	0,430
	45-65	53	60,87		
	Ανω των 65	43	68,67		
	Total	131			
Χάσμα Αξιοπιστίας	18-44	35	72,17	1,802	0,406
	45-65	53	66,28		
	Ανω των 65	43	60,63		
	Total	131			
Χάσμα Ανταπόκρισης	18-44	35	79,89	6,630	0,036
	45-65	53	62,32		
	Ανω των 65	43	59,23		
	Total	131			
Χάσμα Διασφάλισης	18-44	35	71,39	1,307	0,520
	45-65	53	62,01		
	Ανω των 65	43	66,53		
	Total	131			
Χάσμα Ενσυναίσθησης	18-44	35	74,16	2,597	0,273
	45-65	53	60,87		
	Ανω των 65	43	65,69		
	Total	131			

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι μεταξύ του Χάσματος απτότητας, της αξιοπιστίας, της διασφάλισης και της ενσυναίσθησης και των ηλικιακών ομάδων δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα καθώς $p > 0,05$.

Προέκυψε στατιστική σημαντικότητα μόνο μεταξύ του χάσματος Ανταπόκρισης και των ηλικιακών ομάδων καθώς $p < 0,05$ και συγκεκριμένα $U = 6,630$ και $p = ,036$. Πιο αναλυτικά, βλέπουμε ότι η ηλικιακή ομάδα από 18-44 ετών συγκέντρωσε την υψηλότερη διαφορά μεταξύ του χάσματος Προσδοκία-Αντίληψη, ακολούθησε η ηλικιακή ομάδα από 45-65 ετών και τέλος, τη μικρότερη διαφορά συγκέντρωσε η ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων που ήταν άνω των 65 ετών. Καταλήγουμε ότι

επιβεβαιώνεται μερικώς η δεύτερη μηδενική μας υπόθεση, καθώς πράγματι δεν προκύπτει διαφορά στο χάσμα αντιλήψεων-προσδοκιών στις περισσότερες διαστάσεις μεταξύ των ηλικιακών ομάδων.

Kruskal-Wallis test

Πίνακας 11. Σύγκριση μέσων όρων Mann-Whitney μεταξύ Χασμάτων & Μορφωτικού Επιπέδου

Μορφωτικό επίπεδο		N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	p
Χάσμα Απτότητας	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	24	85,19	9,970	0,007
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	51	67,61		
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	56	56,31		
	Total	131			
Χάσμα Αξιοπιστίας	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	24	64,58	0,778	0,678
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	51	63,03		
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	56	69,31		
	Total	131			
Χάσμα Ανταπόκρισης	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	24	48,90	12,614	0,002
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	51	60,04		
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	56	78,76		
	Total	131			
Χάσμα Διασφάλισης	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	24	48,96	11,272	0,004
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	51	60,99		
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	56	77,87		
	Total	131			
Χάσμα Ενσυναίσθησης	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	24	60,60	2,349	0,309
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	51	62,13		
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	56	71,84		
	Total	131			

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι μεταξύ του Χάσματος αξιοπιστίας και της Ενσυναίσθησης και των ηλικιακών ομάδων δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα καθώς $p > 0,05$. Προέκυψε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ του χάσματος Απτότητας, Ανταπόκρισης και Διασφάλισης και των διαφορετικών μορφωτικών επιπέδων καθώς $p < 0,05$.

Συγκεκριμένα, σε ότι αφορά την Απτότητα και το μορφωτικό επίπεδο έχουμε $U = 9,970$ και $p = ,007$. Πιο αναλυτικά, βλέπουμε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συγκέντρωσαν την υψηλότερη διαφορά μεταξύ του χάσματος Προσδοκία-Αντίληψη, ακολούθησαν οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και τέλος, τη μικρότερη διαφορά συγκέντρωσαν οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Σε ότι αφορά την Ανταπόκριση και το Μορφωτικό επίπεδο έχουμε $U = 12,614$ και $p = ,002$. Πιο αναλυτικά, βλέπουμε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης συγκέντρωσαν την υψηλότερη διαφορά μεταξύ του χάσματος Προσδοκία-Αντίληψη, ακολούθησαν οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και τέλος, τη μικρότερη διαφορά συγκέντρωσαν οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Σε ότι αφορά την Διασφάλιση και το Μορφωτικό επίπεδο έχουμε $U = 11,272$ και $p = ,004$. Πιο αναλυτικά, βλέπουμε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης συγκέντρωσαν την υψηλότερη διαφορά μεταξύ του χάσματος Προσδοκία-Αντίληψη, ακολούθησαν οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και τέλος, τη μικρότερη διαφορά συγκέντρωσαν οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Καταλήγουμε ότι επιβεβαιώνεται μερικώς η τρίτη μηδενική μας υπόθεση, καθώς πράγματι δεν προκύπτει διαφορά στο χάσμα αντιλήψεων-προσδοκιών στις δυο από τις πέντε διαστάσεις μεταξύ διαφορετικών μορφωτικών επιπέδων.

4.7 Συζήτηση

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της διενεργηθείσας μελέτης στο Κέντρο Υγείας Άντισσας, προκύπτει αβίαστα το γενικό συμπέρασμα ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι σχετικά χαμηλή, οι ερωτηθέντες έχουν υψηλότερες προσδοκίες από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν.

Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι έχουμε συνολικό αρνητικό χάσμα (-0,868) και όλες οι διαστάσεις έχουν αρνητικό πρόσημο, με μεγαλύτερο όλων τη διάσταση της Διασφάλισης (-1,20) που αναφέρεται στο αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης που εμπνέει το προσωπικό προς τους ασθενείς.

Ωστόσο, αξίζει να επισημανθεί ότι η τιμή αυτή του συνολικού χάσματος δεν είναι υψηλότερη σε σχέση με άλλες έρευνες που έχουν καταγραφεί στη βιβλιογραφία σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ. Ενδεικτικά, αναφέρουμε ότι οι Paranikolaou & Zygiaris (2012), σε αντίστοιχη μελέτη στο χώρο της ΠΦΥ, βρήκαν συνολικό χάσμα -0.88 σχεδόν ταυτόσημο με αυτό της παρούσας έρευνας, ενώ στην μελέτη των Karassavidou et. al. (2009), την πρώτη διενεργηθείσα μελέτη ποιότητας στα νοσοκομεία στον ελληνικό χώρο, ανευρεθεί συνολικό χάσμα -1.516.

Τα ευρήματα αυτά αφενός επιβεβαιώνουν ότι το Κ.Υ. Άντισσας αποτελεί ίσως ένα χαρακτηριστικό δείγμα της (μη) ποιότητας των υπηρεσιών στην ΠΦΥ στη χώρα μας αφετέρου αναδεικνύει την ανάγκη να παρθούν γενναίες πολιτικές αποφάσεις, να καμφθούν οι ισχυρές αντιστάσεις και τα συμφέροντα που παρεμποδίζουν την ανάπτυξη της εδώ και πολλές δεκαετίες και να δοθεί στη χώρα μας η δυνατότητα να αναπτυχθεί η ΠΦΥ που αποτελεί το θεμέλιο λίθο κάθε σύγχρονου, ολοκληρωμένου και ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας.

Επιπροσθέτως, ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα της παρούσας μελέτης είναι οι αρκετά υψηλές προσδοκίες των ερωτηθέντων, καθώς όλες φαίνεται να ξεπερνούν το 6, γεγονός που υποδηλώνει τις υψηλές απαιτήσεις τους. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αντίστοιχα άλλων ερευνών και σύμφωνα με τους Karassavidou et. al. (2009) μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι η δυσκολία να οριστεί με σαφήνεια το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών υγείας, λόγω της ιδιαίτερης φύσης των εν λόγω παρεχόμενων υπηρεσιών και ειδικότερα λόγω της πολύπλοκης και αυξημένου ρίσκου φύσης των υπηρεσιών υγείας.

Η ιδιαίτερη αυτή φύση των υπηρεσιών υγείας έχει σαν αποτέλεσμα τη μηδενική ανοχή λάθους σε σύγκριση με άλλες υπηρεσίες, δεδομένου ότι το λάθος στις υπηρεσίες υγείας έχει τεράστιο κόστος και συνδέεται με την ίδια τη ζωή.

Από την παρούσα μελέτη προκύπτει επίσης, ότι υπάρχει θετική συσχέτιση των χάσμάτων των πέντε διαστάσεων ποιότητας μεταξύ τους, γεγονός που υποδηλώνει ότι η ικανοποίηση ή μη σε μία διάσταση φαίνεται να επηρεάζει τις άλλες διαστάσεις.

Συγκεκριμένα, από την παρούσα εργασία προκύπτει ότι η μεγαλύτερη συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του χάσματος διαστάσεων της Αξιοπιστίας και της Ανταπόκρισης, ακολούθησε η Ανταπόκριση και η Διασφάλιση, η Ανταπόκριση με την Ενσυναίσθηση, η Διασφάλιση με την Ενσυναίσθηση, η Αξιοπιστία με την Ενσυναίσθηση και οι μικρότερες συσχετίσεις ήταν αυτές με την Απτότητα με την Αξιοπιστία, την Απτότητα με την Ανταπόκριση, την Απτότητα με την Ενσυναίσθηση και την Απτότητα με την Διασφάλιση.

Προχωρώντας, στη συσχέτιση που μελετήθηκε μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών-φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο- των συμμετεχόντων και του χάσματος ποιότητας, προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση, παρά μόνο σε επιμέρους διαστάσεις. Για παράδειγμα, όσον αφορά την ηλικία, προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο μεταξύ του χάσματος Ανταπόκρισης και των ηλικιακών μας ομάδων. Επομένως, δεν επαληθεύονται στην παρούσα μελέτη ευρήματα άλλων μελετών σύμφωνα με τα οποία ανιχνεύονται σχετικές συσχετίσεις καθώς στην παρούσα εργασία υπήρχε μόνο μερική συσχέτιση σε κάποιες διαστάσεις. Αν και συχνά έρευνες παρουσιάζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα σχετικά, ενδεχομένως στην παρούσα έρευνα η εικόνα αυτή να μην είναι αντιπροσωπευτική και να οφείλεται στο μικρό άρα μη αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Αξίζει τέλος, να αναφερθεί ότι το ερωτηματολόγιο καθώς και τα αποτελέσματα μπορούν να θεωρηθούν έγκυρα και αξιόπιστα καθώς κατά την αξιολόγηση της εσωτερικής συνέπειας των ερωτηματολογίων με τον συντελεστή Cronbach's alpha, το $a > 0.6$.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1. Συμπεράσματα και περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα εργασία προσδοκά να «φωτίσει» παραπάνω μια λιγότερο μελετημένη πτυχή της ποιότητας υγείας, δηλαδή την ποιότητα των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας και να συμβάλλει στο πλαίσιο αυτό αφενός στην αποτύπωση της σημερινής πραγματικότητας των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα και αφετέρου στην ανάδειξη καλών πρακτικών όσον αφορά την ποιότητα υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών, ως δείκτης αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας συνιστά αφενός ένα σημαντικό μέσο για την αξιολόγηση της ποιότητας των συγκεκριμένων υπηρεσιών, αφετέρου είναι ένα σημαντικό εργαλείο για την αποκωδικοποίηση και την αποκρυπτογράφηση του τρόπου λειτουργίας της ΠΦΥ ειδικά αλλά και ενός συστήματος υγείας συνολικά.

Με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες που παρέχει το Κέντρο Υγείας Άντισσας δόθηκαν πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί, καθώς και για τον αντίκτυπο που αυτός ο τρόπος έχει στους λήπτες υπηρεσιών υγείας.

Η παρούσα έρευνα ικανοποίησε τόσο τον κύριο σκοπό της, την μέτρηση δηλαδή της ποιότητας των υπηρεσιών του Κ.Υ. Άντισσας, όσο και τους ειδικότερους ερευνητικούς σκοπούς της, που είχαν τεθεί και αναλύθηκαν διεξοδικά κατά την παρουσίαση και συζήτηση των αποτελεσμάτων.

Η παρούσα έρευνα έχει κάποιους περιορισμούς. Ο πρώτος και ίσως σημαντικότερος είναι ότι το δείγμα (132 συμμετέχοντες από 200 ερωτηθέντες) το οποίο συλλέχθηκε και αναλύθηκε δεν είναι επαρκές άρα και αντιπροσωπευτικό προκειμένου να μπορούν με ασφάλεια να γενικευθούν τα αποτελέσματα στο σύνολο του πληθυσμού της εν λόγω περιοχής, στοιχείο που ενισχύεται από το γεγονός ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού, ώστε να πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες συγκρίσεις (Καλογεροπούλου, 2010).

Στην αδυναμία γενίκευσης, συντελεί επίσης, ότι η έρευνα αφορά αποκλειστικά ένα Κ.Υ. της Λέσβου, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα μας να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα και να βγάλουμε ασφαλή συμπεράσματα για τη λειτουργία του συνόλου της ΠΦΥ στη χώρα μας.

Στα ανωτέρω, προστίθεται και το γεγονός ότι η μέθοδος που αξιοποιήθηκε για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν η δειγματοληψία ευκολίας που χαρακτηρίζεται από αδυναμία γενίκευσης στον πληθυσμό και πιθανά μπορεί να εισάγει ένα συστηματικό λάθος στη διαλογή (systematic selection error), όπως επισημαίνουν ερευνητές και άλλων αντίστοιχων μελετών (Goula et. al. 2021).

Επιπροσθέτως, όπως και σε πλήθος άλλων ερευνών, η ποσοτική ανάλυση βασίζεται σύμφωνα με την Καλογερούλου (2021) στην υπόθεση ότι η κλίμακα Likert επιτρέπει τη χρήση *«μεθόδων στατιστικής που αφορούν σε μεταβλητές διαστήματος, γεγονός που σημαίνει ότι οι αποστάσεις και οι διαφορές στην ένταση των πεποιθήσεων, όπως τις αντιλαμβάνονται οι ασθενείς, μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων, είναι ίσες»*.

Παρά τις επικρίσεις που έχει δεχθεί, η κλίμακα SERVQUAL αποδεικνύεται ένα σημαντικό εργαλείο ανάλυσης, αξιολόγησης και εντέλει συνεχούς βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο, δε θα πρέπει να λησμονείται το γεγονός, ότι οι προσδοκίες, οι αντιλήψεις και εντέλει οι πεποιθήσεις των ασθενών δεν μπορούν να αποτυπωθούν στην ολότητα τους μέσα σε ένα ερωτηματολόγιο.

Στο πλαίσιο αυτό, θα ήταν ιδιαίτερος γόνιμη, η σύνθεση ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων για τη διερεύνηση ενός πολύπλοκου μα συνάμα εξαιρετικά σημαντικού για το σύνολο της κοινωνίας, ζητήματος, όπως αυτό της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και δη της ΠΦΥ.

Κλείνοντας, θα ήταν σημαντικό να αναφερθεί η ανάγκη διενέργειας παρόμοιων ερευνών που σαν εργαλείο μέτρησης να έχουν το SERVQUAL για τη σύγκριση και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

5.2. Διοικητικές Προτάσεις-Τελικές σκέψεις

Μια από τις κεντρικές θέσεις της παρούσας εργασίας που ευελπιστώ και προσωπικά να προκύπτει αβίαστα είναι ότι το πρόβλημα της έλλειψης μιας εύρωστης και ποιοτικής ΠΦΥ στη χώρα μας, δεν είναι πρωτίστως, επιστημονικό/ τεχνοκρατικό, ούτε προκύπτει από την έλλειψη επιλογών, πόρων, βάσης και υποδομών, το πρόβλημα πρωτίστως, είναι η ανυπαρξία ουσιαστικής πολιτικής δέσμευσης για την εφαρμογή με συνέπεια και συνέχεια μιας στρατηγικής συνεχούς ανάπτυξης και βελτίωσης της ΠΦΥ στη χώρα μας, παρά την παγκόσμια τάση για ανάπτυξη πρωτοβάθμιων συστημάτων υγείας με στόχο την αποδοτική κατανομή και χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων αλλά και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Το γεγονός αυτό είναι το κλειδί για να κατανοήσουμε το πώς και το γιατί η χώρα μας ενώ έχει προϋποθέσεις και δυνατότητες, κατέχει ένα από τα χαμηλότερα επίπεδα ΠΦΥ μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, σε μια εποχή που προβάλλεται επιτακτικά η ανάγκη για αναστοχασμό και ανασυγκρότηση στο χώρο της Υγείας γενικά και στην ΠΦΥ ειδικότερα, λαμβάνοντας υπόψη τις δημογραφικές μεταβολές, την αλλαγή του προφίλ νοσηρότητας, την παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση και τις επιπτώσεις της στην υγεία και την ποιότητα ζωής αλλά και την πρόσφατη πανδημία του Covid-19.

Όπως χαρακτηριστικά σημείωνε ο αείμνηστος καθηγητής Γ. Κυριόπουλος το μακρινό μα και συνάμα κοντινό 1996, οι αδυναμίες αυτές στη χώρα μας, κατά κύριο λόγο οφείλονται στην *«απουσία σταθερού προσανατολισμού στις πολιτικές ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας»*.

Η θέση αυτή συνδέεται άμεσα και με τη διάσταση της ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς οι μείζονες διαρθρωτικές αλλαγές οι οποίες είναι απαραίτητες στη ΠΦΥ είναι και τα βασικά προαπαιτούμενα για να αποτελέσει «πύλη εισόδου» για ένα ΣΥ που ταυτόχρονα μπορεί να επιτυγχάνει την ιατρική αποτελεσματικότητα, την οικονομική αποδοτικότητα και πρωτίστως την κοινωνική ισότητα καθώς η Υγεία, μη λησμονούμε πρώτα και κύρια αποτελεί υπέρτατο αγαθό, ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα όλων (ΕΣΔΥ,2013).

Λαμβάνοντας υπόψη, τα ανωτέρω και δεδομένων των περιορισμών που θέτει αφενός η πολιτική ηγεσία στο χώρο της υγείας, οι περιορισμένοι πόροι που διατίθενται για την ανάπτυξη της ΠΦΥ καθώς και οι ειδικές ανά περιόδους συνθήκες (π.χ. πανδημία Covid-19), τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα μπορούσαν να αποτελέσουν για τη Διοίκηση του Κ.Υ. Αντίστας μια χρήσιμη πηγή αφενός πληροφόρησης, αφετέρου βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών εντός του πλαισίου των προαναφερθέντων περιορισμών.

Συγκεκριμένα, ως άξια προσοχής, προβληματισμού και ανάληψης πρωτοβουλιών θα μπορούσαν να αποτελέσουν οι διαστάσεις της ποιότητας στις οποίες οι ασθενείς δίνουν την μεγαλύτερη βαρύτητα, έτσι ώστε να ενισχυθεί η αξιοπιστία του Κ.Υ. συνολικά και να ενδυναμωθεί το προσωπικό προκειμένου να παράσχει καλύτερες υπηρεσίες.

Ενδεικτικά, αναφέρουμε ότι στην παρούσα μελέτη η διάσταση που φαίνεται να πάσχει περισσότερο είναι της Διασφάλισης που αναφέρεται στο έλλειμμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας που βιώνουν οι λήπτες των υπηρεσιών του Κ.Υ.

Είναι χαρακτηριστικό ότι το μεγαλύτερο σκορ προσδοκιών είχαμε στην ερώτηση 14 που αφορούσε την εμπιστοσύνη που πρέπει να εμπνέουν οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας στους ασθενείς (6,76) αν και φαίνεται να μη θεωρούν ότι ευθύνονται αποκλειστικά και μόνο το προσωπικό του Κ.Υ. καθώς βλέπουμε ότι σε ότι αφορά τα χαμηλότερα σκορ των αντιλήψεων, ο χαμηλότερος μέσος όρος εντοπίστηκε στην ερώτηση 17 που αφορούσε την υποστήριξη που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι στο Κέντρο Υγείας Άντιστας ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους (3,83), γεγονός που θα μπορούσε να θεωρηθεί και επιβεβαίωση του επιχειρήματος ότι στην ΠΦΥ δεν παρέχονται τα απαιτούμενα μέσα και οι δυνατότητες στο προσωπικό για να επιτελέσει ολοκληρωμένα την αποστολή του.

Μια πρόταση θα μπορούσε επίσης, να είναι η πρωτοβουλία για διεπιστημονική επικοινωνία μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού της ΠΦΥ και δη των Κ.Υ. απομακρυσμένων περιοχών, που ενδεχομένως να μπορούσε να συμβάλλει στη βελτίωση μέσα από την ανταλλαγή γνώσεων, εμπειριών και επιτυχών λύσεων.

Επιπροσθέτως, η πραγματοποίηση ειδικών προγραμμάτων παροχής κινήτρων, επιμόρφωσης, ενδυνάμωσης του προσωπικού αλλά και εκσυγχρονισμού της υλικοτεχνικής υποδομής μέσω χρηματοδότησης από κοινοτικούς πόρους που θα μπορούσε να διεκδικήσει ο Δήμος Δυτικής Λέσβου και η Περιφέρεια ΒΑ Αιγαίου, θα συνέβαλε σημαντικά στην κατεύθυνση της καλύτερης διάδρασης και σχέσεων μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών υγείας.

Επίσης, η Διοίκηση θα μπορούσε να προσανατολίσει το έργο της και προς την κατεύθυνση της πρόληψης και της προαγωγής της δημόσιας υγείας με την συμμετοχή και ενημέρωση της κοινότητας.

Εκ των ων ουκ άνευ, να υπογραμμίσουμε και πάλι ότι οι χρόνιες παθολογίες στην ΠΦΥ στη χώρα μας όπως αυτές εντοπίζονται και στο Κ.Υ. Άντισσας, όπως η άνιση γεωγραφική κατανομή του ιατρικού προσωπικού, η ελλιπής εκπαίδευση του προσωπικού, οι ελλείψεις σε ιατρο-τεχνολογικό εξοπλισμό, οι χαμηλές αμοιβές που αποτελούν αντικίνητρο για την αύξηση της παραγωγικότητας και των παρεχόμενων υπηρεσιών, η έλλειψη οργάνωσης και διασύνδεσης των δομών της ΠΦΥ μεταξύ τους αλλά και με τις δομές της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας βαθμίδας, συμβάλλουν καθοριστικά στο έλλειμμα ποιότητας που παρουσιάζουν οι εν λόγω δομές και δεν μπορούν να επιλυθούν παρά μόνο σε επίπεδο κεντρικό στη χώρα μας.

Η εκάστοτε Κυβέρνηση πρέπει να λειτουργεί ως εγγυητής μιας περιεκτικής, αναγκαίας αλλά επαρκούς και ολοκληρωμένης δέσμης ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ με συνέχεια, με κεντρική επιδίωξη την υπέρβαση συντεχνιακών και οικονομικών συμφερόντων και τη θεσμική, τεχνική, διοικητική και οικονομική στήριξη του συστήματος (Σωτηριάδου, Κ. και συν., 2011, Κυριόπουλος, Γ. 2016).

Η ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη και αναποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη προς την ΠΦΥ πρέπει να συγκεντρώσει το πρωταρχικό ενδιαφέρον, όσων χαράσσουν πολιτική στον τομέα Υγείας με δίκτυο υπηρεσιών ΠΦΥ, με προεξάρχοντα το ρόλο του γενικού/οικογενειακού γιατρού, με επίκεντρο την οικογένεια και με παροχή ενιαίας δέσμης ποιοτικών υπηρεσιών. (Κυριόπουλος, 2016, Τούντας, 2021, Τούντας, 2023, Μυλωνέρος, 2023).

Απαιτείται η διαμόρφωση μιας Στρατηγικής Υγείας με επίκεντρο των άνθρωπο-ασθενή και με κύριο στόχο την προαγωγή υγείας και εγγραματοσύνης υγείας (health literacy), την πρόληψη, την περίθαλψη, την αποκατάσταση, την κοινωνική επανένταξη, την εφαρμογή αποτελεσματικών μορφών διοίκησης που προάγουν την ποιότητα των υπηρεσιών και την αξιοποίηση της νέας τεχνολογίας αλλά και των υφιστάμενων δομών.

Μια Στρατηγική Υγείας που να προτάσσει την ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα, την μετάβαση στην «ολοκληρωμένη οικογενειακή ιατρική», τη λειτουργική διασύνδεση και τον συντονισμό των διοικητικά και οικονομικά αυτοδύναμων δομών ΠΦΥ, με την ενεργό συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, της κοινωνίας των πολιτών και του συμβεβλημένου ιδιωτικού τομέα (Κυριόπουλος και συν., 2000, ΕΣΔΥ, 2013, Μπένος και συν., 2015, Καραγιάννης και συν., 2016, Τούντας, 2023).

Απαραίτητη προϋπόθεση όλων των προαναφερόμενων προοδευτικών μεταρρυθμιστικών αλλαγών είναι καταρχάς και πρωτίστως, η σταθερή και έμπρακτη πολιτική βούληση και η δημιουργία ευρύτερων συμμαχιών για την αλλαγή ταυτότητας της Δημόσιας Υγείας στη χώρα προκειμένου η πολιτική ανάπτυξης της ΠΦΥ με ποιότητα να αποτελέσει εθνικό στόχο, πρωτοβουλία και επιδίωξη υψηλής και άμεσης προτεραιότητας για τη χώρα, για την πολιτική ηγεσία, για την επιστημονική κοινότητα αλλά και για το σύνολο του λαού μας.

Γιατί μας αφορά όλες και όλους, γιατί αφορά τη Ζωή μας.

Γιατί εντέλει, όπως έλεγε και ο Ν. Καζαντζάκης: *Ο λαός δε σώζεται, ο λαός σώζει.*

Έχουμε τις δυνατότητες, μας αξίζει, το μπορούμε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Ανδρέου, Χ. (2008). Ικανοποίηση Ασθενών και Ποιότητα υπηρεσιών υγείας: Κοινωνικό-οικονομικοί προσδιοριστές και διαστάσεις έκφρασης της ικανοποίησης. *Cyprus Nursing Chronicles Journal*, 13(3):24-35

Αντεριώτη, Π. – Αντωνίου, Γ. (2014). Ικανοποίηση Ασθενών από τη Φροντίδα Υγείας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, τόμος 1, τεύχος 1, 2014, pp 62-68.

Βραχάτης, Δ. και Παπαδόπουλος, Α., (2012). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική*, 51(1), σσ.10-17.

Γαβρίλη, Α.- Καπάκη, Β. (2022). Αξιολόγηση της ικανοποίησης ασθενών από υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 39(3): 366-373.

Γιανασμίδης, Α. και 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), σσ.106-115.

Γούλα, Α, Γιαννοπούλου, Β, Μαγούλη, Π, Ντάκου, Μ και Υφαντόπουλος, Ν. (2017). Η διερεύνηση των ιατρο-κοινωνικών δομών στην κάλυψη των αναγκών υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 34(1), σσ. 12-13.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013). *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως «Πύλη Εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην Υγεία*, εκδ. ΕΣΔΥ

Έλληνας, Δ. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθενείας σε σύστημα υγείας, *Αρθρογραφία*, τευχ. 48:17-23

Θανασάς, Ι. (2019). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, τόμος 24ος, τεύχος 3, 2019, σελ. 347-361.

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

Καραγιάννη, Μ., Σηφάκη-Πιστόλλα, Δ., Χατζεα, Β.Ε., Τριγώνη, Μ., Κούτης, Α., Πιτέλους, Ε., Λιονής Χ. (2017). Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 34(3), σσ. 343-362.

Καδδά, Ό., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγάλα, Κ. και Παληός, Θ., (2010). Οι ανάγκες των πολιτών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Το βήμα του Ασκληπιού* σσ.1-15.

Κουκουφιλίππου, Ι., Μπόμπος, Γ., Μπόγρη, Δ., Βασιλακοπούλου, Β., και Κοΐνης, Α. (2017). Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2017, 34(3):327-333.

Κουλλιάς, Ε., Αποστολάκης, Ι. και Σαράφης, Π. (2020). Ποιότητα υπηρεσιών υγείας-Υπάρχον Νομοθετικό πλαίσιο και πρόταση Εθνικού Φορέα Διασφάλισης Ποιότητας- Διαμόρφωση Εθνικής Ατζέντας ασφάλειας των ασθενών. *Επιστημονικά Χρονικά*, τομ. 25ος, τευχ. 3, 2020, σελ. 473-488.

Κυριόπουλος, Ι. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα. Το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του, στο Γ., Κυριόπουλος, Τ., Φιλαλήτης, επιμ., (1996), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο, σελ. 17-43.

Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Δημολιάτης, Γ., Μερκούρης, Μ-Π., Οικονόμου, Χ., Τσάκος, Γ., Φιλαλήτης, Τ.,(2000) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, τομ.12, τευχ.4 σελ. 169-188.

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

Λιονής, Χ. (2021). ΠΦΥ: χαμένη ευκαιρία ή αφορμή για μια νέα αφετηρία; *Το Βήμα*, σ.28.

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

Μαλάμου, Θ. (2016). Η μεθοδολογία υλοποίησης της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ως βέλτιστη πρακτική λειτουργία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 2016, 9(3):6-15.

Μάρκοβιτς, Γ. και Μοναστηρίδου, Σ. (2011). Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, τομ. 4, τευχ. 4, 2011:51-56

Ματθαίος, Π. και Δομάγιερ, Δ.Φ., (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 15(4), σσ. 1-15.

Μιχαηλίδου, Λ., και Σακελλαρίου, Γ. (2007) Διαχείριση Ποιότητας στη δημόσια υγεία: Η εμπειρία του νεφρολογικού τμήματος του Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου». *Ελληνική Νεφρολογία* 2007, 19(1):40-50.

Μπαλάσκα, Δ.- Μπιτσώρη, Ζ. (2015). Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, τόμος 4, τεύχος 3, 2015, σελ. 106-120

Μπαλάσκα, Δ. και Μπιτσώρη, Ζ. (2019). Η αναγκαιότητα της ίδρυσης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και η επίδραση του στη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Perioperative Nursing*, Volume 8, Issue 1, σσ. 77-84

Μπένος, Α., Αντωνιάδου, Α., Κούτης, Α., Λιονής, Χρ., Μυλωνέρος, Θ., και Παναγιωτόπουλος, Τ., (2015). Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Βασικές Αρχές, Θέσεις και Προτάσεις για την Ελλάδα. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας.

Μυλωνέρος, Θ. (2023), *Δημόσια Υγεία, Πλαίσιο και Προσεγγίσεις*, εκδ. Ινστιτούτο Εναλλακτικών Ιδεών και Πολιτικών ΕΝΑ.

Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεοδώρου, Μ., και Πολύζος, Ν., (1995). Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, Αθήνα: ΥΥΠΚΑ.

Νιάκας, Δ., (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*, 5(1), σσ.3-7. 130

Οικονόμου, Χ. (2012). Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports 7) Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, ΙΝΕ ΓΣΕΕ*, Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ

Παπακωστίδης, Α.- Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η Ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας και η αξιολόγηση της, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 2012, 29(4): 480-488

Παπανικολάου, Β. 2007. *Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αρχές-Μέθοδοι & Εφαρμογές*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

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

Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ, Φ., (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και την δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το βήμα του Ασκληπιού*, σσ.365-378.

Ποτήρης, Α. και Σαράφης, Π. (2014). Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα–Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 3, σσ.116-121.

Ρίκος Ν., (2015). Η έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, τόμος 14, τεύχος 4, 2015, σελ. 247-252.

Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ. και Οικονόμου, Μ., (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35.

Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιαρού, Μ. και Σαράφης, Π., (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα–κατάσταση και προοπτικές. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 3(4), σσ.140-148.

Τζωρτζόπουλος, Α. (2018). Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα- εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2018, 35(5):649-664.

Τούντας, Γ., (2002). *Πολιτική υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Τούντας, Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2003, 20(5):532-546.

Τούντας, Γ. (2021) Το Νέο ΕΣΥ: *Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην εποχή της πανδημίας*, εκδ. διαΝΕΟσις Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.

Υφαντόπουλος, Γ. (2005), *Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα: Τυπωθήτω.

Φιλαλήθης, Α. (2021). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Χαμένη στο Λαβύρινθο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(4): 548-556.

Φιλαλήθης, Α. (2021). Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(5): 675-682.

Χατζηπουλίδης, Γ. (2003). Η εφαρμογή των προτύπων διαχείρισης της ποιότητας. Από τη βιομηχανία και τις επιχειρήσεις, στις μονάδες υγείας. *Το βήμα του Ασκληπιού*, τ.2, τευχ.4: 1-12

Ξενόγλωσση

Adamakidou, T. and Kalokerinou, A., (2010). New health policies on primary health care in Greece. *Health Science Journal*, 4(1), pp.15.

Anagnostopoulos, D.C. and Soumaki, E., (2013). The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *European child & adolescent psychiatry*, 22(2), pp.131-134.

Athanasiadis, A., Kostopoulou, S. and Philalithis, A., (2015). Regional decentralisation in the Greek health care system: rhetoric and reality. *Global journal of health science*, 7(6), pp.55.

Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. D. S. Kringos (Ed.). World Health Organization, *European Observatory on Health Systems and Policies* 2015:1-172.

Buttle, F. (1995). Servqual: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing* 30,1.

Cleary PD, McNeil BJ. (1988) Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. 25(1):25-36. PMID: 2966123.

Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Maresso A. (2014a). The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. Economic crisis, health systems and health in Europe. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.

Economou C. Kaitelidou D, Karanikolos, M., Maresso A. (2017). Greece, Health System Review in *Health Systems in Transition*, Vol.19, no.5 Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.

Goula A, Stamouli MA, Alexandridou M, Vorreakou L, Galanakis A, Theodorou G, Stauropoulos E, Kelesi M, Kaba E. (2021) Public Hospital Quality Assessment. Evidence from Greek Health Setting Using SERVQUAL Model. *Int J Environ Res Public Health*. 25;18(7):3418. doi: 10.3390/ijerph18073418. PMID: 33806126; PMCID: PMC8036995.

Groenewegen, P.P. and Jurgutis, A., (2013). A future for primary care for the Greek population. *Qual Prim Care*, 21(6), pp.369-78.

Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. (2011) A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Family Medicine* 43(6):412-7. PMID: 21656396.

Hone, T., Macinko, J. and Millett, C., (2018). Review Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals?. London: School of Public Health, Imperial College

Karassavidou, E., Glaveli, N. and Papadopoulos, C.T. (2009), "Quality in NHS hospitals: no one knows better than patients", *Measuring Business Excellence*, Vol. 13 No. 1, pp. 34-46. <https://doi.org/10.1108/13683040910943036>

Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil Y., Cartier T., Hasvold, T., Hutchinson, A. Lember, M., Oleszczyk, M., Pavlic, D., Svab, I., Tedeschi, P., Wilson, A., Windak, A., Dedeu, T. and Wilm, S. (2010). The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice* 2010,11:81

Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Rotar Pavlic D, Svab I, Tedeschi P, Wilm S, Wilson A, Windak A, Van der Zee J and Groenewegen P (2013) The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal General Practice* 63, pp. 742–750.

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

Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C. *et al.* Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Serv Res* 17, 255 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2189-0>

Lionis C and Midlöv P (2017). Prevention in the elderly: a necessary priority for general practitioners. *European Journal of General Practice* 23, pp. 202–207.

Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Petelos, E., Papadakis, S., Sifaki-Pistolla, D., Papadakis, M., Souliotis, K. and Tziraki, C., (2019). Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne's thread. *Primary health care research & development*, 20, 1-7.

Papanikolaou V, Zygiaris S. (2012) Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health Expectations* 17(2):197-207.

Parasuraman, P., Zeithaml, V., Berry, L. (1988) SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, Vol. 64 n. 1 pp 12-40.

Parasuraman, P., Zeithaml, V., Berry, L. (1994) Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. *Journal of Marketing*, Vol. 58, pp 111-124

Tokyo Declaration on Patient Safety. Third Global Ministerial Summit on Patient Safety, 14 April 2018, Tokyo, Japan. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204005.pdf> (accessed 10th March 2023)

Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1988). Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing*, 52(2), 35-48. <https://doi.org/10.1177/002224298805200203>

Ηλεκτρονικές πηγές

Κυριόπουλος, Γ., (2016). Η επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma Ata για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Chronos* URL= <https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-alma-ata> (online: 15.4.2021)

WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York: WHO. Available from: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (Accessed 22 March 2023).

WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care*. Geneva: WHO [online] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471> (Accessed 22 March 2023).

WHO and UNICEF (2018). *Global Conference on primary health care. From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Astana, Kazakhstan, 2018. [online] Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330291> (Accessed 22 March 2023).

WHO (2022). *Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens*. [online] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210> (Accessed 22 March 2023).

N.4715/2020: *Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας - Τόρση και καταστατικό του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. (Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.), άλλες επείγουσες διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις*. [online] Available from: <https://www.nomotelia.gr/photos/File/149a-20.pdf> (Accessed 22 March 2023).

ΕΛΣΤΑΤ *Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Έτος 2022* [online] Available from: <https://www.statistics.gr/documents/20181/2f0c1228-b82b-e8c5-4ce8-7ceeb3094c0b> (Accessed 22 July 2023).

Καζιόλας, Γ. (2022) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Πολύτιμη παράμετρος σε μια μάχη που συνεχίζεται*. Available from: <https://www.epohi.gr/article/42459/protovathmia-frontida-ygeias-polytimh-parametros-se-mia-mahh-poy-synehizetai> (Accessed 22 March 2023).

Lesvosnews.net (2022) *Μόνιμος πληθυσμός Λέσβου 83.068 - Απογραφή 2021* Available from: <https://www.lesvosnews.net/articles/news-categories/koinonia/monimos-plithysmos-lesboy-83068-apografi-2021> (Accessed 22 March 2023).

ABSTRACT

Introduction: A common point of many researches in the field of Health is the weighty importance of a modern and quality Primary Health Care (PHC), as the foundation of a robust Health System. In this context, in recent decades, an international reflection has been developed regarding the quality of Primary Health Care services provided and the ways in which it can be improved in order to meet the needs of users/patients and achieve their maximum satisfaction.

Aim: To investigate the level of patient satisfaction with the health services provided by a health center (HC) in a Greek island and specifically the HC Antissa's Lesvos.

Method: The research was conducted in November 2022 on a sample of 132 patients, from the general population of the area of responsibility. The SERVQUAL model was used in order to investigate firstly the expectations and the perceptions of the users of health services, secondly the five dimensions of the model were assessed, i.e. tangibility, reliability, responsiveness, assurance and empathy thirdly their correlation with three demographic characteristics, gender, age and educational level.

Results: The general conclusion is that the quality of the services provided is relatively low, the respondents have higher expectations of the health services they receive. In particular, it turns out that we have a total negative gap (-0.868) and all dimensions have a negative sign, with the biggest dimension of Assurance (-1.20) referring to the feeling of security and trust that staff inspires towards patients. In relation to the demographic characteristics, no statistically significant correlation emerges, except in individual dimensions for example, regarding age, a statistically significant correlation emerges only between the response gap. **Conclusion:** The assessment of patient satisfaction can highlight both the level of quality of services provided and contribute also to the identification of weaknesses in the provided health services of the HC. Management can, with appropriate interventions, improve the health care services enjoyed by users / patients so that they meet their expectations. However, for a modern and effective Primary Health Care as a pillar of the Health System, the proper political will is necessary in order to deal with the major obstacles and resistances with broader political and social alliances. **Keywords:** Quality of Health Services, PHY, Patient Satisfaction, SERVQUAL Model.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΤΙΣΣΑΣ ΛΕΣΒΟΥ

Αγαπητή/ε συγχωριανέ,

ονομάζομαι Κατερίνα Μαμώλη και στο πλαίσιο μεταπτυχιακού προγράμματος του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής «Ηγεσία, Καινοτομία και Πολιτικές Αξίας στην Υγεία», εκπονώ διπλωματική εργασία για την οποία απαιτείται η συμπλήρωση σύντομου ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε με σκοπό να δώσει την ευκαιρία σε όσες και όσους έρχονται σε επαφή με τις υπηρεσίες Υγείας να καταγράψουν την εμπειρία τους με έμφαση στην ικανοποίηση τους από αυτές. Η συμπλήρωση του απαιτεί 4 λεπτά από το χρόνο σας.

Η έρευνα στοχεύει στον εντοπισμό προβλημάτων και τα αποτελέσματα θα μπορούν να αξιοποιηθούν από τις αρμόδιες αρχές για τη **βελτίωση** των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, παρακαλώ να έχετε υπόψη σας, τα εξής:

1. Η συμμετοχή σας σε αυτή την έρευνα είναι σημαντική γιατί **μόνο εσείς μπορείτε να μας δώσετε τις αναγκαίες πληροφορίες.**
2. Διαβάστε προσεκτικά και απαντήστε σε **όλες** τις ερωτήσεις.
3. **Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.** Απαντήστε με βάση την προσωπική σας εμπειρία και εντύπωση
4. Σε καμία περίπτωση δε θα σας ζητηθούν προσωπικές πληροφορίες και η συμμετοχή σας στην έρευνα γίνεται **ανώνυμα.**

Σας ευχαριστώ θερμά για το χρόνο σας και για την συμβολή σας στην έρευνα μου.

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ

Παρακαλώ απαντήστε με βάση ποια χαρακτηριστικά θεωρείτε ότι πρέπει να διαθέτει ένα Κέντρο Υγείας ώστε να θεωρείτε ότι παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες Βαθμολογείστε σε κλίμακα από 1 («Διαφωνώ απόλυτα») έως 7 («Συμφωνώ απόλυτα») κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό. Το 4 αντιπροσωπεύει μέση κατάσταση («Ούτε Συμφωνώ/ούτε Διαφωνώ»).

	Διαφωνώ απολύτως			Συμφωνώ απολύτως			
	1	2	3	4	5	6	7
1. Τα κέντρα υγείας θα πρέπει να έχουν σύγχρονο εξοπλισμό.	1	2	3	4	5	6	7
2. Οι φυσικές εγκαταστάσεις των κέντρων υγείας (π.χ. χώρος αναμονής, ιατρεία, τουαλέτες κλπ) θα πρέπει να είναι οπτικά ελκυστικές.	1	2	3	4	5	6	7
3. Οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας θα πρέπει να είναι ομοιόμορφα ντυμένοι και καθαροί.	1	2	3	4	5	6	7
4. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση, πρέπει να είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά.	1	2	3	4	5	6	7
5. Όταν το προσωπικό των κέντρων υγείας υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, θα πρέπει να το κάνει.	1	2	3	4	5	6	7
6. Όταν ο ασθενής έχει ένα πρόβλημα, το προσωπικό των κέντρων υγείας πρέπει να δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει.	1	2	3	4	5	6	7
7. Τα κέντρα υγείας θα πρέπει να είναι αξιόπιστα και να παρέχουν από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες.	1	2	3	4	5	6	7
8. Τα κέντρα υγείας θα πρέπει να παρέχουν τις υπηρεσίες τους, τη στιγμή που υποσχέθηκαν να το κάνουν.	1	2	3	4	5	6	7
9. Τα κέντρα υγείας θα πρέπει να διατηρούν τα αρχεία τους σωστά (π.χ. ιατρικός φάκελος, ραντεβού κλπ).	1	2	3	4	5	6	7
10. Το προσωπικό των κέντρων υγείας πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή.	1	2	3	4	5	6	7
11. Το προσωπικό των κέντρων υγείας θα πρέπει να παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς.	1	2	3	4	5	6	7
12. Το προσωπικό των κέντρων υγείας θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς του.	1	2	3	4	5	6	7
13. Το προσωπικό των κέντρων υγείας πρέπει να ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο κι αν είναι.	1	2	3	4	5	6	7
14. Η συμπεριφορά των εργαζομένων των κέντρων υγείας πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς.	1	2	3	4	5	6	7

15. Οι ασθενείς πρέπει να νιώθουν ασφαλείς στις συναλλαγές τους με τους εργαζόμενους των κέντρων υγείας.	1	2	3	4	5	6	7
16. Οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας πρέπει να είναι συνεπείς και ευγενικοί με τους ασθενείς.	1	2	3	4	5	6	7
17. Οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας πρέπει να λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους.	1	2	3	4	5	6	7
18. Οι εργαζόμενοι των κέντρων υγείας πρέπει να δίνουν ξεχωριστή προσοχή στον κάθε ασθενή.	1	2	3	4	5	6	7
19. Οι ώρες λειτουργίας των κέντρων υγείας πρέπει να ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς.	1	2	3	4	5	6	7
20. Οι υπάλληλοι των κέντρων υγείας πρέπει να καταλαβαίνουν και να γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών.	1	2	3	4	5	6	7
21. Τα κέντρα υγείας πρέπει να έχουν τα συμφέροντα των ασθενών τους κατά νου.	1	2	3	4	5	6	7
22. Το προσωπικό των κέντρων υγείας πρέπει να αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του.	1	2	3	4	5	6	7

ΑΝΤΙΑΗΨΕΙΣ

Παρακαλώ απαντήστε με βάση την πραγματική εμπειρία σας από το Κέντρο Υγείας Αντισσας Λέσβου. Βαθμολογήστε σε κλίμακα από 1 («Διαφωνώ απόλυτα») έως 7 («Συμφωνώ απόλυτα») κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό. Το 4 αντιπροσωπεύει μέση κατάσταση («Ούτε Συμφωνώ/ούτε Διαφωνώ»).

	Διαφωνώ απολύτως				Συμφωνώ απολύτως		
1. Το Κέντρο Υγείας Αντισσας έχει Σύγχρονο εξοπλισμό.	1	2	3	4	5	6	7
2. Οι φυσικές εγκαταστάσεις του Κέντρου Υγείας Αντισσας που επισκέπτομαι (πχ χώρος αναμονής, ιατρεία, τουαλέτες) είναι οπτικά ελκυστικές	1	2	3	4	5	6	7
3. Οι εργαζόμενοι του Κέντρου Υγείας Αντισσας είναι ομοιόμορφα ντυμένοι και καθαροί.	1	2	3	4	5	6	7
4. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούν για την θεραπευτική μου αντιμετώπιση είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά.	1	2	3	4	5	6	7
5. Όταν το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Αντισσας, υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, το κάνει.	1	2	3	4	5	6	7
6. Όταν έχω πρόβλημα, το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Αντισσας, δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει.	1	2	3	4	5	6	7
7. Το Κέντρο Υγείας Αντισσας είναι αξιόπιστο και παρέχει από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες.	1	2	3	4	5	6	7
8. Το Κέντρο Υγείας Αντισσας παρέχει τις υπηρεσίες του τη στιγμή που υποσχέθηκε να το κάνει.	1	2	3	4	5	6	7
9. Το Κέντρο Υγείας Αντισσας, διατηρεί τα αρχεία του σωστά (πχ ιατρικός φάκελος, ραντεβού κλπ).	1	2	3	4	5	6	7
10. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Αντισσας με ενημερώνει σωστά.	1	2	3	4	5	6	7
11. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Αντισσας παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς.	1	2	3	4	5	6	7
12. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Αντισσας είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς του.	1	2	3	4	5	6	7

13. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Άντισσας ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι.	1	2	3	4	5	6	7
14. Η συμπεριφορά των εργαζομένων του Κέντρου Υγείας Άντισσας εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς.	1	2	3	4	5	6	7
15. Νιώθω ασφαλής στις συναλλαγές μου με τους εργαζόμενους του Κέντρου Υγείας Άντισσας.	1	2	3	4	5	6	7
16. Οι εργαζόμενοι στο Κέντρο Υγείας Άντισσας είναι πάντα συνεπείς και ευγενικοί.	1	2	3	4	5	6	7
17. Οι εργαζόμενοι στο Κέντρο Υγείας Άντισσας λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους.	1	2	3	4	5	6	7
18. Οι εργαζόμενοι του Κέντρου Υγείας Άντισσας δίνουν ξεχωριστή προσοχή στον κάθε ασθενή.	1	2	3	4	5	6	7
19. Οι ώρες λειτουργίας του Κέντρου Υγείας Άντισσας ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς.	1	2	3	4	5	6	7
20. Οι υπάλληλοι του Κέντρου Υγείας Άντισσας καταλαβαίνουν και γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών.	1	2	3	4	5	6	7
21. Το Κέντρο Υγείας Άντισσας έχει τα συμφέροντα των ασθενών του κατά νου.	1	2	3	4	5	6	7
22. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Άντισσας αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του.	1	2	3	4	5	6	7

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο

1. Άνδρας
2. Γυναίκα

Ηλικία

1. 18-44
2. 45-65
3. Άνω των 65

Μορφωτικό επίπεδο

1. Πρωτοβάθμια εκπαίδευση
2. Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
3. Τριτοβάθμια εκπαίδευση